

がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状

山本 恵子¹⁾, 四十竹 美千代²⁾, 村上 真由美³⁾

泉 理美子⁴⁾, 八塚 美樹²⁾

- 1) 富山大学附属病院看護部
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部成人看護学1講座
- 3) 富山赤十字病院看護部
- 4) 富山県看護協会

要 旨

病棟看護師の在宅緩和ケアに関する認識の現状を明らかにすることを目的とした。2011年11月にがん患者の退院支援に関わった経験のある看護師30名を対象に自記式質問調査を行った。調査内容は、対象者の属性、在宅緩和ケアに関する看護師の認識30項目について調査した。回答様式には5段階のリッカート尺度を用いた。質問項目すべてについて単純集計を行った。また、質問項目すべてと対象者の属性との比較を Mann-Whitney のU検定を用いて行った。分析は SPSS Statistics19 を使用し、有意水準を5%とした。有効回答数は27名(90%)であった。対象者属性の緩和ケアチーム活動において有意差がみられた項目は、<在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>、<退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う> <自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>、<自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている>の4項目であった ($p<0.05$)。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験において有意差がみられた項目は、<在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>、<在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目であった ($p<0.05$)。病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をすることにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まることが示唆された。

キーワード

がん看護、在宅緩和ケア、病棟看護師

はじめに

日本人のがん死者数が年間30万人を超え、3人に1人ががんを含む悪性新生物で死亡する時代となった。がんが国民の生命および健康にとって重大な問題となっている現状を踏まえ、「がん対策基本法」が平成19年4月から施行され、より一層

がん対策を推進していくための環境が整備された。これに基づく「がん対策基本推進計画」では、3つの目標が示され、この中に、「すべてのがん患者および家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が掲げられた。具体的には、第16条に「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われること」や、「居宅においてがん患者に

対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」が述べられている。このように、緩和医療と在宅緩和ケアの推進のために必要な施策を講じることは、国および地方公共団体の責務であるとして、全国的にその整備が推し進められているところである。

しかしながら、がん診療拠点病院の地域連携部門に従事している筆者が感じている現状としては activities of daily living (ADL) が低下したり、なんらかの症状を有するがん患者は、他の一般病院や緩和ケア病棟へ転院することが多く、富山県において、がん患者の在宅緩和ケアはあまり普及していない印象があった。そこで私たちは、県内の医療機関でがん患者の退院調整に関わる地域連携部門の看護師3人にインタビューを行い、退院調整看護師が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について調査した。その結果、在宅緩和ケアのシステムやネットワークに関する課題以外に、病院内における課題が明らかとなった。地域連携部門の退院調整看護師は、「病棟看護師は在宅緩和ケアを行うにあたり、どのようなことが必要かわかっていない場合がある」、「退院調整に関して病棟看護師の能力に差がある」、「院内のスタッフ教育が必要である」など、＜在宅緩和ケアに向けた院内のチーム作り＞、＜病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解＞が課題であると認識していた¹⁾。

このことより、私たちは、富山県における在宅緩和ケアの推進には、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識が大きく影響するのではないかと考えた。終末期がん患者の在宅移行に関する研究において、「看護師が在宅移行の推進者となるためには在宅移行支援の経験の積み重ね方が重要となる」²⁾ という報告や、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因について、「在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢」や「在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ」³⁾ が挙げられていた。このように、入院中、がん患者の最もそばにいる病棟看護師が、在宅緩和ケアに関する知識や情報をもって、積極的に患者や家族に在宅療養への意思確認をできるこ

とは、在宅緩和ケア推進に大きく関わるものと考えられる。

そこで本研究では、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状を明らかにすることを目的とする。これにより、在宅緩和ケアへの移行を妨げる病院内での課題が明確になり、在宅緩和ケア推進の糸口になると期待できる。

用語の定義

在宅緩和ケア：あらゆる病期のがん患者が、在宅で療養する際に受ける緩和ケアを意味する。

看護師の認識：在宅緩和ケアに関連した、看護師の知識、判断、行動（経験）、意向を意味する。

研究方法

1. 研究デザイン

自己記入式質問紙調査

2. 対象

県内（2施設）のがん診療連携拠点病院の病棟に勤務する、がん患者の退院支援に関わった経験のある看護師30名

3. 調査方法

2011年11月、対象施設の看護部長へ、調査趣旨、方法を説明した文書を添えて調査協力を依頼した。調査票は、無記名とし、留め置き回収とした。

4. 調査内容

1) 対象者の属性

性別、年齢、看護師の経験年数、がん看護の経験年数、緩和ケアチームでの活動経験、緩和ケア病棟での勤務経験、がん看護に関する資格、訪問看護など在宅に関する勤務経験、在宅において家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修参加、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験について尋ねた。

2) 在宅緩和ケアに関する課題への看護師の認識

予備調査において抽出した在宅緩和ケアの7つの課題より、19項目で構成された独自の質問紙調査票を作成し、プレテストを実施し、その表現妥当性を確認した。その結果をもとに研究

者間で調査項目をさらに検討し、全30項目の質問紙調査票を作成した。

回答形式には5段階のリッカート尺度を用いた。

5. 分析方法

対象者属性については、記述統計処理を行い、在宅緩和ケアに関する看護師の認識については、全30項目について単純集計を行った。また、看護師の認識全30項目と、対象者の属性との比較をMann-WhitneyのU検定を用いた。

6. 倫理的配慮

研究協力は自由意思であり、協力しなかったことで不利益は生じないこと、個人が特定できないように無記名で良いこと、収集したデータは目的

以外には使用しないことについて文書で説明し、同意を得た上で回答を得た。

なお、本研究は富山大学倫理審査委員会の承諾（臨認23-38号、平成23年7月25日）を得て実施した。

結 果

対象者30名全員から回答があったが、そのうち有効な回答を得た27名を分析対象とした（有効回答率90%）。

1. 対象者の属性（表1）

対象者27名はすべて女性で、年齢は24～58（平

表1 対象者の属性

		(n=27)
項	目	人数
性別	女性	27
年齢	20歳代	11
	30歳代	8
	40歳代	5
	50歳代	3
看護師経験	3年未満	1
	3年以上5年未満	2
	5年以上7年未満	3
	7年以上10年未満	9
	10年以上20年未満	4
	20年以上	8
がん看護経験	3年未満	6
	3年以上5年未満	4
	5年以上7年未満	5
	7年以上10年未満	9
	10年以上20年未満	2
	20年以上	1
緩和ケア病棟勤務	あり	2
	なし	25
緩和ケアチーム活動	あり	8
	なし	19
がん看護に関する資格	あり	0
	なし	27
在宅での家族の看取りの経験	あり	4
	なし	23
在宅緩和ケアに関する研修参加	あり	11
	なし	16
医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験	あり	18
	なし	9

均34.5±6.2)歳、20～30代が7割を占めていた。看護師経験年数は2～37(平均28.3±9.2)年、がん看護経験年数は0～25(平均9.8±3.6)年、緩和ケアチーム活動経験あり8名、経験なし19名、緩和ケア病棟での勤務経験あり2名であった。全員が、がん看護に関する資格はなく、在宅に関する勤務経験もなかった。また、在宅での家族の看取り経験は、あり4名、なし23名で、在宅緩和ケアに関する研修参加については、あり11名、なし16名であった。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験については、あり18名、なし9名であった。

2. 在宅緩和ケアに関する看護師の認識(表2)

対象者の8割以上が3または4または5で回答した項目を「認識していた項目」とすると、<8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う：85.2%>、<14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う：85.2%>、<15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う：81.5%>、<16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う：88.9%>、<22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う：88.9%>、<24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている：96.3%>、<29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある：96.3%>の7項目であった。

また、この7項目のうち、4または5で回答した対象者が5割以上を占めた項目を「認識が高かった項目」とすると、<14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う：55.6%>、<24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている：59.3%>、<29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある：63.0%>の3項目であった。

対象者の5割以上が、1または2で回答した項目を「認識が低かった項目」とすると、<1. 地域において多職種の連携が必要である：70.4%>、

<2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている：63.0%>、<3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている：74.1%>、<4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている：74.1%>、<9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う：51.9%>、<10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う：63.0%>、<12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている：70.4%>、<20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている：74.1%>、<28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている：74.1%>の9項目であった。

対象者属性の「緩和ケアチーム活動」において有意差がみられたのは、<7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>、<26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う> <27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>、<30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている>の3項目で、緩和ケアチーム活動ありの群の平均値が高かった($p<0.05$) (表3)。

「在宅での家族の看取りの経験」と「在宅緩和ケアに関する研修参加」に関しては、有意差は見られなかった。

「医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験」において有意差がみられたのは、<3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>、<12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目で、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験ありの群の平均値が高かった($p<0.05$)。

以上より、病棟看護師は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において悩んだ経験があり、在宅緩和ケアには住民の理解が必要であると認識

表2 在宅緩和ケアに関する認識

項目内容	n=27				
	全く～ ない	少し は～ である	～で ある	とても ～で ある	非常に ～で ある
	1	2	3	4	5
1. 地域において多職種の連携が必要である	n 4 % 14.8	15 55.6	7 25.9	0 0.0	1 3.7
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	n 0 % 0.0	17 63.0	9 33.3	0 0.0	1 3.7
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	n 11 % 40.7	9 33.3	3 11.1	3 11.1	1 3.7
4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	n 7 % 25.9	13 48.1	5 18.5	2 7.4	0 0.0
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	n 4 % 14.8	9 33.3	8 29.6	5 18.5	1 3.7
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	n 1 % 3.7	8 29.6	9 33.3	9 33.3	0 0.0
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	n 0 % 0.0	8 29.6	12 44.4	7 25.9	0 0.0
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	n 0 % 0.0	4 14.8	14 51.9	8 29.6	1 3.7
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	n 0 % 0.0	14 51.9	9 33.3	3 11.1	1 3.7
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	n 6 % 22.2	11 40.7	8 29.6	2 7.4	0 0.0
11. 自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている	n 0 % 0.0	11 40.7	14 51.9	1 3.7	1 3.7
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	n 5 % 18.5	14 51.9	7 25.9	1 3.7	0 0.0
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 8 % 29.6	5 18.5	13 48.1	1 3.7	0 0.0
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 0 % 0.0	4 14.8	8 29.6	14 51.9	1 3.7
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 3 % 11.1	2 7.4	10 37.0	9 33.3	3 11.1
16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 1 % 3.7	2 7.4	11 40.7	13 48.1	0 0.0
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 1 % 3.7	5 18.5	14 51.9	7 25.9	0 0.0
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 0 % 0.0	9 33.3	11 40.7	6 22.2	1 3.7
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	n 0 % 0.0	7 25.9	12 44.4	6 22.2	2 7.4
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	n 4 % 14.8	16 59.3	3 11.1	4 14.8	0 0.0
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	n 0 % 0.0	11 40.7	11 40.7	5 18.5	0 0.0
22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う	n 1 % 3.7	2 7.4	23 85.2	1 3.7	0 0.0

23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	n	3	10	9	4	1
	%	11.1	37.0	33.3	14.8	3.7
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	n	0	1	10	14	2
	%	0.0	3.7	37.0	51.9	7.4
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	n	1	12	11	2	1
	%	3.7	44.4	40.7	7.4	3.7
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	n	1	7	15	4	0
	%	3.7	25.9	55.6	14.8	0.0
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	n	3	5	11	5	3
	%	11.1	18.5	40.7	18.5	11.1
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	n	3	17	5	2	0
	%	11.1	63.0	18.5	7.4	0.0
29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある	n	0	1	9	17	0
	%	0.0	3.7	33.3	63.0	0.0
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	n	2	5	9	11	0
	%	7.4	18.5	33.3	40.7	0.0

していた。また、一緒に働く看護師や薬剤師は在宅緩和ケアに理解があると認識しており、日中患者が一人になる場合の在宅緩和ケアは困難で、在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対しては患者の急変を想定した情報提供を行っているという認識が低かった。また、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験があるものほど、在宅緩和ケアにおける調剤薬局の役割や在宅緩和ケアを行うにあたって連携をとるべき職種を知っていると認識していた。

考 察

本研究の結果から、がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状が明らかになった。＜1. 地域において多職種の連携が必要である＞、＜2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている＞、＜3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている＞、＜4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている＞、＜12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている

る＞の項目において、対象者の認識が低く、逆に、＜14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う＞、＜15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う＞、＜16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う＞の項目については認識が高かったことから、病棟看護師は、院内における他職種の役割についての認識は高いが、地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が低いと考えられる。それゆえ、＜20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている＞の項目においても認識が低いという結果につながったものと考えられる。吉田³⁾もまた、終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因として、在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさを報告していることから、病院に勤務する看護師は地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が不足する傾向にあると考えられる。

＜9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う＞、＜10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う＞において認識が低いという結果より、病棟看護師は、地域や院内において在宅緩和ケアが浸透しているという認識が低かったと考えられる。厚生労働省が2008年に実施した「終末期医療に関する調査」⁴⁾において、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想

表3 緩和ケアチーム活動経験および退院調整経験有無別の認識

n=27

項目内容	緩和ケアチーム経験		退院調整の経験	
	あり n=8 平均(SD)	なし n=19 平均(SD)	あり n=9 平均(SD)	なし n=18 平均(SD)
1. 地域において多職種の連携が必要である	2.50(1.20)	2.11(0.66)	2.63(1.19)	2.05(0.62)
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	2.75(1.04)	2.32(0.48)	2.75(1.04)	2.32(0.48)
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	2.37(1.51)	1.89(0.99)	2.88(1.25)	1.68(0.95)*
4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	2.25(1.04)	2.00(0.82)	2.63(1.06)	1.84(0.62)
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	2.87(1.25)	2.53(1.02)	3.13(1.13)	2.42(1.02)
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	3.12(0.83)	2.89(0.94)	3.25(0.71)	2.84(0.96)
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	3.50(0.53)	2.74(0.73)*	2.88(0.83)	3.00(0.75)
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	3.25(0.89)	3.21(0.71)	3.13(0.99)	3.26(0.65)
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.87(1.13)	2.58(0.69)	2.88(0.99)	2.58(0.77)
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.50(0.93)	2.11(0.88)	2.63(1.06)	2.05(0.78)
11. 自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている	3.12(0.99)	2.53(0.51)	3.00(1.07)	2.58(0.51)
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	2.25(1.04)	2.11(0.66)	2.50(0.53)	2.00(0.82)*
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.12(0.99)	2.32(0.95)	2.75(0.89)	2.05(0.91)
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.62(0.92)	3.37(0.76)	3.75(0.89)	3.32(0.75)
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	3.50(1.31)	3.16(1.07)	3.75(1.04)	3.05(1.13)
16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.50(0.53)	3.26(0.87)	3.63(0.74)	3.21(0.79)
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	3.12(0.64)	2.95(0.85)	3.00(0.76)	3.00(0.82)
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.00(1.07)	2.95(0.78)	3.25(1.04)	2.84(0.76)
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	3.12(1.13)	3.11(0.81)	3.25(0.89)	3.05(0.91)
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	2.75(1.16)	2.05(0.71)	2.75(1.04)	2.05(0.78)
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	2.87(0.83)	2.74(0.73)	3.00(0.76)	2.68(0.75)
22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う	3.12(0.35)	2.79(0.54)	3.13(0.35)	2.79(0.54)

23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	3.12(1.13)	2.42(0.90)	3.13(1.13)	2.42(0.90)
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	3.87(0.64)	3.53(0.70)	3.88(0.83)	3.53(0.61)
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	2.87(1.13)	2.53(0.70)	2.63(1.19)	2.63(0.68)
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	3.25(0.46)	2.63(0.76)*	2.75(0.89)	2.84(0.69)
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	3.75(1.04)	2.68(1.06)*	3.25(1.16)	2.89(1.15)
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	2.62(0.74)	2.05(0.71)	2.38(0.74)	2.16(0.76)
29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある	3.50(0.53)	3.63(0.60)	3.88(0.35)	3.47(0.61)
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	3.75(0.46)	2.79(0.98)*	2.88(1.13)	3.16(0.90)

*p<0.05

定)と告げられた場合、「自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか」という質問に対し、一般国民の66.2%、医師の55.7%、看護師の43.3%が「実現困難である」と答えている。このことから本研究の結果は、在宅緩和ケアが一般においても医療従事者においても「実現困難」と考えられている現状を反映した結果であったと考えられる。

また、<22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う>、<24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている>において認識が高かったことから、病棟看護師は、在宅緩和ケアにおいて患者の急変を想定しているため、家族が常に患者のそばにいる状況でないと在宅緩和ケアは難しいと認識していると考えられる。大川²⁾らの、終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識の調査において、在宅移行を阻害する要因の影響度として、「家族は仕事があり在宅で介護できなかった」の項目の認識が高かったことから、病棟看護師は在宅緩和ケアにおいては家族が常に介護できる状況を重視する傾向があると考えられる。

<28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている>で認識が低かった。これは、吉田³⁾らの研究においても、終末期がん患者の在

宅ケアへの移行への取り組みを阻む医療従事者側の要因に【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】が挙げられていることから、終末期の療養の場の決定という局面において、患者や家族と話し合うことが難しいという現状を反映した結果であったと考える。

緩和ケアチーム活動の経験の有無において、<7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>、<27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>、<30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている>の3項目で有意差がみられた。これは、緩和ケアチームの活動を通して、多職種間で在宅緩和ケアについて話し合うことを経験することにより、かかりつけ医の果たす役割や、院内のリソースの活用方法の理解につながっているからではないかと考えられる。同様に、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験の有無において、<3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>、<12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目において有意差がみられたことから、実際に看護師が退院調整を経験したことによって、

在宅緩和ケアにおける地域との連携の仕方をより理解できていたためではないかと考えられる。大川²⁾が、「看護師は、終末期がん患者の在宅移行の経験により在宅移行に対する考え方が肯定的となり、また実際の移行に向けての援助経験を重ねることで、阻害要因の影響を緩和できると捉えていた」と報告していることから、病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をするにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まるのではないかと推測される。

今後の課題

本研究は対象者が27名と少なかったため、富山県全体に在宅緩和ケアを推進していくためには、今後、県内すべてのがん診療連携拠点病院における病棟看護師の在宅緩和ケアの課題の認識を明らかにする必要がある。

結 語

がん患者の在宅緩和ケアシステム構築に向けた病棟看護師の認識の現状を調査した結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 病棟看護師は、院内における他職種の役割についての認識は高いが、地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が低かった。
- 2) 病棟看護師は、地域や院内において在宅緩和ケアが浸透しているという認識が低かった。

- 3) 病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をするにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まることが示唆された。

謝 辞

本研究に協力していただいた看護師の皆様に深く感謝いたします。なお本研究は富山大学医学薬学研究部寄付部門在宅看護学講座への寄付金により実施した。

参考文献

- 1) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 長光代, 八塚美樹: 在宅緩和ケアシステム構築に向けた退院調整に関わる看護師の認識. 日本がん看護学会誌 26: 257, 2012.
- 2) 大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和, 森下利子, 鈴木志津枝: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識. 高知女子大学紀要 58: 19-29, 2008.
- 3) 吉田亜紀子, 藤田佐和, 大川宣容, 森下利子, 鈴木志津枝: 終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因. 高知女子大学紀要 55: 1-9, 2006.
- 4) 厚生労働省: 「終末期医療に関する調査」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> (参照日2013-3-27).

Current status and recognition of ward nurses for cancer patients of home-based palliative care

Keiko YAMAMOTO¹⁾, Michiyo AITAKE²⁾, Mayumi MURAKAMI³⁾
Rimiko IZUMI⁴⁾, Miki YATSUDUKA²⁾

- 1) Division of Nursing, Toyama University Hospital
- 2) Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine
and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 3) Division of Nursing, Toyama Red Cross Hospital
- 4) Toyama Nursing Association

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the current understanding of home-based palliative care among ward nurses. In December 2012, we distributed a self-administered questionnaire to 30 nurses who cared for cancer patients discharged from a hospital. The questionnaire included subject attributes and 30 items related to nurses' understanding of home-based palliative care. Responses were recorded using a 5-point Likert scale. The questionnaire was processed by simple tabulation. Furthermore, all the questionnaire items were compared against subject attributes using the Mann-Whitney U-test. Analyses were performed using the statistical software SPSS statistics 19, and a p value of less than 5% was considered significant.

Valid responses were obtained from 27 nurses (90%). In palliative care team activities, we found a significant difference between subject attributes and the following 4 items: "awareness about the role of a primary care physician when conducting home-based care," "concern about supporting patient lifestyle in discharge planning," "conducting discussions with various medical professionals including home-based palliative care professionals in one's own workplace when selecting a place of care," and "having human resources or a division available at the work place that can be consulted when there are concerns about discharge planning for patients who have selected home-based palliative care" ($p < 0.05$). With regard to experience involving discharge planning for patients requiring intensive care, a significant difference was found with the following: "knowing the type of services provided by pharmacies for home-based palliative care" and "knowing which professions to coordinate with while providing home-based palliative care" ($p < 0.05$).

Our results suggest that ward nurses may increase their understanding by acquiring experience related to home-based palliative care.

Key words

cancer nursing, home-based palliative care, ward nurses