

〔報告〕

成人・老人を対象としたG県下の病院におけるターミナルケアの実態

田 中 克 子¹⁾ 小 野 幸 子¹⁾ 服 部 律 子²⁾ 田 中 千 代²⁾
 米 増 直 美³⁾ 八 木 彌 生³⁾ 古 川 直 美¹⁾ 兼 松 恵 子¹⁾
 梅 津 美 香¹⁾ 北 村 直 子¹⁾ 水 野 知 穂¹⁾ 奥 村 美奈子¹⁾
 小 田 和 美¹⁾ 坂 田 直 美¹⁾

Terminal Care at General Hospitals in G Prefecture

Katsuko Tanaka¹⁾, Sachiko Ono¹⁾, Ritsuko Hattori²⁾, Chiyo Tanaka²⁾,
 Naomi Yonemasu³⁾, Yayoi Yagi³⁾, Naomi Furukawa¹⁾, Keiko Kanematsu¹⁾,
 Mika Umezu¹⁾, Naoko Kitamura¹⁾, Chiho Mizuno¹⁾, Minako Okumura¹⁾,
 Kazumi Oda¹⁾, and Naomi Sakata¹⁾

はじめに

ターミナルケアは、医療者のみならず、現在では国民がもつ大きな関心のひとつである。

近年の医療技術の進歩に伴い寿命は飛躍的に延び、さらに、高度医療が高齢者に適用されることが可能になった。また医療の細分化・専門化に伴い、看護も専門分野化されつつある。しかし、一方、統合された医療看護としてターミナルケアの必要性が唱えられ、その人がいかに生き、いかに死ぬかという問題が論議されており、ターミナルケアについての定義についても様々な考え方があ
る^{1~3)}。

さらに日本では、全体の76.2%の人が病院で死を迎えるという⁴⁾現状からも、病院でどのように死を迎えるかについては、その本人のみではなく看護職者にとっても大きな課題の一つであり、病院で死を迎える人のターミナルケアのあり方が問われる。

しかし、一般病院ではターミナルケアの目標が必ずしも達成されていないのが現状ではないだろうか。

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床であり注)、G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、G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、G県下の病院におけるターミナルケアの実態を調査することによって、看護職者のもつ問題や課題を明らかにすることである。

用語の定義

ターミナルケア：①疾病・障害によって引き起こされる生命の終末に臨む人々へのケア②加齢に伴って訪れる人生の終末に臨む人々へのケアの2点とした。

I. 方法

1. 調査対象

G県下の20床以上の115病院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。

2. 調査方法

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

1) 岐阜県立看護大学 成熟期看護学講座 Nursing of Adults, Gifu College of Nursing

2) 岐阜県立看護大学 育成期看護学講座 Nursing of children and child rearing families, Gifu College of Nursing

3) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

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。

3. 調査項目

(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) 象（看護職者）の背景として、①職位②年齢③勤務年数④所属部署、(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、治療法の同意②チームアプローチ③実践している看護援助④用いている技法・療法・行事・サービス、(5) 経験したターミナルケアについて（自由記述）、①よかったこと有効だったこと②困ったこと③今後取り組みたいことであった。

4. 分析方法

1) 施設および看護職者の背景は、単純集計を行い、施設の規模、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要約し、1記述数とした。③要約された記述の意味内容の類似性にしたがって段階的に分類し、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たがって分類した。

④①～③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検討し、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。

表1 対象施設の病床数別回収率

病 床 数	送付数	回収数	規模別回収率
50床未満	15	3	20.0%
50床以上100床未満	33	9	27.3%
100床以上150床未満	19	8	42.1%
150床以上200床未満	8	2	25.0%
200床以上300床未満	9	4	44.4%
300床以上400床未満	22	14	63.6%
400床以上500床未満	2	1	50.0%
500床以上600床未満	3	1	33.3%
600床以上	4	1	25.0%
不明	0	4	
計	115	47	40.9%

II. 結果

回収は47施設、47人の看護職者（うち3施設は無記名）、回収率は40.9%であった。

1. 対象施設および対象者の背景

対象施設の病床数別回収率を表1に示している。

施設が保有する病床数は35～888床、平均病床数は、219.7床（SD＝163.3）、施設の種類の一般病院が35施設（人）（74.5%）で最も多く、ついで療養型病床群が6施設（12.8%）、精神病院が3施設（6.4%）、無記名による不明が3施設（6.4%）であった。ターミナルケアのための特別な施設を持っているのは1施設（2.1%）だけであった。平成11年度の施設の死亡患者数は0～855人、平均100.6人（SD＝148.6）であり、そのうちターミナル期の死亡者数は0～196人、平均は32.6人（SD＝50.4）であった。なお、ターミナル期死亡者数については無回答が29施設（61.7%）あった。

看護職者の職種は看護婦・士が45人（95.7%）、助産婦が1人（2.1%）、その他が1人（2.1%）であり、職位は婦長が24人（51.1%）、副婦長・主任が12人（25.5%）、スタッフが5人（10.6%）、その他が4人（8.5%）、無回答が2人（4.3%）であった。年齢は29～64歳、平均年齢は45.0歳（SD＝7.3）であり、看護職としての勤務年数は7～45年、平均勤務年数は22.8年（SD＝7.3）であった。所属部署は、内科系病棟13（27.7%）が最も多く、ついで混合病棟11（23.4%）、看護部・婦長室5（10.6%）、老人系病棟4（8.5%）外科系2（4.3%）、緩和ケア病棟、小児科系、内科系外来がそれぞれ1（2.1%）その他が2（4.3%）、無回答が7（14.9%）であった。

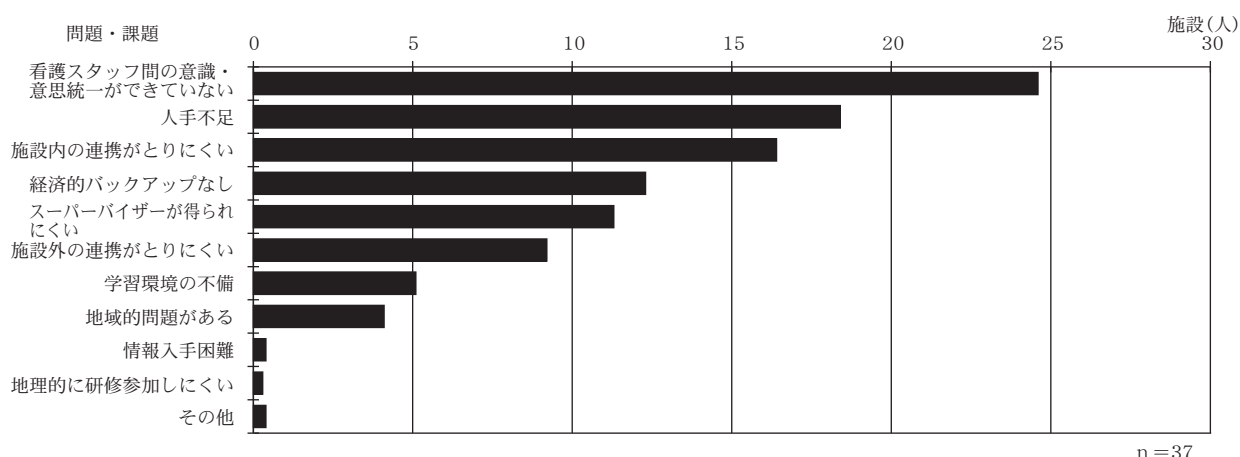


図1 ターミナルケアを組織的に取り組む上での問題・課題の内容(複数回答)

2. 施設におけるターミナルケアの取り組み

ターミナルケアについて施設として組織的な取り組みをしていると回答したのは6施設(12.8%)、取り組みをしていないが41施設(87.2%)であった。組織的な取り組みをしている6施設の内、看護単位として取り組んでいるが5施設(83.3%)、その他1施設(16.7%)であった。組織的に取り組んでいる施設の病床数は300床以上～400床未満が4施設、400床以上～500床未満と50床以上～100床未満が各々1施設であった。組織的な取り組みをしていない41施設の理由(複数回答)は、個人レベルに任されているが24施設(58.5%)で最も多く、次いでターミナル患者が少ないが10施設(24.4%)、病院の方針、ターミナルケアについて研修中、過去に実績があるがそれぞれ1施設(2.4%)、その他7施設(17.1%)であった。

ターミナルケアを組織的に取り組む上での問題や課題があると回答したのは37施設(78.7%)、ないが3施設(6.4%)、無回答が7施設(14.9%)であった。その問題や課題の内容(複数回答)の最も多かったのは、「看護スタッフ間の意識・意思統一ができていない」24施設(51.1%)であった(図1)。

3. ターミナルケアとして実践しているケア

1) 病名告知・予後について

病名告知・予後の説明について、「すべての事例におこなわれている」と回答したのは9施設(19.1%)、「事例による」が31施設(66.0%)、「おこなわれているが程度不明」が1施設(2.1%)、「ほとんどおこなわれていない」が4施設(8.5%)、無回答が2(4.3%)であった。「説明する」と回答した41施設のうち、病名告

知・予後説明の相手が患者と家族が27施設(65.9%)、家族のみが7施設(17.1%)、その他が7施設(17.1%)で、患者のみはなかった。

病名告知・予後の説明内容(複数回答)について、家族に対しては、「病名を告げる」が38施設(92.7%)、「おおよその予後を告げる」が34施設(82.9%)、「病気の性質」が5施設(12.2%)、その他が1施設(2.4%)であった。患者に対して、「病気の性質について告げる」が29施設(70.7%)、「病名を告げる」が20施設(48.8%)、「おおよその予後」が12施設(29.3%)、その他が2施設(4.9%)であった。

治療法の説明と同意のとり方(複数回答)については、「家族に選択可能な治療方法についての詳細な説明をし、同意を得る」が29施設(70.7%)で最も多く、次いで「患者に選択可能な治療法についての詳細な説明をし、同意を得る」が22施設(53.7%)、「患者に最も適切と考えられ、勧められる治療法のみを説明し、同意を得る」が10施設(24.4%)、「家族に最も適切と考えられ、勧められる治療法のみを説明し、同意を得る」が6施設(14.6%)、その他2(4.9%)であった。その説明や同意時の看護職の同席については、「同席をすることが多い」が18施設(43.9%)、「ほとんど同席をしない」が12施設(29.3%)、「必ず同席」が11施設(26.8%)であった。

2) ターミナルケアにおけるチームアプローチについて

連携が取れている施設内の職種・部門(複数回答)について、医師が36施設(76.6%)、薬剤部が15施設(31.9%)で、少なかったのは臨床心理士が1施設(2.1%)、宗教家が0であった(図2)。連携が取れている施設外の職種・機関(複数回答)については、市町村福祉

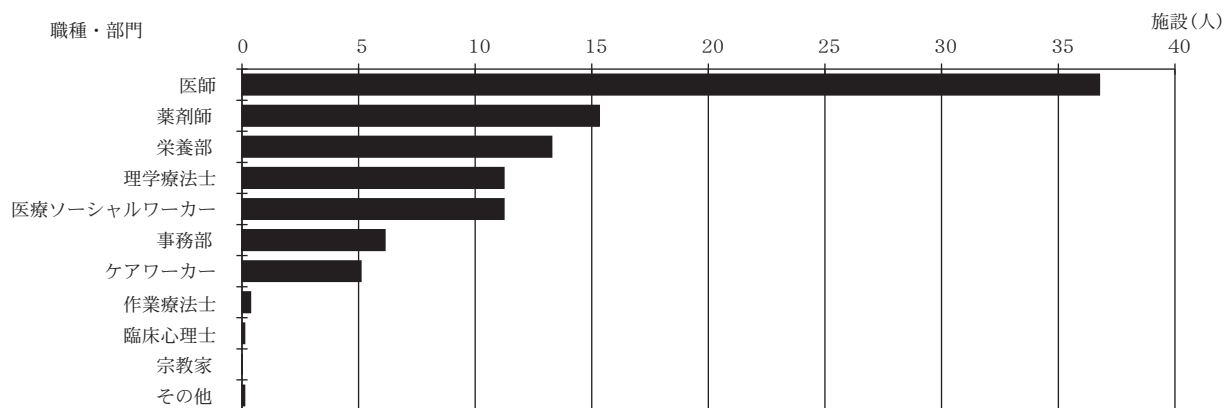


図2 連携のとれている施設内の職種・部門（複数回答）

n = 47

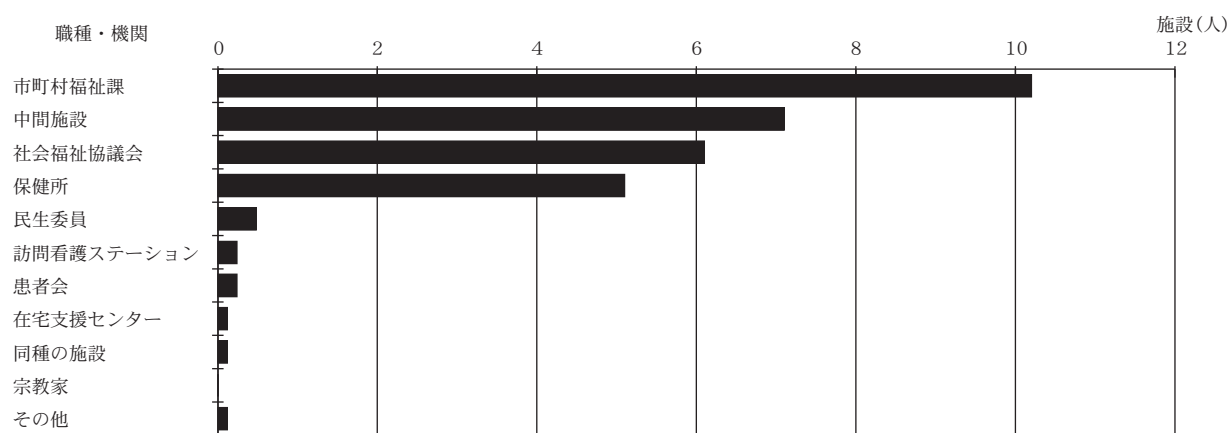


図3 連携のとれている施設外の職種・機関（複数回答）

n = 47

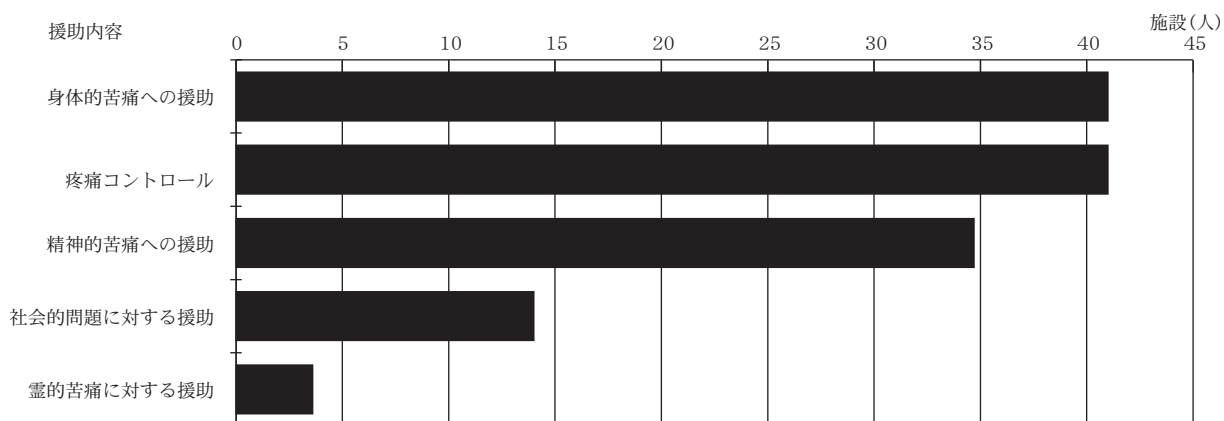


図4 患者に実践している看護援助（複数回答）

n = 47

課が10施設（21.3%）、中間施設の7施設（14.9%）で、少なかったのは同種の施設と在宅支援センターが各々1施設（2.1%）、宗教家が0であった（図3）。

3) 実践している看護援助について

患者に実践している看護援助（複数回答）について、多かったのは「疼痛コントロール」と「身体的苦痛の援助」で各々41施設（87.2%）で、少なかったのは、「霊

的苦痛に対する援助」の3施設（6.4%）であった（図4）。家族に実践している看護援助（複数回答）について、多かったのは「身体的疲労に関する慰安・配慮」が36施設（76.6%）、少なかったのは「死別後の援助」の2施設（4.3%）であった（図5）。患者に実践している環境調整（複数回答）については、「面会時間の配慮」、「家族や知人の付き添いの許可」、「外泊・外出許可」が

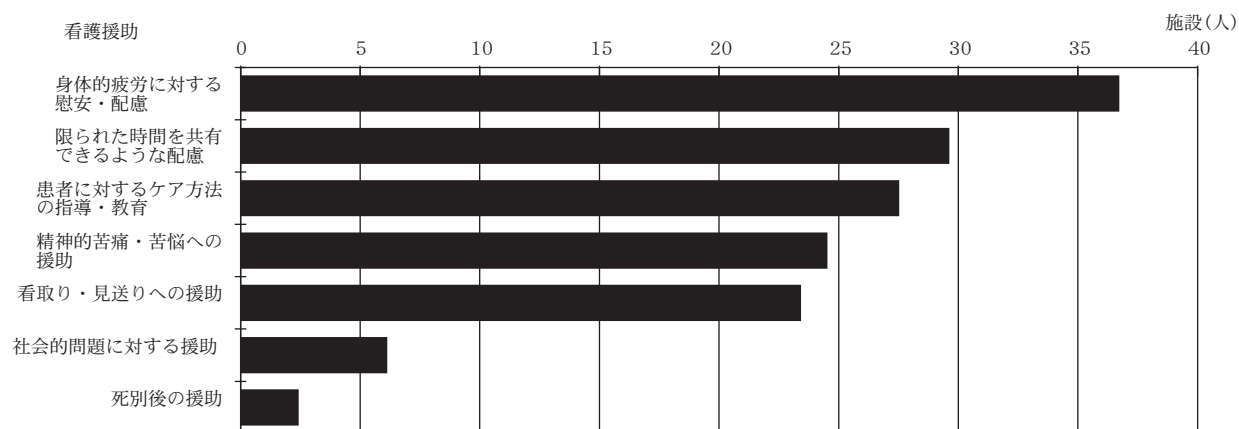


図5 家族に実践している看護援助（複数回答）

n=47

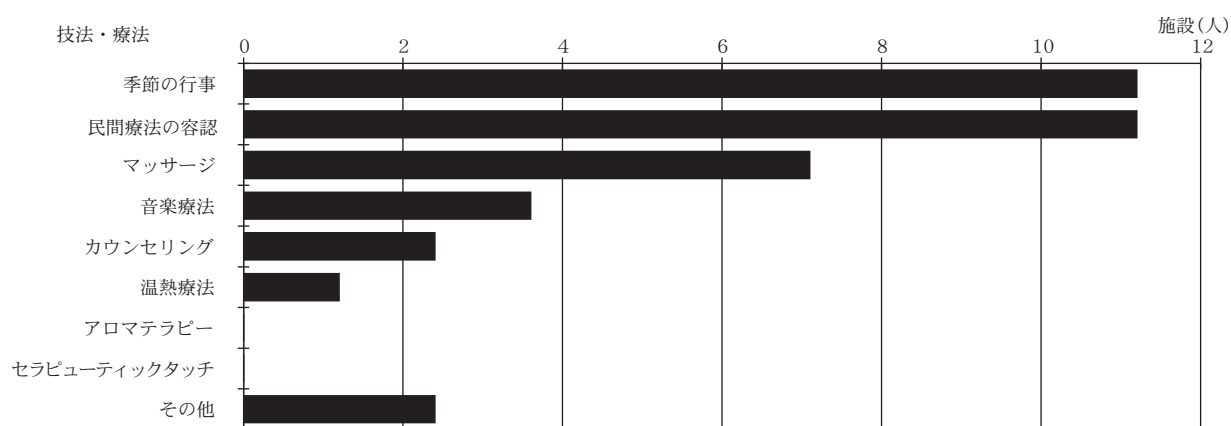


図6 ターミナルケアとして用いている技法・療法（複数回答）

n=47

各々34施設（72.3%）、「訪室する機会を多くする」が33施設（70.2%）、「親しい人への別れ・部屋の配慮」が27施設（57.4%）、「宗教行為の場の提供・宗教家との関わり」が7施設（14.9%）、「ペットのもち込み許可」、その他が各々1施設（2.1%）であった。家族に対する環境調整（複数回答）は、「面会時間の配慮」39施設（83.0%）、「別れ・部屋の配慮」が31施設（66.0%）、「宿泊や休憩施設の提供」が11施設（23.4%）であった。ターミナルケアとして用いている技法、療法、行事やサービス（複数回答）については、11施設（23.4%）から回答のあった「民間療法の容認」と「季節の行事」が多かった（図6）。

4) ターミナルケアとして患者や家族によかったことや有効だったケア（表2）

回答がえられた47施設中、記述があったのは28施設（59.6%）であり、記述がなかったのは18施設（38.3%）、1施設（2.1%）が思いつかないであった。28施設から得られた総記述数は37（うち意味内容が2つにかさなる

ものが3記述あり、それを6記述数として含んでいる）であり、【在宅療養への支援】【患者・家族の希望に応じた看護活動】【病状説明】【精神的・身体的苦痛の緩和】【ターミナルケアに即した環境の整備】【患者・家族と看護者との関係の構築・維持】【家族を交えた援助】【身体的ケア】の8つに分類された。

5) ターミナルケアを行う上で困ったり、ジレンマを感じていること（表3）

回答がえられた47施設中、記述があったのは34施設（72.3%）であり、記述がなかったのは11施設で、2施設は、「今は困っていることはない」であった。34施設の総記述数は44であり、ターミナルケアにおける医療者間の考え方の相違【ターミナルに即した環境・体制の不備】【告知されていないことによる問題】【身体的ケアの困難さ】【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】【遺族へのケアの困難】【看護者の対応能力の不足】【過剰・延命治療】【介護保険導入による問題】の10に分類された。

表2 ターミナルケアとして患者家族によかったことや有効だったケア

記 述 の 要 約	小 分 類	大 分 類
患者・家族のニーズに沿った在宅ターミナルの増大	在宅療養への支援	在宅療養への支援
在宅ターミナルケアの実施		
自宅療養中の精神的援助		
患者のニーズにあわせた往診・訪問の実施		
社会的資源の活用による在宅療養の実現		
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		
外出泊の実施（2）	外出泊の実施	患者・家族の希望に応じた看護活動
家に帰ることができ家族や知人と時間が持てた		
外泊外出で家族と過ごす時間を増やした		
患者の希望である外出の実現		
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	
患者の希望に応じたケアの実践		
告知したこと	告知されたこと	病状説明
余命告知により外出外泊が実施できた		
医師による十分な病状説明	病状説明	
家族に対する病状説明		
疼痛緩和（2）	疼痛緩和	精神的・身体的苦痛の緩和
間欠的セデーション		
マッサージによる精神的ケア		
個室の確保（3）	環境の整備	ターミナルに即した環境の整備
面会時間の制限をしない（2）	面会時間の配慮	
患者・家族の話を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		
じっくりゆっくり話を聞く態度	傾聴	
話を良く聞き敬意を示す		
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		
家族の疲労に対する配慮		
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
入院時から家族参加を促すことで家族が患者と過ごす時間が増えた		
身体的ケア	身体的ケア	身体的ケア

() 内の数字は記述数

表3 ターミナルケアを行う上で困ったりジレンマを感じていること

記 述 の 要 約	小 分 類	大 分 類	
スタッフの意思統一	ターミナルケアにおけるスタッフ間の考え方の相違	ターミナルケアにおける医療者間の考え方の相違	
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		
複数いる医師の考え方の違い			
ターミナルケアでのスタッフへの指導不十分	ターミナルケアでのスタッフへの指導不十分	ターミナルに即した環境・体制の不備	
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ない	スタッフ間での連携が不十分		
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	ターミナルを過ごすための環境が整備されていない		
大部屋から個室への転室がない			
看護婦一人で急変時に対処しなくてはならない不安	看護者一人で急変時に対応しなくてはならない不安		
業務多忙で患者との関わりが少ない	業務多忙／施設の性質により患者と関わる時間の不足		
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			宗教的介入の困難
告知されていない患者が退院できるチャンスを逃してしまう	未告知により患者が主体的に生活できない	告知されていないことによる問題	
未告知により、残された時間を有効に使うことが出来ない			
未告知による早期入院			
予後が知らされていないこと	予後が知らされていない		
告知されていないことにより精神的援助が困難	告知されていない人への看護者の対応困難		
未告知のとき怒りを感じている患者への対応			
未告知の患者からの質問への対応が困難			
自分は治るのかと聞かれたとき			
未告知の患者への予後に関することへの対応			
褥創などの発生により体が傷ついてしまう	症状悪化への対応困難	身体的ケアの困難さ	
症状が悪化するのに根本的な治療法がない			
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ない		
疼痛コントロールがうまくはからず、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			
苦痛緩和ができない			
患者と家族の意見の相違	患者と家族及び家族間の意見の相違	患者と家族及び家族間の意見の相違	
患者の意向より家族の思いが優先			
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			
家族に連絡を取っても協力的でない	家族の協力が得られない	家族の協力が得られない	
働きかけをしても家族に応じてもらえなかった			
遺族へのケアの困難	遺族へのケアの困難	遺族へのケアの困難	
患者と看護者がお互いに死を受容できない	患者と看護者がお互いに死を受容できない	看護者の対応能力の不足	
患者個々に死生観・人間観があり、理解が困難	ターミナル患者の理解困難		
精神的なケアの困難	精神的援助の困難さ		
心のケアの困難さ			
霊的苦痛への援助ができない	霊的苦痛への援助の困難さ		
障害者の言葉が汲み取れない			
痴呆の患者とコミュニケーションが取れない	対象の特性によるコミュニケーションの困難		
過剰治療への疑問	過剰・延命治療		過剰・延命治療
高齢者の延命処置への疑問			
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	介護保険導入による問題	

表4 ターミナルケアに関して今後取り組みたいこと

記 述 内 容	表 題
死に近い事を悟った患者にどのように接していったらいいのか考えたい	死を迎える患者・家族との関わり
ターミナルケアについてNsにどこまで患者・家族が入り込むことが許されるのか	
患者さんが死を迎えるまでのプロセスに看護者がどのように関わり（関わりを学びたい）	
死への不安は人生最大の誰もが避けることのできない問題である，“死について納得できる考え方”ができれば安心して死ねると思う	精神的苦痛への援助
精神的苦痛への援助が少しでも向上していけるように接し方，ケアの方法を学んでいきたい	
その人らしい生き方とはどんな生き方なのかをターミナルケアを通して学びたい，本当の意味での精神的看護を学びたい	QOLの向上，その人らしさを尊重したケアの提供
年齢・障害・家族構成の程度により患者・家族はどの程度までの延命を希望しているのか	
老人，痴呆の方のQOLの向上，何のために生きているのか，看護はどうしたら人間の尊厳が守れるのか，患者・家族のQOLの問題とか看護が行うべきことはたくさんある	
カウンセリング	看護療法・技法
音楽療法	
アロマテラピー	
ペインコントロール	
カウンセリング技法を学び，ターミナル患者・家族と良い関わりをもてるようにしたい	
ホスピスを知るためのホスピスセミナーのようなものを定期的にもつ必要を感じている	スタッフの能力向上
スタッフの教育，当院では准看護婦の若いスタッフが多く，死を看取る看護をするには経験教育が乏しい	
病院全体で死への準備教育がなされ，患者の受容に努める	
院内でのターミナルケアの学習会	
在宅でターミナルケアができるようにしたいと思う	在宅ターミナルケアへの取り組み
ターミナルケア[在宅での]についての研究	
家族が今後家庭での介護を少しでも円滑にすすめられるような助言，パンフレット作成	
ターミナルとしてENTしていかれるなかで，家族の不安を除去してあげられるような会話をもつ時間づくり	
一般病棟でのターミナルケアのあり方，取り組み方，有効なケアの手段について研究したい	ターミナルケアへの組織的取り組みの必要性
現状（急性期～ターミナル期）の職場におけるターミナルケアの取り組みの必要性などについて知りたい	
病棟単位での緩和ケアに関する取り組みができるとよい	
他部署との連携を密にし，家族・患者の希望を取り入れたケアの提供を行う取り組みをしたい	他職種と連携したケア提供
Dr及び医療チームでの個々に応じたケースカンファレンス 検討	
死後の家族への支援がなされる	遺族への支援

6) ターミナルケアに関して今後取り組みたいこと

(表4)

回答がえられた47施設中、記述があったのは22施設(46.8%)で、総記述数は27であり、【死を迎える患者・家族との関わり】【精神的苦痛への援助】【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】の9つに分類された。

Ⅲ. 考察

1. 対象の施設と看護職の特徴

今回の調査で、回答が得られた施設の半数以上は300床～400床未満のいわゆる中規模病院と50床以上～100床未満の小規模病院であり、回答者は、婦長、副婦長・主任が約3/4で、看護職として22.8年(SD=7.3)という経験のある管理的な立場の人が多かった。

ターミナルケアとして組織的な取り組みをしていると回答した施設は6施設のみで、看護職個人のレベルに任されている場合が多かった。しかし、平成11年度におけるターミナル期の死亡者の平均は、同時期における死亡者の平均の約1/3である32.6人(SD=50.4)という結果から、施設によってはターミナルケアの捉え方が多少異なることはあるにせよ、現場の看護職にとってターミナルケアは決してまれなことではないと推測される。そのような状況で、ターミナルケアを取り組む上での問題や課題があると回答した施設が約80%を占め、その内容として、看護スタッフの意識・意思統一ができていないこと、施設内の連携の問題、人手不足や学習環境の不備など看護職者自身の問題や施設内の体制を挙げていることから、多くの施設においては、ターミナルケアが十分に行われていないことが推察される。例えば、施設内の連携について、医師との連携が取れているのは約80%、施設内の定数配置については不確かではあるものの、医療ソーシャルワーカーやケアワーカーとの連携が非常に少ないこと、また施設外においては連携が取れていると回答した施設が約30%であったことから施設内外の連携は十分であるとは言いがたいであろう。

2. 実践されている看護活動について

看護活動については、患者に対して「霊的苦痛」や「社会的援助」が、家族については「看取りの援助」や「死別後の援助」が、また環境については、「部屋の確保」や「休憩施設の提供」等のターミナルケアに必要な援助や環境が十分ではないことが今回の調査では明らかとなった。援助として必要不可欠である「疼痛コントロール」の援助をしているが41施設(87.2%)であり、援助できていない施設も若干ではあるがみうけられる。

これらの調査結果は、ターミナルケアについて個人のレベルに任されていることが多く、組織的な取り組みがされていないことと無関係ではないと思われる。したがって、以上の結果から、今後、施設の規模や目的および特性に応じたターミナルケアに関する組織的な取り組み、医療者のターミナルケアに関する知識・技術の向上ならびに施設内の体制作りは必須であろう。

3. 病名告知・予後説明について

病名告知・予後説明については、家族だけに説明がされている施設があること、説明内容についても病名やおおよその予後については家族に説明があっても患者に説明がされていない場合が多いこと、さらに、ほとんど病名告知・予後説明されていない施設もあることから、治療についての意思決定が患者主体ではなく家族に重点がおかれており、治療の決定については医療者に任されている場合もあると推察される。したがって、患者自身の意思決定ができない場合、家族や看護者・医師がその代行を行うこと、そして説明や同意の場に看護者が同席しない施設が約30%もあることから、困ったことやジレンマに見られる【告知されないことによる問題】【患者と家族の意見の相違】【家族の協力が得られない】【医療者間の考え方の相違】が導き出されたと考える。告知については、一般病棟においても、告知を希望しない患者も考慮しなければならないがと付け加えられているが、告知を受けた患者の方が死を受容することができているという⁵⁾報告もある。このように告知に対しては現在も論議がなされているが⁶⁾、何より大切なことは、患者自身が生き方や死に方を自分自身の問題として捉えることができるように援助することであると考え、そのためには家族や医療者がそれらについて患者と話し合う機会を持ち、患者自身が望んでいる生き方や死に方を実現で

きように援助することがターミナルケアに通じることだと思われる。そして告知の問題は、そのようななかかわりの中で、論議されるべきことだと考える。したがって、医療者は患者・家族とかかわりの中で意思表示できる機会をもつことが何よりも重要であり、医療者間の意思統一ができる体制づくりが急務であろう。

4. 「よかったことや有効だったこと」「困ったりジレンマを感じていること」「今後取り組みたいこと」について

「よかったことや有効だったこと」から導き出された分類より、看護職者は、患者の状況に応じて在宅療養を支援し、外出外泊の実施に向けて援助できたこと、病院でただ最期をすごすのではなく、患者のニーズに沿って自宅で過ごす時間が持てることを大切にしていると考えられる。また、病院内においても家族と時間を共有できるように、環境を調整し、面会時間の調整を行ない、患者自身が告知を含めて十分な病状説明を受けることができ、さらに精神心理的、身体的苦痛の緩和がされるというように、患者が残された少ない時間を有意義に過ごせるように援助していた。

一方、「困ったりジレンマを感じていること」から導き出されたことは、「よかったことや有効だったこと」の反対、すなわちターミナルケアとしての環境の不備、疼痛緩和の不十分さ、告知されていないことの問題や家族との関係のまずさ等があげられていた。医療者側の問題としては看護職者自身の対応能力の不足や医療者間の考え方の相違、過剰医療・延命治療の問題等、ターミナルケアに関する医療者個人やチームワークの問題があげられていた。さらに、「今後取り組みたいこと」としては、患者や家族に「よかったことや有効だったこと」の延長にあるものとして、その人らしさを尊重するケアの提供、患者家族との関わり、看護者個人の技術の向上、組織的な取り組みや在宅ターミナルの取り組みなどが分類された。

射場⁷⁾は、ターミナルケアにおける、大きなテーマとして、患者のQOLの問題（疼痛のコントロール、精神心理的側面、スピリチュアルの側面）、家族、遺族のケアに関する問題、看護実践に関する問題、末期医療に関する意識、在宅ターミナルに関する問題をあげているが、本調査の分析結果にも、同様の問題が看護職者から述べられていた。また、病院でターミナルケアを実践する上

で問題とされている内容に共通する点が多い⁸⁾。このことから、病院でターミナルケアを実践する上での問題は、G県だけの問題ではなく、わが国全般の問題であること、そして、多くは、本調査でもみられたように「ターミナルケアに即した環境・体制の不備」という限られた条件の中で、ターミナルケアを実践しなければならない現実の看護職者の苦悩が推察される。さらに、看護協会の調査⁹⁾でも看護部の抱かえている課題の中で、ターミナルケアの充実が26.2%を占めていることから、現在の看護部全体の問題としても大きな問題と捉えられていると思われる。

以上のことから、本調査では病状説明・告知の問題、看護者の技術能力向上、そして医療者間のチームワークなど、ターミナルケアにおける問題点が明確化されたが、何よりもまずターミナルケアは患者家族を中心としたものであり、医療者はそのサポーターであるという認識をもつことの重要性が明らかとなった。そのためには、まず医療者自身が患者や家族とかかわる時間や機会を多くもち患者自身の生き方や死に方を理解することが大切だと考える。

しかし一方、数は少ないとはいえターミナルケアを非常に積極的に実践している施設が存在していることから、これらの施設がターミナルケアをどのように実践するかのモデルになり、その成果を他の施設に広めていくことも重要であると考えられる。

最後に本研究の限界は、回収率も低く、500床以上の大規模病院からの回答も少なかったことから、G県の病院全体を反映しているとはいいがたい。

まとめ

今回、G県の病院におけるターミナルケアの実態を調査した結果から以下の問題・課題が明らかとなった。

1. ターミナルケアを組織的に取り組んでいる施設は少なく、緩和ケア病棟として承認されている施設は、1施設である。
2. 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、またターミナルケアに即した環境も十分でない。
3. 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。

4. 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、G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。

以上のことからG県下の病院においてターミナルケアの目標を達成するための課題として、医療者自身が患者自身の生き方や死に方を理解することの重要性を認識することが大切であることがうかがえた。また、唯一ある緩和ケア病棟が、ターミナルケアを病院の中でどのように実践するかのモデルになり、その成果を他の施設に広めていくことも重要であろう。

謝辞

本研究の趣旨にご理解をいただき、ご多忙の中、この調査にご協力いただきました施設や看護職の皆様へ深謝致します。また、本研究は岐阜県特別研究費の助成を得て行ったものであり、深くお礼を申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 柏木哲夫：ターミナルケアとは、系統看護学講座別巻10ターミナルケア（柏木哲夫、藤原明子編集）、第2版；2-22, 医学書院, 1995.
- 2) 射場紀子, 川越博美：わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題, 看護研究, 33 (4) ; 261-271, 2000.
- 3) 日野原重明：ターミナルケア, 日本内科学会誌, 85, 1975-1976, 1996.
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部：厚生統計要覧, 40, 厚生統計協会, 2000.
- 5) 小笠原鉄郎：一般病棟におけるがんのターミナルケア, 東北大医短部紀要, 8 (2) ; 127-132, 1999.
- 6) 藤原美真子, 川口孝泰：末期癌期の「自己決定権」に対する医師・看護婦の認識に関する調査, 兵庫県立看護大学紀要, 4 ; 79-85, 1997.
- 7) 前掲 2)
- 8) 前掲 5)
- 9) 奥村元子：変革期における看護管理の課題, 看護白書 ; 128-130, 1998.

注) 本文中のデータは全国ホスピス協議会・緩和ケア病棟連絡協議会によるホームページ上で得たものである

<http://www.inh.co.jp/handpcu/indx.html>

著書として出されている最新のデータは、2000年8月1日時点で、77施設1423病床数（柏木哲夫：これだけかわった医療者の意識, チームアプローチ, ホスピス・緩和ケア病棟の量と質, ターミナルケア, 10(6) ; 413-419, 2000.) である。

(受稿日 平成13年2月23日)