

進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを 促進するための家族への看護プログラムの開発

渡 邊 美 和 (東都大学幕張ヒューマンケア学部看護学科)
増 島 麻里子 (千葉大学大学院看護学研究科)

がん患者が人生の最期をよりよく過ごすために、患者が医療者や家族と十分話し合い、患者の意思を基に終末期の医療・ケアを進めることが重要であるが、わが国ではこのような話し合いが十分に行われていない。本研究の目的は、進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラムを開発することである。

【第一段階】がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題を明らかにする目的で、国内外の文献レビューを行った。和文献6件、英文献6件を対象として分析を行い、問題の「発生」は4、「要因」は10、「結果」は4のカテゴリーに集約された。

【第二段階】文献レビューの結果と社会的認知理論を基盤にして、看護プログラムの枠組みを構成し、プログラムで用いる教育的ツールとしての「進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族向けのガイドブック」を作成した。また、ガイドブックの課題を明らかにする目的で、終末期がん看護のエキスパート看護師を対象にインタビュー調査を実施し、明らかとなった12の課題を基にガイドブックを修正した。

本研究では、文献レビューにて明らかになったがん患者の終末期の話し合いに関する問題と社会的認知理論を基盤として、看護プログラムとガイドブックを考案した。また、エキスパート看護師の意見を基にガイドブックを洗練した。今後はプログラムを試行しその効果を明らかにする必要がある。

KEY WORDS : end-of-life discussions, advance care planning, cancer, nursing program

I. 緒 言

我が国においてがんは死亡原因の第1位であり¹⁾、超高齢多死社会を迎え、がんで死亡する数はさらに増えると予測される。平成30年に厚生労働省から出された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」²⁾によると、本人が家族や医療・ケアチームと十分話し合い、本人による意思決定を基本として人生の最終段階の医療・ケアを進めることが大切であること、家族等の信頼できる者も含め話し合いが繰り返されるのが重要であることが明記された。そして、話し合いにおいては、個々の価値観を探求することが重要であると言われている^{3), 4)}。がん患者においても、患者の意思が確認できる早期からこのような話し合いを進めることが大切であるといえるが、我が国では十分に行われていない現状がある⁵⁾。事前に患者の意向を確認できないまま患者の意識が低下した場合は、家族が患者の最期の医療や過ごし方を決定することとなり、患者の意

向が尊重されない可能性がある。先行研究では⁶⁾、家族はその選択が本当に良かったのかという悔いや自責に苦悩する場合もあると示されている。

がん患者の終末期の話し合いに関する先行研究^{6), 7)}によると、たとえ患者が話し合いを望んでも家族は患者の死を意識した会話を避けるなど、家族が終末期の話し合いを進める上での障壁となっている場合が少なくない。したがって、がん患者と家族の終末期の話し合いをより円滑に進めていくためには、患者だけではなく家族に対しても支援を行うことが重要であるといえる。また、がん患者の場合、話し合いを始める時期が早すぎると内容が不明確になり、遅すぎると急な身体状況の悪化などにより話し合いを持つ事が難しい可能性があるため、タイミングの一つとして進行がんで患者の身体状況がさほど悪くない時期に話し合いを始めるのが妥当と推測される。終末期の話し合いを促進するために関われる医療職種は医師、ソーシャルワーカーなどもいるが、看護師はがん患者の治療の流れの中でタイムリーに関わることのできる職種であり、患者の身体状況や治療の経過など、個々の状況に合わせた支援をすることが可能である。

国外では、終末期の話し合いを促進するための取り組みは様々報告されており、地域や国全体で組織的に進んでいるもの^{8),9)}、患者と家族を対象とし、ブックレットを用いた介入^{10),11)}などが開発され、その効果が報告されている。国内でも、終末期に向けた話し合いを促進するための研修や情報発信が行われるようになった¹²⁾。しかし、実際には終末期の患者と家族の話し合いを促すような実践を行っている看護師は少なく、話し合いを行わない理由として「話し合いのノウハウがない」「話を切り出すことに抵抗を感じる」などが明らかになっており⁵⁾、看護師にとってどのように話し合いを進めたらよいかという具体的な方法が定着していないといえる。また、海外の先行研究^{10),11)}では、話し合いを促す支援プログラムやその有効性が示されているが、日本では個々の研究者が実践を浮き彫りにするにとどまっているため、看護師は終末期の話し合いへの支援の効果はあるのか、医療者が終末期に関わる話題を切り出して患者や家族が怒ったり落ち込んだりしないかなど不安を感じ模索しながら支援をすることになる。したがって、終末期に関わる話し合いを促す看護支援の方法を明確にしたプログラムを作成し、その効果を研究的に示すことで、多くの看護師が自信をもってがん患者と家族の終末期の話し合いへの看護実践ができることにつながると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、「進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラム(以下「プログラム」とする)」を開発することである。

III. 用語の定義

終末期の話し合い：患者の価値観や個性を尊重しながら、治療・緩和ケア・療養について互いに話すこと。

IV. 研究方法

Sidani¹³⁾の方法論によると、看護介入をデザインするためには存在する健康関連問題についての明快な、深い知識が必要であり、問題を包括的に理解する必要があると述べられている。本研究では第一段階として、文献レビューによりがん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題を明らかにし、第二段階として、文献レビューの結果と理論を基盤としてプログラムの構成を明らかにし、プログラムに用いる教育的ツールを作成することとする。

V. 第一段階：がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する文献レビュー

1. 文献レビューの目的

がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題(以下、「話し合いの問題」とする)を明らかにする。

2. 文献の選出方法

1) 一次論文の選択基準

がん患者と家族に関連する質的研究で、結果の記述に話し合いの問題についての記述が含まれる論文とする。

2) 和文献の選出

医学中央雑誌で2008～2017年の原著論文に絞り、キーワードを「終末期orターミナルケア」「話し合い」「意思決定」「アドバンスケアプランニング」「エンドオブライフディスカッション」として掛け合わせ検索した結果、412件該当した。これらのタイトルと抄録の内容から、がん患者と家族の間での終末期の話し合いの問題が含まれていない論文は除外し、残った論文の目的、方法、結果の記述を読み、選択基準に合った文献6件^{6),7),14)~17)}を対象とした。

3) 英文文献の選出

MEDLINEで、2008～2017年、キーワードに「End of Life Discussion」「Advance Care Planning」「End of Life」「terminal」「communication」「conversation」「barriers」「difficulties」「problems」「cancer」「family」として掛け合わせ検索した結果、342件該当した。これらのタイトルと抄録の内容から、がん患者と家族の間での終末期の話し合いの問題が含まれていない論文は除外し、残った論文の目的、方法、結果の記述を読み、選択基準に合った文献6件^{18)~23)}を対象とした。

3. 分析手順

Paterson^{24),25)}らのメタデータ分析の手法と、Sidani¹³⁾の方法論を参考に、以下の手順で分析を実施した。

1) 一次論文を精読し、内容を十分に理解した。

2) それぞれの論文の結果の記述の中から、話し合いの問題を表わすテーマ、カテゴリー、下位カテゴリーなどを抜き出し、コードとする。そのままの表現では話し合いの問題として意味がとらえにくい場合には、その結果について説明した記述部分をよく読み、意味が捉えられる表現で記述しなおした。

3) 意味の類似したコードを集めて簡潔な一文で表現し、カテゴリーとした。

4) カテゴリーを話し合いの問題の「発生」「要因」「結果」に分類した。

4. 文献レビューの結果

12件の対象文献から得られたコードは48であり、最終

表1 がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題の分類とカテゴリとコード

分類	カテゴリ	コード (一部抜粋)
話し合いの問題の発生	患者と家族は互いに死を意識した会話をしない	・患者は自分の死を受け入れつつあり話さずとも配偶者も同じ気持ちだと感じているが、配偶者は患者の死を認めたくない気持ちがあり、患者の気持ちがわからず探ろうとする
	患者は終末期の話し合いを望むが、家族はそれに応じない	・患者は自分の死を覚悟し死後のことを配偶者と話そうとするが、配偶者は患者の死を受け入れられず治ることを前提に話す ・死に際に、家族員とのオープンな語りを求める患者と、見守ることで安心を感じる家族員とのすれ違い
	家族は終末期の話し合いを望むが、患者はそれに応じない	・患者の状態が悪化したとき、家族は終末期の話し合いをすることに焦点を当て始めたが、患者はそのような話し合いへの準備ができていなかった
	話し合いのなかで、患者の意向とは違う家族の意向を押し付ける	・配偶者は患者にとって良いと思うことを患者に勧め、患者は配偶者の勧めに抵抗があり消極的な態度をとるが、配偶者はさらに自分の意向に沿った働きかけを続ける
話し合いの問題の要因	患者は病気や死を意識したくない	・患者はがんの事を考えることを抑制し、病状の悪化や死について話すことも拒否した ・患者は病気を感じたくないために、診断も近づきつつある死も信じないようにして、未来について話し合うことの必要性には目を向けなかった
	患者は終末期の話し合いが家族に悪影響を及ぼすことを恐れる	・患者は、家族を狼狽させたり心配させたりすることを恐れ、未来の計画はしない、またはひそかに行く
	家族は、患者の死が近づいていることを認めたくない気持ち強い	・患者が残される家族のことを話したそうにするが、家族が泣き出すため途中でやめることが何度もあり、家族は聞いてあげればよかったと悔やむ ・家族にとって患者の悪化を想像することは恐ろしいことなので、終末期の話し合いは起こらない
	家族は、死を意識した患者との会話は、患者に悪影響を及ぼすと信じている	・家族は、患者の負担になるだろうと考え、病状の悪化や死について患者と話すことを拒否した
	家族は、患者の希望を叶えることに困難を感じる	・家族が患者の選択に同意できないとき、患者の意向に合わせることは、家族にとってストレスであった
	患者への介護による多忙や疲労で、家族に話し合う余裕がない	・家族は、緩和医療を受ける準備に没頭するあまり患者の状況を理解する余裕を失う ・家族の、ケアに関連した疲労は、話し合いの障壁となる
	患者と家族は終末期の話し合いの重要性を認識していない	・患者も家族も先のことを話し合うことは重要ではないと思った ・家族が、他の誰かが終末期の決定をしてくれると信じている場合には、話し合いの障壁となる
	終末期の話し合いを持つための場がない	・家族の後悔は、もっと2人きりで話をする機会が欲しかったことである
	終末期の話し合いを始めるタイミングが難しい	・患者に痛みのあるときは、終末期の話し合いは難しい ・患者の認知機能に障害があるときは、終末期の話し合いは難しい
	患者と家族の意向の相違により両者の間に葛藤を生じる	・治療に関する意見の相違は患者と家族の間の葛藤を生む ・家族は、自分が考える“有意義な時間の過ごし方”と患者が求める過ごし方との間に差異を感じ悩む
話し合いの問題の結果	患者の心理的負担となる	・患者は自分の死後の配偶者が心配で死後のことを配偶者と話そうとするが、配偶者は患者の死を受け入れられず死の話を選び、患者の心理的な負担となる
	終末期を迎えるための準備が遅れる	・病状悪化や死について話すことの回避は、終末期への準備を遅らせる
	家族は患者の思いや希望がわからず困難を感じる	・家族は、残された僅かな時間を過ごす環境を患者の希望通りに整えたいが、患者の思考力が低下し患者の意思の理解に困難を感じる
	患者の死後、家族の心残りとなる	・家族の後悔は、患者の肺に腫瘍が見つかって手遅れであると言われたときに、本人の望みを無視して、無理に手術をさせ、痛い思いをさせてしまったことである

的に話し合いの問題の「発生」として4、「要因」として10、「結果」として4のカテゴリが導かれた(表1)。

1) 話し合いの問題の発生

がん患者と家族は、それぞれ患者の死が近づいていることを感じ、相手の気持ちを気にしながらも「患者と家

族は互いに死を意識した会話をしない」状況があった。また、「患者は終末期の話し合いを望むが、家族はそれに応じない」「家族は終末期の話し合いを望むが、患者はそれに応じない」のように、どちらか一方が終末期の話し合いをしようと働きかけるが、他方は話し合いに

じないというすれ違いが起きていた。そして、たとえ患者と家族の間で終末期の話し合いの機会をもっていたとしても「話し合いのなかで、患者の意向とは違う家族の意向を押し付ける」という、患者の意向が尊重されていない状況があることが明らかになった。

2) 話し合いの問題の要因

がん患者と家族の間での終末期の話し合いがうまくいかない要因として「患者は病気を死を意識したくない」「家族は、患者の死が近づいていることを認めたくない気持ちが強い」が導かれ、患者の死を認めたくないという両者の気持ちが話し合いを持つ事への障壁となっていた。また、「患者は終末期の話し合いが家族に悪影響を及ぼすことを恐れる」「家族は、死を意識した患者との会話は、患者に悪影響を及ぼすと信じている」のように、終末期の話し合いを持つ事が相手の精神的負担となるのではないかと、よからぬ影響を与えるのではないかなどという懸念が話し合いを避けることにつながっていた。

「家族は、患者の希望を叶えることに困難を感じる」「患者への介護による多忙や疲労で、家族に話し合う余裕がない」のように、家族にとっての困難も終末期の話し合いの妨げとなっていた。「終末期の話し合いを始め

るタイミングが難しい」については、患者の痛みがある時や認知機能が低下した時、積極的な治療を行っている最中などは、話し合いを始める時期として適しておらず、話し合いを進めることを難しくしていた。「患者と家族は終末期の話し合いの重要性を認識していない」「終末期の話し合いを持つための場がない」「患者と家族の意向の相違により両者の間に葛藤を生じる」なども、がん患者と家族が終末期の話し合いの機会を十分に持つ事ができない要因となっていた。

3) 話し合いの問題の結果

がん患者と家族が終末期の話し合いの機会を十分に持つ事ができず、「患者の心理的負担となる」ことや「終末期を迎えるための準備が遅れる」ことにつながる。また、「家族は患者の思いや希望がわからず困難を感じる」「患者の死後、家族の心残りとなる」など、家族の精神的苦痛にもつながる。

VI. 第二段階：プログラムの作成

本研究におけるプログラムとは、目標、看護実践項目、看護実践提供方法、看護実践に用いる教育的ツールから構成される。

表2 社会的認知理論を基盤とした進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラムの構成

社会的認知理論の構成概念	話し合いの問題の要因	プログラムの目標	看護実践項目	
結果予測 結果期待	・ 家族は、死を意識した患者との会話は、患者に悪影響を及ぼすと信じている	1. 家族は、患者との終末期の話し合いの必要性、話し合いの有無による、患者、家族への影響がわかる	②終末期の話し合いに関する情報提供 (ガイドブック使用)	
行動に移す能力	・ 患者と家族は終末期の話し合いの重要性を認識していない ・ 終末期の話し合いを始めるタイミングが難しい ・ 患者と家族の意向の相違により両者の間に葛藤を生じる	2. 家族は、患者とどのような方法で終末期の話し合いを持ったらよいかわかる	①終末期の話し合いに関する情報収集 (問題の発生と要因のアセスメント)	
自己効力感 情動型コーピング反応 セルフコントロール	・ 家族は、患者の死が近づいていることを認めたくない気持ちが強い ・ 家族は、患者の希望を叶えることに困難を感じる	3. 家族は、終末期の話し合いを持つことに対する精神的苦痛をコントロールすることができる		③家族への精神的支援 ④終末期の話し合いの促進 (問題の発生と要因に合わせた支援)
環境 状況	・ 終末期の話し合いを持つための場がない ・ 患者への介護による多忙や疲労で、家族に話し合う余裕がない	4. 家族が、患者と終末期の話し合いをもつためにより良い環境が作られる		⑤終末期の話し合いを進めるための環境調整
強化 相互決定論		5. 家族は、患者との終末期の話し合いを持てたことを他者から評価され、話し合いを継続していくための動機が高まる		⑥終末期の話し合いの評価と継続への動機づけ

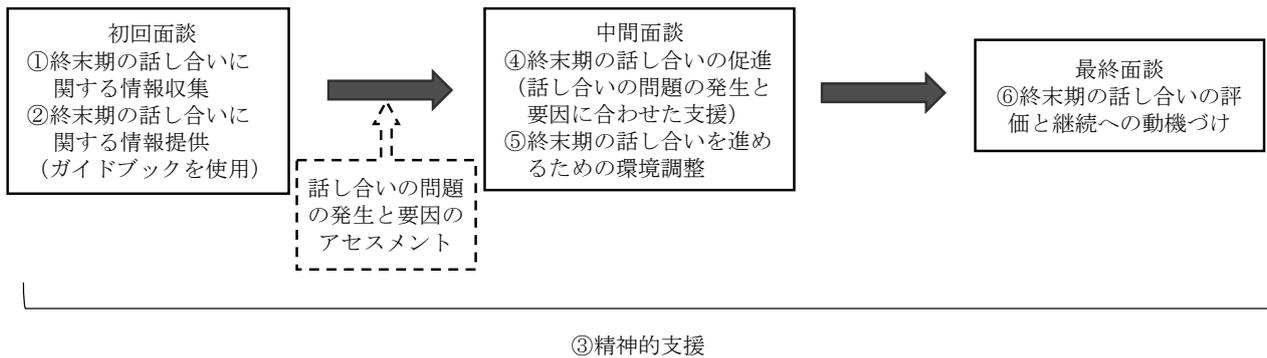


図1 進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラムの流れ

1. 目的

プログラムの目標、看護実践項目、看護実践提供方法を明示し、教育的ツールを作成しプログラムを開発する。

2. 概念枠組み

文献レビューの結果より、終末期の話し合いを促進するための家族への支援をするためには、まず、それぞれのケースにおいて、どのように話し合いの問題が発生しているか、何が話し合いの問題の要因となっているのかをアセスメントしたうえで、存在する要因を軽減することが必要である。また、本看護プログラムは、話し合いに消極的または話し合いの障害となる家族の行動から、話し合いがうまく進むような行動へと変化を促す支援と捉え、プログラムを構成するにあたっては、行動変容に関する理論である「社会的認知理論 (social cognitive theory: SCT)」²⁶⁾を基盤とした。SCTは、人間の行動を相互に作用しあう3つの要素(行動、個人的要因、環境)からなるダイナミックな相互作用のモデルによって説明する包括的な理論である。行動変容を促進する介入をする際には「結果予測」「結果期待」「行動に移す能力」「自己効力感」「情動型コーピング反応」「セルフコントロール」など11の構成概念が重要とされている。本プログラムでは、SCTの構成概念と、話し合いの問題の要因を基盤としてプログラムの目標と看護実践項目を作成した。

3. 結果

1) プログラムの目標と看護実践項目の作成

本プログラムは進行がん患者の家族を対象とするため、話し合いの問題の要因の中から患者のみに関する要因を除いた8つの要因に焦点を当て、SCTの構成概念を基に5つの目標を設定し、6の看護実践項目を作成した(表2)。看護実践項目の「①終末期の話し合いに関する情報収集」では、特に話し合いに関する問題がどのような形で発生しているか、その要因は何かといった情

報を中心に収集しアセスメントにつなげる。「②終末期の話し合いに関する情報提供」では、患者と話し合うことが大切な理由、話し合う内容や進め方などの情報を提供する。「③家族への精神的支援」では、関わり全体を通して家族の気持ちを傾聴、共感し、話し合いに向き合える気持ちになれるような支援をする。「④終末期の話し合いの促進」では、アセスメントした患者と家族の状況に合わせて、話し合いを始めるきっかけをどのように作るか、どんな話題について話してみたらよいかなど具体的なアドバイスをする。「⑤終末期の話し合いを進めるための環境調整」では、家族と患者だけでゆっくり話せる場、家族が医療者と話す場を作れるように配慮する、家族の介護負担を軽減するなどして、話し合いの機会を持ちやすい環境をつくる。「⑥終末期の話し合いの評価と継続への動機づけ」では、話し合いへの準備や話し合いが進んだことを評価し、努力をみとめ労う。そして、患者の意向は変化する可能性があるため、話し合いは一度だけで終わるのではなく継続することが大切であることを伝える。

2) 看護実践提供方法の考案

看護実践の提供方法は、家族の反応を見ながら落ち着いた環境で支援をするために、看護師と家族との看護面談を基盤として提供することとした。面談の回数は、個々の話し合いの状況を十分アセスメントしたうえで支援ができること、進行がん患者の病状が月単位で急に悪化する可能性があるため必要以上に長期的な介入にならないこと、看護師の負担が大きくなることを踏まえ、3回とした。初回面談では主に話し合いの問題の発生と要因を把握するための情報収集と話し合いに関する情報提供、中間面談では個々の状況に合わせた話し合いの促進や環境調整、最終面談では話し合いの評価とその後の話し合いへの動機づけ、プログラム実施の期間全体を通して家族への精神的支援をする流れとした(図1)。

3) 教育的ツールの作成

本プログラムでは、終末期の話し合いの重要性、その方法など、家族に伝えたい情報が多い。また、今後も話し合いを継続する上で、プログラム終了後も自宅で家族がプログラムで伝えた内容を想起できるよう、手元に残る物的資源が必要である。先行研究²⁷⁾では物的資源の有用性として「だれでも一定した根拠のある情報の提供ができる」「話題のきっかけになる」などの利点が示されている。そこで、本研究では「進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族向けガイドブック」(以下、「ガイドブック」とする)を作成した。ガイドブックの内容は、第一段階で明らかにした「話し合いの問題の要因」と先行研究²⁸⁾を参考に考案し、患者と話し合うことが大切な理由、話し合う内容やタイミング、話し合いの進め方、患者の意向を尊重する家族としての姿勢などを6頁にわたってできるだけわかりやすく記載した。

4) ガイドブックの精練

作成したガイドブックを精練することを目的に、エキスパート看護師(関東圏の病院2施設、および、訪問看護ステーション2施設に所属する看護師7名)に対してインタビュー調査を行った。対象者には、本看護プログラムの内容とガイドブックを読んでもらい、ガイドブックの課題について語ってもらった。本研究は、千葉大学

大学院看護学研究科の倫理審査委員会の承認(29-127)を受けて実施した。対象候補者に対し研究の内容、研究への参加は自由意思であることなどを文書と口頭にて行い説明し同意を得た。質的分析の結果、「終末期の話し合いに関してどのような困難が起こりうるか十分書かれていない」「終末期の話し合いで話し合う内容についての記述は具体性に欠ける」「一部の内容は家族の辛さを誘発する可能性がある」「文字が小さくて読みにくい」「文が長く続く部分は読みにくい」など12の課題が明らかになった(表3)。結果を踏まえガイドブックを見直し、終末期の話し合いが必要であることの記述に加え、不足点と考えられた「今後誰が具体的にどのように困るか」を加筆した。また、何を話したらよいかなど具体的に書かれていた方が話し合いを実行に移し易いと考察されたことから、話し合う内容についての表現を工夫した。また、高齢の家族も少なくないことを踏まえ、文字が小さい部分、文が長く続く部分をより読みやすいように修正した(図2)。

VII. 考 察

本研究では、進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族への看護プログラムの構成を明らかにし、提供方法の考案、プログラムで用いるガイドブックを作成した。本項では、話し合いの問題の理

表3 進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族向けガイドブックの課題と修正内容

ガイドブックの課題	修正内容
終末期の話し合いに関してどのような困難が起こりうるか十分書かれていない	ガイドブックの序盤に、終末期の話し合いに関してどのような困難が起こりうるかを具体的に追記した。
終末期の話し合いにはどのような利点があるか伝わりにくい	終末期の話し合いを持つ事で、患者や家族にとってどのような利点があるかを、よりわかりやすく記載した。
終末期の話し合いで話し合う内容についての記述は具体性に欠ける	終末期の話し合いで話し合う内容について、よりかみ砕いた表現で記述した。変更例「治療の選択について」→「今後の治療をどのように続けるか、または終了するか」「緩和ケア」→「痛みなどの体の苦痛を軽減する治療について」
話し合いの切り出し方の助言は具体性に欠ける	話し合うタイミング、話し合いの始め方について、より具体的に記載した。
表紙の記述は誰のためのどのような内容であるのか伝わりにくい	表紙のタイトルを、誰のためのどのようなガイドブックなのかがわかるような表現にした。「患者様とご家族との話し合いのためのガイドブック」→「ご家族のかたへ 患者さまとこの先の療養生活について話し合うためのガイドブック」
病気の早い段階でも読み手の興味を引くような工夫が足りない	上述の、表紙のタイトルをよりわかりやすくすること、実際にどのような困難が起こりうるかを追加することで対応した。
医療者の相談窓口が書かれていない	必要な時にだれに相談したらよいか、医療者の名前や連絡先を記入する欄を作成した。
一部の内容は家族の辛さを誘発する可能性がある	指摘された不適切な表現を削除し、家族の辛さに配慮した文言を追加した。変更例「辛いお気持ちで日々を過ごされていることと思います」の部分を削除
記載内容の順序が不適切である	「話し合いのタイミング」と「話し合いの始め方」の単元の順序を入れ替えた。
文が長く続く部分は読みにくい	文が長くならないように、1ページ内の内容を少なくした。
文字が小さくて読みにくい	文字の大きさを拡大した。
絵が少ないと親しみにくい	挿絵を増やした。

解とプログラム内容、ガイドブックの作成について考察する。

1. 話し合いの問題の理解とプログラム内容

和英文献のレビューの結果から、がん患者と家族の間での終末期の話し合いに関する問題は、ただ話していないという単純な現象ではなく、互いに話し合いを避けていたり、どちらか一方が話そうと働きかけても他方が避けていたり、話し合っているとはいえ患者の意向が尊重されていないなど、様々な形で問題が表れていることが明らかになった。このように、患者と家族の間での話し合いに焦点を当て、その問題の特徴を示した先行研究は見当たらず、本研究で得られた新しい知見であったと考える。がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するためには、個々の話し合いの問題がどんな形で発生しているかをアセスメントすることにより、その特徴に合わせた看護につなげることができる。また、話し合いの問題の要因は様々であり、その患者と家族がどんな要因により話し合いがうまくいかないのかを把握することにより、一律に話し合いを促す支援ではなく、存在する要因に重点を置いて支援をすることが可能になるといえる。

文献レビューの結果と社会的認知理論を基に、本プログラムの5つの目標を設定し、6の看護実践項目を示した。プログラム構成について先行研究^{10),11)}にて開発された類似プログラムと比較すると、プログラムの対象となる患者や家族の話し合いへの準備状態の確認をすること、終末期の話し合いについての情報提供をして話し合

うことの重要性を伝えること、話し合った内容を書き留めることについては本プログラムと共通している。しかし、本プログラムのように、話し合いを妨げる要因に着目した精神的支援や環境づくり、また話し合い継続への動機づけという部分は明確化されていない。患者の意向は変化する可能性があるため、一度話し合いができて目標を設定してもそこで終了ではなく、今後も継続していくことの重要性を強調することは極めて大切である。

本プログラムの看護実践提供方法は、看護師と家族との3回の看護面談とした。先行研究¹⁰⁾では、看護師との1回の面談で、患者や家族の心配事について医師に質問するよう促し、具体的な質問例を提示するというプログラムがある。具体的な質問例を示されることで患者や家族は医師に質問しやすくなるという利点はあるが、初回の面談時には、終末期の話し合いに対する患者や家族の心の準備ができていない場合もあると考えられる。本プログラムでは、初回面談で対象者の終末期の話し合いに対する反応を見ながら、受け入れに合わせて、2回目、3回目の面談で支援していけるという利点がある。逆に、6回のセッションで行うなど、対面する回数が多いプログラム²⁹⁾もあるが、進行がん患者という身体状況がいつ悪化するかわからないという特性からすると、家族への長期的な介入の実施は難しいと考えられる。また、既存のプログラム³⁰⁾では、電話でのインタビューという方法を用いているものもある。患者や家族が自宅にいながら支援を受けられるという利点はあるが、終末期の話し合いは繊細な話題であるので、表情やしぐさ、

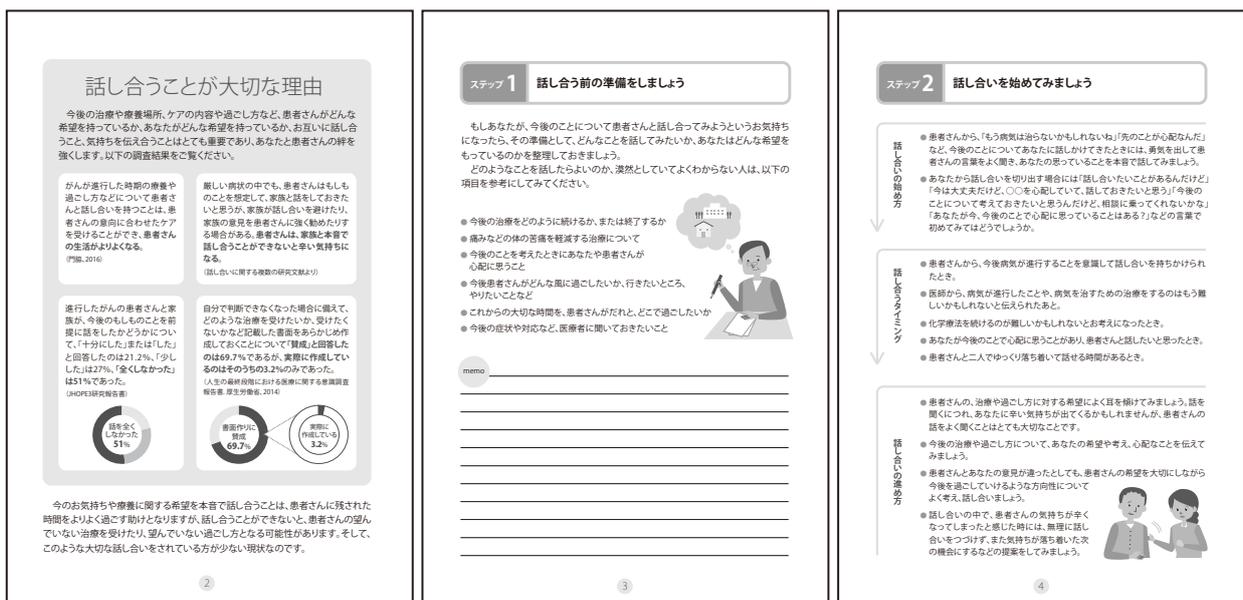


図2 修正後の進行がん患者と家族の間での終末期の話し合いを促進するための家族向けガイドブック (抜粋)

説明内容を理解しているかなど、相手の反応に合わせて支援を進めていくためには対面で話をすることに意味があると考えられる。

2. ガイドブックの作成

本研究では、プログラムの目標を達成するためのツールとして、ガイドブックを作成した。先行研究^{10),11)}でも、このようなツールを用いた介入は多くみられる。口頭での説明だけでは、対象者の理解を得ることは難しく、ガイドブックを用いることで面談の時間以外でも、対象者が読みたい時間にガイドブックを読むことができ、後から疑問に思ったことを次の面談で質問しやすいといえる。また、ガイドブックを用いることで、看護師が対象者にもれなく情報提供することが容易になり、実践の時間も短縮できる。エキスパート看護師からは、臨床で長くがん患者や家族と関わってきた経験から、対象者の目線での課題が明らかになった。ガイドブックの内容は、文献レビューや先行研究に基づき、必要なことをもれなく記載したつもりであったが、その表現が、家族からすると難しい表現であったり、実行に移すためには具体性に欠けていたりという課題が明らかになった。高齢の家族も少なくないことを踏まえ、文字の大きさや文章構成なども、より読みやすくなるよう修正することができた。

Ⅷ. 本研究の限界と課題

本研究では、文献レビューと理論的基盤によりプログラムを作成したが、実際にプログラムを実施しておらず、具体的な看護実践内容や効果は明らかになっていない。今後はプログラムを試行し、看護実践内容を明示し、プログラムの効果を検証する必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に厚く御礼申し上げます。本論文は、千葉大学大学院看護学研究科における博士学位論文を一部加筆修正したものである。本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 平成29年人口動態統計 厚生労働省.
- 2) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン。改訂 平成30年3月, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (Accessed 30 march 2020)
- 3) Rebecca L Sudore, Hillary D Lum, John J You et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and*

Symptom Management, 53(5): 821–832, 2017.

- 4) Judith A C Rietjens, Rebecca L Sudore, Michael Connolly et al.: Definition and recommendations for advance care planning an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*, 18: e543–51, 2017.
- 5) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。平成30年3月, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (Accessed 30 march 2020)
- 6) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子他：ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討。 *死の臨床*, 31(1)：74–81, 2008.
- 7) 渡邊美和, 佐藤まゆみ, 眞嶋朋子：進行がん患者と配偶者の相互作用に関する研究。 *千葉看護学会誌*, 20(2)：31–39, 2015.
- 8) Sara M. Moorman, Deborah Carr, Karin T. Kirchhoff et al.: An assessment of social diffusion in the Respecting Choices advance care planning program. *Death Studies*. 36(4)：301–22, 2012.
- 9) Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade et al.: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed)*. 340: c1345–c, 2010.
- 10) Adam Walczak, Phyllis N. Butow, Martin H.N. Tattersall et al.: Encouraging early discussion of life expectancy and end-of-life care A randomised controlled trial of a nurse-led communication support program for patients and caregivers. *International Journal Of Nursing Studies*, 67: 31–40, 2017.
- 11) Helen Yue-Lai Chana, Jeffrey Sheung-Ching Ng, Kin-Sang Chanb et al.: Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87: 26–33, 2018.
- 12) 神戸大学：令和元年度厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療体制整備事業。 <https://square.umin.ac.jp/endoflife/2019/general.html> (Accessed 30 march 2020)
- 13) Souraya Sidani and Carrie Jo Braden: Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions. WILEY-BLACKWELL, 2011.
- 14) 垂見明子, 三松早記, 森田達也他：終末期についての話し合いに関するがん治療医の意見：質問紙調査の自由記述の質的分析。 *Palliat Care Res*, 11(1)：301–05, 2016.
- 15) 大久保仁司：がん患者の療養プロセスで配偶者が体験した困難。 *Hospice and Home Care*, 21(1)：29–35, 2013.
- 16) 櫻井智穂子, 眞嶋朋子：終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断の“ゆれ”に関する研究。 *文化看護学会誌*, 5(1)：20–27, 2013.
- 17) 庄村雅子：死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究。 *日本がん看護学会誌*, 22(1)：65–75, 2008.
- 18) Anika Sparla, Sebastian Flach-Vorgang, Matthias Villalobos et al.: Reflection of illness and strategies for handling GAD-7vanced

- lung cancer - a qualitative analysis in patients and their relatives. *BMC Health Services Research*, 17: 173, 2017.
- 19) Anika sparla, sebastian Flach-Vorgang, Matthias Villalobos et al.: Individual difficulties and resources - a qualitative analysis in patients with advanced lung cancer and their relatives. *Patient Preference and Adherence*, 10: 2021 – 2029, 2016.
 - 20) Marleen N Wijnhoven, Wim E Terpstra, Ronald van Rossem et al.: Bereaved relatives' experiences during the incurable phase of cancer: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 5: e009009, 2015.
 - 21) Natasha Michael, Clare O'Callaghan, Angela Baird et al.: Cancer Caregivers Advocate a Patient- and Family-Centered Approach to Advance Care Planning. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6): 1064 – 1077, 2014.
 - 22) Susanna B. Edwards, Karin Olson, Priscilla M. Koop et al.: Patient and Family Caregiver Decision Making in the Context of Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, 35(3): 178 – 186, 2012.
 - 23) Gillian Horne, Jane Seymour, Sheila Payne: Maintaining integrity in the face of death: A grounded theory to explain the perspectives of people affected by lung cancer about the expression of wishes for end of life care. *International Journal of Nursing Studies*, 49: 718 – 726, 2012.
 - 24) Barbara L. Paterson, Sally E. Thorne, Connie Canam, Carol Jillings: META-STUDY OF QUALITATIVE HEALTH RESEARCH A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-Synthesis. Sage Publications, 2001.
 - 25) Barbara L. Paterson, Sally E. Thorne, Connie Canam, Carol Jillings, 和訳：石垣和子, 宮崎美砂子, 北池 正, 山本則子：質的研究のメタスタディ実践ガイド. 医学書院, 2010.
 - 26) Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis, 訳：曾根智史, 湯浅資之, 渡部 基, 鳩野洋子：健康行動と健康教育 理論, 研究, 実践. 医学書院, 2006.
 - 27) 高橋恵子, 菱沼典子, 牛山真佐子他：市民向けの骨粗鬆症予防パンフレットの評価と改訂. *聖路加看護学会誌*, 18(1)：22 – 29, 2014.
 - 28) 門脇 緑：がん患者とのEnd-of-life discussionsの概念分析. *日本看護科学会誌*, 36：263 – 272, 2016.
 - 29) Ann H. Cottingham, Kathleen Beck-Coon, Jennifer K. Bernat, et al.: Addressing personal barriers to advance care planning: Qualitative investigation of a mindfulness-based intervention for adults with cancer and their family caregivers. *Palliative and Supportive Care*: 1 – 10, 2018.
 - 30) Marie Bakitas, J. Nicholas Dionne-Odom, Lisa Jackson et al.: “There were more decisions and more options than just yes or no”: Evaluating a decision aid for advanced cancer patients and their family caregivers. *Palliative and Supportive Care*, 15, 44 – 56, 2017.

DEVELOPMENT OF A NURSING PROGRAM FOR FAMILY MEMBERS OF PATIENTS
WITH ADVANCED CANCER TO PROMOTE END-OF-LIFE DISCUSSIONS

Miwa Watanabe ^{*1}, Mariko Masujima ^{*2}

^{*1}: Tohto University, Makuhari Faculty of Human Care, Department of Nursing

^{*2}: Chiba University, Graduate School of Nursing

KEY WORDS :

end-of-life discussions, advance care planning, cancer, nursing program

In order for cancer patients to better spend the end of their lives, it is important for patients to thoroughly discuss their wishes with their healthcare providers and their families, and to promote end-of-life care based on the patient's will. However, in Japan, the discussion is not done often enough. The purpose of this study is to develop a nursing program for family members of patients with advanced cancer to promote end-of-life discussions between the patients and the family members.

【Phase I】 I reviewed domestic and international literature for the purpose of clarifying problems concerning end-of-life discussions between cancer patients and their families. I analyzed six Japanese and six English research articles, and four categories were derived as “Manifestations” of the problem, ten categories were derived as “Determinants” and four categories were derived as “Consequences.”

【Phase II】 Based on the results of Phase I and social cognitive theory, I constructed the framework of the nursing program, and as an educational tool used in the program, “A guidebook for family members of patients with advanced cancer to promote end-of-life discussions.” In order to clarify the problems of the “guidebook,” an interview survey was conducted for expert end-of-life cancer nurses. The twelve categories were extracted regarding problems in the guide book, then the guidebooks were modified based on the results.

The framework of the nursing program and the guidebook were constructed based on the problems about end-of-life discussions of cancer patients identified by literature reviews and social cognitive theory. I also modified the guidebook based on the opinions of expert nurses. In the future, it is necessary to try the program and clarify the effect of the program.