

【論文】

## 3次救急外来における心肺停止患者の家族に対する 看護実践

八尾みどり<sup>1</sup>・吉永喜久恵<sup>2</sup>・江川 幸二<sup>3</sup>

<sup>1</sup> 園田学園女子大学

<sup>2</sup> 元神戸市看護大学

<sup>3</sup> 神戸市看護大学

### I. 緒 言

心肺停止 (CPA ; cardio pulmonary arrest) 患者は全国で年間 12 万人の病院搬送件数を越え、特に 80 歳以上の傷病者が 6.3 万人と著しく増加している (消防庁、2020)。高齢化を背景に救急の現場では、救急隊が心肺停止患者の家族等から心肺蘇生の中止の意思を示されるケースが生じており、2019 年の総務省消防庁による「傷病者の意思にそった救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会報告書」において、リビングウィルや医師の指示書などの書面の提示があれば救急隊は救命処置をしないことが許容されることが示された。しかし、書面を記載しているのは国民の 8.1% にすぎず (日本蘇生協議会、2021)、依然として心肺蘇生を実施しながら搬送され、初療室で亡くなる患者が大多数であるという現状は変わらない。

患者の背景となる情報が少ない救命センターでは、まずは、患者の救命が最優先されることとなり、その際、突然の出来事で動揺する家族への援助は、マンパワー不足や時間のなさにより後回しにされがちで、看護師が家族と有効な関わりをもつ環境にない。そのため、初療室で死別となった場合、家族の悲嘆過程が障害されやすく、その後もケアを受けることなく遅延した悲嘆の中で生活している遺族が多く認められることも問題視されている (朝香、2007)。

CPA 患者の家族のニーズの研究では、中谷は看護師が重要と認識してもニーズを満たすケア実践ができない心肺停止状態にある患者の家族ニーズを明らかにしている。また、黒川は、心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズとその満足度を明らかにし、受けた医療については満足していた人が多いことが報告されている。しかし、看護師は、家族のニーズを認識しているにも関わらず、家族に関わることに對して不安な感情や覚悟が出来ていないような感覚をもっており、その要因として、経験不足、訓練や教育の不足、ケアに対する負担感などが挙げられていた (Isaak, 1996)。マニュアルを作成したとしても、背景の異なる患者・家族に対して、マニュアル化された項目で家族を看護することには限界があり (外山ら、2005)、また、そこには看護師個人の信念や価値、哲学 (Isaak, Peterson, 1996 ; Socorro, 2001)、そして、看護師個々の意識やコミ

コミュニケーションの差が影響をおよぼしていると言われ看護介入は非常に難しい。

このように、CPA 患者の家族に対する看護については、家族のニーズや看護師の困難感やその要因については明らかにされているが、看護実践の実態を明らかにしたものは見当たらない。

その実態を明らかにすることは、3次救急外来で CPA 患者の家族に介入を行うために必要と考える。

## II. 研究目的

本研究の目的は、3次救急外来における CPA 患者の家族に対する看護実践を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

1. 看護師：3次救急医療施設において、救急看護経験年数が3年以上の看護師で、そのうち救急外来での経験年数が2年以上を有する者とした。
2. 家族：婚姻、血縁、同居を問わず、CPA 患者に付き添って来院するか、患者搬入後に連絡を受け来院した者、もしくは看護師がその患者にとって重要他者であると判断した者を家族とした。
3. 看護実践：看護師が家族に働きかける際の一連のプロセスで、ケアの実施前後の情報収集、アセスメント、計画、評価を含むものとした。
4. CPA 患者：本研究においては、外傷および急性疾患により CPA 状態となり救急外来に搬入された患者とした。小児事例は含まない。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 調査の対象

#### 1) 研究参加者

救急領域での経験が3年以上の看護師で、そのうち救急外来での経験が2年以上あり、CPA 患者の家族に対して看護実践を行う看護師。日本救急看護学会が呈する救急看護クリニカルラダー（2009）において、患者や家族の心理を理解し適切な対応がとれるスタンダードレベル（ステップⅢ）に相当するレベルとして選定した。

## 2) 研究参与者

本研究では、研究者は、直接患者・家族に対して介入や看護行為は行っていない。家族は直接的な研究対象ではなく、研究参与者となる。参加観察において、家族は観察範囲に含まれるが、看護師の看護実践内容を中心に観察し、家族の状況に応じた看護実践内容は、看護師のインタビューの中から看護師の認識した状況として情報を得ることとした。

## 3. 調査手順

### 1) 研究参加者の選定と依頼の手順

(1) 3次救急医療施設の看護部長に、本研究の目的と方法・意義を含めた概要を文書を用いて説明し、研究協力の検討をしていただき同意を得た。

(2) 看護部長に救急外来の看護師長を紹介していただき、研究に関する説明を聞く意思の確認をしていただいた。説明を聞くことの承諾が得られたため、救急外来の看護師長に本研究の趣旨を文書を用いて説明し、研究協力の同意を得た。

(3) 救急外来の師長により研究への協力が得られたため、看護チーム全体への説明の場の設定を依頼した。

(4) 看護チームに対し、研究の目的・方法等に加え、参加観察については、協働場面も含まれるため、CPA患者の搬入に関わるすべての看護師を対象に、同意をいただきたい旨を文書を用いて説明した。趣旨説明の後、チームとして協力するか否かの決定をしていただき同意を得た。その際、インタビューに参加していただける看護師の方は、参加観察後に改めて依頼することを説明した。

(5) インタビューに参加していただける看護師の方への同意については、参加観察後に文書を用いて改めて説明し、書面で同意を得た。

## 4. データ収集方法

### 1) 観察法

救急外来において、CPA患者の搬入から退室後までの間に、その家族に関わりをもつ全ての看護師の家族への看護実践場面を観察した。観察内容は、看護師の表情や行動、言動、家族に接するタイミング等を観察した。なお、参加観察時は、研究者の存在を家族に不自然に感じさせることがないように、研究者は、研修看護師として看護師に指示された範囲で実践を行いながら参加させていただき、参加看護師が家族に関わる場面に自然と同行できるようにした。

### 2) 面接法

面接は、観察場面で得られたデータをもとに、研究参加看護師の勤務終了後できるだけ早期にインタビューを行った。インタビューの内容は、①研究参加者の基本属性（年齢、看護師経験年数、救急部経験年数、救急外来経験年数、ローテーション歴がある場合は、他部署での経験年数とその部署名）②救急外来の役割分担および家族看護の教育体制③参加観察内容にもとづき、

看護師の行動、言動とそのときの看護実践の意図について質問を行った。インタビューの場は、プライバシーの保持できる個室で実施した。また、インタビュー内容については、研究参加看護師の許可を得て IC レコーダーに録音し、すべてを文字に起こし、逐語録を作成した。

## 5. データ収集期間

2008 年 12 月から 2009 年 5 月

## 6. データ分析法

- 1) インタビューと参加観察で得られた内容を逐語録に起こし、データを繰り返し読み全体像を把握した。
- 2) 3 次救急外来における CPA 患者の家族に対する看護実践に焦点を当て、データの意味内容を解釈しコード化した。
- 3) 抽出されたコードを比較検討し、コードの類似性を見出しその中心的意味を抽出し、サブカテゴリを見出した。
- 4) 何度もコードに戻りサブカテゴリ、カテゴリの生成を行った。

## 7. 分析結果の厳密性の検討

インタビューはプレテストを行い、インタビューガイドの項目の妥当性を確認した。研究によって見出されたカテゴリが、他の状況でどの程度利用可能かを判断するために、できる限り詳しい記述を行い、他の研究者が適応可能かを判断できるようにした。また、確証性の確保のためには、指導者と定期的にディスカッションし、研究結果が研究者の偏見や歪みにより影響を受けないように、スーパービジョンを受けた。

## V. 倫理的配慮

本研究の倫理的配慮については、神戸市看護大学倫理審査委員会の承認を得た。

3 次救急医療施設の看護部管理者および救急外来の看護責任者に対して、研究の目的、調査方法、内容および自由意思による参加であること、途中辞退が可能であり不利益は生じないこと、匿名性の確保、機密性確保の保証について記載した文書を用いて説明し同意を得た。次に、看護チーム全体に対し、同様に文書を用いて口頭で説明した。その後、チームとして協力するか否かを決定していただき研究参加の同意を得た。インタビュー対象者には、参加観察後にあらためてインタビューへの同意について文書を用いて口頭で説明し書面で同意を得た。得られたデータは、匿名性を保持し個人が特定されないよう配慮し、USB に保持、厳重に管理した。

## VI. 結 果

### 1. 研究対象医療施設

研究参加の同意が得られた医療施設は2施設であった。A施設は全次型救急体制をとる大規模型の総合病院で、救急部は、救急外来と救急病棟からなる。A施設におけるCPA患者の搬入は、消防隊から救急外来に直通電話による連絡が入り、救急部医師が電話対応し患者の受け入れを決定していた。患者搬入決定後、救急外来担当看護師に口頭で情報が伝達され受け入れ準備を行っていた。搬入場所は、救急車到着後3次救急患者専用の搬入口より処置室に搬入されていた。3次救急患者用処置室には4つのストレッチャーが併設され、重症度に応じて場所が決定されていた。各ストレッチャーはカーテンで仕切られていた。来院した家族は、救急外来受付で手続きをした後、3次救急患者用処置室とカーテンで仕切られた廊下で待機していた。医師からの病状説明は、主に廊下、ベッドサイド、もしくは1次救急患者診察室で行われていた。CPA患者の蘇生処置の結果、死亡した場合は、3次救急患者用処置室の4つのストレッチャーのうち主に待機場所として使用されている場所に移動させ、清拭後寝台車もしくは警察の搬送車が到着するまで家族と共に待機していた。

B施設におけるCPA患者の搬入は、消防隊からの直通電話により情報が入り、外来担当医師が電話対応を行い患者の受け入れを決定していた。搬入場所は、救急車から直接救急外来処置室に搬送が行える専用出入り口がある。処置室は最大2名まで処置が行えるように準備されており、同時に処置を行う場合は、スクリーンで処置室を仕切っていた。CPA患者が死亡された場合は霊安室に移動後、検死を行い寝台車専用出入り口から死亡退院となった。来院した家族は、患者搬入口とは別の出入り口から施設内に入り、窓口で手続き後、救急処置室とは壁を隔てたロビーで待機していた。医師からの病状説明は、処置室とロビーの間に設けられた個室の相談室で行うか、患者のいる救急外来処置室で行っていた。

### 2. 研究対象者の背景

研究参加の協力を得た看護師は、救急病棟もしくはICUで看護実践経験をもつ看護師で、職位はスタッフ看護師が3人、管理職が5人、うち救急認定看護師が2人含まれた。A施設の看護師は、救急部配属後、救急病棟の経験を積み経験1年目の後半を目安に救急外来での看護実践に入る。救急外来は2～3人で担当し、リーダーがトリアージ業務を行いながら主に1、2次救急患者の対応を行い、1～2人の看護師が3次救急患者を担当していた。他にドクターカー担当看護師が、出動する以外の時間は救急外来業務を行っていた。いずれの看護師も患者の来院状況に応じて流動的に対応していた。救急外来のリーダー業務は経験4年目を目安に入るため、3次救急を担当する看護師は、一人で実践が行えるようになった2年目から3年目の看護師が行う場合が多かった。夜間帯は他部署の応援看護師2名とともに救急外来の対応を行っていた。家族看護

についての教育は、院内外の講義やセミナーに参加している看護師もいるが救急外来での家族対応については、教育は受けていなかった。

B 施設の救急外来を担当する看護師は、OP・外来部門のスタッフ看護師 1~2 人と管理職 1 人で行っており、家族に対しての援助は管理職が担当していた。家族を担当する管理職は、いずれも ICU または救急病棟での看護実践経験をもち、うち 2 人の看護師は救急看護認定看護師であった。家族看護についての教育は、認定看護師はその受講の中で教育を受けているが、その他の看護師は特別な教育は受けていなかった。

### 3. 参加観察場面と観察時間

参加観察は、救急外来のリーダーもしくは事務職員から CPA 搬入の情報がいった時点から救急外来退室まで、可能な場合は霊安室への移動、病院を死亡退院する場面まで行った。参加観察した CPA 搬送件数は 12 件で、1 人の看護師に対し 1~3 回の参加観察を行った。参加観察時間は 1 件に対し 29 分~480 分であった。

### 4. 3 次救急外来における CPA 患者の家族に対する看護実践

観察された看護実践からは、143 コード、38 サブカテゴリ、12 のカテゴリが抽出された（表 1）。対象者の語り「」、コード〈 〉、サブカテゴリ《 》、カテゴリを【 】で表した。

表 1 3 次救急外来における心肺停止患者の家族に対する看護実践のカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
1) キーパーソンを見極める	(1) キーパーソンを見極める
2) 他の家族に連絡をとり、サポートを得る	(1) 他の家族についての情報を得る (2) 動揺する家族に代わって、家族に連絡をとる (3) 他の家族やサポートが得られる人への連絡を促す
3) 家族の動揺や受け止めの程度を判断する	(1) 搬入前の情報から家族の動揺の強さを予測する (2) 家族の動揺を予測して、医師より先に家族の状態をアセスメントする (3) 説明に同席し、状況の理解と受け止めの程度を判断する (4) 霊安室に案内した後、動揺がないか観察する
4) 支援が必要なタイミングを見計らいながら関わる	(1) 家族の精神状態が落ち着いたと判断し、その場を離れる (2) 家族同士で支え合う力を見守る。 (3) 家族に関わるタイミングを見計らい待機する
5) 家族の気持ちに配慮し、そばで支える	(1) 動揺する家族のそばに付き添う (2) 質問が受けられるように家族のそばにいる (3) 医師からの説明の後、検死について家族の疑問に答える (4) 家族の気持ちに配慮しながら、移動場所に誘導する (5) 家族の気持ちを察して言葉をかける (6) 動揺する家族に、今、何をしなければならぬかを伝える

6) 突然の死を告げられた衝撃で、激しく混乱する感情を受け入れ、対応する	(1) 動揺が激しく攻撃的に質問する家族に逆らわずに訴えを聞く (2) 家族に巻き込まれないように自分の動揺する感情を抑えて冷静に対応する (3) 患者の死を認めたくない家族に、患者の状況を繰り返し説明する (4) 患者の死を認められない家族に、気持ちの整理ができるだけの時間と場所を提供する
7) お別れのときを作り、感情を表出させる	(1) 患者と家族を近づけ、患者に触れられるようにする (2) 家族の気持ちを表出させる機会をつくる
8) 家族の安全を守る	(1) 倒れる可能性を考え、支えられる位置で見守る (2) 動揺が激しく、歩けない家族を支えて一緒に歩く (3) 処置による危険が家族におよばないように守る
9) 患者の死を目の当たりにした家族の衝撃を和らげる	(1) 面会前には患者の環境を整え、家族の衝撃を和らげる (2) 家族のつらい気持ちを配慮し、亡くなった患者の痛々しい場面を見せない (3) 霊安室で対面する前に、患者の状態を家族に伝える (4) 子供をどこまで立ち合わせるべきか、保護者と相談しながら対応する (5) 患者が苦しまなかったということを家族に伝える
10) 家族の意思を尊重し希望に添う	(1) 家族の希望を叶えられるようにする (2) 家族以外の人と患者との対面は、家族に確認をとる (3) 家族の辛い気持ちに配慮して、居る場所を選択させる
11) 家族への対応がスムーズに行えるようにチームで連携をとる	(1) 家族にとってよい方法をチームで検討する (2) 事務職と情報を共有する (3) 家族の情報を他の看護師と共有し、役割分担しながら家族に対応する
12) 誠意のある態度で接する	(1) 誠意のある態度で接する

## 1) 【キーパーソンを見極める】

このカテゴリは、1つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、搬送後に来院した家族の様子を観察しその中でリーダーシップ機能が発揮できそうな家族員に検討をつけ、家族全体の顔を見渡ししながら、一番よく聞いている家族を中心に、今後の段取りについて説明するといった実践をしていた。

「一応キーパーソンは、たててるじゃないですか、～中略～ やっぱり、あ、ちょっと違う人に変えないといけなくなっただけのは、表情とかを結構見えますね。」「一番しっかりとした返答だとか、顔をみて話してる中で、一番うなずかれてたりとか、そういうのを見て、どなたですかっというのを聞いたり」

## 2) 【他の家族に連絡をとりサポートを得る】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。

救急外来の看護師は、最初に到着した家族に《他の家族についての情報を得る》ことで代理意思決定者の確認や死亡宣告時に立ち会う家族の確認をしていた。1人で来院している家族に対しては、《他の家族やサポートが得られる人への連絡を促す》実践をしていた。さらにその際、極度なストレス状況に陥り、電話がかけられない、電話番号が思い出せないなど通常行っていた行動ができないような反応がみられると判断した場合、《動揺する家族に代わって、家族に連

絡をとる》支援をしていた。

### 3) 【家族の動揺や受け止めの程度を判断する】

このカテゴリは、4つのサブカテゴリから構成された。

搬入前から霊安室の場面まで家族の動揺や受け止めの程度を継続的に判断するという実践で、特に CPA 状態になった現場を家族が見ていない場合や患者の年齢が若い場合に、家族の動揺が激しいだろうと《搬入前の情報から家族の動揺の強さを予測》していた。搬入後は、患者に面会する前や医師からの病状説明の前に家族の様子を観察することで、《家族の動揺を予測して、医師より先に家族の状態をアセスメント》し、《説明の場に同席し、状況の理解と受け止めの程度を判断》していた。さらには、家族を《霊安室に案内した後、動揺がないか観察する》といった実践をしていた。

### 4) 【支援が必要なタイミングを見計らいながら関わる】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、家族がすこしずつ落ち着きを取り戻していく過程を観察し、《家族の精神状態が落ち着いたらと判断し、その場を離れる》や、家族内の話し合いや感情を共有できる場所と機会を作るために、看護師はその場を離れて《家族同士で支え合う力を見守る》実践をしていた。しかし、離れた際も、今は援助の必要はないがいつでも必要であると判断した時は関わられるよう《家族に関わるタイミングを見計らい待機する》という実践を行っていた。

### 5) 【家族の気持ちに配慮しそばで支える】

このカテゴリは、6つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、〈安心感を与え、落ち着いてもらう〉ために《動揺する家族のそばに付き添う》ことや態度や表情から《家族の気持ちを察して言葉をかける》実践を行っていた。また、家族が現実を正確に認識するために、《質問が受けられるように家族のそばにいる》ことや医師から検死の必要性について説明された後は、家族の心理状況を判断しながら、《医師からの説明の後、検死について家族の疑問に答える》援助を行っていた。

さらに、かかりつけの病院ではない初めての病院に搬送された患者の家族が、動揺しているうえに施設の構造もわからず冷静に行動できない状態であることを察し、《家族の気持ちに配慮しながら、移動場所に誘導する》ことや死亡宣告を受け《動揺する家族に、今、何をしなければならないかを伝える》実践を行っていた。

### 6) 【突然の死を告げられた衝撃で、激しく混乱する感情を受けいれ対応する】

このカテゴリは、4つのサブカテゴリから構成された。

対処出来ないほどの強いストレスをうけたことにより、激しく感情を露わにする家族に対して

は、衝撃による感情を表出している段階であると受け止め、《動揺が激しく攻撃的に質問する家族に逆らわずに訴えを聞く》という実践をしていた。その際、看護師は、自分の感情や言動で家族の動揺を増幅させないように、《家族に巻き込まれないように自分の動揺する感情を抑えて冷静に対応する》ように努めていた。また、感情を露わにし《患者の死を認めたくない家族に、患者の状況を繰り返し説明する》、《患者の死を認められない家族に、気持ちの整理ができるだけの時間と場所を提供する》といった実践をしていた。

#### 7) 【お別れのときを作り、感情を表出させる】

このカテゴリは、2つのサブカテゴリから構成された。

予期しない突然の死別で患者を看取ることの出来なかった家族が、遺体となってしまった患者に近づくことができず遠巻きに対面する状況に対して、《患者と家族を近づけ、患者に触れられるようにする》、《家族の気持ちを表出させる機会をつくる》という実践をしていた。

#### 8) 【家族の安全を守る】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。

家族が、動揺により失神や過換気など身体的変化を起こすことを予測し《倒れる可能性を考え、支えられる位置で見守る》ことや《動揺が激しく、歩けない家族を支えて一緒に歩く》援助を行っていた。これは、特に患者に面会する場面や移動場面、死亡宣告を受ける場面で実践された。また、家族が処置中の患者に近づこうとするために、家族の背中に手を回ししっかり支えることで《処置による危険が家族におよばないように守る》という実践をしていた。

#### 9) 【患者の死を目の当たりにした家族の衝撃を和らげる】

このカテゴリは、5つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、処置によって騒然となった救急外来の環境や患者に苦痛を与えたと思わせるような状況により、家族が患者に対面した際、想像以上の状態にショックを受けないように《面会前には、患者の環境を整え家族の衝撃を和らげる》や《家族の辛い気持ちを配慮し、亡くなった患者の痛々しい場面を見せない》ようにしていた。また、《霊安室で対面する前に、患者の状態を家族に伝えておく》ことで、心構えが持てるようにすることや《患者が苦しまなかったということを家族に伝える》ことで突然の死という衝撃を緩和できるようにしていた。さらに、家族に子供が含まれている場合には、《子供をどこまで立ち会わせるべきか、保護者と相談しながら対応する》ことで子供の心の衝撃にも配慮していた。

#### 10) 【家族の意志を尊重し希望に添う】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリから構成された。

看護師は、患者が亡くなるまでの短時間や亡くなった後であっても、可能な範囲で《家族の希望

を叶えられるようにする》実践を行っていた。また、死亡退院するまでの間、患者と共に過ごす《家族のつらい気持ちに配慮して、居る場所を選択させる》ことや、患者にとって近い関係であっても《家族以外の人と患者との対面は、家族に確認をとる》ことで家族の気持ちを尊重した実践を行っていた。

11) 【家族への対応がスムーズに行えるようにチームで連携をとる】

このカテゴリは、3つのサブカテゴリで構成された。

看護師は、《家族の情報を他の看護師と共有》することや《家族にとってよい方法をチームで検討する》こと、《事務職と情報を共有する》ことで、チームで家族に関わり対応がスムーズに行えるように連携していた。

12) 【誠意のある態度で接する】

このカテゴリは、1つのサブカテゴリから構成されており、患者の生命の尊厳を尊重した態度で接することを心がけようとする行為であった。

5. 3次救急外来における心肺停止患者の家族に対する看護実践の関連図

図1に、3次救急外来における心肺停止患者の家族に対する看護実践の関連図を示した。横軸は、左端をCPA患者が搬送され家族が来院した時点、右端が死亡退院される時点とし時間経過を表している。縦軸については、下部三段の四角の枠で示したカテゴリと上部の下向き矢印の枠で示したカテゴリは、看護実践の基盤となる実践で継続的に行われていた看護実践として

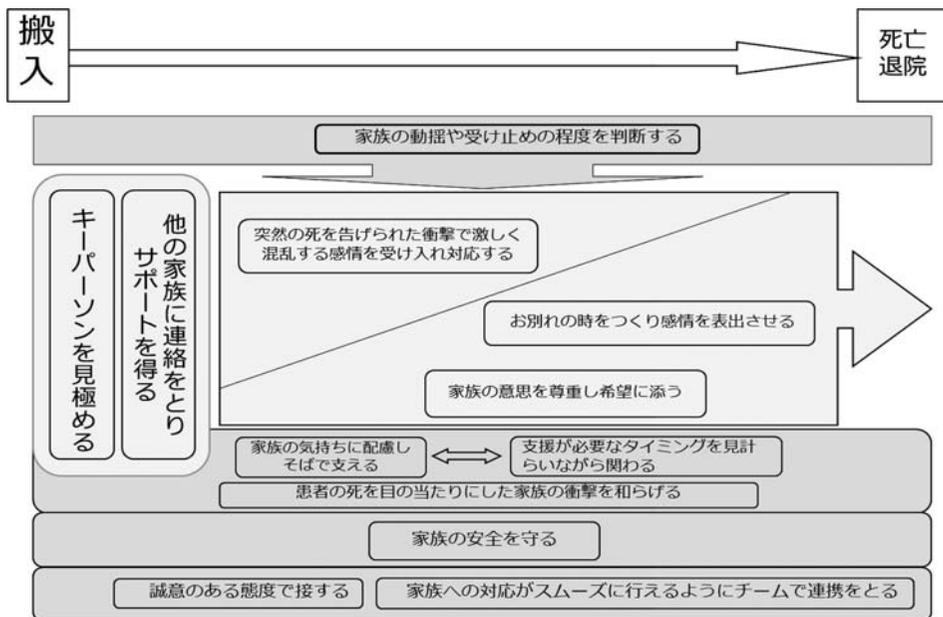


図1 3次救急外来における心肺停止患者の家族に対する看護実践

示した。中心に位置する実践は、搬入の初期段階に必要とされる看護実践と家族の反応によって必要とされる看護実践を時間軸に沿って示した。

## Ⅶ. 考 察

3次救急外来における心肺停止患者の家族に対する看護実践の特徴を考察し、CPA患者の家族に対する看護実践の今後の課題について述べる。

### 1. 危機状況にある家族に社会的サポートを提供する看護実践

3次救急外来の看護実践において、看護師は、家族に最初に接触した段階で即座に【キーパーソンを見極める】実践をしていた。家族が危機状態に対する対処を行う時、家族内のリーダーシップ機能が重要な役割を果たすが、リーダー役を務めていた家族が患者となりリーダーが不在となる場合や、家族員自身が情緒的に危機状態にあることでリーダーシップ機能を発揮できない場合がある（渡辺、2001）。そのため看護師は、来院した家族の関係性を探りながら、現時点で一番その家族に影響をおよぼせる人物としてキーパーソンを見極めていた。危機的状況では、家族に求められている対応を適切に認識したうえで、その役割を果たすのに最も適任なのはだれかを判断し、その局面ごとにキーパーソンを柔軟に捉えていく必要がある（渡辺、2001）。看護師は、医療者が心肺停止患者の家族のキーパーソンに求めている役割は、動揺する家族を支え、その家族が患者をきちんと見送れるようにすることであると見え、その役割に最も適任である人物を来院した家族の中から捉え見極めていたと考えられる。

そこで、キーパーソンになりえる人物がいない場合、看護師は、家族が早期に何らかの社会的サポートが得られるように、【他の家族への連絡を促す】【他の家族に連絡をとりサポート得る】支援を行っていた。

搬入の初期段階に行われるこれらの看護実践は、家族が社会的サポートを得て、家族セルフケア機能をうまく活用し危機に対処できるようにするための重要な看護実践であると考えられた。

### 2. 患者の死の衝撃を受けた家族の反応に応じた看護実践

家族の状況を観察・判断しながら、家族が表わす反応に応じて行なわれる看護実践で【家族の動揺や受け止めの程度を判断する】、【突然の死の衝撃で激しく混乱する感情を受け入れ対応する】、【お別れのときをつくり感情を表出させる】援助である。

看護師は、激しい混乱状態の家族や攻撃的に感情を表す家族には、その言動を否定することなくひたすらその感情と行動を受け入れるという【突然の死の衝撃で、激しく混乱する感情を受け入れ対応する】実践を行い、また、事実を冷静に受け止めている家族に対しては、【家族の意志を尊重し希望に添う】、【お別れのときを作り感情を表出させる】実践を行っていた。これらは、悲嘆反応として表れた怒りや悲しみ、悔いや自責の念に対する援助であり、グリーフケアとして

の看護実践であると考えられる。死に至る原因やプロセスが十分に理解できない突然の死別は、悲嘆過程が複雑化しやすく精神疾患への罹患率が高い。この段階での危機介入は悲嘆過程を取り扱う過程の出発点となり、突然の死の際にどのような機会が得られるかは、遺された人々が危機を受け止めて対処していけるか否かを大きく左右する (Wright, 2002)。そのため初療の段階で家族の悲嘆反応を的確に捉えその反応に応じた援助することは、家族がその後のグリーフワークを行っていく上で重要な看護実践になると考えられる。

### 3. CPA 患者の家族に対する援助の基盤となる看護実践

この看護実践は、家族の動揺の強さには関係なく患者の搬入から死亡退院まで継続して行われていた看護実践で、【家族の同様や受け止の程度を判断する】【家族の安全を守る】、【患者の死を目の当たりにした家族の衝撃を和らげる】、【家族の気持ちに配慮しそばで支える】、【支援が必要なタイミングを見計らいながら関わる】、【家族への対応がスムーズに行えるようにチームで連携をとる】、【誠意のある態度で接する】からなる。

静かな落ち着いた環境をつくり、誠実な思いやりのある態度でそばにいることは、危機にある人への具体的な励ましとなり安心感を与える (鈴木, 1988) と述べるように、【家族への対応がスムーズに行えるようにチームで連携をとる】ことや【誠意のある態度で接する】ことで、家族が安心して患者を見送れる環境を作る看護実践となり、そのうえに、継続的に家族の【家族の同様や受け止めの程度を判断する】ことで、強度なストレスによる身体的・精神的変化を捉え【家族の安全を守る】実践や、【家族の気持ちに配慮しそばで支える】実践を行っていた。また、その衝撃によるストレスを少しでも緩和させるよう働きかける看護実践として【患者の死を目の当たりにした家族の衝撃を和らげる】実践を行っていた。このように患者を安心して見送れる環境や家族のストレスを心身双方から守り支える実践を基盤として行った上で、患者の死の衝撃を受けた家族の反応に応じた看護実践を行っていると考えられる。

### 4. CPA 患者の家族に対する看護実践の今後の課題

本研究の結果から CPA 患者の家族に対する看護実践では、「危機状況にある家族に社会的サポートを提供する看護実践」および「突然の患者の死の衝撃を受けた家族の反応に応じた看護実践」「CPA 患者の家族に対する援助の基盤となる看護実践」が、家族が危機を対処していくために重要な看護実践であるということが見出された。これらの看護実践を適切に家族に提供していくためにはいくつかの課題があると考えられる。

CPA 患者の家族の援助に関わる看護師は、救急外来という短時間の関わりのなかで動揺する家族の心理的反応を的確に捉え、その情報により危機的状態であるか否かを判断し援助の方向性を見極めていくことが必要である。さらに、短期間の間に揺れ動く家族の心理反応に応じた対応をその場で判断し援助することも求められ、看護師には CPA 患者の家族の援助が行える知識と技術が要求される。しかし、Socorro (2001) によると、救急看護師は、看護師間で援助につい

て語り合い意見を求めた経験はなく、特別な教育や指導を受けていない看護師がほとんどであり、このような看護師は、他の看護師の実践を見聞きすることがないために自分の経験のなかで自分なりの援助を確立している。そして、自分自身で適切に家族を支援する備えができていないことに気づき、準備が不十分なために CPA 患者の家族への援助に対し怯えのような感覚や不安定な感情を抱き、有効な関わりができなくなるという。このことから、まず看護師の教育を充実させ、看護師自身が教育を受けたという感覚をもった上で家族に関われる基盤を作るべきではないかと考える。

2つ目にはマンパワーの問題がある。救急外来を担当する看護師は、搬入される患者の対応に追われ、たとえ CPA 患者の家族の動揺が激しくても、患者の救命優先であることには変わりはなく限られた時間でしか家族への援助は行えない。

「危機状況にある家族に社会的サポートを提供する看護実践」では、キーパーソンの存在と他の家族からのサポートの重要性を述べたが、現社会は単家族の増加や家族関係の複雑化、関係性の悪さなどの理由で、すべての家族が早期に家族による社会的サポートを得られるわけではなく、動揺する家族自身がすべてを対処していかななくてはならないこともある。そのような家族に対しては、やはり看護師が社会的サポートの代替としてその家族にじっくり向き合い支えて行くことが必要だと考えられる。動揺の激しい家族への対応や死を認められない家族が現実と向き合うことには時間が必要であり、時には救急外来を離れて待合室や霊安室での対応を行うこともある。家族の感情に向き合い支援していくためには、他の業務に左右されない家族専門の看護師を配置し、継続してその家族に関われるようにすることが望ましいと考えるが、人員上専門の配置が困難であれば、チームで連携をとりながら役割分担を行うことで、看護師が少しでも早期に家族に対応することが可能となるのではないかと考える。

## VIII. 結 論

1. 3次救急外来における CPA 患者の家族に対する看護実践からは、12 のカテゴリが抽出された。
2. CPA 患者の家族に対する看護実践では、搬入の初期段階で危機状況にある家族に社会的サポートを提供する看護実践を行う事が、家族のセルフケア機能をうまく活用し危機を対処していくために重要な看護実践であると考えられた。
3. 患者の死の衝撃を受けた家族の反応に応じた看護実践は、悲嘆過程への援助として重要な看護実践であると考えられた。
4. CPA 患者の家族に対する援助の基盤となる看護実践は、患者を安心して見送れる環境や家族のストレスを心身双方から守り支える実践であり、家族の動揺の強さには関係なく患者の搬入から死亡退院まで継続して行われていた。

## Ⅸ. 本研究の限界

本研究の限界は、1つは対象者のデータ数が少ないことにある。研究に協力が得られたのは8名であり本研究での抽出内容の一般化には限界がある。また、研究者は危機状態である家族に対しての倫理的問題を回避するために、参加観察においては純粋な観察者として参加せず、研修看護師として看護師の指示する一定の業務を遂行しながら看護実践場面に参加した。そのため、参加観察内容は、家族への対応が終了したのちにフィールドノートに記載したため測定用具としての研究者の限界があると考えられる。

### 謝辞

心肺停止という厳しい場面の中、協力してくださったチームの皆様、そして研究参加者の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本論文は2009年度神戸市看護大学研究科博士前期課程に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり、その論旨は日本クリティカルケア看護学会第6回学術集會にて報告したものである。

### 引用文献

- Bob, Wright/若林正 (2002), 突然の死 (1), 医歯薬出版株式会社, 5.
- Isaak, C., Paterson, B. L. (1996), Critical care nurses' lived experience of unsuccessful resuscitation, *Western Journal Of Nursing Research*, 18(6), 688-702.
- 一般社団法人 日本蘇生協議会 (2021), JRC 蘇生ガイドライン 2020, 医学書院, 458.
- 外山順子, 廣瀬はるみ, 平井恵, (2005), CPAOA 患者の家族への援助－看護師のアンケート結果からみた家族援助マニュアルの効果－, *日本救急看護学会誌*, 7(1) 155.
- Socorro, L. L., Tolson, D. & Fleming, V. (2001). Exploring Spanish emergency nurses' lived experience of the care provided for suddenly bereaved families, *Journal Of Advanced Nursing*, 35 (4), 562-570.
- 総務省消防庁, (2020), 令和2年度版 救急・救助の現況. [https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r02\\_01\\_kyukyuu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r02_01_kyukyuu.pdf)
- 鈴木和子, 豊田淑恵, 長瀬雅子 他, (2003), 救命救急センター搬送者の家族の体験と援助－家族の認識と行動の特徴から－, *東海大学健康科学部紀要*, 9, 11-18.
- 渡辺裕子, (2001), 救急医療・集中治療の場における家族看護, *家族看護学*, 日本看護協会出版会, 170-194.

---

[やお みどり 急性期看護学]  
[よしなが きくえ 急性期看護学]  
[えがわ こうじ 急性期看護学]