

博士（ヒューマン・ケア科学）
学 位 論 文

救急患者の代理意思決定を担う家族に対する
看護支援に関する研究

令和4年度

縦 山 定 美
筑波大学大学院 人間総合科学研究科
ヒューマン・ケア科学専攻

論文目次

第1章 緒言

| | |
|---------------------------|----|
| 第1節 研究の背景 | 2 |
| 1. 救命救急センターの現状 | 2 |
| 2. 事前指示などの現状 | 3 |
| 3. 家族の代理意思決定 | 5 |
| 4. 救急看護師の代理意思決定支援 | 7 |
| 第2節 文献検討 | 8 |
| 1. 家族の代理意思決定に関する研究 | 8 |
| 2. 代理意思決定を担う家族の看護支援に関する研究 | 10 |
| 第3節 本研究の意義と目的 | 12 |
| 1. 研究の意義 | 12 |
| 2. 研究の目的 | 13 |
| 3. 用語の定義 | 14 |

第2章 関東地方における救急看護師の代理意思決定支援の実態 (研究1)

| | |
|-----------|----|
| 第1節 目的 | 16 |
| 第2節 対象と方法 | 16 |
| 第3節 倫理的配慮 | 20 |
| 第4節 結果 | 21 |
| 第5節 考察 | 24 |
| 第6節 結論 | 30 |

| | |
|---|----|
| 第3章 全国の救命救急センター看護師が捉えた代理意思決定を担う 家族に対する看護支援の実態（研究2） | |
| 第1節 目的 | 33 |
| 第2節 倫理的配慮 | 33 |
| 研究2-1 代理意思決定支援における救急看護師の認識構造 | |
| 第1節 対象と方法 | 34 |
| 第2節 結果 | 37 |
| 第3節 考察 | 40 |
| 第4節 結論 | 44 |
| 研究2-2 看護師が捉える代理意思決定支援の重要性と実践の認識 | |
| 第1節 目的 | 45 |
| 第2節 研究方法 | 46 |
| 第3節 結果 | 46 |
| 第4節 考察 | 47 |
| 第5節 結論 | 50 |
| 研究2-3 看護師が認識する代理意思決定支援の実践困難な要因 | |
| 第1節 目的 | 51 |
| 第2節 研究方法 | 51 |
| 第3節 結果 | 53 |
| 第4節 考察 | 55 |
| 第5節 結論 | 58 |

| | |
|--------------|-----|
| 第4章 総括 | |
| 第1節 総合考察 | 60 |
| 第2節 研究の限界と展望 | 65 |
| 引用文献 | 67 |
| 図表 | 75 |
| 謝辞 | 91 |
| 初出一覧 | 92 |
| 資料 | 93 |
| 参考論文 | 120 |

第 1 章 緒言

第 1 章 緒言

第 1 節 研究背景

1. 救命救急センターの現状

救急搬送や救急患者の受け入れ体制を含め、救急医療活動において、医師不足や救急搬送患者の受け入れ拒否件数が増加している。三次救急医療機関である救命救急センターならびに高度救命救急センターは、24 時間体制で救急患者の受け入れを行っており、重篤な患者に対して医療を提供している。しかし、地域と都市部の医療サービスには地域間格差があり、重篤な患者の受け入れとなると遠方の医療機関まで行かなければ救命できないケースもあり、救急医療が掲げている迅速かつ的確な対応には程遠い現状がある。

令和 2 年の救急自動車による救急出動件数は 593 万 3,390 件であり、そのうち入院を伴う重症傷病者は 45 万 6,554 人¹⁾であった。救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じ²⁾、搬送先が決まらず死亡するといった事例³⁾もある。また、救急医療では傷病者の救命のみならず重篤な患者の治療は時間との戦いであり、傷病者の状況によっては病状が急激に変化し、生命の危機的な状況になることがある。その為、自身の治療方針も決められないまま救命処置を行われることになる。

上述から生命の危機的状況に置かれている傷病者に対しては、スムーズな搬送と病院での早期且つ適切な救命治療が必須であることは言うまでもない。このような搬送困難における症例を軽減すべく、2011 年に各都道府県において「傷病者の搬送および受け入れの実施に関する基準について」の法改正⁴⁾がなされている。

一方、現在の日本は急激に超高齢社会となり、地域包括ケアシステムが進められ、療養の場が病院から在宅に医療の現場が移行し、地域

包括ケアシステムが進められている。地域包括ケアシステムが導入されることにより、病院で急性期医療を終えたリスクの高い高齢者が退院をして地域医療でケアを進めていくことになる。例えば、自宅で急性心筋梗塞を再度発症し倒れた場合の搬送先の確保はもちろん、患者の意思決定能力の評価や事前の治療内容などの意思も含めて明確に確認することも必要である。

以上のことから、救急搬送される重症患者は搬送先の決定も含め多くの要因から生命の危機的状況下に陥りやすいと言える。さらに、重篤な患者であればあるほど自己決定能力が低下し、状況によっては自身の救命治療に関する意思決定能力が失われていることが多いため、その決定を患者の家族が担うことが推察される。よって、救急患者の救命治療における代理意思決定を担う家族支援の研究は重要であると考えられる。

2. 事前指示などの現状

救急医療の現場では診療科分類に関係なく、様々な重症患者を対象として治療が行われている。その中で、突然の事故や病気の悪化によって生命の危機的な状況となった患者は、救命医療における治療方針など意思決定できない場合が多い。家族は、自己決定ができない状態の患者に代わって、生命に関わる救命医療における意思決定を行わなければならない。

患者からの意思決定を得る手段の 1 つに事前指示書がある。事前指示書とは **Advance directives (AD)** と言われ「ある患者あるいは健康人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」⁵⁾と定義されている。救急医療の現場においては、生命の危機的状況の患者は、同意能力が極めて乏しい状況下であり、AD はこのような状況下にある患者から同意を得る手

段の 1 つである。しかし、あくまで事前の意思表示であり仮定的な要素が残る。他にも、同等の意味で使用されるのが **Living will (LW)** である。これは、「人生の最終段階（終末期）を迎えたときの医療の選択について事前に意思表示しておく文書」（日本尊厳死協会）とされており、言い換えると医療行為に関する患者から医療者への指示を表明したものである。**AD** はこの内容に加え、患者自らが判断できなくなった際の医療に関わる代理意思決定者を任命する⁵⁾書面を加えたものである。

また、2018 年に「人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドライン」⁶⁾が改正され、自分らしく生きるために明確な意思表示を残す **Advance Care Planning (ACP)** の普及が開始された。**ACP** は、**AD** や **LW** に記載する内容はもちろんのこと、自らの価値やゴール、あるいは望む将来の医療ケアを本人、家族、近しい人と医療者が理解し共有することを支援するプロセスとしている。

近年の日本では、学会や政府において終末期医療に関する指針が提示されている。一方で、日本の急性期病院の外来患者に対し「終末期医療に関する事前の希望調査」によると、患者の 9 割が「延命医療を希望していない」と回答しているが、その希望を「会話・記録両方あり」と回答した患者は 1 割であったと報告されている⁷⁾。このように、本人が受けたい医療やケアの選択及び自分自身の信念や価値観、意向、人生の目標も含めた終末期のあり方をどのように伝達し記録に残すかが重要であることがわかる。また、医療者にとっては、患者の意思を尊重するために、いかに話し合いを行い共同的に治療に臨むかが重要である。しかし、救急医療の現場では治療の判断に時間的余裕がなく、短時間で決定しなければならないのが現状である。また、患者の意識が混濁していたり、あるいは意識のない患者においては家族が代理で意思決定を余儀なくされる場面も多い。上述のように **AD** や **LW**、**ACP** がな

い場合、家族の重責は非常に大きい。また、ADやLW、ACPの必要性は徐々に浸透し共有されてきているものの、定義があいまいであり、患者はどのタイミングで何をどのように記載するのかわからず、実践方法においてもいまだ探索的な状況にあると言える。

3. 家族の代理意思決定

救急医療の中で意思決定をする場面では、突然生命の危機的状況の転機を迎え、本人の意思決定が行えない場面が多くある。その中で患者の家族は、何の準備も予測もなく突然の出来事に激しく混乱し、心身ともに深刻な危機に陥りやすい状況にある。予想もできない事態に遭遇し強い衝撃を受ける家族の心理は、困惑や動揺、起こった出来事を認めることが困難な状況⁸⁾となる。

家族の代理意思決定場面では、患者による事前指示がないことが多く、家族が患者の意向を知らずに救命治療に対する代理意思決定を行った後に、自らの決定に対して本当にこれでよかったのかと思ひ悩むことも少なくない^{9)・10)}。

これらに対し本人の意思が確認できない時、以下の「意思決定能力のない患者の意思決定基準」¹¹⁾に沿って判断していく方法がある。

- (1)事前指示：患者の事前指示が確認できる場合はその意思を尊重する
- (2)代理判断：事前指示がない場合に代理意思決定者(家族など)が判断する
- (3)患者の最善の利益：代理意思決定者による判断が得られない場合、患者の「最善、利益」を基準にして決定する

このような基準はあるが、実際の活用場面では厳しい現状がある。例

例えば、救急搬送または、入院する患者が基準(1)のように事前指示を表明しているケースはまだ少なく、多くの場合は(2)もしくは(3)で判断されることが推察される。(2)のような代理判断にはいくつか問題があることが、Bernard Lo¹¹⁾によって指摘されている。

- ①疎遠である家族の意見が親密な家族と同等に扱われる可能性
や家族内での不一致の可能性
- ②患者本人の選択や価値観を尊重せずに、家族自身の価値観を押し付ける可能性
- ③負担を避けたいという理由や遺産など家族自身の利益を求める判断となる可能性

上述のような点で、代理意思決定者として妥当なのか適正な判断が行われているかを十分に検討する必要がある。医療者は事前指示がない場合の代理意思決定者による判断については、正しく理解しておく必要がある。患者による事前指示がない場合、代理意思決定者である家族がすべてを決定できるわけではなく、患者の価値観や人生観も含めて考慮し、患者本人であれば何を望みどのような選択をするかを想定しながら判断することが重要になる。また家族がいない場合は、誰がキーパーソンとなるかをあらかじめ決めておく必要がある。さらに家族がいても、その家族自体に十分な判断能力が備わっていないことがあるため、家族構成なども含め家族と慎重に話し合う必要がある。

次に、救急医療の現場では患者の家族は救命治療を決定する準備もなく、そもそも代理意思決定者としての役割も知らない現状があることが伺える¹²⁾。患者の事前指示もなく患者の意向も不明な場合、家族としての希望や意向、ニーズが最優先され、そのうえ患者本人の意向と家族の意思を区別することも困難であることが多い。本来ならば、代理

意思決定者となる家族は、本人のことをよく知り、本人の考えや価値を反映した判断ができる場合にのみ、この基準が適切に適応できる。しかし、突然の出来事に直面し、心身ともに衝撃を受けた家族は、患者の実態を現実として受け止めることすら非常に困難な中で、救命治療など多くの判断を求められることになる。その中で、救急現場で働く看護師（救急看護師）は、患者家族とコミュニケーションを図る最前線の役割を担っている。

以上のことから、突然の出来事に直面した患者・家族の支援をしつつ、患者の考えや価値を反映した代理意思決定が行えるように、救急看護師は患者家族に対して適切に支援していくことが重要となる。

4. 救急看護師の代理意思決定支援

救急医療は、患者ばかりではなく危機的な状況にある患者を取り巻く家族も看護の対象となる。救命救急センターにおいては診療科を問わず様々な重篤な患者を対象とし、救命処置が行われる。イレギュラーな救急搬送依頼もあり、現場の診療は予測不可能なことが多い。一度に何件もの重篤患者の救命治療を行う特殊性もある。救急医療において、看護師は総合的かつ高度な全身管理や治療を行いながらも、同時に看護ケアを提供することになる。

救急看護師は生命の危機的状況に陥った患者の救命に関わる治療や処置を最優先しなければならない。その為、搬送に同席した家族あるいは、連絡を受けて駆け付けた家族に対して、看護支援が重要かつ必要と感じているにも関わらず実践できず¹³⁾、患者の救命処置が落ち着くタイミングに支援を行うか、あるいは時間が確保できた看護師が家族支援を行っている。

救急医療の現場では、患者に関わる家族の不安や恐怖など精神的な支援を行う時間的余裕や場が確保できない現状がある^{13)・14)}。また、患

者に代わり意思決定を担った家族への精神的な支援の必要性を看護師自身が認識しながらも、患者本人に対する多くのケアや業務が重なり十分な家族支援ができずにいる¹⁵⁾。このような救急特有の状況が看護支援に影響を与えている。さらに看護師は、家族に踏み込んだ支援に困難を抱える現状や、具体的なケア方法がわからない^{13)・16)}など、家族が抱えている代理意思決定において看護支援の方法自体が分からない現状が明らかになっている。また、重篤な患者は治療決定後も状況が不安定であるため、家族が一度決定した救命治療においても常に変更があり、その都度多くの医学的情報を提示しながら、代理意思決定の判断を家族に求めることになる。そのような中、救急看護師が実践する家族支援は非常に重要である。

第2節 文献検討

救急患者の代理意思決定を担う家族に対する看護支援に関する研究に関連して、「家族の代理意思決定に関する研究」、「代理意思決定を担う家族の看護支援に関する研究」の2つの観点から文献を概観する。

1. 家族の代理意思決定に関する研究

救命救急センターに搬送された患者は、自己の意思を伝えたり、判断ができなかったりする状況が多く存在し、意思の推定が難しいことがしばしばある。このような場面では、患者に代わり家族が生命予後に関する治療方針を決定する「代理意思決定」が行われる。

家族は、患者の突然起きた生命の危機的場面に遭遇することもあるが、予期せぬ状況を緊急連絡という形で他者から伝えられることもあ

る。この段階の家族の精神的特徴としては、患者の突然の出来事に遭遇して困惑・動揺が強い、起こった出来事や患者の状態を認めることが難しい、救急処置の状況や生命予後についての情報が乏しく過度の期待や悲嘆を持ちやすい、治療参加ができない、無気力感が生じやすいなどが挙げられ、家族はしばしば正しく現状を認識できないことが明らかになっている^{17)・18)}。このように、家族は患者の生命の危機や変貌に衝撃を受け、不安定な心理状態にある上に¹⁹⁾、医師から代理意思決定についての説明を受け、不確かな状況^{20)・21)}の中、家族は短時間で代理意思決定を迫られる¹²⁾。さらに、現代は高齢単身世帯や夫婦世帯が増加しているため、子どもが同居しているとは限らず、まして遠方にいるなどの理由から、家族でさえも患者本人の思いや希望を知ることが難しい現状がある。そのため、家族は救命に関わる治療や処置への代理意思決定における精神的負担が、これまで以上に強いとされている²²⁾。

家族を対象とした調査では、救命救急センターに搬送された患者の代理意思決定を行う家族は、救命治療を最優先にされるため、治療や処置の提案に対して専門的な医療について知る由もなく、また動揺して情報が整理できず、医師が提示する治療に誘導もしくは優先した代理意思決定が行われていることが指摘されている^{23)・24)}。さらに代理意思決定後の家族には、不安や抑うつ傾向、心的外傷後ストレス反応が生じるリスクが高いことが報告されている^{25)・28)}。これは、救命医療における代理意思決定が家族にとって困難性の高いものであり、身体・精神に多大な影響を及ぼす行為であることを示唆している。

以上のように、救急搬送された患者に代わり、家族が生命予後に関する治療方針を決定する代理意思決定は、家族にとって非常に重責である。代理意思決定者となった家族は、多くの選択肢に対して決断できる状況ではなく、心理的なストレスを感じていることが分かる。このことから、救急医療の場における代理意思決定を行う家族の看護支

援は非常に重要であると考える。

2. 代理意思決定を担う家族の看護支援に関する研究

患者の代理意思決定を担う家族における看護支援の研究では、救命救急や集中治療といった場も含め、患者や家族の思いを尊重し、配慮をした実践を行う看護支援の重要性が示唆されてきた^{12)・15)・24)}。また、家族を支える看護支援として、意思決定プロセスを最後まで添い続ける関わりや患者の気持ちを後押しする関わり²⁹⁾が重要であり、家族と医師との橋渡しや関係性を保持する¹⁵⁾必要性や、同じ見解のもとチームで協働する²⁴⁾ことの重要性が示唆されている。

さらに、代理意思決定における看護実践として、家族が患者の現状や治療による効果および影響を理解し、受け入れられるような関わりや家族の状況を把握し、苦悩をサポートするような関わり¹⁵⁾が報告されている。一方では、限られた時間で家族が患者の意思を汲み取れるような配慮や、家族と医療者がコンセンサスを得ることが出来るように働きかけることの重要性を認識していても、支援のための技術や知識に自信がなく十分に行えていない現状が指摘されている^{13)・29)・30)}。一方、代理意思決定を行うにあたり、本人の意思を記載した事前指示でもあるACPやAD、LWを確認し、看護支援に活かした研究は現在までに見当たらず、代理意思決定を担う家族に対して、看護師が事前指示の確認を行っているかを調査票の一部に記載した論文があるのみである¹³⁾。

代理意思決定における看護支援が困難としている論文は、代理意思決定についての知識や技術が不足している中、看護師が家族にどのようにかかわって良いかわからずに悩み、家族の意思が反映されているかを悩んだり、決定までの経緯が分からずに悩んだりすることが報告されている¹⁵⁾。さらに、代理意思決定支援に伴う困難として、医療者間で治療や意思決定支援に関する意見の相違があることや、看護師の

力量や看護観から代理意思決定支援の内容に差が生じること³⁰⁾が報告されている。なかには患者や家族が医療者の対応をどう感じているか把握できないなどの報告³¹⁾もあり、看護師は多くの葛藤やジレンマを抱えながら代理意思決定支援を実践していることが示唆される。

救命救急センターに搬送された患者の代理意思決定を担う家族に関する研究論文は非常に少なく、集中治療などを含め救急領域全般で文献検討を行った。その結果、患者が突然の生命の危機的状況に陥った家族は、患者の状況を受け入れるのが困難な状況にあり、多くの情報の中で意思決定を行っていた。しかし、患者の状態や救急医療の現場特有の環境も含め、家族にとっては心身的に著明なストレス状況であることが示唆された。このような状況の中で、患者の救命治療など多くの治療選択への意思決定は、非常に困難を極め、多くのサポートや看護支援が必要な状況であった。

一方で、救命救急センターに搬送された直後から多くの意思決定が迫られる家族や、代理意思決定を行った家族に対する看護支援に関する研究報告も少なかった。代理意思決定における家族支援のあり方は報告されているが、具体的な看護支援方法はこれまで見当らず、今後の課題である。

よって、救急領域（救命センター（ER）、集中治療室（ICU）、心血管治療室（CCU）、脳卒中治療室（SCU）、高度治療室（HCU））における患者の代理意思決定を担う家族に対する看護支援を検討することが重要であると考えられた。

第 3 節 本研究の意義と目的

1. 研究の意義

救命救急センターは、生命の危機に瀕している重篤な救急患者を数多く受け入れており、なかには意識レベルが低下した患者も多く存在する。重症度や緊急度が高く、生命が危険にさらされている患者ほど、救命、さらには救命後の重症化を防ぐための処置や治療を少しでも早期に開始する必要がある。そのため現場では、時間的余裕がないなかで治療方法などの選択に関する意思決定を迫られることが多い。

また、すでに患者の病態は増悪傾向にあることが多く、急変の可能性も高く、呼吸や循環、あるいは意識に異常があり、ひどい痛みを伴う場合もあることなどから、家族が患者に代わり救命治療に関する意思決定を行う場面が多い。さらに、患者の急な発症を予想している家族はごく稀であり、患者が突然、生命の危機に瀕しているのを目の当たりにした家族は、気が動転し、正常な判断が非常に難しい状況にある。このように、家族の代理意思決定には、大きな負担と困難が伴うことは明らかである。

一方、救急看護師の支援次第では、患者や家族の心理的不安を多少でも軽減することが可能であると考えられるが、看護師は、家族への関わり方自体がわからず、また代理意思決定において具体的なケア方法に困難さを感じていることが明らかにされている¹⁶⁾。

そこで救急領域に勤務している看護師が、患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族にとって必要と考えられる看護支援を、重要だと認識して看護実践を行っているかを把握する必要がある。さらに、多くの看護師が代理意思決定に関する家族の看護支援を重要と考えていても、実践できない要因が存在することが考えられる。よって、救急看護師の代理意思決定支援のあり方や困難な要因を見出すことが急務

である。

上述から、研究の意義として以下の 4 つを挙げた。

- 1) 実践できていない困難な要因を明確にすることで、患者の代理意思決定を担う家族支援のあり方について具体的な対策や支援を検討できる。
- 2) 原因や要因の中に高度救命救急センター特有の環境的な問題があれば、臨床環境を整える手がかりになる。
- 3) 救急看護師が時間に余裕がない中でも、家族に対し具体的な看護支援を考える一助となる。
- 4) 明らかになった代理意思決定における看護支援の内容を整理し、臨床の看護教育に還元する一資料となる。

したがって、この研究の成果は、患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援を構築し、看護における質の向上に寄与できると考えられる。

2. 研究の目的

本研究では、救急患者の代理意思決定を担う家族に対する看護支援に関する研究として、次の点について明らかにすることを目的とした。

研究 1

関東地方における救急看護師の代理意思決定支援の実態

研究 2

全国の救命救急センター看護師が捉えた代理意思決定を担う家族に対する看護支援の実態

研究 2-1 代理意思決定支援における救急看護師の認識構造

研究 2-2 看護師が捉える代理意思決定支援の重要性と実践の認識

研究 2-3 看護師が認識する代理意思決定支援の実践困難な要因

以上 3 点を研究目的とした。

3. 用語の定義

(1)救命治療

生命維持処置を施すことによって、短期間で死亡することは回避できないものの、それを行わない場合に即時に死亡することが必至となる状態を防ぎ、人為的に延命を図る処置・治療のこととする。

(2)代理意思決定

救命救急センターに搬送されてきた患者が、意識が清明ではなく自己決定ができない場合、事前指示書や尊厳死の宣言書がないために、本来ならば本人が望むであろう受ける治療等の決定を、家族が患者に代わって生命予後に関わる治療方針などに関する意思決定を担うことである。

(3)重要度

救急領域に勤務している看護師が、患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どの程度看護支援を重要と認識しているかを表す。

(4)実践度

救急領域に勤務している看護師が、患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どの程度看護支援を実践していると認識しているかを表す。

第 2 章

関東地方における救急看護師の代理意思決定支援の実態 (研究 1)

第 1 節 目的

救急領域に勤務している看護師が患者の救命治療に関する代理意思決定を担う家族に対し、どのような看護支援を重要と考え、看護実践を行ったかを明らかにすることで、今後の救急領域における代理意思決定を担う家族への看護支援のあり方を見出すことが重要な課題である。

そこで本研究は、救急領域における患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践度を調査し、看護師の認識を明らかにすることを目的とした。

第 2 節 対象と方法

1. 研究対象

1) 対象施設の選定

文部科学省が示す地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム選定委員会配布資料³²⁾に掲載されている、国公立大学病院・薬学部（6年制薬学科）一覧の中より、関東地方の救急部門を備えた施設を選定した。そのうち 600 床以上の大学病院に勤務する、救急部門の看護師を対象とし、目的母集団とした。（関東地方とは：茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県のみとした）

対象施設 24 施設のうち、研究同意が得られた 11 施設を調査対象施設とした。

2) 対象者

研究対象者は、救急領域に勤務する看護管理者を含めた全看護師とした。また、代理意思決定に関わらなかった看護師は除外した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、代理意思決定を担う家族への看護師による支援に対し、重要度と実践度の認識の実態を明らかにする横断研究である。

2) 調査方法

各施設長に筆者が事前に電話連絡をし、研究協力を代診した。さらに、研究の主旨などを記載した依頼文を郵送し、研究への協力が得られる場合は研究参加承諾書に署名後、返信を依頼した。また、筆者が看護部長に連絡をとり、施設長より研究参加に承諾を得ていることを口頭と文章で説明した。

さらに、研究の主旨及び研究内容について説明し、研究フィールドとすることを依頼した。病棟師長においても、研究の主旨及び研究内容について説明し研究への同意を得た。

対象者は、質問紙に回答後 1 つの封筒に密封し、回収箱へ投函した。回答提出により、本研究への同意が得られたこととした。

4) 調査期間

2010 年 8 月から 2010 年 10 月

5) 調査内容および調査票作成

(1) 調査項目

< 看護師の基礎データ >

- ① 年齢・性別
- ② 看護師通算経験年数
- ③ 救命救急センターの勤務年数
- ④ 職位、教育背景、有資格

- ⑤医療チームとして代理意思決定の場に関わったおよその回数
- ⑥救急システム(1次・2次・3次救急病院)
- ⑦代理意思決定に関する病院内・外の教育、研修の受講経験の有無など
- ⑧代理意思決定に関わる質問 25 項目 (表 1)

(2)調査票作成の手順

研究 1 の調査票をベースに、再度先行研究ならび看護支援の実践知や仮説から、クリティカルケア看護学の専門家・臨床家と検討し、新たに自作の質問項目 25 項目を作成した。

- ①医学中央雑誌インターネット版および CINAHL を用い、過去 10 年間 (2000～2009 年) の文献を検索した。
- ②Key words は、救命治療 ; Life sustaining treatment、代理意思決定 ; Substitute Decision making・Surrogate Decision-making、家族支援 ; Family Nursing とした。また、ターミナル期のような死への準備期間がある対象の救命治療における代理意思決定は、救急領域の看護支援と異なることもあるため除外し、原著論文・研究報告を選択した。
- ③検索した先行研究の各文献のカテゴリー・サブカテゴリーを抽出し、意味内容が失われないように類似項目にまとめ、質問内容として抽出した。
- ④救命治療における代理意思決定の看護支援について、クリティカルケア看護学研究者 3 名と急性・重症患者看護専門看護師 1 名で討議・吟味し、看護支援の実践知や仮説をもとに、質問項目を洗練した。必要があれば質問項目の追加をした。
- ⑤調査票の信頼性・内容の妥当性を確保するために、クリティカルケア看護学研究者 3 名と急性・重症・患者看護専門看護師 1 名、

計 4 名で質問項目を検討した。また、質問内容の適切性、表現の明瞭性についても検討した。

- ⑥クリティカルケア看護学研究者とワーディング(調査票として適切な言葉・表現に統一するための吟味)を実施し、調査票を検討した。各項目に対する回答は、看護師の重要度の認識と実践度の両方に求めた。重要度の認識が高いものとして「常に重要と認識する」～「全く重要と認識しない」、の 4 段階リッカートスケールで評価し、得点が高いほど重要と認識していることとした。また、実践度も同様の評価を用い、得点が高いほど実践が高いと認識していることとした。
- ⑦作成した調査票の信頼性は、各項目の Cronbach's α 係数を求め、内的整合性を確認した。さらに最尤法、プロマックス回転にて各因子と下位項目が妥当かどうか探索的因子分析を行い、それぞれの構成概念妥当性を確認した。
- ⑧質問項目作成に至っては、複数の看護学研究者のスーパーバイズを受け、最終の質問 25 項目を確立した。調査票を表 1 に示す。

(3) 予備調査の実施

クリティカルケア看護学の研究者 5 名、クリティカルケア領域の大学院生 1 名を対象にプレテストを実施した。文章表現および全体構成の修正について再度ワーディングを行い、調査票を完成させた。

6) 分析方法

得られたデータは項目ごとに記述統計を行った。データの分析は統計ソフト IBM SPSS Ver.18[®] for windows を用いた。

代理意思決定支援として「重要であるにもかかわらず実践ができていない」と看護師が判断する項目は、実践得点を指標として評価した。

各項目の実践得点は内閣府³³⁾の調査方法を参考に、(代理意思決定支援の実践度得点) = (重要度の認識得点) × (5 - 実践度得点) で算出した。例えば、「常に重要と認識する」の4点と「全く実践していない」の1点の算出は、 $4 \times (5 - 1) = 16$ 点になる。得点の範囲は1~16点となり、最高得点である16点は、「常に重要であると認識していても全く実践できていない」を意味し、「看護支援の必要性」の高さを示す。また、内閣府³³⁾の調査方法を参考に(得点が高いほど「重要であると認識していても実践できていない」程度)算出された各項目の、代理意思決定支援の実践得点差が大きい得点項目を境として、「低い実践群」・「高い実践群」の二群に分けた。

第3節 倫理的配慮

本研究は、自治医科大学大学院の倫理審査会の承認を得て行った。

(承認 No. 60)

研究参加者には、本研究の趣旨、研究参加の任意性、無記名アンケートでプライバシーを保護し、情報は本研究の目的以外に使用しないこと、さらに施設管理者からの依頼であっても任意性が保たれる旨を表記した。

また匿名でデータを保存して得られた情報は研究のみに使用し、研究が完了した後はシュレッダーにてデータを処理し、得られた結果は学会発表や雑誌に投稿することがあるが、個人が特定されない形で発表することを調査票に記載した。

第 4 節 結果

研究同意が得られた 11 施設の救急領域に勤務する看護師に対して 766 調査票を配布し、回収は 511 票（回収率 66.2%）であった。代理意思決定の場に参加した経験が無いものは除外対象とした。その結果、有効回答は 394 票（有効回答率 77.0%）であった。

1. 対象者の概要

対象者の概要は、20 歳代～35 歳未満が占める割合が最も多く、平均年齢は 29 ± 5.4 歳であった。性別は男性 11%、女性 89%と女性が多い結果であった。看護師通算経験年数は 5 年以上 10 年未満が 38%と最も多く、次いで 5 年未満が 33%で、看護師通算経験年数の平均は 7.0 ± 5.5 年であった。救急領域勤務年数は 3 年未満が 37%と最も多く、平均は 4.0 ± 4.0 年であった。対象者の概要を表 2 に示す。

2. 代理意思決定に対する支援の重要度と実践度の妥当性と信頼性の検証

収集されたデータをもとに、重要度と実践度をそれぞれ最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子分析の各項目の基準は「因子負荷量 0.30 以上」とした。この結果、重要度の Kaiser-Meyer-Olkin 標本妥当性の測度は 0.94 であり、標本の妥当性が高いと判断した。重要度においては 4 因子が抽出され、累計寄与率は 51%であった。実践度の Kaiser-Meyer-Olkin 標本妥当性の測度は 0.91 であり、こちらも標本の妥当性が高く、6 因子が抽出され累計寄与率は 46%であった。

重要度全体の項目における Cronbach's α 係数は 0.94 であり、4 因子の Cronbach's α 係数は、 $\alpha = 0.88$ 、 0.89 、 0.80 、 0.86 と全てが 0.8 以上

であり、十分な内的整合性を持つことが確認された。また実践度全体の項目における Cronbach's α 係数は、0.90、6 因子の Cronbach's α 係数は、 $\alpha=0.79$ 、0.80、0.80、0.75、0.62、0.64 であり、第 4 因子までは 0.7 以上と十分な内的整合性をもつことが確認された。それぞれの結果を表 3、表 4 に示した。

3. 看護支援の重要度と実践度

1) 各設問の重要度と実践度に対する集計

表 5 に、重要度と実践度の記述統計の結果を示した。

重要度の合計得点の最低得点は 1268 点、最高得点は 1518 点であった。重要度得点の低い設問は、設問 5「事前指示を確認する」、設問 6「家族に看護ケアの必要性」、設問 7「支援する存在であることを家族に明確に説明する」などであり、重要度得点の高い設問は、設問 21「家族の体調に配慮して関わる」、設問 2「家族が辛くならないように患者の身なりを整える」、設問 22「家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」であった。

2) 代理意思決定支援の実践度得点の実態

内閣府³³⁾の調査方法を参考に（得点が高いほど「重要であると認識していても実践できていない」程度）、算出された各項目の代理意思決定支援の実践得点を表 6 に示す。

看護支援が重要と認識しているのにもかかわらず実践できていない合計得点を見ると、最高位の合計得点が 3240 点であり、最低位の合計得点は 2109 点であった。さらに各設問間の合計点数の差を比較してみると 7 点～137 点の開きがあり、平均は 47.13 点であった。また、順位間の開きが 100 点以上あるものとして、順位 7 と順位 8 の間には 103 点、順位 9 と順位 10 の間には 137 点、順位 21 と順位 22 の間には 102

点、順位 24 と順位 25 の間には 116 点の差が見られた。各設問間の合計点数の開きが 100 点以上の差がある場合、看護師が代理意思決定支援の際に「重要であると認識していても実践できていない」とした。そのため、今回は各設問間の合計点数の差が一番大きい順位 9 と順位 10 との間に意味があると考え、順位 9 位までを重要と認識しているのにもかかわらず実践できていない項目とし、上位 9 項目を低い実践群とした。

つまり、低い実践群は①「患者・家族の問題を多職種と共にカンファレンスで話し合う」、②「事前指示を確認する」、③「病状の説明がある場合は必ず同席する」、④「後悔、自責の念、迷いなどに対する支援を行う」、⑤「他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する」、⑥「家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する」、⑦「支援する存在であることを家族に明確に説明する」、⑧「家族の意向が対立していないかを確認する」、⑨「時間的な制約がある中で、家族が納得し、受け止める時間を作る」といった項目が該当した。

次に、重要度得点が高く、実践度得点が高い項目は、重要と認識しており、かつ実践できていると考えていることから、これらの項目を高い実践群とした。先述のように順位間の開きが 100 以上あるものとする、順位 21 と順位 22 の間が 102 点であり、順位 22 から順位 25 を重要と認識し、かつ実践できている項目となる。

したがって、高い実践群は①「家族の体調に配慮して関わる」、②「家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、③「家族が辛くないように患者の身なりを整える」、④「家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する」といった項目が該当した。

第 5 節 考察

本調査から、看護師が救急領域における患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族に対する看護支援の重要度と実践度の認識、および、その看護支援の高い実践群と低い実践群の特徴が見出された。

1. 患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践度の認識

代理意思決定支援において、重要度も実践度も高い結果を示した。看護師が代理意思決定を担う家族への看護支援は、普段実践している看護支援であり、決して難しい看護支援ではない。例えば、「患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」で言えば、看護師は何らかの問題が生じた時、他の看護師と話し合う場面を作り、問題がより複雑である場合は上司などに相談をして問題解決を行っている現状がある⁸⁾。さらに、問題が大きいと判断した場合には、他職種を交えて相談する機会を設けている。また、治療上の問題に対しては、主治医を含め臨機応変に対応している⁸⁾現状があり、決して難易度の高い看護支援ではないと考えられる。

一方、代理意思決定の看護支援を重要と認識しているにもかかわらず実践できていない項目は①「患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」、②「事前指示を確認する」、③「病状の説明がある場合は必ず同席する」、④「後悔、自責の念、迷いなどに対する支援を行う」、⑤「他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する」、⑥「家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する」、⑦「支援する存在であることを家族に明確に説明する」、⑧「家族の意向が対立していないかを確認する」、⑨「時間的な制約があ

る中で、家族が納得し、受け止める時間を作る」の9つと多岐にわたった。

この看護支援項目は、救急領域に搬送される患者や家族に対して同時に複数の看護支援を行わなければならない、生命の危機的な状況であればあるほど重症患者や入室中の患者の治療や処置に追われ、家族の代理意思決定の看護支援を行えない状況³⁴⁾を示唆している。例えば、「患者の病状説明がある場合は必ず同席する」や「他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する」などを、救命治療における代理意思決定の支援に関して、看護師は重要と認識していたが実践されていないことが示された。しかし生命に直接影響する患者のケアを最優先するあまり、家族への看護支援に関して看護師が関わっている状況は少なく^{34)・35)}、救急領域独自の環境が看護支援を困難にしている³⁴⁾との指摘を支持するものであった。

この理由としては、救命治療の意思決定が家族と医師の間で行われている現状があり、意思決定の場に看護師が同席できていないことが挙げられる。看護師は同席できないジレンマを抱えており¹⁴⁾、限られた時間の中で医療チームの調整を行っている。また処置を行いながら交代できる看護師を探し、家族の意思決定場面に同席することは重要と考えるが実践できていないと認識している現状が示された。

さらに予期しない患者の状況に対しパニックに陥ったり³⁶⁾、感情をどのように制御していいのかわからない家族は、看護師に支援を求めることすら考えられないことが推察される。また、医師からの説明や患者の状況を確認し衝撃を受けている家族は、看護師に対して何も言えなかったり、質問もできずに何度も同じことを呟いたり落ち着きがない場合がある。そのため看護師は、家族の理解度を確認していく必要があり、患者の救命治療に対する意思決定などの重要な内容に対する質問を確認し、わからないことは何度でも相談できることを伝えるとと

もに、家族と共に悩み家族の代理意思決定を促す必要がある¹⁶⁾。

また、家族のサポートは、他の家族や親戚・知人などの関係深い周囲の人が支援の役割を担っていることもある³⁷⁾。本来、看護師は患者や家族に対して支援する存在であることを誰もが認識¹⁶⁾しているが、看護実践できていない現状がある。

しかし、看護師の存在を家族に対して明確に伝えているかは不明である。これは今回の調査からも「支援する存在であることを家族に明確に説明する」が低い実践群として該当する項目に挙げられた。看護師は患者や家族を支援するのは当前であると認識するが、生命の危機に陥っている患者の現状に思い悩む家族に対して、どんな些細なことでも相談できることを家族に伝えきれていない現状もあるのではないかと推察される。また家族は、看護師が患者を援助する存在であり、家族に対しても支援する存在であると認識していない可能性が考えられた。その為、家族は看護師に対し頼れる、もしくは頼って良い存在との認識が薄いことが考えられた。

このような家族に対して看護師が支援の重要性を認識していても、どのように言葉かけを行ってよいのかわからない^{16)・38)}など、看護師は家族に対する支援の重要性を十分に理解しているが実践できない現状が明らかになった。今回の25項目の看護支援の多くは看護師単独で支援できるものであるが、複数の医療者と協同してなければならない看護支援もあるため、調整に時間を要し実践しにくい状況^{35)・39)}が考えられる。

次に救命治療に対する代理意思決定を担う家族だが、複数の家族が集まれば、患者に対して最善と考える救命治療の内容も個々で異なることが多くある。そのため看護師は「家族の意向が対立していないかを確認」し、家族の状況を把握する必要がある。また、家族によって必要な看護支援も異なるため、個々の家族ニーズや要求を言動や行動また

は表情などから理解して行動する能力が必要であると考えられる。その際可能であれば、他職種全員で様々な情報を共有する必要があり、患者・家族に対し共通理解による関わりが重要となってくる。患者・家族のそばにいる看護師はその役割を担うべく、家族と他職種の調整を行いながら、代理意思決定に対する看護支援を実践していかなければならない。この状況から、限られた時間の中で衝撃を受けた家族に対し、関係構築を形成し看護支援を行う難しさが³⁸⁾、より看護支援を困難な状況にしていると考えられる。

一方、重要と認識し実践できている看護支援は、順に①「家族の体調に配慮して関わる」、②「家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、③「家族が辛くないように患者の身なりを整える」、④「家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する」であった。

この看護支援の実践が高い理由は、多職種協働で支援しなくても、看護師独自の判断で患者や家族に看護支援ができる内容が多く、また救急領域の特徴に関係なく、看護師として普段から行っている看護実践が多かった。また重症患者の回復を願う家族に対して、看護師は体調の配慮や患者の身なりを整えるなど、看護師がベットサイドで実践できる看護支援であり、患者や家族の状況や反応などを確認しながら看護支援が行えると認識していた。

このような実践は、患者の家族が救命治療の代理意思決定を行うにあたって重要であり、医師や看護師だけでなく他職種も含めた医療チームで情報の共有を行い^{34)・35)}、共通理解できる関わりが重要である。そのため、看護師は家族と他職種の調整を行いながら代理意思決定に対する看護支援を実践していく必要があった。

以上のことから、救急領域では、代理意思決定の看護支援を実践しにくく、特に支援内容が多岐にわたる実践は重要と認識していても、看護実践できにくいと認識してしまう状況が明らかになった。

2. 患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援が困難な要因

本研究の結果から、患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援 25 項目を看護師は重要であると認識していることが示された。しかし実践度の認識が低い実践群が 9 つ、高い実践群が 4 つあったため、その相違の背景について以下に考察する。

代理意思決定を支援するには、同時に複数の看護支援が必要である。その状況の中で、看護師は短時間に意思決定支援を行わなければならないが、患者の状況を心配し気が動転している家族は、その説明を冷静に聞くことや、患者の状況を理解し判断するのは難しい⁴⁰⁾状況にある。

しかし家族が救命治療の選択・決定するためには、患者の病状把握を行う必要がある。看護師は、この状況にある家族の迷いや不安を焦点化³⁸⁾する。しかし代理意思決定の支援が救急領域特有の環境により実践しにくいのが現状である。以上のことから、9 つの代理意思決定支援を実践するのは極めて厳しい状況がある。また短時間に意思決定支援を行わなければならない、家族の負担は計り知れない。

看護師は家族が混乱し危機的な状況の中でも、できる限り家族が考えられる時間を確保・調整し、限りある時間や余裕がない中でも、他の家族と相談できるよう配慮する必要性を認識している。また、看護師は医師が家族へ説明する際、必ず同席して家族の様子を見守り、いつでも相談役であることを伝え、家族の疑問に対応することが重要であると認識している。しかし救命治療に対する代理意思決定を支援するには、同時に複数の看護支援が必要であり、短時間に意思決定支援を行わなければならないため、重要と認識するが実践度が低くなってしまふことが考えられた。

次に、高い実践群の項目を見ると、重症患者の家族が救命治療の意思決定後に、患者の状態が落ち着く意思決定後に行える内容の看護支援

が多くみられた。

患者が生命の危機的状況におかれている家族は、医師から患者の状況や治療に対し、複雑で多様な説明を受けることで、家族の心理状態が衝撃と混乱の中にあり³⁸⁾、早急な意思決定を余儀なくされていることが容易に推察される。その中で看護師は、家族が患者に接する機会を作らなければならない、その対面は家族にとって非常に厳しい現実に向き合わなければならない瞬間でもある。そして、重症患者を目の前にした看護師は、患者の救命処置や看護支援を最優先と考えているため、家族が抱えている苦悩・苦痛に対する看護支援を重要と認識していても実践できず、患者もしくは家族の望みをすべて解決することは困難であった。このように看護師のケアの焦点は治療が最優先され^{40)・41)}、家族に対する看護支援の難しさが推察できる。

アメリカの **Emergency Nursing** 協会は、重篤な患者の家族には患者と同様に付き添う必要性を述べている⁴²⁾。また、心肺蘇生中のような侵襲的な処置時に、患者のそばに家族がいられるようなサポートが必要であるとする報告も増えている^{37)・42)}。日本でも家族が冷静に説明を聞けるように患者との面会を促し、声をかけたり^{37)・43)}、家族が患者に会えるように積極的に介入する重要性を述べた報告がある⁴⁴⁾。これは患者の状態が落ち着き次第、家族が患者と会う機会を作ることが看護師の役割の一つとして重要とされている。

これらは、一時的に安定した患者の状態をいち早く察知し、時間的な余裕がない中でも代理意思決定における看護支援を重要と考えている実態が伺えた。こうした医療チームで行う関わりが必要な看護支援は、短時間に実践することが厳しいと言われているが、看護師単独で調整できる看護支援であれば、家族の状況を把握し、比較的容易に実践できていることが伺えた。さらに看護師は、重症患者の複数の治療処置や看護技術に対し緊張の中で看護実践をしており、家族の不安に対して安

らぎを提供するケアまではできずにいる。しかし家族の苦悩や苦痛を抱いている状況を患者や家族と共に実感し、家族と看護師が共有できる距離での看護支援は比較的实践できていたことが考えられた。

3. 研究の限界と今後の課題

研究対象施設が 11 施設と限られた施設であった。また、救急領域として救命センター（ER）、集中治療室（ICU）、心血管治療室（CCU）、脳卒中治療室（SCU）、高度治療室（HCU）における看護師の代理意思決定支援を調査しているため、ユニット別の代理意思決定支援ではない。また、看護支援の認識を調査しているため、看護師個々の主観的な結果である。

本研究は 2010 年度に調査した研究であるが、救急領域における看護師の代理意思決定支援の一資料となりうる。

今後は対象施設数を増やし、代理意思決定に対する支援の実態を明らかにする。また、本研究で示された看護支援を困難にしている理由をより詳しく明らかにするために、質的研究にて代理意思決定を担う家族への看護支援を検証する必要がある。

第 6 節 結論

今回の研究成果では以下の結論を得た。

1. 看護師が重要であると認識していても実践できていない看護支援は、
①「患者・家族の問題を多職種と共にカンファレンスで話し合う」、②「事前指示を確認する」、③「病状の説明がある場合は必ず同席する」、④「後悔、自責の念、迷いなどに対する支援を行う」、⑤「他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する」、⑥「家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する」、⑦「支援する存在

であることを家族に明確に説明する」、⑧「家族の意向が対立していないかを確認する」、⑨「時間的な制約がある中で、家族が納得し、受け止める時間を作る」であった。看護師は患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合い、代理意思決定に対して支援する必要がある。また、後悔や自責の念を抱く家族に対して支援が必要である。さらに、事前指示などを家族に確認し、医師からの病状説明には、看護師は必ず同席する必要があることが明らかになった。

2. 比較的实践できている看護支援は、①「家族の体調に配慮して関わる」、②「家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、③「家族が辛くないように患者の身なりを整える」、④「家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する」であった。そのため、看護師が実践できている支援は、他職種協働で支援しなくても看護師独自の判断で患者や家族に看護支援ができる内容が多く、また救急領域の特徴に関係なく、看護師として普段から行っている看護実践が多いことが明らかになった。

3. 救急の現場では、自らの治療に対して意思決定ができない患者の救命治療に対する代理意思決定を支援するには、同時に複数の看護支援が必要であることが示唆された。そのため、救急領域特有の状況や環境が、代理意思決定の看護支援を実践しにくい状況にしており、支援内容が多岐にわたる実践は重要と認識していても看護実践できにくい状況が明らかになった。

第 3 章

全国の救命救急センター看護師が捉えた代理意思決定を担う

家族に対する看護支援の実態

(研究 2)

第 1 節 目的

研究 1 では、関東地方の ER・ICU・CCU・SCU・HCU のユニットを救急領域として、そこに勤務する看護師を対象に、代理意思決定支援の実態を明らかにした。研究 1 では、救急看護師と他職種との連携やカンファレンスが実践しにくいという課題があり、救急領域特有の環境も看護実践を下げる要因であることが明らかとなった。

しかし研究 1 のように、救急領域として多くのユニットを含めるのではなく、初療も含めた救命医療を展開する ER（救命救急センター）に調査対象を限定した研究が必要であると考えられる。なぜなら、ER は患者・家族も含め医療者との関係性が形成される前であり、代理意思決定支援はより一層困難であることが推察され、代理意思決定支援の構築がより必須であると考えられるためである。

そこで研究 2 では、全国の救命救急センター看護師が捉えた代理意思決定を担う家族に対する看護支援の実態を明らかにすることを目的とした。

第 2 節 倫理的配慮

本研究は、日本看護協会制定の「看護者の倫理綱領」、「看護研究における倫理指針」に基づく倫理的原則に遵守した。また調査の開始にあたっては、研究者の所属するいわき明星大学（現 医療創生大学）研究倫理委員会の承認を得て研究を実施した（承認番号：17-03）。

対象者には強制力が働かないように自由意志であることを説明資料に記載し、調査用紙と共に郵送し、対象者の同意は、返信をもって得られたと判断した。返信された順に記号化处理し、研究参加者のプライバシーを保全した。

研究 2-1 代理意思決定支援における救急看護師の認識構造

第 1 節 対象と方法

1. 研究対象

1) 対象施設・対象者の選定

日本救急医学会のホームページに掲載されている全国の救命救急センター288施設のうち、研究同意が得られた64施設の救命救急センターに勤務する看護管理者を含めた全看護師を対象とした。代理意思決定者に関わらなかった看護師は除外した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は全国の救命救急センターに勤務する看護師が捉える家族の代理意思決定支援における重要性と実践の認識構造を明らかにする研究である。

2) 調査方法

調査はインターネット上のアンケートツールを利用し、無記名で行った。

3) 調査期間

2017年7月18日～8月18日

4) 調査内容および調査票作成

(1)調査項目

①年齢・性別

- ②看護師通算経験年数
- ③救命救急センターの勤務年数
- ④職位、教育背景、有資格
- ⑤医療チームとして代理意思決定の場に関わったおよその回数
- ⑥救急システム(1次・2次・3次救急病院)
- ⑦代理意思決定に関する病院内・外の教育や研修の受講経験の有無など
- ⑧代理意思決定に関わる質問 25 項目

(2)調査票作成の手順

研究 1 の調査票をベースに、再度先行研究ならびに看護支援の実践知や仮説から、クリティカルケア看護学の専門家・臨床家 2 名と検討し、新たに自作の質問項目 25 項目を作成した。

- ①医学中央雑誌インターネット版および CINAHL を用い、過去 10 年間（2008～2017 年）の文献を検索した。
- ② Key words は、Lifesaving、Life sustaining treatment、Substitute Decision making、Surrogate Decision-making、Family Nursing とし原著論文・研究報告を選択した。また、小児を除き成人期を対象とした論文とし、終末期のような死への準備期間がある対象の救命における治療の選択は、救急領域の看護支援と異なるため除外した。
- ③先行研究の各文献のカテゴリー・サブカテゴリーを抽出し類似項目にまとめ、質問内容として抽出した。
- ④調査票の信頼性・内容の妥当性を確保するために、クリティカルケア看護学研究者 3 名と急性・重症患者看護専門看護師 (CNS) 1 名、計 4 名で質問項の適切性、表現の明瞭性を検討した。
- ⑤調査票の信頼性は各項目の Cronbach's α 係数を求め、内的整合性

を確認し、さらに最尤法、プロマックス回転にて各因子と下位項目が妥当かどうか探索的因子分析を行い、それぞれの構成概念妥当性を確認し、最終の質問項目を 25 項目確立した。

⑥各設問に対する回答の選択肢は重要度と認識度の各々について 1 点から 4 点で求め、得点が高いほど、認識度が高いとした。

(3)予備調査の実施

研究者が所属する A 大学病院の救急領域の全看護師に対し研究に対する説明・同意を得てプレテストを実施し、最終的な調査票(表 7)とした。

5) データ収集方法

各施設のメールアドレスに研究協力をお願いをした。その後、研究協力を得られた施設に、研究の主旨などを記載した依頼文と研究参加承諾書を郵送し返信をもって同意とした。

調査対象者には、研究者より調査 QR コードと URL を掲載した調査依頼書を郵送にて送付し、調査依頼を受けた調査対象者は、自ら QR コードを読み込むか、調査 URL にアクセスをして無記名で回答した。回答の送信にて本研究への同意が得られたとした。

6) 分析方法

調査票の各項目に対する回答は、看護師の看護支援の重要度と実践度に対する認識を尋ねた。なお、解析には IBM SPSS Ver.25® for windows および IBM SPSS Amos ver. 25®を使用し、統計学的検定の有意水準は 5%とした。選択回答に対して、リッカート尺度に基づき、「常に重要と認識する／常に実践している」: 4 点、「ほぼ重要と認識する／ほぼ実践している」: 3 点、「あまり重要と認識しない／あまり実践

していない」：2点、「全く重要と認識しない／全く実践していない」：1点を加算し、合計値、平均値、標準偏差を算出した。得点が高いほど重要度または実践度が高いと認識しているとした。パス図（図1）の評価は、適合度指標 CFIにより検証した。

第2節 結果

本調査で同意が得られた施設は288施設中64施設（22.2%）であった。同意の得られた施設の1施設において、15人ほどの看護師が在席していると仮定し、960人の救急看護師を対象とした。そのうち返信のあった回答者は、177人であり、回収率は18.4%であった。項目の欠損や部分的な無回答項目においては、その部分を除いて有効回答に含めた。その結果、有効回答者は164人であり、有効回答率は17.1%であった。また本調査の有効回答から、信頼性と妥当性を得るため、Cronbach's α 係数を算出した。Cronbach's α 係数は、「患者家族への代理意思決定支援について看護師が捉える重要度」が0.936、「患者家族への代理意思決定支援について看護師が捉える実践度」が0.933であった。また「患者家族への代理意思決定支援について看護師が捉える重要度」「患者家族への代理意思決定支援について看護師が捉える実践度」の各カテゴリーについてのCronbach's α 係数は、約0.7～0.9であった。さらに、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は「患者家族の代理意思決定支援について看護師が捉える重要度」「患者家族の代理意思決定支援について看護師が捉える実践度」の両方の尺度において0.9以上を示した。

1. 対象者の背景

回答者の年齢は、表 8 より平均値±標準偏差：35.6±8.1、中央値：36.0であった(表 8・表 9)。また看護師経験年数は平均値±標準偏差：13.2±7.9、中央値：13.0であった。救命センター勤務年数は、平均値±標準偏差：5.1±4.2、中央値：4.0、最頻値：2年であった。病棟ごとの看護師数は、平均値±標準偏差：29.8±8.4、中央値：30.0であった。所属病棟の専属医師数は、平均値±標準偏差：6.6±6.9、中央値：5.0であった。またいずれの結果も正規性は示さなかった。

表 9 より、対象者の職位の多くが師長や主任などの職位のないスタッフであった。また対象者の所属している施設の多くは 3 次救急の施設であった。

2. 患者家族の代理意思決定支援について看護師が捉える重要度と実践度の因子分析

救急看護師が捉える家族の、代理意思決定支援における重要度と実践度の質問項目 25 項目の信頼係数は 0.9 以上であり、内的整合性が確認された(表 10・表 11)。さらに 25 項目を対象とし、最尤法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。その結果、固有値 1.0 以上で重要度は 4 因子、実践度は 5 因子が抽出された。それぞれの因子項目について、因子負荷量を 0.3 以上で分け、重要度は 4 因子 25 項目、実践度は 5 因子 25 項目を採択した。

重要度の第 1 因子として高い因子負荷量を示した項目は「24)他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする」「23)代理意思決定の支援にかかわる中で生じる患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」であり、第 1 因子は『患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート』に関する因子と命名した。第 2 因子で高い因子負荷量を示した項目は「7)代理意思決定後の治療に対して、家

族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」「2)家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える」であり、第2因子は『家族のニーズに合わせたケア』と命名した。第3因子で高い因子負荷量を示した項目は、「10)看護師は代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する」「8)患者は Advance directives や Living will を残しているか（持っているか・発言しているか）を確認する」であり、第3因子は『NSの役割と代理意思決定の確認』と命名した。第4因子の項目は、「13)医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する」であり、第4因子は『説明時の同席』と命名した。

実践度は5因子抽出され、第1因子として高い因子負荷量を示した項目は、「23)代理意思決定の支援にかかわる中で生じる患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」であり、『他職種や看護師などの専門性からのサポート』と命名した。第2因子として高い因子負荷量を示した項目は、「14)家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する」であり、『家族や家族をサポートしている人への情緒的ケア』と命名された。第3因子として因子負荷量が高い項目は、「21)家族が代理意思決定をした治療方針について家族が納得できるまで医師や他職種の説明を聞けるように調整する」であり、『家族への情緒的サポート』と命名した。第4因子として、因子負荷量の高い項目は、「1)家族に分かりやすい言葉で患者の現状について伝える」であり、『家族のニーズに合わせた調整サポート』と命名した。第5因子として、因子負荷量の高い項目は、「7)代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」であり、『家族への配慮』と命名した。

3. 患者の家族の代理意思決定支援について看護師が捉える重要度と実践度の構造

因子分析の結果から得られた重要度と実践度のカテゴリーの関係をみるため、共分散構造分析を行った（図1）。その結果、図1に示すように、5%水準で全て有意である標準化推定値が得られた。適合度指標は、CFI=.912であり、十分な適合度を示した。カテゴリー別で、標準化推定値の高いものから見ると、「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」と「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」との間の係数が.93であった。また「代理意思決定支援において看護師が捉える実践度」と「家族への情緒的サポート」「他職種や看護師などの専門性からのサポート」「家族や家族をサポートしている人への情緒的ケア」の係数が各々.91、.82、.81を示した。さらに「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」と「代理意思決定支援において看護師が捉える実践度」の間で、係数が.49であった。

第3節 考察

1. 看護師が捉える家族の代理意思決定支援における構成要素

救命救急の場で看護師が捉える代理意思決定支援の役割は、患者や家族がおかれている状況を最優先に考え、家族と医療者（医師）の橋渡しや環境の調整を行いながら、患者家族の意思決定を他職種や医療チームで支える支援が重要であった。しかし、看護師は救命救急の特殊な環境や救命優先の治療を最優先するあまり家族支援が行えていない現状があり、看護チームとしての課題もあった。家族も同様に、患者の治療決定を考えるだけの情報整理や周囲に相談するような余裕もなく、看護師の関わりも実感することがない状況であったと推察できる。また、中には家族が抱く「患者に絶対生きていてほしい」や、「患者が楽

にしてほしい」などの思いが優先され、決断を下す状況もあり、救命治療の代理意思決定支援の困難さが伺える。

本研究の因子分析の結果では「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」や「他職種や看護師などの専門性からのサポート」など、代理意思決定支援の中でも他職種連携や医療チームに関わる支援が多かった。我が国の救急・集中治療における対応は、主治医を含む複数の医師や看護師からなる医療チームの総意が推奨^{45)・46)}され、先行研究でも家族支援における重要な要素として取り上げられている^{29)・47)・49)}。本研究でも、抽出された他職種連携における家族支援は妥当と考えられた。つまり、看護師による救命救急の代理意思決定支援として、患者の生命の危機的状況や変化に対応しながら、周囲の状況や他職種との連携を図りつつ支援を模索していると解釈できる。この結果は、家族を取り巻く環境を調整することの重要性に言及した先行研究⁵⁰⁾とも一致する。

一方で生命の危機的状況におかれた患者の家族は、多くの点滴や医療機器に囲まれた患者に近寄りがたく^{51)・52)}、人工呼吸器を装着している患者に対しても「Living with Dying」と捉えられ、ショックを感じているという結果が報告されている⁵³⁾。因子分析の結果からも「家族への情緒的サポート」など、家族の精神的な負担や緩和を図り、家族内の協力を促進させる支援や、患者の状況を考慮しながら傍らに近づけるような支援が挙げられており、構成する因子は妥当であると考えられる。家族は救命救急において患者の最悪の結末である死を感じ、患者を失ってしまう恐怖や混乱から、本来の患者の意向とは異なる決断を下してしまう恐れは十分有り得る。また、救命救急の場にいる家族は、意思決定に与える感情の影響に気づくことは非常に難しい状況にある⁵⁴⁾。看護師は生命の危機状況の患者を受け入れられるように支援しつつ、家族が状況や場に左右されず決断できるように看護支援を実践し

ていく必要があった。

2. 看護師が捉える家族の代理意思決定支援における重要度と実践の構造

共分散構造分析によって、看護師が捉える家族の代理意思決定における重要度と実践度が互いに影響しあっていることが明らかとなった。

1) 「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」と代理意思決定支援

「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」の観測変数は、「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」、「Nsの役割と代理意思決定の確認」など4つのカテゴリーであった。潜在変数から観測変数へのパス係数が一番高かったものは「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」であった。看護師が家族支援において重要と認識するのは、いかに患者の状況を理解してもらうかである。多くの場合、患者に対する治療や処置が重なり、家族は患者の急激な変化や状況を捉えることが困難である。その為、看護師も含め多職種と連携をとりながら家族の患者の病状理解のための支援が非常に重要である。また、家族自身がおかれている代理意思決定への重責や患者の重篤な状況の理解も含め、身体的・精神的な支援が重要であり、本研究のパス係数が一番高いことも妥当であると解釈できる。また家族に対する患者の状態説明を、医療者の主観的偏りをなくすために他職種と共に協働する^{55)・56)}必要があり、患者状況を理解できるように家族の状況理解に焦点を当てた支援^{29)・47)・49)}が必要であった。本研究でも、代理意思決定支援の重要性が最も高いパス係数を示した理由として、看護師の代理意思決定場面においては、医師・看護師も含め他職種の関わりが家族支援にとって非常に重要で大きな影響を与えると捉え、高い価値を置いて

いるためと捉えられる。現在では、医師や看護師が主に関ることが多い現場でも、今後は精神科医師やリエゾン看護師、臨床心理士やスピリチュアルケアなど、様々な救急医療の場で柔軟に支援ができるシステムの構築が期待される。

2) 「代理意思決定支援において看護師が捉える実践度」と代理意思決定支援

看護師が捉える重要度と実践度は互いに影響しあっており、代理意思決定支援を重要と認識し実践していることが示された。また、看護師の中には重要と思っても実践できないジレンマや困難感もあることが示唆され、その理由として救命救急の対象とする患者の状況が複雑多岐であることや、患者・家族は医療者との関係性が希薄な状況の中で代理意思決定支援を強いられることが考えられた。

一方で、看護師が捉える実践度の観測変数のパス係数が.80以上の項目は、「家族への情緒的サポート」「他職種や看護師などの専門性からのサポート」「家族や家族をサポートしている人への情緒的ケア」の3つであった。前項でも述べたが、看護師は他職種と連携を図りながらできる限り家族の代理意思決定支援を実践し、心身共にサポートをしている現状がある。言い換えると、生命の危機的な状況の中で、家族は治療の決断を迫られ、看護師やその他の医療者は代理意思決定支援に対して倫理的な考え方のもと支援を行っている。ゆえに、看護師は救命救急における代理意思決定を担う家族の特徴を理解し、家族の辿りうる経過を推測した代理意思決定支援が重要である。また、医療者は専門的価値観や個人的価値観とのはざままで困難と葛藤を抱き、ジレンマを生じることがある。救急医療では治療選択が急であり、そのメリット・デメリットも含め治療予後について、強制感を与えず説明することは、家族が理解し判断できるために必要な支援^{57)・60)}である。さらに不足または

矛盾した説明による家族の不安や心的外傷後ストレス障害の兆候⁶¹⁾・⁶²⁾を防ぐことにもつながる。

代理意思決定支援の認識構造では、重要度と実践は共に影響しており、代理意思決定支援を実践していくためには、患者や家族の意向をもとに他職種連携を行いながら医療チームとしての見解や判断を家族と共に考え話し合いながら決定していくことが望まれる。

3. 本研究の限界と課題

本研究では救命救急センターの看護師のみを対象としているため、看護師からの一側面からの結果にとどまる。今後は、医師や他職種へ更なる調査が課題である。

第4節 結論

看護師が捉える重要度と実践度は互いに影響しており、代理意思決定支援の重要度においては、患者の病状の理解のための他職種連携と家族に対する情緒的サポートが重要だと看護師は考えていた。また実践度においては、家族の情緒的サポート、他職種や看護師など専門職からのサポート、家族や家族をサポートしている人への情緒的ケアが実践につながっていた。

研究 2-2 看護師が捉える代理意思決定支援の重要性と実践の認識

第 1 節 目的

高度救命を行う救急医療の現場では、患者自身が突然危機的な状況となり、意思決定できない場合が多く、その際家族は代理意思決定を担うことになる。高度救命を実践している看護師は、代理意思決定支援を重要と感じながらも患者の救命を最優先する中で、治療の意思決定場面に同席できない、または具体的な看護支援が行えていない現状がある。

そのため本研究では、救命救急センターに勤務する看護師が捉える代理意思決定支援について、重要性の認識と実際の看護支援の実態との関連を明らかにすることを目的とした。

第 2 節 研究方法

1. 研究対象

1) 対象施設・対象者の選定

研究 2-1 と同じである。日本救急医学会のホームページに掲載されている全国の救命救急センター288 施設のうち、研究同意が得られた64 施設の救命救急センターに勤務する看護管理者を含めた全看護師とした。また、代理意思決定者に関わらなかった看護師は除外した。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は救命救急センターに勤務する看護師の代理意思決定を担う家族への看護支援に対する研究である。

2) 分析方法

研究 2-1 のデータを用いた。解析には IBM SPSS Ver.25[®] for windows を使用し、統計学的検定の有意水準は 5%とした。

- (1)調査票で得られたデータは、全ての項目において記述統計を行った。
- (2)対象者が捉える代理意思決定支援の重要度と実践度についての関係を検討するため、相関分析をおこなった。
- (3)対象者が捉える代理意思決定の重要度と実践度についての関連を検討するため、Wilcoxon 検定を行った。
- (4)対象者が捉える代理意思決定の重要度と実践度の差について、属性との関連を検討するため、正規性の確認行っただうえで Student の t 検定をおこなった。
- (5)対象者が捉える代理意思決定の実践度と属性との関連を検討するため Mann-Whitney の U 検定を行った。

第 3 節 結果

1. 重要度と実践度の相関

救命救急センターで働く看護師における家族の代理意思決定支援について、重要度の合計と実践度の合計を Spearman の相関係数によって分析した。その結果、 $r = 0.46$ であり、中等度の正の相関がみられた。(表 12)

2. 重要度と実践度の属性との関連

家族支援の重要度と実践度について、Wilcoxon 検定によって分析した。その結果、重要度の方が実践度より有意に高かった ($p < 0.05$)。また重要度と実践度の差と属性の関連、実践度と各属性の関連について

検定した。救命センター勤務年数の中央値の 4 年を基準に 4 年未満を経験の短い群、4 年以上を長い群の正規性が確認されたため、Student の t 検定を行った。その結果、救命救急センターでの経験が短い群のほうが、長い群より、重要度と実践度の差は有意に大きかった ($p < 0.05$)。その他の属性とでは有意差が見られなかった。

さらに実践度と家族の代理意思決定支援の研修受講の有無については、正規性が確認されなかったため、Mann-Whitney の U 検定を行った。その結果、家族支援の研修受講者群の方が、未受講者よりも有意に実践度が高かった ($p < 0.05$)。その他の属性に有意差は未受講者群に比べ見られなかった。(表 13・14・15)

第 4 節 考察

本研究では、救命救急センターで働く看護師の、家族の代理意思決定支援において認識する重要度と実際の実践度について調査した。看護師経験年数は、平均値、中央値ともに 10 年を超えており、救命救急センターでの配属は平均 5.1 年、中央値 4.0 年であった。つまり救命救急センターの看護師は、ある程度臨床経験を積んだ看護師が救命救急センターへの配属とされていることが伺われた。

一方で、代理意思決定支援に関わった回数は、看護師一人につき平均 3.1 回、中央値 3 回であり、看護師の経験年数から考えられる経験技術としては非常に少ない回数である。一因として、救命救急センターの看護師の代理意思決定支援に対する認識が関連することが問題であると考えられた。看護師は、家族が重責を担っている代理意思決定を支援する存在であると思わなければ実践度は低くなる。しかし、家族が行う代理意思決定に対して、本研究の結果から看護師も重要であると認識していながら、何らかの理由で積極的な関りができていない現状がうか

がえた。この点については、救命救急で対象とする患者の状況は複雑多岐であることや、患者・家族は医療者との関係性が希薄な状況の中で代理意思決定支援を強いられることが一因と推察できる。さらに救命救急の看護師は、患者もしくは家族の望みをすべて解決することは困難であり、ケアの焦点は治療が最優先されるなど⁴⁰⁾看護支援の難しさが指摘されており、これらの点も要因と考えられた。また黒江（2017）は、救命救急センターにおいて **Advanced directives** や **Living will** は実際に行われているとは言い難い現状であることを報告しており⁶³⁾、この点も積極的な関わりを困難にすると考えられる。

重要度と実践度については正の相関があり、救命救急センターの看護師は、家族の代理意思決定について重要と考えている看護師ほど実践度も高い事が伺えた。竹安らの研究においても、救急看護師は困難感を感じた場面を振り返り、自分なりにケアの意味を見出し次の看護実践につなげていた³¹⁾。これは困難感を感じることは、自分の看護を見つめ直し、ケアを模索するために重要であるといえる。本研究でも実践度に伴い重要度も高く、自身の看護を振り返ることが重要なこととして認識している可能性が示唆された。

また重要度と実践度については、重要度が実践度より有意に高く、重要と認識していながらも実践できていないと、自身の看護実践を厳しく捉えていることが考えられた。宮岡と宇都宮の研究においても、急性・重症患者看護専門看護師（以下、**CCNS**）は、家族に対する代理意思決定支援と看護師のジレンマの両者を支援する必要性を報告している。**CCNS** が捉える看護師の困難に対して、**CCNS** は教育を基盤にした実践および相談、調整役割を通して、患者や家族に支援をしていた。この支援には問題解決能力、教育的能力、調整能力が重要であると報告されている⁶⁴⁾。本研究でも、救命救急センターに配属されている看護師は、実践度が重要度より有意に低く、代理意思決定への支援について

重要であると捉えながらも、実際には家族への介入ができていないと捉えていることが示された。その要因として救急領域の看護師は、多くの症例や経験に基づいた実践から直感的に判断し、救命に対して、その場で即座に出来る看護を実践していることと関係していると考えられる。また、代理意思決定の支援に関わった回数や研修会参加の有無も支援の実践度に関係し、経験の重要性を表していると考えられた。そのため、救命救急センターでの経験が短い看護師に対しては、代理意思決定支援の場に参加させることや研修会に参加することが重要であると考えられた。

しかし多くの経験を踏んでいる看護師でも、代理意思決定支援に困難を感じ、まして先輩看護師がどのように関わり支援しているのかを見聞きする機会が少なく、看護支援がわからずに不安を抱いている状況があり、支援の必要性を知ったとしても自信がない現状があると考えられる。

代理意思決定支援の実践として、事例検討やカンファレンス、役割モデルによる理論やガイドライン等を用いた代理意思決定プロセスの実践的教育が必要であると報告されている³⁰⁾。本研究においても、代理意思決定支援の実践を役割モデルとして、経験の浅い看護師はもちろん、経験年数の長い看護師に対しても研修機会を増やすことが重要と考えられた。

今後は代理意思決定支援として、重要度と実践度の差を少なくし、看護実践の困難やジレンマを少なくするために、経験した意思決定支援の振り返りや事例検討、カンファレンスなど、実践に則した内容の研修受講の実施が求められる。また、代理意思決定支援のプロセスを具体化したガイドラインやプロトコールなどの策定が必要と考えられた。

1. 研究の限界と今後の課題

研究対象施設に対して行ったインターネット調査であり、施設の研究対象者人数の把握ができず、回答率が把握できなかった。また、回答する側の使用するモバイル機器や環境に回答率が左右された可能性がある。なお、調査票の項目以外の代理意思決定支援については、看護師に対するインタビュー調査などを実施していく必要がある。

第 5 節 結論

家族の代理意思決定支援の重要度と実践度については、中等度の正の相関が認められた。

看護師が行う代理意思決定支援の重要度と実践度については、重要度の方が実践度より有意に高かった。実践度を高める、または重要度と実践度の差に関連する因子は、救命救急センター経験年数と代理意思決定支援に関わる研修受講であった。

研究 2-3 救命救急センターの看護師が認識する代理意思決定支援の 実践困難な要因

第 1 節 目的

高度救命を担う看護師は、代理意思決定支援を重要と感じ、行いたいと思いつつも患者の救命を最優先し、他の治療や診療の補助を行っている現状がある。一方で、代理意思決定支援に関して具体的な支援方法がわからず戸惑う状況もある。

そこで本研究では、救急看護師の視点から、患者の家族が行う代理意思決定の支援の重要度と実践度を評価し、実践できていない理由を明らかにすることを目的とした。

第 2 節 研究方法

1. 研究方法

1) 調査方法

(1)調査内容

対象ならびに調査内容は、研究 2-1 や研究 2-2 と同じである。アンケート用紙での調査内容は、基本属性設問、選択回答形式設問、自由記述回答設問の 3 部構成とした。性別、年齢、看護師通算経年数、救命センター勤務年数、役職、教育背景、有資格、医療チームとして代理意思決定の場に関わった回数、救急システム、所属病棟の病床数、所属病棟の看護スタッフ数、所属病棟の専属医師数、救命センターに関わる精神科医師の有無の 13 項目を基本属性設問とした。

救急看護師が担う代理意思決定支援の重要度と実践度を測定する尺度の項目を専門家による指導を受け、先行研究に基づいて 25 の質問項目を作成した¹³⁾。選択回答設問では、先行研究成果を参考にし^{29)・65)・67)}、代理意思決定支援に関する項目を抽出した。さらに設問は、4 領域 [Ⅰ 家族のニーズに合わせたケア]、[Ⅱ 患者の現状への理解についてのサポート]、[Ⅲ 家族への情緒的サポート]、[Ⅳ 他職種からのサポート] に分類した。また、各設問は「常に重要と認識又は実践している/ほぼ重要と認識又は実践している/あまり重要と認識又は実践していない/全く重要と認識又は実践していない」の 4 者択一の回答形式とした。また、質問紙には「あまり実践していない/全く実践していない」と回答した者にその理由を問うための自由記述形式の欄を設けた。

3) 分析方法

回答結果は、IBM SPSS Ver.25® for windows を用いて解析した。選択回答方式設問に対して、リッカート尺度に基づき、「常に重要と認識する/常に実践している」: 4 点、「ほぼ重要と認識する/ほぼ実践している」: 3 点、「あまり重要と認識しない/あまり実践していない」: 2 点、「全く重要と認識しない/全く実践していない」: 1 点、によって回答は点数化され、平均値と標準偏差を算出した。なお欠損値がある対象者は解析から除外した。また、「認識する/実践している」を肯定意見とした。有意水準は両側検定 $p < 0.05$ とした。相関係数は、Pearson 積率相関係数を算出した。重症度と実践度について 3 点又は 4 点の場合、その項目は必要であるとし、肯定的な意見であるとした。

また家族支援が重要と認識してはいるが、実践できていない理由を問う自由記述について得られたデータを内容分析した。実践できていない理由として記述された内容を同じ内容ごとにまとめ、カテゴリー

化した。さらに、意味内容が同じ理由として表現された記録単位を集め、意味内容の類似性に従い分類し、コード化した。コード化した内容については記録数を集計した。

第 3 節 結果

1. 救急看護師が捉えた代理意思決定支援の重要度と実践度

高度救命を担う救急看護師は、家族に対する代理意思決定支援の重要性を理解しているが、現場では患者の救命を最優先するために、多くの治療や診療の補助に終始せざるを得ないという実情がある¹³⁾。また救急看護師としても、支援をしたいという思いはあるものの、代理意思決定支援に関して具体的な支援方法がわからず、実践できずにいる場合も少なくない。よって、25 項目について重要度と実践度を分析した。その結果を表 16 に示した。

重要度の合計点数から、救急現場における代理意思決定支援の看護ケアとして重要である上位 5 位を分析した。その結果、上位から「設問 1. 家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える」、「設問 2. 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える」、「設問 7. 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、「設問 5. 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを家族の反応を観察し、確認する」、「設問 14. 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する」であった。カテゴリー別では家族のニーズに合わせたケアが 4 項目、家族への情緒的サポートが 1 項目含まれていた。

実践度の合計点数から、救急現場における代理意思決定支援の看護ケアとして実践出来ている上位 5 位を分析した。その結果、上位から「項目 2. 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の

身なりを整え」、「項目 7.代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、「項目 5.医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを家族の反応を観察し、確認する」、「項目 1.家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える」、「項目 20.家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える」であった。カテゴリー別では家族のニーズに合わせたケアが 4 項目、家族への情緒的サポートが 1 項目含まれていた。

2. 実践が困難な要因

救急看護師が代理意思決定支援として実践できていない項目の理由を表 17 に示した。

記述記録数が多かった上位 5 位は、「救急の状況において時間を割くことが出来ない(業務が忙しい)」、「そのような状況になったことが無い」、「あまり深追いしないように心がけている(声掛けはしない)」、「具体的な方法や体制が確立されていない」、「他部署とのカンファレンスや連携の場がない」であった。カテゴリー別では作業負担による要因と支援体制が整えられていない要因が多かった。

また、設問における記録数が多かった上位 5 位は、設問 8「患者は事前指示や Living will を残しているか(持っているか・発言しているか)を確認する」、設問 13「医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する」、設問 22「他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う」、設問 16「代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する」、設問 23「代理意思決定の支援にかかわる中で生じる、患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」であった。

第 4 節 考察

日本の医療現場では、患者の立場やその家族よりも、治療する医師の意見が優先される結果となり得る傾向が強かった⁶⁸⁾。現在では、インフォームドコンセントを重視し、患者/家族との共同思考過程を重ねた上で意思決定が出来るようにする配慮が重視されている。しかし、救急領域において、家族に対する代理意思決定支援は十分に実践・評価されていないのが現状である。救命救急センターでは患者の容体が刻々と変化することも多く、救命に向けて、治療方法を含め多岐にわたる重大な意思決定場面が絶え間なく訪れる。状況によって、家族が短い時間で立て続けに意思確認を迫られることも十分に考えられる。さらに、家族が患者の救命における治療に関する意思決定を代理で行うという重責を担うことは、大きな負担となる。

今回の調査対象者は、全体の 9 割以上が 3 次救急病院に勤務しており、また半数以上は 3 年以上の救急看護の経験を有していた。本調査結果から、ある程度救命を経験している看護師は、時間が限られた中で代理意思決定支援として重要性が高いと認識しており、また看護業務に集中しながら実践していることが伺えた。特に家族のニーズに合わせたケアの重要度と実践度において、7 項目中 4 項目が高い合計得点であり、最も重要視されていることが示唆された。しかし、「家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する」の重要度は上位 5 位に含まれてはいたが、実践度では含まれていなかった。この結果から言えることは、家族への情緒的サポートについては傾聴する体制が整っていないことが伺える。その他にも「患者の現状についてのサポート」、「他職種からのサポート」において実践できていない項目が目立った。看護師が患者の救命を最優先することを考えると、やはり家族に対する配慮は救急の現場の中では後回しにせざるを得ないことが考えら

れた。この結果は、山本らの研究¹⁴⁾が示した救急看護師は患者の治療や処置などの救命を最優先することで、家族の不安や恐怖など精神的な支援を行う時間的余裕や場が確保できていないことと一致した。また、代理意思決定を行った家族に対する精神的なアフターフォローも十分に行えない現状についても先行研究¹⁶⁾とも一致した。

救急看護師が捉えた代理意思決定支援の困難さは、「家族の意見が優先される、また家族の本当の気持ちを理解しきれていない」、「誰を尊重すべきか難しい」、「医師の指示が尊重されることが多い」、「どこまで家族の判断に踏み込んだらよいのか難しい」、「他の職種などを交えて話し合うことが難しい」、「家族が悲嘆に打ちひしがれている中、声掛けは難しい」、「業務優先にせざるを得ない」といったものが挙げられた。現状の救命救急の看護は、患者の救命に対する業務を最優先とするため、家族の心理状況を確認し、傾聴して家族に配慮するところまでは実施することが困難なことが明らかとなった。

さらには、他職種とのカンファレンスの場を設けることや、そのための時間を調整することはほとんど実施されていないことが分かった。この困難な原因としては、時間的余裕がないことの他に、いつどのように行ったら良いのかが不明であることや、他職種の協力が得られにくいこと、そもそもそのような体制になっていないということなどの課題が挙げられた。これらの点を解決するためには、精神科医を含めた他職種との連携が可能となる看護支援体制の確立や、手順書の作成が必要であると考えられた。

一方で、代理意思決定支援の困難な理由に「そのような状況になったことが無い」、「あまり深追いしないように心がけている(声掛けはしない)」などが挙げられた。まず、「そのような状況になったことが無い」とは、代理意思決定の支援をするまでには至らなかったと解釈される。初療で患者の救命治療を行い、その後に ER 病棟や ICU など救急領域

へ入室となるため、代理意思決定支援まで行わなかった可能性がある。また、初療の看護師と救急領域の看護師の中で業務分担がされているならば、看護支援の範囲が異なることも考えられる。しかし初療場面においても、救命治療における患者・家族に多くの意思決定を求める場面は多く存在すると考えられる。そのため看護師は、患者の救命業務を最優先しながら、支援と同時に意思決定支援をしなければならないと考える。

さらに、看護師は代理意思決定支援をどのように認識しているか、すなわち看護師個人の認識や特性も大きな要因であると推察される。しかし本研究では、代理意思決定支援の重要度の平均値が 3.3 を超えており、看護支援における重要性の認識はあると言える。現時点での代理意思決定支援においては、明確に定義されているわけではないが、定義が確立することを待つまでもなく、家族の代理意思決定における看護支援の構築は急務と考える。

次に、「あまり深追いしないように心がけている（声掛けはしない）」との回答が得られた。看護師は、患者や家族に対して積極的な介入を臨んでいる。しかし救急医療の現場では、救命治療ならびに延命治療の対応が優先される。またこのような救命治療の現場において、家族の代理意思決定を支える支援は非常に重責^{30)・49)}である。さらに本研究の回答から、「家族が悲嘆に打ちひしがれている中で言いにくい」や「看護師が関わることなのかどうか線引きに迷う」など、看護支援に関してどのように実践していいのか思い悩む記載があった。代理意思決定の看護支援においては、ひとりで悩むことなく実践できるような支援体制が不可欠であると考えられる。また、看護チームで協働した連携をとり、看護の高度実践家である専門看護師（CNS）や認定看護師（CN）の活用もできるように構築することが望まれる。

1. 研究の限界と今後の課題

今回の調査は救急看護師の主観に基づく結果である。そのため重要度の評価基準は曖昧である。また、「そのような場面になったことが無い」と回答した設問も散見された。これは、救急看護師の経験年数や病床、看護師数、医師数の違いによる施設差があることも考えられるが、本調査ではこれらの要因との関連性は十分に評価できなかった。今後の研究ではさらに要因を細分化し、実践度や重要度との関連を分析する必要がある。

第5節 結論

救急看護師が実践出来ていない看護支援は「患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」や「他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う」であった。困難な要因は看護業務に優先せざるを得ない状況であることが最も多かった。これらのことから、現在の代理意思決定支援の課題は、業務が多忙な中でも他職種との連携や調整が可能となる体制の整備が必須であることが明らかになった。

第 4 章 総括

第 1 節 総合考察

本研究の目的は、救急領域に勤務している看護師が患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような看護支援を重要だと認識して看護実践を行っているかを把握することである。

本研究から以下のことが明らかになった。

1. 研究 1 では、関東地方の救急領域に勤務する看護師の代理意思決定支援の実態について調査を行った。

看護師の 95%以上が 25 項目の看護支援すべてを重要であると認識していた。看護師が重要と認識していても実践できていない看護支援には「患者・家族の問題を多職種と共にカンファレンスで話し合う」、「事前指示を確認する」など 9 つあり、比較的实践できている看護支援として「家族の体調に配慮して関わる」、「家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、「家族が辛くないように患者の身なりを整える」など 4 つが得られた。

看護師が重要と認識していても実践できていない看護支援は、「患者・家族の問題を多職種と共にカンファレンスで話し合い、代理意思決定に対して支援する」、「後悔や自責の念を抱く家族に対して支援する」、「事前指示などを家族に確認し、医師からの病状説明には、看護師は必ず同席する」であるが示された。

また、比較的实践できている看護支援としては、「家族の体調に配慮し、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする」、「家族が辛くないように患者の身なりを整え、家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する」であった。

さらに救急領域特有の状況や環境が、代理意思決定の看護支援を実践しにくい状況にしており、支援内容が多岐にわたる実践については、重要と認識していても看護実践できにくいことが示唆された。

2. 研究 2 では、全国の救命救急センターにおける家族の代理意思決定支援について、救急看護師の認識構造を調べるために、インターネットにて実態調査を行った。

研究 2-1 では、調査項目 25 項目を対象とし、探索的因子分析を行い、その結果から得られた重要度と実践度のカテゴリーの関係を見るため共分散構造分析を行った。カテゴリー別に標準化推定値の高いものから見ると、「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」と「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」との間の係数が .93 であった。また「代理意思決定支援において看護師が捉える実践度」と「家族への情緒的サポート」「他職種や看護師などの専門性からのサポート」「家族や家族をサポートしている人への情緒的ケア」の係数が各々 .91、.82、.81 を示した。さらに「代理意思決定支援において看護師が捉える重要度」と「代理意思決定支援において看護師が捉える実践度」の間で、係数が .49 であった。

これらの結果から、救急看護師が捉える重要度と実践度は互いに影響しており、看護師は患者の病状の理解のための連携と情緒的サポートをすることが重要だと考えていた。また、代理意思決定支援における重要性の認識を高めるためには、他職種との協働や、代理意思決定後の治療に対し、医師への橋渡しが重要なことが示唆された。また救急看護師として家族の代理意思決定支援をする役割を、明確に家族に伝える重要性が示された。一方、家族の情緒的サポート、他職種や看護師など専門職からのサポート、家族や家族をサポートしている人への情緒的ケアの実践度は高かった。

3. 研究 2-2 では、救急患者の家族の代理意思決定支援として、看護師が捉える看護支援の重要性と実践の認識を明らかにした。

代理意思決定支援の重要度と実践度には、中等度の正の相関が

認められた。代理意思決定支援の重要度と実践度では、重要度の方が実践度より有意に高かった。救命救急センターに配属されている看護師は、代理意思決定への支援について重要であると捉えながらも、実際には家族への介入ができていないと捉えていた。また救命救急センターでの経験が短い看護師は、重要度の認識と実践度の乖離が大きかった。

救急医療の現場において実践度が低い要因として、看護師は多くの症例や経験に基づいた実践から直感的に判断し、その場で即座に実践できる救命に対する看護を優先しているためと考える。実践度は、代理意思決定の支援に関わった回数や研修会参加の有無も関係していたことから、代理意思支援の場に参加することや研修を受講することが実践度を高めるために重要であることが示唆された。

4. 研究 2-3 では、救急看護師の視点から、患者の家族が行う代理意思決定の支援の重要度と実践度を評価し、実践できていない理由を明らかにすることを目的とした。

重要度の合計点数から、代理意思決定支援の看護ケアとして重要と認識している項目を分析した。その結果、上位から「家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える」、「家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える」などであった。

実践度の合計点数から、代理意思決定支援の看護ケアとして実践出来ている項目は、「家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整え」、「代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば医師への橋渡しをする」などであった。

救急看護師が代理意思決定における看護支援で実践出来ていないものは「患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」や「他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う」であった。困難な要因は看護業務に優先せざるを得ない状況であることが最も多かった。これらのことから、業務が多忙な中でも、他職種との連携や調整が可能となる体制の整備が必須であることが示唆された。

5. 新型コロナウイルス感染症における代理意思決定支援の影響

本研究は「救急患者の代理意思決定を担う家族に対する看護支援に関する研究」である。しかし、本研究結果で得られた看護支援は実装可能であるか考察を試みた。

近年の新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）のパンデミックに伴い、医療現場ではさまざまな問題や課題が浮上してきた。病院では感染拡大予防対策として、患者との接触を避けるため、患者家族に対して面会規制を課した。面会制限が余儀なくされる中で、患者および家族の意思が十分に反映されにくい状況が生じ、意思決定支援において今までに経験の無かった多様な困難が生じたと推察できる。家族の面会規制に伴うコミュニケーション不足は、医療従事者が家族の理解や反応を捉えにくくし、迅速な治療方針の決定を困難にしたと思われる。さらに病棟封鎖により代理意思決定支援におけるチームアプローチの実施が困難であったことが想定される。そのためコロナ禍の救急現場では、代理意思決定支援の欠如が助長された危険性がある。

コロナ禍に生じた新たな医療現場の課題に対しては、多くの医療従事者が問題を抱えながら、未だに試行錯誤を繰り返しながら実践している実態がある。さらに、誰もが経験したことのない前代未聞の状況の中で、医師・看護師が実際に患者や家族への意思決定支援をどのように

実践したかを把握することは急務である。

本研究では、全国の救命救急センターに勤務する救急看護師に対し、患者に代わり家族が代理で意思決定を行う際の看護支援について実態調査を行った。救急看護師は代理意思決定に対する支援の必要性を認識しつつも、救急医療の現場では患者の救命が優先され、代理意思決定支援が困難である実態が明らかになった。

また、専門看護師に対して、代理意思決定支援に関するインタビュー調査を実施している。この調査により、代理意思決定支援において他職種が連携し、救急医療チームで支える **Shared Decision Making**（以下 **SDM** とする）を構築することが重要であることが分かってきた。しかし、現状では **COVID-19** が世界中を震撼させ、その感染力の強さから、この医療チームにおける **SDM** 支援や医療従事者による代理意思決定支援の実施が不可能であった。そのため多くの問題が山積みの中、医療従事者が新たな気づきや叡智を絞りながら治療に奮闘している。この医療従事者が未知の感染症と闘いながら患者・家族に対する最善のケアを念頭に考えた末の支援の実態を明確にする必要があり、今後の研究課題として進めていきたい。さらに、現行の医療では考えつかなかった医療支援や、一歩踏み出せなかつた実践内容を学術的な体系化を探る研究となる可能性があり、今後起こりえる感染問題に関して基礎資料の一助となるものと期待できる。

結論

救急患者の代理意思決定を担う家族に対する看護支援に関する研究に関して、研究 1 から研究 2（2-1、2-2、2-3）を行い以下の結論を得た。

1. 看護師が捉える重要度と実践度は互いに影響しており、重要度・実践度を含め、家族に対する情緒的なサポートが必要であり、他職種連携が必要であることが示唆された。
2. 代理意思決定支援の重要度と実践度については、中等度の正の相関が認められ、実践度の高さは、救命救急センター経験年数と代理意思決定支援に関わる研修受講であることが示された。
3. 救急看護師が実践出来ていない看護支援は「患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う」や「他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う」であった。困難な要因として、看護業務を優先せざるを得ない状況であることが示唆された。そのため、時間的制約がある中で、多岐に渡る業務が出来るように代理意思決定支援のための手順書やガイドラインの整備が求められることが示された。
4. 救急領域特有の状況や環境が、代理意思決定の看護支援の実践を重要と認識していても、現行では看護実践を困難にしている。

第2節 研究の限界と展望

本研究では看護師が重要と考える看護支援と実践の実態が明らかとなったが、その他の職種への調査はできていない。医師や他の医療関係者なども救命治療に携わることが多く、看護師に似た葛藤があると考えられる。そのため、医師や他の医療関係者を対象とした調査研究も行っていく必要がある。

一連の研究を通して、代理意思決定を担う家族に対する看護支援に活用できる資料として有用と考える。また、これらの成果が代理意思決定支援における構築の一助となることが期待される。

引用文献

- 1) 総務省. 報道資料「令和 2 年中の救急出動件数等 (速報値)」の公表.
2021-3-36. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01shoubo01_02000410.html, (参照 2021-7-9).
- 2) 厚生労働省. 社会保障審議会医療保険部会・医療部会, 平成 22 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理 (案). 2009.
- 3) 日本経済新聞. 救急搬送 36 回断られる 埼玉の男性死亡. 2013-3-5.
http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0501F_V00C13A3CC0000/,
(参照 2021-8-23).
- 4) 総務省消防庁. 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会, 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書(案). 2009-10-16.
https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kento012_01_091016_kentou_haihu_1.pdf, (参照 2021-8-23).
- 5) 植村和正. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル (総論). 日医老誌. 2015, 52, p. 207-210.
- 6) 厚生労働省. 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>, (参照 2021-7-9).
- 7) 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 他. 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. 2015, 52 (1), p. 79-85.
- 8) 一般社団法人 日本救急看護学会監修, 一般社団法人 日本臨床救急医学会編集協力. 改訂第 4 版 外傷初期看護ガイドライン. へるす出版, 2018.
- 9) DA Jacob. Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU a qualitative study. American Journal of Critical Care. 1998, 7 (1), p. 30-36.
- 10) 山勢博彰. 救急・重症患者と家族のための心のケア. メディカ出版, 2010.
- 11) Bernard Lo. 医療の倫理ジレンマ解決への手引き. 北野善良監訳. 西村書

- 店, 2003,
- 12) Le Conte P, Baron D, Trewick D, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med.* 2004, 30(12), p. 2216-2221.
 - 13) 樫山定美. 救急領域における患者の救命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践度の看護師の認識. 横浜創英大学研究論集. 2017, 4, p. 1-12.
 - 14) 山本洋子, 中村美鈴, 内海香子, 他. 生命の危機的状況にある患者に代わり救命治療の実施に関する意思決定を行う家族への看護師の関わりと困難. 第30回日本看護科学学会学術集会講演集, 2010, p. 229.
 - 15) 中村美鈴, 山本洋子, 内海香子, 他. 生命の危機状況にある患者に代わり救命治療の実施に関する意思決定を行う家族への看護師の関わり. 自治医科大学看護学ジャーナル. 2010, 7, p. 107-109.
 - 16) 上澤弘美, 中村美鈴. 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. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2013, 9(1), p. 6-18.
 - 17) 野嶋佐由美. 家族の意思決定への支援とアドボカシー (中野綾美・野嶋佐由美). 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. へるす出版, 2009.
 - 18) 山本小奈美. 時間切迫と代理意思決定にかかわる家族の心理的特徴. 臨床看護臨時増刊号. 2013, 39 (12), p. 1734-1736.
 - 19) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江. 集中治療領域における終末期患者の家族ケア. 日本集中治療医学会雑誌. 2011, 18, p. 337-345.
 - 20) Tracy J, Fowler S, Magarelli K. Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. *Applied Nursing Research.* 1999, 12 (3), p. 121-127.
 - 21) 栗原早苗, 高見沢恵美子, 森一恵. 救急初療場面における手術に対する代理意思決定に関する認識と代理意思決定を支える看護援助. 第27回日本看護

- 科学学会学術集会講演集． 2007， p. 237.
- 22) 武ユカリ． 決断を迫られた患者・家族のケア意思決定が難しい要因とその時のナースにできること． 看護学雑誌． 2005， 69 (4)， p. 360-365.
- 23) 相浦桂子， 黒田裕子． 生命危機状況にある患者の代理として家族が行う治療上の決断． 日本クリティカルケア看護学会誌． 2006， 2 (2)， p. 75-83.
- 24) 石塚紀美， 井上智子． 救命救急領域における家族の代理意思決定時の思いと看護支援の実態． 日本クリティカルケア看護学会誌． 2015， 11 (3)， p. 11-23.
- 25) Anderson WD, Arnold RM, Angus DC, et al. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine*. 2008, 23 (11), p. 1871-1876.
- 26) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Critical Care Medicine*. 2005, 171 (9), p. 987-994.
- 27) Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, et al. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Society of General Internal Medicine*. 2008, 23 (11), p. 1871-1876, doi : 10.1007/s11606-008-0770-2.
- 28) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest*. 2010, 137 (2), p. 280-287.
- 29) 吉田紀子， 中村美鈴． クリティカルケア熟練看護師が見出した救命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践． 日本救急看護学会雑誌． 2014， 16 (2)， p. 1-12.
- 30) 桑原美香， 藤浪千種， 森一恵． 救急初療に勤務する看護師の代理意思決定支援における困難な状況． 日本看護学会論文集急性期看護． 2018， 48， p. 3-

6.

- 31) 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木智恵, 他. 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族のかかわりで抱く困難感. 日本救急看護学会雑誌. 2011, 13 (2), p. 1-9.
- 32) 文部科学省. 地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム.
https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/chiiki/07021409.htm,
(参照 2021-9-8).
- 33) 内閣府国民生活局. 平成 17 年国民生活選好度調査. 2006.
- 34) 中谷美紀子, 黒田裕子. 看護師が重要と認識しながらニーズを満たすケアが実践できていない心肺停止状態にある患者の家族のニーズと関連要因の検索. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2010, 6 (1), p. 42-49.
- 35) 中村美鈴, 村上礼子, 清水玲子. 救急領域における救命治療の選択に対する家族の意思決定に関する研究－家族と医師の話し合いのプロセス－. 日本救急看護学会誌. 2013, 15 (2), p. 1-12.
- 36) 清水玲子, 中村美鈴, 水野照美, 他. 生命の危機状態にある患者に代わり救命治療の意思決定に関する家族の体験. 第 29 回日本看護科学学会学術集会講演集. 2009, p. 241.
- 37) 中谷美紀子, 黒田裕子. 「看護師が測定する心肺停止状態にある患者家族のニーズ表」の作成－信頼性・妥当性の検討－. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2010, 6 (1), p. 34-41.
- 38) 山本かよ, 西浦郁絵, 吉永喜久恵, 他. 救急現場において家族の意思決定を支える看護師の認識と看護介入の方法. 神戸看護大学共同研究費研究実績報告書. 2008, 12, p. 51.
- 39) 伊勢田暁子, 井上智子. 救命治療に関わる家族の意思決定. 家族看護. 2003, 1 (1), p. 48-55.
- 40) Jane Mordan. End-of-life care in UK critical care units-a literature

- review. British Association of critical care Nurses, Nursing in Critical Care. 2008, 13 (3), p. 152-161.
- 41) Janice M Morse, Charlotte Pooler. Patient-Family-Nurse interactions in the Trauma-Resuscitation room. American journal of Critical Care. 2002, 11 (3), p. 240-249.
- 42) Marianne Chulay, Suzanne M. Burns. AACN, Essentials of Critical Care Nursing 1th. 2006, p. 12-13.
- 43) 光原夕子, 佐藤和子, 上岡澄子. 救命救急の場における家族の代理意思決定に関する看護の現状と看護師の認識. 日本看護学会抄録集, 看護管理. 2008, 39, p. 357.
- 44) 阿部美佐子, 志自岐康子, 川村佐和子, 他. 救急医療の場における家族の代理決定に関連する要因-家族看護の視点から. 日本保健科学学会誌. 2007, 9 (4). p. 238-249.
- 45) 日本集中治療医学会. 日本救急医学会, 日本循環器学会. 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～. <http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>, 2014, (参照 2021-1-31).
- 46) 日本集中治療医学会倫理委員会. 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. <http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>, 2011, (参照 2021-1-31).
- 47) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. Critical Care Medicine. 2007, 35, p. 605–622.
- 48) 木下里美. 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. 科学研究費補助金研究成果報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-20592550/20592550seika.pdf>, 2011, (参照 2021-1-31).

- 49) Kryworuchko J, Hill E, Murray MA, et al. Interventions for shared decision-making about life support in the intensive care unit: a systematic review. *Worldviews Evid. Based Nurs.* 2013, 10, p. 3-16.
- 50) Sessler CN. The Critical Care Family Assistance Program : caring for those who care. *Chest Journal.* 2005, 128. p. 1101-1103.
- 51) 山勢博彰, 山勢善江, 他. CNS-FACE による重症患者家族のニーズとコーピングの分析. *日本集中治療医学会雑誌.* 2003, 10, p. 252.
- 52) 香河理絵. 夫が生命危機に陥った妻への援助 CNS-FACE 家族アセスメントを用いて. *日本救急医学会関東地方会雑誌.* 2006, 27, p. 212-213.
- 53) Sinuff T, Giacomini M, et al. "Living with dying": the evolution of family members' experience of mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 2009, 37 (1), p. 154-158.
- 54) Jennifer S Lerner, Julie H Goldberg, Philip E Tetlock. The Effects of Accountability, Anger, and Authoritarianism on Attributions of Responsibility. *Pers SocPsychol Bull.* 1998, 24, p. 563-574.
- 55) Ho KM, English S, Bell J. The involvement of intensive care nurses in end-of-life decision: a nationwide survey. *Intensive Care Med.* 2005, 31, p. 668-673.
- 56) Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?. *Nurs. Crit. Care.* 2011, 16 (1), p. 5-10.
- 57) Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, et al. Quality indicators for end of life care in the intensive care unit. *Crit. Care Med.* 2003, 31, p. 2255-2262.
- 58) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patientcentered intensive care unit: American College of Critical Care Task Force 2004-2005. *Crit. Care Med.* 2007, 35, p. 1-18.

- 59) Robert DT, Margaret LC, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit. Care Med.* 2008, 36 (3), p. 953-968.
- 60) White DB, Braddock CH III, Bereknyei S, et al. Toward shared decision making at the end of life in intensive care units opportunities for improvement. *Arch. Intern. Med.* 2007, 167, p. 461-467.
- 61) Lautrette A, Azoulay E. Caring for families in the ICU “Families of dying patients”, Kathleen P, *End of Life Care in The ICU (1)*. Oxford University Press, New York. 2010, p. 84-86.
- 62) Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study. *J. Crit. Care*, 2005, 20, p. 90-96.
- 63) 黒江ゆり子. 新体系 看護学全書 成人看護学①成人看護学概論・成人保健. 株式会社 メヂカルフレンド社, 2017.
- 64) 宮岡里衣, 宇都宮明美. 代理意思決定場面において看護師の感じる困難への急性・重症患者看護専門看護師が行う支援とその能力. *日本 CNS 看護学会誌*. 2018, 3, p. 7-14.
- 65) 下地智之, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子, 他. 救急・集中治療領域の終末期治療における代理意思決定支援実践尺度の開発. *日本看護科学会誌*. 2017, 37, p. 437-445.
- 66) 牧野夏子, 石川幸司, 葛西陽子. クリティカルケア領域の看護師の調整に関する国内文献の検討. *日本 CNS 看護学会誌*. 2020, 7, p. 25-32.
- 67) 渡邊誠, 杉崎一美. 集中治療室に緊急入室した患者家族に対する熟練看護師による看護支援と臨床判断. *四日市看護医療大学紀要*. 2020, 13 (1), p. 1-10.

- 68) 渡邊美千代, 菊井和子, 大橋奈美. 意思決定を支える看護師の役割葛藤に関する看護倫理的考察-ナラティブからの現象学的方法による分析-. 医療・生命と倫理・社会. 2004, 3(2), P.62-77.

图表

表1 調査票 設問項目

| 質問項目 | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|--|------------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|----------|
| | 全く重要と認識しない | あまり重要と認識しない | ほぼ重要と認識する | 常に重要と認識する | 全く実践していない | あまり実践していない | ほぼ実践している | 常に実践している |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 患者の現状について、家族にわかりやすい言葉で情報の提供を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 家族が患者と会う際は、家族が辛くならないように患者の身なりを整える | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに混乱状況のない人に話ができるよう調整する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 医師からの病状説明後、家族から患者の状態についての質問に対し、看護師として伝える努力をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 患者は事前指示（Advance directives）やリビングウィル（Living will）を残しているか（持っているか・発言しているか）を確認する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明しながら患者の現状を見てもらう | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 看護師は、代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 看護師（あなた）の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問にいつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 家族に対してサポートをしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 家族が代理意思決定した治療方針について家族が納得できるまで医師の説明を聞けるように調整をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 医師から家族へ、病状の説明がある場合は必ず同席する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを、家族の反応を観察し確認する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを確認する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合医療者を交えた話し合いの場を調整する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけを行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間を作る | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 代理意思決定後に、家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 家族の体調に配慮して関わる努力をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる、患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援（アフターケア）を行う | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |

表2 対象者の概要

n=394

| 項目 (平均±SD) | 人数 | % | 項目 (平均±SD) | 人数 | % |
|--|-----|------|-------------------------|-----|------|
| ・年齢 (30.4±5.7) | | | | | |
| 25歳未満 | 55 | 14 | 看護系高等学校 (5年コース) | 15 | 3.8 |
| 25歳以上30歳未満 | 161 | 40.9 | 看護系専門学校 (3年コース) | 225 | 57.1 |
| 30歳以上35歳未満 | 104 | 26.4 | 看護短期大学 | 46 | 11.7 |
| 35歳以上40歳未満 | 51 | 12.9 | 看護系大学 | 77 | 19.5 |
| 40歳以上45歳未満 | 15 | 3.8 | 看護系大学院 | 9 | 2.3 |
| 45歳以上 | 8 | 2 | 一般大学 | 7 | 1.8 |
| ・性別 | | | | | |
| 男性 | 45 | 11.4 | その他 | 15 | 3.8 |
| 女性 | 349 | 88.6 | ・有資格 | | |
| ・看護師通算経年数 (7年11か月±5年5か月) | | | | | |
| 5年未満 | 131 | 33.2 | 専門看護師 | 4 | 1 |
| 5年以上10年未満 | 149 | 37.8 | 認定看護師 | 12 | 3 |
| 10年以上15年未満 | 69 | 17.5 | その他 | 4 | 1 |
| 15年以上20年未満 | 45 | 11.4 | なし | 374 | 94.9 |
| ・救急領域勤務年数 (5年1か月±3年11か月) | | | | | |
| 3年未満 | 147 | 37.3 | ・代理意思決定の場に関わった回数 | | |
| 3年以上5年未満 | 81 | 20.6 | 1回 | 49 | 12.4 |
| 5年以上8年未満 | 83 | 21.1 | 2回~5回未満 | 154 | 39.1 |
| 8年以上12年未満 | 54 | 13.7 | 5回~10回未満 | 63 | 16 |
| 12年以上 | 29 | 7.4 | 10回~15回未満 | 30 | 7.6 |
| ・職位 | | | | | |
| 師長 | 6 | 1.5 | 15回~20回未満 | 50 | 12.7 |
| 主任 (副師長) | 26 | 6.6 | その他 (20回以上) | 48 | 12.2 |
| スタッフ | 360 | 91.4 | ・病棟名 | | |
| その他 | 2 | 0.5 | 救急病棟 | 264 | 67 |
| ・代理意思決定に関する病院内・病院外の教育、研修会の受講経験の有無 | | | | | |
| | | | 集中治療室 (ICU) | 96 | 24.4 |
| | | | 心血管疾患治療室 (CCU) | 20 | 5.1 |
| | | | その他 | 14 | 3.6 |
| | | | ある | 54 | 13.7 |
| | | | なし | 338 | 85.8 |
| | | | その他 | 2 | 0.5 |

表3 因子分析 最尤法：プロマックス回転（重要度）

Kaiser-Meyer-Olkin の検定
 Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度 0.945

| パターン行列 | | 因子負荷量 | | | |
|--------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 設問番号 | 設問項目 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | 体調に配慮 | 0.754 | | | |
| 12 | 家族の反応を観察し確認 | 0.649 | | | |
| 22 | 医師への橋渡し | 0.575 | | | 0.311 |
| 20 | 一緒に時間を共有 | 0.565 | 0.403 | | |
| 2 | 身なりを整える | 0.548 | | | |
| 1 | 情報の提供 | 0.527 | | | |
| 4 | 看護師として伝える | 0.500 | | | |
| 10 | 医師の説明を調整 | 0.446 | | | |
| 3 | 混乱状況のない人に調整 | 0.445 | | | |
| 17 | 受け止めるための時間 | | 0.773 | | |
| 18 | 揺らぐことを想定 | | 0.771 | | |
| 16 | 十分な声かけ | | 0.629 | | |
| 14 | 意向が対立 | | 0.624 | | |
| 15 | 話し合いの場を調整 | | 0.596 | 0.308 | |
| 19 | 治療方針を検討 | 0.308 | 0.552 | | |
| 13 | 苦悩を傾聴 | 0.332 | 0.427 | | |
| 6 | 現状を見てもらう | | | 0.616 | |
| 5 | 事前指示の確認 | | | 0.474 | |
| 9 | サポートを見極める | | | 0.410 | |
| 7 | 支援する存在 | | | 0.405 | |
| 8 | 意識して足を運ぶ | | | 0.399 | |
| 11 | 説明は必ず同席 | 0.332 | | 0.368 | |
| 24 | 代理意思決を支援 | | | | 0.905 |
| 23 | カンファレンス | | | | 0.590 |
| 25 | アフターケア | | | | 0.462 |

表4 因子分析 最尤法：プロマックス回転（実践度）

| | |
|------------------------------|-------|
| Kaiser-Meyer-Olkin の検定 | |
| Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度 | 0.910 |

| パターン行列 | | 因子負荷量 | | | | | |
|--------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 設問番号 | 設問項目 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | 看護師として伝える | 0.711 | | | | | |
| 2 | 身なりを整える | 0.647 | | | | | |
| 1 | 情報の提供 | 0.555 | | | | 0.306 | |
| 21 | 体調に配慮 | 0.517 | | | | | |
| 3 | 混乱状況のない人に調整 | 0.485 | | | | | |
| 12 | 家族の反応を観察し確認 | 0.381 | | | | | |
| 10 | 医師の説明を調整 | 0.380 | 0.313 | | | | |
| 22 | 医師への橋渡し | 0.368 | | 0.360 | | | |
| 13 | 苦悩を傾聴 | | 1.018 | | | | |
| 16 | 十分な声かけ | | 0.560 | | | | |
| 14 | 意向が対立 | | 0.489 | | | | 0.440 |
| 8 | 意識して足を運ぶ | | 0.464 | | | | |
| 9 | サポートを見極める | | 0.409 | | | | |
| 19 | 治療方針を検討 | | | 0.864 | | | |
| 18 | 揺らぐことを想定 | | | 0.862 | | | |
| 20 | 一緒に時間を共有 | | | 0.478 | | | |
| 17 | 受け止めるための時間 | | | 0.422 | | | |
| 24 | 代理意思決定を支援 | | | | 0.957 | | |
| 23 | カンファレンス | | | | 0.680 | | |
| 25 | アフターケア | | | | 0.346 | | |
| 7 | 支援する存在 | | | | | 0.617 | |
| 5 | 事前指示の確認 | | | | | 0.567 | |
| 6 | 現状を見てもらう | | | | | 0.379 | |
| 15 | 話し合いの場を調整 | | | | | | 0.808 |
| 11 | 説明は必ず同席 | | | | | | 0.324 |

表5 各設問に重要度と実践度に対する集計

n = 394

| 設問 | カテゴリー | | | |
|---|-------|------|------|------|
| | | 合計 | 平均値 | 標準偏差 |
| 1. 患者の現状について、 家族にわかりやすい言葉で情報の提供を行う | 重要度 | 1513 | 3.84 | 0.37 |
| | 実践度 | 1249 | 3.17 | 0.52 |
| 2. 家族が患者と会う際は、家族が辛くならないように患者の身なりを整える | 重要度 | 1518 | 3.85 | 0.36 |
| | 実践度 | 1373 | 3.48 | 0.52 |
| 3. 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに 混乱状況のない人に話ができるよう調整する | 重要度 | 1461 | 3.71 | 0.49 |
| | 実践度 | 1252 | 3.18 | 0.62 |
| 4. 医師からの病状説明後、家族から患者の状態についての質問に対し、 看護師として伝える努力をする | 重要度 | 1471 | 3.73 | 0.46 |
| | 実践度 | 1310 | 3.32 | 0.57 |
| 5. 患者は事前指示（Advance directives）や リビングウィル（Living will）を残しているかを確認する | 重要度 | 1322 | 3.36 | 0.67 |
| | 実践度 | 982 | 2.49 | 0.77 |
| 6. 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明 しながら患者の現状を見せよう | 重要度 | 1335 | 3.39 | 0.63 |
| | 実践度 | 1137 | 2.89 | 0.70 |
| 7. 看護師は、代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する | 重要度 | 1268 | 3.22 | 0.71 |
| | 実践度 | 1002 | 2.54 | 0.77 |
| 8. 看護師の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問にいつでも 対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ | 重要度 | 1374 | 3.49 | 0.57 |
| | 実践度 | 1175 | 2.98 | 0.65 |
| 9. 家族に対してサポートをしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ | 重要度 | 1420 | 3.60 | 0.53 |
| | 実践度 | 1218 | 3.09 | 0.66 |
| 10. 家族が代理意思決定した治療方針について家族が納得できるまで 医師の説明を聞けるように調整をする | 重要度 | 1466 | 3.72 | 0.46 |
| | 実践度 | 1282 | 3.25 | 0.62 |
| 11. 医師から家族へ、病状の説明がある場合は必ず同席する | 重要度 | 1388 | 3.52 | 0.58 |
| | 実践度 | 1050 | 2.66 | 0.79 |
| 12. 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを、 家族の反応を観察し確認する | 重要度 | 1486 | 3.77 | 0.43 |
| | 実践度 | 1309 | 3.32 | 0.53 |
| 13. 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する | 重要度 | 1466 | 3.72 | 0.48 |
| | 実践度 | 1241 | 3.15 | 0.64 |
| 14. 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを確認する | 重要度 | 1391 | 3.53 | 0.60 |
| | 実践度 | 1129 | 2.87 | 0.70 |
| 15. 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合 医療者を交えた話し合いの場を調整する | 重要度 | 1338 | 3.40 | 0.69 |
| | 実践度 | 1043 | 2.65 | 0.79 |
| 16. 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけを行う | 重要度 | 1426 | 3.62 | 0.52 |
| | 実践度 | 1199 | 3.04 | 0.64 |
| 17. 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、 その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間を作る | 重要度 | 1412 | 3.58 | 0.55 |
| | 実践度 | 1152 | 2.92 | 0.69 |
| 18. 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている | 重要度 | 1399 | 3.55 | 0.57 |
| | 実践度 | 1188 | 3.02 | 0.67 |
| 19. 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度 医師を交えて治療方針を検討できることを伝える | 重要度 | 1452 | 3.69 | 0.50 |
| | 実践度 | 1250 | 3.17 | 0.71 |
| 20. 代理意思決定後に、家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する | 重要度 | 1477 | 3.75 | 0.43 |
| | 実践度 | 1340 | 3.40 | 0.59 |
| 21. 家族の体調に配慮して関わる努力をする | 重要度 | 1495 | 3.79 | 0.41 |
| | 実践度 | 1403 | 3.56 | 0.55 |
| 22. 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への 橋渡しをする | 重要度 | 1490 | 3.78 | 0.44 |
| | 実践度 | 1367 | 3.47 | 0.63 |
| 23. 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる、患者・家族の問題を他職種と 共にカンファレンスで話し合う | 重要度 | 1401 | 3.56 | 0.57 |
| | 実践度 | 1041 | 2.64 | 0.84 |
| 24. 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする | 重要度 | 1383 | 3.51 | 0.58 |
| | 実践度 | 1076 | 2.73 | 0.76 |
| 25. 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援（アフターケア） を行う | 重要度 | 1410 | 3.58 | 0.59 |
| | 実践度 | 1082 | 2.75 | 0.81 |

表6 代理意思決定支援の実践得点の順位

| 順位 | 設問番号 | 項目 | 合計 |
|----|------|-----------------------------------|-------|
| | | | n=394 |
| 1 | 23 | 患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う | 3240 |
| 2 | 5 | 事前指示を確認する | 3226 |
| 3 | 11 | 病状の説明がある場合は必ず同席する | 3169 |
| 4 | 25 | 後悔、自責の念、迷いなどに対する支援を行う | 3119 |
| 5 | 24 | 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する | 3070 |
| 6 | 15 | 家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する | 3052 |
| 7 | 7 | 支援する存在であることを家族に明確に説明する | 3004 |
| 8 | 14 | 家族の意向が対立していないかを確認する | 2901 |
| 9 | 17 | 時間的な制約がある中で、家族が納得し、受け止める時間を作る | 2884 |
| 10 | 1 | わかりやすい言葉で情報の提供を行う | 2747 |
| 11 | 16 | 家族が十分に考えられるような声かけを行う | 2740 |
| 12 | 6 | 家族に看護ケアの必要性を説明し、患者の状況を見もらう | 2724 |
| 13 | 18 | 代理意思決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている | 2712 |
| 14 | 8 | いつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ | 2705 |
| 15 | 13 | 家族が苦悩している事柄を傾聴する | 2667 |
| 16 | 9 | サポートしてくれる人がいるかを見極めて関わりを持つ | 2653 |
| 17 | 3 | 医師からの病状説明を混乱状況のない人に話ができるよう調整する | 2603 |
| 18 | 19 | 家族が一度決めた決断でも、再度医師を交えて治療方針を検討できる | 2592 |
| 19 | 10 | 家族が納得できるまで医師の説明を聞けるように調整する | 2519 |
| 20 | 12 | 医師の説明を理解しているか、家族の反応を観察し確認する | 2460 |
| 21 | 4 | 家族から患者の状態についての質問に対し、看護師として伝える | 2420 |
| 22 | 20 | 家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する | 2318 |
| 23 | 2 | 家族が辛くないように患者の身なりを整える | 2279 |
| 24 | 22 | 家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする | 2225 |
| 25 | 21 | 家族の体調に配慮して関わる | 2109 |

内閣府国民生活局(2006)の調査方法を参考に、(重要度の認識得点) × (5-実践度得点) で算出

※ 得点が高いほど「重要であると認識していても実践できていない」ことを表す

表7 調査票

| カテゴリー | 具体的質問項目 |
|--------------------|--|
| 家族のニーズに合わせたケア | <p>1 家族に分かりやすい言葉で患者の現状について伝える。</p> <p>2 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える。</p> <p>3 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに混乱状況のない人に話ができるように調整する。</p> <p>4 医師からの病状説明後、家族からの患者の状態についての質問に対し、看護師として伝える努力をする。</p> <p>5 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを家族の反応を観察し、確認する。</p> <p>6 家族の体調に配慮してかわる努力をする。</p> <p>7 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする。</p> |
| 患者の現状への理解についてのサポート | <p>8 患者はAdvance directivesやLiving willを残しているか（持っているか・発言しているか）を確認する。</p> <p>9 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明しながら患者の現状を見てもらう。</p> <p>10 看護師は代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する。</p> <p>11 看護師の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問にいつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ。</p> <p>12 家族に対してサポートしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ。</p> <p>13 医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する。</p> |
| 家族への情緒的サポート | <p>14 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する。</p> <p>15 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを傾聴する。</p> <p>16 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する。</p> <p>17 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけを行う。</p> <p>18 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間をつくる。</p> <p>19 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている。</p> <p>20 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える。</p> |
| 他職種からのサポート | <p>21 家族が代理意思決定をした治療方針について家族が納得できるまで医師や他職種の説明を聞けるように調整する。</p> <p>22 他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う。</p> <p>23 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う。</p> <p>24 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする。</p> <p>25 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援（アフターケア）を行う。</p> |

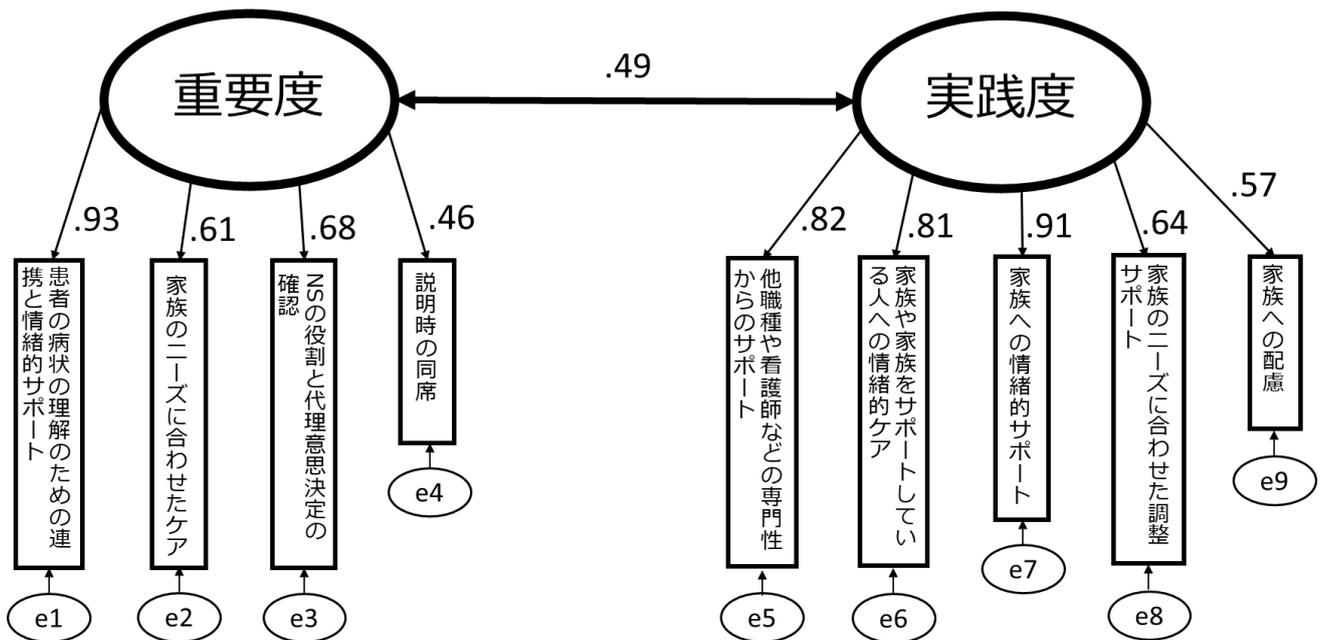


図1 重要性と実践の認識構造

表8 対象者の概要

n=164

| | 年齢 | 看護師 経験年数 | 救命センター 勤務年数 | 病棟ごとの 看護師数 | 所属病棟の 専属医師数 |
|------|------|-------------|----------------|---------------|----------------|
| 平均値 | 35.6 | 13.2 | 5.1 | 29.8 | 6.6 |
| 中央値 | 36.0 | 13.0 | 4.0 | 30.0 | 5.0 |
| 最頻値 | 36.0 | 15.0 | 2.0 | 30.0 | 5.0 |
| 標準偏差 | 8.1 | 7.9 | 4.2 | 8.4 | 6.9 |

表9 対象者の職位・資格と救急システム

n=164

| | 有資格の種類 | | | | | | | 救急システム | | | 職位 | | | |
|----|----------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-------------------|--------------------------------|--------|--------|--------|-----|---------|-----|------|
| | 急性・重症患者看護専門看護師 | 救急看護認定看護師 | 小児救急看護認定看護師 | 集中ケア認定看護師 | その他の専門看護師・認定看護師 | その他、救命センターにかかわる資格 | 救命センターにかかわらないその他の資格 (CN・CNS以外) | 1次救急病院 | 2次救急病院 | 3次救急病院 | 師長 | 主任(副師長) | 副主任 | その他 |
| 度数 | 2 | 9 | 0 | 3 | 4 | 29 | 6 | 4 | 12 | 148 | 8 | 19 | 6 | 131 |
| % | 1.2 | 5.5 | 0.0 | 1.8 | 2.4 | 17.7 | 3.7 | 2.4 | 7.3 | 90.2 | 4.9 | 11.6 | 3.7 | 79.9 |

表10 患者の家族の代理意思決定支援について看護師が捉える重要度因子分析結果 n=164

| 因子名・項目 | 平均値 | 中央値 | 因子負荷量 | | | |
|---|------|------|-------|-------|-------|-------|
| 「患者の病状の理解のための連携と情緒的サポート」 | 50.0 | 51.0 | | | | |
| 24) 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をす る。 | | | 0.83 | 0.42 | 0.61 | 0.21 |
| 23) 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる患者・家族の問題を 他職種と共にカンファレンスで話し合う。 | | | 0.79 | 0.44 | 0.53 | 0.26 |
| 21) 家族が代理意思決定をした治療方針について家族が納得でき るまで医師や他職種の説明を聞けるように調整する。 | | | 0.78 | 0.50 | 0.42 | 0.52 |
| 25) 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援 (アフターケア)を行う。 | | | 0.76 | 0.55 | 0.38 | 0.39 |
| 16) 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場 合、医療者を交えた話し合いの場を調整する。 | | | 0.74 | 0.44 | 0.48 | 0.47 |
| 15) 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していなか を傾聴する。 | | | 0.74 | 0.44 | 0.33 | 0.49 |
| 19) 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっ ている。 | | | 0.72 | 0.57 | 0.36 | 0.59 |
| 18) 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした 場合、その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時 間をつくる。 | | | 0.70 | 0.45 | 0.45 | 0.50 |
| 17) 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけ を行う。 | | | 0.69 | 0.49 | 0.38 | 0.58 |
| 14) 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する。 | | | 0.68 | 0.47 | 0.36 | 0.57 |
| 20) 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、 再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える。 | | | 0.66 | 0.53 | 0.41 | 0.59 |
| 11) 看護師の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問 にいつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ。 | | | 0.66 | 0.59 | 0.46 | 0.54 |
| 22) 他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う。 | | | 0.61 | 0.25 | 0.35 | 0.32 |
| 12) 家族に対してサポートしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを 持つ。 | | | 0.57 | 0.39 | 0.40 | 0.41 |
| 9) 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性 を説明しながら患者の現状を見てもらう。 | | | 0.56 | 0.53 | 0.52 | 0.42 |
| 「家族のニーズに合わせたケア」 | 26.1 | 27.0 | | | | |
| 7) 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、 医師への橋渡しをする。 | | | 0.44 | 0.70 | 0.25 | 0.42 |
| 2) 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なり を整える。 | | | 0.31 | 0.64 | 0.25 | 0.30 |
| 4) 医師からの病状説明後、家族からの患者の状態についての質問 に対し、看護師として伝える努力をする。 | | | 0.28 | 0.61 | 0.22 | 0.32 |
| 1) 家族に分かりやすい言葉で患者の現状について伝える。 | | | 0.30 | 0.60 | 0.16 | 0.16 |
| 5) 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているか を家族の反応を観察し、確認する。 | | | 0.40 | 0.59 | 0.28 | 0.45 |
| 6) 家族の体調に配慮してかかわる努力をする。 | | | 0.42 | 0.55 | 0.30 | 0.33 |
| 3) 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに 混乱状況のない人に話ができるように調整する。 | | | 0.33 | 0.41 | 0.32 | 0.32 |
| 「NSの役割と代理意思決定の確認」 | 6.8 | 7.0 | | | | |
| 10) 看護師は代理意思決定を支援する存在であることを家族に明 確に説明する。 | | | 0.55 | 0.37 | 0.95 | 0.31 |
| 8) 患者は事前指示 (Advance directives) やリビングウィル (Living will) を残しているか (持っているか・発言している か) を確認する。 | | | 0.56 | 0.52 | 0.57 | 0.36 |
| 「説明時の同席」 | 3.7 | 4.0 | | | | |
| 13) 医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する。 | | | 0.41 | 0.31 | 0.26 | 0.58 |
| 因子間相関 | | | | | | |
| 第1因子 | | | 1.000 | .611 | .593 | .545 |
| 第2因子 | | | .611 | 1.000 | .426 | .555 |
| 第3因子 | | | .593 | .426 | 1.000 | .298 |
| 第4因子 | | | .545 | .555 | .298 | 1.000 |

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表11 患者の家族の代理意思決定支援について看護師が捉える実践度因子分析結果

n=164

| 因子名・項目 | 平均値 | 中央値 | 因子負荷量 | | | | |
|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 「他職種や看護師などの専門性からのサポート」 | 16.7 | 17.0 | | | | | |
| 23) 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる患者・家族の問題を他職種と共にカンファレンスで話し合う。 | | | 0.90 | 0.54 | 0.60 | 0.37 | 0.45 |
| 24) 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする。 | | | 0.80 | 0.60 | 0.62 | 0.29 | 0.48 |
| 22) 他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う。 | | | 0.79 | 0.47 | 0.46 | 0.20 | 0.21 |
| 10) 看護師は代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する。 | | | 0.62 | 0.52 | 0.49 | 0.41 | 0.37 |
| 8) 患者は事前指示 (Advance directives) やリビングウィル (Living will) を残しているか (持っているか・発言しているか) を確認する。 | | | 0.53 | 0.44 | 0.53 | 0.49 | 0.35 |
| 13) 医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する。 | | | 0.40 | 0.39 | 0.34 | 0.16 | 0.12 |
| 「家族や家族をサポートしている人への情緒的ケア」 | 12.2 | 12.0 | | | | | |
| 14) 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する。 | | | 0.54 | 0.86 | 0.62 | 0.41 | 0.35 |
| 15) 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを傾聴する。 | | | 0.55 | 0.81 | 0.63 | 0.36 | 0.42 |
| 16) 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合、医療者を交えた話し合いの場を調整する。 | | | 0.65 | 0.65 | 0.50 | 0.40 | 0.23 |
| 12) 家族に対してサポートしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ。 | | | 0.46 | 0.56 | 0.47 | 0.41 | 0.37 |
| 「家族への情緒的サポート」 | 25.3 | 26.0 | | | | | |
| 21) 家族が代理意思決定をした治療方針について家族が納得できるまで医師や他職種の説明を聞けるように調整する。 | | | 0.57 | 0.64 | 0.78 | 0.46 | 0.43 |
| 17) 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけを行う。 | | | 0.59 | 0.72 | 0.76 | 0.49 | 0.34 |
| 18) 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間をつくる。 | | | 0.65 | 0.64 | 0.75 | 0.42 | 0.40 |
| 20) 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える。 | | | 0.52 | 0.58 | 0.74 | 0.42 | 0.31 |
| 19) 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている。 | | | 0.45 | 0.47 | 0.70 | 0.32 | 0.52 |
| 11) 看護師の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問にいつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ。 | | | 0.55 | 0.63 | 0.65 | 0.49 | 0.51 |
| 25) 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援 (アフターケア) を行う。 | | | 0.61 | 0.46 | 0.61 | 0.44 | 0.41 |
| 「家族のニーズに合わせた調整サポート」 | 16.2 | 16.0 | | | | | |
| 1) 家族に分かりやすい言葉で患者の現状について伝える。 | | | 0.11 | 0.20 | 0.22 | 0.70 | 0.32 |
| 9) 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明しながら患者の現状を見てもらう。 | | | 0.52 | 0.45 | 0.56 | 0.67 | 0.34 |
| 5) 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを家族の反応を観察し、確認する。 | | | 0.20 | 0.33 | 0.48 | 0.59 | 0.38 |
| 4) 医師からの病状説明後、家族からの患者の状態についての質問に対し、看護師として伝える努力をする。 | | | 0.32 | 0.41 | 0.48 | 0.57 | 0.53 |
| 3) 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに混乱状況のない人に話ができるように調整する。 | | | 0.39 | 0.35 | 0.36 | 0.52 | 0.32 |
| 「家族への配慮」 | 10.0 | 10.0 | | | | | |
| 7) 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋渡しをする。 | | | 0.38 | 0.31 | 0.50 | 0.36 | 0.64 |
| 2) 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える。 | | | 0.21 | 0.24 | 0.30 | 0.42 | 0.63 |
| 6) 家族の体調に配慮してかかわる努力をする。 | | | 0.41 | 0.40 | 0.40 | 0.34 | 0.61 |
| 因子間相関 | | | | | | | |
| 第1因子 | | | 1 | 0.657 | 0.678 | 0.422 | 0.426 |
| 第2因子 | | | 0.657 | 1 | 0.718 | 0.492 | 0.416 |
| 第3因子 | | | 0.678 | 0.718 | 1 | 0.57 | 0.541 |
| 第4因子 | | | 0.422 | 0.492 | 0.57 | 1 | 0.485 |
| 第5因子 | | | 0.426 | 0.416 | 0.541 | 0.485 | 1 |

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴う° Rマックス法

表12 重要度合計・実践度合計の相関関係 n=164

| | | 重要度合計 | 実践度合計 |
|-------|------|-------|-------|
| 重要度合計 | 相関係数 | | 0.46 |
| | 有意確率 | | .000 |
| 実践度合計 | 相関係数 | 0.46 | |
| | 有意確率 | .000 | |

表13 実践度と重要度の差について n=164

| | | N | 平均ランク | 順位和 | 有意差 |
|-------|------|-----|-------|---------|-----|
| 実践度合計 | 負の順位 | 153 | 77.98 | 11931.5 | *** |
| | 正の順位 | 1 | 3.5 | 3.5 | |
| - | | | | | |
| 重要度合計 | 同順位 | 10 | | | |
| | 合計 | 164 | | | |

ウィルコクソン検定 *** : $p < 0.001$

| 表14 重要度と実践度の差と経験年数 | | | | | | n = 164 |
|--------------------|---------|----|-------|-------|----------|---------|
| | 救急経験 長短 | N | 平均値 | 標準偏差 | 平均値の標準誤差 | 有意差 |
| 重要度と実践度の差 | 3年目以下 | 71 | 15.37 | 10.42 | 1.24 | * |
| | 4年目以上 | 93 | 12.23 | 9.12 | 0.95 | |

studentのt検定 * : p < 0.05

| 表15 研修受講と実践度の関係 | | | | | n = 164 |
|-----------------|---------|-----|-------|------|---------|
| | 研修受講の有無 | N | 平均ランク | 順位和 | 有意差 |
| 実践度合計 | なし | 121 | 78.12 | 9453 | * |
| | あり | 43 | 94.81 | 4077 | |
| | 合計 | 164 | | | |

Mann-WhitneyのU検定 * : p < 0.05

表16 救急看護師の代理意思決定支援の重要度と実践度

n=164

| カテゴリ | 設問 | 質問事項 | 重要度 | | | | 実践度 | | | | 相対値 (実践度/重要度) |
|----------------------------|----|--|-------|------|------|--------|-------|------|------|-------|------------------|
| | | | 合計 | 平均 | 標準偏差 | 肯定率 | 合計 | 平均 | 標準偏差 | 肯定率 | |
| 家族の ニーズに 合わせた ケア | 1 | 家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える | 628 | 3.83 | 0.38 | 100.0% | 540 | 3.29 | 0.57 | 95.1% | 8.75 |
| | 2 | 家族が患者と会うときは、家族が辛くならないように患者の身なりを整える | 623 | 3.80 | 0.40 | 100.0% | 560 | 3.41 | 0.54 | 97.6% | 8.52 |
| | 3 | 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあらかじめ混乱した状況のな い人に話ができるよう調整する | 597 | 3.64 | 0.50 | 99.4% | 522 | 3.18 | 0.60 | 90.9% | 6.31 |
| | 4 | 医師からの病状説明後、家族から患者の状態についての質問に対し、看護 師として伝える努力をする | 605 | 3.69 | 0.50 | 98.2% | 546 | 3.33 | 0.55 | 95.7% | 6.65 |
| | 5 | 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを家族の反応 を観察し、確認する | 619 | 3.77 | 0.42 | 100.0% | 554 | 3.38 | 0.60 | 95.1% | 8.08 |
| | 6 | 家族の体調に配慮してかわる努力をする | 592 | 3.61 | 0.50 | 99.4% | 528 | 3.22 | 0.55 | 93.3% | 6.44 |
| | 7 | 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、医師への橋 渡しをする | 622 | 3.79 | 0.41 | 100.0% | 560 | 3.41 | 0.57 | 95.7% | 8.42 |
| 患者の現 状につい てのサ ポート | 8 | 患者は事前指示やリビングウィルを残しているか（持っているか・発言している か）を確認する | 568 | 3.46 | 0.62 | 94.5% | 451 | 2.75 | 0.78 | 61.6% | 4.44 |
| | 9 | 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明しなが ら患者の現状を見せよう | 574 | 3.50 | 0.59 | 96.3% | 487 | 2.97 | 0.67 | 79.9% | 5.04 |
| | 10 | 看護師は代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する | 543 | 3.31 | 0.66 | 90.2% | 450 | 2.74 | 0.72 | 65.2% | 4.17 |
| | 11 | 看護師の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問についても対 応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ | 585 | 3.57 | 0.52 | 98.8% | 499 | 3.04 | 0.64 | 86.6% | 5.86 |
| | 12 | 家族に対してサポートしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ | 595 | 3.63 | 0.51 | 98.8% | 526 | 3.21 | 0.64 | 90.2% | 6.31 |
| | 13 | 医師から家族へ、病状の説明がある場合は同席する | 601 | 3.66 | 0.51 | 98.2% | 485 | 2.96 | 0.71 | 73.8% | 5.81 |
| | 14 | 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する | 609 | 3.71 | 0.45 | 100.0% | 517 | 3.15 | 0.61 | 90.9% | 6.97 |
| 家族への 情緒的サ ポート | 15 | 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを傾聴する | 586 | 3.57 | 0.54 | 97.6% | 497 | 3.03 | 0.68 | 81.1% | 5.59 |
| | 16 | 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合、医療者を 交えた話し合いの場を調整する | 556 | 3.39 | 0.59 | 94.5% | 455 | 2.77 | 0.72 | 71.3% | 4.70 |
| | 17 | 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけを行う | 598 | 3.65 | 0.49 | 99.4% | 510 | 3.11 | 0.57 | 90.9% | 6.34 |
| | 18 | 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、その代 理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間をつくる | 590 | 3.60 | 0.51 | 98.8% | 493 | 3.01 | 0.60 | 84.8% | 5.84 |
| | 19 | 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し聞ける | 588 | 3.59 | 0.50 | 99.4% | 508 | 3.10 | 0.66 | 84.8% | 6.14 |
| | 20 | 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交 えて治療方針を検討できることを伝える | 604 | 3.68 | 0.48 | 99.4% | 531 | 3.24 | 0.67 | 87.8% | 6.77 |
| | 21 | 家族が代理意思決定をした治療方針について家族が納得できるまで医師や 他職種の説明を聞けるように調整する | 601 | 3.66 | 0.50 | 98.8% | 515 | 3.14 | 0.60 | 89.0% | 6.31 |
| 他職種か らのサ ポート | 22 | 他職種でカンファレンスが行えるようにスケジュール調整を行う | 565 | 3.45 | 0.59 | 96.3% | 447 | 2.73 | 0.75 | 66.5% | 4.64 |
| | 23 | 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる、患者・家族の問題を他職種と 共にカンファレンスで話し合う | 561 | 3.42 | 0.57 | 95.7% | 440 | 2.68 | 0.76 | 63.4% | 4.68 |
| | 24 | 他職種と協働して家族の代理意思決定を支持する努力をしている | 570 | 3.48 | 0.53 | 98.2% | 468 | 2.85 | 0.66 | 75.6% | 5.34 |
| | 25 | 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援（アフターケア） を行っている | 585 | 3.57 | 0.52 | 98.8% | 448 | 2.73 | 0.73 | 69.5% | 5.26 |
| 合計 | | | 14765 | 90.0 | 12.8 | 2451% | 12537 | 76.4 | 16.2 | 2076% | 153.4 |
| 平均 | | | 591 | 3.60 | 0.51 | 98.0% | 501 | 3.06 | 0.65 | 83.0% | 6.13 |

表17 代理意思決定支援が困難な要因

n=164

| カテゴリ | コード | 設問 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------------|------------|---|----|---|---|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 合計 | |
| 能力による要因 | ・新人のため説明できない | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 | 10 | |
| | ・余裕がない | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 7 | |
| 作業負担による要因 | ・救急の状況において時間を割くことが出来ない(業務で忙しい) | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 16 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 2 | 5 | 64 |
| | ・人数が限られており難しい | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | 6 | |
| | ・患者の状態を優先し、家族に対して配慮出来ない | | | | 3 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 4 | |
| | ・医師が実施している又ははするものと認識している | 2 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | |
| 役割分担による要因 | ・師長/リーダーが実施している | | | | 2 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 6 | |
| | ・看護師が関わることもなかろうか線引きに迷う | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・調整する役割になっていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | |
| | ・あまり深追しないように心がけている(声掛けはしない) | 1 | | | 1 | | 2 | 2 | 1 | 3 | | 4 | 2 | | | | | | | | | | | | | | 15 | |
| 体制による要因 | ・意思決定後のフォローまでは行っていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・説明の仕方が分からない | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・聞く/話すタイミングが分からない | | | | | | | 2 | 1 | 1 | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 4 | |
| | ・家族に対して説明する機会がない | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・同席の基準が設定されていない | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・医師の協力が得られないことがある | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | 2 | |
| | ・具体的な方法や体制が確立されていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| | ・他職種まで調整するのは難しい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・他職種との時間的連携が難しい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| | ・他部署とのカンアレンスや連携の場がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 |
| | ・そのような状況になったことが無い | 1 | | | | | | 1 | 4 | 1 | 3 | | | | | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | | | | | | 5 |
| | 機会による要因 | ・家族が複数人居ない | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| ・時間的猶予が無い | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| 認識による要因 | ・調整する必要性を認識したことが無い | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | |
| | ・説明する役割の認識が無かった | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 3 | |
| | ・他の家族も知る権利があると考えているため | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・周知/認知されていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | |
| 患者/家族側の要因 | ・家族の意向が優先されることが多い | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| | ・余裕がない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・高齢のため意思表示できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・家族以外は面会禁止であるため | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・家族内で話し合ってもらっている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | |
| | ・家族が悲嘆に打ちひしがれている中で言いにくい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | |
| | ・時間が確保できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| | 合計 | 6 | 0 | 13 | 3 | 4 | 4 | 2 | 24 | 9 | 14 | 6 | 2 | 24 | 4 | 9 | 19 | 6 | 8 | 3 | 4 | 5 | 20 | 16 | 10 | 13 | 228 | |

謝辞

学位論文を作成するにあたり、ご指導、ご高閲を賜りました筑波大学大学院 福祉医療学分野 柳 久子 准教授には、学位論文が完成する全過程においてきめ細やかなご指導を頂きました。専門外の内容にも真摯に意見交換し、そこから新たな学際的なアイデアを頂けたことは今でも忘れられません。また、統計的なデータ分析においてご助言くださいました、東海大学医学部看護学科 松木 秀明 名誉教授に深謝致します。

柳研究室でのゼミでは、いつも見守り、貴重なご助言とご指導を頂いた 柳 久子 准教授、学友や修了生の皆さまとのひと時は、知的探求の楽しさや新たな気づきと共に、さらなる研究の示唆を頂き感謝申し上げます。

そして、論文審査において大変貴重なご助言、ご指導を賜りました 水上 勝義 教授、水野 智美 准教授、下條 信威 講師に深く感謝申し上げます。

本研究において、実態調査にご協力頂きました全国の救命救急センターの施設長・看護部長ならびに救急看護師の皆さまに心より感謝申し上げます。また、今回のインターネット調査は多くの自由記載があり、現場で看護実践をしている多くの困難や苦悩も含め、非常に意味のあるデータや自由記載を頂きました。本研究にご協力いただいた皆様に心からお礼申し上げます。

最後になりますが、自分を支えてくれた家族の存在は大きいと再認識した3年間であり、この場を借りて深く感謝したいと思います。

2022年4月

縦山 定美

初出一覧

■ 論文 1

縦山定美

救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践度の看護師の認識

横浜創英大学研究論集. 2017, 4, p. 1-12.

資料

平成 年 月 日

大学病院
病院長 様『 救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族への
看護支援の重要度と実践 』に関する研究へのご協力をお願い

拝啓

初秋の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は自治医科大学大学院看護学研究科においてクリティカルケア看護学を学んでいる大学院生です。

この度、専門看護師コースの課題研究を行うにあたり、救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定について学びを深めたいと考え取り組んでまいりました。その中で家族が患者の延命治療に対する代理意思決定を行うことは、精神的に危機的な状態であり看護支援が重要であることが考えられます。そこで関東地方の救急部門を備えた大学附属病院に勤務している看護師の皆様へ、アンケート調査を行いたいと考えました。

ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、別紙添付の研究説明書を併せてお読みいただき、貴施設において本研究を実施するご許可についてご検討くださいますようお願い申し上げます。なお、本研究は、自治医科大学大学院看護学研究科看護学研究倫理審査会の審査を受け、承認されましたことを申し添えます。

敬具

記

< 同封文書 >

- | | |
|------------|-----|
| 1. 研究説明書 | 1 部 |
| 2. 調査票 | 1 部 |
| 3. 研究参加承諾書 | 1 枚 |
| 4. 返信用封筒 | 1 枚 |

なお、ご質問・ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記へお問い合わせをお願い申し上げます。

< 連絡先 >

研究者 : 自治医科大学大学院看護学研究科 修士課程 2 年 縦山 定美

連絡先 : 住所 〒329 - 0431 栃木県下野市薬師寺 3311-159

電話番号 0285 - 58 - 7559 E-mail mn0909@jichi.ac.jp

指導教員 : 自治医科大学大学院看護学研究科 実践看護学分野

健康危機看護学領域 クリティカルケア看護学

教授 中村 美鈴 電話番号 0285-58-7504 E-mail misuzu@jichi.ac.jp

大学病院
病院長 様

研究説明書

1. 研究背景

救急領域における患者の延命治療に対する家族の代理意思決定は、精神的にも危機的な状態であることが考えられます。このような患者の延命治療に対する家族の代理意思決定を支える看護師は、患者の治療や処置などの救命が最優先することにより、患者や家族の苦痛・苦悩・不安などの精神的なケアを行う時間的余裕がない中で看護支援を実践していると考えられます。そこで、救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを明らかにする実態調査研究をし、今後の看護支援に役立てたいと考えました。

2. 研究目的

救急領域に勤務している看護師の皆様が、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し実践を行っているかを調査させて頂き、今後の看護支援に役立てることを目的としています。

3. 研究の意義

先行研究では延命治療に対する代理意思決定を行う家族に関する研究は増加しつつあるしかし、延命治療の代理意思決定をした家族に対する看護師の認識と実際に行っている看護実践を調査した研究は今のところ見当たらずに価値ある研究であると考えます。

救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを把握することは、家族支援を重要と認識しながらもなぜ実践できていないのかが明らかになると考えられます。そこで、実践できていない原因や要因を考察し、患者の代理意思決定を担う家族支援の在り方について具体的な対策を検討することができます。さらに、原因や要因の中に救急領域特有の環境的な問題があるならば、臨床環境を整えることに寄与し、時間的な余裕がない中でも家族に対して看護支援を行えるのではないかと考えられます。また、明らかになった患者の延命治療に対する代理意思決定を担った家族の支援の在り方について、教育的機能を発揮し多くの看護師の関わりを通して臨床に還元できると考えられます。

したがって、この研究の成果は、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族の看護支援の改善に寄与できると考えられます。

1. 研究の方法

< 研究デザイン >

救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを明らかにする実態調査研究である。

< 用語の定義 >

救急領域：救急領域とは救急病棟、集中治療室、心血管疾患集中治療室を意味し、患者の多くは突発的な発症により、危機的な状態にある患者の受け入れ施設である。本研究においては、救命処置が最優先となる状態が考えられる場所をいう。

延命治療：救急領域で危機的な状態にある患者に対し、心機能・血圧維持のための薬剤投与、中心静脈や経管栄養、輸血、人工透析、気管挿管、気管切開などの気道確保、人工呼吸、人工心肺、心肺蘇生（心臓マッサージ、電氣的除細動、心臓治療薬投与）などによって人為的に延命を図ることを目的とする。

代理意思決定：本研究では患者自身が突然の発症で危機的な状況になり、意思決定能力を欠く患者の家族が、本来ならば本人が望むであろう治療決定を、Advance directives（事前指示）や Living will（リビングウィル）がないために、患者に代わって家族員が意思決定を行うこととする。

2. 研究対象者の選定条件

救急領域に就業している看護管理者および看護スタッフ全員。

3. 研究への参加・協力の自由意思

本調査への参加・協力は自由意思です。

調査票を回収箱に投函され、調査票の回収をもって本研究への同意が得られたとさせていただきます。また、本研究への参加協力の有無によって不利益を被らないことを保証します。

4. 研究に参加・協力することにより期待される利益

本研究により、救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを把握することは、家族支援を重要と認識しながらもなぜ実践できていないのかが明らかになると考えます。そこで、実践できていない原因や要因を考察し、患者の代理意思決定を担う家族支援の在り方について具体的な対策を検討することができると考えます。さらに、原因や要因の中に救急領域特有の環境的な問題があるならば、臨床環境を整えることに寄与し、時間的な余裕がない中でも家族に対して看護支援を行えるのではないかと考えます。また、明らかになった

患者の延命治療に対する代理意思決定を担った家族の支援の在り方について、教育的機能を発揮し多くの看護師の関わりを通して臨床に還元できると考えます。

したがって、この研究の成果は、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族の看護支援の改善に寄与できると考えられます。

1. 研究に参加・協力することにより起こり得る不快な状態と対処方法

質問紙調査の回答に 25 分程度を要します。調査にご協力いただくことで調査対象者に対し直接的なリスクはないと考えます。また、調査対象者は勤務時間外の自由な時間で行って頂く調査であり、本人の自由意思で協力を依頼するものです。

2. 個人情報の保護について

調査票は無記名でご記入ください。調査票のご記入後、封筒に入れ封をして回収箱のご提出ください。調査結果は全体での統計処理を致しますので、個人の結果が特定されることはありません。また、研究により得られたデータは調査中厳重に保管し、研究終了後はすべて破棄致します。

3. 研究結果の取り扱いと公表

本研究の成果は、自治医科大学大学院 看護学研究科 修士論文発表会や看護系の学会、学術論文として公表する予定です。公表する場合でもプライバシーは固く守ります。

また、研究成果のお問い合わせについては、内容や状況に応じて対応致します。

4. この調査への、ご質問やご意見は研究者へ直接ご連絡ください。

連絡先

研究者 : 自治医科大学大学院看護学研究科
修士課程 2 年 樺山 定美

連絡先 : 住所 〒329 - 0431 栃木県下野市薬師寺 3311 - 159
電話番号 0285 - 58 - 7559 E-mail mn0909@jichi.ac.jp

指導教員 : 自治医科大学大学院看護学研究科 実践看護学分野
健康危機看護学領域 クリティカルケア看護学
教授 中村 美鈴 電話番号 0285-58-7504 E-mail misuzu@jichi.ac.jp

「 救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定を担う
家族への看護支援の重要度と実践 」に関する

研 究 参 加 承 諾 書

< 記載内容 >

- 研究背景・目的
- 研究意義・方法
- 研究対象者の選定条件
- 研究への参加・協力の自由意思
- 研究に参加・協力することにより期待される利益
- 研究に参加・協力することにより起こり得る不快な状態と対処方法
- 個人情報の保護について
- 研究結果の取り扱いと公表
- 研究を行う研究者および研究責任者の氏名、所属、連絡先、連絡方法

< 病院施設長様 >

私たち施設は、上記の内容について十分に理解し、研究参加を承諾致します。

承諾年月日：平成 年 月 日

施設長署名： _____

病院
看護部長 様

看護研究参加とお願い

1. 研究背景

救急領域における患者の延命治療に対する家族の代理意思決定は、精神的に危機的な状態であり看護支援がとても重要であることが考えられます。このような患者の延命治療に対する家族の代理意思決定を支える看護師は、患者の治療や処置などの救命が最優先することにより、患者や家族の苦痛・苦悩・不安などの精神的なケアを行う時間的余裕がない中で看護支援を実践していると考えられます。そこで、救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを明らかにする実態調査研究をし、今後の看護支援に役立てたいと考えました。

2. 研究目的

救急領域に勤務している看護師の皆様が、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し実践を行っているかを調査させて頂き、今後の看護支援に役立てることを目的としています。

3. 研究の方法

救急領域に勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し実践を行っているかを明らかにする実態調査研究です。

4. 研究対象者

救急領域に就業している看護管理者および看護スタッフ全員としています。

5. 調査協力の依頼内容

当該病棟への研究実施の周知をお願い致します。

ご面倒をおかけいたしまして大変申し訳ございません。

ご協力ありがとうございます。

6. この調査への、ご質問やご意見は研究者へ直接ご連絡ください。

< 連絡先 >

研究者：自治医科大学大学院看護学研究科修士課程 2 年 樺山 定美

連絡先：住所 〒329 - 0431 栃木県下野市薬師寺 3311-159

電話番号 0285 - 58 - 7559 E-mail mn0909@jichi.ac.jp

指導教員：自治医科大学大学院看護学研究科 実践看護学分野

健康危機看護学領域 クリティカルケア看護学

教授 中村 美鈴 電話番号 0285-58-7504 E-mail misuzu@jichi.ac.jp

調査ご協力のお願い

拝啓

初秋の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、自治医科大学大学院看護学研究科においてクリティカルケア看護学を学んでいる大学院生です。

研究課題として、救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定について学びを深めたいと考え、取り組んでまいりました。その中で家族が患者の延命治療に対して代理意思決定を担うことは、精神的に重責であり看護支援が重要であると報告されています。臨床の現場では代理意思決定に関して、どのような看護支援がなされているか、救急領域に勤務されている看護師の皆様アンケート調査を行い、今後の家族支援について検討する必要があると考えました。

以下に記した本研究の説明をお読みいただき、研究へのご協力をお願い申し上げます。なお、調査につきましてご不明な点やご意見がございましたら、問い合わせ先へご連絡願います。

敬具

< 研究へのご協力のお願いと説明 >

『救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践』の看護研究へのご協力をお願い致します。

1. 研究目的

救急領域に勤務している看護師の皆様が、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し実践を行っているかを調査させて頂き、今後の看護支援に役立てることを目的としています。

2. 研究対象者

救急領域に就業している看護管理者および看護スタッフ全員としています。

3. 研究への参加・協力の自由意思

本調査への参加・協力は自由意思です。

調査票を回収箱に投函され、調査票の回収をもって本研究への同意が得られたとさせて頂きます。また、本研究への参加協力の有無によって不利益を被らないことを保証します。

1. 研究に参加・協力することにより期待される利益

患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族が必要とされる看護支援について、アンケート調査をすることで看護支援の重要性について再認識し看護を振り返ることに寄与できると考えています。また、明らかになった患者の延命治療に対する代理意思決定を担った家族の支援について考える資料の一つとなり、将来的に多くの看護師の関わりを通して臨床に還元できると考えられます。

2. 研究に参加・協力することにより起こり得る不快な状態と対処方法

質問紙調査の回答に 25 分程度を要します。調査にご協力いただくことで調査対象者に対し直接的なリスクはないと考えます。また、調査対象者は勤務時間外の自由な時間で行って頂く調査であり、本人の自由意思で協力を依頼するものです。

3. 個人情報の保護について

調査票は無記名でご記入ください。調査票のご記入後、封筒に入れ封をして回収箱にご投函願います。調査結果は全体での統計処理を致しますので、個人の結果が特定されることはございません。また、研究により得られたデータは厳重に保管し、論文公表後はすべて破棄致します。

4. 研究結果の取り扱いと公表

本研究の成果は、自治医科大学大学院 看護学研究科 修士論文発表会や看護系の学会、学術論文として公表する予定です。公表する場合でもプライバシーは固く守ります。また、研究成果のお問い合わせについては、内容や状況に応じて対応致します。

5. この調査へのご不明な点やご意見は、研究者へ直接ご連絡をお願い致します。

連絡先

研究者：自治医科大学大学院看護学研究科 修士課程 2 年 樫山 定美

連絡先：住所 〒329 - 0431 栃木県下野市薬師寺 3311-159

電話番号 0285 - 58 - 7559 E-mail mn0909@jichi.ac.jp

指導教員：自治医科大学大学院看護学研究科 実践看護学分野
健康危機看護学

調 査 票

資料 3

本研究は、救急領域に勤務している看護師が、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し、実践を行っているかを明らかにする実態調査研究です。

< 記入例 > 回答の正解例にならってご記入願います。

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に重要と認識する | ほぼ重要と認識する | あまり重要と認識しない | 全く重要と認識しない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 1. <u>回答の正解例</u> (例題) 患者の現状について、家族にわかりやすい言葉で情報の提供を行う | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| (理由の例) 患者の初期対応や、多くの検査介助に追われ、家族に向かい合って 分かりやすく情報提供する時間が確保できないため。 | | | | | | | | |
| 2. <u>回答の誤り例</u> | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |

全部で 25 問ある設問において、最もあてはまる番号を ○印 で囲んでください。
 また実践度に関する質問で、あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を の中に 可能な限り具体的に 記述してください。

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に重要と認識する | ほぼ重要と認識する | あまり重要と認識しない | 全く重要と認識しない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 1. 患者の現状について、家族にわかりやすい言葉で情報の提供を行う | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|---|----------|----------|------------|-----------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 2. 家族が患者と会う際は、家族が辛くならないように患者の身なりを整える | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 3. 医師からの病状説明を、キーパーソンと家族の中でもあきらかに混乱状況のない人に話ができるよう調整する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 4. 医師からの病状説明後、家族から患者の状態についての質問に対し、看護師として伝える努力をする | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 5. 患者は事前指示 (Advance directives) やリビングウィル (Living will) を残しているか (持っているか・発言しているか) を確認する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 6. 代理意思決定を求める前に、家族に患者の看護ケアの必要性を説明しながら患者の現状を見せよう | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|--|----------|----------|------------|-----------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 7. 看護師は、代理意思決定を支援する存在であることを家族に明確に説明する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 8. 看護師（あなた）の方から声をかけ、代理意思決定に対する家族の疑問にいつでも対応できるように意識して家族のもとに足を運ぶ | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 9. 家族に対してサポートをしてくれる人がいるかを見極めて、関わりを持つ | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 10. 家族が代理意思決定した治療方針について家族が納得できるまで医師の説明を聞けるように調整をする | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 11. 医師から家族へ、病状の説明がある場合は必ず同席する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|--|-----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に理解し認識する | ほぼ理解し認識する | あまり理解し認識しない | 全く理解し認識しない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 12. 医師からの病状説明に際して、医師の説明が理解できているかを、 家族の反応を観察し確認する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 13. 家族が代理意思決定について苦悩している事柄を傾聴する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 14. 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立していないかを 確認する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 15. 代理意思決定する家族と、他の家族の意向が対立している場合 医療者を交えた話し合いの場を調整する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 16. 家族が代理意思決定できるまで、十分に考えられるような声かけ を行う | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|---|-----------|-----------|-------------|------------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に重要と認識する | ほぼ重要と認識する | あまり重要と認識しない | 全く重要と認識しない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 17. 時間的な制約がある中で、家族が患者の代理意思決定をした場合、その代理意思決定を家族が納得し、受け止めるための時間を作る | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 18. 代理意思決定後も、決定した意思が揺らぐことを想定し関わっている | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 19. 家族が一度決めた決断でも、いつでも家族の意思を表出でき、再度医師を交えて治療方針を検討できることを伝える | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 20. 代理意思決定後に、家族が患者と一緒に時間を共有できるように調整する | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 21. 家族の体調に配慮して関わる努力をする | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

| | 重要度 | | | | 実践度 | | | |
|---|------------|------------|-------------|------------|----------|----------|------------|-----------|
| | 常に実践や認識がある | ほぼ実践や認識がある | あまり実践や認識しない | 全く実践や認識しない | 常に実践している | ほぼ実践している | あまり実践していない | 全く実践していない |
| 22. 代理意思決定後の治療に対して、家族の希望や質問があれば、 医師への橋渡しをする | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 23. 代理意思決定の支援にかかわる中で生じる、患者・家族の問題を 他職種と共にカンファレンスで話し合う | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 24. 他職種と協働して家族の代理意思決定を支援する努力をする | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |
| 25. 代理意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対する支援 (アフターケア) を行う | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| あまり実践していない、全く実践していないと答えた方は、その理由を可能な限り具体的に教えてください。 | | | | | | | | |

あなたのプロフィールについてお伺いいたします。当てはまる番号を○印で囲んでください。
また、() 内には数や内容をご記入願います。

| | |
|--|---|
| 年 齢 | 歳 カ月 |
| 性 別 | 1. 男 2. 女 |
| 看護師通算経験年数 | 年 カ月 |
| 救急領域勤務年数 | 年 カ月 |
| 職 位 | 1. 師 長 2. 主 任 (副師長) 3. 副 主 任 4. スタッフ 5. その他 () |
| 教 育 背 景 | 1. 看護系高等学校 (5 年コース) 2. 看護系専門学校 (3 年コース) 3. 看護短期大学 4. 看護系大学 5. 看護系大学院 6. 一般大学 7. その他 () |
| 有資格 (複数回答可) | 1. 専門看護師 (有資格名:) 2. 認定看護師 (有資格名:) 3. その他 () |
| 代理意思決定の場に関わった回数 | ※今回は、自らが主として代理意思決定支援を行わなくても医療チームとして代理意思決定の場に参加したことを1回としてください。 1. なし 2. 1 回 3. 2 回～5 回未満 4. 5 回～10 回未満 5. 10 回～15 回未満 6. 15 回～20 回未満 7. その他 (回) |
| 病棟名 | 1. 救急病棟 2. 集中治療室 (ICU) 3. 心血管疾患治療室 (CCU) 4. その他 () |
| 代理意思決定に関する 病院内・病院外の 教育、研修会の 受講経験の有無 | 1. ある 2. なし 3. その他 () |
| ● 今回の質問項目以外に、代理意思決定の看護支援に関して日常的に行っていることがありましたら、ご自由にお書きください | |

- 今回の質問項目以外に、代理意思決定の看護支援に関して日常的に行っていることがありましたら、ご自由にお書きください

- 代理意思決定の看護支援を実践するにあたり、最も影響を受けていることがありましたらご自由にお書きください

- その他、代理意思決定の看護支援について気づいたことがあれば、ご自由にお書きください

以上で調査は終わりです。ご記入漏れがないかもう一度ご確認を願います。

また、アンケート調査にご協力頂きまして誠にありがとうございました。

心より感謝申し上げます。

予備調査ご協力のお願い

資料 4

拝啓 立秋の候を迎え、皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、課題研究にあたり救急領域に勤務している看護師の皆様にアンケート調査を行いたいと考えました。

そこでご多忙中のところ誠に恐縮ではありますが、クリティカルケア領域の先生方々、大学院の皆さまに予備調査のご協力をお願いしたいと考えました。調査表については、添付いたしましたのでよろしくお願い致します。敬具

予備調査実施にあたり調査票とともに下記の点についてのチェックもお願い致します。また、御面倒でも理由について自由に記載して頂けると幸いです。なお、皆さまから頂いたご意見は、後日回収させて頂きたいと思えます。

読みにくい文字があるか？

< 理由 >

質問項目の表現で意味のわかりにくいものはあるか？

< 理由 >

選択（回答）しにくいところはあるか？

< 理由 >

全体を通してわかりにくいところはあるか？

< 理由 >

その他、質問項目に必要なものはあるか？

< 理由 >

質問項目（全項目）の記入に要した時間をご記入ください。

_____ 分

病院 様

『 救急患者の延命治療に対する看護師の代理意思決定を担う家族への看護支援の構築 』に関する研究へのご協力をお願い

拝啓

向暑の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、救急救命センターにおける患者の延命治療に対する代理意思決定について学びを深めたいと考え取り組んでまいりました。その中で患者の延命治療に対する家族の代理意思決定は、精神的に危機的な状態であり看護支援がとても重要であることが考えられます。そこで全国の救急救命センターに勤務している看護師の皆様に、Web アンケート調査を行いたいと考えました。

ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、別紙添付の研究説明書を併せてお読みいただき、貴施設において本研究を実施するご許可についてご検討くださいますようお願い申し上げます。なお、本研究は、平成 28 年度科学研究費助成事業（基盤研究 C）を受けております。また、いわき明星大学研究倫理審査会の審査を受け、承認されましたことを申し添えます。

敬具

記

< 同封文書 >

- | | |
|-------------|-----|
| 1. 研究計画書 | 1 部 |
| 2. 研究説明書 | 1 部 |
| 3. 調査票（見本用） | 1 部 |
| 4. 研究参加承諾書 | 1 枚 |
| 5. 返信用封筒 | 1 枚 |

なお、ご質問・ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記へお問い合わせをお願い申し上げます。

< 連絡先 >

研究者 : いわき明星大学 看護学部 講師 樫山 定美
連絡先 : 住所 〒970 - 8551 福島県いわき市中央台飯野 5-5-1
電話番号 0246 - 29 - 7200
E-mail : sadami.momiyama@iwakimu.ac.jp

病院
様

研 究 説 明 書

1. 研究背景

救命救急センターにおける患者の延命治療に対する家族の代理意思決定は、精神的にも危機的な状態であることが考えられます。このような患者の延命治療に対する家族の代理意思決定を支える看護師は、患者の治療や処置などの救命が最優先することにより、患者や家族の苦痛・苦悩・不安などの精神的なケアを行う時間的余裕がない中で看護支援を実践していると考えられます。そこで、救命救急センターに勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを明らかにする実態調査研究をし、今後の看護支援に役立てたいと考えました。

2. 研究目的

救命救急センターに勤務している看護師の皆様が、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族へ、どの程度看護支援を重要と認識し実践を行っているかを調査させて頂き、今後の看護支援に役立てることを目的としています。

3. 研究の意義

先行研究では延命治療に対する代理意思決定を行う家族に関する研究は増加しつつあるしかし、延命治療の代理意思決定をした家族に対する看護師の認識と実際に行っている看護実践を調査した研究は今のところ見当たらずに価値ある研究であると考えます。

救命救急センターに勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを把握することは、家族支援を重要と認識しながらもなぜ実践できていないのかが明らかになると考えられます。そこで、実践できていない原因や要因を考察し、患者の代理意思決定を担う家族支援のあり方について具体的な対策を検討することができます。さらに、原因や要因の中に救命救急センター特有の環境的な問題があるならば、臨床環境を整えることに寄与し、時間的な余裕がない中でも家族に対して看護支援を行えるのではないかと考えられます。また、明らかになった患者の延命治療に対する代理意思決定を担った家族の支援のあり方について、教育的機能を発揮し多くの看護師の関わりを通して臨床に還元できると考えられます。

したがって、この研究の成果は、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族の看護支援の改善に寄与できると考えられます。

1. 研究の方法

< 研究デザイン >

救命救急センターに勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを明らかにする実態調査研究です。

< 用語の定義 >

救命救急センター：救命救急センターとは、患者の多くは突発的な発症により、危機的な状態にある患者の受け入れ施設である。本研究においては、救命処置が最優先となる状態が考えられる場所をいう。

延命治療：救命救急センターで危機的な状態にある患者に対し、生命維持処置を施すことによって短期間で死亡することは回避できないものの、それを行わない場合には即時に死亡することが必至の状態を防ぎ、人為的に延命を図る処置・治療のこととする。

代理意思決定：本研究では患者自身が突然の発症で危機的な状況になり、意思決定能力を欠く患者の家族が、本来ならば本人が望むであろう治療決定を、Advance directives（事前指示）や Living will（リビングウィル）がないために、患者に代わって家族員が意思決定を行うこととする。

2. 研究対象者の選定条件

救命救急センターに就業している看護管理者および看護スタッフ全員とします。

3. 研究への参加・協力の自由意思

本調査への参加・協力は自由意思です。

調査は Web サイトを用いたアンケートで実施いたします。期間は 1 か月とし、対象者が下記の URL にアクセスし、回答を送信したことで、本研究への同意が得られたとさせていただきます。また、本研究への参加協力の有無によって不利益を被らないことを保証します。

なお、本調査の実施業務は NTTコム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社 に委託しています。

■ ご回答方法

下記 URL からアンケート回答ページにアクセスしていただき、ご回答ください。

<https://research.nttcoms.com/r/〇〇〇>

下記の QR コードからもサイトにアクセスいただくことが可能です。

QR コード挿入

1. 研究に参加・協力することにより期待される利益

本研究により、救命救急センターに勤務している看護師が患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族に対し、どのような認識で看護実践を行っているかを把握することは、家族支援を重要と認識しながらもなぜ実践できていないのかが明らかになると考えます。そこで、実践できていない原因や要因を考察し、患者の代理意思決定を担う家族支援のあり方について具体的な対策を検討することができると考えます。さらに、原因や要因の中に救命救急センター特有の環境的な問題があるならば、臨床環境を整えることに寄与し、時間的な余裕がない中でも家族に対して看護支援を行えるのではないかと考えます。また、明らかになった患者の延命治療に対する代理意思決定を担った家族の支援のあり方について、教育的機能を発揮し多くの看護師の関わりを通して臨床に還元できると考えます。

したがって、この研究の成果は、患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族の看護支援の改善に寄与できると考えられます。

2. 研究に参加・協力することにより起こり得る不快な状態と対処方法

本研究は約 30 分程度の Web アンケート調査です。調査にご協力いただくことで調査対象者に対し直接的なリスクはないと考えます。また、調査対象者は勤務時間外の自由な時間で行って頂く調査であり、本人の自由意思で協力を依頼するものです。

3. 個人情報の保護について

Web アンケートの回答は無記名になります。ご回答後、「登録する」ボタンをタッチ（クリック）することでご提出となります。調査結果は全体での統計処理を致しますので、個人の結果が特定されることはございません。また、研究により得られたデータは調査中厳重に保管し、研究終了後はすべて破棄致します。

4. 研究結果の取り扱いと公表

本研究の成果は、学会、学術論文として公表する予定です。公表する場合でもプライバシーは固く守ります。

また、研究成果のお問い合わせについては、内容や状況に応じて対応致します。

5. この調査への、ご質問やご意見は以下の関係各位へ直接ご連絡ください。

調査内容に関する問い合わせ先

研究者 : いわき明星大学 看護学部

講師 樫山 定美

連絡先 : 住所 〒970 - 8551 福島県いわき市中央台飯野 5-5-1

電話番号 0246 - 29 - 7200 E-mail : sadami.momiyama@iwakimu.ac.jp

回答方法 (Web アンケート) に関する問い合わせ先

宛先 : 調査事務局 (NTT コム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社)

連絡先 : 住所 〒141-0032 東京都品川区大崎 1-5-1 大崎センタービル

E-mail : ○@nttcoms.com

「 救急患者の延命治療に対する看護師の代理意思決定を担う

家族への看護支援の構築」に関する

研 究 参 加 承 諾 書

< 記載内容 >

- 研究背景・目的
- 研究意義・方法
- 研究対象者の選定条件
- 研究への参加・協力の自由意思
- 研究に参加・協力することにより期待される利益
- 研究に参加・協力することにより起こり得る不快な状態と対処方法
- 個人情報の保護について
- 研究結果の取り扱いと公表
- 研究を行う研究者および研究責任者の氏名、所属、連絡先、連絡方法

< 病院施設長様 >

私たち施設は、上記の内容について十分に理解し、研究参加を承諾致します。

承諾年月日：平成 年 月 日

施設長署名： _____

問1

資料6

次の項目について、あなたが考えている最もあてはまる選択肢をお選びください。

1. 家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える【重要度】

- 常に重要と認識する
- ほぼ重要と認識する
- あまり重要と認識しない
- 全く重要と認識しない

1. 家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える【実践度】

- 常に実践している
- ほぼ実践している
- あまり実践していない
- 全く実践していない

次へ

ページ分割

「家族にわかりやすい言葉で患者の現状について伝える」について、「あまり実践していない」「全く実践していない」お答えになった理由を、可能な限り具体的に教えてください。

戻る

次へ

資料7

引き続き、あなたのプロフィールについてお伺いいたします。当てはまる選択肢をお選びください。また、自由記述欄には数や内容をご入力願います。

医療チームとして代理意思決定の場に関わった回数

- なし
- 1回
- 2回～5回未満
- 5回～10回未満
- 10回～15回未満
- 15回～20回未満
- その他 回

救急システム

- 1次救急病院
- 2次救急病院
- 3次救急病院
- その他

所属病棟の病床数

床

所属病棟の看護スタッフ

名

所属病棟の専属医師

名

引き続き、あなたのプロフィールについてお伺いいたします。当てはまる選択肢をお選びください。また、自由記述欄には数や内容をご入力願います。

救命センターに関わる精神科医師

救命センターに関わる精神科医師が「いる」場合の所属

- 病院内
- 救急領域の病棟
- その他

救命センターに関わる精神科医師が「いない」場合

- いない

救命センターに関わる臨床心理士

救命センターに関わる臨床心理士が「いる」場合の所属

- 病院内
- 救急領域の病棟
- その他

救命センターに関わる臨床心理士が「いない」場合

- いない

看護体制

- プライマリーナーシング
- チームナーシング
- その他

代理意思決定に関する病院内・病院外の教育、研修会の受講経験の有無

- ある
- なし
- その他

代理意思決定に関して あなたのご意見が(苦悩・困難感など)ありましたらご自由にお書きください。

[戻る](#)[次へ](#)

参考論文

論文 1

縦山定美

救急領域における患者の延命治療に対する代理意思決定を担う家族への看護支援の重要度と実践度の看護師の認識

横浜創英大学研究論集. 2017, 4, p. 1-12.

論文 2 (採択 掲載予定)

縦山定美 掛谷和美 柳久子

代理意思決定を担う患者家族への看護支援の重要度の認識と困難度の実態～救急看護師の観点から～

日本臨床救急医学会雑誌

Journal of Japanese Society for Emergency Medicine

論文 3 (査読中)

縦山定美 掛谷和美 段ノ上秀雄 柳久子

Structure of Perception of Importance and Practice by Emergency Nurses in Providing Support to Patients' Family Members Acting as Surrogate Decision-Makers

Advanced Emergency Nursing Journal