

原 著

救急医療施設で亡くなる患者の家族への
看護介入プログラムに対する妥当性の検討原田竜三^{1, 2)}, 山勢博彰³⁾, 田中愛子⁴⁾山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学科博士後期課程¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)東京医療保健大学医療保健学部看護学科²⁾ 品川区東五反田4-1-17 (〒141-8648)日本医科大学医療管理学³⁾ 文京区千駄木1-1-5 (〒113-8602)山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学科⁴⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 救急医療, 死別, 危機介入, 悲嘆ケア, 介入プログラムの妥当性

和文抄録

筆者らが作成した救急医療施設で亡くなる患者の家族に対する看護介入プログラムの妥当性の検討を目的に、全国の急性・重症患者看護専門看護師と救急看護認定看護師が所属する救急医療施設において、看護経験3年目以上の看護師に質問紙調査を実施した。看護介入プログラム(31項目)は、危機介入22項目、悲嘆ケア5項目、死別後のケア4項目から構成されている。妥当性評価は、各項目を、実践可能性、実施度、重要度およびLynnの内容妥当性の4つの視点から検討した。359名(回収率53.6%)から回答が得られ、有効回答345名の回答を分析した。各項目のうち、実践可能性は「面会時、患者の身体に触れてもよいことを家族に説明する」をはじめ、平均値4点(実践できそう)以上が23項目であった。実施度は、「面会時声をかける」が最も高く、平均値4点(かなり実施している)以上は8項目、平均値3点(まあまあ実施している)以上は17項目あった。重要度は「患者の状況について家族に説明する」が最も高く、平均値4点以上(かなり重要である)は0項目、平均値3点以上(まあまあ重要である)は30項目であった。内容妥当性は、I-CVIが0.78以上の項目は27項目であった。看護介入プログラ

ムを総合的に評価すると、危機介入21項目と悲嘆ケア5項目において、概ね妥当であったが、危機介入の1項目は内容妥当性が得られなかった。死別後のケア4項目は、1項目のみ内容妥当性が得られ、3項目は内容妥当性が得られなかった。したがって、本研究における看護介入プログラムは、妥当性の検討の結果、31項目から27項目に精練された。

緒 言

救急医療施設では即刻治療が開始されるが救命困難な患者があり、その患者の家族は予期せぬ患者の死を受け止めることができず、複雑性悲嘆に陥る可能性がある^{1, 2)}。特に、救急外来において患者が亡くなった場合に、家族が受ける衝撃は計り知れない。また、看護師が家族と関わる時間は短く時間が限られており、救急医療施設から患者が死亡退院した後の家族に関わることはほとんどない。死別による悲嘆反応は、一般に死別早期に強い悲嘆反応が出現し、時間の経過とともに減弱していく。しかし、強い悲嘆反応がしばらく続き、社会機能の障害をきたす場合があり、この状態を複雑性悲嘆³⁾という。集中治療を受けた患者に、身体的および精神的な障害を抱え、それらが社会復帰や長期予後の障壁となる集中治療症候群(post-intensive care syndrome: PICS)があるが、家族においても不安、抑うつ、PTSD、

複雑性悲嘆などメンタルヘルスの問題 (post-intensive care syndrome-Family : PICS-F)⁴⁾があり、患者が死亡した場合にはリスクが高い⁵⁾とされている。そのため、家族が複雑性悲嘆に陥らないためのケアを検討する必要があると考えた。国内外の文献検討から、欧米におけるケア内容^{6, 7)}や国内におけるケア内容⁸⁾、救命救急施設の看護師を対象としたインタビュー調査⁹⁾を参考に、救急医療施設で亡くなる患者の家族に対する看護介入プログラム(以下「介入プログラム」とする)を作成した。

筆者らが作成した介入プログラムは、2010年から2011年に作成したものであるが、その後、2019年に救急医療における終末期看護の実践場面で活用できる具体的なケア内容や、望ましい組織体制などが示された実践的なガイドとして、救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド(以下:「ガイド」)¹⁰⁾が作成された。このガイドは、全人的苦痛緩和、意思決定支援、悲嘆ケア、チーム医療推進、組織体制整備の5つの概念から構成されている。筆者らが作成した介入プログラムとガイド¹⁰⁾を比較すると、筆者らの介入プログラムにはチーム医療推進や組織体制整備に関する項目が無い。他方で、筆者らの介入プログラムの利点は、臨床看護師からのインタビューをカテゴリー化して作成したもの⁹⁾であり、救急医療施設に搬入された時点から家族へのケアを取り入れ、家族が陥りやすい危機への介入、悲嘆に対するケア、死別後のケアを時系列で示しており、そのまま実践に用いることができる。患者の処置に追われる看護師は、家族への介入のタイミングが難しく、無力感を感じる、衝撃を受ける家族への対応が難しい¹¹⁻¹³⁾とされているが、実際の救急医療現場の看護師は個人で対応しなければならないことが多く、困難感を抱えている看護師においても、活用可能な介入プログラムとなっている。

本プログラムを評価するにあたり、ロッシら¹⁴⁾のプログラム評価の考え方を参考にした。プログラムが不十分であれば、目指す効果を達成できる見込みはほとんどない。したがって、まずはプログラム理論をアセスメントすることが重要であり、それを補完するアプローチには、形成されたプログラム理論の明確さ、信憑性、実現可能性、適切さを、利害関係者やその他の情報提供者に評価してもらおう¹⁴⁾とある。そこで、今回作成した介入プログラム31項目に

ついて、実現可能性を①実践可能性とし、適切さを②重要度と③各項目の内容妥当性でみることにした。救急患者の家族対応において、患者の救命を優先するため、家族への対応が後回しとなり、重要と思っても実施できないことがある^{15, 16)}。そのため、重要度とともに、④実施度を加えた。明確さについては、本プログラムは救急医療施設で亡くなる患者の家族に対する看護ケアで構成されていることは明らかで、信憑性については、プログラム項目は救急看護経験5年目以上の看護師を対象としたインタビュー結果を中心にまとめたものであり、問題はないと判断した。従って評価には、①②③④の4つの観点をを用いた。

本介入プログラムの妥当性を検討し広く臨床に普及するとともに、必要時、ガイドを追加することで、より実践的で質の高いケアを行うことができるのではないかと考えた。そこで、本研究では、全国の救急医療施設で勤務する看護師を対象に、この介入プログラムの実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性の4つの評価視点から評価したいと考えた。

目 的

本研究の目的は、筆者らが作成した介入プログラムの、実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性を確認し、介入プログラムの妥当性を総合的に検討することである。

研究デザイン

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた量的記述的研究デザインである。

2. 用語の定義

本研究において、「家族」とは、血縁もしくは婚姻によって結ばれていた者に限定する。「救急医療施設で亡くなる患者」とは、救急医療施設に搬送され、救急医療施設で死亡確認された患者とする。ただし、本研究では救急医療施設に搬送されてから1ヵ月以内に死亡確認された患者と限定する。

3. 介入プログラムに含まれる3つのケア

筆者らは、救急医療施設で亡くなる患者の家族に対する看護ケア内容について、看護経験5年目以上

の看護師を対象に半構造化面接によるインタビュー調査を実施し、質的帰納的に分析した⁹⁾。その結果、初療でのケアとICUでのケアに分かれたが、共通して、危機介入、悲嘆ケア、死別後のケアが行われていることが明らかとなった。海外の文献では、救命救急センターでのケアが時系列に並べられている研究⁶⁾や死別後のケアの研究⁷⁾があり、国内の文献では危機介入をアギュララの危機介入を使って分析した研究⁸⁾があった。それらを参照し、プロトコル1危機介入、プロトコル2悲嘆ケア、プロトコル3死別後のケアから成る3つのケア場面で介入プログラムを作成し、内容をケア項目として標記した。

方 法

1. 対象者

研究目的は介入プログラムの妥当性の検討であり、適切に評価できることが重要であった。介入プログラムは危機介入、悲嘆ケア、死別後のケアで構成されており、急性・重症患者看護専門看護師や救急看護認定看護師は、家族への対応について危機理論や悲嘆理論に関する知見について学習し、看護師スタッフへ指導を行う役割があることから、全国の急性・重症患者看護専門看護師、救急看護認定看護師の所属する救急医療施設を条件とした。さらに救急看護学会の救急看護クリニカルラダー¹⁷⁾では、救急看護経験が3年目以上の看護師は、「患者や家族の心理を理解し適切な対応ができる」ことを参考にし、救急看護経験が3年目以上の看護師と設定した。

2. 質問紙

質問紙は、①介入プログラムの妥当性の評価として実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性の質問、②死別後のケアの経験と実施内容、③回答者の背景の3つの枠組みで構成した。

3. 調査期間

2021年12月6日～2022年3月31日

4. 調査方法

施設条件を満たす看護部長宛てに研究計画書、質問紙調査一式（依頼文、質問紙、回答書）を送付し、研究の承諾を得るとともに、救急施設での経験年数が3年目以上の看護師に配布を依頼した。資料を受け取った看護師は、研究への参加に協力できる場合は、質問紙に無記名で回答し、研究者宛に郵送を依

頼した。

5. 分析方法

介入プログラムの項目に対する実践可能性、実施度、重要度については、5段階のリッカート尺度を用いて、各項目の得点の平均値を評価した。

介入プログラムの項目に対する実践可能性は、「5実践できる、4実践できそう、3実践できるかわからない、2実践できそうにない、1全く実践できない」の5段階とし、5点から1点の自己評価とし、平均値4点以上は、実践可能性が高いと判断する。

介入プログラムの項目に対する実施度は、「5いつも実施している、4かなり実施している、3まあまあ実施している、2少し実施している、1全く実施していない」の5段階とし、5点から1点の自己評価とし、平均値3点以上は、現状の実施度が高いと判断する。

介入プログラムの項目に対する重要度は、「5とても重要である、4かなり重要である、3まあまあ重要である、2あまり重要でない、1全く重要でない」の5段階とし、5点から1点の自己評価とし、平均値3点以上は、重要度が高いと判断する。

介入プログラムの項目に対する内容妥当性については、各介入が適切であるかについて、4段階のリッカート尺度「4適切である、3まあまあ適切である、2あまり適切でない、1全く適切でない」を用いて、4、3と評定された項目の比率を内容妥当性指数 (item-level content validity index : I-CVI)^{18, 19)}として評価した。Lynn¹⁸⁾の内容妥当性の基準値算出方法は、回答者全員に対する同意者割合を算出するものであり、5人以下のエキスパートであればCVIが1 (100%の同意)、6人以上10人までがCVIが0.78^{18, 19)}を基準としていたため、0.78以上を妥当とした。4段階のリッカート尺度については、「1 = 関連性がない」から「4 = 関連性がある」までで各項目を専門家に評価してもら²⁰⁾を参考に、「4適切である、3まあまあ適切である、2あまり適切でない、1適切でない」とした。

総合的な評価として、介入プログラムの妥当性の判断の基準は、実践可能性3点未満、重要度3点未満、Lynn I-CVI 0.78未満のものが1つでもある場合、推奨するケアとして妥当ではないと判断する。実施度においては、施設や個別による差があると思われるため、実施度のみで判断をしないこととする。

6. 倫理的配慮

本研究は、著者の所属する東京医療保健大学の研究倫理審査委員会の承認（教33-23C）を得た上で実施した。研究への調査協力は自由意思であり、質問紙の返信によって同意を得たものとし、返信後の研究協力の辞退はできないこと、調査に協力しないことによる不利益はないことを説明文に明記した。また、本研究は、無記名による調査研究のため施設や個人が特定されることはないこと、得られた情報はID番号を記載し、匿名性を確保して取り扱うことを説明文に記述した。

結 果

全国の救急医療施設242施設に郵送し、70施設（29%）から同意が得られた。70施設670名分を配布し、359名（回収率53.6%）より回答が得られた。そのうち、看護経験年数が3年未満と未記載が全体の30%以上ある場合の回答を無効回答とした。無効回答は14名であり、有効回答345名（有効回答率51.5%）を分析対象とした。

1. 対象者の背景

回答者の所属する施設の設置主体は、公的医療機関157名（45.5%）、次いで私立大学病院52名（15.1%）であった。医療体制は3次救急医療施設281名（81.4%）、2次救急医療施設63名（18.3%）であった。

回答者は345名で、男性19.4%、女性80.6%であった。平均年齢は38.2歳（標準偏差standard deviation以下SDとする 7.6）、平均看護経験年数は15.5年（SD 7.5）であり、救急看護経験年数は平均9.0年（SD 4.9）であった。職位は、師長および副師長10.4%、主任・主査・副主査18.3%で、全体の28.7%は管理やリーダーを担う看護師であった。専門および認定看護師資格については10.4%が有していた（表1）。

2. 介入プログラムの項目に対する実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性

(1) 介入プログラムの項目に対する実践可能性

介入プログラムの項目に対する実践可能性について、平均値が4点台（実践できる・実施できそう）は31項目中23項目であった。平均値が3点台（わからない）は4項目、2点台（わからない・実施でき

そうにない）は4項目であった。平均値が高い3項目は、「面会時、患者の身体に触れてもよいことを家族に説明する」平均値4.87（SD 0.35）（：以下平均値（SD 数値）の表記で示す）であった。「面会時、家族に声をかける」4.83（SD 0.41）、「自己紹介をする」4.75（SD 0.59）であった。平均値が3点台は、「蘇生場面を見るか家族に確認する」3.45（SD 1.11）、「1人しか家族がいないとき、可能であれば、そばにいて家族をサポートする」3.85（SD 0.99）、「待合室や家族控え室についての要望を家族に確認する」3.86（SD 1.16）、「死別後においても、感情の表出は重要であることを家族に伝える」3.88（SD 0.95）であった。平均値が2点台はすべて死別後のケアであり、最も低いものは「電話によるフォローアップは、死別後1週間～10日後に行う」2.1（SD 1.43）であった（表2）。

(2) 介入プログラムの項目に対する実施度と重要度

介入プログラムの項目に対する実施度について、平均値3点以上（まあまあ実施している）は31項目中25項目、平均値3点以下は6項目であった。

実施得点の最も高いものは、「面会時、家族に声をかける」4.65（SD 0.62）、「面会時、患者の身体に触れてもよいことを家族に説明する」4.57（SD 0.75）、「わからないことがある場合には、情報を提供し、内容によっては医師から説明を家族にってもらう」4.43（SD 0.81）であった。平均値3点以下は、「死別後においても、感情の表出は重要であることを家族に伝える」2.73（SD 1.34）、「蘇生場面を見るか家族に確認する」2.31（SD 1.31）、と死別後のケアの4項目であった。

介入プログラムの項目に対する重要度について、平均値3以上（まあまあ重要である）は31項目中30項目であった。平均値3点未満は1項目であった。平均値が高い上位3項目は、「患者の状況について家族に説明する」3.9（SD 0.31）、「面会時、家族に声をかける」3.9（SD 0.32）、「わからないことがある場合には、情報を提供し、内容によっては医師から説明を家族にってもらう」3.9（SD 0.31）であった。平均値3点未満は「電話によるフォローアップを死別後1週間～10日後に行う」2.77（SD 0.83）であった。

(3) 介入プログラムの内容妥当性

介入プログラムの項目に対する内容妥当性につい

て、0.78以上の項目は31項目中27項目で、0.78未満の項目は4項目であった。「蘇生場面を見るか家族に確認する」(0.72)、「死別後のケアの「救急医療施設退出時に死別悲嘆パンフレットを配布する」(0.74)、「電話によるフォローアップを死別後1週間～10日後に行う」(0.59)、「質問があった場合には、後日、担当看護師および医師に確認をとり、再度連絡することを家族に伝え、確認後連絡をする」(0.76)の4項目であった。

3. 死別後のケアの実施内容

死別後のケアを行っているとは回答したのは、345名の中の45名(13%)であり、そのケア内容には、ICUダイアリーを渡す、救急スタッフ(救急医、救急看護師)による面談、施設内の専門家(精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど)によるカウンセリングや面談等があり、救急スタッフ(救急医、

救急看護師)による電話フォローアップをしているのは5名であった(表3)。

4. 危機介入、悲嘆ケア、死別後のケアにおける妥当性の評価

危機介入22項目において、実践可能性の平均値4点以上は19項目、平均値3点以上4点未満は3項目、実施度の平均値4点以上は7項目、平均値3点以上4点未満は14項目、平均値2点以上3点未満は1項目、重要度は平均値3点以上4点未満22項目、内容妥当性は0.78以上が21項目、0.78未満が1項目であった。「蘇生場面をみるか家族に確認する」が実践可能性3.45(SD 1.11)、実施度2.31(SD 1.31)、重要度3.08(SD 0.8)、内容妥当性0.72で、実施度が低く、内容妥当性が低かった。

悲嘆ケア5項目において、実践可能性の平均値4点台は4項目、平均値3点以上4点未満は1項目、

表1 回答者の所属する施設と対象の背景

		n=345	
		人数	%
医療体制	3次救急	281	81.4
	2次救急	63	18.3
	無回答	1	0.3
設置主体	公的医療機関	157	45.5
	私立大学病院	52	15.1
	医療法人	28	8.1
	国	26	7.5
	社会福祉法人	9	2.6
	社会保険関係団体	2	0.6
	無回答	71	20.6
性別	男	67	19.4
	女	278	80.6
年齢	20代	49	14.2
	30代	158	45.8
	40代	106	30.7
	50代	30	8.7
	無回答	2	0.6
看護師経験年数	4-9年	84	24.3
	10-19年	157	45.5
	20年以上	103	29.9
	無回答	1	0.3
救急看護経験年数	5年未満	60	17.4
	5年以上10年未満	149	43.2
	10年以上	136	39.4
職位	師長	8	2.3
	副師長	28	8.1
	主任・主査/副主査	63	18.3
	なし	245	71
	無回答	1	0.3
CNS/CN資格	急性重症CNS	9	2.6
	救急CN	26	7.5
	重症集中CN	1	0.3
	なし	309	89.6

実施度の平均値4点以上は1項目、平均値3点以上4点未満は3項目、平均値2点以上3点未満は1項目、重要度は平均値3点以上4点未満3項目、内容妥当性は0.78以上が5項目であった。「死別後にお

いても感情の表出は、悲嘆作業になることを伝える」が実践可能性3.88 (SD 0.95), 実施度2.73 (SD1.34), 重要度3.53 (SD 0.68), 内容妥当性0.89で、実施度が低かった。

表2 介入プログラムの総合評価

n=345											
<救急医療施設でのケア>											
実践可能性											
実施度											
重要度											
内容妥当性											
プロトコール1：危機介入 (22項目)											
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差	n	I-CVI
1) 患者の状況について家族に説明する	345	4.52	0.68	343	3.95	1.03	345	3.9	0.31	342	0.97
2) 患者に実施していることを家族に説明する	345	4.61	0.64	345	4.07	0.93	345	3.86	0.36	345	0.98
3) 家族がわからないことについて家族に確認する	345	4.51	0.65	345	4.02	0.91	345	3.83	0.39	345	0.98
4) 蘇生場面を見るか家族に確認する	345	3.45	1.11	345	<u>2.31</u>	1.31	342	3.08	0.8	341	<u>0.72</u>
5) 面会時、家族に声をかける	345	4.83	0.41	344	4.65	0.62	344	3.9	0.32	344	0.99
6) 面会時、患者の身体に触れてもよいことを家族に説明する	345	4.87	0.35	345	4.57	0.75	345	3.88	0.34	345	0.99
7) 清潔ケア、エンゼルケアなどケアへの参加を家族に確認する	345	4.40	0.82	345	3.31	1.36	344	3.53	0.61	344	0.92
8) 自己紹介をする	345	4.75	0.59	344	4.35	1.07	344	3.67	0.62	343	0.93
9) 家族がいないときに行われている治療や処置、ケアについて家族に説明する	345	4.54	0.67	345	3.96	0.98	345	3.67	0.49	345	0.97
10) どのような家族がいるのかを確認する	345	4.61	0.61	345	4.20	0.92	345	3.68	0.53	345	0.98
11) 1人しか家族がいないとき、可能であれば、そばにいて家族をサポートする	345	3.85	0.99	345	3.13	1.09	345	3.66	0.53	345	0.94
12) 家族が身体的な不良があった場合に家族をサポートする	345	4.22	0.86	344	3.58	1.15	344	3.68	0.53	344	0.96
13) 患者だけでなく家族も支援することを家族に伝える	345	4.09	0.88	345	3.25	1.27	345	3.64	0.55	345	0.94
14) 相談にのることができることを家族に伝える	345	4.26	0.87	345	3.53	1.30	345	3.66	0.54	345	0.95
15) 待合室や家族控入室についての要望を家族に確認する	344	3.86	1.16	344	3.06	1.46	342	3.39	0.71	344	0.85
16) 家族が感情表出 (泣くこと等) ができる環境をつくる	344	4.22	0.81	343	3.67	1.15	343	3.76	0.48	344	0.96
17) 肩に手をおく、背中をさするなどのタッチングを行う	344	4.35	0.83	344	3.68	1.21	343	3.51	0.67	343	0.9
18) ねぎらいの言葉をかけ、休んでいるかを家族に確認する	344	4.45	0.81	344	3.90	1.11	342	3.7	0.51	344	0.98
19) 眠れているか、食事がとれているかを家族に確認する	343	4.24	1.06	342	3.61	1.35	342	3.6	0.64	342	0.93
20) 家族が不在のときには看護師が患者を見ていることを伝える	343	4.50	0.80	343	3.93	1.23	342	3.59	0.62	342	0.93
21) 泣くことや責めることは悪いことではなく、当然のことであることを伝える	345	4.23	0.90	345	3.38	1.33	344	3.59	0.61	344	0.93
22) わからないことがある場合には、情報を提供し、内容によっては医師から説明を家族にしてもらう	345	4.71	0.53	345	4.43	0.81	345	3.9	0.31	345	0.99
プロトコール2：悲嘆ケア (5項目)											
23) 1) 家族が患者と触れ合う時間やプライバシーのある空間をつくる	344	4.47	0.78	344	4.09	0.97	343	3.88	0.34	343	0.97
24) 2) 家族が感情表出のできる環境を提供する	345	4.30	0.81	345	3.80	1.10	345	3.84	0.39	344	0.97
25) 3) 家族のそばに寄り添う	345	4.19	0.85	345	3.59	1.04	344	3.7	0.53	343	0.94
26) 4) 家族の心情を察し、思いを聞く	345	4.24	0.75	345	3.71	0.99	344	3.71	0.51	344	0.95
27) 5) 死別後においても、感情の表出は悲嘆作業になることを伝える	345	3.88	0.95	345	<u>2.73</u>	1.34	345	3.53	0.68	345	0.89
プロトコール3：死別後のケア (4項目)											
28) 1) 救急医療施設退退時に死別悲嘆パンフレットを配布する	344	<u>2.85</u>	1.17	345	<u>1.16</u>	0.67	342	3.07	0.83	342	<u>0.74</u>
29) 2) 電話によるフォローアップは、死別後1週間～10日後に行う。	344	<u>2.10</u>	1.43	344	<u>1.02</u>	0.20	342	<u>2.77</u>	0.83	339	<u>0.59</u>
30) 3) 質問があった場合には、後日、担当看護師および医師に確認をとり、再度連絡することを伝え、確認後連絡をする。	344	<u>2.93</u>	1.27	344	<u>1.56</u>	1.13	343	3.08	0.8	341	<u>0.76</u>
31) 4) 家族が直接お話しを聞いてもらいたいという希望がある場合には、家族の話をする機会を設けることを伝え、希望を確認する。	345	<u>2.91</u>	1.26	345	<u>1.53</u>	1.14	345	3.24	0.77	343	0.81

死別後のケア4項目において、実践可能性の平均値2点台は4項目、実施度の平均値1点以上2点未満は4項目、重要度は平均値3点以上3項目、平均値2点以上3点未満1項目、内容妥当性は0.78以上が1項目、0.78未満が3項目であった。「救急医療施設退出時に死別悲嘆パンフレットを配布する」は、実践可能性2.85 (SD 1.17)、実施度1.16 (SD 0.67)、重要度3.07 (SD 0.83)、内容妥当性0.74で、実践可能性、実施度、内容妥当性が低かった。「電話によるフォローアップは、死別後1週間～10日後に行う」は、実践可能性2.10 (SD 1.43)、実施度1.02 (SD 0.2)、重要度2.77 (SD 0.83)、内容妥当性0.59で4項目すべてが低かった。「質問があった場合には、後日、担当看護師および医師に確認をとり、再度連絡することを伝え、確認後連絡をする」は、実践可能性2.93 (SD 1.27)、実施度1.56 (SD 1.13)、重要度3.08 (SD 0.8)、内容妥当性0.76で、実践可能性、実施度、内容妥当性が低かった。「家族が直接お話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、家族の話を聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する」は、実践可能性2.91 (SD 1.26)、実施度1.53 (SD 1.14)、重要度3.24 (SD 0.77)、内容妥当性0.81で、実践可能性、実施度が低かった。

考 察

1. 危機介入における妥当性の評価

危機介入22項目のうち、21項目は、実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性について判断の基準を満たしており、推奨するケアとして妥当であると判断された。しかし、「蘇生場面をみるか家族に確認する」については、実施度が低く、内容妥当性は適切ではないため、推奨するケアとして妥当ではないと判断された。蘇生場面を見せることについては、欧米では推奨されており²¹⁾、ガイド¹⁰⁾では、「心肺蘇生に家族が立ち会う際は、家族のそばに付き添い表情や行動等を観察する」とある。救急領域で死を経験する家族へのケアの研究²²⁾において、看護師の認識として「子どもやショックの強い家族の蘇生への立ち合いには危惧がある」とし、行動として「家族が蘇生に立ち会える状況を判断する」とある。「蘇生場面をみるか家族に確認する」の実施度が低い理由として、蘇生場面を見せることについて医師との協力体制が必要であり、家族が蘇生場面を見ることにより蘇生が中断される可能性があること、家族が衝撃を受けること、看護師が家族のそばにいる必要があること、家族によっては蘇生場面を見るこ

表3 死別後のケアの実施内容

死別後のケアの実施内容	n = 45 (複数回答)	
	人数	%
ICUダイアリー (ICUでのことを日記に記して渡す)	18	40.0
救急スタッフ (救急医、救急看護師) による面談	13	28.9
施設内の専門家 (精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど) によるカウンセリング、面談	13	28.9
心身の健康状態の評価	9	20.0
複雑性悲嘆の評価	8	17.8
複雑性悲嘆のリスク評価	6	13.3
お悔やみの手紙やパンフレットの郵送	6	13.3
遺族会への招待	6	13.3
救急スタッフ (救急医、救急看護師) による電話フォローアップ	5	11.1
施設外の専門家への紹介、情報提供	4	8.9
その他	5	11.1

とを望まないなどが影響している可能性がある。また、医師の方針で死亡確認時に蘇生場面を見せることが決まっている場合、わざわざ確認する必要はないのではないかと考えられた。そのことから、重要度はまあまあ重要であるが多いが、施設の方針や個別により差のあるケアであると考えられ、一般に推奨するケアとして、妥当ではないと判断できるのではないかと考える。

2. 悲嘆ケアにおける妥当性の評価

悲嘆ケア5項目のうち4項目において、実践可能性、実施度、重要度、内容妥当性については推奨するケアとして妥当であると判断された。「死別後においても、感情の表出は悲嘆作業になることを伝える」ことは、実施度のみが低かった。ガイド¹⁰⁾において、悲嘆の表出は悲嘆作業になることを伝えることの記載がある。その場で悲嘆表出を促すことをしていても、死別後においてもという説明が実施度を低くしている原因となっている可能性がある。重要度が高いわりに実施度が低いと、家族に声をかけることの難しさや死別後のことを話すことが難しいのではないかと考えられた。実施度においては、施設や個別による差があると考えられ、実践可能性や重要度は高く、内容妥当性は適切であると判断されていることから、推奨するケアとして妥当であると判断できるのではないかと考える。

3. 死別後のケアにおける妥当性の評価

死別後のケア4項目のうち1項目は、内容妥当性について評価が得られたが、3項目は、内容妥当性において評価点が低く、推奨するケアとして妥当とは判断できなかった。死別後のケアについては、看護師1人の判断で実施するには難しく、実際に実施している施設が少ないことから、実践可能性や実施度が低く、内容妥当性も低かったのではないかと考える。今回の調査においても、死別後のケアの実施において、「実施あり」はわずか1割強であった(表3)。死別後のケアの実施は、必要性を認識していても実施は内容的にも物理的にも難しく、有効なケアの検討が必要である。

「家族が直接お話しを聞いてもらいたいという希望がある場合には、家族の話聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する」という項目は、重要度と内容妥当性の2つの視点において基準を満たし、妥当であると判断できた。死別後のケアを実施して

いる回答者は少なかったが、内容として面談やカウンセリングが実施されていた(表3)。そのため、家族の話聞く機会を設けるということは、面談やカウンセリングを意味しており、かつ、家族の希望がある場合という文言があることから、家族のニーズがあるためと捉えることができると考えられたため、重要度や内容妥当性が高かったのではないかと考えられる。

「救急医療施設退出時に死別悲嘆パンフレットを配布する」、「質問があった場合には、後日、担当看護師および医師に確認をとり、再度連絡することを伝え、確認後連絡をする」の2項目は、実施度について全く実施していないか、少し実施している結果であり、内容妥当性も0.78未満であったが、重要度は高かった。ガイド¹⁰⁾において、死別後のケアは組織体制整備の中で退院後の支援として位置づけられており、「退院後に家族が来院した際は、快く迎え入れ、家族の体調を気遣いながらねぎらいや現状の確認、情報提供を行う」とある。死別後のケアを実践している施設において、重要度が高い2項目においては、施設の様子が整えられると実施が可能となる可能性があるのではないかと考えられる。

「電話によるフォローアップは、死別後1週間～10日後に行う」は、実践可能性、実施度、内容妥当性に加えて、重要度も低かった。電話によるフォローアップは、欧米で推奨されているケア⁷⁾であるが、日本の文化では四十九日までは喪の時期であるという文化があり、時期が不適切ということが考えられた。また、電話は、声のトーンが把握でき、遺族の様子を比較的把握し易い反面、電話をするタイミングの難しさが考えられた。

4. 介入プログラムの総合評価

介入プログラム31項目のうち、27項目は推奨するケアとして妥当であると判断された。このことから、介入プログラムは27項目を推奨し、ガイドと併用することが有効であると考えられる。

5. 介入プログラムとガイドとの関連および併用することの可能性

介入プログラムは、救急医療施設に搬送された段階から家族への介入に使用することができる。特に、来院時心肺停止など外来で死の転帰をとる患者、ICU入室後間もない患者など時間的余裕のない死の場合などである。今回の調査により実践可能性、重

要度が高く適切性があることが明らかとなったため、救命優先で治療がされるなかでも実践可能なプログラムになりうるのではないかと考えられる。ガイドは、患者の死に時間的な余裕がある場合、チームとして組織的に関わることでできる場合に有効的であり、併用できるとよいと考える。ガイド¹⁰⁾の組織体制整備の中で、院内のガイドラインや基準を把握するという内容があげられており、介入プログラムは、そのガイドラインとして活用することが可能となると考える。また、看護師への教育資料にもなるのではないかと考える。

6. 本研究の限界

本研究は、介入プログラムの妥当性を適切に評価するために、全国の急性・重症患者看護専門看護師、認定看護師の所属する救急医療施設の、臨床経験3年目以上の看護師に限定し回答を得たものである。そのため、実践可能性や実施度等の値は、全国の救急医療施設の実態とは異なると思われる。また、死別後のケアにおいては、実践している施設と実施していない施設があり、実践度や実践可能性に差があると考えられる。

結 論

作成した介入プログラムの項目は、危機介入、悲嘆ケアにおいて、実践可能性、実施度、重要度が高く、内容妥当性は高かった。死別後のケアにおいては、1項目のみ内容妥当性が得られた。31項目中27項目の内容妥当性が認められ、介入プログラムは概ね妥当であった。27項目のケアとガイドを併用することでより質の高い実践につながる可能性がある。本研究における看護介入プログラムは、妥当性の検討の結果、31項目から27項目に精練された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました施設の看護部長様、師長様、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。本調査は、山口大学大学院医学系研究科博士後期課程の論文の一部である。

本研究における開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 黒川雅代子, 村上典子, 中山伸一, 小澤修一, 他. 病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度. 日本臨床救急医学会雑誌 2011; 14 (6) : 639-64.
- 2) 木下里美, 藤沢大介, 中島聡美, 伊藤正哉, 他. 救急外来とICUで死別を体験した家族の複雑性悲嘆 一般病棟との比較. 日本集中治療医学会誌 2014; 21 : 199-203.
- 3) 瀬藤乃理子. 死別にまつわる心理的苦痛 通常の悲嘆の概念とプロセス. 精神医学 2022; 64 (12) : 1573-1579.
- 4) 井上茂亮, 北原 理, 劔持雄二, 猪口貞樹. 集中治療後症候群 - Post-Intensive Care Syndrome (PICS) -, 人工呼吸. *Jpn J Respir Care* 2017; 34 : 131-7.
- 5) Z Putowski, N Rachfalska, K Majewska, K Megger. Risk Factors for Post-Intensive Care Syndrome in Family Members (PICS-F) of Adult Patients : A Systematic Review, 2021, researchsquare.com. Risk Factors for Post-Intensive Care Syndrome in Family Members (PICS-F) of Adult Patients : A Systematic Review. | Research Square (最終アクセス日 : 2024.10.7)
- 6) Li P Serena, Chan W.H. Carmen, Lee T.F Diana. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40 (2) : 170-180.
- 7) Stone G, Huggon A-M, Nayeem N. Telephone follow-up of relatives after sudden death : a survey of relatives' views. *International Journal of Clinical Practice* 1999; 53 (2) : 107-109.
- 8) 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子. クリティカルケアにおけるアギュララの問題解決型危機モデルを用いた家族看護. *クリティカルケア看護学雑誌* 2011; 7 (1) : 8-19.
- 9) 原田竜三, 千明政好, 濱本淳子, 山勢博彰. 救命救急センターで亡くなる患者の家族に実施し

- ているケアと看護師が有効だと認識するケア (会議録). 日本救急看護学会雑誌 2012 ; 14 (3) : 177.
- 10) 日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会編集, 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド, 医学書院, 東京, 2020
- 11) 原田竜三, 山勢博彰, 千明政好, 濱本淳子. 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情. 東京医療保健大学紀要 2014 ; 9 (1) : 9-16.
- 12) 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木智絵, 出口雅貴, 他. 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感. 日本救急看護学会雑誌 2011 ; 13 (2) : 1-9.
- 13) 大日方美貴子, 酒井志ず代, 上澤ひろ子, 横井千鶴, 他. 救急外来にて患者のCPA場面における看護師の体験 2事例の振り返りから. 長野県看護研究学会論文集 2010 ; 30 : 175-177.
- 14) P.H.ロッシ, M.W.リプセイ, H.E.フリーマン, 大島 巖, 平岡公一, 森 俊夫, 元永拓郎監訳. プログラム評価の理論と方法 システムティックな対人サービス. 第1版, 政策評価の実践ガイド, 日本評論社. 東京 2005 ; 125-158.
- 15) 中谷美紀子, 黒田裕子. 看護師が重要と認識しながらニーズを満たすケア実践ができない心肺停止状態にある患者の家族ニーズと関連要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌 2010 ; 6 (1) : 42-49.
- 16) 鷺尾 和, 東野督子, 西片久美子. 救急外来における家族看護実践の程度と関連要因. 日本看護研究学会雑誌 2019 ; 42 (5) : 933-945.
- 17) 日本救急看護学会, 救急看護クリニカルラダー, ENClinicalLadder_200911.pdf (umin.ac.jp) (最終アクセス日 : 2023.12.26)
- 18) Lynn, M. R. Determination and quantification of content validity. *Nursing research* 1986 ; 35 (6) : 382-386.
- 19) Polit, D.F., Beck, C.T., Owen, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? *Appraisal and Recommendations, Res. Nurs. Health* 2007 ; 30 : 459-467.
- 20) D. F. ポーリット & C. T. ベック, 近藤潤子監訳. 看護研究 原理と方法, 第2版, 医学書院. 東

京 2010 ; 438.

- 21) Kathleen S. Oman, Christine R. Duran. Health Care Provider' s Evaluations of Family Presence During Resuscitation. *Journal of Emergency Nursing* 2010 ; 36 (6) : 524-533.
- 22) 伊東真規, 明石恵子. 突然の心肺停止で搬送された患者の家族への援助に関する看護師と医師の認識. 日本救急看護学会雑誌 2019 ; 21 : 1-11.

Evaluation of Validity of Nursing Intervention Programs for Families of Patients Dying in Emergency Care Facilities

Ryuzo HARADA^{1, 2)}, Hiroaki YAMASE³⁾ and Aiko TANAKA⁴⁾

1) Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 2) Tokyo Health Care University Division of Nursing Faculty of Healthcare, 4-1-17 Higashigotanda, Shinagawa-ku, Tokyo 141-8648, Japan 3) Nippon Medical School, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8602, Japan 4) Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

To evaluate the validity of a nursing intervention program designed for the families of patients dying in emergency medical facilities, we surveyed nurses in emergency care. The intervention program focused on three key areas : crisis intervention, grief care, and bereavement care. A total of 31 care items were evaluated based on four criteria : feasibility, current implementation, importance, and Lynn's determination and quantification of content validity.

Out of 359 respondents, 345 provided valid responses for analysis. The feasibility showed that

23 items had an average score of 4 or higher. In the current implementation, 8 items scored 4 or more. In terms of importance, 30 items received a score of 3 or more. Additionally, 27 items had an item content validity index greater than 0.78. A comprehensive evaluation of the nursing intervention program indicated that the 21 items of crisis intervention and 5 items of grief care

were generally valid, but one item of crisis intervention was not valid. Of the four items of care after bereavement, only one item was valid, and three items were not valid. Therefore, the nursing intervention program in this study, refined from 31 items to 27 items as a result of the validity examination.