

学位論文

ギアチェンジの時期にあるがん患者の看護のあり方に関する研究
- 病棟看護師と医療専門職者の連携・協働について -

A study of the status of nursing for cancer patients in the changing gear phase:
cooperation and collaboration between ward nurses and other medical
professionals

国立大学法人 横浜国立大学大学院 環境情報学府

星名 美幸

MIYUKI, HOSHINA

2017年3月

2016年度 博士課程後期 学位論文

ギアチェンジの時期にあるがん患者の看護のあり方に
関する研究
- 病棟看護師と医療専門職者の連携・協働について -

A study of the status of nursing for cancer patients in the changing
gear phase:
cooperation and collaboration between ward nurses and other
medical professionals

横浜国立大学大学院 環境情報学府
環境イノベーションマネジメント専攻
責任指導教員： 安藤 孝敏 教授
学籍番号： 09TE005
星名 美幸

MIYUKI, HOSHINA

2017年3月

目次

	頁
はじめに	1
1. がん患者にかかわる看護とその現状	5
1.1 がん患者を取り巻く状況	5
1.2 「ギアチェンジ」「がん患者」「連携・協働」について	7
2. ギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待について	
病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築	10
2.1 役割理論	10
2.2 ギアチェンジを告げられる前と告げられた後のがん患者の 役割期待の変化	12
2.3 研究方法	12
2.4 結果	13
2.4.1 患者の役割に関する看護研究の動向	13
2.4.2 がん患者における役割	15
2.4.3 「ギアチェンジ」に関する文献	17
2.4 考察と結論	21
3. 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ついて	25
3.1 ギアチェンジの時期にあるがん患者とその家族への 看護と援助	25
3.2 研究方法	25
3.2.1 データ収集	25
3.2.2 倫理的配慮	26
3.2.3 事例の概要	26
3.2.4 分析方法	27

3.2.5	分析の手順	28
3.3	結果	28
3.3.1	記号の説明	28
3.3.2	全体のストーリーライン	29
3.3.3	カテゴリーと概念の説明	29
3.4	考察	39
3.4.1	ギアチェンジを告げられた時の 3 つのパターン	39
3.4.2	援助者とがん患者の相互作用	40
3.4.3	ギアチェンジの時期にある患者への看護	41
4.	終末期医療に移行していくがん患者にかかわる看護師と 医療専門職者の協働について	43
4.1	退院支援を行う看護師と MSW の協働のメソッド	43
4.2	研究方法	43
4.2.1	研究施設とインフォーマント	43
4.2.2	インタビュー調査の概要	43
4.2.3	分析	44
4.2.4	倫理的配慮	45
4.3	結果	45
4.4	考察と結論	51
4.4.1	看護師と MSW の協働	51
4.4.2	ホスピスへ転院する終末期がん患者にかかわる看護師の 様相	52
5.	がん患者の困難な転院をささえる看護（総合考察）	54
5.1	ギアチェンジの時期におけるがん患者の移行プロセス	54
5.2	ギアチェンジの時期にあるがん患者への看護師の役割	55
5.3	がん患者の役割期待のズレ	56
5.4	看護師と MSW の連携・協働がギアチェンジに与える影響	57
5.5	今後の課題	58

おわりに	60
参考文献	61
謝辞	75

はじめに

入院治療中にあるがん患者は、積極的治療から緩和的治療へ移行する際、必ずギアチェンジをしなければならない瞬間が訪れる。その時、がん患者は自分に近づいてくる「死」をより鮮明に感じてくる。

終末期がん患者は、在宅ケアやホスピス以外では、地域に根ざした病院の一般病棟で急性期の患者とともに療養生活を送っているのが通常である。一般病棟では、基本的な日常生活援助は積極的に行なわれているものの、「死」を受容するための援助や終末期がん患者とその家族への積極的な介入は困難な状況であることは既に報告されており、がん医療水準の均てん化からも終末期がん患者の療養生活の質の向上を目指した看護実践の提供は急務である¹⁾²⁾。また、がん看護に携わる専門的な知識及び技能を有する看護師の育成を図ることの重要性はがん対策推進基本計画²⁾などからも示されている。そのため、一般病棟で働く看護師でも終末期がん患者の療養生活を支えることができるよう看護師の育成が求められている。

第1章では、がん患者にかかわる看護とその現状について述べる。1981年以来、がんはわが国の死亡原因の第一位であることから、がん対策を総合的に推進するために2007年4月よりがん対策基本法が施行された。2012年6月がん対策推進基本計画に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が盛り込まれた。それらは、がん患者が主体となる医療の推進であり、治療だけでなく療養生活の質も重視して支えていくことの重要性を示していて、がん専門病院などの高度で先進的な医療から緩和医療へのシームレスな医療体制の充実を図っていくことの大切さについて述べた。そして、本論のキーワードとなる「がん患者」「ギアチェンジ」「連携・協働」についての概要を示した。

第2章では、病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築をギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待に関する研究を行った。ギアチェンジを告げられ意思決定する前のがん患者と、その後のがん患者の役割にはどのような変化が起きているのかを明らかにした。入院中の患者はどのような役割があり、他者からどのような役割を期待されているのかを「看護師から患者への役割期待」、「医師から患者への役割期待」、「家族から患者への役割期待」、

「病院からの役割期待」の4つに分類して分析を行った。その結果、ギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待は、ギアチェンジポイントを境に看護師・家族・医師の役割期待は変化すると捉えられ、ギアチェンジの時期にあるがん患者の役割期待と病院からの役割期待を概念枠組みの図にまとめた。

ギアチェンジの前では、看護師、医師、家族は患者に対して、「積極的に病氣と闘ってくださいという期待」を持っていた。そして、治療を続けるが積極的治療にも限界が生じる。その瞬間が、ギアチェンジポイントとなる。ギアチェンジの後、患者に「症状緩和を最優先にしてくださいという期待」へと変化する。その一方で、病院のルールを守ってくださいという「病院からの役割期待」に変化は起きていないことも明らかにした。これらのことから、看護師は、がん患者の役割を知ることで、そのがん患者に合った接し方や看護の方法を工夫することができることが示唆された。

第3章では、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において、看護師と医療ソーシャルワーカー（以下MSWとする）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）の手法を用いて分析した。転院となるギアチェンジの時期は、がん患者とその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、看護師とMSWがどのような看護と援助を提供し、そして、連携をとっているのかを明らかにした。

その分析の結果、医師よりギアチェンジについて説明をされた後の患者とその家族の反応は、『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、ギアチェンジの時期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の連携について連続的な視点で明らかにした。

第4章は、終末期医療に移行していくがん患者にかかわる看護師と医療専門職者の協働に関する研究である。

日本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な課題となっている。大規模な病院で治療をするも先進的医療の効果があらわれず、医師にこれ以上の治療が患者の負担を大きくすると判断されたがん患者は、入院後間もなく、緩和治療病棟を有する病院やホスピスなどの転院もしくは在宅ケアなどの療養生活を勧められることとなる。一定の期間内に退院の決意ができなかったがん患者らは、病状の進行からホスピスなどへの転院のタイミングを逃してしまうこともある。それが、社会問題にもなっている「がん難民」である。本章では、ホスピスケア病棟と在宅へ転院することのできた高齢者のがん患者の事例のみを調査の対象とし、退院支援を行う看護師とMSWの協働のメソッドを検討した。調査は、フォーカスグループインタビュー法を用いてデータ収集し、質的帰納的分析を行った。その結果、6のコアとなる主要コードと17の副次コードが抽出された。それらの考察から、ホスピスなどへ転院はできたにもかかわらず、どのケースにおいてもがん患者は【困難な転院】へと到達していたこと、終末期医療における転院に関しては、看護師は他の医療専門職者との協働が不可欠であるということ、これは単に、がん患者と看護師の信頼関係が構築できただけでは転院はうまくいかないということが明らかにできた。

第5章のがん患者の困難な転院をささえる看護では、ギアチェンジに向けてすべての環境が整い、すべてが順調にいてもギアチェンジをするには、必ず一定の時間を要することが明らかになった。そして、どのような場合でもがん患者は【困難な転院】を感じながら、退院など次のプロセスへと進んでいく。そんな時、がん患者とその家族に最も近い存在であるのが看護師である。がん患者と家族の抱える問題をいち早く察知し、それを周囲に発信し、そして、その問題の解決に結びつけられる最良の方法を提案していくのも看護師の大切な役割である。

がん患者は様々な葛藤から常に心が揺れていてギアチェンジポイントまでギアを入れられずにいるケースがほとんどであった。このギアチェンジポイントに最も近づいた時こそ看護師とMSWをはじめとした医療専門職者は連携・協働を強め、患者をサポートしなければならない時期であることが明らかになった。つまり、ギアチェンジポイントの周辺こそが、看護師とMSWをはじめと

した医療専門職者の連携・協働が最も重要な時期であるといえる。看護師らは自分たちの入手した個々の患者の情報を共有し、それを十分に活用することができれば、ギアチェンジに費やす時間を短縮することも可能となる。それは、残された時間の少ない終末期がん患者の QOL の向上にも繋がってくると考えられる。

著者は、首都圏に位置する大規模病院で病棟看護師、そして副看護師長として 10 年以上のキャリアを積み、ギアチェンジを必要とするがん患者らとかかわってきた。世界的にも最先端のがん治療を行っている大規模病院では、医師、看護師をはじめとした高度な医療専門職者が集結している。医療専門職者の個別の能力は、非常に高いものの、連携・協働のプロセスが十分に確立されていないために、その専門性が発揮されないというケースを何度となく目にするのがあった。がん患者らは、ギアチェンジすることを強いられて退院せざるをえない状況にやり場のない怒りを覚えたり、病院に見捨てられたような感情を抱いている場面にも遭遇してきた。病院内の連携と協働がうまくいけば、がん患者の QOL の向上に繋げることができるとともに、がん看護の発展にも貢献でき、その意義は大きい。専門性の高い医療専門職者の能力を十分に発揮できるような医療連携と協働を模索し、がん患者のスムーズなギアチェンジ、つまり、退院支援に役立てられる研究を行ってきた。

本論では、入院治療中のギアチェンジの時期にあるがん患者を支える看護師にフォーカスして他の医療専門職者との連携と協働について検証した。がん患者がギアチェンジをしてから緩和医療へスムーズに移行するには、看護師と他の医療専門職者はどのような連携と協働を意識していかなければならないのかという点を 2 つの実証研究から解明した。さらに、ギアチェンジを告げられる前のがん患者と、ギアチェンジを告げられた後のがん患者の役割の変化を文献研究から明らかにし、新たな概念枠組みを構築した。

終末期がん看護の連携と協働のメソッドの一端を解明し、それらに裏づけられるがん患者の役割を知ることは、そのがん患者に合った接し方や看護の方法を工夫することができる。それは、質の高い看護の提供にも繋がられると考える。

1.がん患者にかかわる看護とその現状

1.1.がん患者を取り巻く状況

がんは、1981年からわが国の死亡原因の第1位となり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている。2014年には、がん死亡者数は36万人を超え、今後も高齢者を中心に増加が予想されている。¹⁾²⁾

このような現状を踏まえてがん対策を総合的に推進し、全国どこでも一定水準のがん治療を受けられるようがん治療の均てん化を目指して、2007年4月にがん対策基本法が施行、同年の6月には「がん対策推進基本計画」が施行された。さらに2012年6月がん対策推進基本計画の中に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が盛り込まれた³⁾。これはがん患者が主体となる医療の推進であり、治療だけでなく療養生活の質も重視して支えていくことの重要性を示している⁴⁾。

かつての医療では、緩和ケアはがんそのものを縮小させる治療が困難な状態となった終末期になってから開始するのが主流の時代もあった。しかしながら、2002年にWHO(世界保健機関)では、緩和ケアについての定義をまとめ、「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである」とした。そのため「身体や心のつらさ」に焦点があてられて、がんが進行した患者だけでなく、がんと診断された時からがんによる痛みや苦痛な症状を取り除くための緩和ケアを開始するようになってきた⁵⁾。このような背景のもと、がん専門病院などの高度で先端的な医療から緩和医療へのシームレスな医療体制の充実を図れるよう取り組まれている⁶⁾。しかし、がん患者らは病状の再発やがん縮小をあきらめざるを得ないと治療の限界を感じる時期がやってくる。この時期をギアチェンジと呼ぶ。ギアチェンジとは、がんそのものの消失もしくは縮小を目指すために行う手術や放射線治療、化学療法などの積極的治療から、治療の目的を治癒以外に方向転換し症状緩和を主とした治療の選択に変更していく時期をいう⁷⁾⁸⁾。そこで少しでも穏やかにギアチェンジができるように、急性期を過ぎたがん患者は、病院を受診したその時から他の

病院への転院が必要になることを担当医師から告げられる⁹⁾。また、早い段階でがん相談支援センター等の介入も行われている¹⁰⁾。しかしながら、先端的な医療を受けたものの治る可能性が低く、ホスピスや緩和ケアを中心に行う病院へ転院を勧められたがん患者のほとんどが、「自分はもう治らないのか」「自分は死を待つだけなのか」と追い詰められてしまう。同様に終末期がん患者を支えてきた家族たちにも動揺が見られる¹¹⁾。また、終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」によれば、6カ月程度の死期が迫っている場合、通い慣れた病院での入院を希望する人がほとんどだという結果もあらわれている¹²⁾。

他方で、患者が負担する医療費をみると、国民皆保険の実現により日本に住むほとんどの人は、保険証1枚でいつでも患者の希望する医療が受けられるように公平な医療機関へのアクセスが保障されてきている¹³⁾。我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保険医療水準を実現している¹⁴⁾。国民の負担比率は年齢と収入から決定され、75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割）、70歳から74歳までの者は、2割（現役並み所得者は3割）、70歳未満の者は3割となっている。また、6歳（義務教育就学前）未満の者は2割を自己負担¹⁵⁾であるが、地域によっては、小学生までは市町村などが公費で個人の支払分まで別途負担してくれることから、実質的な個人負担額がゼロになるケースもある¹⁶⁾。

その一方で、日本の医療費は急激な増加が見られ、国内総生産や国民所得を上回るペースである¹⁷⁾。国民医療費は2000年度から2010年度までの10年間に24.1%増大している。そして、2013年度の医療費総額は39.3兆円となった¹⁸⁾。そのため、日本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な課題となっている¹⁹⁾。医療施設の機能分化のひとつとして長期入院に対する公的な医療保険の支払い額が低く抑えられている。それにより、がん治療の先進的医療を行っている大規模な病院などでは、終末期の患者らを長期入院させる体制が整えられていないケースがほとんどである。そのため、緩和治療病棟を有する病院やホスピスなどの転院もしくは在宅ケアなどの療養生活を患者へ勧めることとなる。それゆえに、患者は病院に見捨てられた印象を受けることも多くある²⁰⁾。さらに、一定の期間内に退院の決意ができなかった

がん患者らは、病状の進行からホスピスなどへの転院のタイミングを逃してしまふことがある。その結果、「がん難民」と呼ばれる患者が増えていることも一つの社会問題となっている²¹⁾。

大規模な病院経営の観点からみれば、長期入院の患者が増えると病院の収入は減ってしまうこととなる。

その一方で、がん患者自身の医療費の負担額は公的な医療保険制度から転院前と転院後でもあまり変化はみられない。むしろ、ホスピスなどへの転院後の方が治療に先進的医療を取り入れない分、患者の医療費の負担は軽減されてくるケースが多い。

これまで、終末期がん患者自身で最期の過ごし方を患者自身で決定できるように早期から支援をしていくことが必要であると内藤は提言している²²⁾。その一方で、医療専門職者のサポートにおいては、医療者個人の緩和ケアの捉え方の違いからギアチェンジのタイミングが合わないケースも報告されている²³⁾。そのため、退院支援へ向けた医療者間の話し合いを早期に持つことの必要性も指摘されている²³⁾。

このような状況の中にあるがん患者とその家族にとって最も身近な存在であるのが看護師である。看護師の役割として、F.ナイチンゲール(F. Nightingale)は「どのような場面においても看護がなすべきことは、それは自然が患者へ働きかける最も良い状態に患者を置くことである」と述べている²⁴⁾。このように臨床現場では、どのような状況においても看護師は、患者に寄り添い、そして、患者の支えとなる。

1.2. 「ギアチェンジ」「がん患者」「連携・協働」について

ここからは、本論でキーワードとなる「がん患者」「ギアチェンジ」「連携・協働」3つの用語について記述する。

「ギアチェンジ」とは、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⁸⁾。この時期をギアチェンジと呼ぶ⁷⁾⁸⁾。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⁷⁾。がん患者のギアチェンジに関する研究は多岐にわたり、ギアチェンジの時期にあるがん患者の意思決定支援に焦点をあて、早期からの支援の必要性を示唆している²⁵⁾²⁶⁾もの。また、がん患者とその家族がどのような場面で意思決定するのかを構造的にあらわしたもの²⁷⁾。そして、ギアチェンジ後のがん患者を受け入れた施設側の看護師が抱えるジレンマについても明らかにしている²⁸⁾ものなどもある。このように、ギアチェンジの時期にあるがん患者を支える看護の充実を図っていくことは、社会的要請の高い研究であると言える。

「がん患者」は、悪性腫瘍に罹患した患者。がんは、体の細胞の一部が変異して起きる。がん細胞は、ゆっくりと時間をかけて増殖し、やがて小さな腫瘍や粘膜の変化となって現れる。そして、がんの発見が遅れるほど治る確率は低くなる。また、早めに治療をしたとしても再発する可能性がある²⁹⁾。

治療できないがんと診断されたときから人生を終えるまでがんとともに生きていくことになる。これは、がんサバイバーシップの概念でもあり、がんとうまく折り合いをつけながら生きていくという意味が含まれている³⁰⁾。

最新のがん統計によれば、生涯でがんに罹患する確率は、男性 63%、女性 47%である。また、年齢別にみると、男女ともに 30 歳代後半から罹患率が増えてくる。40 歳代では、女性が男性よりやや高く、60 歳代以降は男性が女性より顕著に高くなるが、男女ともに 50 歳代くらいから急増し、高齢になるほど高くなる傾向である³¹⁾。このようなデータからも、本研究では壮年期から老年期以降のがん患者を主な対象としていく。

「連携・協働」に関しては、共有化された目的を持つ複数の人および機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して主体的に協力関係を構築して目標達成に向けて取り組む相互関係過程であるとしている³²⁾。

久保は、連携について各専門職ないし各機関がある共通の目標に向けてお互いに協力しながら業務を遂行することだとしている。それぞれの専門職者が連携していくためには、援助の目標を一致させる必要があり、それぞれの専門職がお互いの領域を認めあいながら、各々の専門性を発揮できるように役割分担をしていくことが望まれるとも述べている³³⁾。また、協働とは、専門職者らが同じ目的のもと独自の役割や能力を尊重しあいながら援助内容を決定していくこ

とだとしている³⁴⁾。佐藤は、医師と看護師の協働関係を検討する上で、チームに所属するメンバーが、それぞれの専門領域を超えて周りのメンバーの専門領域にも踏み込み、そこでお互いにサポートしたり、されたりしながら、「個々の総和以上の」アウトプットを生み出そうとする関係であると定義している³⁵⁾。

また、医療現場においては、チーム医療の推進が求められ多職種連携・協働が重要視されていることは言うまでもない³⁶⁾。がん看護における先行研究においても、症状コントロールや緩和ケアチームなどによるチーム医療体制の整備の必要性を示唆する研究がほとんどである³⁷⁾³⁸⁾。さらに、看護師と医師の協働についてギアチェンジを支える援助について明らかにした研究³⁹⁾のほか、ソーシャルワークの側面から大学病院における医療連携に焦点化し退院援助のプロセスをモデル化した研究が行われている⁴⁰⁾。本研究においては、入院治療中にギアチェンジの時期を迎えたがん患者にかかわる看護師にフォーカスして、他の医療専門職者との連携と協働について述べていく。

2. ギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待について病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築

2.1. 役割理論

役割について古典的な概念と役割という言葉の使われ方を概観してみる。まず、各専門領域の辞典では以下のように述べられている。看護学大辞典では、「役割」のみ単独での記載はなく「役割葛藤」の中で、役割とは、個人が集団の中で占めている地位にふさわしいものとして期待されている行動様式を指す。すなわち、特定の地位に結びついている行動を役割といい、その期待された行動を役割行動という¹⁾。また、同じく看護学大辞典「役割期待」の中で、R. リントン(R. Linton)は集団や社会の中で、ある地位を占めるすべての人に対して、社会が課す価値・態度・行動様式を「役割」だといっている¹⁾。社会学小辞典では「日常語で役割とは演劇や放送において俳優などの演じる「役柄」であり、また広く現実の社会生活において、人々をその仕事や資格や責任に従って部類分けされている。ないしは遂行すべき「働き」や「役目」をさしている。役割概念は理論的背景の差異とともに、何よりも抽象的な度合いの違いと力点のおき方によって、依然として多次元的で、指示的明確性を欠いたままである。」とも書かれている²⁾。

また役割理論においては、患者役割について T. パーソンズ (T. Parsons) が *The Social System* の中で、患者役割は 4 つの側面があると示している^{3) 4)}。第 1 に、患者は正常な社会的役割を免除される。その免除の度合いは病気の程度によって異なり、医師はそれらを判断し保証し合法化する役割を果たす。病気の正当化は、患者の権利ならびに義務として注目すべき点であるとしている。第 2 に、患者は自己のおかれた立場や条件について責任をもたない。つまり、患者は自ら好んで病気になったのでもないし、自分の意志で治すわけにもいかない。その意味で患者は無力であるから、他人の援助を受ける権利がある。第 3 に、患者は早く回復しようと努力しなければならない。というのは、そもそも病気は本人にとっても社会にとっても望ましくないものだからである。したがって、回復を妨げるようなことはしてはならないという義務を課している。そして第 4 に、患者は専門的援助を求め、医師に協力しなければならない。つ

まり、患者は自分で直すことはできないのだから医師の援助を求める義務があるということである。また、T.パーソンズは、病気の状態を通常の状態が営めず逸脱した状態であるとし、患者に求められる役割期待は、病気を治して通常の状態に戻ることでありとしている。その一方で、T.パーソンズの患者役割という概念は、意思の優位と劣位を明確に前提としている点や患者の規範について扱ったものとして、必ずしも現実を反映したものではないという点、さらに医師と患者の合意を前提としていて葛藤の側面を含んでいないところに批判もある⁵⁾⁶⁾。

社会学者のA.ストラウス (A. Strauss) は、社会的役割と分業について研究を行なった一人である⁶⁾⁷⁾。彼は、社会学者として病院内で患者と医療者の関係性について観察し、慢性期でいわゆる病状が安定した患者についての役割を述べている。A.ストラウスは、T.パーソンズのように「患者の役割」ではなく、「患者の仕事」として役割を捉えた。それには、「明白な仕事」と「暗黙裡の仕事」があると述べている。「明白な仕事」には、リハビリテーション病棟で、痛みを伴いながら行なう運動を進めるとき、医療者は患者の行うべき仕事内容を認識しながら、痛みを伴っても熱意を持ってリハビリ実施することを期待する。一方で「暗黙裡の仕事」は、医療者は当然のことと思いがちで認識がされていない患者の活動をさしている。それは医療者が行なう処置や介入時に、患者の協力を期待している。具体例をあげると、決められた時間に薬を投薬することや、不快な症状や異常な症状が出現した時には医療者に報告することを期待されている。患者の仕事にはこの暗黙裡の仕事の方が多いと述べている。

また、A.ストラウスによれば患者は病みの軌跡の段階に関連して仕事をしていると述べ、病みの軌跡が移行するにつれて仕事の内容も変化しているとも述べている¹⁶⁾。

その他の理論家においてG.H.ミード(G.H. Mead) は個人が想像上の他者の役割を演技するなかで、その役割への期待を認知し学習することを「他者の役割を取得すること」と表現し、子供の発達にもなって次第に一般性を増していく役割取得の過程に基づいて、自我の形成を説明した⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

さらにJ.ハーバーマス (J. Habermas) は、人間と役割の関係は一方的なものではなく、人間が役割によってがんじがらめに拘束されているわけでもない。

むしろ役割は個人の自立性と自由の媒体でさえある。ただし、これには一連の役割現象をうまくきりもりできる資質が必要であるとし、このような資質を「役割能力」と呼んでいる¹⁰⁾。このように、多くの研究者が役割に関する理論を提唱している。実際に病気になったとき、患者自身はその役割期待に対してどのような行動をとっているのかを知ることは看護師が、そのがん患者に合った接し方や看護の方法を工夫することができる機会を得ることである。そして、患者の役割期待に対する行動を知ることは、さらなる質の高い看護の提供に繋がられることから意義がある。

2.2. ギアチェンジを告げられる前と告げられた後のがん患者の役割期待の変化

本研究の目的は、ギアチェンジを告げられる前のがん患者と、ギアチェンジを告げられた後のがん患者の役割にはどのような変化が起きているのかを明らかにすることである。看護師はがん患者の役割の変化を知ることによって、そのがん患者に合った接し方や看護の方法を工夫することができる。それは、質の高い看護の提供にも繋がられると考える。入院中のがん患者にはどのような役割があり、他者からどのような役割を期待されているのか、本研究では「看護師から患者への役割期待」、「医師から患者への役割期待」、「家族から患者への役割期待」「病院から患者への役割期待」の4つに分類して検討を行った。とりわけ、がんの終末期には身体症状の悪化に伴いがんそのものに向けた積極的な治療から症状を和らげるための緩和治療をメインに行う治療へと変更する時期、すなわちギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待の変化を解明することは、多様化する看護と援助の様相を解明する上でも重要な課題であるといえる。そのため、既存の文献を用いてがん患者の役割期待がどのように変化するかを明らかにしていくこととした。

2.3. 研究方法

本研究において、これまで進められている患者役割についての研究とギアチェンジにおける研究分野について文献検討から概観することにより、これまでの既存の知識体系が明確になる。

さらに、新たな学術研究の分野を模索すると共に、特にギアチェンジの時期

にあるがん患者の看護の質の向上に向けた方策について示唆を得るためには既存の文献検討を行うことが有効だと判断した。¹¹⁾

文献は、医学中央雑誌の医中誌 Web で、「患者の役割」をキーワードで「原著論文」に限定して検索したところ、91 件が抽出された。そこに「入院」のキーワードを加えて再度検索したところ 28 件が抽出された。これらの論文タイトルと要約から、患者の役割期待に関連がありそうな 5 件について文献検討を行った。

さらに、「がん」「ギアチェンジ」をキーワードで「原著論文」に限定して検索し、26 件を抽出した。「患者の役割」と同様に文献検討を行い、ギアチェンジの時期にあるがん患者の役割期待について検討を行った。そして、それらをもとにして図にまとめた。

ギアチェンジの時期にあるがん患者の役割期待についての検討は、既存の先行文献、理論、そして、筆者の 10 年以上にわたるがん専門病院での臨床経験から行った。

また、入院中の患者は非日常的な生活環境の中で長時間にわたって看護師の援助を受けていることから本研究では、入院の状態にある患者を調査対象とした。

2.4. 結果

2.4.1 患者の役割に関する看護研究の動向

本稿ではまず、患者の役割に関する研究の動向を概観するため、検索条件を原著論文のみに絞り、「患者の役割」をキーワードで検索した。その結果、1977 年から 2014 年の間で 91 件の文献が抽出された。そのうち 1980 年から 1986 年では、「患者の役割」がキーワードの論文は一件もなかったが、(図 1) 2000 年に文献数が急に増えた。その後、2000 年から 2014 年まで増減はあるものの毎年いくつかの文献は発表され続けている。特に 2014 年は最も多く「患者役割」の文献が発表されている年であった。

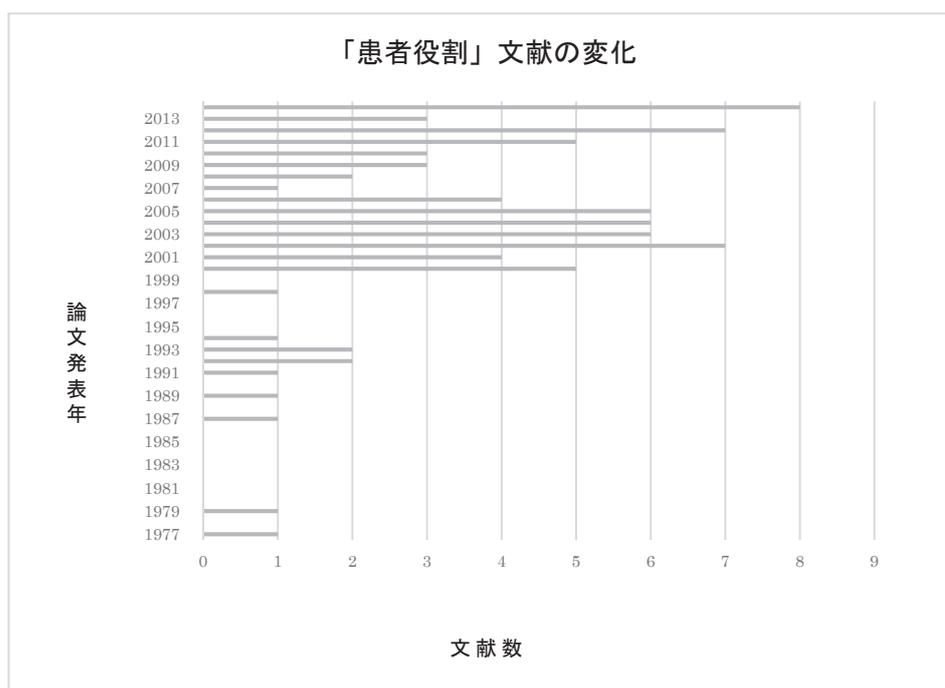


図1. 「患者役割」文献数の変化

しかしながら、患者役割に関する研究が看護の領域においては、まだ多いといえる状況ではない。

文献数は2000年以降に増えている。その社会的背景を法制度などと照らし合わせて結果を分析すると、2000年に社会福祉構造改革が実施され、「措置から契約」へと患者や利用者自身がサービスを選択するといった変化を遂げている。これを期に患者や利用者の自立を促す制度として介護保険法や支援費制度などが施行され、患者の自立に向けた動きが活発化したと考えられる。このことにより、患者の権利や個人の尊重が、より重要視されてきたことで、「患者の役割」についての研究も文献数が増加したと考える。芥川による医療政策における「自立した患者」が内包する課題によれば、1980年代までは、医療者と患者の関係は、「お任せ医療」とも言われており、医療者の判断に依存していた時代であったともいえる。1982年の医療費の本人一部負担によって患者にコストの意識を持たせるようになり、各法律の改正によって患者を保護する取り組みから「自立」へと転換させていくようになったともいえる。こうした法制度の改正に伴って、「患者の役割」にも焦点をあてた研究が重要視されてくるようになったとうかがえる。¹²⁾

2.4.2 がん患者における役割

次に、「患者の役割」のキーワードに「入院」を加えて、原著論文に限定して検索を行なった。その結果、1987年から2014年の間で28件の文献が抽出された。この28件の文献を研究目的などから研究テーマを分類したところ（表1）、「退院支援に向けた援助」の中で患者の役割認識や、患者に役割の場の設定に向けたアプローチなどが多く見られた。また疾患別に見てみると、精神疾患患者、脳血管疾患患者、認知症患者の看護ケアにおける研究分野が主だっている。がん患者についての「患者役割」に関する論文数は28件中3件であった。この3件の研究テーマはそれぞれ異なり、「退院支援」「患者の役割認識」「看護師の役割」であった¹⁴⁾²⁴⁾³²⁾。

表 1 「患者の役割」「入院」のキーワードで検索した 28 件の文献の研究テーマ

分類	テーマ
退院支援 [7 件]	統合失調症患者の役割遂行を果たすこと (大平 2014) 頭頸部癌患者の QOL 向上 (吉村、森山、谷口他 2004) リハビリテーション病院の入院生活での役割の場提供 (青木、斉藤、戸沢他 2013) 脳卒中患者の在宅復帰に向けたリハビリテーションの取り組み (瀬川、横田、板越 2010) 回復期リハビリテーション病棟における家庭復帰に及ぼす影響要因 (遠藤、松尾、日高他 2003) 在宅酸素療法中の患者の満足度と生活の質の検討 (Tada, Hashimoto, Matsumoto 2003) 脳血管患者の退院後の生活の変化 (守田 2000)
患者の役割認識 [5 件]	腹膜透析患者の役割統合への援助 (吉村、森下、今村 2012) 患者体験をした看護師の病者役割行動と療養態度 (坂上、小野、本間 2002) 長期入院高齢患者への役割導入の効果 (上杉、渡邊、清水 1998) 認知症患者の役割認識 (鈴木、前崎 2005) 放射線療法を受けるがん患者の役割分析 (森本、田中 2001)
チームアプローチ [2 件]	脊髄損傷に関連した慢性疼痛患者へのチームアプローチ (永井、坂井、丹生 2013) 高次脳機能障害患者及び家族への家庭復帰に向けた チームアプローチ (竹本 2009)
尺度開発 [2 件]	患者役割測定尺度の開発プログラム (門井、太田 2006) 入院患者態度に関する patient role scale 開発 (Yamaguchi, Ota 2012)
医療安全 [2 件]	医療安全活動における患者の役割 (渡邊、藤田、瀬戸他 2008) 医療事故の発見者としての患者の役割について (瀬戸、和田、長谷川他 2007)
看護師の役割 [2 件]	境界性人格障害患者に関わるプライマリナーズの役割意識変化 (片山 2004) 同一疾患患者の入院から手術回復後までのプライマリナーズの 看護介入 (細川 2006)
適応 [2 件]	入院患者の適応の概念枠組み (落合、高間 2003) ロイ適応モデルを活用した臨地実習の分析 (仲沢、小野 2005)
医師の役割 [1 件]	精神病院での入院治療における精神分析理論の応用 (館 1987)
対人交流 [1 件]	入院患者の対人交流について (竹内、高橋 2002)
虚偽障害 [1 件]	パニック発作を伴う虚偽性障害 (上野、古山 1998)
行動 [2 件]	精神科において行動制限を最小化するための看護 (岡本、田中、吉浜 2014) 精神障害外来患者の疾病行動の特性 日本における予報 (Guo Yinggiu, Kuroki, Yamashiro 2000)
糖尿病治療 [1 件]	2 型糖尿病患者のインタビュー調査 (福島 2005)

表 1 から見て取れるように、テーマを 12 個に分類した。その中で、最も多かったのが「退院支援」7 件、続いて「患者の役割認識」5 件であった。これらの分類から 1 件ずつ代表的な論文を選んだ。さらに、他の分類から本研究に類似点の多い論文を 2 件選び、以下のようにまとめた。

森本の研究は、放射線治療を受ける患者が望み果たしたいと願っている役割は何かを明らかにし、その影響を及ぼす要因について分析し看護実践につなげることを示唆している。これら患者自身が望み果たしたいと願う役割は、「自己

実現を目指す役割」「社会的責任を全うする役割」「病気・治療に対する患者としての役割」の3つに分類された。特に3つ目の「病気・治療に対する患者としての役割」では、がんに罹患したことによる心理的ショックを経験する中で、病気の克服や、無事に治療を終えて退院することを目指して積極的に治療に関わろうと努めていた。それは、受動的に患者役割を獲得するのではなく、医師や看護師から検査の意味や結果について尋ねたり、雑誌やテレビなどから病気に関する情報を得るなど自らが行動をとり、能動的な患者役割を果たそうとしていることを明らかにした²⁴⁾。

また吉村ら腹膜透析患者の看護における研究では、患者が役割葛藤を繰り返しながら患者の持つ役割を再構成していく事例分析を行なっている²⁰⁾。

門井、太田は、患者の役割認識と看護師から患者への役割期待を測定する尺度の原案を作成した。患者の役割認識と看護師からの期待の不一致は、看護師らによる一方的な患者評価、あるいは両者の関係性の不安定化の要因になると考えた²⁷⁾。

落合、高間は病院での入院生活を送ることは、個人に大きな心理的負荷を与える出来事で、入院患者の適応能力を超え、自覚的ストレスとして認知される時に問題が生じるとしている。入院患者の適応は「患者役割に関する適応」「物理的環境への適応」「日課への適応」「対人関係に対する適応」「ルール・規則に対する適応」「治療・検査・看護的援助に対する適応」の6つの概念から構成されると推定している³³⁾。

2.4.3 「ギアチェンジ」に関する文献

「がん」「ギアチェンジ」のキーワードで、原著論文に限定して検索を行なったところ、2005年から2014年の間で26件が抽出された。抽出された26件について、対象別に分類した後、研究テーマについても分類し図に表した。(図2) これら収集された文献26件の内容を対象別で見ると、医療者を対象とした研究が13件であった。その内訳は、看護師のみを対象とした研究が7件^{41)~47)}で最も多かった。そして、看護師及び他職種を対象とした研究は4件^{48)~51)}で、中にはソーシャルワーカーの視点からギアチェンジの時期の援助について行なっている研究もあった。医師を対象として行なった研究は2件⁵²⁾⁵³⁾であっ

た。

また、患者・家族を対象としている研究は、7件あった。その内訳は、患者のみが4件^{54)~57)}、家族のみが2件⁵⁸⁾⁵⁹⁾、患者と家族が1件⁶⁰⁾であった。事例検討を行っている研究は5件^{61)~64)}あった。

さらに「ギアチェンジ」についての文献検討をしているものが1件であった。

研究テーマは、ギアチェンジの時期に焦点が当てられている研究以外に、「外来化学療法に関する研究」、ツールの評価などの「比較検討」「精神科病棟での終末期看護」「退院支援」など多岐にわたっており、ギアチェンジについて論文の中でも触れられているが、ギアチェンジに焦点を絞って研究を行なっている内容のものばかりではなかった。そこで、26件の文献の中から、タイトルに「ギアチェンジ」のキーワードが含まれている5件の文献について考察を行なった。

大川、藤田、府川他は、ギアチェンジに関する文献的考察を行っている。ギアチェンジとは、抗がん剤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で、ギアチェンジを支える援助とは、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できるようにすることだと捉えている。⁶⁵⁾

森、杉本は高齢がん患者に看護師が行う終末期の意思決定の支援の実際と課題を明らかにした。高齢がん患者にギアチェンジを告げられた後のケアを提供している施設の看護師15名を対象に調査を行っている。ギアチェンジの実際では「看護師が患者の代理意思決定における代弁者の役割を果たせていない」「代理意思決定をする家族の意思に患者の意見が反映されていない」など3カテゴリーを抽出した。高齢がん患者に関わる看護師の役割が患者の代弁者として倫理調整の役割を果たすには、家族に患者のケアや状況を説明する能力が求められているとしている⁴⁵⁾。

<p>＜医療者を対象とした研究＞</p> <p>看護師のみを対象とした研究</p> <p><u>看護師側のギアチェンジ期の看護による心身の負担に関する研究</u> ギアチェンジ後の患者の看護にあたる看護師のジレンマ（横浜他 2013） 小児がん患者の看護体制（竹内他 2012） 一般病棟におけるギアチェンジからの看護師の関わりによる心身の負担度の関連（中村 2010）</p> <p><u>ギアチェンジ期における看護を振り返り示唆を得た研究</u> 看護師のギアチェンジ支援における阻害要因（府川他 2010）</p> <p><u>意思決定支援時の看護師の関わりに関する研究</u> 高齢がん患者の意思決定支援（森他 2012） 意思決定場面における看護師の役割（南他 2008）</p> <p><u>患者の療養場所選択の困難さを明らかにした研究</u> がん患者の療養場所選択を支援する看護師の困難さ（加利川他 2013）</p> <p>看護師および多職種を対象とした研究</p> <p><u>ギアチェンジにおける医療者の認識に焦点をあてた研究</u> ギアチェンジにおける医療者の認識（青木他 2014）</p> <p><u>ギアチェンジにおける医療者の援助に焦点をあてた研究</u> ギアチェンジを支える援助について（庄司他 2014）</p> <p><u>合同カンファレンスに関する研究</u> 看護師と他職種の連携による合同カンファレンスの意義（河村他 2007）</p> <p><u>ソーシャルワークに関する研究</u> ソーシャルワーク援助（青山他 2005）</p> <p>医師を対象とした研究</p> <p><u>外来化学療法に関する研究</u> 進行がん患者のギアチェンジの阻害要因（府川他 2011） 医師が認知する外来化学療法時の患者のニーズ（川崎他 2010）</p>	<p>＜患者・家族を対象とした研究＞</p> <p>患者のみを対象とした研究</p> <p><u>介入前後の比較検討</u> ギアチェンジツール導入前後の比較検討（保田他 2011） NST介入の有無に関連した輸液管理の比較検討（守屋他 2010）</p> <p><u>緩和ケア移行時期の問題点に関する研究</u> 緩和ケア病棟への移行期の患者と医療者間の問題点（岡本 2007）</p> <p><u>ギアチェンジ期にある患者の思いに関する研究</u> 緩和ケア中心に変わる時期の患者の思い（岡村他 2008）</p> <p>家族を対象とした研究</p> <p><u>家族支援に関する研究</u> 男性家族員のが捉えたギアチェンジの様相とその関連要因（長 2008） 一般病棟から緩和ケア病棟へのギアチェンジ（奥他 2006）</p> <p>患者・家族を対象とした研究</p> <p><u>意思決定支援</u> ギアチェンジ期における意思決定支援の構成要素（柳原2009）</p> <p>＜事例研究＞</p> <p><u>看護支援の振り返りに関する研究</u> 緩和ケア移行支援における関わり（松谷 2014） 若年介護者における終末期がん患者の退院支援（二ノ宮他 2010） 壮年期がん患者のギアチェンジ看護（近藤 2010） 再発乳がん患者の関わり（軽部 2007）</p> <p><u>精神科病棟での終末期看護に関する研究</u> 精神科病棟における終末期看護と家族の関わり（加藤 2009）</p> <p>＜その他＞</p> <p><u>文献考察</u> がん医療におけるギアチェンジに関する文献考察（大川 2010）</p>
--	---

図2 「ギアチェンジ」「がん」「原著論文」のキーワード検索を行なった文献の分類分け

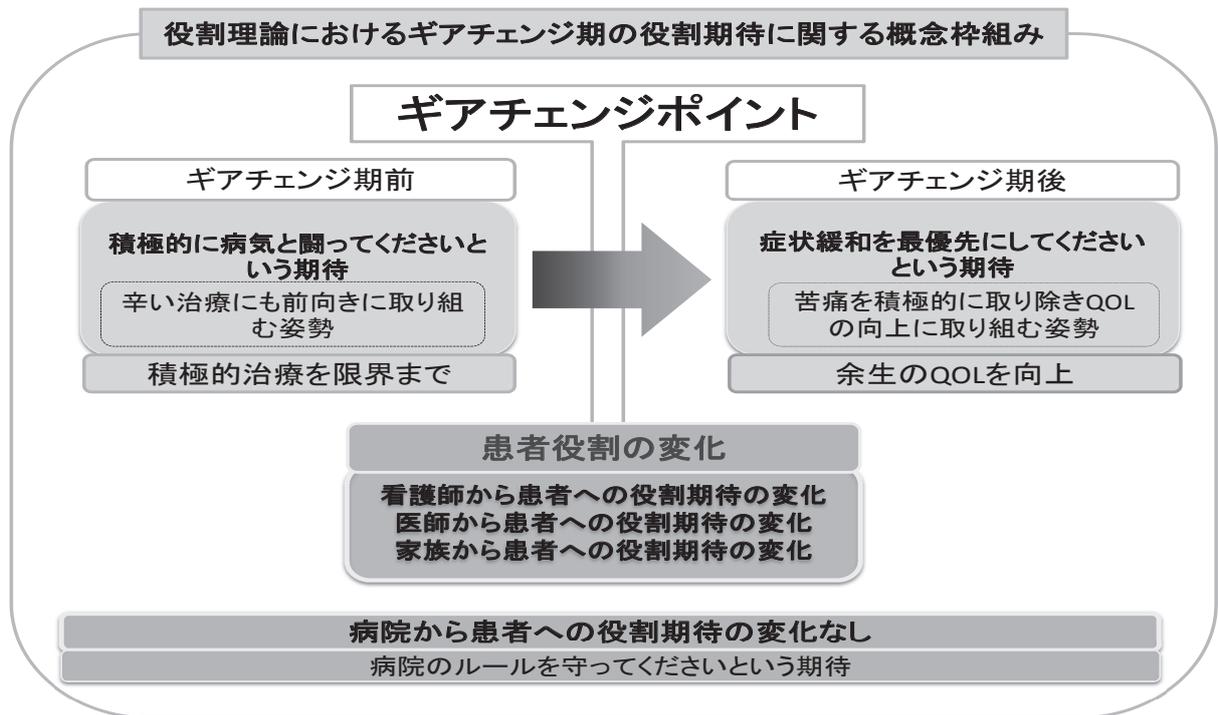
また、横浜・森は、ギアチェンジの後に一般病棟に転院したがん患者らのケアを行なう看護師のジレンマと対処方法について、看護師を対象にインタビュー

一調査を実施し内容分析を行ない、先行研究と合わせて図式化した。看護師がジレンマと感じる背景には、「ギアチェンジへの認識の相違」と「看護師の職業意識」があり、ギアチェンジにおける医療専門職者と患者・家族の認識に相違が生じているのは、看護師が質の高いケアを提供したいと感じていることから起きていることを明らかにしていた⁴¹⁾。

加利川、小河は、看護師はギアチェンジの時期のがん患者と家族の療養場所選択時の支援に、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を示唆している⁴⁷⁾。

奥、佐々木、塚本他は、患者の死亡後1年経過した患者の家族への面接を行った。ギアチェンジをする要因は、がん患者や家族の状況によって様々であった。どの場面においても患者にとってより良い選択を模索し、迷いながら決断していた。その結果、「強い治療の副作用」「治療不可能の宣告」「患者のライフスタイルの尊重」「尊厳のある死を希望」「医療者の支援」など10項目にまとめられた⁵⁸⁾。

以上のことから本研究においては、これらの文献をもとにギアチェンジの時期におけるがん患者の役割期待の変化を図（図3）にまとめた。



(注) 図 3 の補足説明

- ① ギアチェンジとは、がんの縮小を目指した治療を行う目的から症状緩和が目的の治療に方向転換することである。
- ② ギアチェンジをする瞬間、つまり積極的に緩和ケアに治療が切り替えられる説明を医師から患者にされた時を、ギアチェンジポイントとした。
- ③ ギアチェンジ前とギアチェンジ後では看護師、医師、家族から患者への役割期待に変化が起きている。

図 3 ギアチェンジ期の役割期待に関する概念枠組み図

2.5. 考察と結論

本研究では、患者が医師からギアチェンジを告げられた瞬間をギアチェンジポイントと捉えた。そして、「看護師から患者への役割期待」、「医師から患者への役割期待」、「家族から患者への役割期待」ではギアチェンジポイントを境にその前後で患者の役割期待に変化が起てきいと定義した。その一方で「病院から患者への役割期待」に変化はないと定義した。そして、それらの概念枠組み

を図にまとめた。

ギアチェンジの前は看護師、医師、家族はがん患者に対して、「早く良くなってほしい」という気持ちから「積極的に病気と闘ってくださいという期待」をもっている。それは、辛い治療にも前向きに取り組む姿勢を期待している。あらゆる治療を試みた後に積極的治療の限界が生じる。この時点でギアチェンジをする必要性が発生する。そのときが、ギアチェンジポイントである。その後、ギアチェンジしたがん患者は、看護師、家族、医師から以前と異なった役割期待を持たれるようになる。ギアチェンジの後、がん患者はがんを治そうと頑張らなくてもよくなること、「症状緩和を最優先にしてくださいという期待」へと変化し、苦痛を積極的に取り除き QOL の向上に取り組む姿勢を望む期待へと変化する。

看護師の役割の一つとして、F.ナイチンゲール⁶⁷⁾の言う「自然が患者に働きかける最も良い状態に患者を置く」ということは、がん患者の役割がギアチェンジポイントを境に変化するのに合わせ、看護師は患者の期待する姿に少しでも近づけてあげられるようにサポートをすることである。例えば、がん患者の QOL を高めるため苦痛な症状の積極的緩和に努めることや、家族と有意義な時間が過ごせるよう環境を整えてあげることである。すなわち看護師は、がん患者の状態の変化に対応するための役割能力が求められているといえる。これは J.ハーバーマスのいう役割能力の獲得と類似している。つまり、変化に対応できる看護師とは、おかれた環境の中で、自分の役割葛藤を見極め、それを意識的に解決できる能力を持っていること。さらに、がん患者の状況を判断して、その役割の矛盾をみつけれられる能力を持っていること。そして、それらの役割を柔軟に応用しながら自分を見つめ直すことのできる能力も持っていること。¹⁰⁾ これらの能力を兼ね備えた人材がギアチェンジポイント周辺で求められる看護師像であるといえる。

一方でがん患者は周囲から求められる期待通りにギアチェンジポイントを境に役割期待の変化に対応しきれていないのも事実である。そのため医療者とがん患者の関係の中で「ギアチェンジにおける認識の相違」が生まれている⁴¹⁾。看護師は、がん患者の内面は周囲が求めている役割期待のとおりには進まないことも認識する必要があり、がん患者がもつ役割期待をスムーズに受け入れて

いけるようギアチェンジの前からギアチェンジの後を見据えた援助をしていくことも重要であると考える。

「病院から患者への役割期待」についてみてみると、落合、高間らのいう6つの概念である「患者役割に関する適応」「日課への適応」「対人関係に対する適応」「ルール・規則に対する適応」などは、役割理論からみた役割期待のあらわれであると考えられることもできる³³⁾。そして、それらを役割期待からみると、病院のルールを守る、他の患者に迷惑をかけない、日課を守ることは病院から入院患者への期待であるといえる。

また、落合らのいう適応とは、医師や看護師をはじめとした医療者からの入院患者への役割期待、家族から入院患者への役割期待とみてとることもできる。病院での生活になれることそれは、役割取得から適応を論じるG.H.ミードの提唱する役割理論を垣間見ることができた⁹⁾。

また、森本が示した放射線治療を受けるがん患者の役割分析では、「病気・治療に対する患者としての役割」において、患者はがんの告知を受けて不安定な精神状態の中、治療を無事に終え退院するために、医療者に協力するという患者役割を果たしている²⁴⁾。これは、A.ストラウスの言う患者の仕事の中で「明白な仕事」、つまり放射線の副作用にも負けず治療を継続して欲しいという医療者側の期待に応えた行動でもある⁶⁾。そして、「暗黙裡の仕事」では、患者は治療に対して協力的な態度を示して欲しいという医療者からの期待にも応えていたと考えられる。

さらに吉村は、患者が役割葛藤を繰り返しながら患者の持つ役割を再構成していくことを明らかにしており、A.ストラウスの病みの軌跡が移行するにつれて患者の仕事も変化している^{6) 20)}。この仕事の変化とは、患者への役割期待の変化ともいえる。

大川、藤田、府川他により「ギアチェンジとは、抗がん剤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」と定義⁶⁶⁾していることから、横浜、森の研究においても、ギアチェンジ後のがん患者のケアにおいて「ギアチェンジにおける認識の相違」と「看護師の職業意識」によって看護師のジレンマが起きている。このことから、医療者から求められるがん患者への役割期待は、ギアチェンジポイントを境に変化しているといえる⁴¹⁾。

これらのことから、看護師はがん患者の役割を知り、そのがん患者に合った接し方や看護の方法を工夫することが重要となる。そしてその実践は、質の高い看護の提供に繋がれるとも考えられる。

3. 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ついて

3.1. ギアチェンジの時期にあるがん患者とその家族への看護と援助

本研究は、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、看護師と MSW がどのような看護と援助を提供し、そして連携しているのかを修正版グラウンデッド・セオリー・アプロー（M-GTA）の手法を用いて明らかにする。

3.2. 研究方法

3.2.1 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¹⁾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。

3.2.2 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。

3.2.3 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。

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

3.2.4 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²⁾。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 Stress によって 1960 年代に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³⁾。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²⁾³⁾⁴⁾。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ク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）分析が出来るとされている²⁾。

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²⁾⁴⁾⁵⁾。

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、ギアチェンジの時期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。

3.2.5 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²⁾。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²⁾⁵⁾。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³⁾。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。

3.3. 結果

3.3.1 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の間の相互作用について生成された概念は 18 個と、カテゴリーは 6 個が生成された。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

セスを、看護師と MSW の行った看護と援助に焦点を当て概念生成を行った。

3.3.2 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された。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の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。

3.3.3 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。

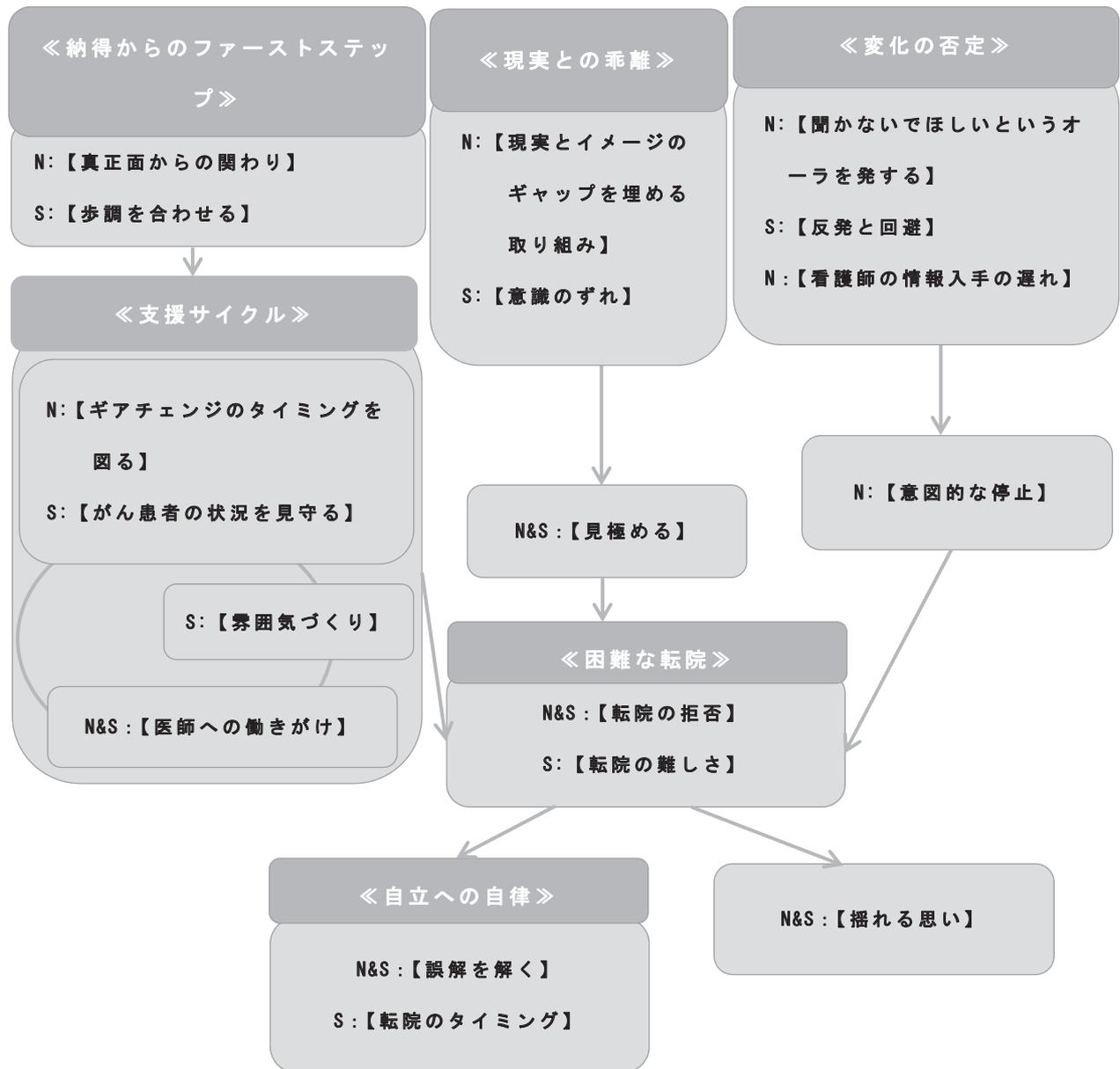
《納得からのファーストステップ》

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。無理してっ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もっていています『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』って言っ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と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てしまうので、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う思いがある。」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。」「面談をされていて、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、家族が自宅で見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、他の方法を考えていく必要があると思います。」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わ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ど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の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い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行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たがらない様子でした。ご主人からお話はお聞きしました。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さんには在宅でずっ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して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けられない。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ふ。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てかかっていうと、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っていう感じがある。」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』と試してみたり、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んだって後々に知った。」「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あはつ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。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。そうすると緩和ケア施設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なって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え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ことあるんですけど、『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すよね。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すよね。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 とがん患者の間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（転院の固まるまで）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。

3.4. 考察

3.4.1 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。

3.4.2 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されていなかった。

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のかを確認するため、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、ギアチェンジの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。」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⁶⁾。

3.4.3 ギアチェンジの時期にある患者への看護

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、ギアチェンジの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⁷⁾。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時期にある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ることが示唆された。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を常に意識することも重要と考える。

4. 終末期医療に移行していくがん患者にかかわる看護師と医療専門職者の協働について

4.1. 退院支援を行う看護師と MSW の協働のメソッド

本研究では、ホスピスケア病棟と在宅へ転院することのできた高齢者の患者の事例のみに焦点を絞り、退院支援を行う看護師と MSW の協働についてのメソッドを明らかにすることである。看護師と MSW の協働のメソッドを解明することは、がん患者が円滑に終末期医療へ移行するプロセスの一端を知ることが出来ると考える。

4.2. 研究方法

4.2.1 研究施設とインフォーマント

日本国内において、がん治療の先進的医療を行っていて、入院設備が 400 床以上ある大規模病院を対象に研究調査を行った。G 病院を選定した理由は、日本の中心である首都圏に立地していた点、そして、会議室の提供やインフォーマントの人選など、研究に対してとても協力的であった点である。インフォーマントは合計 26 名。G 病院の脳外科と消化器内科の病棟で働く 3 年以上の実務経験のある看護師と、その病棟の退院支援に携わる MSW を対象にインタビュー調査を行った。インフォーマントは国家資格の看護師免許を持つ者 18 名で、その実務経験平均年数は 8.1 年であった。そして、国家資格の社会福祉士を持つ者 8 名で、その実務経験平均年数は 6.3 年であった。調査に協力してくれたインフォーマントの看護師は、病院看護師全体の約 5% で、MSW については、その約半数であった。フォーカスグループは看護師と MSW の混成で、6 つのグループに分けて行った。インタビューはインフォーマントの勤務時間を最優先としてスケジュールを組んだ。一回のインタビューは 52 分～110 分、平均 63 分であった。

4.2.2 インタビュー調査の概要

今回の調査では、疾患名、病状、性別、年齢、家族構成、転院先などを中心に事例を作成した。フォーカスグループインタビューが活発に発展するように

仮説や追加の質問も準備した。特に以下の内容に配慮しながらフォーカスグループインタビューをファシリテイトした。(1)内容に対して中立な立場を貫く(2)人の話を積極的に聴き、他のメンバーにもそうするように求める。(3)参加意欲を引き出す(4)メンバー同士の話し合いを促す(5)意見の相違を歓迎する(6)メンバーの発言を記録し、整理し、要約する(7)話の方向性を理解し、図で示せるようにする(8)議論全体を把握する

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	ホスピス
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

4.2.3 分析

本研究ではフォーカスグループインタビュー法を用いてデータ収集を行った¹⁹⁾²⁰⁾。そこで得られたデータの質的帰納的分析を行った。フォーカスグループインタビュー法を用いた理由は、看護師とMSWの「生の声」を体系的に整理することで新しい理論を構築ができると考えたからである。そして、看護師とMSWで構成された複数の人が集まることにより、グループダイナミクスが働き、個人のみでは得られない質の高い情報を集められると考えたためである²⁰⁾²¹⁾。フォーカスグループインタビュー調査では、話し合いを録音しその内容をもとに逐語録を作成した。そして筆者が研究目的と関連のある部分を抜き出し、質的帰納的分析を行った²²⁾~²⁵⁾。まず、逐語録の内容から研究目的と関連のある単位用語を抽出し、コード化した。次にコードに記載されている内容の類似性に注目してグループ化した。それぞれのグループの内容を表す文章を作成し、意味ある単位用語に小さなラベルを付けた。それを副次コードとした。そして、類似したグループを認めた際にはさらなるグループ化をおこなった。その際、コアとなる意味のある単位用語には大きなラベルを付けた。それを主要コードとした。その結果、6のコアとなる主要コードと17の副次コード(表2)が抽出された。筆者がファシリテイトしたフォーカスグループインタビューでのメンバーたちの発言をもとに主要コードと副次コードを適宜並べ変えてストーリー

ラインを作成した。そして、そのストーリーラインを結果図（図1）としてまとめた。

4.2.4 倫理的配慮

インフォーマントと病院の責任者へ研究目的について説明をおこなった。その後、G病院の倫理委員会から調査の承認を得た。その倫理的配慮の具体的な内容は、以下の通りである。①研究は自由参加として途中辞退の権利を保障すること ②研究の参加は個人の意思であり、不利益は生じないこと ③個人情報の守秘義務が遵守されていること ④得られたデータは研究以外の目的で使用しないことである。また、インタビューの実施前には、研究目的、研究方法、倫理的配慮をインフォーマントに口頭と書面にて説明し同意を得てから実施した。

4.3. 結果

コアとなる単位用語である主要コードは【 】、意味のある単位用語である副次コードで《 》記し、そして、グループ化して要点をまとめたものに下線を引いた。分析結果から、6の主要コードと17の副次コード（表2）が生成された。そして、以下のように大きな3つのストーリーラインに分類することができた。

表2. タグ

大きいタグ(主要コード)		小さいタグ(副次コード)	
1	患者が積極的治療の中止を決断し、転院に向けた第一歩を踏み出す	1	看護師とMSWは患者の様子を見ながら患者の気持ちが揺れていることや転院を決断することができないことを認識する
		10	医師の関与
2	MSWまたは看護師は患者の生活において「できること」と「できないこと」を判定する。患者はできると思っているが実際にはできない場合がある	2	患者は現在の病院から去ることを受け入れられず転院を拒否している
		11	転院に関して患者の希望が家族の希望とどのように異なるかを理解する
3	治療計画に沿ったライフスタイルの変化を患者は受け入れることができず、転院に向けて次の段階に進むことを望まない	3	転院先の受け入れ能力と患者の希望が一致しない場合、MSWは転院の調整において困難に直面する
		12	患者の考えと現実との乖離を埋める
4	困難な転院	4	看護師とMSWは転院の妨げとなっている患者の誤解を解く
		13	看護師とMSWは患者の希望を考慮した上で現実的な退院後の生活環境を決定する
5	患者が現状を受け入れ転院に向かえるよう、MSWまたは看護師は患者の各問題に対する解決をサポートする	5	MSWは患者が転院を決断するタイミングに合わせて、転院先の病院による患者の受け入れ時期を決定し調整する
		14	患者は転院に関して話したくないというオーラを醸し出す
6	支援の輪	6	MSWは、患者の言葉に耳を傾ける
		15	看護師は転院したくない患者の反発的および回避的行動に左右される
		7	看護師は患者が残りの人生をどのように全うしたいと考えているかについて患者の正直な気持ちを引き出す
		16	患者が積極的治療を中止し緩和ケアへの移行段階に入っていることを看護師が認識していない
		8	患者と一定の距離を保ちながら冷静に様子を見る
		17	転院したくない場合、患者は意図的に転院へのプロセスを中断しようとする。
		9	患者が本当の気持ちを表現することができる環境を作る

ストーリーラインは（1）【患者が積極的治療の中止を決断し、転院に向けた第一歩を踏み出す】、（2）【MSW または看護師は患者の生活において「できること」と「できないこと」を判定する。患者はできると思っているが実際にはできない場合がある】、（3）【治療計画に沿ったライフスタイルの変化を患者は受け入れることができず、転院に向けて次の段階に進むことを望まない】からスタートして、結果図（図 1）のような流れをたどっていった。そして、すべてのストーリーラインは【困難な転院】へたどり着いた。【困難な転院】では、《患者は現在の病院から去ることを受け入れられず転院を拒否している》と《転院先の受け入れ能力と患者の希望が一致しない場合、MSW は転院の調整において困難に直面する》の 2 つの副次コードが含まれている。

《患者は現在の病院から去ることを受け入れられず転院を拒否している》とは、医療設備や医療技術のレベルを理由に、がん患者は知名度が高く先進的医療を行っている大規模な病院からそうでない病院の終末期医療病棟やホスピスへの転院を拒否している。

《転院先の受け入れ能力と患者の希望が一致しない場合、MSW は転院の調整において困難に直面する》とは、MSW はがん患者の希望にそった他の医療施設への転院調整をすることは、患者のがんの進行状況から困難だと感じている。

また、転院が比較的円滑にできたケースである【患者が現状を受け入れ転院にむかえるよう、MSW または看護師は患者の各問題に対する解決をサポートする】では、看護師、MSW、医師は転院が困難な患者に対して、不安が解消できるように丁寧に説明していった。ここでは、《看護師と MSW は転院の妨げとなっている患者の誤解を解く》、《MSW は患者が転院を決断するタイミングに合わせて、転院先の病院による患者の受け入れ時期を決定し調整する》の 2 つの副次コードが含まれている。《看護師と MSW は転院の妨げとなっている患者の誤解を解く》とは、看護師と MSW はがん患者が終末期医療の施設へ移行する時期について、どのように考えているのか確認する。そして、転院に対する悪いイメージの誤解をとく。《MSW は患者が転院を決断するタイミングに合わせて、転院先の病院による患者の受け入れ時期を決定し調整する》とは、MSW はがん患者が転院を決心するタイミングと転院先の受入れのタイミ

ングを整える。その一方で、転院の受け入れ準備ができなかったケースである「看護師と MSW は患者の様子を見ながら患者の気持ちが揺れていることや転院を決断することができないことを認識する」とは、最期までがん患者は終末期医療の施設へ移行する決断ができず、がんの進行状況からみて、転院の時期を逃してしまいそうな雰囲気となる。

以下に3つのストーリーラインはスタートするそれぞれの主要コードから【**困難な転院**】に到達するまでの詳細を示した。ストーリーライン(1)の【**患者が積極的治療の中止を決断し、転院に向けた第一歩を踏み出す**】では、医師から終末期医療の施設へ移行の説明を受けたとき、がん患者と患者の家族はがん治療の限界を受け入れた。そして、看護師と MSW による終末期医療への転院に向けた看護と援助をはじめた。

ここでは、「MSW は、患者の言葉に耳を傾ける」と「看護師は患者が残りの人生をどのように全うしたいと考えているかについて患者の正直な気持ちを引き出す」の2つの副次コードが含まれている。

「MSW は、患者の言葉に耳を傾ける」とは MSW は、がん患者のペースに合わせてながら、急かさずにがん患者の希望を聞く。

「看護師は患者が残りの人生をどのように全うしたいと考えているかについて患者の正直な気持ちを引き出す」とは 看護師は患者に残りの人生の過ごし方をストレートに問いかけて本音を引き出す。

そして、【**支援の輪**】では、看護師と MSW はがん患者の日々の病状の変化に合わせて対応しつつ、転院に向けたがん患者のペースを崩さないように看護と援助の提供をしていた。ここでは、「患者と一定の距離を保ちながら冷静に様子を見る」、「患者が本当の気持ちを表現することができる環境を作る」、「医師の関与」の3つの副次コードが含まれている。「患者と一定の距離を保ちながら冷静に様子を見る」とは 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。

「患者が本当の気持ちを表現することができる環境を作る」とは MSW はがん患者の終末期医療への転院に向け、患者が素直な気持ちを表現できるような環境作りに努める。

「医師の関与」とは 看護師と MSW は、がん患者の様子から転院がなかなか

進まないと判断した場合、医師からも積極的にがん患者へ転院について説明してもらおうように働きかける。

この【支援の輪】では、3つの副次コードの進む方向は一方向でなく、患者の状況、つまりがんの進行状況によって、支援の輪を広げていく展開となった。そのあと、結果図（図1）のように【困難な転院】へと進んでいった。

ストーリーライン（2）【MSWまたは看護師は患者の生活において「できること」と「できないこと」を判定する。患者はできると思っているが実際にはできない場合がある】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、患者の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ため、がん患者と患者の家族の間で意見が衝突していた。

ここでは、「転院に関して患者の希望が家族の希望とどのように異なるかを理解する」、「患者の考えと現実との乖離を埋める」の2つの副次コードが含まれている。

「転院に関して患者の希望が家族の希望とどのように異なるかを理解する」ではがん患者自身は在宅ケアを希望しているが、家族は在宅ケアを行う自信が持てないまま MSW と看護師は双方の思いを聞きながら転院に向けた調整を図っていた。

「患者の考えと現実との乖離を埋める」では、看護師は病状が悪化してきてしまったがん患者が、日常生活でどの程度のことができるかを判断していた。そして看護師は、がん患者の自宅へ帰りたい気持ちを受容しながらも、それが無理そうな場合は、ホスピスへの転院など現実的な方法があることを提案し、がん患者が転院後の生活をイメージ出来るような看護をこころざしていた。

そのあと結果図（図1）にあるように「看護師と MSW は患者の希望を考慮した上で現実的な退院後の生活環境を決定する」へと進んでいく。

「看護師と MSW は患者の希望を考慮した上で現実的な退院後の生活環境を決定する」とは看護師と MSW は患者が転院を決断した後の生活の場について、在宅ケアの場合は緊急時の対応にそなえてかかりつけ医の紹介をする。また、ホスピスに入院した場合は、自宅への外泊許可を得るなど、患者の要望に合わせた現実的な転院先を決めていく。

そのあと、ストーリーライン（1）と同様に【困難な転院】へと進んでいった。ストーリーライン（3）の【治療計画に沿ったライフスタイルの変化を患者は受け入れることができず、転院に向けて次の段階に進むことを望まない】では、病院側は転院に向けた準備に取り掛かろうとするが、がん患者は転院の話を受けようとする雰囲気をつくる。そのため、医師、看護師、MSW とがん患者との間で良好な関係が築けない日々が続いた。そんなことから、看護師とMSW はがん患者に寄り添えなくなっていた。ここでは、《患者は転院に関して話したくないというオーラを醸し出す》、《看護師は転院したくない患者の反発的および回避的行動に左右される》、《患者が積極的治療を中止し緩和ケアへの移行段階に入っていることを看護師が認識していない》の3つの副次コードが含まれている。

《患者は転院に関して話したくないというオーラを醸し出す》では、看護師は、転院についての話をしたくないというがん患者から送られる信号を感じ、転院に向けた具体的な問いかけができないで苦慮していた。

《看護師は転院したくない患者の反発的および回避的行動に左右される》では、がん患者は転院の話をされると察知して、ベッドサイドを訪れる看護師やMSW との接触を拒んだ。患者は看護師やMSW を無視したり、急に怒ったり、ひねくれた態度をとって見せた

《患者が積極的治療を中止し緩和ケアへの移行段階に入っていることを看護師が認識していない》では、看護師はMSW との情報共有が不十分だったため、終末期医療への転院の準備に必要なケアが提供できないまま、時間だけをやり過ごしていた。

そのあと結果図（図1）にあるように《転院したくない場合、患者は意図的に転院へのプロセスを中断しようとする》へと進んでいく。

《転院したくない場合、患者は意図的に転院へのプロセスを中断しようとする》では、がん患者と患者の家族が、わざと転院ができなくなるような行動をとり、看護師やMSW を困らせた。そのあと、ストーリーライン（1）、ストーリーライン（2）と同様に【困難な転院】へと進んでいった。

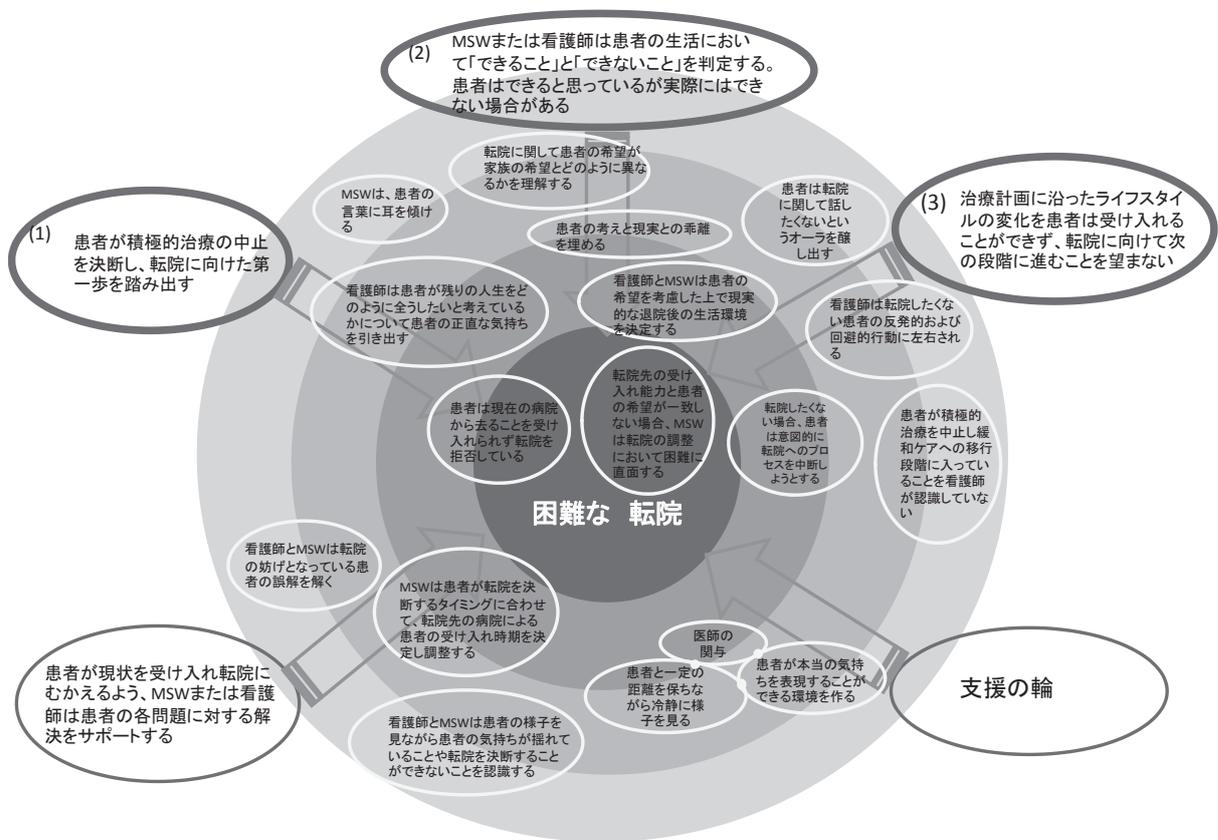


図 1 結果図

4.4. 考察と結論

4.4.1 看護師と MSW の協働

本研究は、ホスピスケア病棟と在宅へ転院することのできた患者の事例のみを調査し、看護師と MSW の協働の様相を検討してきたが、星名¹⁸⁾と同様に【困難な転院】が抽出された。プロセス全体を通して、看護師もしくは MSW のどちらか一方でも、患者と信頼関係が構築されている場合は、ホスピスもしくは在宅ケアの終末期医療へ比較的円滑に転院することができた。その一方で、がん患者と患者家族の退院後の方向性が一致していながら、がん患者自身も転院に納得していて、尚且つ看護師と患者、MSW と患者が良好な関係を築いていたときでも、看護師と MSW 間の連携が不十分であったために、転院が進まなくなりそうになるケースも見ることができた。終末期医療における転院に関しては、看護師は他の医療専門職者の協働が不可欠であるということ、これは単に、がん患者と看護師に信頼関係が構築できただけでは転院はうまくいかないことが明らかにできた。

マーガレットニューマンは、クライアントが苦しみの真只中でも、自分のパターンを認識するならば、新たな生き方のルールを見出すことができると言っている²⁶⁾。終末期患者の療養生活をホスピスへの移行支援はまさに新たな生き方のルールを見出すことでもあり、その変更時に関わりのある看護師と MSW が協働して患者やその家族を支援していくことこそが重要と思われる。患者の円滑な終末期医療への移行を進めるには、患者との信頼関係を築くとともに、看護師と MSW の協働による各職務の相互補完が重要である。看護師と MSW は終末期医療への移行に向けた患者の情報を素早く、そして正確に共有していくことも円滑な退院援助のキーになるといえる。

またピエールウグは、がんは家族全体にとっての疾患でもあり、経済的にも人間関係面にも崩壊と犠牲をもたらし、家族システムの中に重大な転換を迫るとしている。また、患者とその社会支援システムは、過酷な状況の中でも行き残るために行われるケアの中での経験に耐えるという目標をもちながら、学習曲線の急降下の軌跡を形作り始める²⁷⁾と述べているように、がんと診断を受けることによって、患者とその家族に与える影響は大きい。このようなことから、化学療法などのがんの縮小に向けた治療を行っている時期から、終末期

の療養生活場所について患者の意向を確認しつつ心の準備に向けた支援が必要である。

4.4.2 ホスピスへ転院する終末期がん患者にかかわる看護師の様相

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必要性を述べており、看護師と MSW の協働や医師との連携を図ってチーム一丸となってギアチェンジするがん患者と家族を支援していくことがギアチェンジを進めるうえでも重要なアプローチの一つであったと考える¹⁶⁾。

森はギアチェンジの後の高齢者がん患者の意思決定の支援の阻害要因として、「家族の緩和ケアに対する同意が得られない」や「医師によってギアチェンジについての説明が様々である」などギアチェンジの後の高齢がん患者の意思決定支援の阻害要因を 6 つのカテゴリーを抽出した¹³⁾。本研究においても、「患者はそれについて話したくないというオーラを醸し出す」や「看護師は転院したくない患者の反発的および回避的行動に左右される」は、「家族の緩和ケアに対する同意が得られない」と同様の結果が得られた。これらの結果は、入院期間の短縮化に伴ってギアチェンジについて患者とその家族と話し合う時間を十分にとることが難しくなっている現状も背景にある²⁸⁾。これに加え、短い入院期間の中では、看護師と患者とその家族での信頼関係を構築しにくいことも要因の一つとなっている。患者にとって最も身近な存在である看護師も日々の業務に忙殺され、患者の心理的なケアができていないことも要因であると考えられる。また柳原は、患者と家族にとってギアチェンジから終末期にかけて「模索の中の決定」であるとし、短い期間の間で様々な意思決定がなされている様相を報告している¹²⁾。

さらに「医師の関与」において、ギアチェンジの阻害要因の一つとして緩和ケアチームの医師は、多職種との連携が不十分なことを明らかにしている¹⁶⁾。本研究では、ギアチェンジがなかなか進んでいない現状を看護師や MSW が察知した場合、医師から患者らへ働きかけることで、看護師と MSW の連携を含め、チームワークで協力体制をとっている一面を垣間見ることのできた結果となった。一方で、「医師の関与」する時期はばらつきがみられ、ギアチェンジ

に繋がりにくい状況にあることは否めない。これは森の言う「医師によってギアチェンジについての説明が様々である」¹³⁾と同様の結果があらわれた。

《現在の病院から去ることを患者は受け入れられず転院を拒否している》では、がん患者とその家族らは、がんと闘病の中でがんの縮小と1日も長く生きられることに希望を秘めて最先端な医療技術を求めて大規模な病院を受診する。そこでの治療を打ちきり、大規模な病院を離れるということは、自分の人生に終止符を打つことと同様の意味を持っており、患者と家族にとって期待が絶望に代わる瞬間でもある。そのため、病院を去ることが受け入れられず転院に対して強い抵抗を示していたと考える。看護師は積極的治療から患者・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この家族員に沿った援助が必要である¹⁴⁾。

患者・家族に対して病状の理解への援助、意思決定への支援や緩和医療へのギアチェンジ等の提案に対しての精神的なサポートなどの生活を支える看護師の役割が大きいため²⁹⁾《患者の考えと現実との乖離をなくす》ために精神的なサポートに重点を置かれた援助が必要となる。

5. がん患者の困難な転院をささえる看護（総合考察）

5.1. ギアチェンジの時期におけるがん患者の移行プロセス

ギアチェンジをするがん患者は、それまでに様々な治療や苦難を体験し終末期を迎えている。がん患者は、がんと診断を受けた時からがんサバイバーとして日常を送る中で積極的な治療を受け、一時は治癒やがんの縮小がみられながらも再発や転移によって症状緩和や延命を目的とした治療に専念するなど様々な経過をたどっている¹⁾。それにもかかわらず、がん治療の効果が認められず、止む無く積極的な治療を中止した患者は少なくない。そのようながん患者とその家族が、ギアチェンジを受け入れていくプロセスを、看護師にフォーカスして看護師と他の医療専門職者はどのような連携と協働していかなければならないのかという点を、看護師とMSWを対象とした2つの実証研究から解明した。さらに、ギアチェンジを告げられる前のがん患者と、ギアチェンジを告げられた後のがん患者の役割の変化を文献研究から、病棟看護からみた役割理論におけるギアチェンジ期の役割期待に関する概念枠組みを新たに構築した。

まず、実証研究の分析からは、がん患者が転院や在宅へスムーズに移行できるという特徴的な要因を結果から得ることはできなかった。他方で、それぞれの医療専門職者ががん患者と良好な関係を築いていても、看護師とMSWの連携・協働が不十分な場合は、ギアチェンジがうまくいかないことが明らかになった。

第2章の役割理論におけるギアチェンジ期の役割期待に関する概念枠組み（図3）からも見て取れるように、がん患者への役割期待がギアチェンジポイントを境に変化する。ギアチェンジ前は、がん患者に対して周囲の人々は、治療に専念してがんと闘ってほしいという役割期待をもっているが、ギアチェンジ後はその逆で、これまでの苦しい治療から解放されて生活の質を向上させた有意義な時間を過ごしてほしいという役割期待に変化する。本稿にある2つの実証研究と図3の概念枠組みを融合して考察してみると、がん患者とその家族の役割期待は、ある一定の時間を要しながらも、ギアチェンジポイントを境にして役割期待が変化していくプロセスをたどっていく。これらからも、がん患者は様々な葛藤から常に心が揺れていてギアチェンジポイントまでギアを入れ

られずにいるケースがほとんどであった。それでも、がん患者は各々のスピードでギアチェンジポイントに近づいていった。このギアチェンジポイントに最も近づいた時こそ看護師と MSW をはじめとした医療専門職者は連携・協働を強め、特に集中してがん患者をサポートしなければならないことが明らかになった。つまり、ギアチェンジポイントの周辺こそが、看護師と MSW をはじめとした医療専門職者の連携・協働が最も重要な時期であるといえる。

5.2. ギアチェンジの時期にあるがん患者への看護師の役割

終末期に移行するギアチェンジのプロセスは、最もがん患者や家族に不安を与える時期である²⁾。がん患者とその家族は心が揺さぶられ、一度は退院や転院を決意したとしても日増しに変化する身体的な衰えや症状の悪化から決意が揺らいだり、常に不安や恐怖と隣合わせに生きている。がん患者はこれまでに治療を優先してきたことで、できなかったことや諦めてきたことを数多く抱えながら生きている³⁾⁴⁾。そのような状況の中で医師からギアチェンジを告げられてもがん患者はすぐに受け入れられないのは、心理的にも自然な反応である。

がん患者は、これまで治療に専念したにもかかわらずその代償もないままギアチェンジをしなければならない現状に自分の死をより鮮明にさせ⁵⁾、その場から身動きが取れないほどの不安にかられ、死に対する恐怖や身の置き所のないような苦痛を抱えた状態となる。そのため、ほんの少しの環境の変化をも受け入れられなくなってしまっている。このようながん患者に対して、窪寺は、苦難の中にも「生」や「苦難」の意味や価値を見出し、さらに将来に生きる意欲や希望を見出すように援助することだと述べている⁴⁾。日々のかかわりの中で「患者や家族が大事にしたいと思っているものは何なのか」がん患者がやり残したと思っていることや、これまで生きてきた中でがん患者やその家族が大切にしてきたことは何であるかを引き出していくことが必要である⁶⁾。そして、がん患者が生きる価値を自ら見つけられるようなサポートをしていくことも、看護師のひとつの役割といえる。また、恒藤はがん患者と医療専門職者は単に「援助される人」と「援助する人」との関係ではなく、互いの人生や人格的な触れ合いを通じて、互いの成長や発展を目指すことである。医療専門職者の真剣なかかわりやその人の存在自体が、がん患者にとって大きな慰めや励ましに

なるとも述べている⁶⁾。看護師は、がん患者がどうにもならないことへの苦痛を抱えていることや、死への恐怖と闘いながら日々を過ごしていることを理解する。そして、がん患者のそばに居て同じ時間を共有する。ただそれだけのことで、それは大切な看護である。

また、医療専門職者の連携・協働の側面から看護師が果たす役割として看護師は、がん患者に一番近い立場で患者を擁護できるような発言も求められている⁷⁾。看護師は、がん患者と家族の抱える問題をいち早く察知し、それを周囲に発信し、そして、その問題の解決に結びつけられる最良の方法を提案していくのも看護師の役割である。また、ギアチェンジに費やす時間には、個人差があるものの、その時間をいかに短縮しがん患者とその家族にとって質の高い生活を送れるように支援することも看護師の重要な仕事の一つである。

看護師は24時間がん患者を看ているため、全人的視点で捉えられる⁸⁾。そのため、看護師はがん患者やその家族と信頼関係を構築しやすい環境にあることから、MSWなどの医療専門職者と連携・協働を求められるタイミングでは、リーダーシップをとってがん患者の支援にあたることを期待されている。

5.3.がん患者の役割期待のズレ

がん患者は、急なギアチェンジを受け入れられず、看護師をはじめとした医療専門職者からの役割期待が変化していることに気づいていない状況にあることが、これまでの実証研究の結果から予測される。つまり、病院が求めるギアチェンジのスピードにがん患者の心情がついていけずにいるのである。そのために、医療専門職者、がん患者、がん患者の家族の間で役割期待にズレが生じていると考えられる。

医療専門職者はギアチェンジによる役割期待の変化によって生じるズレを最小限に抑えるために早期から治療変更等についてがん患者へ説明をしてきているものの、医師から積極的な治療の中止を告げられる瞬間は、死が自分により近づいたことを実感させられる瞬間でもあり、その衝撃的な出来事はがん患者の思考回路を狂わせてしまうこともある。その後、がん患者が遭遇する「困難な転院」こそ、がん患者自身の役割期待の変化を受け入れられていない実情のあらわれであるといえる。この「困難な転院」から役割期待の変化を受け入

れた「自立への自律」へ進む場合と、役割期待の変化を受け入れられないまま時間ばかりが経過していつてしまう「揺れる思い」に進む2つのケースが研究結果⁹⁾からもあらわれたと考えられる。

医療専門職者とがん患者の間に生じるズレに対して、看護師をはじめとする医療専門職者は、まずはがん患者の気持ちに寄り添うこと、一般論から来るがん患者の役割期待の変化を強要したり、がん患者と医療専門職者の認識のズレを無理やり改めさせようとするのではなく、がん患者やその家族の思いを十分に聴き、がん患者らと真正面から向き合って話をしていくことが質の高い看護と援助の提供の原点であると考えられる。これまで積極的な治療に立ち向かって全人的苦痛を体感してきたがん患者を労い、共感することが重要となる。そして、がん患者の抱える苦痛な症状の緩和を積極的に行い、現状を受け入れていけるよう見守る姿勢でかかわっていくことが必要である。すなわち、看護師をはじめとする医療専門職者は、ギアチェンジポイントを境にがん患者の役割期待に変化が起きていることを認識すること¹⁰⁾、そしてがん患者は役割の変化に戸惑いながらも自分の気持ちに何度も修正をかけ、さらにその修正を幾度となく繰り返していることを理解しながら、看護師らは積極的にがん患者の緩和に努めていくことが重要な看護であり援助であると考えられる。

5.4. 看護師とMSWの連携・協働がギアチェンジに与える影響

がん患者とその家族が陥る心理的な側面の苦痛を和らげ、【困難な転院】となっている原因を取り除いて次のプロセスへと進んでいけるように、看護師やMSWなどの医療専門職者の連携・協働が重要となる。久保は、異なる医療専門職者が連携していくためには、まずサービス利用者に対する援助の目的を一致させてそのうえで、それぞれの医療専門職者が互いの領域を認め合いながら、各々の専門性を発揮できるように役割分担していることが望まれると述べている¹¹⁾。ギアチェンジの時期にあるがん患者を支える看護師とMSWの連携・協働においても、がん患者とその家族が次の療養場所への移行をスムーズに行えるよう看護と援助をするという目的を一致させ、各々の専門性を発揮していくことが重要だといえる。

がん対策推進基本計画においても、各医療専門職種の専門性を活かし、医療専門職者の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療、患者の更なる生活の質の向上を目指した職種間連携を推進しており¹²⁾、看護師とがん患者、MSWとがん患者の信頼関係の構築とともに、看護師とMSWなどの医療専門職者の間でも強い信頼関係の構築が求められている。そして、看護師らはがん患者へかかる目的やケアの方向性について十分な情報共有を図り、各々の専門性を発揮してがん患者とその家族のギアチェンジを支えていくことが重要となる。

看護師やその他の医療専門職者は、がん患者とその家族がギアチェンジについてどのように受けとめているのか、また、がん患者の反応や今後の方針など個々の関わりで得られた情報の共有化を活発にしていけることが必要である¹³⁾。情報共有の手段として、医療専門職者との合同のカンファレンスをこまめに開催することも有効である。看護師らは自分たちの入手した個々の患者の情報を共有し、それを十分に活用することができれば、がん患者のギアチェンジに費やす時間を短縮することも可能となる。それは、残された時間の少ない終末期がん患者のQOLの向上にも繋がってくると考えられる。

5.5.今後の課題

本研究では、終末期に移行する際、患者の意識が鮮明にあり、患者自身の意思表示がはっきりできる人たちを対象にした看護と援助を検討してきた。これからさらなる高齢化が進むにつれ、認知症を併発しながらがん治療を行うケースが増加していくと予測される。その場合には、家族ががん患者に代わって意思決定を行ったり、ギアチェンジを進めていく必要性が高くなっていく¹⁴⁾。また、近年若年者のがん罹患率が上昇傾向にもある。特に乳がん罹患率は臓器別では第1位。そして、死亡率はがんの中で第5位である¹⁵⁾。がんの発症が若年化するほど、終末期の受容は容易ではなく、ギアチェンジをより困難にしていくなこととなる。結婚適齢期、子育て期など、年齢によってギアチェンジの時期にがん患者が抱える問題も異なることから、年齢分布によるギアチェンジの時期の特徴についても研究を行っていく必要がある。

また、本研究においては看護師をはじめとする医療専門職者側に焦点をあてギアチェンジの時期にあるがん患者の看護について述べてきた。そのため、医

療者側からみた一方的な見解にとどまっており、がん患者自身が認識しているギアチェンジの時期については述べられていない。がん患者やその家族がギアチェンジの時期をどのように捉え、ギアチェンジをどのように受容していくのかについても検討していく必要がある。そして、がん患者が看護師をはじめとした医療専門職者にどのような役割期待を求めているのか、また、がん患者が自ら果たすべき役割をどのように捉えているのかについても研究を行っていく必要がある。そしてギアチェンジの時期にあるがん患者にかかわる看護モデルの構築につなげていくことが今後の課題である。

おわりに

本研究においては、入院治療中のギアチェンジの時期にあるがん患者にかかわる看護師にフォーカスした。看護師と MSW などの医療専門職者の間では、がん患者へかかわる目的やケアの方向性について情報共有を図っていかなければならない。また、看護師をはじめとした医療専門職者は、各々の専門性を発揮してがん患者とその家族のギアチェンジを支えていかなければならない。

そして、がん患者が先進的医療を受けているとき、ギアチェンジポイントの前後にあるとき、終末期を迎えたときなど、その瞬間、瞬間に起きる複雑で多様な問題を抱えるがん患者に寄り添う看護師の姿をみてきた。これからも、がん患者の QOL の向上を目指す看護師の姿を研究のコアとして、掘り下げていきたいと考えている。また、がん医療の均てん化を図っていく上でも「できる看護師」の育成が求められている。これからは、看護実践モデルの構築から研修プログラムの開発も含めた研究を進めていきたい。

参考文献

はじめに

- 1) 厚生労働省(2016 - 12 - 1). がん対策推進基本計画(2012年6月)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf
- 2) 吉岡さおり、森山美和子 (2011)「一般病棟における終末期がん患者と家族に対する看取りケア実践の関連要因 : がん看護専門看護師の教育的立場からみた要因の分析」『広島国際看護大学ジャーナル』8(1), pp. 61-69.

第1章

- 1) 公益財団法人 がん研究振興財団(2016 -12-1). がんの統計'15 (2016年3月30日)
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/backnumber/2015_jp.html
- 2) 国立がん研究センター がん対策情報センター(2016-12-4). 全国がん罹患モニタリング集計 2012 年罹患数・率報告(2016年3月)
http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/mcij2012_report.pdf
- 3) 小松浩子 (2013)「がん医療の現在」『系統別看護学講座 別巻 がん看護学』医学書院, pp. 14 .
- 4) 星名美幸 (2016)「ギアチェンジ期におけるがん患者の役割期待に関する研究 -病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築-」『横浜国立大学技術マネジメント研究学会』15巻, pp. 44-49.
- 5) 日本医師会 (2008)「緩和ケアとは」『がん緩和ケアガイドブック』青海社, pp. 8-10.
- 6) 清水奈緒美 (2015)「がん患者のシームレスな療養を支える看護の力」渡邊眞理、清水奈緒美編『がん患者へのシームレスな療養支援』医学書院.
- 7) 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 .
- 8) 大川宣容, 藤田佐和, 府川晃子, 他 (2010)「がん医療におけるギアチェンジに関する文献的考察」『高知大学紀要』59巻, pp. 73-80.
- 9) 星名美幸 (2014)「「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」『横浜国立大学技術マ

- ネジメント研究学会』13巻, pp. 36-45.
- 10) 大松重宏 (2008) 「がん専門病院における医療連携とソーシャルワーカー—ソーシャルワーカーの立場から—」『医療』61巻第4号, pp.250-253.
 - 11) 長光代, 落合宏, 上野栄一 (2008) 「終末期がん患者の男性家族員が捉えたギアチェンジ」『富山大学看護学会誌』7巻第2号, pp.15-28.
 - 12) 厚生労働省 (2014-11-1). 「厚生労働省 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」(平成22年12月).
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf>
 - 13) 奥野 楓子 (2012) 「日本における公的医療保険制度の未来」『香川大学経済政策研究』8巻3号, pp. 95-117.
 - 14) 厚生労働省 (2016-12-1) 「日本の国民皆保険制度の特徴」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000072791.pdf>
 - 15) 厚生労働省 (2016 - 12 - 1) 社会保障審議会 (医療保険部会) 平成27年11月20日、「第91回社会保障審議会医療保険部会、資料2-2」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104785.html>
 - 16) 厚生労働省：社会保障審議会 (医療保険部会) 平成27年9月11日 「第88回社会保障審議会医療保険部会、資料5」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000097056.html>
 - 17) 松井宏樹 (2009) 「国民医療費抑制策の実施とその課題」『香川大学経済政策研究』5巻5号, pp. 125-145.
 - 18) 厚生労働白書25 (2013) 「資料編 保険医療」『厚生労働省』 pp. 33-34.
 - 19) 厚生労働白書19 (2007) 「第4章これからの健康づくりと医療 - 医療構造改革の目指すもの - 」『厚生労働省』 pp. 97-161.
 - 20) Miyuki Hoshina(2015) 「Study of collaboration methods between nurses and medical social workers during facility transfer of end of life cancer patients」『Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing』 2,pp. 264-270.
 - 21) 藤野邦夫(2008) 『がん難民コーディネーター〜かくして患者たちは生還した〜』小学館101新書.
 - 22) 内藤加奈子、鈴木久美 (2016) 「進行がん患者および終末期がん患者とその家族の意思決定に関する文献検討」『大阪医科大学看護研究雑誌』6巻, pp.

76-84.

- 23) 岡本尚子 (2007) 「がん治療と緩和ケア 患者にとって最善の選択とは がん患者のギアチェンジにおけるサポートを考える 緩和ケア外来の現状より」『医療』61巻6号, pp. 424-427.
- 24) F. Nightingale (1985) /小玉香津子他訳 (2000) 『看護覚え書き本当の看護とそうでない看護 (第6版)』日本看護協会出版会.
- 25) 加利川真里, 小河育恵 (2013) 「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」『ヒューマンケア研究学会誌』4巻第2号, pp.7-16.
- 26) 森一恵,杉本知子 (2012) 「高齢者がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題」『岩手県立大学看護学紀要』14, pp.21-32.
- 27) 柳原清子 (2009) 「がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究 ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて」『ルーテル学院研究紀要』第42号, pp.77-96.
- 28) 横浜優子, 森一恵 (2013) 「ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法」『日本がん看護学会誌』27巻第3号, pp.33-41.
- 29) 日本臨床腫瘍学会 (2009) 『入門腫瘍内科学 改訂版第2版』医学書院
- 30) 辻川真弓 (2011) 「がんサバイバーシップ」大西和子, 飯野京子編『がん看護学 臨床に生かすがん看護の基礎と実践』ヌーベルヒロカワ, pp.7-11.
- 31) (最新がん統計 | がん登録・統計 [がん情報サービス])
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
- 32) 磯玲子, 飯島節 (2016) 「高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加と意思決定についての現状と課題」『国際医療福祉大学学会誌』21巻1号. pp. 10-20.
- 33) 久保元二 (2000) 「保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題」右田紀久恵・小野寺全世・白澤政和編『社会福祉援助と連携』中央法規.
- 34) Coluccio,M.,&Maguire,P.:Collaborative practice:becoming a reality throught primary nursing.Nursing Administration Quarterly.7(4),59-63,1983.

- 35) 佐藤美香、森美智子 (2006) 「小児がんの痛みに対応する医師・看護師の協働関係 - 痛みの対応と患児・家族への関わり - (その2)」『日本武蔵野短期大学紀要』 pp.71-83.
- 36) 厚生労働医政局 (2010) 「チーム医療の推進について チーム医療推進に関する検討会報告書」 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>.
- 37) 府川晃子、森下利子、藤田佐和 (2010) 「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雑誌』35巻1号, 16-26.
- 38) 渡部ひと美、遠藤美織、室井弘子他 (2015) 「栄養サポートチームと褥瘡チームの連携によって栄養不良および褥瘡が改善した寝たきり高齢者の1例 チーム連携の重要性」『日本静脈経腸栄養学会雑誌』30巻4号, pp.968-971.
- 39) 青木美和、藤田佐和、府川晃子 (2014) 「看護師と医師の協働による進行がん患者のギアチェンジを支える援助」『高知女子大学看護学会誌』40巻1号, pp.97-108.
- 40) 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.

第2章

- 1) 小倉啓宏 (2002) 『看護学大辞典 (第5版)』メジカルフレンド社, pp.2115-2116.
- 2) 濱嶋朗, 竹内郁郎, 石川晃弘, (編)(1997) 『社会学小辞典 (新版)』有斐閣, pp.598-601.
- 3) T. Parsons (1951)/佐藤勉訳(1974)『現代社会学大系 第14巻 社会体系論』432-469, 青木書店 (Parsons, Talcott(1951)The social system. New York :Free Press)
- 4) 高城和義(2002)『パーソンズ医療社会学の構想』岩波書店, 東京, pp. 51-78.
- 5) 池田光穂 (2014) 「病気になることの意味タルコット・パーソンズの病人役割の検討を通して」『コミュニケーションデザイン』10巻, pp.1-21.
- 6) AnselmL.Straus,Corbin.Fagerhaugh.Glaser,Maines.Suczek.Wiener (1984) 南裕子監訳 (1987) 『慢性疾患を生きる—ケアとクオリティ・ライ

- フの接点—』医学書院， pp.169-183.
- 7) 杉浦正和 (2013) 「役割理論の諸概念と職場におけるロール・コンピテンシー」『早稲田国際経営研究』44巻， pp.15-29.
 - 8) 三沢謙一 (1987) 「役割理論の展開」『評論・社会科学』33巻， pp.77-89.
 - 9) 小川英司(1997) 「G・H・ミードの社会学」星雲社， pp.21-86.
 - 10) 野村一夫(1998)『社会感覚 (増補版)』文化書房博文社， pp.194-219.
 - 11) 大木秀一 (2013)『文献レビューのきほん』医師薬出版株式会社， pp. 15-31.
 - 12) 芥川清香 (2011) 「医療政策における「自立した患者」が内包する課題」『日本看護科学会誌』31巻第4号， pp.55-63.
 - 13) 大平美穂 (2014) 「菜園活動を通して退院支援を行なった看護のかかわり引きこもりのある統合失調症患者の役割遂行を果たすことを目的に」『日本精神科看護学術集会誌』57巻第3号,pp.73-77.
 - 14) 吉村望，森山由美子，谷口美智子他 (2004) 「頭頸部がん患者のターミナル期における QOL 向上を目指して KOMI チャートシステムを用いた評価」『佐世保市立総合病院紀要』30巻 pp.107-11.
 - 15) 青木妃沙子、斉藤今日子、戸沢智也 (2013) 「リハビリテーション病院の入院生活に“役割の場”を提供する 園芸作業が認知・精神機能に与える影響について 2 事例から考察する」『リハビリナース』6巻第6号， pp.616-622.
 - 16) 瀬川千恵、横田有実子、板越由香他 (2010) 「片麻痺を有する脳卒中患者の在宅復帰を目指したリハビリテーションへの取り組み」『日本リハビリテーション看護学会学術集会大会収録』22巻,pp.86-87.
 - 17) 遠藤由香、松尾佐智子、日高艶子他 (2003) 「回復期リハビリテーション病棟における家庭復帰に及ぼす影響要因に関する研究」『日本リハビリテーション看護学会学術大会収録』15巻， pp.103-105.
 - 18) Tada Toshihiko, Hashimoto Fumiko, Matsushita Yasuko (2003) “ Study of life satisfaction and quality of life of patients receiving home oxygen therapy” The journal of Medical Investigation, Vol 50, No.1~2,pp. 55 - 63.
 - 19) 守田信子 (2000) 「脳結血管疾患患者の退院後の生活の変化」『神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録』25巻， pp.528-535.

- 20) 吉村季実子、森下笑美子、今村朋子他 (2012)「腹膜透析患者の看護と介護 緊急導入で悲嘆した患者の看護 患者の役割統合への援助」『腎と透析』73 巻, pp.365-366.
- 21) 坂上千絵、小野桂子、本間雅子他 (2002)「患者体験をした看護師の病者役割行動と療養態度」9 巻 1 号, pp. 43-48.
- 22) 上杉和捺、渡邊千代子、清水真智子他 (1998)「長期入院高齢患者への役割導入の効果」『臨床看護研究の進歩』10 巻, pp.91-97.
- 23) 鈴木和代、前崎正江、(2006)「認知症患者の役割意識に基づいた行動障害への援助」『日本精神科看護学会誌』48 巻第 2 号, pp.347-351.
- 24) 森本悦子、田中克子 (2001)「放射線療法を受けるがん患者の役割分析」『大阪府立看護大学紀要』7 巻第 1 号, pp.73-78.
- 25) 永井亜矢、坂井志菜子、丹生淳子他 (2013)「脊髄損傷に関連した慢性疼痛を抱えた患者のチームアプローチ」『慢性疼痛』32 巻第 1 号, pp.229-232
- 26) 竹本由美 (2009)「高次機能障害患者及び家族への過程復帰にむけたチームアプローチ」『日本リハビリテーション看護学会学術大会収録』21 巻, pp.313-315.
- 27) 門井貴子、太田勝正 (2006)「患者役割測定尺度の開発プロセス—入院患者の認識と看護師の期待から—」『日本看護科学研究』7 巻, pp.7-15.
- 28) Yamaguchi Takeo, Ota Katsumasa(2012)“Development of the inpatient attitudes towards the patient role scale” Japan Journal of Nursing Science, Vol.9, No1, pp.88-100.
- 29) 渡邊聖、藤田茂、瀬戸加奈子他 (2008)「医療安全活動における事故発見者としての患者の役割」『日本医療マネジメント学会雑誌』8 巻第 4 号, pp.526-533.
- 30) 瀬戸加奈子、和田ちひろ、山野辺祐二他 (2007)「医療事故の発見者としての患者の役割についての研究」『日本医療マネジメント学会雑誌』7 巻第 4 号, pp.483-488.
- 31) 片山圭子 (2004)「短期入院を繰り返す境界性人格障害患者に関わるプライマリナーズの役割意識変化 長期的な関わりから看護者の負担が軽減していった事例をペプロウの人間関係論を用いて振り返る」『日本看護学学術

集会論文集 精神看護』35巻,pp.59-61.

- 32) 細川つや子 (2006)「同一疾患患者の入院から手術回復までのプライマリナーズの看護介入 (1) 患者の語る「普通であること・ないこと」のもつ意味に焦点を当てて」『看護・保健科学研究誌』6巻第1号, pp.33-40.
- 33) 落合翠, 高間静子 (2003)「入院患者の適応の概念枠組み」『富山医科薬科大学看護学会誌』5巻第1号, pp.91-96.
- 34) 仲沢富枝、小野興子 (2005)「“役割間葛藤”の診断の手がかりの検討 ロイ適応看護モデルを活用した臨地実習の分析」『看護診断』10巻第1号, pp.34-42.
- 35) 館哲郎 (1987)「精神病院での入院治療における精神分析理論の応用 自律をめぐる患者の責任性と主治医の機能」『精神分析研究』31巻第2号, pp.81-93.
- 36) 竹内郁江, 高橋郁子 (2002)「入院患者の対人交流についての一考察 他患者に影響を与えてしまうてんかん患者の事例より」『日本精神科看護学会誌』45巻第1号, pp.56-59.
- 37) 上野豪志、古山桂子 (1998)「パニック発作を伴う虚偽性障害の一例」『東京精神医学会誌』16巻第1号, pp.79-86.
- 38) 岡本典子、田中有紀、吉浜文洋 (2014)「精神科において行動制限を最小化するための看護に関する文献レビュー」『日本精神科看護学術集会誌』57巻第2号, pp.35-39.
- 39) Guo Yinggiu, Kuroki Toshihide, Yamashiro Seiji, Sato Takishi (2000)「精神障害外来患者の疾病行動の特性 日本における予報」『森田療法学会雑誌』11巻第1号, pp.167-171.
- 40) 福島智子 (2005)「自覚症状がない患者が治療を求めるとき 2型糖尿病患者を対象としたインタビュー調査から」『保健医療社会学論集』16巻第1号, pp.13-24.
- 41) 横浜優子, 森一恵 (2013)「ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法」『日本がん看護学会誌』27巻第3号, pp.33-41.
- 42) 竹内幸江、高橋百合子、吉川久美子他 (2012)「終末期の小児がん患者のケ

- ア体制および看護師へのメンタルヘルスサポート体制の実態 病棟管理者への調査より」『小児看護』7巻, pp.39-45.
- 43) 中村悦子(2010)「がん患者、ギアチェンジからの看護師のかかわり体験と負担」『日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ』40巻, pp.259-361.
- 44) 府川晃子、森下利子、藤田佐和他(2010)「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巻第1号, pp.16-26.
- 45) 森一恵,杉本知子(2012)「高齢者がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題」『岩手県立大学看護学紀要』14巻,pp.21-32.
- 46) 南尋美、長谷川洋子、武田文他(2008)「終末期における患者・家族の意思決定への援助の現状と課題」『新潟県立がんセンター新潟病院看護部看護研究』平成19年度, pp.16-23.
- 47) 加利川真里,小河育恵(2013)「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」『ヒューマンケア研究学会誌』4巻第2号, pp.7-16.
- 48) 青木美和、藤田佐和、府川晃子(2014)「看護師と医師の協働による進行がん患者のギアチェンジを支える援助,」『高知女子大学看護学会誌』40巻第1号, pp.97-108.
- 49) 庄司麻美、藤田佐和、府川晃子他(2014)「進行がん患者の緩和ケアに携わる看護師と医師のギアチェンジに対する認識」『高知女子大学看護学会誌』40巻第1号, pp.87-96.
- 50) 河村公子、中土居智子、猪原美代(2007)「呼吸器・消化器外科病棟における看護師と他職種との連携からみた合同カンファレンスの意義」『大阪大学看護学雑誌』13巻第1号, pp.33-36.
- 51) 青山こずえ、田村里子、田邑泉(2005)「がん患者の在宅療養の支援を考える 在宅療養の選択をめぐるソーシャルワーク援助から」『ソーシャルワーク』38巻第2号, pp.27-31.
- 52) 府川晃子、森下利子、藤田佐和他(2011)「進行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」『高知女子大学紀要』60巻, pp.23-34.

- 53) 川崎優子、内布敦子、荒尾晴恵他(2010)「医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ」『兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要』17巻, pp.25-37.
- 54) 保田尚邦、諸原浩二、中澤拓郎(2011)「外科医が行なうギアチェンジのツール『消化器癌の緩和ケア・安心ブックレット』」『外科』73巻第13号, pp.1489-1493.
- 55) 守屋智沙、竹林智子、高畑知代他(2010)「終末期がん患者の輸液管理 ギアチェンジのその前に」『香川労災病院雑誌』16巻, pp.145-148.
- 56) 岡本尚子(2007)「がん治療と緩和ケア 患者にとって最善の選択とは がん患者のギアチェンジにおけるサポートを考える 緩和ケア外来の現状より」『医療』61巻第6号, pp.424-427.
- 57) 岡村利佳、大山栄子、近藤尚美他(2008)「ギアチェンジ期の患者の思い 面談を通して」『新潟県立がんセンター新潟病院看護部看護研究』平成19年度, pp.24-30.
- 58) 奥祥子、佐々木宏美、塚本康子他(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第3号, pp.215-223.
- 59) 長光代、落合宏、上野栄一(2008)「終末期がん患者の男性家族員が捉えたギアチェンジ」『富山大学看護学会誌』7巻第2号, pp.15-28.
- 60) 柳原清子(2009)「がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究 ギアチェンジ期および終末期の支援に焦点をあてて」『ルーテル学院研究紀要』第42号, pp.77-96.
- 61) 松谷由美子(2014)「在宅での看取り支援「最期を家で迎えたい」希望に沿った退院支援」『ホスピスケアと在宅ケア』22巻第1号, pp.16-20.
- 62) 二ノ宮聡子、大坪幸代、松島淳子(2011)「終末期がん患者の退院支援を振り返る 若年介護者のケース」『日本看護学学会論文集地域看護』第41号, pp.274-276.
- 63) 近藤恵子(2010)「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巻第5号, pp.534-538.
- 64) 軽部真粧美(2007)「大学病院における再発乳がん終末期患者への関わり」『日本看護学会論文集:成人看護Ⅱ』第37号, pp.425-427.

- 65) 大川宣容, 藤田佐和, 府川晃子, 他 (2010) 「がん医療におけるギアチェンジに関する文献的考察」『高知大学紀要』59巻, pp.73-80.
- 66) 加藤文雄 (2009) 「精神科病棟の終末期看護と家族へのかかわりかを通して学んだこと その人らしさを尊重した療養生活と家族支援」『日本精神科看護学会誌』52巻第1号, pp.94-95.
- 67) F. Nightingale (1985) /小玉香津子他訳 (2000) 『看護覚え書き本当の看護とそうでない看護 (第6版)』日本看護協会出版会.

第3章

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 木下康仁 (2007) 『ライブ講義 M-GTA 実践質的研究法』弘文堂.
- 6) 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.
- 7) 丸口ミサエ (2000) 「緩和ケア」季羽倭文子監. 『がん看護学』三輪書店, pp.103-112.

第4章

- 1) 奥野 楓子 (2012) 日本における公的医療保険制度の未来, 香川大学経済政策研究, 8 (3), pp. 95-117.
- 2) 厚生労働省: 日本の国民皆保険制度の特徴
www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000072791.pdf

- 3) 厚生労働省：社会保障審議会（医療保険部会）平成27年11月20日、第9
1回社会保障審議会医療保険部会，資料2-2
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104785.html>
- 4) 厚生労働省：社会保障審議会（医療保険部会）平成27年9月11日、第88
回社会保障審議会医療保険部会，資料5
(ア)<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000097056.html>
- 5) 松井宏樹（2009）国民医療費抑制策の実施とその課題，香川大学経済政策
研究，5（5），pp. 125-145.
- 6) 厚生労働白書25（2013），資料編 保険医療，厚生労働省，pp33-34.
- 7) 厚生労働白書19（2007），第4章これからの健康づくりと医療 - 医療構造
改革の目指すもの - ，厚生労働省，pp. 97 - 161.
- 8) 医療法改正の主な経緯4 資料編.
https://www.shaho.co.jp/shaho/shop/usr_data/sample/16500-sample.pdf
- 9) 藤野邦夫(2008)がん難民コーディネーター～かくして患者たちは生還した
～小学館101新書.
- 10) 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.
- 11) 岡本尚子（2007）. がん治療と緩和ケア 患者にとって最善の選択とは が
ん患者のギアチェンジにおけるサポートを考える 緩和ケア外大の現状よ
り，医療，61（6），pp.424-427.
- 12) 柳原清子（2009）. がん患者家族の意思決定プロセスと構成要素の研究 ギ
アチェンジ期およ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号，pp.77-96.
- 13) 森一恵,杉本知子（2012）. 高齢者がん患者の終末期に関する意思決定支援
の実際と課題，岩手県立大学看護学紀要，14，pp.21-32.
- 14) 加利川真里，小河育恵（2013）. 「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」『ヒューマンケア研究学
会誌』第4巻2号，pp.7-16.

- 15) 青木美和, 藤田佐和, 府川晃子他 (2014) 「看護師と医師の協働による進行がん患者のギアチェンジを支える援助」『高知女子大学看護学会誌』第40巻1号, pp97-108.
- 16) 府川晃子, 森下利子, 藤田佐和他 (2010) 「進行がん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』第35巻1号, pp.16-27.
- 17) 長光代, 落合宏, 上の栄一 (2008). 終末期がん患者の男性家族員が捉えたギアチェンジ, 富山大学看護学会誌, 7 (2), 15-28.
- 18) 星名美幸 (2014) 「「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」『横浜国立大学技術マネジメント研究学会』13巻pp.36-45.
- 19) S.ヴォーン、J. シナグブ他著, 井下理翻訳他 (1999) グループ・インタビューの技法, 慶応義塾大学出版会.
- 20) 安梅勅江 (2004) ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医師薬出版株式会社
- 21) 杉万俊夫 (2013) グループ・ダイナミクス入門—組織と地域を変える実践学, 世界思想社.
- 22) ラヴェ・フリック 神田博志他 (訳) (2006) 質的研究入門—人間の科学>のための方法論, 春秋社.
- 23) 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
- 24) 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.
- 25) 木下康仁 (2007) ライブ講義M-GTA 実践質的研究法. 弘文堂
- 26) 遠藤恵美子 (2001) 希望としてのがん看護-マーガレットニューマン希望としてのがん看護, 医学書院, 東京.
- 27) ピエールウグ/黒江恵子訳他 (2012) 慢性疾患の病みの軌跡 コービンとスト劳斯による看護モデル, 医学書院, pp. 35.
- 28) 田尻信子, 鈴木志津枝 (2009) 終末期がん患者の在宅投入機における訪問看護師の取り組み, 高知医療センター医学雑誌, 3 (2), pp. 5-14.

- 29) 園田麻利子他 (2008) 終末期ケアの場をホスピスと選択した患者の思い - 3 名の肺がん患者による -, 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, Vol.12 , pp. 82-94.

第 5 章

- 1) 辻川真弓 (2011) 「がんサバイバーシップ」大西和子, 飯野京子編『がん看護学 臨床に生かすがん看護の基礎と実践』ヌーベルヒロカワ pp.7-11.
- 2) 加利川真里, 小河育恵 (2013) 「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」『ヒューマンケア研究学会誌』4 巻第 2 号, pp.7-16.
- 3) 渡邊眞理・清水奈緒美 (2013) 「がん患者の療養支援」『系統的講座 別巻 がん看護学』医学書院 pp.243-256.
- 4) 窪寺俊之 (1989) 「ある死をめぐる: 痛みの軽減と尊厳死とのほさまにあるとき」『臨床看護』15 巻 5 号, pp.700-704.
- 5) 奥祥子, 佐々木宏美, 塚本康子他 (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 巻第 3 号, pp.215-223.
- 6) 恒藤暁 (1999) 『最新緩和医療学』最新医学社.
- 7) 大西和子 (2011) 「がん看護のチーム医療」『がん看護学 臨床に生かすがん看護の基礎と実践』大西和子, 飯野京子編. ヌーベルヒロカワ pp.37.
- 8) 三浦浅子 (2011) 「ターミナルケア」『がん看護学 臨床に生かすがん看護の基礎と実践』大西和子, 飯野京子編. ヌーベルヒロカワ pp.309-321.
- 9) 星名美幸 (2014) 「「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」『横浜国立大学技術マネジメント研究学会』13 巻 pp.36-45.
- 10) 星名美幸 (2016) 「ギアチェンジ期におけるがん患者の役割期待に関する研究 -病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築-」『横浜国立大学技術マネジメント研究学会』15 巻, pp. 44-49.
- 11) 加利川真里, 小河育恵 (2013) 「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」『ヒューマンケア研究学会誌』4 巻第 2 号, pp.7-16.

- 12) 渡邊眞理・清水奈緒美 (2013) 「がん患者の療養支援」『系統学的講座 別巻 がん看護学』医学書院 pp.243-256.
- 13) 窪寺俊之 (1989) 「ある死をめぐる: 痛みの軽減と尊厳死とのほざまにあるとき」『臨床看護』15巻5号, pp.700-704.
- 14) 森一恵,杉本知子 (2012) 「高齢者がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題」『岩手県立大学看護学紀要』14, pp.21-32.
- 15) 公益財団法人 がん研究振興財団(2016-12-1). がんの統計 ‘15 (2016年3月30日).
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/backnumber/2015_jp.html

謝辞

博士學位論文を進めるにあたり、素晴らしい研究環境を与えて頂くとともに、多大なるご指導・ご助言を賜りました安藤孝敏教授に誠意を表わすとともに厚く御礼申し上げます

また、研究の趣旨を理解し快く協力していただいた調査対象者の皆様、ならびにご指導とご助言いただきました横浜国立大学大学院環境情報学院の志田基与志教授、周佐喜和教授、長谷部英一准教授、北里大学大学院看護学研究科ならびに関東学院大学看護学部の諸先生方に心より感謝申し上げます。最後に、遅々として研究が進まず落ち込みがちな筆者を支えてくれた先輩、後輩、友人の皆様、両親、そして夫・武志、娘・恵美に、心より感謝申し上げます。本当にありがとうございました。