

## 要 旨

### 終末期がん患者の療養場所選択における看護アドボカシー実践モデルの開発と評価

療養支援看護学分野 がん看護学領域

17DN04 森 京子

#### I. 研究背景

終末期がん患者は緩和目的以外の治療の終了に伴い、急性期病院から退院し、療養場所選択の意思決定を行うことになる。急性期病院での療養終了により死を見つめざるを得ない状況にある患者に寄り添い、患者が納得のできる意思決定を成し遂げるためには、患者を擁護し意思決定への参与を促す看護アドボカシーが重要である。

#### II. 研究目的

終末期がん患者が緩和目的以外の治療の終了に伴い今後の療養場所を選択する際に納得のできる意思決定を成し遂げるための看護アドボカシー実践モデル（以下、看護実践モデル）を開発し、その効果を検証する。

#### III. 研究方法

##### 第1研究：看護実践モデルの開発

先行研究、文献検討、がん看護における看護アドボカシーの概念分析の結果および文献的考察から看護実践モデルを作成した。

##### 第2研究：看護実践モデルの効果の検証

急性期病院の一般病棟に入院中で緩和目的以外の治療の終了に伴い今後の療養場所を選択する終末期がん患者と家族に看護実践モデルを適用し、効果を検討した。直接的介入は研究者と綿密な連携を図りながら、がん看護専門看護師が行った。看護実践モデルの有効性と適切性の検証は、半構造化面接法、VASを用いた「意思決定プロセスへの参与度」、「意思決定プロセス・意思決定した内容に対する納得度、満足度」、「意思決定プロセスにおいて自分の意思が尊重された程度」の評価、記録調査および、短縮版 POMS2 日本語版により実施した。また、看護実践モデルの有用性と実用性の評価は、研究者が作成した質問紙を用いた自己記載法により実施した。データ収集は、面接法と短縮版 POMS2 日本語版は介入前と介入終了直後、VAS と看護実践モデルの有用性、実用性に関する質問紙は、介入終了直後に実施した。また、各セッションの際は介入内容を記録した。データ分析は、1事例毎の個別分析と全体分析を行った。

#### IV. 用語の定義

**がん看護における看護アドボカシー**：がん患者およびその家族を擁護することや、意思決定を支えることを中心とし、患者の意思決定プロセスへの参与を促し、患者が自分の意思が尊重されたと感じ、納得のできる意思決定を成し遂げることを目的とした支援とする。

#### V. 結果

**第1研究**：看護実践モデルの目的は、①患者と家族が意思決定プロセスに参加できる、②患者が自分の意思が尊重されたと感じるができる、③患者が納得のいく意思決定ができたと感じることができる、とした。看護実践モデルの構成要素は、現実の受け止めのサポート、患者自身の意思決定プロセスへの参与の促し、患者の意向の医療チーム内での共有、患者の意思決定プロセスのサポート、の4つとした。働きかけは、情緒的支援、認知的支援、教育的支援、社会的支援とし、この中に概念分析の結果に基づく看護アドボカシ

一の要素を取り入れた。モデルの適用時期は、主治医から緩和目的以外の治療の終了および療養場所変更に関する説明を受けた直後から意思決定に至るまでの約1週間で、1回30分程度の個別セッションを3回実施する。第1回セッションの目標は、①患者、家族はこれ以上治療効果を期待できず治療を終了することおよび、急性期病院からの退院を余儀なくされることに対する衝撃が緩和される、②患者、家族は擁護され、支えられていると感じ、その上で今後の療養場所を選択することができることと実感できる、③患者、家族は、今後の療養場所の各選択肢のメリット・デメリットを考えることができる。第2回セッションの目標は、①患者は家族や医療者に自分の意向を伝えることができる、②患者と家族は、互いの意向をすり合わせて今後の療養場所の仮決定ができる、③患者、家族は退院後の療養生活を見通すことができる。第3回セッションの目標は、①患者・家族は、今後の療養場所について自らの意向を形成して自分の意向を述べるができる、②患者は意思決定した内容に納得できるとした。

**第2研究：**対象者は5組であり、第3回セッションに患者のみで参加した1事例を除き、全員が3回のセッションに参加した。行われた看護実践の内容を分析した結果、各セッションにおいてモデルに沿った介入が行われていた。また、意思決定プロセスが進むにつれ、前のセッションで残された課題に対する対応がなされていた。モデルの有効性に関する評価では、療養場所の意思決定プロセスにおいて自分の意思が尊重された程度に対する患者の評価は高かった。意思決定プロセスへの参与度、納得度は、意思決定権の所在に関わらず全ての事例において重要他者である家族の評価と同じか患者の方が高い評価であった。意思決定した内容に対する納得度の評価は高かったが、満足度は決して高くはなかった。また、腹を割った話し合いができた事例を除き、家族の評価は低い傾向が示された。

## VI. 考察

看護アドボカシーの要素を取り入れた本モデルの活用により、緩和目的以外の治療の終了に伴い、急性期病院から退院を求められ危機的状況にある患者をアドボケイトし、患者の意思決定プロセスへの参与を促し、納得のできる意思決定を成し遂げることや、患者と家族が合意に至ることを可能にすることが示された。患者がアドボケイトされたことは正に本モデルの目指すところではあったが、緩和目的以外の治療の終了に伴う療養場所選択において少なくとも意思決定した直後の時点では、患者、家族双方が共に納得し、満足しているとは限らなかった。患者と家族は仮決定後もなお、本音の部分では納得に至ることは難しく、個々の独立した存在と捉え支援する必要があることが分かった。

患者は急性期病院を退院後、住み慣れた地域で人生の最終段階を過ごすことになる。地域での療養生活を支える保健・医療・福祉分野で活躍する看護師と評価内容を共有し、患者の意向の再評価に活用すると共に、継続的に看護アドボカシーを実践していくことで、退院後の療養生活におけるケアの質および終末期がん患者のQOL向上に繋がると考える。

## VII. 結論

本モデルを用いて意思決定を支援することにより、終末期がん患者が、緩和目的以外の治療の終了に伴い、今後の療養場所を選択する際に納得のできる意思決定を成し遂げることができたことから、本モデルの有効性が確認された。