

がん終末期の統合失調症患者を看取る精神科看護師の戸惑いと希望

前鹿児島純心女子大学看護栄養学部看護学科

荒井 春生

研究報告要旨

《研究目的》

本研究では、精神科病院という特殊な医療環境の中で、がん終末期の統合失調症患者を看取る看護師の戸惑いと希望に焦点を当て、示唆を得ることを目的とした。

《研究方法》

関東近郊の A 精神科病院で勤務する看護師 20 人に半構造化面接を行い、質的帰納法による分析を用いた。

《結果》

看護師の戸惑いを示すカテゴリーは、Differences : D 【アプローチの異なり】、Structural : S 【病棟の構造的問題】、Relationship: R 【家族関係の希薄さ】、以上 3 つが挙げられ、サブカテゴリーは 9 つであった。また希望を示すカテゴリーは、Connection : C 【他者と連携する】、D: Dignity 【尊厳ある死を看取る】、以上 2 つが挙げられ、サブカテゴリーは 6 つであった。

《考察》

看護師は、精神的なケアのみならず、がん看護という身体的なケアが新たに加わったことで、【アプローチの異なり】が語られ、これらの心情が戸惑いの要因と推察された。一方、看護師は Relationship: R 【家族関係の希薄さ】の現実を体験する中で、患者のささやかな楽しみを支えるケアに新たな希望を見いだしていたと考えられた。

《結論》

看護師が戸惑いを希望に転換するためには、患者と家族の: Relationship: R 【家族関係の希薄さ】を認識し、尊厳ある死の担い手として実感を深めていく重要性が課題として示唆された。

I. 研究の目的

近年、がん患者の治療と診断技術は格段に進歩し、研究にも力が注がれている。しかし、精神科病院に入院している統合失調症患者のがん治療と緩和ケアの実践に当てはめることは難しい。その理由は大きく2つに推測される。1つめは、統合失調症患者のがんに罹った場合、精神的な訴えとがん症状との見極めが難しく、早期発見や適切な治療が遅れる傾向がある。2つめは、統合失調症患者が一般病院でがん治療を受ける場合、家族の付き添いを条件としている病院がほとんどである。しかし、家族が付き添いを拒否するケースが多く、患者はがん治療を受けられないまま死を迎える現状がある（荒井;2007）。

このような状況から、精神科病院で看護師が統合失調症患者を看取る事例は年々増加しているものの（柿本;金子, 2000, 美濃;宮本, 2003）、がん治療を行うために必要な専門設備は充足しているとは言い難い（荒井;久松, 2011）。

今後、精神科病院の緩和ケアを主体的に進めるためには、看護師の実践能力に期待が寄せられているが、統合失調症患者の視点に立って、がん専門治療の限界を誰がどこで線を引くのか、誰が死を看取るのかといった検討は十分に議論されていない。

そこで本研究では、精神科病院という特殊な医療環境の中で、がん終末期の統合失調症患者を看取る精神科看護師の戸惑いと希望に焦点を当て、示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象施設と対象

対象施設は、関東近郊に所在する総床数 200 床以上の A 精神科病院であった。この病院で勤務するがん終末期の統合失調症患者を看取った経験のある看護師を対象とした。

2. データ収集期間

2010 年 11 月 1 日～2011 年 10 月 30 日

3. データ収集と分析方法

(1) データ収集方法

自記式のアンケート調査および面接法を用いた。筆者は、「あなたががん終末期の統合失調症患者を看取るまでに感じた不安、ためらい、難しさ、困惑したこと、看取るまで大切に行ったケアについて知りたいと思います」「何でも関心がありますのでご自由にお話し下さい」と説明した。そして、看護師の語りを尊重し傾聴する姿勢で半構造化面接を行った。

(2) 患者の基本情報

①性別、②年齢、③がんの原発巣、④がんによる身体的不調の有無、⑤治療病棟、⑥がん専門治療の方法、⑦患者への病状説明、⑧家族への病状説明、以上 8 項目について看護師から情報を収集した。

(3) 看護師の基本情報

⑨性別、⑩年齢、⑪資格、⑫精神科の臨床経験年数、⑬患者のがんを知ったきっかけ、⑭意見を求めた人、⑮参考にしたこと、以上 7 項目について自記式のアンケート用紙を配布し回収した。

(4) 分析方法

データの分析は質的帰納法を用いた。対象者が語った内容は、同意のもとに IC レコーダーに録音し、逐語記録を作成した。さらに、戸惑いを表現していると思われる文脈を抽出し、内容の類似性から共通したテーマを見つけサブカテゴリーに分類し、相互に関連するテーマを統合してカテゴリーを作成した。分析は、質的研究を専門にしている研究者と共に解釈を行い、結果の内容を対象者 3 人に郵送し、妥当性の確保に努めた。

4. 用語の定義

本研究で用いる戸惑いとは、「精神科看護師が、がん終末期の統合失調症患者を看取る過程において、日常生活におけるケアや医療的処置の場面で、不安、ためらい、難しさを感じ困惑する状況」と定義した。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的と方法を説明し研究期間の途中で協力を中止しても、その後、看護業務に何ら不都合が生じないことを説明した。さらに、研究終了後は全てのデータを消去し、廃棄処分をすることについて説明を行い、同意と了解を得てからアンケート調査と面接を行った。

面接は、対象者のプライバシーの保護に充分留意し個室で行った。また、面接への協力については、面接を行う度に対象者の自筆による同意書を取り交わし、署名を確認後、対象者と筆者が各々 1 部を研究終了まで保管した。

以上の研究を開始するにあたり、2010 年 10 月、筆者の所属する研究機関の倫理委員会で審議を受け承認を得た。

III. 結果

1. 患者の基本情報

患者は、男性 11 人、女性 9 人、合計 20 人。年齢は、31～40 歳 1 人、41～50 歳 6 人、51～60 歳 6 人、61～70 歳 4 人、71～80 歳 2 人、81～90 歳 1 人であった。がんの原発巣は、肺 9 人、胃 5 人、肝臓 2 人、その他 4 人。がんと診断され身体的不調の訴えがあった患者は 13 人、なしと答えたのは 7 人であった。患者が治療を受けた病棟は、男子閉鎖病棟 1 人、女子閉鎖病棟 9 人、男子開放病棟 8 人、女子開放病棟 0 人、療養病棟 2 人であった。

主治医ががんの病状を説明した相手は、家族と親せき 18 人、患者 2 人。余命期間は 3 ヶ月以内 5 人、6 ヶ月～1 年未満 15 人であった。家族と親せきの選択は、がんの治療をしない 18 人であった。一方、患者の選択は手術 1 人、化学療法 1 人であった。

本研究の結果から、患者は壮年期から老年期まで年齢層が幅広く、がんの原発巣は肺がんが多かった。患者は、がんによる身体的な不調を訴えていたが、主治医はがんの病状説明と今後の治

療方法について家族と親せきに相談する割合が 20 人中 18 人と高い傾向を示していた。

2. 看護師の基本情報

看護師は、男性 7 人、女性 13 人、合計 20 人で全員が常勤者であった。年齢は、21～30 歳 2 人、31～40 歳 7 人、41～50 歳 8 人、51～60 歳 3 人であった。資格は、准看護師 7 人、看護師 13 人。精神科病院の臨床経験年数は、0～5 年 8 人、6～10 年 7 人、11～15 年が 4 人、16～20 年 1 人だった。女性は、結婚、出産、育児などで退職し再就職した人の割合が 13 人中 10 人と高かった。看護師が患者のがんを知ったきっかけは、病棟の申し送りと答えたのが 20 人中 18 人。また、戸惑いを経験した時に意見を求めた相手は、同僚 5 人、上司 4 人、相談しなかった 11 人だった。

本研究の結果から、看護師は 31～50 歳代の女性が多い傾向を示した。また臨床経験年数の背景には、結婚、出産、育児などで一度退職し、精神科病院に再就職をした女性の割合が高い事実を示していた。

3. 看護師の戸惑い

看護師の戸惑いを示すカテゴリーは、Difference s: D【アプローチの異なり】、Structural : S【病棟の構造的な問題】、Relationship: R【家族関係の希薄さ】、以上 3 つが挙げられ、サブカテゴリーは 9 つであった。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは『 』、で示した (表 1)。

表 1. 看護師の戸惑い

カテゴリー	サブカテゴリー
D【アプローチの異なり】	D1『がん看護の専門的知識不足』
	D2『ケアの見極めが困難』
	D3『死を看取る不安』
S【病棟の構造的な問題】	S1『医療器具の不備』
	S2『がん治療体制のマンパワー不足』
	S3『プライバシーを守る難しさ』
R【家族関係の希薄さ】	R1『家族関係の難しさ』
	R2『孤独な最後』
	R3『家族代理役割の葛藤』

4. 看護師の希望

看護師の希望を示すカテゴリーは、Connection : C【他者と連携する】、D: Dignity【尊厳ある死を看取る】、以上 2 つが挙げられ、サブカテゴリーは 6 つであった (表 2)。

表 2. 看護師の希望

カテゴリー	サブカテゴリー
C【他者と連携する】	C1『患者と家族の橋渡しをする』
	C2『医療者間で情報を提供しあう』
	C3『専門的支援を集約する』
D【尊厳ある死を看取る】	D1『看護師として使命感を持つ』
	D2『患者の思いを引き出す』
	D3『患者の楽しみを優先する』

IV. 考察

本研究の結果から、精神科看護師はこれまでとは違ったがん患者の身体的なアセスメントとケアを経験していた。そのため、『がん看護の専門的知識不足』から『ケアの見極めが困難』となり、がん終末期を迎える統合失調症患者の『死を看取る不安』が高まり、戸惑いの感情が【アプローチの異なり】となって語られたと推察された。山田は、精神科看護師にとって、身体の苦痛や機能低下を伴う終末期患者の身体的ケアは、困難さを伴うと報告している（山田；2008）。今後、精神科病院で緩和ケアを発展させるためには、主治医のみならず他の専門職と連携を円滑にし、患者の身体的苦痛を軽減できるアセスメント項目の精選、看護記録内容の検討、ケースカンファレンスを活用した院内教育体制の充実が示唆された。

その一方、看護師が希望を見つける転機となったのは、Relationship：R【家族関係の希薄さ】の現実を体験したことである。この結果、『看護師として使命感を持つ』という目的意識を持ち、『患者の思いを引き出す』『患者の楽しみを優先する』ケアに新たな希望を見だし、最終的に【尊厳ある死を看取る】成長につながっていったと推察された。久松らは、精神科病院の看護師が家族の代理としてキーパーソンの役割を担っている現状を報告している（久松；荒井,2011）。今回対象となった事例は、患者の意思決定能力に関係なく、家族が治療方針を決定していた割合が高かった。がんの治療方法の選択は、患者の生命の尊厳に関わる重大なできごとである。家族のみならず患者が納得できる病状説明を主治医と看護師が協議できる体制作りが重要と考える。

V. 結語

精神科看護師の戸惑いは、看護師がこれまで経験したことのない Differences：D【アプローチの異なり】が、患者へのケアに影響を及ぼしていた。本研究は、対象者数が少ないため一般化するのには困難であるが、がん終末期の統合失調症患者を看取るためには、全人的なコミュニケーションの必要性、すなわち尊厳ある死の看取りをケアとして位置づける重要性が確認できた。

今後、精神科病院という特殊な医療環境の中で緩和ケアを進めていくためには、Structural：S【病棟の構造的課題】を管理者と共に検討し、患者の病状に合わせた医療器具の充実、プライバシーに配慮した病室の確保が早急の課題と言える。

引用文献

荒井春生,久松美佐子：がんを併発した統合失調症患者を看取る精神科看護師の戸惑いの要因,第17回日本臨床死生学学会大会誌,p66,2011.

久松美佐子,荒井春生:精神科病院における緩和ケアの検討—家族の協力が得られない統合失調症患者の事例から—,第17回日本臨床死生学学会大会誌,p75,2011.

荒井春生:精神科長期入院患者へのSSTプログラムにおける看護師と患者の相互関係,人間総合科学学会誌,Vol.3, No.2,p28-34,2007.

美濃由紀子,宮本真巳：がんを併発した精神疾患患者の治療・回復過程に影響を及ぼす要因,精神科看護,Vol.30,No.6,p48-55,2003

柿本実穂,金子和子:精神科における癌患者のターミナルケア-2例の精神分裂病患者を看取って学んだこと-,精神保健,Vol.45,p86,2000.

山田淳子：看取りにおけるコミュニケーション-患者の苦悩・家族の思いを受け止め寄り添う-,精神科看護,Vol.35,No.11,p46,2008.