

原 著

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

渡邊 多恵¹⁾, 上野 和美²⁾, 片岡 健¹⁾¹⁾広島大学大学院医歯薬保健学研究院²⁾日本赤十字広島看護大学看護学部

(平成 25 年 4 月 8 日受付)

要旨：目的：救命救急医療現場において、患者の生死のプロセスに関わった看護師の感情体験と、そのプロセスに関わったことの意味について、看護師自身の語りから明らかにすることを目的とした。

方法：本研究は記述的探索的デザインで行った。三次救急医療施設である A 病院の救命救急センターに、3年以上勤務している看護師 8 名を対象に半構造化面接を実施し、データは Giorgi の現象学的アプローチを参考に分析を行った。なお、当該倫理審査委員会の承認を得た後、対象者には研究の目的、方法、倫理的配慮を口頭と文書で十分に説明し同意を得た。

結果：患者の生死のプロセスに関わる看護師の体験は 18 のサブカテゴリからなり、＜生死の予見に基づくケアの方向性の定め＞＜死に逝く患者とその家族への心遣い＞＜役割が果たせなかったことへの失望＞＜死への直面に伴う苦悩＞＜死の直面への対処＞の 5 つのカテゴリに分類された。また生死のプロセスに関わったことの意味は 8 つのサブカテゴリからなり、＜ケアリングの実感＞及び＜実践力の探求＞という 2 つのカテゴリに集約された。

考察・結論：救命救急に携わる看護師は、生死の不確実性の中にある患者の“存在意味を感じ取る”ことによって、極めて短時間の関わりの中で、患者を心理・社会的背景をも包含する“全人的存在”として捉えていた。また、瞬時に患者や家族に対するケアの必要性と方向性を決定し、それが看護師の患者生死のプロセスに関わることへの意味付けとなっていることが確認された。さらに、看護師が患者の死に直面することを意図的に対処し得ることも確認できた。今後、看護師は自らが行ったケアの意味や価値を理解した上で実践していくことが、救急看護ケアの質的向上とともに、看護師の充実感や自己効力感につながることを示唆された。

(日職災医誌, 62:17-22, 2014)

—キーワード—

救命救急, 生死, 感情体験

はじめに

2013 年 3 月現在、我が国には三次救急医療施設である救命救急センターが 256 施設設置されている。救命救急医療は患者の生命維持を第一義とし、医師、看護師、臨床工学技士などがチーム医療を展開し、重篤な救急患者に対する高度な救急医療が 24 時間体制で行われている。その現場は、惨事の状態であり、看護師の心理的な負担が大きいことが指摘されている^{1)~4)}。患者の死は、どの領域の看護師にとっても不安や恐怖であるといわれているが⁵⁾、特に救命救急領域では、死に直面する機会が多だけでなく、その死を予期なく突然、かつ短時間のうちに迎えるという特殊性がある。その特殊性から、救命救急

に携わる看護師から「死に慣れる」という認識があるという報告⁶⁾や、「救命」や「命の存続」に意識が向き、「死」を忌み避ける傾向があるという報告⁷⁾⁸⁾もある。しかし、実際の救命救急医療現場には厳しい状況にあっても生き生きと働き続けている看護師たちが存在している。なぜ働き続けることができるのかは、救命救急医療の特殊性である頻繁かつ予期せぬ死に焦点をあて、看護師が救命処置や患者家族の傍にいる時に思い描いていることや、どのように考えてケアを実践しているのかといった、目には見て取れない看護師のありようを示していく必要がある。

そこで本研究では、救命救急医療現場において、患者の生死のプロセスに関わった看護師の感情体験と、その

プロセスに関わったことの意味について、看護師自身の語りから明らかにすることを目的とした。

研究方法

本研究は、当事者が心の中で体験した現象を明らかにするため、質的帰納的研究法で行った。

1. 用語の定義

生死のプロセス：突然の発症、受傷により搬送後数時間で亡くなった患者の搬送後から死亡退院までの一連の過程を指す。

感情体験：患者の生死のプロセスに関わる際の看護師の情緒、思考、判断、対処などの心の中の体験を指す。

2. 対象者

救命救急センターおよびICUにおいて生死への関わりを何度も体験し、自らの体験について言語化できることが期待される、臨床経験3年以上の看護師とした。

3. 調査方法

対象者に半構造化個人面接を1人1回行った。内容は、救命救急センターおよびICUに搬送後数時間で亡くなった患者のうち、過去1年間で最も印象に残っている事例を想起して語ってもらった。その語りの中で、生死に関わる際の感情体験とその意味に焦点をあて、語りの内容と関連させて質問した。また対象者の語りの内容と研究者の理解に隔たりが生じないよう主要となるメッセージの確認を重ねることで信頼性を確保した。面接は個室に準じた部屋で実施し、承諾を得て録音した。データ収集期間は2006年10月～11月であった。

4. 分析方法

人間科学の研究方法であるGiorgi⁹⁾¹⁰⁾の現象学的アプローチを参考に、以下の手順で分析した。なお、各分析過程においては分析結果と記述データの照合を行うとともに、スーパーバイズを受けることで妥当性を確保した。

1) 各対象者の語りの内容を逐語録に起こして記述データとし、何度も熟読して語りの全体の内容を捉えた。

2) 各記述データを生死のプロセスに関わる感情体験とその意味に関連する「意味単位」に分け、それぞれの「意味単位」が各対象者にとってどのような感情体験または意味となっているかということ把握した。その後、その「意味単位」を実際に語られた言葉や筆者の言葉、概念に置き換えた。

3) 全対象者のそれぞれの感情体験と意味の内容を筆者が理解した上で、その内容を包含するサブカテゴリに置き換えた。更に、各サブカテゴリが包含する内容を統合、類型化し、カテゴリとして置き換えた。

5. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字広島看護大学大学院倫理審査委員会での承認を得た後、研究協力病院の病院長、看護部、関係所属長の承認を得た。候補者には、本研究の主旨と方法、研究参加の任意性と不利益の回避、個人情報

の保護、結果の公表、面接内容の録音、データの保管と管理などを文書と口頭で十分に説明し、同意が得られた者のみ研究対象者とした。

結果

1. 対象者の属性と面接時間

同意を得られた対象者は8名で、年齢は29～46歳、看護師経験年数は9～26年、その内、救命救急領域の経験年数は3～13年、対象者全員が3ないし5の他科の看護経験を有していた。面接時間は1人あたり30分～70分、平均面接時間は41分であった。

2. 事例の概要

対象者が語った事例は10事例で、年齢は乳児から50歳代の壮年期と幅があり、うち4事例は小児であった。疾患は急性心原性ショック2事例、乳児突然死症候群1事例、8事例は偶発性の事故であった。また5事例は来院時心肺停止(CPAOA: cardiopulmonary arrest on arrival)であり、8事例は搬送後から死亡宣告までの時間が2時間以内であった。

3. 分析結果

感情体験は18のサブカテゴリから5カテゴリ、生死のプロセスに関わることの意味は8のサブカテゴリから2カテゴリが抽出された。以下の記述の中で、< >はカテゴリ、[]はサブカテゴリを示す。

1) 生死のプロセスに関わる看護師の感情体験(表1)

<生死の予見に基づくケアの方向性の定め>

このカテゴリは、患者が搬送されてから、救命が不可能であると看護師が判断した直後までになされる感情体験であり、4サブカテゴリからなる。[瞬時に直観させられる生の限界]は、搬送直後の患者の状態を見た瞬間に救命処置を行ったとしても救命できないということを察知することである。[患者の存在意味を感じ取ることによる生への望み]は、搬送された患者を目前にした際に、個人的背景を予測しその存在の意味を感じ取ることによって、「助かってほしい」という願いを抱き、全力で救命処置に臨むことである。[幾度も死の徴候を突きつけられることによる絶望]は、秒刻みで行われる救命処置を行う中で、患者の生命反応が得られないことを何度も目の当たりにし“生”への望みがないことに絶望することである。[死に逝く存在と家族に対するケア介入への心の準備]は、“救命”から“その人の存在”にケアの視点に移行し、ケア介入に向けた心の準備をすることである。

<死に逝く患者とその家族への心遣い>

このカテゴリは、患者が死に逝くことを判断した瞬間からお見送りまでの感情体験であり、5サブカテゴリからなる。[大切な人に看守られて死を迎えてもらいたいという願い]は、死に逝く患者にとって最も大切な存在である家族に看取られながら、生の最期の瞬間を迎えてもらいたいという願いである。[現実を家族に受け入れても

表1 看護師の感情体験

カテゴリ	サブカテゴリ
生死の予見に基づくケアの方向性の定め	瞬時に直観させられる生の限界 患者の存在意味を感じ取ることによる生への望み 幾度も死の徴候を突きつけられることによる絶望 死に逝く存在と家族に対するケア介入への心の準備
死に逝く患者とその家族への心遣い	大切な人に見守られて死を迎えてもらいたいという願い 現実を家族に受け入れてもらいたいという願い 家族の心情を察する 家族の悲嘆を共有したいという思い きれいな姿で送り出したいという思い
役割が果たせなかったことへの失望	救命できなかった無力感 十分なケアができなかったことへの後悔
死への直面に伴う苦悩	身内の死の想起 抑えられない悲しみ 患者の死を引きずる
死の直面への対処	患者・家族との心的距離の確保 プロとしての気持ちの切り替え 患者の死の意味づけ 自分自身との対峙

表2 生死のプロセスに関わる意味

カテゴリ	サブカテゴリ
ケアリングの実感	瞬間ごとの最善のケアの探求 命の尊さとの接触 生死の狭間に存在することによる人間的成熟 命の力の実感 役割を果たせた喜び 身内の看取りに立脚した信念の実践
実践力の探求	経験知の確認 救命するための自己研鑽

「[抑えられない悲しみ]は、家族に対して患者が死に逝くという現実から目をそらさず受け止めほしいと願い、家族を支えたいと思うことである。[家族の心情を察する]は、患者を亡くす家族の気持ちを察して自分に置き換えて感じることであり、[家族の悲嘆を共有したいという思い]は、家族の強い悲しみを共に感じたいという思いである。[きれいな姿で送り出したいという思い]は、亡くなった患者を最期までケアし、きれいな姿で送り出したという思いである。

＜役割が果たせなかったことへの失望＞

このカテゴリは2サブカテゴリからなり、患者の死亡宣告以降になされていた。患者の死後、医療者として、あるいは看護師として自分自身の役割が十分に果たせなかったことに失望することである。[救命できなかった無力感]は、搬送時、患者の命の限界を予見しながらも、死が現実のものとなると救命できなかった自分達の力のなさや医療の限界を感じることであり、[十分なケアができなかったことへの後悔]は、自らが行ったケアに対する後悔である。

＜死への直面に伴う苦悩＞

この感情体験は患者の搬送後から一部は現在において、さらに未来においても続くと思われ、3サブカテゴリからなる。[身内の死の想起]は、患者やその家族に置かれた状況が自分や身内に置き換えられてしまうことである。[抑えられない悲しみ]は、患者の死に直面したその場で、抑えられないほどの強い悲しみを感ずることである。[患者の死を引きずる]は、患者の死後、年月が経過した現在においても患者の死やその時の状況、後悔の念が忘れられず、“心の傷”となって心に焼き付いていることである。

＜死の直面への対処＞

患者の死に直面しても自らの精神的安寧を保つ為に、対象者は自分自身で意図的な対処を行っていた。このカテゴリは4サブカテゴリからなる。[患者・家族との心的距離の確保]は、患者や家族と自分の間に心の距離を置くことである。心的距離は、決して他人事のように距離を置くのではなく、患者や家族の置かれた状況とともに体験する。[プロとしての気持ちの切り替え]は、看護師としての役割が遂行できるようその場の状況に合わせて瞬時に気持ちを切り替え、感情をコントロールすることである。[患者の死の意味づけ]は、患者の死を意図的に意味づけすることによって合理化することである。[自分自身との対峙]は、自分自身の在り方と向き合うことである。

2) 生死のプロセスに関わることの意味 (表2)

＜ケアリングの実感＞

このカテゴリは6サブカテゴリからなる。看護師は、“救命”を第一義的な役割と認識しているものの、それに加えて患者や家族の“存在”を守ることを使命として捉

えていた。そしてケアを通して自らも成長していた。[瞬間ごとの最善のケアの探求]は、患者の救命から最期の瞬間まで「引き受ける」ことを自らの使命とし、一瞬一瞬に最善のケアを提供するために探求することである。[命の尊さとの接触]は、救急医療の現場で“命の尊さ”を感じることであり、[生死の狭間に存在することによる人間的成熟]は、生死の極限状態にある患者と家族の心の中や、その存在に触れることによって、看護師自身の感性が研ぎ澄まされて人間的に成長できることである。[命の力の実感]は、生命危機にあった患者が回復した姿を確認することにより「生命の力」を実感することである。そしてこの実感が、わずかな可能性であっても患者の救命に全力を尽くすことへの根拠となっていた。[役割を果たせた喜び]は、患者や家族の“役に立つことができた”、“ケアが伝わっていた”という瞬間を実感できることである。[身内の看取りに立脚した信念の実践]は、自らの身内の看取りにおいて“命”や“存在”について身をもって体得したことを救急医療におけるケアに活かすことである。

＜実践力の探求＞

対象者は常に最善で確実な救急医療を実践していくために、救命処置における自らの知識や技術を振り返り反省していた。このカテゴリは2サブカテゴリからなる。[経験知の確認]は、亡くなった患者の病態や症状、処置に関して看護師間で意見交換することによって、自らの経験知の確認を行うことである。この振り返りの場合は、後輩への経験知の伝達の場にもなっていた。[救命するための自己研鑽]は、最善で確実な救急医療を提供して患者の命を救うために、その実践能力を研鑽していくことである。

考 察

1. 看護師の感情体験の特徴

研究対象者には、生死のプロセスに関わる際の覚悟を決定付ける認知がなされていた。その認知とは、「生まれたての赤ちゃんと一緒にいたお母さん」という表現にみられるように、患者から“その人の存在意味を感じ取る”ことである。これは救急搬送されたばかりの生死の不確実性の中で瞬時に感じ取られていた。その結果、看護師は患者を“全人的存在”として捉え、生物学的な“救命”を探求する医学的介入のみならず、心理・社会的背景をも包含する“その人の存在”に対するケア実践への覚悟が生み出されていた。これは、生物学的な“死”が医療の終わりを示す医学とは異なり、その患者の搬送直後から亡くなった後までを包含する生死のプロセスとして、“その人の存在”や“家族”へのケアを可能にすることを意味する。このような捉え方は、「1人の人間によって示された人間の苦悩は、看護師自身も悩むものとしての自覚に立つ時、それが問題であるのではなくて、人間であ

ることの本質に関わるものである」という池川¹¹⁾の見解と一致する。

生死を決定付ける救命処置の真只中で、医学の限界を感じ取り、“患者の存在意味を感じ取る”こと、秒刻みで変化していく患者に置かれる状況から家族を含めた“全人的存在を感じ取っていく”ことそのものが、救急医療の不確実性の中で行われる看護師独自の認知であると考えられる。さらにそこから生み出される看護師の覚悟が、瞬時に患者や家族に対するケアの必要性を認識させ、ケアの方向性を決定づけると同時に、そのケア自体に意味をもたらしていくと考える。

2. 看護師の“ケア”の意味

患者の搬送から亡くなるまでの極めて緊迫した短時間に、心を遣ったケアを実践しているにも関わらず、看護師は表面化されたケアのみに価値を置いて後悔していた。具体例として、「声もかけられなかった…一緒に居て、支えて、一緒に泣くしかできなかった」という看護師の後悔となった行為がある。この行為は、外見的には“死に逝く患者と家族の傍に立っている”だけの行為である。しかし、その行為の根底には、共に居ることしかできないという思いに至るまでの激しい心の動き、その場で患者の不条理な死を直視することによって沸き起こる自らの感情、激しく動揺する家族の気持ちを共に感じ受け止めたいという思いがある。すなわち、潜在的に看護師は、“死”が人間の存在の中にある1つの状況にすぎず、患者と家族の人間としての本質である“全人的存在”を最も要視すべきであるということをつかえていたと思われる。それゆえ、この行為は自分自身を丸ごと使って次の瞬間に起こりうる状況を常に思慮した結果として行われた、“その人の存在”と“その人の家族”に対するケアである。目を背けようと思えば背けられたその悲惨な場に、自分自身を直面させる“心を添わせるありよう”、それ自体がその瞬間にできる唯一の看護ケアである。そして、患者や家族とその一瞬一瞬を“ともに居て、ともに感じる”ことにケアの意味があると考えられる。このようなケアの捉え方は、「ケアが優先される医療現場の陰に追いやられた、実は人が生きていく上で最も重要でかけがえのないものを守り、提供し、患者家族の持てる力を引き出すことである」と述べた井上¹²⁾の見解と一致する。

こうした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。そのため看護師は、自分が実践しているケアの価値を意味づけし、生死のプロセスに関わることにこそ救急看護の魅力があり、価値であることを認識し、意図的にケアを行う必要がある。それが生死に関わる際の苦悩の軽減となるだけでなく、ケアリングの探求につながるものと思われる。

結 論

患者の生死のプロセスに関わる看護師の感情体験は18サブカテゴリから5カテゴリ、生死のプロセスに関わる意味は9サブカテゴリから2カテゴリに集約された。

救命救急医療というケアが何よりも最優先される医療の現場においても、その生死のプロセスに関わる看護師は患者の“存在意味を感じ取る”ことによって、極めて短時間に患者を“全人的存在”として捉えていた。また、瞬時に患者や家族に対するケアの必要性を把握し、ケアの方向性を決定していくと同時に、そのケア自体に意味を付与していた。さらに、生死の不確実性の中にある患者との極めて短時間の関わりにおいて、“死”ではなく“存在”に対するケアリングを探求し、それが生死のプロセスに関わることの意味となっていることが確認できた。また、看護師が患者の死に直面することを意図的に対処できることも確認できた。今後、看護師は自分たちのケアの意味や価値を理解して実践することが、看護ケアの質的向上、さらには看護ケアに対する充実感や自己効力感につながることを示唆された。

本研究の限界

本研究は一つの施設に限られた結果であり、得られたデータには施設の特徴が反映されている可能性がある。また、今回の面接で語られた事例体験は、ある程度月日が経過した過去のものであり、また、協力者は語りの際、インタビューを行った研究者の表情や反応を見て取り、言葉や内容を考えながら語られたものであったため、本研究の結果には限界がある。

謝辞：本研究に協力くださいました研究協力病院の病院長、看護部長、各所属看護部長、看護師の皆様、本研究を遂行する上でご指導くださいました日本赤十字広島看護大学大学院看護学研究科福岡文昭教授、四国大学看護学科稲田久美子教授に深く感謝いたします。そして対象者から語られた患者様のご冥福を心からお祈り致します。

なお本研究は、日本赤十字広島看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

文 献

- 1) 山勢博彰：救急医療における看護師のストレスの実態。Emergency Nursing 15 (11)：976—982, 2002.
- 2) 福山嘉綱：救急医・看護婦のストレスマネジメント。救急医学 26 (1)：105—108, 2002.
- 3) 広常秀人：ストレスと外傷ストレス—救急医療の臨床現場に生かすために—。Emergency Nursing 11 (5)：451—457, 1998.
- 4) 笹川真紀子：救命救急領域とセカンダリートラウマティックス。Emergency Nursing 15(11)：23—28, 2002.
- 5) 岡本双美子, 石井京子：看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析。日本看護研究学会雑誌 28(4)：53—59, 2005.
- 6) 一柳陽子：患者の死に対する看護職者の認識—救命救急領域における患者とその家族への援助。神奈川県立看護教育大学看護教育研究集録 27：259—266, 2001.
- 7) 木本佳恵, 倉石哲也：救急治療室ターミナル・ケアにおけるナースの意識について。ホスピスケアと在宅ケア 11 (3)：309—313, 2003.
- 8) 村上恵美：救命領域における DNR 決定後の家族に関する看護婦の認識。神奈川県立看護教育大学看護教育研究集録 26：418—425, 2001.
- 9) Giorgi A: The phenomenological movement and research in the human sciences. Nurs Sci Q 18 (1): 75—82, 2005.
- 10) Giorgi A：現象学的運動と人間科学的研究。看護研究 37 (5)：379—392, 2004.
- 11) 池川清子：生きられる世界の実践知。初版。東京、ゆみる出版、1991, pp 178—179.
- 12) 井上智子：21世紀、クリティカルケア看護の実践・研究が目指す方向。看護教育 44 (10)：874—879, 2003.

別刷請求先 〒734-8551 広島市南区霞 1—2—3
 広島大学大学院医歯薬保健学研究院看護開発科学講座成人保健学
 渡邊 多恵

Reprint request:

Tae Watanabe
 Department of Health Care for Adult, Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University, 1-2-3, Kasumi, Minami-ku, Hiroshima, 734-8551, Japan

Emotional Experience of Nurses Involved with the Life and Death of Patients in Emergency Medical Care

Tae Watanabe¹⁾, Kazumi Ueno²⁾ and Tsuyoshi Kataoka¹⁾

¹⁾Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

²⁾Japan Red Cross Hiroshima College of Nursing

Purpose: The purpose of this study was to clarify the emotional experience of nurses involved with the life and death of patients along with the meaning of being involved with the process thereof at emergency medical care sites by having them discuss these matters.

Methods: This study was conducted under a descriptive exploratory design. A semi-structured interview was conducted with eight nurses who had worked in the emergency medical care center of Hospital A, which is a critical care medical facility, for three years or longer, and the data was analyzed using Giorgi's phenomenological approach as a reference. Furthermore, after obtaining the approval of the Ethical Review Board, the subjects were provided with a sufficient explanation regarding the objectives, methods, and ethical considerations of the study both orally and in writing, after which their agreement was obtained.

Results: The experience of the nurses involved with the process of life and death of patients consisted of 18 subcategories, classified into the following five categories: determination regarding orientation of care based on the prediction of life and death; consideration for a dying patient and the family; disappointment regarding roles they could not fulfill; distress associated with facing death; and dealing with having to face death. The meaning of being involved with the process of life and death consisted of eight subcategories, summarized into the two categories of "actual feeling of caring" and "exploration of power of execution."

Discussion/Conclusion: The nurses engaged in emergency medical care considered patients as having a "holistic existence" that includes both psychological and social backgrounds in their involvement with them in a very short period of time due to "feeling the meaning of the existence" of patients experiencing the uncertainty of life and death. Moreover, it was confirmed that instantly determining the necessity and orientation of care for patients and their families gave meaning to the involvement of nurses in the process of life and death regarding patients. Furthermore, it was also confirmed that the nurses intentionally dealt with facing the death of patients. It was indicated that having nurses carry out their duties after understanding the meaning and value of the care they provide leads to their contentment and self-efficacy as well as the enhancement of the quality of emergency nursing care.

(JJOMT, 62: 17–22, 2014)