

機関番号：23101

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2008～2010

課題番号：20592551

研究課題名（和文） 緩和ケアに移行するがん患者・家族の意思決定支援モデル構築

研究課題名（英文） The construction of the decision-making support model for advanced cancer patients and their families in the transition process to palliative care

研究代表者

酒井 禎子 (SAKAI YOSHIKO)

新潟県立看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：60307121

研究成果の概要（和文）：緩和ケアに移行するがん患者・家族の療養生活の充実を図る意思決定支援モデルとして、第1段階「移行の準備への支援」、第2段階「移行の認識への支援」、第3段階「意思決定への支援」、第4段階「評価とフォローアップ」の4つの段階から構成されるプログラムを作成した。

研究成果の概要（英文）：As a decision making support model that furthers the quality of life for advanced cancer patients and their families as they go through the transition process to palliative care, we devised a four stage program where the first stage is “Support towards preparation for the transition”, the second stage is “Support towards recognition of the transition”, the third stage is “Support towards decision making” and the fourth stage is “Evaluation and follow up”.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	400,000	120,000	520,000
2009年度	400,000	120,000	520,000
2010年度	400,000	120,000	520,000
年度			
年度			
総計	1200,000	360,000	1560,000

研究分野：がん看護学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：がん、緩和ケア、移行、意思決定、家族

1. 研究開始当初の背景

がん対策基本法の施行により、日本のがん医療では、がんの予防や診断・治療技術の向上とともに、緩和ケアの実践と教育の重要性が高まってきた。この法律の中では、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から行われるようにすることが求められている。

がんの種類によって予後や治療経過は異なるものの、日本人の3分の1が、がんが原因で死亡しているという現状では、多くのがん患者に根治的治療が難しい時期が訪れ、緩和ケア中心の医療への移行を余儀なくされ

ることとなる。このような時期あるいは分岐点での方向転換をさして、日本では「ギアチェンジ」ということばが一般に用いられている。しかし、今の日本のがん医療における「ギアチェンジ」には、＜患者・家族＞そして＜医療システム＞の観点から、下記のような問題を含んでいる。

(1) 緩和ケアへの移行期にある「がん難民」患者・家族へのサポートの必要性

最近、自分にとって最適ながん治療を求めて医療施設をさまよう「がん難民」の存在が、マスコミなどでとりあげられるようになって

ている。「がん難民」の多くは、根治的治療が不可能であると医療者によって判断されたギアチェンジ期の患者である。

「ギアチェンジ」とは、「西洋医学による集学的ながん治療から緩和ケア中心の医療・ケアへの転換」であると定義¹⁾されている。この時期、患者・家族は「これ以上、治療ができない」という状況についての医師からの告知の後、大きな精神的打撃を抱えながらも今後の療養の場を選択することを迫られる。ホスピス・緩和ケア病棟も、緩和ケアの療養の場として選択肢の1つとなりうる。しかし、欧米でも、一般市民のこれらの施設に対する理解には、いまだに療養の場の移行への意思決定においてバリアとなりうる誤解や知識不足があることが指摘されている²⁾。

このように、治癒を目標としてきた患者と家族は、「終末期」という治癒が困難な現状に直面した結果、今後のなりゆきが多岐にわたる状況の中で今後の療養の場の意思決定を迫られる。刻々と身体状態が変化していく中で、場を変更するタイミングを見据え、また依然として断ち切れない治療への望みをつなぎながらも、緩和ケアへの移行に関する意思決定を自分の心に納得させていかなければならない。ギアチェンジの時期に直面したがん患者と家族が、新たな生活や人生の目標を構築していく過程においては、身体と心のバランスを保ちながら、納得のいく意思決定を支援していくことが重要である。しかし、このようなギアチェンジ期の患者と家族が、どのような身体的・心理的危機状態を体験し、どのような意思決定のプロセスを踏んでいるのかという経過について、患者・家族側の視点から明らかにしている研究はいまだごくわずかである。患者・家族が、ギアチェンジの時期に、主体的に療養の場の選択をし、有意義な生活を築いていけるよう、退院調整とその心理・社会的支援の方法を見出すことが、これからのがん看護において重要であると考える。

(2)医療施設の役割分化に伴う根治的治療と緩和ケアの分断化

医療の高度化・専門化に伴い、根治的治療を担う多くの急性期病院は在院日数の短縮を必要としている。ギアチェンジ期にあるがん患者と家族は、緩和ケアを主体とした療養の場への移行にあたり、今まで治療してきたなじみの医療者や病院を離れることを余儀なくされるのが日本の現状である。WHOでも示唆されているように、本来早期から継続して柔軟に対応されていくべき緩和ケアは、病院間あるいは病院施設内において専門分化してきた日本の医療システムの中で、場を変えて提供せざるを得ないという分断性を抱えている。がん拠点病院では、院内での医

療相談室の設置や地域医療施設との連携など退院調整への支援が試みられてはいるが、これらのネットワークが十分機能しているのはごく一部の地域である。大松³⁾が行った「国立がんセンター中央病院から緩和ケア専門施設への移行期の課題」についての調査では、①緩和ケア病院の機能説明が不十分、②見捨てられ感をもつての外来受診、③積極的な治療への望みを持ち続けている、④今後予想される症状についての説明が不十分であるという課題が指摘されており、送り出す側のがん専門病院の心理・社会的支援が、がん医療の継続性を意識して行われているとはいえない。

このように、日本には、主治医主体のケアシステムでありながら、ひとつの医療施設において、根治的治療と緩和ケアの両方を完結することが困難であるというがん医療システムの現状がある。先に述べたような、患者・家族のストレスフルな移行のプロセスを継続的かつ包括的に支援するためには、緩和ケアへの移行に存在する「分断性」をつなぐ医療・看護の継続性を高め、地域に根ざした包括的支援システムの発展をめざしていくことが今後の課題といえる。

2. 研究の目的

(1)がん患者の緩和ケア主体の医療への移行期を、場や時間の分断性を越えた「**transition**」(移行)という概念でとらえることにより、がん患者・家族の緩和ケアへの移行を構造化する概念モデルを作成する。

(2)がん患者・家族の緩和ケアへの「移行」における影響因子を探索する。

(3)これらをエビデンスとしながら、緩和ケアに移行するがん患者・家族の療養生活の充実を図る意思決定支援モデルを構築する。

3. 研究の方法

(1)「**transition**」(移行)の概念分析

①理論的アプローチ

近年の欧米を中心とした英語文献で「がん看護」における「**transition**」(移行)という概念の使われ方を検討するために、概念分析を実施した。文献検索システム CINAHL で「**transition**」をキーワードとして文献検索したサンプルを用い、「AND cancer」「過去10年間」「英語文献」といった制限を設けて文献検索を実施した。概念分析は、Rodgers の Evolutionary アプローチ⁴⁾を参考として実施した。得られたサンプルを熟読し【概念の定義と属性】【先行因子】【帰結】【代理語・関連語】にあたる内容を抽出して内容分析を行い、これらの結果から、緩和ケアに移行するがん患者・家族の「移行」の概念モデルを

作成した。

②経験的アプローチ

事例患者や家族への面接から得られた経験的なデータを用いて transition の概念分析を実施した。本研究の対象は、根治的治療が不可能であり、治療を行ったがん専門病院あるいはその他の総合病院などから緩和ケア病棟への移行 (transition) を経験したがん患者および/あるいはその家族とした。研究協力に同意の得られた緩和ケア病棟で、対象となる患者および/あるいは家族に対し、30～45分程度の半構成的インタビューガイドを用いた面接と診療記録類からの情報収集を行った。インタビューの内容は、緩和ケア病棟への入院の経過、緩和ケア病棟に関する入院前の知識や思い、入院の意思決定に関連したもの、意思決定してから入院に至る現在の思いなどで構成した。インタビューにより得られたデータから、transition の《属性》《先行要件》《帰結》にあたると思われる内容を抽出し、共通性をふまえながら分類した。文献レビューで見出された《属性》《先行因子》《帰結》と、フィールドワークで抽出されたものとの比較を行い、概念の再定義および概念モデルの改良を進めた。

(2)「移行」に影響する因子の探索

(1)-②の調査により、個々の「移行」の体験は非常に個別性が高いものであることが明らかになったため、(1)-②で得られたデータから、個々の事例でどのような因子が移行のプロセスでの体験やその帰結に影響したかという観点から質的に分析することにより、「移行」に影響する因子を探索した。

(3)がん患者の緩和ケア病棟への移行における意思決定支援モデルの作成と評価

がん拠点病院において根治的治療が困難となった患者・家族を対象とした、緩和ケア病棟への療養の場の移行における支援モデルを作成した。このモデルでは、患者・家族の、緩和ケアとその施設に関する教育的アプローチおよび対話を通じた意思決定支援に焦点をおくこととした。これらの援助モデルの評価は内容の妥当性を高めるため、がん看護の実践と研究に秀でた2名のがん看護専門家による評価を行った。

4. 研究成果

(1)「transition (移行)」の概念分析

①理論的アプローチ

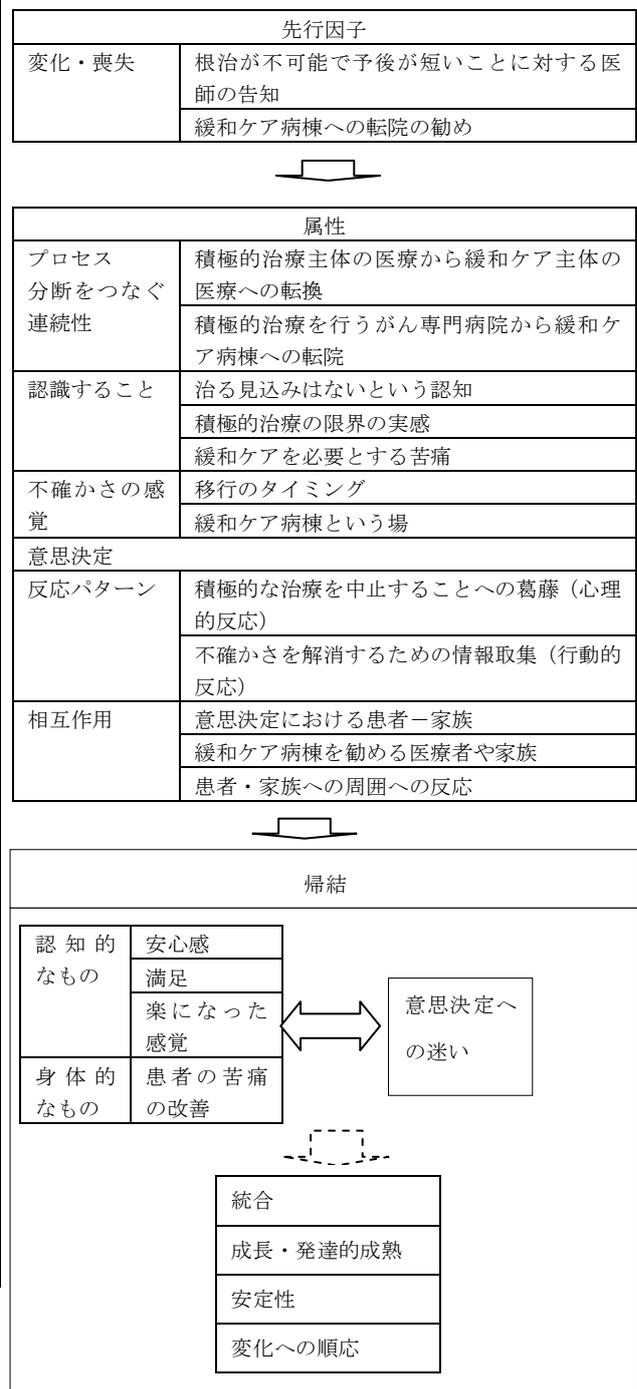
transition の属性として、「プロセス」、「分断をつなぐ連続性」「認識すること」「不確かさの感覚」「個人の多面的な反応パターン」「相互作用」の6つの要素が抽出された。また、transition の先行因子として「変化」と

「喪失」の2つが見出された。transition の帰結には、その反応として比較的短い時間で生じる《短期的な帰結》と、長期的スパンをもって個人に生じるものであり、看護のゴールとみなされる《長期的な帰結》があると考えられた。

②経験的アプローチ

緩和ケア病棟に入院中の患者あるいは家族 10 例を対象としインタビュー調査を実施した結果、緩和ケア病棟に転院したがん患者・家族の体験から得られた「transition」(移行) の概念図は、図 1 のように表された。

図 1 緩和ケアに移行するがん患者・家族の移行 (transition) の概念図



緩和ケア病棟に移行した患者と家族には、根治が不可能で予後が短いことに関する医師の告知と緩和ケア病棟への転院の勧めをきっかけとして、根治的・積極的な治療を行ってきた病院から緩和ケア病棟への移行の「プロセス」が始まっていた。《属性》において、患者・家族は、治る見込みはないという認知、積極的治療の限界の実感、緩和ケアを必要とする苦痛を通して移行の必要性を「認識」しており、移行のタイミングや緩和ケア病棟という場に対する「不確かさ」の中で「意思決定」を求められる体験であった。この移行における「反応パターン」には、積極的な治療を中止することへの葛藤である心理的な反応と、不確かさを解消するための情報収集という行動的な反応が特徴としてみられた。移行のプロセスには、意思決定における患者・家族、緩和ケア病棟への転院を勧める医療者や家族、緩和ケア病棟に行く患者自身あるいは行くことを決定した家族に対する周囲の反応といった「相互作用」が含まれていた。《帰結》としては、患者の苦痛の改善の他、安心感、満足、楽になった感覚として語られていた他、家族には移行後も自らの意思決定に迷いを感じているケースもみられていた。

(2) 「移行」に影響する因子の探索

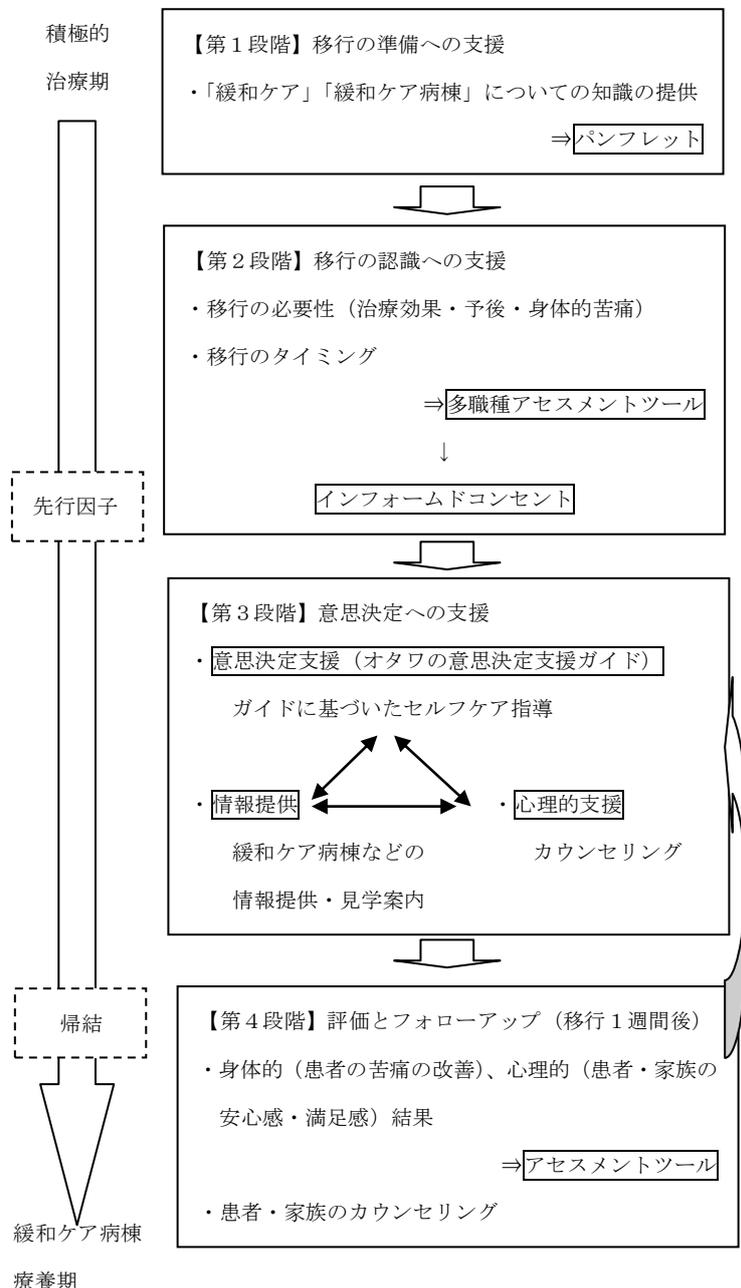
「移行」に影響する因子としては、「知人から聞いて知っていた」あるいは「自分には関係ないと思っていたところ」などの患者・家族の〈緩和ケアとその施設・資源に関する知識・認識〉、意思決定を支援する〈人的資源〉、患者・家族の経済状態と入院に要する費用などの〈経済的因子〉、緩和ケア病棟が自宅の近くにあるかどうかといった〈緩和ケアとその施設・資源へのアクセス〉、そしてホスピス・緩和ケア病棟に関する地域の人々の受け止めなどの〈地域文化〉などが大きく影響していることが明らかになった。

(3) がん患者の緩和ケア施設への移行における援助プログラムの作成と評価

これらの結果をふまえて、「緩和ケア病棟への移行における意思決定支援モデル」を作成した(図2)。本プログラムは、第1段階「移行の準備への支援」、第2段階「移行の認識への支援」、第3段階「意思決定への支援」、第4段階「評価とフォローアップ」の4つの段階から構成される。第1段階では、患者・家族の「不確かさ」を軽減することを目的に、移行前の治療期にあるがん患者と家族に対して、緩和ケアとその資源に関する知識提供を行うことを主たる支援と位置付けた。第2段階では、移行の属性として見出された「認識」を高めるための支援として、療養の場の移行の必要性とタイミングを把握

し、インフォームドコンセントの時期や患者・家族の準備状態を的確に判断するための多職種アセスメントツールを軸に展開することとした。第3段階は、療養の場の移行に関する意思決定への支援であり、これはオタワの意思決定支援ガイドに基づいたセルフケア支援の活用を試みた。また、移行に伴う「心理的・行動的反応」への支援として、緩和ケア病棟の見学などの意思決定に活用できる情報の提供と心理的支援を並行して行うよう計画した。第4段階では、患者・家族の移行の帰結を評価するものとして、身体的・心理的变化のアセスメントと、意思決定への迷いを抱える患者・家族へのカウンセリングを行うものとした。

図2 緩和ケア病棟への移行における意思決定支援プログラム



また、本モデルは、がん看護の実践と研究に秀でた2名のがん看護専門家による内容の妥当性の評価を行った。評価においては、移行の帰結となる患者・家族のとらえ方は時間の経過によって変化することをふまえ、フォローアップを継続的にしていくことの重要性、また、在宅緩和ケアを含めた地域性に基づく資源の中で一般化できるモデルに改良することが指摘され、今後の課題とされた。

引用文献

- 1) 高宮有介：ギアチェンジの動向と問題点、ターミナルケア、11(3)、173-176、2001.
- 2) Johnson C.B., Slaninka S. C. : Barriers to accessing hospice services before a late terminal stage, Death Studies, 23:225-238.1999.
- 3) 大松重宏：患者さんの退院に向けての意思決定への援助ーソーシャルワーカーの立場からー、緩和ケア、16(3)、204-208、2006.
- 4) Rodgers B.L.:Concept analysis: An evolutionary view, Rodgers B.L.,Knafl K.A.(eds.), Concept Development in Nursing, 2nd ed, : 2000, p.83-99, Saunders, Philadelphia.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計0件)

[学会発表] (計0件)

[図書] (計0件)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

○取得状況 (計0件)

[その他]

ホームページ等 なし

6. 研究組織

(1) 研究代表者

酒井 禎子 (SAKAI YOSHIKO)

新潟県立看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：60307121

(2) 研究分担者 なし

(3) 連携研究者 なし