

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

—がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関わる医師への面接を通して—

府川晃子¹、森下利子²、藤田佐和²、大川宣容³

(2010年9月27日受付, 2010年12月13日受理)

Factors to hinder of supportive care for advanced cancer patients to make decision to stop cancer treatment and direct all efforts toward symptom management: From the viewpoint of the medical doctors

Akiko FUKAWA, Toshiko MORISHITA, Sawa FUJITA, Norimi OKAWA

(Received: September 27, 2010, Accepted: December 13, 2010)

要 旨

ギアチェンジ期にある進行がん患者・家族の抱える問題は複雑かつ多様であり、医療チームとしてのアプローチが不可欠である。本研究の目的は、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関わる医師が、ギアチェンジを支える援助において捉えた阻害要因を明らかにし、先行研究の看護師が捉えた阻害要因と統合して、援助への示唆を得ることとした。同意が得られた拠点病院4か所の緩和ケアチームに関わる医師8名を対象に、半構成的面接を行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。

阻害要因として16の大カテゴリーが抽出された。そこから、医療者間の意思疎通がうまく取れず緩和ケアチームが十分に機能を発揮できていないこと、医療者がギアチェンジを行う際に知識や技術が不十分で適切な支援が行えないこと、患者と医療者双方にギアチェンジを進めていくための態勢を整える難しさがあること、患者・家族が治療や生へのこだわりから、病状や現在置かれている状況を捉えられないでいること、ギアチェンジを進めていく上で患者・家族を支える体制が整っていないことが明らかになり、今後の支援に示唆が得られた。

キーワード：進行がん患者、ギアチェンジ、阻害要因、チーム医療

Abstract

The purpose of this study was to identify factors that hinder palliative care teams in helping their advanced cancer patients make decision to end cancer treatment and shift all efforts toward management of their symptoms, so called "gear change". We interviewed 8 doctors who provided palliative care for cancer patients in a large general hospital in Japan. By qualitative descriptive analysis, we extracted 16 categories describing the factors that hinder palliative care teams in helping patients with decision-making. We then combined these 16 categories into the following 5 domains: (1) the palliative care team cannot be effective helping the cancer patient make a decision because medical personnel do not communicate well with each other; (2) medical personnel have neither enough knowledge nor the techniques to assist their patients with decision-making about palliative care; (3) the patients and medical personnel have difficult preparing for decision-making; (4) patients and family members cannot understand information about the patient's status correctly because they attach too much importance to treatment; and (5) the medical care system does not function well. We integrated the results of this study with the results of previous research for nurses, and we determined that Japanese nurses should play an important role in the palliative care team assisting patients with decision-making.

Key word: advanced cancer patients, gear change, palliative care team

1 高知女子大学看護学部看護学科 助教 Department Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University, Assistant Professor
2 高知女子大学看護学部看護学科 教授 Department Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University, Professor
3 高知女子大学看護学部看護学科 准教授 Department Nursing, Faculty of Nursing, Kochi Women's University, Associate Professor

I. はじめに

がん医療におけるギアチェンジは、積極的治療から緩和ケアへのシームレスな移行¹⁾を目的とした方略であり、医療者は、がん患者・家族の意向に添ったギアチェンジを実現できるよう、援助を行っていく必要がある。しかし、進行がん患者・家族の多くは適切な支援を受けられておらず、納得のいくギアチェンジができていない現状にある。

ギアチェンジを阻害する要因については、さまざまな報告がみられる^{2~7)}。なかでも高宮²⁾は、ギアチェンジを妨げる問題点について、患者・家族、医師、病院、緩和ケア病棟の4つの側面から問題点を明らかにしている。すなわち、患者・家族の問題点として、医師へのお任せや、何か治療をしていないと不安があること、医師の問題点として、治療が優先という信念があることや、インフォームド・コンセントの方法が未熟であること、病院側の問題点として、長期入院が難しいことや、治療が終了すると療養場所として入院を継続することが困難であること、さらに緩和ケア病棟の問題点として、ギアチェンジができていない患者の受け入れが困難であること、などを挙げている。このように、先行研究では、患者・家族、医師や医療システムに関するギアチェンジの阻害要因は明らかにされているが、看護師に焦点を当てたものは見られなかった。

そのため、筆者ら⁸⁾は、がん看護に携わる看護師を対象に、進行がん患者のギアチェンジを支える援助の阻害要因を明らかにし、先行研究^{2~7)}と同様に医療者のギアチェンジの支援の遂行能力が不十分であることや、医療環境やシステムの未整備があることについて明らかにすることができた。さらに、看護師は医療者間のコミュニケーション不足や、医療チームとしての連携が取れていないこと、中でも医師との調整に困難を感じていることを明確にすることができた。

ギアチェンジを遂行していくためには、医療者が主体となる患者・家族の状況を見極め、タイミ

ングよく患者・家族の意思決定に関わり、援助を行っていく必要がある。患者・家族の抱える問題は複雑かつ多様化しており、多職種が専門職としての力量を発揮し医療チームとしてのアプローチが不可欠となる。梅澤⁹⁾は、医療チームが力を最大限に発揮するためには、職種間のコミュニケーションを密にして互いの考えや経過を知り、患者・家族に統一した関わりをしていくことが重要であると述べている。看護師は医療チームの一員として患者・家族への援助を行うことはもとより、医師と他職種を繋ぎチームとしての連携を推進・強化していく調整役割を担っているともいえる。

そこで本研究では、ギアチェンジ期にある患者・家族に密接に関わる緩和ケアチームに関わる医師に焦点を当て、医師が捉えた進行がん患者のギアチェンジを支える支援を阻害する要因について明らかにすることとした。そして先行研究の結果を踏まえ、医療チームの一員として看護師に求められている役割や支援について示唆を得ることを目的とした。

II. 用語の定義

ギアチェンジ：抗がん治療をしている患者が、治療の目的を治癒以外の方向に転換していくこと。

ギアチェンジを支える援助の阻害要因：患者が治療についての認識を変え、避けられない死に向き合い自分らしい生き方を主体的に選択出来るよう働きかける援助を阻害する要因。

III. 研究方法

1. 研究対象者

がん診療連携拠点病院4か所の緩和ケアチームに関わる医師で、本研究に同意の得られた者とした。

2. データ収集方法

事例を通して実践内容を語ることのできる半構

成的インタビューガイドを作成し、ギアチェンジの支援を阻害する要因について、1名につき1回、約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た。そして本研究の目的に基づき、データより進行がん患者のギアチェンジを支える援助を阻害する要因と考えられる部分を抽出し、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。コード化とカテゴリー化、内容の分析過程においては研究者間で繰り返し検討を行い、真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、高知女子大学看護研究倫理審査委員会の承認を得て行った。個別の対象者へは研究協力施設の紹介および研究者のネットワークでアクセスし、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、文書および口頭で対象者に説明し、文書で同意を得た上で実施した。

IV. 結果

1. 対象者の概要

対象者は、緩和ケアチーム専従医2名、腫瘍内科医2名、外科医2名、整形外科医、婦人科医の計8名であった。緩和ケアに携わった経験年数は2年～24年であった。

2. 緩和ケアチームに関わる医師が捉えた進行がん患者のギアチェンジを支える援助の阻害要因

分析の結果、緩和ケアチームに関わる医師が捉

えた進行がん患者のギアチェンジを支える援助を阻害する要因として、16の大カテゴリーが抽出された（表1）。それらをさらに、〈緩和ケアチームと他職種の連携の不充分さ〉、〈医療者の知識・技術不足〉、〈ギアチェンジの遂行における困難性〉、〈患者・家族の治療や状況に対するこだわりや捉え〉、〈ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備〉の5つの側面に分類した。以下、大カテゴリーを【】、中カテゴリーは《》、対象者の言葉は「」と表記し、側面ごとに結果を述べる。

側面1：緩和ケアチームと他職種の連携の不充分さ

〈緩和ケアチームと他職種の連携の不充分さ〉とは、医療者間の意思疎通がうまく取れず緩和ケアチームとして機能を発揮できていないことである。この側面には、【緩和ケアチームと他職種の連携がとれていない】の、1つの大カテゴリーが含まれていた。

【緩和ケアチームと他職種の連携がとれていない】は、緩和ケアチームと他の医療スタッフとの連携が不十分で、チームとしての関わりができていないことである。対象者は、「治療がなくなる前に紹介してもらおうと、治療を頑張っていくところから人間関係を作れる。治療がないと言われてから行くと、まさしくターミナルケアがきたという感じで患者にも抵抗がある」、「緩和ケアに積極的でない病棟では関心も薄く、リンクナースも積極的に出てこない感じがある」、「主治医が絶対的に自分の治療に自信をもっている場合はとりつく島がない、緩和ケアチームの言うことに聞く耳を持たないときは話ができない」等と語っていた。

側面2：医療者の知識・技術不足

〈医療者の知識・技術不足〉とは、医療者がギアチェンジを行う際に知識や技術が不十分で適切な支援が行えないことである。この側面には、【主治医が説明のタイミングを適切に判断できていない】、【主治医の説明の仕方が不十分である】、【主

【主治医と患者・家族の意思疎通が不十分である】、

【終末期医療に関する情報や知識が不足している】、【看護師の緩和ケアへの関心・姿勢にばらつきがある】の、5つの大カテゴリーが含まれていた。

【主治医が説明のタイミングを適切に判断できていない】とは、主治医が患者・家族に病気について説明する時期を適切に判断できず、タイミングがずれてしまうことである。対象者は、「主治医がいいタイミングで説明してくれない」、「もっと早い段階で、緩和ケアの病院へという方向もあるというのを言っておくべきだった」等と語っていた。

【主治医の説明の仕方が不十分である】とは、主治医が状況の変化を予測してバッド・ニュースを伝える技術が充分でないことである。対象者は、「再発した以上は完全には治らない、化学療法はなるべく長く生きるためのもので効かない場合はどうするという、ネガティブ面に関して十分に話ができてなかった」等と語っていた。

【主治医と患者・家族の意思疎通が不十分である】とは、主治医が患者・家族との意思疎通ができておらず、関係性ができていないことである。対象者は、「患者家族と医師とのコミュニケーションが取れていない例では、非常に上手く行かなかった」、「主治医は忙しそうなので、患者が話を聞けない」等と語っていた。

【終末期医療に関する情報や知識が不足している】とは、終末期ケアを行う専門病院などに関する必要な情報や知識が医療者に不足しており、関係施設への移行を阻害していることである。対象者は、「終末期を看てくれる病院がどこに、どんなかたちで、そこにどんなスタッフがいるかの知識が、まだ全部頭に入っていない」、「緩和ケア病棟に移った患者までなかなかフォローができない、行って実際にどうだったかという気持ちはあまり聞けてはいない」等と語っていた。

【看護師の緩和ケアへの関心・姿勢にばらつきがある】とは、緩和ケアチームに関わる医師が看

護師に期待する技術や緩和ケアへの関心・取り組みの姿勢に、個人によって差があることである。対象者は、「看護師は患者の変化を見つけて寄り添う時間と技術を身につけてほしい」、「看護師にこういうときは緩和ケアチームに依頼したらいいかもしれないという認識をもってほしい」等と語っていた。

側面3：ギアチェンジの遂行における困難性

〈ギアチェンジの遂行における困難性〉とは、患者と医療者双方にギアチェンジを進めていくための態勢を整える難しさがあることである。この側面には、【病状の経過が早く経過に応じた対応ができない】、【医療者が患者への対応に自信が持てないでいる】、【医療者が患者に主体的に関わることが難しい】、【患者と家族の間に思いや捉えのずれがある】、【患者の特性により対応の難しさがある】の、5つの大カテゴリーが含まれていた。

【病状の経過が早く経過に応じた対応ができない】とは、病状の進行が早く、その時点での状態に応じた対応ができないことである。対象者は、「ギアチェンジできないままなくなった患者は、展開が早かったこともある」「急速に症状がどんどん変わるとか、病気が見つかったときにはひどい状態だったとかで、説明が追いつかない場合もある」等と語っていた。

【医療者が患者への対応に自信が持てないでいる】とは、医療者がギアチェンジ期にある患者への対応に怖さを感じ、自信を持って対応できていないことである。対象者は、「自信を持ってギアチェンジの患者のベッドサイドに座れる人間はずいいない。やっぱりこわいからなかなか座れない」「看護師さんたちも、患者のベッドサイドに座るのがこわいのかなと思うことがある」等と語っていた。

【医療者が患者に主体的に関わることが難しい】とは、医療者がギアチェンジの時期にある患者・家族に部分的にしか関わっていない現状があり、主体性を持って関わりを深めることができないこ

とである。対象者は「緩和ケアチームのメンバーがどこまでどう関わっているのか怖さがあり、距離を置いて関わってしまう」「看護師には患者に寄り添っていてほしいが、なかなかその時間が取れないというのはすごく不自由だと思う」等と語っていた。

【患者と家族の間に思いや捉えのずれがある】とは、患者と家族の間に思いや意向のずれがあり、医療者がそれを調整できないことである。対象者は、「家族の協力が無い人は難しい」、「家族が本人への告知を止めていて、患者に病状を説明ができないのが困る」等と語っていた。

【患者の特性により対応の難しさがある】とは、患者の個別的な性格、考え方などにより、医療者が対応に困難を感じることである。対象者は、「患者が自分の気持ちを言わない人だった」「自分で処理しきれず誰にも相談できずに、症状のほうに訴えがいつてしまう患者もいた」等と語っていた。

側面4：患者・家族の治療や状況に対するこだわりや捉え

〈患者・家族の治療や状況に対するこだわりや捉え〉とは、患者・家族が治療や生へのこだわりから、病状や現在おかれている状況を捉えられないでいることである。この側面には、【患者・家族は治療に期待し望みを懸けている】、【患者・家族に生命や生きることへの執着がある】、【患者・家族が病状に即して状況を捉えられない】の、3つの大カテゴリーが含まれていた。

【患者・家族は治療に期待し望みを懸けている】は、患者・家族が治療を継続することで命が存続したり、何かプラスになるのではないかという期待を持つことである。対象者は、「治療がプラスにならないこともあるのを、患者がなかなか理解できない」、「家族なら、家族ががんになったときは何かしてあげたいという方を選ぶ人が多いのではないか」等と語っていた。

【患者・家族に生命や生きることへの執着がある】は、患者に生への強い執着があるため、治療

の中止を受け入れがたいことである。対象者は、「患者は自分の役割がまだ終わっておらず、家族を残しては死ねないという思いがある」、「緩和という言葉を感じることによって、死期を目の前に曝される、死と対面せざるを得ないのは辛いという患者が多い」等と語っていた。

【患者・家族が病状に即して状況を捉えられない】は、患者・家族が病状に応じて現実的に状況を捉えることができないことである。対象者は、「患者はやはり医学・医療に関しては素人なので、見当違いな思いこみもある」、「痛みがなく、表面も変わらず内臓の中だけが変わっていく患者は、自分の変化に気がつきにくい」等と語っていた。

側面5：ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備

〈ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備〉とは、ギアチェンジを進めていく上で患者・家族を支える体制が整っていないことである。この側面には、【急性期病院のため医療と緩和ケアを両立することができない】、【移行先の病院との連携がとれていない】の、2つの大カテゴリーが含まれていた。

【急性期病院のため医療と緩和ケアを両立することができない】とは、急性期病院で必要とされる急性期の医療と、ギアチェンジしていく、あるいはギアチェンジをした後の患者を支える緩和ケアが同時に行えないことである。対象者は、「治療をする急性期病床でもある病院ではある意味仕方がないが、患者はもともといた病棟でギアチェンジをして、そのまま慣れ親しんだ主治医に看取られて死にたいと思っているのではないか。病棟を動かすために移行させている感じがする」、「今の病院や科ではなかなか緩和ケアや看取りができないのが現状である。ターミナルの患者のケアにかなり時間と労力を費やさないといけなくなり、そうすると本来の治療のほうの手薄になってしまう」等と語っていた。

【移行先の病院との連携がとれていない】とは、

緩和ケア専門病院・病棟や自宅近くの病院など、患者が病状の変化に伴い移行していく先の病院との連携が不十分であることである。対象者は、「緩和の病棟、病院に患者を送りたいと思っても、それだけのキャパシティがないというのが地方での現状である」、「移行先の病院のスタッフも、こちらの病院がどんながんの診療をしているか、緩和ケアチームがあってどういう活動をしているかも、たぶんご存じない」等と語っていた。

V. 考 察

1. 医療チームとしての連携と遂行能力の不十分さ

ギアチェンジ期にある患者・家族の抱える問題は複雑かつ多様であり、医療職者には、症状緩和や精神的ケア、家族へのケア、療養環境の調整などに対する高度な知識と援助技術が必要である¹⁰⁾。そのため、緩和ケア医や精神科医、看護師、ソーシャルワーカーなど、多職種が専門の見地から関わり、医療チームとして支援を行っていくことが重要である。

本研究の対象者は、ギアチェンジへの支援の阻害要因として、《院内の多職種・部署の連携がとれていない》こと、《主治医が緩和ケアチームに協力的でない》こと、《治療の早期から緩和ケアチームが紹介されていない》ことなど、主治医や病棟スタッフとの連携の不十分さを捉えていた。緩和ケアに関わる医師は、治療の早期から緩和ケアチームが紹介されていれば、患者・家族との関係性が築け、その後の関わりをスムーズに進めることができると考えていた。主治医が緩和ケアチームを早期から導入するためには、緩和ケアに対する知識と関心を持ち、病状の変化を見通した予測的判断をするための技術が必要である。しかし、本研究の対象者は、【主治医の説明の仕方が不十分である】、【主治医が説明のタイミングを適切に判断できていない】と捉えていた。積極的治療を中心に行う主治医と、緩和医療の専門家である緩和ケアに関わる医師の立場や役割は異なる。高宮²⁵⁾は、主治医は患者が楽になることなら手

を差し出したいと思っているが、その方法を知らなかったり時間に追われてできない現状があると述べている。患者・家族を支援したいという思いや役割は、緩和ケアチーム医にも共通する。緩和ケアチーム医には緩和ケアに関する知識と経験があり、主治医にはこれまでの治療経過を詳しく知り患者・家族との関係性が築けているという強みがある。医師がそれぞれの専門性や立場を活かして患者・家族を支えるためには、関係を調整する役割が必要となる。医療チームのメンバーの中の看護師は、患者・家族の状態や思いを身近で把握しているため、患者・家族の立場に立ってチームのメンバーの役割を調整できる存在であるといえる。看護師は、緩和ケアチーム医に主治医と患者・家族のこれまでの関係や主治医の考えを伝えたり、主治医に患者・家族の思いや緩和ケアチームの真意をフィードバックして巻き込んでいくなど、緩和ケアチーム医と主治医を繋ぐことができる。看護師が役割の異なる医療職者同士のコミュニケーションを促すことで、チームメンバーがそれぞれの考えや立場の違いを理解し合い、尊重しあって協働することを促せると考える。

近年、一般病院や急性期病院ではリンクナースの活動が報告されており¹²⁾、病棟スタッフと緩和ケアチームとの橋渡しをするリンクナースの役割の重要性が示されている。しかし、本研究の対象者は、《緩和ケアリンクナースの意識にも差異があり連携が不十分である》と捉えていた。病棟でのリンクナースには、ジェネラリストとしての役割とともに、リンクナースとしての判断と責任が求められている。そのような状況でリンクナースは、現在の業務に精一杯で緩和ケアを実践できない、職場での活動方法が分からない、という困難を感じている^{13, 14)}ことが報告されている。リンクナースが役割を果たすためには、病棟・外来のスタッフの協力や、サポート体制の強化が不可欠となる。一方、患者・家族を最も近くで支えるのは病棟看護師の役割であり、病棟看護師は緩和ケアチームを有効に活用できるよう、普段から意

識的にリンクナースや緩和ケアチームと情報交換をすることが重要であると考えられる。

さらに、緩和ケアチーム医は《看護師が緩和ケアチームに依頼する判断をできていない》と捉えていた。これは筆者らの先行研究⁸⁾で、看護師が自分のギアチェンジへの知識・技術の不足を認識しており、自らの言動に自信が持てず、責任が取れるかという不安を抱えていることを裏付けるものであった。

一般に患者・家族は、緩和ケアは死が近づいた人が受けるもの、というネガティブなイメージを持っているため、医療職者は、緩和ケアチームを導入することが患者・家族を落ち込ませてしまうのではないかと考え、導入に積極的になれない¹⁵⁾ことがあるといわれている。患者・家族は、突然緩和ケアへの移行が提案されることにより不安を感じ、心情的に受け入れが阻害されると考えられる。患者・家族がギアチェンジへの準備性を整えるためには、患者・家族のニーズに合ったタイミングの良い情報提供が重要になる。緩和ケアを導入するタイミングを判断するのは、患者・家族の身近にいて、思いを感じ取ることでできる看護師の重要な役割であると考えられる。治療や疾患に関する知識、患者・家族とのコミュニケーション技術など、幅広い知識と技術を備えておくことで、看護師が自信を持ってギアチェンジ期にある患者・家族のための判断ができるようになる。

ギアチェンジの主体は患者・家族であり、医療職者には患者・家族を支援するための遂行能力が求められる。本研究の対象者は【看護師の緩和ケアへの関心・姿勢にばらつきがある】として、《患者に関わることの大切さを理解していない看護師もいる》ことや、《看護師にもっと患者に寄り添う時間と技術を身につけてほしい》と捉えていた。緩和ケアチームに関わる医師は、ギアチェンジを支援するための看護師の役割として、患者に関わることの大切さを理解して患者に寄り添うことや、緩和ケアチームに依頼する判断をすることを期待していることが明らかとなった。患者・家族

に寄り添って思いを傾聴することや、他職種との連携をとる判断をすることは、患者の疾患や病期に関わらず看護師が日常的に行うケアである。看護師は、医療チームの一員であることや他職種から看護の専門職としての役割遂行を期待されていることを意識する必要がある。その上で、患者・家族に関わることを理解することや、日常のケアを積み重ねて患者・家族との信頼関係を形成する等の看護独自の機能を果たすことが、重要なギアチェンジへの支援であると考えられる。

2. ギアチェンジの困難性

本研究の対象者は、ギアチェンジを支援するに当たっての医療者側の阻害要因として、《医師に再発は敗北という認識がある》、《医師・看護師に怖さがあり患者に向き合う自信がない》と捉えており、【医療者が患者への対応に自信が持てない】ことが分かった。これは先行研究⁸⁾で、看護師が阻害要因として「看護師と医師がギアチェンジの難局に向き合えていない」、「医療者がギアチェンジへの関わりにジレンマを感じている」と捉えていたことに一致している。これらは、WHO¹⁾が提示している緩和ケアの考え方が、医療職者にまだ十分浸透していない状況を示しているといえる。そして医師・看護師に、知識として理解することと、体験的に理解することの認識におけるギャップがあることが窺い知れた。したがって医療職者は、このような認識のギャップをきちんと受けとめることが必要であると考えられる。

一方、本研究の対象者は、患者・家族側の阻害要因として、【患者・家族は治療に期待し望みを懸けている】ことや、【患者・家族に生命や生きることへの執着がある】ことを捉えていた。これらは筆者らの先行研究⁸⁾で、看護師が「患者・家族が治療に生きる希望を託している」こと、「患者がこれまでの状態を維持したい思いがある」と捉えていたことに類似している。これは高宮¹⁴⁾が患者・家族に「死を避けたい、治療にかけたいとの思い」や、「何か治療をしていないと不安だ

という思い」があると述べていることに該当するものである。

このことから、医師・看護師が、患者・家族のギアチェンジを受け入れがたいという心情を認識し、尊重しているからこそ、心情への配慮と実際の対応の調整が困難であり、葛藤していることがわかった。大八木¹⁶⁾は、患者の病状が変化していく中で看護師に求められる役割を、患者・家族の意思や希望を確認しながら、状況に適した目標を見出せるよう調整していくことであると述べている。したがって看護師は、患者・家族の心情を尊重したうえで、患者・家族の望みと現実とのギャップを小さくすることができるように、患者・家族が現実には即した目標を立てたり、意思決定ができるように援助していく必要がある。

3. 医療体制の未整備

患者・家族が納得のいくギアチェンジを実現できるためには、医療職者が日常の基本的な援助を適切に行っていくことはもとより、医療体制やシステム面の整備が必要である。本研究の対象者であるがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関わる医師は、【急性期病院のため医療と緩和ケアを両立することができない】ことを阻害要因と捉えていた。これは、筆者らの先行研究⁸⁾で、看護師がギアチェンジ期にある患者のニーズや社会的ニーズに合致する受け皿が整っていないと捉えていたことに該当するといえよう。

わが国においては、多くの急性期病院が積極的治療を行うことをミッションとしているため、医療職者は積極的な治療を行っている患者を優先し、入院期間の短縮化に伴うベッドコントロールを効率的に行っていくことも病院の特徴や医療体制に添った対応と捉えることができる。

こうした現況の医療体制のなかで、緩和ケアチーム医も、患者・家族に安らげる療養場所への移行としてギアチェンジを勧めているが、病院側の事情が優先された移行は、患者・家族の見捨てられ感や葛藤を生む¹⁷⁾ことが指摘されている。

医療者側の意図や方針が、患者・家族に正しく伝わり理解が得られるようにするためにも、医療職者が移行前の段階から患者・家族の療養の場についての意思を引き出し、今後の療養生活における肯定的な側面を一緒に考え、目標を共有することや移行先での生活を具体的に想定できるように支援することが必要である。さらに、療養環境の変更によって患者と主治医・看護師といった急性期病院の医療職者との関係性や情報が途切れてしまうことのないように、看護師が主体性をもって連携先の病院と普段から連携を密に取ることが、患者・家族への継続的なケアと円滑なギアチェンジを支える援助につながると考える。

4. 看護への示唆

本研究では、緩和ケアチームに関わる医師が捉えたギアチェンジへの支援の阻害要因を明らかにし、先行研究⁸⁾の看護師の捉えた阻害要因を踏まえて、そこから医療チームとしての連携と遂行能力の不十分さ、ギアチェンジの困難性、医療体制の未整備という視点から検討を行った。その結果、以下のような示唆を得ることができた。

ギアチェンジ期にある患者・家族への支援は多角的な視点から行われるものであり、チームでのアプローチが重要となる。看護師は、緩和ケアチームの導入のタイミングを計る、緩和ケアチーム医と主治医の関係を調整するなど、患者・家族への多職種の間わりや、相互の関係を調整する役割を担っていると考える。看護師がチームの一員である自己の役割を認識し、ギアチェンジ期の患者に関する知識や技術を高めておくことで、自信を持って関わるようになることがわかった。さらに、日常のケアの中で患者・家族に寄り添うことが看護師としての重要な役割であることが再確認された。看護師が患者・家族への日々の間わりを大切にすることが、ギアチェンジへの支援に繋がるといえる。本研究の結果からは、緩和ケアチームに関わる医師にも、再発は敗北という認識があること、緩和ケアへの移行を進める

ことは患者に責任転嫁をするようだ、といった認識があることが明らかとなった。佐藤ら²³⁾は、医療チームは問題解決のプロセスを皆で共有し、補い合い支え合うことが重要であると述べている。患者・家族のギアチェンジを支援する医療職者のジレンマは、チームで問題を共有することで解決に近づけることができるといえる。看護師の立場からは、医師の患者への関わりを認めること、ともに最善の方法を考える姿勢を示すことなどで、チームのメンバーとして困難感を分かち合い、前向きに患者・家族を支援することができると考ええる。

また、急性期病院で行われていた積極的治療を中止しなければ緩和ケア病棟への移行が困難であることや、在宅で過ごしたいと望んでいる患者・家族を支えられる体制がないことは、ギアチェンジ期にある患者・家族の選択肢を減らしてしまうことになる。患者・家族が納得のいくギアチェンジをするためには、望む場所で緩和ケアを受けられるよう医療体制を整えることが必要である。一方では、患者・家族の望むギアチェンジを進められるようにするためには、医療体制を整えることはもちろんであるが、患者・家族に身近に関わる看護師が活用できる社会資源などについて知識と情報を得て、蓄積していくことで、システム面の不足を補うことができると考える。すなわち、看護師が移行先の病院や地域の医療施設との連携を意図的に強めて、患者・家族が安心して移行できるための資源を確保しておくことが、患者・家族の選択肢を増やし、納得のいくギアチェンジを支える一助になると考える。

VI. おわりに

本研究では、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに関わる医師への面接を通して、ギアチェンジを支える援助における阻害要因を明らかにした。その結果、先行研究で明らかになった、看護師の捉えた阻害要因と共通する要因を確認することができた。

今後は、本研究で明らかになった阻害要因について、具体的に改善する方策を提示し、進行がん患者・家族が納得のいくギアチェンジを実現できるよう取り組んでいきたいと考える。また研究においては、これまでの研究で得た基礎資料を、進行がん患者のギアチェンジを支える援助モデルの開発に活用していく予定である。

引用・参考文献

- 1) WHO 編, 武田文和訳: がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために—, 金原出版, 1990.
- 2) 高宮有介: ギアチェンジの動向と問題点. ターミナルケア, 11 (3), 173-176, 2001.
- 3) Thompson, G. N., McClement, S. E., Eninck, P. J.: "Changing Lanes", Facilitating the Transition from Curative to Palliative Care, *Journal of Palliative Care*, 22(2), 91-98, 2006.
- 4) 横枕令子: 治療方針変更に関わる看護 (ギアチェンジ) ~集学的医療から緩和医療へ~, *がん看護*, 10(5), 418-420, 2005.
- 5) 長谷川久巳: シンポジウム ギアチェンジへの意思決定に向けての実践から, *死の臨床*, 28 (2), 176, 2005.
- 6) 高宮有介: ギアチェンジの動向と問題点. ターミナルケア, 11(3), 173-176, 2001.
- 7) 近藤まゆみ: 緩和ケアにおける意思決定支援ターニングポイントを見極める, *ナーシングトゥデイ*, 22(11), 15-18, 2007.
- 8) 府川晃子, 森下利子, 藤田佐和ほか: 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, *高知女子大学看護学会誌*, 35(1), 16-26, 2009.
- 9) 梅澤志乃: がんの告知と看護師の役割 わるい知らせが伝えられる際の看護師の役割, *がん看護*, 15(1), 27-30, 2010.
- 10) 林 章敏: がん病変治療中止後の療養の場—がん病変治療中心から緩和ケア中心へ移行する時期. *がん患者と対症療法*, 20(1), 6-10, 2009.

- 11) 高宮有介：チーム医療と緩和ケアチーム わが国における緩和ケアチームの現状と今後の展望. ターミナルケア, 13(4), 271-279, 2003.
- 12) 小山富美子：緩和ケアの質確保のために一急性期病院における試み, 看護管理, 18(9), 770-776, 2008.
- 13) 廣瀬理絵, 渡邊智子, 小島リヨ子ほか：一般病棟における緩和ケアに携わるリンクナースのサポートシステムづくり, 第40回日本看護学会論文集 看護管理, 51-53, 2009.
- 14) 宮嶋摩美, 渡邊ノエル, 長谷川綾ほか：一般病棟における緩和ケアに携わるリンクナースのサポートシステムづくり, 第40回日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 398-400, 2009.
- 15) 木澤義之, 梅田恵ほか：緩やかなギアチェンジを求めて, 池永昌之, 木澤義之編, 《総合診療ボックス》ギアチェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会, 医学書院, 196-215, 2004.
- 16) 大谷木靖子：ギアチェンジャー治療中心の医療から緩和ケアに移るときー, ホスピスケア, 13(1), 21-29, 2002.
- 17) 岡本尚子：がん患者のギアチェンジにおけるサポートを考えるー緩和ケア外来の現状よりー, 医療, 61(6), 424-427, 2007.
- 18) 中島里子, 角田直枝：緩和ケアに携わる看護婦のストレスー一般病棟の場合, 緩和医療学, 2(2), 225-229, 2000.
- 19) 高橋晃子：がん終末期の治療・ケア ここからできる解決へのアプローチ 積極的治療と緩和治療のはざままで患者・家族が悩んでいる場合の支援, Expert Nurse, 23(10), 62-63, 2007.
- 20) 宍戸英樹：緩和中心への移り変わりをサポートするとき, 池永昌之, 木澤義之編, 《総合診療ボックス》ギアチェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会, 医学書院, 14-23, 2004.
- 21) 梅田 恵：緩和ケアチームで活動する看護師の役割認識と役割開発, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2004年度調査研究報告, 2003.
- 22) 小山富美子：緩和ケアの質確保のために一急性期病院における試み, 看護管理, 18(9), 770-776, 2008.
- 23) 小迫富美恵：緩和ケアにおける意思決定支援 緩和ケアの再確認, ナーシングトゥデイ, 22(11), 12-14, 2007.
- 24) WHO ホームページ
[http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/\(cited2010-9-22\)](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/(cited2010-9-22)).
- 25) 濱口恵子, 小迫富美恵ほか編：一般病棟でできるがん患者の看取りのケア, 日本看護協会出版会, 2008.
- 26) 佐藤美紀, 阿部恵江：チーム医療と緩和ケアチーム 効果的なチームアプローチを考える, ターミナルケア, 13(4), 257-261, 2003.
- 27) 松本俊子：自己決定を支える看護 ギアチェンジ期にどう決め, どう伝えるか, ナーシング・トゥデイ, 20(6), 23-25, 2005.
- 28) 栗原幸江：ギアチェンジにおける家族ケア. 緩和ケア, 17(1), 95-99, 2007.
- 29) 儀賀理暁：急性期病院における緩和ケアの展開 早期からの迅速な積極的緩和ケアが重要. Nursing Today, 23(4), 62-63, 2008.
- 30) 奥 祥子, 佐々木宏美, 塚本康子ほか：一般病棟から緩和ケア病棟へのギアチェンジ. 看護研究, 39(3), 51-58, 2006.
- 31) 安達 勇：ホスピス・緩和ケア病棟への紹介をいつ, どのように行うか, 池永昌之, 木澤義之編, 《総合診療ボックス》ギアチェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会, 医学書院, 68-77, 2004.

表1. 緩和ケアチームに関わる医師が捉えた進行がん患者のギアチェンジを支える援助の阻害要因

側面	大カテゴリー	中カテゴリー
緩和ケアチーム と他職種 の連携 の 不 充 分 さ	緩和ケアチームと他職種の 連携がとれていない	主治医が緩和ケアチームに協力的でない
		治療の早期から緩和ケアチームが紹介されていない
		緩和ケアリンクナースの意識にも差異があり連携が不十分である
		院内の多職種・部署の連携がとれていない
医療者の知識・ 技術不足	主治医が説明のタイミング を適切に判断できていない	緩和ケア病院への移行を伝えるタイミングの判断が遅れる
		主治医からの説明のタイミングがずれている
	主治医の説明の仕方が不充 分である	主治医が状況の変化を予測した説明をできない
		主治医がネガティブな情報を説明できない
	主治医と患者・家族の意思 疎通が不十分である	主治医と患者・家族との普段からのコミュニケーションがとれて いない
		主治医と患者・家族との関係性がとれていない
		医師が患者の背景や生き方を理解できていない
	終末期医療に関する情報や 知識が不足している	終末期を看てくれる病院についての情報や知識が不足している
	看護師の緩和ケアへの関 心・姿勢にばらつきがある	看護師にもっと患者に寄り添う時間と技術を身につけてほしい
		看護師が緩和ケアチームに依頼する判断をできていない
患者に関わることの大切さを理解していない看護師もいる		
ギアチェンジの遂行にお ける困難性	病状の経過が早く経過に 応じた対応ができない	病状の経過が早い
		病状の経過が早く、経過に応じた対応ができない
	医療者が患者への対応に自 信が持てないでいる	医師・看護師に怖さがあり患者に向き合う自信がない
		移行を進めることは患者に責任転嫁をする思いがある
		医師に再発は敗北という認識がある
	医療者が患者に主体的に 関わるのが難しい	緩和ケアチームは患者のプロセス全体に関わっていない
		看護師が時間的・労力的に患者に寄り添えていない
	患者と家族の間に思いや 捉えのずれがある	家族の協力が無い
		患者と家族の考え方の違いがあり、医療者が調整できない
		家族が本人への説明や告知を望まない
	患者の特性により対応の 難しさがある	患者が他者に判断を任せきりである
		対応の難しい患者特性がある
患者が医療者に意向を伝えない		

患者・家族の治療や状況に対するこだわりや捉え	患者・家族は治療に期待し望みを懸けている	患者・家族は治療するしかない、治療はプラスになると考えている
		患者は、治療がプラスにならないと説明されてもできる治療があればやりたいという
		患者が治療を希望をしなくても家族は治療を望んでいる
	患者・家族に生命や生きることへの執着がある	患者はまだ人生にやり残したことがあると感じている
		患者に生きることへの執着があり、現実を受け入れられない
		患者・家族は緩和ケアという言葉で死を考えることに曝される
	患者・家族が病状に即して状況を捉えられない	患者に死への恐怖心があり、死について考えられない
		患者・家族が病状を正しく理解できていない
		症状がなく表面も変わらない患者は自分の状況の変化に気がつきにくい
ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備	急性期病院のため医療と緩和ケアを両立することができない	緩和ケア病棟では治療を続けたい患者の希望が叶えられない
		患者が希望しても急性期病院のため移行せざるを得ない
		急性期病院は患者を最期まで診られない
	移行先の病院との連携がとれていない	緩和ケアの段階の患者を引き受けてくれる病院やクリニックがない
		緩和ケア専門病院などに患者を送りたくても、地方の現状としてキャパシティがない
		移行先の病院のスタッフとの連携が不十分である