

## 総 説

### 終末期高齢がん患者の在宅移行期に関する文献レビュー

今井芳枝<sup>1)</sup>, 濱田紗季<sup>2)</sup>, 妙見芽衣<sup>2)</sup>, 宇根まりん<sup>2)</sup>, 松下恭子<sup>1)</sup>,  
長谷康子<sup>3)</sup>, 井口和子<sup>4)</sup>, 板東孝枝<sup>1)</sup>, 高橋亜希<sup>1)</sup>, 井上勇太<sup>1)</sup>,  
阪本朋香<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>徳島大学大学院医歯薬学研究部

<sup>2)</sup>徳島大学保健学科看護学専攻

<sup>3)</sup>徳島大学大学院保健科学教育部博士前期課程, 咲くら訪問看護リハビリステーション

<sup>4)</sup>徳島大学病院

(令和4年2月9日受付) (令和4年4月12日受理)

本研究の目的は、在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献から、在宅移行期の定義と状況特性における終末期高齢がん患者の移行期における特徴を明確化し、在宅移行期に向けての効果的な看護支援を検討することである。研究方法は、医学中央雑誌 Web 版および PubMed を用いて文献検索し、2010年~2020年期間とした。内容は、移行期間および状況特性、阻害要因、促進要因に関する記述部分をそのまま抜き出し、記述内容の類似性に注目しながらカテゴリー化した。結果、在宅移行期間は退院後1週間~1年という文献記載があった。移行期の状況特性は“生活を再構築する時期”ゆえに“不安定になる時期”ということが示されていた。在宅移行期に向けての阻害要因および促進要因では6つのカテゴリーが抽出された。双方の抽出されたカテゴリー結果を概観すると、【身体マネジメント】【患者・家族の意思】【在宅療養体制】【家族の在宅へのコミット】【連携体制】【看護者の在宅経験】の共通性が示唆された。

高齢多死社会となる2025年に向けて地域医療構想や在宅医療の拡充など医療提供体制が整備され、可能な限り住み慣れた地域で医療や療養が送れる環境が推進されている<sup>1)</sup>。現在の病院中心医療から地域中心医療へのパラダイム・シフトより新たな社会環境の構築が求められているといえる。このような、高齢多死社会到来により治

療・療養の場の変遷が起こりつつある現状は、多岐に渡る複雑な療養選択や意思決定を迫る医療情勢が展開されることが予測される。加えて、高齢であることは、がん罹患率を増加させる要因でもあり、現に主な疾患別死亡率の割合では悪性新生物が第一位であることから<sup>2)</sup>、必然的に在宅移行期における高齢がん患者の支援が喫緊の課題である。

在宅移行期に関する研究は患者・家族を対象とした研究や看護師・訪問看護師に焦点を当てた研究がなされており、移行期における阻害要因や促進要因に関する研究も多数行われている<sup>3-6)</sup>。しかし、これまでの移行期における知見を概観している研究は見当たらず、文献により移行期の定義の相違が生じている。また、高齢者のがん治療特有の問題点として、治療に対する忍容性や意思決定能力、標準治療適応の限界、治療合併症の対応、疾患特異的な問題、社会的支援の必要性が報告されている<sup>7)</sup>。加えて、がん患者は非がん患者と異なり死亡前数週間まで Activities of Daily Living が維持される場合が多く、出現する症状も多様であることが報告もある<sup>8,9)</sup>。このような背景を踏まえると、在宅移行期においても、年齢や疾患により違った特徴が生じるのではないかと考えられる。特に、人生統合と絶望というライフタスクを抱えた上での高齢がん患者の在宅移行期は統合的な観点も含まれて調整する必要性が示唆される。森本は、外来

がん治療では高齢がん患者に焦点を当てた先進的かつ専門的な支援が受けられ難い状況にあることを指摘しており<sup>10,11)</sup>、このことから移行期においても高齢がん患者に対する特徴を加味した支援がなされにくい状況が透けて見えてくる。

先行研究で、高齢がん患者の移行期に焦点化している研究としては、松本<sup>12)</sup>の研究があるが、1事例の研究である。今後、多くの高齢がん患者が病院施設から在宅への移行期を向かえていくことを考えると、移行期における高齢がん患者の特徴を明らかにし、現在文献で明らかにされている移行期の促進要因と阻害要因を包括することは、今後の高齢がん患者の移行期におけるアプローチを考える視点となる。がん患者の60%近くが人生の最後の1ヵ月間に少なくとも1回の病院での再入院を経験しており、ケアの不連続性を生み出し、人生の最終段階における不適切な病院での治療のリスクを高めているという報告もある<sup>13)</sup>。移行期をシームレスに行うことは高齢がん患者のQuality of lifeを考える上でも欠かせない視点である。そこで、本研究では在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献レビューを通して、今後の在宅移行期における効果的な看護支援を検討することを目的とした。

## 研究目的

1. 在宅移行期に関する文献を検討し、移行期間や移行期の状況特性を明確にする。
2. 在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献を統合し、在宅移行期における高齢がん患者の特徴を明確化し、効果的な看護支援を検討することである。

## 研究方法

### 1. 対象文献の選定

#### 1) 在宅移行期に関する文献

医学中央雑誌 Web 版で「在宅移行期」「原著論文」を検索キーワードして80件の文献を選択し、論文内の記述内容を確認しながら18件を対象とした。

海外文献は Pubmed で「discharge planning」「nursing」「transition」を検索キーワードして142件の文献を選択し、アブストラクトを読み、5件を対象とした。

#### 2) 在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献

医学中央雑誌 Web 版で過去10年（2010～2020）に該当する文献を対象として、①「在宅移行期」「がん患者」のキーワードで11件、②「在宅移行期」「高齢者」のキーワードで37件の文献を選択し、論文内の記述内容を確認しながら、「会議録・症例報告・事例」「高齢者以外（AYA・小児・成人）」「移行期のがん以外（精神科疾患・脳血管疾患・治療期）」「それ以外（シュミレーション教育・尺度開発）」を除き、ハンドリサーチも加えて、最終的に28件を対象とした。なお、本研究での移行期は終末期の在宅に向けた移行期とした。

海外文献は Pubmed で「Elderly Cancer Patients」「discharge planning」「nursing」「transition」を検索キーワードして6件の文献を選択し、アブストラクトを読み、1件を対象とした。

## 2. 分析方法

### 1) 在宅移行期に関する文献

分析項目は、移行期間および状況特性に関する記述部分をそのまま抜き出し、整理した。

### 2) 在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献

分析項目は、阻害要因、促進要因に関する記述部分をそのまま抜き出し、独自にレビュー用紙を作成して文献毎に整理した。更に、抜き出した記述内容の類似性に注目しながらカテゴリー化した。カテゴリー化に関しては、がん看護学領域の研究者および地域看護学領域の研究者、地域医療連携に携わる看護師および訪問看護認定看護間で、適宜、文献の意味内容およびカテゴリー内容についての検討会を実施し、妥当性と信頼性の確保に努めた。文献を取り扱う際には、著作権を侵害することがないよう配慮した。

## 結 果

### 1. 在宅移行期に関する文献

#### 1) 移行期間

表1に示すように、在宅移行期間に関する14文献では、

移行期を退院後1週間～長くて1年という文献記載があった。対象疾患をみると、終末期がん患者は退院後1週間までを移行期として定義しており、脳血管障害や悪性腫瘍患者等は退院後1ヵ月から1年と比較的移行期間が長かった。

2) 移行期の状況特性

表2の内容より、移行期の状況特性を記述していた11文献を概観すると、在宅移行期の状況特性は“生活を再構築する時期”ゆえに“不安定になる時期”ということ

が示されていた。

2. 在宅移行期における終末期高齢がん患者に関する文献

1) 在宅移行期に向けての阻害要因について

表3に示す高齢がん患者の移行期の阻害要因に関する記述をしていた15文献を対象とした。高齢がん患者・家族・看護師・保健師の阻害要因をカテゴリー化したところ、【身体的状態への対応が必要である】【患者の本当の意思が掴めない】【在宅療養の体制が整わない】【家族の療養への不安がある】【医療関係との連携・調整不足】【看

表1. 移行期間

期間 (退院準備開始～)	記述内容	対象疾患
1 週間	在宅ホスピスケアの開始後1週間を準備期・開始期①	終末期がん患者
	退院1週間後まで②	肝硬変、終末期がん患者
	開始期は退院日から1週間まで③	終末期がん患者
1～2週間	在宅療養が安定する退院後1～2週間まで④	終末期がん患者
2週間～1ヵ月	退院後2週間と1ヵ月まで⑤	frail elders participated
2週間～3ヵ月	退院後の2週間から3ヵ月まで⑥	patients with brain tumour
1週間～3ヵ月	退院後1週間から3ヵ月まで⑦	oral cavity cancer patients
1ヵ月	1ヵ月を導入期⑧	脳血管障害、神経難病、認知症等
	退院後1ヵ月間⑨	脳血管障害、認知症
	退院後30日間の急性期後の期間⑩	呼吸器疾患、尿路感染症等19疾患
1～2ヵ月	在宅生活開始直1ヵ月半から2ヵ月⑪	脳血管障害、悪性腫瘍
1～3ヵ月	退院後1～3ヵ月間は介護者ニーズの認識把握が重要な期間⑫	悪性腫瘍患者
6ヵ月	退院直後から退院後6ヵ月⑬	脳血管障害、悪性腫瘍、神経難病、慢性腎不全等の患者
1年	退院後1年間⑭	脳血管障害患者

表2. 移行期の状況特性

論文内の具体的内容
症状や生活を利用者や家族が自己管理するために生活を再構築する時期で不安な状況になりやすい時期②
移行期は療養の場が変化するため患者の状態が変化しやすい③
医療の場や医療専門職と時間的・空間的に隔たりのある生活環境（自宅）へと生活の場を移行していく時期⑨
特に以前の生活世界が崩壊し再構成する際と新しい生活世界構造を構築する際に、専門家の援助を必要とした時期⑪
慣れない介護に振り回され介護を中心とした生活に介護者が疲労困憊する日々が続く時期①
在宅ケアを円滑に行うための鍵となる時期である。⑬
あらゆる生活行為の場面で家族介護者が感じる困難が大きく、援助を必要としている時期⑭
療養環境が変化の中で、病状や生活管理を患者・家族が自己管理するため、生活を再構築する時期で不安定な状況になりやすい時期⑮
入院前の自分自身と決別し生活を新たに再構築しなければならない危機をはらんだ時期⑯
利用者・家族が、入院中から新たな在宅生活の再構築に取り組む時期⑰
介護者にとって退院後の介護に必要な医療的ケアの知識や技術を習得する時期⑱

表3. 在宅移行期に向けての阻害要因

カテゴリー	コード	記述内容
身体的状態への 対応が 必要である	対応が必要な身体的状態	Performance Status・全身状態の悪化 <sup>20</sup> 、身体的な症状に関する不安 <sup>4</sup> 、身体的側面に集中しなければならない状態 <sup>21</sup>
	予測できない状態悪化	急変に遭遇することへの不安 <sup>4</sup>
	症状マネジメント不足	身体的な症状に関する不安 <sup>4</sup> 、患者の身体症状や苦痛に十分に対応できない <sup>23</sup> 、在宅療養における症状緩和(症状・病状悪化への対応の難しさ) <sup>29</sup>
患者の本当の 意思が掴めない	患者の意向が不明瞭	患者のニーズの確認不足 <sup>21</sup> 、認知症により患者の認識・意思の確認ができない <sup>24</sup> 、家族中心のインフォームド・コンセント <sup>25</sup> 、患者は自己の欲求を訴えない <sup>25</sup> 、患者が望む療養場所の意思決定支援の問題(患者の意思不明) <sup>31</sup>
	患者・家族の意向調整困難	代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されない <sup>24</sup> 、患者と家族の療養生活に関する意見の相違 <sup>25</sup> 、患者が家族を気遣う <sup>25</sup> 、患者・家族の希望が一致しないために介入が遅れた <sup>27</sup> 、家族への気遣い <sup>28</sup> 、療養に対する家族の価値観(入院を重視する) <sup>28</sup> 、家族内の感情の調整の難しさ <sup>28</sup> 、患者と家族・家族間の在宅移行に関する意向のずれ <sup>29</sup> 、在宅療養の開始の意思決定(患者・家族)に関わる問題 <sup>30</sup>
	病気の未受容	スピリチュアルペインを感じる(死を受容できない) <sup>23</sup> 、患者・家族が病状を受け止められない <sup>25</sup> 、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 <sup>24</sup>
在宅療養の 体制が整わない	不十分な社会資源	在宅サービスに関する不安 <sup>4</sup> 、不十分な在宅サービスから望ましい療養生活が送れない <sup>23</sup> 、在宅療養をする上で社会資源をうまく活用できない状況 <sup>29</sup>
	経済的な負担状況	先進治療を経済的・社会的な理由で受けられない <sup>24</sup> 、在宅介護に伴う経済的負担 <sup>30</sup>
	地域での支援体制の未確立	社会生活上の不安(就労) <sup>4</sup> 、終末期がん患者の在宅療養に対する住民意識の未成熟 <sup>30</sup>
	在宅医療への懸念	医療に関する不安 <sup>4</sup> 、治療の場から離れることに対する心残り <sup>28</sup> 、在宅療養における医療処置への困難性 <sup>29</sup> 、医療材料の確保の困難さ <sup>30</sup> 、終末期における積極的治療の実施・選択(治療の希望や期待があるため移行できない) <sup>30</sup>
家族の療養への 不安がある	日常生活維持が不安定	食生活上の不安 <sup>4</sup> 、日常生活上の不安(患者が一人になること) <sup>4</sup> 、患者の日常生活維持の不十分さ(患者の能力不十分) <sup>29</sup> 、患者が一人で過ごすことへの不安 <sup>30</sup>
	介護力不足	家族の健康上の不安 <sup>4</sup> 、介護に関する身体的な負担を強いられる <sup>23</sup> 、介護と仕事のバランスが取れず仕事を犠牲にせざるをえない <sup>23</sup> 、患者に対する家族のマンパワー不足 <sup>25</sup> 、介護負担に対する調整の難しさ <sup>28</sup> 、家族の介護力不足 <sup>29</sup>
	複雑な家族関係	介護者と親族の関係に不調和が生じる <sup>23</sup> 、患者・家族関係の複雑さ <sup>25</sup>
	介護への不安	介護に関する不安 <sup>4</sup> 、在宅介護に伴う家族の心身の負担(介護への不安) <sup>30</sup>
医療関係との 連携・調整不足	在宅での看取りへの不安	在宅での看取りに関する不安 <sup>4</sup> 、療養者の死に遭遇することへの不安 <sup>4</sup> 、看取り後の葬儀について予期的に不安を抱く <sup>23</sup> 、家族の緩和ケアに対する正しい認識が得られにくい <sup>24</sup> 、家で“患者”を看ることに対する不安 <sup>28</sup> 、死が近づくと本人と向き合うのは苦しい <sup>32</sup>
	医療機関との連携不足	病院と在宅間でのコミュニケーション不足 <sup>21</sup> 、病院と在宅間での責任に関する不確実さ <sup>21</sup> 、病院の医師との信頼関係が築かれない <sup>23</sup> 、切れ目のない緩和ケアの連携に関する問題(病院と地域連携ない) <sup>31</sup>
	在宅かかりつけ医との連携不足	往診医との良好な関係が築かれない <sup>23</sup> 、往診医の不十分な対応から安心した療養生活が送れない <sup>23</sup> 、認知症患者だと開業している医師の支援が不十分になる <sup>24</sup> 、顔の見えない在宅医に対する不安 <sup>26</sup> 、患者がかかりつけ医をもたない <sup>30</sup> 、診療所医師の体制や連携の困難さ、終末期がん患者の在宅療養に対応できる診療所医師の不足 <sup>30</sup> 、在宅緩和ケアや看取りを担う診療所の不足 <sup>30</sup>
	在宅医療の導入の遅れ	代行者がないことによる在宅移行に向けた手続きの遅延 <sup>4</sup> 、訪問看護の導入時期の遅れ <sup>30</sup>
	医療者間の連携不足	医療者間の連携不足 <sup>25</sup> 、看護師の価値観の相違 <sup>25</sup> 、医療者による療養場所支援時期のズレ <sup>25</sup> 、カンファレンスが実施できていないという認識 <sup>33</sup> 、家族支援を実践するにあたり看護師間・多職種間での調整や連携が困難 <sup>33</sup>
	医療者と患者・家族の関係性の不足	親交の欠如と認識の違いによる不信感 <sup>21</sup> 、医療者の事務的な態度に対するあきらめ <sup>22</sup> 、訪問看護師との良好な関係が築かれない <sup>23</sup> 、ヘルパーを利用することで療養生活に不満や戸惑いを抱く <sup>23</sup> 、患者・家族は看護師に応じて対応を変える <sup>25</sup> 、見捨てられた・追い出されたと感じる医療者の態度 <sup>26</sup>
	医師の説明不足	医師によってギアチェンジについての説明が様々である <sup>24</sup> 、医師がギアチェンジ期を明確にしない <sup>25</sup> 、退院後の療養生活に関する具体的説明の不足 <sup>28</sup> 、主治医が病状や今後の見通しを適切な時期に説明しない <sup>30</sup> 、がん患者の在宅療養に対する主治医の意識の低さ <sup>30</sup>
看護師の 在宅支援に 対する経験不足	在宅関連の知識不足	病院医療者の療養場所に関する知識・認識の問題 <sup>31</sup> 、在宅療養移行支援を行うための知識不足があるという認識 <sup>33</sup> 、家族看護に関する知識不足により家族看護実践が困難であるという認識 <sup>33</sup>
	看護師の対応能力不足	看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない <sup>24</sup> 、ギアチェンジの説明に予後予測を求められても答えられない <sup>24</sup> 、在宅療養移行に向けての家族支援に対して自分の捉え方で関わる認識(人生経験不足・過去に悩みや後悔等) <sup>33</sup> 、在宅療養移行支援を行うための経験不足があるという認識 <sup>33</sup>

【看護師の在宅支援に対する経験不足】の6つのカテゴリーが抽出された。

2) 在宅移行期に向けての促進要因について

表4に示す高齢がん患者の移行期の阻害要因に関する記述をしていた18文献を対象とした。高齢がん患者・家族・看護師・保健師の促進要因をカテゴリー化したところ、【身体的状態が安定している】【患者・家族の意思を理解している】【患者を取り巻く地域支援の基盤がある】【家族の介護体制が整っている】【在宅まで繋がりが見える連携体制】【看護師の在宅支援に対する経験値】の6つのカテゴリーが抽出された。

3) 在宅移行期に向けての阻害要因と促進要因について

表5に示すように、双方の抽出されたカテゴリー結果を概観すると、【身体マネジメント】【患者・家族の意思】【在

宅療養体制】【家族の在宅へのコミット】【連携体制】【看護師の在宅経験】の共通性が示唆された。

考 察

1. 在宅移行期に関する文献について

文献を概観すると移行期を退院後1週間～長くて1年という記載であり、期間に幅があることが示されていた。文献の対象疾患をみると終末期がん患者は退院後1週間までを移行期として定義しており、脳血管障害や悪性腫瘍患者等は退院後1ヵ月から1年と比較的移行期間が長いことが示されており、疾患により移行期間を規定する傾向が伺えた。わが国の在宅でのエンド・オブ・ライフケアの期間はがんで平均約42日、非がんで平均183日と

表4. 在宅移行期に向けての促進要因

カテゴリー	コード	記述内容
身体的状態が安定している	自宅で過ごせる身体状態	PerformanceStatus <sup>29</sup>
	急変時の予測と対処	患者の急変に対応できる体制を整える <sup>35</sup> 、予後予測 <sup>29</sup> 、病状の悪化に備える <sup>36</sup>
	良好な症状マネジメント	患者自身が症状を管理できるようにする <sup>35</sup> 、がんの進行に伴う症状の緩和に努める <sup>36</sup>
患者・家族の意思を理解している	患者・家族の意向を把握	患者・家族の代弁者になる <sup>36</sup> 、患者・家族の意向を擦り合わせる <sup>31</sup> 、家族の一員である患者の思いを優先して、患者の意向を汲み取る支援を行う認識 <sup>33</sup> 、個々の家族の意向を把握する認識 <sup>33</sup> 、残された命の時間での特別な願いを大切にしたい <sup>32</sup> 、家族のもつ認識を理解し、尊重しながら関わること <sup>32</sup> 、在宅療養移行について、家族の思いを傾聴 <sup>40</sup> 、コミュニケーションをとり積極的に患者に関わる <sup>44</sup>
	最後は「家に」という意思	在宅療養の希望 <sup>29</sup> 、患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援 <sup>29</sup> 、自宅は本人にとって一番良い場所 <sup>32</sup> 、家族として限界まで介護しよう <sup>32</sup> 、在宅療養に対して少しずつ前向きなる <sup>37</sup> 、入院継続と在宅療養を天秤にかけ在宅療養に傾く思い <sup>37</sup> 、「今しかない時期」と在宅療養移行を決意 <sup>37</sup> 、患者本人の“家に帰りたい願望”を叶えたい思い <sup>37</sup> 、在宅療養に対する意思の表面化の促進 <sup>38</sup> 、治療の場から退き過ごす場所を検討する <sup>39</sup> 、家族が患者を在宅で看取することは大切であるため、患者と家族に在宅療養移行を勧める必要性 <sup>40</sup>
	患者らしい最後を重視	本人らしくいられるよう支えたい <sup>32</sup> 、覚悟と未練の狭間で揺れながら進む(死の受容・価値観を大事にする) <sup>39</sup> 、自分らしい生活を大切にしたいという思い <sup>34</sup>
患者を取り巻く地域支援の基盤がある	現状をカバーできる社会資源	患者が一人で生活できるように周囲の力(社会資源・環境)を組み入れる <sup>35</sup> 、在宅療養を円滑に進めるための社会資源の利用・活用に向けた支援 <sup>29</sup> 、終末期の在宅療養生活の実行を可能にする環境の構築 <sup>38</sup> 、在宅資源利用についての思い <sup>34</sup> 、患者の病状に適したケアを可能とする制度や施設の充実 <sup>30</sup> 、リソースナースとの連携 <sup>13</sup> 、がん患者の在宅療養を支援できる診療所の増加 <sup>30</sup> 、経済的負担軽減を目的とした手続きの迅速化や助成制度の充実 <sup>30</sup> 、麻薬を取り扱う薬局の増加と情報提供 <sup>30</sup>
	地域住民の支援体制	がん患者の在宅療養支援を目的とした地域啓発やボランティアの育成 <sup>40</sup>
	安楽な日常生活の維持	安楽に在宅療養生活を送るための援助 <sup>42</sup> 、安心して在宅療養生活を送るための援助 <sup>42</sup>
家族の介護体制が整っている	家族が持つ介護力の抽出	家族の協力を程度に合わせて自宅での生活を支える方略を周囲の人に提案する <sup>35</sup> 、在宅移行・療養に向け患者・家族のもつ力の発揮を促す支援 <sup>29</sup> 、在宅療養に必要なセルフケア(家族)への支援 <sup>29</sup> 、家族レジリエンスを高め家族をエンパワメントすること <sup>38</sup>
	家族との良好な関係性	最期に家族としての繋がりをもって過ごせるようにする <sup>35</sup> 、在宅に移行するときには家族の支援体制の評価が不可欠 <sup>36</sup> 、患者・家族との関係性の構築を図る <sup>33</sup> 、死を意識し家族との絆を大切に <sup>39</sup> 、家族とコミュニケーションを図り、在宅療養についての情報提供を行う <sup>40</sup> 、家族員同士の対立への調整を行う <sup>40</sup> 、キーパーソンと連携を図り、患者・家族と共に在宅療養移行に関わる <sup>40</sup> 、家族の個別性を重視し、家族を全体として捉える必要性 <sup>40</sup>

表4. 在宅移行期に向けての促進要因

カテゴリー	コード	記述内容
在宅まで 繋がりが見える 連携体制	訪問看護師との 充実した連携	医療依存度の高い患者の症状緩和や医療的ケアの連携について病棟看護師をサポートし、訪問看護師との連携の窓口となる⑳、在宅でも医療介護専門職者による継続支援が得られる安心感㉑、訪問看護制度の改善と24時間対応の訪問看護ステーションの充実㉒
	バックベッドになる 医療機関との連携	いつでもこの場所に戻ってこられる安心感㉓、がん患者が利用できる短期入院・入所施設・デイサービスの増加㉔
	医療者間の連携体制	患者のニーズや今後予測される病状を共有し院内外の多職種で連携する㉕、院内外のチームを調整する㉖、患者・家族の認識を多職種と共有㉗、病棟看護師の役割と他に委ねる役割を再認識する㉘、看護師間や多職種間でカンファレンスを行い、チームで連携を図る㉙、職種間連携の強化や職種の強みを生かした協働を勧めていくこと㉚、関連職種連携力の発揮㉛、チームでケアができるよう調整を行う㉜
	家族と医療者の 積極的な連携	家族が代理決定できるように環境と支援チームを調整する㉝、医療者のリードによるめまぐるしい在宅療養準備への取り組み(家族が医療者に委ねる)㉞、多職種と家族で連携して在宅療養移行に関わる必要性㉟、家族にも積極的に関わる㊱
	早期からの移行調整	終末期がん特有の時間の有限性に依拠した時機の重視㉒、より早期から終末期の療養場所を考慮しておくことが必要㉓、退院計画の遅れは連携の妨げになる㉔
看護師の在宅 支援に対する 経験値	看護師の在宅支援経験	人生経験を積んだ上で在宅療養移行支援を考慮する認識㉕、在宅療養移行支援の体験㉖、がん患者の在宅療養移行経験の有無㉗
	在宅関連の知識	病院看護師が退院後の患者の情報を得たり療養のイメージをもつための場を設定する㉘、在宅療養移行支援に関する知識を持った上で家族へ情報提供を行う認識㉙、家族看護に関する学習経験(病院内)㉚、看護基礎教育における在宅看護論履修の有無㉛、知識やアドバイスを得る㉜
	患者・家族への精神的支援	患者の最期の過ごし方への揺れる思いに寄り添う㉝、患者や家族の思いを捉え、在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援㉞、ありのままの気持ちを支える㉟、認知症の有無にかかわらずギアチェンジの選択時に心理的ケアを行う㊱、早期から患者・家族の思いや不安・負担の内容を把握し支援を行う必要性㊲
	患者の死に向き合う 過酷さを引き受ける	関わりに不全感を残して見守る㊳、患者を家族に返す重さを感じる㊴、死後の世界観㊵、忘れることや諦めて自分の気持ちに対処する㊶、相談やかかわりの中で自分の気持ちに対処する㊷
	先行きを見据えた 実践能力	今後の支援の方向性を捉える㊸、それぞれの理想とする移行のあり方を思い描く㊹、患者と対話する看護師の力量㊺、具体的判断能力㊻、実践能力㊼、患者と家族を中心に見据えた看護実践㊽
	役割開発への意識	治療に関わる病棟看護師の役割を自覚する㊾、在宅療養支援をコーディネートする人材の育成と充実㊿、自己の立場を自覚した行動(自覚的行動・役割範囲・後輩指導)㋀、役割開発への取り組み(自己課題・啓発)㋁

表5. 在宅移行期に向けての阻害要因と促進要因

阻害要因のカテゴリー	共通	促進要因のカテゴリー
身体的状態への対応が必要である	身体マネジメント	身体的状態が安定している
患者の本当の意思が掴めない	患者・家族の意思	患者・家族の意思を理解している
在宅療養の体制が整わない	在宅療養体制	患者を取り巻く地域支援の基盤がある
家族の療養へのコミットメントの不足がある	家族の在宅へのコミット	家族の介護体制が整っている
医療関係との連携・調整不足	連携体制	在宅まで繋がりが見える連携体制
看護師の在宅支援に対する経験不足	看護師の在宅経験	看護師の在宅支援に対する経験値

いう報告<sup>14)</sup>や終末期がん患者の在宅療養日数は49日(±48.1日)であり、在宅移行後の累積死亡率は、移行後30日で45%、60日で70%であったという報告<sup>15)</sup>や、終末期がん患者の在宅療養期間100日以内55名(75.4%)、30日以内は34名(45.9%)という報告<sup>16)</sup>、看取り希望場所別における全生存期間中央値は自宅/病院/未定が50日/58

日/65日であり、看取り希望場所別における在宅生存期間の中央値はそれぞれ46日/35日/27日であった、実際に在宅医療に移行できた症例に限ると、在宅生存期間の中央値はそれぞれ60日/50日/70日であったという報告<sup>17)</sup>が示されている。このような先行研究の結果を踏まえると、終末期がん患者の移行期間を1ヵ月以上とくと死亡す

る状況が増えることが考えられ、退院後1～2週間を移行期とする方が状況を捉える上で妥当な移行期の時期ではないかと考えられた。

移行期の特性では、“生活を再構築する時期”ゆえに“不安定になる時期”が共通して示されており、疾患や年齢による特徴ではなく、一般的な特性が明らかになった。

以上から、高齢がん患者の移行期を対象とする場合は、退院後1～2週間とし、生活を再構築する不安定な時期という特性を踏まえる必要性が示されていた。

## 2. 終末期高齢がん患者の在宅移行期に向けての阻害及促進要因の特徴について

今回は阻害要因と促進要因に共通する内容として見いだされた6つについて、移行期の終末期高齢がん患者の特徴を考察していく。

終末期高齢がん患者の在宅移行期に関する阻害及促進要因の特徴としては、『身体マネジメント』が抽出された。Lunneyが死亡の数週間前までの機能は保たれ、以後急速に低下することを報告している<sup>18)</sup>。がん患者の突如の急速な身体機能低下という特徴が『身体マネジメント』という形で示されていたと考える。特に高齢者の場合は、先行研究においても高齢がん患者の身体的機能低下より増悪しやすいことは示されている<sup>19-22)</sup>。終末期高齢がん患者の移行期において、そのような変化の特徴があることが『身体マネジメント』が重要になることに繋がっていると考える。

また、終末期高齢がん患者の在宅移行は実際に一人では生活できない現状として『在宅療養体制』『家族の在宅へのコミット』『連携体制』を示していると考えられる。統計的な報告でも、終末期高齢がん患者の在宅移行期間の短さ<sup>14-17)</sup>やEnd of Lifeの患者の症状出現状況をみても身体コントロールの重要性<sup>23)</sup>が示唆できる。また、『身体マネジメント』に加えて、患者の生活を支援する枠組みが整っていないと考える。これより、終末期高齢がん患者の在宅移行期においては、終末期がん患者の特徴でもある急激な身体変化に対してのマネジメントとそれに対応する周囲の状況をいかに捉えておくのが重要であると考えられる。

次に、『患者・家族の意思』ということから、終末期高齢がん患者が治療の場から在宅に行くということは、

終焉を迎えることを承諾するという意味合いも込めている。単なる家に戻るではなく、最後をどう迎えるのかという意味合いを含む移行になるからこそ、患者家族の意思が重要になるのではないかと考えられた。このことから、対象となる患者自身の覚悟を掴んでおくという担保が必要不可欠であるということが推察できる。また、このような一人の人生を左右するような調整であり、病態的にも時間が限られている中で移行支援をするからこそ、看護者の実践力が問われる現状があることが推察され、『看護者の在宅経験』という特徴が示されていたと考えられる。特に、阻害および促進要因の具体的な表記には、“不全感を残して”“返す重さ”“覚悟と未練の狭間”などの移行に関わる中で看護者が苦悩している一面が示されていた。『患者・家族の意思』にも関わることであるが、高齢者の倫理的問題の背景にある要因<sup>24)</sup>として、身体機能の低下に伴う自立(independence)と自律(autonomy)の低下、経済力の低下、高齢者との関わり方の低下、エイジズム(高齢者差別)、パターンリズム(父権主義)、高齢者制度やケアシステム整備の遅れ(介護者の負担増加)、家族介護力の低下、エイジング教育や倫理教育の不足等があげられるが、それらが移行期において絡んできているということが推察できる。単なる在宅移行ではなく、これらの倫理問題にも対処できる実践力が必要であることが示唆された。

## 3. 看護の示唆

終末期高齢がん患者の在宅移行期においては、身体マネジメントの重要性が示唆された。特に、変動する可能性を考えると退院後1ヵ月において変化が富むことが予測され、いかにマネジメントするかが鍵となる。それは単なる身体状態ではなく、在宅の状況・家族を含めて患者の身体の支援を含めて整えていくという調整であった。これより、終末期高齢がん患者の身体状況を見越した在宅移行時期の検討の必要性や、どこまで、マネジメントできるのかという家族の持つ自己効力感など含めて身体マネジメントができるように調整力を発揮することが重要であるといえる。また、在宅の経験値で患者の生の終わり人生の締めくくり、倫理的事象に対する感受性を持っておくことの必要性が示唆された。これは患者・家族だけではなく看護師自身の心の調整の必要性を示して

いた。以上より、双方に共通することとして、終末期高齢がん患者の在宅移行期においては、調整力の必要性が何よりも重要なことが示唆された。

## 本研究の限界

本研究は文献レビューであり、検索用語や文献期間等により限られたデータとなっていることは否めない。また、文献により詳細に内容が記載されていない場合もあり、在宅の捉え方が自宅や福祉施設など多様であることも、本研究の限界である。

## 結 論

終末期高齢がん患者の在宅移行期に関する文献を概観することで、終末期高齢がん患者の移行期はがん疾患ゆえの急な身体変化に対することへの対応やそのことを見越して、周囲を取り込んでいく必要性が示されていた。また、人生統合という意味合いも含む在宅移行であることを踏まえつつ、倫理的感性を高めて関わる必要性が示唆された。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム。1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha\\_chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha_chiiki-houkatsu/) (2021/10/22検索)
- 2) 厚生労働省：令和2年(2020) 人口動態統計月報年計(概数)の概況。(2) 死因。  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyouR2.pdf> (2021/10/22検索)
- 3) 久保田千景：一般病棟で終末期がん患者の在宅療養移行に向けての家族への看護実践を促進する認識と阻害する認識。日本医学看護学教育学会誌, 28(1) : 20-28, 2019
- 4) 山本莉沙, 吉岡さおり, 岩脇陽子, 山中龍也：終末

- 期がん患者の在宅療養移行が困難な要因についての文献的考察。京都府立医科大学看護学科紀要, 25 : 35-40, 2015
- 5) 井上菜穂美：急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題。せいいい看護学会誌, 6(1) : 1-7, 2015
  - 6) 平松瑞子, 中村裕美子：療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安。大阪府立大学看護学部紀要, 16(1) : 9-19, 2010
  - 7) 小川朝生：高齢がん患者のこころを支える。日社精医誌, 22 : 480-485, 2013
  - 8) Seow, H., Barbera, L., Sutradhar, Howell, D., *et al.* : Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol., 29(9) : 1151-1158, 2011 doi: 10.1200/JCO.2010.30.7173. Epub2011Feb7.
  - 9) 森田達也, 白土明美：第1章 死亡までの過程と病態についてのエビデンス。死亡直前と看取りのエビデンス, 第1版, 医学書院, 東京, 2015, pp. 12-14
  - 10) 森本悦子, 石橋みゆき, 小山裕子：一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み。高知女子大学看護学会誌, 43(2) : 62-69, 2018
  - 11) 森本悦子, 井上菜穂美：地方都市で外来化学療法を継続する高齢がん患者の困難とニーズ。関東学院大学看護学会誌, 1(1) : 1-7, 2014
  - 12) 松本仁美：終末期がん患者の在宅療養調整における特徴と注意点。ヒューマンケア研究学会誌, 8(1) : 59-63, 2016
  - 13) Casotto, V., Rolfini, M., Ferroni, E., Ghiotto, M. C., *et al.* : End-of-Life Place of Care, Health Care Settings, and Health Care Transitions Among Cancer Patients: Impact of an Integrated Cancer Palliative Care Plan. J Pain Symptom Management, 54(2) : 167-175, 2017  
doi : <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.004>
  - 14) 島内節, 葉袋淳子：在宅エンド・オブ・ライフケア(終末期ケア)利用者のアウトカムと専門職の実践



- 力を高めるケアプログラムの応用. *イニシア* : 11-27, 2008
- 15) 沼田久美子 : 緩和医療 終末期患者の緩和ケアと在宅療養移行. *東京女子医科大学雑誌*, 77(4) : 213-218, 2007
- 16) 鈴木央 : 何が在宅での看取りを可能にするのか当院における末期がん在宅ターミナルケア74事例の検討. *プライマリ・ケア*, 28(4) : 251-260, 2005
- 17) 津田享志, 平川麻美, 丹下みづる, 保科かおり 他 : がん患者の終末期医療における看取り場所の聴取後の在宅がん緩和医療移行の実態. *ホスピスケアと在宅ケア*, 25(2) : 88-95, 2017
- 18) Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., *et al.* : Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* : 289(18), 2003  
doi : 10.1001/jama.289.18.2387
- 19) 堀田知光 : 高齢化時代におけるがん診療の現状と将来展望. *総合健診*, 44(2) : 341-348, 2017
- 20) 森一恵, 杉本知子 : 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題. *岩手県立大学看護学部紀要*, 14 : 21-32, 2012
- 21) 長尾みゆき, 清水裕子, 坂東修二 : 入院中の高齢肺癌患者の健康状態と主観的健康観, 主観的幸福感の検討. *香川大学看護学雑誌*, 21(1) : 77-86, 2017
- 22) 森本悦子, 石橋みゆき, 小山裕子 : 一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み. *高知女子大学看護学会誌*, 43(2) : 62-69, 2018
- 23) 柏木哲夫 : 緩和ケアマニュアル. 第4版, 最新医学社, 東京, 2001, pp. 2-3
- 24) 奥野茂代 : 老年看護学. 第5版, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2014, pp. 17-18

## *A Literature Review on Periods of Hospital-to-home Care Transition for Elderly Cancer Patients*

*Yoshie Imai<sup>1)</sup>, Saki Hamada<sup>2)</sup>, Mei Myouken<sup>2)</sup>, Marin Une<sup>2)</sup>, Yasuko Matsushita<sup>1)</sup>, Yasuko Hase<sup>3)</sup>, Kazuko Iguchi<sup>4)</sup>, Takae Bando<sup>1)</sup>, Aki Takahashi<sup>1)</sup>, Yuta Inoue<sup>1)</sup>, and Tomoka Sakamoto<sup>4)</sup>*

<sup>1)</sup>*Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima, Japan*

<sup>2)</sup>*Tokushima University Health sciences, Tokushima, Japan*

<sup>3)</sup>*Tokushima University Graduate School of Health sciences Master of Health Sciences, Tokushima, Japan*

<sup>4)</sup>*Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

The purpose of this study was to characterize periods of hospital-to-home care transition for elderly cancer patients by extracting definitions of such periods and their characteristics as situations from the literature, and to discuss effective nursing support toward hospital-to-home care transition. Relevant research papers published within the period between 2010 and 2020 were searched for using Ichushi Web and PubMed. Descriptions related to periods of transition, characteristics of situations, and hindering/promoting factors were extracted without any changes and categorized based on descriptive content similarities. In these papers, a period of hospital-to-home care transition was described as 1 week to 1 year after discharge. As a situation, it was characterized as “a time when the patient rebuilds his/her life”, and therefore, “a time of instability”. Factors hindering and promoting hospital-to-home care transition were represented by 6 categories, which suggested the following commonalities between them: [physical management], [patients'/families' intentions], [home care systems], [other family members' commitments to home care], [collaboration systems], and [nurses' home care experience].

Key words : Elderly Cancer Patients, Hospital-to-home Care Transition, Literature Review