

## アクションリサーチによる病棟看護師の終末期がん患者への退院支援

広瀬 会里<sup>1</sup>, 生田美智子<sup>2</sup>, 田島ちなみ<sup>3</sup>, 三浦なつ子<sup>4</sup>, 小野 薫<sup>5</sup>, 森田恵美子<sup>6</sup>

### Action research on effect of discharge support by ward nurses on terminal cancer patients

Eri Hirose<sup>1</sup>, Michiko Ikuta<sup>2</sup>, Chinami Tajima<sup>3</sup>, Natsuko Miura<sup>4</sup>, Kaoru Ono<sup>5</sup>, Emiko Morita<sup>6</sup>

終末期がん患者のいる5ヶ所の病棟看護師と研究者によるアクションリサーチチーム（以下ART）を結成し、終末期がん患者への早期からの退院支援における課題の明確化および方略を探った。結果、退院支援を困難としているのは、退院に向けた意向確認、介入時期の判断、医師との連携があげられた。各病棟の特色をふまえた方略をARTで検討しART病棟メンバーが各自の病棟で実践に取り組むというサイクルを5回行った。また毎回のディスカッションで内省、現状把握、改善のための検討をした。ARTメンバーの内省から退院支援に向けた介入の継続意思が示されるなどアクションによる学びが得られていた。ARTメンバーの病棟における実践活動による病棟看護師への波及効果をみるために活動開始前後でARTメンバーの所属する病棟看護師に対して退院支援に対する困難感を尺度を用いて調査した。病棟看護師に退院支援に対する困難感の得点はART活動開始前後（6か月後）で有意な差はなく、半年の活動では困難感の低下は認められなかった。本研究ではARTの活動により病棟における退院支援の問題、具体的な方略が示され、ARTメンバーの内省により実践を継続する素地ができた。

キーワード：退院支援, アクションリサーチ, 終末期, がん看護, 病棟看護師

#### I. 序 論

がん対策基本法の制定によりがん診療連携拠点病院と認可された病院は、法律の基本政策の一つである「がんに関する相談支援および情報提供」の取り組みが課せられており、医療連携・相談支援室が整備されてきている。また、在宅医療推進や入院日数短縮の政策をうけて、診療報酬の改定は早期からの退院支援の取り組みによる在宅復帰を促進している<sup>1)</sup>。入院患者の退院支援は病棟看護師から始められる。しかし、病棟看護師の退院支援に関する自己評価の調査では、入院時に退院支援が必要な患者の退院後療養生活の予測ができるのは46.2%であり<sup>2)</sup>、早期からの退院支援の難しさを示している。終末期がん患者への退院支援には、余命告知、治療をめざした治療から緩和ケア主体の治療への転換、がんの症状コントロール、継続的に管理が必要となる医療処置などの複

雑な問題が含まれる。さらに退院支援は状態が改善されてからというよりも悪化していくなかでの退院支援ということもあり、支援を行う看護師には先を見越す力や限られた時間内で退院できるように関連各所との調整を図る力なども求められる<sup>3)</sup>。医療連携や療養支援を担う専門部署や退院調整を行う看護師の配置など制度は整いつつある。しかし病棟の看護師は退院調整を担う看護師に退院支援をすべて任せるのではなく、病棟で他の職種より多くの時間を共にする病棟看護師も退院支援の役割を担うべきと考える。

終末期がん患者の看護に携わる看護師に緩和ケアに関する学習ニーズを調査した研究では、25項目中23項目で高い学習ニーズが示されており看護師が多くの迷いや困難を抱えながら終末期がん患者へのケアに取り組んでいる<sup>4)</sup>ことを示している。そこで実践の中にある問題を明確にし、可能な解決策を探るために行う看護師と研究

<sup>1</sup>愛知県立大学(成人看護学), <sup>2</sup>相山女学院大学, <sup>3</sup>公立陶生病院, <sup>4</sup>公立陶生病院, <sup>5</sup>公立陶生病院, <sup>6</sup>公立瀬戸旭看護専門学校

者との協働的介入であるアクションリサーチによって病棟看護師による退院支援を行う。看護師と研究者の協働により看護師の勤務する病棟での終末期がん患者の退院支援における問題が明確にされ、退院支援を可能とする方略を示すことは、早期からの退院支援を可能とし、療養生活の質の向上に寄与する。また、看護師が研究者と共に考え、看護師が自らの力で問題を明確にし、介入方略を検討することは、看護師の自己の成長や新たな気づきにつながり、さらなるケアの質の向上になると考える。

## II. 研究の目的

病棟看護師による早期からの終末期がん患者への退院支援における課題を明らかにしてその方略を探ること、また、実践による波及効果で病棟看護師の終末期がん患者への退院支援に対する困難感の軽減することを目的とする。

## III. 研究方法

### 1. アクションリサーチ

アクションリサーチとは「実際のヘルスケア現場における問題を明確にし、可能な解決策を探るために行う協働的介入」<sup>5)</sup>であると説明されている。Holterらは哲学的な基盤をもとにアクションリサーチを予測的で理論や知識を基盤としたテクニカル・アプローチ、記述的で相互依存的な関係で内省と実践をするミューチュアル・アプローチ、予測的・記述的で実践者を批判的内省・啓発に導くエンハンスメント・アプローチと3つのアプローチがあり、それぞれのアプローチによって異なる知識が生み出されると説明している<sup>6)</sup>。終末期にあるがん患者への退院支援には、病状把握や治療による影響、予後予測が難しくなり、これらは病棟毎、診療科の特色を受け多様な様相の問題になると考える。よって研究者と実践者が潜在的な問題やその根源となる原因を探り、可能な介入方法を協働で明らかにしていくミューチュアル・アクションリサーチを用いることにした。実践者である病棟看護師と研究者が共に研究参加者として対話しながら検討する方略は臨床に即しているであろうし、ミューチュアル・アクションリサーチが第一義的にめざすものは、個々の看護師の願いの実現に向けての専門職看護師としての自己革新である<sup>7)</sup>。内省による自己革新により研究期間終了後も継続的に内在する看護実践における願

いの実現のために方略に取り組む姿勢を作ることが期待できる手法である。

## 2. アクションリサーチの展開

### 1) アクションリサーチメンバーの編成

アクションリサーチメンバーは、研究者、調査施設の責任者、アクションリサーチ（以下ART）病院担当者（がん相談支援室看護師、退院調整支援室看護師）、ART病棟メンバー（病棟看護師）とした。ART病棟メンバーは、終末期がん患者が入院する率の高い5ヶ所の病棟の看護師長から各病棟で退院調整に関心のある看護師にARTへの参加を呼びかけていただき、アクションリサーチの手法、研究の目的、内容、計画について文章を用いて説明し、同意が得られた看護師をARTメンバーとした(図1)。

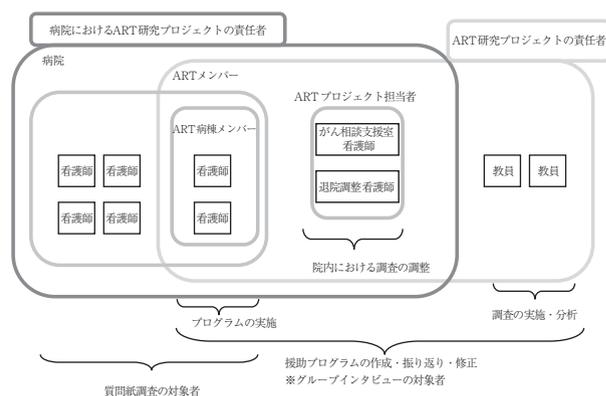


図1 アクションリサーチメンバー

### 2) 研究の進行

最初にARTメンバーでディスカッションを行い、終末期がん患者への退院支援における課題を明確にした。その際、入院時に退院支援が必要となりそうな人を拾い上げるスクリーニングシートの次の再アセスメントに使えるアセスメントシートを活用した。ディスカッションでは退院支援についての困難や課題、取り組み、今後の方略を検討した。検討された方略は各ARTメンバーが自分たちの病棟の特徴に合わせて実践し、次回のディスカッションで実践の報告と共に、さらなる退院支援についての困難や課題、取り組み、今後の方略を検討した。また内省を促すため「どのような状況であったのか（説明）」、「どのように感じたのか（感情）」を言語化してもらった。ディスカッションでは、研究者が調査者を務め、参加者の許可を得て、ディスカッションされた内容を録

音し、逐語録に起こして内容を整理した。整理した結果は、ARTメンバーに示し、内容を共有した。ARTメンバーは次回のディスカッションまで所属の病棟でアセスメントシートの活用および検討された方略の実践を他の看護師を巻き込みながら実践した。このディスカッションは1回60分で毎月実施し、計5回開催した。

### 3) データ収集

データ収集期間：2012年8月～3月

(1) アクションリサーチによる退院支援への取り組み  
ディスカッションで語られた内容の逐語録をデータとした。

(2) アクションリサーチが及ぼす内省

ART活動開始の3か月後、6か月後のグループインタビューにより、アクションリサーチが及ぼすART病棟メンバーの内省に関する調査を実施した。インタビューでは「願いの表明」「内省」「願い実現のための方略」を語っていただいた。

### (3) 病棟看護師の退院支援に対する困難感

対象者：ARTメンバーの実践場である終末期がん患者が入院する率の高い5か所の病棟の看護師全員  
調査項目：困難感は笹原の「一般病棟の看護師の終末期癌患者のケアに対する困難感尺度」<sup>8)</sup>を用いた。この尺度は8ドメイン（78項目）で構成されており、全体での合計点は出さずドメインごとの合計点を算出し点数が高いほど困難間が高いことを意味する尺度である。項目数が多いため目的に応じたドメインごとの使用を認めており、本研究では「患者・家族とのコミュニケーション（17項目）」、「治療・インフォームドコンセント（8項目）」、「看護師間の協力・連携（5項目）」の3ドメイン（30項目）を使用した。また最近3か月以内のアセスメントシートの記入者数を調査した。

### 4) 分析方法

(1) 質的データ

①ARTの活動内容を記述するため、ディスカッションの逐語録から、1文で意味のわかるコードを作成し、退院支援における問題、問題の質（要因）、問題の解釈と関連付けながら解決に向け提案された方略を示した。示された方略を含むデータの解釈は毎回のディスカッションでARTメンバーに確認してもらった。

②ART活動開始3か月後、6か月後のグループイン

タビューにより語られた内容は許可を得て録音し、逐語録を作成してデータとした。語られた「願い」「内省」「願い実現のための方略」について3か月と6か月での変化について分析した。

(2) 量的データ

終末期がん患者の退院支援に対する困難感についてART活動開始前後の比較は対応のないt検定、記入件数は $\chi^2$ 検定を行った。

### 5) 倫理的配慮

①ARTメンバーには参加や拒否の自由、研究途中における同意撤回を保障した。語られた内容の録音は全員了解を得て行い、逐語録作成時は個人が特定されるような内容は削除した。分析時は抽象化して内容を取り出して記述し、プライバシーの配慮を行った。録音したデータはロック機能付きUSBに保存し管理した。

②質問紙調査は無記名であること、個別の封筒による回収、返送をもって研究に同意したとみなした。①②ともデータの管理や参加者の個人情報の匿名化を約束し、以上のことは文書で示した。本研究の実施に当たっては愛知県立大学研究倫理審査委員会の実施許可（24愛看大管理第6-24号）を得て実施した。

## IV. 結 果

### 1. ARTによる退院支援

#### 1) ARTの結成

ART病棟メンバーとして13名の研究参加希望者があり2グループとした。5回のディスカッションを行い、参加率は各グループでばらつきがあった。毎回、勤務の都合や体調不良などの欠席連絡はあった。また「願いの表明」のなかで、介護保険と医療保険についての理解が不十分で学びたいという願いがでて、勉強会を1回企画した。

#### 2) 退院支援に関する抽出された課題

ディスカッションにより退院に向けた意向確認、介入開始時期の判断、医師との連携に関して困難を感じることが表明された（表2-1～3）。

##### (1) 退院に向けた意向確認

患者と家族が退院について「患者は家に帰りたと言うけど、家族は病院にいてほしいと言う」などの意向に相違があることに直面し、課題として、問題の要

表1 ARTの実施プロセスとディスカッション参加者数

ディスカッション	Aグループ	Bグループ	ARTの活動	病棟
				困難感の調査(介入前)
第1回目	10 (7)	8 (5)	問題の明確化 願いの表明・共有	
第2回目	10 (7)	8 (5)	現状の問題について話し合う 改善のためのプランを検討する ↓ 各病棟で取り組む	・認定看護師からのアドバイス
グループ インタビュー	6	5	願い・思い入れの表明, どのようにしたいのかを表出・共有	
第3回目	9 (6)	7 (4)	現状の問題について話し合う 改善のためのプランを検討する ↓ 各病棟で取り組む	・勉強会：介護保険・医療保険 ・認定看護師からのアドバイス ・資料提供：アドバンス・ケア・ プランニング
第4回	8 (5)	4 (1)		
第5回	9 (6)	4 (1)		
グループ インタビュー	6	5	願い・思い入れの表明, どのようにしたいのかを表出・共有	困難感の調査(介入後)

\*人数：( ) 内は ART 病棟メンバー

因を探っていくところ、療養場所に関する意向の確認ができていないことにたどり着いた。しかし、治療の効果を期待しているときに退院や予後の話題は難しく、聞き方というコミュニケーションの課題があがった。その後、どのように意向を確認すればよいか検討し、「アセスメントシートを立ち上げると、退院先の項目があるから必然的に聞く」「再入院の患者なので早くから家族の話を聞けるよう支援室へ依頼する」「点滴から服薬に変更したあたりで家族の意向を聞いておく」方略がでた。

### (2) 介入開始時期の判断

「症状コントロールをしていたら悪化してしまった」「自宅に帰りたいという希望を聞いてから退院調整へつなげるまでに時間がかかってしまった」など退院支援を開始するタイミングを逃してしまったことに直面し、課題として、問題の要因を探っていくところ、介入開始時期が不明確であることにたどり着いた。その後、どのようなタイミングで介入を検討し始めればよいかを検討し、「入院時やICがあった時に相談支援室や退院調整支援室を紹介しておく」などの事前の情報提供、病状変化に対応するため「カンファレンスで取り上げる」「早い段階で気づいた時、一人で抱えず、チームで共有する」などがあげられた。

### (3) 医師との連携

「症状悪化でケモ(がん化学療法)が延期されたけど、

データが落ちつければ行くと医師は言う。今後、ケモを続けるのかがわからない」など医師の治療目標を明確につかめていないことに直面し、問題の要因を探っていくところ、医師の治療計画の具体的な内容と看護介入の目標について医師と看護師とでしっかりと共有できていないこと、患者への説明場面であるICを有効活用できていないことにたどり着いた。その後、日中、外来や検査室・治療室にいて病棟不在が多いところでの医師とのコミュニケーションのとり方、ICの有効活用について検討し、「カンファレンスで話題として取り上げ、医療チームで検討する」「カンファレンスで医師から患者の病状を説明してもらい、看護師から生活上の問題や患者の思いを医師に伝えていく」、IC前、IC中の具体的な声かけなどの方略が示された。

### 3) アクションリサーチによるARTメンバーの内省

活動を通して達成できたと表現されたものは「退院支援用紙(アセスメントシート)を周知できた」「病棟の看護師がこの人は介入が必要そうと感じるのが早くなったと感じる」「介入対象者を把握できてスタッフが退院に向けて動き始めてくれる」があった。このように、各病棟での活動を通して達成感が得られた病棟もあれば、内省に「自分一人じゃ進んでいかない」「自分の病棟でやれていなかった」など、他の看護師を巻き込んでの実践が6か月間では難しい病棟もあったが、他病棟や相談

表 2-1 退院支援における課題：退院に向けた意向確認

ディスカッション	どんな状況？	どのように感じ、何を考えていた？	どのようなことを行った？	提案された方略・残された課題
1回目	患者は家に帰りたいたいと言うけど、家族は病院にいてほしいと言う。	患者は家に帰るのに不安を持っている。家族は動けるようになったらと言いつ、現実的でない要望を持っている。家族は状況を理解できていなかったのかな？	訴えが強くなったので、どうしてそう思うのか話を聞いた。安心して過ごせるための情報提供をした。退院調整支援室に相談して調整してもらい退院した。	家に帰りたいたいという訴えが強くなってから対応しているが、患者から情報を得られた時点で行動を起こす。疼痛コントロール、食欲不振が同時にあり、家に帰りたいたいという訴えにすぐ対応できなかった。(2回目ディスカッションで追加) 点滴から服薬に変更したあたりで家族の意向を聞いておく。
	家に帰りたいたいけど帰るのは不安がある。			
	前回急に家に帰りたいたいって退院した人が本人の希望で入院してきた。病状から医師は帰れないという。	本人が帰りたいたいって言ったつれて帰る家族だから、急に退院したいと言いつ出して良いようにシートを立ち上げておこう。	シートを立ち上げたことで思いつを患者に開けた。医師に退院は無理といわれるとそれまでだったが、シートを使うことで立ち止まらずにすすめた。	アセスメントシートを立ち上げると、退院先の項目があるから必然的に聞くことができる。シートに記入された患者は支援室で把握される為、介入が必要になった時は速やかに支援室に介入してもらえらるからシートに記入する。
病状が悪化してきている。看護師が患者や家族に予後について知りたいかどうか患者・家族に聞く機会が無い。	本人が知りたいのかどうかを確認できていない。自分から話し出してくれない人にはどう聞くのかわからない。		いつ、どうやって聞くか。患者が話し出してくれない人ならば、家族経由で本人がどう思っているのか聞いてもらう。	
3回目	家族は介護能力を持っているが、退院を拒む。家族と直接話したいが、家族は仕事をもっており、話す機会が持てない。再入院を繰り返している。	予後が厳しいというICの後だったの、家族は病状を受け止められていないのかもしれない。	支援室に調整を依頼した。家族と面談してくれて、家族は患者が退院したら患者と予後の話をするようになるのが嫌(怖い)という理由から退院に消極的であることが明らかになった。	再入院を繰り返しているのだから早くから家族の話を開けるよう支援室へ依頼する。
4回目	治療開始時は、がん化学療法に期待しているけど、治療の効果が見られず酸素や管の挿入など医療処置が始まった。	自宅に帰るチャンスを逃したと思う。患者は「良くなったら」と希望を持っている。余命を踏まえた今後についての意向を聞いて良いのか。	まず、家族の意向を聞いてみた。病状で気持ちも変化するから、継続的に家族の思いつを聞いていこう。	「良くなつたら」という希望をもっているから、働きかけにくい。しかし、医療処置が始まると患者も考えるところがでてくるから、このタイミングで患者にも聞いてみる。
5回目	家族が医師の退室を追いかけで行き廊下で話し始めた。	家族の声が大きく、話し声があ気になる。こうなる前に患者の意向を聞いておけばよかった。	患者が自分のことを知りたいという要望をもっているのか不明だったので何もできない。	「何を話しているのでしょうかね」「私は気になります」「何の用事だったのでしょね」と言いつ患者の反応をみる。気になるなら何か話すかもしれない。

表 2-2 退院支援における課題：介入時期の判断

ディスカッション	どんな状況？	どのように感じ、何を考えていた？	どのようなことを行った？	提案された方略・残された課題
1回目	症状コントロールをしていたら悪化してしまった。	スクリーニングシートの後退院調整シートを立ち上げるタイミング(再評価)がわからない。		カンファレンスで取り上げる。早い段階で気づいた時、一人で抱えず、チームで共有する。
	自宅に帰りたいたいという希望を聞いてから退院調整へつなげるまでに時間がかかってしまった。	支援の必要性に気がついてはいたけど、どこにどう介入すればいいのかわからなかった。医師が今後をどう考えているのかわからなかった。	がん相談支援室や退院調整支援室につなげる。	入院時やICがあった時に相談支援室や退院調整支援室を紹介しておく。ADLが低下していなくても、がんで入院した人(全員)に入院時に紹介する。院内ツアーの経路として行くことを勧める。
2回目	入院時のADLは自立していたのに急に悪くなった。	こんなに急に悪くなるとは思わなかった。医師も予想していなかった。		再アセスメントの日を決めておく。入院後〇日目、〇〇治療の〇日目など
	確定診断の為に入院してくる。治療開始後にADLが下がる。進行が速く入院後に一気に悪くなる。	入院時は記録から症状を把握するだけで病状の予測は難しい。医師の見通しが確認できていない	再アセスメントをする。	再アセスメント日を入院後〇日目、〇〇治療の〇日目、トイレに一人で行けなくなったときなど具体的にしておく。
	抗がん剤が使えないと分かった時	今を逃したら家に帰れないかもしれない。	治療すると動けなくなるよ、治療も厳しい、今後、どうしたいですかって話をする。	抗がん剤が使えないと分かった時が今後の話をするタイミングになる。どこで療養するかって話になるので区切りがつけやすい。
家族が来ないので介護申請ができない。家族を呼びとめても帰ってしまつ。	疼痛コントロールが付いたから2週間後の退院を目指そうとしたら、家族と連絡が取れない。キーパーソンが違うのかもしれない。	支援室に調整を依頼した。家族が引き取りたくないと思つていた為、家族員での話し合いを進めていたら病状悪化してしまつた。	点滴から服薬に変更したあたりで家族の意向を聞くよう働きかける。	

表 2-3 退院支援における課題：医師との連携

ディスカッション	どんな状況？	どのように感じ、何を考えていた？	どのようなことを行った？	提案された方略・残された課題
1回目	病状変化しても退院時に予測される医療上の問題は説明してくれないので、どのように介入したらいいか困る。	医師と退院に関する相談をするのが難しい。		カンファレンスで話題として取り上げ、医療チームで検討する。 カンファレンスで医師から患者の病状を説明してもらい、看護師から生活上の問題や患者の思いを医師に伝えていく。
2回目	予定されていないICだと入れない。今後のことについてどの程度、説明しているかわからない。	ICに同席するのを目標としているけど、できていない。	IC後の家族や患者にICの説明内容を聞いた。	医師が時間的余裕をもてる治療や検査が終わったところを見計らい、IC同席の意思表示をする。電子カルテの掲示板にICに同席したいという意思表示を載せる。
3回目	ICの時に同席するけど、ICの最中に発言したことはない。	家族から質問があればいいけど、何も質問しない家族は大丈夫かなと思う。		IC中、「ちょっといいですか」と看護師から医師に質問する。 (行った看護師から、「ああ、それ聞こうと思ってた」と患者に言われたと報告あり)
	IC後に、わかりましたかって聞くと、わかりましたって言うけど、内容は十分に言えない。	患者さんはICで聞いたことをあまり覚えていない。こんなことしか聞いていないとわかった。	患者に「先生、さっき、こう言っていたね、この薬は効かないけど、この薬があるって、それで、こういう副作用があるって。」とIC後に再度説明した。	自分（看護師）はわかる内容でも、IC中に患者さんがわかっていないようなら、あえて看護師から医師に質問してみる。
	ICで何も質問せずにいる。	何でも聞いて良いと患者に伝えていても、質問内容が具体になっていないので質問できていない。	IC中に「わかる？ きっとわかっていないと思います」と声をかけ、看護師から医師に再度の説明を求めた。患者から「看護師さんが言ってくれたから先生が丁寧に説明してくれたて助かった」と言われた。	IC後に医師の話の内容を再度要約して患者に伝える。
4回目	患者の病室からICの部屋まで一緒に行く。	同席の許可を得たり、名前を名乗ることで信頼関係の第一歩となると思うので	「どういうことを聞きたいですか」と確認した。 「私が同席させてもらいます」と了解を得た。	IC同席の了解を患者から得る。一緒に話を聞いてくれた人として、関係性を深めるきっかけとする。
	電子カルテにより、医師は画面を見ながらの説明になっているので、看護師が座る位置が難しい。	患者や家族の顔がみえる所（医師と患者・家族の間）に座るが、医師が画面ばかり見つけ説明した為、医師と患者・家族の信頼関係の構築を気にした。	患者・家族と医師との関係を作る場にしたい時は、患者・家族と医師の距離を近づけ、看護師は患者・家族の後ろに座り、後ろから表情を伺いながら声をかける。	患者や家族が分からないって顔をしたら、その場で、患者に「わかりますか」と声を出す。また医師に「～ということですか」と代わりに聞く。 患者・家族に近い位置に座る。表情が観察できる位置に座る。医師と患者の関係を気に配る。
5回目	病状悪化でケモが延期されたけどデータが落ちつけば行くと医師は言う。	今後、ケモを続けるつもりなのかかわからない。はっきりしないうちに終末期になる。		日中は外来と検査で病棟不在が多いため、回診か夕方に治療の方向性や患者の生活面の問題について話し合ってみる。

支援室からのアドバイスもあり「医師との協働を実現させるのは大変だけどやりたい」といった今後の計画は持っていた。ARTの活動を通して自己成長できたものには、「答えは一つじゃないという考え方ができた」「その人なりの理由があり、それを尊重するのが大事だと分かった」があった。これらの自己の内省をふまえ、今後の活動への意欲を示す意見もあった。またディスカッションでは経験値の高い看護師が患者への具体的な声掛けを紹介したあと、他の病棟の経験の少ない看護師が患

者の意向確認をするためにその方略をもちいたことから「うまくいった経験をチームに紹介し、それを聞いた経験年数の浅い看護師にこういうことを聞けばいいと分かってもらおう」や、複数病棟の看護師で構成されたチームでのディスカッションで得た学びから「自分の病棟しか知らないとそのあたり前になるので他の病棟の事例検討をきく」があった。

## 2. ART活動による病棟看護師の退院支援に対する困難感

### 1) 概要

回答数はART活動開始前85名、6か月後は75名だった。

### 2) アセスメントシートの記入件数

ART介入前後でアセスメントシートの記入件数の変化は、2件以下は介入前45人(52.9%)、介入後51人(68.0%)、3件以上は介入前40人(47.0%)、介入後24人(30.0%)だった。ART介入の前後で記入件数に有意な差はみられなかった。

### 3) 活動前後での困難感の相違

困難感「患者・家族とのコミュニケーション ( $\alpha=.89$ )」は前Mean=52.09 (SD=7.73)、後Mean=52.35 (SD=8.06)、「治療・インフォームドコンセント ( $\alpha=.84$ )」は前Mean=25.33 (SD=4.84)、後Mean=23.08 (SD=4.67)は「看護師間の協力・連携 ( $\alpha=.90$ )」は前Mean=12.32 (SD=3.02)、後Mean=12.43 (SD=8.06)であった。各尺度の下位項目において開始前後での差の比較を行った結果、それぞれの得点はART活動前後で有意な差はなかった(有意水準5%)。

## V. 考 察

### 1. 退院支援に対する困難感

退院支援における病棟看護師の困難感は活動前後で有意差は認められなかったが、得点をみると活動後の方がやや高く、活動により困難感が高くなる傾向にあると考えられた。看護師のがん看護に関する困難感の調査では、過去1年で経験したがん患者のケアの合計人数が多いほど困難感は低くなる<sup>9)</sup>とあり、困難感と介入件数の関連を示唆している。本研究ではアセスメントシートへの記入件数はART活動開始前後で変化が無いことから、介入件数に大差は無いと思われる。件数が増えず困難感が上昇したのは、ケアの内容の変化ではないと推察される。今回、ARTの活動により退院支援を困難にしているのは、退院に向けた意向確認、介入時期の判断、医師との連携への取り組みであることが明確にされて方略を検討し、病棟看護師とともに実践していった。病棟看護師が病状理解や意思決定支援に向けてICに同席した場で患者の理解をサポートするなど今まで以上に退院支援に積極的に取り組んだことで、今回調査はしていないが実践による新たな課題が生じ困難感を増していたとも考えられる。沼田ら<sup>10)</sup>が急性期病院と地域で医療を担う医師への調査で「退院時患者・家族は病状理解ができている」

表3 アセスメントシート記入件数(3ヶ月間)

ARTの介入	無し		1・2件		3～5件		6件以上		合計		有意確率
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
開始前	25	29.4%	20	23.5%	12	14.1%	28	32.9%	85	100%	n.s.
開始後	29	38.7%	22	29.3%	11	14.7%	13	17.3%	75	100%	

$\chi^2$  検定

n.s. 非有意, \* $p<.05$

表4 活動前後での困難感の相違

困難感	活動前 n=85			活動後 n=76			t 値	
	Mean	SD	$\alpha$	Mean	SD	$\alpha$		
患者・家族とのコミュニケーション 17項目 17～68点	52.09	7.73	0.89	52.35	8.06	0.89	.206	n.s.
治療・インフォームドコンセント 8項目 8～32点	22.48	4.20	0.84	23.08	4.67	0.82	.850	n.s.
看護師間の協力・連携 5項目 5～20点	12.33	3.00	0.90	12.43	3.05	0.87	.208	n.s.

※対応のないt検定

※1:全くない, 2:あまりない, 3:少しある, 4:非常にある

n.s. 非有意, \* $p<.05$

と回答したのが急性期医師は85.7%、地域医師は58.0%と認識に差があったことを報告しており、病状理解への支援の難しさを示している。今後ARTが継続していくなかで、看護師個々の実践能力が高まることで困難感が下がることが期待できる。

## 2. ARTメンバーのエンパワーメント

ARTメンバーは活動をとおして内省を繰り返し、「答えは一つじゃないという考え方ができた」などの考え方の転換や「病棟の看護師がこの人は介入が必要そうと気づくのが早くなったと感じる」などの活動の効果を実感していた。活動に参加することで医師との協働について「自分の病棟でできていない」のが「医師との協働を実現させるのは大変だけどやりたい」になった。これはARTメンバー同士が活動の中で「本来持っている力に気づき、その持てる力を発揮できるように支援していくエンパワーメント」<sup>11)</sup>がお互いに行われていたと考える。他メンバーの内省の聞き手となることで、さらに自らの内省が促され、自分のパターンの認識にもつながったと推測される。自分のパターン認識は、この次はこうしていこうという「願い」につながるため、このような看護師のエンパワーメントは活動の継続につながる事が示唆された。

## 3. 病棟看護師による退院支援

退院支援における課題としてあがった「退院に向けた意向確認」では、「退院の要望がでてから行動を起こした(本人に聞くのが遅かった)」、「いつ、どうやって聞くか」など、コミュニケーションに関するものが多くあがった。「医師との連携」においても医師の思いや考えを確認できていないために予後予測が立てられない状況を生じさせていた。岩脇らの病棟看護師の退院支援スキルに関する実態調査<sup>12)</sup>でも退院支援に必要な姿勢に「家族とのコミュニケーション(95.6%)」「患者とのコミュニケーション(95.4%)」とコミュニケーションの必要性が示されている。しかし厚生労働省の「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」<sup>13)</sup>にコミュニケーションは能力不足で強化項目と記され、コミュニケーション能力の調査<sup>14)</sup>では「患者の気持ちや背景に迫る機会に踏み込んで聞く」ことができるかどうかの自己評価が低いという報告から、看護師がコミュニケーションを苦手とする傾向が伺える。臨床経験の少ないARTメンバーからはコミュニケーションが得意ではないという発

言もあり、コミュニケーションの課題が残された。

## VI. まとめ

ARTメンバーの活動により退院支援における問題の明確化、問題の質(要因)、問題の解釈および解決方法を示すことができた。また、ARTメンバーは内省により自己を知り実践に向け自分の持っている力を発揮できる素地ができ、退院支援に向けた介入の継続意思を示し、今後の活動計画を持つこともできていた。しかし、自分一人ではできないなどの意見もあり、本研究による定期的なディスカッションにより継続意思が保たれていたところも大きいと考える。効果の持続期間や経過をみることで、継続していくための方略の検討が課題である。

## VII. 研究の限界と今後の課題

2012年の調査になる。その後、診療報酬の改定でICに認定看護師が同席することが算定されるようになったことをうけ、初回のIC時は認定看護師の同席は行われるようになった。今回の研究の成果はこのような制度が整う前の状況における取り組みであり、ICに看護師が同席するための悪戦苦闘した状況が記されている。また、退院支援については、各病棟にリンクナースが立てられ、ARTメンバーの活動のように症例検討やリンクナースを通じての学習会などが行われている。しかし直面している退院支援における課題に大きな変化はないため、今後も各病棟の特色をふまえた上で課題の本質に向き合い、方略を練っていく必要があると考える。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた対象施設の職員の皆様に感謝いたします。なお、本研究は平成22～24年度科学研究助成事業(科学研究費補助金)(基盤研究(C))(課題番号22592450)の助成による。

## 引用文献

- 1) 平成28年度診療報酬改定, 個別改定項目(2016).  
URL <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>  
(2016年12月アクセス)

- 2) 藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子, 安西由美子, 永井昌寛, 森雅美, 賀沢弥貴, 柳澤理子, 古田加代子. (2013). 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価. 愛知県立大学看護学部紀要, 19, 49-59.
- 3) 渡邊真理, 清水奈緒美. (2015). がん患者へのシームレスな療養支援, 35, 東京, 医学書院.
- 4) 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子. (2011). 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. 死の臨床, 34(1), 121-127.
- 5) Alison Morton-Cooper. (2005). (岡本玲子, 訳). ヘルスケアに生かすアクションリサーチ. 東京: 医学書院.
- 6) Holter IM, Schwartz-Barcott D (1993). Action research what is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. Journal of Advanced Nursing, 18(2), 298-304.
- 7) 遠藤恵美子, 新田なつ子. (2001). 看護におけるアクションリサーチ: ミューチュアルアプローチの理論. 看護研究, 34(6), 465-470.
- 8) 笹原朋代. (2008). 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度. 緩和ケア編集委員会 (編), 臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメントツール, 114-117. 東京: 青海社.
- 9) 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙石美枝子, 山内かず子, 門間典子. (2014). 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因, Palliative Care Research, 9(3), 158-166.
- 10) 沼田久美子, 清水悟, 東間紘. (2006). がん終末期患者の在宅医療・療養以降の課題, 厚生学の指標, 53(11), 1-4.
- 11) 中村小百合. (2009). エンパワーメント理論. 佐藤栄子 (編). 中範囲理論入門. (pp430-442). 東京: 日綜研.
- 12) 岩脇陽子 (他9名). (2015). 病棟看護師の退院支援スキルに関する実態, 京都府立大学看護学部紀要, 25, 19-26.
- 13) 厚生労働省医政局看護課. (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書, URL <http://www.mhlw.go.jp/shing/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (2016年12月アクセス)
- 14) 森谷利香 (他3名). (2011). 看護系大学生の学習意欲とコミュニケーション能力に関する研究, 千金金蘭大学紀要, 8, 191-199.