

## 〈論文〉

# 「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者への 看護師と医療ソーシャルワーカーの連携の あり方に関する研究

横浜国立大学大学院 環境情報学府 博士課程後期

星名 美幸

Nursing and support to for the cancer patients in the 'gear change'  
- Research for cooperation between nurses and medical social workers -

Miyuki HOSHINA

Graduate School of Environment and Information Sciences, Yokohama National University

## 要旨

本研究は、看護師と医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）が「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者とその家族へどのような看護と援助を行っているのかを考察したものである。看護師と MSW へのインタビューデータは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）の手法で分析した。

先行研究によると「ギアチェンジ」とは、がんの症状が抑えきれなくなり今までの集中的治療を中止して、苦痛な症状の緩和を積極的に行う治療へと移行していく時期を呼ぶ。「ギアチェンジ」の時期は、がん患者や家族にとってこれまでの治療経過を通して築いてきた医療者との関係を断ち切り、新たな環境の中で治療を受けていくことになる。このような時期のがん患者に対し、医療職である看護師と福祉職である MSW がどのような看護と援助を提供し、連携しているのかを明らかにした。

分析の結果、医師より「ギアチェンジ」について説明をされた後のがん患者と家族の反応は、『がん患者・家族の退院後の方向性が一致しているもの』、『がん患者・家族の転院後の方向性が一致しないもの』『がん患者・家族共にギアチェンジを納得していないもの』の3つに分類された。その内容から、「ギアチェンジ」にあるがん患者の経過とともに看護師と MSW が提供する看護と援助を連続的な視点で明らかにした。

## ABSTRACT

In this study, we investigated the ways of the care and the assistance that are provided by nurses and medical social workers (MSWs) for the cancer patients in the 'gear change' period and their families. The data obtained through the interviews with those nurses and MSWs are analyzed by the Modified Grounded Theory Approach (M-GTA).

According to the precedent study 'gear changing,' is the word that means a transitional period when the intensive medical care is changed to the palliative care because of the incurability of the symptomatic state of the patient. In the 'gear change' period, the patient and his or her family would finish the relationships with the medical staffs that have been constructed through the therapeutic course and start to receive the palliative care in the new environment. We investigated how the medical staffs such as nurses and the welfare staffs, namely MSWs, cooperate and provide the care and the assistance to the patients in the 'gear change' period.

The interview revealed that the response of the patient and the family who received an explanation for 'gear change' by the doctor are classified into three types, 'the patient and the family share a same objective about the discharge', 'the patient and the family have different objectives about the discharge', and 'both the patient and the family disagree to change the gear'. Using the data, we evaluated the clinical course of the patient in the 'gear change' period and the care and the assistance that are provided by the nurses and the MSWs from the continuous perspective.

## 1. 研究の背景

がんは、現在日本の死亡原因の第1位で、年間約60万人が発病している（がんの統計 2012）。終末期になりがんによる痛みや苦痛な症状が抑えきれなくなると、がんの進行を抑えるための治療を中止して、苦痛な症状の緩和を積極的に行う治療へと移行していく。この時期を「ギアチェンジ」とよぶ（高宮 2001）。がん患者にとっての「ギアチェンジ」とは、自動車というギ

アが「トップ」からいきなり「バック」に入ったような急激な変化に襲われ、なかなか現状を受け入れにくい状況となることである（高宮 2001）。

わが国の医療政策の一つとして医療施設の機能分化による医療費抑制が重要課題となっている（厚生労働白書 2006）。特定機能病院の場合、平成 18 年度の診療報酬の改定により 14 日以内の入院期間に係る加算が引き上げられている。そのため、終末期がん患者などの長期入院を受け入れられる体制にはなっていない

い。病院は、がん患者の病状の進行状況を判断した上で、手術や抗がん剤などの積極的な治療の継続を中止して在宅ケアや緩和医療を専門とする病院へ転院することを勧める。その際、がん患者やその家族は病院内にある「がん相談支援センター」の医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）へ相談するが、そのほとんどは今までとおり同じ病院で継続して医療を受けたいと希望する。しかし、「ギアチェンジ」を勧められたがん患者の中には、転院などの話をされた時点で病院に見捨てられた印象を受けてしまう。がん患者にとって緩和医療を中心とした治療は終末期を意味し、病気の回復が見込めず、死の覚悟も必要となる。そのため、なかなか決意が固まらずに病状の進行により転院のタイミングを逃してしまう事もある。看護師やMSWも、がん患者にとって落ち着いた環境や自宅近くで緩和医療を受ける方が、残された時間を有意義に過せるだろうという思いから転院を勧めている。しかし、看護師やMSWとがん患者の間でのコミュニケーションが不十分なため、その思いががん患者に伝わっていないこともある。

また、外来で通院をしていたがん患者の場合では他の転院先を紹介されても、納得がいかないために紹介先の病院を受診せず、行き場を失ってしまうケースもある。このような社会問題をがん難民と称する（青木2012）。こうした危機的な状況を解決するためには、医療専門職者とがん患者が「ギアチェンジ」について同じ認識を持って移行時期を過ごせるようにする必要がある。そして、がん患者とその家族が「ギアチェンジ」の時期をスムーズに進めていける看護と援助の方法を検討していく必要がある。

これまでのがん患者の療養の場の選択についての研究では、がん患者の療養の場の選択・調整を早い時期からサポートする必要があると提言している（梅田1999）。また、奥らは療養場所の選択を行う要因について分析し、がん患者と家族は大きな迷いを感じながら緩和ケア病棟への転院を選択していたと述べている（奥2006）。

しかし、これらの研究で「ギアチェンジ」を乗り越えていく過程の中で、看護師とがん患者の相互作用について構造的に明らかにしているものは見当たらない。

一方で「退院援助」の側面に関する研究において三毛は、MSWの側面からのみに退院援助の過程をモデル化し焦点をあてているが、医療専門職者の側面からの過程については述べてられていない。退院援助の中

でも、「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者とその家族について、MSWから行われる援助と、看護師から行われる看護では、どのような点において同じであり、またどのような点において異なっているのかを検討する必要がある。また、三毛の研究は疾病を問わず大学病院に入院しているすべての患者を対象にした退院援助について述べているが、本研究ではがん患者のみを対象とした。

看護師とMSWを対象を限定したフォーカスグループを作り、「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者とその家族に対し実際に行っている看護と援助を通して、「ギアチェンジ」の進むプロセスを明らかにすることが目的である。これらを明らかにすることは、医療専門職者の一員である看護師とMSWの連携の様相を解明するとともに、がん患者が「ギアチェンジ」を受け入れスムーズに緩和医療へ移行する方法を知ることにもつながると考える。「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者の様相をケアする側から明らかにすることにより、今後の看護と援助の発展に大きな意味を持つものである。

## 2. 研究の方法

### 1) データ収集

K病院の看護師とMSWで研究参加に同意を得られた20名を研究協力者とした。今回研究協力者とする看護師とMSWの選定には看護師、社会福祉士の資格を有していること、「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者の看護と援助に1年以上の経験を有する者とした。詳細に示すと看護師は11名である。看護師の平均経験年数は7.7年であった。対象病棟での看護経験は平均2.7年である。対象病棟の看護経験が最も長い看護師は5年であった。一方、対象病棟の看護経験が最も短い看護師は0.6年である。

MSWは9名である。社会福祉士としての援助経験は平均5.8年である。K病院のがん相談支援センターでの援助経験は平均3.3年であった。がん相談支援センターの援助経験が最も長いMSWは5年であった。一方でがん相談支援センターでの援助経験が最も短いMSWは2年である。

がん看護等の職場研修を十分に受けた複数の看護師とMSWにインタビュー調査を行って生成される概念やカテゴリーなどは、彼女らの知識と経験から妥当性と信頼性のあるものと考えられる。

データ収集は、「ギアチェンジ」の時期を迎えたがん患

者とその家族とのかかわりについてフォーカスグループを作り質的データの蓄積を行った。「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者に直接看護実践している病棟で働く看護師とがん相談支援センターで相談業務に携わるMSWの3名ずつを一つのグループとした。

事例は研究者が毎回用意したものをもとに話し合い、その中で話し合った内容をデータとした。

グループの編成は毎回事例毎に行った。一回のインタビューは48分～105分、平均60.4時間であった。インタビューは就業時間の終了後に人の出入りの少ない一室を借りて実施した。録音したインタビュー内容は、終了後速やかに調査者によって逐語録に起こし研究協力者の特定ができないように匿名化した。

## 2) 倫理的配慮

病院の研究への協力及び理解を得るため、病院の責任者へ研究目的について説明し、「病院研究依頼書」を提出し研究開始の許可を得た。その倫理的配慮の具体的内容は、①研究には自由参加として途中辞退の権利を保障する②研究の参加は個人の意思であり、不利益は生じない③個人情報の守秘義務の遵守④得られたデータは研究以外の目的で使用しない⑤インタビューデータは個人の匿名性が保持されることなどである。また、インタビューの実施前には、研究目的・方法・倫理的配慮を研究協力者に口頭と書面にて説明を行って、同意を得て実施した。

また、がん患者の個人情報をそのまま取り扱うことは当該病院の倫理規定から問題があったため、再構成された事例を使ってインタビューすることとした。

## 3) 事例の概要

事例の概要は、男性4名、女性6名の10例である。事例中で退院に至ったケースは10例のうち7例だった。そのうち、ホスピス等他の病院へ転院したケースは4例で、残り3例は自宅に戻るケースだった。「ギアチェンジ」を告げられた時のがん患者と家族の反応は自宅に戻ることを希望するがん患者が半数だった。疾患名、家族構成は以下(表1)に示した。

## 4) 分析方法

インタビューデータの分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下M-GTAとする)を用いた。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、医療社会学者であるGlaserとStraussによって1960年代に

表1) 事例の概要

事例	性別	年齢	疾患名	退院後の行き先
A	女性	70代	脳腫瘍	×
B	男性	60代	食道がん	ホスピス
C	女性	70代	胃がん	在宅
D	男性	70代	大腸がん	ホスピス
E	女性	40代	大腸がん	×
F	女性	50代	食道がん	ホスピス
G	女性	50代	大腸がん	在宅→ホスピス
H	男性	50代	胃がん	在宅
I	男性	60代	胃がん	×
J	女性	50代	胃がん	×

「×」は転院せず、当該病棟で終末期を迎えた事例

考案されたアプローチの方法でデータに密着した継続的比較分析から独自の理論を生成する質的研究方法である。グラウンデッド・セオリー・アプローチの特性を踏まえた上で、GlaserとStraussの分析方法をより理解しやすいように、そしてさらに活用しやすいように木下によって開発されたのがM-GTAである(木下1999,2003)。M-GTAは、データを切片化せず現象の大きな流れやデータの中に表現されているコンテキストの理解を重視する姿勢をとっており、コーディングに分析ワークシートを用いることによりデータと生成された概念との距離を常に一定に保つことができ、よりデータに密着した(grounded on data)分析が出来ることとされている。

また、グラウンデッド・セオリー・アプローチは社会相互作用に関係し方法論が明確であることから、特に医療、看護、福祉といったヒューマンサービス部門において注目されている手法である。(木下1999,2003)

このような特性を持つM-GTAの手法を用いて実践の場の中で起こっている現象を概念化して、まとめることで、「ギアチェンジ」にあるがん患者の移行の過程を明らかにすることが出来るのではないかと考えた。

## 5) 分析の手順

M-GTAの手順に沿って、得られたデータの中で特に内容が豊かであると思われる事例から分析を開始した。M-GTAは、分析において分析テーマと分析焦点者を設定する。分析テーマとは問題意識や関心事を確認し、それらに沿って解釈が行えるように操作していくことといえる。(木下2003)言い換えると、データが得られた後で、データの全体を見渡しデータから語られていることは何かを明らかにして、データに着目する箇

所を決定していくことである。本研究における分析テーマは、『『ギアチェンジ』にあるがん患者と家族への看護と援助を提供する医療専門職者の連携プロセス』として決定した。そして、分析焦点者を医療専門職者とした。この医療専門職者の構成は、看護師とMSWの3名ずつでフォーカスグループを作った。

またM-GTAで示す概念とは、データ解釈から生成された仮説的なものであり、ひとつの概念が厳密にひとつの特定の現象を説明するという自然科学的理論における概念とは異なる種類のものである。(木下2003) そのため、既に概念として成り立っているものではなく、データに即した名称を検討し概念生成を行った。概念生成においては、分析ワークシートを用いた。さらに、ひとつの概念を基点にして概念ごとの関係性を見ながら作業を繰り返し、概念生成を行った。概念ごとの関係性の比較検討を繰り返し、複数の概念からなるカテゴリーの生成を行った。カテゴリー間の相互の関係の分析から結果図を作成してストーリーラインにまとめた。

### 3. 分析結果

#### 1) 記号の説明

分析の結果、「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者と医療専門職者との相互作用について6つのカテゴリーと18の構成概念が生成された。これらを簡潔に文章化したストーリーラインと結果図(図1)を作成した。まずプロセス全体像のストーリーラインを述べ、各構成するカテゴリー、概念について具体例(バリエーション)を挙げながら説明を行う。文中では、カテゴリーは<>、概念は【 】で示し、定義を下線、具体例(バリエーション)の一部は/で示す。今回「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者とその家族の辿るプロセスは、看護師とMSWの行った看護と援助に焦点を当て概念化を試みた。

#### 2) 全体のストーリーライン

《納得からのファーストステップ》では、医師から「ギアチェンジ」の説明を受けたとき、がん患者とその家族はがん治療の限界を受け入れ「ギアチェンジ」に向けた看護と援助が開始した。今後の方針は転院もしくは家に帰ることをがん患者と医療専門職者間で共通認識として持った。

《現実との乖離》では、医師から「ギアチェンジ」

の説明を受け、がん患者と家族の「ギアチェンジ」に向かう方向付けをすることから看護と援助が始まった。このカテゴリーでは、がん患者自身は自宅に帰って残りの余生を過ごしたいと希望していたが、家族は自宅に帰ってきたがん患者の生活を支えることの不安や負担が大きいと感じていた。そのため「ギアチェンジ」した後の生活の場について、がん患者と家族の間で意見が衝突していた。

《変化の否定》は、医師から「ギアチェンジ」の説明を受け、がん患者とその家族は「ギアチェンジ」を受け入れていなかった。そのため今後の方針について全く白紙状態が続いた。また、がん患者と家族は看護師やMSWと「ギアチェンジ」に関する会話を避けた。これらの3つのカテゴリーから「ギアチェンジ」を開始し看護師とMSWは<支援のサイクル>【見極める】【意図的な停止】と、がん患者と家族の身体的状態や心理的側面に合わせた看護と援助を実践した。

プロセスをたどる中で、当初は順調と思われた事例でも受け入れ先の病院との折り合いがつかず、全ての事例で<困難な転院>を経験した。そして<困難な転院>のカテゴリーを乗り越えて<自立への自律>と向かうがん患者と、最期まで「ギアチェンジ」を受け入れられないまま【揺れる思い】を辿った。

看護師とMSWはそのがん患者と家族の身体的、精神的状態に合わせて互いの看護と援助を提供していた。

#### 3) カテゴリーと概念の説明

6つのカテゴリーと18の構成概念について具体例を用いて以下に述べる。

##### 《納得からのファーストステップ》

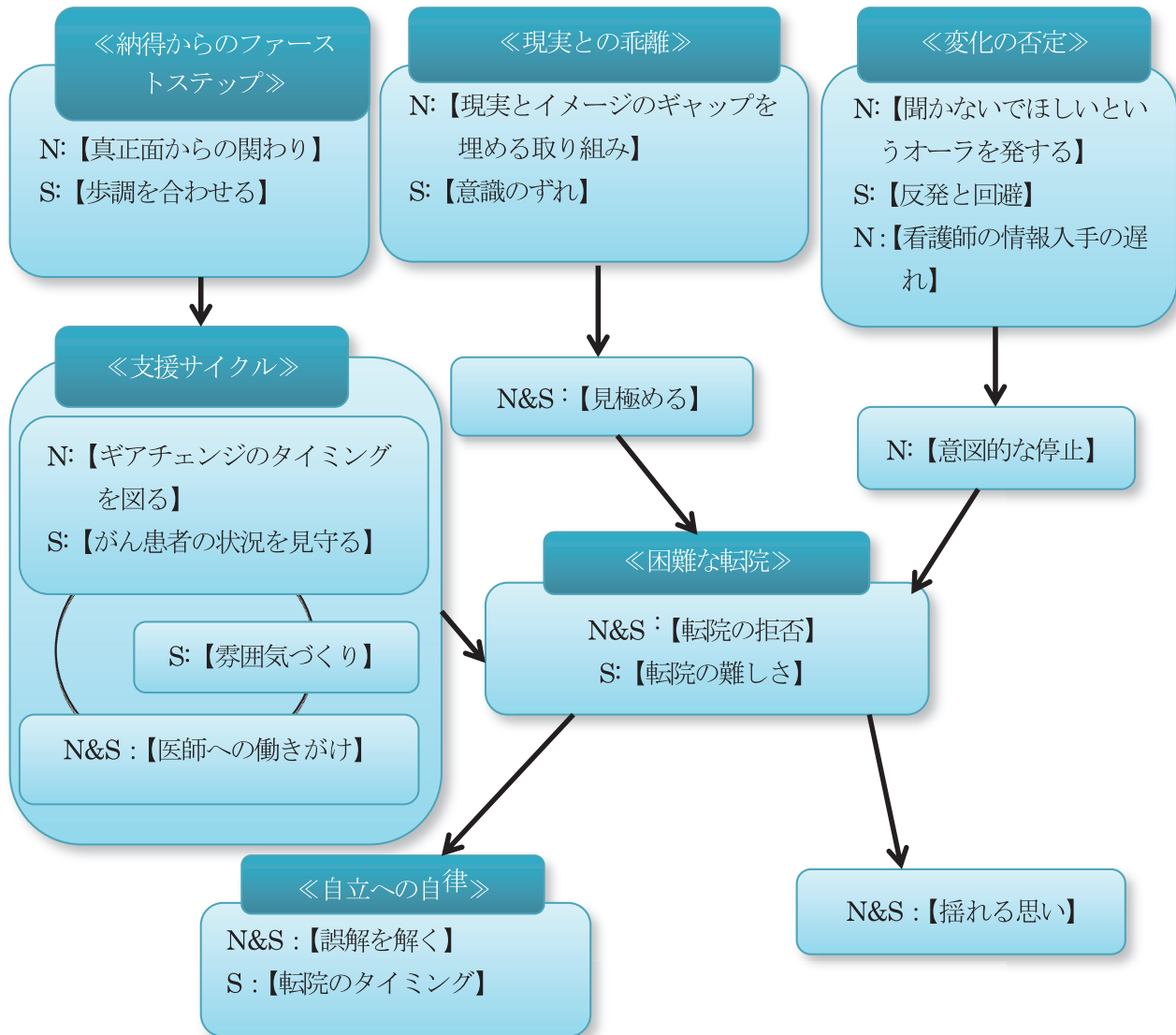
医師より「ギアチェンジ」に関する説明を受けた後のがん患者とその家族の反応は、療養生活の場を変更することについて一致した意見を持っていた。ここではMSWとがん患者の関係が強く結びつきのある場合と、看護師とがん患者の関係が強く結びつきのある場合とで概念がそれぞれ生成された。

##### 【歩調を合わせる】

「ギアチェンジ」について介入を開始したMSWとがん患者の関係性が構築していく様相から生成された。この概念の定義は、MSWのペースではなくがん患者のペースに歩調を合わせながら、がん患者の希望や気

持ちを引き出し、がん患者の強みとなる部分を探しながら関わりを持っている。である。具体例には、「とにかく焦って依頼の通り職務を遂行しようとするあまり、焦って自分のペースで進めようとしてしまわないで患者さんのペースをよく見て患者さんがきちんと納得して患者さんの足で進んでいるのかを確認しながら、患者さんの思いを意識してやっています。」「信頼関係にもよる

と思うのですが、話をしてくれそうな時には患者さんのお気持ちを直接聞いてみたりとかします。無理してつてなると余計に不安になって自分の殻に閉じこもってしまうことがあるので、なるべくそんなに聞き出そうとせず、患者さんが自分の気持ちを言えるように誘導出来たらいいかなと思って患者さんの話に耳を傾けています。」など語っていた。



N: 看護師の語りから生成された概念  
S:MSW (医療ソーシャルワーカー) の語りから生成された概念

図1 結果図

## 【真正面からの関わり】

「ギアチェンジ」について医師からの説明がされたことを受けて、日常の看護ケアを通してがん患者の「ギアチェンジ」に対する思いを引き出そうとしている。これまでの日々の関わりが土台となって、看護師とがん患者の関係性が強められていった。この概念は、残りの人生の過ごし方や今後の希望をストレートに問いかけることによってがん患者の嘘偽りのない本音を引き出している。である。具体例は、「患者さんは『どうしていきたいの』っていう話しにわざとをもっていっています『私がいなくなったときにどこに何があるのか家族へ教えてあげたいの。だからうちの整理に帰りたいの』って言うていたのだと思うのです。」「患者さんに直接ケアの合間だとかに『残りの時間でやりたいことでもあるんですか?』って直球できく。」など語っていた。

## 《支援サイクル》

看護師と MSW のがん患者との日常的な関わりの様相から生成された。ここでは、「ギアチェンジ」を意識しながらがん患者と関わる一方で、日々の変化するがん患者の身体的な症状の変化にも対応しつつがん患者のペースを崩さないよう体調に合わせて看護と援助の提供していた。このカテゴリーの中では、概念の進む方向性が一方向に進むとは限らずにがん患者の状況によって概念の間で往来が見られた。

## 【がん患者の状況を見守る】

がん患者の状態は一定でなく体調の変化は日によって変動する。この概念は体調のすぐれないがん患者に対して MSW の関わりから生成された概念である。MSW は退院に向けて手続きを進めるために要望等を確認するため病室を訪問するが、がん患者の様子や状況から退院の話しを進めるべきかそうでないかを判断し声をかけていた。この概念の定義は、MSW はがん患者とある一定の距離を保ちながら、がん患者の症状に合わせて面談を行い見守り続ける。である。具体例は、「身体症状が辛い時、吐気とか嘔吐や痛みがあるときは顔だけ見せて、『今日はお顔だけ見に来ました。』って言って、顔だけ見に行っていました。「ギアチェンジ」についてはもうちょっと落ち着いた頃にお部屋を訪れたりして様子をうかがいながら、少し前向きになれたころに話したりとかしていました。」など語っていた。

## 【ギアチェンジのタイミングを図る】

体調のすぐれない時期にあるがん患者と看護師関わりから生成した。この概念の定義は、「ギアチェンジ」の話には触れず、症状緩和に努めがん患者の安楽を最優先にする。である。具体例は、「身体症状が強い時はなかなか話ができないと思うので、少し顔を見せてちょっとお話ができそうな時を見計らっています。」など語っていた。

## 【雰囲気づくり】

MSW は「ギアチェンジ」の話をする以外にもがん患者の様子を伺い信頼関係の構築につなげるかわりを持つように努めていた。がん患者の気持ちを無視して「ギアチェンジ」の話を進めることはせず、がん患者の気持ちを大事にしていた。この概念の定義は、がん患者が気持ちを素直に表現できるような環境作りに努める。である。具体例は、『転院屋にならないように意識をしています。転院先の病院のことだけを話しに行くと、この人は病院の都合だけしか考えてないと思われるので、用事がなくても顔だけ見せるようにしています。ご挨拶だけとか、そのうちこの人が大切にしているものがだんだん聞けるようになるのではないかといい思いがある。』など語っていた。

## 【医師への働きかけ】

看護師と MSW の双方が今後の方針について進捗状況を判断し「ギアチェンジ」が進んでいないと判断される場合には、医師を巻き込んで「ギアチェンジ」を進めるように双方から働きかけを行っていた。この概念の定義は、看護師と MSW は、がん患者の様子から「ギアチェンジ」がなかなか進まないと判断した場合は医師を巻き込む。である。この具体例には、「毎日のカンファの中で、転院の話が進んでいないようであれば Dr (医師) をつかまえて転院の話はどうなっているのか聞くようにはしている。」「面談をしていて、この情報は必要だなと思ったときは看護師さんにもお知らせしておこうとか、先生 (医師) にお知らせしておこうと思うことに関しては記録に書くようにしています。」など語っていた。

## 《現実との乖離》

「ギアチェンジ」をした後の療養生活環境をどうするのか、がん患者と家族の意向が必ずしも一致していないことがある。がん患者自身は、身体的状態の変化を

気にせず自宅に戻って元の生活を送りたいと希望していた。その一方で家族は、がん患者と自宅で過ごすことに困惑を示すことがある。看護師とMSWはそれぞれ【意識のずれ】、【現実とイメージのギャップを埋める取り組み】としてがん患者やその家族に接し、がん患者と家族のそれぞれが納得できるようにサポートしている。

### 【意識のずれ】

MSWは、「ギアチェンジ」をしてからがん患者はどのようにしたいのか、希望にそった援助の提供を心がけている。しかし、身体的状況やがん患者を取り巻く環境ががん患者の希望に添えない場合もある。他の医療専門職者とコンタクトを取りながら、がん患者にとって必要なサービスを見極めてかかわりを持っていた。この概念の定義は、がん患者は在宅への希望を強く持っているが、家族は在宅ケアを行っていく自信が持てない中で、MSWは双方の思いを聞きながら「ギアチェンジ」に向けた調整を図っている。である。具体例には、「帰りたい気持ちと、家族が自宅で看るのは難しいという気持ちの調整を図っていく必要がありました。現実として、お家に帰れる状態かというのは、看護師さんや先生（医師）たちと相談しながら決めていく必要があると思いました。もし帰れる状態ならば、在宅に向けてのサービスを考えたり、それが難しいのなら近くの病院を探さすなど、他の方法を考える必要があると思えます。」と語った。

### 【現実とイメージのギャップを埋める取り組み】

看護師は日常の看護を通してがん患者の身体的側面での能力を見極めて、果たしてがん患者の希望が現実的に可能かどうかをこれまでの経験を生かしながらか判断している。また、同時に家族の思いにも配慮して「ギアチェンジ」に向けた看護の提供に結び付けている。この概念の定義は、がん患者の帰りたい気持ちを受容しながら現実的な方法を提案したり、今後の生活をイメージが出来るように日常のケアを通してがん患者を導いていく。である。具体例には、「家族が家では無理だって言っているけど、日常生活を看ていけば在宅が無理かどうか分かるのでご家族やご本人の気持ちを受け止めながら良いと思われる方法を提案したりします。ベッド上安静が強いられているので、本当に家族がみるのは難しいんだと思うんです。そういった場合には、在宅ではなくて、外

出や外泊で家に帰っていただくのが一番良いのではないかと思うので、IC(医師から患者家族への方針の説明)に入った段階で完全に在宅で行うのではなく自宅近くの病院などで過ごしながらか外泊で家に帰るなどの方法を勧めてみるとか、調整を図ることが必要だなと思って関わりました。」と語っていた。

### 【見極める】

看護師とMSWは、がん患者と家族の間で「ギアチェンジ」後の療養生活の方針が一致していないことに対して、がん患者の状態と取り巻く環境を考慮して現実的な方向性を見極めて、がん患者とその家族が受け入れられるように看護と援助を提供していた。つまり看護師とMSWは、入院生活のがん患者の状況から総合的に判断し、「ギアチェンジ」が可能な方向に導いていこうとした関わりをしていたということである。この概念の定義は、「ギアチェンジした後の生活の場について、ホスピスへ受診や外泊など行ったときの状況を踏まえて現実的な目標を見極める。」である。具体例には、「外泊のことは、あまりご本人は話しながらご自分で考えている以上に出来ない自分が見えてしまいショックだったようです。外泊によって、家に帰ることもあきらめたといった感じでした。その後、お体の状態を見ながら外泊など家に近いところに移りましょうという形で、『ギアチェンジ』を進めていくことになりました。」「看護師さんがおっしゃっているように、Aさんには在宅ですと暮らすのは難しくても外泊など家に帰れる方法を一緒に考えていきましょうという形でご本人には納得をいただくようにしました。」など語っていた。

### 《変化の否定》

医師の説明後、がん患者とその家族が「ギアチェンジ」を受け入れられない場合がある。看護師とMSWは、「ギアチェンジ」に向けて準備に取り掛かろうとするが、今後の話をする状況ががん患者は避けようとして医療専門職者とがん患者側との間で良好な関係が築けない日々が続いた。そのため看護師もMSWもがん患者に深く寄り添えていなかった。

### 【聞かないでほしいというオーラを発する】

看護師とがん患者の間のやり取りから生成した。看護師はがん患者の表情や訴えから「ギアチェンジ」を

受け入れていないことを察知しながらかわった。この概念の定義は、看護師は、「ギアチェンジ」について話をしないでほしいというがん患者からのオーラを感じて具体的に問いかねられない。である。具体例は、「患者さんに直接話して転院についてどう考えているのって尋ねることもある。でも、あまり話したがらない感じがあった。そうするとこちらも訊けなくなってしまう。患者さんに直接尋ねるのはやめて家族に訊いてみたりするはするけど、家族もあまり乗り気じゃなかったりして。」「患者さん自身『ギアチェンジ』ができていないかという、できていないし、それ以前に現状も受け入れていない感じ。だから、私達の話もあまり聞いてくれないという感じがある。」など語っていた。

### 【反発と回避】

MSW とがん患者の間のやり取りから生成した概念である。「ギアチェンジ」を受入れていないがん患者は、MSW が病室を訪問すると何らかの理由をつけて MSW の話には耳を傾けようとしなかった。この概念の定義は、「ギアチェンジ」の話をされると察知して、ベッドサイドを訪れる MSW と接触を避けようとする。である。具体例は、「もうここの病院を追い出されるという感じで、『お風呂に一週間入れてもらえない』とか言われて、『お風呂大丈夫ですよ』と言うと『今は食事の時間だから食事が先だ』と試みてみたり、ストレートに気持ちを伝えてくれなくて、屈曲したような感じで伝えてきたり、それって何でここにいられないんだろうという気持ちの表れだと思う。」と語っていた。

### 【看護師の情報入手の遅れ】

がん患者が入院してから日数が経っていないため看護師とがん患者の信頼関係が構築されていない。また、医療専門職者間の情報共有も不十分なため、看護師側は「ギアチェンジ」に向けて動き出したことを気付かず日常の看護を提供しているケースもあった。この概念の定義は、看護師が「ギアチェンジ」についての情報を正確に入手していないため、「ギアチェンジ」に対するケアを十分に提供できていない。である。具体例は、「実際 MSW が入っていることを知らなかった。MSW に関わってもらっていたら後々に知った。」「なかなか病棟の中だけだと知りえない情報を相談支援室(がん相談支援センター)のほうでは持っていたりすることもあるので情報交換をもっと活発にする必要があるんだと思うんですね。」など語っていた。

### 【意図的な停止】

《変化の否定》の後は【意図的な停止】に進んでいく。【意図的な停止】は、がん患者は「ギアチェンジ」をして転院することを受け入れられないプロセスをたどる。その間「ギアチェンジ」についての話に進展が見られない状態に陥り、がん患者と家族は看護師との接触を極力避けようとしてくる。この定義は、「ギアチェンジ」が順調に進まず、がん患者と家族の意識的な行動によって止まってしまいう状態に医療専門職者は苦慮している。である。具体例は、「転院を拒否している家族って、転院先の病院のことを自分たちの中で勝手に評価して、そして病棟にも連絡くれないから話が進まなくなっていた。」「治療に悩んでいたり、家族が転院に消極的だったりすると、なかなかがん相談支援センターに行ってもらうのが難しい。先生(医師)は、結構プッシュして転院っていうこともあるんですけど、家族や患者の気持ちがはっきりしないと進まなくて。」など語っていた。

### 《困難な転院》

《支援のサイクル》、【見極める】、【意図的な停止】は、《困難な転院》へ進む。これまで「ギアチェンジ」が順調に進んでいたように見えても、転院の話が進まない時期がある。このカテゴリーは、【転院の拒否】、【転院のむずかしさ】の概念から生成された。

### 【転院の拒否】

がん患者と家族は、医師からの説明の後「ギアチェンジ」することを一旦は受け入れて準備を進めている場合でも、最期まで病院を変えず病状に合わせた治療を継続したいと望む。慣れた環境の中で治療を継続していきたいという思いや、先端医療設備の整っているところでの治療を継続したいという思いが強い。この概念の定義は、医療設備や医療技術のレベルからがん患者は当該病院から他の病院への転院を拒否する。である。具体例は、K 病院での治療を希望する。やっぱりネームバリューで病院を選んできている人も多いし、K 病院で最期を迎えたいって思う人が多い。「(転院先の) 受入れがあったとしてもご家族がその病院を見て、ここは行きたくないって言われることもある。」など語った。

### 【転院のむずかしさ】

MSW はがん患者と家族の要望を加味しながら転院先を探し、調整を図っている。しかし、診察までに数



ヶ月の期間を要したり、ベッドの空き待ちの状態が続くなど希望にそぐわないことがある。この概念の定義は、がん患者の希望にそった他施設への転院調整することを困難だと感じている。である。具体例は、「PCU（緩和ケア病棟）自体が少なく、PCUって通常2～3か月待ちなんですね。ベッドがあったと連絡がいただけるまでに時間がかかります。そうするとPCUに行かれる人はそれくらいかかってしまいます。ワンクッションどこか一般病院でとんでも緩和ケアの患者さんを一般病院でみていただけたところもなく、難しいですね。」「受入れ側は少ない。痛みのコントロールの必要なリスクの高い患者さんだったらなおさらね。痛みを中心に専門にみってくれる先生って本当に足りないのが現状なんです。」などが語られている。

#### 《自立への自律》

《困難な転院》の中で転院が難しくなる理由に対して、看護師、MSWが解決に向けて働きかけ、「ギアチェンジ」の方向に向かったものから生成された。

#### 【誤解をとく】

看護師およびMSWとがん患者の間で、「ギアチェンジ」に対するがん患者が誤解している部分をひとつずつ解決させながら、転院に向けて看護と援助を提供していた。この概念は、主にMSWとがん患者との間で表れたが、看護師もがん患者が誤解している部分を把握してわかりやく説明を加えて看護していた。この概念の定義は、がん患者が「ギアチェンジ」をどのように受けとめているのかを確認する。がん患者の転院に対するイメージに誤解をとく。である。具体例は、「ここで治療放棄されたみたいなことを患者さんが口にするところあるんですけど、『治療がないわけじゃないんです。先生（医師）はこういう意味でおっしゃったんじゃないですか？』っていうことで通訳みたいな感じでお話して決して悪口になったりとか同調っていうんですか先生の悪口を一緒に言ったような印象にならないように注意しています。」「私も、『抗がん剤の治療で今の状態ではこういうことが辛いんですね。吐き気や血液データとかも一緒に見ながら白血球が少ないからとか血小板が少ないから動きも制限されて辛いんですね。やっぱりこれ以上身体を酷使して抗がん剤を続けるのは辛いんじゃないですか？』みたいな話をして、そうしたら、『先生はこの辛い状況を見て多分この身体のことを考えてもう出来ないって言ったと思うから、身体のこと考えて他の治

療の方法を考えてみたら。』って話したことがあります。」など語っていた。

#### 【転院のタイミング】

MSWとがん患者の関係から生成された概念である。転院の時期を調整し、「ギアチェンジ」を逃さない様にごん患者の意向と転院先の状況を調整している。この概念の定義は、受入れ施設の準備を整える。がん患者が転院を決心するタイミングを待つ。である。この具体例では、「病院から離れることが嫌で、納得できるまで、移動先のホスピスには（転院する意志が固まるまで）ベッドをあけて待っていただくように頼んでいました。」など語った。

#### 【揺れる思い】

【揺れる思い】は、《困難な転院》の後「ギアチェンジ」の時期を逃してしまった事例から生成した概念である。この概念では、看護師とMSWの両者とがん患者のやり取りから生成された。「ギアチェンジ」の必要性は理解していても転院に対しての抵抗を感じたり、がんによる症状悪化によって転院もしくは在宅へ移行するタイミングを逃していた。この概念の定義は、最期までがん患者の「ギアチェンジ」に対する気持ちが定まらず、「ギアチェンジ」の時期を逃す。である。この具体例は、「一度転院したら、そこでずっとみてもらうっていう感じで送り出さないといけないのかなって。またここで緊急入院とか。まだうちの病院と繋がっているとどうしてもここに戻りたいと患者さんは思いますよね。ここではもうみられないからって言わないといけないと思う。しっかり『後はお家に帰ること、近くの病院と連携を取り合っていい時間を過ごしましょうね。』みたいに送り出してあげないと。トラブルじゃないけど難しいのかな。」「ずっと『ギアチェンジ』に対して気持ちが揺れていて、亡くなるまで揺れているのが人間なんだと思います。その揺れに対応するホスピスがなかなか見つからないっていうのが現場の悩みでもあるんですけど。」と語っていた。

## 4. 考察と結論

### 1) 「ギアチェンジ」を告げられた時の3つのパターン

概念とカテゴリーの相互関係性から医師より「ギアチェンジ」を告げられた時に、『がん患者・家族の退院後の方向性が一致しているもの』、『がん患者・家族の

転院後の方向性が一致しないもの』『がん患者・家族共にギアチェンジを納得していないもの』の3つのパターンに分類された。それぞれのパターンから『がん患者・家族共にギアチェンジを納得していないもの』の場合、4名中3名が転院は出来なかった。転院の出来なかった残りの1名は『がん患者・家族の転院後の方向性が一致しないもの』であった。

一方で、『がん患者・家族共にギアチェンジを納得していないもの』でも、1名は在宅へ転院している。転院が出来たのは『がん患者・家族の退院後の方向性が一致しているもの』の3名がもっとも多く、次に『がん患者・家族の転院後の方向性が一致しないもの』が2名であった。

『がん患者・家族共にギアチェンジを納得していないもの』の場合は転院が難しいという結果が出たが、他の2つのパターンでは「ギアチェンジ」を受け入れていくプロセスにおいて看護と援助の内容に大きな差は見られず、同じような概念とカテゴリーが生成されていることも明らかとなった。

## 2) 援助者とがん患者の相互作用

今回のプロセス全体を通して医療専門職者である看護師とMSWの間において、お互いの職種の専門性を活かした情報共有が不十分であった。特に「ギアチェンジ」を納得している場合や、それぞれ看護師とMSWが、がん患者と関係性が良好な場合は、がん患者と直接「ギアチェンジ」に関する情報を共有できているため、看護師とMSWの間では情報共有はあまり行われていなかった。

また、納得していないがん患者に対して「ギアチェンジ」の開始時期は、看護師とMSWの間で情報共有の場面が乏しく、がん患者のペースに巻き込まれ転院の話がスムーズに進まない状態に陥ったと考える。

一方で、お互いの職務の分担領域を理解し、お互いの役割の遂行によって情報共有が十分に図られて、看護と援助に結びつけている場面では相互作用が見られた。【見極める】の概念では、MSWはがん患者と家族の意向にズレが生じている事例の中で、看護師の【現実とイメージのギャップを埋める取り組み】の概念に沿った援助を提供していた。看護師はがん患者の意向に沿った方向性に「ギアチェンジ」することが可能なかを確認するため、実際にがん患者が試験外泊を提案した。それは、がん患者と家族が「ギアチェンジ」後自宅での生活に無理がないのかを見極められるよう看護

をしていた。その結果を参考にMSWは、「ギアチェンジ」後の生活の場が自宅へ戻るのか、他の病院への転院なのか方針を見極めてがん患者と家族を援助していた。

また【誤解をとく】の概念では、看護師とMSWはがん患者が「ギアチェンジ」することの決心がつかない理由に医師の説明に誤解している部分があることを捉えていた。そして、医師の言葉不足の部分を補った説明をすることでがん患者と家族の不安を軽減させ「ギアチェンジ」することの決心につなげていた。三毛は、「直接援助としての退院援助におけるワーカーと医療職の相互作用では、(中略)ワーカーが医療職の職務遂行を引き出すという側面のみならず、ワーカーも医療職の動きや考え方からメリットを受けるという部分がある。それが職務の相互補完である。」(三毛 2003)と述べているように、本研究においても三毛のいう「職務の相互補完」が見られた。

## 3) 「ギアチェンジ」の時期にある患者への看護と援助についての応用

本研究の結果から、「ギアチェンジ」の時期にあるがん患者への看護師とMSWの連携のとり方について応用を検討したところ、看護師とMSWの連携に違いが表れた。

特に「変化の否定」は、「ギアチェンジ」を開始した時点では特に納得していない患者との関わりにおいて、【看護師の情報入手の遅れ】のような事態が起こり「ギアチェンジ」に関する看護が十分に行えていなかった。看護師は、他の医療専門職者との情報共有を図って、がん患者が「ギアチェンジ」をどのように受け入れているのかを確認していく必要があった。

また、今回のプロセス全体を通して看護師とMSWの間では、連携の必要性は理解しているものの意識して情報共有していなかった。中でも、「ギアチェンジ」について納得していると判断した場合や、それぞれの職種でがん患者との関係が良好な場合は、医療専門職者間における連携についての意識が薄かった。それは、がん患者と直接的な会話で情報がとれるので、相互の職種との連携を意識することなく対応が出来てしまったためと考える。がん患者の間では「ギアチェンジ」に関する情報を共有しているが、看護師とMSWの間でも情報共有を強化する必要がある。医療専門職者間の連携の強化は、「ギアチェンジ」にあるがん患者の支援体制の強化にも繋がり、「ギアチェンジ」を更

に進めやすくしていくと考える。

本研究で表された結果から、どのがん患者の場合でも「困難な転院」は存在することが明らかになった。がん患者と家族がどのような理由で「ギアチェンジ」を躊躇しているのかを把握し、その内容を看護師とMSWの中で情報共有して転院のタイミングを逃さないように、お互いの役割を十分に果たせるような連携をしていくことが重要だと考える。

丸口は、「医療従事者間の関係というのは自然に患者には感じられるものである。」と述べている。(丸口2000)。医療専門職者の連携が不十分なことはがん患者にも伝わり、「ギアチェンジ」の移行を遅らせている原因にもなりうる。がん患者の日常のケアにも影響をおよぼしかねない。看護師とMSWで話し合いの場を持つことや、看護師が行うチームカンファレンスに「ギアチェンジ」のがん患者について議題が上がる場合はMSWの参加を依頼し、対面的に情報共有し連携を深める必要がある。

しかし、看護師やMSWは多くのがん患者を受け持っている。更に看護師は勤務体制が24時間シフトの体制でお互い顔を合わせて連携を深めることは現実的に困難である。現在電子カルテ化が進み、情報共有は紙のカルテのときよりも良好になった。電子カルテをさらに上手に活用してお互いが得た情報を共有することができれば連携を深めることにつながる。また、医療専門職者ががん患者を中心に連携を強化して仕事をすることを常に意識することも重要と考える。

## 5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、研究期間内でデータ収集と研究協力者への協力の要請を行う都合上、厳密な理論的サンプリングを行うことができなかった。また、事例の数も少ない中での分析となった。そのためプロセス全体の分析の緻密さを統一することに限界があった。

調査研究期間内の終了時点で、生成したカテゴリーは理論的飽和に達したと判断して調査を終了したが、今後も引き続き調査研究の継続する必要がある。事例数を増やし、「ギアチェンジ」を納得して転院となるがん患者のプロセスと、納得できずに転院するがん患者のプロセスの違いについて詳細な解明へとつなげ、理論生成の一般化を目指していく必要があると考える。

## 6. 引用・参考文献

- 青木晃 (2012) 「保健診療ががん難民をつくる」 幻冬舎
- Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss / 木下康仁訳 (1999) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ - 質的実証研究の再生』 弘文堂
- がん研究振興財団 (2012) 『がんの統計』
- 木下康仁 (2003) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』 弘文堂
- 木下康仁 (2005) 『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』 弘文堂
- 木下康仁 (2007) 『ライブ講義 M-GTA 実践質的研究法』 弘文堂
- 厚生労働省監修 (2007,2008,2009,2010,2011,2012) 『厚生労働白書』
- 丸口ミサエ (2000) 「緩和ケア」 季羽倭文子監. 『がん看護学』 (pp.103-112) 三輪書店
- 三毛美予子 (2003) 『生活再生にむけての支援と支援インフラ開発—グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み—』 相川書房
- 奥祥子他 (2006) 「一般病院から緩和ケア病棟へのギアチェンジ」 『看護研究』, 39 (3), pp.216-222
- 小野田典子他 (2002) 「積極的治療の中止を告げられたがん終末期患者の意思決定を支える看護」 『日本看護学会誌』, 18 (2), pp.73-77
- 鈴木要子他 (2001) 「がん患者の心理過程と医療に対する希望 - ホスピスケア受診に至るまでの過程において -」 『がん看護』, 6(3), pp.255-260
- S・ヴォーン / J・S シェーム / J・シナグブ (監) 井下理訳 (1999) 『グループ・インタビューの技法』
- 高宮有介 (2001) 「ギアチェンジの動向と問題点」 『ターミナルケア』, 11(3), pp.172-176
- 東恩納貴子他 (2002) 「末期がん患者の在宅看護への支援 - 終末期における患者の意思決定と家族へのかかわりを通しての考察 -」 『成人看護Ⅱ』 33, pp.189-191
- 梅田恵 (2000) 「大学病院に入院するがん患者の療養の場の選択・調整のための援助」 『ホスピスケアに関する研究報告』, 1, pp.29-31
- 安梅勅江 (2004) 『グループ・インタビュー法』 医師薬出版株式会社
- WHO 編 / 武田文和訳 (1993) 『がんの痛みから解放とパリアティブケア』 金原出版