

原著論文

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

Factors to hinder of supportive care for advanced cancer patients to make decision to stop cancer treatment and direct all efforts toward symptom management

府川 晃子 (Akiko Fukawa)*
藤田 佐和 (Sawa Fujita)*
鈴木 志津枝 (Shizue Suzuki)**

森下 利子 (Toshiko Morishita)*
大川 宣容 (Norimi Okawa)*

要 約

進行がん患者・家族の多くは、病状が悪化し治癒が望めなくなった時点で突然に緩和医療への移行を勧められている現状にある。本研究では、がん看護に携わる看護師が捉えた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、援助への示唆を得ることを目的とした。同意が得られたCNS、看護師ら17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15の大カテゴリーが抽出された。それらは、患者と医療者側双方にギアチェンジを進めるための準備を整える難しさがあること、患者・家族が積極的治療を止め方針転換をせざるを得ない現状を容認できない心情があること、医療者の知識や技術が不十分で適切な支援が行えないこと、医療者間の意思疎通がうまく取れず医療チームとしての機能を発揮するには至っていないこと、ギアチェンジを進めていく上での患者・家族を支えるための基盤整備の不十分さがある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：がん患者、ギアチェンジ、阻害要因

I. はじめに

わが国のがん医療のあり方や方向性は、がん対策基本法に明示されており、中でも緩和医療は早期から適切に行われ診断、治療、在宅医療などの様々な場面において切れ目なく実施される必要性が示されている¹⁾。また、西洋医学による集学的ながん治療から緩和ケアを中心とする医療・ケアへの転換や、病状の変化に合わせて徐々に緩和医療の比重を増やしていくというギアチェンジの考え方は、積極的治療から緩和ケアへのシームレスな移行であると言われている²⁾。しかし、がん患者・家族の多くは、医療者から必要な支援を十分得られないまま突然に緩和医療への移行を勧められ、患者・家族が納得したギアチェンジを行えていない現状にある。積極的治療から緩和ケアへのスムーズでタイ

ムリーな移行を阻害する要因について、Thompsonら³⁾は、患者・家族要因、医学的要因、組織的要因の3つの要因を挙げている。患者・家族要因として、患者の年齢が若い場合や、緩和ケアに対する知識の欠如や疾患に対する誤解があることを挙げている。医学的要因としては、終末期ケアの複雑さや予後予測が困難であること、また組織的要因として、病院の緩和ケアへの考え方や急性期患者へのケアを優先する傾向があることを挙げている。また再発がん患者について、横枕⁴⁾は、患者がこれまで危機を乗り越えてきたため今度も大丈夫だとの思いから、ギアチェンジへの意識の切り替えが難しいことを述べている。

患者側と医療者側に関連した阻害要因には、治療目的についての認識のずれが関与しており、患者・家族と医療者との間にギャップを生んで

*高知女子大学看護学部

**神戸市看護大学

いる⁵⁾ことが挙げられている。栗原⁶⁾は、医療者側からすれば延命や症状緩和を目的とした治療であっても、患者・家族にとっては、がんに対して何らかの治療を行っていることが気持ちを支える源になっていると述べている。患者・家族と医療者との間に認識のずれが生じると、患者・家族は気持ちが付いていかないままギアチェンジを迫られることとなり、医療者から見捨てられたと感じて、医療者に不信感を抱くことになる⁵⁾。

がん患者・家族が病状を理解して、安心して納得のいくギアチェンジを実現できるようにするためには、医療者が患者の意向に添った適切な支援を行う必要がある。しかし、ギアチェンジの阻害要因に関する先行研究では、患者・家族側、医師や医療システムに関する要因について明らかにしたの^{4)5)7)~8)}が多くあり、看護師に焦点を当てた研究はみられない。そこで本研究では、看護師が捉えた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を明らかにし、ギアチェンジを支える援助への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

がん看護に5年以上の経験を有する看護師(病棟看護師、がん看護専門看護師、訪問看護師等)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れ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てる個室を使用し、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、がん看護専門看護師7名、CNSコース修了者3名、病棟看護師7名、合計17名であった。経験年数は7~30年であった。

2. 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、看護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、15の大カテゴリーが抽出された(表1)。それらをさらに、<ギアチェンジの遂行における困難性>、<患者・家族の治療・現状に対する心情>、<医療者の知識・技術不足>、<医療チームとしての未成熟さ>、<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、以下では、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：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、患者側と医療者側の双方に、ギアチェンジを進めていくための準備態勢を整える難しさがある

ことである。この側面には、【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】、【看護師・医師がギアチェンジの難局に向き合えていない】、【患者・家族が意思決定に参画できていない】、【医療者がタイミングよく患者に関わっていない】の、4つの大カテゴリーが含まれていた。

【医療者がギアチェンジへの関わりにジレン

表1 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

側 面	大カテゴリー	中カテゴリー	
ギアチェンジの遂行における困難性	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	患者・家族が医療者をシャットアウトしてコミュニケーションが取れない	
		看護師自身に患者のギアチェンジへの関わりについて苦悩や迷いがある	
		効果があるため治療の止めどころが決められず医師自身も悩んでいる	
	看護師・医師がギアチェンジの難局に向き合えていない	看護師が患者の今の思いや今後への考えを聞くことを恐れ躊躇する	
		看護師に患者を支える自信がないので医師と対峙して患者に向かえない	
		治療手段がなくなったとき医師が患者と話することを恐れてしまい向き合えない	
	患者・家族が意思決定に参画できていない	医療者の価値観や考え方にギアチェンジがゆだねられている	
		医療者と患者・家族が情報を共有できない	
		患者が意向を言わないと、意志が尊重されず流される	
		患者が医師の前で何も言えなくなり任せてしまう	
	医療者がタイミングよく患者に関わっていない	医師が治療手段がある限り治療を継続するという考え方を持っている	
		医療者が患者に病状悪化を伝えられるタイミングを見逃す	
		医療者が患者に働きかけるタイミングにずれがある	
		医療者が患者に関わるタイミングが遅れる	
		患者・家族の考えるギアチェンジの時期と医療者の考える時期にずれがある	
	患者・家族の治療・現状に対する心情	患者・家族が現状を受け入れられない	治療初期から継続的に関わっていない
患者・家族に現状を認めたくない気持ちがある			
患者・家族が治療ができない現状を認められない			
患者がこれまでの状態を維持したい思いがある		患者が医師の説明を理解できず自分なりに解釈する	
		患者がこれまでの医療者との関係性を大事にしたいと思っている	
患者・家族が治療に生きる希望を託している		治療を受けて良くなるというこれまでの経過があるため、良くなるという思いが強い	
		治療効果を感じると治療に対する患者・家族の期待が高まる	
		治療を継続し生き続けたいという患者の強い思いがある	
		治療できなくなることで患者や家族が失望する	
			家族が患者のためを思い治療の継続を望む

	家族が不確かさの中で方針決定することに迷いがある	家族が患者への衝撃を心配して、方針決定を迷う
		家族が今後の方針決定に確信が持てずにいる
	症状や病気の進行が速く患者・家族が気持ちを整理したり今後を考えるゆとりがない	患者・家族は目の前の治療や症状に精一杯で、先のことまで考えられないでいる
		病状の進行が速く患者・家族が気持ちを整理したり考えるために必要なゆとりがない
医療者の知識・技術不足	医師のギアチェンジへの関心・知識・技術が不足している	医師のギアチェンジに関する知識や関心が乏しい
		医師が患者の状況を把握していない
		医師が現状を言うだけのインフォームドコンセントしかしない
		医師が患者・家族に期待をもたせる曖昧な説明をする
		告知や病状説明をしていないため患者に非現実的な期待を持たせてしまう
	知識・技術不足のため看護師としての役割を果たせていない	看護師のギアチェンジ・緩和ケアに関する知識が不足している
		知識不足のため患者・医師に責任ある発言ができていない
		看護師の患者・家族への対応技術が不足している
		看護師の臨床経験が浅い
		日常業務が的確に出来ていないため医師に話を聞いてもらえない
看護師が医師と患者・家族間の調整的役割がとれていない		
医療チームとしての未成熟さ	医療チームとしての連携が取れていない	医師が自分一人の考え方で進めてしまいチームでの関わりができない
		医療者がチームとしての方向性を明確にできていない
	医療者間のコミュニケーションが取れていない	医師と看護師のコミュニケーションが上手く取れていない
		看護師間のコミュニケーションが取れていない
		医療者間の連携が取れておらず、情報共有ができていない
ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備	患者・家族への関わりを不足させる多忙な状況やマンパワーの不足	多忙な状況やマンパワーの不足で、患者・家族の意向を十分に引き出せない
	患者のニーズ・社会のニーズに対して受け皿が整っていない	病院側の事情で患者が療養環境を変更することを余儀なくされる
		社会資源が不十分であるため個人の背景に沿った選択肢を提供できていない
		施設間の連携・情報共有が不足している

マを感じている】は、医療者自身がギアチェンジの時期にある患者・家族への関わりにおいて、悩み、迷っていることである。対象者は、「ホスピスで残された人生を有意義に過ごす方法も一つだけど、治療をしたい患者の希望を叶えてあげたい思いで、どれがいいのかジレンマがある。」「婦人科の患者さんは（化学療法に）まるで反応がないわけではないので、治るわけではないがマーカー的には下がったりする。そう

なると効く間はやっていこうという感じで続けるので、緩和に移るタイミングがいつも問題になるということ、医師自身も言って悩んでいた。」と語っていた。

【看護師・医師がギアチェンジの難局に向き合えていない】は、看護師と医師が、難しい状況にある患者と直接関わることを恐れて、きちんと対応できていないことである。対象者は、「患者さんが今の状況をどう捉えて、今を生き

ようとしているのかを聞くことが大事だけど、聞く勇気がない。」「患者の気持ちを聞きたい、患者がどう思っているのか聞きたいと思っても、聞くことで不安を与えてしまうのではないかと、患者に余計な不安を与えて落ち込んだとき支えてあげられない自分があるのではないかと、思うと恐くて聞けない。」と語っていた。

【患者・家族が意思決定に参画できていない】は、患者・家族が意思決定の主体とならず、医療者主導でギアチェンジが行われていることである。対象者は、「いくら患者さんがやめたいと言っても、ドクターが続行と言えば、嫌とは言えない方も大勢いる。」「どうしてもまだ今の医療って、お医者さんに言われたからそれが一番なのかなっていうところがすごくある。」と語っていた。

【医療者がタイミングよく患者に関わっていない】は、医療者がギアチェンジの好機を見逃したりずれによって、適切な関わりができていないことである。対象者は、「患者のギアチェンジに医療者が躊躇して一步踏み出すのが遅い。」「医療者が思う時期とご家族が思う時期は、全然違うと思う。私たちは先のことがある程度見通せるが、ご家族の方は今の患者さんの状態を見て判断するので、まだまだすごく時間があると思われていて、こちらが焦っても全然伝わらない。」と語っていた。

側面2：患者・家族の治療・現状に対する心情

＜患者・家族の治療・現状に対する心情＞とは、患者・家族が積極的治療を止め、方針転換をせざるを得ない現状を受け入れがたく思ったり、感じていることである。この側面には、【患者・家族が現状を受け入れられない】、【患者がこれまでの状態を維持したい思いがある】、【患者・家族が治療に生きる希望を託している】、【家族が不確かさの中で方針決定することに迷いがある】、【症状や病気の進行が速く患者・家族が気持ちを整理したり今後を考えるゆとりがない】の、5つの大カテゴリーが含まれていた。

【患者・家族が現状を受け入れられない】は、患者・家族がこれ以上治療を続けていけない状況を受け入れられないことである。対象者は、

「患者家族に、現状を分かりたくない感情がある。」「患者さんにとっては絶対辛いことで、頭ではいくらわかっている、ああこれでもう手術できる可能性はなくなったんだと思っている。」と語っていた。

【患者がこれまでの状態を維持したい思いがある】は、患者がこれまで受けてきた治療やケアの継続を望み、方針の転換や療養場所の変更を希望しないことである。対象者は、「病態を説明されても、これまで治療を受けてきて良くなっている経過があり、良くなるという思いが強い。」と語っていた。

【患者・家族が治療に生きる希望を託している】は、患者・家族が、治療を継続することによって、命の存続や生きることに希望や期待を持つことである。対象者は、「患者さんも治療にかけたいって思いが強い。」「少しでも可能性に懸けて、長く生きたいというすがりような思いが患者にあった。」と語っていた。

【家族が不確かさの中で方針決定することに迷いがある】は、家族が不確かな状況において、方針を決定することに戸惑いがあることである。対象者は、「家族にはやはり患者に助かって欲しいと思う気持ちがあり、簡単には決断できない。」「患者は治療を望まず在宅であることを希望していても、家族はそのままでは患者を苦しめることになるのではと思い、本人の意思とは裏腹に病院に入れてしまう。」と語っていた。

【症状や病気の進行が速く患者・家族が気持ちを整理したり今後を考えるゆとりがない】は、予想を越えて病気の進行が速いため、患者・家族が先を見越して考えたり気持ちを整理するゆとりがないことである。対象者は、「病状の進行が早く、患者・家族が気持ちを整理する時間がなかった。」「患者・家族は目の前の治療のことで精一杯で、先のことまで考えられない。」と語っていた。

側面3：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上で必要な知識や技術が不十分であるため、適切な支援を行えていないことである。この側面には、【医師のギアチェンジへの関心・知識・技術が不足している】、

【知識・技術不足のため看護師としての役割を果たせていない】の、2つの大カテゴリーが含まれていた。

【医師のギアチェンジへの関心・知識・技術が不足している】は、医師がギアチェンジに関心が薄く、患者・家族に対応する上での知識・技術が充分でないことである。対象者は、「ギアチェンジとか、自宅に帰るとか、ホスピスとかいうのは全然、主治医の頭になかった。」「主治医は化学療法はできないと散々説明したから、患者さんが否認しているのだからこれ以上言っても仕方がない、本人が化学療法をやるというならやるしかないじゃないかと言った。」と語っていた。

【知識・技術不足のため看護師としての役割を果たせていない】は、看護師の知識・技術が不足しており、看護師としての役割が充分果たせていないことである。対象者は、「医師の説明の後、一応確認はしていても、医師が説明しようとしたことを隅々まで確認して患者が理解されているとか、どこまでわかっているかは確認できていない。」「いつも何で先生（医師）はそうやって最期まで、最期まで（抱え込む）って言うのと、すごく先生ばかりを責めていて、それじゃ自分は患者さんを前にして、どういふうに患者さんと一緒に行動したかっていうことはなかった。」と語っていた。

側面4：医療チームとしての未成熟さ

＜医療チームとしての未成熟さ＞とは、医療者がチームとして意思疎通がうまく取れておらず、医療チームとしての機能を発揮するに至っていないことである。この側面には、【医療チームとしての連携が取れていない】、【医療者間のコミュニケーションが取れていない】の、2つの大カテゴリーが含まれていた。

【医療チームとしての連携が取れていない】は、医療者同士が連携不十分で、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、「病棟が変わると主治医もスタッフも変わり、患者さんはまた一からの信頼関係になるし、相談窓口を失っていく」、「患者・家族に関わる医療者は、それぞれが患者・家族のためによかれと思って動いているけど、それぞれがバラバラ

でうまく連携がとれていない」と語っていた。

【医療者間のコミュニケーションが取れていない】は、医療者同士の意思疎通が不十分で、連携が取れていないことである。対象者は、「看護師の中でも、どうせ言っても先生は聞いてくれんよねみたいな、なんかもう半分あきらめっていかそういうのもあって・・・」、「先生にどんなにコミュニケーションをとろうとしても、『そうは言っても仕方がないでしょ』っていう感じで、私たちがコミュニケーションが取れてないと、ほんとに患者さんにダイレクトに影響は出ている。」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・家族を支えるための基盤整備が不十分であることである。この側面には、【患者・家族への関わりを不足させる多忙な状況やマンパワーの不足】、【患者のニーズ・社会のニーズに対して受け皿が整っていない】の、2つの大カテゴリーが含まれていた。

【患者・家族への関わりを不足させる多忙な状況やマンパワーの不足】は、医療者側の多忙な状況、マンパワー不足のため、十分に患者・家族に関わって意向を引き出せていないことである。対象者は、「基本は看護師が中心になって患者の話を聞かないといけないけれど、ゆったりと落ち着いて聞く時間をとるのはなかなか難しい。」「外科で忙しい病棟で、そこを関われる人っていうのはやっぱり少ないのかもしれない。」と語っていた。

【患者のニーズ・社会のニーズに対して受け皿が整っていない】は、ギアチェンジの時期にある患者・家族を支えるための支援体制が整っていないことである。対象者は、「社会資源が不十分で患者さんに選択肢が提供できない。」と語っていた。

V. 考 察

1. ギアチェンジへの準備の困難性

ギアチェンジ期は、患者・家族、医療者にとつ

て、治療方針や方向性を大きく転換し、今後の態様について決定していくための重要な準備期間である。そのため、医療者は患者・家族の個別性を理解し尊重して、患者の価値観や病気に取り組む姿勢を考慮した上で支援していくことが重要である⁹⁾。本研究の結果から、看護師はギアチェンジへの準備を整える困難性を、患者・家族側と医療者側の双方から捉えていることが明らかになった。

医療者側の要因として、【看護師・医師がギアチェンジの難局に向き合えていない】こと、【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】ことが明らかになった。看護師が患者への関わりにおいて苦悩や迷いがあるため、関わりに確信が持てないことや、患者に今の思いや今後について考えを聞くことを恐れ躊躇しているため、患者にしっかり向き合えていないことがわかった。これは小松¹⁰⁾が「患者が予後や死について話しかけてくるとき、看護師は自分自身の信念や自信が持てないことで、患者と関わることに不安や怖れを抱いている。」と述べていることと同様の体験を本研究の対象者もしていることを示している。医療者が自分の関わりに自信が持てず、患者との関わりの中で心理的な困難性を感じていることは、ギアチェンジへの関わりを躊躇させ、支援が不十分となる危険性があると考えられる。一方、看護師は、《患者が医師の前で何も言えなくなり任せてしまおう》と、患者が意思決定に参画できていないことを捉えていた。患者の選択権や決定権は認知されるようになってきているものの、医療者と患者の関係にパターンリズムが根強く残っていると考えられる。また、積極的治療の段階では自ら選択することの少なかった患者・家族が、方針転換に際して、自分たちだけで決定を行うよう切り替えるのは容易ではない。さらに、緩和ケアへ移行する決断を迫られることは、患者・家族にとって様々な葛藤やネガティブな感情を引き起こすことが明らかにされている^{3) 6) 11)}。このような状況にある患者・家族が、方針転換に関する重要な意思決定を行うことは医療者側、患者側・家族側双方の要因が絡み難しい。従って看護師は、患者・家族が納得のいく意思決定ができるようにするために、まず、患者・家族

に様々な思いや気持ちの揺れがあることを受けとめた上で、患者・家族の意向を引き出し、医療者との橋渡しをしていく必要がある。

一方、患者・家族側の要因として、【患者がこれまでの状態を維持したい思いがある】こと、【患者・家族が治療に生きる希望を託している】ことから、方針転換をせざるを得ない状況を受け入れがたく感じていることが明らかになった。これは、高宮⁷⁾が、ギアチェンジを阻害する要因として挙げている、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と同様の結果である。患者・家族が方針転換を受け入れがたく思う背景には、患者・家族の治療や疾患の治癒に懸けたいという強い思いが関係していることが考えられる。

以上のことから、ギアチェンジへの準備性を整えるためには、第一に医療者が患者・家族にきちんと向き合えていないということを率直に認めることが大切である。そして、患者・家族が今の状況をどう捉えているか、また今後の生き方やあり様についてどのように考えているのかを知ることが必要である。松本¹²⁾は、看護師が行う意思決定への支援として、患者の訴えに耳を傾け、言葉や態度を理解して苦痛緩和に努めることで、患者との信頼関係を築いていくことを提示している。看護師はチーム医療の一員として患者・家族の思いを受けとめ、現実的な折り合いを提案しながら方針転換について一緒に考えていくことで、患者・家族の意思に添うギアチェンジを支援することができると思う。

2. ギアチェンジの遂行能力の不十分さ

ギアチェンジにあたって、その主体は患者・家族であり、医療者には患者・家族の意向に添って支援を行うことのできる遂行能力が求められる。本研究の結果から、ギアチェンジへの支援を阻害する要因には、＜医療者の知識・技術不足＞と、＜医療チームとしての未成熟さ＞が関係していることが明らかになった。

＜医療者の知識・技術不足＞では、看護師は、看護師にギアチェンジや緩和ケアに関する知識が不足しているため、医師に意見を述べたり、患者・家族と医師との間を調整する役割が取れ

ていないと捉えていた。ギアチェンジへの支援にあたっては、治療や疾患に関する情報、療養の場の選択肢など、さまざまな状況に即した知識とそれに基づく対応技術が必要である。しかし、看護師にはそれらの知識・技術とともに、関わりに必要な姿勢が充分ではなく、患者や医師に責任のある発言ができていなかったり、患者の疑問や不安への対応が不十分となっていることがわかった。このことは、ギアチェンジに向き合うことへの躊躇があることも関係していたが、看護師が自分の言動に責任が取れるであろうかという不安をもたらす原因ともなっていた。従って、看護師が患者・家族に自信を持って対応するためには、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。

また看護師は、日常的な看護ケアに関する知識・技術の不足も、ギアチェンジへの支援の阻害要因であると捉えていた。ギアチェンジは本来、患者の病期全体に渡ってシームレスに行われるものであり、特別な一場面ではなく患者の療養の一部である。そのため、看護師が日々の関わりを丁寧に積み重ね、患者・家族が準備を整えられるよう援助し、信頼関係を築いていくことが、ギアチェンジへの支援の基盤となると考える。本研究の結果から《看護師の患者・家族への対応技術が不足している》ことが阻害要因として明らかとなったが、患者・家族が必要とするタイミングで説明を行う、患者だけでなく家族へのアプローチも行うという対応することは、ギアチェンジへの支援でなく日常のケアにおいても必要な看護技術である。日常の看護ケアを適切に行うことで、患者・家族に、看護師は適切なケアをしてくれるという信頼感を持ってもらうことができる。基本的な信頼関係ができて初めて、ギアチェンジへの支援者として患者・家族に認められるであろう。従って看護師は、ギアチェンジへの関わりにおいて、日常のケアを適切に行い、患者・家族との信頼関係を構築していくことが基本であるという認識を明確にし、支援していくことが重要である。

<医療チームとしての未成熟さ>においては、対象者は【医療者間のコミュニケーションが取れていない】ことや、【医療チームとしての連

携が取れていない】ことを捉えていた。医療者が互いにコミュニケーションを取り合い連携を図っていくことは、単なる情報の共有をするというだけではなく、方針や目標を共有することを意味する。多職種がそれぞれの専門性に基づいて意見を出し合い、チームとして患者に対応していくことで、患者の意向に添ったギアチェンジができると考える。しかし、本研究では《医師が自分ひとりの考えで進めてしまいチームでの関わりができない》ことや、《医師のギアチェンジに関する知識や関心が乏しい》といった医師の姿勢や考え方が、阻害要因となっていることが明らかになった。医療チームの一員としての医師の意識の低さが、看護師との連携や患者への働きかけに支障をきたしていたと考えられる。その一方で、医師には、治療の有効性が高いと判断される場合には治療をしなければならないという義務感を持つ¹³⁾者もいることが述べられている。今回の結果でも、医療者が感じているジレンマの中で《効果があるため治療の止めどころが決められず医師自身も悩んでいる》ことが明らかとなり、医師自身も治療の中止や継続について不確かさや迷いを感じていることがわかった。そのため、看護師が患者・家族の意思を確認し、医師に治療や病態に関する知識の裏付けに基づいた意見を述べることで、患者・家族の希望を医師に繋ぐことができると考える。ギアチェンジにおける看護師の役割について、吉田¹⁴⁾は、患者・家族の理解度を確認し医療チームに還元することや、具体的なアプローチについて医療チームに提案していくことを述べている。看護師は患者・家族の身近にいて、患者・家族とチーム全体を繋ぐ窓口となり、チームの要としての調整的役割を期待されていると考える。従って看護師は自らが医療チームの一員であると同時に、医療チームの要であることを認識して、自らの知識や援助技術を高め、看護師としての役割を果たしていく必要がある。

3. 医療環境・システムの未整備

ギアチェンジへの実現に向けては、緩和ケアやシームレスなギアチェンジへの取り組みが推進されてきているが、ケアを実施する環境やシステム面が整えられていなければ、患者・家族

が安心し、納得のいく支援を導くことは難しいと考える。本研究の結果から、阻害要因として「ギアチェンジを遂行する上での体制の未整備」が明らかになった。

看護師は、病状の進行が告げられた際や方針決定のタイミングなど、ギアチェンジの重要な時期にある患者にじっくりと関わって思いを傾聴し、意向を引き出すことの重要性を感じていた。しかし時間を取って患者に関わろうとしても、他の患者のケアや治療、処置など多忙な状況のもとでは困難であると捉えていた。これは田島ら¹⁵⁾が一般病棟の現状として、がん患者・家族と関わる看護師は、ギアチェンジ期の患者に時間をかけて関わりたいと思っても、急を要する処置が優先されてしまうため関わり切れていないと述べていることに一致する。医療者が早期から患者に関わり、信頼関係を築いていくためには、時間的なゆとりが必要である。そのため看護師は、日々の看護実践の中で意識的に時間を作り出す工夫や、自分自身の対応技術を高める努力をしていく必要がある。

他方、【患者のニーズ・社会のニーズに対して受け皿が整っていない】ことについては、病院側の事情で、患者の在宅移行、また転院などの療養環境の変更を迫られている場合が明らかになった。このことは、一度の入院、あるいは受診ごとに患者・家族と医療者との関係性や、患者の情報が途切れてしまうこととなり、タイミングの良い支援が不十分となることがわかった。患者が療養環境の変更を迫られる理由には、診療報酬の改定などによる入院期間の短縮化や、治療方法の進歩による療養環境の多様化がある。これらの施策の本来の目的は、入院期間を短縮し、患者のQOLの向上に結び付けることを目指したものである¹⁵⁾。従って、このような療養環境が変化する中においても、患者・家族の納得のいくギアチェンジを推進していくためには、病院内の各部署や施設間の密接な連携が必要である。そしてさらに、システム面や医療制度面の整備を図っていく必要があると考える。

4. 看護への示唆

本研究ではギアチェンジへの支援の阻害要因について、ギアチェンジへの準備の困難性、ギ

アチェンジ遂行能力の不充分さ、医療環境・システムの未整備という視点から検討を行い、以下のような示唆が得られた。

ギアチェンジへの準備体勢を整えるためには、第一に医療者が、ギアチェンジは、正解の存在しない不確かな状況の中で患者・家族を支援していかなければならないということを認識する必要がある。看護師はギアチェンジへの関わりに不安や自信のなさを感じていることを率直に認め、その上でギアチェンジに必要な知識・技術を身につけ、さらに向上させていく必要がある。患者・家族が必要とする治療や疾患に関する知識、療養の場の情報、患者・家族の意向を効果的に引き出せるコミュニケーション技術といった知識と技術を高めることにより、看護師は自信を持って患者に関わることができるようになると考える。また、ギアチェンジへの関わりは特別なものではなく、患者・家族の日常的なコミュニケーションや、的確なケアを行うことが基盤であり、そのような積み重ねがギアチェンジへの支援となることを認識する必要がある。そして、看護師がギアチェンジに対する自己の認識を明確にし、支援をしていく上での姿勢や態度を実践現場において培っていくことは当然であるが、さらに、基礎教育や新人教育においてもギアチェンジや緩和ケアに関する教育を行い、その素地を育成していくことが必要であると考えられる。

ギアチェンジはチーム医療としての取り組みが重要であり、看護師は調整的役割を取ることが期待されている。チーム医療のなかでは、多職種が互いの専門性に基づいて意見を出し合い、多角的な側面から患者・家族に対応することができる¹⁷⁾。その中で看護師は、経過に添って患者・家族の意思を確認し、必要なケアを把握することで、チームでの役割を果たすことができると考える。そして、精神面への関わりが必要であれば精神科医を中心に検討し、経済的な問題解決をする必要があればソーシャルワーカーの介入を求めるなど、各専門職者への働きかけに、看護師が自らの役割を自覚して、十分な知識・技術に裏付けされた情報を看護の立場から発信していくことが必要であると考えられる。

さらに、ギアチェンジの実現に向けては、施

設間の連携システムの構築や整備、医療者が余裕を持って患者・家族に関わるための人員配置など、必要とされる医療環境を整えていくことが必要である。しかし、未整備の現状においても、患者・家族と短時間で密接な関係を作るためのコミュニケーション技術を向上させることや、看護チームとして情報を効率的に共有することなど、看護師の意識的な取り組みによって環境・システムの不十分さの要因を補足できることもある。すなわち、看護師が多忙な中で患者・家族に関わるゆとりを生み出し、効果的に関わられるような技術を創造していくことで、患者・家族とともに納得のいくギアチェンジの実現を目指していけると考える。

VI. お わ り に

本研究では、がん患者の看護に携わる看護師が捉えた、進行がん患者のギアチェンジを支える援助の阻害要因を明らかにすることができた。今後は、本研究で明らかになった阻害要因を、看護実践の中で改善していきながら、患者・家族が納得のいくギアチェンジの実現に向けて取り組んでいきたいと考える。そして研究においては、医師を初め医療チームが捉えている阻害要因について、さらに探求していきたいと考える。

<引用・参考文献>

- 1) 厚生労働省ホームページ：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>. (cited2009-12-30) .
- 2) WHO編, 武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケアーがん患者の生命へのよき支援のために一, 金原出版, 1990.
- 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) 栗原幸江：病状の進行・変化につれて、がん患者にどのような心理社会的問題が起こるのか, 死の臨床, 30 (1), 35-37, 2008.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 小松浩子, 小島操子：ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス, *看護学雑誌*, 11 (52), 1988
- 11) 奈良林至：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, 《総合診療ブックス》ギアチェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会, 医学書院, 38-47, 2004.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 吉田智美：ギアチェンジにおけるナースの役割 外来・退院時の事例を中心に, *ターミナルケア*, 11 (3), 205-208, 2001.
- 15) 田島雅世, 小原春代：一般病棟における緩和ケアの援助—患者、家族の思いを支え続けた事例を通して—, *ホスピスケアと在宅ケア*, 36 (1), 53-56, 2007.
- 16) 西條長宏編：事例から学ぶ 安全で有効な外来がん化学療法の実践, 先端医学社, 1, 2007.
- 17) 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.
- 18) 新井達広, 藤井博文：緩和医療学KEY WORD ギアチェンジ, *緩和医療学*, 7 (2), 204-205, 2005.
- 19) 有賀悦子：一般病棟で出来る、看取りまでの段階的なサポート, *ナーシングトゥデイ*,

- 23 (10), 48-49, 2008.
- 20) 有森葉子：病院における家族ケア—一般病棟看護師の立場から—, 緩和ケア, 17 (1), 118-120, 2007.
- 21) 川上賢三：ギアチェンジとコミュニケーション・スキル, 緩和ケア, 15 (3), 225-230, 2005.
- 22) 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.
- 23) 松本仁美：ギアチェンジ期のサポート, ナーシングトウデイ, 22 (11), 22-29, 2007.
- 24) 岡本信也：消化器癌患者のギアチェンジ, 臨床消化器内科, 19 (1), 53-57, 2004.
- 25) 大川宣容, 高知女子大学紀要投稿中. 2009.
- 26) 大谷木靖子：ギアチェンジにおけるナースの役割 ギアチェンジ前の支援・調整のポイント, ターミナルケア, 11 (3), 201-204, 2001.
- 27) 志真泰夫：ギアチェンジ がんに対する治療から緩和ケアへ, ホスピスケア, 13 (1), 1-17, 2002.
- 28) 穴戸英樹：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, 《総合診療ブックス》ギアチェンジ 緩和医療を学ぶ二十一会, 医学書院, 14-23, 2004.
- 29) 高宮有介, 志真泰夫, 向山雄人：“ギアチェンジ” なにが問題か, ターミナルケア, 11 (3), 209-216, 2001.
- 30) 津田真：患者の側からみたギアチェンジ, 死の臨床, 30 (1), 33-35, 2006.
- 31) 吉田智美：シンポジウム ギアチェンジ がん治療に携わる看護師の心の動き, 死の臨床, 29 (2), 157, 2006.