

**科学研究費助成事業 研究成果報告書**

平成 29 年 6 月 26 日現在

機関番号：26401

研究種目：基盤研究(B) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25293445

研究課題名(和文) 研究一臨床連携システムによるがん患者の在宅移行エンパワメント看護介入の評価研究

研究課題名(英文) Evaluation study of nursing intervention applying the nursing care guideline for empower terminal cancer patients who required support for transition to 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

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 12,200,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、研究機関と臨床が連携して[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]を活用した介入を行い、その効果を評価することである。全国6ヶ所のがん診療連携拠点病院において、がん看護専門看護師がファシリテータとなり、[看護ケア指針]の導入教育を病棟・外来看護師に行なった。次に、病棟・外来において在宅移行支援の必要な終末期がん患者に対して指針を活用した介入を行なった。施設ごとのグループインタビューの結果から、[看護ケア指針]の活用効果、課題と方策、研究機関と臨床をつなぐがん看護専門看護師のファシリテータとしての効果が検証された。

研究成果の概要(英文)：Object of this study is to evaluate the effect of intervention to apply [the nursing care guideline to empower terminal cancer patients who required support for transition from hospital care to home care]. Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing provided introductory education to nurses for outpatients and floor nurses based on [the nursing care guideline] at six cancer treatment cooperation base hospitals in all over Japan. We intervened to terminal cancer patients who required transition support from hospital care to home care applying the guideline for inpatients and outpatients at hospitals. We concluded to clarified effectiveness of Certified Nurse Specialists in Cancer Nursing built bridges between research and clinical body as facilitator, [the nursing care guideline], issues and measures through the contents of interview from the cancer treatment cooperation base hospitals.

研究分野：がん看護学

キーワード：がん患者 エンパワメント 在宅移行 看護介入評価

### 1. 研究開始当初の背景

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、また、看護師もタイムリーな介入が行えず、在宅移行の時機を逸して苦悩している現状にある。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。

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、がん患者の在宅療養移行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はいるが、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]をがん看護専門看護師（以下、がん看護CNS）と共に開発（藤田ら,2011）した。

終末期がん患者に質の高いケアを提供するためには、研究機関と臨床が連携しながら研究成果を検証することとともに、可能な限り迅速に研究成果を臨床に活用することのできる連携システムを構築することが重要となる。そこで、本研究に着手した。

### 2. 研究の目的

本研究の目的は、研究-臨床の連携による[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]を適用した介入の評価を行い、研究成果を臨床に根付かせるための研究機関と臨床の連携システムを構築することである。

(1) 研究者らが開発した[看護ケア指針]を在宅移行で予測される問題状況をがん看護CNSとさらに検討し具体化する。

(2) 開発した指針をがん看護CNSがファシリテータとして臨床の場に導入し、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。

(3) 連携システムにおけるがん看護CNSのファシリテータとしての効果を検証し、研究機関と医療機関、研究者とCNSの研究-臨床連携システムの構築をめざす。

### 3. 研究の方法

(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](以下看護ケア指針)を在宅移行で予測される問題状況をより実践に近い形にして指針を深化させ、介入方法と介入評価指標を開発する。

(2) 深化させて指針をがん看護専門看護師がファシリテータとして所属する臨床の場（6医療機関）に導入し、臨床看護師が在宅移行する終末期がん患者と家族に対して看護ケア指針を適用した介入を行い、評価する。

(3) 導入に当たっては、研究参加しているがん看護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、介入の安定化を図る。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する。

(4) 研究成果を臨床に根付かせるための研究機関-臨床（研究者とがん看護CNS）の連携システムを考案し、ITを活用したコンサルテーションを行い、研究過程や介入の安定化を図る。

### 4. 研究成果

(1) 臨床に導入するための合同検討会

研究者らとがん看護CNSが、看護ケア指針活用例からモデルケースを作成した。次に研究参加する6名のがん看護CNSと活用方法について共通理解をする検討会を行った。その上で、各施設にがん看護CNSがファシリテータとなり、導入(オリエンテーション、導入のための教育についての研修)を行った。以下にモデルケースの例を示す。

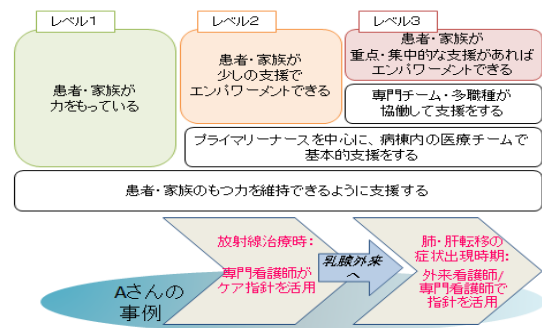


図 患者・家族のエンパワーメントレベルに応じた支援

(2) 医療機関への導入結果

看護ケア指針をがん看護CNSがファシリテータとなり、所属する臨床の場（6医療機関）に導入し、在宅移行支援の必要な患者に3か月から6か月活用した。その後、施設ごとにその効果について臨床看護師49名を対象にグループインタビューを行って評価した。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つの側面が抽出された。

#### 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、4つのカテゴリー、8つのカテゴリーが含まれた(表1)。

表1 患者・家族のエンパワーメント

| カテゴリー                   | サブカテゴリー                                   |
|-------------------------|---|
| 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

看護師のエンパワーメントは、6つのカテゴリーと17のサブカテゴリーが含まれた(表2)。

表2 看護師のエンパワーメント

| カテゴリー                  | サブカテゴリー  |
|------------------------|--|
| 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      | 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 |
|  | 家族が持つ力に気づくことができた                        |
|  | 他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          | 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     |
|  | 看護師教育活用への期待がもてる                         |
| “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 |   |

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、2つのカテゴリーと3つのサブカテゴリーが含まれた(表3)。

表3 活用による看護師への波及効果

| カテゴリー              | サブカテゴリー                       |
|--------------------|-------------------------------|
| 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 |

(3) 看護ケア指針活用における課題と方策  
6施設ごとに看護ケア指針を活用した臨床看護師49名を対象にグループインタビューを行い、課題と方策を明らかにした。

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】【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】の側面が明らかになった(表4~表7)。

表4 課題1: 看護実践能力の向上

| カテゴリー       | サブカテゴリー                         |
|-------------|---------------------------------|
| 支援の糸口がつかめない | 在宅療養のための支援のきっかけがわからない           |
|             | 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 |

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
|                   | 在宅移行療養についての知識がないので効果的に関われない      |
| 在宅移行や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              |
| 在宅療養への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のための支援の取り組み方に差がある       |

表5 課題2：がん終末期ならではの困難性

| カテゴリー               | サブカテゴリー                             |
|---------------------|-------------------------------------|
| 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 |

表6 課題3：社会的要因

| カテゴリー                  | サブカテゴリー                     |
|------------------------|-----------------------------|
| 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 |

表7 課題4：システムの未整備

| カテゴリー                | サブカテゴリー                       |
|----------------------|-------------------------------|
| 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       |
|                      | 自分たちの行ったケアの評価が得られないことで自信がもてない |
|                      | 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をするということに慣れていない      |

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、6つのカテゴリーと18のサブカテゴリーが明らかになった(表8)。

表8 看護ケア指針活用上の方策

| 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       |
|                      | 在宅移行支援に向けて指針の活用を勧める        |
| 在宅療養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   |
|                      | 在宅移行のための支援に向けて共通の目標をもつ     |
| 在宅移行のための支援の時機を見定める   | 在宅移行のための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  | 在宅療養移行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) 研究機関と臨床の連携システムの活用  
 研究機関と臨床の連携システムのもと、看護ケア指針を導入し、がん看護CNSのファシリテータとしての効果を検証した。以下に、がん看護CNSがファシリテータとして外来看護に看護ケア指針を導入したケースを例として示す。病棟看護師・緩和ケアチームの看護師が中心となり、60歳代の乳がん患者に看護ケア指針を活用して、<外来通院時><緊急入院時><退院検討時><在宅移行時>の4つの移行期にエンパワーメント支援を行った。結果、患者は“家に帰る上では漠然とした不安があったが、どのような支援が入るのか、どこに相談すればよいかというイメージをもつことができた”等と評価し、外来看護における

在宅移行エンパワーメント支援においても成果が得られた。

看護ケア指針の活用は患者・家族のもつ力のみならず、医療者の看護力をエンパワーメントできるツールになることも同様に検証できた。看護師が患者の意思を尊重しエンパワーメントする視点に立つことができる、終末期がん患者の在宅移行を可能にする、入院患者だけでなく外来通院がん患者の療養継続支援の参考になる、退院支援・外来支援に関する看護実践力が高まる、患者・家族に備わる力を高める看護力が養われる、多職種チームで患者の病状や課題、方針を共有できること、また、がん看護CNSのファシリテータの役割の重要性、定着におけるCNSのファシリテーションの必要性が検証された。課題として、病状変化の著しい終末期での支援内容の優先度の判断の難しさ、患者・家族のエンパワーメントレベルを把握する指標の開発の必要性が明らかになった。このように、研究成果を臨床に根付かせるための研究-臨床(研究者とがん看護CNS)の連携システムを活用し、ITを活用したコンサルテーションを行い、介入過程において適宜、連携を図った結果、効果が明らかになったと言える。

#### (5) 今後への示唆

本研究は、研究者らが開発した[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]を具体化・洗練化し、介入効果を評価することと、研究機関と臨床との連携システムを構築し translational research の発展を目指した。研究成果の看護ケア指針が臨床に根付いていくためには、研究者らとがん看護CNSが、導入施設で実行可能な具体的な介入方法を話し合うこと、導入に必要な院内研修を行うこと、研究者らと臨床のがん看護CNSの双方向コミュニケーションが図れること、コンサルテーションが行える体制があること等が重要であることが検証された。また、看護ケア指針の活用は、在宅移行支援に困難感を持つ臨床看護師に高い教育効果が得られた。この教育効果にはがん看護CNSのファシリテータの役割・介入が必要であり、重要であることが明らかになった。これらの結果を基盤とし、CNSをファシリテータとした介入、コンサルテーションの導入によって、在宅移行支援の質をあげる継続的な介入を行っていく必要があると考える。

患者・家族のエンパワーメントについては、病棟および外来という場で評価している。[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]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て開発した。在宅移行支援においては、移行後、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だろう。今後は、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。

#### 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 1 件)

近藤恵子、府川晃子、藤田佐和：在宅移行する終末期がん患者を支えるエンパワーメント,がん看護,Vol22(1),2017,39-46

〔学会発表〕(計 2 件)

藤田佐和、池田久乃、古郡夏子、北添可奈子、石井歩、森下利子、大川宣容、府川晃子、豊田邦江、近藤恵子：「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 看護ケア指針活用における課題と方策,第28回日本がん看護学会学術集会,2014年2月  
豊田邦江、府川晃子、近藤恵子、藤田佐和、森下利子、大川宣容、石井歩、池田久乃、古郡夏子、北添可奈子：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 看護ケア指針活用の効果,第28回日本がん看護学会学術集会,2014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

池田 光徳 (IKEDA MITSUNORI)  
高知県立大学・看護学部・教授  
研究者番号：70212785  
川上 理子 (KAWAKAMI MICHIKO)  
高知県立大学・看護学部・准教授  
研究者番号：60305810  
小原 弘子 (KOHARA HIROKO)  
高知県立大学・看護学部・助教  
研究者番号：20584337  
庄司 麻美 (SYUJI MAMI)  
高知県立大学・看護学部・助教  
研究者番号：00737637  
廣川 恵子 (HIROKAWA KEIKO)  
高知県立大学・看護学部・講師  
(平成26年度まで参画)  
研究者番号：50446069

森(石井) 歩 (MORI AYUMI)  
高知県立大学・看護学部・助教  
(平成 25 年度まで参画)  
研究者番号：86011938  
青木 美和 (AOKI MIWA)  
高知県立大学・看護学部・助教  
(平成 27 年度まで参画)  
研究者番号：00737629

(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)  
JCHO 九州病院・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  
森下 利子 (MORISHITA TOSHIKO)  
元高知県立大学・看護学部  
大川 宣容 (OKAWA NORIMI)  
高知県立大学・看護学部  
府川 晃子 (FUKAWA AKIKO)  
元高知県立大学・看護学部