

【資料】

## 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

### Literature Review regarding Terminal Care in Psychiatric Hospital and Psychiatric Ward in Japan

荒木 孝治<sup>1)</sup>, 瓜崎 貴雄<sup>1)</sup>, 藤澤由里子<sup>2)</sup>  
岡部 英子<sup>3)</sup>, 正岡 洋子<sup>3)</sup>

Takaharu Araki<sup>1)</sup>, Takao Urizaki<sup>1)</sup>, Yuriko Fujisawa<sup>2)</sup>,  
Eiko Okabe<sup>3)</sup>, Yoko Masaoka<sup>3)</sup>

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

日本の精神科医療の状況は欧米諸国とは随分異なっている。欧米諸国では1960～1970年代に精神科医療の地域移行がすすみ、精神科病院が次々と閉鎖され、精神疾患患者の地域生活を支援する地域精神保健サービスが整備された。欧米諸国の精神科医療は、地域の精神科クリニックや、精神保健センターが中心的な役割を担っている。一方、立ち遅れているものの日本においても、このような地域移行の取り組みが行われている。1995年の精神保健福祉法の制定、2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョンの発表により、福祉施策を充実させ、いわゆる社会的入院患者（病状は改善しているものの、退院後に住む場所やサポートしてくれる人といった受け入れの条件が整わないために長期入院を続けざるをえない患者）を退院させることを目指して、精神科医療を入院中心から地域中心へと移行する取り組みを推し進めている。

しかしながら、岩下（2014）によると、精神病床は2012年6月末日の時点でなお33.8万床あり、

在院患者総数30.2万人、入院期間は、比較的短期の入院患者の比率が増加している一方、20年以上3.3万人（11.0%）、10年以上6.7万人（22.2%）となお多数の長期在院患者が入院を継続している。現状、本邦の地域移行の取り組みは十分な効果を得ているとはいいがたい。また、入院患者に占める高齢者（65歳以上）の比率は51.5%であり、高齢化が顕在化していることがわかる（岩下，2014）。

入院患者の高齢化は、精神科医療・看護に新たな課題を生じさせる。加齢に伴い、様々な身体疾患を合併している患者が少なくない。身体疾患を合併することによって、地域で生活することは一層難しくなってしまう。また、キーパーソンであった家族も同様に高齢化し介護力が低下する、あるいはキーパーソンであった家族が亡くなるなどして、地域に帰る場所を失っている患者もいる。さらに、入院中の精神疾患患者が身体疾患を合併した際、他科の病院に受診や入院を断られ、転院できないケースがある（荒木他，2012）。以上から、今後、精神科病院・精神科病棟において高齢の患者を看取る機会が減少

1) 大阪医科大学看護学部, 2) 大阪医科大学大学院看護学研究科博士前期課程, 3) 大阪府立精神医療センター

するとは考えにくく、人生の最期を迎える患者に対するケア（以下、ターミナルケアとする）は、精神科における看護において、ますます重要になってくると考えられる。

そこで本稿では、日本の精神病床におけるターミナルケアに関する文献を概観し、看護師がどのような思いを抱き、どのようなケアを行っているのかについて、これまでに得られた知見を整理したうえで、精神病床におけるターミナルケアの現状について検討することを目的とする。本稿の結果は、精神病床において、看護師がターミナルケアを実践する際に、またはターミナルケアの環境を整備する際に参考になる資料になると考えられる。

## Ⅱ. 研究方法

『医学中央雑誌』Web版を用い、原著論文に限定して、データベース検索を行った。キーワードを「ターミナルケア」とすると6,115件、「ターミナルケア」「精神科病院」とすると20件の文献が抽出された(2015年9月現在)。また、「ターミナルケア」「精神科病棟」とすると13件の文献が抽出された(2015年9月現在)。抽出した文献の中から、実際のデータを取り扱い、精神病床においてターミナルケアを実践する際に看護師が抱く思いやケアの内容について言及されている11件を選定した。さらに、本研究の目的と関連がありそうな文献を手作業で探索して、2件の文献を追加した。以上、合計13件の文献が本研究の分析対象となった。

## Ⅲ. 結果

検討した文献の詳細を表1-1～-3に示した。

### 1. 精神病床においてターミナルケアを実践する際に看護師が抱く思い

#### 1) 患者に対する思い

看護師は、患者の苦痛の程度を把握することについての困難を感じていた(No.1, 4, 5, 10)。入院が長期に及んでいる患者に対しては、家族と疎遠になっていることを憐れみ、他に帰る場所もないことから、家族のような情を抱いていた(No.1, 6)。最良の終末を迎えさせたいという希望を持ちつつ

も(No.1)、患者の判断能力の評価が難しく、患者-家族関係の希薄さもあって、告知がなされないなど、患者の意思を軽視することに対するジレンマ(No.2, 6, 10)や、患者の願いや希望を叶えられない申し訳なさ(No.6)を抱いていた。

#### 2) 家族に対する思い

看護師は、疎遠な家族に対する怒りやジレンマ(No.1, 6)を感じていた。また、家族に対する関わりの難しさ(No.3, 5)を感じていた。具体的には、患者の身体疾患について家族の理解を得ること、疎遠になりがちな家族に連絡をとるタイミングの難しさ、あと何日もつかどうか分からない患者につき添っている家族への声かけの難しさであった。

#### 3) 看護師自身に対する思い

身体の看護やターミナルケアを実践するために必要な知識、経験が不足していることへの心配(No.1, 5)、呼吸状態の観察に関する医師の指示への戸惑い(No.4)などがあった。それらによって、看護師は自信を喪失していた(No.6)。一方、患者をしっかりと正面から受け止め、患者の信頼を裏切ることなく関わり続けることができたといった達成感も感じていた(No.13)。

#### 4) 環境に対する思い

病院にモルヒネを置いていないために使用できない(No.4, 6)、個室がない(No.6)、酸素の配管がない(No.6)といった戸惑いがあった。また、看護師の人員が不足しており(No.1, 6)、他の患者に十分な看護ができないのではないかとこの憂慮を抱いていた(No.1)。

### 2. 精神病床において看護師が実践するターミナルケアの内容

#### 1) 身体的・精神的苦痛を軽減する

看護師は、傾聴したり(No.2, 5, 9)、手浴や足浴を行ったり、患者が鎮痛剤の効果を自覚できるように関わったりして、疼痛コントロールを図っていた(No.5, 7, 8, 9)。訪室の度に体に触れてマッサージを行ったり(No.12)、次回訪室の時間を具体的に伝えるといったように見通しがもてる声かけを行ったりしていた(No.12)。

#### 2) 受容過程をみまもり、尊厳ある死を迎えられる

表1-1 日本の精神病床におけるターミナルケアに関する研究

No. 研究者 (年)	研究方法	結果の概要 (看護師の思いやケアの内容など)
	①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	
1 泉, 他 (2015)	①1施設の総合病院の精神科閉鎖病棟に勤務し、精神科病棟においてがんの終末期看護の経験が有り、なおかつ1年以上の一般科病棟での勤務経験を有する看護師10名 (精神科平均勤務年数5.0年, 一般科平均勤務年数18.4年) ②質的記述研究デザイン ③非構成的面接:「総合病院の精神科でがんの患者を看取る時の気持ちを話してください」と発問 ④質的分析	看護師は、がんの症状があるが、苦痛がないという患者に対して【訴えないことへのとまどい】を抱いていた。長期入院のために、患者と家族との関わりも薄くなっており、最期くらいはもっと会いに来てほしいという願いをもっていることから【疎遠な家族に対するジレンマ】を抱えていた。患者に対しては、ターミナルケアの経験や知識が不足しているため、【十分でない緩和ケアへの心配】をしており、もっと質の高いターミナルケアが必要だと考えていた。一般病棟よりも少ない人員配置により、多くの病棟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【ケアする環境への不安】もあり、ターミナルケアが十分にできないだけでなく、他患者の精神科特有の暴力等のトラブルへの対処が遅れることの危惧もあった。また、症状が目に見えやすいターミナルケアを必要とする患者を優先してケアすることで、精神疾患患者をケアする時間を十分にもてないという【他患者への憂慮】があつて、申し訳なさを感じていた。看護師は精神科病棟に入院しているがん患者には【最良の終末を迎えさせたいという希望】をもっており、患者に対する【長期入院による情】が影響していた。
2 荒井 (2014)	①ある県の単科精神科病院7施設の看護師10名 (一般病院平均経験年数3.6年, 精神科病院平均経験年数16.2年) ②質的記述研究デザイン ③半構造化面接:「患者のがんを知った時から亡くなるまで、どんなことを大切に精神的なケアを行ったのか」「患者のがんを合併して亡くなるまで、どのような看取りをしたと考え、ケアを行ったのか」について発問 ④質的分析	①Alleviate:【精神症状を和らげ悪化させない】、②Inarticulacy:【あいまいな現実と向き合い対処する】、③Deputy:【家族の役割を担う】の3つのカテゴリーに整理された。①では、看護師は意図的に訪床し、傾聴するケアを重視し、「編み物がしたい」「保護室から出て1人でトイレまで歩きたい」などの患者の希望を可能な限り尊重するケアを行っていた。また、「1日1回は車椅子で散歩する」、「ベッドを動かし、窓が見えるようにする」など、患者の精神状態を平穩にするケアを行っていた。②では、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様々な葛藤を抱え、不全感を抱いていた。③では、病棟のお楽しみ会の電話連絡をするなど、家族関係の希薄さを埋める試みとともに、その困難が語られた。さらに、「患者が好きなラーメンを食べてもらおうと、カセットコンロを詰所に持ち込み、体調のよい時に食べてもらう」など、家族の役割を担うことが語られた。
3 渥美, 他 (2014)	①1施設の精神科病院でデスカンファレンスに参加したことがある看護師10名 (看護平均経験年数10.0年, 精神科平均経験年数7.8年, 他科の経験がある者が1名, デスカンファレンス参加回数は8~56回) ②質的記述研究デザイン ③半構成的面接:「終末期に家族の思いをきけたか」などと発問 ④質的分析	看護師が捉えたターミナルケアの課題として、次の5つが示された。1つ目は、主治医との懸け橋になる、チームで一貫した説明をする、家族が納得できるような声かけを行うといった【家族への意図的ケア】であった。2つ目は、面会時に普段の患者の様子を伝えるなどして【患者と家族をつなぐ】ことであった。3つ目は、疎遠になりがちな家族だからこそ、連絡するタイミングの判断がむずかしく、【家族が最後に患者に会うタイミング】を見極めることであった。4つ目は、看取ったスタッフの肩の荷が下ろせるように、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ようにして、【スタッフのカタルシス】を図ることであった。5つ目は、家族の代わりに看取る意味を考えると【ターミナルケアの再考】であった。
4 齋藤, 他 (2013)	①単科精神科病院でがんによる終末期を迎えた2症例 ②質的記述研究デザイン ③症例1: 60歳代, 男性, 重度精神遅滞, 統合失調症 (20歳代に発症し以後長期入院), 肺がん, 家族に病状説明, 本人へは告知していない。症例2: 70歳代, 男性, 統合失調症 (20歳代に発症, 13年前よりグループホーム入所), 胃がん, 家族とは疎遠 ④質的分析	症例1: 体位交換時、顔をしかめるなど疼痛の残存が疑われたが、本人に質問しても「痛くない」と答えるのみで、疼痛評価が困難であった。病院にモルヒネの採用がなく、使用できなかった。症例2: 疼痛について数値的評価スケールで1から10のうちどのぐらいか尋ねると「1から10です」と答えるなど症状評価に苦慮した。看護師が患者のSPO <sub>2</sub> 低下に対して懸命に喀痰吸引を行うことにより、患者に嘔吐などがみられたことについて、医師が看護師に対して呼吸数や表情で主観的な呼吸苦を判断するようにと指導すると、看護師が戸惑う場面がみられた。
5 重広, 他 (2013)	①1施設の精神科病院の看護師55名のうち、回答の得られた49名 (看護師の平均経験年数は11.9年) ②質的記述研究デザイン ③質問紙: 精神科の終末期患者の看護で実際に力を入れたケア, 精神科の終末期患者の看護で難しく感じる事、終末期にある精神疾患患者の家族へのケアで難しく感じる事、など ④質的分析	実際に力を入れたケア: 手浴や足浴を行うなど【苦痛・痛みの緩和】、本人が一番辛いことや望みをとらえるなどの【寄り添い】【声かけ】【傾聴】、家族との関わりをもてるよう、懸け橋となるといった【終末期の調整】などであった。看護で難しく感じる事: 痛みの程度を理解、痛みの訴えが頻回の際の対応などといった【苦痛・痛みへのケア】、死の恐怖を軽減するといった【不安へのケア】、意思表示のない人が多く、痛みの程度がわからないなどといった【意思疎通】などがあつた。家族へのケアで難しく感じる事: あと何日もつかどうかかわからない患者に付き添っている家族への声かけといった【家族との関わり・言葉かけ】、家族にも精神疾患があることも多く理解を得られないことがあるなどの【家族の理解が得られない時】、その他に、長期入院中の人であればあるほど家族との交流がもともない場合が多く、家族ケアにたどり着けないことが多い、という語りがあつた。



表1-2 日本の精神病床におけるターミナルケアに関する研究

No. 研究者 (年)	研究方法	結果の概要 (看護師の思いやケアの内容など)
	①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	
6 荒井, 他 (2013)	①2施設の精神科病院で勤務する看護師のうち、がんを併発した患者を看取った経験のある看護師28名中、同意の得られた20名 ②質的記述研究デザイン ③面接:「患者を看取るなかで様々なケアをされたと思います。そのなかで感じた不安、ためらい、難しさをお話してください。そして、そのような不安やためらいを経験されて、あなたが学び、前向きな気持ちになったと思える出来事をお話してください」と発問 ④質的帰納的分析	戸惑いは3つのカテゴリーで構成された。【アプローチの異なり】には、看護師がケアにおいて重要視していた傾聴から、身体的なケアへと方向転換を余儀なくされるが、がん看護の専門的知識の不足があって対処できないために、自信の喪失や危機感があることが含まれた。【病棟の構造的課題】には、配管がないので酸素ボンベを病棟に運ぶのが大変、麻薬を使いたくても病棟にない、個室がない、などが含まれた。【尊厳の喪失】には、医師が家族だけに説明をしている現実に患者の意思を軽視するやりきれなさを抱え、医師に意見を言えないジレンマを感じていたこと、患者への関わりを拒否する家族に遭遇すると怒りと憐れみを感じ同情すること、マンパワー不足や行動制限から患者の願いを叶えられない申し訳なさや苦悩などが含まれた。希望は2つのカテゴリーで構成された。【他者と連携して治療環境を改善する】には、看護師が患者と家族の橋渡しをするなかで、医療者間で情報提供し合う主体性が生まれ、より良い看取りをする気持ちが治療環境を改善する意志となることが含まれた。【尊厳ある死を看取る覚悟】には、看護師が窓側にベッドを移動し一緒に森を眺めたり、庭の花を摘んで病室に飾り、その花を植えた時の思い出をきく等の思いを引き出すことや、患者を看取るのが自分の役目といった使命感が含まれた。
7 登, 他 (2010)	①単科精神科病院に長期入院しているがんを併発した統合失調症患者、1事例 ②質的記述研究デザイン ③事例:60歳代、男性、独身、39年前に統合失調症発病、共同住居で1人暮らしをしつつデイケア通所、当院への入退院を繰り返していた、当院入院中に大腸がん (stage IV) を発症、腰椎転移あり ④質的分析	疼痛をコントロールして、患者の希望に沿うことで、患者のQOLを保つことができた。具体的には次のような援助である。うなぎが食べたいという患者の希望を叶えることが食思の改善につながった。誕生日にはケーキを用意して病棟スタッフでお祝いをした。タバコを吸うことも患者の自己決定としてとらえ、喫煙中はスタッフが付き添い「ゆっくり、ゆっくり」と声かけしながらみまもった。疼痛管理がうまくいっている時は、歩行訓練、車椅子にて散歩、売店への買い物へ行った。患者が楽しみにしている入浴を介助で行った。「誰も面会に来んな」と苦笑いしながら眩いた患者に対して、訪室機会を増やし、会話をするようにした。疼痛に対しては、経皮吸収型持続性疼痛治療剤を貼付したり、さすったりした。
8 金谷 (2010)	①精神科病院に入院しているがんを併発した有機溶剤後遺症患者、1事例 ②質的記述研究デザイン ③事例:30歳代、男性、有機溶剤後遺症、パーソナリティ障害 (20歳代に初回入院し、被害妄想・幻聴・気分変動・粗暴行為が激しく、入退院を繰り返していた)、入院中に腹痛を訴え、一般科の病院で肝細胞がんと診断され、部分切除術を施行して精神科病院に再入院した ④質的分析	患者が終末期を受け止めていくプロセスをみまもりながら関わっていくことが重要であった。家族は緩和治療のできるホスピスを希望したが、患者の精神状態が悪く受け入れ先を探すのは困難であった。当初家族は患者に告知をしないことを希望した。患者は、精神科病院の看護師2名が付き添って、一般科病院での放射線療法を開始したが、予定の回数を終了した後も、骨転移により疼痛が改善しなかったことから、放射線療法の施行と中断を繰り返した。家族が患者にがんであることを告げた後も、拒否的な言動は変わらなかった。幻聴が活発となり精神状態が悪化した。看護師は根気よく鎮痛剤の効果を説明し、服用1～2時間後に再度疼痛の有無を確認し、鎮痛剤の効果を自覚できるように関わった。その後は麻薬を導入して疼痛管理を行った。患者は嫌がっていたナースコールの使用を受け入れたり、看護師に感謝の気持ちを表現するようになった。
9 小倉, 他 (2009)	①精神科病院1施設に勤務する看護師180名のうち、有効回答の得られた102名 (平均年齢33.0歳、平均臨床経験年数10.6年) ②量的記述研究デザイン ③質問紙:厚労省のガイドラインを参考にして作成した「終末期看護に対する意識」に関する質問紙 ④記述統計	終末期患者の尊厳ある生死を実現するために最も重視されなければならないと思うものは、「疼痛や呼吸困難などの症状緩和のための処置」(71.0%)、「精神的なケア(そばで話を聴くなど)」(66.0%)であった。死期が近い終末期患者の家族に対する援助のうち、実際に行っていることで最も多いことは、「声をかける、家族の話聞く、助言する」(49.0%)、「連絡・調整」(31.6%)であった。
10 藤原, 他 (2009)	①公立病院精神科病棟に勤務する看護師で同意の得られた12名 (精神科病棟平均経験年数3年、精神科病院経験者が2名、他科診療科病棟経験者が6名) ②質的記述研究デザイン ③半構成的面接 ④質的解析	ターミナルケアが必要な統合失調症患者の利益と感ずる内容として、各種検査設備の充実や各診療科と連携してチーム医療が展開できることが示された。ターミナルケアが必要な統合失調症患者の不利益と感ずる内容として、インフォームドコンセントのあり方があった。認知機能障害のために、患者の理解度と判断能力の評価が難しいことや、患者-家族関係の希薄さから、インフォームドコンセントを困難にさせることが示された。例えば、患者には、「お腹が痛いので、痛みがおさまるまで食事はできませんね」といった対症療法の必要性の説明のみが行われていた。看護師は告知が行われないことにジレンマを感じていた。また、患者が苦痛を具体的に表現できず治療が遅れるといった患者要因も精神科病棟での身体的治療を困難にする要因の1つであることが示された。看護師は、予後の短い患者にとって身体的拘束は患者のストレスを高めQOLを低下させてしまうのではないかとジレンマを感じていた。

表1-3 日本の精神病床におけるターミナルケアに関する研究

No. 研究者 (年)	研究方法	結果の概要 (看護師の思いやケアの内容など)
	①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	
11 荒木, 他 (2009)	①単科精神科病院に入院しているがんを併発した適応障害 (パーソナリティ障害) の患者, 1事例 ②質的記述研究デザイン ③事例: 30歳代, 女性, 既婚, 適応障害 (パーソナリティ障害), 進行性乳がん, 胸腰椎・肝・肺転移, 左乳房のしこりに気づいたが未治療のまま3年間経過, 腰痛が出現し受診した際にはすでに手術が不可能な状態で余命半年と宣告された ④質的分析	患者には, 独語を繰り返す同室者に「黙っとけ! やかましか!」と大声を返す, 職員の手を噛もうとする, 体に「触るな!」という, お茶を故意にこぼして看護師に床を拭くように指示するなどの言動がみられた。看護師は病気を受容する過程における「攻撃」と考え, それを確認すると, 患者は「寂しかよ…」と感情を表出した。看護師は, ベッドのままホールに移動してテレビを見る時間を設ける, 車椅子でホールで他患者と一緒に過ごす機会や外に出る機会をつくるなどして関わった。リハビリがしたい患者が医師から「その必要はない」と告げられ, 同室者に口調を荒げ興奮した際は, 筋力低下予防のトレーニングなどを促し, 患者の潜在的なニーズを埋めるように関わった。
12 片山, 他 (1999)	①精神科病院に入院しているがんを併発した統合失調症患者, 1事例 ②質的記述研究デザイン ③事例: 50歳, 男性, 統合失調症, 腹部悪性中皮腫, 入院期間は30年, 父親は患者が10歳の時に死亡, 母親は1年前に死亡, 兄との外出, 兄宅への外泊は拒否する ④質的分析	他院で手術をした患者を迎えに行くと, 「帰れるん?」と嬉しそうにベッドから起きた。帰院後, しばらくは日中はホールで好きなテレビを見て過ごし, 食事も皆と一緒にとり, 他患者から声をかけられると笑顔も見せていた。しかし, 次第に臥床が目立つようになった。食事摂取量が低下してからも, 「よその病院には行きとやないけえ」と頑張って食事を口にしていた。徐々に衰弱する患者を総室から個室へ移動すると, ナースコールが頻回になった。一つひとつの業務の前に訪室し「これから少しの間来られないけど今しておくことはない?」「次は〇時頃来るから」という言葉を付け加えて対応すると, ナースコールの回数は減った。点滴や酸素吸入を嫌がるようになった患者に対して, 治療効果が望めない状況では患者の思い通りにすることが精神的苦痛の除去につながるのと判断のもと, それらを外すことにした。患者は「ありがとう」とほっとした様子であった。看護師は訪室のたびに身体に触れ軽くマッサージを行った。以上から, 看護においては, 住み慣れた場所で自分らしく生きたいという患者の気持ちを大切に, 患者の不安を取り除くために環境の調整を行うとともに, 心理面を配慮した対応の仕方を工夫することが重要であるといえた。
13 日下 (1998)	①精神科病院に入院しているがんを併発した統合失調症患者, 1事例 ②質的記述研究デザイン ③事例: 70歳, 男性, 統合失調症, 胸腺腫瘍, 半年前に腫瘍が発見されたが本人に知らされないままに経過観察されていた, 単身, 32歳で発病, 数回の入院歴あり, 40歳代に当院に入院し以後社会的入院が続いていた, 日常生活は自立し日々加工作業に励んでいた ④質的分析	患者は, 他院でがんを告知された日, 帰院する前に, 同伴していた看護師・ケースワーカーとの食事を希望した。「ええもんやな, こないしてテーブルを囲むちゅうのは, ええもんやなあー」「家族とはこんなもんやろうな」とはしゃいだ。帰りの車中で「手遅れだったちゅうことやな」「70も生きたら十分や」と動揺する様子なく話す一方で, 半年前の受診結果が明らかにされなかったことに対して「わしが分裂病患者やったからやな」「世間とはそんなもんや」と漏らした。他院の外来での化学療法と放射線療法が開始された。患者の修正困難な思考過程の特徴を考慮して毎回同じ看護師が同行し, 先方の医師に患者の精神状態や考えなどを伝えた。ある日患者が同行していた看護師に面談を希望し, 「わしゃあ, あとどれくらい生きられるんじゃあ?…わしにも準備がある…心残りがあっては死にきれんからな」と言った。医師から説明を受けることを勧めるが, 患者は「あんたの口から答えを聞きたいんや」と言い, 看護師が「人様々ではあるが, 半年ないし1年というように月単位でみている…」と話す時, 患者は「ようわかった, …あんときの食事 (告知時にスタッフと共にした食事) がうまかった。ええ思い出ができた」と, にっこり笑った。看護師は, 患者をしっかりと正面から受け止め, 患者の信頼を裏切ることなく関わり続けることができたという感想を抱いていた。

ようにする

放射線療法を繰り返し中断したり, 看護師に辛辣な態度を示したり, 予後の不安に苛まれたりする患者と関わりを続け, 受容過程をみまもっていた (No.8, 11, 13)。また, 看護師は, 住み慣れた精神科病院で自分らしく生きたい, という患者の思いを大切にしていた (No.12)。具体的には, 庭の花を摘んで病室に飾り, その花を植えた時の思い出

を聴くといった人生を振り返られるような関わり (No.6) や, 「編み物がしたい」「歩きたい」「リハビリをしたい」などといった患者の希望に沿う関わり (No.2, 12) をしていた。

### 3) 患者と家族の関係を調整する

希薄になっている患者と家族との関係を改善するために, 関係の調整を図っていた (No.2, 3, 5, 6, 9)。具体的には, 家族に電話をして病棟のお楽しみ会へ

の参加を促したり (No.2), 面会時に普段の患者の様子を伝えるなどして, 家族と話をしたり, 家族に助言をしたりしていた (No.3, 9)。

#### 4) 家族の役割を担う

単身であったり, 家族がいても疎遠になったりしている患者に対しては, 看護師が家族の役割を担っていた (No.2, 7, 8, 13)。具体的には, 患者が好きな食べ物 (ラーメン, うなぎなど) を食べられるようにしたり (No.2, 7), 患者とともに外食をしたり (No.13), 放射線療法などを受けるために他院への受診に同伴したりしていた (No.8, 13)。

### IV. 考察

上記では, 精神病床におけるターミナルケアを看護師の思いやケアの内容の視点から整理し, 現状を検討した。その結果を通して, 精神病床におけるターミナルケアには, 施設の対応力の強化, 看護師を含む医療者への支援, 患者の思いをききとれるアプローチ, 家族とのコンタクトを取り続ける工夫の4つの課題があると考えられる。

#### 1. 施設の対応力の強化

看護師は患者の身体的・精神的苦痛を軽減しようと懸命に関わっていた (No.2, 5, 7, 8, 9, 12) が, 特に精神科病院では, 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に対して, 看護師が戸惑いや憂慮を抱えていることが示された (No.1, 4, 6)。物理的・人的環境が十分に整っていない中でターミナルケアを行うには困難があると考えられる。

2014年の診療報酬改定で, 身体合併症に対応する総合病院が他の精神科単科病院から患者を受け入れやすくなるように算定が見直された (中村, 2014)。とはいえ, 実際には即時の十分な対応はむずかしく, 上記の困難を抱えながらも, 精神科の看護の領域においてターミナルケアは重要な役割の一つであるといえる。

身体疾患に関する看護の知識と技術の向上や不安の軽減のために, 身体疾患に関する研修の効果が示されている (岡部他, 2015)。しかし, 看護師が能力を高めていくことだけでは限界がある。身体疾患

のケアにも対応できるように, 病棟の構造や仕組みといった物理的環境, さらにはマンパワーの確保といった人的環境の改善が急務であるといえる。物理的・人的環境の不備は, 看護師を含む医療者に, 患者の身体疾患のケアに対する諦めや落胆を生じさせてしまうと考えられるからである。

とはいえ, これらの環境の改善がすぐには容易ではないとすれば, それに代わる手段としては, 病棟内の適切な看護管理と, 地域の一般病院との連携が挙げられるのではないだろうか。適切に看護管理を行い, スタッフの配置と構成, 仕事の割り当てを適正化することにより, 看護師の負担はいくぶん軽減し, 看護に専念しやすい環境をつくることができると考えられる。また, 地域の一般病院との連携が図られており, 患者の状態が悪化した時に受け入れが可能な体制, あるいは, 受け入れは叶わなくても相談できる体制が整備されていると, スタッフの中に安心感が生まれることが期待できる。

#### 2. 看護師を含む医療者への支援

文献検討の結果からは, 看護師が人生の最期を迎えようとする患者に対してどのように関わっているのかが明らかとなった。看護師は, 身体の看護やターミナルケアを実践するのに必要な知識, 経験が不足していることへの心配 (No.1, 5), 医師の観察に関する指示への戸惑い (No.4) などから, 自信を喪失しながら (No.6) も, 患者の受容過程をみまもり, 尊厳ある死を迎えられるように関わっていた (No.2, 6, 8, 11, 12, 13)。しかし, 患者の判断能力の評価が難しく, 患者-家族関係の希薄さもあって, 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も示された (No.2, 6, 10)。

精神病をもつ患者は, 精神症状により現実検討力や思考力, 判断力が低下しているために, 患者の意思決定を尊重することが難しい場合がある, ということが指摘されている (武用, 2009)。また, 精神科の臨床現場で看護師は, 患者の権利と自己決定に関する倫理問題を多く経験していたことが示されている (遠藤, 2011)。これらから, 精神科におけるターミナルケアでは, 告知, 治療の選択, 余命の過ごし



方などといったインフォームドコンセントに課題があり、患者の意思が軽視される (No.2, 6, 10) というように、患者の尊厳が守られ難い場合もあることから、患者と関わる看護師にジレンマを生じさせやすい状況があると推察される。二つの相反する事柄の板挟みになり、どちらとも決めかねる状態がジレンマであるから、その状態のままだと、看護師は自らの看護に自信を持ちにくく、不全感を大きくしてしまう可能性がある。

そのため、看護師がジレンマを表出したり、それについて内省したりできる場が必要であると考えられる。田中他 (2014) は、看護師の年齢や経験年数により、倫理問題を体験する頻度が異なることを明らかにした。すなわち、若く経験の少ない者ほど、臨床で体験する倫理問題を解決する十分な専門的能力や立場を持ち合わせていないので、かえって、患者の権利と自己決定、あるいはインフォームドコンセントなどの倫理問題を強く意識する可能性を指摘している。年齢や経験年数によって看護師の現象のとらえ方に差異があるのであれば、それを補うために看護師同士が意見交換できる場が必要であろう。

また、西岡 (2008) は、終末期にある精神疾患患者のケアの場面で、患者が身体症状を執拗に訴えたり、反対にほとんど訴えなかったりと表現が乏しかったり不適切だったりすること、チューブ類の抜去や安静が守れないなどの治療に反する行為がみられること、さらには、病識のなさや無関心から治療拒否がみられる場合もあることを指摘している。このような患者に関わる看護師の心理的負担は大きいと推察される。一方で、看護師は、患者に最良の終末を迎えさせたいという希望を持っている (No.1)。だからこそ、精神疾患患者の言動に苦悩するのである。

このような苦悩やケアに携わる中で感じた様々な思いを表出できるように、看護師間で、あるいは、多職種間でカンファレンスを行うことが重要であると考えられる。このような場は、それぞれの医療者が持っている患者に関する情報を整理して、患者の援助の方向性を確認したり、最善の援助方法を検討したりするうえでも、有用な機会になると思われる

る。また、検討した文献では、デスクンファレンスの場で、看取ったスタッフの肩の荷が下ろせるように、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ようにして、カタルシスを図ることの重要性が指摘されていた (No.3)。

患者に関わる看護師、そして医療者全体が共通して抱えている、患者に最良の終末を迎えさせたいという希望を叶えていくためには、看護師を含む医療者それぞれが連携し、患者に関する情報を共有して援助について検討すること、また、自らの思いを表出してカタルシスを図ることが不可欠であると思われる。

### 3. 患者の思いをききとれるアプローチ

精神疾患患者は、精神疾患による認知機能障害などによって、身体疾患の病状から苦痛が生じている可能性が高い場合においても、その苦痛を自ら訴えるとは限らず、看護師が疼痛について問うても「痛くない」と答える場合もあって、苦痛の程度を把握することが困難であることを示す文献が多数見られた (No.1, 4, 5, 10)。

検討文献のうち、事例の詳細が記された6件 (No.4, 7, 8, 11, 12, 13) では、全事例ががんを併発した患者が対象であり、長期入院患者 (No.4, 12, 13) や、入退院を繰り返している患者 (No.7, 8) が含まれていた。病気の経過が長いということは、回復過程が停滞している、すなわち患者は慢性期の状態にあると考えられる。例えば、統合失調症の慢性期では、一般に無為や自閉といった陰性症状が主たる症状である場合が多く、患者が自らの身体の変化に気づいていたとしても、それを他者に伝えようとする意欲がなかなか出にくい状況にあることも、患者が痛みを訴えない理由の一つであると考えられる。また、長期にわたる入院生活の中では、新しく出会った人と関係を築くという経験をするのが少ないと考えられ、そのような入院環境が患者のコミュニケーション能力を弱めているということも、患者が自ら苦痛を訴えないことに影響していると推察される。

しかしながら、このような状況にありながらも、患者は看護師に自らの思い、または希望を伝えて

いた。例えば、喫煙や入浴がしたい (No.7), うなぎが食べたい (No.7), 寂しさ (No.7, 11), リハビリがしたい (No.11), 他の病院には行きたくない (No.12), 医療者と一緒に食事がしたい (No.13) である。

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ためには, 患者がどういう思いでいるのか, あるいはどういう希望をもっているのかを知ることが重要である。患者は(精神症状のために隠れてしまっているが)言葉や, 顔をしかめる (No.4) といった表情, 頻回なナースコール (No.12) といった行動などの非言語的表現によって, 自らの意思を伝える力をもっている。その患者の思いをききとれるアプローチ(看護)は, 精神病床におけるターミナルケアの大切な要素の一つであると考えられる。そして, 患者がその力を発揮できるように, その声を「いつでも」ききとることができるように, 看護師が患者との間に安心できる関係を築いていくことが重要であるといえる。

#### 4. 家族とのコンタクトを取り続ける工夫

検討した文献では, 家族との関係がもともとない (No.5), あるいは入院に伴い家族との関係が次第に希薄になっていく場合がある (No.1, 6, 10) ことが示されていた。入院が長期になればなるほど, 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状況がある。とはいえ, 家族の立場に立てば, 親であれば高齢になり, 若い頃のように体もいうことをきかない。子であれば, 自分の将来のことも考えないわけにはいかない。兄妹であれば, 自分の生活も世帯もある。家族も苦労している。

検討文献では, 疎遠な家族に対する怒りやジレンマ (No.1, 6), 家族に対する関わりのむずかしさ (No.5) を感じながらも, 看護師が患者と家族を調整するように関わっていたこと (No.2, 3, 5, 6, 9), または, 調整が困難な場合には, 看護師が家族の役割を担っていたこと (No.2, 7, 8, 13) が示されていた。このように看護師は様々な工夫を行い, 家族の代わりにその役割を担おうとしているのだが, それでも患者は家族に思いを馳せ, 家族の存在を希求している。検討した文献では, 「誰も面会に来んな」

と苦笑いしながら呟く (No.7) や, 医療者と一緒に食事をした際に「家族とはこんなもんやろうなー」とぼやく (No.13) といった様子が観察されていた。患者が医療者に「家族に会いたい」と直接的な表現をしないとしても, こころの内では家族を求め, 家族とのエピソードをたびたび想起していることが示唆された。

患者の身体疾患に関して家族の理解を得ること, 疎遠になりがちな家族に連絡をとるタイミングなど, 対応の難しいケースもあるが, 患者の家族に対する気持ちを受け止め, 家族の思いも理解しつつ, 適切にコンタクトを取り続ける工夫をすることも, 精神病床におけるターミナルケアの大切な要素の一つである。

#### V. おわりに

日本の精神病床におけるターミナルケアに関する13件の文献から得られた知見を整理して現状を検討した結果, 精神病床におけるターミナルケアにおいては, 施設の対応力の強化, 看護師を含む医療者への支援, 患者の思いをききとれるアプローチ, 家族とのコンタクトを取り続ける工夫の4つの課題のあることが明らかとなった。今後はこれらの一つひとつについて, さらに詳細な検討を加えていきたいと考える。

#### 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.
- 荒木美紀, 宮下 忍, 増森浩一, 他 (2009): 余命半年と宣告されたがん患者とその家族へのケアをとおして: 精神障がい者のがんターミナルケアを考える, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 258-262.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子, 他 (2012): 統合失調症患者の身体合併症看護を促進させるための体制の整備について, 大阪医科大学看護研究雑誌, 2, 9-20.



- 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, 日本精神科看護学術集会誌, 57(3), 59-62.
- 武用百子 (2009): 高度看護実践家に必要な生命倫理と倫理観, 日本専門看護師協議会監修, 精神看護スペシャリストに必要な理論と技法, 310-312, 日本看護協会出版会, 東京.
- 遠藤 太 (2011): 看護師の倫理的感受性を高める取り組み; 精神科病院における「倫理カンファレンス」, 精神科看護, 38(2), 21-25.
- 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.
- 岩下 覚 (2014): 精神科入院医療の概況, 精神保健福祉白書編集委員会, 精神保健福祉白書2015年版; 改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから, 155, 中央法規出版, 東京.
- 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.
- 金谷里砂 (2010): 攻撃的で治療継続が困難な有機溶剤後遺症患者へのターミナルケアの実践; 家族・一般科病院と連携し精神科閉鎖病棟で最期を迎えた一事例, 日本看護学会論文集; 精神看護, 40, 119-121.
- 片山和子, 小福田光江, 石原恵子, 他 (1999): 精神科開放病棟におけるターミナルケアへの配慮; 一事例の分析を通して, 日本精神科看護学会誌, 42(1), 231-233.
- 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.
- 中村江美子 (2014): 精神疾患患者と身体合併症, 精神保健福祉白書編集委員会, 精神保健福祉白書2015年版; 改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから, 183, 中央法規出版, 東京.
- 西岡和代 (2008): 精神疾患をもつ人の終末期ケアの現状と課題; 身体合併症看護とターミナルケアの実践報告から, 精神科看護, 35(11), 12-17.
- 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.
- 小倉邦子, 松下年子, 藤村朗子, 他 (2009): 精神科看護師の終末期看護に関する意識調査, 日本看護学会論文集; 精神看護, 39, 32-34.
- 岡部英子, 荒木孝治, 松尾淳子, 他 (2015): 統合失調症患者の身体合併症を早期に発見するための看護研修プログラムの効果の検討, 木村看護教育振興財団看護研究集録, 22, 20-43.
- 齋藤暢是, 岡島美朗, 阿部隆明, 他 (2013): 単科精神科病院における統合失調症患者のがん終末期医療をめぐる諸問題, 栃木精神医学, 33, 41-47.
- 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.
- 田中美恵子, 嵐 弘美, 柳 修平, 他 (2014): 精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討, 東京女子医科大学看護学会誌, 9(1), 21-29.