

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 18 日現在

機関番号：14401

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2011～2013

課題番号：23660045

研究課題名(和文) 終末期医療で看護師が体験する困難 患者の自己決定を支えるためのケアをめざして

研究課題名(英文) The Difficulties Faced by Terminal Care Nurses

研究代表者

松岡 秀明 (MATSUOKA, HIDEAKI)

大阪大学・コミュニケーション デザイン・センター・招へい教授

研究者番号：80364892

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,700,000 円、(間接経費) 510,000 円

研究成果の概要(和文)：本研究は、緩和ケア病棟で重要な役割を担う看護師が直面する困難に注目し、看護師以外の医療従事者 - 医師、理学療法士、理学療法士ら、患者・家族にも注目することによって以下3点を明かにした。

1. 緩和ケア病棟で看護師は、患者や家族の希望にそったケアをすることを望んでいるが、それが不可能な場合ジレンマに直面する。2. 看護師たちは、マニュアル的な対応ではなく、病棟で患者・家族に対して行なうことが可能なこと・不可能なことに即して妥協点を見つける術を身につけていく。3. こうした困難は、緩和ケア病棟における患者の自己決定権とかかわっており、個々の困難を明確にすることによって、ケアの質を高めることが可能となる。

研究成果の概要(英文)：Nurses in palliative care ward play significant roles. Focusing not only nurses but other medical staff such as MDs, physical therapists, social workers and others who work for the ward, this studies explores the difficulties which nurses encounter in the ward. The difficulties are the following. 1. The nurses encounter dilemma when they realize gap between the wishes of patient and her/his family and the care which they offer. 2. As they work in the ward, the nurses gradually acquire how to find common ground judging what they can and can not. 3. These difficulties are closely related to the right of self-determination of patient. Thus, more they clarify the difficulty, the better care they offer.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：臨床看護学

キーワード：終末期医療 看護師 困難 プリコラージュ

1. 研究開始当初の背景

(1)研究代表者の松岡秀明は、終末期医療におけるスピリチュアリティについての言説を概観し、スピリチュアリティに対して文化人類学はどのようなアプローチをとることが可能かについて理論的な考察を行なった(松岡2007)。2009年からは清瀬市の国立病院機構東京病院の緩和ケア病棟でフィールドワークを行っており、スピリチュアリティの定義とそれに対する対応を定式化することの困難さを論じた(松岡2010)。

松岡秀明

2007「ターミナルケアにおけるスピリチュアリティ」『国際経営・文化研究』12(1): 73-85, 2010「スピリチュアルペイン、この曖昧なるもの」『死生学年報 10』27-42,

(2)医療機関として終末期医療をになう緩和ケア病棟は看取りの場であるため、医療従事者のなかで看護師が占める位置は非常に大きく、看護師が実質的に病棟を運営している場合も少なくない。だが、拠点病院でも彼らは日々さまざまな困難に直面しつつ患者のケアを行なっているのが実情である。そして、諸々の困難のなかには患者の自己決定権とかがわっているものも少なくない。このことは重要な問題と考えられるが、これまであまり研究されてきていなかった。松岡は、フィールドワークを行なう過程で医療従事者が直面するさまざまな困難が重要な研究課題であるという認識を得た。

2. 研究の目的

本研究の目的は、以下の3点を明かにすることである。

緩和ケア病棟で、看護師はどのような困難と直面しているのか。

彼らはどのようにそれら困難を解決していくのか。

それら困難は緩和ケア病棟における患者の自己決定権とどのように関係しているのか。

3. 研究の方法

(1) 1. で述べたように、緩和ケアにおいて医療従事者(特に看護師)がどのような困難を経験するかについての研究はあまり行なわれていないため、緩和ケアを対象とした文献を社会学や人類学のものを中心に検討し本研究の基礎とした。

(2)フィールドワークによるデータ収集

研究代表者の松岡は国立病院機構東京病院(東京都清瀬市、以下A病院とする)、研究分担者の渡部は藤田保健衛生大学第一教育病院(愛知県豊明市)の緩和ケア病棟において、研究分担者の岩崎は聖ヨハネ会桜町病院(東京都小金井市)のホスピスにおいて、学期間中は週1回程度、夏季休暇期間中は週3~4回程度、参加観察とインタビューを中心としたフィールドワークを行なう予定であった。し

かし、渡部は調査対象の病棟でうまく受け入れられず、岩崎は多忙のため、いずれも十全に調査を行なうことができず、平成23年度末をもって共同研究者を辞退した。松岡は、以下のような方法でデータを収集した。

参与観察

参与観察を一言で表現するならば、調査の対象となる場に長期間参入し、その場の人々の営為を可能な限り観察するとともに、彼らの視点を獲得するプロセスを通して対象を理解するアプローチである。具体的には各種カンファレンスへの参加、緩和ケア病棟の資料の閲覧、医療従事者間のコミュニケーションの観察、勉強会への参加、患者、患者家族、医療従事者が参加する緩和ケア病棟のさまざまな催し物(花見、クリスマスなど)への参加等々である。参与観察を通して、緩和ケア病棟の包括的に理解した。

インタビュー

本研究の主たる調査対象である看護師を優先させて、可能な限り多くの医療従事者および患者とその家族に対してインタビューを行なった。具体的には、国立病院機構東京病院緩和ケア病棟に勤務する看護師の過半数に対して、半構造的インタビューと非構造的インタビューの二つを併用したインタビューを行なった。半構造的インタビューの重要な質問項目は、これまでどのような困難に遭遇してきたかという質問である。一方、非構造的インタビューでは、さまざまな話題が出たが、自己決定にかかわるような発話内容に特に注意した。いずれのインタビューも、インタビュー어의同意を得たうえで録音し、テープを起して逐語的に記録しデータとした。

分析

参与観察およびインタビューで得られたデータを分析した。まず、緩和ケア病棟でどのようなことが行なわれているかを詳細に記述した。インタビューは、グラウンデッド・セオリーを参照し困難に関係したテーマをいくつか抽出し、テーマとテーマの相互関係を考察する。同時に、病棟の構造的な問題と困難のテーマがどのような関係性を持つかを分析した。

4. 研究成果

A病院の緩和ケア病棟で、看護師たちは次のような困難と直面していることが明らかになった。i)緩和ケア病棟の入院患者のほとんどは、がんの末期患者であり、その結果としてほとんどの患者が死亡退院となるという緩和ケア以外の病棟においては起こらない現実に直面せざるを得ない困難。ii)緩和ケア病棟で行なわれる医療は、患者がいかに安らかに亡くなるかをサポートする医療であり、それ以外の病棟で行なわれている患者を治療する医療とは逆の方向性を持っている。このような方向性の医療に携わるといふ、自らの看護師としてのアイデンティティーにかかわる困難。

では、看護師たちはどのようにこれらの困難を解決しているのだろうか。A病院の緩和ケア病棟に勤務している看護師は、全員が緩和ケア病棟に勤務することを望んで赴任した訳ではない。むしろ、異動の発令に従って他の病棟から転勤してくる看護師の方が比率としては多い。本人が特に希望せず緩和ケア病棟に配属になった看護師は、辞令を受け取った時にいささか戸惑ったり、緩和ケア病棟で実際に勤務を開始した後に当惑したりすることがある。しかしながら、彼らは徐々に患者の安らかな死をサポートするという緩和ケア病棟の方針を理解し、その方針にしたがったケアのやり方を身につけていくのである。

彼らは、これらの困難をブリコラージュを用いて解決していく。「ブリコラージュ」(bricolage)とは、文化人類学者のクロード・レヴィ＝ストロースが用いた概念である。ありあわせの道具と材料を用いて、ある目的のために役に立つものを自分の手で作ることを意味する。ブリコラージュを行なう人は「ブリコール」(bricoleur)と呼ばれる。レヴィ＝ストロースは、計画にもとづいて揃えられた材料や器具を用いてものを作っていくエンジニアをブリコールと次のように対比させる。エンジニアは、計画に即して考案され購入された材料や器具がなければ仕事ができない。それに対して、ブリコールは臨機応変な柔軟さで手持ちの材料と道具だけを用いて特定の目的に応じたなにかをつくりあげる。

アメリカや日本のホスピスでフィールドワークを行なった医療人類学者の服部洋一は、「終末期ケアの現場に参入する素人をまず圧倒するのは、目も眩むばかりに高度に分化・専門化した知識と技術のネットワークである」と述べている。レヴィ＝ストロースに倣えば、エンジニアが終末期ケアの現場を席卷しているのである。

A病院の緩和ケア病棟ではどうだろうか。麻薬の用法、歩行がおぼつかなくなってきた患者の対処法等々さまざまな知識と技術の蓄積はある。しかし、患者とのかかわりについての知識や技術はマニュアルのように体系的で明確なものとしては存在していない。そこにあるのは、患者とのかかわりについての困難に直面し、それを解決しようとする意思であり実践である。それゆえ、彼らの営為はブリコラージュととらえることができる。この緩和ケア病棟を、ブリコラージュを行なう能力を身につけるための空間ととらえてみよう。さまざまなカンファレンスはブリコラージュを行なう場であり、そこで看護師たちはブリコラージュを行なう能力を身につけていく。

ブリコラージュを行なう人＝ブリコールになっていくプロセスを考える際に有効なのが、人類学者レイヴと認知科学者ウェンガーが『状況に埋め込まれた学習』([1991]

1993)で示した考察である。彼らは、ある特定の活動を行なう集団を「実践コミュニティ」(community of practice)と名付ける。ここでは、知識や技術の習得や研鑽、また新たな知識や技術の創造のために、継続的に相互交流が行なわれる。彼らはさらに、「正統的周辺参加」(legitimate peripheral participation)という分析概念を創り出した。ここで「正統的」legitimateとは、正式メンバーとしてある実践コミュニティへの参加が認められたことを意味している。看護の現場を例にとれば、新人看護師は新参者の地位を保証されて仕事を始める。つまり、新参者はある病棟の看護師の集団という実践コミュニティにおいて、正統として認められた立場を獲得するのである。

しかし、新参者は実践コミュニティのすべての活動に参加できるわけではなく、まず周辺の活動を行なうことになる。そうしながら、新参者は実践コミュニティを観察することで、その全体像を把握しなければならない。そして知識や技術を習得していくことによって、新参者は実践コミュニティに十全な参加をすることになる。レイヴとウェンガーは、学習を、個人が実践コミュニティでの周辺から中心へと向かって進んでいく過程であると考え。彼らは、学習を個人的な次元ではなく社会的次元で捉えているのである。

病棟における看護師間の関係は、師長を頂点、新参者を底辺とするピラミッドで示すことができる。このヒエラルキーの上位の者は下位の者よりも看護に熟練しており、病棟で生じるさまざまな問題により適切に対応できる。つまり、看護師の熟練度と経験には正の相関関係がある。

A病院の緩和ケア病棟で具体的に考えてみよう。まず、この病棟では、看護師は二つのチームに分けられている。この病棟への新参者は、二つのチームに偏らないように割り振られて配属される。そして、新参の看護師は、ただちにプライマリーナース(一人の患者に対して責任をもつ看護師)になることはない。資格をとったばかりの看護師は6か月程度、他の病棟から転勤になったものは勤務年数によって1~3か月間この病棟に勤務した後に、プライマリーナースになる。プライマリーナースになれないという周辺的な立場にいる間に、病棟の特性を理解していくことが要請されているのである。

看護師になってすぐに緩和ケア病棟に赴任したAさんとBさんに、勤務し始めたころの経験を聞いてみよう。Aさんは他の病院で1年間看護師として勤務した経験があったが、勤務開始から6か月間はプライマリーナースにはならなかった。一方、Bさんは新卒であった。Aさんは次のように話してくれた。

スタッフと協力してやるのが、初めは難しかった。初めは自分がすごく思い入れが強くなってしまって、「最期も看取りたい」と無茶言って、まるまる勤務外

みたい。(中略)今はだいぶ一線を引いてということができるようになったのですけれど、その部分が初めはすごく辛かったですね。自分のことのような感じで。

Aさんは、自分の勤務時間が終わった後も病棟に居残り、患者の最後を看取ったのである。自分と患者との境が曖昧なことが、「自分のことのような感じ」という表現に示されている。また、勤務外で患者の死に立ち会ったりしていたことで身体的にも負担が大きかったに違いない。Aさんは、苦痛にならない患者とのかかわり方を、チームの一員として他の看護師と協力するようになっていく過程、つまり看護師たちの実践コミュニティの中心へと進んでいく過程で学んでいったのである。

一方、Bさんは次のように語る。

プライマリナースではあるんだけど、チームみんなでかかわっていて、困ったこととか、自分のこの葛藤とかをチームのみんなに相談にのってもらったりとか、助言をもらったりして、その時その時で解決していくような感じで。そうですね、時がたつにつれて、スタッフのメンバーともうまくコミュニケーションがとれるようになってきて、自分一人で抱えこまなくて済むようになったっていうのも、大きいかもしれないです。

「初めの6か月とかは結構辛かったかもしれないですね」と語るBさんだが、プライマリナースにならずに勤務したその6カ月の間に困難への対処の仕方を身につけていったのである。それは、「その時その時で解決していく」という臨機応変さである。つまり、チームのカンファレンス(後述)でプリコラージュが行なわれ、Bさんはプリコラージュを行なう力を育てていったのだ。換言すれば、彼女は看護師の実践コミュニティの周辺から中心に向かって歩を進めたのである。

二人の発言には、他の看護師とコミュニケーションをとる能力、そして協力する能力することの大切さが示されている。ナースステーションに一日詰めていると、看護師たちは頻りにカンファレンスをしている。彼らは、話し合いをとおしてこれらの能力を身につけていくのである。

A病院の緩和ケア病棟では、さまざまなカンファレンスが行なわれている。週1回決まった日時に20分ほど開かれる合同カンファレンスは、この病棟にかかわる医療従事者が出席する。常勤の医師、看護師以外に、理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科医師が出席し、必要がある場合にはソーシャル・ワーカーも参加する。この合同カンファレンスでは、新しく入院した患者が主治医かプライマリナースから紹介され、その後職種ごと入院患者の問題点が報告される。

この合同カンファレンス以外に、看護師だ

けが出席するカンファレンスが複数ある。患者が死亡した後、デス・カンファレンスが行なわれ看護の良かった点・悪かった点が検討される。また、月1回勉強会が開かれている。しかし、看護師間のコミュニケーションと協力を身につける点では、一日一回日勤帯の看護師(朝から夕方まで勤務する看護師)が行なうカンファレンスがとても重要な意味を持っている。

先述のように、看護師はA、B二つのチームに分かれているが、この日々のカンファレンスは、まずAチームとBチーム合同で行ない、状態が悪い人がいたら看護師全員で情報を共有する。それが終わったらチームごとに分かれ、個々の患者さん状態を確認する。この全体とチームのカンファレンスでさまざまなことが話し合われるのである。

Cさん(20代、女性、看護経験5年、緩和ケア病棟1年)の語りは、カンファレンスで話し合うことの重要性を的確に示している。

私個人で判断できるということがまだないので。そこら辺はチームの中に先輩がいるので、話し合いもここの病棟はちゃんとできているので。自分一人で考えると、どうしようとか難しいなと思いますけど、先輩に相談して答えがいろいろ返ってきて、「じゃそのなかで」ってみんなで話し合いをしてみんなで決めた答えで納得してできているので、それについては、一人個人ですごく悩んだという感じはあまりありません。

困難への対応のしかたを身につけることは、個人がマニュアル的な知識を獲得する次元ではなく、看護師の実践コミュニティという社会的な次元でおこることなのである。

これらの困難は、緩和ケア病棟における患者の自己決定権とどのような関係をもっているのだろうか。医療の現場において、患者と医療従事者との関係はきわめてデリケートである。なかでも、ケアを担当する看護師は患者と最も密接な関係性を持つ。そして、この関係性は患者の自己決定権に大きく影響する。

緩和ケアのマニュアルやガイドラインは、理念として参照するために必要である。しかし、緩和ケアの現場では、理念がそのまま現実化されることはむしろ例外的な場合である。患者の希望が必ずしも実現するとは限らない。たとえば、患者が歩きたいと思っても、転倒の可能性がある場合は歩行を制限せざるを得ない。調査を行なった緩和ケア病棟がは病院のなかの緩和ケア病棟であるため、その病棟管理方針にある程度そった形で行なわれるのが現実である。

このような場で、患者の自己決定権を可能な限り尊重することは、患者・家族の希望に耳を傾け、看護師がこれまで経験した患者たちへの対応と比較検討することによって達成される。還元すれば、この緩和ケア病棟の現状で可能な事象をプリコラージュするこ

とによって可能となるのである。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 1 件)

「病気になることの意味：タルコット・パーソンズの病人役割の検討を通して」
『Communication-Design』10号(大阪大学コミュニケーションデザイン・センター、ISSN: 1881-8234) Pp.1-21、2014年3月

[学会発表](計 8 件)

松岡秀明、生、死、プリコラージュ：緩和ケア病棟において看護師が体験する困難、第45回日本文化人類学会、法政大学、平成23年6月11日

松岡秀明、緩和ケア病棟において理学療法士が体験する困難、そしてやりがい、第17回日本臨床死生学会、兵庫医科大学、平成23年9月18日

松岡秀明、安らかな死：鎮静、翻訳、対話、第38回日本保健医療社会学会、神戸市看護大学、平成24年5月20日

松岡秀明、安らかな死：緩和ケア病棟で鎮静はどのように行なわれているか、第46回日本文化人類学会、広島大学、平成24年6月24日、

松岡秀明、緩和ケア病棟における『良き死』をめぐって、第18回日本臨床死生学会、聖学院大学、平成24年11月24日

池田光穂、翻訳行為としての保健：医療行為の新解釈、第38回日本保健医療社会学会、神戸市看護大学、平成24年5月20日

池田光穂、人間機械論・再考、オムロンヘルスケア・東京大学情報学環共同主催「人間と機械の未来を考える研究会」、オムロンヘルス株式会社(長岡京市)、平成24年9月26日

池田光穂、ラウンドテーブルディスカッション「病いの語り：哲学と人類学・社会学の架橋」(企画と講演)、第39回日本保健医療社会学会大会、東洋大学朝霞キャンパス、平成24年5月18日

[図書](計 3 件)

松岡秀明、『終末期医療』(シリーズ生命倫理学第4巻)安藤泰至・高橋都編、丸善出版(担当箇所：第11章「生、死、プリコラージュ 緩和ケアで看護師が体験する困難への医療人類学からのアプローチ」Pp.177-192)231pp.、2012年12月30日

池田光穂、『医療情報』(シリーズ生命倫理学第16巻)板井孝壱郎・村岡潔編、丸善出版(担当箇所：第12章「ヘルスコミュニケーションの生命倫理学」Pp.234-256)260pp.、2013年9月30日

『生命倫理と医療倫理(改訂3版)』伏木信次・櫻則章・霜田求編、金芳堂(担当箇所：第21章「医療人類学」Pp.224-233)255pp. 2014年3月

6. 研究組織

(1)研究代表者

松岡 秀明 (MATSUOKA, Hideaki)
大阪大学・コミュニケーション・デザイン・センター招聘教授
研究者番号：80364892

(2)研究分担者

池田 光穂 (IKEDA, Mitsuhito)
大阪大学・コミュニケーション・デザイン・センター教授
研究者番号：40211718

岩崎紀久子 (IWAWSAKI, Kikuko)
淑徳大学・看護栄養学部教授
研究者番号：0334930

渡部真奈美 (WATANABE, Manami)
豊橋創造大学・保健医療学部教授
研究者番号：0341780