

2020年度日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業
「救急・集中治療領域における緩和ケアの推進」
事業報告書

国立大学法人神戸大学医学部附属病院
緩和医療支持治療科 特命教授 木澤 義之

I. 事業の目的・方法

救急・集中治療領域における緩和ケアの実践によって、入院期間およびICU滞在期間の短縮、患者が希望しない延命治療の減少、家族の精神的苦痛の軽減などの効果があることが報告されており、医療者のバーンアウトのリスク軽減にも効果が期待されている。欧米では、緩和ケアは救急・集中治療領域において重要な要素であると認識されつつあり、ケアシステムの構築や実践状況の評価を目的とした医療者対象の実態調査が行われている。しかしながら、わが国において救急・集中治療領域の緩和ケアに焦点を当てた全国規模の実態調査は行われておらず、どのような現状にあるか明らかになっていない。そこで、救急・集中治療領域における緩和ケアの実践状況と医師・看護師の認識を明らかにすることを目的とし、郵送による自記式質問紙調査を実施した。

II. 事業の内容・実施経過

2020年度進捗状況

【医師調査】

- ・ICU 579施設、救命センター 294施設、計 873名を対象に質問紙調査実施した。
- ・436名から回答を得た。(回収率:50%) 内訳: ICU287名(回収率 50%)、救命センター143名(回収率 49%)

【看護師調査】

- ・全国の救急認定看護師、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師 計 742名を対象に、質問紙調査を実施した。
- ・回収率は51.8%(384通)であった。

III. 事業の成果

【医師調査：調査結果】 n=436

1. 対象者施設背景 〈表1〉

- ・回答者の平均年齢(±標準偏差)は 50.7(±8.4)歳、医師免許取得後年数は 25.2(±8.3)年、部署勤務年数は 14.5(±8.9)年であった。
- ・病院施設全体の病床数は、300床以下が10%(n=42)、301~500床以下が34%(n=150)、501~750床以下が35%(n=153)、751~1000床以下が15%(n=66)、1001床以上が5%(n=21)であった。

2. 緩和ケアに対する認識と実践状況

- ・クリティカルケア領域の医師によって行われる13項目(1.鎮痛管理、2.鎮静管理、3.痛み以外の身体症状への治療や対応、4.患者の精神的への治療や対応、5.せん妄のモニタリングとマネジメント、6.患者の社会的苦痛への対応、7.患者のスピリチュアルな苦痛への対応、8.患者にとって苦痛と考えられる集中治療の中止と差し控え、9.看取り期の症状緩和、10.PICS[Post-Intensive Care Syndrome]予防、11.患者家族の意思決定支援、12.家族に対する心理的サポート、13.倫理的問題の調整)を提示し、これらの事項は緩和ケアに該当すると思うか尋ねた。70~90%の医師が、すべての項目に対して“とてもそう思う”“そう思う”“どちらかというと思う”と回答した。〈表2〉
- ・WHOの緩和ケアの定義について、72%(n=315)が“知っていた”“少し知っていた”と回答した。
- ・94%(n=411)が基本的緩和ケアを強化するべきだと考えており、90%(n=391)がクリティカルケア領域の医師は緩和ケアについて学ぶべきだと考えていたが、40%(n=176)は緩和ケアに関連するトレーニングを受けた経験は無いと回答した。〈表3〉
- ・施設内に緩和ケアチーム(PCT)が設置されているのは85%(n=371)であり、コンサルテーションするためのワークフローがある施設は56%(n=244)であった。
- ・89%(n=386)が緩和ケアチームなどの専門家と連携すべきだと考えていたが、年間の緩和ケアコンサルテーションの実施件数は、0件が45%(n=197)、10件以上が6%(n=28)であった。
- ・実際にコンサルテーションした経験のあるケースは、終末期の進行性疾患患者への対応(25%, n=107)、疼

痛の症状コントロール(21%, n=92)の順に多かった。〈図 1〉

・コンサルテーションしたいと思うケースは、家族の心理的サポート(43%, n=187)が最も多く、次いで、終末期の進行性疾患患者(35%, n=153)、医療スタッフの心理的サポート(33%, n=145)であった。71%(n=311)の施設が、いずれかのケースに該当すると回答した。

・身体的苦痛が適切に対処されていると思うと回答したのは 75%(n=330)、精神的苦痛が適切に対処されていると回答したのは 61%(n=267)、患者と家族に今後の経過等の情報提供が十分にされていると回答したのは 74%(n=321)、PICS 予防のための各種ケアが十分に行われていると思うと回答したのは 55%(n=242)であった。〈表 4〉

・患者が緩和ケアの対象かどうかを判定する基準は、「臨床医の経験による予後予測」55%(n=238)が最も多く、基準が無い施設は 31%(n=136)であった。〈表 5〉

・緩和ケアの専門家が参加する多職種カンファレンスが行われていない施設は 74%(n=324)であった。

・緩和ケアを導入する適切な時期として、集中治療を続けることが無益なとき(67%, n=292)が最も多く、次いで、患者・家族の希望があったとき(55%, n=238)、患者の苦痛が顕在化したとき(52%, n=228)、ICU/救命センターでの死亡が予測される時(51%, n=224)であった。〈表 6〉

・回答した 54%の施設で、終末期患者の苦痛の緩和を目的としたプロトコルは無いことがわかった。

・経時的に評価されている苦痛症状は、疼痛(92%)、せん妄(81%)が多く、次いで呼吸困難(40%)、不眠(39%)、便秘・下痢(33%)、不安・抑うつ(32%)であった。

3. 治療・ケアの目標の話し合いについて

・治療・ケアの目標の話し合いについて、家族と話し合いをしている(だいたいする～必ずする)と回答した施設は 82%、看護師が同席している施設は 87%、プライバシーが保てる部屋を確保し使用している施設は 91%、家族の理解度を確認している施設は 86%、内容を診療録に記載している施設は 96%、内容を記載した用紙を家族に渡している施設は 57%、事前指示の有無について確認している施設は 56%、患者の ACP の話し合いの有無について確認している施設は 51%であった。

・治療・ケアの目標の話し合いの中で家族と話し合っている内容と、その内容について“だいたい話す～必ず話す”と回答した施設の割合を示す。患者の予後について(95%)、今後の予測される経過について(97%)、代理意思決定者の選定について(79%)、患者本人の治療の希望について(65%)、推定される患者本人の治療の希望について(86%)、家族の望む治療やケアについて(93%)、治療の差し控え/中止について(79%)、療養場所の希望について(82%)、家族に身体的・心理的・社会的な問題があるかどうかについて(67%)という結果であった。

4. 集中治療の差し控え/中止について

・集中治療の差し控え/中止について、プロトコルがある施設は 10%であった。

・臨床上の倫理問題の検討を行う部署(臨床倫理委員会、医療安全推進部など)がある施設は 93%、コンサルテーションのワークフローがある施設は 54%であった。

・集中治療の差し控え/中止の決定とそのプロセスについて診療録に明記している(だいたいする～必ずする)と回答した施設は 96%、集中治療の差し控え/中止の決定後もその患者が当該治療の実施・再開の適応かどうかについて繰り返し協議している施設は 72%、集中治療の差し控え/中止の決定後に今後のケアの目標について緩和ケアの専門家へ相談している施設は 19%であった。

・集中治療が患者にとって無益であると判断した際に、不要な苦痛を与えないという目的で差し控え/中止が行われるものは、胸骨圧迫(98%)、体外循環機器による治療(91%)、気管挿管(91%)、侵襲的人工呼吸器管理(87%)、血液透析(83%)、昇圧剤の使用(72%)、侵襲的なモニタリングデバイス(63%)が上位であった。〈表 7〉

・看取りのために一般病棟への転室をしている施設は 76%であり、看取りのために ICU/救命センター内の個室へ転室している施設は 81%であった。

5. 家族や医療者の心理的サポートについて

・面会に関するルールがある施設は 95% (n=413)であり、治療の差し控え/中止の決定後に面会のルールが変化すると回答した施設は 93%であった。

・家族の心理社会的サポート体制があると回答した施設は 55%であり、具体的な内容としては、臨床心理士の面談、ソーシャルワーカーの介入が多く挙げられた。看取り後の医師・看護師による家族ケアについて、“あまりされていない～全くされていない”と回答した施設は 47%であった。

・医師に対する心理的サポート体制が無いと回答した施設は 30%(n=130)であった。ICU/救命センターの医師のバーンアウトにつながるような経験が多いかどうかについて、“少しそう思う～とてもそう思う”と回答した施設は 53%であった。緩和ケアチームの介入が医師のバーンアウトの軽減に有効だと思うかどうかについては、40%が“どちらとも言えない”と回答した。

6. 救急・集中治療領域の緩和ケアに関して感じること〈表 8〉

・救急・集中治療領域の緩和ケアに関して、“治療方針を決定するにあたり、患者の意向が確認できないことが多い”(54%)、“ICU・救命センタースタッフの緩和ケアに関する知識や技術が不足している”(53%)、“夜勤帯や休日に、タイムリーな PCT への紹介ができない”(46%)、“延命治療が患者の苦痛となると判断しても、治療中止することには法的懸念がある”(33%)、“緩和ケアの専門家が何をしてくれるのかがわからない”(33%)、“終末期(生命予後)の予測・判断が難しい”(32%)が上位に挙げられた。

【看護師調査：調査結果】回収 384 部(51.8%) 有効回答 359 部(93.5%)

1. 対象者および施設背景 〈表 1〉

・回答者は女性 258 名(71.9%)、男性 101(28.1%)であった。
・平均年齢(標準偏差)は、43.8(±6.3)歳であり、看護師経験年数の平均年数(標準偏差)は 21.1(±6.3)年であった。回答者の専門領域経験年数は平均(標準偏差)13.6(±5.3)年であった。
・回答者の施設における職位はスタッフ看護師が 173 名(48%)、管理者(副師長以上)が 186 名(52%)であった。
・所属施設全体の規模として、300 床以下が 11%、500 床以下 38%、750 床以下 30%、1000 床以下 13%、1001 床以上 8%であった。

2. 緩和ケアに対する認識と実践状況

・クリティカルケア領域における一般的なケア 13 項目(1.鎮痛管理、2.鎮静管理、3.痛み以外の身体症状への治療や対応、4.患者の精神的への治療や対応、5.せん妄のモニタリングとマネジメント、6.患者の社会的苦痛への対応、7.患者のスピリチュアルな苦痛への対応、8.患者にとって苦痛と考えられる集中治療の中止と差し控え、9.看取り期の症状緩和、10.PICS[Post-Intensive Care Syndrome]予防、11.患者家族の意思決定支援、12.家族に対する心理的サポート、13.倫理的問題の調整)について、緩和ケアに該当すると思うかを尋ねた。70~90%の看護師が、すべての項目に対して“とてもそう思う”“そう思う”“どちらかというと思う”と回答した。〈表 2〉

・WHO の緩和ケアの定義について、70%以上の看護師が“知っていた”“少し知っていた”と回答した。
・90%以上の看護師が、クリティカルケア領域の看護師は緩和ケアを学ぶべき、と考えており、緩和ケアの強化および緩和ケアチームとの連携強化の必要性を示した。〈表 3〉

・クリティカルケア領域から緩和ケアチームへのコンサルテーションを経験したことがある看護師は、42%であった。また、そのうちの 59%の看護師が、緩和ケアチームへのコンサルテーションを看護師から直接行えると回答した。

・クリティカルケア領域から緩和ケアチームにコンサルテーションを行ったケースの内訳は、難治性疼痛(63%)、終末期の進行性疾患(50%)、呼吸困難(45%)の順で多かった。

・看護師が緩和ケアチームにコンサルテーションを行った方が良いと考えるケースは、難治性疼痛(88%)、終末期の進行性疾患患者(74%)、入室以前から医療用麻薬を使用している(66%)であった。

・身体的苦痛に対し適切に対処されていると思うと回答したのは 54%、精神的苦痛に対して対処されていると回答したのは 39%、社会的苦痛に対し対処されていると回答したのは 27%、スピリチュアルな苦痛に対し対処されていると回答したのは 22%であった。〈表 4〉

・Post Intensive Care Syndrome 予防のためのケアが十分に行われていると回答したのは、39%であった。

・患者および家族に対し、選び得る選択肢について十分に情報提供がされていると思うと回答したのは、54%であった。また、付き添いなどの家族が行えることについて十分な情報提供がされていると回答したのは 69%であった。

・口渇、せん妄、不安/抑うつ、不眠、倦怠感の症状マネジメントについて、30%以上の看護師が“とても困難”“困難である”と回答した。〈図 2〉

・看護師が経時的にスクリーニングを行っている症状として、疼痛(94%)、せん妄(78%)の順で多かった。〈図 3〉

・緩和ケアを導入する適切な時期として、患者および家族の希望があったとき(61%)、患者の苦痛が顕在化した時(59%)、治療を続けることが無益の時(49%)の順で多かった。

・66%の看護師が緩和ケアに関するトレーニングを受けた経験があった。トレーニングの内訳は、ELNEC-J Critical Care(49%)、緩和ケア専門家による院内研修(45%)であった。

3. 治療・ケアの目標の話し合いについて

・治療/ケアの目標の話し合いに参加していると回答した看護師は 80%であった。さらに、話し合いについて看護記録に残していると回答したのは 85%であった。また、話し合い後に患者や家族の理解度を確認してい

ると回答したのは84%であった。

・治療/ケアの目標の話し合いで話し合われている内容は、今後の予測される経過について(79%)、家族の望む治療やケアについて(74%)、患者の予後について(65%)の順であった。

・一方、治療/ケアの目標の話し合いの中で話し合った方が良いと思う内容は、患者のACPや事前指示について(73%)、患者の人生観/価値観/夢/希望について(74%)、療養場所の希望について(57%)の順であった。

4. 集中治療の差し控え/中止について

・生命維持治療の差し控えを決定するプロセスについて看護記録に記録を残していると回答した看護師は75%であった。また、差し控えの決定後も治療の実施および再開について医師と繰り返し協議をすると回答した看護師は51%であった。さらに、差し控えの決定後に意思の変化について患者および家族に確認していると回答した看護師は58%であった。

・生命維持治療が無益となったとき、中止した方が良いと看護師が考える処置は、胸骨圧迫(95%)、体外循環機器による治療(91%)、気管挿管(85%)の順であった。

・生命維持治療が中止となった場合、看取りのために一般病棟への転室が必要と考える看護師は38%であり、個室への転室が必要と考える看護師は82%であった。

5. 終末期ケアプラクティスガイドの実施状況について

・日本クリティカルケア看護学会および日本救急看護学会が作成した「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(2019年)」について、“目を通し、活用している”と回答した看護師は16%であった。

・プラクティスガイドで“必ず行われている”“だいたい行われている”と回答された内容は、患者の病態や身体的苦痛、治療の内容を把握する(95%)、患者が体験している身体的苦痛の緩和を図る(93%)、患者・家族の意向を把握する(91%)の順が多かった。

・一方で、“あまり行われていない”“まったく行われていない”と回答された内容は、家族が体験しているスピリチュアルな苦痛の緩和を図る(79%)、患者が体験しているスピリチュアルな苦痛の緩和を図る(76%)、家族が体験している社会的苦痛の緩和を図る(67%)であった。

・また、看護管理者が実施できていると回答された内容は、患者・家族への終末期ケアの直接ケアの状況を把握する(67%)、チーム医療が円滑に行われているか把握する(65%)、病床環境や制度を整備する(65%)であった。しかし、看護管理者が実施できていない内容は、患者の死亡退院後の家族を支援する(67%)、各種ガイドラインやマニュアルを整備する(61%)、看護師の感情労働への支援体制を整備する(57%)であった。

6. 医療者の心理的サポートについて

・看護師に対する心理的サポートがあると回答した看護師は、90%であった。サポートの内訳として、定期的なストレスチェック(77%)が最も多かった。

・クリティカルケア領域において、看護師のバーンアウトにつながるような経験が多いと感じている看護師は54%であった。

・緩和ケアチームの介入により看護師のバーンアウトは軽減すると思うと回答した看護師は、22%であった。

7. 救急・集中治療領域の緩和ケアに関して感じること〈表8〉

・看護師がクリティカルケア領域における緩和ケアについて感じている内容として、ICUまたは救命センタースタッフの緩和ケアに関する知識や技術が不足している(71%)、夜間や休日に、緩和ケアチームにタイムリーな紹介ができない(66%)、治療方針を決定するにあたり、患者の意向が確認できないことが多い(55%)の順が多かった。

・一方で、緩和ケアチームに紹介することは「治療の失敗」と感じる(2%)、クリティカルケア領域における緩和ケアとは何を指すのかわからない(7%)、緩和ケアを行うことに関して、看護チーム内で考えの対立が起こる(8%)、感じている看護師は少なかった。

IV. 今後の課題

救急・集中治療領域における緩和ケアに関する教育プログラムや臨床マニュアルの作成および普及、対象をがんに限らない緩和ケアチームの充足、タイムリーに緩和ケアコンサルテーションができるシステムの構築の必要性が示唆された。また、救急・集中治療を受ける患者とその家族の緩和ケアニーズを調査する必要があると考えられた。

また、看護師においては、スタッフ看護師の実践に管理者のマネジメントが大きく影響することが考えられる。そのため、管理者を対象とした教育プログラムの構築も必要であることが示唆された。

V. 事業の成果等公表予定（学会・雑誌等）

- ・ 第 26 回 日本緩和医療学会学術大会 2021 年 6 月

表 1. 【医師調査】対象者および施設背景

	全体[n=436]		ICU[n=291]		救命センター[n=145]	
	n	%	n	%	n	%
年齢						
平均(±SD)	50.7 (±8.4)		51.1 (±8.4)		50.0 (±8.3)	
29 才以下	0	0%	0	0%	0	0%
30 才～39 才	47	11%	29	10%	18	12%
40 才～49 才	139	32%	89	31%	50	34%
50 才～59 才	179	41%	122	42%	57	39%
60 才以上	65	15%	46	16%	19	13%
無回答	6	1%	5	2%	1	1%
医師免許取得後年数						
平均(±SD)	25.2 (±8.3)		25.5 (±8.3)		24.6 (±8.4)	
9 年以下	9	2%	4	1%	5	3%
10 年～19 年	102	23%	72	25%	30	21%
20 年～29 年	163	37%	101	35%	62	43%
30 年以上	143	33%	99	34%	44	30%
無回答	19	4%	15	5%	4	3%
勤務年数						
平均(±SD)	14.5 (±8.9)		14.1 (±9.3)		15.3 (±8.1)	
9 年以下	130	30%	92	32%	38	26%
10 年～19 年	169	39%	110	38%	59	41%
20 年～29 年	92	21%	52	18%	40	28%
30 年以上	33	8%	26	9%	7	5%
無回答	12	3%	11	4%	1	1%
病院設立母体						
大学病院	115	26%	72	25%	43	30%
国公立病院	132	30%	74	25%	58	40%
それ以外	188	43%	144	49%	44	30%
無回答	1	0%	1	0%	0	0%
施設全体の病床数						
300 床以下	42	10%	34	12%	8	6%
301～500 床以下	150	34%	111	38%	39	27%
501～750 床以下	153	35%	93	32%	60	41%
751～1000 床以下	66	15%	38	13%	28	19%
1001 床以上	21	5%	12	4%	9	6%
無回答	4	1%	3	1%	1	1%

表 1. 【医師調査】対象者および施設背景(続き)

	全体[n=436]		ICU[n=291]		救命センター[n=145]	
	n	%	n	%	n	%
ICU タイプ						
General	-	-	239	82%	-	-
内科系	-	-	4	1%	-	-
外科系	-	-	20	7%	-	-
心血管系	-	-	22	8%	-	-
脳疾患専門	-	-	0	0%	-	-
その他	-	-	4	1%	-	-
無回答	-	-	2	1%	-	-
ICU 診療体制						
Closed ICU	-	-	40	14%	-	-
Mandatory critical care consultation	-	-	97	33%	-	-
Elective critical care consultation	-	-	112	38%	-	-
No critical care physician	-	-	37	13%	-	-
無回答	-	-	5	2%	-	-
救命救急センター区分						
高度救命救急センター	-	-	-	-	27	19%
三次救命救急センター	-	-	-	-	101	70%
地域救命救急センター	-	-	-	-	17	12%
その他	-	-	-	-	0	0%
無回答	-	-	-	-	0	0%
救命センター診療体制						
救急外来のみ(当該科の病床に振り分ける)	-	-	-	-	10	7%
救急外来と HCU 病床	-	-	-	-	11	8%
救急外来と ICU/HCU 病床	-	-	-	-	113	78%
その他	-	-	-	-	8	6%
無回答	-	-	-	-	3	2%
所属部署病床数						
中央値(四分位偏差)	10 (6)		8 (2)		20 (6.5)	
4 床以下	37	8%	35	12%	2	1%
5~10 床	200	46%	184	63%	16	11%
11~15 床	53	12%	37	13%	16	11%
16~20 床	65	15%	23	8%	42	29%
21 床以上	67	15%	10	3%	57	39%
無回答	14	3%	2	1%	12	8%
部署所属医師数						
平均(±SD)	6.9 (±7.2)		4.5 (±5.4)		11.8 (±7.9)	
1 人	68	16%	66	23%	2	1%
2~4 人	117	27%	95	33%	22	15%
5~7 人	59	14%	39	13%	20	14%
8~10 人	63	14%	37	13%	26	18%
11 人以上	88	20%	20	7%	68	47%
0 人	29	7%	28	10%	1	1%
無回答	12	3%	6	2%	6	4%
専門医数(集中治療医、救急医)						
平均(±SD)	3.1 (±3.6)		1.5 (±1.7)		6.5 (±4.2)	
1 人	93	21%	87	30%	6	4%
2~4 人	136	31%	92	32%	44	30%
5~7 人	56	13%	16	5%	40	28%
8~10 人	27	6%	1	0%	26	18%
11 人以上	23	5%	2	1%	21	14%
0 人	93	21%	90	31%	3	2%
無回答	8	2%	3	1%	5	3%
治療方針の決定過程、病状説明において ICU で主導で進めるのは誰か						
ICU 担当医師			19	7%	-	-
どちらかという ICU 担当医師			33	11%	-	-
どちらかという主科の担当医師			114	39%	-	-
主科の担当医師			122	42%	-	-
無回答			3	1%	-	-

* Closed ICU: 集中治療医が主治医となり指示を出す。Mandatory critical care consultation: 主治医は主科の担当医師であるが集中治療医もすべての患者の診療に関わり指示内容を把握している。Elective critical care consultation: 基本的に主科の担当医師が指示を出し集中治療医は依頼を受けた時に必要に応じて協力する。No critical care physician: 集中治療医が不在もしくは診療に関与しない。

表 1. 【看護師調査】対象者および施設背景

	全体[n=359]	
	n	%
年齢		
平均(±SD)	43.8(6.3)	
29才以下	1	0.3%
30才～39才	86	24%
40才～49才	205	57%
50才～59才	62	17%
60才以上	5	17%
看護師経験年数		
平均(±SD)	21.1 (±6.3)	
10年未満	13	4%
11年～15年	55	15%
16年～20年	113	32%
21年～25年	86	24%
26年～30年	70	20%
31年以上	22	6%
専門領域経験年数		
平均(±SD)	13.6 (±5.3)	
5年以下	21	6%
6年～10年	95	27%
11年～19年	189	53%
20年以上	54	15%
職位		
スタッフ	173	48%
管理者	186	52%
施設全体の病床数		
300床以下	38	11%
301～500床以下	136	38%
501～750床以下	109	30%
751～1000床以下	45	13%
1001床以上	28	8%
無回答	3	1%
部署看護師総数		
10人未満	12	3%
10～30人	137	38%
31～50人	103	29%
51～70人	50	14%
71～90人	16	5%
91人以上	18	5%
無回答	23	6%

表 2. 救急・集中治療領域の医師によって行われる緩和ケアに関する認識 (医師調査 n=436、看護師調査 n=359)

		とてもそう思う		そう思う		どちらかという とそう思う		どちらかという とそう思わない		そう思わない		全く そう思わない		無回答	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
患者の苦痛となる集中治療の中止と差し控え	Dr.	151	35%	170	39%	86	20%	12	3%	6	1%	8	2%	3	1%
	Ns.	154	43%	122	34%	63	18%	12	3%	6	2%	0	0%		
看取り期の症状緩和	Dr.	182	42%	174	40%	48	11%	16	4%	6	1%	4	1%	6	1%
	Ns.	257	72%	87	24%	13	4%	1	0.3%	0	0%	0	0%		
鎮痛管理	Dr.	162	37%	164	38%	51	12%	25	6%	18	4%	12	3%	4	1%
	Ns.	218	61%	102	28%	18	5%	10	3%	8	2%	1	0.3%		
患者の精神的苦痛への治療や対応	Dr.	117	27%	171	39%	84	19%	36	8%	12	3%	9	2%	7	2%
	Ns.	211	59%	105	29%	23	6%	6	2%	11	3%	1	0.3%		
倫理的問題の調整	Dr.	107	25%	163	37%	98	22%	41	9%	14	3%	9	2%	4	1%
	Ns.	179	50%	110	31%	43	12%	19	5%	6	2%	1	0.3%		
鎮静管理	Dr.	134	31%	166	38%	67	15%	30	7%	21	5%	12	3%	6	1%
	Ns.	134	37%	116	32%	68	19%	27	8%	12	3%	1	0.3%		
患者家族の意思決定支援	Dr.	107	25%	150	34%	103	24%	46	11%	19	4%	8	2%	3	1%
	Ns.	186	52%	98	27%	49	14%	16	5%	7	2%	2	0.6%		
患者のスピリチュアルな苦痛への対応	Dr.	90	21%	147	34%	123	28%	47	11%	15	3%	9	2%	5	1%
	Ns.	186	52%	103	29%	56	16%	9	3%	3	0.8%	0	0%		
家族に対する心理的サポート	Dr.	90	21%	156	36%	111	25%	45	10%	20	5%	10	2%	4	1%
	Ns.	194	54%	104	29%	39	11%	15	4%	6	2%	0	0%		
痛み以外の身体症状への治療や対応	Dr.	109	25%	162	37%	81	19%	37	8%	25	6%	14	3%	8	2%
	Ns.	160	45%	129	36%	37	10%	22	6%	7	2%	1	0.3%		
せん妄のモニタリングとマネジメント	Dr.	107	25%	155	36%	82	19%	49	11%	27	6%	11	3%	5	1%
	Ns.	125	35%	124	35%	52	15%	33	9%	18	5%	4	1%		
PICS(Post-Intensive Care Syndrome)予防	Dr.	102	23%	149	34%	84	19%	59	14%	26	6%	11	3%	5	1%
	Ns.	108	30%	114	32%	80	22%	39	11%	15	4%	2	0.6%		
患者の社会的苦痛への対応	Dr.	74	17%	127	29%	117	27%	66	15%	28	6%	17	4%	7	2%
	Ns.	109	30%	120	33%	68	19%	39	11%	19	5%	2	0.6%		

※「救急・集中治療領域の医師によって行われるこれらの事項は緩和ケアに該当すると思いますか」という質問に対する回答の分布を示す。Dr.: 医師、Ns.: 看護師。

表 3. 緩和ケアに関する知識と必要性について

		医師		看護師	
		n=436		n=359	
		n	%	n	%
WHO の緩和ケアの定義について知っていましたか	知っていた/少し知っていた	315	72%	264	74%
緩和ケアに関するトレーニングを受けた経験はありますか	ある	255	58%	236	66%
救急・集中治療領域の医師は緩和ケアについて学ぶべきだと思いますか	そう思う*	391	90%	351	98%
救急・集中治療領域において緩和ケアを強化すべきだと思いますか	そう思う*	411	94%	347	97%
緩和ケアチームなどの専門家と連携を強化すべきだと思いますか	そう思う*	386	89%	335	93%
施設内に緩和ケアチームが設置されていますか	ある	371	85%	/	/
緩和ケアチームにコンサルテーションするためのワークフローはありますか	ある	244	56%	/	/

* 数値は“とてもそう思う” “そう思う” “どちらかと言えばそう思う”の合計を示す

表 4. ICU・救命センターにおける苦痛に対するケアの実態

		【医師調査】 n=436		【看護師調査】 n=359	
		n	%	n	%
ICU・救命センターで回復が見込めない患者に対し、身体的苦痛(痛みなど)が適切に対処されていると思いますか	全くそう思わない	2	0%	11	3%
	そう思わない	20	5%	45	13%
	どちらかというと思わない	79	18%	99	29%
	どちらかというと思う	174	40%	124	36%
	そう思う	137	31%	55	16%
	とてもそう思う	19	4%	7	2%
	無回答	5	1%	5	1%
ICU・救命センターで回復が見込めない患者に対し、精神的苦痛(不安・抑うつなど)が適切に対処されていると思いますか	全くそう思わない	3	1%	13	4%
	そう思わない	27	6%	59	16%
	どちらかというと思わない	133	31%	142	40%
	どちらかというと思う	158	36%	105	29%
	そう思う	97	22%	32	9%
	とてもそう思う	12	3%	4	1%
	無回答	6	1%	4	1%
ICU・救命センターで回復が見込めない患者とその家族に対し、患者と家族に今後の経過等の情報提供が十分にされていると思いますか	全くそう思わない	3	1%	10	3%
	そう思わない	20	5%	31	9%
	どちらかというと思わない	87	20%	89	25%
	どちらかというと思う	179	41%	143	40%
	そう思う	125	29%	67	19%
	とてもそう思う	17	4%	14	4%
	無回答	5	1%	5	1%
PICS(Post-Intensive Care Syndrome) 予防のための各種ケアが十分に行われていると思いますか	全くそう思わない	5	1%	12	3%
	そう思わない	29	7%	72	20%
	どちらかというと思わない	151	35%	131	37%
	どちらかというと思う	153	35%	106	30%
	そう思う	83	19%	33	9%
	とてもそう思う	6	1%	1	0.3%
	無回答	9	2%	4	1%

表 5. 【医師調査】緩和ケアのスクリーニングの実施状況について

	n=436	
	n	%
緩和ケアの対象かどうかを何らかの基準で判定していますか(スクリーニングが実施されていますか)		
わからない	20	5%
まったくしていない	201	46%
あまりしていない	156	36%
少ししている	38	9%
している	16	4%
無回答	5	1%
緩和ケアの対象かどうか判定するための基準として用いられるものはありますか(※複数回答可)		
無い	136	31%
臨床医の経験による予後予測	238	55%
APACHE II、SOFA スコア等の急性期予後予測ツール	89	20%
PaP スコア(Palliative Prognosis Score)等の終末期予後予測ツール	15	3%
所属施設独自の緩和ケアのスクリーニングツール	7	2%
緩和ケアに関する多職種カンファレンス	131	30%
その他	6	1%

表 6. 緩和ケアを導入する時期について

	【医師調査】 n=436		【看護師調査】 n=359	
	n	%	n	%
緩和ケアを導入する時期はいつが適切と考えますか（※複数回答可）				
集中治療を続けることが無益のとき	292	67%	175	49%
患者・家族の希望があったとき	238	55%	219	61%
患者の苦痛が顕在化したとき	228	52%	210	59%
ICU での死亡が予測されるとき	224	51%	130	36%
退院後も持続する苦痛が予測される時	147	34%	158	44%
入室後 24 時間以内	63	14%	105	29%
ICU 滞在が 7 日間以上のとき	55	13%	78	22%
その他	13	3%		

表 7. 集中治療が患者にとって無益であると判断した場合に差し控え・中止が行われるもの

	【医師】 n=436		【看護師】 n=359	
	n	%	n	%
胸骨圧迫	427	98%	340	95%
体外循環機器による治療	396	91%	325	91%
気管挿管	395	91%	306	85%
侵襲的人工呼吸器管理	381	87%	304	85%
血液透析	362	83%	261	72%
昇圧剤の使用	314	72%	160	45%
侵襲的なモニタリングデバイス	273	63%	279	78%
輸血	258	59%	146	41%
非侵襲的人工呼吸器管理	189	43%	123	34%
血液培養	178	41%	180	50%
経腸栄養	145	33%	91	25%
一般採血	141	32%	104	29%
動脈血ガス分析	136	31%	142	40%
抗生剤治療	110	25%	65	18%
血糖測定	103	24%	111	31%
維持輸液	59	14%	50	14%
酸素投与	32	7%	13	4%
非侵襲的なモニタリングデバイス	19	4%	19	5%
無回答	3	1%		

表 8. 救急・集中治療領域における緩和ケアに関して感じていること（※複数回答可）

	【医師調査】 n=436		【看護師調査】 n=359	
	n	%	n	%
治療方針を決定するにあたり、患者の意向が確認できないことが多い	235	54%	196	55%
ICU・救命センタースタッフの緩和ケアに関する知識や技術が不足している	230	53%	253	71%
夜勤帯や休日に、タイムリーな緩和ケアチームへの紹介ができない	201	46%	235	66%
延命治療が患者の苦痛となると判断しても、治療中止することには法的懸念がある	146	33%	116	32%
緩和ケアの専門家が何をしてくれるのかがわからない	145	33%	80	22%
終末期(生命予後)の予測・判断が難しい	139	32%	114	32%
ICU・救命センターで緩和ケアを行うにあたり、患者・家族と接する時間が十分にとれない	91	21%	151	42%
どのような患者をコンサルトすべきかわからない	82	19%	82	23%
患者・家族へ“Bad News”を伝えることが難しいと感じる	77	18%	169	47%
緩和ケアチームに紹介することは、患者や家族に「治療をあきらめた」と感じさせる懸念がある	70	16%	60	17%
緩和ケアを行うことに関してICU・救命センター医師と他部署の医師の間で考えの対立が起こる	60	14%		
救急・集中治療領域における緩和ケアとは何を指すのかわからない	55	13%	25	7%
緩和ケアチームは存在するが、ICU・救命センターからのコンサルテーションを受け付けていない	44	10%	49	14%
緩和ケアを行うことに関してICU・救命センター医師と看護師の間で考えの対立が起こる	23	5%	134	37%
緩和ケアを行うことに関してICU・救命センター医師チーム内で考えの対立が起こる	20	5%	119	33%
緩和ケアチームに紹介することは「治療の失敗」と感じる	8	2%	7	2%
その他	16	4%		

図1. 【医師調査】専門的緩和ケアコンサルテーションのニーズと経験 (n=436 ※複数回答可)

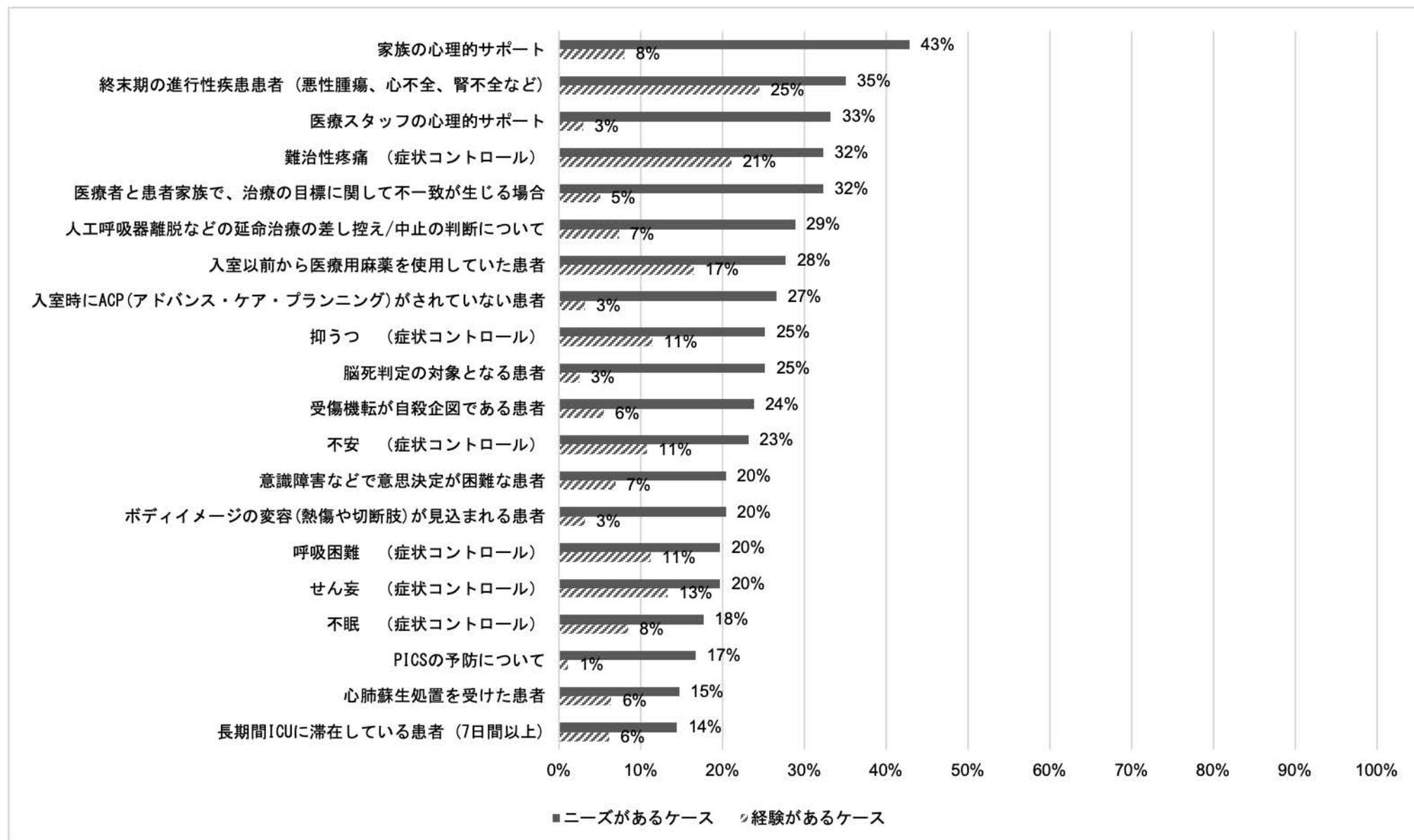


図 2. 日々の看護実践における各症状マネジメントの困難さ (n=359)

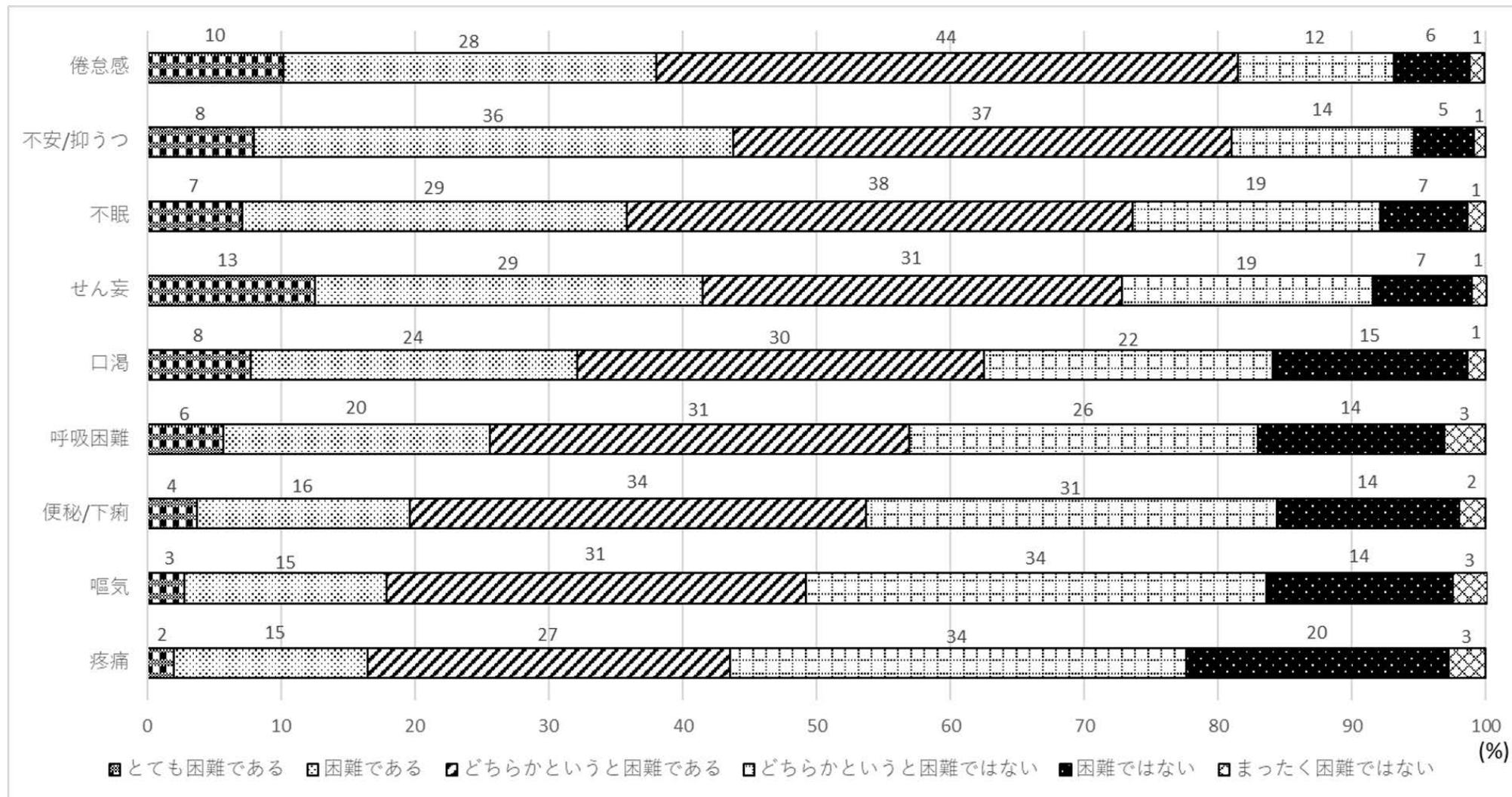


図3. 【看護師調査】経時的にスクリーニングを行っている症状 (n=359)

