

終末期がん患者への輸液療法に対する 看護の実態調査 (第2報)

渡 邊 千 春
新潟県立看護大学

Survey of Nursing for Fluid Therapy for Terminal Cancer Patients (Part 2)

Chiharu WATANABE

Niigata College of Nursing

要 旨

第一報では、主に終末期がん患者への輸液療法に対する看護師の観察・アセスメントについて検討した。本報では、看護の実態について明らかにすることを目的とし実施した。

【方法】対象は、A県内にあるがん診療連携拠点病院7施設の一般病棟に勤務する看護師、特定非営利活動法人日本ホスピス協会の正会員として登録されている3施設の緩和ケア病棟に勤務する看護師とした。データ収集は、自記式質問紙を作成し、Visual Analog Scaleを用いて点数化した。分析は記述統計の他、一般病棟別、緩和ケアチーム・栄養サポートチームの介入の有無から、Kruskal-Wallis検定、Mann-whitneyのU検定を行い、検討した。

【結果】対象者は、346名(有効回答率34.3%)であった。平均年齢は、36.5(±9.4)才、経験年数は14.4(±9.1)年、がん看護経験年数は8.2(±6.9)年であった。看護の実態に関する項目を平均点別にみると、「口渇がある患者にスポンジブラシや口腔ジェルを用いて口腔ケアを行う」が最も高く、「必要であれば輸液療法に関して患者・家族と話し合いのセッティングをする」が最も低かった。一般病棟間においては、「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」、「患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする」他3項目($p < 0.01$)、「患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する」他2項目($p < 0.05$)において有意差がみられた。輸液療法への栄養サポートチーム介入有群の看護師は、「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」「患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする」「患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する」($p < 0.01$)他3項目において有意差がみられた。

【考察】看護師は、ガイドラインの認識を高めていくと共に、日々行っている看護が輸液療法を継続している患者・家族にとってどのような意味や影響があるか理解していくことが必要である。また、輸液療法に対する患者・家族の心理的側面や倫理的問題に対する意識は低く、踏み込みにくい現状もある。だが、栄養サポートチーム・緩和ケアチームの介入により、輸液療法における傾聴と情報提供、チームアプローチといった側面への意識が高まる可能性が示唆された。今後は、これらの介入を通して起こる具体的な効果を明らかにし、医師や他職種との連携における役割や有効な教育方法等について検討していく必要がある。

キーワード：終末期、がん患者、輸液療法、看護師

緒 言

終末期にあるがん患者は多様な症状を呈すが、その中でも食欲不振、体重減少、全身衰弱、倦怠感などをきたした病態を、悪液質と呼んでいる。がん性悪液質は通常の飢餓状態とは違い、脂肪組織のみならず骨格筋までも減少させ、身体症状を引き起こすだけでなく、精神機能・社会機能の低下、つまり Quality of Life (QOL) の低下に大きく影響を及ぼしている¹⁾。EPCRC (European Palliative Care Research Collaborative, 2011) は、悪液質を、「前悪液質」「悪液質」「不可逆的悪液質」の3段階のステージに区分している。また、「悪液質」から「不可逆的悪液質」に移行する段階で、栄養管理のギアチェンジを行い、投与カロリー、栄養素、輸液量の減量等を行う重要性が明らかとなっている(東口, 2010)²⁾。これらの現状を踏まえて、日本では、2013年「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン」(日本緩和医療学会)¹⁾を改訂した。それ以降、終末期がん患者への輸液療法は、平均輸液量やカロリー量の減少、皮下輸液の選択の増加等の変化がみられている^{3)~5)}。だが、第一報⁶⁾において、一般病棟は緩和ケア病棟より過剰な輸液の傾向であることが明らかとなった。また、終末期がん患者の栄養障害を適切に判断し、輸液療法を実施していくことが医療者にとっての今後の課題となった。

これらの現状には、医療者の輸液療法に対する認識・考えが影響している。志真(2004)によると、輸液に積極的な医師の特徴として、「生理的な水分・栄養の必要性を重視している」、「症状緩和に輸液は有効であると考えている」、「輸液は必要最小限のケアであると考えている」の傾向を示していた。また、一般病院やがんセンターにおいて「輸液は必要最低限のケアである」と答えた医師は43~46%であるのに対して、看護師は24%であった⁷⁾。このように、終末期がん患者の輸液療法に対して医療者が異なる認識を持っている中、第1報⁶⁾では看護師の観察・アセスメントの実態について明らかにした。その中で、看護師は終末期におこる栄養学的変化、また予後との関

連等について認識・意識が低く、積極的な輸液を控える傾向にあるものの、輸液療法について十分に理解しているとはいいたい現状があった。また、看護師にとって終末期がん患者への輸液療法は日常的な存在であることから、治療としての認識やQOLの視点から輸液を捉える意識が薄いことも指摘された。

本研究では、このような状況の中で、看護師は終末期がん患者に対してどのような看護を実践しているのかについて実態を明らかにする。第1報の結果を踏まえ検討することで、終末期がん患者・家族への輸液療法に対する看護の課題が明らかとなり、ガイドラインや患者・家族の意思、QOLに配慮した輸液療法を提供するための看護への示唆を得ることができると考える。

研究目的

A県における終末期がん患者への輸液療法に対して行われている看護の実態を明らかにする。

用語の操作的定義

終末期がん患者・家族—がんにより、経口摂取不良(消化管閉塞を伴わない)の予後1か月以内にある患者とその家族。

輸液療法—体内の内部環境を維持するため、水・電解質・糖質・脂肪・蛋白(アミノ酸)・ビタミン・微量元素などが含まれている50ml以上の薬液を経静脈的に(主として)注入する治療とする。

研究方法

1. 研究対象

A県内にあるがん診療連携拠点病院7施設の病棟(呼吸器系、消化器系、腎・泌尿器系、乳腺・婦人科系、血液系)に勤務する看護師、特定非営利活動法人日本ホスピス協会の正会員として登録されている3施設の緩和ケア病棟に勤務する看護師とした。(師長職は除く)

2. データ収集方法

1) 調査と依頼方法

対象施設の施設長または看護部長宛に研究計画書及び依頼文を送付して、研究の協力を依頼し、協力の得られた施設の看護師を対象とした無記名自記式質問紙によるアンケート調査を行い、3週間後郵送法にて回収した。対象の看護師には、本研究に関して、①研究目的②協力の内容③研究機関④個人のプライバシーに関する保護⑤本研究から生じる個人への利益・不利益⑥自由意思による参加⑦同意の撤回⑧情報の公開⑨研究成果の公表⑩資料の廃棄方法⑪研究責任者と問い合わせ先に関する内容を文書にて説明した。また、研究の同意に関しては、回収・回答をもって同意したものとみなした。

2) 調査項目

(1) 対象者の属性と背景

- ・年齢・性別
- ・看護系資格の有無・種類
- ・経験年数（通算）
- ・がん看護経験年数（通算）
- ・所属病棟
- ・学歴
- ・所属病棟での終末期がん患者に対する主な輸液投与量
- ・ガイドラインの認識の有無
- ・緩和ケアチームの介入の有無
- ・栄養サポートチームの介入の有無
- ・予後予測（医師、ツールの活用）の実施の有無

(2) 自記式質問紙調査法

先行研究（宮下，2004）⁸⁾ である「終末期がん患者の輸液に関する看護師の役割」を基に作成した自記式質問紙調査を作成した。内容としては、傾聴と情報提供、輸液療法に伴う工夫とケア、チームアプローチの側面から、計20項目で構成された。

評価は、10 cm の Visual Analog Scale

（VAS）を用いた。VASは、実施している程度を、0：「行っていない」から100：「常に行っている」までとし、あてはまるレベルに斜線を記入してもらい、5点/0.5mm単位で測定し、点数化した。

3. 分析方法

対象者の属性と背景に関しては、記述統計を行った。終末期がん患者への輸液療法に対する看護の計20項目を一般病棟別（5群間）で差異を検討するために Kruskal-Wallis 検定を行った。有意差が認められたものについては、多重比較をした。また、緩和ケアチームの介入の有無、栄養サポートチームの介入の有無について、同様の項目を Mann-Whitney の U 検定を用い2群間の差異を検討した。統計的有意水準は、 $p < 0.05$ または $p < 0.01$ とした。

データ分析には、統計ソフト SPSS Statistics 19 を使用した

倫理的配慮

対象施設には研究依頼に関する説明を口頭または文書にて行い、承認書の記載を持って、参加・協力の同意を得た。また、対象施設の倫理審査が必要である場合は、承認を受けてから行った。対象者については、研究に関する説明、連絡先、問い合わせに関してはいつでも可能であること、個人情報管理や結果の公表、質問紙の回収・回答をもって同意したものとみなすことについて、説明書（調査・依頼方法参照）を用いて情報提供を行った。また、本研究は、自記式質問紙法を用いるため、身体的な侵襲が生じることはないが、事前にパイロットスタディを行い、負担が最小限になるよう配慮した。本研究は、新潟県立看護大学倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

1. 対象者の概要（表1）

配布した1,008名のうち、375名から回答が得

られた(回収率37.2%)。そのうち、記載された内容が全項目の半数以下であった29名の回答を除く、346名を対象とした(有効回答率34.3%)。

対象者346名のうち、一般病棟は324名(男性9名、女性315名)、緩和ケア病棟は22名(男性3名、女性19名)であった。病棟の内訳としては、呼吸器79名(22.8%)、消化器115名(33.2%)、腎

泌尿器53名(15.3%)、乳腺婦人科32名(9.2%)、血液45名(13.0%)、緩和ケア22名(6.4%)であった。

平均年齢は全体で36.5(±9.4)才、経験年数は14.4(±9.1)年、がん看護経験年数は8.2(±6.9)年であった。

最終学歴、看護系資格の状況、各病棟別の平均

表1 対象者の概要

項目	内訳(%)	項目	数値(±標準偏差)
性別	男 12 (3.5) 女 334 (96.5)	平均年齢(歳)	全体 36.5(±9.4)
病棟別	呼吸器 79 (22.8) 消化器 115 (33.2) 腎・泌尿器 53 (15.3) 乳腺・婦人科 32 (9.2) 血液 45 (13.0) 緩和ケア 22 (6.4)		呼吸器 35.9(±9.3) 消化器 35.0(±8.9) 腎・泌尿器 37.1(±9.1) 乳腺・婦人科 37.6(±10.3) 血液 35.7(±8.8) 緩和ケア 43.2(±9.7)
看護系資格 (複数回答)	准看護師 1 (0.3) 看護師 370 (98.9) 保健師 1 (0.3) 認定看護師 1 (0.3) 無回答 1 (0.3)	経験年数(年)	14.4(±9.1)
		がん看護 経験年数(年)	8.2(±6.9)
学歴 (複数回答)	進学コース 42 (11.2) 3年課程 276 (73.8) 看護系大学 48 (12.8) 大学院 4 (1.1) 無回答 4 (1.1)		
緩和ケアチームの 輸液療法への介入 (n=287)	有 136 (47.4) 無 151 (52.6)		
栄養サポートチームの 輸液療法への介入 (n=307)	有 125 (40.7) 無 182 (59.3)		
ガイドラインの認識有 (n=79)	一般病棟* 62 (19.1) 緩和ケア 17 (77.2)		
予後予測ツールの認識有 (n=60)	一般病棟* 51 (15.7) 緩和ケア 9 (40.9)		

*ここでいう一般病棟とは、緩和ケア病棟以外の全病棟を指す。

年齢、経験年数、がん看護経験年数、終末期がん患者への輸液療法のガイドラインの認識の有無、緩和ケアチーム・栄養サポートチームの介入の有無、予後予測の実施の有無については表1に示す。

2. 終末期がん患者への輸液療法に対する看護の実態

看護の実態に関する項目を平均点別に順位づけしたところ、「口渴がある患者にスポンジブラシや口腔ジェルを用いて口腔ケアを行う」「体位の変換や移動時に輸液ルートの抜去や苦痛に留意する」「日常生活への障害（入浴や散歩等）を最小

限にするためにヘパリンロックを行う」の順に高く、「必要であれば輸液療法に関して患者・家族と医師と話し合いのセッティングをする」、「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」、「抑うつにより、患者が輸液を拒否する場合は、薬物療法の検討を行う」の順に低かった。（図1）

1) 病棟別からみた看護の実態（表2）

緩和ケア病棟と一般病棟の平均点をみると、「日常生活の拘束感や在宅への移行に伴い持続皮下注射やCVポート（皮下埋め込み

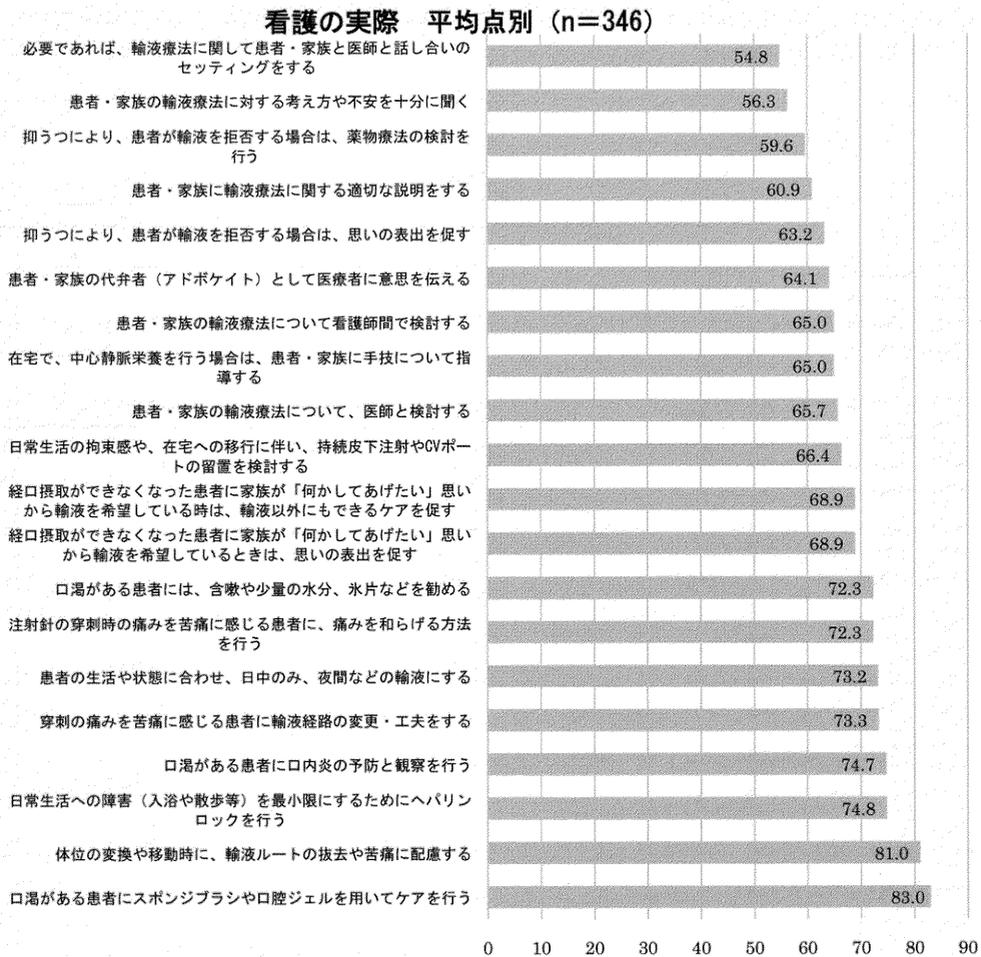


図1 看護の実態（平均点別）

式中心静脈ポート)留置の検討をする」「在宅で中心静脈栄養を行う場合は患者・家族に手技について指導する」の2項目を除いたすべての項目において、緩和ケア病棟の得点が最も高かった。

一般病棟間において差異を検討したところ、「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」「患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする」「患者・家族の代弁者(アドボケート)として、医療者に意思を伝える」「日常生活の拘束感や在宅への移行に伴い持続皮下注射やCVポート留置の検討をする」「在宅で中心静脈栄養を行う場合は、患者・家族に手技について指導する」(p<0.01)、「必要であれば、輸液療法に関して患者・家族と医師と話し合いのセッテ

ィングをする」「患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する」「患者・家族の輸液療法について医師と検討する」(p<0.05)の項目で有意差がみられた。多重比較を行ったところ、「患者・家族の輸液療法について医師と検討する」以外の項目において、乳腺・婦人科病棟が他の一般病棟より有意な結果となった。

2) 緩和ケアチーム・栄養サポートチームの介入の有無からみた看護の実態(表3)

終末期がん患者への輸液療法に緩和ケアチームの介入有群は、無群の看護師に比べて「患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する」「患者・家族の輸液療法について医師と検討する」(p<0.01)、「患者・家族の

表2 病棟別からみた輸液療法に対する看護の実態

	合計平均点 (±標準偏差) n=346	緩和ケア (n=22)	一般病棟別 (n=324)					Kruskal-Wallis
			呼吸器 (n=79)	消化器 (n=115)	腎・泌尿器 (n=53)	乳腺・婦人 (n=32)	血液 (n=45)	
<傾聴と情報提供について>								
患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く	56.3(±31.4)	91.4	55.8	50.2	61.8**	66.3**	42.2 ^{a,b}	.001**
患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする	60.9(±29.0)	89.6	58.5	56.7*	62.6	73.4***	50.9 ^b	.007**
必要であれば、輸液療法に関して患者・家族と医師と話し合いのセッティングをする	54.8(±33.3)	90.2	48.7*	49.2 ^b	58.8	68.8***	48.1	.010*
患者・家族の代弁者(アドボケート)として医療者に意思を伝える	64.1(±27.4)	78.9	58.2*	63.9	66.2	75***	57.3 ^b	.008**
<輸液療法に伴う工夫とケアについて>								
患者の生活や状態に合わせ、日中のみ、夜間などの輸液にする	73.2(±23.4)	90.5	70.3	69.7	73.0	81.3	73.4	.072
日常生活への障害(入浴や散歩等)を最小限にするためにペパリンロックを行う	74.8(±26.1)	96.4	70.3	71.2	75.8	80.5	76.0	.222
体位の変換や移動時に、輸液ルートの抜去や苦痛に配慮する	81.0(±20.4)	94.6	79.0	80.8	78.5	83.1	80.0	.434
穿刺の痛みを苦痛に感じる患者に輸液経路の変更・工夫をする	73.3(±25.2)	92.5	71.7	70.4	71.8	74.5	75.3	.885
注射針の穿刺時の痛みを苦痛に感じる患者に、痛みを和らげる方法を行う	72.3(±25.6)	83.2	71.1	71.0	69.3	79.5	70.8	.221
口渇がある患者には、含嗽や少量の水分、氷片などを勧める	72.3(±25.7)	95.0	66.7	74.1	68.1	76.3	68.9	.170
口渇がある患者にスポンジブラシや口腔ジェルを用いてケアを行う	83.0(±19.7)	96.4	82.2	82.6	81.5	81.9	81.7	.936
口渇がある患者に口内炎の予防と観察を行う	74.7(±24.4)	86.4	75.5	70.7	79.2	71.3	74.7	.287
経口摂取ができなくなった患者に家族が「何かしてあげたい」思いから輸液を希望しているときは、思いの表出を促す	68.9(±27.0)	89.3	68.2	64.6	69.8	76.7	64.1	.114
経口摂取ができなくなった患者に家族が「何かしてあげたい」思いから輸液を希望している時は、輸液以外にもできるケアを促す	68.9(±26.9)	85.0	66.5	66.5	67.7	77.8	66.7	.100
抑うつにより、患者が輸液を拒否する場合は、薬物療法の検討を行う	59.6(±30.2)	67.7	59.8	54.0	64.5	67.0	58.6	.152
抑うつにより、患者が輸液を拒否する場合は、思いの表出を促す	63.2(±28.8)	79.6	60.8	58.3	65.8	71.4	63.4	.081
日常生活の拘束感や、在宅への移行に伴い、持続皮下注射やCVポートの留置を検討する	66.4(±29.4)	57.3	63.9*	68.5 ^b	63.9 ^c	83.4 ^{a,b,c,d}	61 ^c	.001**
在宅で、中心静脈栄養を行う場合は、患者・家族に手技について指導する	65.0(±34.9)	37.3	57.2*	73.7 ^b	61.8*	80 ^{a,b,c,d}	83.1 ^d	.000**
<チームアプローチについて>								
患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する	65.0(±28.5)	79.6	57.7*	63.2	70.0	75.3**	62.6	.010*
患者・家族の輸液療法について、医師と検討する	65.7(±27.7)	79.1	63.2	61.6	72.6	72.7	61.3	.044*

a~*a間に有意差あり,以降b, c, dと表記する。

**p<0.01,*p<0.05

輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」「患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする」(p < 0.05) の項目で有意に高かった。

栄養サポートチームの介入有群は、無群の看護師に比べて「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」「患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする」「患者・家族の輸液療法について看護師間で

検討する」(p < 0.01), 「日常生活の拘束感や在宅への移行に伴い持続皮下注射やCVポート留置の検討をする」「患者・家族の輸液療法について医師と検討する」(p < 0.05) の項目で有意に高かった。

考 察

今回の看護の実態では、輸液療法に伴う工夫と

表3 緩和ケアチーム、栄養サポートのチームの介入の有無からみた輸液療法に対する看護の実態

	緩和ケアチームの介入 (n=309)			栄養サポートチームの介入 (n=327)		
	有 (n=147)	無 (n=162)	p値	有 (n=136)	無 (n=191)	p値
＜傾聴と情報提供について＞						
患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く	59.9	51.9	.028*	63.0	51.2	.001**
患者・家族に輸液療法に関する適切な説明をする	64.3	58.0	.046*	66.7	56.7	.003**
必要であれば、輸液療法に関して患者・家族と話し合いのセッティングをする	57.0	51.7	.170	58.4	52.0	.136
患者・家族の代弁者(アドボケート)として医療者に意思を伝える	66.0	62.7	.325	65.6	62.4	.415
＜輸液療法に伴う工夫とケアについて＞						
患者の生活や状態に合わせ、日中のみ、夜間などの輸液にする	73.8	72.3	.746	73.7	72.0	.394
日常生活への障害(入浴や散歩等)を最小限にするためにヘパリンロックを行う	77.0	71.7	.241	76.1	72.2	.399
体位の変換や移動時に、輸液ルートの抜去や苦痛に配慮する	79.8	82.4	.090	80.0	81.5	.340
穿刺の痛みを苦痛に感じる患者に輸液経路の変更・工夫をする	72.6	74.3	.478	73.8	73.0	.859
注射針の穿刺時の痛みを苦痛に感じる患者に、痛みを和らげる方法を行う	73.2	72.9	.866	76.2	70.6	.162
口渇がある患者には、含嗽や少量の水分、氷片などを勧める	73.9	71.5	.420	71.9	72.2	.775
口渇がある患者にスポンジブラシや口腔ジェルを用いてケアを行う	84.7	83.0	.989	82.2	83.3	.631
口渇がある患者に口内炎の予防と観察を行う	75.2	75.8	.472	74.7	75.0	.810
経口摂取ができなくなった患者に家族が「何かしてあげたい」思いから輸液を希望しているときは、思いの表出を促す	71.0	66.5	.179	73.1	66.4	.086
経口摂取ができなくなった患者に家族が「何かしてあげたい」思いから輸液を希望している時は、輸液以外にもできるケアを促す	70.2	67.5	.673	72.1	66.9	.221
抑うつにより、患者が輸液を拒否する場合は、薬物療法の検討を行う	60.8	60.0	.959	63.2	58.2	.263
抑うつにより、患者が輸液を拒否する場合は、思いの表出を促す	64.6	62.8	.768	66.8	61.1	.145
日常生活の拘束感や、在宅への移行に伴い、持続皮下注射やCVポートの留置を検討する	72.7	66.1	.068	72.4	64.3	.031*
在宅で、中心静脈栄養を行う場合は、患者・家族に手技について指導する	68.6	68.9	.684	72.6	64.0	.145
＜チームアプローチについて＞						
患者・家族の輸液療法について看護師間で検討する	73.0	60.2	.000**	70.9	61.5	.007**
患者・家族の輸液療法について、医師と検討する	72.6	61.7	.001**	70.2	63.4	.033*

**p < 0.01, *p < 0.05

ケアに関する項目の平均点が全体的に高かった。特に、「口渇がある患者にスポンジブラシや口腔ジェルを用いてケアを行う」「体位の変換や移動時に輸液ルートの抜去や苦痛に配慮する」については、病棟に関係なく行われていた。これは、ガイドライン¹⁾の、「生命予後が1～2週間の口渇がある終末期がん患者に対して輸液よりも口腔ケアを行うことが推奨されている」ことから重要な看護といえる。だが、緩和ケア病棟と一般病棟の看護師では「口渇」に対する観察・アセスメントの程度に差がみられており⁶⁾、「口渇」に対する意識に違いがあるといえる。終末期がん患者は、輸液量の減量に伴う脱水傾向、食欲不振や摂食障害・加齢・薬剤による唾液分泌の低下、努力呼吸による口呼吸、マスク・カニューレなどの酸素療法により口腔乾燥に陥りやすい⁹⁾。また、終末期がん患者の84(夜間)～97(日中)%に口腔乾燥が起り¹⁰⁾、症状の「つらさ」に関する調査においても、疲労感(89%)、痛み(83%)の次に口腔乾燥(78%)が挙げられた¹¹⁾との報告がある。だが、口渇は口腔乾燥に伴う主観的な症状であり、終末期という多様で複雑な症状を抱えている中では看護師にとって優先度が下がりやすく意識しづらい。また、口腔ケアは、口渇を改善するだけでなく、口腔内カンジダ症、口内炎、舌苔や口臭予防、爽快感を与えるという様々な目的がある。そのため、日々行っている看護の1つと捉えている看護師も少なくない¹²⁾と考える。これは、「体位の変換や移動時に輸液ルートの抜去や苦痛に配慮する」においても同様のことがいえるのではないだろうか。

また、一般病棟と比べて輸液量が少ない緩和ケア病棟の方が、「患者の生活や状態に合わせ、日中のみ、夜間などの輸液にする」「日常生活への障害(入浴や散歩等)を最小限にするためにヘパリンロックを行う」「穿刺の痛みを苦痛に感じる患者に輸液経路の変更・工夫をする」といった、患者の苦痛や生活に配慮し、実践していた。一般病棟は、看護師のガイドラインに関する認識について19.1%と低値であること⁶⁾、様々な患者が治療として輸液療法を行っていることから、「終末期

における輸液療法」そのものに対する意識が低いのではないかと考える。一方、病棟に関係なく看護師は、患者の「経口摂取状況」を重要な観察項目として捉えていた⁶⁾。だが、経口摂取できない状況での家族に対するケアについては、緩和ケア病棟と一般病棟の点差が離れていた。これらから、緩和ケア病棟の看護師は、「口腔ケア」や「経口摂取状況」といった日々の観察やケアが患者・家族にとって重要な意味や影響となることを意識して関わっているといえる。

第一報⁶⁾において、一般病棟の看護師は輸液療法に対する心理的側面や倫理的問題に関する意識が低いことが指摘された。今回、合計平均点の中でも低い項目は、「必要であれば、輸液療法に関して患者と家族と医師と話し合いのセッティングをする」「患者・家族の輸液療法に対する考え方や不安を十分に聞く」を含めた傾聴と情報提供に関する項目が主であった。これらは、終末期における輸液療法を選択・意思決定していく上で重要となり、治療選択や療養の場の意思決定とも関連する問題である。だが、輸液療法自体が患者・家族だけでなく医療者にとっても治療よりケアと化している¹²⁾こと、輸液療法に対して医師個人の方針が反映されているため統一されていない⁷⁾¹³⁾¹⁴⁾ことから、看護師としてどこまで介入してよいか踏み込みにくい状況があるのではないかと考えられる。だが、このような中で、緩和ケアチームや栄養サポートチームの介入によって、傾聴と情報提供、チームアプローチに対する看護に変化が生じたことが明らかとなった。それぞれの介入のプロセスを通して、看護師自身の輸液療法に対する意識や認識が高まったといえるのではないだろうか。

今回、乳腺・婦人科病棟の看護師は、一般病棟間で有意差がみられた項目すべてで、最も高かった。特に、「日常生活の拘束感や、在宅への移行に伴い持続皮下注射やCVポートの留置を検討する」「在宅で中心静脈栄養を行う場合は、患者・家族に手技について指導する」のそれぞれの項目において、他の一般病棟と比べて有意に高かった。CVポート留置の原因疾患となるがんの中で、乳

がんは、大腸がんや胃がんに次いで第3位である。また、上肢の浮腫等により静脈経路を確保することが困難な症例も指摘され、末梢静脈路確保目的でCVポートを留置する患者も多い¹⁵⁾。今回CVポートの施行率については調査しなかったものの、施行された患者が多いのではないかと予測される。また、一般病棟間において、輸液量が1,500ml以上の割合が最も高く、全体的に過剰輸液傾向であることから、輸液療法について関わる機会が多いことも要因として考えられる。

以上のことを踏まえ、終末期がん患者への輸液療法における看護の課題と示唆について考察する。看護師は、ガイドラインの認識を高めていくと共に、自分達が日々行っている看護（経口摂取状況や口渇等の観察・アセスメントや口腔ケア、苦痛や生活に配慮した輸液の工夫）が輸液療法を継続している患者・家族にとってどのような意味や影響があるかを理解していくことが今後必要となる。また、一般病棟の看護師は輸液療法に関する患者・家族の心理的側面や倫理的問題への意識は低く、どこまで介入してよいのか踏み込みにくい現状がある。だが、栄養サポートチーム・緩和ケアチームの介入により、輸液療法における傾聴と情報提供、チームアプローチといった側面への意識が高まる可能性が示唆された。今後は、これらの介入を通して起こる具体的な効果を明らかにし、医師や他職種との連携における役割や有効な教育方法等について検討していく必要がある。

結 論

終末期がん患者・家族への輸液療法に対する看護として、緩和ケア病棟と一般病棟では大きな違いがみられた。緩和ケア病棟の看護師は「口腔ケア」や「経口摂取状況」といった日々行われている看護が、輸液療法を行う患者・家族にとってどのような意味・影響があるのか意識して関わっていた。一方、一般病棟の看護師は、輸液療法に関した傾聴と情報提供、チームアプローチの側面に対して踏み込みにくい状況があった。また、一般病棟間でも輸液量や経路によって背景が異なるた

め、看護の実態に偏りが生じている可能性が示唆された。今後は、ガイドラインの認識を高めていくとともに、日々行っている看護が輸液療法を継続している患者・家族にとってどのような意味や影響があるかを看護師全体で理解していくことが必要である。また、栄養サポートチームや緩和ケアチームの介入による具体的な効果を明らかにし、医師や他職種との連携における役割や有効な教育方法について更に検討していく必要がある。

本研究は、科学研究費補助金若手B「終末期がん患者・家族への輸液療法に対する意思決定支援ガイドの開発に関する研究」、「EBPに基づいた終末期がん患者・家族への輸液療法意思決定支援ガイドの導入と評価」の一部である。

文 献

- 1) 日本緩和医療学会：終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン。2013年版，金原出版，東京，2013。
- 2) 東口高志編：実践 臨床栄養。第1版，医学書院，東京，pp171-178，2010。
- 3) 響場正明，柿沼臣一，須藤雄仁，沼賀有紀，古島則幸，竹吉 泉：終末期癌患者のオピオイドによる疼痛管理と輸液；2005年と2008年を比較して。The kitakanto Medical Journal 61: 301-305, 2011。
- 4) 守屋智紗，竹林智子，高畑知代：終末期がん患者の輸液管理；ギアチェンジのその前に。香川労災病院雑誌 16: 145-148, 2010。
- 5) 中村陽一，長尾二郎，草地信也：終末期胃癌症例に対する消化器外科医による緩和医療の効果。日本消化器外科学会雑誌 42: 233-237, 2009。
- 6) 渡邊千春：終末期がん患者への輸液療法に対する看護の実態調査（第一報）－看護師の観察・アセスメントに焦点を当て－。新潟医学会雑誌 129, 2015。（掲載予定）
- 7) 志真泰夫：終末期がん患者への輸液療法現状と課題；医師の考え方と態度に関する全国調査から。緩和医療学 6: 96-103, 2004。
- 8) 宮下光令：終末期がん患者の輸液に関する看護

- 師の役割. 緩和医療学 6: 152 - 158, 2004.
- 9) 国立がん研究センター: 平成24年度厚生労働省・国立がん研究センター委託事業全国共通がん医科歯科連携講習会テキスト. 第一版: 139 - 154, 2012.
- 10) Sweeney MP, Bagg J, Baxter WP and Aitchison TC: Oral disease in terminally ill cancer Patients with xerostomia. Oral Oncology 34: 123 - 126, 1998.
- 11) Mcmillan SC and Small BJ: symptom distress and Quality of life in patients with cancer newly Admitted hospice home care. Oncol Nurs Forum 29: 1421 - 1428, 2002.
- 12) 平井栄一, 城谷典保: 末期がん患者の輸液治療における倫理. 静脈経腸栄養 23: 613 - 615, 2008.
- 13) 中島信久, 日下部俊郎: がん終末期における輸液栄養治療を取り巻く問題—医学的に適切な治療方針と患者・家族の希望に相違がある場合の原因と対応. 静脈経腸栄養 28: 77 - 84, 2013.
- 14) 升田夏希: 当院における終末期がん患者への輸液量調査. 広島県病院薬剤師会誌 33: 215 - 218, 2013.
- 15) 坂本英至, 長谷川洋, 小松俊一郎, 法水信治, 新宮優二, 稲葉一樹, 田口泰郎, 伊藤悠子, 山口貴之, 有本淳記, 伊佐治孝洋, 牧野安良能, 渡邊将広, 三浦泰智, 山東雅紀: 皮下埋め込み型中心静脈ポートの合併症の検討. 癌と化学療法 40: 613 - 616, 2013.

(平成26年9月8日受付)