

令和 4 年 6 月 15 日現在

機関番号：32621

研究種目：若手研究

研究期間：2019～2021

課題番号：19K19687

研究課題名（和文）がん患者・家族の終末期在宅療養移行に向けた早期からの継続的意思決定支援ツール開発

研究課題名（英文）Development of decision-making support tools for the end-of-life care place for cancer patients and their families

研究代表者

田村 南海子（TAMURA, Namiko）

上智大学・総合人間科学部・助教

研究者番号：60613271

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 1,500,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関するがん患者と家族の話し合いの時期や内容、話し合いに影響する要因を明らかにすること、がん患者・家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択のモデルの検証を目的にがん患者の遺族を対象としインタビューと質問紙調査を行った。その結果、患者・家族のコミュニケーションの内容と影響要因が明らかになり、療養場所に関するコミュニケーションが図られていることが緩和ケア主体の時期の患者のQOLに大きな影響を与えることが明らかになった。また、標準治療の選択肢がなくなる段階より前にコミュニケーションを図っていることが早期の療養場所の決定と患者のQOLに影響することが示された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

これまで緩和ケア主体の時期の療養場所に関するがん患者・家族のコミュニケーションの内容や影響を与える要因、効果的な時期、またコミュニケーションが図られることの成果が十分に明らかになっていなかった。それにより、早期から看護師・医師が患者・家族に緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関して、十分な介入を行うことができていなかった。本研究によりこれまでの課題が明らかになり、病棟看護師に加えて昨今がん治療の主軸を担う外来看護の実践現場において、治療期から緩和ケア主体の時期を見越し患者・家族を継続してアセスメントし介入することにつながれると考える。

研究成果の概要（英文）：This study clarifies the timing and content of discussions between cancer patients and their families regarding the choice of treatment location during the period of palliative care, and the factors that influence the discussions. Interviews and questionnaire surveys were conducted on the bereaved families of cancer patients. As a result, it was clarified that the content of communication between patients and their families and the influential factors were clarified, and that communication regarding the place of end of life care had a great influence on the QOL of patients during the period of palliative care. It was also shown that communication before the stage when standard treatment options disappeared affects early decision of place and the QOL of palliative care stage's patients.

研究分野：看護学

キーワード：がん患者・家族 緩和ケア主体の時期 療養場所の選択

1. 研究開始当初の背景

日本では年間約 97 万人が新たにがんと診断され、約 37 万人ががんにより死亡している（厚生労働省，2018）。がん患者の遺族を対象とした全国調査（国立がん研究センターがん対策情報センター，2018）の結果、がん患者の 70%以上は希望する最期の療養場所は自宅と選択しているが実際に患者の希望する療養場所で過ごせた割合は、自宅群 90%・緩和ケア病棟群 47.6%・一般病棟群 30.6%であった。

家族による緩和ケア主体の時期の患者の QOL の評価は、自宅・緩和ケア病棟・一般病棟のいずれの場合でも希望する場所で過ごした方が有意に高く、また家族にとっても患者が希望する療養場所で過ごせることが、その後の家族の複雑性悲嘆や大うつ性障害を示す点数が低くなることが報告されている（首藤，2014）。これらのことから、緩和ケア主体の時期に患者が希望する療養場所で過ごすことは、患者自身が質の高い人生の終焉の日々を過ごすことや看取り後の家族の人生に肯定的な影響を与えることが考えられる。

がん患者の特徴として、予後 1~2 ヶ月で急速に体力が低下すること（Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003）また予後 1 ヶ月頃からがんの進行に伴う全身倦怠感や食欲低下といった症状が増強することが明らかになっている（Seow et al, 2011）。実際に在宅緩和ケアへ移行したがん患者と家族の体験した困難として、がんの進行に伴う諸症状により考える余裕がないこと、家族も介護疲れにより考える余裕がないことが報告されている（森・古川，2018）。これらのことから、緩和ケア主体の時期の療養場所の選択には、タイミングが重要であり、早い段階から緩和ケア主体の時期の療養場所の検討ができることにより、療養場所や過ごし方の選択肢を広げることが可能となり、死亡までの出来るだけ長い期間を患者が希望する場所で過ごすことができると考えられる。

また、がん患者と家族の意思決定の特徴として、診断から治療の当初は患者が中心となるが、終末期に近づくにつれて家族主導へと移行することが示されており（Edwards, Olson, Koop, & Northcott, 2012）特に療養場所については患者本人の希望と共に、生活とのバランスや家族の介護力を考えながら決定していることが報告されている（柳原，2008）。これらのことから、がん患者の緩和ケア主体の時期の療養場所の決定には、患者と家族が話し合いを行いながら選択していることが推察される。がん患者・家族の話し合いに関する実態調査によると、終末期医療・介護の患者の希望について 52%が話し合い、患者とよく話した時期として、がんに対する治療中が 54.1%、苦痛の緩和が主な治療になってからが 29.9%であり、54.6%が適切な時期だったと評価している（辰巳，2017）。このことから、患者と家族が終末期の過ごし方に関する話し合いを行っていることが示されているが、話し合いが希望する療養場所の選択に影響するか、話し合いに影響する要因は何か、がんの診断から始まる一連のプロセスの中でどのような段階で話し合いが行われることが効果的か、それらは十分に明らかになっていない。

これまで述べてきたように、緩和ケア主体の時期の療養場所の選択について看護師が介入するためには、がん患者・家族の療養場所選択の構造を明らかにする必要があると考えられる。

2. 研究の目的

- 1) 緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関する患者と家族の話し合いの時期や内容、また患者と家族の話し合いに影響する要因について明らかにする
- 2) がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択に関するアセスメントツール開発の基礎として療養場所選択の構造モデルを作成し検証する

3. 研究の方法

1) インタビュー調査

研究目的 1) を明らかにすること、初版の仮説モデルの作成、質問紙調査の質問項目の抽出を目的に、積極的治療の選択肢がなく緩和ケア主体の療養を在宅または緩和ケア病棟または一般病棟で経て亡くなったがん患者を看取った家族（主介護者）看取り後 6 か月~7 年以内の家族を対象とし半構造化インタビューを行い、質的帰納的に分析をした。

2) 質問紙調査

研究目的 2) を明らかにするため、がん患者の遺族を対象とし質問紙調査を行った。質問紙の内容は、文献検討およびインタビュー調査の結果をもとに作成し、内容妥当性と表面妥当性の検証を行った。リクルートはがん患者遺族会、日本ホスピス緩和ケア協会のホームページに記載の緩和ケア病院、日本ホスピス緩和ケア協会のホームページに記載の緩和ケアを提供する診療所、末期がん患者の看取りを行っている訪問看護ステーションを対象に行い、675 名の遺族に郵送した。

分析は、構造方程式モデリングを用い、モデルの適合度の評価には、CFI (comparative)、RMSEA (root mean square error of approximation)、GFI (goodness of fit index)、AGFI (adjusted goodness of fit index) を用いた。CFI は 0.90 以上、RMSEA は 0.08 以下、GFI は 0.90 以上、AGFI は 0.85 以上であればモデルがデータに適合していると評価した。

4. 研究成果

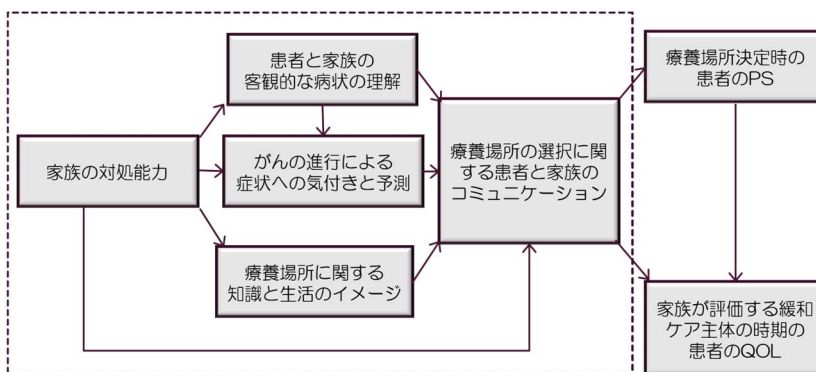
1) インタビュー調査

研究参加者は7名で、年代は30代～80代、患者との続柄は配偶者が5名、子どもが2名だった。患者の診断時の年代は50代～80代で、診断～死亡までの期間は4ヶ月～12年で中央値は6ヶ月だった。

分析結果について、< >はカテゴリ、【 】はサブカテゴリとして示す。<緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関するコミュニケーション>は【本人が過ごしたい場所とその理由を共有する】【予後が限られていることを認識しながら本人・家族で日々の楽しみや目標を共有する】で構成された。

コミュニケーションに影響する要因として<患者と家族の客観的な病状の理解>【発症当初から患者・家族で病状を理解する】【がんの根治・延命のための標準治療の方法がないことを知る】【転移が見つかった段階で本人・家族が客観的な予後を認識する】<がんの進行による症状への気付きと予測>【がんの進行による症状の出現に気づき医療者に相談する】【今後の症状の進行をイメージすることは難しい】【症状への気付きと予測が療養場所の選択に影響する】<療養場所に関する知識と生活のイメージ>【療養場所に選択肢があることを知る】【出来なくなることが増える中で自宅での生活をイメージすることは難しい】【自宅では緊急で入院できる病院がないと怖い】【安心材料として緩和ケア病棟を予約する】【自宅での生活には往診医と訪問看護が必須】【一般病棟の不自由さや生活感がない環境と看護ケアの限界】【一般病棟だからこそ慣れた環境とスタッフに安心する】【緩和ケア病棟は看取りを専門とする環境とスタッフ】【緩和ケア病棟は言葉の印象から死を待つイメージ】【入院期間の限界と緊急入院はできないことを感じ不安を抱く】【緩和ケア病棟での治療や入院の条件の理解】<家族の対処能力>【もともと家族で本音や踏み込んだ話をする】【家族内の生命の危機的状況に対する経験や介護に関する経験】【がんになる以前から具合が悪くなった時に過ごしたい場所や過ごし方を共有する】【がんについて客観的な情報を自分たちで調べたり知人に相談する】【自宅で利用できるサービスや緩和ケア病棟について知人に聞いたり自分たちで調べる】【病気や治療の情報・知識を本人と家族で共有する】【病状の進行のポイントは家族が受診に同席する】【家族が認識した症状の変化や進行を家族間で情報共有する】【根治・延命の治療中に治療と本人の大切にしたいことのバランスについて話し合う】【家族だからこそ病状や予後についての受けとめは直接話せない】【予後を見越して仕事や生活の予定の調整をする】が抽出された。

また、<緩和ケア主体の時期の療養場所の選択に関するコミュニケーション>と<療養場所に関する知識と生活のイメージ>は、それらができた時期が療養場所の選択に影響を及ぼすことが示された。これらの分析結果から、以下の仮説モデルを作成した。



2) 質問紙調査

(1) 基本情報

有効回答数は222名であった。家族の性別は女性151名(68%)男性71名(32%)で年代は20代～80代(平均:61.71歳±10.9)患者からみた続柄は配偶者101名(45.2%)子91名(41.2%)親3(1.4%)兄弟姉妹15(6.8%)その他12(5.4%)だった。患者の性別は女性85名(38.5%)男性137名(61.5%)で死亡時の年代は30代～90代(平均:76.17歳±12.6)だった。

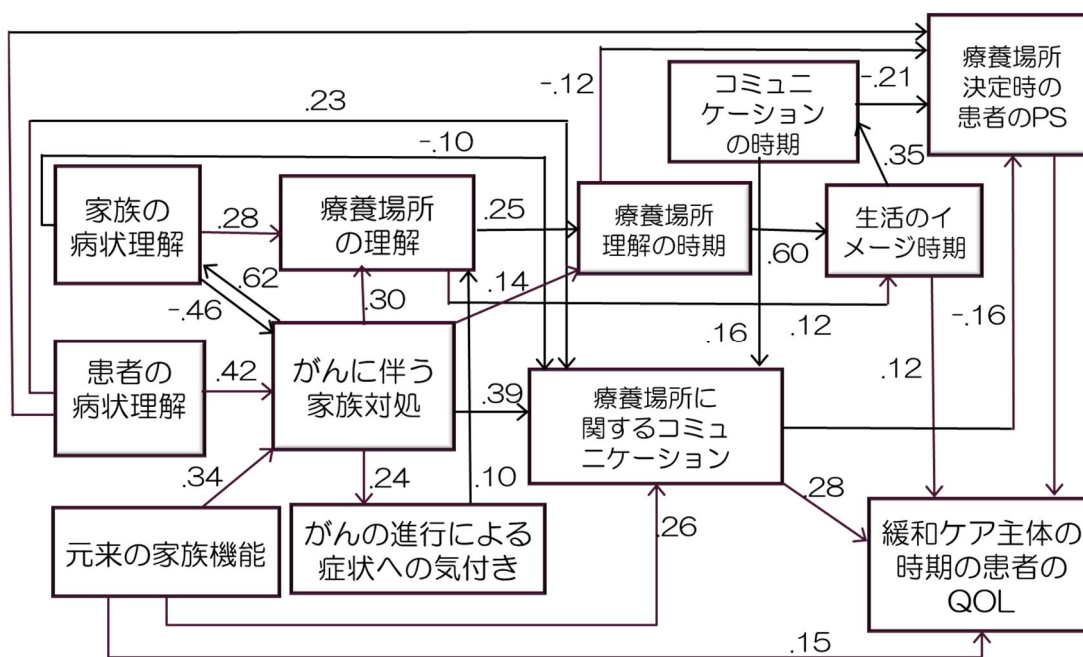
患者が希望した療養場所は自宅が101名(45.2%)緩和ケア病棟またはホスピスが74名(33.5%)その他の病院が28名(12.7%)介護施設1名(0.5%)その他11名(5%)だった。死亡前2ヶ月間で最も長く過ごした場所は、自宅が107名(48%)緩和ケア病棟またはホスピスが62名(28.1%)その他の病院が38名(17.2%)介護施設13名(5.9%)その他2名(9%)だった。死亡した場所は、自宅が40名(17.6%)緩和ケア病棟またはホスピスが157名(71%)その他の病院が23名(10.4%)介護施設2名(0.9%)だった。

(2) がん患者家族の緩和ケア主体の時期の療養場所選択の構造の構成概念と全体の得点

構成概念	得点範囲	平均値	標準偏差	Chronbach 係数
家族の病状理解	1 - 4	3.61	±0.67	0.63
患者の病状理解	1 - 4	3.06	±1.04	0.85
がんの進行による症状への気付きと予測	1 - 4	2.98	±0.98	0.65
療養場所理解	1 - 4	3.05	±0.99	0.70
家族対処	1 - 4	2.7	±0.48	0.72
療養場所に関するコミュニケーション	1 - 4	2.84	±1.09	0.89
療養場所決定時のPS	0 - 4	3.71	±1.17	
家族が評価した患者のQOL	1 - 7	4.75	±0.94	0.77

上表の結果に示すように、各構成概念について内的一貫性が示された。また、因子構造について確認し「家族対処」としていた概念が2因子に分かれることが明らかになったため、構成概念の内容を確認し「元来の家族機能」「がんに伴う家族対処」という2因子に分けてモデル検証を行うこととした。

(3) がん患者・家族の緩和ケア主体の時期療養場所選択の構造モデルの検証



モデル検証の結果を上図に示す。「療養場所理解の時期」「生活のイメージができた時期」「緩和ケア主体の時期の療養場所に関するコミュニケーションの時期」はいずれも標準治療中までの段階と標準治療がなくなってきた段階以降に分けて分析を行った。モデル適合度は、 χ^2/df 1.913、CFI.922、RMSEA.064、GFI.943、AGFI.897だった。

「緩和ケア主体の時期の患者のQOL」には「コミュニケーション」と「PS」が影響を与えることが示された。「PS」には「コミュニケーションの時期」が-.22、「患者の病状理解」が-.20「療養場所理解の時期」が-.17という総合効果を与えていた。コミュニケーションが早期に図られること、患者の病状理解ができていないこと、療養場所に関する知識を早期に得ていることが標準治療中の患者・家族のコミュニケーションに影響を与え、症状が進行する前の段階における療養場所の決定に影響することが明らかになった。また、「療養場所に関する知識を得た時期」は「症状が進行した場合の療養場所の生活をイメージできた時期」を介して(-.21の間接効果)早期のコミュニケーションに影響を与えることが示された。インタビュー調査の結果から、症状が進行した状態での生活をイメージすることや、各療養場所でどのように生活を送ることができるのかイメージすることが難しかったという結果が得られている。モデル検証でも示されたように、療養場所に関する知識の提供のみではなく各療養場所における具体的な生活のイメージができるように、標準治療中の段階から看護師が働きかけることが重要だと考えられる。

「緩和ケア主体の時期の患者のQOL」への影響は、「緩和ケア主体の時期の療養場所に関する

コミュニケーション」が.32の総合効果と最も高く、次いでPSと元来の家族機能が.26という結果だった。「コミュニケーション」に与える影響は「元来の家族機能」「患者の病状理解」「がんに伴う家族対処」の順で大きかった。元来の家族機能が高いことは療養場所の選択における患者のQOLに強みとなることが示された。しかし、一方で元来の家族機能が低い家族であった場合も、患者の病状理解やまたそれを介したがんに伴う家族対処がコミュニケーションに影響を与えることが示された。

<引用文献>

- Edwards,S.B.,Olson,K.,Koop,P.M., & Northcott,H.C.(2012).Patient and Family Caregiver Decision Making in the Context of Advanced Cancer. *Cancer Nursing*,35(3),178-186. doi:10.1097/NCC.0b013e31822786f6
- Lunney,J.R.,Lynn,J.,Foley,D.J.,Lipson,S.,& Guralnik,J.M.(2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*, 289(18), 2387-92.doi: 10.1001/jama.289.18.2387
- 森京子, 古川智恵 (2018) .在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助. *日本在宅看護学会誌*,6(2),65-74.
- Seow,H., Barbera,L., Sutradhar,L., Howell,D., Dudgeon,D., Atzema,C.,... Earle,C.(2011). Trajectory of Performance Status and Symptom Scores for Patients With Cancer During the Last Six Months of Life, *American Society of Clinical Oncology*,29(9),1151-1158. doi: 10.1200/JCO.2010.30.7173. Epub 2011 Feb 7.
- 首藤真理子 (2014) .療養場所を決定する時に重要視した要因と希望する療養場所と実際の療養場所の一致に関する研究.遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (J-HOPE3),55 59. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE3/J-HOPE3_3_3.pdf
- 辰巳有紀子(2017).患者・家族間のEnd of Life Discussionについての遺族の評価. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 4(J-HOPE4) ,74-78. https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE4/J-HOPE4_3_9.pdf
- 柳原清子 (2008) .がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究 ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて . *ルーテル学院研究紀要* ,42,77-96. <https://core.ac.uk/download/pdf/228944632.pdf>
- 国立がん研究センターがん対策情報センター.(2018). がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業「患者が受けた医療に関する遺族の方々への調査」.<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/090/result/index.html>
- 厚生労働省.(2018). 平成30年(2018)人口動態統計(確定数)の概況.<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei18/index.html>

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------