

Title	苦痛緩和のための鎮静に関する認定看護師の負担の調査
Author(s)	舟津, 勇己; 山本, 瀬奈; 荒尾, 晴恵
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2013, 19(1), p. 25-32
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56805
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

苦痛緩和のための鎮静に関する認定看護師の負担の調査

舟津勇己*・山本瀬奈**・荒尾晴恵**

要 旨

本研究では、終末期がん患者に対する苦痛緩和のための鎮静に関わる緩和ケア認定看護師（以下、認定看護師）の鎮静に伴う負担の強さを明らかにすることを目的とし、2010年9月～10月の期間、がん診療連携拠点病院に所属する認定看護師276名を対象として、郵送による無記名の自記式質問紙調査を実施した。鎮静に伴う負担については、先行研究を参考に研究班で作成した質問紙を用いて調査した。研究の依頼にあたっては、参加は自由意思であることを明記した。調査の結果、125名から回答を得た（回収率45.3%）。がん診療連携拠点病院に所属する認定看護師の多くは、緩和医療検討会議の行われる環境で専任の医師とともに勤務しており、医療者間で情報交換のできる体制が整備されている中、鎮静に関わっていた。しかしながら、認定看護師は、自身の知識・技術の不足についての負担や、知識のばらつき、不十分な説明などの医師に関する負担を抱えており、そうした現状の中、鎮静という倫理的問題を孕む事柄について指導することを負担と感じていた。

キーワード：鎮静、緩和ケア、認定看護師、負担

I. 序論

終末期がん患者は、せん妄や呼吸困難などの耐え難い苦痛を体験することがある¹⁾。その苦痛が治療抵抗性である場合には、苦痛緩和の方法として鎮静が施行されることがあり、森田ら²⁾によると、患者の20～35%に持続的な深い鎮静が施行されている。しかし、鎮静の施行にあたって、鎮静に関する知識のばらつきから不必要な意識低下をもたらすことなどがある。他にもがんの進行による意識レベルや見当識の低下などから患者の意思確認が不十分なこともあり、鎮静施行にあたって倫理的な問題も孕んでいる。鎮静は技術的な問題だけでなく様々な問題があることから、2005年に日本緩和医療学会より「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」¹⁾（以下、ガイドラインと呼ぶ）が発刊された。その内容は、鎮静の施行手順、方法、鎮静後の管理、ケアなどが先行研究のエビデンスに基づき記載されている。

鎮静に携わる看護師がどのような体験をしているのかについては、Moritaら³⁾と伊藤ら⁴⁾の鎮静に関する看護師の負担についての研究があり、「鎮静を行う判断基準や根拠に曖昧な部分があることにより、看護師に困惑や迷いが生じる」といった、体験する負担の内容が明らかになっている。その上で、「思いを共有することで解決できるようなカンファレンスの場をもつ」などの看護師の負担軽減に関する取り組みがなされている。またMoritaら³⁾は、看護師が負担を感じる原因と

して鎮静を施行する患者に関わることの出来る時間が足りないことを挙げ、鎮静を施行する際には医療者間のチームアプローチが効果的に行われるべきだと主張している。伊藤ら⁴⁾は、医師よりも看護師の方が直接ケアに関わることが多いにも関わらず医師が具体的にカルテに鎮静の内容を記載しておらず、看護師がケアするにあたって戸惑うことがあるなど、医療者間での情報共有がうまくなされていないことを報告している。緩和ケアの普及に伴い、緩和ケア認定看護師（以下、認定看護師）も増えてきている。緩和ケア認定看護師は看護現場において実践・指導・相談の3つの役割を担っている。認定看護師は熟練した知識と看護技術を習得しており、対応の難しい患者をケアすることになったり、看護師から相談を持ちかけられたりする。そのため、より高度な知識や技術を必要とする点や相談、指導を行うという点で特徴的な負担を有することが考えられる。先行研究では認定看護師のみを対象とした研究はなく、鎮静に関わる認定看護師の負担については明らかにされていない。そこで本研究では認定看護師を対象とし、鎮静に関する負担の特徴を明らかにすることにした。認定看護師の負担の特徴を明らかにすることにより、負担軽減に向けた支援方法を見出すための資料が出来る。鎮静に伴う認定看護師の有する実践での知識や技術をより深められるように支援していくことで、鎮静を施行する多くの患者、家族へより良いケアを提供できる

*大阪大学医学部附属病院看護部 **大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

ようになる。

II. 研究目的

本研究では、終末期がん患者の鎮静の施行に関わる認定看護師の負担の特徴を明らかにし、負担軽減に向けた支援方法を検討することを目的とした。

III. 研究方法

1. 用語の操作的定義

1) 鎮静：ガイドラインを参考に「患者の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」と定義した。本研究における「鎮静」は、中止する時期をあらかじめ定めずに意識の低下を継続して維持する「持続的鎮静」をいい、言語的・非言語的コミュニケーションができないような深い意識の低下をもたらす「深い鎮静」を意味する。

2) 負担：先行研究³⁾⁴⁾を参考に「医療者間の意見や価値観の相違、患者・家族の意思表示の有無・意見の相違、自身の技術不足や自信のなさなどによって重荷だと感じる」と定義した。

2. 研究対象

2010年5月の時点で公益社団法人日本看護協会のホームページ⁵⁾上に公開されている認定看護師1295人のうち、所属施設ががん診療連携拠点病院である276名を対象とした。

3. 調査方法

2010年9月～10月の期間、無記名の自記式質問紙を用いた郵送調査を実施した。ホームページ上に掲載されていた認定看護師の勤務する施設の住所をWeb上で調べ、認定看護師の氏名を記載して質問紙を郵送した。ホームページ上で氏名が公開されていない対象については「認定看護師様」と記載し郵送した。質問紙には、研究説明書を同封し、返送をもって調査参加の同意とした。

4. 調査内容

勤務先や活動形態などの基礎情報に加え、鎮静に関わった経験、「ガイドラインの存在を知っているか」などのガイドラインの周知や内容理解、活用状況について、また緩和ケア専任の医師(以下、専任の医師)(厚生労働大臣が定める緩和ケ

ア診療加算が取得可能な専従チームに所属する、身体症状の緩和を担当する常勤医師、もしくは精神症状の緩和を担当する常勤医師を指す)の有無を調査した。

また、過去1年間の事例について、耐え難い苦痛のあった患者に鎮静が行われなかったことに対する認定看護師の気持ちを1(とてもつらかった)～5(とてもよかった)の5段階で回答を得た。

鎮静に伴う認定看護師の負担については、Moritaら³⁾の研究および伊藤ら⁴⁾の研究で使用された質問紙を参考に、研究班で質問紙を作成した。鎮静に関する24項目を1(全くそう思わない)～7(とてもそう思う)の7段階で調査した。24項目は、【鎮静が行われたことに関する質問(4項目)】【鎮静が必要な患者に関わることのできる時間について(6項目)】【チームアプローチについて(3項目)】【患者と家族の希望について(3項目)】【鎮静に関する看護師の技術や信念(7項目)】【個人的な価値観について(1項目)】尋ねるものである。本研究では、伊藤ら⁴⁾の研究において「スタッフの教育が難しい」ことが看護師のストレスとなっていること、および認定看護師の役割の一つに指導が含まれることから、「認定看護師として鎮静に関わる看護師の教育が難しい」という1項目を加えた。

5. 分析方法

記述統計を用いて、認定看護師の負担の強さを質問項目別に集計し、どの項目が負担の強い傾向にあるのかを明らかにした。さらに、勤務先と負担の強さ、専任の医師の有無と負担の強さを回答している対象について、それぞれMann-Whitney *U* 検定を用いて、負担の強さを比較した。ホスピスや緩和ケア病棟では一般病棟より終末期がん患者が多く、緩和ケア目的で鎮静を施行する頻度も多いことが推察される。また、吉田⁶⁾はホスピス・緩和ケア病棟で働く看護師が「患者の死による喪失体験を繰り返す」ことや「良好なチームワークを維持する」ことに関するストレスを強く感じていると述べている。そのため、本研究においてもホスピス・緩和ケア病棟と一般病棟で働く認定看護師の負担の強さを比較した。伊藤ら⁴⁾の研究では、鎮静の施行に関して医療者間の協力体制の問題があることが明らかにされており、医療者間の意見の相違や医師の知識不足が看護師のストレ

スになると指摘している。専任の医師は、終末期がん患者に関わる機会が多く鎮静施行経験が多いと推察され、鎮静に関する知識や技術を習得していると考えられるため、専任の医師の有無が認定看護師の負担に影響を及ぼすものと考え、上記の分析を実施した。

6. 倫理的配慮

本研究は厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」に基づいて実施した。質問紙には、研究説明書を同封し、研究の趣旨、研究への参加は任意であること、質問紙は無記名であること、個人情報保護されること、結果を公表すること、質問紙の返送をもって研究参加の同意と理解させていただくことを明記し、研究に関する問い合わせ連絡先を記載した。

IV. 結果

1. 対象者の属性

276名に質問紙を配布し125名から回答を得た(回収率45.3%)。そのうち有効回答が得られた123名を分析対象とした。対象者の属性を表1に示す。看護師免許、認定看護師資格取得後の年数はそれぞれ 17.6 ± 6.3 年、 3.3 ± 2.1 年であった。勤務先は84名(68.3%)が一般総合病院(ホスピス・緩和ケア病棟を除く)、20名(16.3%)がホスピス・緩和ケア病棟であり、53名(43.1%)が緩和ケアチームに所属していた。専任の医師については、89名(72.4%)が「いる」と回答した。

2. 耐え難い苦痛のあった患者を受け持った経験と鎮静に関わった経験

96名(78.0%)が耐え難い苦痛のあった患者を受け持った経験があると回答し、その件数は平均 10.7 (SD=11.9)件であった。最も多い者ではこれまでに耐え難い苦痛のあった患者を70名受け持った経験があると回答した。また持続的な深い鎮静を施行した経験があると回答した者は100名(81.3%)おり、平均件数 7.4 (SD=9.5)件(経験数を自己記載)であった。最大は50件であった。対象者は、全員が何らかの形で鎮静に関する知識を深めており、学習方法としては、「学会に参加する」が100名(81.3%)と最も多く、次いで「専門書(雑誌を含む)を読む」95名(77.2%)、「講習会・セミナーに参加する」63名(51.2%)、「病棟あるいは院内の学習会に参加する」21名(17.1%)であった

(重複回答を含む)。

3. ガイドラインに関して

無回答の1名を除き、全員がガイドラインに目を通しており、121名(98.4%)がガイドラインの内容を理解できていると回答した。しかしながら、ガイドラインを活用できていると回答した者は61名(49.6%)と約半数にとどまった。

4. 過去1年間の事例について、耐え難い苦痛のあった患者に鎮静が行われなかったことに対する認定看護師の気持ち

過去1年間の事例について、耐え難い苦痛のあった患者に鎮静が行われなかったことに対する認定看護師の気持ちを調査したところ「とてもつらかった」「つらかった」「どちらかといえばつらかった」と回答した者は合計24名(64.8%)にのぼった(表2)。「どちらともいえない」は10名(27.0%)であった。

表2 過去1年間の事例について、耐え難い苦痛のあった患者に鎮静が行われなかったことに対する認定看護師の気持ち(n=37)

	人数 (%)
とてもつらかった	8 (21.6)
つらかった	13 (35.1)
どちらかといえばつらかった	3 (8.1)
どちらともいえない	10 (27.0)
どちらかといえばよかった	1 (2.7)
よかった	2 (5.4)
とてもよかった	0 (0.0)

5. 「鎮静」が行われたことに関する認定看護師の負担の強さ

調査結果を表3に示す。逆転項目については表に*をつけた。中央値が4点より高く、負担の強い傾向にあると考えられる項目は、「鎮静について、医師の知識にばらつきがある」「医師の鎮静についての説明が不十分である」「医師の不在や指示がなく鎮静を開始できない場合がある」「鎮静を行うのに必要な薬物やケアの知識が不足している」「苦痛が鎮静によってしか緩和されないことを判断することは難しい」「強い苦痛のある患者・家族に対する精神的ケアやコミュニケーション

ヨンの技術が不十分である」「認定看護師として、鎮静に関するスタッフの教育が難しい」であった。また、逆転項目のうち、中央値が4点より低く、負担の強い傾向にあると考えられる項目は「鎮静に関する、明確な患者の意思表示があることが多い」であった。

負担の強さをホスピス・緩和ケア病棟と一般病棟で比較したところ、表4に示す結果となった。

【鎮静が必要な患者に関わることのできる時間について】【チームアプローチについて】【鎮静に関する看護師の技術や信念について】の3側面において、4項目の負担の強さに有意な差が認められた。さらに、専任の医師の有無により負担の強さを比較したところ、表5に示す結果となった。4側面9項目において、負担の強さに差がみられた。

表1 対象者の概要 (n=123)

項目		
年齢(歳)	平均	39.7±SD6.2(29-56)
性別	男	2人 (1.6%)
	女	120人 (97.6%)
	無回答	1人 (0.8%)
看護師免許取得後の年数(年)	平均	17.6±SD6.3(8-35)
認定看護師取得後の年数(年)	平均	3.3±2.1(1-10)
勤務先	一般総合病院(ホスピス・緩和ケア病棟除く)	84人 (68.3%)
	ホスピス・緩和ケア病棟	20人 (16.3%)
	がんセンター・成人病センター(ホスピス緩和ケア病棟除く)	8人 (6.5%)
	その他	10人 (8.1%)
	無回答	1人 (0.8%)
活動形態	緩和ケアチーム	53人 (43.1%)
	緩和ケアチーム・病棟両方	26人 (21.1%)
	病棟	24人 (19.5%)
	その他	19人 (15.4%)
	無回答	1人 (0.8%)
専任の医師の有無	有	89人 (72.4%)
	無	33人 (26.8%)
	無回答	1人 (0.8%)
専任の医師の人数(人)	平均	1.2±SD1.2(0-6)
緩和医療検討会議の有無	有	122人 (99.2%)
	無	0人 (0.0%)
	無回答	1人 (0.8%)
耐え難い苦痛のあった患者を受け持った経験	有	96人 (78.0%)
	無	7人 (5.7%)
	無回答	20人 (16.3%)
	経験件数(平均)	10.7±SD11.9(0-70)
持続的な深い鎮静を施行した経験	有	100人 (81.3%)
	無	12人 (9.8%)
	無回答	11人 (8.9%)
	経験件数(平均)	7.4±SD9.5(0-50)
鎮静に関する知識を深めるための学習方法 (複数回答あり)	学会に参加する	100人 (81.3%)
	専門書(雑誌を含む)を読む	95人 (77.2%)
	講習会・セミナーに参加する	63人 (51.2%)
	病棟・あるいは院内の勉強会に参加する	21人 (17.1%)

※()内は範囲(最小-最大)を示す

表3 「鎮静」が行われたことに関する認定看護師の負担の強さ(n=110)

項目		中央値	四分位 範囲	最小	最大
鎮静が行われたことに関する質問	私にとって鎮静に関与することは負担である	4.0	3.0	1	7
	受け持ちの患者が鎮静を受ける時、無力感を覚える	3.0	2.0	1	7
	できるならば、自分自身で鎮静を実施する立場になることは避けたい	2.0	2.0	1	5
	鎮静を行うとき、自分のしてきたことに価値がなかった気持ちになる	2.0	1.0	1	7
鎮静が必要な患者に 関わることのできる時間について	仕事量が多いため、鎮静が必要な患者に十分関わることができない	4.0	2.5	1	7
	鎮静について、気楽に相談できる同僚や上司がいる*	6.0	1.0	1	7
	鎮静について、看護師の判断や意見が尊重されている*	5.0	3.0	1	7
	鎮静について、医師の知識にばらつきがある	6.0	2.0	2	7
	医師の鎮静についての説明が不十分である	5.0	2.0	1	7
チームアプローチについて	医師の不在や指示がなく鎮静が開始できない場合がある	4.5	3.0	1	7
	鎮静について、医師と看護師との間に意見の不一致がある	4.0	1.0	2	7
	鎮静について、看護師の間に共通した認識がある	4.0	3.0	1	7
	鎮静について、気楽にチームカンファレンスを行うことができる*	5.0	3.0	1	7
患者と家族の希望について	鎮静に関する、明確な患者の意思表示があることが多い*	3.0	2.0	1	7
	鎮静に関する、明確な家族の意思表示があることが多い*	4.0	3.0	1	7
	鎮静に関して、患者と家族の意思表示に食い違いがあることが多い	4.0	2.0	2	7
鎮静に関する 看護師の技術や信念	鎮静を行うのに必要な薬物やケアの知識が不足している	5.0	2.0	2	7
	強い苦痛のある患者・家族に対する精神的ケアやコミュニケーションの技術が不十分である	5.0	2.0	1	7
	苦痛が鎮静によってしか緩和されないことを判断することは難しい	5.0	2.0	1	7
	鎮静を行うことは患者の死を早めることになる	2.0	1.0	1	6
	鎮静と積極的安楽死は倫理的に区別できない	2.0	1.0	1	6
	鎮静を行っても苦痛が十分に緩和されないことが多い	3.0	2.0	1	6
	患者との死別に伴う自分自身のつらい感情に対応できていると思う*	5.0	2.0	2	7
個人的な価値観について	自分の価値観では、たとえ苦痛が緩和されても、人為的に意識を低下させる方法は望ましい死ではない	2.0	1.0	1	6
認定看護師として	認定看護師として、鎮静に関するスタッフの教育が難しい	5.0	2.0	2	7

*は逆転項目

表4 勤務先でみた負担の差異

		勤務先による負担の差異			
		ホスピス・緩和 ケア病棟 (n=20)	一般病棟 (n=73)	p 値	
		中央値 (四分位範囲)			
鎮静が必要な患者に 関わることのできる時間について	医師の鎮静についての説明が不十分である	4.0 (2.3)	5.0 (2.0)	0.0063	
	医師の不在や指示がなく鎮静が開始できない場合がある	4.0 (3.0)	5.0 (3.0)	0.0209	
チームアプローチについて	鎮静について、気楽にチームカンファレンスを行うことができる	6.0 (2.0)	4.0 (2.0)	<.0001	
鎮静に関する看護師の 技術や信念	鎮静を行うのに必要な薬物やケアの知識が不足している	4.0 (2.3)	5.0 (2.0)	0.0002	

表 5 専任の医師の有無による負担の差異

		専任の医師の有無		p 値
		あり (n=78)	なし (n=32)	
		中央値 (四分位範囲)		
鎮静が行われたことに関する質問	鎮静を行うとき、 自分のしてきたことに価値がなかった気持ちになる	2.0 (1.0)	2.0 (1.8)	0.0456
	鎮静が必要な患者に関わる ことのできる時間について	5.0 (2.0)	4.0 (2.0)	0.0214
チームアプローチについて	医師の鎮静についての説明が不十分である	5.0 (2.0)	6.0 (2.0)	0.0173
	鎮静について、医師と看護師との間に意見の不一致がある	4.0 (2.0)	4.5 (1.8)	0.0093
鎮静に関する看護師の 技術や信念	鎮静について、看護師の間に共通した認識がある	4.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.0057
	鎮静を行うのに必要な薬物やケアの知識が不足している	5.0 (2.0)	6.0 (1.8)	0.0076
	強い苦痛のある患者さん・家族に対する 精神的ケアやコミュニケーションの技術が不十分である	5.0 (2.0)	5.0 (1.8)	0.0319
	鎮静と積極的安楽死は倫理的に区別できない	2.0 (1.0)	2.0 (0.8)	0.0473
	鎮静を行っても苦痛が十分に緩和されないことが多い	2.5 (2.0)	3.0 (2.0)	0.0250

V. 考察

がん診療連携拠点病院に所属する認定看護師は、ホスピス・緩和ケア病棟での勤務割合は低いものの、その多くが緩和ケアチームの一員として活動しており、8割以上の認定看護師が持続的な深い鎮静を施行した経験を有していた。本研究では、対象者の多くが緩和医療検討会議の行われる環境で専任の医師とともに勤務しており、医療者間で情報交換できる体制の中、鎮静に関わっていることが明らかになった。

こうした体制の整備は、同僚や上司に気楽に相談ができたり、気楽にチームカンファレンスができることにつながり、看護師自身の判断や意見を示す機会になると考える。その機会を多く得ることで、看護師間や他職種間で相互に情報交換ができ、自身の判断や意見が尊重されていると感じるのだろう。また、緩和ケアに従事する看護師では、人に相談することがストレスマネジメントの一つの方法であることが報告されているため⁷⁾、気楽に相談できる同僚や上司の存在が、自身のつらい感情に対応できていると感じることにつながるのではないかと考える。さらに、鎮静の導入時には、医療者間の情報交換を密に行い、導入のタイミングを図るべきであると言われており^{8)~11)}、上述のように情報交換のできる体制が整備されていることで、導入のタイミングを検討することができ、鎮静の導入を否定的に捉えることなく受

け入れることができるのだと考える。これにより、無力感を覚えたり、受け持つことを避けたいと思ったり、死別後、今までしてきたことに価値がなかったと思うことなく、ケアを継続できるのだろう。

一方で、認定看護師は、自分自身の知識不足、精神的ケアやコミュニケーション技術の不足を負担と感じていた。田村¹²⁾が指摘する通り、鎮静は非常に多くの倫理的問題を孕んでおり、ケアにあたる認定看護師には、高度な知識・技術が求められていると考えられる。本研究でも、鎮静が行われなかったことに対する気持ちとして、「つらかったともよかったとも言えない」と回答した者が3割弱にのぼっていた。また、認定看護師は、苦痛が鎮静によってしか緩和されないことを判断することは難しいと感じていた。これらは、鎮静の倫理的側面を反映しているといえる。このように倫理的問題を孕む鎮静に関わる者として、認定看護師は必要な知識・技術が足りないと感じ、負担を感じているのだと考える。

さらに、認定看護師は、医師の知識のばらつきや不十分な説明について、医師の不在や指示がなく鎮静が開始できない場合があることについても負担と感じていた。ガイドラインでは、患者に意思決定能力がある場合には、鎮静の益と害について必要な情報を知らされたうえでの鎮静を希望する明確な意思表示があること、かつ家族の同

意があることが求められている。また、患者に意思決定能力がない場合にも、患者の価値観や患者が以前に表明していた意思が鎮静の倫理的妥当性を検討する基準とされており¹⁾、鎮静の施行においては、患者の意思を正確に把握し、家族の同意を得ることが求められているといえる。しかしながら、本研究の結果から、患者の意思表示が明確でないことは少なからずあるという現状が明らかになった。患者の意思がある場合、意思決定には十分な説明が不可欠であり、鎮静が最善と評価されるときには、その意思・同意を反映して時期を逸することなく鎮静を開始できるようにする必要がある。それが叶わない現状に認定看護師は負担を感じているといえる。

上述の通り、認定看護師は、自分自身の知識・技術や医師に関する負担を抱えながら、スタッフの教育を担っており、それを負担と感じていた。伊藤ら⁴⁾の研究においても、鎮静に関するスタッフの教育は看護師のストレスになっていると報告されており、「指導」の役割を担う認定看護師でも同様の傾向が認められた。鎮静に関する指導はマニュアル化されておらず、個々の認定看護師の裁量に委ねられているのが現状である。二木¹³⁾は、ストレスを「外界からの生態への刺激、シグナル、および、それに対する生態の応答、反応、影響をすべてひっくるめたもの」と定義し、職場のストレスの一つとして役割上の葛藤をあげている。認定看護師は、指導の必要性を感じながらも、マニュアルがなく、自身の知識・技術の不足や医師に関する負担を感じている現状の中で、鎮静という倫理的問題を孕む事柄をどのように指導すべきか葛藤して、強い負担を感じているものと考えられる。

ホスピス・緩和ケア病棟と一般病棟における負担の強さの比較では、ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する認定看護師の方が、医師の不十分な説明についての負担や、医師の不在や指示がなく鎮静が開始できないことへの負担が軽く、チームカンファレンスを行うことについても、負担をあまり感じていないことが示された。また、専任の医師の有無により認定看護師の負担を比較したところ、専任の医師とともに勤務する認定看護師は、自身の知識や技術に、より自信をもってケアをしている状況にあることが示された。他にも、専任の医師とともに勤務している認定看護師は、より看護師の判断や意見が尊重されていると感じる

ことができ、医師—看護師間および看護師間の共通認識をもって鎮静に関わり、鎮静によって苦痛が十分に緩和されていると感じやすい環境にあった。ホスピス・緩和ケア病棟では、一般病棟よりも多く鎮静が行われていると考えられるが、その病棟内の体制や専任の医師の存在は、認定看護師の鎮静に関する負担を軽減しうるものであることが示唆された。その一方で、一般病棟や専任の医師がいない病院で勤務する認定看護師への支援が必要であることが示された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では鎮静に関する負担について看護師を対象に作成された質問紙を用いたところに限界がある。また全国のがん診療連携拠点病院に所属する緩和ケア認定看護師を対象として調査したため、専任の医師がいる病院が多く、ほとんどの病院で緩和ケア検討会議が実施されていた。しかしながらがん診療連携拠点病院ほど体制が整備されていない病院でも、がん患者に鎮静が行われていると考えられる。今後は本研究で明らかになった負担の特徴に加え、認定看護師特有の鎮静に関する負担をさらに明確にしていく必要がある。

VII. 結論

本研究では認定看護師の負担の特徴を明らかにした。がん診療連携拠点病院に所属する認定看護師の多くは、緩和医療検討会議の行われる環境で専任の医師とともに勤務しており、医療者間で情報交換のできる体制が整備されている中、鎮静に関わっていた。これは、認定看護師の負担軽減につながっていた。一方で、認定看護師は、自分自身の知識・技術の不足についての負担や、知識のばらつき、不十分な説明などの医師に関する負担を抱えており、そのような現状の中、鎮静という倫理的問題を孕む事柄について指導することを負担と感じていた。

謝辞

本論文の作成にあたり、調査に協力して調査に協力して頂いた緩和ケア認定看護師の皆様へ御礼を申し上げます。本研究の一部を第16回日本緩和医療学会学術大会(2011年7月、札幌市)において発表した。

引用文献

- 1) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会(2010). 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010年版. 東京:金原出版株式会社, 2.
- 2) 森田達也, 藤本亘史(2005). 苦痛緩和のための鎮静. 月刊ナーシング, 25(9), 60-67.
- 3) Morita T. Miyashita M. Kimura R. Adachi I. Shima Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliative Medicine*. 18, 550-557.
- 4) 伊藤美由紀, 高橋隆恵, 佐藤しのぶ, 中野弘枝, 早川陽子, 石上節子, 中保利通(2008). ホスピス・緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と関わる問題やストレス. 東北大学医学部保健学科紀要, 17(1), 59-70.
- 5) 緩和ケアの認定看護師登録者一覧(2010年4月発表). 公益社団法人日本看護協会 Homepage. <http://www.nurse.or.jp/>
- 6) 吉田扶美代(2004). ホスピス・緩和ケア病棟で働く看護師のストレスとその対処. がん患者と対症療法, 15(1), 58-61.
- 7) 角田直枝(2006). 一人ひとりが実践できるストレスマネジメント. *Nursing Today*, 21(6), 78-82.
- 8) 前野宏(2001). 緩和ケアにおけるセデーションの実際とは. *Expert Nurse*, 17(5), 16-17.
- 9) 山崎章郎(2003). セデーション 何が問題か. ターミナルケア, 13(6), 433-436.
- 10) 林章敏(2003). 再びセデーションを考える ホスピス医としての活動と視点から. ターミナルケア, 13(6), 455-458.
- 11) 伊藤美保, 小川真由子, 岡田美賀子(2003). 再びセデーションを考える 総合病院緩和ケア病棟における看護師の活動と視点から. ターミナルケア, 13(6), 459-461.
- 12) 田村恵子(2003). 緩和ケアにおける倫理的ジレンマと看護職の役割. 日本がん看護学会誌, 17(2), 42-44.
- 13) 二木鋭雄(2008). ストレスの科学と健康. 東京:共立出版, 26-31.