

科 究 費 助 成 事 業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 5 月 31 日現在

機関番号：17401

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21592898

研究課題名（和文） 高齢終末期がん患者と家族の在宅ケア介入モデルの有用性に関する介入研究

研究課題名（英文） A study on the effectiveness of an in-home care intervention model for geriatric cancer patients and families

研究代表者

東 清巳 (HIGASHI KIYOMI)

熊本大学・大学院生命科学研究部・教授

研究者番号：90295113

研究成果の概要（和文）：

「在宅移行介入モデル」は、【在宅療養に価値をおく】【在宅移行への安心を保証する】【在宅移行のタイミングを逃さない】【ネットワークを強める】の4つのテーマから構成され、在宅移行のためには、在宅療養に価値をおく看護師による、ネットワークを活用し、安心が保証され、タイミングを逃さない介入が求められていた。

わが国では、高齢終末期がん患者の多くが、家族の介護負担への遠慮や、急変時の対応への不安から、在宅療養を希望しながらがん診療連携拠点病院で死亡している。在宅療養・在宅での看取り推進のためには、がん診療連携拠点病院における本モデルの活用が課題である。

研究成果の概要（英文）：

The intervention model consisted of 4 objectives: place value in home care; assure a feeling of confidence in the transition process from hospital to home care; correctly judge the appropriate timing for the transition to home care, strengthen the support network. It is necessary that nurses who place much value on home care provide nursing care utilizing the support network, assure confidence, and correctly judge the timing.

In Japan, many geriatric cancer patients died at designated cancer-care hospitals despite the desires of the patients to return home. Many patients have chosen to stay hospitals because of considering caregiver burden or uncertainty of support systems for sudden deterioration. It is the challenge of this model to be put to practical use at those hospitals in order to promote home care and End-of Life home care for patients and families.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	1,600,000	480,000	2,080,000
2010年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2011年度	800,000	240,000	1,040,000
年度			
年度			
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・地域・老年看護学

キーワード：終末期がん看護

1. 研究開始当初の背景

がん患者の死亡場所は、施設内が 94.0%、自宅 5.8%であり、がん患者の在宅療養や在宅での看取りは依然として困難な状況にある。患者が高齢である場合、家族形態の多様化や家族機能の変化に伴い介護者も高齢の配偶者であることが多く、その在宅療養は他の世代に比べてより困難なものになる。また自宅での看取りが困難な理由として、介護する家族の介護負担や急変時の対応の不安が挙げられており、サポートシステムや多職種間の協働の問題が推測される。

がん対策基本法やがん対策推進基本計画により、がん医療の均てん化の促進等が図られ、がん患者の療養生活の質の維持向上については、早期からの緩和ケアの必要性が明記された。しかし、平成 20 年 3 月に日本医師会から出された「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」によれば、がん患者の緩和医療は言うまでもなく、在宅療養の認識もほとんど変化していないことが窺える。また、平成 19 年 1 月に行ったオーストラリア連邦ヴィクトリア州の高齢者ケアの視察を通して明らかになったことは、オーストラリアにおいて高齢者の「Aging in Place」を可能にしている要因には、在宅ケアが国の医療制度として明確に位置づけられ、在宅ケアへの移行促進のために訪問看護師による退院調整が積極的に行われていることがあった。すなわち、オーストラリアでは訪問看護師が在宅リエゾン看護の役割が任せられ、それが連邦政府の強力な後押しによってうまく機能しており、両国の在宅ケア提供システムには大きな違いがあった。

終末期がん患者の在宅ケアについては、がん患者と家族の在宅療養やその支援に関する研究、終末期がん患者に対する医療機関の看護師や訪問看護師の認識に関する研究など、多くの研究が蓄積されてきている。しかし在宅ケアの現状、とりわけ終末期がん患者の在宅ケアは前述の日医の報告書が示すように、またオーストラリアとの違いが示すように、いまだ発展途上と言える。

研究者がこれまで行った研究のうち、平成 20 年度で終了する科学研究費補助金による研究「高齢終末期がん患者と家族の在宅ケア介入モデルの開発に関する研究」は、データ収集を一部残しており、介入モデルの完成には至っていないが、現在までに以下の 4 点が明らかになった。

(1) 高齢終末期がん患者の家族は、的確な医療サポートのもと、介護と生活のバランスが維持され、バランスが崩れることがあってもそれが緩やかであれば、家族はバラ

ンスの崩れた状態に適応し、再びバランスを取り戻していた。そのプロセスはネガティブな側面だけでなく、介護を通して学習された知恵を用いて柔軟に対応するなど、ポジティブな面を有していた。

(2) 患者・家族の中には、在宅ケアに関する様々な情報や知識が与えられ、入院中から在宅ケアの専門家とのカンファレンスを通して顔見知りの関係になり、安心して自宅退院に至った人がいる一方で、何の情報もなく“見捨てられ感”の中、自宅退院に踏み切った人もいた。後者では些細な出来事が在宅ケア中断の要因になっていた。

(3) 高齢終末期がん患者の在宅療養に関心を持つ看護師は、患者の僅かな言動を見逃さず患者・家族に介入し、患者のセルフケア能力を高め、また家族の介護能力を的確にアセスメントしたうえで、在宅移行に必要なサービスを整えていた。一方、在宅ケアという選択肢を持たない看護師は、在宅ケアに関する情報を提供することはなく、患者の療養場所の決定は関わった看護師の認識に左右されていた。

(4) 在宅療養を開始した高齢終末期がん患者の中には、医療機関の医師と往診医との連携のまずさから、苦痛が緩和されないまま最期を迎えた患者もいた。熟練した訪問看護師のタイムリーな介入により療養が継続できた事例もあったが、関わった訪問看護師が終末期がん患者のケアに精通していない場合、患者は再入院を余儀なくされていた。

すなわち、高齢終末期がん患者の在宅ケアは、家族の介護力や訪問看護師のケア能力、調整能力に影響を受けるが、それ以上に移行期の支援が重要であり、医療機関の看護師が在宅移行支援のための力量を形成すること、訪問看護師による在宅リエゾン看護の重要性が示された。

2. 研究の目的

本研究では、これまでの研究の成果である「在宅移行介入モデル」を用いて介入し、介入プロセスや介入結果の評価に基づき、その有用性を明らかにすることを目的とする。特に、高齢終末期がん患者の在宅ケア推進のためには、看護師・訪問看護師双方による在宅ケア移行支援が重要であると考えられ、移行期に焦点をあて介入し、それをもとに介入モデルの評価を行う。

3. 研究の方法

平成 21 年度

(1) 対象者

①A 県およびがん終末期医療に関して高い実績が報告されている B 県のがん診療連携拠点病院等の看護師のうち、高齢終末期がん患者の在宅移行に関して、複数回の経験を有し、研究協力を同意が得られ 10 名程度のもの。

②A・B 両県内の訪問看護師、ケアマネジャーのうち、高齢終末期がん患者の在宅ケアに関して、医師を初め、他職種と豊富な協働経験を有し、研究協力を同意が得られた各 5 名のもの。

(2) 方法

①がん診療連携拠点病院等の看護師に対して、研究代表者もしくは研究分担者が「在宅移行モデル」について講義を行った後、そのモデルを用いて高齢終末期がん患者と家族の在宅療養移行を支援してもらった。介入内容は介入の実際（退院時カンファレンスを含む）、モデルを用いた介入の問題点や感想等であり、本研究用のシート（紙媒体もしくは電子媒体）に記載してもらった。

②訪問看護師ならびにケアマネジャーに対して、①と同様の説明を行った後、医療機関の医師や看護師、在宅療養支援診療所の医師に対して、患者・家族の在宅療養移行に向け「在宅移行モデル」を用いて介入をしてもらう。介入内容は、本研究用のシート（紙媒体もしくは電子媒体）に記載をもらう。記載内容は①の内容の他、協働に関することとした。

平成 22 年度

(1) 対象者

①平成 21 年度に、A 県ならびに B 県のがん診療連携拠点病院等において、「在宅移行介入モデル」を用いて介入を受け、在宅療養に移行した高齢終末期がん患者の家族のうち、研究協力を同意が得られた 10 名程度のもの。

②平成 21 年度、高齢終末期がん患者と家族に対して、在宅ケア移行のために「在宅移行介入モデル」を用いて介入を行った看護師 10 名程度、およびがん診療連携拠点病院等へ直接介入を行ったり、在宅療養支援診療所等と協働を行った訪問看護師 5 名程度のもの。

(2) 方法

①上記対象者①に対して、介入を受けて良かったこと、疑問に感じたことなどを自由に語ってもらい、内容は許可を得て録音するかメモをとった。同様に対象者②に対して、「在宅移行介入モデル」を用いて介入した結果、良かったこと、戸惑ったこと、修正を要すると思われたことなどを自由に語ってもらった。内容は許可を得て録音するかメモを

とった。面接は 1 回/名、60 分/回程度であった。録音内容から逐語録を作成し、メモとともに記述データとして質的に分析した。

②病棟看護師の介入を評価するため、家族ならびに訪問看護師・ケアマネジャーによる評価を抽出し、その内容を検討した。

平成 23 年 4 月～平成 23 年度

(1) 対象者

「在宅移行介入モデル」を用いて介入を行った A 県ならびに B 県のがん診療連携拠点病院等において、高齢終末期がん患者の在宅移行に関して豊富な経験を有するがん看護専門看護師等、看護師 6 名。

(2) 方法

平成 21・22 年度の介入研究において、一定の有用性が確保された「在宅移行介入モデル」を再評価・洗練化するため、上記対象者に対して、①モデルが理解できるか、②実際のケアとの乖離の有無、③モデルの重要性、④活用可能性の 4 点にフォーカスし、グループインタビューを実施した。

4. 研究成果

最終的な介入事例は 7 医療機関に入院中の高齢終末期がん患者と家族（遺族）15 事例と、その在宅移行に関わった 15 名の看護師ならびに訪問看護師 8 名、ケアマネジャー 5 名であった。

介入の実際、介入した病棟看護師あるいは介入を受けた家族（遺族）の感想、病棟看護師の介入に対する訪問看護師やケアマネジャーによる評価を質的に分析し、信頼性・有用性を高めた。以上のプロセスを経て開発した「高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入モデル」について、さらに、6 名のエキスパートナースによるフォーカスグループインタビューを実施し、モデルを洗練化し、最終版「高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入モデル」を開発した。

「在宅移行介入モデル」は、【在宅療養に価値をおく】【在宅移行への安心を保証する】【在宅移行のタイミングを逃さない】【ネットワークを強める】の 4 つのテーマキーから構成された。各テーマキーには下位概念として、それぞれ 5 個、4 個、6 個、3 個のテーマ群と、介入のための具体的な看護ケアである 1～8 個の意味単位を含むモデルとして構造化された。また、高齢終末期がん患者と家族の在宅移行のためには、在宅療養に価値をおく看護師による、ネットワークを活用し、安心が保証され、タイミングをのがさない介入が求められていた

研究成果の発信のため、以下の 2 件を実施した。1. 第 31 回日本看護科学学会学術集会において「終末期がん患者と家族が安心して在宅療養へ移行するために病棟看護師に

求められる看護実践」と題した交流集会を開催し、「在宅移行介入モデル」の紹介とモデルを用いた介入成果、ならびに集会参加者との交流を行った。2. 熊本医学会の助成を受け、平成 21 年度～23 年度、熊本県下の在宅ケアの専門家を対象に、高齢終末期がん患者が「自宅に帰るとのこと」と題したフォーラムを 3 回主催し、毎回 100 名前後の専門家の参加を得て、事例検討・意見交換を行った。また、その内容を熊本医学会ニューズレターに投稿した。

わが国では、在宅療養が強く推進されているにも関わらず、がん患者の多くは最期の療養場所として、最初に診断・治療を受けたがん診療拠点病院を選択している。本研究において約 2 年間のデータ収集期間を設定し、介入を支援したが、実際の介入事例は 7 医療機関で 15 事例であった。この数字は、がん診療連携拠点病院における在宅移行支援の認識の乏しさを示しており、がん患者の在宅療養・在宅での看取り推進のためには、がん診療連携拠点病院における本モデルの活用・定着が課題である。

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)

[学会発表] (計 1 件)

東清巳、鈴木志津枝、植田喜久子、永井眞由美、永田千鶴、安藤悦子、廣川恵子、松本千晴、大平久美: 終末期がん患者と家族が安心して在宅療養へ移行するために病棟看護師に求められる看護実践、第 31 回日本看護科学学会学術集会、2011. 12. 2 高知サウスブリーズホテル (高知県)

[その他]

ホームページ等

- (1) 熊本医学会助成横断的フォーラムー平成 21 年度熊本県在宅ケア研究会「自宅に帰るとのこと」ー、平成 20 年 2 月 13 日開催 (熊本大学医学部保健学科)
- (2) 熊本医学会助成横断的フォーラムー平成 22 年度熊本県在宅ケア研究会「自宅に帰るとのこと」ー、平成 23 年 1 月 29 日開催 (熊本大学医学部保健学科)
- (3) 熊本医学会助成横断的フォーラムー平成 23 年度熊本県在宅ケア研究会「自宅に帰るとのこと」ー、平成 23 年 11 月 12 日開催 (熊本大学医学部保健学科)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

東 清巳 (HIGASHI KIYOMI)

熊本大学・大学院生命科学研究部・教授
研究者番号: 90295113

(2) 研究分担者

鈴木 志津枝 (SUZUKI SHIZUE)

神戸市看護大学・看護学部・教授
研究者番号: 00149709

植田 喜久子 (UEDA KIKUKO)

日本赤十字広島看護大学・看護学部・教授
研究者番号: 40253067

永井 眞由美 (NAGAI MAYUMI)

広島大学・大学院保健学研究科・准教授
研究者番号: 10274060

(3) 連携研究者 (研究者番号)

永田 千鶴 (NAGATA CHIZURU)

熊本大学・大学院生命科学研究部・准教授
研究者番号: 50299666

木子 莉瑛 (KIGO RIE)

熊本大学・大学院生命科学研究部・講師
研究者番号: 40253710

安藤 悦子 (ANDO ETSUKO)

神戸市看護大学・看護学部・講師
研究者番号: 20363476

廣川 恵子 (HIROKAWA KEIKO)

高知県立大学・看護学部・講師
研究者番号: 50446069

松本 千晴 (MATUMOTO CHIHARU)

熊本大学・大学院生命科学研究部・助教
研究者番号: 30452874