

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 13 日現在

機関番号：33804

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2013～2016

課題番号：25862170

研究課題名(和文)急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の生活を支援する看護実践プログラムの開発

研究課題名(英文)Development of nursing program for assistance to terminally ill cancer patients moving leaving acute care hospitals for their homes

研究代表者

井上 菜穂美 (INOUE, Naomi)

聖隷クリストファー大学・看護学部・助教

研究者番号：00454306

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な療養生活を支援する看護プログラムを開発することである。地域がん診療連携拠点病院に指定された急性期病院に勤務する病棟看護師を対象とした面接調査および文献的考察から、プログラムの構成要素を抽出した。プログラムは急性期病院の看護体制をふまえて、介入期間は退院後12週間とし、4回の個別セッションとタブレット端末を活用したテレナーシングで構成した。急性期病院から在宅療養に移行する終末期がん患者5名にプログラムを適用した結果、身体状態は悪化傾向にありながら、QOLの維持がもたらされ、一定の効果が示された。

研究成果の概要(英文)：This research aims to develop a nursing program to assist in their peaceful recuperation after moving from acute care hospitals to their homes. Interviews were carried out nurses working for acute care hospitals designated as regional cancer treatment core hospitals. Constituent elements necessary for a nursing program were extracted from the above-mentioned results and some literature reviews and considered the current status of nursing systems adopted at acute care hospitals. The period of intervention was defined to be 12 weeks after discharge from the hospital. The accomplished nursing program is made up of four individual sessions and telenursing with the use of tablets. The nursing program was applied to five terminally ill cancer patients leaving acute care hospitals for their homes and examined the efficacy. Although their state of mind and body was deteriorating due to the progression of cancer, the program helped the patients maintain good QOL.

研究分野：臨床看護学

キーワード：終末期がん患者 急性期病院 退院支援 遠隔看護

1. 研究開始当初の背景

我が国では 1981 年にがんが死因の第一位となって以降、がん罹患率及び死亡率は増加している。がん対策推進基本計画では、がんと診断された時からの緩和ケアの推進が重点課題とされ、がん患者が住み慣れた地域での療養生活を選択できるよう、在宅医療を提供するための体制整備の重要性に言及している。また、在院日数の短縮や包括医療の推進など医療制度改革による在宅医療に対する医療者の関心の高まりは、終末期がん患者においても例外ではなく、病棟から外来、在宅での看取りに至るまでの切れ間ない援助を提供するための体制整備は急務である。

厚生労働省による終末期医療に関する意識調査では、療養場所として自宅を希望する者の割合は増加している一方で、家族の介護負担や急変時の対応への不安などの理由から、最期まで在宅で療養生活を送ることは困難であると感じている者が 6 割を超えており、終末期患者が在宅療養を実現することは容易ではない。また、年間 35 万人に上るがんによる死者数のうち、9 割以上が主として急性期病院で亡くなっている実態から、在宅療養への移行を促進するためには、急性期病院における退院支援の充実が重要であると考えられる。

退院支援および退院調整に関する先行研究では、退院支援の実態、患者・家族が求める退院支援の内容、終末期がん患者の在宅移行支援における看護師の認識、退院調整看護師の役割などの質問紙調査による研究が報告されている。また、病棟における医療者間、外来と病棟、病院と地域の医療関係者との連携体制は十分とは言えず、課題が残っている現状であることが指摘されている。急性期病院における在宅移行を支援する看護師の役割として、患者・家族の安心感や満足感の向上、希望する療養場所や看取りの場所への移行支援が求められているが、急性期病院における終末期がん患者の退院支援の現状は十分に明らかにされていない。

がん患者は、病状の進行にともない全身倦怠感や疼痛などの様々な身体症状が出現し、食事や排泄、移動動作などの日常生活に影響を生じるようになる。また、終末期がん患者の療養生活上の不安として、身体症状や日常生活、社会生活上の不安があることが報告されており、終末期がん患者が在宅療養生活を送るためには、身体症状への対処、変化が余儀なくされる日常生活への適応、不安の軽減などの在宅移行前の支援が非常に重要であると考えられる。Miyashita (2007) による日本人の望ましい死に関する研究では、多くの人に共通して望む事柄として「家族や他人の負担にならない」「自立している」「望んだ場所で過ごす」など 10 概念が明らかにされている。以上のことから、終末期がん患者が希望する在宅療養生活を継続するためには、可

能な限り自立した生活を送ることができるような退院支援が重要であると言える。

患者にとって「退院」は、治療中心の病院という環境から、衣食住を含む「生活」を営む在宅という環境への移行を意味する。そのため、終末期がん患者の QOL を維持・向上するためには、将来的に起こり得る日常生活の変化を予測した早期からの看護援助の提供が重要であると考えられる。限りある時間を患者が望む環境で、できるだけ自立して過ごすことができるよう、さらには家族に過大な負担がかからぬよう、患者および家族の生活の視点に立った援助を提供することが必要である。

以上のことから、急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な在宅療養生活を支援するための看護プログラムの開発は、患者の QOL 向上に大きく寄与するものであり、がん患者の希望を支える緩和ケアの充実のためには不可欠である。今後増加が予測される在宅療養中の終末期がん患者に対する看護支援の充実は、在宅医療を推進する今日の施策においても意義あるものといえる。

2. 研究の目的

本研究の目的は、終末期がん患者の在宅における日常生活支援に焦点を当て、「急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な療養生活を支援する看護プログラムを開発すること」である。目的を達成するための具体的目標は以下の 3 点である。

(1)急性期病院における終末期がん患者の退院支援を行う上での看護援助内容と課題を明らかにする(研究1)

(2)研究1および文献検討からプログラムの構成要素に必要な内容を抽出し、急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な在宅療養生活を支援する看護プログラムを作成する(研究2)

(3)研究2により作成した看護プログラムの有用性と実用性を検証する(研究3)

3. 研究の方法

(1)研究1.急性期病院から在宅移行する終末期がん患者に携わる看護師への面接調査

〔対象〕地域がん診療連携拠点病院に指定されている施設の急性期病棟で終末期がん患者の退院支援に携わる看護師(20名程度)

〔方法〕研究者が作成した半構成的質問紙を用いた面接法。調査内容は、退院支援における看護援助の内容(在宅移行がうまくいった事例・うまくいかなかった事例)、入院中の終末期がん患者の日常生活と退院後の生活の予測、退院支援を行う上での困難とそれに対する思い・取組み、対象者の個人的特性とする。面接内容から逐語録を作成し分析データとし、意味内容を示す部分を抽出し、コード化、カテゴリー化を行なう。

(2)研究2.急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な在宅療養生活を支援す

る看護プログラムの作成

〔方法〕在宅療養生活を送る終末期がん患者への看護援助に関する文献検討を行なうとともに、研究1で得られた結果との関連性を検討し、プログラムに必要な構成要素を抽出する。急性期病院の看護体制の現状をふまえた看護プログラム(案)を作成し、がん看護専門看護師等によるスーパーバイズを受け、内容と方法を洗練する。

(3)研究3：研究2で作成した看護プログラムの効果の検証

〔対象〕地域がん診療連携拠点病院から自宅退院し、同じ医療機関に継続して外来通院する終末期がん患者(5名程度)

〔方法〕作成した看護プログラムを用いて終末期がん患者への看護介入を実践する。対象者に対して、効果を検証するために面接調査と質問紙調査(症状評価尺度、QOL測定尺度、研究者作成の有用性と実用性に関する調査票)を行なう。研究協力施設の医師、看護師からプログラムに関する意見を得、プログラムの内容と方法について再考し、一般化に向けた課題を検討する。

4. 研究成果

(1)研究1

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および看護師が認識する課題を明らかにするために、地域がん診療連携拠点病院に指定されている急性期病院に勤務する病棟看護師を対象に面接調査を実施した。

対象者は病棟看護師13名(男性2名、女性11名)であり、年齢は25歳から44歳(平均35.3歳)、職位はスタッフナース8名、主任・係長3名、看護師長2名であった。対象者のうち、がん看護に関する専門看護師、認定看護師の有資格者はそれぞれ1名、がん看護の臨床経験は3年から22年(平均9.2年)であった。

分析の結果得られた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を表1に示す。なお、文中の《 》は分類、【 】はカテゴリー、『 』はサブカテゴリーを示す。

表1. 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

安楽に在宅療養生活を送るための看護援助
・身体症状の緩和のための援助 ・退院後の新たな生活の再構築に向けた援助 ・家族の負担を軽減するための援助
安心して在宅療養生活を送るための看護援助
・適切な社会資源の活用に向けた援助 ・緊急時の具体的対応の説明 ・患者の意思を尊重するための援助 ・患者・家族への相談窓口の提示
安全に在宅療養生活を送るための看護援助
・必要な医療処置の自立に向けた援助

《安楽に在宅療養生活を送るための看護援助》について、【身体症状の緩和のための援助】には、『患者に適した症状緩和の具体的方法を提案する』、『薬剤師と連携して患者の理解に合わせた服薬指導を行なう』など4つのサブカテゴリーが含まれた。【退院後の新たな生活の再構築に向けた援助】には、『自宅の療養環境をふまえた具体的な生活方法を患者とともに検討する』、『今後予測される生活の変化について説明する』など6つのサブカテゴリーが含まれた。そして、【家族の負担を軽減するための援助】には、『家族の生活リズムに合わせた介護方法を提案する』などの3つのサブカテゴリーが含まれた。

《安心して在宅療養生活を送るための看護援助》について、【適切な社会資源の活用に向けた援助】には、『地域の医療機関との連携に必要な情報を細やかに収集する』、『社会資源の必要性を定期的に査定し、患者・家族に活用を勧める』などの8つのサブカテゴリーが含まれた。【緊急時の具体的対応の説明】には、『受診が必要な状態を明確に患者・家族に説明する』、『個別に作成した書面を用いて自宅での対応策を具体的に説明する』などの4つのサブカテゴリーが含まれた。また、【患者の意思を尊重するための援助】には、『患者・家族の在宅療養への意思を確認しチームで共有する』などの6つのサブカテゴリーが含まれた。そして、【相談窓口の提示】には、『患者・家族が利用できる院内の相談窓口を紹介する』などの2つのサブカテゴリーが含まれた。

《安全に在宅療養生活を送るための看護援助》について、【必要な医療処置の自立に向けた援助】には、『医療用麻薬の取扱方法を指導し、練習する機会を設ける』などの3つのサブカテゴリーが含まれた。

また、分析の結果得られた終末期がん患者の退院支援における病棟看護師が認識する課題を表2に示す。

表2. 終末期がん患者の退院支援における病棟看護師が認識する課題

医療者の要因による課題
・看護師自身の知識・経験の不足 ・医師の意向が優先される風土
患者・家族の要因による課題
・患者・家族の病状認識の不足 ・病状変化の予測が困難
介護・医療制度の問題による課題
・患者・家族と関わる時間の不足 ・現在の介護・医療制度の限界

《医療者の要因》による看護師の課題について、【看護師自身の知識・経験の不足】には、『社会資源に関する知識が少なく十分な援助を提供できない』、『これまでの経験により援助の質や内容に差が生じる』の2つのサブカテゴリーが含まれた。また、【医師の意向が優先される風土】には、『退院や入院継

続の決定は患者・家族よりも医師の意向が優先される』が含まれた。

《患者・家族の要因》による看護師の課題について、【患者・家族の病状認識の不足】には、『患者・家族が病状の理解に乏しく退院のタイミングを逃す』など2つのサブカテゴリーが含まれた。また、【病状変化の予測が困難】には、『病状変化の予測が難しく想定した援助内容では対応が難しい』が含まれた。

《介護・医療制度の問題》による看護師の課題について、【患者・家族と関わる時間の不足】には、『時間の確保が難しく十分な援助を提供できない』、『在院日数が短く準備不足の状態での退院を余儀なくされる』の2つのサブカテゴリーが含まれた。また、【現在の介護・医療制度の限界】には、『患者背景により介護保険を活用できず患者側の負担が増加する』など4つのサブカテゴリーが含まれた。

以上の結果から、退院後、医療者からの支援を得難い状況で在宅療養生活を送らなければならない終末期がん患者に対して、在宅療養生活で生じるさまざまな問題に患者自身が柔軟に対処できるよう、患者の病態や治療内容に応じた緊急時の具体的な対応、患者のニーズや変化に即応した具体的かつ個別的な対応の必要性が明らかとなった。さらに、患者および家族の不安を緩和するために、患者と家族がタイムリーに活用できる利便性に優れた相談支援体制の整備が重要であり、看護プログラムの構成要素には、以下5点の内容を盛り込む必要があると考えられた。

疾患や治療、退院後の生活についての患者および家族の受け止めを十分に理解したうえで退院準備

個別性や生活に合わせた症状マネジメントや生活上の工夫についての情報提供

患者の状態に合わせた速やかな社会資源の活用に必要な情報提供

患者の心身の状態に合わせた緊急時の対応や連絡先の明確な説明

退院後も患者および家族が心配事を相談できる継続的な相談支援体制の整備

(2)研究2 看護プログラムの作成

研究1の成果および終末期がん患者への看護援助に関する文献的考察を基に、急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の安寧な在宅療養生活を支援する看護プログラムを作成した。

プログラムの目的は「在宅療養生活を送る終末期がん患者が、在宅療養生活で生じるさまざまな身体的苦痛、心理・社会的苦痛や生活上の困難に柔軟に対処しながら、自分らしく満足感の高い生活を継続できるようになること」とした。また、プログラムの構成要素は、現状の受けとめ、症状マネジメントの確立、療養生活の工夫、自分らしさの維持、とした。介入の方法は、変化しやすい心身

状態や生活状況を詳細に把握するための対面式の個別面談、効果的かつ効率的な支援を提供するためのタブレット端末を活用したテレナーシング（遠隔看護）とした。介入期間は退院後12週間とした。介入時期および介入方法は図1に示す。

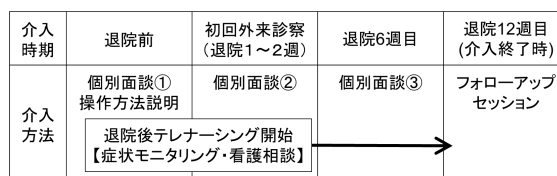


図1. プログラムの適用方法

対面式の個別面談

対象者が在宅療養生活における問題や心配事を研究者と話し合い、それらに対処できる力を獲得しながら、自分らしい在宅療養生活を円滑に進めることができるようにフォローアップを含めて4回設定した。退院前の面談では、退院後の生活をイメージしながら無理なく生活できるような工夫の話し合い、身体症状の緩和のための基本的な対処方法の情報提供、テレナーシングを実施するために必要な測定器具とタブレット端末の操作方法の説明と確認を行うこととした。さらに、外来診療日に合わせて個別面談を実施し、タブレット端末等の操作方法の補足説明、症状モニタリング結果のグラフ(図2)を活用した在宅療養生活の振り返りによる課題解決、および肯定的なフィードバックをすることとした。

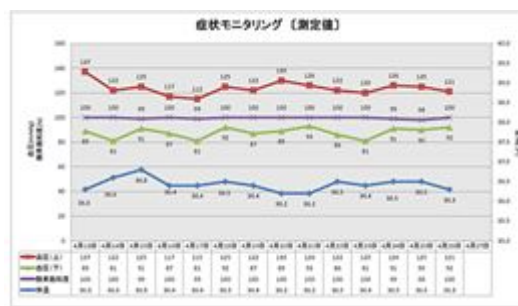


図2. 症状モニタリング結果の一部

テレナーシング

日々の症状モニタリングおよび看護相談とする。対象者には、研究用iPad、電子体温計、電子血圧計、パルスオキシメータ、充電器および研究者が作成したパンフレットを併せて一式として貸し出した。症状モニタリングのタブレット端末の入力画面を図3に示す。入力項目は、体温、血圧、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)の測定値、主観的症状(痛みの部位と程度、だるさ、吐き気、息苦しさ、その他の症状)のNRS評価、睡眠・食欲・活動の状態の5段階評価、全体的な体調、気持ちの状態、日常生活の支障についてのNRS評価、その他気になること、看護相談の希望についての有無とした。

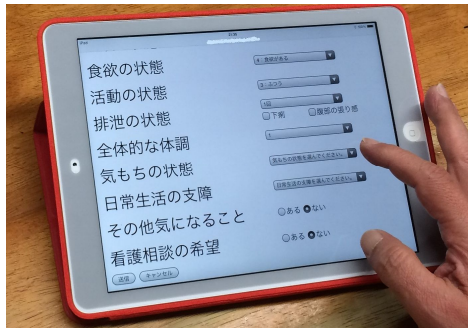


図3．症状モニタリング入力画面の一部

症状モニタリング結果の変化時および対象者からの看護相談の希望時にビデオ電話やメールにより看護相談を実施した。症状モニタリング結果は研究者がグラフ化し、A4サイズの用紙に印刷したもの(図2)を外来診療日に対象者に手渡した。看護相談では、メール、ビデオ通話により寄せられた質問や相談には専門的知識に基づき速やかに助言・情報提供した。

(3)研究3 看護プログラムの効果の検証

研究参加の同意が得られた患者に対して看護プログラムを適用し、プログラムの効果を検証した。

対象者

地域がん診療連携拠点病院に入院中で在宅療養生活に移行する予定の終末期がん患者で、研究参加の同意が得られた者。社会資源による人的サポートを導入予定の者は除外した。本研究における終末期がん患者は「治癒の見込みがないと医師に判断され、自身がそのことを理解しているがん患者であり、生命予後は6ヶ月から1年程度と予測され、Performance Status スコアが0から2までの者」とした。

研究方法

研究2で作成した看護プログラムを用いて終末期がん患者への看護介入を実践した。対象者に対して、12週間にわたる介入効果を検証するために面接調査および質問紙調査を実施した。さらに、対象者の診療、看護に携わる研究協力施設の医師、看護師からプログラムに関する意見を得た。

データ収集は、研究者が作成した半構成質問票を用いた面接法、テレナーシングに関する記録調査法、MDASI-J(包括的症状評価尺度)とMQOL日本語版、研究者が作成した有用性と実用性に関する調査票による自己記載法とした。データ収集は、個別面談の時期に合わせて計4回とした。データ分析は、面接法、記録調査法により得られたデータの分析は質的帰納的分析、MDASI-JとMQOL日本語版は反復測定分散分析を行った。

結果

研究参加の同意が得られた8名のうち、3名は病状の悪化により途中辞退し、プログラムを完遂した5名(男性4名、女性1名、平

均年齢46.4歳)を分析対象とした。

データ分析の結果、対象者はさまざまな身体的・心理社会的苦痛および日常生活上の困難を抱えながら在宅療養生活を送っていた。病状の進行とともに増大する苦痛が見られた一方で、メールやビデオ通話を活用したタイムリーな助言や、継続的な助言と励まし、自分なりの対処の保証等の介入によって、効果的なコーピングを獲得し、介入終了時にはいくつかの苦痛は改善されたことが明らかとなった。

介入前後におけるMDASI-Jの症状スコアと日常生活の支障スコア(図4、図5)はともに悪化傾向であったが、有意差は見られなかった($p < 0.05$)。

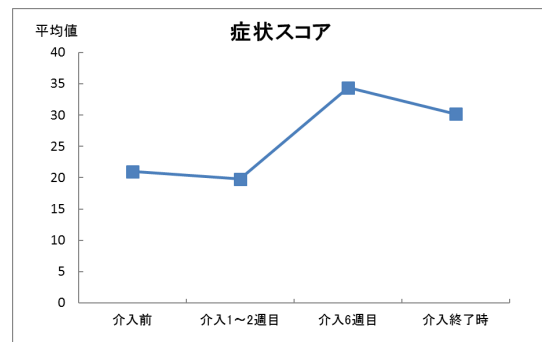


図4．MDASI-J (症状スコア)

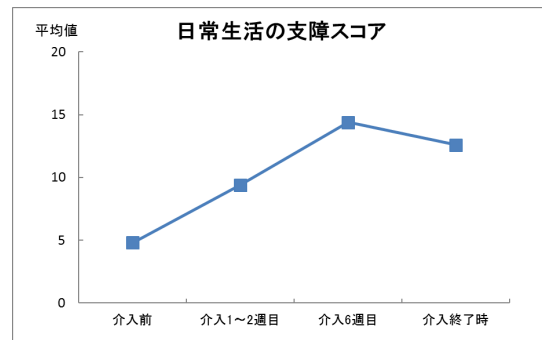


図5．MDASI-J (日常生活の支障スコア)

また、MQOLの心理的側面のQOLスコアは介入前後で有意差は見られなかったものの改善傾向にあり、実存的側面、オーバーオールQOLの得点(図6~図8)は、介入前後で安定していた。

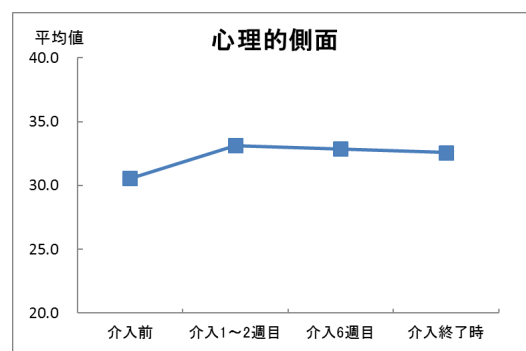


図6．MQOL (心理的側面)

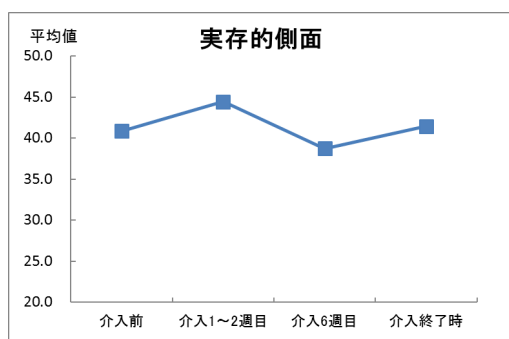


図7. MQOL (実存的側面)

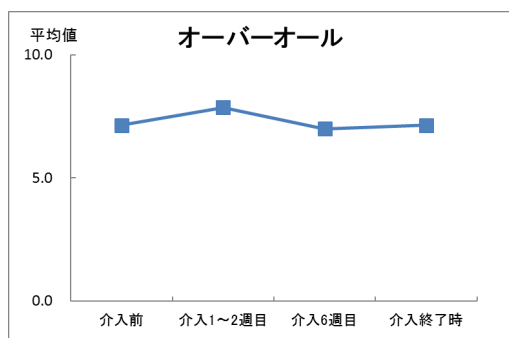


図8. MQOL (オーバーオール QOL)

有用性および実用性について、対象者全員がプログラムは「とても役に立った」と回答した。また、個別セッションと症状モニタリング、メールおよびビデオ通話を活用した看護相談は全員が「役に立った」と回答した。プログラムの内容、方法は、ほぼ全員が「非常に適切である」と回答し、プログラム全体の満足度は10点中9.40点と高い評価が得られた。プログラムの参加、症状モニタリングやタブレット端末の使用に関する負担感は、全員が「負担はない」、「負担はあまりない」と回答した。医療スタッフからは、症状モニタリング、メールおよびビデオ通話による看護相談は、在宅療養生活を送る終末期がん患者の支援に役立つとの意見が得られた。

以上の結果から、本研究で作成した看護プログラムは、身体状態は悪化傾向にありながらも、効果的なコーピングの獲得により、情緒状態の安定に寄与したものと考えられた。対象者の安寧な在宅療養生活を促進し、QOLの維持をもたらしていたことから、急性期病院から在宅移行する終末期がん患者を支援するための看護プログラムとして、一定の有効性が示されたと言える。

しかし、本研究では対象者が少ないことから、研究継続により対象者数を獲得し、効果を検証することが課題である。また、今後の一般化に向けて、症状モニタリングの回数等、対象者の心身の状況に応じて柔軟に活用できるようにプログラムを修正すること、対象者が日常的に使用している情報通信端末を用いて利用できるようセキュリティ対策を講じたシステムへと改良することが必要である。

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)

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．せいい看護学会誌，査読有，6巻1号，2015，1-7

〔学会発表〕(計2件)

井上 菜穂美，小島 操子：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病棟看護師の困難・課題 2015年2月，第29回日本がん看護学会学術集会，パシフィコ横浜（神奈川県横浜市）

井上 菜穂美，小島 操子：急性期病院から在宅移行する終末期がん患者に対する看護援助の実態，2015年2月，第29回日本がん看護学会学術集会，パシフィコ横浜（神奈川県横浜市）

6. 研究組織

(1)研究代表者

井上 菜穂美 (INOUE, Naomi)

聖隷クリストファー大学・看護学部・助教

研究者番号：00454306