

## 原 著

## 救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処

塚越 徳子<sup>1</sup>, 櫻井 美緒<sup>2</sup>, 瀬沼麻衣子<sup>1</sup>, 京田亜由美<sup>1</sup>, 二渡 玉江<sup>1</sup>

1 群馬県前橋市昭和町 3-39-22 群馬大学大学院保健学研究科

2 群馬県前橋市朝日町 3-36-17 前橋市保健センター

## 要 旨

**目 的**：救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処を明らかにする。

**方 法**：救急外来および集中治療室の看護師 15 名にインタビューガイドを用いた半構造化面接調査を行った。面接調査は、質的記述的研究手法を参考に分析した。

**結 果**：困難の対処として、【困難の解決に向けた模索】【巻き込まれる自分の感情を守るための方策】【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】が生成された。

**考 察**：救急・集中治療領域看護師は、家族の悲痛な感情に看護師自身が巻き込まれすぎないように一定の距離を保ちながら、家族の反応や心情を探っていた。困難の対処には、同僚の存在が重要であり、部署全体やチームなどの組織的なエンドオブライフ・ケアへの取り組みの必要性が示唆された。看護師自身の気持ちや経験を語る場の設定や、家族に対するエンドオブライフ・ケアの動機付けを高める教育を行うことが重要である。

## 文献情報

## キーワード：

救急外来,  
集中治療室,  
エンドオブライフ・ケア,  
家族支援,  
対処

## 投稿履歴：

受付 令和 3 年 11 月 24 日  
修正 令和 4 年 1 月 4 日  
採択 令和 4 年 1 月 4 日

## 論文別刷請求先：

塚越徳子  
〒371-0034 群馬県前橋市昭和町3-39-22  
群馬大学大学院保健学研究科  
電話：027-220-8983  
E-mail: koyamanoriko@gunma-u.ac.jp

## I. はじめに

救急・集中治療領域の医療は、生命の危機的状態にある患者を集中的に治療・看護し、救命する大きな役割がある。しかし、あらゆる治療手段を講じたとしても救命が難しい患者も存在する。救命救急センターに入室する患者の約 15% が亡くなっている報告<sup>1</sup>もあり、救急・集中治療領域においてもエンドオブライフ・ケアの重要性は高い。

救急・集中治療領域におけるエンドオブライフは、事故や急病の発症、慢性疾患の急性増悪、術後の致命的合併症などの急激な変化により、数時間から数日という短期間のうちに死のプロセスを辿る。<sup>2</sup> 患者は、身体的苦痛をはじめとする全人的苦痛を抱え、意識レベルの低下や薬物の影響により、自ら意思決定できない状況が多い。<sup>2</sup> また、家族は予期していない瀕死の患者を目の当たりにして、心理的に動揺し悲嘆反応が現れるとともに、患者の代理として生命に関わる極めて重要な意思決定を求められる。<sup>2</sup> このような状況にある患者や家族へのエンドオブライフ・ケアに対して困難さを抱く看護師は少なくない。

予期悲嘆の期間が短く、患者の救命に希望をもちつつ現実を受け入れるための大きな苦悩と自責の念を抱いている家族<sup>3</sup> との関わりに、救急・集中治療領域の看護師は困難感を抱きやすい。この困難感の看護師側の要因として、医療者と患者家族の関係性が十分に確立しないこと、<sup>3</sup> 倫理的ジレンマが生じやすいこと、<sup>3,4</sup> 治療方針の決定や看取り

までの時間的制約があること、救命できないことによる無力感があること、終末期を迎える環境を整えにくいケアシステムであること<sup>5</sup>などが挙げられる。

これらの看護師の家族に対するエンドオブライフ・ケアに対し、2014年には、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会より「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>6</sup>が、2019年には、日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会より「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」<sup>2</sup>が示され、困難な状況を解決するための糸口となっている。また、急性・重症患者看護専門看護師や看護管理者の支援<sup>47</sup>によって、困難な気持ちを軽減し、家族支援に取り組めることも明らかとなっている。しかしながら、救急・集中治療領域の看護師自身が、家族へのエンドオブライフ・ケアの困難にどのように対処しているのか明らかにした研究は見当たらない。看護師が抱く困難は、それを乗り越えることで、自己成長ややりがい<sup>8,9</sup>を感ずると言われている。看護師の困難への対処を明らかにすることで、救急・集中治療領域看護師の教育的支援を検討することができ、患者家族への看護支援の充実につながると考える。

## II. 研究目的

救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処を明らかにする。

## III. 用語の操作的定義

**エンドオブライフ・ケア**：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の定義<sup>6</sup>を参考に、救急外来や集中治療室で適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期の患者とその家族に対するケアとする。また、死亡確認後から退院までを含める。

**困難**：エンドオブライフ・ケアを通して生じる悩みや苦しみ、難しく感じることにする。

**対処**：ラザルスの心理的ストレスと対処のプロセス<sup>10</sup>を参考に、困難に対して意識的に行われる認知的および行動的努力とする。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、救急・集中治療領域看護師の体験から得られた困難の対処を明らかにするため、質的記述的デザインを用いた。

### 2. 研究対象施設の概要

A県内の約700床を有する特定機能病院1施設を対象施

設(B病院)とした。B病院は、A県救命救急センターに認可され、17床の集中治療室(Intensive care unit: 以下、ICU)を有している。また、救急外来は、呼吸器外科と救急科の混合病棟に1年以上所属している看護師が交代で担当している(調査時点)。救急外来およびICUには、救急看護認定看護師が1名、集中ケア認定看護師が2名所属している。

### 3. 研究対象者

B病院の救急外来およびICUで勤務する看護師を対象とした。救急看護において、1年目の看護師は、観察や処置介助に追われやすい<sup>11</sup>ことが指摘されている。本研究は、看護師の体験に基づく、家族へのエンドオブライフ・ケアの困難に対する対処について明らかにするため、救急外来およびICUでの一通りの業務経験を有する勤務年数2年以上の看護師を選定した。

### 4. データ収集方法

データ収集期間は、2018年8月～2019年9月とした。対象者の属性を知るための質問紙調査とインタビューガイドを用いた半構造化面接調査を行った。

質問紙調査の項目は、所属部署、看護師経験年数、救急・集中治療領域での経験年数、役職・資格の有無とした。質問紙調査は、面接調査の前に行った。

主な面接調査の内容は、救急・集中治療領域においてエンドオブライフ・ケアで困難に感じる内容、家族に対するケアで困難に感じる内容、困難に感じた時の対処などとした。面接調査は、研究者1～2名との対面で行い、プライバシーが保持できる個室を使用した。面接は対象者の同意の元、ICレコーダーへの録音を行った。1回の面接時間は、30分～60分程度とし、面接内容で曖昧な部分の明確化が必要な場合は、追加で面接を行った。

### 5. 分析方法

グレッグの質的記述的研究手法<sup>12</sup>を参考に分析した。まず、個人の逐語録から、家族に対するエンドオブライフ・ケアの困難とそれに対応する対処について、ラインやパラグラフに関わらず、意味のあるまとまりを抜き出した。次に、家族へのエンドオブライフ・ケアの困難に対する対処を一文にし、コードとした。このとき、可能な限り対象者の言葉を使用し、意味が通じない場合には必要最低限の補足を加えた。全対象者のコードを、相違点、共通点に沿って比較・分類し、抽象度を上げてサブカテゴリ、カテゴリとした。

### 6. 真実性の確保

分析の妥当性を確保するために、データ分析の過程において、共同研究者3名でデータと分析結果の比較検討を繰り返した。また、対象者1名に分析結果の真実性について

確認を受けた。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、群馬大学「人を対象とする医学系研究倫理審査委員会」（試験番号：HS2018-090）とB病院看護研究支援委員会（試験番号：30-8）の承認を得て実施した。救急外来師長およびICU師長を通して、研究対象者全員に文書により、研究概要、研究の意義、目的及び方法、研究参加の利益と不利益、研究参加と撤退、個人情報保護、研究成果の帰属、研究組織と研究資金、利益相反、研究に関する情報公開、研究者の連絡先及び問い合わせ先について説明したうえで、研究参加者を募った。研究参加者には、面接当日に、研究者から口頭および文書を用いて、再度説明を行い、自由意思のもと、同意書への署名を持って研究参加の承諾を得た。研究参加者を募る過程で、看護師長に研究への参加の可否が分からないように配慮した。

## V. 結果

### 1. 対象者の概要

本研究の対象者は15名で、1名は2回の面接調査を実施した。所属は救急外来6名、ICU9名であり、女性は9名であった。年代は、20歳代8名、30歳代6名、40歳代1名であった。

看護師経験年数は1年以上5年未満が5名、5年以上10年未満が3名、10年以上15年未満が6名、15年以上20年未満が1名であった。救急・集中治療領域での勤務年数は、1年以上5年未満が7名、5年以上10年未満が3名、10年以上15年未満が5名であった。他病棟での勤務経験があったのは5名で、内ICUに所属する看護師は3名であった。役職があったのは4名であり、認定看護師資格を有していたのは1名であった。面接時間は33分～51分、平均43.8分であった。

### 2. 救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処（表1）

救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処として、79コード、13サブカテゴリ、3カテゴリを生成した。以下、コードを「」、サブカテゴリを〈〉、カテゴリを【】とし、カテゴリ毎に詳述する。

#### 1) 【困難の解決に向けた模索】

このカテゴリは、7サブカテゴリから生成した。看護師は、家族へのエンドオブライフ・ケアをよりよく行うために、困難の解決に向けて模索する対処を行っていた。

〈具体的な家族支援策について経験の深い同僚看護師や医師から助言を受ける〉は「終末期の医療処置について家族間の合意形成に向けた支援に困難を感じた時は、カン

ファレンスで同僚看護師に相談する」や「臨終時に家族にどのように声をかけたら良いかわからなかった時は、認定看護師にアドバイスを受ける」といったコードから生成した。看護師は、同僚の医療者から困難な状況に対する具体的な支援方法について助言を受けていた。同僚の医療者は、経験豊富な看護師や、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、医師であった。

〈急な死期に戸惑う家族の反応を探りながら支援方法を模索する〉は「動揺する家族に何と声をかけたら良いかわからないので、清潔ケアを一緒に行うことをきっかけに家族の反応を探りながら話す」や「家族の悲嘆を癒すことは難しいが、拒否されればそれ以上を求めないスタンスで、器機類を装着した患者に近づいて話しかけることを提案する」といったコードから生成した。看護師は、家族の心情に配慮しながら、家族に少しずつ近づき、糸口を探りながら支援方法を模索していた。

〈短時間で家族と関係性を築けるように今までの経験を活かして関わる〉は「家族への悲嘆へのケアは難しいが、家族と清潔ケアを一緒にやりながら、リラックスした雰囲気の中では会話をしやすいことを経験的に理解して実践する」などのコードから生成した。看護師は、短い時間の中で家族と関係性を築くために、今までの経験を活かしていた。

〈自分を患者や家族に置き換えて、死にゆく患者や家族の心情を推し測る〉は「自分に医療的な知識がなかったとしたら、死後の処置でチューブを抜去するなどの医療的処置は医療者に任せたいと思うので、家族に見せないようにする」や「救急外来での看取りは時間も家族も余裕がなくて難しいが、自分が患者や家族だったら医療者にズカズカ入ってこられるのは嫌なので患者と家族の空間と時間を確保する」といったコードから生成した。看護師は、自分が患者や家族だったら医療者にしてほしいことを予測しながらケアを行っていた。

〈より落ち着いた環境で家族が看取りを行えるよう配慮する〉では「家族の納得した看取りができるようにすぐに一般病棟に退室するのではなく、ICU内で看取りまでできるようになるべく望む環境を整える」といった救急外来や集中治療室の限られた資源の中で、できる限りの配慮を行っていた。

〈同僚看護師の家族支援の真似をする〉には「終末期である患者への治療方針に悩む家族の支援は難しいが、カルテから先輩看護師の対応内容を確認し、同じ方向性で看護ができるようにする」や「急な死期に動揺する家族の対応に困難がある時は、同僚看護師が対応する姿を横目でみて、そういう風にすれば良いのかと学ぶ」などが含まれた。看護師は、真似をすることから支援方法を考えていた。

〈研修会などで得た知識を活かして家族への支援方法を考える〉は「急な発症かつ救命できない患者の家族に何と声をかければ良いのか、学会参加で学んだ対処機構の働き

表1 救急・集中治療領域において家族にエンドオブライフ・ケアを行う看護師の困難に対する対処

| 主なコード  | サブカテゴリ<br>( ) 内はコード数                         | カテゴリ<br>( ) 内はコード数         |
|--|--|----------------------------|
| 終末期の医療処置について家族間の合意形成に向けた支援に困難を感じた時は、カンファレンスで同僚看護師に相談する                             |  |                            |
| 臨終時に家族にどのように声をかけたら良いかわからなかった時は、認定看護師にアドバイスを受ける                                     | 具体的な家族支援策について経験の深い同僚看護師や医師から助言を受ける (14)      |                            |
| 家族との関係が希薄な中で家族支援を行うことは難しいので、救急外来に関わる部署の看護師同士で話し合いを行い、具体的なアイデアを出し合う                 |  |                            |
| 動揺する家族に何と声をかけたら良いかわからないので、清潔ケアを一緒に行うことをきっかけに家族の反応を探りながら話す                          |  |                            |
| 急激な発症などで動揺する家族に対応すると緊張して支援に右往左往してしまうが、トライアンドエラーを繰り返して、自分のやり方を探す                    | 急な死期に戸惑う家族の反応を探りながら支援方法を模索する (12)            |                            |
| 家族の悲嘆を癒すことは難しいが、拒否されればそれ以上を求めないスタンスで、器械類を装着した患者に近づいて話しかけることを提案する                   |  |                            |
| 家族への悲嘆へのケアは難しいが、家族と清潔ケアを一緒にやりながら、リラックした雰囲気の中では会話をしやすいことを経験的に理解して実践する               | 短時間で家族と関係性を築けるように今までの経験を活かして関わる (8)          |                            |
| 急な発症かつ救命できない状況についていけない家族に何と声をかければ良いか難しいが、経験を通して自分の中の援助方法を確立する                      |  | 困難の解決に向けた模索 (50)           |
| 自分に医療的な知識がなかったとしたら、死後の処置でチューブを抜去するなどの医療的処置は医療者に任せたいと思うので、家族に見せないようにする              | 自分を患者や家族に置き換えて、死にゆく患者や家族の心情を推し測る (5)         |                            |
| 救急外来での看取りは時間も家族も余裕がなくて難しいが、自分が患者や家族だったら医療者にズカズカ入ってこられるのは嫌なので患者と家族の空間と時間を確保する       |  |                            |
| 家族の納得した看取りができるようにすぐに一般病棟に退室するのではなく、ICU 内で看取りまでできるようになるべく望む環境を整える                   | より落ち着いた環境で家族が看取りを行えるよう配慮する (5)               |                            |
| ICU の終末期は、周囲の環境が騒がしい状態で過ごすので、患者と家族ができるだけ落ちついた空間になるように限られた資源の中でできる範囲の配慮をする          |  |                            |
| 終末期である患者への治療方針に悩む家族の支援は難しいが、カルテから先輩看護師の対応内容を確認し、同じ方向性で看護ができるようにする                  | 同僚看護師の家族支援を真似する (4)                          |                            |
| 急な死期に動揺する家族の対応に困難がある時は、同僚看護師が対応する姿を横目でみて、そういう風にすれば良いのかと学ぶ                          |  |                            |
| 救急・集中ケアでは家族支援が後回しになりがちだが、ABCDE アプローチの次が、看護師特有の Family ケアということを学習したので意識する           | 研修会などで得た知識を活かして家族への支援方法を考える (2)              |                            |
| 急な発症かつ救命できない患者の家族に何と声をかければ良いのか、学会参加で学んだ対処機構の働きを活かして支援を考える                          |  |                            |
| 家族の精神的な反応が大きくて上手くケアできなかったと思うが、経験年数の近い同僚看護師と話してすっきりする                               | 家族支援に難しさやつらさを感じたら同じような経験をしている同僚に気持ちを吐き出す (8) |                            |
| 突然の発症で命を落としそうな若い患者を自分に置き換えて、家族を思うとつらくなるが、先輩看護師と話して発散する                             | 家族のつらい気持ちに感情移入しそうなことも仕事として割り切る (6)           | 巻き込まれる自分の感情を守るための方策 (17)   |
| 急に訪れた患者の死期を受け入れられない家族への支援は難しいが、自分に置き換えずに、あくまでも看護師として接することに徹する                      | 家族支援に難しさやつらさを感じたら同僚から励ましや承認を得て心を軽くする (3)     |                            |
| 熱傷や交通外傷などで壮絶な患者の死に取り乱す家族に感情移入しそうなことも、仕事モードで関わり自分の感情を保つ                             |  |                            |
| 脳死であると告げられた家族の反応につらさを感じた時は、同僚に話してねぎらいの声をかけてもらうことで気持ちを軽くする                          |  |                            |
| 急な発症で救命できない状況に戸惑う家族に何と声をかければ良いか難しい時は、先輩看護師に話して自分の気持ちを承認してもらう                       |  |                            |
| 終末期患者の家族に対する自分の看護が良かったのか分からないので、看護支援を振り返る  | 自分の家族支援で良かったのか自身の看護をリフレクションする (4)            |                            |
| 一般病棟に比べてバタバタとした臨終時の家族支援を、どのように対処すれば良かったのかを同僚看護師と振り返る                               | 家族支援に躊躇したとしても自分がやるしかないと思える (4)               | エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり (12) |
| 終末期の医療処置について家族間の合意形成についての支援に困難があるが、プライマリー看護師として責任感を持って覚悟を決めて家族と関わる                 |  |                            |
| 家族がしてあげたいと思っていることを尊重してケアをしたいが、同僚看護師から理解が得られない時は、自分がやるしかないと思ってやる                    |  |                            |
| 終末期にある患者の家族支援は難しいが、自分の中の目標や理想として、最期に関わった看護師が私で良かったと思ってもらえるようにケアをする                 | 難しいことでも自分の家族看護の理想や目標に近づきたい気持ちを支援の後押しにする (4)  |                            |
| ICU は治療する場所や回復する場所と家族は期待するので、終末期になって ICU での治療は限界があるが、理想の形として最期まで最善の看護ケアをし続けることを伝える |  |                            |

を活かして支援を考える」といった学習で得た知識を活用した支援策の検討が含まれた。

## 2) 【巻き込まれる自分の感情を守るための方策】

このカテゴリは、3サブカテゴリから生成した。看護師は、家族の悲痛な感情に自身の感情が巻き込まれすぎないように対処していた。

〈家族支援に難しさやつらさを感じたら同じような経験をしている同僚に気持ちを吐き出す〉は「家族の精神的な反応が大きくて上手くケアできなかったと思うが、経験年数の近い同僚看護師と話してスッキリする」や「突然の発症で命を落としそうな若い患者を自分に置き換えて、家族を思うとつらくなるが、先輩看護師と話して発散する」といったコードから生成し、同じような経験をしている同僚に困難な気持ちを吐き出していた。同じような経験をしている同僚は、同期などの特定の看護師の場合もあれば、カンファレンスの場などの多くの同僚を対象としている場合も含まれていた。

〈家族のつらい気持ちに感情移入しそうになっても仕事として割り切る〉には「急に訪れた患者の死期を受け入れられない家族への支援は難しいが、自分に置き換えずに、あくまでも看護師として接することに徹する」や「熱傷や交通外傷などで壮絶な患者の死に取り乱す家族に感情移入しそうになっても、仕事モードで関わり自分の感情を保つ」といったコードから生成した。家族の心情に看護師自身の感情も同化して、精神的な負担感を生じそうになっても、看護師という仕事として割り切り、家族と一定の距離を保っていた。

〈家族支援に難しさやつらさを感じたら同僚から励ましや承認を得て心を軽くする〉は「脳死であると告げられた家族の反応につらさを感じた時は、同僚に話してねぎらいの声をかけてもらうことで気持ちを軽くする」や「急な発症で救命できない状況に戸惑う家族に何と声をかければ良いか難しい時は、先輩看護師に話して自分の気持ちを承認してもらう」といったコードから生成した。同僚に励ましや自分の看護を認められた言葉もらうことで困難な気持ちを軽くしていた。

## 3) 【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】

このカテゴリは、3サブカテゴリから生成した。自身のエンドオブライフ・ケアに対する意欲を高めることで困難に対処していた。

〈自分の家族支援で良かったのか自身の看護をリフレクションする〉は「一般病棟に比べてバタバタとした臨終時の看護支援を、どのように対処すれば良かったのかを同僚看護師と振り返る」といった自分の看護を見直し、次の家族支援に向けた対処を行っていた。

〈家族支援に躊躇したとしても自分がやるしかないと感じて覚悟を決める〉には「家族がしてあげたいと思っていること

を尊重してケアをしたいが、同僚看護師から理解が得られない時は、自分がやるしかないと思ってやる」などのコードから生成した。看護師は、困難な気持ちを抱いたとしても自分の信念を支えに覚悟を決めて取り組もうとしていた。

〈難しいことでも自分の家族看護の理想や目標に近づきたい気持ちを支援の後押しにする〉は「終末期にある患者の家族支援は難しいが、自分の中の目標や理想として、最期に関わった看護師が私で良かったと思ってもらえるようにケアをする」といったコードから生成した。看護師は、自身のエンドオブライフ・ケアの理想や目標を確立していくことで困難に対処していた。

## VI. 考察

救急・集中治療領域看護師の家族に対するエンドオブライフ・ケアの困難への対処として【困難の解決に向けた模索】【巻き込まれる自分の感情を守るための方策】【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】が明らかとなった。カテゴリ毎に考察し、救急・集中治療領域看護師に対する支援を述べる。

### 1. 困難の解決に向けた模索

救急・集中治療領域看護師は、学習機会や、同僚看護師、自身の経験といった資源を用いながら、家族に対するエンドオブライフ・ケアの困難に対処していた。他領域看護師のエンドオブライフ・ケアの困難の対処は、経験を活かす、自分ができることを試行錯誤する<sup>13</sup> 同期の看護師と支え合う、先輩看護師や医師に尋ねる<sup>14</sup> などが挙げられ、本研究の結果と類似していた。特に、本研究では〈急な死期に戸惑う家族の反応を探りながら支援方法を模索する〉や〈自分を患者や家族に置き換えて、死にゆく患者や家族の心情を推し測る〉が明らかとなった。これらの背景には、救急・集中治療領域特有の短期間の死のプロセス<sup>2</sup> が影響していると考えられる。

救急・集中治療領域看護師は、生命の危機的状況でかつ心理社会的危機状態にある対象にコミットし、知覚を敏感にして、相手の反応から言語的に表出されない微妙に変化する対象の問題と体験を読み取りながら、即座にケアを提供している<sup>15</sup>。そのため、〈急な死期に戸惑う家族の反応を探りながら支援方法を模索する〉といった、清潔ケアなどをきっかけに支援の糸口を探り、家族の微妙な変化を読み取りながら支援を行っていたと考える。

さらに、〈自分を患者や家族に置き換えて、死にゆく患者や家族の心情を推し測(る)り〉、家族の立場に立つてニーズを推測・理解していた。他者の立場を積極的に考え、他者がどのように考えているかを推測する過程として、Perspective-Taking (視点取得)<sup>16</sup> がある。視点取得が積極的に行われる場面として、親しくない他者を支援する場合や、

ジレンマやコンフリクトといった日常の中では特殊な状況のある場合<sup>14</sup>が挙げられる。救急・集中治療領域では、ほぼ初対面の家族に対してエンドオブライフ・ケアが行われる状況にあり、「相手の立場になって考える」という視点取得が行われていると考える。このような家族の反応や心情を探りながら行う支援は、救急・集中治療領域看護師に特徴的なエンドオブライフ・ケアの困難への対処と考える。

また、本研究では〈より落ち着いた環境で家族が看取りを行えるよう配慮する〉が明らかとなった。救急・集中治療領域は、救命や治療が目的であり、穏やかにエンドオブライフをむかえるには環境的な制約が大きい。日本の救急外来において、家族が利用できる個室の待合室や、家族が患者と過ごすための個室を有する施設は、149施設中約半数との報告<sup>17</sup>がある。このような環境下において救急・集中治療領域の看護師は、望ましい終末期の空間を作り出せない葛藤を抱き<sup>18</sup>ながらも、家族が後悔のない別れができるよう場の調整を行っている。<sup>19</sup> 本研究の対象者も、限られた時間の中で、家族が少しでも落ち着いて患者との最期の時間を過ごせるように、“できる限り”の方法で対処していた。十分な環境を整えることには至っていないことが推察されるが、それでもそこにあるだけの物的資源に応じて終末期ケアの空間を作り出そうと模索していると考えられる。

## 2. 巻き込まれる自分の感情を守るための方策

本研究の対象となった救急・集中治療領域看護師は、相手の立場になって考えるという対処を行っている一方で、【巻き込まれる自分の感情を守るための方策】といった巻き込まれすぎない対処も行っていた。看護師の「巻き込まれ」<sup>20</sup>は、対象との適切な距離感が保てなくなるという一方で、対象に共感するという肯定的な経験を生み出す両面的側面がある。つまり、救急・集中治療領域看護師は、意図的に巻き込まれる方策をとりながらも、相手の感情に巻き込まれすぎないように対処していたと考える。

救急・集中治療が必要な患者は、病気によるものだけでなく、事故や自殺といった壮絶な状況によって発症する場合もある。突然のことに怒りや泣き叫ぶといった大きな精神的反応を示す家族も少なくない。救急・集中治療領域看護師は、患者の苦しみよりも、家族が患者の死を恐れていることに精神的苦痛を感じる<sup>21</sup>ことが明らかとなっており、家族の精神的苦痛に呼応して看護師自身の精神的苦痛が増大しやすいと考える。

そのような中、本研究の対象者は、〈仕事として割り切る〉〈同じような経験をしている同僚に気持ちを吐き出す〉〈他者からの承認を得る〉といった対処を取っていた。ラザルスの心理的ストレスと対処のプロセス<sup>10</sup>において、情動中心のコーピング行動には、ストレスと評価した出来事に遭遇したことに対する解釈の仕方を変えることによって違った意味合いを見出す方法と、回避する、遠ざかる、注意をそらすなど、問題から逃れる方法の2つがある。本研究結

果では、仕事として割り切ることで困難な状況から遠ざかり、気持ちを吐き出したり、他者から承認を得たりすることで困難からもたらされたストレス反応を軽減していたと考える。

中でも、〈家族支援に難しさやつらさを感じたら同じような経験をしている同僚に気持ちを吐き出す〉では、同じような経験をしている同僚に限って行われていた。自分の経験を理解しつつ、自分の辛い気持ちを否定せずに聞き入れてくれる存在が重要であり、看護師同士のピアサポートとなっていると考える。

## 3. エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり

対象となった救急・集中治療領域看護師は、【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】によって、家族に対するエンドオブライフ・ケアの困難に対処していることが明らかとなった。人が何らかのストレスを捉えた時、ストレスに対する認知的評価がストレスフルか否かを決定するといわれている。<sup>22</sup> この認知的評価に影響を与えているのは、信念やコミットメント、動機付けといった個人の要因である。<sup>21</sup> 家族に対するエンドオブライフ・ケアをストレスと捉えた場合、【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】は、ストレスの認知的評価に影響を与える個人の要因の一つと考える。

救急・集中治療領域看護師は、看護師としてなすべきことを認識していても、自信がなかったり、明確なケア目標を見いだせなかったりすることで家族へのエンドオブライフ・ケアに踏み出せない<sup>5,18</sup>といわれている。また、エンドオブライフ・ケアを困難に感じる根底には、救急外来やICUが救命の場であるという捉え方が影響している。<sup>17,23</sup> 一方で、ICU看護師を対象とした研究では、看護師のエンドオブライフ・ケアに対する肯定的な感情が、積極的なケアに関連していること<sup>23</sup>が明らかとなっている。本研究で明らかになった【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】は、家族に対するエンドオブライフ・ケアへの困難の解決に向けた原動力になっていると考える。

また、本研究の対象者は、自分と近い経験を持っている同僚からの励ましや承認を得たり、経験豊富な看護師や医師から助言を受けたりしていた。これらの他者との対話によって、困難な経験を言語化することで、〈自分の家族支援で良かったのか自身の看護をリフレクション(する)し〉、自身の家族支援を肯定的に捉えることにつながっていると考える。また、伊東らの研究<sup>17</sup>では、救急外来の85.2%に専門・認定看護師が所属しており、エンドオブライフを迎える患者の家族支援を実践する上の重要な資源としていることが示されている。本研究の対象施設にも、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師が所属しており、このような人材から助言を受ける機会によって、より教育的な支援の充実につながっている可能性がある。

併せて、人は、ストレスに柔軟に対応できる能力である

Sense of Coherence (首尾一貫感覚)が高いと、ストレスによりよく対処できるといわれており<sup>24</sup>、看護師も同様<sup>25</sup>である。首尾一貫感覚は、把握可能性(自分が置かれている状況がある程度予測でき、理解できる感覚)、処理可能性(何とかなる、何とかやっつけていける感覚)、有意味感(やりがいや意味が感じられる感覚)で構成され、特に、動機付けの要素である有意味感が高いと把握可能性、処理可能性も向上する<sup>23</sup>。本研究対象者は、家族へのエンドオブライフ・ケアの困難に対して(家族支援に躊躇したとしても自分がやるしかないという覚悟を決める)(難しいことでも自分の家族看護の理想や目標に近づきたい気持ちを支援の後押しにする)といった有意味感を高めることで対処している可能性がある。

#### 4. 救急・集中治療領域看護師への支援

本研究結果から、救急・集中治療領域看護師の家族に対するエンドオブライフ・ケアの対処には、家族支援を真似る、助言を受ける、気持ちを吐き出すなど、同僚の存在が重要であった。そのため、部署全体やチームといった組織的なエンドオブライフ・ケアへの取り組みによって、困難の対処を促進できる可能性がある。多くの施設に専門・認定看護師が所属している<sup>17</sup>ため、家族に対するエンドオブライフ・ケアで困難に感じた事例を振り返り、対処方法を看護師同士で考えることで、困難に対する対処能力の向上につながると考える。

また、同じような経験をしている同僚に気持ちを吐き出したり、同僚からの肯定的な評価によって辛い気持ちが軽くなる経験をしていた。そのため、ピアサポートの機会となるデスカンファレンスといった救急・集中治療領域看護師自身が気持ちや経験を語る場も重要と考える。

さらに、家族に対するエンドオブライフ・ケアの動機付けを高めるために、看護チーム内のエンドオブライフ・ケアの必要性や重要性の認識を強化することも重要と考える。本研究でも「家族がしてあげたいと思っていることを尊重してケアをしたいが、同僚看護師から理解が得られない時は、自分がやるしかないと思ってやる」と、前向きな気持ちに転換しながらも、エンドオブライフ・ケアへの同僚看護師の理解が得られない現状が訴えられている。救命を主な目標、意義としたとしても、それが叶わない患者や家族へのケアも同様に重要であるという意識を看護チーム全体で持てるよう、部署内での教育が必要である。

## VII. 研究の限界と課題

本研究は、限定された施設の研究協力の得られた救急外来看護師とICU看護師に調査を行っており、本研究結果を救急・集中治療領域看護師全体のこととして一般化するには限界がある。今後、対象施設を増やして検討していくことが必要である。

## VIII. 結論

救急・集中治療領域看護師の家族に対するエンドオブライフ・ケアの困難への対処として【困難の解決に向けた模索】【巻き込まれる自分の感情を守るための方策】【エンドオブライフ・ケアに対する意欲の高まり】が明らかとなった。救急・集中治療領域のエンドオブライフは、突然の発症から亡くなるまでの時間が短いため、家族の悲痛な感情に看護師自身が巻き込まれないように一定の距離を保ちながら、家族の反応や心情を探ることで支援を模索していた。また、エンドオブライフ・ケアの意欲の高まりを原動力に対処していた。

困難の対処には、同僚の存在が重要であり、部署全体やチームといった組織的なエンドオブライフ・ケアへの取り組みの必要性が示唆された。また、看護師自身の気持ちや経験を語る場の設定や、家族に対するエンドオブライフ・ケアの動機付けを高める教育を行うことが重要である。

## IX. 謝辞

面接調査にご協力いただきました研究対象者の皆様、B病院救急外来師長、B病院集中治療室師長、データ収集の一部にご協力いただいた樋口可奈さんに深謝申し上げます。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

## X. 引用文献

1. 島崎淳也, 田崎 修, 塩崎忠彦, 他. 救命救急センターの現況 全国救命救急センター入室症例予後調査・10万例の検討. 日本救急医学会雑誌 2011; 22: 793-802.
2. 日本クリティカル看護学会. 2019. 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド. [https://www.jaccn.jp/guide/pdf/EOL\\_guide1.pdf](https://www.jaccn.jp/guide/pdf/EOL_guide1.pdf) (2021年7月16日検索)
3. 江尻晴美, 片岡秋子. わが国のクリティカルケア領域における終末期看護研究の動向. 日本救急看護学会雑誌 2014; 16: 1-9.
4. 宮岡里衣, 宇都宮明美. 代理意思決定場面において看護師の感じる困難への急性・重症患者看護専門看護師が行う支援とその能力. 日本CNS看護学会誌 2018; 3: 7-14.
5. 西開地由美, 吉本照子. 救急・集中治療領域の看護師が終末期患者の家族支援に対して困難を感じる状況に関する文献研究. 千葉看護学会誌 2019; 24: 1-9.
6. 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. 2014. 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~. <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> (2021年7月16日検索)
7. 西開地由美, 吉本照子. 救急・集中治療領域における終末期患者の家族支援の充実に向けた看護管理者の働きかけ看護師の困難感を有する状況に着目して. 千葉看護学会誌 2019; 25: 107-116.

8. 新裕紀子, 中尾久子, 濱田裕子. 臨床看護師が成長に向かう動機づけの構造. 日本看護科学会誌 2019; 39: 29-37.
9. 木村裕治, 多留ちえみ, 福敦子, 他. 特定機能病院の看護師が看護実践を価値づけ, やりがいを獲得し成長していくプロセス. 日本看護科学会誌 2018; 38: 274-284.
10. リチャード・S・ラザルス, スーザン・フォルクマン. 第6章対処のプロセス. 本明寛, 春木豊, 織田正美, 監訳. ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 東京: 実務教育出版, 1991: 143-181.
11. 岩本満美, 岩本幹子, 高岡勇子. 救急初療看護における臨床経験による臨床判断の差異—初療経験1年目と5年以上の看護師のインタビューから—. 日本救急看護学会雑誌 2014; 16: 13-22.
12. グレグ美鈴. 質的記述的研究. グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江, 編. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして. 東京: 医歯薬出版, 2007: 54-71.
13. 西脇可織, 片岡 純. ホスピス・緩和ケア病棟のがんと認知症を併せもつ患者の看護における困難と対処過程. 日本がん看護学会誌 2016; 30: 53-2.
14. 橋本浩子. 小児ターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援に関する基礎的研究—ターミナルケアにおいて看護師が感じた困難への対処. 日本小児看護学会誌 2011; 20: 82-88.
15. 中藤三代子. クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述. 看護研究 2005; 38: 121-134.
16. 林 智子. Perspective-Taking の概念分析—自己と他者への焦点化. 群馬保健学紀要 2008; 28: 9-18.
17. 伊東由康, 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: 288-297.
18. 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. Palliat Care Res 2018; 13: 201-208.
19. 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: 29-39.
20. 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 他. 看護における「巻き込まれ」の概念分析. 人間看護学研究 2015; 13: 71-79.
21. Lief L, Berlin DA, Maciejewski RC, et al. Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. Ann Am Thorac Soc 2018; 15: 1459-1464.
22. 前掲 10. 第3章評価に影響を与える人的要因. 53-77.
23. 浅見 綾. ICUにおける終末期ケアの実態と終末期ケアに対する看護師の認識との関連性. 日本クリティカルケア看護学会誌 2013; 9: 39-47.
24. Betke K, Basińska MA, Andruszkiewicz A. Sense of coherence and strategies for coping with stress among nurses. BMC Nursing 2021; 20: 107.  
doi: 10.1186/s12912-021-00631-1
25. アーロン・アントノフスキー. 2「首尾一貫感覚 SOC」とは何か. 山崎喜比古, 吉井清子, 監訳. 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京: 有信堂光文社. 2001: 19-39.



---

# Management of Challenges Faced by Nurses in Dealing with Family Members of Persons Needing End-of-life Care in the Fields of Emergency and Intensive Care Medicine

Noriko Tsukagoshi<sup>1</sup>, Mio Sakurai<sup>2</sup>, Maiko Senuma<sup>1</sup>, Ayumi Kyota<sup>1</sup> and Tamae Futawatari<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gunma University Graduate School of Health Sciences, 3-39-22 Sowa-machi, Maebashi, Gunma 371-8514, Japan

<sup>2</sup> Maebashi City Health Center, 3-36-17 Asahi-cho, Maebashi, Gunma 371-0014, Japan

---

## Abstract

**Objective:** To clarify how nurses coped with the challenges they faced in dealing with the family members of patients requiring end-of-life care in the fields of emergency and intensive care medicine.

**Methods:** Semi-structured interviews were conducted, using an interview guide, on 15 nurses working in emergency rooms and intensive care units. The contents of the interviews were qualitatively analyzed.

**Results:** The interview data were classified into the following 3 categories: [Seeking solutions for the challenges], [Measures to protect own feelings from getting involved], and [Increased motivation for the end-of-life care].

**Discussion:** Nurses have to deal with the responses and emotions of family members while keeping a distance, without getting personally involved with their tragic feelings. Support from colleagues is essential in managing these challenges, and it is considered necessary to deal with issues associated with end-of-life care as a whole department or a team. Furthermore, it is important to create opportunities for the nurses to share their thoughts and experiences and also educate them to elevate their level of motivation to providing support for family members of patients requiring end-of-life care.

---

---

### *Key words:*

emergency care,  
intensive care units,  
end-of-life care,  
family support,  
coping

---