

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 13 日現在

機関番号：32704

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463313

研究課題名(和文)集中治療を受ける重症患者への緩和ケア看護指標の開発

研究課題名(英文)Development of palliative care nursing indicators for severely ill patients in intensive care units

研究代表者

木下 里美(高野里美)(Kinoshita, Satomi)

関東学院大学・看護学部・教授

研究者番号：60315702

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円

研究成果の概要(和文)：海外での集中治療室(ICU)での緩和ケアに関する研究、わが国での緩和ケアの質の評価に関する研究、および、ICU看護師への面接調査や自由記述の結果から、緩和ケア看護指標の項目を抽出した。その結果、「身体症状の緩和」「安楽ケア」「精神面のケア」「家族とのコミュニケーション」「最期の時の援助」「死別後の家族支援」「QOL評価」「多職種連携」「緩和ケアチームの活用」に分類した。さらに、海外でのICUでの緩和ケアの指標との比較検討を実施した。また、看取りの質の評価指標を作成し「身体症状」「尊厳」に分類した。

研究成果の概要(英文)：Items for the palliative care nursing indicators in ICU were extracted through the studies on palliative care outside Japan, quality indicators of palliative care in Japan, and interview and free descriptions of nurses. We classified them as “relieving physical symptoms,” “comfort care,” “psychological care,” “communication with family members,” “intervention of at the time of the last moment,” “bereaved family care,” “evaluation of QOL,” “multi-disciplinary team collaboration,” and “consultation with palliative care team.” In addition, we compared indicators of palliative care at ICUs outside Japan. We developed the quality of dying instrument. The instrument had two factors “physical symptom” and “dignity.”

研究分野：緩和ケア

キーワード：集中治療室 緩和ケア 看護指標 重症患者 終末期

1. 研究開始当初の背景

集中治療室 (ICU) は、重症患者の回復を目的とした場所であるが、死が避けられなくなった患者への、延命治療の撤退と差し控えの問題、回復を目的としたケアから終末期ケアへの転換の困難さが、国内外ともに課題となっている。

終末期に限らず、集中治療においても早期に緩和ケアを取り入れることが重要とされている。米国では、ICU などの救命を目的とする病棟においても、緩和ケアの評価をすることが必要と言われ、ICU での看取りの評価を Quality of dying and death (QODD) 質問票により調査した研究、カルテによる症状緩和の実態調査などが報告されている。また、ICU における緩和ケアは、医療の質改善のための重要課題と言われ、マウントサイナイ医科大学の Center to Advance Palliative Care (CAPC) と国立衛生研究所の合同プロジェクト (IPAL-ICU Project) が、集中治療と緩和ケアを統合する取り組みとして報告されている。

しかしながら、日本では、ICU での終末期ケアの看護実践報告は散見するが、欧米のような標準化されたケア基準や実施報告はされていない。また、日本での終末期ケアの報告は、家族支援に主眼が置かれており、患者に対する支援や看護実践は、ほとんど報告がされていない。

緩和ケアの定義は、生命を脅かす疾患による問題に直面する患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的、心理的、社会的な問題、さらにスピリチュアルな問題を早期に発見し、的確な評価と処置を行うことによって、苦痛を予防したり和らげることで、QOL (人生の質、生活の質) を改善する行為 (WHO, 2002) としており、この概念は、がん患者だけでなく、生命を脅かす疾患、つまり、集中治療を受ける重症患者にも適合する考え方である。また、緩和ケアは、終末期になってから突然取り入れられるものではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者や家族に早期に導入することで、その効果を発揮するため、今回、集中治療を受ける重症患者への緩和ケア看護指標を開発することで、患者と家族ケアの質の向上に繋がると考えた。

2. 研究の目的

ICU は、入室後数時間で死を迎えるケースや、手術後の回復目的に入室し 1 泊 2 日で退室するケース、集中治療のために入室が 2 日以上と数日に及ぶケースがある。今回は、ICU 入室期間が 2 日以上になる重症患者を対象とした、緩和ケア看護指標を開発することとする。

3. 研究の方法

(1) 欧米の緩和ケア看護の研究結果と実践状況、および、既に調査を実施し継続している、

ICU 看護実践の内容、緩和ケア看護指標に関する認識の結果から、集中治療を受ける重症患者の緩和ケア看護の基準や重要な要点を示した指標案を作成する

(2) 作成した緩和ケア看護指標案の妥当性について明らかにするため、専門的知識を有する看護師らからヒヤリングを行い臨床現場で活用できる、緩和ケア看護指標を作成する。

(3) 緩和ケア看護指標の中の「ICU での看取りの質に評価」に関する指標を作成する。

4. 研究成果

(1) 集中治療を受ける重症患者への緩和ケア看護指標の項目の抽出

海外における ICU での看取りクリティカルパスや、ICU での看取りの評価、クリティカルケア領域での終末期ケア教育の資料、ICU 看護師への面接調査や自由記述の結果から、緩和ケア看護指標について検討を行い、研究者間で、合意をした。

その結果、「身体症状の緩和」: 痛み、呼吸困難、消化器症状、「安楽ケア」: 皮膚、口腔、睡眠に関すること、「精神面のケア」: 不安、抑うつ、混乱、コミュニケーションに関すること、「家族とのコミュニケーション」: 家族のニーズの把握、家族の意思決定支援に関すること、「最期の時の援助」: 死の場面のセッティング、心肺蘇生の実施の有無、患者の尊厳に関すること、「死別後の家族支援」: グリーフケアなどに分類した。また、緩和ケア実施に際して、「QOL 評価」方法の検討や、他職種との協働では、「多職種連携」、「緩和ケアチームの活用」の検討が抽出された。

(2) 他職種との連携について課題の抽出

ICU 看護師の記述的データの中から、課題として抽出された他職種との協働に関する内容の分析を行った。その中で、特に記載が多かった医師との関係について分類した。

65 施設 392 名の自由記述の記載の中で、医師に関することの記載していた者は、128/392 名 (33%) であった。128 名の記述を、内容別に分類した結果、144 となった。

144 の内容は、「医師の治療方針への疑問」、「医師による方針の違いに対する戸惑い」、「医師の終末期に対する考えが理解し難い」、「医師の患者と家族への対応に対する不満」、「医師と看護師のコミュニケーション不足」が 5 つのカテゴリーと 14 のサブカテゴリーとなった。

「医師の治療方針への疑問」は、53 の記述があり、サブカテゴリーの内訳は、「過度な延命治療が多すぎる」45 記述、「医師の判断が遅い」6 記述、「医師が積極的に関与しない」2 記述の、3 つのサブカテゴリーで構成された。

「医師による方針の違いに対する戸惑い」は 8 の記述があり、サブカテゴリーの内訳は「診

療科により対応や方針が異なる」5記述、「医師の見解が様々」3記述であった。

「医師の終末期に対する考えが理解し難い」は、14の記述があり、サブカテゴリーの内訳は「医師主導の治療への疑問」8記述、「医師の気持ちがわからない」3記述、「医師は終末期ケアへの意識が低い」3記述であった。

「医師の患者と家族への対応に対する疑問」は35記述があり、サブカテゴリーの内訳は「医師と家族との関係が悪い」7記述、「家族への説明不足」16記述、「患者への説明不足」3記述、「医師にとって都合の良い説明」9記述であった。

「医師と看護師のコミュニケーション不足」は、34記述があり、サブカテゴリーの内訳は「話し合いの場が持てない」20記述、「医師と看護師の見解が違う」14記述であった。

以上の結果から、チームによる対応を実現するには、医師と看護師のコミュニケーション課題の対策を講じること、看護師の医師の治療方針に対する疑問への解消につなげていく必要があることが、示唆された。

(3) 看取りの質の評価指標の検討：家族による看取りの質の評価に関する研究から

ICUにおける、看取りの質の評価指標について、海外での指標を参考にして検討を行った。

ICUでの遺族評価については、倫理的配慮から、わが国での実施が困難であり、研究結果も乏しいことから、海外文献の検討を行った。ICUでの家族による看取りの質の評価に関する文献を抽出し、文献レビュー論文を除き、該当した文献のうち、国内で全論文が入手可能な文献18件を分析の対象とした。

その結果、最も多く使用されていた看取りの質に関する質問票は、米国で開発されたQuality of Dying and Death(QODD)質問票であった。QODDは、症状コントロールや患者の尊厳、家族との関わりなどの評価を0~10点または0~100点で行うもので、家族評価用と医療従事者評価用がある。QODDは、数回にわたり改定がされていることから、その年代により、使用されている質問項目数に違いがあり、ICU版QODDも年代により項目数に違いがあった。

それ以外の研究では、身体症状のコントロールや、生命を意図的に延ばしたり縮めたりしないなど、緩和ケアに関する質問項目が看取りの質の評価として使用されていた。これらの、QODD調査票を使用していない研究も、いくつかの質問項目はQODD調査票と類似していた。また、ICUでの家族満足度評価表Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) (ICUでの患者と家族へのケアと意思決定支援に関する家族の満足度を調査する質問票であり、信頼性妥当性の検証がされている)を、併用し、評価している研究も複数件あった。

主な調査方法は郵送による質問紙調査で、

謝礼の同封や、返信がない場合に再送するなどのリマインダーを実施している研究も多かった。郵送以外では、インタビューにより調査を実施したと報告されていたもの、電話によりインタビュー調査を実施したと記載されている報告があった。調査時期は、患者の死後、最低3週間経過後に実施をしていた。

研究結果では、家族の看取りの質の評価の高さには、延命処置をしないことや、リビングウィルが明記されていること、医療者と家族との話し合いが実施されていることなどが関連していたことが示されていた。医療者に対し緩和ケアに関する教育的介入を行い、前後で家族の評価を比較した研究では、介入前後の家族の評価は変わらなかったとの報告があった。一方、緩和ケアの介入(早期のコミュニケーション、家族ミーティング、心理社会的サポート、家族サポートチームと、緩和ケアチーム、医師がメンバー)を行った前後での比較では、家族満足度は上がり、特に、意思決定や医師や看護師とのコミュニケーション、死にゆくプロセスでの満足度が上がったと報告されていた。医療者と家族の評価の違いでは、家族の評価は医師や看護師の看取りの質の評価よりも評価が低いと報告されている、一方で、逆に看護師の看取りの質の評価よりも家族の評価は高いとの報告もあった。また、回答集団による比較では、高齢患者家族の評価は若年患者の家族より高い、脳神経内科、脳神経外科の患者の家族の評価が他の診療科の家族よりも高いこと、病棟からICUに入室した患者の家族評価は救急外来経由で入室した患者の家族評価よりも低いなど、患者の背景により家族の評価は異なっていた。オランダ語版のQODDを使用した調査では、疼痛コントロールや話し合いについての評価が医師よりも家族の方が低かった等の結果が示されているが、QODDの質問項目の中には回答が困難で無回答のものもあったと報告されていた。

以上の、海外でのICUでの遺族により看取りの質の研究結果から、日本での活用の可能性を考察した。

(4) 看取りの質の評価指標の検討：ICU看護師により看取りの質の評価方法の検討

米国のICU版QODDに日本語訳と使用許諾を得て作成を行った。

米国版は、原作は(1)痛みのコントロールはされていた、(2)身体症状のコントロールはされていた、(3)自分で食事や水分を取れていた、(4)呼吸は苦しくないようにコントロールされていた、(5)安らかに亡くなられた、(6)死に対する恐れは強くなかった、(7)笑顔が見られた、(8)尊厳や自尊心が保たれていた、(9)家族または友人と過ごすことができた、(10)孤独であった、(11)愛する人に触られたり、抱きしめられた、(12)愛する人に別れの言葉を言えた、(13)人間関係で心残りなことはなかった、(14)宗教

家やスピリチュアルケアの専門家の訪問を受けた、(15) 亡くなる前に、宗教的な儀式などを行った、の 15 項目であった。パイロットテストを実施し、(3) 自分で食事や水分を取っていた、(14) 宗教家やスピリチュアルケアの専門家の訪問を受けた、(15) 亡くなる前に宗教的な儀式などを行った、の 3 項目については、日本の状況とは合わないことや、回答が困難との意見が多く無回答が多かったことから、使用は困難であると判断し除外し 12 項目とし調査を実施することとした。

103 施設 111 病棟、1372 名を分析し、日本で使用可能な項目の選定を行った。

再テスト法の調査結果から、各項目の ICC を算出した結果、0.3 以下であった項目(「孤独であった」「愛する人に別れが言えた」「人間関係で心残りのことはなかった」)を削除した。また、内容的妥当性の検討の結果、「安らかに亡くなられた」「死に対する恐れは強くなかった」「笑顔が見られた」の 3 項目については、施設背景の調査結果で、死亡時の人工呼吸器装着率 80%以上の施設が 73%を占めること、意識レベルが低下した患者が主で評価が困難との意見から、総合評価が難しいと判断し削除した。

残りの 6 項目で最尤法、プロマックス回転にて探索的因子分析を行った。因子数は固有値やスクリープロットより事前に 2 因子に指定した。その結果、ドメイン 1 は、「身体症状はコントロールされていた」「痛みのコントロールはされていた」「呼吸は苦しくないようにコントロールされていた」の 3 項目で「身体症状」と命名した。ドメイン 2 は、「家族または友人と過ごすことができた」「愛する人に触れられたり、抱きしめられた」「尊厳や自尊心が保たれていた」の 3 項目で「尊厳」と命名した。各ドメインの Cronbach's 係数は、「身体症状」が 0.89、「尊厳」が 0.75 であった。ICC は、「身体症状」が 0.62、「尊厳」が 0.72 であった。また、海外では、すべての項目の総合点または、平均点を使用しており、6 項目すべてを 1 因子とした場合の Cronbach's 係数は 0.82 で、ICC は 0.69 であった。

(5) 緩和ケア看護指標との照合

海外で使用されている ICU での緩和ケアの指標との比較を行った。まず、米国の「End-of-Life Care Research Program」で、作成された ICU における緩和ケアの質の指標の日本語訳と使用許可を得て、作成に着手した。患者のゴールについての話し合い等に関する「医療チームと患者と家族のコミュニケーション」8 項目、患者の事前指示や代理意思決定等に関する「患者と家族中心の意思決定」16 項目、終末期でのケア体制等に関する「ケアの継続性」5 項目、死を迎える患者の家族との医師との関わりや家族のケアの参加等に関する「患者と家族への情緒的・実践的支持」10 項目、鎮痛や鎮静、不必要な

検査の最小限化、環境調整などの「症状マネジメントとコンフォートケア」10 項目、スピリチュアルニーズや宗教的ケアに関する「患者と家族へのスピリチュアルサポート」3 項目、医師に対する情緒的サポートや緩和ケアに教育等に関する「ICU のスタッフに対する情緒的・組織的支持」6 項目について、研究者間で日本語訳の検討を行った。前年度までに作成した、大項目「身体症状の緩和」「安楽のケア」「精神面のケア」「宗教・信条の支援」「家族とのコミュニケーション」「死別時の支援」「死別後の支援」「緩和ケアチームの活用」と照合を行った。スタッフ自身のサポートや緩和ケアチームの活用については、今後も検討の必要があることが示唆された。また、緩和ケア看護指標の評価方法についても、検討が必要であることが示唆された。

(6) まとめ

既存研究や海外での緩和ケアの評価指標、ICU 看護師の記述的データから、集中治療を受ける重症患者への緩和ケア看護指標の項目選定を行った。その中で、看取りに関する内容については、ICU 看護師評価用の看取りの質の評価項目を検討することができた。今回、作成した指標を具体的に活用できる方法の検討が課題である。

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)

木下 里美、集中治療室 (ICU) での看取りの質：家族による評価に関する海外文献レビュー、関東学院大学看護学会誌、査読有、4 巻、2017、17 - 22

木下 里美、宮下 光令、佐藤 一樹、Intensive Care Unit 版 Quality of Dying and Death (ICU QODD) 看護師評価用日本語版の作成に関する研究、日本緩和医療学会誌、査読有、13 (1)、2018、121 - 128

6. 研究組織

(1) 研究代表者

木下 里美 (KINOSHITA, Satomi)
関東学院大学・看護学部・教授
研究者番号：60315702

(2) 研究分担者

森本 悦子 (MORIMOTO, Etsuko)
高知県立大学・看護学部・准教授
研究者番号：60305670

浅見 綾 (ASAMI, Aya)
関東学院大学・看護学部・助手

研究者番号：20762090