様式 C-19

科学研究費補助金研究成果報告書

平成　21　年　6　月　8　日現在

研究種目：基盤研究(C)
研究期間：2006～20008
課題番号：18530473
研究課題名（和文）　救急医療における遺族支援のための実践モデル開発

研究課題名（英文）　The development of a practice model for bereavement care in emergency medicine settings

研究代表者
黒川　雅代子　（KUROKAWA KAYOKO）
龍谷大学・短期大学部・准教授
研究者番号：30321045

研究成果の概要：
本研究は、平成 18 年度より 3 年間の計画で、第 3 次救急医療施設において、患者の治療中から死後までの継続した家族・遺族支援をおこなうための実践モデルを開発することを目的として実施した。
主な研究成果は、第 3 次救急医療施設に心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者家族に対して現状調査を量的・質的に実施した。結果、救急医療施設における家族・遺族の現状及びニーズを明らかにした。
また本研究と並行し、研究協力病院スタッフにより、看護師、医師、事務職員の家族・遺族支援についての現状調査が実施され、救急外来における医療従事者の対応について検討がなされた。
これらの研究結果を踏まえて、現在「救急医療における遺族支援のための実践モデル」を試案作成し検討中である。

交付額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合　計
2006 年度	1,300,000	0	1,300,000
2007 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2008 年度	1,300,000	390,000	1,690,000
年度			
年度			
総　計	3,600,000	690,000	4,290,000

研究分野：社会科学
科研費の分科・細目：　社会学・社会福祉学
キーワード：ソーシャルワーク

１．研究開始当初の背景

わが国において突然死で亡くなる人は年間約 80,000 人、また自死（自殺）者数は年間 30,000 人以上にのぼっている。
第 3 次救急医療施設に搬送される患者家族は、突発的な事故や災害、疾患の急激な発症・増悪などにより、近親者の生命の危機に突然さらされることになる。近親者との死別後、時に遺族に悲嘆反応として、うつ症状や心身の症状が出現することは過去の先行研究でも述べられている（Shuchter, S. R., & Zisook, S. ,1993）。ある程度看取りの時間があり、十分な死へのケアがな

されるホスピス病棟でさえ、遺族へのケアは重要視されている。突然に大切な人を亡くすということを体験する第 3 次救急医療施設での遺族へのケアは、さらに必要であると言える。しかしわが国にいて救急医療現場においての遺族ケアはまだ十分になされていないのが現状である。そのため救急医療現場において遺族支援体制の構築は、我が国において重要な課題である。

２．研究の目的

本研究は、第 3 次救急医療施設が実践する遺族支援について検討し、わが国における救急領域における遺族支援のための実践モデル開発をおこなうことを目的とする。具体的には、以下の流れで研究を進めていく。

３．研究の方法

2007 年 6 月に、2003 年 8 月から 2006 年 12 月までにＡ救命救急センターに心肺停止状態で搬送され外来死した患者 514 名うち、倫理的配慮、住所や家族が不明瞭等で除外した約 395 名に質問紙調査を実施した（うち 73 通は宛先不明で返送）。

結果、105 名の遺族より回答を得た（回収率約 32%）。

有効回答は 2 名の白紙を除く 103 名で、回答者のうち 31 名に直接のインタビューの承諾が得られた。

アンケート集計の分析については、SPSS 15.0 for windows ，数理システム Text Mining Studio を用いた。

調査に当たっては、以下の倫理的配慮を行った。

【倫理的配慮】

(1) Ａ救命救急センターの倫理委員会の承認を得る
(2) Ａ救命救急センター疫学研究実施規程に則って実施
(3) 犯罪や加害者が家族となるような症例は除外
(4) 心療内科医師や遺族会の意見を聴取
(5) 依頼状作成にあたっては、遺族感情に十分配慮し、複数の遺族会の代表に、文言の確認をしてもらう
(6) 調査依頼に際しては、任意での依頼であること、承諾しなくてもなんら不利益は受けないことを説明
(7) 遺族に対して、必要時社会資源が提供できるよう整備
(8) データ収集にあたっては、情報の漏洩を防ぐため、すべて病院内で行い、インターネット接続をしないパソコンを準備

調査内容は以下の通りである。

(1) 患者の年齢、死亡原因と患者との関係
(2) 患者搬送時の状況（3 項目）
(3) 治療中の医療スタッフの支援状況およびニーズ（5 項目）
(4) 死亡時の医療スタッフの支援状況およびニーズ（5 項目）
(5) 死亡退院後のニーズ（5 項目）
(6) うつ尺度　CES-D（Radloff, 1977, 島ら, 1985）の短縮版（11 項目：Kohout et al, 1993）
(7) 複雑性悲嘆尺度（Shear,2006；日本語訳, 飛鳥井）

４．研究成果

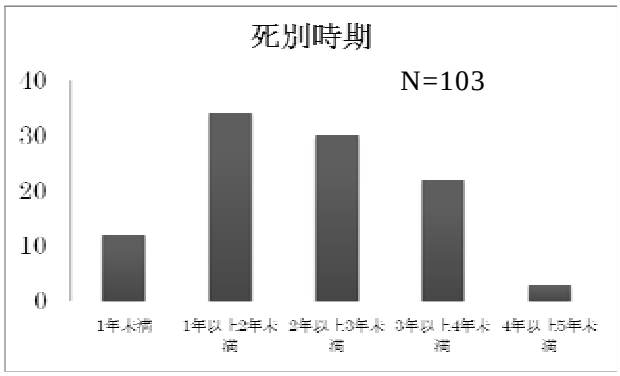
(1)質問紙調査結果

救命救急センターに心肺停止状態で搬送される患者の病院滞在時間は、4 時間未満が 80%を占めていた。

また家族が病院到着時、すでに治療は終了しており、患者と死亡後に対面する家族が 13%であった。

上記数字からみても、家族と医療従事者との接点は少なく、ほとんど支援を受けられていない状況であることが予測された。

質問紙に回答した人の死別時期は以下の通りである。



① 治療中

ｉ．医師の説明

「理解できた」と答えた家族は 87%であった。突然の死別で、当初家族は医師の説明を理解できていないのではないかと予測されたが、結果は比較的理解できているようであった。

ii．看護師の印象

「やさしかった（34%）」「状況を説明してくれた（25%）」という回答が、上位であった（複数回答）。逆に「事務的だった（10%）」等の指摘もあった。「事務的」と感じた理由については、「目を見ずに話していた」等がインタビューより抽出された。

iii．治療中の助け

「待合室が個室(31%)」「医師の説明(25%)」「家族・友人（20%)」「看護師の言葉がけ(18%)」の順であった（複数回答)。

iv. 治療中の医療スタッフへの希望

「治療場面の立会の選択（19%)」「頻回な説明（14%)」が上位であった（複数回答)。実際に治療場面への立会を希望した人は44%であったが、立会の選択を希望した人のほとんどは、立会いたいと望んでいた。

治療場面の立会を望む詳細な自由記述をText Mining Studioで分析すると、「知りたい」「最後までそばにいたい」という思いがあるようであった。逆に立会を希望しない人の理由としては、「つらい」「治療の邪魔」であった。

② 死亡時

i. お別れの時間

43%の人が「不十分」と回答した。

ii. 医師、看護師の家族への配慮

医師、看護師の家族に対する配慮については、双方とも約80%の人が配慮してもらえたと回答した。

家族は、お別れの時間については不十分さを感じているものの、医師・看護師には、配慮してもらえたと認識していた。

③ 死亡退院後

i. 医療スタッフに再度訊ねたいこと

死亡退院後約20%の遺族が、亡くなった原因や治療、遠方の病院に搬送された理由等について訊ねたいと思ったと回答した。

ii. 受けた医療に対する満足度

約90%の遺族が「満足」と回答した。しかしその理由について、自由記述をText Mining Studioで分析すると、「蘇生は無理」「搬送時から心肺停止状態であった」「最善を尽くす」であった。直接のインタビューでも、「満足」の理由については、「一生懸命やってもらったから」と回答している人が多かった。すなわち受けた医療そのものに満足しているのではなく、蘇生は無理という「あきらめ」と医療従事者の態度から読み取られた「最善の治療をしてもらった」という理解から、「満足」と回答した人が多かったのではないかと予測された。

iii. 死別後の生活の変化

「体調を崩した（約36%)」「生きがいの消失（約30%)」「何も手につかない（約24%)」「経済的不安（約23%)」と訴える人が多かった（複数回答)。

iv. 死後の生活の助け

死別後の生活の助けについては、「家族（74%)」「友人（48%)」「趣味（34%)」が上位であった（複数回答)。逆に、カウンセラーや医療機関等を挙げている人はほとんどいなかった。

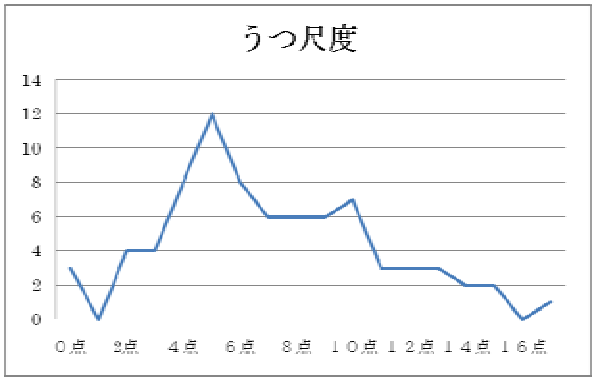
v. 希望する支援

遺族が希望する支援については、「経済的支援（26%)」「カウンセラー（24%)」「医師（24%)」が上位にあがっていた(複数回答)。

カウンセラーや医師の支援の希望者は多いが、実際には受けられていない現状にある。このことから、それら資源の情報提供や受診出来る体制について検討が必要であることが読み取れる。

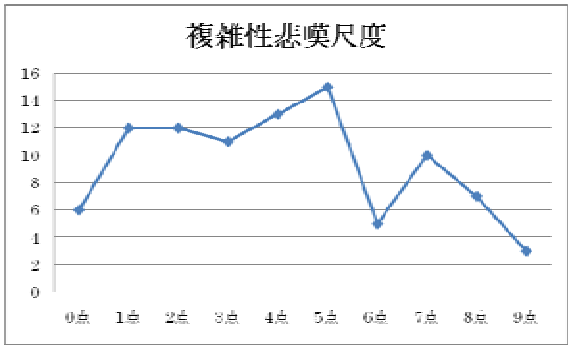
④ うつ尺度（CES-D)

27%の人が、うつ状態を示す値であった(CES-D≧10)。



⑤ 複雑性悲嘆尺度

43%の人が、複雑性悲嘆を示す値であった(5点以上)。



うつ尺度と複雑性悲嘆尺度の値には相関関係がみられた。

相関係数

		うつ尺度_2	複雑性悲嘆合計
うつ尺度_2	Pearson の相関係数	1	.702**
	有意確率 (両側)		.000
	N	78	75
複雑性悲嘆合計	Pearson の相関係数	.702**	1
	有意確率 (両側)	.000	
	N	75	94

**. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

複雑性悲嘆については、DSM-Ⅴで診断基準化にむけて検討されている段階である。

(2)質的調査結果

救命救急センターで受けた治療や対応について、質問紙には記載されなかった発症から治療、死亡、死亡退院後現在に至る家族のプロセス等について、質問紙調査に回答し、直接のインタビューに承諾が得られた人に実施した。

遺族の回答には個別性があり、統一した見解を導き出すことは困難であった。

しかし共通している点もあった。家族・遺族にとって、「患者は最善のことをしてもらえた」と思えることは重要なポイントであり、それは医療従事者との関わりの中でしか、形成できない点であった。

(3)実践モデルの検討

①実践の対象

第3次救急医療施設に心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者家族

②実践の意義

救急医療施設に搬送される患者家族は、事前に医療施設の医療従事者との面識もなく、突然のバッドニュースを伝えられることになる。病院滞在時間は4時間以内が80%であり、死亡退院と同時に医療機関との関係も途切れてしまう。

本調査では、複雑性悲嘆尺度で複雑性悲嘆の状態を示す数値であった人が43%と高い割合であった。また、カウンセラーや医師等の専門的な支援を希望している人も20%以上いた。先行研究および本研究のデータを踏まえ、救急医療施設における遺族支援のための実践モデルは重要な課題であると言える。

③援助の手続き

治療中の医療従事者の十分な説明および家族とのパイプ役を担える人の存在、患者家族の待合室の整備、治療場面の立会いの選択、十分なお別れの時間の確保、死亡退院後の生活に対する社会資源の紹介等を検討

支援のためのキーパーソンの存在確保

④拠って立つ理論

実践モデルについては、芝野（2002）が提案する方法に則って作成する。

⑤処遇効果

実践モデルの効果について、今後遺族のニーズ調査を継続的に実施し、評価修正していく必要がある。今後の課題とする。

(4)研究の価値

本研究は、我が国における第3次救急医療施設に心肺停止状態で搬送され、入院に至らずに亡くなった患者家族・遺族の現状調査を実施し、救急医療における遺族支援のための実践モデル開発を試みた。

救急医療施設における家族・遺族支援のための調査は、我が国ではほとんどなく、基礎研究としての貴重なデータとなった。

本研究では、複雑性悲嘆の尺度を用いて調査を実施したが、複雑性悲嘆については、世界的に診断基準化を進めている段階である。今度の複雑性悲嘆についてのエビデンスの構築に寄与出来たと考える。

また平成19年10月、日本救急医学会から「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」が公表された。しかしガイドラインは、医療者側の特に医師の視点に立った延命処置の中止の方法について述べられているにすぎず、患者・家族の視点に立たれたものではない。またケアの在り方については、ほとんど述べられていない。
年齢、疾患・事故原因、社会的背景等がまったく異なり、患者本人の背景がほとんど分からない状態で支援していく必要がある医療スタッフのための具体的な実践モデルの構築が、ガイドラインに併用して必要である。

実践モデル実用化については、医療機関と連携し、実践レベルでのマニュアル作成等も含めて今後の検討課題とする。

(5)文献

浅香えみ子,寺町優子(2005).「救急外来で死亡した患者の家族が体験するストレスと対処行動の一研究」.『日本クリティカルケア看護学会誌』,12(2),44.

Latham AE & Prigerson HG(2004) .Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. Suicide Life Threat Behav. 34(4), 350-362.

Radloff LS(1977) . The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement; 1, 385-401.

芝野松次郎(2002)『社会福祉実践モデル開発の理論と実際』.有斐閣.

島悟, 鹿野達男, 北村俊則,他（1985）「 新しい抑うつ性自己評価尺度について」.『精神医学』. 27, 717-723.

Shear KM,Jackson CT,Essock SM,Donahue SA,Felton CJ(2008).Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11,2001.Psychiatric Services 57,1291-1297.

Shuchter, S. R., & Zisook, S.(1993). The course of normal grief. In Stroebe, M. S., Stroebe, W., & Hansson, R. O. (Eds.) Handbook of Bereavement : Theory, Research and Intervention, 23-43. Cambridge University Press

Well, Paula J（1993）.Preparing for Sudden

Death: Social Work in the Emergency Room. Social Work. 38(3), 339-342.

５．主な発表論文等
（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計　3　件）

①坂口幸弘,黒川雅代子(2008).地域における遺族ケアと精神科医はどのように連携することができるのか．精神科治療学.23.pp65-72.査読無
②黒川雅代子(2007).救急医療における遺族支援のあり方．龍谷学会,龍谷論集.470.pp57-66.査読無
③坂口幸弘,米虫圭子,黒川雅代子(2007).遺族へのグリーフケア-「ひだまりの会」の取り組み-．関西福祉科学大学心理・教育相談センター紀要.5.pp49-54．査読有

〔学会発表〕（計　5　件）

①坂下裕子, 黒川雅代子.Title:The Death of the Partial Self: Mothers' Views to the Death of their own Young Children. 第 11 回世界乳幼児精神保健学会世界大会. 2008,8,2.パシフィコ横浜.
②黒川雅代子．救急医療におけるグリーフケア．第 21 回神戸心身医学会.2008,7,26. 神戸国際会議場.
③黒川雅代子．救急医療における遺族支援―突然死の患者家族に対する質問紙調査をもとに―．日本社会福祉学会．2007,9,22. 大阪市立大学.
④黒川雅代子．救急医療における遺族支援. 第 9 回日本救急看護学会学術集会. 2007,11,9．ホテル阪急エキスポパーク.
⑤黒川雅代子.救急医療における実践モデル開発.関西社会福祉学会．2007,3,4.龍谷大学.

６．研究組織

(1)研究代表者
黒川　雅代子（KUROKAWA　KAYOKO）
龍谷大学・短期大学部・准教授
研究者番号：30321045

(2)研究分担者

(3)連携研究者
恒藤　暁（Tsuneto　Satoru）
大阪大学・大阪大学・医学研究科・教授
研究者番号：70372604

坂口　幸弘（Sakaguchi　Yukihiro）
関西学院大学・人間福祉部・准教授
研究者番号：00368416