

「予想される死」における看護職による「呼吸停止確認」の 現状と認識

— 全国ホスピス・緩和ケア病棟の看護職への調査から —

川原 礼子¹, 齋藤 美華², 佐々木明子³, 田沼 寮子³

¹東北大学大学院医学系研究科, ²山形県立保健医療大学, ³東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

Present State and Recognition of Daily Nurse Confirmation of Respiratory Arrest for People Who Are Near Death : Questionnaire Survey of Nurses at a Hospice/Palliative Care Unit

Reiko KAWAHARA¹, Mika SAITO², Akiko SASAKI³ and Tomoko TANUMA³

¹*Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University*

²*Yamagata Prefectural University of Health Sciences*

³*Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University*

Key words : End-of-life Care, Confirmation of Respiratory Arrest, Nurse, Hospice Care, Palliative Care

This study was conducted to clarify the present state and nurses' recognition of daily nurse confirmation of respiratory arrest for hospice/palliative patients who are near death.

Data were collected from responses to a questionnaire administered to nurses working at a hospice/palliative care unit of a hospital. Questionnaire respondents were 44 nurses, of whom 43.2% were tasked with confirmation of respiratory arrest for hospice palliative patients who were near death, 43.2% had agreeable attitudes, and 13.6% had opposite attitudes.

Agreeable nurses recognized that the family understands the situation. Opposite opinions center upon the diagnosis of death as a doctor's duty and variation in nurse skills. Points of caution for confirmation of respiratory arrest include being mindful of differences between doctors and nurses, establishing trust with family, and assessing the family's acceptance of death. Regarding hospice/palliative care nurses, role differences between doctors and nurses and assessment of family acceptance of death are extremely important points of caution, and these points suggest concepts to educate nursing program.

はじめに

看取りの安寧とは、看取り態勢に入ってから臨終までの日々の生活のみならず、死亡の確認や死後の処置を含めた一連のプロセスにかかわるもの

である。近年、それを妨げるものとして具体的に現行の死亡診断書交付方法があげられ、厚生労働省により医師が対面での死後診察によらず死亡診断書を交付でき、それに伴って看護師が死亡確認するということが検討されている¹⁾。その背景に

は、訪問看護の場において、訪問看護師の臨終時の対応において、医師の到着が著しく遅れた例や、到着する前に死後の処置が行われていたこと²⁾、そして、介護保険施設で医師の到着を長い時間待った¹⁾ ことによる葛藤などが報告されていたからである。

もし、看護職が心肺停止確認といった医行為を診療報酬など何らかの形で法的支援を受けて実施することができれば、看取りのプロセスはより円滑に進むことが予想される。そのことは医師の負担軽減をもたらすことは当然であるが、ケアとケアの統合に基づいた看取りの看護実践を意味するものである。その役割を担っていくためには、死亡確認を含めて看取りの在り方が包括的な次元で検討されなければならない。教育プログラム開発のためにはわが国の看護職の死亡確認の現状と、当該職種への認識や教育に対するニーズが明らかにされる必要がある。

そこで研究者らは、老衰やがんの終末期等病状のこれまでの経過から確実に予想される死(以下、「予想される死」とする)について、スウエーデンの end-of-life care システム、とりわけ看護師による死亡確認の現状とそれを支えている理念・しくみ³⁾ や、わが国の「予想される死」における看取りの代表的な場である介護老人保健・福祉施設の看護職に対する調査を行い、呼吸停止確認の現状と認識について報告⁴⁾ してきた。

本研究は、政策上がん医療を基礎としているが「予想される死」の看取りの代表的な場である全国ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する看護職に焦点を当て、看護職による「呼吸停止確認」の現状と認識について明らかにすることを目的とした。

なお、本研究において本来は死の三徴候の一つである「呼吸停止確認」を、呼吸が停止していることを家族へ説明することや医師が到着する前に死後の処置に入るといった実質的な死亡確認を包括するものとして定義した。

その理由は、人の死に関しては、医師が確認し、その死亡診断書を作成するということが法律により定められているため、看取りの現場における「呼吸停止確認」は実質的には死亡確認と同義といえ

る状況にあっても、「死亡確認」ではなく、一般的に看護職が臨終に際しては最初にアセスメントしている「呼吸停止確認」という表記が妥当であるとの判断による。

研究方法

1. 調査対象者および調査方法

全国ホスピス・緩和ケア病棟のサイトに登録されている施設を無作為に 150 施設抽出し、そこに勤務する看護職で本研究の趣旨に同意し、協力できるものを調査対象者とした。

調査方法は、抽出された施設の看護職の責任者宛てに研究の趣意書と自記式の質問紙を郵送し、看取りに関心ある看護職 1 名の回答を依頼した。質問紙は研究者の所属大学を郵送先とし、回収をもって同意とした。

調査票の返送のあったホスピス・緩和ケア病棟看護職 44 名 (29.3%) を本研究の対象者とした。調査期間は、平成 27 年 1 月～2 月である。

2. 調査内容

1) 対象者の基本属性

対象者の基本属性として、性別、年齢、取得免許、看護歴、ホスピス・緩和ケアの経験年数、および看護教育歴について尋ねた。

2) 呼吸停止確認の有無、賛否、および実施している場合の注意点

看護職が日常で「予想される死」に対して、実質的な死亡確認(「呼吸停止確認」、心肺停止確認、死後の処置等を含む)を行っているかどうかの有無を尋ねた。「している」の場合は、① すべきではない、② 賛成である、③ どちらともいえない、のいずれかを選択し、その理由および、実施している場合の注意点について自由に記述してもらった。また、「していない」場合は、① すべきと考える、② 条件が整えば実施してよいと考える、③ 反対である、④ どちらともいえない、のいずれかを選択し、その理由や具体的条件について自由に記述してもらった。

3. 分析方法

対象者の基本属性および「呼吸停止確認」の有無および賛否については単純集計を行い、有無と

対象者の基本属性および賛否との関連については t 検定および pearson の χ^2 検定を行って有意確率は 5% 未満とした。解析には統計ソフト「IBM SPSS 22」を用いた。賛否の理由と実施の注意点に関する自由記載については、その記述内容を精読し、データの意味内容の類似性に基づきコード化し、抽象度を高めてカテゴリ分類をした。なお、分析は共同研究者 3 人で行った。

4. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の趣旨、目的、方法、個人情報保護、研究協力拒否の自由、研究結果の公表の方法等の倫理的配慮について、同封した文書で説明した。また、調査票の返送をもって研究へ

の同意を得たものとする旨を説明した。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を得て実施した。

研究結果

1. 対象者の概要

対象者の基本属性を表 1 に示す。対象者 44 名はすべて女性であり、平均年齢は 43.1 ± 7.3 歳であった。年代については 40~49 歳が最多を占めた。資格については看護師が 43 名、保健師が 3 名、准看護師が 1 名、がん看護専門看護師が 1 名、緩和ケア認定看護師が 13 名、がん性疼痛認定看護師が 2 名であった。看護歴の平均は 18 年 9 か月

表 1. 対象者の基本属性

		<i>n</i> = 44	
		<i>n</i>	(%)
属性	年齢 ¹⁾	43.1±7.3	[30-61]
年齢分布	30~39 歳	14	(31.8)
	40~49 歳	21	(47.7)
	50~59 歳	8	(18.2)
	60~69 歳	1	(2.3)
性別	男性	0	(0.0)
	女性	44	(100.0)
取得免許 (複数回答)	看護師	43	(97.7)
	保健師	3	(6.8)
	准看護師	1	(2.3)
	専門看護師 (がん看護)	1	(2.3)
	認定看護師 (緩和ケア)	15	(34.1)
	(がん性疼痛)	2	(4.6)
看護歴 ²⁾	18 年 9 か月	[1 年 5 か月-30 年 0 か月]	
ホスピス・緩和ケアの経験年数 ²⁾	7 年 7 か月	[1 年 0 か月-14 年 0 か月]	
看護教育歴	専門学校卒	33	(75.0)
	短大卒	7	(15.9)
	大学卒	3	(6.8)
	大学院卒	1	(2.3)

¹⁾ 数値は、平均値±標準偏差 [最小値-最大値] とする

²⁾ 数値は、平均値 [最小値-最大値] とする

であり、ホスピス・緩和ケアの経験年数の平均は7年7か月であった。看護教育歴については専門学校卒が33名、短大卒が7名、大学卒が3名、大学院卒は1名であった。

2. 看護職による「呼吸停止確認」の実施と賛否

「呼吸停止確認」の実施と賛否について表2に

表2. ホスピス・緩和ケア病棟における「呼吸停止確認」の有無と是非

		n = 44
		n (%)
「呼吸停止確認」の有無	呼吸停止確認をしている	19 (43.2)
	すべきではないと考える	0 (0.0)
	賛成である	10 (52.6)
	どちらともいえない	8 (42.1)
	記載なし	1 (5.3)
	呼吸停止確認をしていない	25 (56.8)
	すべきと考える	1 (4.0)
	条件が整えば実施してよい	8 (32.0)
	反対である	6 (24.0)
	どちらともいえない	9 (36.0)
	記載なし	1 (4.0)

表3. ホスピス・緩和ケア病棟において看護職が「呼吸停止確認」を「している」群における賛否とその理由
(コード総数13, 記載した看護職数12)

賛 否	カテゴリ (記載数)	コード (記載数)
1. 賛成である	家族が理解している (3)	・家族がきちんと理解していればよい (2) ・家族は呼吸停止がわかっている (1)
	予想される死である (1)	・予想される死である (1)
	最後までみる責務がある (1)	・最後まで見る責任がある (1)
2. どちらともいえない	看護職の役割に依る (3)	・死の徴候の観察のみで診断は行わない (1) ・呼吸停止・心停止を確認後、医師をオンコールしている (1) ・呼吸停止は看護職が告げても心停止や瞳孔については医師が診断する (1)
	家族のニーズに依る (4)	・ご家族の反応に合わせていくべきである (2) ・医師が来るまで家族に待ってもらうのが大変だった (1) ・医師がするものという家族のイメージは強い (1)
	看取りの状況に依る (1)	・ケースバイケースである (1)

示す。「呼吸停止確認」を「している」群は合計19名(43.2%)であった。「している」群において、「すべきではないと考える」との回答はみられなかった。「賛成である」は10名であり、「どちらともいえない」が8名であった。

一方、「していない」群は25名(56.8%)であり、「すべきと考える」は1名であった。「条件が整えば実施してよい」が8名、「呼吸停止確認」は「反対である」は6名であり、「どちらともいえない」が9名であった。

賛否についてまとめると、「呼吸停止確認」の実施にかかわらず「賛成である」「すべきと考える」との回答に「条件が整えば実施してよい」を含めると肯定的認識は19名(43.2%)であり、「反対である」は6名(13.6%)であった。「している」群と「していない」群のそれぞれの是非に関する認識に有意な差はなかった。また、表1に示した対象者の基本属性、すなわち年齢、取得免許の種類、看護歴、ホスピス・緩和ケアの経験年数、看護教育歴と呼吸停止確認の有無の間には有意な差はみられなかった。

3. 看護職による「呼吸停止確認」を「している」群における賛否とその理由

「呼吸停止確認」を「している」群における賛

否とその理由を表3に示す。以下、カテゴリは【 】, コードは< >を用いて説明する。

「賛成である」と回答した場合の理由のカテゴリは【家族が理解している】【予想される死である】および【最後までみる責務がある】の3つが抽出された。

1) 【家族が理解している】

ホスピス・緩和ケア病棟勤務の看護職は、<家族がきちんと理解していればよい><家族は呼吸停止がわかっている>と家族が理解しているから賛成としていた。

2) 【予想される死である】

<予想される死である>ため賛成であると回答していた。

3) 【最後までみる責務がある】

<最後まで見る責任がある>と自らの職業に対する責任から賛成していた。

一方、「どちらともいえない」と回答した理由のカテゴリには【看護職の役割に応じる】【家族のニーズに応じる】および【看取りの状況に応じる】の3つが抽出された。

1) 【看護職の役割に応じる】

<死の徴候の観察のみで診断は行わない>、<呼吸停止・心停止を確認後、医師をオンコールしている>、<呼吸停止は看護職が告げても心停止や瞳孔については医師が診断する>といった医師と看護職の役割に関する日常的な方針をあげ、それに応じるものであると認識していた。

2) 【家族のニーズに応じる】

<医師が来るまで家族に待ってもらうのが大変だった>との経験や<ご家族の反応に合わせていくべきである>、<医師がするものという家族のイメージは強い>など、家族のニーズに応じるものであると認識していた。

3) 【看取りの状況に応じる】

看取りの状況は<ケース・バイ・ケースである>ためどちらともいえないと認識していた。

4. 「呼吸停止確認」を実施する上での注意点

「呼吸停止確認」をしている群における看取りを行う上での注意点を表4に示す。カテゴリとして【役割に留意して呼吸停止確認を実施する】【家

族と状況の共通認識を深め、信頼関係を結ぶ】、および【家族等の理解・受容の状態を把握して実施する】の3つが抽出された。

1) 【役割に留意して呼吸停止確認を実施する】

「呼吸停止確認」を実施するときの注意点については、<死亡確認は医師にしてもらっている>や<死亡したことは医師が伝えている>等、死亡の確認や告知については医師の役割であることをあげていた。また、<医師の診断は家族が揃ってからがよいか確認している>、<死亡といわずに言葉を選んでいる>、<医師の診察を受けるまでは死亡といわず状況の確認にとどめる>等や、<呼吸と心臓が停止していることを家族に告げている>、<担当医も確認することを伝えている>、<記録に残している>と死亡確認に関する医師との日常的な役割分担を注意点にあげていた。

2) 【家族と状況の共通認識を深め、信頼関係を結ぶ】

家族に対しては<死が予想される時点で家族の付き添いを勧めている>、<残されている時間が数時間のときは家族にその事実を伝える>ことがなされ、<今を穏やかに過ごされていることを伝える>こと等に配慮しながら、臨終の場面では<呼吸に変化が表れていることを伝える>ことや<グリーフケアの意味も含めて家族と呼吸が止まったことを確認している>ことにより、家族と状況の共通認識を深めるための看護実践をしていた。さらに、看取りの看護ケアにおいては、<丁寧に説明することを心がけている>、<ひとつひとつのケアをゆっくり丁寧にを行う>、<少しでも前向きに捉えられるような声かけが大切である>等、家族と信頼関係を結ぶために留意していることをあげていた。

3) 【家族等の理解・受容の状態を把握して実施する】

家族等周囲の人々の理解・受容状態について、<家族や付き添っている人たちで看取りができる状態であれば見守る>、<家族のそのときの反応を確認している>、<家族が呼吸停止確認を受け入れていなければ待つ>、<呼吸の変化などに家

表4. ホスピス緩和ケア病棟看護師が「呼吸停止確認」を実施する際の注意点
(コード総数26, 記載した看護職数15)

カテゴリ (記載数)	コード (記載数)
1. 役割に留意して呼吸停止確認を実施する (11)	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡確認は医師にしてもらっている (1) ・死亡したことは医師が伝えている (1) ・医師の診断は家族が揃ってからがよいか確認している (1) ・死亡といわずに言葉を選んでいる (2) ・医師の診察を受けるまでは死亡といわず状況の確認にとどめる (1) ・呼吸停止や心停止については確認している (1) ・呼吸と心臓が停止していることを家族に告げている (2) ・担当医も確認することを伝えている (1) ・記録に残している (1)
2. 家族と状況の共通認識を深め、信頼関係を結ぶ (10)	<ul style="list-style-type: none"> ・間に合わないこともあることをあらかじめ話し、了承していただく (1) ・残されている時間が数時間のときは家族にその事実を伝える (1) ・グリーフケアの意味も含めて家族と呼吸が止まったことを確認している (1) ・死が予想される時点で家族の付き添いを勧めている (1) ・呼吸に変化が表れていることを伝える (1) ・今を穏やかに過ごされていることを伝える (1) ・丁寧に説明することを心がけている (2) ・ひとつひとつのケアをゆっくり丁寧にを行う (1) ・少しでも前向きに捉えられるような声かけが大切である (1)
3. 家族等の理解・受容の状態を把握して実施する (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や付き添っている人たちで看取りができる状態であれば見守る (1) ・穏やかに迎えられるよう対応する (1) ・家族のそのときの反応を確認している (1) ・家族が呼吸停止確認を受け入れていなければ待つ (1) ・呼吸の変化などに家族に動揺が見られれば寄り添う (1)

族に動揺が見られれば寄り添う」といったことの把握とそれに伴う援助方法をあげていた。

5. 看護職による「呼吸停止確認」を「していない」群における賛否とその理由

「呼吸停止確認」を「していない」群における賛否とその理由を表5に示す。「すべきである」との回答には、理由の記載はなかった。「条件が整えば実施してよい」と考えている理由のカテゴリには、【本人の意思や身体の尊重のためである】【家族が同意している】【チームで共有している】および【地域のニーズがある】の4つが抽出された。

1) 【本人の意思や身体の尊重のためである】

＜本人が管などに囲まれる姿を家族に見せたくないと考えている場合＞は実施してよいと認識していた。また、＜酸素マスクやカヌラは早く外してあげたい＞、＜遺体に変化しないで済むから＞＜早く行った方がよい処置はしてもよいのでは＞と考え、＜口腔など身体環境の整備に限るならば＞と、本人の意思・身体の尊重を条件にあげていた。

2) 【家族が同意している】

＜家族が死を受け入れていればよい＞、＜家族の同意が事前に得られていればよい＞と、家族の同意を条件にあげていた。

3) 【チームで共有している】

＜事前に医師と整合できていればよい＞や、

「予想される死」における看護職による「呼吸停止確認」の現状と認識

表5. ホスピス・緩和ケア病棟において看護職が「呼吸停止確認」を「していない群」における賛否とその理由
(コード総数27, 記載した看護職数21)

賛 否	カテゴリ (記載数)	コード (記載数)
1. 条件を整えば実施してよい	本人の意思や身体の尊重ためである (5)	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が管などに囲まれる姿を家族に見せたくないと考えている場合 (1) ・遺体に変化しないで済むから (1) ・早く行った方がよい処置はしてもよいのでは (1) ・酸素マスクやカヌラは早く外してあげたい (1) ・口腔など身体環境の整備に限るならば (1)
	家族が同意している (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が死を受け入れていればよい (1) ・家族の同意が事前に得られていればよい (1)
	チームで共有している (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・事前に医師と整合できていればよい (1) ・スタッフが死亡確認の研修を受けていればよい (1)
	地域のニーズがある (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地や離島で医師の数が少ない場合 (2)
2. 反対である	医師の役割である (7)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の役割と考える (2) ・看護師の負担が大きくなる (1) ・責任の所在があいまいになりそうで不安である (1) ・自分が家族の立場だったら医師からの宣告を希望する (1) ・家族のトラブルになりうるので回避すべきである (1) ・責任問題がある (1)
	看護職の技術に差がある (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・医学的知識に個人差がある (1)
	状況が必要としていない (1)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要ない, そんなに急がない (1)
3. どちらともいえない	看護職の役割に依る (3)	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断は医師がすべきで看護職はあくまでも呼吸停止確認 (1) ・死亡診断は医師の行為だが, エンゼルケアは看護として判断できる (1) ・訪問看護と違って病院の場合は医師がするのが一般的とされている (1)
	家族のニーズに応じる (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族のニーズによっては必要な場合もある (1) ・家族の中では心の整理ができていない方もいる (1)
	これまで検討したことがない (2)	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の方針として検討したことがない (1) ・賛否を判断する知識は今のところない (1)

＜スタッフが死亡確認の研修を受けていればよい＞と、チーム内の共有を条件にあげていた。

4) 【地域のニーズがある】

＜へき地や離島で医師の数が少ない場合＞等、地域のニーズを条件にあげていた。

「反対である」理由のカテゴリには【医師の役割である】【看護職の技術に差がある】および【状況が必要としていない】の3つが抽出された。

1) 【医師の役割である】

「呼吸停止確認」は、＜医師の役割と考える＞＜看護師の負担が大きくなる＞、＜責任の所在があいまいになりそうで不安である＞、＜自分が家族の立場だったら医師からの宣告を希望する＞等の理由をあげていた。

2) 【看護職の技術に差がある】

＜医学的知識に個人差がある＞と看護職の知識

に差があることをあげていた。

3) 【状況が必要としていない】

〈必要ない、そんなに急がない〉と、状況が看護職による「呼吸停止確認」を必要としていないことをあげていた。

「どちらともいえない」と考えている理由のカテゴリには【看護職の役割に応じる】【家族のニーズに応じる】および【これまで検討したことがない】の3つが抽出された。

1) 【看護職の役割に応じる】

〈死亡診断は医師がすべきで看護職はあくまで呼吸停止確認〉〈死亡診断は医師の行為だが、エンゼルケアは看護の行為として判断できる〉と役割に応じるのものであると考え、また、〈訪問看護と違って病院の場合は医師がするのが一般的とされている〉等の認識から、どちらともいえないとされていた。

2) 【家族のニーズに応じる】

〈家族のニーズによっては必要な場合もある〉、また、〈家族の中では心の整理ができていない方もいる〉のでどちらともいえないと認識していた。

3) 【これまで検討したことがない】

〈病院の方針として検討したことがない〉〈賛否を判断する知識は今のところない〉からどちらともいえないと認識していた。

考 察

1. 本研究の対象者の背景について

本研究の対象者であるホスピス・緩和ケア病棟看護職44名の基本属性については、平均年齢は43.1±7.3歳であり、年齢分布は40歳代が最も多かった。厚生労働省の平成22年度の調査⁵⁾によると、「病院(病棟)」で就業している看護職は40歳代が最も多くなっており、本研究結果もそれに一致するものであった。

対象者の性別についてはすべて女性であり、男性看護職はみられなかった。厚生労働省の平成24年衛生行政報告例⁶⁾によると、就業看護師数における男性看護師の割合は6.6%の割合であり年々増加しており、不穏や暴力行為のある患者へ

の対応を男性の役割として引き受けてきた時代は変化しつつある。しかし、緩和ケア勤務の男性看護師については少数の現状にある^{7,8)}。

本研究の対象者の更なる専門的資格については、認定看護師が15名、専門看護師が1名みられた。このように有資格者が多くなっていた背景には、本研究方法、すなわち、質問紙の回答は病棟の管理的立場にあるものから看取りに関心のある看護職に依頼する手法が影響している可能性がある。しかし、認定看護師に関しては介護保険施設で活躍していた状況⁴⁾を合わせて、看取りの場における活躍が推察される。一方、専門看護師については、看取りの場では、活躍に乏しい現状にあり、育成方法や受け皿における課題が浮上している。

2. ホスピス・緩和ケア病棟の看護職の「呼吸停止確認」の実施の現状について

「呼吸停止確認」の実施については、対象者の19名(43.2%)で行われており、先行研究⁴⁾の介護老人保健施設の8名(21.1%)という実施率よりも高いものであった。介護老人保健施設は、医師の常勤が義務付けられているが、一般的にはホスピス・緩和ケア病棟のほうが医師の数が多い^{8,9)}ため興味深い結果といえる。すなわち、実施については医師の不在⁴⁾以外の要因として看護職自身のニーズや看取りの現場での役割の拡大が関連している可能性がある。

「呼吸停止確認」を「している」群と「していない」群の間の比較では、対象者の基本属性や賛否に対する認識については有意差がみられなかった。しかし、「している」群では「すべきではないと考える」の回答がないのに対して、「していない」群は「すべきである」が1名と少なく、「反対である」が6名あったことは興味深い結果と考える。つまり、「している群」は、肯定的認識が強くなっている一方、「していない群」は否定的なそれが強いとの解釈ができる。これについては、「している」群は、前述したように本研究における対象者が、管理者に推薦されているため、賛否の認識に影響している可能性や、日常的な現場でトラブル発生の経験がないために、肯定的認識を

もっている可能性が考えられる。一方、「していない」群は、「呼吸停止確認」は医師がすべき、学校でそのような教育を受けた⁴⁾、といった認識が影響している可能性がある。これらについては今後、調査対象者数を拡大して検証していく必要がある。

3. ホスピス・緩和ケア看護職による「呼吸停止確認」の賛否とその理由について

「呼吸停止確認」の賛否については、実施の有無にかかわらず肯定的に捉えているものは19名(43.2%)であった。その理由としては【本人の意思や身体の尊重のためである】ことがあげられていた。研究者らはこれまで、訪問看護師の医行為を支えている2つの理念、すなわち、「速やかに苦痛を軽減する有効な方法である」および「対処方法を実行できる要素が揃っている」について報告^{10,11)}してきたが、本研究の対象者も「呼吸停止確認」という医行為について、同様の認識のもとに肯定的に捉えていると考えられる。また、【予想される死である】については、救命しうる状態ではない場合は、看取りの安寧を求めて看護職による「呼吸停止確認」を肯定的に捉えていることが推察できる。しかし、【最後までみる責任がある】については研究者らの先行研究⁴⁾における介護保険施設ではみられなかった認識であり、緩和ケアについて専門性を高めているからこそその責務と考えられ注目に値する。

一方、「反対である」理由として【医師の役割である】の記載数は多かった。「呼吸停止確認」は死亡確認であり、死亡診断書を作成する医師が行うものとの認識によると考えられ、先行研究⁴⁾における反対の理由に一致する。【看護師の技術に差がある】については、技術レベルは教育の背景や個人の意欲や観点到左右されるため、看護職全体のスキルアップもしくは看護職間での役割分担が行われれば、違った認識となりうる。「状況が必要としていない」については、新城ら¹²⁾は、「医師が臨終に立ち会ったこと」と「立ち会えなかったが、その日は頻りに部屋に来ていた」ことの間には医師の対応の必要度に有意差はなかったと報告しており、看護師が呼吸停止確認をしなくとも、

生前に主治医の頻繁な訪室があったり、オンコール態勢の厳密な遂行等により看取りの安寧が保たれていることが推察される。

「どちらともいえない」理由としては、「呼吸停止確認」実施の有無にかかわらず【役割に応じる】および【家族のニーズに応じる】の2つが記載数の多いものであった。【役割に応じる】については、「呼吸停止確認」を実施している場合は、＜死の徴候の観察のみで診断は行わない＞、＜呼吸停止は看護職が告げても心停止や瞳孔については医師が診断する＞等医師と看護職の役割分担に関する日常の方針、取り決めを記載しており、また、実施していない場合も、＜死後の処置の開始を判断する看護師の役目としてなら賛成するが、死亡確認としてのものならば医師の役割である＞として「呼吸停止確認」が死亡確認という意味であれば、医師の役割であるため、賛否についてはどちらともいえないとしていた。

【家族のニーズに応じる】については、家族が死後の処置の実施を望んでいる場合は「呼吸停止確認」を実施することに賛成するが、そうでない場合は医師による死亡確認を待つべきであり「どちらともいえない」と認識していると推察できる。しかし、医師の到着が遅れたときは、刻々と変化する遺体を前に葛藤や苦悩するという状況を招くことになる。看護職による「呼吸停止確認」は、看取り加算や診療報酬等による位置づけがない現状にあるが、何らかの形で法的支援を受けられれば、家族のニーズにも影響を与え、看取りケアは違った形で展開される可能性がある。

4. 実施している場合はその際の注意点について

実施する上での注意点からは【役割に留意して呼吸停止確認を実施する】というカテゴリが抽出されたが、＜死亡とは言わず言葉を選んでいる＞という記載から、役割分担への細心の配慮がうかがえる。ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育の現状は、日本ホスピス・緩和ケア協会の教育プログラム¹³⁾が参考にされている場合が多いとされている¹⁴⁾。その個別行動目標には、行政・法的問題、すなわち、死亡確認、死亡診断書や死後

の処置について理解し、具体的に述べるができることがあげられているが、本研究にて抽出された医師との役割分担のきめ細かさは、現場が発信している「呼吸停止確認」を包括した教育へのニーズと捉えることができる。しかし、＜死亡とは言わず言葉を選んでいる＞ことは、看取りにかかわる人々に不自然さを与えうると考える。なぜならば、死後の処置は近年、是非が議論されているとはいえ鼻腔等の体腔に綿花を詰める¹⁵⁾ 処置をすることであり、実質的な死亡確認行為であるからである。もし法的支援があれば、役割分担の実際に関しても、より自然な状況が生じうる。

注意点の【家族と状況の共通認識を深め、信頼関係を結ぶ】および【家族等の理解・受容の状態を把握して実施する】については、先行研究⁴⁾の介護老人・福祉施設看護職の場合にも抽出されていたカテゴリである。本研究より、ホスピス・緩和ケア病棟の看護職にとっては家族の状況に対する理解や受容の状態、および場面の共通認識に関することは最も留意する点であり、日常的にそれらにきめ細かいアセスメントを行い「呼吸停止確認」を実施していることが明らかになった。それはいわゆるケアとキュアの統合による看護実践という位置づけであり、「予想される死」の看取り教育プログラムを構成していく上での重要な構成要素と考えられた。

本研究の限界と課題

本研究においては「呼吸停止確認」を、医師の到着を待たずに死後の処置に入るケアを含む実質的な死亡確認を包括するものとして定義したが、本研究企画の意図することは、看護職による「呼吸停止確認」を、医師による死亡診断書とは違った位置づけとし、死亡診断のプロセスにおいて新たに「呼吸停止確認」およびそれに伴う記録等に対して診療・介護報酬が加算される等の制度的なニーズを明らかにすることであった。

しかし、先行研究では趣意書や質問項目にて実質的な死亡確認について説明したにもかかわらず、「呼吸停止確認」と死亡確認が混同されている可能性が推察された⁴⁾。本研究においても、役

割に応じるものでありどちらともいえないとの回答数が多かったことやその内容から、研究の意図が正確に伝わっていなかった可能性があり、研究者らは改めて問題の複雑性を認識した。今後、その課題を踏まえた形で調査すれば、現場のニーズがより具体的な形で浮上しうると考える。

結 語

全国ホスピス・緩和ケア病棟の看護職に対する調査では、看取りにおいて「呼吸停止確認」が対象者の約4割で実施され、肯定的認識もまた約4割にみられた。

「賛成である」理由のカテゴリに【家族が理解している】、【予想される死である】および【最後までみる責任がある】が抽出され、「条件を整えば実施してよい」には【本人の意思や身体の尊重のためである】、【家族が同意している】等が抽出された。一方、「反対である」には【医師の役割である】、【看護職の技術に差がある】等が抽出され、「どちらともいえない」には、【看護職の役割に応じる】、【家族のニーズに応じる】等が抽出された。

実施している際の注意点には、【家族と状況の共通認識を深め、信頼関係を結ぶ】、【役割に留意して呼吸停止確認を実施する】および【家族等の理解・受容の状態を把握して実施する】が抽出された。

「呼吸停止確認」の賛否の観点や実施の注意点から医師とのきめ細かい役割分担や家族のニーズへの留意が明らかになり、看取り教育プログラム作成のための重要な構成要素と考えられた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいました全国ホスピス・緩和ケア病棟看護職の皆様へ深く感謝申し上げます。

本稿は、平成25年度日本学術振興会研究費補助基盤研究C：高齢者の「予想される死」における看護職の看取り教育プログラム開発（課題番号：25463285）（研究代表者：川原礼子）により

実施した研究の一部である。

文 献

- 1) 内閣府ホームページ：<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg4/kenko/151023/agenda.html> (H28.10月4日参照)
- 2) 石川美智：在宅での看取りに関わる訪問看護師の臨終の現状、死の臨床, **34**(1), 134-140, 2011
- 3) 川原礼子, 佐々木明子, 齋藤美華, 坂川奈央：看護における end-of-life care 教育システムの再構築への提言 スウェーデンにおける「予想される死」への看護職による死亡確認の現状から, 看護研究, 医学書院, **48**(6), 596-604, 2015
- 4) 川原礼子, 齋藤美華, 坂川奈央, 東海林志保：高齢者の「予想される死」における看護職による呼吸停止確認の現状と認識—全国老人保健・福祉施設の看護職への調査から—, 東北大学医学部保健学科紀要, **24**(2), 65-75, 2015
- 5) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh.html> (H28.6.7参照)
- 6) 厚生労働省平成24年度衛生行政報告例：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/> (H28.6.2参照)
- 7) 中村博文, 渡辺尚子, 浅井美千代, 榎本真理：男性看護師の職業的アイデンティティに影響を及ぼす要因の構造的な分析, 北日本看護学会誌, **18**(1), 29-37, 2015
- 8) 宮下光令, 今井涼生, 渡邊奏子：データでみる日本の緩和ケアの現状, ホスピス緩和ケア白書, 54-69, 2013
- 9) 厚生労働省：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/kekka_1.pdf (H28.6.2参照)
- 10) 齋藤美華, 大槻久美, 川原礼子：訪問看護師の裁量拡大に対する当該職種への認識の内容, 東北大学医学部保健学科紀要, **21**(1), 33-39, 2012
- 11) 齋藤美華, 大槻久美, 川原礼子：高齢者の排便ケアに関する医行為が訪問看護師の判断で行えると考えた理由, 老年看護学, **16**(2), 65-71, 2012
- 12) 新城拓也, 森田達也, 平井啓, 宮下光令, 佐藤一樹, 恒藤暁, 志真泰夫：主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが, 家族の心理に及ぼす影響についての調査研究, Palliative Care Research, **5**(1), 162-170, 2010
- 13) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会：ホスピス・緩和ケア教育カリキュラム (多職種用), http://www.hpcj.org/med/ed_cur.html (2016.12.13参照)
- 14) 二見典子, 田村恵子, 河正子：ホスピス緩和ケア病棟における看護師教育プログラムの現状に関する調査, 日本ホスピス緩和ケア研究振興財団助成事業, 1-22, 2010
- 15) 渡辺礼子, 薬袋淳子：緩和ケア病棟における遺体トラブル発生予防に向けたエンゼルケアの評価—葬儀社に対する調査から—, 死の臨床, **38**(1), 196-200, 2015