

笹川保健財団 研究助成

助成番号：2019A-002

(西暦) 2020 年 5 月 28 日

公益財団法人 笹川保健財団

会長 喜多悦子 殿

## 2019 年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

### 研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

#### 記

研究課題

積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の  
合意形成力に関する実践知

所属機関・職名 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 保健学専攻 看護科学領域  
博士後期課程

氏名 廣田 真由美

## I. 研究の目的

がんは、我が国において昭和 56 年より日本人の死因の第 1 位であり、生涯のうちにかんにかかる可能性は、男性の 2 人に 1 人、女性の 3 人に 1 人と推測されている。

病院の機能分化が進み、一病院で診断から終末期までのがん医療を完結することが困難になる中、病院から住み慣れた家庭や地域へ移行するための支援として、退院支援の重要性は増している。

平成 29 年 10 月に発表された第 3 次がん対策推進基本計画の改定では、取り組むべき施策として「医療従事者が患者とその家族の訴えを引き出せるための研究、教育及び研修を行う」人材育成が重点項目に挙がっている。状態の悪化から亡くなるまでの期間が短く、気持ちの整理がつかない中で療養場所の移行や他病院への転医などの重大な意思決定を迫られる、がん患者とその家族の訴えを引き出し、意思決定を支援できる退院支援看護師の育成は急務である。

実践知とは、実践の経験を通して獲得され、矛盾に満ちた状況や問題に対処するための知識であり、看護における実践知は、看護実践者が自らの看護経験の中で発見・獲得・蓄積した知識として実践の場で役立つものであるとされている。しかし、患者家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を継続できる体制を整えるために行われる、退院支援看護師の合意形成力に関する実践知についてはまだ明らかにされていない。

本研究は、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援を行う、退院支援看護師の合意形成に関する実践知について明らかにすることを目的とする。

## II. 研究の内容・実施経過

### 1. 研究デザイン

質的記述的デザインを用いた。

### 2. 研究協力者

機縁法により選定した、がん診療連携拠点病院の退院支援部署で、積極的治療終了後のがん患者に対する退院支援経験を 3 年以上有する看護師とした。

### 3. 調査方法

機縁法により選定した研究協力者の内諾を得たのち、研究協力依頼書、説明書、同意書、事前調査票を郵送し、同意書・事前調査票をインタビュー時に回収した。研究協力者の研究参加にあたって職場の許可が必要な場合は、看護部長宛に別途研究協力依頼書、説明書、同意書を郵送した。看護部長の同意書は研究協力者に預けてもらい、研究協力者の同意書・事前調査票とともにインタビュー時に回収した。

研究への同意が得られた研究協力者 8 名に対して、インタビューガイドを用いて半構造化インタビューを実施した。

### 4. 調査内容

- 1) 研究協力者の背景：年齢、看護職としての職歴と経験年数、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験年数

2) 事例の概要：年齢、性別、疾患名

3) インタビューの内容

研究協力者自身が支援した、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援で、とくに患者・家族・医療者間での合意形成が難しかった事例についての経験

5. データ分析

積極的治療が困難になったがん患者への退院支援を行う退院支援看護師の、患者家族との合意形成力に関する実践知について、質的記述的に分析を行った。逐語録に起こしたインタビューデータを熟読し、積極的治療の継続が困難になったがん患者とその家族との合意形成の過程で退院支援看護師がどう考えどう行動したかに焦点を当て、意味のあるまとまりに沿って区切り、コードとしてデータに忠実な名前を付けた。コードを意味内容の似たものに分類・整理・統合し、それらのコードに共通して見いだされる意味を表す名前を付けてサブカテゴリーとした。サブカテゴリーをさらに抽象度を上げて整理・統合し、カテゴリーとして抽出した。すべての分析過程において研究者間で検討を重ね、分析の厳密性と妥当性の確保に努めた。

6. 調査期間

2019年10月～2020年2月

7. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号838-1）。

インタビューは、研究協力者自身が支援した、積極的治療の継続が困難になったがん患者1事例の退院支援の経過について語ってもらうものであるが、対面調査にあたって心理的苦痛や身体的疲労を感じる可能性があるため、面接は途中でも回答をいつでも中止・拒否できることをあらかじめ説明した。また、インタビューは許可を得て IC レコーダーに録音し、内容については逐語録に起こす際に個人が特定されないよう匿名化を行った。

### III. 研究の成果

1. 研究協力者及び語られた事例の概要

研究協力者は40代6名、50代2名の計8名で、平均年齢は49.1±4.8歳（範囲：41歳-59歳）、看護師としての経験年数は平均26.3±5.1年（範囲：22年-38年）、退院支援部署での退院支援経験年数は平均5.3±2.3年（範囲：3年-9年）であった。

語られた9事例は、すべて積極的治療が困難になったがん患者の事例で、疾患名はすい臓がん、甲状腺がん、肝臓がんなどであった。患者の年齢は50歳代以下3名、70歳代以上6名であり、男性4名、女性4名であった。

2. 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援を行う退院支援看護師の、患者家族との合意形成に関する実践知

退院支援看護師の患者家族との合意形成に関する実践知として、54のコードから、20のサブカテゴリーと7つのカテゴリーが抽出された。以下、抽出されたカテゴリーとサブカテゴリーを用いて、実践知を示す。

【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、斜字は退院支援看護師の語りを表す。

【患者家族との合意形成に必要な情報を漏れなく集める】

退院支援看護師は、退院支援の依頼を受けると、まず本人家族に会う前に主治医に連絡を取り、《今後の治療方針や退院の時期、退院後も継続する医療処置を確認する》とともに《患者家族の疾患についての受け止めや、退院支援への理解度について医療者に確認する》ことをしていた。

まず主治医に今後の治療方針と退院のことと、この方の、先生が必要だと思った事由だったりとかというところをちょっと確認して聞き出して、本人の認識だったりとか、その病気になった段階でどういうふうに話されているとかか、どこまで知っているとか分かれば聞く感じですかね。あと、ご本人にそういったニーズがあるのかというのもちよっとちらっと聞きつつ。・・・(退院支援の) 依頼を出すときって、本人に了承してもらうことが前提だったりもするので、そこをどう理解して先生が依頼を出したのかというのを聞きたいなと思ったんですよね。(Eさん)

【退院支援を患者家族にとっての脅威にしない】

退院支援看護師は、積極的治療が困難になった患者家族がさらに退院を迫られているように感じてしまうことのないよう、《タイミングを慎重に計った上で退院支援をスタートする》ことをしていた。また、実際に患者家族と初めて会うときは《患者家族が信頼している関係者に紹介してもらう形で退院支援を始める》ことをしていた。

私が何うことで、また退院しなきゃいけないんじゃないかみたいな、ちょっとそういうふうに見える患者さんもね、やっぱりはっきり言われたこともあるんですね。・・・状況を見ながら今私が入っていてもいい、話してもいい、接してもいいっていうタイミングかねっていうのを、病棟の看護婦さんとか受け持ちの看護婦さんにちゃんと情報をしっかり聞きながらっていうことなので・・・。(Gさん)

【急激な病状悪化を念頭に置きながら、患者家族との関係性を少しずつ築く】

退院支援看護師は、《あえて退院支援を表に出さない》ようにし、《具体的な退院支援の相談になるまではつかず離れずの関係を保つ》ことをしながらも、《急激な病状悪化を念頭に置いて家族と関わる》ことをしていた。面談では《聞き役に徹し、患者の価値観や家族への思いを引き出す》ことをしながら、《患者家族の反応をみて、この面談でどこまで踏み込んで話すかを定める》ことをしていた。次の療養先を決めていく段階では、《患者を退院支援の蚊帳の外に置かない》よう、患者に退院支援の進捗状況や家族と話している内容を

タイムリーに伝えていた。

退院支援の専門なんだけど、で担当になってるんだけど、そこはちょっと表に出さず、まあちよつと関係性を作りつつ、様子を見てた。・・・価値観だったり、どういうふうに今まで過ごしてきたか、お家のことをどう思っているのかとか、家族のこととかどう思っているのかとかっていうところを、そういった普段の会話とか話の中で垣間見れるところをちょっと大事にしている。(Hさん)

会って、挨拶して、本人のまずファーストの、その何だろう、反応？ 何となく「あ、この人分かってるな」っていう人と「あ、全然分かってないな」っていうのは何となく分かるので。そのこの反応を見て、すぐ撤退するか、そのまま話を続けるか考えます。(Eさん)

**【意向のずれを把握し、修正に向けて働きかける】**

退院支援看護師は、《家族への病状説明に同席し、家族間で意向のずれがないかを把握する》とともに、《医療者の認識と本人家族の意向のずれを把握する》ことをした後で、《厳しい病状説明を受けた家族が、患者の意向を再認識できる機会を作る》ことをしていた。そして、退院支援看護師がイニシアティブをとるというより、《患者本人と家族、家族間での意向のずれに家族自身が気づき、修正できるように仕向ける》ようにしながら、患者家族との合意形成をすすめていた。

我を見失ってるじゃないけど、もうどうしていいかわかんないような人って、結構家族の中ではよくいるので、そういったときに、(ご本人は)こないだこういうこと言っていましたよ、とか、そういう一言でも、言うと(家族が)ハッ、ってなって。「そうそう、そういうの、よく言っていました」みたいな。・・・。(Hさん)

・・・それ(自宅退院を目指したい)は、長男さんだけの意見で、(自宅に)帰すってなった時に、次男さんが思ってるよりも短い時間しかなかったら(次男が)すごく後悔すると思うから、そこが心配だ、っていうのは言った。(Hさん)

**【家族が答えを出すのを待つ】**

退院支援看護師は、《厳しい病状説明に動揺している家族には、すぐに結論を求めない》こと、《家族の意向が固まるのを急かさない》ことを肝に銘じ、家族が自分たちで家族間の意向をすり合わせ、答えを出すのを待っていた。

旦那さまは毎日通われてたけども、やっぱりね、一緒にまだ生きていたいっていうお気持ちも

強いのもあるし、本当にちょっと急に言われて、本当に急にそんなひどい病状だと言われて、っていったところで、なかなかやっぱ受け止めきれないし、私も（家族が病名）告知を受けた 20 分ぐらい後に話聞いたので、とてもとても（話を先に進められる状況ではない）といった。（F さん）

（自宅退院を目指すかどうかは）誰も、…踏み込めないというか、その人たち（家族）が考えて決めることだから、こうしたほうがいい、ああしたほうがいい、っていうのは言わず、ちょっと（電話口で黙っている次男と答えをじっと待っている長男が）答えを出すのを待ってた。（H さん）

#### 【安心して退院できるための下準備を整える】

退院支援看護師は「退院後の再入院の受け入れを保証する」ことをしていたが、病院の機能上、積極的治療終了後の再入院の受け入れが難しい場合には、「状態悪化時の再入院ができない場合に備える」ことで、患者家族が安心して退院できるための下準備を行っていた。

結構ターミナルの人の在宅支援をするときに、ご家族って帰ってしまわないといけなくなると、自分の負担になるから、いつもそういうときには（自宅に）行くだけ行って、ひどかったら（つらくなったら）いつでも戻ってきてくればいいんだよって、予定退院の形をして次の入院の予定も組んどくと、結構安心される・・・取りあえず 4、5 日だけ帰って見ない？なんかあったらこの日戻ってくるのに部屋取っておくし、それ以前にひどくなればいつでも来ていいよとか、一応その目安にするけど、家にいれたらまたそのままいてもいいんだよ、っていう形のちょっと調整をすることが多くって。（A さん）

大体この人の見通しとして、少し緩和というのを考えなきゃいけないそろそろ段階に来ていて・・・なので、（状態悪化時の再入院に備えて）少し地域の医療機関も少し緩和の部分にも対応できて・・・一般的な消化器内科があるような病院を探した。（E さん）

#### 【患者家族の受け入れやすい形での退院をめざす】

退院支援看護師は、「本人と意向の異なる家族にも理解を得られそうな選択肢を提示する」ことで患者家族との合意形成を進め、「患者の病状や置かれた背景、患者家族の意向を勘案して次の療養先を探す」ことを行い、患者家族に提示することで、患者家族ができるだけ受け入れやすい形での退院を目指していた。

2回目の面談のときに何個か提案、家に帰るということと、施設ということ提案してはいたんですけども・・・本人さんも、もうずっと家に帰りたい、家に帰りたいと言っていたので、少しでも本人さんが帰ればいいのかというその思いも、ちょっと家族さんに分かってもらいたいというか、分かってもらうよりこっちでこう、(訪問・通所・泊まりのサービスが利用できる小規模多機能型居宅介護の利用を)設定して進めた方が、この患者さんの帰りたいという思いをかなえてあげられるのかなという、きっと私の勝手な思い。(Bさん)

#### IV. まとめと今後の課題

本研究では、積極的治療の継続が困難になったがん患者への退院支援を行う、退院支援看護師の合意形成に関する実践知として、【患者家族との合意形成に必要な情報を漏れなく集める】、【退院支援を患者家族にとっての脅威にしない】、【急激な病状悪化を念頭に置きながら、患者家族との関係性を少しずつ築く】、【意向のずれを把握し、修正に向けて働きかける】、【家族が答えを出すのを待つ】、【安心して退院できるための下準備を整える】、【患者家族の受け入れやすい形での退院をめざす】の7つのカテゴリーが抽出された。

退院支援看護師は、主治医の治療方針や患者家族の疾患の受け止め、退院支援部署の介入についてきちんと主治医から説明がされているかどうかを確認してから、患者家族の信頼する関係者から紹介してもらい形で退院支援を開始していた。退院支援は、患者が安心安全に次の療養先に移行できるよう、患者家族にとっての最善を目指して行われるものであるが、退院支援看護師が患者家族の相談に乗るためにコンタクトを取ること自体が患者家族に病院から退院を迫られているような印象を与えかねないことを、退院支援看護師はよく認識しておく必要がある。本研究の結果から、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援では、治療の希望が断たれ、積極的治療の終了に伴って入院の継続が困難になった患者家族の心情に配慮しながら慎重に患者家族との関係性を築いていくことが、患者家族との合意形成、退院支援のスタートラインとして重要であることが示唆された。

今後さらに調査を重ね、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における、退院支援看護師の合意形成に関する実践知を明らかにしていく必要がある。

#### V. 研究の成果等の公表予定

学会発表：第40回日本看護科学学会学術集会

学会誌投稿：Journal of Clinical Nursing