

笹川記念保健協力財団 研究助成

助成番号：2018A-012

(西暦) 2019年 2月 14日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団

会長 喜多悦子 殿

## 2018年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

### 研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

#### 記

研究課題

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援に関する研究  
ーがん診療拠点病院の退院支援看護師による支援の現状とその特徴ー

所属機関・職名\_\_

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 保健学専攻 看護科学領域 博士後期課程

氏名 廣田真由美

## I. 研究の目的

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が重点的に取り組むべき課題として位置づけられている。診断時、治療中、在宅療養とさまざまな時期や場で切れ目ない支援体制が必要となる中、積極的治療の終了と同時に治療方針の変更や療養場所の移行に直面し、人生の大きな選択に戸惑い気持ちの整理がつかない患者家族への支援には非常に高いスキルが求められ、病院の退院支援看護師の役割は大きいと、その支援の現状は明らかではない。

本研究は、積極的治療が困難になったがん患者に対して全国のがん診療連携拠点病院等の退院支援看護師が行う退院支援の現状と困難など、その特徴について明らかにし、退院支援に必要な技術を検討することを目的とする。

## II. 研究の内容・実施経過

### 1. 対象者

平成29年4月1日時点において全国のがん診療連携拠点病院等434施設の退院支援部署に勤務する看護師（以下、退院支援看護師）で、退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験があり、かつ研究に同意が得られた者とした。

### 2. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

2018年6月に、全国のがん診療連携拠点病院等（国立がん研究センター・地域がん診療病院・特定領域がん診療連携拠点病院を含む。以下、がん診療連携拠点病院等）434施設の看護部長宛てに研究説明書と同意書、調査票必要数記入書ならびに調査票見本を郵送し、研究同意書と調査票必要数記入書の返送を依頼した。研究協力の同意が得られた120施設の調査担当者宛に調査票を郵送し、対象者への配布を依頼した。

対象者には、各施設への調査票発送からそれぞれ概ね2週間以内をめどに調査票の記入と返送を文書で依頼した。各施設への研究依頼書送付から1か月後に、全施設の看護部長宛に参加協力へのお礼とリマインドを兼ねたはがきを郵送した。

### 3. 調査項目

#### 1) 対象者の概要

調査対象者の年齢、性別、看護師経験年数、退院支援専門部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の経験年数、役職、専門看護師・認定看護師の資格の有無などを尋ねた。

#### 2) 対象者の所属施設の概要

勤務先の規模や看護体制を把握するため、許可病床数や入院基本料の区分を尋ねた。病院

全体での積極的治療の終了に伴う治療体制として、療養場所の移行や他病院への転医の有無、積極的治療の終了後の緊急入院やレスパイト入院の受け入れの可否等について尋ねた。

### 3) 退院支援の担当者

退院支援部署とそれ以外の部署について、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援を実際に担当している職種についてすべて回答してもらった。

### 4) 退院支援の達成度

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の達成度を把握するために、「退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度 (Nurses' Discharge Planning Ability Scale : NDPAS)」(戸村ひかり, 永田智子ほか(2013):退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発, 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.)を用いた。24項目、4つの下位尺度から構成されるこの尺度は信頼性・妥当性が確認されており、下位尺度ごとに個々の患者への退院支援のプロセスにおける特徴的な能力を評価することができるかとされている。

下位尺度は<A. 退院後のケアバランスの見積もり力>、<B. 患者・家族との合意形成力>、<C. 退院後のケアバランスの調整力>、<D. 退院後の療養場所の移行準備力>の4つで構成されている。尺度の各項目の点数は5段階のリッカート法で1~5点に点数化され、下位尺度の得点は項目の合計得点を項目数で割った平均点、尺度全体の得点は4つの下位尺度の得点の合計点で、得点が高いほど能力が高いことを示す。

### 5) 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じる項目・大切にしている項目とその理由

積極的治療が困難になったがん患者への退院支援のどこに難しさを感じるか、何を大切にしているかを問う設問項目として、前述の NDPAS の尺度項目 24 項目について、難しいと感じる項目・大切にしている項目をそれぞれ3つまで回答してもらい、その理由について自由記述を求めた。

### 6) 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴

対象者の考える、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴について、自由記述を求めた。

## 4. データ分析

対象者とその所属施設の概要、退院支援の担当者、退院支援の達成度、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じると回答した項目とその人数・大切にしていると回答した項目とその人数について、単純集計を行った。

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴については、記述された内容を丹念に読み、意味内容の類似したものを集めてまとまりを作り、共通する意味内容を

表す特徴を示した。

## 5. 調査期間

2018年6月～9月

## 6. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号838-1）。

対象者の所属施設には、研究目的・方法・倫理的配慮について記載した看護部長宛の研究協力依頼書を郵送し、文書で説明した。対象者には各施設の調査担当者から研究目的・方法・倫理的配慮について記載した研究協力依頼書を調査票とともに配布してもらい、文書で説明した。研究への同意は、調査票の記入と返送をもって得たものとした。

## III. 研究の成果

全国のがん診療連携拠点病院等 434 施設中 140 施設からの回答があり（参加率 32.3%）、要件を満たしかつ同意の得られた 120 施設 477 名に調査票を郵送した。返送のあった 264 名のうち（回収率 55.3%）、退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験のなかった 60 名と退院支援の達成度に関する質問への回答に欠損のあった 6 名を除外した 198 名を解析対象者とした。有効回答率は 41.5%であった。

### 1. 対象者の概要（表 1）

対象者の 96.5%が女性で平均年齢は 44.8±8.4 歳、看護師としての経験年数は平均 21.8±9.1 年であった。退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の経験年数は平均 3.4±2.9 年で、1 年未満の者が 9.1%、1 年以上 3 年未満の者が 43.4%と、3 年未満の者が半数以上を占めていた。経験年数の一番短い者は 3 ヶ月、長い者は 14 年であった。また、34.3%が主任以上の役職者で、看護専門看護師は 3 名（1.5%）、認定看護師は 17 名（8.6%）存在した。

### 2. 対象者の所属施設の概要

許可病床数は平均 598.3±201.0 床、平均在院日数は 12.8±1.95 日、89.5%が 7 対 1 看護体制をとっている入院基本料 1 の算定病院で、緩和ケア病棟又は病床を有する施設は 34.4%であった。自施設または同一法人内に訪問看護部門がある施設は 25.8%、居宅介護支援事業所のある施設は 13.2%、訪問診療部門を有する施設も 10.1%存在した。

積極的治療の終了に伴って療養場所の移行を勧める施設が 96.5%を占め、89.3%の施設では積極的治療の終了に伴って他病院への転医を勧めていた。また、緊急入院の受け入れは 96.0%の施設が行っていたが、レスパイト入院の受け入れは 39.5%と低かった。

### 3. 退院支援の担当者

退院支援の担当者として退院支援部署の自分以外の看護師 159 名（80.3%）やソーシャル

ワーカー171名(86.4%)を挙げたものは8割を超えたが、緩和ケアチーム看護師25名(63.1%)やがん相談支援センターの看護師110名(55.6%)を挙げた者も多かった。そのほか、病棟看護師12名(6.1%)や緩和ケアチーム医師5名(2.5%)、主治医:3名(1.5%)のほか、栄養士や担当理学療法士等、様々な職種が退院支援を担当する者として挙がっていた。

#### 4. 退院支援の達成度 (表2)

「退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度 (Nurses' Discharge Planning Ability Scale: NDPAS)」(戸村ら、2013)全体の平均点は、20点満点中の15.22±1.69点であった。

下位尺度ごとにみると、<D. 療養場所の移行準備力>の平均が4.02±0.54点と最も高く、<C. 退院後のケアバランスの見積もり力>の平均が3.56±0.54点と最も低かった。

項目別にみると、下位尺度D項目の「患者の状態に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する」が平均4.24±0.67点と最も高く、下位尺度C項目の「患者の状態に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する」が平均3.32±0.89点と最も低かった。

#### 5. 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと回答した人数が多かった項目・大切にしていると回答した人数が多かった項目 (表3)

退院支援で難しいと感じると対象者が回答した上位3項目は、すべて下位尺度<B. 患者・家族との合意形成力>の項目であり、「患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する」60名(12.6%)、「患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する」58名(12.2%)、「患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける」48名(10.1%)の順に多かった。

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で大切にしていると回答した人数が多かった項目も、上位3項目が下位尺度<B. 患者・家族との合意形成力>の項目であった。「患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する」79名(16.6%)、「患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する」64名(13.4%)、「患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける」46名(9.7%)の順に多く、上位3項目中2項目が、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で難しいと感じる項目と重複していた。

#### 6. 積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援の特徴

198名中160名から自由記載で回答を得た。

積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴として、「死の恐怖や治療ができないことへのショックがある中で療養生活についての意思決定をしなければならない患者家族の隠された思いを引き出し、現実的な状況とのすり合わせ・折り合いをつけていく必要

がある」、「いったん意思決定しても揺れ動く本人・家族の意向や思いに寄り添い、細やかに丁寧に関わる」、「残された時間に限りがある中で状況を見極め、タイムリーに対応することが求められる」などが挙げられた。

自由記載については、今後も引き続き分析を行う予定である。

#### IV. 今後の課題

今回は全体の単純集計にとどまったが、今後は退院支援の達成度と経験年数との関連や、経験年数によって難しいと感じる項目や大切にしている項目に違いがあるかについても検討が必要である。

また、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の特徴について、今回の分析結果を踏まえてさらに研究を重ね、実際に退院支援の現場でのエキスパートの実践知についても明らかにしていく必要がある。

#### V. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

研究の成果の一部は、第24回日本在宅ケア学会（2019年7月）で公表する予定である。また、今後日本緩和医療学会誌への論文投稿を計画している。

表1 対象者の概要

		n=198	
		N	%
		平均 (SD)	(範囲)
性別	女性	191	96.5
	男性	5	2.5
年齢 (歳)		44.8 (±8.4)	(26-62)
看護師としての経験年数 (年)		21.8 (±9.1)	(3-40)
退院支援部署での、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験年数 (年)		3.4 (±2.9)	(0.1-14)
	1年未満	18	9.1
	1年以上3年未満	86	43.4
	3年以上5年未満	39	19.7
	5年以上10年未満	46	23.2
	10年以上	9	4.5
役職	なし	129	65.2
	あり	68	34.3
専門看護師資格	なし	181	91.4
	あり	3	1.5
認定看護師資格	なし	169	85.4
	あり	17	8.6

注) 無回答・不明を除く

表2 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援の達成度

下位尺度名*	項目名*	達成度 平均±SD
A.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする	3.79±0.67
	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する	3.91±0.54
	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する	3.87±0.58
	患者の退院後の住環境を把握する	3.69±0.66
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ	3.81±0.66
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする	3.83±0.62
<b>A小計</b>		<b>3.82±0.48</b>
B.患者・家族 との合意形成 力	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する	3.75±0.64
	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する	3.88±0.54
	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する	3.82±0.55
	家族が介護を行う意思があるか把握する	4.08±0.50
	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画を立てる	3.82±0.60
	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける	3.66±0.72
	患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する	3.77±0.62
<b>B小計</b>		<b>3.83±0.46</b>
C.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する	3.77±0.64
	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度（ADLやセルフケア能力）が最大限上がるように支援する	3.62±0.65
	患者・家族が医療管理やケアの主義を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する	3.63±0.68
	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する	3.32±0.89
	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する	3.69±0.73
	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する	3.34±0.94
<b>C小計</b>		<b>3.56±0.54</b>
D.療養場所の 移行準備力	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う	3.68±0.72
	退院後に必要な医療管理やケアができる医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する	3.88±0.74
	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員（ケアマネジャー）と調整する	4.12±0.61
	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する	4.24±0.67
	合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるよう調整する	4.17±0.65
<b>D小計</b>		<b>4.02±0.54</b>
<b>合計</b>		<b>15.22±1.69</b>

\*戸村ほか（2013）：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（NDPAS）の開発より許可を得て使用  
無回答を除く：複数回答 3つまで

表3 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援：難しいと感じた人数・大切にしていると回答した人数

下位尺度名*	項目名*	難しいと感じる		大切にしている	
		n	(%)	n	(%)
A.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする	16	3.4	12	2.5
	退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する	5	1.1	8	1.7
	患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する	7	1.5	17	3.6
	患者の退院後の住環境を把握する	16	3.4	1	0.2
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ	5	1.1	6	1.3
	患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする	15	3.2	18	3.8
<b>A小計</b>		<b>64</b>	<b>13.5</b>	<b>62</b>	<b>13.0</b>
B.患者・家族 との合意形成 力	患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する	60	12.6	79	16.6
	患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する	24	5.1	64	13.4
	患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する	13	2.7	15	3.2
	家族が介護を行う意思があるか把握する	10	2.1	27	5.7
	患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画を立てる	17	3.6	38	8.0
	患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける	48	10.1	46	9.7
	患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する	58	12.2	23	4.8
<b>B小計</b>		<b>230</b>	<b>48.4</b>	<b>292</b>	<b>61.3</b>
C.退院後のケア アバランスの 見積みもり力	病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する	18	3.8	24	5.0
	病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度（ADLやセルフケア能力）が最大限上がるように支援する	23	4.8	6	1.3
	患者・家族が医療管理やケアの主義を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する	22	4.6	8	1.7
	患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する	17	3.6	2	0.4
	患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する	18	3.8	19	4.0
	地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する	17	3.6	3	0.6
<b>C小計</b>		<b>115</b>	<b>24.2</b>	<b>62</b>	<b>13.0</b>
D.療養場所の 移行準備力	医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う	25	5.3	1	0.2
	退院後に必要な医療管理やケアができる医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する	24	5.1	15	3.2
	退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員（ケアマネジャー）と調整する	8	1.7	21	4.4
	患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する	1	0.2	0	0.0
	合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるよう調整する	8	1.7	23	4.8
<b>D小計</b>		<b>66</b>	<b>13.9</b>	<b>60</b>	<b>12.6</b>
<b>合計</b>		<b>475</b>	<b>100.0</b>	<b>476</b>	<b>100.0</b>

\*戸村ほか（2013）：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（NDPAS）の開発より許可を得て使用  
無回答を除く：複数回答 3つまで