終末期がん患者の希望を支え、その人らしく生きるためのケアに関する研究―ケアプログラムシート作成とそれを使用する看護師の学び―

終末期がん患者の希望を支え、その人らしく生きるためのケアに関する研究

―ケアプログラムシート作成とそれを使用する看護師の学び―

山本知枝子[1)]　大西　和子[2)]　辻川　真弓[2)]

Abstract

Purpose

The study purpose was to develop a care program sheet and to examine the progress of nursing practice and nurse's learning with it's use, in order to live as one's own being in having hope and decision making.

Method

Action research method was used in proceeding of nursing practice. Study subjects were a patient and a primary nurse.

Result and Discussion

After making a care program sheet based on self-care theory and nurses' practice experiences, the primary nurse cared the patient in using the sheet, while consulting with other nurses of the same nursing team. Consequently the patient had his own way of living, although his physical condition became worse gradually. And the primary nurse could learn how to approach and care the patients at the end of life stage by supporting the patient's hope in being with him.

Key words: terminal patient, hope, decision making, care program sheet, action research

Ⅰ　はじめに

研究者自身が、一般病棟で緩和ケア認定看護師（以後 CN）として、終末期がん患者（以後患者）と関わるなかで、「患者が最期まで、安寧とその人らしく生きることを支える」を大切にしている。“その人らしさ”は、最期まで自分の生き方や、意思を貫き通せることで、“希望を支える”“意思決定を支える”ことが重要となってくる。私たちが「あの人らしかったね」と言う時、患者のありのままを受け止め、患者の意思が最期まで尊重できた関わりが実践でき、看護の充実感を味わう。しかし、そのような事例と遭遇することは少ない。回復の見込みがないことを知っている患者は、将来を考え、うつ状態となり活力をなくしたり、生きる気力をなくしたり、あるいは望みを持つことをあきらめるなど、その人らしく生きることを支えることの難しさも実感している。看護者自身「どのように関わったらよいのか」「はたして、患者の希望はなんだろう」と考え悩むことが多い。また、「患者の希望を見いだしても、果たして自分に解決できるだろうか」という恐れ、「患者の希望をどのように支援していったらよいのか解決策が考えられない」など、看護者自身の問題によって、対応困難と判断していることも多い。また、一般病棟の終末期がん患者にとって、残された時間を自分の意思で選択し、自分らしく生きるということは難しいと痛感している。

このような現状の中で、研究者が CN という立場で、アクションリサーチというミューチュアル・コラボレート・アプローチによって「看護師と協働のプロセスで、状況を理解し合い、問題を改善のための介入（ケアプログラムシートを作成し実施）をするならば、終末期がん患者の希望を支え、その人らしく生きるためのケアにおいて、どのような変化が生まれるのだろうか」と考えた。そこでケアプログラムシーツを作成し、それを看護師が活用することで、どのような評価が得られるかを検討することにした。

1）三重大学大学院医学系研究科看護学専攻　成人看護学　がん看護学
2）三重大学医学部看護学科

Ⅱ　文献検討

1. 終末期がん患者の希望に関する研究

終末期がん患者が、最期までその人らしく生きるために、「生きる力となるような希望を抱くための看護介入のあり方」が必要となってくると、濱田ら[1]は述べている。そして、患者を取り巻く状況が厳しい状況へと変化しても、患者自身がその状況を認知した上で、自分にとって意味あるものを見出し、なにか一つでも明るい未来の可能性を見出せるような見方ができた時、患者は希望を抱き続けることができると述べている[1]。

「生きるための心の糧」として、希望を見つけ出す状態「自らの力で肯定的感覚を持つ」、希望の内容は「生ながえらえたい」「家族とのつながりの中で生きたい」「思うように生きたい」「自分が存在しない将来への願い」「思うような最後でありたい」と、久野[2]は抽出している。また、射場は[3]、「生きること」「自分らしさの表現」「死を超越すること」内容で、できる自分を目指すことや、助けを得て自分を生かすことで、今ある生の実感を味合うことが希望であると述べている。終末期がん患者は、なすすべもない無力感を味わい混乱しながらも、がんになる前の元の自分には戻れないことを認めていく、その人の生き方の再吟味と再調整する体験の中での希望を捉えると、奥野ら[4]は述べている。

終末期がん患者の希望は、病状の変化と共に希望も変化していき、実現不可能な希望（回復への希望）から実現可能な希望（人間関係）へと変化していると、中ら[5]は述べている。

2. 終末期がん患者の希望を支える看護介入に関しての研究

終末期がん患者の希望を支える看護師の姿勢として、梅田は、「終末期がん患者は、『現実不可能な希望』のみばかりでなく、様々な『希望』をもっている。これらの希望を支えるためには、まず看護者自身が『希望』の概念を広く持ち、患者の中に『希望』は失われず在ることを信頼していることが重要である」と述べている[6]。そして、「患者のもつ『希望』は実現するかしないかということ以上に、その人の内面にある『希望』が表現され、患者の内面に隠されている様々な可能性を引き出せることが『希望』を支える看護の提供につながると考え、患者の思いを表面化することが重要性である」と述べている[6]。

希望を支えるための具体的な看護目標と看護介入のあり方について濱田ら[1]は、看護目標を「患者が希望の本質を保持し希望をめばえさせることができるような環境を整える」「希望のプロセスに関わり患者の希望を支え育むような働きかけをする」とし、看護介入のあり方については①患者の苦痛を緩和し、身体的・精神的アセスメントに基づいた、適切な情報提供を行い、情緒的に安定した病状を正しく認知できるように支援する　②最後まで確信の持てる希望となりうる愛する家族や大切な人とのつながりを実感できるように環境を整える　③患者の自律性やその人らしさを尊重し、自己の存在価値や意味、制限された生活の中でも果せる役割があることに気づかせる。④患者が信じ頼りにしている力への思いを把握し、支える。⑤抱いている希望に確信が持てるように、あるいは可能性を見出せるように、資源・情報を提供し、患者が達成可能な目標を設定するのを助けると示唆している。奥野ら[4]の看護への示唆として　①患者が自分自身で目標や方法を決定できるように関ること、②情報を適切に提供し患者の選択肢を広げること、③患者を取り巻く人間関係を強化すること、④気持ちや感情を表現できるよう意図的に関っていくことが看護師の役割として重要であるとしている。

山口[7]は、日常のささいな体験から、生きている充実感をもたらしており、日常のささいな体験とは、日常の看護援助を通じてもたらされると述べている。

以上の研究では、終末期がん患者の希望を支えるための看護介入の示唆までであり、実践的な研究結果を見出しているものではなかった。

3. 終末期がん患者の意思決定を支えることに関する研究

終末期がん患者の希望を支え実現するためには、意思決定を支えることが重要となってくる。土居内[8]は、終末期がん患者が意思決定に向かうことのできる力を育む援助が必要であると述べている。その意志決定の場面には、「治療に関する意思決定」「療養の場に関する意思決定」「日常生活に関する意思決定」「人生の終結に関する意思決定」「治療不可能ながんとのつきあい方に関する意思決定」「社会的役割の維持に関する意思決定」の６局面があると述べている。個々の患者の意思決定を支えていくためには、まず患者がどのような意思決定を行っているかについて話し合う機会をもち、理解することが必要だと述べている。

まとめると、終末期がん患者の希望を支え、その人らしく生きるためのケアをして、「終末期がん患者の能力を支え、希望が表現されやすい環境を整えること、患者の自律性やその人らしさを尊重すること、何

らかの役割があることを見つけ出す支援、抱いている希望に確信が持てるように、あるいは可能性を見出せるように、患者が達成可能な目標を設定するのを助けることを踏まえて看護実践に結び付けていく。」ことが重要である。

「希望を支える」ために「患者の意思や意向を理解」し、「意思決定を支え、思いが現実となる」ために、患者を中心に家族を含めて、医療者が共に協働すること「人との関わり」が必要となってくる。

6. 用語の操作的定義

1）終末期

「あらゆる集学的治療をしても治癒に導くことができない状態で、むしろ積極的な治療が患者にとって不適切と考えられる状態をさす。通常生命予後が、6ヶ月以内と考えられる状態」と定義されている[9]。今日では、積極的な治療が望まれず、近いうちに死が訪れるであろうと予測されても、なおかつ抗がん剤治療を希望される方も少なくはない。そのため本研究においては、患者自身が意思を表現できる時期も踏まえて、治癒が困難状況であり、生命予後が約1年以内と考えられる状態とする。

2）意思決定

『意思』とは、「何かをしようとするときの元となる心持ち」であり、それを決定するとは、「ある目標を達成するために、複数の選択可能な代替的手段の中から最適なものを選ぶこと。」とする。

3）希望

辞典では「あることの実現をのぞみ願うこと。将来に対する期待。明るい見通し。」とある。Erich Fromm[10] は「希望の革命」の中で、「希望は、受動的に待つことでもなく、起りえない状況を無理に起こそうとする非現実的な態度でもない。希望を持つということは、まだ生まれていないもののためにいつでも準備ができているということであり、たとえ一生に何も生まれなかったとしても、絶望的にならないということである。」と述べている。

本研究では、予後不良とされるがん患者にとって、将来に対する期待や希望を抱くこと自体が苦痛なことで、考えただけでも辛いことであることを十分理解する。がん患者の希望とは、絶望的な状況のなかでこそ、生きるための心の支えとして、芽生えるものであり、実現可能不可能に関わらず、持ち続ける、思いや欲求とする。

7. 研究目的

研究目的は、一般病棟での終末期がん患者の希望を支え、最後までその人らしく生きるためのケアプログラムシートを作成し、そのシーツを使用することでシーツの検証とともに看護師の学習効果を検討する、ことであった。

Ⅲ　方法

1. 研究デザイン

「1. ケアプログラムシートの作成」においては、文献研究である。

「2. ケアプログラムシートの展開」と「3. 目的達成評価」においては、看護師との相談記録やインタビューから、質的帰納的に分析するアクションリサーチの方法を用いた記述的探索的デザインである。

ここでのアクションリサーチは、研究協力者である看護師が、対象患者への看護を実践していく過程を研究者がコンサルテーション的に関わり、目的を達成していくことを図る研究である。

2. 研究対象

対象者は、総合病院（地域がん診療連携拠点病院）

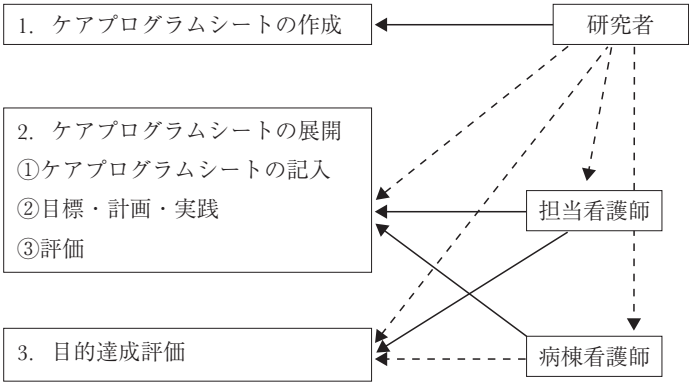

図1. 研究デザイン

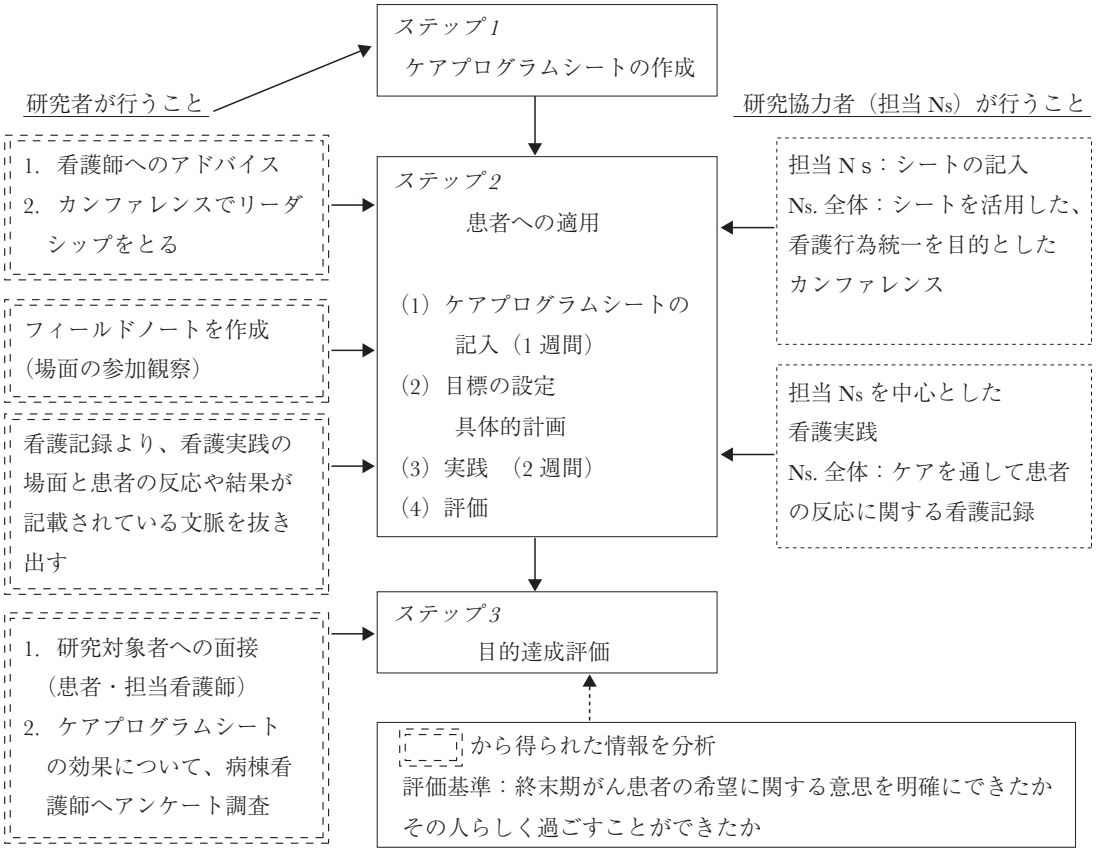

図 2.　研究手順

で研究者が所属する病棟の入院患者と担当看護師で一組として、以下の条件を満たし、研究参加の同意が得られたものとする。

【入院患者】

①がんと診断され、治療の有無に関係なく、今後集学的治療の効果がなく治癒することが困難な状態で、主治医によって予後 1 年以内と判断されている。

②患者自身が、病名･病状（転移も含めて）を知り、今後治癒が望めないことを知っている。

③コミュニケーションが可能な状態である。

【担当看護師】

①卒後 3 年目～ 4 年目の看護師で、がん看護に興味があり、研究内容に賛同している。

3.　実践期間

2008 年 8 月～ 2009 年 1 月

4.　具体的な計画

1）方法

ステップ 1.　ケアプログラムシートの作成

研究者が、文献検討を行い、患者の希望を明確にし、その人らしく過ごすことができるケアプログラムシート（以後シート）を作成する。

ステップ 2.　患者への適応

（1）シートの記入（担当看護師記入）

（2）目標設定、具体的計画（患者用と看護師用の計画表の作成）

（3）実践（担当看護師、チームの全看護師）

研究者が患者に研究目的を説明し、患者の同意が得られたら､担当看護師が中心に､シートに沿って情報収集から記載までを実施する。

シートを記載後、チームのカンファレンスを行いシートの内容の検討を実施し、完成させる。その後、患者用の計画表を記入し、患者へ提示、患者へ内容の確認と同意を得た後、看護実践を行う。その間、研究者は「対象患者との関わり方」「シートの記入方法」「看護実践を通して、対象患者・担当看護師の反応」などについて参加観察し、フィールドノートを作成する。

（4）目標の評価

参加観察、看護記録、カンファレンスなどによ

り評価を行う。

ステップ 3. 目的達成評価

看護実践開始後 2 週間経過した時点で、研究者は「対象患者及び家族の反応」「担当看護師の反応」を理解するために以下の評価を行う。

(1) 面接による評価（患者と担当看護師）

フィールドノートから得られた観察内容を基に担当看護師の気づきと内省について面接を行う。

(2) アンケート調査による評価（病棟全看護師）

①シートによって、患者の希望（意思・意向）をケアの中で活かすことが可能だと思うか

②シートを活用することでよかった点はあるか

③シートの不明点は何か

④今後シートを活用してみたいか

(3) 面接、アンケート調査の評価を総合して目標達成の評価

2) 分析方法

研究方法の各段階（ステップ 2, 3）において、参加観察法、看護記録、面接法、アンケートによる意味内容をまとめる。

(1) ステップ 1 の分析

文献検討から導き出された文章内容を同じ意味する文章にまとめ、看護過程が展開できるような構成内容にする。

(2) ステップ 2 の分析

参加観察法、看護記録、カンファレンスの内容をまとめ、総合して、シートの評価をする。

①フィールドノートに記載された文章を意味ある内容にまとめる

②看護記録の内容の変化を意味ある内容にまとめる

③カンファレンスを行い、その内容をまとめる

(3) ステップ 3 の分析

面接法による分析

①ステップ 2 終了後、担当看護師の内省の記述を基に担当看護師に面接を実施し、その内容をまとめる。また患者に対しては、シートの活用について面接を行い、その内容をまとめる。

アンケート調査による分析

①病棟看護師に対し、記述式アンケート調査を実施し、その結果を同じ意味する内容にまとめる。

5. 倫理的配慮

対象者は入院中の患者であり、拒否することが困難な立場におかれているため、研究の同意に際しては、研究の主旨を文書及び口頭にて十分な説明を行った。また、対象者の自由意志において拒否してよいこと、拒否しても治療や看護になんら不利益を被らないことを伝えた。研究協力者である看護師が、個人的な能力を評価されやすいため、個人の評価には全く関係がないことを説明し、同意を得た。

なお、本研究の実施にあたっては、研究者の所属機関である三重大学医学部倫理委員会の承認を得た。

Ⅳ　結果・考察

1. ステップ 1 （シートの作成）

1) 文献などから導き出されたシートの構成要素文献検討と研究者自身の経験から得た知識を統合し、シートの構成要素 10 項目を抽出した。

①何を大切に、何を信じて生きていたか：価値観や信念

土居内[8] は、患者が信じ頼りにしている力への思いを把握し、支え、患者の価値感を尊重させることを述べている。研究者の経験からも、患者の生きてきた歴史を尊重するために理解することは必要である。

②どの程度自分の病気のことを知って、どのように捉えているか：病識

濱田らは[1]、「患者の苦痛を緩和し、身体的・精神的アセスメントに基づいた、適切な情報提供を行い、情緒的に安定した病状を正しく認知できるように支援する」ことが必要と述べており、患者がどのような病識でいるかを理解することは、今後のケアに必要となってくる。

③患者の意思・意向：今後の治療に関するものあるいは生活上の望み・希望

梅田[6] は「患者のもつ『希望』は実現するかしないかということ以上に、その人の内面にある『希望』が表現され、患者の内面に隠されている様々な可能性を引き出せることが『希望』を支える看護の提供につながると考え、患者の思いを表面化することが重要性である」と述べている。患者の『希望』を表面化させることが必要である。

④患者のもてる能力：プラス面“長所”

⑤能力の制限：マイナス面“短所”

⑥取り巻く環境、支援できる能力：家族を含めて

④～⑥項目については、看護実践を行っていく上で必要な情報として、オレムのセルフケア理論にある「セルケアエージェンシーとセルフケア不足」に基づき、「患者のもてる能力と能力の制限」として挙げた[11]。セルフケアエージェンシーの構成要素を参考に、セルフケアの査定と意思決定及び、セルフケアの実践にかかわる対象の能力と限界についてアセスメントできる

ようにした。

⑦アセスメント

⑧看護方針

⑨到達可能な目標

⑩主な看護計画

⑩項目において、オレムの理論であるセルフケアシステム「全代償システム、一部代償システム、支持・教育的システム」を活用した。オレム[11]は「セルフケアとは、個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開発し、遂行する諸活動の実践である。成人は自発的に自分自身のためのケアを行う。」と言っており、終末期がん患者にとって、残された時間を自分らしく過ごせるために自発的にケアに参加することが可能になってくると考えた。また、コニー・M・デニズ（Connie M. Dennis）[12]は、「看護ケアの有効性および看護行動の責務を容易に明示できるような、看護の成果や目標を具体化する」ことができる点で、オレムの理論の有用性を述べている。セルフケアシステムを活用することで、患者中心に、家族、看護師各々が自己の役割を明確にすることができると考えた。「ケアプログラムシート看護師用」として作成した。

2. ステップ 2（患者への適用）

1）患者（B 氏）の概要

シートを適用したのは 1 事例であった。

長期抗がん剤治療中の B 氏は、抗がん剤治療を行わないと症状が悪化するため、抗がん剤治療におわりがなかった。「もっと何かよい治療があるのでは・・・」

資料 1　ケアプログラムシート（看護師用）

①何を大切に、何を信じて生きてきたか（価値観や信念）	
②どの程度自分の病気のことを知って、どのように捉えているか（病識）	
③患者の意思・意向（今後の治療に関するものあるいは生活上の望み・希望など）	
④患者のもてる能力（“プラス面”長所）	⑤能力の制限（“マイナス面”短所）
⑥取り巻く環境、支援できる能力（家族もふくめて）	
⑦アセスメント	
⑧看護方針 ⑨到達可能な目標	
⑩主な看護計画	

表 1. 患者概要

	事例 1. B 氏
発達段階	50 歳代、男性、元会社員
病名	悪性リンパ腫
予後	抗がん剤治療しなければ 1〜3 ヶ月
病状理解	治療しなければ生きられない、もっと違う治療でなおるのではという期待をもっている。
現病歴	200X 年 4 月より、悪性リンパ腫と診断される。抗がん剤治療を受けていたが、2 年後、食後の下腹部痛、下痢、微熱が持続し、体重減少が進行したため、病状悪化にて入院となった。
入院中の経過	検査にて、再度腹腔内腫瘤を認め、入院にて抗がん剤治療 3 コース施行する。4 コース目に入っても寛解に至らず。放射線治療を患者は希望し、セカンドオピニオンでがんセンターなどを受診するが、放射線治療の効果はないと判断され、当院にて、抗がん剤治療継続となる。 しかし、コースが終了するころは症状改善し、食事摂取可能となるが、次の治療が開始されるころには、イレウス症状出現しするといった繰り返しであった。改善されない病状に対して、もっと違う治療法はないのか、今後同じ治療をしなくてはいけないのかなどの疑問を抱いていた。
家族背景	妻、子ども 2 人との 4 人暮らし 妻は、精神的に弱く、夫である患者を支えることができず、長男・長女が支えとなっている。
生活背景	親戚の面会など少ない。長期入院により、退職を余儀なくされ、経済面においても困難な状況である。妻はパート勤め、子どもたちもそれぞれ仕事をしており、面会も少ない。

と現状の治療以外のものを求めていた。主治医との関係において、目に見えない“壁”があり、“しっくりいかない”状況であった。

チームの看護師たちは、B 氏への関わりが必要であると感じていたが、B 氏は無口で、感情や思いを表出しないため、「どのような気持ちで過ごしているのか」理解できない状況であり、B 氏の関わりに、躊躇していた。そのことが、チームの看護師たちの共通の問題意識であることを確認した上で、シートの活用を実施した。卒後 3 年目担当看護師 O（Ns.O）が中心となって実施することになった。

B 氏には、研究の目的を説明し、研究が終わってもケアは継続していくことを話し、研究参加の同意を得た。

2）シートの記入

Ns.O は「B 氏がゆっくりと何でも話せること」を考え、面談室で、シートに沿った聴取を 1 時間かけて行った。Ns.O は、記入困難であったシートの⑤を除いた①〜⑦までの項目について記入し、⑤についてはカンファレンスで検討した。

患者から情報収集した後、病棟看護師 9 名と研究者と主治医の 11 名でカンファレンスを行った。研究者はカンファレンスの進行役を担い、看護師たちの思いが主治医への質問攻めとなり、討議内容とのずれが生じることがあったため、シートに沿った話し合いができるように軌道修正するよう努めた。Ns.O は、シートに沿って、B 氏に関する情報提供と検討事項を提示した。特に、⑤項目の「患者の能力の制限について」は、Ns.O のみならず、他の看護師たちも記入する言葉を見つけることができなかった。しかし、主治医は、今までの B 氏との関わりを通して、⑤に関係することを「患者のマイナス面は、様々な情報に左右されやすく、迷っているうちに病状が進んでしまっている。」「病状としては、治療困難な状態である。現状維持がベストな状態、B 氏は治ることに目標をもっている」「このような背景により、効果を期待するあまりに、治療に対し慎重になっている B 氏は、理解力はあるが、判断するまでの時間がかかりすぎて、よい時期を逃す傾向にある。」と指摘した。この情報から、「B 氏は納得すれば治療に参加できているため、本人の意向を聞きながら、何が正しい情報なのか、早期に対応し、納得した上で治療が進められるように支援していく必要がある」ことを見いだし、B 氏の弱みを強化することができ、看護の方針へとつなげることができた。カンファレンスにて看護計画をたて、シートを完成させた。

カンファレンスへの医師の参加により、患者の疾患と病状について詳細な説明をきくことができ、治療法や今後起こりうる状態を把握することができた。患者の身体面を把握することは、ケアの方向性を決定していく上では必要であることを認識した。今回のシート

資料２　ケアプログラムシート看護師用

①何を大切に、何を信じて生きてきたか（価値観や信念）
・家族を養っていかなくてはいけない。
・最終的には退院したい。
・点滴ではなく、口から何か入れたい。

②どの程度自分の病気のことを知って、どのように捉えているか（病識）
主治医は現状維持ができればいいと言うが、今は食べられない。食べるようになって初めて治療ができたと感じる。本当は抗がん剤はやりたくない。もう一種抗がん剤があるといわれましたが、抗がん剤以外に治療法はないのか。

③患者の意思・意向（今後の治療に関するものあるいは生活上の望み・希望など）
・最終的には、退院したい。出来たら仕事したい。
・野菜スープが飲みたい。

④患者のもてる能力（“プラス面”長所）
・理解力はあり。
・自分の希望を考えて伝えることができる。
・自分よいと思われる健康法を学習する力がある。

⑤能力の制限（“マイナス面”短所）
（主治医からの意見）
・疾患を甘く考えている。
・情報に左右されやすい。

⑥取り巻く環境、支援できる能力（家族もふくめて）
・家族（妻・長女・長男）の協力を得ることができる。特に長女。
・看護師を中心とした、主治医・栄養士など医療者の協力

⑦アセスメント
・病気は受け止めており、病状はよくならないことを解っているが、「治って退院したい」と考えている。自分で情報収集しながら、様々な情報を得ているが、今後の治療にたいして不安を持っているようである。また、入院や治療が長期化し、よくなりたいとのあせりも感じられる。患者の意思や考えを可能な限り尊重し患者が納得して治療を受けることができるように関わっていく必要がある。

⑧看護方針
本人・家族の悔いが残らないよう、納得して今後の生活を選択できるように関わっていく。

⑨到達可能な目標
ⓐ 患者が納得して今後の治療を選ぶことができる。
ⓑ 症状が落ち着いたときは、食事（スープ程度）が摂取できる。
ⓒ 体調がよい時に外出できる。

⑩主な看護計画（全代償的システム・一部代償的システム・支持・教育的システム）
ⓐ について（一部代償的システムを中心に）
Ｂ氏自身から意思や希望を伝えて頂き、看護師は傾聴することでＢ氏の意思や希望を理解する。I.C. のときは、必ず看護師が同席し、Ｂ氏の意思が表出できることを助け、主治医とのコミュニケーションが図れるように努める。また、Ｂ氏が納得できないことがあれば十分な説明を主治医に依頼し、Ｂ氏が納得でき、Ｂ氏の意思で事が運んでいくように配慮する。

ⓑ について（一部代償システム中心）
摂取可能な状態になった時、主治医に確認し、栄養士へ相談し、Ｂ氏の意向に合わせて、食事内容の工夫を行う。

ⓒ について（部分代償システム中心）
Ｂ氏が外出したいと思う時、B 氏の体調を判断し、患者と共に外出の計画を立てる。

には、患者の身体面の項目は省いていたが、それは基本的に看護師が周知していると考えていたからである。しかし、病名は知ってはいるが、「進行度」「治療の効果」「今後起こりうること」など、十分把握しているとは言いないことが分かった。そのため、シートの項目に身体面（今後の状態も含めて）を追加する必要性を感じた。

3）目標の設定、具体的計画

カンファレンスの2日後Ns.Oは、患者用の看護計画表（資料3）を作成し、「話したことをみんなでまとめてみたんですけど、Bさんの意向と違っていることや他に足してほしいことなどあったら何でも言ってください」と説明しながらB氏に渡した。B氏は、看護計画表を真剣に眺めていた。

シート（看護師用）は、電子カルテにスキャナで取り込み、患者用の看護計画表は、チーム内の掲示板に貼り付け、スタッフが目を通せるようにした。

4）実践

シートの記入開始から計画立案までに1週間で行う予定が14日間を要した。これは、Ns.Oと研究者との勤務のズレがあり、患者との面談やシート記録の確認、カンファレンスの場の設定などができにくく、日が経過してしまった。しかし、シートを作成するまでの過程において、看護実践は行った。

実践中、研究者は、Ns.Oと連絡をとりながら患者の状況を把握し、そしてチームの看護師との交流をもちながらケアの困難さや問題となっていることを把握した。また、主治医とのコンタクトも適宜行い、患者の身体面での状態を把握した。

B氏の病状が悪化してきたため、身体症状が増悪傾向となってきた。そのため、シートに沿った看護実践は困難な状況であったが、B氏の意思を尊重しながら、身体症状の緩和中心のケアが実施された。

5）目標の評価

＜看護記録から＞

看護記録からは、シート⑤「能力の制限」でのB氏の弱みは、“情報に左右されやすい”“治療に対して慎重になりすぎて時期を逃してしまう”などであったが、それを病棟看護師が理解して対応していることが伺える。

＜カンファレンスの場から＞

B氏の症状が悪化傾向であったため、14日間での

表2. 身体面の変化と治療

実践開始11日目		実践開始24日目		実践開始26日目	
身体面の変化	治療	身体面の変化	治療	身体面の変化	治療
・抗がん剤治療実施10日後より発熱あり、腹痛も増強する。腫瘍増大傾向、治療の効果なし。 ・主治医より説明され、B氏が自己決定できるまで待ったが、いつもより早く決定することができた。	・ソセゴン®使用と温罨法 ・新プロトコールで抗がん剤治療を実施する方向となる。	・新プロトコール変更して行った治療にであったが、効果なし。 ・腹部のリンパ腫は増大し、上部消化管を圧迫し、嘔気・嘔吐という症状に加え、腹痛と背部痛というがん性疼痛が増強する。 ・体力の消耗あり、日常生活動作は困難な状況となる。 ・主治医から家族へ、「治療の効果がなく腫瘍が大きくなり消化管症状が増悪している。・・・今後は本人及び家族のかたの希望に添ったターミナルケアをしていこうと考えている」と話した。 ・オピオイドの使用について説明したが、B氏はその場では納得されず、「使ってみる」とB氏が希望してから開始とした。	・緩和ケアチームとしてCNの介入 ・オピオイドの持続静脈注射開始	・腹痛は、徐々に緩和されてきている。嘔吐の回数や腹部の腫瘍の大きさは変化なかった。オピオイドの影響で、会話中、うとうとされる。 ・薬物以外の緩和方法でリラクセーションを図ることができた。	・アロママッサージ

表 3.　看護記録の一部抜粋

抜粋 1.

S（患者の主観的情報）：先生に薬変えようかって言われている。あと 10 日ぐらいで返事しなくっちゃならない。

O（患者の客観的情報）：次の言葉が出ない。表情硬い。

A（アセスメント）：厳しい意思決定を迫られている。本人が納得した上で結論が出せるような援助を行っていく。

I（実践）：自己決定を行っていくうえで、必要な情報は提供することを伝える。

表 4.　目標の評価－カンファレンス内容－

【ケアの評価】

B 氏の変化

B 氏自身、決定していくことは自分という意識をもつことができたのではないか。主治医からの説明により、患者の意思を確認し、主治医は、患者の意思を尊重し治療方針を決定してくれてもいた。B 氏は今回の治療の選択にあたり「これが最後の砦だ」と発しており、期待を持って望んでいた。

今まで、思いを表出されなかった B 氏であったが、以前よりは主治医に言える様になっている。また、看護師に対しても「どうしたらいい」と聞く様にもなった。

看護師の変化

必要な情報を提供していった。看護師自身も関わる姿勢を開示し、B 氏に解ってもらえるようになった。（頼りにされる）

主治医とのコミュニケーションを積極的にとることができた。

今回の評価

病状は進んでいる状況であるが、看護方針にそって関わることはできたのではないか。

目標について

①納得した上での治療選択は実施できている。

②症状が悪化しているため、外出を計画するまでには至っていない。

③食に対しては、現在で無理、今後不可能な状況となる。

今後の方針

前回の方針に加え、症状緩和を第一に考え、穏やかな日々がすごせるようにする。

目標の変更

①は継続

②症状緩和により、外出を可能とする。

③食については、困難な状況ではなるが、今後の治療に期待し、緩和が図れた場合、積極的に考えていく。

④症状緩和を図る。

評価を行うことはできなかったが、実践開始から 1 ヶ月後の評価を行った。評価は、チームカンファレンスのなかで、各内容に沿って検討した。カンファレンスでは、患者が、治療やケアに関して自分で決定していくといった意識が出てきたことや、「どうしたらいい」と相談される態度がみられるようになった、といった、患者の変化があり、看護師は、自分たちの役割を自覚し、患者が必要としている情報提供を行ったり、主治医とのコンタクトをとったりと、患者のニーズに合わせた行動ができていた。

看護方針の「本人・家族の悔いが残らないよう、納得して今後の生活を選択できるように関わっていく」

に関して、実践の中で行われていた。目標達成に関しては、患者の病状の悪化のため、達成できたとは言えないが、①患者が納得して今後の治療を選ぶことができるについては、緩和治療に対して患者が納得するまで、他職種の介入や主治医からの十分な説明、看護師からの情報提供と実施していた。②症状が落ち着いたときには、食事が摂取できる③体調がよい時に外出できるについては到達不可能であった。

＜参加観察法から＞

B 氏へ関わる際、「自分から話せるようになったね」と、自己の思いを意思表示できるようになったことを語った。体調が不十分であったため、長時間の会話は困難であったが、家族を含め、現在行っている看護実践に対して満足感を表した。研究計画においては、看護師のみでなく、主治医も共に参加していることを伝えた。それを聞いた B 氏は、「そうだったんですか･･･」と涙した。そして、B 氏は「主治医の先生は、二周りくらい、話しやすくなったね」と語った。

病棟看護師たちは、主治医とのコミュニケーションを積極的にとっており、B 氏のケアについて事あるごとに話し合いを行っている場面が見られていた。また、担当看護師や病棟看護師は、B 氏の症状が改善されない場合や主治医への対応困難な状況が発生した場合、研究者へ相談する姿勢が見られた。

以上の評価項目である参加観察法、看護記録、カンファレンスの内容を総合した結果、シート活用により、患者の希望に関する意思を明確にし、ケアの方向性を導き、患者の意思に沿った看護実践を行うことができた。

3. ステップ 3（目的達成評価）

1）面接による評価

（1）担当看護師 (Ns.O)

研究者は、フィールド・ノートから抽出された内容を基にしながら、担当看護師の気づきと内省について面接を行った。その内容は、担当看護師の【自己の感情】、関わった時の【患者の反応】、担当看護師自身の【技術面】の 3 項目に分けられた。

Ns.O は、対象患者への関わりの必要性は認識していたが、一歩踏み込めないのが現状であった。関わり開始から「プレッシャーと不安･緊張」を感じながら、シートに沿った情報収集を行った。情報収集の間に、患者の“切なる願い”を実感したことで、Ns.O はさらに“重圧感”を抱いていた。しかし、Ns.O 自身が、患者との介入における戸惑いや困難感について研究者に伝えたことで、研究者が Ns.O の感情を理解し易かった。研究者は、B 氏の現実不可能な希望をありのまま受け止めることの重要性や今何が B 氏にとって必要で私たちができることは何かを、“みんなで考えていこう”と、Ns.O にアドバイスした。また、日ごろの看護の姿勢を振り返り、いつもと変わらないありのままの対応で十分であることを、Ns.O に伝えた。これらの研究者のアドバイスが Ns.O に安心感を与え、さらに学習の機会になったと云える。

表 5. ケアプログラムシート記入までの担当看護師の気づきと内省

	NS.O
ケアプログラムシートに沿った情報収集	【自己の感情】 改めてケアを行うという形だったため、『何かしなくてはいけない』とプレッシャーを感じた。 【患者の反応】 （話の当初） 緊張している様子であった。 何を言えばいいのか、どのように話せばいいのか悩ませているようだった。 【技術面】 自分の考えだけでまとめるのは不安である。
ケアプログラムシート記入	【自己の感情】 B 氏の治りたいという希望に対し、気が重い感情が湧き、実践できるだろうかという思いがでてきた。 【患者の反応】 B 氏の『治ること』が希望であることが、強く伝わってきた。 【技術面】 患者自身の姿勢（病気のことを踏まえて、自分の生き方をもっている人）を表出できる人は関わりやすいが、表出しない人はどう関わっていったらよいか。

表 6. ケアプログラムシート記入後～看護実践までの担当看護師の気づきと内省

	NS.O
目標・計画	【自己の姿勢】 患者と共に目標を決めたことで、話をスムーズに行うことができた。 ケアプログラムシートによって、患者を理解し、関わる姿勢が出てきた。 【ケアプログラムシートをとおして】 患者へ、看護師のやることを知ってもらえる機会となった。 今までの看護計画は、看護師側の一方的な閉ざされたものだった。 【患者の反応】 患者計画表を真剣に見ていた。
実践	看護師と患者の中で事前に共有しているので、『どういうことを必要としているのか』を理解したうえで、関わることができた。 目標を共に決めたため、その目標に対しての思いや考えを常に確認しながら行うことができた。

ステップ 2 での、患者への情報収集時、Ns.O は面談室でじっくりと患者の話を聴くことに専念することができた。看護師が「話を聴きたい」と宣言し、聴くことや、最後まで患者に話す場を保証することによって患者は信頼して話を続ける勇気が与えられる[13]。患者の言葉を誠実に聴くこと、その言葉をそのままに受け入れていくこと、そこにある苦しみとして共に問うていくことがケアの第一歩である[14]。これらの文献にもあるように、患者から最後まで逃げずに正面から関わる姿勢を持ち続ける看護師の姿勢と責任が、患者に伝わっていくことが理解できる。Ns.O は、B 氏に対応することで、このことを学習することができたものと考える。

目標･計画･実践の過程での評価においては、フィールド・ノートと面接により得た内容をまとめた。

Ns.O は「患者の治りたいという希望」に対して、現実不可能な希望を抱いていると捉え、気が重くなったと語った。Ns.O は、患者の本当の気持ちである「生きたい」ということを理解できなかったと考えられる。私たちは、「何故患者は、自分の病状を知っていて死を受容しないのか、自分のことをわかっていない」などと看護師間で話すことがある。生きることに対して“あきらめ”“頑張らない”ことを勧めがちであることも実際にある。しかし、患者本人は十分死に対して自覚しているが、同時に希望を持ち続けていることを理解し、最期まで患者の希望を支えることが重要である[15]。「患者のもつ“希望”は実現するかしないかということ以上に、その人の内面にある“希望”が表現されることが、希望を支える看護の提供につながる一歩である。」と述べているように[6]、どんなに不可能なことでもその人にとっては重要なこととして尊重することが必要である。

Ns.O は、「患者 B 氏の希望を理解し、B 氏と共に目標設定したことで、『どういうことを必要としているのか』を理解したうえで関わることができた。」と言っている。当初のプレッシャーが、シートを基に看護実践していくうちに、前向きな姿勢へと変化していった。

(2) 対象患者（B 氏）

研究者は、B 氏にシートを用いた看護に関しての面接を行った。B 氏は「自分の病状をどのように思っているかと問われた時、よくないことは知っていたけど、『命が短いんだな』と再認識して辛いと思ったね。でも、考える機会ができて結果的にはよかったよ。」と話した。自分の病状から、余命が短いことを自覚しつつ、今をどう生きるかを考える機会を与えられたと B 氏は表現した。患者が自分の病状を認識することは、ケアを行っていく上では必要とされるが、患者自身にとっては“死”が近いことを実感せざるを得ない辛さが伴う。死について不安をはじめとするさまざまな思いを言語化することについては、無計画に行われるとまったく援助になり得ないが、言語化することが患者にとって意味があるという理論的な判断があって、言語化された後の方向性が明確にされたなら、患者は大きな満足を得ることができる、と述べられている[16]。B 氏にとっても、死を自覚しながら、自己の意思を伝えるたことで、自分の思うような関わりを計画的に実施されていくことで、満足を得ることができると考える。

主治医との関係や他科の医師との関わりによって、B 氏の意思・意向が伝わったことに対しても喜びの意を表していた。B 氏は「話せるようになった」と言い、

看護師側からは「相談されるようになった」、主治医は、“患者の自己選択”を待つようになった。つまり、シートの活用により、患者の意思の表出、医療者の態度の変化をみることができた。患者が自由に思いを表現することと、患者の意思決定を医療者が支えることの重要性を再認識した。さらに、患者独りに意思決定を委ねるのではなく、看護実践の場を通して共同意思決定をする必要があることを実感した。

共同意思決定には、患者へ“生産性・満足度・積極的態度、さらに改善への積極的反応を生じる”メリットがある[13]。シート活用のプロセスにおいて、共同意思決定により、患者の希望に沿った目的に向かって、実践し、患者に満足感を与え、残された時間を患者自身も自覚しつつ“どのように生きるか”といった前向きな態度へと変化することができたと考える。

その他、共同意思決定において、インフォームド・コンセントが前提となってくる。インフォームド・コンセントは、病状の説明と今後の治療への同意だけではなく、患者の well－being への奉仕という医療の目的達成に不可欠である[13]と言われるように、主治医をはじめ、看護師自身も、インフォームド・コンセントに参加する姿勢が必要と考える。

2）アンケート調査による評価

病棟看護師 17 名に対し、記述式アンケートを実施した。①ケアプログラムシートによって、患者の希望（意思・意向）をケアの中で活かすことが可能だと思うか、②ケアプログラムシートを活用することでよかった点はあるか、③ケアプログラムシートの不明点は何か、④今後ケアプログラムシートを活用してみたいか、の 4 項目についての調査結果を以下に示す。

①ケアプログラムシートによって、患者の希望（意思・意向）をケアの中で活かすことが可能だと思いますか。

「ケアプログラムシートによって、患者の希望につながる意思・意向を表出させ、その人らしく過ごせるように関わっていくことが可能になるだろう」といった意見を得た。

②ケアプログラムシートを活用することでよかった点はありますか。

ケアプログラムシートを活用した効果として、【ケア介入の明確化が可能】【患者との共有が実現】【患者の意思を尊重することの意識化ができる】【患者の自律性を尊重できる】【患者の個別性が見出せる】【チーム内のケアの統一が図れる】【患者の思いに一歩踏み込むことができる】【カンファレンスの活性化が図れる】などの意見があった。

③ケアプログラムシートの不明点は何か。

活用するにあたっての問題として、【患者への問いかけ方】【患者との関わり方】【ケアプログラムシートの基本となった理論の理解不足】【具体的な活用方法の手順がない】【患者の意思・意向の変化に対応するタイミング】【患者の病状の変化に伴う目標の変更のタイミング】【ケアプログラムシート記入の負担感】などの意見があった。

【患者への問いかけ方】【患者との関わり方】については、どのようにしていったらよいか分からないといった意見が多く、経験年数の少ない看護師ほど躊躇することが多いことが示された。これに対して、カンファレンスで意見を出し合い学習していくことが必要である。また、経験年数のある先輩看護師や認定看護師、専門看護師などのサポートを受けながら患者との関わりを深め、看護師自身の悩みや困難な状況においてもサポートを受けることができるシステム作りが必要である。

【ケアプログラムシートの基本となった理論の理解不足】については、事前の勉強会は 1 回のみということで、全てのスタッフが理解することは不可能であった。再度、今回の事例のアセスメントツール展開を振り返ることで、オレムのセルフケア理論の理解を深めることができると考える。

【具体的な活用方法の手順がない】については、今後も継続してケアプログラムシートを活用していくためには、初心者でも活用できるように具体的に明示する必要がある。また、このケアプログラムシートは、終末期がん患者に関わらず、患者の意思決定に関わる問題を検討する場合にも応用できると考える。そのため、①ケアプログラムシートの各内容の記載方法を具体的に明記、②対象患者、③ケアプログラムシートの展開、④評価方法などを踏まえた内容の活用方法手順が必要と考える。今後、病棟看護師と共に検討していくことにする。

【患者の意思・意向の変化に対応するタイミング】実践の評価と同様に、その都度、患者の意思を確認する必要がある。また、患者へは、自分の意思を変更しても構わないことを伝えておくことも必要である。

【患者の病状の変化に伴う目標の変更のタイミング】については、変化が生じた場合にタイムリーに行う必要があるが、担当看護師の不在、業務遂行に専念するあまり時間的余裕がないため、チーム全体として検討する機会を逃してしまう。現状では困難なことが多いため、今後検討する必要があるが、看護計画の評価日を設定するのと同様に、看護師自身、意識的に行える工夫が必要である。

表 7.　全体を通して担当看護師の気づきと内省

Ns.O
【自己の変化】 B 氏の『治りたい』という希望に対し、気が重い感情があり、実践できるだろうかという思いがあった。 しかし、自分ひとりではなく、主治医・チームのスタッフと共に、さらに患者とともにケアを行うことで、実践中の負担は緩和されていった。 【看護師変化】 シートによって、他のスタッフと共に共通理解し、他のスタッフがどのように関わってくれているのかわかった。 看護記録の充実や、チーム内のコミュニケーションが活発になった。 【医師の変化】 主治医から『どう？』という言葉かけがあり、B 氏のことを気にかけてくれるようになった。 他の看護師とも、コミュニケーションが活発になった。 カルテに、患者の意思を尊重した記載があり、主治医も含めて看護方針を共有したケアが実感できた。 【今後の課題】 患者の病状が悪化した場合、ケア計画変更をタイムリーに行う必要があったができなかった。

表 8.　本研究の 6 つの局面

局面	本研究のプロセス	本研究のプロセス内容
局面 1	ステップ 1：ケアプログラムシート作成 ・勉強会の開催 ・担当看護師への説明	終末期がん患者の希望に関する意思を支えたいという思いを共有し、ケアの実現に向けて、「終末期がん患者の希望に関する意思を明確にし、ケアの方向性が導きだせるケアプログラムシート作成」することを目的として研究を開始。
局面 2		病棟看護師たちとの願いの共有と実現に向けての働きかけを実施。
局面 3		担当看護師との合意に至った後、日々の臨床で、対象患者について研究者と担当看護師と検討し、研究計画に基づく行為の計画を描いた。
局面 4	ステップ 2：患者への適応 シートの情報収集～実践・評価	研究者は、間接的支援者（コンサルタント）として、担当看護師及び病棟看護師と関わった。時には、緩和ケア認定看護師として、対象患者へ直接的なケアを介入する場面もあった。現実と計画を擦り合わせて行為しながら、気づき、内省し、学びを見出す。
局面 5	ステップ 3：ケアプログラムシートの評価 ・担当看護師、対象患者との面談 ・病棟看護師アンケート調査	ケアプログラムシート活用の評価を行いながら担当看護師は、気づき、内省、学びを表現し、終末期がん患者の希望に関する意思を支えるための今後の在り方を見出す。
局面 6	ケアプログラムシートの修正 ＊今後の課題 ・事例検討・理論の再学習 ・シート内容の修正	病棟看護師全体として、終末期がん患者の希望に関する意思を支えたいという思いに向かって、ケアプログラムシートのより良い活用方法を検討。

【ケアプログラムシート記入の負担感】については、看護業務外で行わないように配慮する必要がある。また、担当看護師が独りで背負うのではなく、記入困難と感じた項目については、カンファレンスの場で検討することで補足可能であると考える。

④今後ケアプログラムシートを活用してみたいか

ケアプログラムシートを使用するには改善点が指摘されたが、多くの看護師が活用してみたいといった反応であった。

3）面接、アンケート調査の評価を総合してケアプログラムシートの評価

シートの活用の全体的な評価として、Ns. Oは、看護実践を通して、“自分ひとりではなく、チームの看護師たちとの共有と協働”の大切さを実感していた。その他、副次的な効果として、シート活用により、カンファレンスの実施や、看護記録の充実、主治医も含め、医療者間のコミュニケーションの活発化、主治医の患者への対応の変化など、また、患者自身の変化などを見ることできた。

患者を支援する看護師としての資質に、自己を磨くという点で“よい仲間作りができる”ということを遠藤[13]は挙げているように、シートの活用をきっかけとして、医療チームワークが良好となり、団結してケアを実践することができたと考える。

終末期がん患者の希望に関する意思を明確にでき、その人らしく過ごすことができるためには、患者が意思決定できるように、医療者が支えることが必要である。土居内[8]は、一般病棟における終末期がん患者の療養上の意思決定には「治療に関する意思決定」「療養の場に関する意思決定」「日常生活に関する意思決定」「人生の終結に関する意思決定」「治療不可能ながんとの付き合い方に関する意思決定」「社会的役割の維持に関する意思決定」などがあると述べている。この様々な意思決定があることを理解し、個々の患者の意思決定を尊重することが重要であると考える。

また、The Model of Symptom Management（MSM）は、セルフケア理論が背景にあり、徹底した患者中心の考え方で「患者のもつ症状のマネジメントは患者その主導権を持つ」ことを主張し、がん末期の痛みのみでなく、他のあらゆる症状についても同様と述べられている[17]。終末期がん患者の希望を支えることにおいても、患者自身が主導権をもつことは重要である。医療者は、患者の病態生理を把握し、身体面での可能な状況を判断する。そして、患者にとって不利益を考慮し、様々な情報提供を患者へ与え、患者に選択肢を提示する。患者のその時々の迷いや悩みの揺れに寄り添いながら、患者の選択を支えていくことが重要であると考える。

4. 研究のまとめ

1）ステップ1、2、3のプロセス

遠藤[18]による“アクションリサーチの6つの局面”に類似したプロセスを辿ることができた。しかし、局面1～6においては、研究者一人でシートを作成したため、“合意に至った青写真をさらに検討”という点については不十分であった。勉強会を開催し、担当看護師とは事前に説明の場をもち、検討する機会を設定する以外に、シートを展開している間に、事例を通しての検討を行う必要があった。局面1～3は、初期だけでなく、局面6につなげていくために、フィードバックしていく局面でもあった。

局面4においては、シートの活用を中心に、担当看護師の行為によって、病棟看護師や医師にまで影響を与え、対象患者の“希望の表出と実現”へと進展させることができた。

局面5においては、担当看護師の気づきや、内省を中心に理解することができ、病棟看護師たちや患者からは、シートの評価に関わる示唆を導くことができた。

局面6においては、今回の課題である。評価結果を基に、病棟看護師たちと具体的に検討する必要がある。“終末期がん患者の希望に関する意思を支えたいという思い”を確認し、シートの活用、評価、修正を繰り返しながら、より充実したシートの開発を目指していく必要がある。

看護におけるミューチュアルタイプのアクションリサーチが第一義的にめざすものは個々のナースの願いの実現に向けての、専門職ナースとしての“自己革新”であると遠藤は述べている[19]。さらに、1人のナースの考え方や見方の変化と、それに伴う意味の変化と、さらに行為の側面の変化を含めた、ナース全体の変化であるとも言っている。さらに、1人1人のナースの自己革新は、その個人を超えて周囲に伝播していくと述べている[19]。本研究においても、担当看護師1人の自己革新によって、チーム看護師たちが患者へ関心を寄せ、看護方針を共有し、実践しながら、患者の意思を尊重することの大切さを再認識することができた。医師もまた、患者の意思決定を受け入れるように変化し、患者を中心とした医療者間のコミュニケーションが図れるようになった。

2）研究の成果

シートを活用する過程において、終末期がん患者の希望に関する意思を明確にし、ケアの方向性を導き、

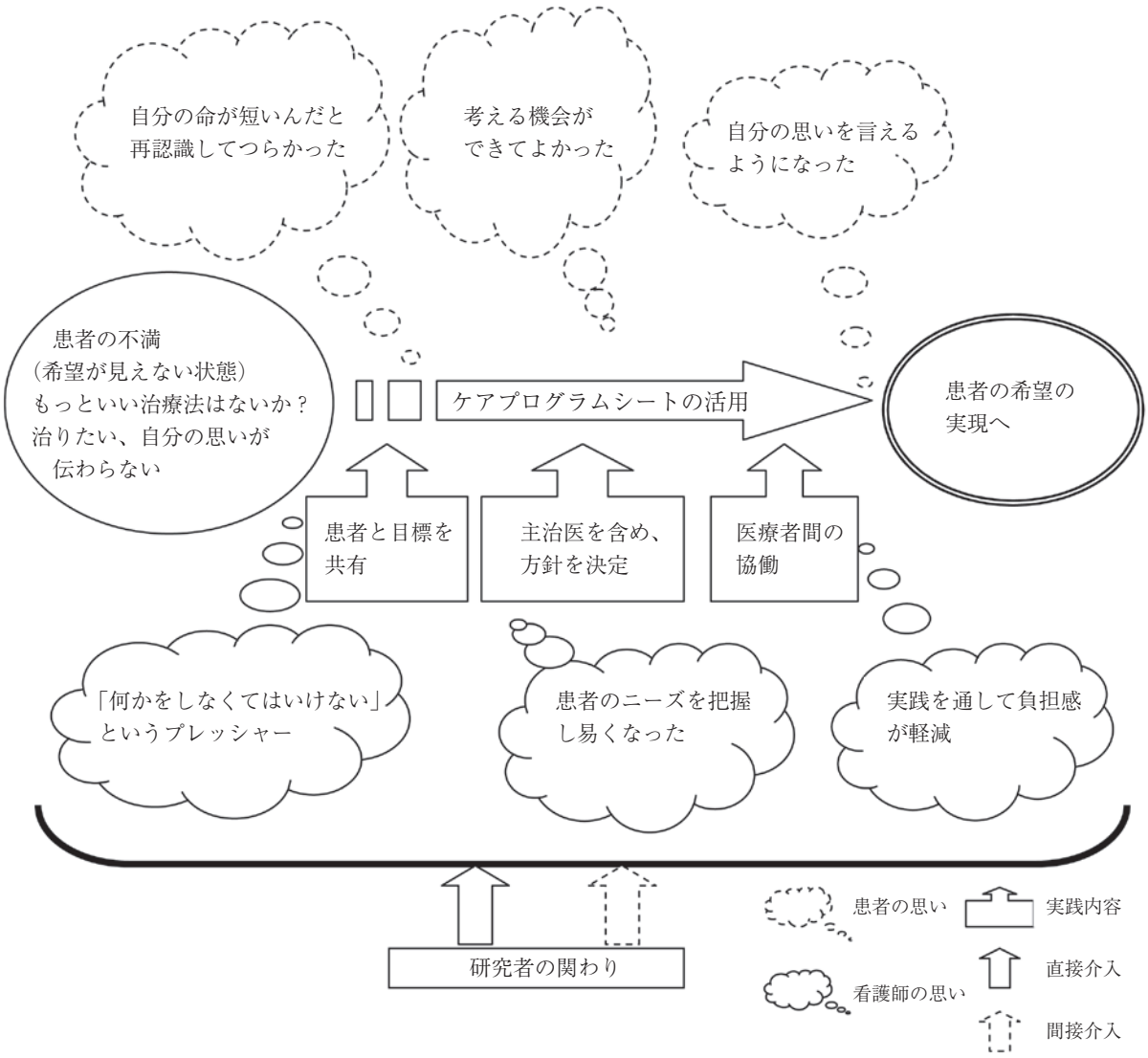

図 3.　アセスメントシート活用による目的達成過程

患者の希望の実現へ近づけることができたと考える。その過程においては、「患者と目標を共有」「主治医を含め方針を決定」「医療者間の協働」などが実践されていた。その結果、患者は自分の思いを表出できるようになり、担当看護師は、プレッシャーが緩和していった。

シートの内容の検討は必要であるが、今回の事例を通して、患者にとっても、看護師にとっても成長するきっかけになったと考える。

3）今後の課題

①ケアプログラムシートの内容について、身体・生理的側面を考慮した項目を追加するなどの検討を踏まえながら、より活用がしやすいように看護師と共に修正する。

②多くの患者に適応しながら、看護師の成長へとつなげていく。

V　結　語

ステップ 1 として、文献や研究者自身の経験から得られた知識をもとにオレムのセルフケア理論を駆使してケアプログラムシートを作成した。ステップ 2 として、ケアプログラムシートを使用して患者の看護過程を展開した。担当看護師が患者の情報を収集し、患者の希望を明確にした。その情報をもとに病棟カンファレンスをもち、他の看護師や医師と患者情報を共有し、その後、担当看護師が中心になり看護計画を立案した。患者用看護計画を患者に渡し、看護実践を行っ

た。ステップ3としての目的達成評価においては、患者は病状の悪化を伴いながらも、自己の意思を貫き、自分らしく生活できた。また担当看護師はケアプログラムシートを使用することにより患者の希望に添うことができ、前向きな姿勢で関わることでき、“希望を支える”実践につながった。さらに、他の看護師や医師たちも、患者のことを第一に考え協働する姿勢が見られるようになった。

以上のことから、ケアプログラムシートの完成度は十分ではないが、担当看護師の終末期がん患者の希望を支えることについて学びになったといえる。今後、さらにケアプログラムシートに身体・生理的側面を考慮した項目を検討し、実践に即したシートの修正と、さらに多くの終末期がん患者に活用し、看護師たちとともに“終末期がん患者の希望を支える看護”を実践できるようにしていきたい。

Ⅵ　謝　辞

心身ともに苦しい状況の中、本研究に快くご協力いただきました患者様方に心より感謝申し上げます。忙しい業務の中、研究協力者として担当看護師方にも心より感謝申し挙げます。また、研究の場を与えていただいた病院のスタッフの皆様にも感謝申し上げます。

なお本研究は、財団法人安田記念医学財団「癌研究奨学金」により助成を受けた研究であります。

引用・参考文献

1. 濱田由香　佐藤禮子：終末期がん患者の希望に関する研究、日本がん看護学会誌、16：15－25（2002）
2. 久野　裕子：終末期がん患者の希望、高知女子大学看護学会誌、 27：59－67（2002）
3. 射場典子：ターミナルステージにあるがん患者の希望とそれに関連する要因の分析、日本がん看護学会誌、14：66－77（2000）
4. 奥野かずみ　大西和子：A study on “hope ”of Terminal Cancer Patients in the Mature Stage、三重看護学誌、7：123－135（2005）
5. 中恵美子：末期がん患者の希望に関する研究、死の臨床、21：76－79（1998）
6. 梅田恵：末期患者のもつ『希望』についての分析、死の臨床、17：171（1994）
7. 山口厚子：終末期がん患者の生きる意味の探求、看護研究、36：49－61（2003）
8. 土居内麻里：終末期がん患者の療養上の意思決定、高知女子大学看護学会誌、31：19－26（2006）
9. 柏木哲夫　藤腹明子：系統看護学講座10ターミナルケア、第版、医学書院、東京.（2005）
10. エーリッヒ・フロム（Erich　Fromm）：希望の改革、第1版、紀伊國屋書店、東京.（1969）
11. ドロセア　E. オレム（Dorothea　E. Orem）：オレム看護論、第4版、医学書院、東京.（2005）
12. コニー・M・デニス（Connie　M. Dennis）オレム看護論入門、第1版、医学書院、東京.（1999）
13. 大場正巳　遠藤恵美子　稲吉光子：新しいがん看護、第1版、ブレーン出版、東京.（1999）
14. 田村恵子：終末期患者へのスピリチュアルケア、ターミナルケア、10：103－107（2000）
15. 沼野尚美：希望を支える、ターミナルケア、14：512－514（2004）
16. 内布敦子：終末期がん患者の看護援助について－Peaceful Death を導く患者看護師関係－、がん看護、1：160－163（1996）
17. パトリシア J ターソン　内布敦子 他：Symptom Management 患者主体の症状マネジメント、第1版、日本看護協会出版会、東京.（2003）
18. 遠藤恵美子：がん看護領域における研究結果を看護実践に導入する、がん看護、6：357－361（2001）
19. 遠藤恵美子：看護におけるアクションリサーチ－ミューチュアルアプローチの理論、看護研究、34：17－21（2001）

要　旨

研究目的：一般病棟での終末期がん患者の希望を支え、最後までその人らしく生きるためのケアプログラムシートを作成し、そのシートを使用することでシートを検証すると共に看護師の学習効果を検討する、ことであった。

研究方法：アクションリサーチを使用し、対象者を患者 1 名、看護師 1 名で行った。

結果と考察：ケアプログラム作成においては、文献検討と研究者の経験的知識およびセルフケア理論を基礎にしてプログラムシートを作成した。そして、そのケアプログラムを活用し、担当看護師が患者の情報を収集し､患者の希望を明確にした。その情報をもとに病棟カンファレンスをもち、他の看護師や医師と患者情報を共有し、その後、担当看護師が中心になり看護計画を立案した。患者用看護計画を患者に渡し、看護実践を開始した。患者は病状の悪化を伴いながらも、自己の意思を貫き、自分らしく生活できた。また担当看護師はケアプログラムシートを使用することにより患者の希望に添い、前向きな姿勢で関わることができた。つまり、“希望を支える”実践につながり、終末期がん患者へのアプローチの仕方を学ぶことができた。

キーワード：：終末期患者、希望、意思決定、ケアプログラムシートアクション・リサーチ