

ホスピス・緩和ケアへの移行を検討する がん患者の家族に対するケアのあり方に関する研究

東京大学大学院 健康科学・看護学専攻成人看護学 / 緩和ケア看護学
博士後期課程院生 三條 真紀子

I 調査・研究の目的・方法

1. 研究目的

わが国のがん医療においては「積極的治療の中断」と「療養場所の移行」という2つの意思決定が同時に行われることが多く、患者と家族は大きな心理的負担を強いられる。しかし、この時期の家族が実際にどのようなつらさや困難を感じているのか、どのようなケアがつらさや困難の軽減につながるかは十分明らかにされていない。家族は自分自身のつらさや困難に関して、医療者に過小申告することが先行研究で指摘されており (Fridriksdottir N,2006; Osse BH,2006)、家族へ提供されたケアの全容を家族自身が認知し、言語化することは非常に困難であるため、医療従事者が知覚・経験した家族のつらさや困難とそれに対して実施したケアを明らかにしていくことが必要である。そこで、1) 終末期に療養場所の移行を検討するがん患者の家族のつらさや困難を医療者の視点から明らかにする 2) 上記の家族のつらさや困難に対して医療者が実施したケアについて把握することの2点を目的に、本研究を実施した。

2. 方法

1) 対象

退院支援・調整看護師および一般病棟に勤務する看護師とした。

退院支援・調整看護師は、「病棟勤務から独立して、退院支援および調整を主な業務の1つとして実施している看護師」と定義した。主として緩和ケアチーム（以下、PCT）あるいは地域療養支援部門に所属する看護師を対象とし、1) 勤務施設にホスピス・緩和ケア病棟（以下、PCU）があるもの 2) 勤務施設にPCUがないものを両方含むように機縁法にて依頼した。

一般病棟に勤務する看護師は、1) 退院支援・調整看護師と同施設に勤務するものおよび 2) 勤務施設にPCUがなく退院支援・調整看護師もいないものを対象とし、(1) 退院支援・調整看護師からの推薦、(2) 看護部長を含む施設関係者からの推薦、(3) 学会等で療養場所の移行に関する演題を発表していたもの、の3つの基準を用いて暫定的に抽出し、依頼した。

2) 方法

(1) 調査方法：面接ガイドを用いた半構造化面接をおこなった。

(2) 調査期間：平成19年4月から平成20年1月まで

(3) 調査時間：1回につき60分から100分程度

(4) 調査回数：1回

II 調査・研究の内容・実施経過

1. 調査手順

面接対象候補者に、直接文書もしくは電子メールにて連絡を取り、調査目的・調査の概要を説明後、調査諾否の返事を得た。調査への内諾を得られた後に、看護部長の許可を得るなど、各施設で指示された必要な手続きをとった。面接対象者と日程の調整を行った後、改めて個々の面接対象者に研究目的・内容について文書を用いて説明を行い、書面にて研究参加への同意を取得した。

2. 調査内容

1) 面接の概要

対象者にはあらかじめ療養場所を移行した印象深い家族の事例（2事例）の想起を依頼し、その事例にあらわれていた家族のつらさや困難、実施したケアとその結果に関する語りを得た。

在宅移行時の看護師の関わりには、多くの実技的指導が含まれ、予定対象者数では内容が収束し難いことが予想されたため、本研究においては療養場所の最終的な移行先を対象者の勤務する病院以外の病院や施設、もしくはPCUに限定し、在宅は含めなかった。

2) 対象者の背景

対象者に、臨床経験年数などの情報に関する個人票への記載を依頼した。

3. 分析

面接で得られたデータを、内容分析の手法（Krippendorff K,1980; Neuendorf KA, 2001）を参考に質的に分析した。

1) 会話の逐語録を専門業者に依頼して作成

し、録音と照合した。

2) 家族のつらさや困難、家族へのケアについて述べていると考えられる部分を抽出し、それぞれ以下の手順を用いて分析を行った。

(1) 抽出部分を1つの意味内容を表すまとまり（Unit of Analysis; 以下UA）に分割する

(2)UA毎に、研究者が表現や意味内容が類似していると思われる部分を機能的に分類・抽象化し、暫定カテゴリを作成した。

(3) 各暫定カテゴリに分類されたUAの一覧を用いて共同研究者間で暫定カテゴリの内容妥当性についてディスカッションを行い、カテゴリおよびコーディングを確定した。

(4) 分析の妥当性を高めるため、カテゴリとプロパティ（カテゴリ内容の具体的な説明:「がんに対する治療をしてほしい」の例;がんに対する治療を続けたい、まだできる治療があるのではないかと思う、治療を諦めたくない、ギブアップしたくない）を載せたカテゴリリストを用いて、緩和ケアの経験を有する研究者1名がデータのコーディングを行い、共同研究者間で確定したコーディングとの一致度を算出した。コーディング結果が一致しない部分は、ディスカッションを経て確定した。本研究におけるコーディングの一致度は92%、 κ 係数は0.61であった。

4. 倫理的配慮

調査は東京大学医学部倫理委員会の承認を得、各施設の看護部長の許可を得て実施した。また、収集したデータは個人や施設

が特定できる形での公表はしないこと、厳重に保管し、プライバシーを保護することを約束した。

Ⅲ 調査・研究の成果

1. 対象者背景

面接は退院支援・調整看護師8名、一般病棟の看護師18名、計26名に実施した。対象者の所属施設背景は、PCUもPCTもある病院に勤めるものが9名、PCTのみがある病院に勤めるものが11名、PCUもPCTもない病院につとめるものが6名であった。対象者は全て女性であり、臨床経験年数の平均は退院支援・調整看護師が21±9年、一般病棟の看護師が10±6年であった。対象者からはあわせて42の事例に関する語りを得、面接時間は1事例につき平均44±10分であった。

2. 事例の背景

事例の内訳としては、対象者の所属する施設以外のPCUへの移行が11例、所属施設のPCUへの移行が13例、一般病棟が13例（うち3例は緩和ケア提供をかかげる一般病棟）、療養型病棟3例、PCU待機期間中の死亡3例であった。

キーパーソンが女性であるものが31事例、男性が11例、患者との性別は配偶者が20事例、子ども11事例、兄弟姉妹5事例、親3事例、叔母・姪・義理の子どもが各1事例であった。療養場所移行検討時の患者のPSはPS1が8事例、PS2が5事例、PS3が12事例、PS4が17事例であった。

医師からの説明が療養場所の移行を検討するきっかけとなったのが35事例と最も多かった。がんに対する治療の中断と療養

場所の移行を検討する時期のタイミングは、同時だったものが17事例と最も多く、治療中止後に検討したものが11事例、経過観察中が5事例、治療の中止前のものが3事例であり、初発時より既に緩和ケアの対象であったものが6事例であった。

家族に先に、より詳しく説明を行ったものは27事例、患者と家族に同時に同程度の内容で説明を行ったものは10事例、患者に先に説明を行ったのは4事例で、家族のみに説明を行ったのは1事例であった。

3. 終末期に療養場所の移行を検討するがん患者の家族のつらさや困難

語られた42事例の家族のつらさや困難を分析した結果、抽出したカテゴリを表1に示す。字数制限の都合上、上位カテゴリについて述べる。文中の『』は事例の家族の発言、「」は対象者の発言に微細な変更を加えたものを示す。

1) 転院・転棟したくない

家族のつらさや困難として、医療者が最も高い頻度で知覚したカテゴリは、ずっとここでみてほしい、追い出さないでほしい、という家族の訴えであり、具体的には『最後の時間をここで過ごせないのはちょっと残念』『ずっとこの病棟で、この先生にお世話になりたい』『今から新しいところにまた行って、信頼関係を築くのは大変だ』のように語られた。対象者数が異なるため、厳密な比較はできないが、このカテゴリは、PCUもPCTもない施設で勤務する対象者が語る事例に多く現れる傾向にあった。

表 1 終末期に療養場所の移行を検討するがん患者の家族のつらさや困難

	合計 (N=42)	対象者の施設背景		
		PCUなし PCTあり (n=17)	PCUあり PCTあり (n=17)	PCUなし PCTなし (n=8)
1 転院・転棟したくない	16	5	5	6
2 病状の悪化や患者の死を意識することがつらい	16	7	5	4
3 在宅介護が技術的に不安である	1	5	4	1
4 社会・経済的問題	9	5	1	3
5 治療ができないことがつらい	8	2	3	3
6 介護負担	8	3	1	4
7 がんに対する治療をしてほしい	7	4	1	2
8 緩和ケア病棟には行きたくない	7	2	4	1
9 自分が様々な事柄を決めなくてはいけない	7	2	3	2
10 本人の意思を尊重できない	6	2	4	0
11 ~してしまった、できなかった後悔を感じる	6	2	3	1
12 本人にわるい知らせを伝えたくない／伝え方がわからない	5	2	3	0
13 本人と家族の治療や入院場所の意向にずれがある	5	1	4	0
14 患者の十分な世話ができない	5	3	1	1
15 緩和ケア病棟が利用できない	4	1	3	0
16 家族の中で意見が割れる	4	1	2	1
17 選択が難しく決められない	4	1	3	0
18 療養や転院に関する情報が不足している	3	1	2	0
19 緩和ケア病棟外来の受診が大変	3	2	0	1
20 緩和ケア病棟への搬送中の患者の体調が心配	3	2	0	1
21 在宅療養中の介護負担	3	1	2	0
22 今までと違う役割を担うことへの戸惑い	2	1	1	0
23 家族と医療者の意向にずれがある	2	0	1	1
24 どの医療者に相談すればよいかわからない	2	0	1	1
25 本人と家族の病状理解にずれがある	2	1	1	0
26 患者にどう接したらいいのかわからない	2	2	0	0
27 転院をじっくり検討する時間的猶予がない	1	0	0	1
28 その他のつらさや困難	3	1	0	2

2) 病状の悪化や患者の死を意識することがつらい

医療者が最も高い頻度で知覚したカテゴリのもう1つは、患者の病状の悪化や患者の死に直面化することへのつらさの訴えであった。具体的には、「転院そのものよりも、『お父さんがいなくなっちゃうなんてどうしよう。いなくなったら私達はどうすればいいの』ということをよく言っていました」「患者さんの状態が落ちていて、『だんだん動けなくなっているのを見てるのはつらい』って」などのように語られた。また、熟慮してPCUへの入院を決断したものの、入院を決めたことで、より一層患者の死を実感するつらさが増してきた事例もあった。

3) 在宅介護が技術的に不安である

療養場所の移行検討時に、在宅療養を提案される家族、またPCUの入院待機期間に在宅療養をすすめられる家族は、在宅介護に関する不安を表出していた。具体的には、『私もどうしたらいいのかわからないし、帰られても自信がないんです』『こんな点滴持ってこられちゃ困る』などのように語られた。

4) 社会・経済的問題

医療者は、家族が転院、特にPCUへの転院に際する経済的負担を有していることを知覚していた。また、子どもや高齢者など、他の家族員にどのように状況を説明し、対応していくかに関する心理的負担も2事例で知覚していた。

5) 治療ができないことがつらい

8事例が、この先の治療を望む、望まないに関わらず、治療ができなくなった状況に関するつらさを表出していた。具体的には、『病気がわかったときから、いつかこ

ういう日が来ると、頭の隅で考えていました。でも、実際に言われるとつらい。受け止めようとしているけど、受け止められない』『多分、もう積極的治療ができないですよって言われたからだと思うんですけども、奥さんいわく、『“外来に来るたびに、あなた死ぬんですよ”って言われる』って言うんです。毎回そういうふうに言ったんですかって聞くと、奥さんが『はい』って言うんです』などのように語られた。

6) 介護負担

医療者は、患者が入院中、見舞いに訪れる家族の身体的負担感や、せん妄状態の患者をそばでみている家族の心理的負担感を知覚していた。

各事例における療養場所の移行先は、PCU24例、一般病棟13例、PCU待機中死亡3例、療養型病院3例と多岐にわたったが、患者の療養場所の移行先の差異によって、家族のつらさや困難に大きな違いはみられなかった。

4. 終末期に療養場所の移行を検討するがん患者の家族に対するケア

語られた42事例において、医療者が実施したケアを分析した結果、抽出したカテゴリを表2に示す。字数制限の都合上、上位カテゴリについて述べる。「」内は対象者の発言に微細な変更を加えたものを示す。

< 家族への対応 >

1) 家族の気持ちを聞く

医療者が最も高い頻度で実施した家族へのケアは、家族の気持ちを聞く、であった。医療者は、家族の気持ちを聞く際に、「患

表2 終末期に療養場所の移行を検討するがん患者の家族に対するケア

	合計 (N=42)	退院支援・調整 看護師 (n=15)	一般病棟 看護師 (n=27)
〈家族への対応〉			
1 家族の気持ちを聞く	28	8	20
2 家族に声をかける	17	3	14
3 家族自身に関する情報を収集する	12	2	10
4 家族の選択を支えることを示す	11	5	6
5 在宅で療養・転院待機する家族を支援する	11	8	3
6 家族の現実認識を促す	10	7	3
7 家族の体調や疲労を気遣う	9	2	7
8 家族の気持ちを理解する姿勢を見せる	9	3	6
9 家族が患者に視点を置けるように関わる	9	5	4
10 今に視点を移せるように関わる	8	5	3
11 家族の希望を確認する	7	5	2
12 気持ちを出せる場を作る	7	5	2
13 他の家族員の情報を把握する	7	2	5
14 家族間の調整をおこなう	7	5	2
15 家族にねぎらいの言葉をかける	6	4	2
16 家族と患者の間の調整をおこなう	6	1	5
17 実際の転院についての家族との話し合い、調整	6	2	4
18 希望の理由を確認する	5	3	2
19 家族の気持ちを否定する態度をとらない	5	2	3
20 家族を支えることを伝える	5	3	2
21 患者の症状コントロールを行なう	5	2	3
22 家族ができていること、できたことを伝える	4	3	1
23 家族が結論を出すのを待つ時間、見守る時間をとる	3	0	3
24 キーパーソンの支援者の存在を意識する	3	1	2
25 他の家族員から支援を受けることをすすめる	3	2	1
26 違う視点を提示する	2	0	2
27 意に沿わない転院を進めなければいけないことを謝る	2	0	2
28 そばにいる	2	0	2
29 ライフレビューを行なう	2	0	2
〈家族への情報提供〉			
30 緩和ケア病棟について情報提供する	11	8	3
31 一般病棟やその他の施設について情報提供する	6	4	2
32 在宅療養について情報提供する	6	4	2
33 セカンドオピニオンについて情報提供する	4	3	1
34 転院先との連携状況に関して説明をおこなう	4	2	2
35 現状の自施設の限界を伝える	3	0	3
36 地域医療連携室を紹介する	2	1	1
37 その他の情報を提供する	18	7	11
〈医療者間での調整〉			
38 一般病棟の医療者間で情報を共有する	17	0	17
39 一般病棟スタッフと退院支援部門や PCT で情報を共有する	9	9	0
40 他部署のスタッフと情報を共有する	8	4	4
41 緩和ケア病棟スタッフと情報を共有し調整する（転棟の場合）	5	2	3
42 実際の転院についての外部との話し合い、調整（転院の場合）	4	2	2
〈その他〉			
	3	0	3

者のいないところで」「家族のいる時間にあわせて訪問する」「こまめに」などの工夫を用い、移行検討時、移行先施設の初診後、移行待機期間中などを通して継続的に関わっていた。また、退院支援・調整看護師は、「家族と話をする際にスタッフの役割(他職種チームでのそれぞれの立ち位置)について説明する」、「他のスタッフに聞いた話を伝えてもよいか確認する」、「時には意図的に病棟看護師と一緒の場面で話を聞く」などの工夫を用いていた。

2) 家族に声をかける

また、家族に挨拶をする、見かけたら声をかける、病気以外のたわいもない話をするなど、顔を覚えてもらい、家族との関係作りを心がけるような関わりをおこなっていた。

3) 家族自身に関する情報を収集する

医療者は、家族の介護力や、病状や治療目的に関する現状認識を確認する、これまでの患者と家族の関係性や生活歴をアセスメントするなど、家族の情報収集に努めていた。また、退院支援・調整看護師が、療養場所の移行の検討に途中から関わる場合には、家族と患者がこれまでどのように話し合っただけ希望する療養場所を調整してきたかに関する情報を得ようと努めていた。

4) 家族の選択を支えることを示す

医療者は、家族が決めたことを支持することを示し、家族の選択に沿って援助を行なうよう努めていた。その際に、自分の価値観やこれまでの看護の経験に由来する推奨を無理に勧めず、「いろいろな患者さんを見てきているので、こうしたほうが良いというのはあるけれども、それはご家族が考える素材として情報提供するのみで、決

めるのはご家族。ご家族が後悔しないように、あのとき看護師さんがこう言ったからっていうふうにはならないように」と心がけて接するものもいた。また、患者や家族の希望を完全にはかなえられない場合には、「ご本人の理想にはちょっと届かないまでも、ご家族のケアをやってきたことの満足感みたいなものも得ていただけるように、現実的な案に少しずつ組み替えていくような」関わりにより、家族が現実的に折り合いをつけられる方法をともに考えていた。患者の希望がわからず、決定に迷う家族に対しては、「こういう場合には、そうやってご本人がもしこの状況だったらっていうことを立ち戻って考えたのであれば、それは決して間違った答えではないと思うとサポート」し、医療者からみて家族の判断が妥当であることを保証していた。

5) 在宅で療養・転院待機する家族を支援する

在宅で療養しながら入院のタイミングを検討したり、転院の待機期間を在宅で過ごす家族に対しては、在宅に必要な器具や薬剤、往診や訪問看護師、ヘルパーなどの調整を行っていた。家族の介護負担が強いヘルパーなどの利用に消極的な場合、「毎回ではなく、要所要所で」利用をすすめる、また介護負担を表出できる場を作るなどの対応を行っていた。

また、病院の方針上、転院の待機期間を在宅で過ごすことを余儀なくされた家族に対しては、「どのような状況になったら病院に戻ってくるのがよいか」を具体的に伝え、「具合が悪くなったらすぐに病棟に戻ってくるのがよい」と再入院をためらう必要がないことを伝えていた。

< 家族への情報提供 >

30) PCU という選択肢に関して情報提供する

家族への情報提供の内容としては、PCU の立地や設備、環境のよさなどのハード面を伝えると同時に、入院しても外泊や退院ができること、受けることができる治療内容などに関する情報提供を行っていた。また、症状が強くない場合には入院が難しいなど、入院の適応に関する説明や入院待機期間の長さなど、実際の入院に関連する事柄についても説明を行っていた。

< 医療者間での調整 >

38) 一般病棟の医療者間で情報を共有する

一般病棟の看護師が語った 27 事例のうち、17 事例で「家族の言動を記録に残し、情報共有する」「必ずプライマリーに情報を集める」などの情報共有が行なわれていた。

IV 今後の課題

本研究の結果から、ホスピス・緩和ケアへの移行を検討するがん患者の家族が感じるつらさや困難の詳細が明らかになった。また、この時期の家族に対し、医療者がどのような意識をもって関わっているのかが明らかになり、様々な環境で蓄積されてきた移行期の家族ケアに関する臨床知をはじめて言語化し、ケアの視点を提示することが可能となった。

本研究においては、当初は家族のつらさや困難に対応する形でケアを提示する予定であったが、1) ケアのプロセスが複雑であり、2) 事例数が少なく、対応する形でのケアの提示が困難であったことの 2 点から、つらさや困難とケアをそれぞれ別個に提示

した。今後はより多くの意見を収集し、つらさに対応する形でのケアとしてまとめ、ケアのプロセスを明らかにしていく必要がある。

また、今回示した家族のつらさや困難および家族へのケアの内容は、ケアの提供者である看護師の語りから得られたものであることに注意が必要である。今回は対象者から印象深い 2 事例を自由に想起して語ってもらったため、示した頻度は全体を反映したものではない。また、語られたケアが家族にとってつらさや困難をやわらげるものであったかどうかについては、家族や第三者からの評価が必要である。研究対象者は、主として PCT に所属する退院支援・調整看護師、または施設関係者からの推薦をうけた一般病棟の看護師であるなど、提供する看護ケアの質は一定水準以上を確保していると考えられるが、今後は、本研究で抽出されたケアの有効性の評価について、家族や医療者からの意見を収集する必要がある。

また、対象者である看護師の所属施設背景に多様性を持たせてケアを把握する一方で、例えば医療ソーシャルワーカーなどの退院支援に密接に関わる他職種への面接は行なわなかった。今後は、医療ソーシャルワーカーを含めた他職種のかかわりに関するケアの収集が必要である。

V 調査・研究の成果等公表予定

(学会、雑誌等)

本研究の成果は、国内の学会にて発表するとともに、国外の学術雑誌への投稿を予定している。

VI 引用・参考文献

- Fridriksdottir N, Sigurdardottir V, Gunnarsdottir S. Important needs of families in acute and palliative care settings assessed with the Family Inventory of Needs Palliative Medicine 2006;20:425-432
- Osse, B. H, Vernooij-Dassen, M. J, Schade, E, Grol, R. P. Problems Experienced by the. Informal Caregivers of Cancer. Patients and Their Needs for Support. Cancer Nursing 2006; 29(5):378-88.
- Krippendorff K. Content analysis : An introduction to its methodology. Sage.1980
- Neuendorf KA. The content analysis guidebook. Sage.2001

共同研究者

- 笹原朋代 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学系
- 木村理恵子 慶應義塾大学病院 療養支援室 疼痛緩和ケア担当看護師