

在宅療養がん患者の日常生活支援のための RISK FACTOR（危険因子）尺度開発

はじめに

がんはわが国の死因のトップとなり、死亡者数は 1980 年以降年々増加してきている。政府のがん対策においては、1984 年度から開始された「対がん 10 カ年総合戦略」および 1994 年度から開始された「がん克服新 10 カ年戦略」により、診断や治療技術は進歩を続けてきている。しかしながら、依然としてがんは我が国において死因の 1 位を占めており、また、加齢によるがん発症のリスクの高まり等からがんが国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている¹⁾。そこで、がん対策の一層の推進を図るために、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006 年に「がん対策基本法」（以後基本法と表記する）が制定された。基本法では、がんの予防及び早期発見の推進・がん医療の均てん化促進・研究の推進について国家と地方公共団体の責任を明示しており、特に「がん医療の均てん化」については、がん患者が、等しく適切な医療を受けるための整備や患者やその家族の生活の質の向上のため「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められている」と「在宅医療」について述べている²⁾。このように、基本法においては、がん患者の療養生活の質の向上を図るために、在宅におけるがん医療の提供を進めている。

しかし、公的に法律の下で提供される在宅支援サービスの多くは、在宅ホスピスケアや訪問看護サービスの充実等が主であり、がん患者が在宅で療養を続けて行くために必要な生活の視点での支援は少ないように思われる。特に 65 歳未満（以後若年と表記）、つまり老人医療保険や介護保険の対象となる以前の若いがん患者やその家族に対する生活の視点での支援策は殆ど検討されていないのではないだろうかと考える。

更に、治療の発展に伴いがん患者が社会の中で疾患と共に生活する期間が長くなっているにも拘わらず、日常生活上の QOL が個々人の考え方・価値に大きく左右されるため、評価が難しくこれまでほとんど研究がなされていなかったという現状がある。

以上のことから、このままでは、若年がん患者の在宅療養継続は困難となり、生活の質が低下する可能性が高いと考える。

そこで、本論では、在宅療養を続けている若年がん患者にとって現在の医療政策では、かえって生活の質を低下させる可能性があるという仮説に基いて、在宅療養中の若年がん患者を対象として日常生活上の QOL とは何かを明らかにし、更に QOL を低下させる要因を抽出し、抽出された要因の危険度を把握するための尺度を開発することを目的とする。

また、本研究では、リスク・マネジメントの考え方を導入し、若年がん患者の日常生活上の QOL の低下の可能性をリスクと考え、抽出された要因をリスクファクターと捉え検討を進める。

1 がん対策推進基本計画 平成 19 年 6 月 がん対策推進協議会

2 前掲 1 18 頁

その結果、若年がん患者の日常生活上の QOL の低下というリスクを早期に把握し、リスク回避あるいはリスク軽減のための介入をタイムリーに実施することができるようになると考えられ、若年がん患者の在宅療養上の QOL の維持向上に貢献できると考える。

第 1 章 背景と目的

「がん」が加齢により発症リスクが高まることや新薬の開発が進み高価な薬品の使用が増加してきていることは、新生物に係る医療費増加の原因のひとつであろうと思われるが、政府はがん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、2006 年に「がん対策基本法」を制定し、翌 2007 年にがん対策基本法に基づき「がん対策推進基本計画」を策定した。その後、5 年後の 2012 年には、前基本計画策定から 5 年が経過していること、新たな課題が明らかになったことから、平成 24 年度から平成 28 年度までの 5 年間を対象として見直しが行われた³⁾。しかし、その内容はガイドライン的なものであり、未だ生活者としてのがん患者の QOL については、何も語られていない。

そこで、これまでがん患者支援策として実施されて来た医学的視点・介護的視点・生活支援の視点の 3 つの視点から検討を行った。その結果、以下の 3 つの問題点が明らかになった。

- ① 在宅療養中の若年がん患者への支援は、これまでの医学的視点から見た支援策、つまりより効果的な治療方法の選択や抗癌剤による副作用のコントロール等が中心であった。
- ② 在宅療養のがん患者が必要なときに必要な介護支援が得られないことは、家族の負担が増すばかりでなく、働き手の家族が介護に専念する必要も出てくることで、経済的負担にもつながる可能性が高い
- ③ がん対策推進基本計画⁴⁾における在宅医療についての支援対象は、高齢の終末期患者が中心となっており、平成 24 年の改訂で、働く世代へのがん対策が挙げられているものの、内容的には生活者の視点での支援策にはつながっていない。

第 2 章 看護師から見た在宅療養若年がん患者が抱える問題

がん患者が抱えている問題とは具体的にはどのようなものかを、医学的治療の視点からではなく、患者を自らの人生を生きる一人の人間としてその生活過程に関わる社会経済的、心理的環境の質について知るために、患者を医療機関から在宅療養への移行を支援している地域連携支援室に勤務する看護師を対象としてインタビュー調査を行った。

その結果、以下の 4 点が明らかとなった。

- ① 「医療制度の問題」では、バックベットの確保とタイムリーなケア提供が困難である。
- ② 「支援体制の問題」では、家族の一時休息支援と、がん患者を中心としたショートステイやデイケアシステムが必要であり、また、医療保険と介護保険のシステムの複雑さが更に問題を深刻化している。

³⁾ 平成 24 年 6 月 がん対策推進基本計画 厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html

⁴⁾ がん対策推進基本計画 平成 19 年 6 月にがん対策基本法第 9 条第 5 項の規定に基づき、国会に報告されたもの。第 3-3-(1)-③在宅医療

- ③ 「心身の問題」では、患者自身の心理支援もだが、家族の心理的支援も重要である。
 ④ 「生計の問題」では、患者の医療費だけでなく、患者・家族の生活を脅かす問題が存在する。

これらは、以下のマトリックスで表すことができた。

表1. インタビューから抽出された分類

	分類 Category	区分 Type	
		患者 Patient side	患者を取り巻く環境 Environment side
領域 Area	社会制度 Social System	医療制度の問題 Medical Service	支援体制の問題 Social Support
	患者の生活 Patient's Life	心身の問題 Physical&Mental	生計の問題 Living

(筆者作成)

第3章 在宅療養中の若年がん患者のQOLに関する文献レビュー

「医療制度の問題」「支援体制の問題」「心身の問題」「生計の問題」の4つのカテゴリーについて、国内でこれまでどのような検討がなされてきたかをパイロット調査し、その後、がん患者のQOLに関する文献を検討した。

パイロット調査の結果、患者や家族の生活を支える問題（経済的問題等）を取り上げた論文は全く見当たらなかった。そこで、がん患者のQOLについての論文に関するサーベイランスを行った。その結果を以下の表2にまとめた。

表2. 文献サーベイランスの結果一覧

文献レビュー 結果一覧													
職種別	論文数	内 訳	内 容										
		QOL尺度 用いた文 献数	治療効果 評価	心理等 調査	疼痛コ ント ロール	治療副 作用評 価	ケア 介入 評価	システ ム評価	要因検 討	尺度 開発	薬剤効 果評価	薬剤副 作用評 価	その他
医師	140	56/140	38/56	9/56	5/56	3/56							1/56
看護師	26	9/26		1/9			5/9	1/9	1/9	1/9			
薬剤師	24	7/24					1/7	1/7			4/7	1/7	
その他	19	8/19											

今回の文献サーベイランスの結果、医療におけるがん研究においては、QOL 評価は治療効果の比較などホリスティックに捉えるという意味で用いられており、個人的な内容についての評価ではないということであり、がん疾患において従来の QOL 評価がその人の療養生活の個別的課題に対処するものではないということがわかった。もちろん、医学研究における QOL 評価も重要ではあるが、人は社会の一員として尊重され、社会の中で役割を果たしていくことも重要である。よって、健康に関連した社会面における QOL も医療における QOL と同様に重要となる。そしてこの社会面における QOL はきわめて個人的で、個々の価値観が色濃く出るもので、一般化できない QOL であり、それこそが、がん患者の在宅療養における QOL として重要なものであると考える。

文献サーベイランスの結果から、現在のところ、医療者の注目を集める QOL 調査は殆どが治療効果あるいは副作用対策評価であると言わざるを得ないが、今後は、多様化する価値観を含め、社会的健康の QOL 評価、つまり個別的課題に対処するための QOL 研究を進めて行く必要があると考える。

今回の調査で社会的健康における QOL についての論文が殆ど見当たらなかったのは、尺度が一般化できないことや、尺度そのものが未だ検討されていないからであろうと推測される。それ故、社会的健康、つまり日常生活の視点から見た QOL 調査が行われるよう、研究が進むことが求められる。

第 4 章 在宅療養若年がん患者の日常生活上の QOL とその低下リスクファクター

若年がん患者の日常生活上の QOL を評価するためには、彼らが、日常の中でどのようなことを思い、感じているか、また、どのようなことを問題と意識しているかを明らかにし、何が彼らの日常生活上の QOL を低下させる要因となっているのかを検討する必要がある。そのためには、実際に患者の話を聴くことが重要であると考え、若年がん患者を対象としたインタビュー調査を実施した。

インタビューはインタビューガイドを用いたフォーカスグループインタビューとした。その結果、若年がん患者の日常生活上の QOL を低下させるリスク要因として、「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の 4 つが明らかになった。

今回のインタビューで、若年がん患者の日常生活上の QOL とは、看護師へのインタビューを通して示唆された、医療体制や支援体制といった大きな枠組みによる充実ではなく、「ピア・サポート」「生計」「関係性」「役割」の 4 つのカテゴリーが抽出されたことに示されるように、社会の中の一員として役割を果たしながら生きて行くといった、いわば、より内面的なものの価値が満たされていることを意味するものであることが示された。

つまり、若年がん患者の日常生活上の QOL とは、社会の一員として生きて行くための内面的な充実のことであり、それゆえに個々人の生き方や価値観によって影響を受けるものであることを示していると考え。よって、この 4 つのカテゴリーを、若年がん患者の日常生活上の QOL 低下のリスクファクターを示唆するものとして考えることができるのではないだろうか。

第5章 在宅療養若年がん患者の QODL 低下のリスク度評価尺度開発

若年がん患者の在宅療養生活上の QOL を評価する新たな尺度が必要であるが、日常生活の視点での QOL は、個人によって千差万別でありそれを測る尺度もまた、膨大な数になる。よって、医療におけるアウトカムを評価する指標としての QOL 調査と同様の手法では評価できないことが予想される。つまり、評価尺度の開発は難しいことが明らかとなった。

そこで、筆者は若年がん患者の日常生活の視点から見た QOL を「Quality of daily life」と名付け、QODL を低下させるリスクファクターを社会的健康の指標である「生計」「関係」「役割」として捉えることとした。そして、それら 3 つのリスクファクターについて、リスクの回避或いは軽減のためのリスク度評価を行うためのアセスメントツールとして利用されるものが必要となると考えた。そして、それぞれのファクターの QODL のリスク度は、主観的健康状態 (X 軸) と客観的健康状態 (Y 軸) の不一致として確認することができるのではないかと考える。

つまり、現在患者が置かれている状況を 3 つのリスクファクターをもとに、それぞれのリスク度を客観的指標と主観的指標によってアセスメントし、その結果得られるリスク度に応じたリスク回避策の介入を行うための測定モデルが必要となると考える。

そこで、この考え方を基に QODL の概念図を作成した。この QODL 概念図は、X 軸を患者の「健康に関する主観的認識」とし、Y 軸を医療者が客観的にアセスメントする健康状態、つまり「客観的健康状態」とした。それぞれの軸は、positive から negative までの幅で表す。

そして、理想の QODL、つまり日常生活上の QOL の低下リスクがない状況とは、客観的健康状態を示す Y 軸上の指標と主観的健康認識を示す X 軸上の指標の双方から等距離にある点の集合として表されると考えられ、客観的健康状態の評価 (Y 軸) と主観的健康認識 (X 軸) の一致を表す点の集合と考えられる。その概念を図 1 に示す。

但し、この図は、主観的健康認識と客観的健康状態の関係を二次元で表現する工夫を筆者が行ったものであり、線形回帰での説明を試みたものではない。

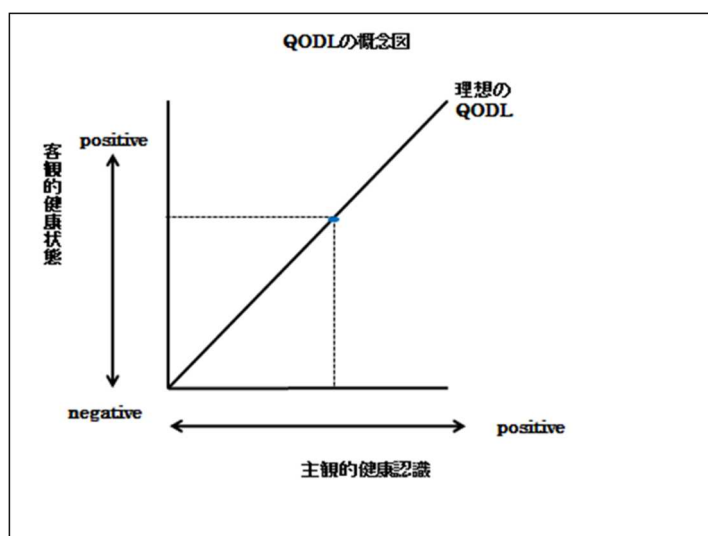


図 1. QODL の概念図

次に、実際に社会的健康状態を評価するためには、3つのリスクファクターつまり、生計・関係・役割について客観的健康状態と主観的健康認識のそれぞれの評価指標が必要である。なぜならば、QODL測定モデルは、リスクを予測し、そうならないための介入のためのアセスメントツールとして使用できるのもでなくてはならないため、考え方だけでなく実際に医療者が患者の置かれている状況を総合的にアセスメントするための道具として用いられる必要がある。よって、評価指標を数値で表すことは難しいが、X軸、Y軸上に評価を何らかの方法で表すことができるよう検討する必要がある。

まず、主観的健康認識についてであるが、リッカート尺度⁵⁾では、評価のあいまいさを避けるために4段階で評価されることが多い。よって、リッカート尺度の採用に際し、回答の曖昧さを排除するために「どちらでもない」等の中間回答を排除し、かつ、できるだけ簡潔な運用を目的として、「思う」「やや思う」「あまり思わない」「思わない」の4段階を選んだ。

また、客観的評価指標は、3つのリスクファクター「生計」「関係」「役割」それぞれの内容をよく表す内容のものでなくてはならない。看護の領域では、患者や家族の状況や置かれている環境について、看護診断⁶⁾を用いてアセスメントし介入を計画しアウトカムを明らかにするプロセスを辿ることが多い。よって、この看護診断の考え方を参考に、客観的評価指標の内容の検討を行った。

生計における評価指標は、患者へのインタビューの結果から、経済的支援が単に金銭的な援助を希望するのではなく、自分たちの置かれている状況から必要な支援を選択したいといった主体的な考え方を持っており、そのためにどのような公的支援策があるのか、あるいは、どこへ行けばその情報を得ることができるのかといった「支援に関する情報を知りたい」という思いが強かった。このことから、客観的指標は、「経済的に支援してくれる人がいる」「公的支援システムを知っている」「必要な支援内容を選択できる」「支援について、相談できる人あるいは相談できる場所を知っている」の4指標が妥当ではないかと考える。そして、この4つの指標の中から当てはまるとして選択された数(1~4)によって **negative** から **positive** へと移行する。(図2参照)

同様に関係についての客観的健康状態の評価指標は、「家族の目標を修正や調整できている」「家族のためのソーシャルサポートを知っている」「家族が相互に支援し合う力を持っている」「家族が変化に適応する能力を有している」の4指標とした。

また、役割の客観的評価指標は、「支援してくれる重要他者がいる」「自尊感情が維持

⁵⁾ リッカート尺度とは、アンケートなどで使われる心理検査的評価尺度の一種であり、各種調査で広く使われている。リッカート尺度では、提示された文に回答者がどの程度合意できるかを回答する。その名称は、この尺度の利用に関する報告を出版した **Rensis Likert** に由来する。Wikipedia より

⁶⁾ 黒田裕子著「入門看護診断」照林社 2011年
看護診断とは、健康問題に対するその人の反応を臨床判断によって診断することである。つまり、正確には、看護の対象は問題ではなく、健康問題に対する反応と言わなくてはならない。医師が、健康問題そのものを診断するのに対して、看護師は健康問題に対する反応を診断するのである。したがって看護師は看護の視点でその患者の反応、つまりその病気に罹患した患者が病気に罹患したことで、どのような反応を示しているだろうかという行動の観察およびアセスメントをしなければならない。

できている」「自分の思いを自由に話せる場所をもっている」「新しい役割や変化した役割について自分の行動を明らかにできる」の4指標とした。

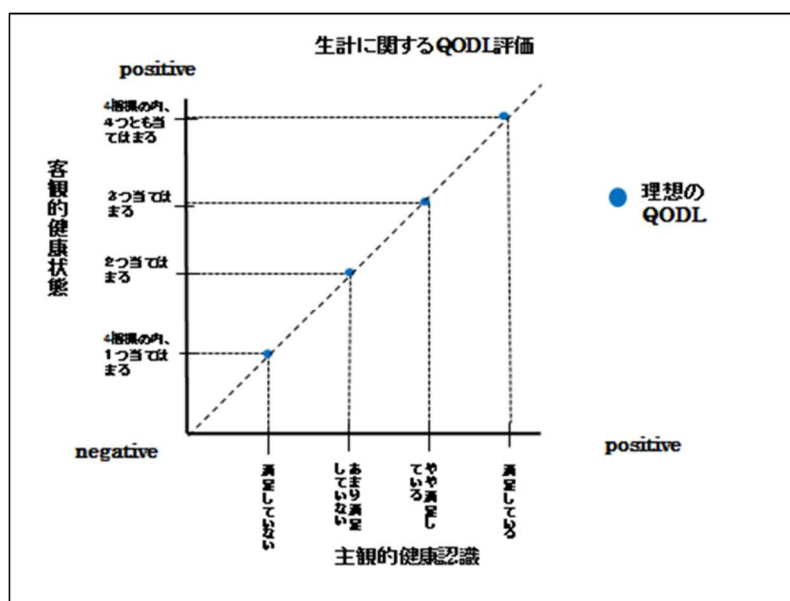


図2. 生計に関する QODL 評価

以上のように、QODL 評価指標を決定したが、QODL において、リスクのない状態を表す点の集合すなわち、客観的健康状態の評価（Y 軸）と主観的健康認識（X 軸）の一致はあくまで理論上であり、実際の QODL は、理想の QODL から離れた位置に存在していると考えられる。例えば、リスクファクターが「生計」の場合、客観的健康状態は、「2 指標当てはまる」、主観的健康認識は「やや満足」となれば、グラフ上では、赤の点の位置が QODL となる。しかし、理想の QODL は青い点の位置であるから、その青い点の位置、つまり理想から赤い点の位置（現実の状況を示す位置）までの幅が QODL 低下のリスクとして表されることが考えられる。また、客観的健康状態が「3 指標当てはまる」で、主観的認識が「満足していない」となると、赤い点の位置は図 3. のようになり、QODL 低下のリスクは、赤い点から青い点までの幅で表すことができる。

このように 3 つのリスクファクターについてそれぞれ評価していくと、個々のリスクファクターにおけるリスク度が可視化できる。これにより、リスク評価者は、それぞれのリスクアセスメントを行い、リスク回避あるいは軽減のための介入計画を立案して行くことができる。

また、3 つのリスクを同じ図上に表すと（図 4. 参照）、それぞれのリスクファクターにおける QODL 低下リスクを比較することが可能となり、リスク評価者やその他の支援者の介入の優先順位がアセスメントしやすくなる。

以上、QODL 低下リスクの評価方法について述べた。日常生活における QOL 測定は、Marcia A. Testa からもその論文⁷⁾ で述べているように、多様化する個々の価値に対応できるものでなければならず、全ての患者に対応できる尺度を設けることは難しいと考える。

⁷⁾ 前掲 「Assessment of Quality of Life Outcomes」

しかし、今回 QODL の低下のリスクファクターを決定し、支援を行うためのアセスメントツールとして位置づけたことにより、若年がん患者が、在宅療養を行う上での顕在的な、および潜在的なニーズに適切に対応できるのではないかと考える。つまり、リスクを可視化することにより、支援の優先順位を予測することができるだけでなく、支援の提供者のみならず支援を必要としている患者・家族にとっても、それまで意識していなかった潜在的ニーズを意識化し、そのまま放置すれば、将来起きるだろうと予測される QODL 低下のリスクに対して、患者・家族自身がリスク回避のための努力を自ら行い、そのために必要な支援を求めることができるようになるのではないかと考える。

以上のことから、今回開発した QODL 低下のリスクアセスメントツールは、若年がん患者の個々の価値に合った支援を得ることにつながり、地域社会においてより長く自分達らしく自律して生活していくためのツールとして有効であると考えられる。

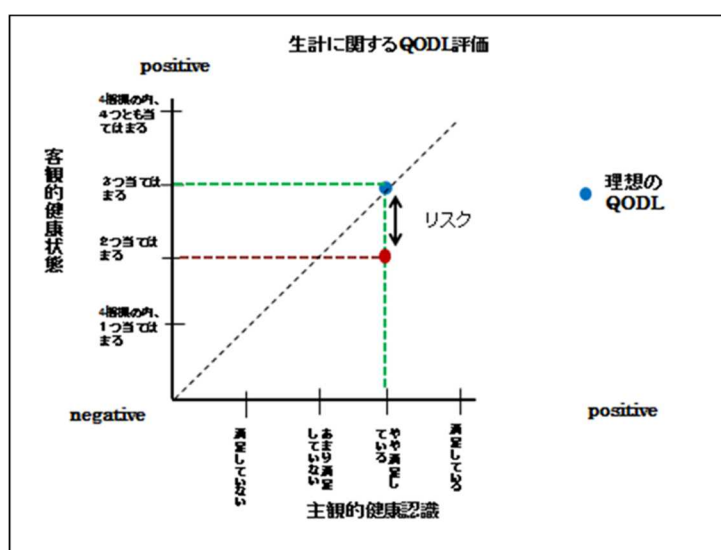


図 3. リスクの可視化

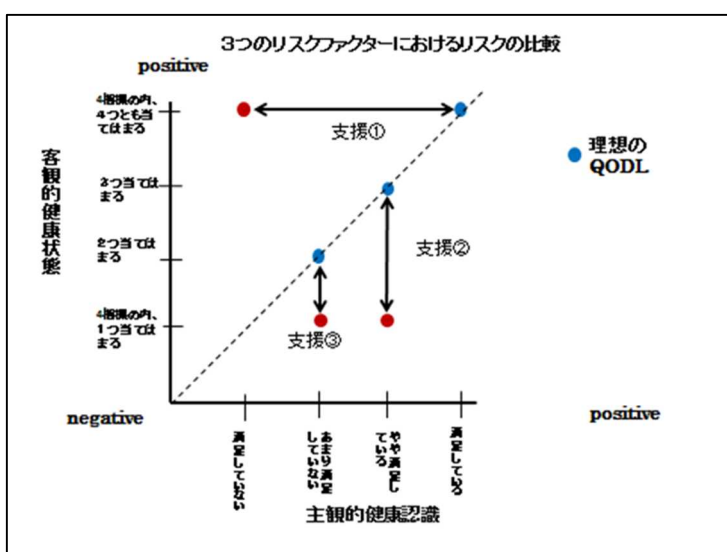


図 4. 3つのリスクファクター間のリスク比較

第6章 QODL 評価者

がん患者・家族がより質の高い在宅療養を続けるためには、リスク回避や軽減および評価のための調整役として中心的な役割を果たす人材が必要となる。がん患者の場合、疾患と治療及び副作用について深い知識を持ち更に患者・家族の持つ背景を理解したうえで、生活の質の評価をしていく必要があり、医療支援のための専門的知識と的確な判断力を持ち、尚かつ生活支援者として患者・家族の置かれている状況を適切にアセスメントできる能力を持つ者が必要であると考え。そこで、そのような要件を満たし役割を果たせる者は、現在のところがん看護専門看護師（以後がん看護 CNS と表記）以外にはないのではないかと考える⁸⁾。そこで、3名のがん看護 CNS を対象として、在宅療養がん患者が抱える問題についての認識を調査した。その結果、「生活者の視点での患者支援」「家族も含めたケアの提供」「症状マネジメント及び日常生活マネジメント」の3つのカテゴリーが抽出され、疾患と治療及び副作用について深い知識を持ち、更に患者・家族の持つ背景を理解したうえで、生活の質を評価し、医療支援のための専門的知識と的確な判断力を持ち、尚かつ生活支援として患者・家族の置かれている状況を適切にアセスメントできる能力を持つ者として、がん看護 CNS が妥当であることが明らかとなった。

第7章 本研究の限界と今後の課題

これまで検討が殆どなされなかった、若年がん患者が在宅療養を行う上での QODL について、QODL の低下をリスクと捉え、社会的健康の指針として、インタビュー調査から、生計・関係性・役割の3つを抽出した。更に、それらを QODL のリスクファクターとして捉え、それぞれのリスクを評価することで、リスク回避のための支援を得ることができる」と述べてきた。しかし、本論文で扱った議論には、まだいくつかの課題が残っている。

第1には、がん患者を対象としたインタビューでは、7名の内、男性が一人であり、就労支援等についての内容は、殆ど聞かれなかった。このことから、メンバー構成が、語られた内容に何らかの影響を及ぼしている可能性を否定できない。よって、社会的健康における QODL リスクファクターについて、「生計」「関係性」「役割」以外にもまだ検討しなければならない課題があるのではないかと考える。また、がん看護 CNS のインタビューも対象が3名と少なく、それだけでがん看護 CNS が考える支援と在宅療養中の若年がん患者が捉えているリスクファクターが関連していると主張するには限界があると考え。また、がん看護 CNS の働き方については、現在、医療機関内での活動が主であり、地域で活躍するがん看護 CNS はほんのわずかしかない。よって、どのような地域医療シス

⁸⁾ がん看護 CNS 日本看護協会は、1996年より専門看護師制度（Certified Nurse Specialist, CNS）を開始した。「専門看護師とは、日本看護協会専門看護師認定審査に合格し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門分野の知識及び技術を深めた者をいう。専門看護師は、実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究の6つの役割を果たすことにより、保健福祉や看護学の発展に貢献する」
平成21年度版看護白書6頁 日本看護協会出版会

テムが、彼らの地域における活動を可能にするかについても議論の必要がある。

第2に、今回の評価指標は、客観的健康評価と主観的健康認識の評価指標を看護診断の手法を用いて検討したものであるが、評価指標の妥当性については議論の余地がある。今後はより広範囲のデータを収集し（例えば、インターネット調査等）、評価指標を再検討していくことで、課題の解決につなげたいと考える。

第3に、がん患者やその家族にとって在宅療養上のリスクを回避、あるいは軽減させるために、現在利用できる支援が他にあるか、あるとすれば、それらを有効活用するための方策はあるかについても調査および検討が必要であるが、今回の調査では、そのことについては明らかにしていない。今後調査範囲を広げて確認して行きたいと考える。

以上、これらの課題については、今後、より広範囲な情報収集を実施し、段階的に研究を進めて行く必要がある。

また、最終的には65歳未満のがん患者の在宅における療養生活の質の向上を図るための支援策について、リスク・マネジメントの視点に立ってがん専門看護師を中心とする支援システム構築へと議論を発展させて行く予定である。

今後も継続して、本研究課題に取り組みたいと考える。

以上