

## 【学会賞候補】

## 在宅診療チームによる遺族訪問

## (多職種による遺族訪問とカンファレンス)の取り組み

坂戸慶一郎\*<sup>1</sup> 竹内一仁\*<sup>2</sup> 原徹\*<sup>3</sup> 佐藤裕美\*<sup>4</sup> 横田祐介\*<sup>4</sup> 西脇洋子\*<sup>4</sup> 柏村英明\*<sup>4</sup>

\*<sup>1</sup> 青森民医連家庭医療学センター

\*<sup>2</sup> 健生病院

\*<sup>3</sup> 中部クリニック

\*<sup>4</sup> あおもり協立病院

キーワード 訪問診療 遺族訪問 グリーフケア チーム医療

### 要旨：

#### 目的

我々は、訪問診療を行っていた患者が亡くなった場合、遺族のグリーフケアや我々の医療活動の振り返りを目的に、在宅診療チームによる遺族訪問を行っている。この取り組みが、チームの結束の向上と診療の質の向上に有用と思われたので、報告する。

#### 方法

訪問診療を行っている患者が亡くなられた場合、在宅診療チームの中から、医師・看護師・薬剤師が、それぞれ個別に遺族訪問を行い、在宅診療チーム内のカンファレンスでディスカッションする。チーム全体のコーディネートは在宅担当医師である家庭医が行う。具体的な症例の検討や参加した職員の意見・感想などを示す。

#### 結果

医師やスタッフが遺族訪問を行うことで、自身の医療行為への振り返りにつながった。そして、家庭医が中心となって、グリーフケアを在宅診療チーム全体の取り組みとすることで、多くの角度から情報を集約し、チーム全体として理解や振り

返りを深めることができた。結果的に、在宅診療チーム全体の結束力や取り組みの向上につながっている。

#### 結論

在宅診療チームによる遺族訪問（多職種による遺族訪問とカンファレンス）の取り組みは、チームの結束の向上と診療の質の向上に有用と思われた。訪問診療における遺族のグリーフケアのあり方について、今後更に工夫と検討が必要である。

### 【はじめに】

我々は、訪問診療を行っていた患者が亡くなった場合、遺族のグリーフケアや我々の医療活動の振り返りを目的に、多職種で遺族訪問を行っている（亡くなられてから数週間～1ヶ月前後を目処としている）。在宅診療チームの中から、医師・看護師・薬剤師が、それぞれ個別に遺族訪問を行い、在宅診療チーム内のカンファレンスでディスカッションする。チーム全体のコーディネートは在宅担当医師である家庭医が行う。

当院では、現在までに20件前後の取り組みを行っている。

医師も含め多職種で行うことで、遺族から様々

## 学術集会報告

な角度で話を伺うことができる。また各職種の取り組みをカンファレンスで持ち寄ることで、在宅診療チーム全体の認識の深まりやレベルアップに繋がっている。

在宅診療チームによる遺族訪問の取り組みが有用と思われたので、今回、具体的な取り組みの方法と、事例の一部を紹介し、職員の意見や感想も交えつつ報告する。

### 【方法】

訪問診療を行っていた方が亡くなってから数週間～1ヶ月前後経った段階で、訪問診療担当看護師から「その後ご家族の体調などはいかがでしょう。〇月〇日お伺いして、お線香を上げさせて頂いてもよろしいでしょうか？」と電話で遺族に連絡する。少し時間を空けるのは、亡くなられてから1ヶ月前後の間は葬儀などの儀式で忙しく、また親戚や近所の遺族へのサポートもあることが多いこと、既存研究<sup>1)</sup>から死別後の適応の指標の1つである抑うつ症状は死別後1ヶ月頃より出現することが明らかになっていること、等のためである。

遺族からの了承を得られれば、在宅診療チームの中から、医師・訪問看護師・薬剤師が、それぞれ個別に遺族訪問を行う。訪問看護師・薬剤師が先に遺族訪問し、その数日後に医師が訪問することが多いが、厳密には順番は決めていない。医師の場合は、日常診療の時間以外に遺族訪問の時間を確保することが困難であるため、通常の訪問診療の単位の中で、予定を組んで訪問している。そのため、医師の遺族訪問の時間は10分前後となっている。訪問看護師や薬剤師は、もう少し時間をかけて遺族の思いなどを傾聴するようにしている。

遺族訪問を行った内容については、定期的に行っている在宅診療チーム内のカンファレンスでディスカッションする。訪問看護師や薬剤師が遺族訪問をした際に、医師に相談や情報提供が必要な

もの（経過についての疑問など）があれば、そのつど相談している。

チーム全体のコーディネートは在宅担当医師である家庭医が行う。

以下、具体的な例を示す。

### 【結果】

#### 事例①82歳男性

肺気腫で在宅酸素療法を行っていた。肺炎を繰り返して度々入院していたが、ADLは自立していた。ところがある日、強い腹痛を訴え病院救急外来を受診し、腹部CT検査を行ったが、その最中に心肺停止状態となってしまった。

その後心拍再開するも意識回復せず、2日後に死亡した。経過からは拘扼性イレウスの可能性が考えられた。入退院時は家族からの疑問点は医療従事者に出されなかった。しかし死亡退院後、しばらくしてからの薬剤師による遺族訪問で「負担のかかる検査に耐えられなかったために悪くなったのではないか」など種々の疑問が噴出した。その情報が在宅主治医に報告されたことから、在宅主治医による遺族訪問ではその点も含めて遺族と面談を行い、疑問点の解決なども行って、遺族のグリーフケアにつながった。

在宅診療チーム内でのカンファレンスでは「緊急事態ではより丁寧な説明やフォローが必要」「遺族が疑問を持って悩んでいるということが、遺族訪問で把握できてよかった」等の意見が出された。

#### 事例②78歳女性

脳梗塞後遺症と認知症で胃ろう栄養、車椅子レベルであった。主介護者である夫が大腸癌を指摘され、入院精査をするため、本人はショートステイ入所となった。ところが、ショートステイ入所中に脳幹部梗塞を発症したため、病院入院となり、気管内挿管・気管切開術施行となった。その後安定し退院となりショートステイに戻った。しかし

## 学術集会報告

数日後、ショートステイ入所中に心肺停止、蘇生できず永眠した。

夫は本人を受け入れやすいように自宅改修しており、かなり落胆していた（医療従事者やショートステイに対する不信感はあまりなかった）。薬剤師、看護師、医師がそれぞれ異なる時期に遺族訪問を行い、夫の精神的な状況に注意してフォローした。

すっかり自宅改修を終えた家を訪問したことで、在宅診療チームとしても、夫が本人を受け入れるつもりだった意気込みの強さと、悲嘆の大きさを感じた。夫の食欲低下などが見られたため、チームで継続してフォローしていった。

幸い、夫はゆっくりと元気を取り戻し、本人（亡くなった妻）の在宅主治医だった家庭医の外来に通院している。

### 事例③85歳女性

大腸がん術後で内科と外科に通院していたが、ADLが低下し通院困難となったため、訪問診療を開始した。開始時は既に寝たきりで右不全麻痺があり、経過中のいつかに脳梗塞を発症していた可能性があるが不詳であった。長屋のような家に一人暮らしだったが、娘が同居することにした。経口摂取が困難となり徐々に衰弱したが、本人・家族とも精査加療を望まず、少量の点滴などで経過観察とした。徐々に衰弱し、在宅にて永眠された。

その後遺族訪問を行うつもりでいたが、既に家族は家を引き払ってしまっていて、娘も仏壇を持って遠方に帰ってしまった。

医療従事者と家族との関係は悪くなかったが、亡くなられた後のことについて相談などができていなかったことを在宅診療チームとして振り返り、本人が存命のうちから、家族に対するグリーフケアを念頭に入れるという視点が重要であることを学んだ。

### 事例④96歳男性

脳出血後遺症で寝たきり。在宅IVH（中心静脈栄養管理）にて在宅診療を行っていた（経鼻胃管や胃瘻栄養による栄養管理を再三勧めていたが、家族の同意が得られなかった）。急性尿路感染症（または中心静脈カテーテル感染）による敗血症にて入院した。入院主治医は在宅主治医である家庭医であった。治療を行うも全身状態悪化し、永眠された。

なかなか家族との信頼関係を築くのが難しいと主治医は感じていた。後日遺族訪問を申し出たが、薬剤師、訪問看護師、医師の訪問の申し出はどれも受け入れられなかった。在宅担当看護師が自宅に連絡したりケアマネージャーとやりとりしたところ、経済的にかなり逼迫しており、入院費用や在宅診療での費用などを支払うことが困難で、借金の工面のため忙しくしているということがわかり、日中に自宅に家族がいるようにするのは難しい状況があるということもわかった。

在宅診療チームのカンファレンスでは「経済状況の把握と認識が不十分だった」「信頼関係の築き方が不十分だった」「生前から信頼関係を大事にし、家族のグリーフケアを念頭に入れておくことが重要」等の振り返りがされた。

### 事例⑤94歳男性

多発性脳梗塞があるがADLは自立していた。外来に通院していたが、ADLが低下したため、訪問診療を開始した。採血上、腫瘍マーカーが高値であり、癌悪液質の可能性があったが、家族と相談し経過観察とした。腰の悪い妻と2人暮らしで、娘は市内に住んでいるが高齢の姑の介護で忙しい（その人も同じ在宅主治医が訪問診療）ようであった。徐々に全身状態悪化し、永眠された。

後日、医師の遺族訪問に医学生が同伴した。医学生は、家人の努力や思い、訪問診療・遺族訪問の取り組みに非常に感動していた。

在宅診療チームのカンファレンスでは「妻も高

## 学術集会報告

齢であり、心身の健康が心配」「腰痛が悪化して  
いて生活が大変なよう」等の意見が出され、その  
後もフォローを行った。

### 【考察】

遺族からは「先生が線香をあげに来てくれると  
いうのはびっくりしたけど、きてくれて嬉しかった」  
などの声が聞かれた。また、臨床経過での疑問  
点や誤解などがある場合、丁寧に相談にのること  
で、遺族のグリーフケアに繋がっている。

悲嘆のプロセスのどの時期に、どのような援助  
をすることが、遺族のグリーフケアにとってより  
有効かということについては、今後検討が必要で  
ある。

医師が遺族訪問を行うことで、遺族の想いや悲  
嘆の経過はどのようなものか・生前からの信頼関  
係の築き方・生前から家族へのグリーフケアを念  
頭におくこと等、多くのことを学び、医師自身の  
医療行為への振り返りに繋がった。スタッフから  
は「自分自身の仕事の振り返りになった」「亡  
くなられた方のことについて気になってもあまり  
関与できていなかったが、遺族訪問に行ったりカ  
ンファレンスで情報を共有したりすることで、自  
分自身の仕事への振り返りになった」などの声が  
聞かれている。

また、落ち込みが強い家族の例にもあったよう  
に、多職種が時期を少しずつずらして訪問してい  
くことで、継続的な支援をすることができた。経  
済状況が厳しかった家族の方の例でも、スタッフ  
が、チームの中での役割として、丁寧なフォロー  
をしていったことが、問題の把握に繋がった。

家庭医が中心となって、家庭医も遺族訪問を行  
い、かつグリーフケアを在宅診療チーム全体の取  
り組みとすることで、多くの角度から情報を集約  
し、チーム全体として理解や振り返りを深めるこ  
とができた。また、在宅診療チーム全体の結束力  
や取り組みの向上につながっている。

Wordenは、死別悲嘆からの回復の課題として  
「4つの課題 (task) : 喪失の事実を受容する・悲  
嘆の苦痛を乗り越える・故人のいない環境に適応  
する・故人を情緒的に再配置して生活を続ける」  
を提起した<sup>2)</sup>。同様に、悲嘆のプロセスについて  
種々の研究が知られている。また、家族へのグリー  
フケアは、患者本人が生存している間からの継  
続的なアプローチであることが望ましいことが明  
らかになっている。

今後は、これら研究・報告の到達と、これまで  
の取り組みの振り返りから、①悲嘆のプロセスの  
どの段階にどのような援助をすることが遺族のグ  
リーフケアにとって効果的かを模索する②長期的  
なフォローを要すると判断された場合、どのよう  
にフォローを行っていくかを検討する③患者本人  
が生存している時から、家族との信頼関係の構築  
をより大事にし、グリーフケアを念頭に置いて関  
わっていく…といった課題に取り組んでいきたい。

坂口らがおこなった2001年の調査では、全国の  
緩和ケア病棟承認届出受理施設のうち、95%の施  
設において何らかの遺族のグリーフケアを提供し  
ていることが報告されており (内容としては「カ  
ード (手紙) の送付」と「追悼会の開催」が2本  
柱)、遺族ケアへの取り組みが広がりを見せてい  
る<sup>3, 4)</sup>。

しかし、急性期病院や訪問診療などの場面では、  
遺族のグリーフケアはこれからの課題となっている。

大切な家族との死別は、人生の中でもっとも精  
神的打撃の大きい出来事のうちの一つである<sup>5)</sup>。  
今後、高齢者の増加や在宅看取りの増加なども予  
想される。終末期に主治医として家庭医が患者・  
家族に関わる場面はより多くなるであろう。そし  
て家庭医は、その継続性、家族志向などの特性が



## 学術集会報告

ら、遺族ケアを提供するのに非常に重要な役割を担いうる存在であると考える。

### 【結果】

医師やスタッフが遺族訪問を行うことで、自身の医療行為への振り返りにつながった。そして、家庭医が中心となって、グリーフケアを在宅診療チーム全体の取り組みとすることで、多くの角度から情報を集約し、チーム全体として理解や振り返りを深めることができた。結果的に、在宅診療チーム全体の結束力や取り組みの向上につながっている。

訪問診療チームによる遺族訪問（多職種による遺族訪問とカンファレンス）の取り組みは、チームの結束の向上と診療の質の向上に有用と思われた。訪問診療における遺族のグリーフケアのあり方について、今後更に工夫と検討が必要である。

### 文献

- 1) Shuchter,S.R. Zisook, S; The course of normal grief. Cambridge University Press, New York: 1993: p.23-43.
- 2) Worden J.W./鳴澤實, 大学専任カウンセラー会監訳: グリーフカウンセリング 悲しみを癒すためのハンドブック. 1993: p.13-23.
- 3) Matsu T et.al: The Current Status of Bereavement follow-up in Hospice and Palliative Care in Japan.Palliative Med, 2002: 16: p.151-158,
- 4) 坂口幸弘:全国調査にみるホスピス・緩和ケア病棟の遺族ケアの現状と課題. 緩和ケア 2005;15:p.312-316.
- 5) Clayton P.J.;Bereavement and depression. Journal of Clinical Psychiatry 1990: 51: p.34-38,.

連絡先：坂戸慶一郎

所属：青森民医連家庭医療学センター

あおもり協立病院

〒030-0847 青森県青森市東大野2丁目1-10

tel：017-762-5500（代）

fax：017-729-3272（医局）

e-mail：sakato.kei@gmail.com

## Home visits to the bereaved families of patients by our home-care team

Keiichiro Sakato <sup>\*1</sup> Kazuhito Takeuchi <sup>\*2</sup> Toru Hara <sup>\*3</sup> Hiromi Sato <sup>\*4</sup>  
Yusuke Yokota <sup>\*4</sup> Yoko Nishiwaki <sup>\*4</sup> Hideaki Kashiwamura <sup>\*4</sup>

<sup>\*1</sup> Aomori Min-Iren Centre for Family Medicine

<sup>\*2</sup> Kensei Hospital

<sup>\*3</sup> Tyubu Clinic

<sup>\*4</sup> Aomori Kyoritsu Hospital

**Objectives** : We started a program of grief care to the bereaved families of the patients who died at home. In this program, a member of our home-care team makes a visit to the family and asks how they are doing and what they feel about the care provided at the end of the patient's life. We think this program is beneficial both to the families and to medical staff to reflect on the care we provided.

**Methods** : Our home-care team consists of family doctors, visiting nurses and some pharmacists. Each member who engaged in the care of a particular patient makes a visit to his/her family individually about 1 month after the patient's death. After the visits, we hold a case conference, and share and discuss the views on the care provided. Usually a family doctor coordinates the program. Details of some cases were described here.

**Results** : In our conference, we had an opportunity to reflect on the end-of-life care we provided as a multidisciplinary team. We were also able to have an overview on the care retrospectively from the aspects of families. This program helped us deepen our understanding on what were the challenges and the problems in end-of-life care at home.

**Conclusions** : From our experience in this program, we believe that visiting a bereaved family is useful for a home-care team to stand together to continue improving the quality of care. More research is needed on how the grief care to the bereaved families should be provided.

**Keyword** : home care, bereaved family care, grief care, team approach