

呼吸器疾患における非がん患者の終末期医療に対する現状と課題 ～医師と看護師のインタビューを通して～

具志堅 里 奈 島 袋 笹 乃 照 屋 美津希 城 間 蒔 子 屋 良 祐 介

沖縄赤十字病院 5階西病棟呼吸器内科

要 旨

当病棟では医師・看護師での非がん患者の終末期医療について十分にカンファレンスがなされていない現状があり、医師と看護師の意見の相違が生じているのではないかと感じる。患者にとって最善の医療とケアを提供出来る事を目的とし、終末期医療について医師と看護師のインタビューを通して、実態を明らかにした。

Keywords : 終末期医療、非がん患者、間質性肺炎、呼吸器疾患

I. はじめに

当病棟では医師・看護師間での非がん患者の終末期医療について十分にカンファレンスがなされていない現状があり、医師と看護師の意見に相違が生じているのではないかと考えられる。実際、入院患者の間質性肺炎治療後、症状軽快となり退院調整を行おうとしている時期に再度、急性増悪され本人やご家族の思いをうまく汲み取れないまま医療や看護をすすめてしまい納得のいく終末期看護に繋げる事ができなかったという反省の意見が看護師から聞かれた。

厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」¹⁾によると、終末期において、延命のための医療行為を開始しない事（医療の不開始）や、行っている延命の為の医療行為を中止すること（医療の中止）に関してどのような手順を踏むべきか、医師をはじめ医療関係者が悩む事は多く、判断基準が明らかでないと言われている。

そこで、本研究では医師と看護師のインタビュー

を通して、終末期医療について実態を明らかにする事で患者にとって最善の医療とケアを明らかにする。

II. 研究方法

1. 期 間 平成28年8月1日～9月30日
2. 対 象 5階西病棟呼吸器内科
医師 3名 看護師 32名
3. 調査方法

医師・看護師へ5～10分程度のインタビュー実施。調査趣旨、内容、方法、倫理的配慮について口頭及び文章で説明し、下記の質問項目に沿って自由形式での発言を依頼した。

- ① 非がん患者の終末期についてどう考えますか
- ② 当病棟看護師と終末期における非がん患者との関わりについてどう思いますか
- ③ 急性期病院である当病棟において非がん患者の理想の終末期医療とはどういったものだと考えますか
- ④ 非がん患者の終末期について日頃から看護師との情報共有はどういった形で図っていますか
- ⑤ カンファレンスなどは現在ありませんが医師との看護師とのカンファレンスと聞いてどう思

(平成30年9月15日受理)

著者連絡先：具志堅 里奈

(〒902-8588) 沖縄県那覇市与儀1-3-1

沖縄赤十字病院 5階西病棟呼吸器内科

いますか

半構成的面接法で面接を行い、面接データは対象者の承諾を得て、ICレコーダーへ録音した。

質問者1名、記録者1名 応答者1名

4. データ分析方法

録音した内容を、逐語録におこした。その逐語録から呼吸器患者の終末期医療に対する現状課題について語られている部分を抽出しコード化した。内容の類似性及び相違を比較検討し、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。カテゴリー化に関しては信頼性を得るため研究者5名で十分にディスカッションを行った。

Ⅲ. 結果

呼吸器患者における非がん患者の終末期医療に対する現状と課題として【医師・看護師間の情報共有不足】【患者との関わり】【終末期に対する認識】の3つのカテゴリーと10つのサブカテゴリーが抽出された。

以下、カテゴリーを【 】,サブカテゴリー〈 〉、コードを「 」で示す。

【医師・看護師間の情報共有不足】では、〈直接的な関わり〉、〈間接的な関わり〉、〈カンファレンスの必要性〉の3つのサブカテゴリーと11のコードから成った。

情報共有について「改めて場を設けて詳しく説明を聞いていない」「Drと直接意見交換は難しい」というような医師と〈直接的な関わり〉を行っていない内容もあった。それに加えて、「リーダーを通して関わっている」、「カルテからDrの考えを読み取っている」というようなカルテやリーダー看護師から情報を得て〈間接的な関わり〉で情報を得ている内容であった。

【患者との関わり】では〈患者との関わり不足〉、〈身体的・精神的苦痛の緩和ができない〉、〈マンパワー不足や業務の忙しさから思うようなケアができない〉、〈状態悪化後の対応やDNRをとるタイミングの相違〉の4つのサブカテゴリーと15のコードから成った。

患者との関わりについて「看護師として気持ちに

寄り添った看護ができていないか」「症状緩和できているのか不安に思う」と〈患者・家族との関わり不足〉や「DNR等ははっきり方針を伝えていないため患者・家族の受け入れる時間がない」「亡くなるぎりぎりの時期に麻薬使用を開始している」と看護師は医師との間に〈状態悪化後の対応やDNRをとるタイミングの相違〉を感じている。

【終末期に対する認識】では、〈患者・家族が望む意向を提供出来ているか不安〉、〈呼吸器の終末期とは〉の2つのサブカテゴリーと6つのコードから成った。

終末期に対する認識について、「患者の希望は汲み取れているのか？」や「患者・家族が望む最期を迎えてほしいが難しいと感じる」というような〈患者・家族が望む意向を提供出来ているか不安〉という意見や「患者の為に延命ではなくターミナルに向けた家族への関わりを看護師からすべき」や「看護師として症状緩和が出来ているかモヤモヤする」というような終末期に対する患者への関わり方について不安が聞かれた。

Ⅳ. 考察

1. 医師・看護師間の情報共有

まず最初に飯野らは²⁾「医師と看護師間の情報共有が出来ていない事は、患者の意思を尊重した援助が出来ない事に繋がる」と述べている。当病棟ではリーダー業務は大体3年目から訓練に入っており、医師へ直接口頭で指示確認や患者について対話するという行為、コード「直接的関わり」が3年目以上から訓練される。しかし1～2年目の経験年数が浅い看護師はそのような経験はあまりない。コード「リーダーを通して関わっている」「メールやカルテ上での医師のコメントから」「先輩スタッフに介入してもらおう」など先輩、リーダー、メールを通して確認するというサブカテゴリー「間接的関わり」がほとんどである。宇城は³⁾「先輩と上司からのサポートがあるほど協調性と自己主張ともに高くなる。これは各看護師が患者ケアにおいて自分の考えや意見がうまく言えない場合、どうすればともに患者に提供する医療やケ

アを話し合えるのか、医師に自分の意見を伝えられるのか、など先輩や上司の助けを借りながら考え実際に経験することで医師へ自己主張することや協調的な態度を高められる」と述べている。サブカテゴリー「直接的関わり」を訓練された3年目以上の看護師が必要時医師と情報交換し、その内容をチームに拡散しチームで全体共有できるよう努めていくことで²⁾「医師・看護師をはじめとするメディカルスタッフが目標を統一しチームとして関わっていくこと」ができると考える。

2. 患者との関わり

コード「看護師として気持ちに寄り添った看護ができていないか」「症状緩和できているのか不安に思う」「患者の不安や呼吸苦を取り除くことができていない」「告知された患者と未告知の患者への関わり方の難しさがある」にあるように日々患者に関わるなかで不安や葛藤が伺える。田村は⁴⁾「患者の病状の悪化や死が避けられないことは自明であり、ストレスをそれ自体を軽減することは困難である。患者の恐れや不安、怒り、喪失感などにも寄り添い続けることにも目には見えないが現実には医療者にとって大きな心身の負担となっている。」と述べている。また当病棟では急性期から終末期の患者が混在していることで業務上、患者の希望に十分に添うには困難な状況にあったり経験年数が3年以下の看護師が病棟全体33名中11名と3分の1を占める事から、患者や家族との関わり声掛けに戸惑いが生じることが予想される。そのため緩和ケアやリハビリスタッフ、薬剤師など他職種に積極的に介入を依頼しサポートを得る事で患者に寄り添える時間をつくる、経験のある看護師に相談する、必要に応じて再度医師に説明の依頼や方針の確認をして対応の統一化を図ることも重要であると考え。有田は⁵⁾「生死につながるような人生上の体験のような臨床上の転換期を契機に、医師はその患者の終末期を認識して終末期に関する対話を始めるべきである」と提案している。しかしコード「DNR等ははっきり方針を伝えていないため患者・家族の受け入れられない時間がない」「亡くなるぎりぎりの時期に麻

薬使用を開始している」とあるように、看護師は医師との間に状態悪化後の対応やDNRをとるタイミングの相違を感じている。医師の考えや意向を聞ける機会が少なかったり、意向がはっきりしていないことがあるため、看護師は患者の意思決定を支え、患者、家族の代弁者となり医師に思いを伝えていく事が必要である。このことから医師と合同カンファレンスを開けるような働きかけや日々のカンファレンスの中で話し合った内容を記録に残し、個々の意見ではなくチームや病棟全体で情報共有をすることでより良い患者への関わりに繋がると考える。

3. 終末期に対する認識

竹川は⁶⁾「慢性呼吸器疾患は、予後の予測が困難な為、換気補助が必要となった場合の治療の選択や鎮静薬に対する意思決定支援が遅れてしまう事が少ない」と述べている。コード「患者の希望は汲み取れているのか？」や「患者・家族が望む最期を迎えてほしいが難しいと感じる」とある様に看護師は、終末期にある患者において、自分の意思とは異なり人工呼吸療法がおこなわれたり、患者自身、急速に臨死期に向かっている病状を認識できず大切な家族に伝えておきたい事を伝えるなど、身辺整理が出来ないまま、最期を迎える事があると感じている。人の意思は状況や環境によって揺らぐものであり、患者にとっての「最善」は患者にしかわからない。したがって、終末期を生きていくのは患者であり、終末期をどのように迎えていくのかを自己決定出来る様に支援する事が私達、看護師の役割ではないかと考える。当病棟では、急性期病棟であり、日常業務をこなしながらの終末期医療に携わるのはどうしても時間が限られており、専門的な分野に関して知識の差があり、患者の希望に十分に添うには困難な状況にある。その為、他職種と連携し情報共有しながら、支援していく事が必要であると考え。

富井⁷⁾は「終末期の呼吸管理の基本は人間として尊厳を保ちつつ如何に死を迎えるかという点であり、回復を主目的とした治療から緩和治療への切り替えという意識が必要である。そして現状

治療の維持、さらなる介入の差し控え、緩和目的を除くいくつかあるいは全て撤回など、患者の個別性に配慮した決定を行うべきである」と述べている。コード「患者の為に延命ではなくターミナルに向けた家族へのかかわりを看護師からすべき」や「看護師として症状緩和が出来ているかモヤモヤする」という事から、常日頃から、呼吸器疾患患者の終末期に携わって行く中で、呼吸苦など、患者の辛い場面に遭遇している看護師だからこそ、最期を穏やかに過ごして欲しいという思いが強いのではないかと考える。意思決定を行うのは患者であるが、状況に応じて家族へ意思決定をしてもらう必要がある。最終的な意思決定の方向性が患者本人及び家族が納得できるように今後、看護師として出来る事は医療現場で患者の代弁者として発言し、擁護していく事であり、また看護師ひとりひとりがその役割を認識する事、さらに、医師だけに押し付けるのではなく、チームで対応できるように調整する事、看護のケア能力を高めていく事がよりよい患者さんへの援助に繋がると考える。

V. 結 論

1. 直接的関わりを訓練された3年目以上の看護師が必要時医師と情報交換し、その内容をチームに拡散しチームで全体共有できるように努めていく必要がある。

2. 患者の身体的苦痛に関して、医師・看護師とともに十分な医療やケアを提供する必要がある。
3. 最終的な意思決定の方向性が患者本人及び家族が納得できるように今後、看護師として出来る事は医療現場で患者の代弁者として発言し、擁護していく。

参考文献

- 1) 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書
- 2) 飯野初代、熊本良宏、魚矢ゆたか：A病棟の看護師が感じている倫理的ジレンマへの取り組み
- 3) 宇城令、中山和弘：病棟看護師の医師との協働に対する認識に関連する要因、日看管会誌Vol 9、No2、2006 22-30
吉本鉄介：[がん患者さんの「呼吸困難」にどう対応する?] がん患者さんの呼吸困難基礎知識と原因病態・疾患エキスパートナース25、116-121、2009
- 4) 田村恵子：[緩和ケアに携わる人の“つらさ”と癒し] 緩和ケアで“つらさ”といわれるものをどう考えるか、緩和ケア 22:487-490, 2012
- 5) 有田健一：終末期の事前指示をめぐる現状と今後の課題、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌、21、(2)、110-117、2011
- 6) 竹川幸恵：慢性呼吸不全終末期の看護ケア
- 7) 富井啓介：急性期呼吸不全終末期の管理