

機関番号：22702

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2008～2010

課題番号：20592550

研究課題名(和文) 集中治療室での終末期場面における意思決定と看護師の介入との関連

研究課題名(英文) The relationship between decision-making for end-of-life situations and nursing interventions in the intensive care unit.

研究代表者

木下 里美(高野里美)(KINOSHITA SATOMI)

神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・講師

研究者番号：60315702

研究成果の概要(和文)：ICU 看護師への面接および自記式質問紙により、集中治療室での終末期場面における看護師の認識や看護実践を調査した。家族の意思決定に関しては、「家族と共に治療方針を再考する」「看護スタッフ・医師・他医療従事者とのチームワーク」「家族と医師への仲介」が明らかになった。しかし、患者の意思については「家族の希望を優先せざるを得ない」ことにジレンマを感じていた。質問紙調査では、ICU の看取りの評価尺度を米国での ICU 版 QODD(Quality of dying and death)の使用許可を得て作成した。その後、全国総合病院に調査を実施し、ICU 看護師の終末期ケア困難感と ICU での看取りの評価、終末期患者に対する医療ケアに関する認識と意思決定の困難さに関する認識との関連について分析した。

研究成果の概要(英文)：This study investigated the perceptions of nurses and nursing practice in end-of-life situations in the intensive care unit (ICU). Semi-structured interviews and anonymous questionnaires were used survey ICU nurses. Nursing practices in decision-making involved "reconsideration of treatment strategies with the family", "teamwork with medical workers besides nursing staff and doctor", and "being an agent between the doctor and family". In addition, nurses felt a dilemma due to the fact that decision-making was performed according to the wishes of the family, regardless of whether the wishes of the patient were known. A quality of dying and death questionnaire was then created with the permission of the ICU-QODD(Quality of dying and death) in the United States. A questionnaire survey was also conducted in general hospitals. "Difficulties providing end-of-life care" and evaluation of "quality of dying and death" by nurses were revealed. Relationships between the results, recognition of medical care for end-of-life patients and difficulties in decision-making were analyzed.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	600,000	180,000	780,000
2009年度	700,000	210,000	910,000
2010年度	500,000	150,000	650,000
総計	1,800,000	540,000	2,340,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：集中治療室、終末期、看護師、意思決定

## 1. 研究開始当初の背景

ICUは「集中的な治療看護により回復の見込みのある患者を収容する部門」であるが、集中治療の甲斐なく死の転機を迎える患者もいる。海外の研究では、ICUの特殊性から、看護師は終末期ケアに対し困難を感じていることが指摘されている。また、ICU看護師の終末期における、悲嘆や心理的危機、喪失感、ストレスなどが報告されており、「ICU看護師は、救命に失敗することで心理的な安定が深刻な危機に見舞われる」「死は、ICU看護師にとって、しばしば、挫折か、または自分たちの技術の失敗の証拠として体験される」「ICU看護師は、死に直面すると、患者の家族と同じ悲嘆過程を通過する」と言われている。他にも、ICU看護師の、患者の死後の喪失感や、死を迎える患者のケアに対する限界感が報告されている。ICU看護師とストレスの研究では、「患者の死を必要以上に延ばすこと」や「予測していなかった患者の死」などの、ICUでの死や終末期の場面において、看護師はストレスを感じていることが言われている。また、患者の意思決定や治療停止の問題に対する看護師の倫理的ジレンマも報告されている。

一方で、ICU看護師は、終末期ケアに困難やストレスを感じながらも、それを打開するような看護を実践していることが、これまでの調査で示唆されている。その中で、患者の家族の死の受容、治療停止にいたるまでの、意思決定場面において、重要な役割を担っていることも示唆されている。しかし、これまでの研究で、その役割については、ほとんど研究されておらず、その関連も明らかにされていない。今日、集中治療医学会では、治療停止基準を検討するなど、ICUにおける終末期医療のあり方が、注目されるようになった。そのような情勢の中、終末期場面における患者家族、医師の意思決定といった重要な場面で、ICU看護師がどのように介入し、意思決定においてどのような役割を担い、影響を与えているかを明らかにすることは、ICUにおける終末期場面での意思決定や終末期ケアを考える上で意義があると考えた。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は以下の通りである。なお、本研究でのICUでの終末期とは、看護師自身が「集中治療や延命治療などICUでの治療の効果が期待できず死が避けられないと予期し、死にいたった期間」とし、医師の判断には依らず、看護師自身が終末期と認識してい

る期間を指すものとする。

(1) 終末期場面における患者家族、医師の意思決定といった場面で、ICU看護師がどのように介入しているかを明らかにする

(2) 終末期場面における患者家族、医師の意思決定にICU看護師はどのような役割を担い、影響を与えているかを明らかにする。

(3) ICU看護師の終末期ケア困難感と上記(1)(2)の関連を明らかにする。

(4) 上記の分析結果から、ICUでの終末期場面での意思決定の課題を明らかにし、終末期ケアの対策を検討する。

## 3. 研究の方法

### (1) 面接調査の実施

患者や家族、看護師、他医療従事者への介入や、意思決定場面での役割について明らかにするために、集中治療領域看護師に、患者の生命危機や終末期場面に関する質問を行った。質問内容は、まず、ICUにおける、生命危機や終末期場面で、心に残っている事例を語って頂き、以下の内容について質問を行った。

①心に残っている、患者の生命危機状態の事例について。

②患者の生命危機場面での予測と判断の指標、具体的場面や状況について。

③上記の場面での、患者や家族、看護師や他の医療従事者への介入の実際について。

分析方法は、内容を逐語録にして、認識や判断、実践を表す部分を抽出し、類似する内容をまとめカテゴリーし、カテゴリー間の関連について分析した。

倫理的配慮として、看護部長などの代表者の承諾を得た上での実施ではあるが、調査協力は自由意思であることを説明し、協力者には文書にて研究の目的と方法、倫理的配慮に関し説明し、署名にて同意を得た。研究の実施にあたって、面接場所や時間は、協力者の希望に添うよう調整し、途中辞退は自由とした。得られたデータに個人名や施設名は記載せず施錠にて保管した。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査の承認を受け実施した。

## (2) 自記式質問紙調査の実施

終末期ケアでの様々な状況における ICU 看護師の認識と、ICU での看取りの評価、終末期ケア困難感との関連を明らかにするために、自記式質問紙調査を実施した。

調査項目として、「ICU 看護師の終末期ケア困難感尺度」「患者・家族ケアの実施の認識に関する質問」「医療者間の関係性に関する認識」などの質問を含む調査用紙を作成した。また、看取りの評価と関連を明らかにするために、ICU 版 QODD(Quality of Dying and Death)尺度の日本語版を作成し、調査項目に含めた。

作成した質問紙は、50 名の看護師にプレテストを実施し、調査項目の修正を行った。ICU 版 QODD 尺度は日本語に翻訳後、研究者 2 名で照合し、逆翻訳したものを作成者に確認し、プレテストの結果、日本にそぐわない項目を削除し 12 項目を決定した。

調査は、無記名質問紙調査とし、看護部長の承諾を得て実施した。また、回答者に対しては、回答は個人の自由であること、途中辞退は自由であることなど、書面で説明を行い、倫理的配慮を行った上で実施した。また、得られたデータに個人名や施設名は記載せず施錠にて保管した。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査の承認を受け実施した。

本調査は、500 床以上の ICU を所有する 315 施設に依頼をし、承諾が得られた施設のみ必要部数の調査票を送付し実施した。

## 4. 研究成果

### (1) 面接調査結果

#### ① 患者のケアについて

終末期患者に対し、どのように考え、看護実践を行い、看取りのケアを実施しているか、ICU での良き看取りに関する文献を参考にし「症状コントロールと安楽のケア」「死を迎える準備」「家族との絆」「適切な治療」「患者の尊厳」「看取りの場を整える」に関する患者への認識と行動を、面接内容から抽出し、類似した内容をまとめカテゴリー化した。その結果、患者に対する認識とそれに対する行動を抽出した。看護師は、患者が病気の進行や治療の影響により「外観が変化することのつらさ」を感じており、できる限り、「元気だった頃の外観に近づける」援助を行っていた。具体的には、整容に関するケア、浮腫や創傷を目立たなくさせるための援助などが挙げられた。家族との絆に関しては、「家族との時間を大切にしたい」と感じており、「家

族との接触の機会を設ける」援助を行っていた。具体的には、家族の患者ケア参加を、患者にとっても家族と接する大切な機会と捉え、家族と接触することで患者にとって精神的安らぎを与えたいと感じていた。苦痛を最小限にするケアでは、終末期かどうかにかかわらず実施はしているものの、患者の死が避けられないことを予測すると、処置や治療が患者にとってメリットはなく苦痛だけなのではないかと感じ、「苦痛を最小限にするケア」を強化していた。また、患者に対して何かしたいという気持ち、特に、「患者の望むことがしたい」という思いから、家族から患者の情報を収集し「患者の好みを取り入れる」ことを行っていた。終末期の患者に対する看護師の姿勢では、以前は終末期患者を避けようとする気持ちがあった自己に気づき「患者から逃げないで関わりたい」という思いから、「患者のそばにいる」などの、患者と積極的に関わろうとする姿勢に変化したことを語る看護師もいた。「患者にとって良い看取りの場を提供したい」では、「ICU 内個室や一般病棟個室への移動」を行っていた。終末期になったとしても、看取りの場所として、必ずしも一般病棟への退出に限定はしておらず、患者・家族にとって良い場所を話し合って決めることや、病棟への移動に関しては、移動中の死も考えられるので、慎重に検討する必要があると語る看護師もいた。しかしながら「患者にとって望ましい治療なのかどうかの疑問」「患者の意志がかなわなかったことつらさ」「患者に対して何もできないという気持ち」を持ち、解決の行動に繋がらないケースも語られた。全体を通して、患者への終末期ケアは、終末期かどうかということではなく、普段から患者のケアを充実させることや、人として敬意を持って接することを基本であることが導き出された。

#### ② 家族に対するケア

生命危機状態にある患者や終末期を迎える患者の家族に対する、看護師の認識と行動に関する内容を抽出した。家族ケアに対する気持ちとして、患者の生命危機場面で、はじめは「家族に対して何もできないという気持ち」や、どのように関わって良いのだろうかといった「家族とのかかわり方の戸惑い」をもつものの、家族に対しどのような介入ができるだろうか模索し「家族に対し何ができるか考える」ように変化していた。その後、「家族介入の糸口を見つける」「家族と積極的に関わろうとする気持ちへの変化」へと、前向きに変化するケースがあった。しかしながら、一方で、患者が亡くなったあとも、「家族

に対して何もできなかった」という後悔の気持ちや、家族ケアに対し不全感を持つケースもあった。家族ケアの実際では、家族へ直接的な介入を行う前に「家族介入のタイミングを見極める」「家族を待つ姿勢」「家族の気持ちの変化を感じる」「家族の気持ちを受け止める」といった、家族へ関わる時期や、どのような介入を行うことがよいかなどの状況を見極めた上で、家族ケアを実施していた。家族ケアの実際では、「面会時間の調整」で、家族に合わせた時間の設定や子どもの面会の許可などがあった。また、家族の身体的疲労の状態を査定し、無理にケアの参加は勧めないなどの「家族の身体的負担の気遣い」を行っていた。患者のケアを充実させること自体が家族へのケアになるといった気持ちから「患者ケアの充実」を家族看護の一部と捉え実施し、家族と患者が長く一緒にいられるように時間や場所を提供する、環境を整えるなど「家族が患者と関われるようにする」行動をとっていた。他には、患者の生活把握や患者の意思の把握、患者の好みを取り入れるために「患者の情報を家族から得る」、自分自身が家族の傍にいて、時を共有することが大切であるという認識から「そばにいて時を共有する」や「家族に対する自分たちの気持ちを伝える」が導き出された。治療の決定に関しては「家族と共に治療方針を再考する」「看護スタッフ・医師・他医療従事者とのチームワーク」「家族と医師の間への仲介」があった。一方で、治療の継続に関しては、患者自身が療養前に延命治療を拒否していたとしても「患者の意思よりも家族の希望を優先せざるを得ない」ことに、仕方がないと感じる気持ちやジレンマを感じていた。ICU 死亡退出後に、家族ケアの評価を行うことが難しいと感じる「家族ケア評価の難しさ」を感じる看護師もいた。

### ③医師に対して

医師に対する介入では、過去に行った面接調査結果と、同様に、看護師は死を予測すると、医師に、患者の状態の報告と共に、看護師の死の予測を伝え、医師と死の予測を一致させる行動をとり、治療方針の確認、治療内容の検討を依頼し、医師と家族間との調整を行うなどしていた。また、患者の最期を整えるために、医師にベッドサイドにいらしたり、家族との面会を自由にしてもらったり、ベッドサイドの環境を整えるようにしていた。

以上の結果から、面接調査では、ICU 看護師の家族や医師の意思決定場面での関わりが抽出できた。しかしながら、患者の意思に

関しては、解決が難しいと感じ、介入が見いだせないケースもみられた。

## (2)自記式質問紙調査

施設背景に関する調査では、102 施設から協力を得た。個人調査票では 110 施設 1570 名の協力を得た。

### ①施設背景の回答結果

回答施設の ICU での、年間の看取りの人数は、50 名以下が 63% を占め、51 名～100 名が 20%、101～150 名が 4%、151～200 名が 6% であった。亡くなる直前に受けていた医療で、終末期患者のおおよそ 80% 以上が人工呼吸器を装着している施設の割合は 74%、人工透析をしていた割合は 9%、補助循環をしていた割合は 4% であった。

終末期ケアの相談窓口が病棟外にある施設は 52% であった。相談窓口としては、「緩和外来、緩和ケアチーム、緩和ケア認定看護師」といった、緩和医療に関する窓口、「医療福祉相談室、地域医療連携室」といった医療相談室関係、「リエゾン相談室」などの精神看護関係、「がん看護相談窓口、がん専門看護師」といったがん看護関係の窓口が挙げられていた。遺族ケア実施では、9% の施設の回答があり、エンゼルメイクの充実や手紙を出す等の回答があった。終末期ケアの看取りの環境を整えることや、多職種、他部門との連携、面会時間の配慮、家族ケア、遺族会の紹介などが挙げられていた。

### ②個人調査票の回答結果

個人背景は、男性 9% 女性 90% (他無回答)、年代は、25 歳以下が 16%、26-30 歳 34%、31-35 歳 25%、36-40 歳 13% (他 41 歳以上・無回答) であった。看護師経験年数が最も多かったのが、5 年以上 8 年未満 23% 次いで、2 年以上 5 年未満 17%、ICU 勤務経験年数では 2 年以上 5 年未満がもっとも多く 20% を占め次いで 2 年未満、5 年以上 8 年未満であった。

終末期ケアの経験では、1-10 名が最も多く 48% を占めたが、51 名以上 7%、101 名以上 3% と、多数の終末期患者のケア経験がある看護師もいた。また、ICU 以外での終末期ケア経験では、全く経験がない看護師が約 4 分の 1 を占めた。

意思決定に関する認識では、「患者が事前に、リビングウィルやアドバンスディレクティブなどの意思があり、延命治療を拒否していたとしても、それに従うのは難しい」に対し「そう思う」の回答は 28%、「そう思わない」の回答は 30% とほぼ、同様の割合であった。「家族が延命治療を拒否、または中止を希望していたとしてもそれに応じるのは難しい」に対して「そう思う」の回答は 24% 「そう思わない」は 40% であり、家族の意思に対しては、患者の意思に比べ応えやすいと感じ

ているものが多いことが伺えた。「延命治療の継続や停止の判断は医師が行うので、看護師はその決定に関与できない」では「そう思う」が39%に対し、「そう思わない」が26%であり、看護師は関与できないと感じているものの割合が多かった。

ICU版 QODD(Quality of Dying and Death)尺度の日本語版による、看取りの評価結果では、比較的评价が高かったのは、痛みのコントロールや、呼吸苦のコントロールなど、身体症状に関することであった。評価が低かった項目は、笑顔が見られた、別れの言葉が言えた、心残りなことはなかったであったが、亡くなる前の意識レベルの低下から、評価が困難であったこと回答に影響したことも考えられる。

相談や話し合い体制については、「終末期ケアについて同僚看護師と話し合いや相談をしている」に対し「そう思う」は57%、「医師と話し合いや相談をしている」は39%、亡くなった後の話し合いでは「看護師間で話し合いを持っている」に対し「そう思う」は25%、「多職種間で話し合いを持っている」に対し「そう思う」が6%であった。また終末期ケアに関する病棟外の相談窓口の活用は「活用していると思う」の回答は7%のみであり、相談窓口がある施設は約半数を占めるものの、実際の活用は少ないことが伺えた。

③「ICU版 QODD(Quality of Dying and Death)尺度の日本語版による、看取りの評価」と「終末期ケア困難感」との関連要因  
看取りの評価と終末期ケア困難感の回答の相関係数を算出し、それぞれの関連について考察した。

「看取りの評価」では、患者が亡くなる前に受けていた看護や医療に関する認識や、終末期ケア体制に関する困難感との関連が示唆された。また、終末期ケア体制に関する困難感、同僚看護師・医師との話し合いや相談に関する認識との関連が示唆された。この結果から、最善のケアや看護を受けているという認識が高い人は、看取りの評価が高いことが推察できた。

患者や家族の意思や希望、看護師の治療決定への関与などの、終末期医療における治療決定に関する認識では、「治療優先から終末期ケアに転換することの困難感」との関連性が示唆され、患者や家族、看護師が治療の決定に関与しているという認識が高い方が、困難感が低くなることが推察された。

終末期ケアの自信に関しては、看取りの評価や、最善の医療や看護を受けているという認識とはあまり関連がなく、ICU以外の勤務経験・終末期ケア経験が自信に繋がるものが推察された。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計2件)

①木下里美、ICUにおいて生命危機・終末期となった患者の家族への看護実践、第6回日本クリティカルケア看護学会学術集会、2010年7月17日、札幌。

②木下里美、終末期患者に対するICU看護師の認識と行動、第37回日本集中治療学会学術集会、2010年3月6日、広島。

[学会発表] (計4件)

①木下里美、集中治療室(ICU)看護師の終末期ケア困難感の施設間の比較、ICUとCCU、査読無し、33(11)、2009、815-819。

②木下里美、原田竜三、田中博子、集中治療室(ICU)看護師の死の予測と医師への働きかけ、神奈川県立保健福祉大学誌、査読有り、2009、6(1)、13-22。

③木下里美、ICU看護師の終末期ケア困難感の施設間の比較、第36回日本集中治療学会学術集会、2009年2月26日、大阪。

④木下里美、宮下光令、ICU(集中治療室)における終末期ケア困難感と関連要因、第28回日本看護科学学会学術集会、2008年12月14日、福岡。

## 6. 研究組織

(1)研究代表者

木下 里美(高野里美)(KINOSHITA SATOMI)  
神奈川県立保健福祉大学・保健福祉学部・講師

研究者番号：60315702