
原 著

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感

森 美 樹¹⁾, 今 井 芳 枝²⁾, 板 東 孝 枝²⁾, 高 橋 亜 希²⁾, 出 口 憲 市³⁾

¹⁾地方独立行政法人徳島県鳴門病院看護局

²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部

³⁾地方独立行政法人徳島県鳴門病院リハビリテーション部

(令和元年10月21日受付) (令和元年12月17日受理)

本研究では、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感を明らかにすることを目的とした。調査1の調査対象は訪問看護ステーションに在籍する訪問看護師30名(有効回答数90%)であり、質問紙調査を行い、記述統計を行った。調査2の調査対象は訪問看護ステーションに在籍する訪問看護師4名であり、インタビューガイドに基づいた半構造的面接を行い、質的帰納的分析を行った。結果、調査1では、訪問看護師らは症状悪化と在宅療養開始期で困難を感じやすかった。また、訪問看護師らは患者・家族の病状認識、意思決定支援、訪問診療医師との連携において困難を感じていた。その要因としては、訪問診療医師からの説明の理解度、患者・家族の価値観が影響をしており、それを解決するには、訪問診療医師や訪問看護師の人材確保の協力、患者の病態・治療の知識を共有する場などが示された。調査2では、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感として、6つかテゴリー【どんどん悪くなることへの対処】【看取りの予測】【協力なしでは仕事が回らない】【いままでの生活を理解して関わる】【看取りの場となる在宅環境として整える】【今の自分の状況での限界】の困難感が得られた。以上より、困難感への対処として、先の予測や病態把握に繋げるための緩和ケアに関する知識の提供だけでなく、患者の状態のアセスメントを複数の医療職者で検討できるようなシステムの必要性が示唆された。

今後、日本において年少人口と生産年齢人口は減少が見込まれ、逆に老年人口(65歳以上)の割合は2060年には39.9%水準になると推計されている¹⁾。日本は諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進行し「多死社会」を

迎える。これを受けて、厚生労働省では2025年度を目途に地域包括的ケアシステム²⁾の構築を推進している。年を取るほど、がん罹患率が高くなり³⁾、高齢化が進むほど高齢がん患者が多くなることが予測できる。

2017年のがん死亡者の占める割合は28%であり、36万人で全死亡者の3.6人に1人の割合で悪性新生物により死亡している⁴⁾。特に、65歳以上の高齢者のがん死亡は、全がん死亡者の81.4%、75歳以上は57.2%、85歳以上は22.6%であり、がん死亡の5分の1を超高齢者が占めている⁵⁾。このことは、地域・在宅にて高齢がん患者の終末期を看取る必要性が増加していくことを示唆している⁶⁾。現在、わが国のがん対策基本法において、患者と家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制整備が重点的に取り組む課題として位置づけられ、訪問看護師は、がんと診断を受けてから臨死期まで患者の療養生活に関わるトータルケアコーディネーターとしての役割が期待されている。

在宅における終末期がん患者に携わる訪問看護師に焦点をあてた先行研究では、療養環境の調整や死への準備、家族の悲嘆への寄り添いやチーム医療の提供、意思決定支援が介護力の強化につながっていると報告⁷⁾されている。一方で、意思決定支援の難しさ⁸⁾や疼痛コントロール・患者の状態のマネジメントの難しさ⁹⁾、患者や家族とのコミュニケーションの確立の難しさ¹⁰⁾などが、緩和ケア推進の妨げとして示されている。

終末期がん療養者ケアで訪問看護師が感じる困難に焦点をあてた研究¹¹⁾では、苦痛の緩和、多職種との連携の難しさ、社会的支援の不足、療養者との目標共有、実践能力不足が報告されている。しかし、1事例の質的帰納的分析であり、地域・在宅で緩和ケアが必要ながん患者

を支援する訪問看護師が、どのような時期にどのような困難感を強く感じ、困難状況の要因をどのように捉えているのか、困難感を感じている状況を詳細に明らかにした研究は見受けられなかった。

今後、在宅で緩和ケアが必要ながん患者をケアする機会が増加することを考えると、訪問看護師の抱える困難感を明らかにすることは、地域包括的ケアシステムの構築を推進していく上で重要な情報となる。

本研究の目的は、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感を明らかにすることである。

I. 方法

1. 用語の操作的定義

1) 緩和ケアが必要な患者

がんと診断された患者が、入院や在宅療養の経過の中で治療や症状緩和における全人的苦痛を和らげるケアが必要な患者とした。

2) 訪問看護師の困難感

困難とは「物事をするのが非常に難しく、苦しみ悩み苦勞をすること¹²⁾」である。これより、本研究では、訪問看護師が、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する中で、解決しがたいと難しく感じる状況に対して抱く感情とした。

2. 研究対象者

1) 調査1

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を受け持っている訪問看護ステーション7件を対象施設とし、そこで勤務している緩和ケアを受けていたがん患者を受け持った経験のある訪問看護師30名を対象とした。

2) 調査2

前述の調査1に参加協力を得た訪問看護師で、面接調査への承諾が得られた者4名とした。

3. 調査期間

平成30年10月～平成30年12月であった。

4. 調査内容および分析方法

1) 調査1：質問紙調査を行い、記述統計を行った。

2) 調査2：インタビューガイドに基づいた半構造的面接を行い、質的帰納的分析を行った。

対象者の語りの意図を前後の文脈をもとに考慮し、その象徴的な意味を忠実に表すように簡潔な文章でコードを作成した。さらに類似するコードまとめて、その意味内容を表す名前を付けサブカテゴリー化し、全てのサブ

カテゴリーを集めて、さらに意味内容が類似したものを集めてカテゴリー化した。分析過程において、質的研究の専門家からスーパーバイズを受け、抽出過程及びカテゴリーの妥当性について検討を重ねた。

5. 倫理的配慮

徳島県鳴門病院臨床研究倫理審査委員会の倫理審査受審番号1353を受け、研究の承諾を得た。被調査者には、研究の主旨、匿名性の確保、途中で研究を辞退できること、その場合も不利益を生じないこと、ICレコーダー記録は研究目的のみに用い、記述資料作成後消去し、個人情報保護を行うこと、研究公表する予定であり、その場合も匿名性を厳守することを口頭と文章で説明し同意を得た。

II. 結果

1. 調査1

1) 研究参加者の概要

表1に示すように、訪問看護師の年齢は40歳代が13名(48%)、50歳代が6名(22%)、平均年齢41歳であった。訪問看護経験年数は5年以下が17名(62%)、5～10年が8名(29%)、平均経験年数7.5年であった。在宅における緩和ケアに携わった経験年数は、訪問看護経験年数と同様に、5年以下が23名(85%)、5～10年が3名(11%)、在宅で緩和ケアに携わった平均経験年数は、6.1年であった。在宅で緩和ケアを提供する上で困難と思う時期は、症状悪化(看取りの時期)と在宅療養開始期の双方で18名(40%)、次に在宅療養維持期が9名(20%)の順で困難な時期と感じていた。

2) 体験している困難感な状況とその要因

図1に示すように、体験している困難感な状況は、患者・家族の病状認識が17名(10%)、意思決定支援が14名(9%)、訪問診療医師との連携が13名(8%)、ケアマネージャー・多職種との連携が10名(6%)であった。これらの困難な状況を引き起こす要因は、図2に示すように、訪問診療医師からの説明の理解度が15名(10%)、患者・家族の価値観が13名(8%)、病状の進行に対する治療やケアのタイミングが11名(7%)、患者の病態や予測不足が10名(6%)であった。

3) 困難を解決できる必要な資源

図3に示すように、困難を解決できる必要な資源は、訪問診療医師や訪問看護師の人材確保の協力が16名(25%)、患者の病態・治療の知識を共有する場が15名

表1. 参加者の概要

n=27

訪問看護師の年齢	20歳代：1名（3%） 30歳代：5名（18%） 40歳代：13名（48%） 50歳代：6名（22%） 60歳代：2名（7%）
訪問看護経験年数	5年以下：17名（62%） 5～10年：8名（29%） 10～20年：2名（13.5%）
在宅における緩和ケアに携わった経験年数	5年以下：23名（85%） 5～10年：3名（11%） 10～15年：1名（3%）
在宅で緩和ケアを提供する上で困難と思う時期	「在宅療養開始期」18名（40%） 「在宅療養維持期」9名（20%） 「症状悪化（看取りの時期）」18名（40%）

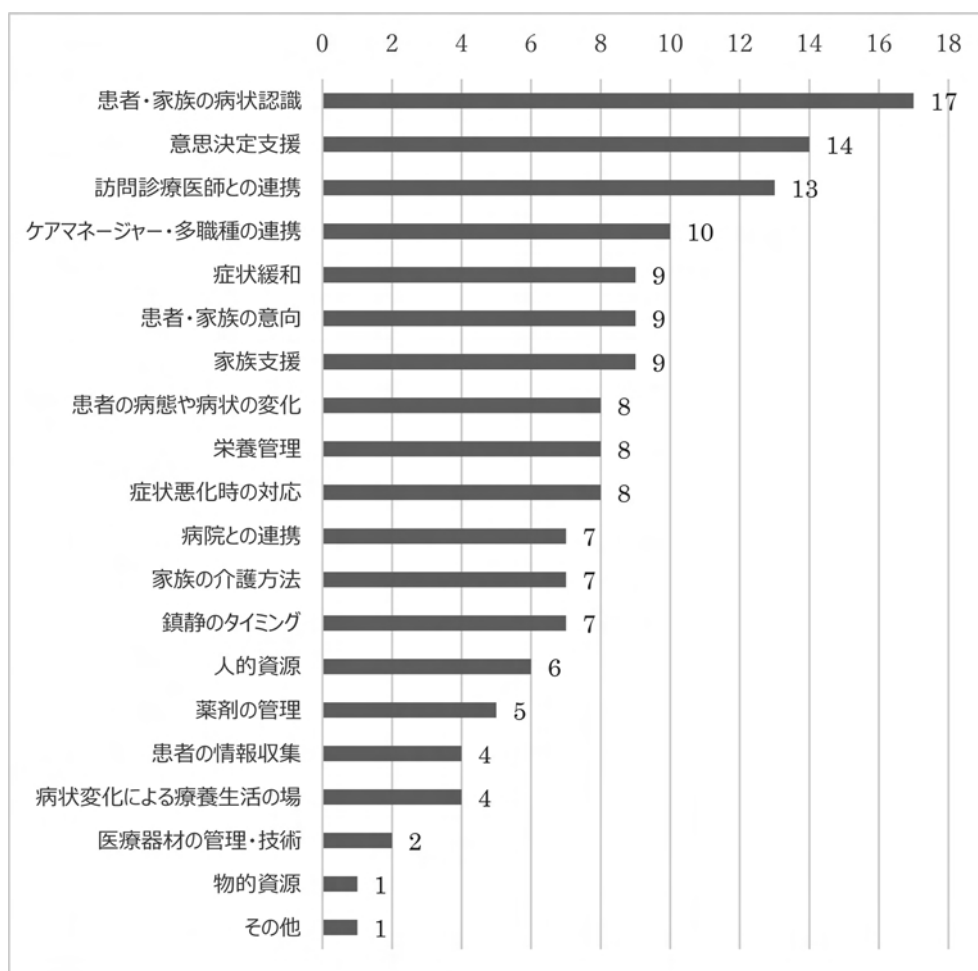


図1. 体験している困難な状況（人数）
n=27 重複回答有

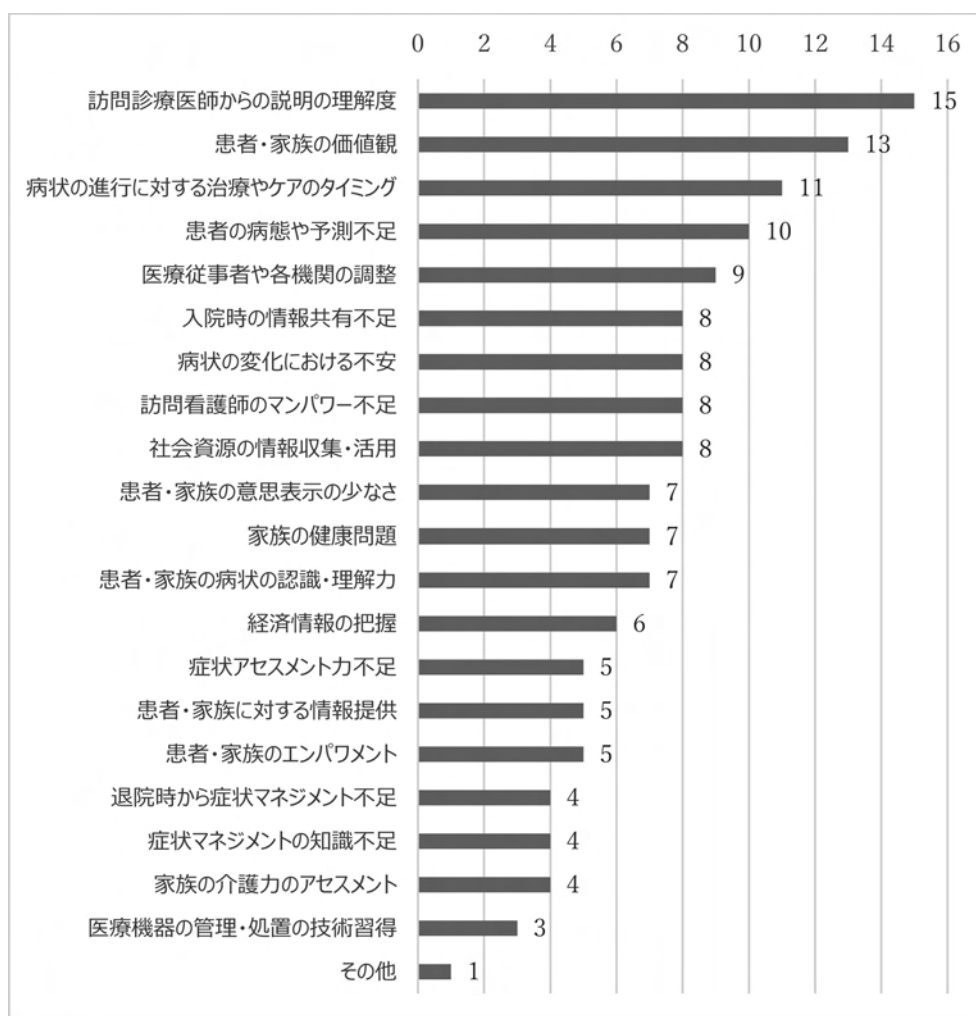


図2. 困難な状況を引き起こす要因 (人数)
n=27 重複回答有

表2. 参加者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏
年齢	30歳代	50歳代	50歳代	60歳代
性別	男性	女性	女性	女性
看護師経験年数	10～20年未満	20～30年未満	20～30年未満	30～40年未満
訪問看護経験年数	5～10年未満	20～30年未満	10～20年未満	10～20年未満
在宅における緩和ケアに携わった経験年数	5～10年未満	10～20年未満	5～10年未満	10～20年未満
緩和ケア研修の参加の有無	有	有	有	有

(23%), 患者・家族の勉強会が13名 (20%), 人材育成のための研修の場が12名 (18%) であった。

2. 調査2

1) 在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感について

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護

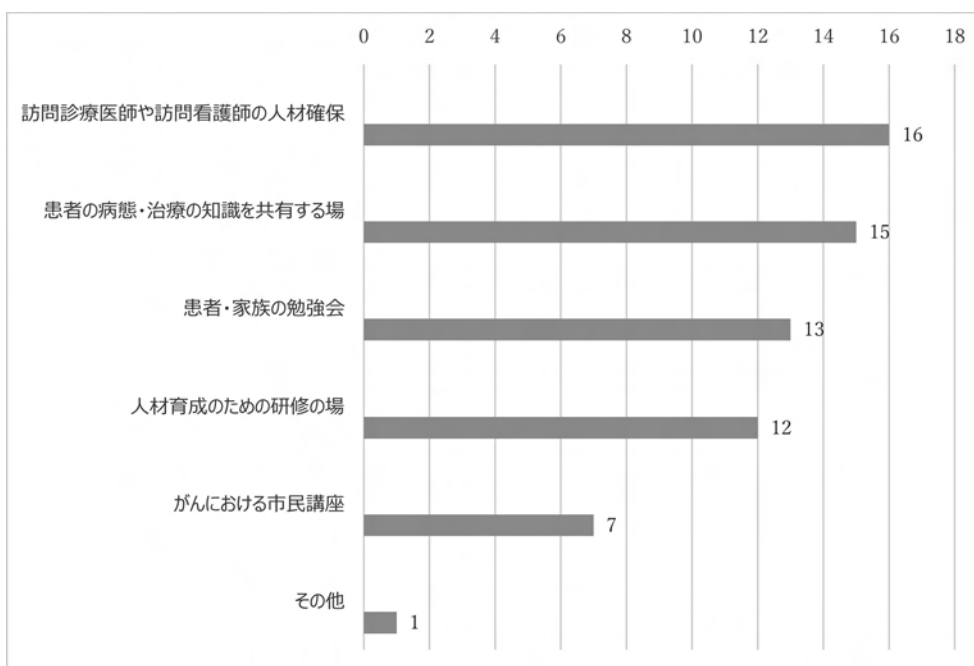


図3. 困難を解決できる必要な資源 (人数)
n=27 重複回答有

師の困難感について表3に示すように、【どんどん悪くなることへの対処】【看取りの予測】【協力なしでは仕事が回らない】【いままでの生活を理解して関わる】【看取りの場となる在宅環境として整える】【今の自分の状況での限界】の6つカテゴリーと16のサブカテゴリーと39コードが得られた。(【】はカテゴリーを示し、[]をサブカテゴリー、斜字を訪問看護師の語りとした。)

(1) 【どんどん悪くなることへの対処】

在宅で緩和ケアが必要ながん患者は、加齢や疾患の進行に伴う〔患者の衰弱に伴う状態の悪化〕が引き起こされ、終末期ゆえのさまざまな要因が複雑に絡んでいるため〔患者の症状コントロールがはかれない〕状況があり、限られた在宅資源の中で〔すぐに自分で対応できない〕と感じ、終末期という〔状況がシビアなだけに言葉掛けに悩む〕と困難を感じていた。在宅で緩和ケアが必要ながん患者の症状は、病状進行や悪液質などさまざまな要因が絡み合っているため即座に対応することができない状況であり、日増しに苦しんでいく患者・家族を目の当たりにしながら、訪問看護師として患者をケアするために訪問しているにも関わらず効果的に対処できないことへ困難感を感じていた。

「退院してすぐは食事ができたり、動けたり、希望が持てる最初1週間は調子いいけど、その後は徐々に下

がって、一層悪くなってモルヒネとか使いだした時。」
(C氏)

(2) 【看取りの予測】

在宅におけるがんの療養経過の中では、全身倦怠感や食欲不振、痛み、不眠、呼吸困難などさまざまな症状が累積して出現し、時には緊急な対応が迫られる非可逆的な機能障害を起こし、〔状態の急変や看取りの先行きの予測が立てにくい〕状況があった。この状況を家族に対して適切に〔患者が危険であることを伝え辛い〕と感じ、判断の困難さから〔緊急性を多職種に伝えるタイミングを躊躇する〕という困難を感じていた。終末期に向かう状況では一気にさまざまな症状が経時的に出現し始めるため、訪問看護師一人の判断で、患者の状態変化を勘案しながら先を見越した予測を立てることの難しさからくる困難感を示していた。

「結構苦しそうな状態を見ると病院に入院にする方もいて、マニュアル通りに沿わないところもあるし、そこらへんが難しいところかな。」(A氏)

(3) 【協力なしでは仕事が回らない】

最期を在宅で看取る上で患者の今までの生活史を考慮しながら支援する必要性があるが、〔入院施設との情報交換がない〕ことや、多職種間での情報交流が不足しているため、限局的な状況下でケアを進めており、〔多職

表3. 在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
どんどん悪くなることへの対処	患者の衰弱に伴う状態の悪化	確実に病状が悪くなっていくので対応が難しくなる 患者が衰弱することで対応が困難になる
	患者の症状コントロールがはかれない	とにかく痛みがコントロールできない 麻薬によって患者らしい生活からかけ離れている
	すぐに自分で対応できない	予防的な処方がない状況に困る もう症状緩和だけで治療が出来ない 在宅では機械のトラブルがあってもすぐに対応ができない
	状況がシビアだけに言葉掛けに悩む	患者にうかつなことが言えず、声掛けできない 状況が状況だけに言葉を選んでしまう
	状態の急変や看取りの先行きの予測が立てにくい	状態の急変が起こると今後どうなるのか予測が難しい 看取りは、マニュアルとおりにいかないところが難しい 急変のような症状変化を家族に説明できない
看取りの予測	患者が危険な状況であることを伝え辛い	家族に危ないことを伝えるタイミングが難しい 死期の予測をどこまで家族が理解できているか把握しづらい 看取りをどこですのか家族に確認する難しさ 家族が急激な患者の状態の変化を受容できない
	緊急性を多職種に伝えるタイミングを躊躇する	もうそろそろ危ない時期であることをステーションに伝えるのが難しい 病状を訪問診療医師に報告する緊急性を判断するのが難しい
	入院施設との情報交換がない	病院に入院すると連携ができなくなってしまう さまざまな職種の情報交換できる退院カンファレンスがない
協力なしでは仕事が回らない	多職種間での連携不足	他の事業者・職種間の連携が難しい 職種を越えた相談ができる場所ない
	訪問看護師・診療医の人員不足	訪問看護師・診療医の人員不足 他の訪問看護ステーションも人員不足により、協働ができにくい
	現状に至るまでの患者・家族の背景を探る難しさ	患者・家族と信頼関係を作ることの難しさ 不安状態の家族の気持ちを落ち着かせる難しさ 先入観で身構えて関わりにくくなる
いままでの生活を理解して関わる	患者・家族が築いてきた歴史を上手くケアに取り込めない	人生終焉までの家族・患者の関係性をわからないままにケアする難しさ 育ってきた環境、生活歴が違うため、ケア提案するのが難しい
	症状緩和ができないことで在宅での見取りを断念せざるを得ない	看取りの予定が苦痛症状から入院を希望してしまう 看取りによる在宅療養だとしても、症状緩和が困難だと救急搬送される
看取りの場となる在宅環境として整える	看取りのための在宅環境を整える難しさ	家族さんとゆっくり過ごせるように環境を整えたりする必要がある 急性期病院からいきなり在宅は準備が難しい
	主体的にスキルアップをしなければならない	スキルアップをしないと今の自分のままではケアができない 医療の進歩においてけぼりになったような不安
今の自分の状況での限界	役割を超えるような対応がある	家族からの丸投げは困る 無理難題な要求がある 自分たちの役割では対応できない問題が存在する

種間での連携不足]を痛感していた。終末期には多様の苦痛が出現するためケア内容も頻度も深度を増す様な状況になるにもかかわらず、[訪問看護師・訪問診療医師の人員不足]の状況は訪問看護の困難感を強めていた。在宅で緩和ケアを行う上で患者の全人的な苦痛を支えていくためには、チームや多職種の協力が必要不可欠であるにもかかわらず、できていない現状に対して困難感を感じていることを示していた。

「他の訪問看護ステーションでも人出が少ないため、協働できるステーションが少なく離職率が高い。学生を同行するにあたって、教育までなかなか難しい。」(C氏)

(4) 【いままでの生活を理解して関わる】

いままでの病状説明、麻薬に関する誤った情報などから不安になっている患者・家族の気持ちを落ち着かせるには、どうしてそう考えるのかをアセスメントする必要があり、今の状況を捉えるだけでなく、[現状に至るまでの患者・家族の背景を探る難しさ]を感じていた。また、患者・家族の歩んできた人生を十分把握できていないことで、[患者・家族が築いてきた歴史を上手くケアに取り込めない]ためにケアの難しさを感じていた。在宅の緩和ケアでは身体症状緩和だけでなく、その人の人生の終焉を締めくくる上で患者・家族の長年の経験や価値を捉えながら支援が求められているが、限られた訪問での情報把握では不十分であり患者・家族の生きざまに添ったケアができない困難感を抱えていた。

「患者と家族の関係性や患者の今まで生きてきた価値観がわからないまま終末期に関わり、全て訪問看護師が把握していることも少なく難しいところであると思う。」(A氏)

(5) 【看取りの場となる在宅環境として整える】

在宅での看取りを予定していたとしても、[症状緩和ができないことで在宅での看取りを断念せざるを得ない]現状や患者がゆっくり在宅で過ごせるために必要な[看取りのための在宅環境を整える難しさ]を感じていた。本来なら在宅で看取る予定にしているのも関わらず、症状コントロール不足や在宅環境のために断念せざるを得ない現状に対して、在宅での看取りができる状況を構築する困難さを感じていた。

「退院カンファレンスの時に、最期は家ですと言っても結局、痛みや症状が悪化して上手くいかずに、救急搬送になり、もう少し家でいられたらよかったと思った」(A氏)

(6) 【今の自分の状況での限界】

在宅で緩和ケアを提供するためには、訪問看護師が[主体的にスキルアップをしなければならない]という思いがあり、緩和ケアを展開できるための必要な知識や技術の習得の必要性を痛感していた。一方で、入院中の患者・家族のケアを補うための役割や多職種の意見や対応などの調整も担うなど[役割を超えるような対応がある]ことで困難感を感じていた。いまのままでケアをし続けるには、自分の対応能力の不足や役割の限界を感じており、なんとかしなければ、今の状況を打破できないという困難感を感じていた。

「やっぱり夜中に呼ばれるのは苦痛です。昼間も訪問しているのに、電話かかってきたら困る。私たちは、余分がないので夜間は、私一人の対応になっています。」(C氏)

Ⅲ. 考 察

1. 調査1について

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する上で困難と思う時期として、在宅療養開始期と症状悪化時期が多く、困難な状況として、患者・家族の病状認識や、意思決定支援があげられていた。

在宅療養の導入する時期や、症状悪化時は疾病のコントロールが難しく身体的・精神的に苦痛を伴いやすい¹³⁾。このことから、今後の先行きに関するマネジメント場面に困難感を抱えていることが推察できた。

困難な状況を引き起こす要因として、訪問診療医師からの説明の理解度、患者・家族の価値観という回答から、患者・家族の捉える理解度不足の状況や、患者・家族独特の価値観により困難を感じていることが推測できる。先行研究¹⁴⁾でも、患者の意向や誤った認識により症状緩和が困難な状況があることや、家族の病状認識不足や価値観の相違のために看護の方向性が立てにくい状況が報告されている。今回の対象となった訪問看護師は、在宅の経験年数が少ない集団であり、病状の進行に対する治療やケアのタイミング、患者の病態や予測不足からも、実務経験の少なさが影響していることがうかがえる。

実際に、わが国の訪問看護事業所の規模は小さく、少人数運営のため業務が忙しく、訪問看護経験年数の浅い看護師が実践に不安を感じ、介入のタイミングが測れず悩んでいる現状がある¹⁵⁾。そのため、困難に対して解決できる必要な資源として、訪問診療医師や訪問看護師の

人材確保の協力や、患者の病態・治療の知識を共有する場、患者・家族の勉強会、人材育成のための研修の場というような学際的なチームでの協力や自身の自己研鑽が必要であると認識していると考えられる。

2. 調査2について

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感の語りからは、【どんどん悪くなることへの対処】【看取りの予測】のカテゴリーが抽出されており、患者の病状の先行きに対する判断の難しさを示していた。

がん患者の病態は、病気の自然経過ではなく予期せぬ突然の病体の変化によって数日内に死に至る場合がある。このような急変は、がん全体の22.8%を占めるといわれている¹⁶⁾。さらに、痛みや吐き気、食欲低下、息苦しさ、だるさなどの体の不調、気分の落ち込みや絶望感などの心の問題も患者の日常生活を妨げることがあり¹⁷⁾、多数の症状が複雑に絡みあっているため、訪問看護師は、症状コントロールや予後の判断をする理解が不足していると報告されている¹⁸⁾。このような、患者の状態判断を在宅において訪問看護師一人で判断をしなければならない状況は、【今の自分の状況での限界】ことに結びついていると推察できる。

また、【協力なしでは仕事が回らない】【いままでの生活を理解して関わる】については、在宅で緩和ケアが必要ながん患者の支援は、一人の人間の最期に携わる機会であり、がん患者の人生の集大成となるように支えていくために、訪問看護師一人でケアする難しさを示していた。

先行研究でも、訪問診療医師との連携がうまくいかず疼痛緩和が図れない状況¹¹⁾や、重症の患者・家族に対する病状の説明が困難である報告¹⁹⁾がある。終末期ケアの課題として、痛みとその他の症状がもたらす苦痛、スピリチュアルペインの克服、日常生活の自律的維持、自分らしい生き方の保持が挙げられ、それぞれ専門的機能を有するチームが必要²⁰⁾である。このことから、終末期に向かうがん患者の人生を支えるには、価値観や今までの歴史を踏まえてケアが必要であり、訪問看護師単独では難しいといえる。

3. 看護の示唆

在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感として、患者・家族の病状認識や価値観から生じる人生終焉に向けた意思決定支援の難しさや、先の

読めない終末期がん患者の病態の予測とこれらの状況を訪問看護師一人でケアする難しさが示されていた。患者・家族の病状認識に関しては、先の予測や病態を正確に把握できるように訪問診療医師との連携が必要である。加えて、先の予測や病態把握に繋がるための緩和ケアに関する知識を確保できる勉強会だけでなく、患者の状態のアセスメントを複数の医療職者で検討できるようなシステムの必要性が示唆された。特に、患者の今まで歩んできた人生を踏まえながら最期を支えていくためにも、多職種での介入や今まで入院治療をしてきた治療・療養過程を共有し、その情報を活かしてケアに反映できるような訪問看護師の活動が必要である。そのためにも、がん患者の在宅導入時期における患者の個人情報と在宅以前の情報収集が重要である。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究の参加者は、地方の限られた地域における訪問看護ステーションが対象であり、一般化するには訪問看護師の性別、年齢、経験などデータ数、対象地域を増やし調査の継続が必要である。

V. 結論

本研究の目的は、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感を明らかにすることであった。調査1では、症状悪化と在宅療養開始期で困難を感じやすく、患者・家族の病状認識、意思決定支援、訪問診療医師との連携において困難を感じていた。その要因としては、訪問診療医師からの説明の理解度や、患者・家族の価値観が影響をしており、解決するには、訪問診療医師や訪問看護師の人材確保の協力や、患者の病態・治療の知識を共有する場などが示された。調査2では、在宅で緩和ケアが必要ながん患者を支援する訪問看護師の困難感として、【どんどん悪くなることへの対処】【看取りの予測】【協力なしでは仕事が回らない】【いままでの生活を理解して関わる】【看取りの場となる在宅環境として整える】【今の自分の状況での限界】ことが明らかになった。

VI. 謝辞

稿を終えるにあたりまして、調査協力をさせていただき

ました徳島県鳴門市内の地域を担う訪問看護ステーション各位に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省白書：日本社会の直面する変化や課題と今後の生活保障のあり方, 2016 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/> (2019/09/19検索)
- 2) 河原加代子：系統看護学講座 統合分野 在宅看護論. 1版, 医学書院, 東京, 2016, pp. 4
- 3) 西原広史：欧米ではどんどん減っているのに日本人ばかり「がん」で死ぬのか. 週刊現代, 9月13日号, 2014
- 4) 厚生労働省：地域包括ケアシステム, 2019 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2019/09/19検索)
- 5) 健康長寿ネット：公益財団法人 長寿科学振興財団, 2019(2019/09/19検索)
- 6) 西本 寛：高齢者がんの統計, 健康長寿ネット, 2019 <https://www.tyojyu.or.jp/net/> (2019/09/19検索)
- 7) 中島大地：がん患者の在宅緩和支援における訪問看護師の役割に関する研究. 名古屋市高齢者療養サービス事業団, 2012, pp. 9
- 8) 渡邊眞里, 清水奈緒美：がん患者へのシームレスな療養支援. 1版, 医学書院, 東京, 2015, pp. 17
- 9) 加藤亜紀子：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, Vol. 8 : pp. 90, 2011
- 10) 麻原きよみ：在宅ケアにおける倫理的問題と今後の課題 看護実践に焦点を当てて. 日本在宅ケア学会誌, 11(2) : 26-32, 2008
- 11) 古瀬みどり：訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護会誌, 27(1) : pp. 61, 2013
- 12) 新村 出編：広辞苑. 7版, 岩波新書, 東京, 2018, pp. 172
- 13) 河原加代子：系統看護学講座 統合分野 在宅看護論. 4版, 医学書院, 東京, 2016, pp. 183
- 14) 古瀬みどり：訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護会誌, 27(1) : pp. 63, 2013
- 15) 中村順子：訪問看護ステーション管理者による新人訪問看護師への関わり ～安心して訪問を任せられるようになるまで～. 日看管会雑誌, Vol. 13 No. 1, pp. 6, 2009
- 16) 恒藤 暁：最新緩和医療学. 1版, 最新医学社, 東京, 2007, pp. 22
- 17) 国立がん研究センター：がん情報サービス, 2013 <https://ganjoho.jp/public/index.html> (2019/09/19検索)
- 18) 石川美智：在宅看取りに携わる訪問看護師が臨床期に困難と捉えた経験. ホスピスケアと在宅ケア, 21(3) : 12, 2013
- 19) 新城拓也：在宅医療に関する医師の困難・負担感の実態調査 —神戸市内の医師の調査報告—. Palliative Care Research, 9(1) : 107-13, 2014
- 20) 佐藤禮子：絵で見るターミナルケア 人生の最期を豊かに生き抜く人への限りない援助. 1版, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2015, pp. 191

Visiting nurses' distress providing palliative care for patients with cancer at home supporting cancer who need at home

Miki Mori¹⁾, Yoshie Imai²⁾, Takae Bando²⁾, Aki Takahashi²⁾, and Kenichi Deguchi³⁾

¹⁾Local independent administrative corporation Tokushima Naruto Hospital, Tokushima, Japan

²⁾Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima, Japan

³⁾Local independent administrative corporation Tokushima Naruto Hospital Rehabilitation department, Tokushima, Japan

SUMMARY

This study aimed to identify difficulties of visiting nurses who provide assistance to home-based cancer patients requiring palliative care. In survey 1, a questionnaire survey was conducted involving 30 visiting nurses working for visiting nursing stations (valid response rate:90%), and the data were analyzed using descriptive statistics. In survey 2, a semi-structured interview based on an interview guide was conducted involving 4 visiting nurses working for visiting nursing stations, and the data were analyzed using a qualitative and inductive approach. The results of survey 1 showed that the visiting nurses were more likely to experience difficulties with the worsening of a patient's health status and at the initiation of home-based care. They also experienced difficulties with understanding medical conditions of patients and their families, supporting decision-making, and cooperating with visiting physicians. Their level of understanding about the explanation given by physicians and the sense of value of patients and families were factors that affected such difficulties, and so, in order to resolve them, the importance of cooperating to secure medical and nursing personnel and creating a setting where they can share their knowledge of patients' conditions and treatments was indicated. In survey 2, the following 6 categories were extracted as difficulties encountered by visiting nurses providing assistance to home-based cancer patients requiring palliative care: [dealing with the worsening of the disease], [predicting the end of life], [being unable to care for patients without cooperation], [being involved with patients by understanding their life before illness], [preparing a home care environment for a patient's end-of-life], and [limits of current work situations]. The findings suggest the need not only to provide palliative care knowledge for the prediction and understanding of illness, but also to establish a system that allows multiple medical providers to assess patients' conditions, in order to deal with their difficulties.

Key words : Patients who need palliative care, difficulty of visiting nurses