

令和 6 年 6 月 21 日現在

機関番号：13601

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2020～2023

課題番号：20K23190

研究課題名（和文）ICU・ERにおける緩和ケア提供の現状と、緩和ケアの提供に影響する要因の究明

研究課題名（英文）Determining the current state of palliative care in the ICU and ER and the factors that influence the practice of palliative care

研究代表者

加藤 茜（Kato, Akane）

信州大学・学術研究院保健学系・助教

研究者番号：90883215

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,200,000円

研究成果の概要（和文）：本研究は、クリティカルケア領域で臨床実践している専門看護師および認定看護師を対象に緩和ケアの現状に関する質問紙調査を行った横断研究である。740名の無作為抽出された看護師に質問紙を郵送し、384部(52%)を有効回答として分析した。クリティカルケア領域の看護師は、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛に対するケアが十分でなく、緩和ケアに関する知識・技術不足があると感じていた。また、疼痛とせん妄を除く症状スクリーニングは十分に実施されておらず、緩和として緩和ケアチームなどの専門的緩和ケアの活用経験率も低かった。さらに、家族カンファレンスへの関与も十分になされていない実態が明らかとなった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

国際的に緩和ケアの対象範囲が拡大する中で、日本のクリティカルケア看護における緩和ケアの理解および実践が発展途上であることが明らかとなった。その背景には、クリティカルケアに関わる看護師の知識や技術が不十分であることだけでなく、専門的緩和ケア活用システムのミスマッチや専門的緩和ケアチームとの連携不足などの病院組織や、クリティカルケア領域の慣習などが影響していることも示唆された。今後は、看護師を対象とした教育プログラムの構築や医師との合同ワークショップなど多職種、他領域を交えた教育機会を設ける必要がある。

研究成果の概要（英文）：This study was a cross-sectional research conducted through a questionnaire survey targeting specialist nurses and certified nurses practicing in the critical care domain, focusing on the current status of palliative care. Questionnaires were mailed to 740 randomly selected nurses, and 384 responses (52%) were analyzed as valid. Nurses in the critical care domain felt that care for physical, psychological, social, and spiritual distress was insufficient, and there was a lack of knowledge and skills regarding palliative care. Additionally, symptom screening other than pain and nausea/vomiting was not adequately conducted, and the utilization rate of specialized palliative care, such as palliative care teams, for palliative purposes was low. Furthermore, it was revealed that there was insufficient engagement in family conferences.

研究分野：クリティカルケア看護

キーワード：緩和ケア クリティカルケア 症状緩和 終末期ケア 意思決定支援

1. 研究開始当初の背景

クリティカルケアとは、心臓、肝臓、肺、腎臓、神経システムなどの生命維持に欠かせない主要な臓器に機能不全が生じ、非常に重篤で常時モニタリングや治療を提供する必要がある患者に対し提供される専門的な医療である(Intensive Care Society, European Society of Intensive Care Medicine)。World Health Organization は、心血管系疾患や主要臓器不全、重症熱傷なども緩和ケアが必要場合は提供されなければならないと示し、クリティカルケアを受けている患者であっても緩和ケアが提供される必要性が指摘されるようになった。一方で、長らくクリティカルケアの治療目標は、“患者の生存”とされてきたため、クリティカルケア領域において緩和ケアを提供していくということに関して、医療者が共通理解をしているとはいえない現状がある(McAdam & Gelinas 2019)。そもそも、北米、欧州、豪州を除く国々では緩和ケアの提供が十分ではないと指摘されている(World Hospice Palliative Care Alliance 2020)。つまり、国際的な視点で見ると日本の緩和ケアは発展途上にある状況で、とりわけ非がん患者に対する緩和ケアはようやく注目されるようになってきたという段階にある。実際、緩和医療学会の報告(2020)では、非がん患者に対して緩和ケアチームが関わった割合は約 5%であり、クリティカルケア領域はさらに少ないと考えられる。

クリティカルケアを受ける患者は、疼痛や呼吸困難など身体的苦痛だけでなく、死の恐怖や医療者に支配されている感覚、希望の消失などのさまざまな精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛を感じている(McAdam 2019, Chemy 2015)。このような苦痛に対し、基本的緩和ケアと専門的緩和ケアが適切に提供されることが重要とされている。基本的緩和ケアとは、緩和ケアを専門としない医療者が日々の実践の中で行う基礎的なケアとされる。一方、専門的緩和ケアとは、緩和ケアを専門とする医療者が基本的緩和ケアでは対処できない苦痛に対応するケア(Ernecoff 2020)とされている。これらのケアはどちらかが優先されるというものではなく、患者や家族の状況に応じて、バランスよく提供していくことが大切である。

日本のクリティカルケア領域における終末期ケアについては、学会からのガイドラインが公表されたことなどもあり、さまざまな調査が行われている。しかし、緩和ケアという終末期ケアも包含する大きな枠組みを基盤とした調査は現時点で行われておらず、現状が明らかになっていない。

2. 研究の目的

本研究は、日本のクリティカルケア領域に勤務する認定看護師および専門看護師を対象に質問紙調査を行い、基本的緩和ケアおよび専門的緩和ケアがどの程度行われているのか、またどのように認識されているのかを明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師 2,669 名から、日本看護協会のホームページにおいて氏名および所属施設を公表している看護師 740 名を無作為抽出し、質問紙を郵送した。回収率を上げるため、1 回目の郵送から 1 か月後に 2 回目の郵送を行った。質問紙は、先行研究をもとに研究チームで素案を作成後、集中治療医・救急医、急性・重症患者看護専門看護師・研究者 5 名にプレテストを行い、フィードバックをもとに修正し完成させた。質問項目は「基本的緩和ケアの実践の程度」「基本的緩和ケアの提供が必要と思う症状および状況」「基本的緩和ケアの提供の障壁」「専門的緩和ケアの活用経験」「専門的緩和ケア(緩和ケアチーム)の活用が必要と思う症状および状況」「専門的緩和ケアの活用の障壁」「治療の中止/差し控えに関する話し合いへの関与状況」「治療の中止/差し控え決定後の療養」などである。

4. 研究成果

740 名のうち 396 名(53.5%)から返送があり、基本属性主要項目に欠損のない 384 部(51.9%)を分析した。回答者は女性看護師が 277 名(72.1%)で、平均年齢 43.8 歳、平均看護経験年数 20.9 年であった。クリティカルケア看護平均経験年数は 13.3 年であった。緩和ケアに関する教育を受けた経験がある看護師は 131 名(34.4%)であった。

1) 基本的緩和ケアの実践の程度

看護師が認識する基本的緩和ケアの実践の現状について、表 1 に示す。看護師がもっともできていないと認識していたのは身体的苦痛に対する対処であったが、「とてもそう思う」「そう思う」「どちらかというと思う」と回答した割合は 50%以下であった。その他の苦痛に関してもすべて 40%以下であった。

	まったく そう思わない	そう思わない	どちらかという そう思わない	どちらかという そう思う	そう思う	とても そう思う
ICUまたは救命センターで回復が見込めなくなった患者の身体的苦痛(例: 痛み、呼吸困難など)に対して、適切に対応されていると思いますか?	11(3.2)	45(13.2)	99(29.0)	124(36.4)	55(16.1)	7(2.1)
ICUまたは救命センターで回復が見込めなくなった患者の精神的苦痛(例: 不安・抑うつなど)に対して、適切に対応されていると思いますか?	14(4.1)	58(17.0)	137(40.1)	98(28.7)	31(9.1)	4(1.2)
ICUまたは救命センターで回復が見込めなくなった患者の社会的苦痛(例: 家族や仕事など)に対して、適切に対応されていると思いますか?	32(9.4)	80(23.4)	140(40.9)	71(20.8)	19(5.6)	0
ICUまたは救命センターで回復が見込めなくなった患者のスピリチュアルな苦痛(例: 自己存在の喪失など)に対して、適切に対応されていると思いますか?	35(10.2)	86(25.1)	148(43.3)	58(17.0)	15(4.4)	0

2) 基本的緩和ケアの提供が必要と思う症状および状況

表2は、看護師が基本的緩和ケアの提供に該当すると認識している症状や状況について示している。50%以上の看護師が基本的緩和ケアに該当するととても思うと回答した項目は、「鎮痛管理」「精神的苦痛へのケア」「スピリチュアルな苦痛へのケア」「看取り期の症状緩和」「患者・家族の意思決定支援」「家族に対する心理的サポート」「倫理的問題の調整」であった。

	まったくそう 思わない	そう思わない	どちらかという そう思わない	どちらかという そう思う	そう思う	とてもそう思う
1) 鎮痛管理	1(0.3)	8(2.4)	8(2.4)	14(4.2)	101(30.1)	203(60.6)
2) 鎮静管理	1(0.3)	12(3.6)	24(7.2)	65(19.4)	110(32.8)	123(36.7)
3) 痛み以外の身体症状への治療や対応	1(0.3)	6(1.6)	20(6.0)	33(9.9)	125(37.3)	150(44.8)
4) 患者の精神的苦痛へのケア	0	11(3.3)	6(1.8)	21(6.3)	97(29.0)	200(59.7)
5) せん妄のモニタリングとマネジメント	3(0.9)	17(5.1)	32(9.6)	44(13.1)	118(35.2)	121(36.1)
6) 患者の社会的苦痛への対応(社会資源利用、退院調整)	2(0.6)	17(5.1)	34(10.1)	67(20.0)	111(33.1)	104(31.0)
7) 患者のスピリチュアルな苦痛へのケア(価値観や信念を尊重し、家族とのつながりや生きる希望を変える)	0	3(0.9)	8(2.4)	53(15.8)	97(29.0)	174(51.9)
8) 患者にとって苦痛と考えられる集中治療の中止/差し控え	0	6(1.8)	11(3.3)	59(17.6)	112(33.4)	174(43.9)
9) 看取り期の症状緩和	0	0	1(0.3)	11(3.3)	82(24.5)	241(71.9)
10) PICS(Post Intensive Care Syndrome)の予防	2(0.6)	13(3.9)	35(10.4)	76(22.7)	104(31.0)	105(31.3)
11) 患者・家族の意思決定支援	1(0.3)	7(2.1)	15(4.5)	45(13.4)	90(26.9)	177(52.8)
12) 家族に対する心理的サポート	0	5(1.5)	14(4.2)	37(11.0)	95(28.4)	184(54.9)
13) 倫理的問題の調整	1(0.3)	6(1.6)	19(5.7)	42(12.8)	98(29.3)	169(50.4)

3) 基本的緩和ケアの提供の障壁

表3は、基本的緩和ケアの提供に関して、看護師が認識している障壁の現状を示している。もっとも多くの看護師が認識していた障壁は、クリティカルケア領域の医療スタッフの緩和ケア

	人数(%)
クリティカルケア領域における緩和ケアとは何を指すのかわからない	23(6.7)
ICUまたは救命センタースタッフの緩和ケアに関する知識や技術が不足して	245(71.0)
終末期(生命予後)の予測・判断が難しい	112(32.5)
生命維持治療が患者の苦痛となると判断しても、治療を中止することには法	111(32.2)
緩和ケアを行うことに関して、医師チーム内での治療方針に関する考えの対	120(34.8)
緩和ケアを行うことに関して、看護チーム内での考えの対立が起こる	31(9.0)
緩和ケアを行うことに関して、医師と看護師の間で治療方針に関する考えの	129(37.4)
治療方針を決定するにあたり、患者の意向が確認できないことが多い	190(55.1)
緩和ケアを行うにあたり、患者・家族と接する時間が十分にとれない	146(42.3)
患者や家族へ"Bad News"を伝えることが難しいと感じる	167(48.4)

アに関する知識・技術不足(71%)であった。

4) 専門的緩和ケアの活用経験

実際にクリティカルケア領域で専門的緩和ケアを活用した経験があると回答した看護師は145名(42.5%)であった。経験がある145名の看護師に、実際にどのような内容で専門的緩和ケアを活用したのか尋ねた結果を表4に示す。

5) 専門的緩和ケア(緩和ケアチーム)の活用が必要と思う症状および状況

表5は、緩和ケアチームにコンサルテーションを行った方が良いと認識している症状や状況について示している。もっともコンサルテーションを行った方が良いと回答していた症状は「難治性疼痛(88.3%)」であった。

6) 治療の中止/差し控えに関する話し合いへの関与状況

治療の中止/差し控えに関する話し合いに必ず参加すると回答した看護師は30%以下であった。また、話し合いの中で話し合った

	あり(%)
1) 難治性疼痛	94(64.8)
2) 呼吸困難	65(44.8)
3) せん妄	35(24.1)
4) 不安	28(19.3)
5) 抑うつ	29(20.0)
6) 不眠	29(20.0)
7) 入室以前から医療用麻薬を使用していた患者	45(31.0)
8) 終末期の進行性疾患患者(例: 悪性腫瘍、心不全、腎不全など)	70(48.3)
9) 心肺蘇生を受けた患者	13(9.0)
10) 意識障害などで意思決定が困難な患者	20(13.8)
11) 受傷機転が自殺企図である患者	7(4.8)
12) 入室時にACP(アドバンス・ケア・プランニング)がされていない患者	21(14.5)
13) 長期間(7日間以上)ICUまたは救命センターに滞在している患者	9(6.2)
14) ボディイメージの変容(例: 熱傷や四肢切断など)がある患者	8(5.5)
15) 脳死判定の対象となる患者	12(8.3)
16) 医療者と患者・家族の間で治療の目標に関して不一致が生じる場合	20(13.8)
17) 生命維持治療(例: 人工呼吸器・血液透析など)の差し控え/中止の判断について	13(9.0)
18) PICSの予防について	10(7.0)
19) 家族の心理的サポート	37(25.5)
20) 医療スタッフの心理的サポート	10(6.9)

	行った方がよい(%)
1) 難治性疼痛	303(88.3)
2) 呼吸困難	194(56.6)
3) せん妄	104(30.3)
4) 不安	183(53.4)
5) 抑うつ	183(53.4)
6) 不眠	154(44.9)
7) 入室以前から医療用麻薬を使用していた患者	232(67.6)
8) 終末期の進行性疾患患者(例: 悪性腫瘍、心不全、腎不全など)	258(75.2)
9) 心肺蘇生を受けた患者	43(12.5)
10) 意識障害などで意思決定が困難な患者	83(24.2)
11) 受傷機転が自殺企図である患者	76(22.2)
12) 入室時にACP(アドバンス・ケア・プランニング)がされていない患者	119(34.7)
13) 長期間(7日間以上)ICUまたは救命センターに滞在している患者	42(12.2)
14) ボディイメージの変容(例: 熱傷や四肢切断など)がある患者	110(32.1)
15) 脳死判定の対象となる患者	105(30.6)
16) 医療者と患者・家族の間で治療の目標に関して不一致が生じる場合	118(34.4)
17) 生命維持治療(例: 人工呼吸器・血液透析など)の差し控え/中止の判断について	131(38.2)
18) PICSの予防について	47(13.7)
19) 家族の心理的サポート	178(51.3)
20) 医療スタッフの心理的サポート	98(28.6)

方が良いと看護師が考える内容は「患者の人生観・価値観・夢・希望について(73.8%)」であったのに対し、実際に話し合われている内容は「家族の望む治療やケアについて(73.8%)」であった。

7) 治療の中止/差し控え決定後の療養

表7は、生命維持を目的とした治療の中止/差し控えが決定した後、一般病棟に転出する必要性に関する認識を示している。とてもそう思う・そう思うと回答した看護師は40%以下であった。一方で、クリティカルケア領域内の個室への転出に関しては、80%以上の看護師がとてもそう思う・そう思うと回答した。

	まったく しない	あまりし ない	だいたい する	必ずする
37. 治療・ケアの目標についての話し合いに看護師は参加していますか？	9(2.7)	57(16.8)	175(51.6)	98(28.9)
38. 治療・ケアの目標の話し合いについて、看護師は記録を残していますか？	10(2.9)	40(11.8)	131(38.6)	158(46.6)
39. 治療・ケアの目標の話し合いが行われた後、看護師は患者や家族の理解度を確認していますか？	4(1.2)	48(14.2)	172(50.7)	115(33.9)

表7. 生命維持治療が中止となった場合、お看取りのために一般病棟への転室は必要だと思うか (%) N=340

	人数(%)
まったくそう思わない	7(2.1)
そう思わない	28(8.2)
どちらかというと思わない	50(14.7)
どちらかというと思おう	124(36.5)
そう思う	88(25.3)
とてもそう思う	45(13.2)

【考察】

クリティカルケア領域における基本的緩和ケアは、身体的側面の苦痛だけでなく全人的側面の苦痛に対して十分には実践が行えていないと看護師は認識している。専門的緩和ケアにかんしても、活用経験のある割合は半数以下であり、クリティカルケア領域特有の状況に関しては活用の必要性の認識も低い状況であった。治療の中止/差し引かえの話し合いにおいて、看護師は必ず関与できているわけではなく、話し合われている内容についても看護師が必要と認識している内容とズレが生じている。これらを踏まえると、クリティカルケア領域における緩和ケアは基本的緩和ケアも専門的緩和ケアの活用も、どちらも発展途上であり向上を図る余地がある。しかし、看護師個人あるいは看護師集団だけで改善させていける問題ばかりではなく、医師からの理解や連携が不可欠な問題や、病院組織のシステムを見直す必要がある問題も含まれている。つまり、個人の努力だけでは解決できない点もあり、学会単位での活動も不可欠である。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計4件（うち査読付論文 4件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 4件）

1. 著者名 Yuko Igarashi, Yuta Tanaka, Kaori Ito, Mitsunori Miyashita, Satomi Kinoshita, Akane Kato & Yoshiyuki Kizawa	4. 巻 10(18)
2. 論文標題 Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors	5. 発行年 2022年
3. 雑誌名 Journal of Intensive Care	6. 最初と最後の頁 10
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1186/s40560-022-00605-8	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 Yuta Tanaka, Akane Kato, Kaori Ito, Yuko Igarashi, Kinoshita Satomi, Yoshiyuki Kizawa, Mitsunori Miyashita	4. 巻 63(3)
2. 論文標題 Attitudes of Physicians toward Palliative Care in Intensive Care Units: A Nationwide Cross-Sectional Survey in Japan	5. 発行年 2022年
3. 雑誌名 Journal of Pain and Symptom Management	6. 最初と最後の頁 440-448
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.015	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 Igarashi Yuko, Tanaka Yuta, Ito Kaori, Miyashita Mitsunori, Kinoshita Satomi, Kato Akane, Kizawa Yoshiyuki	4. 巻 10
2. 論文標題 Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors	5. 発行年 2022年
3. 雑誌名 Journal of Intensive Care	6. 最初と最後の頁 18
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1186/s40560-022-00605-8	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -
1. 著者名 Yuta Tanaka, Akane Kato, Kaori Ito, Yuko Igarashi, Satomi Kinoshita, Yoshiyuki Kizawa, Mitsunori Miyashita	4. 巻 63
2. 論文標題 Attitudes of Physicians toward Palliative Care in Intensive Care Units: A Nationwide Cross-Sectional Survey in Japan	5. 発行年 2021年
3. 雑誌名 Journal of Pain and Symptom Management	6. 最初と最後の頁 440-448
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) 10.1016/j.jpainsymman.2021.09.015	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスとしている(また、その予定である)	国際共著 -

〔学会発表〕 計6件（うち招待講演 3件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 加藤茜, 田中雄太, 宮下光令, 木澤義之, 山勢博彰, 田戸朝美, 立野淳子
2. 発表標題 「救急・集中治療における終末期看護プラクティスガイド」公表1年後の活用状況と実践状況
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会（招待講演）
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 加藤茜
2. 発表標題 クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会（招待講演）
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 田中雄太, 加藤茜, 宮下光令, 木澤義之, 山勢博彰, 田戸朝美, 立野淳子
2. 発表標題 クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 加藤茜, 田中雄太, 宮下光令, 木澤義之, 山勢博彰, 田戸朝美, 立野淳子
2. 発表標題 「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」公表1年後の活用状況と実践状況
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 加藤茜
2. 発表標題 クリティカルケアを受ける患者や家族は、何に苦しんでいるのか？
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会（招待講演）
4. 発表年 2022年

1. 発表者名 田中雄太、加藤茜、宮下光令、木澤義之、山勢博彰、田戸朝美、立野淳子
2. 発表標題 クリティカルケア看護における苦痛症状のアセスメント実施状況とマネジメントの困難さ：全国質問紙調査
3. 学会等名 第18回日本クリティカルケア看護学会学術集会
4. 発表年 2022年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関