

# 終末期がん患者の男性家族員が捉えたギアチェンジ

長 光代<sup>1</sup>, 落合 宏<sup>1</sup>, 上野栄一<sup>2</sup>

<sup>1</sup>富山大学医学部看護学科人間科学・基礎看護学, <sup>2</sup>福井大学医学部看護学科基礎看護学

## 要 旨

終末期がん患者の男性家族員が捉えるギアチェンジの様相とその関連要因を探るために、死別後1年以上経過した13名を対象とし、半構成的面接を行った。得られた逐語録をクリップエンドルフの内容分析手法で分析した結果、ギアチェンジの様相は、第1【理性を持ちながらギアチェンジできないもどかしさ】、第2【永遠の絆】と第3【レジリエンス】が、《生の希望》《時の流れ》に沿って3コアカテゴリーとして生成された。第1には、《がんと共生》を中心に、《がんの脅威と危機》《ソーシャルサポート》《患者から放たれていたスピリチュアリティ》《パートナーシップ》《死への諦めと受容》《がん闘病の複雑さ》が、第2には、《相互作用》《尊厳》が、第3には、《行きつ戻りつする死別後の悲嘆》《立ち直り》が関連していた。死別悲嘆からの回復には、円滑な第1のギアチェンジが重要であり、その関連要因の中に、がん看護への多くの示唆が含まれていると考えられる。

## キーワード

終末期がん患者, 内容分析, 男性家族員, がん看護

## はじめに

日本のがん死亡は、1981年以降日本人の死因の第1位を占めている<sup>1)</sup>。厚生労働省は、がんの予防、診断、治療に関する研究を総合的に推進し、がんの罹患率、死亡率の激減を目指しているが、2006年6月のがん対策基本法案に関する決議の中で「その居住する地域にかかわらず本人の意向を十分尊重して治療方針等が選択され、適切ながん医療を受けることができること、がん性疼痛を含む緩和ケアを、初期がんを含むがん治療の全段階に導入する」ための医療体制の整備がはじめて示された。

がん闘病プロセスには、様々な治療方針の転換があるが、再発や転移のため治療延命が困難であるという認識が生まれると、次の治療方針へと転

換する。さらに死が迫ってくるとまた次の治療方針が選択される。英国では、終末期の治療方針の転換・移行を、車に喩え、「Changing Gear」と表現している。英国のホスピス・緩和ケアの全国組織が発刊する「Changing Gear」の翻訳により、本邦のがん看護の分野でも、ギアチェンジと訳され、その関心は高まりつつある。現在では、患者自身はもとより、家族、医師、看護師、また技術、心理、哲学（死生観）など治療方針転換に付随する様々な問題を包含した概念であると捉えられるようになっている<sup>2)</sup>。

日本におけるギアチェンジのあり方やその判断には、医療者の死生観が影響を与えていることが浮き彫りとなっている<sup>3~4)</sup>。看護の役割には関しては、葛藤の共有、ケアコンサルテーション、がん看護専門看護師の専門性を活かすことの大切さが

強調されている<sup>5)</sup>。いずれにしても、受け手と提供者がより良いパートナーシップを構築し、ギアチェンジが必要であると判断する医療者の「思い」と患者家族の受け手の「思い」の隔たりを認識しつつ、受け手が穏やかに心の切り換えができるように支援することが重要である。

がん闘病では、家族の役割は大きい。しかし、がん患者の家族は、病名を告げられた時から、強い衝撃を受け、揺れ動き葛藤する。さらに、心身の疲労と共に、社会的、経済的な問題にも直面することになる。これらのどれ一つを取っても答えの見出せない問題があふれており、意思決定と行動の選択は家族の力量をはるかに超えている<sup>6)</sup>。実際、梅田は、患者家族の余裕のある時期からの調整準備、段階的な説明とその過程のサポートの必要性を提言し<sup>7)</sup>、奥らは、患者家族の療養場所の選択を行う要因を分析している<sup>8)</sup>。日本では、家族の意思決定は、男性であることが多いが、日頃のがん看護を通じての関わりでは、看護師が関心を向けているほど、男性家族からの要望は少なく、援助を必要としていないようにも見受けられる。日本の男性は、Gilmor は、「直接行動への盲目的献身と苦難や苦痛に耐えていく無限の能力」の持ち主と特徴付けられており<sup>9)</sup>、社会的な役割と家庭内での役割とのバランスをとりながら看病を行っていると考えられる。

がん闘病の終焉として死別は避けられない。しかし、死別悲嘆反応とその男女差に関する研究は日本ではまだ少ない。内田は、感情には性差はないが、感情への反応には性差があると述べている<sup>10)</sup>。Parkes は、寡夫の方が寡婦より抑うつ改善に時間がかかったとしている<sup>11)</sup>。この背景の一つとして、寡夫は、外部からの同情を受け入れることに消極的であることがあげられている<sup>12)</sup>。日本でも、これに一致して、寡夫に比べ寡婦の方が、死別後1年前後での精神的問題は明らかな改善を示すデータがある<sup>13)</sup>。一方で、日本人の死別悲嘆反応に男女差はないと報告している研究もある<sup>14)</sup>。

しかしながら、ギアチェンジに焦点を当てて、男性家族員の内的体験を研究したものはほとんどない。

本研究は、大切な家族を失った男性家族員の内的体験から、男性家族員の捉えたギアチェンジの様相とその関連要因を分析することを目的とした。

## 研究方法

### 1 研究期間

平成17年8月1日～平成18年9月30日である。

### 2 調査対象

X県内総合病院一般病棟で治療を受け、研究者が関わりを持ったがん患者の死別後1年以上経過した男性家族員で、研究参加に同意の得られた13人を調査対象とした。

### 3 データ収集と分析方法

半構成的面接を一人、1回、1時間前後行い、録音テープを基に電子テキスト化した逐語録をデータとした。非言語的メッセージもフィールドシートに記載し分析に用いた。面接は、希望日時・場所、録音の了承について確認後行った。

逐語録は、Krippendorff の内容分析法<sup>15)</sup> に準じ、1文章あるいは、関連文章を1単位としてコード化し（1次コーディング）、相互の類似性と相違性に従って分類（2次コーディング）後、サブカテゴリー化した。さらに、サブカテゴリーの類似性と相違性に従ってカテゴリー化を経て最終的にコアカテゴリーを生成した。抽象度の高い順に、コアカテゴリー【 】, カテゴリー《 》, サブカテゴリー『 』, 2次コード「 」, 1次コード〈 〉として示した。さらに、上位各カテゴリー間の類似性と相違性に焦点をあて、カテゴリー間の関連性を検討した。分析過程において、がん看護専門看護師、緩和ケア病棟保健師と看護師長にスーパーバイザーとして指導を受け、信頼性、妥当性の確保に努めた。

### 4 用語の操作的定義

1) ギアチェンジ (Gear Change) : 元来車の

ギアの変換をするように、ケアの切り換えのことを意味するが、志真は、一人の患者の病名の診断時点から死亡に至るまでのプロセス全体に拡大適応している<sup>2)</sup>。

本研究では、がん患者の家族が、病名の診断を受けてから死別後までの間に体験した心の切り替え、と定義した。

## 5 倫理的配慮

本研究計画書と調査対象者への説明書・同意書を病院長、看護部長に提出し許可を得た。その内容は、①研究への自由参加と途中辞退の権利の保障②研究参加の有無に関わらず不利益は生じないことの保証③個人情報の守秘を厳守④研究で得られたデータは、本研究以外には使用しないこと⑤インタビュー内容の録音の許可を得ること⑥データはすべて鍵のかかる場所に保管し、鍵は研究者のみが保持し、テープの処分は論文作成終了時点で消去・破棄する、である。対象者には、これらを文章と共に十分に説明し、同意が得られる場合は、同意書に署名をもらった。

死別による悲嘆は、宮本によると、1年以上かかることとされることより<sup>16)</sup>、調査対象者は、患者の死後1年以上を経た遺族の中から、入院中の経過を参考にし、副看護部長と検討し選定した。また面接後、万が一体調不良が出現した場合の対策として、その窓口を副看護部長とし、精神科医師によるカウンセリングの対応を準備

した。

なお、本研究は、富山大学倫理委員会の審査を受け承認を得た。

## 結果

### 1 研究参加者の概要

表1に示したように、対象者、男性13名の年齢は35歳～75歳（平均55.5±0.32歳）であった。患者の診断から看取りまでの入退院を含んだすべての治療期間は、1ヶ月～3年間（平均1.3±1.7ヶ月）であり、死別後からインタビュー時期までの年数では、死別後平均経過年数は、2.0±0.39年であった。面接の平均時間は71±1.7分であった。面接中に、心理的動揺等により面接を中断あるいは中止したケースはなかった。面接時の録音は全員に了承が得られた。

### 2 逐語録の分析結果

得られたデータより抽出した、終末期がん患者の男性家族員が捉えるギアチェンジに関するコード数は1734であった。これらのコードより、381の2次コード、55サブカテゴリー、13カテゴリーが生成され、最終的に3コアカテゴリーが生成された（表2）。

### 3 カテゴリーの概要

各カテゴリーの特徴について述べる。

#### (1) 《がんの脅威と危機》

表1 対象の属性

対象者	年齢	患者との続柄	職業	宗教	看病の有無	死別後の経過年数	健康状態	告知の有無	病名	面接時間	面接場所
1. A氏	30代	次男	会社員	浄土真宗	有	1年4ヶ月	通院中	有	胆嚢癌	90分	相談室
2. B氏	60代	夫	運転手	浄土真宗	無	2年9ヶ月	良好	有	直腸癌	90分	相談室
3. C氏	50代	婿	会社員	浄土真宗	無	3年6ヶ月	良好	無	膵臓癌	80分	相談室
4. D氏	70代	父	無職	浄土真宗	有	1年8ヶ月	良好	有	直腸癌	90分	相談室
5. E氏	40代	長男	会社員	浄土真宗	無	1年1ヶ月	良好	有*	胆管癌	70分	相談室
6. F氏	70代	夫	無職	浄土真宗	有	4年8ヶ月	通院中	無	胃癌	90分	相談室
7. G氏	30代	長男	保育士	浄土真宗	無	2年	良好	有*	直腸癌	90分	相談室
8. H氏	60代	弟	無職	曹洞宗	有	2年	通院中	有	胆管癌	60分	相談室
9. I氏	60代	婿	医師	浄土真宗	有	1年9ヶ月	良好	有	肺癌	60分	自宅
10. J氏	50代	長男	会社員	浄土真宗	無	1年11ヶ月	良好	無	甲状腺癌	70分	自宅
11. K氏	50代	長男	会社員	浄土真宗	無	1年	良好	有	胃癌	60分	相談室
12. L氏	50代	夫	会社員	浄土真宗	無	1年	良好	有	胃癌	110分	相談室
13. M氏	40代	夫	会社員	浄土真宗	無	2年2ヶ月	良好	無	大腸癌	60分	相談室

\*余命告知有

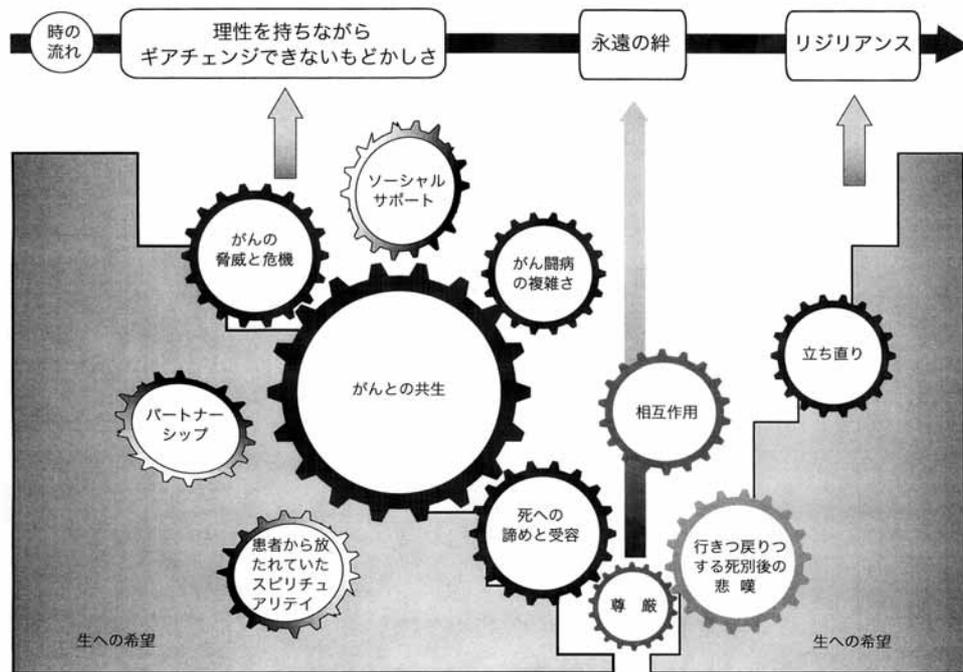


図1 コアカテゴリ・カテゴリの相互関係

このカテゴリは、『身近にあるがん』、『冷静な家族のがん観』、『告知時受けた強い衝撃：ショック・混乱・無気力』、『告知時の信じられない気持ち』、『告知後の取引をする心理』、『告知後誰にも相談できない苦悩』、『告知後の受容』、『病名・余命告知への葛藤』の8サブカテゴリで構成され、がんがもたらす問題が脅威と危機的状况を生み出し、衝撃を受けながら対応する男性家族員の心の様相を表していた。

男性家族員は、「親類兄弟ががんで、全部面倒みた達成感がある」と、周囲の人々の病気により、がんという病気を身近に捉えるきっかけになっていた。また、「臍臓は見つかった時にはもう遅い」、「病気になったのは検診に行かなかったせいである」と、過去の経験を病識に取り入れ冷静にがん観として理解していた一面があった。しかし、告知時は、「告知後無気力になり仕事ができない」、「告知時信じられず、ぼーっとした」、「母親は病気を誰かのせいにしたい」というような強い衝撃、不信、取引の告白と「夫は誰にも相談できない苦悩がある」のように、苦しい胸の内を誰にも言えないで耐えている状況があった。その一方で、衝撃を乗り越えて、「がんに対して何も言えないし、ただ付き添った」と、冷静に受け止めていく側面

もあった。

さらに男性家族員は、「告知の問題は重要と捉える」とした上で、「告知に対して家族成員で意見が分かれる」のように家族内においても価値観は様々であった。「告知時期には年齢とタイミングがある」、「がっかりするから本人には病名は知らせていない」と患者にとって何が良いのかと模索し、また「家族への余命告知は必要である」と情報提供を求め、患者に対しては、「余命告知をどうするか悩む」と苦悩していた。「告知をすれば楽になるが逃げたことにもなる」と自己を戒め、「子供への告知に対して葛藤する」とまだ人の死を理解できないまま、残される子供達への死前教育への戸惑いを話した。病状告知が及ぼす影響には、「告知の方法は今後の治療に良い影響を与える」との願いを込めつつ、告知の仕方は重要な要素であると捉え、がんの脅威と危機を示している。

## (2) 《がんとの共生》

このカテゴリは、『患者のがんとの闘い』、『患者の代弁者』の2サブカテゴリで構成され、男性家族員の患者と共にごんと向き合い闘う様相が現れていた。

患者の側にいる男性家族員は、患者の壮絶な闘

表2 男性家族員が捉えたギアチェンジの構成要素

コアカテゴリー	カテゴリー	○サブカテゴリー	二次コード数
I 理性を持ちながら ギアチェンジでき ないもどかしさ	1 がんと脅威と危機	○身近にあるがん	8
		○冷静な家族のがん観	6
		○告知後の受容	4
		○病名・余命告知への葛藤	14
		○告知時受けた強い衝撃： ショック・混乱・無気力	4
		○告知時の信じられない気持ち	2
		○告知後の取り引きをする心理	1
		○告知後誰にも相談できない苦悩	1
	2 ソーシャルサポート	○入院・治療費の負担	6
		○周囲のマンパワーが及ぼす影響	11
		○看病疲れへのサポート	8
		○家族の役割代行機能	13
	3 患者から放たれていた スピリチュアリティ	○患者の病識・がん観	9
○患者の心残り		6	
○患者の周囲への思いやり		7	
○患者の意志決定		3	
○患者のスピリチュアルペイン		7	
4 がんとの共生	○患者のがんとの闘い	23	
	○患者の代弁者	5	
5 がん闘病の複雑さ	○積極的な治療時期への葛藤	4	
	○患者の死を意識する瞬間	18	
	○思い出作り	6	
	○代替療法への期待	2	
	○再発・転移の衝撃と冷静さ	4	
	○セカンド・オピニオンの必要性	6	
	○夫婦の関係性	11	
	○療養場所に対する思い	4	
6 死への諦めと受容	○家族の絆	4	
	○安寧の看取りへの願い	11	
	○虫の知らせ	3	
7 パートナーシップ	○看護師のケアリング能力	23	
	○医療者への遠慮	4	
	○在宅医療への限界感	2	
	○医師への思い	2	
	○患者・家族が安らげる病院のアメニティ	7	
	○がん疼痛のマネジメント不足	6	
	○質の高い医療への要望	7	
	○食への配慮	4	
	○垣根を越えたチーム医療の必要性	6	
8 相互作用	○相互作用	9	
II 永遠の絆	9 尊厳	○死生観・哲学	15
		○インフォームド・コンセントによる支え	9
		○患者・家族間の家族間のファジーなコミュニケーション	12
III リジリアンス	10 行きつ戻りつする 死別後の悲嘆	○死別後の諦めきれない気持ち	2
		○女は強く男は弱い	2
		○日本人の死生観	2
		○死別後の経済的問題	2
		○看病不足への後悔	5
		○傷つきやすい家族の死別後の喪失感	11
	○死別後のアンビバレントな感情	3	
	11 立ち直り	○立ち直り：故人・孫・子供の存在が生きがい	12
		○仏壇は故人に会える象徴	3
		○死別後の現実直視していく強さ	7
12 生への希望	○生への希望	11	
13 時の流れ	○時の流れ	4	

病生活を、鮮明に覚えており、「患者は告知を冷静に受け止める」、「患者は弱音を吐かず努力していた」と患者の頑張りを讃えていた。また、「患者は話し相手がほしい」、「身辺整理をする」といった患者の心境を感じつつ、がんと闘いを見守ると同時に、「がんに関する情報はつかんでいた」と一緒にがんと闘い、さらに「診断への不信がある」、「病状説明の不满がある」として、患者の代弁者となり、患者を守り、男性家族員はがんを自分たちの問題として捉え、共存、共生していた。

### (3) 《ソーシャルサポート》

このカテゴリーは、『入院・治療費の負担』、『周囲のマンパワーが及ぼす影響』、『看病疲れへのサポート』、『家族の役割代行機能』の4サブカテゴリーで構成され、ソーシャルサポートへの不安・不信が男性家族員の心の切り替えへの揺ぎを明示していた。

男性家族員は、「日本の医療保険制度への不满がある」とした政策への不満感や「経済面の相談をする人がいなかった」という経済問題へのサポート不足を実感し、「患者に経済的な心配はさせない」という決意や、「抗癌剤はお金がかかるので通院を中断したのか？」と後悔の念を述べていた。

また「がんばれという言葉への怒りがある」（周囲の励ましの言葉への負担感）、「周囲の配慮にずれがある」、「親類とのもめ事がある」、「嫁への遠慮がある」などの周囲の非協力性や、反面「親類の援助で助かった」のような協力性といった周囲との相互作用が及ぼす影響も実感していた。

付き添うことに対しては、「家族が付き添って看病することは患者には一番良い」、「僕も体調を崩すことはなかった」というやり甲斐や満足感と、「長期間の付き添いは大変である」、「看病は限界を超えている」、「看護師への八つ当たりがある」のように看病による身体的、精神的疲労も頻度の多い意見であった。同時に、「農業代行をしていた」、「家主の代わりはプレッシャーだった」、「家族の中にはパイプ役がいる」は、患者の病気により、男性家族員の役割変更が余儀なくされる状況として抽出された。しかし、「役割分担に関する思いのずれがある」、「家族のライフサイクルの違

いがある」、「日本はお金を持っている人が大事にされる」のように、必ずしも家族成員がスムーズに役割機能を分担できるわけではなかった。「家族は一丸となる」、「家のことを代行することで患者を安心させたい」、「母を鬱にさせてはならないと思う」では、男性家族員自らがキーパーソンとなって責任感を持ち役割を果たすことを認識しており、幅広くソーシャルサポートの視点で男性家族員の事情を振り返っていた。

### (4) 《患者から放たれていたスピリチュアリティ》

このカテゴリーは、『患者の病識・がん観』、『患者の周囲への思いやり』、『患者の意思決定』、『患者の心残り』、『患者のスピリチュアルペイン』の5サブカテゴリーで構成され、男性家族員が、患者の心の痛みを表現する様相を示していた。

男性家族員は、「本人はなぜがんになったのかわからない」、「患者の過去の経験が告知のショックを和らげた」というように、がんの認識をしていたと語った。しかし、「告知時患者は身内を励ましていた」として他の家族員を気遣い、「本当の気持ちを隠す」として辛さを隠し家族員を思いやる患者の様子を察していた。男性家族員は、「告知して自己決定できればよいと思った」、「在宅で過ごす患者らしい生活が欲しい」、「患者の意思が必要である」として本人らしい生活や希望が叶えられることを望んでいた。また、患者の心残りに思うことを、「孫のことが心残りである」、「息子を心配しながら永眠した」と語った。

患者の支えとなっている男性家族員は、患者のスピリチュアルなニーズ、「患者は何も悪いことはしていないのにと嘆く」、「調子の良い時になかなおりがある」、「親類への感謝の気持ちを伝えなかった」を受け止め、患者のスピリチュアルペインを感じていた。

### (5) 《パートナーシップ》

このカテゴリーは、『食への配慮』、『看護師のケアリング能力』、『医療者への遠慮』、『医師への思い』、『がん性疼痛のマネジメント不足』、『垣根を越えたチーム医療の必要性』、『在宅医療への限界感』、『患者・家族が安らげる病院のアメニティ』、

『質の高い医療への要望』の9サブカテゴリーで構成され、がん医療に対する提言とそれを支える看護への熱い思いを、男性家族員はサポートの質として求めている心の様相を示していた。

人間の基本的欲求でもある食に関して、男性家族員の、「化学療法中の食事の援助が助かる」、「絶対というほど病院食には手をつけなかった」は、食べたいのに食べられないという現象が、病状の悪化を予測させると同時に医療者への積極的な専門的知識と配慮を望んでいた。

また看護には、「未告知でも希望が見出せるような関わりをして欲しい」、「特別扱いしないでいい」、「付き添いに関する声かけのタイミングとアドバイスが欲しい」とした、終末期の患者家族への対応として死にゆく人々との深いコミュニケーション技術のみならず、「看護師のケアは癒してあり人間性がでていいる」、「諦めない看護をして欲しい」、「余裕を持って看護して欲しい」と看護への理想と日頃の日常のケアの積み重ねが大切であることに気づいてほしいと願い、傾聴と共感の姿勢を求めている。さらに「看護師は多くの患者を受け持つ」、「転倒の予防が必要である」、「時間をかけない手早い処置をして欲しい」と状況に応じた看護技術を望んでいた。

また、「看取り時看護師の行動は印象が悪い」という看護師への批判や、「死にゆく患者へは仮面をかぶって対応する」として、真正面から死と向き合う看護師の苦悩を表現した。さらに、「頻回なナースコールへの親身な対応がある」と他の施設の対応と比較していた。「看護師にまかせっきりになり申し訳なかった」、「医師と連絡ノートの活用が必要である」、「医師への感謝がある」、「医師も病気を一つ持って病人を診て欲しい」と医師への思いもあった。

がん医療に対しては、「疼痛コントロールの限界がある」から理解はしているが、やはり「医師の疼痛緩和に対する教育が不足している」、「看護師は医師には話しにくい」、「垣根を越えたチーム医療を求める」、「告知後のサポート体制は重要である」とチーム医療の必要性を強調し、一方「在宅療養での限界がある」、「家族に在宅療養の介護力がない」と限界感へと至る。

「個室の広さ、付き添いベットの目線の合う高さが欲しい」、「音への配慮が必要である」などの安らぎのある病院環境への要望がある。さらに、「外来の対応への不満がある」、「事故防止の体制を求める」、「これからの人に患者の二の舞を踏ませたくない」、「患者が病院を選ぶ時代である」として、男性家族員は、病院の質への投げ掛けをしながら共に歩むパートナーシップ像を求めている。

#### (6) 《死への諦めと受容》

このカテゴリーは、『家族の絆』、『虫の知らせ』、『安寧の看取りへの願い』の3サブカテゴリーで構成され、男性家族員の、生を諦めていこうとする心の切り替えの表現であった。

男性家族員は、「患者を多面的に見る」と家族の中での役割に拘泥するあまり、「患者のもっと近くにいたい」という気持ちに反し、「葬式の場所を話し合う」と精神的な距離感を表現した。「虫の知らせで看取りができた」ように直感的に捉えた死に際し、「痛みなく静かに送りたい」と願い、「謝りと感謝の言葉がある」、「普段通りの会話が最後だった」、「臨死期に痛みがある」、「看取りが間に合わない」と複雑な看取り体験を経た後、「結局死は逃れることはできなかった」と、諦めながら受容に至った心の切り替えであった。

#### (7) 《がん闘病の複雑さ》

このカテゴリーは、『再発・転移の衝撃と冷静さ』、『セカンド・オピニオンの必要性』、『療養場所に対する思い』、『代替療法への期待』、『患者の死を意識する瞬間』、『積極的な治療時期への葛藤』、『夫婦の関係性』、『思い出作り』の8サブカテゴリーで構成されていた。予期悲嘆の中、葛藤を表出せずに冷静だが、なかなかギアチェンジできない男性家族員のもどかしく思う心の様相が示された。

男性家族員は、「転移したことは医師も家族もわからなかった」と恐れていたことが現実となった衝撃の中で、「緩和ケア病棟へのコンサルトがほしい」としてセカンドオピニオンの情報を求めている。さらに、療養場所に対して、「他院の治療方針は同じかもしれない」、「一般病棟は生きる

力ができる環境である」と肯定する意見があった。一方、「一般病棟には限界がある」と、もっと共感の持てる環境を希望する思いを持つ意見、「薬をもすがる思いで民間療法に賭ける」、「代替療法を習う」など男性家族員は多くの選択肢と支援を切望していた。

しかし、「面会はできるだけ来ようと努力した」、「病名余命告知を受けショックだが、納得した」と医療者からの病状説明を淡々と受け止めた姿や、「患者は術後食べられず無念だった」、「個室への移動は最後を意味する」、「家族の病状の急激な症状悪化を受け止める」、「子供を残して逝かれることの苦悩がある」と、次々に押し寄せる病状の変化への対応に最大のエネルギーを使い、患者の死を意識し覚悟すべき瞬間があることを伝えていた。

その中で、「治癒の見込みのない状況での積極的治療に対する葛藤がある」、「患者が希望する北海道旅行のチャンスを逃した」と積極的な治療からの移行への葛藤を振り返っていた。夫婦としての男性家族員は、「夫婦はお互い解り合える」としながらも「夫婦でも意見の違いがある」と患者との関係性を振り返り、また「家族旅行と食事の思い出がある」、「外泊時の家の環境の工夫をする」、「患者同士の思い出がある」のように患者との思い出作り、患者自らが思い出作りをするを見守りつつ、方向転換できずに進む時間の中で、思うようにできないもどかしさを、後に語った。

#### (8) 《尊厳》

このカテゴリーは、『患者・家族間のファジーなコミュニケーション』、『インフォームド・コンセントによる支え』、『死生観・哲学』の3サブカテゴリーで構成され、医療に人を尊重する姿勢を求める男性家族員の心の様相が表出されていた。

男性家族員は「病気については触れない」、「病名告知はしたが、余命は言えなかった」、「バッドニュースの伝え方は難しい」、「ファジーを貫く」とした対応をしていたが、「患者には再発転移は未告知だったが悟っていた」、「患者は自分でがんを感じていた」というように患者はうすうす感じていると捉えていた。さらに、「患者は医師と人生観を共有できた」、「納得のいく病状説明を受け

た」とした関わりや、「専門用語はわからない」、「医師とのコミュニケーションは閉ざすものがある」のように納得や理解が得られない場合が述べられていたが、いずれにしてもインフォームド・コンセントの支えの重要性を実感していた。

「老人の集大成の楽しみを味わうことができない無念さがあったろう」、「病気になった人は自殺する自由もなくなる」、「死は女房の天命と考える」、「死を順番と思えば落ち着く」、「患者の死を厳粛なこととして捉え、終末期医療は哲学である」、「延命治療はしない」、「最後は何もできない無力感がある」、「自分と重ねて死を見つめる」、日本人の死生観を、「供養は大切である」、「キリスト教と日本の死生観に違いがある」と、一つ一つ重い死生観が語られていた。

#### (9) 《相互作用》

このカテゴリーは、『相互作用』の1サブカテゴリーで構成され、患者の人生のプレゼントを上手くキャッチする男性家族員のギアチェンジの様相がある。

男性家族員は、「家族に託す」、「妻の親への思いやりがある」、「看病の経験が親類にも役立つ」、「病気の妻に支えられていた夫：妻が立ち直らせてくれた」、「バトンタッチして役割分担がはっきりした」、「いつも見守ってくれる故人がいる」、「親と死に別れる時が、親を超える時である」、「父はいい人生を送ってきた」と語った。これは、患者に何かを送る、あるいはバトンタッチされたものを受け取る最後の、また未来へのプレゼントであると男性家族員は捉えていた。

#### (10) 《行きつ戻りつする死別後の悲嘆》

このカテゴリーは、『看病不足への後悔』、『日本人の死生観』、『女は強く男は弱い』、『死別後の諦めきれない気持ち』、『傷つきやすい家族の死別後の喪失感』、『死別後のアンビバレントな感情』、『死別後の経済的問題』の7サブカテゴリーで構成され、男性家族員は死別後の揺れ動く辛く深い悲しみの様相を表していた。

それらは、男性家族員の述べた「生き返って欲しい」、「死者を追いかけてみたい気持ちがある」と思

慕の念と諦めきれない気持ち、「がんのニュースは見たくない」、「周りに責められて辛い」と傷つく姿、「亡くなった人は帰ってこない」、「大事な息子を失った嘆きがある」、「順番が狂うと辛い」と子供を亡くす親の悲嘆、「死別後も忘れない、辛く沈む気持ちになる」と、それに相反した「未練と苦悩からの解放への気持ち」、「悲嘆の中にもある感謝の気持ち」から読み取ることができた。

また追い打ちをかけるように、「死別後の税金の負担がある」や「死別後の経済状態が苦しい」として引き続き経済的、社会的問題を抱えることになり、揺れ動く死別後の悲嘆のプロセスを体験していた。

### (11) 《立ち直り》

このカテゴリーは、『仏壇は故人に会える象徴』、『死別後の現実直視していく強さ』、『立ち直り：故人・孫・子供の存在が生きがい』の3サブカテゴリーで構成され、男性家族員の死別悲嘆が、立ち直りに向かう強さとして変換するギアチェンジの様相を示していた。

男性家族員は、「亡くなっても魂は側にいる」、「仏壇の写真に語りかける」、「仏壇に向かうと故人に会える」というように、故人に会える方策と象徴から心の安寧を得ていた。

また「夫は死別者の分も頑張る」、「過去に折り合いをつけ、未来を見つめる」と自己の内観は、「夫が献身的な妻に支えられていた」、「九死に一生を得るような既往歴がある」、「子供がいたから今の自分がある」、「親代わりで孫を育てることが生き甲斐である」、「死別後周囲のサポートで励まし合う」というように徐々に立ち直りを助長し、「死別後の健康状態が心配である」と自己の健康管理に気を配り、意味付けをしながら生きる力を得て家族レジリエンスの過程を進んでいった。

### (12) 《生への希望》

このカテゴリーは、『生への希望』の1サブカテゴリーで構成され、男性家族員の希望を捨てない心の様相が示された。

男性家族員は、「術後の安定期をしめたものと捉えた」、「患者に長生きしてもらいたい」、「手術

できる状態と聞き完全に絶望したわけではない」、「最後まで望みを捨てない」、「スイカで元気になった」、「抗癌剤の効果で生き延びた」のように希望を持って、1つずつ乗り越えようと目の前の目標に向かっていった。

### (13) 《時の流れ》

このカテゴリーは、『時の流れ』の1サブカテゴリーで構成され、過去から現在、未来へと続く家族の闘病体験の歴史を示していた。「女手ひとつでやってきた患者の歴史を語る」と長い歴史の追憶の中に、これからの自分をみつめていた。

## 考 察

本研究では、男性家族員が捉えたギアチェンジの様相として最終的に生成されたコアカテゴリー、すなわち【理性を持ちながらギアチェンジできないもどかしさ】、【永遠の絆】、【レジリエンス】の3つをカテゴリー間の関連性から考察する。

### I 【理性を持ちながらギアチェンジできないもどかしさ】

コアカテゴリーの【理性を持ちながらギアチェンジできないもどかしさ】は、『がんと共生』、『がんと脅威と危機』、『ソーシャルサポート』、『患者から放たれていたスピリチュアリティ』、『パートナーシップ』、『死への諦めと受容』、『がん闘病の複雑さ』の7カテゴリーで構成されていた。

『がんと共生』では、男性家族員は、2つのサブカテゴリーより、人生を飛行機に喩え、徐々に「難着陸するように死を意識する」と語り、一見、客観的側面を示しつつ、患者の病状の変化には鋭敏に反応し、患者と共に闘い共有し、同時に、家庭での役割を冷静に果たしてきた男性家族員の様相が表出されていた。患者のことを、「頑張っていた、耐えていた」という表現を通じ、彼ら自身の体験した内面を表現していたと考える。また、「耐えきれぬ」ことの保証には、患者への安楽につながる看護介入が大きな要素と考えられた。

さらに、男性家族員の能動的に情報収集をしな

がら対応していた姿は、診断期から治療期における家族の思いを分析した本田らの報告と類似し、情緒的身体的に、診断治療から大きな影響を受けていた<sup>17)</sup>。

一方、「病状説明への不満がある」などの男性家族員の共生感の芽生えには、負の要素も表出された。これらのことから、病気の初期からの家族員への積極的介入の必要性が示唆された。

《がんの脅威と危機》では、8つの構成サブカテゴリーのうち、告知に関連したものが6つを占めた。日本のがん告知の普及は、ほぼ100%の告知率の欧米と比較すると、まだ低く<sup>18)</sup>、また、患者本人より先に家族に伝えられる場合が多いため、衝撃を受けた家族がさらに患者に悪い知らせをどう伝えるのか悩むことを反映しているものと考えられた。Giacqintaのがん告知を受けた家族の心理反応や<sup>19)</sup>、谷村らのがん告知を拒否した家族の体験<sup>20)</sup>など、告知に関連する研究は多い。「いまだに告知して良かったかどうか迷う」、「告知時期には年齢とタイミングがある」や「夫は誰にも相談できない苦悩がある」など、告知は、ギアチェンジにおいても、重い問題であることを改めて示している。

《ソーシャルサポート》では、医療の問題と医療政策への不満が大きな比重を占めていた。濃沼の、がん患者の経済負担についての調査<sup>21)</sup>や、守田らの、治療段階にあるがん患者の家族へのサポートニード調査<sup>22)</sup>の結果と、今回の、「経済的な負担で満足な治療と看病ができなかった」、「経済面の相談をする人がいなかった」などの結果は、一部では一致するものと考えられる。経済的な基盤があれば、患者の闘病生活に集中することができるため、制度的対応に加え、まず身近な問題として医療者側からの詳細な情報提供を行うというサポートが必要であると考えられた。さらに、その他の構成サブカテゴリーからみると、男性家族員は他家族構成員や周囲との相互作用が必要であることを実感していたことが伺え、周囲のサポートがどれだけあるのかを見極め、家族への働きかけを強化する必要があると考える。

《患者から放たれていたスピリチュアリティ》は、「まさか自分のがんを患うとは思ってもいな

かった」という患者の衝撃を受けとめた男性家族員が、やがて「限りある時間をどう生きるか苦悩する」という患者のスピリチュアル・ニーズをも感じていた。死は人間が最も恐れるものではあるが、男性家族員にとって、患者のスピリチュアリティに触れることは、一緒に直面する問題と向き合うことでもある。広瀬らが述べるように、患者の衝撃は家族にも大きく影響するとしている<sup>23)</sup>ことから、何がスピリチュアルペインなのか気づくことが重要であろう。

《パートナーシップ》には、設備面から、食への配慮、医療従事者のスキルに至る幅広い問題が含まれており、チーム医療としてのがん看護の諸問題が浮き彫りにされた。特に、看護師のケアリング能力に焦点をあてると、患者家族の感謝の気持ちの表現と同時に、「辛さを共有してほしい」、「温かい看護、一生懸命してもらって下さい」など、看護師に求める傾聴と共感の姿勢が取り上げられた。

がん性疼痛に関して、家族の関心は高く、今回も、どうすることもできないもどかしさや諦めの気持ちが語られていた。看護師がいかに優れたアセスメント能力で対応できるかが、安楽、疼痛緩和を保証する鍵となり、さらに傾聴を基本とした対人関係能力が、患者家族の心理に大きく関連すると考えられた。

《死への諦めと受容》は、男性家族員が、身近に迫った患者の死に対する心の様相を示していた。近づく死を知った時の家族の対処法について、東郷ら<sup>24)</sup>は、「悔いのない看取りができるための準備」としている。本研究の男性家族員は、「家族は患者の多面性を見る」と、患者との一定の距離感を保ちながら、共にかんと闘い続けてきたのだが、準備というより「虫の知らせで看取りができた」と、直感的に死を悟り、せめて最期は安楽にと願い、諦めの境地によって、死への受容に至ったのではないかと推察する。

《がん闘病の複雑さ》は、ギアチェンジを行おうと意志的に努力している様相と、そこに踏み込めない様相が含まれている。ここに再発転移の問題が加わると、一方では、セカンド・オピニオンを求め、他方では、予期していたことがとうとう

やってきたという覚悟とが、さらなる葛藤を増幅させ、複雑なギアチェンジの様相を示しているものと考えられた。

## II 【永遠の絆】

コアカテゴリーの【永遠の絆】は、《尊厳》と《相互作用》の2カテゴリーで構成されていた。

《尊厳》は、男性家族員の看病体験を通じて得た死生観・哲学とそれに至るまでの患者との辛いコミュニケーションを示していた。これは、池田<sup>25)</sup>の指摘のように、ファジーを貫き、見守りと励ましの姿勢を示しており、察し合うコミュニケーションを取っていたことが推察できた。

男性家族員は、死生観を語り、人間は弱く、いざとなると慌ててしまう存在であると捉え、患者の病気を通して自分を内観し、やがてその男性家族員が納得して、死にゆく患者からバトンタッチされたと感じた時が、第2のギアチェンジであった。Kellyは、患者が否定から受容に至るには、送る人々の対応の仕方が重要であり、聴いてくれる人、理解してくれる人をGiftsと表現している<sup>26)</sup>。《相互作用》が示すように、本研究の男性家族員にとって、患者との闘病生活を通して、お別れの意味する何かをきちんと「送る」、「受け取る」ことに加え、様々な辛い経験それ自体が、旅立つ患者から未来のある家族と親族へのファイナルギフトであったと思われた。

## III 【レジリアンス】

コアカテゴリーの【レジリアンス】は、《行きつ戻りつする死別後の悲嘆》、《立ち直り》の2カテゴリーで構成されていた。

ここで述べるレジリアンス (Resilience) は、三好の定義に従い<sup>27)</sup>、家族を単位として強化しながら、死や死にゆくことに向き合い、喪失と折り合い、独力でまた協力しながら人生を先へ進める力を育てる過程とした。

《行きつ戻りつする死別後の悲嘆》は、男性家族員の「男性は実のところ弱いのだ」、「人に見せない内面がある」ことを打ち明け、揺れ動く悲嘆反応を表現していた。死別悲嘆からの回復は、喪失を意味ある出来事として、また貴重なチャレン

ジの機会として積極的に立ち向かう姿勢の動機付けが重要であること<sup>28)</sup>や、悲嘆反応には、「テレビやニュースに対する無関心」など見過ごされやすいものがあること<sup>29)</sup>、正常反応と病的反応の区別が必要であること<sup>30)</sup>などがあげられ、過剰な回復援助は避けるべきものと考えられる。また、レジリアンスを示す精神的回復力には、「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来志向」の3因子が示されている<sup>31)</sup>。《立ち直り》に表現されたように、本研究の男性家族員は、病的反応も認められず、大切なファイナルギフトを心に抱くことにより、『死別後の現実直視していく強さ』に代弁され、家族の死を乗り越え、人生を先へ進める力を感じた時ギアチェンジしていったと考えられた。

日本においては、がん看護の視点からレジリアンス概念を扱った研究はない。本研究の結果には、この分野の研究への何らかの示唆が含まれていると考えている。

終末期の患者が《性への希望》を持っていれば、家族も維持できる。Mishelは、病気に関して不確実ながらも今後起きる可能性のある事柄を理解してもらうことによって、否定的な不確実性を、肯定的な不確実性に移行させることも可能であるとしている<sup>32)</sup>。本研究の男性家族員の意見からも、病状から治療の効果への不安の中で、「最後まで望みを捨てない」と、諦めずに生への希望を強く持ち、生への希望が小さくなくても、納得のいく場所が見つかることによって、再起、復活していくという心の様相が読み取れた。

《時の流れ》では、「家族の健康を気遣う」「女手一つでやってきた患者の歴史を語る」のように、家族の長い歴史を語り、その時は言えなかったが、今だからこそ言える男性家族員の内的体験が読みとれた。

## 結 論

13カテゴリーに分類された男性家族員が捉えたギアチェンジの様相は、最終的には3つのコアカテゴリーにまとめられた。

これらは、《がんの脅威と危機》を引き金とし、《がんと共生》を中心に、《ソーシャルサポート》、

《患者から放たれていたスピリチュアリティ》、《パートナーシップ》とが取り囲み、《がん闘病の複雑さ》が示すように、理性と意志と、時に回避が渦巻き状にめぐり果てしない様相を示す。この中で、いずれしなければならぬ《死への諦めと受容》の意識は、渦の中に浮きつ沈みつ見え隠れする。その葛藤の深さは【理性をもちながらギアチェンジできないもどかしさ】（第1のギアチェンジ）を語った男性家族員の様相にみることができる。やがて、患者の病状変化に伴い、《生への希望》は落ち込んでいく。その歯止めとなったのが《尊厳》と《相互作用》であり、送り手と受け手の相互作用により、何かを受け取り合えたと感じることが【永遠の絆】（第2のギアチェンジ）であった。

死別後は、《行きつ戻りつする死別後の悲嘆》と《立ち直り》を繰り返しながら、その克服と新たな《生への希望》の芽生えへの【レジリアンス】（第3のギアチェンジ）へとギアチェンジしていった、と《時の流れ》に沿ってまとめられた。患者とのファイナルギフトを上手くキャッチして納得のいく看取り、さらに悲嘆の過程が順調に経過するには、特に第1のギアチェンジが重要であり、その円滑化へのサポートと同時に、ギアチェンジできない人を医療者が受容し、サポートする必要性も示唆された。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：平成16年人口動態調査。1-6, 2004.
- 2) 志真泰夫：ギアチェンジャーがんに対する治療から緩和ケアへ。ホスピスケア25：1-17, 2002.
- 3) 岡本信也：消化器がん患者のギアチェンジを考えるー化学療法施行例を中心にー。ターミナルケア11：182-185, 2001.
- 4) 宮崎貴久子，斉藤真理：緩和ケアへの移行時期における諸問題 ギアチェンジをめぐって。臨床死生学5：8, 2000.
- 5) 大谷木靖子：ギアチェンジにおけるナースの役割ーギアチェンジ前の支援・調整のポイントー。ターミナルケア11：201-204, 2001.
- 6) 長谷川浩：“死”を間近に感じる患者の心理とその患者，家族への接し方。臨床看護17：907-910, 1991.
- 7) 梅田恵：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。笹川医学医療研究財団研究報告書第1号，29-31, 1999.
- 8) 奥 祥子，佐々木宏美，塚本康子，牛尾禮子，中俣直美：一般病棟から緩和ケア病棟へのギアチェンジ 看護研究 39：51-58, 2006.
- 9) Gilmore D. (前田俊子訳)：男らしさの人類学，pp233-236, 春秋社，東京，1994.
- 10) 内田真美：配偶者を失った男性の悲嘆。臨床死生学6：23, 2001.
- 11) Parkes C. M., and Brown R. : Health after bereavement, a controlled study of Boston widows and widowers. Psychosom. Med. 34：449-461, 1972.
- 12) Brabant S., Forsyth G. I., and Melancon C. : Grieving men : Thoughts, feelings, and behaviors following deaths of wives. Hospice J. 8：33-47, 1992.
- 13) 坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤暁，平井 啓，池永昌之，田村恵子：配偶者喪失後の時間経過と精神的問題との関連。ターミナルケア 10：71-76, 2000.
- 14) 宮林幸江，山川百合子：日本人の死別悲嘆ー性差についてー。茨城県立医療大学紀要10：55-63, 2005.
- 15) Krippendorff K. (三上俊治，椎野信雄，橋元良明訳)：メッセージ分析の技法。頸草書房，東京，2002.
- 16) 松井豊，宮本裕子：遺族への看護ー失うがゆえに得られること。pp182-183, 悲嘆の心理，サイエンス社，東京，1998.
- 17) 本田彰子，佐藤禮子：がん患者の家族の思いに関する研究。日本がん看護学会誌11：49-57, 1997.
- 18) 鈴木啓央：癌の告知。日本医事新報3543：43-47, 1992.
- 19) Giacquinata B. : Helping families face the crisis of cancer. American Journal of

- Nursing, 1585-1588, 1977.
- 20) 谷村千華, 松尾ミヨ子, 平松喜美子: 終末期がん患者へのがん告知を拒否した家族の体験. 日本がん看護会誌 18: 38-46, 2002.
- 21) 濃沼信夫: がん医療の医療経済. nenkai.pharm.or.jp/125/web/14.3.pdf, 2006.
- 22) 守田美奈子, 酒井敬介, 奥原秀盛, 吉次道泰, 天野幹子, 古川裕子, 須郷馨, 竹中文良: がん患者を抱える家族のQOL. 死の臨床 22: 88-94, 1999.
- 23) 広瀬寛子, 田上美千佳: 生と死のスピリチュアリティーがん患者と遺された家族へのかかわりからみえてきたものー. 人間性心理学研究 21: 209-219, 2003.
- 24) 東郷淳子, 宮田留理, 藤田佐和, 大川宣容, 豊田邦江, 吉田亜紀子, 鈴木志津枝: 終末期がん患者の家族の死への気づきへの対処, 高知女子大学看護学会誌 27: 14-23, 2002.
- 25) 池田久乃: 伝えていない真実のあるがん患者とその配偶者のコミュニケーション. 日本がん看護会誌 18: 36-45, 2002.
- 26) Callanar M and Kelly P: Final gifts, pp56-63, Simon and Schuster, Inc., New York, 1992.
- 27) 三好和子: 喪失, 回復と家族レジリエンス, 家族問題相談研究. 聖徳大学家族問題相談センター紀要 2: 21-30, 2003.
- 28) 宮本裕子: 配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわる Social Support. 天使女子短期大学紀要 45-59, 1988.
- 29) Hauser M. J. (黒江ゆり子訳): 配偶者喪失による悲嘆過程. 看護研究 22: 78-89, 1989.
- 30) 中村勇二郎: 精神外来を訪れる悲嘆反応. 精神医学 35: 589-596, 1993.
- 31) 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 長峰伸治: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性. Jap. J. Counseling Sci. 35: 57-65, 2002.
- 32) Mishel M. H.: Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. J. Nursing Scholarship 22: 256-263, 1990.

# Gear change and its influencing factors grasped by the male family members during the terminal cancer care

Mitsuyo CHO<sup>1</sup>, Hiroshi OCHIAI<sup>1</sup> and Eiichi UENO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Human Science and Fundamental Nursing, School of Nursing, University of Toyama, Sugitani 2630, Toyama 930-0194, and <sup>2</sup>Department of Fundamental Nursing, School of Nursing, Fukui University, Eihei-ji-machi 23-3, Yoshida County, Fukui 910-1193

## Abstract

We investigated gear change and its influencing factors grasped by the 13 male family members who experienced the end of patient's life before more than one year. Word-for-word manner-based Krippendorff's content analysis of the electrical transcription obtained from the semi-constructive interview showed that they meet various scenes of gear changes which are classified into three core categories such as "impatient feeling for the difficulty in gear change in opposition to their rational power", "everlasting ties" and "resilience", for the first, second and third core categories, respectively, with the lapse of times and phase of desire of life. The first core category consisted of 7 categories, "coexistence with cancer" (a chief category), "threat and crisis of cancer", "social support", "spirituality circulated through the patient", "partnership", "complexity in cancer care" and "give over a patient for dead". The second and third ones consisted of each two categories, "interaction" and "dignity", and "recovery" and "fluctuant grief of bereavement", respectively. In order to facilitate their recovery from the grief of bereavement, the smooth changing gear at the first scene seemed to play a key role and thereby a lot of useful information might be included in the first scene for the terminal cancer nursing.

## Key words

terminal cancer patient, gear change, male family members, cancer nursing