

## 報告

# 進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす 患者・家族の要因

坂井桂子<sup>1</sup> 塚原千恵子<sup>1</sup> 岩城直子<sup>2</sup> 牧野智恵<sup>2</sup>

## 概要

本研究の目的は、進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因を明らかにすることである。A病院地域連携室退院調整看護師が行った進行がん患者・家族の面談における療養の場の意思決定に関する会話記録を、質的帰納的に分析した。療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】【自分らしい生活を大切にしたいという思い】【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】【不安】の5カテゴリーが抽出された。患者・家族、医療者は当初退院に対して考えや気持ちのズレがあったが、相談の過程において悩みながら歩み寄りすり合わせを行い、療養の場の選択の意思決定に至っていた。

キーワード 進行がん患者、療養の場、意思決定、退院調整

## 1. はじめに

現在、再発や転移を伴う進行がん患者に対して、生存期間延長に有効とされる治療が積極的に行われるようになってきている。また、支持療法の進歩や診療報酬上の問題から入院治療期間は短縮されてきており、進行がん患者においても予定された治療の終了と同時に退院の対象となる。患者は治療の副作用で辛い時期に、今後の治療の方向性が曖昧なまま退院の打診を受け、家族とともに途方にくれることになる。また、緩和ケアを主たる目的とする患者に対しての入院ベッドの確保が、がん治療を主目的とするがん診療連携拠点病院等の急性期病院では難しい。そのため緩和ケアを主たる目的として入院している患者は、今後の療養の場に関する相談を病院側より打診される。このことは社会的な制度の問題であり、患者・家族の気持ちが置き去りにされがちであると言われている<sup>1)</sup>。

緩和ケアを主たる目的とする患者の療養の場としては、在宅や緩和ケア病棟、療養型を含む地域の病院が選択肢となる。がん対策推進基本計画では、在宅医療の充実を図ることを取り組むべき課題として掲げている<sup>2)</sup>。病院では、地域の医療や介護・福祉サービスとの橋渡しの役割を担う地域連携部門を設置し、退院困難因子を有する患者の

療養の場の選択に対して支援を行っている。特に、進行がん患者は他の疾患患者に比べて急激な病変進行が予測され、患者が残された大切な時間をどう生きるのか、そのためにどのような療養の場が望ましいかを問いかけながら患者・家族が納得し意思決定できるよう支援する必要があると言われている<sup>3)</sup>。

進行がん患者の療養の場の選択について、病院や地域のそれぞれの立場からニーズに応じたサービスの調整が必要であると言われている<sup>4)</sup>。しかし、サービス調整の前段階の患者や家族の意思決定に焦点をあてたものは事例報告の段階に留まっており、意思決定の要因を系統的に明らかにしたものはない。

患者・家族が療養の場を意思決定する上でどのような要因がどのように関与しあっているかを明らかにすることは、退院調整看護師の支援のあり方に示唆を得られるものと考えられる。

## 2. 研究目的

進行がん患者の療養の場の移行にあたり、患者・家族の意思決定に影響を及ぼした要因を知る。

## 3. 研究方法

### 3.1 研究対象

平成21年4月～平成22年3月に、A病院（都

<sup>1</sup> 富山県立中央病院

<sup>2</sup> 石川県立看護大学

道府県がん診療連携拠点病院) 地域連携室に退院支援を依頼され、退院調整看護師が面談を行った進行がんの患者とその家族のカルテ上の記録。

### 3.2 データ収集と分析方法

- (1) 基礎データとして、年齢・性別・家族状況・診断名をカルテより抽出した。
- (2) 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼすと考えられる医療上の因子として相談依頼時の病期・Performance Status<sup>5)</sup>(機能状態尺度、以下 PS とする)・退院支援スクリーニングにおける退院困難因子をカルテより抽出した。
- (3) 退院調整看護師が患者・家族に行った面談のカルテ上の記録より、療養の場の選択に関しての患者の意思決定に関係している会話記録を抽出し、意味内容をそこなわないようにコード化した。
- (4) 同様に、家族の会話記録を抽出し、同様にコード化した。
- (5) コード化した記述を比較分類し、類似した内容をまとめ共通性を見出す中で抽象度を上げカテゴリーを抽出した。
- (6) 基礎データや病期、PS、退院困難因子とカテゴリーとの関連性を検討した。

### 3.3 倫理的配慮

石川県立看護大学倫理委員会の倫理審査を受けた後、研究対象者の施設の承認を得て行った。データ処理にあたっては、対象者が特定されないよう匿名化した。

## 4. 結果

### 4.1 対象者の概要

進行がん患者の退院に関する地域連携室への相談件数 172 件 (169 人) のうち、退院調整看護師の面談記録に療養の場の選択に関しての患者・家族の意思決定に関する会話記録があるもの 100 件 (97 人) を対象とした。意思決定に関する会話記録がないものは、元の施設へ戻る場合や、継続治療のため連携病院へ転院等の場合であった。

対象者の性別・年齢別相談件数を表 1 に示す。

”がん末期”の病名で介護認定申請可能な第 2 号被保険者は 20 件であった。がんの部位別相談件数を表 2 に示す。大腸・胃・膵等消化器系が約半数であった。対象者の相談開始時の病期を越川の包括的緩和ケア過程の分類<sup>6)</sup>で分けると、緩和ケア導入期 (再発したがん病変治療中の時期)

12 件、緩和ケア安定期 (症状コントロールが安定している時期) 63 件、緩和ケア終末期 (病状が急激に変化していくと思われる時期) 25 件であった。病期と PS の関係を表 3 に示す。緩和ケア終末期は PS4 がほとんどであるが、緩和ケア導入期や安定期においても骨転移による脊髄麻痺や脳転移による障害や認知症合併等で PS4 の場合があった。退院支援スクリーニングにおける退院困難因子を表 4 に示す。一人の患者が複数の要因を有していた。退院支援相談の転帰を表 5 に示す。39 件が在宅療養であったが、相談途中で状態悪化し方針変更や死亡となる場合も 30 件あった。

表 1 対象者の性別・年齢別相談件数 n=100

| 年齢区分       | 男  | 女  |
|------------|----|----|
| 20 歳代      | 0  | 1  |
| 30 歳代      | 0  | 0  |
| 40 歳代      | 1  | 2  |
| 50 歳代      | 6  | 4  |
| 60 歳～65 未満 | 6  | 1  |
| 65 以上～69 歳 | 5  | 5  |
| 70 歳代      | 25 | 18 |
| 80 歳代      | 9  | 14 |
| 90 歳代      | 2  | 1  |
| 計          | 54 | 46 |

表 2 対象者のがんの部位別相談件数 n=100

| がんの部位    | 件数  |
|----------|-----|
| 消化器系     | 43  |
| 呼吸器系     | 23  |
| 頭頸部      | 10  |
| 泌尿器・生殖器系 | 10  |
| その他      | 14  |
| 計        | 100 |

表 3 対象者の病期・PS 別相談件数 n=100

| 病期      | PS |   |    |    | 計 (件) |
|---------|----|---|----|----|-------|
|         | 1  | 2 | 3  | 4  |       |
| 緩和ケア導入期 | 0  | 1 | 5  | 6  | 12    |
| 緩和ケア安定期 | 0  | 5 | 27 | 3  | 63    |
| 緩和ケア終末期 | 0  | 0 | 1  | 24 | 25    |

備考：PS 1：軽度の症状，歩行・軽作業・座業可

PS 2：身の回りのことは可能，日中 50%以上起居

PS 3：身の回りのことはある程度可能，日中 50%以上就床

PS 4：身の回りのことは常に介助，終日就床

表4 対象者の退院困難因子（複数回答可） n=100

| 退院困難因子内容            | 件数  |
|---------------------|-----|
| 医療処置が必要             | 37  |
| 症状コントロールに難渋         | 25  |
| 脳転移による意識障害, 認知症の合併  | 43  |
| 廃用症候群               | 50  |
| 脊椎転移による歩行困難な下肢麻痺    | 33  |
| 経口摂取不可・不良           | 43  |
| 社会的問題（独居, 高齢者のみの世帯） | 27  |
| 計                   | 258 |

表5 対象者の退院支援相談の転帰 n=100

| 退院支援相談の転帰        | 件数   |
|------------------|------|
| 医療施設へ転院          | 29   |
| 在宅療養             | 39   |
| 居住系施設入所          | 2    |
| その他（下記は内訳）       | 30   |
| （在宅療養準備中に死亡）     | (12) |
| （緩和ケア病棟入院に方針変更）  | (11) |
| （転院相談中に病状悪化入院継続） | (7)  |
| 計                | 100  |

#### 4.2 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因

療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として5カテゴリー、11サブカテゴリーが抽出された（表6）。医師から退院打診されるということ在宅可能という視点で捉えると、各カテゴリーには、在宅療養の選択の意思決定を推進する因子（以下推進因子とする）と、在宅療養の選択の意思決定に難渋する因子（以下難渋因子とする）

表6 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因

| カテゴリー                       | サブカテゴリー   |
|-----------------------------|---|
| 1 退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか |   |
| 2 自分らしい生活を大切にしたいという思い       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい</li> <li>・自然を感じて生活したい</li> <li>・自分のペースで落ち着いた生活を送りたい</li> <li>・関係のある人とともに居たい</li> <li>・家でしななければならないことがある</li> </ul> |
| 3 病院を療養の場の選択肢とするかどうか        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・あくまで当院での治療の継続を願う</li> <li>・緩和ケア病棟は候補ではない</li> </ul>   |
| 4 在宅資源利用についての思い             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険等を利用したい</li> <li>・在宅診療や訪問看護を利用したい</li> </ul>  |
| 5 不安                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在のADLや介護の状態、症状コントロールに対する不安がある</li> <li>・今後の状態悪化についての不安や恐怖がある</li> </ul>  |

とがあった。以下カテゴリーを説明する。カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》で表す。

#### (1) 【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】

このカテゴリーは、療養の場を決定するに至る全プロセスに影響していた。地域連携室に退院支援依頼があるということは、医師の退院打診を了承しているはずであるが、多くの患者・家族は退院の打診に困惑していた。

患者においては、「病院にいなければならない治療は何もしていないと思うようになった」という推進因子があった。一方、在宅療養にも転院にも納得できず、あくまで入院継続して次のがん治療に挑戦したいという難渋因子があった。転院を打診された場合「時期が来たら治療目的で当院に戻って来られるのか」と心配し、「体力が回復したら化学療法も考えることができる」との医師の言葉に不安を募らせていた。「家へ帰るのは、治った時か死んだ時だ」と、面談自体を受け入れようとしなかった場合もあった。また、「今までの治療優先の人生は何だったんだろう」「緩和ケア病棟を予約して退院し、在宅医のバックアップを得ることも大事だと言われる。制度は有難いが、なんだか死のルールを敷かれているような気持ち」と、過去の治療や今後の医療体制に対して複雑な思いを抱き、気持ちの切り換え途上と思われる言葉もあった。

家族においては、「急性期病院に長くいられないのはわかっている」と医療制度に理解を示す言葉や、「抗がん剤はひどい目にあうからもういい」

「これからは医療という治療より、家族のふれあいという別の治療が患者にとって大切になると思えるようになった」等の気持ちの切り換えの言葉があり、推進因子となっていた。緩和ケア終末期の家族の中には「意識レベルが低下し、(チューブ類の)自己抜去等のリスクがなくなった今なら家で看取れる」と、終末期だからからこそ在宅可能との言葉もあり、推進因子となっていた。一方、「重い病名の割にすぐ退院と言われ合点がいかない」や、「がんと病名がついた時は、このまま入院で終えるのだと思っていた。それが介護まで大変になっているのに退院なんて…」と困惑している言葉が高齢の家族に目立ち、難渋因子となっていた。

(2) 【自分らしい生活を大切にしたいという思い】

このカテゴリーには5サブカテゴリーがあった。

(2) -① 《自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい》

このサブカテゴリーは、家に居て家を守りたいという内容であった。

患者においては「家は不便だけど自分の家だからそこに居ればいい」「自分の建てた家を隅々まで見たい」「自分の家に帰るのに何の不安があるか」等、終末期で床上生活であっても自分の家に居ることをあたり前とする言葉があり、緩和ケア終末期の患者の強い推進因子となっていた。一方、家族の迷惑を理由に家の未練を断ち切ろうとする難渋因子があった。

家族においては「(患者が)家でしまいたい(死にたい)というから、あと少し自分が頑張ればいい」と、患者の希望を支えようとする推進因子があった。一方、「家は子供の代に移っており患者が居なければならぬことはない、かえって迷惑」と、患者の意思より他の家族に配慮する難渋因子があった。

(2) -② 《自然を感じて生活したい》

このサブカテゴリーは、人工的な病院環境にいるストレスから逃れ、自然の中に自己の生命を一体化して感じたいという内容であった。

患者においては、「外の風を入れて家の庭木を見るだけで気が紛れる」「自分の田圃で大の字になりたい」「家の草木が芽吹く今の時期、家に居たい」等、開閉不可の病院の窓やカーテンで閉め切られた病室から脱出することを望み、自然の中

で生かされてきた自分を感じ、育てた草木に生命の無限性を感じとっている言葉があり、緩和ケア終末期の患者の強い推進因子となっていた。難渋因子とみられる言葉はなかった。

家族においては、患者の希望を重視し尊重する推進因子があり、難渋因子はなかった。

(2) -③ 《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》

このサブカテゴリーは、常にいつ誰が来るかわからない病室で過ごす気疲れから解放され、日常の生活感を取り戻したいという内容であった。

患者においては、入院生活について「わがままも言えない」「気持ちが落ち着かない」等リラックスして自分のペースで生活できないということが、緩和ケア安定期の患者の強い推進因子となっていた。具体的には、食事・排泄を自分のペースであることを重視しており、「病院臭(消毒薬)の臭いや味から解放され食事することを楽しみたい」「気兼ねなくトイレしたい」等の言葉があった。排泄に関して、看護師にトイレに連れて行ってもらっても排泄が必ずあるわけではないことが気兼ねになっていた。一方、「家で点滴するとなると、家が病院みたいになって嫌だ」と、医療が家の生活に入り込むことに困惑する難渋因子があった。

家族においては「本人のストレスがたまればかりなら家で見る」「いろいろ気分転換させてあげたい」とストレス発散の重要性を述べる言葉や、「行きたい時にトイレに連れて行ってあげたい」と患者の排泄を気遣う言葉があり、推進因子となっていた。一方、「(家が落ち着くと本人は言うが)寝ているだけで病院と変わらない」のような難渋因子があった。

(2) -④ 《関係のある人とともに居たい》

このサブカテゴリーは、関係性の中での患者自身の存在を確認するという内容であった。

患者においては「病院でそれなりに親切にしてもらっても、家族に勝るものはない」と、家族やペットと一緒に居たいという推進因子があった。一方、家族の自立を促し「家族にはそれぞれ自分の生活を大事にするよう言っている」というような難渋因子もあった。

家族においては「話せなくなったけど今が一番人間らしい」と、今のありようを認め共に生活したいという言葉や、「賑やかなことが好きな人だったから最期家で過ごすのもいいと思う」という言葉

があり、推進因子となっていた。緩和ケア終末期の患者を大切な人として尊重している家族の強い推進因子となっていた。一方、「家に行くと親族や近所の人の来訪で患者が疲れ、患者のペースで生活できなくなる」との言葉に表されるような難渋因子があった。

(2) -⑤ 《家でしなくてはならないことがある》

このサブカテゴリーは、将来の死を見据えて自分の人生にけじめをつけ、持ち物や財産の整理等役割を果たすことの使命感を表す内容であった。

患者においては、「仏壇や筆筒の整理をしたい」や「空家の実家を処理しなければならない」等の言葉があり、緩和ケア安定期の人の推進因子となっていた。一方、「以前に自分の今を予測して、すべて整理してきた。今更何もすることはない」と自己の役割を果たしたとする言葉もあり、難渋因子となっていた。

家族における推進因子、難渋因子も同様の内容であった。

(3) 【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(3) -① 《あくまで当院での治療の継続を願う》

このサブカテゴリーは、当院での治療の継続を願うことで他院転院を選択しないという内容であった。

患者においては、「がんに対する今の治療は、この病院でしかできない。他の病院に転院するわけにはいかない」「最期はこの病院で〇〇先生に死に水をとってもらいたいから転院は考えない」と、退院困難因子を多く有していても自宅に帰るしかないとする意思があった。がん治療効果に期待するという意味と、治療における医師との人間関係を大切にするという意味の推進因子があった。難渋因子としては、カテゴリー(1)と同様の内容であった。

家族においては、患者のがん治療継続の希望を支えようとする気持ちや、医師との人間関係を大切にすることを、さらに、安易な判断で転院し医療の質が低下することは避けたいとする気持ちが推進因子となっていた。一方、「入院できるのならどこでもいい」「軽い症状でも入院できるところがいい」の言葉のような在宅以外ならどこでもいいという難渋因子もあった。

(3) -② 《緩和ケア病棟は候補ではない》

このサブカテゴリーは、緩和ケア病棟は選択肢ではないという内容で、当院は緩和ケア病棟を有するため主治医より提案されることも多く、独立したサブカテゴリーとして抽出された。

患者においては、以前に肉親をそこで看取った経験や風評より「(肉親は)緩和ケア病棟は寂しいと家に帰りがついていた。後悔の思いがある」「緩和ケア病棟は何も治療してくれない所と聞いている」等、緩和ケア病棟を勧められたが敬遠したいという推進因子があった。一方、緩和ケア病棟に入院後病状が安定し一時退院を勧められたが、「家でうまくできなかったから入院しているのに今度はできるのだろうか」と自信がなく悩む場合があり、難渋因子となっていた。

家族においては、推進因子は患者と同様であった。一方、緩和ケア病棟を希望するのに対象とならないと判断され、「どんな状態になったら緩和ケア病棟に入れてもらえるのか、家にも連れて行けないし行き場所がない」との言葉のような難渋因子があった。医療処置はないが濃厚な介護が必要な高齢患者の家族にその悩みが多かった。

(4) 【在宅資源利用についての思い】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(4) -① 《介護保険等を利用したい》

このサブカテゴリーは、介護関係の各種制度利用への前向きな気持ちを表す内容であった。

患者においては、「介護保険料の使い道がわかった。せっかくだから使いたい」「近所の噂がうるさいけど、サービスを使わなければ家に居れない」等の言葉にみられるような推進因子があった。身体障害の認定については、医療費が免除となる重度の認定を希望する患者がいた。一方、「まだ介護される身ではない」と拒否反応を示す患者もいた。介護保険第2号被保険者の年齢層の患者においては、「がん末期」の該当条件について複雑な思いを抱いており「自分は末期か? 医師は末期と書いてくれるのか」悩んでおり、難渋因子となっていた。

家族においては、介護保険を利用して環境を整えたり、居宅介護サービスを利用して自分の仕事を続けようと考えており、推進因子となっていた。一方、「若いのに高齢の人と同じ扱いにされるのは可哀想」「地域の人の噂になるのが嫌」という言葉のような難渋因子があった。介護保険サービ

スの内容について、福祉用具貸与等の物的サービスは受け入れても訪問サービスの受け入れには抵抗を示す場合があり、「他人が家の中に入り込むのは抵抗がある、そこまでしなくても何とかなる」との言葉があった。

(4) -②《在宅診療や訪問看護を利用したい》

このサブカテゴリーは、在宅医療の要の在宅医や訪問看護師の支援に対する気持ちを表す内容であった。

患者においては、在宅医に関して「昔から世話になっている今の先生がいい」の言葉のような推進因子があった。一方、「がんを見落とされた、病院に紹介された時は末期だった」と、不信感を残している場合もあり、難渋因子となっていた。「在宅医に何をしてもらえばいいのか、調子が悪い時連絡して来てもらえばいい」と定期診療の重要性について認識が薄いという難渋因子もあった。また、訪問看護については認知度は低かったが、医療依存度が高い場合の在宅医との連携については必要性を納得された。

家族における在宅医に関する推進因子、難渋因子は、患者の場合と同様であった。訪問看護に関しては「近所の人からよい評判を聞いている」と好印象を得ている場合があり、推進因子となっていた。一方、「値段が違うがヘルパーと訪問看護師の違いがわからない」の言葉のような難渋因子があった。

(5) 【不安】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(5) -①《現在のADLや介護の状態、症状コントロールに対する不安がある》

このサブカテゴリーは、現在の療養生活におけるの困り事や不安についての内容であった。

患者においては、「寝返りも出来ないが家に帰る不安はない」という緩和ケア終末期の患者や、「家だと這ってでも動ける」と在宅での状況をイメージできているという推進因子があった。一方、「体力がないと家に行く気力がわからない。リハビリをしてトイレまで動けるようになってから」と、ADLの拡大に期待を持ち退院時期を遅らせたいと思う難渋因子があった。症状コントロールについては、「薬がきちんと間違えずにのめるか」「下剤の量の調節が難しい」「オピオイドレスキューをどのような時に使えばよいか」「熱が出たら病

院に行けばいいか、座薬を入れればいいのか」等、便秘や下痢、発熱等のありふれた症状や頓用の薬に関しての判断に不安を示し、難渋因子となっていた。

家族においては、「できないことがあっても仕方がない」「できないことが多くなったからこそ、家族のペースで看れる。今は家で目を離しても大丈夫」等の言葉のような推進因子があった。一方、「患者の行動は危険でみていられない」「家だと患者が自分のペースで突発的な行動をおこし、体の弱い家族がついていけない」等の介護困難感を表す難渋因子があった。症状コントロールについては、患者と同様の難渋因子があった。

(5) -②《今後の状態悪化についての不安や恐怖がある》

このサブカテゴリーは、今後病状が確実に悪化すると予測されることでの不安や、そこに立ち会うことの恐怖の内容であった。

患者においては「毎日いい時も悪い時もあって当然。気にしていない」との言葉のような推進因子があった。一方、「これからどうなるのか見当もつかないから自分から家に行きたいとは言えない」と今後の不確かさに対する不安を表す難渋因子があった。

家族においては「患者は病院にいることこそ不安らしい」と病院で悪化を待つ患者の不安をくみ取っている言葉や、「過去に親族を在宅で看取ったことがある（なんとなく記憶にある）から、何とかなる」の言葉のような推進因子があった。一方、「出血を家で見るのは怖い」「所構わず吐かれるのは後始末が大変」「患者は病状を楽観的に考えている、考える能力も落ちている」「今後悪くなってくることを考えると家で引き受けられない」「どのように変化していくのか、どんな時に誰を呼べばいいのかわからない」等のような難渋因子があった。

#### 4.3 療養の場意思決定のプロセス

患者・家族、医療者は当初退院に対して考えや気持ちのズレがあったが、話し合いを重ねることで徐々に気持ちをすり合わせ、療養の場を選択するプロセスをたどっていた。例えば、退院を希望する緩和ケア終末期の患者の家族は「試験外泊では寝てばかりで病院と変わらなかった」「外泊すると微熱がでる」「地域の医者では何も役に立たない」「退院できる体力がついたなら、次のがん

治療もできるのではないかと退院に対して反対していたが、話し合いを重ねるうちに、患者の「家で家族が作った食事を食べたい。家のコタツで家族と夜遅くまでテレビを見るだけでも病院とはちがう」の気持ちを理解し、患者が「いい日も悪い日もあって当たり前、(病状を)心配していない」のなら家族としての不安を胸に収めようと決め「今は地域でできることをお願いし、悪化した時はまた考える」と在宅資源を利用することに退院した。患者は《関係のある人とともに居たい》《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》の推進因子が強く《ADL低下や介護負担、症状コントロールに不安がある》に対しても推進因子を有していたが、家族はそれらのサブカテゴリーについての難渋因子を有していた。さらに、家族は《在宅診療や訪問看護を利用したい》について難渋因子を有し退院についての納得・気持の切り換えに難渋因子を有していた。話し合いを重ねることにより、家族は患者の気持ちを理解し、《関係のある人とともに居たい》《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》について推進する方向に転換し、退院についての納得・気持の切り換えをおこない《在宅診療や訪問看護を利用したい》を推進する方向に転換していった。

## 5. 考察

### 5.1 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因について

【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】は、病院側が入院での治療終了として退院を打診する時期と、患者・家族が入院の必要性がないと思う時期にはズレがあるということを示している。進行がん患者の場合、病状がどう進行していくか不確かであり不安は大きい、その中でもどのような気持ちでどんな日常生活を送りたいか問いかけていくことが重要と考えられる。また、高齢者は昔のがんのイメージをそのまま有し、がん＝不治＝入院と思いきこんでいたり、医療制度の変革による病院の機能分化について知識がない場合が多い。これらのことを念頭におき退院支援にあたるのが重要である。

【自分らしい生活を大切にしたいという思い】における《自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい》《自然を感じて生活したい》は、緩和ケア終末期の患者の在宅推進因子になっていた。これらは村田<sup>7)</sup>が述べる終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造における自律存在、

時間存在の再構築に通じることであると考えられ、これらの患者の意思の価値を尊重し支援していくことが重要である。《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》《関係のある人とともに居たい》《家でしなければならないことがある》は、他の疾患患者の在宅希望にも共通する要因と考えられるが、進行がん患者の場合、残された時間が限られているからこそ、より濃厚で意味のあるものと考えられる。《関係のある人とともに居たい》は、村田<sup>7)</sup>が述べる終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造における関係存在の再構築に通じることと考えられる。

【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】は、療養の場の具体的な選択にあたっての重要な要因であった。緩和ケア病棟を敬遠する患者・家族の理由は、臨死期の心電図モニター監視がなかったり、死亡時刻に医師の立ち会いがなかったり、点滴を少量しかしてもらえず死期が早まる等であり、緩和ケア病棟のみならず緩和ケア全体の誤解を解くことも重要と考える。

【在宅資源利用についての思い】に関しては、患者・家族は必ずしも積極的に利用したいと考えておらず、在宅緩和ケアに必須な在宅医についても、継続を望んでいる場合ばかりではなかった。訪問看護については、患者・家族にとっての認識は低いものであった。秋山らは在宅医師側から在宅緩和医療実施の障害を報告し、病院の先生を上にみて地域の開業医を低く見る傾向や、病院とだけキャッチボールしたがる患者・家族が多く、患者・家族・医療者の在宅医療についての啓発の必要性を述べている<sup>8)</sup>が、同様のことを示唆する結果であると考えられる。

【不安】に関しては、排便コントロールや軽度の発熱等些細な症状の対応に退院後は戸惑いを感じることを重視し、病棟での指導を充実させることが必要である。また、在宅看取りの体験は家族の重要な在宅推進因子となっていた。中村は在宅死は子や孫に「命のリアリティ」を伝える大切な儀式でありそれを体験することにより死に対する腹が据わると述べている<sup>9)</sup>。在宅死に結びつかなくとも相談の過程で死に至るプロセスに関して家族の質問に答えていくことは重要であると考えられる。難渋因子について特に出血(咯血・吐血・下血・性器出血)、嘔吐、経口摂取不可、けいれんは、医療者からみたら軽微でも、家族には強い不安や恐怖を伴うことであることを理解し関わる必要がある。

## 5.2 各カテゴリーの関連

療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として抽出された5カテゴリーの関連を図1に示す。【自分らしい生活を大切にしたいという思い】と【不安】は、患者や家族の内部要因であり希望と不安として相互に影響しあっていた。【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】の2つは、外部の要因をどう検討し選択していくかということであり、内部要因に影響を与えていた。それらを統合したうえで今後の方向性を見出そうとし、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】に収束されていくと考えられた。

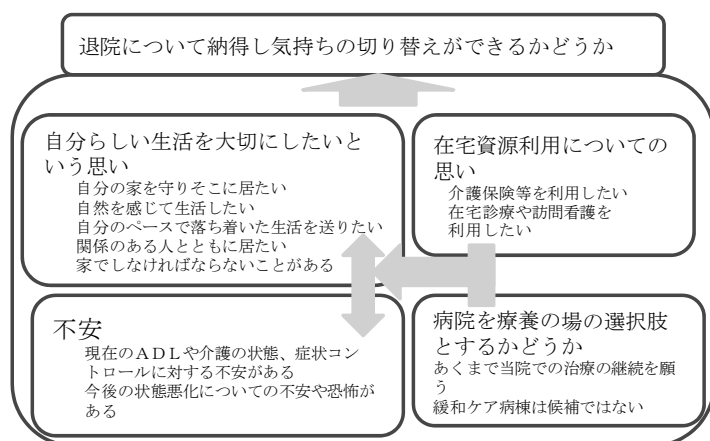


図1 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす各要因の関連

## 5.3 療養の場の意思決定のプロセスと、そこでの退院調整看護師の支援のあり方

患者・家族が療養の場を決定していくプロセスは、当初患者・家族、また医療者の中に生じている療養の場に関する様々な認識のズレを、話し合いを重ねる中で自ら修正したりお互いにすり合わせ、方向性を一致させていく作業であった。認識のズレとは、各カテゴリーの推進因子・難渋因子が混在している状態と捉えられた。退院調整看護師の支援のあり方としては以下のことが重要と考えられた。

- (1) 今回明らかになった各カテゴリーについて、患者や家族の個々の思いを聴き、推進因子や難渋因子を明らかにしていく。
- (2) 互いが遠慮し伝えにくいことがあれば、場を設定し話し合うことを後押ししたり、時には代弁していく。
- (3) 患者・家族、また医療者も含め認識のズレについて整理し、伝えていく。患者・家族に共通

する推進因子は更に促進するよう働きかける。難渋因子については、推進因子への変換の可能性を検討していく。共通する難渋因子の存在には、在宅以外の選択肢の可能性も確認する。

- (4) ズレを修正していく過程において、患者の【自分らしい生活を大切にしたいという思い】を重視し、家族にその価値を伝えていく。
- (5) 患者に対して、入院によって失われがちな生活感を取り戻す手助けをし、日常生活に対する興味・関心を再び呼び起こし【自分らしい生活を大切にしたいという思い】に結びつけていく。
- (6) 調整可能な方向性や在宅資源について具体的に情報提供し、選択肢を示していく。その際には不可能なことや限界も示していく。
- (7) プロセスにおいて、当事者同士が悩みながら歩み寄っていく姿勢を尊重し見守っていく。

## 6. まとめ

都道府県がん診療連携拠点病院地域連携室に相談依頼のあった進行がん患者・家族の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因について調査した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 療養の場の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因として、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】【自分らしい生活を大切にしたいという思い】【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】【不安】の5カテゴリーが抽出された。各カテゴリーには、在宅療養を推進する因子と在宅療養に難渋する因子があった。

2. 患者・家族、医療者は当初療養の場に関して考えや気持ちのズレ、つまり推進因子と難渋因子が混在し混沌としている状態であったが、相談の過程で、悩みながら気持ちをすり合わせ療養の場を選択するプロセスをたどっていた。

本研究の限界として、地方の一施設のみを対象にしていることより、地域環境による差は考慮されていないことがある。また、地域連携室退院調整看護師の面談内容の分析であり、病棟看護師の捉える意思決定に影響を及ぼす要因とは異なる可能性がある。

本研究は、平成21年度北陸がんプロフェッショナル養成プログラム がん看護臨床研究プロジェクトによる助成を受けた。



### 引用文献

- 1) 大谷木靖子：ギアチェンジにおけるナースの役割. ターミナルケア, 11 (3), 201-204, 2001.
- 2) 厚生労働省健康局：がん対策推進基本計画, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>, 7-8, 2007.
- 3) 大松重宏：患者さんの退院にむけての意思決定への援助. 緩和ケア, 15(3), 204-208, 2006.
- 4) 厚生労働化学研究費補助金「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド, 9-67, 2008.
- 5) JCOG データセンター：CTC 日本語訳 JCOG 版第2版, 2001.
- 6) 越川貴史, 阿久澤浩司, 古田武慈：円滑な在宅医療への移行と実践. がん患者と対症療法, 21( 1), 21-28, 2009.
- 7) 村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア：アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. 緩和医療学, 5 (2), 157-165, 2003.
- 8) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨他2名：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. Palliative Care Research, 4, 112-122, 2009.
- 9) 中村伸一：自宅で大往生, 41-44, 中公新書ラクレ, 2010.

## Factors Influencing Advanced Cancer Patient and Their Family Decision-Making about Treatment Place

Keiko SAKAI, Chieko TSUKAHARA, Naoko IWAKI, Tomoe MAKINO

### Abstract

The purpose of this study is to examine the factors influencing decision-making by advanced cancer patients and their families when having to choose a treatment place. Interview with the patients and families were conducted by the support nurses, and the records of the patients were qualitatively analyzed.

Results yielded five primary influential factors: consent of discharge subsequent empowerment, desire to value one's own life; attitude toward hospitals; attitude toward the utilization of home-care resources; and anxiety.

Patients, their families, and medical staff initially expressed uncertainties discharge, however, by continuous consulting amidst, coping with distress, confident decisions were generally reached.

Key words advanced cancer patient, treatment place, decision-making.