

外来で化学療法を受けるがん患者に対する  
訪問看護師・外来看護師の支援の現状と連携上の課題

—外来化学療法を受けるがん患者への外来・在宅連携看護支援ガイドライン  
開発の基礎研究としてのインタビュー調査から—

府川 晃子  
(兵庫医療看護学部 講師)

2014 年度前期助成  
2015 年 8 月 28 日提出

## I. はじめに

外来化学療法は、がん患者がそれまでと変わらない社会生活を送りながら治療を継続でき、患者にとっての QOL 維持が保障されるというメリットの大きい治療である。しかし近年では、これまで外来治療の対象となりにくかった高齢がん患者や、進行がん患者などに対しても、積極的に外来化学療法が導入されるようになってきている。また、新たな治療レジメンや分子標的薬を始めとする新薬の導入によって、患者は多様で複雑な副作用への対応を迫られている。化学療法の副作用症状の多くは治療後数日～数週間後に出現するため、外来化学療法を受けている患者は治療を終えて自宅に帰ってから、在宅環境でセルフケアを行い、生活の中でさまざまな症状をコントロールしなければならない。

先行研究では、外来化学療法を受けているがん患者への早期からの訪問看護導入が患者の対処行動や症状の安定に良い影響を与える可能性<sup>1)</sup>を明らかにしたものや、外来化学療法を受けていた患者が治療継続困難となった際に訪問看護の介入によって在宅での看取りが行えた事例<sup>2)</sup>など、外来化学療法を受けるがん患者への適切な在宅療養支援にとって、患者の在宅療養生活を支える訪問看護が重要であることが示唆されている。外来化学療法を受けるがん患者、中でも在宅での医療・看護的な支援を必要としている事例に対しては、病院看護師と訪問看護師がチームとして密に連携をとる必要があると考えられる。

在宅でのニーズをもったがん患者が、訪問看護を効果的に活用し安全・安楽に在宅生活を送れるようにするためには、病院の外来化学療法室や一般外来で患者を支援する看護師が、患者の生活状態をアセスメントした上で、特に訪問看護の介入の必要性の高いケースを適切に見出す力を身につけ、早期から在宅看護との連携をとることが必要になると考えられる。しかし我が国において、外来化学療法を受けるがん患者に関する病院と在宅の看護連携に関する研究は見られない。また、本研究の基礎調査として個別に外来・訪問看護師に聞き取りを行ったところ、現段階においては連携がほとんど行われていない実態があることが明らかとなり、現場の看護師は実践の中で多くの課題を感じていながらも、お互いの役割や、どのようなことが連携を阻害しているのかも明確化されていない現状が見えてきた。

そこでこのたびの研究では、外来化学療法を受けるがん患者への外来・在宅連携支援ガイドラインの開発を目指すにあたり、まずは実践の現場において、訪問看護師がどのように患者を支援しているか、どんなことを困難に感じているか、訪問看護師・外来看護師が連携の阻害要因や課題をどのように捉えているかを明らかにすることで、ガイドライン開発に向け必要となる内容について考察することとした。

## II. 研究の目的

本研究の目的は、外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師と、病院

の外来で化学療法を受ける患者に携わる看護師を対象としたインタビュー調査を行い、外来化学療法を受けるがん患者への支援の実際、外来・在宅看護の連携支援の現状と課題を明らかにすることで、患者への効果的な支援について検討することである。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 研究対象者

- ①外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師：外来で抗がん剤治療を受けている患者への訪問看護を行った経験を持つ訪問看護師。
  - ②外来で化学療法を受ける患者に携わる看護師：地域がん診療連携拠点病院の外来において抗がん剤治療を受けている患者に携わる看護師。
- 以上のうち、本研究への同意を得られた者とした。

#### 2. データ収集方法

半構成的インタビューガイドを作成し、外来で抗がん剤治療を受けるがん患者に対して外来・在宅看護が連携した支援の実際、外来・在宅看護の連携支援の現状と課題について、1名につき1回、約30分～1時間程度のインタビューを行った。インタビューにあたってはプライバシーを保つことができる個室を使用し、インタビューの内容は本人の同意を得て録音した。

#### 3. データ分析方法

インタビューによって得られたデータから逐語録を作成し、逐語録を繰り返し読み対象者の理解を深め、質的帰納的方法で内容の分析を行った。本研究の目的に基づき、データより外来で抗がん剤治療を受けるがん患者への支援の実際、外来・在宅看護の連携支援の現状と課題に関する部分を抽出し、対象者の表現に対して忠実にコード化を行った。更にその内容を類似性に添ってカテゴリー化し、抽象度を高めていった。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、兵庫医療大学研究倫理審査委員会の承認（第14036号）を得て行った。個別の対象者には研究の目的と内容、危害を加えられない権利、情報公開を受ける権利、自己決定の権利、プライバシー保護と匿名性、秘密が保護される権利について、文書および口頭で説明し、文書で同意を得た上で実施した。

### Ⅳ. 結果

#### 1. 対象者の概要

訪問看護師の対象者は6名、看護師としての経験年数は平均 $22.7 \pm 4.7$ 年であり、訪

問看護師としての経験年数は平均 13.3±5.8 年であった。

外来看護師の対象者は 8 名、看護師としての経験年数は平均 23.6±7.6 年であり、外来での経験年数は平均 4.9±2.7 年であった。

## 2. 結果

外来で化学療法を受ける患者への支援について、訪問看護師・外来看護師それぞれのインタビューの結果より、訪問看護師からは「外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師の感じる困難」と「訪問看護師が考える外来との連携への期待」が、外来看護師からは「外来看護師の感じる在宅での看護支援を必要とする患者に関する在宅看護との連携の阻害要因」、「外来看護師の考える在宅との連携への期待」、「外来看護師の考える在宅との連携への課題」以上の 5 つの内容が明らかになった。

### 1) 外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師の感じる困難

外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師の感じる困難に関連した内容として、20 のサブカテゴリーが抽出され、6 つのカテゴリー (表 1) が明らかになった。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》、対象者の言葉は「」と表記し結果を述べる。

【準備不足のまま在宅に支援を委ねられる戸惑い】には、《患者の意思や今後の方向性が十分検討されないまま委ねられる負担と戸惑いがある》、《これまでの経過や患者の価値観に関する情報がなく患者への関わりが難しい》の 2 つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「うちらが入って初めて (今後の方向性が) まだ決まってないやん！っていうのが分かるみたいな。こっちからしたら、なんで聞いてないの？みたいながありますよね」、「そんな (治療の経過を) 知らんくせに、ものが言えるかみたいなのところもあるから、それにいっつもつまづいて」、等と語っていた。

【療養者の意思を支えることへの迷い】には、《治療にすぎりたい患者の意思をどこまで支えたら良いのか迷いがある》、《認知症の患者は本当に治療を望んでいるのか判断できない》、《患者・家族の治療への葛藤の過程を見るつらさがある》の 3 つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「利用者さんにとって抗がん剤って、治療できる間は未来がある感じですよ。だから私たちは、へろへろになっても頑張るみたいな姿を支援していくから、もう止めたらっていうのはなかなか言えない」、「よくあるパターンは、本人は少々認知症があって、それでもう子供さんが「お父さん頑張って」 (と治療を勧める) みたいな」、「ケモをずっと続けてた人なんて特にそうですよ、(治療を) 諦めきれない」、等と語っていた。

【療養者の理解に合わせた外来での説明とコミュニケーションの不足】には、《患者の理解度に合わせた説明がされておらず複雑な副作用に対処できない》、《高齢者や認

知症のある患者は副作用をうまく理解できず医療者に相談できない》、《患者が副作用を予測することは難しく実感するまでは行動できない》、《患者は外来の医療者に一番つらい時期のことをうまく伝えられない》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「(患者が対処できていなくても) 医師は、ちゃんと副作用の話はしたよって、本人が治療やりたいって仰ってるから(治療をする) ってなりますよね」、「認知症で先生や看護師さんに自分で状況を説明できない人が、副作用とか下痢とか食欲がないとか出ると、患者さんはしんどいから家族にも来るな触るなとなるしね」、「起こりうる副作用をあだこうだっって言われても、現実には自分の身に起こってこないと聞いても耳から流れちゃってるだけじゃないですか」、「ご家族さんとご本人さんは先生の前でええかっこして、大丈夫ですって言っちゃう。医療者に言えないんですよ」、等と語っていた。

【化学療法とがんの症状への対応困難】には、《本人の年齢や状態によって一気に状況が変わることがある》、《治療自体が複雑で看護師にとっても分かりにくい》、《副作用とがんの進行による症状を混同してしまいやすい》、《治療に対する理解度の違う多職種が関わる難しさがある》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「副作用って本当に人それぞれで、高齢者なんか特に日常生活まで影響がいっちゃう人もいるわけだから」、「お恥ずかしながら、(抗がん剤の) 副作用がどうのって、文献見てあぁこうなんやって分かるみたいところで、毎回調べてまたすぐ忘れて」、「結構ぎりぎりまで(化学療法を) やってるから、化学療法の副作用をがんの進行によるものかって勘違いしたり、アセスメントを間違えやすいってうのはある」、「在宅で関わる人はヘルパーさんやら入浴サービスさんとか訪問介護、いろんなところが関わってて理解もいろいろやから、看護師同士だけが連携とったってしゃあない」、等と語っていた。

【システム面での制約】には、《制度面の制約があって必要なときに介入できない》、《症状が強く出現しても在宅療養を継続するしかない現状に問題を感じる》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「介護保険の枠は決められてる、お金もそんなに出したくない家族、それで訪問看護師さんに何を望みます? ってなる」、「ケモの副作用なら何日かしたらとりあえず落ち着くから、それまで何とかしてちょうだいっていう世界じゃないですか。地域連携に相談っていっても、「なんとか入院しないでお家でやって」みたいなことを言われちゃうからね」、等と語っていた。

【外来との連携上感じる困難】には、《患者を介しての外来とのやりとりにもどかしさがある》、《病院に情報を伝えても反応が見えない》、《規模の大きな病院へ相談するのは敷居が高い》、《外来化学療法室へ相談したくても窓口がよく分からない》、《多忙な外来に負担をかけることへの迷いがある》の5つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「外来では患者さん对外来の医療者でやってるわけで、なかなかこうストレートに外来の方には伝わらないっていうか」、「相談したいことは地域連携室経由で医師に連絡して、一応、外来の看護師さん宛にも先生との連名で送るんですけど、返書と

してこんな様子でしたよって返してくれるパターンもあれば、全く何もないっていうこともあるし」、「自分とこの施設とかやったら、別にこんなんやであんなんやでって言えるんやけど、よそってなると、それでなくてもちょっとこう敷居が高いっていうか」、「外来に行ってる間のこととか、看護の情報とかをどこに聞けばいいのか、直接ケモ室とかに送ってもいいものなのかどうかっていうのも分からないし」、「看護師として病棟での忙しさとかもわかるし、外来なんかさらに忙しいやろしと思うから、無理もやっぱり言えないから」、等と語っていた。

## 2) 外来看護師の感じる在宅での看護支援を必要とする患者に関する在宅看護との連携の阻害要因

外来看護師の感じる在宅での看護支援を必要とする患者に関する在宅看護との連携の阻害要因に関連した内容として、44 のサブカテゴリーが抽出され、8 つのカテゴリー（表 2）が明らかになった。

【支援を受けることへの患者の抵抗感や理解の不十分さ】には、《患者・家族に自分たちで頑張りたい気持ちが強い》、《先を見越して支援の必要性を説明しても、患者はまだ人の手を借りる時期ではないと考える》、《訪問看護師の役割が患者・家族に浸透していない》など、11 のサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「自分ですると決めちゃったら、もうちょっともうちょっとって頑張りはる気持ちのほうが家族の方って強いので」、「できれば他人には入ってほしくない、自分たちで。患者さんが家の人に見てもらいたいとか希望があれば余計なこと、そういう気持ちにはなってくると思うので」、「早期に人の手を借りたりサポートを得とくってということで、信頼関係築いたりプラスになるっていうこともお話するんですけど、いやいや、まだ今はそういう状況じゃないとか、ちょっと寝てたら大丈夫やとか」、「往診に来てもらう先生っていうのはイメージが付いても、看護師さんが来たから何してくれるの？って。ヘルパーさんはご飯作ってくれるんですけど、血压測るんなら自分で測れるっていう人もやっぱりいるので」、等と語っていた。

【患者への導入のタイミングの難しさ】には、《患者が支援を受け入れてくれるタイミングを予測した導入が難しい》、《すぐ状態が悪くなるのではという誤解を患者に与えないように紹介できるか迷う》、《有害事象とがんによる症状の判別がしづらい》、《患者の自尊心を尊重すると無理に勧められない》の 4 つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「もっと状態が悪くなったら諦めてくれるのかなとも思うんですけどね、けど抗がん治療で ADL 落としたら意味がないので、だから、ほんとどうやったらいいのかなっていう」、「看護師から言われたら、今から（訪問看護や介護が）必要な状況になるんやっていうふうに取りられるんやろなって思うとね、どのタイミングでどの表情で言ったら、悪い方に考えずに、まあそういう手もあるかって思ってくれるんやろな

って」、「倦怠感については薬のせいなのか病状なのかっていうのはもう判断がすごく難しくなってきたて、介入のタイミングが難しくて」、「ひとりで頑張ってる自己像があるんだと思うんです。でもそれを無理やりっていうわけにもいかないし、それは個人の尊重なのかなと」等と語っていた。

【患者を支援する力・視点の不足】には、《先を見越して訪問看護や資源の導入をするところまで視野に入らない》、《治療が終わると継続的に見ることができなくなる》、《外来はスタッフの入れ替わりがありアセスメントの力が定着しにくい》、《治療中の安全を守ることが最優先になり、在宅での生活などトータルに患者をみる視点が不足する》、《介護認定を受けるところまではできても、その後制度を活用できているかのフォローができない》の、5つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「そこ（在宅との連携）はまだこれから、課題ですね。そういったところの必要性が、外来とかケモセンターのスタッフはまだまだ認識はないと思うので」、「治療が進んできて、症状がままならなくて、ほんとにもう終末期とかっていうところまでは、なかなか外来では見ることがないので」、「外来はやっぱスタッフが入れ替わるのとで、（力が）つきにくい」、「今まででも（在宅での支援については）優先順位がちょっと低かったのかなっていうところもあるんですけど。ここでの治療を安全に、治療の目的がちゃんと達成できるようにだったりとかっていうところが主にだったんで」、「病棟でひとまず介護認定は受けて外来に降りてくるんだけど、一応認定もらったことで安心してしまったっていうところもあるんですよ」、等と語っていた。

【外来の環境における関わりの不足】には、《外来受診の際にしか患者・家族に会うことができない》、《外来受診の際に初めて状態が悪くなったことが分かる》、《外来の時間内に全て完結しなければならないと焦る》、《外来では患者と関わる時間や環境的な余裕がない》、《内服のみの場合では看護師の支援も不足する》、の5つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「訪看さん入っていただけたほうがいいんじゃないかっていう話を、ご家族さんに通すときに、（外来に）ご家族さんは来てないとか」「（外来受診が）月1回、3週間に1回ってなったときもありますので、その3週間の間に状態が変わってしまうこともありますし」、「外来の人って、今この外来きてもらったときに完結しないといけないって、すごくこう背負ってしまうんですね」、「点滴時間がゲムシタピンだけだったら1時間で終わってしまう、ばたばたしてたらほんとに点滴管理と副作用の対応支援だけで終わってしまったらっていうところで、なかなかちょっと（話を）聞けてない部分がありますね」「点滴で来てはる間は話も聞けるし、どうにかなるんですよ。内服になると外来だけになるじゃないですか。外来も立て込んでるので、やっぱり話はゆっくり聞けないと思うんですよ」、等と語っていた。

【院内の連携の不十分さ】には、《在宅との連携の意識が不足しており地域連携部門に丸投げになってしまう》、《地域連携室経由で連絡をもらうため直接情報が来ない》、

《日々の情報がカルテに残らずスタッフ間でも共有しにくい》、《外来と化学療法室の情報共有も十分ではない》の、4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「基本的には、ケモ室は、連携室にお任せっていう感じでなってるので、こういう人繋いでくださいっていう感じで」、「どうしても施設が大きくなると直接、お互い直接連絡っていうのがないっていうのがあって」、「化学療法室の中だけでも、誰がそのとき受け持ったかで結構違いますもんね。記録にないと、私その話聞いてへんってなりますしね」、「これはいけない、外来と連携しないって思ったけど、こっち（ケモ室）の一方通行だけでっていうところがしょっちゅうあって」、等と語っていた。

【外部との連携自体の難しさ】には、《様々なステーションの特性を理解して連携することが難しい》、《連携自体の必要性は分かっても具体的な連携の進め方がわからない》、《病院組織の中で勝手に外部にアプローチはできない》、《病院と在宅で目標を合致させる機会がないので足並みが揃わない》、《在宅とは患者を介してのコミュニケーションになってしまう》、《現状のカルテやサマリーのシステムでは在宅との適切な情報共有が難しい》、《在宅とのタイムリーな連携や情報共有をするための時間の捻出が難しい》の、7つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「ステーションごとの得意不得意をある程度知った上で情報発信をしないといけないんだらうなっていうのは感じていて、ただそこらへんの情報を私たちは持っていなかったりするので、どうしたらいいかなあって」、「だいたい前から病院と在宅との連携を色々活発にされてるけど、やっぱり温度差があるまんま、そこって埋まっていったのかあって」、「組織で働いてるじゃないですか。そうすると勝手に行くわけにはいかないんで、組織としてどうアプローチをして持っていくかっていうところ」、「お互いの施設の目標設定がきちんと合致さえしてれば足並み揃うはずなんですけど、そこがばらばらなのでやっぱり難しいんですよ」、「こういうことをしたらどうかっていうご提案をすると、患者さんを介して、そこのヘルパーさんだったり訪問看護の方に連絡がたって、ワンクッション置く感じにはなってるなとも思うので」、「精神面のこととかもすごい（訪問看護師が）ケアしてくれてはるんやなっていうのは（患者の様子から）感じて、それが記録からは読み取れないところもあって」、「その患者さんのときは連絡ノートのものがあるといいのかなっていう話をして、けど化学療法室だと、なかなかそれを書いたりする暇がないのかなと思ったり」、等と語っていた。

【在宅の準備性への不安】には、《在宅のマンパワーも治療期の患者には割けない印象がある》、《地域のスタッフも構えてしまっていると感じる》、《がん患者を普段あまり見ないステーションでは支援できる範囲に差があると感じる》、《訪問看護師の化学療法を受ける患者への理解が不足している》、《早期から在宅の基盤を作ろうとしても在宅医は治療期から終末期までを継続的に見られない》の、5つサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「在宅でがんの患者さんって、どうしても看取りっていうと



ころをメインに意識するのかなと思うと、治療期に介入とかが難しいのかな、訪看さんたちのマンパワーの問題もあるのかなあと」、「ケアマネの人と喋ったら、ちょっとなんか壁を感じたというか、何を電話してきてるの？って、そういうところからやっぱり構えるんだなっていうのは感じたり」、「抗がん剤とかでも、食事食べれないのに食後 2 時間で飲まないとダメですかとか質問がきたり、そこらへんはやっぱりステーションさんによって差はある気がします」、「意外と訪問看護師さんからも、今は元気だから（訪問） いらないですよねっていう反応があったりすることがあって」、「何でもかんでも緩和（ケアができる在宅医）のところまでつないでいくと先生もパンクしてしまうので、最初は点滴だけしてもらえるとこでいい、悪くなったら緩和に繋いでってなると、また改めて在宅医を探さないとならないことになって」、等と語っていた。

【制度面の不十分さ】には、《治療期の患者は制度的な支援が少ない》、《若年者は制度面での制約があり負担が大きい》、《外来と在宅の連携には診療報酬がつかない》の 3 つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「いつ悪くなるか分からないから訪問看護師さんのところも繋げたらいいんだけども、その患者さんの PS だと介護申請が降りない」、「若い人もサポート考えていく上では、いっぱい縛りが出てくるなっていうのは感じますし」、「外来に（在宅のスタッフが）カンファに来ていただけても、何の加算も出ないじゃないですか。せっかく来て頂いてもボランティアっていうのはとてもおかしな話だし」、等と語っていた。

### 3) 訪問看護師が考える外来との連携への期待

訪問看護師が考える外来との連携への期待に関連した内容として、14 のサブカテゴリーが抽出され、2 つのカテゴリーが明らかになった（表 3）。

【外来で化学療法を受ける患者への訪問看護活用の期待】には、《導入のタイミングは相談に乗れるので早めに紹介してほしい》、《治療期から緩和ケア中心の時期まで継続して関わられるので訪問看護を活用してほしい》、《具体的ケアがない患者さんにも訪問看護を紹介してもらえれば介入のきっかけにできる》、《患者の治療への意欲を支えるためにも訪問看護を活用してほしい》の、4 つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「依頼かけてもらえば、まだ早いかなっていうのがあったらその辺はこっちサイドからでもアドバイスできると思うので、必要ないですよってケアマネさんにこちらからも言えるし」、「利用者さんは元気な時はまだ大丈夫、あんたらのお世話いらへんしみたいな、けどやっぱり（状態が）急に落ちてきて、それで、看護師さんこんなこともしてくれてるんやっていうのに気付いてもらえるというか」、「具体的なケアじゃなくても、本当に患者さんちょっと不安そうだなとか（感じたら）、サポートがあるよって言うてもらったら」「一番しんどい時に誰かが入ってあげたら本人は楽で、次の抗がん剤も受けようって思えるかっていうところやと思いますよ」、等と語っていた。

【外来での看護の役割への期待】には、《互いの役割を踏まえ看護師の視点を共有したい》、《病院側の多忙な状況はわかっているので必要なときに適切に連携できればよい》、《治療や副作用についての知識面で相談に乗って欲しい》、《患者の生活面・心理面を含めてサポートしてほしい》、《患者の思いや今後の治療への意思に関する情報がほしい》、等の、9つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「（看護師から見て）なんか気にかかるけど主治医に言う程でもない、けど気にかかるっていうところが、だいたい状態悪化する手前だったり、副作用出だしたときやったりしますよね。だからそういうのを連絡して、それを外来の看護師が見て先生につなごうとかいうのがあったらね」、「（外来の）業務増やしてもしやあないし、忙しいのもわかってるから、ファックスで送っていただいたら後日お返事しますとかね。困ったときにちゃんと繋げれる場所があったら、それで門戸は広がるわけで」、「副作用がどうこうっていうよりも、今後どうすんのっていう情報がほしい。そこがみんな苦労してるところです」、等と語っていた。

#### 4) 外来看護師の考える在宅との連携への期待

外来看護師の考える在宅との連携への期待に関連した内容として、8のサブカテゴリーが抽出され、2つのカテゴリー（表4）が明らかになった。

【患者を支援する訪問看護師への期待】には、《患者にとって身近なすぐ相談できる存在でいてほしい》、《患者を気持ちの面でもサポートしてほしい》、《患者のキャラクターや治療の内容などの経過をみながら介入してほしい》、《自宅でのセルフケアを支援してほしい》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「すぐ先生（に連絡）じゃなくってワンクッション、そこで相談できる人がいれば、患者さんつらいのに耐えてなくってもいいじゃないですか」、「私たちの中では、普段そんなこと言わない人が言うのは何かのサインじゃないかっていうところを経過で見えていくので、お家でもそういったのを見ながら入っていただけたら嬉しいなって」、「（患者が）自己判断でされてる部分に危なさを感じて、そこにやっぱ、訪問看護師さんのアセスメントが入っていただけると助かる」等と語っていた。

【看護専門職同士としての協働への期待】には、《治療を続けていくための支援としても訪問看護の意義がある》、《看護の視点でみた自宅での状況を外来に情報提供してほしい》、《相談や要望があれば外来に投げてきてほしい》、《内服の抗がん剤治療をしている患者についても積極的に情報共有したい》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「（訪問看護の支援で）それじゃまた次の治療行ってこようって頑張れると、それはそれですごく看護師としての高い意義なのかなとは思うんですけどね」、「連絡いただけると、患者さんのお家での状態っていうのも把握できて、じゃ、次（外来に）来られたときにどんな指導をしたらいいのかっていうふうにつながるかなと思うので」、「化学療法に触れることがないなら（医療者でも）やっぱりわからないともありますし、

全然そのへんは（外来看護師に）聞いていただけたら、逆に嬉しいですね」等と語っていた。

#### 5) 外来看護師の考える在宅との連携への課題

外来看護師の考える在宅との連携への課題に関連した内容として、18 のサブカテゴリーが抽出され、4つのカテゴリー（表5）が明らかになった。

【在宅での継続支援の必要性を意識づけする】には、《早い時期から在宅につなげるように意識する》、《治療が終了した後も継続して支援を受けられるよう意識して関わる》、《個別の看護師が支援の必要性に気づき専門家などに相談できるようにする》、《地域連携部門が役割を果たせるよう院内の部署でもシームレスな関わりを意識する》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「もっと普通に早めに（支援を）入れるような、逆に言うと、私が構えて、今言ったらもうこんな用意しなあかんっていうのを思わずに」、「いつの間にか（治療に）来なくなったねって終わってしまってるのが一番の課題、治療が完結した後をきちんと最後までまとめあげないといけないというのは話をしてて」、「この人は訪問看護師さんに入ってもらったほうがいいと思うんだけど、どうでしょうか？っていう相談をできるようになれば、スタッフとしては合格点かなと」、「こんだけ病院の規模が大きかったらもう仕方がないと思うんですね、やっぱり（専門部署に）投げるのに精一杯なところもあると思うんで。でもできたら、被さりながら（シームレスに）関われたら一番いいなあって」等と語っていた。

【アセスメントや情報収集のスキルを高める】には、《支援が必要な患者であるかどうかのアセスメント能力を磨く》、《治療開始時から今後の予測を立てて関わるスキルを高める》、《患者の思いや背景を引き出すことで早期からの支援につなげる》、《治療だけでなく患者の症状や在宅での生活もトータルでみる視点をもつ》の5つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「この患者さんにはそろそろこういうことを考えていかないといけないっていうような、アセスメントができるようになってきてほしいんです」、「たぶん治療が始まる時には、だいたいその人の予後というかっていうのは分かると思うんですね。もう十分経験積んだナースだったりすると、その先のところまで見れたらいいなっていうのはすごく思ってた」、「意思決定した背景とか、たぶん家族のために（治療を）したいとか色々な背景があったりすると思うんで、そこをうまく聞き出して」、「トータルに見れないと難しいのかなって。治療についての希望を拾って、身体症状もちゃんと取って、そういうところも含めて、在宅に繋いでいくことかなと思ったりします」、等と語っていた。

【連携のための情報共有を密に行う】には、《外来でも患者の情報をわかりやすく記録に残し地域に送っていけるようにする》、《積極的に在宅に情報を発信していく》、《紹介しやすくなるよう自分も地域の情報を積極的に得る》、《在宅のスタッフに疾患・治療に

関する情報提供をする》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「私たちも今まで、地域の方から情報が無いということが多々言われてたんで、まずちょっと情報がしっかり取れる記録をとってところから始めていって」、「受け身じゃなくって、こちらからも、こういうところ見て欲しいとか言える連携が図れたらいいなって思うので」、「そのこのステーションがケモのフォローができますよっていうのが分かれば、そこへ紹介しやすいと思ったりもするので、まずはちょっと情報をもらっていかなといかなのかなと」、「私やっぱ曝露のところはすごい気になってて、化学療法受けるからこそ、やっぱり自分たちがケアする中でっていうところも非常に気になるのと」、等と語っていた。

【システムやネットワークの整備が必要である】には、「連絡の方法を具体的に伝えあい工夫してタイムリーにやり取りしていきたい」、「訪問看護師ともっと距離を縮めてネットワークを作りたい」、「情報をやりとりできる窓口が明らかになるとやりやすい」、「情報共有ツールやシステムが整うと良い」、「直接顔を合わせてカンファレンスができるよう制度面での整備も必要である」の5つのサブカテゴリーが含まれていた。対象者は、「こちらに連絡いただくときはどの時間帯やったら大丈夫、夕方とか朝とかだとお返事ができるとか、そういうことをお伝えできればいいのかもしれないですね」、「ある程度顔つなぎができて、ネットワークを作っておけば、直接この患者さんのことでってお電話もらっても、間違いなくこの人だってことが分かれば相談にも乗れるので」、「なんか、ぶちぶち切れてしまってるのがね。この人に聞けるって分かったら見れるんですけどね」、「病院と在宅とで、同じツールとか用紙と一緒に書き込んでいけるようなものがあって、一緒にやり取りができるといいなと」、「訪問看護師さんとかも、カンファの時間があれば間違いなく1件分は回れるし。退院前カンファみたいなものが外来でももう少し活発にと言うか、制度が整えばいいなって」、等と語っていた。

## V. 考察

### 1. 外来で化学療法を受ける患者への支援の困難と在宅・外来連携への期待

本研究の結果から、訪問看護師・外来看護師は、患者への支援の中で多くの困難を抱えていることが明らかになった。

訪問看護師は【準備不足のまま在宅に支援を委ねられる戸惑い】、【患者の意思を支えることへの迷い】など、患者の意思決定支援についての困難を語っていた。がん終末期患者の在宅療養支援において、訪問看護師が困難を感じていることは先行研究でも明らかにされている<sup>3,4,5)</sup>。外来化学療法を受けながらも在宅での支援を必要とする患者は、症状コントロールや生活介助などの多岐にわたる支援を必要としているだけでなく、中には治療を重ねながらも緩和ケア中心への治療へとゆるやかに移行しつつあるケースも多い。積極的治療を続けている状態にあると同時に、緩和ケアへの移行の段階でもあり、心理・社会的な支援も不可欠である。

本研究でも、訪問看護師から、「先生や看護師さんがどういう風に説明して、本人がどんな風に受け止めてるのか見えない。私らが簡単にスッと入って「どんな風に聞いているんですか」とか、そういう問題やないでしょう」、「(今後自宅でどう過ごしたいか) そんな話してみてくださいよ、1時間なんかあつという間で、それで今日の訪問が終わっちゃう」など、治療期からの患者の思いや、治療を続けてきた経過、患者の背景がわからないまま患者を委ねられることへの困難感が多く述べられた。先行研究<sup>4)</sup>では、終末期における療養生活の目標を患者・家族と共有することや、終末期の希望を尊重したケアの実施には、患者・家族との信頼関係の構築とニーズ把握が前提にあり、納得できるケアを提供できるようになるまでには相当の時間を要するとしている。訪問看護師が、患者の治療期から支援を継続することで、患者・家族が治療に対する葛藤を抱きながら揺らぐ過程を最も近い場所で支えることができ、治療効果の限界に至っても引き続き力を発揮できると考えられる。訪問看護師が患者・家族の思いに寄り添って信頼関係を築き、ともに療養生活の目標を立てていくためにも、外来看護師は治療期の段階から、患者の治療継続への思いや在宅療養への意思などの情報を引き出し、訪問看護師も巻き込んでともに意思決定支援に取り組む役割をとる必要がある。

一方、外来看護師の立場からは、治療を続けている時期から患者の思いを引き出し、先を見越した継続的な支援をすることの必要性は理解しながらも、実践には難しさを感じていることが明らかになった。外来看護師はその理由として【患者を支援する力・視点の不足】を感じているとともに、【外来の環境における関わりの不足】として、「治療して、最低限のところは安全を守らないとってところがね」、「将来的なことを考えて（訪問看護を）入れるのもあるよっていうことは、時間があるから、病棟では（話を）もっていけるんですけどね。言い訳にはなるけど、外来ではちょっと難しい」など、時間やマンパワーに余裕のない外来で治療を安全・安楽に完遂するため、患者とじっくり話をする時間がない現状を連携の阻害要因として述べていた。

外来という環境では、看護師が患者に関わることができる時間もマンパワーも限られている現状があり、佐藤ら<sup>6)</sup>の先行研究でも、がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題点として、看護師の人員が確保できないこと、時間的制約のために看護が維持・継続できないこと、業務に追われて看護師の意欲や能力を発揮するのが難しいことを挙げている。

しかし、そうした状況の中でも、外来看護師は【在宅での継続支援の必要性を意識づけする】、【アセスメントや情報収集のスキルを高める】ことを自らの課題として意識し、訪問看護師との連携に期待を抱いていた。外来看護師は、患者の生活を助ける一つの手段として訪問看護の活用を視野に入れながら、外来通院時の短い時間の中で有害事象や薬の内服状況などを確認する際に、自宅での生活にも意識を向け、自宅で困っていることはないかを具体的に確認していく必要がある。

さらに、外来看護師の感じる困難には、患者の支援への抵抗感やタイミングの難しさがあることが明らかになった。外来看護師は《先を見越して支援の必要性を説明しても、患者はまだ人の手を借りる時期ではないと考える》、《訪問看護師の役割が患者・家族に浸透していない》と、患者・家族が訪問看護を「状態が悪くなったら受けるもの」と考えており、訪問看護のとする役割や、支援の効果を認識できていないという現状を述べていた。がんに限らず様々な疾患や介護の必要性をもつ患者においても、先行研究からは、患者・家族に訪問看護の必要性を理解してもらえなかったり、家に第三者を入れたくないという思いから支援を拒まれるという課題が明らかになっている。<sup>7)</sup> 特に、入院でなく外来で化学療法を受ける患者の場合、PSはある程度保たれている前提であること、有害事象の出る時期によってずっと身体の不調が続くわけではないこと、「在宅での支援は病状が進行して状態が悪くなった人が受けるもの」というイメージがあることも影響し、患者・家族は導入への抵抗感を示すと考えられる。訪問看護師・外来看護師ともに、《患者の治療への意欲を支えるためにも訪問看護を活用してほしい》、《治療を続けていくための支援としても訪問看護の意義がある》と語っており、訪問看護の導入は治療期から終末期を見越しての継続的支援という意味があると同時に、治療を続けるための支援でもあると語っていた。がん患者以外でも COPD や透析患者など、外来通院治療を受けている患者に訪問看護を導入することで、症状コントロールや患者の安心に寄与するという先行研究は数多い<sup>8,9)</sup>。安全に治療を続け、自宅での生活を安楽に過ごすためにも活用できるリソースとして、患者・家族に訪問看護を認知してもらうためにも、訪問看護にどのような支援ができるのか、患者・家族の自宅でのニーズに合わせて説明できるよう、外来看護師が知識を得ておく必要がある。さらに、患者の個別性を踏まえた生活や症状のアセスメントを行い、ニーズを把握した上で、患者・家族が求めるタイミングに合った情報提供をすることが重要になる。

患者・家族に訪問看護についての情報提供をただけで支援が終わるのではなく、外来看護師は「一旦は紹介状書いて(かかりつけ医に)持って行っても、やっぱりこう何かあったらどうしてもこっちが安心とか、こちらの病院に戻ってきてしまう」と語っており、患者は治療については、もともと受診している病院に信頼をおいている部分も大きい。訪問看護師も、「有害事象がひどくなればちょっと落ち着く間だけ病院に入って、とっとこ退院してな一みみたいなことがスムーズにできればいいんだろうけど、もう絶対病院は入れませんよね」など、訪問看護での対処が難しい状況での、治療を行っている病院との連携ができないことを困難として述べていた。外来での治療中、訪問看護を受けていても状況に応じて速やかにバックベッドを活用できる環境など、患者・家族が安心して外来治療を継続できるシステム面での整備も必要である。

今回のインタビューでは、制度的な制約に関する困難も様々に述べられていた。外来で化学療法を受けている患者は治療中であることから厚生労働大臣が定める疾病の指定

から外れ、若年者では介護保険の適用が受けられないことで制限がある。状態が安定している期間には ADL が維持されていることも多いため、有害事象で体調が悪くなる時期には食事が取れなくなったり外出も困難になることがあるにも関わらず、介護保険の認定を受けても活用できる範囲は狭く、治療を続けること自体でも大きな経済的負担を抱える患者・家族は、使いにくい支援を諦めてしまうことに繋がる。さらに、外来患者のケアについて、外来と在宅の医療者が直接カンファレンスを行おうとしても退院前カンファレンスのように診療報酬の点数がつくことはなく、医療者のボランティアに頼ることになり、多くの時間は割けない現状にある。在宅と外来とが連携を強めるためにも、外来での治療を受ける患者への公的制度面での支援も強化されることが不可欠だと考えられる。

本研究の結果から、訪問看護師・外来看護師はどちらも連携への期待を持ちながら、様々な点で互いの役割を活かせる効果的な連携について期待を持ち、効果的な方法を模索しながらも、具体的な連携の方法がわからず踏み出せなかったり、互いの情報が不足しているといった現状が明らかになった。

互いのニーズや課題が合致していた内容のひとつとして、訪問看護師は外来看護師に対して《治療や副作用についての知識面で相談に乗ってほしい》と期待しており、逆に外来看護師は《在宅スタッフに疾患・治療に関する情報提供をする》ことを自分たちの課題として述べていたことがある。訪問看護師と外来看護師が、化学療法を受ける患者に関する事例検討や勉強会などの機会を作って積極的に交流することで、連携の強化を見込めると考えられる。また、化学療法を受ける患者への在宅での支援を広げる際に、訪問介護や在宅リハビリなど、多職種の連携の核になることができるのは訪問看護師である。訪問看護師が、化学療法や有害事象についての知識を強化することで多職種に向けて情報を発信し、自宅での有害事象への対処についても中心的を担うことができると考えられる。

## 2. 今後の看護支援への示唆

超高齢化社会、2025 年問題を間近に控え、地域包括ケアシステムを構築する方針も明確化され、がん患者の療養環境は今後ますます在宅・外来を中心にシフトしていく。医療制度の変化によって各病院には退院調整部門が設置され、病院と在宅との医療連携を強化する動きは強められつつあるが、がん患者が住み慣れた自宅から外来通院をいかに継続できるかという「療養支援」の視点は、今後外来にも強く求められるようになる<sup>10)</sup>。

外来看護師は、患者の自宅での生活や今後の状態の変化を見越して、支援のニーズを見つけ出すアセスメント能力を高めるとともに、訪問看護を導入することでどのような支援ができるのか、具体的に紹介するための知識を高める必要がある。また、訪問看護師は、化学療法や有害事象に関する知識を強化していくことで、在宅における看護支援

の核としての役割を果たすことができると考えられる。

訪問看護師・外来看護師は、看護専門職者としてのそれぞれの立場から患者を支えることが出来る存在である。双方が在宅・外来での看護の視点を持って関わり、目標を共有することで患者の療養生活はより良いものになると考えられ、連携の強化は不可欠である。

## VI. おわりに

本研究の結果から、外来看護師のアセスメント、外来・訪問看護師が知っておくべき知識や情報の整理、具体的な連携方法についてなど、連携を強化するための指針となるツールの必要性が示唆された。今後は研究結果をさらに整理し、外来で活用できる患者アセスメント指針、訪問看護師への化学療法に関する知識提供資料を含めたガイドラインの開発を進めていく。

最後に、本研究のインタビューに快くご協力くださった訪問看護師、外来看護師の皆さまに心より感謝の意を表します。

本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成によるものである。

## 引用・参考文献

- 1) 山瀬勝巳, 牧野智恵: 早期から外来がん化学療法患者へ訪問看護を試みて—A 氏への介入を手がかりに, 日本がん看護学会誌, 28 巻 Suppl. P333, 2014
- 2) 高垣優子: 外来通院にて化学療法を受けていた患者が治療継続困難となった時在宅療養移行における訪問看護師の役割, ホスピスケアと在宅ケア, 21 (2) , P177, 2013
- 3) 長内さゆり, 清水準一, 河原 加代子: がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感, 日本保健科学学会誌, 14 巻 1 号, P5-12, 2011
- 4) 古瀬みどり: 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難, 日本がん看護学会誌, 27 巻 1 号, P61-66, 2013
- 5) 米澤純子, 杉本正子, 新井優紀ほか: 独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携, 日本保健科学学会誌, 17 巻 2 号, P67-75, 2014
- 6) がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取り組み 佐藤まゆみ, 小西美ゆきほか, : 千葉大学看護学部紀要, 25 号, P37-44, 2003
- 7) 高橋和子, 平尾由美子: 急性期病院退院調整者の在宅療養移行患者に対する訪問看護の必要性の判断要因と調整上の課題, 北日本看護学会誌, 15 巻 1 号, P1-11, 2012
- 8) 梅木いずみ, 大山美津恵, 深尾涼子ほか: 外来透析患者に対する訪問看護の臨床的意義 臨床的パラメーターの評価を中心に, 日本透析医学会雑誌, 35 巻 10 号, P1333-1336, 2002
- 9) 長田敏子, 宮本とよ美, 首藤暁ほか: 慢性閉塞性肺疾患患者への訪問看護の役割, 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 21 巻, P65-74, 2014



10) 一般社団法人日本がん看護学会監修, 渡邊眞理, 清水奈緒美 編集, がん看護実践ガイド がん患者へのシームレスな療養支援, 医学書院, 2015

表 1. 外来で化学療法を受ける患者を在宅で支援する訪問看護師の感じる困難

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 準備不足のまま在宅に支援を<br>委ねられる戸惑い             | 患者の意思や今後の方向性が十分検討されないまま委ねられる<br>負担と戸惑いがある |
|                                       | これまでの経過や患者の価値観に関する情報がなく患者への<br>関わりが難しい    |
| 患者の意思を支えることへの<br>迷い                   | 治療にすぎりたい患者の意思をどこまで支えたら良いのか迷い<br>がある       |
|                                       | 認知症の患者は本当に治療を望んでいるのか判断できない                |
|                                       | 患者・家族の治療への葛藤の過程を見るつらさがある                  |
| 患者の理解に合わせた外来で<br>の説明とコミュニケーション<br>の不足 | 患者の理解度に合わせた説明がされておらず複雑な副作用に<br>対処できない     |
|                                       | 高齢者や認知症のある患者は副作用をうまく理解できず医療者<br>に相談できない   |
|                                       | 患者が副作用を予測することは難しく実感するまでは行動でき<br>ない        |
|                                       | 患者は外来の医療者に一番つらい時期のことをうまく伝えられ<br>ない        |
| 化学療法とがんの症状への<br>対応困難                  | 本人の年齢や状態によって一気に状況が変わることがある                |
|                                       | 治療自体が複雑で看護師にとっても分かりにくい                    |
|                                       | 副作用とがんの進行による症状を混同してしまいやすい                 |
|                                       | 治療に対する理解度の違う多職種が関わる難しさがある                 |
| システム面での制約                             | 制度面の制約があっても必要ときに介入できない                    |
|                                       | 症状が強く出現しても在宅療養を継続するしかない現状に問題<br>を感じる      |
| 外来との連携上感じる困難                          | 患者を介しての外来とのやりとりにもどかしさがある                  |
|                                       | 病院に情報を伝えても反応が見えない                         |
|                                       | 規模の大きな病院へ相談するのは敷居が高い                      |
|                                       | 外来化学療法室へ相談したくても窓口がよく分からない                 |
|                                       | 多忙な外来に負担をかけることへの迷いがある                     |

表 2. 外来看護師の感じる在宅での看護支援を必要とする患者に関する在宅看護との連携の阻害要因

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 支援を受けることへの患者の抵抗感や理解の不十分さ | 患者・家族に自分たちで頑張りたい気持ちが強い                       |
|                          | 患者・家族に自宅という環境や自分なりのやり方に人が介入することへの抵抗感がある      |
|                          | 若年者は支援を受けることに抵抗がある                           |
|                          | 患者は治療している病院から離れたくない                          |
|                          | 先を見越して支援の必要性を説明しても、患者はまだ人の手を借りる時期ではないと考える    |
|                          | 介護保険で受けられる支援が限られており、患者・家族が支援を受け入れにくい         |
|                          | 訪問看護師の役割が患者・家族に浸透していない                       |
|                          | 患者は経済的な負担に釣り合うメリットがあるかを考える                   |
|                          | 内服抗がん剤の場合は患者自身にも簡易なイメージがある                   |
|                          | 高齢者は社会資源について理解が追い付かない                        |
| 患者への導入のタイミングの難しさ         | 患者が支援を受け入れてくれるタイミングを予測した導入が難しい               |
|                          | すぐ状態が悪くなるのではという誤解を患者に与えないように紹介できるか迷う         |
|                          | 有害事象とがんの進行による症状の判別がしづらい                      |
|                          | 患者の自尊心を尊重すると無理に勧められない                        |
| 患者を支援する力・視点の不足           | 先を見越して訪問看護や資源の導入をするところまで視野に入らない              |
|                          | 治療が終わると継続的に見ることができなくなる                       |
|                          | 外来はスタッフの入れ替わりがありアセスメントの力が定着しにくい              |
|                          | 治療中の安全を守ることが最優先になり、在宅での生活などトータルに患者をみる視点が不足する |
|                          | 介護認定を受けるところまではできても、その後制度を活用できているかのフォローができない  |

表 2. 外来看護師の感じる在宅での看護支援を必要とする患者に関する在宅看護との連携の阻害要因 (続き)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 外来の環境における関わりの不足 | 外来受診の際にしか患者・家族に会うことができない                   |
|                 | 外来受診の際に初めて状態が悪くなったことが分かる                   |
|                 | 外来に来てもらったときに全て完結しなければならないと感じて焦ってしまう        |
|                 | 外来では患者と関わる時間や環境的な余裕がない                     |
|                 | 内服のみの場合では看護師の支援も不足する                       |
| 院内の連携の不十分さ      | 在宅との連携の意識が不足しており地域連携部門に丸投げになってしまう          |
|                 | 地域連携室経由で連絡をもらうため直接情報が来ない                   |
|                 | 日々の情報がカルテに残らずスタッフ間でも共有しにくい                 |
|                 | 外来と化学療法室の情報共有も十分ではない                       |
| 外部との連携自体の難しさ    | 様々なステーションの特性を理解して連携することが難しい                |
|                 | 連携自体の必要性は分かっても具体的な連携の進め方がわからない             |
|                 | 病院組織の中で勝手に外部にアプローチはできない                    |
|                 | 病院と在宅で目標を合致させる機会がないので足並みが揃わない              |
|                 | 在宅とは患者を介してのコミュニケーションになってしまう                |
|                 | 現状のカルテやサマリーのシステムでは在宅とのタイムリーな情報共有が難しい       |
|                 | 在宅と外来がお互いサマリーで伝えられる情報は最小限で、精神面の内容がうまく伝わらない |
|                 | 在宅とのタイムリーな連携や情報共有をするための時間の捻出が難しい           |
| 在宅の準備性への不安      | 在宅のマンパワーも治療期の患者には割けない印象がある                 |
|                 | 地域のスタッフも構えてしまっていると感じる                      |
|                 | がん患者を普段あまり見ていないステーションでは支援できる範囲に差があると感じる    |
|                 | 訪問看護師の化学療法を受ける患者の理解が不足している                 |
|                 | 早期から在宅の基盤を作ろうとしても、在宅医は治療期から終末期までを継続的に見られない |
| 制度上の負担          | 治療期の患者は制度的な支援が少ない                          |
|                 | 若年者は制度面での制約があり負担が大きい                       |
|                 | 在宅スタッフへの負担が大きい                             |

表 3. 訪問看護師が感じる外来との連携への期待

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 外来で化学療法を受ける患者への訪問看護活用の期待     | 導入のタイミングは相談に乗れるので早めに紹介してほしい             |
|                              | 治療期から緩和ケア中心の時期まで継続して関わられるので訪問看護を活用してほしい |
|                              | 具体的ケアがない患者さんにも訪問看護を紹介してもらえれば介入のきっかけにできる |
|                              | 患者の治療への意欲を支えるためにも訪問看護を活用してほしい           |
| 外来での看護の役割への期待                | 互いの役割を踏まえ看護師の視点を共有したい                   |
|                              | 病院側の多忙な状況はわかっているので必要なときに適切に連携できればよい     |
|                              | 治療や副作用についての知識面で相談に乗って欲しい                |
|                              | 患者の生活面・心理面を含めてサポートしてほしい                 |
|                              | 患者の思いや今後の治療への意思に関する情報がほしい               |
|                              | 本人の認知機能や生活背景を踏まえて外来化学療法が可能なかの判断をしてほしい   |
|                              | 外来化学療法が始まる段階で介護保険の導入について意識を持ってほしい       |
|                              | 状態が悪くなったときのバックアップ体制を病院側でもとっておいてほしい      |
| 外来での窓口になってくれる担当看護師について情報がほしい |   |

表 4. 外来看護師の考える在宅との連携への期待

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| 患者を支援する訪問看護師への期待  | 患者にとって身近なすぐ相談できる存在でいてほしい         |
|                   | 患者を気持ちの面でもサポートしてほしい              |
|                   | 患者のキャラクターや治療の内容などの経過をみながら介入してほしい |
|                   | 自宅でのセルフケアを支援してほしい                |
| 看護専門職同士としての協働への期待 | 治療を続けていくための支援としても訪問看護の意義がある      |
|                   | 看護の視点でみた自宅での状況を外来に情報提供してほしい      |
|                   | 相談や要望があれば外来に投げつけてほしい             |
|                   | 内服の抗がん剤治療をしている患者についても積極的に情報共有したい |

表 5. 外来看護師の考える在宅との連携への期待

|                      |  |
|----------------------|--|
| 在宅での継続支援の必要性を意識づけする  | 早い時期から在宅につなげるように意識する                   |
|                      | 治療が終了した後も継続して支援を受けられるよう意識して関わる         |
|                      | 個別の看護師が支援の必要性に気づき専門家などに相談できるようにする      |
|                      | 地域連携部門が役割を果たせるよう院内の部署でもシームレスな関わりを意識する  |
| アセスメントや情報収集のスキルを高める  | 支援が必要な患者であるかどうかのアセスメント能力を磨く            |
|                      | 治療開始時から今後の予測を立てて関わるスキルを高める             |
|                      | 患者の思いや背景を引き出すことで早期からの支援につなげる           |
|                      | 治療だけでなく患者の症状や在宅での生活もトータルでみる視点をもつ       |
|                      | ケモ室だけでなく外来スタッフも患者の SOS をキャッチする         |
| 連携のための情報共有を密に行う      | 外来でも患者の情報をわかりやすく記録に残し、地域に送っていただけるようにする |
|                      | 積極的に在宅に情報を発信していく                       |
|                      | 紹介しやすくなるよう自分も地域の情報を積極的に得る              |
|                      | 在宅のスタッフに疾患・治療に関する情報提供をする               |
| システムやネットワークの整備が必要である | 連絡の方法を具体的に伝えあい工夫してタイムリーにやり取りしていきたい     |
|                      | 訪問看護師ともっと距離を縮めてネットワークを作りたい             |
|                      | 情報をやりとりできる窓口が明らかになるとやりやすい              |
|                      | 情報共有ツールやシステムが整うと良い                     |
|                      | 直接顔を合わせてカンファレンスができるよう、制度面での整備も必要である    |