

原 著 論 文

在宅移行する終末期がん患者の エンパワーメントを支える看護ケア指針の開発

Development of nursing care guidelines that support the empowerment of cancer patients in the transition to at-home care

藤 田 佐 和 (Sawa Fujita)*¹ 大 川 宣 容 (Norimi Okawa)*¹
森 田 歩 (Ayumi Mori)*² 府 川 晃 子 (Akiko Fukawa)*³
庄 司 麻 美 (Mami Syouji)*¹ 森 下 利 子 (Toshiko Morishita)*⁴

要 約

本研究の目的は、がん診療連携拠点病院をはじめ、急性期医療に携わるジェネラリストの看護師が、日常的に活用できる“在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針”を開発することである。既存の116文献をもとに在宅移行に伴う問題状況と支援内容を抽出し、抽出した内容をがん看護専門看護師と研究者間で討議し、実践知と融合させ看護ケア指針を作成した。全国6カ所のがん診療連携拠点病院で3～6ヶ月間活用して頂き、実践記録とアンケート結果、活用した看護師のグループインタビュー内容から有用性、適切性を検証、改善点の抽出を行い完成させた。

Abstract

The purpose of this study was to develop nursing guidelines that support the empowerment of cancer patients in the transition to at-home care. Existing literature was reviewed to identify problems expected to be faced by cancer patients at acute hospitals who require support in the transition to at-home care, as well as the types of support available to them. Nursing care guidelines were drafted based on this review. The authors and five certified nurse specialists in cancer nursing examined the drafted guidelines, which support the empowerment of cancer patients in the transition to at-home care, and finalized them.

キーワード：在宅移行 終末期がん患者 エンパワーメント 看護ケア指針

I. はじめに

がん対策基本法の施行、がん対策推進基本計画が進められる中、急性期病院では、集学的治療の推進や在院日数の短縮化に伴い、がん治療に伴う高度な医療ケアが必要な患者、セルフケア能力の獲得が不十分な患者、治療目的を治癒以外の方向に転換することを求められる患者、終末期の患者など、様々な状況にあるがん患者が病棟から在宅に移行するようになった。このような医療制度の変化に伴い、急性期と終末期の患者が混在する病棟の看護師は、治療・ケア

と同時に日常的に在宅移行支援を行うことが必要になっている。しかし既存の研究において、一般病棟の看護師（ジェネラリスト）の終末期がん患者の在宅移行支援に対する認識や課題として、「自信のなさによる関わりの回避」「知識・経験不足」「退院支援技術の未熟さ」「合意形成のための調整不足」「患者・家族の意向の未確認」などが明らかにされており（早瀬ら，2008；水津ら，2009；大川ら，2009；井上，2015；四十竹ら，2017）、看護師もどのように在宅移行支援を行えばいいのか迷い、試行錯誤しながら在宅移行支援を行っている現状がある。

*¹高知県立大学看護学部
*³大阪医科大学看護学部

*²社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷浜松病院
*⁴関西福祉大学大学院看護学研究科

米国においては、在宅移行に関する介入研究やケアシステムの開発が数多くされているが、わが国では、がん患者の在宅療養移行にかかわる影響要因（小野ら，2012；吹田ら，2014）や援助内容（井上，2015）、終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究（荒尾ら，2014）、ギアチェンジ援助モデルに関する研究（青木ら，2014）、地域緩和ケアの介入研究（白髭ら，2012）など徐々に増加してきているものの、終末期がん患者の在宅移行支援のケア指針やガイドラインはなく、それぞれの施設、個人に委ねられているのが現状である。

在宅移行支援における課題として、患者の意思決定に関する課題や支援体制の課題（奥村，2013）も指摘されている。また、河野（2014）は患者と死について語るができる看護師ほど、終末期患者への退院支援を積極的に実施していることを明らかにしている。つまり、患者の意思を尊重してシームレスな在宅移行を支援し、その後の療養生活を安心して送れるようにするには、患者自身が権利を主張できるようエンパワーメントすることが不可欠である。がん看護領域では、患者・家族（高橋ら，2011；荒井，2007 名越，2007 上杉，2004）や看護師（坂下ら，2012）のエンパワーメントについて探究されており、在宅移行支援においてもエンパワーメントに焦点をあてて支援することで、より効果的な支援が可能になる。以上のことから、一般病棟の看護師が日常的に活用できる終末期がん患者の意思を尊重した、具体的な在宅移行の看護ケア指針を開発することが急務であると考えた。

II. 研究の目的

がん診療連携拠点病院をはじめ、急性期病院の一般病棟看護師が、日常的に活用できる“在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針”を開発することである。

III. 研究方法

“在宅移行する終末期がん患者のエンパワー

メントを支える看護ケア指針”（以下、看護ケア指針）は、以下の手順に沿って開発した。

1. “在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針”原案の作成

看護ケア指針は、がん患者とその家族の権利が守られ、患者・家族が自己の持てる力を発揮し、在宅移行ができるように支援することを目指して看護師が取り組むための指針とした。共通理解のために、在宅移行は、終末期がん患者と家族が療養場所として自宅を選択し、在宅療養に移行すること、在宅移行支援は、終末期がん患者や家族の在宅療養の意思決定から在宅療養にいたるまでの全ての援助と定義した。また、エンパワーメントは、力を発揮すること、元気になることとした。

看護ケア指針の適応範囲は、在宅への適応が困難となることが予測される終末期がん患者とその家族であり、がん治療に伴う医療的ケアが必要な終末期がん患者・家族、セルフケアが困難な終末期がん患者・家族、治療目的を治癒以外の方向に転換することを求められる終末期がん患者・家族などを対象とした。

看護ケア指針の作成に当たっては、患者・家族のエンパワーメントに焦点を当て、エンパワーメントのレベルに応じて、在宅移行支援を展開できるように工夫した。

1) 文献検討による問題状況と支援内容の抽出

国内外の在宅移行支援の事例に関する116文献・書籍から、各事例の在宅移行で予測される問題状況と支援内容を抽出して、研究者間で検討・分析を繰り返し、問題状況と支援内容についてそれぞれカテゴリー化した。

2) 看護ケア指針の作成と洗練化

がん看護専門看護師5名と研究者間で終末期がん患者の在宅移行についてブレインストーミングを重ね、文献より抽出した内容と実践知と融合させながら、患者・家族のエンパワーメントのレベルを意識して再分析した。検討・分析内容はすべて記録に残し、何度も振り返りながら抽出された問題状況と支援内容を洗練化した。また抽出された各支援内容が、どの問題状況と対応するのかを研究者全員で何度も検討し、対

応表を作成した。

看護ケア指針は、患者家族が在宅移行する可能性があるかどうかをスクリーニングすることを目的とする「一次アセスメントシート」、さらに一次アセスメントシートで在宅移行の可能性があると判断された患者の予測される問題状況を判断することを目的とする「二次アセスメントシート」、「問題状況に沿った支援項目」で構成し、7段階のステップを踏んでアセスメント、実践、評価できるように作成した。患者・家族のエンパワーメントのレベルについては、予測される問題状況を判断するとき、問題状況に沿った支援項目を選択するとき、ケア内容を選択するときには意識できるように工夫した。

さらに、看護師が多忙な看護業務の中でも活用しやすいよう、看護ケア指針の構成や内容について研究者間で討議・修正を繰り返し、急性期病院において在宅移行支援の必要な終末期がん患者の予測される問題状況と在宅移行に向けた支援に特化した看護ケア指針原案を作成した。

2. “在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針原案”の適切性の検討

在宅移行支援の必要な患者の入院病棟の看護師に、看護ケア指針原案の活用と実施記録の記載を依頼した。また活用した看護師を対象に、グループインタビューを行い、語られた内容を質的に分析し、看護ケア指針の内容の妥当性の確認と洗練化を行った。

1) データ収集方法

(1) 全国6カ所のがん診療連携拠点病院において、看護ケア指針原案の活用を看護師に依頼した。同意の得られた協力施設の病棟師長と、日時・場所の調整を行い、①研究の内容について、②看護ケア指針原案の活用の仕方・評価の仕方についての病棟説明会を開催し、病棟看護師に文書と口頭で研究の説明を行った。協力の得られた看護師に、看護ケア指針原案の活用を依頼した。その間、研究者は1回/月、必要に応じて看護ケア指針原案を活用している看護師に対し、活用や評価に関して課題や疑問がないかを確認するなどのサポート

を行った。

(2) 看護ケア指針原案の活用終了後、同意が得られた病棟看護師を対象に、協力施設ごとにグループインタビューを行った。①「一次アセスメント」「二次アセスメント」「問題状況」「支援内容」それぞれの項目について、②看護ケア指針原案の使いやすさ、わかりやすさ、レイアウトについて、③有用性と利点・改善点について、意見や感想を語ってもらった。語ってもらった内容は同意を得てICレコーダーに録音をし、逐語録を作成した。データ収集期間は、2011年4月～2012年1月であった。

2) データ分析方法

グループインタビューの内容は逐語録を作成し、実施記録とグループインタビューの内容をデータとして、研究者全員で有用性・適切性について討議を重ねた。看護ケア指針原案の一部に加筆・修正を行い、最終的な“看護ケア指針”を完成させた。

3) 倫理的配慮

所属大学および6カ所のがん診療連携拠点病院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。承認後、研究協力施設の看護部長、またはがん看護専門看護師に在宅移行支援の必要な終末期がん患者がいる病棟を複数推薦していただき、研究者が病棟師長に文書と口頭で研究の主旨などを説明し同意を得た。看護師には病棟説明会に参加しても、研究協力は自由意思であり、同意の撤回はいつでもできることを保証した。

IV. 結 果

1. 看護ケア指針原案の適切性の検討

1) 研究協力者と活用状況

全国5県6ヶ所のがん診療連携拠点病院の16病棟の看護師が「看護ケア指針原案」を3～6ヶ月間活用した。一次アセスメント用紙は295名の患者に活用された。そのうち在宅移行支援が必要であった49名の患者に看護ケア指針原案が活用され、実践記録を得た。

2) 看護ケア指針原案の活用による改善点

(1) 一次アセスメントの改善点：Performance Status (以下PS) を3以上に設定していたが、「在宅移行および在宅療養を継続するために

何らかのサポートや調整が必要な患者にPS 2 の人もいた」との意見が複数あったため、[PS] は2以上と変更した(表1)。また、判断に迷ったり、明言されていないケースもあるため、[予後予測][在宅療養の希望]については注釈を入れた。

- (2) 二次アセスメントの改善点：〈意思決定能力〉について「低下あり/なし」と設定していたが、〈意思決定能力〉がPSや治療によって変化するため、「低下あり/なし」では判断に迷うことから、項目名を〈状況を判断する力の低下〉と変更した。《家族の介護力》を独立させ、〈治療や療養を支えているキーパーソン〉の項目を置いた。また、〈家族の生活状況〉〈家族の気付き〉を把握する項目を追加した。「他者が家に入ることを本人が嫌うこともある」との意見から、「在宅療養環境と社会資源」に〈在宅訪問サービスに対する患者・家族の意向〉の項目を追加した(表2)。
- (3) 問題状況：「ほぼ当てはまる」「把握するためにはその都度整理が必要」との意見であり、今回は変更なしとした。
- (4) 支援内容：「書き方に迷った」「変化が記載しにくい」「内服管理の項目があるとよい」「フリーコメントを書く欄がほしい」などの意見があったが、項目の変更はせず、Q&Aや使用の手引きを追加して対応することとした。

2. 在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針完成版

完成した看護ケア指針の全体像は、1) 一次アセスメント、2) 二次アセスメント、3) 在宅移行で予測される問題状況、4) 在宅移行に向けた支援で構成されている(図1)。看護ケア指針活用の際は、step1：在宅移行の可能性のある患者を把握する、step2：在宅移行支援に必要な患者・家族を理解する、step3：在宅移行で予測される問題状況を判断する、step4：問題状況に沿った支援項目を確認する、step5：患者に必要なケア内容を選択する、step6：実施施設の看護計画に反映させる、step7：実施後、評価をする、の7ステップをたどる。

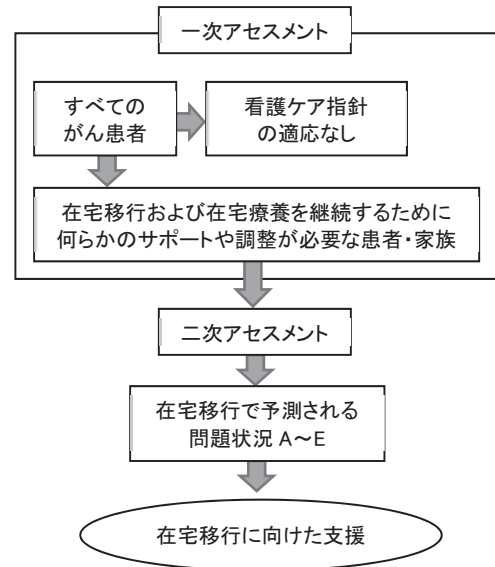


図1 在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針の全体像

1) 一次アセスメント

看護師が、入院してきた患者が在宅移行支援に必要な終末期がん患者であるか否かを判断するための指標として、【治療目的】【Performance Status】【予後予測】【在宅療養の希望】の4項目を一次アセスメント項目としてあげた(表1)。また、タイミングを逃さずに在宅移行支援を行っていくために、この一次アセスメントは患者が入院後早期(24時間)に行うことを目標とした。

2) 在宅移行で予測される問題状況

在宅移行で予測される問題状況は、A：在宅療養における症状緩和や医療処置への困難性、B：患者の日常生活維持の不十分さと家族の介護力不足、C：患者と家族・家族間の在宅移行に関する意向のずれ、D：在宅移行に関する不安や気付き、E：在宅療養をする上で社会資源をうまく活用できない状況の5つに分類することができた(表2)。この問題状況をアセスメントする視点として、二次アセスメントの項目を抽出した。

3) 二次アセスメント

在宅移行で予測される5つの問題状況を判断するために、各問題にそってアセスメント項目を抽出した(表3)。また、それぞれの項目に、「患者・家族の対応する力の不足」の有無を把握する項目を設け、支援の必要性が判断できる

ように工夫をした。判断の際に、患者・家族のエンパワーメントのレベルを考えられるように、患者・家族のエンパワーメントのレベルに応じた支援モデル（図2）を提示した。

二次アセスメントの結果、予測される問題状

況が判断できたら、在宅移行に向けた支援のなかから5つの問題状況にあわせて効果的な支援項目を選択できるように問題状況と支援・支援項目の一覧表を作成した（表4）。

表1 一次アセスメントシート

治療目的	がんの根治目的以外の治療である	1. はい 2. いいえ
	例) 症状緩和が中心、延命を目的とした治療 など	
Performance Status	P S 2 以上である	1. はい 2. いいえ
予後予測	6ヶ月未満 と予測される	1. はい 2. いいえ
	注1) 予後予測は医師の判断でなくても看護師の判断でよい	
	注2) 予後の判断に迷う場合は、「1はい」と扱う	
在宅療養の希望	患者に「できるだけ家で過ごしたい」、もしくは家族に「できるだけ家で過ごさせてあげたい」という希望がある	1. はい 2. いいえ
	注1) 患者・家族が迷っている場合は「1はい」と扱う	
	注2) 緩和ケア病棟や他院への転院が決定している場合は「2いいえ」と扱う	

表2 予測される問題状況

問題状況	問題状況の定義
A：在宅療養における症状緩和や医療処置への困難性	患者と家族が、今ある症状や病状悪化に対して対応が難しいことや、必要な医療処置が未習得のため適切な対応が困難と予測される状況
B：患者の日常生活維持の不十分さと家族の介護力不足	患者が日常生活において必要となる能力が十分でないことや、家族の介護力不足が在宅療養に影響することが予測される状況
C：患者と家族・家族間の在宅移行に関する意向のずれ	患者と家族あるいは家族間において、在宅移行する上で、病気や治療、生活について、考えや思いに相違が生じる状況
D：在宅移行に関する不安や気がかり	患者と家族が、在宅移行をするにあたって不安や気がかりがある状況
E：在宅療養をする上で社会資源をうまく活用できない状況	患者と家族が、在宅療養を安心して行うために必要な医療やケアに関する情報・資源を整えたり、活用することが難しい状況

表3 二次アセスメント

症状	・15の症状の有無	る患者・家族の対応する力の不足の有無	問題状況 A
医療処置	・10の医療処置の有無 ・薬剤の投与方法・管理 ・医療用麻薬の有無 ・在宅に向けての準備の必要がある医療機器		
日常生活動作	・6の日常生活動作 ・状況を判断する力の低下の有無 ・意思伝達上の機能障害の有無		問題状況 B
家族の介護力	・治療や療養を支えているキーパーソン ・主たる介護者の生活状況 ・家族のもつ気がかり		
今後についての患者・家族の希望	・病気の捉え（患者・家族） ・治療に対する希望（患者・家族） ・療養場所に対する希望（患者・家族）		問題状況 C
	今後についての患者・家族の気がかり（患者・家族）	問題状況 D	
在宅療養環境と社会資源	・自宅の状況 ・現在使用しているが自宅にないもの ・すでに利用している在宅支援サービス ・在宅訪問サービスに対する患者・家族の意向 ・介護保険 ・身体障害者手帳の有無 ・経済的問題の有無 ・外来フォローの見通し ・当院への通院状況		問題状況 E

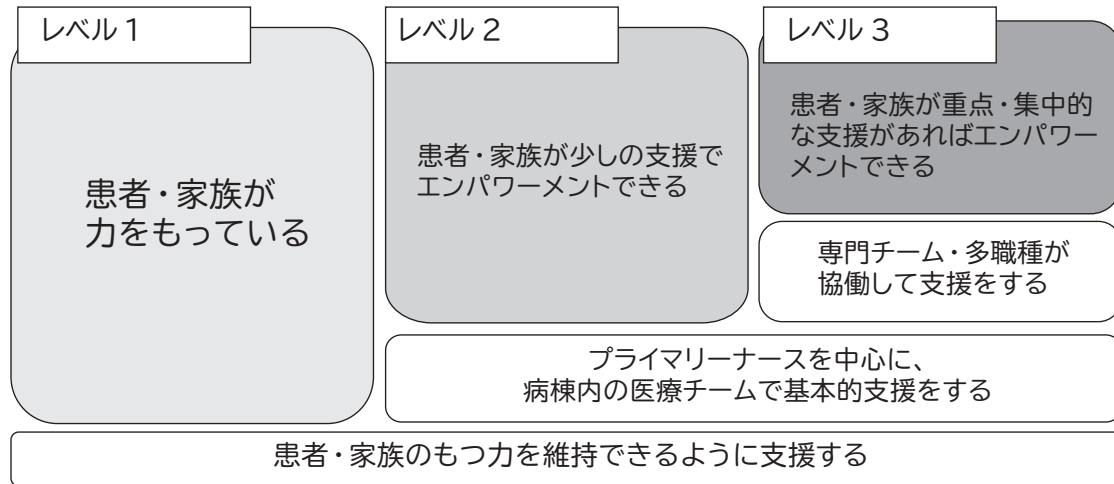


図2. 患者・家族のエンパワメントのレベルに応じた支援モデル

4) 在宅移行に向けた支援

在宅移行に向けた支援は、【患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援】、【在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援】、【在宅療養に必要なセルフケアへの支援】、【在宅移行・療養に向け患者・家族のもつ力の発揮を促す支援】、【在宅療養を円滑に進めるための社会資源の利用・活用に向けた支援】の5つの支援、24の《支援項目》、62の〈ケア内容〉で構成された(表4)。

この看護ケア指針の特徴として、62のケア内容について、具体的ケア例を提示し、ケア内容を看護師がイメージ化できるように工夫をして冊子を作成した。5つの支援の概要は以下の通りであった。

(1) 【患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援】

この支援は、患者・家族が本来もつ意思決定能力を用いて治療や療養方法を選択し決定することができるように支援することであり、6の支援項目、16のケア内容から構成された。

(2) 【在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援】

この支援は、患者・家族が心理・情緒的に安定した状態で在宅療養に取り組めるように支援することであり、5の支援項目、11のケア内容から構成された。

(3) 【在宅療養に必要なセルフケアへの支援】

この支援は、患者・家族が症状緩和や介護を行える力をもっていることを認識し、必要

な知識・技術を習得してセルフケア行動が取れるように支援することであり、5つ支援項目、16のケア内容から構成された。

(4) 【在宅移行・療養に向け患者・家族のもつ力の発揮を促す支援】

この支援は、患者・家族が自らのもっている力を活かして在宅で起こりうる課題や困難に取り組めるように支援することであり、4つの支援項目、9のケア内容から構成された。

(5) 【在宅療養を円滑に進めるための社会資源の利用・活用に向けた支援】

この支援は、患者・家族が在宅療養を円滑にするうえで必要な資源を選択し活用できるように支援することであり、4つの支援項目、10のケア内容から構成された。

表4 在宅移行で予測される問題状況と支援

支援	問題状況					支援項目	ケア内容
	A	B	C	D	E		
患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援						現状を把握できるように情報提供し、患者・家族とともに整理する	患者と家族が、病状や治療方針が理解できるように医師からの説明を確認、補足する 患者や家族が決定すべきことを整理する
						患者・家族の在宅療養についての迷いに寄り添う	患者・家族に支援者であることを伝える 患者・家族の迷いを明確にする 患者・家族の迷いに寄り添っていく
						家族内の葛藤や期待、思いのずれを調整する	在宅療養に向けて患者・家族が話し合う機会を作る 在宅療養に向けての考えを把握し、患者と家族のずれを調整する 告知や延命治療に関する患者と家族の認識を確認し、ずれを調整する
						終末期の過ごし方について患者・家族の意向に沿って検討する	今後の治療の方向性について選択肢を提示する 今後の療養生活の方向性について選択肢を提示する 希望する治療や療養生活を達成するための方法をできるだけ多く提示する
						患者・家族とともに在宅療養生活の目標を設定し共有する	患者・家族とともに患者の在宅療養生活をアセスメントする 患者の好みや趣味を知り、目標を設定する 入院直後から退院に向け、患者・家族・関係する人々が合意形成を行う
						患者が意思決定できない場合代理決定者を明確にする	患者が意思決定をできるかどうか判断する 誰が代理決定を行うかを明確にし、家族内での共通理解を促す
在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援						患者・家族の病気体験を理解する	患者・家族の病気体験を知る 症状や機能障害に伴う変化などに対する患者・家族の気持ちを知る
						患者・家族の気持ちや感情の表出を促し気持ちを受け止める	患者・家族が在宅療養に対する気持ちや感情に気づくことができるようにする 患者・家族に自分の気持ちや症状に対する思いを周囲の人に表現することの大切さを説明する 患者・家族が在宅療養に対する気持ちを表出できるように働きかける 患者・家族の予期的悲嘆を理解し、受け止める
						患者・家族のできていることを言葉で伝える	患者・家族のできていることを言葉に出してねぎらう 患者・家族のやる気を高める声かけをする
						患者・家族が終末期における在宅療養をイメージできるようにする	患者・家族が在宅療養をイメージできるきっかけを作る
						患者・家族の心理・情緒的な支援を行う体制を整える	患者・家族が相談できる窓口を確保する 患者・家族の心理面に関する情報をチームで共有する
在宅療養に必要なセルフケアへの支援						出現している症状や機能障害に対する患者・家族のセルフケア能力を把握する	今ある症状に対しての患者・家族の対応状況を知る 機能障害に対する患者・家族の日常生活上の対応を知る
						症状の観察・緩和の方法や緊急時の対応についての知識を提供し、在宅での対応を患者・家族とともに決める	患者の状態観察のポイント・方法について知識を提供する 在宅療養中の病状変化や気がかりを医療者と共有する方法について説明する 症状緩和のケア方法についての知識を提供する 看取りの経験について確認し、終末期のプロセスや準備について知識を提供する 状態変化時・急変時の対処方法について知識を提供し、対応を患者・家族とともに決める
						在宅に必要な薬剤や医療処置について検討し患者・家族に指導する	患者・家族に薬剤に関する知識・技術を提供する 在宅で対応しやすいように医療処置やケアを見直す 今までに経験した医療処置について確認し、今後習得する必要がある知識・技術を提供する 医療処置に必要な物品の入手方法について説明し、手配する
						在宅に必要な介護について検討し患者・家族に指導する	今までに経験した介護内容について確認する 入院中に日常生活活動の維持・拡大を試みる 患者・家族に介護に関する知識を提供し技術指導をする 介護物品の入手方法について説明し手配する
						在宅に必要な医療処置や介護について役割分担をする	患者・家族・在宅ケア提供者がどの役割を行うのかを明確にする
在宅移行・療養に向け患者・家族の持つ力の発揮を促す						患者・家族の絆を強める	患者・家族が一緒に過ごせる時間をつくる 患者・家族の気持ちを代弁して伝える
						家族内での協力体制を整える	家族が疲弊せずに介護が継続できるよう役割を調整する
						患者・家族のもっている肯定的な面や強みを認める	患者・家族の頑張りやねぎらう 患者・家族の持つ力を言葉にし、結びつきやつながりを高める 患者・家族が実施したり、できている事柄を言葉で伝える
						患者・家族が残された時間を在宅で過ごすことに意味を見出せるようにする	患者・家族が時間を共有することの大切さを伝える 患者・家族が終末期を家で過ごすことの大切さを伝える 家族にしか解決できない問題があることを伝え、家族同士の話し合いを促す
在宅療養を円滑に活用するための社会資源の利用						多職種が連携して社会資源をうまく活用できるようにサポート体制を整える	専門家をうまく活用する 相談できる窓口を把握する 在宅ケア担当者の選定について説明し、選択肢を提示する 在宅ケア担当者として話し合いをもち、支援に対する共通認識をもつ 看護サマリーを充実させる
						居住環境を整える	在宅改修の必要性や予定の有無を確認する
						社会福祉制度を有効に活用する	利用できる医療保険制度や介護保険制度の内容について説明し、申請を促す 利用できるサービスの情報を提供し、活用を促す
						緊急時の対応・連絡体制を整える	患者から家族への連絡体制を整える 患者・家族から医療者への連絡体制を整える

*灰色は問題状況ありを示す。

V. 考 察

1. 在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針の活用意義

本研究で考案した看護ケア指針を6病院16病棟の看護師が295名の患者に一次アセスメントを行い、49名の患者に活用した結果をもとに一部を修正して完成版とした。本看護ケア指針を活用することにより、パワーレスになっている終末期がん患者の意思が尊重され、自らの自己実現に向けて在宅で主体的に生きていくことへの支援が可能になると考える。そして、看護師が患者にとっての支援の必要性を熟考して、患者の成果を考えた支援を提供することにより、看護ケアの質の向上につながると考える。

二次アセスメントシートのアセスメント項目は、患者・家族から自宅での生活状況や家族の気がかりなど、対話が必要な内容も含まれており、指針を活用することが患者・家族との対話の機会となり、患者・家族が自らの課題を共有する機会となると考える。既存の研究において、「自信のなさによる関わりの回避」や「患者・家族の意向の未確認」が課題に挙げられていた(大川ら, 2009; 水津ら, 2009)ため、患者・家族の在宅移行に対する意思・意向確認のための手引きを資料としてつけることにした。このことにより、看護師が患者・家族と話してみようと思えるようになり、患者・家族の意思を尊重した主体的な支援につながると考える。また、アセスメント項目には、患者・家族が対応する力が発揮できるかという視点で記載する欄を設けた。このことにより、看護師は、患者と家族の力をエンパワーする看護の視点からも問題状況を判断し、在宅移行で予測される課題を見通して支援を考えることが可能になると考える。河野(2014)は、患者と死について語ることや介護保険の理解が、終末期退院支援に大きな影響を及ぼすことを明らかにしている。本看護ケア指針は患者との対話、そして在宅移行時に必要となる社会資源に関する支援まで網羅されており、看護師が患者の在宅移行支援を行う上で有用な内容であると言える。

2. 看護ケア指針の教育への活用

本看護ケア指針は、在宅移行で予測される問題状況を整理し、内容を工夫し構造化して最小限の情報を掲載している。そのため、終末期がん患者の在宅移行支援に対する困難感や苦手意識がある看護師への手引きとしてだけでなく、教育にも活用できると考える。また、煩雑な臨床現場の中で看護師が活用しやすいよう、できるだけシンプルにして7つのステップをたどることで患者の在宅移行支援ができるようにした。そのため、在宅療養がどのようなものかイメージできない看護師に対しても、本看護ケア指針を活用して、それぞれの問題状況、またケア項目に関する知識を獲得し、在宅移行する終末期がん患者・家族の持つ力を発揮できるように支援することにより、患者の状況に合った介入が可能になると考える。

今後は、開発した“在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針”を臨床の場において、具体化・洗練化し、介入効果を評価していくことが必要である。また、看護ケア指針をがん診療連携拠点病院に配布することや公表することにより、がん患者の在宅移行支援において、患者の意思が尊重され、自らの自己実現に向けて在宅で主体的に生きていくことへの支援、また、在宅移行支援に携わるジェネラリストの看護師の理想と現実のギャップを埋める方策として貢献できると考える。しかし、臨床の看護師が実践の場で適用することを望んでいるだけでは限界があり、研究成果を臨床に適用するための取り組みが必要である。

VI. 今後の課題

看護ケア指針を活用した介入方法および介入の評価指標を作成し、がん看護専門看護師がファシリテーターとなり開発した看護ケア指針を臨床の場に導入をはかり、在宅移行する終末期がん患者と家族に対して介入を行い、効果を検証する。また、研究成果を臨床の場で活用して頂くため、研究者らが活用例を公表すると共に、がん診療連携拠点病院をはじめとする在宅移行支援の必要な患者のいる施設に対して、在宅移行支援に関する教育支援や看護ケア指針活用に関

する支援、活用して頂ける施設に対しては適宜コンサルテーションを行える体制づくりをしていく必要があると考える。

謝 辞

本研究にご協力頂いた看護部長様ならびにがん看護専門看護師、病棟看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は科学研究費補助金基盤研究（B）【課題番号21390583】を受けて行った。本研究において申告すべき利益相反事項はない。

<引用文献>

四十竹美千代, 村上真由美, 山本恵子他 (2017). 病棟看護師におけるがん患者の在宅緩和ケアの認識と影響要因に関する検討. 富山大学看護学会誌, 16(2), 173-183.

青木美和, 庄司麻美, 藤田佐和 (2015). 看護師が医師と協働して行う進行がん患者のギアチェンジを支える援助モデルの構築. 高知女子大学看護学会誌, 41(1), 63-75.

荒井春生 (2007). がん体験者のエンパワメントモデルに関する一考察. 人間総合科学会誌, 3(1), 63-70.

荒尾晴恵, 青木美和, 山本瀬奈他 (2014). 10. 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3). (公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
<https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/j-hope/J-HOPE3/J-HOPE3_3_10.pdf> (2018年3月10日閲覧)

早瀬仁美, 森下利子 (2008). 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知. 高知女子大学看護学会誌, 33(1), 39-47.

井上菜穂美 (2015). 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題. せいい看護学会誌, 6(1), 1-7.

河野由美 (2014). 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因.

日本看護科学会誌, 34(1), 123-130.

名越恵美, 山田隆子, 犬飼昌子他 (2007). がん患者のエンパワメントを支える家族員の対処過程に関する研究. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要, 8, 1-6.

大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和 (2009). 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. 高知女子大学紀要看護学部編, 58, 19-29.

奥村美奈子 (2013). A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 103-113.

小野美奈子, 川原瑞代, 梶田啓他 (2012). 続看護が必要な患者の在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因 訪問看護ステーションにおける退院時連携の実態調査から. 宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報, 1, 52-57.

坂下恵美子, 東サトエ, 津田紀子 (2012). 終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師のエンパワメントの検討. 南九州看護研究誌, 10(1), 9-18.

白髭豊, 野田剛稔, 北條美能留他 (2012). OPTIMプロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化, Palliative Care Research, 7(2), 389-394.

吹田智子, 加藤理香, 藤田美紗緒他 (2014). がん患者カウンセリング導入による当院地域医療室での緩和ケア地域移行支援への影響. 癌と化学療法, 41, 54-56.

水津朋子, 大川宣容, 藤田佐和 (2009). 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 記述内容の分析を通して. 高知女子大学紀要看護学部編, 58, 31-41.

高橋靖子, 稲吉光子 (2011). 初回化学療法を受ける肺がん患者のエンパワメントの過程. 日本がん看護学会誌, 25(1), 37-45.

上杉和美 (2004). 退院後のがん患者のエンパワメント. 高知女子大学看護学会誌, 29(1), 37-47.