

集中治療室における終末期高齢患者の治療の差し控えや 中止の意思決定に関する看護師の関わり

楊 惠 晴 (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)
田 所 良 之 (東京医科大学医学部看護学科)
正 木 治 恵 (千葉大学大学院看護学研究院)

本研究の目的は、集中治療室における治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスに焦点を当てて、看護師が終末期高齢患者やその家族の意向を把握しながら、関わる際の特徴を明らかにすることである。

終末期高齢患者の治療の差し控えや中止に関する意思決定を支援した経験があるICU看護師8名を対象に半構造化インタビューを用いて質的記述的研究を行った。意思決定プロセスを前、中、後と分けて捉えた看護師の関わりを類似性により分析を行った。

意思決定前では、看護師は《現状をどのように理解しているかを家族に確認する》、《患者と家族に働きかける方針を一致させ、チームの連携を取る》など6つの関わりをしていた。意思決定中では、看護師は《家族のわだかまりをなくし、医師・患者・家族の3者間を取り持つ役割を担い、家族が決定できるように寄り添う》など5つの関わりをしていた。意思決定後では、看護師は《家族が心残りのないように、医療職チームで患者と家族に継続性のあるケアを提供し、最期まで支える》など6つの関わりをしていた。《代弁者となった家族へのアプローチに関する困難》は、時期に関係しない関わりであった。

ICU看護師は、患者・家族・医療チームの意思決定において調整の役割を担っている。今回の結果から、意思決定における合意形成の過程で、家族に患者のその人らしさを振り返って考えてもらい、本人の希望を擁護するように働きかけることが必要であると示唆された。

KEY WORDS : intensive care unit/ICU, decision-making, older adults, withhold/withdraw treatment, terminally ill

1. はじめに

医療技術の進歩により高度な医療を受けられるようになり、集中治療室(Intensive Care Unit, 以下ICUと表記)に入室する高齢者がしばしば見受けられている。日本集中治療医学会が運営する診療データベース¹⁾によると、ICUに入室した成人重症患者の平均年齢は71歳であり、緊急入室が64%であると報告されている。高齢者は複数の疾病や障害を併せて持つことが多く、心理・社会的影響も受けやすいため、終末期の経過はきわめて多様である²⁾。特にICUに入室した場合には、予定手術の入室より緊急入室が多く、治療に関する意思決定が押し詰まってくる。集中治療の適応に関しては、年齢のみで判断することはできず、患者本人と家族の意思および患者の背景を汲み取りながら症例毎に慎重に方針を決定する必要がある³⁾。

2014年に策定された「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～3学会からの提言～」⁴⁾では、終末期の定義とその判断や一定の条件を満たせば延命処置の中止を行う対応の具体化が見られた。また、患者が救急・集中治療の終末期であるという判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師と看護師らとなる医療チームの総意であることが重要であると示されている。つまり、終末期医療に関する治療の選択の意思決定は、医療チームが高齢者本人とその家族や代理意思決定者と共に話し合いながら進めていく対応が求められている。しかし、公表されたガイドラインでは、終末期医療において、医療チームの一員である看護師の重要性を示しつつも、意思決定における看護師の役割について言及されていない。高野⁵⁾は「治療の継続や停止の時期」に関しては看護師が意思決定にどのように関わっていくか、また、「ICUでの終末期ケアをいつどこでだれが行うか」に関してさらなる研究や検討が必要と述べている。ICUで行われている終末期ケアの実

態⁶⁾については、意識のない患者も意識のある患者と同じような認識をもって、その人らしい最期を迎えられるために必要なケアを看護師は模索していると報告されている。また、治療の差し控えや中止に関する治療変更について看護師から医師へ意見を伝えにくく⁷⁾、8割以上の医療者がICUでの終末期ケアに困難を感じ、特に意思決定支援について困難を感じる傾向⁸⁾がある。これらのことから、入室した患者の病状や鎮静により患者本人の意思決定能力の不確かさが生じ、治療方針の決定に当たって支援の在り方に課題が残っている。

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の特徴⁹⁾として、「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」、及び「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」が挙げられている。つまり、意思決定のプロセスに基づくならば、患者の意向を尊重した上で、家族と医療職者とのコミュニケーションを通じて合意形成に至ることが望まれるが、ICUで行われる治療の選択に関する意思決定は時間の制約が生じ、代理意思決定者への心理的負担も多くなるため、ICUの特徴を踏まえた支援の在り方を明確にし、検討していく必要性があると考えられる。

そこで、本研究では治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスに着目し、ICU看護師が終末期高齢患者やその家族の意向を把握しながら行う関わりの特徴を明らかにすることができれば、入室した高齢患者に残された時間の生活の質（Quality of life）を大切にできるケアへの意味づけができると考えた。

II. 研究目的

ICUにおける治療の差し控えや中止に関する意思決定のプロセスの中で、看護師が終末期高齢患者やその家族の意向を把握しながら、関わる際の特徴を明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 終末期高齢患者

症状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態である65歳以上の者。

2. 治療の差し控えや中止

終末期患者の生命を維持するため、治療効果のない、単なる瀕死の過程を延長させる医療措置を差し控えたり中止したりすること。

3. 関わり

治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスにおける終末期高齢患者の様相に関する認識と、その認識に対し行った行動を示すもの。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究デザインである。

2. 研究対象者

研究対象者は、終末期高齢患者の治療の差し控えや中止に関する意思決定を支援した経験があるICU看護師とした。終末期高齢患者がその人らしくあることやその人々へのend-of-life careに関心を持つ者、かつICUでの臨床経験が5年以上の者とした。ICUの看護師長より、集中治療分野において十分な経験を持っていると考える対象候補者を推薦してもらい、研究協力への同意を得られた者を研究対象者とした。

3. データ収集の場所と収集期間

関東圏内で救命救急センターに指定され、重篤な機能不全の患者や救命処置を要する重症患者に総合的に治療と看護を行っているICUを有する1施設。

期間：2014年5月～8月

4. データ収集方法

インタビューガイドを用いて半構造化面接を実施した。研究対象者には、治療の差し控えや中止に関する意思決定を支援した経験の中で、印象に残った65歳以上の終末期高齢患者の1事例を振り返ってもらい、支援する際の看護師及び医療チームへの関わりを中心に調査した。

面接は一人につき2回実施し、事例を語ってもらう前に、看護師の関わりに影響する個人及び環境要因を捉えるため、看護師の基本属性及びICUの概要などの情報を聞き取った。患者関連の情報は、事例を語ってもらう際に入手した。1回目の面接では、語った事例を糸口に、「意思決定する前に意思疎通が困難な終末期高齢患者とコミュニケーションを取るとき、どのようなことを工夫したか」、「家族カンファレンスやインフォームドコンセント（Informed consent, 以下ICと表記）の場面に同席するとき、どのような支援を行ったか」、「意思決定後に、終末期高齢患者と家族に関わるとき、どのようなことに気をつけていたか」、「医療チームでどのような支援を行ったか」などの質問を設定し、自由に語ってもらいながら適宜質問を加えた。2回目の面接では、前回のインタビュー内容を研究対象者に確認してもらい、足りない部分やさらに詳しく補足したい部分などを中心に調

査した。インタビューの実施は、研究対象者と相談の上でインタビュー日時を設け、プライバシーに配慮された個室で1対1の面接とし、許可を得た上でボイスレコーダーに録音した。

5. 分析方法

1) 個別分析

- ①事例毎に逐語録を繰り返し精読し、治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスにおいて、看護師が終末期高齢患者やその家族の意向を把握するための認識及び行動に関連する語りを、文脈を損なわないように抜き出し、元ラベルとした。
- ②元ラベルの内容から該当する時期を読み取り、「意思決定前」、「意思決定中」、「意思決定後」の3時期に分類した。なお、意思決定前とは、「入室（入院）から治療の差し控えや中止を決める前までの時期」とし、意思決定中とは、「ICを含め、治療の差し控えや中止を決断中の時期」とし、意思決定後とは、「治療の差し控えや中止を決めた後から退室（看取り）までの時期」とした。元ラベルがどの時期にも入らない場合のみ、時期に関係しない枠を設け、4時期として分析した。
- ③各時期に分類した元ラベルを精読し、「終末期高齢患者やその家族の意向を把握するための認識及び行動」のラベルを、意味内容が類似している性質で統合し、その意味内容を損なわないように一文に記述した。この過程を統合できなくなるまで繰り返し行い、最終的に残ったラベルを最終ラベルとした。

2) 全体分析

個別分析で得られた最終ラベルを、全事例分集約し、意思決定前、中、後の時期毎に、個別分析の手順③と同様に意味内容の類似性に基づいて、カテゴリーを導いた。看護師が関わる際の特徴を注意すると共に、各時期のカテゴリーの性質及び時期の変化の類似性・相違性を比較し、類似するカテゴリーをまとめ、コアカテゴリーとした。

なお、分析の過程において、随時質的分析に精通した複数の研究者よりスーパーバイズを受け、分析の信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会（承認番号25-96）及び研究協力病院の倫理審査委員会の承認を受け実施した。研究対象候補者に、研究協力の任意性と途中辞退の保障、個人や病院名等の匿名性の保持とプライバシーの保証等を十分に口頭と書面で説明し、同意書を用いて研究協力の承諾を得た。データ収集の過程で研究対象者の体調や都合を最優先にし、緊張感

を和らげる雰囲気づくりに努め、負担を増強しないように受容的な態度で接した。

V. 結果

1. 集中治療室の概要

救命救急センターを有する研究協力病院は、地域で主に3次救急医療を担当し、24時間体制で重症患者を受け入れ、高度の治療を行っている。ICUは14床あり、救急搬入の患者が5割、術後管理の患者が4割、急変による一般病棟からの患者が1割であった。主に呼吸器系、循環器系、代謝機能系の疾患を有する患者が入室していた。

2. 研究対象者及び語られた事例の概要（表1）

ICUの臨床経験が5年以上であり、本研究に同意が得られた看護師8名を対象とした。すべて女性であり、臨床の経験年数は5年から22年まで（平均11.9年）であった。8事例における患者の年齢構成は、60歳代後半から80歳代であった。性別は、女性が3名、男性が5名であった。疾患別では、内科系疾患4名、外科系疾患4名であった。入室期間は、1日から3ヵ月までであった。全ての事例は入室期間において家族が意思決定に関わっていた。

3. 治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスにおける看護師の関わりの内容

8名の研究対象者の語りから、332の元ラベルが抽出され、個別分析で105の最終ラベルが導き出された。全体分析において、意思決定前6つ、意思決定中5つ、意思決定後6つ、時期に関係しない1つ、計18のカテゴリーが導き出された。カテゴリーの内容を表2に示す。以下、時期毎に、カテゴリーを《 》、最終ラベルを[]で示し、最終ラベルを1～2例ずつ提示し説明する。

1) 意思決定前

①《患者とのコミュニケーションを図る》

〔病棟とは違い、喋られる患者が少ないICUでは、患者の表情を見て、不安にならないように患者に声をかけることを意識する〕のように、安心感を与える会話を進めていた。また、〔積極的な治療が求められると思われるICUにおいて、治療に関して今どう思うかを患者に聞くより、患者の回復したいという思いを大事にする看護師は、本人の口パクから意思を汲み取り、患者とケアを調整する〕のように、視聴覚から得られた情報にตอบสนองしながら、喋られない患者とのコミュニケーションの手段を模索していた。

表1 研究対象者及び語った事例の概要

看護師 記号	性別	現ICUの 経験年数	看護師の 経験年数	インタビューの合計 時間/元ラベル数	事例 記号	患者の年齢/ 性別	患者の疾患名	入室期間	看取り 場所	意思決定に 関わる家族
A	女性	8年	21年	66分/34	a	80代/ 女性	敗血症ショック	1日	ICU	娘
B	女性	6年	22年	116分/45	b	70代/ 男性	敗血症ショック	1回目: 2週間 2回目: 2ヵ月	ICU	妻, 娘, 息子
C	女性	6年	13年	76分/35	c	70代/ 男性	胃がんで 出血性ショック	2~3週間	病棟	妻, 息子2人
D	女性	6年	9年	85分/39	d	60代後半/ 男性	腹部大動脈瘤の切 迫破裂, 肺塞栓	1回目と2回目に あわせて3ヵ月	病棟	妻, 娘
E	女性	6年	6年	101分/51	e	60代後半/ 女性	呼吸不全	2ヵ月	ICU	娘, 息子
F	女性	12年	12年	78分/41	f	70代/ 男性	胃がんで 出血性ショック	2~3週間	病棟	妻, 息子2人
G	女性	5年	5年	74分/53	g	70代/ 女性	呼吸不全	2ヵ月	ICU	娘, 息子
H	女性	5年	7年	74分/34	h	70代/ 男性	腹部大動脈瘤の切 迫破裂	3日間	ICU	妻, 娘, 息子2人

② 《現状をどのように理解しているかを家族に確認する》

看護師は、[期待を持つ家族に寄り添い、患者とのスキンシップを取ることによって、家族が患者の些細な変化に気づき、現状を理解できるように関わる]のように、言葉による説明だけではなく、患者とのタッチングを通して家族の反応を見ながら理解の程度を確かめていた。

③ 《患者と家族の持てる力の消耗を最小にし、個別性のあるケアを提供する》

[呼吸が苦しく、休息が取れない状況の患者に、看護師は患者の酸素消費を最小にし、早々に部屋を暗くして少し眠れる時間を作る]のように、患者の生命力の消耗を最小にし、状況に応じたケアを展開していた。一方で、[患者が急変するという想定外のことがあるので、家族が休めるような環境を提供し、家族の表情を注意しながら意識して関わる]のように家族の精神面や体力面などを配慮していた。

④ 《家族と医師の架け橋となり、調整の役割を担う》

[ICの前に、看護師は医師の説明内容を確認し、家族から得られた情報を共有しつつ、家族が理解しやすい説明の仕方を医師とやり取りをする]ことをしていた。医師との話の場を設け、病状説明の内容を把握し、家族に情報を分かりやすく提供するように、医師と討議を重ねて調整していた。

⑤ 《患者と家族に働きかける方針を一致させ、チームの連携を取る》

合同カンファレンスを開いた場合は、[患者を回復さ

せるため、各医療職が意見を出し合い、医療職間で患者に働きかける方針を理解し、合意をしてチームでアプローチする]のように、他の専門医と連携し助言をもらい、チームで治療の目標を定め、看護師や医師などを含めた多職種間で患者へのアプローチの方向性を一致するようにしていた。入室を繰り返した事例では、看護師は[家族の思いを傾聴して引き出すように関わったが、本音を引き出すことができなく、毎日の申し送りで看護チームの中で家族のしこりが残らないように話し合い、方向性を一致させてチームで継続して関わる]のように、看護チーム内の連携を取り、ケアの継続性を保っていた。

⑥ 《患者の急変により生じる葛藤》

ICUから病棟に移った後に急変して再入室となり、最終的に脳死状態に至った患者の経過について、[助けてもらった命だから頑張らないといけないという患者の言葉を家族に伝えるべきか、患者の急変に遭遇した家族の状況を考えて伝えるべきではないかで、看護師は心の中で葛藤し、最終的に伝えられなかった]のように、急変した患者の言葉の真意をどう捉えて家族に伝えるかを迷っていた。

2) 意思決定中

① 《患者とのコミュニケーションを図る》

これは、対象看護師Cのみ抽出された内容であった。[挿管される患者との会話やコミュニケーションは少ない状況だが、看護師は、ケアしたり痰を吸引したり、頭の位置を直す時に、本人への家族の思いを患者に伝え

表2 治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスにおける看護師の関わり

コア カテゴリー	カテゴリー	抜粋した最終ラベル () 内は看護師記号と時期
患者・家族への関わり	患者とのコミュニケーションを図る	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟とは違い、喋られる患者が少ないICUでは、患者の表情を見て、不安にならないように患者に声をかけることを意識する (D意思決定前) ・積極的な治療が求められると思われるICUにおいて、治療に関して今どう思うかを患者に聞くより、患者の回復したいという思いを大事にする看護師は、本人の口バクから意思を汲み取り、患者とケアを調整する (G意思決定前) ・挿管される患者との会話やコミュニケーションは少ない状況だが、看護師は、ケアしたり痰を吸引したり、頭の位置を直す時に、本人への家族の思いを患者に伝える (C意思決定中)
	本人らしさを守りつづける	<ul style="list-style-type: none"> ・医師と相談した上で悪くならないように点滴を減らし、元の生活スタイルに近づくように本人らしさを守る (F意思決定後)
	現状をどのように理解しているかを家族に確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・期待を持つ家族に寄り添い、患者とのスキンシップを取ることによって、家族が患者の些細な変化に気づき、現状を理解できるように関わる (F意思決定前)
	代弁する役割を担う家族に患者の意向を聞き出し、医師からの説明に関する理解や思いを確認する	<ul style="list-style-type: none"> ・厳しいIC場面において、看護師は一人の家族だけではなく他の家族も入ってもらい、戸惑いの様子が見られた家族に説明を補足し、IC後医師がいなくなった時に、患者の意向や家族の理解を再確認する (B意思決定中) ・経験に基づき、医師だけではなく、看護師からみても、患者が死に近づくことに気づき、家族が何もできない思いが残らないように、本人の気持ちを汲み取っている家族に思いを聞き出す (G意思決定中)
	患者の死期の予測が困難の中で、家族に看取り期への移行準備を委ねる	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の死の予測が困難であることを家族に伝え、家族がすぐ傍にいられるようにするかを、医療チームで話し合い、いくつかの選択肢を家族に与えて判断を委ねる (E意思決定後)
	患者と家族の持てる力の消耗を最小にし、個別性のあるケアを提供する	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が急変するという想定外のことがあるので、家族が休めるような環境を提供し、家族の表情を注意しながら意識して関わる (C意思決定前) ・呼吸が苦しく、休息が取れない状況の患者に、看護師は患者の酸素消費を最小にし、早々に部屋を暗くして少し眠れる時間を作る (G意思決定前) ・残された時間を縮めたくない看護師は、患者の状況を見ながら、酸素消費が少なくできるようにケアを調整する (G意思決定後) ・看取りの場面において、看護師は家族に声をかけて帰れるタイミングで帰ってもらい、家族を疲れさせないように気をつける (H意思決定後)
	家族と医師の架け橋となり、調整の役割を担う	<ul style="list-style-type: none"> ・ICの前に、看護師は医師の説明内容を確認し、家族から得られた情報を共有しつつ、家族が理解しやすい説明の仕方を医師とやり取りをする (H意思決定前)
	家族のわだかまりをなくし、医師・患者・家族の3者間を取り持つ役割を担い、家族が決定できるように寄り添う	<ul style="list-style-type: none"> ・ICでの家族の葛藤を良く理解し、必要以上に患者を苦しめたくないと考えて看護師は、血圧が期待通り上がらない時点で、年齢をみて血圧を上げようとする治療が患者を苦しめるので、ある程度の薬を使った段階で医師に家族との面談を促す (A意思決定中) ・チームで患者を診ることで、看護師は、ICの場面を医師と家族だけの空間にさせないで、できる限り家族の思いを分かりつつ入り、家族の表情や反応を観察し、IC後に家族に声をかけ、気になること全部言い出したのかを再確認し、家族の思いを医師に伝える (C意思決定中)
	家族が患者の傍に付き添えるように環境を整え、両者の時間を大事にする	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と患者だけの空間を整えることで、両者の時間を大切にし、患者をみるだけではなく、家族も含めて看護チームで関わる (H意思決定後)
	患者と家族に働きかける方針を一致させ、チームの連携を取る	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の思いを傾聴して引き出すように関わったが、本音を引き出すことができなく、毎日の申し送りで看護チームの中で家族のしこりが残らないように話し合い、方向性を一致させてチームで継続して関わる (F意思決定前) ・患者を回復させるため、各医療職が意見を出し合い、医療職間で患者に働きかける方針を理解し、合意をしてチームでアプローチする (G意思決定前)
医療チームへの関わり	看護チームでICの内容や患者家族の意向に関する情報を共有し、医師と調整を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・医師からの説明が家族に期待を持たせるようになり、患者の状況と家族の認識がかけ離れないように医師ともう一回ディスカッションをして、医師からどういうふうと話しているのかを探る (A意思決定中) ・新人看護師からリーダーまでの看護チームの中で、共通認識ができた上で患者を看取るため、看護師は患者にとって大事なことを記録し、医師の病状説明の内容を情報としてチームで共有する (B意思決定中)
	家族が心残りのないように、医療職チームで患者と家族に継続性のあるケアを提供し、最期まで支える	<ul style="list-style-type: none"> ・治療の方針が変わっても、家族への関わりは、チームで情報を共有し、同じようなケアが継続できるようにしていく (F意思決定後) ・一人の看護師ではなく、看護チームとして、患者がどう思うのかを確実に家族と話し合い、最期までできることを実行し、継続していくように配慮する (G意思決定後)
	患者の急変により生じる葛藤	<ul style="list-style-type: none"> ・助けってもらった命だから頑張らないといけないという患者の言葉を家族に伝えるべきか、患者の急変に遭遇した家族の状況を考えて伝えるべきではないかで、看護師は心の中で葛藤し、最終的に伝えられなかった (D意思決定前) ・脳死状態に臨んだ患者が急変になる場合、どう対応していくのかについて、家族が何もしないで欲しいと決断したが、患者の頑張っていたい気持ちを捉えた看護師は、複雑な思いを抱く (D意思決定中)
看護師の認識	期待された延命と最期に関する苦悩	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、期待している家族に現実を伝えることが辛くて迷い、家族と距離を置いたり何かできることを一緒にしたりして、治療を差し控える決定に悶々としながら関わる (A意思決定後)
	代弁者となった家族へのアプローチに関する困難	<ul style="list-style-type: none"> ・事例によって終末期患者の家族の気持ちが変わるので、看護師は、家族と一緒に患者を中心としたコミュニケーションの取り方、家族と各医療職の関係あるいは医療チームとの関係の築き方、家族に思いを聞き出して次のケアに繋げていくことについて、どのように家族にアプローチすればよいか困難を感じる (F時期に関係しない)

る]のように、家族との面会後の日常ケアを提供する場面において、面会に来る家族の言えていない思いを患者に話しかけていた。

②《代弁する役割を担う家族に患者の意向を聞き出し、医師からの説明に関する理解や思いを確認する》

[厳しいICの場面において、看護師は一人の家族だけではなく他の家族も入ってもらい、戸惑いの様子が見られた家族に説明を補足し、IC後医師がいなくなった時に、患者の意向や家族の理解を再確認する]のように、意識が朦朧状態である患者の意向を把握するため、一人の家族が患者の意向を代弁するより他の家族員の意見も求め、医師の説明に関する理解や患者の意向などを家族と再確認していた。

③《家族のわだかまりをなくし、医師・患者・家族の3者間を取り持つ役割を担い、家族が決定できるように寄り添う》

これは、全ての対象看護師が実行した関わりであった。決断を迫られた時に家族が納得したというより、納得せざるを得ない状況に置かれていた。[チームで患者を診ることで、看護師は、ICの場面を医師と家族だけの空間にさせないで、できる限り家族の思いを分かりつつ入り、家族の表情や反応を観察し、IC後に家族に声をかけ、気になること全部言い出したのかを再確認し、家族の思いを医師に伝える]のように、家族の思いを切り出すタイミングを見計らい、病状説明の受け止め方を確認し、医師と連携を取っていた。

④《看護チームでICの内容や患者家族の意向に関する情報を共有し、医師と調整を行う》

ICの場面は患者の治療の転換点となる大事な場面であり、同席した看護師は医師による病状説明の仕方に注意していた。特に、患者の状況と家族の認識がかけ離れないように看護師と医師が話し合っていた。[新人看護師からリーダーまでの看護チームの中で、共通認識ができた上で患者を看取るため、看護師は患者にとって大事なことを記録し、医師の病状説明の内容を情報としてチームで共有する]こととしていた。

⑤《患者の急変により生じる葛藤》

これは、対象看護師Dのみ抽出された内容であった。退室1～2日後に再入室となり、[脳死状態に臨んだ患者が急変になる場合、どう対応していくのかについて、家族が何もしないでほしいと決断したが、患者の頑張りたい気持ちを捉えた看護師は、複雑な思いを抱く]のように、一度救った命が再度別の理由で失われていくことに葛藤していた。

3) 意思決定後

①《本人らしさを守りつづける》

治療方針が緩和ケアに切り替えた場合では、看護師は浮腫んできた患者の姿を見て、[医師と相談した上で悪くならないように点滴を減らし、元の生活スタイルに近づくように本人らしさを守る]のように、ケアを提供しつつ常に患者の外見を整えていくことを大事にし、その外見が元の生活に近づくようにしていた。

②《家族が患者の傍に付き添えるように環境を整え、両者の時間を大事にする》

看護師は面会時間を制限しないように家族が患者の傍に付き添え、患者が生活していた場のように環境を整えていた。[家族と患者だけの空間を整えることで、両者の時間を大切に、患者をみるだけではなく、家族も含めて看護チームで関わる]ことをしていた。個室で張り詰めた雰囲気にならないように家族を交えて患者の思い出話をしたり、家族に患者のケアに参加してもらったりしていた。

③《患者の死期の予測が困難の中で、家族に看取り期への移行準備を委ねる》

死にゆく患者への看取りに関して、看護師は[患者の死の予測が困難であることを家族に伝え、家族がすぐ傍にいられるようにするかを、医療チームで話し合い、いくつかの選択肢を家族に与えて判断を委ねる]のように、看取り期への移行のタイミングを医療チームで見計らって、患者の最期を迎えるための準備を家族と共有していた。

④《患者と家族の持てる力の消耗を最小にし、個別性のあるケアを提供する》

死にゆく患者の[残された時間を縮めたくない看護師は、患者の状況を見ながら、酸素消費が少なくできるようにケアを調整する]ことを工夫し、患者が見放されたと思わないように患者の体をさすっていた。[看取りの場面において、看護師は家族に声をかけて帰れるタイミングで帰ってもらい、家族を疲れさせないように気をつける]のように、家族の元の生活を崩さないよう体調に配慮していた。

⑤《家族が心残りのないように、医療職チームで患者と家族に継続性のあるケアを提供し、最期まで支える》

これは、対象看護師A以外に、全ての対象看護師が実行した関わりであった。[治療の方針が変わっても、家族への関わりは、チームで情報を共有し、同じようなケアが継続できるようにしていく]のように、日誌に記載しチームで共有していた。

⑥《期待された延命と最期に関する苦悩》

ICUは命を救う場所であると捉えた〔看護師は、期待している家族に現実を伝えることが辛くて迷い、家族と距離を置いたり何かできることを一緒にしたりして、治療を差し控える決定に悶々としながら関わる〕のように、治療の効果に期待を持つ家族に死にゆくことを伝えるのが辛くて迷い、割り切れない気持ちが残っていた。

4) 時期に関係しない関わり

《代弁者となった家族へのアプローチに関する困難》

〔事例によって終末期患者の家族の気持ちに変化するので、看護師は、家族と一緒にいる患者を中心としたコミュニケーションの取り方、家族と各医療職の関係あるいは医療チームとの関係の築き方、家族に思いを聞き出して次のケアに繋げていくことについて、どのように家族にアプローチすればよいか困難を感じる〕のように、死にゆくことに対する家族の受容が変化していく中で、看護師は医療職と家族との関係の築き方の難しさを改めて感じていた。

VI. 考 察

本研究は、治療の差し控えや中止に関する意思決定に焦点を当て、ICU看護師が終末期高齢患者やその家族の意向を把握しながら、関わる際の特徴を明らかにした。ここでは、ICU看護師の関わりの特徴に内包する患者・家族と医療チームへの関わり及び看護師の認識を考察する。

1. 意思決定プロセスにおける看護師の関わりの特徴

1) 患者・家族への関わり

入院から積極的治療断念の提案の時期に、看護師は家族が決断するための時間と場を提供し、家族の思いを理解し共有したいとコミュニケーションをとり、様々な家族の認識や受容の仕方に合わせて対応していたと報告されている¹⁰⁾。本結果の《患者と家族の持てる力の消耗を最小にし、個性のあるケアを提供する》と類似しているが、本研究では、治療差し控えや中止に関する意思決定プロセスの前と後の時期にみられた。治療に関する意向を把握するために、家族から患者の意向を汲み取るだけでなく、できる限り患者の生命力の消耗を減らしつつ、個々の状況に応じてルーティン化された看護を組み合わせ、ケアを調整しているという特徴があった。また、意思決定プロセスを前、中、後と分けて分析した結果、ICU看護師がどのように家族と医師に働きかけ、家族が患者の意向を代弁するのかという意思決定の過程が明確となっていた。患者とその家族が意思決定プロセスの前、中、後のどの段階にあるのかを把握することに

よって、意思決定支援の在り方を検討し、より良い質の高い援助を提供することが可能となっているという特徴があった。治療が治癒からケアに転換する時期においては、患者の病状の悪化に対して、患者の意向を代弁する家族が医療職に不信感を抱かないように、医師は病状説明の役割を果たし、看護師が家族の情報を医師と共有しつつ意思決定支援に携わっていた。つまり、治療の差し控えや中止を決断した家族に対して、看護師がイニシアチブを取り、治療が優先でなくなった時期でも看護師の力をさらに発揮していく必要があると考える。

日本看護協会¹¹⁾は、人生の最終段階における医療及びケアの意思決定において、患者が少しでも安楽な状態で意思決定ができるようにケアをすることや、患者がこれまでどのような人生観や価値観を持ち、これまでどのように意思決定してきたか、さらに、どのような人生の最終段階を迎えたいかを把握するために、日頃のケアの場面も含めて十分コミュニケーションをとっておくことなどを看護職に求めている。治療の差し控えや中止に関する意思決定プロセスの前、中、後を通して、ICU看護師が提供したケアの内容には、患者と家族の負担にならないケアから安楽になるケアに変化している特徴があった。治療や病状の悪化により、患者の意識状態が低下するにつれて、患者との言語的なコミュニケーションを図る方法や回数が減少していくものの、患者との会話ができなくても、看護師は常に患者の外見を整えることを心がけたり、医師と相談した上で患者の病状に影響しないように点滴を減らしたりして、元の生活スタイルに近づけて本人らしさを守るように関わっていた。

医療ケアの意思決定において、患者自らや家族のみが意思決定を行うより、医師と家族の双方と相談した上で意思決定をする¹²⁾という傾向があると報告されている。意思決定能力がない患者の考えや価値観などを把握するために、家族が主な情報源となり、家族が面会に来る時間は本人の意向を把握する上で重要なタイミングであると考えられる。しかし、ICUにおいて患者の状況が時々刻々と変化するため、看護師はその時々に応じて臨機応変に患者や家族の揺れ動く気持ちを受け止め、患者の状況が変化する度に改めて患者や家族に意向を再確認する必要があると考える。

2) 医療職チームへの関わり

Long-Sutchallら¹³⁾は、治療中止に関する臨死軌跡を計画及び行動化するとき、多くの学問領域にわたるチームで、各役割、責任、目標と動機づけの理解を共有することが必要であると述べている。本研究のチームの連携には、最初に看護師間で情報共有ができ、看護チー

ムが患者や家族に働きかける方針を医師と一致させ、最後に医療チームの中で各医療職が連続性のあるケアを提供し、最期まで患者や家族に支えているという特徴があった。終末期の捉え方は医師の考えによって異なるため、ICU看護師は医師とのチームの連携を取るだけでなく、院内のリソースを活用し、緩和ケアの医療チームとの連携も含め、医療チームで家族と一緒に患者にとっての最善策を見つける必要があると考える。

3) 看護師の認識

本結果の看護師の認識の中では、終末期高齢患者の意向を捉えようとするにあたって、患者の急変により生じる葛藤、期待された延命と最期に関する苦悩、代弁者となった家族へのアプローチに関する困難がみられた。治療の差し控えや中止の意思決定において、看護師自身が患者の終末期に抱える課題の認識と解消は重要であり、ICUでの死や終末期ケアの教育などの、看護師自身が患者の死に直面する悲嘆に対する組織的なフォロー体制が必要であると考えられる。

2. 看護実践への示唆

本研究の結果から、全ての終末期高齢患者は入室前に治療に関する意向を記録する文書がなく、患者の事前指示がない状況の中で、治療に関する意向を確認するため、看護師は意思決定中の時期に家族との会話から本人の意向を汲み取り、引き出すように関わるのが特徴であった。会話の内容は治療に関する情報の説明に限らず、家族と一緒に患者の過去を振り返って話し合うことが見られた。先行研究では、終末期医療の希望とその伝達方法について、高齢患者は事前に意向を書き残す方法より家族や友人との会話で伝える方法を取ることが多い傾向¹⁴⁾にあり、また、9割を超える集中治療に携わる看護師は終末期患者の治療や延命に関する意思の確認を患者の意思をよく理解している家族らに確認すること¹⁵⁾が報告されている。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁶⁾により、家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本としている。つまり、看護師は家族らとの会話を重ねていくことによって、治療に関する終末期高齢患者の推定意向を捉えられる可能性があり、その推定意向が本人のその人らしさに近づけるように関わっていく姿勢が重要であると考えられる。

また、本研究では、終末期高齢患者の代わりに、成人した子供が意思決定を行うことが明らかとなった。限られた時間の中で、意思決定に迫られていた家族が患者の意向を代弁する際に、患者の命を救いたいという思いと

治療に限界があるという認識が複雑に絡み、家族にわだかまりが生じやすい状況にあると考える。そのわだかまりを解消するため、ICU看護師が医師・患者・家族の3者間を取り持つ役割を担い、家族が決定できるように寄り添って関わっていた。急変の患者や重篤な患者が多いICUの環境で、看護師は短時間で患者や家族の状況を把握し、行動していく能力を持つことが必要であると考えられる。井上ら¹⁷⁾の研究により、エキスパートナースは家族の目や口元などから家族の心情を推測し、家族の不安定な状況や気持ちの変化などの認識ができると述べている。本結果の中で特にICの場面において、看護師は家族の表情、声のトーン、身ぶりなどから家族の気持ちや病状説明に関する理解の程度を把握し、医師が立ち去った後に、家族が語りやすい環境を作り出す工夫をしていた。しかし、奥野ら¹⁸⁾の研究によると、家族が病状説明を受けている間、看護師に病状説明への同席を求めており、補足・説明を受けたいとしている。つまり、家族に病状説明に関する情報を分かりやすく伝達するため、ICに立ち会う看護師は、積極的な発言能力が必要となり、医師からの病状説明に対して補足することが求められる。

VII. 結論

ICUにおける終末期高齢患者の治療の差し控えや中止の意思決定に関する看護師の関わりとは、患者との言語コミュニケーションが困難な状況において家族が患者の意向を代弁できるように引き出し、その情報を他の医療職と共有しつつ医療職チームの中で合意形成を行い、家族が心残りのないように、患者と家族に継続性のあるケアを提供し、最期まで支えていくことであった。ICU看護師は、患者・家族・医療チームの意思決定において調整の役割を担いながら、意思決定の合意形成の過程で、家族に患者のその人らしさを振り返って考えてもらい、本人の希望を擁護するように働きかけることが重要な看護支援として示唆された。

VIII. 研究の限界と課題

本研究は、終末期高齢患者の治療の差し控えや中止に関する意思決定を支援した経験があるICU看護師が印象に残った事例を振り返り、記憶している実践内容を分析した結果であるため、終末期高齢患者の治療に関する意向を確認する時期については、今後の看護実践を通してより明確にできる検討の余地がある。また、全ての関わりを言語化することは困難であり、看護師が全く意識化していない内容の関わりは語られていない可能性がある

るため、本研究の限界である。

治療の差し控えや中止の意思決定に焦点を当てた結果の中で、看護師は家族の代弁により終末期高齢患者の意向を汲み取り、引き出すように関わった。家族の代弁がどのように終末期高齢患者の意向として活かし、終末期高齢患者がその人らしく生き抜くことができるのかは、今後の課題である。

IX. 謝 辞

本研究への協力を快く引き受けていただき、貴重な学びを提供していただきました看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。ご理解とご協力いただきました病院看護部長及びICU師長に深く感謝いたします。

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科における修士学位論文の一部を加筆、修正したものであり、19th East Asian Forum Of Nursing Scholarsで口頭発表したものである。平成27年度千葉看護学会研究支援金支給事業より助成を受けた。

なお、この論文における利益相反はない。

引用文献

- 1) Irie H., Okamoto H., Uchino S., Endo H., Uchida M., Kawasaki T., Kumasawa J., Tagami T., Shigemitsu H., Hashiba E., Aoki Y., Kurosawa H., Hatakeyama J., Ichihara N., Hashimoto S., Nishimura M.: The Japanese Intensive Care Patient Database (JIPAD): A national intensive care unit registry in Japan, *Journal of Critical Care*, 55: 86–94, 2020.
- 2) 一般社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf> (2021年2月24日)
- 3) 稲葉基高, 澤野宏隆, 林靖之, 甲斐達朗: 救命救急センターにおける90歳以上の超高齢者に対する集中治療の意義, *日本集中治療医学会雑誌*, 23(5): 561–566, 2016.
- 4) 日本救急医学会: 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～3学会からの提言～ https://www.jaam.jp/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf (2021年2月24日)
- 5) 高野里美: 集中治療室での終末期における看護行為—一般病棟との相違, *臨床死生学*, 8(1): 26–35, 2003.
- 6) 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.
- 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) 西開地由美, 吉本照子: 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, *千葉看護学会誌*, 24(2): 1–9, 2019.
- 10) 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, *日本救急看護学会誌*, 14(1): 10–20, 2012.
- 11) 日本看護協会: 人生の最終段階における医療 <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html> (2021年3月10日)
- 12) Ito M., Tanida N., Turale S.: Perception of Japanese patients and their family about medical treatment decisions, *Nursing and Health Sciences*, 12(3): 314–321, 2010.
- 13) Long-Sutell T., Willis H., Palmer R., Ugboma D., Addington-Hall J., Coombs M.: Negotiated dying: A grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units, *International Journal of Nursing Studies*, 48(12): 1466–1474, 2011.
- 14) 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻里, 石崎達郎, 高橋龍太郎: 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景, *日本老年医学会雑誌*, 52(1): 79–84, 2015.
- 15) 立野淳子, 山勢博彰, 藤本理恵, 小島朗, 田山聡子, 中谷美紀子, 比田井理恵: わが国の集中治療領域における看護師の終末期ケアと組織体制の実態, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 15: 33–43, 2019.
- 16) 厚生労働省: 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (2021年7月26日)
- 17) 井上和也, 酒井明子: 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者の家族援助に影響するエキスパートナースの直観に関する研究, *日本看護科学会誌*, 34: 235–244, 2014.
- 18) 奥野久美子, 山崎亜由美, 葛西千鶴子: 集中治療室における緊急手術術前の関わり—患者家族の思いと看護師に求められること—, *日本看護学会論文集成人看護 I*, 43: 27–30, 2013.

TO WITHHOLD OR WITHDRAW TREATMENT? NURSE INVOLVEMENT IN THE DECISION-MAKING
PROCESS OF TERMINALLY ILL OLDER ADULTS IN INTENSIVE CARE UNIT

Huiching Yang^{*1}, Yoshiyuki Tadokoro^{*2}, Harue Masaki^{*3}

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

^{*2}: School of Nursing, Faculty of Medicine, Tokyo Medical University

^{*3}: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

intensive care unit/ICU, decision-making, older adults, withhold/withdraw treatment, terminally ill

PURPOSE: This study aimed to identify ICU nurses' involvement in the decision-making process for withholding or withdrawing treatment by progressively understanding terminally ill older adults' and their families' wishes.

METHOD: A descriptive qualitative design was applied using semi-structured interviews of eight ICU nurses who had experience supporting terminally ill older adults in the decision-making process for withholding or withdrawing treatment. The data were analysed within the framework of involvement before, during, and after the process of decision-making.

RESULTS: Before decisions were made, ICU nurses were involved in six ways, including 'making sure that the families understood the patients' present state' and 'cooperating with the medical care team to attain the goal of treatment'. During the decision-making process, nurses were involved in five ways, including 'conveying the families' feelings to the patients, eliciting the patients' wishes from their families, and reconfirming the families' understanding of the patients' conditions'. After decisions were made, nurses were involved in five ways, including 'providing continuous care to patients and their families to ensure that they have no regrets and providing support from the medical care team until the last moment'. 'Difficulties in the families' approach to patient advocate' was not related to the nurses' timing of involvement.

CONCLUSION: ICU nurses play a coordinating role in the decision-making process among the patients, families, and medical care teams. Our results suggest that it is necessary to encourage the families to reflect on the patients' personhood and advocate their wishes during consensus formation in the decision-making process.