

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 22 日現在

機関番号：23901

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25463425

研究課題名(和文) がん患者の終末期療養先に関する意思決定支援(アドバンス・ケア・プランニング)

研究課題名(英文) Decision support concerning the places for end-of-life care for cancer patients

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

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,200,000円

研究成果の概要(和文)：終末期がん患者にとって在宅医療の選択は、看取りを見据えねばならず簡単でない。本研究ではEnd of Life(EOL)と意思決定支援に関する文献検討、終末期がん患者の退院支援を行う病棟看護師へのインタビュー調査からEOLに関する意思決定支援のプログラムを作成した。検証を試みようとしたが、病棟看護師にはまず症状緩和を徹底してほしいというEOL Careの実践者からの意見や、病棟看護師からEOLの話題への抵抗感という課題があがり、コミュニケーションスキルに課題があるままでの検証は時期尚早と判断し、本研究は介入プログラムの作成で終えた。EOLに関するコミュニケーションの学習方法の開発が明確となった。

研究成果の概要(英文)：In the case of terminal cancer patients, the care required needs to be carefully considered, and the choice of home-based care is not an easy one for the family. In this study, a program for decision support concerning end-of-life (EOL) was developed based on the research on EOL and related publications, along with the interviews conducted with hospital nurses who provide support for the transition to home-based care for terminal cancer patients. Validation of this program was attempted; however, this was deemed too early because of the prevalent challenges concerning communication skills arising from the opinions of EOL care practitioners concerning the need for hospital nurses to be thorough with palliative care and a general aversion of hospital nurses towards EOL issues. The study was completed with the implementation of the program. The study revealed a need for developing a simple and easy to adopt learning method concerning the improvement of communication skills regarding EOL.

研究分野：がん看護

キーワード：がん看護 退院支援 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がん診療連携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「がんに関する相談支援および情報提供」の取り組みが課せられており、医療連携・相談支援室が整備されてきている。また、在宅医療推進や入院日数短縮の政策をうけて、診療報酬の改定は早期からの退院支援の取り組みによる在宅復帰を促進している¹⁾。退院支援は患者が入院している病棟看護師から始められる。しかし、病棟看護師の退院支援に関する自己評価の調査では、入院時に退院支援が必要な患者の退院後療養生活の予測ができるのは46.2%であり²⁾、早期からの退院支援の難しさを示している。終末期がん患者への退院支援には、予命告知、治療をめざした治療から緩和ケア主体の治療への転換、がんの症状コントロール、継続的に管理が必要となる医療処置などの複雑な問題がある。さらに退院支援は状態が改善されてからというよりも悪化していくさなかでの退院ということもあり、支援を行う看護師には先を見越す力や限られた時間内で退院できるように関連各所との調整を図る力なども求められる³⁾。医療連携や療養支援を担う専門部署や退院調整を行う看護師の配置など制度は整いつつある。しかし終末期がん患者は病状の進行や身体的変化が起こりうる中では、自らの意向だけで療養先について考えることが難しくなっている。

厚生労働省の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(平成25年3月調査)⁴⁾によると、末期がんで終末期に過ごしたい場所は「食事がよくとれ痛みがなく意識は健康なときと同様」であれば71.1%が居宅を希望しているが、「食事や呼吸が不自由」になると居宅希望は37.4%、医療機関が47.3%になる。終末期を過ごしたい場所は、「自宅で最期まで」は10.9%、「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟または医療機関に入りたい」は合計52.4%となることから、看取りを見据えた在宅療養選択はハードルが高いのが現状である。しかし意識調査で多くの人が最期は入院を希望しても「自宅で療養してから」とあるように、自宅が良いという思いはある。看取りを見据えた退院支援については人生の最終段階における医療やケアをふまえねばならない。患者本人による意思決定を基本とし、患者や家族等と話し合う相談体制や合意形成を支援する方法の確立が求められている。終末期の症状緩和目的で入院しているがん患者と接していく病棟看護師が苦痛症状のある患者に対して限られた時間内で療養先に対する意向確認や意思決定支援を行う方法は確立されておらず試行錯誤の状況にある。よって病棟看護師が行っている終末期がん患者への退院支援の現状から意向確認における課題や方略を見出し、End of Life(EOL)に対する意思決定支援を明確にし、文献検討をふまえて、意思決定支援

の方略を明らかにすることは、意思決定支援の一助となる。

2. 研究の目的

病棟看護師による終末期がん患者の療養先選択にむけた課題を明らかにしてその方略を探り、EOLに関する意思決定支援のプログラムを作成する。

3. 研究の方法

終末期がん患者への退院支援、療養先選択に向けた意思決定支援、EOLに関する文献検討から、終末期がん患者への療養先選択に対する意思決定支援における課題を明確にする。次に、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を推薦してもらい、研究に同意の得られた12名、および、がん看護相談支援室看護師2名による現在行っている終末期がん患者への療養先選択の意思決定支援についてのディスカッションを計5回おこない、その中で表明された課題と方略を整理する。導き出された課題と方略に、End of Life(EOL)と意思決定支援に関する文献検討の結果をふまえ、病棟看護師によるEOLに対する意思決定支援のプログラムを作成する。

4. 研究成果

(1)病棟看護師により行われている終末期がん患者への療養先選択の意思決定支援における方略は[]で、現状(・)と取り組み()は箇条書きで記す。

「患者・家族と医師をつなぐ」には下記があった。

[患者・家族が自分たちの考えを医師に表明するのを支援する]

- ・ 医師はIC(インフォームド・コンセント)で病状と治療効果の説明はするが患者・家族がどうしたいのかを話すことがない
- ・ ICで質問できていない人は頭が真っ白でわかっていないと思う
- ・ ICで今後どうするかという話にまでならない
- ・ ICに同席しないと家族がどう理解しているのかつかめない
- ICで患者・家族が何も質問しない時は看護師が医師に質問する
- 患者・家族から退院後の話が出るのを待つのではなく看護師から退院後の話をふる
- 患者・家族が知りたいことがわかっているればICで看護師から医師に質問できる
- ICでは医師の説明をフォローする
- ICで医師が次の話に進むときは一旦区切るように声掛けする

[医師と患者との橋渡しをする/医師と患者の思いのズレを是正する]

- 医師が退院支援に積極的に介入し看護師と一緒にやっていく環境だと活動的に動ける
- 患者との距離感がある医師には患者の言葉や思いを積極的に伝える
- 患者に対して表面的な関わりを持つ医師には看護師が仲介役となる

「医師との連携」として、下記があった。

[医師と接点を深めることで医師が表明していない悪化予測を共有する]

- ・ 経過観察で治療するかしないかがはっきりせず退院支援に踏み切れない
- ・ 看護師は自宅に帰れると判断するが医師は介護者が不十分で難しいと判断する
- ・ データの悪化で治療の延期は決まるが再開の目処は立たない
- ・ 具体的な治療方針が医師の診療録に無いため短時間のプレゼンで方向性が共有できない
- ・ 医師の患者に対する思いを聞いていない
- 日中病棟不在の医師と話す時間を持つが回診や夕方勤務を活用する
- データ回復を待っている時に治療を行う可能性をどう考えているのか医師に聞く
- 患者にとって良い最期となるには医師・看護師同士の横のつながりをしっかり作る

「EOL を考えられる状況をつくる」には下記があった。

[EOL の話の前提には余命の IC がある]

- ・ 良くなったらという希望を否定することから余命の話は始まる

[症状コントロールをすることで考える時間を作る]

- ・ 迷いや不安を持つ家族には決められない
- ・ 病状が安定しないときは気持ちにも波がある
- ・ 病状が安定しないと家族の不安が高まる
- ・ 治療ができるようデータ回復を待つうちに ADL が低下してしまう
- ・ 疼痛コントロールが難しい時に退院の話し合いはできないが疼痛コントロールができてからでは退院までの時間が十分でない
- ・ EOL の希望を聞きたくても体がだるいとかため息しか言わない
- ・ 体がだるいとそれをどうにかしてほしいという要望が先で、今後の話し合いはできない
- 痛いときは先のことは考えられないので痛みが落ち着いてから関わる

「EOL の話に適した時期を見定める」には下記があった。

[患者・家族にとって治療内容が変わるときを再度現状認識する機会にする]

- ・ 家に帰りたいたいという言葉が聞かれないと介入が始められない
- ・ もう少しやろうと思えば治療を続けられるが退院するなら今しかない
- ・ 入院時のスクリーニングで問題なくてもも入院中の状態変化で介入の対象者となる
- ・ 退院支援スクリーニングシートの再評価の時期が明確ではない
- ・ 症状緩和目的の化学療法だといつからか EOL かがつかみにくい
- ・ わずかでも治療効果が期待できるときは EOL の話はしにくい
- ・ 治療のためにデータ回復を待っているときは方向性が未定だから先に進めない
- ・ 家族は悪化の現実をすぐには認められない

□ 点滴が服薬に変わるタイミングで話す機会をもつ

□ 治療のファーストラインからセカンドラインに変わるタイミングの病状説明は意向確認するチャンスとなる

□ トイレに行くのが大変になったタイミングで話し合いの場を持つ

□ 食欲が落ちてきたタイミングで話し合いの場を持つ

□ 化学療法中で ADL が下がり始めたら介入が必要になる

□ 呼吸器内科では化学療法が使えなくなったら療養場所の話始める

[介入すべき対象者を見逃さない]

□ 問題ない患者を含む全患者の看護計画の見直しを短時間カンファレンス(CF)で効率よく行っていく

「患者の思いを汲み取る」には下記があった。

[家族に迷惑をかけたくないから自分の願いは伝えない患者の心境を慮る]

- ・ 家族に迷惑がかかると思うと帰りたいたいはいえない
- ・ ホスピスが家から遠いと家族に遠慮し入居希望をしない
- ・ 在宅死の希望はあるが家族は看取りに不安を持つ
- ・ 患者が家族の気持ちを優先して退院に踏み切れない

[患者の辛さに寄り添う]

□ 長い関わりがあるなかで患者は何をしたいのかとか思いを語ってくれる

□ 痛みや辛い時にそばに付き添うことでその後話しやすい関係を作る

[気持ちを表出しやすい機会を意図的に作る]

□ 病院のイベントを活用して家族あてのメ

ッセージを書くことで気持ちを家族に伝える

- 予後の話は途中で切れなため時間を作り、患者も話せる余裕がある時に行く
- ICには名乗って出席し信頼関係を作る
- 入退院を繰り返す人には辛くなったらどうしたいかと問う
- 時間のある時に今元気だったら何をしたいかと問いかける
- 予後についてどのくらい知りたいかと聞く
- シートに記入する目的で家族に病状理解度を質問できる
- 何をしたいかと問うことが体が動けるうちにしたいことの話につながる
- 帰りたいが病態が不安定で何もできない時はシートを記入する行為で一步前進できたと感じる
- トイレから出てきた家族をつかまえて今良いですかと話しかける

[チームで協力して家族と話す場を設ける]

- ・ これからどうしたいと思っているのかを聞けていない
- ・ 独居だから帰れるわけがないと決めつけてしまう
- ・ 予後が厳しいが仕事を持つ家族と話す機会が持てない
- ・ 自分から話さない人は今後どうしたいのか把握できない
- 時間をとられるが患者家族から話を聞く時間をとにかく確保する
- 今後どうしたいと思っているかを聞くと決めたら病棟で協力していつ誰がやるかまで決める
- チーム全体で共有して聞ける人が患者家族から話を聞く
- 自分で家族に聞けないときはカンファレンスであげて他の看護師に聞いてもらう
- カンファレンスで取り上げると次の勤務体の看護師が行動を起こす仕組みがある
- 忙しいから家族が来ないからではなく自分から聞いていこうと動く
- いろいろな人が関わるので納得行くまで何度も話し合う
- 家族と話すタイミングはカンファレンスで誰が行うかを決める
- 家族と話す機会を作るために患者に来院時間を聞く

[患者・家族の思いを経過で把握する]

- ・ 患者の思いは看護記録に記載されるがしっかり読まないと見落とす
- ・ 今までできたことができなくなってもできない自分をすぐには認められない
- ・ 転倒の事実が受け止められず大丈夫と知っている人は現状認識まで時間がかかる
- ・ 家族は自宅だと予後の話になった時に逃

げ場がないから退院には消極的になる

- ・ 自分でできていた人は転倒したことも滑っただけと思ひ込みたい
 - ・ 家族間の関係が悪く決まった方向性が変わる時があるため複数で関わり記録を残す
 - 家族の思いを記録に残していく
- [後悔につながるので療養先の決定には患者・家族に主体的に関わってもらう]
- ・ 家族間の関係性が悪いと決定事項が変わることがある
 - ・ 発熱で退院が中止になっても患者と家族の思いが強ければ退院支援は継続できる
 - ・ 状態悪化で入院するが最後まで何を考えていない
 - ・ 患者を支えるキャパのない家族だと体制が整わず家族間に亀裂を生じることになる
- 帰らなきゃよかったとならないように患者の一番望むゴールを見据える
 - 完璧な退院支援なんて無いと認識する
 - 家に帰すことだけがゴールではないので帰れなかったら失敗じゃないと思う

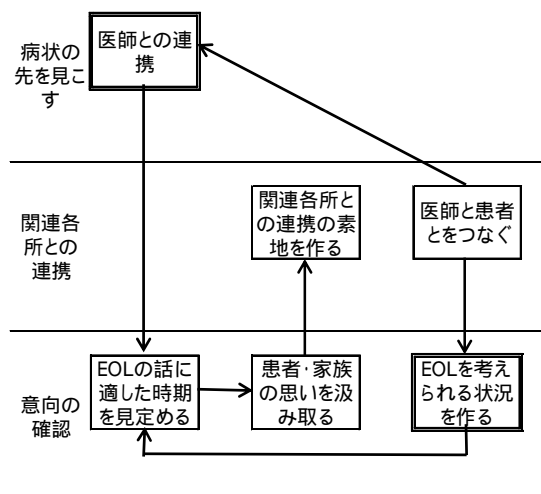
「関連各所との連携の素地を作る」では上記があった。

[患者・家族に相談室に行きやすいよう働きかける]

- ・ 相談室を紹介すると家族は追い出されると受け取る
- 支援室を紹介しておくで家族から退院に向けて動き出しスムーズに行く
- 入院時の院内ツアーの一環として相談室の場所確認を進めると抵抗なく行ける
- 元気で歩ける時に相談室を紹介し見学してもらう
- ICのときに相談支援室があることを医師や看護師が伝える

(2) 療養先の意思決定支援プログラム

療養先の意思決定支援のための方略



方略には以下のステップがある。

病棟看護師は、患者が医師との良好な関係性が築けるよう、ICに同席し患者・家族をアドボケイトすることで「自分たちの考えを表明する」ことを支援したり、積極的に患者や家族の表出された思いや性格などを医師に伝え「患者と医師の思いのずれ」があった場合は是正するよう努める。

治療することで症状緩和が図られたり、データ悪化で治療が見送られたりしたとき、医師も今後の治療について悩む。「医師と接点を深めることで医師が表明していない悪化予測を共有する」ことで介入の方向性を見失うことをなくす。どの段階でも必要とされる方略である。

疼痛や呼吸困難など苦痛症状があるときは先のことにまで考えが及ばない。よって「症状コントロールをすることで考える時間を作る」。前提として行わねばならない方略である。

がん化学療法においてセカンドラインやサードラインに変わる時、点滴が内服に変わる時など「治療内容が変わるときを再度現状認識する機会にする」ことを生かして病状説明の際にEOLについて話す機会とする。「介入すべき対象者を見逃さない」ために顕著な問題がない患者もカンファレンスに取り上げ介入の必要性の検討を適宜行うシステムを作る。

患者の思いを汲み取るには「家族に迷惑をかけたくないという患者の心境を慮ったり」、「患者の辛さに寄り添う」看護師の姿勢から思いを話しやすい関係性を築くのが基本となる。その上でどうしたいと思うかと質問を投げかけたり退院に向けたアセスメントシートを共に記入することで退院後の話に矛先を向けたりして「気持ちを表出しやすい機会を意図的に作る」。さらにこのような会話は話の途中で切れないため、しっかり患者と関わる時間を確保できるよう「チームで協力して話す時間を設ける」方略を用いる。

在宅療養に向けて多くの職種がかかわる。よって調整を担う相談支援室や退院調整部門と患者・家族も相談に行くことへの抵抗感を減らすために「相談室に行きやすいように働きかける」方略である。

からは順序性はあるが、次のステップにいきながら、継続して行われるものもある。とくに症状コントロールと医師との連携は、終末期がん患者への意思決定支援の場合、根幹となる方略である。

(3) 研究の限界と課題

5 か所の病棟看護師の協力を得て行えたため、様々な診療科における療養先の選択に向けた意思決定支援について検討できたが1病院での調査であるため、一般化に限界がある。また、現状の実践内容を分析している中でEOLへの支援のもととなる「医師との連携」の[医師と接点を深めることで医師が表明し

ていない悪化予測を共有する]に苦慮している診療科が多かったため示された方略をもとに「医師との連携」への取り組みが行われていた。また、病棟看護師からEOLに対するコミュニケーションについての不安の声も聞かれた。

検証を試みようとしたが、病棟看護師にはまず症状緩和を徹底してほしいというEOL Careの実践者からの意見や、病棟看護師からEOLの話題への抵抗感という課題があがり、コミュニケーションスキルに課題があるままでの検証は時期尚早と判断し、本研究は介入プログラムの作成で終わった。EOLに関するコミュニケーションスキル向上のための簡便で取り組みやすい学習方法の開発が明確となった。

引用文献

- 1)平成28年度診療報酬改定,個別改定項目
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf> (2016)
- 2)藤原奈佳子,小野薫,森田恵美子,安西由美子,永井昌寛,森雅美,賀沢弥貴,柳澤理子,古田加代子.(2013).急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価.愛知県立大学看護学部紀要,19,49-59.
- 3)渡邊眞理,清水奈緒美.(2015).がん患者へのシームレスな療養支援,35,東京,医学書院.
- 4)厚生労働省:人生の最終段階における医療に関する意識調査(速報).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035saq-att/2r98520000035sfe.pdf>
アクセス 2017年4月28日

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)

[雑誌論文](計 1件)

広瀬会里(編):在宅看取りを見据えた終末期がん患者の退院支援,Part1:終末期がん患者の退院支援(広瀬会里),Part2:療養場所選択における患者・家族の意向確認・意思決定支援(森本優子),Part3:がん終末期患者の退院支援の実際(田島ちなみ),看護技術,63(7),62-73,2017.(査読無し)

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: 9 0 2 6 9 5 1 4

(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)
椋山女学園大学・看護学部・准教授
研究者番号：40335047

尾沼 奈緒美 (ONUMA, Naomi)
愛知県立大学・看護学部・講師
研究者番号：00295627

堀田 暢子 (HOTTA, Nobuko)
愛知県立大学・看護学部・助教
研究者番号：10438856