

資料

## わが国の救急領域の看護師が終末期に実践している 看護行為に関する文献研究

二宮千春\*<sup>1</sup> 香西早苗\*<sup>1</sup> 中新美保子\*<sup>2</sup>

### 要 約

本研究の目的は、国内文献のレビューより、救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為を明らかにし、救急領域における終末期ケアのガイドライン作成に向けた示唆を得ることである。検索エンジンは医中誌を用いた。キーワードは「救急」「看護」「家族」「遺族」「悲嘆」「グリーフ」「ターミナルケア」「終末期ケア」とし、原著論文、発行年を2007年以降に限定して検索し、12件を分析対象文献とした。分析対象文献より救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為を抽出し、質的帰納的に分析をおこなった。結果、6カテゴリと2コアカテゴリが生成された。[患者に対する看護行為]は、【救命処置の優先】【生前の姿に近づける死後の処置】、[家族に対する看護行為]は、【家族の待機する部屋の確保】【家族が現状を受け止めるための情報提供】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族に対する支持的な態度での関わり】で構成された。看護師は、[患者に対する看護行為]に懸命に向き合うが、患者の死を予測した時点で患者を救うことから患者を看取ること、家族の悲嘆を支えることへ即座に視点を移し看護行為を実践していた。[家族に対する看護行為]は、情緒的介入と情報の介入が中心であり道具的介入や治療的介入の報告はなかった。今後、救急領域における終末期ケアのガイドラインを作成するには、予期せぬ家族の死を経験した遺族が抱く医療者へのニーズについて明らかにする必要性が示された。

### 1. 緒言

大切な人との死別は、悲嘆反応として遺族の心身に影響を与え、ときに健康を損なうことがある<sup>1)</sup>。事故や疾病の急激な増悪など予期せぬ生命の危機状態で患者が搬送される救急領域においては、心肺停止状態で搬送され入院に至らず亡くなった患者の場合、80%の患者の病院滞在時間が4時間未満といわれており、家族は、人生の中で最も重大な出来事を短時間で集約して体験し、最悪の結末を迎える<sup>2)</sup>。そのため、救急領域で死を迎えた30%以上の遺族が複雑性悲嘆を生じていると報告されている<sup>3)</sup>。

患者の救命が最大の目的である救急医療において、2007年の「救急医療における終末期医療に関する提言」<sup>4)</sup>より終末期の定義がされ、救急領域における終末期について考えられるようになった。さらに、2014年の「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～」<sup>5)</sup>で

は、患者がよりよい最期を迎えられるように家族らの支援の重要性についても明記され、救急領域における終末期ケアは、患者へのケアだけでなく、家族も含めたケアとして近年注目されるようになった。

しかし、救急領域における具体的な終末期ケアの内容については、ガイドライン化されておらず、各病院、医療者個人に委ねられている現状がある。木本と倉石<sup>6)</sup>は、救急治療室における看護師によるターミナルケアの実践として、家族が情報を必要とする際の対応や、患者・家族へのアプローチが難しいと感じていること、救急治療室が物理的・機能的にターミナルケアに向かないことを報告している。先駆的な取り組みがされている海外でも同様の指摘がされており<sup>7,8)</sup>、救急領域における終末期ケアの難しさが推察される。そして、第3次救急医療機関である救命救急センターの看護師には、救急看護のエキスパートとしての知識と技術が要求され<sup>9)</sup>、高度

\*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健看護学専攻

\*2 川崎医療福祉大学 保健看護学部 保健看護学科

(連絡先) 二宮千春 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-mail : w7317001@kwmw.jp

な知識と技術の実践と共に、家族の悲嘆過程を見据えた対応が必要とされている。そのため、経験が浅い看護師は取り乱す家族の対応に困惑していることが推測され、今後、家族・遺族の悲嘆過程を支える充実したケアを提供するためには、救急領域の看護師が実施すべき終末期ケアをガイドラインとして示す必要がある。

そこで、救急領域における終末期ケア、グリーフケアに関する先行研究から、救急領域の看護師が終末期に実践している一連の看護行為を明らかにすることは、ガイドライン作成に向けた基礎資料になると考えた。そして、終末期ケアは、国の思想や文化の違いを大きく反映しているといわれていることから<sup>10)</sup>、本研究では、国内の文献に着目することとした。

## 2. 目的

わが国における救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為を明らかにし、終末期ケアに関するガイドライン作成に向けた示唆を得る。

## 3. 用語の定義

本研究では「終末期」を、救急外来に患者が心肺停止もしくは、生命の危機状態で搬送された時から死亡退院した時までとし、「看護行為」を、看護師が看護ケアを要する人々に対して、人々の健康保持・増進および健康問題に伴う種々の困難の解消や軽減を目的として諸問題を解決するために意識的に行うものと定義した。

## 4. 研究方法

### 4.1 キーワードおよび文献集合体の絞り方

文献情報データベースは「医中誌 Web (Ver.5)」を用いた。検索式を「救急」and「看護」and「(家族」or「遺族)」and「(悲嘆」or「グリーフ)」and「(ターミナルケア」or「終末期ケア)」として原著論文に限定した。さらに発行年は「救急医療における終末期医療に関する提言」が公表された2007年から2018年までとした。

### 4.2 分析対象文献の選定

分析対象文献の選定基準は「学術論文としてIMRAD形式で表現され、かつ倫理的配慮が明記されているもの」「論文中に救急領域の看護師が実践している終末期ケアに関する記述が含まれている」「集中治療と表記してあるものに関しては救急領域の集中治療室である」の条件をすべて満たすこととし、該当文献を選定した。

### 4.3 分析方法

分析対象文献をタイトル、研究対象者の選定条件

と看護師経験年数、救急看護師経験年数、研究の種類、データ分析方法、著者名、発行年、により整理した。つぎに、分析対象文献それぞれの結果および考察から救急領域で終末期に実践している看護行為に関する意味のある一文を文節単位で抽出したものを転記し、含まれる意味内容を忠実に要約しコードとした。それらのコードを類似性・共通性に着目しながら分類しサブカテゴリとし、さらに抽象度をあげカテゴリ、コアカテゴリを生成した。分析過程においては、5年以上の救急看護の経験を持つ看護師1名と質的研究の専門家1名のスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。

### 4.4 倫理的配慮

分析対象文献を引用した場合は、常に出典(著者)が分かるように明記し、巻末には論文で使用した文献について適切に表記を行った。さらに、引用する場合には、自分の考えと混同し著者の意図から逸脱しないようにした。

## 5. 結果

### 5.1 文献の動向

検索の結果、総検索件数は、88文献が抽出された(検索日:2018年10月18日)。そのうち、選定基準を満たす文献12件<sup>11-22)</sup>を分析対象文献とした(表1)。分析対象文献の研究対象者の選定条件として、救急看護の経験が浅い看護師を除外しているものは5件であり、残りの7件は選定条件を設けていなかった。研究方法は、質的研究8件、質量併用研究4件であり、質的研究及び質量併用研究の自由記載部分の分析方法は、グラウンデッド・セオリー法やKJ法、Krippendorffなどの手法を用いた内容分析であった。発行年は2009年2件、2011年1件、2012年1件、2015年3件、2016年3件、2018年2件であり近年にかけて増加傾向にあった。

### 5.2 救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為

分析対象文献から救急領域で終末期に実践している看護行為に関する記述として69の記述が抽出された。そして、同じ意味内容を表すものは整理し55コードとした。その後、14サブカテゴリ、さらに、6カテゴリとなり、最終的に2コアカテゴリが生成された(表2)。[ ]内をコアカテゴリ、【 】内をカテゴリ、< >内をサブカテゴリ、「 」内をコードとして次に示した。

#### 5.2.1 【患者に対する看護行為】

【患者に対する看護行為】は、【救命処置の優先】【生前の姿に近づける死後の処置】の2カテゴリで構成された。

表1 分析対象文献一覧と研究方法

文献一覧				研究方法	対象者	
著者名	タイトル	発行年	掲載誌		看護師経験年数	救急看護師経験年数
井上ら <sup>11)</sup>	救急・小児科外来あるいは入院直後に死亡した小児患者とその家族への対応状況と医療従事者に与える影響	2018	日本小児救急医学会雑誌	質量併用	平均16年	記載なし
岡林と森下 <sup>12)</sup>	救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア	2018	日本救急看護学会雑誌	質的研究	8～25年	5～12年
石川ら <sup>13)</sup>	集中治療領域における終末期ケアに関する看護師の役割認識と課題	2016	日本集中治療医学会誌	質量併用	5年未満4名 6～10年未満11名 11～15年未満4名 16～20年未満3名 21年以上3名	5年未満8名 6～10年未満14名 11～15年未満2名 16～20年未満1名 21年以上0名
一戸ら <sup>14)</sup>	救命救急センター看護師の心理的葛藤 個室で看取りを迎える家族との関わり	2016	国立病院機構熊本医療センター医学雑誌	質的研究	記載なし	平均7.4年
中谷ら <sup>15)</sup>	救命救急センター看護師の経験年数別エンゼルケアに対する思いと教育内容に関する検討	2016	日本救急看護学会雑誌	質量併用	1～5年未満17名 6年以上17名	1～2年未満19名 3年以上15名
谷島と中村 <sup>16)</sup>	救急看護師が認識するDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の患者とその家族の特徴および家族に対する看護実践	2015	日本救急看護学会雑誌	質的研究	5～10年未満9名 11年以上1名	5～10年未満9名 11年以上2名
佐竹ら <sup>17)</sup>	三次救急外来における終末期患者の家族に対する熟練看護師の看護実践	2015	日本救急看護学会雑誌	質的研究	平均15.9年	平均11年
坂井ら <sup>18)</sup>	救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴	2015	日本看護学会論文集(急性期看護)	質的研究	平均25.0±5.0年	平均10.0±3.2年
横堀ら <sup>19)</sup>	救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識	2012	日本救急看護学会雑誌	質的研究	平均18.8年	平均12.2年
林ら <sup>20)</sup>	急性期グループケアを困難にする要因分析	2011	香川労災病院雑誌	質的研究	記載なし	記載なし
立野ら <sup>21)</sup>	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	2009	日本クリティカルケア看護学会誌	質量併用	3～5年43名 6～9年122名 10年以上325名	3～5年205名 6～9年187名 10年以上94名
佐藤ら <sup>22)</sup>	心停止後腎臓提供家族の悲嘆への看護 子供の死を体験した2事例からの分析	2009	日本看護学会論文集(成人看護I)	質的研究	記載なし	記載なし

【救命処置の優先】は、家族対応より患者の救命を優先することを示すカテゴリであり、1サブカテゴリで構成された。《家族対応より救命処置の優先》は、1コードで構成され、「家族対応より処置を優先

する」<sup>18)</sup>の記述があった。

【生前の姿に近づける死後の処置】は、受傷や侵襲的な処置による患者身体の損傷した部位の修復と清潔を図り生前の姿に近づけるために念入りに死後

表2 救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
患者に看護対する為	救命処置の優先	家族対応より救命処置の優先	家族対応より処置を優先する
	生前の姿に近づける死後の処置	身体と修復と清潔を図る念入りな死後の処置	傷や汚染された部分が隠れるように患者の見た目をきれいにする (死後処置の際に) 髪をきれいに整える (死後処置の際に) 身体をきれいにする 念入りにエンゼルケアをする
家族に對する看護行為	家族の待機する部屋の確保	家族の待機する部屋の確保	家族が待機する環境を調整する
	家族が現状を受け止めるための情報提供	悪化する患者に関する段階的な情報提供	家族に分かりやすいように患者の状態を説明する 包み隠さず話し無理(救命不可能)だと家族へ伝え死への覚悟を促す 家族にわかりやすく患者の状況や、実施したケア内容について説明する 家族に期待を持たせすぎないように状況を説明する
			家族に合間を見計らいながら処置の状況を伝える 家族の様子を見ながら適宜、患者の情報を伝える
			家族が現状を受け入れられるように医師に病状説明をするように働きかける 医師と看護師で話し合いを持ち家族対応を考える
	グリーフを考慮した情報提供		グリーフカードやグリーフケアに関するリーフレットの配布 遺族会の紹介
	家族が患者に寄り添う場の提供	家族と患者が共に過ごせる時間と場の確保	規定外の状況(友人の面会、時間外の面会)の面会に対応する 容態変化の時期がわからないため時間を気にせず面会できるように調整する (面会時は) 椅子やカーテンを準備したり、ベッド柵を下げるなど環境を整える 家族が限られた期間を患者に寄り添えるようにベッド周囲を工夫する 家族だけで過ごす時間をできるだけ長くつくる
		グリーフを考慮した家族を引き入れたケア	家族とともにケア(体拭き)を行う 家族の面会時間に合わせて清潔ケアを一緒に行う 家族のエンゼルケアの参加はグリーフケアになると考え参加を促し実施する
		患者と対面し悲しみを増強させないための配慮	(家族のために) 患者の見た目を大事にする 傷や汚染された部位が家族の目に入らないように寝具で覆う 家族に休むように伝える 不安を増強させないように声をかける
	家族に對する看護行為	家族の心情・体調に配慮した言葉かけ	自分を責めることはないと言声をかける 家族の疲労状況を確認する 死後処置前の家族への言葉かけに配慮する
		家族への慰撫的タッチ	(家族に) 手を添える 家族を抱きしめる 家族の背中をさする 家族の肩を支える
家族の傍に共にいる		患者が処置されている間は家族に付き添う 医師からの説明時は看護師も同席する 家族が患者に對面する場に意図的に立ち会う (看取りの時に家族の) 側に寄り添う	
家族に対する支持的な態度での関わり		患者の最期を家族と一緒に迎える 死亡直後の家族の悲しみの聞き取り 家族の話聞く 家族に思いを表出させる 家族の衝撃を緩和するため思いを聞く	
	家族との信頼関係を築くための働きかけ	家族と関係性を築くため状況を見て看護師から声をかける 看護師は家族の支援者であることを伝える (処置がひと段落してから) 改めて話にくることを伝える 短期間で関係性を作るため自己紹介をする 家族に関わる際は名前を名乗り視線を合わせ声をかける 家族が看護師に声をかけやすいような姿勢で関わる 家族に行動を見られているため、言動に注意する 家族の思いを理解し共有したいとコミュニケーションをとる 同じ看護師が継続して家族に関わる 家族が患者の状態をどう理解しているか確認する 患者の状態を常に気にかけてみていることを(家族へ) 伝える	

の処置を行うことを示すカテゴリであり、1サブカテゴリで構成された。《身体と修復と清潔を図る念入りな死後の処置》は、4コードで構成され、「(エ

ンゼルケアでは) 傷や汚染された部分が隠れるように患者の見た目をきれいにする」<sup>18)</sup>や「(死後処置の際に) 身体をきれいにする」<sup>22)</sup>、「念入りにエンゼ



ルケアをする」<sup>19)</sup>等の記述があった。

### 5.2.2 【家族に対する看護行為】

【家族に対する看護行為】は、【家族の待機する部屋の確保】【家族が現状を受け止めるための情報提供】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族に対する支持的な態度での関わり】の4カテゴリで構成された。

【家族の待機する部屋の確保】は、突然の家族の危機的状況に遭遇し取り乱す家族に対し待機中の環境を整えるために家族へ待機する部屋を確保することを示すカテゴリであり、1サブカテゴリで構成された。《家族の待機する部屋の確保》は、1コードで構成され「家族が待機する環境を調整する」<sup>17,20)</sup>の記述があった。

【家族が現状を受け止めるための情報提供】は、取り乱す家族に対して、患者の死を受け止めるために必要な情報を提供することを示すカテゴリであり、3サブカテゴリで構成された。《悪化する患者に関する段階的な情報提供》は、7コードで構成され、「包み隠さず話し無理（救命不可能）だと家族へ伝え死の覚悟を促す」<sup>18,20)</sup>や「家族に期待を持たせすぎないように状況を説明する」<sup>14)</sup>、「家族の様子をみながら、家族に適宜、患者の情報を伝える」<sup>12)</sup>等の記述があった。《家族と医師をつなぐ》は、2コードで構成され、「家族が現状を受け入れられるように医師に病状説明するように働きかける」<sup>14,17)</sup>、「医師と看護師で話し合いを持ち、家族対応を考える」<sup>17)</sup>の記述があった。《グリーフを考慮した情報提供》は、2コードで構成され、「グリーフカードやグリーフケアに関するリーフレットの配布」<sup>11)</sup>や「遺族会の紹介」<sup>21)</sup>の記述があった。

【家族が患者に寄り添う場の提供】は、患者の面会の傍に寄り添える場や、エンゼルケアを家族とともに行うなど家族が患者に寄り添い最期の時間を過ごせる場を提供することを示すカテゴリであり、2サブカテゴリで構成された。《家族と患者が共に過ごせる時間と場の確保》は、5コードで構成され、「容態変化の時期がわからないため時間を気にせず面会できるように調整する」<sup>17)</sup>や「家族が限られた期間を患者に寄り添えるようにベッド周囲を工夫する」<sup>17)</sup>、「家族だけで過ごす時間をできるだけ長くつくる」<sup>12,14,18,19)</sup>等の記述があった。《グリーフを考慮した家族を引き入れたケア》は、3コードで構成され、「家族と共にケアを行う」<sup>14)</sup>や「家族のエンゼルケアの参加はグリーフケアになると考え参加を促し実施する」<sup>16,18)</sup>等の記述があった。

【家族に対する支持的な態度での関わり】は、家族の悲嘆を支える関わりや家族を支えるために信頼

関係の構築に向けた働きかけを示すカテゴリであり、6サブカテゴリで構成された。《患者と対面し悲しみを増強させないための配慮》は、2コードで構成され、「家族のために患者の見た目を大事にする」<sup>14)</sup>や「傷や汚染された部位が家族の目に入らないように寝具で覆う」<sup>17)</sup>の記述があった。《家族の心情・体調に配慮した言葉がけ》は、5コードで構成され、「家族に休むように伝える」<sup>14,17,18)</sup>や、「不安を増強させないように声をかける」<sup>14)</sup>、「自分を責めることはないと言をかける」<sup>18)</sup>、「死後処置前の家族への言葉がけに配慮する」<sup>19)</sup>等の記述があった。《家族への慰撫的タッチ》は、4コードで構成され、「(家族に)手を添える」<sup>18)</sup>や「家族を抱きしめる」<sup>18)</sup>、「家族の背中をさする」<sup>19)</sup>、「家族の肩を支える」<sup>15)</sup>の記述があった。《家族の傍に共にいる》は、5コードで構成され、「患者が処置をされている間は家族に付き添う」<sup>19)</sup>や「家族が患者に直面する場に意図的に立ち会う」<sup>12)</sup>、「(看取りの時に家族の)側に寄り添う」<sup>22)</sup>、「患者の最期を家族と一緒に迎える」<sup>17)</sup>等の記述があった。《家族の悲しみの傾聴》は、4コードで構成され、「死亡直後の家族の悲しみの聞き取り」<sup>11)</sup>や「家族の話を聞く」<sup>14,15,18)</sup>、「家族に思いを表出させる」<sup>12)</sup>、「家族の衝撃を緩和させるため思いを聞く」<sup>17)</sup>の記述があった。《家族との信頼関係を築くための働きかけ》は、11コードで構成され、「家族と関係性を築くため状況を見て看護師から家族へ声をかける」<sup>12,17,19)</sup>や「看護師は家族の支援者であることを伝える」<sup>12)</sup>、「短期間で関係性を作るため自己紹介をする」<sup>17)</sup>、「家族に関わる際は名前を名乗り視線を合わせて声をかける」<sup>12)</sup>、「家族が看護師に声をかけやすいような姿勢で関わる」<sup>14)</sup>、「同じ看護師が継続して家族に関わる」<sup>12)</sup>、「患者の状態を常に気にしていることを家族へ伝える」<sup>14)</sup>等の記述があった。

## 6. 考察

### 6.1 救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為に関する文献の動向

本研究の分析対象文献は、救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為について記載してあるものとしたが対象となった文献は12件であった。これは、総検索文献の13.6%であり多いとは言えない。また、「救急医療における終末期医療に関する提言」<sup>4)</sup>が公表された2007年以降に増加していると予測し発行年を過去12年と限定して検索したが、2015年以降に増加傾向であった。これは、2014年の「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～」<sup>5)</sup>で、家族への支援の重要性が明記されたことが大きく影響したと推察される。救

命第一の風潮があった救急の現場で、看護師は自らの経験の中で秘めていた家族への支援に対する思いを「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～」の公表を機に強く認識することとなり、患者を含む家族全体を対象とした終末期ケアに関心が向けられたと考える。研究方法は質的研究8件、質量併用研究4件であり、質的研究がすべての研究で用いられていた。これは、救急領域における終末期ケアは、現象・事象・事実などが明らかになっていない未知なる分野であり、そのため、何が起きているのかを明らかにする因子探索研究が多く実施されていたと考える。また、質的研究のうち4件の研究は、看護師の経験年数が15年以上、そのうち、3件の研究は、救急看護師の経験年数も10年以上の看護師を対象としていた。救急領域の終末期ケアという生死の境で要求される看護師の職務は、これまでの実践を通して培った実践知が大きく影響するものであることが推測される。ベナー<sup>23)</sup>はスキル獲得の段階を5つの段階で示し、達人レベルに達している人の実践を研究し、その実践から学ぶべきであると述べている。経験年数を有し熟練した看護師の実践知を得ることは、救急領域における終末期ケアの発展に寄与するものであると考える。

## 6.2 救急領域の終末期に看護行為を実施する看護師の一連の思考

救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為は、[患者に対する看護行為]と[家族に対する看護行為]に分別され、[家族に対する看護行為]のコードが大部分を占めていた。救急領域の限られ

た時間と空間の中で、看護師は、搬送直後、家族対応の必要性を感じながらも【救命処置の優先】をし、患者の救命処置という救急医療の使命を果たしていた。処置の間、家族に対しては、プライバシーが守られる【家族の待機する部屋の確保】をしていた。そして、看護師は、患者の予後としての死を予測し始めたころから、徐々に、家族に対して、家族が死を覚悟できるような【家族が現状を受けとめるための情報提供】や家族と患者が最期の時間を共に過ごせるような【家族が患者に寄り添う場の提供】を行い、そして、心痛する家族に対して常に【家族に対する支持的な態度での関わり】をする直接的な援助を行っていた。これらの看護行為を患者の搬送時から帰宅時までを時間軸でとらえ、図1のように図式化した。図1において、縦軸は看護行為、横軸は患者搬送後の流れを示した。その結果、終末期の看護行為は、患者を救うことから、看護師が死を予測した時点で、患者を看取ること、家族の悲嘆を支えることに即座に判断し視点を移している看護師の一連の思考があることが明らかになった。

クリスティーン・タナーは、臨床判断モデルとして、臨床場における看護師の思考を表現した<sup>24)</sup>。臨床判断のプロセスには、これまでの看護師の実践的知識や経験が大きく影響する「気づき」を得て、そして、把握しているさまざまな情報の意味づけする「解釈」を行い、援助の方向性を決定し「反応」として実際に行動し、それらのプロセスを「省察」してさらなる臨床判断のサイクルのきっかけとしていることを報告している<sup>25)</sup>。本研究で明らかになった看護師の一連の思考について臨床判断モデルを用

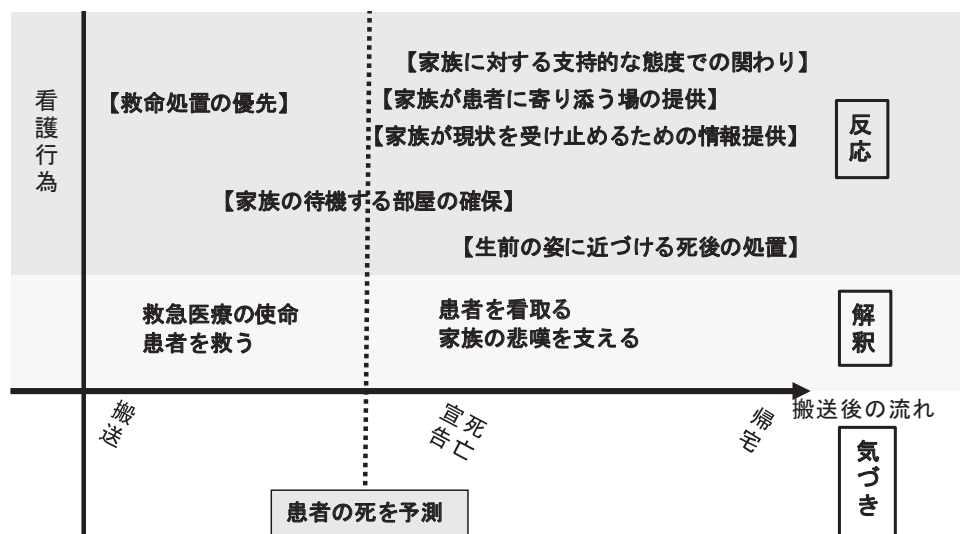


図1 救急領域の終末期に看護行為を実施する看護師の一連の思考

いて説明すると、看護師は、患者搬送時から患者の死を予測する「気づき」を得るまでは、救急医療の使命として患者の救命を第一に考えることを「解釈」し、その「反応」として【救命処置の優先】を行っていた。しかし、死亡宣告が行われる前に患者の死を予測する「気づき」を得たことで看護師は、「解釈」に変化がみられ、患者を看取ること、家族の悲嘆を支えることに看護の視点を移していた。そのため、「気づき」を得た以降の「反応」として【家族に対する支持的な態度での関わり】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族が現状を受け止めるための情報提供】という家族の悲嘆を支える支援と、【生前の姿に近づける死後の処置】という患者を看取る支援を行ったと考える。救急領域における終末期は、突然の発症で、時間的制約がある中で看護行為が行われている。そのような状況の中で、看護師の一連の思考は、救急の場での最大の役割である患者の救命に尽力するだけでなく、残された家族へも目を向け、家族への支援も自身の役割と考え担っていることが示唆された。

### 6.3 救急領域の看護師による終末期における家族に対する看護行為への特徴と課題

救急領域では、患者のみならず家族に関する情報をほとんど得ることができないまま、患者の看取りをすることが多い。突然の患者の死を受け入れられず、動揺する家族へ、出会ったばかりの看護師が援助を行うことは容易ではなく、救急領域における家族ケアの難しさが推測される。しかし、本研究では【家族の待機する部屋の確保】【家族が現状を受けとめるための情報提供】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族に対する支持的な態度での関わり】を「家族に対する看護行為」として実践していることが明らかになった。そして、それらの看護行為は、突然の出来事で悲痛している家族の悲嘆を支える援助であると考えられる。宮林は、家族の悲嘆ケアには、情緒的介入、情動的介入、道具的介入、治療的介入の4分類で構成されていると述べている<sup>26)</sup>。【家族に対する看護行為】の4カテゴリを分類すると、【家族の待機する部屋の確保】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族に対する支持的な態度での関わり】は情緒的介入に該当し、【家族が現状を受けとめるための情報提供】は情動的介入に該当すると考えられ、道具的介入と治療的介入についての記述は確認できなかった。救急領域で亡くなる患者の家族は、突然の出来事に強く混乱している状態である。残された家族が生活する中でおこる問題への援助といわれる道具的介入は、家族の一員が突然に生命の危機状態となったり、死の転帰を迎えたりする救急領域

の家族にとってこそ必要な介入であると考えられる。今後、家族がどのような支援を必要としているのか明確にするためには、遺族のニーズを探求する必要がある。そして、帰宅後に家族が複雑性悲嘆にならないように介入する治療的介入に関しては、主に、帰宅後の遺族へのケアが中心になってくる。現在、国内のクリティカル領域における遺族ケアとして遺族会の実施や電話相談窓口の設置などの取り組みがされているが、20%程度の病院でしか行われていないことが報告されている<sup>27)</sup>。一方、先駆的な取り組みがされている海外では、医師や看護師だけでなく、ソーシャルワーカーやカウンセラー、宗教家がチームになり、搬送時から帰宅後の支援を含めた家族・遺族ケアとして実践している報告がある<sup>28)</sup>。宗教的文化の強い海外のすべてを模倣することは難しいが、今後、救急領域の終末期ケアを帰宅後の遺族ケアにつなげる家族への継続的な介入を実施する体制の確立は救急領域における喫緊の課題である。

### 6.4 終末期ケアに関するガイドライン作成に向けた課題

本研究において看護師は、救命が最大の目的である救急医療の現場で、患者の救命処置という救急医療の使命を果たしながらも、患者の予後としての死を予測し始めた時点で即座に視点を移し、家族へのケアを中心とした看護行為を行っていた。患者の死を感じた時点で即座に視点を移すという看護師の思考は、今後、救急領域における終末期ケアガイドラインを作成するにあたって基盤になると考える。しかし、家族・遺族が求める援助は、本研究で明らかになった看護行為だけで満たされていないことが予測される。これまでの先行研究において、遺族の精神的負担が考慮され、予期せぬ死を遂げた遺族に関する研究は、積極的に実施されていない現状がある。そのため、家族・遺族が看護師に求めていることは明らかになっていない。今後、予期せぬ家族の死を遂げた遺族のニーズを実際に経験した遺族から聞き取り、具体的な援助内容を明らかにした上で、ガイドラインの検討を行っていくことが必要であると考えられる。

## 7. 結語

医中誌でキーワードを「救急」「看護」「家族」「遺族」「悲嘆」「グリーフ」「ターミナルケア」「終末期ケア」で検索を行い、12件を対象文献とした。救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為について検討した結果、以下の内容が明らかになった。

- (1) 救急領域の看護師が終末期に実践している看護行為は「患者に対する看護行為」と「家族



- に対する看護行為]に分別された。
- (2) [患者に対する看護行為]は、【救命処置の優先】【生前の姿に近づける死後の処置】で構成され、[家族に対する看護行為]は、【家族の待機する部屋の確保】【家族が現状を受け止めるための情報提供】【家族が患者に寄り添う場の提供】【家族に対する支持的な態度での関わり】で構成された。
- (3) 救急領域の終末期における看護師の思考には、患者が搬送され救命処置に尽力するという患者を救う視点から、患者の死を予測し始めた時点で、患者を看取る、家族の悲嘆を支えるという視点に即座に移すという変化がみられた。
- (4) 救急領域の看護師が終末期に実践している[家族に対する看護行為]は、情緒的介入と情動的介入が中心であり道具的介入や治療的介入は実践されていなかった。
- (5) 今後、終末期ケアに関するガイドラインを作成するにあたって、救急領域の限られた時間の中での看護師の思考を考慮することと、予期せぬ家族の死を経験した遺族へインタビューを行い医療者へのニーズを明らかにする必要性が示された。

#### 文 献

- 1) 坂口幸弘：悲嘆学入門—死別の悲しみを学ぶ—。第1版，昭和堂，京都，2010。
- 2) 黒川雅代子，村上典子，中山伸一，小澤修一，鶴飼卓，村本洋子，井上祥子，坂口幸弘：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，14(6)，639-648，2011。
- 3) 安藤満代，瀧健治，牧香里，爲廣一仁，山下寿，財津昭恵：救命救急の集中治療室（ICU）で家族が亡くなった遺族の精神的健康度と複雑性悲嘆。日本臨床救急医学会雑誌，16(2)，91-94，2013。
- 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）。  
<http://www.jaam.jp/html/info/2007/info-20071116.htm>，2007。（2018.7.10確認）
- 5) 日本救急医学会：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—。  
[http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104\\_02.htm](http://www.jaam.jp/html/info/2014/info-20141104_02.htm)，2014。（2018.7.10確認）
- 6) 木本佳恵，倉石哲也：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)，309-313，2003。
- 7) Beckstrand RL, Wood RD, Callister LC, Luthy KE and Heaston S: Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), 7-14, 2012.
- 8) Wolf LA, Delao AM, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Baker KM, Carman MJ, Zavotsky KE and Lenehan G: Exploring the management of death: Emergency nurses' perceptions of challenges and facilitators in the provision of end-of-life care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 23-33, 2015.
- 9) 山勢博昭編著：救急看護の知識と実際。第1版，メディカ出版，吹田，2009。
- 10) 中重喜代子：日米の調査結果の比較。長谷川浩，Hessel H. Flitter 編，ザ・ホスピス—日米比較にみるターミナルの人間学—，メヂカルフレンド社，東京，84-92，1991。
- 11) 井上信明，笠井正志，西原正人，鍋谷まこと：救急・小児科外来あるいは入院直後に死亡した小児患者とその家族への対応状況と医療従事者に与える影響。日本小児救急医学会雑誌，17(1)，18-23，2018。
- 12) 岡林志穂，森下利子：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)，1-9，2018。
- 13) 石川幸司，加瀬加寿美，川端和美，吉田亜子，高岡勇子，早川峰司：集中治療領域における終末期ケアに関する看護師の役割認識。日本集中医学会誌，23(1)，601-604，2016。
- 14) 一戸美良，糸山香織，山本知花，森田恵：救命救急センター看護師の心理的葛藤—個室で看取りを迎える家族との関わり—。国立病院機構熊本医療センター医学雑誌，15(1)，82-94，2016。
- 15) 中谷安寿，竹本純子，瀬尾恵子：救命救急センター看護師の経験年数別エンゼルケアに対する思いと教育内容に関する検討。日本救急看護学会雑誌，18(2)，26-33，2016。
- 16) 谷島雅子，中村美鈴：救急看護師が認識するDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）の患者とその家族の特徴および家族に対する看護実践。日本救急看護学会雑誌，17(2)，24-34，2015。
- 17) 佐竹陽子，新田紀枝，浦出紗希：三次救急外来における終末期患者の家族に対する熟練看護師の看護実践。日本救急看護学会雑誌，17(2)，24-34，2015。
- 18) 坂井美智代，長光代，船屋彩子，尾崎利枝，笠間尚美，一ノ山隆司：救急室における看護師の看取りの体験から得られた特徴。日本看護学会論文集（急性期看護），45，305-308，2015。



- 19) 横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子: 救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識. 日本救急看護学会雑誌, 14(1), 1010-20, 2012.
- 20) 林見佳, 石田陽子, 横井誠子, 中田陸, 田中晶代, 藤井美子: 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, 17(1), 87-90, 2011.
- 21) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江, 藤野成美, 田戸朝美, 藤田直子: 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, 5(2), 69-81, 2009.
- 22) 佐藤真澄, 野田憲子, 横森佳子, 小川謙, 石掛恵子: 心停止後腎臓提供家族の悲嘆への看護—子供の死を体験した2事例からの分析—. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 39, 136-138, 2008.
- 23) パトリシアベナー: 達人の実践. パトリシアベナー, クリスティンタナー, キャサリンチェスラ著, 早野 ZITO 真佐子訳, ベナー看護実践における専門性—達人になるための思考と行動—, 第1版, 医学書院, 東京, 187-233, 2015.
- 24) 松谷美和子監訳: クリスティーン・タナー氏講演録より臨床判断モデルの概要と基礎教育での活用. 看護教育, 57(9), 700-715, 2016.
- 25) 松谷美和子, 三浦友理子, 奥裕美: 看護過程と「臨床判断モデル」. 看護教育, 56(7), 616-622, 2015.
- 26) 宮林幸江, 関本昭治: はじめて学ぶグリーフケア. 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 27) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江: 国内外における遺族研究の動向と今後の課題. 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 161-170, 2011.
- 28) 黒川雅代子: 救急で大切な人を亡くした人のケア. 高橋聡美編, グリーフケア—死別による悲嘆の援助—, 第1版, メヂカルフレンド社, 東京, 71-77, 2012.

(令和元年8月8日受理)

## End-of-Life Nursing Care in Japanese Emergency Departments: A Literature Review

Chiharu NINOMIYA, Sanae KOZAI and Mihoko NAKANII

(Accepted Aug. 8, 2019)

Key words : emergency department, emergency care, end of life care, grief work

### Abstract

We reviewed reports on end-of-life nursing care in Japanese emergency departments (ED) to draft guidelines. The following 7 topics were addressed: emergency medicine, nursing care, family, bereaved family, grief, terminal care, and end-of-life care. We analyzed 12 relevant documents qualitatively and inductively. As a result, analysis identified the following 2 core categories and 6 categories. The nursing actions for patients included the best possible medical treatment and post-mortem care to prepare the patient for viewing by the family. On the other hand, those for their families included securing of waiting rooms, providing necessary information when the patient's death becomes imminent, providing an environment for them to be at the patient's bedside, and supporting them empathetically. Although life-saving is the highest priority in ED, nursing care focuses on end-of-life care and grief care in clinical settings. "Grief care" involves emotional and informational interventions, and there is no instrumental or therapeutic intervention. These findings suggest that in order to establish guidelines for end-of-life care in ED, it is important to clarify the expectations of the bereaved families.

Correspondence to : Chiharu NINOMIYA

Doctoral Program in Nursing  
Graduate School of Health and Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-0193, Japan  
E-mail : [w7317001@kwmw.jp](mailto:w7317001@kwmw.jp)

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.29, No.1, 2019 209–218)