

笹川記念保健協力財団 研究助成
助成番号：2017A-001

(西暦) 2018年2月16日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
会長 喜多悦子 殿

2017年度ホスピス緩和ケアに関する研究助成

研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

がんを合併した統合失調症患者の緩和ケアにおける現状と課題
－単科精神科病院での看取り－

所属機関・職名 学校法人いわき明星大学看護学部 教授

氏名 荒井 春生

I. はじめに

2011年3月11日、三陸沖沿岸部を震源地とした東日本大震災（以下;大震災）は、日本の観測史上最大の震度を記録し、津波や家屋の倒壊によって多くの尊い命が犠牲となった。

こうした状況下において、福島県は第1原子力発電所（以下;第1原発）の爆発により、メルトダウン、放射性物質の放出、強制避難など、原子力災害事故を伴うかつてない複合災害に見舞われた。なかでも、第1原発のある福島県浜通り地域（図1.）は、総合病院精神科1施設340床ならびに単科精神科病院10施設1,965床で稼働していたが、第1原発の事故により退避命令を受けた病院は3施設、1,317床にまで減少した（福島県;2017）。この数字は、浜通り地域に所在する全精神科病床数の33.0%にあたり、精神医療と看護の質に大きな影響を及ぼしたと推察された。

これまでの先行研究から、単科の精神科病院で統合失調症患者ががんを合併した時、患者や家族にがん治療や検査に対する理解や協力を得ることの困難さ（上平;2005）、体感幻覚や妄想などの精神的症状とがん症状を見極める複雑さ（岩井, 山田, 梶野他;2007）、がんの病状進行に対する患者の理解力の乏しさ（塚田, 長谷川;2012）、がん告知の是非（美濃, 宮本;2012）など、様々な課題が挙げられた。その結果、患者に対してがんの早期発見や専門治療が遅れる傾向が指摘され（梅津;2012）、十分ながん治療とケアを受ける機会が少ないまま（Arai, Watanabe, Hayashi, et al., ;2017）、単科の精神科病院で看取る現状が示唆された。

そこで、本研究は浜通り地域の単科精神科病院に勤務している看護師を対象に、第1原発の事故後、がんを合併した統合失調症患者にどのようなケアを実践していたのかその経験を振り返るなかで、ケアに影響を及ぼす要因を明らかにする基礎的資料を作成することを目的とした。

これらの課題を探求することは、大震災を経験した浜通り地域の単科精神科病院において、今後より効果的なケアを実践できる契機と考えた。



図1. 福島県の3地域

II. 研究方法

1. 調査対象

対象地域は第 1 原発がある福島県内浜通りとした。対象施設は浜通りに所在する単科精神科病院 8 施設、対象者はこれらの施設でがんを合併した統合失調症患者を看取った看護師とした。

2. 調査項目

(1) 看護師の基本属性

看護師の基本属性は、梶原(1992)の精神科における単科精神科病院と大学病院の先駆的研究、遠藤ら(2007)によるがんを合併した統合失調症患者のケアに関連する調査項目を参考に作成した。①性別、②年齢、③総合病院での臨床経験年数、④単科精神科病院の臨床経験年数、⑤がんを合併した統合失調症患者を看取った人数、以上 5 項目について回答を求めた。

(2) がんを合併した統合失調症患者の基本属性

患者の基本属性は、ICD-10 により主傷病が「精神及び行動の障害」と診断されがんを合併した統合失調症患者であるが、患者自身から直接回答を求めるとはできないため、看護師から①性別、②年齢、③がんの部位、以上 3 項目について回答を求めた。

(3) 半構造化面接

半構造化面接は、看護師のプライバシーに配慮し面接室で 1 対 1 で行った。面接では、①がんを合併した統合失調症患者に関わった事例とケアの内容、②患者を看取る過程で大切にしたい価値観やケアの内容、③看護師として患者を看取る意味などについて傾聴した。面接の内容は、看護師の同意を得てから IC レコーダーに録音し、同意が得られない場合は承諾を得てメモをとった。

3. 調査期間

平成 29 年 4～12 月に行った。

4. データの分析方法

看護師が面接で語った内容は、IC レコーダーに録音し逐語記録におこしデータを保存した。質的研究の分析は、唯一の方法や純粋な方法は存在しない (Bailey;1997, Bailey;2002) が、いずれの方法においてもデータを帰納的に分析する原則が強調されている。半構造化面接によって得られた質的データを分析する場合、世界的に広く使われている手法はグラウンデッドセオリー (Glaser, Strauss;1967) である。しかしながら、この分析は理論的飽和に至るまでデータ採取の継続が必要であるとともに、大規模なデータを扱う場合にのみ適用可能であり、本調査のように限られた地域の少数のデータには適用できない。

そこで、小規模の質的データの分析に有効であり、明示的で定式的な手続きを開発した大谷（2008）の Steps for Coding and Theorization(以下;SCAT)を用いた。大谷の手法は、1つだけのケースやアンケートの自由記述欄などの比較的小規模の質的データの分析にも有効と報告されている（増永,大谷;2013）。

質的分析法の1つである SCAT とは、面接で語られた逐語記録に起こし、マトリクスの中に切片化したデータをテキストとして記述する。そして、各々に(1)データ中の注目すべき語句、(2)それを言いかけるためのデータ外の語句、(3)それを説明するための概念、(4)そこから浮かび上がるテーマ・構成概念の順にコードを考え付いていき、(4)のテーマ・構成概念を紡いでストーリーラインには下線を施し、そこから理論記述を行う方法である。

分析の過程では、データの信頼性及び妥当性を確保するため、質的研究を専門とする研究者4名で、まず個別分析を行った。そして、看護師1人ひとりのケアの現状が全体的に把握できるまでデータを繰り返し読み、データの背後にある知識や価値に注意し、分析に偏りがないよう様々な視点から検討を行った。

最終的に全てのストーリーラインから、看護師が行ったケアの現状、感覚、認識、影響に分けサブカテゴリーとして位置づけ、意味内容の同質性と異質性を比較し類型化を行いカテゴリーにした。分析にあたり精神看護学の専門家、質的研究の専門家から助言を受けカテゴリーを抽出した。

5. 倫理的配慮

本研究は2017年4月いわき明星大学研究倫理審査委員会で審議を受け、承認を得てから行った（承認番号17-01）。研究代表者らは、半構造化面接を行う時に調査目的や方法、プライバシー保護を重視して、面接の途中で協力を中止しても人事考査に不利益がない旨を文書と口頭で説明し、承諾を得てから同意書を依頼した。同意書は研究協力者、研究代表者が各々1部を研究終了後まで保管した。

個人情報の保護においては、インターネットの接続を遮断したパソコンを1台限定した上で研究代表者だけがわかるパスワードで起動し、第三者が容易に個人情報を閲覧することができない環境にした。取得した個人情報を含むすべてのデータは、個人を識別する情報を取り除き、新たに番号を付して匿名化し対応表を作成した。また、特定のUSBにデータを保存し鍵付きキャビネットに保管後、鍵は研究代表者が所持した。

Ⅲ. 結果

1. 看護師の概要

看護師は男性 4 人 (18.2%)、女性 18 人 (81.8%)、合計 22 人で女性が半数以上を占めていた。年代は 20～29 歳 2 人 (9.1%)、30～39 歳 1 人 (4.5%)、40～49 歳 8 人 (36.4%)、50～59 歳 6 人 (27.3%)、60～69 歳 5 人 (22.7%)、40 歳以降の年代が 3/4 以上を占めていた (表 1.)。精神科病院経験年数は平均 17.5 年であった。総合病院精神科病院勤務経験「あり」と回答したのは 11/22 人 (50.0%)、平均 5.9 年であった。調査期間中にかんを合併した統合失調症患者を看取った人数は平均 1.6 人であった。

表 1. 看護師の概要

							N=22
年齢		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	合計
性別	男	1	1	2	0	0	4
	女	1	0	6	6	5	18

2. がんを合併した統合失調症患者の概要

患者は男性 6 人、女性 2 人、合計 8 人で男性が半数以上を占めていた。年齢は 50～59 歳 2 人 (25.0%)、60～69 歳 2 人 (25.0%)、70～79 歳 4 人 (50.0%)、全体的にみれば 70 歳以降の年代が半数を占めていた。

がんの部位は肺 3 人、胃 3 人、乳房 1 人、子宮 1 人であった (表 2.)。

表 2. がんを合併した統合失調症患者の概要

						N=8
年齢	性別	がんの部位				合計
		肺	胃	乳房	子宮	
50-59	男	1				1
	女				1	1
60-69	男	1	1			2
70-79	男	1	2			3
	女			1		1

3. 看護師のストーリーライン

看護師の代表的なストーリーラインを(1)(2)に示した。SCATの分析は、ストーリーラインを記述する際に、テーマ・構成概念に下線を施すことになっているため該当部分に下線を引いた。面接時間は1回につき60～130分程度であった。

最終的に全てのストーリーラインと理論記述を整理し、看護師を取り巻く現状(表3.)、看護師の感情的な部分(表4.)、看護師は専門的な知識を踏まえてどう捉えたか(表5.)、看護師の行動やケアに影響したこと(表6.)の4つに分け、意味内容の同質性と異質性を比較し類型化を行って分析した結果、13のカテゴリーに分類された。90%以上の合致率として挙げられたカテゴリーは、【**身体的観察よりも精神的観察を重視**】であった。カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、テキストは「」で示した。

(1) 看護師 A(女性, 50代, 精神科病院勤務 20年以上, 総合病院経験なし)

看護師 A は、患者ががんと診断されたが治療の効果が期待できないため、総合病院から患者の受け入れを拒まれた。しかし、「精神科病院の患者にはよくあること」「精神科病院だからしょうがない」と語った。どのような経緯で患者のがんが診断されたのかを尋ねると、「あんまり患者と話しもしないので関心がなかった」「申し送りで患者のがんを聞いて驚いた」など、《がんと診断されるまで全く気がつかなかった》様子が語られた。

対象施設では、患者の今後について《多職種合同カンファレンスをする機会と時間が取れないまま》時間だけが経過し、がん治療は行わず《患者は対処療法のみで最期を迎えた》。患者は、がんが進行すると身体的な変化として黄疸や痒み、腹水の貯留などが観察された。しかし看護師 A は、「患者が不穏にならないことが大切なのでこれと違って特別なケアはしない」《患者の妄想や幻覚にあわせたケアを優先する》《精神科病院が長いので身体的な看護技術を覚えるのに時間がかかり自信がない》など、【**身体的観察よりも精神的観察を重視**】したケアの実践内容が語られた。

患者が亡くなって数ヶ月が経ち、看護師 A はこれまでのケアを振り返ると「患者は1日中寝たきりで、痒いとか痛いとかほとんど言わなかった」と《身体的な訴えが少ない》患者へ関心を向けることもなく、《患者の不安や訴えなど精神症状を一番先に観察》するケアを優先した。そして、《患者の検査データをほとんどみない》《バイタルサインだけで問題はないと感じた》結果、《身体的変化を見過ごしてしまった》と語った。これらの状況から、看護師 A は患者の呼吸状態が悪化しても《がんに伴う身体的観察のポイントや異常を察知できず》《がんの病状が増悪し死んだ事実をあまり理解できない》と語った。

看護師 A は、患者を看取った経験から《がんによる痛みや訴えないことに疑問を持たない》ケアを変え、《がんの早期発見に向けて身体的な観察が重要と実感した》。そのためには、《患者の様子がいつもと違う時に勇気をもって伝え》《精神症状と身体的観察に結びつけケアする》重要性が語られた。

(2) 看護師 B(男性, 40 代, 精神科病院勤務 10 年以上, 総合病院経験あり)

看護師 B は、患者ががんと診断された時に「がん治療を受けて欲しい」と望んだ。しかし、総合病院から「精神科の患者さん是对応できない」と「患者の受け入れを断られた」。そこで、「家族に電話すると【患者の高齢化】が進み親が既に亡くなったり施設に入ったりして「患者の存在を知らない人が増えている」など、【家族関係の変化】があり病院で決めて欲しい」と言われ驚いた。家族は、「患者が入院するまで何度も暴れて警察の世話にもなった。今さらがんと言われても何もしようと思わない」「昔そんな人が入院していると言われたことはあるが会ったこともない、お願いだからそこ(病院)で死ぬまで面倒を見て欲しい」など、「家族は患者を迷惑な存在として受け止め非協力的である」「家族は患者のがん治療を望まない」と厳しい現実と向き合った。「結局、今の精神科病院は患者を退院させることもできないし、亡くなるまで面倒を見る【終の棲家】になっている」と語った。

看護師 B は、「総合病院では患者ががんにになると家族は必死に治療を望みます」「患者は家族が必死なので、もういいと思っても家族のために辛い治療受けたりします」「それに比べると精神科病院の家族は患者に全く期待しない」「これでいいのかなと戸惑いました」と語った。さらに、「精神科病院は独特の空気があります」「病棟文化っていうんでしょうか？暗黙の了解みたいな空気がある」、「患者の命は誰のものなのか疑問を感じるが意見を言えない」「スタッフや主治医に意見を言っても否定される」など、「【言いづらい雰囲気】があり、「患者ががん治療を受けずに亡くなる現実にジレンマを持ち」、【患者に対する倫理観】を抱きながら看取った心情が語られた。

患者の精神症状について尋ねると、「胃をバリバリ食べられて苦しいという体感幻覚や妄想がある」「だから患者から訴えがあっても最初から精神症状かな？と思ってしまう」「入院が長い患者ほど慣れがあつて変化がわかりづらい」「息が詰まって苦しいと言われたので慌てて呼吸音を聴いてみたが雑音もなかった」「酸素マスクを嫌がって外すことが多い、つけなおすと怒って馬鹿野郎と暴言を吐かれ、足で蹴ったりするため【患者の威圧的な言動に不快感】をもった」。「それがきっかけで、患者と距離をおいて関わる」「患者のケアや処置に苦手意識をもつ」ようになり、いつの間にか「がんの進行をどう判断して良いのかわからない」状況におかれた。その結果、「患者の妄想や幻覚にあわせたケアを優先する」「患者の精神症状を観察してから身体の不調をアセスメントする」ケアの様子が語られた。

看護師 B は、患者の看取りを体験後「今後も【単科精神科病院の役割】が【終の棲家】として位置づけられるのであれば、【がん看護の専門的知識不足】を克服するために精神看護とがん看護を統合した専門的知識を身につけ、患者の精神症状を身体的観察に結びつけてケアする」ことが絶対必要と考えた」。そして、「【ケアの向上に向けた取り組み】を実現するために「看護師として役割や裁量権を持つために進学する」と語った。

表 3. 看護師を取り巻く現状

カテゴリー	サブカテゴリー
【家族関係の変化】	《家族の世代交代が進み患者の存在を知らない人が増えている》
	《家族は患者のがん治療を望まない傾向がある》
	《家族は患者の最期に立ち会う機会が少ない》
	《家族は患者を迷惑な存在として受け止め非協力的である》
【患者の高齢化】	《高齢化が進み様々な身体合併症が増加している》
	《身体介護のニーズが増える一方、マンパワーは不足している》
	《身体合併症看護に対する院内研修会がない》
	《社会福祉的な支援を必要としている》
【多職種との連携不足】	《看護記録が統一されていないため情報を共有できない》
	《がんを合併すると看護師個々に判断が委ねられ迷いがある》
	《総合病院精神科と単科精神科病院のネットワークが少ない》
	《総合病院は患者の受け入れを拒む傾向がある》
	《多職種合同カンファレンスをする機会と時間がとれない》
【終の棲家】	《患者は対処療法のみで最期を迎える》
	《患者は入院が長期化しており退院後の受け入れ施設が少ない》

表 4. 看護師の感情的な部分

カテゴリー	サブカテゴリー
【患者に対する倫理観】	《患者ががん治療を受けずに亡くなる現実にジレンマをもつ》
	《患者にがんを告知しどうするか決めて欲しい》
	《患者に行動制限があることに矛盾を感じる》
	《患者の命は誰のものなのか疑問を感じるが意見を言えない》
【患者の威圧的な言動に不快感】	《患者は精神病だと言い聞かせる》
	《患者と距離をおいて関わる》
	《患者の意思を軽視する》
	《患者のケアや処置に苦手意識をもつ》
【患者への親愛】	《家族のように関わって看取りたい》
	《患者の好きなことや楽しみを優先する》
	《患者の昔話を聴き時間を共に過ごす》
	《ささいなことでも親身になって対応する》

表 5. 看護師は専門知識を踏まえてどう捉えたか

カテゴリー	サブカテゴリー
【がん看護の専門的知識不足】	《がん看護の本を読んでも良くわからない》
	《がん看護の臨床経験が少ない》
	《がんと診断されるまで全く気がつかない》
	《がんに伴う身体的観察のポイントや異常を察知できない》
	《がんによる痛みや訴えがないことに疑問をもたない》
	《がんの進行をどう判断して良いのかわからない》
	《がんの病状が増悪し死んだ事実をあまり理解できない》
	《総合病院を経験した看護師にがんの病状について聞かない》
【身体的観察よりも精神的観察を重視】	《患者からの身体的な訴えが少ない》
	《患者との意思疎通が難しく痛みや程度を的確に判断できない》
	《患者の検査データをほとんどみない》
	《患者の精神症状を観察してから身体の不調をアセスメントする》
	《患者の不安や訴えなど精神症状を一番先に観察する》
	《患者の妄想や幻覚にあわせたケアを優先する》
	《精神科病院の経験しかないので身体的な観察や関心が低い》
	《バイタルサインだけで問題ないと感じている》
【身体的な看護技術が未熟】	《吸引や処置が苦手と同僚や先輩に聞きながら行う》
	《処置に慣れず必要な物品がすぐ揃えられない》
	《身体的な看護技術を覚えるのに時間がかかり自信がない》
	《夜勤帯で患者の状態が急変するのが怖い》

表 6. 看護師の行動やケアに影響したこと

カテゴリー	サブカテゴリー
【言いづらい雰囲気】	《身体症状と精神症状の見極めについて意見を言いづらい》
	《スタッフや主治医に意見を言っても否定される》
【ケアの向上に向けた取り組み】	《がんの早期発見に向けて身体的な観察が重要と実感する》
	《患者の様子がいつもと違う時に勇気をもって伝える》
	《患者のケアについてチームで話しある大切さを実感する》
	《看護師としての役割や裁量権をもつため進学する》
	《身体的な観察ポイントを学び対処するため研修会に参加する》
【単科精神科病院の役割】	《患者の療養生活に目を向けたケアをする》
	《がんを治療する場所ではなく最期を看取る場所である》
	《患者の昔話を聴き時間を共に過ごす》
	《震災後のマンパワー不足によりケアの時間が限定される》

IV. 考察

本調査は、A 県内における 8 つの単科精神科病院において、がんを合併した統合失調症患者を看取った看護師を取り巻く現状の基礎的調査である。以下、これらを総合的に考察する。

1. 看護師を取り巻く現状(表 3.)

(1) 【多職種との連携不足】

単科の精神科病院で統合失調症患者ががんを合併した時、興奮や不穏などで精神症状が悪いと総合病院精神科病棟の受け入れが難しく、その結果、がんの専門治療が困難な状況となる。内科医師や外科医師が常駐している総合病院精神科と連携がとれているかについて確認したところ、「ほとんどない」「1 ヶ所だけ」など半数以上の単科精神科病院は、《総合病院精神科と単科精神科病院のネットワークが少ない》現状が示され、患者の精神症状によって《総合病院は患者の受け入れを拒む傾向》が推察される。

この理由は多岐にわたるが、統合失調症患者個々の精神症状が多様であり、がんの痛みや具合の悪さなどが身体症状としてはっきりと表れにくく、総合病院では患者の精神症状を含めた身体症状を的確に捉えて、対応する困難さが挙げられる。

A 県内の単科精神科病院は、その施設形態を問わず第 1 原発の事故により、浜通り地域の北部が帰還困難区域と指定され現在に至っている。その結果、病院の閉鎖や病床規模の縮小が行われ、多くの患者が県外や県内の中通り地域への移送を余儀なくされている。こうした状況から、浜通り地域の単科精神科病院では、患者の置かれている複雑な環境を含め、より専門的な多職種の支援を必要とするが、マンパワーの側面からも厳しいと言える。そのような状況で、《看護記録が統一されていないため情報を共有できない》現状を克服するためには、総合病院精神科病棟と単科精神科病院の間で、迅速かつ良質な医療と看護を提供する連携体制を整備し、看護の質を向上させるための教育プログラムの充実が望まれる。

その連携体制を整備する方法の 1 つとして、双方がやりとりできる共通の書式を作成し、患者情報を共有するネットワークを構築するシステム作りが重要と言える。例えば、単科精神科病院では患者の主な精神症状、意思の疎通性、日常生活の上で看護師が対応に配慮している看護内容などを記載する。総合病院精神科病棟の医療スタッフは、共通の書式に記載された患者情報をもとに、がん治療に要した入院日数、治療内容、対処方法などを提示する。A 県内で共通の書式を使用することができれば、迅速な情報交換が進み、医師や看護師に限らず多職種で新しい知識や経験を共有することが可能となり、がんを合併した統合失調症患者の精神医療とケアの具体的取り組みがよりの確にみいだすことができるのではないかと考える。

(2) 【患者の高齢化】と【家族関係の変化】

本調査の結果から、対象施設では「高齢化が進み様々な身体合併症が増加している」【患者の高齢化】が示され、それと同時に「家族の世代交代が進み患者の存在を知らない人が増えている」【家族関係の変化】が起きていた。がんを合併した統合失調症患者の両親が既に他界している場合、同胞の家族関係、経済的な事情、介護など患者を取り巻く背景は1人ひとり複雑になっている。看護師は「精神障害と言われて病院に入院するだけでなく、患者の存在そのものが家族や世の中で邪魔にされ生きている」「患者にとって家族のためにがん治療をすとか、家族のために何が何でも生きたいと言う選択肢がない」など、切ない思いが語られた。

対象施設の患者は70歳以降の年代が半数を占めていた。精神科病院に入院している患者の年齢は、65歳以上が30%以上（社団法人日本精神科病院協会;2011）、2011年には50%以上に達したという報告がある（岡崎;2013）。さらに、2014年には40～65歳未満135,875人（43.4%）、65～75歳未満72,754人（23.2%）、75歳以上74,035人（23.6%）と報告されている（精神科看護白書;2014）。これらの状況から、今後も対象施設においては【患者の高齢化】が深刻化すると予測され、単科精神科病院が「対処療法のみで最期を迎える」ために、どのようなケアを行うのか、看護師の役割に期待がかかっていると言える。

2. 看護師の感情的な部分(表4.)

(1) 【患者の威圧的な言動に不快感】と【患者への親愛】

がんを合併した統合失調症患者を看取った看護師の感情は、【患者の威圧的な言動に不快感】を持つ一方、【患者への親愛】を感じていた。患者のがんが進行しADLが低下してくると、「病棟では個室と言ったら保護室か処置室しかない。保護室に布団を引いておむつをあてようとしたら激しく拒否されて手をぶたれた」「個室に移して患者の処置をするたびに攻撃的な言葉を言われ、何度も精神科だと言いつつ聞かせたが腹が立った」などが語られた。これらの語りからは、患者ががんを合併すると治療できる個室を確保する新たな問題が挙げられ、さらに患者が新しい環境に移ったことで精神症状が増悪した結果、患者が威圧的な言動に示したため、看護師は不快感を感じる要因の1つとなっていたと推察される。

その一方、看護師が患者を看取る過程で「家族のように関わって看取りたい」「患者の好きなことや楽しみを優先する」「患者の昔話を聴き時間を共に過ごす」「些細なことでも親身になって対応する」【患者への親愛】が語られた。看護師このような気持ちで語るようになったのは、患者ががんと診断され1ヵ月以上が経過した時期であった。そのなかでも、患者の体力が小康状態の時に「患者の好きなことや楽しみを優先する」ケアの内容が語られた。例えば、「患者さんの若くて元気だった時の話しを何度か座って聴きました。患者は嬉しそうな顔をして、あんたを楽しみに待っていたんだよと言われ良かったと思いました。こんなことがきっかけで、他に患者の楽しみはないかなと前向きに考え、栄養士さんと相談して食事の形態を変え、味付けを工夫してちょっとでも口から食べれるこ

とを試しました」「鉋とかぎ針は病室に持ち込んでいけない私物品で禁止しています。作業療法士さんと話し合って、患者の私物ロッカーに鉋とかぎ針を入れ、いつでも好きな時に編み物ができるようにしました」などが語られた。こうした看護師のケアは、患者の孤独や不安を取り除き、人生の最期に寄り添う最も大切なケアを提供したと言える。【家族関係の変化】を実感している患者にとって、看護師が「家族のように関わって看取りたい」感情は、看護師1人ひとりがより良く生きるケアを実践していたと言えよう。

(2) 【患者に対する倫理観】

看護師の語りからは、がんの病状説明が患者自身にはほとんどされず、「家族は患者のがん治療を望まない傾向」があり、「患者のがん治療を受けずに亡くなる現実にジレンマを持つ」「患者にがんを告知しどうするのか決めて欲しい」「患者の命は誰のものなのか疑問を感じるが意見を言えない」葛藤を抱えていた。がんはすぐ死に直結することが少なく、次第に身体が弱っていく過程がある。看護師は患者の残り少ない時間を察し「好きなことをしてもらいたい」「無断で退院するような体力はない」と考えた。しかし、単科精神科病院の特性として行動制限があることに矛盾を感じ、【患者に対する倫理観】を考える契機となっていた。

看護師の倫理観については、欧米諸国においても早くから倫理的意思決定の重要性が報告され(Forchuk;1991, Fisher;1995)、患者の自律と自己決定を尊重し、より良い最期を看取る看護師の専門性と責任が示されている。しかしながら、日本の単科精神科病院は、精神保健福祉法で患者の行動を制限する医療施設と定められている。こうした法律の規制と倫理を踏まえた上で、患者の身体症状及び精神症状を包括し、単科精神科病院でケアを行う難しさや看護師のジレンマが明らかになった事実の特徴があると言える。

【患者に対する倫理観】を解決していくことは容易ではないが、Simulated Patient (模擬患者) の導入(藤崎,尾崎;1999)を積極的に取り入れ、その場で医療者がフィードバックすることができれば、患者にわかりやすい説明が可能ではないかと言える。患者に対する倫理の問題は未だ不十分な状況のなかで、その精神症状の評価やケアの実践においては議論が少なく、今後の検討課題と考える。がん治療の選択、告知、様々な状況から医療者が判断に迷う時、精神科医が調整役となり、患者、家族、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種で成年後見制度の活用を検討し、議論を深める時期に来ていると言える。

3. 看護師は専門的知識を踏まえてどう捉えたか(表 5.)

(1) 【がん看護の専門的知識不足】と【身体的な看護技術が未熟】

看護師は、「患者の表情や臥床しがちな様子を見て、がんによる痛みではないかと考えることもあったが、「患者からの身体的な訴えが少ない」、痛みを訴えても具体的にその痛みや性状を表現するのは難しかった」と語っている。このように、精神疾患を有する患者は治療方針を決定しにくいと言う問題点が指摘され

ている(倉田, 皆川, 小鶴他;2002)。看護師は患者にがんによって起こりうる状況を説明したくても、両者の間に良好なコミュニケーションをとることは困難だったと推測され、【身体的な観察よりも精神的観察を重視】し捉える傾向があったと推察される。

看護師は患者を看取るまでのケアを振り返り、「これまでは患者の話を傾聴するのが精神看護とっていたし自信もあった、でもがんと診断された患者にがん看護の知識が必要となり困った」と語った。そのため、患者の病状が悪化しても「がんに伴う身体的観察のポイントや異常を察知できない」「がんの進行をどう判断して良いのかわからない」など、【がん看護の専門的知識不足】を認識していた。

本調査の結果から、総合病院精神科病院勤務経験「あり」と回答したのは 11/22 人(50.0%)と半数であり、平均 5.9 年、看取った人数は平均 1.6 人であった。これらの状況は、看護師が死を看取る経験の少なさとも合致しており、ケアに不安を抱いていたと推察される。山田は、看護師にとって身体の苦痛や機能低下を伴う終末期患者の身体的ケアは、困難さを伴うと報告している(山田;2008)。対象数や状況に違いはあるものの、本調査と相似した結果を示しており、精神疾患患者のがんの症状を含めたアセスメントの困難さは支持できる。

今後は、看護師にとって身体的アセスメントの実践につながる看護診断の導入を積極的に取り入れ、院内の継続教育を充実させることが重要と考える。

(2) 【身体的観察よりも精神的観察を重視】

本調査の結果から、がん治療を受けていない患者は 9 割以上を示していたが、《患者からの身体的な訴えが少ない》特徴が挙げられた。患者に及ぼす影響をみると、「全身倦怠感」「呼吸困難」「食欲不振」などが主に観察され、この理由を 2 つ考える。第 1 に、がん性疼痛の背景には検査、手術、化学療法や放射線治療に伴う副作用、がんの進行に伴う激痛など挙げられる。しかし、9 割以上の患者はがんの専門治療を受けていないため、がん治療の副作用である「嘔気」「嘔吐」「脱毛」「しびれ」によって身体的な影響が少なく、痛みが持続的に耐えられない状況にまで達しなかったと推察する。

第 2 に、看護師が患者の「不安」「いらだち」「恐怖」など【身体的観察よりも精神的観察を重視】したことによって、患者の不安が鎮静化され、痛みを軽減する一助になっていたと言える。例えば、看護師は「不安」や「いらだち」を訴えた患者に対して、「腰や背中に湿布を貼る」「痛い時だけボルタレンを飲んでもらう」「痛がる場所をゆっくりとマッサージし背中をなでる」など、その時々患者の状況に合わせ、ベッドサイドに足を運んで柔軟なケアを行っていた。上田ら(2000)は、統合失調症患者ががんになった場合、死亡に至るまで患者が疼痛を訴えることはほとんどなかったと報告している。看護師は、患者から「ナースステーションに近い場所のほうが安心して眠れる」「嫌な夢ばかりみて夜が怖い」という不安の表出に対して、「夜はナースステーションにベッドを移動するから大丈夫」「夜勤の時はどんなに忙しくても必ず声をかけて手を握る」など、患者

の不安や気がかりとなっていることについて具体的な言葉をかけていた。このような看護師のケアと対応によって、患者は一時的な痛みや不安を訴えるものの、激しい痛みや不安にまで増悪しなかったと推察される。

患者のがんになった時、医療者が患者とのコミュニケーションを積極的に行い、患者の痛みや辛さを共感することで（荒木;2004）、患者自身が痛みに対して良好なコントロールが可能になると報告している（稲垣, 加藤, 福浦他;2006, Miovic, Block;2007, 梅津;2012）。対象者数や研究方法が異なるため同様の評価はできないが、患者のがん性疼痛に関連する激しい痛みによって、日常生活にまで支障をきたしている状況は本調査の結果からも少なかったと言える。

その一方、本調査の結果からは、看護師が患者の目つきや顔の表情で「痛み」「辛さ」など身体的な変化を評価し、「体がだるくてイライラしている様子なので気分転換にレクリエーションの参加を勧める」など、休息よりも活動に視点をおきケアを行っている。これは、単科精神科病院において看護診断やクリティカルパスの導入がされていないため、患者の身体的な変化や精神状態について、医療チームで話し合う共通の情報が統一されていない事実を示している。そのため、看護師はその時々に応じて患者 1 人ひとりの評価を行い、評価の妥当性やケアの優先度、患者のゴールをどのようにするのか具体的な内容について医療チームで共通認識を持ち、ケアを進めていくのが困難な状況だったと考える。さらに、看護師は身体的な観察や評価について関心が低い時、これまで精神科看護師が専門に行っている精神的なケアにだけ関心が向きやすく、がんによる身体的変化を心身的症状あるいは精神症状の悪化と捉えてしまう傾向が示唆される。

このような状況から、看護師は患者のがんによる身体的な変化にともない患者が今までと違う異常行動や精神症状が出現した時、これまでと同様に看護師 1 人ひとりの経験と技術のみで対応するには限界があり、身体的な観察や検査の実施が遅れ、がんの早期発見のみならず患者の症状が重篤になるリスクが高くなりやすい。患者の全体像をよりの確に捉えるためには、身体的な変化に対応できるための心電図、吸引、バルーンカテーテルの挿入、タッピングなど看護技術の向上が必要であり、施設管理者の理解と継続教育が課題と考える。

4. 看護師の行動やケアに影響したこと(表 6.)

(1) 【言いづらい雰囲気】と【ケアの向上に向けた取り組み】

患者の立場から考えると、単科精神科病院でがんの診断や治療ができれば環境の変化が少なく心身ともに負担が少ない。その一方、看護師は患者のがんに伴う身体的な観察や評価、さらには精神症状を含めた全体像の把握について、これまで看護診断を使用した情報収集やアセスメントがされていなかった。そのため、単科精神科病院で患者のがんを合併すると、看護師 1 人ひとりの経験や判断に委ねられ、チームで統一した患者のがんに合わせたケアと技術が提供されにくい状況から【言いづらい雰囲気】が病棟に感じられると語った。

本調査の結果では、男性は肺がん、女性は乳がんを発症する割合が高かったが、身体的な変化を訴える言葉には「腹が痛い」「胸がチクチクする」「便がでない」

「ご飯が飲み込めない」「足がしびれる」「ふらつく」「だるい」などがみられた。「腹が痛い」「胸がチクチクする」「便がでない」「ご飯が飲み込めない」などは、比較的的身体症状に結びつけて観察しやすいが、「足がしびれる」「ふらつく」「だるい」などの漠然とした訴えは、がんの早期発見に結びつけて考えにくい。患者の訴えを受け止め、別の言い方を引き出す聴き方の工夫、意識して生活全般の観察を行い情報収集する方法が望まれる。

また、患者のがんの進行が進むと「全身倦怠感」「呼吸困難」「食欲不振」などが観察され、身体的な変化によって患者は易怒的になりやすい。そこで、【ケアに向けた取り組み】の1つとして身体的な情報収集を重点的に行い、そこから優先度の高いケアは何であるのか、観察ポイントを焦点化することによって効果的なケアが可能と考える。観察ポイントとしては、肺がんや乳がんを発症する患者が多い事実を考慮し、「食事」「排泄」「更衣」「入浴」の場면을意識的に活用し、患者の身体的な変化、体調、顔色、表情、機嫌、活動を把握する。特に、訴えの少ない患者や関わりが困難な患者から全身状態の情報を得るには、「入浴」場面が効果的と考える。このような観察ポイントを中心に、身体症状と精神症状の見極めについて意見交換が進めば、看護師は患者のがんの具合の悪さとそれに伴う身体的な観察を総合的に評価することができ、がんの早期発見と予防につながると考える。

(2) 【単科精神科病院の役割】

近年、患者・家族・医療者・教育者の橋渡しをするリエゾン精神看護師の存在が徐々に広がりを見せているものの、未だ社会的認知度が低いため、今後の活躍に期待が高まっている。日本におけるリエゾン精神看護学の発展に目を向けると、1980年代から CNS が登場し、看護系大学院における専門教育が開始されている。

【単科精神科病院の役割】を拡大するためには、精神科リエゾンの活用を視野に入れた取り組みが必要と考える。その理由の1つとして、十分な経験を有する専任の精神科医師、精神科リエゾンに関わる所定の研修を修了した専任の看護師、精神科リエゾンについて十分な経験がある精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、臨床心理士が専門的な介入が行える利点がある。リエゾンチームの活動は、チーム回診及びカンファレンスを週1回程度開催し、治療実施計画書や治療経過に伴うケアの実施評価を行う。また、職種ごとに患者への個別ケアが同時に提供されるため、高度な実践、相談、調整、教育、連携の役割が求められている。このように、単科精神科病院で精神科リエゾンチームの専門的知識や臨床における判断を一緒に情報共有することができれば、患者の身体症状だけでなく精神症状やその背景を含めてアセスメントし、ケアが容易になる。また、看護師は患者の看取りを経験して様々な「思い」や「感情」を抱いている。看護師に患者を看取った率直な思いを語ってもらい、リエゾンチームと一緒に患者の全体像を把握し、再アセスメントを行うことで、【単科精神科病院の役割】として必要性の高いケアを優先的に提供し、患者や家族により質の高いケアを提供することができると考える。

V. まとめ

浜通り地域の単科精神科病院に勤務している看護師を対象に、第1原発の事故後、がんを合併した統合失調症患者にどのようなケアを実践していたのかその経験を振り返るなかで、ケアに影響を及ぼす要因を明らかにする基礎的資料を作成することを目的とした。その結果、13のカテゴリーが抽出された。

今後の精神医療とケアの発展に向けて取り組むべき課題は、がんを合併し生命の危機や衝撃が強い患者に、看護師は精神科医とは違う立場で「傾聴」技術を使って、患者の身体症状と精神症状を統括した専門的なケアが提供できることである。

単科精神科病院でがんを合併した患者の特徴として、【患者の高齢化】と【家族関係の変化】により【終の棲家】となっている現状が明らかとなった。これらの結果をふまえて、患者、家族、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士などと病状について多職種の様々な意見交換を行い、患者を主体とした議論を深めることが重要である。また、入院の早期から家族会や院内ボランティア活動のシステム作りでマンパワーを強化し、患者と家族が疎遠にならないようチームで家族にも配慮した支援体制が求められる。

VI. 本研究の限界

本調査は、看護師 22 人を対象にがん合併した患者の看取りまでを通して、半構造化面接を行い SCAT による質的分析を行った。本調査の結果から、看護師の教育背景や総合病院の臨床経験有無、精神科病院の臨床経験年数が 1 人ひとり違うため、がんの専門的知識や理解、患者の精神症状や身体症状を包括したアセスメントの能力など、全て考慮した分析には限界がある。

また、総合病院精神科病棟の看護師との違いについて考察に加えるのは難しいと思われる、今後の検討課題である。

VII. 研究成果などの公表予定（学会、雑誌）

学会発表：第 28 回日本精神保健看護学会
第 43 回日本精神科看護学会
雑誌：日本精神保健看護学会誌