

人生の終焉を生きる場の選択における がん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の構造

三原 綾¹⁾, 真継 和子²⁾

要 旨

研究目的は、人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の構造を明らかにすることである。退院支援にかかわる看護師5名を対象に半構造化面接を実施し、分析は質的統合法（KJ法）を用いた。

分析の結果、看護師は、【患者・家族の思い：極わずかなズレという正体に気づく】ことを糸口に、【家族と関係性をつくる戦略：待つ姿勢と揺れる思いの理解】と【現実的選択に導く戦略：余命理解の促進と繰り返し話し合い】と【患者・家族をつなげる戦略：患者・家族の代弁と生き様の共有】を実践していた。同時に、看護師は合意の助けとなるよう【先を読んだ体制づくり：サービス導入の基盤づくりと自宅体験】と【強力なサポート体制づくり：家族が背負う負担の軽減】を行っていた。こうしたかかわりのなかで看護師は、【支援の方向性への道標：患者・家族の変化の察知】により、このまま進めてよいのだと判断していた。

病状の変化とともに揺れ動く患者・家族の思い等から極わずかなズレに気づくことの重要性が示唆された。

キーワード：がん高齢患者、終末期、療養の場、合意形成、家族支援

I. 緒言

わが国は人口の高齢化とともに多死社会を迎えようとしており、なかでも悪性新生物による死亡者数は第1位となっている。高齢化の進展も相まって、今後がん高齢患者は増加することが予測される。こうしたなか、第3期がん対策推進基本計画の目標として、尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築が掲げられ、がん患者の在宅療養を推進する施策が立てられた（厚生労働省、2018a）。誰もが安心して人生の終焉を迎えるためには、地域における患者とその家族の生活に合わせた終末期ケアを確立する必要がある。エンド・オブ・ライフケアという考え方の必要性も高まってきている（川越、2013）。米国では、アドバンス・ディレクティブ（advance directives：AD）が主流となっていた時期もあったが、臨床ではうまく活用されない障壁が残っていることが明らかとなり（Emanuel LL, 1995）、ADを作成する際のプロセスを重視したアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）が注目されるよう

になってきた。わが国においても、2018年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省、2018b）が改訂され、ACPの重要性が強調された。また、患者・家族の意向の確認が重要であることも報告されている（斉藤・吉田・山口、2019）。

国民の意識調査では、「末期がんと診断され、食事や呼吸に困難さを感じても自宅で医療・療養を受けたい」と答えた人は47.4%、「自宅で最期を迎えたい」と答えた人は69.2%であった（厚生労働省、2018c）。しかし、がん患者の在宅死亡率は約10%に過ぎず（五十嵐・宮下、2017）、必ずしも患者の希望が実現しているとは言えない。また、人生の最終段階における医療・療養について家族や医療介護関係者と詳しく話し合ったことがある国民の割合は2.7%と少なく、55.1%は話し合ったことがない現状にある（厚生労働省、2018c）。患者と家族の両者が相手への気遣いから本音が言えない（森・古川、2018）との報告もあり、両者の意向や希望が異なる場合は家族の負担感を生みやすい（山本・荒尾、2018）と言える。

一方、病院は、医療の機能分化、在院日数の短縮化、地域包括ケアシステム推進などの影響をうけ、短期間での退院支援が求められている（厚生労働省、2019）。退院支援のプロセスについて宇都宮（2018a）は、第1段階（外来・入院決定～入院3日以内）は、退院支援が必

受付日 2022年6月8日

採択日 2022年9月14日

1) MIHARA Aya
ハートコール訪問看護ステーション

2) MATSUGI Kazuko
大阪医科薬科大学 看護学部

要になる患者の把握、第2段階（入院3日目から退院まで）は、受容支援・自立支援など暮らしの場に帰るためのチームアプローチ、第3段階（必要になった時点～退院まで）は、サービス調整（退院調整）とし意思決定支援を重視している。2018年の診療報酬改定では、入退院支援加算として、入院前からの支援も強化されてきている（厚生労働省、2018d）。しかし、退院支援が必要になる患者は緊急入院が多いことから課題が残るとの指摘もある（宇都宮、2018b）。特に、終末期にあるがん高齢患者は、病状悪化の度に入退院を繰り返すことが予測され、退院支援を困難にしていると推察される。退院支援において、患者や家族の意思や意向を尊重することは基本となっており（後藤・安藤、2016；菊池・熊谷・佐々木、他、2016；高橋、2017）、関係職種と連携すること（宮城・宮平・目取真、他、2017；高橋、2017）や、治療や療養方針を共有し（土井、2015；後藤・安藤、2016；菊池・熊谷・佐々木、他、2016）、患者や家族のニーズを見極め（山ノ内・二瓶・酒井、2018）など、療養場所の決定に向けて支援していることが報告されている。終末期にあるがん高齢患者の退院支援を担う看護師の中には、治療終了時から支援を考える、治療中に療養の話ができないといった先入観を持っており、家族がいると支援しにくい、支援に自信がなくなってしまうと感じている（加藤・黒田、2017）。その要因として、支援が間に合わない、患者と家族の認識にずれがある、支援方法がわからないことが報告されている（加藤・黒田、2017）。こうした中で患者と家族は、限られた時間の中で次の療養場所の選択を迫られることも少なくなく、患者・家族ともに考える余裕がないことや退院後の療養生活に関する具体的説明の不足を感じている（森・古川、2018）。療養場所をめぐることは、患者と家族間に意向や希望のずれがある（佐藤・加藤・片倉、2013；大竹・野口・野原、他、2017）との報告もあるが、患者と家族間で意見の相違がみられた場合の具体的な支援策については明らかにはなっていない（三原・真継、2022）。

これらのことから、限られた時間の中で療養場所を選択せざるを得ない状況では、患者と家族それぞれの意向を十分に共有することが難しいと考える。加えて医療の場において、高齢者の場合、患者本人からの話題の提起が減少し、患者の話題が第3人称で語られる機会が増えることや患者の意思決定への参加が少なくなる（小川、2013）との指摘がある。さらに、家族への介護負担や高齢者自身が人に迷惑をかけたくないという思いをもつ（長岡、2016）ことから、家族の意向を優先した療養場

所の選択となりやすいことも考えられる。

特に、がん終末期では、病状が悪化するたびに入退院を繰り返すため、その都度の療養場所の選択は、単なる療養場所の選択ではなく、残された人生をどのように生ききるのか、人生の終焉の生き方に影響する重要な事柄である。

以上より、人生の終焉におけるがん高齢患者の療養場所選択に際し、患者と家族それぞれの思いが尊重されるよう両者の意向が共有され、合意のもとで選択ができるよう支援していくことが課題であると考え、本研究に着手した。

II. 研究目的

本研究の目的は、人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の構造を明らかにすることである。

これにより、退院支援に困難を感じたり、苦慮したりしている看護師にも具体的な看護実践を提示することが可能となり、ひいては療養者とその家族の望む生活を実現することにつながると思う。

III. 用語の定義

1. 終末期にあるがん高齢患者

がんに対する積極的治療の効果が期待できない状態であると医師に診断された、65歳以上のがん患者とした。

2. 人生の終焉を生きる場

がんの進行に伴って症状悪化の度に入退院を繰り返すなかで、近い将来の死を避けられなくなったと判断され、看取りまでの時間を過ごす生活の場とした。

3. 合意

青木ら（青木・長門・中野、他、2003）を参考にし、本研究では、人生の終焉を生きる場に関して、患者と家族が意見の相違をみながらも、ひとつの状況の中で、あるいは一時的なものとしてひとつの意見にまとめることとした。

4. 看護実践

日本看護協会（2007）の定義を参考にし、本研究では、看護師が患者や家族に働きかける行為とし、その行為に至るまでの看護師の知覚、分析・判断を含むとした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

地域がん診療連携拠点病院，地域医療支援病院などの許可を受け，がんの進行にともなう様々な症状に対応できる医療提供体制を持つ病院において退院支援・退院調整に精通している看護師5～6名程度とした。看護師の選定には看護部長または所属長に協力を依頼し，①スクリーニング，アセスメント，退院支援計画能力，②コミュニケーション能力，③社会資源の活用，調整能力，④エンパワメント促進能力を備えていると判断され，且つ担当した事例において，終末期にあるがん高齢患者と家族間の人生の終焉を生きる場の選択に際して合意形成できたと実感できている看護師の推薦を受け，研究者が直接依頼し，同意が得られた方とした。また，紹介いただく事例の条件として，①がんに対する積極的治療の効果が期待できない状態であると医師に診断された，65歳以上のがん患者であること，②がんの進行に伴って症状悪化の度に入退院を繰り返すなかで，近い将来の死を避けられなくなったと判断され，療養場所の選択に迫られた患者であること，③家族がいること，④患者と家族の間で療養場所に対する意向が異なっていたが最終的に合意に至ったこととした。

3. データ収集方法

調査期間は2020年3～12月，研究対象者にインタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。インタビュー回数は，原則1回1時間程度とした。インタビュー場所は，研究対象者の希望に沿って決定し，COVID-19感染拡大状況下であったため遠隔でのインタビューを希望された場合は，Web会議システムZoomを使用した。

調査内容は，対象者の基本属性，事例の紹介，看護実践の具体的内容とした。本研究では，がんの進行に伴って症状悪化の度に入退院を繰り返すなかで，近い将来の死を避けられなくなったがん終末期高齢患者が療養場所の選択に迫られ，且つ，患者と家族の意向が異なっていたが最終的に合意に至った事例について詳しく自由に語ってもらいながら，患者と家族が合意に至るまでのかわりに関する補足質問をした。質問の内容は，何を見たり，感じたりしたかということで，どのようにかわろうと考えたのか，誰に対してどのタイミングでどのように介入したのか，介入した結果をどのように受け取り，

何を感じ，どのように考え，次の介入に移ったのか，どの時点で患者と家族の合意が得られたと判断したのかなどである。また，インタビュー内容は，研究参加者の許可を得てICレコーダーへの録音，またはメモを取った。

4. データ分析方法

質的統合法（KJ法）（山浦，2012）を用い，個別分析を行ったのち，総合分析を行った。

個別分析は，まず，逐語録を熟読し，療養場所の選択における合意に向けた看護実践の内容を抽出し，ラベルを作成した。作成したラベルを広げて何回も繰り返し読み，グループ化し，そのグループ毎の内容を表す一文を表札として作成しグループ編成を行った。また，どこにも属さないラベルを一匹狼とした。この作業1段階としてラベルが6～7枚になるまでラベルを統合し，最終ラベルを作成した。

総合分析は，個別分析のラベルを元ラベルとし，最終ラベルが7枚になったところで，最終ラベル同士の関係性に着目して論理的に意味付くよう配置し，最終ラベルの内容を端的に表すシンボルマークをつけ，各ラベルの関係性を説明する関係記号と添え言葉を配置し空間配置図を作成した。シンボルマークは，空間配置におけるラベルの位置づけを事柄，内容をエッセンスとする2重構造【事柄：エッセンス】とした。その後，人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の理論構造として結論文を作成した。

研究の実施にあたり，第一著者は質的統合法（KJ法）の研修プログラムに参加し，データ分析は研究者間で行うとともに，質的統合法（KJ法）に精通する指導者よりスーパーバイズを受け，分析の妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究倫理委員会（承認番号：看-141（2861））の承認を得て実施した。インタビュー前に，研究対象者に研究目的・方法，研究参加の自由意思，データの匿名性，守秘義務の厳守，録音の許可，結果の公表，参加中止と同意撤回の保障について文書と口頭にて説明を行い，同意書に署名を得た。

V. 研究結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者は地域医療支援病院の3施設，地域がん診療連携拠点病院の1施設に所属する看護師5名であった。配属先は病棟3名，外来1名，地域連携部門1名，

年齢は30～50代，看護の臨床経験年数15～30年，がん看護の臨床経験年数6～30年であった。面接方式は対面4件，遠隔（Web会議システムZoom）1件，面接時間は40～70分で，個別分析の元ラベル数67～144枚であった。研究対象者の概要と元ラベル数を表1に示す。個別分析は，各研究対象者が語った事例毎に分析した。事例は，5件であった。年齢60～80代，男性3名，女性2名，5件すべて消化器系のがん患者（うち胃がん4名，膵頭部がん1名）であった。事例の概要を表2に示す。

2. 総合分析

総合分析は，通常，各個別分析の最終ラベルから2段階下げたラベルとするが，本研究では，研究対象者が5名であり全体のラベル数が少なかったこと，もう1段階下げたラベルの方が具体的な内容が残っていたことから3段階下げたラベルを使用した。各事例からの元ラベル数は表1の通りで，計104枚から11段目までのグループ編成を行い，7枚の最終ラベルとなった。統合分析におけるシンボルマークと最終ラベル，対象者毎の元ラベル

表1 研究対象者の概要と元ラベル数

対象者	A	B	C	D	E
病院の種別	地域がん診療連携拠点病院	地域医療支援病院※	地域医療支援病院※	地域医療支援病院	地域医療支援病院
研究対象者の所属先	病棟	病棟	外来	地域連携部門	病棟
年齢	30代	40代	50代	50代	30代
看護/がん看護の臨床経験年数	15/15年	22/10年	30/30年	30/15年	16/6年
がん看護等に関する保有資格	なし	なし	緩和ケア認定看護師	緩和ケア認定看護師	なし
面接方式（時間）	対面（70分）	対面（45分）	対面（60分）	対面（54分）	遠隔（40分）
元ラベル数 個別分析 （総合分析）	131枚 （19枚）	67枚 （23枚）	112枚 （16枚）	144枚 （25枚）	69枚 （21枚）

※同じ施設であったことを示す

表2 事例の概要

事例	A	B	C	D	E
年齢	70代	80代	80代	60代	70代
性別	男性	男性	男性	女性	女性
がんの種類	胃がん	胃がん	胃がん	胃がん	膵頭部がん
家族構成	妻と2人暮らし 子どもと別居	妻と2人暮らし 子どもと別居	妻と子どもの3人暮らし	夫と2人暮らし 子どもと別居	夫と2人暮らし
本人と家族間にあった意向のズレ	家に帰りた い本人と家 に帰ることに不安がある 家族	家に帰りた い本人と家 に帰ることは厳しいと 思っている 家族	家族に迷惑をかけた くない本人と積極的治療 を受けてほしい家族	自宅で最期を 過ごしたい本人と家 に帰ることが不安な 家族	自宅で最期を 過ごしたい本人と意 向の確認ができてい ない家族
選択された人生の終焉を生きる場	自宅	施設	他の病院	自宅	自宅

数を表3に示す。

以下、人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践として統合された7つのシンボルマークについて説明する。なお、シンボルマークは【】、最終ラベルは《》，元ラベル・実際の語りは「」を用いて示し、（）は内容を補足する文章を追加した。

1) 【患者・家族の思い：極わずかなズレという正体に気づく】

最終ラベルは、《看護師は、患者の力になりたい強い思いから、思い込みでなく患者と家族の話をちゃんと聴き、どんな風に過ごしていきたいかの微妙な意見の違いや、ちょっとした気掛かりが、患者と家族の思いのズレであったことに気づき、すり合わせをしていた》ことが示されていた。特徴的な語りとして、今後どのように過ごしていくかにおいて、事例Aは、「できることなら

表3 統合分析におけるシンボルマークと最終ラベル・事例毎のラベル数

シンボルマーク【事柄：エッセンス】 最終ラベル	事例毎のラベル数				
	A	B	C	D	E
【患者・家族の思い：極わずかなズレという正体に気づく】 看護師は、患者の力になりたい強い思いから、思い込みでなく患者と家族の話をちゃんと聴き、どんな風に過ごしていきたいかの微妙な意見の違いや、ちょっとした気掛かりが、患者と家族の思いのズレであったことに気づき、すり合わせをしていた	3	2	1	0	3
【家族と関係性をつくる戦略：待つ姿勢と揺れる思いの理解】 看護師は、家族と関係性を築いていく中で、待つ姿勢と受けとめる姿勢で聴いたり、家で看れるか看れないかで揺れる思いを感じとったりと、家族だからこそその真意を理解していた	5	6	9	12	7
【現実的選択に導く戦略：余命理解の促進と繰り返す話し合い】 看護師は、本人と家族双方に残された時間や今の病状を知ってもらったうえで現実的な選択をしてもらえるよう医師と共に働きかけ、何度も話し合い、方向性を見出せる働きかけをしていた	1	5	1	5	1
【患者・家族をつなげる戦略：患者・家族の代弁と生き様の共有】 患者と家族それぞれ別の場所で話ができる場を意図的に作り、タイミングをみて患者と家族双方の思いを代弁したり、今までどんな人であったかを聞き、患者の決断に対する思いを一緒に確認したりして患者と家族の思いをつなげていった	1	0	3	0	2
【先を読んだ体制づくり：サービス導入の基盤づくりと自宅体験】 看護師は、病状が進むなかサービス導入への抵抗感を理解したうえで、専門職につなげたり、外出や外泊により生活を実感してもらったりと、患者側と支援側の双方向に先を読んだ働きかけをしていた	4	7	2	6	5
【強力なサポート体制づくり：家族が背負う負担の軽減】 看護師は、自宅へ帰るタイミングを逃さないようにするとともに、在宅医、訪問看護、ヘルパー、薬剤師などによる24時間のサポートや家族間の協力体制の強化などにより、ひとりで背負わなくてよいことをわかってもらうかわりをしていった	4	3	0	2	3
【支援の方向性への道標：患者・家族の変化の察知】 看護師は、衰弱する患者を前に関わる方向性に迷うこともあったが、家に帰ることが無理無理みたいな妻が積極的になったり、夫婦の力で芯が一本立った強さを持ったりという変化を察知したとき、これを進めていいんだと判断した	1	0	0	0	0

患者さんの気持ちを叶えてあげたい半面、奥さん自身も体の心配がある状況で点滴とか栄養とかトイレとか一人で介護していくことなどが気掛かりとなっていた」という家族の気掛かりを語っていた。また、「奥さんのできればハビリでもしてもう少し時間経ってから帰れないかなとか、帰る以外選択肢があるんじゃないかというように帰ることを否定はしないが認めていないようなところから患者さんとの間にちょっと少し離れたような多少のズレを感じた」というように患者と家族の間にあるズレに気づいていた。また事例Eは、「だんだん腹水がたまってきたり介助が必要になってきたりする状況になると、やっぱり旦那さんの負担になるんじゃないかかっていうことで、旦那さんへの気掛かりをすごい言っていてというように家族に対する患者の気掛かりに気づいていた。」また、「看護師の思い込みで判断するのではなく、ちゃんと語りを聞いて、何か弊害になっているものがないかをキャッチし、互いへの気遣いが合意形成を妨げていた可能性に気づいて早めに介入し患者と旦那さんをつないでいくかわかりが必要であった（事例E）」とあるように、合意に向けて、患者と家族の思いをすり合わせていくには【極わずかなズレという正体に気づく】ことが必要であったと捉えた。

2) 【家族と関係性をつくる戦略：待つ姿勢と揺れる思いの理解】

最終ラベルは、《看護師は、家族と関係性を築いていく中で、待つ姿勢と受けとめる姿勢で聴いたり、家で看れるか看れないかで揺れる思いを感じとったりと、家族だからこそその真意を理解していた》ことが示されていた。例えば、「本人（患者）、家族の状況に合わせて話をする場にも配慮しながら、待つというか、何も意見せずに感情も含めてすべてを聞いた（事例C）」とあるように、患者はもちろんのこと家族に対しても状況に合わせて待つ姿勢でかわかり、すべてを聴いていた。また「今まで頼りだった旦那さんが弱っていくのを見るのが辛いとか、もちろん色々な事をやってあげたいし、やるつもりでいるんだけどもうひといき見てられないとか、不安な気持ちを患者さんがいないところでだんだん言ってもらえるようになった（事例A）」との語りから、【待つ姿勢と揺れる思いの理解】を大切にしながら家族へ継続的にかかわり関係性を作っていたと捉えた。

3) 【現実的選択に導く戦略：余命理解の促進と繰り返す話し合い】

最終ラベルは、《看護師は、本人と家族双方に残された時間や今の病状を知ってもらったうえで現実的な選択をしてもらえるよう医師と共に働きかけ、何度も話し合い、方向性を見出せる働きかけをしていた》ことが示されていた。なかでも、事例Dは、「今後の方向性を調整していくためにも、本人・家族双方に残された時間や今の病状を知ってもらったうえで本人の望む過ごし方を支援していく必要がある」と語り、「話を聞き気持ちを感じとるだけでなく、こちらから意見も言える関係になっていく中で本人の気持ちや希望に向けて何ができるのか何度も話し合い目標を定めていけるよう方向転換した」ことや、「本人が通院を希望し旦那さんも協力すると言われたが、本人の体力や不安のある旦那さんのサポート力を考えると難しい状態と判断し、本人・家族へ現実的な選択をしてもらえるように働きかけた」ことを語っていた。このことは、【余命理解の促進と繰り返す話し合い】により、現実的な選択に向けて働きかけていたと捉えた。

4) 【患者・家族をつなげる戦略：患者・家族の代弁と生き様の共有】

最終ラベルは、《患者と家族それぞれ別の場所で話ができる場を意図的に作り、タイミングをみて患者と家族双方の思いを代弁したり、今までどんな人であったかを聞き、患者の決断に対する思いと一緒に確認したりして患者と家族の思いをつなげていった》ことが示されていた。例えば、「日々過ぎていくなかで患者さんの症状に一喜一憂する奥さんの気持ちがどんなふうに変まっているのかを気かけながら、色々サポートを付けたとしてもどっかに不安があるんじゃないかなと思いつつ意図的になるべく本人のいないタイミングを見つけて奥さんの話を聞いたり、おせっかいかもしれないけど患者さんの思いを支障のない範囲で伝えたりした（事例A）」といった語りのように、患者がいない場面に対して患者の思いを代弁し患者と家族をつないでいくかわかりをしていた。また、「奥さんから本人がこれまでどんな方だったのかを聞くことで自分のことは自分で決められる方なんだと思ひ、本人の最期の決断にはこんな思いがあるんですねって言って家族さんも納得され、お互いに思い合って最期の場所を選ばれたケースであった（事例C）」との語りもあり、【患者・家族の代弁と生き様の共有】することで患者・家族をつなげていくかわかりをしていたと捉えた。

5) 【先を読んだ体制づくり：サービス導入の基盤づくりと自宅体験】

最終ラベルは、《看護師は、病状が進むなかサービス導入への抵抗感を理解したうえで、専門職につなげたり、外出や外泊により生活を実感してもらったりと、患者側と支援側の双方向に先を読んだ働きかけをしていた》ことが示されていた。看護師は、「入院時、動けずぼーっとしている本人をみて自宅に帰ってもしんどいかなと思ひ、早く介入を始めていかなければならないと思った(事例B)」の語りから、患者ががんの進行に伴って衰弱してきている状況から先を読んで早く体制づくりをしていく必要性を感じていた。そして、「在宅医や訪問看護へすごく抵抗のあった本人の気持ちを尊重し、家族も含めてみんなで話し合うカンファレンスの場をもち、サービス導入の了承を得たうえで具体的な調整の話をしていった(事例D)」との語りから患者のサービス導入への抵抗感を理解した上で、専門職と連携していた。なかでも事例Bは、「もうできるだけ早く入所できる場所が必要と思ひ、MSW (Medical Social Worker: 医療ソーシャルワーカー。以下、「MSW」.)とも相談し自分たちが信頼できる施設を事前に見学したうえで紹介した」と語っており、タイムリーに専門職と連携し、できるだけ早く選択肢を提示できる体制づくりを行っていた。そうした中で「1回外出してみよう(と奥さんへ提案したところ、奥さんは)外泊は怖いって言われたんで、外出しましょうと言って……ケアマネジャーや息子さんにも協力してもらって外出してから時間が経ち、熱を出したり元気になったりを繰り返していた最期に、一旦家に帰ったけれど、症状緩和をしてもどうしようもないしんどさからすぐに帰ってきた(事例C)」との語りのように外出や外泊により自宅体験をできるようサポートしていた。これらは、【先を読んだ体制づくり】を行っていたと捉えた。

6) 【強力なサポート体制づくり：家族が背負う負担の軽減】

最終ラベルは、《看護師は、自宅へ帰るタイミングを逃さないようにするとともに、在宅医、訪問看護、ヘルパー、薬剤師などによる24時間のサポートや家族間の協力体制の強化などにより、ひとりで背負わなくてよいことをわかってもらうかわりをしていった》ことが示されていた。事例Eは、「終末期もギリギリの段階にあり、どんどん進んでしまっただけ今このタイミングを逃したら翌週は帰れないだろうなと何か自分の中でざわめいた感じから、ちゃんと調整しなければいけないとすごく思

ひ、こしかなないと決めて旦那さんをつまえて声をかけた」と語り、患者の病状から自宅へ帰るには今しかないというタイミングを見極めていた。そして、「在宅での生活もやっていけそうだと思ってもらえることが重要であり、退院前後にカンファレンスを開き、同行訪問した際には、常に在宅医と連携しておりバックアップ体制があることや訪問看護へは24時間SOSが出せることも伝えた(事例D)」といった語りなどから、【強力なサポート体制づくり】をしていたと捉えた。

7) 【支援の方向性への道標：患者・家族の変化の察知】

最終ラベルは、元ラベルが一匹狼として残ったラベルで《看護師は、衰弱する患者を前にかかわる方向性に迷うこともあったが、家に帰ることが無理無理一みたいな妻が積極的になったり、夫婦の力で芯が一本立った強さを持ったりという変化を察知したとき、これで進めていいんだと判断した》ことが示されていた。事例Aは、「奥さんと話をしてても、その、なんか変わらないというか少しちょっと前のめりになってきている、積極的っていうんですかねえ、感じがあって。ここは大いに個人差があって、自分が話をしてその一最初の一(奥さんが)無理無理一とかってなってきたときの冷たい感じというかなんか暗い感じというかそういう雰囲気は変わったな一と思っ。 (中略) ちょっとこう強くなったというか、なんか真が一本ぱつと立ったというかそんな感覚ですかね一」と語り、目には見えない感覚の部分での変化を察知していた。

また「(患者が)衰弱してきてるときには正直看護師の中でもほんとに帰る(方向性)でいいんかなとか一思う瞬間もあるんですけどやっぱり奥さんもそうやって一生懸命毎日来てたりとか一、話ししたりしてると、あーやっぱりこれでいいんだ一って奥さんも本人も気持ち変わらないからこれでいいんだ一って確認しながらいったんで」と語り、支援の方向性に迷う瞬間も自覚する中で、【患者・家族の変化の察知】し、すすめていく方向性を確認しながらかわっていたと捉えた。

3. 人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の論理構造

総合分析の結果から導き出された論理構造を図1に示す。

人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けて、看護師は、【患者・家族の思い：極わずかなズレという正体に気づく】ことを糸口に、【家

族と関係性をつくる戦略:待つ姿勢と揺れる思いの理解】と【現実的選択に導く戦略:余命理解の促進と繰り返す話し合い】と【患者・家族をつなげる戦略:患者・家族の代弁と生き様の共有】を実践していた。同時に、看護師は合意の助けとなるよう【先を読んだ体制づくり:サービス導入の基盤づくりと自宅体験】と【強力なサポート体制づくり:家族が背負う負担の軽減】を行っていた。こうしたかわりのなかで看護師は、【支援の方向性への道標:患者・家族の変化の察知】により、このまま進めてよいのだと判断していた。

VI. 考察

本研究結果に示された人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践と看護への示唆について考察する。

本研究結果の特徴として、対象者5名全員が消化器がんの事例であったことが挙げられる。一般的に、がん治療は、内視鏡、手術など治療技術の向上、化学療法も進歩しており(大森, 2007)、外来化学療法をうける消化器がん術後患者の体験として、食欲低下や食事摂取方法の変化、排泄にかかわる苦痛を感じており、こうした症状体験をした患者においてはセルフマネジメント力や自己効力感も高い(北村, 2014)。また、胃がん術後患者は、戸惑いながらも手術による変化や化学療法が必要な現状と向き合い、身体の変化を実感しながら病状理解と

対処の体験を積み重ね自分なりの対処方法を獲得し、再発や転移などの不安を持ちながら療養生活を継続できるよう柔軟に対処していると報告されている(小坂・眞嶋, 2011)。こうした消化器がん患者の特徴から、急な病状悪化により緩和医療へ切り替わり終末期を迎えた際に、がん患者自身が今までできていたことが対処しきれない状況となり、家族に迷惑をかけてしまうことへの懸念がより強かったのではないかと考える。また、「今まで頼りだった旦那さんが弱っていくのを見るのが辛いとか、もちろん色々な事をやってあげたいし、やるつもりでいるんだけどもうひといき見てられないとか…」といった語りがあるように、今まで患者自身で対処できていたことが困難となっていく患者の変化をみていく家族だからこその辛さがあり、残された時間の生活に対する懸念もあったと考える。こうした中、高齢者であるがゆえに、身体諸機能の低下等により人の助けを借りなければならぬため、我慢したり、遠慮したりすることや(日本看護倫理学会, 2015)、家族間で長年にわたり築かれた関係性があり、患者と家族それぞれの思いがあっても、患者と家族間で本音をなかなか言い合えない状況があったと推察される。

これらより、本研究で示された、【極わずかなズレという正体に気づく】ことは、患者と家族の合意に向けた支援において意図口となる重要な看護実践であったと考える。事例Eの「看護師の思い込みで判断するのではな

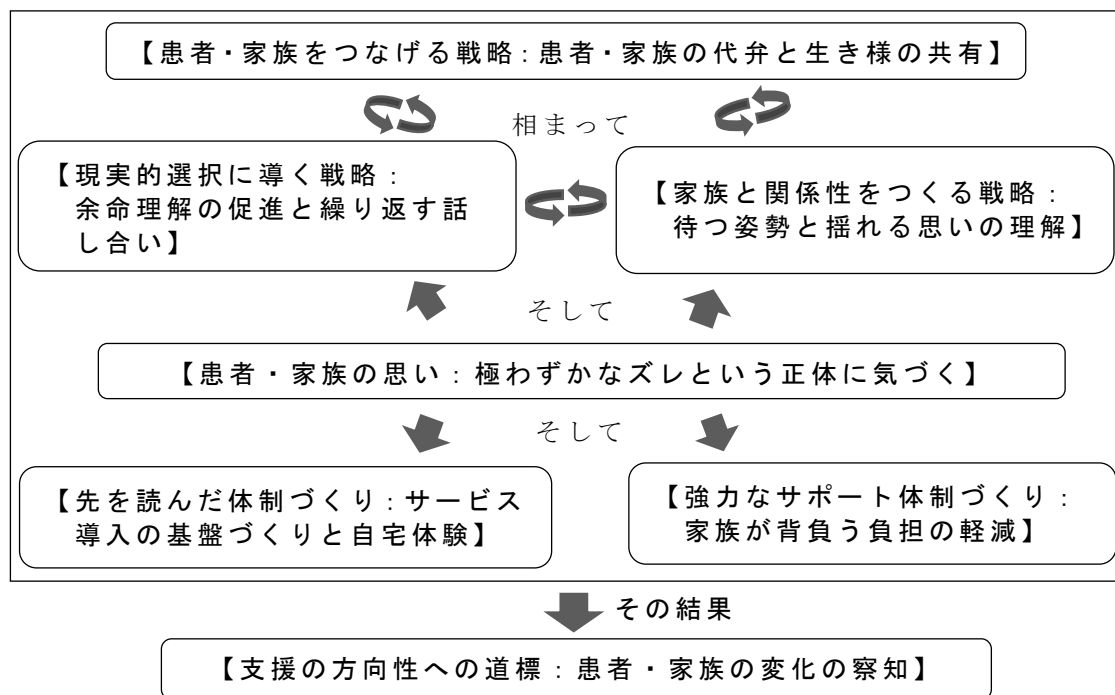


図1 人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けた看護実践の論理構造

く、ちゃんと語りを聞いて、何か弊害になっているものがないかをキャッチし、互いへの気遣いが合意形成を妨げていた可能性に気づいて早めに介入し患者と旦那さんをつないでいくかわりが必要であった」という語りにあるように、患者と家族の間にあるズレに気づくことで、患者と家族をつなげていこうとする支援の必要性を感じ、次の支援につなげていた。

また、ここでいう極わずかなズレという正体は、患者・家族にとって、同じ場所を希望していても、具体的な生活をイメージした時に別々の気掛かりがあったり、お互いを思いやっつての意見にもかかわらず、意見の理由や背景が分かり合えていなかったりする等から生じるズレであったと考える。極わずかなズレには、人生の終焉をどのように過ごしていくのかについての患者と家族それぞれの気掛かりが影響しており、患者と家族をより理解することが必要だったと考える。

そして、看護師は、【家族と関係性をつくる戦略：待つ姿勢と揺れる思いの理解】と【現実的選択に導く戦略：余命理解の促進と繰り返す話し合い】と【患者・家族をつなげる戦略：患者・家族の代弁と生き様の共有】を実践していた。

特に、終末期にあるがん高齢患者の家族は、日々病状が変化する患者を継続的にみてきているからこそその不安や揺れ動く思いがある。そのうえ、家族も高齢である場合には、家族も患者への気遣いからなかなか本音が言えないことも考えられるため、家族との信頼関係をつくり、家族の理解を深めていくことが大切である。志和・岡光(2016)は、意思決定の影響要因として残された時間の中で生き方に対する考えが、どのように過ごしていくのか患者の希望に影響していることを述べており、終末期にあるがん高齢患者の場合も、今の病状や予後の認識が人生の終焉の生き方や希望にも影響すると考えられる。こうしたことから、患者・家族双方が余命を理解して同じ認識を持ったうえで、今後の方向性を考えていけるようかわかることは重要である。そして、患者・家族双方をつなげるかわりも必要であり、そのかわりには、単に代弁することだけでなく、患者の性格、役割、価値観、家族との関係性などを踏まえこれまでの生き様を振り返り、共有することが含まれていたと考える。特に、高齢者は、これまでの人生を積み重ねてきた歴史があり生き様を共有することは、患者と家族にとってより相互理解を深められる看護実践であると考え、

また、3つの戦略と同時に、【先を読んだ体制づくり：サービス導入の基盤づくりと自宅体験】と【強力なサポー

ト体制づくり：家族が背負う負担の軽減】を行っていた。

ここでいう体制づくりは、退院支援としての社会資源の調整ではなく、人生の終焉を生きる場を選択するための情報として、あらゆる方法や選択肢があることを提示し、患者・家族が合意に向けた選択をしていく助けとなる体制づくりを示している。

高齢者の場合、急激な環境や状況の変化への適応には困難が伴いやすい。ましてやがん終末期であることから、患者の身体機能の低下や病状の悪化は避けられないため、終末期にあるがん高齢患者をみている家族だからこそその不安や思いも揺れ動くことがある。本研究では、消化器がん患者の事例であり、がん患者自身が治療期から起こる食事や排泄の変化に対処できていたところから急に状態が悪化し、家族が負担を担わなければならない状況へ変化したことが推察され、家族も高齢であるからこそ不安もより強かったと思われる。そのため、患者・家族をつなぐ合意への直接的なかかわりだけでなく、合意の助けとなるようなかわりも必要であったと考える。この体制づくりがあることにより、残された時間のなかで安楽かつ、その人らしく過ごせる最善の選択を可能にすることにつながると考える。

これらの戦略や体制づくりのなかで看護師は、【支援の方向性への道標：患者・家族の変化の察知】より、このまま進めてよいのだと判断していた。

看護師は、終末期にあるがん高齢患者の状態変化や病状の進行に伴う生活の変化を予測することができ、患者・家族の思いが揺れている中、看護師自身もこのままやっつていけるのかといった不安や不確かさがあり方向性に迷いながらかわっていた。こうした中で、3つの戦略や2つの体制づくりといった支援により患者・家族は、家族員の間でひとつにまとまっつていく様や意思を固めていく様といった家族なりの成長を感じ取れる変化を察知し、これで進めてよいのだと判断していたことを示している。このことは、患者・家族双方にとって最善の選択を可能にする重要な指針であったと考える。

療養場所の選択や退院支援において、患者と家族を尊重としたかわりが基本となっつており、海外においても、死を待つのではなく、生きることを大切に思い、尊厳を守ることを理由に療養場所を希望している(C Thomas・SM Morris・D Clark, 2004; O'Sullivan EM・Irene Julie Higginson, 2014)。患者や家族それぞれの思いを尊重した人生の終焉を生きる場の選択を支援するには、状況に応じて変化する意思を定期的に確認することが必要である(日本看護倫理学会, 2015)。高齢

者自身が大事にされているという実感がもてる支援が重要とされており（矢野・小林，2021），日頃からの継続的なかかわりが大切である。そして，外来や周術期といった早期から，終末期で入院し人生の終焉を生きる場に移る最期まで，継続的に患者・家族に関心を寄せることにより終末期がん高齢患者と家族の真の思いを尊重した支援ができると考える。さらに，移行した後も患者・家族の思いが揺れ動くことも十分考えられるため，支援者や場所が変わっても支援が継続されるよう院内だけでなく院外との連携を強化することも必要である。

がん高齢患者と家族を対象とした人生の終焉を生きる場の選択における合意に向けた看護実践において，患者・家族との日々のかかわりの中で，患者と家族の間にある極わずかなズレに気づくことや変化を察知することの重要性が明らかとなった。実際の看護師による支援につなげるためには，①限られた時間の中で選択しなければならないこと，②がんの進行による日々の状態変化に伴い患者・家族の今後の過ごし方に対する考え方や意思も変化すること，③家族だからこそその不安や思いの揺れがあることを意識していく必要と，支援者や場所が変わっても支援が継続されるよう院内だけでなく院外も連携を強化する必要性が示唆された。

Ⅶ. 結論

1. 人生の終焉を生きる場の選択におけるがん高齢患者と家族の合意に向けたかかわりのなかで，看護師が，【患者・家族の思い：極わずかなズレという正体に気づく】ことが重要であり，核となる看護実践である。
2. 終末期にあるがん高齢患者と家族は，日々変化する状況に思いも揺れ動き，1回限りの意思確認では，十分な意思決定を支援することは難しい状況にあるため，日々のかかわりのなかで患者や家族の微妙な変化に気づく感受性を高め，患者・家族の思いやその背景にある価値を理解することが求められる。
3. 上記2をふまえ，場所や支援者が変わっても継続して支援できるよう院内だけでなく院外の他機関・他職種との連携も強化することが求められる。

Ⅷ. 研究の限界と課題

対象者数が5名と少なく限られた傾向が反映されている可能性は否めない。今後は，対象者や対象施設を増やし研究していくことが必要である。

謝辞

本研究にご協力頂きました研究参加者および参加施設の皆様に心より御礼申し上げます。分析にあたりスーパーバイズを頂きました小林裕美先生に心より感謝申し上げます。

本研究は，大阪医科大学大学院看護学研究科博士前期課程（修士）の学位論文の一部を加筆修正したものである。なお本研究は，公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2019年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 青木紀子，長戸和子，野中綾美，他（2003）：家族の合意形成を支える技術の基盤 看護者の姿勢と家族・状況の捉え，高知女子大学看護学会誌，28(2)，1-10.
- 土井康衣（2015）：退院支援における病棟看護師の役割 終末期患者への退院支援のプロセスを基にした事例検討，通信医学，67(4)，256-261.
- C Thomas・SM Morris・D Clark（2004）：Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Social Science & Medicin*, 58, 2431-2444.
- Emanuel LL. (1995): Advance directives: do they work? *Journal of the American College of Cardiology*, 25, 35-38.
- 後藤直美，安藤磨理子（2016）：看取りを考慮した退院支援・退院調整 終末期がん患者の特養への退院事例から，公立みつぎ総合病院誌，21(1)，49-51.
- 五十嵐尚子，宮下光令（2017）：データでみる日本の緩和ケアの現状，志真泰夫，垣藤暁，細川豊史，宮下光令，山崎章郎（編），ホスピス緩和ケア白書，89，日本ホスピス緩和ケア協会.
- 加藤妙子，黒田麻美（2017）：ステージⅣ期にあるがん患者の退院支援に対する看護師の認識とその要因，日本看護学会論文集，慢性期看護，47，23-26.
- 川越厚（2013）：がん種別による留意点とケアのポイント，がん患者の在宅ホスピスケア（第1版），125，医学書院，東京.
- 菊池陸恵，熊谷周子，佐々木美穂子，他（2016）：皆で支える在宅療養移行支援の一例 終末期がん患者の「自分らしく生きること」を支えた看護，盛岡赤十字病院紀要，25(1)，86-90.

- 北村佳子 (2014) : 外来化学療法を受ける消化器がん術後患者の症状体験, セルフマネジメント力, 事故効力感, QOL, の実態および関連, 日本がん看護学会誌, 28(3), 13-23.
- 小坂美智代, 眞嶋明子 (2011) : 外来化学療法を受けている胃がん術後患者の柔軟な対処の構造, 千葉看護学会誌, 16(2), 67-74.
- 厚生労働省 (2018a) : がん対策推進基本計画 (第3期), 平成30年3月. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000181704.html> (検索日2021-1-24)
- 厚生労働省 (2018b) : 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン, 平成30年3月. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (検索日2022-7-26)
- 厚生労働省 (2018c) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 平成30年3月, 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (検索日2021-1-24)
- 厚生労働省 (2018d) : 平成30年度診療報酬の改定について, 第2改訂の概要, 1. 個別改訂項目について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf> (検索日2022-7-26)
- 厚生労働省 (2019) : 地域包括ケアシステムの実現へ向けて, 2021地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (検索日2021-1-24)
- 三原綾, 真継和子 (2022) : がん終末期高齢患者の療養場所選択における意思決定支援に関する文献検討, 大阪医科薬科大学看護研究雑誌, 12, 107-116.
- 宮城さとみ, 宮平真奈美, 目取真きよみ, 他, (2017) : がん終末期患者への退院支援 家に帰りたいを実現するための検討, 沖縄県看護研究学会集録, 31, 4-6.
- 森京子, 古川智恵 (2018) : 在宅緩和ケアへ移行における看護師の援助 終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助, 日本在宅看護学会誌, 6(2), 65-74.
- 長岡敦子 (2016) : がん相談支援センターにおける高齢者ががん相談の現状と課題, 新潟がんセンター病院医学雑誌, 55(1), 36-40.
- 日本看護協会 (2007) : 第II章 看護, 看護にかかわる主要な用語の解説 概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈, 14, 日本看護協会, 東京.
- 日本看護倫理学会 (2015) : 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会. https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/ishikettei_02.html (検索日2021-1-24)
- 小川朝生 (2013) : がん患者のこころとからだを支える 小児から高齢患者そして家族まで 高齢がん患者のこころを支える, 日本社会精神医学会雑誌, 22(4), 480-485.
- O'Sullivan EM・Irene Julie Higginson (2014): 'I'll continue as long as I can, and die when I can't help it': a qualitative exploration of the views of end-of-life care by those affected by head and neck cancer (HCN), *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6 (1), 43-51.
- 大森泰 (2007) : 胃がん, 堀内行雄, 関賢一, 篠原弘子, 中村薫 (編), 知りたいことがすぐわかる病態生理, 11, へるす出版, 東京.
- 大竹泰子, 野口麻衣子, 野原良江, 他 (2017) : 最期の療養場所に関する意向の相違を抱えた家族に対する訪問看護師による意思決定支援, 家族看護学研究, 23(1), 64-74.
- 斉藤真美, 吉田美亜, 山口翔子 (2019) : 壮年期肺がん患者と家族の意思決定支援 患者と家族の思いに乖離があった事例を通して, 市立釧路総合病院医学雑誌, 31(1), 85-88.
- 佐藤明美, 加藤晴子, 片倉直子 (2013) : 終末期在宅看護における家族支援 高齢者世帯の在宅療養継続に関する一考察, 日本看護学会論文集, 地域看護, (43), 23-26.
- 志和知華, 岡光京子 (2016) : 進行肺がん患者の退院支援における意思決定の影響要因, 日本看護倫理学会誌, 8(1), 48-55.
- 高橋香代子 (2017) : エンド・オブ・ライフ期にある独居高齢者への退院支援, 相澤病院医学雑誌, 15, 67-71.
- 宇都宮宏子 (2018a) : ケアプロセスマネジメントを「退院支援の3段階プロセス」から考える, 看護管理, 28(11), 966-971.
- 宇都宮宏子 (2018b) : これからの入退院支援・在宅移行支援, 看護管理, 28(11), 960-964.
- 山本瀬奈, 荒尾晴恵 (2018) : 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究, がん看護, 23(1), 58-61.
- 山ノ内真貴子, 二瓶由美子, 酒井仁美 (2018) : 終末期癌患者の退院支援 ADL低下による介護介入の必要となった終末期患者の事例から, 福島県農村医学会雑誌, 58(1), 73-75.
- 山浦晴男 (2012) : 質的統合法入門 考え方と手順, 医学書院,

東京.
矢野真理, 小林裕美 (2021) : 急性期病院の熟練看護師が行
うエンド・オブ・ライフケアにおける超高齢者の療養場

所選択についての意思決定支援の構造, 日本看護科学会
誌, 41, 431-440.