

# 高齢末期がん患者に関わる看護婦の判断の内容とケアの検討

## —大学病院の事例から—

渡辺みどり, 南沢汎美

大学病院における高齢末期がん患者への看護婦の関わりの実態を把握することを目的とし、高齢末期がん患者に関わる看護婦の判断を患者の死亡前30日～死亡当日までの期間で分析した。9事例の対象から665の判断場面と1089の判断が抽出され7つのカテゴリーに分類された。7つのカテゴリーの判断のうち①疾患・病状に関する判断②苦痛・疼痛に関する判断⑤ケアの再判断は多くの事例のどの時期にも共通して多かった。③精神的ケアに関する判断④家族支援に関する判断⑥医師と患者との関係調整や治療を決定づける判断⑦その他の判断は事例によって数にばらつきがみられた。3事例についてカテゴリー別に判断の内容と経時的な変化を検討した。③⑥⑦は内容も事例によって違いが著しかった。④が行われた事例はいずれも死亡直前に判断されており、⑦はその内容から老人特性を考慮した判断ともいえるものであった。

キーワード：高齢末期がん患者, 判断, 終末期, 高齢者

### 1. はじめに

我が国の高齢化は国際的に例をみない速度で進行している。1981年以来我が国の死因の第一位であるがんは、働き盛りの死であり治らない病気と考えられやすかった。第27回がん治療学会では、2015年には60歳以上のがん患者ががん患者全体の84%、70歳以上は62%に急増することが報告されている。がん患者の高齢者の比率が高くなってきている現在でも、非高齢者の場合のがんの末期を想定して終末期ケアの議論をされることが多くみられる。

横内は<sup>1)</sup>高齢がん患者の末期を非高齢者のがんの末期を想定して適応させることには問題があるとし、高齢者の末期は非高齢者以上に複雑な問題があることを医師の視点から論じている。がん患者は高齢者に多いにもかかわらず、高齢者に限った看護の調査研究は少なく、高齢者のがん末期についてのその特質、実態は明らかにされていない。そこで、高齢末期がん患者に関わる看護婦の判断を分析し、その傾向・内容から大学病院における高齢末期がん患者への看護婦の関わりの実態を把握したので報告する。

### 2. 研究方法

看護日誌より看護婦がアセスメントとして記述した全ての文章を抽出する。これらの文章から、看護婦の判断と考えられる記述内容をカテゴリー化した。事例ごとに経時的にこのカテゴリーに基づいて看護婦の判断内容を整理し、検討した。記述を抽出した患者の療養期間は、死亡前30日間とし、入院期間が30日に満たない者は全入院期間とした。

対象事例の患者は、Y大学病院で死亡したがん患者で65歳以上であり、病棟で7日間以上ケアを受けた者の中から外科の手術を終末期（死亡前6ヶ月以内）に行っていない同一病名の患者を選定した。この選定にあたり脳外科疾患の患者は除外した。その結果、同一疾患の患者が4名以上得られたのは肺癌、肝臓癌患者の事例で、それらを本研究の対象とした。その結果、本研究の対象事例は肺癌患者の5事例・肝臓癌患者の4事例となり、患者の平均年齢は70.4歳であった。9事例の患者全てが、最終入院期間は内科病棟で過ごしていた。

対象事例の患者のケアを行っていた病棟の看護形態は同一であり、申し送りはなく看護記録によって看護婦間の情報の共有、意識の共有がはかられていた。

### 3. 結果

#### (1) 9事例の概要

9事例の患者で一人暮らしであったものはなく、すべての患者に患者の終末期に病院に来院した家族が存在していた。医師から家族に対して患者の病名、予後の説明は9事例全てで行われていた。その時期が最も早かった

表1 事例のカテゴリー別判断数

事例	年齢(歳)	病名	判断場面数	判断数	カテゴリー別の判断数						
					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
A	69	肺癌	128	229	67	59	1	5	83	2	12
B	72	肺癌	57	106	29	30	17	0	28	2	0
C	72	肺癌	28	31	25	2	4	0	0	0	0
D	65	肺癌	81	125	37	23	30	3	21	3	8
E	77	肺癌	24	33	13	8	4	1	7	0	0
F	65	肝臓	94	137	86	4	8	2	29	2	6
G	65	肝臓	94	168	43	40	31	2	29	14	9
H	73	肝臓	80	118	41	33	13	1	21	1	8
I	76	肝臓	79	142	58	36	10	0	16	2	20

ものは死亡3年前であり、最も遅かったものは最終の入院3日目(死亡1ヶ月前)であった。患者に病名を告知されていた患者は1名であり8名の患者は異なった病状の説明を受けていた。

9事例すべてにおいて、医師と家族が患者の終末期治療について話し合った記載があり、延命治療、蘇生を希望した家族はなかった。またいずれの事例においても実施されていなかった。

(2) 抽出した判断場面と9事例の判断の概要

9名の患者の看護記録の665の判断場面から1089の判断が抽出された。表1に患者の概要と判断の概要を示した。

判断内容は、①疾患・病状に関する判断、②苦痛・疼痛に関する判断、③精神的ケアに関する判断、④家族支援に関する判断、⑤ケアの再判断、⑥医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断、⑦その他の判断に分類された。どの事例にも共通して①疾患・病状に関する判断、②苦痛・疼痛に関する判断、⑤ケアの再判断が多かった。その内容は肺癌患者で呼吸状態、呼吸苦、肺ケアに関する判断、肝臓癌患者で意識レベル、腹満感、搔痒感に関するものが多かった。一方、③精神的ケアに関する判断、④家族支援に関する判断、⑥医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断、⑦その他の判断は事例によってその数にばらつきがみられ、④⑦については入院期間が30日以上であっても事例によってされていないもの(事例B)もあった。

判断の経時の変化は入院期間が短い事例C(10日間)と事例E(15日間)を除いた7事例を比較した。各事例の判断数の経時的な変化を図1に示した。事例ごとに看護婦の判断数の変化をみると、判断の最も多い時期は事

例Dの1例が死亡直前の5日間であり、6事例はそれ以前(死亡前30日~死亡前6日)であった。

(3) 個別の事例を比較して得られた判断の特徴

30日以上入院経過がある6事例(A, B, D, F, G, H)から、①疾患・病状に関する判断に対して著しく②苦痛・疼痛に関する判断の少ない事例Bを除き、③精神的ケアに関する判断、④家族支援に関する判断、⑥医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断、⑦その他の判断のいずれの判断も行われている判断総数の多い3事例(A, D, G)についてカテゴリー別に経時の変化と内容を検討した。カテゴリー別の判断数の経時の変化を図2~図4に示し、判断の内容を表2に示した。事例Aは判断総数は最も多くその内訳は①②⑤の判断の比率が高い結果に対し、事例D・Gでは③④⑥⑦の比率が大きかった。特に事例Dの30日~21日、死亡前15~11日と事例Gの死亡25~16日で事例Aの同時期と著しく異なった割合を示した。

精神的ケアに関する判断は告知され患者が不穏状態となった事例Dと告知はされていないが患者が終末期にあることに気付いていった事例Gで多く、その時期は期間全体であった。告知をされていない事例Aでは精神的ケアに関する判断が1で、その内容は「家族の面会で気分転換がはかれている」であり患者の状態を肯定的にとらえその後の判断記述はみられなかった。事例Gでは、「病気をおかしいと思っている」「病気の悪化を受け入れられていない」「妻への感謝の気持ちと病気への不安が混在している」のように患者の気持ちや心の状態を詳細にとらえているもの、「本人のやりたいように尊重することが必要」「精神的フォローは家族と共にっていく」などケアの方法を見出ししている判断や家族との関係の中での援助を検討したものであった。④家族支援に関する判断は3事例とも患者の死亡直前に集中してお

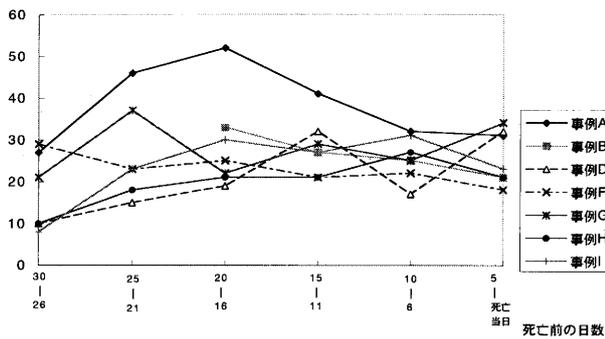


図1 事例別判断数の経時の変化

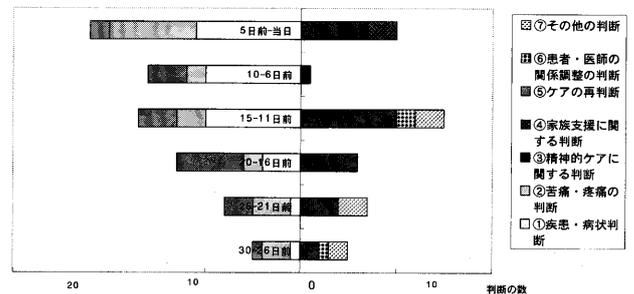


図3 事例D 判断の経時の変化

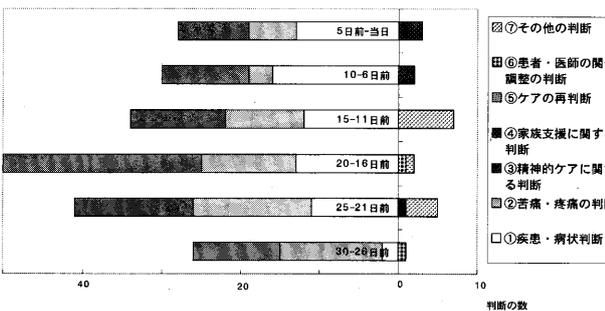


図2 事例A 判断の経時の変化

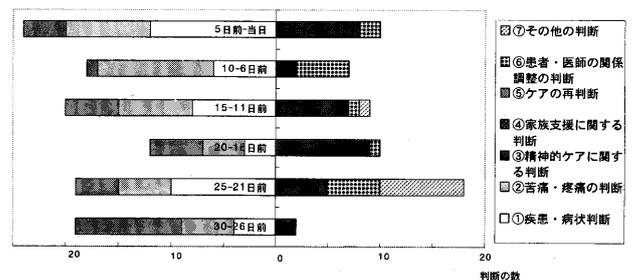


図4 事例G 判断の経時の変化

り、その内容は家族の不安・疲労を察したものが多かった。

(4) 「その他の判断」の分析

9事例のうち「その他の判断」は6事例(A, D, F, G, H, I)にみられた。表3にその内容を示した。これらは、患者の筋力低下予防, ADL介助, リハビリテーションへの援助, 転倒予防, 昼夜逆転の援助, 昼夜逆転に伴う危険の防止に関する内容であった。その時期は死亡前30日~6日の間であった。

4. 考 察

厚生省の調査によると高齢者はあらゆる高い医療を駆使しても治癒が期待できず、しかも死が近い末期状態となった場合積極的な治療を望まないものが多いとされている。清らは<sup>2)</sup>高齢がん患者の末期の家族と医師の話合った内容を調査した結果「79歳以下では治療ケアの方針」, 80歳以上に「危篤時, 臨終時の対応」が多かったと報告している。本研究で対象とした9事例の患者に80歳以上の患者はいなかったが、医師と家族の話合いの記述では、根治治療や延命治療を最後まで実施することを決定した例はなく、すべての事例で危篤時も延命措置をとらないことを決定していた。これは本研究の対象事例に対して行われた医療を反映しているものと考えることができ、治療についての家族の意向は尊重されていた

といえる。

患者の死亡直前が看護婦の判断の最も多い時期となった事例よりも、死亡前25~16日が最も多い時期となった事例が多かった。これは看護婦が死亡直前の患者を看取って行く時期よりも、終末期の患者の療養生活をより豊かにすることが必要となる時期に多くの判断を行っている場合が多いことを示している。

一般に大学病院は研究・教育機関であり治療を優先した思考が強いと考えられている。本研究の結果、看護婦はそれを反映して、疾患・病状に関する多くの判断を行っていた。また疼痛・苦痛の緩和に関する判断は多くの事例でどの時期においても共通して多い結果となり、がん患者に共通した看護の特徴を示しているものといえる。精神的ケア, 家族支援に関する判断, 医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断, その他の判断は事例によって行われている場合と行われていない場合のある判断といえる。特に精神的ケア, 医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断は、個々の事例によって、その内容が著しく異なる。告知されていない患者の病識について詳細な判断を行い、家族と共に患者の精神的なケアをすることが必要であると判断され、ケアが行われた例もある一方で、患者の病識に関する具体的な判断がされない例もあることが明らかとなった。医師と患者との関係調整や治療方針を決定づける判断の内容から、看護婦は医師に患者の苦痛の代弁を行い、治療方

表2 事例A・D・Gの判断の内容

事 例	事例A 69歳F 肺癌 告知未	事例D 69歳F 肺癌 3年前告知済	事例G 65歳 肝臓癌 終末期に病状に気づく
精神面の判断	▲家族の面会で気分転換はか れている	●家で過ごさせてはどうか ●精神面観察必要 ▲リハビリに期待している ▲ストレスは呼吸吸を誘発している ▲リハビリで活気出た ●気持損なわない関わりをして行く必 要あり ▲体調に不安強い ▲病状に焦りを持っている ▲転室で精神的に落ち着いた ●タッチング・会話必要 ▲面会で機嫌良好 ▲不穏強い	▲患者は腹水センシに期待している ▲病気をおかしいと思っている ▲患者は治療に不満あり ▲患者病気の悪化受け入れられず ▲家にかえりたいと希望している ▲体に限界感じている ●本人のやりたいように尊重したほうがいい ▲妻への感謝と病状不安がある ●精神面フォローは家族と共にこなう ▲患者吐血の恐怖感あり ▲患者は病気をわかってきた ▲患者はパニックが気付いた ●患者の気持ちに早期対応必要 ●患者の思いを尊重してゆく必要がある
家族支援に関する判断	▲家族の不安大きい ●家族の訴え聞き励まし必要 ●家族へのサポート必要 ▲家族神経質になっている ▲家族精神的に疲れ大きい	●家族の不安最小限にする ▲患者が家族の言うこと全て拒否、家 族精神的に疲労大 ●家族への援助必要	▲夜間家族に付き添ってもらおうほうがよい ▲妻の支え大きい ▲妻疲労強い
医師との関係に関する判断		▲主治医との関係よくない ▲主治医と関係良好にならず	●整形外科受診 Dr. におおぎすすめる ●患者治療に不満, Dr. に伝える ●I V HかD I V必要 Dr. に提案 ●内服不可, 輸液検討が必要 ●輸液アミノレバン輸液に変更必要 ●腹満強い、腹水センシ Dr. に提案を ●患者の希望 Dr. に提案してゆく必要あり ●患者が安楽となるよう Dr. にアプローチしてゆく

表内の記述について ▲: 対象の状況や状態に関しての内容, ●: ケアの今後の方法を探っている内容, として区別した。

表3 その他の判断一覧

事例A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自動運動、他動運動進めていく必要あり</li> <li>• 座位時間長くしADLアップはかかっていく</li> <li>• ADLアップ進めていく</li> <li>• 日中刺激してゆく必要あり</li> <li>• 日中自動運動できるよう声かけしてゆく</li> <li>• 安静度アップ、日中リハビリさせたがよい</li> </ul>
事例B	なし
事例C	なし
事例D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADL介助必要</li> <li>• リハビリ開始となるので内容状況みていく</li> <li>• 筋力低下進んでいる</li> <li>• 徐々にADLあがってきている。</li> <li>• 様子みながらリハビリしてゆく必要あり</li> </ul>
事例E	なし
事例F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自力体交できなくなってきた介助必要</li> <li>• 昼夜逆転している、日中刺激してゆく必要あり</li> <li>• 昼夜逆転続く、対策必要</li> <li>• 昼夜逆転により夜間危険多い</li> <li>• 夜間危険防止の頻回の訪室必要</li> </ul>
事例G	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 転倒事故予防の配慮必要</li> <li>• 夜間転倒の危険あり必要な部分は介助を</li> <li>• ふらつきあり転倒要注意</li> <li>• ADL低下してきた日常生活での介助必要</li> <li>• 排尿時たいへんそう、介助必要</li> </ul>
事例H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADL低下してきた必要に応じた介助必要</li> <li>• 状況みながらADLアップはかかってゆく</li> <li>• 本人の状況みながら介助をしてゆく</li> </ul>
事例I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 活動不耐ありADL低下傾向、介助要す</li> <li>• ADL介助続行を</li> <li>• ADL介助一層要す</li> <li>• ADL全介助必要</li> <li>• 昼夜逆転傾向あり</li> <li>• 日中体調のよいと座ったり会話させたりしてゆく必要あり</li> <li>• 夜間睡眠とれるための対策必要</li> </ul>

針を医師に提案するという看護の専門性を生かした役割も果している実態が確認された。家族支援に関する判断は患者が死亡する数日前に行われていることが多く、内容は患者に付き添う家族の疲労を察したものが大半であった。家族は高齢がん患者が終末期にどのような療養生活を送ってほしいと考えているか、またどのように看取りの場面を迎えたいと考えているかという視点での判断はなく、今後検討すべき課題と考えられた。その他の

判断の多くはその内容から、高齢者の特性を考慮している判断ともいえるものであった。しかし、その判断は事例によってされていないものも存在し、高齢者の特性を考慮した具体的な判断を高齢末期がん患者すべてに行えることが必要と考えた。

## 5. おわりに

高齢がん患者に関わる看護婦の判断の実態を把握し、得られた結果からケアの検討を加えた。高齢がん患者はがん患者としてよりも高齢者の末期として扱われることが多い。しかし、高齢末期がん患者の看護はそれだけでは解決されないがん患者の終末期としての特質がある。非高齢者のがん患者の終末期との相違をより具体的にし、がん患者ゆえの特殊性を考慮したケアが今後必要とされ、それを導くべく研究が求められると考えた。

## 引用文献

- 1) 横内正利 (1994) : 高齢者の終末期医療の問題点, 病院, 53(12), 1087-1091.
- 2) 清真佐子, 小島操子他 (1993) : 高齢者の終末期における身体的, 精神的, 社会的状態とそれらの関連要因に関する研究, 死の臨床16(12), 190.

## 参考文献

- 3) 渡辺みどり, 南沢汎美 (1997) : 高齢末期がん患者のケアに関わる看護婦の判断の分析, 日本老年看護学会第2回学術集会抄録集, 30.
- 4) 水野敏子 (1996) : 高齢がん患者に関する文献概観, 老年看護学, 1(1), 99-105.
- 5) 寺崎明美 (1994) : 高齢者のターミナルケア, こころの臨床ア・ラ・カルト, 13(3), 304-309.
- 6) 石谷邦彦, 村上俊吾 (1992) : 高齢者癌治療における Quality of Life, 癌と化学療法19(11), 1808-1816.
- 7) Holly G. P. (1992) : Socialization to Dying : Social Determinants of Death Acknowledgment and Treatment Among Terminally Ill Geriatric Patients, J. Health and Social Behavior, 33, 378-395.

**Abstract**

**Judgments and Care Exercised by  
Nurses in Caring Geriatric Cancer Patients  
—Cases at the University Hospital—**

**Midori WATANABE and Hiromi MINAMIZAWA**

The purpose of this study was to grasp the actual situation that nurses care for terminal geriatric patients of cancer for their last 30 days before to death.

665 scenes of judgments and 1089 judgments were extracted from 9 cases, and the judgments were classified into 7 categories. Among these categories ; judgments concerned with disease and the condition of the disease ①, judgments concerned with pain and ache ② and judgments concerned with care again ⑤ were frequent in almost all cases and time.

Judgments concerned with mental care ③, judgments concerned with supporting families ④, judgments concerned with adjustment relation doctors and patients and decision of treatments ⑥ and judgments of the others ⑦ were completely different in number owing to the case.

We examined 3 cases in contents and time of justments. ③⑥⑦ were completely different in contend of judgments. At case that were judged, ④ was judged just before the patient's death.

Contents of ⑦ were similar to the specific characteristic concerning geriatrics.

---

Terminal geriatric patients of cancer, judgment, terminal, geriatric