様式Ｃ－１９

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成２４年　５月２３日現在

機関番号：２４４０３
研究種目：若手研究（Ｂ）
研究期間：2009～2011
課題番号：２１７９２３３２
研究課題名（和文）　在宅における終末期がん患者を看取る家族への
グリーフケアプログラムの臨床導入と評価
研究課題名（英文）　Clinical innovation and Evaluation of the Grief Care Program for Family of End-of-Life Cancer Patients at Home
研究代表者
岡本　双美子（OKAMOTO　FUMIKO）
大阪府立大学・看護学部・准教授
研究者番号：40342232

研究成果の概要（和文）：在宅で終末期がん患者を看取る家族を対象とした複雑（病的）な悲嘆反応を回避するグリーフケアプログラムを、無作為に割り付けた介入群と通常ケア群に対して実施し、比較した。その結果、介入群は体調不良が改善し、精神的健康度が改善され、身体的症状の軽減がみられたことから、ケアプログラムにより家族の身体的・精神的健康が改善することが明らかとなり、家族の複雑（病的）な悲嘆反応を回避する効果があることが示唆された。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this research was to evaluate the effectiveness and practicality of a grief care program as an intervention for the families providing end-of-life care for cancer patients at home. There was a significant relationship between the presence and absence of intervention on the change in the total score of the GHQ28 (p=0.020), and the Somatic Symptoms of GHQ28 (p=0.021). And there was also significant difference in the physical health associated with poor conditions (p=0.000). The results of this study indicated that this intervention program is effective for families providing end-of-life care for cancer patients at home.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合　計
２００９年度	500,000	150,000	650,000
２０１０年度	800,000	240,000	1,040,000
２０１１年度	700,000	210,000	910,000
年度			
年度			
総　計	2,000,000	600,000	2,600,000

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：訪問看護

１．研究開始当初の背景

現在の日本では、悪性新生物が死亡順位の第１位を占める中、医療技術の発展によりがん治療は入院だけでなく外来治療も可能になり、終末期がん患者の療養先も病院やホスピスだけでなく在宅という選択が可能になってきている。2006 年の調査（大阪府看護協会，2006）では、在宅で訪問看護を利用し終末期を迎えている患者の 74.8%ががん患者であった。また、同年の介護保険の改正に

おいて、40 歳から 65 歳未満の末期がん患者も介護保険を利用できるようになり、2006 年と 2008 年の診療報酬の改正では、在宅療養支援診療所が整備され、在宅におけるターミナルケア及び看取りに係る評価においても見直しが行われた。このような制度の整備により、今後さらに在宅で終末期を迎えるがん患者は増加することが予測され、患者へのケアもさることながら、訪問看護を受けながらがん患者を看取る家族への支援も重要となる。

なぜならば、大切な人を亡くすという死別体験は、人生の生活の変化の中で重大なストレス（Holmes, et al, 1967）であり、大切な人を失った家族は同年代の未体験者に比べると身体的・精神的問題を多く持ち（Zandt, et al, 1989）、かつ死亡率も高く（Mellstrom , et al, 1982）、多くの家族が正常な悲嘆過程を辿る（デーケン, 1984）なか、一部の家族は複雑な（病的）悲嘆に陥る（Burnell, et al, 1994）ことが明らかになっている。このような危機的状況を回避するために、終末期がん患者を看取る家族が複雑な悲嘆に陥らないような悲嘆過程への支援が必要である。

２．研究の目的

(1)グリーフケアプログラムの修正すること。具体的には、在宅で終末期を過ごしているがん患者の家族が、大切な人の死を予期してから死後 3 か月までの期間に、安定した心理・社会的状態で過ごすことができるための系統的なプログラムを、より訪問看護師が実施しやすく、効果的なプログラムに修正すること。

(2)グリーフケアを充実させるために、グリーフケアに関する知識の提供を行うこと。

(3)訪問看護師による実施を試み（臨床導入）、介入群と通常ケア群を比較することでその効果を評価すること。

３．研究の方法

(1)文献検討と、本研究の対象である在宅で終末期がん患者を看取る家族 11 名から得た助言を基に、より効果的なプログラムを検討した。

(2)文献検討と、グリーフケアの実践経験のある訪問看護師およびグリーフケアに関する専門家から得たグリーフケアプログラムに関する助言を基に、より効果的なプログラムを検討し、その結果からさらに訪問看護師への研修内容についても検討した。

(3)本研究の対象者である家族を介入群の通常ケア群の二群に無作為に割り付けて、介入群には訪問看護師の通常ケアに加えてグリーフケアプログラムを実施し、通常ケア群には通常訪問看護師が実施しているケアを提供し、両群を比較し評価することとした。

対象者は、在宅で療養している終末期がん患者の家族で、以下の条件を満たす者とした。

① 終末期がん患者の配偶者
② 対象者の年齢が 75 歳未満である者
③ 本研究の目的や方法を説明し、研究の参加に同意が得られた者

ケアプログラムの適応方法は、介入群には、第 1 回～4 回の介入を実施することとし、通常ケア群には、第 1 回のみの介入を実施することと第 2 回の訪問時には、実際に訪問看護師が家族に行っている通常ケアを実施することとした。

評価指標には、宮林悲嘆尺度（以下、MGM）とコーピング尺度（以下、CS）、社会関連性指標（以下、ISI）、精神健康調査票（以下、GHQ28）、および研究者が作成した身体症状質問紙を用いた。

データ分析は、介入前の 2 群間比較には Fisher の直接法と Mann-Whitney の U 検定、介入の前後評価には回帰分析と Fisher の直接法を用いた。回帰分析では、従属変数は MGM と CS、ISI、GHQ28 の最終評価時の値とし、独立変数は介入前の値と介入の有無（あり＝1、なし＝0）とした。

４．研究成果

(1)プログラムの修正点として、手紙や日記を書くこと、パンフレットの活用方法についての説明を具体的に行うことが必要であることが考えられた。

(2)対象者の特徴である在宅で終末期がん患者を介護し最期を看取るという体験は、精神的な面のみではなく身体的な面にもストレスを受けるため、精神面を重視していたこれまでのケアプログラムに身体面へのケアをさらに追加修正する必要があると考えられた。

(3)対象者は、脱落者 1 名を除いた介入群 11 名、通常ケア群 11 名である。対象者の特性は、年齢 38～73 歳、平均年齢 61.0±8.9 歳であった。対象者の性別は介入群では男性 4 名、女性 7 名、通常ケア群では男性 3 名、女性 8 名であった。職業は、介入群では仕事あり 2 名、パート 1 名、なし 8 名であり、通常ケア群では仕事あり 2 名、パート 3 名、なし 6 名であった。同居家族は、介入群で同居家族あり 4 名、なし 7 名、通常ケア群では同居家族あり 7 名、なし 4 名であった。

終末期がん患者の年齢は 33 歳～77 歳で、

平均年齢は 62.8 歳であった。終末期がん患者の病名は胃がん 4 名、膵臓がん 3 名、肺がん 3 名、大腸がん 2 名、S 状結腸がん 2 名、卵巣がん 1 名、食道がん 2 名、咽頭・食道がん 1 名、上咽頭がん 1 名、乳がん 1 名、肝臓がん 1 名、上行結腸がん 1 名であった。

介入前の両群における特性や評価指標に有意な差は見られなかった。

ケアプログラムの効果について、回帰分析の結果、MGM と CS、ISI においては有意な差は見られなかった（表 1、2、3）。

表 1　MGM の介入群と通常ケア群の比較

従属変数 最終評価のスコア	独立変数 第2回介入前のスコア	回帰係数	標準誤差	t値	p値
総合得点	総合得点	0.549	0.149	3.678	0.002**
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−2.837	6.268	−0.453	0.656
憂鬱と空虚	憂鬱と空虚	0.626	0.158	3.960	0.001**
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−4.461	3.676	−1.214	0.249
疎外感	疎外感	0.665	0.137	4.852	0.000***
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.033	1.063	0.030	0.976
儀礼的な不誠	儀礼的な不誠	0.405	0.143	2.832	0.011*
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.774	1.459	0.531	0.602
適応の努力	適応の努力	0.588	0.256	2.232	0.038*
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.675	1.576	0.429	0.673

表 2　CS の介入群と通常ケア群の比較

従属変数 最終評価のスコア	独立変数 第2回介入前のスコア	回帰係数	標準誤差	t値	p値
問題焦点型	問題焦点型	0.617	0.168	3.679	0.002**
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−0.067	1.493	−0.045	0.965
感情焦点型	感情焦点型	0.711	0.186	3.823	0.002**
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−0.306	0.956	−0.320	0.754
回避・逃避型	回避・逃避型	0.170	0.234	0.727	0.479
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−1.227	2.032	−0.604	0.555

表 3　ISI の介入群と通常ケア群の比較

従属変数 最終評価のスコア	独立変数 第2回介入前のスコア	回帰係数	標準誤差	t値	p値
総合得点	総合得点	0.671	0.125	5.356	0.000***
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.271	0.593	0.458	0.652
生活の主体性	生活の主体性	0.395	0.098	4.044	0.001**
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−0.163	0.174	−0.936	0.361
社会への関心	社会への関心	0.651	0.125	5.210	0.000***
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.055	0.321	0.170	0.866
他者とのかかわり	他者とのかかわり	−	−	−	−
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−0.091	0.091	−1.000	0.329
生活の安心感	生活の安心感	0.500	0.115	4.359	0.000***
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	0.091	0.066	1.378	0.184
身近な社会参加	身近な社会参加	0.638	0.263	2.423	0.026*
	介入の有無 （あり＝1、なし＝0）	−0.124	0.365	−0.339	0.738

ケアプログラムの効果について、回帰分析の結果、GHQ28 の総合得点について、第 2 回介入前と最終評価時の値の変化では、介入群が 7.9±6.3 から 5.00±3.3 と低下し、通常ケア群では 8.5±6.2 から 8.50±4.8 と値に変化はみられず、介入群の方が通常ケア群に比べて有意に低くなっていた（p=0.020）（図 1）。

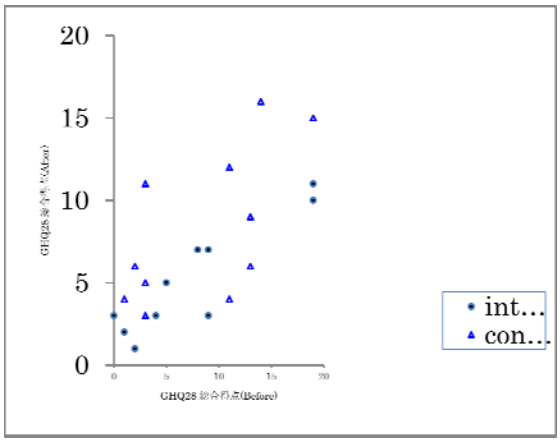

図 1　GHQ 総合得点の散布図

また、GHQ の下位尺度である身体的症状について、介入群が 2.3±1.4 から 1.5±1.3 と低下しているが、通常ケア群では 2.6±2.4 から 3.2±2.0 と値が高くなっており、介入群の方が通常ケア群に比べて有意に低くなっていた（p=0.021）（図 2）。

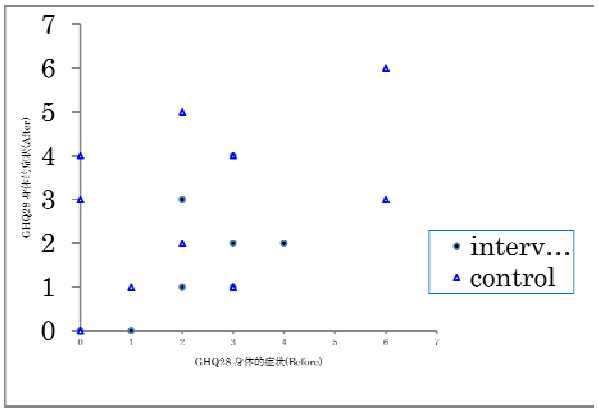

図 2　GHQ 身体的症状の散布図

その他の GHQ の下位尺度では、有意な差はみられなかった。

そして、血圧・健康状態・睡眠状態・体調不良では、体調不良の有無において、介入群の方が通常ケア群に比べて改善している割合が有意に高かった（p=0.000）（表 4）。

しかし、その他については有意な差はみられなかった。

表４　血圧・健康状態・睡眠状態・
体調不良の介入群と通常ケア群の比較

		介入群(n=11)		通常ケア群(n=11)		p値
		人数	割合(%)	人数	割合(%)	
血圧の変化	悪化・不変	10	90.9	10	90.9	1.00
	改善	1	9.1	1	9.1	
健康状態の変化	悪化・不変	9	81.8	9	81.8	1.00
	改善	2	18.2	2	18.2	
睡眠状態の変化	悪化・不変	8	72.7	9	81.2	1.00
	改善	3	27.3	2	18.2	
体調不良の変化	悪化・不変	6	54.5	11	100.0	0.04*
	改善	5	45.5	0	0.0	

在宅で終末期がん患者を看取る家族を対象としたグリーフケアプログラムを作成し、実施した結果、介入により精神的健康度と身体的症状の改善、そして体調不良の軽減が認められ、身体的・精神的健康の改善に結びついたことが示された。しかし、その他の評価指標である宮林悲嘆尺度とコーピング尺度、社会関連性指標では、介入の効果は明らかにならなかった。

在宅で終末期がん患者を看取る家族は身体的・精神的負担を抱えているが、ケアプログラムにより家族の身体的・精神的健康が改善することが明らかとなり、家族の複雑（病的）な悲嘆反応を回避する効果があることが示唆された。

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）
Fumiko Okamoto、Grief Care ： Case Study Family of a End-of-Life Cancer Patient at Home、10th International Family Nursing Conference 、 June 26, 2011 、 Kyoto International Conference Center, Japan

６．研究組織
(1)研究代表者
岡本　双美子（OKAMOTO FUMIKO）
大阪府立大学・看護学部・准教授
研究者番号：４０３４２２３２

(2)研究分担者
なし

(3)連携研究者
なし