

終末期がん患者の「深い持続的鎮静」の実施と QOL

—緩和ケア病棟に配属された看護師に求められる倫理的配慮の視点—

吉澤千登勢¹⁾・向井知美²⁾

¹⁾ 帝京平成大学 健康医療スポーツ学部 看護学科

²⁾ 地方独立行政法人 山梨県立病院機構 山梨県立中央病院

Deep Continuous Sedation and Quality of life of Terminal- Stage Cancer Patients:

Ethical Roles of Nursing Staff on Palliative Care Wards

YOSHIZAWA Chitose¹⁾ and MUKAI Tomomi²⁾

Abstract

Purpose : The authors investigated the ethical roles of nursing staff on palliative care wards who provide deep continuous sedation and maintain the quality of life of terminal-stage cancer patients.

Methods : Fifteen nurses completed a questionnaire survey that included 15 multiple-choice items and an open-ended question on psychological-spiritual care for patients. The collected responses were analyzed using the Mann-Whitney U test for quantitative data and content analysis for qualitative data.

Results : The analysis revealed that 70 % of nurses studied sedation prior to joining a palliative care ward. However, 30% of nurses indicated that they do not understand the definition of sedation and 50% of nurses indicated that do not understand levels of sedation. Overall, 80 % of nurses responded that informed consent is used to promote patient autonomy and that each patient's decision-making should be clear in the patient's mind. Responses to the open-ended question were grouped into the following categories: 'Consideration of the dignity and quality of life of the patient' and 'Evaluating the quality and effects of deep continuous sedation'. **Conclusion** : The following ethical issues for nursing staff were identified: It is extremely important for nurses to understand medical science. Nurses must improve their consideration of the dignity and quality of life of patients and their families.

Keywords : 深い持続的鎮静・QOL・緩和ケア病棟の看護師

I. 諸言

終末期がん患者の強度な身体的精神的苦痛は筆舌に尽くし難く、痛みから解放されたいという思いは切実な願いである。これらの苦痛を緩和するための方法のひとつに「鎮静」がある。日本緩和医療学会によると、「鎮静」とは、①患者の苦痛緩和を目的に意識低下をさせる薬剤の投与、あるいは②投与薬剤により意識低下を意図的に維持することで、終末期がん患者の20～35%に「深い持続的鎮静（言語的・非言語的コミュニケーションができない深い意識低下をもたらす）」が施行されていると試算している¹⁾。また同学会は、「鎮静」実施時に、3つの倫理的側面—①意図（苦痛緩和が目的）、②自律性（患者の意思決定能力あるいは家族の推定意思・同意）、③相応性（鎮静選択が相対的に最善である）—からの評価を課している（日本緩和医療学会；苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版、以下『ガイドライン2010』と記す）¹⁾。

また緩和ケアについては、WHOが、「痛みやその他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行い、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（Quality of life）を改善するアプローチである」と定義し、患者のQuality of life（以下、QOLと示す）に配慮したケアの提供を求めている²⁾。

以上のことから、終末期がん患者の「深い持続的鎮静」時の看護において、前述の『ガイドライン2010』が課す「意図・自律性・相応性」の的確な評価や、患者・家族のQOLへの配慮は欠くことのできない重要なケアである。

しかし、緩和ケア病棟に勤務する全看護師が、緩和ケアやがん性疼痛看護などの専門資格（認定・専門看護師）を有しているわけではないので、「鎮静」に関する知識や技術が十分にあるとはいえない現状がある。

そこで本研究では、緩和ケア病棟に配属された看護師が、終末期がん患者の「深い持続的鎮静」の実施とQOLについて、いかなる倫理的視点や判断をもってケアを行っているのかを明らかにする。

II. 研究目的

緩和ケア病棟に配属された看護師が、終末期がん患者の「深い持続的鎮静」の実施とQOLについて、『ガイドライン2010』が課す倫理的側面（意図・自律性・

相応性）に関し、どのようなケアを行っているのかを明らかにし、今後の看護実践の質を高めるための示唆を得ることとする。

III. 研究方法

1. 対象者：A県B病院の緩和ケア病棟に勤務する全看護師15名

2. デザイン：無記名自記式質問紙調査

3. 調査期間：平成27年7月

4. 調査項目：①基本属性、②鎮静の3つの倫理的評価（意図・自律性・相応性=15項目）、③自由記述（Informed Consentで説明すべき内容、「深い持続的鎮静」の実施について患者・家族の意向が異なる場合にどうするか、家族の推定意思により「鎮静」を行う際の看護師の配慮の視点、「深い持続的鎮静」開始後の有害事象等の定期的評価の内容、「深い持続的鎮静」開始後の患者の精神的・スピリチュアルな苦痛及び家族へのケアについて）の3部構成とした。なお②の項目は、『ガイドライン2010』が示す3つの倫理的側面の解説を基礎資料に作成した（意図＝「鎮静」に関する知識の修得状況について、自律性＝患者・家族の意思決定および同意能力に関して、相応性＝「鎮静」以外に苦痛を取り除く方法がないか否かについて尋ねた）。

5. データ収集方法：看護部長及び病棟師長に、研究目的・方法、倫理的配慮について明記した依頼文と無記名自記式調査票を用いて口頭および文書にて説明し、調査協力を依頼し承諾を得た。また研究対象者には、研究者が依頼文・無記名自記式調査票・投函用封筒を配布し、2～3週間をめどに指定したボックスへの投函を依頼した。同意については、対象者の自由意思による記入及び投函をもって確認した。

6. 分析方法：基本属性は記述統計量を、鎮静の3つの倫理的側面（意図・自律性・相応性）については緩和ケア病棟勤務年数とのクロス集計や尺度（名義・順序）に応じてカイ二乗検定およびMann-WhitneyのU検定を行った（統計解析SPSS ver22）。自由記述については、データを患者と家族に分け、一文一文、類似性に基づいて内容分析しカテゴリ化した。なお、分

析のプロセスにおいては、共同研究者間で検討を重ね、信頼性を担保した。

7. 倫理的配慮

対象者に、本研究の趣旨および倫理的配慮（①研究協力の有無は自由意思である、②調査は無記名で、得られたデータはプライバシーの保護に留意し匿名化する、③データは決められた期間、鍵のかかるロッカーに厳重に保存し、終了後はシュレーダにかけ廃棄する、④電子データは研究終了後、復元不可能なソフトを用いて処理する、⑤学術目的で研究成果を公表する場合にも個人情報の扱いには細心の注意を払う）旨について紙面・口頭にて説明した。なお、本研究は、「山梨県立中央病院看護局看護研究倫理審査委員会」の承認（No.12）を経て実施した。また、本研究の実施に際しては、特定の企業や団体からの資金援助は受けていない。

IV. 結果

対象者 15 名全員から回答があり、全てを有効回答

とした（有効回収率=100.0%）。

1. 基本属性

年齢は 24 ～ 58 歳で、看護師経験年数は 1 ～ 37 年、緩和ケア病棟勤務年数は 3 ヶ月～6 年（1 年未満=6 名、1 ～ 4 年未満=5 名、4 ～ 7 年未満=4 名）で全員が女性であった。また資格（複数回答）は看護師=15 名、保健師=2 名で、認定および専門看護師の資格保有者はいなかった。

2. 緩和ケア病棟勤務年数別「鎮静の 3 つの倫理的側面」に関するケアの実践

1) 鎮静：意図（鎮静を実施する目的）について（表 1）

緩和ケア病棟の勤務年数と「鎮静」に関する知識の修得状況をカイ二乗検定で測定したが、何れの項目も有意差はなかった。

「緩和病棟配属前の鎮静自己学習」については、「行った」が 11 名（73.3%；鎮静実施が多い病棟なので倫理的側面からも事前学習の必要性を感じた、鎮静に必要な薬剤を使用したことがない等）、「行わない」が 4 名（26.7%；鎮静に関する知識そのものがなかった）であっ

表 1. 緩和ケア病棟勤務年数別「鎮静の倫理的側面評価 / 意図・相応性」について

n=15

緩和ケア病棟勤務年数			1年未満	1～4年未満	4～7年未満	人(%)
質 問 項 目 (看護師経験年数)			(2～24年)	(1～24年)	(4～37年)	
意 図 (苦痛緩和が目的)	緩和病棟配属前の「鎮静の自己学習」	行った	4	3	4	11(73.3)
		行わない	2	2	0	4(26.7)
	緩和病棟配属後の「鎮静研修会」	受講した	0	4	3	7(46.7)
		受講しない	6	1	1	8(53.3)
	『苦痛のための鎮静に関するガイドライン2010年版』	知っている	3	3	3	9(60.0)
		知らない	3	2	0	5(33.3)
		無回答	0	0	1	1(6.7)
	鎮静の定義	知っている	4	3	4	11(73.3)
		知らない	2	2	0	4(26.7)
	鎮静様式 (2種類ある)	知っている	4	5	3	12(80.0)
		知らない	2	0	0	2(13.3)
		無回答	0	0	1	1(6.7)
	鎮静水準 (2種類ある)	知っている	3	0	4	7(46.7)
		知らない	3	5	0	8(53.3)
相 応 性 (相対的最善)	深い持続的鎮静実施前に、治療方法の再検討を行っているか	行っている	5	4	3	12(80.0)
		行っていない	1	1	0	2(13.3)
		無回答	0	0	1	1(6.7)
	深い持続的鎮静開始後、有害事象等の定期的評価を行っているか	行った	6	4	4	14(93.3)
		行わない	0	1	0	1(6.7)
	深い持続的鎮静開始後、日常生活(排泄・安楽な体位・清潔など)について定期的評価を行っているか	行っている	4	5	3	12(80.0)
		行っていない	0	0	1	1(6.7)
		無回答	2	0	0	2(13.3)

経験年数別の連関性をみるために、カイ二乗検定を行ったが有意差はなかった。

た。具体的な学習内容としては、「文献を読んだ（倫理4原則、緩和ケア看護、苦痛のための鎮静に関するガイドライン等）」が多かった。

また、「緩和病棟勤務後の鎮静研修会」は、「受講した」が7名（46.7%；緩和ケア医による院内鎮静研修、ELNEC；The End-of-Life Nursing Education Consortium、日本ホスピス緩和ケア協会主催の院外研修等）、「しない」が8名（53.3%；勤務が浅く受講機会がない、家庭の事情、病棟の勤務状況等）であった。

その他、『ガイドライン2010』を「知っている」が9名（60.0%）、「知らない」が5名（33.3%）、「無回答」が1名（6.7%）であった。「鎮静の定義」については、「知っている」が11名（73.3%）、「知らない」が4名

（26.7%）で、「鎮静様式（2種類ある）」を「知っている」は12名（80.0%）、「知らない」は2名（13.3%）、「無回答」は1名（6.7%）、「鎮静水準（2種類ある）」は「知っている」が7名（46.7%）、「知らない」が8名（53.3%）であった。

2) 鎮静：自律性（患者の意思決定能力、家族の推定意思・同意）（表2）

(1) インフォームド・コンセント（以下、ICと記す）について

「患者の意識が明白なうちに深い持続的鎮静という選択肢があることについてICをした方がいいか」では、「思う」が12名（80.0%）、「やや思う」が2名（13.3%）、「無回答」が1名（6.7%）で、Mann-

表2. 緩和ケア病棟勤務年数別「鎮静の倫理的側面評価 / 自律性・相応性」について

n=15

緩和ケア病棟勤務年数			1年未満 (2～24年)	1～4年未満 (1～24年)	4～7年未満 (4～37年)	人(%)
質問項目 (看護師経験年数)						
自律性 (患者の意思決定能力、 家族の推定意思・同意)	患者の意識が明白なうちに、深い持続的鎮静に関するICを行った方がいいか **p=.0003	思う	4	4	4	12(80.0)
		やや思う	2	0	0	2(13.3)
		どちらともいえない	0	0	0	0(0.0)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)
		無回答	0	1	0	1(6.7)
	深い持続的鎮静開始前に、患者の意思決定能力を評価した方がいいか	思う	2	1	4	7(46.7)
		やや思う	1	2	0	3(20.0)
		どちらともいえない	3	2	0	5(33.3)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)
	深い持続的鎮静について、患者・家族と医療スタッフで事前に話し合った方がいいか **p=.0003	思う	3	5	4	12(80.0)
		やや思う	2	0	0	2(13.3)
		どちらともいえない	1	0	0	1(6.7)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)
	患者に意思決定能力がない場合、家族の意思を優先すべきか	思う	1	3	1	5(33.3)
		やや思う	4	1	1	6(40.0)
		どちらともいえない	1	1	2	4(26.7)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)
相応性 (相対的最善)	深い持続的鎮静は、耐え難い身体的苦痛がある患者にとって最善の方法だと思うか **p=.0071	思う	2	3	3	8(53.3)
		やや思う	1	2	1	4(26.7)
		どちらともいえない	3	0	0	3(20.0)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)
	生命予後について、評価を行った方がいいか **p=.0003	思う	3	2	3	8(53.3)
		やや思う	1	0	0	1(6.7)
		どちらともいえない	2	3	1	6(40.0)
		あまり思わない	0	0	0	0(0.0)
		思わない	0	0	0	0(0.0)

Mann-WhitneyのU検定で有意差が認められた項目 **p<.01

Whitney の U 検定で勤務年数による有意差がみられた ($p=0.0003, p<.001$)。「思う」の理由には、「患者の人生を他者が決定すべきではない、情報提供することで患者の自律性が尊重される、患者本人の苦痛緩和が第一目的である」等が記されていた。また「やや思う」では、「IC がマイナスに働いてしまうケースもある、患者自身が選択でき家族と話し合うことができる」が挙げられた。

その他、自由記述で問うた「IC で説明すべき内容」(【】はカテゴリを、「」は記述内容からの抜粋を、() 内には記録単位数を示した)では、【鎮静が与える影響 (15)】が最も多く、次いで【鎮静後の治療やケア (5)】【鎮静の目的 (5)】【全身状態 (3)】【苦痛の原因 (3)】【鎮静の方法 (3)】【看護師としての姿勢・思い (3)】【鎮静を行わなかった場合に予測される状態 (1)】に分けられた。【鎮静が与える影響】については、「鎮静のメリットや副作用を説明する、意識レベルが下がるためコミュニケーションがとりにくくなる (とれなくなる)」等があった。

(2) 患者の意思決定能力について

「深い持続的鎮静開始前に患者の意思決定能力を評価した方がいいか」では、「思う」が 7 名 (46.7%; その人らしく生を全うできる、患者の QOL を考えることにつながる等)、「やや思う」が 3 名 (20.0%; すでに明示的意思表示ができない [せん妄等] 場合が多い、患者が意思を伝えられない時は患者の悲嘆過程を支えている家族の意思決定能力を評価する等)、「どちらともいえない」が 5 名 (33.3%) であった。

また「深い持続的鎮静について、患者・家族・医療スタッフで事前に話し合った方がいいか」では、「思う」が 12 名 (80.0%)、「やや思う」が 2 名 (13.3%)、「どちらともいえない」が 1 名 (6.7%) で有意差がみられた ($p=0.003, p<.001$)。「思う」の理由では、8 割が「患者・家族・医療者で事前に話し合うことが大切」と回答し、そのメリットとして「ひとつの考えに固執しない、ベストな選択をしたとより感じるができる、患者や家族の理解が深まる、医療者目線では計れない、患者の大切な時間である」等が挙げられていた。

(3) 家族の推定意思について

「患者に意思決定能力がない場合、家族の意思を優先すべきか」では、「思う」が 5 名 (33.3%; 患者の価値観を知っている、一番の代弁者である等)、「やや思う」が 6 名 (40.0%; 患者の意思に関する情報がない場合は家族の意思を優先するしかない等)、「どちらともい

えない」が 4 名 (26.7%) であった。

また「深い持続的鎮静に対する患者・家族の意向が異なる場合にどうするか」では、【医療スタッフとの質の高い話し合いの場の設定 (16)】が最多で、次いで【家族が患者の現状を理解するためのケア (5)】【患者の尊厳・QOL に配慮した関わり (3)】等であった。【話し合いの場の設定】に関しては、「押し付けにならないように鎮静について説明し情報提供する、患者本人の意思が優先されるべきであるが相互で意見が違うことを共有し考える時間を持てるようにする、カンファレンスで検討する、医療者はすべきことをすべてしたのか確認・評価する」等が挙げられた。また【現状を理解するためのケア】では、「患者の苦痛について、家族自らの目で見てどうしたらよいか考えられるように関わる、家族が納得するまで寄り添い考えてもらう」等の回答があった。

さらに、「家族の推定意思により鎮静を行う際、看護師としていかなる点に配慮すべきか」については、【代理決定時の家族へのケア (13)】が最も多く、「スタッフ間・家族間・スタッフと家族間で、患者にとって一番良い方法が鎮静であるということを確認し共有できるような関わり、家族が後悔しないよう患者に苦痛がないことを共有する」等が記述されていた。その他、【代理決定後の家族のケア (7)】【患者の尊厳・QOL に配慮した関わり (3)】も挙げられ、前者では「家族の決定したことを支持し共感し労をねぎらう声かけを行う、家族の思いは揺れ動くので、その都度話をし確認していく」等が、後者では「患者が人生の終末期にあって何を本当に望んでいるのか、どう生を全うしたいのか、患者という人間を見つめ直す」等が述べられた。

3) 鎮静：相応性 (鎮静を選択することが相対的に最善である) (表 1・表 2)

「深い持続的鎮静は、耐え難い身体的苦痛がある患者にとって最善の方法か」については、「思う」が 8 名 (53.3%)、「やや思う」が 4 名 (26.7%)、「どちらともいえない」が 3 名 (20.0%) で有意差がみられた ($p=0.0071, p<.001$)。「思う」の理由には、「耐え難い苦痛は本人・家族にとって辛い、緩和ケア科では最期の耐え難い苦痛に対してなす術がない無力感を感じることが多く、必然的に鎮静がベストだと思う」等が挙げられた。「どちらともいえない」では、「わからない、身体的苦痛は軽減できるかもしれないが、最期まで意識がある状況で家族と過ごしたい患者もいると思う、身体的だけでなく霊的側面など多角的に評価する必要

がある」等がみられた。

「生命予後の評価」に関しては、「行った方がよい」が 8 名 (53.3%; 患者や家族がどう過ごすか考えられる、予後=余力があるならば他の効果的手段があるかもしれない、予後を知りたい患者や家族には伝えた方がよい等) で、「やや思う」が 1 名 (6.7%; 予後を決めることに抵抗があるが治療方針を決めケアを行うためには必要)、「どちらともいえない」が 6 名 (40.0%; わからない、死に向ってのカウントダウンのようなことをすべきではない) で、有意差がみられた ($p=0.003, p<.001$)。

また「深い持続的鎮静実施前の治療方法の再検討」では、「行っている」が 12 名 (80.0%)、「行っていない」が 2 名 (13.3%)、「無回答」が 1 名 (6.7%) であった。「行っている」理由は、「深い鎮静を実施する前に他の薬剤で調整できないかを医師と話し合う、余命や症状緩和に

ついて日々検討しケアを行っている」等が挙げられた。「行っていない」では、「そこまで深く関わったことがない、医師は行っているが看護師間では行っていない」という回答であった。

その他、「深い持続的鎮静開始後、有害事象等の定期的評価」に関しては、「行っている」が 14 名 (93.3%; 毎日のカンファレンスで鎮静の効果や妥当性・家族の反応について話し合っている、家族との関わりの中で行っている等)、「行っていない」が 1 名 (6.7%) であった。また「定期的な評価は誰と行い (複数回答可)、頻度はどれくらいか」については、「評価者」は「医師または看護師と行う =14 名、家族または緩和ケアチーム =12 名、患者 =3 名、臨床心理士 =1 名」であった。「頻度」は、「医療者間カンファレンスを毎日行う =13 名 (そのうち 1 日 1 回行うと回答した者が 10 名いた)、面会に来た家族 =2 名、回診時に医師と行う =1 名、医師と

表 3. 深い持続的鎮静開始後の患者 (精神的・スピリチュアルな苦痛) 及び家族へのケアについて

患者の精神的・スピリチュアルな苦痛へのケア	患者の尊厳・QOLに配慮した関わり(8)	返事がなくても声をかけてケアを行い、患者の尊厳に十分配慮する(5) 通常のケア (保清、安楽体位など) や患者が大事にしていたこと (音楽など) を、日常の中で当たり前のように継続する(3)
	看護師としての姿勢・思い (7)	「鎮静」開始前に患者の好きなこと、好きなものについて情報収集してれば、心地よいと思えることを取り入れることができる
		患者は「鎮静」をどのように思い、耐えがたい苦悩は緩和されているのか
		苦痛 (スピリチュアル) を捉え、カンファレンスで提示・検討する力が必要
		自分の行っている実践がどのようなケアにつながっていくのか、スピリチュアルな面で考えていなかった
		スピリチュアルについて学習中である
		周囲の判断に任せている
		自信がない
	鎮静の効果評価(6)	身体的苦痛が緩和されているか、カンファレンスで評価する(6)
家族へのケア	共有・共同(10)	家族・患者のライフレビューや患者に苦痛がないことを共に確認し、一緒にできるケアには参加してもらい患者とふれあう時間を共有する(8)
		家族からの質問には全て回答し、共有する
		毎日のカンファレンスで、スタッフが情報を共有する
	鎮静について(6)	医療従事者と家族が共に身体的苦痛が緩和されているか評価する(4) 家族の鎮静に対する思いや反応を確認し、ゆらぎを支える(2)
	思いが表出できる(5)	家族が思いを十分表出できるよう、笑い・ユーモアを交え対応する(4)
		話ができる時間を作る
	寄り添い(5)	家族の疲労状況を確認しねぎらう(2)
		医療者と一緒に考え、「鎮静」をしたという気持ちでいられるようにする
		医療者は家族の味方であり、決定した意思を尊重して医療者が家族に寄り添っていることを言葉と態度で表現し続ける
	看護師としての姿勢・思い (5)	「これでよかった」と思う気持ちに寄り添う
		家族に対する悲嘆ケアを強化する(2)
		意識があるときと同様に関わる
		周囲の判断に任せている
		自信がない

適宜実施=1名」であった。「評価内容」は、【苦痛の程度（苦痛が緩和されているか、意識水準、鎮静による有害事象等）（10）】や【家族の受けとめや希望の変化（9）】【患者の尊厳・QOLの担保（7）】【病態（3）】であった。【患者の尊厳・QOLの担保】においては、「鎮静することで患者のQOLはどうなっているのかを評価する必要がある」等の記述があった。

「深い持続的鎮静開始後、日常生活（排泄・安楽な体位・清潔など）についての定期的評価」は、「行っている」が12名（80.0%；看護計画で評価し鎮静前と同様に関わることが大切、毎日のひげそりや洗面等、鎮静前に本人が行っていたことを大切にしている等）、「行っていない」が1名（6.7%；そこまで関わっていない、症状緩和と家族の反応に焦点をあてがちになっている、看護師の価値観にもよる等）、「無回答」が2名（13.3%）であった。

3. 深い持続的鎮静開始後の患者の精神的・スピリチュアルな苦痛及び家族へのケアについて（表3）

1) 患者の精神的・スピリチュアルな苦痛に対するケアについて

内容分析の結果、【患者の尊厳・QOLに配慮した関わり（8）】【看護師としての姿勢・思い（7）】【鎮静の効果評価（6）】の3つに分けられた。【患者の尊厳・QOL】では、「返事がなくても声かけを行いケアをし患者の尊厳に十分配慮する、保清や安楽体位など通常のケアや患者が大事にしていたこと（音楽等）を継続する」が、【看護師としての姿勢・思い】では「鎮静開始前に患者の好きなことについて情報収集をしておけば心地よいと思えることを取り入れることができる、苦痛をスピリチュアルなものと捉えカンファレンスで提示し検討する力が必要、周囲の判断に任せる、自信がない」等が記されていた。

2) 家族へのケアについて

【共有・共同（10）】【鎮静について（6）】【思いを表出できる（5）】【寄り添い（5）】【看護師としての姿勢・思い（5）】の5つに分類された。【共有・共同】では、「家族と患者のライフレビューを共有して患者に苦痛がないことを共に確認し、家族の希望を聴きながら一緒にケアを行い患者とふれあう時間を共にする、毎日のカンファレンスでスタッフが情報共有する」等があった。【鎮静について】は、「医療者だけでなく家族とも身体的苦痛が緩和されているかを評価する、家族の鎮静に対する思いや反応を確認しゆらぎを支える、鎮静に

よって本人が苦痛なく休めていることをフィードバックする」が、【思いを表出できる】では「家族が思いを十分表出できるよう笑いやユーモアなども交えて対応する、話ができる時間を作る」が挙げられた。また【寄り添い】では、「家族の疲労状況を確認しねぎらう、医療者と一緒に考え鎮静を行ったと思えるようにする、家族に医療者が寄り添っていることを言葉と態度で表現し続ける」等が、【看護師としての姿勢・思い】では、「家族に対する悲嘆ケアを強化する、意識があるときと同様に関わる、周囲の判断に任せる、自信がない」があった。

V. 考察

1. 鎮静：意図（目的）について

緩和ケア病棟への配属が決定し、「勤務前に鎮静の自己学習を行った看護師」は約7割だったが、『ガイドライン2010』や「鎮静の定義を知らない看護師」がおよそ3割いた。また5割以上の看護師が、「鎮静水準（2種類）を知らない」、「配属後の鎮静研修会の未受講者（理由：病棟の勤務状況等）」であった。

『ガイドライン2010』は、「深い持続的鎮静」の実施要件に「医療者の意図」を掲げ、「①医療チームのメンバー（医師、看護師、心理専門家、医療ソーシャルワーカー、薬剤師等）が鎮静の目的（苦痛緩和）を理解し、②相応の薬剤、投与量、投与方法を選択している」ことを明示している。加えて、「鎮静」を実施する判断の視点として、「耐え難い苦痛（せん妄・呼吸困難・過剰な気道分泌・疼痛・心理、実在的苦痛等）があり、他に苦痛を取り除く手段がなく、患者の生命予後が数日から2～3週間以内と予測される場合」としている¹⁾。

よって、終末期がん患者に対する「深い持続的鎮静」を行う緩和ケア病棟に配属された看護師には、「鎮静」に関する専門性の高いケアが求められている。ゆえに看護師は、「鎮静」に関する基礎的知識はもとより、『ガイドライン2010』が示す「鎮静」を実施するための判断および評価項目を十分に理解し、適切なプロセスのもと「鎮静」ケアを担わなければならない。そしてそれは、患者・家族への善行・無加害原則を担う看護師の倫理的責務に他ならないといえよう。今後は、「鎮静」に関する確実な知識の修得を目指して、自己学習を強化する他、病棟学習会の企画・運営、院外研修会にも参加できるような物理的環境を整備していくこと

が課題である。

2. 鎮静：自律性（患者の意思決定能力あるいは家族の推定意思・同意）

8割の看護師が、「患者の意識が明白なうちにICを行うべきである」と回答し、理由として「患者の人生は他者が決定すべきではない、情報提供することで患者の自律性が尊重される」等を挙げていたことから、看護師は判断能力がある患者の自己決定の権利性については十分に認識していることが伺えた。

しかしその一方で、「すでに明示的意思表示ができない状態（せん妄など）の患者が多い」という回答もあり、患者の自己決定の機会を担保できていない現実もみられた。森田らもまた、「鎮静施行時点で56%にせん妄が認められ、すでに認知障害のため家族の代理意思によって決定した場合が少なくない」と指摘している³⁾。だからこそ、塚本が述べるように、「患者自らの選択を実現するために、早期から今後たどる経過や、その際の治療法の説明、選択決定を行っていく」⁴⁾ことの必要性を認識し、対応を考えてくことが不可欠である。本研究においても、【患者の尊厳・QOLに配慮した関わり】で「患者が人生の終末期にあって何を本当に望んでいるのか、どう生を全うしたいのか、患者という人間を見つめ直す」という回答があったが、やはり、患者が意思決定できる段階で本人の思いや希望するQOLを確認することが自律原則に即した看護師の倫理的ケアであると考える。

また意思決定には、「ICの内容」が大きな影響因子となる。本研究では、「鎮静のメリットや副作用を説明する」ことの重要性が示されたが、遺族調査では「19.8%が鎮静に関する説明に不満感をもち、54.7%が説明に精神的つらさを感じた」と⁵⁾、患者調査では「目が覚めないかもしれないこと、重篤な合併症の可能性を明確に知らされた者は、それぞれ、8.0%、4.6%であった」という結果が出ている³⁾。『ガイドライン2010』は、説明内容について、「患者の全身状態と予測される予後、苦痛の原因と鎮静以外の治療、鎮静について、鎮静を行わなかった場合の状態などを、患者・家族の希望と、情報提供により生じる益(benefits)と害(harms)とを十分に検討し、知りたい患者・家族には十分な情報提供を行い、そうでない場合には提供する情報の内容や伝え方に十分配慮する」よう説いている¹⁾。田尻もまた、「持続的で深い昏睡というのは眠りから覚めず死に至るという説明は不可欠である」と指摘する⁶⁾。

その他、「鎮静に対する患者・家族の意向が異なる場合」については、【医療スタッフとの質の高い話し合いの場の設定】が重要であり、9割以上の看護師が「鎮静について事前に患者・家族・医療スタッフと話し合う」ことで「ひとつの考えに固執しない、ベストな選択をしたとより感じることができる」等と述べていた。「深い持続的鎮静」は、患者あるいは家族による意思決定、どちらの選択であったとしても、「患者が無意識状態に陥った時点で主観的なQOLを感じることはできない」⁷⁾という現実があり、患者・家族にとって重い決断とならざるを得ない。吉澤が、「日本の自己決定権は、独立した“個人”の価値観に依拠する欧米とは異なり、例えば、脳死への理解に関しても如実にみられるように、家族・仲間などの人間的倫理関係に重きを置く“日本文化”の特色を背景にして、“関係”性の中で行使されている」⁸⁾と指摘するように、患者・家族・医療者との質の高い話し合いが、患者の尊厳やQOLを担保し、家族の思いを支え、後悔の少ない選択につながっていくといえる。

3. 鎮静：相応性（鎮静を選択することが相対的に最善である）

「深い持続的鎮静が最善の方法であるか」については有意差がみられ、看護師の倫理的ジレンマ——「最期の耐え難い苦痛になす術がない無力感を感じることが多く必然的に鎮静がベストだと思う、最期まで意識がある状況で家族と過ごしたいという患者もいる、予後(余力)があるならば、他の手だても効果があるかもしれない」——が顕著に示された。

「深い持続的鎮静」の実施実態に関しては、佐藤らが行った全国37の緩和ケア病棟調査では「鎮静希望は患者が48%、家族が82%である」⁹⁾と、野澤らの大学病院での調査では「死亡72時間前の終末期がん患者の32.8%に持続的鎮静が施行され、理由は呼吸困難の緩和(53.9%)が最多で、非施行群には浮腫、痛み、倦怠感、呼吸困難が多くみられた」¹⁰⁾と述べられている。また、遺族調査においても、「70%以上の遺族が鎮静施行を支持し、遺族のほとんどが苦痛緩和を優先的に希望しているが、42.8%の遺族が鎮静開始の意思決定に負担があった」という報告がある⁵⁾。やはり、「家族の推定意思による鎮静実施」には、相当の精神的重圧があることが推察される。本研究でも、「家族の推定意思」による施行については、「家族が決定したことを支持し共感し労をねぎらう、家族に対する悲嘆ケア

を強化する」等の看護師の配慮の視点が挙げられたが、同様に二宮らも、「鎮静前・開始後の一連の過程において、患者・家族に寄り添い苦痛緩和の方法をとることを考え、病状や死に対する思いや患者家族の意思決定にタイムリーにかかわることが緩和ケア病棟に勤務する看護師の役割と責任である」と指摘している¹¹⁾。

4. 鎮静開始後の患者および家族ケアについて

遺族調査をみると、「26.9%が鎮静を行うと十分なケアがしてもらえなくなる」⁵⁾という回答であったが、本研究の「深い持続的鎮静開始後の定期的評価」においては、9割の看護師が「有害事象評価＝医師または看護師、家族または緩和ケアチームで、毎日のカンファレンスで鎮静の効果や妥当性、家族の反応について話し合っている」を、8割の看護師が「日常生活（排泄・安楽な体位・清潔など）評価＝看護計画で評価する、毎日のひげそりや洗面など鎮静前に本人が行っていたことを大切にしている」を行い、「深い持続的鎮静」開始後も、患者の尊厳やQOLに配慮した日常生活ケアを継続していた。しかし一方で、これらの評価を行っていない者は、「そこまで関わっていない、症状緩和と家族の反応に焦点をあてがちになっている、看護師の価値観にもよる」と回答していた。『ガイドライン2010』には、「鎮静開始後も、開始前と同じように、誠実に患者の尊厳に配慮し、声かけや環境整備などのケアを行うこと」¹⁾が明示されているため、同ガイドラインを有効活用し、患者の尊厳に十分に配慮し、家族の思いの表出や家族とともに行うケア等にも取り組めるよう、病棟全体でケア内容のあり方についても検討していく必要があることが示された。

VI. 結論

「深い持続的鎮静」における緩和ケア病棟看護師の倫理的責務には、①鎮静の正しい知識の修得（自己・組織研修等／善行・無加害原則の担保）、②患者・家族の尊厳や価値観に配慮した看護ケア（自律原則およびQOLの尊重）の提供があることが示された。

VII. 研究の限界と今後の課題

本調査は、研究対象者が少ないため一般化することはできないが、緩和ケア病棟に配属された看護師の「鎮静」実施時の倫理的配慮の視点や『ガイドライン

2010』の活用についての示唆を得ることはできた。今後は、調査数を拡大するとともに、調査項目も増やして、「鎮静」時の看護ケアの質を高めることに役立てていきたい。

謝辞

本研究にご協力くださいました、病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。本論文は、地方独立行政法人県立中央病院機構山梨県立中央病院／山梨県立大学看護学部・看護学研究科主催の「看護研究学術集会」で発表したものを加筆・修正した論文です。

文献

- 1) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編（2010）：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン．金原出版，東京．
- 2) 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ：ホスピス緩和ケアの歴史と定義．公開2010，<http://www.hpcj.org/what/definition.html>（参照日：平成29年10月13日）
- 3) 森田達也・角田純一・井上聡・千原明・石本修・久岡直子・伊藤正也・一木宏宏（1999）：症状緩和のための鎮静における意思決定過程．ターミナルケア，9（1）：65-72．
- 4) 塚本康子（2003）：がん患者および患者を取りまく人々の意思決定に関する研究．静岡県立大学短期大学部特別研究報告書（13・14年度），63:1-11．
- 5) 池永昌之（2013）：苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討，遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究．J-HOPE2,43-49．
- 6) 田尻和子（2008）：セデーションの定義と患者・家族の意思．緩和ケア，18（4）：291-296．
- 7) 福井次矢・浅井篤・大西基喜編（2003）：臨床倫理学入門．医学書院，東京．
- 8) 吉澤千登勢（2005）：「重症障害新生児の治療停止」が問いかけるもの～わが子の「生命の質の選択」における親の自己決定権の行使において、看護職が果たすべき倫理的配慮の視点～．日本看護医療学会雑誌，7（1）：1-7．
- 9) 佐藤一樹（2010）：緩和ケア病棟で提供された終末期がん医療の実態～多施設診療記録調査～，遺

族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 J-HOPE,105-112.

- 10) 野澤孝子・岡本禎晃・恒藤暁・谷向仁・津金麻実子・上島悦子 (2012) : 大学病院における終末期がん患者に対する持続鎮静の施行状況 . 日本緩和医療

薬学雑誌 ,5:83-90.

- 11) 二宮由紀恵・小山富美子 (2013) : 根拠に基づいた看取りケア～鎮静・緩和ケアとして看護師ができること～ . がん看護 ,18 (7) :707-710.

