

資 料

一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い

殿 城 友 紀

Thoughts and Feelings of Nurses Involved
in Terminal Care in General Ward

Yuuki Tonoki, RN, BS

Abstract

Currently, most people meet the end of their own lives in hospital. Although palliative care units increase in number, many people still die in general wards. Therefore, it is necessary to enhance the terminal care in general wards. The purpose of this study is to reveal what and how nurses involved in terminal care see and think to improve the quality of terminal care in general wards. As a means to achieve this purpose, three nurses in charge of terminal care in general wards were interviewed one by one for an hour each in the form of a semi-structured interview.

The findings are summarized as follow. The three nurses thought it difficult for nurses to share sufficient information on patients' and have constructive dialogues with medical doctors. They hope to achieve the wishes of patients and their families so that the patients can complete their lives according to their will. But, the nurses also felt it hard to really understand those wishes, because what is disclosed to patients on seriousness of their disease conditions is often expressed ambiguously, because nurses do not have sufficient communication skills, and because general wards do not have an environment for nurses to take time to listen to patients due to lack in privacy and nurses' busy work.

As the result, the nurses thought they had missed opportunities to provide the patients with enough care.

The following necessities to enhance the quality of terminal care in general wards were found in this study. 1) To have proper records on patients to share detail information in both inpatient and outpatient sections and to establish well-computerized information systems to comprehensively review the records. 2) To facilitate reciprocal feedbacks on nurses' care across the lines of work. 3) To have opportunities for face-to-face discussions among nurses, medical doctors and other co-medicals.

キーワード：ターミナルケア，一般病棟，看護師，思い

1. 研究の背景

厚生労働省の人口動態調査によると、2007年の全死亡者に占める「病院・診療所」で亡く

なった人の割合は82.0%である。すなわち、死を迎えた人のほとんどの死に場所は病院であったと言える。しかも、日本ホスピス緩和ケア協会によれば、緩和ケア病床は増加しつつあ

受理：2009年1月19日

るものの(2007年12月1日現在178施設, 3417床), 2005年度のホスピス・緩和ケア病棟における死亡者はがんによる死亡者の約5%に過ぎず, さらに在宅死は約5%であることから, がんによる死亡者の約90%は一般病棟で死を迎えていると言える。

ところで, 一般病棟と一口に言っても診療科区分や病期などによる区分がほとんどであり, 患者の健康レベルは様々である。しかも, 近年の医療技術の高度化や複雑化に加え, 在院日数の短縮の問題もあって, いずれも治療や処置, 生活行動援助などの業務の遂行に多忙を極めていく現状があり, 患者や家族が求めるターミナルケアという面から見ると課題は多い。また, 緩和ケア病棟へ入院するには, 告知をされていることや積極的な治療を行わないなど種々の制約条件がある。緩和ケア病棟の病床数が少ないことに加え, 告知ができない, また緩和ケア病棟を希望しない, あるいは入室が適応とならないなど, 種々の理由によって緩和ケア病棟に入室できない患者も数多く存在する。さらに今後は, 高齢化によって死の看とりが増加することが予測されている。そのため, 一般病棟におけるターミナルケアはますます重要な課題となっている。近年, 緩和ケアチームによる一般病棟へのコンサルトも行われてはいるが, 十分とは言えず, 一般病棟においても充実したターミナルケアを行っていく方法について考える必要がある。

先行研究においても, 一般病棟の看護師が患者と接する時間が少ないことでジレンマやストレスを強く感じていることが明らかにされている(矢本・木口・石井他, 2002, pp.57-61)。また, 一般病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではなく, 十分な医療・ケアが提供できないと感じている(大堀・有賀・高宮他, 2004, pp.104-110)。さらに, 一般病棟の看護師は自分が行っているターミナルケアに対する満足度が低く(中洞・須藤・畠山他, 2008, pp.380-382), 患者の看取りの後に悲しみや疲労感, 無力感, 自責の念, 不安感, 敗北感といった感情体験をしていることも明らかとなっている(坂口・野上・村尾他, 2007, pp.74-80)。

しかし, 先行研究の多くは質問紙によるものであった。これまで一般病棟のターミナルケアに関する研究では, 患者や家族に焦点を当てたものや事例検討, 看護観とケア行動についてなど質的方法によるものが見られるが, ターミナルケアを行う際の困難さやそのときの思いなど, 看護師の思いに焦点を当てた研究はほとんど見られなかった。

そこで, 本研究では一般病棟の看護師がターミナルケアに対してどのような思いを感じているかを明らかにすることを目的とする。これにより, 一般病棟におけるターミナルケアの実態が明確となり, 今後のケアを充実させる一助になると考える。

II. 研究目的

一般病棟でターミナルケアに携わる看護師がどのような思いを感じているかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究である。

2. 研究参加者

一般病棟でターミナルケアに3年以上携わった経験のある看護師3名であった。

3. データ収集期間

2008年3月～4月

4. データ収集方法

研究者の知人や知人を通じて紹介された看護師に対して, 直接研究への参加を依頼し同意を得た。研究参加者1名に対して, 1時間程度の半構成的面接を1回行った。質問項目は, 一般病棟で行ったターミナルケアで印象に残っていることやその理由, そのとき, あるいは現在の思いや考えとした。

5. 分析方法

面接内容は研究参加者の同意を得た上で録音

し、研究者の発話を含めて逐語録を作成した。逐語録には面接場面において観察された研究参加者の表情・しぐさなども記載した。逐語録を精読し、一般病棟でターミナルケアを行う際の困難さやそのときの思いなど、ターミナルケアを行う看護師の思いに関する語りに注目した。そこで示される看護師の思いの中で重要と思われる部分を抜き出し、解釈・分析を行い、テーマをつけた。分析の妥当性を高めるため、研究指導者によるスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

研究参加者に対して、研究の趣旨・方法、参加や中断は自由意思であること、プライバシーの保護について文書と口頭で説明した。同意が得られる場合は同意書に署名を得た。また、ターミナルケアにおける辛い体験が語られる可能性があるため、インタビュー開始時に、語りたくないことは無理に語らなくて良いこと、インタビュー中に感情が高まった場合などはインタビューを中断することが可能であること、インタビューを中断した場合、その後の研究参加も自由意思であることを再度確認した。本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認(2007-57)を得て行った。

IV. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は、一般病棟でターミナルケアに携わる看護師3名であった。3名全員が、がん患者のターミナルケアに携わっており、長期的な経過をたどるがん患者のターミナルケアについて語った。研究参加者の概要は表1の通りである。

今回の研究参加者の語りから得られたデータを分析した結果、「情報共有ができず、ケア方

針を決めることができないことに対する困惑」「プライマリー看護師としての悩み」「患者・家族の希望を聞くことができない悩み」「タイミングを逸し、十分なケアを行うことができなかった後悔」の4つのテーマが抽出された。

2. 情報共有ができず、ケア方針を決めることができないことに対する困惑

本研究の参加者3名は何れもターミナルケアを行う際には「ケア方針をしっかりと決めることが大切」であると考え、患者・家族・医師とともに方針を決定し、統一した目標に向かってケアを行う必要性を感じていた。そのためにも、医師と患者情報を共有することが不可欠と考えているが、在院日数の短縮で術後病理結果の説明や後療法が外来で行われることも多いため、外来治療中にどのような説明がされ、患者や家族がどのように受け止めたのか「外来でのやりとりが分からない」と感じ、「医師は外来で(患者と)何年もずっと付き合っている。それを踏まえて話していることもあるだろう」と医師が持っている情報の重要性を語った。しかし、外来中に医師が得ている患者情報が方針決定に必要なのに、病棟でのターミナルケアに際して、医師が持っている情報が看護師に十分伝わっていないと考えていた。情報を共有しケア方針を検討しようとしても、一般病棟の医師は外来や手術で日中は病棟不在のことが多い。そのため、医師とともにカンファレンスを行うことが困難だった。参加者は看護師間でのカンファレンスについて「先生に聞いてみないと分かんないね」とケア方針が見出せないまま中途半端に終了してしまうことが多いと語った。そして、看護師カンファレンスで話し合われた内容を1人の看護師が一方的に医師に伝えているのが現状であるため、医師と建設的な話し合いができるか否かは「(看護師)個人の力量による」ところが大

表1 研究参加者の概要

参加者名	勤務年数	一般病棟でのターミナルケア経験
A	12年	12年(混合・内分泌内科・外科・婦人科)
B	10年	7年(眼科・泌尿器科・外科・婦人科)
C	3年	3年(外科・婦人科)

きいと述べ、参加者3名は何れも、「考えている段階で(医師と)一緒に話あえればいいと思う」と感じていた。

一般病棟では医師と情報を共有することが難しく、治療方針が分かりにくい現状のなか、看護師はケア方針が見出せずに困惑していることが明らかとなった。

3. プライマリー看護師としての悩み

本研究の参加者である看護師の勤務する一般病棟においては、ターミナル期の患者への看護はプライマリー看護師を中心に行われていた。参加者からは「自分がプライマリーだから」「プライマリーとして」という発言が多く聞かれ、プライマリー看護師としての責任を果たそうという思いを持ってターミナル期の患者に関わっている様子がうかがえた。「プライマリーに情報が集まってきて、プライマリーが医師と話をします」と語られたことから分かるよう、一般病棟では前述した情報共有や方針決定の際に軸となっているのはプライマリー看護師であった。参加者は、「プライマリーじゃなくてもできればいい」と考えているが、「急変しそうで危ない人はカンファレンスに(議題として)挙がってくるけど、ターミナルの密なケアというところまでは挙がっていない。命にかかわる人が優先」と述べ、急性期とターミナル期の患者が混在しているために生命維持が優先事項となり、ターミナル期の患者へのケアはプライマリー看護師任せになってしまう一般病棟の現状を語った。しかし、プライマリー看護師の勤務状況によっては患者・家族や医師と話す時間が持てていないことが語られた。プライマリー看護師である自分が勤務していない時、患者・家族や医師と相談して欲しいことを他の看護師に伝えようとしても「自分が夜勤でカンファレンスに参加できないとアピールする場が限られてしまう」と語り、記録による情報共有については「記録は読まない人には伝わらない。結局、記録に書いたものと直接話を聞いた内容って100%一致しないし、会話と記録から情報を得るのでは全然違うから」と、看護師間で情報を共有し、患者にチームとして関わっていくことを難しい

と感じていた。

プライマリー看護師1人にケア方針の決定が委ねられている現状に対して経験年数の少ない参加者は、「ターミナルの人を(プライマリー看護師として)受け持つのは初めてで、先輩にアドバイスを求めたつもりだったんですけど、(患者の)先が見えなかった。もっと早くプライマリーとして方針をしっかりと決めることが大事だった」と語り、先輩に相談はするものの患者の今後についての予測ができなかったためにタイムリーにケア方針を決めることができなかつたと振り返り、ターミナルケア経験の浅い自分がプライマリー看護師として中心となってケアを行うことが困難であったと感じていた。経験年数の長い参加者は、プライマリー看護師以外の看護師がターミナル期の患者のケア方針の決定に関わる活動ができるかどうかについて、「個人の力量による」、「経験年数の浅い看護師だと難しい」と語り、「(経験のある)自分がなんとかしないといけない」と考えてはいるが、「(プライマリー看護師だからといって)自分1人でする仕事じゃない。1人で抱え込みすぎた」と感じていた。経験年数の長い看護師でも同様に困惑している現状が明らかとなった。また、行ったケアについて、「個人がどこまで頑張っているかが見えづらい。自分がやることが良かったのかなって。プラスの返しがあれば、ああよかったって思えるのかもしれないけど。うちの病棟そういうのがない。モチベーションがキープできないし、向上心が持てない。」と語り、振り返りやフィードバックを行う場がないことを病棟の問題点と感じていた。

4. 患者・家族の希望を聞くことができない悩み

(1) あいまいな告知

参加者は、治療開始時や治療中に医師からがん告知は行っているが、その内容は、「症状と経過を説明しているけれど今後の選択肢は話されていない」、「治療できなくなる時がくるかもしれない」ということは話されていないなどと語った。すなわち、病名・病状と経過のみの説明で予後や急変の可能性については説明されない「あいまいな告知」が行われている現状を語

った。治療ができない状況となった際も、「『体力的に今は治療ができる状況ではないので、体力をつけて元気になったらまた治療しよう』と希望を持たせる告知がされている」と語った。医師が治療できる可能性を示すことに対して、「患者や家族はとても希望を持ち、たとえ医師が緩和的な目的で治療を提案した場合でも、患者と家族は治ると思っていることもある」と語られた。看護師は、残された時間に「何かやりたいことがあるかもしれない」と思っている、しかし「いよいよの(治療のできない)状態になりました」という話はしてないから、本人が今後のことを考えて選択する余地のない状態、「(医師が本当の病状や予後について説明していないと)看護師からは言えないので難しかった」と看護師からターミナル期であることを伝えることはできず、関わりに悩んでいた。「その人に嘘をついているっていう罪悪感じゃないですけど、こういうことは言っちゃいけないとかって考えながら本人はどう思っているんだろうって聞きだそうとするみたい」と看護師が本音で患者と話し合えないためにどのように患者の希望を聞けば良いのか悩んでいることが明らかとなった。

「あいまいな告知」は医師の判断だけではなく、家族の希望によることも多い。家族の希望で患者に病状が告知されていなかったケースについて、「家族が言わないでと言ったら医師も看護師も言えないからどうしよう」と家族の希望を酌みながら介入することにも悩んでいた。

そのような状況の中で、参加者はあいまいな告知について医師と話し合ったと述べ、「『ちゃんとがんだって言って、肝メタも骨メタも伝わってるし、ただ厳しい状態でもう予後があとほんの数ヶ月しかないって事を言う必要があるのかな』って言われたときに先生は言う必要がないと思ってるんだと。でも、私達としてはあと何ヶ月ってめどがあるんだったらそこで何かやりたいことがあるかもしれないって思っちゃうから。(医師との)考え方の違い」と語った。また、患者が「全てを告知されないまま過ごすには限界がある」と考えていることも語られた。さらに、「医師が『誰かが悪者になって悪いことを言わないといけないんだよね』と言っていたの

で、医師は悪者になるのを拒んでいるのかなって思いました。」と語り、告知する立場の医師の悩みも感知していた。

看護師は、患者が今後の過ごし方を選択し自分の望む生を全うするためには、積極的治療が行えない状況だということを告知する必要性があると感じていた。告知内容や伝え方・患者の理解状況などの問題により患者の認識と現状にギャップが生じると、看護師の気持ちが揺れ、ジレンマを感じている様子が明らかとなった。

(2) コミュニケーション技術の不足

参加者は、自分の思いを話さない患者への看護に悩んでいた。特に中年の男性から希望を聞くことが困難で、看護師カンファレンスにおいても頻繁に話題となるが「どうしていこうって行き詰まります」と語った。話をすることで精神的に不安定になるのではないかと考え、「無理やり聞き出していいんだろうか。聞かない方がいいのでは」とも考えているが、話をしないと患者に必要な情報や選択肢を提示することができず、患者の望む生を全うできるように援助するためには、やはり患者の希望を聞きたいと感じていた。「傾聴して思いを尊重するって(看護計画に)挙げるけど、言葉では書いてもできている人なんていないと思う。勉強して技術を磨くしかないかな。」とコミュニケーション技術を磨く必要があると感じていた。

(3) 一般病棟は話を聞ける環境ではない

一般病棟は手術や処置といった日常業務に追われており、参加者は「ゆっくりと関わる必要のある患者に時間が割けていない」、「忙しさもあって時間が十分にとれない」と語り、時間がないために「重要だと思っているのに、たわいもない会話とかさすったりとか精神的なケアに重点をおく関わりができない」と感じていた。時間をとって話をしようとしても、ナースコールに呼ばれてしまい長時間話をすることができないという現状が語られた。

また、大部屋という環境が非常に話を聞きにくくしており、「深刻な話を隣の人が近くにいるところで話せない」とプライバシーの守られ

たコミュニケーションの取れる場所を確保する必要を感じていた。

さらに、一般病棟は家族の面会時間が限られている。夜間遅い時間まで仕事をする家族が増えている現状を考えると、大部屋の場合は特に家族が面会に来やすい環境ではないと感じていた。また、家族が面会に来ている時間は看護師の人手が少なく、看護師が家族と話す時間はほとんどないという現状が語られた。

5. タイミングを逸し、十分なケアを行うことができなかった後悔

参加者は、患者の希望が把握できないまま患者の状態が悪化してきた際に「何かやりたいことがあったかもしれないのにタイミングを逸した」と感じていた。タイミングを逸した原因について、状態が悪化してから「あたふた慌てるから間に合わない」と考えていた。患者・家族の希望を聞き、ケアを行うタイミングについては「治療ができないとなって緩和ケアを視野に入れていく時期かつ今まで通りの日常生活が送れなくなった時期」、「本人が予後について考えている人であれば早ければ早い方がいい」、「意識があって歩けるけれど急変するかも知れない時期」と語り、考え方に差はあるが、患者が希望することが行えるようなADLが保たれている間と考えていた。そして、タイミングを逸したことを「最後のお願いを聞いてあげられなかった気分で申し訳ない」と申し訳なさや後悔を感じていた。

看護師は、最期をどのように迎えるかを決定するのは患者本人であり、患者の望むような生を全うする手助けをしたいと考えているが、タイミングを逸し十分なケアを行うことができなかったと後悔していた。参加者3名は何れも十分なケアを行うことが出来なかった体験を中心に語っており、納得のいくケアが行えていないと感じていることが明らかとなった。

V. 考 察

1. 医療者間の情報共有について

本研究では、病棟-外来看護師間、医師-看

護師間、病棟看護師間が情報を共有できず、患者-家族-医療者間が十分に話し合い、共通の方針を持つことができていないことが3名の研究参加者の語りから明らかとなった。

一般病棟では治療期から継続して患者・家族に関われる特徴があると言われているが(千崎, 2008, p.11)、実際には短期入院により、術後病理結果の説明や後療法の決定は外来で行われることも多く、病棟看護師は患者や家族にどのような説明がされているかが把握できていないという現状がある。術後、外来での後療法が行われて、次に入院してくる時にはターミナル期となっていることも珍しくない。しかし、外来看護師により各患者・家族にどのような説明がされ、どのような反応が見られたかを病棟側で確認することは大変困難であると予測される。研究対象者20名中15名が外来看護師である酒井・小松・林他(2001)の研究においては、外来では患者と関わるゆとりがない状況が明らかとなっている(pp.75-81)。また、「今外来でどんな風になっているという治療の状況を病棟に伝える機会もない」「チームアプローチを行っていくための話し合いの場がない」という看護ケア提供システム上の困難も明らかとなっている(酒井・小松・林他, 2001, pp.75-81)。本研究においても、外来の情報が分からないことが患者への介入を困難としていることが語られ、情報の共有困難は、病棟・外来看護師に共通の課題と言える。よって、外来と病棟、病棟内のチーム間で情報をどのように共有していくか、そのための組織システムや記録形式などの検討が今後必要になると考えられる。

医師は継続して患者を診ているが、その情報が看護師と共有されにくい。一般病棟の医師は日中病棟不在のことが多く、看護師と情報共有をする時間がないことが原因の1つであると考えられる。インタビューにおいても、「看護師だけでカンファレンスした内容を医師に伝える」といった状況があると語られており、医師・看護師が同時に出席し、建設的な話し合いが行えるようなカンファレンスを持つ必要性が示唆された。

また、本研究の結果から、一般病棟ではブラ

イマリー看護師が中心となってケア方針の決定に関わっていることが明らかとなった。その方法は、プライマリー看護師の負担が非常に重いだけでなく、在院日数の短縮や外来治療を選択する患者の増加といった医療状況の変化を考えると、医療の現状に対し看護体制との間に軋みが生じている可能性が考えられた。以前は長期入院の間に患者とプライマリー看護師の信頼関係が築かれ、情報を得ることも可能であったと考えられるが、近年の短期入院では患者とプライマリー看護師の関わる時間は短く、患者情報を十分に得ることができない。さらに、ターミナル期の患者は数日で状況が変化する可能性があり、タイムリーな関わりが求められるが、プライマリー看護師の勤務状況によってはタイムリーな関わりが出来ない。ターミナル期の患者へのケアの軸となるプライマリー看護師は必要ではあるが、プライマリー看護師1名が方針決定やケア計画の立案・実施に関わるのではなく、看護師間の情報共有を密に行い他の看護師がフォローできるようなシステムの検討が必要と考えられた。

2. 患者の病状認識と医療者の支援

本研究では、患者が「あいまいな告知」しか受けていないことにより、患者の病状認識と現在の身体状況にギャップが生じ、看護師はその間で悩んでいることが明らかとなった。林(2008)は国内の病院を対象とした調査において、がん患者への病名告知率は平均で65.7%、余命告知率は29.9%にとどまっていると報告している(p.2)。病名や経過・病状は説明されていても、予後の見通しや急変の可能性についての説明がされていない場合、患者や家族は回復の可能性や現状が維持されることへの希望を抱いていることも多く、全身状態が悪化していく状態であることを自覚することが出来ない。看護師は正しい病状が把握できぬまま希望を持ち続ける患者に対しての関わりに悩んでいた。また、患者の状態を把握し、残された時間を患者の生きたいように生きられるような援助を行いたいと考えるが、ターミナル期であるということを伝えられず、患者の希望を聞くことができないとも

述べていた。西村・渋谷(1999)は患者への告知の有無が看護者-患者間のコミュニケーションに与える影響として、「①告知されていない患者と接する場合、全面的にオープンなコミュニケーションをとることができないこと、②そのため、看護者は患者との信頼関係が築きにくいと感じていること、③患者のニーズに答えることができず、看護者は物足りなさ、後ろめたさを感じている」(p.142)と述べており、あいまいな告知により患者と本音で語れないため、患者の希望を聞くことができず、十分なケアを行うことができないと感じているという本研究の結果と同様である。

告知を行うのは医師であるが、本研究の参加者も語っているように患者に歓迎されない内容の告知を行うということは医師にとって非常に負担であると考えられる。告知は患者にすべてを伝えさえすれば良いという問題ではない。患者が現状を本当に受け止めていくには時間も要すると考えられる。研究参加者は、患者は病状について外来で説明されていないことがあることも語っていた。少しずつ状態が悪化していることを外来治療中に伝えることができていないため、一般病棟に入院した際に非常に深刻な告知をしなければならない現状があることも予測され、患者が徐々に現状を受け止めていくことができるよう、長期的な視点で病状説明や告知の方法について考えていく必要がある。

さらに、緩和ケア病棟では、少なくとも積極的な治療はせず、緩和ケアを行っていくという方針が一致しているが、一般病棟はターミナル期の患者と治療後回復に向かう患者が混在しており、それぞれの状況によって患者・家族の気持ちや生活リズムが大きく異なる。看護師は複数の患者をケアしていく中でそれぞれの状況に合わせて気持ちを切り替えていかなければならない。また、一般病棟の性質上、患者は治療への期待を抱いており、死について話すことをタブーとする雰囲気がある。これらの状況が一般病棟でターミナルケアについて話すことを難しくしている要因であると考えられる。その上、看護師は患者の思いを聞く技術が不足していると悩んでいる。おそらく、それは告知をする立

場にある医師も同様であると考えられる。医療者のコミュニケーション技術については、現在の医療者の教育制度にはそのようなカリキュラムはなく、個人レベルでの学習に委ねられている(田村, 1997, p.330)と述べられており、組織的な教育の必要性が示唆された。そして、患者の状況に応じた病状や予後の伝え方、患者の捉え方を把握し、患者の認識と現状の乖離を埋めていけるような医療者の支援について検討していく必要があると考える。

3. 看護師の後悔

インタビューの中で、患者の望んだかもしれないケアを行うタイミングを逃したということが語られた。看護師は、ターミナル期の患者に「何かやり残したことや行いたいことをしてほしい」と感じ、その時間を与えてあげたいと考えていた。しかし、何がしたいかを聞くことができなかつたり、希望に添ったことを実施できなかつたりした時、タイミングを逸して申し訳ないと感じていた。希望を聞くタイミングとして、看護師はADLが保たれており、今まで通りの生活が送れる時期と考えていた。長谷川(2008)も比較的症状の少ない予後1~6か月の時期は、患者自身が判断できること、現実的に活動もできることを踏まえ、タイミングを逃さず身辺整理などについて配慮していくと述べている(pp.86-87)。最後となる入院の時には、状態がかなり悪化している可能性があることを考えると、そのタイミングは外来通院中であることも考えられる。タイミングを逃さないためには、患者が自らの今後について選択をできるような事前の関わりが必要であるが、外来はもとより一般病棟入院中であっても看護師は患者と関わる時間が短く、タイミングを逃したケアを行っていることが今回の結果から示唆された。

さらに、行ったケアを振り返るフォーマルな機会がなく、モチベーションが保てないと感じていることが明らかとなった。このようなターミナルケアにおけるストレスはバーンアウトにつながると報告されている(角田, 2008, pp.66-67)。しかし一方で、本研究の参加者は自分の行ったケアを自身で振り返り、今後のケア

に活かしていこうとも考えていた。後悔だけで終わるのではなく、その経験は看護師が成長していく機会ともなっており、今後のターミナル期の患者へのケアに活かされていく可能性も高いと考えられた。鎌田(2002)は、看護師が終末期の患者や家族に関わる際に感じた感覚について同僚と話し合うフォーマルなカンファレンスを持つことは看護師の気持ちを安定させ、さらに他の看護師の体験から学ぶことは結果として患者・家族への十分なケアにつながると述べており(pp.397-404)、行ったケアに対して職種間でフィードバックする機会を持つ必要性も示唆された。

また、英国では、看取りの医療の質の向上のために、リバプール・インテグレイティド・ケア・パスウェイ(Liverpool Integrated Care Pathway)など看取りのケアパスが試用され、多職種によるエビデンスに基づいた看取りのケアが意図されていると報告されている(林, 2008, p.3)。ターミナル期の患者に適用できるパスを作成することにより、一般病棟においてもターミナルケアの質が保たれ、さらに、他職種が共有できる個別性を考慮したケア方針を作成することで、一般病棟においても看護師が後悔しないような固有のケアを行うことが可能となり、ターミナルケアの質の向上につながると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は研究参加者数が3名と少なく、一般化することには限界がある。また、看護師のみを対象としているため、一般病棟におけるターミナルケアの全体像を示しているとは言い難い。今後は対象者を増やすとともに、患者や家族、医師などターミナルケアに関わる他職種の視点も含め研究を蓄積していくことが必要である。

VII. 結 論

本研究では、一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思いの一端の語りから、一般病棟におけるターミナルケアの実態の一部が明らか

になった。すなわち一般病棟の看護師は、関係する医師・看護師間での情報共有やケア方針の決定を行うことができずに困惑していた。また患者の望む生を全うすることができるよう、患者や家族の希望を聞きたいと考えているが、医師の告知があいまいな内容であること、看護師のコミュニケーション能力の不足、一般病棟は話が聞ける環境でないといった理由により、患者や家族の希望を聞くことに悩んでいた。そのため、タイミングを逸し十分なケアを行うことが出来なかったと後悔していることが明らかとなった。入院・外来を問わず情報を共有できる記録形式やシステムの検討、看護師が行ったケアに対する職種間のフィードバック、職種を超えた話し合いの場の必要性が考えられた。そして、患者が病状を正しく認識し、今後の生活について考えていくことができるような病状の伝え方やコミュニケーションに関する教育など、医療者への支援について検討していく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様、ご指導くださいました川嶋みどり教授に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成19年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施したもので、その要旨は第23回日本がん看護学会学術集会(2009年2月)において発表しました。

文 献

長谷川久巳(2008). 看取りのケアのQ&A時系列ごとのケアのポイント 身辺整理を促す支援. 濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・高橋美賀子・大谷木靖子編, 一般病棟でできる!がん患者の看取りのケア(pp.86-87). 日本看護協会出版会.

林謙治(2008). 終末期医療の質の向上に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業報告書.

角田直枝(2008). 看取りのケアの全時期に共通するケアのポイント⑥スタッフのストレ

スマネジメント. 濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・高橋美賀子・大谷木靖子編, 一般病棟でできる!がん患者の看取りのケア(pp.66-67). 日本看護協会出版会.

鎌田美千代(2002). ターミナル期の在宅がん患者・家族の一般病棟入院時における看護師への評価:二事例の分析から. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 27, 397-404.

厚生労働省. 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii07/deth5.html>より, 2008/9/3検索.

中洞真理子・須藤弘子・畠山純江・長内美志・斉藤有美・高橋留美子(2008). 一般病棟におけるターミナルケアに対する看護師の満足度. 第38回日本看護学会論文集一成人看護II, 380-382.

名越恵美・掛橋千賀子(2005). 終末期がん患者にかかわる看護師の体験の意味づけ:一般病棟に焦点を当てて. 日本がん看護学会誌, 19(1), 43-49.

日本ホスピス緩和ケア協会(2007.12.1). 緩和ケア病棟入院料の届出受理施設数・病床数(都道府県別). http://www.hpcj.org/what/doc_h01.htmlより, 2008/9/3検索.

日本ホスピス緩和ケア協会(2006.12.20). 日本ホスピス緩和ケア協会からの提言 これからのホスピス緩和ケアについて. [http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/7b810282c8f4349f492572b8001fb1ae/\\$FILE/20070409_1shiryoku_all_3.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/7b810282c8f4349f492572b8001fb1ae/$FILE/20070409_1shiryoku_all_3.pdf)より, 2008/11/20検索.

西村享子・渋谷優子(1999). がん告知が看護者-患者間のコミュニケーションに及ぼす影響について. 月刊ナーシング, 19(10), 136-142.

野戸結花・三上れつ・小松万喜子(2002). 末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16(1), 28-37.

大堀洋子・有賀悦子・高宮祐介・佐藤康仁(2004). 急性期と終末期患者が混在する環

- 境で働く看護師のストレスに関する検討—
「大学病院の緩和ケア病棟のあり方を探る」
全国アンケート調査結果から—, *看護展望*,
29(8), 104-110.
- 坂口幸弘・野上聡子・村尾佳津江・岸田典子・
井出準子(2007). 一般病棟での看取りの
看護における看護師のストレスと感情体験,
看護実践の科学, 32(2), 74-80.
- 酒井禎子・小松浩子・林直子・射場典子・外
崎明子・南川雅子・片桐和子・池谷桂子・
高見沢恵美子(2001). 外来・短期入院を
中心としたがん医療の現状と課題：外来・
短期入院を中心としたがん医療に携わる
看護婦の困難と対処, *日本がん看護学会誌*,
15(2), 75-81.
- 千崎美登子(2008). 看取りのケアの基本 一
般病棟での看取り, 濱口恵子・小迫富美
恵・千崎美登子・高橋美賀子・大谷木靖子
編, 一般病棟でできる！がん患者の看取り
のケア (pp.8-12). 日本看護協会出版会.
- 田村恵子(1997). インフォームド・コンセン
ト：告知について改めて考える, *ターミナ
ルケア*, 7(4), 329-335.
- 矢本京子・木口由香里・石井美由紀・松岡悦
子・妹尾美智子・胃甲拡美(2002). 一般
病棟における終末期にある患者のターミナ
ルケアに対する看護婦の思い「体験に関連
したターミナルケアに対する思い」の分析,
井原市民病院医学紀要, 3(1), 57-61.