

「終末期がん患者とその家族への在宅療養移行における 支援内容とその評価～遺族のインタビューから～」

大阪府立大学看護学部 岡本双美子

研究報告要旨

【研究目的】

在宅療養移行時に受けた支援内容とその評価を明らかにすることとした。

【研究方法】

研究デザインは質的記述的研究とし、対象は在宅で療養し終末期がん患者を看取った、看取り後3か月～2年の家族とした。データ収集方法は半構成的質問紙による面接法とした。

【結果】

対象者は34～83歳で、患者の妻3名、夫1名、息子2名、娘2名、母1名、妹1名、嫁1名であった。患者は43～83歳、男性4名、女性7名で、独居患者が2名いた。病院で受けた具体的な支援内容としては、<主治医の対応>と<退院指導>、<在宅医療・介護の紹介>の3つのカテゴリーが抽出された。

【考察・結語】

肯定的に評価された支援内容には病院と在宅医療との連携が挙げられ、家族は適切な情報提供や状況や希望に合わせた在宅関係者へのマッチングを求めていることが示唆された。そのため、在宅療養への移行が“病院から見捨てられる”のではなく“新たなサポーターへ引き継がれる”ことを十分保障する機会となるよう、病院・在宅関係者の連携強化を図ることが重要であると考えられる。

I. 研究背景

近年、医療制度改革により在宅ケアが推進されてきており、2006年の介護保険の改正により24時間体制や多職種との連携を基本とする在宅療養支援診療所の創設や末期がんの特定疾病への追加、また診療報酬の改定では在宅ターミナルケア加算の増額など、終末期がん患者の在宅における介護や看取りを支援する制度は整いつつあると言える。しかし、がん患者の死亡場所は病院が89.2%を占め、自宅はわずか7.3%に過ぎず（厚生労働省, 2009）、制度は整備されても在宅で看取られるがん患者は限られている。

そこで、今後より終末期がん患者とその家族が安心して在宅療養移行を選択できるよう、現在実施されている在宅療養移行における終末期がん患者とその家族への支援内容とその評価を明らかにすることが急務であると考えます。

II. 研究目的

本研究の目的は、在宅療養移行時に受けた支援内容とその評価を明らかにすることとした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、質的帰納的研究とした。

2. 対象

- 1) 在宅で療養し終末期がん患者を看取った家族
- 2) 終末期がん患者の看取り後3か月以上経過し2年以内の家族

以上の条件を満たし、心身ともに落ち着いた家族で、研究の趣旨について理解し研究参加の同意が得られた者とした。

募集方法は、研究代表者が研究協力の同意の得られた研究協力施設の院長あるいは管理者に、研究参加が可能と考えられる対象者の選択と、選択された対象者への簡単な研究の趣旨と研究協力の説明を依頼した。内諾の得られた対象者に対し、研究代表者が再度、研究の目的・内容・方法、倫理的配慮に関して口頭と文書で説明した。対象者の自由意思により研究参加の同意が得られた対象者を研究協力者とした。

3. データ収集

データ収集方法は、個人特性調査用紙と半構成的質問紙による面接法とした。

4. データ分析

データ分析方法は、面接内容を研究協力者毎に逐語録に起こし、病院から在宅移行時に受けた支援内容とその評価について書かれている部分を抽出してコード化し、類似するコードをまとめてサブカテゴリー化、カテゴリー化した。分析は、緩和ケアあるいは在宅緩和ケア

に携わった経験が5年以上ある医師と看護師複数名により行った。

5. 研究期間

研究の時期は、2012年11月1日～2013年3月31日とした。

6. 倫理的配慮

研究協力施設の管理者と研究協力者に、文書と口頭にて以下の内容を説明する。本研究の趣旨と内容、自由意思による研究参加、拒否する権利、不利益の回避、研究で知り得た内容を研究以外の目的で使用しないこと、個人が特定されるような記載は行わないこと、データは調査者が厳重に保管し研究終了後は直ちに破棄すること、希望すれば研究結果を還元すること、研究結果を学会などで発表することなどについて説明した。

なお、本研究は大阪府立大学看護学倫理委員会に申請をし、承認を受けた上での実施とした。

IV. 結果

1. 対象者の特性

インタビュー対象者は34～83歳で、患者の妻3名、夫1名、息子2名、娘2名、母1名、妹1名、嫁1名であった。患者は43～83歳、男性4名、女性7名で、独居患者が2名いた。

在宅療養への移行の契機は、がんの積極的な治療が難しくなった時点で患者自身が在宅療養を選択した、あるいは、主治医から退院や転院を勧められ患者の意向に沿う形で家族が退院を決意した、のいずれかであった。

2. 病院で受けた具体的な支援内容とその評価

病院で受けた具体的な支援内容としては、<主治医の対応>と<退院指導>、<在宅医療・介護の紹介>の3つのカテゴリーが抽出された。

以下、カテゴリーは<>で、サブカテゴリーは「」で示す。

<主治医の対応>では、「決定権は患者にあると尊重」する医師の存在や「患者へ包み隠さず説明」「紹介した在宅医や看護師の保証」「退院後変化があれば連絡するよう説明」する支援が挙げられていたが、「具体的な病状説明の不足」「治療以外の相談は無理な感じ」や「転院の勧めに従わない家族に不機嫌な反応」を受けた経験も語られた。

<退院指導>では、「退院前訪問で車椅子操作の指導」「導尿やオムツ交換の指導」「補助栄養剤摂取の紹介」が挙がる一方で、「何の指導もなく退院」もみられたが、退院後在宅関係者の支援を受け、困ることはなかった。

<在宅医療・介護の紹介>では、「訪問診療を行う在宅医の一覧の提示」や「在宅医療という選択肢の紹介」「相性の合いそうな在宅医の紹介」「患者が決めた在宅医への交渉」「介護保険の申請の説明」が挙げられていた。しかし、病院側からの紹介が無く「家族がインターネット

トで在宅医を検索」する家族や、媒体情報だけでは自らの状況と結び付かないため「直接相談できる体制」を切望する家族もあった。また、「退院前カンファレンスの実施」は全ケースで実施とはいかず、行われていなかった場合には「病院と在宅関係者の連絡調整」がみられた。

V. 考察

病院で受けた具体的な支援内容には、包み隠さない病状説明や患者の決定の尊重、介護保険の説明、在宅医の一覧の提示、患者が決めた在宅医への交渉、相性の合いそうな在宅医の紹介、在宅医や看護師の保証、状態変化時の電話対応の説明が挙げられ、これらは病院から在宅医療への連携であると言える。一方、一部の家族は具体的な病状の説明不足や治療以外の相談は無理な感じ、転院の勧めに従わない家族への医師の不機嫌な反応を経験し、病院側からの紹介や退院前カンファレンスが無く、家族自身で在宅医を探しており、病院から在宅医療への連携はみられなかった。そのため、媒体情報だけではなく直接相談できる体制を切望していた。がん対策推進基本計画中間報告書（厚生労働省，2010）では、病院と在宅を支える医療機関などが十分連携を図ることで、在宅での療養生活を希望するがん患者が安心して在宅医療を選択できるような医療提供体制を整備する必要があるとし、地域におけるネットワークを構築することが重要であるとしている。また、緩和ケアや在宅緩和ケアに携わる医療者の認識調査においても、情報提供や（竹村ら，2005）病院と診療所とのコミュニケーション（伊藤ら，2010）、末期医療におけるネットワークの構築（林ら，1998）、などの在宅緩和ケアにおける連携の必要性が報告されている。本研究結果においても、家族は医療者と同様に病院と在宅医療との連携を求め、それらを肯定的に評価していた。今回対象となった家族にとって、在宅療養への移行はがん治療を行う病院や主治医との決別であり、新たなサポーター獲得の機会と言える。そのため、在宅療養移行期には **Best Supportive Care** の体制を築くために、適切な情報提供や状況や希望に合わせた在宅関係者へのマッチングが求められていることが示唆された。在宅療養への移行が“病院から見捨てられる”のではなく“新たなサポーターへ引き継がれる”ことを十分保障する機会となるよう、病院・在宅関係者の連携強化を図ることが重要であると考ええる。

在宅療養移行時の支援の一つに意思決定支援（松下ら，2009）がある。しかし、本研究では意思決定支援は抽出されなかった。その理由として、今回の対象は、患者自身で在宅療養を選択した、あるいは、主治医から退院や転院を勧められ患者の意向に沿う形で家族が退院を決意した家族であったことから、患者家族間での大きな意思のズレや迷いがなかったことが考えられる。しかしながら、今後は、患者家族が意思決定し退院が決定してからではなく、患者家族間での意思のズレがある場合や患者家族が迷っている場合なども含めて、より早く意思決定の段階から看護師あるいは医療チームで関わり、入院早期から支援していくことが求められ、それがひいては終末期がん患者とその家族が安心して在宅療養移行を選択できることにつながると言える。

本研究は、南大阪地域という限られた地域での実施であることから、今後さらにデータを蓄積していくことが必要であると考ええる。

VI. 結語

病院で受けた具体的な支援内容としては<主治医の対応>と<退院指導>、<在宅医療・介護の紹介>があり、肯定的に評価された支援内容には病院と在宅医療との連携が挙げられ、家族は適切な情報提供や状況や希望に合わせた在宅関係者へのマッチングを求めていることが示唆された。そのため、在宅療養への移行が“病院から見捨てられる”のではなく“新たなサポーターへ引き継がれる”ことを十分保障する機会となるよう、病院・在宅関係者の連携強化を図ることが重要であると考ええる。

VII. 引用文献

- 林章敏、福井次矢、堀泰祐他：京滋地区（京都府、滋賀県）における末期医療に関する病診連携の現状と将来－アンケート調査より－，京都医学会雑誌，45(2)，55-62，1998
- 伊藤富士江、井村千鶴、森田達也：がん在宅緩和医療の課題と解決策に関する診療所医師を対象とした訪問調査，緩和ケア，20(6)，641-647，2010
- 厚生労働省：終末期医療に関する調査等懇談会報告書骨子（案），1-6，2009
- 厚生労働省：がん対策推進基本計画 中間報告書，1-51，2010
- 松下正明監修：チームで行う退院支援，中央法規，東京，pp23・pp73-74，2009
- 竹村節子、藤田きみゑ、横井和美：地域における在宅ホスピスケアの実態（後編） 滋賀県開業医へのアンケート調査から，消化器外科 NURSING，10(7)，107-114，2005