

〔資料〕

看護師と医師の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤と他職種への期待： 大学病院呼吸器専門病棟におけるチーム・アプローチに関する一考察

松波 香* 會田信子** 佐藤紀子**

PSYCHOLOGICAL CONFLICTS EXPERIENCED BY NURSES AND DOCTORS WHILE PROVIDING END-OF-LIFE CARE AND THEIR EXPECTATIONS FOR OTHER HEALTHCARE PROFESSIONALS: DISCUSSION OF A TEAM APPROACH IN A UNIVERSITY HOSPITAL RESPIRATORY WARD

Kaori MATSUNAMI * Nobuko AIDA ** Noriko SATO **

キーワード：終末期患者、呼吸器疾患、チーム・アプローチ、心理的葛藤

Key words : end-of-life patient, respiratory disease, team approach, psychological conflict

I. はじめに

大学病院は、高度先進医療の提供によって市民の健康の維持・向上に寄与することを社会的使命とし、充実した医療施設・設備のもと、医療スタッフも専門的な技術を提供することが期待されている。その大学病院が提供する高度先進医療環境下にあっても病院で最期を迎える患者は多い。特に悪性新生物による死亡患者の割合は高く、人口動態調査においても1981年以来、常に死因の第一位を占めている（厚生労働省，2005a）。また2005年の悪性新生物の死亡者のうち、病院で死を迎えた人は297,362名（91.2%）に対し、在宅で死を迎えた人は18,505名（5.7%）で（厚生労働省，2005b）、いわゆる病院死の割合は9割以上を占めている。老人福祉法制定以前の1960年の病院死は31.6%、介護老人保健施設設置以前の1985年の病院死86.4%と比較すると（厚生労働省，2005b）、訪問看護の分野が発達し在宅への動きが高まりつつある現在においても、病院死の割合はここ40年の間に3倍に増加していることがわかる。

調査対象としたA大学病院の呼吸器専門病棟は呼吸器内科・呼吸器外科の混合病棟であり、病床数が49床

である。当該病棟での2004年1月から2006年6月までの年間死亡者数は36～41例（3.0～3.4名/月）で、うち痛による死亡者の年度別割合は66～81%である。特に呼吸器疾患を有する終末期患者は、疼痛対策と同時に特異的な症状である呼吸困難と精神的な不安・恐怖を緩和する必要がある（平，2000）、在宅でのケアを困難にしていると考えられる。また病院においても、症状緩和のための鎮静薬使用や、気管切開に伴う本人と家族へのサポート、および人工呼吸器使用をめぐる意思決定の問題など、患者が安心して安寧に療養生活を送るためには、様々な専門職による患者・家族に対するチーム・アプローチが必要である。従って、治癒や回復を目的とする急性期医療のほかに、悪性新生物をはじめとする様々な疾患による患者の看取りのケア、いわゆる終末期ケアのチーム・アプローチのあり方について、大学病院においても真剣に検討する時期にきているのではないかと考える。

急性期と終末期の患者が混在する大学病院における終末期ケア遂行の困難性については、大堀ら（2004）や佐藤ら（2005）が、終末期医療に対する知識・技術不足や家族への配慮不足、ストレスや疲労などの問題を、看護師・医師が認識していることを統計的に明ら

*東京女子医科大学病院（Tokyo Women's Medical University Hospital）

**東京女子医科大学看護学部（Tokyo Women's Medical University, School of Nursing）

かにしているが、それらの具体的内容を疾患特異的に調べた調査は見あたらない。さらに呼吸器疾患を有する患者の終末期ケアに関する研究は、主として呼吸器症状のマネジメント（伊藤，1997；斉藤，1997；平，2000）に関するものが多く、大学病院における呼吸器疾患を有する患者に対する終末期ケアのチーム・アプローチに焦点をあてた研究はない。

そこで、呼吸器専門病棟における終末期患者に対するチーム・アプローチのあり方について示唆をうるために、看護師と医師の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤と、チーム・アプローチ実現の為に他職種に期待する具体的内容を明らかにしたので報告する。

Ⅱ. 用語の操作的定義

終末期患者：いかなる治療を行っても治癒に導くことができない状態で、主治医より余命数ヶ月と診断された身体的もしくは精神的苦痛のある呼吸器疾患患者。

チーム・アプローチ：終末期患者とその家族に対して、呼吸器専門病棟の看護師・医師および他職種が共通のゴールを志向して、互いの専門性を活かしながら協働的にケアを提供する形態。

心理的葛藤：終末期患者の医療やケアをチームで遂行していく上で、看護師と医師が意識的・無意識的に感じる要求、不安および精神的・感情的緊張。

Ⅲ. 方法

1. 対象

対象は、A 大学病院の呼吸器専門病棟に勤務する看護師 6 名と医師 6 名（呼吸器内科医 3 名、呼吸器外科医 3 名）で、本調査への協力に直筆で同意の得られた 12 名であった。呼吸器専門病棟での経験年数による結果の偏りを回避するために、看護師および医師とも、呼吸器専門病棟での経験年数 1～2 年目、4～5 年目および 9～10 年目を各 2 名とした。なお、対象者の平均経験年数は、看護師 5.0 年（範囲：1～10 年）、医師 5.3 年（範囲：2～10 年）であった。

2. 調査方法

方法は独自に作成した半構成的質問紙を用いてインタビュー法で、2006 年 2 月 2 日から 5 月 11 日にかけて実施した。対象者の属性は、看護師・医師としての経験年数と呼吸器専門病棟での経験年数のみをデータと

して得た。対象者の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤を明らかにするために、以下の 4 項目に対して、心理的葛藤の有無とそうした葛藤が生じる時の具体的状況を質問した；①当呼吸器病棟のように急性期と終末期が混在することにより、ストレスや疲労が増すことはあるか、②呼吸器疾患の患者に対する終末期医療（ケア）の知識・技術で不足していると感じることはあるか、③当呼吸器病棟は終末期患者が過ごす場として適切ではないと感じることはあるか、④当呼吸器病棟では終末期の家族への配慮ができていないと感じることはあるか。これらの 4 項目は、佐藤ら（2005）の調査における急性期と終末期が混在する病棟での問題点において、看護師・医師ともに 50% 以上の高い割合で選択した上位 4 項目をもとに作成した。またチーム・アプローチ実現の為に他職種に期待する内容を明らかにするために、「一般的にチーム・アプローチが必要といわれているが、当呼吸器病棟においても終末期医療（ケア）のチーム・アプローチは必要だと思うか。必要だと思う場合どのような場面が必要だと思うか。また相手（他職種）に期待することはどのようなことか」の 1 項目の質問を用いた。

なおインタビューは個室に準じた場所で実施し、同意の得られた場合のみテープレコーダーで録音した。対象者 1 人あたりに対するインタビューの平均所要時間は 47.0 分（範囲：37～60 分）であった。

3. 分析方法

分析方法は質的帰納的方法によって行った。呼吸器専門病棟における看護師と医師の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤は、対象者が語った言葉を逐語録にした後、①急性期と終末期の患者が混在することによるストレスや疲労、②呼吸器疾患患者に対する終末期医療（ケア）で不足していると感じる知識や技術、③当呼吸器病棟が終末期患者の過ごす場、もしくは④家族への配慮ができていないと感じる状況の、それぞれの具体的内容すべて抜き出し、それら個々に関連する文脈を 1 単位のデータ（コード）としてコード化した。その後、個々の質問ごとに、類似するコードを集めて分類しサブカテゴリーを作成した。さらにそれらのサブカテゴリーを、類似性と相違性によって分類してカテゴリーをつくり、各々に全体を代表する名称をつけた。名称をつけた後のカテゴリーとサブカテゴリーは、質問ごとに看護師と医師に分けてコード件数を単純集計し、職種による傾向の違いを比較した。またチーム・アプローチ実現の為に他職種に期待する内容についても、上記

と同様の方法で分析した。なお分析の信頼性確保のために、データのコード化と分類は研究メンバー2名で行い、その内容については研究指導者のスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

インタビューに先立ち、調査の目的及び方法を文書により説明し、対象者から自由意思に基づいて直筆で同意を得た。対象者の同意が得られた場合のみ録音したテープ類や記録は施錠付きの保管庫で管理し、研究終了時にすべてのデータ類は消去し破棄した。対象者が質問に答えたくない場合は返答を強要せず、また答えた内容によって不利益が被らないことを約束し、データ使用にあたっては匿名性を遵守した。なお本研究は、2006年1月に東京女子医科大学の倫理委員会で審議され承認を得た。

Ⅳ. 結果

表1は、対象者の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤の内容とコード件数を示した。急性期と終末期の患者が混在することにより生じるストレスや疲労の具体的内容は、【大学病院の組織的体制に対するジレンマ】と【終末期医療に対する理想と現実とのギャップ】の2つのカテゴリーに分類できた。これらのサブカテゴリーの中で、医師が看護師よりも多くあげたサブカテゴリーは、『大学病院の役割機能に専心できない』と『予測のつかない経過に対して専門的に対応できないジレンマ』で、看護師が医師よりも多くあげたサブカテゴリーは、『時間的・人的制約があり終末期ケアを優先できない』と『理想の死にゆくプロセスからかけ離れていることに対する罪悪感』であった。

呼吸器疾患患者に対する終末期医療（ケア）で不足していると感じる知識や技術の内容のカテゴリーは、【終末期医療における特有の治療・ケアに関する知識と技術】と【患者の意思（意志）や希望を支えるコミュニケーション能力】であった。特に不足している知識・技術として、全看護師が『終末期患者と対峙していく力』を、全医師が呼吸困難や癌性疼痛などの『終末期の身体的苦痛への援助』をあげていた。

調査対象とした呼吸器病棟が終末期患者の過ごす場として適切でないと感じる内容で、看護師、医師ともに最も多かったのは【療養環境の不適切さ】であった。更に医師のみが【終末期ケア専門病棟でないこと】をあげていた。

また呼吸器病棟で終末期患者の家族への配慮ができにくいと感じる具体的内容では、【医療者と家族が関わる時間の絶対的不足】と【治療優先の医療環境】の2つカテゴリーに分類された。特に医師は『家族の望む時機にかなったインフォームド・コンセントができない』ことを、看護師は『家族の身体・精神的状況を考慮するゆとりがない』ことをあげていた。

表2は、当呼吸器病棟の終末期医療（ケア）におけるチーム・アプローチ実現のために他職種に期待する具体的内容を示した。カテゴリーは、【職種間の相互理解と信頼関係に基づくコミュニケーションの強化】、【医療チームにおける看護の自律性と専門の実践力向上に対する期待】および【終末期医療（ケア）における院内チーム体制の構築と強化に対する期待】の3つに分類できた。看護師、医師ともに、職種や役職を越えた相互コミュニケーションの活性化や小グループ単位によるカンファレンスの実現、院内のコメディカルスタッフによる終末期ケアのチーム体制強化や、終末期医療（ケア）に対する共通理解・認識の必要性をあげていた。また医師は、看護師の主体性や専門性の向上を期待しており、看護師も自らの実践力や看護チーム力強化の必要性をあげていた。

Ⅴ. 考察

本節では、以上の結果をもとに、呼吸器専門病棟における終末期患者に対するチーム・アプローチのあり方について検討する。

1. 急性期と終末期医療が混在するスタッフの心理的葛藤と個人的対応の限界を認識した終末期医療（ケア）の質向上のための病院、病棟における組織的取り組み

今回の結果から、医師全員より『大学病院の役割機能に専心できない』、呼吸困難や癌性疼痛の『終末期の身体的苦痛への援助に関する知識と技術』、『治療方針をギアチェンジするタイミングの見極めに関する臨床力』などに対する自身の知識・技術の不足を感じていると伺えるサブカテゴリーが抽出された。また看護師は、現在の医療環境では【終末期ケアに対する理想と現実のギャップ】に対し全員が葛藤を感じ、さらに『終末期患者と対峙していく力』や、『苦痛や苦悩に対する全人的ケアの技術』実践に伴う知識・技術の不足に関するサブカテゴリーが全員から抽出された。職種によって抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーの差が生じていたものの、看護師、医師双方とも終末期患者と関

表1 対象者の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤の具体的内容とコード件数(看護師6名と医師6名との比較)

質問1:急性期と終末期の患者が混在することによるストレスや疲労 (件)			
内容	看護師	医師	計
1 大学病院の組織的体制に対するジレンマ	8	6	14
1) 大学病院の役割機能に専心できない	2	6	8
2) 時間的・人的制約があり終末期ケアを優先できない	6	0	6
2 終末期医療に対する理想と現実のギャップ	6	7	13
1) 理想の死にゆくプロセスからかけ離れていることに対する罪悪感	6	1	7
2) 予測のつかない経過に対して専門的に対応できないジレンマ	0	6	6

質問2:呼吸器疾患患者に対する終末期医療(ケア)で不足していると感じる知識や技術 (件)			
内容	看護師	医師	計
1 終末期医療における特有の治療・ケアに関する知識と技術	16	22	38
1) 終末期の身体的苦痛への援助に関する知識と技術	4	12	16
(1) 呼吸困難	2	6	8
(2) 癌性疼痛	2	6	8
2) 苦痛や苦悩に対する全人的ケアの技術	6	4	10
3) 治療方針をギアチェンジするタイミングの見極めに関する臨床力	6	6	12
2 患者の意思(意志)や希望を支えるコミュニケーション能力	12	5	17
1) 終末期患者と対峙していく力	6	1	7
2) 患者の状況に即してバッドニュースを説明する技術	3	4	7
3) 患者と家族間の調整や合意形成を支援する力	3	0	3

質問3:当呼吸器病棟が終末期患者が過ごす場として適切ではないと感じる内容 (件)			
内容	看護師	医師	計
1 療養環境の不適切さ	15	23	38
1) ゆとりのない環境	6	6	12
2) 病院・病棟における構造上の問題	3	6	9
3) 制約のある非日常的環境	1	5	6
4) 回復していく急性期患者が側にいる環境	2	4	6
5) 家族不在の在宅ではない環境	3	2	5
2 終末期ケア専門病棟でないこと	0	9	9
1) 終末期ケアに精通したスタッフが病棟にいない	0	6	6
2) 医師、看護師以外のコメディカルスタッフの不足	0	3	3

質問4:当呼吸器病棟で終末期患者の家族への配慮ができにくいと感じる内容 (件)			
内容	看護師	医師	計
1 医療者と家族が関わる時間の絶対的不足	6	9	15
1) 家族とゆとりをもって話せていない	6	3	9
2) 家族の望む時機にかなったインフォームド・コンセントができない	0	6	6
2 治療優先の医療環境	8	6	14
1) 家族の居場所がない	4	6	10
2) 家族の身体・精神的状況を考慮するゆとりがない	4	0	4

表2 当呼吸器病棟の終末期医療(ケア)におけるチーム・アプローチ実現のために他職種に期待する具体的内容とコード件数(看護師6名と医師6名との比較)

(件)

内容	看護師	医師	計
1 職種間の相互理解と信頼関係に基づくコミュニケーションの強化	16	18	34
1) 職種や役職を越えて日常的にコミュニケーションがとれる職場風土	6	6	12
2) 相互の役割を尊重した看護師・医師間のディスカッションの実現	4	6	10
3) 小チーム単位による頻回なケース検討の実現	6	6	12
2 医療チームにおける看護の自律性と専門的実践力向上に対する期待	12	6	18
1) 看護師としての主体性と専門性の向上	6	6	12
2) 看護におけるチーム力の強化	6	0	6
3 終末期医療(ケア)における院内チーム体制の構築と強化に対する期待	8	9	17
1) コメディカルスタッフと協働した院内チーム体制の構築	2	6	8
2) 終末期医療(ケア)に対する院内スタッフの共通理解と認識	6	3	9

わることで生じる様々な葛藤を解消するために、個人の努力で日々対処している状況が示唆された。

終末期患者の身体的苦痛を軽減する関わりはもちろん大切であるが、患者が抱えているのは身体的な「症状」だけでなく、精神的・社会的な不安やスピリチュアル・ペインをも含めた全人的な苦痛、total painであり、特に呼吸器疾患患者においては特有の「呼吸困難」による苦痛や苦悩についても考慮していく必要がある。こうした全人的苦痛に対するケアにおいては、インフォームド・コンセントが非常に重要な部分を占めると考えられる。そしてインフォームド・コンセントの中で、患者や家族と向き合いながら、いかに看護師と医師が目標を共有できるか、その姿勢や実践の実像そのものが終末期ケアの内容を充実させる大きな要因となる。終末期の全人的ケアの難しさは各患者のゴールや目標が異なること、患者だけでなく家族や患者を取り巻く環境をもふまえた関わりを考えていくところにあると思われる。全てが個別性を重要視した関わり、ケアの実践であるといえよう。急性期と終末期が混在する大学病院で働く看護師や医師に生じる様々な葛藤や個人的対応の限界を相互に認識し、勉強会や症例検討などを病院で組織的に行っていくこと、またその勉強会や症例検討を病棟でどのように活用していくか、学びの共有の機会を整えていく各病棟での病棟運営の検討も

必要になってくると思われる。このような病院や病棟単位での組織的な取り組みが大学病院における終末期医療(ケア)の質向上につながると思われる。

2. 医師・看護師間のコミュニケーションの充実と小チーム単位によるケース検討の実施

終末期医療(ケア)を提供していく上で、医師・看護師双方から合計34件というほぼ全員からあげられた意見より、【職種間の相互理解と信頼関係に基づくコミュニケーションの強化】というカテゴリーが抽出された。さらに医師は、『看護師としての主体性と専門性の向上』を前提とした上で協働による討議の充実を期待していた。これは、患者の日常生活援助を通して、患者や家族と関わる時間が最も長い看護師に対して、治療方針を決定していくうえで必要な看護の視点による情報を医師が必要としていることを示唆していると考えられた。一方、看護師も、終末期ケアに必要な専門的知識やアセスメント力の不足を認識していることが明らかとなり、看護サイドからも有為な情報を提供しながら、医師と協働的に終末期医療(ケア)を提供していく責任を感じているのではないかと考えられた。

相互のコミュニケーションが促進されない要因としては、大学病院の特殊性、すなわちスタッフの入れ替わりが激しく、科別による縦割り組織のために柔軟性

に欠ける傾向などが影響していると考えられるが、相互コミュニケーションの充実を図るために、我々は対象者の一部が述べていた小チーム単位による頻回な症例検討を行うことを提案したい。この小チーム単位による症例検討の目的は、患者の方向性や目標を共有し、お互いの専門性を活かしながら連携を図っていくことにあると思われる。専門性や他職種の役割を理解した上で、小チームでも症例検討が行えれば、目標達成のための自己の役割が明確となり易く、その役割を果たすためにいかに行動していくか、という視点で患者との関わりを持つことができる。症例検討の回数を重ねることで、相互理解につながり、また患者に対しての実践力の向上も期待できより良いケアが提供できるのではないかと考える。また、小チーム単位であってもこのような症例検討が行える病棟環境であれば、自己の学びを増やす機会となるのはもちろんのこと、さらに後輩にとっても良きロールモデルとなること、職場風土の変化が期待でき、終末期ケア向上につながる事が期待できるのではないだろうか。

3. 看護師による院内終末期医療（ケア）におけるコーディネーターの役割機能の強化

大学病院は高度先進医療の提供、教育、研究という役割を遂行することが期待されている。この役割を果たす上で、終末期医療を提供していくことに対して、医師は組織的問題をあげていた。看護師からは組織を意識している意見はあまり表明されず、むしろ自分自身の能力不足を意識した内容が多かった。

急性期や先端医療の提供を求められる状況にあっても、終末期を迎える患者が大学病院に存在する以上、終末期ケア向上に努めていく必要があると考える。調査対象となった病院では、現在、終末期医療（ケア）の提供は病棟における診療科単位で対応しているのが実状である。しかし人生の最期の局面において、終末期患者が求めることは個人によって異なり、またそれらのニーズは多面的で、そうした意向にそえるように関わるためには、専門性が異なる他部門との連携が必要不可欠である。他部門との連携を有機的に図っていくためには、様々な部門と調整する役割、つまりコーディネーター役が必要となる。

コーディネーターには、どの部門に、どのような内容で、どこまで依頼を行っていくのかについての多面的な判断力が求められるため、そのようなことを専門的に学んだスタッフが、専任として役割発揮できる病院体制を整えることが理想と思われる。しかし早急な

体制整備は現実的に難しいため、患者の療養生活の場に最も身近な病棟看護師で、終末期ケアに関心を寄せる者が中心となってコーディネート機能を果たしているチーム体制作りを、現段階の具体的方法として提案したい。病棟内でカバーしきれない患者や家族の多様なニーズに対して、早急に、きめ細やかに他部門と連携をとりながら対応していける姿勢や柔軟な体制を整えることが、より質の高い終末期医療（ケア）を大学病院で提供していくための一助になると思われる。また、病棟スタッフがコーディネート機能の役割を理解・認識し活用することが、共通のゴールを志向した、専門性の相互理解と協働作業にもとづくチーム・アプローチ体制の強化につながっていくのではないだろうか。

VI. 結論

急性期と終末期医療が混在する大学病院の呼吸器専門病棟における、看護師と医師の終末期医療（ケア）遂行に伴う心理的葛藤を明らかにした結果、看護師はどのような医療環境にあっても終末期ケアを提供したいという思いは持っているものの、物理的環境の限界や自分達の実践力不足に対し葛藤を抱いていた。また医師は大学病院の役割に専心したいという思いと、終末期患者の苦痛に対する知識・技術不足、専門的治療を提供する上での見極めの臨床力について葛藤を感じていた。これらの心理的葛藤に対しては、各個人で努力しながら対応している現状がみいだされた。

以上の結果をもとに大学病院におけるチーム・アプローチのあり方を検討した結果、スタッフ個々が終末期患者の全人的な苦痛（total pain）の本質、なかでも「呼吸困難」という呼吸器疾患患者に特有な苦痛や苦悩の本質を理解し、また個人的対応の限界を認識したうえで、医師・看護師間のコミュニケーションと小チーム単位による症例検討の充実化をはかり、病棟単位における組織的な取り組みを促進していくことの必要性が考えられた。またこれらを具現化するためには、終末期ケアに関心をもつ看護師が中心となって、院内における他部門とのコーディネーターの役割機能を強化していくことが、より質の高い終末期医療（ケア）を大学病院で提供していくうえで必要と思われる。

なお本調査は、一施設から得られたデータをもとに質的方法によって分析した結果であるため、他大学病院での適用には限界がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、快く調査にご協力下さいました対象者の皆様に感謝申し上げます。また本研究実施にあたりご指導下さいました後藤佳子氏、後藤浩子氏、大貫恭正氏および永井厚志氏に深謝致します。

文献

- 伊藤直榮 (1997)：がん症状のマネジメント 呼吸器症状のマネジメント 呼吸困難と肺理学療法，ターミナルケア，7(Suppl)，240-244.
- 厚生労働省 (2005a)：平成 17 年度人口動態調査，上巻 死亡 第 5.11 表 年代別に見た死因順位，検索日 2007/07/25，from http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005652/t0125417/MC110000_002.html
- 厚生労働省 (2005b)：平成 17 年度人口動態調査，上巻 死亡 第 5.21 表 死亡の場所別にみた主な死因の生・年次別死亡数及び百分率，検索日 2007/07/25，from http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005626/t0124446/MC210000_001.html
- 大堀洋子，有賀悦子，高宮祐介，他 (2004)：急性期と終末期が混在する環境で働く看護師のストレスに関する検討，看護展望，29(8)，104-110.
- 斎藤龍生 (1997)：呼吸器症状のマネジメント，ターミナルケア，7(Suppl)，230-234.
- 佐藤康仁，有賀悦子，大堀洋子 (2005)：急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点，厚生の指標，52(3)，13-18.
- 平泰彦 (2000)：緩和医療の実際－身体的ケア 呼吸困難対策，臨床外科，55(9)，1135-1140.
- 鷹野和美 (2003)：患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開，広島県立保健福祉大学誌 人間と科学，3(1)，1-7.
- 宇城令 (2006)：病院看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因，日本看護管理学会誌，Vol.9，No.2，22-30，98-99.