

原著

緩和ケア病棟の患者をみる看護師の目

—修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いて—

西村伸子¹⁾ 森 初美²⁾ 福森絢子³⁾ 倉鋪桂子³⁾ 原 哲也³⁾ 網木政江³⁾ 松下智美³⁾¹⁾東亜大学大学院総合学術研究科総合人間・文化専攻 ²⁾山口大学医学部附属病院³⁾宇部フロンティア大学人間健康学部

抄録

緩和ケア病棟では看護師がどのような視点で患者を捉えているか、それがケアにどのように反映しているかを明らかにする目的で、面接による調査を行った。対象は緩和ケア病棟勤務の中核的存在の看護師で、中国地方の中都市にある4施設の緩和ケア病棟に3年以上の経験を持つ看護師とした。分析には修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いた。

分析の結果、看護師の視点の要点は二つで生と死であり、3つのパターンを生成した。パターン1は患者の死に視点をおく看護師、パターン2は患者の生に視点をおく看護師、パターン3は患者の生、死どちらにも視点がおいていない看護師であった。パターン1は先を見通すことに重点をおいていた。パターン2は患者の辛い気持ちを和らげることに重点をおき、パターン3は患者の生にも死にも視点をおかず、日常生活の援助が主になっていた。看護師の患者をみる視点によってケアのポイントにも違いがあった。

キーワード：緩和ケア，看護師，視点，死，生

I. はじめに

緩和ケア病棟では治療を目的とする一般病棟とは異なり、患者が人生の終焉をその人らしく迎えることをめざしている。患者は残された時間を医療の援助を受けながら自分のアイデンティティをもってより充実して過ごすことが目的である。北川¹⁾が「死こそ全人的医療」と述べているように、緩和ケア病棟では特に全人的医療が求められている。そこに勤務する看護師は、患者とその家族の苦痛が和らぎ、患者が死まで有意義な時間を過ごせるように全人的にケアすることが求められている。しかしながら、日本では緩和ケア教育の歴史はまだ浅い。看護教育の場においても、カリキュラムに終末期看護を取り入れるようになったのは看護専門学校、看護大学は2000年前後からであり、文部科学省・厚生労働省の規定にはまだない。基礎、卒後教育における緩和ケアとしての技術や体制は十分でなく、研究会や研究会として、ケアの充実を図る検討が多方面からなされている。

本研究はこのように十分な教育システムが確立されていない中で、緩和ケア病棟の看護師は終末期の患者をケアするにあたり、どのような視点でケアしているのか、さらにケアにどう反映されているか、今後の緩和ケアのあり方を検討するために行った。

先行研究では、看護師が死に直面した患者の言動に対するジレンマに関する中原ら²⁾の研究や、見取りに対する看護師の感情に焦点を当てた恒藤ら³⁾のものがある。しかし、看護師が具体的にどのように患者、家族へケアを提供し、ケアがどのような効果をもたらしているかという視点のものは見当たらない。本研究では、緩和ケアの患者をみる看護師の視点について、さらに、緩和ケア病棟の看護師の視点がケアに違いが生じているかについて分析し、これからの緩和ケア看護師の方向性について検討し教育に示唆を得たい。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：本研究のデザインは質的帰納的研究とし、修正版グランデッド・セオリー・アプローチ（以後M-GTAと略す）⁴⁾を用い分析を行った。
2. 対象：中国地方の中都市にある4施設の緩和ケア病棟に勤務する看護師とした。対象の選択ではその病棟においてリーダー的存在であり、管理者から推薦された、緩和ケア病棟の勤務経験3年以上の看護師9名を対象とした（表1、表2）。

表1 対象者の属性

対象者	年齢	性別	緩和病棟経験年数	終末期看護研修の有無
A	30代	女性	5年	あり
B	30代	男性	7年	なし
C	30代	女性	5年	あり
D	40代	女性	9年	あり (6ヶ月)
E	40代	女性	4年	あり
F	40代	女性	4年	あり (6ヶ月)
G	40代	女性	8年	あり
H	50代	女性	10年	あり
I	50代	女性	6年	あり (1ヶ月半)

表2 対象病棟の概要

施設	ベッド数	年間死亡数	看護師数	その他
1	12	35	11	
2	15	60	13	CP (1), PT(2), OT(1)
3	25	170	18	CP (1)
4	25	110	20	PT (1)

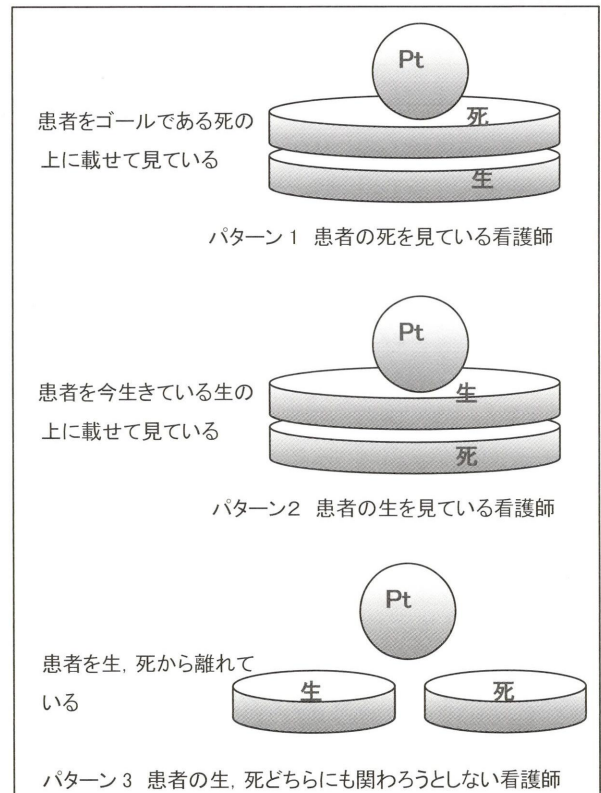
CP:臨床心理士

PT:理学療法士

OT:作業療法士

3. データ収集方法：看護師の基礎データとして、対象となる看護師の経歴、年齢、性別、緩和ケア研修受講の状況、年間看取り数について、面接時に紙面に記載してもらった。面接は、満足感について、①ケアの重点はどんなことであるか、②精神的な面ではどのようにケアされているか、③患者の希望についてどのように支えているか、④緩和ケアに勤務することでのストレス、について、看護師に半構成的面接を行った。面接は対象者の都合に合わせて、日時を決定して行った。面接時間は60分程度とし、個室の静かな環境で行った。また、本人の承諾を得てテープに録音し、録音された面接内容を逐語録に書き起こした。データの収集期間は平成19年12月～20年1月であった。

4. 分析方法：逐語録が完成した後、M-GTAの手法に添って順次分析した。本研究では看護師が患者に関わる場面に焦点を当て、概念を生成し具体例を記入した。次に生成した概念を同じものと違うものを比較・検討し、結果図にしていった。複数の概念からカテゴリーを生成しカテゴリー相互間の分析結果をまとめ、その概念を文章化しさらに結果図を作成した。(図1)



パターン1：患者の死を見ている

パターン2：患者の生(今)を見ている

パターン3：患者の生、死どちらにも関わろうとしない

図1 緩和ケアの患者をみる看護師の目

本研究では、計画立案から概念生成、結果図の作成過程において複数の看護師で検討し、M-GTA および質的研究の指導者によるスーパービジョンを継続的に受けた。

5. 倫理的配慮：本研究は研究対象となる病院の看護部長に、研究計画書に基づき詳細な説明をし、病院の管理会議にて許可を得て行った。対象者に対しては研究の目的・方法、プライバシーの保護、個人・施設が特定されないように配慮すること、途中で辞退しても何ら不利益を被らないこと、参加は自由意志であることを文章で説明し同意を得た。

III. 結果

M-GTA で分析の結果、カテゴリー3つと小カテゴリー17を生成した。文章中ではカテゴリーを【】で、小カテゴリーとその定義を『』で示し、(表3)。ヴァリエーションは斜体文字で表す。

パターン1【患者の死に視点をおく看護師】のカテゴリーには小カテゴリーとして、『先を見通す力』：患者の死の時期と症状を予測する看護師の能力。

『定かな死はよいこと』：予測通りに死を迎えることは患者にとってよいこと。

表3 カテゴリー、小カテゴリー表

カテゴリー	小カテゴリー	ヴァリエーション
パターン1 【患者の死に視点をおく看護師】	先を見通す力	残っている時間はどれぐらいなので、目標の設定を患者さんと家族と私たちで折り合いをつけるとか。エーと、全体を見通す力っていうのが一番大事になってくると思います。
	定かな死はよいこと	私は定かなお迎えをするってことは患者さんにとっても良いことだと思いますし、あの一例えば患者が前の病院ですごい痛みがあった患者さんが痛みが取れて少し安楽な時間が、ゆったりした時間が過ごせて、あの、旅立たれていくってことに関して満足感がありますし、家族の方がこちらに来てすごく楽になりましたっていうば、それは満足感、達成感につながりますので、
	達成感・充実感を感じる	ストレスを感じることもあるとすれば、もう少し症状コントロールができれば外泊、外出が目前だった患者さんが、急な出血で亡くなられてしまって、患者さんとかご家族の方が大変悲嘆にくられたとか、そういう場合には、もう少し予測が足りなかったとかいう自分の、もう少し出来ることがあったんじゃないかってことで、ストレスとか後悔ってことはありますけど。
	ストレスを感じる	こう、ふつふつとしていたい人もいらっしゃる。それはその人の生き方なんで、それを否定してまで、前向きにもっていくことはないので、あの、できることはあるよとか、私たちはいつもあなたの側にいますっていうメッセージ、いくら例えば拒否されたとしても、いつも側にいますっていうメッセージは発信しながら、
パターン2 【患者の生(今)に視点をおく看護師】	目標のない患者	こう、ふつふつとしていたい人もいらっしゃる。それはその人の生き方なんで、それを否定してまで、前向きにもっていくことはないので、あの、できることはあるよとか、私たちはいつもあなたの側にいますっていうメッセージ、いくら例えば拒否されたとしても、いつも側にいますっていうメッセージは発信しながら、
	メンタルは大切	症状が落ち着いたときに始めて、これか先、どうなるだろう。また、あんふうな苦しみがまたくるんやろうとか、いうふうになるのと、あと自分は何のくらの時間が残されてるのっていうふうになるので、
	心の絆	言えるって時はその人との関係がうまくいってる時だと思うんですよ。だから、この人に聞いたらちゃんと応えてくれて、
	患者の気持ちに向き合う	例えば自分は価値がないとか、生きてる意味はないとか、でも、生きてるには生きてる意味があるんですよ。それをまずは話してやるのが先決だと思うんですよ。まあ、聞いてやること、この人がどういふうな、まあ、スピリチュアルな面だったら、どういふうなあの、苦痛があるのか
	患者のペースに合わせる	その場であきらめないのが一番なのかな。後は聞いて欲しいんだけど、いえないところもあるって方もいらっしゃるんですよ。うん、患者さんのペースが一番なのかなって思う。
死ぬまで生きる援助をする	あの死っていうものを、ばっかし見ていたらきつと、燃え尽きと思うんですよ。だけど、あの、生きることだと思うと、最後まで生き抜く援助を自分ではしてるんだと思うと、今さっきいったやりがいじゃないけど、多分つながると思うので、	
やりがいにつながる	中にはこういうふうに関わってくださるのが嬉しいとか、自分自身のことも評価してくださる、それはとても幸せですね。	
パターン3 【患者の生、死どちらにも視点がおけない看護師】	成り行きに任せる	まあ、患者さんが悪くなったらその時期で、何となく感じられる、そういう時期ってありますよね。だから、まあ、成り行き任せっていったら言葉は悪いですけども、そういう認識されていない方は患者さん、葛藤はありますけど、まあ、受け入れていくような時期が来たり、自然と病気が悪くなったりするようなケースが結構あります。
	側にいるだけ	お話を聞く、側にいるだけですよね。あと、そんなに他のもの持っていてもなかなか受け入れられないから、
	家族がサポートしてくれる	意外とやっぱり、私たちに持ってこられる方は意外と少ないっていうか・・・で、まあ、家族が多い、家族がフォローされているっていうか、
	不安は看護師には言わない	あまり、絶望感を・・・まあ、口に出してたり、表情にあんまり現わされる方は少ないかなとは思いますがね。
	達成感はない	達成感はない？まあ、帰る時に患者さんの家族から、あの一、「此処に来て良かった」という言葉を聞けたらまあ、
必要なら薬で対応	無理やり心の安定を図るっていうか、難しいと思うんです。でも、やっぱりいつもそうゆう風に不安に苛まれているより、薬を使ってあげた方が本人の為にはいいかなっていう思いは強い。薬も飲めなくなったら点滴でセデーションとか、だんだん薬に頼ることが多くなりますよね。	

『ストレスを感じる』：パターン1の看護師がストレスを感じること。『達成感・充実感を感じる』：パターン1の看護師が達成感・充実感を感じること。『目標のない患者』：死を迎えるまでに目標を持つことが出来ない患者のこと、の5つを生成した。

パターン2【患者の今（生）に視点をおく看護師】の 카테고리には小カテゴリーとして『メンタルは大切』：症状緩和が上手くいったとき精神的なケアが大切と考えること。『心の絆』：患者が辛い気持ちを看護師に訴えることが出来るのは相互に信じあっている。『患者の気持ちに向き合う』：患者が辛い・苦しい気持ちを抱いているとき、看護師が患者の気持ちを受け止めるよう関わること。『患者のペースに合わせる』：感情の表出の仕方には患者個々によって異なるので、患者のペースに合わせて関わること。『死ぬまで生きる援助をする』：患者の死を見据えて援助するのではなく、生きている今に焦点をあてて援助すること。『やりがいにつながる』：パターン2の看護師がやりがいにつながる援助のこと、の6つが生成された。

パターン3【患者の生、死のどちらにも視点がおけない看護師】の 카테고리では小カテゴリーとして『成り行きに任せる』：看護師から患者への積極的関わりをするのではなく、患者のあるがままに任せた関わりを持つこと。『側にいるだけ』：患者が悩んで苦痛に感じているとき側にいるだけで、積極的に関わる事が出来ない。『家族がサポートしてくれる』：患者の辛さは家族がサポートしてくれる。『不安は看護師には言わない』：患者は看護師には不安など心のうちを話さない。『達成感はない』：患者のケアを通して達成感を実感することが少ない。『必要なら薬で対応』：不眠や不安には薬剤が効果的と考えること、の6つが生成された。

3つのパターンは施設や年齢、看護師経験年数、緩和ケア病棟の経験年数による偏りはなかった。本研究では看護師の視点の違いが看護のケアポイントに影響していることが明らかになったので、これらを考察しながら述べていく。

IV. 考察

1. 緩和ケア病棟の看護師の視点パターン1【患者の死に視点をおく看護師】

緩和ケア病棟の看護師パターン1は、死の時期である『先を見通す力』が重要と述べ、患者が入院したときからフィジカルアセスメントをし、患者の死までの期間がどのくらい残されているかを査定している。看護師に求められるのは『先を見通す力』であるとしており、フィジカルな視点で患者を看ている。患者の病態、すなわちがんの大きさや進行状態に目を向け、

死までに患者が出来ることは何かを見出し、目標を設定している。

D: 今、この患者さんはこの病期にあつて、今、こういう症状が出て、今後出てくる症状はこれとこれとこれ、それに対する患者・家族への説明とか、こういう準備をしておこうとか、こういう症状がでたらこういう対処をしようっていう話合いたとか、残っている時間はどれぐらいなので、目標の設定を患者さんと家族と私たちで折り合いをつけるとか。

エーと、全体を見通す力っていうのが一番大事になってくると思います。やはり、科学的根拠って言うのをきちっと捉えた上でケアしていかないと。

そこらへんはきちっとしたアセスメントしてというのが一番大事じゃあないかと思うんですけど、目標はなんなのかっていうのを、まず探らないといけないんですよね。

パターン1の看護師の『定かな死はよいこと』とは、看護師の予測が当たることであり、看護師の『先を見通す力』を確認できたことになる。看護師は患者の死までの期間が予測通りになったことで自分の能力を評価し『達成感・充実感を感じる』と述べている。また『ストレスを感じる』ことはこの予測が外れた場合であると述べている。

D: 私は定かなお迎えをするってことは患者さんにとっても良いことだと思いますし、患者が前の病院ですごい痛みがあった患者さんが痛みが取れて少し安楽な時間がゆったりした時間が過ぎて、あの、旅立たれていくってことに関して満足感がありますしもう少し症状コントロールができれば外泊、外出が目前だった患者さんが、急な出血で亡くなられてしまって、患者さんとかご家族の方が大変悲嘆にけれられたとか、そういう場合には、もう少し予測が足りなかったとかいう自分の、もう少し出来ることがあったんじゃないかってことで、ストレスとか後悔ってことはありますけど

H: どうやって自分は生きていく目標を見つけようかというのが、あの、死への準備をするのが自分の目標だったんだけど、それが到達したら自分は何を目標にしていたらいいのっていうので、苦しめた方も現実にあります。

患者の死を予測することがパターン1の看護師の『先を見通す力』として重要であるため、予測が外れた場合には『ストレスを感じる』ことになる。この点については看護師が日々患者のニーズに合わせたケアを提供し、患者の心身の苦痛が和らげていけば、例えば予測が外れても『ストレスを感じる』ことは少ないのではないかと考える。

パターン1の看護師にとって、患者の死の時期を予測して患者の目標を達成することが重要と考えているために、目標が達成でき死を迎えられることは良いことになるのであろう。しかし、患者にとって『定かな死はよいこと』について患者の真意を確認できていない。看護師の価値観からみていることも十分考えられる。

D: ころ、ふつふつとしていたい人もいらっしやる。それはその人の生き方なんで、それを否定してまで、前向きにもっていくことはないで、あの、できることはあるよつとか、私たちはいつもあなたの側にいますっていうメッセージ、いくら例えば拒否されたとしても、いつも側にいますっていうメッセージは発信しながら、亡くなる前だからといってそんなに考えなくても、考えたくない人もいらっしやるので、それはそれで。

そんなに深くはあんまり考えてはいない感じですよ。だから、すごく、すごくそういったストイックに考えてらっしやる方には、それに見合ったように、例えば、心理療法士の介入をぐっとするとか、

C: 一人になりたい人もいるので、一人になりたいっていう方ももちろんいらっしやるので、そういう方はそれしかないかなと思うんですけど、特別身体的な症状もなくて、特に一日何もする事がない方もいらっしやるんですけど、そうですねえ・・・なかなか、ケア的なことはちょっと出来てないかなあ～と思うんです。

パターン1の看護師は、『目標のない患者』つまり、前向きではない患者はそれがその人の生き方と言い切っている。患者が前向きになれないのは、圧倒的な体験としての死を前に自分の力ではどうしようもなく、進行的な破壊力に恐怖を抱いていると考えられる。「ふつふつとした患者」はその人の生き方ではなく、死に対する恐れから引きこもっていると考えるほうが自然ではないだろうか。看護師は、患者が医療者に求めているものを確認しないまま、その人の生き方と決定づけていると思われる。「深く考えていない感じ」の言葉からは患者の深い悲しみに一歩踏み込んで関わっているようには感じられない。

このようにパターン1の看護師はフィジカルな側面に目を向け、患者の生体としての終わる時期を視点に行動している。常にゴールとしての患者の死をみて、その間に看護師に何が出来るか、患者の目標を達成することを重視していると考えられる。死までに行動可能な目標の達成を大切にし、患者の辛い気持ちに踏み込めていない。

斉藤⁵⁾は自身の経験から「遣り残したことはないか」「食べたいものはないか」「家族と一緒に旅行したら」などの医療者から患者への働きかけに「もう死ぬのだ

から・・・」という思いを感じ取り「言葉で人を殺します。体が死んでいくことより、その方が苦しいです」と話した患者の例を紹介している。患者の目標設定には患者の内面に目を向け、患者が今何を望んでいるかを十分知る必要がある。

一方、患者自身が自分の死を前向きに捉え、死に至るまでに出来ることを目標として設定し実行することで、有意義な時間が持てたと悔いなく死を迎える場合もある。目標の設定、実行が患者の生きる支えになることもある。目標の設定のためのフィジカルアセスメントが必要な場合もありうる。しかし、看護師が死を視点において『先を見通す力』を優先し死までの期間を査定して目標の設定・実行することは、死を管理することになりかねない。患者の今の生を支えるためには、患者のニーズは何かを聴くこと、そしてニーズに応じるために、ときに『先を見通す力』が必要になるのではないかと考える。

2. 緩和ケア病棟の看護師の視点パターン2【患者の今(生)に視点をおいた看護師】

緩和ケア病棟の看護師の視点パターン2の看護師は『メンタルは大切』と思っている。症状コントロールが上手くでき日常生活を取り戻した患者は、今後のことを考えるようになり、これからどうなるか不安を訴えてくる。いずれ死を迎えることになる患者は心の辛さ、苦しさを訴え、看護師は『メンタルは大切と思う』のである。

A: とりあえず、腰かける。喋らない人でも。椅子持ってあげて行くじゃないですか、座ると結構話されたり、沈黙を気にされなければ其処に座っていられたら何かが出てくる。まあ、絶望されてたら、その今の一番辛い・死にたいって言われたら何が一番辛くて死にたいのかいうことは聞きやすいというか、聴けるんで状況は近寄り難い雰囲気とか話しにくいなあとは思ってます。現実味があるだけに、だけど、そういう受け入れっていう面では話しやすいのかなって思います。

H: わかってくれる人が一人いるというだけでも、患者さんで救われると思うので。ただそれは、患者さんが選んでると思います。

症状が落ち着いたときに始めて、これか先、どうなるだろう。また、あんなふうな苦しみがまたくるんやろうとか、いうふうになると、あと自分はどのくらいの時間が残されてるのっていうふうになるので、そうしたときに患者さんは自分があとどのくらいの命が残ってるの？今日死ぬの？明日死ぬの？って聞かれる方もいらっしやる。今日は、今週は大丈夫？今月は大丈夫？とかっていう聞き方されると、どうしてそう思うのかを先に聞いてあげて、

患者の深刻な質問に向き合っているパターン2の看護師は、患者との強い『心の絆』が保たれ『患者の気持ちと向き合う』ことが伺える。さらに今の患者の辛い気持ちの内面に踏み込んでいると考えられる。苦悩している患者にとってわかってもらえたと感じたときに、辛い気持ちを慰められたと実感することができ、それが生きる支えにもなると考えられる。

H:あの、生きることだと思うと、最後まで生き抜く援助を自分はしてるんだと思うと、今さっきいったやりがいじゃあないけど、多分つながると思うので、その死ばっかし見てると、まあ、やや鈍磨になることもあると思うんですよ、そういうたらいけんけど。

G:今、調子悪いのよっていわれるから、じゃあまたいいときに呼んでくださいねって形で、それを繰り返してっていると、何日かあとに、ちょっと、お話聞いてってられる。その場であきらめないのが一番なのかな。後は聞いて欲しいんだけど、いえないところもあるって方もいらっしやるんですよ。うん、患者さんのペースが一番なのかなって思う。

生まれてきたからには、先に死があるっていう考えが私の中にはあるので、死ぬまでは、それまでは一生懸命、生きなくちゃいけない。死ぬまで生きるっていう考えがあるし、

パターン2の看護師は『患者のペースに合わせる』関わりを実践していることが分かった。看護師は患者の辛い『気持ちに向き合う』ことが看護師自身の『やりがいにつながる』と述べている。

E:娘さんがいつもおってじゃからいいね、幸せじゃねって声かけてあげると、うなずいてんですよ。それで、娘さんはいい娘さんじゃったかねって、こちらが言うと、えかったっていわれると、その娘さんと泣かれるんですよ。ただ、その言葉だけ聞かれば幸せって、涙ぼろぼろ流しながら、いわれるんですよ。

この間なんかだったら、痛いとか辛いとかいわれて、誰がいつでも取れない症状とかあるときに、やっぱり、さすりながら、ごめんなさいね、ここまでしか出来ないのっていう話をしてあげると、ありがとね、十分してもらったっていうふうに患者さん自身が言われたりとかされると、こっちも身の引きしまる思いがしますね。

パターン2の看護師は自分の関わりによって患者が少しずつ変わっていくことに手ごたえを感じている。それがまた看護師の『やりがいにつながって』いると思われる。パターン2の看護師からは患者との厳しい

現実的なやり取りが多く語られていた。このように、死と向き合っている人々と関わる医療者はいろいろ異なった価値観を持つ人々の考え方や生き方を理解し受け入れる心と、人間性が求められている。加えて、心理的ケアには経験的要素が多いことがある。

E:どうせもう長くないんじゃからとかね、いわれる患者さんもおられますよね、そういう時には座って、手を握って差し上げてタッチングしながら、ゆっくりとそうなんじゃねえという感じで、気持ちを聞いて差し上げて、ここが辛いからそういうふうにするんよねっていうふうな感じで患者さんの思いを共有しないと辛いので、その辺は思いますけどねえ。

このように、パターン2の看護師は患者の辛い気持ちを共有することが大事とも述べている。これはケアする看護師がケアを受ける患者の痛みを、共有する共感的関係にあり共通体験をしていることである。看護師は患者の辛い気持ちに寄り添いながら、やりがいを感じ、それが経験となって看護師自身が成長していると考えられる。このように、パターン2の看護師の関わりからは生きていく今に視点をのこした関わりを実践していると思われる。

生に視点をのこしている看護師は、患者の今の辛い気持ちを和らげるよう『患者の気持ちに向き合う』関わりをしていた。このような関わりを持つには多くの経験や人間性までもが求められている。経験の浅い看護師もチームで支えあいながら患者の気持ちに向き合っていく必要がある。患者の中には看護師の関わりだけでは十分なケアができない場合もあり、専門家とも連携をとりながら患者との関わりを持つ必要もあると考える。

3. 緩和ケア病棟の看護師の視点パターン3【患者の生、死どちらにも視点がおけない看護師】

緩和ケア病棟の看護師の視点パターン3の看護師は、患者のライフスタイルに合わせ『患者の成り行きに任せ』て、患者が出来ないこと、困っていることを援助していた。『患者の成り行きに任せて』おり、積極的な関わりはあまりみられなかった。

I:患者さんが悪くなったらその時期で、何となく感じられる、そういう時期ってありますよね。だから、まあ、成り行きに任せていたら言葉は悪いですけども、患者さんの方向と一緒に添って、一緒に動きますねえ。やっぱりリハビリも一緒にするし、まあ、こっちの足が麻痺がくるのが間近と思っても、本人がやっぱりそういわれれば、同じ方向では、一緒に動いていますね。まあ、あの、お話を聞く、側にいるだけですよね。

C: やっぱいつもそうゆう風に不安に苛まれているより、薬を使
ってあげた方が本人の為にはいいかなって思う思いは強い。薬も
飲めなくなったら点滴でセデーションとか、だんだん薬に頼るこ
とが多くなりますよね。

まだ出来そうな事があるのについで思いながらセデーション
使ったり・・・ってことはあります。若い方だったんで、
全く籠っている人は病的なうつだと思うので。そうですね。
やっぱり一日の過ごし方、一日の過ごし方によるけど、必
要と判断すれば薬を飲んでもらったりするんですけど。
なかなか話を聴くだけでは眠れない人は無理ですね。

B: 家族の方がいらっしゃる時には、家族の方を割りと前面
に出して見るか、家族の方が、協力というか、意外とやっ
ぱり、私たちに持ってこられる方は意外と少ないという
か・・・

あまり感情を外に出さない様にしてるのかなあっていう
ところがありますね。看護婦には言わないで、っていうの
が多いのかなあ

死を前にした患者が不安など辛い気持ちを訴える場
面では「聞くことしか、側にいるだけ」と話し、患者
の心の葛藤は『側にいるだけ』で一步踏み込んだ関わり
が持てていない。患者が辛いとき『家族がサポート
してくれる』ことで終わっている。患者が『不安は看護
師にはいわない』ことに対して、一步踏み込む関わり
が必要と考える。

F: そのお部屋自体をご家族にお貸しして、ご家族と一緒に
その部屋を、あの一、残された日をお部屋を使って
有意義に過ごして頂こう。というがあるので。私たち
はその為に黒子になれって言われてるんです。ご家族に
は痛みではなくってケアだけを求められる人もいて、こ
こはそういう施設ではなくってっていう理解が難しい。

B: うーん。達成感はない、まあ、帰る時に患者さんの
家族から、あの一、「此処に来て良かった」という言葉
を聞けたらまあ、自分が満足は行ってないっていうかその
人に合った看護が出来てたかと思う時もあるんですけ
ど、まあ、その言葉を聞けたら良かったのかなあと思う程
度です。

齊藤⁶⁾は、「それぞれの専門家たちがそれぞれの知
恵と技術を出しあって患者とその家族が心理的にも精
神的(スピリチュアル)にも心おだやかに死を迎えられ
るように、黒子のような存在」と述べている。ここで
いう黒子とは患者の心の問題を家族に任せることでは
ない。患者と家族をともに医療者や専門家がケアする
ことである。患者や家族は、死の不安を抱えながら居
場所を求めて緩和ケア病棟に入院している。患者が穏
やかな気持ちで家族と過ごせるように医療者がケアを

すべきではないだろうか。パターン3の看護師は、
患者の心の葛藤の場面では戸惑いを見せており、安易
に安定剤や眠剤に依存していることもある。また、時
には臨床心理士に任せることもあり、看護師は日常生
活の援助に重点をおいている。パターン3の看護師は
自分のケアに対して手ごたえを感じることは少なく、
『達成感はない』と話し、看護師の達成感・充実感に
結びついていないと考えられる。パターン3の看護師
は、患者と積極的に関わる場面が少なく患者との関わり
に自信が持てていないように思える。看護師は患者
の日常の要望に添うことが中心になっており、患者の
生にも死にも視点をおくことが出来ず、目の前にある
日常に視点があると考えられる。

本研究では緩和ケア病棟の看護師には3つのパター
ンがあることが明らかとなった。このようにパターン
の違いが生じたのは、緩和ケアの教育はまだ十分確立
されていないことがある。そのために緩和ケア病棟で
は看護師個人の看護観や力量に任された部分があるこ
とが、ひとつの要因であろう。

本研究の対象者の学習状況から、看護基礎教育のカ
リキュラムに終末期看護論があった人はいない。卒後
の緩和ケアの研修については、単発的にある研修会が
中心になっており、6ヶ月継続的に研修を受けている
者は2名であった。これらの研修にも内容に一貫性が
あるとはいえず、今後、緩和ケア教育が確立されるこ
とが望まれる。

V. おわりに

本研究では看護師の患者をみる視点に違いがあるこ
とが明らかになった。緩和ケア病棟の患者が人生の終
焉をその人らしく迎えるために、今後、一貫した緩和
ケア教育が望まれる。北川⁷⁾が述べているように日本
ではケア学が遅れている。ケアの中心は疾患ではなく
人間としての患者であること、全人的ケアとして身体、
精神、社会的面から患者のニーズに応えることが重要
と考える。

緩和ケア病棟においては病院によっては臨床心理士、
作業療法士、理学療法士など他職種とチーム医療を行
っていることもある。チーム医療として看護師は他職
種との連携をどのように行うのが、より患者のニーズ
に添うことになるかを検討していく必要がある。

日本では信仰を持たない人が多い国民性から、心の
支えは家族に依存している場合が多く⁷⁾、欧米のホス
ピスをモデルにすることはできない。緩和ケアのシス
テムの構築、緩和ケアの教育において日本独自のモデ
ルを今後どのように取り組むかを、検討していくべき
であると考えられる。

VI. 限界と今後の課題

本研究は、中国地方の中小都市にある4施設の緩和ケア病棟の中核的役割を担う看護師9名を対象に行った。従って、今回の結果は限られた緩和ケア病棟からの分析結果であり、これを緩和ケア病棟すべての看護師の視点にするには限界がある。今後さらに多くの施設や看護師を対象に研究をすすめる、緩和ケアの質の向上を検討する必要があると考える。

文献

- 1) 北川達也：死を見つめ生を考える，社会保険出版，47，1991.
- 2) 中原佐苗，石原えり，北村充恵：緩和ケア病棟における死に直面した患者の言動に対する看護師のジレンマ，日本看護学会 成人看護Ⅱ，192-194，2006.
- 3) 恒藤康子・高杉由美：緩和ケア病棟に勤務する看護師の看取り後の感情について，日本看護学会 成人看護Ⅱ，383-385，2006.
- 4) 木下康二：M-GTA グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い，弘文堂，2003.
- 5) 斉藤武，生と死の意味を求めて，一橋出版，70，2002.
- 6) 前掲書，68.
- 7) 北川達也：死を見つめ生を考える，社会保険出版，47-63，1991.
- 8) 関本雅子：ホスピスの日々，ホスピス入門，行路社，125，1999.
- 9) 内布敦子：ターミナルケア・緩和ケアとは，緩和・ターミナルケア看護論，ヌーベルヒロカワ，2007.
- 10) 鈴木正子：あるケアのかたち 病むことの怒りと悲しみ，すびか書房，133，2006.
- 11) 梁 勝則：21世紀をめざして，ホスピス入門，行路社，24，2000.
- 12) 山崎章郎「僕が医者として出来ること ホスピスのあゆみ，これからの夢，講談社，4，2001.
- 13) 松岡寿夫編：死とむきあうための12章，人間と歴史社，1999.
- 14) 辻悟，死にゆく患者の心理，死とむきあうための12章，人間と歴史社，207-227，1999.
- 15) 窪寺俊之，スピリチュアル学序説，三輪書店，67，2004.

The viewpoint of a nurse looking after a patient of the palliative care unit - Using revision Grounded theory approach; and -

Nobuko Nishimura¹⁾ , Hatsumi Mori²⁾ , Ayako Fukumori³⁾ , Keiko Kurashiki³⁾ ,

Tetsuya Hara³⁾ , Masae Amiki³⁾ , Tomomi Matsusita³⁾

¹⁾ Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia/ Division of Integrated Humanistic and Cultural Studies ²⁾Yamaguchi university Hospital ³⁾Ube Frontier University

Abstract

From what kind of viewpoint does a nurse look a patient in the palliative care unit? To know that and to know how the viewpoint influence the care method, I performed investigation by the interview. The object of the investigation were the nurses who work on the palliative care units in the medium size cities on the Chugoku district for more than 3 years. I used a modified version Grounded theory approach for the analysis. As a result of the analysis, I found that the viewpoint of nurses was life and death mainly. And I knew that, by which viewpoint to think much of, there were 3 patterns. Pattern 1 is the nurses who think much of the death. They were trying to foresee the future. Pattern 2 is the nurses who think much of the life of the patient. They were making an effort for easing a spicy feeling of the patient. Pattern 3 is the nurses who don't think much of the life and the death. They were considering to the quality of the daily life of the patient. According to which viewpoint to think much of, there was a difference in the way of the care, too.

Key words: Terminal care, nurse, viewpoint, Death, Life