

研究ノート

一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識



山出 瑠望¹⁾, 糸島 陽子²⁾

¹⁾ 彦根市立病院

²⁾ 滋賀県立大学

要旨 超高齢社会をむかえた日本では、非がん高齢患者は今後も増加すると予測される。しかし、非がん患者は、がんに比較して終末期の症状は多様であり、本人も医療者もエンド・ポイントを判断することは難しい。そのうえ、先行研究では非がん患者の看取りの実態も明らかにされておらず、緩和医療や看取りについての体制整備も十分ではない。そこで、本研究では、一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識を明らかにすることを目的とした。研究協力者は、非がん高齢患者の終末期看護を経験したことがある看護師 10 名で、「日々のなかで非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアをどのように考え感じたりしているか」について半構造化面接を実施した。その結果、一般病棟看護師は、時代の変化とともに生きてきた高齢患者に対し、患者の意思を尊重した関わりができないもどかしさを抱いていた。その一方で、苦痛を和らげ、患者の意思に寄り添い、患者にとっての最善と日常生活機能や認知機能の低下した患者の尊厳ある最期を支えたいと感じていた。

キーワード 非がん高齢患者、一般病棟、終末期緩和ケア、看護師、認識

I. 背景

平成 29 年の人口動態統計によると、死亡数の主な原因について、悪性新生物 37 万 3,000 人、心疾患 20 万 4,000 人、脳血管疾患 10 万 9,000 人、肺炎 9 万 6,000 人と推計しており、非がん患者の死亡数は、がん疾患患者の死亡数よりも多い。また、内閣府は平成 29 年度の日本の高齢化率を 27.7% と発表しており、今後も非がん高齢患者の割合が増加していくことが推測される。

清田 (2015) は、緩和医療の提供時期に関して「ケアの提供の仕方を検討するためにも患者の予後を予測

することが必要になる」が、「がん患者と異なり非がん患者の予後予測は大変困難であり、現在のところ適切な予後予測手段は確立されていない」としている。また、Oishi & Murtagh (2014) は、イギリスやアメリカで、緩和ケアを利用する非がん患者の割合は増加しつつあるが、緩和ケアを受けることなく亡くなっていく非がん患者が多くいることを指摘しており、日本だけではなく海外でも非がん患者への緩和ケアがまだまだ普及していないのが現状である。

非がん終末期患者の緩和ケアについて、中山・加賀美・井本・一木・津田ら (2012) は、「死亡者の多くを占める非がん患者の看取りについては、その実態さえも明らかになっていないのが現状」であり、吉田 (2013) は、「非がん患者における緩和医療や終末期の看取り医療については、診療報酬、介護保険制度などいまだに系統的な体制が確立していない」と指摘している。

非がん患者の看取りに関する先行研究では、岡本 (2014) の病院や在宅、施設での看取りの移行における看護師の困難要因や、横山・上田ら (2015) の在宅終末期ケアに関する国内外の研究動向など、在宅療養をしている療養者に焦点を当てているものが多く、一般病棟に入院する非がん高齢患者の終末期緩和ケアに対する研究

Recognition of nurse in general wards:
interviews on non-cancer elderly patients in end-of-life palliative care

Runo Yamade¹⁾, Yoko Itojima²⁾

¹⁾ Hikone Municipal Hospital

²⁾ School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2018 年 9 月 30 日受付, 2019 年 1 月 24 日受理

連絡先: 山出 瑠望

彦根市立病院

住 所: 彦根市八坂町 1882

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

はほとんどみあたらなかった。

II. 目的

本研究の目的は、非がん高齢患者への終末期緩和ケアについて一般病棟看護師はどのように考え、感じているのかを明らかにすることである。

本研究の意義は、非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識が明らかになることで、終末期緩和ケアを実践している看護師への支援につながるとともに、非がん高齢患者への終末期緩和ケアの質を高めることが期待できる。

III. 用語の定義

緩和ケアに対する認識：身体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・スピリチュアペインを和らげ、患者の Quality of Life（以下 QOL と略す）を維持・向上させるケアに対し、どのように考え、感じているかとする。

終末期：病状が不可逆的に進行し、日常生活機能や食事摂取量が著しく低下している時期。

非がん高齢患者：がん以外の慢性疾患（呼吸器疾患、循環器疾患等）や認知症に罹患している 65 歳以上の患者。

IV. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究。

2. 研究協力者

非がん高齢患者の終末期看護を経験したことがある看護師 10 名で、管理職等の役職を持たない看護師とする。

3. データ収集方法

一般病院 A 施設の看護部責任者に研究協力を依頼し、研究協力の候補者の選定をしてもらった。研究協力の候補者には、研究者が文書と口頭で研究依頼を実施し、同意が得られたものを研究協力者とした。

研究協力者に対して、非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアに関するインタビューガイドを作成し、2016 年 8～9 月に半構造化面接を実施した。インタビューガイドは、①これまでどのような非がん高齢患者さんの終末期を受け持ったか（事例が多い場合は特に印象に残っている事例）、②日々のなかで非がん高齢患者に対する終末期緩和ケアをどのように考えたり、感じたりしているかについてである。研究協力者の基礎情報として、

臨床経験年数、勤務経験病棟についても情報収集した。面接場所は、研究対象者が自由に語ることができ、かつプライバシーを保つことができる研究協力施設内の個室とした。時間は 1 人 30～50 分で、研究協力者の了承を得たうえで、面接内容を IC レコーダーに録音した。

4. データ分析方法

最初に、面接時の IC レコーダーの録音内容から逐語録を作成した。非がん高齢患者における終末期緩和ケアに対し考えたり、感じたりしていることに関する内容を抽出し、コード化を行い、コード化したデータを類似点・相違点に着目しながら全体分析を行い、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。また、研究協力者の語りとカテゴリーの解釈にずれが生じていないか、研究者間でくり返し確認した。さらに、研究協力者に確認を依頼し、分析内容の一致や信頼性・信憑性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

公立大学法人滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を得て本研究を実施した（承認番号第 539 号）。研究協力者には、文書と口頭にて研究の趣旨、方法、目的・看護への貢献、予測される結果・危険性、プライバシーの厳守について説明したうえで、文書によって同意を得た。研究への参加は任意であり、不参加や同意撤回によって何ら不利益を受けることはないことを保証した。また、終末期緩和ケアに対する考えや感じていることを語ってもらうため、気持ちに変化が生じたり、つらくなったときには、ただちに中止することを説明した。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力施設である A 病院は、地域の急性期医療を担う医療施設で、がん拠点病院でもあり、緩和ケアチームが存在する。研究協力者は 10 名で、臨床経験年数は 2～12 年であった。10 人目で新たなカテゴリーは抽出されなかったため 10 名で終了とした（表 1）。

2. 非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識

非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識は、163 コードが抽出され、33 サブカテゴリー、6 カテゴリーが生成された（表 2）。

以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》, コードを < >, 研究協力者の語りを『斜字』で示す。

カテゴリーの結果図を作成し、簡潔に文章化してストーリーラインを示す。

一般病棟看護師の認識は、日々非がん高齢患者に終末期緩和ケアを実施するうえで、【苦痛を和らげて安らいでもらいたい】と考え、また患者だけでなく、家族に対

表 1 研究対象者の概要

	性別	臨床経験年数	勤務経験のある病棟
A	男性	2年	呼吸器内科
B	女性	2年	循環器内科
C	女性	2年	循環器内科
D	女性	12年	脳神経外科, 消化器外科, 泌尿器科
E	男性	2年	循環器内科
F	女性	2年	呼吸器内科
G	女性	3年	呼吸器内科
H	女性	10年	脳神経外科, 小児科
I	女性	2年	循環器内科
J	女性	11年	糖尿病内科, 泌尿器科, 外科, 婦人科, 脳神経外科, 皮膚科

表 2 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー
苦痛を和らげて安らいでもらいたい	安らいでもらえるようなケアをしたい
	麻薬を使ったほうがいい
家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい	家族に患者さんとの最期の時間を過ごしてもらいたい
	受け入れのための家族へのケアも大事
急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい	患者さんに合わせて関わるのが難しい
	思うように関わるができずもどかしい
	急に亡くなられてびっくりした
	患者さんや家族の思いがわからず関わり方に悩む
	延命のための治療をどこまでする決定するのが難しい
	家族の意思で生かされていると感じる
	家族の意思で延命治療がなされると感じるが自分の最期は自分で決めたいと思う
	抑制されたり弱っていく姿を見て何もできないのは辛い
治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる	抑制することが正しいとは思わない
	ギアチェンジするポイントがある
	命だけが延びても仕方がない
	経験を積むことでできることが増える
	患者さんに対して何もできないことにもどかしいとは思わない
	死にマイナスのイメージはない
	ギアチェンジすることに納得できる
	治療をしない決定にほっとした気持ちになる
	治療するという考えは持ち続けたい
	良くなってよかったなという思い
非がん患者さんもがん患者さんも緩和ケアに違いはない	
認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい	患者さんの尊厳や思いを大切にしたい
	身体を清潔にしてあげたい
	最期まで自分の口から食べさせてあげたい
訴えないからこそ最期まで見ていきたい	訴えないから意識がいかない
	優先順位は上じゃないが意識して関わるようにしている
	最期まで責任を持って見ていきたい
	自分にできることはしてあげたい
	誰が担当でも同じようにケアできるようにしたい
	できることはやってきた
	辛いという気持ちを忘れてはいけない

しては、【家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい】という思いを抱いていた。そのなかで、【急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい】と感じつつ、【治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる】と考え、ギアチェンジし、死を迎えようとする非がん高齢患者に対し、【認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい】、【訴えがないからこそ最期まで見ていきたい】という思いをもっていた（図1）。

1) 苦痛を和らげて安らいでもらいたい

『呼吸ができんことで息苦しいっていうのって、一番多分死を連想させるっていうのがあるので、それがないようにその人の感じる苦痛がなくなるように考えている』と《安らいでもらえるようなケアをしたい》と考えていた。『非がんの終末期患者さんは心不全の人とかが多いかなと思うんですけど、ゼーゼーいってしんどそうにしてはるのを見たりすると、麻薬とか使ってちょっとでも楽になってもらうほうがいいかな』など、苦痛を取り除くために《麻薬を使ったほうがいい》という思いをもっていた。

2) 家族に最期の時間を患者と過ごしてほしい

『うちの人が来てはったら、家の人と喋ったりして、本人さんのケアにもし入れそうやったら一緒に入ってもらったり』や『病院で過ごしたい人もいろいろ、家で過ごしたい人もいろいろ（中略）家族がいる人やったら家族と一緒に過ごしたほうがいいんじゃないかな』など、《家族に患者さんとの最期の時間を過ごしてもらいたい》という思いや『少しずつ

ですけど状態が悪くなっていかれるのでそれを家族さんが受け止められるように声かけたり』といった《受け入れのための家族へのケアも大事》という思いを抱いていた。

3) 急に状態が悪くなるため患者の意思を尊重した関わりができずもどかしい

『そのまま多分違う病院に行かばるか、施設に行かばるかと思ってたので、（亡くなられて）若干びっくりした』と、《急に亡くなられてびっくりした》という驚きを感じていた。また、『急に悪くなったりすると、ゆっくり説明していきたくないじゃないですか、ゆっくり時間をかけることができひんけど、受け入れてもらわなあかんっていう時がもどかしいです』と《思うように関わるができないことがもどかしい》や、『周りで誰かが亡くなったりとか病気になったっていう経験がないから、（中略）家族もわからへんのやろなって思う』など、患者や家族の思いがわからず、《延命のための治療をどこまでするか決定するのが難しい》という思いを抱いていた。

さらに、『点滴漏れ見たりとか、ミトンまでつけられて鼻のチューブとか入れたりするまで、この人はそんなにまでしてほしいのかなって思う』や、『あんな管だらけになって夜も寝られんくって、昼間寝てたら起こされて、（中略）家族が勝手に自分らの気持ちを押し付けてるだけなんじゃないかなって思う』や『抑制とかされてまで色んな管付けられてるのは個人としては悲しい気持ちになる』など、延命のための治療を続ける患者に対して《家族の意思で生かされている》

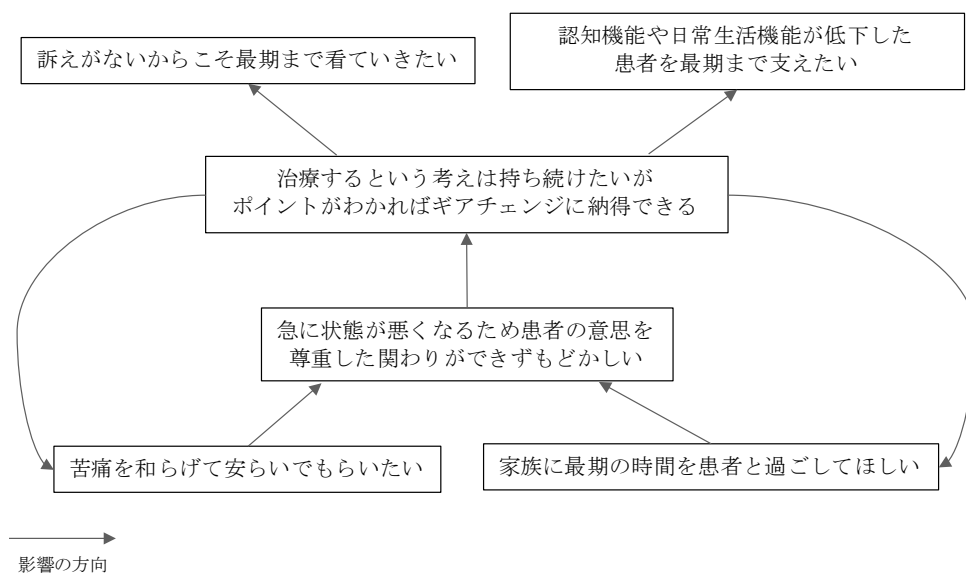


図1 一般病棟に勤務する看護師の非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する認識の構造

と感じていた。

- 4) 認知機能や日常生活機能が低下した患者を最期まで支えたい

『シャワーに入るか、清拭をするか、介護浴ってあるけど、(中略)ほんまやったら湯船につからせてあげてお風呂に入ってるっていう感じをさしてあげたい』や、『ご飯が食べられなくなって点滴をするのか、注入をするのかっていうのも色々あるけど、なるべく最期まで自分の口で食べさせてあげたいなっていうのはある』など、日常生活機能の低下した患者に対し、人間が生きていくうえで必要とされる日常生活の支援を大切にしていた。

また、『家族が生かしてほしいってなったら点滴も挿管も使われるけど、家族が何もしなくていいですってなったらその人の命ってそれで終わってしまうから、判断できひんのはわかるけど、自分の最期くらい自分で決めたいなっていうのは私の中にある』と《家族の意思で延命治療がなされると感じるが自分の最期は自分で決めたい》と感じ、『非がん患者さんやと、結構高齢の方90代とかの方も多いので、その方の意思っていうところが尊重されにくくて、どうしてほしいかっていうのが伝えられないんで(中略)その方の意思がどこにあるか考えながらケアする』という思いを抱いていた。

- 5) 治療するという考えは持ち続けたいがポイントがわかればギアチェンジに納得できる

『嚥下できひんって時点でやっぱりもう点滴だけになるからそこが(積極的な治療を止める)切り替えになりやすい』や『先生が今後どうされますかってなって、じゃあ何もしない、延命は希望しないってなったときにその人の状況を知っていると納得できる部分もあります』など、患者にとってのギアチェンジのポイントを見つけることで、『ギアチェンジすることに納得できる』、死に向かっていく患者に対しても『経験を積むことでできることが増える』ことがあると感じていた。

また、『治療することだけがほんまにいいことなんかなくて、命だけが延びてもしょうがないしって私は思う』や、『一切何も(治療を)行いませんってならはったときは、それまでの経過がすごい長い人とかだと、ほっとしたような気持ちになるというか、患者さんも解放されやるんかなっていうふうに感じます』など、『治療しない決定にほっとした気持ちになる』と感じていた。その一方で、『病院にいる限りはやっぱり治療とかっていう考えはもっとかなあかんのかなって思う』など、終末期に置かれた非がん高齢患者に対しても『治療するという考えはもち続けたい』と考えていた。

- 6) 訴えがないからこそ最期まで見ていきたい

『急性期はやっぱり状態が変化しやすいので、そっちに手がかかると、何も言わない、動かない患者さんはどうしても落ち着いてるからいつも通りみたいな風になったりする』と話すことが困難となった患者は意思表示をすることが難しくなることで、『訴えがないから意識がいかない』と感じていた。しかし一方で、『多分一番は重症な人を一番に看なあかんのですけど、その次か次くらい、そんな一番下ではない』や『一緒に精いっぱい最期まで生きようというか、闘おうみたいな気持ちで、できないところはお手伝いさせてもらってっていう風に病棟のみんなと動いてるつもりです』など、『優先順位は上じゃないが意識して関わるようにしている』や『最期まで責任をもって見ていきたい』と考えていた。

VI. 考 察

1. 非がん高齢患者の終末期緩和ケアの認識の特徴

今回の研究では、川野邊(2011)のがん患者を対象とした緩和ケアに対する看護師の思いの研究ではみられなかった『身体を清潔にしてあげたい』、『最期まで自分の口から食べさせてあげたい』などの日常生活に関することが抽出された。これは、日常生活機能や認知機能の低下により、自立した日常生活行為や正しい判断・自己決定ができなくなる非がん高齢患者の終末期における特徴と考えられる。先城・作本・江口・野村・石谷ら(2015)は、急性期領域における死について、予測のできない急な死であることがあり、残された時間が極めて少なく患者が意思表示できないために、家族が代わりに今後について決定することを余儀なくされていると述べている。また、谷本・高橋・服部・田所・坂本・須藤・正木ら(2015)は、患者の状態悪化に伴い患者の意向がわからなくなるということを指摘している。今回の研究で、看護師は『急に亡くなられてびっくりした』と語っている。非がん高齢患者の終末期に置かれる患者のなかにも、緩やかに状態が悪化していくだけでなく、予期せず状態が悪化し、終末期へと移行した患者も存在すると考えられる。平成29年に厚生労働省によって実施された、人生の最終段階における医療に関する意識調査によると、一般国民において人生の最終段階における医療・療養について、家族と話し合ったことがある人の割合は43.4%であり、実際に意思表示の書面を作成している人は、わずか10.6%であった。今回の調査でも、看護師の認識から、患者の意思表示ができていないことによって、家族の意思が反映されていた。急性期から終末期に至るまでの経過が早かった場合や、認知症などにより認知機能が低下した場

合に、家族との話し合いや意思表示の書面作成が十分にされていないことによって、患者の意思がわからず、今後の決定が困難になり、患者の意思を反映したケアができないことへのもどかしさにつながっているのではないかと考えられる。将来の意思決定能力の低下に備え、患者や家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合うアドバンス・ケア・プランニングは不可欠で、患者の意思が伝えられる段階で確認しておく必要があると考える。事前に患者の意思を確認しておくことで、医療従事者や家族が患者の価値観や意思を尊重して関わることができるのではないかと考える。また、岡本(2014)が「高齢者が拘束による苦痛が付加された人生の最期を送る場合がある」と述べている。非がん高齢患者の終末期には、延命治療におけるデバイス類の自己抜去を予防するために最低限の抑制がなされていた。今回の研究結果から、看護師は抑制することが正しいとは思わないと思いつつも、家族の意思を尊重するがゆえに患者を抑制しなければならず、患者の最期の在り方に対してもどかしさを感じながらケアを行っていたと考える。

高齢者患者の終末期緩和ケアを行っていくうえで、家族との関わりも生じてくる。今回の研究で、残された時間がわずかである患者との最期の時間を家族と過ごしてほしいという思いが抽出された。この認識は、川野邊(2011)の研究でも類似したカテゴリーが見られたため、非がん患者、がん患者を問わず最期のときは家族と過ごして欲しいという共通の認識であったと考える。

さらに今回の研究で、苦痛を和らげるために麻薬を使用したほうが良いと感じる看護師もいた。横山ら(2015)は、オランダの調査から非がん患者に対し死亡する2週間前にオピオイドが処方されていること、多くの非がん患者が苦痛の中で死亡していることを指摘している。日本においても、非がん患者の苦痛を緩和させるために、早期から麻薬を使用するなど、チームで苦痛緩和への取り組みをしていく必要がある。

2. 非がん高齢患者の終末期緩和ケアへのギアチェンジ

看護師は、終末期における非がん高齢患者の延命のための治療をどこまで続けるかの決定の難しさを感じていた。非がん高齢患者において、予後が予測できないこと、積極的な治療を止めるギアチェンジのポイントがわかりにくいことが、治療の中止・不開始の判断を困難にさせる原因であると考えられる。そのなかで、慢性腎不全の透析患者において、「全身状態が悪く、血圧の著明な低下のため、医師が透析を施行できない、あるいは、施行するほうが生命に危険があると判断した場合」(岡田, 2008)に透析を中止しており、慢性腎不全患者にとってギアチェンジする1つのポイントとなりうるということがわかる。さらに今回の研究からも看護師はギアチェンジするポイントがあるという認識をもち、難しいとされるギアチェ

ンジに対してポイントを見つけることで、ギアチェンジすることに納得できていることが明らかとなった。また、積極的な治療を止めることが決まったときに「ほっとした気持ちになる」という思いをもっている看護師もいた。本人の意思がわからず家族の意思が尊重され、延命治療がなされている患者を見ていられないと感じているために、積極的な治療を止めることが決まった際には、ほっとした気持ちになるのではないかと考える。苦痛の緩和や、患者の意思の尊重した看護が思うようにできないまま日々関わることにもどかしさや無力さを感じる看護師にとって、ギアチェンジするポイントがわかることは、精神的な負担を軽減することにつながるのではないかと考える。その一方で、治療するという考えはもち続けたいと考える看護師もいることが明らかとなった。研究協力施設は急性期医療を担う医療施設であり、一般病棟には急性期から終末期までの患者が混在している。病院に入院するということは、医師や看護師、薬剤師などの多職種で構成された医療チームのもとで質の高い医療やケアを受けることができるということである。病院は治療する施設という認識があることから、患者が終末期に置かれている状況でも、状態が良い方向に向かえば、よかったと感じ、治療をするという考えをもち続けたいと感じる看護師もいる。日々患者と関わるからこそ、治療により生かされていることに対し、見ていられない辛さを人として感じ、ギアチェンジに納得したり、ほっとした気持ちになったりする。その一方で、病院という医療施設に勤務する医療者として治療という概念をもち続けたいという葛藤があるのではないかと考える。

今回の調査で看護師から多く聞かれたのが、「訴えないから意識がいかない」という思いであった。終末期の非がん高齢患者のなかには、自分の意思を伝えることが困難になる患者も存在し、身体的苦痛などを訴えられなくなることがある。また、一般病棟には急性期から終末期までさまざまな段階の患者が入院している。急変時に速やかに対応できるよう意識が急性期や重症の患者に向いていることが、非がん高齢終末期患者に意識がいかないことに関係しているのではないかと考える。さらに、永井、池田、織田ら(2008)は、「わが国の緩和ケア病棟の施設基準では、受け入れ可能疾患は終末期の悪性腫瘍とAIDSである」と述べており、終末期の非がん患者は緩和ケア病棟での療養ができない。そのため、退院や転院をしない限り一般病棟で療養を続けることになる。また今回対象とした患者は、高齢者である。時代の変化とともにさまざまな経験をしながら生きてこられていることから、患者の意思の尊重と同様に、患者が築き上げてきた考え方や価値観、人生そのものを大事にしたいという思いをもちながら、看護師は日々ケアを行っていたのではないかと考える。急性期医療を担う医療施設であ

ることで、重症患者へのケアが大部分を占める。そのなかでも、終末期の非がん高齢患者の人生を最期まで責任をもって見ていきたいという思いを大切にしていたのではないかと考える。

Ⅶ. 結 論

非がん高齢患者への終末期緩和ケアに対する看護師の認識は、時代の変化とともに生きてこられた高齢患者に対し、患者の意思を尊重した関わりができないもどかしさを抱いていた。その一方で、患者と家族の最期の時間を大切にしたいと感じ、さらに、苦痛を和らげ、患者の意思に寄り添い、患者にとっての最善と日常生活機能や認知機能の低下した患者の尊厳ある最期を支えたいと感じていた。

Ⅷ. 研究の限界と課題

今回の研究は、1施設の結果であることや、がんを含めた複数疾患を有した高齢者が多く、非がん高齢患者の終末期緩和ケアに限定した認識とはいえない可能性がある。また、臨床経験年数によって認識に違いが出てくることは否めない。しかし、非がん高齢患者に対する看護師の認識を研究したものは少ないことから、今回の結果は非がん高齢患者への終末期緩和ケアの向上や、看護師の精神的支援につながることを期待できる。今後、対象者を増やし、非がん高齢患者の終末期緩和ケアについて研究をすすめていきたい。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、研究内容にご理解をいただきご協力いただいた看護部の皆様、お忙しいなかお時間をとっていただき、貴重な経験や思いをお話しくさいました研究協力者の皆様に心よりお礼申し上げます。

文 献

- ・ Oishi, A. & Murtagh, F.E (2014). The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: A systematic

reviews from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med*, 28 (9), 1081-1098.

- ・ 川野遼祝 (2011). 一般病棟でターミナル期に関わる看護師の緩和ケアに対する思い. 神奈川県立保健福祉大学看護教育研究集録, 看護教育研究集録, 36, 301-308.
- ・ 清田礼乃 (2015). 【地域で行う緩和ケア】非がん患者への緩和ケアについて (解説/特集). 月刊地域医学, 29 (7), 525-530.
- ・ 厚生労働省 (2018-3-14). 「人生の最終段階における医療・ケアにおける決定プロセスに関するガイドライン」について.
 - ・ <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- ・ 厚生労働省 (2018-09-07). 平成 29 年 (2018) 人口動態統計の年間推計.
 - ・ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index.html>
- ・ 永井英明, 池田和子, 織田幸子 (2008). 緩和ケア病棟における後天性免疫不全症候群患者の受け入れについての検討. 月刊医療, 62 (8), 436-439.
- ・ 中山初美, 加賀美由旗, 井本久紀 (2012). 【慢性呼吸器疾患の終末期ケア Basic】終末期患者がその人らしく生きていくための退院調整 (解説/特集). 月刊呼吸器ケア, 10 (9), 963-969.
- ・ 岡田一義 (2008). 終末期における透析中止—第 52 回日本透析医学会教育講演より—, 透析学会誌, 41 (1), 29-37.
- ・ 岡本あゆみ (2014). 非がん高齢患者の終末期を経験した看護師の意識調査. 淑徳大看栄紀, 6, 61-70.
- ・ 先城千恵子, 作本希美, 江口亜利沙 (2015). クリティカルケア領域の看護師と緩和ケア領域の看護師の終末期ケアにおけるジレンマ. 中四国立病機構国立療養所看研会誌, 11, 227-230.
- ・ 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. 日本緩和医療学会誌, 10 (2), 108-115.
- ・ 横山まどか, 上田泉 (2015). 非がん患者の在宅終末期ケアに関する国内外の研究動向. 札幌保健科学雑誌, 4, 51-58.
- ・ 吉田茂夫 (2013). 【がんだけじゃない! 緩和医療—近年話題となっている非がん領域の緩和医療を中心に—】非がん患者における緩和医療・終末期医療の諸問題 (解説/特集). 月刊治療, 95 (7), 1331-1337.