

(研究報告)

ICU に所属する看護師が認識する倫理的問題と対応

Ethical issues and correspondences recognized by ICU nurses

桐山啓一郎¹⁾ 林 久美子²⁾ 松井陽子¹⁾ 菅原隆成¹⁾ 水谷裕子¹⁾
Keiichiro Kiriyama Kumiko Hayashi Yoko Matsui Takanari Sugawara Hiroko Mizutani

抄 録

ICU に所属する看護師が ICU で認識した倫理的問題と倫理的問題への対応を明らかにすることを目的に、ICU での勤務経験が 1 年以上ある看護師 5 名を対象として半構造化面接調査を実施した。調査結果は質的記述的に分析し、167 の要約から 18 サブカテゴリ、6 カテゴリを生成した。生成したカテゴリは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】、【治療優先の ICU 環境への疑問】、【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】、【重症患者を支援する家族への支援】、【ICU 退室後を意識】、【患者の病状が変化しやすい ICU における看護師間、医師－看護師間の方針統一】であった。ICU に所属する看護師らは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】を倫理的問題として認識し、対応として【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】と【重症患者の家族への支援】、【患者の病状が変化しやすい ICU における看護師間、医師－看護師間の方針統一】を実践していた。さらに、ICU に所属する看護師らは【治療優先の ICU 環境への疑問】を倫理的問題として捉え、対応として ICU 環境を変えるのではなく、【ICU 退室後を意識】して患者を支援していた。

キーワード：ICU, 看護師, 倫理的問題

Abstract

The purpose of this study was to clarify the ethical issues recognized by nurses in the ICU and their correspondences. We conducted a semi-structured interview survey of five nurses who have worked in the ICU for more than one year. The survey results were analyzed qualitatively and descriptively, and 18 subcategories and 6 categories were generated from 167 summaries. The generated categories were [Conflict that the patient is severe and cannot care for the patient's intention], [Doubt about the ICU environment that prioritizes treatment], [Ingenuity of care based on the condition of patients who have difficulty in communicating and treatment restrictions], [Support for the family supporting severe patients], [Awareness of progress after leaving the ICU], and [Unification of policies between nurses and doctors/nurses in the ICU where the patient's condition is liable to change]. The nurses belonging to the ICU recognized [Conflict that the patient is severe and cannot care for the patient's intention] as an ethical issue. As correspondences, they practiced [Ingenuity of care based on the condition of patients who have difficulty in communicating and treatment restrictions], [Support for the family supporting severe patients] and [Unification of policies between nurses and doctors/nurses in the ICU where the patient's condition is liable to change]. The nurses who belong to the ICU regard [Doubt about the ICU environment that prioritizes treatment] as an ethical issue, and instead of changing the ICU environment as correspondences, they support patients with [Awareness of progress after leaving the ICU].

Key words: ICU, Nurse, Ethical Issues

1) 朝日大学保健医療学部看護学科

2) 中部学院大学看護リハビリテーション学部看護学科

I. はじめに

集中治療は、“生命の危機に瀕した重症患者を、24時間を通じた濃密な観察のもとに先進医療技術を駆使して集中的に治療する”ことであり(今井, 2009), その場として Intensive Care Unit (集中治療室, 以下 ICU) という機能がある. ICU は重症患者に対応するため, 看護体制が, 患者2名に看護師1名以上が配置されていることが設置基準である(日本集中治療医学会, 2009). ICU は, 上述した手厚い看護師配置に加え, 1人の患者にかかわる医師数が多いことや, 効率的な治療を目的としたオープンフロアの療養環境であること, 感染予防目的で家族の面会制限を有していることなどソフト面とハード面それぞれの環境で一般病棟とは異なる特徴を有している.

ICU の特徴は環境面に留まらない, 日本集中治療医学会(2011)は, ICU を含む集中治療領域の患者及び家族の特徴として“病態, 生命維持・回復のための治療の影響により, 生きる権利, 知る権利, 治療および看護を選択する権利, 断る権利, 尊厳を持って死に行く患者の権利が尊重されにくい状況にある”こと, 即ち, 患者及び家族の人権が脅かされかねない状況にあることを指摘している. ICU に勤務する看護師は, 患者・家族の人権を脅かしかねない状況について, 患者の人権と治療との相克で倫理的問題と認識している可能性がある. 患者の人権という点以外にも, 一般病棟とは異なる療養環境から, ICU 特有の倫理的問題が存在し, 勤務する看護師らが葛藤を抱いている可能性がある.

先行研究では ICU 看護における倫理に関する文献が散見される. ICU に勤務する看護師は 87.5% の割合で何らかの倫理的葛藤を有していると報告(中西ら, 2003)されている. さらに, ICU を含む集中治療室で看護師が倫理的問題に直面した際に, 何らかの対応をしているという報告(脇屋ら, 2005)がある. 一方で, 具体的な倫理的問題の内容は, 1施設の ICU の報告(東ら, 2020)や事例報告(松原ら, 2017)(小藪ら, 2011)は散見されるものの, 明確になっているとは言い難い. 前述した事例報告では, 倫理的問題への対応方法が記載されているものの, 複数の施設を対象にした研究は行われておらず, 多くの ICU に応用して倫理的問題にアプローチするにはさらに研究を進める必要がある. 現状では, ICU に所属する看護師の多くは倫理的問題を認識しているものの, その対応は看護師個人の力量, 若しくは同一組織内の限定された経験値に委ねられていると言わざるを得ない.

ICU の勤務経験を有する看護師が体験した倫理的問題とその対応を明らかにすることは, 倫理的問題を数多く抱える ICU 看護の質的向上に貢献し, 患者及びその家族の人権擁護や, 看護師の倫理観醸成に寄与することが予測される.

II. 研究目的

ICU に所属する看護師が ICU で認識した倫理的問題と倫理的問題への対応を明らかにする.

III. 用語の操作的定義

本研究では倫理的問題を, 小川ら(2014)を参考に“看護実践現場において倫理的葛藤に直面し, 倫理的判断や決断を迫られた状況”とした. また, 倫理的葛藤は, 水野ら(1997)を参考に“医療や看護援助に対して疑問を抱き, 判断や対処方法について困り, 葛藤を覚えること”とした.

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接調査法による質的記述的研究.

2. 対象者

ICUでのスタッフナース経験が1年以上あり、かつ、看護師としての勤務経験が5年以上ある看護師。なお、現任の看護管理者を対象者から除いた。対象者の看護師としての勤務経験は3年未満の看護師の看護実践の質が有意に低いという報告（多久島ら，2017）と日本看護協会が認定する専門看護師及び認定看護師の看護師経験年数である5年以上を参考に決定した。また、ICUでのスタッフナース経験については、先行研究がなかったため、研究前に複数の看護管理者にヒアリングを行った。結果、看護師経験が5年以上あるものであれば、1年以上のICU経験でICUの看護師としてベナー（2001/2005）の述べる、かろうじて及第点の業務をこなすことができる新人レベルを超え、意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて自分の看護実践を捉え始める1人前レベルになる可能性が高いと助言を得たため条件設定した。

3. データ収集期間

2018年10月から2019年3月とした。

4. データ収集方法

対象者1名あたり、個室で30分～1時間でインタビューガイドに基づいた半構造化面接調査を実施した。インタビューガイドの内容は、ICUと他部門で認識した倫理的問題の違い、ICU勤務中に倫理的問題だと感じた印象深い出来事や事例と倫理的問題を感じた理由、倫理的問題への対応、倫理的問題への対応が患者や家族、他の医療従事者に及ぼした影響とした。また、基礎情報として、看護師経験年数、ICU経験年数、倫理研修受講の有無と受講していた場合の内容を聴取した。面接は対象者の許可を得て録音した。

5. データ分析方法

録音した音声データから逐語録を作成した。作成した逐語録を意味内容に応じて要約した。要約後、類似する要約を集めてその集団を象徴する名前を付けサブカテゴリを生成した。さらに類似したサブカテゴリを集めて、抽象度を高めたカテゴリを生成した。分析の確実性を高めるため一連の作業は、質的記述的研究の経験を有する複数の研究者間で行った。

V. 倫理的配慮

対象者の所属施設に問い合わせ、必要な場合、所属施設の看護部長に研究実施の承諾を得た。対象者には研究目的、社会的意義、データ収集方法、個人情報保護、データ保管・破棄方法、研究結果の公表方法を文書と口頭で説明し、自由意思での研究参加や不参加、研究参加後の途中辞退が可能であることを保証した上で、同意書への署名を得た後にデータ収集した。本研究は朝日大学保健医療学部看護学科にて研究倫理審査を受け、承認された後に実施した（承認番号：29003）。

VI. 結果

5名（A看護師，B看護師，C看護師，D看護師，E看護師）に半構造化面接調査を実施した。対象者は複数病院に所属していた。対象者の基礎情報は表1に示した。

1. 半構造化面接調査の結果から生成したサブカテゴリとカテゴリ

データから生成したサブカテゴリとカテゴリの一覧を表2に示した。なお、本文中カテゴリを【】、サブカテゴリを〈〉、対象者の発言を“ ”で括った。以下に生成したカテゴリを説明する。説明中の“ ”の後の看護師名は、当該の発言をした看護師を示した。なお、対象者の発言のうち、方言などは意味が通るように修正した。さらに発言のうち長いものは必要箇所のみ掲載し、そのほかの部分は省略した。

表1 対象者の概要

対象者	看護師経験(年)	ICU経験(年)	職位	倫理研修受講経験	受講した倫理研修の内容	要約数
A 看護師	23	10	副師長	有	労働者としての倫理	42
B 看護師	10	3	スタッフナース	無	—	30
C 看護師	11	2	スタッフナース	有	看護倫理、労働者としての倫理	30
D 看護師	11	7	スタッフナース	有	事例検討の院内研修	40
E 看護師	11	2	スタッフナース	有	医療訴訟	25
平均	13.2	4.8				33.4

1) 【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】

本カテゴリーは、看護師らが患者の意識レベル低下や気管内挿管などの治療行為により十分に患者の意思を把握できず、伴って患者の意思に沿った看護を提供できないことに思い悩んでいたことを示す。“本人が病状を知らないし、治療に対しての意思決定とかも何にもなかったもので、それが問題なのかなっていうふうには思いました (C 看護師)” など 17 要約から生成した〈重症のため患者の思い・意思を把握できない葛藤〉、“挿管してる人は難しい場合もあるし、BIPAP とか NIPPV 付けてても結局何言ってるか分かんないから、(意思を) 頑張って聞き取るけど、分かんなかった (略) (D 看護師)” など 8 要約から生成した〈気管切開や挿管中により言語的なやり取りが難しい患者との意思疎通への葛藤〉、“家族との普段の関係性もよく分からない家族がもうキーパーソンってされて、家族の意向がどんどんどんどん反映されて治療が進むとかってなると、本当にそれで患者さんのためになっているのか (略) (D 看護師)” など 18 要約から生成した〈意識がない患者の家族による代理意思決定への葛藤〉、“そうですね、いつここからまず出れるかなみたいな感じのことはよく聞かれます、明日出れますかみたいな。まずここを出るっていう感覚ですかね。病棟にまず出たいっていう感覚が多いですかね、ここに入られる人はとりあえず、(略) (B 看護師)” など 6 要約から生成した〈病状が安定しない患者の ICU 退室希望に応えられない葛藤〉の 4 サブカテゴリーから生成した。

2) 【治療優先の ICU 環境への疑問】

本カテゴリーは、看護師らが ICU の目的である重症患者の治療を優先する環境設定を承知しつつも納得しきれていなかったことを示す。“ (回復に向かわない患者の家族の面会) 時間を緩くして回数も多くなったけど、家族もちょっと遠慮してるところはあって、他の患者さんとか家族の方に、来てくれるし、来たいと思ってきてくれるんだけど長時間はいれないくて、20分、30分で1回出るみたいな。もうほんと最後の最後べったりくっついてたのはもう亡くなる1日とか2日だけ (略) (E 看護師)” など 20 要約から生成した〈治療優先の ICU 環境への疑問〉、“結構もう、慣れてきちゃうと業務だけであんまり声掛けずにサッサッやっちゃったりするんで、どっちかっていうとそういうところを新人さんに、あ、声掛けてやらないかなっていう思いはあります (B 看護師)” など 10 要約から生成した〈ICU 環境への慣れによる倫理的感受性の低下〉、“カーテンだね、カーテン。音、つうつうで。あとは面会、カーテンで仕切られてて、面会時間になると、他の患者の目に触れないようにカーテンで仕切るけど、やっぱり見る家族の間から見てるし、あれちょっと気になります (略) (E 看護師)” など 8 要約から生成した〈患者のプライバシーが守られない環境への疑問〉、“やっぱり、こっぴで時間も区切られてますし、面会、で、小さいお子さん駄目やったりするんです。なので、いい方向に持ってって、病棟とか出れば、もうちょっと長いこと家族の人も会えたりとか、お孫さんとかにも会えたりとか。そういう、もうちょっと患者さんの気持ちも上がるようなことがあるかなとは思いますが (C 看護師)” など 5 要約から生成した〈ICU ならではの面会時間制限〉の 4 サブカテゴリーから生成した。

3) 【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】

本カテゴリーは重症にあり意思疎通を十分に図ることが出来ない若しくは全くできない状況や治療上の制限がある中でもできる限り患者の意思を尊重したケアができるよう看護師らが工夫していたことを示す。“そう (覚醒しない) になるとちょっともう、こちら家族の方とかに投げ掛けることはもう難しくなってくるので、あんまりしゃべれなくなりますよね。かえって長い過程でここにみえて、ある程度面識があって、そういうケアをするんだったら頑張られましたねとか、そういう感じになってきますけど、ほんとに急にきて、急に亡く

なられてしまったりするともう、ご愁傷さまですってという気持ちしかない。で、そういう意味に、安らかに眠って下さいぐらいな、そういう気持ちでしかもう、ケアができないですね。(A 看護師)”など2要約から生成した〈急な入院で亡くなった患者への祈りを込めたケア〉，“意識のない人か。もし、病棟とかで入院してる”ことがあるとか、外来でフォローされてることがあるのであれば、ちょっと記録をさかのぼって、その病棟にいるときにはどういう発言をしてたかとか、その人となりを知るとかですかね (D 看護師)”など2要約から生成した〈重症患者の人となりカルテや可能な範囲の聞き取りから把握〉，“意識がなくても、患者さんは一人の人間なので、そこは尊重できるように何かケアをする前に声をかけるとか (D 看護師)”など3要約から生成した〈患者への声掛け〉，“(略)しゃべれないとか動けないとか、しがらみが多い、点滴が多いのであんまりこう、っていうのがあるので。(略)やれることは何か決まってるんですよ、集中治療室なんで、清拭一つにしたって、もうちょっときれいにしてあげるために今日、洗髪ができるのかとか、そういうちょっとしたことなんですけど。まあ、足浴を、じゃあ、してあげようとか、そういうことですよ、褥瘡ができないよう”に向きをしっかり変えようねとか、そういうことでしか言ってあげられないんですけど。だってもう点滴が多いし、動かしちゃいけないので(略)(A 看護師)”など2要約から生成した〈治療上の制限がある中で患者の安楽を模索〉の4サブカテゴリから生成した。

4) 【重症患者の家族への支援】

本カテゴリは、看護師らが病状により意識レベルが低下した患者の家族や、急なICU入室により混乱している家族を看護しようと試みていたことを示す。“家族が決断に迷ってるのであれば、家族の話を聞くだとか、普段の患者さんとどういふに接してきたかを、ちょっと家族に振り返れるなら一回振り返ってもらって、家族一人で決めるのも、決断するのもちょっと荷が重いと思うので、みんなで話し合えるような時間を取れるなら取ったりとか。そういう、決断をこちら、医療者がするわけにはいかないの、家族がちゃんと患者さんのために、患者さんが一番いいと思う方法を、家族も納得して決められるように支援したいなと思います(略)家族に寄り添うみたい(略)(D 看護師)”など20要約から生成した〈患者の急な変化やICUの環境に対応できない家族への支援〉，“ある程度の状態でくるけど、例えば脳外の患者さんで麻痺で来たけど、あと遠方の家族過ぎてこの方は将来ここを出る時にどこまで家族として面倒を見てもらえるのかなとか、(略)でもある程度の情報は与えてあげなきゃいけないしとかっていうのもありますし(A 看護師)”など9要約から生成した〈ICU入室中から自宅での介護を見越した家族への支援〉の2サブカテゴリから生成した。

5) 【ICU退室後を意識】

本カテゴリは、看護師らが早期の社会復帰を目指していたことを示す。“退院までもって行けたらいいんですけど、最終的なものでしたら若い方でしたら社会復帰 (A 看護師)”など5要約から生成した〈社会復帰を見通した支援〉，“(略)病棟のほうに情報をもらいに行くとか、どうなったかっていうところまではなかなか日々の業務に追われてしまうので、ま、ちょっと通りがかった担当した先生にそういえばあの方どうなったっていうことしか聞けてはないですね (A 看護師)”など4要約から生成した〈一般病棟に移った後の状況を把握〉の2サブカテゴリから生成した。

6) 【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一】

本カテゴリは、看護師らが急激に変動する病状により患者の意思を把握しきれないが故に看護師間や医師－看護師間で情報を共有し一貫性を持って支援しようとしていたことを示す。“なんか具体的に、あまり思いつかないけど、でもそれを記録に書いて、こういうふうにしたよ、っていうのを書くと、ICUの中での継続看護にはつながってるのかな、って。記録は、みんな読むと思うので、看護師とか特に。家族が前日に、こういう説明をされて、例えば今日結論を出すってなると、こういう働きかけをされてるんだと思って(翌日担当の看護師が)それを踏まえた対応を一応してくれてるとは思うので (D 看護師)”など7要約から生成した〈患者の意思を把握できないがゆえの看護師間での情報共有〉，“その看護師同士で(患者の意思を聞けないことは)どうなんかなっていうの(略)言い合ったりはしたりとか、他の子(看護師)が先生(医師)にちらっというのみたいなふうに、言ったりとかはしてはきてましたけど (C 看護師)”など21要約から生成した〈病状変化の予測が難しいICUにおける医師－看護師間で方針を統一した支援〉の2サブカテゴリから生成した。

表2 カテゴリ・サブカテゴリ一覧

カテゴリ	サブカテゴリ
重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤	重症のため患者の思い・意思を把握できない葛藤
	気管切開や挿管中により言語的なやり取りが難しい患者との意思疎通への葛藤
	意識がない患者の家族による代理意思決定への葛藤
	病状が安定しない患者のICU退室希望に応えられない葛藤
治療優先のICU環境への疑問	治療最優先のICU環境への疑問
	ICU環境への慣れによる倫理的感受性の低下
	患者のプライバシーが守られない環境への疑問
	ICUならではの面会時間制限
疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫	急な入院で亡くなった患者への祈りを込めたケア
	重症患者の人となりやカルテや可能な範囲の聞き取りから把握
	患者への声掛け
	治療上の制限がある中で患者の安楽を模索
重症患者の家族への支援	患者の急な変化やICUの環境に対応できない家族への支援
	ICU入室中から自宅での介護を見越した家族への支援
ICU退室後を意識	社会復帰を見通した支援
	一般病棟に移った後の状況を把握
患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一	患者の意思を把握できないがゆえの看護師間での情報共有
	病状変化の予測が難しいICUにおける医師－看護師間で方針を統一した支援

2. カテゴリ間の関係性

ICUに勤務する看護師らは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】と【治療優先のICU環境への疑問】の2つの倫理的問題を認識していた。そして看護師らは倫理的問題のうち【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】には【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】と【重症患者の家族への支援】、【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一】の3方策で対応していた。【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】は〈重症のため患者の思い・意思を把握できない葛藤〉などから構成されていた。看護師らは病状や気管内挿管などの処置により患者本人の意思を把握できない状況であっても【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】を行い、さらに、患者の意思を把握できない分【重症患者の家族への支援】として患者に近い家族を支えることで患者の意思にできる限り沿った看護を実践しようとしていた。また、患者の意思を把握できないことによって対応する医療者の実践に差が出ないよう【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一】を試み、医療者側のかかわりを統一するよう努めていた。

加えて、看護師らは患者間の仕切りがカーテンのみであることによるプライバシーの問題や、感染予防等を目的とした面会制限など【治療優先のICU環境への疑問】を抱いていた。ただし、看護師らはICU環境による治療の必要性も承知していたと思われるため、ICU環境を著しく変えるのではなく、【ICU退室後を意識】して患者を支援していた。

なお、各カテゴリの関係性は図1に示した。図1のうち、ICUに所属する看護師が認識する倫理的問題の【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】と【治療優先のICU環境への疑問】の2つを上部に配置した。さらに、ICUに所属する看護師が認識する倫理的問題への対応を示す【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】と【重症患者の家族への支援】、【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一】、【ICU退室後を意識】の4カテゴリを下部に配置することで、倫理的問題と倫理的問題への対応を区別した。そして、倫理的問題を示す2サブカテゴリと、それぞれの問題への対応を示すカテゴリを矢印で結んだ。具体的には倫理的問題【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】への対応は【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】と

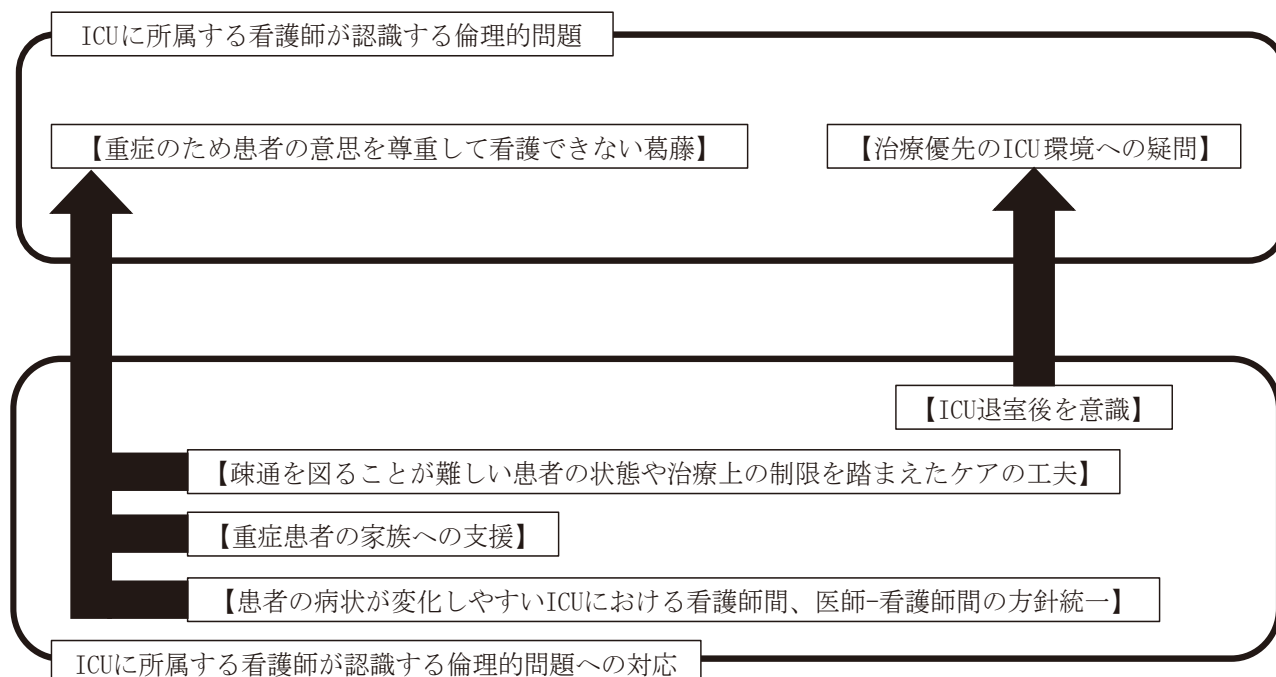


図1 ICUに所属する看護師が認識する倫理的問題とその対応

【重症患者の家族への支援】、【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師-看護師間の方針統一】の3カテゴリであり、倫理的問題【治療優先のICU環境への疑問】への対応はであった。矢印の方向は、看護師らが問題に対応している状況を示した。

Ⅶ. 考察

1. ICUに所属する看護師がICUで認識した倫理的問題

看護師らは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】と【治療優先のICU環境への疑問】の2つを倫理的問題として挙げていた。まず、【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】について述べる。本カテゴリは〈重症のため患者の思い・意思を把握できない葛藤〉など、患者の意思を十分に把握できないことを中心に語られていた。患者の意思を把握できないことに看護師が倫理的葛藤を抱えていることは先行研究の所見と一致している（淵本ら，2021）。ICU以外の一般病棟などでも患者の意識レベル低下や気管内挿管、人工呼吸器装着などの医療行為は行われているが、C看護師が述べる“本人が病状を知らない”ことが特徴になると思われる。ICUは急な発病に入院する患者が多い傾向を認めるため、ICU以外の病棟に比べて患者自身も自分の終末期をどのように過ごしたいかという意思表示を十分にできない可能性を否定できないと考えた。

そして、看護師らは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】について〈意識がない患者の家族による代理意思決定への葛藤〉があることも述べていた。ICUでは入室時から患者の意識がなかったり、鎮静などで患者の意思を尋ねることが難しい場面も多い。そのような場合、患者の代諾者となり得る存在に家族が挙げられる。先行研究ではICUではないものの、がん患者が終末期せん妄を発症し、意思決定できない場合、代諾者とされた家族の負担が報告されている（内田，2019）。また、日本臨床倫理学会の「倫理コンサルテーション」では家族内の対立事例を取り扱ったと報告されている（竹下，2019）。ICUでも他の病棟などと同じように代諾者を家族とすることがあり、看護師らはたとえ患者に近い家族であったとしても代諾者とすべきか否かに迷っていた。同意能力を欠く患者の医療同意を誰がすべきかについては法的にも明確ではないと報告されている（石田，2015）。一方で、終末期に限定されるものの、ICUを含む急性期看護の場で代理意

思決定を支援するための尺度も開発されており(下地ら, 2017), 看護師らも倫理的ジレンマの解消に向けた活動をしている。ICUにおいて患者の意思を誰が代わりに判断するかは本稿執筆現在も明確ではなく, まさに答えの出ない問題であり, 本研究の対象となった看護師らも倫理的葛藤を抱き続けていると考えられた。

2つ目の【治療優先のICU環境への疑問】について述べる。看護師らは面会時間に制限を有することなどを倫理的問題として語っていた。本研究で使用したインタビューガイドには, ICUと他部門の比較を挙げていた。そのため, 看護師らはICUと異なる療養環境の病棟などと強調して比較したことは否定できないと考えた。ただし, わが国のICUの75.4%で面会時間制限を, 47.1%で面回数制限を, 81.5%で面会人数制限を有していたと報告されている(百田ら, 2014)。多くのICUで制限をしているが, E看護師の語りにあるように, 看護師らは患者と家族が面会できないことに苦悩していた。百田ら(2014)の報告では規定外の面会にも対応していることが報告されているが, E看護師の語りをふまえると, 家族側の遠慮もあり柔軟な対応ができていたとは言い切れないため, 看護師が倫理的問題と捉えていると考えられた。

看護師らは【治療優先のICU環境への疑問】について, <ICU環境への慣れによる倫理的感受性の低下>も語っていた。B看護師の語りにも見られるように看護師らはICUという環境に慣れ, 患者に声を掛けるなどの当然行すべき看護が実践されなくなることを懸念していた。看護師らは, 倫理的問題に気づきづらくなることも倫理的問題と認識していた。

2. ICUに所属する看護師がICUで認識した倫理的問題への対応

看護師らは, 【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】への対応として, 【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】と【重症患者の家族への支援】, 【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間, 医師-看護師間の方針統一】を実践していた。そして, 【治療優先のICU環境への疑問】への対応として【ICU退室後を意識】した看護を実践していた。本項は以上の2点について述べる。

まず, 【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】への対応である。看護師らは患者の意思を尊重したケアを実践しようとしていた。そして, 患者の意思が分からない中であっても, 何とか【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】を凝らして看護を提供しようとしていた。具体的には, 過去の受診歴や入院歴を遡り, 対応しようとしていた。それでも患者の意思確認が難しい場合, 看護師らは<意識がない患者の家族による代理意思決定への葛藤>を抱きながらも患者の直接の支援に限界があるため, 【重症患者の家族への支援】として, 家族への支援を通して間接的に患者を支援しようとしていた。看護師らが実践した【重症患者の家族への支援】の具体例としては, D看護師が述べていたように, 患者の普段の様子を聴取することなどであった。看護師らは意思疎通が可能であった頃の患者の状況を知ることのできる限り患者の意向に沿ったケアを提供したり, 患者の代諾者である家族を支えようとしていた。上述したように意思決定困難な患者の代諾者に関する明確な法的規定はなく, 代諾者選任は難しい。看護師らは, D看護師が述べるように患者の身近にいる存在である家族が患者の身近にいない者よりは患者の意思をくみ取りやすいのではないかと考え<患者の急な変化やICUの環境に対応できない家族への支援>を通して, 間接的に患者を支援していたと考えられた。さらに, 看護師らは【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間, 医師-看護師間の方針統一】を実践していた。C看護師の語りにあるように, 看護師らは患者の意思を確認できず, 急な入院で家族も混乱しやすいため, 医療者間で情報共有から患者の意思に関連することを含む細かな情報を収集しようとしていたり, 医療者間の説明の違いから患者や家族をより混乱させないようにしていたと考えられた。榎間ら(2019)の報告でも, ICUなどで看護師が家族支援を行う際, チーム間での情報共有を行う傾向を認めている。

次に【治療優先のICU環境への疑問】への対応について述べる。看護師らはICUの環境を変えるのではなく, 【ICU退室後を意識】して看護を実践していた。その背景には, ICUという重症患者の治療を最優先する環境に疑問を抱きつつも, その環境の必要性を看護師らも自認していたことがある。ICUという特殊な治療環境に長く入院するのではなく, 早期に回復して退室を目指す方が患者にとって有益な可能性は否定できない。ただし, 本研究でE看護師の語りや, 百田ら(2014)の報告にあるように, 看護師らは面会時間の規定外対応

を行うなど柔軟にも対応しようとしていた。看護師らはICU退室を意識しつつも、〈病状が安定しない患者のICU退室希望に応えられない葛藤〉も抱いていたため、ICU退室が叶わない場合などには柔軟に対応しようとしていると考えられた。

3. 今後の課題

本研究はICUに所属する看護師がICUで認識した倫理的問題と倫理的問題への対応を明らかにすることを目的とし、インタビューガイドも倫理的問題とその倫理的問題への対応を聞き取ることができる内容としていた。しかし、倫理的問題は全て対応しきれられるわけではなく、対応しきれないものも存在する。看護師では対応しきれない倫理的問題を明らかにすることはICUにおける看護の質的向上に寄与すると考えられるため、次回の研究では対応しきれない倫理的問題についても把握すべきである。また、本研究は質的研究方法を採用したため対象者が限定されているが、今後は、本研究を基盤に量的アプローチを行うことで一般化を目指すことができる可能性がある。

VIII. 結論

ICUに所属する看護師5名にICUで認識した倫理的問題と倫理的問題への対応について半構造化面接調査を実施したところ、167の要約から18サブカテゴリ、6カテゴリを生成し、以下2点が明らかになった。

1. ICUに所属する看護師らは【重症のため患者の意思を尊重して看護できない葛藤】を倫理的問題として認識し、その対応として【疎通を図ることが難しい患者の状態や治療上の制限を踏まえたケアの工夫】や【重症患者の家族への支援】、【患者の病状が変化しやすいICUにおける看護師間、医師－看護師間の方針統一】の3方策を用いて実践していた。
2. ICUに所属する看護師らは【治療優先のICU環境への疑問】を倫理的問題として捉え、その対応としてICU環境を変えるのではなく、【ICU退室後を意識】して患者を支援していた。

利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反関係にある企業等は存在しない。

謝辞

本研究にご協力いただきましたICU看護師の皆様、対象者所属施設の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 渕本雅昭，一林 亮 (2021). 多様な死の軌跡に寄り添うためのACP Part2 事例で学ぶ多様な死の軌跡に寄り添うためのACP ICUより気管挿管のまま退院し、自宅で看取られた一例を経験して. 看護技術, 67 (3), 291-296.
- 東 弘子，速水浩己，富永美佳子 (2020). A病院ICU看護師が感じる倫理的ジレンマ. 日本看護学会論文集：急性期看護, 50, 106-109.
- 今井孝祐 (2009). 集中治療医学の定義. 日本集中治療医学会雑誌, 16 (4), 503-504.
- 石田 瞳 (2015). 患者の同意能力. 千葉大学人文社会科学研究, 30, 105-121.
- 小藪実美，藤井玲子，高取明美，他 (2011). ICUにおける家族の代理意思決定にかかわる看護師の役割 トンプソンのモデルを用いての振り返り. 看護技術, 57 (7), 672-678.
- 松原絵海以，安土亜由美，大川三幸 (2017). ICUにおいて治療に拒否を占める患者への援助 トンプソンの意

- 思決定モデルを用いて意思決定における看護師の役割について考える. 京都府立医科大学付属病院看護部看護研究論文集, 2015, 105-115.
- 水野智子, 今川詢子, 長谷川真美 (1997). 看護ジレンマと看護倫理教育に関する研究 (第2報) —基礎看護学実習を経験した学生の分析—. 埼玉県立衛生短期大学紀要, 22, 55-63.
- 百田武司, 木村勇喜, 中山 奨 (2014). 日本の集中治療室における面会時間の実態調査 (第1報) 面会の機会拡大に向けての検討. 日本赤十字広島看護大学紀要, 14, 19*27.
- 中西貴美子, 佐藤芙佐子, 佐藤敏子, 他 (2003). クリティカルケアにおける看護師の倫理的ジレンマとそれに関する要因. 三重看護学誌, 5, 75-82.
- 日本集中治療医学会 (2009). 集中治療部設置のための指針—2002年3月—. <https://www.jsicm.org/publication/ICU-kijun.html> (閲覧日 2021年9月29日).
- 日本集中治療医学会 (2011). 集中治療に携わる看護師の倫理綱領 2011年5月最終版. <https://www.jsicm.org/pdf/110606syutyu.pdf> (閲覧日 2021年9月29日).
- 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 他 (2014). 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌, 6 (1), 53-60.
- パトリシアベナー (2001) / 井部俊子監訳 (2005). ベナー看護論新訳版—初心者から達人へ. 18-22, 東京: 医学書院.
- 榎間悠平, 脇坂 浩, 谷口仁美, 他 (2019). 直観を活かしたケアを行うICU/CCU看護師の家族支援の特性 急性心筋梗塞患者の家族への関わりから. 三重県立看護大学紀要, 23, 25-32.
- 下地智之, 豊里竹彦, 眞榮城千夏子, 他 (2017). 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. 日本看護科学学会誌, 37, 437-445.
- 竹下 啓 (2019). 日本臨床倫理学会年次大会「倫理コンサルテーション」でどのような事例が検討されてきたか 臨床倫理認定士を対象とした倫理コンサルテーション活動調査の提案. 臨床倫理, 7, 81-88.
- 多久島寛孝, 羽田野花美, 中原恵美 (2017). 看護師の看護実践の質の評価—臨床経験年数および年代別の比較検討—. 熊本保健科学大学研究誌, 15, 27-37.
- 内田 恵 (2019). 遺族の声を臨床に活かす J-HOPE2016 (多施設遺族調査)からの学び 鎮静とせん妄 (付帯8) 終末期せん妄を患者の家族が評価するための尺度の開発. がん看護, 24 (8), 787-790.
- 脇屋友美子, 佐藤富美子 (2005). 集中治療室の看護師が直面する倫理上の戸惑いと対処. 日本看護学会誌, 14 (2), 32-39.