

総説

救急・集中治療領域の看護師が終末期患者の家族支援に対して困難を感じる状況に関する文献研究

西開地 由 美 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)
吉 本 照 子 (千葉大学大学院看護学研究科)

本研究の目的は、救急・集中治療領域の看護師が、救命治療から終末期ケアに移行した患者の家族支援に対して困難を感じる状況を、文献検討により明らかにすることである。

データベースは医学中央雑誌を用い、キーワードは「ICU」「クリティカル」「救急」「集中治療」「終末期」「家族」「看護師」「困難感」「葛藤」「ジレンマ」を組み合わせて、総説・原著論文(1999-2018年)を検索した。分析対象は、看護師が終末期患者の家族支援に対して感じる困難な状況を読解可能な、具体的記述を含む文献13件とし、記述部分を抜粋して要約し、カテゴリー化した。20サブカテゴリーから【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】【救命できないことに対し無力感や割り切れない思いがある状況】【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】【救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況】等の9カテゴリーを抽出し、カテゴリー間の関係性をもとに構造化した。

救急・集中治療領域の看護師は、救命治療を使命とし、時間的制約や医学的な判断が主体となる状況で、救命治療の断念に無力感、あるいは延命治療に疑問を感じながら、終末期患者の家族のニーズを捉えにくく、さらに終末期ケア環境、あるいは学習支援の未整備等が加わり、家族支援に踏み出せない状況にあった。

KEY WORDS : emergency care or intensive care units field, terminal care nursing, family support, literature review

I. はじめに

救急・集中治療領域の目的は、集中的な治療を行うことにより、患者を救命することである。しかし、回復の見込みのない重症例が増加しており、終末期ケアの対応が求められている¹⁾。日本集中治療医学会の患者データベース(2015年)によると、集中治療室(intensive care unit; 以下ICU)に入室した成人重症患者の7.6%が死亡の転帰をたどる²⁾。

救急・集中治療領域の患者は、がんや慢性期疾患による経過とは異なり、事故や重病の発症により、準備や予測なく極めて短い時間で死が切迫する事態となる。家族は、医師から死について説明されても十分に理解すること、あるいは間近にせまった肉親の死の受容が困難であり³⁾、医療者からの突然の患者の死の予告を受けて医療者に見放された、話しかけたくてもできずに距離感を感じており^{4), 5)}、家族支援が不足している。

このことから救急・集中治療領域では、救命を優先した高度医療の提供とともに、終末期を迎えた患者・家族

に対する、適切な終末期ケアの提供が求められている。わが国の集中治療の状況は、様々な形態の施設が乱立しており⁶⁾、今後、高度医療の提供あるいは多死社会の進展により、救急・集中治療領域での死亡者数の増加が予想されることから、救急・集中治療領域の状況に即した終末期ケアの構築が喫緊の課題である。

このような状況に対し、集中治療における重症患者の終末期医療のあり方(2006年)、集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針(2011年)、救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン(以下、新提言, 2014年)等が策定され、終末期状態の判断、延命措置への対応や中止する基準等が示され、新提言では医療チームの役割が明示されている。しかし、ICUにおける救命治療から終末期ケアの治療変更に関する実態調査では⁷⁾、84.4%のICUで治療の中止への変更が行われていたが、積極的に終末期ケアを行っているICUは15.6%であった。さらに、ICU看護師の8割が終末期ケアに対して困難を抱えており^{1), 8)}終末期患者の家族支援に対する学習や支援ニーズがあると報告されている¹⁾。

救急・集中治療領域の終末期ケアの提供に向けて、関連学会では施設に教育体制の構築、医療者の倫理的感性を

高める組織的な取り組みを推奨しているが、関連した報告は少ない⁹⁾。ICUの看護管理者は、終末期ケアに関するスタッフ教育の組織的な取り組みの必要性を認識しており、症例検討やデスカンファレンス、勉強会等の独自の取り組みはしているものの⁸⁾、有効な支援体制については見出せていない。海外では、終末期ケアにおける看護管理者に期待する役割として、チーム内の目標の共有・評価、家族-医療者間の合意形成、患者の治療・ケアの質保証、組織的な学習支援¹⁰⁾、医師を含めた他部門との環境調整¹¹⁾が報告されている。しかし、こうした役割遂行の実践は示されていない。日本集中治療医学会は、終末期ケア教育の構築に向けて、集中治療における終末期患者家族のこころのケア講座(2011年)、ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム看護師教育プログラム(2016年)を主催したが、看護管理者の役割に関する教育に関しては未着手である。先行研究において、終末期患者の家族支援等を含めた看護実践能力を高める看護師への支援に関しては、看護師長による看護師の感情面の理解や承認行為¹²⁾、また、師長のロールモデルとしての役割や、他部門との環境調整¹³⁾等、看護師長における役割遂行が有用であることが明らかになっている。しかし、これらは一般病棟の看護管理者を対象にしており、救急・集中治療領域に特化した研究ではない。

したがって、救急・集中治療領域における看護の質保証の責任を負う看護管理者が、看護師への支援の方策を見出すには、わが国の救急・集中治療領域固有の看護師の終末期看護に関する困難な状況を解明する必要がある。

そこで、本研究は、救急・集中治療領域の看護師が救

命治療から終末期ケアに移行した患者の家族支援に対して困難を感じる状況を、文献検討により包括的・構造的に明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

「困難な状況」救急・集中治療領域の看護師が、終末期患者の家族支援において葛藤等の困難感を有する状況。

III. 対象文献の抽出および分析方法

1. 対象文献の抽出

データベースは医学中央雑誌web版(ver.5)を用いた(1999-2018年)。救急・集中治療領域の看護師が、終末期患者の家族支援において感じる「困難な状況」を抽出するためのキーワードは、「ICU」or「クリティカル」or「救急」or「集中治療」and「終末期」or「家族」or「看護師」and「困難感」or「葛藤」or「ジレンマ」とし、総説・原著論文に絞り検索した結果、170件該当した。これらの表題および抄録からNICUを含む小児領域の文献、調査対象者に看護師が含まれていない文献、看護師の「困難な状況」の分析対象に終末期患者およびその家族が含まれていない文献を除外した結果、25件となった。次に、候補文献25件の全文を読み、目的に救急・集中治療領域の終末期ケアに対する看護師の困難や葛藤を明らかにする内容が明示されており、対応する結果として、具体的に「困難な状況」が示された文献を条件として、看護師の「困難な状況」の具体的、明解な記述がみられない12文献を除き、13文献を抽出した。

表1 分析対象文献

著者	書誌事項
A. 佐竹ら (2018)	: 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤, <i>Palliative Care Research</i> , 13 (2) : 201-208, 2018.
B. 濱本ら (2016)	: 救急外来にて死亡宣告を受ける患者家族と関わる看護師の思い, <i>岩見沢市立総合病院医誌</i> , 42 (1) : 31-33, 2016.
C. 坂井ら (2015)	: 救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴, <i>日本看護学会論文集 急性期看護</i> , 45 : 305-308, 2015.
D. 一戸ら (2016)	: 救命救急センター看護師の心理的葛藤 個室で看取りを迎える家族との関わり, <i>国立病院機構熊本医療センター医学雑誌</i> , 15 (1) : 82-94, 2016.
E. 高田ら (2015)	: 集中治療室看護師の「終末期医療へのシフト」の意思決定参画の現状と課題, <i>日本クリティカルケア看護学会誌</i> , 11 (1) : 31-40, 2015.
F. 原田ら (2014)	: 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情, <i>東京医療保健大学紀要</i> , 9 (1) : 9-16, 2014.
G. 上澤ら (2013)	: 初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由, <i>日本クリティカルケア看護学会誌</i> , 9 (1) : 6-18, 2013.
H. 渡邊ら (2014)	: 救急医療における患者の生死に関わる看護師の感情体験, <i>日本職業・災害医学会会誌</i> , 62 (1) : 17-22, 2014.
I. 竹安ら (2011)	: 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感, <i>日本救急看護学会雑誌</i> , 13 (2) : 1-9, 2011.
J. 梅田ら (2009)	: 救急医療における終末期医療に対する看護師と医師の意識, <i>日本看護学会論文集 成人看護I</i> , 39 : 36-38, 2009.
K. 稲谷ら (2007)	: ICUでの看取りと死を迎える患者・家族に対する看護師の思いの分析, <i>日本看護学会論文集 成人看護I</i> , 37 : 128-130, 2007.
L. 村上ら (2001)	: 救命領域におけるDNR決定後の家族に関わる看護婦の認識, <i>神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録</i> , 26 : 418-425, 2001.
M. 川瀬ら (1999)	: 救命領域で死にゆく患者とその家族に関わる看護婦のジレンマ, <i>神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録</i> , 24 : 502-508, 1999.

2. 分析方法

対象文献の中から、研究結果に示された看護師の「困難な状況」の概念の内容をより具体的に示す段階の記述を抜粋し、一覧表を作成した。概念の表現が抽象的で「困難な状況」が捉えにくい場合は、各文献から具体的な説明の記述や看護師の語りを抜粋し、() 書きで示した。抜粋した各記述の内容の類似性・相違性をもとにカテゴリー化した。さらに、患者が入室し、救命治療から終末期ケアに移行後、死亡退院するまでの過程で、終末期ケアに関する様々な「困難な状況」があるが、各々の「困難な状況」がどのように関連しているのかを構造化することにより、「困難な状況」はどういう組織の状況によって発生しているのか、また、それぞれに影響する要因が明らかになると考えられる。「困難な状況」に影響する要因を捉えることにより、何が問題なのかを把握することができ、組織的に解決できると考える。そこで、本論文では、「困難な状況」を感じる看護師への支援を示唆することをめざして、カテゴリー間の関係性をもとに、救急・集中治療領域の看護師が家族支援に対して感じる「困難な状況」を構造化することとした。分析の過程において、質的研究による博士論文指導の経験を有する教育研究者との分析結果の一致を確認しながら、妥当性の確保に努めた。

IV. 結果

1. 救急・集中治療領域における看護師の「困難な状況」

表2に救急・集中治療領域における看護師の困難な状況を示した。13文献は、高度救命救急センター・救命救急センター・ICUを含み、設置主体では、国立・公立の施設における看護師の困難感を報告し、我が国の多様な施設の状況全体を反映していた。抽出された100の内容から20サブカテゴリー、9カテゴリーを導いた。救急・集中治療領域における看護師の「困難な状況」の【カテゴリー】は、【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】【家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況】【意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況】【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】【救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況】【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】【救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況】【終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況】であった。全ての「困難な状況」を網羅している文献はみられなかった。

以下、【カテゴリー】の内容を、《サブカテゴリー》、〈対象文献の記述〉をもとに記述する。

1) 【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】

救急・集中治療領域は一般病棟と異なり、終末期の意思決定支援において、《患者の生命危機が迫っているため家族員が治療方針を決定するまでの時間が短い》という時間的制約があり、さらに患者の意思確認も困難な状況もある中で、医療者と家族・患者の合意形成をめざすには、《突然の発症で短期間の入院が多く、患者や家族の情報収集や看取りまでの関わる時間が少ない》状況で情報収集および家族支援のための時間確保が困難な状況である。

2) 【家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況】

家族は患者の〈突然の生命の危機的状況に納得できない〉で《家族は患者の死を受け入れられない状況》にあり、〈感情をあらわにしたり、パニック状態〉、〈大きなショックを受けている〉という《家族の心理的動揺が強く現状を受け入れられない状況》にあるため、家族に積極的に接近できない状況である。

3) 【意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況】

《ICUは意識レベルの落ちている患者が多く、意思の疎通が困難である》という《患者に意識がなく患者の意思が確認できない状況》で、患者の意向を家族に確認しようとしても、〈短期間で亡くなる患者の家族から質問がなかったり無表情なことから、家族の表情で心境を確認できず〉、《短期間で亡くなる患者や家族のニーズ・心境が聞き出せない状況》である。

4) 【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】

《医師は治療への責任を負っているため救命を諦めにくい》等の《救命治療から終末期ケアへの移行の判断の難しさ》があり、〈医師と看護師の医療観は異なる〉中で、〈本来のインフォームドコンセントとは違い、医師が治療の選択を決定し医師が治療内容を誘導する〉等《医師・看護師・家族間で救命治療から終末期ケアへの移行が困難な状況》である。

5) 【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】

《ICUは救命の場である》ため〈医学的治療が優先される〉ことで、〈置き去りにされた患者と家族の思い〉等、《救命治療が優先され、家族の意向に沿わない過剰な延命治療が継続されている状況》にあり、〈救命のため患者・家族の意思に関係なく治療される〉と感じ、

表2 救急・集中治療領域における終末期患者の家族支援に関する看護師の困難な状況

困難な状況	分析対象文献												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1. 緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況													
1.1 患者の生命危機が迫っているため家族員が治療方針を決定するまでの時間が短い													
短時間で意思決定を迫る状況にある（患者の生命危機が迫っている状況であることから家族員に短時間で説明がされ、意思決定を家族員に迫る雰囲気がある）													
家族員の意思決定までの時間が短いことに困っている（患者の生命危機が迫っている状況のため医師は早く意思決定をして生命危機を脱したいという思いがある）													
患者が救急搬送されると、治療方針決定までの時間が短すぎる													
1.2 突然の発症で短期間の入院が多く、患者や家族の情報収集や看取りまでの関わる時間が少ない													
関係性がなく、短時間の関わりでの難しさ（突然の状況で危機状態になっているが、どのような家族なのかかわからず、短時間の関わりで家族の価値観や考え、背景を把握して悲しみを癒すことは難しい）													
（救命は一般病棟と違い）看護師と家族との関わりが短いため、患者を取り巻く（生活）環境が分からない													
（短期間の入院では）築きにくい患者や家族との関係性													
関わる時間が短時間なため、家族との濃い関わりは難しい													
（家族看護に対して）関わる時間がない													
2. 家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況													
2.1 家族は患者の死を受け入れられない状況													
（患者が生命の危機的状況という非日常の出来事に家族員が遭遇しており）家族員が現状を受け入れられない状況である													
現実を受け入れられない家族（死亡確認後、家族は泣きながら「本当にどうしても助からないのですか」と聞いてきた）													
現実を受け入れられない家族（今後の方針CPRかDNARについて説明を受け家族は戸惑っていた）													
（家族が患者の死を受け入れられず）治療の継続をあきらめきれない家族への対応の難しさ													
突然の生命の危機的状況（患者の生命が維持できないという説明）に納得できない家族員への関わりに困る													
ICUは治療がメインになってくるので（家族は）死の受け入れが難しい													
救急蘇生中の言葉や雰囲気（一般の人には寝ているように見えて、亡くなったという現実が伝わりにくい）から家族に臨終の場面であることの伝わりにくさ													
家族は急な死を受け入れることが難しい													
（家族の）死の受容の難しさ													
2.2 家族の心理的動揺が強く現状を受け入れられない状況													
現実を受け入れられない（感情をあらわにしたり、パニック状態）家族に対峙した時の無力感													
（受容できていない怒りの時期に）家族が看護師に対して攻撃的な態度を示す													
病状説明（死が避けられないこと）・死亡確認後の（大きなショックを受けている）家族に対する声かけの難しさ													
継続的なフォローがないことでの難しさ（短時間での関わりで激しい動揺があり、死を受け入れられない家族が複雑性悲嘆に陥らないために、その後のケアが必要であると考えているがそのような機会はない）													
家族の動揺が強い													
突然の受傷であり、家族のショックが大きい													
DNRについて語ることへの抵抗（家族の寄せ付けない雰囲気、緊張して構えている時期といった警戒心も関与）													
3. 意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況													
3.1 患者に意識がなく患者の意思が確認できない状況													
（患者に意識がなく）患者本人から語られることのない患者の意思													
（患者の意識がなく）患者の情報不足													
ICUと病棟では患者の状態が異なる（ICUは意識レベルの落ちている患者が多く、意思の疎通が困難である）													
3.2 短期間で亡くなる患者や家族のニーズ・心境が聞き出せない状況													
（短期間で亡くなる患者の家族から質問がなかったり無表情なこと）家族の表情で心境を確認できない													
短期間で亡くなる患者の家族への（思いが分らず）言葉かけが難しい													
（患者の生命の危機は家族にも影響を及ぼし）危機的状況にあり多様な反応を示す家族（のニーズを把握することが困難）													
（医師からの）説明に立ち会えず、家族員の受け止め方を確認できない													
家族はなかなか思いを表出できない（DNRを本人の代わりに決定したなどの結果から生まれる自責の念）													
4. 医師主導で終末期への治療方針を決定している状況													
4.1 医師・看護師・家族間で救命治療から終末期ケアへの移行が困難な状況													
関わる人たちの（医療者間や家族員）説明の受け止めの共通理解ができていない													
（本来のインフォームドコンセントとは違い、医師が治療の選択を決定し）医師が治療内容を誘導している													
（治療による回復が望めず家族と話し合った結果、DNRの指示の出ている患者も少なくはないが）医師の考え方（で治療方針が変わる）													
医師の指示で動かなければならない（看護師と医師ではDNRの患者に対する認識の相違があり、それでも医師の出した指示に従わなければならないことにジレンマを感じる）													
置き去りにされた患者と家族の思い（患者家族中心であるべきなのに医療優先にしている）													
医師は上司の方針などしがらみが多く患者中心に考えられない													
医師と看護師間のコミュニケーション不足（医師によってDNARの考え方が異なる、病気を診る医師と病人を看る看護師の思いの違い）													
医師と看護師の医療観は異なる（医師は身体データを中心に判断するが、看護師は家族や患者の背景など全体像を捉えようとする）													
家族との気持ちのズレ（患者の状態がどんな状態であれ家族は「生きてほしい」という希望があり、看護師は何とか「受け入れてほしい」と思いながら関わっている）													
4.2 救命治療から終末期ケアへの移行の判断の難しさ													
救命から終末期への移行のあいまいさ													
医師は治療成績を気にする場合がある													
医師は治療への責任を負っているため救命を諦めにくい													
5. 患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況													
5.1 患者に苦痛を与える治療の継続に葛藤している状況													
家族の希望と患者の身体的損傷に対する倫理的葛藤（患者に心拍再開の期待が持てない状態であっても、家族の蘇生行為を継続してほしい希望があった場合、胸骨圧迫の継続により患者自身の身体が損傷されてしまう）													
最優先される救命処置													
救命のため患者・家族の意思に関係なく治療されることへの葛藤（挿管されるたびにどちらが患者にとっていいのか分からなくなる）													
患者に何もしてあげられないことがむなしい（ICUは治療が第一になってしまうから、患者の苦痛をとってあげることが難しい）													
5.2 救命治療が優先され、家族の意向に沿わない過剰な延命治療が継続されている状況													
ICUは救命の場である													
置き去りにされた患者と家族の思い（DNARの方針になっていたが直前に薬剤投与や処置を行い静かに看取ることができなかった）													
医学的治療が優先される（救命センターの特殊性から、見守りだけの看護より医学的治療が優先される風潮がある）													
家族は延命処置が不要だったという反応を示したことからの戸惑い													
（救命を目指しながらも患者の状態が悪化していくとき）状況に応じて（終末期ケアに）変更できない看護ケアへの葛藤													

困難な状況	分析対象文献												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
6. 救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況													
6.1 救えない命に対して無力感を感じている状況													
患者に何もしてあげられないことがむなしい（いくら頑張っても救えない命を前にして何もできないことが続くこと、ICUにいる意味がわからなくなる）													
幾度も死の徴候を突きつけられることによる絶望（秒読みで行われる救命処置を行う中で、患者の生命反応が得られないことを何度も目の当たりにし生への望みがないことに絶望する）													
患者を助けることができなかつた無力感（患者や家族に対して何もできなかったという思いがある）													
救命できなかった無力感（搬送時、患者の命の限界を予見しながらも、死が現実のものとなると救命できなかった自分達の力のなさや医療の限界を感じる）													
6.2 救命できないことに対して割り切れない感情がある状況													
家族員の意思決定内容（延命治療を行えば助かるにも関わらず処置を拒否する）を肯定的に受け止めることができず悩む													
7. 看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況													
7.1 終末期ケアの評価を得られず自信がない													
（患者や家族から終末期ケアという部分で直接的な評価を得ることができず）評価できないまま継続する看護ケアへの葛藤													
看取りには大きな感情ストレスが伴う（家族の動揺に情緒的に悲しみを感じ、果たしてこれでよかったのか、行ったことへの評価が得られないためにやり切れない思いがある）													
家族の反応に対する不安（家族の反応は言語化されることが多いため、医療者の対応を家族がどう感じているのかわからない）													
7.2 家族員との関係性が築けず踏み出せない状況													
（時間が）限局した中で関係性が築けないうまま家族員の本音に触れていいのかわからない													
思い描く救急看護ができない事への諦めと憤り（救急の場面では本人も家族も面識がなく人間関係や信頼関係ができていない）													
患者との関係性が分らない家族員に関わることが難しい（初療に来た時点で誰が代理意思決定を担うかわからず、家族員と関係性が築けず背景が分らないまま、意思決定を担う家族員と関わらないといけない）													
患者の生死に関わることであり、自身の責任を考える（看護師自身の身を守ってしまう）と関わりに躊躇してしまう													
家族に身構える（患者の入室から死亡まで時間がないことや業務が煩雑でゆっくり関われないために信頼関係を築くのが難しい）													
（急に亡くられる患者の家族はショックが大きいと思うので、近寄りたくて）どのように声をかけていいのかわからない													
7.3 看護師として役割を認識しながらも関わり方がわからない状況													
（家族ケアの必要性を認識しているにもかかわらずタイミングが分からずできない）踏み込めない家族ケアへの葛藤													
（家族のそばにすることがケアとして重要であるとは思っていてもそばにいて）何をすればいいのかわからない													
（家族員に関わる必要性を感じているながらも）どのタイミングで家族員の誰にどのように関わって良いのかわからず悩む													
患者・家族との関わりで生じる戸惑い（看護師として何かしたいと思う反面、家族がどう受け止めているのか、どう声をかけるべきなのかわからず、患者・家族に関われない自分に悩む）													
看護師としての不安全感（関わりたくてもじっくり関われない、十分家族と患者の時間をつくってあげられない現状）													
8. 救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況													
8.1 個室がなくプライバシーが確保されにくい状況													
患者と家族の空間がつかれない難しさ（個室ではないため家族だけの時間を過ごせる環境をつくるのが困難）													
プライバシーが保持されにくい環境（狭く、家族に待ってもらう場所もない）													
家族員へ場所の確保（プライバシーが確保できる場所および家族員で話し合い意見を求めるために適した場所）をすることができず困っている													
時間・空間から感じる限界（家族の気持ちを察し静かでプライバシーが確保できる環境を提供したいができない）													
望ましい空間（別れの空間）をつくりだせない療養環境への葛藤													
8.2 面会時間や面会者の制限があり、看取りにふさわしい場所とは言えない状況													
面会時間の制約など、家族と患者が一緒にいることができないことへの心苦しさ													
ICUは閉鎖的（1日2回10分という短い面会時間）であるため家族との濃い関わりは難しい													
（家族がずっとついてはられないので）看取りにふさわしい場所であるとは言えない													
患者と家族に残された時間が短い（家族と患者が一緒に過ごせる時間が少ない）													
9. 終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況													
9.1 終末期ケアについて知識・経験不足がある状況													
看護師自身の（家族ケアに対する）知識不足に不安													
（経験・知識・技術の不足により家族員への関わりと瞬時のアセスメントができず）家族員へ関わる自信がない													
知識・経験不足（経験が浅く、十分な知識がない）													
生命の危機的な状況にある患者の家族員に（既存の知識、技術では）関わるのが難しい													
9.2 終末期ケアの看護体制が整っていない状況													
患者や家族との関与の度合いで異なる終末期ケアへの思い（看護師個々で異なり共有しにくい）													
（救命という目標をもちながらも状況に応じて看護ケアの目標を変更しなければならないことを認識するが）共有しにくい救急看護師としての役割認識													
周囲の看護スタッフが理解してくれない（自分の理想とする看護像があるのに、業務上手間がかかってしまうため定着してくれない）													
家族との関わりに自信が持てない（スタッフ間で共通のフィードバックの場がない）													
自身の関わりが良いのか悪いのか答えがなく判断できない（初療ではケースカンファレンスがなくなり振り返れない）													
救急専門の看護師のマンパワーが不足している（初療に他部門・他職種が配置がなく、連携・活用ができていないことにより家族員と関わるのが看護師のみである）													
救急処置と同様に家族への配慮を十分に行えない（二人しかいない看護師でケアできない）事への不甲斐なさ													
（治療場面において）1人に対応することの難しさ（医師の説明に同席し家族の理解度や動揺の様子などを把握し、家族ケアを検討したいができない）													
救急搬送および患者が多い状況である（一次救急から三次救急患者を看護師2～3人で対応）													
チームで家族員に関わるのができず困っている													
他職種が関わる体制ができていないことに困っている													
家族員が意思決定する過程に（初療の看護師数と仕事量が合わず業務量の多さから）関わるのができず悩んでいる													
多忙な業務（治療や業務が優先され、家族と話をする時間がとれない）													
9.3 見本となるモデルがない													
役割モデル不在（救急領域で死にゆく患者・家族の看護に関して、目指したり真似をしたい先輩の存在がない）													
家族との関わりに自信が持てない（限られた人員の中で他の看護師の関わる姿から学べる機会が少ない）													

分析対象文献を表1のアルファベットで示し、○は記述内容を示す。
 () 内は各文献における具体的な説明の記述や看護師の語りのデータを示す

〈置き去りされた患者と家族の思い〉に沿った支援ができず、《患者に苦痛を与える治療の継続に葛藤している状況》である。

6) 【救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況】

〈いくら頑張っても救えない命を前にして何もできないことが続くと、ICUにいる意味がわからなくなる〉等、《救えない命に対して無力感を感じている状況》にあり、救命治療を断念した〈家族員の意思決定内容を肯定的に受け止めることができない〉一方、〈救命を目指しながらも患者の状態が悪化していくとき状況に応じて終末期ケアに変更できない看護ケア〉に葛藤し、《救命できないことに対して割り切れない感情がある状況》である。

7) 【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】

自分達が行うケアに対して、〈患者やその家族からの終末期ケアという部分で直接的な評価を得ることができず、評価できないまま継続する〉等により《終末期ケアの評価を得られず自信がない》状況にあり、〈家族員と関係性が築けず背景が分からないまま意思決定を担う家族員と関わらないといけない〉等、《家族員との関係性が築けず踏み出せない状況》でもあるため、〈家族のそばにいたことがケアとして重要であるとは思っていてもそばにいて何をすればよいのかわからない〉等《看護師として役割を認識しながらも関わり方が分からない状況》である。

8) 【救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況】

救急・集中治療領域のケア環境は、〈個室ではないため家族だけの時間を過ごす環境をつくりにくい〉等、《個室がなくプライバシーが確保されにくい状況》、および〈家族がずっとついてはいけないので、看取りにふさわしい場所であるとは言えない〉等、《面会時間や面会者の制限があり、看取りにふさわしい場所とは言えない状況》である。

9) 【終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況】

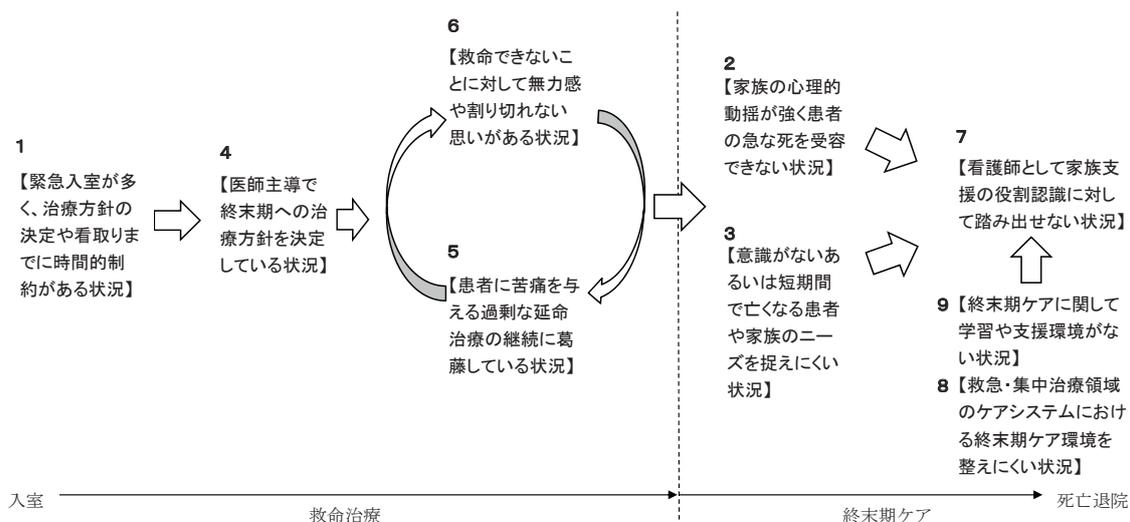
終末期ケアに対して、〈経験・知識・技術の不足により家族員の関わりに瞬時のアセスメントができず家族員へ関わる自信がない〉等《終末期ケアについて知識・経験不足がある状況》、また〈救急領域での死にゆく患者・家族の看護に関して、目指したり真似をしたい先輩の存在がない〉等、《見本となるモデルがない》状況、および〈チームで家族員に関わることができていない〉等、《終末期ケアの看護体制が整っていない状況》である。

2. 看護師が家族支援に対して感じる「困難な状況」の構造

図1は、本研究の分析で抽出したカテゴリー間の関係性を構造化したものであり、患者が入室し、救命治療から終末期ケアに移行後、死亡退院するまでの一連の過程で、看護師は家族支援に対してどのような「困難な状況」を感じているかを示す。

救急・集中治療領域の治療の目的は救命であり、看護師と医師は医療人として、その目的に対する使命感を

No. [] は本文および表2の【カテゴリー】を示す



認識・行動の前提：
救急・集中治療領域の目的による、看護師・医師の救命の使命感

図1 救急・集中治療領域の看護師が家族支援に対して感じる「困難な状況」の構造図

もっており、救命が困難で終末期へ移行するまでの看護師と医師の認識・行動の前提条件となる。医師・看護師は【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】にあり、治療方針の決定に関して職種間・家族等との合意形成の時間の確保に優先して、医学的判断が主体となり、【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】となる。治療方針の決定に関し、看護師の参画がまだ少ない状況から、【救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況】の一方で、【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】になる。看護師はこれらの状況に対処しながら、【家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況】あるいは【意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況】で、家族支援を行う。こうした救急・集中治療領域の終末期ケアにおける家族支援の固有な制約条件、【終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況】および救命を目指す患者と終末期ケアの対象を同時に看護する体制あるいは物理的環境のもとで、【救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況】が加わり、終末期ケアにおいてなすべきことを認識しつつも【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】となる。

V. 考察

対象文献は我が国の救急・集中治療領域の多様な施設における「困難な状況」を含み、全【カテゴリー】を網羅した報告はなく、包括的に捉えたと考える。

本研究の結果をもとに、救急・集中治療領域において救命治療から終末期ケアに移行した患者の家族支援における看護師が感じる「困難な状況」の特徴、次いで、看護師の家族支援を促すための支援を考察する。

1. 看護師が感じる「困難な状況」の特徴

高野¹⁴⁾は、ICUの終末期ケアを困難にする要因として、時間的制約(36.2%)が上位を占めており、物理的な問題を指摘している。また、Merlevedeら¹⁵⁾の報告では、ICUにおける自然死(癌や心疾患等の終末期にあった死)と事故等の外傷死とでは、外傷死の方が有意に遺族の精神健康障害に関連していた。救急・集中治療領域において時間的制約等の物理的な問題、および交通事故や急病の発生による予期していない死別を経験した家族の危機的状況は、救急・集中治療領域の特徴と言える。したがって、【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】および【家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況】は、救

急・集中治療領域の患者の身体的状態および急な死の様相による困難な状況と考えられ、救急・集中治療領域における困難な状況の特徴と考える。

次に、高田ら¹⁶⁾は、ICUの終末期医療への意思決定に看護師が参画していない現状は、治療過剰であるという認識やジレンマを抱きやすいことを明らかにしていた。この結果から、【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】で、看護師が参画できていない現状は、【救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況】および【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】に影響していると考えられる。終末期への意思決定に看護師が参画できていない現状には、救急・集中治療領域の目的による看護師の救命の使命感、集中治療領域における終末期医療の考え方、あるいは医療チームメンバーとしての不十分な役割認識等が影響していることが考えられる。

また、先行研究において、救急・集中治療領域の終末期で患者や家族のニーズが不明瞭であることは、看護師の役割認識に影響し¹⁷⁾、ICUの終末期医療を困難にする要因では、ICUの環境や死・終末期に関する教育不足が上位を占めていた^{1),14)}。この結果から、【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】には、救急・集中治療領域固有の【意識がないあるいは短期間で亡くなる患者や家族のニーズを捉えにくい状況】という終末期ケアの制約条件、【終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況】あるいは、救命を目指す患者と終末期ケアの対象を同時に看護する体制により【救急・集中治療領域のケアシステムにおける終末期ケア環境を整えにくい状況】が影響していると考えられる。終末期ケアにおける看護師の認識の阻害要因として、梅田ら¹⁸⁾は、救急領域のケア環境は、治療・観察を主体に設計されていること、および医療チームとしての組織的な支援体制がないことを示しており、鈴木らは¹⁹⁾救急の場において、評価や役割モデルが得られにくいことを述べている。したがって、終末期ケア環境の調整や学習支援体制の整備、自己評価を促すような評価的支援がない状況は、【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】に影響していると考えられる。

2. 看護師の家族支援を促すための支援への示唆

考察1に述べた、【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】に対し、看護師が終末期ケアに専念できる環境や、終末期ケアに対して苦手意識を抱かず自主的に行動できるように支援することが重要と考える。また、【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】は、看護師が治療方針に参画できるよう

に、看護管理者が働きかけることで解決可能と考える。以下に具体的な支援を考察する。

【看護師として家族支援の役割認識に対して踏み出せない状況】に関し、図1から【終末期ケアに関して学習や支援環境がない状況】が影響すると考えられることから、学習や支援環境を整える働きかけが必要と考える。

川瀬²⁰⁾は、救急領域の看護師の終末期看護を促進する要因として、研修による看護観の変化、家族看護に関する知識、スタッフ同士の話し合い、上司の看護観を示していた。この結果から、救急・集中治療領域のケア環境の調整や学習支援等の組織的な支援体制がない状況に対し、常に最善の患者・家族支援を判断し実践できるように、看護の質保証に責任を負う看護管理者は、看護方針を示し、看護師への支援の方略を決定する必要がある。具体的には、諸ガイドラインの考え方と事例への適用と評価、スタッフ間の共有、入室時からの家族との関係性の構築と家族のニーズ把握の方法、モデルとなる看護師の育成等の学習支援が必要と考える。

次に、【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】に関し、中西ら²¹⁾は、ICU看護師の倫理的ジレンマに関連する要因として、死に直面するケアの経験頻度、価値・信念等が有意に関係することを示していた。また、Karanikolaら²²⁾は、ICU患者の延命治療決定に関して、医師と看護師間のコミュニケーションの促進は、看護師の倫理的葛藤の減少に寄与することを示していた。この結果から、終末期への治療方針の決定に看護師が関わっていない状況に対し、ガイドライン等の外部指針の理解を促し、医師とともに事例の評価を行うことで、医師の治療に関する判断・評価等医学の倫理性や客観性を理解し、協働して確保しようとする。また、治療方針の決定における医師と看護師間の協働を促進し、看護師がより関与することができるように、看護管理者が調整することが必要と考える。こうした【医師主導で終末期への治療方針を決定している状況】への働きかけにより、【救命できないことに対して無力感や割り切れない思いがある状況】あるいは【患者に苦痛を与える過剰な延命治療の継続に葛藤している状況】を解決しようとする。

一方、解決困難な状況と判断した【緊急入室が多く、治療方針の決定や看取りまでに時間的制約がある状況】および【家族の心理的動揺が強く患者の急な死を受容できない状況】に対し、救命治療時の時間的制約の中で、医師が患者の救命が厳しいと決断してから家族に伝えるよりも、救命を目指しながらも時々刻々と患者の状態を家族に伝え、医療者との状況に関する共通認識を形成する必要があると考える。

VI. 結論

文献検討により救急・集中治療領域における看護師の終末期患者の家族支援に関する「困難な状況」を包括的・構造的に示し、看護師の家族支援を促すための、看護管理者による看護師の価値観の再構築やスタッフ間の共有、家族支援に関する評価的な支援や学習環境の調整、看護体制の調整等を含んだ、効果的な支援方法を示唆した。

なお、本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 宮崎美保, 渡邊百合香, 平松貴, 唐鎌沙那恵, 南館絵美, 工藤由花: 終末期医療を困難にする要因からみたICUの現状と看護師の困難感, 東邦看護学会誌, 13: 43-48, 2016.
- 2) 日本集中治療医学会 患者データベース, <http://www.jsicm.org/jipad/rinkuji.html> (検索日 2018年5月6日)
- 3) Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP: Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine, Crit Care Med, 29(12): 2332-2348, 2001.
- 4) 飯塚裕美, 井上智子: 緩和優先医療 (Comfort Measures Only) を提案された集中治療室入室中患者の家族の体験と看護支援の検討, お茶の水看護学雑誌, 7(2): 16-24, 2013.
- 5) 横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子: 救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識, 日本救急看護学会雑誌, 14(1): 10-20, 2012.
- 6) 西村匡司, 丸藤哲: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告, 日本集中治療医学会雑誌, 24(2): 208-209, 2017.
- 7) 川村未樹, 堤晴奈, 松倉早知子: 集中治療室における治療の差し控え・中止への治療変更に関する実態調査, 日本赤十字看護大学紀要, 26: 60-70, 2012.
- 8) 立野淳子, 山勢博彰, 田戸朝美, 藤田直子: わが国のICUにおける終末期ケアの現状と医療者の認識, 日本クリティカルケア看護学会誌, 10(3): 23-33, 2014.
- 9) 浅見綾: ICUにおける終末期ケアの実態と終末期ケアに対する看護師の認識との関連性, 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1): 39-47, 2013.
- 10) Sorensen R, Iedema R, Severinsson E: Beyond profession nursing leadership in contemporary healthcare, J Nurs Manag, 16(5): 535-44, 2008.
- 11) Beckstrand RL, Callister LC, Kirchoff KT: Providing a "good death" critical care nurses' suggestions for improving end-of-life care, Am J Crit Care, 15(1): 38-45, 2006.
- 12) 萩本孝子, 笠松由佳, 相澤恵子: 看護師長の承認行為尺度の開発, 日本看護管理学会誌, 18(1): 56-65, 2014.
- 13) 山口大輔, 浅川和美: 大学附属病院における新人看護師の看護実践能力と他者支援との関連, 日本看護研究学会雑誌, 39(2): 43-52, 2016.

- 14) 高野里美：ICU（集中治療室）の終末期ケアを困難にする要因 ICU看護師の調査結果から，死の臨床，25(1)：78-84，2002.
- 15) Merlevede E, Spooren D, Henderick H, Portzky G, Buylaert W: Perceptions needs and mourning reaction of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death, *Resuscitation*, 61(3): 341-348, 2004.
- 16) 高田望，平野かよ子：集中治療室看護師の「終末期医療へのシフト」の意思決定参画の現状と課題，日本クリティカルケア看護学会誌，11(1)：31-40，2015.
- 17) 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，*Palliative Care Research*, 13(2)：201-208，2018.
- 18) 梅田垂矢，平山篤，出原孝枝：救急医療における終末期医療に対する看護師と医師の意識，日本看護学会論文集成 成人看護I，39：36-38，2009.
- 19) 鈴木和子，渡辺裕子：家族看護 理想と実践，第3版，日本看護協会出版会，2008.
- 20) 川瀬みさ子：救命領域で死にゆく患者とその家族に関わる看護婦のジレンマ，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24：502-508，1999.
- 21) 中西貴美子，佐藤美佐子，佐藤敏子，矢野恵子，浦川加代子，大西和子：クリティカルケアにおける看護師の倫理的ジレンマとそれに関する要因，*三重看護学誌*，5：75-82，2003.
- 22) Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E: Moral distress autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy, *Journal of Nursing Management*, 22(4): 472-484, 2014.

PREDICAMENTS FOR NURSES SUPPORTING THE FAMILIES OF
TERMINAL-STAGE PATIENTS IN EMERGENCY CARE OR INTENSIVE CARE UNITS FIELD :
LITERATURE REVIEW

Yumi Nishikaichi^{*1}, Teruko Yoshimoto^{*2}

^{*1}: Department of Doctoral, Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2}: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

emergency care or intensive care units field, terminal care nursing, family support, literature review

Emergency care and intensive care unit (ICU) nurses support the families of patients shifting from critical to terminal care. This can entail predicaments. In this study, we aimed to elucidate such predicaments through a literature search.

We searched the Igaku Chuo Zasshi database in combination for original and review articles between 1999 and 2018 using the terms "ICU", "critical care", "emergency", "intensive care", "terminal phase", "family", "nurse", "sense of difficulty", "conflict", and "dilemma". The search yielded 13 articles with readable, specific narratives of situations creating a sense of difficulty for nurses, which we targeted for analysis. We extracted the narratives of nurses' predicaments and summarized it.

We extracted nine categories from 20 subcategories and were structured based on the relationship between categories: "time restrictions for treatment determination and nursing provision when there are numerous emergency admissions", "a patient's family are emotionally agitated and unable to accept his or her sudden death", "terminal care directed as the treatment strategy by the doctor", "feelings of powerlessness and incomprehension when facing inability to save a life", "conflict over prolonging excessive life-sustaining treatment that causes the patient pain", and "difficulties arranging a terminal care environment within an emergency care or ICU system."

Nurses working in emergency and intensive care consider life-saving treatment to be their mission. In situations dominated by time constraints and medical decisions, these nurses felt helplessness in abandoning life-saving treatment or doubt about life-sustaining treatment. While burdened by these feelings, nurses had difficulty understanding the needs of terminal patients' families and could not begin to provide family support due to additional factors such as the underdeveloped state of the end-of-life care environment and learning support.

