

終末期がん看護ケアに対する 一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討

宇宿文子¹⁾ 前田ひとみ²⁾

Review and critique from a literature search of stress and difficulties of nurses working at general wards involved in cares of patients with end-stage of cancer.

Fumiko Usuki¹⁾, Hitomi Maeda²⁾

Abstract :

The purpose of this study was to clarify factors which gave stresses and difficulties of cares to nurses working at general wards involved in cares of patients with end-stage of cancer using methodological critique and guidance.

A literature search of “end-stage”, “terminal”, “nursing”, “difficulty”, and “stress” as keywords was performed through “Igaku Chuo Zasshi” from 1983 to 2008. Lists of references and citations were also included in the search. A keyword search “specialized cancer unit” was excluded.

Fifty-two literatures were extracted from the literature search. The number of published literatures increased since 2005, and nine literatures was extracted in 2008 which is the highest number. Eight categories were extracted from literatures including “nursing of patients”, “cares of families”, “terminal care”, and “partnership with doctors”, “intra-professional work”, “inter-professional work”, “caring environment”, and “problem of oneself”.

These results indicated that the difficulties of cares and stress of nurses are associated with caring environment at general wards, nurses' view of life and death, practical knowledge, and skills of cancer nursing.

Key words : end-stage, cancer care, nurse, stress and difficulties, literature review

I. はじめに

現在、医療技術の高度成長・発展により、悪性腫瘍（以後がんとする）は慢性疾患の1つとしてとらえられるようになってきた。しかし、がんは昭和56年以降、我が国の死因の第一位となってお

り、すべての年代で死因の上位を占めている¹⁾。そして、がんの部位や種類によっては根治が難しく、患者はいつ再発するか分からないという不安定な状況の中で生きていかななくてはならない²⁾。このようにがん患者は、手術療法による創痛や喪失感、化学療法や放射線治療による副作用、社会

1) 熊本大学大学院保健学教育部

2) 熊本大学大学院生命科学研究部

復帰の問題だけでなく、生命に対する不安や恐怖など、さまざまな苦痛を抱えている³⁾。特に終末期がん患者では、病状の進行に伴い、死に直面せざるを得ない状況となり、約7～8割が身体的苦痛に加え、精神的な苦痛が増してくる³⁾ことが報告されている。そのため終末期の患者の生活を支援していくときに、その人のQOLをいかに維持していけるかが重要⁴⁾となる。

平成16年に行われた終末期医療に対する国民意識調査⁵⁾によると、終末期における療養場所の希望として自宅を選択したのは約6割であった。しかし、我が国におけるがん患者の在宅死亡割合はわずか約6.7%である⁶⁾。国内に病院は8776施設あるが、その中でがん診療拠点病院は375施設(全体の4.2%)、緩和ケア病棟のある病院は199施設(全体の2.2%)しかない⁷⁾。これらのことから、がん患者の多くは、一般病棟で終焉を迎えているといえる。

多くのがん患者が終焉を迎える一般病棟には、急性期から終末期まで様々な患者が入院している。近年では、在院日数の短縮化⁸⁾によってめまぐるしく入退院が繰り返される中で、看護師は終末期がん患者と関わり、看取りをする状況に遭遇する機会が増えてきている。そのような中、さまざまな苦痛を持ち、死が迫っているがん患者とのかかわりに対し困難を感じる看護師は少なくない⁹⁻¹⁴⁾。看護師の患者ケアに対する困難感が強くなると、患者のもとへ足を運ぶことが少なくなり、コミュニケーション不足がもたらされる。その結果、患者は看護師に苦痛を十分に理解してもらえず、ニーズに沿ったサポートを得ることが困難になり、ひいては身体的・心理的苦痛を抱えたまま死を迎える可能性が大きくなることが予想される。

そこで、一般病棟看護師に対するがん看護の実践能力向上に向けた支援や教育を考えるための基礎資料として、本研究では、一般病棟看護師が抱える終末期がん患者へのケアに対する困難を生みだしている要因を文献検討から明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 文献検索の抽出方法

看護師が困難感を感じる背景として、河野¹⁶⁾はナース自身の中に死の恐怖心が生じ、それに対する防衛のために患者とコミュニケーションができなくなると述べ、困難感を感じないためのひとつの解決策として、死生観を明らかにすることであると報告している。このことより、看護師が困難感を感じる関連要因として、看護師個人の死生観があげられる。死生観は文化により異なることから、今回検討する文献は国内のみに限ることにした。

文献に関しては、医学中央雑誌web.ver4により、1983年から2008年までの過去25年間に掲載された研究論文を対象とした。

笹原¹⁷⁾は過度の困難感ストレスやバーンアウトにつながる可能性が考えられると述べている。看護ケアにおける困難はストレスの原因となるといえる。そのため検索時のキーワードは、「終末期」「看護」に「困難」または「ストレス」を加えた。

終末期はターミナルという表現をしていることがある。淀川キリスト教病院ホスピス編の緩和ケアマニュアル第5版¹⁸⁾では、「ターミナルステージの判断は時間単位(月、週、日)で考えるのが臨床上便宜で有用である」と述べられている。終末期とは一般に「現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が6か月以内と考えられる段階」¹⁸⁾とされる。ターミナルステージにおいても生命予後が月単位から考えられるので、「ターミナル」もキーワードに加えた。これらのキーワードで抽出された論文を、本研究の最終目的から、①研究主題ががん看護に関係している、②研究対象者が一般病棟看護師(緩和ケア病棟・ICU・介護施設・在宅を除く)である、の2点を選択基準として設け、これらに合致する研究を分析対象とした。

2. 文献検討

対象となる文献から、終末期がん患者の看護ケアにおける看護師の困難またはストレスを生みだしている要因をクリップエンドルフの手法¹⁹⁾を参考に、2名で内容分析を用い、コード化した。同じ内容を持つと考えるコードをまとめて、サブカテゴリー、カテゴリーとまとめて、ネーミングした。カテゴリー名は【 】、カテゴリーを構成するサブカテゴリー名は『 』で示した。

Ⅲ. 結果

1. 対象となる研究論文の年代による推移

「終末期」をキーワードとして検索した結果4,926件が抽出され、それらに「看護」を加えると2,601件の文献に絞られた。さらに「困難」を加えると135件であり、「ストレス」では58件の文献が抽出できた。また「ターミナル」をキーワードに検索すると15,533件が抽出され、「終末期」の検索同様「看護」を加えると8,822件に絞られ、さらに「困難」を加えると304件、「ストレス」では151件の文献が抽出できた。

抽出できた文献を原著論文・解説・総説で絞り込むと、「終末期」「看護」「困難」では101件、「終末期」「看護」「ストレス」では38件、「ターミナル」「看護」「困難」では220件、「ターミナル」「看護」「ストレス」では107件に絞られた。重複したものを除外し、論文の表題、要旨の内容から、終末期がん患者看護ケアに関する看護師の困難またはストレスに関する研究論文であるか否かを検討し、今回の研究目的に合致すると確認した52件を研究対象とした。

対象となる研究論文の発表年別推移をみると、1988年に2件発表されている。その後1990年に4件と発表があるが、1988年から2004年までの発表件数は年間1～3件であった。しかし2005年頃より発表件数が増え、2008年は9件と最も多く報告されていた(図1)。

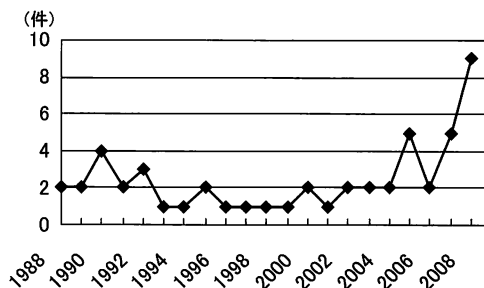


図1 年次別研究件数 (1988年～2008年)

2. 文献から抽出された終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難またはストレスを生みだしている各要因について

対象となる52件の文献から、終末期がん患者の看護ケアにおける看護師の困難またはストレスを生みだしている要因は、44文献より410コードを抽出することができた。これらの要因を分析した結果、【患者との関わり】、【家族との関わり】、【看取り】、【医師との関わり】、【看護師間の関わり】、【他職種との関わり】、【ケア環境】、【自分自身の問題】という8つのカテゴリーに分類できた。

表1 抽出されたカテゴリー・サブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
患者との関わり	病名・病状説明の有無
	症状コントロール
家族との関わり	家族への対応・サポート
	患者・家族間の調整
看取り	死との対峙
	ケアとしての看取り
医師との関わり	意見の不一致
	患者に対する配慮不足
	連携・コミュニケーション不足
看護師間の関わり	ケアに対する方針・認識の相違
	上司・同僚との関係
他職種との関わり	情報交換・連携の不足
ケア環境	時間的余裕の不足
	設備・構造の不備・不適切さ
看護師自身の問題	自己の能力
	個人の喪失体験
	自己評価の低さ

1) 【患者との関わり】について

【患者との関わり】は35件の文献から抽出でき、『病名・病状説明の有無』（48コード）、『症状コントロール』（21コード）のふたつのサブカテゴリーから構成された。『病名・病状説明の有無』では、小松ら²⁰⁾が「病名説明に関すること」について、病名を知らされていない患者と知らされている患者の関わり関するストレスを明らかにしている。それによると、病名を知らされていない患者との関わりにおいて、看護師は患者に真実を見透かされているのではないかと緊張し不安を募らせている。その一方、病名を知らされたり悪い知らせを伝えられた患者は、落ち込んでいたり、無反応・拒否的になったり、予後や死について看護師に話しかけてくる。このような患者と関わることに對して看護師はストレスや困難を感じると報告している。

また、がん終末期の患者は様々な苦痛症状が出現してくる。医療チームの中でも24時間患者に近い存在である看護師は、常に『症状コントロール』への対応が求められる。症状コントロールが図れないことで苦痛が持続する患者を目の前にして、何か出来ることはないかという葛藤が生じ、患者との関わりの困難やストレスが生じる^{12, 13, 17, 20-35)}ことが報告されている。

2) 【家族との関わり】について

【家族との関わり】は29件の文献で、『家族への対応・サポート』（43コード）、『患者・家族間の調整』（20コード）のふたつのサブカテゴリーから構成された。

家族は患者に近い存在であり、病名から病状経過など悪い知らせを多く聞かされることから、様々な不安や苦悩を、怒りや不満として看護師に表出する^{10, 17, 20, 33, 35-38)}。また患者の長期的な闘病生活のため家族も心身の疲労を感じる。そのため看護師は家族の予期的悲嘆や不安軽減など、家族の情緒的サポートについて困難を感じていた^{11-14, 17, 20, 26-27, 30, 33, 34, 37-41)}。そして急性期と終末期が混在していることで優先

しなければならない治療があり、また他患者の処置等に追われ、時間的ゆとりを持てないために、家族の要望に応えられないことも看護師のストレスになっていること^{10, 12, 13, 24, 30, 31, 33-35, 40-45)}も挙げられている。

『患者・家族間の調整』としては、病名を知らされていない患者に対し、家族が患者の前で答えられない質問をしてくる場合、看護師は戸惑いを感じたりする^{20, 38, 39)}。また家族とのつながりが薄かったり、患者との関係がうまくいなくなっている家族の場合、それらが原因で患者が辛さや寂しさを感じていることを看護師が知った時、ストレスの要因となることが述べられている^{11, 20, 23, 31, 38, 46)}。

3) 【看取り】について

【看取り】は17件の文献で、『死との対峙』（20コード）、『ケアとしての看取り』（13コード）のふたつのサブカテゴリーから構成された。

小松ら²⁰⁾は看取りによる困難やストレスの感じ方は、経験年数の長短で異なっていることを報告している。臨床経験が少ないと、『死との対峙』をすることにより、死そのものに脅威を覚え、無力感や喪失感を感じる。一方、臨床経験が豊かであると家族の悲しみに目を向け、“自分自身が十分関われなかった”、“もっとよいケアができたのではないか”などの『ケアとしての看取り』について自責の念を持ち、無力感を感じる^{17, 20, 23, 29, 34, 38-39, 42, 46)}。また坂口ら⁴⁶⁾は看取りの看護において、患者が急変により亡くなった場合、助けることができる命ではなかったのだらうかと自責の念を持ち、無力感を感じることも明らかにしている。

4) 【医師との関わり】について

【医師との関わり】は25件の文献で、『意見の不一致』（9コード）、『患者に対する配慮不足』（13コード）、『連携・コミュニケーション不足』（21コード）の3つのカテゴリーから構成された。小松ら²⁰⁾は、医師の治療方針と自分たちの『意見との不一致』や『患者に対する医師の配慮が足

りない』と感じていたり、医師と患者のとらえ方の違いによって、看護師は患者と医師との板挟みになっていると感じており、その結果、看護師には医師に対して不満、不信、葛藤といったストレスがあると報告している。また医師との連絡・調整不足による困難やストレスも感じていた。小島³⁸⁾は、がん終末期医療における看護師と医師の双方の気持ちを明らかにしている。それによると、看護師は常に患者のそばにいて、患者の気持ちを「知らせたい、伝えたい」と思い、医師に伝える。しかし医師は患者が悪化していくことに対し、焦りや自信のなさを感じており、看護師が患者のことでの要求が、非難されているように感じると述べ、医師との関わりでのストレスはコミュニケーション不足が原因であると述べている。このように『連携、コミュニケーション不足』より看護師は困難やストレスを感じる要因となっている。

5) 【看護師間の関わり】について

【看護師間の関わり】は19件の文献で、『ケアに対する方針・認識の違い』(12コード)、『上司・同僚との関係』(26コード)であった。小松ら²⁰⁾は、看護師間で『ケアに対する方針・認識の違い』があると、同僚看護師に対して、不満、不信、葛藤といったストレスを感じると報告している。また【患者との関わり】でも挙げられているように、症状困難な患者への対応などで看護師自身も困難やストレスを感じている。『上司・同僚との関係』において、その困難や苦しい思いを上司に分かってほしいと願っているが、上司に未熟さを指摘されたり、思いを分かってもらえないと感じると、ますますストレスが生じると述べている。小原ら¹⁴⁾は、患者のケア記録の簡素化や申し送り排除によって、スタッフ間の情報共有ができず、スタッフ全員で関わるできないことが、困難やストレスを誘発すると報告している。

6) 【他職種との関わり】について

【他職種との関わり】は7件の文献で、『情報交換・連携の不足』(15コード)のサブカテゴリーから構成された。終末期がん患者の看護において困難を生じた場合、多面的に患者のケアの方向性を見直す手段としてカンファレンスの実施がある⁴⁷⁾。しかし他職種に医療チームカンファレンスの必要性を話しても理解してもらうことがなかなか難しいことが、チーム医療についての困難感を生み出している¹³⁾。一方、大堀ら³¹⁾は緩和ケアチームの介入により、看護師が自身のケアの振り返り、ケアの方向性や新たなケアへの意欲につながるなど、チームアプローチが看護師に大きな影響を与え、困難感の軽減につながったことを報告している。

7) 【ケア環境】について

【ケア環境】は21件の文献で、『時間的余裕の不足』(25コード)、『設備・構造の不備・不適切さ』(19コード)の2つのサブカテゴリーから構成された。一般病棟では、【家族との関わり】でも述べたように、急性期と終末期が混在していることで優先しなければならない治療があり、また他患者の処置等に追われ、『時間的余裕の不足』のため、患者や家族の話をゆっくり聞きたくても聞けないといった状況がある^{12, 27, 33-35, 43-45, 48-50)}。大野ら¹²⁾は患者の話を聞きたくても、優先しなければならない他患者の治療や処置のため時間的余裕がないが、看護師はもっと関わりたいと感じていると述べている。また終末期患者が急性期患者との共同空間で、静かに過ごすことができないことや、静かな個室で最期を看取れない・患者が望む場所で最期を迎えることが難しいなど、『設備や構造の不備・不適切さ』も看護師のストレスの要因となっていることが報告されている^{13, 14, 17, 32, 36)}。

8) 【看護師自身の問題】について

【看護師自身の問題】は28件であり、『自己の能力』(36コード)、『個人の喪失体験』(4コード)、

『自己評価の低さ』(11コード)という3つのサブカテゴリーから構成された。

看護師は自分自身の知識・技術不足により、患者の症状緩和ができないと感じていた^{17, 20-21, 23, 24, 26-28, 30, 31, 35-39, 41, 43-45)}。手島²³⁾は、経験年数が少ない看護師は技術不足についてストレスがあると感じ、経験年数が豊富であると、患者の対応方法に関する知識について不足していると認識していると報告している。また小松ら²⁰⁾も同様に、経験年数によって思い悩む能力の詳細な違いについて述べ、経験年数の少ない看護師は十分な知識・技術がないことへの自信のなさや自己嫌悪といったストレスを表している。一方経験を積んだ看護師は、患者の苦悩に対する関わりを通して、自分の人間性の乏しさ、死生観、看護観のあいまいさに葛藤していることも指摘している。

『個人の喪失体験』について、野末⁵¹⁾は事例を用い解説している。それによると、看護師個人の特定の人の死別体験に対する喪の作業が行われていなければ、亡くなった人と類似した患者に出会うと無意識に同一視してしまい、葛藤を生じると述べている。

また近藤⁴⁵⁾は死を看取る看護師の体験している苦悩の一つである命にかかわるケアの限界感についての構造を明らかにしている。それによると、看護師が患者・家族は何を求めているのかとケアを追求していく中で相対的に自己評価が厳しくなり、その上ケアへの困難感などの経験が加わることで、ケアへの限界感を感じていると述べている。また大堀ら⁴³⁾によると、終末期看護の目標と実際に行うケアとのギャップから、自己の看護に低い評価をもたらす傾向があり、『ケアに対する自己評価の低さ』によりバーンアウトを引き起こすことがあると述べている。

IV. 考察

1. がん終末期患者の看護ケアにおける困難またはストレスに関する研究の動向

がん終末期患者の看護ケアにおける困難またはストレスに関する研究は、その推移をみると、1988年に小松ら³⁶⁾が終末期に携わる看護師のストレスについて研究を行ってから2004年まで発表件数は1~3件であるのに対し、2005年より徐々に発表件数が増えてきている。我が国におけるがん医療の取り組みとして、2003年に文部科学大臣、厚生労働大臣の合意による「第3次対がん10か年総合戦略」が策定され、がん医療の格差の是正を図ることなどを目標に2004年から大規模なプロジェクトが開始された⁵²⁾。がん疾患に対する様々な治療や支援に対応できる医療機関が近くにあることが望ましいが、全ての医療機関が対応できるように体制を整えることは難しいことから、各診療レベルに応じた役割分担と連携を行うことの重要性が示された。このような医療環境の変化によって、2005年以降の文献が増えてきていているのではないかと考える。

2. 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難またはストレスを生みだしている各要因について

今回、抽出できた終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難またはストレスを生みだしている各要因について、ホスピス・緩和ケア病棟の文献と比較しながら考察する。

2000年の朝日新聞社全国世論調査⁵²⁾によると、がんであることを知らせてほしいと思う人は76.6%に達し、1989年調査の59%と比較し、大幅に増加していることを示している。このことから病名・病状説明に対する国民の意識変化があり、本人に病名・病状説明がされるようになってきたためか、2000年以降、病名・病状説明をされていないことによる看護師の困難やストレス報告は少なくなっている。【患者との関わり】を構成している『病

名・病状説明の有無』においては、説明されていない場合と説明されている場合では、ストレスの内容が違っていることがあげられた²⁰⁾が、ホスピスにおいても患者が病名を知っているか否かにかかわらず、患者が病状の悪化に伴っていらだったり、看護師は不安や恐れ感じることが多くなり、患者の対応に戸惑ったりすると報告されている⁵⁴⁾。このことから『症状コントロール』が図れず苦痛が持続する患者や、死が近づいていることを感じ苦悩する患者を目の前にしたとき、看護師は一般病院でもホスピスでも困難やストレスが生じるといえる。

上山⁵⁵⁾は、緩和ケア病棟の看護師の多くが、一般病棟と比べ緩和ケア病棟では、ある程度の症状コントロールができていてと感じていたと述べている。ホスピス・緩和ケア病棟の看護師は症状緩和のための専門的知識を基に積極的に症状緩和を実践することが求められている⁵⁶⁾。それに対し一般病棟では、急性期から終末期の患者が混在しており、様々なケアが求められていることから、【看護師自身の問題】の『自己の能力』で挙げられていたように、終末期ケアに対する困難さは看護師のがん看護や症状緩和に対する知識や技術不足が関連していることが予測される。その一方で、大堀ら⁴³⁾は個々の患者への看護が行き届かない状況は、終末期医療の知識・技術が不足しているという看護師自身の問題だけでなく、環境の問題も関連していると指摘している。一般病棟ではホスピス・緩和ケア病棟と比べ、患者数に対する看護師の配置数も少なく⁵⁷⁾、また急性期の患者の処置等に時間をとられ、終末期患者に十分な医療やケアを提供できない^{12, 27, 33-35, 43-45, 48-50)}。今回の結果でも【看護師自身の問題】の『自己の能力』は【ケア環境】が影響していることを推察できるような内容も挙げられていた。

多様なニーズを持つ終末期がん患者のケアは、医師や看護師だけでなく、精神科医、薬剤師、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど、他職種スタッフでのチームアプローチが必要である⁵⁶⁾。しかし、

治療中心の一般病棟では、従来からの主治医を中心にした医療が行われていることが多く、他科の診察を受けるには、主治医を通し、依頼書などを介して連絡をとる必要がある。そのため、患者・家族の身近にいる看護師が医師に患者の状況を正確に伝える役割を担うことが少なくない。医師－看護師の意思疎通がスムーズにいかない場合、患者の苦痛や苦悩は軽減せず、看護師は【医師との関わり】において、不満や不信、葛藤といったストレスを感じ、それによって困難を感じる²⁰⁾。また【他職種との関わり】においても看護師はチームカンファレンスの必要性を感じているが、他職種に必要性を理解されない場合があり、そのとき看護師は困難やストレスを感じる¹³⁾。一方、ホスピスや緩和ケア病棟においては、このような一般病棟と比較して、患者・家族を中心とした医療者・ボランティアを含むチームアプローチを行い、ケアの理念や目標を共有している⁵⁷⁾。大堀ら³¹⁾が緩和ケアチームの介入により病棟看護師は問題の整理と対応方法の提示、悩みや困難の相談により看護師の無力感は和らぎ、また症状緩和の方向性を示されることで安心感が生まれ、看護師の患者へ積極的に関わろうという姿勢につながったと報告していることから、緩和ケアチームが稼働することは、看護師の困難やストレスの要因を軽減させる効果があると考えられる。

診断がついた時から看護師は患者・家族の心の揺れとともに経験し、つらい治療を乗り越えるという経験を分かち合い、終末期を迎えることができ、そのため患者・家族の心情を早い時期より知ることができることも一般病棟における特徴であるといえる⁵⁶⁾。死が迫っている患者や患者の近くにいた家族が、予後について強い不安や恐れを抱き、看護師にその気持ちを分かちたい、保証して欲しいと思い、死について話すことがある。終末期看護の目標と実際に行うケアとのギャップから、自己の看護に自信がもてず、自己評価が低くなり、その結果、看護師自身が無力感となることが推測される。さらに、看護師はじっくりと関

われないという【ケア環境】での困難を感じるだけでなく、看護師自身が、死が避けられない状況にある患者を目の前にしたときに、患者と共に死について語ったり、死を見つめていくだけの信念や自信がなければ、患者と関わることに不安や恐れを感じる。河野¹⁶⁾は、この不安や恐れに対し、死に対する確固たる死生観を持つことが必要になってくると述べている。また斉藤ら⁵⁸⁾は看護職の死をめぐる考え方について調査し、患者の臨終に立ち会うことで患者にとって良い死とは何かを考え、看護師自身の死生観を形成する機会になり、経験を重ねることによって、患者の死を看取るという専門職の意識に変化していくと述べている。終末期がん看護ケアにおける看護師の困難やストレスの要因となっている【看取り】についても同様の結果であり、経験年数が浅い看護師は死そのものに恐怖を覚え、無力感を感じ、経験年数が豊富な看護師は、家族の悲しみに目を向け、自責の念を感じ、無力感を感じている²⁰⁾。このように看護師は患者の死を通して、自分にとっての死・生の意味を見出し⁵⁸⁾、死生観を形成しているといえる。菅原⁵⁹⁾は、経験が多いことによるゆとりは実践的知識を獲得したことによって生み出されるものである一方、看護師が死の恐れや感情にとらわれると、患者の死と自分の死を切り離し、意識的・無意識的に患者から逃げてしまっていると述べている。このように経験年数を重ねることだけでなく、経験を実践的知識として獲得していくことにより、【看取り】に対する困難やストレスの要因が変化していくことであると考えられる。

また看護師は、このような困難やストレスなどの苦しい思いを上司に分かってもらいたいと願うが、未熟さを指摘されたり、思いを分かてもらえないと感じたり、看護師同士認識の違いがあるなど【看護師間の関わり】が、困難やストレスの要因になることもある。畠山ら⁶⁰⁾による緩和ケア病棟に入って間もない看護師の経験の特徴の調査によると、患者や家族から受けるストレスをチーム内で愚痴を言い合って発散する人とそれを聞く

ことがストレスになっている人がいたと報告している。看護師間で感じ方は異なるため、ホスピス・緩和ケア病棟においても一般病棟においても、【看護師間の関わり】は困難やストレス要因になっていることが分かる。

また大堀ら⁴³⁾によると、終末期看護の目標と実際に行うケアとのギャップから、自己の看護に低い評価をもたらす傾向があり、バーンアウトを引き起こすことがあると述べている。

以上のことから、看護師が「患者にとって良いケアとはなにか」「もっとこうしてあげればよかった」と悩みながらケアに取り組んでいる⁵⁶⁾ことは一般病棟同様、ホスピス・緩和ケア病棟の看護師にも共通していることがわかった。しかし、今回の文献検討の結果、看護師自身の死生観や患者の症状コントロールが図れないこと、また急性期の患者の処置等に時間をとられ、終末期患者に十分な医療やケアを提供できないなどの【ケア環境】の違いが、一般病棟の看護師ががん終末期看護に携わる看護師の困難さを引き起こしている大きな要因であると考えられる。このように一般病棟においては、急性期と終末期が混在することが看護師の困難やストレス要因となっているが、現在がん罹患率・死亡率が増加している¹⁾ことから考えると、今後、このようなケア環境はますます増えていくことが予想される。緩和ケアチームが介入することにより、看護師の困難やストレスが軽減しているという報告がある³¹⁾ことから、看護師の実践能力への自信のなさや患者の症状コントロールに対しては、緩和ケアチームなどの専門家によるアプローチによって支援できる可能性が考えられる。一般病棟の看護師の終末期がん患者に対する一般病棟の看護ケアにおける困難やストレスを少しでも軽減するためには、がん拠点病院などとの連携体制を整えたり、死生観やがん看護の実践的知識・ケア技術の獲得に向けた教育的関わりが必要であると考えられる。

V. 結語

「終末期」、「ターミナル」、「看護」、「困難」、「ストレス」をキーワードとした文献検討から、終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難やストレス要因として、【患者との関わり】【家族との関わり】【看取り】【医師との関わり】【看護師間の関わり】【他職種との関わり】【ケア環境】【自分自身の問題】が抽出できた。これらの困難やストレス要因は、一般病棟というケア環境や看護師の死生観並びにがん看護の実践的知識・ケア技術と関連していることが示唆された。今回、用いた文献では異なる研究手法が用いられていたことから、今後さらに、一般病棟におけるがん看護の実践的知識・ケア技術とは何かを明らかにし、これらの実践能力を高めるような教育的関わりを行うことによって、看護師の困難やストレスの軽減がもたらされ则认为る。

文 献

- 1) 厚生労働省：国民の衛生の動向，48-49，2008.
- 2) 板垣昭代：がん患者の看護，中央出版株式会社，10-13，2005.
- 3) 木村亜紀：ナーシングケアQ&A11 一般病棟でできる緩和ケアQ&A，4-5，株式会社 総合医学社
- 4) 高橋正子：ターミナルケア，12(Suppl)，152-164，2002.
- 5) 独立行政法人福祉医療機構：終末期医療に対する国民意識，[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/170cce2b3f176bd2492573de0003e6da/\\$FILE/20080128_1shiryouto~3-1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/170cce2b3f176bd2492573de0003e6da/$FILE/20080128_1shiryouto~3-1.pdf)
- 6) 厚生労働省：がん在宅看取り率，<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/kanrenjigyoku-1-08.pdf>
- 7) がん情報サービス：病院を探す，<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/hospital/index.html#02>
- 8) 厚生労働省：病院の平均在院日数，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/02/kekka5.html>
- 9) 渡辺輝子他：看護師の思い—困難さや悩みに焦点をあてて—，小児看護，25 (5)，1784-1789，2002.
- 10) 井上ひとみ他：ターミナルの子どもと家族への援助に関する予備的調査—看護師のケアの戸惑いや困難感とその関連要因—，小児保健いしかわ，15，11-16，2003.
- 11) 小野千代子：がん患者事例の困難と感ずる看護ケアと支援のポイントの明確化—過去5年間の「事例検討からの学び」

- の振り返りから—，第38回日本看護学会集録—看護管理，151-153，2007.
- 12) 大野さやか他：ターミナルケアの困難さに関する看護師の意識調査，中国四国地区国立病院機構・国立療養所研究学会誌，3，282-285，2007.
- 13) 益塚典子他：終末期がん患者の看護において困難を体験している看護師へのサポート，第39回日本看護学会集録—看護管理，354-356，2008.
- 14) 小原美江他：小児がんの子どもと家族へのケアにおける困難—看護師へのフォーカスグループインタビューによる調査結果—，小児がん看護，3，75-82，2008.
- 15) 千崎美登子：CNSの立場から ケアの意味付けへの支援がポイント，看護，60 (13)，44-47，2008.
- 16) 河野博臣：死の不安への援助，臨牀看護，14 (6)，812-816，1988.
- 17) 笹原朋世：医療者のケア態度，困難感，満足度 一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度，緩和ケア，18(Suppl)，114-117，2008.
- 18) 淀川キリスト病院編：緩和ケアマニュアル第5版，24，2007.
- 19) クラウス・クリッペンドルフ、三上俊治、椎野信雄、橋元良明訳：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待，勁草書房，2002.
- 20) 小松浩子他：ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス，看護学雑誌，52 (11)，1077-1083，1988.
- 21) 堂下芳美他：ターミナルケアに携わる看護婦が求めている教育 (1) —ストレスとそれに対するコーピング行動とその満足度を評価して—，第21回日本看護学会集録—看護管理，1990.
- 22) 橋野恭子他：癌患者の看護に対する看護婦の認知の特徴と現任教育者としての関わり方についての考察：第21回日本看護学会集録—看護管理，82-84，1990.
- 23) 手島恵：ケアギバーのストレスとその対処 ターミナルケアに携わる看護婦のストレス，ターミナルケア，2 (5)，298-302，1992.
- 24) 宗像恒次：ターミナルケアにおける看護婦のストレスについて，ホスピスケア，4 (1)，15-37，1993.
- 25) 徳竹秀子他：終末期癌患者への看護婦の感情の変化とその要因・対処法—最終入院から亡くなるまでの過程—，第26回日本看護学会集録—老人看護，66-69，1995.
- 26) 水戸美喜子他：ターミナルケアに携わる看護婦のストレス，山形県立病院医学雑誌，30 (1)，74-78，1996.
- 27) 中島里子他：緩和ケアに携わる看護婦のストレス—一般病棟の場合—，緩和医療学，2 (2)，225-229，2000.
- 28) 矢島三和子：一般病棟における終末期ケアのストレスとその因子，山梨中央病院年報，28，41-42，2001
- 29) 豊田瑞恵：がん患者の看護に携わる看護婦のストレス，大阪医科大学附属看護専門学校紀要，9，35-44，2003.
- 30) 山崎美也子他：一般内科病棟におけるターミナルケアの現状と課題—看護師への聞き取り調査から—，第36回日本看護学会集録—看護管理，9-11，2005.

- 31) 大堀洋子他：緩和ケアチーム看護師の取り組みー小さなことからコツコツとー, 東京女子医科大学雑誌, 77 (4), 202-206, 2007.
- 32) 池田正子他：終末期医療に関する一考察 (2)ー看護職員の終末期医療に対する意識と年齢及び臨床経験との関係ー, 市立名寄短期大学紀要, 40, 33-42, 2007.
- 33) 大場玲他：終末期の患者家族へのケアに関する意識調査, 由利組合総合病院医報, 19, 238-240, 2007.
- 34) 堀内真知子他：終末期に携わる看護師の発達段階におけるコーピングの変化ーBennerの「ドレイファモデルの看護への適応」を用いてー, 葦, 39, 163-166, 2008.
- 35) 早野美穂他：ターミナルケアに携わる看護師のストレスー急性期と終末期が混在する病棟で働く看護師のストレスに関する実態調査ー, 大阪医科大学附属看護専門学校紀要, 14, 39-42, 2008.
- 36) 小松浩子他：終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究 (1)ーストレス因子とストレス状態の関係ー, 第19回日本看護学会集録ー看護管理, 243-246, 1988.
- 37) 西沢由美子他：臨終場面における看護婦のストレス, 第21回日本看護学会集録ー看護管理, 60-62, 1990.
- 38) 小島操子：ターミナルケアに携わる看護婦のストレス, ホスピスケア, 2 (2), 6-14, 1991.
- 39) 小島操子：ケアギバーのストレスとその対処ーターミナルケアとケアギバーのストレス, ターミナルケア, 2 (5), 287-292, 1992.
- 40) 河野友信：ターミナルケアをめぐるストレス問題と看護, 看護管理, 8 (9), 724-728, 1998.
- 41) 北澤裕美子他：ターミナルケアに携わる病棟看護師のストレス調査, 第39回日本看護学会集録ー成人看護Ⅱ, 241-243, 2008.
- 42) 加藤浩美：ターミナルケアに携わる看護婦 (士) のストレスー壮年期の末期がん患者のケアに携わる看護婦 (士) の感情と行動, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録, 24, 436-443, 1999.
- 43) 大堀洋子他：急性期と終末期患者が混在する環境で働く看護師のストレスに関する検討ー「大学病院の緩和ケア病棟のあり方を探る」全国アンケート結果からー, 看護展望, 29 (8), 104-110, 2004.
- 44) 佐藤康人他：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, 厚生省の指標, 52 (3), 13-18, 2005.
- 45) 近藤真紀子：死に近く患者をケアし死を看取る看護師の限界感の構造, 臨床死生学, 13 (1), 81-90, 2008.
- 46) 坂口幸弘他：一般病棟での看取りの看護における看護師のストレスと感情体験, 看護実践の科学, 32 (2), 74-80, 2007.
- 47) 松本仁美：一般病棟におけるターミナル患者へのチーム医療の一考察, 日本がん看護学会誌, 21 (Suppl), 152, 2006.
- 48) 伊藤育子：ターミナルナースのメンタルヘルスケア, 月刊ナースデータ, 15 (5), 45-47, 1994.
- 49) 恒本尚美他：ターミナルケアにおける看護師の姿勢と心理的動向ー葛藤・コーピングの現状を知るー, 第36回日本看護学会集録ー看護総合, 247-249, 2005.
- 50) 大山暁子：ターミナルケアに携わる看護師の精神的負担とケア継続要因, 第36回日本看護学会集録ー看護管理, 133-135, 2005.
- 51) 野末聖香：ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策, ターミナルケア, 5 (6), 440-444, 1995.
- 52) 厚生労働省ホームページ：第3次対がん10か年総合戦略, <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/07/h0725-3.html>
- 53) 朝日新聞：2000年10月23日
- 54) 和田恵子：ホスピスケアにおける看護婦のストレス, ターミナルケア, 2 (5), 303-307, 1992.
- 55) 上山千恵子：終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」, 日本看護科学会誌, 27 (3), 75-83, 2007.
- 56) ナーシング・トゥデイ編集部 編：一般病棟でもできる！終末期がん患者の緩和ケア あなたの疑問に認定看護師が答えます, (株) 日本看護協会出版会, 2-12, 2006.
- 57) 平山正実 編集：新体系 看護学全書 別巻10 生と死の看護論, 株式会社 メヂカルフレンド社, 119-129, 2008.
- 58) 斉藤奈穂子他：看護職の死をめぐる考え方について, 看護展望, 25 (8), 103-111, 2000.
- 59) 菅原邦子：末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識, 看護研究, 26 (6), 1993.
- 60) 畠山とも子他：緩和ケア病棟における看護師の経験の特徴ー一般病棟の臨床経験を有する看護師の場合ー, 日本がん看護学会誌, 21 (2), 44-49, 2007.