The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因
Author(s)	吉岡, さおり; 池内, 香織; 山田, 苗代 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2006, 12(1), p. 1-10
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56734
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

－原　著－

看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因

吉岡さおり*・池内香織*・山田苗代*・小笠原知枝**

"MITORI CARE" TO END-OF-LIFE PATIENTS WITH CANCER AND FACTORS RELATED TO"MITORI CARE"

Yoshioka S, Ikeuchi K, Yamada M, Ogasawara C.

要　旨

本研究は、臨終前後の看護師の援助行動を「看取りケア」と定義し、その実態と「看取りケア」に関与する要因を明らかにすることを目的とした。7 施設の看護師 362 名を対象に調査を実施した。質問紙は、自作の「看取りケア」尺度（22 項目）と、NIC（看護介入分類）のダイイングケア（24 項目）から構成した。「看取りケア」尺度の信頼性は、Cronbach' α係数(0.92)と Guttman 折半法(0.87)で確認した。また、吉田(1999)の文献の検討に基づく構成概念妥当性と、ダイイングケア項目との相関係数 r=0.63(p<0.01)による基準関連妥当性により、尺度の妥当性を確認した。臨床経験 3 年以上の 266 名を分析した結果、以下の 3 点が示唆された。

1) 「看取りケア」の実施では、安楽の援助やプライバシーへの配慮などの基本的な援助が積極的に実施されている一方、「死」を受容するための援助や、患者の家族への積極的な介入は実施困難な傾向がみられた。
2) 認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科に在学する群と、終末期看護に対する興味関心が高い群では、家族への介入に積極的である傾向がみられた。
3) 「看取りケア」に関連する因子として、臨床経験年数、専門領域、終末期看護への興味関心などが示唆された。

キーワード：患者、がん、ダイイングケア、看取り
Keywords：patient, cancer, dying care, end-of-life care

*大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程　**大阪大学大学院医学系研究科

Ⅰ．はじめに

わが国では昭和52年に病院死の割合が在宅死の割合を超え、現在では80%以上に及んでいる。がん患者においては90%以上の患者が病院で死を迎えており、ほとんどの患者は一般病院において、最期のときを過ごしている。終末期の患者に対する看護師の関わり方には、看護師自身の死生観や看護観が影響していると考えられ[1]、特に臨死の患者を目の前にするときには、人間的な成熟に裏打ちされた自分なりの死生観が必要とされる[2]。

吉田(1999)は、ホスピスに勤務する看護師への面接調査から、ホスピスの看護師の死生観として、“良い看取り”という概念を示唆している。“良い看取り”とは、1) 身体的症状が調節された死の過程/穏やかな死に際、2) 死までの過程を有意義に過ごした死、3) 臨終時に家族に見守られた死、4) 家族が納得する死 の4要素から構成されており、これらに基づいて、ホスピスの看護師は死にゆく患者に対応していると述べている[3]。

患者を看取る家族の状況に関して、平野(1991)は、家族の悲嘆に影響を及ぼす要因として、「死別の状況」、「遺族の特性」、「個人と遺族の関係の性質」、「家族・社会の状況」[4]を明らかにしている。また、野末ら(2002)は、遺族へのアンケート調査より、1) 末期がん患者の家族の悲嘆過程で起こる反応には患者の症状緩和に対する満足感が影響していること、2) 症状コントロールが不十分であると、悲嘆は大きく、罪責感や悲しみなどの深刻な精神的苦痛反応が見られること、3) 家族は患者の身体症状の苦痛をより積極的に緩和する関わりを求めていることなどを報告している[5]。

このようにホスピスにおける看護師の行動指針などが明らかにされ、終末期看護に対する期待が高まる中、増田ら(2000)は、看護師は死に関わる機会の多い職業でありながら自分の死として正面から向かっている者が少ない現状があると報告している[6]。

さらに犬童(2002)は、がん看護に伴う看護者のケア不安は、「否定的看取り体験」、「がん看護目標に対するギャップ感」、「死という言葉を会話の中で口にしたくない」、「否定的ながんのイメージ」などの因子に影響を受けることを明らかにしている[7]。看護師の死に対する恐れや不安から、患者の死に直面することができない状況では、終末期の患者やその家族に対して積極的に介入していくことが困難であると考えられる。特に、死と対峙する場面である臨終前後では、この傾向がよりいっそう強くなることが予測される。

そこで、本研究では、臨終前後の援助を「看取りケア」と定義して「看取りケア」尺度を作成し、「看取りケア」の実態把握と、「看取りケア」に関与する要因を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．操作上の定義

藤腹(1994)は、「看取り」を「予後不調と診断された人とその家族の残された生命・時間・生活が、より豊かに、より安全に、より積極的に希望を持って過ごせるような方法で配慮し、その人が望むその人らしい最期が迎えられるように援助することである」と定義しており、ケアの対象となる時期を、末期6ヶ月から3回忌をめどとした死後としている[16]。

患者の危篤状態を経て、臨終を迎えるとき、またその直後は家族の不安や動揺が大きく、看護師自身の死に対する態度などが、援助に大きく影響する場面であると考えられる。

そこで本研究では、「看取り」の基本的な概念は藤腹の定義に基き、対象となる時期を患者の危篤状態を経た、臨終前後に限定し、その時期に提供される看護師の患者と家族への援助を、「看取りケア」として用いる。

Ⅲ．研究方法

1．研究対象者

東京都内4施設、兵庫県内1施設、福井県内1施設の計6施設、および認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科の研修生で、同意の得られた病棟勤務の看護師 362 名を対象とした。調査は2004年11月に実施した。

2．データの収集方法

各施設の看護部長、責任者の許可を得た上で、院内研修の担当教員に依頼し、研修の最後に質問紙を配布した。また、認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科においても同様に、担当教員から講義の後に質問紙を配布した。質問紙は各自封筒に封入した上でその場で回収し、施設ごとにまとめ、郵送で回収した。

3．質問紙の構成

ターミナルケアや看取りをテーマに扱った文献検討[8)~18)]により項目を抽出し、22 項目からなる「看取りケア」尺度を作成した。質問項目は、「看取りケア」の実施の実態を表す内容とし、質問に対する反応の仕方は、「1. 全く実

施していない～5. いつも実施している」の5段階リッカート式とした。さらに、NIC(Nursing Interventions Classification)の Dying Care(ダイイングケア)24 項目をダイイングケア項目として加えた[19)~20)]。質問に対する反応の仕方は「看取りケア」尺度と同様とした。対象者の背景を把握するための個人属性として、性別、年齢、臨床経験年数、所属する専門領域を回答する項目を設定し、さらに、身近な人を看取った経験の有無、ターミナルケアや死の準備教育に関する教育や研修を受けた経験の有無を尋ねた。

4. 分析方法

尺度の信頼性の検討では、Cronbach'α係数と、折半法による Guttman の信頼性係数を求めた。尺度の妥当性の検討においては、基準関連妥当性として、Dying Care(ダイイングケア)24 項目を、「看取り」場面を含む終末期を通じたケアである捉え、その合計点と「看取りケア」尺度との相関関係を検討した。

また、「看取りケア」尺度のクラスター分析を行い、得られたクラスターと、先に述べた吉田(1999)の“良い看取り”の4要素との関連を検討した。

関連要因の検討では、年齢 30 歳以上と 30 歳未満などの2群間比較には Mann-Whitney U 検定、臨床経験年数を3群に分類した比較には Kruskal-Wallis 検定、項目間比較には Spearman の相関係数を用いた。

なお、データの分析には、統計分析プログラム SPSS 12.0J for Windows を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究における倫理的配慮として、調査への協力は自由意志であること、プライバシーの保護を約束し、調査で得られたデータは厳重に保管し、研究の目的以外には一切使用しないことを文書で説明した。

Ⅳ. 研究結果

調査の結果、回収率 84.5%、有効回答者 298 名、有効回答率 97.3%であった。

1. 「看取りケア」尺度の信頼性と妥当性の検討

1)「看取りケア」尺度の信頼性の検討

「看取りケア」尺度の Cronbach's α は 0.92 であった。また、「看取りケア」尺度の項目を前半の 11 項目と後半の 11 項目に 2 分し、Guttman の信頼性係数を求めたところ、0.87 であった。以上から、「看取りケア」尺度の内的整合性が確認された。

2)「看取りケア」尺度の妥当性の検討

(1) 基準関連妥当性：本尺度とダイイングケア項目において、有意な相関関係 $r=0.63(p<0.01)$が認められた。

(2) 本尺度のクラスター分析を行った結果、図1のように、二つのクラスターが見出された(クラスターⅠ：

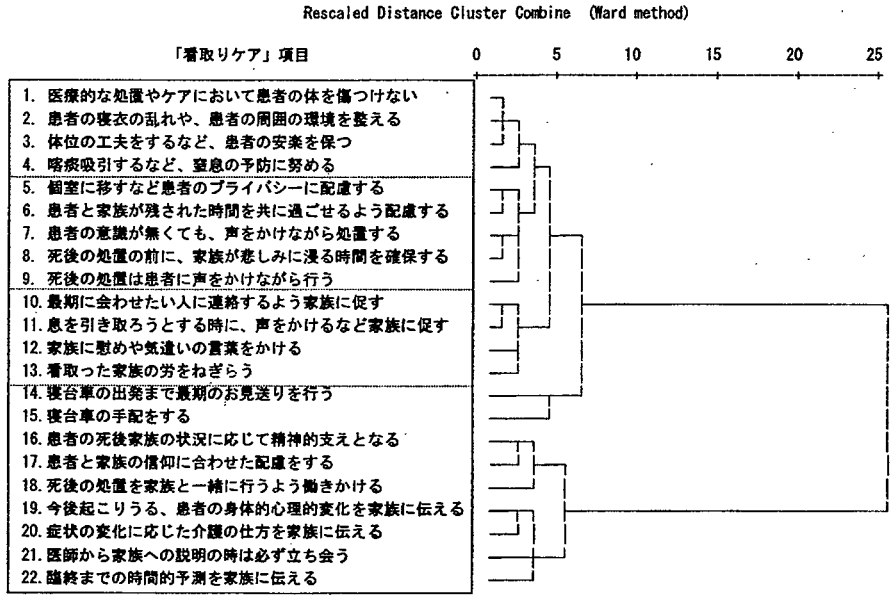

図1　クラスター分析

目 1～15、クラスターⅡ：項目 16～22)。また、クラスターⅠは、項目 1～4、5～9、10～13 の 3 つのまとまりと項目 14、15 から構成されていた。これらを前述した吉田(1999)の"良い看取り"の 4 要素と照らし合わせてみると、クラスターⅠの中の項目 1～4 は、「身体的症状が調節された死の過程」、項目 5～9 は「死までの過程を有意義に過ごした死」、項目 10～13 は「臨終時に家族に見守られた死」に関連付けて解釈することができた。さらに、クラスターⅡは、死を受容するための援助や家族への積極的な介入を中心に構成されており、項目 17、19、20 など、「家族が納得する死」に関連付けて解釈できる項目が含まれていた。

表 1 対象者の背景

N=266

項目	人数(%)
性別	
女性	263 (98.9)
男性	3 (1.1)
所属する専門領域	
内科系	106 (39.8)
外科系	120 (45.1)
認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科	30 (11.3)
その他	10 (3.8)
身近な人を看取った経験	
有り	174 (65.4)
無し	87 (32.7)
緩和ケアに関する興味関心	
高い	97 (36.5)
低い	162 (60.9)

2. 分析対象者の背景（表 1）

有効回答数 298 名のうち 32 名は、臨床経験 3 年未満であった。臨床経験 3 年以上と 3 年未満で「看取りケア」尺度得点の比較をしたところ、臨床経験 3 年以上群の得点が有意に高かった($p<0.01$)ことから、臨床で様々な経験をし、終末期看護に対する関心が高まる時期が臨床経験 3 年以上であると仮定して、臨床経験 3 年未満を分析対象から除外し、266 名について分析した。

266 名の分析対象者の平均年齢は 34.7±8.9 歳、平均臨床経験年数は 12.0±8.0 年であった。266 名中、30 名は認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科に在学中であった。また、終末期看護に対する興味関心の指標となるものとして、「ターミナルケアや死の準備教育に関する教育や研修を受けた経験の有無」を尋ねた。その中でも、学校教育や職場での現任教育以外でターミナルケアや死の準備教育に関する学会や研修会に参加したことがある群を、終末期看護に対する興味関心が高い群(n=97)として取り扱った。

3. 「看取りケア」の実施状況（表 2）

「看取りケア」得点の平均値は、86.36±12.61 点であった。安楽の援助やプライバシーへの配慮など、患者に対する基本的な援助が上位の多くを占めていた。また、「患者の死後、家族の状況に応じて精神的な支えとなる」「患者と家族の信仰に合わせた配慮をする」「症状の変化に応じた介護の仕方を指導する」などの家族への積極的な介入や宗教的な援助は下位に位置していた。また、「看取りケア」尺度 22 項目中、13 項目は家族への援助であったが、「患者の死後、家族が悲しみに浸る時間の確保」以外はすべて 10 位以下であった。

4. ダイイングケアの実施状況（表 3）

ダイイングケア 24 項目の平均合計得点は、80.82±12.56 点であった。「看取りケア」と同様、患者への直接的なケアや基本的な援助が上位に位置し、「悲嘆の各段階に応じた介入をして家族を支援する」、「患者と家族へのスピリチュアルなサポート」、「患者と家族が死に対する気持ちを分かち合えるような環境を作る」、「死について話し合う意思があることを伝える」などの「死」と向き合った援助は下位に位置していた。

5. 「看取りケア」とダイイングケアとの関連

ダイイングケア合計得点と「看取りケア」尺度の各項目間において、$r=0.40$ 以上の有意な相関を示す項目の中に、「患者の死後、家族の状況に応じて精神的な支えとなるよう関わる」、「患者と家族の信仰に合わせた配慮をする」、「症状の変化に応じた介護の仕方を説明する」など、「看取りケア」の実施状況(表 2)では、順位が 20,21,22 位と最も低かった項目が含まれていた。

6. 「看取りケア」の実施における関連要因の分析

「看取りケア」の実施に影響することが予測される因子として、対象者の年齢・臨床経験年数・所属する専門領域の特性・身近な人を看取った経験・終末期看護に対する興味関心(ターミナルケアや死の準備教育に関する教育や研修を受けた経験の有無)について調査し、それらに従って分類した群の「看取りケア」得点の比較検討をした。その結果、「看取りケア」得点に有意な差を認めたものは、認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科に所属する群と内科及び外科系病棟などの一般病棟に所属する群との比較、終

表 2 「看取りケア」実施状況

N=266

順位	看取りケア	M±SD
1	患者の意識がなくても、全ての処置は患者に声をかけながら行なう	4.45±0.75
2	個室にうつすなど、患者のプライバシーに配慮する	4.37±0.80
3	死後の処置の前に、家族が悲しみに浸る時間を十分に持つ	4.35±0.81
4	寝台車の出発まで、最期のお見送りをする	4.34±0.99
5	体位の工夫をするなど、患者の安楽を保つ	4.29±0.78
6	患者の寝衣の乱れや、患者の周囲の環境を整える	4.26±0.81
7	医療的処置やケアにおいて、テープやチューブ類などで患者の身体を傷つけないように注意する	4.20±0.81
8	死後の処置は患者に声をかけながら行なう	4.17±0.97
9	喀痰吸引するなど、窒息の予防に努める	4.16±0.88
10	看取った家族の労をねぎらう	4.16±0.90
11	親戚や最期に患者に会わせたい人に連絡するよう家族に促す	4.14±0.86
12	患者と家族が残された時間を共に過ごせるように配慮する	4.12±0.81
13	寝台車の手配をする	4.03±1.14
14	息を引き取ろうとしている時に、患者の手を握る、声をかけるなどを家族に促す	4.03±0.91
15	家族に慰めや気遣いの言葉をかける	3.87±0.85
16	今後起こりうる、患者の身体的、心理的変化を家族に伝える	3.54±0.97
17	死後の処置を家族と一緒に行なうように積極的に声をかける	3.44±1.14
18	医師から家族への説明のときは、必ず立ち会う	3.42±0.97
19	臨終までの時間的な予測を家族に伝える	3.38±1.08
20	患者の死後、家族の状況に応じて精神的な支えとなるよう関わる	3.35±1.04
21	患者と家族の信仰に合わせた配慮をする	3.30±1.09
22	症状の変化に応じた介護の仕方を家族に指導する	3.21±0.88

表 3 ダイイングケア実施状況

N=266

順位	ダイイングケア	M±SD
1	患者の状況に応じて、日常生活援助を行う	4.08±0.80
2	患者ができる限り安楽に過ごせるよう援助する	4.05±0.78
3	疼痛をモニターする	3.85±0.96
4	患者のプライバシーに配慮する	3.81±0.83
5	嚥下に問題が生じたときには別ルートから与薬する	3.75±0.99
6	患者のケアの優先順位を明らかにする	3.69±0.79
7	患者に付き添い、努力している家族を支援する	3.66±0.81
8	患者とのかかわりの中で気分の変化を察知する	3.64±0.82
9	患者と家族からの具体的なケアの要望を尊重する	3.63±0.79
10	患者のニーズと希望を尊重し、環境を整える	3.60±0.77
11	表情・言動・睡眠状況などから患者の不安をアセスメントする	3.58±0.79
12	患者の嗜好に合わせた適切な食物を提供する	3.55±0.87
13	頻回に休息時間をとり、体力の消耗を最小限にする	3.44±0.76
14	身体的、精神的な能力の低下をモニターする	3.37±0.82
15	患者が脅えているときは、そばに寄り添う	3.34±0.80
16	希望に応じて、ケアに関する意思決定とケアに家族を参加させる	3.32±0.85
17	患者の状態に応じて、食事時間を変更するなどの工夫をする	3.30±1.09
18	患者の体調が悪いとき、疲れているときには、騒音などの周囲からの刺激を少なくする	3.26±0.85
19	悲嘆の各段階に応じた介入をして家族を支援する	2.91±0.85
20	患者と家族にスピリチュアルなサポートをする	2.89±0.88
21	水分とやわらかい食物を頻回に提供する	2.87±0.80
22	患者と家族が死に対する気持ちを分かち合えるような環境を作る	2.86±0.94
23	家族の葬儀に関する話し合いを助ける	2.77±1.18
24	死について話し合う意思があることを伝える	2.32±0.88

表 4 「看取りケア」得点の関連要因別の比較

項目	n	「看取りケア」得点	
年齢			
30 歳未満	165	85.6±12.1	NS
30 歳以上	97	86.8±12.9	
臨床経験年数			
3 年以上(全対象者)	266	86.3±12.6	
3 年以上 6 年未満	84	84.9±12.1	NS
6 年以上 10 年未満	38	85.6±13.4	
10 年以上	144	87.4±12.7	
所属する専門領域			
一般病棟	226	85.7±12.8	
認定看護師教育専門課程 ホスピスケア学科 (緩和ケア病棟・ホスピス所属 13 名含む)	30	91.3±11.0	**
身近な人を看取った経験			
有り	174	86.1±12.9	NS
無し	87	86.6±12.3	
終末期看護に関する興味関心			
高い	97	88.7±12.2	*
低い	162	85.0±12.6	

*p<0.05 **p<0.01

末期看護に対する興味関心の程度による比較の 2 因子であった (表 4)。

臨床経験年数では、分析対象者の臨床経験年数を 3 年以上 6 年未満(84 名)、6 年以上 10 年未満(38 名)、10 年以上(144 名)の 3 群に分類し、Kruskal-Wallis 検定を行ったが、グループ間に有意な差は認められなかった。

V. 考　察

1. 「看取りケア」の実施状況

「看取りケア」の実態と「看取りケア」に関連する要因を明らかにするため、「看取りケア」尺度を作成した。調査の結果(表 2)、「看取りケア」では、患者に対する看護の基本的な援助が上位を占めていたが、これは、終末期における患者中心の看護という視点から、妥当な結果であったと考える。小笠原ら(1999)は患者が入院中にいかに安楽であったか、安楽な終焉であったか否かということが死別後の家族の思いに影響を与えていた [17]と述べており、患者の死後、家族の順調な悲嘆作業をサポートするための援助としても重要であるといえる。

さらに、本郷ら(2003)は、在宅ターミナルケアにおいて家族介護者が求めている支援として、病状の変化に応じた介護方法や、予後の予測に関する情報、死が差し迫ったときの介護方法 [12]などを挙げている。在宅で介護する家族と施設入院患者の家族のニードは異なるとも考えられるが、一般にがん患者は病臥期間が長く、家族が付き添い、寝食をともにしていることも多い。このことから、施設入院患者の家族は在宅介護者と類似したニードを持つと考えると、患者の死後、家族が「患者に十分なことができた」という満足感を持ち、順調な悲嘆のプロセスをたどるための要素として、家族への介入や患者の「死」を受容するための援助も重要であるといえる。今回作成した「看取りケア」尺度 22 項目中、13 項目は、家族への援助や死の受容に関する援助であったが、「死後の処置の前に家族が悲しみに浸る時間を確保する」の 1 項目以外は、すべて 10 位以下であった。また、「看取りケア」尺度の基準関連妥当性を検討するために用いた、ダイイングケア項目の得点結果(表 3)においても、患者の日常生活援助に関する項目が上位に位置し、「悲嘆の段階に応じた家族への介入」「スピリチュアルケア」「死について話し合う意思があることを伝える」などの得点が低かった。犬童(2002)の研究結果 [7]においても、がん看護に伴う看護者のケア不安と、死に対する感情・態度に関する項目との関連で、「死という言葉を会話の中で口にしたくない」が最も高い相関を示したことを明らかにしている。これらのことから、家族への介入や「死」の受容へ導く援助は困難なものであり、本研究においても同様の結果であったと考える。

原岡(1974)によると、態度は認知、感情、行為傾向の 3 成分からなる構成概念であり、互いに関連しあっている [21]。このことから、看護者の「看取りケア」に関する認知・感情的側面が援助行動に影響を及ぼしているといえる。従って、

家族への介入や、「死」の受容へ導く援助が実施困難な傾向があるという結果は、「看取りケア」に対する態度において、看護師の死に対する負のイメージや不安など、これらの介入を困難にする何らかの認知・感情的な要因が関連していると考える。

2. 「看取りケア」の関連要因の分析

「看取りケア」の関連要因の分析のため、性別・年齢・臨床経験年数・所属する専門領域・身近な人を看取った経験・終末期看護に対する興味関心について調査した。当初の有効回答数は 298 名であったが、その中に含まれていた臨床経験 3 年未満の対象者 32 名の「看取りケア」得点が有意に低かったため除外し、臨床経験 3 年以上の 266 名を分析対象者とした。臨床経験が浅い時期では、「看取りケア」に積極的に取り組むというよりも、看護師として患者の死をどう受け入れるか模索する段階であることが予測され、分析対象から除外したことは妥当であったと考える。

臨床経験年数による「看取りケア」得点の比較では、有意な差は認められなかったことから、「看取りケア」得点が低かった対象者の多くが、分析対象から除外した臨床経験 3 年未満であり、臨床経験 3 年以降では、様々な要因を背景に、経験の長短に関わらず「看取りケア」に差が生じてくることが示唆された。しかし、有意差は認めなかったものの、平均得点は臨床経験を積む毎に上昇しているので、看護師としての経験の積み重ねも関連がないとはいえないと考える。年齢による比較でも、30 歳以上と 30 歳未満または 35 歳以上と 35 歳未満のいずれの比較においても有意な差が認められなかったが、年齢層が上がると平均得点も上昇したことから臨床経験年数の場合と同様のことがいえると考える。

看取り経験の有無による比較では、身近な人を看取った経験有群のほうが有意に「看取りケア」得点が高くなることを予測していたが、有意差は認めず、むしろ、身近な人を看取った経験無し群の得点がわずかに高かった。藤腹(2004)によると、患者や家族を看取る上では、看取ったものもいずれは看取られる側に立つということを心得ておくことが重要であると述べており [22]、身近な人を看取る

表 5 「看取りケア」得点の所属する専門領域・終末期看護に対する興味関心による比較

CL	「看取り」援助	所属する専門領域		終末期看護への興味関心	
		認定看護師研修生 n=30 M±SD	一般病棟 n=226 M±SD	高い n=97 M±SD	低い n=162 M±SD
I	1. 患者の体を傷つけない様注意する	4.30±0.84	4.17±0.81	4.26±0.79	4.17±0.82
	2. 寝衣の乱れや、周囲の環境を整える	4.40±0.72	4.24±0.82	4.31±0.77	4.25±0.83
	3. 患者の安楽を保つ ※※	4.07±0.79	4.32±0.79	4.27±0.70	4.32±0.83
	4. 窒息の予防に努める ※	3.33±0.92	4.26±0.82**	4.15±0.87	4.16±0.89
	5. 患者のプライバシーに配慮する	4.48±0.69	4.35±0.81	4.49±0.73	4.31±0.82
	6. 残された時間を家族と共に過ごせるように配慮	4.43±0.73	4.07±0.82*	4.21±0.82	4.07±0.81
	7. 処置は患者に声をかけながら行う	4.63±0.62	4.42±0.76	4.49±0.69	4.44±0.77
	8. 死後の処置前、家族が悲しみに浸る時間の確保	4.40±0.77	4.35±0.82	4.39±0.80	4.33±0.82
	9. 死後の処置は患者に声をかけながら行う	4.60±0.57	4.12±0.99*	4.29±0.82	4.10±0.99
	10. 最期に会わせたい人に連絡するよう促す	4.40±0.72	4.11±0.88	4.34±0.80	4.03±0.88**
	11. 息を引き取ろうとするときの声かけなどを促す	4.23±0.68	4.02±0.92	4.18±0.88	3.94±0.92*
	12. 家族に慰めや気遣いの言葉をかける	4.38±0.78	3.82±0.84**	4.04±0.87	3.78±0.82*
	13. 看取った家族の労をねぎらう	4.43±0.82	4.12±0.92	4.35±0.85	4.06±0.91**
	14. 寝台車の出発まで最期のお見送りを行う	4.60±0.68	4.30±1.03	4.35±1.02	4.35±0.98
	15. 寝台車の手配をする ※	3.21±1.21	4.12±1.09**	4.03±1.17	4.06±1.11
II	16. 患者の死後、家族の精神的な支えとなる	3.97±0.91	3.27±1.04**	3.42±1.13	3.32±0.96
	17. 患者と家族の信仰に合わせた配慮をする	3.83±0.87	3.26±1.11**	3.30±1.12	3.29±1.07
	18. 死後の処置を一緒に行うよう家族に働きかける	3.97±0.85	3.36±1.16**	3.64±1.13	3.30±1.13*
	19. 今後起こりうる、患者の変化を家族に伝える	4.17±0.75	3.49±0.97**	3.81±0.92	3.38±0.97**
	20. 症状に応じた介護の仕方を家族に指導する	3.83±0.87	3.14±0.86**	3.32±0.93	3.14±0.84
	21. 医師からの説明の時には必ず立ち会う	3.90±0.92	3.36±0.96**	3.57±0.97	3.35±0.95
	22. 臨終までの時間的予測を家族に伝える	4.23±0.77	3.35±0.95**	3.75±1.02	3.16±1.07**

<備考>CL:クラスター、認定看護師研修生:認定看護師教育専門課程 ホスピスケア学科研修生 *p<0.05 **p<0.01
※:所属する専門領域と興味関心における逆転項目、※※:所属する専門領域における逆転項目

という経験とともに、それを自分のこととして捉えることができたか、2人称の死を1人称の死として考えることができたかということが、実際には3人称である患者の死を看取る上での援助につながっていることが示唆された。

所属する専門領域での比較においては、認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科に在学する群の「看取りケア」得点がその他の一般病棟に勤務する群よりも有意に高く、各項目では(表5)、クラスターⅡに有意差を認める項目が多く分布していた。このことから、対象者全体では順位の低かった、死を受容するための援助や家族への介入を積極的に行っていることによって、「看取りケア」得点が有意に高くなっていることが明らかとなった。吉田(1999)は、"良い看取り"はホスピスにおける看護実践の指針であると述べている[3]。認定看護師教育専門課程ホスピスケア学科の対象者30名の中には、緩和ケア病棟・ホスピスに勤務するものが13名含まれており、これらの結果は「看取りケア」に対する明確な指針を持つホスピス・緩和ケア病棟の特性が現れた結果であるとも考えられる。また、「患者と家族の信仰に合わせた配慮をする」、「患者の死後、家族の精神的な支えとなる」などは、この比較においてのみ有意差を認めた援助であり、このことからも宗教的背景を持ち、患者の死亡後の家族の悲嘆作業にも積極的に関わることの多い、ホスピス・緩和ケア病棟の特性が現れているといえるであろう。治療よりも緩和ケアのウエイトが大きくなってくると、緩和ケア病棟に比べて一般病棟では環境面での限界を感じることも多い[23]と言われているが、死亡直前まで化学療法などが行われることが多いわが国の現状や、転院するよりも初めからの経過を知っている医療者のもとで最期のときを迎えたいという患者や家族のニードも高いことを考えると、一般病棟における終末期看護や「看取りケア」をさらに充実させていく必要があると考える。

終末期看護に対する興味関心の程度による比較において、興味関心が高い群の得点が有意に高かった項目は、クラスターⅠの中の項目10～13のまとまり、クラスターⅡに分布していた。このことから、ホスピスや緩和ケア病棟のような環境があることのみならず、終末期看護に対する興味関心を持ち学習することも、患者や家族への包括的な援助につながることが示唆された。

さらに、ダイイングケア合計点と「看取りケア」の関連において、全体では最も得点の低かった3項目(表2)で$r=0.40$以上の相関を認めたことから、終末期全体を通じての積極的な関わりが、「看取り」場面における効果的な家族への介入につながっていることも示唆された。以上のことから、「看取りケア」の実施には、所属する専門領域の特性・終末期看護に対する興味関心・「看取り」場面だけでなく、終末期を通じて患者や家族に積極的に関わっていることが関連しており、ホスピス・緩和ケア病棟に所属する者や終末期看護に興味関心が高い群では、「死」の受容へ導くための援助や、患者だけではなく家族へも積極的に介入していることが明らかとなった。さらに、今回、臨床経験3年未満の対象者の「看取りケア」得点が有意に低かったため分析対象者から除外したが、このことから、臨床経験年数も「看取りケア」の実施に関連していることがいえると考えられる。

3.「看取りケア」尺度の意義

「看取りケア」尺度はターミナルケアや「看取り」をテーマに扱った文献検討から項目を抽出し、作成した。分析の結果、Cronbach's α係数やGuttmanの折半法などの信頼性係数により、尺度の信頼性が確認され、ダイイングケア項目との相関よって妥当性も概ね確認できたと判断した。さらに、"良い看取り"は死をタブー視することなく、積極的に受け止めて関わっていこうとするホスピスの指針であったが[3]、これは本研究における「看取りケア」の捉え方と合致するものである。クラスター分析の結果と"良い看取り"との関連の検討において、「看取りケア」尺度は、"良い看取り"の4要素のうち3つの要素と関連付けて解釈することができた。このことから、「看取りケア」尺度を構成する項目は、"良い看取り"の概念から大きく逸脱していないことがうかがわれ、本調査における「看取りケア」尺度の構成概念妥当性の確認のために、吉田(1999)の"良い看取り"の概念を用いたことは概ね妥当であったといえるであろう。今回の調査では、「看取りケア」の実態を知り、関連要因を検討することを目的に尺度を作成したが、一般化できるところまでは達していないと考える。この結果を踏まえ、今後の課題として、看護師の具体的な看取りケア行動から質問項目を精選して構成した「看取りケア」尺度を考案する必要があると考える。

Ⅵ. おわりに

「看取りケア」の実態と関連する要因を明らかにするために、「看取りケア」尺度を作成し調査した。分析の結果、患者に対する基本的な援助は積極的に実施されていたが、家族への介入や「死」を受容するための援助は実施されにくい傾向があった。また、「看取りケア」に関連する要因と

して、臨床経験年数、所属する専門領域の特性、終末期看護に対する興味関心、終末期を通じての積極的な関わりなどが示唆された。

謝　辞

今回の研究を進めるにあたり、ご協力いただきました看護師の皆様、古橋洋子先生に心から感謝申し上げます。

引用文献

1) 上田雅代子 (1998). 看護婦の「死観」と個人特性の関連－死の不安尺度および死観尺度に焦点をあてて.月間ナーシング, 18(12), 74-80.
2) 七木田敦 (1991). 看護教育における「死の教育」の検討－看護学生・短大学生を対象にした死の意識調査から－. 学校保健研究, 33(6), 278-286.
3) 吉田みつ子 (1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究－“良い看取り”をめぐって－. 日本看護科学会誌, 19(1), 49-59.
4) 平野徹 (1991). 死別の心理と援助行動.応用社会学研究, 創刊号, 109-120.
5) 野末法子, 道渕路子, 泉理美子, 内上ミワ子 (2002). 末期がん患者の家族の悲嘆過程の影響要因. 死の臨床, 25(2), 192.
6) 増田早苗 (2000).看護婦の死生観が死後の処置に対する行動にどう反映しているかを探る. 死の臨床, 23(2).
7) 犬童幹子 (2002).看護者のメンタルヘルスに関する研究－がん看護に伴う看護者の不安に関する因果モデルの検証と再構築－.日本看護科学会誌, 22(1), 1-12.
8) 柏木哲夫 (1987). 生と死を支える－ホスピス・ケアの実践－朝日選書 341. 東京：朝日新聞社.
9) 相馬朝江 (1999).臨終から退院までの看護－グリーフケアの視点から－. 看護管理, 9(3), 197-201.
10) 宮崎和加子ら(2003). 看取りのケアマニュアル－本人・家族への説明のポイント－. 看護実践の科学, 2003. 8, 11-19.
11) 藤川孝子(2002). 臨死期・臨終期の家族のケア－最期まで共に生きるために－. ターミナルケア, 12(5), 369-373.
12) 本郷澄子ら(2003). 在宅高齢者のターミナル・ケアにおいて介護者が求めている支援－遺族を対象とした調査－. ターミナル・ケア, 13(5), 404-411.
13) 村瀬美直子(2003). 集中治療領域における看取りのありかた－終末期のかかわりの検討－.看護実践の科学, 2003. 8, 25-28.
14) C Ogasawara, Y Kume, M Andou (2003). Family satisfaction with perception of and barriers to terminal care in Japan. Oncology Nursing Forum, 30(5), 100-105.
15) C Ogasawara, Y Furuhashi, T Hasagawa et al.(2005). Nursing Diagnoses and Nursing Intervention in Japan for Terminal Stage Breast Cancer Patients Admitted Under different Care Aims. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 16(3-4), 54-64.
16) 藤腹明子, 小山敦代, 荻田千栄(1994). 看取りの心得と作法 (pp151-156). 東京：医学書院.
17) 小笠原利枝, 高橋由恵 (1999). 遺族の悲嘆に影響を及ぼす終末期ケア. 死の臨床, 22(2). 251.
18) ターミナルケア編集員会編(2002)：ターミナルケア, 12, 増刊号.
19) Joanne McCloskey (Editor) et al.(2003). Nursing Interventions Classification 3rd edition, Mosby.
20) 中木高夫他訳 (2002). 看護介入分類 (NIC) 原著第2版 (pp462). 東京：南江堂.
21) 原岡一馬 (1971). 講座心理学　第13巻　社会心理学 (pp58-88). 東京：東京大学出版会.
22) 藤腹明子 (2004). 看取りの心得の作法 17 ヵ条 (pp1-8). 東京：青海社.
23) 池田久乃 (2003). 一般病棟における終末期患者の家族への看護,家族看護, 1(2), 57-62.

"MITORI CARE" TO END-OF-LIFE PATIENTS WITH CANCER AND FACTORS RELATED TO"MITORI CARE"

Saori Yoshioka, Kaori Ikeuchi, Mitsuyo Yamada, Chie Ogasawara

ABSTRACT

The aim of this study is to clarify the reality of the situations and the factors related to "mitori care", by defining the helping behavior of the nurses before and after the patients' death as "mitori care". The survey covered a total of 362 nurses in 7 institutions. The questionnaire consists of the original "mitori care" scale (22 questions) and also the dying care (24 questions) of the NIC (Nursing Interventions Classification). Reliability of the "mitori care" scale was confirmed by Cronbach's α coefficient (0.92) and coefficient of reliability based on Guttman split-half method (0.87). The criterion-related validity was confirmed by the correlation coefficient with the dying care items, $r=0.63$ ($p<0.01$) and the construct validity was examined based on the literature by Yoshida (1999). The following 3 factors were suggested by analyzing 266 nurses who have more than 3-year clinical experiences:

1) In the implementation of "mitori care", the basic help such as helping patients feel comfortable and considering their privacy is actively provided, while at the same time, the tendency was observed that it is extremely difficult to help the patients accept death, or to actively intervene with the patients' family.
2) It was observed that the group who are studying in the course for expert nurses of palliative care and the group who are deeply interested in and concerned about the end-of-life care tend to be active in intervening with the patients' family.
3) The factors such as the number of years of the clinical experiences, specialized areas and interest and concern about the end-of-life care were suggested as the key factors related to the "mitori care".