研究報告

集中治療室における医師と看護師の 「終末期医療へのシフト」の判断の様相

Aspects of Physicians' and Nurses' Judgment on Transition to End-of-life Care in an Intensive Care Unit.

高田 望^{1) 2)} 平野かよ子³⁾

Nozomu Takada Kayoko Hirano

本研究は、ICUにおいて医師・看護師が終末期医療へのシフトをどのような情報・状況をもとに判断しているのかを明らかにすることを目的とした。ICUに勤務する医師・看護師各4名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析を行った。その結果、28コード、9サブカテゴリーから《救命の困難さ》と《治療継続の不適切さ》の2カテゴリーが抽出された。《救命の困難さ》は、【臓器機能の悪化】【治療に対する反応の低下】で構成され、これ以上の治療を継続しても患者の命を救うことが困難であるという情報である。《治療継続の不適切さ》は、【本人および家族の自己決定】【その人らしさの消失】【家族内の患者の居場所の欠如】などで構成され、これ以上治療を継続することは患者の利益にならないことを示す情報である。医師は《救命の困難さ》に重点を置いて終末期医療へのシフトを判断するが、看護師は《救命の困難さ》だけでなく《治療継続の不適切さ》を重視して終末期医療へのシフトを判断していた。この医師と看護師の判断の特徴の背景には、職務上の役割の違いがあることが示唆された。

キーワード：集中治療室、終末期医療へのシフト、臨床判断、医師と看護師の判断の相違

Key Words : ICU, transition to end-of-life care, clinical judgment, differences of judgment between physician and nurse

はじめに

集中治療室（以下ICUと略す）は、重篤な病状を呈する患者に対して集中的な治療・看護を提供することで、その生命を救うことを目的としている。しかし、全ての患者を救命することは困難であり、死を迎える患者も多く存在する。積極的な治療を継続しても効果が期待できないという場面が生じた時には、それ以上の積極的治療は行わずに現在の治療のみを継続したり、治療を縮小したりする場合がある。目的は命を救うことから安らかな死を迎えることに変更され、残された時間を家族や親しい人に見守られて過ごす、

ICUでの終末期医療へとシフトする。その際には、ある時点でそれ以上の積極的治療を断念し、終末期医療へとシフトする判断を下す必要がある。ではICUでの終末期医療へのシフトの判断はどのように行われているのだろうか。

カナダを中心とした15のICUで終末期に人工呼吸中止の決定要因を調査した結果、決定要因となっていたのは年齢や重症度よりも、患者が延命を望まないという医師の認識、ICUで生存できる可能性が低いという医師の予測、認知機能の低下の見込みが高い、強心剤の使用であった¹⁾。ヨーロッパで行われた大規模研究であるETHICUS Studyでは、終末期の決定の第一理由は、最大限の治療に反応しない（46.4%）、神

経学的 (20.0%), 慢性疾患 (12.3%), 多臓器障害 (9.6%), QOL 低下 (4.1%), 敗血症・敗血症性ショック (3.4%), 患者・家族の希望 (2.1%), 年齢 (1.5%) だったと報告されている²⁾。また、生命維持のための治療を続けるか否かは、患者の年齢、急性診断、慢性障害、入室日数、地域性、医師の宗教が関係しているとした報告もある³⁾。これらは海外の報告であり、文化による死生観や医療制度が強く影響すると考えられる終末期医療へのシフトの判断について、日本における報告はなく、日本ではどのように判断されているのかは明らかになっていない。近年、集中治療領域でも終末期医療への関心が高まり、日本集中治療医学会や日本救急医学会といった関連学会から、終末期医療に関するガイドラインが提唱されているが^{4) 5)}、その中でも終末期であることをどのように判断するかは具体的に示されておらず、望ましい意思決定のプロセスについて定められているのみである。治療を中止し終末期医療へとシフトする判断は、個々の患者の病態や背景に影響され画一化することはできず、ガイドラインで判断基準を定めることは困難であると考えられる。しかし、実際に集中治療の現場で働く医師や看護師がどのような思考をもって治療中止を判断しているのかを明らかにすることは、ICU における適切な終末期医療へのシフトを検討する上で重要な資料になると考える。なぜなら、治療中止は患者から救命の可能性を奪う判断であり、回復を望む家族の希望を閉ざす判断でもある。治療に対する使命感を強く持つ医師や看護師は、その判断を下し決定することにためらいを感じる場合があるのではないだろうか。より多角的な視点から治療中止または継続の検討を行うためには、医師や看護師の治療中止に対する考え方を体系的にまとめる必要がある。

また、実際の臨床現場では、治療の継続や中止に関して医師と看護師では役割が異なる。医師にとって終末期医療へのシフトが望ましいという判断は治療方針の変更につながるが、看護師の判断は直接的に治療方針の変更にはつながらない。しかし、判断が治療方針に及ぼす影響は異なるとはしても、終末期医療へのシフトの判断は医師と看護師の両者が行っていると考えた。本研究では医師と看護師の両者に終末期医療へのシフトの判断に関する同じ質問を行うことで、両者が共通して考える終末期医療へのシフトの判断の様相を明らかにすること、さらには両者の判断にどのような違

いがあるかを考察することができると考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は、ICU において医師・看護師が終末期医療へのシフトをどのような情報や状況をもとに判断しているのかを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接調査を用いた質的帰納的研究デザインである。

2. 研究対象

東北地方にある A 病院の ICU で日常的に診療を行っている外科系診療科に所属する医師と、ICU に勤務する看護師を対象とした。

医師は、看護師と比べて終末期医療へのシフトが望ましいとの判断が治療方針の変更に直接的につながるため、治療方針の決定権を持つ実務経験 10 年以上の医師を対象として協力を依頼した。看護師は、終末期医療へのシフトについて自律的に判断を行うことが必要であると考え、看護師経験 5 年以上かつ ICU 経験 2 年以上の者、ICU での終末期医療に関心の高い者を総合的に判断して対象として協力を依頼した。

3. データ収集方法

データ収集方法は、半構成的面接調査とした。面接内容は、「ICU での終末期医療へのシフトの判断に関する印象的な経験」「終末期医療へのシフトをどのような情報をもとに判断したか」「終末期医療へのシフトを決定する際の医師・看護師間の合意プロセスはどのように行われているか」「面接参加者の個人的背景」などである。面接の依頼時に対象者に面接内容の趣意書を配布し、質問の概要を事前に説明した。インタビューガイドを作成し、当日はガイドに沿って質問を展開し、参加者に自由に語ってもらった。面接は個別に実施し、対象者が自由に語れるよう個室で行った。所要時間 60 分程度を目安としながらも制限は設けなかった。面接は対象者の了解を得て録音し、面接終了後に逐語録を作成した。

4. 分析方法

得られたデータを繰り返し精読し、意味内容を解釈しながら質的帰納的に以下の作業を行なった。まず、分析テーマである「終末期医療へのシフトを判断する状況や情報」について語られた内容を、逐語録から抜き出して記述した。一部は意味内容を損なわないよう注意しながら文章を分かりやすく修正を加えた。また、医師または看護師のどちらから記述された情報であるかを示しておいた。これは回答者の具体的発言であり、これらの発言の意味を解釈し、それぞれが表わすものを要約し、共通の内容を持つものをまとめてコード化した。コードは、医師および看護師のどちらの情報から導かれたものであるかが分かるように分類した。続いて、医師や看護師が終末期医療へのシフトをどのような情報に基づいて判断しているのかをコードの中から概念化し、サブカテゴリーを見出した。さらにサブカテゴリーの中から医師や看護師の終末期医療へのシフトの判断に関する視点を見出し、カテゴリーとして分類した。その後、医師と看護師の終末期医療へのシフトの判断の特徴を明らかにするため、医師と看護師ならではの判断の特徴や、判断の違い、判断の違いがもたらすジレンマに注目して逐語録を精読し、医師及び看護師の判断の特徴を分析した。

分析過程では研究者の解釈の偏りを小さくするために、質的研究の経験を有する2名の研究者と行い、ICUでの勤務経験を8年以上有する2名の看護師のスーパーバイズを受けた。

5. 用語の定義

本研究における「終末期医療へのシフトの判断」とは、「患者が末期状態であると捉え、それ以上の積極的な治療を断念して現状維持の治療に留めること、または限定的に治療を縮小することが患者にとって望ましいと考えること」と定義する。

6. 倫理的配慮

研究対象者には事前に調査の概要を説明し、その上で研究に協力が得られるかを確認した。面接の際には、研究の目的、研究参加中断の自由、匿名性の確保、データの管理方法等を文書と口頭で説明を行い、署名にて承諾を得た。面接はプライバシーの確保できる個室を確保し、ありのままの語りが得られるよう配慮した。データは個人名が特定されないように匿名化

を行なった。本研究は、東北大学医学系研究科研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の概要

A病院において、前述した条件を満たす医師・看護師に対して個別に研究の趣旨・目的を説明し、協力が得られた8名を対象とした(表1)。8名中4名が医師(A・B・C・D)で、ICUでの診療を日常的に行う外科系診療科(消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、血管外科)の所属であり、4名とも臨床医グループのリーダーを務める立場で、医師経験年数は16～25年(平均20.5年)、いずれも男性であった。

4名が看護師(E・F・G・H)で、看護師経験は6～17年(平均12.3年)、ICU看護経験2～13年(平均7.5年)、性別は女性3名、男性1名であった。

面接は2011年8月～2012年1月の間に実施した。面接時間は30～86分で平均61分であった。

表1 研究対象者の概要

	職種	経験年数(専門)	年齢
A	医師	15～20年(消化器外科)	40代
B	医師	15～20年(心臓血管外科)	40代
C	医師	20～25年(呼吸器外科)	40代
D	医師	20～25年(血管外科)	40代
E	看護師	看護師5～10年, ICU 1～5年	20代
F	看護師	看護師5～10年, ICU 5～10年	30代
G	看護師	看護師15～20年, ICU10～15年	30代
H	看護師	看護師15～20年, ICU 5～10年	30代

2. 医師・看護師の終末期医療へのシフトの判断に影響を与える情報

分析の結果、終末期医療へのシフトの判断に影響する情報を表す28コード、9サブカテゴリー、2カテゴリーが抽出された(表2)。コードはそれらが医師または看護師のどちらの情報から導かれたものかを区別し、共通・医師・看護師と分類した。28コードから、【臓器機能の悪化】【治療に対する反応の低下】【本人および家族の自己決定】【その人らしさの消失】【家族内の患者の居場所の欠如】【人生の幕引きへの理解】【医療資源消費および家族の経済的負担】【自力での食事摂取機能の消失】【患者が強い苦痛を受けてい

表2 終末期医療へのシフトの判断に影響を与える情報

カテゴリー (2)	サブカテゴリー (9)		コード (28)
救命の困難さ	臓器機能の悪化	共通	呼吸状態が悪化して人工呼吸器を外すことができない
		共通	強心剤への反応が不良である
		共通	回復困難な脳障害がある
		共通	多臓器不全が進行する
		医師	肝不全が進行する
		医師	止まらない出血がある
		医師	血液透析が必要である
		看護師	合併症が拡大する
		看護師	補助循環から離脱できない
		看護師	アシドーシスが進行する
	治療に対する反応の低下	共通	期待した治療効果がみられない
		医師	必要な治療が行えない状況
		医師	根治性がない病態
治療継続の不適切さ	本人および家族の自己決定	共通	本人がそれ以上の治療継続を希望していない
		共通	家族がそれ以上の治療継続を希望していない
	その人らしさの消失	共通	回復困難な意識障害がある
		看護師	身体機能の高度な障害が避けられない
		看護師	ICU 以外での生存が困難である
		看護師	浮腫や皮膚障害で外見上の変化が著しい
	家族内の患者の居場所の欠如	共通	患者と家族の関係性が脆弱である
		看護師	患者の抱える家族構成が脆弱である
		看護師	家族が患者を抱えることに強い疲労を感じている
	人生の幕引きへの理解	看護師	高齢である
		医師	発症前の生活態度が悪く、好きなようにやっていた
	医療資源消費および家族の経済的負担	医師	社会的に医療資源の消費が著しい
		看護師	治療に関わる患者・家族の経済的負担が大きい
	自力での食事摂取機能の消失	共通	自力での食事摂取機能の消失
	患者が強い苦痛を受けているという推測	医師	患者が強い苦痛を受けているという推測

るという推測】の9サブカテゴリーが抽出された。それらを判断の視点の違いから分類し《救命の困難さ》《治療継続の不適切さ》の2カテゴリーが抽出された。

以下、カテゴリーおよびサブカテゴリー単位で説明を加え、情報からの抜粋・要約は「(斜体にて表記)」で記述した。文末のアルファベットは表1に示した対象者の記号である。

1) 救命の困難さ

このカテゴリーは、これ以上の治療を継続しても患者の命を救うことが困難であるという考えにつながる、身体的所見の悪化や治療効果の乏しさである。

(1) 臓器機能の悪化

主要臓器や多臓器の重篤で進行する機能障害である。呼吸や循環といった臓器ごとの機能障害や、臓器機能を補完している医療機器から離脱できないこと、

全般的な障害が拡大し重篤化していくことを示す。

「人工呼吸で FiO_2 が 100 % だったり APRV (Airway Pressure Release Ventilation) でも酸素化が保てないような時 (F)」

「PCPS (経皮的心肺補助装置) なんかは、短期間で外せないと次第に全身状態が悪くなって、おそらくもうダメだろうと思ってしまう (H)」

「重要3臓器、あるいは4臓器が障害されてくると厳しいかなって感覚になる (B)」

(2) 治療に対する反応の低下

行っている治療に対して期待した効果がみられない、次の治療の手立てがないために改善が期待できないといった、治療継続による回復が期待できないことである。

「自分が描いている治療に対するレスポンスが得られ

なくなった時は、もう難しいかもしれないと思いはじめますね (D)」

2) 治療継続の不適切さ

このカテゴリーは、これ以上治療を継続することは患者の利益とならないのではないかという考えにつながる、患者や周囲の状況である。

(1) 本人および家族の自己決定

本人や家族がそれ以上の治療継続を希望していないことである。面接を行った全ての対象者が少なくとも本人または家族どちらかの自己決定を挙げていたが、同時に現実には自己決定に従うことの困難さも語られた。

「一番大事にしたいのは本人の意思なんです、本人の意思はICUでは確認できないことがほとんどなので、それに沿って決めるってことはほとんどない (G)」

また、医師からは本人や家族の意思は尊重しながらも、救命の可能性が終末期医療へのシフトの判断の中心であることを強調する語りが多く聞かれた。

「家族の意思は確認しますね。でもそれは、もう不可逆的な病態に入っちゃったと我々が思った場合で、助けられる手があるのに家族や本人の意思を聞いて治療をやめるってことはしないね (B)」

「医学的な救命できるかどうかが一番で、本人の意思とか家族の希望も多少考慮しますが…… (C)」

(2) その人らしさの消失

病気や障害により患者の本来のあり様が失われることが見込まれたり、すでに失われたりしている状況である。ここで挙げられたその人らしさには脳の高次機能や自立した生活が含まれた。また、外見の著しい変化は尊厳を傷つけると考えていた。

「ICUにいれば生きていられるけどICU以外では生きられない、その人らしいものとの生活に戻れる見込みがないということを含めての予後を考えます (G)」

「家に帰ってなんぼだと思っんです。せめて施設である程度自立した生活ができるくらいじゃないと…… (H)」

「むくみ過ぎちゃうとか、見えるところが腐っている、グショグショになって、結局手の施しようがなくてそのまま帰っちゃうようになるとか……もうちょっとその人がその人らしく居られるうちにやめてもいいんじゃないかなって…… (H)」

(3) 家族内の患者の居場所の欠如

その後の療養生活を支える家族機能が不十分であったり、患者が家族の負担になってしまったりしていることである。家族の支えの欠如が、患者にその先の人生を続けさせることをためらわせていた。

「その人が家族の中でどういう役割を持っているか、いないかで、もし家族がいなかったりしたらある程度仕方ないって思える (H)」

「例えば老夫婦二人暮らしで、面会にはおばあちゃんしか来なくて、経過が長くなっておばあちゃんも疲れて負担になってきている。そんな時には、もう頑張らなくてもいいんじゃないかなって考えたりします (E)」

(4) 人生の幕引きへの理解

患者は十分に人生を生きたと考えることを示す情報で、特に高齢であることは多くの対象者が挙げた項目であった。もともと患者が好き放題の生活をしているという情報が、現在の病状悪化をやむを得ないものとして捉えさせる場合もあった。

「すごく主観的な思いですけど、おじいさんおばあさん世代っていうか、80歳でも心臓の手術をする人はいるわけで、80歳だからいいってわけではないんですけど、でもそんなに頑張ってやらなくてもいいのかなって思ったり…… (H)」

「これまで好き勝手に酒飲んで悪くして、治療してもまた酒飲んで元に戻るんじゃないか、今まで好き放題にやってたんだからって仕方ないと思うこともあります (A)」

(5) 医療資源消費および家族の経済的負担

治療継続による回復の期待に対して、治療によって生じる経済的な負担が大きすぎることである。経済的な負担は社会レベルでの資源消費という面と、個人・家族レベルの経済的負担という2つの側面があった。

「医療資源も多少考慮しますね。物だったらまだいいけど輸血やマンパワーとか (C)」

「家族だって生活していかないといけないけど、経済的負担を負ってもかけたい命だと思っているのか (H)」

(6) 自力での食事摂取機能の消失

自分で食事を摂取することが生物としての基礎的能力であるという考え方のもと、その機能が失われることである。

「現代の医療ではあまり許されていないことだけど、

食べられなくなるということは、私はひとつの寿命として寛容しなければならないんじゃないかと思ってます (D)」

(7) 患者が強い苦痛を受けているという推測

コントロールできない苦痛があることが推測される状況である。

「苦しさに関してはありますよね。今では麻薬でかなり補えるようになっていますが、それは実際に本人になってみないと分からないですよ。その辺はスタッフの慮ってあげる心でやっていくしかないかなと思います (D)」

3) 医師と看護師の終末期医療へのシフトの判断根拠となる情報・状況の特徴

医師と看護師の判断の特徴を終末期医療へのシフトの判断する際に重視する情報の視点から分析した結果、医師の判断根拠となる情報の特徴は、《救命の困難さ》に重点が置かれていることであるのに対して、看護師の判断根拠となる情報の特徴は、《救命の困難さ》だけでなく《治療継続の不適切さ》にも重点が置かれていることと解釈された。

医師の判断根拠が《救命の困難さ》に重点が置かれていたことは、面接中の多くの発言が示していた。

「たぶん、一番は総合的な、医学的な救命できるかどうかってことだと思います。救命の可能性が10%でもあればICUにいる患者さんですから頑張るんですけど (C)」

「一番メインにみてるのは、その病態が可逆的か不可逆的か、つまり治る可能性があるのかってことが大事で……それ以外のことを一番に考慮することはないね (B)」

「例えば超高齢の感染性動脈瘤の患者さんでも、戻れる可能性があると思えば僕たちは結構がっちり治療しますよ (D)」

医師は医学的な救命の可能性がこの議論の中心であることを強調していた。医師からも《治療継続の不適切さ》が語られてはいたが、医師は救命が困難であるという条件のもと他の要因も考慮する姿勢を示していると解釈した。さらに、

「看取るか看取らないかってのは僕たちにとっては治療をするか放棄するかってことなんだよ。それは大変な決断で、多面的に見るね。看護師さんの意見だけで変えるってことはない (B)」

と、医師は自分がこの判断に関して責任をもつ者であ

ると認識しており、それゆえに慎重に判断することが必要だと考えていた。

一方、看護師の判断根拠となる情報の特徴は、医師のように《救命の困難さ》に重点を置くことを示す語りはなかった。看護師からは医師より多彩な《治療継続の不適切さ》に関する情報が語られ、《救命の困難さ》だけでなく《治療継続の不適切さ》も重視していると考えられた。また《救命の困難さ》に重点を置く医師の判断に対するジレンマという形で、看護師が《治療継続の不適切さ》を重視していることが表面化することがあった。

「先生達はこういう領域だから可能性がほんのちょっとでもやって、もうぐちゃぐちゃになってからもう駄目だってなるから、やり尽せるとこまで先生達はやってるから。本当はもっとその前にターニングポイントっていうか変換する時期が来てもいいんじゃないかなって思う (H)」

と語られたように、《救命の困難さ》に重点を置くことで適切な終末期医療へのシフトの時期を逃した経験が語られた。これは、《救命の困難さ》だけを終末期医療へのシフトの判断材料とするのではなく、《治療継続の不適切さ》も含めた総合的判断をする必要があるという認識と解釈した。さらに、

「具体的にもう（積極的な治療を）しない方がいいんじゃないかとか、もう厳しいんじゃないかとか、直接的な表現としてはあまり関わっていなくて…… (E)」

のように、《救命の困難さ》に重点を置く医師の判断に対して違う意見を持ちながらも、それを伝えることができずにジレンマを抱えていた。医師と看護師の判断に異なった特徴があることが、このような看護師のジレンマの背景にあることが示唆された。

IV. 考察

本研究の結果、ICUに勤務する医師・看護師は、《救命の困難さ》と《治療継続の不適切さ》の2側面から終末期医療へのシフトの判断を行っていた。医師は《救命の困難さ》に重点を置いて終末期医療へのシフトを判断するが、看護師は《救命の困難さ》だけでなく《治療継続の不適切さ》を重視して終末期医療へのシフトを判断していた。

1. 《救命の困難さ》による終末期医療へのシフトの判断

1) 《救命の困難さ》の特徴

《救命の困難さ》が終末期医療へのシフトの判断において重要な要素であることは先行研究と同様の結果だった。《救命の困難さ》は、【臓器機能の悪化】と【治療に対する反応の低下】から構成される。木下ら⁶⁾はICU熟練看護師の死を予測する指標に「治療に対する反応のなさ」「検査データが改善しない」「身体所見の悪化」などがあることを述べており、これは本研究の内容とほぼ同様の内容である。医師や看護師は、これらの視点から救命が困難であることを感じ、現在の治療を続けてもいずれは死が避けられないという予測を行い、終末期医療へのシフトが望ましいという判断につなげていた。さらに、先行研究での終末期の決定の第一理由の9割以上が、最大限の治療に反応しない、神経学的、慢性疾患などの《救命の困難さ》に含まれる情報であり、QOL低下、患者・家族の希望、年齢などの《治療継続の不適切さ》に該当するものはわずかであった²⁾。これは終末期医療へのシフトの判断においては《救命の困難さ》が最も重要な要素であることを示している。本研究でも、《救命の困難さ》が終末期医療へのシフトを決定する第一理由である可能性が示唆されたものの、これを裏付けるには更なる調査が必要である。

2) 《救命の困難さ》を重視していた医師の判断

特に医師は《救命の困難さ》を根拠にして判断することを強調していたが、その背景として二点が考えられた。一点目に、終末期医療へのシフトの判断は患者の死につながる判断であり、治療を続けても死に至ることが避けられないことは倫理的に欠かせない条件とすることがある。先行研究²⁾においても、終末期の判断理由は《救命の困難さ》が主要な要因であることが明らかにされているように、これは医療従事者に必要な倫理的な姿勢であり、終末期医療に関する各学会の勧告⁴⁾⁵⁾においても、医学的に回復の見込みがなく死期が迫っていることは治療行為の差し控え・中止の要件として明示されている。近年では終末期医療に関して刑事介入がされる事例も散見されており⁷⁾、治療方針に関して責任を負う医師が、治療中止が許容される根拠となる患者が治療不可能な状態であるという事実を重視することは当然であろう。

二点目として日本ならではの医療観が反映している

可能性を指摘できる。諸外国では生命維持治療の撤退方針が出されるような患者であっても、日本では生命維持治療を継続する傾向があることが報告されている⁸⁾。また、日本では生命維持治療中止に対する抵抗が強く、その理由として、①インフォームド・コンセントやリビング・ウィルが十分普及していないこと、②生命維持治療中止に際して法的なリスクがあること、③この問題に対する哲学的議論が少ないこと、④決定者の心理的負担を減らす仕組みが未整備であることなどが指摘されている⁹⁾。日本では集中治療室における終末期医療へのシフトに関してもこれと同様の状況があり、治療中止につながる終末期医療へのシフトが選択しにくいと考えられる。

つまり、医師の終末期医療へのシフトの判断の中心に《救命の困難さ》があること背景には、終末期医療へのシフトの判断を下すことの法的リスクや心理的負担を回避することがあると考えられた。このように治療方針の決定に対して責任を負うがゆえに、医師は慎重な判断を下さざるを得ない背景があることを看護師は理解する必要がある。

2. 《治療継続の不適切さ》による終末期医療へのシフトの判断

1) 《治療継続の不適切さ》の特徴

《治療継続の不適切さ》は、治療中止の第一理由となるものではないが、終末期医療へのシフトの判断を後押しする情報であった。重症患者管理の進歩は、終末期の患者であっても比較的長期にわたる延命を可能とした¹⁰⁾。しかしこのカテゴリーは、医師や看護師の中にはその人の自然な在り方や生き方を大切にしたいという思いが潜んでいることを示唆している。特に「その人らしさ」という概念は抽象的ではあるが特に看護師にはイメージしやすい概念でもある。永田¹¹⁾は「その人らしさ」を尊重したケアを6つの項目に整理したが、そのうちのいくつかは本研究で抽出されたカテゴリーと類似の内容を示していた。例えば永田の述べた「主体性・価値観の尊重」と「自己選択・自己決定の尊重」は、本研究での〈本人及び家族の自己決定〉に相当し、患者や家族の意思は尊重されるべきであるという考え方に基づいている。また、永田の述べた「QOLの尊重」は、本研究での〈その人らしさの消失〉に相当する内容であり、障害は著しく生命の質を低下させ、その状態で生きていくことはかえって尊

厳を傷つけることもあるという考えに基づいている。

《治療継続の不適切さに》に含まれる内容は、人間の主体性や家族や社会の中での存在に、人間の生命の意味を見いだそうという思考が背景にあるのではないかと考えられる。医師や看護師の中にあるこのような思考が、様々な情報から医療がその人の自然な在り方や生き方を妨げていると捉えさせ、治療継続は不適切と感じさせていると考えられた。しかし、現段階ではこれらの考えはどの程度の医師や看護師が支持するのかは明らかではない。大切なのは患者自身がどのような死生観、人生観をもっているかを理解し、患者や家族に寄り添う姿勢であると考ええる。

2) 《治療継続の不適切さ》を重視していた看護師の判断

看護師が《治療継続の不適切さ》を大切に理由について二つの点から考察する。

第一に、看護師は職務上の特性として、これ以上患者を苦しめたくないという、患者の生命の質を擁護する思いが生じやすい可能性がある。医師と比較して看護師は、死を疾患の悪化による生理的現象だけでなく、人生の苦悩からの解放と捉えている¹²⁾。また、ICU 看護師は終末期医療へのシフトの意思決定が遅すぎるというジレンマを感じることが多いことが明らかにされている¹³⁾¹⁴⁾。終末期ケアが検討されるような重篤な状況で治療を長引かせることは、患者の苦痛の延長、浮腫などの外見上の変化、それを見守る家族の心痛などの不利益が生じる。医師と比べてベッドサイドケアの時間が長く、家族との接点も多い看護師は医師以上に敏感にこれらの不利益を察知しやすいと推測できる。治療を目指す医師とは違い、看護師は最後まで「その人らしく」あることを願うのである¹⁵⁾。看護師の考えにはこのような背景が存在していると考慮されたが、同時にこのような考えは看護師の主観的感情の側面が強いことも事実である。判断の倫理性を保ちながら、看護師の考えを意思決定に反映していくことも課題の一つである。

第二に、看護師は終末期医療へのシフトの判断を受け入れやすい職務特性を持つ可能性が指摘できる。看護師にとって終末期医療へのシフトの判断はケアの終わりを意味することではない。看護師は終末期には医療よりも看護ケアが望まれていると考えており¹⁶⁾、終末期であるという認識を家族も含めて一致させることは、終末期ケアのスタートでもある。その人らしい最

期の時間を過ごしてほしいという思いが、看護師が《治療継続の不適切さ》を重視していた背景にあると考えられた。一方、医師は治療方針の決定に対する責任を持つがゆえに慎重に判断しようとし、看護師の判断と医師の判断が異なることで看護師はジレンマを感じることもあった。面接調査を行ったA病院では、治療方針は医師が家族と話し合いの上で決定しており、看護師は必ずしも終末期医療へのシフトの決定には関与していなかった。日本の看護師は欧米と比べ終末期の意思決定への参加が低いことがすでに報告されている⁸⁾、これはA病院特有のことではないと考えられる。また、大谷と石松¹⁷⁾は自身の勤務する救命救急センターICUで1年間に死亡した61例の患者について実態を報告し、治療方針は担当医と家族との話し合いの上で決定され、コメディカルを含めた医療チーム内で治療方針に関するカンファレンスはなかったことを明らかにしている。今回対象となった看護師は終末期医療へのシフトの判断に対して明確な責任を持つことのない立場であり、その自由な立場が《救命の困難さ》だけではなく、《治療継続の不適切さ》を広く含めた総合的判断を後押ししていた可能性がある。

3. 終末期医療へのシフトにおける看護師の課題

本研究で面接を行った医師・看護師は、終末期医療へのシフトの判断に関して、自分なりの考えを持っていることが明らかにされた。看護師は自分の考えとは異なる治療方針にジレンマを感じる様子を語っていた。その背景には、日本では欧米と比べて終末期の決定への看護師の関与が低いことや⁸⁾、ICUの看護師が治療中止について医師へ意見を伝えていないことが多いと報告されている¹⁸⁾ことがあるのだろう。一方で、終末期の意思決定に看護師が関与することで、看護師が不適切なケアを行っているという認識を減少させ、さらに離職意向も減少させることが示されている¹⁹⁾。ICUでの終末期における看護師のジレンマには、意思決定プロセスの問題、無益な治療、終末期の決定が遅すぎることが含まれており¹⁴⁾、終末期医療へのシフトへの決定に看護師がいかに関与していくかは重要な課題と考える。終末期医療へのシフトの決定における看護師の役割の一つは、家族や患者の意思決定を支援することである²⁰⁾。患者や家族の考えと、看護師の考えを含めた医療職の考えをどのように医師の臨床判断に反映させていくかが、看護師にとっての重要な課題である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は1病院での面接調査であり、病院の特性が回答に現れている可能性がある。本研究で明らかにされたことが医師や看護師の共通した認識であるかについては、今後さらに対象を増やして検証を行うことが必要である。また、得られた結果を、終末期医療へのシフトの決定にどのように活用するのかを示すことも今後の課題である。

VI. 結論

本研究の結果、ICUに勤務する医師・看護師は、《救命の困難さ》と《治療継続の不適切さ》の2側面から終末期医療へのシフトの判断を行っていた。医師は《救命の困難さ》に重点を置いて終末期医療へのシフトを判断するが、看護師は《救命の困難さ》だけでなく《治療継続の不適切さ》を重視して終末期医療へのシフトを判断していた。この医師と看護師の判断の特徴の背景には、職務上の役割の違いがあると考えられ、看護師にとってジレンマを生じる原因となることがあった。終末期医療へのシフトの決定に看護師がどのように関わり、望ましい合意形成のあり方を考えることが課題の一つであることを論じた。

謝辞

本研究にご協力いただきました医師・看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。また、分析にあたり貴重な助言をいただきました東北大学大学院医学系研究科の先生方、東北大学病院看護師の方々に深く感謝し、御礼申し上げます。

なお、本研究は東北大学大学院医学系研究科博士前期課程の修士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) Deborah Cook, Graeme Rocker, John Marshall, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *The New England Journal of Medicine*. 2003 ; 349(12) : 1123-1132.
- 2) Charles L. Sprung, Thomas Woodcock, Peter Sjøkvist, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in european intensive care units : the ETHICUS Study. *Intensive Care Med*. 2008 ; 34 : 271-277.
- 3) Charles L. Sprung, Simon L. Cohen, Peter Sjøkvist, et al. End-of-life practices in european intensive care units. *JAMA*, 2003 ; 290 : 790-797.
- 4) 日本集中治療医学会. 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. 〈http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html〉 Accessed Feb. 28, 2014.
- 5) 日本救急医学会. 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン). 〈<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>〉 Accessed Feb. 28, 2014.
- 6) 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. 2009 ; 6(1) : 13-22.
- 7) 前田正一, 上白木悦子. 治療行為の差し控え・中止の許容性と臨床倫理コンサルテーションの意義. *ICUとCCU*. 2009 ; 33(11) : 825-831.
- 8) Arino Yaguchi, Robert D Truog, Randall Curtis, et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit. *Arch Intern Med*. 2005 ; 165 : 1970-1975.
- 9) 水野俊誠, 横野恵. 日本における生命維持治療の中止と差し控え. *生命倫理*. 2006 ; 16(1) : 84-90.
- 10) 氏家良人. End-of-life 日本の現状と取り組み. *INTENSIVIST*. 2012 ; 4(1) : 1-6.
- 11) 永田千鶴. ケアにおける「その人らしさの尊重」. 介護福祉学. 1999 ; 6(1) : 36-46.
- 12) 吉田久美子, 石田和子, 瀬山留加. 大学病院に勤務する医師と看護師の死生観の比較. *The Journal of Nursing Investigation*. 2009 ; 7 : 1-9.
- 13) 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*. 2015 ; 11(1) : 31-40.
- 14) Elie Azoulay, Jean-Francois Timsit, Charles L. Sprung, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009 ; 180 : 853-860.
- 15) 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝. 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究. 関西看護医療大学紀要. 2012 ; 4(1) : 23-29.
- 16) 駒井京美. 集中治療室 (ICU) における終末期に対する看護師の意識. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録. 2006 ; 31 : 243-250.
- 17) 大谷典生, 石松伸一. 当院救命救急センター ICU での末期医療の現状. *日集中医誌*. 2007 ; 14 : 171-176.
- 18) 川村未樹, 堤春奈, 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*. 2012 ; 26 : 60-70.
- 19) Lilia Susana Meltzer, Loucine Missak Huckabay. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *AJCC*. 2004 ; 13(3) : 202-208.
- 20) Rachel E. McMillen. End of life decisions : nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008 ; 24 : 251-259.