

# ターミナルセデーションに関わる看護師の介入プロセスの明確化

名越 恵美

岡山県立大学保健福祉学部看護学科 准教授

スライド-1

**ターミナルセデーションに関わる  
緩和ケア病棟看護師の介入プロセス**

研究代表者: 岡山県立大学保健福祉学部看護学科  
名越 恵美

スライド-2

**研究背景**

がんの終末期は、症状コントロールのできない耐え難い苦痛が存在。疼痛や倦怠感、呼吸苦は、コントロールしがたい末期症状であり、患者や家族のQOLを低下させる。  
WHO(世界保健機関)は、がん対策のガイドラインとして、「がん患者とその家族のQOLを向上させること」を明示。  
→苦痛緩和の方法として、ターミナルセデーションが実施されている。

↓

ターミナルセデーションを受ける患者は、苦痛から解放されるが、コミュニケーション能力の低下と感情の交流を遮断される。  
人生の最終段階において、家族との交流の遮断は、残される家族に悔いを残す可能性がある。

**【スライド-1】**

最初にファイザーヘルスリサーチ振興財団より助成金をいただきましたことに、お礼申し上げます。

**【スライド-2】**

がんの終末期は、症状コントロールのできない耐え難い苦痛が存在します。がんの症状の進行に伴う苦痛や倦怠感、呼吸苦は、コントロールし難い末期症状であり、患者や家族のQOLを低下させます。WHOはがん対策のガイドラインとして、がん患者とその家族のQOLを向上させることを明示しており、このガイドラインの目的を受け、苦痛緩和の方法の一つとして、ターミナルセデーションが実施されています。

ターミナルセデーションを受ける患者は苦痛から解放される反面、コミュニケーション能力の低下と感情の交流を遮断されます。人生の最終段階において、家族との交流の遮断は、残される家族に悔いを残す可能性があります。

**【スライド-3】**

国内文献を概観しますと、研究内

スライド-3

**国内文献の概観**

◆ 研究内容は、「鎮静の理解」「看護師の認識」「対象理解」「看護介入」に分類。

◆ 緩和ケアの広がりと共に緩和治療として効果的な実施に向けた研究へと変化

◆ セデーションは患者個人の価値観・死生観を反映するため、事例による実施後の振り返りが多いが、戦略的に介入していく事例研究は見られなかった。

—本数—  
1996 1997 1999 2000 2002 2003 2004 2006 2008 2010 2011 2012

N=20

文献タイプ	割合
事例	40%
実践報告	25%
量的	20%
質的	15%
実験系	0%

容はターミナルセデーションが効果的な治療であるという鎮静の理解や、看護師の認識として、ジレンマや、必要なものであるというところの理解、そして看護介入において、セデーション実施上の倫理的ガイドラインの作成や、呼吸困難に鎮静が有効であるというようになことを明らかにした研究等が見られました。

しかし、事例研究、実践報告が多く、いまだ研究の蓄積はなされておられません。

#### 【スライド-4】

また、そういったところから、セデーションは、終末期における患者・家族のQOLの実現に向けて、看護師の倫理的葛藤を生じる治療でもあります。看護実践において看護師は、そのような倫理的葛藤を抱えつつ、患者や家族に接していることが推察されます。

それを受けて、ターミナルセデーションに関わる緩和ケア病棟看護師の介入の実際を明らかにするということを目的としました。

用語の定義は、セデーションは鎮静と同義語ということで、緩和医療学会のガイドラインを用いています。

#### スライド-4

セデーションは、終末期における患者・家族のQOL向上の実現に向けて、看護師の倫理的葛藤を生じる治療でもある。看護実践において看護師は、倫理的葛藤を抱えつつ患者や家族に接していることが推察される。

**目的**

ターミナルセデーションに関わる緩和ケア病棟(以下PCU)看護師の介入の実際を明らかにする。

**用語の定義**

セデーション: 鎮静と同義語であり、「苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与すること、あるいは、苦痛緩和のために投与した薬物によって生じた意識の低下を意図的に維持すること」

#### 【スライド-5】

研究方法ですが、研究デザインは、質的・機能的な研究デザインとし、修正版グラウンテッドセオリーアプローチを用いました。患者・家族と看護師の相互作用を明らかにする本研究に有効であると考えました。

緩和ケア病棟に勤務する看護師を研究参加者とし、所属長の許可および病棟師長の推薦があった方に研究の参加協力を依頼し、署名にて同意の得られた看護師を研究参加者と致しました。

データ収集方法は、研究者が研究協力を得られた施設の個室で面接を行い、面接内容を逐語録に起こしました。面接ではインタビューガイドに基づく半構造化面接を実施しました。

分析テーマを、ターミナルセデーションを実施した患者・家族に対して介入した一連の過程とし、分析焦点者はターミナルセデーションを実施したことがある、緩和ケア病棟で

#### スライド-5

### 研究方法

M-GTAを使用

- データ収集方法: PCU看護師の認識と患者・家族への介入の実際についてインタビューガイドに基づき面接調査を実施。
- 分析テーマ: 「ターミナルセデーションを実施した患者・家族に対して看護介入した一連の過程」
- 分析焦点者: 「ターミナルセデーションを実施したことのあるPCUで働く看護師」
- 分析手順: 逐語録からヴァリエーションを生成し、類似性の高いものを集約し、概念、カテゴリー、コアカテゴリーを生成した。
- 倫理的配慮: A大学倫理委員会の承認を得、研究目的・方法・参加の自由意志・プライバシーの保護等について説明し文書で同意を得た。

働く看護師としました。

分析手順は、逐語録からバリエーションを生成し、類似性の高いものを集約し、概念、カテゴリ、コアカテゴリを生成しました。

倫理的配慮はご参照ください。

【スライド-6】

全データを熟読し、データの豊富な5例を選び、最初の1例目の全データの中で分析テーマに関連する箇所に着目し、意味を忠実に表すよう命名し、概念としました。分析ワークシートは1概念1ワークシートとし、概念の有効性は分析を進めていく上でどの程度バリエーションが豊富になるかで判断しました。

また、必要に応じて、再定義、再命名、具体例の仕分けを行いました。

分析の最小単位を概念とし、概念ごとの概念名、定義、具体例、理論的メモから成る分析ワークシートを作成していきました。

【スライド-7】

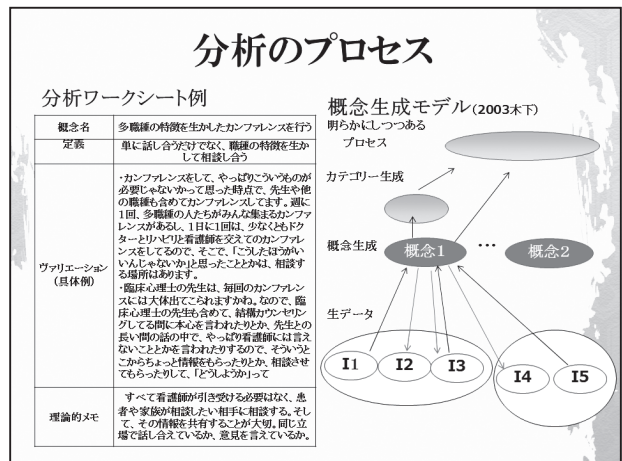
結果です。

分析焦点者は、緩和ケア病棟3施設16名で、全員女性でした。平均年齢は38歳、看護師経験年数は16年、そして緩和ケア病棟の経験年数は3.6年。研究参加者のうち2人は、疼痛緩和、ホスピス緩和認定看護師でした。

【スライド-8】

生成された認識の概念は80概念で、意味内容の同類性により、セデーションの必要性と抵抗感のアンビバレンツ、開始時の影響の要因と対応、効果と付加価値の実感、看取りの理解と支援、緩和ケア病棟でのあるべき看取りへの志向の、5コアカテゴリに類型化されました。

スライド-6



スライド-7

**結果;分析焦点者の概要**

No	年齢	性別	経験年数	PCU勤務	認定
1	53	女性	30	1.5	
2	33	女性	13	6.0	疼痛緩和
3	39	女性	17	5.0	
4	56	女性	35	6.0	
5	36	女性	17	4.0	ホスピス緩和
6	37	女性	18	3.3	
7	30	女性	9	4.0	
8	44	女性	21	3.0	
9	31	女性	11	3.0	
10	35	女性	15	2.0	
11	45	女性	20	5.0	
12	28	女性	7	0.5	
13	28	女性	7	0.5	
14	49	女性	21	11.0	
15	27	女性	6	1.5	
16	43	女性	20	1.5	
合計	38±9		16.7±8.1	3.6±2.7	

- ◆ 分析焦点者は全員女性
- ◆ 平均年齢38歳±9歳
- ◆ 平均臨床経験16年±8.1年
- ◆ PCUでの平均勤務経験年数3.6±2.7年
- ◆ 認定看護師2名

スライド-8

**結果;看護師の認識**

- ◆ 生成された認識の概念は、80概念で意味内容の同類性により20カテゴリが生成
  - 《セデーションの必要性と抵抗感のアンビバレンツ》
  - 《開始時の影響要因と対応》
  - 《効果と付加価値の実感》
  - 《看取りへの理解と支援》
  - 《緩和ケア病棟でのあるべき看取りへの志向》

5コアカテゴリに類型化された。

【スライド-9】

また、介入において、セデーションに関する説明の実施と補足、家族・医療者の決断の促進、家族が安心して看取れるよう支援、状況把握とリスクの予測の観察、セデーション患者へのケアリング、目的・変化に応じて投与量を調整、困ったときは相談しあう、の7コアカテゴリが生成されました。

スライド-9

**結果：介入の実際**

- ◆ 介入は
  - 《セデーションに関する説明の実施と補足》
  - 《家族・医療者の決断の促進》
  - 《家族が安心して看取れるよう支援》
  - 《状態把握とリスクの予測の観察》
  - 《セデーション患者へのケアリング》
  - 《目的・変化に応じて投与量を調節》
  - 《困ったときは相談しあう》

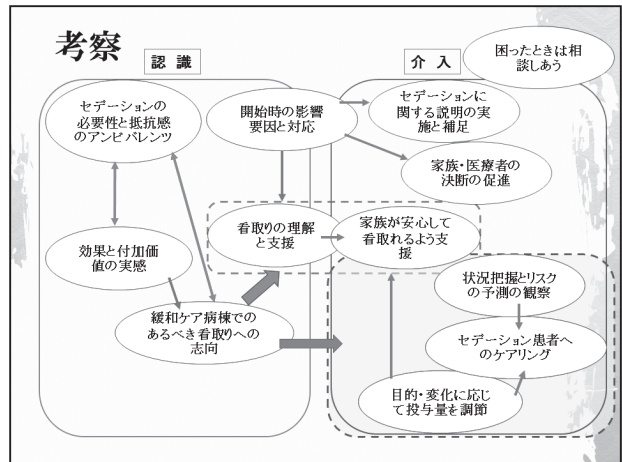
の7コアカテゴリが生成された。

【スライド-10】

考察です。

セデーションに関わる緩和ケア病棟看護師の介入の構成要素として、セデーションの必要性和抵抗感のアンビバレンツは、治療としてのセデーションの理解と患者の意識低下に付随する事柄に対するジレンマを示しています。

スライド-10



開始時の影響要因と対応は、セデーション開始に至る過程の中で、患者・家族が自律的に意思決定を行う上で、医療者は押し付けることなく慎重に対応する必要性の理解でした。一方セデーションを開始するのは、患者の希望として、セデーションの情報を知らない患者に対し、情報を伝えながらも、家族の希望や医療者の判断を調整して、家族・医療者の決断の促進をしていました。

効果と付加価値の実感では、セデーションは患者の苦痛緩和だけでなく、家族にも安心感を与えているという実践時の認識でした。また看取りの理解と支援は、家族に対して限られた時間の中で、患者の臨死期から予期悲嘆も含め、死後も家族に対する看護の必要性を実感していました。また緩和ケア病棟でのあるべき看取りの志向は、緩和ケア病棟に勤務する気負いの中で、自己の看護を反省しつつ、看取りの質向上を目指していました。

セデーションの必要性和抵抗感のアンビバレンツ、緩和ケア病棟でのあるべき看取りへの志向は、看護師の価値観や看護観に影響を受けていますが、セデーションに対する患者・家族の価値観の不一致によりジレンマを感じています。しかしセデーションが開始される時期において、開始時の影響要因と対応で、患者の意思を尊重し、看取りの理解と支援を行おうとする、患者家族の価値観へ近づこうとしている姿勢が見られました。さらに患者の希望を大切にしつつ、周囲の意見を調整するというところを中核に看護実践を行っていました。

また、セデーションが実施されるにつれて、看護師は効果と付加価値の実感を持ち、これはセデーションのアンビバレンツの抵抗感を下げる影響を与えていると推察されます。

実際にセデーションを受けている患者に対しては、状況のリスクの予測の観察やケアリング、また目的変化に応じて投与量を調整しているという実践を行っていることが分かりました。

【スライド-11】

ターミナルセデーションに関わる緩和ケア病棟の看護師の介入は、自己の価値観とのジレンマを感じつつも、患者の人格を尊重しつつ患者が平和な死を迎えられるように実施していました。

また、患者の病状の悪化に伴い、家族の揺れ動く意思決定に対して、安心して看取するために、家族の希望に沿うように介入していることが、明らかになりました。

研究の限界は、セデーションの種類を限定しなかったことにあります。深いとか浅いということです。そして対象は、緩和ケアを学習している緩和ケア病棟看護師に限定しています。実際にいろいろな学会で発表しますと、在宅ケアをしている看護師さんからの反応がすごく多くて、今後増えるであろう在宅でのセデーション実施時の介入の実際を明らかにする必要があると考えます。

【スライド-12】

以上で発表を終わります。

スライド-11

### まとめ

ターミナルセデーションに関わるPCU看護師の介入は、自己の価値観とのジレンマを感じつつも患者の人格を尊重しつつ患者が平和な死を迎えられるよう実施していた。また、患者の病状の悪化にともない、家族の揺れ動く意思決定に対して安心して看取するために家族の希望に沿うよう介入していることが明らかとなった。

本研究の限界は、セデーションの種類を限定しなかったことにある。また、対象を緩和ケアを学習しているPCU看護師に限定している。今後は、在宅でのセデーション実施時の介入の実際を明らかにする必要がある。

本研究を実施するに当たり、ご協力くださった皆様、  
ファイザーヘルスリサーチ振興財団に感謝申し上げます。

mail: nagoshi@fhw.oka-pu.ac.jp

スライド-12

### 研究発表

- ◆ 論文
  - 名越、松本、基田(2013):日本におけるターミナルセデーションに関する研究の動向:インターナショナルNursing Care Research第13巻第1号, 103-109
- ◆ 国際学会
  - ・ Matsumoto,Nagoshi(2015予定) : Perceptions of end of life care among inexperienced nurses working in palliative care units:11th Asia Pacific Hospice conference (Taiwan)
  - ・ Nagoshi, Matsumoto(2014):Awareness to Terminal Sedation Provided by Nurses in Palliative Care Unit:35th International Association for Human Caring Conference(Kyoto)
- ◆ 国内学会
  - ・松本, 名越(2014):ターミナルセデーションに関わる総合病院の緩和ケア病棟のベテラン看護師の思い:第40回日本看護研究学会学術集会
  - ・名越他2名(2014)ターミナルセデーションに関わる緩和ケア病棟看護師の介入:第19回日本緩和医療学会学術集会
  - ・名越, 松本(2014):緩和ケア病棟看護師のターミナルセデーションに関する家族への意思決定支援:ターミナルセデーションに関わる総合病院の緩和ケア病棟の中堅看護師の思い:第29回日本家族看護学会学術集会
  - ・名越(2014):ターミナルセデーションに関わる緩和ケア病棟看護師の介入プロセス-事例-:第28回がん看護学会学術集会
  - ・名越(2013):ターミナルセデーションに関する研究の動向と今後の課題 - 国内文献に焦点を当てて - 第33回日本看護科学学会学術集会

---

## 質疑応答

**座長：** 先日、この財団にも関係されている川越先生の、『在宅緩和ケア』に関するテレビ番組がありましたけれども、これは病院でやられた仕事ですよ。

**名越：** そうです。緩和ケア病棟で行いました。

**座長：** 同じようなことが在宅でも、これから行われてくるのではないかと思います。

**会場：** 病棟のケアですと、入院に関与している医師の存在があったかと思うのですが、医師とはどういう調整なりがあったかが、図からは分かりませんでした。その辺りがありましたら、よろしくお願ひ致します。

**名越：** 緩和ケア病棟で行った関係上、多職種チームのカンファレンスが毎日行われております。そういった意味におきましては、一般病棟と違って医師との意思疎通は比較的よくできているのではないかと思います。

そしてもう一つは、投与量の調整が看護師によって行われているのですが、それは医師の指示が全てカルテ上に残っていて、その指示を実行するのが看護師ということになっています。しかし看護師の役割として、「今、患者さんがこのような状況になったので、投与量を増やす」というところの判断を看護師が担っているということが実際に分かりましたので、今後、緩和ケア病棟の看護師に対しては、そちらの知識という部分が必要になってくるのではないかと思います。