

急性期の患者家族と看護師の意思決定プロセスにおけるコミュニケーション

—VALUE をもちいた IC 場面における看護師の思考の分析—

吉森 夏子¹⁾²⁾・宮林 郁子³⁾・岩永 和代⁴⁾・牧 香里⁴⁾

要旨

集中治療室に入院した患者の家族は、突然の危機に動揺し混乱した状態にある。その中で、家族は患者の代弁者となり代理意思決定という重要な役割を迫られる。患者家族と医療者が、お互いの価値を尊重し意思決定を行うためには、コミュニケーション能力が重要である。

本研究は、意思決定の IC における看護師のコミュニケーションを観察し、IC 中の看護師の思考を効果的なコミュニケーションアプローチとされている 5Step-Approach (VALUE) の視点から分析することで、今後の IC での患者・家族支援に活かすことを目的とした。

同席した看護師を対象に、IC 中の看護師の言語的・非言語的コミュニケーションを参加観察法で実施し、IC 後のインタビューで看護師の思考を 5Step-Approach (VALUE) の視点で質的記述的分析法により分析した。

結果として、参加観察によって看護師の非言語的コミュニケーションが分析され、IC 後のインタビューによる看護師の思考の分析結果は【家族の思いを知る】【家族の立場で考える】など 5 カテゴリーが抽出された。

共同で意思決定を行うには、IC で患者家族が話すことが重要である。そのためには、IC の中で看護師が 5Step-Approach (VALUE) の視点を今後の支援の中で取り入れることが有効ではないかと考える。

キーワード：患者家族の意思決定、コミュニケーション、VALUE、インフォームド・コンセント、看護師の思考

Communication between families of critical care patients and nurses on decision making process

-Nurses' thoughts analyzed by five step approach (Value) during informed consent(IC)-

Yoshimori Natsuko¹⁾²⁾, Miyabayashi Ikuko³⁾, Iwanaga Kazuyo⁴⁾, Maki Kaori⁴⁾

Abstract

The family of a patient admitted to the intensive care unit is often confused due to sudden crisis.

Under the such circumstances, the family is forced to make an important decision.

The purpose of this study was find the better approach of supporting decision making process for the patients' family.

Method : Five step approach (Value)was used for analyzed linguistic and nonverbal communication and nurses' thoughts between family member and medical staff (nurse) during informed consent(IC).

Results:There was nonverbal communication but no linguistic communication.From the analysis of nurses' thoughts, five categories of [knowing family thoughts] and [thinking from a family standpoint] were extracted.

Discussion: In order to improve nursing intervention during IC, effective support such as 5step approach seemed to be vital.

Key words: patient family decision making, communication, value, informed consent, nurse thinking

1) 清泉女学院大学大学院研究生

2) 福岡大学筑紫病院

3) 清泉女学院大学

4) 福岡大学看護学部

I. はじめに

救急・集中治療室では、患者は事故や急病の発症、慢性疾患の急性増悪、術後の致命的合併症などの急激な変化により、数時間から数日という短期間のうちに死のプロセスを辿ることがある。令和元年中の総務省消防庁のデータでは、救急出動件数は、664万2,772件、搬送人員は598万258人で救急出動件数、搬送人員ともに過去最多を更新した。全国の心肺停止の搬送患者数が126,271人、そのうち1か月の生存者は8,681人(6.9%)である。医療の進歩により救急初療における救命率は上昇したが、集中治療室(Intensive Care Unit以下ICUとする)に入室後、懸命な治療を行いながらも状態が悪化して治療効果を得ることができずICUでの死亡率は増加している。海外の調査によると、米国では全死亡者の4割が病院死であり、そのうちICUの死亡率は2割に上り、年代別にみた患者の死亡場所の割合において、全年代でICUでの死亡率が最も高かった。そのため、クリティカルケア領域では救命できるかどうか不確かな状況で、終末期ケアを行う必要がある医療の転換が求められている。2006年には日本で初めて日本集中治療医学会から「集中治療における重症患者の終末期医療のあり方についての勧告」が出された。その後、2007年には厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を、日本救急医学会が「救急医療における終末期医療に関する提言」を公表し、急性期における終末期医療の在り方についてガイドラインが発表された。その後も、救急領域における終末期に目を向けた方針として「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」(2014)、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018)が相次いで示されている。

ICUに入院している患者は、生命危機状態であり、人工呼吸器管理や意識障害をきたしているため、意思伝達や判断能力が障害されている場合が

多い。また、急性期における生存率は低く、患者の今後の治療方針について早期に決定する必要がある。Azoulay,E.(2000)らの研究では、ICUに入室となった家族は突然の危機に動揺し、混乱した状態にあり、病状説明を十分に理解している家族はその半数程度とされている。このような状況の中で、家族は心理的な負担を抱えながら患者の代弁者となり今後の治療を決断する代理意思決定という重要な役割を迫られる。そのため、患者家族は代理意思決定者として、ICUという環境的なストレスや意思決定を行うという心理的な負担を負う。Pochard,F.ら(2001)の研究では、ICUに入室した家族の不安およびうつ病の症状の有病率は、それぞれ69.1%および35.4%であり、不安またはうつ病の症状は、家族の72.7%に認められ、配偶者の84%に見られた。その後、Curtis,JR.ら(2001)、McDonagh,JR.ら(2004)の研究では、家族とのコミュニケーションを促進するための手順を示し、家族が話す時間が多いほど家族の満足度が上昇したことが明らかになった。また、Lautrette,A.ら(2007)の研究において、代理意思決定におけるコミュニケーションアプローチの方法が検討され、実際にコミュニケーションアプローチを行った場合は、うつ病やPTSDなど、精神的負担を軽減し効果的であったことを示した。日本では、井上ら(2000)の研究において、IC後の患者で説明を「理解した」と回答したのは13.3%～96.7%と幅が見られ、看護師の参加が「手助けになった」との回答が86.7%あった。西村ら(2012)の研究では、ICUで働く看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助では「患者・家族と医療者間の橋渡し」「ICUで迎える死を後悔しないよう支援する」などの援助があげられていた。しかし、代理意思決定場面において看護師は、家族への関わり自体がわからない状況への困難、また具体的なケア方法への困難、そして施設および看護体制の特徴への困難を感じている現状が明らかとなっ

ている（上澤ら, 2013）. 家族への代理意思決定支援は、看護観や個人の力量により支援に差が生じているとの報告もあり、看護支援において検討がなされている。

医療の意思決定は、医師が方針を決定するパターンナリストティック・モデルが中心であった。しかし、1960年代から患者の知る権利を主張する動きと、医療技術の高度化に伴い、1980年代には複数の治療法を選択することが可能となり、医師が治療法について詳しく説明した上で患者自身が決定するICへと変化した。また、近年の海外においては、ICで医療上の意思決定をした患者の多くが、説明を受けた上での決定に必要な知識を欠いており、さらに、医師が患者の選好を聞いたのは3分の1以下であった。また、Betty,Cら（2012）の研究によると、意思決定の役割において患者は医師と決定を共有することを望み、2000年以前は50%であったが、2000年以降は71%で共有することを望んでいると述べており、意思決定の共有は重要視されている。それに伴い、患者が情報を理解し、個別的な価値観が治療法の選択に反映できるように、患者と医師が情報を交換しながら共同で意思決定を行っていく、Shared Decision Making（以下SDM）の概念が広く導入されるようになった。SDMでは情報交換は双方向である。意思決定の共有には、意見を共有するためお互いを知ることが必要であり、そのためには、患者の理解やライフスタイル、価値観を引き出すコミュニケーション能力が必要となる。急性期では、重篤な患者は意思決定能力を欠いているため、医師は多くの場合、ケアの目標に関する議論において患者の代理人として家族に決断を依頼する。したがって、臨床医と家族のコミュニケーションは、ICUでの医学的意思決定の中心的な要素であり、このコミュニケーションの質は、重病患者的ケアに関する意思決定に直接影響する。Hickey,M.（1990）の研究では、家族が臨床医のコミュニケーションスキルを臨床スキルよりも重要だと考えていると述べてい

る。また、多職種からなるチーム医療となり、医師だけではなく専門職種も含めたアプローチが必要であり、医療・看護のカリキュラムはコミュニケーションスキルプログラムにSDMを組み込まれ、スキルトレーニングを開始している。

日本においては、前田ら（2003）の調査結果で、多くの患者は「話がしやすい雰囲気がある」「病気や治療について十分な説明をしてくれる」「患者の症状をよく聞いてくれる」など、患者とのコミュニケーションを大切にする医師をよい医師であるとした一方で、「専門医の資格を取得している」「医学博士の資格を取得している」「有名な大学医学部の出身である」といった点については、それほど要求度が高くないことがわかった。このように、患者は医療者とのコミュニケーションを重要視している。そのため、今後の方針を決めるICにおいて信頼関係が重要とされており、代理意思決定者として医療者と関わる家族においても重要であると考えられる。

患者家族が意思決定支援で必要としていることは、情報のニーズ、家族の思いを知り決断を支援してほしいという支援の必要性、看護師の医療者間の掛橋としての存在であるが、実際に看護師の支援は実感しにくいという報告がある（石塚ら, 2015）。また、終末期ケアに関する看護師の役割認識は、現状理解の促進、調整役などの管理的アプローチにくらべ、意思決定支援などの直接的アプローチが少ない傾向にある（石川ら, 2016）という報告もあり、意思決定支援まで結びついていない現状がある。患者家族が看護師の支援を認識するためには、直接的なアプローチが必要である。海外では、ICUにおける家族中心のためのケアのガイドライン（Davidson,JE.2017）があり、家族会議の中で効果的なコミュニケーションアプローチとして、5Step-Approach（VALUE）が推奨され、具体的な支援が行われている。しかし、日本ではICの中で患者家族と看護師が実際にどのようなコミュニケーションを行っているかを経時的に観察

した研究は少なく、意思決定支援におけるガイドラインや看護支援体制などが整備されていない。そのため、看護師個人の能力で意思決定支援が行われている。意思決定支援において直接的なアプローチを行うためには、看護支援の現状と課題を見出し、ガイドライン作成など看護支援の確立に向けて取り組む必要がある。

急性期においては、限られた短時間の中で患者の最善について判断し、患者家族と信頼関係を築き意向を引き出せるコミュニケーションは重要である。しかし、有効的なコミュニケーション方法の5Step-Approach (VALUE) の視点で分析した研究は日本にはない。現在のICにおける看護師の関わりを観察し、5Step-Approach (VALUE) の視点で分析することで、現在のコミュニケーションにおいて何が必要であるかが明らかとなり、今後のICにおいて必要な看護師支援を明確にできると考える。

以上より、本研究は、意思決定のICにおける看護師の言語的・非言語的コミュニケーションを観察し、IC中にどのような思考で支援をしているのかを効果的なコミュニケーションアプローチとされている5Step-Approach (VALUE) の視点から分析し、今後のICでの患者・家族支援に活かすことを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象者

初療室、ICU、HCUを有する病院に救急搬送、または急変した患者の、今後の治療について意思決定を行うICに同席した看護師2名とした。看護師は共に所属長の許可を得ることが出来き、本人が同意をした対象者とした。

2. 調査実施時期

平成31年8月～平成31年10月

3. データ収集方法

ICに同席した看護師に半構造化インタビューを実施した。録音の了承を得てボイスレコーダーで

録音を実施した。

研究者はICに同席し参加観察を行い、フィールドノートに実際のICの状況や、研究対象者の態度、表情や行動などにおいて状況を書き留めた。

4. 調査項目

1) 調査項目は、基本属性（性別、年齢、看護師経験年数、部署所属年数）を尋ねた。

2) インタビュー内容は①日頃の意思決定をどのようにしているか②5Step approach (VALUE) の視点で実施した。

5. 分析方法

1) 参加観察法

インタビューだけでは得ることが出来ない、対象者自身が意識していない、表情の変化、行動、言葉だけではないコミュニケーションについて情報を得ることを目的とし、IC中での表情・言動を具体的に記録した。参加観察データの記録は、IC中にどのようなコミュニケーションがあったかを分析した。

2) 半構造化インタビュー

(1) 看護師のインタビューにより、得られたデータから逐語録を作成した。

(2) コミュニケーション方法として有効とされている5Step-Approach : VALUEの視点、Value family statement(家族の意向を尊重する)、Acknowledge family emotions (家族の感情を承認する)、Listen to the family (家族の話を聞く)、Understand the patient as a person (患者を人として理解する)、Elicit family questions (家族の質問を引き出す)において、インタビュー内容から5つの視点に当てはまる内容を分節で区切り、カテゴリー化を行った。看護支援で行っている内容をVALUEの項目にあてはめた。また、看護師の経験年数による支援を比較するため、症例ごとに分析を行った。

(3) 逐語録より、サブカテゴリー、カテゴリー化した。サブカテゴリーの一覧は、研究者の研究対象看護師へ手渡しメンバーチェックを依頼

し、確認後郵送してもらうこととした。内容の真实性を確保し、解釈の偏りを最小限に抑えるために、逐語録と分節シートを2名の指導教員へ提出しスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、福岡大学病院臨床研究審査委員会の承認を得たのちに開始した。対象者に対し、本研究の目的意義、方法、自由意志、研究に協力しなくても不利益を被らないこと、プライバシーの保護、データの取り扱い方法、論文作成、学会発表の際には、年齢・性別・氏名など個人情報を除外した匿名化したデータのみを使用することを説明し、同意書に同意を得たあとに実施した。

福岡大学医に関する倫理委員会より (U19-06-010) 承認を得た。

7. 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要

同席の同意をとれた2症例を対象とし、対象者はICに同席した看護師2名。症例1に同席した看護師の経験年数は10年目で、急性期領域での経験も10年目であった。症例2に同席した看護師の経験年数は2年目で、クリティカル領域の経験年数も2年目であった(表1)。

表1 研究対象者の概要

	症例1	症例2
年齢	30歳代	20歳代
経験年数	10年目	2年目
急性期領域年数	10年目	2年目
面接時間	21分58秒	13分31秒

2. 参加観察データにおける看護師のコミュニケーションと思考

1) 症例1

症例1の背景は、緊急搬送された直後に、患者が手術を行っても回復の可能性は低い、手術を

行うかの決定。家族待合室で待機している家族へ脳外科より緊急手術についての説明を行う場面。医師2名、看護師1名、妻、長女が同席した。

看護師は家族を説明室へ案内し、医師の向かいの席へ誘導した。看護師は最後に入室し入り口に近い席についた。看護師は家族の90度の角度で座り、側に少し離れ、出入り口の近くに座った。

看護師はこの時、「緊急で呼び出される家族は動揺している」と捉えていた。医師の音声に強弱はなく坦々とした口調で話していたが、家族の表情は特に変わることなく、説明時は医師の方を見て聞いていた。看護師は医師が話している間も家族の顔を直視していた。看護師はこの時に「IC中の家族の変化に気づいたとき声掛けを行う」「動揺していないため理解していると思った」と捉えていた。医師が病態を説明している途中で看護師のPHSの着信音となり、看護師は急に立ち上がり急いで扉を開け退室したが、できるだけ音が出ないように扉を開けていた。1~2分後に電話が終わるとそつと扉を開け入室し、元の席に座った。看護師の動きに対して家族は振り向いて確認していた。再度、医師の病態の説明中にPHSがなり同じように入退室をした。看護師は「電話や部屋をでるタイミングにより、家族に関わる事ができない」と捉えていた。医師から手術をするかしないか急かされる雰囲気であった。妻が「すぐに手術が必要ならね」と長女の方を見て長女が頷くのを見てから、「手術して貰った方がいいです」と妻は医師の方を向き直して返事をした。「医師はDNARの話や治療方針を決めるためにストレートに伝えるため現実を突きつけられる家族はきつい」「家族で話す時間が無い」と看護師は捉えていた。医師が説明中に、扉が開き他のスタッフが同意書を届けにきたため、入り口の近くに座っていた看護師が受け取った。看護師は同意書を医師Bへ渡し、医師は受け取った同意書の内容について説明を行なった。医師は説明が終わると「あとお願いします」と看護師へ同意書類の受け取りを依頼し退室した。看護師は家族

の近くに立ち寄り署名の場所を指で示し、家族が署名を終了すると同意書を受け取り、手術まで待合室で待機するように伝え退室した。この時、「勤務時間、緊急対応などにより関われない」と看護師は捉えていた。また、看護師は IC 中に「IC 中に医師の説明を中断しない」「看護師から聞かない」

「IC 後に気持ちに寄り添う」「先生の前ではなく、家族と 1 対 1 で話をする」と IC 後に関わる事を考えていた。症例 1 において、IC 中に看護師の言語的コミュニケーションは無かったが、非言語的コミュニケーションとして側にいることや、患者家族の表情を読み取ろうとする非言語的コミュニケーションがあった。

2) 症例 2

症例 2 の背景は、救急搬送後、1 週間積極的な治療を行ったが回復が認めない患者の今後の方針の決定。主治医より今後の方針についての説明を行う場面。医師 1 名、看護師 1 名、夫、長男が同席した。

看護師が家族を説明室へ案内した。パソコンデスクが 1 つあり、医師は部屋の一番奥で家族の顔が見えるように体を家族の方へ向けていた。医師の横に夫、長男の順番で座り、次に看護師という形で、パソコンデスクを取り囲むような配置であった。家族は頷きながら、パソコンの説明時はパソコンを覗き込むように見ている。医師の説明時に発言することはなかった。家族は表情も変化なく説明を聞いた。看護師は常に机に向かい記録を行っていた。「IC は家族が今の患者さんの現状を知り、足並みを揃え、情報を得て理解を得る場所である」「今後治療が患者にとって、家族にとって納得がいくものになるように話し合いをする場と認識している」「先生からの質問や回答で行き詰まる時は考える時間を作る声かけ」「ヘルプサインがある時に、理解でき納得できるよう先生に声をかけるはしごの役割、考える時間を作る役割をする」「IC における看護の役割として、よりよい治療方針になるようにはしごをする役割、考える時間を作って

あげることと思う」と考え関わろうとしていた。しかし、「家族の理解や気持ちに、IC に同席してわかる」「担当したことがない患者の IC にだけ入り、IC で本人を理解する段階であり、助言や介入できない」「IC がスムーズにいくと声をかける隙間がない」「自分から関わりたいが関われない」「IC の前に家族で話し、IC の場では理解について差はあるが、意見を伝え合い決定していた」「家族は IC 中に話していたが、遠慮していた気がする」と捉え特に関わりはなく終始記録のみ行っていた。IC が終了後に医師は退席し、看護師は患者の面会を行うか確認して、家族が面会を希望したため、看護師は患者のベッドサイドまで案内した。看護師は椅子をベッドサイドまで準備したが、主治医がベッドサイドで家族と話し始めると看護師は声をかけずその場を離れ業務に戻った。看護師は「業務により声をかけられない」「医師、家族全員が患者の気持ち、価値を踏まえた決断をしたと思う」と捉え、家族への関わりとして「IC 後か別の日に声をかけ、良くなった時のことについて話をする」「自分で気よめて積極的に関わり、患者の気持ちを受け止めようと言葉では伝えていないがアピールする」

「IC 中には介入できないが、IC 後や違う日に駆け寄り、疑問や不安について声をかけ、家族の気持ちや発言に対応する」と IC 後に関わる事を考えていた。症例 2 において、IC 中の看護師の言語的・非言語的コミュニケーションは認めなかった。

症例 1、症例 2 共に、IC 中に看護師は言語的コミュニケーションを行うことはなかった。また、IC 後に関わる事を重視していたが、看護師から家族へ声をかけることや、話し合いのための時間を作ることは無く、業務を行っている現状があった。

3. インタビューによる看護師の思考と分析

1) 日頃の意思決定をどのようにしているか

(1) 看護師 A の結果

DNAR の話をする時に、治療方針を決めるために、先生たちはストレートにそのまま現実を突きつける。救命の場や、救急で呼び出されている患者

の家族は動揺していることが多く、家族的にはきつと思うので、シビアなICの時にはしっかり同席する。その時の反応であったりを、自分は初療を担当することが多いので、部屋担当看護師に申し送りをすることを心がけている。家族にIC後に気持ちに寄り添うというか、患者さんの立場に立つてということは忘れないようにしている。救命が長くなってくると死に慣れてくる、それが当たり前になりたくないなど思っていて、そうならないようにしている。

患者の家族の気持ちを考える事、シビアなICの時に同席すること、ICでの反応を部屋担当看護師に申し送ること、家族にIC後に気持ちに寄り添うこと、患者さんの立場に立つことを忘れないこと、死に慣れるのが当たり前にならないようにしていた。

(2) 看護師Bの結果

説明で納得できていなかったり、そもそも言葉が理解できていなかったとか、ヘルプサインがみえたら分かるように、納得できるようにするために、先生に声をかけるはしごをする役割がある。考える時間を作ってあげる役割がある。そう思っているけど、声をかけたりしたことは無い。この場にいるのが先生と家族だと、家族に目がいってしまっていて、私自身も患者中心というのが後になってしまっているかなと思う。

ヘルプサインがあれば医師に声かけをおこなうはしごの役割、考える時間を作る役割を意識していたが声を実際にかけたことは無かった。また、IC中は家族中心になり、患者中心が後回しになっていると認識していた。

2) IC場面での看護師の思考におけるVALUEの視点

「Value family statement (家族の意向を尊重する)」において、看護師A・B共に、インタビューの内容から家族の意向や家族への尊重を意識している発言は認めず、看護師がコミュニケーションとして認識されていなかった。

「Acknowledge family emotions (家族の感情を承認する)」において、看護師Aは31コード、5サブカテゴリー、3カテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは【家族の思いを知る】【家族の立場で考える】【救急の場での家族の対応】の3カテゴリーであった。看護師Bは、23コード、3サブカテゴリー、1カテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは【家族の思いを知る】であった。看護師Aは、緊急搬送された家族の動揺や待合室で待たされる不安など救急の場の家族の立場に立つことを意識していた。看護支援として必ず誰かが顔を見に行き声をかけるというカテゴリーが抽出された。看護師Bは、ICの家族がどのように方針を決定したか、家族の今の気持ちを同席した時に知った。また、サブカテゴリーから《家族は先生と話し、気持ちや意見を伝えていたので、家族の気持ちを受け止めたと思う》という、自分で解釈した表現が抽出された。

「Listen to the family (家族の話聞く)」において、看護師A・B共に実践できた援助はなかった。また、面接内容からこの項目において意識している発言はなく、コミュニケーションとして認識されていなかった。

「Understand the patient as a person (患者を人として理解する)」において、看護師Aは2コード、1サブカテゴリー、1カテゴリーであった。カテゴリーは【患者の立場にたつ】であった。看護師Bのカテゴリーは抽出されなかった。看護師Aは患者の立場に立つことは忘れないように意識していた。

「Elicit family questions (家族の質問を引き出す)」において、看護師Aは4コード、2サブカテゴリー、1カテゴリーが抽出された。カテゴリーは【ICの家族の反応をみる】であった。看護師Bのカテゴリーは抽出されなかった。看護師Aは《家族の変化について気づいた際に声をかける》のサブカテゴリーから、家族の反応を意識していた。また、《動揺した反応がないため理解していると思っ

た》がサブカテゴリーで抽出され、家族の反応で理解を判断していた。

看護師 A は 5 カテゴリー、看護師 B は 1 カテゴリーが得られ、看護師 B から得られた 1 カテゴリーは、看護師 A と共通したカテゴリーであった。看護師 A はカテゴリー数が多く、共通した 1 カテゴリーにおけるサブカテゴリー数も看護師 B より多かった。カテゴリーの内容から、看護師 A は、家族の立場や患者の立場にたつこと、家族の動揺や不安、反応についての内容であり、看護師 B は、家族の発言の内容であった。

4. IC 場面での看護師の思考における VALUE 以外の視点

看護師の VALUE 以外で得られた意思決定支援のカテゴリーは、看護師 A においては、VALUE 以外で必要としている意思決定支援として、94 コード、29 サブカテゴリー、13 カテゴリーが得られた。

カテゴリーは【家族での話し合いをすすめる】【家族が話す時間】【家族と話せるタイミングで聞く】【患者の意思の確認】【看護師間の共有】【IC 後に関わる】【救命での死に対する感情】【業務により関われない】【家族は医師に質問しづらいという認識】【医師の説明を中断しない】【看護師から質問しない】【経験的な判断】【IC における看護師の改善を望むこと】であった。

看護師 B では、93 コード、20 サブカテゴリー、8 カテゴリーが得られた。カテゴリーは【家族の話す時間】【患者の意思の確認】【IC で仲介役となる】【IC では患者より家族中心になる】【IC 後に関わる】【看護師の IC の認識】【看護師のジレンマ】【業務により関われない】であった（表 3）。

共通したカテゴリーは【業務により関われない】【IC 後に関わる】【家族の話す時間】【患者の意思の確認】であった。

表 2 IC における看護師の VALUE のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	
Value family statement (家族の意向を尊重する)		
—		
Acknowledge family emotions (家族の感情を承認する)		
家族の思いを知る	緊急で呼び出される家族は動揺している	看護師 A
	医師は DNAR の話や治療方針を決めるためにストレートに伝えるため現実を突きつけられる家族はきつい	
家族の思いを知る	家族の思いを知ろうとする	看護師 B
	IC の前に家族で話し、IC の場では理解について差はあるが、意見を伝え合い決定していた	
家族の立場で考える	家族の理解や気持ちに、IC に同席してわかる	看護師 A
	家族は医師と話し、意見や気持ちを伝えていたので家族の気持ちを受け止めたと思う	
救急の場での家族の対応	医療者の立場でいえないといけませんが、呼ばれて危ないと現実を突きつけられる家族の気持ちを忘れず患者・家族の立場で考える	看護師 A
Listen to the family (家族の話を聞く)		
—		

Understand the patient as a person (患者を人として理解する)

患者中心に考える 患者の立場に立つことを忘れない 看護師 A

Elicit family questions (家族の質問を引き出す)

IC 中の家族の反応 IC 中の家族の変化に気づいたとき，声掛けを行う
動揺していないため，理解していると思った 看護師 A

表 3 ICにおける看護師の VALUE 以外のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	
家族で話し合いをすすめる	1人で決めれない時は家族でしっかり話し合うように声掛けする	看護師 A
家族が話す時間	家族で話す時間がない	看護師 A
	家族の話す時間を十分に設けていない	看護師 B
	家族の話す時間を多く作りたい	
家族は IC 中に話していたが，遠慮していた気がする		
家族と話せるタイミングで聞く	オリエンテーションが家族と話せるタイミングであり，掘り下げて話を聞く	看護師 A
救命での死に対する感情	救命の死が当たり前でなく，慣れないようにする	看護師 A
経験的な判断	経験的に，先生に話せない内容も看護師に話すことが出来ることが多い	看護師 A
	先生の前ではなく，家族と 1対1で話をする	
患者の意思の確認	患者が生前にそういう話を家族と話していたか，患者はどの様に考えていたかをくみ取る	看護師 A
	患者の意思がどうであったかを話し，本人の延命についての希望を確認するように関わる	
	患者中心になるよう本人の気持ちを問うような声掛けを行い，患者に焦点が行くようにする	看護師 B
看護師間の共有	医師，家族全員が患者の気持ち，価値を踏まえた決断をしたと思う	看護師 A
	シビアな IC の時は同席を行い，初療担当であるため家族の反応を部屋担当看護師に申し送る	
	話の内容による家族の表情の変化を伝える 落ち着いてから聞くように申し送る	
	看護師間で IC 内容の申し送り	
業務により関われない	電話や部屋を出るタイミングにより，家族に関わることが出来なかった	看護師 A
	勤務時間，緊急対応により関われない	
		業務により声をかけられない

家族は医師に質問しづらいという認識	家族は先生に質問しづらい 家族は先生が質問を確認するが、質問はしない 先生には言えないこともある	看護師 A
医師の説明を中断しない	IC 中に医師の説明を中断しない	看護師 A
看護師から質問しない	IC 中に看護師から聞かない	看護師 A
IC における看護師の改善を望むこと	看護師配置により、家族対応が後回しになる 業務も大切であるが、面会時の家族対応が出来る体制を望む 今まで救命では IC 同席が絶対という感覚ではなかったが、最近が絶対 IC 同席をする体制になってきた IC に手が空いている人が入るが、いつ急患で呼ばれるかわからないので、最後までちゃんと同席できるスタッフがいる方がよい 本当は（IC に最後まで同席できる）そういう体制が良い 見直していく必要がある リーダー育成や、スタッフが若いため 1 人にできない	看護師 A
IC で仲介役となる	先生からの質問や回答で行き詰まる時は考える時間を作る声かけ 理解できていない雰囲気の際は、先生と患者の会話のはしごをする手助けを心がけている ヘルプサインがある時に、理解でき納得できるよう先生に声をかけるはしごの役割、考える時間を作る役割をする IC における看護の役割として、よりよい治療方針になるようにはしごをする役割、考える時間を作ってあげることと思う	看護師 B
IC では患者より家族中心になる	家族に目が行き患者が後回しになる IC がスムーズにレスポンス出来ている時は、IC の場にいる家族に目が行き患者が後回しになる	看護師 B
IC 後に関わる	IC 後に気持ちに寄り添う	看護師 A
IC 後に関わる	IC 後に自分が思ったこと、疑問に思われてそうな感じの時は家族に聞く IC 後は声をかけ、必ずフィードバックする	看護師 A
IC 後に関わる	IC 後か別の日に声をかけ、良くなった時のことについて話をする 自分で気にとめて積極的に関わり、患者の気持ちを受け止めようと言葉では伝えていないがアピールする IC 中には介入できないが、IC 後や違う日に駆け寄り、疑問や不安について声をかけ、家族の気持ちや発言に対応する	看護師 B

看護師のICの認識	ICは家族が今の患者さんの現状を知り、足並みを揃え、情報を得て理解を得る場所である 今後治療が患者にとって、家族にとって納得がいくものになるように話し合いをする場と認識している	看護師 B
看護師のジレンマ	担当したことがない患者のICにだけ入り、ICで本人を理解する段階であり、助言や介入できない 自分から関わりたいが関われない ICがスムーズにいくと声をかける隙間がない	看護師 B

看護師 A は、業務で関われないというカテゴリーが抽出され、関われないために IC 後に看護師間で共有することや、話せるタイミングを見て関わることのカテゴリーが抽出された。また、【医師の話を中断しない】【看護師からは質問しない】のカテゴリーが抽出され、IC では看護師は発言しないことを意識していた。そして、看護師は医師がいることで家族は話せないことがあると認識しており、家族の話聞くのは IC 中ではなく、IC 後の医師がいない状況で看護師と 1 対 1 で話せる時であった。

看護師 B は、IC で仲介役になるという認識は持っているが、実際にどのように関わるべきか分からずジレンマを生じていた。

看護師 A・B は、IC 後に家族と関わる認識があり、IC 中に看護師が発言するという認識はない状況があった。しかし、IC 直後には患者家族と話す時間を設けることは出来ず、業務を優先しており患者家族にタイムリーに関わる事は出来ていなかった。

IV. 考察

1. 日頃の意思決定における看護師の援助

看護師 A と看護師 B のインタビューにおいて、意思決定における看護師支援は、家族の気持ちを考える、シビアな IC に同席する、IC での反応を部屋担当看護師に申し送る、家族に IC 後に気持ちに寄り添う、患者さんの立場に立つことを忘れない、医師に声かけを行なうはしごの役割、考える時

間を作る役割などが抽出されており、救命救急領域における看護支援の実態（石塚ら、2015）の研究結果と一致していた。また、声をかけたりしたことは無い、家族に目がいてしまい患者中心が後になってしまうと言う結果は、初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由（上澤ら、2013）の研究結果に一致しており、過去の研究結果と同様であることから、看護師の支援において困難の解決には至っていないことが考えられる。

2. 参加観察法とインタビューからいえる看護師の IC における支援

参加観察による看護師の言語的・非言語的コミュニケーションを分析した。また、半構造化インタビューによる IC 中の看護師の思考を、5Step-Approach (VALUE) の視点から分析した。以下、VALUE の項目は『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》で示した。

1) IC 中の参加観察による看護師のコミュニケーション

看護師は家族の顔を終始直視した状態で話を聞いていた。一般的にコミュニケーションにおいて、メッセージ全体の印象を 100%とした場合に言語内容のしめる割合は 7%、音声と音質の占める割合は 38%、表情としぐさの占める割合は 55%という法則がある (Mehrabian,A.1968)。対面対話によって伝え合うものは、言語的コミュニケーションよりも非言語的コミュニケーションの方が多くの情報を占めている。また、Kendon,A. (1967) の視線

に関する研究では、視線活動は相手に注意を向けていること、意思疎通の希望があることなどが含まれ、相手に好意を示している場合には視線活動の量は増えると報告している。看護師 A は《緊急で呼び出される家族は動揺している》《IC 中の家族の変化に気づいたとき、声掛けを行う》などから、家族の反応、家族の表情の変化を意識していた。家族の表情の変化を見落とさないようにし、家族との意思疎通に対し用意がある事を視線により伝えていたのではないかと考えられる。看護師 A は、家族の 90 度横で少し離れた（約 120 cm）位置に座り、距離を保った状態であった。非言語的コミュニケーションの一つとして対人距離がある。Hall, E.T. (1969) は、人間は対人関係の中で 4 つの距離を使い分けているとしている。intimate/distance（親密距離）、personal/space（個人距離）、social/distance（社会距離）、public/distance（公衆距離）である。心理学分野では、自身と他者間の距離空間が対人的に重要な意味を持つ。そのため、家族との距離感も大切である。効果的である距離はパーソナルスペース（45～120cm）であり、90 度の角度を挟んだ位置が最も会話の頻度が高い（Sommer, 1959）とされている。看護師 A は、家族に不必要な刺激を与えないように経験的な行動として行っていたことが考えられる。

参加観察で家族と言語的コミュニケーションを持てなかった要因として、VALUE 以外に抽出されたカテゴリから【業務で関われない】という、業務環境が共通していた。症例 1 で看護師は 2 回にわたり電話により退室をした。また、医師からの同意書のサインを頼まれるなど、看護師は医師の業務の補助を行っており、家族と関わる時間が減少していると考えられる。そして、IC 後に患者家族と関わる時間を設けることは出来ずに業務を開始している。「看護師も体制や処置により初療での看護現場では十分に関わる時間をとることが難しい」「救急搬送患者の処置および看護業務以外の業

務が多い」という看護師が抱える困難と理由（上澤ら, 2013）で述べられているように、初療で十分に関わるのが難しいことが考えられた。また、伊勢田ら（2003）は「看護師は心の中で家族を気にかけて、心を痛めながらも、治療・処置の手を止め家族の前で立ち止まり、ゆっくりと慰めの言葉をかける余裕がないということも今日の医療の現状である」と述べており、看護師が認識していても実際に関われない現状として、業務的な問題があると考えられる。

本研究において、看護師でなくてもできる業務まで行っていることもあり、家族と関わる時間がないため【家族が話す時間が無い】というカテゴリが抽出されたと考えられる。今後、優先される業務の選別を行い、IC 中で看護師の役割が充実できる時間を作っていく必要がある。また、短時間しか関わる事が出来ないが、質を重要とした変わりが出来ることで家族の満足度も得られると考えられる。家族が何を求めているのかを引き出すためにも、IC 中から言語的コミュニケーションを図り、必要としている事を共有することが重要であると考えられる。

2) インタビューで得た IC 中の看護師の思考における VALUE の視点での分析

看護師へのインタビューから、『Value family statement（家族の意向を尊重する）』『Listen to the family（家族の話聞く）』の項目は抽出されなかったため、今後は、看護師が意識的に家族の意見を引き出せるように支援する必要がある。

『Acknowledge family emotions（家族の感情を承認する）』では、看護師 A（10 年目）と看護師 B（2 年目）で共通していたカテゴリは【家族の思いを知る】であった。IC 中の言動はなかったが、家族の思いを受け止めようと看護師は認識していた。看護師 A からは【家族の立場で考える】【救急の場での家族の対応】のカテゴリも抽出された。しかし、IC において、看護師の家族に対する言動がなかった。また、家族に IC 前や救急の処置中に

家族へ声を掛けようと認識はしているが、実際の行動では示すことが出来ていなかった。コミュニケーションは、送り手が受け手に対して何らかのメッセージを伝達しようとするところから始まる。送り手が何らかの情報を伝達しただけではコミュニケーションは成立しない。受け手がその伝達内容を理解して初めて、コミュニケーションは成立したと言える。心の内部にメッセージが生じただけではそれは相手に直接伝わらない。そのため、家族に伝わるように関わる必要がある。石塚ら(2015)の研究では、家族が意思決定前は急な状況の中で看護師に話しかけにくいことや、関わりを気に留める余裕はないため、看護支援が実感しにくいという結果が述べられている。看護師のコミュニケーションは、情報を伝達するだけでなく、人間関係を構築していく上で必要な過程であり、患者のニーズに沿った看護を実践していくためにも重要である(高橋ら,2013)。看護師のコミュニケーションが家族に認識されるには、家族に積極的に関わり発言し、家族に支援者であることを認識してもらうことが大切であると考える。

『Understand the patient as a person (患者を人として理解する)』では、看護師 A から【患者中心に考える】のカテゴリーが抽出されたが、医師の治療の説明などにおいて、家族へ患者の意思を確認する声掛けは無かった。人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(2018)において、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。また、家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とするとあり、患者の意思確認を行うことは基本である。ICの中で、患者の意思確認をせず治療方針を決定することは、最善の選択にならないため、患者の推定意思も含め、意思確認できる関わりが必要であると考える。

『Elicit family questions(家族の質問を引き出す)』において、本研究の2症例では、家族が話す時間ではなく医師の話して終了した。症例1の医師は坦々とした口調で話し、正面に座ったことで威圧感を与えることになっている。看護師は《動揺した反応がないため理解していると思う》と判断していた。上澤ら(2020)の研究において、患者家族は、「突然の出来事に対する衝撃と不安」や「記憶を消失するほどの混乱」があると述べており、患者家族は動揺した行動を示さなくても、家族の思考は混乱していることが考えられる。家族の動揺が無ければ、医師の説明を理解しているとの判断は、看護師自身の価値観が優先され、家族との価値観の違いが生じている可能性がある。

看護師がIC中に発言しない理由として、VALUE以外の視点から【医師の説明を中断しない】や【看護師からは質問しない】というカテゴリーから、医師の治療における話を優先しており、医療者を優先した思考になっている。また、【経験的な判断】のサブカテゴリーから《先生に話せない内容も看護師には話すことができる》《先生の前ではなく家族と1対1で話をする》という、看護師の経験による個人的価値観が優先されていた。田中(2016)の研究において、家族は「先生には気を遣うが、看護師さんは話しやすい」「先生に直接聴きにくいので、看護師さんに仲介して欲しい」などの気持ちがある事が示されており、家族によってはIC中に話せない状況が考えられる。久我ら(2016)の研究において、SDMによって治療方針を決めている医師はまだ少なく、医師中心に決定することが多いことが明らかになっている。患者家族が話にくい状況をそのままにするのではなく、家族が話やすくなるような環境を作ることによって、医師の意識も変わるように看護師として働き掛け、多職種連携の関係を築くことが必要であると考える。

症例2では、看護師はIC中に記録を行うのみで、家族との言語的・非言語的コミュニケーションは共になかった。看護師は《ICがスムーズにいく

と声をかける暇がない》《担当したことがない患者で、ICで本人を知る段階であり、助言や介入が出来ない》であり、ICにおける役割認識はなかった。また、看護師は【IC後に関わる】としており《IC後か別の日に声をかける》《家族の気持ちを受け止めようと言葉では伝えていないがアピールする》から、看護師はIC中の関りは意識していなかった。患者や家族が情報を理解し、個別的な価値観が治療法の選択に反映できるよう、情報交換を行いながら共同で意思決定を行うSDMが重要である中で、IC中に患者・家族が希望や感情を表出できるように関わる事が出来なければ、情報の共有にはならない。そのため、ICの中で患者・家族が気持ちを表出出来るような関りを看護師からも支援し、患者の最善の選択を医療者と患者・家族で共有決定し、相互理解のもと統一した方向に向かいチームとして関わって行く必要があると考える。

2症例の看護師は共に、IC後に関わることを看護師は重要視していた。しかし、木村ら(2018)の調査において、ICに関連した看護で個人として十分に関わっていると回答した看護師はいなかった。また、患者・家族にどのように声をかけたらよいか分からないという回答では、経験年数が少ない看護師ほど困難を感じていることや、看護師の力量や看護観から家族の支援内容・質に差が生じるという研究結果(桑原ら,2018)もあり、今回の研究結果による【看護師のジレンマ】の内容と一致していた。IC後の家族の支援を十分に行うことは、経験がある看護師は可能と考えられるが、経験が少ない看護師には困難と言える。先行研究において、ICUの終末期医療を困難にする要因では、ICU環境や死・終末期に関する教育不足が上位を占めていた(宮崎ら,2016)。経験年数が少なくとも関わらなければならない、経験的な差によって家族への関りが大きく異なるとは患者家族に不利益をもたらす。そのため、状況にあったコミュニケーション方法を継続教育に取り入れる必要があると考える。佐々木ら(2017)の研究によると、看護師の意図

的なコミュニケーションによる介入は、IC前から必要であるとされている。それによって、IC中に患者の病気の受け止め方や価値観など、患者の気持ちや自由に発言できる状況を作ることができる。そのため、救急搬入され待合室で待たされている家族に早期に関わっていくことが必要である。本研究結果で、看護師は《待合室に長時間待たされる家族は不安である》と認識し、《救急搬入時には誰かが顔を見に行き声をかける》ということ意識していた。初療時の家族は、十分な説明を得られず、また、その説明を理解しようがいまいが状況の理解と混乱の中での対応を余儀なくされていることが明らかになっている(橋田ら,2006)。そして、不安な気持ちで患者のことを優先的に考えながら、その場から離れることができず、ただじっと長い時間を待つしかない状態である。そんな状態の中で家族は、医療従事者の数やその態度により、信頼感や安心感を得ることが出来る家族がいる反面、処置や救命が行われている処置室内は耐えがたい雰囲気を与えている。そのため、待合室で待たされる家族へIC前からの早期介入の必要性は高い。

10年目の看護師Aは、経験的な感覚の中で非言語的コミュニケーションで適切な環境を作ろうとする姿勢が見受けられた。そして、現在の経験から組織体制の改善や、若手の育成が必要であると考えていた。2年目の看護師Bは家族に関われないことがジレンマとして残り、コミュニケーションに困難を示していた。看護師A・B両者に共通していることは、コミュニケーションの必要性を意識していたが、言動に表せていなかった。具体的な看護支援を行うために、Haley,Bら(2019)の研究では、終末期の看護教育にシミュレーションなどのコミュニケーションプログラムを取り入れることで、看護師のコミュニケーションに対する知識と自信、および他者を教育する能力を向上させたとの報告がある。今後、看護師が患者・家族とコミュニケーションを効果的に行うために、コミュ

コミュニケーションプログラムなど教育においても確立していく必要があると考えられる。また、筆者は専門看護師であり、本研究の結果から、日本においてコミュニケーションアプローチなどがガイドラインにないことや、看護師がICで困難を抱えていることから、今後はコミュニケーションアプローチの方法や、実践の中での関わりでロールモデルとしての役割を示す必要があると考える。

V. 結論

IC同席時の看護師のコミュニケーションは、非言語的コミュニケーションが多く、言語的コミュニケーションはなかった。看護師の思考においてVALUEの視点から分析した結果は【家族の思いを知る】【家族の立場で考える】【救急の場での家族の対応】【IC中の家族の反応】【患者中心に考える】の5カテゴリーが抽出され、コミュニケーションとして認識されている項目はあるが、認識されていない項目もあった。また、VALUE以外の視点において【IC後に関わる】【医師の説明を中断しない】【看護師からは質問しない】というカテゴリーから、IC中に看護師は積極的なコミュニケーションを行うのではなく、IC後に関わることを重要としている事が明らかになった。共同意思決定(SDM)をするには、家族の思いを引き出し価値観を共有するために、ICの中で話し合いができるように、医療者間の調整役である看護師のコミュニケーションは重要である。しかし、ICにおいて経験の浅い看護師は家族と関わり方が分からない状態であり、ジレンマを生じている。そのため、今後はIC中の看護師の役割を具体化し、ICにおけるシミュレーションを行なうなど実践的な教育の検討が必要であることが示唆された。また、患者・家族が必要としている支援を看護師が支援できたか、認識の違いを明らかにし、患者・家族の求める看護支援を明確にしていく必要がある。

1. IC中に看護師は、家族への援助を認識し意識的に関わろうと思っていたが、言動などの実践的な

コミュニケーションを認めなかった。

2. 看護師はIC中に支援の困難感から支援が出来ず、IC後に関わることを重要視していた。
3. ICにおいて経験の浅い看護師は家族と関わり方が分からない状態であり、コミュニケーション方法を継続教育に取り入れる必要があると考える。
4. 看護師は、業務で家族と関わる時間がなかった。優先される業務の選別と多職種も含め業務分担を行い、ICの中で看護師の役割が充実できる時間を作っていく必要がある。
5. 救急の場であり、短時間しか関わる事が出来ないため、質を重要とした関わりが出来ることで、家族の満足度も得られると考えられる。

VI. 謝辞

本研究を行うにあたり、ICの同席を了承いただいたご家族の皆様、お忙しい中ご協力いただきました看護師の皆様、深く感謝いたします。本研究の意義をご理解いただき、快くフィールドを提供して下さいました看護部長、看護師長を始めとするスタッフの皆様、センター長をはじめとする諸先生方に謹んで御礼申し上げます。最後に、研究全過程を通してご指導頂きました先生方に、心より御礼申し上げます。

この研究は、福岡大学大学院修士課程高度実践看護師コースの課題研究の一部を加筆・修正を加えたものであり、第41回日本看護科学学会学術集会で発表したものに加筆・修正を加えたものである。

VII. 参考・引用文献

- Azoulay,E.,Chevret,S.,Leleu,G.(2000).Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians,Crit Care Med,28,3044-3049.
- Curtis,JR.,Patrick,DL.,Shannon,SE.(2001).The family conference as a focus to improve

- communication about end-of-life care in the intensive care unit:opportunities for improvement. *Crit Care Med.*29,Suppl 2,N26-N33.
- Davidson,JE.(2017).Guidelines for Family Centered Care in the Neonatal, Pediatric,and Adult ICU.*Crit Care Med.*Jan,45(1),103-128.
- Hall, E.T. (1966) *The Hidden Dimension*. Doubleday & Compary.Hall, E.T./日高敏隆,佐藤信行(訳)(1970).*かくれた次元*. みすず書房, 東京. 160-181.
- 橋田由吏,大森美津子(2006).救急重症患者家族の思いと行動—搬入前・初療時・入院後—,日本クリティカルケア看護学会誌,Vol.1,No.3.
- Haley,Buller.,Rose,Virani.,Pamela,Mallo, et al. (2019).End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Nurses.*J Hosp Palliat Nurs.*2019 Apr,21(2),5-12.
- Hickey,M.(1990).What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature. *Heart Lung.*1990,19,401-415.
- 伊勢田暁子,井上智子(2003).延命治療に関わる家族の意思決定.家族看護.1(1),48-54.
- 石川幸司,加瀬加寿美,川端和美,他(2016).集中治療領域における終末期ケアに関する看護師の役割認識と課題,日本集中治療医学雑誌,23,601-4.
- 石塚紀美,井上智子(2015).救命救急領域における家族の代理意思決定時の思いと看護支援の実態.日本クリティカルケア看護学会誌,Vol.11,No.3
- 井上裕美子,神谷詠子,立花泉(2000).肺癌臨床試験でのインフォームドコンセントにおおけるナースの役割に関する検討.肺癌.40,719-723.
- 上澤弘子,中村美鈴(2020).生命の危機的狀態で初療室に救急搬送された患者の家族がたどる代理意思決定のプロセス.日本クリティカルケア看護学会誌 (1880-8913).16 卷.41-53.
- Kendon,A.(1967).Some functions of gaze direction in social interaction *Acta Psychol.*26,22-63.
- 木村奈緒,井手かおり(2018).医師が行うインフォームドコンセントについての看護実態調査～ICに関する看護で看護師が感じる困難～.長野市市民病院医学雑誌(2432-8537). 3 卷. 37-41.
- 久我咲子,可知悠子,井上真智子,他(2016).日本プライマリ・ケア連合学会誌. 39 卷 4 号. 209-213.
- 厚生労働省,終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン,2007.
- 厚生労働省,人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン,2018.
- 桑原美香,藤波千種,森一恵(2018).救急初療に勤務する看護師の代理意思決定支援における困難な状況,日本看護学会論文集,(2188-6482),48 号,3-6.
- Lautrette,A.,Darmon,M.,Megarbane,B.(2007).A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU,*N.Engl.J. Med.*356,469-478.
- 前田泉,徳田茂二(2003).患者満足度:コミュニケーションと受領行動のダイナミズム.日本評論社,168.
- McDonagh, JR., Elliott, TB., Engelberg, RA. (2004) Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the ICU:increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction.*Crit Care Med.*32.1484-1488.
- Mehrabian,A.1968:Communication without words,*Psychological Today*,2,53-55.
- 宮崎美穂,渡邊百合香,平松貴,他(2016).終末期医療を困難にする要因からみた ICU の現状と看護師の困難感,東邦看護学会誌, 13,43-48.
- 日本集中治療医学会(2006).集中治療における重症患者の終末期のありかたについての勧告,2006
- 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会 合同(2011).救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提唱～.

日本集中治療医学会倫理委員会,看護部会倫理ワーキンググループ(2011).集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針.

日本救急医学会,救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会(2013).『救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)』に対する救急医療従事者の意識の変容:2008年と2012年でどのように変化したか.日救急医学会誌 24,37-50.

西村夏代,掛橋千賀子(2012).ICU 看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助.Journal of Japan Academy of Critical Care Nursing.Vol.8 No.1,29-39.

Pochard,F., Azoulay,E.,Chevret,S.(2001).French FAMIREA Group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients:ethical hypothesis regarding decision-making capacity.Crit Care Med. Oct,29(10),1893-1897.

高橋裕子,池田優子,小林瑞枝,他(2013)A 病院における新人看護師のコミュニケーション研修の効果の検討,(1347-8184)43号,p295-298.

田中俊明(2016).意思能力と医療代理同意家族の心理動向—インフォームドコンセント—太成学院大学紀要(1349-0966)20巻,p63-69.

上澤弘美,中村美鈴(2013).初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由.日本クリティカルケア看護学会誌,Vol,9.No.1,6-18.