

か。そこで今回、群馬県内の医師を対象にアンケートを実施し、がん終末期医療の実際について調査しました。(尚、終末期医療には良性疾患も含まれますが、これらを含めると多種多様となるため今回はがんに限らせていただきました。)**【対象と方法】** 公立藤岡総合病院の医師、藤岡地区の開業医や勤務医、群馬県内の病院(群馬緩和医療研究会世話人の所属する各病院)の医師にアンケートを実施し、集計しました。結果 回収数 公立藤岡総合病院 23名 藤岡地区 25名 群馬県内の病院 65名(アンケートの各設問とその集計結果につきましては別紙をご覧ください。)**【検討】** 中心静脈栄養、昇圧剤使用、気管内挿管、心臓マッサージといった延命的な措置は“行わない”という回答が各設問で最も多かったですが、“家族の希望で行う”という回答もそれぞれ4分の1程度みられました。延命措置についての確認では、“本人へ確認”(30%)よりも“家族に聞いて推測”(52%)のほうが多数でした。がん終末期の延命的な治療については患者本人の意向ではなく、医療者と患者家族とで決められることが多いと思われました。

## P-2. アンケート結果から終末期における倫理的問題を看護師の立場から考える

千木良直子 (公立藤岡総合病院 看護部)

**【はじめに】** 現在の医療従事者は「その人らしくあるための死」と「法律」の狭間で苦悩している。例えば家族に「人工呼吸器をはずして欲しい」患者に「早く楽にして欲しい」など言われた時などである。さまざまな事件を背景に、厚生労働省は終末期医療におけるガイドラインに着手した。しかし医療の現場はさまざまであり、ガイドラインが果たして私たち現場の医療者の行動の指針となるのか疑問である。今回当院や県内の看護師、コメディカルが終末期に対してどのような考えを持っているのか、アンケート調査を行ったので報告したい。**【結果】** 当院 看護師、コメディカル 324人 県内 看護師、コメディカル 51人にアンケートを配布(回収率約85%) 看護師、コメディカルのアンケート結果では、人工呼吸器や心臓マッサージにおいては、必要ないが約70%であり、必要あるが1%であった。その他、終末期における処置や告知についてはほとんどすべての項目が「どちらでもない」という返答であった。その理由を記載してくれた回答では、「ケースバイケース」や「患者家族の意思をきいてから判断する」ということであった。しかし、「末期がん患者の治療方針に疑問を感じたことがあるか」では、はいが90%で、ほとんどの看護師、コメディカルが医師の方針に疑問を感じていることがわかった。そこで当院で看護師に「どのような場面でそう思うのか」また「その時自分はどうな行動をとっているのか」

追加アンケートをおこなった。(当院看護師 316名回収率66%) 回答では疑問を感じた場面は「患者が痛がっているのに、麻薬を使用しない、または量を増やさない」「蘇生はしないと決まっているのに、昇圧剤を使用する」などがあった。しかし、その時の看護師の行動はさまざま「医師にもう一度確認する」「先輩に相談する」「何もできなかった」「医師の指示通りにする」などであった。考察 治療方針に疑問を感じているなかで、看護師の行動を見ると、看護師は24時間切れ目なく患者さんと接しており、患者さんの訴えを聞く機会が多く、何とかしてあげたいという思いから、医師に自分の考えを伝えている。その結果「患者さんの気持ちを伝えたことにより、医師が聞き入れてくれ」という記述もあったが、「医師に発言し、無視された」ということもあった。しかし医師を攻めている内容を記載しながらも、約半数近くは、何も行動を起こさなかったり、医師の指示通りに行動したりしている。そこから疑問を感じたことは、私たち看護師は倫理的場面で看護師としての責務を果たしているのだろうか、ただの傍観者になっていないだろうかということである。おまかせ医療から自己決定へ移行していくなかで、患者の擁護者としての役割は看護の専門性ともいえる。医師と対等に話し合うには、同等レベルの知識が要求されると思う。まとめ 終末期における倫理的問題の場面はさまざまであり、個々の価値観や死生観もさまざまであり、答えを出すことは困難である。今後、看護師としてできることは、医療の現場で患者の代弁者として発言し、擁護していくことであり、看護師ひとりひとりがその役割を認識すること。さらに、問題を医師だけに押し付けるのではなく、チームで対応できるように調整すること、看護のケア能力を高めていくことが問題解決につながることを考える。

## P-3. 緩和ケア病棟における鎮静の倫理的問題

### 一事前確認の必要性について一

小林 剛, 蒔田富士雄, 齊藤 龍生

(独立行政法人国立病院機構西群馬病院  
緩和ケア科)

**【目的】** 緩和ケアでは、できるだけ最期のときまで患者の意識が清明に保たれた状態で、周りの人と十分にコミュニケーションが図れるように苦痛を緩和することが望まれる。しかし、一部のがん患者は、意識を保つことを前提とした緩和ケアに反応しない苦痛を経験する。鎮静の対象になりうる症状には、せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、疼痛、嘔気・嘔吐、倦怠感、痙攣・ミオクローヌス、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛などであるが、実際に鎮静が必要となる状況では患者に意志決定能力がないことがしばしばある。当院緩和ケア病棟では、あらかじめ

め鎮静の希望の有無についてできる限り事前確認を行っている。今回、実際に鎮静が必要であった患者において、事前確認の必要性について検討をした。【対象・方法】2006年1月1日から2006年12月31日までの1年間における、当院緩和ケア病棟で死亡退院された114名のがん患者を対象にし、retrospectiveに検討した。この期間中に鎮静を行った患者は16名(14%)で、患者背景は、男性10名/女性6名、平均年齢68.1歳(52-91歳)、疾患別にみると、肺がん9名、胃がん1名、舌がん1名、甲状腺がん1名、乳がん1名、悪性リンパ腫1名、下咽頭がん1名、喉頭がん1名であった。【結果】鎮静を行った16名のうち1名が認知症のため事前確認ができなかったが、それ以外の15名は事前確認において全員が「鎮静を希望する」とした。このうち実際に鎮静が必要となった状況での「意思決定能力があった患者」は7名、「意志決定能力がなかった患者」は8名であり、鎮静が必要となった状況では、半数以上の患者に意志決定能力がなかった。【検討】鎮静の施行にあたっては、患者の希望を十分に尊重することが最も重要なことであり、状態が悪化する前に、死を前提に患者と鎮静の希望について十分に話し合っておく必要がある。そして、鎮静についての希望を事前に確認することで、患者に意志決定能力がなくても家族の精神的な負担が減るように配慮することが重要である。

#### P-4. 患者が「死にたい」と口にしたとき

##### —当院緩和ケアチームにおける精神科医の役割から見たもの—

藤平 和吉, 原 敬, 幾原真知子  
小野 節子, 栗林由美子, 鈴木真紀子  
本多 昌子, 新行内健一, 都築はる奈  
宮前 香子, 川合 利恵, 高橋史佳

(利根中央病院 緩和ケアチーム)

当院の緩和ケアチームが活動を始めてから3年が経過した。チームへの依頼件数の6割には精神症状関連の内容が含まれている。その中には不眠や意識障害(せん妄)などに加え、患者の言動からうつ病を疑って相談を受けるケースも多い。精神科医の立場からは、うつ病はきわめて“病的な状態”といえ、近年の研究からは脳の機能障害としての病態が次々と明らかにされている。したがって適切な治療介入により寛解状態に導ける例も多い。けれども「死にたい」と口にするのがん患者のすべてが、果たして“病的”といえるのだろうか？

これまでの当院での経験では、病的なうつ病として抗うつ剤を投与したくなるケースは全体の中では比較的少数であった。苦しい、哀しい、いっそのこと死んでしまいたいと口にする患者の多くは、症状レベルでは抑うつ状

態であっても、その精神力動に着目すれば“健康なところ”の持ち主であった。これらは正常な心理反応としての「適応障害」といえるものであり、この鑑別は、チーム内で患者援助の方向性を議論するうえで非常に重要なものであった。当院緩和ケアチーム内で期待されている精神科医の第一義的役割は、精神症状の治療改善ではなく、むしろ状況把握のための“アセスメント”であった。

さて、精神科的に病的でなく、すなわち“健康なところ”を持った患者が「死にたい」と口にしたとすれば、そこから先は何を以て援助となし得るのか。この答えは未だ模索中である。ただ、経験的には“精神科医の私”ではなく“緩和ケアチームの私”として他のチームメンバーと同じ立ち位置でベットサイドに赴いたときほど、患者の苦しみに率直に寄り添えたように感じている。

本報告では、当院緩和ケアチーム内での精神科医の役割を報告しつつ、そこから見えた患者援助へのプロセスを、仮説として提示することを試みたい。

#### P-5. 患者、家族の体験を通して考えた倫理的問題

池田 優子(高崎健康福祉大学 看護学部)

私の娘は12歳のときに中間型悪性腫瘍と診断され、卵巣を摘出した。それから7年、今度は自分自身が早期胃癌を発見され胃切除術を行い、1ヶ月あまりの入院体験をした。このような患者・家族体験を通して倫理的問題について考えたとき、いくつかの重要なポイントがあると思う。まずは「悪性であることを告知すること」。娘の場合、カーテンで仕切られただけの外来の場で淡々と伝えられた。医療者側からすると悪性の患者はよくあるケースであり、また真実を誠実に伝えようとしたのだろう。しかし、伝えられた側は頭が真っ白になり、どのようにして岐路に着いたのかさえ覚えていない状態だった。それほど、医療者側と患者・家族側の認識には隔たりがあることを認知することが重要だと思う。今回、自分が癌になったときは、インフォームド・コンセントということが浸透しており、十分な説明がなされた。しかし、一方で「医療者側の自己防衛のためのインフォームド・コンセントになっていないか」が問われてきている。医療者側が伝えたいことを伝えるのがインフォームド・コンセントではない。患者側からすると「本当に自分達が知りたい情報」を教えてほしいのだ。一人ひとり悩むところは違うと思う。それがわかれば、医療者も知りたいところに沿って簡潔に説明でき、両者にとって満足のいくものになる。倫理を考える上で大きなポイントになるのが、治療方法の選択だ。選択枝を提案されても、「どう選択していいかわからない」患者は多いだろう。つまり選択できるだけの十分な情報や、多方面からのセカンド・サードオピニオンのアドバイスの保障のシステムを作ら