大阪公立大学 Osaka Metropolitan University 学術情報リポジトリ

集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-05-02 キーワード (Ja): キーワード (En): Intensive Care Unit, Families of Dying Patients, Grief, Nursing Practice 作成者: 米村, 亮, 北村, 愛子, 大江, 理英 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10466/00018001

研　　究

集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践

Nursing Practice for Grief of Families of Patients Dying after Unsuccessful Intensive Care

米村　亮[1)]・北村愛子[2)]・大江理英[3)]
Yonemura Ryo[1)], Kitamura Aiko[2)], Ooe Rie[3)]

キーワード：集中治療室、死にゆく患者の家族、悲嘆、看護実践
Keywords: Intensive Care Unit, Families of Dying Patients, Grief, Nursing Practice

Abstract

［Purpose］ This study aimed to analyze the content of nursing practice for grief of families of patients dying after unsuccessful intensive care, and clarify the specific nursing practice.
［Methods］ A semi-structured interview was conducted with 11 nurses who worked in the ICU. The code was extracted from the contents of the verbatim, and it was made higher in the category.
［Results］ The Research Participants were assessing the impact of grief on family relationships and changes in daily life, considering that the family may not express their grief. During the intervention, they created opportunities for the family to express their feelings without suppression and shared the patient's changing condition with the family, while maintaining the patient's dignified appearance until the end of life. In the evaluation of this intervention, the grieving process and family cohesiveness were used as indicators.
［Conclusion］ The Research Participants evaluated care in terms of assessment that considered the high individuality of grief, intentional interventions to prepare the family psychologically for the patient dying, the family reminiscing about their life, and the family cohesion and way they lived their last hours.

抄　　録

【目的】 集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践の内容を明らかにする。
【方法】 ICU の看護師 11 名に半構造化面接を行った。逐語録の内容からコードを抽出し、カテゴリへ高次化した。
【結果】 本研究の参加者は、家族が悲しみを表現しない場合も考慮し、家族の関係性や日常生活の変化に悲嘆の影響が表れることを想定したアセスメントしていた。介入時には、家族が思いを抑圧することなく表現できる機会をつくり、変わりゆく患者の状態を家族と共有しながら、最期まで尊厳ある患者の外観を維持できるように配慮していた。介入の評価では、悲嘆のプロセスや家族の凝集性などを指標としていた。
【結論】 本研究の参加者は、悲嘆の個別性が高いことを考慮したアセスメント、意図的に家族へ患者の死を迎える時の心理的な準備を進める介入をし、家族が人生を振り返り始めること、家族の凝集性や最期の時間の過ごし方などでケアを評価していた。

1）地方独立行政法人堺市立病院機構　堺市立総合医療センター
2）大阪公立大学大学院　看護学研究科
3）兵庫県立大学　看護学部

Ⅰ．はじめに

集中治療室（Intensive Care Unit：ICU）における終末期ケアに困難感を抱く看護師は多いが（立野ら、2019）、患者がよりよい最期を迎えるためには、その家族が重要な家族を喪失することから生じる悲嘆を十分に表出し、残される家族が満足のいく看取りができる支援と悲嘆援助が必要であるとされている（日本集中治療医学会、2011）。終末期の患者と家族のQOL（Quality Of Life）向上を目的とした終末期看護プラクティスガイドにおいても悲嘆ケアの重要性が示されることとなった（立野ら、2020）。

ICUで死にゆく患者を前にした家族には様々な悲嘆反応がみられ、Lindemann, E（1944）は、急性悲嘆について「心理的および身体的な症状を伴う明確な症候群である。この症候群は、生活史上の危機に引き続き現れる場合もあるし、遅れて後になって現れる場合もある。また、この症候群が誇張されている場合や外見には現れていない場合もある」と述べている。また、十分な介入が行われなければ複雑性悲嘆を引き起こし、家族の身体疾患の増加（Prigerson, H. G. et al., 1997）、QOLを低下させることが明らかになっている（Boelen, P. A. et al., 2007）。

集中治療領域では、悲嘆へのケアとして、家族が患者に最期の挨拶ができ、感情の整理ができる機会を設ける介入や（White, D. B. et al., 2012）、家族が終末期の患者との関わりに満足し、後悔のない看取りをできるようにサポートすることが重要であるとされている（西村ら、2012）。しかしながら、ICUにおいて家族は患者を喪失する現実に対処し、短期間で十分な悲嘆を表出することが難しく、プラクティスガイドが示されたものの、家族の悲嘆への十分な介入が行われていない現状がある（立野ら、2019）。

そこで、本研究では集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆に対する看護実践の内容を明らかにすることを目的とする。そして、死にゆく患者の家族のニーズ充足に向けた看護実践の示唆を得る。

Ⅱ．用語の定義

死にゆく患者の家族の悲嘆：Lindemann, E（1944）は急性悲嘆について「喪失に伴う衝撃からくる心理的および身体的な症候群である」と述べている。本研究では、集中治療室において死を迎えるまでの期間を生きる患者の喪失に関連した、心理的・身体的症状を含む情緒的反応。

看護実践：患者の家族の悲嘆反応を捉え、必要なケアをアセスメントし、具体的な関わりなどの行動から評価に至る一連のプロセス。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

質的記述的研究

２．研究参加者

便宜的に抽出した施設に所属する、ICUで死にゆく患者の家族が表現した悲しみに対して看護実践を行った経験がある看護師10名程度。ベナー看護論（2001/2005）および日本看護協会のクリニカルラダー（2016）を参考に、幅広い視点から予測的判断も含めたアセスメントを行い、評価にいたるまでの看護を実践できていると考えられるICU経験5年以上とした。

３．調査期間

2018年9月から12月。

４．データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接によりデータを収集した。参加者に、「ICUで死にゆく患者の家族のどのような悲嘆反応を捉え、必要なケアをアセスメントしたのか。そのとき、どのように具体的に関わり、行動し、評価したのか。」を質問した。面接の内容は参加者の許可を得てICレコーダーに録音後、セキュリティ機能付きのUSBに保存し逐語録とした。面接時間は各30分間程度とし、場所はプライバシーが確保できる個室とした。逐語録作成時に個人が特定される表現が含まれる場合は伏せ字とした。

５．分析方法

逐語録を精読し、研究参加者が語った内容を１文章あるいは、関連文章を１単位の素データとし、抽象化の後にコードを抽出した。その後、コードの特徴が損なわれないよう相互の類似性と相違性に沿って分類し、サブカテゴリ化し、さらにカテゴリへ高次化した。確証性の保証は、数名の看護学研究者から、解釈や再構成した内容が一致するまで繰り返しスーパービジョンを受けた。

６．倫理的配慮

本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫

理委員会の承認を得て実施した（申請番号 30-24）。研究参加者に対し、口頭及び文書を用いて、研究の意義、目的、方法になどついて説明し、同意を得た。収集したデータは、本研究の目的のみに使用し、匿名性を保持するために個人名が特定されないよう配慮し、データを厳重に管理することを伝えた。インタビューの日程は参加者の負担にならないように設定し、参加に伴う不利益は生じないことを説明した。

Ⅳ．結果

1．研究参加者の概要（表 1）

研究参加者は ICU を併設する医療機関 5 施設に勤務する看護師 11 名であった。平均看護師経験年数は 12.2 ± 3.4 年、平均 ICU 経験年数は 7.9 ± 2.9 年であった。

2．集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践

分析の結果、189 コードから 42 サブカテゴリと 16 カテゴリが抽出された（表 2、表 3、表 4）。以下、カテゴリを『　』、サブカテゴリを〔　〕、語りを“　”で示す。

1）集中治療室で死にゆく患者の家族の悲嘆のアセスメント（表 2）

アセスメントでは 36 コードから、11 サブカテゴリ、5 カテゴリが形成された。

表 1　研究参加者の基本属性

参加者	所属先	性別	看護師経験年数	ICU 経験年数	専門・認定看護師資格の有無
A	救命救急センター ICU	男性	11 年	5 年	なし
B	救命救急センター ICU	女性	13 年	6 年	なし
C	救命救急センター ICU	男性	8 年	8 年	なし
D	救命救急センター ICU	女性	14 年	8 年	なし
E	救命救急センター ICU	女性	10 年	10 年	なし
F	集中治療室 救命救急センター ICU	女性	14 年	5 年	なし
G	救命救急センター ICU	女性	13 年	7 年	なし
H	集中治療室 救命救急センター ICU	女性	19 年	6 年	なし
I	集中治療室	女性	9 年	9 年	なし
J	集中治療室	男性	15 年	15 年	集中ケア認定看護師
K	集中治療室	女性	8 年	8 年	なし

表 2　集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆のアセスメント

カテゴリ（4）	サブカテゴリ（11）
悲しみが表現されない家族にケアを始める機会をアセスメントする	死が近づくなかで呆然とする家族へのケアの必要性を考える
	悲しみが表現されていない家族の心境を考える
	悲しみが表現されていない家族の背景を捉える
	家族の状況を見てケアの方向性を考える
現実を受け止めきれない家族の反応をみる	患者に触れることができない家族の受け入れの困難さをみる
	家族の反応から衝撃を受けていることを推し測る
泣いている家族の心情を推し測る	家族が泣く姿をみて現状の受け入れを判断する
	泣いている家族の中にある自責の念を推し測る
家族の関係性をアセスメントする	家族にとっての患者の存在の大きさを理解する
	家族同士の関係の変化をみる
家族が日常を取り戻し始めているかをみる	家族が日常を取り戻し始めているかをみる

(1)『悲しみが表現されない家族にケアを始める機会をアセスメントする』

このカテゴリでは、悲しみが表現されない家族の心境や背景を考慮したケアの必要性と方向性についてのアセスメントが示され、〔死が近づくなかで呆然とする家族へのケアの必要性を考える〕などが含まれた。

“医師から、もう無理ですと、今の状況はこのPCPSという機械が回っているだけであって、死のような状態ですという説明を受けて、結構呆然としていて。（中略）理解はされていると思うのですけど、現実としてなかなか受け入れられずに、患者さんに接することも無理だったので、まずは、患者さんといる空間を作ったり、もし可能ならばタッチングなりできるようなことが必要なのかなという風に考えて、なるべく、個室だったのでカーテンを閉めて扉を閉めて、ベッド柵を下ろしたりっていう環境調整をしました”（A）

(2)『現実を受け止めきれない家族の反応をみる』

患者の死が近いことに衝撃を受け、患者に触れることすら出来なくなっている家族についてのアセスメントが示され、〔患者に触れることができない家族の受け入れの困難さをみる〕などが含まれた。

“声をかけて手握ってあげてくださいねとか、点滴入っているけど触って大丈夫ですよって言って自分から行けるのであればそれでいいし、大丈夫ですってやっぱりそこから先に進めないのであればまだちょっとその段階ではないのかなっていう判断はしていました”（K）

(3)『泣いている家族の心情を推し測る』

泣いている家族の自責の念や現状の受け入れ難さについてのアセスメントが示され、〔家族が泣く姿をみて現状の受け入れを判断する〕などが含まれた。

“（若年患者の）お母さんがすごい泣いている姿を見ていると、やっぱり現実を受け入れるのがまだ難しいのかなって思った”（F）

(4)『家族の関係性をアセスメントする』

家族がお互いにどのようなコミュニケーションをとっているか、悲しみを支え合うように寄り添って患者に関われているか、患者だけではなく家族員同士の接近やタッチングの様子を観察し、家族が喪失にうまく対処できているかを判断するものであった。〔家族にとっての患者の存在の大きさを理解する〕、〔家族同士の関係の変化をみる〕が含まれた。

“その触り方とかでも本当に大事にしていたのだなというのが、わかったりします”（G）

(5)『家族が日常を取り戻し始めているかをみる』

悲嘆反応の身体的側面のみではなく、行動的側面として、他者や社会との関係の変化があるのか、時間の経過とともに家族が日常を取り戻し始めているかをアセスメントすることであった。〔家族が日常を取り戻し始めているかをみる〕が含まれた。

“お話をしたのは、お食事できたのと、まあ少しは眠れましたといわれたので、まあちょっと落ち着かれたのかなっていう頃をみて、ICUダイアリーを提案して”（C）

２）集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入（表3）

看護介入では133コードから、26サブカテゴリ、9カテゴリが形成された。

(1)『家族の悲嘆感情とともに存在する』

家族には自分の気持ちをうまく表現できない、したくないという時期や事情があることを認め、声をかけるすべがなくても家族の傍にいることを心掛けていた。〔混乱している家族が落ち着くように付き添う〕などが含まれた。

“わーって泣いておられる方に関しては本当、とりあえず落ち着くまで見ています”（G）

(2)『家族の心情を積極的に傾聴する』

家族が話す内容を看護師自身が全て理解することができなくても、家族が思いを抑圧することなく表現できる機会をつくることであった。〔家族が思いを表現できるように耳を傾ける〕、〔抑圧した思いを引き出すように話をする〕が含まれた。

“旦那さん自身の気持ちの整理ができているのかどうなんかっていうところが知りたかったし、そこをどうにかした方がなんかみんな穏やかに過ごせるのかなっていう。で、意図的にちょっと聞くようにしたんですよ、旦那さん誰かと話すことあるんですかとか、ご家族に自分の思いとか言ったこと、言えますかとか言ったら、いえいえそんなん娘とかにはよう言わんって、ただここに来て、奥さんには言っているって言っていたんですよね”（D）

(3)『患者に向き合うための家族のケアリングを支える』

患者と死別後の家族の悲嘆までを視野に入れ、家

族の接近のニーズを満たす方法を模索しながら、家族が喪失を現実的に受け止めて悲嘆作業を進めるための介入であった。〔家族に患者とのコミュニケーションの手立てを伝える〕などが含まれた。

“動きはほとんどないかもしれないけれど、耳は聞こえているので、しゃべっていただいたら聞こえると思うので、というような声かけをした”（A）

(4)『家族の対処を促進する』

家族員同士が支え合える関係性を維持できるようにする支援であった。〔家族が相互に感情を支えあえるようにする〕などが含まれた。

“お父さんが結構率先しておいでとか声をかけてくれていたので、それはお父さんにも任せた方がいいんかなってなんとなく思った事があって、お父さん自身もまだちょっとこういう（受け入れていない）感じやったら、看護師の方から誘導してもいいかなと思ったんですけど、割と旦那さんの方が娘さんと連れてきてくれたりとか一緒にこっちおいでとか話を始めてくれたりしてくれていたので、それはもうお父さんに任せて大丈夫なんじゃないかなと”（K）

(5)『患者と家族だけの場をつくる』

家族が患者の側に居られるように、患者に伝えたいことを伝えられるように環境を調整することであった。〔家族が落ち着ける静かな環境をつくりだす〕、〔家族と患者だけのときをつくる〕が含まれた。

“（病室の中で無言でいる時に）家族さんの反応を見ながら邪魔やなって思ってはるかなっていうような、なんかこう雰囲気であったりとか視線であったりとかあれば、離れることもありますけど”（J）

表３　集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入

カテゴリ（9）	サブカテゴリ（26）
家族の悲嘆感情とともに存在する	混乱している家族が落ち着くように付き添う
	家族の気持ちを無理に引き出さない
	患者が死にゆくことを受け入れられない思いを聞く
	自分を責める家族の苦しみに共感する
	家族から出た感情に合わせて対話する
家族の心情を積極的に傾聴する	家族が思いを表現できるように耳を傾ける
	抑圧した思いを引き出すように話をする
患者に向き合うための家族のケアリングを支える	家族に患者とのコミュニケーションの手立てを伝える
	家族が近づいてタッチングできるようにする
	家族が患者のためにできることを勧める
	家族と一緒に患者のケアをする
家族の対処を促進する	家族が相互に感情を支えあえるようにする
	家族が患者の状況をどのように理解しているかを確認する
	家族内で役割を協力できるようにする
	家族の身体的負担を労う
患者と家族だけの場をつくる	家族が落ち着ける静かな環境をつくりだす
	家族と患者だけのときをつくる
時間とともに変化する患者と家族の存在を支える	患者が元気な頃の話を聞く
	入院までの出来事について話を聞く
	変わりゆく患者の状態を説明する
専門的視点を用いた心理的介入を行う	病状理解に苦しむ家族には医師からの説明を調整する
	他職種の協力を得て心理的に介入する
患者の身体の整容にこだわる	患者の皮膚の損傷を起こさない
	患者の身なりを整える
患者が死を迎える時の心理的な準備をする	家族が気持ちを整える場をつくる
	家族が看取りを行えるようにする

(6)『時間とともに変化する患者と家族の存在を支える』

変わりゆく患者の状態を説明し、現実に迫っている患者の死に家族が落ち着いて対応できるようにする介入であった。〔患者が元気な頃の話を聞く〕などが含まれた。

“(家族の）話を聞いた後、ほんとにもう同調するだけしかできなくて。分からないので、辛いですねって言うんですけど、自分の言葉がだだ滑りしているような気がするので、じゃあ次どうしようって考えるのと、あとはもう息子さんの元気だった頃の話とかをちょっとずつしながら、それでも泣き出してしまったらどうしようもないなと思いながら、家族の言いたいことを言ってもらおうといつも思います”(E)

(7)『専門的視点を用いた心理的介入を行う』

看護師のみの視点ではなく、多職種で家族の問題に対処することであった。〔病状理解に苦しむ家族には医師からの説明を調整する〕、〔他職種の協力を得て心理的に介入する〕が含まれた。

“大丈夫ですかって聞いただけで泣き出したりとか、そこがきっかけで色々言ってくれる家族さんもいたりしますし、この子だけじゃなかったんですけど、言ってくれない家族は大丈夫ですって言ったままですごい硬い顔をされているので。もう、自分の力では無理だと思ったら、プロに任せようと思っています。すぐに心理士さんって言ってしまう”(E)

(8)『患者の身体の整容にこだわる』

集中治療を受けた患者に見られる患者の外観の変化により家族の悲嘆が悪化することを予防する介入であった。〔患者の皮膚の損傷を起こさない〕、〔患者の身なりを整える〕が含まれた。

“外観が変わってくるともっと泣いてくるので、なるべく患者さんを綺麗にする”(E)

(9)『患者が死を迎える時の心理的な準備をする』

患者と家族の尊厳に配慮し、看取りを迎える時の家族の後悔が悲嘆の複雑化にあたえる影響を考慮した介入であった。〔家族が気持ちを整える場をつくる〕、〔家族が看取りを行えるようにする〕が含まれた。

“あえて現実から物理的にもう距離をおいて、落ち着いてもらうというよりは、気持ちを整理してもらうような時間、一緒にいるときに何かを喋ることは、あんまりその時はしなくてただもう一緒にいるだけ”(C)

3）集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入の評価（表4）

看護介入の評価では20コードから、7サブカテゴリ、2カテゴリが形成された。

(1)『家族の言動から悲嘆反応の変化を評価する』

家族の悲嘆のプロセスを評価することであった。〔家族が患者のそばで過ごせるようになる〕などが含まれた。

“子ども達が一緒に面会に来れるようになった時が、ちょっと見てる側としては、旦那さんと子ども達の中で少し一歩進めたんじゃないかなって思えるきっかけだった”(K)

(2)『家族が悲嘆作業に取り組めていることを評価する』

家族の凝集性の向上、最期の時間の過ごし方を指標として、死別の時までの看護実践を評価することであった。〔ケアを通して家族の結びつきが強まる〕などが含まれた。

“正解ってないとは思うんですけど、ありがとうございましたって言って、お帰りになられてた

表4　集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入の評価

カテゴリ（2）	サブカテゴリ（7）
家族の言動から悲嘆反応の変化を評価する	家族が患者のそばで過ごせるようになる
	家族が自ら患者との人生を振り返り始める
	他の家族員に亡くなる現実を話そうとしている
	家族が周りを気遣い始める
家族が悲嘆作業に取り組めていることを評価する	ケアを通して家族の結びつきが強まる
	自分たちが行ったケアで悲しみが和らぐ
	家族が穏やかに最後の時間を過ごす

ので、何とかよくなってほしいって思いは最期まで持ち続けられるものだと思うので、なかなかまあそれでよかったという風には言い難いですけど、そうやって一緒にケアした時間とか、家族の中で意味のある時間になったんじゃないかなって思っています”(I)

V．考察

1．集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆のアセスメント

悲嘆のプロセスの初期段階では、衝撃から現実感覚が麻痺状態となる（Deeken, 1983）。『悲しみが表現されない家族にケアを始める機会をアセスメントする』は、家族がうまく感情を表現できない時期のアセスメントを表しているものと考えられる。江口ら（2014）は、クリティカルケア看護領域の臨床判断では「ケアの必要性や手段の選択」、「実施のタイミングの見極め」が行われていると述べている。今回の参加者は、悲嘆ケアにおいてもケアの必要性と始める機会を見極めており、寄り添いや傾聴すらして良いのかどうかを判断しているものと考えられる。

救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア（岡林、2018）では、「家族が直に患者に触れることは死の受け入れにつながる」という看護師の認識が示されている。『現実を受け止めきれない家族の反応をみる』は、家族が患者に触れられない場合には喪失を否認しており、死を受け入れられない心境にあるとアセスメントしているものと考えられ、本研究の参加者も同様の認識をもっているものと示唆される。

泣くことは他者へ支援の必要性を表現するものである。そして、泣いている個人の内面で生じている、出来事の評価や情動的反応に対して他者からの支援を得ることができる（Vingerhoets, 2000）。『泣いている家族の心情を推し測る』は、家族が支援を求めていることを察知し、支援の必要な情動的反応とともに、患者を喪失するという出来事をどう評価しているのかも推し測るものであったと考えられる。

家族内の結束が強いことは、患者の喪失にうまく対処できる家族の特徴であり、家族システムの恒常性に寄与する（Traylor, E. S et al., 2003）。『家族の関係性をアセスメントする』ことは、患者の喪失に対処する家族にどのような支援が必要なのか、家族が従来持っている心情的に支えあう機能の視点からアセスメントしているものと考えられる。

悲嘆の身体的側面として消化器障害や食欲低下、体重減少、睡眠障害などがあり、行動的側面としては仕事に支障がでる、引きこもる、他者や社会との関係の変化がある（Parkes, C. M., 1996/2002）。『家族が日常を取り戻し始めているかをみる』は、喪失が生活へ及ぼしている影響をみながら、家族に日常を取り戻す能力があるかを推し測るものであると考える。

2．集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入

家族のそばに存在することは、身体的だけではなく、心理的に家族のニーズを満たすために「そばにいること」も意味している（Bulechek, G. M., & McCloskey, J. C., 1992/1995）。『家族の悲嘆感情とともに存在する』、『家族の心情を積極的に傾聴する』ことは、看護師自身の表情やしぐさ、態度を用いて家族の悲嘆感情に共感しつつ、家族には話したくないという思いもあることを理解し、いつでも思いを引き出せるように機を逃さない姿勢を示していると考えられる。

ICU 患者の家族は、患者への接近のニーズが高いにもかかわらず（山勢ら、2003）、多くの医療機器を恐れて患者に寄り添うことに抵抗があると報告されている（Simpson, S. H., 1997）。さらに、意識障害により患者と家族の間での相互作用が阻害されてしまう。一方で、家族が患者のために何かできるという思いやケアに介入することは悲嘆緩和につながるとされている（McClement SE.・Degner LF., 1995）。『患者に向き合うための家族のケアリングを支える』ことは、看護師が家族に、安心して患者へ寄り添える手立てを示しながら、患者と家族の相互作用を用いて家族の悲嘆作業を進めることを意味していたと考えられる。

家族が相互に感情を支え合える家族は、患者の死に対処できるとされている（Worden, 2009/2011）。先行研究では、家族の現実認知を確認することや家族が役割を協力できるようにする介入（西村ら、2012）、家族が適切な休息を取れるようにし臨終の時までに家族が消耗しすぎないようにする介入が報告されている（新藤ら、2018）。『家族の対処を促進する』ことは、集中治療で回復を目指していたにも関わらず、短期間で死にゆく現実を受け止めるために、家族員間の相互の対処を促進し、情動的対処を支援することを意味していると考えられる。

ICU において家族は、故人に対する直接的な世話や看病をしたことよりも、ただ患者のそばに居ることができたといった間接的な関わりの中に肯定的

な評価を見出している（加藤ら、2015）。『患者と家族だけの場をつくる』ことは直接的な世話だけでなく、間接的なかかわりも考慮した介入を意味していたと考える。しかし、他者に気兼ねなく悲しみを表現したいときには、別室に場所を設けることも考慮する必要がある。

寿台（2013）は、家族が死にゆく患者との絆を物理的・身体的な存在に求めるのではなく、記憶に留めるなどの象徴的な存在へ移行できることが、死別後の適応にとって重要であるとしている。『時間とともに変化する患者と家族の存在を支える』ことは、家族の人生の中での患者の存在を際立たせながらも、今の患者を認識できるようにし、最期の時に臨む家族の絆を強化することを意味していたと考えられる。

悲嘆ケアへ困難感を示す看護師は多く（立野ら、2019）、患者の心理的援助や効果的な看護方法について臨床心理士に支援を求めることが先行研究でも示されている（藤本、2009）。『専門的視点を用いた心理的介入を行う』ことは、単に多職種へ介入を依頼しているだけではなく、困難感を悲嘆ケアの阻害因子としないようにする看護師の姿勢を表しているものと考える。

ICU で終末期の患者の身体の整容にこだわることは、患者の尊厳を守るために重要なことである（西村ら、2012）。『患者の身体の整容にこだわる』ことは、患者の尊厳を保ち、外観の変化を家族が目にすることによる悲嘆の悪化を防ぐ看護を意味しているものと考える。

集中治療から終末期に至った家族には、「なんとか助けたい」と思いながらも「親しい人々に見守られ、穏やかに自然な死を迎えさせたい」というニードがある（森、2017）。また、家族の後悔のない看取りのためには、意図的に看取りにふさわしい場や（西村ら、2012）、感情の整理ができる時間（White, D.B.et al, 2012）を設ける必要がある。『患者が死を迎える時の心理的な準備をする』ことは、患者と家族の尊厳に配慮し、看取り後の後悔や悲嘆の複雑化に与える影響を考慮した介入であったと考えられる。

３．集中治療の効果がなく死にゆく患者の家族の悲嘆への看護介入の評価

悲嘆を経験する家族は、患者を失う現実を否認することで、患者へ近づくことができなくなる（Deeken, 1983）。しかし、家族は患者の姿に非現実感と恐怖を抱きながらも、徐々に順応していくとされている（樽松ら、2011）。よって、本研究の『家族の言動から悲嘆反応の変化を評価する』ことは、家族が患者のそばで過ごせるようになることを、家族の患者への認識が変わる過程での悲嘆反応の変化として評価しているものと考えられる。先行研究において ICU の看護師は、悲嘆を変化するものと捉え、解決には長い時間がかかることを認識し、感情表出を図ることをアウトカムとして介入していた（Popejoy, L. L. et al., 2009）。本研究の参加者も同様の介入を行っていたと考えられる。

ICU での End-of-Life Care に対する家族の満足度を調査した研究では、時間をかけて家族と患者の思い出話をすることは、家族の患者を喪失することへの対処を助け、End-of-Life Care に対する満足度が高まることが明らかにされている（Johnson, J. R. et al., 2014/Wall, R. J. et al., 2007）。〔家族が自ら患者との人生を振り返り始める〕は、先行研究において悲嘆ケアの評価指標とはされていなかった本研究の特徴である。

家族が患者のケアに参加し患者のために何かできることは悲嘆緩和につながるとされている（McClement SE. et al., 1995）。また、家族の死後にうまく対処できる家族の特徴として、「より凝集性が高い」ことが明らかにされている（Greeff, A. P. et al., 2004）。よって本研究の参加者は、自身の介入の結果、家族の精神内界の営みである悲嘆作業の結果として、家族の凝集性の向上を評価しているものと考えられる。『家族が悲嘆作業に取り組めていることを評価する』ことは、ICU で看護師が家族と関わることができる、死別の時までの看護実践の結果として、穏やかに最期の時間を過ごすことができたかを評価しているものと考えられる。死別の時点で、退院後の家族の悲嘆の複雑化を予見して評価をしていた参加者はいなかった。よって、死別時までに複雑化しそうな家族の状態を評価する方法を考案し、複雑性悲嘆へ移行しないようフォローアップを開始する必要性が示唆された。

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本研究では、便宜的に対象施設を選定したため対象者が特定地域の施設に偏っていた可能性がある。また、複雑性悲嘆のリスクが高い家族を判断するような内容の語りは少なく、研究の限界であった。得られたデータの参加者によるチェックは実施しておらず真実性の確証には限界がある。

悲嘆する家族を注意深く見つめ、ケアを始める機会から様々な悲嘆の反応をどのように捉え、思案しているのかを明らかにしたことは本研究の特徴であ

る。しかし、突然死や悲嘆が複雑化した状態の家族、医療者へ怒りや不信感を示した家族へのケアは語られていなかったため、結果をすべての家族に対するアセスメントに適用することはできないと考えられる。

死にゆく患者の家族の悲嘆への看護実践が具体的に明らかになったことで、看護実践の枠組みを持つことができると考える。しかし、語りから得られた看護実践の実態をより深く分析するためには、実践の場面を通してさらに追求していく必要がある。

Ⅶ．結論

1．本研究の参加者は、死にゆく患者を前にして悲しみが表現されない家族においても悲嘆の個別性が高いことを考慮し、看護師はケアを始める機会を見抜き、家族の関係性や日常生活をみることで家族が喪失に対処できているかをアセスメントしていた。

2．看護介入としては、短期間でも家族が患者にケアリングできるように支え、家族が思いを抑圧することなく表現できる機会や、患者のそばで悲しむことができる場をつくり、時間とともに変化する患者と家族の存在を支え、意図的に家族へ患者の死を迎える時の心理的な準備をしていることが明らかになった。

3．介入の結果、家族が自ら患者との人生を振り返り始めること、家族の凝集性の向上、最期の時間の過ごし方を指標として、死別の時までの家族の悲嘆反応の変化や悲嘆作業の取り組みを評価していることが明らかになった。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

著者資格

米村亮は研究計画作成、データ収集、分析、論文作成の研究の全過程を行い、北村愛子、大江理英は研究計画、データ分析、論文作成を行った。全著者ともに最終原稿の確認を行った。

文献

Benner, P.（2001）/井部俊子（2005）：ベナー看護論　新訳版　初心者から達人へ、医学書院、東京、23-39。

Boelen, P. A., & Prigerson, H. G.（2007）: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 257(8), 444-452. doi: 10.1007/s00406-007-0744-0

Bulechek, G. M., McCloskey, J. C.（1992）/早川和生（1995）：ナーシングインターベンション：看護診断にもとづく看護治療、医学書院、東京、176-183。

Deeken, A.（1983）：特集日本人の死生観―悲嘆のプロセスを通じての人格成長、看護展望、8(10)、881-885。

江口秀子、明石惠子（2014）：我が国のクリティカルケア看護領域における臨床判断に関する文献レビュー、日本クリティカルケア看護学会誌、10(1)、18-27。

Greeff, A. P., Human, B.（2004）: Resilience in families in which a parent has died. *American Journal of Family Therapy*, 32(1), 27-42.

藤本佳子（2009）：看護師のストレス状況と臨床心理士の活用による支援の可能性に関する研究、日本看護科学会誌、29(4)、60-68。

Johnson, J. R., Engelberg, R. A., Nielsen, E. L., et al.（2014）: The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU*. *Critical Care Medicine,* 42(9), 1991-2000.

寿台順誠（2013）：死別の倫理：グリーフワークと喪の儀礼、生命倫理、23(1)、14-22。

加藤茜、田戸朝美、山勢博彰（2015）：クリティカルケア領域における家族の死の意味づけ、日本救急看護学会雑誌、17(2)、56-66。

樽松久美子、黒田裕子（2011）：救急・集中治療を要する重症意識障害患者に対する家族成員の認識プロセスと看護支援の探求、日本看護科学会誌、36(1)、36-45。

Lindemann, E.（1944）: SYMPTOMATOLOGY AND MANAGEMENT OF ACUTE GRIEF. American Journal of Psychiatry, 101(2), 141-148.

McClement, S. E., Degner, L. F.（1995）: Expert nursing behaviors in care of the dying adult in the intensive care unit. *Heart Lung*, 24(5), 408-419.

森一直（2017）：日本における集中治療中に終末期を迎えた患者の家族ニードに関する文献研究、日本看護医療学会雑誌、19(1)、21-26。

日本看護協会（2016）：看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）、https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/ladder.pdf（閲覧日 2022 年 11 月 1 日）

日本集中治療医学会（2011）：集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針、http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf（閲覧日 2022 年 11 月 1 日）

西村夏代、掛橋千賀子（2012）：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、8(1)、29-39。

Parkes, C. M.（1996）/桑原治雄、三野善央（2002）：改訂版　死別　遺された人たちを支えるために、メディカ出版、東京。

Popejoy, L. L., Brandt, L. C., Beck, M, et al.（2009）: Intensive Care Unit Nurse Perceptions of Caring for the Dying: Every Voice Matters. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11(3), 179-186.

Prigerson, H.G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V. et al.（1997）: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. American Journal of Psychiatry, 154(5), 616-623.

新藤さえ、杉村鮎美、光行多佳子、他（2018）：がん患者の家族の予期悲嘆に対する緩和ケア病棟における看護支援の構造、死の臨床、41(1)、152-160。

Simpson, S. H.（1997）: Reconnecting: the experiences of nurses caring for hopelessly ill patients in intensive

care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 13(4), 189-197.
立野淳子、山勢博彰、藤本理恵、他（2019）：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、15、33-43。
立野淳子、山勢博彰、山勢善江、他（2020）：救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド、医学書院、東京。
Traylor, E. S., Hayslip, B., Jr., Kaminski, P. L., et al. (2003): Relationships between grief and family system characteristics: a cross lagged longitudinal analysis. *Death Stud*, 27(7), 575-601.
Vingerhoets, A. J. J. M., Cornelius, R. R., Van Heck, G. L., et al. (2000): Adult Crying: A Model and Review of the Literature. Review of General Psychology, 4(4), 354-377.
Wall, R. J., Engelberg, R. A., Gries, C. J., et al. (2007): Spiritual care of families in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35(4), 1084-1090.
White, D. B., Martin Cua, S., Walk, R., Pollice, et al. (2012): NURSE-LED INTERVENTION TO IMPROVE SURROGATE DECISION MAKING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CRITICAL ILLNESS. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 396-409.
Worden, J. W. (2009)/上地雄一郎、桑原晴子、濱崎碧、他（2011）：悲嘆カウンセリング：臨床実践ハンドブック。誠信書房、京都。
山勢博彰、山勢善江、CNS-FACE 開発プロジェクトメンバー（2003）：重症・救急患者家族アセスメントツールの開発―完成版 CNS-FACE の作成プロセス―、日本集中治療医学会雑誌、10(1)、9-16。