

〔研究報告〕

がん終末期の意思決定で生じる家族内葛藤に対する家族支援専門看護師の実践 —急性期病院からの移行に焦点をあてて—

蓮見 歩¹⁾ 中山 美由紀²⁾ 井上 敦子²⁾

要 旨

目的：がん終末期の患者家族が急性期病院から移行する際の意思決定において生じる家族内葛藤に対し、家族支援専門看護師（以下、FCNS）が行っている看護実践について明らかにする。

方法：がん終末期の家族が急性期病院から移行する際の意思決定において生じる家族内葛藤に対し、実践したことがあるFCNS 8名に半構成的面接を実施。面接内容を逐語録にし、質的帰納的に分析した。

結果：家族内葛藤に対するFCNSの実践は、【家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う】、【家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する】【患者と家族員が互いを理解し、歩み寄れるよう調整する】、【家族内葛藤の成り立ちを把握する】【患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする】【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】などの13カテゴリーに統合された。

考察：FCNSは個々の患者と家族員から家族全体へ、また家族外の（医療）システム全体へと視点を拡大して事象を捉えるという家族システム論を基盤とした実践を行っていると考えられた。またFCNSの実践は、家族が相互に理解し、自分たちで家族内葛藤を解消するための素地を徐々に整えること、すなわち「家族が話し合える場の醸成」であると考えられる。

キーワード：がん終末期、意思決定、急性期病院、家族内葛藤、家族支援専門看護師

1. 緒 言

がんは1981年からわが国の死亡原因1位であり、患者数が増加の一途をたどっている（厚生労働省, 2017）。これは医療技術や治療が日進月歩する中、がんが国民の生命および健康にとって重大な問題であることを示しており、がんにおける発症から治療期、再発、転移する時期から看取りまでの全過程のケアは国の重点課題である。わが国では終末期に「積極的治療の中止」と「療養場所の選択」という意思決定が同時に行われることが多く（三條, 広瀬, 柳澤, 他 2008）、がんの治癒を目標に積極的治療に取り組んできた患者と家族員は様々な負の感

情や心理的葛藤を抱える（大谷木, 2001）。近年医療の進歩によりぎりぎりまで急性期病院で積極的治療を行えるようになったため、積極的治療を終えた患者の多くは生命予後が長くない。そのため、積極的治療の効果が見込めなくなってからこれらの意思決定に十分な時間をかけることは難しく、患者と家族員が十分に納得・理解した上で急性期病院から移行することができない現状がある。そのため、この時期の意思決定支援は重要な課題である。

この時期の意思決定において、これからも積極的な治療を続けるかどうかという事や療養場所などについて患者と家族員の意見の不一致はしばしば見られる。患者-家族員間に意見の相違があるときに意思決定は複雑になる（Elren, 2005）と言われているが、家族内の意見の相違は患者と家族員が互いに傷

1) 奈良県総合医療センター

2) 大阪府立大学看護学研究科

つき苦悩する、折り合いがつかずに膠着状態が続く、互いに会話しなくなり関係性が悪化するといった家族内葛藤を招く。またがん終末期の家族の意思決定には倫理的問題が存在するがゆえ看護師は支援にあたり倫理的ジレンマに直面し（江口，2017）、患者と家族員にどこまで踏み込んでよいのかなど支援に困難を感じる。そのため、家族内葛藤が生じているような事例に家族支援専門看護師（以下、FCNS）が関わることとなる。

がん終末期の患者と家族員には様々な相互作用があることが報告されていることから（渡邊，佐藤，眞島，2015）、患者と家族員が折り合い、集団としての家族の意思決定を行えるよう支援するには、患者と家族員を相互作用する一つのシステムとして捉えた支援を行うことが重要である。しかしながら、家族内葛藤への支援は看護師にとって困難な課題であるにも関わらず、がん終末期における家族内葛藤への介入やアプローチについての文献はごくわずかであり、家族をシステムとして捉えた支援について述べられたものはない。そこで、複雑で困難な問題を抱える患者と家族員に対して中立的立場に立ちながら家族システム理論を基盤とした実践を行うFCNSの実践を明らかにすることで、がん終末期に生じる家族内葛藤に対する看護支援の方略に関する示唆を得ることができ、急性期病院からの移行における家族の意思決定支援に貢献できると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究。質的記述的研究は研究領域が比較的新しい、あるいは研究しようとしている現象についてほとんどわかっていないときに実施され、研究対象となっている現象を記述することによって、その現象を理解することが第一の目的である（グレッグ，2007）。がん終末期の患者が急性期病院から移行する際の意思決定において生じる家族内葛藤に対し、FCNSが行っている看護実践を記述するこ

とは、その現象を理解するのに適していると考えたためこの手法を選択した。

2. 用語の操作的定義

1) 急性期病院からの移行

がん終末期に急性期病院で、維持療法も含めた治療の効果が見込めないと判断されてから、患者と家族員が治療方法や療養場所に関する意思決定を行い退院するまでの過程。

2) 家族

患者と家族員が互いに家族であると自覚しているものとし、同居，別居，血縁関係の有無は問わない。

3) 家族内葛藤

相互理解の難しさから相手に対する負の感情を生み、家族間の思いのズレや板挟みを引き起こすことで患者家族が苦悩やストレス状態に陥り、家族関係に影響を及ぼすこと。

3. 研究参加者

がん終末期（小児を除く）の患者が急性期病院から移行する際の意思決定において生じる家族内葛藤に対し、援助を行ったことがあるFCNS

4. 研究参加者の選定方法

日本看護協会のホームページに登録されているFCNSが勤務している小児病院を除く急性期病院およびがん診療連携拠点病院のうち、承認が得られた施設の看護部長または看護副部長の協力を得て、条件を満たすFCNSに研究協力依頼書、研究調査者との連絡方法を記した資料と日程調査用紙の配布を依頼し、日程調査用紙の返送があった者を選定した。

5. データ収集期間

2019年7月～10月

6. データ収集方法

本研究への協力が得られた研究参加者に対し、個人特性に関する情報収集用紙を用いた調査と、半構成的面接ガイドラインに沿った1回30分程度の面接を行った。面接では研究参加者にこれまでの実践事例を想起することを促し、がん終末期の患者が急性期病院から移行する際の意思決定において生じた家族内葛藤の契機となった出来事と、事例に対してど

のような実践を行ったのかについて質問した。研究参加者に自身の実践について自由に語ってもらうため、最初の質問は「がん終末期の患者が急性期病院から移行する際の、意思決定において生じた家族内葛藤の内容と、それに対して〇〇さんが行った実践について具体的に教えてください」とし、その後は研究参加者の語りに沿って、具体的な状況や内容などについて質問した。研究参加者の業務に影響を与えないよう配慮し、面接は研究参加者の希望した日時、場所で行った。面接場所はプライバシーが確保できる個室とし、面接内容は研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

7. 調査内容

研究参加者の個人特性と、家族内葛藤に対する支援の具体的な内容や方法

8. 分析方法

面接内容から逐語録を作成し、それを基に参加者ごとに家族内葛藤に対する支援を表現している記述を抽出してコード化した。それらのコードから類似するコードを集めてサブカテゴリーを導き出し、生成したサブカテゴリー間の関係性を解釈的にまとめてカテゴリーを生成した。分析に当たっては、家族看護学を専門とする複数の研究者と各段階での確認を繰り返すとともに、家族看護学を専門とする教員からスーパーバイズを受け、真実性と妥当性の確保に努めた。

9. 倫理的配慮

研究参加者に対し研究の趣旨、自由意思による参加と拒否する権利、匿名性の確保について文書で説明し同意を得た。大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2019-21）。

III. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は、8つの施設で勤務するFCNS 8名であった。研究参加者の臨床経験年数は平均20.1±

10.3年、FCNS経験年数は平均7.1±3.1年、がん看護に関する経験年数は平均13.1±11.9年であった。

2. 家族内葛藤の契機となった出来事

全参加者の語った事例は10例であった。家族内葛藤の契機となった出来事は、6例が「積極的治療の中止」、3例が「療養場所の選択」、1例が「積極的治療の中止と介護保険申請」に関する家族としての意思決定であった。全例が家族間の折り合いがつかず膠着状態となっており、2例においては家族員が医療者に怒りをぶつけている困難事例であった。

3. 面接調査の分析結果

面接の逐語録から家族内葛藤に対するFCNSの実践として語られている部分を抽出し、コード化した後、類似したコードからサブカテゴリー、カテゴリー化を行った。その結果、159コードを抽出し、42サブカテゴリー、13カテゴリーへ統合された（表1-1, 2）。結果の説明については、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを[], で表記した。また、逐語録からの抜粋は「 」で挿入し、意味内容がわかりにくいところは（ ）で言葉を補った。

1) 【家族内葛藤の成り立ちを把握する】

このカテゴリーは、患者と家族員のみならず、関わる医療者を含めてその人たちの話していた内容ややり取りの事実を確認し、どのような流れで家族内葛藤が起こっているかという全体像を把握することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「この人とあの人が（話していることが）違いますという感じではなくて、今みたいな（状況を確認するための）やり取りを主治医ともするし、奥さんともするし、患者さんともするし、受け持ちのナースともするんですよ。この人はこの時どんな風に言ってたんだろう。それにどんな反応をしたのかなあって。」

「その患者さんの思いと家族の思いだけ聞けばいいというわけではなくて、すれ違いに起こっていくまでの間で医療者とのやりとりがあるはずで。そのどういう風な流れで誰がどんなことを言って今の現状が起

表1-1. がん終末期の患者が急性期病院から移行する際の意味決定において生じる、家族内葛藤に対する家族支援専門看護師の実践

カテゴリー	サブカテゴリー
家族内葛藤の成り立ちを把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・家族内葛藤に関わっている人たちのやり取りの事実を確認する ・家族内葛藤と医療者の関係性を把握する
支援を見据えて家族と意図的に関わる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と家族員と信頼関係を築くために意図的に会話をする ・支援が必要ときに備えて家族との関係性を深める
終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で患者の状況を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の病状を自ら把握する ・患者個人の精神的側面や対処能力を把握する ・終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で、支援にかけられる時間の猶予を予測する
患者と家族員から、がんとの向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出す	<ul style="list-style-type: none"> ・最初に患者と家族員と個別に面談を行う ・複数の家族員と同時に面談を行う ・これまでのがんとの向き合い方や現在の思いと認識、今後の生き方について、患者の語りを引き出す ・家族員にこれまでの患者のがんとの向き合い方や現在の認識、今後の生き方に対する思いを確認する
患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探り、共通点を見出す	<ul style="list-style-type: none"> ・病院にこない家族員の思いを家族員に確認する ・患者と家族員それぞれの、相手に対する思いを把握する ・これまでの家族の歴史や価値観を引き出しながら、患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探る ・患者と家族それぞれに、相手の意向の背景にある価値についての思いを尋ねる ・患者と家族員の思いの共通点を見出す
家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・家族員の困りごとを捉える ・家族員への情緒的支援を行う ・家族員の立場に理解を示し、ねぎらう
家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と家族員の話し合う様子から、全員の反応を観察する ・家族同士のやり取りの様子から、家族の勢力関係を把握する ・患者と親戚を含めた家族員の関係性を確認する ・家族の課題を見出す

表1-2. がん終末期の患者が急性期病院から移行する際の意味決定において生じる、家族内葛藤に対する家族支援専門看護師の実践 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー
患者と家族員が互いを理解し、歩み寄れるよう調整する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者から、家族員を含めた支援が必要であることの理解を得る ・家族員の状況認識がずれていても意見を否定せず、受け入れた上で説明を行う ・家族員が患者の状況や思いを理解できるように促す ・家族の中で方向性を変えられない人に合わせて、目標に向かう家族員同士のペースを調整する
患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と家族員が相互理解できるように、全員が揃っているところでそれぞれの思いや価値を引き出す ・患者と家族員が揃っているところで、患者と家族員の共通の価値について共有できるよう促す
患者と家族員が円滑に話し合うための準備をする	<ul style="list-style-type: none"> ・現状を共有した上で家族が今後の方針を決めるための時間を作り、共に考えを整理する ・現状を共有した上で、家族としての今後の方針を決めることを促す ・看護師と共に家族皆で話し合うことを提案する ・患者と家族員が話し合うための素地を整えた上で場を設定し、同席する
患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と関わる医療者の不安や焦りを軽減できるよう調整する ・患者と家族員、医療者が円滑に話し合えるような仕組みを作る
話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者と家族員の話し合いの場で、それぞれの思いを引き出すように発言を促し、対話を進行させる ・家族員のリフレーミングを行い、肯定的なコミュニケーションを促進する ・複数の家族員との面談の中で、発言者の意見を認め、反発する家族員の理解を得る
家族にとって良い選択肢を共に考え、家族の目標に向かって合意形成できるよう支援する	<ul style="list-style-type: none"> ・面談の場で、患者と家族員の折り合える点を探る ・家族にとって良い選択肢を一緒に考え、提案する ・家族と共に家族の目標を設定する ・面談の場で、参加者全員に最終的な思いの確認を行う

きているかは確認するんですよ。最初の段階で。」

2) 【支援を見据えて家族と意図的に関わる】

このカテゴリーは、家族を支援するという目的のために患者と家族員と意図的に会話をし、関わるこ

とを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「お子さんたちに会うことは1回か2回ぐらいしかなかったんですけど、外来に来てるときにちょっと

挨拶して、いざいざときには関わられるように顔合わせできるチャンスを意図的に作りました」

3) 【終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で患者の状況を把握する】

このカテゴリーは、がんの病気の軌跡の特徴を踏まえて患者個人の状態や状況を把握することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「お話を聞く中で、今の困りごとと、この人がどのくらい対処能力があって、これからどうやっていけそうかなっていう力あたりを捉えながら聞いていました。」

4) 【患者と家族員から、がんへの向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出す】

このカテゴリーは、患者や家族員と個別もしくは複数同時に面談を行い、それぞれのがんへの向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出したり、病院には来ない家族員の思いを確認することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「最初それぞれがどのようにこの状況を考えているのかを知りたかったので、個別に患者さんにお話しする機会と、奥さんに話す機会っていうのを別々に持ちました。」

「(病院に来ていない、患者の実の) 息子さんはどう考えているのかっていう事を奥さんから聞き出していた時に、息子さんは従兄弟に対して、『もう家族じゃないんだから、勝手なことさせるのはおかしい。』って言っていると(妻は話した)。」

5) 【患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探り、共通点を見出す】

このカテゴリーは、患者と家族員それぞれが相手に対してどのように思っているかということや、患者と家族員が表明している意向の根底にある価値をそれぞれから引き出して、家族の中で共通している点を見出すことを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「病状は厳しくなってきた。これからのことを考えていかなければならないということはしっかり共有できているし、本人の意思を尊重して進めていき

たい。(中略) この家族や本人に大きいところは希望っていうのがすごくキーワードやなと思って…。ご本人も希望という言葉を使われるし、ご主人も希望奪わないでくれって言うし。」

6) 【家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う】

このカテゴリーは、家族員が不安に思うことや本当に困っていることを捉え、家族員をねぎらうなどして情緒的に支援することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「そのお家で、これまですごく、『実は…。』っていう話を聞いたときに『ああ、それはまず、大変でしたね。』って。家族の、今ここで、病院としては患者さん中心に話題が出ているけれど、これまでの家族なりの事情もあって、息子さんもすごくお嫁さんのこともあるし、間に挟まれてとってもお辛い立場にありますよねっていうところを、まず息子さんの立場への理解を示して。」

7) 【家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する】

このカテゴリーは、家族同士が話している場面で家族の座り方や話し方を観察したり、患者や家族員が話す内容などから親戚を含めた家族の関係性や家族の課題を把握することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「『自分としてはすごく不本意なんだけど、まあ行かざるを得ないのかな。』って旦那さんが言って。そしたら本人がうんうんってこう頷きながらですね。で、旦那さんが、『だけど、やっぱりただ緩和ケア行って諦めるっていうのはだめだと思う。』と。なので、『先生ら何とか、本当にできる治療はないんでしょうか。』って聞くわけですよ。そしたら本人が、すごい顔なんですよ。」

「そこはドクターと、ナース、私でしょ。あと本人、先生の前に旦那さん、本人、そして本人のそばに娘さんですね。もう見た時点で『ああ…。発言力は旦那さんだな。』って。本人はきっと発言できないんだろうなと。で、本人の思いに寄り添っているという娘さんがそばにいるんだなというようなのが

すぐにわかったんですね。大体予測できた。」

8) 【患者と家族員が互いを理解し、歩み寄れるよう調整する】

このカテゴリーは、患者と家族員がお互いを理解できるように患者と家族員の思いや状況を相手に伝えたり、患者と家族員の間で今後の方向性に対する意思の相違がある場合に、患者と家族員が歩み寄れるように働きかけることを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「それまでに自分（娘）が（患者に）してあげられなかった後悔とかをどうやって癒していくのかっていう事自体を考えやなあかんねっていうことをお父さんたち（患者夫婦）とも共有して。そこについては誰が（娘を）サポートしていくのかっていう話をね、お父さん（患者）とするね。」

「全部が全部、甥っ子さんを『あなたの言ってることは違いますよ。』って言うんではなくて、『ああ、そういう風に思ってたんですね。』って、『あ、そういう考えもあるんだ。なるほど。だけどちょっと、今の考えではおじさん（患者）はちょっと難しいんですよ。』っていうような感じで（中略）、最初から否定するのではなくて、受け入れてからちょっとその考えは今と合わないっていう所をうまくわかってもらえるように工夫しながら伝えていきました。」

9) 【患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す】

このカテゴリーは、患者と家族員がお互いに思っていることや家族の中にある共通の価値について共有できるように、患者と家族員が揃っているところでそれぞれの思いを引き出すことを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「甥っ子さん自身はそういう風に思っていないので、甥っ子さんがどうして『もっとできる治療がある』っていう風に思うのかを、（他の）お二人の前で確認した。」

「患者さんが『家に帰りたい。』って言う風にポロッと書いてくれはったことがあって、『患者さんはお家

に帰りたいって思っているんですけど、そこは何ですか?』ってみんなの前で取って聞いてみたりとか、『それに対してどう思いますか?』ってちょっと親族とか奥さんに聞いてみたりとかして、それぞれの意向の根底にある真意っていうのを、私が間に入ることで共有できたなって思ったんです。」

10) 【患者と家族員が円滑に話し合うための準備をする】

このカテゴリーは、患者と家族員が円滑に話し合うために、事前に患者と家族員と丁寧調整を行い、話し合いに向けて準備をすることを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「『面談の場では通常こういうがんの今後起こり得る、病気の回復が期待できなく、状況が変わるかもっていう中で家で見るっていう事は、家族の人にとっても当然不安に思うってことを、ご本人にそういう形で伝えましょうね。』っていう事を事前に息子さんと、こういう形を持ちましょうっていう事を保証した上で場を持ったっていう感じですね。」

11) 【患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする】

このカテゴリーは、患者と家族員と医療者が円滑に話し合うために、医療者側の調整を行い、話し合いに向けて準備をすることを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「（医師に対して）まあ家族としては本当諦めきれないんだって話をして、『面談の前に少し、家族の思いを聞いていたりとかそういう感じにしましょう。』っていうのは（医師と）少しやり取りしていたので、それこそ対立にはならず話ができる。」

12) 【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】

このカテゴリーは、話し合いの場で全体のバランスを見ながら患者と家族員が話しやすいように対話を進行させることを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「『ただお家の人側の気持ちとしては、こういう状態の中でお家で見るとっていう事に対して、すごく不安な

思いを持っているっていいことですよね?』っていう形で、ちょっとちは厳しいんだっていうところを息子さんに表現しやすいように仲介をする。」

13) 【家族にとって良い選択肢を共に考え、家族の目標に向かって合意形成できるよう支援する】

このカテゴリーは、患者と家族員にとって折り合えるような良い選択肢や目標を一緒に考えて提案し、家族員同士の合意形成ができるよう支援することを示している。このカテゴリーに象徴的な語りを以下に示す。

「『嚙下のことで少し希望を繋げそうなところは別として、とにかく全体的な方向性として、やはり皆さんが思っていたように、全面的に緩和ケアの方向に手続きを進めていくっていう形で大丈夫ですか?』って、奥さんにも、長男さんのお嫁さんにも、甥っ子さんにも最終的にもう一回確認して。」

IV. 考 察

本研究の結果から、がん終末期の患者が急性期病院から移行する際に生じた、家族内葛藤に対するFCNSの実践は、【支援を見据えて家族と意図的に関わる】【終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で患者の状況を把握する】【家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う】【患者と家族員から、がんとの向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出す】【患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探り、共通点を見出す】という“患者と家族員への個別支援”，【家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する】【患者と家族員が互いを理解し、歩み寄れるよう調整する】【患者と家族員が円滑に話し合うための準備をする】という“家族の関係性の理解と家族システム内の調整”，【家族内葛藤の成り立ちを把握する】【患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする】という“医療者と家族の調整”，【患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す】【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】【家族

にとっての良い選択肢を共に考え、家族の目標に向かって合意形成できるよう支援する】という“家族の話し合いの場における支援”という枠組みで構成されていると考えられる。そのため、それら4つの視点からFCNSの実践の特徴について考察する。

1. 患者と家族員への個別支援

平，山本，木澤（2014）は、がん特有の軌跡の特性から週単位や日単位の予後がある程度予測でき、医療従事者が患者の死を積極的に意識することが重要であると述べており、【終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で患者の状況を把握する】ことはがん終末期の患者の予後を予測してケア全体の流れを把握する上で重要である。またFCNSは「これまでのがんとの向き合い方や現在の思いと認識、今後の生き方について、患者の語りを引き出す」ことや、【患者個人の精神的側面や対処能力を把握する】ことで患者個人への理解を深めていたと考える。

一方、日本における終末期がん患者の家族のケアの中でも特に家族員の予期悲嘆へのケアに関する研究（新藤ら，2018；多田良，2016）は多く見られ、この時期の家族員に対する精神的サポートについての重要性が述べられている。本研究においてもFCNSが【家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う】ことが明らかとなった。栗原（2007）は“いつまでも民間療法に望みをかけている”など「対応の難しい家族」に見えがちな家族員の行動は、予期悲嘆の反応の表れとして理解しサポートすることの必要性を述べている。家族内葛藤において、家族員が「患者の意向に沿えないように見える」のは患者側の立場に立ったものの見方であり、それは家族員を正しく理解できなくなるという危険性ははらむ。本研究においてFCNSは、一見、患者の意向に沿えない（ように見える）【家族員の立場に理解を示し、ねぎらう】ことをしていた。家族員の立場に立って家族員の情緒的支援を行うことは家族員の情緒の安定化や予期悲嘆を促す支援となり、家族員の思いや価値を引き出すことに繋がると推察する。

また意思決定において、「患者が何を基準にどの

ようなプロセスを経て意思決定したいのか（またはこれまでしてきたのか）という情報を看護者が把握し意思決定を行う必要がある（川崎，2016）」と言われているが，これは家族としての意思決定をする上で家族員にとっても同じことが言えるだろう。本研究においてFCNSは，【支援を見据えて家族と意図的に関わる】，【患者と家族員から，がんと向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出す】，【患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探り，共通点を見出す】実践を行っていた。FCNSは家族内の誰かに偏ることなく患者と家族員個別の思いや価値を客観的に把握していると捉えられる。さらにFCNSは，「これまでの家族の歴史や価値観を引き出しながら，患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探る」ことで，がんと診断されてから現在に至るまでの患者と家族員それぞれの意思決定における価値を把握していた。家族の意思決定支援において現在だけでなく，過去-現在-未来という時間軸の流れにおいて対象を理解するという点は先行研究では見当たらず，FCNSの支援の特徴であると考えられる。これらの実践から家族としての意思決定を支援し，家族内葛藤の解消を目指すために，FCNSは家族員の情緒的支援と個々の家族員を理解することに努めていると考えられる。

2. 家族の関係性の理解と家族システム内の調整

ここでFCNSの実践の骨子となるのは，【家族同士のやり取りを観察し，家族の関係性や課題を把握する】ことであった。園田，石垣（2007）は訪問看護師が家族間調整の手がかりを探る上で「家族関係を嗅ぎとる」ことを明らかにしており，本研究においても同様の結果がみられた。東，日浦（2015）も，在宅移行を支援する看護師の経験として「家族関係や家族の力量を見極める」ことを明らかにしているが，園田，石垣（2007）の研究と共に，具体的にどのように家族の関係性を見極めているのかは明らかにされていない。本研究においてFCNSは，「患者と家族員の話し合う様子から，全員の反応を観察する」ことで家族成員間の相互作用を捉えてい

た。また入院中の面会の様子やサポート体制などから客観的に【家族同士のやり取りを観察し，家族の関係性や課題を把握する】ことが明らかになった。これは，FCNSが患者やある特定の家族員の立場に偏らず，家族システムの中での構成員の関係性を捉えていることを示している。渡邊，他，（2007）は，がん終末期の家族ケアに対する看護師の困難感の背景にあるのは，死期の迫るがん患者に対して感情移入しやすい環境下で，看護師が「患者寄りの揺れ」を起こすことだと示唆している。システム思考で家族を捉えることは，意向のズレから家族内葛藤を生じている家族を中立の立場で理解することにつながり，看護師の家族ケアに対する困難感を緩和させると推察する。

またFCNSは，「現状を共有した上で家族が今後の方針を決めるための時間を作り，共に考えを整理する」ことなどをしながら【患者と家族員が円滑に話し合うための準備をする】実践をしていた。柳原（2013）は，医療現場における意思決定を「家族システム内の合意形成」と「家族-医療者間の合意形成」の2側面に分けて捉える必要があると述べている。ここでのFCNSの実践は，前者の「家族システム内の合意形成」を支援するための「家族システム内の調整」であると考えられる。本研究においてFCNSは，ただ「話し合うことを提案する」のではなく，何を話し合うのか，何のために話し合うのかを家族に説明した上で「看護師と共に家族皆で話し合うことを提案する」ことをしていた。また，話し合いの前に「患者から，家族員を含めた支援が必要であることの理解を得る」などして【患者と家族員が互いを理解し，歩み寄れるよう調整する】ことをしていた。これらの実践から，FCNSが家族の関係性を捉えた上で，家族の話し合いに向けて細緻に準備を行っていることが伺える。

3. 医療者と家族の調整

家族システム理論に基づいて考えると，家族（内部システム）と医療者（外部システム）も関わりの中で相互作用していることが分かる。本研究におい

て、FCNSは実践の最初の段階で【家族内葛藤の成り立ちを把握する】ことをしていた。そこでFCNSは、医療者を含めて「家族内葛藤に関わっている人たちのやり取りの事実を確認する」ことなどから、家族内葛藤を生じさせている家族内外の相互作用を把握していると考えられた。またFCNSは、家族内外の相互作用を自身の主観で見ることなく、客観的な視座から“事実の確認”をすることで、何が起きているのかということ把握していた。これは、FCNS自身も家族と医療者と関わるため、専門看護師として中立の立場をとるという意味で重要なことだと考える。

また、FCNSは、「家族と関わる医療者の不安や焦りを軽減できるよう調整する」ことで【患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする】という実践をしていた。先述したように、終末期であるからこそ看護師は患者側の立場に寄ったものの方をしやすい。床、花出（2017）は、そもそも医療者と患者・家族との間には価値観や物事の捉え方など様々なギャップがあると述べている。臨床の現場で、患者と意向の違う家族員を「現状を受け入れられない家族員」と捉えた結果、医療者の価値観で何度も説明を繰り返し、医療者-家族員間や患者-家族員間に葛藤を生じるケースは少なくない。FCNSの実践は、医療者の中の焦りや不安を軽減させ、家族への理解を促し、医療者と家族の間のギャップを埋めることになると考える。ここで述べた実践は医療者に対する働きかけであり、家族が話し合うための細やかな準備の一つであると考えられる。

4. 家族の話し合いの場における支援

家族の話し合いの場において、FCNSは【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】、【患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す】、【家族にとって良い選択肢を共に考え、家族の目標に向かって合意形成できるよう支援する】実践を行っていた。

中橋ら（2013）は終末期がん患者を抱える家族の機能の特徴とその影響要因について明らかにし、家

族間のコミュニケーションがよいほど家族機能が高いことを示した。そして、がん治療過程にある患者の家族集団のコミュニケーションが、一時的にせよ閉鎖的になる方向にゆらく家族が8割を占め、閉鎖的なコミュニケーションパターンを維持し続ける場合、家族に一時的な不均衡が生じたという報告もある（野村、藤田、三井、2004）。これらから、がん終末期の家族内葛藤は、家族のコミュニケーション機能が低下した結果生じていると考えられ、家族間のコミュニケーションを促進し、家族の相互理解を促す支援が重要であると考えられる。本研究においてFCNSは、【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】実践を行っていた。ここでFCNSは、ただ家族に任せて家族間のコミュニケーションを促すのではなく、【家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する】ことをした上で、家族全体が話しやすくなるような実践を行っていた。このように、家族をシステムとして捉えるからこそ、家族の中の誰に、どのように働きかければよいかが見え、家族の対話を円滑に進行させることができると思う。

またFCNSは、「患者と家族員が相互理解できるように、全員が揃っているところでそれぞれの思いや価値を引き出す」【患者と家族員が揃っているところで、患者と家族員の共通の価値について共有できるよう促す】ことで【患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す】実践をしていた。この実践は“家族が揃っているところで”行われているところにFCNSの意図が含まれていると考える。Wright, Leahey（2013）は、「認知」「感情」「行動」の3つの領域における介入が家族の機能を促進、改善、維持すると述べており、中でも「認知領域」への介入は、家族が健康上の問題を認識する方法を変更して新しい解決策を発見できることを目標に、特定の健康問題やリスクに関する新しいアイデア、意見、信念、情報、教育を家族に提供すると述べている。ここでの実践は、家族の「認知領域」への介入だと考えられる。FCNSは“患者と家族員

の個別支援”で確認した家族の共通点について、あえて家族の揃ったところで確認をしていた。がん終末期であるがゆえ家族は互いの気持ちを察する余裕がなく、コミュニケーション機能が低下し、すれ違ってゆく。この状況で「それぞれが大切に想っている」と認知をすることは、家族が“家族の絆”を意識したりお互いを思い合うような情緒的な交流を取り戻すことに繋がると考える。

FCNSは、“患者と家族員の個別支援”として問題に向かう対処能力の把握、家族員個々の思いや価値を把握することと、それらを引き出すための情緒的支援を行っていた。また“家族の関係性の理解と家族システムの調整”として家族の関係性や課題を把握し、家族が歩み寄り、相互理解するための調整や話し合いの準備を行っていた。それと同時に“医療者と家族の調整”として関わる医療スタッフの思いを把握した上で家族内葛藤の成り立ちを明らかにし、家族内外のシステムの相互作用を把握して話し合う仕組みを形成していた。そして“家族の話し合いの場における支援”では、家族の相互作用をリアルタイムで捉えながら家族が合意形成できるよう家族間のコミュニケーションを促進し、ファシリテーターの役割を担っていた。これらの実践は、家族が相互に理解し、自分たちで家族内葛藤を解消するための素地を徐々に整えること、すなわち「家族が話し合える場の醸成」であると考えられる。FCNSが家族の話し合う環境を醸成していく過程で家族は相互に理解し、情緒的絆を取り戻す、あるいは深めることができると考えられる。さらにそれらは家族機能の回復に繋がり、家族が自ら家族内葛藤を解消することへ導くと推察される。

5. 看護実践への示唆

家族看護では、患者も含めた家族全体を一つの単位としてそれを対象に援助を行うということが前提であるが、はじめから家族という集団そのものに働きかけているわけではない（鈴木, 2019）。本研究においてFCNSは、患者と家族員、関わる医療者それぞれから十分に話を聞き、家族の話し合いに向け

て地道に調整することを積み重ねていた。星川（2014）は、エンド・オブ・ライフケアにおける家族の合意形成を支える援助として、①個々の家族員が意思決定に向かう準備を支える段階、②家族が合意形成を進められるよう支援する段階について述べている。本研究の結果にもみられるように、まず患者の状況を把握し、家族員の情緒的支援を行って家族としての意思決定を行うための個別の準備を行うことが必要である。次に、患者と家族員が相互理解できるよう支援する必要があるが、この時に、医療者と家族の価値観にはそもそもギャップがあることや、看護師の関わりが家族に影響を与えることを考慮する必要がある。医療者としての知識と経験から物事を判断するナースは、家族の言動を理解し納得することができず、強い違和感を覚える（渡辺, 2008）と言われており、看護師は患者や特定の家族員の立場に偏った見方をしていないか、自らの家族の捉え方について再考する必要がある。家族を「意見の相違がある支援が困難な家族」ではなく、がん終末期であるからこそお互いを思い合う余裕がない中で揺れ動き、「支援を求めている対象」として理解することで中立的な見方ができるだろう。同時に家族内葛藤に関わる人々に対して起きている事実を客観的に把握することで、患者と家族員の相互理解を支援できると考える。そして話し合いの場においては、看護師は中立の立場でファシリテートを行い、脇役として家族員同士が主体的に語り合うことを支援することが家族としての意思決定（合意形成）を行う上で重要である。

6. 本研究の限界と課題

本研究ではデータのサンプルサイズが少ないことから、FCNSの実践の特徴について十分に明らかにできていない。また家族の発達段階による支援の特徴についても明らかにできていない。家族看護学を専門とする複数の研究者によるスーパーバイズを受けているが、研究者の主観が反映されている可能性から、結果に偏りが生じていることも考えられる。FCNSの実践については先行文献がほとんどなく、

さらに研究データを蓄積していく必要がある。

V. 結 論

がん終末期の意思決定において生じる家族内葛藤に対するFCNSの実践について、以下のことが明らかとなった。

1. がん終末期の患者家族が急性期病院から移行する際の意思決定において生じる家族内葛藤に対し、FCNSが行っている実践は【支援を見据えて家族と意図的に関わる】ことをした上で【家族内葛藤の成り立ちを把握する】【終末期がんの軌跡の特徴を踏まえた上で患者の状況を把握する】【家族員の困りごとを捉え、情緒的支援を行う】【患者と家族員から、がんと向き合い方や今後の生き方に対する思いを引き出す】【患者と家族員それぞれの意向の背景にある価値を探り、共通点を見出す】【家族同士のやり取りを観察し、家族の関係性や課題を把握する】であった。そこから【患者と家族員が互いを理解し、歩み寄れるよう調整する】【患者と家族員が円滑に話し合うための準備をする】【患者と家族員と医療者が円滑に話し合うための準備をする】ことをしていた。家族の話し合いの場では【患者と家族員がそれぞれの思いや価値を共有することを促す】【話し合いの場で、患者と家族員の対話を進行させる】【家族にとって良い選択肢を共に考え、家族の目標に向かって合意形成できるよう支援する】ことが明らかとなった。
2. FCNSの実践は、家族が相互理解し、自ら家族内葛藤を解消するための素地を徐々に整えていく「家族が話し合える場の醸成」であると考えられる。

謝 辞

本研究のデータ収集にあたり、ご多忙の中、快くご協力くださいました研究参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

各著者の貢献

AHは、研究の着想と企画、データ収集、分析と解釈、論文執筆の全研究プロセスを担当した。MNは、データ分析と解釈、原稿への示唆、研究プロセス全体への助言を行った。AIは、データ分析と解釈、原稿への示唆を行った。著者らは最終原稿を読み、承諾した。

〔受付 '20.04.30〕
〔採用 '21.03.08〕

文 献

- 江口 瞳：終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発—信頼性・妥当性の検証—, 日本看護研究学会雑誌, 40(4), 603-612, 2017
- Erlen, J. A.: When patients and families disagree, *Orthopaedic Nursing*, 24(4), 279-282, 2005
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートを目指して, 54-72, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2007
- 東 清巳, 日浦瑞枝: 高齢終末期がん患者の在宅移行支援と課題—がん診療連携拠点病院における病棟看護師の経験から—, 日本地域看護学会誌, 18(1), 75-81, 2015
- 平原佐斗司, 山本 亮, 木澤義之: 疾患の軌跡の理解, (日本緩和医療学会), 専門家をめざす人のための緩和医療学, 40-42, 南江堂, 東京, 2014
- 星川理恵: エンド・オブ・ライフケアにおける家族の合意形成のあり方, 家族看護, 12(1), 57-65, 2014
- 川崎優子: がん患者の意思決定支援とは—理論を活かした意思決定支援—, がん看護, 21(1), 10-15, 2016
- 厚生労働省: 平成29年度人口動態統計 (死因順位別死亡率) https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/dl/10_h6.pdf. 2019年3月4日
- 栗原幸江: ギアチェンジにおける家族ケア, 緩和ケア, 17, 95-99, 2007
- 中橋苗代, 小笠原知枝, 吉岡さおり, 他: 終末期がん患者を抱える家族の家族機能の特徴とその影響要因, 日本がん看護学会誌, 27(1), 43-51, 2013
- 野村美香, 藤田佳子, 三井成子: がん治療過程における家族集団のゆらぎに関する研究, 死の臨床, 27(1), 69-75, 2004
- 大谷木靖子: ギアチェンジにおけるナースの役割—ギアチェンジ前の支援・調整のポイント—, ターミナルケア, 11(3), 201-204, 2001
- 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳澤博, 他: 終末期がん患者の療養場所移行に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズ—終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族への質的調査を通じて—, がん看護, 13(5), 580-588, 2008
- 新藤さえ, 杉村鮎美, 光行多佳子, 他: がん患者の家族の予期悲嘆に対する緩和ケア病棟における看護支援の構造, 死の臨床, 41(1), 152-160, 2018
- 鈴木和子: 家族システム理論, 家族看護学 理論と実践

- (第5版), 50-51, 日本看護協会出版会, 東京, 2019
- 園田芳美, 石垣和子: 癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究—終末期の療養場所選択に焦点をあてて—, 千葉看護学会誌, 13(1), 102-110, 2007
- 多田良陽乃: 終末期がん患者の家族支援—予期悲嘆への援助に焦点をあてて振り返る—, 静岡赤十字病院報, 36(1), 89-94, 2016
- 床 知恵子, 花出正美: ACPにおける医療者と患者・家族のギャップと対応, がん看護, 22(7), 690-693, 2017
- 渡邊久美, 野村佳代, 犬飼昌子, 他: 終末期にあるがん患者の家族との関わりにおける看護師の感情と思考過程—一般病院で勤務する看護師へのインタビューから—, 家族看護学研究, 13(1), 60-66, 2007
- 渡邊美和, 佐藤まゆみ, 眞嶋朋子: 終末期がん患者と配偶者の相互作用に関する研究, 千葉看会誌, 20(2), 31-38, 2015
- 渡辺裕子: がん患者の家族支援に関するナースのジレンマ, 家族看護, 6(2), 11-18, 2008
- L. M. Wright, Leahey, M.: Nuseses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention (6th ed.), 151-165, F.A.Davis Company, Philadelphia, 2013
- 柳原清子: 家族の「意思決定支援」をめぐる概念整理と合意形成モデル—がん臨床における家族システムに焦点をあてて—, 家族看護, 11(2), 147-153, 2013

Practice of Certified Nurse Specialists in Family Health Nursing in Family Conflict Caused by Decision-Making during End-of-Life Cancer: Focusing on the Transition from Acute Medical Setting to Hospice.

Ayumi Hasumi¹⁾ Miyuki Nakayama²⁾ Atsuko Inoue²⁾

1) Nara Prefecture General Medical Center

2) Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University

Key words: end-of-life cancer, decision-making, acute medical setting, family conflict, Certified Nurse Specialists in Family Health Nursing

Aim: The aim of this study is to understand the nursing practices of Certified Nurse Specialists in Family Health Nursing (FCNSs) for family conflicts caused by decision-making during end-of-life cancer, when a patient shifts from an acute medical setting to hospice.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with eight FCNSs whose practice involved family conflicts that occurred during the decision-making process during end-of-life cancer, when a patient shifted out of an acute medical setting. The interviews were analyzed qualitatively and inductively.

Results: The practice of FCNSs for family conflicts was integrated into 13 categories. [Perceive the troubles of family members and provide emotional support], [Observe the communications between patients and family members, and understand the family relationships and their tasks], [Coordinate between patients and family members to understand and compromise with each other], [Understand the origins of family conflict], [Prepare for smooth discussions among patients, family members and medical staffs], [Promote dialogue among patients and family members in the discussions], etc.

Discussion: FCNSs capture phenomenon by expanding its perspective from individual patients and family members to the whole family and the healthcare system. Therefore, the practices of FCNSs are based on Family Systems Theory. Their practices are to prepare the foundation for the families to understand each other and resolve the conflicts within them, that is, to “create a place where the families can talk.”