

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 6 月 18 日現在

機関番号：23901

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2010～2012

課題番号：22592450

研究課題名（和文）病棟看護師による終末期がん患者への早期からの退院調整システムの開発  
 研究課題名（英文）The nurses who work at hospital wards developed a system that allows terminal cancer patients to do discharge management in the early days of hospitalization

研究代表者

広瀬 会里（HIROSE ERI）

愛知県立大学・看護学部・准教授

研究者番号：90269514

研究成果の概要（和文）：終末期がん患者のいる 5 ヶ所の病棟看護師と研究者によるアクションリサーチチームを結成し、チームで退院調整への課題の明確化、援助プログラムの作成、実践のためのシステム開発に取り組んだ。退院調整を困難としているのは、患者の意向確認、介入時期の判断、医師との連携への課題があるとわかり、各病棟の特色をふまえた援助プログラムを作成した。

研究成果の概要（英文）：The action research teams were formed by nurses who work at 5 hospital wards where terminal cancer patients are hospitalized. The team worked on clarifying issues to discharge patients, making nursing care programs, and developing systems to practice. As a result, some issues were discovered such as checking with patients' intentions, timings to intervene, and communications with doctors. To resolve the issues, assistance programs were made for each hospital ward based on its specialties.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2011年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2012年度	700,000	210,000	910,000
年度			
年度			
総計	2,900,000	870,000	3,770,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：がん看護、退院調整、終末期

## 1. 研究開始当初の背景

がん対策基本法の制定により都道府県がん診療連携拠点病院（以下、がん拠点病院）と認可された病院は、法律の基本政策の1つである「がん医療の均てん化の促進等（専門的な知識及び技能を有する医療従事者の育成、がん患者の療養生活の質の維持向上等）」

の取り組みが課せられている。退院調整はがん患者の療養生活の質の維持向上のためにも重要となるが、大学病院の病棟看護師の79.9%は退院時の時期を逃した経験を持ち、急性期病院では終末期がん患者の退院調整が十分に行われているとは言いがたい。

研究代表者はこれまで在宅療養移行期の患者の意思決定を病棟看護師が支援する方法について検討してきた。結果として、看護師のコミュニケーション技法などの技術的な問題、在宅ケアに関する知識不足、多様な価値観に対応する姿勢など看護師側の課題が明らかとなり、学習会の開催や介入プログラムの作成に取り組んだ。しかし一時的に介入件数が増加するなどの効果はあったが継続性は保てなかった。その一因として看護師自らの問題提起から始まった取り組みではないため、業務量の増加による負担感、出現する課題への対処能力の未習熟があったのではないかと考察した。

終末期のがん患者の退院調整には、予命告知、治癒をめざした治療から緩和ケア主体の治療への転換であるギアチェンジ、がんの症状コントロール、そして継続的に管理が必要となる医療処置の問題がある。また、がん拠点病院をわざわざ選んで入院する患者は、治療による「治癒」への希望が強い。看護師は、終末期がん患者が治癒を目指した治療から緩和ケア主体の治療への治療目的の転換ができるような介入をすることになるが、多くの看護師は治療の目的を転換することへの介入を困難と感じている。治療の目的を転換する介入について調査した研究では、耐え難い苦痛の経験などの要因により、治療目的は転換できたが調査対象者の全員が「自宅での介護を断念」となり、介入時期が遅いと入院したままとなってしまう問題もある。また治療目的の転換への成功例の研究報告もあるが、標準化された介入プログラムはない。病棟看護師が主体で介入プログラムを作成することは、実現させるためには無駄の削除を伴うことができ、業務量が増すのではないため、介入プログラムの導入および定着が期待できる。また、作成途中に生じる課題と取り組みは、追従する者への示唆となると考える。

## 2. 研究の目的

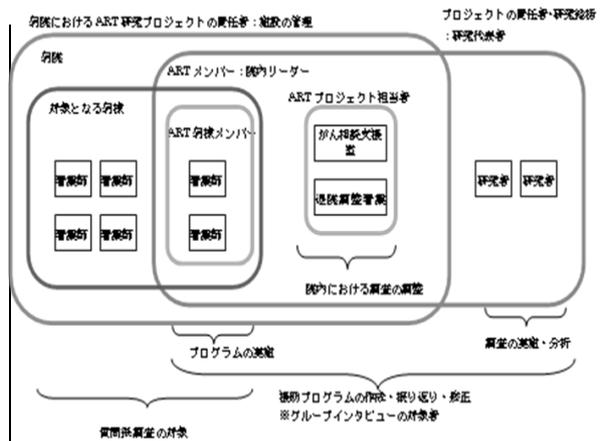
実践的な研究手法であるアクションリサーチの手法を用いて、看護師と研究者の協働により終末期がん患者の療養生活の質の向上に寄与する早期からの退院調整を可能とするプログラム開発することを目的とする。

## 3. 研究の方法

### (1) 対象施設

地域がん診療連携拠点病院で、がん相談支援室に専任の看護師を複数配置し、退院調整を行っている病院 1 施設

### (2) アクションリサーチチーム(以下 ART)メンバーの編成



- ① ART 病院担当者より、院内で退院調整に関心のある看護師に ART への参加を呼びかけていただく。
- ② 終末期がん患者が入院する率の高い 5 ヶ所の病棟の看護師長に各病棟で退院調整に関心のある看護師に ART への参加を呼びかけていただく。
- ③ ①②で参加を呼びかけた看護師に、研究プロジェクト担当者が、研究の目的、内容、計画について文章を用いて説明する。研究の内容を理解し、参加について書面による同意が得られた看護師を ART メンバーとする。

### (3) 援助プログラム実施前後の調査

#### ① 調査対象

がん診療拠点病院で終末期癌患者が入院している病棟の看護師に、質問紙調査を行う。

#### ② 調査項目

困難感：「一般病棟の看護師の終末期癌患者のケアに対する困難感尺度（笹原, 2003）」を用いる。この尺度は 8 ドメイン（78 項目）で構成されており、全体での合計点は出さずドメインごとの合計点を算出し点数が高いほど困難感が高いことを意味する尺度である。項目数が多いため目的に応じたドメインごとの使用を認めており、今回は「患者・家族とのコミュニケーション（17 項目）」、「治療・インフォームドコンセント（8 項目）」、「看護師間の協力・連携（5 項目）」の 3 ドメイン（30 項目）を使用する。

#### ③ 調査方法

終末期がん患者が入院する率の高い 5 ヶ所の病棟の看護師全員に調査施設の調査責任者から配布する。質問紙調査への回答をもって調査協力に同意したものとみなす。質問紙は無記名とし、個別で返信用封筒に封入したのち、回収は郵送法で行う。

#### ④ 分析

回収された質問紙の回答は記述統計で集計する。

### (4) 援助プログラムの作成・実施

ART への参加人数により調整し、1 グループ

は5～7人とし、1回60分程度のディスカッションを行い、下記に取り組む。

- ①がん終末期にある患者の退院調整を病棟看護師が行う際の課題の明確化
- ②援助プログラムの作成・実施
- ③援助プログラムの実施過程の評価として、グループインタビューによるアクションリサーチが及ぼすARTメンバーの内省に関する調査

#### 4. 研究成果

##### (1) ARTの結成

13名の研究参加希望者があり2グループとした。5回のディスカッションを行い、参加率は各グループでばらつきがあった。毎回、勤務の都合や体調不良などの欠席連絡があった。

表1 参加者数(人)

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
Aグループ	7	7	6	5	6
Bグループ	5	5	4	1	1

##### (2) 退院調整に関する抽出された課題および援助プログラムの作成

退院調整を困難としているのは、ディスカッションにより患者の意向確認、介入時期の判断、医師との連携への課題があがった。各病棟の特徴をふまえながら、①対応策を検討する、②具体的に提案された介入方法を研究者が書面化する、③メンバーは各病棟で実践する、④次のディスカッションでその成果や新たな課題について検討する、といった流れを繰り返した。ディスカッションにおいては、がん相談支援センターの看護師に同席してもらい、実際の介入とその後の在宅での生活などの報告も組み入れながら、ARTメンバーが主となって検討していった。

病棟看護師の業務の負担感から、新たなスクリーニングシート等の作成は行わず、電子カルテ上にあるが、病棟看護師への周知が低かったがん相談支援センターや退院調整部との連携が図れる退院支援用紙(仮称)の活用を中心にすすめた。

##### (3) 援助プログラムの実施の過程の評価

ディスカッションとは別にARTメンバーにグループインタビューを行い、看護師による自らの内省を調査した。

活動を通して達成できたと表現されたものは「退院支援用紙を周知できた」「病棟の看護師がこの人は介入が必要そうと感じるのが早くなったと感じる」「介入対象者を把握できてスタッフが動き始めてくれる」があり、各病棟での活動を通して達成感が得られた病棟もあれば、内省に「自分ひとりじゃ進んでいけない」「自分の病棟でやれていなか

った」など、他の看護師を巻き込んでの実践が6か月間では難しい病棟もあったが、他病棟や相談支援室からのアドバイスもあり「医師との協働を実現させるのは大変だけどやりたい」といった今後の計画は持っていた。その他にARTの活動を通して自己成長できたものには、「答えは一つじゃないという考え方ができた」「その人なりの理由があり、それを尊重するのが大事だと分かった」があった。これらの自己の内省を踏まえ、今後の活動への意欲を示す意見もあり、ディスカッションで経験のある看護師が患者への具体的な声掛けを紹介したあと、他の病棟の経験の少ない看護師が患者の意向確認をするためにその方略をもちいたことから「うまくいった経験をチームに紹介し、それを聞いた経験年数の浅い看護師にこういうことを聞けばいいと分かってもらおう」や、複数病棟の看護師で構成されたチームでのディスカッションで得た学びから「自分の病棟しか知らないとそれが当たり前になるので他の病棟の事例検討をきく」があった。(表2参照)

表2 ARTメンバーの内省

「ARTに各自が期待したことの結果」
退院支援用紙を周知できた
介入対象者を把握できてスタッフから動きだしてくれるようになった
病棟の看護師がこの人は介入が必要そうと感じる速さはよくなってきた
「内省」
答えは一つじゃないという考え方ができた
自宅以外の退院は失敗ではないという考えができるようになった
その人なりの理由があり、それを尊重するのが大事だと分かった
患者の話を聞いていないわけじゃないが、かかわりが薄かったとわかった
時間がないとか受け持ちが多いことを理由にせず取り組まねばという気持ちになった
皆から評価してもらえ自分の病棟がうまく機能しているところが分かった
経験年数がない看護師にもが退院調整できるようなアドバイスができるようになった
解決に向けてまずは働きかければいいのかと自分の意識が変わった
行動を起こさなければ変わらない、周りを巻き込んでやれば変わっていくことも多いとわかり自分も変わった
自分ひとりじゃ進んでいけない
自分の病棟でやれていなかった
自分だけでなく病棟単位でできるようになるのは難しい
「今後の計画」
自分の病棟しか知らないとそれが当たり前になるので他の病棟の事例検討をきく
医師との協働を実現させるのは大変だけどやりたい
うまくいった経験をチームに紹介し、それを聞いた経験年数の浅い看護師にこういうことを聞けばいいとわかっもら

(4) 病棟看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感

①勤続年

勤続年数は、1年未満が13人(7%)、1年以上5年未満が49人(26.2%)、5年以上10年未満が35人(18.7%)、10年以上が63人(33.7%)であった。

表3. 勤続年

		人数
勤務年数	1年未満	13(7%)
	1年以上5年未満	49(26.2%)
	5年以上10年未満	35(18.7%)
	10年以上	63(33.7%)
	未記入	27(14.4%)

②終末期がん患者のケアに対する困難感

笹原の一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度のうち、「患者・家族とのコミュニケーション」「治療・インフォームドコンセント」「看護師間の協力・連携」について、「どの程度困ったり悩んだりすることがあるか」という問いに対して、1:全くない、2:あまりない、3:少しある、4:非常にある、の4段階で測定した。介入の効果を検討するため、ART活動開始前と6か月後での得点についてt検定を行った。結果、それぞれの得点はART活動前後で有意な差はなかった。

個々の得点をみると、患者・家族とのコミュニケーションの17項目では、半数以上の12項目が、治療・インフォームドコンセントについては8項目中4項目で得点の平均が3以上となっており、看護ケアに困難を感じていることが分かった。看護師間の協力・連携の5項目について困難感はあまり高くなかった。

看護師は複雑な問題を抱えている終末期がん患者のケアを行っているため、困ったり悩んだりすることはなくなる。ARTの活動で過度の困難感は軽減し、意識化されていない、つまり困ったり悩んだりすることが「全くない」という項目は減り意識化されることを期待したが、半年の介入では効果が評価できなかった。

(5) 今後の課題

ARTメンバーは継続の意思を示し、今後の活動計画を持つこともできていたが、自分一人ではできないなど、定期的なディスカッションにより継続意思が保たれていたところも大きいと考える。効果の持続期間や経過をみることで、継続していくためのシステムの強化が検討課題である。

表4 終末期がん患者のケアに対する困難感

項目		N	Mean	SD	t値	
患者・家族とのコミュニケーション	(1) 患者と話す時間が無いこと	前	85	3.24	.750	.731
		後	77	3.19	.744	
	(2) 患者から今後のことに関する話題をされた時の対応	前	85	2.96	.698	
		後	77	3.05	.705	.430
	(3) 患者から心配・不安を表出された時の対応	前	85	2.99	.699	.621
		後	77	3.04	.595	
	(4) 患者から死に関する話題をされた時の対応	前	85	3.25	.754	.731
		後	77	3.29	.666	
	(5) 十分な病名・病状説明をされていない患者への対応	前	85	3.40	.710	.239
		後	77	3.26	.801	
	(6) 病名・病状を否認する患者への対応	前	85	2.88	.878	.920
		後	77	2.90	.852	
	(7) 感情を表出しない患者への対応	前	85	3.25	.722	.906
		後	77	3.23	.705	
	(8) 病名・病状説明直後の患者への対応	前	85	3.00	.740	.731
		後	77	3.04	.697	
	(9) 家族と話す時間が無いこと	前	85	3.36	.614	.971
		後	76	3.37	.690	
	(10) 家族から今後のことに関する話題をされた時の対応	前	85	2.82	.693	.596
		後	76	2.88	.692	
	(11) 家族から心配・不安を表出された時の対応	前	85	2.80	.651	.341
		後	76	2.89	.602	
	(12) 家族から死に関する話題をされた時の対応	前	85	2.82	.804	.428
		後	76	2.92	.744	
	(13) 十分な病名・病状説明をされていない家族への対応	前	85	3.27	.851	.714
		後	76	3.22	.759	
	(14) 病名・病状を否認する家族への対応	前	85	3.00	.859	.306
		後	76	3.13	.754	
	(15) 感情を表出しない家族への対応	前	85	2.91	.826	.199
		後	76	3.07	.736	
	(16) 病名・病状説明直後の家族への対応	前	85	2.92	.727	.886
		後	76	2.93	.736	
	(17) 病名・病状説明後のサポートを十分にできていないこと	前	85	3.22	.807	.592
後		76	3.29	.745		
治療・インフォームドコンセント	(18) 病名に関する説明がなされていない、または不十分なこと	前	85	2.79	.818	.516
		後	76	2.87	.737	
(19) 病状に関する説明がなされていない、または不十分なこと	前	85	2.82	.774	.129	
	後	76	3.00	.693		
(20) 看護師が同席せずに患者・家族への説明が行われること	前	85	3.02	.654	.110	
	後	76	3.20	.712		
(21) 医師の説明内容に関する記録が無い、あるいは十分でないこと	前	85	3.09	.734	.142	
	後	75	3.27	.741		
(22) 患者・家族と医療者で治療方針の話し合いがなされていない、あるいは時期が遅いこと	前	85	3.09	.701	.109	
	後	76	3.26	.619		
(23) 患者の意思を確認せず治療方針が決定されること	前	85	2.45	.852	.367	
	後	76	2.57	.806		
(24) 話し合いの場を設ける、希望を伝えるなど、患者・家族と医師の調整を上手く出来ないこと	前	84	2.73	.734	.606	
	後	75	2.79	.741		
(25) 不適切と思われる治療や延命治療が多いこと	前	84	2.55	.856	.785	
	後	76	2.51	.721		
看護師間の協力・連携	(26) 看護師間の情報伝達が遅い、あるいは不十分なこと	前	85	2.48	.701	.746
		後	76	2.45	.661	
(27) 看護師間で話し合う機会が不十分なこと	前	85	2.49	.718	.112	
	後	76	2.67	.681		
(28) 看護師間で話し合う機会はあるが、内容が乏しいこと	前	84	2.52	.768	.982	
	後	76	2.53	.663		
(29) 看護師間で患者の捉え方や看護観が違う為、統一したケアが行えないこと	前	85	2.56	.731	.871	
	後	75	2.55	.664		
(30) 自分の考えを他の看護師と共有できないこと	前	85	2.29	.687	.190	
	後	76	2.43	.660		

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

広瀬 会里 (HIROSE ERI)

愛知県立大学・看護学部・准教授

研究者番号：90269514

(2)研究分担者

片岡 純 (KATAOKA JUN)

愛知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：70259307

生田 美智子 (IKUTA MICHIKO)

日本赤十字豊田看護大学・看護学部・講師

研究者番号：40335047