

医療療養型病院で終末期がん患者と関わる看護師が体験する困難

石原 千晶¹・大山ちあき²・村上 千秋²・石田 和子¹

¹新潟県立看護大学看護学部

²医療法人二之沢会二之沢病院

Difficulties Experienced by Nurses Involved with Terminal Cancer Patients in Medical Care Hospitals

Chiaki ISHIHARA

¹Faculty of Nursing, Niigata College of Nursing

²Medical Corporation, Ninosawa Association Ninosawa Hospital

要 旨

本研究は、医療療養型病院に入院している終末期がん患者の看護実践において、看護師が体験する困難を明らかにすることを目的として実施した。

対象は、医療療養型病院に勤務する看護師7名で、終末期がん患者の看護実践で体験した困難について、インタビューガイドに沿ってフォーカス・グループインタビューを行った。面接内容の逐語録をデータとし、内容分析の手法を用いて分析した。

医療療養型病院で終末期がん患者と関わる看護師が体験する困難は、【今までの方法が通じない】【がん患者とのコミュニケーションが困難】【患者・家族の対応に思い悩み心が揺らぐ】【終末期がん患者を看護する力がない】の4カテゴリが導き出された。看護師は【今までの方法が通じない】と、時間通りの決められた看護ではない、患者・家族のニーズを捉えた、きめ細やかな看護ケアを行う困難があった。さらに、患者・家族との関わりにおいて、【がん患者とのコミュニケーションが困難】【患者・家族の対応に思い悩み心が揺らぐ】と苦悩する看護師の姿があった。困惑した状態で一步踏み込んだ介入ができず、【終末期がん患者を看護する力がない】と看護師としての力量のなさを痛感する体験となっていた。

医療機関の役割分担の推進により、医療療養型病院に入院するがん患者は増加し、看護師に求められるケアは変化していくと考えられる。看護の質を向上するためにもがん看護や終末期看護における具体的方策の教育の機会が必要である。看護師のモチベーションを維持し、さらには学習ニーズを触発することが課題と考える。

キーワード：医療療養型病院、終末期がん患者、看護師、困難

緒 言

日本のがん治療は、手術療法・化学療法・放射線療法の3本柱を中心とした標準治療と、がん緩和医療の2つに大きく分けられる。これまでの日

本では、がん患者は抗がん剤治療など積極的治療がなくなった後でも、死に至るまで急性期病院に入院して療養を続けることができた。しかし、病院の機能分化が進み、急性期病院で最期まで療養を続けることができなくなってきている¹⁾。がん

治療を受ける患者は、外来治療、在宅療養へと治療場所の変更を余儀なくされ、終末期がん患者の療養生活の場所は複雑化してきている²⁾。

医療療養型病院は、平成13年の医療法改正により「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」として位置づけられ、対象者は「病状が安定している長期療養患者のうち、密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者」である³⁾。近年、療養病床・慢性期医療の在り方が問われ、医療サービスの必要性を踏まえた療養病床の再編成が課題となっている⁴⁾。一方で、がん対策では、平成18年にがん対策基本法が成立し、翌年にがん対策推進基本計画が策定され、5年ごとの見直しを行っている。平成30年には第3期がん対策推進基本計画が閣議決定され、その中で、がん医療や支援の均てん化に向けた幅広い人材の育成や、がん医療を専門とする医療従事者の養成の継続の取り組みが挙げられている⁵⁾。医療療養型病院は、これまで脳血管疾患や心疾患、呼吸器疾患という非がん患者を受け入れることが多かった。しかし、急性期治療が終了したがん患者や高齢者が終末期を過ぎ最期を迎える場としての役割が医療療養型病院に求められている。長期療養を目的とするこうした患者の看護は、療養をベースに必要な治療を受け、日常生活援助を主体した看護ケアが提供され、看護職員も看護師、准看護師、看護補助者と3つの職種がケアにあたっている。終末期看護における先行研究では、医療療養病床の看護師は終末期看護への関心を持っているが終末期看護に対する不安が高い場合は、死にゆく患者への看護に対し前向きになれず、自分の行った看護に対しても満足感を得られにくい⁶⁾。また、介護保険施設での看取りの困難については、医療機関や他職種、家族との連携に困難さがある⁷⁾とされている。これらの先行研究からも、療養施設での終末期看護の困難さが浮き彫りになっており、今後も終末期患者の療養場所は一般病院だけでなく、在宅や介護施設、医療療養型病院など多岐にわたることが予想される。

そこで、医療療養型病院に入院した終末期がん

患者を看護する看護師が体験する困難を明らかにすることで、医療療養型病院における終末期がん患者の看護を検討し、がん看護の質の向上を図る示唆を得ることができると考え本研究を行った。

目 的

医療療養型病院に入院した終末期がん患者への看護実践において、看護師が体験した困難を明らかにする。

用語の操作的定義

- ・終末期がん患者：がん治療を経験し転院となった患者で、がんの種類や年齢、性別は問わない。
- ・看護師：正看護師と准看護師を合わせた総称として用いる。
- ・困難：終末期のがん患者を看護する中で、看護師が感じた精神的・身体的な緊張、負担、苦痛、あるいは心配事、悩み、辛さとする。

研究方法

1. 研究参加者

A県B市にある医療療養型病院に勤務する看護師7名。

2. データ収集方法

看護師が体験する困難を具体的に明らかにするために、フォーカス・グループインタビューを用いた。フォーカス・グループインタビューは、質的研究の中でも慎重に計画された討議であり、グループ・ダイナミクスをうまく利用して、効果的な方法で豊かな情報を入手すると言われている⁸⁾。参加者は研究参加の公募を見た上で、任意で研究者と連絡をとり、内容および方法について文書と口頭で説明を受け、文書で同意を得た。フォーカス・グループインタビューは、病院内の会議室を使用し、騒音がなくインタビューに集中できる場所で行った。研究者は、司会進行役でインタビューガイドの内容に沿って実施した。インタビュー内容は、

終末期がん患者との関わりで過度に緊張するなど負担に感じたことについて、終末期がん患者への看護ケアで不安や辛さを感じたことについて、終末期がん患者のケアで身体的に苦痛を感じたことについてである。インタビュー内容は、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。作成した逐語録はインタビュー参加者に内容を確認してもらい真実性を図った。

インタビュー参加者の基礎的データ①年齢、②性別、③経験年数、④現在の職場での経験年数、⑤がん看護の経験年数については、自記式質問紙を用いて調査した。

3. 調査期間

平成28年12月から平成29年6月。

4. データ分析方法

内容分析の手法を参考に質的帰納的分析を以下の手順で行った。

- 1) 逐語録を作成し、意味内容を通じる最小単位で区切り要約し基本データとした。
- 2) データを熟読し、看護師が体験する困難に関するものを拾い出し、基本データ前後の文脈と表現された言語の意味に注意してコード化した。
- 3) 類似のコードを集め、その意味内容に表題をつけサブカテゴリとした。
- 4) さらに類似した内容を抽象化し、名称を付けカテゴリとした。
- 5) カテゴリが導き出された逐語録の部分を読み

返し、データと照らし合わせてその関係性を確認した。

5. 分析の真実性・妥当性の確保

がん看護の質的研究経験者のスーパーバイズを受け研究者間で討議を繰り返した。全体を通して、分析はその都度データに戻って行い主観的なバイアスを排除し、真実性・妥当性を高めた。

倫理的配慮

研究対象となる個人の人権の擁護に関して、研究参加への自由意思を尊重し、研究のいかなる段階でも対象者の自由意思に基づき研究を中止すること、同意を撤回できること、また、研究で得られたデータは、無記名化にて匿名性を保持し、研究終了まで鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究目的以外には使用せず、研究終了後は速やかに破棄することを口頭と文書で説明した。結果の公開に関して、対象者の個人情報特定されないように記号化し、学会および学術誌上で公表する以外は用いないことを説明し、了承を得た。

なお、本研究は研究実施施設の倫理委員会に相当する会議の承認を得て実施した。

結 果

1. 研究対象者の概要 (表1)

研究対象者は7名で全員女性であった。臨床経験年数は10～38年、がん看護の経験年数は0

表1 対象者の概要

研究対象者	性別	年代	看護師経験年数	がん看護経験年数
A	女性	40代	10年	2年
B	女性	60代	12年	なし
C	女性	50代	38年	3年
D	女性	40代	18年	2年
E	女性	50代	30年	20年
F	女性	50代	38年	なし
G	女性	50代	16年	3年

表2 医療療養型病院で終末期がん患者と関わる看護師が体験する困難

カテゴリ	サブカテゴリ	主なコード	
今までの方法が通じない	仕事の流れが作れない	細かな要求に応えなければならず業務が増える がん患者のケアはサッサと出来ないで苦痛になる	
	不慣れな処置に戸惑う	麻薬の取り扱いに不慣れだった 初めて使用する医療機器の使い方がわからなかった がん看護で使用する言葉も聞きなれないことが多かった	
	ケアのやり方が違う	洗浄の仕方が少しでも違うと患者の顔がこわばるので怖い 骨融解で足が変形しているのでケアが難しい 骨折の危険がありどこを触ってよいか不安	
	特殊な処置に時間がかかる	処置に時間がかかるので大変だ 嫌な顔をせずに時間のかかる処置をしなければならぬ	
	時間に関係のないケアがある	時間を選ばないで処置の要求をしてくる 看護師2人で夜勤でのケアは厳しい 家族が来た時にケアを要求される	
	接し方がわからない	どこまでどうしてあげるのがよいのか加減がわからない 全て言う通りにするのか良いのかかわからない	
	がん患者とのコミュニケーションが困難	言ってよい言葉と悪い言葉がある	険しい顔の時は何を話してよいのかかわからないので怖い 普通に使う言葉ががん患者を傷つけてしまうことにどうしてよいかわからない 病状把握について本人と看護師の間に差があり困る 嘘は言えないので何を言ってもよいかわからない
がん以外の会話も自由に語れない		廊下での会話も気を使わなければならない 患者の前で不用意な発言をしてしまいうで怖い	
死に対する話題を避ける		死に対する話題に何と応えてよいかわからない どんな話題も死につながるのではないかと思うと怖くて話ができない 希望を持ちながらも死について考えているかもしれないので対応する方法がわからない	
何を言っても良いかわからない		何が患者の気持ちを落ち込ませるかかわからないから言葉一つが難しい 些細な言葉で傷ついてしまい会話に気を遣う 気持ちを落ち込ませないようにする方法がわからない	
気持ちに一步踏み込めない		残された時間でやりたいことがあるかもしれないのに聞けない これまでの生き方をどのように聞いてよいのかかわからないので聞けない	
患者・家族の対応に思い悩み心が揺らぐ		家族の対応に気を遣う	処置の仕方が違うとクレームになる 患者の気持ちが落ちるとクレームを言う家族が嫌だ 自分の発した言葉がクレームになるのかと思うと怖い
		死亡時の家族への対応を案ずる	患者が死亡した時は家族にどう対応してよいのかかわからない
	患者の心身面を押し量ることが難しい	口を利かない時はどうしてよいのかかわからない 気分があるから難しい 部屋に行ってみないと患者の機嫌の善し悪しがわからないので不安	
	患者の言動に振り回される	一度ダメと思えばと態度を変えないのでやりにくい 患者の要求に応え続けなければいけない どこまで意思決定に浴えばいいのか看護師の意見を言ってもいいのか悩む	
	患者への対応全てが辛い	気合を入れないと患者の部屋に入れないほど辛い 精神的に重い	
	患者と本音を語ることができない	殻にこもっていて心を通わせられないので難しい	
	終末期がん患者を看護する力がない	死を目前にした患者への対応に不安がある	死を目前にした患者のフォローの仕方は色々あるだろうけれども私達にはできない 予後を知って残された時間を有効に使ったほうがいいのかもわからない
がん患者の経過がわからない		がんという病気は難しいのでわからない がん患者がどうなっていくのか予測がつかないので怖い 私達には専門の技術がない	
知識や技術の不足がある		勉強していない私達が看ているのか心配 患者の気持ちを良い方向に転換する方法を知らないので気分転換がしてあげられない 専門的な心のとらえ方を知らないので終末期看護はわからない	

～20年であった。

2. 分析結果

看護師が体験する困難は、225コードであった。そこから、19サブカテゴリ、4カテゴリが導き出された。以下、カテゴリに沿って説明する。【 】はカテゴリを示し、《 》はサブカテゴリ、< >はコードを表す。

【今までの方法が通じない】のカテゴリは、60コードから成り立ち、6サブカテゴリが作られた。

<細かな要求に応えなければならず業務が増える><がん患者のケアはサッサとで出来ないので苦痛になる>など8コードから、《仕事の流れが作れない》が導かれ、今まではスタッフ側の都合でケアを進めることが出来ていたが、それが出来ない困難さが表れていた。

<麻薬の取り扱いに不慣れだった><初めて使用する医療機器の使い方がわからなかった><がん看護で使用する言葉も聞きなれないことが多かった>など8コードから、《不慣れな処置に戸惑う》が導かれ、麻薬の管理や使い方、シリンジポンプの操作など、今までに扱ってこなかった治療・処置を行う困難さが見られた。

<洗浄の仕方が少しでも違うと患者の顔がこわばるので怖い><骨折の危険がありどこを触ってよいかわからない>など15コードから、《ケアのやり方が違う》が導かれ、創処置や骨転移による病的骨折の危険性が高いケアに困難さや不安を感じていた。

<処置に時間がかかるので大変だ><嫌な顔をせずに時間のかかる処置をしなければならない>など6コードから、《特殊な処置に時間がかかる》が導かれ、時間のかかる処置を患者の要求に応えながら行うことが負担になっていた。

<時間を選ばないで処置の要求をしてくる><看護師2人で行う夜勤でのケアは厳しい><家族が来た時にケアを要求される>など11コードから、《時間に関係のないケアがある》が導かれ、ケアや処置をいつ要求されるか予測がつかず、仕事の段取りを乱されながらも要求に応じている姿があった。

<どこまでどうしてあげるのがよいか加減がわからない><全て言う通りにするのが良いのかわからない>など12コードから、《接し方がわからない》が導かれ、従来の患者像とは違う終末期がん患者をどのようにケアしてよいのかわからない困難さが見られた。

【がん患者とのコミュニケーションが困難】のカテゴリは、57コードから成り立ち、5サブカテゴリが作られた。

<険しい顔の時は何を話して良いのかわからないので怖い><普通に使う言葉ががん患者を傷つけてしまうことにどうしてよいかわからない><嘘は言えないでの何を言ってよいかわからない>など13コードから、《言ってよい言葉と悪い言葉がある》が導かれ、がん告知の有無や個々の治療経過の把握が不十分なまま終末期患者に関わることの戸惑いや怖さという感情を持ってケアをしていた姿があった。

<廊下での会話も気を使わなければならない><患者の前で不用意な発言をしてしまいそうで怖い>など8コードから、《がん以外の会話も自由に語れない》が導かれ、病室以外での会話にも気を遣う不自由さが見られた。

<死に対する話題に何と応えて良いかわからない><どんな話題も死につながるのではないかと思うと怖くて話が出来ない><希望を持ちながらも死について考えているのかもしれないので対応する方法がわからない>など12コードから、《死に対する話題を避ける》が導かれ、患者の気持ちに寄り添う方法わからず困惑している状況が見られた。

<何が患者の気持ちを落ち込ませるかかわからない言葉一つが難しい><些細な言葉で傷ついてしまい会話に気を使う><気持ちを落ち込ませないようにする方法がわからない>など19コードから、《何を言って良いかわからない》が導かれ、患者に対して事実を伝えることも出来ず、嘘も言えないので病室での会話に言葉を選びながら対応することに苦慮している姿が見られた。

<残された時間でやりたいことがあるかもしれないのに聞けない><これまでの生き方をどのよ

うに聞いてよいのかわからないので聞けない>など5コードから、《気持ちに一步踏み込めない》が導かれ、患者と向き合い、本音で語り、踏み込んだ関わりを持ちたいがどうにも出来ない板挟みの状況があった。

【患者・家族の対応に思い悩み心がゆらぐ】のカテゴリは、69コードから成り立ち、6サブカテゴリが作られた。

<処置の仕方が違うとクレームになる><患者の気持ちが落ちるとクレームを言う家族が嫌だ><自分の発した言葉がクレームになるのかと思うと怖い>など17コードから、《家族の対応に気を遣う》が導かれ、何かあると家族からクレームが来ると捉え心理的な負担になっていた。

<患者が死亡した時は家族にどう対応してよいのかわからない>など6コードから、《死亡時の家族への対応を案ずる》が導かれ、患者死亡時には家族にどう対応してよいか分からずに身構えている姿があった。

<口を利かない時はどうしてよいかわからないの><気分があるから難しい><部屋に行ってみないと機嫌の善し悪しがわからないので不安>など12コードから、《患者の心身面を推し量ることが難しい》が導かれ、患者の気分に翻弄されている姿が見られた。

<患者の要求に答え続けなければいけない><どこまで意思決定に沿えばいいのか看護師の意見を言ってもいいのか悩む>など22コードから、《患者の言動に振り回される》が導かれ、患者の気持ちに沿う方法がわからず、不満や煩わしさととらえている姿が見られた。

<気合を入れないと患者の部屋に入れなほど辛い><精神的に重い>など8コードから、《患者への対応全てが辛い》が導かれ、行っているケアに自信が持てずにいる状況があった。

<殻にこもっていて心を通わせられないので難しい>など4コードから、《患者と本音を語ることができない》が導かれ、がん終末期の患者との心理面での関わりができずに悩んでいる状況が見えた。

【終末期がん患者を看護する力がない】のカテ

ゴリは、39コードから成り立ち、3サブカテゴリが作られた。

<死を目前にした患者のフォローの仕方は色々あるのだろうけれど私達には出来ない><予後を知って残された時間を有効に使ったほうがいいかもしれないがわからない>など10コードから、《死を目前にした患者への対応に不安がある》が導かれ、残された時間を有意義に使ってほしいと思いつつ、何もできない自分達の力不足を感じている姿があった。

<がんという病気は難しいのでわからない><がん患者がどうなっていくのか予測がつかないので怖い><私達には専門の技術がない>など11コードから、《がん患者の経過がわからない》のコードが導かれ、がんの病態生理やがんの終末期の病像がわからず、対応に困惑している姿が見られた。

<勉強していない私達が見ていいのか心配><患者の気持ちを良い方向に転換する方法を知らないので気分転換がしてあげられない><専門的な心のとらえ方を知らないので終末期患者の看護はわからない>など18コードから、《知識や技術の不足がある》が導かれ、がん看護ケアの知識不足を痛感し、患者に対して心苦しく思う気持ちを持っていた。

考 察

1. 終末期がん患者を看護する困難

医療療養型病院で終末期がん患者のケアにあたる看護師は、【今までの方法が通じない】ことを実感していた。《仕事の流れがつかれない》《ケアのやり方が違う》《時間に関係のないケアがある》といった今までの仕事では感じたことのない新たな困難が出現した。医療療養型病院に入院している患者の4割は脳血管疾患で、3割以上の利用者は要介護度4以上である。8割以上は医療区分2・3で、認知症高齢者の日常生活自立度では、判断基準Ⅳにあたる「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする」状態の患者が3割以

上いる。利用者の平均年齢は80歳以上である⁹⁾。日常的に実践している看護行為で上位をしめているのは、食事の援助、吸引・吸入、排泄の援助（オムツ交換）、体位変換、病状観察・情報収集である¹⁰⁾。看護師の役割は、日常生活援助から診療の補助と多岐にわたり、日々患者の生活を支えている。そのほとんどは時間による決まったケアが多く、同じようなケアを繰り返し行っている状況が多い。その中で終末期がん患者のケアは、患者の身体面だけでなく心理面、社会面を慮り、ニーズを捉え、患者の望むケアを行うこと自体の難しさがあったと考える。本研究対象者のがん看護経験年数は、平均4年であり、3年以内のがん看護経験者が86%を占めていた。困難と感じる要素の一つに、がん看護経験の乏しさがあったと考える。一般病棟でターミナルケアを行っている看護師のとまどいに「経験が浅いことにより生じるとまどい」がある¹¹⁾。がん看護経験の乏しさは、看護師経験年数に関係なく、看護師を不安させていた。今までの看護ケアにはなかった処置や麻薬の取り扱い、個々の状態に合わせた個別なケアを行うことに怖さと不安、戸惑いがあった。行ったことのないケアには自信が持てなく時間もかかる。不安な気持ちは行動に表れ、患者の要望に沿ったケアにならずにより不信感を抱かせることにもつながっていた。また、決まった時間に行うケアではなく、時間に関係のないケアや要望は、がん看護経験の浅い医療療養型病院の看護師の対応能力を超えていたと考えられる。

看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因についての研究では、がん看護に携わる看護師は、患者・家族とのコミュニケーションに対する困難感が非常に高く、その中でも十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難であると言われている¹²⁾。これは、本研究で得られた【がん患者とのコミュニケーションが困難】と同様であった。がん患者、特に未告知患者とのコミュニケーションが困難であり、《言ってよい言葉と悪い言葉がある》《死に対する話題を避ける》《何を言って良いかわからない》などの戸惑いがあった。患者とのコミュニケー

ションが困難な状況であったが、その中でも看護師は介入したいという気持ちを持っており、＜残された時間でやりたいことがあるかもしれないが聞けない＞＜これまでの生き方をどのように聞いてよいかわからない＞と、がん患者との関わりの難しさを痛感し、《気持ちに一步踏み込めない》状態であった。さらに、＜患者の前で不用意な発言をしてしまいそうで怖い＞と、《がん以外の会話も自由に語れない》ようになり患者との距離ができてしまった。がん患者と医療従事者のコミュニケーションの難しさを構成する要因には、がんの病態と特殊性やその人にとって必要で適切な医療情報を見分けることの複雑さがある¹³⁾。がん患者との対応に慣れていない看護師には、普段のコミュニケーションにおいてもよそよそしい、一步引いた状態で、顔色を伺いながら話していた。その為、患者との関係性も構築されにくく、両者にとってより良い関係には発展せず、看護ケアにも影響を及ぼしたと考えられる。

2. 終末期がん患者・家族との関係性の苦難

家族は第2の患者であり、患者とともにケアを行う対象である。特に終末期がん患者の家族が抱える問題は多く、患者の身体を案ずることだけでなく、家族役割の変化からくる負担も家族の心身に大きく影響していると考える。患者・家族との対応において看護師は、【患者・家族の対応に思い悩み心が揺らぐ】という気持ちになっていた。＜処置の仕方が違うとクレームになる＞＜患者の気持ちが落ちるとクレームを言う家族が嫌だ＞と、家族の患者を思うあまりの言動をクレームとして捉えていた。患者の最も身近で日常や闘病生活をともにする家族は、患者と苦痛を分け合う存在である。家族は患者を支える役割を求められるが、家族自身が現実を受け止めきれずにケアを必要としていることもある¹⁴⁾。看護師は家族の苦悩する心情を捉えきれず、発する言葉のみでクレームと捉えたが、その裏にある家族の混沌とした心情まで理解が及んでいなかった。家族はただ慎重で注意深い、丁寧な対応を求めているだけと考えるが、看護師は自分自身の発する言葉も気

になり、〈自分の発した言葉がクレームになるのかと思うと怖い〉という感情になっていた。発する言葉ひとつ、表出する態度ひとつに敏感になり、〈患者の要求に応え続けなければいけない〉〈どこまで意思決定に沿えばいいのか看護師の意見を言っているのか悩む〉などの思いが生じ、〈患者の言動に振り回される〉という状況になり、〈患者の心身面を推し量ることが難しい〉ことにつながった。そのような状況は、〈患者への対応全てが辛い〉、〈患者と本音を語ることができない〉という気持ちにさせ、患者への介入を阻むことにつながったと考える。

看護師は、家族との関係、患者との対応に思い悩み、心が揺らぎ、自分の行う看護に自信がなくなり、さらに不安になっていった。しかし、思い悩む一方で、終末期の状態を認められず、あきらめたくないという強い気持ちを持ち続けている家族の心情を察し、〈死亡時の家族への対応を案ずる〉という一面も覗かせていた。同様に、未告知のまま入院となった患者に対しても、〈患者と本音を語ることができない〉と、残された時間を知らされていない患者が、今を生きる意味や希望を持つことができずに殻に閉じこもっていることを案じていた。看護師の患者・家族を思う気持ちはがん看護経験に左右されるものではない。しかし、がん看護経験の乏しさが、患者・家族との関係性の構築を阻む要因であったと考える。

3. 看護師としての苦悩

本研究の対象者は看護師経験10～38年で平均23年のベテランであるが、がん看護の経験が少ないことから〈がんという病気は難しいのでわからない〉〈勉強していない私達が見ていいのか心配〉と、〈知識や技術の不足がある〉ことを実感していた。医療療養病院の患者の傷病状況は、脳血管疾患、心疾患、高血圧症、廃用症候群、認知症が上位を占め、看護度の高さが推察できる¹⁵⁾。その一方で疾患の特徴からコミュニケーションのとれる患者が少なく、看護ケアにおいても患者からの反応が得られにくい¹⁶⁾。慢性に経過する療養患者のケアは単調な繰り返しの連続であったと考

えられる。その状況に慣れていた看護師にとって、終末期がん患者のケアは看護師としての力量を問われることになった。〈がん患者がどうなっていくのか予測がつかないので怖い〉〈がん患者の経過がわからない〉と患者の身体面を看護師として看られない状況にあった。さらに〈死を目前にした患者への対応に不安がある〉と終末期の心理面を十分にケアできない力不足を嘆き、【終末期がん患者を看護する力がない】状態であった。終末期看護に関わる看護師に葛藤が生じる要因には看護師自身の未熟さや、看護師が思い描く理想とする看護ができない、その背景には知識・技術不足などの自分自身の未熟さがある、と言われている¹⁷⁾。本研究の対象者も終末期看護に対する未熟さから思うような結果が得られない状況に苦悩していたと考える。患者の心身を注意深く観察し、苦痛を抑え、最後まで生きる意味を持ち続けられるよう支援することは、医療療養型病院でのルーチンケアに慣れた看護師には特別感があり、自身の力のなさを痛感する苦しい状況であったと考える。その思いがさらにがん看護の難しさや不安を増強させたと思われる。看護師の力量を問われる体験は、モチベーションの低下にもつながり看護の質低下になりかねない。しかし反対に学習ニードへの希求になりえると考え。看護師のケアによって患者の状態が改善するという経験は看護職者のやりがいとなり¹⁸⁾医療療養型病院におけるがん看護の充実につながる。看護師の学習ニードを触発し、自らが再び学ぶ気持ちをもって終末期がん患者の看護にあたることで、症状緩和に対する知識不足や技術不足をいち早く解決する糸口になると考える。

4. 研究の限界と今後への示唆

本研究結果は1施設の医療療養型病院に勤務する7名の看護師の語りに基づくものであり、研究対象者の特性からデータに偏りが生じた可能性がある。また、データ数も少ないことから一般化できるものではない。今後は、対象施設と対象者を拡大した調査を継続して行い、医療療養型病院での終末期がん患者ケアの充実に向けて、より良い

支援を検討していく必要がある。

結 論

医療療養型病院で終末期がん患者と関わる看護師は、日常生活援助から個々のニーズに応じたきめ細やかなケアを求められ、今までの経時的、慣習的に行ってきたケアとは違い【今までの方法が通じない】困難があった。さらに、患者・家族との会話においても細心の注意を払い、思うような会話もできない【がん患者とのコミュニケーションが困難】な状態であった。一方で、患者・家族の心理面に押し量り【患者・家族の対応に思い悩み心が揺らぐ】苦難を感じながら、自らの看護を客観視し、【終末期がん患者を看護する力がない】と自身の看護力の限界を感じる4つの困難があることが明らかになった。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました研究実施施設、研究対象者の皆様、ご指導いただきました関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 南口陽子：終末期がん患者の療養の場および死を迎える場へのがん患者と家族の意向に関する文献レビュー。大阪医科大学看護研究雑誌 第9巻, 3-12, 2019.
- 2) 日本慢性期医療協会：がん患者の介護保険試験等における療養の実態。 https://jamcf.jp/enquete/2015/enquete_09181003roken-finalreport.pdf (平成30年9月5日閲覧)
- 3) 厚生労働省：療養病床の現状と課題。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000184305.pdf> (平成30年11月7日閲覧)
- 4) 厚生労働省：療養病床に関する基礎資料。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000139018.pdf> (平成30年11月7日閲覧)
- 5) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (平成30年9月5日閲覧)
- 6) 高原和恵, 竹田恵子：医療療養型病床看護師の終末期看護に対する態度—終末期看護に対する不安の有無別にみた特徴—。川崎医療福祉学会誌 Vol23 No.2: 285-290, 2014.
- 7) 小林尚司：介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討。日本赤十字豊田看護大学紀要 7, 5-75, 2012.
- 8) PolitDF, BeckCT：看護研究 原理と方法 第2版, 医学書院, 353-353, 2010.
- 9) 厚生労働省：医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の比較。 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096872.pdf> (平成30年10月30日閲覧)
- 10) 吉川直美, 坪井桂子, 浅井恵理, 宇佐美利佳, 奥村美奈子, 梅津美香, 北村直子, 田村正枝, 小野幸子, 吉田さゆり：医療療養型病床における看護活動の現状と課題および教育支援のあり方。岐阜県立看護大学紀要 第14巻1号: 121-130, 2014.
- 11) 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。日本看護研究学会誌 Vol.35 No.2: 35-46, 2012.
- 12) 宮下光令, 小野寺麻衣, 熊田真紀子, 大桐規子, 浅野玲子, 小笠原喜美代, 後藤あき子, 柴田弘子, 庄子由美, 仙石美枝子, 山内かず子, 門間典子：東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因。日本緩和医療学会誌 9, 158-166, 2014.
- 13) Komatsu H: Mid-term report on St Luke's College of Nursing's 21st century Center of Excellence Program; Core elements and specific goals of people-centered care. Japan Journal of Nursing Science, 3, 71-76, 2006.
- 14) 大西和子, 飯野京子, 平松玉江：がん看護学臨床に怒活かすがん看護の基礎と実践 第2版。ヌーヴェルヒロカワ, 308, 2018.

- 15) 前掲 4) 関西看護医療大学紀要 第4巻第1号, 23-29, 2012.
- 16) 木内千晶:療養病床に勤務する看護職の職務関与の構造分析,日本農村医学学会雑誌 66巻1号, 9-20, 2017.
- 17) 柳沢恵美, 金子昌子, 神山幸枝:終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究. (平成31年4月15日受付)
- 18) 境 裕子:療養病床における療養上の世話による看護師のエンパワメント.日本看護技術学会誌 Vol8, No.2: 74-81, 2009.
-