

# 終末期がん患者にレスキューを使用する 看護師の倫理的ジレンマ

新居 奈緒    松本 果南    宮崎 佳美    坂田 由貴    藤田 裕美

徳島赤十字病院 5階西病棟

## 要 旨

終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマを明らかにすることを目的とした。独自に作成したインタビューガイドを用いて、A病院B病棟の看護師5名にインタビューを行い、逐語録を作成した。逐語録から「終末期がん患者にレスキューを使用する際の倫理的ジレンマ」について語られている部分に着目してコード化を行い、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。分析の結果、終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマは《早送りを実施することに対する躊躇い》、《医師の疼痛管理に対する疑問》、《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》、《患者の意思がわからない苦悩》、《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》の5のカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された。医師と看護師でお互いの思いを共有することや意思表示できるうちに患者の希望を聞き出すことで個別性のある終末期ケアに繋がると考える。また、終末期がん患者に疼痛管理を行う際には、遺される家族の不安、恐怖、孤独に寄り添い、家族の望む最期になるようにチーム医療でサポートすることも重要である。今後は意思表示困難な終末期がん患者だけでなく、対象の幅を広げて個別性のある疼痛管理を検討していくことが課題となる。

キーワード：終末期がん患者、レスキュー、倫理的ジレンマ

## はじめに

現在、我が国における死因の第一位はがんであり、およそ4人に1人ががんで亡くなっている<sup>1)</sup>。WHO方式がん疼痛治療法におけるガイドラインでは、「がん疼痛治療5原則」が提唱されていたが、2018年の改訂により「除痛ラダーに沿って鎮痛薬を選ぶ」が削除され4原則となり、患者ごとの個性を重視した疼痛治療へと移行している。

近年、「最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指す」という考え方が重視されている。そのため終末期がん患者にレスキューを使用する際、患者の尊厳を尊重し、苦痛を全人的に捉えることが重要となる。

終末期に自分の意思が伝えられない状態となる可能性は約70%といわれている<sup>2)</sup>。痛みの評価は患者の痛みの訴えを知ることが基本であるが、意思

表示できない患者の場合は患者が痛みを表現できないため、看護師が客観的に苦痛の評価を行い、レスキューの投与を判断する必要がある。がん疼痛マネジメントに関して看護師全体の98%が困難を感じており、困難に関する内容が多かったのは「患者が痛みを表現できない」であった<sup>3)</sup>。疼痛管理において普段から患者と接する機会の多い看護師の役割は大きく、看護師は様々な困難や悩みと向き合いながらレスキューを使用している。一方、看護師の倫理的悩みは情緒的疲弊を高めるといわれている<sup>4)</sup>。また、自分の実践している看護に対して過度な悩みや迷いを抱くことで適切な評価ができなくなり、疼痛管理に影響を及ぼす可能性もある。

先行研究<sup>5)</sup>において、終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤は明らかになっていたが、意思表示できない終末期がん患者にレスキューを使用する看護

師の倫理的ジレンマは明らかになっていない。そこで、終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマを明らかにすることは、患者ごとの疼痛管理の一助に繋がると考え、本研究に取り組んだ。

## 研究目的

終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマを明らかにする。

## 用語の定義

終末期がん患者：治療の効果が期待できず、患者自身に意識がなく判断や意思表示できない患者。

レスキュー：定時服用のオピオイドだけでは抑えきれない単発的な突出痛を抑えるための速効性オピオイドの投与。投与は注射の早送りに限る。

倫理的ジレンマ：どちらが明らかに正しく、どちらかが明らかに間違っているとはいえない微妙な倫理的価値の対立に対して板挟みになって悩んでいる状態。

## 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的デザイン
2. 対象：A病院B病棟看護師5名（師長、係長、研修看護師を除く）
3. 期間：2023年9月5日～2024年2月2日
4. 場所：A病院B病棟の説明室
5. データの収集方法：
  - 1) インタビューガイドを作成した。
  - 2) 研究開始前に研究説明書、同意書をB病棟の師長、係長、研修看護師を除いた看護師全員に配布し、同意を得られる方のみ同意書に名前を記入してもらいB病棟休憩室に設置している回収箱に厳封し投函してもらった。
  - 3) 同意書の入っている回収箱から研究メンバーが無作為に5名を抽出した。
  - 4) 対象者5名に対し、日勤帯で1人につき30分程度のインタビューをインタビューガイドに沿って個

別で実施した。場所はB病棟のプライバシーを確保できる個室とした。インタビュー実施前に、インタビュー対象者に目的、方法等を文書で説明し同意を得た。インタビューは研究参加者に了承を得た上でICレコーダーに録音し、インタビュー終了後、逐語録を作成した。

## 6.データの分析方法

質的帰納的に分析した。インタビューが終わるごとに逐語録を作成し、熟読した。収集した逐語録から「終末期がん患者にレスキューを使用する際の倫理的ジレンマ」について語られている部分に着目して、データの意味を損ねないようにコード化を行い、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。研究メンバー間でカテゴリーとサブカテゴリーの整合性の確認やデータに基づいて適切かつ忠実に表現されているかの確認を行いながら分析を行った。

## 倫理的配慮

A病院倫理委員会の承認を得て調査を実施した。対象者には、研究の目的および内容、研究参加・中断の自由性、プライバシーの保護、個人情報保護、結果の公表について書面と口頭で説明し、文書により同意を得た。

## 結 果

研究参加者の平均看護師歴は15年、内科病棟平均勤務歴は4年7か月であった。インタビュー平均時間は26.8分であった。分析の結果、終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマは《早送りを実施することに対する躊躇い》、《医師の疼痛管理に対する疑問》、《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》、《患者の意思がわからない苦悩》、《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》の5のカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された（表1）。以下、カテゴリーを《》，サブカテゴリーを<>、コードを『』として述べる。

《早送りを実施することに対する躊躇い》は2つのサブカテゴリーで構成されていた。<最期の一押しをしてしまうのではないかと不安>は『早送

りにより呼吸抑制を起こしてしまうのではないか』  
『早送りすることで患者の死期を早めるのではない  
か』など3つのコードがあり、看護師は副作用である呼吸抑制によって終末期がん患者の死を招くことに不安を感じていた。＜早送りをする際の自己のアセスメントや知識不足に対する不安＞は『呼吸抑制を起こしているが家族の訴えで早送りしてもいいのか』『頻回に早送りしている場合これ以上早送りしてもいいのか』など4つのコードがあり、看護師は

自らの判断でレスキューを使用する難しさを感じていた。

《医師の疼痛管理に対する疑問》は2つのサブ  
カテゴリーで構成されていた。＜レスキュー指示  
への疑問＞は『早送り回数に制限があることでレス  
キューを積極的に使えない』『医師の指示で早送り  
の回数に上限が決まっていることへの違和感』など  
3つのコードがあり、医師の指示にレスキュー使用

表1 終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマ

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	【コード】
《早送りを実施することに躊躇い》	＜最期の一押しをしてしまうのではないかと不安＞	・早送りにより呼吸抑制を起こしてしまうのではないか ・早送りすることで患者の死期を早めるのではないか ・苦痛をとるための早送りで最期の一押しをしてしまうのではないか
	＜早送りをする際の自己のアセスメントや知識不足に対する不安＞	・呼吸抑制を起こしているが家族の訴えで早送りしてもいいのか ・頻回に早送りをしている場合これ以上早送りしてもいいのか ・痛み以外の症状に対してレスキュー使用のタイミングに悩む ・医師の流量アップの指示があるがこれ以上あげていいのかという判断が難しい
《医師の疼痛管理に対する疑問》	＜レスキュー指示への疑問＞	・早送り回数に制限があることでレスキューを積極的に使えない ・医師の指示で早送り回数に上限が決まっていることへの違和感 ・医師がレスキューの回数に制限をかけることやペースアップしないことへの疑問
	＜導入のタイミングに対する疑問＞	・もう少し早めに導入したいが医師の考えもあり強くは言えない ・導入するタイミングで痛みのコントロールを図ることで残された時間の使い方が違うのではないか
《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》	＜レスキューのみで苦痛は軽減できない難しさ＞	・塩酸モルヒネの投与のみで患者の苦痛は軽減できているのか ・早送りが頻回になることは薬が効かずにずっと苦しんでいるのではないか ・レスキューの効果がみられず早送りに意味がないのではないか ・レスキューだけでは効果がない場合鎮静薬を使うタイミングが難しい
	＜苦しみながら亡くなる心苦しさ＞	・苦しみながら亡くなるのは看護師としてもつらい ・最期は穏やかであってほしい
	＜他にもっと出来る事があるのではないかと悩む＞	・早送りを頻回にしても苦痛がとれない患者に対し何か方法はないのか ・レスキューで痛みがとれない場合に何か他の薬を使った方がよかったのか ・レスキューを使っても苦痛がとれずもつとしてあげることはないのか
《患者の意思がわからない苦悩》	＜患者の苦痛の実際はわからない悩み＞	・表情や発語から読みとる苦痛は看護師からみた客観的な印象にすぎない ・早送りのタイミングは患者の意思ではないので早送りに意味があったかわからない ・「うー」や「あー」などの発語が苦痛かどうか実際はわからない ・苦しそうかそうでないかの判断が難しい
	＜患者の望んでいることがわからない悩み＞	・意思疎通が図れず患者が本当にしてほしいことがわからない ・患者の意識がなくなると患者の望んでいたことやしてほしいことがわからない
	＜患者の意思を聞けないことによる終末期ケアの難しさ＞	・話せなくなる前に患者の意思を聞き取れていたら終末期の過ごし方が違ったのではないか ・話せるときにコミュニケーションを図り信頼関係を築いておくことが終末期ケアの個性に繋がるのではないか
《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》	＜家族と看護師の苦痛の捉え方の相違に伴う葛藤＞	・看護師と家族では患者の最期の状況の見え方が違うとわかっていても看護師の意見を押し付けがちになってしまっているのではないか ・看護師からしたら必要ないと思っても家族が苦しうにみえるなら早送りした方がいいのではないか ・苦痛の捉え方が家族と看護師で異なる時のレスキューの使い方が難しい
	＜家族が望まない形の最期になってしまうのではないかと不安＞	・家族に楽な姿をみせてあげたいと思うが早送りすることで呼吸が止まることは避けたいのではないか ・家族の希望で早送りが呼吸が止まってしまうにこれで良かったのか

の制限があることに対して看護師は違和感や悩みを抱いていた。＜導入のタイミングに対する疑問＞は『もう少し早めに導入したいが医師の考えもあり強くは言えない』『導入するタイミングで痛みのコントロールを図ることで残された時間の使い方が違うのではないか』という2つのコードがあり、看護師は医師の塩酸モルヒネ導入のタイミングに不満や疑問を抱いていた。

《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》は3つのサブカテゴリーで構成されていた。＜レスキューのみで苦痛は軽減できない難しさ＞は『塩酸モルヒネの投与のみで患者の苦痛は軽減できているのか』『レスキューの効果がみられず早送りに意味がないのではないか』など4つのコードがあり、看護師はレスキューを使用しても苦痛が軽減できていないことに対して不全感を感じていた。＜他にもっと出来ることがあるのではないかという悩み＞は『レスキューで痛みがとれない場合に何か他の薬を使った方がよかったのか』『早送りを頻回にしても苦痛がとれない患者に対し何か方法はないのか』など3つのコードがあり、看護師は患者の苦痛が緩和できない現状をどうにかしたいと悩んでいた。また、終末期がん患者に対して＜苦しみながら亡くなる心苦しさ＞を感じており、『最期は穏やかであってほしい』という思いが背景にあった。

《患者の意思がわからない苦悩》は3つのサブカテゴリーで構成されていた。＜患者の苦痛の実際はわからない悩み＞は『表情や発語から読み取る苦痛は看護師からみた客観的な印象にすぎない』『早送りのタイミングは患者の意思ではないので早送りに意味があったのかわからない』など4つのコードがあり、看護師は終末期がん患者に対して患者の意思でレスキューを使用できず、看護師が苦痛の判断をするということに困難感を抱いていた。＜患者の望んでいることがわからない悩み＞は『意思疎通が図れず患者が本当にしてほしいことがわからない』

『患者の意識がなくなると患者の望んでいたことやして欲しいことがわからない』という2つのコードがあり、患者の意思や望みがわからないことで患者のニーズに応える難しさを感じていた。そして看護師は『話せなくなる前に患者の意思を聞き取れていたら終末期の過ごし方が違ったのではないか』という＜患者の意思を聞けないことによる終末期ケアの

難しさ＞を痛感していた。

《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》は2つのサブカテゴリーから構成されていた。＜家族と看護師の苦痛の捉え方の相違に伴う葛藤＞は『看護師と家族では患者の最期の状況の見え方が違うとわかっていても看護師の意見を押し付けがちになってしまっているのではないか』『看護師からしたら必要ないと思っても家族が苦しうにみえるなら早送りした方がいいのではないか』など3つのコードがあり、看護師は家族と苦痛の捉え方に違いがあることでレスキューの使い方に悩んでいた。＜家族が望まない形の最期になってしまうのではないかという不安＞は『家族に楽な姿をみせてあげたいと思うが早送りすることで呼吸が止まることは避けたいのではないか』『家族の希望で早送りしたが呼吸が止まってしまう本当にこれで良かったのか』という2つのコードがあり、家族のできるだけ楽にしてほしいという思いを汲み取ると同時に患者の死を恐れる不安にも寄り添うことで葛藤を感じていた。

## 考 察

### 《早送りを実施することに対する躊躇い》

肺癌末期の患者に塩酸モルヒネを使用する看護師を対象にした研究で平野ら<sup>6)</sup>は、「患者が最期までその人らしく生きた、それに対して援助ができたという思いと、注射をすることで死を招くことへの不安・恐怖を強く感じている」と述べている。本研究でも看護師は、レスキューを使用することで＜最後の一押しをしてしまうのではないかという不安＞を感じていた。これは患者に穏やかな最期を過ごしてほしいという思いを持っている一方、自身の早送りで呼吸抑制による死を招くことを恐れておりレスキューの使用を躊躇っていると考え、平野ら<sup>6)</sup>は、「ターミナルケアは受け持ち看護師だけで支えるには負担が大きくチームで方針を明確にし、看護師がお互い支援し合うことでストレスは軽減される」と述べている。このことから、チーム内で相談し、レスキュー使用の判断をすることで、早送りに対する不安や躊躇いは軽減されるのではないかと考える。また本研究では＜早送りする際の自己のアセスメントや知識不足に対する不安＞からもレスキュー使用に対して躊躇いや困難感を感じていることがわかつ



た。林<sup>7)</sup> はがん患者に疼痛緩和をもたらす看護ケアの判断根拠は「専門的知識」と「患者のアセスメントにより得られた情報」であると明らかにしている。つまり、疼痛緩和のためには専門的知識と知識に裏付けられたアセスメントが重要である。そのため、病棟で勉強会やリフレクションを実施し、看護師の知識やアセスメント力の向上を図る必要があると考える。

#### 《医師の疼痛管理に対する疑問》

小島<sup>3)</sup> は「看護師は医師が鎮痛薬の使用・増量を躊躇することに対して困難感を感じている」と述べている。本研究でも、看護師は早送り回数やベースアップの制限などに対する＜レスキュー指示への疑問＞や＜導入のタイミングに対する疑問＞を感じていた。

がん疼痛の薬物療法に関するガイドラインには「適切な投与量とは、その患者が納得するレベルまで痛みがとれる量である」と記載されている<sup>8)</sup>。しかし、レスキューの使用量に制限があり、患者に適切な疼痛管理ができないことに看護師はもどかしさを感じ、《医師の疼痛管理に対する疑問》に繋がっていると考える。中川ら<sup>9)</sup> は「看護師と医師が見解を交換する場面では、双方の見解が異なる場合に、その見解の背景にある考えが相手に供与されないと相互作用の過程に進展がみられないことも少なくなかった」と述べている。つまり、医師と看護師で患者の現状や今後の方針などを話し合い、お互いの思いや考え方を共有することがよりよい疼痛管理に繋がると考える。

松波ら<sup>10)</sup> は「医師は患者や家族と関わる時間が最も長い看護師に対して、治療方針を決定していくうえで看護の視点を必要としている」と述べている。看護師は患者の最も近くにいる存在であるからこそ患者の小さな変化や異変にも気づくことができる。看護師の視点や気づきは疼痛管理を行う上で重要であり、看護師自身も知識やアセスメント能力の向上が必要であると考えます。

《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》

岩崎ら<sup>11)</sup> は「緩和ケア病棟で働く看護師が体験した困難には疼痛のみならずその他の苦痛症状のコントロールが良好でない患者を看ることの辛さ、症状アセスメントが難しい患者の困難さがある」と述

べている。本研究でもレスキューを頻回に使用しても身の置き所のない様子が続くことで＜レスキューのみで苦痛は軽減できない難しさ＞や＜苦しみながら亡くなる心苦しさ＞を感じていた。これは看護師が患者の苦痛を少しでも楽にしようとレスキューを使用する一方、レスキューによる効果やケアの手応えが得られないことで看護における不全感や無力感を抱いていると考える。がん患者は治療の副作用や病気の進行から生じる複雑で多様な症状を抱えており、終末期がん患者の苦痛の緩和は難しい。そのため、緩和ケアチームにも相談しチーム医療で疼痛管理に取り組むことが重要だと考える。

また、本研究では、看護師は専門職として＜他にもっと出来ることがあるのではないかという悩み＞を感じていた。逆井ら<sup>12)</sup> は、「終末期の中で可能な限りの援助を行った場合でももっとできることがあったのではないかという罪悪感に残りその中で自己を振り返り、より高度な専門的援助を提供しようと模索し続けることが、臨床看護職者のスキルをアップさせ成長を獲得するのではないか」と述べている。つまり、終末期がん患者に対して＜他にもっと出来ることがあるのではないかという悩み＞を抱くことに意味があり、よりよい看護に繋げるためには、終末期がん患者との関わりにおける悩みや葛藤をチームで共有し振り返ることが重要であると考えます。

#### 《患者の意思がわからない苦悩》

小島<sup>3)</sup> は、「緩和ケア病棟の看護師が一般病棟の看護師と比較し困難を多く感じていたのは「患者の痛みをアセスメントすること」「患者の全人的苦痛に対応すること」であった」と述べている。本研究でも、終末期がん患者に対して＜患者の苦痛の実際はわからない悩み＞を感じていた。看護師は患者の表情や体動から苦痛を読み取るが、本人の意思が確認できないため自身のアセスメントに確信が持てず、苦痛の実際はわからないという避けては通れない悩みを抱いていた。また、本研究では＜患者の望んでいることがわからない悩み＞や＜患者の意思を聞けないことによる終末期ケアの難しさ＞も感じていた。看護師は患者の希望や願いを叶えてあげたいという思いを持っているが、意思表示できなくなった患者からは直接希望を聞けないということが終末期看護の難しさに繋がっていると考える。岩崎ら<sup>11)</sup>

は「緩和ケア病棟の看護師は残された時間が限られていることを意識しながら、意思疎通ができるうちに患者と家族のコミュニケーションが円滑に図れるような関わりをしている」と述べている。また、がん対策推進基本計画では「緩和ケアとは、身体的・精神的心理・社会的苦痛等の全人的な苦痛への対応（全人的なケア）を診断時から通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである」と記されている<sup>13)</sup>。つまり、がんと診断された時から繰り返される治療を行う中で患者との関係性を構築し、意思表示できるうちに患者の思いや希望を聞き出すことで個別性のある終末期ケアに繋がると考える。

#### 《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》

本研究では＜家族と看護師の苦痛の捉え方の相違に伴う葛藤＞＜家族が望まない形の最期になってしまうのではないかという不安＞を感じていた。これは、看護師が家族の思いを尊重しようとする一方で、自身の見え方や捉え方との違いに戸惑いを感じておりレスキュー使用の葛藤に繋がっていると考えられる。鈴木<sup>14)</sup>は「終末期患者の家族は、患者の死が避けられないことに気づくと、苦しい現実と向き合い、その状況に打ちのめされないように多様なニーズを持つようになる」と述べている。家族は患者の死を恐れ苦しんでおり、多くの不安や恐怖を抱えている。そのため家族は患者の小さな表情の変化や体動に敏感になっており、看護師と家族では患者の最期の状況の見え方に違いがあるのではないかと考える。山崎ら<sup>15)</sup>は「患者の状況を理解した上で、患者にかかわる家族の思いを尊重し、家族の意向に添った看護援助が重要である」と述べている。また、土屋ら<sup>16)</sup>は、「共感の本質とは、重荷を代わりに背負うことではなく、背負っている本人を一人ぼっちにしないこと」と述べている。よって大切な人を失う家族の不安や恐怖、孤独にも寄り添うことが終末期看護には必要であり、家族の望む最期になるように家族と医療者が共に歩み寄り、チーム医療でサポートすることが重要であると考えられる。

## 結 論

1. 終末期がん患者にレスキューを使用する看護師の倫理的ジレンマとして、《早送りを実施すること

に対する躊躇い》、《医師の疼痛管理に対する疑問》、《レスキューを使用しても患者の苦痛が軽減できない苦悩》、《患者の意思がわからない苦悩》、《遺される家族の思いを汲み取る難しさ》の5つのカテゴリーが抽出された。

2. 終末期がん患者の個別性のある疼痛管理に繋げるためには、意思表示できるうちに患者の思いや希望を聞き出すことや医師と看護師で患者の現状や今後の方針について、お互いの思いや考え方を共有することが必要である。

3. 終末期がん患者に疼痛管理を行う際には、遺される家族の不安、恐怖、孤独に寄り添い、家族の望む最期になるようにチーム医療でサポートすることも重要である。

## 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、インタビュー対象者が5名であり、得られるデータ量が十分ではないため一般化が困難である。今後の課題は、意思表示困難な終末期がん患者だけでなく、対象の幅を広げて個別性のある疼痛管理を検討していくことである。

## 利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反なし。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：令和3年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況[internet]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/index.html> [accessed 2023-12-01]
- 2) Silveira MJ, Kim SY, Langa KM : Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 2010 ; 362 : 1211-1218
- 3) 小島悦子：がん疼痛マネジメントに関する知識と困難についての看護師の認識。天使大紀 2009 ; 9 : 43-55
- 4) 萬木早苗, 井上かおり, 小藪智子, 他：看護師の倫理的悩みとコーピングが情緒的疲弊に及ぼす影響。臨床倫理 2020 ; 8 : 5-16

- 5) 佐竹陽子, 荒尾晴恵: 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. Palliat Care Res 2018; 13: 201-208
- 6) 平野恵, 堀口朋美, 寺尾明子, 他: 肺癌末期の呼吸困難に対する塩酸モルヒネ使用に関する看護婦の判断と実践的知識. 日看会論集: 成人看II 1999; 30: 66-68
- 7) 林直子: がん患者のPain Managementに影響を及ぼす看護婦の判断根拠及び因子の検討. 日がん看会誌 1999; 12: 45-58
- 8) 日本緩和医療学会編「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版」, 東京: 金原出版 2020; p40
- 9) 中川典子, 林千冬: 看護師-医師関係における会話の特徴と協働関係形成の条件. 日看管理会誌 2008; 12: 37-48
- 10) 松波香, 會田信子, 佐藤紀子: 看護師と医師の終末期ケア遂行に伴う心理的葛藤と他職種への期待: 大学病院呼吸器専門病棟におけるチーム・アプローチに関する一考察. 東京女医大看会誌 2008; 3: 19-25
- 11) 岩崎紀久子, 渡部真奈美: 緩和ケア病棟で看護師が体験する困難および困難を解決するための支えに関する研究. 看護学研究紀要 2014; 2: 11-19
- 12) 逆井麻利, 松田英子: 終末期医療に携わる臨床看護職者のストレスとストレス関連成長 (Stress-Related Growth) に関する研究. 健康心理研 2009; 22: 40-51
- 13) 厚生労働省: がん対策推進基本計画 (第3期) <平成30年3月>[internet]. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html> [accessed 2023-12-01]
- 14) 鈴木志津枝: 家族がたどる心理的プロセスとニーズ. 家族看護 2003; 1: 35-42
- 15) 山崎美智子, 富田幸江: 終末期患者の家族が看護師に求める看護へのニーズ 患者自身が望む「その人らしい最期を過ごすために」という視点から. 日健医会誌 2022; 31: 433-442
- 16) 土屋貴志: 共感論ふたたび. 森岡正博編「「ささえあい」の人間学」, 京都: 法藏館 1994; p308

---

# Ethical Dilemma of Nurses Using Rescue for Terminally Ill Patients with Cancer

Nao NII, Kana MATSUMOTO, Yoshimi MIYAZAKI, Yuki SAKATA, Hiromi FUJITA

5th Floor, West Ward of Japanese Red Cross Tokushima Hospital

This study aimed to clarify the ethical dilemmas of nurses using rescue for terminally ill patients with cancer. We conducted interviews with five nurses in Ward B of Hospital A, using a self-developed interview guide, and created verbatim transcripts.

We analyzed the verbatim transcripts, focusing on segments where nurses discussed “ethical dilemmas in using rescue for terminally-ill cancer patients” and coded them, extracting subcategories and categories. The analysis revealed the following five categories and twelve subcategories of ethical dilemmas for nurses using rescue for patients with end-stage cancer: “hesitation to fast-forward,” “doubt about the doctor’s pain management,” “anguish that the patient’s pain cannot be alleviated even if rescue is used,” “anguish at not knowing the patient’s intention,” and “difficulty in understanding the wishes of the bereaved family.” We believe that having doctors and nurses share their thoughts and granting the patient’s wishes while the patient can still express them will lead to individualized end-of-life care. When providing pain management to patients with terminal cancer, it is essential to support the family members in the patient’s final days by attending to their anxiety, fear, and loneliness and offering team-based medical support to ensure patients have the final days they desire. In the future, considering individualized pain management will be crucial not only for terminally ill patients with cancer who have difficulty expressing their wishes but also for many other patients.

Keywords : end-stage cancer patients, rescue, ethical dilemma

Japanese Red Cross Tokushima Hospital Medical Journal 30 : 20-27, 2025

---