

〈論 文〉

終末期医療に関する一考察(2)

一看護職員の終末期医療に対する意識と年齢および臨床経験との関係一

池田 正子, 千葉 安代

Issues in Terminal Care (2)

The relationships between awareness of terminal care among nursing staff, their age and clinical experience.

Masako IKEDA , Yasuyo CHIBA

In our previous report (BULLETIN OF NAYORO CITY COLLEGE, NO. 39), we discussed issues regarding terminal care in the North Hokkaido region based on a summary of the results of a survey on the awareness of terminal care among nursing staff. Based on the results of that same survey, we herein elucidate the relationships between awareness of terminal care and factors such as age and clinical experience. This study investigates specific methods for resolving issues of terminal care in the North Hokkaido region, particularly with respect to nursing.

前号(市立名寄短期大学紀要第39巻)では、終末期医療に対する看護職員の意識調査結果の概要から、道北地域における終末期医療の課題について報告した。

今回は、同調査結果から終末期医療に対する意識と年齢や臨床経験等との関係について明らかにし、道北地域における終末期医療、特に看護の課題を解決していくための具体的方法を検討しようとするものである。

1. はじめに

前号(市立名寄短期大学紀要第39巻)では、終末期医療に対する看護職員の意識調査結果の概要から、道北地域における終末期医療の課題について報告した。今回は第2報として同じ調査結果から看護職員の年齢および臨床経験年数により終末期医療に対する意識の違いがあるかどうかを明らかにし、終末期医療のあり方、特に看護の課題を解決するため具体的方法について検討した。

2. 研究目的

道北地域の4つの一般病院に勤務する看護職員の終末期医療に対する意識と年齢および臨床経験との関係について明らかにする。

終末期患者看護の課題解決のための具体的方法について検討する。

用語の定義

看護職員：保健師・助産師・看護師・准看護師である。

3. 研究方法

1) 研究対象：道北地域の一般病院に勤務する看護職員 920名

2) 調査期間：平成17年3月1日～3月31日

3) 調査方法：質問紙調査

調査内容は属性(年齢、性別、臨床経験年数、終末期患者の看護体験の有無等)、終末期医療に対する関心、病名や病気の見通しについての説明、痛みを伴う末期状態の患者に対する医療のあり方、終末期医療に対する悩みや疑問等である。

倫理的配慮：個人の調査に対する同意は、回答については研究以外の目的には用いないこと、個人の特定はされないことを文書にして同意を得た。

4. 結果

有効回答数 709 (有効回答率 93.2%)

1) 回答者の属性

性別では女性 678 名, 男性 31 名であった。回答者の年齢では, 20 歳～ 29 歳(以下 20 歳代) 231 名, 30 歳～ 39 歳(以下 30 歳代) 160 名, 40～ 49 歳(以下 40 歳代) 201 名, 50 歳以上は 117 名であった。また, 臨床経験別では 5 年未満は 149 名, 5 年以上～ 10 年未満 135 名, 10 年以上 20 年未満は 188 名, 20 年以上 237 名であり, 臨床経験年数の多い者が多かった。終末期患者の看護経験では, 約 92% の人が経験していた。

終末期医療の関心度は年齢が高くなるほど, 非常に関心のある者が多かったことは前号で報告しているが, 臨床経験年数別で見ても年齢別の関心度と同様, 臨床経験年数が多いほど関心が高かった。

2) 病名や病気の見通しについての説明について

看護職員自身が治る見込みがない病気に罹患した場合, その病名や病気の見通し(治療期間や余命)については, 全年齢層で 80～ 90% の人が「知りたい」と答えており, 年齢による差および臨床経験年数による差はみられなかった。また, 担当している患者が治る見込みのない病気に罹患した場合, 病名や病気の見通しについてまず誰に説明するかについては, 「本人と家族」が 57.4% で最も多かったが, 年齢や臨床経験年数による差は見られなかった。

「本人」と答えた者が最も多いのは 50 歳以上であり, 「家族」と答えた者は 20 歳代が最も多かった。臨床経験年数との関係においても経験年数が多いほど, 「本人」と答えている者が多かった。

さらに病名や病気の見通しについて, 患者や家族が納得のいく説明がなされているかという質問に対して, 全体としては「ある程度できている」と 50.0% 前後の者が答えている。「できている」と答えているのは年齢の高い者であり, 「できていない」と答えている者は 20 歳代が最も多い。同様に臨床経験 20 年以上で「できている」と答えている者が多かった。

3) 治療方針の決定について

患者が治る見込みのない病気に罹患した場合, その治療方針を決定するに当たり, 先ず誰の意見を聞くかについては, 「患者本人の状況を見て誰にするか決めたほうが良い」と答えている者がどの年齢層及び臨床経験年数でも 55% 前後で最も多く, 次いで「患者本人」が 25% 前後であり, 年齢や臨床経験年数による差は見られなかった。

4) 蘇生措置・延命医療に対する意識

「自分が痛みを伴い, 治る見込みが無く, 死期が迫っている場合の蘇生措置についての考え方」については表 1・2 に示すとおりである。「蘇生措置を続けられるべき」は 20 歳代, 30 歳代で多く, 「やめたほうがよい」では 20 歳代で 55.8%, 「やめるべき」は 50 歳代で 47.0% と最も多い。「わからない」は若い層で多かった。

「やめたほうがよい」と「やめるべき」という蘇生措置に否定的な者は, 20 歳代で 86.5%, 30 歳代で 85.0%, 40 歳代で 90.6%, 50 歳代では最も多く 96.6% であった。

臨床経験年数との関係では, 「やめたほうがよい」は, 5 年未満が最も多く, 次いで臨床経験 10 年以上 20 年未満の者である。「やめるべき」が最も多かったのは, 臨床経験 20 年以上の者で 50% 近い。また, 「やめたほうがよい」と「やめるべき」の蘇生措置に否定的な答えは 20 年以上の者が 90% 以上であり, 「わからない」と答えている者は最も少ない。

次に看護者自身が痛みを伴い, しかも治る見込みがなく, 死期が迫っている場合, 単なる延命治療についての考え方については表 3・4 に示した。年齢別に見ると「続けられるべき」と答えているのが最も多いのは, 20 歳代である。「やめるべき」と答えている者は 40 歳代, 50 歳以上で多くなっており, 「わからない」は年齢が高くなるほど少なくなっている。臨床経験年数別では「やめるべき」は 20 年以上の者が最も多く, 「わからない」は 20 年以上で最も少ない。

終末期医療に関する一考察(2)

—看護職員の終末期医療に対する意識と年齢および臨床経験との関係—

表1 死期が迫っている場合の蘇生措置についての考え方(年齢別)

年齢	続けられるべき	やめたほうがよい	やめるべき	わからない	合計
20歳代	8名(3.5%)	129名(55.8%)	71名(30.7%)	23名(10.0%)	231名
30歳代	4名(2.5%)	73名(45.6%)	63名(39.4%)	20名(12.5%)	160名
40歳代	2名(0.9%)	97名(48.3%)	85名(42.3%)	17名(8.5%)	201名
50歳代	0名	58名(49.6%)	55名(47.0%)	4名(3.4%)	117名
合計	14名	357名	274名	64名	709名

表2 死期が迫っている場合の蘇生措置についての考え方(臨床経験年数別)

臨床経験	続けられるべき	やめたほうがよい	やめるべき	わからない	合計
5年未満	5名(3.4%)	85名(57.0%)	42名(28.2%)	16名(10.7%)	149名
5年以上10年未満	5名(3.8%)	65名(48.9%)	53名(39.8%)	13名(9.8%)	135名
10年以上20年未満	1名(1.6%)	96名(50.5%)	70名(36.8%)	21名(11.1%)	188名
20年以上	1名(0.4%)	113名(47.9%)	109名(46.2%)	14名(5.9%)	237名
合計	14名	357名	274名	64名	709名

表3 自分自身に対する単なる延命治療についての考え方(年齢別)

	続けられるべき	やめたほうがよい	やめるべき	わからない	合計
20歳代	22名(9.5%)	117名(50.6%)	61名(26.4%)	31名(13.4%)	231名
30歳代	10名(6.3%)	85名(53.1%)	39名(24.4%)	26名(16.3%)	160名
40歳代	18名(9.0%)	95名(47.3%)	68名(33.8%)	20名(10.0%)	201名
50歳代	5名(4.3%)	56名(47.9%)	48名(41.0%)	8名(6.8%)	117名
合計	55名	353名	216名	85名	709名

表4 自分自身に対する単なる延命治療についての考え方(臨床経験年数別)

	続けるべき	やめたほうがよい	やめるべき	わからない	合計
5年未満	14名(9.4%)	74名(49.7%)	40名(26.8%)	21名(14.1%)	149名
5年以上10年未満	11名(8.1%)	75名(55.6%)	32名(23.7%)	17名(12.6%)	135名
10年以上20年未満	12名(6.4%)	95名(50.5%)	51名(27.1%)	30名(16.0%)	188名
20年以上	18名(7.6%)	109名(46.0%)	93名(39.2%)	17名(7.2%)	237名
合計	55名	353名	216名	85名	709名

次に担当している患者が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている場合、単なる延命治療についての考え方については表5・6に示すとおりである。「やめるべき」は年齢が高くなるにつれて多くなる傾向が見られる。臨床経験年数では「やめるべき」は年数が多くなるほど多くなっており、年齢別と同様の傾向が見られる。

自分自身が患者の場合と比較すると、「やめるべき」と答えている者が減少しており、その減少率は若い者

ほど大きくなっている。また、「わからない」と答えている者が全年齢層・臨床経験年数で約2倍に増加している。

表5 担当患者の死期が迫っている場合の単なる延命治療についての考え方（年齢別）

	続けられるべき	やめたほうが良い	やめるべき	わからない	合計
20歳代	20名(8.7%)	127名(52.8%)	19名(8.2%)	62名(26.8%)	231名
30歳代	9名(5.6%)	84名(52.5%)	19名(11.9%)	49名(30.6%)	160名
40歳代	20名(10.0%)	94名(46.8%)	41名(20.4%)	44名(21.9%)	201名
50歳代	8名(6.8%)	70名(59.8%)	24名(20.5%)	12名(10.3%)	117名
合計	57名	370名	103名	167名	NA12

表6 担当患者の死期が迫っている場合の単なる延命治療についての考え方（臨床経験年数別）

	続けられるべき	やめたほうが良い	やめるべき	わからない	合計
5年未満	11名(7.4%)	84名(56.4%)	9名(6.0%)	42名(28.2%)	149名
5年以上 10年未満	11名(8.1%)	63名(46.7%)	20名(14.8%)	38名(28.1%)	135名
10年以上 20年未満	14名(7.4%)	102名(54.3%)	19名(10.1%)	52名(27.7%)	188名
20年以上	21名(8.9%)	121名(51.1%)	55名(23.2%)	35名(14.8%)	237名
合計	57名	370名	103名	167名	NA 12

5) リビングウィルについての考え方

リビングウィル(治る見込みがなく、死期が近いときに単なる延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておく、がんの末期などで実際にそのような状態になり、本人の意思を直接確かめられない時はその書面にしたがって治療方針を決定してもらう) という考え方について質問したところ、「賛成する」と答えた者は全体の77.2%であった。それを年齢別に見ると年齢が高くなるほど、臨床経験年数が多くなるほど賛成する者の率が高かった。また、リビングウィルの扱いについて、「書面が有効であるという法律を制定すべき」と「法律を制定しなくても医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」と答えた者は2分されており、年齢および臨床経験年数による差は見られなかった。

6) 延命治療について医師と患者の間で十分な話し合いが行われているかについて(表7・8)

表7 延命治療についての医師と患者との十分な話し合い（年齢別）

	行われている	不十分と思う	行われているとは思わない	その時の状況による	わからない	合計
20歳代	25名(10.8%)	76名(32.9%)	65名(28.1%)	39名(16.9%)	23名(10.0%)	231名
30歳代	11名(6.9%)	63名(39.4%)	45名(28.1%)	26名(16.3%)	14名(8.8%)	160名
40歳代	14名(7.0%)	63名(39.4%)	71名(35.3%)	34名(16.9%)	13名(6.5%)	201名
50歳代	12名(10.3%)	45名(38.5%)	45名(38.5%)	9名(7.7%)	7名(6.0%)	117名
合計	62名	241名	227名	108名	57名	

表8 延命治療についての医師と患者との十分な話し合い（臨床経験年数別）

	行われている	不十分と思う	行われているとは思わない	その時の状況による	わからない	合計
5年未満	16名(10.7%)	51名(34.2%)	33名(22.1%)	29名(19.5%)	18名(12.1%)	149名
5年以上 10年未満	15名(11.1%)	43名(31.9%)	44名(32.6%)	17名(12.6%)	12名(8.9%)	135名
10年以上 20年未満	12名(6.4%)	68名(36.2%)	58名(30.9%)	29名(15.4%)	16名(8.5%)	188名
20年以上	19名(8.0%)	79名(33.3%)	92名(38.8%)	33名(13.9%)	11名(4.6%)	231名
合計	62名	241名	108名	108名	57名	

延命治療について医師と患者との十分な話し合いが「行われているとは思わない」は年齢が高くなるほど多くなっているが、「その時の状況による」は、50歳以上だけが他の年代に比べて少ない。「不十分と思

終末期医療に関する一考察(2)

—看護職員の終末期医療に対する意識と年齢および臨床経験との関係—

う」と「行われていないと思う」を合わせると全体でも70%と話し合いがうまく行われていない傾向が見られる。

経験年数別でも臨床経験の多い者のほうが「不十分と思う」「行われていないと思う」が多くなる傾向が見られる。

「わからない」は経験の少ない者のほうが多い傾向にある。

7) 終末期医療において医師と看護職員等との間における意見の相違について(表9・10)

意見の相違について「ある」と答えた者は30歳代で最も多く、最も少ないのは20歳代の者たちである。逆に「ない」と答えた者で最も多いのは20歳代であり、最も少ないのは50歳代である。

臨床経験別では、最も多く「ある」と答えた者は5年以上10年未満の経験者であり、年齢別と一致する。経験年数5年以上の者では50%以上の者が「ある」と答えている。

表9 終末期医療における医師と看護職員等との間の意見の相違(年齢別)

	ある	ない	合計
20歳代	101名(43.7%)	120名(51.9%)	231名
30歳代	93名(58.1%)	64名(40.4%)	160名
40歳代	101名(50.2%)	87名(43.3%)	201名
50歳代	59名(50.4%)	46名(39.3%)	117名
合計	354名	317名	

表10 終末期医療における医師と看護職員等との間の意見の相違(臨床経験年数別)

	ある	ない	合計
5年未満	53名(35.6%)	86名(57.7%)	149名
5年以上10年未満	74名(54.8%)	55名(40.7%)	135名
10年以上20年未満	100名(53.2%)	81名(43.1%)	188名
20年以上	127名(53.6%)	95名(40.1%)	237名
合計	354名	317名	

8) 終末期医療に対する医師と看護師等との間での意見調整について(表11・12)

終末期医療に対する医師と看護職員等との間で意見の相違が生じた場合の調整の回り方について聞いた。

表11 意見の相違に対する調整の回り方(年齢別)

(複数回答)

	主治医の意見	看護職員の意見	主治医と看護職員	患者本人と家族	その他	わからない	合計
20歳代	49名(48.5%)	3名(3.0%)	14名(13.9%)	49名(48.5%)	2名(2.0%)	7名(6.9%)	101名
30歳代	31名(33.3%)	3名(3.2%)	15名(16.1%)	58名(62.4%)	6名(6.5%)	3名(3.2%)	93名
40歳代	40名(39.6%)	6名(5.9%)	18名(17.8%)	58名(67.3%)	1名(1.0%)	7名(6.9%)	101名
50歳代	14名(23.7%)	0	15名(25.4%)	33名(55.9%)	1名(1.7%)	3名(5.1%)	59名

表12 意見の相違に対する調整の回り方(臨床経験年数別)

(複数回答)

	主治医の意見	看護職員の意見	主治医と看護職員	患者本人と家族	その他	わからない	合計
5年未満	26名(49.1%)	3名(6.0%)	11名(20.8%)	24名(45.3%)	0	6名(11.3%)	53名
5年以上10年未満	30名(40.5%)	3名(4.1%)	5名(6.8%)	38名(51.4%)	5名(6.8%)	3名(4.1%)	74名
10年以上20年未満	33名(33.0%)	3名(3.0%)	19名(19.0%)	68名(68.0%)	2名(2.0%)	4名(4.0%)	100名
20年以上	41名(32.3%)	3名(2.4%)	27名(21.3%)	70名(55.1%)	2名(1.6%)	7名(5.5%)	127名

年齢別に見ると 20 歳代では「主治医の意見に基づく」が最も多く、50 歳代で最も少ない。「主治医と患者を担当している看護職員の意見に基づく」では 50 歳代が多い。「患者を担当している看護職員の意見に基づく」と答えた者は 12 名と少ない。

臨床経験別に見ると年齢別と同様、臨床経験の少ない者ほど主治医の意見に基づくと答えている。

9) 終末期医療に対する悩み・疑問について(表 13・14)

終末期医療に対して悩みや疑問を感じたことがありますかという質問に 638 名(90%)の人が「頻繁に感じる」「たまに感じる」と答えている。これを年齢別に見ると 90%前後の者が悩みや疑問を感じる」と答え、年齢による差は明確ではないが、「感じたことがない」と答えている者は年齢が高くなるにつれて少なくなる傾向が見られた。

また、臨床経験年数による比較でも同様の傾向である。

表 13 終末期医療に対する悩み・疑問の有無(年齢別)

	頻繁に感じる	たまに感じる	感じたことはない	合計
20 歳代	51 名 (22.1%)	151 名 (65.4%)	26 名 (11.3%)	231 名
30 歳代	37 名 (23.1%)	108 名 (67.5%)	14 名 (8.8%)	160 名
40 歳代	52 名 (25.9%)	132 名 (65.7%)	10 名 (5.0%)	201 名
50 歳代	21 名 (17.9%)	82 名 (70.1%)	7 名 (6.0%)	117 名

表 14 終末期医療に対する悩み・疑問の有無(臨床経験年数別)

	頻繁に感じる	たまに感じる	感じたことはない	合計
5 年未満	26 名 (17.4%)	102 名 (68.5%)	16 名 (10.7%)	149 名
5 年以上 10 年未満	35 名 (25.9%)	82 名 (60.7%)	16 名 (11.9%)	135 名
10 年以上 20 年未満	39 名 (20.7%)	132 名 (70.2%)	12 名 (6.4%)	188 名
20 年以上	54 名 (22.8%)	164 名 (69.2%)	13 名 (5.5%)	237 名

10) 終末期の看護で難しさを感じていること(表 15・16)

終末期医療に悩みや疑問を感じている人に対してどのような難しさを感じているかを聞いてみた。その内容を年齢別、臨床経験年数別で比較してみた。

表 15 終末期の看護で感じる難しさ(年齢別)

(複数回答)

	20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代
患者へ病名、病状を説明すること	50 名 (21.6%)	46 名 (28.8%)	62 名 (30.8%)	29 名 (24.8%)
痛みをはじめとした症状の緩和	107 名 (46.3%)	83 名 (51.9%)	78 名 (38.8%)	43 名 (36.8%)
患者や家族と話し合う時間を持つこと	61 名 (26.4%)	54 名 (33.8%)	51 名 (25.4%)	28 名 (23.9%)
病院内の設備や終末期医療施設が乏しいこと	52 名 (22.5%)	48 名 (30.0%)	72 名 (35.8%)	44 名 (37.6%)
在宅医療の体制が十分でない	44 名 (19.0%)	40 名 (25.0%)	53 名 (26.4%)	26 名 (22.2%)
延命のための医療を中止すること	15 名 (6.5%)	9 名 (5.6%)	16 名 (8.0%)	10 名 (8.5%)
医療チームで意見が分かれること	11 名 (4.8%)	9 名 (5.6%)	13 名 (6.5%)	3 名 (2.6%)
医師と患者の板ばさみになること	26 名 (11.3%)	18 名 (11.3%)	24 名 (11.9%)	19 名 (16.2%)
その他	5 名 (2.2%)	5 名 (3.1%)	2 名 (1.0%)	0
特になし	4 名 (1.7%)	1 名 (0.6%)	0	0

終末期医療に関する一考察(2)

一看護職員の終末期医療に対する意識と年齢および臨床経験との関係一

表 16 終末期の看護で感じる難しさ(臨床経験年数別)

(複数回答)

	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上
患者へ病名, 病状を説明すること	35名(23.5%)	25名(18.5%)	55名(29.3%)	65名(27.4%)
痛みをはじめとした症状の緩和	60名(40.3%)	72名(53.3%)	78名(41.5%)	101名(42.6%)
患者や家族と話し合う時間を持つこと	43名(28.9%)	36名(26.7%)	53名(28.2%)	57名(24.1%)
病院内の設備や終末期医療施設が乏しいこと	27名(18.1%)	41名(30.4%)	64名(34%)	92名(38.8%)
在宅医療の体制が十分でない	28名(18.8%)	36名(26.7%)	43名(22.9%)	73名(30.8%)
延命のための医療を中止すること	11名(7.4%)	9名(6.7%)	11名(5.9%)	23名(9.7%)
医療チームで意見が分かれること	7名(4.7%)	7名(5.2%)	10名(5.3%)	14名(5.9%)
医師と患者の板ばさみになること	10名(6.7%)	20名(14.8%)	22名(11.7%)	40名(16.9%)
その他	5名(3.4%)	3名(2.2%)	2名(1.1%)	2名(0.8%)
特になし	5名(3.4%)	2名(1.5%)	0	0

「痛みをはじめとした症状の緩和」は、全体的に多くあげられているが、20歳代、30歳代の者が多くあげている。また、「患者や家族と話し合う時間を持つこと」についても若い層が多くあげている。一方、「患者や家族のための病院内の施設や終末期医療施設が乏しいこと」をあげている者は、年齢が高くなるほど多くなっている。「在宅医療の体制が十分ではない」も相対的に年齢の高い者のほうが多くあげている。

臨床経験年数別で見ると、「痛みをはじめとした症状の緩和」は5年以上10年未満の者で50.0%と他の群より多く、年齢層と一致している。「病院内施設設備や終末期医療施設が乏しいこと」は、経験年数・臨床経験が多くなるほど割合が高くなる。「在宅医療体制について、医師と患者の板ばさみになること」を多くあげているのは、臨床経験20年以上で多かった。

5. 考察

道北地域において中心的役割を果たしている一般病院に勤務する看護職員の終末期医療に対する考え方に年齢別、臨床経験年数別でみてきた。この結果から、終末期医療、殊に看護の課題を明らかにし、その解決のための方法について考察する。

1) 終末期医療に対する関心

前号でも述べたが、年齢別では年齢が高くなるほど関心度は高くなっていた。今回、臨床経験別で比較してみても経験年数の多い者ほど関心が高かった。これは看護者としての多くの経験つまり、多様な看護場面に対応してきたことや自分自身や家族のこととして受けとめられるようになってきていることによるものと考えられる。

2) 終末期医療のあり方について

(1) 蘇生措置, 延命治療に対する意識について

看護職員自身が終末期の状況になったときの蘇生措置, 延命治療に対する意識は、年齢が高くなるにつれて、臨床経験年数が多くなるにしたがって「やめるべき」という中止を肯定する傾向が見られる。逆に若い人では「わからない」と答えている者が少なくない。これは、臨床の中で多様な患者の看護を行って来た体験等から考えていることによると思われる。

担当患者が末期状態になった場合には、自分自身が患者であるよりは蘇生措置, 延命治療の中止に対して肯定的な答えは減少している。ここからは看護職員の患者および家族の意思を尊重しようという考えが推察される。また、延命治療について医師と患者との間で十分な話し合いが行われているかどうかについては、不十分、行われていないと経験の多い、年齢の比較的高い看護職員が述べていることとも関係しているように思われる。さらに、終末期医療において医師と看護職員との意見の相違があると約半数の看護職員が述べており、その意見の違いの調整の回り方については、多くの場合、患者本人あるいは家族の意見に基づいたり、医師の意見に基づくことが多いことも関係していると考えられる。終末期

医療に対する意見の相違があっても最終的にはチームとして協働している医師の指示のもとで医療やケアが進められている現状も背景にあるものと推察される。

3) リビングウィルについて

リビングウィルについての意見もすべての年代、臨床経験レベルでも同様に賛成する者が多かったが、特に年齢が高く、臨床経験年数の多い者で多いということは、前述のとおり蘇生措置や延命治療に対する考え方が反映されていると考える。また、リビングウィルの扱いに関しては書面が有効であるという法律を制定すべきという意見と法律制定はしなくても医師が家族と相談の上、その希望を尊重するという意見が二分している。ここに看護職員の患者の意思は尊重したいが、法律で規定もされていない中、本当に延命治療を中止してよいのかというジレンマが現れていると考える。最近では終末期の延命治療に関する意思を示した「尊厳死宣言公正証書」を作成する人が増加しているという。(2006年9月24日北海道新聞) また、尊厳死協会への加入者も12万人を越えているといわれている。このように「尊厳死」という考え方が一般市民にも普及しつつある現状では、当然の結果とも言える。

4) 終末期医療に対する悩み、疑問と難しさについて

終末期医療に携わって悩みや疑問を感じている看護職員は90%にのぼっている。年齢や臨床経験年数による差は明らかにはならなかったが、これらの人たちが感じている難しさの内容では、年齢や臨床経験による差が見られた。

若い層では「患者の痛みをはじめとした症状の緩和」「患者や家族と話し合う時間を持つこと」をあげている。一方、年齢の高い、臨床経験年数が多い者たちは、「患者や家族のための病院内の施設や終末期医療施設の乏しさ」や「在宅医療の体制が十分でないこと」を多くあげている。また、「患者と医師との板ばさみになること」もあげている。これは年齢が若く、臨床経験の少ない看護師としては、患者の痛みなどの苦痛を緩和したいと思っはいるものの、トータルペインと言われる末期の苦痛緩和に対応するためには看護経験不足があること、一般病棟で急性期患者のケアをしながら、終末期の患者や家族との話し合いを持つことは難しいものと考えられる。一方、年齢が高く臨床経験の多い者は、自分自身や家族との関係、そして患者の意思を尊重したケアをするためには何が必要なのかを全体的に考えられているものと推察される。

内山¹⁾は、「一般病棟におけるターミナルケアにおいて看護師が経験している困難性について、絶対的な時間不足、急性期看護への巻き込まれ、短期入院に伴う患者に適したケアの阻害などをあげている。そして、ターミナル期にある患者に関わろうとする意欲を持っていても病院の方針との狭間でそれが叶わない経験をしており、困難を感じているのではないかと述べている。今回の対象者も同様の状況にあると考えられる。

5) 終末期における看護の課題と解決方法についての検討

これまで述べてきたことから終末期における看護の課題は、看護職員のストレスマネジメントの必要性、チーム医療の中での看護の役割の果たし方、患者や家族との話し合いの時間をとることなどである。これらの課題を解決していくための方法について述べたい。

(1) 看護職員内での終末期医療及び看護についての考え方・体験の共有

今回の結果から若い、臨床経験の少ない者と臨床経験が多い者では、これまでの個人的生活や看護経験の広さ・深さから視野の広さが異なっている。終末期医療に対する考え方についても後者のほうが、自身の意思が明確である。看護師にとって、多くの場合、人生の大先輩である患者の最期の日々に参加させてもらうことにより、多くのことを学ぶことができる。終末期にある患者の看護では、患者の不安、悩み、苦痛に関与することが多く、それが看護者のストレスになっていることも少なくない。臨床経験豊かな看護師が多い中で、ヒューマンサポートの環境はあると思う。したがって、日々のケアの中で感じているストレスに対処できるように、他者の考え方や体験を共有化していくことでスタッフ全体が成長し、より良い看護の提供へとつながっていくものと考ええる。

(2) チーム医療のありかた

調査結果の中で明らかになったのは、医師の患者への説明が不十分と考えている看護職員が多いということ、医師との意見の相違に対する調整の回り方では、多くの場合「医師の意見に基づく」ということであった。そのなかで看護職員が患者と医師との間で板ばさみになっているとの声もあった。これはチーム内での話し合いが十分ではないことを示していると考えられる。

この地域では医師不足、看護師不足の問題も抱えているが、できるだけカンファレンスなどを開催し、話し合いを行うことと、双方多忙な中でその話し合いがいかに効率的に行われるかは、看護職員の力量にかかっていると考ええる。また、苦痛緩和や食事等を含む患者の生活の安楽性を検討する為に他の医療チームメンバーや在宅ケアを目指した福祉関係専門職との協働も必要と考える。いずれにしても患者の生活を24時間見続けている看護師がチームの中で果たさなければならない役割は大きいと考える。

(3) 患者や家族との話し合い

終末期にある患者や家族の意思を尊重したケアをする為には、患者及び家族との話し合いは不可欠である。

最近、患者の意識が少しずつ変化してきているとはいえ、多くの場合患者・家族には医療従事者に対する躊躇や遠慮がある。そのようなときに、看護者が患者や家族の話を聴くことが重要になる。急性期病院での業務の煩雑さやそれに対応するだけの看護職員の配置の問題もある。時として時間との戦いになる現状もあるが、それでも看護は患者に必要とされる存在であると考ええる。そのためには少しでも誰かがその人のことをよく解っている看護職員の存在が必要となる。限られた人数でいかにしたら患者の話を聞ける時間が取れるか、前号でも述べたが、看護体制の見直しや業務整理・改善について検討する必要があると考える。

(4) 教育研修について

この地域では、終末期医療の専門医や専門看護師、認定看護師の配置はされていない。医師の教育制度の再編に伴う地方病院の医師確保が問題となり、今年は診療報酬制度の見直しにからむ看護師不足が問題になっている。しかし、ここで取り上げている4病院では看護の質を上げるために看護職員の教育に多くの時間を割いている。さらに進んで専門看護師の採用や認定看護師教育・研修への参加が勧められると終末期医療で悩みや疑問を感じている看護職員への影響も大きいと考える。大学としても学生への終末期医療・看護についての教育を強化するとともに、臨床の看護職員へのバックアップ体制をとることができるようになることが必要であると考ええる。

6. 結論

- 1) 終末期医療に対する関心度は、年齢が高くなるほど、臨床経験が多くなるほど高くなる。
- 2) 蘇生措置、延命治療の中止についての看護職員の意識は年齢が高いほど、臨床経験年数が多いほど肯定的である。
- 3) 終末期医療の悩み、疑問を感じている者は全体の90%前後であり、年齢、経験年数による大きな差は見られないが、「感じたことはない」と答えている者は年齢が低く、経験年数が浅い者である。
- 4) 終末期の患者に対する看護の課題は、看護職員のストレスマネジメント、チーム医療における看護師の役割の果たし方、看護体制や看護業務改善への着手などである。

引用文献

- 1) 内山明香: 一般病棟の看護師がターミナル期にあるがん患者のケアにおいて経験している困難性, 日本がん看護学会誌, 第20巻, 特別号81, 2006.

参考文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会監修:『今後の終末期医療の在り方』中央法規, 2005.
- 2) 佐藤康仁, 有賀悦子他: 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, 2005.
- 3) 今村由香他: ホスピス・緩和ケアについての相談支援と情報提供に関する研究—末期がん患者と家族の意識, 日本がん看護学会誌, 13(2), 60-68, 1999.

- 4) 柏木哲夫『癒しのターミナルケア』最新医学社, 2002.
- 5) 鈴木和子監修『あなたが選ぶ人生の終焉』メディカ出版, 2004.
- 6) 中山あゆみ『病院で死なないという選択—在宅・ホスピスを選んだ家族たち』学陽書房, 1996.
- 7) 小島操子: 終末期医療における倫理的課題, 看護倫理—理論・実践・研究—, 165 - 176, 日本看護協会出版会, 2002.
- 8) 内藤いづみ『最高に幸せな生き方死の迎え方』講談社, 2003.
- 9) 糸永幸子: 臨床場における看護師の教育, これからの終末期医療(新装版) / 日本死の臨床研究会編, 75 - 79, 人間と歴史社, 2003.
- 10) 石垣靖子: ターミナルケアにおけるチームアプローチ, これからの終末期医療(新装版) / 日本死の臨床研究会編, 188 - 192, 人間と歴史社, 2003.
- 11) 河野友信: 「生を支える」死の臨床のわざとこころ, これからの終末期医療(新装版) / 日本死の臨床研究会編, 230 - 233, 人間と歴史社, 2003.
- 12) 大内裕子: 生を支えるケア, これからの終末期医療(新装版) / 日本死の臨床研究会編, 233 - 236, 人間と歴史社, 2003.
- 13) 我妻代志子: 在宅ホスピスケアを充実させる看護師の働き, 日本がん看護学会誌, 19(2), 29 - 30, 2005.
- 14) 山尾八重子: 在宅看護の困難と希望, 日本がん看護学会誌, 19(2), 34 - 36, 2005年.
- 15) 内田祥子・藤井照代: ターミナルケアに携わる看護師のストレスマネジメント—デスカンファレンスの導入を試みて—, 日本がん看護学会誌, 第20巻特別号, 165, 2006.
- 16) 名越恵美: がん患者に関わる看護師の意味づけ—一般病棟と緩和ケア病棟の比較—, 日本がん看護学会誌, 第20巻特別号, 162, 2006.