

地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な 外来看護支援モデルの評価

小原(武島)弘子¹、森本悦子²、宗澤紀子³、湯浅幸代子⁴、小山裕子⁵

(2023年9月25日受付, 2023年12月13日受理)

Evaluating the comprehensive outpatient nursing support model for latter-stage elderly patients with cancer regularly visiting regional general hospitals

Hiroko TAKESHIMA KOHARA¹, Etsuko MORIMOTO², Noriko MUNEZAWA³,
Sayoko YUASA⁴, Yuko KOYAMA⁵

(Received : September 25, 2023, Accepted : December 13, 2023)

要 旨

本研究の目的は、我々が開発した「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」(以下支援モデル)について、実践現場での運用における問題点および改善点を明らかにし、支援モデルを修正することであった。がん看護分野の専門家に対し、支援モデルの運用における問題点および改善点について、インタビュー調査を行った。支援モデル運用における問題点は、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】【スタッフ間の情報共有の難しさ】など、5つのカテゴリに分けられた。支援モデルを実践現場で運用するためには、外来看護の業務改善、多職種間の情報共有システムの整備、老年期の発達課題を踏まえた意思決定支援ができる外来看護師の育成が必要と考えられた。

キーワード：がん患者、がん看護、後期高齢者、外来看護

Abstract

This study aimed to clarify the problems and areas of improvement in operating the “comprehensive outpatient nursing support model for latter-stage elderly patients with cancer who regularly visit regional general hospitals” (henceforth referred to as support model) on practical sites, which we have developed, and strategies to modify the support model. We focused on conducting an interview survey with experts in the field of cancer nursing to identify the problems and areas of improvement in operating the support model. The problems associated with operating the support model were divided into five categories, including “difficulties in nursing support in cooperation with outpatient nurses” and “difficulties in information sharing among staff members.” To operate the support model on practical sites, it was considered necessary to improve outpatient nursing duties, establish an interprofessional information sharing system, and nurture outpatient nurses who can support decision making based on developmental issues with old age.

Key words : cancer nursing, cancer patients, elderly, outpatients nursing

¹ 高知県立大学看護学部 講師 博士

² 甲南女子大学看護リハビリテーション学部 教授 博士

³ 文京学院大学看護学部 准教授 博士

⁴ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部 講師 博士

⁵ 高知県立大学看護学研究所 博士後期課程 修士

I. 研究の背景

我が国の高齢化、特に75歳以上人口の割合は増加傾向が続き、2070年には25.1%、約4人に1人が75歳以上となると予測されている（内閣府、2023）。また、がん治療の高度化は治療継続による生存期間の延長をもたらす、今後の高齢化人口の増加に伴って、75歳以上の後期高齢者における、がんの罹患患者数に占める割合の更なる増加も見込まれる。このことは、加齢に伴う身体的かつ認知機能の低下や複数の併存疾患を有する後期高齢患者が、在宅での生活を維持しながら、外来治療を受ける状況の拡大をもたらす。外来がん治療の主体は薬物療法であるが、高齢者に対しては、患者個々の余命や治療の忍容性、併存疾患の有無や価値観、リスク評価などを総合的に行ったうえでの治療の意思決定が必要とされる。また脆弱な身体機能によって、成人よりも有害事象が強く現れるリスクも高く、看護師は、高齢者に対してより心身の個別性に応じた支援が求められる。

我々は、高齢者が多く居住する地域の一般病院の外来看護に着目し、後期高齢がん患者がその人らしい生活を維持しながら外来治療を継続することを支える支援モデルを開発した（森本、2020）。治療による心身の諸機能への影響を踏まえ、高齢者の質の高い日常生活の維持を目指すため、病院内の医療職に加え地域で関わる人々との連携を組み込むモデルであり、その際は外来看護師が重要な役割を果たすと考える。

しかし、支援モデルを実際に運用するには、地域で暮らす後期高齢がん患者の個別性や、外来で働く看護師の人員配置・業務の煩雑さ等、考慮すべき課題が残されている。開発した外来看護支援モデルの実質的な有用性を高めるために、支援モデルの評価を通して洗練を図ることが必要である。そこで、本研究の目的は、我々が開発した「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」（以下支援モデル）について、実践現場での運用における問題点および改善点を明らかにし、実践現場での活用に向け支

援モデルを修正することである。

II. 「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」の概要

本支援モデルは、先行研究（石橋・森本・小山、2020；小山・森本・石橋、2019；森本・石橋・小山、2018）を経て開発したものである。本支援モデルに基づいた看護を提供し、外来で通院治療を受けている75歳以上のがん患者（以下後期高齢がん患者）が、がん治療を継続しながらも、地域でのその人らしい日常生活を維持できることを目指す。

本支援モデルは、後期高齢がん患者において、外来での通院治療の開始から通院治療の中止までの期間が適用範囲であり、この期間をⅠ期～Ⅲ期に区分している。Ⅰ期とは、外来治療開始期である。初回発生のがんに対する治療の時期を経た後期高齢がん患者は、その後、外来での経過観察を続けつつ、再発予防や追加治療として内服抗がん剤等の適応となることが多い。外来での内服抗がん剤治療において、患者は、厳格な服薬管理および副作用対策が求められる。後期高齢がん患者は、加齢による身体の予備力の低下および多疾患の併存による影響がある中で、自宅にて、抗がん剤服用における厳格な服薬管理および副作用対策を行う。Ⅱ期とは、通院維持期である。後期高齢がん患者は引き続き、厳格な服薬管理の継続および副作用症状への対応を求められる。このような中、明らかな身体的な機能低下とともに気力も徐々に低下し、自力での日常生活活動に支障が生じる場面の出現が予想される。Ⅲ期とは、移行変換期である。移行変換期は、外来通院が困難となり、内服抗がん剤等による治療の継続の中止や、通院ではなく在宅医療への移行というように、複数の選択肢から意思決定を行い、少しずつ終末期を現実的に見据えなければならない時期である。患者は、抗がん剤治療を受けることを希望と考え通院しているため、治療中には医療者や家族と介

護や看取りの話し合いができないことも予想される。

各時期において、一般病院の外来を主たる活動の場としているがん看護専門看護師、もしくはがん看護領域の認定看護師がコアナースとなり、外来看護師、病院内および病院外の専門職らが連携・協働して、後期高齢がん患者に、7つの支援指針に基づいた複合的な支援を提供する。図1に、修正前の支援モデルの各時期における、患者の課題、支援指針、支援目標、支援モデルにかかわる専門職を示す。

I期からII期、II期からIII期への移行の判断には、Belleraら(2012)が開発したGeriatric 8の日本語版(Japan Clinical Oncology Group高齢者研究委員会)(以下G8)およびLawton & Brody(1969)が開発した手段的日常生活活動尺度(以下

IADL尺度)を用いる。G8は、食事量、過去3か月間における体重減少、可動性、神経・精神的問題、Body Mass Index (BMI) 値、処方薬数、健康状態、年齢の8項目からなり、合計は0から17点の間にある。点数が高いほど、健康状態は良好であることを示す。カットオフ値は14点である。IADL尺度は、買い物、電話対応、家事(女性のみ)、食事の準備(女性のみ)、洗濯(女性のみ)、移動、服薬の管理、金銭の管理の8項目からなり、男性の合計は0から5点、女性の合計は0から8点である。点数が高いほど自立度が高いと評価される。カットオフ値は設定されていない。本支援モデルにおいて、合計点数ではなく、各評価項目の推移から、自宅における日常生活活動の自立状況を把握し、I期からII期、II期からIII期への移行の判断を行う。

支援モデルの適用時期		I期. 外来治療開始期	II期. 通院維持期	III期. 移行変換期
患者の課題		①加齢に伴う心身の機能低下とがん治療に伴う身体的な影響を受ける ②日常生活に治療の管理を組み込む	①治療継続による心身の影響が活動性の低下に繋がる ②身体機能や気力の低下をきたしやすい ③徐々に周囲からの生活支援が必要となる	①治療や療養生活の変換を自覚し意思決定する ②終の過ごし方に向けての家族や介護者との調整が必要となる
支援目標		外来通院での治療に関わる困難を解決し、その人らしく安定した療養生活を送ることができる	治療や外来通院を継続しながらの生活上の変化や新たな困難を解決し、心身の機能の変調や暮らし方の変化に周囲の支援を獲得しつつ対応できる	病状や暮らしについて今後の成り行きに関する適切な情報を獲得し、納得のいく治療・療養生活の選択ができる
各時期における支援指針の適用範囲	①加齢に加えがんと治療に伴う心身への影響の査定			
	②外来通院治療継続に関わる医療・看護的な支援			
	③治療継続に必要な周囲の環境や家族に関する情報収集			
	④必要となる可能性のある他の専門的な支援についての準備			
	⑤予想される心身の機能低下といずれ来る終い方についての患者と家族の思いの把握			
	⑥希望するこれからの医療との関わり方や日々の暮らし方についての意思決定の支援			
	⑦介護に携わる関連職種への情報提供などの連携と介入			
支援モデルに関わる専門職間の連携・協働		<p>コアナース: 外来を拠点とするがん看護専門看護師/がん領域認定看護師</p>		

図1 修正前「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」

III. 研究方法

まず、がん看護分野の専門家に対し、本支援モデルの実践現場での活用に向け、運用における問題点および改善点についてのインタビュー調査を行った。次に、インタビュー調査の結果をもとに、研究者間で支援モデルを修正した。

1. がん看護分野の専門家へのインタビュー

1) 研究対象者

一般病院の外来にて、正職員として勤務しているがん看護専門看護師、あるいはがん領域の認定看護師を対象とした。対象者の確保において、研究者の個人ネットワークを用い対象者の要件に合う研究対象候補者を選定した。

2) データ収集期間

2022年12月～2023年2月

3) データ収集方法

研究協力の同意が得られた研究対象者に対し、インタビュー調査を実施した。研究対象者は、事前に研究者から郵送された支援モデルを熟読したうえでインタビュー調査に参加した。インタビュー内容は、1) 支援モデルの目的・概要についての全体的な内容の理解について、2) 自施設での支援モデル運用における問題点について、3) 支援モデルの改善点についてであった。研究対象者がこれらについての意見を自由に語れるよう問いかけた。インタビュー方法は、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、研究対象者の希望に沿って、対面でのインタビュー方法、あるいは、オンライン会議システムを用いたインタビュー方法を実施した。インタビュー内容は、研究対象者の同意を得て、ICレコーダーに録音した。オンライン会議システムを用いたインタビュー方法を希望された場合も、オンライン会議システム上での録音は行わず、研究者側に設置したICレコーダーに録音した。

4) データ分析方法

録音した音声データを逐語録にし、研究対象者が語った内容を繰り返し読み理解した。研究対象者ごとに、逐語録から支援モデル運用に際しての問題点および改善点に関する記述を抽出した。研究対象者を超えて、同じ意味の記述をまとめた。

5) 倫理的配慮

インタビュー調査について、甲南女子大学研究倫理委員会の承認（承認番号：2022016）を受け実施した。

2. 支援モデルの修正

支援モデル運用における問題点および改善点に関する分析結果をもとに、研究者間で討議し、支援モデルを修正した。

IV. 結果

1. がん看護分野の専門家へのインタビュー

1) 研究対象者の概要

研究対象者の概要を表1に示す。研究対象者は5人であった。外来看護師経験年数は2年～8年であった。5人のうち2人はがん看護専門看護師、2人はがん看護関連認定看護師、1人はがん看護専門看護師およびがん看護関連認定看護師であった。

2) 分析結果

(1) 支援モデル運用における問題点

支援モデル運用における問題点は、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】【外来での情報収集の難しさ】【スタッフ間の情報共有の難しさ】【移行変換期における意思決定支援の難しさ】【モデル適用患者を選定することの難しさ】の5つのカテゴリに分けられた(表2)。以下、カテゴリを【 】,サブカテゴリを『 』、対象者の発言を「 」で示す。

【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】において、『外来看護師は多忙なため今後の療養生

表1 対象者の概要

対象	OCNS/がん関連 CN 経験年数	外来看護経 験年数	病院の特徴
A	OCNS : 13 年	7 年	地域がん診療拠点病院、OCNS1 名、がん関連 CN 計 3 名
B	OCNS : 12 年	6 年	地域がん診療拠点病院、OCNS2 名、がん関連 CN 計 3 名
C	がん関連 CN : 6 年	6 年	地域がん診療拠点病院、OCNS5 名、がん関連 CN 計 4 名
D	OCNS : 1 年 がん関連 CN : 12 年	2 年	OCNS1 名
E	がん関連 CN : 10 年	8 年	地域がん診療拠点病院、OCNS2 名、がん関連 CN 計 2 名

OCNS, がん看護専門看護師, CN, 認定看護師

表2 支援モデル運用における問題点

外来看護師と協力した看護支援の難しさ	外来看護師は多忙なため今後の療養生活の希望や家族間での話し合いの状況を聞く時間を持つことが難しい
	外来看護師は日々の担当部署が変更になることが多く継続的に外来患者にかかわることが難しい
外来での情報収集の難しさ	外来の限られた時間に多くの情報を収集することは難しい
	外来通院時に家族の治療に対する思いや捉え方を聞くことは難しい
スタッフ間の情報共有の難しさ	療養の場の移行に伴う病棟・外来間での情報共有が難しい
	外来スタッフそれぞれが得た情報についてスタッフ全員で共有することが難しい
	ACP を踏まえた医師と患者との話し合いについての情報を得ることが難しい
	患者の意向や病状変化の情報をタイムリーに情報共有することが難しい
	外来看護師が主体的に病院内の他職種と情報共有をすることが難しい
移行変換期における意思決定支援の難しさ	治療＝希望と考えて通院しているため移行変換期への意思決定支援が難しい
	通院維持期では副作用の重症化によって入院を繰り返すため意思決定支援が難しい
モデル適用患者を選定することの難しさ	高齢のがん患者は多数いるが全員に対応することは難しい
	支援が必要な患者をスクリーニングすることが難しい

活の希望や家族間での話し合いの状況を聞く時間を持つことが難しい』『外来看護師は日々の担当部署が変更になることが多く継続的に外来患者にかかわることが難しい』の2つのサブカテゴリが含まれていた。例えば、『外来看護師は多忙なため今後の療養生活の希望や家族間での話し合いの状況を聞く時間を持つことが難しい』について、対象者は、「コロナ患者への対応で外来看護師は多忙な状況があり多くの協力を依頼することは現実的に難しい。」(ケースA)と発言していた。

【外来での情報収集の難しさ】において、『外来の限られた時間に多くの情報を収集することは難しい』『外来通院時に家族の治療に対する思いや捉え方を聞くことは難しい』の2つのサブカテゴリが含まれていた。例えば、『外来の限られた時間に多くの情報を収集することは難しい』について、「外来は、患者さんにとっても限られた時間だと思う。その中で多くの情報を取るのには難しい。必要最低限の情報は必要だけれど、本当に表面上だけの情報収集になっている。深く掘り下げて情報を聞いていけるのかが大きな課題。」(ケースC)と発言していた。

【スタッフ間の情報共有の難しさ】において、『療養の場の移行に伴う病棟・外来間での情報共有が難しい』『外来スタッフそれぞれが得た情報についてスタッフ全員で共有することが難しい』『ACPを踏まえた医師と患者との話し合いについての情報を得ることが難しい』『患者の意向や病状変化の情報をタイムリーに情報共有することが難しい』『外来看護師が主体的に病院内の他職種と情報共有をすることが難しい』の5つのサブカテゴリがあった。例えば、『ACPを踏まえた医師と患者との話し合いについての情報を得ることが難しい』について、対象者は、「ACPに取り組み始めて、ACPについて記録に残して共有をしようとしているが、医師がどういう説明をしたかがカルテに見えないことがある。」(ケースB)と発言していた。

【移行変換期における意思決定支援の難しさ】

において、『治療＝希望と考えて通院しているため移行変換期への意思決定支援が難しい』『通院維持期では副作用の重症化によって入院を繰り返すため意思決定支援が難しい』の2つのサブカテゴリが含まれていた。例えば、『通院維持期では副作用の重症化によって入院を繰り返すため意思決定支援が難しい』について、対象者は、「通院維持期で、結構、レジメンの変更が生じて、その都度意思決定が必要なことがある。食欲不振とか倦怠感の副作用が重症化したりすることもある。(意思決定支援)はなかなか(難しい)。」(ケースB)と発言していた。

【モデル適用患者を選定することの難しさ】において、『高齢のがん患者は多数いるが全員に対応することは難しい』『支援が必要な患者をスクリーニングすることが難しい』の2つのサブカテゴリが含まれていた。例えば、『高齢のがん患者は多数いるが全員に対応することは難しい』について、「私の規模の病院でも後期高齢者の患者さんは多く、自分がコアパーソンとして関わるとなると、全員にこのモデルを使用するのは、果たしてどこまでできるか。」(ケースD)と発言していた。

(2) 支援モデルの改善点

支援モデルの改善点は、【加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更】【地域の社会資源の実情に合わせた在宅スタッフとの連携・協働】【ツールを用いた評価時期の変更】の3つのカテゴリに分けられた(表3)。以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを『 』、対象者の発言を「 」で示す。

【加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更】において、『高齢者における身体的特徴の視点を持てるようにする』『高齢者は副作用の重症化によって治療がレジメン通りに進まないことが多いという視点を持てるようにする』の2つのサブカテゴリがあった。例えば、『高齢者は副作用の重症化によって治療がレジメン通りに進まないことが多いという視点を持てるようにす

表3 支援モデルの改善点

加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更	高齢者における身体的特徴の視点を持てるようにする
	高齢者は副作用の重症化によって治療がレジメン通りに進まないことが多いという視点を持てるようにする
地域の社会資源の実情に合わせた在宅スタッフとの連携・協働	MSWを通じて在宅の医療・介護スタッフとの情報共有をするほうが効果的である
	医療職や介護職だけでなく福祉用具や医療機器メーカーの方達とも連携している
	担当ケアマネジャーがおらず地域包括支援センターと連携しているケースが多い
	後期高齢者において通院開始期から在宅サービスを利用しているケースが多い
ツールを用いた評価時期の変更	レジメン変更あるいは治療中止という機会を活用してツールを用いた評価をする
	認知機能低下や服薬管理能力を把握するためにも IADL 評価は各時期で評価する

る』について、対象者は、「高齢者は、予備力がなく併存疾患があるので、副作用が悪化するとレジメンどおりの治療が進まない患者がいる。早い時期からその視点を持つことが必要になってくる。」（ケースB）と発言していた。

【地域の社会資源の実情に合わせた在宅スタッフとの連携・協働】において、『MSWを通じて在宅の医療・介護スタッフとの情報共有をするほうが効果的である』『医療職や介護職だけでなく福祉用具や医療機器メーカーの方達とも連携している』『担当ケアマネジャーがおらず地域包括支援センターと連携しているケースが多い』『後期高齢者において通院開始期から在宅サービスを利用しているケースが多い』の4つのサブカテゴリがあった。例えば、『MSWを通じて在宅の医療・介護スタッフとの情報共有をするほうが効果的である』について、「介護保険未利用の患者と確実に連絡が取れる連絡先または、安否を確認してくれる存在（地域包括支援センターや民生委員）を作っておきたいので、地域の社会資源の情報を熟知しているMSWを通じて確認する。」（ケースE）と発

言していた。

【ツールを用いた評価時期の変更】において、『レジメン変更あるいは治療中止という機会を活用してツールを用いた評価をする』『認知機能低下や服薬管理能力を把握するためにもIADL評価は各時期で評価する』の2つのサブカテゴリがあった。例えば、『認知機能低下や服薬管理能力を把握するためにもIADL評価は各時期で評価する』について、「認知症と診断を受けていなくても、認知機能が低下している人がいる。しかし、初回の外来診療にて、問診とか話を聞くだけでは、全くスクリーニングされない。これ（IADLスケール）は本当に必要だと思う。服薬管理の能力とかにもつながってくる。」（ケースC）と発言していた。

2. 支援モデルの修正

改善点としてあげられた、【加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更】【地域の社会資源の実情に合わせた在宅スタッフとの連携・協働】を踏まえ修正した支援モデルを図2に示す。

支援モデルの適用時期		I 期. 外来治療開始期	II 期. 通院維持期	III 期. 移行変換期
患者の課題		①加齢に伴う心身の機能低下とがん治療に伴う身体的な影響を受ける ②日常生活に治療の管理を組み込む	①治療継続による心身の影響が活動性の低下に繋がる ②身体機能や気力の低下をきたしやすい ③徐々に周囲からの生活支援が必要となる	①治療や療養生活の変換を自覚し意思決定する ②終の過ごし方に向けての家族や介護者との調整が必要となる
支援目標		外来通院での治療に関わる困難を解決し、その人らしく安定した療養生活を送ることができる	治療や外来通院を継続しながらの生活上の変化や新たな困難を解決し、心身の機能の変調や暮らし方の変化に周囲の支援を獲得しつつ対応できる	病状や暮らしについて今後の成り行きに関する適切な情報を獲得し、納得のいく治療・療養生活の選択ができる
各時期における支援指針の適用範囲	①加齢による予備力の低下とがん治療に伴う心身への影響の査定			
	②外来通院治療継続に関わる看護支援			
	③治療継続に必要な周囲の環境や家族の介護力に関する情報収集			
	④必要となる可能性のある専門職種との連携・協働			
	⑤予想される心身の機能低下といずれ来る終い方についての患者と家族の思いの把握			
	⑥希望するこれからの医療との関わり方や日々の暮らし方についての意思決定の支援			
支援モデルに関わる専門職間の連携・協働				

図2 修正後「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」

支援指針の表現は以下のように修正した。【加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更】を踏まえ、修正前の支援指針「①加齢に加えがんと治療に伴う心身への影響の査定」は、「予備力の低下」を追加し、「①加齢による予備力の低下とがん治療に伴う心身への影響の査定」に表現を修正した。また、『後期高齢者において通院開始期から在宅サービスを利用しているケースが多い』ことを踏まえ、修正前の支援指針「④必要となる可能性のある他の専門的な支援についての準備」「⑦介護に携わる関連職種への情報提供などの連携と介入」を統合し、修正後は支援指針「④必要となる可能性のある専門職種との連携・協働」とした。そして、支援指針「④必要となる

可能性のある専門職種との連携・協働」は、「I 期. 外来通院開始期」から「III 期. 移行変換期」を通じた支援指針であることについて矢印を用いて示した。さらに、修正前の支援指針「②外来通院治療継続に関わる医療・看護的な支援」について、「医療」を削除し、「②外来通院治療継続に関わる看護支援」と理解しやすい表現に修正した。その結果、修正後の支援指針は、①加齢による予備力の低下とがん治療に伴う心身への影響の査定、②外来通院治療継続に関わる看護支援、③治療継続に必要な周囲の環境や家族の介護力に関する情報収集、④必要となる可能性のある専門職種との連携・協働、⑤予想される心身の機能低下といずれ来る終い方についての患者と家族の思いの把握、

⑥希望するこれからの医療との関わり方や日々の暮らし方についての意思決定の支援の6つとなり、適用範囲が修正された。

支援モデルに関わる専門職間の連携・協働について、【地域の社会資源の実情に合わせた在宅スタッフとの連携・協働】を示した。『MSWを通じて在宅の医療・介護スタッフとの情報共有をするほうが効果的である』や、『担当ケアマネジャーがおらず地域包括支援センターと連携しているケースが多い』ことから、病院側はコアナースが窓口、在宅側はケアマネジャー（居宅・施設）あるいは地域包括支援センターが窓口になり、支援モデルの適用時期別での連携・協働ではなく、Ⅰ期からⅢ期を通じて連携・協働することを示した。また、必要に応じ、MSWを通じて在宅スタッフと情報を共有することも示した。『医療職や介護職だけでなく福祉用具や医療機器メーカーの方達とも連携している』ことから、在宅側のスタッフに、福祉用具・医療機器メーカー担当者を示した。

【ツールを用いた評価時期の変更】として、『レジメン変更あるいは治療中止という機会を活用してツールを用いた評価をする』『認知機能低下や服薬管理能力を把握するためにもIADL評価は各時期で評価する』ことがあげられた。また、モデル運用における課題として、【モデル適用患者を選定することの難しさ】もあげられた。このことから、ツールを用いた評価について、モデル適用患者の選定時、Ⅰ期およびⅡ期の後半（治療や生活環境の変更が必要になる時期）での評価を基本とし、それ以外の時点で評価が必要と判断された時に用いることとした。モデル適用患者の選定基準として、①G8の結果が14点以下である、②後期高齢者としての一般的な脆弱性を有する（独居、併存疾患を有する、男性など）、③面談した看護師が看護上の問題（顕在的／潜在的な）があると判断する、これら3つのいずれかに合致することと設定した。

V. 考察

1. 支援モデル運用における問題点

本支援モデル運用における問題点として、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】【外来での情報収集の難しさ】があげられた。【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】では、『外来看護師は多忙なため今後の療養生活の希望や家族間での話し合いの状況を聞く時間を持つことが難しい』、【外来での情報収集の難しさ】では、『外来に限られた時間に多くの情報を収集することは難しい』というように、外来看護師だけでなく、がん看護専門看護師やがん領域の認定看護師であっても、多忙な外来業務の中、患者と関わる時間を確保することの難しさがあった。小坂・高田（2017）は、外来通院がん患者に対する看護実践において、外来看護師は、多くの患者への対応や、即座に対応しないといけない事柄のため、看護介入の必要性を感じながらも多忙で介入することが難しい現状を報告している。磯本・名越・若崎（2011）も同様に、外来看護師が患者とゆっくりと話す時間を持った方がよいと判断しても十分な時間の確保が難しい現状を報告している。本支援モデル運用における問題点には、外来看護における多忙な業務や患者に関わる上での時間的な制約が背景にあるといえる。また、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】では、『外来看護師は日々の担当部署が変更になることが多く、継続的に外来患者に関わるのが難しい』というように、外来看護における人員配置管理による外来患者への継続した関わり方の難しさがあった。【外来での情報収集の難しさ】として、『外来通院時に家族の治療に対する思いや捉え方を聞くことは難しい』というように、患者の家族への関わり方の難しさがあった。磯本ら（2011）は、外来通院患者に継続的に関われない現状、家族が来院している機会が少なく家族への関わり方の難しさがある現状を報告している。本支援モデル運用における問題点には、外来通院患者に対し、入院患者と同じように関わることの難しさも背景にあるといえる。船橋（2022）の調

査では、外来通院進行がん患者に対する看護実践において、看護を充実させるための業務調整、治療決定に関する説明に同席できる体制の整備、看護支援を継続するための体制整備を課題としてあげている。これらのことから、本支援モデル運用に向け、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】【外来での情報収集の難しさ】という問題点には、外来看護師が、支援モデル対象患者に関われる時間の確保や継続して関われる体制の整備など、外来看護業務への対策が必要といえる。

【スタッフ間の情報共有の難しさ】も本支援モデルの運用における問題点としてあげられた。【スタッフ間の情報共有の難しさ】では、療養の場の移行に伴う病棟・外来間での情報共有、多職種で構成される外来スタッフ間の情報共有、医師との情報共有での難しさがあった。2017年に策定された第3期がん対策推進基本計画の中で、外来通院治療を含めた治療期間におけるそれぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じた多職種によるチーム医療を提供することが求められている。本間・伝法谷・鳴井（2021）のがん診療拠点病院で勤務する医師・看護師・薬剤師など専門職者を対象とした調査では、外来がん薬物療法を受ける患者に対するチーム医療において、入院から外来に移行する患者の支援について連携がとれていないことや、多職種での支援の必要性について話し合う場がない現状を報告している。さらに、この調査（本間ら、2021）では、外来での多職種チーム医療の課題として、患者支援の方向性を多職種で共有する機会の確保や、多職種間だけでなく患者とも情報を共有できる記録の整備をあげている。このことから、【スタッフ間の情報共有の難しさ】という問題点に対し、多職種間の情報共有システムの整備が必要といえる。情報共有のシステム整備は、『外来看護師が主体的に病院内の他職種と情報共有をすることは難しい』ことへの対策にもつながるといえる。

本研究の対象者は、がん看護専門看護師やがん領域の認定看護師らであったが、治療の継続の中

止や、通院ではなく在宅医療への移行の時期である【移行変換期における意思決定支援の難しさ】について、本支援モデルの運用における問題点としてあげていた。【移行変換期における意思決定支援の難しさ】では、『治療＝希望と考えて通院しているため移行変換期への意思決定支援が難しい』ことがあった。奥村ら（2018）の調査によると、外来化学療法を受ける高齢がん患者が、医師の説明に理解や納得できない状況で治療を開始することや、治療の辛さや先が見えない中で治療を継続し、治療中断について医師に相談できない現状を報告している。我々の研究（2020）でも、後期高齢がん患者が、がんや加齢による身体機能の低下により、生きがいとなる活動をあきらめることや治療継続をあきらめることを明らかにしている。一方で、我々の研究（2020）において、後期高齢がん患者が、がんや治療による症状と向き合いながら、医師の説明を理解しようと努力し、自分自身が安心・納得できる治療を受けようと思意思決定をしていること、納得する人生の終い方の準備をしていることも明らかにしている。Erikson（1997 村瀬・近藤訳 2001）の生涯発達理論によると、老年期の発達課題は自我の統合である。自我の統合とは、自分のこれまでの人生の意味を吟味し、唯一無二のものとして統合することである。佐藤（2010）は、「(Eriksonが) 自分の人生を自己の責任で統合しておくことが、次にやってくる死に対して冷静な態度で臨むための条件になると考えた」と述べている。外来看護において、自我の統合という発達課題に立ち向かっている後期高齢者に対し、『治療＝希望と考えて通院しているため移行変換期への意思決定支援が難しい』『通院維持期では副作用の重症化によって入院を繰り返すため意思決定支援が難しい』中でも、納得する人生の終い方の準備ができるよう、後期高齢者が安心・納得できる治療への意思決定支援が求められる。このことから、【移行変換期における意思決定支援の難しさ】という問題点には、外来看護における老年期の発達課題を踏まえた意思決定支

援に向けた外来看護師への教育的取り組みが必要といえる。

2. 支援モデルの実践現場での活用

本支援モデルの改善点より、加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更、ツールを用いた評価時期の変更、連携・協働する専門職の追加および連携時期の変更を行った。本支援モデル運用における問題点としてあげられた【モデル適用患者を選定することの難しさ】に対して、モデル適用患者の選定基準を設定した。しかし、本支援モデルを運用する際の問題点より、実践現場で活用するためには、支援モデル対象患者に関わる時間の確保や継続して関われる体制の整備など外来看護業務への対策、多職種間の情報共有システムの整備、老年期の発達課題を踏まえた意思決定支援ができる外来看護師の育成が必要と考えられた。近年、外来看護師における、外来通院中の患者とその家族に対する円滑な在宅療養の継続に向けた在宅療養支援の取り組みについて報告されている(前田・永田, 2019; 滝下ら, 2021)。滝下ら(2021)の調査によると、外来における在宅療養支援を促進する看護管理者の取り組みとして、外来業務の整理・調整による在宅支援の時間とマンパワー確保、情報管理や実践の改善を行っていることを報告している。このように、本支援モデルの実践現場での活用にあたり、看護管理者と外来看護業務や情報共有システムの整備について検討が必要である。さらに、滝下ら(2021)の調査では、外来における在宅療養支援の促進に向け、外来看護師に対する人材育成にも取り組んでいることが報告されている。地域の一般病院では、支援の中心となるがん看護専門看護師やがん領域の認定看護師の人的資源は限られている。このことから、外来看護師が老年期の発達課題を踏まえた意思決定支援ができるよう、教育的取り組みが必要である。

VI. 結論

本研究の目的は、我々が開発した「地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデル」(以下支援モデル)について、実践現場での運用に際しての問題点および改善点を明らかにし、実践現場での活用に向け支援モデルを修正することであった。

支援モデル運用における問題点は、【外来看護師と協力した看護支援の難しさ】【外来での情報収集の難しさ】【スタッフ間の情報共有の難しさ】【移行変換期における意思決定支援の難しさ】【モデル適用患者を選定することの難しさ】の5つのカテゴリに分けられた。支援モデルの改善点は、【加齢変化による心身への影響の視点が持てる表現への変更】【地域の社会資源の実性に合わせた在宅スタッフとの連携・協働】【ツールを用いた評価時期の変更】の3つのカテゴリに分けられた。

本支援モデルの3つの改善点を踏まえ支援モデルを修正した。問題点としてあげられた【モデル適用患者を選定することの難しさ】に対して、モデル適用患者の選定基準を設定した。本支援モデルを実践現場で活用するためには、支援モデルの修正だけでなく、外来看護業務への対策、多職種間の情報共有システムの整備、老年期の発達課題を踏まえた意思決定支援ができる看護師の育成が必要と考えられた。

VII. 謝辞

本研究は、科学研究費基盤研究C(課題番号16K12079)の助成を受けて実施した。

本研究にご協力いただいた看護師の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

Bellera, C. A., Rainfray, M., Mathoulin-Pélissier, S., Mertens, C., Delva, F., Fonck, M., & Soubeyran, P. L. (2012). Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool.

- Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23(8), 2166-2172.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdr587>
- Erikson, E. H. & Erikson, J. M. (1997). *The Life Cycle Completed : A Review (Expanded Edition)*, Norton & Company, New York, (村瀬孝雄・近藤邦夫(訳)(2001). *ライフサイクル、その完結(増補版)* みすず書房).
- 船橋眞子. (2022). 外来通院する進行がん患者の自分らしい生き方を支える看護のあり方-外来看護実践上の課題の焦点化と外来看護指針考案過程の意義. *岐阜県立看護大学紀要*, 22 (1), 73-84.
- 本間ともみ, 伝法谷明子, 鳴井ひろみ. (2021). 外来がん薬物療法を受ける患者を支援するための外来チーム医療—外来チーム医療の実際と課題—. *青森保健医療福祉研究*, 3 (1), 10-19.
- 石橋みゆき, 森本悦子, 小山裕子. (2020). 地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養生活上の体験 複合的な外来看護支援モデルの構築に向けて. *老年看護学*, 25 (1), 113-122.
- 磯本暁子, 名越恵美, 若崎淳子. (2011). 外来がん化学療法に携わる看護師によって語られた看護実践と課題. *新見公立大学紀要*, 32, 43-50.
- 小坂美智代, 高田麻依子. (2016). 経口抗がん剤治療を受けている外来患者に対する看護実践上の課題. *千葉県立保健医療大学紀要*, 7 (1), 37-41.
- 小山裕子, 森本悦子, 石橋みゆき. (2019). 一般病院に通院する後期高齢がん患者への医療専門職連携における取組と課題. *関東学院大学看護学会紀要*, 6, 1-8.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3, Pt 1), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- 前田明里, 永田智子. (2019). 外来看護師が患者の在宅療養支援のニーズに気づくための情報収集. *日本地域看護学会誌*, 22 (3), 17-25.
- 森本悦子 (2020). 「科学研究費助成事業研究成果報告書『地域の一般病院で通院治療を受ける後期高齢がん患者への複合的な外来看護支援モデルの開発』」. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-16K12079/16K12079seika.pdf>. (参照2023-09-30)
- 森本悦子, 石橋みゆき, 小山裕子. (2018). 一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み. *高知女子大学看護学会誌*, 43 (2), 62-69.
- 内閣府 (2023). 「令和5年版高齢社会白書」. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf, (参照 2023-09-30)
- 日本臨床腫瘍研究グループ. JCOG高齢者研究委員会ホームページ. 推奨高齢者機能評価ツール. <https://jcog.jp/org/committee/gsc/> (参照2023-09-30)
- 奥村美奈子, 布施恵子, 浅井恵理, 宇佐美利佳, 森仁実. (2018). 外来化学療法を受けている高齢がん患者への看護の検討—看護師の面接調査を通して—. *岐阜県立看護大学紀要*, 18 (1), 77-87.
- 佐藤眞一 (2010). 生涯発達理論, 大内尉義・秋山弘子(編者), 新老年学[第3版], (pp.1624-1629). 東京大学出版会.
- 滝下幸栄, 中津みつる, 西本道子, 南田喜久美, 山川京子, 中尾淳子, 林眞里. (2021). 病院外来における在宅療養支援を促進する看護管理. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 31, 47-58.