心不全患者の終末期ケアに対する看護師が抱く精神的負担

キーワード：心不全　終末期ケア　看護師　精神的負担

C棟7階　○岡本奈保美　岩井宏史　岩下英里香　吉川礼華

Ⅰ．はじめに

A病院循環器内科病棟は循環器疾患の急性期を主として慢性期・終末期と様々な段階の患者が入院している。急性増悪から終末期を迎え、心不全に陥り死を迎えるケースも多く、終末期ケアの中で看護師はこれでよかったのか、患者に対してもっと何かできたのではないか等、様々な思いを抱えている。しかし日々の多忙な業務や急性期患者のケアが優先される現状もあり、その思いを知ることは困難である。

心不全終末期の患者ケアに対する満足度調査[1]やケアの実態を明らかにした研究[2]は近年多く発表されているが、心不全患者の終末期ケアで看護師が持つ精神的負担というネガティブな面に着目した質的研究は少ない。そこで今回看護師が心不全患者の終末期ケアに対してどのような精神的負担を抱えているか、A病院循環器内科病棟の看護師に半構成的面接を実施し、明らかにしたので報告する。

Ⅱ．目的

急性期・慢性期・終末期の患者が混在する循環器内科混合病棟の看護師が抱く心不全の終末期ケアに対する精神的負担の内容を明らかにする。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン：質的記述的研究

2．研究対象者：A病院循環器内科病棟に所属するA病院キャリア開発ラダーⅡ以上の看護師5名

3．研究期間：2015年11月～12月

4．データ収集方法

作成したインタビューガイドを用いて半構成的面接を実施した。面接内容は①心不全患者の終末期ケアに対して看護師が抱く精神的負担、②心不全患者の終末期ケアで感じた精神的負担は軽減・解決できたかとした。面接は1人につき1回30分以内で実施し、面接内容は対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

5．データ分析方法

録音した内容を逐語録に起こし、心不全患者の終末期ケアで抱いた精神的負担に関するコードを抽出し、コードの類似性に沿ってサブカテゴリー・カテゴリーに分類し、分析した。

6．倫理的配慮

研究協力者に研究の目的と趣旨、参加は自由意思であること、収集したデータは研究協力者個人が特定されないようコード化し、本研究以外では使用しないことを説明し、書面にて承諾を得た。なお、本研究は奈良県立医科大学附属病院 看護研究倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅳ．用語の定義

心不全の終末期：治療の効果が期待できず、症状の悪化と軽減を繰り返し、生命維持のための点滴や生活上の制限が中心となっている段階。また、突然死もあり得る段階[3]。

Ⅴ．結果

A病院循環器内科病棟の看護師で同意の得られた5名に半構成的面接を実施した。

1．質問①の結果、14サブカテゴリー、5カテゴリーを抽出した（表1）。以下、カテゴリーは【】、カテゴリーを構成するサブカテゴリーは［］で示す。またサブカテゴリー内容を表しているコードを「」で示す。

1）【医療者間の連携が不十分】

「医師と患者の人生や今後の経過を相談する機会が少ない」、「I.C で立ち会うことがなく、話し合われた内容がわからない」と思いの表出があった。

表1 インタビュー分析結果

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
医療者間の連携が不十分	医師に対する思い	患者の気持ちを考えてくれていないと感じた
		終末期となると医師にも精神面のことを考えてほしい
	医師とのコミュニケーションが不十分	医師の経験が浅くどうしていいかわからなかった
		医師・看護師・患者家族でコミュニケーションが上手くとれていなかった
		医師によって相談できる人とそうでない人がいる
		医師と患者の人生や今後の経過を相談する機会が少ない
		I.Cで立ち会うことがなく、話し合われた内容がわからない
		医師・患者家族間の連携をとる方法がわからない
		患者が主治医からどのように説明され理解しているかわからない
患者・家族の思いを尊重したケアが不十分	患者家族を含めた早期からのケアの提供が不十分	状態が悪化している状況で早期に家族を含めたケアができれば最善と思う
		患者や家族の意向を上手く引き出せていないことがつらい
	患者・家族の思いをくみ取りたい	状態が悪化している中で家族ともっと話ができなかったのか
		家族ともっと話がしたかった
		家族の面会が少なく、直接看護師が家族と話す機会が少なかった
		患者の希望を聞きたいのに聞けない部分にジレンマを感じる
		患者の希望を叶えられず、現状維持を中心とした関わりが辛い
		悪くなったとしても患者家族の希望を叶えてあげたい
		最期まで患者家族の希望を叶えてあげたい
終末期ケアが未熟	緩和ケアに慣れていない	緩和ケアよりも積極的な治療をしていることが多い
		苦しみを緩和してあげたい
		看取り目的での入院がないため、看取りに慣れていない
	意向確認を十分にしたい	急変時は患者家族が本当に望んでいた治療かと思う時がある
	終末期ケアが苦手であり実践力不足	終末期ケアが薄いと思っているが、どうしたらいいかわからない
	終末期ケアに対する経験と知識が不十分	終末期の時期がわからない
		終末期ケアとしての介入の時期がわからない
		終末期ケアについての知識や経験が薄く、弱い部分がある
	終末期患者の精神面の難しさ	患者は余命を察知していたが、遠慮して思いを言えずにいた
ケア提供に伴う難しさと後悔	終末期ケアの難しさ	必要なケアであっても侵襲的な処置に対しての葛藤はあった
		様々な要因からここまで治療しなくてもいいと思う
		本人の意向に沿っていないことに対する戸惑いがある
	終末期ケアでの後悔	転院してしまうことが多く無責任と感じる
		入退院を繰り返していることに対して看護師が慣れすぎている
	カンファレンスの意義	患者を交えたカンファレンスを行なえばよかった
		告知してはいけない状況であり、患者の思いを引き出せなかった
		医師とのカンファレンスを行ったが上手くいかなかった
	看護計画と看護実践の相違	回復を見据えてのケアが十分行なえておらず辛い
		ケアの焦点が絞れていない
	治療に対する思い	心不全は完全に回復することは少なく延命治療になっている部分があり辛い
治療基準が曖昧で対応に悩む	治療基準が曖昧	DNARを取る時期と取る意味がわからない時がある
		DNARの意味するものと目的がわからないときがある

A病院循環器内科病棟ではインフォームドコンセントに立ち合うことが少なく、医師と患者・家族がどのような話し合いをされたのかがわからず、患者・家族の意向を医師の記録で初めて知ることがある。また記録上でしか医師の方針がわからないこともあり、[医師とのコミュニケーションが不十分]であると語っていた。

2)【患者・家族の思いを尊重したケアが不十分】急性期を主としたA病院では治療が優先されることが多く、また日々の業務の煩雑さの中で患者・家族の思いに向き合う時間が十分にない現状もあり「患者・家族の意向を上手く引き出せていないことがつらい」、「患者の希望を聞きたいのに聞けない部分にジレンマを感じる」など[患者・家族の思いをくみ取りたい]と思っていても出来ていないことへの思いが表出されていた。

3)【終末期ケアが未熟】

今回の面接では終末期にある患者に対して傾聴・共感・寄り添うという部分が大事であり終末期ケアに焦点を絞ったケアをしたいなど前向きな発言は認められたが、「看取り目的での入院がないため、看取りに慣れていない」、「終末期ケアについての知識や経験が薄く、弱い部分がある」など終末期ケアそのものに対して自信がないことを語っていた。

4)【ケア提供に伴う難しさと後悔】

心不全の終末期であっても医師は治療を継続していくことが多く、侵襲的な処置が行われていることがある。その中で看護師は患者や家族の終末期での望みがあるなら、それを医師に伝えその思いに沿えるようにしてあげたいと考えているが実際はできておらず、「必要なケアであっても侵襲的な処置に対しての葛藤はあった」と語っていた。また「ケアの焦点が絞れていない」など、看護師が実際に行う[終末期ケアの難しさ]や[看護計画と看護実践の相違]を語っていた。

5)【治療基準が曖昧で対応に悩む】

「DNAR を取る時期と取る意味がわからない時がある」と[治療基準が曖昧]であることに対して精神的負担を感じていた。

2．質問②からは、終末期ケアで抱いた精神的負担は看護師の間で解決や共有が不十分な現状にあり、共有の場が必要という意見がほぼ全員から聞かれた。

VI. 考察

本研究では結果にあげた5つの精神的負担が抽出された。【終末期ケアが未熟】【医療者間の連携が不十分】の2つの精神的負担は、柳澤ら[4]が行った近年の終末期ケアに関わる看護師の葛藤に関する文献研究で明らかにされている<看護師自身の未熟さ>、<医師や他のスタッフとの連携ができていない>とほぼ同様と言える。【患者・家族の思いを尊重したケアが不十分】【ケア提供に伴う難しさと後悔】も、柳澤らの先行研究[4]にある<理想とするケアができない><罪悪感>に類似している。これら4つの精神的負担は、先述した終末期ケアに対する看護師の心理的な動向に関する研究と類似している結果となり、疾患に関わらず、終末期ケアにあたる看護師はこうした精神的負担を抱えていると考える。

心不全患者の終末期は突然死や予測できない急性増悪が多い[5]。そのため事前に意向確認を取られていることが多く、【治療基準が曖昧で対応に悩む】のサブカテゴリーには「Do Not Attempt Resuscitation (以下DNAR)」に対する看護師の思いが語られている。箕岡は、DNARの捉え方が医療者個人個人で異なっている[5]と述べており、医師・看護師それぞれの職業観によるDNARに対する捉え方の相違も示唆される。また心不全は急性増悪と軽快を繰り返しながら次第に終末期を迎えるため、終末期の線引きが難しく原疾患への治療が継続される面があり、DNARに対する判断が難しいことからも医療者間の相違が生じやすい原因の一つではないかと考える。今回の面接からは「DNARの目的や意味に納得できない」と語られており、医療者

間の DNAR に対する捉え方の相違が看護師の精神的負担となっていると考えられる。さらに柳澤らは、終末期患者・家族に関わる看護師が葛藤を抱いたとき、自分の体験を振り返り自分が行ってきたことを認めることができる状が必要である[4]と述べている。今回の面接では看護師の間で精神的負担の解決が不十分な現状にあり、共有の場が必要であると語られていることから、終末期ケアにおいて自身が行った看護を振り返り、思いを共有する場が精神的負担を軽減する手段になりうると考える。

Ⅶ. 結論

心不全患者の終末期ケアに対する看護師が抱く精神的負担として【医療者間の連携が不十分】【患者・家族の思いを尊重したケアが不十分】【終末期ケアが未熟】【ケア提供に伴う難しさと後悔】【治療基準が曖昧で対応に悩む】という精神的負担を抱えていることが明らかとなった。しかしそのような精神的負担は個人では解決できていないことも多く、看護師の精神的負担を軽減するためには、思いを共有する場が必要である。今後の病棟での取り組みとしては、終末期の心不全患者のインフォームドコンセントには看護師も同席することや、亡くなった患者についての振り返りの場を病棟やチーム単位で設けていけるよう働きかけていきたい。

引用文献

1）佐藤寛子，他：末期心不全患者に関わる看護師の患者ケアに対する満足度調査-末期心不全患者と末期がん患者の看護を比較して-，第42回日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ，226-228，2012.

2）猪口沙織，他：循環器病棟看護師の心不全患者への緩和ケアの現状，日本看護協会論文集 成人看護Ⅱ，43号，103-106，2013.

3）中村千佳子，他：心不全終末期患者のスピリチュアルペインの特徴とその看護の方向性 ホスピス入院患者のスピリチュアルペインと比較して，第37回日本看護学会論文集 成人看護，6-8．2007.

4）柳澤恵美，他：終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究．関西看護医療大学紀要(4)．1．23-29．2012

5）箕岡真子：『蘇生不要指示の行方』-医療者のための DNAR の倫理-，蘇生（34）2，82-86，2015

参考文献

芳野菊子，他：慢性心不全終末期における意思決定支援にむけた病棟看護師の役割，Hospice and Home Care，23号，11-16，2015