

研 究

新生児集中治療室 (NICU) 看護師が抱く
子どもの End-of-Life ケアに対する困難感齋藤佑見子¹⁾, 古谷佳由理²⁾, 涌水 理恵²⁾, 江守 陽子²⁾

〔論文要旨〕

NICU 看護師が抱く子どもの End-of-Life ケアに対する困難感を明らかにする目的で, ケア経験のある319名の看護師に無記名自記式質問紙による調査を実施した。その結果, 子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度は, 「家族とのコミュニケーション」, 「家族を含めたチームとしての協力・連携」, 「治療・インフォームドコンセント」, 「家族を含めたチームメンバーへの対応」, 「痛みの軽減・除去」, 「環境・システム」, 「看護師の知識・技術」, 「看取り」の8因子より構成され, 看護師は家族とのコミュニケーションに最も困難を感じていることが明らかになった。また, 困難感には臨床経験年数が関連しており, 経験年数に応じたサポートの必要性が示唆された。

Key words : End-of-Life ケア, 困難感, 新生児集中治療室 (NICU), 看護師

I. 緒 言

わが国の新生児医療の最前線である新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit : 以下, NICU) ではこれまで, 救命・治療が最優先され, 目覚ましい成果を上げてきた。しかし近年, 救命・治療とともに, 子どもの最善の利益と Quality-of-Life の観点から, 医療者が死を迎える子どもと家族に対する End-of-Life ケアにも視点を広げていく必要性が指摘されている¹⁾。新生児医療の現場では, 家族は新しい家族としての生活体験が得られない早期から, わが子の生命の危機に直面し, 状況的・発達の危機に置かれることになる²⁾。このような状態にある子どもとその家族に対する End-of-Life ケアは, 臨床において非常に重要であるだけでなく, 医療者のケアの質が子どもの死後の母親の悲嘆過程にも大きな影響を及ぼすことが明らかとなっている³⁾。

一方, NICU において End-of-Life ケアを担う看護師にとっては, 重篤な子どものケアと同時に状況的・発達の危機にある家族へのケアも担わなければならない⁴⁾。また End-of-Life ケアの提供にあたり, 個別性の高いケアの方法に関する不安全感や自らの未熟さに困惑する看護師も少なくない。看護師はこうしたケアに対する困難感や, 否定的な感情を抱きながらケアを担当することとなり, そのために図らずも家族への対応を避けたり, 子どもの身体的ケアのみに集中したりすることでその感情を鈍らせ, 心のバランスを保とうとするような対処をすることが明らかにされている^{5,6)}。過度の困難感やストレスは, 看護師の心身の健康を害し, バーンアウトにも繋がる。にもかかわらず, 子どもの End-of-Life ケアに対する看護師の困難感についてのわが国における研究は, 一施設による報告や質的研究が存在するのみで十分ではない。よって本研究は, NICU 看護師が

Difficulties Encountered by Nurses in End-of-Life Care of Children in NICU

Yumiko SAITO, Kayuri FURUYA, Rie WAKIMIZU, Yoko EMORI

1) 筑波大学附属病院 (看護師)

2) 筑波大学医学医療系 (研究職)

別刷請求先: 齋藤佑見子 筑波大学附属病院 〒305-0005 茨城県つくば市天久保2-1-1

Tel : 029-896-7375

[2672]

受付 14. 9.18

採用 15.12.31

抱く子どもの End-of-Life ケアに対する困難感について、その内容と程度を量的に明らかにすることを目的とした。

本研究で用いる End-of-Life ケアは、「医師から死期が近いことの説明が家族にされて、亡くなり、退院するまでの子どもとその家族に対する看護者による身体的・精神的援助」を意味する。ケアに対する困難感とは、「子どもとその家族に援助を提供する際に、看護者が困ったり悩んだりする感情」を意味するものとする。子どもの疾患や状態はさまざまであるが、NICU における End-of-Life ケアには、家族としての生活体験が乏しい早期であること、子どもが救命のための多くの機器類に囲まれており、家族と触れ合う機会が少ないこと、子どもが意思表示できないことという共通した特徴があるため²⁾、本研究において End-of-Life ケアを受ける子どもの疾患・状態は問わないものとする。

II. 研究方法

1. 対象

関東圏内の総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターの NICU、80施設に勤務する看護者（看護師・助産師・准看護師）と各施設の NICU の看護師長。

2. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた横断的研究。

3. 調査内容

1) 子どもの End-of-Life ケアに対する NICU 看護者の困難感に関する項目

Sasahara ら⁷⁾の開発した「一般病棟の看護者の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度」を修正し使用した。Sasahara ら⁷⁾の尺度は8つの下位尺度、78項目から成る。各項目について、終末期がん患者のケアにあたり看護者が困ったり悩んだりすることが「全くない（1点）」～「非常にある（4点）」までの4段階で回答するようになっている。下位尺度毎に合計点を算出し、この点数が高いほど困難感が高いことを意味する。この尺度から、NICU の End-of-Life ケアに該当しないと考えられる12項目を削除するとともに、文献から NICU に特徴的な困難感6項目を抽出、追加した（追加項目表3参照）。さらに子どもの痛みの意識

の有無の1項目を含めた結果、合計73項目となった。

2) その他

困難感に関係する変数として文献から、看護者の「属性」、「サポートに対する認識」、「End-of-Life ケアに関する学習」、「End-of-Life ケア経験」に関する項目を設定した。また、NICU の「施設属性」、「看護者に対するサポート体制」、「施設方針」に関する項目を設定した。施設に関する項目は、病棟管理者のみに回答を依頼した。

質問紙の内容妥当性は小児看護学研究者3名とともに検討した。また、NICU 勤務経験のある看護者5名にプレテストを実施し、回答しにくい設問や主旨がとらえにくい表現を修正した。

4. データ収集方法

調査期間は2012年5～7月であった。2012年3月、社団法人日本産婦人科医会のホームページに掲載されている施設のうち、関東圏内の NICU を有する施設を検索し、80施設を確認した。調査対象80施設の看護部長へ、研究の趣旨および研究協力依頼を電話で確認後に文書を郵送し、調査協力の得られた施設に、NICU 看護師長に対する質問紙1部と NICU 看護者に対する質問紙を看護者の人数分郵送した。質問紙は、病棟管理者より NICU 看護者へ配布してもらった。回答後は個別に封入後、病棟管理者を通じて施設毎に郵送にて一括回収した。

5. 分析方法

痛みを意識せずにケアを行っている者は困難感の結果に影響を与える可能性があると考え、子どもの痛みを意識せずケアを行っていると回答した者と尺度に欠損値の認められた者を分析の除外対象とした。

困難感尺度は、主因子法、プロマックス回転による因子分析により因子状況の確認を行った。参考にした尺度の因子数が8であることから因子数を8と指定し、因子分析を行った。正規性の認められた3群以上の比較では Tukey の多重比較を行った。正規性の認められなかった2群間の比較では Mann-Whitney U 検定、3群以上では Kruskal-Wallis 検定、Bonferroni の補正による Mann-Whitney U 検定を行った。解析には統計解析ソフト SPSS19.0 J for Windows を用い、有意確率は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、筑波大学大学院人間総合科学研究所医の倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号642号）。実施に際しては、研究協力は自由意思であること、データは個人および施設が特定されないように配慮すること、データは研究以外の目的には使用しないこと、調査結果を学会や専門雑誌へ公表する際は

表1 対象者の概要

		n=319	
項目		人	(%)
性別	女性	312	(97.8)
	男性	7	(2.2)
年齢	20～29歳	88	(27.6)
	30～39歳	146	(45.8)
	40～49歳	66	(20.7)
	50歳以上	18	(5.6)
	無回答	1	(0.3)
看護者としての 全臨床経験年数	5年以下	36	(11.3)
	6～11年	114	(35.7)
	12～19年	101	(31.7)
	20年以上	64	(20.1)
	無回答	4	(1.2)
NICU 経験年数	5年以下	99	(31.0)
	6～11年	136	(42.6)
	12～19年	71	(22.3)
	20年以上	11	(3.5)
	無回答	2	(0.6)

表2 対象施設の概要

		n=31	
項目		施設	(%)
施設の種類	総合病院	10	(32.3)
	大学病院	13	(41.9)
	小児専門病院	4	(12.9)
	その他	4	(12.9)
施設の病床数	100～299床	5	(16.1)
	300～499床	7	(22.6)
	500～899床	9	(29.0)
	900床以上	10	(32.3)
NICU 病床数	5～9床	12	(38.7)
	10～14床	5	(16.1)
	15～19床	7	(22.6)
	20床以上	7	(22.6)
NICU 平均年間死亡数	0～2人	12	(38.7)
	3～5人	11	(35.4)
	6～9人	4	(12.9)
	10人以上	2	(6.5)
	無回答	2	(6.5)

プライバシー保護に留意することを文書にて説明し、返信をもって研究に同意したこととした。

Ⅲ. 結 果

本研究は、関東圏内80施設の NICU に調査を依頼し、33施設から調査協力を得た（41.3%）。計32施設より回収でき（回収率96.9%）、有効回答は31施設（有効回答率96.8%）であった。1,008名の NICU 看護者に質問紙を配布し、640名から回答が得られた（回収率63.4%）。

1. 対象者の概要

640名中、End-of-Life ケアを行った経験がある者は369名（57.7%）であった。ケアを行った経験がある369名のうち、尺度に欠損値の認められた11名と、子どもの痛みを意識せずケアを行っているとは回答した39名を除外した319名を分析対象とした（86.4%）。

対象者の概要を表1に、対象施設の概要を表2に示した。年齢は30代（45.8%）、看護者としての全臨床経験年数は6～11年（35.7%）、NICU 経験年数は6～11年（42.6%）が最も多かった。施設の種類は大学病院が13施設（41.9%）、施設の病床数は900床以上が10施設（32.3%）、NICU 病床数は5～9床が12施設（38.7%）、NICU 平均年間死亡数は0～2人が12施設（38.7%）と最も多かった。

2. 子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度の因子分析

因子負荷量が0.3を下回った2項目を除外し、再度因子分析を行った結果、表3に示した8因子70項目が抽出された。各下位尺度名は、Sasahara ら⁷⁾の尺度を参考に、第1因子を「家族とのコミュニケーション」、第2因子を「家族を含めたチームとしての協力・連携」、第3因子を「治療・インフォームド Consent」、第4因子を「家族を含めたチームメンバーへの対応」、第5因子を「痛みの軽減・除去」、第6因子を「環境・システム」、第7因子を「看護者の知識・技術」、第8因子を「看取り」とした。各下位尺度の Cronbach's α 係数は0.76～0.90であった。

表3 子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度の因子構造

NO.	項目	因子負荷量							
第1因子 家族とのコミュニケーション (α=0.90)		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4)	家族から死に関する話をされた時の対応	.747	.105	.003	.056	-.017	-.088	-.116	.066
3)	家族から心配・不安を表出された時の対応	.717	.193	.067	.048	-.051	-.052	-.027	-.038
8)	病名・病状説明直後の家族への声のかけ方	.666	-.033	.145	-.043	-.080	.046	-.041	.002
9)	病名・病状説明後のサポートを十分にできないこと	.658	-.069	.066	.171	.066	.048	-.006	.019
2)	家族から今後のことに関する話をされた時の対応	.649	.169	-.018	-.033	-.033	.082	-.108	.018
41)	臨終前後の家族への声のかけ方	.635	.009	.014	-.072	-.113	.136	.134	.155
65)	自分自身が未熟であること	.623	.002	-.113	.117	.145	-.139	.007	.249
38)	看取りの前後にどのような行動をとればいいのかかわからないこと	.542	.017	.041	-.101	-.039	.037	.187	.254
5)	十分な病名・病状説明をされていない家族への対応	.525	-.148	.270	.161	.019	-.002	-.051	-.042
6)	病名・病状を否認する家族への対応	.508	-.186	.237	.022	-.096	.145	.054	-.097
61)	適切なケアをしているのか自信がないこと	.483	.018	-.105	.098	.239	-.042	-.073	.411
7)	感情を表出しない家族への対応	.450	.027	.165	-.085	-.155	.086	.206	-.071
第2因子 家族を含めたチームとしての協力・連携 (α=0.87)									
56)	看護者間で話し合う機会が不十分なこと	.071	.728	-.132	.011	.051	.176	-.075	.029
55)	看護者間での情報伝達が遅い, 不十分なこと	.021	.717	-.112	.033	-.004	.074	-.005	.116
58)	看護者間で子どもの捉え方や看護観が違うため, 統一したケアが行えないこと	.031	.668	.073	-.063	.037	-.003	-.061	.101
57)	看護者間で話し合う機会はあるが, 内容が乏しいこと	-.008	.665	-.081	-.020	.113	.103	-.029	.090
59)	自分の考えを他の看護者と共有できないこと	.039	.612	.107	-.037	-.002	.044	.048	.140
16)	医師・看護者間で情報伝達が遅れたり, 情報が十分に伝わらないこと	-.012	.585	.252	.106	-.095	-.184	.020	.051
15)	家族, 医師, 看護者間で症状の捉え方やアセスメントが異なっていること	.083	.497	.141	.137	-.106	-.105	.125	-.148
17)	カンファレンスなど(医師と)話し合う機会がないこと	.098	.419	.209	.046	.126	.006	.088	-.158
14)	(症状軽減において) 医師との連携・協力が不十分なこと	-.033	.418	.162	.290	.008	-.088	.030	-.101
18)	医師が他の医療者に相談したり協力を求めたりしないこと	-.059	.388	.209	.143	.008	.129	.098	-.267
54)	*面会制限があること	.051	.354	-.142	-.158	.034	.172	.037	.010
1)	家族と話をする時間がないこと	.321	.333	-.107	-.079	-.132	.253	-.081	-.078
第3因子 治療・インフォームドコンセント (α=0.87)									
28)	病状に関する説明がなされていない, または不十分なこと	.195	-.261	.809	.047	.032	.079	-.004	-.024
27)	病名に関する説明がなされていない, または不十分なこと	.205	-.294	.804	.047	.027	.011	.035	.005
31)	家族と医療者で治療方針の話し合いがなされていない, あるいは時期が遅いこと	.092	.192	.728	-.174	.166	-.061	-.008	-.072
29)	看護者が同席せずに家族へ説明が行われること	.026	.190	.677	-.009	-.028	-.183	-.128	-.013
30)	医師の説明内容に関する記録がない, あるいは十分ではないこと	.055	.122	.649	-.132	.201	-.091	-.135	-.084
32)	話し合いの場を設ける, 希望を伝えるなど, 家族と医師の調整をうまくできないこと	.073	.364	.498	-.086	.127	-.041	-.071	-.029
34)	*家族の希望により, 不適切と思われる治療や延命治療が多いこと	-.158	.276	.401	-.024	-.202	-.020	.138	.302
26)	*看護技術の提供後に子どもの状態が悪化すること	.186	-.137	.391	-.038	-.011	.062	.134	.181
33)	医師の判断により, 不適切と思われる治療や延命治療が多いこと	-.146	.245	.384	.088	-.068	.129	.123	.069
35)	*家族の希望により, 必要と思われる治療が行われないこと	-.140	.100	.367	.066	-.173	.024	.220	.209
第4因子 家族を含めたチームメンバーへの対応 (α=0.85)									
10)	医師の薬剤に関する知識が不足していること	.154	.007	-.234	.815	.030	-.038	-.013	.018
12)	医師が麻薬の使用に消極的, または抵抗を示すこと	.136	-.008	.026	.757	.137	-.189	-.007	-.065
13)	医師の症状軽減に関する知識が不足していること	-.037	-.017	.013	.742	.019	-.078	.043	-.022
11)	家族が麻薬の使用に抵抗を示すこと	.189	-.018	-.039	.603	-.308	-.157	.171	.115
43)	誠意のない医師の態度・行動	-.220	.018	.163	.549	.020	.108	-.182	.237
44)	誠意のない他の看護者の態度・行動	-.260	.059	.128	.492	.019	.125	-.128	.312
19)	医師が症状軽減のための治療・ケアに関心がないこと	-.165	.264	.058	.430	.060	.152	.092	-.203

NO.	項目	因子負荷量								
第5因子 痛みの軽減・除去（ $\alpha = 0.88$ ）		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
71)	看護者の（痛みの軽減・除去における）介入効果のアセスメントが不十分または遅いこと	-.053	-.024	.073	-.007	.775	-.100	.210	.170	
70)	看護者の疾患や痛みに関する医学的知識が不足していること	-.058	-.094	.047	-.057	.763	-.001	.277	.105	
69)	看護者の痛みのアセスメントが不十分または遅いこと	-.092	.087	.017	.034	.708	-.029	.046	.203	
67)	（痛みの軽減・除去において）医師との連携・協力が不十分なこと	-.036	.144	.124	.089	.568	.128	-.019	-.069	
72)	痛みの軽減除去に必要な薬剤や物品が整っていないこと	.015	-.115	.047	.085	.498	.309	-.015	-.041	
68)	家族、医師、看護師の間で痛みの捉え方やアセスメントが異なること	.003	.196	.096	.068	.453	.110	.021	-.030	
73)	（痛みの評価の）アセスメントツールが有効に活用できないこと／ないこと	-.007	.112	-.068	-.063	.334	.067	.065	.062	
第6因子 環境・システム（ $\alpha = 0.82$ ）										
49)	ソーシャルワーカーやカウンセラーなど専門職種の不足	.005	-.051	-.076	-.144	-.007	.730	.161	.072	
50)	困った時に相談する人がいないこと	.039	.141	-.106	-.001	-.092	.669	.092	.115	
48)	ケアに必要な設備や物品が整っていないこと	.121	.016	-.017	.094	.134	.605	-.074	-.036	
47)	子ども・家族のプライベートスペースを確保できないこと	-.018	.051	.035	-.087	.173	.588	-.230	.022	
52)	* 人員が不足していること	.183	.183	-.144	.037	-.046	.578	.059	-.081	
51)	遺族を支援するシステム（グリーフケア含む）がないこと	-.026	.076	-.064	-.156	.079	.567	.167	-.068	
46)	症状軽減に必要な物品が整っていないこと	-.114	-.054	.075	.233	.067	.341	-.012	.216	
45)	お焼香・お見送りに行けないこと	.122	-.014	.019	.065	-.166	.339	-.070	.177	
36)	個室以外で看取りがあること	-.041	.006	.273	-.262	.178	.331	-.184	.130	
第7因子 看護者の知識・技術（ $\alpha = 0.88$ ）										
23)	看護者の疾患や症状に関する医学的知識が不足していること	-.013	-.081	-.009	-.038	.039	.045	.858	.072	
24)	看護者の症状のアセスメントが不十分、または遅いこと	-.028	.102	.060	-.109	.133	-.087	.771	.097	
22)	看護者の症状軽減に関する知識が不足していること	.017	-.068	-.151	.136	.164	.067	.675	.009	
25)	看護者の（症状軽減における）介入効果のアセスメントが不十分、または遅いこと	-.016	.190	.023	-.037	.172	-.110	.656	.067	
20)	看護者の薬剤に関する知識が不足していること	.050	.067	-.102	.269	.130	.063	.491	-.157	
21)	麻薬の副作用への対処	.053	-.115	-.036	.359	.055	.119	.367	-.115	
第8因子 看取り（ $\alpha = 0.76$ ）										
63)	治療の見込みがある子どもと死期が近い子どもを同時に受け持つこと	-.031	-.036	-.033	-.028	.150	.067	.168	.521	
60)	子どもが亡くなった後、喪失感が強いこと	.164	.035	-.089	.048	.099	-.022	-.027	.466	
40)	処置等のため、家族ではなく医療者が側にいること	.049	.023	.050	.047	.060	.174	.001	.463	
64)	亡くなりゆく子どもと正面から向き合えないこと	.344	.103	.001	.013	.059	.040	-.077	.463	
62)	感情をコントロールすること	.249	.192	-.164	-.043	.137	-.130	.047	.385	
37)	心肺蘇生処置が行われること	.012	-.037	.341	-.087	.007	-.022	.061	.368	
39)	予測や連絡が不十分なため、臨終時に家族が立ち会えないこと	.022	.029	.302	.119	-.100	.113	-.130	.334	
因子間相関行列		因子1	1.000							
		因子2	.141	1.000						
		因子3	.121	.479	1.000					
		因子4	-.025	.483	.595	1.000				
		因子5	.161	.535	.254	.318	1.000			
		因子6	.243	.520	.425	.424	.427	1.000		
		因子7	.231	.451	.382	.407	.405	.344	1.000	
		因子8	.318	.295	.186	.123	.222	.333	.171	1.000

*26), 34), 35), 52), 54) NICU に特徴的な困難感追加項目

「53) 家族が面会に来ない、または回数、時間が不十分なこと」は NICU に特徴的な項目として追加するも因子負荷量0.3以下にて削除

表4 困難感尺度項目平均得点

n=319	
下位尺度	平均±SD
家族とのコミュニケーション	3.2±0.5
痛みの軽減・除去	2.9±0.6
環境・システム	2.8±0.5
看護者の知識・技術	2.8±0.5
家族を含めたチームとしての協力・連携	2.7±0.5
看取り	2.7±0.5
治療・インフォームドコンセント	2.6±0.5
家族を含めたチームメンバーへの対応	2.1±0.6

3. 困難感得点

困難感下位尺度の平均得点を表4に示した。各尺度のうち「家族とのコミュニケーション」の平均得点が3.2±0.5と最も高かった。次に平均得点が高かった下位尺度は、「痛みの軽減・除去」の2.9±0.6、次いで「環境・システム」の2.8±0.5であった。

4. 臨床経験年数別困難感の比較

臨床経験年数別の困難感得点を算出し、有意な差が認められた臨床経験年数別の困難感の比較を表5に示した。臨床経験年数が11年以下の者はそれ以上の者に比べ「家族とのコミュニケーション」の困難感得点が高く、6～11年の者は20年以上の者に比べ「看取り」の困難感得点が高かった。臨床経験年数が6～19年の者は5年以下の者に比べ「家族を含めたチームとしての協力・連携」の困難感得点が高く、6～11年の者と20年以上の者は5年以下の者と比べ「家族を含めたチームメンバーへの対応」の困難感得点が有意に高かった。6年以上の者は5年以下の者に比べ「環境システム」の困難感得点が高かった。

IV. 考 察

1. 子どものEnd-of-Lifeケアに対する看護者の困難感の特徴

子どものEnd-of-Lifeケアに対するNICU看護者の困難感を明らかにするために、Sasaharaら⁷⁾の「一般病棟の看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度」を修正した質問紙を用いて分析を行った結果、子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度は「家族とのコミュニケーション」、「家族を含めたチームとしての協力・連携」、「治療・インフォームドコンセント」、「家族を含めたチームメンバーへの対応」、「痛みの軽減・除去」、「環境・システム」、「看護者の知識・技術」、「看取り」の8因子で構成されていた。

「家族とのコミュニケーション」には、看護者としての未熟性やケアに対する自信のなさなどSasaharaら⁷⁾の尺度の「自分自身の問題」に関する項目が含まれていた。本研究の対象者は臨床経験年数6～11年の者が最も多く、NICU看護者を対象とした浅井の研究⁸⁾では5年以下の者が多かった。わが国における看護者は20年以上が最も多いことから⁹⁾、NICU看護者は比較的臨床経験年数が短い集団であると言え、そのため「家族とのコミュニケーション」に看護者としての未熟性に関する項目が包含されたと考える。

「家族を含めたチームとしての協力・連携」にはSasaharaら⁷⁾の尺度の「看護者間の協力・連携」の項目が包含されていた。NICUでは「新生児特定集中治療室管理料」の施設基準により医師が常時配置されていることが義務付けられているため、医師と関わる機会が多い。またFamily-Centered-Careが重要であるとされており¹⁰⁾、そのために家族と医師、看護者も含めてチームとしてケアを行っているという意識が高く、独立して存在していた「看護者間の協力・連携」

表5 臨床経験年数別困難感の比較

困難感下位尺度																				
変数	家族とのコミュニケーション (n=306) (a)				看取り (n=305) (a)				家族を含めたチーム としての協力・連携 (n=311) (b)				家族を含めた チームメンバーへの対応 (n=295) (a)				環境・システム (n=308) (a)			
	人	中央値	四分位範囲	p 値	人	中央値	四分位範囲	p 値	人	平均値±SD	p 値	人	中央値	四分位範囲	p 値	人	中央値	四分位範囲	p 値	
臨床経験年数																				
5 年以下	34	43.0	5.25	0.000	35	19.0	5.00		34	29.2±5.3	0.003	34	12.0	4.25	0.048	36	23.0	4.75	0.024	
6～11 年	110	42.0	6.00	0.000	112	19.0	5.00		114	33.0±5.3	0.045	109	14.0	5.00	0.006	112	25.5	6.75	0.006	
12～19 年	100	37.0	8.75	0.000	98	19.0	4.00	0.036	100	32.1±5.9		98	15.0	6.00		97	26.0	7.00		
20 年以上	62	37.0	9.25		60	18.0	5.00		63	31.6±5.2		54	15.0	4.25		63	25.0	5.00		
$\chi^2=41.25, p=0.000$					$\chi^2=9.29, p=0.026$				$F=4.28, p=0.006$				$\chi^2=11.31, p=0.010$				$\chi^2=12.25, p=0.007$			

(a) Kruskal-Wallis 検定, Bonferroni の補正による Mann-Whitney 検定
(b) 一元配置分散分析 (ANOVA)・Tukey 多重比較

に関する項目が包含されたと考える。

「痛みの軽減・除去」は、子どもの痛みのケアに関する項目が包含されてできた新しい下位尺度である。NICUに入院する子どもは自ら痛みを訴えることができないために痛みの評価が困難であり¹¹⁾、子どもの抱える疾患がさまざまであることから原因も特定されにくい傾向にあり、看護者の痛みに関する困難が凝集されたと考える。

2. 困難感得点

各下位尺度の困難感得点は「家族とのコミュニケーション」が最も高いことから、NICU看護者は家族とのコミュニケーションに高い困難を感じていることが明らかになった。NICUにおける一般的なケアは、救命・治療が優先されるが、治療の限界に達すると看取りの場面へと急に状況が変化するという特徴がある²⁾。喜びに満ちたものになるはずだった出産は突然に中断され、家族は多くの管や機器類に囲まれたわが子を目の当たりにし、状態が悪化すれば死をも受け入れなければならない状況となる。そのため、家族の精神的負担は非常に大きく、強い悲嘆反応が現れるにもかかわらず、家族が感情を表出できないことがある¹²⁾。急な状況変化の中で家族が説明をうまく理解できない、あるいは医療者からの説明が不十分になることや、強い悲嘆反応から家族が病名や病状を否認することもある。看護者は重篤な児とともに、このような危機的状況にある家族の精神的サポートを行う必要があり、このことに困難を感じると考える。西脇¹³⁾の研究において家族とのコミュニケーションの困難感軽減に、End-of-Lifeケアに関する学習が関連していることが示されており、今後NICUのEnd-of-Lifeケアに特化したコミュニケーション技術を学習する機会を設ける必要があると考える。

また困難感得点が次に高かった下位尺度は「痛みの軽減・除去」であった。新生児の痛み体験は、児の脳の発達など長期予後に影響することが知られており¹¹⁾、痛み評価のアセスメントツール開発や、痛みの軽減方法に関する各施設での取り組みが報告され始めている¹⁴⁻¹⁶⁾。今回の分析において、子どもの痛みを意識せずケアしていると回答した者を除外したためその影響も否定できないが、看護者は痛みに対するケアの必要性を感じながらも、アセスメントやケア方法に関する統一見解がないために困難を感じていることが

考えられ、その普及が必要であると考ええる。

環境に関する困難感は、NICUがオープンスペースで救命救急の場であり、多くのモニターや機器類に囲まれ、プライベートスペースの確保が難しいなどEnd-of-Lifeケアに適した環境を提供できないことから生じると考える。家族と子どもが過ごせるプライベートスペースを確保できるよう、ロールスクリーンやカーテンを設置するといった配慮が必要である。

3. 困難感と臨床経験年数との関連

「家族とのコミュニケーション」では臨床経験年数11年以下の者の困難感が高かった。臨床経験年数の短い看護者は、子どもと家族の日々のケアに従事することが多いにもかかわらず、経験の少なさからケアや家族との関わりに自信がないことが示されており¹⁷⁾、自信のなさが家族とのコミュニケーションに対する困難感に繋がっていると考ええる。「看取り」では臨床経験年数20年以上の者に比べ6～11年の者の困難感が高かった。患者を看取る機会が多いほど看護者自身の死生観を深め、End-of-Lifeケアに積極的に取り組む姿勢に繋がるとされており¹⁸⁾、看取りに対して差が出る経験年数は20年以上のように思われた。看護者が積極的にEnd-of-Lifeケアを行うためにはモデル役割が必要であるとされ¹⁹⁾、悪いニュースを伝える際のケア、死に対峙していくケアとして、傾聴と共感に焦点を置いたカウンセリング、自己決定を支えるコミュニケーション技術の模擬体験学習が有効であることが示されており²⁰⁾、経験豊富な看護者がモデルとなり、実際の事例を交えロールプレイングを取り入れた勉強会などが有用であると考ええる。「家族を含めたチームとしての協力・連携」では5年以下の者に比べて6～19年の者の困難感が高かった。臨床経験年数6年以上の看護者は、病棟内でリーダー業務に従事し、医師と看護者間で調整する場面が多く、他者との認識や考えの違いに葛藤を自覚することによりこの困難感が高くなったと考える。また、5年以下の者に比べてそれ以上の経験者は「環境・システム」のような看護管理面での困難感が高かった。臨床経験が少ないと、死そのものに脅威を覚え無力感や喪失感を感じ、臨床経験が豊かであると家族の悲しみに目を向け、ケアとしての看取りについて自責の念を持ち、無力感を感じることを示されている²¹⁾。臨床経験年数が長くなるにつれ、家族の気持ちに寄り添い、より良いEnd-of-Lifeケアを提供

したいという思いから、家族を取り巻く環境や家族支援システムに関する困難感が高くなったと考える。また、臨床経験年数の長い看護師は病棟の管理的役割を担うため、ケアに対し否定的な態度を示すチームメンバーに対応し意見をまとめなければならないことがあり、「家族を含めたチームメンバーへの対応」の困難感も高くなったと考える。一方、臨床経験年数5年以下の者は、病棟内でリーダー業務など管理的役割を担うことやEnd-of-Lifeケア経験自体が少ないため、チームメンバーとしての役割を意識したり、環境・システムに考えを発展させたりする余裕のない状況にあるのではないかとと思われる。こうした臨床経験年数の短い看護師の経験を補うためには、カンファレンス等を通じてスタッフ全員で体験や情報を共有し、十分に話し合う必要があると考える。そうすることで、臨床経験年数の長い看護師のチームとしてのケアや子どもと家族を取り巻く環境・システムに関する困難感の解決にも繋がると考える。以上、まとめるとNICU看護師が抱く子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感には臨床経験年数が関連しており、経験年数に応じた看護師に対するサポートの必要性が示唆された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象機関が調査協力の得られた関東圏内のNICUを有する病院に限定されており、結果の一般化には限界がある。病棟管理者を通じて施設毎に一括回収しており、この回収方法が対象者の研究参加への圧力になった可能性も考えられる。

本研究において、困難感に影響を与える可能性があり、対象人数が少ないため分析から除外した子どもの痛みを意識せずケアしている者も、End-of-Lifeケアに対して困難感を抱いている可能性があり、その困難感についても明らかにする必要がある。また、看護師のEnd-of-Lifeケアに対する困難感のより具体的な内容を明らかにし、それらを軽減する介入について検討する必要がある。

多様なニーズを持つNICUにおける子どものEnd-of-Lifeケアは、互いの専門性を活かし多面的にケアができるという効果から、医師、看護師以外にもメディカル・ソーシャルワーカーや臨床心理士など、各医療専門職がチームを作り多職種でケアにあたるチーム医療が必要であるとされる^{22, 23)}。子どもと家族に対する包括的ケアだけでなく、End-of-Lifeケアの質に影響

を及ぼすと考えられる医療従事者のメンタルヘルスについても医療チーム全体で取り組む必要があり、継続してチームからサポートされる体制の整備が重要である²⁴⁾。また近年、NICUの病床不足や長期入院児の増加から小児在宅医療の重要性が叫ばれており²⁵⁾、子どもが家族の一員として両親、家族と出会い、ともに過ごすことができるよう支援するFamily-Centered-Careの観点から、在宅でのEnd-of-Lifeケアの増加が予想される²⁶⁾。在宅でのEnd-of-Lifeケアはまだまだ少なく、小児の在宅ケアですら制度やケアの標準化など不十分なことが多いが、実際に治療が望めず、死が避けられないと診断された重症な子どもがNICUを退院し、自宅で看取りを迎えた報告がみられ始めている²⁷⁾。病院から切り離された子どもと家族が自宅でEnd-of-Lifeを迎えるにあたり、最も必要とするのは在宅医療従事者からのサポートである。今後は、病院と地域医療が連携し、退院した子どもと家族のEnd-of-Lifeケアを行う施設や体制の整備、在宅でのEnd-of-Lifeケアにおいても医療従事者の心理的負担の軽減が重要であり、チームでその負担を軽減する体制の整備が必要であると考えられる。また、子どもが亡くなった後も子どもと家族が在宅で過ごした時間を大切にし、悲嘆過程が進むよう、訪問看護師や保健師が自宅を訪問する機会を設けるなどケアが継続されることが重要である²⁶⁾。

V. 結 論

NICU看護師が抱く子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感の調査によって、以下の結論を得た。

1. 因子分析の結果、子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度は、「家族とのコミュニケーション」、「家族を含めたチームとしての協力・連携」、「治療・インフォームドコンセント」、「家族を含めたチームメンバーへの対応」、「痛みの軽減・除去」、「環境・システム」、「看護師の知識・技術」、「看取り」の8因子で構成されていた。
2. 8つの下位尺度のうち、「家族とのコミュニケーション」に関する困難感得点が最も高かった。
3. 臨床経験年数11年以下の看護師は、「家族とのコミュニケーション」や「看取り」に関する困難感が高く、6年以上の者は、「家族を含めたチームとしての協力・連携」、「家族を含めたチームメンバーへの対応」、「環境・システム」に関する困難感が高かった。

謝 辞

本研究にご協力いただいた NICU 看護師の皆様には心から感謝いたします。

本研究は、財団法人木村看護教育振興財団から平成24年度研究助成を賜り実施した。本研究は、筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士前期課程平成24年度修士論文を加筆修正したものである。また、本研究の一部を第23回日本新生児看護学会学術集会（2013年）および、Australian College of Children & Young People's Nurses Conference 2013にて発表した。

利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 船戸正久. 新生児医療の進歩と生命倫理の課題. 船戸正久. 新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療. 第一版. 東京: 診断と治療社, 2010: 1-14.
- 2) 品川陽子. 赤ちゃんと看取り 死を目前にした子どもへの NICU における看護の役割と倫理的問題. 小児看護 2009; 32 (13): 1712-1719.
- 3) 大井けい子. 胎児または早期新生児と死別した母親の悲哀過程—死別に関する母親の行動— (第2報). 母性衛生 2001; 42 (2): 303-315.
- 4) 塩田直子, 上林百代, 上村敦子, 他. NICU において児の死亡に関わった看護師の看取りに対する認識調査. 日本看護学会論文集 看護総合 2010; 41: 185-188.
- 5) Davies B, Clarke D, Connaughty S, et al. Caring for dying children, nurses' experiences. Pediatric Nursing 1996; 19: 552-557.
- 6) 橋本浩子. 小児ターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援に関する基礎的研究—ターミナルケアにおいて看護師が感じた困難への対処—. 日本小児看護学会誌 2011; 20 (3): 82-88.
- 7) Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, et al. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. Palliative Medicine 2003; 17 (6): 520-526.
- 8) 浅井宏美. NICU における看護師のファミリーセントードケアに関する実践と信念. 日本新生児看護学会誌 2009; 15 (1): 10-19.
- 9) 日本看護協会調査研究報告. 2009年看護職員実態調査 No83. 東京: 日本看護協会出版会, 2010: 2-9.
- 10) 木下千鶴. NICU におけるファミリーセントードケア. 日本新生児看護学会誌 2001; 8 (1): 59-67.
- 11) 横尾京子, 井上雅子, 百田由希子, 他. NICU における新生児の痛み体験—看護婦の認識と看護の実情—. 日本新生児看護学会誌 2000; 7 (1): 15-23.
- 12) 福井早苗. 新生児とその家族への看護と支援 看取りのケア. 周産期医学 2006; 36 (6): 715-717.
- 13) 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子. 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. 死の臨床 2011; 34 (1): 121-127.
- 14) 内田美恵子. 早産児の疼痛緩和. 小児看護 2011; 34 (8): 1077-1084.
- 15) 横尾京子, 阿部明子. 早産児の痛みのアセスメント ツール (FSPAPI) の開発 上部顔面表情運動の定量に基づいたフェース・スケール. 日本新生児看護学会誌 2010; 16 (1): 11-18.
- 16) 小澤未緒, 砂金直子, 菅田勝也, 他. 日本語版 Premature Infant Pain Profile の実践的活用の検証—所属施設や NICU 従事年数の異なる看護師による評価—. 小児保健研究 2012; 71 (1): 10-16.
- 17) 安藤由希子, 岸本麻衣, 畑 聡子, 他. ターミナルケアに携わる経験の少ない看護師が感じる困難感. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 2010: 14-6.
- 18) 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千紗, 他. 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. 保健学研究 2009; 21 (2): 43-50.
- 19) 大西奈保子. ターミナル期にある患者と向き合えるための教育的な働きかけ. 臨床死生学会誌 2006; 11: 43-50.
- 20) 柿川房子. ターミナルケアにおける看護職の課題と教育方法に関する実践的研究. 日本保健医療行動科学学会年報 2002; 32: 57-61.
- 21) 小松浩子, 小島操子. ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス. 看護学雑誌 1988; 52 (11): 1077-1083.
- 22) 和田 浩. NICU における緩和ケア・看取りの医療の実践. 船戸正久. 新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療. 第一版. 東京: 診断と治療社, 2010: 30-43.
- 23) 小澤未緒. NICU・GCU でのチーム医療における看護師の実践. 小児看護 2012; 35 (12): 1556-1562.
- 24) 浅野浩子. 命の誕生の現場に従事する医療従事者へのこころのケアとメンタルヘルス. 小児看護 2009;

- 32 (13) : 1734-1739.
- 25) 勝碕静香, 青柳 藍, 生田寿彦, 他. NICU から始める在宅医療支援はどうあるべきか—医療・教育・福祉とどう連携するか—. 日本未熟児新生児学会雑誌 2015 ; 27 (1) : 147-150.
- 26) 松岡真理. 在宅ターミナルケアにおける子ども・家族主体のチームアプローチと看護の役割. 小児看護 2007 ; 30 (5) : 684-690.
- 27) 鋤田晃子, 二宮球美. 在宅での子どもの看取りケア. Neonatal Care 2013 ; 26 (10) : 1041-1045.

[Summary]

The purpose of this study was to identify difficulties encountered by nurses practicing end-of-life care in neonatal intensive care units (NICUs). Self-report questionnaires were administered to 319 staff nurses who had experience with end-of-life care in NICUs. The scale

used to measure nurses' difficulties with end-of-life care of children consisted of 8 domains including "Communication with families", "Collaboration as a team including the family", "Treatment and informed consent", "Dealing with team members and families", "Relieving the pain of children", "Environment and system", "Knowledge and skill of nurses" and "Near-death issues". According to the results, the highest degree of difficulty appeared to be associated with "Communication with families". Clinical experience was correlated with difficulties, suggesting that support according to clinical experience is needed.

[Key words]

end-of-life care, difficulties,
neonatal intensive care unit, nurses