

3. 看護上の問題・看護目標

1) 看護上の問題

「持続鎮静による意識レベルの低下、咳嗽反射の低下、肺炎による喀痰の増加、日常の臥床生活による肺コンプライアンスの低下に関連したガス交換の障害」

2) 看護目標

「無気肺を形成せず経過する」

3) 目標の評価基準（評価は1月28日に行う）

- ① 酸素化能の悪化を見ない $PaO_2/FIO_2 = 200$ 以上
- ② X-P 上浸潤影が悪化しない
- ③ $C_{ST} = 18 \sim 20 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$ 以上
- ④ $R_{aw} = \sim 13 \text{ cmH}_2\text{O/L/sec}$

4. ケアの実施と評価

1/25 はアセスメントを行いながらケアを実施した。そこで得た情報をもとにケアプランを立て、1/26から実施した。1/26 胸部X-P 所見では両側びまん性浸潤影とすりガラス様陰影があり、肺線維症に合併した間質性肺炎による気管内分泌物の貯留があると考えられた。呼吸状態は、視診にて胸郭の動きに異常がなく左右差もみられなかった。触診では、全体にいびき音の振動がみられ、聴診では、上・中葉にいびき音、下肺野の呼吸音の減弱および捻髪音が聞かれた。 $C_{ST} = 19.2$ と不良であり、肺コンプライアンスは悪く、これは末梢気道の閉塞を示し、 $R_{aw} = 13.01$ から中枢気道での気道抵抗の上昇が明らかである。Oxygen Indexも167.81であり、酸素化が悪い状況を示している。肺炎による分泌物の貯留は、全肺野にわたっていると判断した。

このため、呼吸理学療法の体位排痰法を、左側臥位→腹臥位→右側臥位という順序でTurning方式で行った。体位排痰法施行後、10～15分経過した後、vibrationやネブライザーを施行しながらSqueezingを行った。その前後の呼吸音と肺メカニクス、酸素化、バイタルサインの変化を観察した。（表2参照）

ケアの結果、どの体位においても気管内分泌物の上昇があり、多量に吸引した。腹臥位においては、体位変換のみで気管分泌物の上昇を認めた。肺メカニクスでは、どの体位においても C_{ST} が上昇した。これは、肺コンプライアンスの上昇であり、末梢気道からの気管分泌物の除去を示している。しかし、 R_{aw} は腹臥位のみ低下を示し、左側臥位や右側臥位では上昇した。この原因は、現段階では不明である。左側臥位や右側臥位で C_{ST} が上昇し、 R_{aw} も上昇したということは末梢気道での分泌物の除去は行われているが、中枢気道での分泌物の除去が不十分ということである。この結果から、Squeezingの施行時間に大きな差はないため左右側臥位でのSqueezingが不十分であったと考える。Oxygen Indexは左右とも上昇した。よって酸素化の改善には効果があったと判断した。

1/27の胸部X-Pの所見と呼吸音、視診は前日と変化がなかった。触診では1/26にあったようないびき音の振動はなかった。 C_{ST} 、Oxygen Indexも変化なく不良である。 R_{aw} に若干の改善が見られる。呼吸音から考え、気道内分泌物の貯留は持続しているため1/26と同様のケアを実施する。Squeezing施行前後はPIPやEIPの下降のみを指標にするのではなく、PIP-EIPがどう変化しているかをSqueezing中に判断し、EIPが下降しているにも関わらず、PIP-EIPの数値が増加しているようであれば、末梢気道からの痰の上昇は図られているが、中枢気道に痰の貯留があると考えSqueezingを持続した。実施中にS氏の体動と血圧の上昇があったため、苦痛を考え腹臥位は避け3/4腹臥位とした。

表2：呼吸理学療法 Plan・経過表 記入例

	観 察 項 目	呼吸理学療法前	呼吸理学療法後
1	観察時間	10:10	10:55
2	人工呼吸器設定	PS 5 SIMV 18(400) PEEP 3 FIO ₂ 0.55	
3	排痰体位 (持続時間)	左側臥位 60° 15分後開始 35分持続	
4	呼吸理学療法実施時間・内容	右上葉, 中葉, Squeezing 30分	
5	ネブライザーの有無	ネブライザー施行 (同時)	
6	バイタルサイン HR/BP	82/150/72	86/161/80
7	SpO ₂ 呼吸回数	100%/18	100%/18
8	呼吸状態 (視診: 胸郭の動き)	左右差なし	do
9	呼吸状態 (触診: イビキ音の振動)	全体に触診	変化なし
10	呼吸状態 (聴診: 前・背側, 異常呼吸音, いびき音, 水泡音, 笛声音, 捻髪音)	上・中 いびき音 下 減弱 背 捻髪	上・中 いびき音減弱 下・背 変化無し
11	肺メカニクス PEEP/呼気流速	3/50L	
12	PIP/EIP	35.6/24.8	33.8/21.0
13	VT (呼気)	420	420
14	呼吸回数	18	18
15	$C_{ST} = VT/EIP - PEEP$	19.2	23.3
16	$C_{DYN} = VT/PIP - PEEP$	12.88	13.6
17	$R_{aw} = PIP - EIP / \text{吸気 Flow}$	13.01	15.42
18	ABG pH PaO ₂ PaCO ₂ HCO ₃ BE	7.512 92.3 42.3 34.1 +10.9	7.512 112.7 32 25.8 +3.5
19	Oxygen Index (PaO ₂ /FIO ₂)	167.81	204.90
20	呼吸筋疲労 呼吸回数の増加	なし	なし
	補助呼吸筋使用	なし	なし
21	気管内分泌物の量と性状		白色粘調痰 多量
22	患者の表情		JCS 200-300
23	その他の特記事項や理学的所見 (X-P, CTR, 胸CT)	朝X-P: 両側びまん性浸潤影, 右下肺含気一部 UP, 左下肺増悪, CTR 53.8%	

1/27のケアの結果, C_{ST} はどの体位でも上昇した。しかし, R_{aw} は右側臥位と仰臥位で上昇し, 中枢気道での分泌物の除去不十分が考えられた。Oxygen Indexは左側臥位以外で著明に上昇したため酸素化能の改善に対しては十分な効果があったと考える。Squeezing施行時間は体位の違いで差はなかった。しかし, 中枢気道と末梢気道での分泌物の除去と, 酸素化の改善に効果的であった体位とそうでない体位があった。2日間の比較で, 有効な体位は同一でなく, 患者の状態によって違うと考えられ

る。

今までSqueezing施行時間と中止のタイミングは、 SpO_2 の上昇があるまでと言われてきた。しかし実際は中枢気道での分泌物の除去不足が存在した。今後、中枢気道での分泌物の除去に効果的にSqueezingをおこなうためには、患者の視診・触診・聴診からみる呼吸状態に加え、肺メカニクスの変化、気道抵抗の変化をみながら行う必要がある。 R_{aw} の上昇が起きている場合は、肺メカニクスや酸素化・呼吸状態が改善したとしてもSqueezingを中止すべきでないを考える。しかし、患者が苦痛を訴えたり、呼吸筋疲労が出現した場合は、中止する必要がある。この内容をケアプランに追加する。

1/28 胸部X-Pでは右肺野の改善があったが、左下のeffusion所見は悪化していた。間質性肺炎に対しては、ステロイドと抗生剤投与が行われており、血液検査結果ではWBC 8900, CRP 4.49と下降していた。熱も37℃代であり、感染増悪を思わせる所見は見られていない。身体所見では昨日と大きな変化はなく、視診では胸郭の動きに左右差はみられず、触診ではいびき音の振動が触れた。聴診では上葉でのいびき音、下葉での呼吸音の減弱と捻髪音は変化がなかった。気管内分泌物は黄白色粘調痰を多量に吸引した。 $C_{ST}=15.56$, $R_{aw}=10.12$, Oxygen Index=207.1であり、酸素化能のみ改善がみられている。肺メカニクスからは、肺線維症に加え、分泌物の貯留が引き続きあると考えられ、全肺野にわたる呼吸理学療法を継続して実施した。

ドルミカムで持続鎮静中であるが、呼名反応や体動があり、時々苦痛様表情もあるため、体位は背臥位→右3/4腹臥位→左3/4腹臥位→右側臥位の順で行った。1/27の呼吸理学療法の結果からも、中枢気道での痰の除去不足があると考えられ、 R_{aw} の数値の変化に注意し、Squeezingを行った。

1/28のケアの結果では1/27と同様、肺コンプライアンスがすべて上昇した。しかし、気道抵抗が上昇したのもあった。右3/4腹臥位では、15分Squeezing後、分泌物の上昇があり吸引したが、気道抵抗が上昇したためSqueezingを継続してさらに15分間行った。その結果、再度分泌物の上昇が起こり、気道抵抗が低下しコンプライアンスは上昇する結果が得られ、 SpO_2 や酸素化能も改善した。

以上、1/25から1/28までのY看護婦がS氏を受け持った期間の看護の実際を紹介した。それ以後のS氏は、1/30に一時的に呼吸状態が悪化したが、徐々に回復し、2/1から人工呼吸のウィーニングを開始。2/2気管内挿管抜管し酸素マスクとなった。そして、 SpO_2 の低下もなく、経鼻カヌラに変更し順調に回復。2/8に状態改善し、転院となった。

5. 結 果

- ①全身状態や呼吸状態、分泌物貯留の程度や部位を把握など、呼吸に関して31項目のアセスメント（表3）を行った。
- ②アセスメントの頻度は25項目を6～8回/日（呼吸理学療法の前後）、2項目を1回/日、4項目を入院時のみ行った。
- ③呼吸理学療法をケアの中心とし、実施する時には必ず呼吸理学療法 Plan・経過表（表2）を使用して客観的データを収集した。
- ④得られたデータをアセスメント・評価し、翌日にフィードバックした。これを受持ち期間連日繰り返し行った。
- ⑤ケア実施直前に、必ず最新のデータを分析して、プランをその場で修正しながら患者の状態に応じた方法で実施した。
- ⑥体位排痰法をとり、目的部位へのSqueezingを行った結果、 R_{aw} が上昇した。

表3 呼吸（ガス交換の障害）に関するアセスメント項目

項目	アセスメント頻度
1 人工呼吸器設定	6～8回/日
2 排痰体位（持続時間）	
3 呼吸理学療法実施時間・内容	
4 ネブライザーの有無	
5 バイタルサイン	
6 SpO ₂	
7 呼吸状態（視診：胸郭の動き）	
8 呼吸状態（触診：イビキ音の振動）	
9 呼吸状態（聴診：前・背側，異常呼吸音，いびき音，水泡音，笛声音，捻髪音）	
10 肺メカニクス PEEP/呼気流速	
11 PIP/EIP	
12 VT（呼気）	
13 呼吸回数	
14 C _{ST} = VT/EIP - PEEP	
15 C _{DYN} = VT/PIP - PEEP	
16 R _{aw} = PIP - EIP/呼気Flow	
17 ABG	
18 Oxygen Index (PaO ₂ /FIO ₂)	
19 呼吸筋疲労 呼吸回数の増加	
20 補助呼吸筋使用	
21 気管内分泌物の量と性状	
22 患者の表情	
23 体位・体動	
24 循環状態	
25 咳嗽力・反射	
26 その他の特記事項や理学的所見 (X-P, CTR, 胸CT)	1回/日
27 治療（抗生剤，鎮静剤などの使用）	
28 年齢	入院時のみ
29 既往歴	
30 現病歴	
31 重症度判定 (Lung injury score)	

⑦Squeezing前後では，肺メカニクス，気道抵抗，SpO₂，Oxygen Index，が変化した。

⑧SpO₂や酸素化能の改善を指標にSqueezingを中止すると気道抵抗は上昇した。

⑨SpO₂やOxygen Index，呼吸音の改善があってもR_{aw}が上昇している場合，Squeezingを継続して行うとさらに分泌物が上昇し吸引後に，R_{aw}が低下した。

⑩R_{aw}が低下するまでSqueezingを行うと，SpO₂や酸素化能，気道抵抗，コンプライアンスの全てのデータが改善した。

V. 考 察

呼吸は救急蘇生のABCを持ち出すまでもなく，生命維持にとって不可欠な生活行動である。また，呼吸は呼吸器系のみの問題ではなく，「新陳代謝に必要な充分な量の酸素飽和血液を供給し，新陳代謝

の終末産物を除去する心血管系と呼吸器系の共同過程²⁾」として認識される。したがって、呼吸に関するケアは、膨大なデータに関する知識とデータ相互の関連性を迅速に判断し、最良の根拠をもって介入する方法を知っており、それを実践できることが必要である。

たとえば、ケアプランの観察項目に「呼吸音の聴取（強弱や消失、笛様音、いびき音、捻髪音、水泡音の有無、背側の音）」とある。これを観察した時に、「肺炎の場合は捻髪音が聞かれ、痰が中枢気道に多量にある場合はいびき音、末梢気道の閉塞がある場合は笛様音が聞こえる³⁾。」といった情報の意味するところを知って、直ちにケアを実践できるかどうかが必要である。

さらに、人工呼吸器が装着されている場合は、呼吸器の特徴と機種に応じて表示されるさまざまな数値についての判断も要求される。表2の呼吸理学療法 Plan・経過表にあるような肺メカニクスの項目は、すべての人工呼吸器で得られるデータではない。Y看護婦は、当初から実習課題を「呼吸理学療法の効果を客観的に判断する」ことにおき、そのための「呼吸理学療法 Plan・経過表」を作成していた。患者の選択にあたっては、呼吸理学療法が必要でかつ肺メカニクスの項目がデータとして収集できる人工呼吸器を装着した患者という条件を実習施設に提示していた。

そして、以下のような結論に至ったのである。すなわち、「今までの Squeezing 施行時間と中止のタイミングは SpO₂ の上昇があるまでと言われてきた。しかし実際は中枢気道での分泌物の除去不足が実在した。今後、中枢気道での分泌物の除去に効果的に Squeezing を行うためには、患者の視診・触診・聴診からみる呼吸状態に加え、肺メカニクスの変化、気道抵抗の変化を見ながら行う必要がある。R_{aw} の上昇が起こっている場合は、肺メカニクスや酸素化・呼吸状態が改善していたとしても、Squeezing を中止するべきではないと考えられる。しかし、患者が苦痛を訴えたり、呼吸筋疲労が出現した場合は中止する必要がある。」という結論である。

Y看護婦が S 氏を 4 日間受け持った期間にこれだけの成果をあげられたのは、超急性期から科学的根拠に基づいて看護過程を展開したからである。あらかじめデータベースシートをもとに系統的に収集した情報をアセスメントシートで分析し、患者の問題を明確化し、具体的なケアプランを立て、ケアを実施する。そして、その結果と患者の状態や新たなデータをもとにアセスメントし、次へとフィードバックする。この繰り返しを一人の患者に時間をかけて集中的に行っていたのである。特に急性期では状態の変化が急激であり、ケアプランをその時の患者の状態に合わせて変更する必要がある。Y看護婦は、その実施方法を S 氏の状態に合わせて選択しながら的確に行っていた。この選択肢の多さがケアの質を高め、短期間で優れた成果を生み出した要因ともいえる。

呼吸理学療法は気道内分泌物を除去し、酸素化能を改善するために行われる。その効果について多くの発表がなされているが、科学的に解明されていない部分もある。⁴⁾ 事実、Squeezing を開始して、どの時点で中止するかは、明らかな指標がなかった。Y看護婦の見出した「Squeezing で気道内分泌物の除去ができたかどうかを判断する新たな指標」は、事例を重ね、より確かな技術として精緻化され、患者の回復に貢献するようこれから検証されなければならないと考える。

宮川⁵⁾ は、急性呼吸不全に対する呼吸理学療法の効果を、MEDLINE で 1966 年から 1997 年の文献を検索し、その中から、術後合併症および急性呼吸不全に関するものを 42 件選んでメタ分析を行っている。そして、包括的な呼吸理学療法は、術後肺合併症および急性呼吸不全患者の在院期間を短縮させるかという点では、有意に在院期間が減少するとしている。

また、宮下⁶⁾ は人工呼吸器装着中の無気肺の発症と罹病期間について、呼吸理学療法導入前 81 例と後 80 例を比較している。発症数は前が 60%、後が 50% である。罹病期間は導入前 15.4 日、後 7.4 日と短縮し、有意差を認めたとしている。その結果、人工呼吸器装着日数は、前よりも導入後に 3.4 日短縮

している。

今回の間質性肺炎患者では、人工呼吸器を装着した期間は8日間であった。在院日数は15日間であり、比較することはできないが、74歳という年齢や全肺野にわたる間質性肺炎であったこと、また肺線維症があることを考えると早い回復だったといえる。

宮川は「包括的な呼吸理学療法」として、体位排痰法だけで行うのではなく、呼吸訓練、吸入療法、早期離床、気管支鏡などを包括的に行う有効性を指摘している⁷⁾。その方法だけでなく、医療スタッフがそれぞれ点として個別に患者にかかわるのではなく、チームとして同質レベルのケアを提供できるように環境を整えることも、系統的かつ包括的な呼吸理学療法といえる。

看護の立場からは、患者の生活行動様式も含めたデータを統合的にアセスメントし、患者個人にとって最良と思われる方法で実施することが必要である。この事例では、呼吸に関するアセスメントは31項目あったが、その中に栄養状態についてのアセスメントがなかった。データとして「胃瘻より経管栄養 3回/日」があったにも関わらず、呼吸との関連が述べられていなかった。例えば、栄養状態と呼吸筋や免疫力との関連が分析されていたら、看護介入もより統合的になったと考える。さらに呼吸は、心血管系や代謝、酸・塩基平衡とも深く関わっている。呼吸を中心として生活行動を援助する為の知識・技術が、今後認定看護師にますます必要とされることはいうまでもない。

Y看護婦が、呼吸理学療法の効果指標を見出すことができたのは、患者を受け持つ前から課題を焦点化し、そのための準備を着実にやり、知識と時間を一人の患者に注ぎ込んだ成果といえる。もちろん、実習施設側の協力と理解を得て患者や呼吸器を選択できたことも大きい。そして、患者の回復が促進できたのは、なによりもケアを継続していったチームの力だといえる。

日常の臨床業務で一人の看護婦がここまでの時間とエネルギーを一人の患者に注ぎ込むことは難しい。しかし、Y看護婦の記録では、用紙が特別に準備されたり記載内容も重複していた。そういう点を簡略化し、課題を焦点化してチームで行うことは可能なのではないかと考える。検討したり準備するには時間がかかると思うが、「研究的視点でケアを見直すこと、科学的根拠をもってケアを行うこと」が日常化していくことが看護の質を高めていく。それこそが患者の回復を促進させる力となるのである。そして、看護婦自身の能力を高めることにもなっていく。そのためにこそ、認定看護師がリーダーシップをとるべきだといえる。

VI. 引用・参考文献

- 1) 岡谷恵子他：日本におけるCNS等の機能とその役割についての研究，平成9年度 厚生省看護対策総合研究事業 研究報告書
- 2) 松木光子監訳：ロイ適応看護モデル序説，へるす出版，第2版，73-86，1995
- 3) 山口 修：ICU・CCU看護卒後教育セミナー初級コース・テキスト，1998
- 4) 宮川哲男：急性呼吸不全に対する呼吸理学療法，救急医学，22(10)，1187-1194,1998
- 5) 4) 同掲書
- 6) 宮下多美子他：クリティカルケアに必要な看護技術 呼吸理学療法，看護技術，44(2)，15-20，1998
- 7) 宮川哲男：呼吸理学療法の科学性,人工呼吸，15(10)，91-104,1998
- 8) 池松裕子：ICUにおけるアセスメント－FANCAPモデルを用いて－，看護技術，44(11)，74-78，1998
- 9) 宮下多美子他：クリティカルケアに必要な看護技術 呼吸理学療法の実際，看護技術，44(10)，

107-111, 1998

- 10) 宮川哲男：臨床シナリオで学ぶ呼吸理学療法 第2章 慢性呼吸不全の急性増悪時，看護学雑誌，62(6)，521-527，1998
- 11) 宮川哲男：臨床シナリオで学ぶ呼吸理学療法 第2章 喘息重積発作の場合，看護学雑誌，62(6)，529-530，1998
- 12) 宮川哲男：EBNとしての急性期呼吸理学療法，看護学雑誌，62(6)，529-530，1998
- 13) 宮川哲男：急性呼吸不全患者の呼吸理学療法，Emergency Nursing，19(7)，641-649,1996
- 14) 任 和子：クリティカルケアに必要な看護技術 気管内吸引，看護技術，44(2)，9-14，1998
- 15) 沼田克雄監修：入門・呼吸療法，克誠堂出版株式会社，1993

II 専門看護師に関する研究

がん看護専門看護師の看護ケア技術と 退院促進事例についての分析

I. 研究目的

1. がん看護専門看護師の退院援助における看護ケア技術と高度な実践能力を、退院に関する事象を通して明らかにする。
2. がん看護専門看護師が患者の退院を促進した事例について、その卓越した看護ケア技術を明らかにする。

II. 研究意義

諸外国の文献では、CNSによる退院計画の立案・ケースマネジメントなどが、入院期間の短縮、疾患の増悪・再発予防、医療費の削減において高く評価されている。

わが国においても、専門看護師の活動が、入院期間短縮にどのような効果をもたらすのかを明らかにすることは今後、効率的で質の高い看護ケア技術提供のために意義があると考えられる。

本研究において、がん看護専門看護師が退院に関わった事象を分析し、そのなかに内在している専門的な実践能力と看護ケアの介入技術を抽出することは、退院促進に関してがん看護専門看護師の導入効果と退院を円滑にする専門的な看護技術を特定する上で意義深いと考える。

III. 研究方法

わが国では、1996年から開始された日本看護協会認定のがん看護専門看護師は、1998年現在わずか7名であり、それぞれが臨床現場において専門的な知識と技術を駆使して活躍している。しかし、その活動の特徴や専門的な卓越した実践能力の具体的な特定はなされておらず、その実態は明らかになっていない。そこで、本研究では、がん看護専門看護師を対象に、がん患者の退院促進にどのような卓越した看護ケア技術と専門的な能力が駆使されているか、その側面を抽出しカテゴリー化することを目指して、がん看護専門看護師の記録・病棟記録・半構成的な質問紙による面接法により、帰納的に質的な記述データを分析することとした。

1. 対象者の選定

調査対象者は、わが国で誕生している日本看護協会認定のがん看護専門看護師7名のうち、臨床の現場で現在実践を行っており、専門看護師として3年以上の経験をもつナースとした。また、今回の目的である医療機関からの退院を総合的に捉え、多角的な視点をもって語ることはできるためには、常時、直接的に退院に関する事象に関わることができる者で、退院促進の委員会を持っている総合病院所属の者とした。本研究の調査内容は、本人の能力査定に関わる内容であるため、倫理的配慮のもとに十分説明を行い、最終的には2名の了解が得られた。

なお、対象者の所属する総合病院の立地する場合は、首都府圏下であり大きな地域差を生じないものにした。

2. データ収集方法

データは、がん看護専門看護師の記録および病棟記録と、それらをもとにした研究者による半構成的インタビューガイドにそったインタビュー逐語録とした。

1) がん看護専門看護師の記録および病棟記録

がん看護専門看護師の記録および病棟記録は、1997年～1998年に、がん看護専門看護師が「退院の時点」に重きを置いて関わった事例の専門看護師の記録物とその事例の病棟の記録を収集した。その際「退院」の前・後になんらか関わりを持った事例も、多数あったが、今回は、できるだけ退院に関するデータを深く得るためにそれらは含まなかった。

なお、事例の閲覧をする場合には、その病院の倫理委員会の許可を得たうえで、その事例のプライバシー保護には十分に留意し行った。

2) インタビューガイドの作成

インタビューガイドは、対象者が退院促進に関して、総合的に語られるように、病院での「退院」に関する方針やとりくみの情報と、退院事例のがん看護専門看護師と病棟での記録をもとに作成した。また、その病院組織内でのがん看護専門看護師の位置づけや役割全般について、看護協会でも専門看護師の役割として規定している「実践」「調整」「教育」「相談」「研究」をキーワードに、今後の専門看護師の役割への展望・豊富におよぶものであった。

なお、病院の特徴やそれともなうがん患者の特性が異なるため、対象者に応じて柔軟なガイドを作成した。(巻末資料2参照)

3) 面接方法

インタビューガイドにそって、半構成的に面接を実施した。インタビュアーは、K病院のがん看護専門看護師については、1名、Y病院のがん看護専門看護師については、2名であり、うち1名が主にインタビューを進行し、1名はオブザーバーとした。

対象者には、「退院に関わった事例を中心にインタビューを行う」とのみ告げ、実施した。最初に、所属組織の背景とその詳細についてインタビューし、次に具体的な退院に関する内容について質問を開始した。

インタビューは、それぞれの所属組織の面接室にて、十分な時間をとり、対象者がその場で想起した全ての内容が自由に語られるような雰囲気づくりを行い、実施した。

インタビューで得られたデータは、対象者の了承を得て、すべてテープに録音し、終了後速やかに、第三者の専門家に依頼し全データの逐語録を作成した。

4) データ収集期間・場所

がん看護専門看護師の記録および看護記録の収集は、その専門看護師の所属機関にて、平成10年12月～平成11年1月に行った。インタビューは、K病院のがん看護専門看護師には、平成11年1月13日の10:00～15:00まで、Y病院のがん看護専門看護師には、平成11年2月12日の13:00～18:00に、それぞれ4時間程度、がん看護専門看護師が所属する施設の面接室で実施した。

5) 倫理的配慮

本研究を行うにあたって、まず、郵送にて、がん看護専門看護師に本研究への協力依頼を行い、その後、がん看護専門看護師に、直接、本研究の主旨の説明を行った。その上で、同意の得られたがん看護専門看護師とその所属する組織の所属長に、研究の主旨を説明した文書を送付し、同意を得た。また、その所属組織の倫理委員会にも了承を得た。

なお、上記のように、事例の閲覧には、事例のプライバシー保護には、留意し、データとして使用する場合、その特定の個人を指し示すような言語は抹消した。テープを起こす第三者にも、文書にてプライバシー保護のための契約内容を条件とした。また、収集した記録類と逐語録の保管は厳重にした。

3. 分析方法

記録類と逐語録の内容を、7人のがん看護の専門家を中心に分析した。また、1名のスーパーバイザーにより分析の方法および抽出された要素についての助言を得、再検討をした。

1) 分析データ

分析は、がん看護専門看護師の相談記録(依頼用紙・相談経過記録・相談に対する返信記録)および各病棟の看護記録、インタビュー逐語録である。

2) 分析のプロセス

インタビューの逐語録を中心に、がん看護専門看護師の卓越する「看護ケア技術」「実践能力」と思われる現象について抽出を行った。研究者7名が、それぞれに抽出したものをもとに、研究者全員で検討を重ねた。その際、繰り返し元データに戻り、本質的なものを探った。

第1段階の作業で抽出された現象の本質を言い表している表現に名前をつけ、スーパーバイズを受けた後、第2段階へすすみ、さらに類似のデータをまとめ抽象化を行った。その結果、すべての分析データより、がん看護専門看護師の臨床実践での基盤となっている、卓越した看護実践能力と考えられる共通した側面(要素)が抽出された。また、それらの側面は、関連し合いながら、的確な量・質での介入に向かっていることが示唆されたのでその構造化を試みた。

次に、全データの中から、特にがん看護専門看護師が関わった「退院促進できた事例」として、特徴的であると研究者全員が判断した3事例について、その中に内在する卓越した看護介入技術を同様に抽出した。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

現在、看護協会認定のがん看護専門看護師となって3年以上臨床で活躍しているナース2名である。がん看護の臨床経験は、10年以上であった。

対象者は、K病院の総合相談部に所属しているがん看護専門看護師1名と、Y病院のホスピス病棟に所属のがん看護専門看護師1名であり、組織の中でいづれも病棟婦長と同レベルで位置づけられていた。

がん看護専門看護師の所属する病院は、どちらも私立の総合病院であった。役割機能的には、K病院は、高度医療を提供する1,069床の病院であり、Y病院は地域の中核を担う607床の病院であった。

2. がん看護専門看護師の関わったケース

がん看護専門看護師の関わったケースは、年間依頼件数約100ケース延べ件数約500～600ケース程度であり、病棟・外来を含めると相当数になる。がん看護専門看護師が語った退院時に関わったケースの事例は、1997年～1998年にの期間では、K病院12事例、Y病院5事例であった。

1) 事例の概要

対象者が語った事例は、がんの診断名のついた女性8名、男性9名であり、概要は表のとおりである。

表1 ケースとした事例の概要

K病院			
・ケース1	男	60才	LK. 退院準備・フォロー(病棟ナース)
・ケース2	男	74才	CV 退院準備・外来フォロー・家族の悲嘆(病棟ナース)
・ケース3	男	62才	Rectal. Ca. 退院に関する問題(PHN)
・ケース4	男	42才	左腎盂Ca. 外来・家族フォロー(病棟ナース)
・ケース5	女	63才	MMCa. 退院後・家族フォロー(病棟ナース)入退院
・ケース6	女	49才	後腹膜Ca. 退院後ペインコントロール(病棟ナース)
・ケース7	男	57才	RK サポート体制(PHN)再入院後
・ケース8	男	57才	胆管Ca. 療養・ホスピス等(病棟ナース)
・ケース9	男	65才	下咽頭Ca. 退院後ペインコントロール(ラウンド中・病棟ナース)
・ケース10	女	49才	Rectal Ca. 家族精神的フォロー(病棟ナース)日常生活(医師)
・ケース11	男	67才	RCC, 腎Ca. 療養生活・尊厳死(病棟ナース)
・ケース12	女	80才	卵巣Ca. 家族・日常生活(病棟ナース)後, 永眠
Y病院			
・ケース13	男	70才	LK ケースマネジメント
・ケース14	女	60才	breast Ca. 家族の介護・ケースマネジメント
・ケース15	女	50才	胃Ca. 患者・家族の精神的支援
・ケース16	女	50才	breast MT 社会資源
・ケース17	女	80才	Rectal Ca ケースマネジメント・家族調整

(なお疾患名は、表記してあるそのままを記した)

3. 結果の概要

ここでは、〈1〉がん看護専門看護師の臨床実践での卓越した看護実践能力の基盤と、〈2〉がん看護専門看護師が関わった「退院促進できた事例」での特徴的な介入技術・3ケースについてそれぞれに記す。

〈1〉がん看護専門看護師の臨床実践での卓越した看護実践能力の基盤 [がん看護専門看護師の実践能力の基盤]

2名のがん看護専門看護師の、記録物およびインタビュー内容から、総合的に分析を行った結果、基本的な、卓越した専門看護師の実践能力と考えられ得る [がん看護専門看護師の実践能力の基盤] として、次の5つの側面が抽出された。

【役割認知】

【専門看護師の自己投入への力(パワー)】

【がん看護専門看護師の核となる熟練した技】

【研究的姿勢の保持】

【ケースマネジメント能力】

この5つの側面のサブカテゴリーは、次に示すとおりである。

【役割認知】

- ・《看護者としてのコーディネーション機能の自負》
- ・《所属組織の中での自分の位置・役割の認知・自覚》
- ・《自己の責任範囲の明確化》
- ・《教育的役割モデルの自覚》

【専門看護師自身の自己投入への力（パワー）】

- ・《専門職としての自覚・信念の保持》
- ・《自己の客観的な分析》
- ・《自己の参入の決定》
- ・《自己裁量による仕事の配分》
- ・《Loss and gainのバランスのコントロール》

【がん看護専門看護師の核となる熟練した技】

- ・《がん看護のスペシャリストとしての自分の役割の提示》
- ・《対象者が家族ユニットであることの認知》
- ・《患者の医療に対するニーズの把握》
- ・《患者の医療に対するニーズの専門的な対応》
- ・《患者の生き方のプロセスに添う》
- ・《ターミナル期の患者・家族の実現可能な目標・課題の設定》
- ・《ターミナル期の患者の退院の可能性の包括的な判断》
- ・《退院の条件の明確化》
- ・《在宅療養を可能にする条件の整備》
- ・《患者・家族の対処への信頼》
- ・《タイムリーな活動》
- ・《予測性をもった療養の準備》

【研究的姿勢の保持】

- ・《事例の研究的視野での分析》
- ・《事例の研究的視野での実践》
- ・《事例の研究的視野での蓄積》
- ・《臨床知の充積》

【ケースマネジメント能力】

- ・《看護職としてのコーディネーション機能の発揮》
- ・《同職種との連携》
- ・《他職種との連携》

次に、5つの側面のカテゴリーの定義および、そのカテゴリーの抽出された代表的なデータからの引用を表記する。

なお、データリソースは、主なものを表記しており、がん看護専門看護師の記録は「OCNS記録」、病棟の看護記録は「看護記録」、インタビュー逐語録は、「インタビュー」とし、事例の場合は、事例番号と一致させている。なお、2人の専門看護師は、「K病院」「Y病院」と所属のみ表記した。

(1) 【役割認知】

【役割認知】とは、「先駆者として、がん看護専門看護師（OCNS）としての役割を構築していきながら、それを社会的に示し広めるための役割を担っていることを自分自身が認知していること」である。

この側面には、《看護者としてのコーディネーション機能の自負》《所属組織の中での自分の位置・役割の認知・自覚》《自己の責任範囲の明確化》《教育的役割モデルの自覚》の4つのカテゴリーが含まれていた。

1. 《看護者としてのコーディネーション機能の自負》

《看護者としてのコーディネーション機能の自負》とは、「チームメンバーの中で、患者・家族に一番近い看護者が、行うべき役割として、患者の意志を大切に、それを他のチームメンバーに伝えたり、意見をまとめたりするコーディネーション機能を行うことに自信や誇りをもっていること」である。

その中で看護婦が行うべき役割というのが求められてきていて、看護がどのように考えるかということ、これまででは言葉にできなかった、文書にできなかったことも、きちんと言語化をして人に伝えるようにという形になってきたと思いますし、また、たくさんいるチームメンバーの中で、いちばん患者さんに近い看護職である我々がコーディネーション機能を持って、それらのチームメンバー意見なりをまとめたり、また、この時期にこの問題についてこの患者さんに……そういったことを看護婦はとって行く必要があると役割としては特に思っています。（インタビュー・K病院）

2. 《所属組織の中での自分の位置・役割の認知・自覚》

《所属組織の中での自分の位置・役割の認知・自覚》とは、「自己が、自分の所属している組織全体の中の『どこに・どのように』位置しているのか、必要時には、地域の中で自分の所属組織の位置・役割が何なのかを常に意識しており、認知し自覚していること」である。

私は総合相談部という部署に所属しているんですが、同じフロアの中に机を並べるようにして5名のソーシャルワーカーと5名の保健婦と、それから病診連携と申しまして、他の病院や診療所と連携を深めて行く事務の者がいます。ですから、私が所属している部署自体が退院ということに関して、日にち、量的にも、また退院の中身——質的にも、いいものを追求していこうという、早い退院を追求していこうという意識が高い部署ではないかと思います。（インタビュー・K病院）

私の位置づけというのが、病棟や外来、在宅部門ではないスタッフ機能として位置づけられておりますので、その事例に関わる最初のきっかけというのが、当該科の医療スタッフが問題と感じ、そしてこの問題について専門看護師に依頼をしようというところまで意識があがって、それが行動化するところまでこないと私の介入は始まらないんです。これは、その事例に始めからずっと関わっている病棟の中に所属をしているCNSとはまた違ったスタッフ機能を持ったCNSの特徴だと思うんです。（インタビュー・K病院）

その組織に所属をしていない第三者が、その中で関わっている人や関わってる問題、課題を全部、客観的に見ていくことができるんです。できるからこそ、現象を起こしてしまっている問題ということを明らかにしていくことができると思います。（インタビュー・K病院）

私のかかわり自体を見てもらうことも教育だというふうに私は考えているので、その都度できるだけクローズドにしない、オープンにして受け持ちの看護婦さん、プライマリーナースとか主治医が可能であれば一緒に入ってもらう、もしくは受け持ちの看護婦が入るときに私が一緒に入るというふうな方法で、大きくは教育していると思うんですけども、(インタビュー・Y病院)

病院自体は早期退院を目指しています。たぶん今は、すべてを平均すると18日くらいかなと思います。ただ病院自体は15日を切りたいので、かなり急性期の病院なんですね。多くの方は何となく「慢性の」というイメージを持っていらっしゃるんですが、病院自体は急性期の病院で、どんどん退院させて、平均在院日数を短くして回転率を上げる……(中略) 外来が1,000人を超えてしまうんですね。そういう病院のあり方は、医療経済とか厚生省の考え方とは違うので、厚生省の考え方のラインに乗せようと病院自体は考えていますけれども、なかなか患者さんの受診行動が変わらなくて、それでずいぶんもめることもあります。病院自体は早く帰そうということに積極的ですし、病床管理委員会で、ある期間を過ぎた人は全部リストアップして、各科の婦長と部長に名前が全部回ります。とても長い方はどうしてそうなっているのかを、病床管理委員会にはワーカーさんも入っていますので……。 (インタビュー・Y病院)

3. 《自己の責任範囲の明確化》

《自己の責任範囲の明確化》とは、「自分の所属している組織全体の中で自己の位置づけの自覚と認知のもとに、関わる事象に対して、他の職種・チームメンバーと協働しつつ各々の役割をうまく配分するとともに自己の専門職(OCNS)としての責任範囲を明確にすること」である。

コラボレーションという言葉は、欧米で最近になって注目されてきた概念、言葉なんですけれども、本語では共同というふうに訳されることが多いと思います。
2つ以上の職種が協力をして1つの目的・目標に向かって協力して働いていくという意味なんです。以前は医師をトップのリーダーとして、看護婦やその他のコメディカルに命令的に指示がなされていたという医療チームにおける構造があったと思うんですけども、そのチームの形態というのは、ここ10年、20年で随分と変化してきて、コメディカルもより専門性が高くなり、いろんな職種が出現してきて、それぞれの形の教育背景も高くなってきて、教育を受けてきた内容も質的に向上してきましたし、そういうことで、これまでの医師をリーダーとしたチームではなくて、患者さんの課題が何かによって、チームの中でリーダーはどの職種が取るのがいいか、また課題の時期によって、そういうことというのは常に変化していかなければいけないというのが、最近取り入れられてきているチーム医療ではないかなというふうに思ってます。(インタビュー・K病院)

ある部分の判断は彼女たちに任せてしまうわけですから、彼女たちが見ていて、「本人は頑張ると言っているけれども、もう限界だからちょっとこちらからプッシュして入院を勧めたほうがいいんじゃない？」というようなアセスメントは彼女たちにしてもらわないと。私が行くわけではないので(中略) 症状コントロールをしたりするのにやはり知識がないと難しいので、2人が主に行ってくださいますので、どちらかからレポートが返ってくるという感じですね。(インタビュー・Y病院)

4. 《教育的役割モデルの自覚》

《教育的役割モデルの自覚》とは、「医療全体の質向上にもなることを意識し、特に、同職種であるナースに対して、がんのスペシャリストとして、がん看護の質向上をめざし、教育的役割をしていかなければならないという責任を自覚すること」である。

病棟の中で機会あれば意見として発言してますし、また、症例検討会とかナースがたくさん集まる場でも発言したりして、もっともっと前から沿ってくださいうい姿勢をナースたちに持ってほしいと思ってます。そのための働きかけというのは、今後も続けていこうと思ってます。(インタビュー・K病院)

私の考えているプロセスをできるだけその人に伝えることですね。
(インタビュー・Y病院)

待つ姿勢をすごく大事にしています。だから「ああしたら早いなあ」と思うんですけど、「うーん」とこらえるというのか、そういう中で相手にいかに気づいてもらうかとか、それからフォローしたことをあまり相手に負担に思わせないで、でもなおかつ「そのことは必要なことなんですよ」ということをわかってもらえるようななかかわり方というのを、自分の中でもうまくできている時もあるし、なかなか「あら、打てど響かずだな」と思う時もあつたりしますけれども。(インタビュー・Y病院)

(2)【専門看護師の自己投入への力(パワー)】

【専門看護師自身の自己投入への力(パワー)】とは、「自己のエネルギーの放出・充填を、自律して行い、専門職として、自己を意識し臨床実践にコミットメントしていくパワーのこと」である。

この側面には、《専門職としての自覚・信念の保持》《自己の客観的な分析》《自己の参入の決定》《自己裁量による仕事の配分》《Loss and gainのバランスのコントロール》の5つのカテゴリーが含まれていた。

1. 《専門職としての自覚・信念の保持》

《専門職としての自覚・信念の保持》とは、「専門看護師の土台をなし行動力の源ともなっている、看護者は、患者の一番の理解者であり、かつケア提供者となる専門職種であるというゆるぎない信念と自覚を常に持っていること」である。

今は1つの病棟に偏っているの、やはりいろいろな病棟で、がんの患者さんというか、がん自体が慢性疾患であるというふうに言われていますから、慢性疾患であるのであれば、やっぱり入退院をその時々で上手に繰り返しながら、病氣と上手に闘っていくような支援というのが必要なんじゃないかなというふうに思っているんですね。

例えば、いまはどんどん外来でケモセラピーが行われたりとか、ラジエーションが行われたりとかいうふうなこともありますから、入院することが以前よりも重要じゃなくなっていると思うんですね。ただそのかわり、やはりうまくお家で生活をアレンジしていくということ、ケア・コーディネーターとはまたちょっと違うと思うんですけどね。いわゆる患者さんの生活そのものをアレンジするというのが、たぶん今後、CNSとしても関与していかないといけない部分じゃないかなと思うんですね。
(インタビュー・Y病院)

今後、来に見えられたときや、それからお家で生活するときに何か不安が出てきたり、苦しい症状が出てきたりしたときにも支援をいたしますということで、電話相談などもお受けしましょうという契約をいたしまして、(後略) (インタビュー・K病院)

そういった過程と一緒に添えたことが、私自身の存在といえますか……
(インタビュー・K病院)

その患者さんから感じることの現れとして、専門だからこそ、専門としているからこそこの人にこの問題を聞きたい、この人と話をしたいというニーズが生まれてくるのではないかなと思います。ある意味では、これまでのお任せ主義から自己決定に変わってきているあり方、患者さんたちが医療に参加してきたその変化が、こういった形で出てきているのかなと思ってます。(インタビュー・K病院)

2. 《自己の客観的な分析》

《自己の客観的な分析》とは、自己を客観的に見つめる力を持ち、事象の中で、自己を第3者的に分析し、また、CNSとしての自己を客観的に評価・分析すること」である。

なのになぜこのケースは在宅死ができたのだろうということ突き詰めていくわけです。そこを流しちゃうと学びにならないんですね。突き詰めていったあとに、じゃあ、これまで自分たちがやってきたガチッと体制を組んでしまう、このやり方というのはどうなんだろうということ振り返ったりという、そういうことの繰り返しが充電になるんです。(インタビュー・K病院)

ああ、患者さんはすごく体の中で学んで、こんなに具体的に自分の中に落ちるんだって…(後略)
(インタビュー・K病院)

そういうふうなものが見出せるというのは、私のがん看護の領域というか、ターミナル・ケアの領域で自分の中でスペシャリティがあるからできることじゃないかなと思っています。(インタビュー・Y病院)

3. 《自己の参入の決定》

《自己の参入の決定》とは、「がん看護専門看護師(OCNS)として、その事象に対して自己が参入する必要があるのかどうかを総合的に判断し、参入することの適否を決定すること」である。

プライマリーナースがいますので、その人とのかかわりがありますので、むしろ私は患者さんが少し戸惑っていらっしゃる時、プライマリーナースがうまく進めていける場合にはそれに任せて、調整がうまくいっているのかということをサポートすることですが、患者さん側が「どうしようかな」と言っている場合に、直接患者さんとお話ししたり、ご家族とお話ししたりということが私のかかわり、いわゆる「実践」というかかわり方だと思います。(インタビュー・Y病院)

私が時には訪問することもあります。それは訪問の方と相談しながらなのですが、少し精神的に不安定になっていて、病棟の看護婦さんが訪問するというのは、患者さんにとってはまた別の意味合いがありますよね。プライマリーが訪問したらいいときもありますし、逆に私が伺って全体的なことを…。アセスメントする基本情報があまりないですから、それを得るために訪問の人と2人で役割を決めて、訪問した時に、ご家族と患者さんがいて、どっちもお話したい、でも訪問看護婦は一人で行っていますから十分話が聞けないとか、精神的に不安定になったら、やはり彼女たちはホスピスの看護婦がタッチしたほうがいいのかと考えているので、そういう時に私が伺ったりとか…。(インタビュー・Y病院)

その時も私が直接的に介入するか、もしくは彼女たちを介してもう一回フィードバックをかけていったらいいのかというのはぜひぶん考えます。

一つの基準は、やっぱりその人の予後との兼ね合いですね。予後的にまだ余裕があるときは、少し時間がかかっても彼女たちに「じゃあ、こういうふう考えたらどう？」とか、それから「こういうふうに、私がじゃあこういう話をするから、あなたは後でこういうふうを確認してちょうだい」とか、そういうことを言ったりして、少し時間がかかっても彼女たちがいわゆる直接的なケア・ギヴァーになることが大事ですし、あまり予後がないときには、申しわけないけれどそんなことにあまり時間を使ってられないので、やっぱりここはもうぐっと押さないといけないなというときには、相談を受けて私が介入することが多いですね。それは本当に、私の中で判断しているのはそこが一番大きいことですね。(インタビュー・Y病院)

4. 《自己裁量による仕事の配分》

《自己裁量による仕事の配分》とは、組織の中での、自分の仕事の立案・実施が自律して行えることの保障があり、自己の責任をもって自分の裁量において、仕事の配分(時間・場所など)をすること」である。

看取り間近になって、毎日のように訪問をするようになった時に、いろいろな患者さんからのSOSは、訪問看護ステーションではなくて、みんな病棟に入ることにしているんですよ。ホスピスに関しては、病棟に入って病棟から訪問看護に連絡するというシステムをとっているんですね。だから連絡先は全部病棟なので、患者さんもそのように理解されているので、その時によっては訪問看護が出払っていることも現実的にあるわけですから、そういう時には私が近くであれば行ったりとか、急変した時にはそんなことも言っていられないので、看取りに行くこともあります。だからそれは調整なのか、実践なのか、よくわかりませんが、(インタビュー・Y病院)

病棟のほうに行きまして、その日のリーダーと話をしたんですが、ディスチャージ・プランナーのナースが把握しているほど病棟では問題を明らかにまだ掲げていなくて、たいへんな患者さんというんです。それで、退院をさせてあげたいんだけど、痛みのコントロールも上手くついていないし、患者さん自身がまだこれでは帰れないというふうに言われているので今後、退院という目標をどういうふうにしていこうかというふうに悩んでいるところなんですということでした。

この事例には、退院に対しての問題を明らかにしていこうということで、次の日に受持ちの看護婦さんと話をして、この退院に関する問題というのを明らかにしたんですが、解決をしていくのは比較的時間がかりそうな問題が多かったので、私の病院は特定機能病院で、高度医療を提供していく性質を持っている病院ですので、今後これらの問題にじっくり取り組んでいくのには、それに適した病院というのが、この患者さんにとっては最も適切な環境ではないかということで、病室の看護婦さんは最初、退院を目標にして患者さんやご家族にも退院をすすめていらしたんですけれども、この状況でお家で生活するということは、かなりまだ困難があるのではないかと。そこで、問題が解決した後でお家での生活を考えることが必要だということで、転院という方向性に切り替えました。(インタビュー・K病院)

5. 《Loss and gainのバランスのコントロール》

《Loss and gainのバランスのコントロール》とは、「自己の精神的安寧に繋がっていることの認識下で、自己の専門職としての知識・力(パワー)を放出することと、事象から知識・力(パワー)を確実に自分へ投入することのバランスを自律的にコントロールしていること」である。

OCNSをやっている、エネルギーを放出している気持ちにすごくなるんですね。充電したいなどいいますか。得るのではなくて与える……与えるというのはあれですけど、ちょっと放していつているという感じがするんですが、充電といったことをどうやるか。最初はそれが全くできなくて、枯れたような気持ちだったんですけれども（笑）、ある症例で患者さんと対話するうちに、「なるほど、そうか」と思うことがあって、そのときに蓄積したんです。（インタビュー・K病院）

(3) 【がん看護専門看護師（OCNS）の核となる熟練した技】

【がん看護専門看護師（OCNS）の核となる熟練した技】とは、「がん看護の本質を修熟した者が獲得しているがん看護の専門的な知識と技術であり、患者と家族の以降に添った最善の形での退院を促進するための核となる熟達・熟練した技」である。

この側面には、《がん看護のスペシャリストとしての自分の役割の提示》《対象者が家族ユニットであることの認知》《患者の医療に対するニーズの把握》《患者の医療に対するニーズの専門的な対応》《患者の生き方のプロセスに添う》《ターミナル期の患者・家族の実現可能な目標・課題の設定》《ターミナル期の患者の退院の可能性の包括的な判断》《退院の条件の明確化》《在宅療養を可能にする条件の整備》《患者・家族の対処への信頼》《タイムリーな活動》《予測性をもった療養の準備》の12のカテゴリーが含まれていた。

1. 《がん看護のスペシャリストとしての自分の役割の提示》

《がん看護のスペシャリストとしての自分の役割の提示》とは、「がん看護の対象となる人々の退院がより円滑に行えるように、がん看護の専門職としての自己の存在や位置づけおよび専門家として自己をアピールし、利用者の支えとなれるような導入をはかり、手助けできる内容を対象に明示すること」である。

ガンの専門の看護婦さんというふうに、私は自分のことを紹介しました。
（インタビュー・K病院）

ほとんどの患者さんにそうなんですけれども、私は自分のことをがん看護の専門の看護婦だというふうに自己紹介をしているんですね。不都合が起きない状況であれば、殆どそういうふうに自己紹介をしています。（インタビュー・K病院）

いろんな悩みが患者さんや周りにおられるご家族に生まれてくることがありますので、そういったことをご支援して、一緒に悩んでいきたいし、その人の悩みも解決していきたいというふうに、いちばん最初に会ったときにお話をしたんです。それが多分、患者さんの気持ちの中に残っていて……（後略）
（インタビュー・K病院）

彼女には私の存在自体がまずは大きな影響があったでしょうし、そういった利用できる人がいるということを知っているということも大きかったと思います。
（インタビュー・K病院）

2. 《対象者が家族ユニットであることの認知》

《対象者が家族ユニットであることの認知》とは、様々な複雑な問題をもつがん患者の退院においては、患者だけでなく患者と生活をともにする家族も重要な対象者であると捉えて、常に、がん看護の対象者は、家族全体・ユニットであると認知していること」である。

自分自身の多分、倫理感や価値観といったものが反映されてくるんだろうなと思うんです。医師もそうですが、治療方針を考えるときに、自分はこれが最もいいと思うからそれをすすめたいという気持ちというのは、人間の自然な気持ちだと思います。ただ、それが全ての人がそうかというところではない。いちばん大切なのは、当事者である患者さん、もしくはご家族の価値観や考え方がどうかということなので。（インタビュー・K病院）

一つはやはりご本人が「もう一回帰りたい」というご希望があったんですね。それが一番の決め手だったのですが、ご主人が一人で介護していたので、ちょっと不安というのがあって、ご主人のプロテクションが……（後略）（インタビュー・Y病院）

3. 《患者の医療に対するニードの把握》

《患者の医療に対するニードの把握》とは、広い視野で、がん看護に関する社会的動向に習熟するとともに、患者個人のもつ医療やがん看護に対する要請に焦点をあて、意図的に専門的技術を駆使して情報を探索し、患者個人のニードを把握すること」である。

外泊なり、そして外泊が上手く行けば退院という目標がそこに掲げられるわけですが、その退院を実現するためにどうすればいいかということの相談が、私やディスチャージ・プランナーのナースに来ることが最近多くなってきたなと感じています。
（インタビュー・K病院）

患者さんは病院の機能といったことを理解されている方で、この病院は高度医療を駆使して治療をする病院であるので今後、自分が受ける医療もしくはケアとは、違うのではないだろうかというようなことを言われて、そのことについて患者さんと話しました。
（インタビュー・K病院）

4. 《患者の医療に対するニードの専門的な対応》

《患者の医療に対するニードの専門的な対応》とは、「がん医療に関する情報が氾濫するようになり、患者の医療に対する主体的な取り組みがなされるようになりなったことを背景に、拡大、個別化した病気や治療、療養生活や生き方に関する患者のニードに対して患者の選択肢の幅を広げるような専門的知識や技術を提供して対応すること」である。

今回提出していただいた事例は、こうやって振り返ってみますと、いろんな自分の状況の告知を受けて、説明を受けてご自分の状況を知ってらっしゃる患者さんで、かつ情報も集めるニードがある患者さん、もしくは自分の生き方を模索していらっしゃったり、真剣に考えたいと思っていらっしゃる患者さんで、これまでお任せの患者さんを相手にしていた医療スタッフでは、対応しきれないニードを持つ患者さんたちに介介してもらいたいというニードが感じられるかと思います。本当いうと、医療スタッフからも感じますし、患者さんからも感じます。その患者さんから感じることの現れとして、専門だからこそ、専門としているからこそこの人にこの問題を聞きたい、この人と話をしたいというニードが生まれてくるのではないかなと思います。ある意味では、これまでのお任せ主義から自己決定に変わってきているあり方、患者さんたちが医療に参加してきたその変化が、こういった形で出てきているのかなと思っています。（インタビュー・K病院）

専門的な知識を欲しいと患者さんが言われていた状況を、これは専門のOCNSに対応していただいて、この患者さんのニーズをも満たしてもらえればという、そういった依頼の始まりだったんです。（インタビュー・K病院）

平成7・8年という時期は、いまほど看護ケア病棟やホスピスの病院というのが多い時期ではなくて、またそういったホスピスの施設の情報、それから、そこでどういったケアが行われているのかといったことに関して、医療スタッフもまだ知らないという状況があった時期です。この事例以外にも、口頭で質問なりコンサルテーションがあったりということもあったんですが、その後、そういった状況での依頼で、ホスピスなどに関する専門的な情報を欲しいというので、なるべくその情報を与える役割をした時期だったと思います。(インタビュー・K病院)

5. 《患者の生き方のプロセスに添う》

《患者の生き方のプロセスに添う》とは、「がん患者が、がんという病気と共存しながら自らの生活や人生を有意義に過ごしていくために、入院の段階から患者のその折々のテーマに関わり、患者の意向を尊重して生き方を、ともに模索し支えること」である。

自分自身の多分、倫理感や価値観といったものが反映されてくるんだろうなと思うんです。医師もそうですが、治療方針を考えるときに、自分はこれが最もいいと思うからそれをすすめたいという気持ちというのは、人間の自然な気持ちだと思います。ただ、それが全ての人がそうかということではない。いちばん大切なのは、当事者である患者さん、もしくはご家族の価値観や考え方がどうかということなので。(インタビュー・K病院)

人の気持ちとか考えというのは、きょうはこうだったけれども明日コロッと変わるというものではなくて、いろんな体験をしながら変化をしていくものだと思うんです。ですから、退院のことを考えるときでも、退院の方針が出たから、そのときから退院に向かって何か問題を解決していこうというふうに取り組むのではなくて、症例の患者さんたちの多くは、その前から自分はどう生きるかということを考えながら、その中で病院に入院するのか、家で暮らすのかということを考えるんだと思うんです。ですから、本当は発病をした後、もしくは再発をされた後から、生き方を考えていくそのプロセスに沿える人というのがいれば、退院をするときに何か問題があがって退院できないとか、そういうことが起きないのではないかと思うんです。(インタビュー・K病院)

病棟の中で機会あれば意見として発言してますし、また、症例検討会とかナースがたくさん集まる場でも発言したりして、もっともっと前から沿ってくださいますという姿勢をナースたちに持ってほしいと思ってます。そのための働きかけというのは、今後も続けていこうと思ってます。(インタビュー・K病院)

システムを整えることももちろん重要でしょうけれども、患者さんの意思がどこにあって、何であって、家族がそれをどうサポートしようとしていて、意思を固めていく作業をどう我々は援助しているのかということがすごく重要だなと。(インタビュー・K病院)

一つはまず患者さんが希望することですね。もう一度お家に帰りたいという思いを持っていらっしゃるということ、それから、次のことは絶対条件ではないですけども、家族もそれに同意できるということが大前提で、それプラス、いわゆる症状コントロールがある程度うまくいっているのか(後略)(インタビュー・Y病院)

6. 《ターミナル期の患者・家族の実現可能な目標・課題の設定》

《ターミナル期の患者・家族の実現可能な目標・課題の設定》とは、ターミナル期の患者の変化の著しい病態や予後を理解し患者・家族の生活や生き方を考慮に入れた上で、患者・家族が選択できる現実的で可能性のある目標や課題を具体的に設定すること」である。