

〈研究報告〉

ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難

石井真紀子¹⁾，菊池和子²⁾，工藤朋子²⁾

1) 元 岩手県立大学看護学部 2) 岩手県立大学看護学部

要旨

本研究の目的は、ターミナルケアを実践している看護師が抱えている悩みや困難を明らかにすることである。自由記述形式の回答を質的帰納的に分析した結果、「業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない」、「患者や家族に満足してもらうために医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい」、「患者にとって適切なケアが分からない」、「家族間の関係を調整するのが難しい」をはじめとする9つのカテゴリーが抽出された。看護師の悩みや困難の本質は、理想と考えている最期を患者が迎えられないことであり、このことが、より良いターミナルケアを提供したいという看護師の本来の願いを不全感と共に強くしていることが推測された。看護師は、チームの中で成果を共有し、ときにはターミナルケアの限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し研鑽すること、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討することも、ときには必要であると考えた。

キーワード：ターミナルケア，悩み，困難，看護師

はじめに

治療の効果が期待できず、近い将来、死を迎えるがん終末期患者は、痛みや呼吸困難、嘔気・嘔吐、全身倦怠感などの身体的な苦痛、死の恐怖や怒り、孤独感などの精神的苦痛、職場や家庭で役割を果たせないことや経済的な問題などの社会的な苦痛、自己の存在の意味を問う苦悩するスピリチュアルな痛み¹⁾などを抱えながら生活している。

看護師は、このような患者・家族の看護問題を解決し、患者のニーズを満たすことで穏やかに最期を迎えて欲しいと考えている。しかし、思うように行かない看護師の状況については、「ストレス」「とまどいと乗り越え方」「葛藤」「ジレンマと対処方法」「苦しみ」「限界感」というテーマ^{2)・8)}で現在までに明らかにされている。着目したテーマは異なるが、ターミナル期の患者と向き合う看護師は、緊張や迷い、不安などの様々な精神的負担の中で、ケアを実践していることがうかがえる。その一方でターミナル期は、その場にいる医師や看護師の接し方が患者の人生の総決算の仕方を決定するため、医療従事者の責任は大きい⁹⁾ともいわれている。

著者らは2001年より、がん終末期にある患者の苦

痛が緩和され、残された時間をその人らしく過ごすための看護師の役割とシステムについて、A県内の実態調査を実施した。この当時はA県内に緩和ケア病棟入院料届出受理施設（以下、緩和ケア病棟）がなかった¹⁰⁾ことから、一般病棟でターミナルケアを行っている看護師が、患者の苦痛緩和が図れない際に無力感にとらわれている^{11) 12)}ことが報告されていた。十年余りが経過した現在においても、緩和ケア病棟が十分とはいえない現状¹³⁾から、ターミナルケアは多くの場合、一般病棟で行われている。そこで前回に引き続き、発達段階などの患者背景や診療科などの専門領域を限定せず、一般病棟の看護師を対象に調査を実施した。さらにターミナルケアがうまく行かない現状を「悩み」や「困難」という一般的なテーマで捉えることで、看護師が抱えているターミナルケアの現状理解を容易にし、ターミナルケアの充実に向けた現実的な示唆が得られると考えた。

研究目的

ターミナルケアに携わる看護師の「悩みや困難」を明らかにする。

用語の定義

1. ターミナル期：がんなどの悪性疾患に対して、現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的な治療がむしろ不適切と考えられる状態。生命予後が6カ月以内と考えられる段階。

2. ターミナルケア：ターミナル期にあるがん患者と家族に対する看護ケア。

3. 悩み：ターミナルケアがうまくいかないと思い、わずらうこと。

4. 困難：ターミナルケアを難しくしていること、またはその状態。

研究方法

1. 研究対象

A県内にある80の一般病院で、がんなどの悪性疾患でターミナル期を過ごしている患者・家族のケアに携わっている看護師。

2. データ収集期間

2008年10月1日～11月30日

3. データ収集方法

留め置き法による自記式質問紙法。A県内にある80の一般病院（全数）の看護管理者宛てに一括で郵送した。病床10に対して1の割合で施設への依頼数を算出した結果、80病院に対して1,395部の質問紙を依頼した。がんなどの悪性疾患のターミナルケアに携わっている看護師に記入して欲しい旨、看護管理者を通して依頼した。回収は個別に郵送で行った。

4. 調査内容

1) 対象者の背景

性別、年齢、勤務場所、ターミナルケアに対する関心、ターミナルケアに関連する学習会への参加経験、ターミナルケアに対する満足感、の6項目について調査した。

2) 「ターミナルケアについて、実際に悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていることなど自由にお書きください」という内容を自由記述形式で尋ねた。

5. 分析方法

1) データを熟読し、1つの文章に「悩みや困難」の内容が複数存在する場合は、1つの意味内容で構成される文節に分けた（分析単位）。

2) それぞれの文節を熟読し、悩みや困難の内容とその理由を、内容を損なわないように注意しながら脈絡のある文章に整えた（テキスト）。

3) 個別のテキストをよく読み、内容が類似するものをまとめ、さらにテキストの背景にある事実を推察し、意味することや本質的な内容を加えてコンテキストへ書き換えた。

4) コンテキストが意味する内容の類似性と相違性に着目して、サブカテゴリー、カテゴリーへと統合した。

分析の過程において研究者間で検討を重ね、信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

対象者には調査の趣旨と倫理的配慮について文書で説明した。具体的には、この調査に協力しなくても不利益はこうむらないこと、回答は無記名であり匿名性が守られていること、データは鍵のかかる場所に保管すること、研究発表で公表する場合には施設や個人が特定されないように配慮すること、などである。アンケートへの回答をもって同意を得たと判断した。また、回答に対する強制力を排除し自由意思を尊重するため、回収は個別に郵送で行った。

結果

1. 対象者の概要

1,395の配布に対して回収数は789（回収率：56.6%）であった。そのうち「ターミナルケアについて、実際に悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていることなど自由にお書きください」に回答していたのは254（回答率：32.2%）であった。この中から設問の主旨とは異なる回答を除外したところ、分析の対象となったのは242（有効回答率：30.7%）であった。

対象者の概要を表1に示す。性別は圧倒的に女性が多く（238名：98.4%）、年齢は多い順に40歳代が85名（35.1%）、30歳代：69名（28.5%）、20歳代：44名（18.2%）であった。職種でみると看護師が221名（91.3%）、保健師が16名（6.6%）、准看護師が2名（0.8%）であった。主な勤務場所は、外科系の混合病棟が85名（35.1%）、

表1. 対象者の概要 (n=242)

内 容	度 数 (%)
性 別	
男性	3 (1.2)
女性	238 (98.4)
無回答	1 (0.4)
年 齢	
20～29歳	44 (18.2)
30～39歳	69 (28.5)
40～49歳	85 (35.1)
50～59歳	43 (17.8)
60歳以上	0 (0.0)
無回答	1 (0.4)
職 種	
保健師	16 (6.6)
助産師	0 (0.0)
看護師	221 (91.3)
准看護師	2 (0.8)
無回答	3 (1.3)
勤務場所	
病棟 (内科系)	65 (26.9)
病棟 (外科系)	85 (35.1)
病棟 (混合)	71 (29.3)
外来	7 (2.9)
訪問看護部門	3 (1.2)
緩和ケア病棟	4 (1.7)
その他	6 (2.5)
無回答	1 (0.4)
ターミナルケアに対する関心	
ある	219 (90.5)
なし	23 (9.5)
無回答	0 (0.0)
学習会への参加	
ある	167 (69.0)
なし	75 (31.0)
無回答	0 (0.0)
ターミナルケアに対する満足感	
満足している	7 (2.9)
満足していない	234 (96.7)
無回答	1 (0.4)

混合病棟：71名 (29.3%)，内科系混合病棟：65名 (26.9%)，外来：7名 (2.9%)，緩和ケア病棟：4名 (1.7%)であった。

ほとんどの対象者がターミナルケアに関心がある (219名：90.5%) が，満足していると回答していたのは7名 (2.9%) であった。167名 (69.0%) の対象者はターミナルケアに関連する学習会に参加した経験があった。

2. ターミナルケアに対する悩みや困難

分析の結果，242名の自由記述は514分析単位，294テキスト，50コンテキスト，27サブカテゴリー，9カテゴリーに分類された。カテゴリーとサブカテゴリーを表2に示す。これ以降，本文中ではカテゴリーを【 】，サブカテゴリーを「 」，コンテキストを〈 〉で表記する。

1) 【業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない】

このカテゴリーは，日々の業務が多忙で常に時間に追われていると感じていて，ターミナル期にある患者に余裕をもって接することができないため，納得のいくケアができないことである。「混合病棟は業務量が多く時間に追われているため余裕をもってケアができない」と「時間が限られていて納得のいくケアができない」の2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は〈急性期の患者がいる混合病棟では業務量が多く時間に追われているため余裕をもってターミナル期の患者に接することができない〉と悩んでいた。また〈患者からの要求があっても全てに応えられず片手間で納得のいくケアができていない〉と感じ，〈限られた時間でいかに信頼してもらうかが難しい〉と述べていた。さらに〈気がかりなことに対応できない外来でのケアに限界を感じている〉というコンテキストから，外来においても業務の多忙さから時間に追われ，納得のいくケアができない現状が述べられていた。

2) 【環境や体制に制約があるため，その人らしさを尊重したケアができない】

このカテゴリーでは，施設のハード面 (病棟や病室の環境) とソフト面 (専門職種や医療チーム，体制) の両者において制約があるため，その人らしさを尊重したケアができないことを意味しており「患者らしさを尊重した個別的なケアができない現状が

悲しい」「制約があるため患者の好みや希望を尊重したいができない」「患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない」「在院日数に制限があるため入院したい患者の希望がかなえられない」

「本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想と考えるが体制ができていない」「職種や医療チームがそろっていないため連携をとりながらのケアができない」「患者の担当が日替わりでケアに持続性がない」という7つのサブカテゴリーから導き出された。

【環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない】とは、ターミナル期にある患者の〈これまでの生き方や死に対する思い〉や〈食事に対する好みや嗜好品〉〈ペットとの面会〉を大切に、希望をかなえることである。〈食事の好みや嗜好品〉と〈ペットとの面会〉については、施設の制約により〈許可されない〉現状がある。また「在院日数に制限があるため入院したい患者の希望がかなえられない」のは〈急性期病院である〉という、診療報酬による制限が原因と考えていた。最期の時に「患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない」とは、〈混合病棟は終末期の患者が家族とゆっくり過ごせる場として無理がある〉ことや個室加算による患者側の〈経済的な理由〉のことである。また療養の場として「本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想」と考えているが〈家族の受け入れ態勢が整わない〉ことや〈患者も家族も自信がない〉ためかなえられないと考えていた。そして〈支援体制が整っていないために病院で亡くなってしまうことも多い〉ととらえていた。また〈ソーシャルワーカーがいないため看護師が社会資源の窓口となっている〉ことを負担に思い、〈緩和ケアチームがない〉ことで他職種と連携をとりながらのケアができないことが、ターミナルケアを困難にさせていると考えていた。

3) 【医療者の知識や技術、認識が統一されないため、患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない】

このカテゴリーは、医療者のターミナルケアに対する認識や知識・技術がバラバラで十分とはいえないため、話し合いの機会をもち統一したいが困難な状況のことである。「医師や看護師の認識や関心、知識・技術がバラバラで患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない」と「ターミナルケアに

対する医療者個々の意識の違いを話し合う場がない」「医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない」という3つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、ターミナルケアに対するチームメンバーの認識や知識にばらつきがあり十分とはいえない現状を〈患者や家族の希望がかなえられる、満足してもらえるターミナルケアができない〉と悩み、解決したいが〈それを話し合う場がない〉ととらえていた。また、「医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない」ために〈患者の最期の迎え方が“あんまりだ”〉と感じ、悩んでいた。

4) 【医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる】

このカテゴリーは、医師の方針がターミナルケアを困難にしていると不満に感じていることである。このカテゴリーは「ターミナルケアに対する考え方が医師と合わない」「苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満を感じる」「医師が病棟にいる時間が少ないためタイムリーに話し合えない」という3つのサブカテゴリーから導き出された。

看護師は〈医師とターミナルケアの最新の情報を共有し分かり合いたい分かり合えない〉〈医師の協力が得られない〉と感じていた。患者の〈苦痛に対する医師の対処が十分でない〉ことや〈医師の姿勢が消極的で指示が出ない〉ことから〈医師に知識がないため患者が辛い思いをしている〉と、「苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満」を感じていた。また〈医師が病棟にいる時間が少ないため（医師と）タイムリーに話し合えない〉ことも、より良いターミナルケアの実践を困難にしていると考えていた。

5) 【家族間の関係を調整するのが難しい】

このカテゴリーは、患者には残り少ない時間を家族と共に過ごして欲しいと考えているが、その調整が困難で、かなわないことである。このカテゴリーは「患者と家族の関係が希薄な場合の理解と対応に悩む」と「キーパーソンに負担が集中しないための家族間の調整が難しい」の2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、ターミナル期にある患者には〈できるだけ家族と一緒に過ごして欲しいが面会が少ない場合の関係の持ち方〉や、〈身寄りのない患者や家族との関係が希薄な患者への対応〉に悩んでいた。また、〈キーパーソンに負担が集中したり、キーパー

表2. ターミナルケアに対する悩みや困難

カテゴリー (9)	サブカテゴリー (27)
業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない	混合病棟は業務量が多く時間に追われているため余裕をもってケアができない
	時間が限られていて納得のいくケアができない
環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない	患者らしさを尊重した個別的なケアができない現状が悲しい
	制約があるため患者の好みや希望を尊重したいができない
	患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない
	在院日数に制限があるため入院していたい患者の希望がかなえられない
	本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想と考えるが体制ができていない
	職種や医療チームがそろっていないため連携をとりながらのケアができない
	患者の担当が日替わりでケアに持続性がない
医療者の知識や技術、認識が統一されないため、患者や家族に満足してもらうケアが行われていない	医師や看護師の認識や関心、知識・技術がバラバラで患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない
	ターミナルケアに対する医療者個々の意識の違いを話し合う場がない
	医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない
医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる	ターミナルケアに対する考え方が医師と合わない
	苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満を感じる
	医師が病棟にいる時間が少ないためタイムリーに話し合えない
家族間の関係を調整するのが難しい	患者と家族の関係が希薄な場合の理解と対応に悩む
	キーパーソンに負担が集中しないための家族間の調整が難しい
家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む	説明されても患者の病状を受け入れられない家族が理解し難い
	患者がターミナル期であることを家族に確認するのは死を意識させることであり、どのように伝えたらよいかわからない
理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない	最期は安らかになると思うが医療処置が行われてしまうことに納得できない
	家族の希望で病状を知らされていない患者が“死”と折り合いをつけないまま亡くなってしまうことに納得できない
	正確な病状を知らされていないために、残された時間の過ごし方を確認できないまま看取っていることに納得できない
患者にとって適切なケアが分からない	患者にとって適切なケアが分からず何もできないことで無力だと感じる
	苦痛を緩和したいという思いが患者の希望と合わないときにそのズレに悩む
	行ったケアが患者にとって良かったのかと悩む
死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない	死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない
	感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る

ソンの意見が尊重されない〉家族間の状況をとらえ、その調整が困難であると感じていた。

6) 【家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む】

このカテゴリーは、医師の説明通りに患者の病状を受けとめない家族の理解と対応が困難だと感じている看護師の状況を意味するものである。「説明されても患者の病状を受け入れられない家族が理解し難い」と「患者がターミナル期であることを家族に確認するのは死を意識させることであり、どのように伝えたらよいかわからない」の2つのサブカテゴリーから導き出された。

家族には、病状を正確に受けとめて欲しいと思う一方で、そのことが患者の〈死を意識させる〉ことにもなるため、伝え方に悩んでいた。

7) 【理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない】

このカテゴリーは、患者にはこのような最期を迎えて欲しいという理想がかなえられない現状に看護師が悩んでいることである。このカテゴリーは「最期は安らかになると思うが医療処置が行われてしまうことに納得できない」「家族の希望で病状を知らされていない患者が“死”と折り合いをつけないまま亡

くになってしまうことに納得できない」「正確な病状を知らされていないために、残された時間の過ごし方を確認できないまま看取っていることに納得できない」という3つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は〈尿が出なければ留置カテーテル、意識レベルダウンにはモニター装着という一連の医療処置が行われている〉現状が、理想とする死を患者が迎えられない原因と考えている。また、〈告知したくないという家族が未だに多く、患者は“死”と折り合いがつかないまま亡くなってしまう〉状況や、予後の見通しを知らされていない患者は〈治療を継続するため、残された時間を有効に使うための意思確認ができないまま看取る〉という現状にも納得できていない。

8) 【患者にとって適切なケアが分からない】

このカテゴリーは、ターミナル期にある患者の苦痛を緩和したいが、個々の患者にとっての適切なケアが分からず、模索し悩んでいることである。このカテゴリーは「患者にとって適切なケアが分からず何もできないことで無力だと感じる」「苦痛を緩和したいという思いが患者の希望と合わないときにそのズレに悩む」「行ったケアが患者にとって良かったのかと悩む」という3つのサブカテゴリーから導き出された。

看護師は、死が避けられない患者とその家族の苦悩をとらえるが〈気持ちを傷つけないようにと思うと何と声をかけたらよいのか〉と悩んでいて、患者が〈安楽に過ごせるような援助がしたいが効果が得られず、苦しんでいる時にどう声をかけたらいいか〉と困難な状況を述べていた。また、〈苦痛症状のある患者に薬を勧めた際に“大丈夫”と言われたときにそのズレに悩む〉と戸惑っていた。さらに〈自分が行ったケアは患者にとってベストだったのか自己満足ではなかったのか〉と悩み、看取りの後には〈これで良かったのか、もう少し個別的なケアが提供できたのではないかと、実施した看護に対する不全感を抱いていた。

9) 【死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない】

このカテゴリーは、死と向き合っている患者や家族の苦悩に看護師として対峙する自信がない、できれば避けたいと感じていることである。「死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない」と「感

情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る」という2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、〈患者の悲観的な発言に対する自分の声かけや態度に自信がもてず、あれでよかったのか〉と悩み、〈患者の精神的苦痛やスピリチュアルペインに対するケアが困難〉だと感じていた。〈患者の生死に関する思いを聞き深く関わりたいと思う一方で、自信がないため、そういう話をされると逃げ腰になる〉と、苦手ながらも向き合う必要性を認識している一方で、いざとなると自信がないと感じている。〈亡くなる患者や泣き崩れる家族に対してケアが十分ではなかったと感じ、この先もやっていけるのだろうか〉と自信を失うこともある。また患者が亡くなる前後では〈勤務中は泣いてはいけないと思うので感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る〉と述べていた。

考察

1. 対象者の背景

調査当時のA県で緩和ケア病棟入院料の算定が行われていたのは1施設であり、A県内の施設数全体の1.25%であった。全国平均の2.6%¹⁴⁾を下回る結果であった。本研究の対象者のほとんどが、一般病棟や外来での勤務(228名:94.2%)であり、緩和ケア病棟で働いているのは、わずか4名(1.7%)であった。よって、今回寄せられたターミナルケアに対する悩みや困難は、検査や治療の目的で訪れる患者が療養する一般病棟の看護師の意見が大幅に反映されている。

対象者のうち、ターミナルケアに満足している看護師は、わずか7名(2.9%)であった。その一方でほとんどの看護師がターミナルケアに関心があり(90.5%)、7割程度の看護師はターミナルケアに関連する学習会に参加したことがあると回答している。よって本研究の対象者は、日頃実践しているターミナルケアに満足できず、悩みや困難を抱え、解決の糸口を求めて学習会に参加している傾向があると考えられる。言い換えると、現状に対する問題意識があり、それを解決することで、より良いターミナルケアを提供したいと考えている、比較的向上心の高い看護師であると推察する。

2. ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難

看護師のターミナルケアに対する悩みや困難として、9つのカテゴリーが明らかになった。この9カ

テゴリーは、さらに1) 施設的环境や体制による悩みや困難、2) 医師をはじめとする医療チームメンバーによる悩みや困難、3) 家族の対応に対する悩みや困難、4) 自己の能力の限界からくる悩みや困難、5) 理想とするターミナルケアとの比較による悩みや困難、の5つに分類された。以下にその分類ごとに考察する。

1) 施設的环境や体制による悩みや困難

カテゴリー【業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない】と【環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない】について述べる。

一般病棟でターミナルケアに携わる看護師は「ゆっくりと関わる必要のある患者に時間が割けない」、「忙しさもあって時間が十分にとれない」という思いを抱えている¹⁵⁾ことが報告されている。本研究においても、一般病棟では検査や手術などのほとんどが時間で進行することから、処置やそれに伴う看護が優先され、ターミナル期にある患者の希望に沿った看護が十分に行えない現状と納得できていない看護師の思いが示された。

また一般病棟は、患者と家族が心置きなく過ごせる環境ではないこと、離れ離れになっているペットに会えるような手段を取れないこと、患者の好みに沿った食事を提供できないこと、などに看護師は悩んでいた。施設的环境や体制の改善は、理念に基づき組織として取り組むべき課題である。そのため看護師には、患者・家族の希望をかなえることを目指した組織的な戦略が求められる。まずは看護チームで十分に検討し、意見を統一したうえで、例えば食事や嗜好品についての改善は、栄養部門をはじめとする他職種との連携や協働が求められるであろう。中西らは「患者の趣味や嗜好の制限を考慮すること」や「面会時間の考慮」、「家族の宿泊場所の設置」などの医療施設としてのケアの提供体制が、看護師のケアに対する積極性や前向きな態度に影響している¹⁶⁾、と報告している。患者・家族の希望に沿った環境や体制の改善が、看護師のターミナルケアに対する態度に良い影響を及ぼし、結果として看護ケアの質の向上をもたらすものと推察する。組織全体への影響を見据えた、患者と家族の希望をかなえるための改善への取り組みが必要である。

2) 医師をはじめとする医療チームメンバーによる悩みや困難

カテゴリー【患者や家族に満足してもらうために、医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい】と【医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる】について述べる。

本研究の対象者は、ターミナルケアに対する医師や看護師の認識や知識・技術がバラバラで不十分であること、統一したいが話し合う場を持っていないこと、などを困難ととらえていた。また苦痛緩和が不十分な治療方針に対する不満を抱え、医師の姿勢が消極的であると感じていた。

先行研究では、疼痛コントロールが不適切な場面での医師に対するとまどい¹⁷⁾や、医師が薬剤を選択することに看護師として踏み込めないジレンマ¹⁸⁾が報告されている。本研究においても看護師は、処方権をもつ医師に対して薬剤の適切な選択を期待しているがゆえに、同様の困難を抱えていることが示された。また看護師は、ターミナル期にある患者の苦痛を軽減するためには、医療者間でターミナルケアの重要性が認識され、知識・技術が統一されることが必要と考えている。それにより、誰が担当しても適切なケアが提供されることを目指している。

先述のとおり、本研究の対象者はターミナルケアに対する関心や向上心が比較的高いと仮定すると、医療チームの中でターミナルケアに対する豊富な知識を得ていることが推測される。それにより理想と現実のギャップに直面して苦悩を抱えているとも考えられる。

がん終末期においては、エビデンスの高い医療・ケアの方法が確立されていないため、1人ひとりの患者にとって何がよいのかを話し合い、目標を共有することの重要性¹⁹⁾が指摘されている。すなわちターミナルケアでは、チームアプローチが患者の満足度をより高めるうえで特に重要である²⁰⁾といわれている。チームアプローチが円滑に展開されるためには、メンバーが率直な意見を交わし、互いを尊重できるオープンなコミュニケーションの環境が必要である。それにより、ターミナルケアの最新の知識・技術がチームで活用され、患者ができる限り満足できるようなターミナルケアの実現が、ときには可能となると考える。チームメンバーが自由に意見を言い合えるコミュニケーション環境を整えることについても、看護師は検討する余地があると考えられる。

3) 家族の対応に対する悩みや困難

カテゴリー【家族間の関係を調整するのが難しい】

と【家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む】について述べる。

看護師は、ターミナル期にある患者には、できるだけ家族と共に過ごして欲しいと考えている。しかし面会が少ない場合や、元々患者との関係性が希薄な家族に対して、どのようにかかわったらよいものかと悩んでいる。

家族は、家庭という環境で長年の間、生活を共にする過程で家族固有の価値観や文化を形成している²¹⁾といわれている。そのような環境では、家族メンバー間の関係性も長年の過程を経て形成される、その家族に固有のものであり、一様に捉えられないと考える。また核家族化に伴い介護者、働き手、家事の担い手という複数の重要な役割を一人で担っている場合もあり、気になりつつも面会に行けない家族の実態も考えられる。最期は自宅で過ごしたいと患者が希望しても、家族がそれに沿えないこともある。

次に、家族は患者の背景に存在する患者の資源であるという視点から、家族をケアの対象として捉える²²⁾、という見方を補うことも必要であろう。そして家族と向き合い、家族が現状をどのように捉え、どうありたいのかを寄り添いながら聴くことが必要である。言い換えると、家族をケアの対象として意図的にかかわることであり、それにより家族が抱えている現状や困難と捉えていることが明らかになると考える。

また看護師は、患者の病状を受け入れられない家族の対応に悩んでいる。さらに、患者がターミナル期にあることを家族に確認することは、家族に患者の死を意識させることになるため、どのように伝えたらよいものかと悩んでいる。ターミナル期にある患者の家族は、患者が亡くなったことを想定し、嘆き悲しむ「予期的悲嘆」の心理過程をたどる^{23) 24)}といわれている。一旦、病状説明を受けたとしても、脅威のあまり現状を見たくない、状況を認めたくないという情緒的反応として否認が表れる²⁵⁾ことも知られている。家族は、予測される患者の死を否認したり、死について考えることを避けたりしながら患者と関わりを持ち続ける²⁶⁾ともいわれている。それにより家族は、徐々に患者の死が近いことを認め、自分自身に仕方がないと言い聞かせ、死別の準備をしようと努力している²⁷⁾。患者の死を予測している家族にとって否認は、ときには厳しい現実を受け入れ、適応するために必要な反応と考える。看

護師には、患者が臨死期にある家族の心理的特徴と言動をよく理解し、寄り添い支える姿勢が求められるであろう。それにより家族は、死を迎えつつある患者を現実のものとして受け入れることが、徐々にではあるが可能になると考える。

4) 自己の能力の限界からくる悩みや困難

カテゴリー【患者にとって適切なケアが分からない】と【死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない】について述べる。

看護師は、患者の苦痛や苦悩をキャッチしており、これ以上苦しめることなく、その苦痛を緩和したいと願っている。しかし適切なケアが分からないことで無力だと感じている。ときにはケアの方針が患者の希望に添えないこともある。また実際に行ったケアがあれば良かったのかと悩んでいる。近藤は、死に逝く患者をケアし看取る看護師の限界感について報告しているが、ケアの手ごたえや成果が得られず徒労感や不全感を感じ、自分の無能さや無力さを突きつけられ、居たたまれなくなる体験をしている²⁸⁾と述べている。

また患者の生死にかかわる思いを聞き深く関わりたいと思いながら、実際に表出されると共に死について語りその場に居る自信がもてず、逃げ腰になることも自覚していた。看護師は死に関する苦悩に対して適切に関わる術を持ち合わせていないこと、すなわち先述の通り、適切なケアが分からないことが患者の苦悩と向き合えない要因であろう。

一方、患者に感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困惑している状況が結果として示された。看護師は患者や家族に対して共感が求められるばかりで、自らの感情を表現することは不適切であるという職務上の暗黙の感情規則²⁹⁾の制約を受けているといわれている。このように職務上、個人の感情を組織として望ましい感情に調整する際にたどる心理過程については感情労働と定義されている³⁰⁾が、ときにはバーンアウトのリスクを伴う³¹⁾といわれている。本研究においても、苦手意識からターミナル期の患者に関わることに消極な看護師の状況が報告された。このことは、感情への直接的な関わりを避け、距離を置くことで自分自身の感情を管理している行動³²⁾ととらえることができる。

がん終末期から臨終期にある患者の心身の苦痛については、緩和され難い症状が、一人の患者に複数存在することがある。また最期の療養場所の決定や

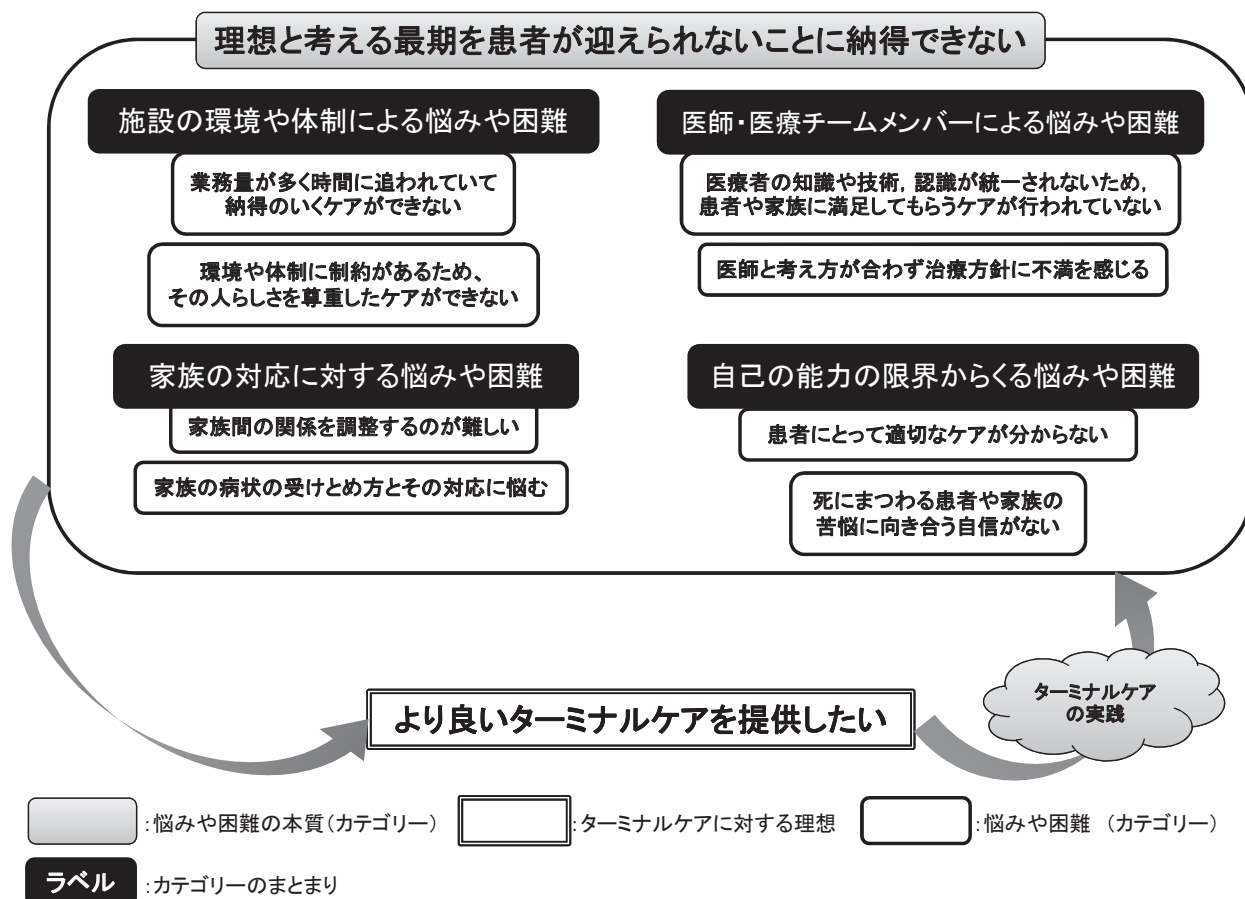


図1. ターミナルケアに対する悩みや困難の全体像

家族間の調整など、個人の価値観が尊重される看護問題については、ケアの結果が良かったかどうかの判断に悩むケースが多々ある。看護師は、適切なケアが分からず、死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合えないことで、看護師としての能力の限界に悩んでいることが示された。

5) 理想とするターミナルケアとの比較による悩みや困難

カテゴリー【理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない】について述べる。

看護師は、カテーテルやモニターなどの医療処置が行われずに、患者には安らかに、人としての尊厳が保たれた状態で死を迎えてもらいたいと願っていた。

また、病状や予後が説明されないことで、患者が死と折り合いをつけられないまま亡くなってしまうことや、残された時間の過ごし方を患者に確認できないことに悩んでいた。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、積極的治療がかなわない状況を伝える必要がある³³⁾、と看護

師は考えているのであろう。殿城は、正確な病状がその都度伝えられない状況を「あいまいな告知」と表現し、家族の希望によることも多い³⁴⁾と述べている。

ターミナル期にある患者が病状や予後を知りたいかどうかは、個人の価値観やその時の状態によるところが大きい。重要なことは、本人が望む情報が伝えられることであり、それにより患者は残された時間の過ごし方を検討できる。また予後告知を患者に望まない家族に対しては、必要に応じて患者に真実を伝えることのメリットを伝え³⁵⁾、継続して支援していくことが、ときには必要である。そして医療者は、患者と家族も医療チームの一員と認識し、患者・家族の希望がかなえられるための話し合いをもつことである。この場合、患者・家族の価値観に加えて医療チームメンバー一人ひとりの価値観が加わる。それぞれの価値観を尊重しつつ、患者と家族にとって重要なことは何かの視点での議論と意思決定、継続した支援が必要である。

3. ターミナルケアに対する悩みや困難の全体像と軽減するための方略

本研究の結果と考察から導き出された、ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難の全体像を図1に示す。

ターミナルケアに対して看護師が抱えている悩みや困難の本質は「理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない」ことである。この本質的な困難は、日々のケア場面で直面している「施設的环境や体制による悩みや困難」や「医師・医療チームメンバーによる悩みや困難」、「家族の対応に対する悩みや困難」、「自己の能力の限界からくる悩みや困難」の総体としての位置づけにあたる。また現状に問題意識があり、向上心が高い看護師には、「より良いターミナルケアを提供したい」という理想がある。この理想を実現するべく、患者や家族に向き合いケアを実践しているが、実際のケア場面では悩みや困難に遭遇し、「理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できていない」という困難が、「より良いターミナルケアを提供したい」という願いを、不安全感と共に強くしていると考えられる。しかし、ケアに対する達成感が得られないまま、この状態が継続することでバーンアウトに陥る可能性も考えられる。

まずは医療チーム内でケアに対する悩みや困難を率直に話し合える体制を整え、定期的に場を設けることが必要である。話し合いの場が形骸化せず機能を果たすためには、メンバー個々が率直に発言できることが重要であり、看護師にはその調整役が求められる。近年、がん看護専門看護師やがん関連領域の認定看護師の活躍がめざましい。まさにスペシャリストがこのような場で能力を発揮することが望まれる。

またそのような場において重要なことは、実施したケアを共有し、成果を確認することである。それがケアに対する自信になり、ときには明日への活力につながるであろう。

ターミナルケアの目指すところは、限りある時間の中で、患者や家族の苦痛や苦悩ができるだけ緩和され、その人らしく過ごせること、そのことを通して患者・家族のQOLが維持もしくは向上することである。先に述べた通り、がん終末期の医療やケアは、エビデンスレベルが高いものばかりとは言いがたい。また患者の価値観や個性に対する配慮が求められる。看護師は、ときにはターミナルケアにおける自己の限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し次の機

会に活かすことも必要と考える。引き続き学習会等に参加し研鑽を積むこと、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討し、患者や家族と向き合うエネルギーを蓄えることも、ときには必要であろう。

結論

A 県内の一般病院でターミナルケアを実践している看護師に対して、ターミナルケアに対する悩みや困難を調査した結果、以下の知見が得られた。

1. 看護師が抱えていたターミナルケアに対する悩みや困難として、「業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない」、「患者や家族に満足してもらうために、医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい」をはじめとする9カテゴリーが抽出された。
2. 一般病棟では環境や体制の制約があり、ターミナル期にある患者とじっくり関われないことや、患者の希望を尊重したケアができないことに悩んでいた。
3. ターミナルケアに対する医療チームメンバーの知識や技術が統一されていないこと、医師の治療方針やターミナルケアに対する姿勢に不満を感じ、悩んでいた。
4. 家族への対応では、家族員同士の関係を調整することの難しさを感じていた。また患者の病状を受け入れられない家族にどの様に接したらよいものかと悩んでいた。
5. 看護師は行ったケアが患者にとって適切であったのかどうかの判断に迷っていた。また、死にまつわる苦悩を患者が表出した際に向き合いたいと考えているが自信が持てずにいた。
6. ターミナルケアにおける看護師の本質的な悩みは、理想と考えている最期を患者が迎えられないことであり、このことが、より良いターミナルケアを提供したいという看護師の本来の願いを不安全感と共に強くしていることが推測された。
7. 医療チームの中でターミナルケアに対する悩みや困難を率直に話せる機会を定期的に設けること、がん看護専門看護師や認定看護師が調整役として機能することが望ましいと考える。
8. 看護師は、チームの中で成果を共有し、ときにはターミナルケアの限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し研鑽すること、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討することも、と

きには必要であると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、A 県内の看護師が抱えている悩みや困難を広く捉えているが、その要因や帰結を明らかにし、ターミナルケアに携わる看護師の教育的・情緒的支援を検討するためには、方法論を検討し更なる研究が必要である。

謝辞

お忙しい中、本調査にご協力くださいました A 県内の看護師の皆様に深く感謝いたします。この調査は平成 20 年度重点枠研究（岩手県立大学学術研究費の一部）の助成を受けて実施いたしました。

引用文献

- 1) 恒藤暁. 最新緩和医療学. 大阪府: 最新医学社; 1999. 6.
- 2) 小松浩子, 小島操子. ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス. 看護誌 1988; 24:1077-1083.
- 3) 奥出友香子. ターミナルケアにおける看護婦のとまどいに関する研究. 順天堂医療短大紀 1999; 10: 31-40.
- 4) 岡田（北村）奈津子, 山元由美子. ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方. 日看研会誌 2012; 35 (2) : 35-45.
- 5) 早崎智美, 田中美樹, 安居洋美, 古金祥子, 船屋綾子, 他. 混合病棟における末期がん看護に関する看護師の葛藤. 日看会論集: 成人看 II 2006; 37: 186-188.
- 6) 横浜優子, 森一恵. 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. 日がん看会誌 2013; 27 (3) : 33-39.
- 7) 野崎静代. 大学病院に勤務する看護師が終末期がん患者との関わりとの中で抱える苦しさの意味. 日がん看会誌 2010; 24: 159.
- 8) 近藤真紀子. 死に近く患者をケアし死を看取る看護師の限界感の構造. 臨死生 2008; 13 (1) : 81-90.
- 9) 柏木哲夫, 藤腹明子. ターミナルケア. 東京都: 医学書院; 1995. 3.
- 10) 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数の年度推移: 2014年11月1日更新.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/>.

- 11) 菊池和子, 樋口日出子, 伊関敏男, 石井真紀子, 高橋有里, 他. I 県看護職員のターミナルケアに対する意識. 日がん看会誌 2003; 17 (特別号) : 196.
- 12) 菊池和子, 石井真紀子, 工藤朋子. A 県内におけるがん患者のターミナルケアに対する看護職者の意識. 日がん看会誌 2011 ;25 (特別号) : 295.
- 13) 前掲書10)
- 14) 厚生労働省. 平成20 (2008) 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況: 2009年11月26日更新. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>.
- 15) 殿城友紀. 一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日赤看大紀 2009; 23: 70-71.
- 16) 中西美千代, 志自岐康子, 勝野とわ子, 習田明裕. ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. 日看科会誌 2012; 32 (1) : 45-46.
- 17) 前掲書3)
- 18) 山本摂子, 藤澤結子, 杉原章子. ターミナル期の患者を看護する看護師の戸惑い・心の葛藤. 日看会論集: 成人看護 II 2006; 37: 189-190.
- 19) 濱口恵子. 系統看護学講座 別巻 緩和ケア. 第1版. 恒藤暁, 内布敦子. 東京: 医学書院; 2007. 82-83.
- 20) チームオンコロジー .Com. 患者さん中心のがんチーム医療のために: MD アンダーソンがんセンター; 2009年5月. <http://www.teamoncology.com/index.php4>
- 21) 野嶋佐由美. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 野嶋佐由美監修. 東京都: へるす出版; 2005. 1-4.
- 22) 前掲書21)
- 23) 野嶋佐由美. 家族看護学の可能性と課題 実践の変革に焦点を当てて. 家族看護 2003;1 (1) :6-17.
- 24) 畠山とも子. 家族の「予期的悲嘆」を支える 援助に必要な知識と技術. 看護 2002; 54 (7) : 103-108.
- 25) 大川宣容, 藤田佐和, 宮田留理, 東郷淳子, 豊田邦江, 他. 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. 高知女大紀 看護 2002; 51: 11-12.
- 26) 鈴木志津枝. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 野嶋佐由美監修. 東京都: へるす出版; 2005. 207-210.
- 27) 前掲書26)

- 28) 前掲書8)
- 29) 武井麻子. 感情と看護. 東京都: 医学書院; 2001.40-41.
- 30) 近藤真紀子. 死を看取り続ける看護師の悲嘆過程 — 命に正面から向き合うことによってもたらされる苦悩への対応 —. 東京都: 風間書房; 2011. 212.
- 31) 前掲書29)
- 32) Froggat K. The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. J Adv. Nurs.1998; 28 (2) : 335-336.
- 33) 前掲書15)
- 34) 前掲書15)
- 35) 前掲書6)

(2015年4月13日受付, 2015年6月4日受理)

<Research Report>

Troubles and Difficulties of Nurses Involved in Terminal Care

Makiko Ishii¹⁾, Kazuko Kikuchi²⁾, Tomoko Kudo²⁾

1) Former Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

2) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

Keywords: terminal care, trouble, difficulty, nurse