

原著論文

救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態調査

A Survey of the Current Situation of Grief Care
Provided by ER Nurses

井上正隆 (Masataka Inoue)*¹ 田中雅美 (Masami Tanaka)*¹
森本紗磨美 (Samami Morimoto)*¹ 岡林志穂 (Shiho Okabayashi)*²
大川宣容 (Norimi Okawa)*¹

要 約

本研究の目的は、救急外来看護師が行う悲嘆ケアをケアが行われる段階に沿って、治療相、看取り相、退院後相に分け、各相の特徴と相互の関連性を明らかにする。また、悲嘆ケアが行われている群の特徴、および悲嘆ケアが受ける影響要因や看護師の振り返りによる影響を明らかにする。全国の救命救急センター国内全施設数（284病院）の中で、研究協力の得られた92病院の救急外来看護師1392名に質問紙を配布し、669件の有効回答を得た（回収率：48.3%、有効回答率：99.4%）。悲嘆ケアの実施状況で、最も行われているのは、遺族となった家族が患者と初めて対面する場面でのケアで、最も行われていないのはサポートグループや相談窓口の紹介などの退院後に行うケアであった。救命的治療が優先される治療相のケアブロックの特徴として、家族の状況を静かに見守るケアが多く、家族に積極的にかかわるケアは少ない傾向にあった。看取りの前後に行われる看取り相でのケアブロックの特徴は、家族が死を受け止める場を看護師が調えるケアが行われており、これは治療相のケアブロックから関連を持って行われていた。背景要因による悲嘆ケアの実施の頻度に差は無く、看護師の振り返りが悲嘆ケア全体の実施の程度を上げるよう作用していると推察され、振り返りや共有をはかることが悲嘆ケアの質を上げることが示唆された。

Abstract

This study aims to elucidate the current situation regarding the grief care provision and the relationship between reflection and the grief care provided by ER nurses. A questionnaire was distributed among ER nurses at 92 hospitals across Japan that have an ER facility, and 673 nurses agreed to participate in the study. This study found that nurses provide grief care most frequently in situations where bereaved family members see the deceased patient for the first time, while they provide grief care least frequently after death discharge. In general, grief care during treatment is passive, and it is less likely for nurses to proactively provide grief care to the patient's family during treatment. A characteristic of grief care at the time of the patient's death is that a nurse provides passive care in a way which reflects how it was provided during treatment. Nurses tend to provide passive grief care to the bereaved family while they are trying to accept the death of a patient. It was found that the way in which grief care is provided does not depend on whether a post-death debriefing is held. However, findings suggest that holding a conference tends to promote self-reflection in nurses based on past experiences, which affect the nature of the grief care they provide.

キーワード：悲嘆ケア 救急外来 看護師

*¹ 高知県立大学看護学部

*² 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

I. 緒 言

クリティカルケア看護分野での悲嘆ケアの特徴として、積極的な治療を行う時期と看取の時期が、病棟などで看取の場合に比べ時間的に極端に密接していることが挙げられる（村上ら，2009）（高野，2002）。そのような中で、患者は心理的危機に陥りやすく、様々な悲嘆反応を呈する（立野ら，2011）とされている。一方で、特に救急外来における悲嘆ケアは、救命を優先とした治療、環境の物理的障害、看護師自身の苦手意識などにより、看護師の悲嘆ケア提供の困難さが明らかにされている（中谷ら，2010）。

これらの状況を受けて、2014年に日本集中治療医学会、日本救急医学会、日本循環器学会の3学会合同による救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表された。看護師の救急外来での悲嘆ケアに関する質的調査では、看護師は救急外来で予期せぬ死を経験した家族への悲嘆ケアとして、信頼関係をつくり、常に患者・家族の支援者として、家族に寄り添い、家族の受け止めに支援するという特徴を持ったケアを行っていることが報告されている（岡林ら，2018）。今後、質の高い悲嘆ケアが全国に広がっていくには、これらの研究を基にした救急外来看護師の悲嘆ケアガイドラインの開発が望まれる。

しかしながら、悲嘆ケアガイドラインの作成に際しては、既述のような時間的特性や木本らが述べる「患者を死にゆくもの」としてみることの難しさや（木本ら，2003）終末期に至る予測と積極的治療の段階の見極めの難しさ（伊藤ら，2013）を考慮する必要があると考えた。

そこで我々は、救急外来看護師の悲嘆ケアガイドラインの開発を念頭に置き、救急外来において看護師が行う悲嘆ケアの実態をケアの行われる段階に注目した量的実態調査を行うこととした。これを基に、救急外来での悲嘆ケアの介入のタイミングや関連要因を把握することができ、看護師が効果的に悲嘆ケアを行うための手がかりを得ることが可能となると考えている。

II. 研究目的

救急外来看護師が行う悲嘆ケアをケアが行われる段階に沿って、治療相、看取り相、退院後相に分け、各相の特徴と相互の関連性を明らかにする。また、悲嘆ケアが行われている群の特徴、および悲嘆ケアが受ける背景要因や看護師の振り返りによる影響を明らかにする。

III. 本研究の枠組み

先行研究（岡林ら，2018）を基に救急外来看護師が行う悲嘆ケアを、「救急外来で患者を亡くした家族に対する悲嘆を促す看護ケア行為」と定義した。悲嘆ケアには3相（治療相、看取り相、退院後）のケアブロックがあり、看護師の背景要因や看護師が行う振り返りから影響を受けていると考えた（図1）。

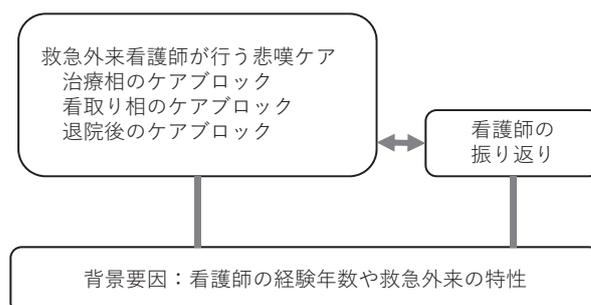


図1 本研究の概念枠組み

IV. 研究方法

1. 研究対象者

救命救急センターを標榜する全284病院の中で、研究協力の承諾が得られた92病院の救急外来に勤務する看護師で、家族の悲嘆ケアに携わった経験のある者とし、1392通の質問紙を配布した。

2. 調査実施方法

調査は、平成29年5月～10月に実施し、無記名自記式質問紙の直接郵送法により回収を行った。

各病院の看護部門責任者宛に依頼文書を送付し、研究協力の諾否、承諾の場合は質問紙送付部数を確認し返送を依頼した。研究協力を承諾

の得られた病院の看護部門責任者に、対象者への協力依頼書、倫理的配慮についての説明文書、質問紙及び返信用封筒を郵送し、調査対象者への配布を依頼した。

3. 質問紙の作成と構成

1) 質問紙の作成

先行研究を基に質問紙を独自に作成し、プレテストを経て質問紙の洗練化を図った。看護師の属性5項目、救急外来看護師が行う悲嘆ケア32項目、看護師の振り返り3項目の質問紙を作成した。悲嘆ケア32項目は、予期せぬ死を迎える家族への実施内容として質問項目を提示し、ケアの実施について、「とても当てはまる」を7点、「全くあてはまらない」を1点としたリッカート尺度を用いた。

2) 質問紙の構成

(1) 属性

看護師経験年数、救急経験年数、デスカンファレンスの有無、1日の勤務する看護師数、1日の救急車の受け入れ台数を質問した。

(2) 救急外来看護師が行う悲嘆ケア

既述のように悲嘆ケアを構成するケア32項目は、ケアを行う段階に即して治療相のケアブロック、看取り相のケアブロック、退院後のケアブロックの3つのケアブロックからなる。

- ①治療相のケアブロック：救急車の来院時から救命処置の中止決定までのケア：20項目
- ②看取り相のケアブロック：臨終前に家族が患者に会う時から退院までのケア：9項目
- ③退院後のケアブロック：家族とともに患者が退院した後のケア：3項目

(3) 看護師の振り返り

看護師が行う振り返りに関して、個人的な機会を活用した他者との共有、カンファレンスでの共有、次へのケアへの活用についての3項目とした。

4. 分析方法

1) 属性の分析

各質問項目に関して、平均と標準偏差を算出した。

2) 悲嘆ケアおよび各ケアブロックの実態の分析

悲嘆ケア32項目の平均と標準偏差を算出し、全体および各ケアブロックで悲嘆ケアがどの程度行われている傾向にあるのか分析した。ケアブロックの分析は、研究協力者ごとのケアブロック小計をケアブロック内満点で割り、パーセントで表し、ケアブロック内の実施率を算出した(以下、ケアブロック内実施率)。これを基に各ケアブロックの基礎統計を算出し、比較した。また、各ケアブロック間にどのような関連性があるのかを相関分析を用いて分析した。

3) 悲嘆ケアが行われているケースのケア特徴の分析

悲嘆ケアが行われているケースのケア特徴を分析するために、病院内で行われる悲嘆ケアに注目し、治療相と看取り相を合わせた実施率を求め、院内ケア実施率として算出した。この院内ケア実施率を従属変数、院内ケアに属する質問項目を独立変数にして、重回帰分析を行い、悲嘆ケアが行われているケースでは、どのようにケアが行われているのか特徴を調べた。

4) 看護師の振り返りや背景要因などが悲嘆ケアに及ぼす影響の分析

救急外来看護師の振り返りや背景要因が悲嘆ケアにどのような影響を与えているか明らかにするために、まず背景要因で実施される悲嘆ケアに差があるかを相関分析とt検定で確認した。次に、振り返りに関する各質問項目に対して、【やや当てはまる】から【とても当てはまる】と回答していたケースを実施群、それ以外を非実施群として全体のサンプルを2群に分割し、行われている悲嘆ケアの傾向に差があるかt検定を用いて分析した。

5) 統計分析

統計パッケージSPSS Statistics ver. 22を活用して分析を行った。すべての検定の有意水準は0.05未満を採用した。また、t検定に関しては、判別の基準を有意確率とともに効果量を用いて差があるかを判別し、 p 値 <0.05 でかつ効果量0.4以上を基準に用いた。相関分析は、ピアソンの積率相関係数を求め、相関係数の絶対値が0.4以上

でかつ、有意確率が0.05未満を有意な相関関係と判別した。重回帰分析は、ステップワイズ法を用いた。

5. 倫理的配慮

研究を行うにあたり、高知県立大学研究倫理委員会の承認を得た（承認番号：看研倫17-04）。研究依頼時には、研究協力への自由意思の尊重、研究対象者のプライバシーの保護、心身の負担や不利益への配慮、看護上の貢献、研究結果の公表、個人や施設を評価するものではないことの保証について書面を用いて説明した。研究協力の諾否は質問紙を投函することで意思表示するものとし、その旨を説明文書に記載した。

V. 結 果

1. 研究協力者と属性の概要

673件を直接郵送法で回収し（回収率：48.3%）、有効な回答が得られた669件（有効回答率：99.4%）を分析に用いた。属性に関しては、看護師経験年数は 15.4 ± 7.5 年、救急経験年数は 8.0 ± 11.9 年、1日の平均的な救急車の受け入れ台数の最頻値は10から19台、1日の看護師数は、 10.0 ± 5.0 人であった。また、30.8%の研究協力が、デスカンファレンスを実施していると回答していた。

悲嘆ケア、振り返りの質問項目ごとにヒストグラムを描出し、正規性を確認した。全平均は 4.5 ± 1.4 であった。

2. 悲嘆ケアの実態

1) 悲嘆ケアの基礎統計

全体の得点傾向を概観すると、全32項目の悲嘆ケアの平均は、 5.0 ± 1.2 であった（図2）。得点の高いケアは、高い順に「患者の外観や周囲の環境を整える」（ 6.3 ± 0.9 ）、「家族が患者に対面する時に意図的に立ち会う」（ 5.9 ± 1.0 ）、「家族が感情を表出できるように患者と家族だけの時間をつくる」（ 5.8 ± 1.1 ）であった。得点の低いケアは、低い順に「電話訪問により遺族のその後の反応を確認する」（ 1.6 ± 1.3 ）、「今後起こりうる悲嘆反応と対処について家族に知識を提供する」（ 3.3 ± 1.5 ）、「サポートグループや相談

窓口について情報を提供する」（ 3.3 ± 1.7 ）であった。

2) 各ケアブロックの基礎統計

(1) 治療相のケアブロック

治療相のケアブロック20項目のうち得点の高いケアは、「家族の言動や表情の変化を捉えてかわかる」（ 5.8 ± 0.9 ）、次いで、「家族が患者に会える状況か判断する」（ 5.8 ± 1.0 ）であった。逆に得点の低いケアは、「看護師が家族の支援者であることを伝える」（ 4.6 ± 1.4 ）。次に、「蘇生処置に対する本人の意思について家族に確認する」（ 4.6 ± 1.6 ）であった。

(2) 看取り相のケアブロック

看取り相に属する9つのケアのうち得点の高いケアは、「患者の外観や周囲の環境を整える」（ 6.3 ± 0.9 ）、次いで、「家族が患者に対面する時に意図的に立ち会う」（ 5.9 ± 1.0 ）であった。逆に得点の低いケアは、「エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする」（ 4.5 ± 1.6 ）、次いで、「家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する」（ 4.8 ± 1.3 ）であった。

(3) 退院後のケアブロック

退院後のケア3項目のうち、「サポートグループや相談窓口について情報を提供する」（ 3.3 ± 1.7 ）が最も高く、「電話訪問により遺族のその後の反応を確認する」（ 1.6 ± 1.3 ）が最も低かった。

3) 各ケアブロックの関連性

ケアブロック間の実施率の比較では、看取り相のケアブロック（ 76.8 ± 12.5 ）が最も高く、最も低いのが退院後のケア（ 39.2 ± 17.7 ）で、標準偏差は逆に最も高かった。

ケアブロック間の実施率の関係は、全ての組み合わせで有意な相関関係を認めた。最も高い相関関係は、治療相のケアブロックと看取り相のケアブロックであった（ $r=0.71$, $p<0.001$ ）。退院後のケアは治療相のケアブロック（ $r=0.41$, $p<0.001$ ）、看取り相のケアブロック（ $r=0.41$, $p<0.001$ ）とそれぞれ同程度の相関関係を認めた。

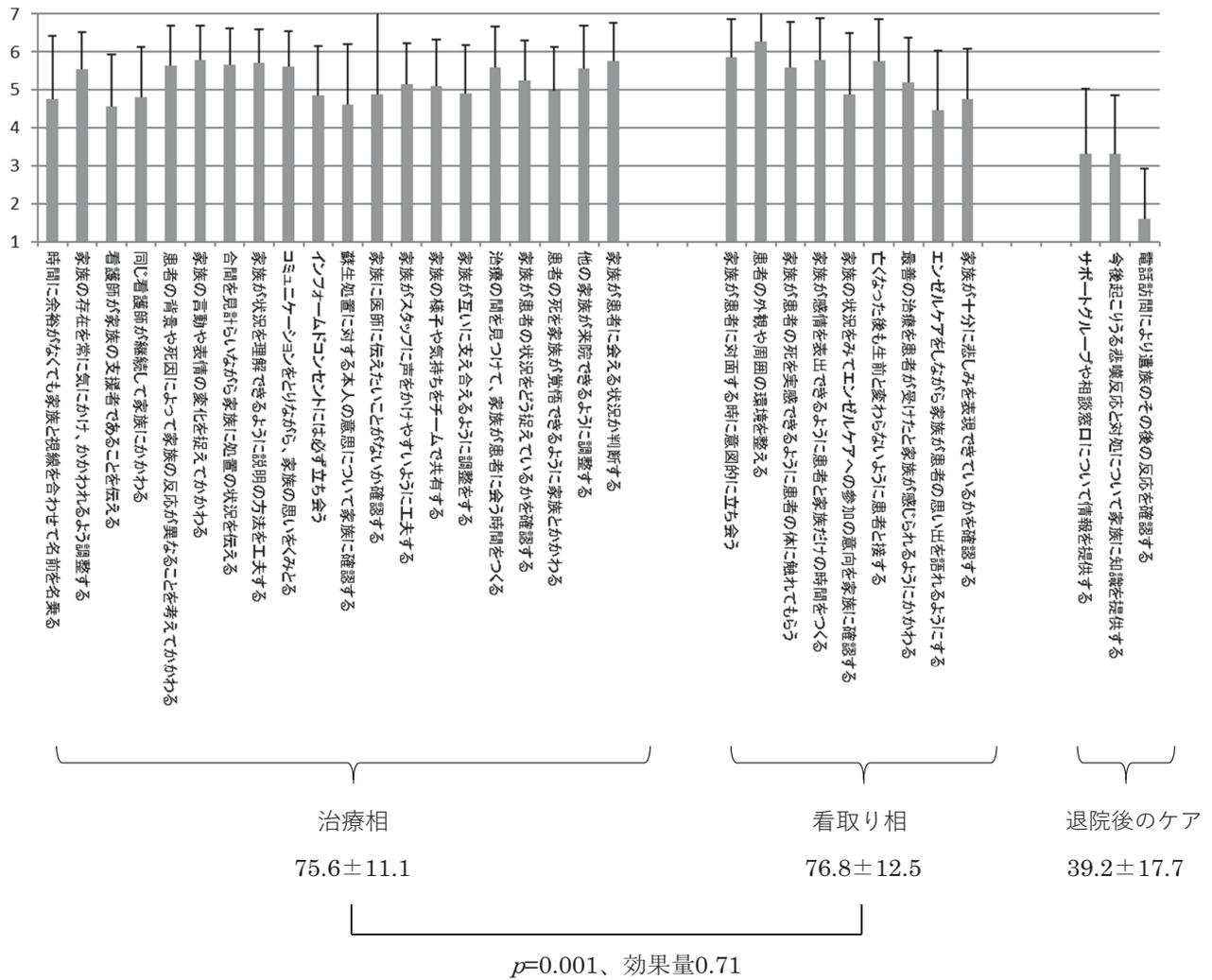


図2 悲嘆ケアの基礎統計

3. 悲嘆ケアが行われているケースのケア特徴の分析

既述のように、治療相と臨終相を合わせた実施率を求めた値である院内ケア実施率を従属変数にし、治療相と臨終相（院内ケア）に属する質問項目を独立変数にして、重回帰分析を行った結果（表1）、11の質問項目を従属質問項目に持つモデルが成立した（分散分析 $p < 0.001$, R^2 乗0.71, 調整済み R^2 乗0.70）。院内ケア実施率を上昇させる影響力が強いといえる標準化偏回帰係数の高い質問項目は、順に「エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする」（ $\beta = 0.25$, $p < 0.001$ ）、「家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する」（ $\beta = 0.23$, $p < 0.001$ ）であった。悲嘆ケアが行われているケースでは、これらのケアがよく行われている

ことになる。また、標準化偏回帰係数の絶対値は、0.25から0.06であり、この中で0.1以上の独立変数は11質問項目中5項目であった。この5つの質問項目は、全て看取り相のケアブロックに属していた。

4. 背景要因や看護師の振り返りが悲嘆ケアに与える影響

1) 看護師の振り返りの基礎統計

看護師の振り返りに関しては、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」（ 4.0 ± 1.7 ）の実施率は45.9%、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」（ 3.6 ± 1.8 ）は35.2%、「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」（ 5.0 ± 1.4 ）は、71.7%であった（図3）。

表1 院内ケア実施率を従属変数にした回帰分析

	偏回帰係数	標準誤差	標準化偏回帰係数	有意確率
エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする	2.03	0.29	0.25	0.00
家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する	2.24	0.32	0.23	0.00
最善の治療を患者が受けたと家族が感じられるようにかかわる	1.71	0.32	0.16	0.00
家族の状況をみてエンゼルケアへの参加の意向を家族に確認する	1.26	0.24	0.16	0.00
看護師が家族の支援者であることを伝える	0.69	0.26	0.07	0.01
家族が患者の死を実感できるように患者の体に触れてもらう	1.35	0.28	0.13	0.00
蘇生処置に対する本人の意思について家族に確認する	0.49	0.21	0.06	0.02
インフォームドコンセントには必ず立ち会う	0.70	0.25	0.07	0.01
患者の外観や周囲の環境を整える	-1.28	0.41	-0.08	0.00
時間に余裕がなくても家族と視線を合わせて名前を名乗る	0.46	0.19	0.06	0.02
家族が感情を表出できるように患者と家族だけの時間をつくる	0.72	0.34	0.06	0.04
(定数)	8.77	2.32		0.00

分散分析 $p<0.001$, r^2 乗 0.71 , 調整済み r^2 乗 0.70

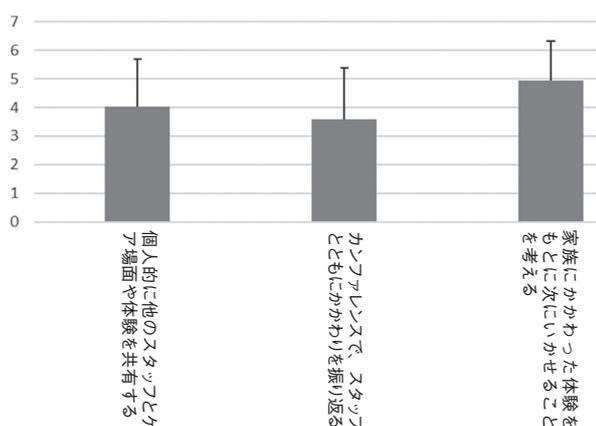


図3 看護師の振り返りの基礎統計

る」($p<0.001$, 効果量 $r=0.40$)と院内実施率($p<0.001$, 効果量 $r=0.43$)において実施群の方が有意に高かった。また、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」は、院内ケア実施率について実施群の方が有意に高かった($p<0.001$, 効果量 $r=0.41$)。「家族にかかわった体験をもとに次にいかせることを考える」については、どのケアおよび実施率に関しても有意な差を認めなかった。

VI. 考 察

2) 背景要因による悲嘆ケアおよび看護師の振り返りへの影響

看護師経験年数、救急経験年数、1日の平均的な救急車受け入れ台数、看護師数と悲嘆ケア、ケアブロック内実施率の間には有意な相関関係を認めなかった。また、デスカンファレンス実施の有無では、悲嘆ケア、各ケアブロック内実施率、振り返りの質問項目とどの組み合わせとも有意な差を認めなかった。

3) 看護師の振り返りによる悲嘆ケアへの影響

看護師の振り返りに関する質問項目に関して、実施群と非実施群の2群間で悲嘆ケアに差があるかを分析した結果(表2)、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」については、「家族が互いに支え合えるように調整をす

1. 救急外来看護師が行う悲嘆ケアの実態

悲嘆ケア全体の得点の平均は、 5.0 ± 1.2 であった。この結果は、【やや当てはまる】から【当てはまる】に位置するものであった。一方、退院後のケアブロックは全てのケアで4点以下であり、実施していない傾向にあった。

悲嘆ケアを行う段階に即した各ケアブロックの実態について考察する。まず、治療相のケアブロックでは、「家族の言動や表情の変化を捉えてかわる」、次いで「家族が患者に会える状況か判断する」が高い得点であった。これらには、他の質問項目のように看護師から家族へ積極的な問いかけを行うものではなく、患者家族の状況をアセスメントするケアという共通点があった。得点の低いケアは、順に「看護師が家族の支援者であることを伝える」、「蘇生処置に対す

表2 悲嘆ケアの振り返り実施群と非実施群による差

	カンファレンスで、スタッフとともに かかわりを振り返る				個人的に他のスタッフや場面や体験を共有する				家族にかかわった体験をもとに次にい かせることを考える									
	実施群	非実施群	平均値	標準偏差	p値	効果量	実施群	非実施群	平均値	標準偏差	p値	効果量	実施群	非実施群	平均値	標準偏差	p値	効果量
時間に余裕がなくても家族と視線を合 わせて名前を名乗る	実施群	非実施群	5.27	1.52	P<0.001	0.23	5.03	1.72	P<0.001	0.15	4.95	1.65	P<0.001	0.19	4.26	1.66	P<0.001	0.31
家族の存在を常に気にかけ、かかわれる よう調整する	実施群	非実施群	5.94	0.85			5.84	0.87			5.73	0.89			5.07	1.03		
看護師が家族の支援者であることを伝 える	実施群	非実施群	5.07	1.21	P<0.001	0.28	4.94	1.32	P<0.001	0.25	4.06	1.30	P<0.001	0.23	4.26	1.32	P<0.001	0.24
同じ看護師が継続して家族にかかわる	実施群	非実施群	5.18	1.15			5.06	1.29			5.01	1.26			4.60	1.30		
患者の背景や死因によって家族の反応 が異なることを考えてかかわる	実施群	非実施群	5.97	0.93	P<0.001	0.22	5.85	1.04	P<0.001	0.18	5.85	0.89	P<0.001	0.32	5.47	1.03	P<0.001	0.34
家族の言動や表情の変化を捉えてかか わる	実施群	非実施群	5.48	1.08			6.06	0.77			5.97	0.78			5.56	0.94		
合間を見計らいながら家族に処置の状 況を伝える	実施群	非実施群	6.07	0.82	P<0.001	0.24	5.85	0.89	P<0.001	0.28	5.78	0.89	P<0.001	0.18	5.52	0.96	P<0.001	0.34
家族が状況を理解できるように説明の 方法を工夫する	実施群	非実施群	5.97	0.79			5.52	0.96			5.41	1.00			5.52	0.96		
コミュニケーションをとりながら、家族 の思いをくみとる	実施群	非実施群	6.02	0.75	P<0.001	0.25	5.97	0.78	P<0.001	0.26	5.87	0.79	P<0.001	0.29	5.51	0.91	P<0.001	0.30
インフォームドコンセントには必ず立 ち会う	実施群	非実施群	5.55	0.91			5.51	0.91			5.31	0.97			5.55	0.91		
蘇生処置に対する本人の意思について 家族に確認する	実施群	非実施群	5.99	0.75	P<0.001	0.30	5.90	0.82	P<0.001	0.28	5.80	0.81	P<0.001	0.30	5.99	0.75	P<0.001	0.19
家族が医師に伝えたいことがないか確 認する	実施群	非実施群	5.42	0.94			5.39	0.94			5.19	1.04			5.42	0.94		
家族の様子や気持ちをチームで共有する	実施群	非実施群	5.30	1.18	P<0.001	0.26	5.05	1.27	P<0.001	0.14	5.00	1.27	P<0.001	0.11	4.68	1.31	P<0.001	0.19
家族が互いに支え合えるように調整を する	実施群	非実施群	4.61	1.30			4.83	1.59			4.72	1.60			4.61	1.30		
治療の間を見つけて、家族が患者に会 う時間をつくる	実施群	非実施群	5.07	1.52	P<0.001	0.21	4.83	1.59	P<0.001	0.13	4.72	1.60	P<0.001	0.11	4.43	1.58	P<0.001	0.19
家族が患者の状況をどう捉えているか を確認する	実施群	非実施群	4.36	1.59			5.10	1.29			4.98	1.28			4.36	1.59		
患者の死を家族が覚悟できるように家 族とかがわる	実施群	非実施群	5.27	1.19	P<0.001	0.26	4.58	1.29	P<0.001	0.20	4.42	1.31	P<0.001	0.27	5.27	1.19	P<0.001	0.32
他の家族が来院できるように調整する	実施群	非実施群	4.56	1.30			5.45	1.03			5.33	1.05			4.56	1.30		
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	5.55	0.97	P<0.001	0.28	4.90	1.06	P<0.001	0.25	4.68	1.02	P<0.001	0.32	4.92	1.07	P<0.001	0.32
治療相 実施率	実施群	非実施群	5.67	0.99			5.49	1.12			5.35	1.15			5.67	0.99		
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	4.77	1.26	P<0.001	0.35	4.78	1.24	P<0.001	0.29	4.46	1.25	P<0.001	0.33	4.77	1.26	P<0.001	0.33
家族が互いに支え合えるように調整を する	実施群	非実施群	5.51	1.00			5.34	1.17			5.17	1.16			5.51	1.00		
治療の間を見つけて、家族が患者に会 う時間をつくる	実施群	非実施群	4.57	1.26	P<0.001	0.40	4.56	1.23	P<0.001	0.31	4.26	1.26	P<0.001	0.25	4.57	1.26	P<0.001	0.33
家族が患者の状況をどう捉えているか を確認する	実施群	非実施群	6.04	0.80			5.87	0.93			5.76	0.99			6.04	0.80		
患者の死を家族が覚悟できるように家 族とかがわる	実施群	非実施群	5.36	1.12	P<0.001	0.30	5.38	1.12	P<0.001	0.23	5.17	1.15	P<0.001	0.30	5.36	1.12	P<0.001	0.25
他の家族が来院できるように調整する	実施群	非実施群	5.65	0.93			5.54	0.98			5.45	0.96			5.65	0.93		
家族が患者の状況をどう捉えているか を確認する	実施群	非実施群	5.04	1.06	P<0.001	0.28	5.03	1.06	P<0.001	0.25	4.76	1.11	P<0.001	0.30	5.04	1.06	P<0.001	0.30
家族が患者の状況をどう捉えているか を確認する	実施群	非実施群	5.46	1.02			5.38	1.05			5.21	1.06			5.46	1.02		
他の家族が来院できるように調整する	実施群	非実施群	4.73	1.13	P<0.001	0.31	4.67	1.12	P<0.001	0.31	4.44	1.16	P<0.001	0.29	4.73	1.13	P<0.001	0.30
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	6.00	0.90			5.90	1.02			5.77	1.04			6.00	0.90		
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	5.32	1.18	P<0.001	0.29	5.28	1.16	P<0.001	0.27	5.03	1.20	P<0.001	0.29	5.32	1.18	P<0.001	0.30
治療相 実施率	実施群	非実施群	6.09	0.86			6.02	0.90			5.94	0.90			6.09	0.86		
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	5.58	1.03	P<0.001	0.25	5.54	1.02	P<0.001	0.24	5.31	1.10	P<0.001	0.28	5.58	1.03	P<0.001	0.28
治療相 実施率	実施群	非実施群	81.48	9.47			79.67	10.70			78.22	10.23			81.48	9.47		
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	72.44	10.68	P<0.001	0.39	72.37	10.25	P<0.001	0.33	69.12	10.57	P<0.001	0.37	72.44	10.68	P<0.001	0.37
家族が患者に会える状況か判断する	実施群	非実施群	6.27	0.75			6.17	0.86			6.10	0.86			6.27	0.75		
患者の外観や周囲の環境を整える	実施群	非実施群	5.64	1.05	P<0.001	0.30	5.61	1.04	P<0.001	0.28	5.28	1.09	P<0.001	0.37	5.64	1.05	P<0.001	0.37
家族が患者の死を実感できるように患 者の体に触れてもらう	実施群	非実施群	6.47	0.68			6.44	0.74			6.42	0.74			6.47	0.68		
家族が患者の死を実感できるように患 者の体に触れてもらう	実施群	非実施群	6.17	0.92	P<0.001	0.17	6.14	0.90	P<0.001	0.18	5.89	1.00	P<0.001	0.28	6.17	0.92	P<0.001	0.28
家族が患者の死を実感できるように患 者の体に触れてもらう	実施群	非実施群	5.92	1.06			5.88	1.10			5.73	1.17			5.92	1.06		
家族が感情を表出できるように患者と 家族だけの時間をつくる	実施群	非実施群	5.41	1.26	P<0.001	0.20	5.33	1.25	P<0.001	0.23	5.23	1.25	P<0.001	0.19	5.41	1.26	P<0.001	0.20
家族が感情を表出できるように患者と 家族だけの時間をつくる	実施群	非実施群	6.12	0.87			6.02	1.04			5.91	1.08			6.12	0.87		
家族の状況をみてエンゼルケアへの参 加の意向を家族に確認する	実施群	非実施群	5.63	1.15	P<0.001	0.22	5.62	1.07	P<0.001	0.18	5.51	1.01	P<0.001	0.17	5.63	1.15	P<0.001	0.22
家族の状況をみてエンゼルケアへの参 加の意向を家族に確認する	実施群	非実施群	5.38	1.48			5.25	1.56			5.09	1.55			5.38	1.48		
亡くなった後も生前と変わらないよう に患者と接する	実施群	非実施群	4.62	1.62	P<0.001	0.23	4.57	1.60	P<0.001	0.21	4.37	1.66	P<0.001	0.20	4.62	1.62	P<0.001	0.23
亡くなった後も生前と変わらないよう に患者と接する	実施群	非実施群	6.09	1.01			6.04	0.99			5.95	1.00			6.09	1.01		
最善の治療を患者が受けたと家族が感 じられるようにかかわる	実施群	非実施群	5.58	1.12	P<0.001	0.22	5.52	1.14	P<0.001	0.24	5.28	1.20	P<0.001	0.27	5.58	1.12	P<0.001	0.27
最善の治療を患者が受けたと家族が感 じられるようにかかわる	実施群	非実施群	5.71	0.99			5.60	1.10			5.46	1.07			5.71	0.99		
エンゼルケアをしながら家族が患者の 思い出を語れるようにする	実施群	非実施群	4.93	1.16	P<0.001	0.32	4.88	1.13	P<0.001	0.31	4.58	1.16	P<0.001	0.34	4.93	1.16	P<0.001	0.34
エンゼルケアをしながら家族が患者の 思い出を語れるようにする	実施群	非実施群	5.17	1.41			5.06	1.50			4.77	1.48			5.17	1.41		
家族が十分に悲しみを表現できている かを確認する	実施群	非実施群	4.09	1.50	P<0.001	0.33	3.98	1.44	P<0.001	0.34	3.71	1.48	P<0.001	0.31	4.09	1.50	P<0.001	0.31
家族が十分に悲しみを表現できている かを確認する	実施群	非実施群	5.37	1.15			5.25	1.27			5.06	1.23			5.37	1.15		
臨終相 実施率	実施群	非実施群	4.45	1.27	P<0.001	0.34	4.38	1.20	P<0.001	0.33	4.05	1.21	P<0.001	0.35	4.45	1.27	P<0.001	0.35
臨終相 実施率	実施群	非実施群	82.94	10.21			81.49	12.02			79.63	11.69			82.94	10.21		
サポートグループや相談窓口について 情報を提供する	実施群	非実施群	73.43	12.39	P<0.001	0.36	72.86	11.50	P<0.001	0.35	69.57	11.52	P<0.001	0.36	73.43	12.39	P<0.001	0.36
サポートグループや相談窓口について 情報を提供する	実施群	非実施群	4.03	1.70			3.79	1.79			3.55	1.74			4.03	1.70		
今後起こりうる悲嘆反応と対処につい て家族に知識を提供する	実施群	非実施群	2.93															

る本人の意思について家族に確認する」であり、平均点の高かったケアとは逆に、看護師が家族に積極的に問いかける内容のものであった。

上記より、治療相の悲嘆ケアの特徴として、患者家族の状況を捉えるケアが多く、看護師から家族に積極的に問いかけを行うケアが少ない傾向にあると言える。これらの理由として、樽松（2012）は、救急・集中治療領域でのグリーンケアの困難さとして、治療期と終末期の分岐点の見極めの難しさを指摘しており、予後の不明確さが救急外来看護師を悩ませ、積極的にかかわれない側面があると推察された。一方で、菅原（2010）は心肺停止患者の家族への看護師の姿勢として、家族の精神状態を察し、感情を受け止めながら家族が正常な悲嘆過程をたどれるよう支援することが必要である強調している。このことから救急外来看護師は初対面の家族を静かに見守りながら、家族の状態を把握することを重要視していることが伺えた。

また、標準偏差に注目すると、平均点の高いケアは、標準偏差が0.9から1.0であるのに対し、平均点の低いケアは、標準偏差が1.4から1.6であり、平均値が低く、看護師が積極的に家族に問いかけるケアの方が相対的にばらつきは大きい傾向にあった。このため、家族に積極的にかかわることに難しさを感じている看護師や、全ての家族に対して同様にかかわるのではなく家族の反応によっては取って積極的にかかわらないことを選択している看護師などが混在していると推察される。

次に、看取り相のケアブロックに焦点を当てると、悲嘆ケア全体の中で得点の高い3つのケアは、この看取り相の悲嘆ケアに属し、高い順に「患者の外観や周囲の環境を整える」、「家族が患者に対面する時に意図的に立ち会う」、「家族が感情を表出できるように患者と家族だけの時間をつくる」であった。

最も得点の高い「患者の外観や周囲の環境を整える」は、標準偏差が0.9と全32項目のケアの標準偏差と比較すると低く、個人や所属施設の影響を受けずに実施される傾向にあった。この質問項目は、遺族となった家族が患者と初めて対面する場面に関する内容であり、救急外来看護師がこの場面をいかに重要視しているかがわ

かる。家族によっては亡くなった患者への接し方に戸惑うことがあり（大野ら、2011）、特に救急外来では、外傷や処置により日常と異なった様相を示す患者が多く、看護師は患者の外観や周囲の環境を整えることを重要視していると考えられる。

「家族が患者に対面する時に意図的に立ち会う」、「家族が感情を表出できるように患者と家族だけの時間をつくる」は、直接的に家族にかかわるというより、家族のために環境を整える意味合いをもつケアである。救急外来に求められる看護師の悲嘆ケアとして、大野ら（2011）は、無理な声かけは無用で、悲しみを表出できるよう家族の傍にいることとしている。本研究結果からも、救急看護師が行う悲嘆ケアの特徴は、家族が死を受け止める場を看護師が整えることだと言える。

また、治療相と看取り相のケアブロックの実施率を比較すると、看取り相のケアブロックの方が実施率は高く、予後が確定した方が悲嘆ケアを行いやすいと考えられた。一方で、治療相のケアブロックと看取り相のケアブロックの実施率には強い相関があり、救急外来の看護師は予後が不確定な状況でも、さまざまな事態を想定し、予め悲嘆へのケアを考慮しながら患者や家族とかかわっていると考えられた。

悲嘆ケアが行われているケースのケア特性の分析として、本研究で行った院内ケア実施率を従属変数にした重回帰分析の結果では、標準化偏回帰係数が大きかった「エンゼルケアをしながら家族が患者の思い出を語れるようにする」、「家族が十分に悲しみを表現できているかを確認する」など上位5つのケアは、看取り相に属するケアであった。

上位5つのケアが、看取り相に属していたことは、既述のように「患者を死にゆくもの」としてみることの難しさや終末期に至る予測と積極的治療の段階の見極めの難しさがあり、治療方針等が決定した後の看取り相で行うケアが、より悲嘆ケアとして認識しやすいためと考えられる。

またケアが持つ意味合いに関しては、遺族ケアと看護師の内省の側面から考察する。村上は救急外来看護師に家族が求めるものとして「共

感をもって遺族の訴えを傾聴する、あるいは黙って遺族の心に寄り添っていること」があるとしている(村上ら, 2009)。また大西は、ターミナル期に関わる看護師が、ターミナルケアの実践を振り返ることで、死から逃げない姿勢を醸成する(大西, 2009)としている。これらの知見と本研究結果を踏まえると、救急外来看護師は自己の内省において、共感的受容的姿勢の必要性を認識し、その具体的方策として、上位5項目のケアに反映されると考えられた。これら5項目のケアが持つ意味合いは、家族の反応を注視し、家族が死を受け止める場を看護師が整えているかと、家族の意向があれば、エンゼルケアを活用して、家族の思い出を語れるようにするケアであると言える。

2. 背景要因や看護師の振り返りによる悲嘆ケアへの影響

本研究結果からは、経験年数や救急車の受け入れ台数、勤務する看護指数と悲嘆ケアの実施実態には関係性を認めなかった。また、デスカンファレンス実施の有無でも悲嘆ケアの実施実態に有意な差は無く、背景要因やデスカンファレンスの有無が直接的に悲嘆ケアに影響を与えているわけではなかった。

振り返りによる悲嘆ケアへの影響を考察すると、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」、「個人的に他のスタッフとケア場面や体験を共有する」の実施群の方が院内ケアの実施率が高かったが、振り返りの実施により差が生じるケアは1項目だけであった。このことから、振り返りが個別の悲嘆ケアの実施の程度に影響を与えるわけではなく、悲嘆ケア全体の実施の程度を上げるよう作用していると推察された。

次に、看護師の振り返りに関する3項目の実施率は、デスカンファレンスの実施率よりも高く、デスカンファレンスの場に限らず、救急外来看護師が何らかの振り返りを行っていることを表していた。また、「カンファレンスで、スタッフとともにかわりを振り返る」の実施率は35.2%であり、デスカンファレンスと規定していないカンファレンスでもデスカンファレンスに類似した内容が検討されていることが推察

された。

ICUにおいてデスカンファレンスの導入前後で、死にゆく患者に対する医療者のケア態度の得点は有意に変化しなかったとする青嶋らの研究(2014)では、デスカンファレンスの有無よりも内容の吟味が必要と述べられており、デスカンファレンスと規定される場にかにかかわらず、看護師が悲嘆ケアをどのように振り返るのにかに着目することが重要であることが示唆された。

VII. 結 論

救急外来看護師が行う悲嘆ケアで最も行われているのは、家族が死亡した患者に初めて対面する看取り相でのケアであり、一方、最も行われていないのは退院後に行うケアであった。治療相のケアブロックの特徴として、患者家族の状況をアセスメントするケアの実施率が高く、看護師から家族に積極的に問いかけるケアは実施が低い傾向にあった。看取り相のケアブロックは、全体の中で最も行われており、家族が死を受け止める場を看護師が整えるケアが行われていた。看取り相のケアブロックは治療相から関連を持って行われており、予後が不確定な状況でも、救急外来看護師は家族の反応を注視しながら患者や家族とかわっていると考えられた。

背景要因による悲嘆ケアの実施に差は無かったが、看護師の振り返りが悲嘆ケア全体に実施の程度を上げるように作用していると推察された。

VIII. 今後の課題

本研究では、救急外来看護師が行う悲嘆ケアをケアが行われる状況に沿って分析と考察を行ったが、看護師の意図については尋ねていないため、同じケアを別の場面や状況でも実践している可能性もある。ケアガイドラインの開発に向けて、救急外来看護師を対象としたケア場面と悲嘆ケアの実践についてヒアリングを行う予定である。

本研究はJSPS科研費16K159050001の助成を受

けた研究の一部である。本研究を実施するに際し、公表すべき利益相反は無い。

<引用・参考文献>

青嶋ひろ，石倉柴麻，降旗ことみ他（2014）. デスカンファレンスの効果について. FATCOD-B-Jを用いた看護師のターミナルケア態度の評価から考える. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 41(1), 30-34.

樽松久美子（2012）. 救急現場におけるグリーフケア. *Modern Physician* 32(9), 1151-1154.

稲垣範子，佃順子（2015）. ICUで補助循環装置装着中に脳卒中を発症した10名の患者への看護ケアの振り返り. *大阪大学看護学雑誌*, 21(1), 21-28.

伊藤真理，栗原早苗，樽松久美子他（2014）. 集中治療室で終末期に至った患者に対する急性・重症患者看護専門看護師の倫理調整. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10(3), 11-21.

木本佳恵，倉石哲也（2003）. 救急治療室ターミナル・ケアにおけるナースの意識について. *ホスピスケアと在宅ケア*, 11(3), 309-313.

黒川雅代子（2011）. 【遺族が本当に求める救急領域でのグリーフケア】大切な人を亡くした遺族の悲嘆. *EMERGENCY CARE*, 24(2), 116-121.

松園幸雅，松田潔，岩瀬史明他（2009）. 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*, 33(11), 809-813.

村上典子，中山伸一，富岡正雄他（2009）. 救急医療におけるグリーフケアという視点の重要性. *日本臨床救急医学会雑誌*, 12(1), 37-42.

村上典子，吉永和正，大庭麻由子他（2011）. 災害急性期からの遺族支援－遺体安置所でのDMORT活動から－. *トラウマティック・スト*

レス, 9(1), 81-85.

村上典子，黒川雅代子，山崎達枝他（2011）. 日本DMORT研究会編，家族（遺族）支援マニュアル（東日本大震災版）. *Emergency Care*, 24(7), 678-682.

野々村留美（2011）. 【一歩進んだ看護介入を考える クリティカル領域におけるエンゼルケア】クリティカルケア領域におけるエンゼルケア. *ハートナーシング*, 24(7), 758-766.

岡林志穂，森下利子（2018）. 救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア. *日本救急看護学会雑誌*, 20(1), 1-9.

大西奈保子（2009）. ターミナルケアに携わる看護師の“肯定的な気づき”と態度変容過程. *日本看護科学学会誌*, 29(3), 34-42.

大野美香（2011）. 【遺族が本当に求める救急領域でのグリーフケア】看護師が気を付けたい遺族への対応 救急看護師に求められる遺族へのケア. *EMERGENCY CARE*, 24(2), 122-125.

大田智子，石川知子，國澤香織他（2011）. IUCにおけるエンゼルケアへの家族参加に対する看護師の意識. *山口大学医学部附属病院看護部研究論文集*, 86, 84-89.

菅原明美（2010）. 死の恐れを家族に伝え，来院直後に心肺停止となった患者の家族ケア. *エマージェンシー・ケア*, 23(6), 644-649.

寺田明佳，市場博幸，田中裕子他（2015）. 「グリーフケアにおける医師の役割」意識調査. *近畿新生児研究会会誌*, (23), 31-36.

吉川優子（2010）. 救急外来で精神的危機状況に陥ったCPA患者家族の看護～悲嘆感情表出の重要性を振り返る～. *エマージェンシー・ケア*, 23(9), 950-954.