

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活用効果と課題

**Utilization Effects and the Problems of  
“Nursing Care Guide for Supporting Empowerment of  
Terminal Cancer Patients who Transition to Home”**

藤 田 佐 和 (Sawa Fujita)\*<sup>1</sup>

庄 司 麻 美 (Mami Syouji)\*<sup>1</sup>

豊 田 邦 江 (Kunie Toyota)\*<sup>2</sup>

池 田 久 乃 (Hisano Ikeda)\*<sup>3</sup>

古 郡 夏 子 (Natsuko Furukoori)\*<sup>4</sup>

北 添 可 奈 子 (Kanakano Kitazoe)\*<sup>3</sup>

近 藤 恵 子 (Megumi Kondo)\*<sup>5</sup>

要 約

本研究の目的は、「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」とする)をがん診療連携拠点病院で在宅移行支援が必要ながん患者に活用し、その効果と課題を明らかにするとともに、臨床活用への示唆を得ることである。6ヶ所のがん診療連携拠点病院において、14病棟45事例に「看護ケア指針」を活用して、在宅移行支援を行った。「看護ケア指針」を活用した病棟看護師49名を対象に施設ごとのグループインタビューおよび質問紙調査を実施した。その結果、「看護ケア指針」の活用効果として、【患者・家族のエンパワーメント】【看護師のエンパワーメント】【活用による看護師への波及効果】の3側面が抽出された。「看護ケア指針」の臨床活用に向けて、介入効果を丁寧に評価していくこと、看護師が終末期がん患者・家族の在宅移行を支援できるように、がん看護CNSがファシリテーターの役割を担い、チーム全体で取り組む必要性が示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify the effects of and problems in applying the “Nursing care guide for supporting empowerment of terminal cancer patients who transition to home” (hereafter referred to as the “nursing care guide”) on patients requiring home transfer at designated cancer hospitals, and to obtain suggestions for clinical use. Supporting transition to home was implemented by applying the nursing care guide to 45 cases in 14 wards of six hospitals. The participants were 49 ward nurses who had utilized the nursing care guide. Group interviews and questionnaires based on treatment facility were conducted. As a result, regarding the utilization effect of the nursing care guide, three sides of the “empowerment of patients and families,” “empowerment of nurses,” and “ripple effect on nurses through utilization” were extracted. For clinical use of nursing care guide, the necessity of assessment of intervention effects carefully, the role of certified nurse specialists as facilitators so that nurses can help terminal cancer patients and families transition to home, and multidisciplinary team collaboration is suggested.

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

\*<sup>1</sup>高知県立大学看護学部 \*<sup>2</sup>社会医療法人仁生会 細木病院

\*<sup>3</sup>高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター \*<sup>4</sup>日本赤十字社 高知赤十字病院

\*<sup>5</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院

## I. はじめに

がん対策基本法の施行によりがん対策の枠組みはある程度整備され、がん診療連携拠点病院では、がん相談支援センターの設置、地域医療連携室や退院調整連携パスの充実など、がん患者・家族のニーズに沿った在宅移行支援体制が整いつつある。しかし、それらの機能は、未だ患者のニーズに十分応えられているとは言い難く、終末期がん患者の在宅移行支援においては、タイムリーな介入が課題にあげられている（早瀬ら，2008，井上，2015，東ら，2015）。そのため、終末期がん患者の意思や人生を生き抜くことを尊重した在宅移行支援を体系化することは、未だきわめて重要な課題である。在宅移行に関する研究は、米国においてプログラムが開発され（Coleman, E. A., University of Pennsylvania School of Nursing）、介入研究やケアシステムの開発が数多くされている。わが国では、介入研究はわずかであり（白髭ら，2012）、がん患者の在宅療養の課題と援助方法についての研究が徐々に増加してきている（大川ら，2009，水津ら，2009，立石ら，2010，小野ら，2012，吹田ら，2014）が、評価研究は見当たらない。研究者らは、がん診療連携拠点病院をはじめとする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」（以下、「看護ケア指針」とする）をがん看護専門看護師（以下、がん看護CNSとする）と共に開発した（藤田ら，2011，2012）。この「看護ケア指針」は、患者・家族の権利が守られ自己のもてる力を発揮して在宅移行ができること、終末期がん患者が在宅療養を意思決定し人生を生き抜くことを支援できることを目指し、看護師が取り組むことを支える指針である。

本研究では、開発した「看護ケア指針」をがん診療連携拠点病院で在宅移行支援が必要ながん患者に活用し、その効果と課題を明らかにするとともに、「看護ケア指針」の臨床活用への示唆を得ることを目的とした。

## II. 用語の定義

終末期がん患者：がんに対する治療効果が期待できない状態で、医師により余命6か月以内であることが予測された患者

在宅移行：終末期がん患者・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

在宅移行する終末期がん患者のエンパワーメント：がん患者・家族が自分たちの置かれた状況に気づき、自らの力を発揮し、在宅療養を意思決定して移行することであり、患者とその家族の権利が尊重され、看護師との日常的な相互作用プロセスから形成される。

在宅移行支援：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援助

## III. 研究方法

### 1. 研究対象者

全国5県6ヶ所のがん診療連携拠点病院において、「看護ケア指針」を3～6ヶ月間活用してもらった病棟看護師。

### 2. データ収集方法

1) 共同研究者である6名のがん看護CNSの所属施設の看護部門責任者に研究の主旨、方法、倫理的配慮等を説明し、在宅移行支援が必要な終末期がん患者がいる病棟を複数推薦してもらった。病棟看護師長に説明を行い、病棟での研究について同意が得られた後、病棟看護師を対象に、研究内容や「看護ケア指針」の活用方法、評価方法等について病棟説明会を開催し、説明を行った。

2) 病棟看護師に対して、共同研究者である所属施設のがん看護CNSがファシリテーターとなり、在宅移行支援の必要な終末期がん患者・家族に対して、「看護ケア指針」を3～6ヶ月間活用してもらった。

- 3) 導入に際しては、がん看護CNSと研究者間で「看護ケア指針」の共通理解をはかり、各施設で実行可能な介入方法の意見交換を行い、介入の安定化を図った。また、活用に関する計画書を作成し、研究者らと連携して実施した。
- 4) 「看護ケア指針」の活用終了後、同意が得られた病棟看護師を対象に、グループインタビューおよび無記名自記式質問紙調査を実施した。データ収集期間は、2011年4月～2012年1月であった。
- 5) グループインタビューは、施設ごとに「看護ケア指針」の活用効果および課題について、半構造的インタビューガイドに基づく60分程度のグループインタビューを1回実施した。インタビューは、4～6名を1グループとして、研究者および共同研究者の進行により実施し、研究協力者の許可を得て録音した。調査内容は、「看護ケア指針」の活用で得られた在宅移行支援に必要な知識や援助、在宅移行支援に役立つと思われる内容、病棟で「看護ケア指針」を活用するための工夫や取り組み、「看護ケア指針」の良い点・改善が必要な点とし、自由に語ってもらった。
- 6) 無記名自記式質問紙調査は、「看護ケア指針」活用終了後に、看護師経験年数、がん看護経験年数、所属病棟の診療科、職場での役割、介入した患者・家族の転帰、「看護ケア指針」活用後の気づき（自由記載）について、実施した。

### 3. データ分析方法

グループインタビューの逐語録および質問紙調査における自由記載内容から、「看護ケア指針」の活用効果と課題に関する部分を抽出してコード化し、意味内容の類似性に沿ってカテゴリー化を行った。さらに、「看護ケア指針」の活用効果と「看護ケア指針」の活用上の課題については、抽出したカテゴリーをもとに側面を明らかにした。得られたデータは、質的研究の経験者である研究者全員で分析を行い、真実性と妥当性の確保に努めた。

### 4. 倫理的配慮

高知県立大学研究倫理委員会（看研11-03）および研究協力施設の6医療機関の倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者に、研究の目的と内容、危害を加えられない権利、全面的に情報開示を受ける権利、自由意思による自己決定の権利、プライバシーおよび匿名性・秘密が保護される権利について、文書および口頭で説明し、協力意思のある者にグループインタビューおよび質問紙調査を実施した。

## IV. 結 果

### 1. 研究協力者の概要

6医療機関の14病棟45事例に「看護ケア指針」を活用して在宅移行支援を行った。「看護ケア指針」を活用した49名の看護師を対象にグループインタビューおよび無記名自記式質問紙調査を実施した（表1）。看護師経験年数は、平均8.8年（SD±6.2）であり、がん看護経験年数は5.4年（SD±5.2）であった。「看護ケア指針」を用いて介入した45事例のうち、18事例が在宅移行していた。

表1 研究協力者数と「看護ケア指針」活用事例数

n=49		
医療機関	研究協力者数	「看護ケア指針」活用事例数
A	12名	6例
B	4名	5例
C	4名	10例
D	12名	13例
E	11名	5例
F	6名	6例
合計	49名	45例

### 2. 「看護ケア指針」の活用効果

「看護ケア指針」の活用効果として、【患者・家族のエンパワーメント】【看護師のエンパワーメント】【活用による看護師への波及効果】の3つの側面、28のサブカテゴリーを含む12のカテゴリーが抽出された（表2）。以下、側面は【 】、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉で示す。

表2 「看護ケア指針」の活用効果 n=49

側面	カテゴリー	サブカテゴリー
患者・家族のエンパワーメント	患者・家族が意思統一できる	入院時から在宅の意向や希望を確認できた
		患者・家族の思いが明らかになり意向のずれが調整された
		キーパーソンを中心に家族が意思統一できた
	患者・家族の症状や生活のマネジメント力が強まる	患者・家族と看護師が一緒になって在宅移行の課題や症状緩和の方法を考えることができた
		在宅移行の可能性や具体的な方略等を伝えることで患者家族の力が強まった
	患者・家族の絆が強まる	患者・家族が在宅をめざす中で互いの絆が強まった
	患者・家族が在宅移行の意味を共有できる	患者・家族が終末期を家で過ごす意味に気づくことができた
		家族の悲嘆のケアにつながった
看護師のエンパワーメント	曖昧だった支援に自信がもてる	在宅移行支援を行うには関係性の構築がいかに大切であるかに気づけた
		「看護ケア指針」を使うことで看護の統一や情報の共有ができる自信がもてた
		一次アセスメントによって在宅移行のための支援が必要な患者を選択できる自信がもてた
		「看護ケア指針」を使うことで在宅移行支援に必要な情報をぬかりなく確認できる自信がもてた
	支援に取り組む積極性が芽生える	これまでの取り組みを振り返り終末期がん患者も在宅移行できるという視点が芽生えた
		終末期がん患者の在宅移行を支援しようという看護師自身の意識が高まった
		家族への関わりをもつという意識が芽生えた
	支援に必要なアセスメントと介入の視点がわかる	「看護ケア指針」を使うことで終末期がん患者の在宅移行支援に必要なアセスメントの視点がわかった
		在宅療養で予測される問題状況の把握と具体的な支援の方法がわかった
	支援に取り組む看護の手ごたえを得る	病状を予測し意図的に早期から在宅移行のための支援を進めることの効果を体験した
		「看護ケア指針」を糸口に話しにくい内容や考えを患者・家族に聞くことができた
		在宅移行のための支援に取り組むことで看護の達成感を得ることができた
		在宅移行のための支援として自分たちがおこなっていた看護を意味づけることができた
支援における協働の手がかりをつかむ	多職種との協働によって在宅移行のための支援を進めるという体験ができた	
	在宅移行支援では医師や退院調整担当者との協働が重要であることを実感した	
看護師教育への活用に期待がもてる	「看護ケア指針」を利用することで経験の浅い看護師でも在宅移行支援できるという期待をもてた	
効果 看護師活用による波及	療養場所の移行を支援する方策が増える	在宅移行する患者に限らずケアに利用できる方策が増えた
		終末期がん患者に限らず在宅移行支援に利用できる方策が増えた
	在宅移行支援に限らず看護の力が高まる	在宅移行支援に限らず自分の看護の力を高めることにつながった

### 1) 【患者・家族のエンパワーメント】

【患者・家族のエンパワーメント】は、「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援により、終末期がん患者・家族が自分たちの置かれた状況に気づき、自らの力を発揮し、在宅療養を意思決定して移行することであり、《患者・家族が意思統一できる》、《患者・家族の症状や生活のマネジメント力が強まる》、《患者・家族の絆が強まる》、《患者・家族が在宅移行の意味を共有できる》の4つのカテゴリから構成された。《患者・家族が意思統一できる》は、入院時から患者の在宅療養への希望を確認することができ、患者・家族の不安や意向のずれが明確になることで、患者・家族内での調整が進み、意思の統一ができたことであり、3つのサブカテゴリが含まれた。《患者・家族の症状や生活のマネジメント力が強まる》は、患者・家族と一緒に自宅での生活や症状マネジメントの課題や方法を考え、在宅移行の可能性や方略を伝えることで、患者・家族が力を発揮できたことであり、2つのサブカテゴリが含まれた。《患者・家族の絆が強まる》は、患者・家族が在宅での療養を目指す中でお互いの絆が深まり、家族の団結力や希望を支える力が強まったことであり、1つのサブカテゴリが含まれた。《患者・家族が在宅移行の意味を共有できる》は、在宅療養を通して、患者と家族が残された時を家で過ごす意味に気づくことができ、家族の悲嘆のケアにつながったことであり、2つのサブカテゴリが含まれた。

### 2) 【看護師のエンパワーメント】

【看護師のエンパワーメント】は、「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援により、終末期がん患者・家族への在宅移行支援に関する看護師の看護実践力が高められることであり、《曖昧だった支援に自信がもてる》、《支援に取り組む積極性が芽生える》、《支援に必要なアセスメントと介入の視点がわかる》、《支援に取り組む看護の手ごたえを得る》、《支援における協働の手がかりをつかむ》、《看護師教育活用への期待がもてる》の6つのカテゴリから構成された。《曖昧だった支援に自信がもてる》は、在宅移行支援において、患者・家族との関係性の構築をはじめ、看護の情報共有や

統一、必要な情報の抜かりない確認や必要な支援の明確化ができ、自信が持てたことであり、4つのサブカテゴリが含まれた。《支援に取り組む積極性が芽生える》は、在宅移行支援の取り組みを振り返り課題が明確化できたことにより、終末期がん患者でも在宅移行が可能なが分かり、在宅移行支援に向けた看護師の覚悟と意識が高められたことであり、3つのサブカテゴリが含まれた。《支援に必要なアセスメントと介入の視点がわかる》は、終末期がん患者の在宅移行支援に必要なアセスメントの視点がわかり、在宅療養で予測される問題状況の把握や具体的な支援方法が理解できたことにより、自信がもてたことであり、2つのサブカテゴリが含まれた。《支援に取り組む看護の手ごたえを得る》は、「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援への取り組みを通して、話しにくいことを患者・家族に聞くことや家族のもつ力に気づくことができ、早期からの意図的な在宅移行支援の効果を実感できたこと、また、自分たちの看護実践を意味づけできたことにより、看護の達成感が得られたことであり、5つのサブカテゴリが含まれた。《支援における協働の手がかりをつかむ》は、多職種との協働により在宅移行支援が進んだことを通して、多職種との協働の重要性を実感し、在宅移行支援における多職種との協働の手がかりが得られたことであり、2つのサブカテゴリが含まれた。《看護師教育への活用へ期待がもてる》は、経験の浅い看護師に対する教育に活用することができ、在宅移行を支援する力の向上が期待できたことであり、1つのサブカテゴリが含まれた。

### 3) 【活用による看護師への波及効果】

【活用による看護師への波及効果】は、「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援により、終末期がん患者・家族の在宅移行支援に留まらず、他の患者の在宅移行支援や普段の看護実践力高められることであり、《療養場所の移行を支援する方策が増える》、《在宅移行支援に限らず看護の力が高まる》の2つのカテゴリから構成された。《療養場所の移行を支援する方策が増える》は、「看護ケア指針」の活用により、在宅移行する患者や終末期がん患者に限ら

ず、療養場所の移行支援に用いることができる  
 方策が増えたことであり、2つのサブカテゴリー  
 が含まれた。《在宅移行支援に限らず看護のカ  
 が高まる》は、在宅移行支援に限らず、看護の  
 視野が広がり、力を高めることにつながったこ  
 とであり、1つのサブカテゴリーが含まれた。

### 3. 「看護ケア指針」活用上の課題

「看護ケア指針」活用上の課題として、【看  
 護実践能力の向上の必要性】 【がん終末期なら  
 ではの困難性】 【社会的要因】 【システムの未  
 整備】 の4つの側面、24のサブカテゴリーを含  
 む10のカテゴリーが抽出された（表3）。

表3 「看護ケア指針」活用上の課題 n=49

側面	カテゴリー	サブカテゴリー
看護実践能力の向上の必要性	支援の糸口がつかめない	在宅療養のための支援のとっかかりがわからない
		在宅移行に関する経験が不足しているため、スムーズに進められない
		在宅移行支援についての知識がないので効果的に関われない
	在宅移行支援や在宅療養支援に習熟していない	在宅療養や移行について適切に説明することができない
		在宅移行に向けて患者・家族の希望や意見を調整する力が不足している
		症状に対応する力の判断がうまくできない
	在宅移行支援に積極的になれない	在宅移行支援のための支援に積極的ではない
		在宅移行支援に関して意識がない
	関係者での連携が図れない	他職種との連携が図れない
		看護師間で在宅移行支援の取り組み方に差がある
がん終末期ならではの困難性	終末期の状態の不安定さに対応しきれない	終末期の全身状態の変化や症状に伴う不安のため在宅移行が進まない
		予後予測がわからないので、終末期にあることが判断できない
	患者と医療者が共通の目標をもてない	医療者と患者で共通の目標をもてない
	ふみこんだ話ができない	終末期であることを意識させるような話ができない
		経済的なことを患者家族に聞けない
	患者家族とのコミュニケーションがとれていないので踏み込んだ話ができない	
社会的要因	終末期患者は入院という固定観念がある	患者家族が療養場所について考えることができない
		終末期患者は入院で過ごすという医療者のイメージが強い
	核家族化や家族関係の希薄化による影響をうける	家族と会う機会がないため在宅移行支援が進まない
		家族の介護負担の大きさを心配して、在宅移行を希望しない
システムの未整備	在宅移行や在宅療養を支えるための体制が不十分である	在宅療養についての看護教育を受ける機会が少ない
		自分たちの行った在宅移行支援の評価が得られないことで自信がもてない
		「看護ケア指針」に取り組むための時間的余裕がない
		ツールを使って看護することに慣れていない

## 1) 【看護実践能力の向上の必要性】

【看護実践能力の向上の必要性】は、「看護ケア指針」を活用するうえで、在宅移行支援や在宅療養支援の基盤となる看護実践能力の向上が必要になることであり、《支援の糸口がつかめない》、《在宅移行支援や在宅療養支援に習熟していない》、《在宅移行支援に積極的になれない》、《関係者での連携が図れない》の4つのカテゴリーから構成された。《支援の糸口がつかめない》は、在宅移行支援における経験や知識の不足により、患者家族に何を聞きどのように取り組んだらよいか、支援の糸口がつかめず、効果的な支援につながらないことであり、3つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅移行支援や在宅療養支援に習熟していない》は、入院後すぐに在宅移行に関するアセスメントができず、在宅移行支援や在宅療養支援に関する知識や患者・家族の意向を調整する力、症状に対応する力が不足していることであり、3つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅移行支援に積極的になれない》は、看護師が「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援に取り組む気持ちがないうことや尻込みすることであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。《関係者での連携が図れない》は、在宅移行支援において、連携方法が分からないことやコミュニケーション不足、知識や専門性の違いから他職種との連携が図れないこと、看護師間で取り組みに差が生じることであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。

## 2) 【がん終末期ならではの困難性】

【がん終末期ならではの困難性】は、「看護ケア指針」を活用するうえで、終末期にあるがん患者への看護実践において体験される困難であり、《終末期の状態の不安定さに対応しきれない》、《患者と医療者が共通の目標をもてない》、《ふみこんだ話ができない》の3つのカテゴリーから構成された。《終末期の状態の不安定さに対応しきれない》は、全身状態の変化や精神面への影響など患者の状態が不安定であり、予後の見通しがつかないため在宅移行が進まないことであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。《患者と医療者が共通の目標をもてない》は、今後の見通しや積極的治療の目標において、患者と医療者で共通の目標をもつことが

できないことであり、1つのサブカテゴリーが含まれた。《ふみこんだ話ができない》は、患者や家族とコミュニケーションがとれていないため、死を意識させるような話や経済的な話など、ふみこんだ話ができないことであり、3つのサブカテゴリーが含まれた。

## 3) 【社会的要因】

【社会的要因】は、「看護ケア指針」を活用するうえで、問題となる社会背景であり、《終末期患者は入院という固定観念がある》、《核家族化や家族関係の希薄化による影響をうける》の2つのカテゴリーから構成された。《終末期患者は入院という固定観念がある》は、患者・家族だけでなく医療者も終末期患者は入院で過ごすというイメージを強く持っており、患者・家族も療養場所を考えることができないことであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。《核家族化や家族関係の希薄化による影響をうける》は、医療者が入院中に家族と会う機会がないことや患者・家族が介護負担を心配することにより、在宅移行が進まないことであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。

## 4) 【システムの未整備】

【システムの未整備】は、「看護ケア指針」を活用し、在宅移行や在宅療養を支えるシステムが十分に整えられていないことであり、《在宅移行や在宅療養を支えるための体制が不十分である》の1つのカテゴリーから構成され、4つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅移行や在宅療養を支えるための体制が不十分である》は、在宅移行支援について、看護師が教育を受ける機会や在宅移行支援の評価を得る機会がなく、時間的余裕や看護にツールを用いる習慣もないことから、在宅療養を支える看護体制が不十分なことであった。

表4 「看護ケア指針」活用上の方策 n=49

カテゴリー	サブカテゴリー
「看護ケア指針」を使う時のルールを決める	「看護ケア指針」を使うときのコツを共有する
	「看護ケア指針」を教育ツールとして活用する
	「看護ケア指針」を一人で使わず複数で使用する
	在宅移行支援に向けて指針の活用を勧める
在宅移行支援に関する基礎知識を身につける	在宅移行支援についての看護師の理解を深める
	在宅移行支援についての看護師の意識を高める
	在宅移行支援に向けてアセスメントできる力を高める
	患者の状況をみながらほしい情報を引き出す力を高める
多職種連携がとれるよう調整力をつける	自分と患者の信頼関係を深める
	多職種間で連携がとれるように調整する
	患者さんや家族にあわせた説明の工夫を行う
患者家族の療養場所の選択を支える	患者・家族の状況や理解度にあわせて十分に話し合う
	在宅移行支援に向けて共通の目標をもつ
在宅移行支援の時機を見定める	在宅移行支援に向けて早い時期から介入を始める
	優先順位を決めて取り組む
	勢いによって在宅移行にむけた支援をする
在宅療養を促進するためのシステムを作る	在宅療養のための支援体制を整備する
	在宅療養をサポートするための体制を整備する

#### 4. 「看護ケア指針」活用上の方策

「看護ケア指針」活用上の方策として、18のサブカテゴリーを含む6つのカテゴリーが抽出された(表4)。《「看護ケア指針」を使う時のルールを決める》は、「看護ケア指針」活用のコツを共有し複数の看護師で使用することや在宅移行支援が必要な患者から指針の活用を勧めるなど、「看護ケア指針」を活用するときのルールを決めることであり、4つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅移行支援に関する基礎知識を身につける》は、看護師が在宅移行支援に関するイメージや必要な知識を深め、意識やアセスメント力、患者から必要な情報を引き出す力を高めることであり、4つのサブカテゴリーが含まれた。《多職種連携がとれるよう調整力をつける》は、看護師が患者と信頼関係を構築し、患者・家族にあわせた説明を行うとともに、多職種と連携がとれるように調整力を身につけることであり、3つのサブカテゴリーが含まれた。《患者家族の療養場所の選択を支える》は、在

宅移行について患者・家族がイメージできるように説明し、理解や気持ちにあわせて十分に話し合い、共通の目標を持つことができるように支援することであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅移行支援の時機を見定める》は、早い時期から優先順位をつけてタイミングよく在宅移行に向けた支援を行うことであり、3つのサブカテゴリーが含まれた。《在宅療養を促進するためのシステムを作る》は、在宅移行のための患者・家族の支援体制と退院後の生活を把握し在宅療養を支援する体制を整備することであり、2つのサブカテゴリーが含まれた。

## V. 考 察

### 1. 「看護ケア指針」の活用効果

#### 1) 患者・家族のエンパワーメント

結果より、患者・家族のエンパワーメントのカテゴリーが抽出されたことから、45事例のうち在宅移行したのは18事例であったが、在宅移



る」としている。そして、看護師側に生じたエンパワメントを評価する視点として、看護師の力量の高まり（支援技術、対象との関係性構築能力、他職種との連携能力など）、看護師自身の自己効力感の高まり、かかわりを通じて看護師自身が学習を推進されたなどの視点を挙げている。本調査において、看護師は多職種との協働の重要性を実感し、『支援における協働の手がかりを得（る）』ていた。このことから、看護師は、自己効力感や課題に取り組み学習を推進する力だけでなく、多職種チームで患者の病状や課題、方針を共有する連携能力も高められたと推察された。以上のことから、「看護ケア指針」を活用した在宅移行の支援プロセスを通して、終末期がん患者・家族と看護師双方のエンパワメントにつながったと考えられた。

## 2. 「看護ケア指針」の活用上の課題と方策

「看護ケア指針」の活用上の課題として、在宅移行支援における看護実践能力やがん終末期ならではの困難性、現状のシステムなど看護ケアそのものにかかわる課題、社会的課題が明らかになった。これらは、在宅移行支援における課題であり、看護師に対して「看護ケア指針」を活用するうえで基盤となる在宅移行支援に関する教育の必要性を示唆している。また、明らかになった6つの方策は、在宅移行支援への方策でもあり、「看護ケア指針」をツールとして在宅移行支援の充実を図ることができると考えられる。

看護実践能力の向上の必要性やシステムの未整備は、活用上の方策を充実することで解決が期待できる。しかし、がん終末期ならではの困難性や社会的要因が複雑に関係するケースでは、より高度な実践が必要になるため、がん看護CNSなどがリソースとなり、ファシリテーター役割を担うことで看護師の実践を支援することが必要である。また、患者・家族だけでなく医療者も終末期患者は入院で過ごすという固定観念があるという課題については、在宅医療に関する情報を広く発信する取り組みや、在宅療養システムの充実が必要である。そのためには、組織として在宅移行支援に取り組むことが不可欠であると考えられる。

## 3. 「看護ケア指針」の臨床活用への示唆

本研究の結果、「看護ケア指針」を活用した在宅移行支援を通して、終末期がん患者・家族だけでなく、看護師も相互作用により自己効力感が高められ、エンパワメントされていることが明らかになった。これには、看護師が実践した看護を丁寧に振り返り、意味づける過程があったと考えられた。そのため、病棟看護師が1事例ごとに、患者・家族のエンパワメントと看護師自身のエンパワメントの視点から、介入効果を評価していくことの重要性が示唆された。一方で、「看護ケア指針」活用上の課題から、病棟看護師が、看護実践能力の向上の必要性や自信のなさを感じていること、終末期がん患者との対話や円滑な支援に向けた調整などに課題を感じていると考えられた。このことから、チーム全体で在宅移行支援に取り組むことが不可欠と考えられた。そのためには、病棟看護師が、「看護ケア指針」を活用して終末期がん患者・家族の在宅移行支援を実践し、介入効果を実感できるように、がん看護CNSがファシリテーターの役割を担う必要性が示唆された。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本調査は、病棟および外来という場で患者・家族のエンパワメントについて評価しているため、在宅移行支援においては、移行後の療養先での生活の質の評価をしなければ、真の介入評価とは言えない。また、研究への協力をいただいた6施設の在宅移行支援における環境の相違により、結果に偏りが生じた可能性がある。今後は、「看護ケア指針」の臨床活用に向けて、移行先の地域の多職種との連携についても検討し、研究機関と臨床-地域の連携システムを構築していく必要があると考える。

## VII. 結 論

本研究は、「看護ケア指針」をがん診療連携拠点病院で在宅移行支援が必要ながん患者に活用し、その効果と課題を明らかにすることを目的に研究を行った。その結果、活用効果について、【患者・家族のエンパワメント】【看護

師のエンパワーメント】【活用による看護師への波及効果】の3側面と12のカテゴリーが明らかになった。「看護ケア指針」活用上の課題は、【看護実践能力の向上の必要性】【がん終末期ならではの困難性】【社会的要因】【システムの未整備】の4側面と10のカテゴリー、「看護ケア指針」活用上の方策として、《「看護ケア指針」を使う時のルールを決める》《在宅療養に関する基礎知識を身につける》《多職種連携がとれるよう調整力をつける》《患者家族の療養場所の選択を支える》《在宅移行支援の時機を見定める》《在宅療養を促進するためのシステムを作る》の6カテゴリーと18のサブカテゴリーが明らかになった。「看護ケア指針」の臨床活用に向けて、患者・家族のエンパワーメントと看護師のエンパワーメントの視点から介入効果を丁寧に評価していくこと、看護師が、終末期がん患者・家族の在宅移行支援を実践し、介入効果を実感できるようにがん看護CNSが役割を担い、チーム全体で取り組む必要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究にご協力頂いた研究協力者の皆様、研究協力者をご紹介いただきました研究協力施設の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究は、科学研究費助成事業（基盤研究B研究課題番号21390583）の助成を受けて実施した研究の一部である。また、本研究の一部を第28回日本がん看護学会学術集会で発表した。本研究における申告すべき利益相反はない。

## <引用文献>

Coleman, E. A. : The care transitions program.

<<https://caretransitions.org>>

(参照2018-3-3)

藤田佐和, 北添可奈子, 池田久乃他 (2011). 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 在宅移行の支援に焦点を当てて. 日本看護科学学会学術集会講演集, 31, 470.

藤田佐和, 府川晃子, 森下利子他 (2012). 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と適用. 日本

看護科学学会学術集会講演集, 32, 174.

Hagiwara E, Tamae F (2013). A Concept analysis: Empowerment in cancer patients. Kitakanto Med J, 63(2), 165-174.

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.

東清巳, 日浦瑞枝 (2015). 高齢終末期がん患者の在宅移行支援と課題 がん診療連携拠点病院における病棟看護師の経験から. 日本地域看護学会誌, 18(1), 75-81.

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.

桑原あみ, 高山望 (2017). エンパワーメント. 野川道子. 看護実践に活かす中範囲理論 (第2版), 374-376. 東京: メヂカルフレンド社.

大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和他 (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.

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.

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, 藤田佐和他 (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.

田村由美, 池西悦子 (2014). 看護の教育・実践にいかすりフレクション 豊かな看護実践

を拓く鍵, 19. 東京: 南江堂.  
立石容子, 児浦博子, 原田かおる他 (2010).  
担癌患者における円滑な在宅移行のための看護  
師間連携モデルの開発と評価 療養者とその  
家族のアンケートに基づく分析. 日本看護

学会論文集: 地域看護, 40, 133-135.  
University of Pennsylvania School of Nursing  
: Transitional care model.  
<[https://www.nursing.upenn.edu/ncth/  
transitional-care-model/](https://www.nursing.upenn.edu/ncth/transitional-care-model/)> (2018-3-3閲覧)