

岐阜県下の一般病院におけるターミナルケアの実態

田中克子 小野幸子 兼松恵子 梅津美香 古川直美 奥村美奈子 小田和美 北村直子
水野知穂 坂田直美 服部律子 田中千代 八木彌生 米増直美

はじめに

1991年に厚生省が「緩和ケア病棟入院料」という診療報酬を定めて以来、一般市民も含め、医療者の末期医療への関心は高まりつつある。しかし、ホスピス・緩和ケア病棟として正式に認可されている施設数と病床数は2001年1月29日の時点で81施設1497床であり、岐阜県において緩和ケア病棟として承認されている施設は1カ所しかない。また岐阜県における一般病院を対象としたターミナルケアの実態は把握されていない。そこで本研究の目的は、岐阜県下の一般病院におけるターミナルケアの実態および看護職者の持つ問題や課題を明らかにすることである。

【方法】調査対象は、岐阜県下の20床以上の一般病院、69施設に勤務するターミナルケアの経験のある看護職者各1人を対象とした。なお、施設の種類の判断は、岐阜県健康局による平成11年度病院名簿に基づいて行った。

調査方法は、質問紙による郵送法、留置法(約4週間)で2000年9月14日～10月11日の間に調査を行った。質問紙を看護部長(病院規模に応じて院長)宛に郵送し、各病院でターミナルケアの経験のある看護職者に回答していただくようお願いした。調査協力については、研究の趣旨・目的・方法について文書で明記し、承諾が得られた場合に回答していただくよう依頼した。なお、回答内容によってはさらに詳細な調査ができるよう質問紙は記名式(施設名)としたが、調査結果については施設名が特定されないよう配慮した。

調査項目は、(1)所属している施設の背景として、①施設の種類②ターミナルケアのための施設の有無③患者の動向、(2)対象(看護職者)の背景として、①職位②年齢③勤務年数、(3)施設におけるターミナルケアの取り組み、(4)ターミナルケアとして実践しているケア内容として、①病名告知・予後説明②チームアプローチ③実践している看護援助、(5)経験したターミナルケアについて(自由記述)、①よかったこと悪かったこと②困ったことジレンマ③大切だと感じていること④今後取り組みたい

ことであった。

分析方法は、1)施設および看護職者の背景は、単純集計を行い、施設の死亡者数・ターミナル期死亡者数、看護職者の年齢・勤務年数は最小・最大値、平均値、標準偏差を求めた。

2)自由記載の回答内容の分析は、以下の順で行った。

(1)記載されている内容を繰り返し読み、設問に対応しない回答の記述内容を分析対象から除いた。(2)設問と対応した記述内容を繰り返し読み、その意味を読み取り、意味内容の異なるものを分割し、記述されている語彙を用いて、できる限り忠実にその意味を変えない状態で、1記述数とした。(3)記述の意味内容の類似性にしがって(必要に応じて記述を要約し)段階的に分類し、抽象度を高め命名した。ただし、1記述から2つの意味内容があると捉えられた場合は、それぞれの意味内容にしがって分類した。(4)(1)～(3)の分析における確実性・真実性を確保するために、まず、記述されている内容について2名の成熟期看護学担当の教員が行ない、それをもとに、その2名を含めた7名の同看護学担当教員で再検討し、必要に応じて回答の記述内容に戻りつつ全員の合意が得られるまで討議・検討した。

【結果】32施設より回答が得られ、その内職種に回答がなかった1人を除き31施設の看護職者の回答を分析対象とした。回収率は46.4%であった(表1)。

表1 調査対象施設の病床数別回収率

調査対象施設の病床数	送付数	回収数	%
50床未満	11	2	18.2%
50床以上100床未満	20	6	30.0%
100床以上150床未満	8	5	62.5%
150床以上200床未満	2	1	50.0%
200床以上300床未満	6	3	50.0%
300床以上400床未満	15	11	73.3%
400床以上500床未満	2	1	50.0%
500床以上	5	1	20.0%
不明	0	2	
計	69	32	46.4%

1.施設の背景：ターミナルケアのための特別な施設を有する施設はなかった。平成11年度の死亡者数は0～855人、平均143.4人（SD＝174.4）であり、その内ターミナル期死亡者数は0～196人、平均40.7人（SD＝57.3）であった。

2.回答者（看護職者）の属性：年齢は29～64歳、平均44.9歳（SD＝7.7）、職位は婦長が13人（41.9%）、副婦長・主任が9人、スタッフが4人、その他が4人、無回答が1人であった。現施設での勤務年数は、1.6～32年、平均15.3年（SD＝7.5）であった。

3.施設におけるターミナルケアの取り組み：組織的な取り組みをしていると回答したのは5施設（15.6%）の看護職のみであった。その取り組みについては「看護単位（病棟、外来など）で取り組んでいる」が4人で、「人材育成を行っている」が1人であった。ターミナルケアを組織的に取り組む上で問題や課題があると回答したのが24施設の看護職（77.4%）で、その内容（複数回答）で最も多かったのは「看護スタッフ間の意識・意思統一ができていない」16人（66.7%）で、最も少なかったのは「情報入手困難」、「地理的に研修参加しにくい」の各々2人であった（表2）。

表2 ターミナルケアを組織的に取り組む上で問題・課題の内容（複数回答）

問題・課題の内容(複数回答)	人数	人数	%
看護スタッフ間の意識・意思統一ができていない	16	66.7%	
施設内の連携がとりにくい	10	41.7%	
施設外の連携がとりにくい	6	25.0%	
人手不足	12	50.0%	
経済的バックアップなし	6	25.0%	
学習環境の不備	5	20.8%	
情報入手困難	2	8.3%	
スーパーバイザーが得られにくい	9	37.5%	
地理的に研修参加しにくい	2	8.3%	
地域的问题がある	3	12.5%	
その他	3	12.5%	

n=24

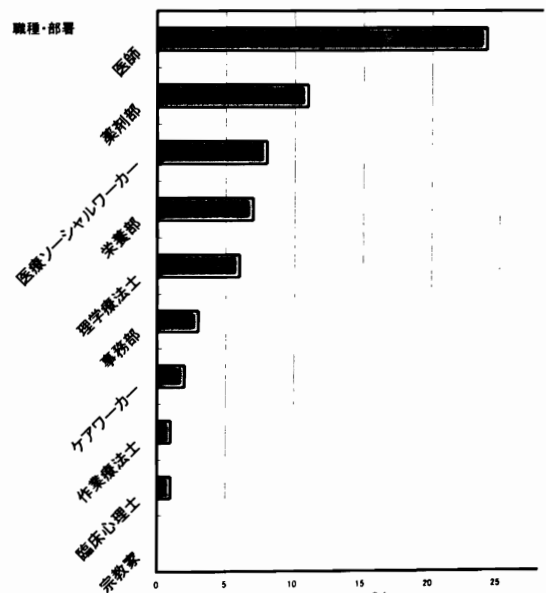
4.ターミナルケアとして実践しているケア：病名告知・予後説明は、「全ての事例で行っている」と回答したのが4施設の看護職（12.9%）で、「事例による」が23人（74.2%）、「ほとんど行わない」が2人（6.5%）、無回答が2人

（6.5%）であった。なお、無回答2人のうち1人については、その他の病名告知・予後説明の設問に関して回答があったため、病名告知・予後説明を行っていると判断した。病名告知・予後説明を行っていると回答した28施設の看護職のうち、病名告知・予後説明の対象は「患者と家族」が最も多く19人（67.9%）、「家族のみ」が2人（7.1%）、その他が7人（25.0%）、「患者のみ」はなかった。

病名告知・予後説明の内容（複数回答）について、患者に対して回答のあった25施設の看護職のうち、最も多かったのが「病気の性質」20人（80.0%）、「病名」が17人（68.0%）、「おおよその予後」が10人（40.0%）、その他が2人（8.0%）だった。家族に対しては、回答のあった28施設の看護職のうち最も多かったのが「病名」26人（92.9%）、「おおよその予後」が23人（82.1%）、「病気の性質」が2人（7.1%）、その他が1人（3.6%）だった。

施設内の他職種・部門の連携について連携があると回答したのは24施設の看護職（77.4%）であった。最も連携が取れているのは医師であると全員が回答していた。しかし、臨床心理士、作業療法士は各々1人と少なく宗教家はなかった（図1）。

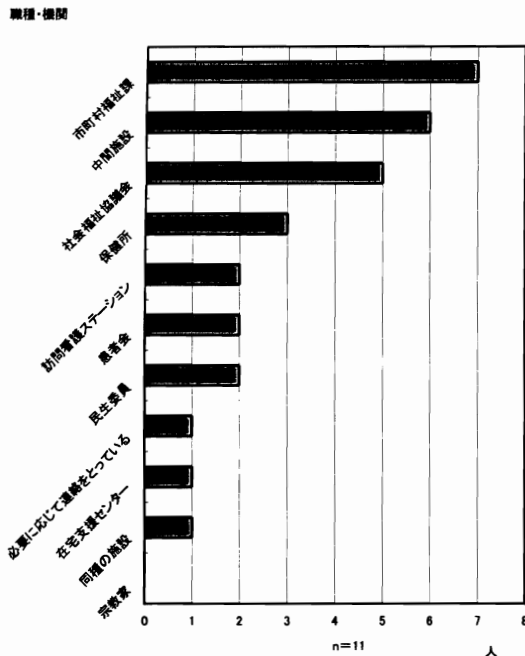
図1 施設内の連携のとれている職種・部門（複数回答）



施設外職種・機関との連携があると回答した

のは 11 施設の看護職 (34.4%) であった。市町村福祉課との連携が 7 人 (63.6%) と最も多く、同種の施設、在宅支援センターが各々 1 人 (9.1%)、宗教家はなかった (図 2)。

図2 施設外の連携の取れている職種・機関(複数回答)



患者に実践している看護ケアについては、29 施設の看護職から回答があった。「疼痛コントロール」と「身体的苦痛の援助」については、全員が回答した。次いで「精神的苦痛への援助」が 24 人 (82.8%)、「社会的問題に対する援助」が 10 人 (34.5%)、しかし「霊的苦悩に対する援助」はなかった。家族に対しては 30 施設の看護職から回答があった。「身体的疲労に対する慰安」が 27 人 (90.0%) で最も多く、次いで「患者に対するケア方法の指導・教育」が 20 人 (66.7%)、「限られた時間を共有できるような配慮」が 19 人 (63.3%)、「精神的苦痛・苦悩への援助」と「看取り・見送りへの援助」が各々 17 人 (56.7%)、「社会的問題に対する援助」が 4 人 (13.3%)、「死別後の援助」が 1 人 (3.3%) のみであった。

5. 経験したターミナルケアについて (自由記述)

1) 患者や家族にとってよかったことや有効だったケアについて

20 施設の看護職から得られた 26 記述から (うち意味内容が 2 つに重なるものは 2 記述

あり、それを 4 記述数として含んでいる)、「在宅療養の支援」,「外出外泊の実施」,「患者・家族に希望に応じた看護活動」,「病状説明」,「精神的苦痛の緩和」,「ターミナルに即した環境の整備」,「患者・家族と看護者との関係の維持・構築」,「家族を交えた援助」,「身体的ケア」の 9 つに分類された (表 3)。

表 3 患者や家族にとってよかったことや有効だったケアについて

記述の要約	小分類	大分類
在宅で死を迎えられるように訪問看護ステーションと連携	在宅療養への支援	在宅療養への支援
社会的資源の活用による在宅療養の実現		
自宅療養中の精神的援助		
患者・家族のニーズに沿った在宅ターミナルの増大		
患者のニーズにあわせた往診・訪問の実施		
在宅ターミナルケアの実施		
外出泊の実施	外出外泊の実施	外出外泊の実施
外泊外出で家族と過ごす時間を増やした		
外出泊の実施		
患者・家族の望むことを正しく理解したケアの実施	患者・家族の希望に応じた看護活動	患者・家族の希望に応じた看護活動
患者の希望に応じたケアの実践		
余命告知により外出外泊が実施できた	告知されたこと	病状説明
医師による十分な病状説明	精神的苦痛の緩和	精神的苦痛の緩和
マッサージによる精神的ケア		
個室の確保	個室の確保	ターミナルに即した環境の整備
個室の確保		
面会時間の制限をしない	面会時間の配慮	
面会時間の制限をしない		
患者・家族の話聞く機会を多く持つ	患者・家族と看護者の会話の時間	患者・家族と看護者との関係の構築・維持
患者・家族と看護者の会話の時間		
話を良く聞き敬意を示す	傾聴	
終末についての家族との対話	終末についての家族との対話	
患者・家族に対するこえかけや励まし	患者・家族に対する配慮	
家族との時間を持てるような看護者の配慮	患者・家族に対する配慮	
家族が最後までこえかけをした	家族を交えた援助	家族を交えた援助
身体的ケア	身体的ケア	身体的ケア

2) 困ったりジレンマを感じていることについて

25 施設の看護職から得られた 28 記述から、【医師によるターミナルケアの考え方の違い】、【ターミナルケアに即した環境・体制の不備】、【告知されていないことによる問題】、【疼痛緩和の困難】、【患者と家族及び家族間の意見の相違】、【家族の協力が得られない】、【遺族ケアの困難】、【看護者の対応能力の不足】、【介護保健導入による問題】の 9 つに分類された(表 4)。

3) ターミナルケアを行う上で大切だと感じていること

28 施設の看護職から得られた 43 記述から、【心身の安楽への支援】、【その人らしさを尊重すること】、【人生の統合への援助】、【患者・家族と医療スタッフとの望ましい関係】、【患者と重要他者との関わりを充実したものにする】、【チーム医療】、【ターミナルケアに必要な知識とアセスメント能力】、【患者の最大限の満足と家族の最小限の後悔】、【環境調整】の 9 つに分類された。

4) ターミナルケアについて今後取り組みたいこと

16 施設の看護職のから得られた 21 記述から、【死を迎える患者・家族との関わり】、【QOLの向上、その人らしさを尊重したケアの提供】、【看護療法・技法】、【スタッフの能力向上】、【在宅ターミナルケアへの取り組み】、【ターミナルケアへの組織的取り組みの必要性】、【他職種と連携したケア提供】、【遺族への支援】、【精神的苦痛への援助】の 9 つに分類された。

まとめ

1.患者に対する霊的苦悩や社会的援助、家族に対する看取りや死後の援助が十分でなく、ターミナルケアに即した環境も十分ではない。また、病名告知・予後説明およびこれらに対する治療の意思決定が患者主体ではなく家族に重点がおかれている。

2.看護職者は一般病院という限られた環境の中で患者の QOL を高めるためのターミナルケアを実現するための努力をしているがターミナルに即した環境・体制の不備や未告知によっておこる問題など現実問題との間でジレンマとなることも多い。また岐阜県下の病院におけるターミナルケアの問題は在宅ターミナルの取り組みや遺族への支援など、全国的問題と共通している。

表 4 困ったりジレンマを感じていること

記述の要約	表題
医師によるターミナルケアの考えの違い	医師によるターミナルケアの考え方の違い
チームでケアする場合に患者・家族の思いがうまく伝わっていかない	ターミナルケアに即した環境・体制の不備
医師との連携がうまくいかない	
家族が宿泊するスペースがない	
看護婦一人で急変時に対処しなくてはいけない不安	
業務多忙で患者との関わりが少ない	
急性期を主体とした施設でじっくりと患者・家族と関われない	
一般病院での宗教的介入は難しい	告知されていないことによる問題
大部屋から個室への転室がない	
告知されていない患者が退院できるチャンスを見逃してしまう	
未告知による早期入院	
予後が知らされていないこと	
未告知のとき怒りを感じている患者への対応	
自分は治るのかと聞かれたとき	疼痛緩和の困難
未告知の患者への予後に関することへの対応	
疼痛コントロール不良によるQOLの低下	
疼痛コントロールがうまくいかず、患者の人間性の維持が困難になったとき	
疼痛コントロールがうまくいかない	患者と家族及び家族間の意見の相違
苦痛緩和ができない	
家族と患者の意見の食い違いに対する接し方の難しさ	
家族の治療方針が統一していないときのケアのあり方	家族の協力が得られない
家族に連絡を取っても協力的でない	
遺族へのケアの困難	遺族ケアの困難
患者個々に死生観・人間観があり、理解が困難	看護者の対応能力の不足
心のケアの困難さ	
霊的苦痛への援助ができない	
障害者の言葉が汲み取れない	
ターミナルは介護保険の中ではできない	介護保険導入による問題