

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録（2014.12）平成25年度:97-99.

急性期病棟における終末期がん患者ケアへの緩和ケア認定看護師の役割

杉山 久美, 田中 理佳

# 急性期病棟における終末期がん患者ケアへの 緩和ケア認定看護師の役割

○杉山 久美<sup>1)</sup>、田中 理佳<sup>2)</sup>

旭川医科大学病院 1) 緩和ケア診療部

2) 腫瘍センター

## I. はじめに

看護師は苦しんでいる患者・家族に対し、共感ストレスと呼ばれる何とかしたい、何とかしなければというプレッシャーを日々感じている。また、がん患者の病状の進行に伴う全人的苦痛へのケア、患者の死という体験の中で、無力感や後悔、困難感など様々な感情を抱えやすい状況にあり、蓄積されることでバーンアウトへもつながらる。

今回、急性期病棟で緩和ケアチームの専従看護師として介入していた終末期がん患者の看取りを行った事例があった。当院は特定機能病院としての機能を担っており、終末期がん患者の看取りを行うことは少なく、その中でも急性期病棟で終末期がん患者の看取りを行うことは稀である。今回の急性期病棟で看取りを行った事例のデスカンファレンスの記録を振り返り、終末期がん患者ケアに対する病棟看護師が抱いていた感情の多くは困難感であった。そこで、病棟看護師が抱く困難感に対する緩和ケア認定看護師としての関りや役割について検討した。

## II. 目的

終末期がん患者ケアを行う中で、病棟看護師が抱く困難感に対し、緩和ケア認定看護師としての関り方や役割の示唆を得る。

## III. 研究方法

研究期間：2013年9月～12月

データの収集・分析方法：急性期病棟の看護師とのデスカンファレンス記録から、困難感の表現とその因子を抽出しコード化した。抽出したコードを2名の評価者により、笹原の「一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度」の78項目の因子と意味内容が同定できるものを8ドメインへ分類した。

## IV. 結果

11コード、14項目、5ドメインが同定された(表1)。以下項目は『ドメインは【】で示す。

【患者・家族とのコミュニケーション】『患者と話をす

る時間がないこと』『感情を表出しない患者への対応』『家族と話をする時間のないこと』『感情を表出しない家族への対応』と、十分にコミュニケーションを行えていないと感じているものがあつた。

【看護職の知識・技術】『看護師の症状緩和に関する知識が不足していること』『(症状緩和における)介入効果のアセスメントが不十分・または遅い事』とあり、身体症状に関連したもので構成されていた。

【治療・インフォームドコンセント】『患者・家族と医療者で治療方針の話し合いがなされていない、あるいは時期が遅いこと』『話し合いの場を設ける、希望を伝えるなど、患者・家族と医師の調整をうまくできないこと』であつた。

【看取り】『臨終前後の家族への声のかけ方』だつた。

【自分自身の問題】『適切なケアをしているのか自信がないこと』『自分自身が未熟であること』であり、看護師個人の未熟さや自信のなさで構成されていた。

8ドメインのうち【患者・家族を含めたチームとしての協力・連携】【環境・システム】【看護師間の協力・連携】に同定されるものはなかつた。

表1 ドメイン、項目、コード

ドメイン	項目	コード
患者・家族とのコミュニケーション	患者と話をする時間がないこと	傾眠がちでゆっくりと話すことが難しかった
	患者から心配・不安を表出された時の対応	死に対する不安にどのように対応・声をかけて
	患者から死に関する話題をされた時の対応	良いのかわからなかつた
看護職の知識・技術	感情を表出しない患者への対応	自分の思いを表出しない性格もあり、氏と深い関係を築けなかつた
	家族と話をする時間のないこと	夫との面会時間や時間的制限があり、関係性を築くのが難しかった
	感情を表出しない家族への対応	夫がなかなか思いを表出しないため、家族と表面上の話し合いしかできなかつたのではないかと
治療・インフォームドコンセント	看護師の疾患や症状に関する医学的知識が不足していること	手術後であるが終末期であつたため、どのように関わっていいかわからなかつた
	看護師の症状緩和に関する知識が不足していること	身体的苦痛を軽減したいと表出していた患者に、どのように関わったらよいか戸惑つた
	(症状緩和における)介入効果のアセスメントが不十分・または遅いこと	やりたいことをしてもらいたいが、身体的負担を考慮し介入することに困難を感じた
看取り	患者・家族と医療者で治療方針の話し合いがなされていない、あるいは時期が遅いこと	最期の時を家族と迎えられるよう主治医と調整していかねばなかつた
自分自身の問題	話し合いの場を設ける、希望を伝えるなど、患者・家族と医師の調整をうまくできないこと	最期の時、夫へどんな声かけがよかつたのかわからなかつた
	臨終前後の家族への声のかけ方	身体的苦痛を軽減したいと表出していた患者に、どのように関わったらよいか戸惑つた
自分自身の問題	適切なケアをしているのか自信がないこと	身体的苦痛を軽減したいと表出していた患者に、どのように関わったらよいか戸惑つた
	自分自身が未熟であること	家族になにもできなかつたと無力感を感じた

## V. 考察

【患者・家族とのコミュニケーション】を通し、病棟看護師は患者・家族とのコミュニケーションを重要と考え、コミュニケーションから患者・家族と信頼関係を築き、思いを尊重した看護ケアを提供しようとしていた。病棟看護師が提供したいと考える患者・家族へのケアと実際に行っている看護ケアとの差が生じる時に困難感を感じていた。坂口ら<sup>1)</sup>は患者や家族に「声をかける」ということを、多くの看護師が重要視している一方で、実際に行うことに困難感を感じていることを示唆している。病状が回復していく過程を支援することの多い急性期病棟の看護師にとって、回復していくことが望めない終末期がん患者や家族への声のかけ方やタイミング、会話の内容、目の前に迫っている死に関する話題への対応が、より困難さを感じさせる要因となっていた。

日々の病棟看護師との関わりの中で、病棟看護師のチームの力を感じ、緩和ケア認定看護師として、その力をより引き出せるような関わりをしていきたいと考えていた。コミュニケーションに関して、死の話題に対する対応や、患者や家族と話しておきたい内容を相談することで、病棟看護師は実際に看護ケアへ取り入れ、実践することができていた。しかし、病棟看護師の中での困難感が残っており、緩和ケア認定看護師として、病棟看護師と相談しながら、見守りサポートするという関わりだけではなく、自分自身が実践し、実践を通してコミュニケーション技術を伝えていくことも必要であったと考える。

【看護職の知識・技術】の困難感では、患者の身体症状が十分に緩和されていないと感じていることに関連したもので構成されていた。身体症状を緩和する方法や看護ケアの実践、どのような場面で看護ケアを提供したらよいのかなどに戸惑いやわからないと感じた経験があり、それが【自分自身の問題】として看護師個人の未熟さや自信がないという思いへ繋がっていると思われた。今回の事例の患者の病態は、身体症状が強く出現し、症状緩和を行っていくことが難しい病態であった。そのような病態であることを含め、終末期がん患者の捉え方や身体症状の捉え方、関わり方、看護ケアを指導していくことも必要であったと考える。また、緩和ケアチーム内では病態から考え、身体症状がある中でも現状で症状コントロールは良好に行えていると判断していた。この身体症状の症状コントロールに対しての捉え方に相違があったことも、身体症状が十分に緩和されていないことに関連した困難感となっていたと考えられる。病棟看護

師と緩和ケアチームでの共通理解が得られていなかった現状が明らかとなり、日々の業務リーダーとの情報交換やカンファレンスを効果的に活用し、病態から捉える患者の現状を整理し、相談し合いながら看護目標を共有していくことも、症状緩和に関連した看護師自身の未熟さといった項目の困難感を軽減していけるのではないだろうか。

【自分自身の問題】『適切なケアをしているのか自信のないこと』の項目から、病棟看護師が日々行っていた看護ケアの意味を十分に見出せていなかった可能性も考えられる。例として、ベッドから1人で動くことが出来ない患者であったが、トイレへ行くことやシャワー浴への希望があり、病棟看護師は気分転換や自立を尊重した看護ケアと考え実施していた。これらの看護ケアは、気分転換や自立の尊重だけではなく、自律存在が脅かされていく患者のスピリチュアルペインに対する重要な看護ケアとなっていた。このような病棟看護師が実施している看護ケアの意味を適切にフィードバックし、時には実践している看護師に直接フィードバックしていくことで、【自分自身の問題】から生じる困難感への軽減が図れるのではないかと考える。石川<sup>2)</sup>は「患者・家族に対して自分たちが行ったことは間違いではなかった」と思えた時こそ、ストレスの軽減になるのではないだろうかと述べており、日々の病棟看護師との関りの中でポジティブフィードバックを大切にしていきたいと考える。

これらのことから、認定看護師としての役割、実践・指導・相談というそれぞれに対する課題が見えた。自分自身が実践することを通し伝えていくこと、現状を正しく認識できるよう指導し、看護ケアや看護目標を相談し合い、お互いに共有しながら活動していきたいと考える。

## VI. 研究の限界

今回は急性期病棟という終末期がん患者の看取りの経験が少ない病棟での1事例を通しての結果であり、一般化できるものではない。今回の結果を活かし、それぞれの病棟の特色を捉えながら活動していくことが必要である。

## VII. 結論

1. 急性期病棟の看護師が感じた終末期がん患者ケアへの困難感の要因は、【患者・家族とのコミュニケーション】【看護職の知識・技術】【治療・インフォームドコンセント】【看取り】【自分自身の問題】の5カテゴリーが同定された。

2. 緩和ケア認定看護師の役割として、自分自身で実践すること、現状を認識できるよう指導し、看護ケアや看護目標を相談しながら共有していくこと、日々のフィードバックを行っていくことが示唆された。

3) 笹原朋代：一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度. 緩和ケア. Vol.18 Suppl. Oct. 114-117, 2008.

4) 小澤竹俊：村田理論を用いたスピリチュアルケア, 緩和ケア. Vol15(5)Sep, 402-406, 2005

#### 引用・参考文献

1) 坂口幸弘, 野上聡子, 他：一般病棟で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. Vol.32(2), 74-80, 2007

2) 石川千夏：デスカンファレンスを看護師のストレス軽減につなげるために. がん患者ケア. Vol4(4), 60-64, 2011