

<学位論文>

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評価に関する研究

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科

保健学専攻博士後期課程

看護学領域

原田竜三

目次

本論の構成	1
-------	---

第 I 章 序章

1 研究の動機と悲嘆に注目する意義	3
2 悲嘆と悲嘆理論の概要	4
3 悲嘆と悲嘆プロセス	8
4 国内外におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者家族に対するケアについての研究レビュー	12
5 小括	25
6 本研究の臨床的意義	25
7 研究目的	26
8 研究の展開	26
9 研究目的および論文の構成	27
文献	27

第 II 章 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作成のための調査

1 研究の目的と意義	34
2 研究方法	34
3 結果	35
4 考察	39
5 小括	46
文献	46

第Ⅲ章 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評価

第1節 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

による遺族の悲嘆反応（準実験研究）

1 研究の目的と意義	48
2 研究方法	48
3 結果	54
4 考察	60
5 小括	64
文献	64

第2節 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

による遺族の死別3か月後までの悲嘆反応（事例研究）

1 研究の目的と意義	67
2 研究方法	67
3 結果	68
4 考察	72
5 介入プログラムの評価	73
6 小括	73
文献	74

第Ⅳ章 救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムの妥当性の検討

1 研究の目的と意義	75
2 研究方法	76
3 結果	78
4 考察	84
5 改訂版プログラムの提案	91
6 結論	91
7 小括	91
文献	92

第V章 終章

1 総括	94
2 研究の限界と今後の課題	97
謝辞	98

資料

- 資料1：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による遺族の悲嘆反応で用いた質問紙
- 資料2：救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムの妥当性の検討で用いた質問紙

本論の構成

本博士論文は、5つの章立てで構成した。

第Ⅰ章：序章では、研究動機、本研究の臨床的意義についてまとめ、悲嘆と悲嘆理論の概要、通常の悲嘆と通常ではない悲嘆、グリーフワークと遺族ケア、国内外の救急・Intensive care unit(以下、ICUという)で亡くなる患者の家族に対する調査のレビューについて論じた。その後、本研究で取り組む研究課題を明らかにした。

第Ⅱ章：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作成のための調査では、救急医療施設で働く看護師を対象に、亡くなる患者の家族に実施している家族ケアの内容について、9施設34名の看護師を対象としたインタビューを実施し、質的にまとめ、文献検討内容と合わせて看護介入プログラムを作成した。

第Ⅲ章：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評価をするために遺族への調査を実施した。

第1節として、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による遺族の悲嘆反応（準実験研究）では、救急医療施設で亡くなった患者の家族を対象に看護介入プログラムを実施し、悲嘆反応、入院期間、対処機制について質問紙調査を実施した。22名の遺族から返信が得られ、その遺族と、死別後の介入がない立野の研究データを対照群として悲嘆反応を比較した。

第2節として、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による遺族の死別3か月後までの悲嘆反応（事例研究）では、救急医療施設で亡くなった患者の家族を対象に看護介入プログラムを実施し、死別2か月後以降に面談調査に同意の得られた遺族2名に調査を実施し、データを質的に分析した。

第IV章：救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムに対する妥当性の検討では、救急医療施設で勤務する3年目以上の看護師に質問紙調査を実施し、第II章で作成し、第III・IV章で介入を行った救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムを確認してもらい、看護師345名の回答結果から、実践可能性、実施度と重要度の認識、内容妥当性について確認した。

第V章：終章では、本研究により得られた結果から導き出された知見を総括し、今後の課題、研究の限界について記述した。

研究目的および論文の構成を図1に示した。

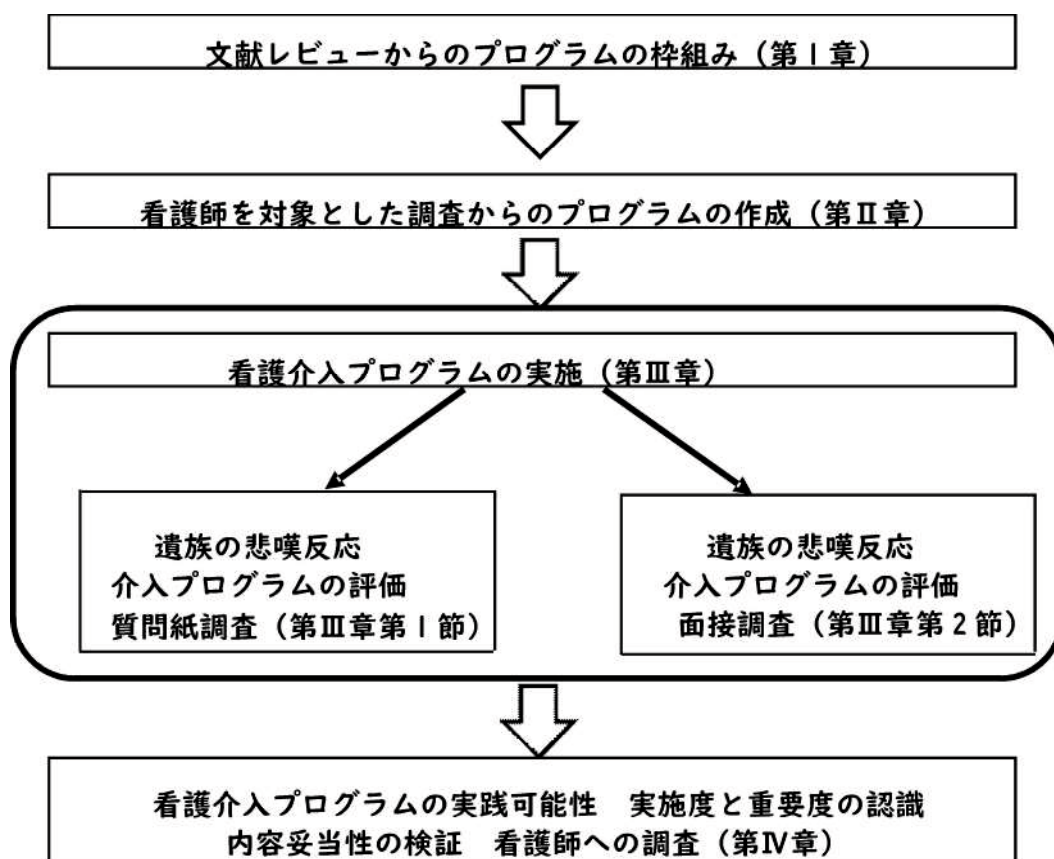


図1 研究目的および論文の構成

第 I 章 序章

1. 研究の動機と悲嘆に注目する意義

1) 研究の動機（個人的状況）

筆者は、救命救急センターで亡くなる患者の家族を目の当たりにして、自身がショックを受けたり、混乱する家族にどのように関わればよいのかと思ったり、この家族は一体今後どのような生活をしていくのだろうか？病気になることはないだろうか？などと思いながらケアを行っていた。特に、初療に搬送された心肺停止患者は、搬送されて数十分で死の転帰となり、家族は医療者と会話したり看護を受けたりする時間も少なく、衝撃を受けたまま退院していった。そのため、救命救急センターに搬送された患者の家族が治療やケアをどのように受けとめ、その後どのような生活をしていくのか経験を確認したいと思った。体験を聞いてみてわかったことは、遺族が医師からの説明を十分に理解していなかったこと、状況を理解できるような心境ではなかったということであった。医師はわかりやすい言葉を使って説明をしていたにも関わらず、遺族は医師の言葉が頭に残っておらず、衝撃が強かったと話した。突然の予期せぬ死というのは、今までの生活を一変させてしまう。眠れない日が続く、食欲もなくなり、自分が病気になったかのように感じる。だが、そのままの状態がずっと続くわけではなく、仕事をしなければならないし、子どもを育てなければならないし、個別的な状況は様々であり、それぞれの人の従来が生活が続く。悲嘆は次第に和らいでいくものの何かのきっかけで故人を思い出しては泣いてしまう。元の生活には戻れない。この研究で筆者は死別後から6～8か月にかけて話を聞き、遺族ケアは必要である¹⁾と考えた。また、救急の場で看護をする上で、その後の生活を踏まえていると、看護師としての家族への関わりが瞬間的であったとしても変わるのではないかと思った。今回の文献レビューで、国外の研究ではケア介入（死別後のケアを含む）による死別後の抑うつ、心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder:以下、PTSD という）、複雑性悲嘆について研究がされていた。国内の文献では看護師が何をしているのか、困難に思っていることはあるが、家族への調査は少なかった。その一方、Tatsuno らの研究²⁾は、突然の死別を体験する遺族の悲嘆に影響する要因を確認し、死別の受容ができるようにする、死が安らかであるようにする、死別に対する心残りがないようにするなど、クリティカルケア領域で死別する家族へのケアのあり方を導くものであった。

以上を踏まえ本研究では、救急医療施設での家族ケアと死別後のケアを含めた看護

介入プログラムを作成し介入する必要があるのではないかと考えた。

2) 救急医療施設における悲嘆へのガイドラインやプログラムの必要性(社会的意義)

救急・集中治療領域における終末期医療のあり方に関しては、2006年「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」³⁾、2007年「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):日本救急医学会」⁴⁾、2014年「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」⁵⁾が出されている。この中で、救急・集中治療領域における終末期の定義や、その後の治療方針の検討プロセスが示されている。一方、終末期にある患者の家族への対応としては、2011年、日本集中治療医学会より「集中治療領域における終末期患者家族へのこころのケア指針」⁶⁾が策定され、集中治療領域の終末期における家族への支援のあり方が示された。さらに、2019年「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、ガイドという)⁷⁾が策定された。このように、救急・集中治療領域における終末期医療のあり方が検討されてきた背景として、延命治療をどこまでするのか、患者の家族の意思決定の困難さ、患者の家族の死別後の精神的な問題(不安、抑うつ、PTSD、複雑性悲嘆、集中治療後症候群-家族(post-intensive care syndrome-Family:以下、PICS-Fという)など)がある。それらを踏まえた医療の方針、看護のあり方が検討されてきている。そこで、作成した介入プログラムとガイド⁷⁾を比較しながら、考察したいと考えた。それにより、救急医療施設での看護のあり方を検討することとなる。本研究のテーマは、救急・集中ケアにおける終末期看護をさらに発展させる可能性を持つ研究テーマといえる。

2. 悲嘆と悲嘆理論の概要

死別は、死によって重要な人を失ったという事実由来する状態を定義する用語である。悲嘆とは、死によって愛する人を亡くした時の最初の情動(情緒)反応を表し、多様な心理的(認知的、社会的行動的)、身体的(生理的-身体的)徴候を併発する。それは複雑な徴候群であり、そこに現れる症状は広範に及ぶ。また、その症状像は、遺族によっても文化によっても、同じ人でも悲嘆の時間経過によってかなりの違いがある⁸⁾。

ここで、悲嘆についての理論を概観する。

1) Lindeman の研究

悲嘆についての最初の研究である。Lindeman は、ココナッツグローブ火災の被災者とその家族を支援し、急性悲嘆症候学とマネジメント⁹⁾を発表した。その論文の中で、急性悲嘆反応、病的な悲嘆、予期悲嘆について記載している。

急性悲嘆反応の特徴として、以下の 5 つをあげている。①悲しみの辛さが波状的に襲ってきて、その波状的な心身の苦痛が 20 分～60 分くらい続く。この間、呼吸が苦しくなり、徹底して打ちのめされる苦痛を味わう。疲弊感や食欲不振も強くなりがちである。②悲嘆に暮れているとき、眼前の世界は非現実の感覚が伴い、周囲の人とも何か隔たりを感じる。他方で、リアルなのは喪失に関連する内的体験で、終日、故人のイメージに心を奪われてしまう、日常のさまざまな場面で、故人が存在しているかのような錯覚や幻覚様の経験をする。③遺族の心に生じやすい苦悩が罪悪感である。④他人が友好的に近づいてきても、何か侵入されるように感じ、本意ではないのに苛立ちや怒りの感情を周囲にぶつけてしまう。⑤落ち着きがなくなり、焦燥感にかられて、まとまった行動パターンが失われる。急性悲嘆反応に陥った事例の中から、8～10 回の心理面接が有効であったことを報告し、悲嘆作業（グリーンワーク）が重要であることを示した。

病的悲嘆について Lindeman は、2 つをあげている。1 つは悲嘆反応が直後には顕在化しない場合（反応の遅延）で、もう 1 つは悲嘆がこじれた場合（歪んだ反応）である。予期悲嘆も Lindeman の造語である。戦地に向かった兵士の母親や恋人の内面に生起する永別の恐れに対する反応で、「もし死んだらどうやって生きていくのか」という心配と悲しみの感情を予期悲嘆と命名し、この予期悲嘆が刺激となって将来の死別に備えることができるので、戦死の報に接した際の衝撃を緩和する安全装置としての役割を果たすと述べている。

2) Bowlby の研究

Bowlby は、愛着理論の見地から、悲嘆プロセスとして 3 段階モデルを提唱していたが、その後、Parks の研究成果を取り入れ、①無感覚、②思慕と探求、③混乱と絶望、④再建の 4 段階を示した。第 1 段階は、一般に数時間から 1 週間連続する無感覚の段階で、非常に強烈な苦悩や怒りの爆発に終わることもある。第 2 段階は、失った人物を思慕し探し求めることが数か月、ときに数年続く段階。怒りもこの段階の特徴である。第 3, 4 段階においては、悲しみに耐え、多かれ少なかれ意識的に死者を探求し、喪失の経過や原因に

ついて検討を繰り返し、責任があると思われる人に対して、死者も含めて怒りをぶちまけたりすることに耐えられた場合にのみ、喪失が永続的な事実であり、自分の生活は再建されなければならないことを認めて受け入れることができるようになるのである。この経過をたどることにより、初めて自分の以前の行動パターンがもはや役に立たないものとなって、取り去らなければならないことを、完全に自覚できるようである¹⁰⁾と述べている。

3) Parks の研究

Parks は、ベスレム調査、ロンドン調査、ハーバード調査を実施した。ベスレム調査では、精神科治療を受けている死別者 21 名を対象に面接が行われた。その時点は死別から平均 72 週間後だった。ロンドン調査では夫を亡くした 65 歳未満の女性 22 名を対象に 1 か月後、3 か月後、6 か月後、9 か月後、13 か月後の計 5 回の面接を行った。初回面接では、夫の死につながる出来事やそれに対する反応に話が及ぶと取り乱して泣き崩れることもあったが、このことを対象者は有害な体験とは捉えなかった。それどころか心をかき乱す問題や感情について十分に話す機会を与えられたことに感謝をしていた。ハーバード調査では、配偶者を亡くした 45 歳未満の男女 68 名を対象に、死別後の 3 週間後、6 週間後、14 か月後に面接調査を行い、さらに 2~4 年後に追跡調査を行った。悲嘆の重篤さにどのような要因があるかについて、愛着、故人との関係、幼児期の体験、その後の体験、精神疾患の既往歴、死別体験以前の危機、死の様式、性別、年齢、パーソナリティ、社会的経済階層、国籍、宗教、社会的支援、二次的ストレスなどをあげた¹¹⁾。

4) Worden の研究

Worden は、死別後の適応過程を一連の課題の達成と考え、喪の過程での 4 課題をあげている。その課題は、①喪失の事実を受け入れる、②悲嘆の痛みを消化していく、③故人のいない世界に適応する、④故人を思い出す方法を見出し、残りの人生の旅路に踏み出すとしている。悲嘆への援助方法について、通常の悲嘆の場合には悲嘆カウンセリング、通常ではない悲嘆の場合には悲嘆セラピーとしている。喪の過程での 4 課題を達成するために、悲嘆カウンセリングの重要性を説いている¹²⁾。

Worden は、突然死における悲嘆の特徴をあげており、予期できない死は、悲嘆の営みが困難であることが多いと述べている。突然死における悲嘆の特徴として、喪失の現実

感, 自責・罪悪感の激化, 他罰的欲求, 無力感・焦燥感・やり残しの課題, 死の意味を理解したい欲求などをあげており, 妥当な介入方法として, 危機介入をあげている. 遺族がその喪失を現実のものとして認知できるように援助することとして, 遺族が故人と対面すること, 死んだ/亡くなったという言葉を用いることをあげ, フォローアップケアとして遺族を適切な社会資源につなぐことをあげている.

5) Stroebe の研究

Stroebe ら¹³⁾は, 死別の二重過程モデルを提唱した. このモデルは, Lazarus の認知的ストレス理論¹⁴⁾から新たなコーピングモデルを提案した. 喪の過程において, あるときは内面的な喪失体験や悲嘆に焦点化されたコーピング (喪失志向型コーピング) が行われ, あるときは喪失後の変化した現実生活に焦点化されたコーピング (回復志向コーピング) が遂行される. 2 つの対処行動は同時に遂行できず, 喪失と向き合うコーピングと現実生活と向き合うコーピングが交互に入れ替わりながら遂行される. あるときは故人の死に向き合い, 他るときは家事に没頭するという, 行ったり来たりする対処の過程である. 喪失志向型コーピングと回復志向コーピングは時間の経過に伴い, 通常, 喪失志向から回復志向へと重心が移っていく. 喪失志向コーピングに費やす時間は徐々に減少するが, 単なる直線的な減少ではなく, 記念日前後に再発するなど変動を伴う.

6) Neimeyer の理論

Neimeyer は, 構成主義の考え方を死別場面に応用し, 死別への対処の中心的なプロセスは, 「意味再構成」にあると主張した. この主張の前段階として, 従来の段階モデルは否定され, 悲嘆のプロセスの個別性が強調されるとともに, そのプロセスは遺族が能動的に「何かをやること」であり, 受動的に「何かが身の上に起こる」ことではない¹⁵⁾と述べられている. 構成主義の立場では, 人間はそれぞれが自己の体験について何らかの意味を創造する「意味の創造者」であり, 各人が自分なりの「意味構造」あるいは意味の体系を保持していることが想定される. ここでいう意味構造は, 「想定世界」という概念と同義であり, ①日々の活動や優先順位, ②自己知覚, ③対人関係, ④未来に対する見方, ⑤世界に対する見方, ⑥信仰やスピリチュアリティの 6 領域によって構成される.

そして、このような意味構造に従って、行動したり、人生上の出来事を解釈したりしようとする。

Neimeyer は、意味再構成の過程についてモデルを提示している。それによると、大切な人の死という出来事に直面したとき、その出来事が喪失前に保持していた意味構造と合致し、その枠組みの中で説明可能で理解できる場合、死別に伴う苦痛は比較的小さく、その意味構造は強化される。逆に、その出来事が喪失前の意味構造と一致しない場合、苦痛は大きくなり、現実との誤差を調整するため新しい意味構造に再構成する必要がある。

3. 悲嘆反応と悲嘆プロセス

1) 悲嘆反応

悲嘆反応には、①感情的反応、②認知的反応、③行動的反応、④生理的・身体的反応がある。①感情的反応では、抑うつ、絶望、悲しみ、落胆、苦悩、不安、恐怖、罪悪感、罪責感、自責の念、怒り、敵意、いらだち、無快感（楽しみの喪失）、孤独感、思慕、切望、あこがれ、ショック、無感覚。②認知的反応では、故人を想うことへの没頭、侵入的反すう、故人の現存感、抑圧、否認、自尊心の低下、自己非難、無力感、絶望感、非現実感、記憶力や集中力の低下、③行動的反応では、動揺、緊張、落ち着かない、疲労、過活動、探索行動、涙を流す、むせび泣く、泣き叫ぶ、社会的引きこもり。④生理的・身体的反応では、食欲不振、睡眠障害、活力の喪失、消耗、身体愁訴、故人の症状に類似した身体愁訴、免疫機能や内分泌機能の変化、病気への陥りやすさがある¹⁶⁾。

死別直後や予期せぬ死の場合には、「ショック」、「無感覚」の状態に陥り、感情が麻痺したような感覚が数時間から数日間程度続く¹⁰⁾。そのような死別直後の時期を過ぎても、食事、趣味、イベントなど以前は楽しんでいた活動を楽しむことができない、故人なしでは何も楽しめないという思いが続く。また、自分はその場におらず、外部から見ているような感じ、あるいはその出来事が他の人に起こっているかのような感じと表現される「非現実感」や現実に起きたことを信じないという「否認」が起こる。

2) 悲嘆プロセス

数週間から数か月（場合によっては1～数年）を経て、自然に収束していく悲嘆反応は、通常の悲嘆と呼ばれ、遺族の大部分は、その人自身のレジリエンス（回復力）や周囲

の人々の支えによって死別に対処し、悲嘆が少しずつ和らいでいく。悲嘆の代表的な症状である抑うつに関する報告で、Storobe & Strobe は、ベック抑うつ性尺度を指標として中程度の抑うつ以上の人の割合は、有配偶者が 10%であるのに対して、配偶者を亡くした人は死別から 4~7 か月後では 42%であり、24 か月までに 27%に減少する¹⁷⁾と述べている。

3) 死別による健康リスク

死別は、それに対する正常な反応として種々の悲嘆の症状を引き起こす一方で、死亡率を高めるリスク要因になる。Manzoli らは、高齢者の配偶関係と死亡率に関するメタ解析では、有配偶者に比べ、死別者の死亡率は 1.11 倍、離別者は 1.16 倍、未婚者は 1.11 倍¹⁸⁾との報告がある。Storobe & Strobe は、死別による死亡率の増大、特に死別から 6 か月以内の危険性を示している。心疾患、自殺、事故、肝硬変が死亡率に関係する疾患として挙げられ、危険因子として死別以前の健康状態が悪いことが示されている¹⁷⁾。

Parks は、44 名の未亡人を調査し、夫と死別した女性において、かかりつけ医への受診回数が死別前と比較し、死別後の 6 か月間で 63%増加した¹¹⁾と報告している。Thompson ら¹⁹⁾は、配偶者と 2 か月前に死別した高齢者は、対照群に比べ、新たな疾患や疾患の悪化のリスクが 1.4 倍であり、薬の新たな使用や増加の割合が 1.73 倍であったが、6 か月後には差はみられなかったと述べている。

4) 悲嘆プロセスの促進

(1) グリーフワーク

Lindeman(1944)は、悲嘆反応の期間は、グリーフワークの成否にかかっているとしている。グリーフワークとは、死者へのとらわれからの解放であり、故人が存在しない環境への再適応であり、新たな人間関係の形成である。グリーフワークの大きな障害の 1 つは、多くの患者が悲嘆の経験に結びついた強い心理的苦痛を避けようとすることや、グリーフワークに必要な感情の表出を避けようとすることである⁹⁾。遺族は、喪失体験について話したり、感情を表出したりする必要がある。そして喪失の事実直面させ、感情表出をすることは、グリーフカウンセリングの原則である¹²⁾。Stroebe & Stroebe は、寡夫の場合、回避傾向の強い人は 18 か月後の抑うつ水準が高かったが、寡婦の場合、喪失への直面/回避と抑うつの関連性は認められなかった。そのため、「すべての遺族が

グリーフワークを行う必要があるとの見方は、過度の単純化である」と結論づけている²⁰⁾。また、Bonanno らは、配偶者との死別者を対象とした研究において、死別後 6 か月時点での不快な情動に対する回避が、14 か月後の良好な適応状態を予測することを報告し、ある程度の回避は適応的であるかもしれないと論じている²¹⁾。

(2) 遺族ケア

瀬藤、丸山は、遺族ケアについて「重要他者を喪失した人、あるいはこれから喪失する人に対し、喪失から回復するための喪（悲哀）の過程を促進し、喪失により生じるさまざまな問題を軽減するために行われる援助」と定義している²²⁾。Worden は、通常の悲嘆を対象にしたグリーフカウンセリングと通常ではない悲嘆を対象としたグリーフセラピーをあげている¹¹⁾。坂口は、提供されるケアの内容によって、①情緒的サポート、②道具的サポート、③情動的サポート、④治療的介入に分けている²³⁾。情緒的サポートは、遺族の言葉に耳を傾けることであり、話をさえぎらない、自分の体験を強要しない、感情をそのまま受け入れる、安易に同調しない、があげられる。道具的サポートは、一連の行事や事務処理、家事など、より現実的な問題に対する直接的な援助である。情動的サポートは、口頭や冊子、書籍の紹介などによる悲嘆反応や悲嘆プロセスについての知識提供、問題を解決するための各種サービスに関する情報提供などである。治療的介入は、複雑性悲嘆、うつ病、外傷後ストレス障害、不安障害、物質関連障害など精神保健上の疾患があり、薬物療法や支持的療法などを含む精神科的治療などである。その治療の専門家ではないケア提供者は、複雑性悲嘆や精神疾患が疑われる場合、精神科医などの専門家に相談し委託しなければならない。Schut らは、一次予防的介入、二次予防的介入、三次予防的介入をあげている²⁴⁾。一次予防的介入は介入の適応があるかどうかにかかわらず、すべての遺族に予防的に援助を提供する、二次予防的介入は死の状況や心理社会的機能水準によって遺族を選別し、不適応のリスクが高い遺族を対象を絞って早期に提供する、三次予防的介入は複雑性悲嘆や併発した精神疾患に対して行われる介入である。これらの介入の効果に関する研究を概観した Stroebe らは、一次的介入に関しては、遺族が望んでいた場合には有益である²⁵⁾と報告している。また二次予防介入の有効性は、不適応の危険性が高い遺族を鑑別する評価法の質に左右されると指摘され、三次予防介入は概して効果的であるとされている。

5) 複雑性悲嘆

病的悲嘆は、複雑性悲嘆に変更となり、複雑性悲嘆とは、「死別の急性期にみられる強い悲嘆反応が長期的に持続し、社会生活や精神健康など、重要な機能の障害をきたしている状態」と定義される²⁶⁾。また、国際疾病分類第11版(International Classification of Diseases 11th: 以下、ICD-11 という)²⁷⁾と精神疾患の分類と診断の手引き(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed TR: 以下、DSM-5-TR という)²⁸⁾においては「遷延性悲嘆症」という疾患名が採用されるようになった。ICD-11 では、通常ではない病理性の高い悲嘆を、死別から6か月以上であり、DSM-5TR では、重度の悲嘆反応が死別後少なくとも12か月続いて、その人の生活機能の能力に支障をきたしている場合としている。

複雑性悲嘆につながる危険因子について、瀬藤ら²⁹⁾は、大きく4つのカテゴリー、①死の状況(死の予期, 死因, 複数の死など)、②喪失対象との関係性(依存関係, 両価的な関係など)、③悲嘆当事者の特性(過去の未解決の喪失体験, 精神疾患の既往, 低い自尊心感情など)、④社会的要因(経済状況の悪化, 孤立, 訴訟など)に分類している。複雑性悲嘆をもたらす有害な影響として、高血圧, がん, 心疾患のリスク増大, 免疫機能の低下, 自殺念慮や自殺企図の増大, 生活機能(仕事, 社会, 家族)の低下, 非健康行動(アルコール, たばこの消費)の増加, Quality Of Life (以下, QOL という)の低下などが示されている⁸⁾。複雑性悲嘆に特徴的な症状は、思慕, 死に対する不信, 故人なしでは人生は空虚であり満たされないという感覚である。

6) 複雑性悲嘆の治療

複雑性悲嘆に焦点化した心理療法として、二重過程モデルを理論的基盤に、Shear らが開発した複雑性悲嘆治療(Complicated grief treatment: 以下 CGT という)がある³⁰⁾。CGT は、対人関係療法と暴露の要素を含む認知行動療法, サイコドラマの要素を組み合わせた治療であり、対面による個人療法として、週1回, 16回のセッションで行われる。Shear らは、複雑性悲嘆と診断された95名を対象に、CGT と対人関係療法(IPT: Interpersonal Psychotherapy: 以下 IPT という)の無作為化比較試験を行った。その結果、改善の割合は、IPT 群の28%に対し、CGT 群は51%と有意に高かった³¹⁾。日本人を対象とした予備的研究においても、複雑性悲嘆治療の有効性が示唆されている³²⁾。複雑性悲嘆の心理療法としては、筆記を用いた遠隔での認知行動療法の有効性も報告されて

おり,日本でも研究が進められている³³⁾.複雑性悲嘆の薬物療法については,現在のところ,有効性は確認されていない³⁴⁾.

4. 国内外におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者家族に対するケアについての研究レビュー

国内外におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者家族に対するケアについての研究を確認するために,2000年から2012年までの国内外における文献を,文献検索システムJDreamIIIの医学・看護学等のデータベースであるJMEDPlusと日本国内で発行されている医学・歯学・薬学関係の雑誌の論文を収録した検索データベースである医学中央雑誌(医中誌)を用いて検索した.検索対象とした文献種別は,原著論文,研究報告,実践報告,資料とした.検索方法は,「救急 or 集中治療 or クリティカルケア」「悲嘆 or 悲嘆ケア」「死別」「遺族ケア」のキーワードで,キーワードを組み合わせるAND検索を行った.また,看護学・保健学全般の外国雑誌を収録し,特定の雑誌について全文を収録したデータベースであるCINAHLと医学関係の外国雑誌を収録し,特定の雑誌について全文を収録したMEDLINE with Full Textの含まれているEBSCOhostを使用し,「critical care」「emergency」「intensive care」「bereaved family」「bereavement」,「bereavement care」「grief」「grief work」「complicated grief」のキーワードを組み合わせるAND検索を行った.なお,周産期に関するものは,他領域とは異なる性質があると考え,検索から除外した.

文献検索の結果,26件の文献を抽出した(国内文献15件,国外文献11件).抽出された文献は,クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族の体験に関するもの,クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアに関するもの,クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアで困難に関するものの3つに大別された.この3つの分類に添って,国内,国外の順に概要を述べる.

1) クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族の体験に関するもの

(1) 国内におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者の家族の体験に関するもの

国内では,救命救急センターや救急外来での家族の体験,救急医療施設で亡くなった遺族の複雑性悲嘆に関する研究があった.

原田は、救命救急センターで家族成員の突然死を体験した遺族の悲嘆を明らかにすることを目的に、質的帰納的研究を行った。結果、〈突然の引き裂かれ〉〈断ち切れない親密さ〉〈向き合えない現実〉の3つの位相が見出され、これらの位相の移行には、儀礼や周囲の人々の支援が影響していたことを明らかにしている¹⁾。

黒川らは、救命救急センターに病院到着時心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者の遺族395名に質問紙調査を実施した。有効回答数は103であった。医師の説明は「理解できた」87%、看護師は「やさしかった」34%、「状況の説明をしてくれた」25%、「頼りになった」13%であった。患者治療中に家族の助けになったことは「待合室が個室」31%、「医師の説明」25%、「家族・友人の支え」20%であった。治療場面に44%が立ち会いたいと希望した。お別れの時間は43%が「不十分」と回答した。死別後のニーズとして、医療スタッフに尋ねたいことがあったと回答した人は19%であった。抑うつ尺度（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale:CES-D）で49%の人が基準値を上回り、複雑性悲嘆尺度（Complicated Grief:CG 簡便スクリーニング）で43%の人が基準値を上回っていた。死別後の生活で「体調を崩した」36%、「生きがいの喪失」29%であった。死別後の遺族に医療的なニーズが高いことが予測されると報告している³⁵⁾。

宮林らは、遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応への死因の影響について、近親者との死別を体験した親・子・配偶者・従兄弟の428名のうち178名（女性148名、男性30名）に調査をした。自殺（23名）、事故死（28名）、急性死（17名）、病死（闘病期間1年未満:110名）の4群に分類し、各群の身体的・精神的健康については、精神健康調査票（General Health Questionnaire:GHQ）・うつ病スクリーニングのための質問紙検査SRQ-D（Self-Rating Questionnaire for Depression）により、日本人の悲嘆の情緒を主とする反応はMiyabayashi Grief Measurement（MGM）により測定した。結果、GHQの合計得点の平均点は、自殺8.2点、事故死7.4点、急性死6.1点、病死5.0点であり、SRQ-D合計得点の平均点は、自殺17.6点、事故死13.9点、急性死12.4点、病死9.7点であり、MGM合計得点の平均は、自殺50.5点、事故死44.9点、急性死35.5点、病死27.7点であり、全て自殺、事故死、急性死、病死の順で平均点が高かった。自殺群、事故死群は子の喪失が多く、急性死群は二親等以上の喪失、病死群は親、配偶者の喪失が多く、子の喪失が少なかった³⁶⁾。

松園らは、初療室で死亡確認となった患者の家族に対し、希望に応じてグリーフケアを行った患者 31 名（男性 22 名、女性 9 名）の家族に調査を行った。患者平均年齢 58 歳、死亡患者の直接死因は内因性が約半数で、グリーフケアの対象者の内訳は死亡患者の子供が一番多かった。死亡した日からグリーフケアを行った日までの期間は平均 47.7 日間（4～302 日）であった。グリーフケア時の質問内容は、搬入時の病状や状況の理解が不十分で、その詳細な説明を求める場合が多かった。グリーフケアに訪れた家族は、不眠や食欲不振、力が抜けて何もできない、ひどく疲れやすいなどの訴えがあり、死別後 2 週間を超えた頃にグリーフケアに訪れていた。多職種（医師・看護師・ケースワーカー）で関わることにより、説明のみならず、グリーフケアは診療後の家族への援助として意義があり、重要であると考えられた³⁷⁾。

Tatsuno らは、死別を経験した遺族の悲嘆反応に影響する要因として、遺族の性別、年齢、続柄、個人の死に対する認識、ソーシャルサポート、喪失への対処機制、併発的・二次的ストレスがあることを踏まえて、悲嘆反応に影響する要因を明らかにする研究を行い、死別をストレスに感じるほど悲嘆反応が強いことを明らかにしている。死別に対する悲しみの度合いが強い、死別の受容ができていない、死を安らかであったと思えない、死別に対する心残りがあることが死別をストレスに感じやすい要因になる。このことから、死別前の終末期の段階でのケアのありようは死別後の遺族の死別に対するストレス認知に影響する¹⁾と報告している。

以上のように、救急医療施設で突然の死を経験する家族の体験や複雑性悲嘆に着目している研究があり、死別後において情報提供を得る機会を与えるなどの死別後のグリーフケアが必要であると述べている。Tatsuno らの研究は、クリティカルケア領域において、突然の死別を体験する遺族の悲嘆に影響となる要因を確認した量的研究であり、クリティカルケア領域で死別する家族へのケアのあり方を導くものであると考えられた。

(2) 国外におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者の家族の体験に関するもの

国外では、ICU で治療ケアを受ける家族への介入と死別後の精神的健康状態に関するもの、死別後のフォローアップサービスに関するものがあつた。

Cuthbertson らは、ICU で死亡した患者 151 名全員の近親者に連絡を試み、104 名と連絡がとれた。患者が死亡後 33 日目（中央値、以下、median という）に電話インタビューに同意した 99 名のうち、84 名は集中治療期間中に十分な情報を得たと述べ、76 名は

死亡に至る一連の経過を理解したが、19名はもっと情報を得たかったと話した。77名がケアの質について肯定的なコメントをしており、最も多かったのは思いやりのある行動（58名）であったが、30名は否定的なコメントをしており、最も多かったのはコミュニケーション不足（13名）であった。40名が仕事に復帰し、58名に睡眠障害があった。鎮静剤や抗うつ剤を服用していたのは12名だった。21名が他の機関、グリーフカウンセラーを紹介されていた³⁸⁾。

Pochardらは、フランスの78のICUで前向き多施設研究をした。357名の患者の544名の家族が回答し、家族の73.4%に不安、35.3%に抑うつの症状がみられた。抑うつの症状は、生存者（32.7%）よりも非生存者の家族（48.2%）に多くみられた³⁹⁾。

Azoulayらは、ICUに親族が入室することはストレスの多い出来事であり、PTSDの症状を引き起こす可能性があるため、これらの症状に関連する因子を同定する必要があると考え、調査を行った。ICUに入院した患者について、主に意思決定の役割を担う可能性のある家族を調査した。ICUからの退院または死亡から90日後、家族は電話面接でImpact of Event Scale(以下、IESという)、Hospital Anxiety and Depression Scale(以下、HADSという)、Short-form General Health Survey(以下、Short-form GHSという)に回答した。対象患者459名のうち284名(62%)の家族について面接が行われた。PTSDの中等度から高度のリスクと一致するPTSDの症状が94名(33.1%)の家族に認められた。ICUで情報が不足であったと感じた家族(48.4%)、意思決定に参加した家族(47.8%)、ICUで親族が死亡した家族(50%)、終末期の決定後に親族が死亡した家族(60%)、終末期の決定に参加した家族(81.8%)で高い割合が認められた。重度のPTSDは、不安や抑うつの割合の増加、QOLの低下と関連していた⁴⁰⁾。

Andersonらは、ICUに入院している患者の家族は、ICUに入院中も入院後も精神的健康状態に罹患するリスクがあるため、ICU患者の家族における不安、抑うつ、PTSD、複雑性悲嘆の有病率と関連因子を明らかにすることを目的に、前向き縦断コホート研究を行った。大規模大学病院のICU患者の家族50名が参加した。登録時50名(100%)、1か月時39名(78%)、6か月時34名(68%)に面接を行った。不安は登録時、参加者の42%(95%信頼区間:95% Confidence Interval 以下、95%CIという、29~56%)、1か月時、参加者の21%(95%CI、10~35%)、6か月時、参加者の15%(95%CI、6~29%)に認められた。抑うつは、登録時、参加者の16%(95%CI、8-28%)、1か月時、参加者の8%(95%CI、2-19%)、6か月時、参加者の6%(95%CI、1-18%)にみられた。6か月時、参

加者の 35% (95%CI, 21-52%) に PTSD がみられた. 遺族であった 38%のうち, 46% (95%CI, 22-71%) が複雑性悲嘆であった⁴¹⁾.

Siegel らは, 親族が ICU で死亡した後の近親者における精神疾患の罹患率を明らかにすることを目的に調査をした. 107 名の患者の死亡後, 51 名の近親者と連絡が取れ, 41 名 (80%) が研究参加に同意した. 34% (95%CI, 20%~51%) が少なくとも 1 つの精神疾患の基準を満たした: 大うつ病性障害 (27%), 不安障害 (10%), パニック障害 (10%), 複雑性悲嘆障害 (5%). 不安障害は, 他の親族関係者よりも配偶者に多く, (63%対 13%, $P=0.002$), 喪失後にさらなるストレス因子を経験した者 (53%対 21%, $P=0.03$), 患者が 5 年未満の病気であったと答えた者 (45%対 8%, $p=0.03$), 患者の主治医が慰めてくれなかったと答えた者 (71%対 23%, $p=0.02$) であった⁴²⁾.

Lautrette らは, ICU で死亡する患者の親族との積極的な終末期カンファレンスとパンフレットを含む形式が死別の影響を軽減できるかどうかを評価した. フランスの 22 施設の ICU で死亡した患者 126 名の家族を, 通常形式と積極的な終末期カンファレンスとパンフレットを含む形式に無作為に割り付けた. 参加者は死亡から 90 日後に IES と HADS を用いて, 電話面接をした. 介入群の参加者は対照群の参加者よりも長い時間 (median 30 分 [四分位範囲 Interquartile range 以下, IQR という, 19~45] 対 20 分 [IQR, 15~30]; $p<0.001$), より多くの時間を会話に費やした (median 14 分 [IQR, 8~20] 対 5 分 [IQR, 5~10]). 90 日目に, 電話面接に応じた介入群の参加者 56 名は, 対照群の参加者 52 名に比べて IES スコアの median が有意に低く (27 点对 39 点, $P=0.02$), PTSD 関連症状の有病率が低かった (45%対 69%, $P=0.01$). HADS スコアの median も介入群が対照群よりも低く (11 点对 17 点; $p=0.004$), 不安と抑うつ両症状の有病率は低かった (不安 45%対 67%; $P=0.02$; 抑うつ 29%対 56%; $p=0.003$)⁴³⁾.

van der Kink らは, 死別の特徴を説明し, 死別フォローアップサービスの必要性を明らかにし, 死亡した ICU 患者の親族に対して ICU での情報とケアが十分であるかどうかを判断することを目的に研究を行った. 10 床の成人内科・外科混合の ICU で, 51 名の親族を対象とした構造化電話面接を用いた探索的横断研究をした. 大多数 (77%) は提供された ICU ケアと情報に満足していた. 最も多かった不満は, コミュニケーションと提供された情報に関するものであった. 回答者のほぼ全員 (90%) が, 臨終の過程における致命的な一連の出来事を理解していた. その後, 回答者のかなりの部分 (37%) が

「睡眠の問題」について不満を訴えた。フォローアップの死別サービスの必要性は、回答者の 35%が報告した⁴⁴⁾。

Gries らは、11 の病院において、ICU で死亡した患者または ICU 退院後 30 時間以内に死亡した患者の家族について、PTSD および抑うつ症状を追跡調査により評価した。226 家族がアンケートに回答し、PTSD および抑うつ症状の有病率 (95%CI) は、それぞれ 14.0% (9.7%~19.3%) および 18.4% (13.5%~24.1%) であった。症状の増加と関連する家族の特徴として、性別が女性であること (PTSD $p=0.02$; 抑うつ $p=0.005$)、患者を知っている期間が短いこと (PTSD $p=0.003$; 抑うつ $p=0.04$)、意思決定に対する家族の希望と実際の意思決定の役割との不一致 (PTSD $p=0.005$; 抑うつ $p=0.049$) があげられた。抑うつ症状は、教育水準の低さとも関連していた ($p=0.002$)。心理学的症状を有する家族は、患者が ICU にいる間にカウンセラー (PTSD $p<0.001$; 抑うつ $p=0.003$) やスピリチュアルサービスに関する情報を利用することが役に立ったかもしれないと報告する傾向が強かった (PTSD $p=0.024$; 抑うつ $p=0.029$)⁴⁵⁾。

Kross らは、PTSD と抑うつ病の心理学的症状は、ICU で死亡した患者の家族に比較的よくみられる。このような家族の症状の危険因子はよくわかっていないが、将来の介入目標に役立つ可能性があるため、ICU 内または ICU 転室後 30 時間以内に死亡した患者の家族のコホート研究を実施した。226 名の患者がカルテの抄録と家族アンケートのデータを得た。高齢患者の家族は PTSD のスコアが低かった ($p=0.026$)。死亡時に立ち会った家族 ($p=0.021$) および早期に家族会議を開いた患者の家族 ($p=0.012$) は、PTSD の症状を呈する割合が高いと報告した。人工呼吸器の離脱が指示された場合、家族はより低い抑うつ症状を報告した ($p=0.033$)⁴⁶⁾。

以上のように、ICU で死亡した患者の家族には、不安、抑うつ、PTSD、複雑性悲嘆がみられることが示されている。死別後のケアとして、他の機関、グリーフカウンセラーの紹介、積極的な終末期カンファレンスとパンフレット、カウンセラーやスピリチュアルサービスに関する情報を利用することなどがあった。

2) クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアに関するもの

(1) 国内における患者の家族へのケア内容に関するもの

国内では、救急外来や ICU において、死後の処置、エンゼルケアについての看護実践と看護師の心理に関する報告があった。

小川らは、救命救急センターに勤務し、初療室で CPA 患者の死後の処置を経験したことのある看護師 36 名へアンケート調査を実施した。結果、看護師は初療室という状況下で、患者やその家族への関わりに難しさやストレスを感じながらも、死後の処置に関してできるだけことはしたいという意識を強く持っており、死後の処置を、生命への畏敬と家族への悲嘆に対する援助と捉えていた。死後の処置で家族に対して工夫していることとして、家族の意向を取り入れる、一緒に処置を行ってもらい、ゆっくりとした時間作り、プライバシーを守る、があった。死後の処置で心がけていることとして、気持ちを受け止める、家族の希望を確認する、プライバシーや環境への配慮があった⁴⁷⁾。

名取らは、救急・クリティカルな場面でのエンゼルケアについて、2 事例を分析・考察し、患者の死因や年齢、家族構成、患者と家族との人間関係、サポートの有無、危機的状況や悲嘆のプロセスの段階などにより、必ずしもすべての家族に対して、エンゼルケアを家族と共に行うことができるとは限らず、基本的には家族の意思を尊重することが大切であり、精神的負担にならないように努めていく配慮が必要であることを示した。エンゼルケアを家族とともに行う場合は、グリーフケアにつなげるという観点を意識しながら行うことが必要である。共に行えない場合にも家族が適切に悲嘆作業を進められるような関わりが重要であると述べている⁴⁸⁾。

野々村らは、救命救急センターにおいてエンゼルメイクを行った患者 65 名のケア時の記録における家族の言動から、エンゼルメイクを取り入れた死後ケアに対しての家族の反応として 5 カテゴリーを抽出した。エンゼルメイクを取り入れた死後ケアを実践することは、残された家族の【穏やかな表情に対する満足】につながり、ケアを実践する時間経過のなかで家族は【ケアできることの喜び】を感じ、【さまざまな思いの表現】や【患者への接近とねぎらい】を行っていた。またケアの時間経過を経ることで、家族は一度現実に向き合い愛する人の死を受け入れる準備ができたことで、【笑顔とユーモア】の反応を示したと考えられた。救命救急センターでの死後ケアのわずかな時間でも、エンゼルメイクを取り入れた死後ケアは残された家族へのグリーフケアとなり、家族がその後のグリーフワークを行っていく上でも肯定的な影響を与えることを示唆した⁴⁹⁾。

山脇らは、クリティカルケア領域におけるエンゼルケアの家族参加に対する看護師の意識を明らかにすることを目的に、ICU の看護師 10 名を対象に、質的帰納的に分析

を行った。結果、【限られた時空での患者・家族の思いに添う】 【慎重にコミュニケーションをとる】 【家族が死を受け入れられるケアの実施】 【家族・看護師相互の満足感が得られる】 【業務への影響】 の5つのカテゴリーが抽出された。クリティカルケア領域の看護師は、関わる時間の短い家族とのコミュニケーションに困難を感じていた。しかし、家族の意思を尊重し精神の安寧を心掛けていた⁵⁰⁾。

立野らは、集中治療領域における終末期患者の家族ケアに関する2000年以降の海外文献をレビューし、終末期患者家族の心理的特徴、代理意思決定が家族の精神的状態に与える影響、終末期家族ケアについてまとめている。終末期患者家族の心理的特徴として、患者がICUに入室している間、家族の50～70%に不安症状や抑うつ症状を認め、これは患者の生命予後に関わらず、重症患者を抱える家族に共通するストレス反応と捉える。代理意思決定が家族の精神的状態に与える影響について、代理意思決定は家族の精神健康状態を悪化させることもあれば、終末期ケアに対する満足度を高める可能性もあり、意思決定に至る過程が重要である。終末期家族ケアについて、家族中心の意思決定を導くことや、家族と良好なコミュニケーションをとることが重要であり、これらは家族の終末期ケアの満足度を高めることにつながる。終末期にある患者の苦痛を軽減することは、家族に心理的安寧をもたらす間接的ケアになる。また家族のニーズを満たせるように調整することも必要であるとまとめている⁵¹⁾。

山勢らは、クリティカルケアにおける家族への看護ケア内容をアギュララの危機モデルに合わせて記述した(表1)⁵²⁾。これらのケア項目は、突然亡くなる可能性のある患者の家族に対するケアとして、重要な内容となると考えた。

以上のように、国内におけるケア内容では死後の処置、エンゼルケア、エンゼルメイク、アギュララの危機モデルに合わせた看護ケアの記述があった。

表1 アギュララの危機モデルによるクリティカルな患者の家族に対する

標準看護計画	※著者に転載の許可を得て、ケアプランのみを抜粋
出来事 の 知覚	家族が拒否しない限り患者との面会を調整する 面会前に患者に装着されているものや意識の有無などについて説明する 家族に目に触れるものは整理整頓しておく 患者に付着した血液・体液・消毒液はきれいにしてから面会してもらう 初回面会時や状況が変化した時の面会には看護師が付き添う 面会時には家族にねぎらいの言葉をかける 患者の状況に関する情報を提供する モニターや点滴を見つめたり、メモしている場合には、わからないことがないか尋ねる 患者に近づけず佇んでいる場合には、そばに行き看護師自ら患者に声をかけたり、触れたりする 患者のケアへの参加が可能であることを伝え、希望があれば看護師が同席して実施する
ケア プラン	看護師が自己紹介をする 家族から見えないところで治療や処置が行われている場合には、頻繁に現在の状況を説明する 心理的・物理的に頼れる人がいない場合には、一緒に考え探す支援をする 身体的不調を訴える場合には、休める環境を準備する 看護師は患者を支える家族も支援したいことを伝える
社会的 支持	医師との調整 医療ソーシャルワーカー：Medical social worker, MSW への紹介 面会時間の調整 待合室や家族控室について要望を確認し、可能な限り調整する 泣くことができる環境をつくる 肩に手を置く、背中をさするなどのタッチングを取り入れる 労いの言葉をかけ、休んでいるか、眠れているか、食事をしているかを尋ねる 家族が不在にしている間は看護師が家族に代わってみていることを伝える
対処 機制	情動中心の対処は悪いことではなく、現状では当然であることを伝える 問題中心の対処に対して適宜専門的知識や技術を提供したり、専門家へ橋渡しする 医療費の相談 リハビリの相談

※色塗り箇所は、介入プログラムの内容、参考とした項目である。

(2) 国外における患者の家族へのケア内容に関するもの

国外では、蘇生中の家族の同席や救急外来における看護援助内容に関する文献が見られた。

Oczkowski らは、蘇生中の家族の同席 (Family presence during resuscitation : 以下 FPDR という) に関する医療従事者、患者、家族の見解について文献検索を行った。結果、蘇生中の家族の同席はカナダでは倫理的に健全な行為であり、病院内で成人および小児患者の家族のために考慮されてもよい。蘇生中の家族の同席を実施する病院は、どの家族に蘇生に立ち会う機会を提供するかについて、透明性のある方針を策定すべきである。経験豊富な付き添い者は、蘇生エリアで家族に付き添い、サポートすべきであ

る。集中的な教育的介入と FPDR の経験の増加は、医療従事者からの FPDR 実施に対する支持の増加と関連している⁵³⁾。

Li ら (2002) は、突然死別した家族に対する看護行為として、以下の内容 (表 2) をあげ、遺族に有用となる看護行為について調査をしていた。その結果、有用となる看護行為の上位 5 位は、“死亡後に何をすべきかについての情報を文書で提供すること” “部内で遺体を見る機会を与える” “死後の個々の習慣や宗教的な手続きは尊重される” “蘇生中および死亡前に行われた治療に関する情報を受け取ること” “体に触れたり、抱いたりする機会を与える” であった。下位 5 位は、“鎮静剤を提供する” “遺体に深刻な損傷がある場合は、体を見せることを控える” “通常の悲しみについての情報を与える” “水の入ったコップやティッシュペーパーなどの慰安手段を提供する” “体を見る前にすべての器材を体から外す” であった⁵⁴⁾。これらの看護行為や調査結果は、文化的な背景を踏まえた内容が含まれていると思われたが、家族に迅速に対応すること、情報提供、他の家族へ連絡すること、患者の体を見ること・触れること、家族の衝撃を和らげること、精神的なサポート、感情・不安の表出、後日、電話連絡することまで、救命救急センターに搬送された段階からの看護行為が含まれており、看護ケア介入プログラムの作成に参考となる内容であると考えた。

以上のように、国外のケア内容では、蘇生中の家族の同席と、突然死別した家族に対する看護行為があった。

表2 突然死別した家族メンバーに対する看護師の行動

1. 電話で連絡する場合は、A&E 部門に到着した際に依頼する名前を家族に伝える
2. 到着時の迅速な対応
3. ご家族のために静かでプライベートな場所を提供する
4. 水の入ったコップやティッシュペーパーなどの慰安手段を提供する
5. 滞在中ずっと付き添う看護師を1人指名する
6. 外線電話の提供
7. 患者の重症度に関する情報を可能な限り早期に提供すること
8. 蘇生中および死亡前に行われた治療に関する情報を提供すること
9. 死に至る可能性があるという情報を提供すること
10. 不安について話せるようにする
11. 死の知らせを明確に伝える
12. 死を心配し、あなたを気遣うこと
13. スタッフから精神的なサポートを受ける
14. 部内で遺体を見る機会を与える
15. 遺体に深刻な損傷がある場合は、体を見せることを控える
16. 遺体を見る前に期待することを知る
17. 体を見る前にすべての器材を体から外す
18. 遺体を見るときはスタッフが付き添う
19. 体に触れたり、抱いたりする機会を与える
20. 自分の気持ちを表現する機会を与える
21. スタッフに話を聞いてもらうこと
22. スタッフもこの死に動揺している
23. 死に対する罪悪感を抑止する
24. 死後の個々の習慣や宗教的な手続きは尊重される
25. 鎮静剤を提供する
26. 死因について尋ねる機会を与える
27. 死後検査についての説明
28. 死亡後に何をすべきかについての情報を文書で提供すること
29. 通常の悲しみについての情報を与える
30. A&E(救命施設)からフォローアップの電話をする
31. さらに詳しい情報を得るために、指名されたスタッフに電話する機会を与える
32. 患者の衣類は、その状態にかかわらずすべて返却される
33. 退出 OK のタイミングをスタッフに知らせる

注) Li ら⁵⁴⁾ P179 Appendix1 を筆者らが邦訳した。

※色塗り箇所は、介入プログラムの内容、参考とした項目である。

3) クリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアの困難に関するもの

(1) 国内におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアの困難に関するもの

国内では、救急外来で看護師が患者・家族に関わることの困難を示したものの、グリーンブケアを困難にする要因、遺族ケアの実施に関する困難があった。

竹安らは、危機的状況にある患者とその家族の関わりで、救急看護師が抱く困難感とその影響要因を明らかにすることを目的とし、救急部看護師に自記式質問紙調査とインタビューを行った。データは質的分析を行い、困難感と影響要因の内容をカテゴリー

化した。その結果、8割以上の看護師は困難感があると答え、困難感の内容には2つのカテゴリー【看取りに関する葛藤】、【患者と家族にうまく関われない思い】があった。

【看取りに関する葛藤】：<置き去りにされた患者と家族の思い><看取り方の相違>があり、患者・家族中心の医療を行いたい、医師と看護師間のDNARや看取りについての考えの違いから困難感を感じていた。【患者と家族にうまく関われない思い】：<患者・家族との関わりで生じる戸惑い><家族の反応に対する不安>、<希望に沿うことのできない葛藤><最後の時間に対する心残り>があった⁵⁵⁾。

大日方らは、救急外来勤務の看護師22名を対象に、心肺停止(CPA)場面で無力感を抱いた体験内容についてインタビューを行った。逐語録をもとに分析した結果、「蘇生処置の迅速さと的確さ」「他の患者への配慮」「動揺している家族への対応の難しさ」の3カテゴリーに分類された。「動揺している家族への対応の難しさ」には、子供、若い患者の家族にどう接したらいいか、処置時は実際家族に配慮できない、家族が納得するまで処置をやらなければならない現実、亡くなった時の声かけが難しいなどがあつた。さらに、交通事故により即死状態で搬送され、あまりに衝撃的なため看護師が感情を抑えられなかった小1女兒の事例と、既往歴通院歴のないCPA患者の長時間に及ぶ心肺蘇生法によって家族が死を受け入れることができた事例への対応を通して、患者家族の想像を超える悲しみを謙虚に受け止め、付き添うことが大切である、家族の心を理解し、納得いくように対応することにより心の傷を少しでも解消できる、看護師の心の傷を軽くするために事例の振り返りが必要である、と結論づけた⁵⁶⁾。

林らは、急性期グリーフケアを困難にする要因を検討するため、ICU・救急外来勤務看護師5名に半構造化面接を行い、分析した。その結果、4つのカテゴリー、11項目のサブカテゴリーが抽出された。死別経験者の背景のカテゴリーでは、家族背景や家族の反応が多種多様である個別性、経過が短いため家族が受容できないなど家族の受容段階、家族が医療・医療者に抱く不信感の3項目のサブカテゴリーが抽出された。医療スタッフの背景のカテゴリーでは、看護師の価値観の違い、知識・経験不足、家族に対する関わり方が難しい、グリーフケアは難しいという対応のスキル、家族への配慮や気遣い、看護師の心理的負担などによるストレスの4項目のサブカテゴリーが抽出された。相互関係のカテゴリーでは、家族との信頼関係が希薄な状況によるコミュニケーション不足の1項目のサブカテゴリーが抽出された。救急を取り巻く環境のカテゴリーでは、面会の制限がある、看取りの場に適さないなどの環境、患者と家族が寄り添える時

間がないという家族の時間, 時間的に難しい, 傾聴に時間がかかる, 人手が足りない, 時間に追われるなど時間・業務整理の3項目のサブカテゴリーが抽出された⁵⁷⁾.

立野らは, わが国のクリティカルケアにおける遺族ケアの現状および, 医療者の遺族ケアに対する認識を明らかにするために, 遺族ケアの実施状況, 遺族ケアの必要性, 課題等について質問紙を用いた調査を実施した. その結果, 回答者数は530名(医師40名, 看護師490名)であった. 医師は男性が38名(95%)で職歴10年目以上が26名(65%)と多く, 看護師は女性が449名(91.6%)で職歴10年目以上が325名(66.3%)と多かった. そのうち, これまでに遺族ケアの経験がある医師は5名(12.5%), 看護師は112名(22.9%)であった. 遺族ケアが必要であると答えた医師は22名(55%), 看護師は276名(56.3%)であった. 遺族ケアを誰が行うのが望ましいかについては, 医師は, 「患者の担当医師」「地域の保健師, 看護師」の回答が11名と最も多く, 看護師では「患者の受け持ち看護師」が176名と最も多く, 次いで「心理学の専門家」144名であった. 実施時期では, 「死亡から退院前」が医師12名, 看護師128名, 「退院後1週間から2か月未満」が医師11名, 看護師150名であった. 望ましい遺族ケアの内容では, 医師看護師ともに「心身の健康状態の評価」が最も多く(医師17名, 看護師210名), 次いで「複雑性悲嘆の評価」(医師13名, 看護師142名)であった. 遺族ケアを行うことでの欠点については「通常業務の妨げになる」「医療者のストレスになる」の平均得点が高かった. 遺族ケアの実施に対する困難感には, 医師29名(72.5%) 看護師313名(63.9%)が困難であると感じており, 課題として「マンパワーの確保」「遺族ケアに関する知識」「遺族ケアスキルの習得」等が指摘された⁵⁸⁾.

以上のように, 国内における救急患者の家族への関わりで看護師の困難について, 家族とうまく関われないこと, 動揺している家族への対応の難しさ, グリーフケアの難しさがあった. 遺族ケアの困難感としては, マンパワーの確保, 遺族ケアに関する知識, 遺族ケアスキルの習得があった.

(2) 国外におけるクリティカルケア領域で亡くなる患者の家族へのケアの困難に関するもの

Socorroらは, 突然死別した家族のケアをする救急看護師の経験を解釈学的現象学的分析によって明らかにしている. その研究の中で, 救急看護師は, 突然死別した家族

のケアに対して、「家族に何を話せばいいのか、まったくわからなかった」と、十分な準備ができていないと感じていたことを語っていた。また、不十分なトレーニング、個人的な関心、仕事量の重圧、資源の不足が家族への関与や学習に影響を与える。感情的な不快を感じると、その場から引き下がることになり、家族と十分なコミュニケーションをとることができない。突然死別した家族をケアする際に、怯えや不安を感じることがあるなど、適切なケアを提供するための知識や資源が不足している。死の教育や訓練の欠如は、自分自身や他者の感情や行動を認識し対処することを困難にする要因となる。さらに、遺族に寄り添い、適切なケアが行われるようにし、的確なサポートを受け、救急部のリソースを利用できるようにすることの重要性を述べたことを明らかにしている⁵⁹⁾。

以上のように、国外における救急患者の家族への関わりで看護師の困難について、家族とのコミュニケーションスキル、怯えや不安を感じるなど、適切なケアを提供するための知識や資源の不足をあげていた。

5. 小括

これまでの文献レビューの結果、以下のことが明らかとなった。

悲嘆にはさまざまな反応があるが、死別直後が最も反応が顕著に現れ、しだいに和らいでいく。悲嘆は心臓や肝臓などの疾患、精神疾患を誘発する。悲嘆反応の程度や期間が通常範囲を超える通常ではない悲嘆（複雑性悲嘆）がみられ、その場合は精神的な治療を必要とする。複雑性悲嘆に陥らないためには、グリーフケア、グリーフカウンセリングが必要である。突然死は予期せぬ死であることから、複雑性悲嘆に陥りやすい。国外のクリティカルケア領域において亡くなる患者の家族に対しては、悲嘆プロセスを促進するためのケア介入が行われ、抑うつ、PTSD、複雑性悲嘆といった症状の状況が調査されている。しかし、国内の研究においては、ケア内容に関する研究はあるものの、死別後の研究は少なく、有効なケア介入がわからない。またそれを実践する看護師も困難感を抱いていることがわかった。

6. 本研究の臨床的意義

救急医療施設に搬送され突然の死を体験する家族は、計り知れない衝撃を体験する。死別の悲嘆は顕著に現れ、救急医療施設の看護師はそのような家族に対応をしていく

必要がある。しかしながら、看護師は困難感を抱きながら実施をしている。今回の看護介入プログラムによって、遺族の悲嘆反応が軽減することができれば、遺族にとって有効な看護援助となる。また、軽減できなかった場合においても、今後のケアを考える資料となると考える。さらに、その看護介入プログラムは、看護師が実施可能なものなのか、実施度と重要度の認識はどうなのか、看護介入項目の内容妥当性はあるのかといったことが明らかになれば、看護介入プログラムの評価が得られ、看護師が抱く困難感の軽減につながる可能性があると考えられた。

7. 研究目的

本研究では、救急医療施設での家族ケアと死別後のケアを含めた看護介入プログラムを作成し、看護介入プログラムを実施することで、遺族の悲嘆反応が軽減するのかを確認し、看護介入プログラムの評価を量的、質的に得たいと考えた。また、その看護介入プログラムについて、救急医療施設の看護師を対象に、看護介入項目の実践可能性、実施度と重要度の認識、内容妥当性について評価したいと考えた。

8. 研究の展開

- 1) 救急医療施設で亡くなる患者の家族への看護実践内容を明らかにし、看護介入プログラムを作成する（第Ⅱ章）。
- 2) 救急医療施設で亡くなる患者の家族に対して、看護介入プログラムを実施し、遺族の悲嘆反応を確認し、看護介入プログラムの評価を量的、質的調査により検討する（第Ⅲ章第1節、第Ⅲ章第2節）。
- 3) 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について、救急医療施設の看護師を対象に、看護介入項目の実践可能性、実施度と重要度の認識、内容妥当性について検討する（第Ⅳ章）。

9. 研究目的および論文の構成

研究目的および論文の構成を図1（P2の再掲）に示した。

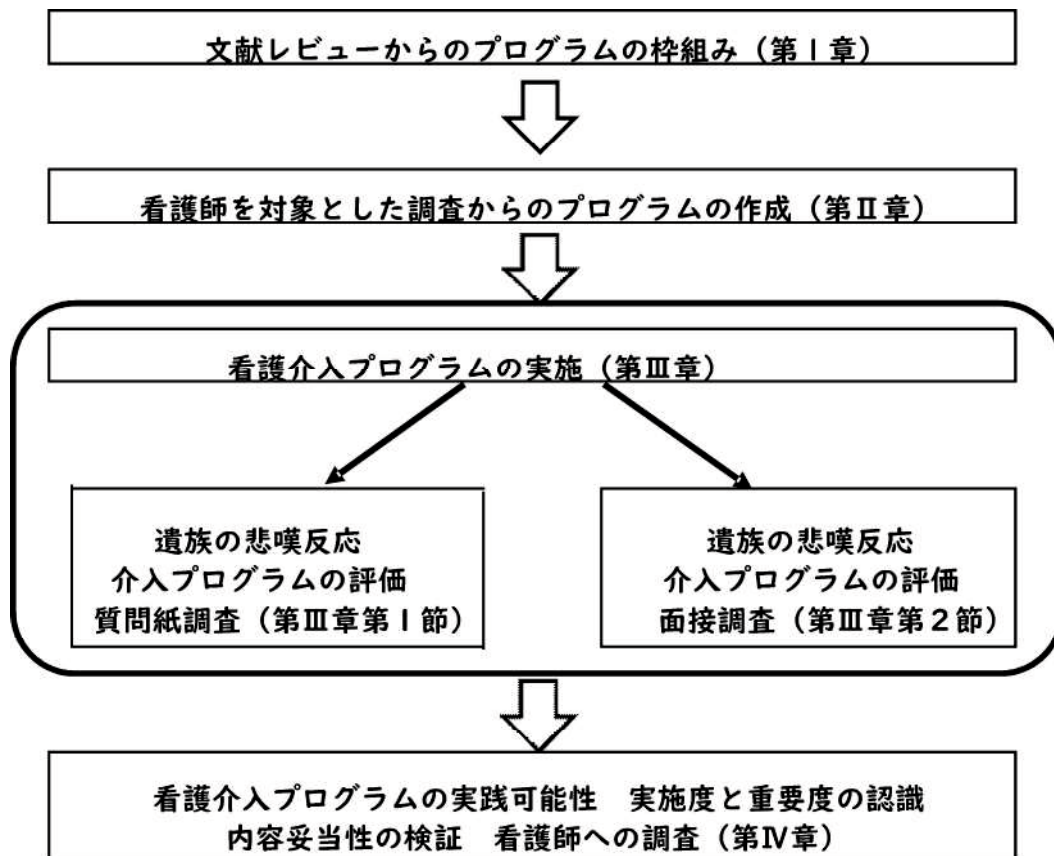


図1 研究目的および論文の構成

文献

- 1) 原田竜三, 家族成員の突然死を体験した遺族の悲嘆 “突然の引き裂かれ” “断ち切れない親密さ” から “向き合えない現実” までのプロセス. 日本赤十字看護学会誌 2006 ; 6(1) :52-61.
- 2) Tatsuno J, Yamase H, Yamase Y. Grief reaction model of families who experienced acute bereavement in Japan. Nurs Health Sci 2012;14:257-264.

- 3) 日本集中治療医学会, 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告, 2006, http://www.jsicm.org/publication/kankoku_terminal.html (最終アクセス日 : 2023. 12. 26)
- 4) 日本救急医学会, 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) , 2007, http://jstage.jst.go.jp/article/jjaam/18/11/18_11_781/_pdf (最終アクセス日 : 2023. 12. 26)
- 5) 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会, 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, <http://jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> (最終アクセス日 : 2023. 12. 26)
- 6) 日本集中治療医学会, 集中治療領域における終末期患者家族へのこころのケア指針, 2011, <http://jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf> (最終アクセス日 : 2023. 12. 26)
- 7) 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.
- 8) シュトレーベ MS, ハンソン R0, シュト H, シュトレーベ W. 死別体験 研究と介入の最前線. 森茂起, 森年恵訳. 誠信書房, 東京, 2014.
- 9) Lindeman E. Symptomology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944;101:141-148.
- 10) ボウルビィ J. 母子関係の理論: III 対象喪失. 黒田実郎, 吉田恒子, 横浜恵三子訳. 岩崎学術出版. 東京, 1981.
- 11) パークス CM. 死別 遺された人たちを支えるために. 桑原治雄, 三野善央訳. メディカ出版. 東京, 2002.
- 12) ウォーデン JW. 悲嘆カウンセリング改訂版 グリーフケアの標準ハンドブック. 山本力監訳. 誠信書房. 東京, 2022.
- 13) Stroebe MS, Schut H. Meaning making in the dual process model of coping with bereave. *Meaning reconstruction & the experience of loss.* 2001;55-73.
- 14) ラザルス RS, フォルクマン S. ストレスの心理学. 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. 実務教育出版. 東京, 1991.

- 15) ニーマイアー RA. 喪失と悲嘆の心理療法. 富田拓郎, 菊池安希子監訳. 金剛出版. 東京, 2007.
- 16) Hansson RO, Stroebe MS. Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences. Washington DC. American Psychological Association. 2007.
- 17) Stroebe MS, Stroebe W. The mortality of bereavement: A review. In Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, Handbook of bereavement: Theory, research and intervention. Cambridge. Cambridge university Press. 1993.
- 18) Manzoli L, Villari P, Pirone G, M, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. Soc sci med 2007;64(1): 77-94.
- 19) Thompson LW, Thompson GD, Futterman A, Glliewski MJ, et al. The effects of latelife spousal bereavement over a 30-month interval. Psychol Aging 1991;6:434-441.
- 20) Stroebe MS, Stroebe W. Does "grief work" work?; J counsult Clin psychol 1991;59:479-482.
- 21) Bonanno GA, Kaltman S, Holen A, et al. When avoiding unpleasant emotions may not be such a bad thing: Verbal-autonomic response lssociat 10n and midlife conjugal bereavement. J Pers Soc Psychol 1995;69:975-989.
- 22) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎, 子どもとの死別と遺された家族のグリーフケア. 心身医学. 44(6). 2004. 395-405.
- 23) 坂口幸弘, グリーフケアの考えをめぐって. 緩和ケア 2005;15(4):276-279.
- 24) Schut H., Stroebe MS, van den Bout J, et al. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M S Stroebe, R O Hansson, W Stroebe, H Schut. Handbook of bereavement research consequences, and care. American Psychological Association. Washington D. C. 2001. 705-737.
- 25) Stroebe MS, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet 2007; 370:1960-1973.

- 26) Shear MK. Complicated grief. *The N England J Med* 2015;372(2):153-160.
- 27) World Health Organization: International Classification of Diseases 11th revision. 2019 <http://icd.who.int/en/> (最終アクセス日: 2023.12.26)
- 28) American Psychiatric Association, 日本精神神経学会, 高橋三郎, 大野 裕監訳. 精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed TR : DSM-5-TR) . 医学書院. 東京, 2023.
- 29) 瀬藤乃理子, 村上典子, 丸山総一郎, 死別後の病的悲嘆に関する欧米の見解: 病的悲嘆とは何か?. *精神医学* 2005;47(3):242-250.
- 30) Shear MK, Frank E, Foa E, Cherry C, et al. Traumatic grief treatment: A pilot study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1506-1508.
- 31) Shear MK, Frank E, Houck P, et al. : Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601-2659.
- 32) 中島聡美, 伊藤正哉, 白井明美, 小西聖子, 他, 日本における複雑性悲嘆の認知行動療法 (CGT) の有効性についての予備的研究. *日本精神神経学会総会プログラム・抄録集* 2017;113:S463.
- 33) 白井明美, 中島聡美, Wager B, 複雑性悲嘆の筆記療法. *グリーフ&ビリーブメント研究* 2020;1:37-42.
- 34) 中島聡美, 複雑性悲嘆 概念と治療. *臨床心理学* 2021;21(6):638-641.
- 35) 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.
- 36) 宮林幸江, 安田仁, 死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響, *日本公衆衛生雑誌* 2008;55 (3) :139-146.
- 37) 松園幸雅, 松田潔, 岩瀬文明, 救命救急センターにおけるグリーフケア-患者家族への援助-. *ICU と CCU* 2009 ; 33(11):809 - 813.
- 38) Cuthbertson BH, Rattray J, Johnston M, Wildsmith JA, et al. A pragmatic randomized, controlled trial of intensive care follow up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study. *BMC Health Serv Res*, 2007;7:1-6.

- 39) Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *Journal of critical care*, 2005;20(1):90-96.
- 40) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, et al. : Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171(9):987-94.
- 41) Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-1876.
- 42) Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008;36(6):1722-8.
- 43) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N England J Med* 2007;356(5):469-478.
- 44) van der Klink MA, Heijboer L, Hofhuis JG, Hovingh A, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(4):215-225.
- 45) Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010;137(2):280-287.
- 46) Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, et al. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest*, 2011;139(4):795-801.
- 47) 小川真由美, 猪上妙子, 倉田町恵, 山勢博彰, 初療室におけるCPA患者の「死後の処置」の特徴について Aセンター看護師の意識調査から. *日本救急看護学会雑誌* 2006;7(2):54-61.

- 48) 名取友加里, 上田富久江, 滝口かえで, 救急初療室における家族と共に行なうエンゼルケアについて グリーフケアの視点からの考察. 山梨県立中央病院年報 2010;36:15-17.
- 49) 野々村留美, 齋直美, 清水聖子, 救命救急センターにおけるエンゼルメイクを取り入れた死後ケアに対する家族の反応 ケア時の記録からの分析. 日本救急看護学会雑誌 2011;13(1):1-8.
- 50) 山脇京子, 田所里奈, 柴岡栄子, クリティカルケア領域の看護師が抱くエンゼルケアの家族参加に関する意識. インターナショナル Nursing Care Research 2012;11(1):53-60.
- 51) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 集中治療領域における終末期患者の家族ケア. 日本集中治療医学会雑誌 2011;18(3):337-345.
- 52) 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.
- 53) Oczkowski JWS, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud EA. Family presence during resuscitation:A Canadian Critical Care Society Position Paper. Can Respir J 2015;22(4):201-205.
- 54) Li SP, Chan CW, Lee DT. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. JAN 2002;40(2):170-180.
- 55) 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.
- 56) 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.
- 57) 林見佳, 石田陽子, 横井誠子, 中田睦, 他, 急性期グリーフケアを困難にする要因分析. 香川労災病院雑誌 2011;17:87-90.

- 58) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 他, わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. 日本クリティカルケア看護学会誌 2009;5(2):69-81.
- 59) Socorro LL, Tolson D, Fleming V. Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families. J Adv Nurs, 2001;35(4):562-570.

第Ⅱ章 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作成のための調査

1. 研究の目的と意義

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の作成にあたり, 国内外の文献レビューのみでは施設や看護師によって実際に実施できていることと実施できていないことがあるのではないかと考えた. そこで, 救急医療施設で亡くなる患者・家族に実施しているケア内容を明らかにする目的で調査を実施した. 本研究結果を参考に看護介入プログラムを作成する.

2. 研究方法

1) 調査デザイン: 実態調査

2) 調査方法: 面接調査 (半構成的面接法)

(1) 対象: 救急医療施設初療・ICU で経験 6 年目以上の看護師

施設での対象者: 2~4 名

(2) 調査期間: 2011 年 4 月 1 日~2012 年 5 月 31 日

(3) 調査内容: 看護師が実施しているケア内容

インタビューガイド:

- ・勤務場所 (初療, ICU) はどこですか
- ・勤務している場所で普段実施している看護ケアについて教えてください
- ・蘇生場面を家族に見せていますか
- ・死別後のケアを行っていますか

(4) 分析方法: インタビュー内容を録音し, 逐語録に起こした. 初療・救急 ICU において, 看護師が実施しているケア内容を逐語録から抜粋し, コードとし, 場面ごとに類似するケア内容をサブカテゴリー, カテゴリーにまとめた. クリティカルケア領域における研究者に, カテゴリー, サブカテゴリーの妥当性について, スーパーバイズを受けた.

3) 倫理的配慮

本研究は, 筆者の所属する施設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。研究協力施設の看護部長宛てに研究協力依頼文, 研究計画書, 師長への依頼文, 研究協力者への依頼文, インタビューガイド, 研究参加同意書, 調査協力への回答書を同封し, 郵送し, 研究の協力が得られるかの同意を得た。研究協力施設の看護部長の同意が得られた場合, 救命救急センター師長に研究協力者への依頼文, インタビューガイド, 研究参加同意書, 返信用封筒を郵送し, 対象者に渡していただく。その際, 依頼者に強制力が働かないように, 研究への協力は自由意思に基づくものであり, 断っても構わないことを説明してもらった。対象者が研究への参加に同意ができる場合には, 対象者にアクセスするために, 氏名, 連絡先の電話番号, メールアドレスを記載していただき, 返信用封筒に入れて返信してもらった。対象者の個人情報については, パスワード付きの文書で管理し, 個人情報の記載された文書は鍵のかかる棚に保管した。対象者との面接を開始する前に, 口頭にて, 研究依頼文を用いて, 研究の趣旨, 目的, 倫理的配慮について説明し, 同意が得られた場合, 研究参加同意書に署名をもらった。

3. 結果

1) 実施されていた家族へのケア

関東圏内の救急医療施設 9 施設 34 名の看護師から協力が得られた。分析の結果, 初療, 救急 ICU では, 場面ごとに家族へのケアが提供されていた (表 1, 表 2)。

初療の場面は, 病院到着時, 病状説明・面会時, 蘇生と死亡確認時, 死亡宣告後, 死亡確認後の 5 場面 12 カテゴリーがあった。病院到着時は, <病院に到着したら家族にすぐに対応する>, <治療を優先し, 処置の途中に経過を説明する>の 2 カテゴリーがあった。病状説明・面会時では, <医師からの説明に同席し, 家族の理解度, 家族の意向を確認する>, <面会前に環境をきれいにし, 患者に付着している血液を拭き取り, 外傷は見えないようにし, 管が入っていることを説明する>, <入室時もしくは処置の途中で一度面会する, 処置場面を見せる>の 3 カテゴリーがあった。蘇生と死亡確認時では, <家族が死亡宣告を認めるまで蘇生を続ける>の 1 カテゴリーがあった。死亡宣告後では, <死亡宣告後, 静かな環境を作り, プライバシーに配慮し, 家族が患者と接触する時間を作る>, <家族の思いや感情の表出を促す>, <管を抜き, 体をきれいにする>を説明し, 希望する場合, 一緒に行く>, <家族の身体・精神状態に配慮する>, <今後のことについての説明する>の 5 カテゴリーがあった。死亡確認後では, <死別後話をする>の 1 カテゴリーがあった。

救急 ICU 場面では、入室～心停止までの場面、心停止場面、死亡確認後の 3 場面 14 カテゴリーがあった。

入室～心停止までの場面では、＜患者と家族ができるだけ多くの時間静かな環境で一緒に入れるようにする＞、＜患者や家族のことについて情報を得て、家族の思いやニーズに応じたケアを提供する＞、＜患者の外見に配慮し、ケアを提供するとともに、家族への参加を促す＞、＜家族の心理状況を把握し、家族が患者の状況を受け入れることができるようにする＞＜家族の思いや感情を表出できるように促す＞、＜家族の健康状態に配慮する＞、＜スタッフで統一したケアを行う＞、＜医師の説明や治療方針の確認場面に同席し、理解度を確認する＞の 8 カテゴリーがあった。

心停止場面では、＜DNAR の場合は心停止前に連絡し、DNAR が決定していない場合には蘇生を行い、すぐに家族を呼ぶ＞、＜急変した場合、家族に状況を説明する＞の 2 カテゴリーがあった。

死亡確認後の場面では、＜死亡確認後、患者と家族だけの時間を作る＞＜死後の処置の希望を確認する＞＜今後のことについて説明をする＞＜家族の悲しみの感情を表出させる＞の 4 カテゴリーがあった。

表 1 初療時の看護ケア

場面	カテゴリー	サブカテゴリー
病院 到着時	病院に到着したら家族にすぐに対応する	病院到着時すぐに対応する 家族の心理状況の確認 同乗者の確認、手続き、処置をすること、医師からの説明がされることについて説明する 担当看護師の説明と相談場所の説明 待機場所、トイレ、電話の場所について説明する 他の家族へ連絡しているか、一人の場合、家族の付き添いの必要性を判断し、付き添う
	治療を優先し、処置の途中に経過を説明する	治療を優先する 患者の情報を確認する 治療の途中で、患者の状況と行われている治療の説明をする 家族がどうしてほしいかを確認する

	医師からの説明に同席し、家族の理解度、家族の意向を確認する	医師からの説明に同席し、医師の説明が理解できているか確認する 意思決定ができるように情報を伝える（高齢者の場合、蘇生を続けるかの希望を確認） 蘇生場面を見るかを確認する
病状説明・面会時	面会前に環境をきれいにし、患者に付着している血液を拭きとり、外傷は見えないようにし、管が入っていることを説明する	面会前に血液を拭きとり、外傷は見えないようにする 面会前に患者の状況、管が入っていることを説明する 面会前に環境をきれいにする 面会前に状況を説明する
	入室時もしくは処置の途中で一度面会する、処置場面を見せる	入室時もしくは処置の途中で一度面会する 急変前（処置前）に面会する 患者と家族を離す時間を短くする 蘇生場面を見せる
蘇生と死亡確認時	家族が死亡宣告を認めるまで蘇生を続ける	蘇生場面は見せず胸骨圧迫をしているのを見せて死亡確認する 死亡宣告を認めない場合、認めるまで蘇生を継続する、蘇生場面を見せる、説明する 身体への接触を促し、感情を表出させる 来院する家族を待って死亡確認する
	死亡宣告後、静かな環境を作り、プライバシーに配慮し、家族が患者と接触する時間を作る	静かな環境を作り、プライバシーに配慮する そばに寄り添う 家族が患者と接触する時間を作る
死亡宣告後	家族の思いや感情の表出を促す	家族の思い、不安を聞く 家族の反応により声をかける 患者の外見、仕事、趣味を聞く 家族が思いや感情を表出できるようにする 現実を受け止めることができるように声かけをする、話の傾聴
	管を抜き、体をきれいにすることを説明し、希望する場合、一緒に行く	管を抜き、体をきれいにすることを説明する、希望する場合、一緒に行く 最後に着る服を確認する
	家族の身体・精神状態に配慮する	不安発作、パニック発作を起こした時は外来受診させる 家族の既往歴を確認する
	今後のことについての説明する	今後のことについての手続きを説明する 検死・検案の説明 霊安室への移動 自死遺族への地域サポートパンフレットの配布 ストレス外来の紹介冊子の配布
死亡退院後	死別後話をする	死別後話をする

※色塗り箇所は、介入プログラムの内容、参考とした項目である。

表2 ICUでの看護ケア

場面	カテゴリー	サブカテゴリー	
入室～ 心停止 までの 場面	患者と家族ができるだけ多くの時間静かな環境で一緒に入れるようにする	患者と家族の空間を作る 面会に付き添う キーパーソンの確認 環境整備	
	患者や家族のことに ついて 情報を得て、 家族の思いやニーズに 応じたケアを提供する	家族関係、患者の生活について話を聞く 不安や聞きたいことを確認し、軽減する 家族の思いとニーズを確認し、充足する 後悔がないようにする 何かしてあげることができたという思いを持つ 死に目に会いたいかどうかを確認する 家族の意向に沿えるようにする 患者に対する思いを聞く 患者との接触を促す	
	患者の外見に配慮し、 ケアを提供するとともに、 家族への参加を促す	外見をきれいに する 苦しそうで ないように する 苦しい姿を 見せない 苦痛がない ことを説明 する 患者に声 をかける ケアへの 参加を促し、 一緒に行う	
	家族の心理状況を把握し、 家族が患者の 状況を受け入れる ことができるように する	死が納得できる説明 家族の受け止めを確認する 家族の状況に応じたコミュニケーション ケアについての説明をする ケアを見せる モニター類の説明をする 現実を伝える	
	家族の思いや感情を 表出できるように 促す	もどかしさの代弁 感情の表出を促す 看護師がそばに いることを説明 する 寄り添いそばに いる話を傾聴 する	
	家族の健康状態に 配慮する	健康状態に 配慮する	
	スタッフで統一した ケアを行う	スタッフで統一 したケアを行う	
	医師の説明や治療 方針の確認場面に 同席し、理解度を 確認する	DNAR のムンテラに 同席し、家族内 で決められる ようにする DNAR について 医師に確認する IC に同席する 医師からの説明 を調整し、説明 する 医師の説明が理 解できているか を確認する 医師に治療方 針を確認する 医師から状況の 説明をもらう 家族の見解の一 致を確認する	
	心停止 場面	DNAR の場合は心 停止前に連絡し、 DNAR が決定して いない場合には蘇 生を行い、すぐに 家族を呼ぶ	心停止する前に 連絡する 死に目に会えな かった場合、説 明をする 急な急変の場合 は救命優先 急変した場合の 説明をする 合間で家族を面 会させる
		急変した場合、 家族に状況を説 明する	

	蘇生を見て、続けるかの確認 蘇生は見せない
死亡確認後、患者と家族だけの時間を作る	死亡確認後、時間を作る
死後の処置の希望を確認する	死後の処置の希望を確認する 洗髪、化粧 着せたいものを持ってきてもらう 元気なときの顔に近づけるようにメイクする
死亡確認後の場面	今後のことについて説明する 今後のことについて説明する 霊安室に行く
家族の悲しみの感情を表出させる	自責の念 家族の気持ちの表出 家族の反応に対処する 十分な説明 感情を受け止める 退院後の関わりはない 自死遺族への地域サポートパンフレットの配布

※色塗り箇所は、介入プログラムの内容、参考とした項目である。

4. 考察

1) 初療とICUで亡くなる患者の家族に対するケアについて

初療とICUで亡くなる患者の家族に対するケアは、危機介入と悲嘆ケアであったと考えられる。初療では、救急患者が搬送され治療が即刻開始される場であることから、治療を優先しながら、家族の状況を確認しながら状況が説明されていたが、初療での家族への対応は、突然の病気や事故などで大切な家族が生命の危機状態にあるという家族への対応であり、危機介入である。危機介入には、危機的な状況に陥りそうな人¹⁾もしくは、危機的な状況に陥った人²⁾への介入がある。危機の定義では、「危機とは、不安の強度な状態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面してそれに対して対処するためには自分のレパトリーが不十分で、そのストレスに対処するのにすぐに使える方法を持っていないときに経験する」³⁾とある。定義を踏まえて考えると、危機介入は危機という状況(状態)に対する介入と考えられ、病院到着時から退院後までのすべてのケアが危機介入である。

一方、悲嘆ケアは、悲嘆とは、死によって愛する人を亡くした時の最初の情動(情緒)反応⁴⁾であることから、悲嘆という情動反応に対するケア、Lindemanの予期悲嘆⁵⁾に対するケアと考えることができる。そのケア内容は、感情の表出であり、感情が表出しやすいように救急医療の場の環境を整えることやそばにいてることであると考える。その

ように考えると、初療での悲嘆ケアは亡くなることが突然で予期できることが極めて稀であることから、亡くなる直前からとなり、ICUにおいては、亡くなることが予期された場合（医師による死の可能性の説明があった場合）からが悲嘆ケアの開始のタイミングとなるのではないかと考えられる。

2) 文献と調査結果から介入プログラムの作成過程

初療と ICU の看護ケアは、危機介入と悲嘆ケアであることから、救急医療施設でのケアとして、プロトコール 1 危機介入、プロトコール 2 悲嘆ケアとした。アギュララの危機モデル¹⁾は、危機に陥らないようにする介入モデルで、3つのバランス保持要因（出来事の知覚、社会的支持、対処機制）の1つでも不足すると危機に陥るという考えに基づいている。そこで、調査結果表 1、表 2 の中から、アギュララの 3つのバランス保持要因（出来事の知覚、社会的支持、対処機制）に相当しそうな内容（P36・37 表 1、P38・39 表 2 の色塗り箇所）をあげた。出来事の知覚、については、家族が患者の状況を受け止められるかということになるため、患者の状況説明、患者に実施していることの説明、わからないことの確認、面会すること、患者の身体への接触の促進、ケアへの参加を介入プログラムのケア内容とした。社会的支持については、家族をどのようにサポートするのかということになるため、看護師の自己紹介、家族がいないときの治療や処置の説明、家族の把握、家族が 1 人しかいないときのサポート、身体的な不調を訴えた場合のサポートなどを介入プログラムのケア内容とした。山勢ら⁶⁾の標準計画（P20 表 1 色塗り箇所）が多く含まれた。対処機制については、調査結果から内容が得られなかったため、山勢ら⁶⁾の標準計画の 2 項目をあげた。

悲嘆ケアにおいては、家族が感情を表出すること、感情が表出しやすいように救急医療の場の環境を整えることやそばにすることをあげた。

Li ら⁷⁾の研究は、初療にケアが限定されているが、危機介入、悲嘆ケアとして参考になるもの（P22 表 2 色塗り箇所）をあげた。

国外の研究結果では、パンフレットの配布、死別後の電話フォローアップ、面談などが行われていた^{8) 9)}が、調査での退出後のケアは、自死遺族への地域サポートパンフレットの配布、ストレス外来の紹介冊子の配布であった。そこで、救命救急センター退出後のケアでは、プロトコール 3 死別悲嘆パンフレットの配布、プロトコール 4 死別後の電話フォローアップ、面談を入れた。退出後のケアを行うにあたり、退出数週間後に電

話連絡をするのは家族に負担がかかると考え、パンフレット内容に死別後の悲嘆や疑問や困りそうなことがあった場合の連絡先、電話連絡する内容を記載した。パンフレットの作成にあたっては、悲嘆反応¹⁰⁾やウォーデンのグリーフカウンセリング¹¹⁾を参考にした。電話によるフォローアップについては、文献を参考に、1週間から10日後と設定した¹²⁾。直接面談をしたい場合を考え、質問があった場合に看護師や医師に質問を聞く機会を設けること、自宅や自宅近くで話を聞く機会を設けることを追加した。複雑性悲嘆は、精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed TR : DSM-IV-TR)¹³⁾では、2か月以上続く激しい悲嘆と定義されており、日本の文化では四十九日があること、遺族ケアの実施時期を死別後2か月未満とするという意見が多数あった¹⁴⁾ことから、救急医療施設の看護師が実施する死別後のケアの期間を2か月間と設定した。以上より、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、死別悲嘆パンフレット(表3)を作成した。

3) 作成した介入プログラム原案

介入プログラムの内容は、以下の通りであり、原案である。

<救命救急センターでのケア>

プロトコール1 : アギュララとメズィックの危機モデルのバランス保持要因の充足

① 出来事に関する現実的な知覚

具体的なケアとして、家族の状況に応じて、以下のことを実施する。

- ・患者の状況についての説明
- ・患者に実施していることの説明
- ・不明な点についての確認
- ・蘇生場面の見学
- ・面会時に家族への声かけと患者の身体への接触の促進
- ・ケアへの参加の促進

② 社会的支持

具体的なケアとして、患者・家族の状況に応じて、以下のことを実施する。

- ・自己紹介をする
- ・家族がいないときに行われている治療や処置の説明
- ・どのような家族がいるのかを確認する

- ・ 1人しか家族がいないとき、可能であれば、そばにいてサポートする
- ・ 身体的な不調があった場合にサポートする
- ・ 患者だけでなく家族も支援することを伝える
- ・ 相談にのることができることを伝える
- ・ 待合室や家族控え室についての要望を確認する
- ・ 感情を表出（泣くこと等）ができる環境をつくる
- ・ 肩に手をおく、背中をさするなどのタッチング
- ・ ねぎらいの言葉をかけ、休んでいるかを確認する
- ・ 眠れているか、食事がとれているかを確認する
- ・ 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

③ 対処機制

具体的なケアとして、家族の状況に応じて、以下のことを実施する。

- ・ 情動中心の対処（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
- ・ 問題中心の対処に対して、適宜専門的知識や技術を提供したり、専門家への橋渡しをする

プロトコール2：悲嘆ケア

感情の表出：初療、ICUでは、家族は精神的な危機状態にあることから、ありのままの感情を表出させる。感情を表出することは、悲嘆の促進につながる。

- ・ 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
- ・ 感情表出のできる環境を提供する
- ・ 家族のそばに寄り添う
- ・ 家族の心情を察し、思いを聞く
- ・ 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

<救命センターから退出後のケア>

プロトコール1，2を継続的に実施するために以下のことを行う。

プロトコール3：死別悲嘆パンフレットの配布（表3）

死別悲嘆パンフレットは、救命救急センターでのお見送り時に、連携協力者である看

看護師が家族へ配布する。パンフレット配布時は、聞きたいことや話したいことがある場合は記載された連絡先に連絡してよいこと、家族の精神的な状態などを確認するため電話連絡させていただくことを口頭で説明しながら渡す。配布時には、家族の心理や精神状態を考慮し、研究に関する説明は行わない。

パンフレットへの記載内容

- ・死別による反応として、悲嘆反応があり、この反応は大切な人を喪失したときにみられる正常な反応であること
- ・反応には様々な反応があり、それは人それぞれ異なること
- ・悲嘆反応は、儀礼や家族内、親戚、知人、友人などの周囲のサポートや故人に対する自身の感情を誰かに語る（悲嘆作業という）を通して時間を経てゆっくりと回復していくこと
- ・悲嘆作業をうまく行うことができず、故人の死を受け入れられない場合、悲嘆反応が長期的に持続し、精神的な疾患に陥ってしまうことや心疾患・肝疾患に至ってしまうことがあること
- ・複雑性悲嘆に陥らないためには、悲嘆作業をすることが重要であること
- ・患者の状態、救命救急センターでの治療やケアなどについて、わからないことがあれば電話してもよい連絡先、連携協力看護師名を明記する
- ・その後、様子についてお伺いするための電話連絡をさせていただくことがあることを記載する

プロトコール4：電話によるフォローアップと面談

- ・電話によるフォローアップは、パンフレットを配布した遺族を対象に、死別後1週間～10日後に研究代表者と研究者が行う。
- ・看護師が遺族に電話にて連絡し、その後の様子や疑問がないか確認をする。また、2ヶ月後に再度連絡をしてもよいかの確認をする。
- ・質問があった場合には、後日、担当した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。
- ・遺族が直接話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、自宅もしくは自宅近くの場所にて、遺族の話を聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する。
- ・面談で遺族と話をする際は、家族の話を傾聴することに努める。

・面談をする際には、ウォーデンの悲嘆カウンセリングの原則を参考にする。

原則1：喪失が現実起こったことと認識するのを援助する

原則2：遺された人が自らの感情を確認し、味わうのを援助する

原則3：故人がいない世界で生きることを援助する

原則4：喪失経験の意味を見出す援助をする

原則5：故人の情緒的な位置づけのやり直しを促進する

原則6：悲嘆の営みに時を与える

原則7：「普通の」悲嘆行動について説明する

原則8：悲嘆には個人差があることを考慮する

原則9：防衛とコーピングスタイルを検討する

原則10：病的悲嘆を見出し、より詳しい専門家に紹介する

表3 死別悲嘆パンフレット

救命救急センターでお亡くなりになられた患者様のご家族の方へ

このたびは、大切なご家族がお亡くなりになりましたことを心からお悔やみ申し上げます。私は東京医療保健大学の原田竜三と申します。このたび、●●病院のご協力を得まし

て、救命救急センターでお亡くなりになられた患者様のご家族の方に配布させていただきました。

突然、大切なご家族を亡くされてしまいますと、その後体調を崩してしまったり、身体的にも精神的にも大変な状態が続いてしまうことがあります。これは、大切な人を失ったことによる反応（悲嘆反応ともいう）で、以下のようなものがあります。

- ・ 悲しみ、落胆、苦悩、不安、恐怖、罪悪感、罪責感、怒り、いらだち、楽しみの喪失、孤独感、ショック、無感覚、思慕（ふとしたときに故人を思い出す）など。
- ・ 故人を想うことへの没頭、故人の現存感、否認、自尊心の低下、無力感、絶望感、非現実感、記憶力や集中力の低下など。
- ・ 動揺、緊張、落ち着かない、疲労、過活動、探索行動、涙を流す、むせび泣く、泣き叫ぶ、社会的ひきこもりなど。
- ・ 食欲不振、睡眠障害、活力の喪失、消耗、身体愁訴、免疫機能や内分泌機能の変化、病気への罹りやすさなど。

これらの反応は、全てが起こるわけではなく、人それぞれで異なり、正常な反応です。これらの反応は、葬儀などの儀礼や家族内、親戚、知人、友人などの周囲のサポートや故人に対する自身の感情を表出すること（悲嘆作業という）を通して時間を経てゆっくりと回復していきます。しかし、悲嘆作業がうまくできず、故人の死を受け入れられないままですと、悲嘆反応が長期的に持続し、精神的な疾患に陥ってしまったり、他の身体的な疾患（心疾患や肝疾患）に至ってしまう可能性もあるといわれています。

お忙しい時期ではあるかと思いますが、1週間から10日後、ご家族様に身体的、精神的な状態についてお伺いするお電話をさせていただきます。その際、お困りになっていることやお聞きになりたいことがございましたら、お話ください。また、その後、お話ししたいことなどがございましたら、下記までご連絡ください。

5. 小括

看護師に対する調査結果と文献レビューを踏まえ、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および死別悲嘆パンフレットを作成した。

文献

- 1) Aguilera DC. 危機介入の理論と実際. 小松源助, 荒川善子訳. 川島書店. 東京. 1997.
- 2) Fink, SL. Crisis and Motivation: A Theoretical Model. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation 1967;48(11):592-597.
- 3) Caplan G. 地域精神衛生の理論と実際. 加藤正明監訳, 山本和郎訳. 医学書院. 東京, 1977.
- 4) シュトレーベ MS, ハンソン RO, シュト H, シュトレーベ W. 死別体験 研究と介入の最前線. 森茂起, 森年恵訳. 誠信書房. 東京, 2014.
- 5) Lindeman E. Symptomology and management of acute grief. Am J Psychiatry 1944;101:141-148.
- 6) 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.
- 7) Li SP, Chan CW, Lee DT. 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.
- 8) Cuthbertson BH, Rattray J, Johnston M, Wildsmith JA, et al. A pragmatic randomised, controlled trial of intensive care follow up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study. BMC Health Serv Res 2007;7:1-6.
- 9) van der Klink MA, Heijboer L, Hofhuis JG, Hovingh A, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs 2010;26(4):215-225.
- 10) Hansson RO, Stroebe MS. Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences. Washington DC. American Psychological association. 2007.
- 11) ウォーデン JW. 悲嘆カウンセリング改訂版 グリーフケアの標準ハンドブック. 山本力監訳. 誠信書房. 東京, 2011.

- 12) Stone G, Huggon AM, Nayeem N. Telephone follow-up of relatives after sudden death: a survey of relatives' views. *Int J Clin Pract* 1999;53(2):107-109.
- 13) American Psychiatric Association, 精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed TR : DSM-IV-TR). 日本精神神経学会, 高橋三郎, 大野裕監訳. 医学書院. 東京, 2003.
- 14) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 他, わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. *日本クリティカルケア看護学会誌* 2009;5(2):69-81.

第Ⅲ章 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評価

第1節 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による遺族の悲嘆反応(準実験研究)

1. 研究の目的と意義

救急医療施設に搬送され、1か月以内に亡くなる患者の家族に看護介入プログラムを実施し、看護介入プログラムによって、遺族の悲嘆反応が軽減するのかを検証することを目的とする。本研究において、遺族の悲嘆反応が軽減できれば、介入プログラムが有効であると評価され、看護師の実践に寄与することができる。

用語の定義

家族：血縁関係や婚姻関係になくとも、患者と絆を共有し、情緒的な親密さで結ばれていて家族と自覚している者も家族の定義に含まれて捉えられているが、本研究では、対照群（Tatsuno et al.¹⁾の研究データ）と同じ設定にするため、血縁もしくは婚姻によって結ばれていた者を家族として限定する。

救急医療施設で亡くなる患者：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、救急外来および救急医療施設で死亡確認された患者とする。ただし、長期的な期間を経て死亡確認となる場合もあるため、本研究においては対照群（Tatsuno et al.¹⁾の研究データ）と同じ設定にするため、救急医療施設に搬送されてから1か月以内に死亡確認された患者と限定した。

看護介入プログラム：第Ⅱ章で作成した看護介入プログラムである。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

準実験研究デザイン

2) 介入プログラムの実施と質問紙調査の実施期間

2012年11月5日から2016年3月31日に行った。

3) 調査方法

(1) 対象者

(i) 介入群は, A 大学病院救急医療施設に搬送され, 1 か月以内に亡くなった患者の家族で, 介入プログラムを実施することのできた家族である.

選択基準は以下のとおりで, ①③もしくは②③に該当した家族が対象となる.

①来院時心肺停止, 初療にて処置中に心肺停止となり, 死亡確認された患者の家族

②救急医療施設 ICU・高度治療室 (High Care Unit, 以下 HCU と略す) に入室し, 心肺停止, 臨床的脳死, 医師から亡くなることが告げられた患者(入室してから 1 か月以内の患者) の家族

③患者との死別 2 か月後に, 本研究に同意が得られた家族

また, 以下の基準に該当する家族は対象として除外した.

- ・慢性疾患やがんによる状態悪化で, 救急搬送され, 死亡した患者の家族
- ・殺人や暴力行為・虐待などにより死亡した患者の家族
- ・事故などの加害者で死亡した患者の家族
- ・自殺により死亡した患者の家族
- ・臓器移植を行う場合

(ii) 対照群は, Tatsuno et al.¹⁾の研究データであり, B 大学病院救急医療施設と C 総合病院の ICU に入院後 1 か月以内に亡くなった患者の遺族のデータである. 介入群の対象除外基準に準じる遺族は除外されており, 総合病院の ICU で亡くなった患者の遺族は, 救急外来に搬送されて ICU 入室された患者であり, 予定の手術患者は含まれていない. 対照群のデータは, 救急医療施設で亡くなられ 2 か月後以上経過している遺族に調査がされており, 対照群に実施されたケアについては, 明確化されていない.

(2) 看護介入プログラムの実施についての教育と方法

看護介入プログラム (以下, 介入プログラムとする) を表 1 に示す (P39 に記載の原案をわかりやすい表現に修正した). 介入プログラムの実施にあたっては, 施設との打ち合わせ (救命救急センター看護師長, 副師長, 急性・重症患者看護専門看護師, 看護部師長) の結果, プロトコール 1~3 については, 協力施設の看護師に実施を依頼し, プロトコール 4 については, 協力施設の急性・重症患者看護専門看護師と筆者が介入を実施した. プロトコール 1~3 の実施において, 救命救急センターの副師長より看護師に

説明をしてもらった。副師長と定期的に話をする機会を持ち、不明点の確認を行った。途中経過において、遺族の様子を看護師にフィードバックした。対象者選択基準①、②の家族を受け持つことになった看護師に介入を開始することを依頼した。プロトコール 1, 2 の中で家族に実施が必要と考える内容の実施を依頼し、介入プログラムの実施状況と家族の様子を記録を依頼した。介入プログラムプロトコール 4 については、電話連絡をした際に、その後の様子について話を伺えるかを確認し、話をしていただき、さらに 2 か月後に電話をしてもよいかの許可を得た。

表 1 介入プログラム

＜救命救急センターでのケア＞
プロトコール 1：危機介入
1) 患者の状況について家族に説明する
2) 患者に実施していることを家族に説明する
3) 家族がわからないことについて家族に確認する
4) 蘇生場面を見るか家族に確認する
5) 面会時、家族に声をかける
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
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
8) 自己紹介をする
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
10) どのような家族がいるのかを確認する
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
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
13) 患者だけでなく家族も支援することを家族に伝える
14) 相談にのることができることを家族に伝える
15) 待合室や家族控え室についての要望を家族に確認する
16) 家族が感情表出（泣くこと等）ができる環境をつくる
17) 肩に手をおく、背中をさするなどのタッチングを行う
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

- 19) 眠れているか, 食事がとれているかを家族に確認する
- 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
- 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
- 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

プロトコール 2 : 悲嘆ケア

- 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
- 2) 家族が感情表出のできる環境を提供する
- 3) 家族のそばに寄り添う
- 4) 家族の心情を察し, 思いを聞く
- 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

<救命センターから退出後のケア>

プロトコール 3 : 死別悲嘆パンフレットの配布

- 1) 救命救急センター退出時に死別悲嘆パンフレットを配布する

プロトコール 4 : 電話によるフォローアップと面談

- 1) 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) 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.
- 3) 遺族が直接話を聞いてもらいたいという希望がある場合には, 遺族の話聞く機会を設けることを伝え, 希望を確認する.

(3) 調査方法と調査内容

調査は, 介入プログラムを実施し, 亡くなられた患者の死別 2 か月後以降に, 家族に質問紙調査を実施した. 概念枠組みとして図 1 のように考え, 質問調査内容は, Tatsuno et al. ¹⁾ の質問紙の内容を一部修正し, 介入による評価内容 (治療・看護ケア・看護師の態度・看護師のサポート・電話によるサポートについての受け止め) を追加した. 質問紙調査の内容は, 回答者の年齢・性別, 故人の年齢・性別, 故人との続柄, 故人の亡くなった原因, 救急医療施設に搬送されてから亡くなるまでの日数 (入院日数), ストレス対処 (Tri-axial Coping Scale, 以下 TAC-24 と略す) ²⁾, 悲嘆 (Miyabayashi Grief Measurement, 以下 MGM と略す) ³⁾, 介入による評価内容である.

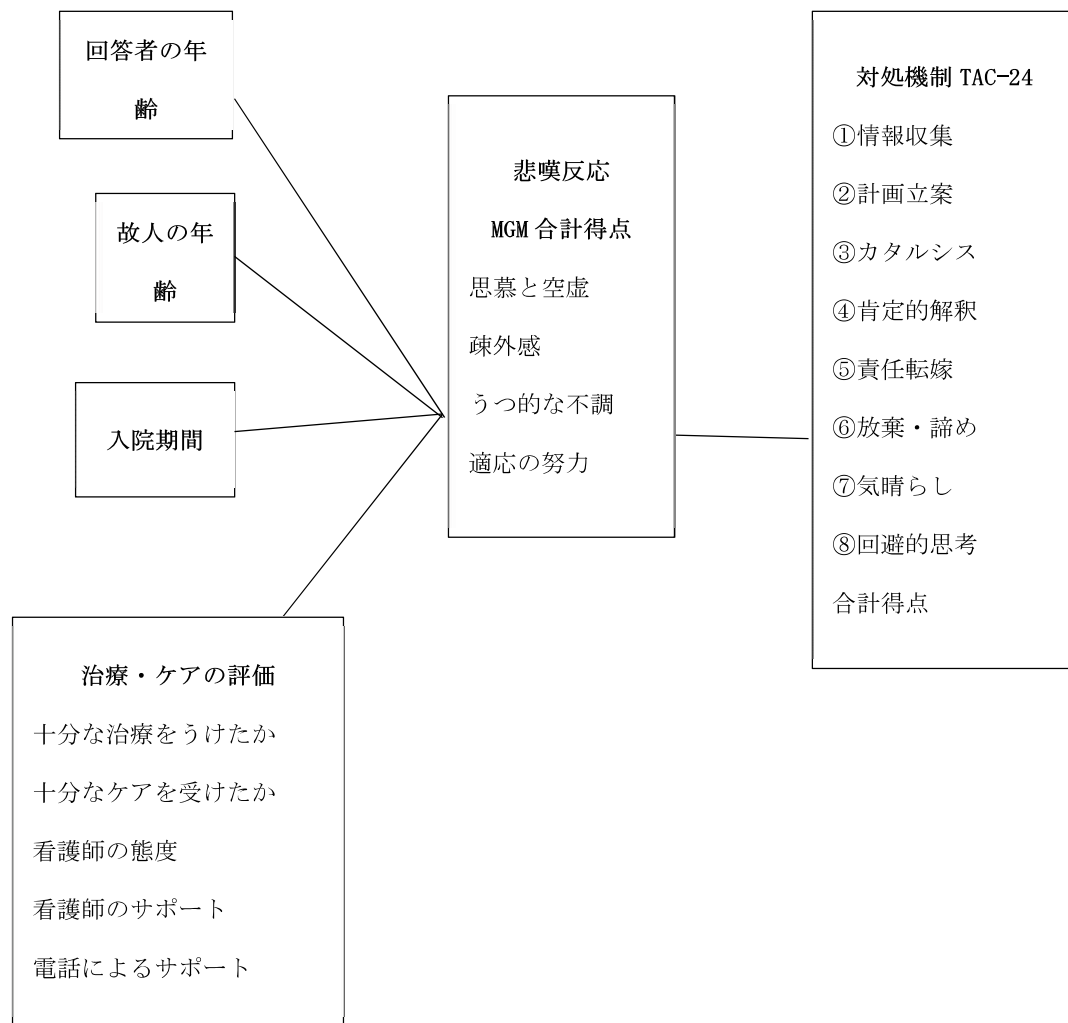


図 1 質問紙調査の概念枠組み

TAC-24 は、ストレス対処の個人差（コーピングスタイル）を「問題焦点あるいは情動焦点」「関与あるいは回避」，「認知系機能あるいは行動系機能」という 3 つの次元からなる 8 つの象限でとらえ、8 つの象限は、①情報収集、②計画立案、③カタルシス、④肯定的解釈、⑤責任転嫁、⑥放棄・諦め、⑦気晴らし、⑧回避的思考である。「1：そのようにした（考えた）ことはこれまでにない」「2：ごくまれにそのようにした（考えた）ことがある」「3：何度かそのようにした（考えた）ことがある」「4：しばしばそのようにした（考えた）ことがある」「5：いつもそうしてきた（考えてきた）」の 5 段階のリッカートスケールで、24 項目から構成されている。下位尺度ごとの得点は、①情報収集 15 点、②計画立案 15 点、③カタルシス 15 点、④肯定的解釈 15 点、⑤責任転嫁 15 点、⑥放棄・諦め 15 点、⑦気晴らし 15 点、⑧回避的思考 15 点で、総合得点は 120 点である。得点

が高いほど対処行動がある。

MGM は、「思慕と空虚」「疎外感」「うつ的な不調」「適応の努力」という 4 つの下位尺度 26 項目から構成されている。各項目について「1: ない」「2: たまにある」「3: 時々ある」「4: 頻繁にある」「5 いつでもある」から求め、下位尺度ごとの得点は、①思慕と空虚 12 項目点 60 点、②疎外感 5 項目 25 点、③うつ的な不調 5 項目 25 点、④適応の努力 4 項目 20 点で、総合得点 26 項目 130 点である。得点が高いほど悲嘆が強い。

介入による評価内容のうち、治療や看護ケアに対する受け止めは、「4: 十分に受けた」「3: まあまあ受けた」「2: あまり受けていない」「1: 全く受けていない」「0: わからない」の 5 段階、看護師の態度はよいと思ったか、看護師のサポートが家族の支えになったか、電話によるサポートが助けになったかは「4: かなり思う」「3: まあまあ思う」「2: あまり思わない」「1: 全く思わない」「0: わからない」の 5 段階のリッカートスケールを用いた。

(4) 分析方法

本調査で得られた調査内容を介入群の調査結果として、単純集計を行った。また、介入群の評価をするため、対照群¹⁾と介入群間の比較分析を行った。さらに、対照群のデータと介入群のデータを合わせて、重回帰分析を行った。分析は、統計ソフト PASW Statistics バージョン 26 を使用した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、聖マリアンナ医科大学大学病院の生命倫理委員会で承認を得た（第 2231 号）。研究の実施にあたっては、協力施設の看護部、救急医療施設看護師長、副師長、医局長を含め、数回の打ち合わせをして協力を得た。死に直面している患者の家族への介入ということから、介入プログラムプロトコル 1.2 については、通常の看護でも実施しているということから、実施する介入については、看護師の判断で必要と考えたもののみ実施を依頼した。また、介入プログラムプロトコル 4 の電話連絡については、その後の様子について、話を伺えるかどうかを確認した後、話をしてもらい、さらに 2 か月後に再度、電話をしてもよいかの許可を得た。研究の依頼は、2 か月後の様子を確認した後、質問紙を送ってもよいかの依頼をさせていただき、同意が得られた場合に質問紙を郵送した。

研究調査の依頼時期について、複雑性悲嘆は、DSM-IV-TR⁴⁾では、2 か月以上続く激しい悲嘆と定義されており、日本の文化による四十九日の時期を踏まえ、遺族ケアの実施

時期を死別 2 か月未満とするという意見が多数あった⁵⁾ことから、救急医療施設の看護師が実施する死別後のケアの期間を 2 か月間と設定し、調査依頼は 2 か月後以降と設定した。研究の依頼は、電話連絡にて行い、その後、研究依頼文と質問紙を郵送した。研究依頼には、研究の主旨、研究の目的、方法、倫理的配慮について明記した。研究の参加への同意は自由意思に基づき、質問紙の返信がされた時点で同意が得られたものとする。得られた情報は本研究以外で使用される事はないこと、氏名が特定されることがないことを明記した。また、死別後の電話によるフォローアップ中に、関わらないでほしい、構わないでほしいといった言動が見られた場合には、研究を中止した。

3. 結果

救急医療施設での介入を実施した家族は 78 名であった。その後、電話によるフォローアップを実施した遺族 39 名に質問紙を郵送し、22 名の遺族から回答が得られた。電話によるフォローアップを実施した遺族が少なくなってしまった原因として、電話連絡をしても連絡がとれなかったことがあった。また、2 か月以後も電話連絡をしてくる家族が数名いた。

1) 介入群と対照群の遺族の背景 (表 2)

介入群の回答者は 22 名で、年齢は、39 歳～86 歳で 70 歳代が多かった。回答者の性別は、男性 10 名、女性 12 名であり、患者との関係は、配偶者 15 名が最も多かった。患者の疾患名は、病院到着時心肺停止 (Cardiopulmonary arrest - on arrival, 以下、CPA - OA という) 20 名が多く、救急外来での死が最も多かった。入院期間の平均は、2.3 日であった。

対照群の遺族の回答者は 63 名で、年齢は、18 歳～91 歳で 60 歳代が多かった。回答者の性別は、男性 22 名、女性 41 名であり、患者との関係は、配偶者 31 名が最も多かった。入院期間の平均は、7.9 日であった。

表2 遺族の背景

		介入群 人数 (n=22)	対照群 人数 (n=63)
遺族の年齢	18歳	0	1
	20～29歳	0	3
遺族の年齢	30～39歳	1	8
	40～49歳	3	4
	50～59歳	4	9
	60～69歳	2	24
	70～79歳	9	8
	80～89歳	3	5
	91歳	0	1
遺族の性別	男	10	22
	女	12	41
故人との関係	配偶者	15	31
	親	6	24
	子ども	1	3
	孫, 兄弟	0	5
故人の疾患名	来院時心肺停止	20	
	くも膜下出血	1	
	敗血症	1	
亡くなった場所	救急外来	14	
	集中治療室	8	
入院期間	1日	16	6
	2日	1	8
	3日	1	3
	4日	0	7
	5日	1	2
	6日～10日	3	17
	11日～20日	0	8
	21日～31日	0	12
	平均入院日数	2.3	7.9

2) 治療・ケアの評価 (表3)

治療に対する受け止めについては,十分に受けた,まあまあ受けたが 82%であり,そ

の理由として、「一生懸命治療をしてもらえた」「先生よりいくつかの治療法の説明があり、家族と話し合い納得できる治療法を選ぶことができた」があった。一方、あまり受けなかったと思う理由には「納得いく説明がなく会話もあまりしていない」があった。

看護ケアに対する受け止めについては、十分に受けた、まあまあ受けたが86%であり、その理由として、「丁寧に説明をしてもらえた」「待機中に声をかけてくれた」「面会時に母の顔を家族に見えるようにしてくれた」「倒れてから6日間、看護師たちのケアが家族にとってとても大事な数日間だった」があった。一方、あまり受けなかったと思う理由には「事務的で思いやりのある対応がなかった」があった。また、わからない理由には、「少し話があったと思うが、気が動転していてよく覚えていない」があった。

看護師の態度はよいと思ったかについて、かなり思う、まあまあ思うが77.4%であり、その理由として、「声をかけてくれてやさしくうれしかった」があった。あまり思わない理由として「あまり接していない」「マニュアル通り」があった。

看護師のサポートが家族の支えになったかについて、かなり思う、まあまあ思うが55.4%であり、その理由として、「家族が全員そろうまで見守ってくれてありがたかった」があった。あまり思わない、全く思わない理由として「気にかけてもらえているのはわかったが、短時間だったので関係が築けたとは思えない」「あまり接していない」「マニュアル通り」があった。

退出後の電話が助けになったかは、かなり思う、まあまあ思うが45.4%であり、その理由として「今までの介護のこともあり、励ましの言葉はありがたかった」「電話を受けた時期がよかった」があった。

表3 治療・ケアの評価

	治療に対する 受け止め	看護ケアに対する 受け止め		
十分に受けた	14 (64%)	13 (59%)		
まあまあ受けた	4 (18%)	6 (27%)		
あまり受けなかった	2 (9%)	1 (4.5%)		
全く受けなかった	0 (0%)	0 (0%)		
わからない	1 (4.5%)	0 (0%)		
無回答	1 (4.5%)	2 (9%)		
	看護師の態度は よいと思ったか	看護師のサポートが 家族の支えになったか	退出後の電話が 助けになったか	
かなり思う	9 (41%)	3 (13.6%)	2 (9%)	
まあまあ思う	8 (36.4%)	7 (31.8%)	8 (36.4%)	
あまり思わない	3 (13.6%)	3 (13.6%)	4 (18%)	
全く思わない	0 (0%)	1 (4.5%)	2 (9%)	
わからない	0 (0%)	5 (22.7%)	2 (9%)	
無回答	2 (9%)	3 (13.6%)	4 (18%)	

3) MGM 合計得点と治療・ケアの評価との関連(表 4)

MGM 合計得点と以下の項目（十分な治療を受けたか、十分なケアを受けたか、電話連絡が助けになったか、看護師の態度はよかったか、看護師のサポートは支えになったか）について、Spearman の順位相関係数を確認した。結果、明らかな相関関係はなかった。

表4 MGM と治療・ケアの評価との関連

	相関係数	有意確率	度数
十分な治療を受けたか	0.13	0.59	19
十分なケアを受けたか	-0.09	0.72	18
退出後の電話は助けになったか	0.1	0.69	16
看護師の態度はよかったか	-0.16	0.52	18
看護師のサポートは 家族の支えになったか	-0.46	0.06	17

4) 介入群と対照群の群間比較(表 5)

介入プログラムの評価をするために、救急医療施設で1か月以内に亡くなった63名のデータ¹⁾を対照群として調査項目の比較を行った。対照群に実施されたケア内容については明らかではないが、死別後のケアは行われていない。介入群の22名のうちMGMに関する有効回答は20名であり、20名と63名のデータで比較を行った。

群間比較を Mann-Whitney U 検定にて行ったところ, MGM の合計得点 ($p=0.02$) と MGM の下位項目である適応の努力 ($p<0.001$), 入院期間 ($p<0.001$), ストレス対処の合計点 ($p<0.001$) とストレス対処の下位項目である情報収集 ($p<0.001$), 放棄・あきらめ ($p=0.01$), カタルシス ($p<0.001$) で有意差があった. 介入群の方が MGM の合計得点の中央値が高く, ストレス対処の得点が低かった. MGM 得点は, 得点が高いほど悲嘆が強く, ストレス対処は得点が高いほど対処ができている. したがって, 介入群は対照群よりも悲嘆が強く, ストレス対処ができていないということが明らかとなった.

表5 介入群と対照群の群間比較

		度数	中央値	25%点	75%点	p値
回答者年齢	介入群	20	71	54	78.5	0.06
	対照群	63	63	48	69	
故人年齢	介入群	20	75	65.75	80.5	0.96
	対照群	63	75	64	82	
入院期間	介入群	20	1	1	2.75	<0.001
	対照群	63	8	3	20	
ストレス対処合計	介入群	19	54	43	70	<0.001
	対照群	63	68	59	79	
情報収集	介入群	19	5	4	8	<0.001
	対照群	63	8	6	11	
放棄・あきらめ	介入群	19	4	3	5	0.01
	対照群	63	6	4	8	
肯定的解釈	介入群	19	10	7	12	0.08
	対照群	63	11	9	13	
回避的思考	介入群	19	7	5	10	0.15
	対照群	63	9	7	11	
計画立案	介入群	19	7	5	10	0.07
	対照群	63	9	7	11	
気晴らし	介入群	19	8	5	11	0.1
	対照群	63	9	7	12	
カタルシス	介入群	19	6	4	9	<0.001
	対照群	63	9	6	12	
責任転嫁	介入群	19	4	3	4	0.06
	対照群	63	5	3	6	
MGM合計	介入群	20	81.5	66.25	99.25	0.02
	対照群	63	69	60	88	
思慕と空虚	介入群	20	41.5	35	48	0.39
	対照群	63	40	30	48	
疎外感	介入群	20	11	7.25	16.75	0.26
	対照群	63	10	6	14	
鬱的な不調	介入群	20	16	9.75	18	0.09
	対照群	63	12	9	17	
適応の努力	介入群	20	14	13.25	16	<0.001
	対照群	63	10	8	12	

5) 介入群と対照群を含めた全データでの重回帰分析 (表 6)

介入群と対照群を含めた全データで, MGM 合計得点を目的変数, 介入の有無は強制投入をして, その他の項目を説明変数として, ステップワイズ法による重回帰分析を行った. モデルの要約は, R (0.56), R² 乗 (0.31), 調整済み R² 乗 (0.16), 推定値の標準誤差 (17.6) であった. 肯定的解釈 (p=0.04), 介入の有無 (p=0.02) で有意差があった.

表 6 MGM 合計得点を目的変数とした重回帰分析

	非標準化係数 B	標準化係数 β	t値	p値
(定数)	106.1		4.78	0
回答者年齢	0.2	0.17	1.43	0.15
故人享年	-0.14	-0.09	-0.84	0.4
入院期間	0.09	0.07	0.59	0.55
情報収集	0.22	0.04	0.22	0.82
放棄・あきらめ	0.88	0.12	0.72	0.47
肯定的解釈	-1.94	-0.27	-2	0.04
回避的思考	-0.08	-0.01	-0.08	0.93
計画立案	0.96	0.16	1.11	0.26
気晴らし	-1.67	-0.28	-1.88	0.06
カタルシス	1.17	0.2	1.46	0.14
責任転嫁	0.13	0.01	0.1	0.91
介入の有無	13.52	0.29	2.35	0.02

4. 考察

1) 対照群との比較による介入の効果について

対照群と群間比較した結果, 介入群の MGM の合計得点の中央値は対照群よりも高く, ストレス対処は対照群より低く, 対照群との有意差があったことから, 介入群の方が悲嘆は強く, ストレス対処ができていないことが明らかとなった. MGM を目的変数とした重回帰分析においては, 介入の有無で有意差があったが, 調整済み R² 乗は 0.16 と低値であったため, 介入の有無による MGM 得点への影響はそれほど大きくない. 以上のことから, 介入群と対照群では, 対照群の方がわずかによい結果であったことが考えられ, 介入プログラムの有効性を示すことはできなかった.

介入プログラムが有効ではなかった理由として、入院期間の差がある。介入群は CPA - OA が多く、対照群の方が入院期間が長かった。そのことは、家族が患者の状況を受け入れ、危機的な状況から回復する可能性があり、死別前に準備をすることができた可能性がある。介入群と対照群で入院中のケアの違いが明確ではないが、対照群の方が入院期間が長いことで家族にとってよりよいケアとなっていた可能性がある。また、対照群の研究は後ろ向き調査結果であるが、今回の調査は前向きの調査である。死別から調査までの時期が関係している可能性があるが、今回のアンケート結果では調査依頼日からある程度の日数が経過してから発送されていることがあり、死別からアンケート実施までの期間が不明確となってしまう。そのため、対照群とのケアの違いと死別からの調査期間の違いが明確でないことは、介入プログラムの有効性を示せなかった原因ともいえる。

(1) 死別サポートについて

米国における研究では、死別サポートを実施した群と実施しない群で、13 か月後に不安・抑うつ、PTSD、悲嘆、ケアに対する満足度の比較をした研究結果があった。結果、死別サポートを実施した群よりも実施しない群の参加者の悲しみが長引いており、PTSD スコアが高く、PTSD のリスクが高いことを示していた⁶⁾。死別サポートの内容としては、電話によるフォローアップと面談、お悔やみの手紙などがあり、本研究と類似するものであった。この研究は死別から 13 か月後に実施されている。そのことから、今回の死別サポートの期間が短かったことや、調査の段階が早かった可能性があると考えられる。

(2) 電話によるフォローアップについて

欧米の研究結果で、ICU で死亡した患者の家族に対して、死別パンフレット、同情カード、電話によるフォローアップ、病院の追悼式への招待状からなる正式な死別プログラムを開発・実施し、すべての回答者は、お見舞いカードを受け取り、意味があると感じ、電話を受けた大多数の人が役に立ったと感じていた⁷⁾との報告があった。電話によるフォローアップが役に立ったかという意見では、そうでもないという意見があり、そのような受け止めは遺族によって異なることが考えられた。成人の救急医療施設で電話フォローアップをした後に調査した結果、回答者の 37 名 (97%) が電話は役に立ったと答え、多かった理由として、「気にかけてくれたこと」(95%)、「質問することができたこと」(46%)があった⁸⁾。一方、心臓 ICU 患者の家族に対する死別後ケアプログラムの家族の意見で、死別の手紙に対する遺族の全体的な意見は肯定的であり、悲嘆のプロセス

に関する情報を提供されたことが役立ったが、電話によるフォローアップは不要であると感じ、カウンセリングサービスがよいという報告があった⁹⁾。

電話によるフォローアップは、日本ではあまりされていないため、あまり助けにならない、わからないという意見が多かった可能性がある。時期がよかったという意見があるものの、死別から2週間ということで、死別後の手続きなどで忙しくしていたことが遺族個々の状況があったことも考えられる。Schutら¹⁰⁾は、ケア対象に基づく分類として、①一次予防的介入、②二次予防的介入、③三次予防的介入をあげている。一次予防的介入は介入の適応があるかどうかにかかわらず、すべての遺族に予防的に援助を提供する、二次予防的介入は死の状況や心理社会的機能水準によって遺族を選別し、不適応のリスクが高い遺族を対象を絞って早期に提供する、③三次予防的介入は複雑性悲嘆や併発した精神疾患に対して行われる介入である。Stroebeら¹¹⁾は、一次的介入に関しては、遺族が望んでいた場合には、有益であると報告している。本研究における電話によるフォローアップは、一次予防的介入であると考えていた。そのため、遺族がその後の生活で困っていたりした場合には、有益であった可能性が考えられる。死別後の電話サポートをすることによって、遺族のその後の様子を確認することができた。そのことから、死別後の電話サポートは、複雑性悲嘆のリスクを評価することができるのではないかと考えられる。また、面談は設定していたが、カウンセリングまでは設定していなかった。死別後のサポートは、遺族のニーズに応じて検討する必要がある。

(3) 救急医療施設でのケアについて

救急医療施設でのケアについて、介入群と対照群ではどのようなケアの違いがあるのかは明らかではない。治療やケアの評価・看護師の態度・サポートの評価はよいが、MGM得点と高い相関関係はなかった。したがって、治療や看護ケアの評価が悲嘆に影響を及ぼしているとはいえない。しかし、治療やケアの評価・看護師の態度・サポートの評価が悪い場合には、悲嘆に影響を及ぼす要因となる可能性はある。複雑性悲嘆になりやすい要因として、突然死の場合、遺族は突然の死に対して、きちんとした医療が行われたのかという疑問を持つことがある。Ito et al.¹²⁾は、救急医療現場における突然死の死別では「情報の不足」という否定的な体験があり、患者の死因や受けた治療といった患者の死に関する情報が十分に得られないことがあると報告しており、黒川ら¹³⁾は医師の説明の理解が困難で13%の家族が説明された内容を覚えていないと報告している。そのため、治療やケアに対して受けたという認識があるということはよい評価で

あったといえる。看護師のサポートに対して、遺族から「丁寧な説明をしてもらえた」「待機中に声をかけてもらえた」「亡くなるまでの時間がとても大事な時間だった」などの評価が見られたことは、医療者の温かい関わりがそのような評価につながっていると考えられる。

2) 看護実践への示唆

本研究の結果では、救急医療施設で亡くなる患者の家族は、悲嘆反応が強く、看護介入プログラムの有効性を示すことはできなかった。しかし、治療や看護ケア、看護師の態度やサポートなどはよい評価が得られた。家族が治療やケアに対して、十分にしてもらったという評価を持つことは重要であると考えられる。また、情報が説明されることは重要なことであるため、家族にその説明が伝わっているかを確認する必要がある。我が国の救急医療施設では、死別後のケアがあまり行われておらず、その報告も少ない。海外文献においても、死別後のケアは推奨されているが、死別後のケアがあまり行われていないとの報告もある¹⁴⁾。死別後のケアが行われていない理由として、実施することの困難さが施設側と看護師側の両面であると考えられる。死別後のケアが行われない場合、通常、病院から退出してしまえば、遺族ケアは本人が望むかどうかにより実施されることとなる。本人が必要なかを自覚しないような場合もあり、どこにどのようにかかったらよいのかがわからないこともある。死別後のケアは、その後のサポートをすることだけでなく、そのような遺族をスクリーニングすることが可能となる。したがって、今後、死別後のケアを含め、検討をしていく必要がある。

3) 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設での実施であり、対象者数が少ない現状であったことが研究の限界である。また、電話によるフォローアップができた家族を対象としたことから、対象数が少なくなった。調査時期として、亡くなってからの経過日数が不明確である。その理由として、調査項目に亡くなってからの経過日数を入れていなかった。また、介入群では、2週間後に電話連絡がつかず、連絡が遅れてしまい、調査時期がずれることがあった。調査用紙の郵送後、かなりの日数が経過して回答が戻ってくるということがあった。そのため、回答の時期が不明確となった。亡くなってからの経過日数は、悲嘆反応の経過に影響を及ぼすため、その影響を踏まえられていないことは本研究の限界である。

介入プログラムプロトコール1, 2において, 実施するケアを看護師の判断に任せていることがあるため, 看護師の介入内容に差がある可能性も本研究の限界である。死別後のケアとして, 危機は6~8週間以内で解決するという理論的な考えを踏まえ, 救急医療施設の看護師が実施する実現可能な時期として, 2か月と設定していたが, より長期的なフォローが必要になると思われる遺族がいた。複雑性悲嘆は, 6か月以上続く激しい悲嘆と定義が変更されていることから, 2か月という期間については改善の必要性があると考え。また, 救急医療施設の看護師が関わるだけでなく, 悲嘆に関する専門家や精神科医の介入を含めて検討することが必要である。

5. 小括

39名の遺族に救急医療施設での介入を実施し, 22名の遺族から回答が得られた。Tatsunoらの研究の対照群と比較した結果, 介入群の方が悲嘆が強く, ストレス対処ができていないことが明らかとなった。治療やケアに対する評価はよくても悲嘆得点との関連はなかった。今回の調査では, 1施設のみ研究であり, 介入群の数が少ないこと, 死別後の介入が2か月であったことなどから介入群の有効性を示すことができなかった。

謝辞

本研究に多大なるご理解をいただき, 本研究にご協力いただきました聖マリアンナ医科大学大学病院の看護部長本館教子様, 急性・重症患者看護専門看護師藤野智子様, 救急医療施設師長様, 副師長様, スタッフの皆様へ深く感謝申し上げます。また, 突然の死別で悲しみにある中, 調査へのご協力をいただきました遺族の皆様へ心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Tatsuno J, Yamase H, Yamase Y. Grief reaction model of families who experienced acute bereavement in Japan. *Nurse Health Sci* 2012;14:257-264.

- 2) 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎康子, 他, 対処方略の3次元モデルの検討と新しい尺度(TAC-24)の作成. 教育相談研究 1995;33:41-47.
- 3) 宮林幸江, 悲嘆反応に関する基礎的研究 (死別悲嘆の下部構造の明確化とそのケア). お茶の水医学雑誌 2003;51(34):51-69.
- 4) American Psychiatric Association, 精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed TR: DSM-IV-TR). 日本精神神経学会, 高橋三郎, 大野裕監訳. 医学書院. 東京. 2003.
- 5) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 他, わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. 日本クリティカルケア看護学会誌 2009;5(2):69-81.
- 6) McAdam JL, Puntillo K. Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased Intensive Care Unit patients. Am J Crit Care 2018;27:372-380.
- 7) Santiago C, Lee C, Piacentino R. A pilot study of an interprofessional multicomponent bereavement follow-up program in the intensive care unit. The Can J Crit Care Nurs 2017;28:18-24.
- 8) Stone G, Huggon AM, Nayeem N. Telephone follow-up of relatives after sudden death: a survey of relatives' views. Int J Clin Practice 1999;53(2):107-109.
- 9) Erikson A, Puntillo K, McAdam J. Family members' opinion about bereavement care after cardiac intensive care unit patients' deaths. Nurs Crit Care 2019;24(4):209-221.
- 10) Schut H, Stroebe MS, van den Bout J, et al. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M S Stroebe, R O Hansson, W Stroebe, H Schut. Handbook of bereavement research consequences, and care. American Psychological Association. Washington D.C. 2001;705-737.
- 11) Stroebe MS, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet 2007;370:1960-1973.

- 12) Ito Y, Tsubaki M, Kobayashi M. Families' experiences of grief and bereavement in the emergency department. A scoping review. *Jpn J Nurse Sci* 2022;19(1):1-14.
- 13) 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.
- 14) Efstathiou N, Walker W, Metcalfe A, Vanderspanl Wright B. The state of bereavement support in adult intensive care: A systematic review and narrative synthesis. *J Crit Care* 2019;50:177-187.

第2節 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による遺族の死別3か月後までの悲嘆反応（事例研究）

1. 研究の目的と意義

救急医療施設に搬送され、1か月以内に亡くなる患者の家族に看護介入プログラムを実施した遺族で、死別後に面談調査を実施できた遺族に、質問紙調査では記載しきれない詳細内容、その後の生活と悲嘆状況、介入に対する評価を確認する目的で実施した。本研究の意義として、悲嘆内容や思いが言葉として語られることから、救急現場での実践への示唆につながる可能性があること、対象者自身が語ることで思いを表出でき、悲嘆ケアにつながる可能性があることを考えた。

2. 研究方法

1) 研究デザイン：事例研究

2) 対象：死別後のサポート（プロトコール4：電話によるフォローアップと面談）を実施した遺族2事例

3) 調査方法：救命救急センターで看護介入プログラムを実施し、2か月後の電話連絡時、調査について依頼し、面談での調査に協力が得られた。

4) 調査時期：2015年8月～2015年11月

5) 分析方法：質的記述的研究

電話フォローアップから面接時までの語りを個別に分析し、カテゴリー化する。その後、2事例のデータを比較し、介入の評価について考察する。

6) 倫理的配慮

本研究は、聖マリアンナ医科大学大学病院の生命倫理委員会で承認を得た（第2231号）。死別2か月後、面談調査について、研究の目的、趣旨について説明し、承諾を得た。話したくないことは話さなくてよいこと、中止してもよいことを説明した。

3. 結果

1) 対象の背景

対象は、2事例である（表1）

表1 事例の背景

	A氏	B氏
年齢	50歳代	70歳代
性別	男性	男性
故人	妻	妻
死の原因	敗血症性ショック	CPA - OA
入院期間	5日間	1日
生活	妻と2人暮らし	妻と2人暮らし
電話連絡		
死別2週間後から 2か月後	3回	2回
面談		
死別3か月後	1回	1回

2) A氏の分析

妻のいない生活のさみしさと自暴自棄

「とてもさみしいです。酒は増えたかshれないが、わからない。2, 3週間の間にみるみる痩せていって、医者にはかかっていない。1人でいると食事もいいかげんになりますね。どうでもいいというか、誰に話をするわけでもないし、ずっと悲しんでいても仕方がないし。」（死別2週間後の電話）

うつかもしれない

「なんかすごく大変です。周囲が言うにはお前はうつ病なんじゃないかと。たまに暗くなってしまう。仕事は断っていたら、減ってしまった。」

（死別1か月後の電話）

気持ちは落ち着いてきたが1, 2年はかかりそう

「気持ち的には1～2年では難しそうだが、前よりは落ち着いてきた。仕事は順調にはいかないが、がんばってやらない。時が解決してくれるものだと思う。」

(死別2か月後の電話)

自責と後悔

「早く連れて行ってあげればよかったと後悔が残っている。1か月前までは元気だった。だんだんやせていって、急に衰弱していった。呼吸が止まって、救急車を呼んだ。その時の印象は強い。5日で亡くなった。一度意識が戻ってアイコンタクトがとれた。チューブや点滴がされて外せなくてかわいそうなことをしたなと思った。チューブをつけて生きて欲しくないと思った。延命処置も。冷たい人だと思われるかもしれないが。」

(死別3か月後の面接)

3か月たって、大丈夫と思える

「亡くなった後は暗い気持ちになった。普通じゃない。今は大丈夫と思っている。」

(死別3か月後の面接)

待機時の疲労

「ICU にいたときは、ずっといてすごく疲れた。くつろげないし、眠れない。心配だから離れられない。5日間つらかった。看護師はやさしかった。」

(死別3か月後の面接)

病院からの電話が気晴らしになった

「人と話すことがなかったから、電話をもらったときは、少し気晴らしになった。」

(死別3か月後の面接)

3) B氏の分析

1人になってしまったさみしさ

「1人になってしまってさみしい。普通のさみしさと違う。どこかに行こうとか、おいしいものを食べに行こうとかいう気持ちにはなれない。」(死別1か月後の電話)

眠れない

「眠れないので眠剤をもらっている。」(死別1か月後の電話)

「だいぶ戻りつつあるけど、睡眠薬のまないと眠れない。」(死別2か月後の電話)

「睡眠薬は飲まないと寝られない。」(死別3か月後)

妻との日々を思い出す

「使っていたものを見るといろいろ思い出す。思い出さないようにしていても思い出してしまう。」(死別1か月後の電話)

「思い出して涙が出てしまう。」(死別2か月後の電話)

「品物を見ると思い出す。テレビを見てると思い出す。買い物行って仲良くされているのを見るとうらやましく見える。よく見ていたドラマは、見たくないなあと思ったりする。」(死別3か月後)

時間がかかると思うが頑張っていこうと思う

「1人で食事などができるようになってきた。時間はかかると思うが頑張っていこうと思えるようになってきた。」(死別2か月後の電話)

体調は戻りつつある

「それなりに体調もよくなりつつあるが、女房がいる生前まではいかない。」

(死別3か月後)

自責と後悔

「亡くなる前は、3日間食欲がなくなった。朝月曜日だったかな、入院するかって、往診の予定日だった。様子みてたら、どんどん様子が悪くなって、その後、大量にコーヒー色のものを吐いて、ティッシュペーパーで取ってたけど、取れなくて。逆流して気管のほうに入ってしまったみたいで、2時に死亡確認されて。その光景は今でも覚えてますね。いろんなことを思い出すと、自分を責めて。あの時こうしてあげればよかったって。」

(死別3か月後)

残念で言葉にならない

「葬儀のこととか自分1人でやらなきゃいけないって、今度はそっちの方にね、集中して。ずっと1人でね。葬儀社の方が付き合ってくれてね。お骨になってこっちに来てから、もうだめですね。いろいろ言ってくれるんだけど、残念で言葉にならないんですよ。」(死別3か月後)

救命センターへの感謝

「救命センターではよくやってくれたなって。息を吹き返してくれた(蘇生により一時的に自己心拍が再開した)。ちょっと無理かなって思っていた。」(死別3か月後)

気がまぎれた

「ちょっと気がまぎれました。話を聞いてもらえてよかったです。」(死別3か月後)

4) A氏とB氏の分析のまとめ

A氏とB氏の分析を、時系列にして、悲嘆プロセスとして、表2にまとめた。表中にある救命での体験については、A氏、B氏の悲嘆反応というよりも救命での体験やサポートに対する評価であるため、別枠にした。

表2 悲嘆プロセスと救命での体験

	死別2週間後	死別1ヶ月後	死別2ヶ月後	死別3ヶ月後	救命での体験
A氏	さみしさ				<ul style="list-style-type: none"> ・待機時疲労 ・病院からの電話が気晴らしになった
	自暴自棄				
		うつかもしれない			
			気持ちは落ち着いてきたが、1.2年はかかりそう		
				自責と後悔 大丈夫と思える	
B氏			眠れない		<ul style="list-style-type: none"> ・救命センターへの感謝 ・気がまぎれた
			妻との日々を思い出す		
		さみしさ			
			時間はかかると思うが、頑張っていこうと思う		
				自責と後悔 体調は戻りつつある 残念で言葉にならない	

A 氏と B 氏で共通することは、2 人とも妻を亡くした寡夫であり、妻と 2 人暮らしであったということである。悲嘆反応として、さみしさ、自責と後悔が共通している。また、死別 2 か月後には、精神的に少し落ち着く様子が見られている。それぞれの特徴で考えると、A 氏は、自暴自棄、うつ病的になったことがあげられる。B 氏は、不眠と妻との日々を思い出すことがある。

4. 考察

2 事例とも、妻が亡くなる前から少しずつ体調が変化し、急変したときに対応し、救急車を要請していた。そのため、「病院に早くつれていけばよかった、ああしておけばよかった」という自責と後悔が続いていた。自責と後悔は突然死の悲嘆の特徴である。配偶者が亡くなってしまったさみしさを実感しながら生活していた。これは、2 人とも妻との 2 人暮らしであったため、1 人暮らしになったことで急にさみしさを感じるようになったと考えられる。A 氏は、死別 2 週間後、自暴自棄になっている時期があり、飲酒量が増え、食事もどうでもよいというような状況に陥っている。妻を失った衝撃が強いと考えられ、その後抑うつ病的になっている。Bowlby は、悲哀の 4 段階で、無感覚、思慕と探求、混乱と絶望、再建の段階をあげている¹⁾。無感覚の段階は、非常に強烈な苦悩を抱くため、この段階にあったと考えられる。B 氏は、妻との日々を思い出すことが多く、孤独感が特に顕著に現れていると考える。妻との日々を思い出すのは、思慕であると考えられる。Bowlby の思慕と探索の段階は、失った人物を思慕し探し求めることが数か月ときに数年続くとある¹⁾。このことから、B 氏はこの段階にあるのではないかと考えられる。A 氏、B 氏ともに、死別 2 か月後には、気持ちが少し落ち着いてきたが、しばらく時間がかかることを実感していた。妻がいなくなった生活はまだ始まったばかりであり、思慕と探索の段階にあると考えられる。死別 2 か月後に気持ちが落ち着いた理由としては、四十九日の法要が終わったこと、危機は 6 週間で終結する²⁾ ことがあるのではないかと考えられた。

体調の変化として、不眠があり、うつかもしれないと思う時期もあったが、少しずつ体調は戻りつつある。睡眠障害は、死別後悲嘆の特徴的な反応である³⁾。

DSM-5-TR⁴⁾ では、6 か月以上強い悲嘆が続き、分離の苦痛に関する症状、死に対する反応としての苦痛症状、社会機能/アイデンティティの崩壊などの症状をいくつか認める場合、prolonged grief disorder(遷延性悲嘆症)と判断されるため、2 事例とも正常な

悲嘆反応の経過と考えられる。

電話によるフォローアップは、死別後の生活の様子がわかり、病院にかかっているかどうかなどの確認をすることが可能となる。また、複雑性悲嘆のリスクがあるのかを確認することが可能になると考える。

5. 介入プログラムの評価

2名の遺族は、故人への思い、寂しさ、悲しみ、自責と後悔の念を表出し、故人のいなくなった空虚感を感じていた。睡眠障害は改善しつつあり、強い悲嘆症状は軽減していると考えられる。そのことから、悲嘆は促進されていると考えられる。救命救急センターでの医師や看護師の対応には感謝をしており、不満は抱いていない。そのことから、看護介入プログラムは、悲嘆を促進していると考えられるのではないかと考えられる。電話フォローアップや面談に対して、気晴らしになり、気がまぎれたとの言葉が聞かれたことから、話を聞くということのケアは重要なケアになるのではないかと考えられた。今回、死別後のケアとして、2か月後までをケアの時期と考えた。両氏が死別2か月後で、精神的に落ち着いたとのことから、時期としては妥当だったのではないかと考える。

6. 小括

看護介入プログラムを実施し、2か月後の電話連絡時、調査について依頼し、面談での調査に協力が得られた2事例について、電話フォローアップから面接時までの語りを個別に分析、カテゴリー化した。その結果、悲嘆反応、生活での様子、看護についての受け止めを聞くことができた。遺族の自宅での面談であったため、自宅に伺い、直接話を聞くことで、生活の様子を垣間見ることができ、電話フォローアップのときとは異なつて生活の様子をありありと感ずることができた。遺族の話す「さみしい」という言葉が家の中の空間と一致する印象を受けた。元の生活に戻ることはなく、今の生活を送っている感じが感じ取れた。救命救急センターで勤務する看護師が自宅訪問をして面談をするという看護介入は難しいと思うが、遺族に来院してもらい面談をするという機会が作れて話を聞くことができると、電話フォローアップとは違い、患者の顔やしぐさなど、体調の様子を見ることができ、生活の様子を聞くことによって、複雑性悲嘆のリスクアセスメントができるのではないかと考えられた。

謝辞

本研究に多大なるご理解をいただき、ご協力いただきました聖マリアンナ医科大学大学病院の看護部長本館教子様、急性・重症患者看護専門看護師藤野智子様、救急医療施設師長様、副師長様、スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。また、突然の死別で悲しみにある中、調査へのご協力をいただきました遺族の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) ボウルビィ J. 母子関係の理論: III 対象喪失. 黒田実郎, 吉田恒子, 横浜恵三子訳. 岩崎学術出版. 東京, 1981.
- 2) Aguilera DC. 危機介入の理論と実際. 小松源助, 荒川善子訳. 川島書店. 東京, 1997.
- 3) van der Klink AM, Heijboer L, Hofhuis GMj, Hovingh A, et al. Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(4):215-225.
- 4) American Psychiatric Association, 日本精神神経学会, 高橋三郎, 大野裕監訳. 精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed TR : DSM-5-TR) . 医学書院. 東京, 2023.

第IV章 救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムに対する 妥当性の検討

1. 研究の目的と意義

本研究の目的は、第II章において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（以下、介入プログラムとする）の、実践可能性、実施度と重要度、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。

本プログラムを評価するにあたり、ロッシら¹⁾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¹⁾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がために、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²⁾³⁾。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 つの観点を用いた。

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。なお、2019 年に救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド（以下、ガイドという）⁴⁾が作成された。このガイド⁴⁾と比較し、考察することで、介入プログラムの有用性を検討する。

用語の定義

- ・家族：近年では、血縁関係や婚姻関係になくとも、患者と絆を共有し、情緒的な親密さで結ばれていて家族と自覚している者も家族の定義に含まれて捉えられているが、本研究では、血縁もしくは婚姻によって結ばれていた者を家族として限定する。

- ・救急医療施設で亡くなる患者：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、長期的な期間を経て死亡確認となる場合もあるため、本研究では救急医療施設に搬送されてから 1 か月以内に死亡確認された患者と限定する。
- ・看護介入プログラム：第Ⅱ章で作成した看護介入プログラム(31 項目)である。第Ⅱ章,Ⅲ章では,プロトコール 1 危機介入 (22 項目),プロトコール 2 悲嘆ケア (5 項目),プロトコール 3 パンフレットの配布 (1 項目),プロトコール 4 退院後のケア (3 項目)としていたが,プロトコール 3・4 が死別後のケアとなるため,この章では以下のように変更した。プロトコール 1 危機介入 (22 項目),プロトコール 2 悲嘆ケア (5 項目),プロトコール 3 死別後のケア (4 項目) である。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

実態調査研究

2) 調査期間

2021 年 12 月 6 日～2022 年 3 月 31 日

3) 研究対象

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⁵⁾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。

4) 調査方法

施設条件を満たす救命救急医療施設の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, 質問紙に記載し, 筆者宛に郵送の依頼をした.

5) 調査内容

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遺族ケアの経験と実施内容と③回答者の背景の3つの枠組みで構成した.

6) 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)^{6) 7)}で評価した. Lynn⁷⁾ 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^{6) 7)}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う⁸⁾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 点以上, 重要度 3 点以上, Lynn I-CVI 0.78 以上である場合, 推奨するケアとして妥当であると判断する。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。

7) 倫理的配慮

本研究は, 筆者の所属する施設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, 病院の看護部長に研究の承諾を得た。救急医療施設の看護師長に調査に興味のありそうな看護師を選定してもらい, 配布してもらった。

研究への調査協力は, 自由意思であり, 質問紙の発送によって同意を得たものとし, 発送後の研究協力の辞退はできないことを説明文に明記した。研究協力者への依頼文・説明文には, 研究の趣旨, 研究の方法, 倫理的配慮について明記した。調査に協力しないことによる不利益はないこと, 調査に協力することで, 亡くなった患者のことや家族のことを思い出してしまい, 悲しみの感情が表出される可能性があることを説明文に明記した。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, 取り扱うことを説明文に明記した。

3. 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) .

表 1 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

* CNS: Certified Nurse Specialist

* CN: Certified Nurse

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)。

表2 介入プログラムの総合評価

n=345											
プロトコール1:危機介入(22項目)	実践可能性			実施度			重要度			内容妥当性	
	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) 待合室や家族控え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）

1) 家族が患者と触れ合う時間やプライベート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
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
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
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
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）

1) 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	344	<u>2.85</u>	1.17	345	<u>1.16</u>	0.67	342	3.07	0.83	342	<u>0.74</u>
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>

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>
4) 遺族が直接話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、遺族の話を聞く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

(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してもらう」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してもらう」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）。

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

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。「蘇生場面を見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、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 (SD 1.34), 重要度 3.53 (SD 0.68), 内容妥当性 0.89 で, 実施度が低かった。

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。「遺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, 遺族の話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。

4. 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, 「蘇生場面を見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⁹⁾, 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: ガイドという)⁴⁾ 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¹⁰⁾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。山勢らの調査では、立ち会いが行われていない理由として、立ち会いの規定や習慣がないこと、重要他者に対応するスタッフがいない¹¹⁾ことがあった。家族の求めがあれば、立ち会いは許可されるべきである¹²⁾との意見もあり、スタッフの問題がなければ、実施してもよいと考える。内容妥当性の結果から、一般に推奨するケアとして、妥当ではないと判断できるが、重要度は3点台で、まあまあ重要であるが多いため、検討すべき項目であると考えられる。

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、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⁴⁾では、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ため、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．

「遺族が直接、話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、遺族の話を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、遺族の話を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、遺族の希望がある場合という文言があることから、遺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、少し実施しているという結果であり、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⁴⁾において、死別後のケアは、悲嘆ケアの中に 1 項目「退院後に家族が来院した場合は快く受け入れ、家族の体調を気遣いながら労いや現状の確認、情報提供を行う」、組織体制整備の中の退院後の支援として 3 項目「お悔やみの手紙の送付、遺族会の開催等の仕組みを組織に提案する」「遺族会等を紹介できる体制を整える」「家族の状況をアセスメントし、必要であれば精神科への受診、カウンセラーへの相談、行政の遺族支援等を勧める」がある．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、施設の状況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、検討すべき項目であると考えられる．

「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¹³⁾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⁴⁾ と併用することが有効であると考え. 重要度が 3 点以上で, 内容妥当性が 0.78 以上ではない 3 項目においては, 検討の必要性がある項目であると考え. 特に死別後のケアにおいては, 救急医療施設の看護師が実施することの難しさがあるため, 臨床心理士や精神科医などの多職種と協力したり, 地域の保健師や訪問看護師などとの連携をしていくことが必要である.

5) 看護介入プログラムと終末期看護プラクティスガイド⁴⁾との比較, 関連および併用することの可能性

終末期看護プラクティスガイド(以下, ガイドという)⁴⁾ 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が, 全人的苦痛緩和, 意思決定支援, 悲嘆ケアは患者・家族への直接ケアで, 直接ケア, チーム医療推進, 組織体制整備の 3 重構造となっている. そのため, 医療チームとの連携を図る看護師および部署を統括する看護管理者を使用者として想定している. ガイド⁴⁾ と筆者らが作成した看護介入プログラム(以下, 介入プログラムという)を比較すると, 介入プログラムには患者に対するケアが無く, 意思決定支援, チーム医療推進, 組織体制整備に関する項目が無い. 介入プログラムにある危機介入は, ガイド⁴⁾ では, 全人的苦痛緩和の心理的苦痛緩和の中に含まれている. 介入プログラムにある悲嘆ケアは 5 項目であるが, ガイド⁴⁾ では, 主な項目として【信頼関係の構築】, 【悲嘆作業の促進】があり, その中に 7 つ内容<誠実な対応を心がけ信頼関係の構築と維持に努める><感情表出を促す><現状理解が深まる情報を提供する><患者とともに過ごす環境を調整する><患者に行われている治療やケアに対して安心感や希望を持てるようにする><家族と患者の関係, 家族と医療者との関係を調整する><身体的・心理的安寧・安楽を促進する>があり, 具体的な行動例として 55 項目がある. 介入プログラムでは, 危機介入にあたる内容がガイド⁴⁾ の悲嘆ケアに含まれており, 危機介入と悲嘆介入は重複する内容となると考えられる. 介入プログラムにある死別後のケアは, ガイド⁴⁾ では, 悲嘆ケアの 1 項目と組織体制整備にある退院後の支援の 3 項目であり, ガイド⁴⁾ には死別後のケアがあまり多く含まれていないと考えられた.

上記より, 介入プログラムは, 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, 救急医療施設に搬送してから亡くなる患者の家族への直接的なケアを導き出したもの¹⁴⁾ である. 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。初療では、患者の治療が優先され、家族に関わる時間は少ない。その中でも、家族に情報を提供し、家族の望むケアが実施されることは望ましい。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⁴⁾に含まれる内容は、膨大であるため、熟知している看護師には多角的なガイドと言えるが、ガイド⁴⁾をあまり熟知していない看護師にとっては、筆者らの介入プログラムは、項目数が少なく、妥当性が評価された即実践可能な介入プログラムといえる。ガイド⁴⁾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の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⁴⁾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。

表4 介入プログラムと救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイドの比較

介入プログラム	救急・集中ケアにおける終末期看護 プラクティスガイド
<救命救急センターでのケア>	<全人的苦痛緩和>
プロトコール1:アギュララの危機	目的:患者・家族の全人的苦痛が緩和できるように支援する
モデルのバランス保持要因の充足	目標1. 患者・家族の全人的苦痛について情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる
①出来事に関する現実的な知覚(認識)の促進 具体的なケア	・患者の病態・身体的苦痛・治療の把握
・患者の状況についての説明	・患者の心理・社会的、スピリチュアルな苦痛の把握
・患者に実施していることの説明	・家族の心理・社会、スピリチュアルな苦痛の把握
・不明な点についての確認	目標2. 患者が体験している全人的苦痛を緩和できる
・蘇生場面を見るかの確認	・身体的苦痛の緩和
・面会	・心理・社会的苦痛の緩和
・家族への声かけと患者の身体への接触の促進	・スピリチュアルな苦痛の緩和
・ケアへの参加の促進	・専門チームやリソースの活用
②社会的支持 具体的なケア	目標3. 家族が体験している苦痛を緩和できる
・自己紹介をする	・心理的苦痛の緩和
・家族がいないときに行われている治療や処置の説明	・社会的苦痛の緩和
・どのような家族がいるのかを確認する	・スピリチュアルな苦痛の緩和
・患者だけでなく家族も支援することを伝える	・専門チームやリソースの活用
・1人しか家族がいないとき、可能であれば、そばにいてサポートする	<意思決定支援>
・身体的な不調があった場合にサポートする	目的:患者・家族が治療やケアを選択・意思決定できるように支援する
・相談にのることができることを伝える	

- ・待合室や家族控え室についての要望を確認する
- ・感情を表出（泣くこと等）ができる環境をつくる
- ・肩に手をおく、背中をさするなどのタッチング
- ・ねぎらいの言葉をかけ、休んでいるかを確認する
- ・眠れているか、食事がとれているかを確認する
- ・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

③対処機制 具体的なケア

- ・情動中心の対処（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
- ・問題中心の対処に対して、適宜専門的知識や技術を提供したり、専門家への橋渡しをする

目標 1. 意思決定支援に必要な情報収集・アセスメントをし、問題を抽出できる

- ・患者・家族の背景や現状認識, 意思決定能力, 代理決定者の把握

- ・患者・家族の意向の把握

- ・医療チームの状況の把握

目標 2. 患者・家族とともに最善の選択を検討し、意思決定を支援できる

- ・医療チームの支援体制づくり

・意思決定に向けた患者・家族と対話しやすい環境の調整

- ・患者・家族の状況理解を促す支援

・患者・家族の最善の意思決定を促進するための情緒的支援

目標 3. 意思決定後の患者・家族の心理的負担を軽減できる

- ・患者・家族の意思決定後の反応の観察と心理的ケア

- ・患者・家族の悲嘆反応の把握

プロトコール 2: 悲嘆ケア

<悲嘆ケア>

・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

- ・感情表出のできる環境を提供する

- ・家族のそばに寄り添う

- ・家族の心情を察し、思いを聞く

- ・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

目的: 患者・家族の悲嘆過程を支援する

目標 1. 患者・家族の悲嘆状況について情報収集を行いアセスメントし問題を抽出できる

- ・患者・家族の背景, 現状認識の把握

目標 2. 患者が体験している喪失感や死に向かう苦痛・ストレスを和らげることができる

- ・信頼関係の構築

- ・悲嘆作業の促進

目標 3. 家族が体験している患者との死別過程に伴う苦痛やストレスを和らげることができる

- ・信頼関係の構築

- ・悲嘆作業の促進

プロトコール 3: 死別後のケア

・救命救急センター退出時に死別悲嘆パンフレットを配布する

記載内容例) 死別悲嘆や悲嘆作業について、患者の状態、救命救急センターでの治療やケアなどについて、わからないことがあれば電話してもよいこと、連絡先、電話連絡をすることの記載。

- ・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

(死別後の様子や疑問がないか確認をする。2か月後に再度連絡をしてもよいかの確認をする。)

- ・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

・遺族が直接話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、自宅もしくは自宅近くの場所にて、遺族の話を聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する

(面談で家族と話をする際は、遺族の話を傾聴することに努める)

<チーム医療推進>

目的：多職種と連携しチーム医療を推進する

目標 1. チーム医療の状況について情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる

- ・関連する職種の把握
- ・関連する職種の関係性や連携の把握

目標 2. 看護師は、医療チームで問題解決するための方略や役割分担を明確にするよう調整できる

- ・多職種の調整
- ・多職種間の意見の調整
- ・看護師間での連携

<組織体制整備>

目的：看護師が直接ケアとチーム医療を推進できる体制を整える

目標 1. 組織体制について情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる

- ・患者・家族への直接ケアの状況の確認
- ・チーム医療が円滑に行われているかの把握
- ・終末期ケアを提供するための部署体制の把握

目標 2. 直接ケアとチーム医療を推進できる

- ・看護師の直接ケアの支援
- ・チーム医療の推進

目標 3. 終末期ケアを行うための部署の体制を整備することができる

- ・人材育成
 - ・環境調整
 - ・ケア基準やマニュアルの整備
 - ・院内委員会・資源の活用
 - ・感情労働への支援体制の整備
 - ・退院後の支援
-

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、実施度や実践可能性に差があると考えられる。

5. 改訂版プログラムの提案

改訂版プログラムとして、推奨された 27 項目に、危機介入として「家族が蘇生場面を見ることを希望する場合、そばにつきそう」、死別後のケアとして「施設内の精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、訪問看護師と調整する」、「地域の保健師、看護師、施設外の臨床心理士と調整する」の 3 項目を追加する。

6. 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、内容妥当性も高かった。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⁴⁾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。

7. 小括

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 項目に精錬された. 改訂版プログラムとして, 推奨された 27 項目に, 危機介入として「家族が蘇生場面を見ることを希望する場合, そばにつきそう」, 死別後のケアとして「施設内の精神科医, 臨床心理士, ソーシャルワーカー, 訪問看護師と調整する」, 「地域の保健師, 看護師, 施設外の臨床心理士と調整する」の 3 項目を追加した.

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, 看護師の皆様に深く感謝申し上げます.

利益相反

本研究における開示すべき利益相反はない.

文献

- 1) ロッシ PH, リプセイ MW, フリーマン E. プログラム評価の理論と方法 システマティックな対人サービス. 政策評価の実践ガイド, 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎監訳. 日本評論社. 東京, 2005;125-158.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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
- 5) 日本救急看護学会, 救急看護クリニカルリーダー. http://jaen.umin.ac.jp/enclinallader_200911.pdf (最終アクセス日: 2023. 12. 26)
- 6) Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing research 1986;35(6):382-386.

- 7) Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? *Appraisal and Recommendations. Res. Nurs. Health* 2007;30:459-467.
- 8) Polit DF, Beck CT, 看護研究 原理と方法, 第 2 版, 近藤潤子監訳, 医学書院. 東京, 2010;438.
- 9) Kathleen SO, Christine RD. Health Care Provider' s Evaluations of Family Presence During Resuscitation. *J Emerg Nurs* 2010;36(6):524-533.
- 10) 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
- 11) 山勢博彰, 立野淳子, 田代明子, 田戸朝美, 心肺蘇生処置中の家族の立ち会いに関する現状および医療従事者の意識と家族の思い. 財団法人 救急振興財団助成研究(平成 19 年 4 月 1 日～平成 20 年 3 月 31 日) 研究報告書
- 12) 中澤慧, 心肺蘇生時の家族の立ち会いと情報開示. *生命倫理* 2019; 29(1)
- 13) Stone G, Huggon AM, Nayeem N. Telephone follow-up of relatives after sudden death: a survey of relatives' views. *Int J of Clin Pract* 1999;53(2):107-109.
- 14) 原田竜三, 千明政好, 濱本淳子, 山勢博彰, 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. *日本救急看護学会雑誌* 2012;14(3):177.

第V章 終章

1. 総括

本研究では、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を作成、実施し、遺族の悲嘆反応の軽減に効果があるかを検証した。また、この看護介入プログラムが看護師によって実施可能性があるのか、実施度と重要度の認識、内容妥当性について検討した。

結果、以下の知見を得た。

- 1) 「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作成のための調査」では、関東圏内の救急医療施設9施設34名の看護師にインタビュー調査を実施した。看護師は、救急医療施設に到着してから退室するまで、家族に対して、危機介入や悲嘆ケアを実施していた。また、看護師によるケアは、看護師の判断により実施され、家族の状況にあわせて展開されるものであった。調査結果と文献検討から、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を作成した。救急医療施設で実施するケアについて、プロトコール1危機介入とし、危機介入については、アギユララの危機モデルを参考にケア項目を分類した。プロトコール2として悲嘆ケアをケア項目とした。救命救急センター退出後のケアとして、プロトコール3死別パンフレットの配布、プロトコール4として電話フォローアップ、面談をあげた。

- 2) 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による遺族の悲嘆反応（準実験研究）では、39名の遺族に救急医療施設での介入を実施し、22名の遺族から回答が得られた。Tatsunoらの研究の対照群と比較した結果、介入群の方が悲嘆が強く、ストレス対処ができていないことが明らかとなった。治療やケアに対する評価はよかったが、悲嘆得点との関連はなかった。今回の調査施設は1施設であり、介入群の数が少ないこと、電話連絡できた対象が少なかったこと、死別後の介入が2か月であったことなどから介入群の有効性を示すことができなかった。そのため、プログラムを多角的に評価していく必要がある。

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による遺族の死別3か月後までの悲嘆反応（事例研究）では、看護介入プログラムを実施し、面談調査に応じてくれた2名の遺族より死別後の悲嘆反応、生活での様子、看護について

の受け止めに聞くことができた。救命の現場で働く看護師が自宅訪問をして面談をするという看護介入は難しいと思うが、遺族に来院してもらい面談をするという機会が作れて話を聞くことができること、電話フォローとは違い、患者の顔やしぐさなど、体調の様子を見ることができ、生活の様子を聞くことによって、複雑性悲嘆のリスクアセスメントができるのではないかと考えられた。

- 3) 救急医療施設で亡くなる患者家族への看護介入プログラムに対する看護師の妥当性の検討では、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いる施設を選択し、協力の得られた 70 施設で勤務する看護経験 3 年目以上の看護師 359 名に調査をした。介入プログラムをプロトコール 1 危機介入、プロトコール 2 悲嘆ケア、プロトコール 3 死別後のケアとして妥当性を確認した。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「遺族が直接話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、遺族の話を聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する」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。改訂版プログラムとして、推奨された 27 項目に、危機介入として「家族が蘇生場面を見ることを希望する場合、そばにつきそう」、死別後のケアとして「施設内の精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、訪問看護師と調整する」、「地域の保健師、看護師、施設外の臨床心理士と調整する」の 3 項目を追加した。
- 最終的に、改訂版介入プログラムを以下の表 1 の 30 項目として提案する。下線部は最終的に改訂したものである。

表 1 改訂版介入プログラム

プロトコール 1 : 危機介入 (22 項目)

- 1) 患者の状況について家族に説明する
- 2) 患者に実施していることを家族に説明する
- 3) 家族がわからないことについて家族に確認する

4) 家族が蘇生場面を見ることを希望する場合,そばにつきそう

- 5) 面会時, 家族に声をかける
- 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
- 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
- 8) 自己紹介をする
- 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
- 10) どのような家族がいるのかを確認する
- 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
- 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
- 13) 患者だけでなく家族も支援することを家族に伝える
- 14) 相談にのることができることを家族に伝える
- 15) 待合室や家族控え室についての要望を家族に確認する
- 16) 家族が感情表出(泣くこと等)ができる環境をつくる
- 17) 肩に手をおく, 背中をさするなどのタッチングを行う
- 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
- 19) 眠れているか, 食事がとれているかを家族に確認する
- 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
- 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
- 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

プロトコール2: 悲嘆ケア (5項目)

- 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
- 2) 家族が感情表出のできる環境を提供する
- 3) 家族のそばに寄り添う
- 4) 家族の心情を察し, 思いを聞く
- 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

プロトコール3：死別後のケア（3項目）

- 1) 遺族が直接、話を聞いてもらいたいという希望がある場合には、遺族の話聞く機会を設けることを伝え、希望を確認する
 - 2) 退院時死別後のケアが必要と判断した場合や相談があった際には、施設内の精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、訪問看護師と調整する
 - 3) 退院時死別後のケアが必要と判断した場合や相談があった際には、地域の保健師、看護師、施設外の臨床心理士と調整する
-

2. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、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による遺族の悲嘆反応に対する有効性の研究において、遺族の対象者数が少なかったことである。対象者数が少なかった原因として、協力施設が1施設であったこと、電話連絡できた対象が少なかったこと、死別から2か月後の調査であったことなどが原因として考えられる。複雑性悲嘆の定義が6か月後とされたことから、6か月後くらいまでを介入時期と考えた方がよいかもしい。また、対照群で実施された看護と明確な区別がつかないことも限界としてあげられる。看護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。死別後のケアにおいては、救急医療施設の看護師が実施することの難しさがあるため、臨床心理士や精神科医などの多職種と協力したり、地域の保健師や訪問看護師などとの連携をしていくことが必要である。

今後は、介入群の対象者数を増やせるよう複数施設で取り組み、遺族ケアの有効性が明確にわかるように、同一施設での前後比較研究をチームアプローチとして取りくむこと、死別後のケアの実施に向けての検討が課題である。

謝辞

本研究にあたり, 研究計画の段階より実施および論文作成に至るまでご指導を賜わりました現日本医科大学医療管理学教授, 元山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域山勢博彰教授に深く感謝いたします. 対照群となるデータをご提供くださり, 研究に多大なるご助言をいただきました小倉記念病院の急性・重症患者看護専門看護師の立野淳子様に深く感謝申し上げます.

また, 本研究の実施に際し, 協力施設としてご尽力賜わりました聖マリアンナ医科大学病院看護部長の本館教子様, 急性・重症患者看護専門看護師の藤野智子様に心より感謝申し上げます. 看護師調査にご協力いただきました救急医療施設の看護部様, 師長様, 看護師の皆様にも心より感謝申し上げます. 調査にご協力いただきましたご遺族の皆様にも謝意を表します.

最後に, 博士論文の執筆, 修正につきまして, ご指導を賜わりました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域田中愛子教授に深く感謝いたします. 懇切丁寧なご指導とともに, いつも温かい励ましをいただきました. また, 堤雅恵教授にもご指導, ご支援をいただきました. 深く感謝いたします.

資料 1

救命救急センターで大切な方を亡くされたご家族様へ

研究調査：「救命救急センターで亡くなる患者の家族に対する看護介入
プログラムの評価に関する研究」
についてのご説明（質問紙調査と面接調査）

1. はじめに

このたびは、突然の状況で、救命救急センターで亡くなられましたことを心からお悔やみ申し上げます。

本調査は、突然の状況で大切な方を亡くされたご家族様のお気持ちを理解し、看護師がどのようなケアを提供させていけばよいのかを検討させていただくための調査です。ご家族様の健康状態や救命救急センターでの治療やケア、心残り、看護師の態度などについてお聞きしたく調査用紙を郵送させていただきました。

本調査は、本学の生命倫理委員会（以下：臨床試験部会）の審議にもとづく学長の許可を得ています。調査に参加されるかどうかは、ご家族の自由意思に基づいて実施されるものです。

2. 本調査の目的と意義

本調査の目的は、救命救急センターで亡くなる患者様の家族に対する看護介入プログラムの有効性を検証することです。救命救急センターで亡くなる患者様の家族は、死別後、複雑性悲嘆（深い悲しみの結果、精神的に落ち込むことが長期に渡り、日常生活への影響や身体症状に異常が出てしまうこと）に陥る可能性があり、救命救急センターでのケアは悲嘆プロセスを促進する重要なケアであるとされています。しかしながら、家族が救命救急センターで受けたケアをどのように評価しているのか、また悲嘆プロセスが促進しているのか明確ではありません。そこで、本研究を実施することにより、ケアを受けた家族側のその後の悲嘆状況とケアの評価により有効なケアを見出すことができ、その後のケアに貢献できる研究となることが考えられます。

3. 調査の方法

本調査は、救命救急センターで大切な方を亡くされたご家族様で、救命救急センター退出後に面談をさせていただいたご家族を対象としています。同封している質問紙についてご回答いただいた後、救命救急センター退出後の面談について、ご家族様がどのように思ったのかについての感想などをお聞きしたく、依頼させていただきました。ご家族のご自宅もしくは近くの場所にて、約1時間程度、お話をお伺いさせていただきたいと考えております。お話したくないことを無理にお話する必要はございませんし、途中で中止することも可能です。大変貴重なお話となりますので、可能であればICレコーダーに録音させていただきたく思います。また、直接会っての面接を希望されない場合は、質問紙のみ回答していただいてもかまいません。質問紙にお答えするお時間はだいたい30分～50分程度の時間がかかります。質問紙に回答している途中で、中止することもできます。

4. 調査の予定参加期間

質問紙にお答えいただく時間（約1時間程度）

5. 調査の予定参加人数

2〜3 施設で実施され、300 名を予定参加人数としています。

6. 調査に参加することでの予測される効果と起こるかもしれないこと

本調査に参加し、質問紙に答えることで、ご自身の身体的精神状態に気づくことができます。また、感情を吐露することで、悲嘆作業につながり、悲嘆を促進することが考えられます。しかし、故人のことを一時的に思い出してしまうことが考えられます。

7. 調査中にあなたの健康に被害が生じた場合について

本調査実施中に、故人のことを一時的に思い出してしまい、つらくなってしまう場合があります。面接調査の場合で、医療機関への受診が必要と判断した場合は、対象者や他の家族の同意のもと、適切な医療機関への受診を支援します。対象者が通院中またはかかりつけの医療機関があれば、その医療機関への受診を支援します。特定の医療機関がない場合は、対象者やその他の家族と相談し、受診可能な医療機関への受診を支援します。質問紙調査のみの場合は、質問紙への記載を中止してください。

8. この調査への参加は、ご家族の方の自由意思によるものです。

調査への参加は、ご家族の方の自由意思によるものです。一度調査に同意をしてもいつでも中止することができます。参加しない場合や中止をした場合でも、不利益を被ることはありません。

9. 研究を中止する場合があります。

面接調査において、途中で対象者から研究協力の辞退の申し出があった場合、研究を中止します。また、健康被害が生じ、研究の継続が困難な場合、研究を中止します。

10. この調査結果が公表される場合でも、あなたの身元が明らかになることはありません。

調査結果は、学会や学会誌に発表することがございますが、あなたの名前などの個人情報は一切わからないようにしますので、プライバシーは守られます。また、この調査で得られたデータが本研究の目的以外に使用されることはありません。調査結果を希望する場合には、調査結果送付希望用紙を一緒にお送りください。後日、結果についてまとめたものを郵送させていただきます。

また、録音させていただいた IC レコーダーや質問紙は、鍵のかかる保管場所に保管し、パソコンにデータを入力する際には、パスワードをかけて保管し、調査終了後、破棄いたします。自宅の住所や電話番号など個人情報が漏えいすることのないよう、記載された用紙は鍵のかかる場所に保管し、パソコンにデータを入力する際には、パスワードをかけて保管いたします。

本研究に同意をいただいた場合、カルテや記録類などを閲覧させていただきます。

1 1. 費用負担について

本調査に参加することによる費用負担はありません。ただし、健康に被害が生じ、医療機関を受診する場合、対象者の同意のもと費用は対象者負担にて、適切な医療機関への受診を支援します。

1 2. この調査に関する質問について

本調査に関する不明な点についての質問がありましたら、下記までご連絡ください。

ご家族用

同意書

聖マリアンナ医科大学病院
病院長 _____ 殿

研究課題名：救命救急センターで亡くなる患者の家族に対する看護介入プログラムの評価
研究

<説明事項>

1. はじめに
2. 本調査の目的と意義
3. 調査の方法
4. 調査の予定参加期間
5. 調査の予定参加人数
6. 調査に参加することでの予測される効果と起こるかもしれないこと
7. 調査中にあなたの健康に被害が生じた場合について
8. この調査への参加は、ご家族の方の自由意思によるものです。
9. 研究を中止する場合があります。
10. この調査結果が公表される場合でも、あなたの身元が明らかになることは ありません。
11. 費用負担について
12. この調査に関する質問について

【面接調査協力者署名欄】

私は、研究に参加するに当たり、研究者である原田竜三より上記項目の説明を聞きました。その結果、私はこの研究に協力する意思があることを認め、この研究に参加することに同意致します。

同意日：平成 年 月 日

面接調査協力者氏名： _____ (自署)

【研究者署名欄】

私は、上記面接協力者に本研究調査について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

研究者氏名： _____ (自署)

研究者用

同意書

聖マリアンナ医科大学病院
病院長 _____ 殿

研究課題名：救命救急センターで亡くなる患者の家族に対する看護介入プログラムの評価
研究

<説明事項>

1. はじめに
2. 本調査の目的と意義
3. 調査の方法
4. 調査の予定参加期間
5. 調査の予定参加人数
6. 調査に参加することでの予測される効果と起こるかもしれないこと
7. 調査中にあなたの健康に被害が生じた場合について
8. この調査への参加は、ご家族の方の自由意思によるものです。
9. 研究を中止する場合があります。
10. この調査結果が公表される場合でも、あなたの身元が明らかになることは ありません。
11. 費用負担について
12. この調査に関する質問について

【面接調査協力者署名欄】

私は、研究に参加するに当たり、研究者である原田竜三より上記項目の説明を聞きました。その結果、私はこの研究に協力する意思があることを認め、この研究に参加することに同意致します。

同意日：平成 年 月 日

面接調査協力者氏名： _____ (自署)

【研究者署名欄】

私は、上記面接協力者に本研究調査について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

研究者氏名： _____ (自署)

施設用

同意書

聖マリアンナ医科大学病院
病院長 _____ 殿

研究課題名：救命救急センターで亡くなる患者の家族に対する看護介入プログラムの評価
研究

<説明事項>

1. はじめに
2. 本調査の目的と意義
3. 調査の方法
4. 調査の予定参加期間
5. 調査の予定参加人数
6. 調査に参加することでの予測される効果と起こるかもしれないこと
7. 調査中にあなたの健康に被害が生じた場合について
8. この調査への参加は、ご家族の方の自由意思によるものです。
9. 研究を中止する場合があります。
10. この調査結果が公表される場合でも、あなたの身元が明らかになることは ありません。
11. 費用負担について
12. この調査に関する質問について

○ この研究の結果について (知りたい・知りたくない)

【面接調査協力者署名欄】

私は、研究に参加するに当たり、研究者である原田竜三より上記項目の説明を聞きました。その結果、私はこの研究に協力する意思があることを認め、この研究に参加することに同意致します。

同意日：平成 年 月 日

面接調査協力者氏名： _____ (自署)

【研究者署名欄】

私は、上記面接協力者に本研究調査について十分に説明いたしました。

説明日：平成 年 月 日

研究者氏名： _____ (自署)

I. 回答してくださる方と亡くなられた方について教えてください。

1. 回答してくださる方の年齢を教えてください。

() 歳

2. 回答してくださる方の性別を教えてください。

① 男性 ② 女性

3. 亡くなられた方の年齢を教えてください。

() 歳

4. 亡くなられた方との続柄について教えてください。

①配偶者 ②父 ③母 ④子ども ⑤その他 ()

5. 亡くなられた方は、どのような理由でお亡くなりになりましたか。

①病気 ②交通事故 ③職場での事故

④その他 ()

6. 亡くなられた方は、救命救急センターに搬送されてからどこでお亡くなりになりましたか

① 救急外来 ② ICU (集中治療室)

7. 救命救急センター ICUに入院された場合、何日目にお亡くなりになりましたか

() 日目

8. ご家族が亡くなられた後と同時期にストレスとすることがありましたか？ (例：他の家族が病気になった、入院したなど)

① はい ② いいえ

9. はいと回答した場合、どのようなストレスがあったか教えてください。

10. ご家族が亡くなられたことに関連して、ストレスとすることがありましたか？ (例：妻が亡くなって家事がストレスなど)

① はい ② いいえ

11. はいと回答した場合、どのようなストレスがあったか教えてください。

II. 救命救急センターで受けた治療やケアについてお伺いします。

1) 救命救急センターでは、十分な治療を受けたと思いますか。	十分に 受けた と思う	まあまあ 受けた と思う	あまり受け なかつた と思う	全く受けな かつた と思う	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

2) 上記の理由についてお答えください。

3) 救命救急センターでは、看護師から十分なケアを受けたと思いますか。	十分に 受けた と思う	まあまあ 受けた と思う	あまり受け なかつた と思う	全く受けな かつた と思う	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

4) 上記の理由についてお答えください。

IV. 救命救急センターから退出後のことについてお伺いします。

1) 救命救急センターから退出後の看護師との電話は、助けになったと思いますか。	かなり 思う	まあまあ 思う	あまり思わ ない	全く思わ ない	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

2) 上記の理由についてお答えください。

3) 救命救急センターから退出後に看護師と面談をしましたか？

はい いいえ

4) はいと答えた方におたずねします

看護師との面談は助けになったと思いますか。	かなり 思う	まあまあ 思う	あまり思わ ない	全く思わな い	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

5. 上記の理由についてお答えください。

V. 救命救急センターや退出後の看護師の態度やサポートについてお伺いします。

1) 看護師の態度は、よいと思いましたが。	かなり 思う	まあまあ 思う	あまり思わ ない	全く思わ ない	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

2) 上記の理由についてお答えください。

3) 看護師のサポートは、家族の支えになりましたか。	かなり 思う	まあまあ 思う	あまり思わ ない	全く思わ ない	わから ない
該当する番号に○をつけてください	4	3	2	1	0

4) 上記の理由についてお答えください。

VI. あなたの心残りについてお伺いします。どのような心残りがありますか。

ご自由にお答えください。

VII. あなたのストレスに対する対処(行動)についてお伺いします。設問のように考えたり、したことの頻度について該当する数字に○をつけてください。

	ない 1	ごくまれ にある 2	何度か ある 3	しばしば ある 4	いつも ある 5
1) 悪いことばかりではないと楽観的に考える	1	2	3	4	5
2) 誰かに話を聞いてもらい気を静めようとする	1	2	3	4	5
3) 嫌なことを頭に浮かべないようにする	1	2	3	4	5
4) スポーツや旅行などを楽しむ	1	2	3	4	5
5) 原因を検討し、どのようにしていくべきか考える	1	2	3	4	5
6) 力のある人に教えを受けて解決しようとする	1	2	3	4	5
7) どうすることもできないと解決をあと延ばしにする	1	2	3	4	5
8) 自分は悪くないと言い逃れをする	1	2	3	4	5

9) 今後はよいこともあるだろうと考える	1	2	3	4	5
10) 誰かに話を聞いてもらって冷静さを取り戻す	1	2	3	4	5
11) そのことをあまり考えないようにする	1	2	3	4	5
12) 買い物や賭け事、おしゃべりなどで時間をつぶす	1	2	3	4	5
13) どのような対策を取るべきか綿密に考える	1	2	3	4	5
14) 詳しい人から自分に必要な情報を収集する	1	2	3	4	5
15) 自分では手におえないと考え放棄する	1	2	3	4	5
16) 責任をほかの人に押し付ける	1	2	3	4	5
17) 悪い面ばかりでなくよい面をみつけていく	1	2	3	4	5
18) 誰かに愚痴をこぼして、気持ちをほらす	1	2	3	4	5
19) 無理にでも忘れるようにする	1	2	3	4	5
20) 友だちとお酒を飲んだり好物を食べたりする	1	2	3	4	5
21) 過ぎたことの反省をふまえて、次にすべきことを考える	1	2	3	4	5
22) 既に経験した人から話を聞いて参考にする	1	2	3	4	5
23) 対処できない問題であると考え、あきらめる	1	2	3	4	5
24) 口から出まかせを言って逃げ出す	1	2	3	4	5

VIII. 以下の設問にお答えください。最もあてはまる数字番号に○をつけてください。

1. 「うんうん」と理解を示す対象がない現実がやるせない。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

2. 故人と関連する物事や場所ではさみしい気持ちになる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

3. 故人が恋しくてしかたが無い。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

4. 心の中に穴がぽっかりとあいたような気がする。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

5. 全ての支えを失ったと感じる。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

6. もう元の家族にはもどれないという悲しみがこみあげる。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

7. 一緒にしてきたり・できた行動がもうできないとあらためて思う。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

8. これからは、何も相談できないという現実寂しさを感じる。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

9. 死別の悲しみにくれている。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

10. なぜ私がこういうこと（死別のこと）に遭うのだらうと思う。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

11. 幸せそうな家族・連れ添う人達をみるのはなんとなく辛い。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

12. 生前その時は仕方がなかったことでもできていればと後悔する。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

13. 死別によりステータス（社会的地位や身分、状態）も同じようになくした気になる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

14. 私は置いてきぼりをくったようで落ち着かない気分にも襲われる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

15. 全てのつながりが絶たれ孤立してしまったような気になる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

16. 今回の不幸により自分だけが他の人と違ってしまったと感じる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

17. 親しかった仲間といっても、溶け込めない。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

18. 死は配慮とか力不足だったのではないかと自分を責めている。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

19. 何かの折に不意に思い出し、胸が締めつけられる。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1 2 3 4 5

20. どうしようもないような孤独に襲われる時がある。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

21. 死別が原因で、身体が不調である。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

22. 体中から力が抜けたような疲労感を感じる。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

23. 苦しい死別の経験が私をすこしづつ強くしている。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

24. 今までとは異なる点で生きる術を身につけつつある。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

25. 死別の悲しみに区切りがついてきたように思う。

全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらでもない	ややそう思う	全くそう思う
1	2	3	4	5

26. 死別の悲しみのコントロールは何とかできている。

全くそう思わない あまりそう思わない どちらでもない ややそう思う 全くそう思う

1

2

3

4

5

ご協力ありがとうございました。

資料2 看護介入プログラムの実践可能性に関する研究 質問紙

看護介入プログラムの概要について

看護介入プログラムは、救急医療施設で生命危機にあり亡くなりそうな患者の家族に対して、救急医療施設を退室した後のケアまでを含めて実施するケアについて、危機介入と悲嘆ケアを取り入れたプログラムです。

危機介入は、危機に陥らないように関わる具体的なケアです。また、悲嘆ケアは、患者の死に対する予期悲嘆と死別後におこる悲嘆に対する具体的なケアです。

※注意事項

質問Ⅲについては、具体的なケア1つ1つに、4つの質問をしています。

- ① 実施できそうか
- ② 実施しているか
- ③ 重要だと思うか
- ④ 適切だと思うか

それぞれあてはまるもの（数字）に○をつけてください。

I. あなたのことについて教えてください

1. 性別 ①男 ②女
2. 年齢 (歳)
3. 看護師経験歴 (年)
4. 救急・ICU 経験歴 (年)
5. 緩和ケア病棟経験歴 ①あり (年) ②なし
6. 職位について教えてください
①師長 ②副師長 ③主任 ④その他 ()
7. 専門看護師、認定看護師の資格の有無を教えてください
①急性・重症患者看護専門看護師
②重症集中看護認定看護師
③ 救急看護認定看護師
③ なし
8. 遺族ケアの実施経験の有無を教えてください
(遺族ケアとは、亡くなった患者が病院を退出した後に、遺族に対するケアのこと)
※退室後遺族が挨拶に来て対応をしたことなども含めてよい
①あり ②なし
9. 遺族ケアの必要性の認識について教えてください
①必要と思う ②必要と思わない ③わからない
10. 遺族ケアを行う上で障壁とを感じるものについて教えてください (複数回答可)
①遺族ケアを行うには時間的な制約がある
②遺族ケアを実施する人材がない
③遺族ケアに対する教育を受けていない
④遺族が求めているかわからない
⑤その他 ()
⑥わからない

II. あなたの所属する施設について教えてください

1. 設置主体についてお答えください。
①国 ②公的医療機関 ③社会保険関係団体 ④医療法人
⑤私立大学病院 ⑥社会福祉法人 ⑦その他
2. 救急医療体制についてお答えください。
①3次救急医療施設 ②2次救急医療施設

Ⅲ. 下記の看護介入（色塗部分）について、①実施できそうか、②実施しているか、③重要だと思うか、④適切だと思うかについて、お答えください。

1. <救命救急センターでのケア> プロトコール1：危機状態にある家族へのケア

1) 患者の状況について家族に説明する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

2) 患者に実施していることを家族に説明する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

3) 家族がわからないことについて家族に確認する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

4) 蘇生場面を見るか家族に確認する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

5) 面会時、家族に声をかける

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

8) 自己紹介をする

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

10) どのような家族がいるのかを家族に確認する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

- 12) 家族が身体的な不調があった場合に家族をサポートする
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 13) 患者だけでなく家族も支援することを家族に伝える
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 14) 相談にのることができることを家族に伝える
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 15) 待合室や家族控え室についての要望を家族に確認する
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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

- 16) 家族が感情表出（泣くこと等）できる環境をつくる
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 17) 肩に手をおく、背中をさするなどのタッチングを行う
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 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
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 19) 眠れているか、食事がとれているかを家族に確認する
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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

- 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家族に伝える
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 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家族に伝える
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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
- 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
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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

2. <救命救急センターでのケア> プロトコール2：悲嘆ケア

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

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

2) 家族が感情表出のできる環境を提供する

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

3) 家族のそばに寄り添う

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

4) 家族の心情を察し、家族の思いを聞く

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

- 5) 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
- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
 - ② 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
 - ③ 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
 - ④ 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

3. <死別後のケア>

1) 死別悲嘆パンフレットの配布

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

2) 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。

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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家族に伝え、確認後連絡をする。

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

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、家族の話聞く機会を設ける

- ① 5実施できる 4実施できそう 3実施できるかわからない
2実施できそうにない 1全く実施できない
- ② 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
- ③ 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
- ④ 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

以上です。
ありがとうございました。