

惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識と看護実践
Perceptions and Nursing Practices Regarding Family Health Care of Critical Care Nurses
in Distress

竹嶋 順平¹⁾ 高崎 亜沙奈²⁾
Junpei Takeshima Asana Takasaki

【要旨】

本研究は、惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識と看護実践を明らかにすることを目的とした。クリティカルケア領域の経験が5年以上の看護師を対象に、半構造化面接を実施し、質的記述的分析を実施した。その結果、惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識として、【ケアとキュアの狭間にたつ葛藤】【家族に対する俯瞰的な姿勢と感情労働】【代理意思決定支援の困難さ】【悲嘆ケアの必要性の認識】の4つのカテゴリーを抽出した。また、惨事ストレス状況下でのクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践としては、【患者と家族の絆の確認と促進】【経験に裏付けられる関わり】の2つのカテゴリーを抽出した。クリティカルケア看護師は、家族への代理意思決定支援の困難さや悲嘆ケアの必要性を認識し、クリティカル看護における家族看護の経験を積むことが自信となり、実践力向上へとつながっていることが示唆された。

キーワード：クリティカルケア看護師、家族看護、認識、看護実践、質的研究

Abstract

The purpose of this study was to clarify the perceptions and nursing practices of critical care nurses in distress regarding family nursing. Semi-structured interviews were conducted with nurses with five or more years of experience in critical care or nurses who had previously worked in critical care for five or more years, and a qualitative descriptive analysis was conducted. As a result, four characteristics in the perceptions regarding family nursing of critical care nurses in distress emerged: "inner struggle between family care and cure", "difficulty in supporting surrogate decision-making," "a holistic approach to family care and emotional labor," and "recognition of the need for bereavement care." In addition, two characteristics of family nursing by critical care nurses in distressful situations were found: "confirming and encouraging the bond between the patient and family," and "relationships backed by experience." There is an implication that critical care nurses will gain confidence and improve their nursing practices in critical care by recognizing the difficulty of family support in surrogate decision-making and the necessity for bereavement care, and accumulating their experiences in family nursing.

*Key words:*Critical care nurses ; Family nursing ; Perception ; Nursing ; qualitative research

1) 帝京大学福岡医療技術学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medical Technology, Teikyo University

2) 長崎県立大学看護栄養学部 看護学科 Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki
(受付日: 2023.12.18, 受理日: 2024.1.26)

I. 緒言

救急救命センター (Emergency Room: 以下 ER) や集中治療室 (Intensive Care Unit: 以下 ICU) で重症患者の看護を行うクリティカルケア領域の看護師は、懸命な治療や看護にもかかわらず、患者の状態が回復せず、死亡するケースや、予測されない事故や災害による患者の死に直面する (以下、惨事ストレス) 機会に多く接する。また、惨事のような過酷な体験をしている患者のケアは、援助者の側にもストレス体験をもたらし、メンタルヘルスに影響を及ぼす¹⁾。そのような状況のなか、患者・家族も予測されない事態に衝撃を受け、家族機能が危機的状況に陥ることも考えられるため、クリティカルケア領域における家族看護は重要となる。

クリティカルケア看護師のメンタルヘルスにおける先行研究では、仕事のストレッサー²⁾とストレス反応の関連を検討した研究^{3) 4)}や、教育的介入、暴言・クレーム・苦情への対応⁵⁾など、看護に関する知識・技術を高めることの重要性^{1) 6)}について述べられているものや、尺度を用いたアンケート調査^{7) 8)}、死亡した患者や患者の家族に焦点を当てたもの⁹⁾がある。

クリティカルケア看護師による家族看護については、終末期ケアにおける倫理的な問題¹⁰⁾や看護実践¹¹⁾、チーム医療や組織の取り組みに関する先行研究^{12) 13)}がなされているが、看護師の感情に焦点を当てた報告は見当たらない。惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師が、どのような感情を抱えながら家族看護の看護実践を行っていたのか、経験をもとに明らかにすることは、クリティカルケア看護師のメンタルヘルス支援の一資料となり得る。

そこで、本研究では、惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識と看護実践を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究は2019年に実施した調査¹⁴⁾について、家族看護に焦点を当て二次分析を行っ

たものである。

II. 用語の定義

1. 惨事ストレス: 「惨事」¹⁵⁾とは、悲惨な出来事。いたましい事件を示す。「ストレス」¹⁶⁾とは、種々の外部刺激が負担として働くとき、心身に生ずる機能変化を示す。松井¹⁷⁾は、看護職員の惨事ストレスの主な要因として悲惨な現場・混乱し緊張する現場で家族を想起させる死傷、とくに子どもの死、不条理な事由による事故、事件の被害者、損傷の激しい遺体との遭遇などを挙げている。本研究においては、予測されない悲惨でいたましい事故や災害による患者の死を示し、家族を想起させる死傷、特に子どもの死や、損傷の激しい遺体や重症者に接した場合、広域災害や大事故などの大規模な惨事現場の体験等により心身に生じた変化とした。

2. 認識¹⁸⁾: 物事を知る心の動きを示す。本研究においては、惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護に関する感情・感覚・知覚・直観・思考・経験を含めた理解や心の動きとした。

3. 家族看護^{19) 20)}: 社会資源を取り入れる能力を含めた、家族が本来もっている潜在的なセルフケア機能を促進することであり、健康問題によりよく対処し、予防的な援助を示す。本研究におけるクリティカルケア看護師の家族看護は、重篤な疾病や外傷などの生命の危機的状態に陥っている患者と患者の家族に対して、疾病や外傷から生じる様々な問題に対処できるように支援することとした。

4. クリティカルケア看護師: 本研究においては、惨事ストレスを受けた経験がある ER・ICU に所属する看護師とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン
質的記述的研究

2. 対象施設と対象者の選定

対象施設は、基幹災害拠点病院で ER・ICU を有する病院とした。対象者は、惨事ストレスを受けた経験があり、クリティカルケア領域の経験が 5 年以上で、現在も ER・ICU に所属する看護師と設定し、認定・専門看護師は問わなかった。施設看護管理者に口頭および文書により研究の主旨を説明し承諾を得た。クリティカルケア部門の看護管理者に研究の概要や倫理的配慮、研究協力者の選定手順および面接日時の調整について、文書と口頭で説明し、研究協力者の推薦を依頼した。

3. データ収集期間

2019 年 11 月～2020 年 3 月

4. データ収集方法

同意が得られた対象者に対して、半構造化面接を行った。

質問内容は、悲惨な事故や災害に遭遇した患者の死を経験したときの感情や身体への影響、それをどのように対処したか。そのような中で家族看護の認識や看護実践について語ってもらった。インタビュー調査は、研究協力者が落ち着いて話せるよう支持的態度で実施した。また、インタビューガイドに沿うことを第一義とせず、研究協力者に自由な発言を求めようにした。面接は同意を得て録音し逐語録を作成した。

背景因子は、年齢、性別、看護師経験年数、クリティカルケア看護師経験年数、認定・専門看護師取得状況、経験領域の 7 項目とした。

5. 分析方法

面接によって得られたデータをもとに逐語録を作成した。作成した逐語録を繰り返し読み込み、家族看護の認識や看護実践について忠実に文脈を抽出した。看護師の認識や看護実践につ

いて、文脈の意味・内容を損なわないように対象者ごとにコード化を行った。コードを基に、意味・内容が類似するコードをまとめサブカテゴリー化、カテゴリー化を行った。また、未カテゴリーとなった内容は、再度文脈に立ち返り分析の対象となるか検討を行った。

分析内容の適切性の確保のため、質的研究の専門家のスーパーバイズを受け、分析結果の信憑性、明確性を確保した。

6. 倫理的配慮

各施設の責任者に、口頭および文書により研究の主旨を説明し承諾を得た。対象者には、研究者から研究の目的、方法、IC レコーダーへの録音、拒否権、データの匿名性の確保、データの管理と保管および研究終了後のデータの適切な方法による破棄、研究成果の論文作成や論文公表などについて文書を用いて説明し、自由意思による参加の意思を確認して、同意書への署名を得た。本研究では惨事の体験を振り返ることになるため、研究前後の体調確認の徹底をしたが、今回は、不調を認めた事例はなかった。長崎県立大学一般研究倫理委員会にて承認を得た。(承認番号 381)

IV. 結果

1. 対象者の概要

基幹災害拠点病院である A 病院へ協力を依頼し承認が得られた。A 病院の ER および ICU に所属する看護師、男性 6 名、女性 4 名の 10 名に同意が得られた。

看護師の背景は、平均年齢 35.40 ± 6.55 歳、看護師経験年数 15.06 ± 5.20 年、クリティカルケア看護師経験年数 11.20 ± 5.37 年であった。本研究は一施設からの対象者であり、語りの内容により個人が特定される可能性がある。惨事ストレスというデリケートな内容を扱うことから、語りをナンバリングすることは控えた。

2. 分析結果

1) 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識

惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識は、42のコード、10のサブカテゴリーから4カテゴリーを抽出した(表1)。以下の記述の中で、【】はカテゴリー、《》はサブカテゴリー、「」は文脈(対象者の語り)を示す。

(1)【ケアとキュアの狭間にたつ葛藤】とは、本研究のクリティカルケア看護師は、救命時の経験が豊富であるがゆえに《家族の期待に反する救命後の状態予測》がつかってしまうことや、救命処置についてそこまでしないとイケないのかという《過剰医療への葛藤》がある。また、救命処置に時間を取られるため家族に関わらないとイケないと分かっている《家族と関わる時間がない》ことや家族対応について《医療者間の対応の相違》があり、十分な家族ケアができないこととして捉えられていた。例としては、「普通に心マして戻らないっていうのを見せてやればいいのに、どうして胸を開けて、血をだぶだぶ流しながら開胸心マをしなきゃいけない」の語りがあった。

(2)【家族に対する俯瞰的な姿勢と感情労働】とは、家族との関係、医療者との関係、状況を踏まえて全体を把握して行動しないとイケないという《俯瞰的な姿勢》と救命処置はもちろんのこと家族の思いもくみ取りながら処置にあたらないとイケないという《俯瞰的な感情》があると捉えられていた。例としては、「感情的にならないといった点では、判断とか行動はかなり感情が入ると鈍ってしまうので、そこは蘇生に関しては感情的にならない。」の語りがあった。

(3)【代理意思決定支援の困難さ】とは、患者に意識がないことが多く《本人の意思表示が確認できないことへの困惑》があることや、家族から情報収集する時間的余裕がないことや緊

迫した状況があるが《家族の意向確認の必要性》があることが捉えられた。例としては、「多分事前に話し合っとけば必要ない、事前に話し合っとけばって言ったらあれですけど、家族の意向が分かっていたら、必要ないことだったのに、ですね」の語りがあった。

(4)【悲嘆ケアの必要性の認識】とは、家族が患者の死の受け入れができたのか《死後の悲嘆状況を確認できない》または難しい環境であるが、そのような状況でも《死後の声掛けだけでも行いたい》という気持ちがあることが捉えられていた。例としては、「亡くなった後の家族のグリーフケアみたいなのところについて、知れたらいいなと思いました。」の語りがあった。

2) 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践

惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践は、48のコード、5のサブカテゴリーから2カテゴリーを抽出した(表2)。

(1)【患者と家族の絆の確認と促進】とは、家族が状況を受容していけるように《時間・空間の確保を行う》ことや《患者-家族のスキンシップを図る》こと、家族が感情表出できるようにかかわることや納得感が得られるように《情報提供をすること》であることが捉えられた。例としては、「手は握ったら家族の方が泣かれるとか、なんか体温感じるだけでも違う。」の語りがあった。

(2)【経験に裏付けられる関わり】とは、新人の時にはうまくできなかったことが、救急のいろいろな場面で学ぶことから《経験からくる自信》が付き、《経験から学んだ技術》が実践できるようになることであることが捉えられた。例としては、「最近になってようやく、死を迎えるような家族とか、そういった患者さんの家族とかにも、ちょっと声掛けがようやくできるようになってきて。他のスタッフでは聞き

出せなかったことを、自分が聞いたときとか、達成感というか」の語りがあった。

V. 考察

1. 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識

惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識について4つの特徴がみられた。

1つ目は、看護師として家族へ関わる際の心理的負担であり、本研究の対象者は【ケアとケアの狭間にたつ葛藤】を抱いていた。集中治療・救命救急領域の使命は患者の救命にある。しかし、「呼吸器が外れたとしても、寝たきりで話せない」など患者の予後やそれに伴う家族の負担を予測し、救命するために「普通に心マして戻らないっていうのを見せてやればいいのに、どうして胸を開けて、血をだぶだぶ流しながら開胸心マをしなきゃいけない」などの救命のためにはそこまでしないといけないのか、家族はそこまで望んでいるのかという治療に対する疑念などの倫理的な葛藤を抱いていた。葛藤がもたらす心理的負担は、退避というかたちで患者やその家族への直接的なケアに影響する可能性もある²¹⁾。それに加え、クリティカルケア看護師は家族と関わる時間が限られていることや医療者間で意思の相違がみられることにより、より一層心理的負担が強くなる。そのため、クリティカルケア看護師の心理的負担を軽減するためのメンタルヘルス支援が重要となってくる。西原ら²²⁾は、衝撃体験後サポートを受けた群のほうが受けなかった群と比べ、ストレスが軽減したと報告しており、本田ら²³⁾はトラウマ的な体験の中でも、現在看護師同士の体験を共有する機会がないことがストレスの増長につながっていることを明らかにしている。クリティカルケア看護師は、家族看護を実践する際の葛藤が心理的負担となっている。クリティカ

ルケア看護師のメンタルヘルスのためにも、体験を共有できる場や話しやすい職場の雰囲気づくり、職場環境の改善、マンパワーを充実させるなどの対策を取る必要がある。また、職場だけでなく地域で看護師の抱える思いや受けた体験を共有するコミュニティを作っていくことが心理的負担の軽減につながると考える。

2つ目は、患者家族、医療者間の関係を含め、状況を踏まえた【家族に対する俯瞰的な姿勢と感情労働】を抱いていた。クリティカルケア看護師は、冷静に状況を見極めながら医療者間と連携し、迅速で的確な対応をする必要がある。家族は動揺し、不安にさいなまれ、混乱したり泣き崩れていたり人によっては状況説明をまともに受けることができない場合もある。「感情的にならないといった点では、判断とか行動でかなり感情が入ると鈍ってしまうので、蘇生に関しては感情的にならない。」の語りからも、クリティカルケア看護師は平常心を保ちつつ、状況を判断し、家族看護にあたらなければいけないため冷静さが必要となる。吉田ら²⁴⁾は、担当看護師が患者の身体ケアや診療の補助業務から手が離せない場合には、別の看護師が家族ケアを行う、治療方針の話し合いに参加するなど、看護チーム全体で患者や家族をケアする支援体制を構築する取り組みが重要であると述べている。このことから周りの状況を把握することが必要ではあるが、惨事状況下こそ、救急処置だけでなく家族看護にも適切な対応が必要であると考えられる。一方で、看護師自身も惨事を目の当たりにし、衝撃を受けてしまう。看護職は感情労働と言われており、理論と技術を学ぶだけでは個人の価値観や家族観を完全に切り離して家族看護を行うことは困難である²⁵⁾。そのため、自身の感情をコントロールし、看護チームが協力して、冷静に状況を捉え家族ケアに当たることが重要であると考えられる。

3つ目は、救急医療機関に搬送されてきた段

階で、患者は重篤な状態であることが多く、意思が確認できないこと、家族から情報収集や意向確認することが難しいことによる【代理意思決定支援の困難さ】を抱いていた。患者の意識がない場合、家族が治療方針等の代理意思決定をしなければならない。家族は突然の事態に動揺している状態のまま、患者の生命や今後の生活に関わる治療方針を決めなくてはいけない。しかし、クリティカルケア看護師は、緊迫した状況もあり家族から情報収集するなど時間的余裕がなく、支援の困難さを認識していると考えられる。三上ら²⁶⁾は、援助の困難さの要因として、患者の救命が最優先となるための時間的制約、混乱の中にいる家族に援助することの看護師の苦手意識や自信のなさ、短い時間での家族との信頼関係の構築の難しさがあると述べている。動揺している家族に対して自分自身のコミュニケーションスキルの自信のなさなどから距離を置きたくなる現状もある。しかし、時間制約があっても積極的に家族に関わり、家族の気持ちを汲み取り看護師側から信頼関係を築こうとする姿勢が求められる。

4つ目は、グリーフケアを実施する時間や余裕が十分でないが、【悲嘆ケアの必要性の認識】を抱いていた。黒川²⁷⁾の調査によれば、搬入後4時間以内に退院する患者・家族が、全体の80%であり、心肺停止状態で搬送され外来死した患者家族に医療スタッフが関われる時間は、最大でも4時間、ほぼ3時間以内であると報告している。【悲嘆ケアの必要性の認識】はしているものの、家族と信頼関係を築けないまま悲嘆ケアを行っていかねばならないため、悲嘆ケアの困難さの認識につながっていると考えられる。クリティカルケア領域という限られた時間の中で、看護師が家族との信頼関係を築くためには、コミュニケーションをとるだけでなく、傍に寄り添い看護師は家族の支援者であることを伝える必要がある。家族看護に対する初

期対応を看護師間で決めておくことで、家族看護を実施する際の困難感を抱くという感情を軽減し、積極的な悲嘆ケアの実践につながっていくのではないかと考える。また、「亡くなった後の家族のグリーフケアみたいなのところについて、知れたらいいなと思いました。」「(家族から)お世話になったのはあなたですみたいなフィードバックもらって、ポジティブフィードバックがあれば、あ那时的自分が対応したところは良かったみたいなのところ。もちろんポジティブだけじゃなくて、ネガティブなことも絶対出てくるとは思うんですけど」などの語りから、悲嘆ケアの実践が十分に実践できていない状況がある。しかし、悲嘆ケアを通して自分たちが実践した家族看護のフィードバックを受けることにより、自分自身の省察につながる。上村ら²⁸⁾はフィードバックによる学習が看護実践能力の向上に有効であると述べている。このことからグリーフケアを行っていく中で家族よりフィードバックを得る機会を作ることは家族看護の質の向上につながるのと同時に精神的負担の軽減にもつながると考える。

2. 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践

【患者と家族の絆の確認と促進】とは、《時間・空間の確保を行う》《患者一家族のスキンシップを図る》《情報提供をすること》が実践されていた。

家族看護は、様々な場面で実施されるため、家族の特徴や現在の状態を把握し、患者や家族にとって安心して過ごせる環境を提供することは重要である。家族の状況を見ながら、家族で話し合える場を作るこれらのケアは、患者の最期を迎えるにあたり、家族の意向を反映していく上で欠かせないケアと言える¹¹⁾。そのため、看護師が家族に対して、精一杯ケアを行える《時間・空間の確保を行う》ことは、家族が後悔し

ないためにも必要であるとする。また、家族は患者の死後に、後悔を抱くことがあるが、患者が活着している間に自ら患者のケアを行うことで、充実感・達成感を持つことができるという指摘がある²⁹⁾。このことから、家族を患者のケアに参加させる《患者—家族のスキシップを図る》ことは、家族と患者の情緒的関係性を促進させ患者の死後に起こる悲嘆を乗り切ることにつながることを考える。家族に対し《情報提供をする事》について、山勢³⁰⁾は患者家族が家族機能を十分に發揮するためには、まずは家族が状況を正しく認知し、適切に判断できるための情報提供が必要となると述べている。田川³¹⁾は家族がいない時間の状態経過や変化したこと等を伝えていくことは重要であり、看護師から伝えていくことで説明がないと感じることは少ないのではないかと述べている。このことから《情報提供をする事》は、家族との信頼関係構築の第一歩であり、そこで家族とのコミュニケーションが生まれ、家族が状況を正しく認識することで衝撃的な状況を少しずつ受容していくのではないかと考える。

【経験に裏付けられる関わり】は、《経験からくる自信》《経験から学んだ技術》が実践できるようになることであった。

渡邊ら³²⁾は極めて短時間の間に行われるケアの方向性の決定と介入は、圧倒的な看護経験の積み重ねがあるからこそ実践できると述べている。さらに、臨床実践能力を段階的に習得していく複合型の業務体系による様々な経験が救急看護師の特性不安やストレス状態を軽減し、自己効力感を高める一要因であると報告している³³⁾。このことは、経験の積み重ねが自己の精神的ストレスを軽減し、自信につながり実践ができるようになることを示唆している。「最近になってようやく、死を迎えるような家族とか、そういった患者さんの家族とかにも、ちょっと声掛けがようやくできるようになってきて。

他のスタッフでは聞き出せなかったことを、自分が聞いたときとか、達成感というか」の語りからも《経験からくる自信》《経験から学んだ技術》が家族への積極的な関わりにつながっていると考える。また、新人看護師や部署異動によりクリティカル看護の経験が浅い看護師に対しては、実践経験の代わりとして家族看護教育を早期より実施して行くことが、クリティカルケア看護師のメンタルヘルスケアの一つとなるのではないかと考える。

VI. 結語

惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識と看護実践を明らかにすることを目的とし、以下の結果が得られた。

1. 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識として、【ケアとケアの狭間にたつ葛藤】【家族に対する俯瞰的な姿勢と感情労働】【代理意思決定支援の困難さ】【悲嘆ケアの必要性の認識】の4つのカテゴリーを抽出した。

2. 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践としては、【患者と家族の絆の確認と促進】【経験に裏付けられる関わり】の2つのカテゴリーを抽出した。

クリティカルケア看護師は、惨事ストレス状況下において時間的制約がある中、自己の感情をコントロールし家族看護の看護実践を実施していた。その中で、家族への代理意思決定支援の困難さや悲嘆ケアの必要性を認識していた。このことはクリティカルケア看護師に対する精神的負担となっていたと思われる。また、クリティカル看護における家族看護の経験を積むことが自信へとつながっていた。このことより、経験を積むこと、または教育していくことで自信をつけ、クリティカルケア看護師の精神的負担の軽減につながるのではないかと考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象が惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師に限定しており、各々の家族看護経験からの語りからの調査である。看護師の背景も様々であり、家族看護を実践した状況も異なる。また、1施設のみの調査であるため、データの普遍化には限界がある。そのため、対象を増やし、研究を重ねていく必要がある。

謝 辞

今回、協力していただきました研究対象者の皆様、各施設の関係者の皆様、御指導していただいた先生方に心から厚く御礼申し上げます。本研究論文は第49回日本集中治療医学会学術集会で発表した一部を追加・修正したものである。

文 献

- 1) 寺町優子, 井上智子, 深谷智恵子. クリティカルケア看護理論と臨床への応用. 東京, 日本看護協会出版会, 2010, p. 5-7.
- 2) 宇田賀津, 森岡郁晴, 他. 救命救急センターに勤務する看護師の心理的ストレス反応に関連する要因. 産業衛生学雑誌. 2011, 53(1), p. 1-9.
- 3) 岩谷美貴子, 渡邊久美, 國方弘子. クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究—感情労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連—. 日本看護研究学会雑誌. 2008, 31(4), p. 87-93.
- 4) 枝さゆり, 辰巳有紀子, 野村美紀, 他. 救急看護師のSense of Coherenceとストレスのバーンアウトとの関連. 日本救急看護学会雑誌. 2007, 8(2), p. 32-42.
- 5) 三枝香代子, 白鳥孝子, 浅井美千代, 他. 救急・クリティカルケア看護に携わる看護師のバーンアウト予防のためのサポート方法に関する研究 看護師のバーンアウトの原因とそのサポートに対する認識より. 千葉県立保健医療大学紀要. 2011, 2(1), p. 11-18.
- 6) 千明政好, 片貝智恵, 原田竜三, 他. 救急看護師が認識する臨床で重要性が高まっている技術・能力に関する調査. 日本救急看護学会雑誌. 2013, 15(2), p. 23-30.
- 7) 片山はるみ. 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響. 日本衛生学雑誌. 2010, 65(4), p. 524-529.
- 8) 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子. 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル. 山口医学. 2013, 62(2), p. 91-98.
- 9) 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. 2018, 20(1), p. 1-9.
- 10) 伊藤真理, 栗原早苗, 樽松久美子, 他. 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. 2014, 10(3), p. 11-21.
- 11) 西村夏代, 掛橋千賀子. ICU看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2012, 8(1), p. 29-39.
- 12) 伊藤由康, 尾花美幸, 坂口幸弘. 救急外来での終末期患者の家族ケアに対する看護管理者の評価および組織体制の実態とその関連. 日本看護科学会誌. 2019, 39, p. 288-297.
- 13) 立野淳子, 山勢博彰, 藤本理恵, 他. わが国の集中治療領域における看護師の終末期ケアと組織体制の実態. 日本クリティカルケア看護学会誌. 2019, 15, p. 33-43.
- 14) 高崎亜沙奈, 竹嶋順平. クリティカルケア看護師が惨事ストレスを乗り越えるプロセス. 日本クリティカルケア看護学会. 2023, 19, p. 76-86.
- 15) 松村明. 大辞泉. 第1版, 東京, 小学館, 1995, p. 1111.
- 16) 新村出. 広辞苑. 第5版, 東京, 岩波書店, 1998,

- p. 1440.
- 17) 松井豊. 惨事ストレスとは何か—救援者の心を守るために. 東京, 河出書房新社, 2020, p. 158.
 - 18) 緑川亨. 国語辞典. 第4版, 東京, 岩波書店, 1996, p. 857.
 - 19) 鈴木和子. 高齢化社会と家族看護学. 家族看護学研究. 1995, 1(1), p. 13-15.
 - 20) 長田艶子, 入江安子, 多川聖子. 質的メタ統合クリティカルケア看護師の家族看護の構造における困難感の様相. 家族看護学研究. 2018, 24(1), p. 3-13.
 - 21) 佐竹陽子, 荒尾晴恵. 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. 日本緩和医療学会誌. 2018, 13(2), p. 201-08.
 - 22) 西原博美, 川野美佐子. ”救急外来で生命危機的状況の患者に遭遇した看護師のストレス”. 第39回日本看護学会論文集 (精神看護), 日本看護学会編, 日本看護協会出版会, 2009, p. 128-130.
 - 23) 本田由香理, 石倉麻衣子, 勝部厚子, 他. 救急外来における看護師のストレスの実態. 松江市立病院医学雑誌. 2011, 15(1), p. 25-34.
 - 24) 吉田紀子, 中村美鈴. クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践. 日本救急看護学会雑誌. 2014, 16(2), p. 1-12.
 - 25) 隍智子, 菊池良太, 山崎あけみ. 家族看護実践に影響を与える要因に関する文献検討. 大阪大学看護学雑誌. 2019, 25(1), p. 89-95.
 - 26) 三上ふみ子, 福岡裕美子. クリティカルケア領域における家族の看護に関する一考察—文献検討から看護師のアプローチ方法を探る—. 弘前学院大学看護紀要. 2014, 9, p. 15-21.
 - 27) 黒川雅代子. 救急医療における遺族支援のあり方. 龍谷大学論集. 2007, p. 57-66.
 - 28) 上村千鶴, 高瀬美由紀, 川元美津子. 看護師による学習行動と看護実践能力との関連性. 日本職業・災害医学会会誌. 2015, 64(2), p. 88-92.
 - 29) 多田良陽乃. 終末期がん患者の家族支援～予期悲観への援助に焦点を当てて振り返る～. 静岡赤十字病院研究報. 2016, 36(1), p. 89-94.
 - 30) 山勢博彰. 救急・重症患者と家族のための心のケア—看護師による精神的援助の理論と実践. 東京, メディカ出版, 2010, p. 167.
 - 31) 田川奈津代. クリティカルケア領域における家族看護—CNS-FACEによる家族のニードとコーピングの実態と介入の有効性—. 北見赤十字病院誌. 2017, 5(1), p. 10-13.
 - 32) 渡邊多恵, 上野和美, 片岡健. 救急医療における患者の生死に関わる看護師の感情体験. 日本職業・災害医学会会誌. 2013, 62(1), p. 17-22.
 - 33) 臼井美登里, 庄子和夫, 鈴木はる江. 救急医療現場における多様な業務体系が看護師の心身に与える影響. 心身健康科学. 2014, 10(1), p. 18-24.

表1 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の認識

カテゴリ	サブカテゴリ	文脈（一部抜粋）
ケアとケアの狭間に たつ葛藤	家族の期待に反する 救命後の状態予測	呼吸器が外れたとしても、寝たきりで語せない 誤嚥性肺炎を起こして、結局は、亡くなっちゃうのかな 経過を見ると、もうこの人を蘇生するのはちょっと難しいなっていうのは、アセスメント、フィジカルの部分のアセスメントできるようになっているっていうのは大きい どうして胸を開けて、血をだぶだぶ流しながら開胸心マをしなきゃいけない
	過剰医療への葛藤	普通に心マして戻らないっていうのを見せてやればいいのか、どうして胸を開けて、 血をだぶだぶ流しながら開胸心マをしなきゃいけない
	家族と関わる時間がない	結局時間も私達も、そんなに他の患者さんもいるから、そんなに時間は取れない 家族もやっぱり最期は入ってくれてない
	医療者間の対応の相違	スタッフで、家族の対応と先生の対応が違う 家族を呼んだほうがいいよみたいな、でもだからといって、全部の救急の先生がそれ をするわけではない
家族に対する俯瞰的な姿勢と 感情労働	俯瞰的な姿勢	看護師は処置をしなきゃいけない、皆がパーっとついていっちゃって、「家族のことは誰が考えていたの？」っていうのを気付けなくなったら駄目だから 感情的にならないといった点では、判断とか行動でかなり感情が入ると鈍ってしまう ので、蘇生に関しては感情的にならない。あとは家族がどう患者さんにしてあげたい か、こういうクリティカルな状況でも、こういうことをしたいかっていうこと
	俯瞰的な感情	判断というか、感情的に、蘇生をしているときは感情的にならないといった点では、 判断とか行動はかなり感情が入ると鈍ってしまうので、そこは蘇生に関しては感情的 にならない。 ご家族さんが一番、大変だっていうのは、分かっているんですけど、どうしても感情的 には、なってるっていうのはありますね。 私そのときはわんわん泣いちゃって、家族より先に。本当に申し訳なかったなあと後 思ったんですね。それもあって、次の、次と言ったら悪いですけど、家族より先に 泣いちゃ駄目だなんて思ってる
代替意思決定支援の困難さ	本人の意思表示が確認 できないことへの困惑	どこまでしてほしいっていう意思表示 蘇生に関する事前意思的など
	家族の意向確認の必要性	家族とかからも意見を、本人さんはどういうふうにならなことになる前は家族で お話をされていたのか 多分事前に話し合っただけ必要ない、事前に話し合っただけで言ったらあれです けど、家族の意向が分かれば、必要ないこと 本人や家族の意思がすごく尊重されることが、やっぱり治療上とか、救命上とか、そ ういうことで少な過ぎる場面だと思う
悲嘆ケアの必要性の認識	死後の悲嘆状況を確認 できない	この後の家族がどう過ごしているのかっていうのは気になる 本当に亡くなったんだっていうのを受け入れてほしかった 亡くなった後の家族のグリーフケアみたいなのについて、知れたらいいなと思 いました (家族から)お世話になったのはあなたですみたいなフィードバックもらって、ポジ ティブフィードバックがあれば、あのときの自分が対応したところは良かったみたい なところ、もちろんポジティブじゃなくて、ネガティブなことも絶対出てくると は思うんですけど
	死後の声掛けだけでも 行きたい	私はなるべく最期、家族の人に少し話してお別れすることのほうが今までの経験上多 くて 確実に経験してきた中で、声掛けとか、声のトーンだとか、系統的にちゃんと見て、 情報提供もできるようになる

表 2 惨事ストレスを受けたクリティカルケア看護師の家族看護の看護実践

カテゴリ	サブカテゴリ	文脈 (一部抜粋)
患者と家族の絆の 確認と促進	時間・空間の 確保を行う	家族と患者さんが会える時間っていうのを取れるように 数日間があることで、家族はちょっと受け入れる時間ができる
	患者一家族の スキンシップを図る	手は握ったら家族の方が泣かれるとか、なんか体温感じるだけでも違う 顔を拭くだけでも、ちょっと触れさせるだとかっていうことをしてあげる
	情報提供をすること	家族にどういうふうに説明とか、情報提供したほうがいいか、死を告げると きにどういう介入が必要になるか 治療して頑張っていますのでお待ちくださいってことは、家族に伝えるよう には、できるだけ早く早急にっていうのはやっています
経験に裏付けられる 関わり	経験からくる自信	患者さんの家族に合わせて対応できるっていうのも、救急ナースの経験した 人の強み プラスアルファのところできるのは、やっぱりこういった今までのことがあ って学んできた自分やけん、できるかなというのがある 最近になってようやく、死を迎えるような家族とか、そういった患者さんの 家族とかにも、ちょっと声掛けがようやくできるようになってきて、他のス タッフでは聞き出せなかったことを、自分が聞いたときとか、達成感という か
	経験から学んだ技術	死を迎えるような家族とか、そういった患者さんの家族とかにも、ちょっと 声掛けがようやくできるようになってきて