

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 8 日現在

機関番号：17401

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2012～2015

課題番号：24593482

研究課題名(和文) 高齢終末期がん患者と家族の在宅療養移行介入モデルの実用化に関する研究

研究課題名(英文) A study on the practical utilization 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

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,900,000円

研究成果の概要(和文)：「高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入モデル」実用化のため、組織的に移行支援に取り組んでいる2がん診療連携拠点病院の病棟看護師に対しモデルおよび活用ガイドラインとチェックリストを用いた支援を依頼した。83例に適用され、63例は合意意思決定・介護力不足に加え、移行に必要な条件を整えようとして移行のタイミングをのがしており、アセスメント能力強化の必要性が示された。また、2回の研修会においても、本モデルで説明可能な課題や取り組みの方向性が抽出され、その実用性が確認された。

研究成果の概要(英文)：To utilize an in-home care intervention model for geriatric cancer patients and their families, we asked nurses who provided care for home transition at two designated cancer-care hospitals to use the in-home care intervention model, guidelines, and checklists. Those items were applied for 83 clinical cases, 63 cases have identified the issues of decision-making and lack of care-giving, and lost the chance to transfer to home-care because of meeting necessary conditions. This indicates the need for reinforcement of the nurses' ability to assess the patient condition. Through conducting two workshops, challenges and directions of the efforts associated with in-home care intervention were identified using this model, and our findings suggest the usefulness of this model.

研究分野：在宅看護学

キーワード：高齢終末期がん患者 在宅療養移行支援 介入モデル 実用化

1. 研究開始当初の背景

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と治療初期からの緩和ケアの必要性が明記された¹⁾²⁾。さらに、2012年4月に策定された第二次がん対策推進基本計画では、従来の計画に加えて、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護の提供体制の充実を図る必要性が再確認された³⁾。一方、団塊の世代が後期高齢期に達する2025年以降、高齢者人口は増え続け高齢者の終末期をどこで、どのように介護し看取るかは喫緊の問題である。特に、余命が限られているがん患者の約80%が在宅療養を希望している⁴⁾にも関わらず、8.2%という自宅での看取り率⁵⁾は、がん患者の在宅療養や看取りが依然として困難な状況にあることを示している。その理由の一つに、介護する家族の介護負担や急変時の対応への不安が挙げられており(平成22年「終末期医療に関する調査」)⁶⁾、サポートシステムや多職種間の連携・協働にも問題があると考えられた。

研究者らは、高齢終末期がん患者がスムーズに在宅移行するための支援モデルの開発を目指しており、本研究に先立ち、高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の経験を明らかにした⁷⁾。その結果、高齢配偶者による介護は、被介護者・介護者双方にとって高齢期の発達課題を達成する重要な機会になっていることが明らかになった。一方で、在宅移行や療養継続は、それを後押しする看護師等、専門職の支援なしには容易でないことも明らかになった。

高齢終末期がん患者と家族が、確かな見通しをもって在宅療養に移行し、在宅での看取りも視野に入れた在宅療養を継続していくための介入方法について、平成18~23年度の6年に亘り、がん診療連携拠点病院や急性

期病院(以下、がん診療連携拠点病院等)の病棟看護師、在宅療養を支援した訪問看護師とケアマネジャーならびに家族介護者(遺族)を対象に研究を実施してきた。その結果、在宅療養移行推進のためには、「在宅療養に価値をおく」「在宅移行への安心保証する」「在宅移行のタイミングをのがさない」「ネットワークを強める」ための関わりが必要であった。しかし、1年間のデータ収集で、介入を依頼した7医療機関のうち、介入事例はわずか15事例であり、がん診療連携拠点病院等における在宅移行の認識不足という困難も経験した。すなわち、高齢患者に限らず、「自宅」を退院後の療養場所として考えたことのない終末期がん患者・家族が多いこと、その背景として、在宅療養という選択肢やそれを可能にする情報が提供されていないことが考えられた。また介入のプロセスでは、退院調整が病棟看護の責任者である看護師長さえ認知していない中、医師と地域連携室のスタッフ間でのみ勧められるという状況が起きており、医療機関内での連携・協働不足も窺えた。

以上のような現状から、がんの積極的治療が主眼とされるがん診療連携拠点病院等において、患者の治療過程や生活状況を最も理解している病棟看護師が、がん治療に伴う患者の安全や安楽の保持という役割に加えて、高齢終末期がん患者の退院支援や退院調整に目が向き、積極的にその役割を担っていくために、「高齢終末期がん患者と家族の在宅療養移行介入モデル(以下、在宅移行介入モデル)」が、がん治療を行っているがん診療連携拠点病院等でも活用できるかどうかを検証していくことが肝要であると考えられた。

2. 研究の目的

本研究では、これまでの研究成果である在宅移行介入モデルをさらに洗練化させ、開発

された最終的な在宅移行介入モデルのがん診療連携拠点病院等における活用可能性を検証し、実用化を目指すことを目的とする。

3. 研究の方法

平成 24 年度

(1) 対象者

高齢終末期がん患者と家族の在宅ケアに関して、他職種と豊富な経験を有し、研究協力を同意が得られた訪問看護師 7 名とする。

がん診療連携拠点病院から在宅療養へ移行した 5 名の高齢終末期がん患者の在宅介護経験者（遺族）とする。

(2) 方法

上記対象者 に対して、フォーカスグループインタビューを実施した。事前に平成 23 年度までの研究成果である在宅移行介入モデルに関する資料及びディスカッションポイント（がん診療連携拠点病院看護師が本モデルを活用して支援するうえで必要なケアを、4 つのテーマキ のうち、【ネットワークを強化する】について、修正・追加・削除項目を検討する）を送付し、インタビューを行った。

上記対象者 に対して、4 つのテーマキのうち、【在宅移行への安心を保証する】、【在宅移行のタイミングをのがさない】について、フォーカスグループインタビューを行った。

上記 2)・3) で出された意見や協議内容および感想を研究者間で分析し、モデルの実用化に向け、洗練化を図った。

平成 25 年～26 年度

(1) 対象者

A 市において高齢終末期がん患者の在宅移行支援に実績のある 2 カ所のがん診療連携拠点病院連携担当部署看護師 2 名とする。

上記 がん診療連携拠点病院 3 部署の病

棟看護師とする。

(2) 方法

上記対象者 に対して、4 つのテーマキの内、24 年度に修正した【ネットワークを強める】について、連携担当部署の看護師の視点で、再度修正点がないか確認してもらい、修正版「在宅移行介入モデル」とした。

上記対象者 に対して、修正版モデルを用いた介入を依頼した。依頼にあたって前回の介入と異なりモデルを用いた意図的な介入を期待したため、病棟看護師に対してモデルの説明を行い、使い勝手や表現の理解を確認した。その結果に基づき、作成したモデル活用のためのガイドライン、チェックリストを用いた介入を依頼し、介入プロセスを記録してもらった。またモデル活用前後の在宅移行支援に対する認識や実態の変化からモデルの実用性を検討するために、介入参加予定 10 名の病棟看護師に対して、高齢終末期がん患者と家族の在宅移行の現状と課題について、インタビューガイドに基づく個別インタビューを行い、質的に分析した。介入開始後は 1 回/2 週退院調整カンファレンスに参加し、モデルを用いた介入の実態を観察し、意見交換を行った。

平成 27 年度

(1) 対象者

平成 25・26 年度において、モデルを用いた介入に参加し、事前インタビューに応じた 10 名の病棟看護師とする。

セミナー「高齢終末期がん患者の自宅退院に向けた病棟看護師の支援」に参加したがん診療連携拠点病院等の病棟看護師 93 名（連携部署看護師、訪問看護師、ケアマネジャーを含む）平成 27 年 12 月 12 日広島市開催参加者 34 名、平成 28 年 1 月 16 日大分市開催参加者 59 名）とする。

(2) 方法

上記の対象者に対して、在宅移行介入モデルおよびガイドライン、チェックリストを用いて介入した結果から、モデルやガイドライン、チェックリストの汎用性、および介入によって在宅移行支援に対する介入者自身あるいは部署全体の取り組みの変化について、フォーカスグループインタビューを行った。インタビュー内容から逐語録を作成し、質的に分析した。分析結果を研究者間で協議し、在宅移行介入モデルの洗練化を図った。

上記の対象者に対して、まず開発した在宅移行介入モデルおよびチェックリスト、ガイドライン活用について講義を行った。次に、参加者の所属施設における高齢終末期がん患者の在宅移行支援の現状と課題、今後の取り組みについてグループワークを行った。グループワークに際しては、ファシリテーターとして、研究協力者に加え開催地で活動中の7名のがん看護専門看護師に協力を依頼した。グループワークでの討議内容の質的分析と在宅移行介入モデルを見比べ、現状や課題、今後の取り組みが在宅移行介入モデルで説明可能かという視点で再度分析を行い、モデルの実用性を検討した。

4. 研究成果

「高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入モデル」の開発に関する研究の最終段階として、がん診療連携拠点病院の病棟看護師を対象者にその実用性を検討した。

これまでの研究で、在宅移行介入モデルとして一定の有用性は確保されたと判断したが、本研究では病棟看護師による意図的な活用を重視したため、まず、モデルの汎用性を目指した。介入に先立ち訪問看護師や家族介護者（遺族）、地域連携部署の看護師を対象にフォーカスグループインタビューおよび研究者との意見交換を行い、モデルの洗練化を重ねた。次に、使い勝手に配慮するとともに臨床経験等に左右されることなく活用で

きるよう、ガイドラインおよびチェックリストを作成し、モデルも含めて介入参加者へ複数回の説明を行った。さらに実用可能性を検討するために、介入前後に介入参加者へインタビュー調査を行い、介入によって在宅移行できたか否かだけでなく、介入者自身や所属部署全体の在宅移行支援に対する認識や実態の変化を把握した。また、最終年度には研究協力者が所属する研究機関の所在地2カ所で研修会を開催し、実用性を検証し、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図1に示すとおり、最終的に【在宅療養に価値をおく】【在宅移行への安心を保证する】【在宅移行のタイミングをのがさない】【ネットワークを強化する】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、3個、5個、3個のテーマ群と、介入のための具体的ケアである1~6個の意味単位を含むモデルとして構造化された。またモデル活用には在宅移行介入ガイドライン（図2）やチェックリスト（図3、入院時のみ掲載）が有用であるとの評価を得た。

全介入事例は83事例であり、そのうち40事例が自宅退院に至った。病棟看護師に対する介入前後のインタビューでは、介入者自身の認識に加え、介入に参加した部署全体の認識に変化が認められたことが示された。一方病棟看護師は在宅移行に向けた全ての条件をクリアしない限り在宅移行できないと判断し、タイミングをのがしていた状況も明らかになった。モデル実用化のためには在宅医療・ケアに関わる専門家との連携・協働、すなわち【ネットワークを強化する】重要性が再確認された。

最終年度に実施した研修会で明らかになったがん診療連携拠点病院における在宅移行の実態と推進上の課題、今後の取り組みは在宅移行介入モデルの4つのテーマキーおよ

びテーマ群で説明できる内容であった。すなわち、在宅療養に価値がおかれていない、在宅移行への安心が保証されていない、在宅移行のタイミングをのがしている、ネットワーク不足/ネットワークが形成されていない現状が示され、モデル活用の有用性が再確認されるとともに実用性が示された。しかし、家族形態の変化や機能の脆弱化による移行支援の困難さに苦慮している様子が窺えた。介入事例においても、介入参加者の多くが家族への対応に苦慮しており、在宅移行支援にはモデル活用とともに家族看護の視点を強化する重要性が示された。

研究成果発信のため、上記研修会開催のほか、第35回日本看護科学学会学術集会において「高齢終末期がん患者の在宅移行支援モデル実用化への試み」と題した交流集會を開催し、87名の参加が得られた。ここでは、モデルを利用して介入に参加した2医療機関の看護管理者2名の協力を得て、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」および介入事例に基づくモデル活用の実際を紹介するとともに、意見交換を行った。

少子高齢化の進行に伴い、家族の多様性はさらに進んでいくことが予測される。がんの終末期という病期と疾患の特性上、高齢終末期がん患者の自宅退院には様々な困難を伴うことが予測されるが、少なくとも自宅退院への意思が確認された事例には、その希望が達成されるような工夫が求められる。そのため、在宅移行に向けた病棟看護師の力量を強化するとともに、開発したモデルを地域住民に向けたパンフレット等に作り替え、国民自らが自身の問題と捉えられるよう、発信していくことが今後の課題である。

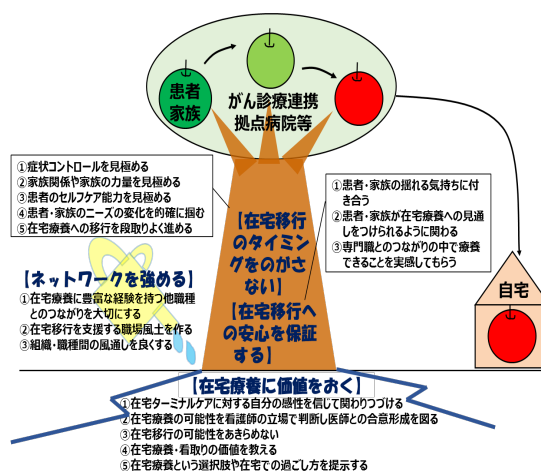


図1 高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入モデル

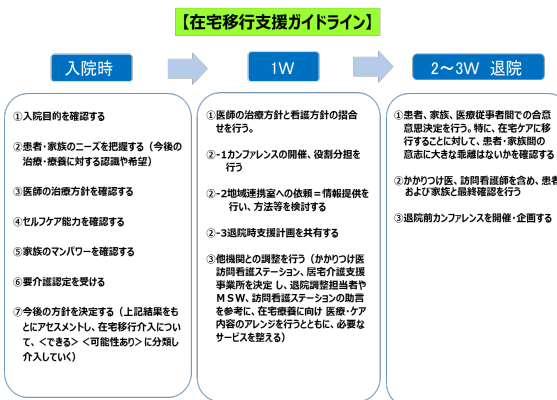


図2 高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入ガイドライン

| 《入院時～》在宅移行支援チェックリスト | | | | できる・可能性あり |
|---|-------------------------------------|-----------|---|-----------------------|
| 日付 | チェック項目 | チェック(サイン) | サブカテゴリー/コード | 実施・確認内容/介入した感触やモデルの課題 |
| / | ① 入院目的の確認 | | | |
| / | ② 患者・家族のニーズを把握する(今後の治療・療養に対する認識や希望) | | [1-①-a][1-①-b] [1-①-c][1-①-d] [2-②-c] [3-③-a][3-③-b] | |
| / | ③ 医師の治療方針を確認する | | [1-②-a] [1-②-b] [1-②-c] | |
| / | ④ セルフケア能力の確認 | | [3-③-c] | |
| / | ⑤ 家族のマンパワーを確認する | | [3-③-a][3-③-b] [3-②-c][3-②-d] [3-②-e] | |
| 対象のADL: | | | | |
| ① 食事 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ② 移動 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ③ 整容 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ④ トイレ動作 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ⑤ 入浴動作 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ⑥ 排便 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| ⑦ 排泄 (自立 一部介助 全介助 不明) | | | | |
| 評価・解決すべき課題 | | | | |
| PS: | | | | |
| PS 0 症状が無く、普通の生活が送れる状態。 | | | | |
| PS 1 軽度の症状があり、歩行や軽作業なら可能な状態。 | | | | |
| PS 2 身の回りの事はでき、少し介助が必要、日中50%以上は起きている状態。 | | | | |
| PS 3 しほしほ介助があり、日中の50%以上は就床している状態。 | | | | |
| PS 4 身の回りのことができません、常に介助があり、終日就床が必要な状態。 | | | | |

図3 高齢終末期がん患者と家族の在宅移行介入チェックリスト

<引用文献>

1) 厚生労働省:

<http://www.law.e-gov.go.jp/htmldata/H18h0098.html> (2014年10月20日)

2) 厚生労働省:

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl>

[/gan_keikaku03.pdf](#) (参照 201 年 10 月 20 日)

3)厚生労働省：

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (2014 年 10 月 20 日)

4)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：

2012 年度ホスピス・緩和ケアに関する意識調査、

<http://www.hospat.org/research-302.html> (2014 年 10 月 20 日)

5)厚生労働省：2014 年度人口動態統計の概況

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Csvdl.do?sinfid=000027231503> (2014 年 10 月 20 日)

6)厚生労働省：終末期医療に関する調査

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf>(2014 年 10 月 20)

7)東清巳：高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の生活世界 - 高齢期における配偶者介護の意味 - , 家族看護学研究 15

(2) : 99-106、2009

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 1 件)

東清巳・日浦瑞枝：「高齢終末期がん患者の在宅移行支援と課題 - がん診療拠点病院における病棟看護師の経験から - 、日本地域看護学会誌、18 (1) 2015、75-81、査読有

〔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・寺町芳子・日浦瑞枝・吉田節子・川口由美子：第 35 回日本看護科学学会学術集会交流集会 4 高齢終末期がん患者の在宅移行モデル実用化への試み、平成 27 年 12 月 5 日、広島国際会議場 (広島市)

〔その他〕

(1) セミナーの開催

「高齢終末期がん患者在宅移行支援セミナー」 - 高齢終末期がん患者の自宅退院に向けた病棟看護師の支援 - 、平成 27 年 12 月 12 日 (広島県健康福祉センター)

「高齢終末期がん患者在宅移行支援セミナー」 - 高齢終末期がん患者の自宅退院に向けた病棟看護師の支援 - 、平成 28 年 1 月 16 日 (大分市ホルトホール)

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 Sizue)

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)

日赤広島看護大学・看護学部・教授

研究者番号：40253067

永井眞由美 (NAGAI Mayumi)

安田女子大学・看護学部・教授

研究者番号：10274060

寺町芳子 (TERAMACHI Yosiko)

大分大学・医学部看護学科・教授

研究者番号：70315323

(3)連携研究者

日浦瑞枝 (HIURA Mizue)

熊本大学・大学院生命科学研究部・准教授

研究者番号：60309979