

報告

石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の 求める教育支援

— ケアの実施状況とその困難感、学習ニーズの分析から —

岩城直子¹，牧野智恵¹，加藤亜妃子¹，木村久恵¹，
浅見美千江²，木村美代³

概要

がん療養者の在宅緩和ケアを強化するための教育支援内容を検討することを目的に、石川県内の訪問看護師を対象に質問紙調査を実施した。がん療養者への援助内容37項目について、援助の実施度と困難感、また、在宅緩和ケアを実践する上で獲得したい知識・スキル8項目の不足感と獲得希望度について、57名から有効回答を得た。

看護援助の実施度は高い傾向にあり、実践上の困難感は、“時々～しばしば”感じる傾向にあった。また、「最新のがん治療」「麻薬類の使い方」「CVCポート」「疾患」「症状コントロール」「補完・代替医療」「リンパドレナージ」の知識、「コミュニケーションスキル」の不足感は、“しばしば”あり、その知識・スキルの獲得希望は高かった。今後、困難感の低下に繋がる研修内容の検討と獲得のニーズが高い知識・技術に対する研修の必要性が示唆された。

キーワード がん患者、在宅緩和ケア、訪問看護師、困難感、学習ニーズ

1. はじめに

近年のがん医療のめざましい進歩にもかかわらず、我が国の死因の第1位は1981年以来悪性新生物である¹⁾。3人に1人ががん死であるという状況や今後の高齢化の進展によりがん患者は増加することが予測され、医療費の抑制といった観点からもがん対策は極めて重要な課題となっている。平成18年に国民のがん克服の一層の充実を図るため、「がん対策基本法」が制定され、平成20年、石川県でも「石川県がん対策推進計画」²⁾が発表されている。患者の意向を十分に尊重した適切ながん医療をうけることが出来るよう患者・家族の立場に立った支援体制の整備の重点項目の中に、居宅によるがん医療体制の確保等を図る事があげられている。そして、がん患者の自宅等(介護老人保健施設、老人ホームを含む)での死亡割合を平成18年4.1%から平成24年度には4.4%とする目標を設定している²⁾。本県でのこのよう

な取り組みの実現には、それに携わる医療従事者に対する研修の充実が図られる必要があり、各地域において緩和ケアに関する研修会が開催され、2007年からの北陸がんプロフェッショナル養成プログラムもその企画の1つを担っている。そのような中、訪問看護師は在宅緩和ケアの要になると期待されており³⁾、ケアの中心的役割を担う訪問看護師には一定の技術を提供するための高度な専門的知識と熟練した技術の獲得が要求されているといえよう。しかし、訪問看護師の業務におけるターミナル状態のケアは難易度の高い業務である⁴⁾と報告されており、業務遂行の為の知識技術の獲得が容易ではないことが予測される。訪問看護師に必要な能力について、村嶋ら⁵⁾は①提供者側の準備:自分自身を支えること、②個別性の尊重:信頼関係を築く、③選択を促す、④家族へのエンパワーメント、⑤臨床能力:治療及び緩和ケアの方法の効果を判断する、⑥調整:ケアをコーディネートする、⑦心に対するケア、⑧管理の8項目をあげている。在宅緩和ケアにおいてはこれらに加え、トータルペインへの対応や家族への死の

¹ 石川県立看護大学

² 石川県医療在宅ケア事業団

³ 石川県在宅緩和ケア支援センター

準備教育などの援助も担っていると考えられる。これらの能力を獲得することは在宅緩和ケアの質の向上に寄与するものと考えられる。近藤ら⁶⁾は訪問看護師が困難感を感じている内容を明確にしていくことは在宅ターミナルケア能力を高めるための教育プログラムを決定する上で有効に活用できると結論づけている。これまで福岡県⁷⁾、滋賀県⁸⁾、高知県⁹⁾などで在宅緩和ケアの実態が調査されているが、いずれも在宅ホスピスケアの体系的な問題を指摘したものであり、訪問看護師の看護の実態や学習ニーズや教育支援などは十分に明らかにされていない。本研究の目的は、石川県におけるがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師のケアの具体的内容、在宅緩和ケアを実践していく上での学習ニーズを抽出し、その実施状況や実践において感じる困難感の現状、在宅緩和ケアを実践していく上での学習ニーズを明らかにすることである。そして、在宅緩和ケアを強化するための教育支援内容について検討する。看護技術の習得には知識と経験が必要である。がん療養者のターミナルケアには、専門的な技術・知識が必要であり、その習得にはがん療養者の看護経験と在宅緩和ケアに関する知識の習得が関係していると考えた。よって、外的要因のうち、経験の指標としてがん患者受け持ち患者数、技術習得における知識の習得の指標として、在宅緩和ケアに関する研修会参加回数を考えた。また、困難感の高い援助項目を明らかにし、経験や知識との関連を検討することによって、在宅緩和ケアを強化する教育内容を検討する。本研究の結果は在宅緩和ケアを担う看護師の教育やキャリアアッププログラムを考える一資料となる。

2. 研究方法

2.1 調査票の作成

平成21年度に筆者らがおこなった「石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師が求める教育支援」の結果¹⁰⁾と平成19年度神奈川県委託訪問看護推進事業「がん療養者への訪問看護の実態」実態調査¹¹⁾の研究結果を参考に調査票を作成した。その結果、がん患者に特化した援助項目で在宅緩和ケアに携わる看護師が行っている37項目を導き出した。また、獲得したいニーズのある知識・技術について、8項目導きだした。

研究者・分担者と共に内容的妥当性、表面的妥当性を検討後、看護師8名にプレテストを行い、質問票の妥当性を確認した。

2.2 調査票の構成

(1) フェースシート

年齢、性別、臨床経験年数、訪問看護経験年数、勤務施設、勤務施設の訪問看護スタッフ数、年間受け持ちがん療養者数（平成19・20・21年の各年度毎に受け持った人数を記載）、がん療養者に対する1週間の平均的な訪問回数、在宅緩和ケアを実践するための研修会への参加の有無と回数（過去3年間分）、勤務先の所在地区を尋ねた。

(2) 「がん療養者への訪問看護の実際と困難感」について

前述の手続きで作成した援助項目37項目について実施の度合いは、「5:必ずする(10割)」「4:たいていする(7割位)」「3:しばしばする(5割位)」「2:時々する(3割位)」「1:全くしない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。実践上の困難感の度合いについては、実施の度合いを尋ねた同様の援助項目37項目について「5:毎回感じる(10割)」「4:たいてい感じる(7割位)」「3:しばしば感じる(5割位)」「2:時々感じる(3割位)」「1:全く感じない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。

(3) 「在宅緩和ケアを実践する上で獲得したい知識・技術」について

前述の手続きで作成した8項目について、知識の不足感について「5:強く感じる(10割)」「4:たいてい感じる(7割位)」「3:しばしば感じる(5割位)」「2:時々感じる(3割位)」「1:全く感じない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。知識の獲得希望度については、同様の8項目について、「5:是非身につけたい」「4:できれば身につけたい」「3:少しは身につけたい」「2:ほとんど必要としない」「1:全く必要としない」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。

2.3 調査実施方法

(1) 調査対象と調査期間

石川県内の訪問看護ステーション、または病院(医院)訪問看護科に勤務する看護師を対象とし、平成22年11月～平成23年1月に実施した。

(2) 調査実施手続き

訪問看護ステーション管理者宛に調査の趣旨を記載した封書で研究協力を依頼、封書に同封した葉書にて同意と協力可能な部数を返信していただいた。その後、調査票を管理者宛に送り、対象者に配付いただき、対象者には回答後郵送してもら

った。

(3) 分析方法

フェースシートのうち、年間がん療養者受け持ち人数は平成19・20・21年度の各年度に担当した患者数の合計から1年間に受け持った患者数を算出した。その後、経年的な傾向を相関分析した。

がん療養者の訪問看護の実際に関する質問37項目の実施度、困難感及び、がん療養者の在宅緩和ケアを実践する上で必要と考える知識技術について不足感を感じる程度と獲得したいと思う程度の記述統計量を計算した。

その後、これら2要因とがん療養者の訪問看護の実際に関する37項目の実施度と困難感を相関分析した。がん療養者の在宅緩和ケアを実践する上で必要と考える知識技術について不足感を感じる程度と獲得したいと思う程度の関係を相関分析した。相関分析では、ピアソンの積率相関係数を算出し、両側検定において5%未満を有意差ありとした。統計学的処理には、SPSS 13.0J for Windowsを使用した。

2.4 倫理的配慮

本調査は、石川県立看護大学の倫理委員会での承認を受け実施した(平成22年10月)。

調査対象施設管理者宛に文書にて依頼し、同封したのはがきで同意を戴いた上で研究者が調査票を送付した。調査票は個人のプライバシー確保のため無記名とし、その冒頭において、データはすべて責任者のみが取り扱い統計的に処理されること、個人のプライバシーが漏れることのないことを明記した文書を調査票とともに本人に配布し、郵送法で回収した。調査票の回収を持って承諾を得たものとし、データの全ては研究者が責任をもって研究終了後まで施錠できる場所で管理し、研究終了後に破棄した。

3. 結果

調査協力依頼を石川県内の68施設に文書で行った結果、29施設(42%)より返答があった。そのうち、がん療養者の訪問看護を実施している施設は25カ所であった。調査承諾施設23カ所に調査票71部を送付し、回収は57部(回収率79%)であった。

3.1 調査対象者の概要 (表1)

男性1名、女性56名で、平均年齢は44.4 ± 7.9歳であった。臨床経験年数は20.7 ± 7.8年で

表1 対象者の概要

n=57

	平均±標準偏差(範囲)
年齢	44.4±7.9歳 (29~62歳)
性別	男1名 女53名
臨床経験年数	20.7±7.8年 (7~38年)
訪問看護師経験年数	6.4±3.6年 (1~14年)
スタッフ数	5.3±2.1名 (1~10名)
年間がん療養者受け持ち数	3.8±3.0名 (0~16名)
研修経験	有 46名 無 8名
研修回数	4.1±2.4回 (0~10回)

備考)年間がん療養者受け持ち数は平成19年、20年、21年に担当した患者数の合計から1年間の受け持ち数を算出した

訪問看護師経験年数は6.4 ± 3.6年であった。勤務施設の形態は病院・医院併設訪問看護ステーション25名、訪問看護ステーション32名、訪問看護スタッフ数は5.3 ± 2.1名、年間がん療養者受け持ち人数は3.8 ± 3.0名であった。なお、年間がん療養者受け持ち人数は各年度に担当した患者数の合計から1年間に受け持った患者数を算出した。平成19年から21年度にかけ有意な正の相関関係があった。また、在宅緩和ケアに関連した研修会への参加経験がある人は46名、参加したことがない人は8名で、過去3年間の研修回数は4.1 ± 2.4回であった。

3.2 在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助の実施度 (表2)

在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は全体平均で3.9 ± 1.0であった。実施度の低かった項目「しばしばする~たいていする」は「グリーフケアを行う」「家族の気分転換を促す支援をする」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする」で、実施度の高かった項目「たいていする~必ずする」は「療養者・家族にサービス内容を提示する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「家族の不安を傾聴する」であった。

3.3 在宅のがん療養者に対する訪問看護の実践上の困難感 (表2)

全体平均で2.7 ± 1.2であった。困難度の低かった項目「全く感じない~時々感じる」は「療養者・家族にサービス内容を提示する」「療養者・家族に訪問看護の役割や機能を説明する」「療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する」で、困難度の高かった項目「しばしば感じる~たいてい感じる」は「今後の病状予測をする」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家

表2 在宅緩和ケアの実施状況およびその困難感と受け持ち患者数, 研修回数との関係 n=57

	内容, 平均値と標準偏差(上段:実施状況、下段:困難感の程度)	受け持ち患者数	研修回数	
気持ちに寄り添う援助	療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する	3.7(1.1)	0.13	0.27*
		3.3(1.0)	-0.26	-0.16
	在宅療養継続に対する療養者の意思を確認する	4.0(1.1)	0.14	0.31*
		2.9(1.1)	-0.16	-0.03
	在宅療養継続に対する家族の意思を確認する	4.3(1.0)	0.17	0.42**
		2.8(1.1)	-0.13	-0.17
	療養者の思いを家族に伝える	3.8(1.1)	-0.01	0.21
		2.5(1.1)	-0.26	-0.1
	療養者の死への不安の訴えを傾聴する	3.7(1.2)	0.18	0.14
		3.3(1.4)	0.06	0.02
気持ちがよいと感じるケアの追求	療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ	3.8(0.9)	0.30*	0.31**
		3.1(1.1)	-0.31*	-0.11
	療養者と家族が自己決定ができるまで待つ	3.7(1.0)	0.33*	0.37**
		3.2(1.1)	-0.11	0.03
	療養者から引き出したニーズを優先してケアを行う	4.1(0.8)	0.19	0.17
		2.6(1.0)	-0.28	-0.05
	療養者の生活が拡大できるようなケアを工夫し行う	3.6(1.0)	0.21	0.38**
		2.9(1.1)	-0.07	0.11
家族ができる対応方法の支援	療養者が心地よと感じることができる清潔ケアを行う	4.2(0.7)	0.35*	0.43**
		2.4(1.1)	-0.27	-0.04
	療養者に効果的なケアの方法を家族に提案する	4.1(0.9)	0.23	0.17
		2.7(1.1)	-0.19	-0.03
痛みのコントロール	家族に医療用麻薬について説明する	3.6(1.3)	0.23	0.11
		2.5(1.2)	-0.17	-0.14
	痛みをアセスメントして鎮痛薬の効果を医師に報告する	4.4(0.8)	0.14	0.19
		2.4(1.3)	-0.20	-0.02
	痛みの段階にあわせて、投与量の調節を医師と相談する	3.6(1.4)	0.15	0.17
		2.9(1.3)	-0.39**	-0.18
家族が不安への対応	療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する	4.1(1.2)	0.20	0.11
		2.2(1.3)	-0.20	-0.08
	家族の気分転換を促す支援をする	3.5(1.1)	0.06	0.16
死の準備教育		2.7(1.1)	-0.17	0.04
	家族ができるケアや医療処置を指導する	4.2(0.9)	0.40**	0.12
		2.7(1.1)	-0.22	-0.10
	家族が行うケアを見守る	3.7(1.1)	0.35*	0.02
	2.3(1.0)	-0.28	-0.11	
家族の不安への対応	家族の不安を傾聴する	4.6(0.7)	0.26	0.16
		2.5(1.3)	-0.25	-0.35**
	家族の不安に24時間体制で対応する	4.5(0.9)	0.16	0.15
		2.9(1.4)	-0.46**	-0.26*
死の準備教育	亡くなる過程について家族に説明する	3.8(1.2)	0.17	0.23
		3.1(1.3)	-0.4**	-0.20
	家族に看取りの場所の選択肢を提示する	4.0(1.3)	0.08	0.12
		2.7(1.3)	-0.28	-0.16

グリーフケア	グリーフケアを行う	3.4(1.3)	-0.02	0.05
		2.9(1.4)	-0.12	-0.07
医師との協働	IVH や麻薬管理ができる医師との連携体制を整える	3.6(1.3)	0.16	0.28*
		2.9(1.4)	-0.37*	-0.16
	医師への確実な緊急連絡体制を整える	4.4(0.8)	0.11	0.14
		2.6(1.3)	-0.33*	-0.20
	訪問時の療養者について、アセスメントした状況を医師に報告する	4.3(0.9)	0.17	0.26
		2.4(1.3)	-0.25	-0.17
往診頻度や治療方針を把握する	4.4(0.8)	0.20	0.20	
	2.4(1.2)	-0.28	-0.06	
他職種との協働	訪問介護と共働して患者ケアを行う	3.6(1.1)	0.25	0.07
		2.3(1.0)	-0.01	-0.17
	療養者の病気についての思いを関係機関に連絡する	3.6(1.1)	0.26	0.22
		2.4(1.2)	-0.35*	-0.19
状態に応じたサービス導入のマネジメント	介護疲れを察知し、ヘルパー、ショートステイ等のサービスを導入する	3.6(1.2)	0.09	0.03
		2.5(1.2)	-0.21	-0.15
	療養者・家族に訪問看護の役割や機能を説明する	4.4(0.9)	0.14	0.20
		2.1(1.2)	-0.17	-0.24
	療養者・家族にサービス内容を提示する	4.4(0.9)	0.04	0.24
		2.0(1.2)	-0.25	-0.24
	タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する	3.9(0.6)	0.27	0.33*
		2.8(1.1)	-0.35*	-0.32*
	療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする	3.5(1.2)	0.29*	0.46**
		2.7(1.0)	-0.44**	-0.17
短期間で療養環境を調整する	3.6(1.1)	0.36*	0.39**	
	2.9(1.2)	-0.31*	-0.20	
今後の病状予測(死の兆候、ADL)をする	4.2(0.9)	0.24	0.22	
	3.0(1.2)	-0.03*	-0.23	
入院できる後方支援体制の調整を行う	3.7(1.3)	0.19	0.18	
	2.9(1.3)	-0.36*	-0.26*	

**P<0.01 *P<0.05 受け持ち患者数、研修回数の数値は相関係数

族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であった。

3.4 がん療養者への看護援助の実施度と受け持ち患者数、研修回数の関係 (表2)

(1) がん療養者への看護の実施度と受け持ち患者数の関係

受け持ち患者数と「療養者が心地よいとすることができる清潔ケアを行う」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「家族ができるケアや医療処置を指導する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする」「短期間

で療養環境を調整する」項目は有意な正の相関がみられた。受け持つがん患者数が多い人はこれらの項目の実施度が高いことになる。

(2) がん療養者への看護の実施度と研修会参加回数の関係

訪問看護の援助項目の実施度と研修会参加回数で有意な正の相関がみられた項目は「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「在宅療養継続に対する療養者の意思を確認する」「在宅療養継続に対する家族の意思を確認する」「療養者の生活が拡大できるようなケアを工夫し行う」「療養者が心地よいとすることができる清潔ケアを行う」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「IVH や麻薬管理ができる医師との連

携体制を整える」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネージメントする」「短期間で療養環境を調整する」であった。研修回数が多い人はこれらの項目の実施度が高くなることになる。

3.5 がん療養者への看護実践の困難感と受け持ち患者数、研修回数の関係 (表2)

(1) がん療養者への看護実践の困難感と受け持ち患者数の関係

看護実践の困難感と受け持ち患者数で有意な負の相関がみられた項目は、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「痛みの段階にあわせて、投与量の調節を医師と相談する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「亡くなる過程について家族に説明する」「IVHや麻薬管理ができる医師との連携体制を整える」「医師への確実な緊急連絡体制を整える」「療養者の病気についての思いを関係機関に連絡する」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネージメントする」「短期間で療養環境を調整する」「今後の病状予測をする」「入院できる後方支援体制の調整を行う」であった。これらの項目は、がん患者を受け持つ数が多い人は困難感が低くなることとなる。

(2) がん療養者への看護実践の困難感と研修会参加回数の関係

看護実践の困難感と研修会参加回数で有意な負の相関がみられた項目は「家族の不安を傾聴する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「入院できる後方支援体制の調整を行う」であった。これらの項目は、研修会の参加回数が多い人は困難

感が低くなることとなる。

3.6 在宅緩和ケア実践上の知識技術の不足感と獲得希望度の関係 (表3)

「最新のがん治療についての知識」「麻薬類の使い方の知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」についての不足感は、「しばしば感じる～たいてい感じる」の範囲であり、知識・スキル獲得希望度は「できれば身につけたい～是非身につけたい」の範囲であった。知識の不足感と知識・スキルの獲得希望度との間に有意な正の相関がみられた項目は、「最新のがん治療についての知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」であり、「麻薬類の使い方の知識」については有意な相関はなかった。

4. 考察

4.1 がん療養者への援助の実際と援助を実践していく上での困難感について

在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は全体平均で 3.9 ± 1.0 であり、「たいていする」といった傾向にあった。最も実践度の低い項目でも「しばしば」行われていた。訪問看護師の業務におけるターミナル状態のケアは難易度の高い業務である⁴⁾といわれているが、今回の調査対象者の年齢構成は 44.4 ± 7.9 歳(29～

表3 在宅緩和ケア実践上の知識・技術の不足感と獲得希望度の関係

n=57

項目	不足感	獲得希望度	不足感と獲得希望度間の相関係数
	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	
最新のがん治療についての知識	3.8(1.1)	4.5(0.6)	0.27*
麻薬類の使い方の知識	3.7(1.1)	4.6(0.6)	0.20
CVCのポートについての知識	3.0(1.3)	4.1(1.2)	0.61**
疾患についての知識	3.4(1.1)	4.5(0.8)	0.51**
症状コントロールに必要な知識	3.8(1.0)	4.7(0.5)	0.29*
コミュニケーションスキル	3.4(1.2)	4.5(0.8)	0.45**
補完・代替医療に関する知識	3.4(1.2)	4.2(0.9)	0.46**
リンパ浮腫に対するドレナージの知識	3.7(1.2)	4.4(0.7)	0.45**

**P<0.01 *P<0.05

62歳)で、臨床経験年数も 20.7 ± 7.8 年(7~38年)であり、訪問看護時の援助や看護問題に1人で対応できる一定の技術を担保できる条件の看護師であったといえる。このことが全体の高い実施度を示したと考えられる。

訪問看護を実践していく上での援助に関する困難感は全体平均で 2.7 ± 1.2 であり、“しばしば感じる”といった傾向にあった。困難感の高かった項目“しばしば感じる～たいてい感じる”には「今後の病状予測をする」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であり、内容的には病気や死の受容に対応する患者・家族への援助内容であり、がん療養者・家族が療養の場を在宅に決定したことによって生じた両者への死の準備教育に関することである。島内ら⁴⁾の研究によれば、「利用者・家族教育」はターミナル状態のケアにおける難易度が1位であり、死の準備教育は難易度が高いため困難感が高かったことが推察される。村田¹²⁾は「死の受容」の困難性について、現代社会の老い・病・死のタブー視などから、援助者側と援助を受ける側にも「死の受容」を含む全人的な苦しみに対する援助の考察と訓練が不足していると指摘している。この結果もそのような指摘を反映しているのではないかと考えられる。

4.2 困難感の高い援助項目の困難感低減に関するがん療養者の看護経験・研修回数との関係、教育支援内容について

援助内容37項目の実施度とその困難感の結果から、実施度が(平均値より)高く困難感が(3.0より)高い項目は、「今後の病状予測をする」であった。「今後の病状予測をする」項目は、患者に必要なケアのコーディネーションに関する内容と捉えられる。これらは日本ホスピス緩和ケア協会が策定した「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」¹³⁾では到達目標として高い段階のものである。そのため実践していても困難感が高かったのではないかと考えられる。この項目の困難感のはがん患者の受け持ち数と有意な負の相関があることより、がん患者への看護経験を重ねることが「今後の病状予測をする」困難感を緩和することに影響していることが示唆された。

一方、実施度が(平均値より)低く困難感が

(3.0より)高い項目は、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であった。これらは、実践が少ないため困難感が強いと捉えることもできる。これらの項目のうち、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」については、がん患者の受け持ち数と有意な負の相関があることより、がん患者への看護経験を重ねることが困難感を緩和することに影響していることが示唆された。「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」項目は、がん患者の受け持ち数・研修回数との有意な関係はなかった。

この3項目はケアリングとスピリチュアルケアと考えられる。終末期がん患者へのケアとして気持ちに寄り添うことやスピリチュアルペインへの対応は、重要な援助である。しかし、スピリチュアルケアは、死や病の接近によって脅かされて経験する全存在的苦痛¹⁴⁾に対するケアであり、難易度の高いケアであるといえよう。それに加え、坂下¹⁵⁾らの研究で明らかにされた全人的痛みを抱えた患者に関わる看護師は、患者に「踏み込めない、逃げ出したい」と感じる状況に遭遇しており、踏み込めない理由は看護師の心にあるという問題もある。さらに、スピリチュアルケアには十分な時間の確保が必要であるが、60~90分の訪問時間の中では実践の機会もほとんどないことが推察される。窪寺¹⁶⁾は医療者には患者のスピリチュアルペインやスピリチュアルニーズを読み取ることができる知識・技術が求められると述べており、これらが獲得できるような研修会への参加によってスキルが獲得できれば困難感低減の一助となる可能性がある。

4.3 訪問看護師の学習ニーズと教育支援について

「最新のがん治療についての知識」「麻薬類の使い方の知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」に関して訪問看護師はしばしば知識・スキルの不足

を感じており、知識・スキルの獲得をできれば身につけたいと強く獲得を望んでいることが伺えた。このうち「麻薬類の使い方の知識」に関しては、実践での不足感と獲得の希望度には有意な関係がなかった。「麻薬類の使い方の知識」の不足感の強さと獲得したいという思いは関係がないということになる。石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する調査¹⁷⁾では、「がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと」で「痛みのコントロールができています」と回答した看護職は88%で最も多く、その重要性が認識されている。不足感の如何に関わらず「麻薬類の使い方の知識」は必要不可欠な知識であると認識されていることが考えられる。また、前述の石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する調査の「医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題と思うこと」の中で「疼痛コントロールに関する知識がないこと」と回答した人は28%と低いことや、本調査の「療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する」ことの困難感が低いことなどから、「麻薬類の使い方の知識」が獲得されてきているとも推察される。川越¹⁸⁾は疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討の中で、事前約束指示を受けてそれを実行できる看護師の条件を上げている。それによると、医師との連携のもとで看護師が疼痛コントロールを効果的に行うためには、医療・看護介入の根拠（観察、アセスメントの要点）実施内容、介入後のフォローアップ（副作用など、観察、アセスメントの要点）、医師への報告（事前、事後、報告内容）などを明らかにしておく必要がある。看護師にその能力が求められているということである。

「最新のがん治療についての知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」はアセスメント能力の獲得のために、「補完・代替医療に関する知識（アロマテラピー・マッサージ等）」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」は看護介入能力の獲得のために必要であり、獲得のための研修を検討していく必要がある。また、医師に対する緩和ケア教育プログラム「PEACE」¹⁹⁾やがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」「OPTIM」²⁰⁾の閲覧によって知識の習得を試みることを広報することも有用であると考える。「コミュニケーションスキル」は悪い知らせを伝える際に必要なスキルとして全国的には

「SPIKES」「SHARE」などが広がっている²¹⁾。Fukui²²⁾らが患者の苦痛の表出にコミュニケーションスキルの訓練を受けた看護師が患者の苦痛の認識能力が向上していたことを明らかにしており、スキルの獲得にはトレーニングを受けることが推奨されている。ロールプレイなどの演習を取り入れた研修内容の検討が必要と考えられる。また、本調査で「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安を傾聴する」援助はがん患者への看護経験の積み重ねや研修会の参加では困難感が低下しないことが示唆され、この項目は、ケアリングとスピリチュアルケアと捉えられた。小澤²³⁾はスピリチュアルケアを実践していくために、援助的コミュニケーションを学ぶことを推奨している。窪寺¹⁶⁾は、スピリチュアルケアを実施していく上で看護師がスピリチュアルケア・ワーカーの専門家になることは不可能であるが、スピリチュアルペインとは何か、スピリチュアルニーズとは何か、スピリチュアルペインのアセスメント方法などをプログラムに入れることがよいと述べており、研修の企画の具体的内容として考慮していく必要がある。今回の調査への参加承諾施設は当初想定し依頼した施設の半数以下であり、在宅緩和ケアに対する県内訪問看護ステーションの関心が薄いことが推測された。人口減少地域では看護師不足を背景とした訪問看護師の人材確保は難しく在宅サービスの需要にこたえることができないという現状も生まれている²⁴⁾。このような中、教育のための時間確保はかなり困難と考えられ教育のための時間を担保する方略について検討する必要がある。

5. まとめ

石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の援助の実際と困難感、在宅緩和ケアの実践における知識不足感と知識・スキル獲得希望度について調査した。在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は高い傾向にあった。在宅のがん療養者に対する訪問看護の実践上の困難感とは、「時々～しばしば感じる」傾向にあった。困難感の高かった項目のうち、「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」項目は、がん患者に対する看護実践の増加、研修会への参加の積み重ねで困難感を緩和しないことが考えられた。また、

訪問看護師はしばしば知識・スキルの不足を感じており、知識・スキルの獲得をできれば身につけたいと強く獲得を望んでいる。今後は在宅緩和ケアに携わる看護師の資質の向上に寄与できるよう学習ニーズに沿った教育支援を地域ケア総合センター研修事業として可能な限り、組み入れていくことが必要である。

謝辞

本研究にご協力いただいた訪問看護ステーション及び訪問看護科の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。

引用文献

- 1) 厚生労働省, 人口動態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>2008.9 参照
- 2) 石川県:石川県がん対策推進計画, 15, 2008.
- 3) 井田栄一:わが国の在宅ホスピスケア・緩和ケア, 86-93, 2004. http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2004_5_2.pdf 参照
- 4) 島内節, 木村恵子, 亀井智子他7名:訪問看護業務内容の難易度からみた看護の構造と利用可能性, 日本地域看護学雑誌 2 (1), 17-24, 2000.
- 5) 村嶋幸代, 斉藤恵美子, 服部真理子他4名:地域看護職の能力に関する研究とJoyceZerwekh博士の仕事-家庭訪問及び訪問看護に焦点を当てて-, 看護研究 32 (1), 3-14, 1999.
- 6) 近藤望, 竹山未歩子他2名:在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感, 緩和ケア 17 (2), 170-175, 2007.
- 7) ニノ坂保喜:在宅ホスピスの今-到達点と課題-福岡の現状, 緩和医療学 8 (3), 11-19, 2006.
- 8) 竹村節子:滋賀県における在宅ホスピスの実態 開業医のアンケート調査から, 人間看護学研究 3, 85-102, 2006
- 9) 弘末美佐:高知県における在宅ホスピスの現状, 日本看護学会論文集 36, 67-69, 2006.
- 10) 岩城直子:石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師が求める教育支援, 石川県立看護大学附属地域ケア総合センター事業報告書第7巻, 31-32, 2009.
- 11) 草場美千子, 廣田とき子, 野地金子他3名:平成19年度神奈川県委託訪問看護推進事業「がん療養者への訪問看護の実際」実態調査, 看護, 60 (13), 107-112, 2008.
- 12) 村田 久行:ケアの思想と対人援助改訂増補版, 第1章「他者の理解と共感」は困難であること, 川島書店, 21-41, 1998.
- 13) 二見典子:がん緩和医療における看護師教育の現状と課題, 緩和医療学 8 (1), 27-36, 2006.
- 14) 窪寺 俊之:スピリチュアルケア学序説, 第5章スピリチュアルペイン, 三輪書店, 43-59, 2004.
- 15) 坂下恵美子:終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討, 愛媛県立医療技術大学紀要 5 (1), 25-31, 2008.
- 16) 窪寺 俊之:スピリチュアルケア学概説, 1章スピリチュアルケアの歴史と現状・課題, 三輪書店, 2-14, 2008.
- 17) 加藤亜妃子, 牧野智恵, 岩城直子他3名:医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題, 石川看護雑誌 8, 83-92, 2011.
- 18) 川越厚, 岡部健, 下山直人, 瀬戸山修:在宅療養患者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携-疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討一, 厚生労働科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)分担報告書, 53-58, 2006.
- 19) 緩和医療学会:医師に対する緩和ケア教育プログラム(PEACE) <http://www.jspm-peace.jp/2011/9/29> 参照
- 20) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) <http://gankanwa.jp/index.html>2011/9/29 参照
- 21) 關本翠子:看護師のための患者の感情表出を促進させるコミュニケーション・スキル“NURSE”, 看護管理 20 (6), 488-491, 2010.
- 22) Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N: Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psychooncology*. 18 (11), 1156-1164, 2009.
- 23) 小澤竹俊:スピリチュアルケア, 臨床看護 33 (5), 689-695, 2007.
- 24) 浅見 洋, 田村 幸恵, 浅見 美千江:人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題-奥能登の住民に対する意識調査より-, 石川看護雑誌 6, 19-27, 2009.

Educational Support Needed by Nurses Engaged in Home Palliative Care of Cancer Patients in Ishikawa Prefecture - Analysis of the Current Nursing Care Situation with regard to Difficulties Encountered in Providing the Required Service and Further Educational Needs -

Naoko IWAKI¹, Tomoe MAKINO¹, Akiko KATO¹, Hisae KIMURA¹,
Michie ASAMI², Miyo KIMURA³

Abstract

We conducted a questionnaire survey targeting home-visit nurses in Ishikawa Prefecture for the purpose of clarifying the educational support needed by nurses engaged in home palliative care for cancer patients. We received 57 valid responses regarding the subjective sense of difficulty for 37 items related to the content of care, and on the level of inadequacy and the intention to participate in further education in eight areas of knowledge and skills required for the provision of home palliative care.

The rate of engagement tends to be high and the subjective sense of difficulty in providing care tends to arise occasionally or more frequently. A sense of inadequate knowledge about “cutting-edge cancer therapy,” “narcotic use,” “CVC ports,” “disease,” “symptom control,” “complementary and alternative medicine,” “lymphatic drainage,” and “communication skills” was revealed, and the intention to participate in further education and acquisition of such knowledge and skills was high. This study suggests the need to evaluate seminar content for the purpose of including material designed to decrease nurses’ sense of difficulty and to advance nursing knowledge and skills.

Keywords : home-based palliative care, cancer patients, home-visit nurses, educational support