

救急・集中治療領域における看護師のグリーフケアに関する研究

兵庫県立大学看護学部 伊東由康

研究報告要旨

【目的】本研究では、COVID-19 流行下において、救急・集中治療領域における看護師のどのようなグリーフケアの実践が阻害されているのか、また、実践が阻害されることに伴う葛藤とその影響について明らかにすることを目的とした。

【方法】救命救急センターを有する医療機関 40 施設で勤務する看護師計 1048 名を対象に Web アンケートを実施した。

【結果】対象者の阻害されている実践は「家族の患者への接近を促す」ことに関連した実践内容であり、葛藤と有意に関連していた。また、葛藤は看護師の情緒的消耗感と脱人格化、抑うつと有意に関連していた。一方、対象者の 19.0%は「家族が患者の状況や様子を知ることができるようにすること」を以前より実践していた。

【考察】COVID-19 流行下において看護師は患者と家族とが終末期を一緒に過ごすための実践が出来ないことに葛藤を抱えながらも、家族の置かれている状況に応じた実践を積極的に取り組む実態にあった。

1. 研究の目的

救急・集中治療領域で亡くなる患者の死は家族にとって予期せぬ突然の死別であることが多く、家族は悲嘆が複雑化し心身の健康を損なう傾向にある^{1,2)}。わが国では死別を体験する家族へのケアを「グリーフケア」と呼び³⁾、救急・集中治療領域でのグリーフケアの実践が死別後の家族の悲嘆に肯定的な影響を与え、心身の健康の保持・増進に寄与する⁴⁾。そのため、救急・集中治療領域でのグリーフケアの実践は看護師にとって重要なケアとして位置づけられている⁵⁾。

しかしながら、救急・集中治療領域における看護師のグリーフケアには様々な障壁が存在しており^{6,7)}、その実践には困難を伴うことが多く⁸⁻¹⁰⁾、看護師は重要であると認識しながらも実践できないことへの葛藤を抱えていることが報告されている¹¹⁾。そして、このような葛藤は看護師のバーンアウトに関連することが明らかにされており、救急・集中治療領域における看護師のグリーフケアの実践が阻害されることは、葛藤を媒介し、看護師のメンタルヘルスに影響を与える問題となってくる。

特に、現在の救急・集中治療領域では新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の流行により、看護師の家族と接触できる機会や家族への看護実践に費やすことの出来る時間が減少しており、グリーフケアの実践はより困難な状況となっている。そのため、グリーフケアの実践に伴う看護師の葛藤が増大していることが示唆される。

そこで、本研究では、① COVID-19 流行下において、救急・集中治療領域における看護師のどのようなグリーフケアの実践が阻害されているのかを明らかにすること、②どのようなグリーフケアの実践が阻害されていることで看護師は葛藤を生じているのか、③グリーフケアの実践に伴う葛藤が看護師のメンタルヘルスに与える影響について明らかとすることを目的とした。

2. 方法

(1) 対象者

日本救急医学会が公表する全国の救命救急センターを有する医療機関 290 施設のうち、本研究への参加の同意が得られた 40 施設の救命救急センターで勤務する看護師計 1048 名を対象とした。Web アンケート調査は 2021 年 6 月 1 日～7 月 31 日の期間に実施し、計 306 名から回答が得られ（回収率 29.2%）、そのうち欠損値を含む 22 名を除いた 284 名を解析対象とした（有効回答率 92.8%）。

(2) 調査方法

調査はアンケートソフトウェア「Survey Monkey」を使用し、Web アンケートを実施した。対象者にはアンケートに回答するための URL および QR コードが記載された説明文書を施設担当者より配布、書面で本研究への参加とアンケートへの回答について依頼した。

(3) 調査内容

① 対象者の基本属性

年齢、性別、最終学歴等について尋ねた。

② COVID-19 流行によるグリーフケアの実践頻度変化

COVID-19 流行によるグリーフケアの実践頻度変化（以下、実践頻度変化）について、先行研究¹²⁻¹⁴を参考に研究者間での協議を重ね、グリーフケアの実践内容を示す 28 項目の質問項目を作成した。そして、COVID-19 流行以前と調査時点とを比較した際の各質問項目が示す実践頻度の変化について、「以前よりもしている」（1 点）から「以前よりもぜんぜんしていない」（5 点）の 5 件法での回答を求めた。

③ COVID-19 流行下でのグリーフケアの実践に伴う葛藤

COVID-19 流行下でのグリーフケアの実践に伴う葛藤（以下、葛藤）について、「COVID-19 のパンデミック下にある現在、亡くなる患者の家族への看護実践に対し、あなた自身はどの程度、実践したくとも実践が困難であると感じていますか？」と尋ね、左端を「まったく感じていない（0 点）」、右端を「極めて強く感じている（100 点）」とした Visual Analogue Scale での回答を求めた。

④ バーンアウト

バーンアウトの評価には日本語版バーンアウト尺度（Japanese Burnout Scale; JBS）¹⁵を使用した。JBS は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の 3 因子 17 項目から構成される。

⑤ 抑うつ

抑うつの評価には Patient Health Questionnaire-9（PHQ-9）日本語版を使用した¹⁶。PHQ-9 は 9 項目で構成され、「軽微」（1～4 点）、「軽度」（5～9 点）、「中等度」（10～14 点）、「中等度～重度」（15～19 点）、「重度」（20～27 点）の抑うつと評価され、10 点以上が大うつ病性障害が存在する可能性の閾値とされる。

(4) 解析方法

調査項目の記述統計量を算出し、実践頻度変化に関する質問項目（28 項目）については、探索的因子分析から構成因子を抽出、抽出された各因子は得点が高いほどに実践頻度が低下したことを意味するよう得点化した。また、葛藤（VAS）と情緒的消耗感（JBS）、脱人格化（JBS）、個人的達成感（JBS）、抑うつ（PHQ-9）の相関係数を算出した後、それぞれを目的変数、対象者の基本属性と探索的因子分析抽出された実践頻度変化の各因子を説明変数とした重回帰分析を行った。さらに、実践頻度変化とバーンアウト・抑うつとの関連について、葛藤を媒介変数として説明する媒介モデルを作成し、共分散構造分析からその関連性について検証した。

(5) 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号 2020F36）。

3. 結果

1) 対象者の属性

対象者の基本属性は表 1 の通りである。

表 1 対象者の基本属性 (n=284)

	n	(%)
年齢, 歳 (mean ± SD)	37.5 ± 8.2	
性別		
男性	55	(19.4)
女性	229	(80.6)
最終学歴		
看護専門学校	202	(71.1)
4年制大学	55	(19.4)
短期大学	20	(7.0)
大学院修士課程	7	(2.5)
看護師経験年数 (mean ± SD)	14.9 ± 7.9	
救急医療部門勤務年数 (mean ± SD)	6.4 ± 4.9	
職位		
一般スタッフ	210	(73.9)
看護主任	48	(16.9)
副看護師長	18	(6.3)
看護師長	7	(2.5)
その他	1	(0.4)
認定・専門看護師資格		
あり	29	(10.3)
なし	255	(89.7)

2) COVID-19 流行によるグリーフケアの実践頻度変化の回答分布

28 項目のうち「以前よりもぜんぜんしていない」の回答割合がもっとも高い項目は「家族の他に、他の家族や友人が来院できるようにすること」(54.2%)であった。一方、「以前よりもしている」の回答割合がもっとも高い項目は「家族が患者の状況や様子を知ることができるようにすること」(19.0%)であった。各項目の回答分布は表 2 として示す。

3) COVID-19 流行によるグリーフケアの実践頻度変化の探索的因子分析結果

実践頻度変化 28 項目について、因子抽出法に最尤法、回転法にプロマックス回転を用いて、固有値 1.0 以上、累積寄与率 60%以上、因子負荷量 0.4 以上を基準に解釈可能性を考慮して探索的因子分析を実施した。その結果、7 項目 (項目番号 5, 6, 7, 8, 15, 17, 24) を除外し、4 因子 21 項目の実践頻度得点を作成した (表 3)。各因子は第 1 因子「家族の患者への接近を促す」、第 2 因子「家族の現状理解を促す」、第 3 因子「家族と患者の意思を尊重する」、第 4 因子「家族と患者とで過ごす環境を整える」と命名した。

表2 COVID-19流行によるグリーフケアの実践頻度変化の回答分布 (n=284)

評価項目	以前より もしている		以前と 変わらない		以前よりも あまりしていない		以前よりも していない		以前よりも ぜんぜんしていない	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. 患者の治療に対する意思を家族に聞くこと	21	(7.4)	126	(44.4)	50	(17.6)	58	(20.4)	29	(10.2)
2. 患者にとつての最善の治療について、看護師としての考えを伝えること	18	(6.3)	164	(57.7)	35	(12.3)	51	(18.0)	16	(5.6)
3. 患者への治療に対する、家族の希望を聞くこと	25	(8.8)	134	(47.2)	50	(17.6)	46	(16.2)	29	(10.2)
4. 患者にとつて何が最善の治療であるのか家族と話し合うこと	16	(5.6)	121	(42.6)	49	(17.3)	62	(21.8)	36	(12.7)
5. 患者が裸のまま放置されないよう配慮すること	17	(6.0)	245	(86.3)	12	(4.2)	8	(2.8)	2	(0.7)
6. 患者に丁寧に対応すること	15	(5.3)	244	(85.9)	18	(6.3)	6	(2.1)	1	(0.4)
7. 患者の衣類や私物を丁寧に扱うこと	25	(8.8)	236	(83.1)	15	(5.3)	7	(2.5)	1	(0.4)
8. 患者の容姿を清潔できれいに整えること	17	(6.0)	216	(76.1)	36	(12.7)	13	(4.6)	2	(0.7)
9. 医師の説明に対する治療内容の説明が十分であったか家族に確認すること	20	(7.0)	184	(64.8)	32	(11.3)	33	(11.6)	15	(5.3)
10. 医師の説明に対する家族の理解状況を確認すること	21	(7.4)	165	(58.1)	42	(14.8)	39	(13.7)	17	(6.0)
11. 医師の説明に対する家族の理解を補足すること	19	(6.7)	168	(59.2)	42	(14.8)	41	(14.4)	14	(4.9)
12. 医師に家族が質問できるようにすること	23	(8.1)	166	(58.5)	48	(16.9)	32	(11.3)	15	(5.3)
13. 家族がプライバシーの守られた環境で過ごせるようにすること	24	(8.5)	201	(70.8)	29	(10.2)	20	(7.0)	10	(3.5)
14. 家族の訴えや話しを聞くこと	27	(9.5)	132	(46.5)	61	(21.5)	40	(14.1)	24	(8.5)
15. 家族が患者の状況や様子を知ることができるようになること	54	(19.0)	101	(35.6)	67	(23.6)	48	(16.9)	14	(4.9)
16. 家族の他に、他の家族や友人が来院できるようにすること	8	(2.8)	50	(17.6)	23	(8.1)	49	(17.3)	154	(54.2)
17. 家族の体調や心情を気遣うこと	45	(15.8)	150	(52.8)	35	(12.3)	41	(14.4)	13	(4.6)
18. 家族に丁寧で誠実な態度で接すること	26	(9.2)	234	(82.4)	12	(4.2)	9	(3.2)	3	(1.1)
19. 家族がいつでも看護師と接触できるようにすること	9	(3.2)	113	(39.8)	53	(18.7)	66	(23.2)	43	(15.1)
20. 家族への敬意と思いやりをもって接すること	18	(6.3)	244	(85.9)	11	(3.9)	8	(2.8)	3	(1.1)
21. 家族の意向に応じて患者の治療に家族が立会えるようにすること	15	(5.3)	86	(30.3)	48	(16.9)	65	(22.9)	70	(24.6)
22. 家族が治療内容を実際に目で見て確認することができるようになること	5	(1.8)	70	(24.6)	49	(17.3)	80	(28.2)	80	(28.2)
23. 家族が患者の病状について理解できるように説明すること	18	(6.3)	162	(57.0)	48	(16.9)	39	(13.7)	17	(6.0)
24. 家族に患者に行われている治療と目的について説明すること	16	(5.6)	161	(56.7)	46	(16.2)	44	(15.5)	17	(6.0)
25. 家族が患者に触れ、声をかける時間をもてるようにすること	13	(4.6)	59	(20.8)	33	(11.6)	76	(26.8)	103	(36.3)
26. 家族と患者だけで過ごす十分な時間をつくること	13	(4.6)	56	(19.7)	35	(12.3)	74	(26.1)	106	(37.3)
27. 家族と患者がプライバシーの守られた環境で過ごすことができるようにすること	15	(5.3)	131	(46.1)	32	(11.3)	55	(19.4)	51	(18.0)
28. 家族と患者がきれいで落ち着いた環境で過ごすことができるようにすること	11	(3.9)	144	(50.7)	42	(14.8)	38	(13.4)	49	(17.3)

表3 COVID-19流行によるグリーフケアの実践頻度変化の探索的因子分析結果

評価項目	因子負荷量			
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子：家族の患者への接近を促す (Cronbach α = .93)				
22. 家族が治療内容を実際に目で見て確認することができるようにすること	0.925	-0.039	-0.028	-0.011
25. 家族が患者に触れ、声をかける時間がもてるようにすること	0.910	-0.060	-0.065	0.132
26. 家族と患者だけで過ごす十分な時間をつくること	0.877	-0.035	-0.070	0.148
16. 家族の他に、他の家族や友人が来院できるようにすること	0.830	-0.015	-0.060	-0.064
21. 家族の意向に応じて患者の治療に家族が立会えるようにすること	0.751	0.017	0.071	-0.020
19. 家族がいつでも看護師と接触できるようにすること	0.570	0.115	0.132	-0.059
第2因子：家族の現状理解を促す (Cronbach α = .93)				
11. 医師の説明に対する家族の理解を補足すること	-0.018	1.032	-0.061	-0.065
10. 医師の説明に対する家族の理解状況を確認すること	0.013	0.946	0.003	-0.078
12. 医師に家族が質問できるようにすること	-0.011	0.906	-0.034	0.030
9. 医師の死因や治療内容の説明が十分であったか家族に確認すること	-0.105	0.766	0.054	0.135
13. 家族がプライバシーの守られた環境で過ごせるようにすること	-0.116	0.531	0.072	0.249
14. 家族の訴えや話を聞くこと	0.219	0.469	0.273	-0.082
23. 家族が患者の病状について理解できるように説明すること	0.235	0.420	0.264	-0.024
第3因子：家族と患者の意思を尊重する (Cronbach α = .89)				
1. 患者の治療に対する意思を家族に聞くこと	0.070	-0.012	0.901	-0.088
3. 患者への治療に対する、家族の希望を聞くこと	-0.029	0.100	0.884	-0.024
2. 患者にとっての最善の治療について、看護師としての考えを伝えること	-0.122	-0.056	0.876	0.039
4. 患者にとって何が最善の治療であるのか家族と話し合うこと	0.111	0.116	0.746	-0.003
18. 家族に丁寧に誠実な態度で接すること	-0.094	0.015	0.413	0.192
20. 家族への敬意と思いやりをもって接すること	-0.067	0.022	0.413	0.210
第4因子：家族と患者とで過ごす環境を整える (Cronbach α = .90)				
28. 家族と患者がきれいで落ち着いた環境で過ごすことができるようにすること	0.040	0.052	0.056	0.856
27. 家族と患者がプライバシーの守られた環境で過ごすことができるようにすること	0.132	0.015	0.033	0.785
因子寄与率 (%)	48.896	11.084	4.703	3.534
累積寄与率 (%)	48.896	59.98	64.683	68.217
因子間相関係数	第1因子	.547	.541	.590
	第2因子		.786	.484
	第3因子			.428

因子抽出法:最尤法, 回転法:プロマックス回転, 21項目全体でのCronbach α 係数= .95
相関係数はPearsonの積率相関係数, 全ての相関係数は1%水準で有意

4) COVID-19 流行下でのグリーフケアの実践に伴う葛藤とバーンアウト, 抑うつ

各変数の平均値±標準偏差は, 葛藤 (VAS) 68.8±17.9, 情緒的消耗感 (JBS) 15.9±5.1, 脱人格化 (JBS) 12.5±4.8, 個人的達成感 (JBS) 13.0±4.0, 抑うつ (PHQ-9) 7.3±6.1であった。抑うつ (PHQ-9) においては, 対象者の 29.6%で中等度以上の抑うつ (10点以上) が認められた。各変数間の相関係数は表4に示す通りである。

表4 COVID-19流行下でのグリーフケアの実践に伴う葛藤とバーンアウト、抑うつとの相関関係 (n=284)

	情緒的消耗感 (JBS)	脱人格化 (JBS)	個人的達成感 (JBS)	抑うつ (PHQ-9)
葛藤 (VAS)	.281**	.161**	-.045	.160
情緒的消耗感 (JBS)	-	.664**	-.227**	.635**
脱人格化 (JBS)	-	-	-.222**	.569**
個人的達成感 (JBS)	-	-	-	-.180**
抑うつ (PHQ-9)	-	-	-	-

VAS, Visual Analogue Scale; JBS, Japanese Burnout Scale; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9

相関係数はPearsonの積率相関係数, ** $p < .01$

5) COVID-19 流行によるグリーフケアの実践頻度変化と葛藤・バーンアウト・抑うつとの関連

重回帰分析の結果、葛藤 (VAS) との関連を認めた変数は実践度変化第1因子「家族の患者への接近を促す」であり、「性別」と「救急医療部門での勤務年数」がバーンアウトや抑うつに関連していた (表5)。次に、葛藤を媒介変数とした実践頻度変化とバーンアウト・抑うつとの関連について、葛藤 (VAS) との相関関係を認めなかった個人的達成感 (JBS) についてはモデルから除外、実践頻度変化については重回帰分析から葛藤 (VAS) との関連を認めた第1因子「家族の患者への接近を促す」のみモデルに投入した。また、パスモデルは重回帰分析からバーンアウト・抑うつとの関連が認められた「性別」と「救急医療部門での勤務年数」で統制した。共分散構造分析の結果、パスモデルの適合度については $\chi^2=6.475$ ($df=4$, $P=0.166$), $GFI=0.994$, $AGFI=0.955$, $CFI=0.994$, $RMSEA=0.047$ と良好であり、全てのパス係数 (β) で有意な値を認めた (図1)。

4. 考察

本研究より、COVID-19 流行に伴い看護師は、家族が患者に触れ、患者と一緒に終末期の時間を過ごすことが出来るよう実践することが出来ていないことが明らかとなった。救急・集中治療領域における COVID-19 流行下の終末期の面会の実態調査では、患者と家族との面会人数に制限を設けていない施設は全体の7.3%であることが報告されており¹⁷⁾、大多数の施設において患者と家族との面会が制限され、看護師は患者と家族とが一緒に過ごすための実践が出来ていないことが示唆される。一方、本研究では、COVID-19 流行に伴い看護師はこれまで以上に家族の体調や心情を気遣い、家族が患者の状況や様子を知ることが出来るよう実践していることが明らかとなり、家族の置かれている状況に応じた望ましい実践を積極的に取り組む実態にあった。そして、葛藤との関連を認めた実践内容は「家族の患者への接近を促す」という実践であり、患者と家族とが終末期を一緒に過ごすための実践がしたくともできないことに葛藤を抱えている実態にあることが示唆された。

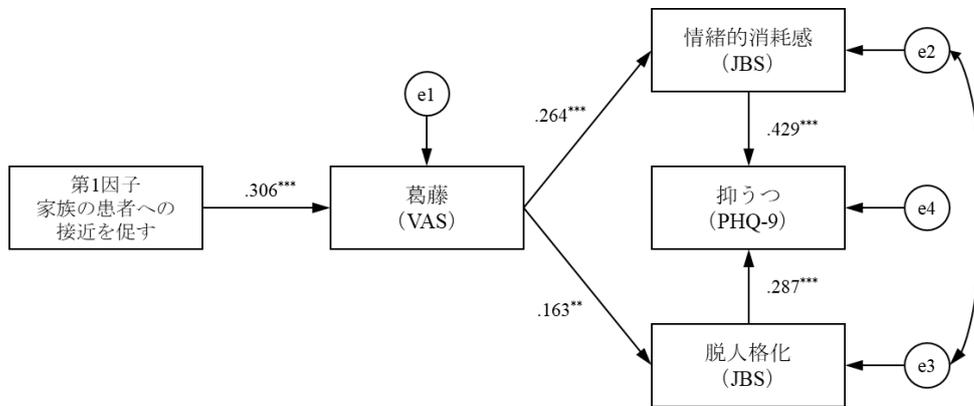
さらに、本研究より、COVID-19 流行下において救急・集中治療領域の看護師が抱える

表5 COVID-19流行によるグリーンケアの実践頻度変化と葛藤・バーンアウト・抑うつとの関連 (n=284)

説明変数	葛藤 (VAS)		情緒的消耗感 (JBS)		脱人格化 (JBS)		個人的達成感 (JBS)		抑うつ (PHQ-9)	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
年齢	-0.059	-0.379	-0.059	-0.370	-0.281	-1.723	-0.232	-1.419	-0.030	-0.187
性別 (女性 vs 男性)	0.107	1.827	0.201	3.351**	0.003	0.05	-0.107	-1.749	0.186	3.082**
最終学歴 (4年制大学・修士 vs 短期大学・専門学校)	-0.025	-0.426	-0.058	-0.974	0.009	0.154	-0.093	-1.522	-0.099	-1.642
看護師経験年数	-0.099	-0.619	0.010	0.063	0.169	1.019	0.239	1.433	0.018	0.109
救急医療部門での勤務年数	0.105	1.633	-0.149	-2.259*	-0.029	-0.428	0.079	1.179	-0.058	-0.864
職位 (非管理職 vs 管理職)	-0.071	-1.106	-0.037	-0.555	-0.024	-0.363	-0.045	-0.672	-0.030	-0.449
認定・専門看護師資格 (あり vs なし)	0.022	0.345	-0.042	-0.656	-0.020	-0.310	0.075	1.154	-0.035	-0.547
第1因子: 家族の患者への接近を促す	0.290	3.690***	-0.012	-0.148	-0.187	-2.278*	-0.001	-0.011	-0.114	-1.404
第2因子: 家族の現状理解を促す	-0.023	-0.235	0.145	1.432	0.011	0.108	-0.085	-0.824	-0.095	-0.932
第3因子: 家族と患者の意思を尊重する	0.073	0.760	-0.071	-0.723	0.181	1.806	-0.045	-0.443	0.170	1.709
第4因子: 家族と患者とで過ごす環境を整える	-0.022	-0.300	0.074	0.980	0.121	1.588	0.032	0.415	0.030	0.400
R^2 -Value	0.135		0.091		0.059		0.053		0.076	
F-Value	3.869***		2.477**		1.553		1.384		2.031*	

VAS, Visual Analogue Scale; JBS, Japanese Burnout Scale; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$



$\chi^2=6.475, P=.166$

注) パス係数は標準化係数, e1, e2, e3, e4は誤差変数

GFI=.994, AGFI=.955, CFI=.994, RMSEA=.047

*** $P < .001$, ** $P < .01$, * $P < .05$

図1 COVID-19流行によるグリーンケアの実践に伴う葛藤がバーンアウト・抑うつに与える影響のパスモデル (n=284)

「家族の患者への接近を促す」ことが出来ないことに伴う葛藤は看護師の情緒的消耗感と脱人格化、抑うつに影響しており、COVID-19 流行下での救急・集中治療領域の看護師のメンタルヘルスにはグリーフケアの実践に伴う葛藤が関連因子のひとつとなることが明らかとなり、実践を可能とさせる方策や葛藤を抱える看護師への心理的支援に関する早期介入の必要性が示唆された。

5. 結語

COVID-19 流行下において、救急・集中治療領域の看護師は患者と家族とが終末期を一緒に過ごすための実践が出来ないことに葛藤を抱えながらも、これまで以上に家族の体調や心情を気遣い、患者の状況や様子を知ることが出来るよう家族の置かれている状況に応じた望ましい実践を積極的に取り組む実態にあることが示唆された。

また、このような葛藤は看護師の情緒的消耗感と脱人格化を増大させ、抑うつ傾向をもたらすことが明らかとなり、実践を可能とさせる方策や葛藤を抱える看護師への心理的支援に関する早期介入の必要性が示唆された。

参考文献

- 1) Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005; 20: 90-6.
- 2) 黒川美雅子, 村上典子, 中山伸一, 他. 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. *日臨救医誌* 2011;14: 639-48.
- 3) 坂口幸弘. 悲嘆学入門 死別の悲しみを学ぶ. 2010. 昭和堂.
- 4) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356(5): 469-78.
- 5) 日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会. 救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド. 2019. http://jaen.umin.ac.jp/pdf/EOL_guide1.pdf. (accessed 2020.04.23)
- 6) Alqahtani, A. J., Mitchell, G. End-of-life care challenges from staff viewpoints in emergency departments: systematic review. *Healthcare (Basel)* 20;9 7(83): 1-13.
- 7) Gloss, K. End of life care in emergency departments: a review of the literature. *Emerg. Nurse* 2017; 25(2): 29-38.
- 8) 竹安良美, 櫻井絵美, 荒木智絵, 他. 救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感. *日救急看会誌* 2011; 13(2): 1-9.
- 9) 上澤弘美, 中村美鈴. 初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由. *日クリティカルケア看会誌* 2013; 9(1): 6-18.

- 10) 原田竜三, 山勢博彰, 千明政好, 他. 初療室で亡くなる患者・家族への看護実践における看護師の感情. 東京医療保健大紀 2014; 9(1): 9–16.
- 11) 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(2): 201–208.
- 12) 岡林志穂, 森下利子. 救急外来で予期せぬ死を経験した家族の悲嘆へのケア. 日救急看会誌 2018; 20(1): 1–9.
- 13) 佐竹陽子, 新田紀枝, 浦出紗希. 三次救急外来における終末期患者の家族に対する熟練看護師の看護実践. 日救急看会誌 2015; 17(2): 24–34.
- 14) 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: 288–97.
- 15) 久保真人. 日本語版バーンアウト尺度, ストレススケールガイドブック. 2004. 実務教育出版.
- 16) 村松公美子, 上島国利. プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」. 診断と治療 2009; 97: 1465-73.
- 17) 日本クリティカルケア看護学会・日本救急看護学会(JAEN)合同終末期ケア委員会. 救急・集中治療領域における COVID-19 感染下の終末期の面会の実態および看護師・感染管理者の面会に対する意識調査. http://jaen.umin.ac.jp/pdf/COVID-19_terminal_result.pdf.