

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とその関連要因 —「家族とのコミュニケーション」の困難感を軽減する要因の分析—

齋藤佑見子¹⁾, 古谷佳由理²⁾, 涌水 理恵³⁾, 江守 陽子⁴⁾

〔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低下させる要因を明らかにし、困難感を軽減する介入を検討する目的で、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、「家族とのコミュニケーション」の困難感を低下させる要因として、臨床経験年数が高いこと、End-of-Life ケアに満足できること、End-of-Life ケア時面会制限を24時間可能に緩和すること、他者に思いの表出ができること等が抽出された。このことから、臨床経験の少ない者への教育体制の整備、医療チームで協力し合える職場環境の整備、面会時間制限の緩和、思いを表出できるデスカンファレンスの活用等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, 関連要因

I. 諸 言

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¹⁾。このような危機状況にある子どもと家族に対する 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大きな影響を及ぼすことが明らかとなっている²⁾。

一方、新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit : 以下, NICU) において End-of-Life ケアを担う看護師は、重篤な子どものケアと同時に危機状況にある家族へのケアも行う必要があり、その心理的負担は非常に大きく、苦悩や戸惑いのような困難感を抱く者も少なくない³⁾。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ことに着目し、筆者らは「子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度」を作成し、困難感の種類とその程度に関する調査を実施した。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 Consent」、「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因子より構成されていた。また、看護師は End-of-Life ケアを提供する際に、「家族とのコミュニケーション」に最も強い困難を感じていることが明らかとなった⁴⁾。ケアに対する困難感という否定的な感情はケアの質に影響を及ぼし⁵⁾、さらに看護師のバーンアウトに繋がる可能性がある。そこで本研究では、NICU 看護師が抱く子どもの End-of-Life ケアに対する困難感を低下させる要因を明らかに

Factors Associated with Difficulties Encountered by Nurses in End-of-Life Care of Children in NICU (2725)

— Analysis of Factors Associated with Fewer Difficulties in “Communication with Families” —

Yumiko SAITO, Kayuri FURUYA, Rie WAKIMIZU, Yoko EMORI

受付 15. 4.15

採用 17.10.15

1) 筑波大学附属病院 (看護師)

2) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 (研究職)

3) 筑波大学医学医療系 (研究職)

4) 岩手保健医療大学看護学部看護学科 (研究職)

し、困難感を軽減する介入を検討することを目的とした。困難感の低下に関連する要因を分析することで、困難感を軽減するための対策を明らかにすることができ、看護者のメンタルヘルスの改善と End-of-Life ケアの質の向上に繋がると考える。

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。また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。

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 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. 調査の枠組みと調査項目

1) 調査の枠組み

従属変数は子どもの End-of-Life ケアに対する NICU 看護者の困難感とし、困難感に関係する要因は、これまでの研究成果や看護専門職者および研究者間の討議によって、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」、「Family-Centered-Care（以下、FCC）実践の認識」、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。

すなわち、臨床経験年数や年齢のような看護者の「属性」はケア経験数や死生観に関係し^{6,7)}困難感に影響を与えると考えた。また、看護者がサポートを受けている認識があることは、看護者の精神的負担を軽減すると考え^{8,9)}「サポートに対する認識」を設定した。また、看護者の知識を習得する機会の違いによる影響を考え¹⁰⁾「End-of-Life ケアに関する学習」を、看護者がこれまで経験した End-of-Life ケアによる影響を考え^{6,9)}「End-of-Life ケア経験」を設定した。FCC は NICU

のケアの基本理念であり¹¹⁾、看護者の FCC 実践の認識の差による影響を考え「FCC 実践の認識」を設定した。NICU 病床数や平均年間死亡数は、ケアに関わる頻度に関係するため⁷⁾「施設属性」を設定した。End-of-Life ケアを行うサポート体制の充実度による違いもまたケアの困難感に影響を与えると考え⁸⁾「看護者に対するサポート体制」を設定した。面会可能時間や受け持ち児のプライマリー制の導入などの施設の看護管理体制は、家族と看護者の関わりに関連し⁹⁾困難感に影響を与えると考え「施設方針」を設定した。

2) 調査項目

質問紙は、子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度70項目、FCC 実践尺度27項目、困難感に関連する要因44項目に、子どもに End-of-Life ケアを提供する際の痛みの意識の有無を問う 1 項目を含め計142項目から構成されている。

i. 子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度

Sasahara ら¹²⁾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、筆者らが作成した「子どもの End-of-Life ケアに対する困難感尺度」⁴⁾を使用した。この尺度は 8 つの下位尺度、70項目から成り、下位尺度はそれぞれ「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 Consent」、「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」である。各項目について、子どもの End-of-Life ケアを行う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。下位尺度ごとに合計点を算出し、この点数が高いほど困難感が高いことを意味する。尺度は因子分析を行い因子状況の確認を行った。また、各下位尺度の Cronbach's α 係数は0.76～0.90であり内部一貫性も認められ、信頼性は確保されている。

ii. FCC 実践尺度

慢性疾患や発達に障害のある子どもとその家族に、医療・療育の専門家がどのくらい FCC を行っているか自己評価するための尺度を使用した¹³⁾。尺度は27項目 5 つの下位尺度から成り、「思いやりある対応」、「一般的な情報提供」、「子どもについての具体的な情報伝達」、「人々への敬意ある対応」から成り、「全くあてはまらない（1点）」～「非常によくあてはまる（7点）」

までの7段階で回答する。全体での合計点は出さず、下位尺度得点の項目平均値を算出する。

iii. 困難感に関する要因

困難感に関する要因のうち、「属性」は性別、臨床経験年数、リーダー業務実施の有無等13項目とした。「サポートに対する認識」は、チーム医療の認識、人員不足の認識、他者へEnd-of-Lifeケアに対する思いの表出状況等5項目とし、サポートを受けているという認識が高いほど高得点となるように設定した。「End-of-Lifeケアに関する学習」は、院内外の勉強会参加状況等2項目とし、学習会に参加しているほど高得点に設定した。「End-of-Lifeケア経験」は、満足できるEnd-of-Lifeケア経験、子どもの死に対する恐怖等5項目とした。「施設属性」は、NICU病床数、NICUにおける年間平均死亡数等4項目とした。「看護者に対するサポート体制」は、人員補充状況、デスクカンファレンス実施状況等10項目とし、看護者に対するサポート体制が高いほど高得点に設定した。「施設の方針」は、面会可能時間、End-of-Lifeケア時の面会時間緩和状況等6項目とした。

項目の多くは4段階リッカート評定を行った。また、施設に関する項目の回答は、病棟管理者のみに依頼した。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しその後に文書を郵送し、33施設から調査協力を得た(41.3%)。NICUの看護者の人数分、質問紙を郵送し、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。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ごとに郵送にて一括回収した。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%)。

5. 分析方法

子どもにEnd-of-Lifeケアを提供する際に痛みを意識してケアしているかとの問いに「いいえ」と回答した者は、痛みに対する意識がないことから「痛みの軽減・除去」に関する項目に回答できず、1尺度に欠損が生じるため分析から除外した。また、その他の尺度に欠損値の認められた者も分析から除外した。

困難感に関連する要因の探索に、正規性が認められなかった2群間の比較ではMann-Whitney検定、3群以上の変数の比較ではKruskal-Wallis検定、Bonferoniの補正によるMann-Whitney検定を行った。また、正規性が認められなかった変数とのSpearmanの順位相関係数を求めた。困難感に影響する要因を検討するために、困難感の各下位尺度得点を目的変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。説明変数には、困難感に対して有意な相関、関連が認められた変数、および概念枠組みで想定した変数を選択した。名義変数はダミー変数として投入した。多重共線性については、各説明変数間の相関係数 $r \geq 0.6$ である変数とした。なお、変数投入後の多重共線性についてはVIFにて確認した。筆者らの調査⁴⁾により、困難感得点の最も高かった下位尺度は「家族とのコミュニケーション」であることが明らかとなっており、本研究ではこの下位尺度に関連する変数について分析した。

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科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。記入後の回答用紙は個別に封入後、専用の回収袋を設け、他の看護者や病棟管理者の目に触れないよう配慮した。

III. 結 果

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。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

ると回答した39名を除外した319名を分析対象とした(有効回答率31.6%)。

対象者の概要を表1に示した。年齢は30代(45.8%), 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。対象者の所属施設は大学病院(40.4%), NICU 病床数20床以上(33.9%), NICU 平均年間死亡数は3~5人(30.4%)が最も多かった。

2. 関係する変数と子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度「家族とのコミュニケーション」との単相関

相関係数0.2以上の負の相関を示したものを表2に示した。「家族とのコミュニケーション」と臨床経験年数($r = -0.364$), 年齢($r = -0.330$), 満足できるEnd-of-Lifeケア経験($r = -0.330$), プライマリー

表1 対象者の属性

		n = 319	
		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)
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)
施設の種類	総合病院	82	(25.7)
	大学病院	129	(40.4)
	小児専門病院	67	(21.0)
	その他	41	(12.9)
NICU 病床数	5~9床	88	(27.6)
	10~14床	39	(12.2)
	15~19床	84	(26.3)
	20床以上	108	(33.9)
NICU 平均年間死亡数	0~2人	96	(30.1)
	3~5人	97	(30.4)
	6~9人	57	(17.9)
	10人以上	42	(13.2)
	無回答	27	(8.5)

表2 子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度「家族とのコミュニケーション」と関係する要因との単相関(相関係数0.2以上)

		n = 319	
		相関係数	
関係する要因			
年齢		-0.330	***
臨床経験年数		-0.364	***
プライマリーナースとしてのケア人数		-0.298	***
満足できるEnd-of-Lifeケア経験		-0.330	***
子どもの死に対する恐怖		-0.280	***
思い表出状況		-0.231	***
FCC 思いやりある対応		-0.266	***
FCC 人々への敬意ある対応		-0.219	***

Spearman の順位相関係数, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

表3 子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度「家族とのコミュニケーション」を目的変数とした重回帰分析

		n = 181	
変数		標準偏回帰係数 (β)	
臨床経験年数		-0.308	***
性別 (男=0, 女=1)		0.177	**
身近な人との死別体験の有無 (なし=0, あり=1)		-0.123	*
満足できるEnd-of-Lifeケア経験 (1=できていない~4=いつもできている)		-0.225	***
子どもの死に対する恐怖 (1=非常に感じる~4=感じない)		-0.174	**
人員不足の認識 (1=いつも感じる~4=感じない)		-0.142	*
思い表出状況 (1=表出できていない~4=十分にできている)		-0.190	**
NICU 病床数		0.164	*
End-of-Life ケア時面会制限緩和状況 24h 面会可		-0.219	**
重相関係数 (R)		0.685	
決定係数 (R ²)		0.469	
調整済み (R ²)		0.441	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ナースとしてのケア人数 ($r = -0.298$), 子どもの死に対する恐怖 ($r = -0.280$), FCC「思いやりある対応」($r = -0.266$), 思い表出状況 ($r = -0.231$), FCC「人々への敬意ある対応」($r = -0.219$)に弱い有意に負の相関が認められた。

3. 子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度「家族とのコミュニケーション」を目的変数とした重回帰分析
子どものEnd-of-Lifeケアに対する困難感尺度の下

位尺度の一つ「家族とのコミュニケーション」と有意な関連の認められた要因の影響力を見るために、有意な相関、関連のあった要因および概念枠組みで想定した要因で重回帰分析を行った(表3)。その結果、「家族とのコミュニケーション」に関する困難感を低める要因は、臨床経験年数($\beta = -0.308$)、満足できる End-of-Life ケア経験($\beta = -0.225$)、End-of-Life ケア時面会制限緩和状況(24時間面会を可能に緩和すること)($\beta = -0.219$)、他者へ End-of-Life ケアに対する思いの表出状況($\beta = -0.190$)、子どもの死に対する恐怖($\beta = -0.174$)、人員不足の認識($\beta = -0.142$)、身近な人との死別体験($\beta = -0.123$)であった。このモデルにおける調整済み決定係数は $R^2 = 0.441$ であり、各変数の VIF は1.047~1.278であった。

IV. 考 察

1. 「家族とのコミュニケーション」に関する困難感を低下させる要因

重回帰分析の結果、「家族とのコミュニケーション」に関する困難感を低下させる要因として、臨床経験年数が最も大きな比重を占めていた。End-of-Life ケア経験の少ない看護師は、死に接した経験の少なさから喪失感が多いが、経験が多い看護師は経験の蓄積により患者の死をより幅広い視点でとらえられるようになる¹⁴⁾。また、臨床経験年数は実践的知識の多少を反映するものであり、臨床経験が少ない看護師では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¹⁵⁾、それが家族とのコミュニケーションに対する困難感に繋がり、逆に実践的知識を多く得ている者はその困難感が低くなる傾向があると考えられる。次に困難感の低下と関連の大きかった要因は、満足できる End-of-Life ケア経験であった。一般病棟の看護師を対象とした大町ら⁶⁾の研究、および小児病棟の看護師を対象とした荒川¹⁶⁾の研究においても、End-of-Life ケアに対する満足感を持っている看護師はケアに積極的に関わるという結果があり、本研究同様であった。荒川¹⁶⁾は家族の意思を尊重し、家族と協力しながら積極的にケアを行い、良い End-of-Life ケアができたときと看護師が感じた時に満足感を持つことができると述べており、家族と十分にコミュニケーションを図り、ケアに対する満足感を得ることが困難感の低下に繋がるのではないかと考える。End-of-Life ケアの時に、面会制限を24時間可能に緩

和することも家族とのコミュニケーションに対する困難感を低くする要因の一つであった。NICU 看護師は、家族が子どもと関わり育てる力を信頼しきれないことや、家族が常に存在しケアに参加することへの抵抗感から長時間面会に否定的な感情を抱くことがあり、FCC の阻害要因とされている¹¹⁾。しかし、長時間面会が可能になることで、家族と子ども・看護師の関わりが増え、看護師は家族の育てる力を実感し、経験から家族との関わりに自信が持てるようになるという報告もある¹⁷⁾。ケアに対する満足感を得るためには、患者・家族を理解するだけの適切な時間が必要であるとされており¹⁸⁾、面会時間を長くし、家族と子ども・看護師の関わりの時間を増やすことが家族とのコミュニケーションに対する困難感の低下に繋がると考える。また単相関の結果、FCC 実践尺度において、「思いやりある対応」や「人々への敬意ある対応」の自己評価が高い者ほど「家族とのコミュニケーション」に対する困難感が低い傾向にあった。この結果からも、家族の意思を尊重し協力してケアを行い、ケアに対する満足感を得ることや、面会時間を長くすることで家族と看護師の関わりの時間を増やし、思いやりある対応や敬意ある対応をできることが、家族とのコミュニケーションに対する困難感低下に繋がることが示唆された。End-of-Life ケアに対する思いを表出できることや、子どもの死に対する恐怖が少ないことも困難感を低下する要因として抽出された。子どもの死を受け止めるためには、経験から実践的知識を獲得し死生観を形成することが重要であり、ケア経験やケアに対する思いを他者に語るにより自分の死生観が意識化されることが示されている^{6,19)}。ケア経験や思いを表出しスタッフ間で共有することにより、同じ思いを抱いていると感じることができ、また他の看護師が家族に対してどのような対応をしていたか学ぶ機会にもなるため、家族とのコミュニケーションに対する困難感の軽減に繋がったと考える。影響力が少ないながら、人員に余裕があるとすることも困難感を低下する要因として抽出された。End-of-Life ケアを行う際に、他の業務や子どもの看護があり時間が不足していることに困難を感じるということが報告されている⁵⁾。人員に余裕があると、家族と十分に関わる時間を確保することができるため家族とのコミュニケーションに対する困難感低下に繋がると考える。

2. 「家族とのコミュニケーション」に関する困難感を軽減する介入

臨床経験の少ない看護師が積極的に 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²⁰⁾、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いる²¹⁾。経験豊富な看護師がモデルとなり、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、家族とのコミュニケーションに関する困難感軽減に有効であると考えられる。また、米国では小児の End-of-Life ケアに特化した包括的看護教育プログラム End-of-Life Nursing Education Consortium Pediatric Palliative Care (ELNEC-PPC) が行われ、質の高い End-of-Life ケア提供に向けた取り組みが行われている。わが国においても新生児の End-of-Life ケアに特化した教育プログラム開発に向けた予備調査が行われており²²⁾、その検討が必要である。NICU 看護師の End-of-Life ケアに対する困難感についてインタビュー調査を行った研究では、家族の心理面のケアに対する困難感が抽出されており²³⁾、教育プログラム開発に向けた予備調査でも、家族の心理面のケアが学習を希望する最も高い項目であった²²⁾。本研究の「家族とのコミュニケーション」には家族の心理反応への対応に関する項目が含まれ、先行研究では「悪い知らせ告知後の家族への対応」についての困難感が高いことが明らかとなっており²⁴⁾、より困難な状況での家族の心理面のケアを含めたコミュニケーションに関する実践的プログラムが必要である。岩瀬ら¹⁸⁾は End-of-Life ケアにおいて、患者の苦痛が全人的に緩和され、家族が良い関係が保て、チームから支援が得られ、さらに看護師自身が自分の能力に自信を持てる場合に、看護師はケアに満足することができると述べている。荒川¹⁶⁾は、子どものケアにおいても同様に、子どもの苦痛が緩和されることや家族の後悔が少ないこと、チームから支援が得られた時に、ケアに満足できるとしている。ケアに対する満足感を得るためにも、子どもの苦痛の緩和や家族とのコミュニケーションなど End-of-Life ケアに関する知識を得られる教育体制の整備が必要である。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、多職種でのチームアプローチが必要であるとされている²⁵⁾。多職種が協力し合い、ケアを行うことでチーム医療の認識が高まり、チームから支援

を受けているという知覚にも繋がると考えられ、多職種で子どものケアを行う体制の整備が求められる。まずはチームでケアをしていくというメンバーの意識を改善するとともに、看護師が連絡調整を行いチーム医療の必要性について積極的に話し合う機会を持つことや、日々のカンファレンスなどを通じて、医師や看護師同士が十分にコミュニケーションを図り、お互いに協力し合える職場環境の整備が必要であると考えられる。また、ケアに対する満足感を持ち、子どもの死を受け止めるためには前述のように、死生観を形成することが重要であり、ケア経験を他者に語るにより自分の死生観が意識化されるとしており^{6,19)}、チーム全体で死やケアに対する肯定的なイメージを持つことができるよう、体験を共有し思いを表出できる話し合いの場を設けることが必要である。End-of-Life ケア提供後に医療チーム内でケアについて振り返るデスカンファレンスは、看護師がケアに対する不全感や悲嘆の感情を表出し、心理的疲労を軽減することができるという効果が示されている²⁶⁾。ケアに対する思いが表出できることも困難感を軽減する要因の一つであり、デスカンファレンスを通じてお互いの思いを語り合うことは、看護師がチームに受容され認められていると感じ、各々のスタッフが相手を支え合うことを意識するチームづくりを促進するとされ^{26,27)}、協力し合える職場環境の醸成にも有用であると考えられる。また、End-of-Life ケアの時に、面会制限を24時間可能に緩和することも困難感を低下させる要因であり、面会時間を長くし、家族と子ども・看護師の関わりの時間を増やせるよう施設のソフト面での整備をすすめることが有用である。人員不足の認識は看護師の忙しさに対する不満とも考えられるが、現状を反映しているとも考えられ、待遇や労働条件の改善が必要である。病院内で人的支援を受けられるような体制の整備、あるいは必要時に人員を補充できるオンコール制などによりいつでも人員が確保できる体制の整備が必要であると考えられる。しかし、現実的には人員確保は難しい状況であることから、多職種の協力体制や看護師の業務の一部委譲あるいは代行の可能性などによる人員不足に対する工夫が必要である。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、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、

結果の一般化には検討課題が多く存在する。重回帰分析の前提とされる変数の正規性は満たされていない部分があり、方法論的限界がある。「家族とのコミュニケーション」の困難感を低下させる要因の分析結果、決定係数が低く今回用いた独立変数以外の変数による影響も大きいことが推測された。このことから今後は、その他影響していると考えられる要因を検討していく必要がある。また次なる課題としては、本研究で示された困難感を低下させるとされる要因について介入し、その効果や介入内容の検討を行っていく必要があると考える。

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関連要因を調査し、以下の結論を得た。

1. 重回帰分析の結果、「家族とのコミュニケーション」に関する困難感を低下させる要因として、臨床経験年数が長いこと、End-of-Life ケアに満足できること、End-of-Life ケア時面会制限を24時間可能に緩和すること、他者に思いの表出ができること、子どもの死を受け止めること、人員に余裕があると感ずること、等が抽出された。
2. NICU 看護師のメンタルヘルスの改善と End-of-Life ケアの質の向上のためには、臨床経験の少ない看護師に対する教育体制の整備、医療チームで協力し合える職場環境の整備、多職種で子どものケアを行う体制の整備、面会時間制限の緩和、思いを表出できるデスカンファレンスの活用等の必要性が示唆された。

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) 品川陽子. 赤ちゃん看護と看取り 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 齋藤佑見子, 古谷佳由理, 涌水理恵, 他. 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. 小児保健研究 2016; 75 (2) : 226-235.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 米田昌代. 周産期の「望ましいケア」の実態およびケアに対する看護師の主観的評価とその関連要因. 日本助産学会誌 2007; 21 (2) : 45-57.
- 8) Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, et al. Factors associated with difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in hospitals in Japan. Palliative and Supportive Care 2005; 3 (1) : 15-22.
- 9) 西田三十一, 志自岐康子, 習田明裕. 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討. 日本看護科学会誌 2011; 31 (4) : 3-13.
- 10) 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.
- 11) 木下千鶴. NICU におけるファミリーセンタードケア. 日本新生児看護学会誌 2001; 8 (1) : 59-67.
- 12) 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.

- 13) Woodside JM, Rosenbaum PL, King SM, et al. Family-centered service Developing and validating a self-assessment tool for pediatric service providers. *Children's Health Care* 2001; 30 (3) : 237-252.
- 14) 菅原邦子. 末期がん患者の看護に携わる看護婦の実践的知識. *看護研究* 1993; 10 : 486-502.
- 15) 安藤由紀子, 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 : 14-16.
- 16) 荒川まりえ. 看護師が子どもの死を心に受けとめる際に関わったこと. *日本小児看護学会誌* 2011; 20 (1) : 9-16.
- 17) 木下千鶴, 北川知世, 清水 彩, 他. 24時間自由面会に対する看護職の受け止め方と受け止めの変化に関わる要因—24時間自由な入室面会システムの導入前後を比較して—. *日本新生児看護学会誌* 2002; 9 (1) : 46-52.
- 18) 岩瀬 紫, 森田達也, 笹岡郷子. 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. *死の臨床* 2002; 25 (1) : 70-77.
- 19) 大西奈保子. ターミナルケアに携わる看護師の「理想の看取り」. *日本臨床死生学会誌* 2004; 9 (1) : 25-32.
- 20) 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.
- 21) 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.
- 22) 村上真理, 横尾京子, 田原宏美, 他. 新生児終末期ケア教育プログラム開発のための質問紙調査. *日本新生児看護学会誌* 2012; 18 (2) : 19-26.
- 23) 瀬戸口千恵子, 塗木京子. NICU 看護師の終末期ケア困難感—インタビューからの分析—. *第43回日本看護学会論文集成小児看護*, 2013 : 129-132.
- 24) 天野功二. 小児専門緩和ケアチームの役割—静岡県立こども病院での実際—. *小児科診療* 2012; 75 (7) : 1187-1194.
- 25) 和田 浩. NICUにおける緩和ケア・看取りの医療の実際. 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1版. 東京: 診断と治療社, 2010 : 30-43.
- 26) 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 他. ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能. *死の臨床* 2010; 33 (1) : 126-132.
- 27) 亀田亜紀子, 青柳ひとみ, 横須賀美由紀. デスカンファレンスがPNSにもたらす心理的影響. *日本新生児看護学会講演集* 2004; 14 : 72-73.

[Summary]

The purpose of this study was to identify the factors associated with fewer difficulties and intervention to reduce the difficulties encountered by nurses while providing end-of-life care in neonatal intensive care units (NICUs). Self-report questionnaires were administered to 319 staff nurses who provided end-of-life care in NICUs. According to the results, a longer clinical experience, a feeling of satisfaction achieved by providing end-of-life care, and 24-h relaxation of visiting restrictions for family members of children in the NICU who are receiving end-of-life care and expression of feelings about end-of-life care were associated with fewer difficulties in "communication with families". These results suggest that measures to reduce difficulties experienced by nurses providing end-of-life care in the NICU include education for lesser clinical experience nurses, improvement in mutual support in the working environment, relaxation of the visiting restrictions, and effective use of conferences that allow nurses to express their feelings regarding after-death communication with their team members and the other medical staff.

[Key words]

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