

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 22 日現在

機関番号：26401

研究種目：基盤研究（B）

研究期間：2009～2011

課題番号：21390583

研究課題名（和文）在宅移行するがん患者のエンパワメントを支える看護ケア指針の開発

研究課題名（英文）Development of nursing care guidelines that support the empowerment of cancer patients in the transition to at-home care

研究代表者

藤田 佐和（FUJITA SAWA）

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：80199322

研究成果の概要（和文）：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メントを支える看護ケア指針”をがん看護専門看護師と共に開発し、有用性を検証することである。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。

研究成果の概要（英文）：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.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2009 年度	2,800,000	840,000	3,640,000
2010 年度	2,800,000	960,000	4,160,000
2011 年度	3,200,000	780,000	3,380,000
年度			
年度			
総計	8,600,000	2,580,000	11,180,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：臨床看護学

キーワード：がん患者、エンパワメント、在宅移行支援、看護ケア指針

1. 研究開始当初の背景

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、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。医療制度の変化により、急性期医療を担う看護師は急性期と終末期の混在する病棟において、日常的に在宅移行支援を行うことが必要になった。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いるが、一方では、望ましい在宅移行支援のあり方を模索し、現実と理想のギャップに苦悩している看護師の姿がある。在宅移行の課題としては、看護実践能力の不十分さは否めないが、在宅移行支援において患者の意思が尊重されておらず、患者自身も権利を主張するようにエンパワーメントが図られてない。また、支援としての患者アドボカシーがなされていないことが挙げられる。

米国においては、在宅移行に関する研究は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、また、在宅移行支援のケア指針やガイドラインは見あたらない。また、がん看護領域では、患者・家族(荒井, 2007 名越, 2007 上杉, 2004)や看護師(工藤ら, 2001)のエンパワーメントについて探究されているが、在宅移行についてエンパワーメントに焦点をあてた研究はみられない。

そこで、一般病棟の看護師が日常的に活用できる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。

2. 研究の目的

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(病棟)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”をがん看護専門看護師と共に開発し、がん診療連携拠点病院においてその有用性を検証することである。

本研究では、研究者らとがん看護専門看護師、病棟看護師が協働して、がん診療連携拠点病院において実際に開発した看護ケア指針を活用し、適切性、有用性を検証することで、臨床応用できる看護ケア指針が開発できると考える。

3. 研究の方法

(1) 国内外の在宅移行に関する 116 文献・

書籍を収集・整理をし、研究者間で検討・分析し、在宅移行で予測される問題状況と支援内容を抽出してカテゴリー化した。

(2) 抽出した内容を5名の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、患者・家族のエンパワーメントのレベルを意識的に再分析し、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を作成した。

(3) 作成した“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、所属大学の研究倫理審査委員会、全国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、在宅移行支援の必要な患者がいる病棟看護師を対象に、看護ケア指針を3~6ヶ月間活用して頂き、適切性、有用性を検証した。協力病棟は、16病棟であり、一次アセスメント用紙は295名の患者に活用され、そのうち在宅移行支援が必要であった45名に看護ケア指針が活用され、実践記録と実施後の評価を得た。

(4) 協力施設ごとに看護ケア指針を活用した看護師を対象にグループインタビューを行い実施記録とアンケート結果、インタビュー内容から有用性、適切性を検証した。また、改善点を検討し、看護ケア指針を完成させた。

(5) 開発した“在宅移行するがん患者のエンパワーメントを支える看護ケア指針”を冊子化し、全国すべてのがん診療連携拠点病院に配布した。

4. 研究成果

(1) 結果

① 結果の全体像

“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”は、患者・家族のエンパワーメントに焦点を当てて、患者・家族のエンパワーメントのレベルに応じた在宅移行支援を展開することを目的としている。前述の研究過程を踏んで開発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。看護ケア指針活用の実際は、step1:在宅移行の可能性のある患者を把握する、step2:在宅移行支援の必要な患者・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。

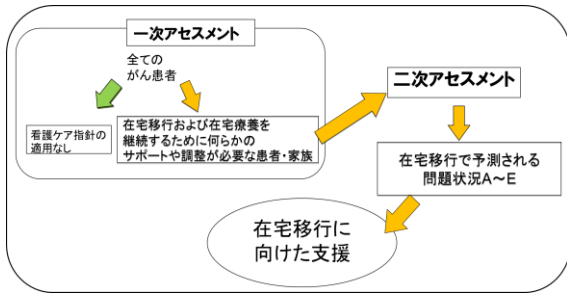


図 1. 全体像

② 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の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】【P S】【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. 一次アセスメントの項目

治療目的	がんの根治目的以外の治療である
Performance Status	PS 3 もしくは 4 である
予後予測	6ヶ月未満 である
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

③ 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がかり、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。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。

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

④ 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、各問題にそれぞれアセスメント項目を抽出した。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。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。

⑤ 支援内容

在宅移行に向けた支援は、次の【I～Vの支援】、《24の支援項目》、＜62のケア内容＞で構成されている。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できるように工夫をした。

【I. 患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援】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る。

表3. I. 患者・家族の在宅移行に伴う意思決定への支援

支援項目	ケア内容
1. 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・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・家族が決定すべきことを整理する
2. 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
3. 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
4. 終末期の過ごし方について家族の意向に添って検討する	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
5. 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
6. 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

【Ⅱ. 在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援】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る。

表4. Ⅱ. 在宅移行・療養に伴う心理・情緒的支援

支援項目	ケア内容
1. 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
2. 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、受けとめる
3. 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
4. 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
5. 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

【Ⅲ. 在宅療養に必要なセルフケアへの支援】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る。

表5. Ⅲ. 在宅療養に必要なセルフケアへの支援(その1)

支援項目	ケア内容
1. 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
2. 病状の観察・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・緊急時の対応方法について知識を提供し、対処方法を患者・家族とともに決める

表5. Ⅲ. 在宅療養に必要なセルフケアへの支援(その2)

3. 在宅で必要な与薬や医療処置について検討し患者・家族に指導する	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する 患者・家族に医療処置や与薬に関する知識を提供し、技術指導をする 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
4. 在宅で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
5. 在宅で必要な医療処置や介護について役割分担する	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

【Ⅳ. 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】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る。

表6. Ⅳ. 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

支援項目	ケア内容
1. 患者・家族の絆を強める	患者・家族と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
2. 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
3. 患者・家族のもっている肯定的な面や強みを認める	患者・家族の頑張りをねぎらう 患者・家族のもつ力を言葉にし、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
4. 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

【Ⅴ. 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】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る。

表7. Ⅴ. 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(その1)

支援項目	ケア内容
1. 多職種が連携して社会資源をうまく活用できるような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

表7. V. 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(その2)

2. 居住環境を整える	住宅改修の必要性や予定の有無を確認する
3. 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
4. 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

(2) 今後への示唆

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、看護ケア指針のがん診療連携拠点病院への配布や公表は、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が、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。

そのためには、大学と臨床との連携システムを構築して、①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、在宅移行する進行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、②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に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。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計0件)
投稿準備中

〔学会発表〕(計4件)

- ① 府川晃子, 藤田佐和, 森下利子, 大川宣容, 石井歩: 急性期病院における在宅移行する終末期がん患者への看護師の支援内容の実態, 第26回日本がん看護学会学術集会, 松江市, 2012年2月
- ② 藤田佐和, 北添可奈子, 池田久乃, 豊田邦江, 森下利子, 大川宣容, 府川晃子,

石井歩, 古郡夏子, 近藤恵子: 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—, 第31回日本看護科学学会学術集会, 高知市, 2011年12月

- ③ 古郡夏子, 藤田佐和, 府川晃子, 森下利子, 大川宣容, 豊田邦江, 池田久乃, 北添可奈子, 近藤恵子: 急性期病院から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 アセスメントシートの作成に焦点を当てて, 日本緩和医療学会学術大会, 札幌市, 2011年6月
- ④ 藤田佐和, 森下利子, 大川宣容, 府川晃子: 急性期病院から在宅移行する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 問題状況と支援内容に焦点を当てて, 第25回日本がん看護学会学術集会, 神戸市, 2011年2月

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕(計0件)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

藤田 佐和 (FUJITA SAWA)
高知県立大学・看護学部・教授
研究者番号: 80199322

(2) 研究分担者

森下 利子 (MORISHITA TOSHIKO)
高知県立大学・看護学部・教授
研究者番号: 80174415
大川 宣容 (OKAWA NORIMI)
高知県立大学・看護学部・准教授
研究者番号: 10244774
府川 晃子 (FUKAWA AKIKO)
高知県立大学・看護学部・助教
研究者番号: 30508578
石井 歩 (ISHII AYUMI)
高知県立大学・看護学部・助教
研究者番号: 86011938

(3) 研究協力者

池田 久乃 (IKEDA HISANO)
高知医療センター・看護局
北添 可奈子 (KITAZOE KANAKO)
高知医療センター・看護局
近藤 恵子 (KONDO MEGUMI)
九州厚生年金病院・看護部
豊田 邦江 (TOYODA KUNIE)
仁生会細木病院・看護部
古郡 夏子 (FURUGORI NATSUKO)
高知赤十字病院・看護部