ー研究報告ー

ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ

A feeling of difficulty felt by stuff nurses at the time of choosing the place of medical treatment for the cancer patient at the “gear change” stage

加利川真理[1)]・小河　育恵[2)]

要　約

本研究は、一般病棟看護師が感じるギアチェンジ期のがん患者と家族の療養場所選択時の困難さと看護支援の示唆を得ることを目的に一般病棟看護師５名に半構成的面接し、質的帰納的分析を実施した。その結果、患者と家族の療養場所選択を困難要因に《患者は自己の欲求を訴えない》《患者が家族を気遣う》等の７カテゴリーが抽出され、医療者側要因に《看護師は患者・家族に深く関わっていけない》《看護師の価値観の相違》等の８カテゴリーが抽出された。看護師は、ギアチェンジ期のがん患者と家族の療養場所選択時の支援として、入院当初より終末期を見据えた患者と家族の個々の生活背景や価値観や両者の意思を考慮し、両者が納得して意思決定できるようにする必要性が示唆された。

キーワード：終末期がん患者、療養の場、看護師、困難

Ⅰ．はじめに

平成22年に行われた終末期医療に対する国民意識調査によると[1)]、国民の63％は自宅療養を希望する一方、わが国の在宅看取り率は15％以下[2)]であり、78.4％の国民が病院で死を迎えている状況で在宅療養・在宅死の希望と現実には大きなギャップを示した。また、平成22年に発表されたがん対策推進基本計画の中間報告書では、がん患者の在宅での死亡割合は平成17年から平成20年にかけて1.6％の増加を認めるが、十分に在宅医療が整備されているとは言い難く、今後患者の希望する療養の場を常に提供できる体制が望まれる[3)]と報告された。しかし、近年、核家族化が増加する中で日本人全体の家族観は多様化し、個を優先させる家族観も生まれており、患者と家族の療養場所選択においても影響していると考えられる。先行研究では、終末期がん患者の療養場所選択時における訪問看護師の家族支援のあり方[4)]や終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての一般病棟看護師の役割[5)]は明らかにされているが、ギアチェンジ期にあるがん患者とその家族の意思決定を支援する一般病棟看護師の困難さについての研究はほとんどない[6)]。しかし、近年わが国においてホスピスや緩和ケア病棟は増加しているが、十分な数とは言えず、多くの患者が一般病棟で最期を迎えている現状があり、ギアチェンジ期にあるがん患者・家族の希望する療養場所の選択への支援において一般病棟看護師の適切な関わりが必要といえる。そのため、本研究は一般病棟の看護師がギアチェンジ期にあるがん患者とその家族に対し療養場所選択の支援にどのような困難さを抱いているか実態を明らかにし、ギアチェンジ期にある患者とその家族の療養場所選択における支援の示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．研究対象者：一般病棟で勤務する看護師５名で以下の条件を満たす者を対象とした。

　１）がん看護経験年数３年以上の看護師

　２）ギアチェンジ期から終末期にかけてのがん患者・家族の療養場所選択における支援に困難事例の経験のある看護師

２．データ収集期間：平成23年９月～11月

３．データの収集方法

協力の得られた２病院の看護部長に研究協力を依頼し、研究対象者に該当する看護師を紹介してもらった。データ収集では先行文献を検討し、研究者が独自に作成したインタビューガイドを用いて、１名につき１回、約１時間程度の面接を行った。面接はプライバシーの守れる個室で行い、面接時はギアチェンジ期から終末期にか

１）Mari Karikawa
神戸市看護大学大学院看護学研究科博士前期課程
２）Ikue Ogawa
関西福祉大学　看護学部

けてのがん患者とその家族が療養生活の場を選択する際の支援で困難であった１例を想起して語ってもらい、面接内容は対象者の承諾のもとにICレコーダーに録音した。

４．データ分析方法

面接内容は逐語録にし、１事例ごとに何度も読み返し、研究対象者が語った内容から文脈に沿って、ギアチェンジ期のがん患者と家族が療養場所を選択する際の支援での困難さについて語っている記述について次の手順で質的帰納的に分析した。

まず、個別分析は①記述データを熟読し、対象者が経験した困難を語っている記述部分を文脈を重視しながら対象者の表現に忠実に簡潔な言葉で表現した。②意味内容の類似するものを集めて簡潔な表現を集め、共通する意味として表した。次に全体分析では、①個別分析の結果得られた対象者が体験した困難さについての記述を分類整理し、一文で簡潔な言葉で示したものをサブカテゴリーとした。②意味内容の類似した共通する意味を集め、本質的な意味を表すように表現しカテゴリーとした。なお分析は、データの客観性と妥当性を確保するために、研究者間で相互に確認し信頼性、妥当性を高めるようにした。

５．用語の定義

家族：血縁による関係だけでなくお互いが家族であると認識している集団とする。

ギアチェンジ：積極的治療をしている患者が、治療目的を治癒以外の方向に転換していくこと。

６．倫理的配慮

本研究は、関西福祉大学倫理審査委員会の承認を受け実施した。対象者は、２病院の看護部長への研究協力の承諾後、紹介してもらった。調査対象者には、口頭及び文書を用いて自由意志での参加、研究の目的・方法、守秘義務、研究参加の利益・不利益、研究参加辞退等について説明し、研究協力の承諾を得た上で、調査対象者に署名してもらい実施した。また研究期間を通して、対象者のプライバシーが守られるよう個室にて面接を行い、個人情報やデータはプライバシー保護の観点から鍵のかかる場所で厳重に保管し、倫理的配慮を徹底した。

Ⅲ．研究結果

１．対象者の概要

対象者は、２つの総合病院の一般病棟に勤務する看護師５名で看護師経験年数は４～12年、がん看護経験年数においても４～12年であった。看護師５名に、ギアチェンジ期から終末期にあるがん患者とその家族が療養生活の場を選択する際の支援で困難であった１例を想起してもらい、看護師が語った事例内容は表１に記した。５事例の患者は50歳代１例、60歳代２例、70歳代１例、80歳代１例であり、患者へ主治医による明確な病状説明を受けたのは１事例のみで、他４事例は患者本人には明確な病状説明はなかった（表１）。

２．一般病棟看護師が認知する終末期にあるがん患者とその家族に対する療養場所選択を困難にする要因

面接内容を逐語録に起こした結果、一般病棟の看護師がギアチェンジ期から終末期にあるがん患者とその家族の療養場所選択への支援を行う際の困難さとして、237コードが抽出され、43のサブカテゴリー、15のカテゴリーに分類された。それらを、患者・家族側の療養場所選択を困難にする要因と療養場所選択を困難にする医療者側の要因との２つに区分した。患者・家族側の療養場所選択を困難にする要因においては７カテゴリー、21サブカテゴリー、110コードに、療養場所選択を困難にする医療者側の要因においては８カテゴリー、22サブカテゴリー、127コードが明らかとなった。以下、カテゴリー

表１　ギアチェンジ期にあるがん患者と家族構成と告知内容について

事例	家族構成	看護師が捉える家族背景	告知（病状説明含む）の有無
A	患者・配偶者：60代 息子１人	夫・子供との３人暮らし。同居しているが、夫・子供とも患者に無関心。面会はほとんど来ない。	患者・家族ともに病名説明されていた。患者には、医師から個別に病状説明があった。家族は連絡しても来院なく、医師が病状について電話連絡する程度であった。
B	患者・配偶者：70代 息子・娘	妻と２人暮らし。子供は別居。子供の関わり少ない。	家族のみに何度も医師より病状説明があった。患者には病状説明されていなかった。
C	患者・配偶者：60代 息子・娘	妻と２人暮らし。子供は別居。子供の関わり少ない。	患者・配偶者は病状説明をされておらず、最終的に配偶者のみに予後告知された。患者・配偶者以外の家族には予後告知されていた。
D	患者：80代 配偶者：70代　子供	妻と２人暮らし。子供は別居。妻は子供には電話で相談しており、頼りにしていた。	家族には予後告知されていた。患者には病状説明はされていた。抗がん剤が効かない状況にあることを医師から説明を受けていた。
E	患者・配偶者：50代 息子２人	夫と２人暮らし。夫は、毎日付き添い。子供は別居。毎日面会あり。	患者以外の家族は病状説明を受けていたが、ギアチェンジ期について医師から説明はなかった。

を《　》、サブカテゴリーを〈　〉、対象者の言葉を「　」で表記する。

１）患者・家族側の療養場所の選択を困難にする要因

ギアチェンジ期の患者と家族側の療養場所への選択を困難にする要因となる７つのカテゴリーは《患者は自己の欲求を訴えない》《患者が家族を気遣う》《患者・家族関係の複雑さ》《患者に対する家族のマンパワー不足》《患者・家族は看護師に応じて対応を変える》《患者と家族の療養生活に関する意見の相違》《患者・家族が病状を受け止められない》であった（表２）。

⑴《患者は自己の欲求を訴えない》

《患者は自己の欲求を訴えない》とは、患者は自己の療養場所についての思いを持ちながらも患者の性格や家族との関係から他者に自己の思いを表出しないと看護師が捉える内容であった。このカテゴリーには〈患者は家族に帰りたいと言わなかった〉〈患者は思いを秘めたままだった〉〈患者は我慢強く弱音を吐かない〉〈看護師は患者からバリアを張られている感じがあった〉〈患者の緩和ケア移行に対する思いの不透明さ〉の５つのサブカテゴリーが含まれた。

看護師は、患者は在宅での生活を望んでいるがその思いを周囲に伝えることができない状態にあると捉え「患者は自分で何でもするような人で自分の思いを看護師にあまり表出しなかった」「患者は思っていることをあまり言わないので看護師が思いを表出するのは難しかった」と語った。

⑵《患者が家族を気遣う》

《患者が家族を気遣う》とは、患者が家族との入院までの関係性や家族内での患者の役割から、自らの療養場所についての思いを抱きながらも家族の今後の生活や在宅療養での家族の負担を考えると患者は自己の思いについて表出できないと看護師は捉えていた。このカテゴリーには〈患者は自らの事より家族のことを心配〉〈患者は金銭面について気にしていた〉の２つのサブカテゴリーがあった。

看護師は、ギアチェンジ期にある患者の自己の療養場所についての思いと家族の今後についての思いについてどちらを優先すべきか葛藤しながらも家族の思いを優先することが多いと捉え、「自分（患者）が家のこともせなあかんし、今後本当に困るんやと言うぐらい。家族の話はほとんど出ない」、「患者は金銭的な面を気にしながら化学療法を受けていた」と語った。

⑶《患者・家族関係の複雑さ》

《患者･家族関係の複雑さ》とは､患者･家族間の様々な価値観により、看護師の価値観では計り知れないこれまでの患者・家族の関係性があると捉え〈連絡のつかない家族〉〈入院前の患者と家族関係の多様性〉〈家族が患者にとって安心できる関係ではない〉という３つのサブカテゴリーであった。

看護師は、患者・家族には様々な背景や価値観があり、患者は家族関係に複雑な思いを抱いていると捉え「家族に連絡をしても来ない。実際に患者が状態が悪くて連絡はしたけど､本当になかなか連絡がとれない」「患者の親子観や夫婦観が何かあるんかなと思う」「家族間の仲が悪いので患者は家に帰っても休まらない」と発言があった。

⑷《患者に対する家族のマンパワー不足》

《患者に対する家族のマンパワー不足》とは、５事例とも患者は配偶者と２人暮らしであり、配偶者１人への負担が大きく、配偶者は患者が在宅療養を望んでいることを知りつつも、１人で介護することに躊躇すると看護師は捉えていた。このカテゴリーには〈家族は最期まで病院で診てもらいたい〉〈家族（介護者）が在宅療養への不安がある〉〈妻と二人暮らしで高齢の妻が介護する〉の３つのサブカテゴリーが含まれた。患者の配偶者は患者の療養場所に対する思いを尊重したい思いがあるものの、実際、在宅療養することを考えると自己への負担が多く、戸惑いを持ち、患者の配偶者以外の家族員に関しては、自らの家庭や社会的役割により介護が難しく、このまま病院で診てもらいたいという思いがあると看護師は捉え、「最期まで（息子や娘は）もうここ（病院で）見てもらうみたいな感じだった」「患者と二人だけの時間について妻は不安で、家に帰ることに戸惑っていたと思う」「看護師が息子や娘が面会が少なく、妻のサポートが難しかったと考える」の発言があった。

⑸《患者・家族は看護師に応じて対応を変える》

《患者・家族は看護師に応じて対応を変える》とは、患者・家族は、看護師の年齢や性格によって看護師を選別し、看護師によって頼む要件が異なると看護師は捉えた。また、患者の配偶者が予後告知をされていない場合、患者の現状と看護師が発言している内容に相違を感じ､看護師の言動を信用できないと捉えていた。このカテゴリーには、〈患者・家族は看護師によって対応が異なる〉〈妻は看護師を信用しなかった〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。

患者・家族は、看護師の年齢や性格によって看護師に異なった言動を取っていたと看護師は捉え「新卒の

表２　患者・家族側の療養生活場所選択を困難にする要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者は自己の欲求を訴えない	患者は家族に帰りたいと言わなかった	・家に帰りたいとは言ってなかったと思う　C ・本人（患者）自体も自分の訴えを多くする人ではなかったので　A
	患者は思いを秘めたままだった	・患者は帰りたいと言うが、家族に強く言える方ではなかったと思う　B ・（患者は）最期にしたいことや家族に言いたいことがあったのではないか　A
	患者は我慢強く弱音を吐かない	・患者も家族に帰りたいと言わなくて、我慢強く、弱音も吐かない　C ・患者は自分で何でもするような人で自分の思いを看護師にあまり表出しなかった　E
	看護師は患者からバリアを張られている感じがあった	・看護師は患者からバリアを張られているような感じが結構あった　E ・患者は思っていることをあまり言わないので看護師が思いを表出するのは難しかった　E ・看護師が説明しても患者は反応はほとんどなかったので患者との関係は難しいところがあった　E
	患者の緩和ケア移行に対する思いの不透明さ	・患者も家族も退院や転院の意思を出さなかった　A ・患者は表面的には穏やかだった　A ・看護者からの投げかけなどが多かったことを覚えている　A
患者が家族を気遣う	患者は自らの事より家族のことを心配	・患者は家族のことを心配していた　A ・自分(患者が)家のこともせなあかんし、今後本当に困るんやと言うぐらい。家族の話はほとんど出ない。　A15 ・患者は家に帰っても心配が多い　A ・患者が家族に迷惑掛けないように気遣っていた　A
	患者は金銭面について気にしていた	・患者は金銭的な面を気にしながら化学療法を受けていた　A
患者・家族関係の複雑さ	連絡のつかない家族	・危篤状態の時も家族に連絡がつかない　A ・患者の状態を電話で連絡する　A ・家族に連絡をしても来ない。実際に患者が状態が悪くて連絡はしたけど、本当になかなかが連絡とれない　A
	入院前の患者と家族関係の多様性	・時々しか来ないし（看護師は）息子と娘に最後の方にちょっと関わったくらい　C ・息子や娘はたまに来て何時間かで帰る　C ・家族のことに関しては聞かないでほしい雰囲気だった。何かあるたびに(家族に)連絡するのは看護師。 ・患者の親子観や夫婦観が何かあるんかなと思う　A ・家族が来ないというのもあったし、家のキーパーソンは患者　A
	家族が患者にとって安心できる関係ではない	・家族間の仲が悪いので患者は家に帰っても休まらない　A ・患者背景は（看護師は）わかっているけど、患者が家のことを心配していた。患者が亡くなった後も、患者が自分がいなくても大丈夫と思える安心感があれば患者は自分の死後のことを安心した ・家族は家が近くても来ない。顔を見るだけでも患者はよかったのでは。安楽でゆっくりできて、家族と接する時間が持てればよかった　A
患者に対する家族のマンパワー不足	家族は最期まで病院で診てもらいたい	・最期まで（息子や娘は）もうここ（病院で）見てもらうみたいな感じだった　C ・私たち(看護師は)外出や外泊をちょっと考えたけど家族はほとんど来ない状態で叶わなかった感じ　A ・向こう（家族）から「お母さん（患者）は今どんなですか？」と言ってくることもない　A
	家族（介護者）が在宅療養への不安がある	・家族は多分、患者の容態が悪化した状態で家に帰ると不安　B ・患者と二人だけの時間について妻は不安で、家に帰ることに戸惑っていたと思う　B ・妻に介護保険について説明するが、家に患者がいることが妻は不安だった　B
	妻と二人暮らしで高齢の妻が介護する	・高齢の妻と二人暮らしで妻が患者の介護をしていた　B ・看護師が息子や娘が面会が少なく、妻のサポートが難しかったと考える　C ・（患者が）弱っていくし、（妻が）家で面倒看れないからというのがあって　C
患者・家族は看護師に応じて対応を変える	患者・家族は看護師によって対応が異なる	・看護師の年齢によって家族が言えるということもあると思う　A ・新卒の（看護師）に50～60歳代の家族があれもこれもと言ってくるとなると、言うことも考えていうと思う　A ・患者さんって結構シビアで、この看護師だったらここまでしてもらうけど、この看護師は絶対嫌というのがある　A ・妻は若い看護師だと援助が不十分と言った　C
	妻は看護師を信用しなかった	・妻は患者の状態が良くならないことで頻回に質問してきた　C ・（看護師は）よくなっていると言うのに、よくなってない。（妻は）看護師を信用してなかった　C
患者と家族の療養生活に関する意見の相違	患者と家族の中で生活の場における気持ちの相違があった	・患者が帰りたいと言うが、妻は無理と言い、それ以上、看護師は勧められなかった　B ・（療養場所選択の意思決定での支援で困ったことは）患者と妻の思いが違うこと　D ・患者が妻に自宅に帰りたいと何度も言っていた。妻は見るのは私だからと話していたこともあった　B ・家族は支えきれないと言われたが、患者の帰宅願望が強く在宅療養に移行した　D ・何もしなくていい、畳の上で死にたいという患者の強い思いに最後妻が納得した　D ・妻は家に帰ることを抵抗したが、患者は自宅に帰りたいと言った　D
	患者の覚悟と決断が配偶者の思いと異なる	・妻は在宅へ不安があるが、患者は何かあってもいいと言った　D
患者・家族が病状を受け止められない	積極的治療を受けることを当然と思う価値観	・患者は治療を受けるものという義務感があったのではないか　D
	治療していることが患者の希望	・治療をしているというのは、本人（患者）の中で希望の一つだったんだとは思うんですけど　D ・医師に病院で治療を続けようと患者は言ってほしかったような感じ　E ・患者は状態が悪く、抗がん剤できない状態だったが、治療を希望した　E ・患者は抗がん剤中止後も治療を望んだ　E
	患者・家族は現状を受け入れられない	・患者の状態が良くならないことで妻は感情に波があった　C ・妻は神頼みをして（患者の病状を）受け入れてなかった　C ・（医師の状況説明における受け入れ）は患者、家族ともスムーズではない。葛藤していたのは端から見てもわかった　D ・奥さまは本当に（患者の病状説明について）否定から入られたので　D ・落胆という形で（医師からの病状説明は受容していた）　D
	子供たちは化学療法をしてほしい	・息子たちはケモをしてくれと言ったからケモをしたんだけど　C

注）表中のA～Dは、表１の事例A～Dに相応する

（看護師）に50～60歳代の家族があれもこれもと言ってくるとなると、言うことも考えて言うと思う」「患者さんって結構シビアで、この看護師だったらここまでしてもらうけど、この看護師は絶対嫌というのがある」と発言した。また、看護師は予後告知されていない患者・家族に対して、本当のことを言えず患者・家族の思いを支える必要を感じていたが、患者・家族への対応に戸惑いを感じ「（看護師は）よくなっていると言うのに、よくなってない。（妻は）看護師を信用してなかった」と発言があった。

⑹《患者と家族の療養生活に関する意見の相違》

《患者と家族の療養生活に関する意見の相違》とは、患者と家族の間に療養生活について異なった考えがあり、患者自身は在宅療養を望んだとしても、介護者である配偶者は患者が在宅療養し１人で介護することは現実的課題が多く在宅療養を望まないと看護師は捉えた。このカテゴリーには〈患者と家族の中で生活の場における気持ちの相違があった〉〈患者の覚悟と決断が配偶者の思いと異なる〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。

看護師は、患者は自宅へ帰りたいという願望があったが、配偶者はそれを受け止め、行動に移すことは難しいと感じていたと捉え「患者が妻に自宅に帰りたいと何度も言っていた。妻は見るのは私だからと話していたこともあった」と発言した。また、患者は自宅に帰って、病状が急変してもいいという強い覚悟を見せたが、配偶者は、患者の覚悟を支えることができない状況にあると捉え、「妻は在宅へ不安があるが、患者は何かあってもいいと言った」と発言があった。

⑺《患者・家族が病状を受け止められない》

《患者・家族が病状を受け止められない》とは、患者と家族は積極的治療を受けることは当然であるという考えと積極的治療に生きる希望を持ったり、現状を理解しつつも受け止められない状況にあると看護師は捉えた。このカテゴリーには〈積極的治療を受けることを当然と思う価値観〉〈治療していることが患者の希望〉〈患者・家族は現状を受け入れられない〉〈子供たちは化学療法をしてほしい〉の４つのサブカテゴリーがあった。

患者は積極的治療を受けるものであり、治療を受けることが患者・家族の生きる支えとなっていたと看護師は捉え、「患者は治療を受けるものという義務感があったのではないか」「治療をしているというのは、本人（患者）の中で希望の一つだったんだとは思うんですけど」と発言があった。また看護師は、医師からの病状説明を受けた後も患者や家族は患者の病状を受け止められず、葛藤していたと捉え、「（医師の状況説明に関する受け入れは）患者、家族ともスムーズではない。葛藤していたのは端から見てもわかった」との発言があった。

２）療養場所選択を阻害する医療者側の要因

療養場所選択を阻害する医療者側の要因となる８つのカテゴリーは《看護師は患者・家族に深く関わっていけない》《看護師の価値観の相違》《医療者の治療への期待》《医療者間の連携不足》《家族中心のインフォームド・コンセント》《医師がギアチェンジ期を明確にしない》《医療者による療養場所支援時期のズレ》《環境調整不足》であった（表３）。

⑴《看護師は患者・家族に深く関わっていけない》

《看護師は患者･家族に深く関わっていけない》とは、外科病棟では、術後の生命危機状況にあり処置を多く必要とする患者に時間を要し、終末期患者へ関わる時間的余裕がない状況にあると看護師は捉えていた。また、看護師は患者・家族の現状を受け止める心の余裕がなく、現実から逃れようとし、特に未告知の患者や家族には真実を言えない辛さがあり、患者と家族から遠のいてしまう現状にあった。このカテゴリーには〈業務の多さ〉〈看護師は患者に関わるのが辛い〉〈看護師は患者や配偶者から逃避した〉〈患者・家族の訴えに行動を取れない〉〈看護師は患者と配偶者の間で板挟みだった〉〈家族と在宅移行に関する相談の場を持たない〉〈医師による患者と配偶者への病状説明不足に伴う看護師の苦悩〉の７つのサブカテゴリーで構成された。看護師は、患者・家族が病状説明を受けていないことから、患者や家族に病状のことを言えず、訴えを聴くことが辛いと感じていた。また、看護師は患者・家族の訴えを聴いても実際に望みを叶えようと行動に起こすことができず「一時期、看護師も本当のことは言えないけどそうよねって（患者と妻の話を）聞いていたので、行く（訪室する）のがしんどい、また、コールだねみたいな感じだった」「（緩和ケアへの移行期に）、患者・家族の訴えを聞くが、実際に看護師が行動を起こせなかったことがたくさんあると思う」と発言があった。

⑵《看護師の価値観の相違》

《看護師の価値観の相違》とは、看護師は年齢や価値観や看護観の違いによって療養場所選択の支援時、患者と家族との関わり方が異なると看護師は捉えてい

た。このカテゴリーには〈看護師の価値観によって話し合いがもたれない〉〈看護師の年齢の違い〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は「自分（看護師）の人間性もやっぱり出ますしね。価値観もあるじゃないですか」、「疑問に思ったり、話し合わないといけないと思うことを言わなかったりする看護師がいたら、また次に行ってしまうことがある」と発言があった。

⑶《医療者の治療への期待》

《医療者の治療への期待》とは医師や看護師は患者と家族の療養生活に対する思いより、治療への望みを重視する傾向にあると看護師は捉えていた。このカテゴリーには、〈急性期病棟の医師の積極的治療を重視する考え〉〈医師、看護師は医療に望みをかける思いが強かった〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は「医師も看護師も２回目の手術に望みをかけていたので１回目の手術後、自宅へ帰る支援はしなかった」と発言した。

⑷《医療者間の連携不足》

《医療者間の連携不足》とは、看護師は、医師との療養場所に関する意見の相違があっても、医師の方針に従うことが多く、看護師間ではギアチェンジ期にある患者の療養場所について患者・家族の思いを把握しているにも関わらず、そのことを医師と情報共有し、患者の意向を支援できていない現状にあると捉えていた。このカテゴリーには、〈看護師は医師の意向に従う傾向にある〉〈医療者間の情報共有の困難さ〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は、「医師は家族の意向で病院で患者を診ると言う方針であり、看護師も積極的に自宅へ帰ることを勧めづらい」、「医師に外出・外泊可能を聞く看護師もいなかったし、どうかな（帰れるか）と言いながらそのままになってしまった」と発言があった。

⑸《家族中心のインフォームド・コンセント》

《家族中心のインフォームド・コンセント》とは、医師は患者が病状により意識が朦朧としていることで、病状説明を省く傾向にあると看護師は捉えた。また、医師は患者に病状説明する前に、判断のできる家族に病状説明し、家族が患者と他の家族員に病状説明するか判断する。そのため、家族が患者・他の家族員に病状説明を望まなければ、最期まで患者・他の家族員は病状説明を受けない場合もあると看護師は捉えていた。このカテゴリーは〈医師による段階別IC（インフォームド・コンセント）〉〈状況に合わせた医師からの病状説明不足〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は「患者は元はしっかりしていたが、麻薬が始まり朦朧としていたので、患者には病状説明は詳しくされなかった」、「患者、妻には予防的に点滴しましょう（と説明があった）化学療法するとは言わないし、転移があったことも言わなかった」と発言があった。

⑹《医師がギアチェンジ期を明確にしない》

《医師がギアチェンジ期を明確にしない》とは、外科病棟の医師は治療に望みをかけていることが多く、患者がギアチェンジ期にあることを患者・家族に明らかにせず、積極的治療と緩和ケアの境目がないまま、患者の病状悪化により積極的治療を中止せざるを得ない状況に至ることが多いと看護師は捉えている。このカテゴリーには〈治療と緩和ケアの境目のないまま治療中止〉〈患者・家族に医師からのギアチェンジについての説明はない〉の２つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は「治療と緩和の境目がないまま、最期は抗がん剤ができるような身体ではなかったのでしなくなった」と発言があった。

⑺《医療者による療養場所支援時期のズレ》

《医療者による療養場所支援時期のズレ》とは、医師や看護師はギアチェンジ期を明らかにせず、積極的治療を続け、患者が病状悪化して初めて患者の療養生活の場について考える傾向にあると看護師は捉えている。このカテゴリーには〈自宅に帰るタイミングを失った〉〈患者の病状悪化〉〈合併症の併発〉〈退院支援の遅延〉の４つのサブカテゴリーが含まれた。看護師は「抗がん剤治療をしながらできない状態になっていったので患者と看護師で療養の場を考えることはなかった」と発言があった。

⑻《環境調整不足》

《環境調整不足》とは、患者が在宅療養を望んでいたにもかかわらず、患者の希望通りに在宅療養が叶わなかったことは、患者や家族を支援する周囲の環境の調整不足が要因となったと看護師は捉えていた。このカテゴリーは〈自宅に帰るための環境の調整不足〉をサブカテゴリーとし、看護師は「環境面を整えたら自宅に帰れたと感じる」と発言があった。

Ⅳ．考察

１．終末期のがん患者とその家族に療養の場を選択する際の一般病棟看護師の困難さ

終末期にあるがん患者とその家族に対する療養の場を選択する際の一般病棟看護師の困難さとして、本研究結

果より一般病棟看護師は患者および家族側と医療者側双方に要因があると捉えていることが明らかとなった。以下に、患者と家族側の要因と医療者側の要因に別けて述べていく。

１）患者・家族が療養場所選択を困難にする要因

本研究結果より一般病棟看護師は、患者や家族がこれまで生きてきた中での様々な価値観や生活背景によって、患者は他者に療養生活に対する思いを表出できない、あるいは家族に気を遣っていることが明らかになった。そのことは鈴木が述べているように、家族生活の欧米化による新しい家族観の形成により家族観は多様化し、家族のあり方についての選択の範囲は拡大してきた[7]と言える。また、老々介護により介護者の負担が多く、配偶者の介護負担が療養の場の選択に大きく関わっていたことが明らかとなった。そのことは、がん末期高齢者の家族間調整に関する研究で、介護者自身が抱える健康問題やそれまでの夫婦関係及び医療処置の多い患者を介護するという新しい環境に、高齢の介護者は順応しにくいという特徴[4]があることが本研究事例対象者と類似していた。さらに、鈴木[8]は、一家の大黒柱が終末期を迎えることで家族の生活は方向性を見失い混乱すると述べており、本研究結果から患者が入院することで家族形態は崩れ、家族は患者の療養について考えられないことと一致した。特にギアチェンジ期のがん患者とその家族は、これまで積極的治療を行ってきた状況から一変し、様々な選択肢の中から今後の療養の場の選択を決定していく。そのような時期は、患者・家族とも窮地に追いやられることが多い。そのため、看護師は積極的治療中から患者・家族の療養場所について思いを聴き、実際に在宅療養する際、具体的にどのように対処すべきか個々の家族員に沿った援助が必要であると考える。

２）療養場所の選択を困難にする医療者側の要因

⑴医療者と患者・家族関係の希薄さ

がん家族の意思決定の様相として、ギアチェンジ期から終末期にかけて“模索の中の決定”である[9]ことが報告されており、それらの時期の患者と家族は短時間に意思決定を強いられる場面が多く、思い悩みながら意思決定していると指摘されてきた。そのような時期の患者や家族に関わる看護師について、西村[10]は、一般病棟看護師は時間に制限のある処置やケアが多く、時間的・心理的なゆとりがない深刻な状況の患者との関わりに自信が持てず、さらに看護師は真実を知らない患者との間に距離を置くと報告した。一般病棟看護師は、患者の療養場所の選択時に患者と家族間で意見が異なる、病状説明を受けていない、また状況を受け止められていない場合、患者・家族への関わり方に戸惑うことが多いことは本研究も同様の結果であった。看護師はギアチェンジを進めることのみに意識を集中せず、日頃から患者・家族との関係性を築き、彼らを“支える”ことがギアチェンジの鍵である[11]と近藤は述べている。

以上のことから療養場所選択に向けて、医療者が根拠を持って患者や家族に関われるよう緩和ケアにおける教育体制を充実していく必要がある。また、看護師は一人で悩むのではなく医療者間で患者と家族の情報を共有し、患者と家族にとってより良い療養生活の場の提供を提案し支援していくことが重要であると考える。

⑵医療者間のギアチェンジ期の捉え方の相違

医療者はギアチェンジ期にある患者や家族の療養場所選択の支援において患者と家族双方が状況を理解し、両者がそれぞれの意思に折り合いをつけて決定できるよう支援することが重要である。本研究結果から医師が治療への期待によってギアチェンジ期を明確にしない場合、医療者は療養場所支援時期にズレが生じることが明らかとなった。また、医師によっては、治療の有効性が高いと判断した場合、治療をしなければならないという義務感を持つ[12]者もいる。本研究結果においても《医師がギアチェンジ期を明確にしない》ことで、患者は治療に望みをかけ、ギアチェンジ期を逃すことが明らかとなった。すなわち、患者・家族が現状を理解し、積極的治療からギアチェンジ期にある自己を受容し、療養場所を選択することに困難が生じる。そのため、府川は看護師は患者や家族の意思を確認し、医師に治療や病態に関する知識に基づいた意見を述べること[13]が患者と家族のギアチェンジを支える援助に必要であると述べている。しかし、本研究において〈看護師は医師の意向に従う傾向にある〉ことが明らかになった。すなわち看護師は治療やギアチェンジ期の援助方法に自信がなく、医師に意見を述べることに躊躇してしまうことが考えられる。そのため、看護師は、患者と家族に自信を持って対応し、治療や疾患に関する情報、コミュニケーション技術といった知識と技術を身につけることが必要であると府川[13]は述べている。そして各職種が意見を出し合い、患者・家族に沿った援助を提供することが必要である。また本研究では療養場所選択の支援を行う際、カテゴリーとして《環境調整不足》が抽出され、家族が在宅療養

表３　療養生活場所選択を困難にする医療者側の要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
看護師は患者・家族に深く関わっていけない	業務の多さ	・外科は一人一人の患者さんにやっぱり手がかかる　A
	看護師は患者に関わるのが辛い	・（他の看護師に）関わってもらっていたが、みんな辛いと言った　C ・一時期、看護師も本当のことは言えないけどそうよねって（患者と妻の話を）聞いていたので、行く（訪問する）のがしんどい、また、コールだねみたいな感じだった　C ・患者は辛いと思うけど自分（看護師）が受け止めるのは辛い　C
	看護師は患者や配偶者から逃避した	・自分（看護師）は患者や妻から逃げていると思った　C ・患者のことを考えてるつもりが、自分（看護師）の気持ちにすりかわってる時がある　C ・病状が悪化する患者や妻を看るのが辛い　C ・妻が看護師にあたることで看護師は患者の部屋に行くのが辛くなった　C
	患者・家族の訴えに行動を取れない	・（緩和ケアへの移行期に）、患者・家族の訴えを聞くが、実際に看護師が行動を起こせなかったことがたくさんあると思う　B ・患者は外来で治療できるか尋ねたので自宅へ帰りたいと思っていたかもしれない　E
	看護師は患者と配偶者の間で板挟みだった	・患者は家族に色々頼むし、妻も思ってる不安や悩みを言う。看護師たちも（病状を）言うこともできず、妻の気持ちもわかるし板挟みだった　C ・看護師は患者の思いが叶うよう援助したいが、妻の抵抗が強く、介入の困難さを感じた　D
	家族と在宅移行に関する相談の場を持たない	・介護の面や、容態が悪くなった時の対応を妻や家族と相談し、地域連携が取れたら良かった　B
	医師による患者と配偶者への病状説明不足に伴う看護師の苦悩	・医師が患者と妻にICしていたら本当のことが言えるという葛藤があった　C ・患者は治ると思っていたが、看護師はいずれ死ぬと思う。患者と看護師が見ている方向が違うと援助していくのが辛い　C
看護師の価値観の相違	看護師の価値観によって話し合いがもたれない	・自分（看護師）の人間性もやっぱり出ますしね。価値観もあるじゃないですか　A ・（スタッフによって）価値観があり、医師の治療方針と併せて考えていくのはやっぱり難しい　A ・疑問に思ったり、話し合わないといけないと思ったり、言わなかったりする看護師がいたら、また、次に行ってしまうことがある　B
	看護師の年齢の違い	・新人からベテランまでスタッフのレベルがバラバラ　A
医療者の治療への期待	急性期病棟の医師の積極的治療を重視する考え	・急性期の病棟は医師も積極的治療中はよく患者を診ていた　C ・化学療法が効かなくなると医師は患者の所へ訪室する回数が減った　C
	医師、看護師は医療に望みをかける思いが強かった	・手術前は（患者が食事を）食べれるようになって帰りましょうということだった　E ・医師も看護師も２回目の手術に望みをかけていたので１回目の手術後、自宅へ帰る支援はしなかった　E
医療者間の連携不足	看護師は医師の意向に従う傾向にある	・医師は家族の意向で病院で患者を診ると言う方針であり、看護師も積極的に自宅へ帰ることを勧めづらい　B
	医療者間の情報共有の困難さ	・看護師同士では帰るんだったら、ぎりぎり今かなと話は出た　A ・医師に外出・外泊可能を聞く看護師もいなかったし、どうかな（帰れるか）と言いながらそのままになってしまった　A ・もう少し医師へのアプローチが必要だったかもしれない　B ・看護師だけが頑張ってもうまくいかなかった　C ・治療は難しいと（看護師たちは）思い悩んだ　E ・患者が在宅へ帰るために他職種との連携はなかった　E ・他職種が関わって患者のことについて考える機会はなかった　E
家族中心のインフォームド・コンセント	医師による段階別IC（インフォームド・コンセント）	・医師は家族に予後について説明した後、患者と家族に状況報告した　D ・医師は妻に患者へ予後について説明するか確認後、医師は患者に予後は伝えず、病状説明した　D ・ICは患者が受ける前に家族同士で相談して決めた　E ・患者は元はしっかりしていたが、麻薬が始まり朦朧としていたので、患者には病状説明は詳しくされなかった　E
	状況に合わせた医師からの病状説明不足	・患者の理解力も落ちていたため、医師からの説明は家族中心で患者は詳しく病状を聞いていなかったと思う　B ・患者、妻には予防的に点滴しましょう（と説明があった）化学療法するとは言わないし、転移があったことも言わなかった　C ・緩和ケアに移る時も息子と娘に（医師から説明があった）　C ・妻は初めて医師から病状説明を受けた時、患者の予後についての説明だった　C ・患者と妻にはよくなるよると（医師と看護師は言っていた）　C ・患者には転移したことは言わずうやむやだった　C ・（妻は患者が）よくなりよると言われているのに辛くなっとるけどみたいな感じだった　C ・妻と患者を取り残して、面会頻度が少ない息子と娘に病状を伝えた　C ・誰が患者の治療方針について決めるのがいいかわからないが患者はちがった最期があったと思う　C ・妻は病状を知っていれば家に帰らせたかった　C
医師がギアチェンジ期を明確にしない	治療と緩和ケアの境目のないまま治療中止	・治療を継続し、緩和ケアもしながら結局家に帰ることができず、看護師は悩んだ　E ・治療と緩和の境目がないまま、最期は抗がん剤ができるような身体ではなかったのでしなくなった　E
	患者・家族に医師からのギアチェンジについての説明はない	・ギアチェンジの話は（医師から患者・家族に）なかった　E18 ・医師は患者にホスピスに行きたいなら言ってもいいし、病院にいてもいいと（患者に）言った　E22 ・患者がホスピスについて尋ねた時、医師はここにいたらいいというふうに言ったので、患者にホスピスは紹介しなかった　E56
医療者による療養場所支援時期のズレ	自宅に帰るタイミングを失った	・（自宅に帰る）タイミングを失った　B ・退院でなくても外泊で家で過ごせたらよかった　E ・治療以外の日は経過観察と輸液管理だけだったので、その時に自宅へ帰れたのかなと今考えると患者に帰れるように勧めていればよかったと思う　E
	患者の病状悪化	・緩和への移行期から死亡まで短く、家族もあっと言う間と言う印象を持たれていたと思う　B ・検査結果により外出は中止になった　C ・（患者の）状態がちょっとよくなっても、縫合不全があり、食べれないので、点滴しながら自宅へ帰る支援は難しかった　E ・患者は急速に状態が悪化し、抗がん剤のオーダーはあったが中止となった　E ・抗がん剤治療をしながらできない状態になっていったので患者と看護師で療養の場を考えることはなかった　E ・患者は癒着も激しく、食べれるようになるために手術したが難しかったので看護師は辛かった　E
	合併症の併発	・合併症によって、チューブ類も多く動けなくなって家に帰れなかった　E
	退院支援の遅延	・退院支援は化学療法を中止した後だった　C ・化学療法をする前だと家に帰れたと思う　C
環境調整不足	自宅に帰る環境の調整不足	・環境面を整えたら自宅に帰れたと感じる　B

注）表中のA ～ Dは、表１の事例A ～ Dに相応する

を躊躇する理由として、地域ネットワークとの連携不足や患者の急変時の対応に不安があると看護師は捉えていた。しかし、一般病棟の現状として、ギアチェンジ期にある患者より処置やケアの多い急性期の患者を優先してしまう傾向にあり、看護師はギアチェンジ期にある患者や家族の意思決定支援が不十分である。また、本研究結果から医療者によっては終末期ケアに重きを置いていない場合もあり、患者と家族の療養場所選択においての想いも様々であった。そのため、まず、医療者間でギアチェンジ期にある患者と家族にどのような支援をしていくべきか具体的に話し合い患者・家族の状況を把握し、時間を気にせず関われるよう環境づくりをしていかなければならない。そして、看護師は患者や家族の在宅療養する際の不安や在宅療養を阻害する点を把握し、患者や家族と共に解決策を考えていく必要がある。また本研究結果より、患者や配偶者に予後告知をするか否かに関して、家族に一任していることが多いことが明らかとなった。しかし、ギアチェンジ期にある家族は、患者の今後について戸惑いつつも意思決定を強いられており、家族が患者や配偶者にとって最良の選択と思っていても、患者や配偶者の意思に沿うものでないこともあると推測される。そのため、医療者は入院当初より終末期を見据え、患者・家族の個々の生活背景や価値観を捉え、両者の意思を考慮した病状説明をしていく必要がある。その際、看護師も同席し、患者・家族の言動や表情を確認し、両者がどのように受け止めているか把握する必要がある。そして、看護師は必要に応じて十分に患者・家族が受け止められるよう医師に再度説明を依頼する等、患者・家族の意思を尊重しアドボケイトしていくことも必要である。それらのことより患者と家族にとって、よりよい療養場所選択の支援が可能となると考える。

Ⅴ．おわりに

本研究は、一般病棟の看護師がギアチェンジ期にあるがん患者とその家族の療養場所選択時の支援にどのような困難さを抱いているかを明らかにし、支援について示唆を得る事を目的に面接調査を行った。その結果、患者や家族が療養場所選択を困難にする要因として、患者と家族が病状を受け止められない、家族関係の複雑さや遠慮から意思を表出できない、さらには家族員のサポート体制不足があった。また患者や家族が療養場所選択を困難にする要因として、医療者と患者や家族関係の希薄さや医療者間のギアチェンジ期の捉え方の相違が明らかになった。さらに一般病棟看護師は、ギアチェンジ期から終末期にある患者の援助に自信がなく、患者や家族に関わることに躊躇していた。そのことで、円滑に療養の場の選択を支援できない現状にあった。本研究は、限られた施設また看護師を対象としており、本研究のすべてのギアチェンジ期のがん患者の支援にあてはまるものとは言い難い。よって今後は、さらに対象者や対象施設を増やし、研究していくことで有効な療養の場の選択支援ができる体制づくりに取り組んでいく必要がある。

謝辞

本研究にあたりご協力いただきました病院の看護部長様、ならびに研究に参加してくださいました看護師の皆様に深謝いたします。

引用・参考文献

1）終末期医療のあり方に関する懇談会編：終末期医療のあり方に関する懇談会報告書，2010

2）厚生労働省：諸外国の看取りのデータ，2012年２月１日，http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1030-2j_0002.pdf,

3）厚生労働省：がん対策推進基本計画中間報告書，2010年６　月15日，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku04.pdf

4）園田芳美・石垣和子：癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調節に関する質的研究，千葉看会誌13(1)，102-109，2007

5）大川宣容，吉田亜紀子，藤田佐和他：終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因，高知女子大紀要看護学部編56，１－９，2007

6）早瀬仁美，森下利子：終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知，高知女子大学看護学会誌 33(1)，39-47，2008

7）鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学　理論と実践（第３版），45-47，日本看護協会出版会，東京，2006

8）前掲書７），274-281

9）柳原清子：がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究－ギアチェンジ期及び終末期の支援に焦点をあてて－，ルーテル学院研究紀要42，77-96，2009

10）西村伸子：一般病棟においてがん終末期患者へのケアを通して看護師が抱いている思い，日本看護学会第40回成人看護Ⅱ論集362-364，2009

11）近藤恵子：壮年期がん患者のギアチェンジを支える施設を超えたケア，がん看護15(5)，534-538，2010

12）藤井博文：化学療法におけるギアチェンジのポイント－腫瘍内科医の立場から－，ターミナルケア11(3)，196-200，2001
13）府川晃子，森下利子，藤田佐和，他：進行がん患者のギアチェンジを支える援助における阻害要因，高知女子大看護学会誌35(1)，16-26，2010