

[研究報告]

## 統合失調症を有する終末期がん患者の 緩和ケアの困難感と質向上に向けた取り組み

加藤美月<sup>1)</sup>, 神里みどり<sup>2)</sup>, 謝花小百合<sup>2)</sup>

抄録

**目的:** 緩和ケア病棟と精神科病棟の看護師が抱く統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感とその対応について明らかにし、緩和ケアの質向上への示唆を得ることを目的とする。

**方法:** 第1段階では、緩和ケア病棟看護師3名、精神科病棟看護師3名へ統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感やその対応について半構造化面接を実施した。

データは逐語録を作成し、質的帰納的に分析した。第2段階では第1段階で得た結果をもとに、ディスカッションを2回実施し、緩和ケアの質向上に向けて両病棟で取り組む内容について検討した。

**結果:** 緩和ケア病棟看護師の困難感として、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】など8カテゴリーが抽出され、その対応は、【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】など6カテゴリーが抽出された。精神科病棟看護師の困難感には、【がんの症状が進行したときの終末期ケアへの難しさ】など4カテゴリーが抽出され、その対応は、【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】など5カテゴリーが抽出された。また、両病棟看護師に共通する困難感には、【精神症状が強い時の身体的ケア介入への難しさ】などがあり、その対応は【病棟スタッフ内での連携】などであった。第2段階のディスカッションでは、緩和ケアの質向上のために両病棟が協働で事例検討やカンファレンスを定期的に行う必要性を確認した。

**結論:** 緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族や療養環境、ならびに病棟・他施設連携に関連した困難感などであり、精神科病棟看護師の困難感の特徴は、がんが進行した時の終末期ケアへの困難感であった。患者の精神症状に関連した困難感には、両病棟看護師に共通しており、それぞれ専門性を活かしたケアを実践していた。今後は病棟間の連携体制を構築し、情報共有やカンファレンスなど定期的に協働で行うことが必要である。

**キーワード:** 緩和ケア 終末期 がん患者 統合失調症 困難感

### I. はじめに

精神疾患とがんについて、海外では統合失調症患者はがんによる死亡率が循環器疾患と同程度高い (Chris J Bush et al, 2010) ことが明らかとなっている。しかし、統合失調症を有するがん患者の受診率は、それを有さない患者と比較すると低く、健康格差への対応の必要性が報告されている (Kelly E Irwin et al, 2014)。国内においては、がんを合併した症例の緩和ケアやターミナルケアに対しての体制は依然として不十分であり、今後検討が必要と指摘されている (新井ら, 2016)。また、精神看護分野では、日本の高齢化に伴い、精神科病院でも高齢化が進んでいる現状である。よって、精神科病棟所属の熟練看護師の看取りケアを具体的に示す研究報告 (大永ら, 2018) がなされており、精神科での看取り・

ターミナルケアに関する研究が散見される。一方で精神疾患を有する患者が身体疾患を合併した場合のケアの実践について、精神科に所属する看護師は、身体疾患を看る上での知識や技術に対する自信のなさ、身体面を看護する機会が少ないこと、身体の病気を学習する機会があまりないことから身体合併症の看護に不安を感じている (荒木ら, 2013)。

研究者は A 病院の緩和ケア病棟に所属している。A 病院は、精神科病棟を母体とし、認知症病棟、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、そして緩和ケア病棟がある。全国的にも A 病院のような病棟構成は珍しく、県内の緩和ケア病棟を持つ病院の中でも精神科病床を有しているのは A 病院だけであり (宮城, 2018)、統合失調症を有する終末期がん患者の入院は、年間約 20 名程度である。A 病院において統合失調症を有する終末期がん患者は、精神症状が落ち着いている場合には、直接緩和ケア病棟に入院する。それ以外に合併症治療精神科

1) 社会医療法人葦の会オリブ山病院

2) 沖縄県立看護大学

病棟（以下、精神科病棟）に入院中でも患者の精神症状が落ち着いた場合は、緩和ケア病棟に転棟し、最期を緩和ケア病棟で看取っている。しかし、患者の中には、患者自らが緩和ケア病棟への転棟を拒否するケースや、がんによる急速な全身状態の悪化で緩和ケア病棟へ転棟するタイミングを失ったケースも存在する（宮城，2018）。そのため精神科病棟でも終末期がん患者のケアや看取りに関わる機会があり、精神疾患に対するケアだけでなく、がんによって起こる身体症状の緩和ケアの実践が必要となっている。

がんによる身体症状をコントロールするためにオピオイドを使用するが、精神科病棟ではオピオイドの使用頻度が少ないことから、オピオイドの具体的な使用方法や管理方法、オピオイド使用後の症状の評価について戸惑いの声が聞かれることがある。精神科病棟における統合失調症を有する終末期がん患者へのケアは、身体・精神症状の両側面に困難さがあると考えられる。しかし、これまでの先行研究は、疾患をがんと限定し、言及している者について症例報告は見られるが、研究報告は未だ少ない。

今後は、緩和ケア病棟、精神科病棟それぞれが単独で取り組むのではなく、協働して統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアについて、具体的に検討する必要があると考える。

本研究の目的は、統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケア病棟と精神科病棟に勤務している看護師のケアに焦点を当て、それぞれの看護師が抱く困難感やその対応について明らかにし、組織で取り組むべき統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアに対する示唆を得ることとする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は半構造化面接調査法を用いた質的記述的研究である。

### 2. 研究対象

#### 1) 研究期間

調査期間は、2019年6月・10月である。

#### 2) 研究フィールドの概要

A病院は全人医療を理念に掲げており、精神科病棟、認知症病棟、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を有している。その中でも精神科系病床数は232床と多く、精神科急性期治療病棟、精神科社会復帰病棟、精神科介護病棟、合併症治療精神科病棟の4つの病棟がある。中でも合併症治療精神科病棟は、精神症状を有して一般病棟での内科疾患の治療が困難な患者を対象としており、精神疾患を持つ終末期がん患者も症状緩和目的で療養している。今回は、統合失調症を有する終末期がん患者が療養している合併症治療精神科病棟（以下、精神科病棟）と緩和ケア病棟の2病棟を研究

フィールドとした。

### 3) 研究の概要（図1）

研究者は、研究の前段階において統合失調症を有する終末期がん患者が精神科病棟でどのように療養しているのか、ケアを実践する精神科病棟看護師がどのような関わりをしているのかについて把握するため2週間実習を行った。研究の概要については図1に示す。第1段階では、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感とその対応について明らかにするため、緩和ケア病棟看護師3名、精神科病棟看護師3名へインタビューガイドに沿って半構造化面接を実施した。第2段階は、第1段階の結果をもとにディスカッションを2回行った。1回目は、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感を中心に話し合った。2回目のディスカッションでは、両病棟間の連携への意識を高めることを目的とし、研究者が緩和ケア医と情報共有をしていた精神科病棟に入院中の統合失調症を有する終末期がん患者の事例を振り返った。

### 3. データ収集方法

#### 1) 第1段階：統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケアの困難感と困難感への対応について明らかにする

研究者は、研究協力者の選定について、病棟スタッフの臨床経験を把握している両病棟管理者へ依頼した。緩和ケア病棟の管理者は、緩和ケア病棟での経験が5年以上あること、または緩和ケア病棟だけではなく精神科病棟でも勤務経験がある者を選定した。また、精神科病棟の管理者は、精神科病棟での経験と一般病棟でも経験があり、精神看護について話ができる者を選定した。インタビューはインタビューガイドに沿って「これまで統合失調症を有する終末期がん患者のケアに対し、何が難しいと感じたか」「ケアを実践する時、個人で工夫していることは何か」などを尋ねた。また、インタビューは勤務時間内に行ったため1人30分程度とした。内容は、研究協力者から同意を得てICレコーダーに録音、フィールドノートにも記載し、質的データとした。

#### 2) 第2段階：両病棟間の課題解決に向けた取り組み

第2段階では、ディスカッションを2回実施した。1回目の研究参加者は、他施設の精神看護専門看護師、精神科認定看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師4名であった。今回の研究の目的と第1段階のインタビューから明らかとなった統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感を中心にディスカッションを進めた。2回目の研究参加者は、精神科認定看護師、精神科病棟看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師、医療ソーシャルワーカーの5名であった。ディスカッションの内容は研究参加者から同意を得てICレコーダーに録音し、質的データとした。

#### 4. データ分析方法

##### 1) 分析方法

第1段階のインタビュー調査で得られたデータは逐語録を作成し、緩和ケア病棟看護師、精神科病棟看護師ごとに分けて質的帰納的に分析を行った。第2段階のディスカッションで得られたデータは逐語録を作成し、内容を要約した。

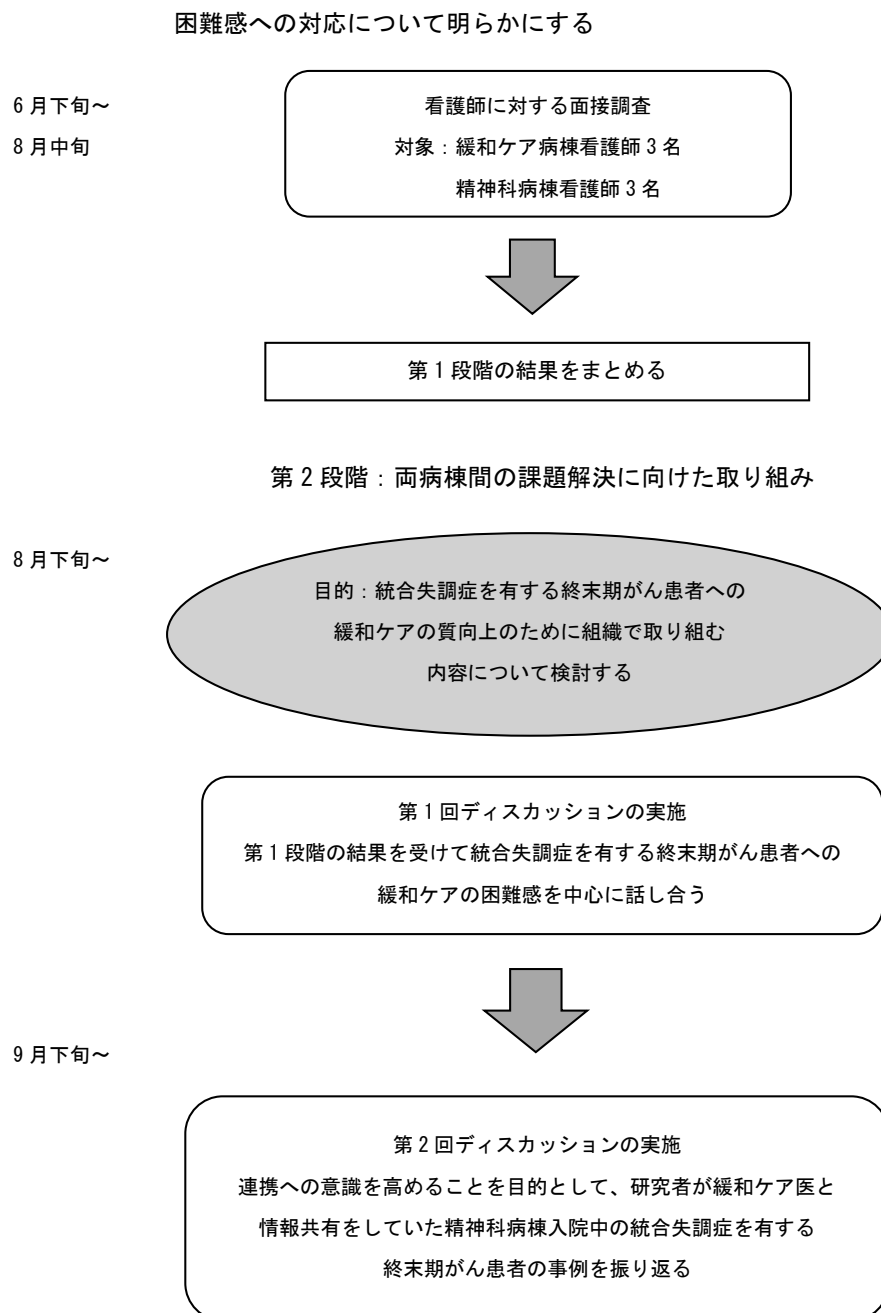
##### 2) 真実性の確保

質的データの分析過程で、研究指導教員からスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。また、研究者が所属するゼミナールに参加し、ピアレビューを行った。

#### 5. 倫理的配慮

今回の研究は看護師を対象とした研究であり、研究協力施設の管理者とインタビュー調査の対象者に対して研究の目的、方法、倫理的配慮について文書と口頭で説明した。研究への参加は自由意思であり、研究途中であってもいつでも辞退できること、参加の辞退による不利益は一切ないことなども合わせて説明した。ディスカッション参加者へは口頭で説明し、参加者全員から同意を得た。本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:19002)の承認を得て実施した。

図1. 研究の概要



### Ⅲ. 結果

調査結果について、研究を 2 段階に分けて述べる。なお、本文中の【】はカテゴリ、<>はサブカテゴリを示す。また、インタビュー調査とディスカッションから得られた語りは「太字」で示す。

#### 1. 研究協力者の臨床背景（表 1）

研究協力者は、緩和ケア病棟看護師 3 名、精神科病棟看護師 3 名の計 6 名であった。

看護師経験年数の平均は、緩和ケア病棟看護師が平均 28.3 年、精神科病棟看護師が平均 14.5 年であった。緩和ケア病棟看護師の中に精神科病棟経験者は 2 名であり、精神科病棟看護師では、緩和ケア病棟経験者はいなかった。また 6 名全員が一般病棟での勤務経験を有していた。

#### 2. 第 1 段階：統合失調症を有する終末期がん患者に対する緩和ケアの困難感と困難感への対応を明らかにする

##### 1) 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感（表 2）

緩和ケア病棟看護師の困難感について 8 つのカテゴリ、14 のサブカテゴリが得られた。緩和ケア病棟看護師は、<幻聴幻覚時の言葉掛けや間のとり方といったコミュニケーションが難しい><患者との信頼関係の構築が難しい>や、統合失調症を有する患者との【コミュニケーションや信頼関係を構築することに難渋】していた。また、思うようにコミュニケーションを図ることができず、<身体症状を把握し症状コントロールを行いたい>が、患者が自覚症状に乏しく症状を把握しづらい<>精神症状の悪化が身体症状と関連しているのかアセスメ

表 1. 研究協力者の臨床背景

n=6				
ID	看護師 経験(年)	緩和ケア 経験(年)	精神科 経験(年)	一般科 経験(年)
a	40	8	2	30
緩和ケア病棟	b	29	3	15
	c	16	6	0
	d	13	4	9
精神科病棟	e	24	0	18
	f	6.5	0	1.5

ントが難しい>といった、症状アセスメントに必要な情報を患者から引き出すことに難しさを感じていた。それに対して緩和ケア病棟看護師から、「**精神科の患者さんとの距離の取り方、幻聴幻覚の時の声かけの仕方を精神科の看護師さんたちはどうしているのか知りたい**」という声が聞かれた。また、精神症状が強い患者の場合、<内服やケアを拒否することがあり、その後の介入のタイミングも難しい>と【患者の拒否による身体的ケア介入の難しさ】を感じていた。さらに緩和ケア病棟看護師は、家族との関わりにおいても困難感を感じていた。患者の家族も統合失調症である場合、特に患者が亡くなった時、<統合失調症を有する娘が患者の死を受け入れることができず、その対応が難しい><患者死亡後に家族にかけられる言葉を選ぶことが難しい>といった、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】を感じていた。また、他のケースでは、<家族のマンパワーと介護力が乏しい><家族が疎遠なため家族との段取りがスムーズにいかない>といった、療養を支える家族力が低いことや臨終時の<最期患者を一人で逝かせてしまうことへの

後悔>も含め、【家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い】を感じていた。

患者・家族との関わり以外では、<患者の状態に適した療養環境の選択が難しい>と感じており、特に患者の状態を見極めて【患者の精神状態に適した療養環境を調整する難しさ】を抱いていた。また、他の精神科病院から入院してきた患者に対しては、「(他病院の**精神科病棟スタッフの面会を調整できなかったことだけは**) **なんか心残り**で、**そういう配慮も少なかつたと思う**」といった、患者を看取る中で【病棟間や他施設との連携不足により感じる緩和ケア病棟スタッフの思いと後悔】の声も聞かれた。さらに、「**こっちは精神疾患の基礎知識がなくて、精神疾患の方に薬以外での関わりってどうしたらいいんだろうって思う**」といった、【緩和ケア病棟スタッフの知識不足・対応への不慣れ】も感じていた。

##### 2) 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応(表 3)

緩和ケア病棟看護師の困難感に対する対応として 6

つのカテゴリー、9つのサブカテゴリーが得られた。緩和ケア病棟看護師は、患者にとってケアや処置が必要と感じていても、＜ケアや処置を患者が嫌がっている時には無理強いせず患者の意思を尊重する＞＜監視にならないよう距離の取り方に配慮する＞といった、患者の意思や患者との距離感を大切に、【患者の特性を理解した関わり方】を行っていた。また、患者との関わり方については統一し、スタッフ間で情報共有を行うといった、【一人ではなく病棟スタッフと連携して患者のケアに入る】ことを心掛けていた。

緩和ケア病棟看護師の特徴的な対応として、患者の療養生活を支えていくため＜患者の楽しみの提供や外出の

計画など患者のQOLを支える関わり＞といった、【患者のQOLを支えるケア】や、訴えに乏しい患者のがん性疼痛に対して「なんかきつそうな顔だなとか客観的評価で苦痛に早めに気づいて痛み止め（麻薬）をあげるタイミングを図っている」といった、【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】ことがあった。さらに患者の精神症状が不安定な時には、「不安なときにはお薬が必要なきもあつたが、そうでない時には不安な思いを傾聴する」といった、【患者の精神症状が落ち着かない時に話を傾聴する】ことを実施し、それでも患者の精神症状が強い場合には【精神症状に合わせた療養環境の選択】を行っていた。

表 2. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
コミュニケーションや信頼関係を構築することに難渋*	幻聴幻覚時の言葉掛けや間のとり方といったコミュニケーションが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションが取りづらい(a)</li> <li>・精神科の患者さんと距離や間の取り方、幻聴幻覚の時の声かけの仕方を精神科の看護師さんたちはどうしているのか知りたい(c)</li> <li>・合併症（精神科）病棟でも拒薬とかあると思うしそういう時うまい返し方をしているのか もしれない、言葉かけや関わりがヒントになったら私たちもうまく疼痛コントロールに入れるかもしれない(c)</li> </ul>
	患者との信頼関係の構築が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心を引き出して患者と関係性を作ることが統合失調症の患者に大事なことだと思う(a)</li> <li>・緩和ケアに来るまでに精神科の先生が診ているって方は多く、割と担当の先生との信頼関係は築けているので先生と一緒に入ってもらうと看護師も介入しやすい(c)</li> <li>・患者さんがいきなり緩和ケア病棟にきて看護師がみんな新しいって中だと患者も緊張してしまうから、看護師一人でも早めに顔合わせをして信頼関係を築くことをしておくことが良い(c)</li> </ul>
身体症状の把握や症状アセスメントに対する難しさ*	身体症状を把握し症状コントロールを行いたいが、患者が自覚症状に乏しく症状を把握しづらい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状の把握が非常に難しく直接的に痛みを表現しないという方が非常に多い(c)</li> <li>・元氣そうであっても翌日にはぐたーとしていたりいきなり悪くなってしまうこともある(a)</li> <li>・自覚症状が乏しく訴えも少ないため症状が非常に捉えにくい(a)</li> <li>・症状コントロールが必要だが（自ら言語化することができないため）症状が把握しづらい(a)</li> <li>・これまで精神症状があった患者が緩和ケア病棟では静かに過ごしていて、逆にどこかきついのか、痛いのかと聞いても「ううん、大丈夫」ってしか言わない(c)</li> <li>・静かであちに秘めて症状を訴えない人の場合寝ているならそのままにしてしまうこともある(c)</li> <li>・（自覚症状に乏しく、訴えも少ないため）がんが見つかったからがんと診断されてから（亡くなるまでの）経過が非常に早い(a)</li> </ul>
	精神症状の悪化が身体症状と関連しているのかアセスメントが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛みといった心身の訴えを言葉で訴えられないぶん、不穏などの精神症状が出る患者が多い(a)</li> <li>・幻覚や幻聴がひどくなる時には身体症状が進んでいるかもしれないという憶測もあった</li> <li>・（何も訴えない患者もいたが）逆に怒りっぽくなる患者もいた(c)</li> <li>・比較的穏やかな感じの患者が怒りっぽくなったり拒否があると痛みと関連があるのかなと思う(c)</li> <li>・身体なのか精神なのかわかりづらい(a)</li> </ul>

\*緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す

表 2. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
患者の拒否による身体的ケア介入の難しさ*	内服やケアを拒否することがあり、その後の介入のタイミングも難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の身体症状に対してケアをやってあげたいと思っても拒否されることもあるが無理強いしない(c)</li> <li>・内服や処置を拒否した場合あまり言いすぎて刺激しないよう一度下がって間をとるが今度介入するタイミングが難しくなる(c)</li> </ul>
家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ	統合失調症を有する娘が患者の死を受け入れることができず、その対応が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(統合失調症を持っている娘へ) 母親の死をわかってもらおうと理解させることが難しい(b)</li> <li>・亡くなってからも結構電話がかかってきて、前例がなくどう対応したら良いかわからなかった(b)</li> <li>・娘が理解できず「死んでない」って言うケースが初めてだったため対応が難しかった(b)</li> </ul>
	患者死亡後に家族にかける言葉を選ぶことが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・娘の気持ちを受け止めつつ、かける言葉を選ぶ難しさがある(b)</li> <li>・傍にいてあげてねとか回りくどい感じで言えるが、「息してませんよ」とグサって言うことができない難しさがある(b)</li> </ul>
家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い	家族のマンパワーと介護力が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも付いているのは精神疾患を持っている娘で、夫は主で動かず段取りをとるのが難しい(b)</li> <li>・家族は姪っ子しかおらず介護力が足りないのが一番大変だった(b)</li> </ul>
	家族が疎遠なため家族との段取りがスムーズにいかない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族との関係が疎遠で面会が少なく、病棟スタッフが看取するという方が多い(a)</li> <li>・家族と疎遠な患者が多い(a)</li> <li>・家族が疎遠な場合は誰が段取りをとるのが焦点になってくるがトントンと普通のようにはいかない(b)</li> </ul>
	最期患者を一人で逝かせてしまうことへの後悔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いくら精神疾患を持っていても人として亡くなる前は誰かに看取られたいって気持ちはあるが誰もいないことが多くかわいそうってというのが一番の印象(b)</li> <li>・(他院の精神科のスタッフは) 何十年も一緒にいるのでそういうふうに(どうしているのかなって心配に思っているだろうと)思いながらも最期は患者一人で逝かせてしまった(b)</li> </ul>
患者の精神状態に適した療養環境を調整する難しさ	患者の状態に適した療養環境の選択が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神症状が激しい方は緩和ケア病棟でみることはできず、また比較的ADLが自立している方はまだまだ緩和ケア病棟では厳しい場合もある(a)</li> <li>・症状コントロールが難しくモルヒネの皮下注射の段階では緩和ケア病棟対象となる(a)</li> <li>・精神科の患者の場合(緩和ケア病棟で療養するよりも) 慣れ親しんだ環境が良いという方もいる(a)</li> </ul>
病棟間や他施設との連携不足により感じる緩和ケア病棟スタッフの思いと後悔	病棟間の情報共有・連携が不足していることで感じる緩和ケア病棟スタッフのこうなればという思い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前にいた病棟なら知り合いとかいるはずだから少し時間を見つけて合併症病棟に下ろして連携とることが良い(c)</li> </ul>
	転入後に他施設との連携が不足していることで感じる後悔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・姪っ子はスタッフが家族みたいだから面会に来るかもしれないと言っていたが、結局病棟のスタッフは面会へ来なかった(b)</li> <li>・(他病院の) 精神科のスタッフが面会に来て良かったし、きっと向こうも心配していたと思う(b)</li> <li>・(他病院の精神科病棟スタッフの面会を調整できなかったことだけは) なんかつ残り、そういう配慮も少なかったと思う(b)</li> </ul>
緩和ケア病棟スタッフの知識不足・対応への不慣れ	緩和ケア病棟スタッフが精神疾患を持つ患者への知識不足や対応に慣れていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経験の差はあるかもしれないが緩和ケア病棟スタッフが精神科の対応に慣れていない(a)</li> <li>・こっちは精神疾患の基礎知識がなくて精神疾患の方に薬以外での関わりってどうしたらいいんだろうって思う(c)</li> <li>・疼痛コントロールには目がいくが、精神症状が出た時にどうしようってすぐに薬に頼ろうとする(c)</li> <li>・(精神疾患を持っている) 患者と関わりのうまいスタッフとピース作りを一緒にやる(c)</li> </ul>

\*緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す

表 3. 緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
患者の特性を理解した関わり方*	ケアや処置を患者が嫌がっている時には無理強いをせず患者の意思を尊重する	・本人が嫌がっているときには意思を尊重し、ケアの中でも個人の人格とかを尊重するように関わる(c) ・ケアを無理強いをせずに拒絶することがあってもしょうがないって間を置いて関わる(c)
	監視にならないよう距離の取り方に配慮する	・(安全上離床センサーを設置した患者の場合は)あまり監視しないように距離の取り方に配慮する(c)
	不穏がある患者の安全の確認や精神症状と睡眠状況の関連をみる	・(不穏がある患者の場合には)繋がっているライン類は抜いたりしないか安全面を確認し、精神症状や不眠の有無、眠剤の効果についてみていく(b)
一人ではなく病棟スタッフと連携して患者のケアに入る*	主治医や精神科医と一緒に介入する	・精神科の先生と一緒にコミュニケーションをとっていく(c) ・(拒薬で)内服が難しければフェントステープに変えてもらうなど主治医と一緒に介入する(c)
	一人ではなく病棟スタッフみんなで相談し、統合失調症のケアに詳しい師長と連携してケアに入る	・患者の症状やその対応についてスタッフ間で情報共有する(a) ・(統合失調症を持つ患者の対応に詳しい)師長から統合失調症の患者の性格やケアの入り方について学ぶ(c) ・病棟スタッフで患者の情報共有をしたことで疼痛コントロールがうまくできたこともあり、一人ではなくみんなで相談してケアに入る(c)
患者のQOLを支えるケア	患者の楽しみの提供や外出の計画など患者のQOLを支える関わり	・患者の好きな歌を歌ったり、個人の楽しみを提供する(a) ・患者が元気なうちに外出を計画する(a) ・家族がいなければスタッフが家族の代わりに一緒に外出したり音楽を聞いたりする(a) ・歩けるうちはしっかり歩いてトイレに行ったり(体力の)ギリギリまで患者がやりたいことは支援する(a)
精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る	医療用麻薬に対する知識の向上、客観的評価から医療用麻薬を使用するタイミングを図る	・緩和ケア病棟に来てから麻薬が痛みだけではなく呼吸苦にも効くとしっかり学んだ(b) ・なんかきつそうな顔だなとか客観的評価で苦痛に早めに気づいて痛み止め(麻薬)をあげるタイミングを図っている(c)
患者の精神症状が落ち着かない時に話を傾聴する	患者に寄り添い話を傾聴する	・傍に寄り添ってとりあえず話を聴く(a) ・(関係性が構築されて)徐々に話ができるようになると不安や痛みなどの(心身に関する)話も聴く(a) ・不安なときにはお薬が必要なときもあったが、そうでない時には不安な思いを傾聴する(a)
精神症状に合わせた療養環境の選択	精神症状が強い時の療養環境を調整する	・精神症状が強いときには落ち着くまで精神科病棟で療養できるよう調整する(a)

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感への対応を示す

#### 4) 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感(表4)

精神科病棟看護師が抱く困難感として4つのカテゴリー、6つのサブカテゴリーが得られた。精神科病棟看護師は、統合失調症を有する患者との関わりに対して<言葉遣いや距離間といったコミュニケーションが難しい><患者に選ばれたスタッフしか受け入れてくれない>といった、【コミュニケーションや信頼関係を構築する過程で感じる難しさ】を抱き、身体症状に対するケアに対しては、<がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかずケアに繋げることが難しい>といった【がん性疼痛か

精神症状なのか見分けがつかない難しさ】があった。また、患者への処置に対し「(幻聴が)聞こえてくるみたいで『これはやらないいいです』とか必要な処置であることを説明してもさせてもらえないことは多い」と話し、患者の精神症状の影響により<内服や処置をすぐに受け入れてくれない><疾患に対する理解が乏しい>といった、【自身の疾患や必要な処置に対して理解力が乏しいことによる介入の難しさ】を感じていた。

精神科病棟看護師の困難感の特徴として、「ADLが低下し、寝たきりになったときに患者に十分に付き添うことができずその時期のケアが難しいと感じる」といった

＜がんの症状が進行した時のケアに悩む＞様子が伺え、【がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ】を感じていた。

5) 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応 (表 5)

精神科病棟看護師の困難感に対する対応として 5つのカテゴリー、7つのサブカテゴリーが得られた。精神科病棟看護師は、必要な処置に対して患者が拒否を示した場合、＜患者が処置を拒否する場合や身体的に弱ってきても患者の気持ちやペースを優先する＞＜患者には自分なりに正しいというものや患者自身の世界観があることを理解する＞＜患者の幻聴は傾聴するが否定も肯定もしない＞といった【患者のこだわりを尊重する】ことを大

切にしていた。また、患者に関する情報については【病棟内で情報共有を行う】ことを心掛けていた。また、精神科病棟看護師の対応の特徴として、「(患者が腫瘍の部分に触って)『ここで何人かの子供が傷のあたりを触って悪さする』って普段とは違う言い方をするとちょっと不調なのかなと思いきや深く症状を聞く」といった＜患者の幻聴が痛みや不安と関連しているのか症状を深く探る＞【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】を行っていた。さらに【患者へ安心感を与えるような声掛け】を意識して関わっており、それでも患者が拒絶を示す場合には、「2、3回声をかけても介入がダメな場合は時間を置いたり、人を変えて関わっている」といった【患者が拒否する時はパターンを変えた介入】を実践していた。

表 4. 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
コミュニケーションや信頼関係を構築する過程で感じる難しさ*	言葉遣いや距離間といったコミュニケーションが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>敬語をを使いすぎると嫌そうにし心を許してもらえず、距離が近すぎても遠すぎてもダメだと感じる (d)</li> <li>昼間のコミュニケーションを大事にしないと夜間の精神症状が落ち着かなくなる (e)</li> </ul>
	患者に選ばれたスタッフしか受け入れてくれない	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者からお願ひされると「ヨッシャ」って思う、精神科は選ばれた職員が関わることができ評価が得られた時に初めて治療ができる (e)</li> <li>精神科の先生の診察についていると、特定の人や初めての人がなかなか受け入れられなかったりとかある (f)</li> </ul>
がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかない難しさ*	がん性疼痛か精神症状なのか見分けがつかずケアに繋げることが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>痛みなのか精神症状なのか見分けがつかないこともあるが、大声を出したり普段ないパターンを見ると何かあるのかなと探る (d)</li> <li>はっきり言わないところもあるが精神のコントロールが大事 (e)</li> <li>痛みで眠れないのかなと思うこともある (症状がはっきりしない) (e)</li> <li>本当は不安があると思うが思っていることを言わない (e)</li> </ul>
自身の疾患や必要な処置に対して理解力が乏しいことによる介入の難しさ*	内服や処置をすぐに受け入れてくれない	<ul style="list-style-type: none"> <li>内服や処置は2、3回同じことを聞くがダメなときは何を言っても受け入れてくれない (d)</li> <li>精神疾患上、幻聴が聞こえるのかわからないが、処置とかは何回もお願いしてやっと受け入れてもらえる (f)</li> </ul>
	疾患に対する理解が乏しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>病識がないから難しい (e)</li> <li>(幻聴が) やはり聞こえてくるみたいで「これはやらなくていいです」とか必要な処置であることを説明してもさせてもらえないことは多い (d)</li> </ul>
がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ	がんの症状が進行した時のケアに悩む	<ul style="list-style-type: none"> <li>どんどん弱る中でどこまで理解しているのか、何をしてあげたらいいのか悩む (d)</li> <li>ADLが低下し、寝たきりになったときに患者に十分に付き添うことができずその時期のケアが難しいと感じる (d)</li> </ul>

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感を示す



表 5. 精神科病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感に対する対応

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語りの一例
患者のこだわりを尊重する*	患者が処置を拒否する場合や身体的に弱ってきても患者の気持ちやペースを優先する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処置は本人が望まないなら無理強いないで、売店に行きたい気持ちが強いならそれを優先する(d)</li> <li>・患者の生活パターンを崩さないようにしており、終末期で身体的に弱ってきても患者が売店へ行きたいと言えば毎日売店へ行けるよう調整する(d)</li> <li>・先生の指示する処置を拒否する場合には時間をかけて患者のペースに合わせて行う(f)</li> </ul>
	患者には自分なりに正しいというものや患者自身の世界観があることを理解する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんには自分が安心することや自分なりに正しいというものがあることを理解する(d)</li> <li>・患者の世界観に入る(d)</li> <li>・できるだけ患者のそのままを支持して接している(f)</li> </ul>
	患者の幻聴は傾聴するが否定も肯定もしない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が幻聴の内容を話してきたら、傾聴するが「今そういう風に聞こえているんですね」って否定も肯定もしない(f)</li> </ul>
病棟内で情報共有を行う*	患者の情報について主治医や病棟スタッフと共有する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の情報については主治医や病棟スタッフ間で共有する(d)</li> <li>・他スタッフから(声かけや対応)大丈夫なパターンを情報共有して介入する(f)</li> </ul>
患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め	患者の幻聴が痛みや不安と関連しているのか症状を深く探る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者が他科受診を拒否する場合には、なぜ嫌なのか患者の訴えを傾聴し、知らない所へ行くことが怖いようなら一緒に受診についていく(f)</li> <li>・「(患者が腫瘍の部分に触って)ここで何人かの子供が傷のあたりを触って悪化する」って普段とは違う言い方をするとちょっと不調なのかなと思いき症状を聞く(f)</li> </ul>
患者へ安心感を与えるような声掛け	患者を安心させるような声かけを心がける	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を安心させるような声かけを心がけている(e)</li> </ul>
患者が拒否する時はパターンを変えた介入	患者が処置や採血を拒否する場合には、時間を置いて声をかけたり人を変えて関わる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2、3回声をかけても介入がダメな場合は時間を置いたり、人を変えて関わっている(d)</li> <li>・処置や採血で拒否される場合は臨機応変に他スタッフへお願いし人を変えて対応している(f)</li> </ul>

☆緩和ケア病棟看護師と精神科病棟看護師の共通した困難感への対応を示す

### 3. 第2段階：両病棟間の課題解決に向けた取り組み

第1段階のインタビュー調査から得られた結果をもとに、統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの質向上のため、組織で取り組む内容を検討することを目的としてグループディスカッションを2回実施した。

#### 1) ディスカッションの参加状況(表6)

第1回目のディスカッションの研究参加者は、精神科看護に関する専門性の高い助言を受けるため他施設の精神看護専門看護師を交え、精神科認定看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師の4名であった。2回目の研究参加者は、精神科認定看護師、精神科病棟看護師、緩和ケア認定看護師、緩和ケア病棟看護師、医療ソーシャルワーカーの5名であった。

#### 2) 第1回ディスカッション：第1段階の結果をもとに話し合う

第1回目のディスカッションでは、主に統合失調症の

精神症状によるケア介入時の困難感について情報共有を行った。統合失調症を有する終末期がん患者は、幻聴・幻覚の精神症状が強い時、緩和ケア病棟看護師の介入を拒否することがあった。がんが進行し、身体症状が強くなった場合でも患者は、疼痛緩和のためのレスキュー薬の内服に拒否を示した。緩和ケア病棟看護師は、疼痛コントロールがうまくいかない状況に倫理的葛藤を抱いていた。

精神看護専門看護師は、緩和ケア病棟看護師へ「緩和ケアの目指すところに、最期のステージを楽に家族とともに安心してっていうのがあると思うが、価値は人によって違ってくる。薬で精神症状を抑えてでも痛み止めを使うことが本人の安楽なのかと考えてみることも一つかなと思う。また、患者の安楽と看護師の価値観のズレが生じるならばその葛藤をどう収めるかも大切になる」と助言した。それに対し緩和ケア病棟看護師は、「私たちから見てきつそうっていう価値観とご本人はきつなくてもこれでいいんだっていう価値観のズレがあることを忘

表 6. ディスカッションの参加状況

	第1回ディスカッション n=4	第2回ディスカッション n=5
精神看護専門看護師☆	○	—
精神科認定看護師*	○	○
精神科病棟看護師	—	○
緩和ケア認定看護師	○	○
緩和ケア病棟看護師	○	○
医療ソーシャルワーカー	—	○

☆院外の精神看護専門看護師

※看護部所属

れてしまう。きつくていいんだってというその人の尊厳を大事にしていくことも必要だと感じた」と精神看護専門看護師の助言から気づきへと繋がった。

### 3) 第2回ディスカッション：精神科病棟での終末期がん患者急変時の対応事例の振り返り

緩和ケアの質向上のためには、緩和ケア病棟と精神科病棟が協働で取り組むことが必要である。2回目のディスカッションでは、両病棟看護師が連携への意識を高めることを目的とし、ディスカッション内で、精神科病棟で療養中の終末期がん患者が急変した際の対応事例の振り返りを行った。

研究者が実習を行う以前は緩和ケア病棟、精神科病棟間の連携は主治医である緩和ケア医だけであり、両病棟間で情報共有は行っていなかった。実習後、研究者が精神科病棟で療養している終末期がん患者について情報収集を行うようになり、研究者と緩和ケア医で、精神科病棟で療養する終末期がん患者について情報共有の時間を持つようになった。また研究者は、実習終了後も精神科病棟看護師と情報共有を行いながら関係性を維持していた。精神科病棟看護師と顔の見える関係性を構築したことにより、緩和ケア病棟と精神科病棟間を横断できるようになった。これらにより研究者は、精神科病棟で療養する終末期がん患者のケアにコンサルテーションを行うことが可能となった。

#### ①患者概要

患者は A 氏、70 代、女性、末期肺がん、統合失調症を患っており、他の精神科病院より疼痛コントロールと緩和ケア病棟待機目的で A 病院精神科病棟へ入院した。入院時は身体的苦痛による影響で精神的に落ち着かない様子もあったが、オピオイドを調整し疼痛コントロールが良好になると、精神的にも落ち着きが見られた。しかし、入院 4 か月が経過した頃、急な呼吸不全により全身状態が著明に悪化した。全身の苦痛に対して塩酸モル

ヒネの皮下注射を開始し一時的に症状は緩和したが、翌朝、患者は家族が見守る中、息を引き取った。

#### ②研究者の行動

精神科病棟看護師はモルヒネ借用のため、緩和ケア病棟へ連絡した。研究者は、その日は日勤で緩和ケア病棟におり、連絡をきっかけに A 氏が急変したことを知った。精神科病棟ではモルヒネ皮下注射はほとんど行われないため、担当看護師の戸惑う様子が見られた。

研究者は、モルヒネを準備するところから担当看護師と一緒にいった。モルヒネが呼吸困難感や全身の苦痛に比較的效果があることを説明し、投与開始後は患者の状態を評価しながら薬剤のベース量の調整やレスキューの使用を検討すること、モルヒネの副作用、皮下注射の刺入部の確認など患者の全身状態と合わせて観察を行うことを説明した。その後研究者は 2 時間おきに患者の状態を把握するよう努めた。また、夜間はモルヒネの使用に慣れている緩和ケア病棟スタッフへ相談するよう担当看護師へ申し送り、夜勤の緩和ケア病棟スタッフへも A 氏の状態について情報共有し、必要時介入するよう依頼した。

#### ③事例の振り返り

事例を振り返った後の語りとして、「最期どこでも看取れる環境は必要。そのために間に入ってくれる役割を担う人がいるのは大きい」「カンファレンスをお互いの病棟でやるってお互いの困難と感じていたことが見えたり、それぞれの不完全みみたいなものが、そういうことを通してそれぞれの病棟ナースのやりがいにも繋がっていくのかな。お互いの良いケアに繋がると思う」という声が聞かれた。

#### ④2回目のディスカッション後の取り組み

2回目のディスカッション終了後、緩和ケア病棟、精神科病棟の双方の看護師長と内容を共有した。後日、初めて協働で行う取り組みとして両病棟で関わった患者のカンファレンスを開催した。

#### IV. 考察

##### 1. 両病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感の特徴と困難感に対する対応

###### 1) 緩和ケア病棟看護師の緩和ケアへの困難感の特徴

緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族に関連した困難感、患者の状態に適した療養環境を調整する困難感、他施設との連携不足により感じる困難感、自身の知識や経験不足であった。その中でも家族に関連した困難感では、【家族も統合失調症である場合のグリーフケアの難しさ】や【家族が疎遠で介護力が乏しいことで感じる戸惑い】と、患者だけではなく、その家族に対するケアにも難渋していた。

終末期の患者に関わる看護師は、家族に囲まれて亡くなっていくことをよき最期の一つとして捉えている者が多い(上山, 2007)。しかし、一方で家族との関わりに困難やストレスも感じている(宇宿ら, 2010)。また、加藤ら(2019)の研究では、統合失調症患者の家族関係の希薄さに対してケアにあたる看護師は、介入が難しいと感じているという報告もあり、本研究も先行研究と同様の結果が得られた。それに加えて本研究では、家族も統合失調症を発症しているケースに対しても看護師は困難感を抱えていることが明らかとなった。その場合、家族の精神症状への対応も含めた家族ケアが必要であり、それに応じたケアの実践は精神看護への理解を深めることが求められる。そのためには精神科病棟と連携し、緩和ケア病棟看護師が精神看護について知識や技術を習得できる場を設ける必要がある。また、患者の状態に適した療養環境を調整する困難感において A 病院では、患者の精神症状が強い時には緩和ケア病棟で療養することはできず、精神科病棟で精神症状のコントロールを行いながら緩和ケアを実施することになる。そして、がんの進行により精神症状よりも身体的苦痛が上回った時、患者の全身状態が低下した場合などは緩和ケア病棟への転棟を考えるタイミングである。患者の状態に適した療養環境の提供は、そのタイミングを逃さないことが重要であり、そのためには両病棟間で定期的に情報共有を行うことが必要である。

###### 2) 精神科病棟看護師の緩和ケアへの困難感の特徴

精神科病棟看護師の困難感の特徴として、【がんの症状が進行した時の終末期ケアへの難しさ】が示された。精神科病棟看護師からは、「患者が弱中で何をあげたらいいのか」「患者が寝たきりになったときに十分に付き添うことができない」といった語りが聞かれ、精神科病棟での終末期ケアに悩む様子が伺えた。精神科病院におけるターミナルケアの課題として、荒木ら(2016)は、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いており、物理的・人的環境面での課題があると示唆している。また、精神科病棟看護師は、「身体に関する知識が少ない」や「フィジカルアセスメントができない」などが身体合併症看護への自信のなさに繋がっているという報告もある(荒木ら, 2013)。よって、身体的ケアに対する知識と技術習得の機会を設ける必要がある。

一方で、A 病院は緩和ケア病棟と精神科病棟を有しているため、精神科病棟で療養していた患者が看取り期に移行した時、緩和ケア病棟で療養できるよう環境調整や緩和ケアに関して相談できる体制を組むことは可能である。しかし、これまで緩和ケアが実践できないことに対して困難感を抱きながらもケアは双方の病棟で完結している現状であり、連携はまったく取れていなかった。また、今回の研究フィールドの精神科病棟では、内科的疾患の治療も日常的に行われており、そこに在籍する看護師は精神看護に関する知識だけではなく身体看護に関する知識や経験も有している。そのため身体看護に関する知識や経験はあっても、患者の精神症状の影響により身体的ケアを実践できないことが推察される。院内に緩和ケア病棟と精神科病棟を有している強みは、互いの知識や技術を提供し合える環境にあると考える。よって、今後は協働で緩和ケアや精神看護に関する勉強会や両病棟に共通する患者の情報共有やカンファレンス、病棟間の連携を強化する必要がある。

###### 3) 両病棟看護師の緩和ケアへの困難感の相違

統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感は、両病棟看護師で抽出されたカテゴリー数に明らかな違いが見られた。

緩和ケア病棟看護師の困難感には、8つのカテゴリーが抽出された。その中でも、緩和ケア病棟看護師のみ抽出されたカテゴリーは、家族に関連した困難感、療養環境の調整や他施設との連携に関する困難感の4つのカテゴリーであった。一方、精神科病棟看護師の困難感には4つのカテゴリーが抽出された。その中で精神科病棟看護師のみ抽出されたカテゴリーは、がんが進行した時の終末期ケアに関する困難感であった。その要因として、村上ら(2017)は、緩和ケア病棟と療養病棟スタッフとの緩和ケアに対する意識調査を実施している。その研究では、緩和ケア病棟経験者は WHO が提唱する緩和ケアの定義の周知度が高いが、それに対して緩和ケア病棟未経験者とは緩和ケアに対する認知度や意識の差があると述べている。本研究においても、精神科病棟看護師の中に緩和ケア病棟経験者はおらず、緩和ケアへの意識が低いと考える。そのため緩和ケアの視点で患者をみることができず、緩和ケアの困難感としてインタビューでは出てこなかったのではないかと推察する。さらに村上ら(2017)はそれらに対して、緩和ケア病棟未経験者への緩和ケア教育と病棟間の人事交流の必要性を言及している。A 病院では、これまで緩和ケア病棟と精神科病棟間

での連携はなかったため、互いにどのようなケアを実践しているのか周知されていない状況であった。今後は、互いの病棟を理解することが重要であると考え。そのために実施可能な方法として、精神科病棟看護師は緩和ケア病棟で、緩和ケア病棟看護師は精神科病棟にて半日研修を取り入れ、それぞれの病棟で療養する患者の状態、療養環境や実施されているケアについて実際に関わることが必要である。そして、両病棟看護師が実践するケア内容を共有し、どちらの病棟でも統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアが実施できる環境を整えていく必要がある。

#### 4) 両病棟看護師の共通する困難感

統合失調症を有する終末期がん患者との関わりの中で、コミュニケーションや信頼関係の構築に難渋し、身体症状を把握しづらい、処置やケアに拒否を示すため身体的ケア介入が難しいといった内容は、両病棟看護師の共通する困難感として抽出された。精神科病棟看護師を対象とした精神疾患を持つ患者のケアに対する困難感(加藤ら, 2019)においても本研究と共通する困難感が示されており、精神疾患患者に関わる看護師は共通した困難感を抱いていたと考える。

WHO が提唱する緩和ケアは、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの 4 つの苦痛緩和に対処し、QOL の改善にアプローチすることである。その中でも身体的苦痛の緩和が優先され、その症状が緩和されていると判断できた時、2 番目に精神症状の緩和、そして社会的、スピリチュアルという順で苦痛緩和を考える(小川・内富, 2011)。しかし、統合失調症を有する患者の場合、彼らの体験している幻聴や幻覚といった精神症状を WHO の提唱する緩和ケアの 4 つの苦痛緩和に当てはめることには限界がある。また、患者の精神症状が強い時には、処置やケアを拒絶するため介入が困難となり、身体的ケアよりも精神症状に対する治療やケアが優先される場合がある。そのため、統合失調症を有する終末期がん患者に関わる看護師は、緩和ケアと精神看護の両方の知識や技術の習得が求められ、今後は両側面に対応できるよう教育支援が必要であると考え。

#### 5) 両病棟看護師の困難感への対応の特徴

両病棟看護師の共通した困難感への対応は、緩和ケア病棟看護師が【精神症状がある時の医療用麻薬の使用のタイミングを図る】など、精神科病棟看護師が【患者の幻聴から身体症状と精神症状の見極め】などと、ケアはそれぞれの専門性が表れていた。久松ら(2016)は、統合失調症を有するがん患者に対する緩和ケアを促進させる要因として、患者の精神状態のみならず身体症状を見極め、どちらにもアプローチできるスキルを高めることと言及している。両病棟看護師が互いの専門性を融合することで統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの質向上に繋がると考える。そのためには、両病棟が連携して緩和ケアに取り組むことが重要であるが、これ

まで病棟間の連携はなかったため、まずは連携への意識を高めていくことが必要であると考え。

## 2. 緩和ケアの質向上のための両病棟看護師が協働で取り組む内容の検討

### 1) 看護実践における倫理的葛藤からの気づき

今回のディスカッションは、緩和ケア病棟看護師の統合失調症を有する終末期がん患者への緩和ケアの困難感についてより専門的な助言を得ることを目的とし、精神看護専門看護師へディスカッションの参加を依頼した。ディスカッションでは、患者の身体症状に対し看護師はレスキュー薬を促すが、患者は幻聴の影響によりレスキュー薬を拒絶し、疼痛コントロールがうまくできず、ケアにあたる看護師はその状況に葛藤を抱いていた。柳澤ら(2012)は、終末期患者・家族のケアに関わる看護師は理想とする看護を土台としてケアにあたるが、それが思うようにならず看護師自身が納得したケアを実施できない状況に葛藤を抱くと報告している。また藤野ら(2015)の研究において、精神科病棟看護師が身体合併症ケアを実施する上での難しさの中に、看護の必要性和患者のニーズとのずれに伴う対立・葛藤を伴うことが示唆されている。一般的ながん患者への緩和ケアは、前述した通り、身体的苦痛緩和を優先に考えケアにあたるが、統合失調症を有する終末期がん患者の場合、それが困難である。そのため緩和ケア病棟看護師のケアへの倫理的葛藤が強まると考える。先行研究では倫理的葛藤への対処として、精神看護への専門性を高め、倫理に関する基礎的学習や事例を倫理的観点から検討することが必要だと述べている(田中ら, 2010)。今後は精神科病棟と連携し、精神看護への理解を深め、倫理的感受性を高めるために倫理に関する学習会や倫理のカンファレンスを開催することが必要である。

### 2) 2 回目のディスカッションからみえた今後の取り組み

2 回目のディスカッションでは、両病棟看護師の連携への意識を高めることを目的とし、精神科病棟に入院中の統合失調症を有する終末期がん患者の急変時対応事例の振り返りをディスカッションに取り入れた。これまでに両病棟が協働で事例検討やカンファレンスを行ったことはなかった。今回初めて統合失調症を有する終末期がん患者の事例を共有し、緩和ケア病棟看護師は患者が急変した際の精神科病棟でのケアの状況を知ることができ、また精神科病棟看護師は自身の看護実践を振り返る場となった。

新垣ら(2015)は、リフレクションによって期待される看護実践への効果について【看護実践への方向性】【看護へのやりがいの向上】【看護実践能力の向上】【専門職者としての成長】【相互作用による学びの共有】の 5 つをあげている。参加者にとって、自らの統合失調症を有する終末期がん患者への看護実践に関してリフレクションすることに繋がり、今後の取り組みに対して前向きな

姿勢への動機付けになったと考える。

### 3. 研究の限界・今後の課題

本研究フィールドである A 病院の病棟構成は全国的にも珍しい。そのため今回示唆された統合失調症を有する終末期がん患者に関する研究結果は、単科精神科病院など他施設へ適応できるかは明確ではない。しかし、精神科病院における緩和ケアの必要性は以前から言及されており、今後も継続して取り組むべき課題である。特に精神看護専門看護師は県内で 3 名のみであり、A 病院内だけではなく、他施設とも連携した体制作りを検討する必要があると考える。

### V. 結論

緩和ケア病棟看護師の困難感の特徴は、家族や療養環境、ならびに病棟・他施設連携に関連した困難感などであり、精神科病棟看護師の困難感の特徴は、がんが進行した時の終末期ケアへの困難感であった。患者の精神症状に関連した困難感、両病棟看護師に共通しており、それぞれの専門性を活かしたケアを実践していた。今後は病棟間の連携体制を構築し、情報共有やカンファレンスなど定期的に協働で行うことが必要である。

### 謝辞

本研究を実施するにあたり、A 病院看護部、各病棟病棟長、研究協力者の皆様に心より感謝申し上げます。本論文は 2019 年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究の修士論文(実践課題研究)の一部を修正したものである。また、本研究における利益相反はない。

### 引用文献

- 荒井春生. (2014). 日本におけるがんを合併した統合失調症患者の緩和ケアに関する文献的考察. 日本看護学会論文集, 44, 157-158.
- 荒井春生. (2014). 精神科臨床からの緩和ケアへの眼差し第 2 回がんを合併した統合失調症患者の痛みを考える -Support Team Assessment Schedule を用いた調査から-. 精神科看護, 41(2), 41-48.
- 新井久稔, 山本賢司, 井上勝夫他. (2016). 精神科身体合併症病棟に入院したがんを合併する精神疾患患者に関する検討. 精神医学, 58(4), 289-296.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子他. (2013). 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討. 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 100-108.
- 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.
- Chris, J. B, Richard H. (2010). Schizophrenia and Cancer: In 2010 Do We Understand the Connection?. The Canadian Journal of

Psychiatry, 55(12), 761-767

- 藤野成美, 脇崎裕子, 吉武美佐子他. (2015). 精神科看護師が身体合併症ケアを実施する上での臨床判断における困難さ. 国際医療福祉大学学会誌, 20(2), 70-77.
- 久松美佐子, 荒井春生, 植田麻美他. (2016). がんを合併した統合失調症患者を看取る精神科看護師の緩和ケアを促進させる要因. 死の臨床, 39(1), 153-158.
- 上山千恵子. (2007). 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」. 日本看護科学学会誌, 27(3), 75-83.
- 加藤郁子, 佐藤忠, 田中久美子他. (2019). 精神科病院に勤務する看護師が感じるがん患者の看護ケアに関する困難感. 福島県立医科大学看護学部紀要, 21, 1-12.
- Kelly, E. I, David, C. H, Helen, P. K, et al. (2014). Cancer Care for Individuals with Schizophrenia. Cancer 2014, 120, 323-334.
- 北村愛子. (2008). 専門看護師の倫理調整の役割と実践. 看護倫理, 1(1), 12-16.
- 宮城航一. (2018). 統合失調症がん終末期患者に対する緩和ケア -当院の取り組み-. 日精協誌, 37(7), 62-67
- 村上真基, 大石恵子, 綿貫成明他. (2017). 緩和ケア病棟を併設している療養病棟における緩和ケアに対する意識調査: 緩和ケア病棟スタッフと療養病棟スタッフへの意識調査. Palliative Care Research, 12(3), 285-295.
- 小川朝生, 内富庸介. (2011). 精神腫瘍学ポケットガイドこれだけは知っておきたいがん医療における心のケア (pp42-43). 社会福祉法人新樹会創造出版.
- 大永慶子, 浅見洋. (2018). 精神科病院で最期を迎える精神疾患患者への看取りケアについて. 石川看護雑誌, 15, 83-97.
- 新垣洋美, 岩脇陽子, 柴田明美他. (2015). 看護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検討. 京都医大看護紀要, 25, 9-18.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也. (2010). 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立. 日本看護倫理学会誌, 2(1), 6-14.
- 宇宿文子, 前田ひとみ. (2010). 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討. 熊本大学医学部保健学科紀要, 6, 99-108.
- 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝. (2012). 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献検討. 関西看護医療大学紀要, 4(1), 23-29.

# Initiatives for improving the quality of palliative care and care of difficulty for terminally ill patients with schizophrenia

Mitsuki Kato<sup>1)</sup>, Midori Kamizato<sup>2)</sup>, Sayuri Jahana<sup>2)</sup>

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to identify difficulties nurses encountered in providing palliative care to terminally ill patients with schizophrenia in palliative care and psychiatric wards, and to obtain suggestions for improving the quality of the care.

**Methods:** In the first stage of this study, three nurses in the palliative care ward and three nurses in the psychiatric ward completed a semi-structured interview on the difficulties in providing palliative care to terminally ill cancer patients with schizophrenia. Their responses were analyzed using a qualitative inductive method by creating verbatim records. In the second stage, two discussions were conducted based on the results obtained in the first stage, and examined the effects of the efforts in both wards to improve the quality of palliative care.

**Results:** Nurses, in the palliative care ward, expressed a sense of difficulty in delivering grief care when the family also has schizophrenia; eight other categories were extracted.

Corresponding to these difficulties was determining the appropriate timing for dispensing opioid drugs when there were mental symptoms. Six other categories were extracted. The nurses from the psychiatric ward expressed difficulties in five categories; two of which were: difficulty in end-of-life care when the symptoms of cancer had progressed and the examination of physical and mental symptoms from the patient's hallucinations, as well as three other categories. In addition, there were common difficulties among nurses in both wards, such as difficulty in introducing a physical care intervention when mental symptoms are severe and the cooperation within the ward staff. In the second phase of the discussion, the need for both wards to regularly hold case studies and conferences in collaboration was confirmed as a means improve the quality of palliative care.

**Conclusions:** The distinguishing difficulty of the palliative care ward nurse was related to the family and the recuperation environment as well as the cooperation of the ward and other facilities. The distinctive difficulty of the psychiatric ward nurse was a difficult feeling toward end-of-life care when cancer had progressed. The difficulty associated with the mental symptoms of the patient was common to nurses in both wards, and they each practiced care that made use of their expertise. In the future, it will be necessary to establish a system of cooperation and regular collaboration between wards to share information and hold conferences.

**Key words:** palliative care, end-of-life, cancer patients, schizophrenia, sense of difficulty

---

1) Mt. Olive Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing