

医師、看護師が考える緩和ケア病棟への移行時期・判断根拠の分析

1 病棟 6 階東 稲森 真弥, 手島 慶子, 芝田 明子
惣田 美由紀, 山畑 幸恵, 高木 啓子

I. はじめに

一般的に、最良の場所で最高の医療を必要なときに受けることが、終末期患者にとって望ましい医療と言われている。しかし、現実の臨床現場では、家族から「もっと早くに緩和ケア病棟に行きたかった」と聞くことも多く、看護師として考える緩和ケア病棟（終末期医療）への移行時期と医師の判断とのギャップを感じることも少なくない。それらは、互いの職種間で緩和ケア病棟へ移行した方が良いと判断する時期や、その判断根拠に違いがあるためと予想される。終末期患者のケアにはお互いの技能の独立性を尊重し、協同したチーム医療が大切なため、チームアプローチを考慮すると医師と看護師が互いの立場や考えを理解し合い、効果的なチーム医療へと発展させることが重要である。

今回、医師・看護師が考える緩和ケア病棟への移行時期・判断根拠の相違を分析したので報告する。

II. 対象と方法

1) 対象

本院 1 病棟 6 階耳鼻咽喉科に所属し、緩和ケアに携わったことのある医師 12 名、看護師 19 名

2) 調査方法

質問 5 項目で構成された無記名式アンケート調査

3) 調査期間

平成 16 年 3 月中旬～平成 16 年 3 月 31 日

4) 調査内容・手順

調査協力の得られた医師・看護師に対して無記名式アンケート用紙を配布し、医師分は、ある特定の医師に回収を依頼し、回収後に研究者に渡してもらった。看護師分は病棟内に回収袋を設置し、後日回収した。アンケート用紙は、医師分・看護師分別に用意して別々に記載を依頼した。アンケート用紙は計 5 項目から構成され、大別すると 1) 緩和ケア病棟への移行を判断する時に考慮する内容、2) 考慮する内容の優先順位、3) 緩和ケア病棟への移行を考慮する場合に参考にするガイドライン・参考文献、4) 受け持った時点での、患者の緩和ケアへの考えと臨床経験年数、5) 自由記載であった。

5) データ分析法

得られた回答は単純集計し、自由記述の回答は内容分析し、カテゴリー化した。

6) 倫理的配慮

対象者には調査前に研究目的、方法、結果、得られた情報の取り扱いとその情報管理方法、プライバシー保護について十分に説明を行った後に書面で同意を得た。また回収したアンケート用紙は研究者が管理し、情報の漏洩を防止した。

III. 結果

1) 緩和ケア病棟への移行を判断する時に考慮する内容（表 1）

医師・看護師ともに 50%以上選択したものは、患者本人が終末期医療（緩和ケア）を強く希望したとき、今後の患者の QOL、癌性疼痛のコントロールが困難になったとき、家人が終末期医療（緩和ケア）を強く希望したとき、その時点での患者の全身状態、癌の転移状況、ライナッ

ク治療・化学療法が終了したが期待した効果を認めなかったときの7項目だった。

表1. 緩和ケアへの移行を判断する時に考慮する内容

考慮する内容	人数(%)		
	医師	看護師	計
患者本人が終末期医療(緩和ケア)を強く希望した時	12 (100)	19 (100)	31 (100)
今後の患者のQOL	11 (91)	18 (95)	29 (94)
癌性疼痛のコントロールが困難になった時	8 (66)	17 (89)	25 (81)
家人が終末期医療(緩和ケア)を強く希望した時	10 (83)	14 (74)	24 (77)
その時点での患者の全身状態	9 (75)	12 (63)	21 (68)
癌の転移状態	9 (75)	11 (57)	20 (65)
ライナック治療・化学療法が終了したが期待した効果を認めなかった時	6 (50)	11 (57)	17 (55)
腎・肝・心機能がいずれかが低下し、治療の継続が困難になった時	8 (66)	5 (26)	13 (42)
医師同士のカンファレンスで決定した場合	6 (50)	3 (16)	9 (29)
患者の年齢	3 (25)	5 (26)	8 (26)
看護師が終末期医療(緩和ケア)を強く希望した時	2 (16)	4 (21)	6 (19)
予定されたプロトコールが完全に終了した時	1 (8)	3 (16)	4 (13)

2) 緩和ケア病棟への移行を考慮する内容の優先順位 (表2)

表2. 緩和ケアへの移行を考慮する場合の最優先内容(n=31)

職種	患者本人が終末期医療(終末期医療)を強く希望した	今後の患者のQOL	癌性疼痛コントロールが困難になった時
医師	9名(75%)	2名(17%)	1名(8%)
看護師	11名(58%)	4名(21%)	3名(16%)

医師・看護師ともに優先順位1-3位に選択した内容は同じだった。緩和ケア病棟への移行を考慮する最優先内容は、患者本人が緩和ケアを強く希望した場合で、医師9名(75%)、看護師11名(58%)だった。優先順位2位は今後の患者のQOLで、医師2名(17%)、看護師4名(21%)だった。優先順位3位は癌性疼痛コントロールが困難になったときで、医師1名(8%)、看護師3名(16%)だった。看護師1名(5%)ではそれ以外に、癌の転移状況、が選択されていた。

3) 緩和ケア病棟への移行を考慮する場合に参考にするガイドライン・文献 (表3)

表3. 緩和ケアへの移行を判断する時に参考にするガイドライン・文献

	医師		看護師
緩和ケアマニュアル	1名(8%)	死にゆく人のケア	1名(5%)
真実を伝えるーコミュニケーション技術と精神的援助の指針ー	1名(8%)	死の瞬間	1名(5%)
精神免疫学、精神腫瘍学の論文	1名(8%)	緩和ケア学会の資料	1名(5%)
WHOの緩和ケアの定義	1名(8%)		

本質問内容に対しては、医師 2 名 (15%)、看護師 2 名 (10%) から回答を得た。書物の具体的なタイトルを表 3 に示す。医師の回答は、「緩和ケアマニュアル」「真実を伝える～コミュニケーション技術と精神的援助の指針～」だった。一方、看護師は、「死にゆく人々のケア」「死の瞬間」を挙げていた。

4) 受け持った時点で患者の緩和ケア病棟への移行を視野に入れているか否か (表 4)

表 4. 受け持った時点での患者の緩和ケアへの考え・臨床経験年数

癌患者を受け持った時点で 将来の患者の緩和ケアの 必要性を考えるか否か	平均臨床経験年数	
	医師	看護師
考える	2.6 年 (42%)	10.4 年 (53%)
考えない	11 年 (50%)	8.2 年 (47%)

病棟で受け持った時点で、近い将来の緩和ケア病棟への移行が必要になるか否かを考慮する人は、医師 5 名 (42%)、看護師 10 名 (53%) と半数程度だった。考慮する人の平均臨床経験年数は、医師 2.6 年、看護師 10.4 年だった。一方、受け持った時点では緩和ケア病棟を考慮しないと回答した人は、医師 6 名 (50%)、看護師 9 名 (47%) で、平均臨床経験年数は、医師 11 年、看護師 8.2 年だった。医師 1 名は無記入だった。

- 5) 自由記載については、医師からは、医療者が真剣に緩和ケアについて検討することは必要であるが、どのような状況においても一方的な判断はいけない、過度に医療者から情報を与えるものではない、看護師からは、もう少し早くに緩和ケア病棟へ移行できればその後の患者さんの QOL が高まると思う、緩和ケア病棟に対する知識を持ってもらいたい、緩和ケア病棟への移行についてもっと医師と看護師が話し合うべきだ、などがあつた。

IV. 考察

緩和ケア病棟への移行を判断する時に考慮する内容について尋ねた。医師・看護師ともに患者と家族の意思を最も重視していた。さらに、医師は心肺機能のような患者の生命予後を左右する因子に対して配慮していた。しかし、現実の臨床では医師・看護師が考える緩和ケア病棟への移行する時期についての意見はわかれやすい。その理由は今回の調査結果からは明らかにはならなかったが、いくつかの理由が推測できた。回答された内容から、看護師は患者・家族が緩和ケア病棟について情報不足のため、治療方針の意思決定の際に緩和ケア病棟について積極的な選択ができないのではないかと考えていた。医師の回答された内容には、一方的に情報を与えるべきではない、患者から求められれば応じるという意見がみられた。これらの意見は、緩和ケア病棟の情報提供は積極的治療の限界や近い将来の死を意味するためと推測できた。臨床看護師は患者の望む方向に展開させたいという想いが強く、緩和ケア病棟の存在を知らない患者が緩和ケア病棟への転換を選択するのは不可能だという思いがあり、患者・家族の選択肢を増やすことを重視していた。こういった認識の違いが情報提供時期の認識差を生じさせ、臨床で意見のわかれる一因と推測された。このような認識差を解消する一方法として、医師と看護師間で情報提供時期・具体的方法について話し合う機会を積極的に持つことが考えられる。

アンケートでは緩和ケア病棟への移行を考慮する内容の優先順位を尋ねた。これは現実的にはその患者・家族の身体状況、精神状況、意思、経済的問題によって順位が変更すると考えられる。しかし医師・看護師の個人の信条として何を優先するか理解するという目的では、今回の結果は参考になる。結果は医師・看護師ともに 1・2 位は、患者本人が緩和ケア病棟を強く希望した時、

今後の患者の QOL, の順だった。患者・家族の意思を優先させると同時に、医療者として推測可能な患者の QOL を考慮するという順序と考えられた。

緩和ケア病棟への移行を考慮する場合に参考にするガイドライン・文献については、多くの人が無回答だったが、臨床的にはマニュアルだけに頼るのではなく、本人の臨床経験、医師・看護師のカンファレンス、経験者（上司）の意見を参考にして医療を行なっていると推測された。

受け持った時点で患者の緩和ケア病棟への移行を視野に入れているか否かについて尋ねた。医師・看護師ともに半数ずつが視野に入れていた理由は、癌があっても初期ステージであれば予後は良好であり、癌だから緩和ケアという短絡的な考えにはならないためと思われる。医師は経験年数が豊富なほど、受け持った時点から緩和ケア病棟のことを考慮しない傾向を認めた。その理由としては、それまでの経験によって治療の期待される効果や患者の予後に見通しがつきやすいことが考えられた。逆に看護師は経験が豊富なほど受け持った時点から緩和ケア病棟のことを考慮する傾向がみられた。

看護師の回答からは、ケースによっては予測される予後や緩和ケア病棟選択時のメリット・デメリット情報を積極的にオープンにした方が良いのではないかと考えていた人が多かった。心肺機能を積極的治療のために使うのか、今後の残された人生の QOL 向上のために使うのかという選択である。その選択によって、患者にとって積極的な緩和ケア病棟の選択になるのか、治癒が見込めない場合の消極的な緩和ケア病棟への移行になるのかが決まる。こういった看護師の想いは、患者の心肺機能が残存しているうちに緩和ケア病棟へ移行するのか、心肺機能が低下したために緩和ケア病棟へ移行なのかという心理的葛藤を生じさせることが予測された。将来的には、セカンドオピニオンの見解も踏まえた上で、緩和ケア病棟を考慮する患者・家族の増加が予測される。そのためにもチームとして判断根拠・情報提供時期が一致している方が医療として効果的であると考えられ、そのためにもこういった判断根拠を明らかにし、職種を超えた共通認識をさぐる調査は意味を持つのである。

V. まとめ

今回、医師・看護師が考える緩和ケアへの移行時期・判断根拠の相違が明らかにならなかった。しかし両者には緩和ケア病棟に対する認識の違いがあることがわかったため今後は、緩和ケア病棟への移行時期や判断根拠、緩和ケア病棟の情報提供時期やその具体的方法について話し合う機会を積極的に持つことが重要であり、チームとしての課題となる。

謝辞：本調査にご協力くださった、本院耳鼻咽喉科 山下裕司教授、下郡博明先生をはじめ多くの医局員の皆様に深謝いたします。

VI. 引用文献

- 1) 河野博臣ら他編：末期癌患者のケア，金原出版，1986，pp. 166-173
- 2) 氏家幸子ら他編：終末期にある患者の看護，廣川書店，2001，pp. 24-25