

【資 料】

先進国の精神病床におけるターミナルケアの事例に関する文献検討

Literature Review regarding Developed Country's Cases of Terminal Care in Psychiatric Hospital and Psychiatric Ward

瓜崎 貴雄, 荒木 孝治

Takao Urizaki, Takaharu Araki

キーワード：ターミナルケア, 精神科病棟, 看護

Key Words: terminal care, psychiatric ward, nursing

I. はじめに

近年, 日本の精神科医療においては, 入院中心から地域中心へと移行するための取り組みが行われている。2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され, 受け入れ条件が整えば退院可能な患者(いわゆる社会的入院患者)約7万人については, 10年後の解消を図ることが目標とされた。2004年以降の10年間には, 障害者自立支援法の施行(後に障害者総合支援法に変更), 保護者制度の廃止, 医療保護入院制度の改正など, 様々な取り組みが行われたが, 数値目標の達成には至っていない。

2011年の患者調査では, 精神病床の1年以上にわたる入院患者約19.3万人のうち, 約13万人(約67%)が統合失調症患者であること, 65歳以上の患者は約9.9万人(約51%)であること, さらに, 在院期間1年以上の死亡退院者数は1.1万人であることが示されている(厚生労働省, 2014)。これらのことから, 精神病床において人生を終える統合失調症患者は少なくないと考えられる。したがって, 人生の最期までその人らしく過ごせるためのケア(ターミナルケア)を精神病床において充実させていくことは重要な課題であるといえる。

筆者らは, 日本の精神病床におけるターミナルケアには四つの課題があることを明らかにした(荒木他, 2016)。第一は, とくに精神科病院では, 麻薬・個室・中央配管の不備, 人員不足など, 治療や看護を行う環境が十分でないことである。第二は, 看護師が身体看護やターミナルケアを実践するに必要な知識と経験が不足していることへの心配や, 患者の判断能力の評価が難しく告知がなされないなど, 患者の意思が軽視される現状に対してジレンマを抱えていることである。第三は, 患者が人生の最期を迎えるまで, その人らしく生きられるように環境を整えていくことである。第四は, 入院が長期になるほどに患者と家族が疎遠になり, 家族のサポートが得られにくいということである。これらの課題に対して, 施設の対応力を高める, 看護師を含む医療者への支援体制を整備する, 患者の思いや希望をききとれるアプローチを行う, 家族とコンタクトを取り続ける工夫をする, といった対策が必要であると考え

る。精神病床におけるターミナルケアの充実のためには, これらの課題を解決する必要がある。そのために先進国(ここではOECD加盟国をもって先

進国と称する)に学ぶことは有意義である。例えば、アメリカ合衆国では1963年の精神医療改革法(Community Mental Health Centers Act)により、全土で州立精神病院の病床数削減、地域精神保健センターの建設が急速に進み、1956年に約55万人いた入院患者数は2000年に約6万人となっている(新福, 2003)。イギリスでは1999年にNHS(National Health Service)プランが示され、地域で提供されなければならない精神保健サービスとして、早期介入チーム、積極的訪問チーム、危機解決/在宅治療チームを組織し活動した結果、入院が顕著に減少している(Graham, 2010)。カナダでは1950年代に脱施設化が始まり、1970年代からは地域サービスの充実が行われ、1990年代には精神医療改革が進められた結果、2000年頃には統合失調症の平均入院期間が総合病院で23.4日、精神科専門病院で144.6日と短縮してきている(竹内, 2015)。イタリアでは1978年に精神病院への新規入院を禁止し、総合病院内に地域サービスと関連した精神科病棟(15床を超えない範囲)を設置することを法律で定め、地域ケアへの転換を図っている(水野, 2015)。このように、上記の先進国は日本に先駆けて地域移行を推し進めている。

一方、この取り組みの陰で、日本と同様に退院できない患者や退院しても再発・再燃して再入院が必要になる患者が精神科病院で最期を迎えるといった事例があったものと思われる。そこで本稿では、先進国の精神病床においてターミナルケアを実践した事例に関する文献を概観し、ターミナルケアの実状についての知見を整理し、本邦の精神病床のターミナルケアの課題を解決するための示唆を得ることを目的とする。本稿の結果は、日本の精神病床におけるターミナルケアの充実を図っていく際に参考になる資料になると考えられる。

Ⅱ. 研究方法

1. 文献の選定方法

PubMedを用いて文献検索を行った(2016年8月現在)。キーワードを「terminal care」「psychiatric hospital」として検索すると234件が、「terminal

care」「psychiatric ward」として検索すると19件が抽出された。また、地域移行が難しく、在院期間が長い患者の診断名は統合失調症である場合が多いことから、統合失調症をキーワードとし、「schizophrenia」「terminal care」で検索すると43件が抽出された。過去25年間に発表された文献に限定し、表題と抄録を読み、事例研究6件の文献を選定した。これらの文献の中に記されている7事例を本研究の分析対象とした。

2. 分析方法

まず、各事例について、事例の詳細が記されている箇所を精読し、もともとの言葉の意味を損なわないように留意して500～600字程度の要約を作成した。次に、要約の中から、ターミナルケアの実状を表す内容を抽出し、その内容を端的に表す名称をつけて整理した。以上の過程は研究者2名で行い、和訳や内容の解釈が恣意的にならないように配慮した。

Ⅲ. 結果

各事例の詳細を表1-1, 1-2に示した。患者の病名は、統合失調症が5件(事例A～D, F)、気分障害が2件(事例E, G)であった。国は、アメリカが4件(事例A, B, E, G)、イスラエルが2件(事例C, D)、アイルランドが1件(事例F)であった。入院状況は、入退院を繰り返している事例が3件(事例C～E)であった。3件(事例B～D)は20代で発症し、10～40年の罹患期間を有していた。入院前に福祉施設に入所していた事例が2件(事例A, F)あった。

1. 精神病床におけるターミナルケアの実状

精神病床におけるターミナルケアの実状として、11の事柄(それらは、【 】で示した)を認めた。表2にその詳細を示した。以下では、患者、家族、看護師を含む医療者、療養環境の四つに分類して記述する。

1) 患者に関する事柄

患者に関することとして、【不確かな疼痛の表現】【精神症状と関連した食行動の制限】【告知による精神症状への影響】といった精神症状に関わる三つの事柄と、ターミナルケアの状況の中で患者が抱く【治

表1-1 先進国の精神病床におけるターミナルケアの事例の概要

文献 番号	研究者 (年) 国, 州, 市	事例 記号	事例の詳細			
			①診断名	②年齢 (現年齢あるいは死亡年齢)	③性別	④経過
1	Terpstra, et al. (2014) アメリカ, ミシガン	A	①統合失調症 (妄想型) ②61歳 ③男性 ④患者はケアホームに長期入所し, 法的な保護者を有していた。患者には妄想と幻聴があり, 定期的にクリニックでデボ剤の注射を受けていたが, ある時に左半身の脱力等を訴えた。他院にて, 膀胱がん, リンパ節障害等が見つかり, 進行性の転移性がんと診断され, 入院治療を受けることになった。病院は, 患者をケアホームから退所させる計画をすすめ, ホスピスと緩和ケアチームが患者のケースを検討し, 最終的には開放されたホスピスユニットへの入所が決定した。患者は肺転移を認め放射線治療を受けていた。入院時, 患者は衰弱し, 経口摂取は乏しかった。意識は清明とみなされたが, 思考過程は混乱し, 一人芝居をする, 空容器をビールとみなす, 「見えない人がいる」と空中を指さすなどの様子がみられた。精神科コンサルタントリエゾンチームに診察を依頼し, 薬剤調整がなされた。患者は長期の喫煙歴があり, 煙草を吸いたかったので, 以前のケアホームに戻ることを望んでいた。患者はほとんどいつも煙草を吸うことを望み「煙草を吸うと生きている感じがする」とスタッフに言った。患者の脳転移を伴うがんは広範囲に及んでいた。患者は入院時「舌と顔が壊れている」と話したが, 頑なに痛みを否定した。状態が悪化していくにつれ, 患者は心臓の急激な痛みを訴えたが, 痛みを問われると, 患者は痛みについての訴えをやめた。			
2	Bassirpour, et al. (2011) アメリカ, ミシガン	B	①統合失調症 ②64歳 ③女性 ④患者は精神状態の変調のため, 入院となった。夫と息子がいたが, 患者の望みとは異なり, いかなる治療や介入についても支持的ではなかった。精神疾患の発症は約40年前であった。彼女はクロム酸に繰り返しさらされていると信じ, 石鹸や香水の香りに敏感であった。魚以外の食物は腸の炎症をもたらすなどと話し, 偏食は何十年も続いていた。何年にもわたって抗精神病薬や抗うつ薬を内服したが, 効果はなく, ここ1年はますます体重が減った。入院時, 患者は顕著な思考制止, 会話の内容とずれた発言がみられた。BMIは13.7であり, 尾骨には褥瘡も認めた。さらに血液検査では物質代謝異常と低栄養を認めた。内視鏡では慢性胃十二指腸炎などを認めたが, CTでは胃十二指腸に異常を認めなかった。入院後に患者は点滴を受けて, 精神状態はかなり改善した。しかし, 栄養代替品, 薬物, 非経口・経腸補助食品を断った。身体妄想性障害と判断された。患者の食事制限の関心は妄想と関連していたため, 入院治療が必要と考えられたが, 家族はそれに支持的ではなかった。患者は治療の選択肢を明確に理解していたが, これ以上の治療を望まず, ホスピスケアを伴って家に退院した。			
3	Doron & Mendlovic (2008) イスラエル	C	①統合失調症 ②45歳 ③女性 ④患者は29歳で初回入院。35～45歳に入院を繰り返し, 45歳で死亡した。患者は攻撃的で自殺念慮があった。肺がんが発見され, 化学療法が開始されたが, 状態が急速に悪化したため, 中止となった。精神科のスタッフは, 患者を転院させるか否かを決めなければならなかった。患者は精神科の見地からすると退院できる状態にあったが, 患者には家がなく, ホスピスの条件にも適さなかった。きょうだいは患者を受け入れてはいなかった。スタッフは精神科病棟でターミナルケアを行うことについて懸念があったが, 最終的には住み慣れた精神科病棟で最期を迎えることを決めた。患者はがんかどうかをスタッフに尋ねたり, 頻回に大声をあげたりするようになった。患者ががんで余命が短いことを知ることで利益と, それを知ることで他患者への影響がスタッフ間で議論され, 患者は真実を知らされるべきだという結論に至った。患者が死ぬのか否かと尋ねた時, スタッフは「あなたを助けるためにすべてのことが行われている」と伝えた。同室患者は感情的に反応した。ある患者は, このがん患者を世話することで, 自分の父親の死の記憶を思い出した。また別の患者は, がん患者に適切なケアを提供していないとスタッフを責め, 一般病院に患者を転送するべきだと述べた。他患者に患者の死を直面させないようにするために, 患者は一般病院のホスピスに移ることが決まった。			
		D	①統合失調症 ②42歳 ③女性 ④患者は23歳で発病し, 19年間入院退院を繰り返していた。両親は離婚。キーパーソンは母親。きょうだいが3人いたが, 患者をサポートできる状況になかった。患者の最後の入院は死の11ヵ月前であった。明確なきっかけがあったわけではないが興奮し閉鎖病棟に入院となった。この時に頸部に腫瘍が見つかったが, 患者は精査や治療を断った。精査や治療を断ることによる病状への影響や, それが医療を中止させるということに, 患者は十分に気づいていた。これは致命的な結果につながるため, この決定に関する法的・倫理的側面について, スタッフカンファレンスで検討された。患者はこの病棟に居たいと望み, 医学的治療は断った。病棟の他患者が患者の病状を知り, 患者を助けようとし始めた。ところをひらいて話をしたり, 夕食時に気分はどうかと患者に尋ねたりした。患者も女性の他患者からの援助を受け入れた。入院から5ヵ月後, 患者の身体状態が悪化した。患者の精神症状は軽減していたが, 患者は開放病棟に移動することを断った。患者はその病棟で死を迎えることが可能か否かという疑念を表現して, 医療スタッフが私のような患者に対応する力がないと指摘した。入院して7ヵ月後に患者と患者の母は, ついにホスピスに行くことを決めた。彼女は4ヵ月後にそこで死亡した。			

表1-2 先進国の精神病床におけるターミナルケアの事例の概要

文献 番号	研究者 (年) 国, 州, 市	事例 記号	事例の詳細			
			①診断名	②年齢 (現年齢あるいは死亡年齢)	③性別	④経過
4	Tate & Longo (2005) アメリカ, ヴァージ ニア	E	①双極性障害 ②30歳代後半 ③男性 ④患者は精神科病棟にうつで何度か入院歴があった。患者は薬物やセラピーによく反応し、入院はいつも短期であった。患者は亡くなる10年ほど前にHIV陽性と診断された。最期の入院の時、患者はうつであり、またエイズの最終段階に入っており、記憶障害が認められた。患者の姉は、患者の治療に積極的に関与していた。医療チームはDNR (do not resuscitate) の方針を決めていく過程で、患者と姉に密接にかかわった。心理士と看護の代表者は、患者や姉の望みを患者の葬儀に組み込むことについて、患者と姉とともに時間を費やした。患者も姉も生命を維持するための思い切った方法は望まず、精神科病院で死ぬことを望んだ。感染症病棟のある病院に転院すれば、2、3ヵ月は長く生きられることはわかってはいたが、患者も姉もそれよりも生活の質に関心があり、すなわち患者が死ぬときに患者の周りによく知っている医療者がいるということに関心があった。患者が重篤になっても、可能な限りその病棟に留まった。患者の死はその病棟にアナウンスされ、患者と生活をともにしていた他患者が患者の死に気づき、患者や患者の死に関する気持ちについて話す機会を得た。病棟スタッフが葬儀に出席するために、他の病棟から看護スタッフが助けにきた。			
5	Kelly & Shanley (2000) アイルランド, ダブ リン	F	①妄想型統合失調症 ②59歳 ③男性 ④患者はサポートが充実した療養所に8年間住んでいた。クロルプロマジンの内服と1回/2週の筋肉注射を受けていた。ある時、関係妄想、被害妄想がみられ、2週間のうちに症状が悪化したため、入院となった。入院1週間後、脳MRIでは左小脳に、がんの転移による大きな塊と水頭症を認めた。水頭症に対して脳室シャントが行われた。患者はこの処置(脳室シャント)に同意する力をもっているとは考えられなかったため、患者のきょうだいが代理で同意をした。患者の身体状態は悪化した。精神状態は変わらず、思考障がい、被害妄想を認めた。患者と家族の議論に従い、さらなる検査は必要ないこと、緩和ケアチームに相談することを決めた。患者は精神科病棟の個室で看護された。患者の家族はかなりのサポートを提供した。頻回に面会に来て経口摂取を勧めた。数週間後患者の身体状態はさらに悪化した。患者は、痛みはないといったが、「頭の中がしびれている」という不快感を述べた。患者は多くの看護師の名前を知っていて長く会話をしていた。慢性精神疾患をもつ他患者ともよく話をしていた。入院から6週間後、患者は「いよいよ死が近づいてきた。私は人生のすべてにおいて苦しめられた。今、最期の時に、私の心はいくらか平穏である」と話した。患者の精神状態はさらに悪化した。モルヒネやミタゾラムなどの持続皮下注射が開始となった。最期の週、患者は自然に痛みから解放された。精神症状は依然としてあるが、頻度が少なく、混乱の程度も小さくなった。患者は入院から8週間後に穏やかに亡くなった。			
6	Stecker (1993) アメリカ, ニュー ヨーク	G	①躁病 ②20歳 ③男性 ④患者は、ここ数日奇妙な行動が増えていた。見知らぬ人と話をする、気分が急に変わる、睡眠時間が減る、幸福感が増す、というような状態で、躁と診断され、精神科病院に入院した。患者は骨肉腫の既往があり、再発の肺がんを患っていた。10日間の化学療法を受けた後で、医師からターミナルであり、余命は6ヵ月と知らされた。患者はますます妄想的になって、躁的な行動を示すようになった。「私は神であり、強大な力をもっている。私は死ぬが生まれ変わる。」などとスタッフに言った。患者は精神運動興奮状態にあった。他患者は患者に寛容であった。他患者は、患者のときれときれであからさまな表現に言及せず、患者の訴えに優しく接していた。他患者は、その患者の病気を受け入れるということに問題はなかったが、スタッフは患者を同一視することから生じる、解決できない様々な感情を経験していた。ある看護助手が「あの患者と関わると、自分の子どものことを想起してしまう」と言った。医療者は、自分の子どもがもっている多くの性質を患者の中にみた。スタッフの多くは患者の社会的に容認できない行動を制限するのが極端に難しかった。スタッフは、その患者が自らに引き起こさせる感情について話し合ったり、表明したりする必要性があった。			

療を受ける場への納得のいかなさ】という思いがあった。

患者には【不確かな疼痛の表現】がみられた。事例Aには、患者が「舌と顔が壊れている」と話したが、頑なに痛みを否定したこと、また患者が心臓の急激な痛みを訴えたので、その詳細を知ろうとして医療者が関わると、痛みについての訴えをやめたことが記されていた。事例Fでは、患者は痛みを否定するものの、「頭の中がしびれている」という不快感を訴えていた。また、患者には【精神症状と関

連した食行動の制限】がみられた。事例Bでは、患者は「魚以外の食物は腸の炎症をもたらし」と話し、何十年も偏食していた。さらに、【告知による精神症状への影響】がみられた。事例Gでは、余命告知後に患者が「私は神であり、強大な力をもっている」と話し、精神運動興奮状態になっていた。

そして、ターミナルケアの状況のなかで、【治療を受ける場への納得のいかなさ】という思いを抱いていた。事例Aでは、患者には法的な保護者がおり、ホスピス付きのケアホームに入所する決定がなされ

表2 先進国の精神病床におけるターミナルケアの実状

事柄	各事例で記されていた内容
【不確かな疼痛の表現】	患者が「舌と顔が壊れている」と話したが、頑なに痛みを否定した。患者が心臓の急激な痛みを訴えたので、その詳細を知ろうとして医療者が関わると、痛みについての訴えをやめた（事例A） 患者は痛みを否定するものの、「頭の中がしびれている」という不快感を訴えていた（事例F）
【精神症状と関連した食行動の制限】	患者は「魚以外の食物は腸の炎症をもたらす」と話し、何十年も偏食していた（事例B）
【告知による精神症状への影響】	余命告知後に患者が「私は神であり、強大な力をもっている」等と話し、精神運動興奮状態になっていた（事例G）
【治療を受ける場への納得のいかなさ】	患者には法的な保護者がおり、ホスピス付きのケアホームに入所する決定がなされたが、患者は「煙草を吸うと生きている感じがする」と述べ、煙草を吸いたかったので、患者自身は元のケアホームに戻りたがっていた（事例A） 当初、患者は精神科病棟に在籍することを望んだが、身体状態が悪化して開放病棟への移動を打診された際に、患者は医療スタッフが悪化した身体状態に対応できないと指摘して断っていた（事例D）
【家族のサポート】	家族は、患者の望みとは異なり、精神科の治療を含むいかなる治療や介入に支持的ではなかった（事例B） 患者は家がなく、きょうだいの受け入れもないために、精神科病院を退院できない状況にあった（事例C） 患者の姉が患者の治療方針や葬儀の内容に関して積極的に関与していた（事例E） 患者の家族が頻回に面会に来て患者に経口摂取を勧めていた（事例F）
【患者の意思決定能力の査定】	患者には法的な保護者がいた（事例A） 患者は治療の選択肢を明確に理解していたが、これ以上の治療を望まなかった（事例B） 患者は真実を知らされるべきだという結論に至った（事例C） 頸部の腫瘍に対する精査や治療を断ることが致命的な結果をもたらすということに、患者は気づいていたが、患者はこの病棟に居たいと望み、医学的治療は断った（事例D） 医療チームはDNR（do not resuscitate）の方針を決めていく過程で、患者と姉に密接に関わった（事例E） 患者は判断能力を十分に有していないと判断されていた（事例F） 患者は、医師からターミナルであり、余命6ヵ月と知らされた（事例G）
【多職種のチーム連携】	緩和ケアチームとリエゾンチームの介入があった（事例A） 余命が短いことを患者が知ることの利益と、それを知ることにによる他患者への影響についてスタッフ間で議論した（事例C） 患者が腫瘍の精査や治療をしないと決定したことについて、スタッフ間で法的・倫理的側面から検討がなされた（事例D） 看護師と心理士が連携していた（事例E） 緩和ケアチームの介入があった（事例F）
【患者の希望を支える】	患者は精神科の閉鎖病棟に居たいと望んだので、身体状態が悪化し、転棟を余儀なくされるまでは、患者の希望に沿うように関わっていた（事例D） 看護師・心理士と患者・家族が葬儀の内容を検討し、患者と家族の望みを組み込んでいた（事例E） 患者も姉も生命を維持するための方法は望まず、患者がよく知っている医療者がいる精神科病院で死ぬことを望んでいたため、重篤になっても病棟に留まれるように関わっていた（事例E）
【病棟スタッフと他患者のカタルシスを図る】	病棟スタッフが患者の葬儀に出席できるように、他病棟から看護師が助けにきていた（事例E） 患者が亡くなったことを病棟にアナウンスし、他患者が患者の死に気づき、患者や患者の死に関する気持ちについて話す機会を設けていた（事例E）
【逆転移が生じる】	看護助手が、患者と自分の子どもを重ね合わせてしまい、患者の社会的に容認できない行動を制限するのが極端に難しくなっていた（事例G）
【他患者への影響】	ある患者が、ターミナルの患者を世話することで、自分の父親の死の記憶を思い出したり、また別の患者は、がん患者に適切なケアを提供していないとスタッフを責め、一般病院に患者を転送するべきだと述べたりしていた（事例C） 病棟の他患者がターミナルの患者の病状を知り、患者を助けようとし始めて、こころを開いて話をしたり、夕食時に気分はどうかと患者に尋ねたりしていた（事例D） 精神運動興奮状態で、とぎれとぎれであからさまな表現をするターミナルの患者に対して、他患者は寛容であり、優しく接していた（事例G）

たが、患者は「煙草を吸うと生きている感じがする」と述べ、煙草を吸いたかったので、患者自身は元のケアホームに戻りたがっていた。また、事例Dでは、当初、患者は精神科病棟に在籍することを望んだが、身体状態が悪化して開放病棟への移動を打診された際に、患者は医療スタッフが悪化した身体状態に対応できないと指摘して断っていた。

2) 家族に関する事柄

【家族のサポート】が得られている状況と得られていない状況とが示されていた。事例Eでは、患者の姉が患者の治療方針や葬儀の内容に関して積極的に関与していた。事例Fでは、患者の家族が頻回に面会に来て患者に経口摂取を勧めていた。一方で、事例Bの家族は患者の望みとは異なり、精神科の治療を含むいかなる治療や介入に支持的ではなかった。事例Cでは、患者は家がなく、きょうだいの受け入れもないために、精神科病院を退院できない状況にあった。

3) 看護師を含む医療者に関する事柄

看護師を含む医療者が行うこととして、【患者の意思決定能力の査定】【多職種チーム連携】【患者の希望を支える】【病棟スタッフと他患者のカタルシスを図る】の四つがあり、看護師を含む医療者に現れることとして、【逆転移が生じる】があった。

医療者は、【患者の意思決定能力の査定】を行っていた。この結果は、患者に告知をするか否かに関連するが、7事例中、患者に告知がなされていると記述から読み取れたのは5事例（事例B～E、G）であった。一方、事例Aでは、患者に法的な保護者がおり、事例Fでは、患者が判断能力を十分に有していないと判断されていた。しかし、事例Fの患者は「いよいよ死が近づいてきた」と死を自覚する発言をしていた。このような意思決定能力の査定や告知に関する検討を行っていく上で、【多職種チーム連携】が適切に機能していることが示されていた。事例Cでは、余命が短いことを患者が知ることの利益と、それを知ることによる他患者への影響についてスタッフ間で議論したこと、また、事例Dでは、患者が腫瘍の精査や治療をしないと決定したことについて、スタッフ間で法的・倫理的側面から検討が

なされていた。また、事例Aでは緩和ケアチームとリエゾンチームが、事例Fでは緩和ケアチームが介入しており、事例Eでは看護師と心理士が連携していた。さらに、医療者は【患者の希望を支える】関わりをしていた。事例Eでは、看護師・心理士と患者・家族が葬儀の内容について検討し、患者と家族の望みを組み込んでいた。さらに、最期を迎える場所を検討する際に患者の望みを聞き入れていた。事例D、Eでは、それぞれ患者は精神科病棟に居たい、精神科病院で死にたいと、患者がよく知っている医療者のもとで過ごすことを望んでおり、それに沿うように医療者が関わっていた。また、【病棟スタッフと他患者のカタルシスを図る】ことが示されていた。事例Eでは、病棟スタッフが患者の葬儀に出席できるように、他病棟から看護師が助けにきていた。また、患者が亡くなったことを病棟にアナウンスし、他患者が患者の死に気づき、患者や患者の死に関する気持ちについて話す機会を設けていた。

一方、患者との関わりのなかで、【逆転移が生じる】ことがあった。事例Gでは、看護助手が患者と自分の子どもを重ね合わせてしまい、患者の社会的に容認できない行動を制限するのが極端に難しくなっていた。

4) 療養環境に関する事柄

病棟内にターミナルの患者がいることによって、他患者が感情的に反応するなどの【他患者への影響】が現れていた。事例Cでは、ある患者がターミナルの患者を世話することで、自分の父親の死の記憶を思い出したり、また別の患者はがん患者に適切なケアを提供していないとスタッフを責め、一般病院に患者を転送するべきだと述べたりしていた。事例Dでは、病棟の他患者がターミナルの患者の病状を知り、患者を助けようとし始めて、こころを開いて話をしたり、夕食時に気分はどうかと患者に尋ねたりしていた。事例Gでは、精神運動興奮状態で、とぎれとぎれであからさまな表現をするターミナルの患者に対して、他患者は寛容であり、優しく接していた。

IV. 考察

上記では、先進国の精神病床におけるターミナル

ケアの実状を整理した。その結果を通して、ここでは既述した日本の精神病床におけるターミナルケアの課題を解決する方策を検討する。

1. 施設の対応力を高めるための方策

7事例を概観すると、施設の対応力に関しては、唯一事例Dに、患者が開放病棟への転棟を打診された際、医療スタッフに対応力がないと指摘して断ったという【治療を受ける場への納得のいかなさ】が示されていた。精神科病棟で勤務する看護師が、身体疾患に伴う身体症状の観察や援助に困難を抱えていることが本邦の研究においても度々指摘されている。例えば、泉ら(2015)は、看護師が一般病床よりも少ない精神病床の人数配置の中で、多くの入院患者のケアと平行して終末期患者のケアができるのかという不安を抱いていたことを示している。また、重広ら(2013)は、看護師が患者の痛みの程度を理解すること、痛みの訴えが頻回であった際の対応、死の恐れを軽減する関わりなどに看護の難しさを感じていたことを報告している。

一方、検討文献では【多職種チーム連携】が円滑に行われていた。とくに事例A, Fでは、緩和ケアチームやリエゾンチームなどといった多職種が協働したチームがターミナルケアに関わっていた。このようなチームの関わりは、筆者らが行った本邦の精神病床におけるターミナルケアに関する文献検討(荒木他, 2016)からは見い出せなかった。理由の一つとして、本邦には民間の単科精神科病院が多いということが考えられる。病棟の構造や仕組みといった物理的環境、マンパワーの確保といった人的環境を改善するのがなかなかむずかしい場合には、上記の事例のように多職種チームで患者に関わることができるような体制を、他病院との連携を模索しつつ整備することが必要であろう。

精神病床においてターミナルケアを行うに際して、施設の対応力を考える時、病棟に入院している他患者もターミナルの患者をサポートする力になり得ることが検討文献から明らかとなった。ところが、病棟にターミナルの患者がいることが【他患者への影響】を及ぼすこともあった。事例Cにあるように、思い出したくない記憶を想起させたり、スタッ

フに対する怒りの感情を引き起こしたりするといったネガティブな事柄だけでなく、興味深いのはポジティブな反応があることである。事例Dでは、他患者がターミナルの患者に気分を尋ねるなど助けようとし始めており、また、事例Gでは、他患者が精神運動興奮状態のターミナルの患者に対して優しく接していた。病棟の中に、自然発生的にセルフヘルプグループができ上がっているように捉えられ、それはターミナルケアの充実に寄与していた。事例D, Gからは、日頃から看護師が、患者同士と一緒に時間を過ごせるような機会を設けることも、ターミナルケアにとって有意義であることが示唆された。このような【他患者への影響】を表す内容は本邦の文献検討(荒木他, 2016)からは見い出せなかった。本邦においてもそれについて検討する必要があるといえる。

2. 看護師を含む医療者への支援体制を整備するための方策

精神病床におけるターミナルケアで、看護師を含む医療者が行っていることは先進国も本邦も大きく変わらないことがわかった。患者には精神疾患の症状のために痛みの表現が曖昧であったり、または特異であったりするといった【不確かな疼痛の表現】がみられる。看護師は患者の痛みの程度を把握することに難しさを抱えつつ、精神症状が日常生活に影響を与えるため、【精神症状と関連した食行動の制限】への援助を行っていた。また、医療者は【患者の意思決定能力の査定】を行い、患者に告知をするか否かを検討していた。そして【告知による精神症状への影響】がみられたら、それに対応していた。本邦では告知がなされないなど、患者の意思が軽視される現状に対して看護師がジレンマを抱えていることが示されている。例えば、看護師は告知が行われないというインフォームドコンセントのあり方にジレンマを感じていた(藤原他, 2009)。また、看護師は患者に告知がなされないことへのすまなさや、患者の意思を軽視するやりきれなさから葛藤を抱え、不全感を抱いていた(荒井, 2014)。さらに、看護師は医師が家族だけに説明をしている現実

医師に意見を言えないジレンマを感じていた（荒井他，2013）。

しかし、先進国の文献では、このような意思決定に関連するジレンマは顕著に現れていない。この点に関しては、自分に与えられた仕事に対する認識や捉え方がどの国においても同一とは限らないこともあり、その違いについての検討は今後の課題としていきたい。

文献検討の結果、【逆転移が生じる】ことが言及されていた。事例Gには、看護助手による逆転移によって必要なケア（行動の制限）ができにくくなったことが示されていた。逆転移は長期的にみると、患者に最適な看護を行う妨げになる可能性がある。そして逆転移は、入院期間が先進国に比較して顕著に長い、すなわち、患者と関わる時間が長い本邦においては、起こりやすい問題であると思われる。看護師が患者に対して家族のような情を抱いているということも報告されている（荒井，2014）。既述した、患者に対するすまなさ、看護師の不全感、家族のような情を一層大きくしてしまうかもしれない。このことが家族に関するネガティブな気持ちを生じさせるとも考えられる。実際に荒井ら（2013）には、患者への関わりを拒否する家族に遭遇すると看護師は怒りと憐れみを感じる、と示されていた。患者に対して家族のような情をもつことは悪いわけではないが、それによって、患者との適切な距離を保てなくなってしまう。精神科領域のターミナルケアにおいては、患者—看護師関係を客観的にみる視点をもちながら、患者に関わる必要があるだろう。

検討文献では、【病棟スタッフと他患者のカタルシスを図る】ことが示されていた。本邦においても、デスカンファレンスの場合は看取ったスタッフの肩の荷が下せる、また「あの処置でよかった」「あれしかなかった」と互いに認め労える機会になることが報告されていた（渥美他，2014）。看護師を含むスタッフのカタルシスを図ることは重要といえる。また、検討文献では他患者のカタルシスを図ることについても言及されていた。病棟のなかでは患者同士が影響を与え合いながら生活しており、殊にターミナルケアにおいては他患者もサポートする役割を担

うという側面があることが示されたため、他患者のカタルシスを図ることは重要であると考えられる。

3. 患者の思いや希望をききとれるアプローチ・家族とコンタクトを取り続ける工夫に関する方策

文献検討の結果、患者の思いや希望をききとれるアプローチと家族とコンタクトを取り続ける工夫は影響しあっていると考えられた。7事例のうち、精神病床で最期を看取ることができた事例（事例E、F）はいずれも【家族のサポート】が得られていた。看護師を含む医療者は、家族と協働して【患者の希望を支える】関わりをしていたと思われる。事例Eでは患者の姉が密接に関わり、DNR（do not resuscitate）の方針を決める過程や葬儀内容を検討する過程において患者と協働していた。これは家族が患者の思いや希望を明確にすることに寄与したといえる。また、事例Fでは患者の家族が頻回に面会に来て、経口摂取しにくい患者に促しを行うなど積極的に関わっていた。患者はがんの痛みについて「頭の中がしびれている」という不快感を表すようになり、告知をされていないにもかかわらず、「私は人生のすべてにおいて苦しめられた。今、最期の時に、私の心はいくらか平穏である」と、自らの思いを表出するようになっていたりしていた。

また、患者と家族との間に意見の相違があると、あるいはお互いの意見の背景にある考えを知らないと【患者の希望を支える】関わりが難しくなることが検討文献で示されていた。事例Aの患者が抱いた【治療を受ける場への納得のいかなさ】の要因の一つには、患者と法的な保護者との間の意見の相違があったと推察される。この患者は「煙草を吸うと生きている感じがする」と述べており、煙草を吸える環境があることは患者の生活を豊かにすると考えられるが、法的な保護者が患者のこのような思いを知っていたかは明らかでない。この事例からは、看護師が患者と家族の間に立って双方の意見を代弁したり、誤解を解いたりして、関係を調整していくことの重要性が示唆される。

本邦では依然として長期在院の課題が継続している。入院が長期にわたることで、次第に家族と疎遠になってしまう。しかし、患者が「誰も面会に来ん

な」と苦笑いしながら呟く(登他, 2010) 様子や「家族とはこんなもんやろうな」とぼやく(日下, 1998) 様子は, 患者が直接的な表現はせずとも心のうちでは家族を求め, 家族とのエピソードをたびたび想起していることを示唆している。患者にとって家族がいかに重要かがわかる。

患者の思いや希望をききとれるアプローチ・家族とコンタクトを取り続ける工夫としてどんなことが考えられるだろうか。検討文献には家族とコンタクトを取る具体的な工夫は記されていなかった。しかし, 事例E, Fからは【多職種のチーム連携】が鍵になるということが示唆される。事例Eでは看護師と心理士の連携があり, 事例Fには緩和ケアチームの介入があった。患者にとっては医療者も環境の一部であるので, 関わる職種が変われば患者が表現する内容も変わってくると思われる。多職種が連携することによって, お互いもっている情報を共有できる。そして, 生活歴, 現病歴, 家族との関係性に関する情報などが蓄積されていくと, より多面的に患者を捉えることができるようになる。患者のことがわかってくると, 看護師は患者に関わりやすくなるので, 患者の思いや希望をききとれる機会が増えると考えられる。また, 患者についての情報が蓄積していくなかで, 家族の状況や家族が抱えている気持ちについても推察することができるようになると思われる。患者が病気になったことによって, 家族も生活上の困難を抱えたということもあり得る。家族とコンタクトを取る前にまず必要なのは, 家族の状況を知り, 家族の気持ちを慮ることであると考えられる。

V. おわりに

先進国の精神病床においてターミナルケアを実践した7事例について, ターミナルケアの実状に関する知見を整理し, 本邦のターミナルケアの課題に照らして考察した結果, 次のことが明らかとなった。まず, 施設の対応力に関しては緩和ケアチームやリエゾンチームが組織されて活動しており, 多職種の連携が円滑であったことが示された。次に, 看護師を含む医療者への支援体制に関しては, 精神症状が

ある患者の意思決定に関連した看護師のジレンマは顕著に現れておらず, 逆転移の問題への対処と病棟スタッフのカタルシスを図る必要性が示された。さらに, 患者の思いや希望をききとれるアプローチと家族とコンタクトを取り続ける工夫に関しては, 多職種が連携しつつ, 家族のサポートを得ながら希望を支える継続的な関わりの必要性が示された。

以上の結果を踏まえ, 本邦の精神病床のターミナルケアの課題を解決する上で, とくに重要となるのは【多職種のチーム連携】であると考えられる。日本では民間の精神科病院が精神医療における入院治療の中心を担っていることを鑑みると, 医療設備が十分ではなく, 緩和ケアチームやリエゾンチームを組織していない病院もあると推察されるので, 病院内だけでなく, 病院の垣根を越えて病院間においても連携できる体制を整備していく必要があると考えられる。また, 先進国においては, 他患者がターミナルの患者を支える力となり得ることが示され, カタルシスを図ることについても言及されていたため, 本邦においても, 病棟にターミナルの患者がいるということが他患者に与える影響について検討する必要があるといえる。

文献

- 荒井春生 (2014): 精神科臨床からの緩和ケアの眼差し (第3回) がんを合併した統合失調症患者の看取りを考える; 患者と看護師のかかわりから見えてきた精神的ケアの内容, 精神科看護, 41(3), 51-58.
- 荒井春生, 久松美佐子 (2013): 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, 死の臨床, 36(1), 140-144.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 藤澤由里子, 他 (2016): 日本の精神病床におけるターミナルケアに関する文献検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, 6, 113-121.
- 渥美一恵, 春日飛鳥, 長坂暁恵, 他 (2014): デスカンファレンスを通して看護師が捉えたターミナルケアの課題; 家族についての看護師へのインタビューから, 日本精神科看護学会誌, 57(3), 59-62.
- Bassirpour G, Mahr G, Lee B, et al. (2011): The use of hospice care in end-stage psychiatric patients, Journal of palliative medicine, 14(1), 107-108.

- Doron A, Mendlovic S (2008) : Dying in the psychiatric ward, *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 45 (2), 141-144.
- 藤原有季, 中村健一, 村上 久, 他 (2009) : 総合病院精神科病棟におけるターミナルケアの現状と看護師の抱えるジレンマ, *日本看護学会論文集: 精神看護*, 39, 35-37.
- Graham T (松下兼宗, 青木省三訳) (2010) : 1999年以降のイギリスにおける地域精神保健ケア政策の発展, *臨床精神医学*, 39(2), 137-146.
- 泉 孝子, 平井志乃扶, 島田美雪 (2015) : 精神科病棟で癌の終末期患者を看取る看護師の心理の構造, *日本看護学会論文集: 慢性期看護*, 45, 3-6.
- Kelly BD, Shanley D (2000) : Terminal illness and schizophrenia, *Journal of palliative care*, 16 (2), 55-57.
- 厚生労働省 (2014) : 長期入院精神障害者をめぐる現状, 第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf>
- 日下君代 (1998) : 癌告知を受けた精神分裂病患者へのかかわり; 他科スタッフとの連携の重要性, *精神科看護*, 25 (10), 35-38.
- 水野雅文 (2015) : イタリアの精神科入院制度, *臨床精神医学*, 44(3), 401-406.
- 登 賢大, 高原孝知, 中村典子, 他 (2010) : 精神科でのターミナル期の看護, *日本精神科看護学会誌*, 53(3), 140-143.
- 重広美佳, 木村幸生, 米山美紀, 他 (2013) : 精神科における終末期看護の現状とそのあり方について, *日本精神科看護学術集会誌*, 56(3), 188-192.
- 新福尚隆 (2003) : ニューヨーク州における精神医療政策の変遷と触法精神障害者への対応; 入所施設での対応を中心に, *臨床精神医学*, 32(4), 449-456.
- Stecker E (1993) : The terminally ill patient on an acute psychiatric unit; A case study, *Journal of psychosocial nursing & mental health service*, 31 (5), 13-15.
- 竹内啓善 (2015) : カナダ・トロントでの留学, *臨床精神医学*, 44(1), 135-138.
- Tate FB, Longo DA (2005) : Death and dying; implications for inpatient, psychiatric care, *Palliative and supportive care*, 3 (3), 239-243.
- Terpstra TL, Williamson S, Terpstra T (2014) : Palliative care for terminally ill individuals with schizophrenia, *Journal of psychosocial nursing*, 52 (8), 32-38.