

報告

看護職者からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状と課題

金城利香¹⁾ 前原なおみ¹⁾ 大湾明美¹⁾ 吉川千恵子¹⁾ 伊藤幸子¹⁾

本研究は一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟の看護職者を対象にアンケート調査を実施し、沖縄県内におけるターミナル期看護の現状や課題を明らかにする目的で行った。

研究方法：沖縄県内の一般病棟174人、訪問看護ステーション98人、緩和ケア病棟19人の看護職者を対象にアンケート調査を実施した。

結果

1. 一般病棟や訪問看護ステーションにおいてほとんどの施設がターミナル期患者に関する看護基準を有していなかった。
2. 沖縄県において、病名の告知、余命告知の割合は全国平均に比較しともに低かった。
3. 看護職者は病名の告知に関し、患者が望めば告知は行った方がよいと前向きな考えを持っていた。
4. 看護職者は患者が意思決定できるような情報提供は充分ではないが、家族への情報提供は充分に行っていると考えていた。今後は、患者が望めば十分な情報の提供を行い意思決定のプロセスを支え、患者が納得して自己決定できるようにサポートしていくことが重要である。
5. 看護職者の殆どがターミナル期患者・家族の看護は難しいと感じていた。
6. 一般病棟におけるターミナルケアの現状から考える今後の課題として、1)ターミナル期患者に対する看護基準の設定 2)療養環境の整備 3)看護職者への緩和ケアの知識・専門技術の普及 4)緩和ケア専門看護師の養成 5)ターミナル期看護に従事するチーム医療の充実であった。
7. 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの現状から考える今後の課題として、1)24時間の往診・訪問体制、関係機関との連携 2)十分な症状緩和、全身状態の管理 3)家族間の意思の統一への援助 4)患者、家族が意思決定できるような情報提供であった。

キーワード：ターミナルケア 在宅ケア 告知 自己決定 情報提供 課題

I 緒言

ターミナルケア¹⁾とは、さまざまな苦痛を伴う終末期にある患者とその家族に対して、残された時間のQOLを可能な限り維持・改善することを目的としたケアである。看護者には、患者の身体的ケアのみならず患者・家族の心のケアなどを含めた全人的な視点からの看護介入が必要とされている。

2000年12月現在²⁾、厚生省の認可を受けたホスピス・緩和ケア病棟は81カ所1,497病床である。射場³⁾は「望んでもホスピスでケアを受けることは難しいのが現状である。そこで、現状では、多くの患者が最期の時を過ごしている一般病棟での緩和ケアの充実が必須と考える」と述べている。沖縄県内で認定を受けた緩和ケア病棟の病床数は23床であり、同様なことがいえるものと推測される。一方、厚生省⁴⁾は「最期は在宅を希望している者が多い」と報告しており、今後一般病棟での緩和ケアや、在宅ターミナルケアを充実していくことなど、より専門

的なターミナル期看護が求められているといえる。

沖縄県において、ターミナルケアに関する研究は施設内における事例研究や実態報告が多く、県全体の現状について言及された報告はない。そこで本研究は、沖縄県内の200床以上を有する一般病院と訪問看護ステーション、緩和ケア病棟の看護職者を対象にアンケート調査を実施し、ターミナル期看護の現状や課題を明らかにする目的で行った。

II 研究方法

1. 調査対象

対象は、沖縄県内のターミナル期看護の概要を把握するために、2001年1月現在、沖縄県内94病院のうち、精神科病院、療養型病院および療養型病床群を除く一般病床数200床以上（但し本島以外の離島では170床以上）をもつ20施設の一般病棟と、県内の全訪問看護ステーション40カ所のうち、ターミナル期患者を対象としていないステーションを除く33カ所、県内で唯一承認(1995年承認)を受けている緩和ケア病棟1カ所

1) 沖縄県立看護大学 成人保健看護

とした。

(1) 一般病棟について

一般病院で最もターミナル期の患者が入院している3病棟(但し、1病院はターミナル期患者を対象としている病棟は1病棟であった)を看護部長が選定し、選定された病棟の師長1人(計58人)、ターミナル期看護に最も従事したと病棟師長がみなしているスタッフ2人(計116人)を選定依頼し、調査対象者とした。

(2) 訪問看護ステーションについて

訪問看護ステーション所長1人(計33人)、ターミナル期看護に最も従事したと所長がみなしているスタッフ2人(計65人)を選定依頼し、調査対象者とした。

(3) 緩和ケア病棟について

緩和ケア病棟の師長(1人)と全スタッフ(18人)を調査対象とした。

2. 調査項目及び調査期間

本調査の調査紙は、「1 調査状況、調査対象者の概要」「2 治療方針や告知について」「3 ターミナル期看護の現状と看護職者の認識」に関する19項目からなり、質問紙法によるアンケート調査を実施した。調査紙は、看護部長や訪問看護ステーション長に郵送し、対象者を選定依頼した。調査項目には、回答者の経験を踏まえた意見を問う項目があるため、プライバシー保護を考慮し、調査紙に返信用の封筒を添え、回答後は各自で郵送できるよう配慮した。なお、調査期間は2001年1月18日~2001年2月22日である。

III 結果

1 調査状況および調査対象者の概要

1) 回収率、対象者の看護師経験年数

回収率は一般病棟で師長72.9%、スタッフ71.2%、訪問看護ステーションで所長87.9%、スタッフ80.0%、緩和ケア病棟で師長・スタッフ68.4%であった。看護師経験年数は、一般病棟の師長は最短14.0年、最長37.8年、平均23.4±5.1年、スタッフは最短1.8年、最長28.7年、平均13.0±7.1年であった。訪問看護ステーション所長は最短5.0年、最長50.8年、平均20.0±9.9年、スタッフは最短2.8年、最長38.0年、平均15.4±7.6年であった。

2 終末期医療の現状

1) 治療方針や告知について

(1) ターミナル期患者に関する看護基準の有無を尋ねたところ、基準が「ある」と回答した施設は、一般病棟、訪問看護ステーションともに1割以下であった。一方、緩和ケア病棟では、ターミナル期患者に関する看護基準を有し、経験年数を問わず一定水準のケアが提供されていることが伺えた(図1)。

(2) 2000年1月1日~2001年12月31日までに一般病棟で死亡した患者総数1,288人中、矛盾回答を除く646人

のターミナル期患者の治療方針に関しては、「延命の為に積極的に治療を行った」が19.5%、「積極的治療よりも痛みなどの症状緩和を行った」35.4%、「症状緩和は行ったが、最期の蘇生は行わず自然に死を迎えさせた」20.6%、「自然に死を迎えさせた(積極的治療・症状緩和ともに極力控える)」が3.7%であり、5割以上は、延命の為に積極的に治療よりも症状緩和を行っていた(図2)。

(3) 2000年1月1日~2001年12月31日までに死亡した患者総数1,288人中、矛盾回答を除く646人のターミナル期患者への病名の告知率は、一般病棟24.4%、訪問看護ステーション9.9%、緩和ケア病棟37.7%であり、余命告知率は、一般病棟7.3%、訪問看護ステーション7.1%であり、両者とも1割以下であった。緩和ケア病棟では、余命を告知された患者はほとんどいなかった(図3)。

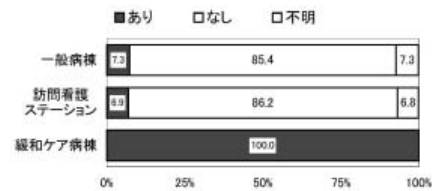


図1 ターミナル期患者に関する看護基準

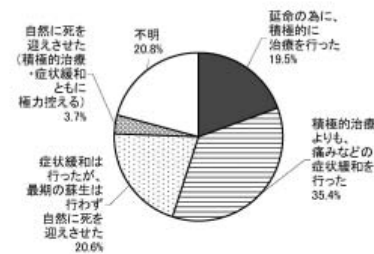


図2 過去1年間に一般病棟で亡くなった患者の治療方針 ※矛盾回答を除く616人について

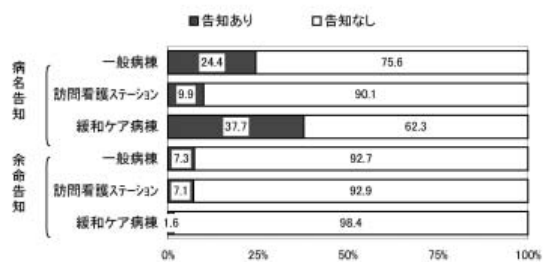


図3 病名・余命告知率 *告知不明者を除く

(4) 患者本人へ病名告知するか否かを最終的に決めている者は、一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟ともに「家族」という回答が多く「患者本人」という回答は少なかった(図4)。

2) 看護職者の認識

(1) ターミナル期患者本人への病名の告知について看護職者の認識は、一般病棟、訪問看護ステーション、

金城他：看護職者からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状と課題

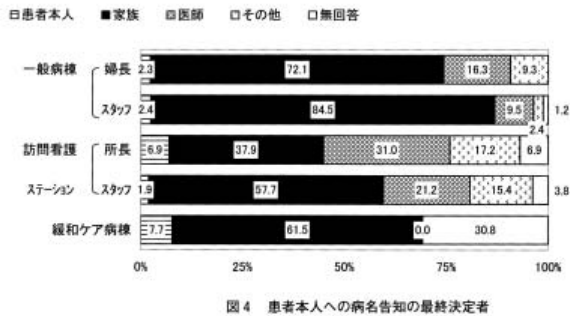


図4 患者本人への病名告知の最終決定者

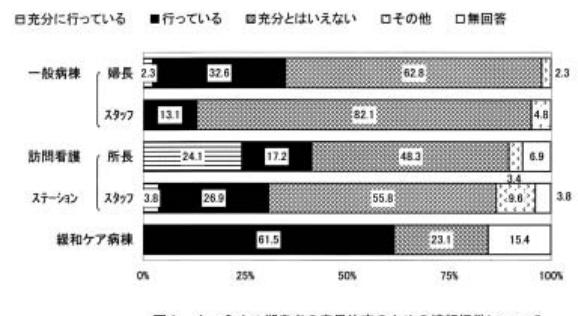


図6 ターミナル期患者の意思決定のための情報提供について

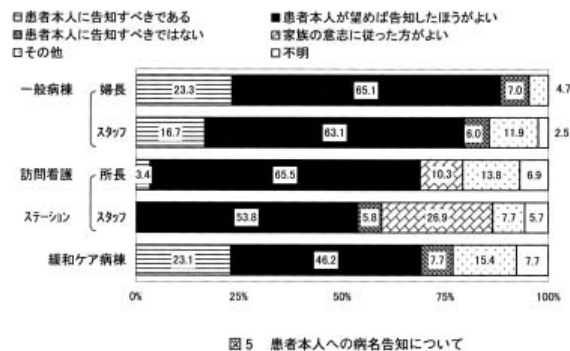


図5 患者本人への病名告知について

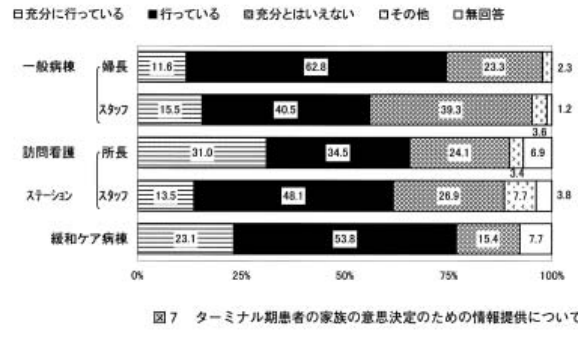


図7 ターミナル期患者の家族の意思決定のための情報提供について

緩和ケア病棟ともに「患者本人が望めば告知した方がよい」という回答が多く、患者の意向を尊重する姿勢が伺えた(図5)。

(2) 患者への情報提供に関しては、一般病棟、訪問看護ステーションともに「充分とはいえない」が多かったが、家族が意思決定できるような情報提供については、一般病棟、訪問看護ステーションともに「行っている」が多かった。一方、緩和ケア病棟では、患者への情報提供に関しては「行っている」が6割以上を占め、家族への情報提供に関しては、「充分に行っている」、「行っている」を含めると7割以上を占めた(図6・7)。

(3) 「尊厳死」、「安楽死」、「リビング・ウィル」について、一般病棟、訪問看護ステーションともに3割以上が「非常に興味がある」、5割以上が「興味がある」と回答した(図8)。一方「尊厳死」、「安楽死」、「リビング・ウィル」について患者に尋ねられたことがあるかとの問では、一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟とも8割以上が「ない」と回答した。

(4) ターミナル期患者の看護で困難を感じたことがあるかとの問では、一般病棟及び訪問看護ステーションともに9割以上の看護職者が困難を感じていた。両者ともに「告知されていない患者への対応」、「疼痛・症状緩和」、「精神的サポート」への援助の困難が挙げられた。また、一般病棟では「個室などの環境整備」、「急性期患者が優先されターミナル期患者に充

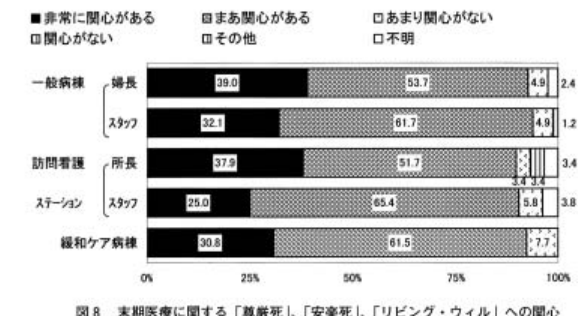


図8 末期医療に関する「尊厳死」、「安楽死」、「リビング・ウィル」への関心

分なケアができない」、「緩和ケアについて看護職者の知識不足」、「傾聴しかできないむなしさ、力のなさ」など病院の構造上の問題、一般病棟でターミナル期看護を行う限界、緩和ケアの質、ケア提供者のストレスなどを挙げていた。一方、訪問看護ステーションでは「患者が死を受容する過程における関わり方」、「患者と家族の意思が異なる場合の調整の難しさ」という、調整機能の困難が挙げられた(表1)。

(5) ターミナル期患者の家族を支援することで困難を感じたことがあるかとの問では、一般病棟および訪問看護ステーションともに9割前後の看護師が困難を感じていた。その内容は、両者ともに「家族が患者の状態を受容できない」、「精神的支援」、「家族の疲労について」などであった。また、一般病棟では主に「家族の精神的支援の困難」を挙げているのに対し、訪問看護ステーションでは「家族間の意向が異なる時の調整」、「家族の協力が得られない」、「家族の

表1 ターミナル期看護の困難な点や工夫点 [回答者数 / 該当者数]

自由記載より分類	ホスピスケア (一般病棟)			在宅ターミナルケア (訪問看護ステーション)	
	婦長 [42/ 42人]	スタッフ [81/ 82人]	所長 [24/ 25人]	所長 [24/ 25人]	スタッフ [43/45人]
患者の看護で困難な点	<ul style="list-style-type: none"> 告知されていない患者への対応 (病状や余命を察知し不安や不信感を抱く事がある) (19) 疼痛、症状コントロール(10) 精神的サポート(7) 一般病棟で十分なケアができない (急性期患者が優先されるなど) (5) 看護師が感情移入、何も出来ないむなしさを感ずる等(4) 患者と家族の意向が異なる場合の調整(4) 	<ul style="list-style-type: none"> 告知されていない患者への対応 (病名を問われる、告知されている患者と患者間との情報交換、患者の意思に合わない治療生活を送っている、患者自身の有意義な人生の過ごし方を話し合う事ができないなど) (34) 疼痛、症状コントロール(17) 精神的サポート (15) 一般病棟で十分なケアができない (急性期患者が優先されるなど) (18) 患者と家族の意向が異なる場合の調整 (8) 	<ul style="list-style-type: none"> 告知されていない患者への対応 (7) 精神的サポート (5) 家族間の意見の調整 (3) 患者と家族の意向が異なる場合の調整 (3) 疼痛、症状コントロール (3) 主治医、病院との連携 (3) 	<ul style="list-style-type: none"> スタッフ [35/51人] 患者がやり残したことを実現するよう援助し、生を全うさせる (10) 患者の訴え、不安な気持ちを傾聴する(9) 疼痛コントロールに努め、患者が安楽に過ごせるように援助する (7) 家族の介護支援や、家族が患者と上手く関われるような援助 (5) 	
患者の看護で工夫点	<ul style="list-style-type: none"> 訪室を多くし、傾聴、話をする(26) 寝具の工夫、マサジ、タカガ等による緩和ケア(9) 疼痛コントロール、フェイカールの活用(8) 患者が望む看護介入(7) 環境整備 (個室、眺めのいい部屋、写真や絵の配置、アロマラビーなど) (7) 家族との時間が持てるような配慮(6) 症状が落ち着いていれば外泊、外出を考慮(5) 	<ul style="list-style-type: none"> 訪室を多くし、傾聴、話をする(27) 入浴、清拭、足浴、マッサージ、タッチング、リラクゼーション(19) 疼痛コントロール (8) 患者が望む看護介入 (5) 体調がよければ外泊、外出の考慮(3) 家族と一緒に時間がもてるようにする(3) 環境整備 (個室、患者が安心する環境) (3) 褥瘡予防、体位の工夫(3) 	<ul style="list-style-type: none"> 患者、家族の訴えを常に傾聴し主治医、他スタッフとの連携を密にとっていく (9) 患者のみならず、家族全体を支え、家族の力を引き出す (5) ターミナル期看護の経験のある看護師を関わらせるようにしている (3) 24時間連絡体制 (2) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族間の意向が異なる場合の調整 (11) 家族への精神的サポート (9) 家族が患者の死を受容できない (6) 家族へケアや急変時の対応について説明、指導を行うが理解されていない (4) 患者、家族間の意向が異なる場合の調整 (3) 家族の意向を確認するタイミング (2) 家族の介護疲れへの支援 (2) 	
家族の支援で困難な点	<ul style="list-style-type: none"> 家族が患者の状態を受容できない時 (最期まで望みを捨てない、奇跡を信じる、否認) (15) 家族への精神的サポート、関わり(13) 患者、家族間で意向が違いう時(10) 看護者自身の無力感(6) 家族の介護疲れへの支援(4) 家族が治療方針を理解できない時(3) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族への精神的サポート、関わり(36) 家族が患者の状態を受容できない時(18) 患者、家族間の意向が異なる場合の調整(12) 患者との関係が上手くいっていない又は面会に来ない家族(11) 急性期病棟で十分なケアができない(6) 患者の状態が理解できていない家族(4) 家族の介護疲れへの支援(4) 	<ul style="list-style-type: none"> 家族間の意向が異なる場合の調整 (13) 家族の協力が得られない時 (家族の体調不良、家族の所在がつかめぬ等) (6) 家族への精神的サポート (6) 家族介護力の弱い場合の支援 (家族の疲労や金銭的面に関し) (4) 	<ul style="list-style-type: none"> スタッフ [39/42人] 家族間の意向が異なる場合の調整 (11) 家族への精神的サポート (9) 家族が患者の死を受容できない (6) 家族へケアや急変時の対応について説明、指導を行うが理解されていない (4) 患者、家族間の意向が異なる場合の調整 (3) 家族の意向を確認するタイミング (2) 家族の介護疲れへの支援 (2) 	

表1 (つづき)

	ホスピスケア (一般病棟)	在宅ターミナルケア (訪問看護ステーション)
家族の支援で働く点	<p>婦長 [35/ 43人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 傾聴し話をする (家族の意向を把握するなど) (23) 家族との時間を保てるような配慮 (個室を準備、面会時間の考慮など) (8) 家族が休養できるような配慮 (7) カンファレンスをもち家族の希望に添うような配慮をする (4) 患者の体調がよければ外泊、外出を考慮 (3) 劳いの言葉をかける (3) キーパーソンとの連携 (3) 	<p>所長 [25/ 28人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 訴えの傾聴、家族が訴えを表出しやすいようにする (8) 症状の経過や予測されることを説明し、家族が受容できるようにする (4) 家族が患者と上手に関われるような援助 (4) 24時間連絡体制の説明 (3) 家族の介護支援 (3)
よい	<p>スタッフ [65/ 84人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 傾聴し話をする (37) 情報の提供 (患者の状態など) (15) 休息がとれるような配慮 (12) 患者の希望を取り入れる (7) 環境を整える (7) 劳いの言葉をかける (6) ケアを一緒に行う (4) キーパーソンとの連携 (3) 	<p>スタッフ [37/51人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族の訴えの傾聴し精神的援助に努める (15) 24時間連絡、往診体制 (7) 家族の介護疲れへの支援、家族の役割分担の明確化 (5) 家族との信頼関係を保ち連絡を密にする (5) 症状の経過や予測されることを説明し、家族が受容できるようにする (9) 家族、患者の意向に沿うよう援助する (5)
良	<p>婦長 [38/ 43人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア病棟、在宅緩和医療の設置 (15) 告知する (早めの告知、告知後のフォローを充分に行う) (12) 環境を整える (ハード面の充実、個室、家族とのふれあいの場) (9) 緩和ケアの知識を増やす (学習会や、研修会に参加など) (6) 看護婦、医師の人員を増やす (6) 家族、患者を支えるサポートネットワーク (5) 	<p>スタッフ [40/51人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 主治医、家族、訪問看護婦、ソーシャルワーカー一他職種との連携 (10) 患者の意向に沿うよう援助する (9) 医療者の質の向上 (知識を増やす、情報収集、看護技術の向上、疼痛緩和技術の向上等) (6) 主治医と連携 (5) 患者、家族、医療スタッフでカンファレンスを持ち、充分な情報の提供、共有を行う (5) 疼痛緩和を行い、患者のQOLを高める (4)
い	<p>スタッフ [73/ 84人]</p> <ul style="list-style-type: none"> ホスピス病棟の設置 (25) ターミナルケア講習会の充実 (17) 環境を整える (13) 家族、患者の支援体制 (13) 告知をできるだけ行い充分な支援をする (11) 在宅ターミナルへの移行 (11) 疼痛コントロールを充分に行う (9) カンファレンスの充実 (8) 緩和ケア組織の結成、チームケアの実施 (7) 精神的ケアの実施 (6) カウセンシング技術 (4) 	<p>所長 [24/ 28人]</p> <ul style="list-style-type: none"> チームケアの充実 (6) 患者、家族が自己決定できるような十分な情報提供が必要 (5) 患者の意思を尊重した援助 (5) 患者、家族への死の準備教育 (4) 主治医、外来、病棟看護婦との連携 (3)
看護をすすめるには	<p>スタッフ [73/ 84人]</p> <ul style="list-style-type: none"> ホスピス病棟の設置 (25) ターミナルケア講習会の充実 (17) 環境を整える (13) 家族、患者の支援体制 (13) 告知をできるだけ行い充分な支援をする (11) 在宅ターミナルへの移行 (11) 疼痛コントロールを充分に行う (9) カンファレンスの充実 (8) 緩和ケア組織の結成、チームケアの実施 (7) 精神的ケアの実施 (6) カウセンシング技術 (4) 	<p>スタッフ [40/51人]</p> <ul style="list-style-type: none"> 主治医、家族、訪問看護婦、ソーシャルワーカー一他職種との連携 (10) 患者の意向に沿うよう援助する (9) 医療者の質の向上 (知識を増やす、情報収集、看護技術の向上、疼痛緩和技術の向上等) (6) 主治医と連携 (5) 患者、家族、医療スタッフでカンファレンスを持ち、充分な情報の提供、共有を行う (5) 疼痛緩和を行い、患者のQOLを高める (4)

(回答者数)

介護力が弱い」など介護支援体制、調整機能の困難が挙げられた(表1)。

- (6) ターミナルケア看護をより良くするためには、両者ともに「患者本人へ病名告知を含めた十分なインフォームドコンセント」「チーム医療の充実」などであった。また、一般病棟では「緩和ケア病棟の設置」「個室への配慮」「看護職者の増員」「ホスピスナース認定看護師の育成」「緩和ケア研修会の参加」など療養環境の整備や看護職者の緩和ケアの専門知識・技術の修得が挙げられた。訪問看護ステーションでは「24時間の往診・訪問体制、関係機関との連携」「充分な症状緩和、全身状態の管理」「家族間の意思の統一への援助」「患者、家族の意思決定できるような情報提供」など在宅ケア継続の為に基盤整備が挙げられた(表1)。

IV 考察

1 治療方針や告知について

ターミナル期患者に関する看護基準を有する施設は、一般病棟や訪問看護ステーションいずれも1割以下であり、ほとんどの施設において提供されるケアは、看護基準に基づいたものではなく、看護婦の経験年数や力量によって異なることが伺えた。現状では、チーム医療として、患者へある一定水準のケアの提供は難しいと推察される。緩和ケアは、WHOの定義によれば、患者と家族にとってできる限り良好なQOLを実現することであり、より質の高い看護ケアをチーム医療として提供していくためには、一般病棟及び訪問看護ステーションにおいてターミナル期患者に関する看護基準の設定と患者の個性にあわせたより専門的なケアが必要であると考えられる。

2000年1月1日～2001年12月31日までに死亡した患者総数1,288人中、矛盾回答を除く646人のターミナル期患者への病名の告知率は、一般病棟、訪問看護ステーションとも約2割であり、ターミナル期患者の殆どが病名を告げられていないことがわかった。一方、緩和ケア病棟では、約4割が病名を告知されていた。矛盾回答を除外したデータのみで沖縄県における病名告知率を言及することは限界があるものの、平成6年度厚生省の調査⁴⁾では、各疾患の告知率は悪性新生物20.2%、虚血性心疾患54.7%、脳血管疾患35.5%であり、国内の告知率28.6%⁽⁶⁾⁷⁾と比較すると、県内の一般病棟及び訪問看護ステーションにおける病名告知率は、それを下回る結果となった。このことは、病名や告知に関して県や地域におけるターミナル期患者を対象とした研究報告が少数であり、比較できるデータが少ないこと、告知率は、がん専門病院や緩和ケア病棟と一般病棟における施設差、都市部と群部での地域差があること、また、沖縄県は、本土と異なる文化や生活習慣を有することが影響していると考えられる。

患者本人への病名告知について、一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟とも約半数以上の看護職者は、「本人が望めば告知は行った方がよい」というように告知に対し、前向きな認識を持っていることが伺えた。これは、ターミナル期患者を看護する上での問題点として、多くの看護職者は、告知されていない患者との関わりの困難を挙げており、病名を告知しないことは患者の不安や不信感へつながり、医療者側との信頼関係を維持することに障害となること、その中で看護職者自身も患者との関わりにジレンマが生じ告知の必要性を感じていると考えられる。しかし、現状として告知率は約2割であり、さらに患者本人への病名を告知するか否かの最終決定は「家族」または「医師」が殆どであった。患者自身が決定する割合は低く、また患者自身が意思決定できるための情報提供は、充分ではないと看護職者は考えていた。一方、一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟とも8割の看護職者は、家族が意思決定できるための情報提供は行っていると回答していた。従来の医療、特に終末期医療は医師主導であり、疾患名や治療方針はまず家族に説明され、医師と家族の話し合いで意思決定をされることが多かった。しかし、1990年からインフォームドコンセントが推進され始め、現在は専門家が提示する様々な治療法の中から患者自身が選択し参画するという患者を主体とした考えが浸透してきている。今後、ターミナル期患者のQOLの向上には、充分なインフォームドコンセントが重要であると考えられる。インフォームドコンセントには患者に意思決定能力があること、患者に情報開示をすること、患者が十分に情報を理解できること、患者の自発的な意思決定による同意ができることが必要である。しかし、患者の意思決定能力は個々によって異なり、さらに病名の告知を望む者、望まない者と様々である。そこで、看護職者は患者の心理状態、権利を守りつつ、患者の受容能力や理解度をアセスメントしながら、患者が説明された内容を的確に理解し意思決定できるようサポートすることが重要である。また、看護職者は、患者と家族はお互い影響しあう存在であることを認識し、ひとつのユニットとして捉え援助していくことが必要である。今後、看護職者はインフォームドコンセント後の患者の訴えの受容、家族を交えて話し合うグループサポートプログラムの導入など看護職者の緩和ケア知識・技術の向上に努め、専門職としての支援能力を高めていくことが求められる。

余命告知に関してはどの施設も1割以下であり、殆ど行われていない現状であった。これは、瀧沼⁹⁾の報告と類似する結果であった。予後は、医師の経験と推測に基づき確実ではないこと、さらに病名告知が未だ普及していない現状では、余命や予後について告知することは困難と考えられる。

看護職者の末期医療に関する「尊厳死」「安楽死」「リビング・ウィル(事前の意志表示)」への関心は高かつ

た。人口動態社会経済調査⁴⁾においても7割以上の介護者が「関心がある」としている。しかし、患者から質問された経験を有する看護職者は約2割であり、これは末期医療についての情報が充分社会的に浸透していないものと推測された。

ターミナル期患者の看護では、一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケアとも9割の看護職者が難しさを感じている。その内容は、「告知されていない患者との関わり方」「疼痛緩和」「心のケア、精神的サポート」であった。患者が病名を知りたいことを望んでいるが家族の意向等により告知をされない場合、患者は不安や医療者への不信感を生じる。患者がどのように望んでいるかつまり患者自身の位置(ポジション)を家族と共に確認するとともに、医療スタッフや患者・家族の中で情報を共有することが真に患者を支えることや家族ケアへつながると考える。また、ターミナル期患者の看護では疼痛コントロールの方法は患者個々において異なり、より専門な知識・技術を要求されるため看護職者の殆どが難しさを感じる結果となったことが考えられる。今後は、がん専門看護師及びがん看護に関連した認定看護師の育成が課題となる¹⁰⁾。淀川キリスト教病院ホスピスの入院後の調査では、最初患者は、身体症状の緩和というニーズが多いが、症状がある程度コントロールされ終末期が迫るにつれて実存的ニーズが高まると報告されている¹¹⁾。「心のケア、精神的サポート」は症状緩和の次にニーズが高い¹¹⁾。心のケアは、心理的、社会的、実存的及び宗教的な要素があり、一般病棟・訪問看護ステーションにおいても患者のニーズを満たしていくためには、医師のみならず看護職、医療ソーシャルワーカー、チャプレンなどがチームを組んで対応する必要がある。

ターミナル期患者の家族を支援する上で看護職者の多くは、患者の状態を受容できない家族への支援で困難を感じていた。このことから、家族の精神的負担は大きいものと予測され、十分な援助が必要とされていると考える。田村¹²⁾は「わが国では家族は一心同体であり、家族の一員の病気であっても家族の問題として取り扱い、医師から詳細な病状説明を受けることは家族の責任である、ごく当然のように考える」と日本特有の家族観を述べており、沖縄県においても同様のことが言えるものとする。中村¹³⁾は「家族は患者の支援者であると同時に、ケアの対象者である」とらえたとよい」と述べている。今回の調査結果より、家族の支援には十分な情報提供とともに家族の訴えを傾聴し、患者の状態を受容できるように精神的援助を行うこと、そして家族間の意向の調整や他職種との連携など介護支援体制の支援の必要性が挙げられた。さらに、今後は、家族の意向も考慮しながら家族が患者の自己決定を支えられるよう支援していくことが重要であるとする。今回の調査結果は、これまで日本国内で報告されているターミナル期看護の現状と類似していた¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。

V 結論

一般病棟、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟の看護職者を対象に沖縄県内のターミナル期看護の現状や課題を明らかにする目的で調査を実施した。

1. 緩和ケア病棟を除いてほとんどの施設がターミナル期患者に関する看護基準を有していなかった。
2. 沖縄県において、病名の告知、余命告知の割合は全国平均に比較しともに低かった。
3. 看護職者は病名の告知に関し、患者が望めば告知は行った方がよいと前向きな考えを持っていた。
4. 看護職者は患者が意思決定できるような情報提供は充分ではないが、家族への情報提供は充分に行っていると考えていた。今後は、患者が望めば十分な情報の提供を行い意思決定のプロセスを支え、患者が納得して自己決定できるようサポートしていくことが重要である。
5. 看護職者の殆どが、ターミナル期患者・家族の看護は難しいと感じていた。
6. 一般病棟におけるターミナルケアの現状から考える今後の課題として、1)ターミナル期患者に対する看護基準の設定 2)療養環境の整備 3)看護職者への緩和ケアの知識・専門技術の普及 4)緩和ケア専門看護師の養成 5)ターミナル期看護に従事するチーム医療の充実であった。
7. 訪問看護ステーションにおけるターミナルケアの現状から考える今後の課題として、1)24時間の往診・訪問体制、関係機関との連携 2)十分な症状緩和、全身状態の管理 3)家族間の意思の統一への援助 4)患者、家族の意思決定できるような情報提供であった。

引用文献・参考文献

- 1) 後藤綱, 他:最新医学大事典第2版, 医歯薬出版株式会社, 725, 1998.
- 2) 日野原重明, 他:全国緩和ケア病棟承認施設一覧ターミナルケア, 11(1), 65-68, 三輪書店, 2000.
- 3) 射場典子, 東原正明, 近藤まゆみ:一般病棟での緩和ケア, 緩和ケア, 75-84, 医学書院, 2000.
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部, 平成9年人口動態統計上巻, 135, 財団法人厚生統計協会, 1999.
- 5) 川越博美, 東原正明, 近藤まゆみ:在宅での緩和ケア, 緩和ケア, 100-106, 医学書院, 2000.
- 6) (財)医療経済研究機構医療白書, 230-231, 日本医療企画, 1996.
- 7) 厚生大臣官房統計情報部編, 人口動態社会経済面調査(末期患者への医療, 厚生統計協会), 1994.
- 8) 加藤誠実, 他:日本人の多くが迎えている末期医療の実態について - 平成年度人口動態社会経済面調査末期患者の医療より - , 厚生の指標, 42(10), 25-36, 1995.
- 9) 濃沼信夫, がん終末期に患者に対する余命告知に関

- する研究,ホスピスケアに関する研究報告,11-17,笹川医学医療研究財団,1999.
- 10) 東サトエ:がん患者・家族と看護職者の新たな関係性の構築に関する研究(1) - 日本におけるがん医療と看護の史的考察,11,11-10,鹿児島大学医学部保健学科紀要,2000.
- 11) 中谷美子,三輪尚子,東美香,他:末期患者の希望に関する研究 - 入院経過と希望の内容に焦点をあてて -, 死の臨床,20,152,1997.
- 12) 飯塚友道,荒井和子:ターミナルケア, 9, 73-79,三輪書店,1999.
- 13) 田村恵子, 東原正明:看護婦の立場から, 緩和ケア,46-53,医学書院,2000.
- 14) 中村めぐみ, 東原正明:告知後のサポート, 緩和ケア,54-62,医学書院,2000.
- 15) 樋口昭子,里村吉蔵:緩和ケアの検証と今後の課題, 病院, 61,3, 205-206, 2000.
- 16) 岡田定:一般病棟における緩和ケア, 病院,61, 31,192-197,2000.
- 17) 柏木哲夫:これだけ変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.

Issues and current situation in hospice care from nurses ' point of view in Okinawa.

Rika Kinjo,R.N.,M.H.S.¹⁾ Naomi Maehara,R.N.,M.H.S.¹⁾ Akemi Owan R.N.,M.H.S.¹⁾
Chieko Yoshikawa R.N.,L.L.B.¹⁾ Sachiko Ito R.N.,B.S.N.¹⁾

Purpose: The purpose of this study is to clarify issues and current situation in hospice care at home nursing and palliative care wards.

Research design: the study was conducted using questionnaire among general hospitals, home nursing stations, and palliative care wards.

Findings:

- 1.General hospital and Home nursing stations don't have standards care for patient in terminal stage of life.
2. It is low rate that doctors inform patient about his diagnosis and expected times patient might have.
3. Nurses have such positive thinking as doctors will tell patient the truth when they want to.
4. Nurses think that they give enough information to help family member's decision making ; however, they think that they do not provide adequate information for patient decision making. We will help patient make his decision, also help the family agree to his decision.
- 5.Most of nurses have difficulty in caring for patient and family in terminal stage of life.
- 6.Issues in general hospitals from this study findings are 1)necessary of establishing standards care for patient in terminal stage of life 2)better treatment in hospital 3)knowledge and advanced skills of palliative care 4)foster specialists care 5)better care in the team.
7. Issues in home nursing stations in hospice care are 1)liaison system after office hour, doctors visiting system 2)patient's pain and system management 3)supporting for family decision making 4)providing adequate information for patient and family member's decision making.

Key words: terminal care, home nursing stations in hospice care, telling the truth,making a decision by himself, providing adequate information, issues

1) Okinawa Prefectural College of Nursing