

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2015 年度（後期）一般公募

「在宅医療研究への助成」 完了報告書

「地方都市において終末期がん患者の

在宅療養を可能にする要因について」

提出年月日：平成 29 年 3 月 31 日

申請者および研究代表者：田中奈津子

所属：上智大学総合人間科学部看護学科助手

共同研究者：三島奈緒子

所属：上智大学総合人間科学部看護学科助手

## 1. はじめに

人生の最期の場所を住み慣れた自宅や介護施設等、自身の望む場所で過ごしたいことは多くの人が望んでいることであろう。

我が国において死因の第1位はがんによるもの<sup>1)</sup>であり、2015年の予測がん罹患数は、982,100例（男性560,300例、女性421,800例）で、2014年予測値より約10万例増加し、2015年のがんで死亡する数は370,900人と推計<sup>2)</sup>されている。

このような我が国の状況において厚生労働省は、人生の最終段階における医療について、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築にあたり、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備するための取組み<sup>3)</sup>をすすめている。

医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として、進めることが重要である。終末期がん患者が本人、家族にとってよりよい最期を過ごすためには、在宅医療を選択できるような医療提供体制が必要となってくる。

終末期がん患者の在宅療養継続を促進、阻害する要因<sup>4)</sup>、終末期がん患者在宅療養支援体制の課題<sup>5)</sup> また、終末期がん患者とその家族への在宅療養における支援内容とその評価について在宅で最期を看取った家族へのインタビュー結果<sup>6)</sup>、在宅療養において家族介護者が体験する困難<sup>7)</sup>に関する研究がある。これらは都市を対象にした研究成果であり、医療提供体制が未整備である地方都市における研究報告は少ない。

A管内の医療保険等による在宅医療サービスを実施している医療機関数は、病院6.8、診療所11.2（人口10万人対）と全国平均の病院4.0、診療所30.1と診療所において下回っている。終末期も含め24時間体制で患者の急変時等に対応できる在宅療養支援病院は2か所、在宅療養支援診療所は5か所と平成23年から現在までに増加傾向にあるが、人口10万人あたりでは全国平均を下回っている。訪問看護ステーションは、15か所ありそのうち24時間対応は、6か所、ターミナルケア対応は6か所、365日対応は1か所のみである。緩和ケアにおいては、がん診療連携拠点病院が2か所あり、それぞれの緩和ケアチームが整備されている。患者が望む場所での看取りが可能な体制を構築しているが、A管内では在宅医療に係る資源が十分とはいえない<sup>8)</sup>。そのため、患者が望む場所での在宅療養を支援するための取り組みが必要である。

本研究は、地方都市におけるがん患者が在宅療養を可能にする要因について、在宅療養を行ったがん患者の家族にインタビューを行い明らかにすることを目的としている。

## 1. 研究方法

### 1) 研究対象者の選定・募集方法

在宅医療を提供した病院、訪問看護ステーション（研究協力施設）から看取りから6か月以上経過し、正常な悲嘆のプロセス（死の否認や怒り、切望、抑うつなどの感情の激しい状態ではない）をたどっていると判断した遺族（研究対象者）を紹介していただき、選定方法は以下のとおりである。

- (1) 研究責任者から訪問看護ステーション、病院継続看護部門（研究協力施設）へ研究協力依頼した。
- (2) 研究協力施設において研究対象者候補を選定した。
- (3) 研究協力施設から研究対象者候補（遺族）へ研究協力の趣旨説明および研究責任者への連絡先の提供の同意を得た。
- (4) 研究責任者から遺族へ研究協力の説明および同意を得た。
- (5) 研究対象者を決定した。

### 2) 研究デザイン

質的記述研究

### 3) インタビュー実施期間

2016年12月22日～2017年3月21日まで

### 4) データ収集方法

在宅医療を提供した病院、訪問看護ステーション（研究協力施設）から看取りから6か月以上経過し、正常な悲嘆のプロセス（死の否認や怒り、切望、抑うつなどの感情の激しい状態ではない）をたどっていると判断した遺族（研究対象者）を紹介していただき、対象者決定からデータ収集までは以下の通りである。

- (1) 研究責任者から訪問看護ステーション、病院継続看護部門（研究協力施設）へ研究協力を依頼した。
- (2) 研究協力施設において研究対象者候補を選定した。
- (3) 研究協力施設から研究対象者候補（遺族）へ研究協力の趣旨説明および研究責任者への連絡先の提供の同意を得た。
- (4) 研究責任者から研究対象者（遺族）へ研究協力の説明および同意を得た。
- (5) 研究対象者を決定した。
- (6) 研究対象者へインタビュー（半構造化面接）を実施し、内容をICレコーダーに録音し逐語録を作成した。
- (7) 「遺族の評価による終末期がん患者の QOL 評価尺度（日本語版Good

Death Inventory(GDI) 」を用い質問紙調査を行い、回答に対して追加インタビューを実施した。

### 5) データ分析方法

文字化したデータをコーディングとカテゴリー化し概念構築する。GDIの結果と関連付けて分析する。

がん看護、在宅看護に精通したアドバイザーのスーパーバイズを受け、分析の精度をあげる。

## 3. 倫理的配慮

調査参加は研究対象者の自由意思に基づくものとし、調査の目的、内容、不参加や参加中断により不利益は生じないことを、文書を用いて口頭で説明し、同意が得られた場合のみ研究協力を依頼した。回答は匿名化の上で集計・分析し、個人が特定される形での分析・結果公表はしないことを誓約した。ICレコーダーや個人を特定できない数値・記号等からなる電子ファイルは、特定のUSBメモリーに保存した上で、研究代表者の所属する研究室内の鍵付き書庫に保管し厳重に管理した。

研究対象者が話すことが辛い場合、話したくないことが質問された場合には、無理に話さなくて良いことや、いつでもインタビューを中断できることをあらかじめ伝えた。インタビュー実施後にデフリーディングを行い、研究実施者は研究対象者に負担が生じていないか、複雑性悲嘆の症状が出現していないか確認をした。

研究内容については、研究者の所属する上智大学研究倫理審査【受付番号 2016-13】の承認を受け、かつ研究協力施設の承諾を経て実施した。

## 4. 結果

### 1) 研究対象者の属性

研究協力施設はA管内の3施設、研究対象者はA管内在住の50～60代の6名であった。療養者は50～80代であり、療養者との関係は、家族・友人であった。

表1 研究対象者の属性

研究対象者	療養者の年齢	病名	療養者と介護者との関係	介護者の年齢	主な療養場所	最期の場所	利用した在宅サービス
A	80代	膵臓がん	友人	60代	自宅	サービス付き高齢者住宅	訪問介護・訪問診療・訪問看護
B	70代	肝細胞がん	妻	60代	自宅	自宅	訪問診療・訪問看護
C	80代	膵臓がん	長女	50代	自宅	病院	訪問診療・訪問看護
D	50代	膵臓がん	妻	50代	自宅	自宅	訪問診療・訪問看護
E	70代	膵臓がん	夫	60代	自宅	自宅	訪問診療・訪問看護
F	80代	直腸がん	次女	60代	有料老人ホーム	サービス付き高齢者住宅	訪問診療・訪問看護

## 2) インタビュー結果

在宅療養について、大きく分けて在宅療養を決める過程・導入期・開始期・維持期・悪化期・臨死期・死別後について療養者の経過と介護の体験についてインタビューを行った。

在宅療養を決めるプロセスに関しては、6事例中5事例は、急性期病院での入院中に医師から療養者本人に告知や病状を説明しており、療養者本人が在宅療養を望み意思決定していた。療養者が意思決定できない理由は、認知症を患っていたことであるが、発症前から在宅療養を望んでいることを家族に伝えていた。

抗がん剤治療を行った事例は、6事例中3事例あり、外来に通院しながら在宅療養を継続していた。

再入院をしている事例は、維持期、悪化期におけるもので臨死期に再入院している事例はなかった。

導入期では、入院中の病院の地域連携室などから訪問看護サービス事業者の紹介を受け、サービスを利用しており、同時に介護保険を申請することもあった。6事例とも介護者が医療者の促しを受けてサービスを利用しており、外来通院が難しくなってきた時点で介護者が医師に相談する事例もあった。6事例とも療養者、介護者ともに在宅療養を開始するにあたって医療者からの情報提供を受け、サービス提供者を決定していた。また、日常の介護は単独が多いものの、6事例すべてにおいて医療者以外に相談できる人がいた。

開始期では、中心静脈カテーテルやポートの管理が難しいものの1週間ほどで慣れていった。

維持期では、療養者のADLが保たれており、療養者ができるだけ普段に近い生活を送ることが出来ていた。また、仕事の整理、思い出の整理、結婚式の参列などをして過ごす療養者もいた。

悪化期では、介護者にとって療養者が悪化したと思ったきっかけは、療養者のADLが低下してきたことがあげられた。ベッド上で過ごすことが多くなり、がん性疼痛などの苦痛も強くみられた。悪化期に、入院した後、そのまま最期を迎える療養者もいた。

臨死期では、医師から死期が近いことを伝えられる前に、介護者が感じ取っていた。療養者が息を引き取る瞬間にそばにすることができていた。

なお、インタビュー結果のデータ分析は途中であり、今後分析していく。

## 3) GDI 結果

GDI コアドメイン10項目、オプションドメイン8項目について非常にそう思う、そう思う、ややそう思う、どちらともいえない、あまりそう思わない、そう思わない、全くそう思わないの7段階(7~1点)の6名の介護者の平均点を表2に示した。

**表2 GDI 平均点**

GDI コア10ドメイン 項目	平均点
からだの苦痛が少なく過ごせた	4.7
患者様は望んだ場所で過ごせた	5.3
楽しみになるようなことがあった	4.0
患者様は医師を信頼していた	6.3
人に迷惑をかけてつらいと感じていた	5.3
患者様はご家族やご友人と十分に時間を過ごせた	5.0
患者様は身の回りのことはたいてい自分でできた	3.5
患者様は落ち着いた環境で過ごせた	5.7
患者様はひととして大切にされていた	6.7
患者様は人生をまっとうしたと感じていた	4.3
オプション8ドメイン 項目	平均点
納得がいくまで治療を受けられた	4.7
患者様は自然に近いかたちで過ごせた	5.0
患者様は大切な人に伝えたいことを伝えられた	4.0
患者様は先ざきに起こることを詳しく知っていた	2.8
患者様は病気や死を意識せずに過ごせた	2.8
患者様は他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた	4.8
生きていることに価値を感じられた	5.3
患者様は信仰に支えられていた	3.2

## 5. 考察

インタビュー結果のコーディングが未だであり、要因について明らかにできてない。

6事例ともに医療者から在宅療養についての情報を受けており、在宅療養を決めたものの方法がわからない状況であった。さらに、A管内では訪問診療や訪問看護についてはターミナル対応を提供している事業者が少なく、利用者は選定できない状況であった。とはいえ、急性期病院の地域連携室やケアマネージャーの対応は、迅速であり在宅療養導入期に療養者や介護者が困難を感じるものが少なかったと言える。

GDI 得点からみて、平均得点は高く、介護者からみたがん終末期患者のQOL満足度は高いと言える。

## 6. おわりに

データの分析結果については、今後在宅関係学会で発表していく予定である。

6 事例では事例数が少なく、A 管内として一般化することは難しいが、今回の結果をふまえてインタビューガイドの内容を見直し、大規模調査とあわせて対象者数を増やし実施していく。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け実施した。

研究を実施するにあたり、インタビュー調査のご協力をしてくださりました方々に深く感謝申し上げます。また、A 管内の病院、訪問看護ステーション、居宅介護事業所の皆様にも、多大なるご協力を賜りまして深く感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 厚生労働省, 平成 25 年人口動態統計,  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/d1/10\\_h6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/d1/10_h6.pdf)  
(参照 2017. 3. 31)
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センター, 平成 27 年がん統計予測  
[http://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/short\\_pred.html](http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/short_pred.html) (参照 2017. 3. 31)
- 3) 厚生労働省, 平成 27 年度人生の最終段階における医療体制整備事業  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000095346.pdf> (参照 2017. 3. 31)
- 4) 大園康文, 福井小紀子, 川野英子. 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響—経時的なパターンの分類化. Palliative Care Research 9(1), 121-128, 2014.
- 5) 奥村美奈子. A 県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要 13(1), 103-113, 2013.
- 6) 岡本双美子, 松延さゆり, 河野政子他. 終末期がん患者とその家族への在宅療養における支援内容とその評価—遺族のインタビューから. 死の臨床 38(1), 160-5, 2015.
- 7) 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊. 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日本がん看護学会誌 25(1), 24-36, 2011.
- 8) 釧路総合振興局, 北海道医療計画 [改訂版] 釧路地域推進方針 在宅医療の提供体制 (平成 25 年 3 月策定)  
<http://www.kushiro.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=653258>  
(参照 2017. 3. 31)