

救急外来で亡くなる患者の家族のニーズ：ケア評価尺度の開発に向けた構成概念の探索的検討

著者	伊東 由康, 赤田 ちづる, 坂口 幸弘
雑誌名	Human Welfare : HW
巻	10
号	1
ページ	103-113
発行年	2018-03-10
URL	http://hdl.handle.net/10236/00027441

救急外来で亡くなる患者の家族のニーズ

—ケア評価尺度の開発に向けた構成概念の探索的検討—

伊 東 由 康*¹、赤 田 ちづる*¹、坂 口 幸 弘*²

I. はじめに

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、健康を損なうこともある。このような遺族の悲嘆に対するケアは、グリーンケアとして認知され、医療者や遺族当事者など、様々な支援者によるケアが展開されてきている(坂口, 2010)。特に、医療者によるケアにおいては、生前の患者と家族が受けたケアに対する家族自身の評価が、死別後の悲嘆過程に影響を及ぼすことが示唆され(坂口ら, 2013)、死別後のケアだけでなく、死別前の患者と家族へのケアも遺族の悲嘆過程に影響を与える重要なグリーンケアとなる。

このような医療者による亡くなる患者と家族へのケアについては、これまでホスピス・緩和ケア領域を中心にその評価に関する調査が行われ、がん患者への緩和ケアのプロセスと構造を測定する尺度(Morita. et al., 2004; Miyashita. et al., 2017)や、がん患者へのケアのアウトカムである望ましい死の達成度を測定する尺度(Miyashita. et al., 2008)が開発され、患者や家族へのケアが問われている。

しかし、亡くなる患者と家族へのケアは、ホスピス・緩和ケア領域に限って必要とされるものではない。特に、救急医療部門においては、その特性上、亡くなる患者も多く、救急搬送患者の死亡率は、15.3%であると報告されている(島崎ら, 2011)。また、死別による複雑性悲嘆を生じる割合は、一般的に遺族全体の9.8%程度であるとの

報告(Lundorff. et al., 2017)に対し、救急医療部門での死別体験をもつ遺族では、30%以上が複雑性悲嘆を生じている可能性があることが報告されている(安藤ら, 2013)。このような複雑な悲嘆過程が生じる要因のひとつは、患者の死の突然性にあり(Kaltman & Bonanno, 2003; Miyabayashi & Yasuda, 2007)、救急医療部門の中でも特に、救急外来で亡くなる患者においては、入院期間が無く、家族にとって患者の死はより突然の出来事である。そのため、救急外来で亡くなる患者の家族に関わる医療者には、家族・遺族の悲嘆過程を見据えたケアが求められる。

救急外来で亡くなる患者と家族へのケアについて黒川(2014)は、受けた医療に対する家族の満足度と複雑性悲嘆とが関連し、満足という家族の肯定的な評価には、医師の説明や看護師の配慮といった、家族自身が重要と認識する特定のニーズを充足するケアによってもたらされることを報告している。このように、救急外来においても受けたケアに対する家族の肯定的な評価が死別後の悲嘆過程に影響を及ぼすことが示唆される。

しかし、救急医療部門における患者の家族のニーズに関する調査は、入院患者の家族を対象としたものがほとんどであり、入院に至らず救急外来で亡くなる患者の家族に着目した調査は少なく、ニーズの充足度を測定する尺度も開発されてきていない。このような尺度を開発することで、救急外来で亡くなる患者と家族へのケアの質を評価できるとともに、ケアの質と悲嘆過程との関連についての検証を可能にするものと期待される。

本研究は、救急外来で亡くなる患者と家族への

キーワード：救急医療、家族のニーズ、突然死

*1 関西学院大学大学院人間福祉研究科博士課程前期課程

*2 関西学院大学人間福祉学部教授

ケアの質を測定する尺度の開発に向けて、文献レビューとインタビュー調査を通じ、家族のニーズの構成概念について探索的に検討することを目的とする。

II. 文献レビュー

1. 方法

救急外来で亡くなる患者の家族のニーズと類似する可能性の高い、重症患者家族のニーズ・満足度の測定尺度に関する文献を検索・レビューし、尺度の構成概念を概観した。検索する文献は、1977年から2017年（過去40年間）のものとし、国内文献は、医中誌 Web を用いて、『救急 or 集中治療 or ICU or クリティカルケア』、『尺度 or スケール』、『家族』をキーワード、『欲求 or 保健医療サービスの必要と要求』をシソーラス用語とし、これらを組み合わせて検索した。海外文献については、ProQuest を用いて、『Emergency or Intensive care or ICU or Critical care』、『Questionnaires or Scales or Research instruments or Measures』、『Needs assessment or Health services needs and demands or Human needs or Satisfaction』をキーワードとして、組み合わせて検索した。文献の選択基準として、検索された文献のうち尺度の構造について明記されていないものは除外した。また、言語変換された同一の尺度については、日本語版を選択し、日本語版が開発されていない場合には、原尺度を選択した。

選択された重症患者家族のニーズ・満足度の測定尺度については、尺度の構造と下位概念の定義について確認した。また、下位概念の定義が類似するものごとに分類、カテゴリー化し、重症患者家族のニーズ・満足度の構成概念を概観した。なお、分類は、概念の抽象度が低いものから分類し、徐々に抽象度を高め、各カテゴリーにおいて、最も抽象度の高い概念名をカテゴリー名とした。

2. 結果

1) 検索結果

文献検索の結果、重症患者家族のニーズ・満足度の測定尺度の開発を示す文献は、国内3件、海

外65件の計68件であった。これらの文献を基準に基づき選定したところ、選択された文献は、国内2件、海外8件の計10件であり、10の尺度が確認された（表1）。

2) 尺度の構造と下位概念

今回確認された10種類の尺度について、尺度の構造と下位概念について概観した。

Leske (1991) が開発した「CCFNI」は、Molter (1979) が作成した重症患者家族のニーズ45項目を用いて開発されたニーズの測定尺度であり、「情報」、「保証」、「接近」、「快適さ」、「サポート」の5つの下位概念から構成されている。各下位概念の定義について、「情報」とは患者への治療や病状など、患者に関する様々な情報を得ることであり、「保証」とは患者への治療やケア、病状の見通しについて安心感と希望を得ることである。「接近」とは患者と会うこと、患者に近づいて何かしてあげられること、「快適さ」とは食事や飲み物を手に入れることや過ごす環境の設備が充実していることなど、家族自身の身体的な快適さを得ることである。そして、「サポート」とは家族や医療者といった他者からのサポートを得ることである。

Scott (1998) が開発した、「CCFNI for PICU」は、CCFNI の45項目に Kirschbaum (1990) が特定した PICU 患者の家族に特有のニーズ8項目を加え、開発されたニーズの測定尺度であり、CCFNI と同様の5つの下位概念から構成されている。同様に、Redlley (2004) が開発した「R-CCFNI-ED」、Ward (2001) が開発した「CCFNI for NICU」、Wasser. et al. (2001) が開発した「CCFSS」も CCFNI をもとに開発されたニーズの測定尺度であり、CCFNI と同様の5つの下位概念から構成されている。

山勢ら (2003) が開発した「CNS-FACE」は、救急医療部門に入院する重症患者家族のニーズとコーピングの測定尺度であり、ニーズは、Leske (1991) の CCFNI の構成概念を採用し、開発されている。CNS-FACE は、「情報」、「保証」、「接近」、「安楽・安寧」、「情緒的サポート」、「社会的サポート」の6つの下位概念から構成され、これらの下位概念は、CCFNI と同様であり、「安楽・安寧」は CCFNI の「快適さ」に、「近接」

表 1 重症患者家族のニーズ・満足度測定尺度一覧

Author (Year)	Scale name	Country	Patient	Setting	Items (No.)	Factors (No.)
Leske (1991)	Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)	USA	Adult	ICU	45	5
Scott (1998)	Critical Care Family Needs Inventory for PICU (CCFNI for PICU)	USA	Pediatric	PICU	53	5
Johnson, et al. (1998)	Modified version Society of Critical Care Medicine's family needs assessment (SCCM-FNA)	Canada	Adult	ICU	14	4
Ward (2001)	Critical Care Family Needs Inventory for NICU (CCFNI for NICU)	USA	Infants	NICU	56	5
Wasser, et al. (2001)	Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)	USA	Adult	ICU	20	5
Heyland & Tranmer (2001)	Measuring Family Satisfaction With Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU)	Canada	Adult	ICU	34	6
山勢ら (2003)	Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings (CNS-FACE)	JAPAN	Adult	ED	46	6
Redlley (2004)	Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department (R-CCFNI-ED)	USA	Adult	ED	40	5
辰巳ら (2005)	unnamed	JAPAN	Adult	ICU	15	3
Latour, et al. (2009)	Parents Satisfaction Instrument	Netherlands	Pediatric	PICU	78	6

は CCFNI の「接近」に該当するものである。サポートに関しては、CCFNI の「サポート」を「情緒的サポート」と「社会的サポート」に分類し、「情緒的サポート」とは情緒的表現を通して、それを受け止めてもらうことや対応してもらうサポートを得ることであり、「社会的サポート」とは社会的リソースを得ることである。

Johnson, et al. (1998) が開発した「SCCM-FNA」は、Harvey (1993) が作成した待合室における ICU 患者家族のニーズの測定尺度を修正し、ICU 患者家族のニーズの充足度を測定する尺度として開発されたものである。SCCM-FNA は、「態度」、「コミュニケーション」、「安心感を得る技術」、「孤独感への対応」の 4 つの下位概念から構成されている。各下位概念の定義について、「態度」とは医療者の家族に対する誠実な態度、「コミュニケーション」は情報提供を中心とした医療者との関わりである。「安心感を得る技術」とは患者への治療やケアなど、医療者の技術に対する安心感、「孤独感への対応」とは患者の治療

を終えるのを待つ家族に疎外感や孤独感を生じさせないような医療者の対応である。

Heyland & Tranmer (2001) が開発した「FS-ICU」は、ICU で「患者と家族が受けたケア」と「家族の意思決定に対するケア」への満足度を測定する尺度であり、患者と家族が受けたケアに対する満足度は、「患者へのケア」、「家族へのケア」、「医療者の能力」、「ICU の環境」の 4 つ、意思決定へのケアに対する満足度は、「情報提供」と「医療者と家族との議論」の 2 つの下位概念から構成されている。これらの下位概念の定義について、「患者へのケア」とは主に患者の苦痛に対する適切なケアが行われていたと感じること、「家族へのケア」とは医療者が家族自身へのケアに配慮し、情緒的、スピリチュアル的サポートを中心としたケアが提供されていたと感じること、「医療者の能力」とは医師や看護師などの医療者が適切なケアを行うための十分な技術とコミュニケーション能力をもっていたと感じること、「ICU の環境」とは家族の過ごす ICU の室内や待

合室の雰囲気良かったと感じることである。また、「情報提供」とは医療者からの情報が得やすく十分な情報提供を受け、情報の内容について理解出来る配慮があったと感じること、「医療者と家族との議論」とは患者への治療方針を決める際に医療者と情報を共有し、十分に議論することが出来たと感じることである。

辰巳ら（2005）が開発した ICU 患者家族のニーズ測定尺度は、家族のニーズのうち個人差を生じるニーズに限定した測定尺度である。この尺度が測定するニーズは、「医療スタッフからのサポートのニーズ」、「情報を適時に得たいというニーズ」、「面会における融通性に関するニーズ」の 3 つの下位概念から構成され、「医療スタッフからのサポートに関するニーズ」とは医療者による情緒的サポートや道具的サポートを得ること、「情

報を適時に得たいというニーズ」とは患者に関する情報を適時に得ること、「面会における融通性に関するニーズ」とは望むときに思い通りの面会を行えることである。

Latour, et al. (2009) が開発した「Parents Satisfaction Instrument」は、PICU で患者と家族が受けたケアに対する満足感を測定する尺度であり、満足感は、「情報」「治療とケア」、「組織」、「ケアの参加」、「医療者の態度」の 5 つの下位概念で構成されている。「情報」とは、患者に関する情報がいつでも十分に提供され、情報が正確であったと感じること、「治療とケア」とは、医療者が患者の状態に注意して対応し、患者のニーズや見通しに配慮した適切な治療とケアが行われていたと感じること、「組織」とは、患者への適切な治療とケアを行うための設備や医療者間の連携が充実

表 2 重症患者家族のニーズ・満足度の構成概念

Measurement concept	Subscale name	Scale name					
		CCFNI Leske (1991)	SCCM-FNA Johnson, et al. (1998)	FS-ICU Heyland & Tranmer (2001)	CNS-FACE 山勢ら (2003)	Family needs in ICU 辰巳ら (2005)	Parents Satisfaction Instrument Latour, et al. (2009)
情報	情報	○			○		○
	情報提供			○			
	コミュニケーション		○				
	医療者と家族との議論			○			
	情報を適時に得たい					○	
接近	接近	○			○		
	面会における融通性					○	
	ケアの参加						○
保証	保証	○			○		
	患者へのケア			○			
	治療とケア						○
	安心感を得る技術		○				
	医療者の能力			○			
サポート	組織						○
	サポート	○					
	医療者スタッフからのサポート					○	
	家族へのケア			○			
	情緒的サポート				○		
	孤独感への対応		○				
快適さ	社会的サポート				○		
	快適さ	○			○		
態度	ICU の環境			○			○
	態度		○				
	医療者の態度						○

していたと感じること、「ケアの参加」とは、家族が患者へのケアに参加することができ、家族のケアが尊重されていたと感じること、「医療者の態度」とは、医療者が患者と家族に対して誠実な態度であったと感じることである。

3) 重症患者家族のニーズの構成概念

各尺度の下位概念について、その定義が類似するものごとに分類、カテゴリー化し分析、重症患者家族のニーズの構成概念について概観した。なお、CCFNIと同様の下位概念から構成されていた「CCFNI for PICU」、「R-CCFNI-ED」、「CCFNI for NICU」、「CCFSS」については、今回の分析から除外した。分析の結果、重症患者家族のニーズの構成概念には「情報」、「接近」、「保証」、「快適さ」、「サポート」、「態度」の6つの下位概念が確認された(表2)。

Ⅲ. インタビュー調査

1. 方法

1) 対象と手続き

対象者は、調査協力を得た遺族会代表者2名が代表を務める2つの遺族会に所属する家族である。選定基準は、①患者が救急外来へ搬送され入院に至らず亡くなっていること、②対象者が患者の搬送された救急外来に来院していること、③調査時の対象者が成人であること、④対象者に死別を起因とした心療内科・精神科への通院・治療歴がないことである。以上の選定基準を満たす家族に対して遺族会代表者より調査への協力を依頼し、同意が得られた者を対象とした。また、インタビューは、対象者が救急外来での体験について回想するものであり、記憶のバイアスが想定された。そのため可能な場合には、一家族につき、救急外来での体験を共有している2名以上の者を対象者とし、対象者同士で記憶を確認できるようにグループインタビューを実施した。

2) 調査方法

調査方法は、個人もしくはグループでの半構造化インタビューである。調査内容は、救急外来への来院から患者の死亡退院までの期間における体験について、その時の感情や思いを中心に語ってもらい、医療者との関わりで印象に残っているこ

とや要望、不満、望ましい医療者の態度や対応、ケアについて尋ねた。インタビューの内容は対象者の同意を得て、ICレコーダーでの録音を行った。

3) 調査期間

2017年7月～2017年9月

4) 分析方法

インタビューから得た生データは、逐語録化し、分析テーマである家族のニーズを含む語りをコード化した。コード化された語りについて、意味内容が類似するものごとに分類し、文献レビューの結果より得た重症患者家族のニーズの構成概念を参考にカテゴリーを作成、質的帰納的な分析を行った。

5) 倫理的配慮

対象者へは、調査の目的と意義、個人情報の保護、協力の自由意志と拒否権について、口頭および書面にて説明し、同意を得たうえで調査を実施した。また、インタビュー中と終了時には、遺族会代表を務め遺族支援の経験が豊かである共同研究者が対象者の心身の状態を確認し、十分な対応を行った上で調査を終了した。なお本研究は、関西学院大学人を対象とする行動学系倫理委員会の承認を受け実施した(申請番号2017-31)。

2. 結果

対象者は表3に示すとおり、救急外来で亡くなった患者4名の家族7名であった。死亡時の患者の年齢は、7歳～27歳、性別は男性2名、女性2名であった。対象者の年齢は20～43歳、性別は男性4名、女性3名、患者との続柄は父親2名、母親2名、きょうだい3名、死別からの期間は5年～14年であった。分析の結果、救急外来で亡くなる患者家族のニーズについて、【家族が現状を理解するための情報提供】、【家族の精神的な苦痛に配慮する行動】、【家族に対する支持的な態度】、【家族が患者に寄り添う機会の提供】、【医療者の患者に対する敬意をもった対応】の5つのカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された(表4)。

各カテゴリーの概要と対象者の主な語りは、以下の通りである。なお、カテゴリー名は【 】, サブカテゴリー名は〔 】, 対象者の語りは「 」

内に示す。

1) 【家族が現状を理解するための情報提供】

このカテゴリーは病状や治療、死因といった患者の状況を理解するための情報提供を求めるニーズであり、治療中の〔患者の病状と治療状況に関する情報〕と〔患者の予後に関する情報〕、死亡時の〔患者の死因と受けた治療に関する情報〕、そして、治療中から死亡時までの〔医療者からの情報の得やすさ〕の 4 つのサブカテゴリーから構成されていた。

「運び込まれたときに具合はどうですかって聞いたんですけど、看護師さんは頑なに自分の口からはおっしゃらなくて、主治医から聞いてくださって。それから何も聞かされなくて、どうなって、何されてるのか。ただ、そればかりでした。」(家族：B)

2) 【家族の精神的な苦痛に配慮する行動】

このカテゴリーは患者の治療中の不安や恐怖感、死亡した患者と家族が会う際の衝撃に配慮した行動を求めるニーズであり、〔患者治療中の家族の不安・恐怖感に配慮する行動〕、〔死亡した患者と家族が会う際の衝撃に配慮する行動〕、〔事務的作業による家族の負担に配慮する行動〕の 3 つのサブカテゴリーから構成されていた。

「あのとき完全に放っておかれた感じで、ああいうときこそ、傍にいたべきじゃないかなって思った。看護師さん 1 人でも。状況の説明がないならなおさら、こっちは不安でたまらないんだから、家族に電話するのを手伝ってもらおうとか。」(家族：C)

3) 【家族に対する支持的な態度】

このカテゴリーは患者の治療中の不安といった家族の心情に対する共感や誠実さが感じられる医療者の表情や言動などを含む態度を求めるニーズであり、〔家族に対する医療者の共感的態度〕、〔家族に対する医療者の誠実な態度〕の 2 つのサブカテゴリーから構成されていた。

「こっちは、亡くなったって聞いてもうぼろぼろやないですか。やのに、向こうはすごい冷静な感じで、そういった冷静な感じがさらにつらかったなって、こう、こっちの気持ちを分かって欲しいって気持ちがあったっていうか。」(家族：G)

「良かったんでしょうね、医者とか、主治医の人も精一杯いろいろやっただんですけど、本当に申し訳ありませんでしたっていうような感じで、事務的じゃないというか、そういうのが伝わったから。」(家族：A)

表 3 対象者の概要

	Patient		Family			
	Age	Sex	Age	Sex	Relationship	Bereavement period
A	7	女性	42	男性	父	5 年 1 ヶ月
B			43	女性	母	
C	16	男性	42	女性	父	14 年 6 ヶ月
D			41	男性	母	
E	17	男性	24	男性	弟	8 年
F			20	女性	妹	
G	27	女性	34	男性	兄	5 年 3 ヶ月

表 4 救急外来で亡くなる患者の家族のニーズ

Category	Sub category
家族が現状を理解するための情報提供	患者の病状と治療状況に関する情報 患者の予後に関する情報 患者の死因と受けた治療に関する情報 医療者からの情報の得やすさ
家族の精神的な苦痛に配慮する行動	患者治療中の家族の不安・恐怖感に配慮する行動 死亡した患者と家族が会う際の衝撃に配慮する行動 事務的作業による家族の負担に配慮する行動
家族に対する支持的な態度	家族に対する医療者の共感的態度 家族に対する医療者の誠実な態度
家族が患者に寄り添う機会の提供	家族が患者の治療に立会える機会の提供 家族と患者とのお別れの場の提供
医療者の患者に対する敬意をもった対応	死亡した患者に対する医療者の敬意をもった対応

4) 【家族が患者に寄り添う機会の提供】

このカテゴリは家族が患者に寄り添うことの出来る時間や場所の提供を求めるニーズであり、〔家族が患者の治療に立会える機会の提供〕、〔家族と患者とのお別れの場の提供〕の2つのカテゴリから構成されていた。

「心臓を切開して直接心臓マッサージをしたりしてみたいなんて、そういうのを見せないようになってことだと思うけど、どうなってるっていうのと、ただ、会って傍にいたいっていうか。」(家族：G)

5) 【医療者の患者に対する敬意をもった対応】

このカテゴリは死亡時に患者の身体の清潔や整容を保つ基本的なケアが行われることや、患者の私物が丁寧に扱われるといった〔死亡した患者に対する医療者の敬意をもった対応〕を求めるニーズであった。

「霊安室に行ったら、歯を無理やり入れたような感じでちょっとデコボコしていて、血だらけのシートの上に緑色のシートを敷いてたんよ。」(家族：E)「綺麗にされていて当たり前で、最期やからね、綺麗に寝かしてあげたいとかね。」(家族：F)

IV. 考察

文献レビューの結果より、重症患者家族のニーズ・満足度の構成概念は、「情報」、「接近」、「保証」、「快適さ」、「サポート」、「態度」の6つの下位概念から構成されていた。これらは、患者が生命の危機的状況にあることの多い救急医療部門の患者の家族にとって重要なニーズであると思われる。そして、文献レビューの結果を踏まえ、インタビュー調査より得たデータを分析した結果、救急外来で亡くなる患者の家族のニーズは、【家族が現状を理解するための情報提供】、【家族の精神的な苦痛に配慮する行動】、【家族に対する支持的な態度】、【家族が患者に寄り添う機会の提供】、【医療者の患者に対する敬意をもった対応】の5つの下位概念から構成されていた。これらの下位概念について、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念と比較し考察する。

患者の突然の発症と死亡に至る程の重篤な状態

は、家族にとって突発的で衝撃的な出来事である。【家族が現状を理解するための情報提供】のニーズとは、このような突然の出来事に対し、現状を理解しようとする家族の認知的ニーズであり、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念である「情報」のニーズと同様のものである。「情報」のニーズは、レビューを行った全ての尺度に存在する下位概念であったことから、患者家族にとって重要度の高い基本的なニーズであることが伺える。特に、救急外来で亡くなる患者家族においては、通常理解力でないことが予測される(黒川ら, 2011)ことから、家族には現状を理解してもらうために正確な情報を適切に提供されることが必要である。しかし、情報提供に関するニーズは、その重要性が示唆されているものの、最も充足されていないニーズであるとの指摘もみられる(辰巳ら, 2003)。救急医療という救命を前提とした治療優先の医療においては、家族への情報提供に十分な人員や時間を費やすことは容易ではない。特に、救急外来で亡くなる患者の家族において、患者の病状は最も重篤であり、人員や時間が患者への治療に優先される。そのため、より充足されづらい家族のニーズである可能性がある。また、Worden (1991) は、大切な人の突然の死は、家族が現実感のない状態に襲われることを指摘している。救急外来で亡くなる患者の家族にとって、患者の死を告げられたとしても、その事実を理解し、現実のこととして受け入れるのは非常に困難である。ましてや、患者の治療中に十分に現状を理解するための情報提供が行われなければ、死の衝撃はより深刻なものとなりかねない。患者の家族は、死の現実を少しでも受け入れるために、死因や治療に関する多くの情報を求めていると考えられる。現状を理解するための情報提供のニーズとは、救急外来での患者の治療中から死亡時まで継続して家族に生じるニーズであり、その充足のためには適切な情報提供が必要であることが示唆される。

インタビュー調査の結果より、患者の家族は患者が死亡するかもしれないという極度の不安と恐怖を抱えており、患者の死を告げられた際には、突然の死別に対する衝撃と悲しみを生じていた。このように、救急外来で亡くなる患者の家族の体

験は、常に極度の不安や悲しみといった精神的な苦痛を伴うものである。このような家族の精神的な苦痛は、これまでの研究からも明らかとされているものである（善家ら, 1999; Auerbach, et al., 2005）。【家族の精神的な苦痛に配慮する行動】のニーズとは、家族の精神的な苦痛に配慮した医療者の家族に対する情緒的・道具的サポートとしての行動を求めるニーズであった。このニーズは、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念である「サポート」のニーズと同様のものである。しかし、本研究から抽出されたニーズの特徴は、医療者の心配りといった配慮を求める点にある。救急医療部門において、患者の命に関わる健康問題となると家族は、自分のことは二の次と考えており（善家ら, 1999）、患者の治療にあたる医療者に対し、自身へのサポートといった行動を求め、医療者に対しニーズを表明することが少ないのであろう。しかし、自身ではどうしようもない精神的な苦痛を抱えており、誰かにどうかして欲しいという切実な思いを抱いている。このような家族の心理的状況が、配慮といった行動を求める要因であると思われる。このように、サポートといった医療者の行動を求めるニーズは、重症患者家族のニーズ・満足度と同様に存在するものである。しかし、救急外来で亡くなる患者の家族において、そのニーズの充足には、医療者が家族の不安といった精神的な苦痛を理解し、家族の要望に関わらず、その苦痛に配慮した積極的なサポートが必要であると示唆される。

救急外来で亡くなる患者の家族の体験は精神的な苦痛を伴うものであり、本研究で抽出された【家族に対する支持的な態度】とは、この苦痛に共感する医療者の態度や家族に対する誠実な態度を求めるニーズであった。このニーズは、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念である「態度」のニーズと類似するものである。しかし、その定義では共感に関する内容は含まれず、重症患者家族のニーズ・満足度での共感に関する項目は、「サポート」に分類されていた。本研究でサブカテゴリーとして示された共感的態度とは、表情やしぐさ、声の調子などを通して理解されるものであり（福田, 2009）、家族が医療者の態度から共感を感じ取れることのニーズである点で、具

体的な行動を求めるサポートのニーズとは異なっている。救急外来で亡くなる患者の病院滞在時間は、約4時間以内と非常に短く、医療者が十分に家族と関わることは困難である（黒川ら, 2011）。しかし、患者の死後、家族は医療者の共感的態度については、好ましく記憶していると報告されている（Jones, 1981）。したがって、共感的態度へのニーズは、救急外来において医療者と家族との少ない関わりをなか、サポートといった医療者の具体的行動ではなく、表情やしぐさといった態度でも充足できることが示唆される。

【家族が患者に寄り添う機会の提供】のニーズは、患者の治療に立ち会うことや患者との十分なお別れの場をもつことなど、家族が患者に寄り添うことを求めるニーズであった。このようなニーズは、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念である「接近」のニーズと同様のものであるとともに、これまでの研究から、救急外来で亡くなる多くの患者の家族がもつニーズであることが明らかにされている（Benjamin, 2004）。救急外来で亡くなる患者の家族には、治療中に傍で寄り添うことが患者の支えとなると考えている者も多く（Hanson & Strawser, 1992）、家族が治療に立ち会うことが何らかの助けになると感じていることが報告されている（Mayers, et al., 1998）。患者の治療中、家族は治療やケアを医療者に委ねるほかない。しかし、家族は患者の支えになりたいという思いや、患者の助けになることをしたいという思いを抱いており、その思いから患者の治療に立ち会い、患者に寄り添うことのニーズを生じているのであろう。また、患者が死亡した後は、患者とのお別れのために十分に寄り添うことの出来る時間と場所の提供を求めている。このように、救急外来で亡くなる患者の家族の【患者に寄り添う機会の提供】というニーズの充足には、家族が患者の傍で過ごせる時間と場所を提供することが求められる。そして、治療への立ち会いを希望する理由の多くは、家族が愛する身内と最期まで一緒にいるためである（Mayers, et al., 1998）。それゆえ家族にとって、患者の治療中の時間も患者とのお別れの時間であり、家族が治療に立会える機会を提供し、治療中から患者に寄り添う時間を作ることが、患者との十分なお別れの時間を提供する

ことになると考えられる。

救急外来で亡くなる患者は、治療や受傷時の損傷による出血などで身体や私物が汚れていることや、身体にさまざまな医療機器が挿入されていることが多い。【医療者の患者に対する敬意をもった対応】のニーズとは、このような死亡後の患者に対し、身体の清潔や整容を保つケアや、患者の私物を丁寧に扱うといった医療者の患者に対する敬意をもった対応を求めるニーズであった。このニーズについては、重症患者家族のニーズ・満足度の下位概念である保証のニーズに類似するものであるが、治療中の患者ではなく、死亡した患者に対するニーズである点で、救急外来で亡くなる患者の家族に特有のニーズである。このようなニーズは、これまでの研究からも報告がみられ、死亡後の患者の身の回りを整理しておくこと (Jones, 1981)、死亡後にも患者の習慣や宗教的手続きが尊重されること (Li. et al., 2002) といった同様のニーズが報告されている。救急外来という環境において、限られた人員や時間、設備といった資源は、治療を優先して患者に分配される。そのため、死亡後の患者に十分な資源を用いて対応を行うことは容易でなく、死亡後の患者へのケアが不十分となることや、生前の患者の意向や家族の希望に応じた対応が行えないことは珍しくないであろう。このような救急外来の医療の特性上、家族は、死亡した患者に対し、敬意をもった対応を行って欲しいというニーズを生じているのだと思われる。家族が患者と対面する際には、十分な身体的なケアや環境の整備といった対応が求められ、このような医療者の対応がニーズの充足に必要であることが示唆される。

V. おわりに

本研究では、救急外来で亡くなる患者の家族のニーズの構成概念について探索的に検討した。その結果、ニーズを構成する【現状を理解するための情報提供】、【家族の精神的な苦痛に配慮する行動】、【家族に対する支持的な態度】、【家族が患者に寄り添う機会の提供】、【医療者の患者に対する敬意をもった対応】という5つの下位概念が明らかとなった。しかし本研究は、家族自身が認識し

ていたニーズについての回答に基づいており、彼らの経験において充足されていたニーズに関しては、特に記憶に残っておらず、抽出することができていない可能性がある。今後の尺度化に向けては、本研究で抽出された下位概念の妥当性について、医療者が認識する家族のニーズと比較するなど、さらなる検討が必要であろう。

【引用文献】

- 安藤満代・爲廣一仁・瀧健治・他 (2013) 「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」『日臨救医誌』16 : 91-4
- Auerbach, S., Kesler, D. J., Wartella, J. (2005) 「Optimism satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization」『Am J Crit Care』14 : 202-10
- Benjamin, M. D., Holger, J., Carr, M. (2004) 「Personal preferences regarding family member presence during resuscitation」『Acad Emerg Med』11 : 750-3
- 福田正治 (2009) 「看護における共感と感情コミュニケーション」『富山大学看護学会誌』9(1) : 1-13
- Hanson, C., Strawser, D. (1992) 「Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective」『J Emerg Nurs』18 : 104-6
- Harvey, M. (1993) 「Volunteers in the critical care waiting room」『Anaheim CA Society of Critical Care Medicine』79-80
- Heylmd, D. K. & Tranmer, J. E. (2001) 「Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary result」『Journal of Critical Care』16(4) : 142-9
- Johnson, D., Wilson, M., Cavanaugh, B., et al. (1998) 「Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit」『Critical Care Medicine』26(2) : 266-71
- Jones, W. H., Bettery, M. (1981) 「Sudden death: survivors' perceptions of their emergency department experience」『Emerg Nurs』7 : 14-17
- Kaltman, S. & Bonanno, G. A. (2003) 「Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths」『Journal of Anxiety Disorder』17 : 131-47
- Kirschbaum, M. S. (1990) 「Needs of parents of critically ill children」『Dimensions of Critical care Nursing』9

- (6) : 344-52
- 黒川雅代子・村上典子・鶴飼卓・他 (2011) 「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誌』 14 : 639-48
- 黒川雅代子 (2014) 「救急医療における家族・遺族支援の試み－悲嘆理論をふまえたジェネラリスト・ソーシャルワーク実践の枠組から－」『関西学院大学人間福祉研究科博士論文』
- Latour, J. M., Hazelzet, J. A. Duivenvoorden, H. J., et al. (2009) 「Construction of a parent satisfaction instrument: Perceptions of pediatric intensive care nurses and physicians」『Journal of Critical Care』 24 : 255-66
- Leske, J. S. (1991) 「Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory」『Heart & Lung』 20(3) : 236-44
- Li, S. P., Chan, C. W., Lee, D. T. (2002) 「Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong」『Journal of Advanced Nursing』 40(2) : 170-80
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., et al. (2017) 「Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis」『Journal of Affective Disorders』 212 : 138-149
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E. (1998) 「Do families want to be present during CPR?: A retrospective survey」『J Emerg Nurs』 24 : 400-5
- Miyabayashi, S. & Yasuda, J. (2007) 「Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction」『Psychiatry and Clinical Neurosciences』 61 : 502-8
- Miyashita, M., Aoyama, M., Nakahata, M., et al. (2017) 「Development of the Care Evaluation Scale Version 2.0: A Modified Version of a Measure for Bereaved Family Members to Evaluate the Structure and Process of Palliative Care for Cancer Patients」『BMC Palliat Care』 16(8)
- Miyashita M, Morita T, Sato K, Hirai K, et al. (2008) 「Good Death Inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective」『Journal of Pain & Symptom Management』 35(5) : 486-98.
- Molter, N. C. (1979) 「Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study」『Heart & Lung』 8(2) : 332-9
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Maeyama, E., et al. (2004) 「Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective」『Journal of Pain & Symptom Management』 27(6) : 492-501
- Redlley, B. (2004) 「Revising the critical care family needs inventory for the emergency department」『Journal of Advanced Nursing』 45(1) : 95-104
- 坂口幸弘 (2010) 『悲嘆学入門－死別の悲しみを学ぶ』昭和堂
- 坂口幸弘・宮下光令・森田達也・他 (2013) 「ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮」『Palliative Care Research』 8(2) : 203-10
- Scott, L. D. (1998) 「Perceived needs of parents of critically ill children」『Journal of the Society of Pediatric Nurses』 3(1) : 4-12
- 島崎淳也・田崎修・塩崎忠彦・他 (2011) 「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－」『日救急医学会誌』 22 : 793-802
- 辰巳有紀子 (2002) 「ICU入院患者の家族が持つニーズ」『臨床死生学年報』 7 : 48-55
- 辰巳有紀子・羽尻充子・中村尚美・他 (2005) 「ICU患者家族のニーズの抽出とニーズ測定尺度の開発」『日本集中治療医学会雑誌』 12 : 111-8
- Wasser, T., Pasquale, M. A., Matchett, S. C., et al. (2001) 「Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey」『Critical Care Medicine』 29(1) : 192-6
- Worden, J. W. (1991) 『グリーフカウンセリング』川島書店
- 山勢博彰・山勢善江・石田美由紀・他 (2003) 「完成版 CNS-FACE の信頼性と妥当性の検証」『日本救急看護学会雑誌』 4(2) : 29-38
- 善家里子・吉永喜久恵・田中靖子・他 (1999) 「救急入院患者の家族のニーズに関する研究－その1－家族が重要であると認識しているニーズの特性－」『神戸市看護大学短期大学部紀要』 18 : 17-25

Family Needs of Patients Dying in Emergency Outpatient Settings : A Pilot Study of the Construct for the Development of the Family Care Evaluation Scale

Yoshiyasu Ito*¹, Chizuru Akata*¹ and Yukihiro Sakaguchi*²

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the construct of the family needs of patients dying in emergency outpatient settings for developing an evaluation scale based on the degree of to which family needs are satisfied. In this study, we reviewed the needs and satisfaction measurement scale for families of patients who are seriously ill and conducted a semi-structured interview survey. As a result of literature review, the construct of the needs and satisfaction of families of patients who are seriously ill consists of six subordinate concepts of “Information,” “Proximity,” “Assurance,” “Comfort,” “Support,” and “Attitude.” Based on these concepts, on analyzing the data obtained from the interview survey, family needs of patients dying in emergency outpatient setting are “Providing information to families to understand the present situation,” “Consideration of the mental pain of families,” “Supportive attitudes towards families,” “Providing opportunities to interact intimately with patients,” and “Respectful treatment for patients.” These subordinate concepts are unique needs of families of patients dying in emergency outpatient settings and were considered to be important needs.

Key words : Emergency medical care, Needs of family, Sudden death

*1 Graduate, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

*2 Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University