

〔研究報告〕

地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験

石村 美佳¹⁾ 森 恵子²⁾

要 旨

地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験を明らかにすることは、家族へのケアの充実につながるとともに、一般病棟で勤務する看護師が家族へのケアに感じる困難さを軽減する一助となる。本研究の目的は、地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験について明らかにすることである。

地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者家族14名に対し、半構造化インタビューを実施し、内容分析の手法を用いて分析を行った結果、地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験として、【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】【状態の説明を希望する一方で情報を得ることで心配に思うアンビバレントな感情】【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】【患者の尊厳が保たれた関わりの希求】【悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求】【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】【患者との関わりや治療に関する決断に対する自責の念】【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】【家族としての役割を果たせたことによる満足感】の10カテゴリーが得られた。

患者と家族の生活を見据えた退院支援、緊急時や看取り時に対応可能な体制の整備、および三次救急病院からの受け入れ体制の強化は、二次救急の役割を担う地域の病院の一般病棟に求められる特徴的な役割であり、さらなる支援体制の充実が期待される。

キーワード：地域の二次救急病院、一般病棟、複数の疾患を持つ高齢患者、看取り、家族ケア

1. 緒 言

わが国の高齢化率は2065年には38.4%に達すると予測されている（内閣府，2024）。近年の高齢者救急の増加に伴い、脳梗塞や肺炎、心不全などによる入院が増加している中（厚生労働省，2023a），二次救急病院は、初期対応を行う一次救急病院では対応困難な中等症患者を受け入れるとともに、三次救急病院への連携を通じて地域救急医療体制の中核的役割を果たしている（厚生労働省，2022）。地域で生活する高齢者にとって、24時間365日体制で入院

治療に対応する地域の二次救急病院の一般病棟は、急性期医療の受け皿として重要な役割を担っている。高齢者の特徴として、一人が多くの疾患を抱えていることや、慢性疾患が複数併存し、完全な治癒が困難であることが挙げられる（厚生労働省，2016）。地域の二次救急病院の一般病棟で療養する高齢者は、複数の疾患を持ち、様々な要因によって全身状態が悪化し、最期を迎えることが多い。また、高齢患者を支える家族の構成は、配偶者や子など多様である。このような状況においては、地域の二次救急病院の一般病棟で療養する高齢患者だけでなく、その家族に対する支援の充実も重要である。

約65%の人が診療所や病院で亡くなっているこ

1) 井原市立井原市民病院

2) 岡山大学学術研究院保健学域

とは(厚生労働省, 2023b), 一般病棟における終末期ケアの充実が求められていることを示している。しかし, 一般病棟の看護師は, 様々な健康状態の患者を同時にケアしながら, 限られた資源を公平に配分する必要がある, 看取りを支えることの難しさを感じている(喜多下, 糸島, 2017)。一方, 看護師は, 死に寄り添う家族の思いを汲み取ることや, 適切な声掛けの難しさを感じながらも, 家族が患者の死を受容できるよう支えたいという思いを抱いていることが明らかになっている(兵庫, 今井, 坂東, 他, 2021a)。

一般病棟で療養する終末期患者の家族を対象とした先行研究では, 病名告知から終末期, 死別後において, 予期悲嘆(Pusa, Persson, Sundin, 2012; 江藤, 東, 2019)や, ケアニーズに関する内容の研究(山崎, 富田, 2022)が多い。国外の文献では, 一般病棟を対象とした研究は少なく, 療養場所を限定しない傾向がある。国内の文献では, 対象疾患をがん限定したものや配偶者を対象とした研究が多い。例えば, 鈴木(2003)はHampe(1975)の病院で悲嘆に暮れる配偶者の8つのニーズに加え, 夫婦間で対話の時間をもちたいという思いや, 患者を看取するために自分自身のエネルギーを保ちたいという2つのニーズを追加し, 終末期患者の配偶者が持つ10のニーズを示した。終末期がん患者の配偶者は, 患者の死後, ひとりで生きていくことへの苦痛や経済的な心配を抱える(加藤, 水野, 2009)一方で, 配偶者をかけがえのない存在として実感した夫婦は, 絆を強め, 心理的な安寧を得ていた(渡邊, 佐藤, 眞嶋, 2015)。また, がん患者の家族は, がんがもたらす苦しみに対して怒りや不公平感を抱き(Pusa, et al., 2012), がん治療の副作用による苦しみから解放させてあげたいと願う一方で, 患者の体力が続くのであれば本当は治療を継続させたかったという無念さを感じていた(兵庫, 今井, 坂東, 他, 2021b)。

このように, 配偶者に焦点を当てた研究や, がん患者の家族を対象とした研究は数多く行われてお

り, 終末期における家族の体験やニーズ, 看護への示唆も示されている。しかし, 複数の疾患を抱える高齢患者の家族を, 続柄を限定せずに対象とし, 彼らの体験に焦点を当てた研究は限られている。地域の二次救急病院の一般病棟で療養する高齢患者や, それを支える家族の特徴を踏まえると, がん患者の家族や配偶者に焦点を当てた看護の示唆だけでは, こうした患者の家族に対する適切な看護の示唆を得ることは困難である。また, 国内外の文献を見ても, 患者の年齢に着目し, 高齢者に特化した研究は限られている。そのため, 地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験を明らかにすることは, 家族へのケアの充実につながるとともに, 地域の二次救急病院の一般病棟で勤務する看護師が家族へのケアに感じる困難さを軽減する一助となると考えられる。

II. 研究目的

本研究の目的は, 地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験について明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 体験: 特定の時期に印象に残った出来事と, その際の心身の状態。それに伴って生じた思いや感情を含む。
2. 終末期: 病状が不可逆かつ進行性であり, 死が避けられない状態。高齢者における「終末期」は経過が多様であるため, 本研究では「終末期」を特定の期間で定義しない。
3. 高齢患者: 75歳以上で, 積極的な治療を希望せず, 緩和ケアや対症療法を受けた患者。
4. 看取り: 近い将来, 死が避けられないと判断された人に対し, 身体的・精神的苦痛を緩和・軽減し, 最期まで尊厳ある生活を支援すること。
5. 一般病棟: 地域の二次救急の役割を担う病院の

病棟で、精神病棟、感染症病棟、結核病棟を除いた病棟。

6. 二次救急病院：地域において、入院や手術が必要な患者を365日、24時間体制で受け入れている病院。
7. 地域：医療法で定められた二次医療圏で、人口20万人未満の地域において、一般的な入院医療を提供する区域。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 研究参加者

地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族とする。複数の疾患を併せ持つ高齢者の特徴や、高齢患者を支える家族の関係性の多様性を考慮する必要があるため、本研究の目的を明確にするためには、特定の疾患や家族関係に限定することは困難であるため、疾患や家族関係にかかわらず、看取り後2～12ヶ月経過した18歳以上（同意取得時）を対象とした。

3. 調査期間

2023年12月から2024年7月であった。

4. 研究参加者のリクルート方法

研究協力に同意した病院に対して、研究参加候補者の抽出を依頼し、抽出された候補者に研究依頼文書および研究参加の同意を示す返信用はがきを郵送するよう依頼した。返信があった研究参加候補者には、研究者が直接連絡を行った。

5. データ収集方法

インタビューガイドに基づき、半構造化インタビューを実施した。インタビューガイドは、①患者にしてあげたかったこと、②看護師との関わりで悲しかったことや嬉しかったこと、③看護師に望むこと、など14項目で構成された。インタビュー内容は、研究参加者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。

6. データ分析方法

本研究の目的を質的に明確にするためには、質的データを体系的に分類する必要がある。インタビュー内容の逐語録を質的データとし、データの文脈を踏まえつつ、語られた言葉の表現そのものだけでなく、その言葉の意味を文脈において推論し、多面的に捉えることが求められる。そこで、Krippendorffの内容分析（Krippendorff, 三上, 他, 訳, 2009）の手法を用い、以下の手順で分析を行った。

1) 個別分析

全データを熟読し、地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験に関連する記述部分を、研究参加者の言葉のまま抽出した。抽出した記述の意味を損なわず、かつ内容が明瞭になるように再表現した。内容が類似している記述をひとつにまとめ、研究参加者の言葉を用いて簡潔に表現した。簡潔に表現された記述をそれぞれの文脈に還りながら、その状況における意味内容を類似するものとして集約し、最終的に本質的な意味を表すように表現しサブカテゴリーとした。

2) 全体分析

個別分析の結果得られた全参加者のすべてのサブカテゴリーを集約し、意味内容の類似性に基づいて本質的な意味を表すよう表現し、カテゴリーとして整理した。

なお、分析の各段階で質的研究の専門家からスーパーバイズを受け、データの意味の解釈が研究者間で一致するまで分析を繰り返すことにより、分析内容の真実性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

本研究は、岡山大学大学院保健学研究科研究倫理審査会（承認番号OUHS2023-0024F）および研究協力施設の倫理委員会（受付番号1）の承認を得て実施した。インタビュー実施前に、研究の目的を文書で説明し、書面による同意を取得した。研究参加は任意であり、同意後であっても参加の撤回が可能であること、また拒否をした場合に不利益を被らないことを参加者に説明した。研究参加者には研究参加

者識別番号を割り振り、匿名性を確保した。電子媒体に保存されたすべてのファイルにはパスワードを設定し、情報漏洩を防ぐため厳重に管理し、個人情報保護に努めた。

V. 結果

1. 研究協力施設の概要

地域の二次救急の役割を担う4施設に対して研究協力を依頼し、そのうち2施設から協力を得た。A病院は病床数が33床で、看護配置は10:1であった。B病院は病床数が150床で、看護配置は、急性期病棟10:1、地域包括ケア病棟13:1、医療型療養病棟20:1であった。

2. 研究参加者の概要

研究協力施設から研究依頼文書を郵送した58ケースのうち、返信があった研究参加候補者14ケースに研究者が直接連絡を行ったところ、14ケースすべてからインタビューの同意が得られたため、インタビューを実施した。入院中に原疾患が原因ではなくCOVID-19の感染により死亡した1ケースを除外した結果、13ケースとなった。研究参加者は14名で、研究参加者の概要は表1に示すとおりである。11ケースの患者は終末期の過程で入退院を繰り返したが、すべての患者において亡くなった場所は研究協力施設の一般病棟であり、患者の最後の入院期間の平均は51.6日であった。平均面接時間は63分で、インタビュー回数は1回のみであった。すべての参加者からインタビュー内容の録音に対する許可が得られた。

3. 地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験

分析の結果、地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験に関する553のコードから、個別分析で182のサブカテゴリーが抽出され、全体分析で26のサブカテゴリーにまとめられ、最終的に10のカテゴリーに集約された(表2)。**【 】**は地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなっ

た高齢患者の家族の体験に関するカテゴリー、《 》はサブカテゴリーを示し、「明朝体斜字体文字」はカテゴリーを得るに至った参加者の典型的な発言(生データ)である。なお、(アルファベット)は参加者を表す。

終末期において、入退院を繰り返した後に一般病棟で死を迎えた高齢患者の療養生活を、時間的経過に沿って、カテゴリーを序列的に記述する。

【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】は、高齢患者が終末期に入退院を繰り返すプロセスにおいて、入院期間に制限があることや面会制限のために本人の状態や日常生活動作が把握できない中で行う退院準備に対する家族の戸惑いを示している。このカテゴリーは、《入院期間の制限により生じる、退院時期に関する要望を相談することへの躊躇》《面会制限下で本人の状態がわからないまま行う退院準備に対する戸惑い》の2つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「2ヶ月経ったら退院ですよって言われたので、治療が必要な状態でも2ヶ月経ったら退院させられるのかと思って戸惑った。(L)」「面会ができないから、退院の時に本人の動きはどうなのか、家の準備は何をしておけばいいのかわからないことが一番困った。(H)」などがあった。

【状態の説明を希望する一方で情報を得ることで心配に思うアンビバレントな感情】は、家族が忙しい看護師の状況に対して患者の状況を聞きづらい気持ちを抱く中で、どの看護師も患者の情報を把握し、看護師から患者の状態について教えてほしいと望む一方で、細かな情報を得ることで心配が増し気がかりになるという相反する感情を表している。このカテゴリーは、《患者の情報を把握し、説明できるようにしてほしいという願望》《家族と医師間の仲介役を果たしたり、わかりやすい言葉で具体的な説明の補足を希望》《家族が看護師に対して持つ遠慮を考慮し、看護師からの声かけを希望》《患者の情報を知りたいと思う一方、知ることで心配が増す

表1. 研究参加者の概要

面接 時間	家族（研究参加者）				患者						
	性別	年代	続柄	死別から の期間	性別	年代	病名	最後の 入院期間	入退院の 繰り返し	三次救急病院 からの転院	
A	100分	女性	60歳代	嫁	5ヶ月	女性	90歳代	老衰	2ヶ月	無	無
								敗血症			
								糖尿病			
B	48分	男性	60歳代	息子	8ヶ月	男性	90歳代	老衰	3ヶ月	有	無
								脳梗塞			
C	38分	女性	70歳代	娘	4ヶ月	女性	90歳代	心不全	3ヶ月	有	無
								肝細胞癌			
D	58分	女性	60歳代	嫁	5ヶ月	女性	90歳代	心不全	2ヶ月	無	無
								老衰			
E	70分	男性	80歳代	夫	4ヶ月	女性	70歳代	肺癌	3ヶ月	有	有
								乳癌			
								多発性骨転移			
								高血圧			
F	69分	女性	40歳代	娘	6ヶ月	男性	80歳代	前立腺癌	3ヶ月	有	無
								骨転移			
								脳出血			
G	43分	男性	60歳代	息子	9ヶ月	男性	90歳代	胃癌	1ヶ月	有	有
								肝臓癌			
H	57分	女性	60歳代	嫁	9ヶ月	男性	90歳代	腎不全	3週間	有	無
								老衰			
I	78分	女性	60歳代	娘	9ヶ月	女性	80歳代	糖尿病	1ヶ月	有	無
								慢性腎不全			
								呼吸不全			
J	55分	女性	70歳代	妻	3ヶ月	男性	70歳代	心不全	7週間	有	有
								後縦靭帯骨化症			
								胃癌			
L	118分	男性 女性	60歳代 60歳代	息子 嫁	5ヶ月	男性	80歳代	胃癌	3週間	有	有
				イレウス							
				心臓弁膜症							
M	57分	女性	60歳代	嫁	12ヶ月	女性	90歳代	老衰	1ヶ月	有	無
								腎臓癌			
								不整脈			
								圧迫骨折			
								胆嚢炎			
N	29分	男性	60歳代	息子	3.5ヶ月	男性	90歳代	心不全	10日間	有	無
								慢性腎臓病			
								高血圧			
								糖尿病			

表2. 地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇	入院期間の制限により生じる、退院時期に関する要望を相談することへの躊躇	入院時、2ヶ月で退院という説明を受けたので、治療が必要な状態でも退院させられるのかと戸惑った (L)
	面会制限下で本人の状態がわからないまま行う退院準備に対する戸惑い	退院の目安がわからず、退院に向けての準備が十分にできず困った (H)
状態の説明を希望する一方で情報を得ることで心配に思うアンビバレントな感情	患者の情報を把握し、説明できるようにしてほしいという願望	どの看護師に聞いても患者の情報を知ることができるシステムの構築を希望する (G)
	家族と医師間の仲介役を果たしたり、わかりやすい言葉で具体的な説明の補足を希望	専門用語は理解できないので、わかりやすい言葉や数字で説明してほしい (L)
	家族が看護師に対して持つ遠慮を考慮し、看護師からの声かけを希望	家族から質問するのではなく、看護師から病状説明や本人の様子を教えてほしい (N)
	患者の情報を知りたいと思う一方、知ることで心配が増す相反する感情	状況を教えてもらえるありがたい反面、あまりにも細かい情報を教えてもらうと心配になる (E)
患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望	面会制限がもたらす患者の孤独な療養生活を想像し生じる歯がゆさと辛さ	コロナによる面会制限で家族に会えず、慣れない環境で療養生活をおくらざるを得ない高齢患者をかわいそうだと感じた (G)
	差し入れや食事形態の工夫により、患者に好きなものを食べさせたいという願望	好きなものが食べれるうちに、差し入れの許可がほしい (J) 食事が食べれるような工夫や食事の変更をしてほしい (J)
患者の尊厳が保たれた関わりの希求	患者がひとりの人として尊重され、存在が実感できる関わりを希望	看護師には患者のライフヒストリーを踏まえた関わりをしてほしいと思う (I) 看護師から声をかけてもらえるだけで、自分の存在を気にしてくれる人がいると感じることができるのでありがたいと思う (B)
	会話を通して病気を忘れることができる時間を作って欲しいという願望	患者にとって、日常の会話は病気である自分から離れ、救いや息抜きになるので、看護師と趣味の話や雑談ができればいい (E)
悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求	死に備えるために必要な予備知識の提供を希望	看護師が、紫色になっている本人の足を見せながら死が近づいている状況を教えてくれたことで、亡くなる過程を自然な流れで受け入れることができた (M)
	最期に立ち会い悔いのない看取りを行うための環境調整の希求	最期は家族全員が立ち会い、子どもからお礼を伝えたり、孫とタッチして過ごすことができたのでよかった (J) 意識があるうちに面会したかった (I)
不十分な技術や対応に対する医療者への不自信	丁寧な死後の処置や必要な事務的事項の提供を希望	看護師が施してくれた死に化粧から、生きていた時の姿を感じることができ嬉しかった (M)
	看護師の言動や技術の未熟さに対する不満	乱暴におしめ交換をしたり、力任せに動かして痛がることがあったので、丁寧にケアしてほしい (J) 排便時におしめを替えてもらえず我慢させられ、看護師に頼むのが辛いと聞いて悲しかった (I)
患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝	看護師による対応の相違や職種間の情報伝達の不備に対する不自信	医師と看護師、看護師間でも考えの相違があり、それぞれが違う説明をすることに戸惑い、不自信を抱いた (A) 病棟が変わって、看護師の関わり方に差があって戸惑った (F)
	看護師からの承認により得られる緊張や責任感からの解放	家族の肩をそっと叩いたり、背中をなでたりする看護師の何気ない動作に気遣いを感じた (J) 医療関係者から、家族の選択を肯定してもらえると、遣された家族の気持ちが救われる (L)
患者との関わりや治療に関する決断に対する自責の念	患者の望みを叶えるための対応や適切な疼痛コントロールへの感謝	看護師がスムーズに外出できるよう痛みをコントロールしてくれていたことに感謝している (E)
	過去の経緯や患者との関わりを通して感じる心残りや後悔	急に患者の様々な疾患が見つかり、どうして気付くことができなかったのかと感じた (A)
	治療や患者の命を左右する決断を行う状況の辛さと、選択した結果に対する疑問や後悔	家族が患者の命を左右する決断をしなければいけない状況は辛く、選んだ治療が本当によかったのか、悩んで後悔した (L) 胃がんと診断され、本人の意思で保存的な治療を選択したので、最期まで患者の意思を尊重できたと思っている (G) 無理に長引かせてもかわいそうと家族で話をして、延命処置は希望しないと決めていた (F)
最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感	死期が迫った状態で看護師に患者の援助を託せる安心感	体や口腔内の清潔、褥瘡予防の体位変換、身の回りの援助も全て看護師がしてくれたので感謝している (C)
	入院が必要になるまでは自宅で過ごし、最期は病院で迎えることができた満足感	長く療養した病院で信頼していた医師に看取ってもらえたので満足している (I) 近くの病院へ戻りたいという本人の思いがあったので、住み慣れた近くの病院へ戻ってきた意味は大きかった (G)
家族としての役割を果たせたことによる満足感	患者が死を受け入れ、納得できる終焉を迎えたことによる安堵感	患者が、最期、自分の死を受け入れ納得できる人生の終わり方ができたと感じることができてよかった (H)
	嫁や娘として介護役割を果たせた満足感	最後まで母の介護ができ、看取ったので悔いはない (I)

相反する感情》の4つのサブカテゴリから構成された。カテゴリを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「担当じゃないからわからんって言われました。担当の人がいないといけないとか、ただ知りたいだけなのに条件がいっぱいあったんです。(L)」 「看護師さん見てたら忙しいですから(中略)聞くことができなかつた。(N)」 「あまりにも日々細かい情報でドキドキするよりも、そんなに詳細でなくてもいいけど、ちょっと弱くなったようぐらいでもあったらありがたいなあ、と思う反面、あったらあったでまた心配もする。(E)」 などがあつた。

【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】は、患者の孤独感を軽減するために、時間や人数制限を超えた面会の実施や、患者の好物や食べられるものを提供するという家族の望みを叶えるため、状況や希望に応じた柔軟な対応を求める家族の思いを表している。このカテゴリは、《臨機応変な面会調整により、悔いのない時間を過ごせたことへの感謝》《面会制限がもたらす患者の孤独な療養生活を想像し生じる歯がゆさと辛さ》《差し入れや食事形態の工夫により、患者に好きなものを食べさせてやりたいという願望》の3つのサブカテゴリから構成された。カテゴリを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「面会制限があつたけど、(中略)あまり良くない時期は毎日面会に行くことができたんです。(A)」 「昨日まで普通に家で一緒に過ごしたのに、入院になったとたん会えんっていう状況はすごく歯がゆい。(F)」 「食べたいものを食べさせてやりたかつたっていう思いは残ります。(J)」 などがあつた。

【患者の尊厳が保たれた関わりの希求】は、患者のライフヒストリーを考慮し、療養プロセスの中で病気のことを忘れられるように、冗談や雑談を交えながら、患者が最期まで自分の存在を実感できるような関わりを望む家族の思いを表している。このカテゴリは、《患者がひとりの人として尊重され、存在が実感できる関わりを希望》《会話を通して病

気を忘れることができる時間を作って欲しいという願望》の2つのサブカテゴリから構成された。カテゴリを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「看護師の方は、最期に一番身近にいてくださる方だと思うので、(中略)声をかけてもらって、自分の存在を見てくれる人がいるということがありがたいと思います。(B)」 「病院にいと孤立してしまふし、ずっと病氣と向き合わなきゃいけない辛い状況の中、看護師さんが病氣じゃない話を(中略)してくれることが嬉しかつたというのありました。(L)」 「病氣のことばかり聞かれると病人と言われていてみたいで嫌だつたみたい(中略)、病人として扱われるのではなく、健康な時の思い出話を一緒にできるほうがよかつたんだと思います。(J)」 などがあつた。

【悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求】は、患者の死に備えるための予備知識の提供や、落ち着いて看取りができる環境の整備、死後も患者を尊重する対応など、悔いのない看取りを実現するための配慮を求める家族の思いを表している。このカテゴリは、《死に備えるために必要な予備知識の提供を希望》《最期に立ち会い悔いのない看取りを行うための環境調整の希求》《丁寧な死後の処置や必要な事務的事項の提供を希望》の3つのサブカテゴリから構成された。カテゴリを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「亡くなる4、5日前に、看護師さんが足を見せてくださつて、(中略)足がむくんで紫色に色が変わつてきたんよつて、臨終が近いことを現実的に教えてくださつた。(M)」 「行つた時には息を引き取つた後だつたが、そんなに悪い状態だつたら言つてもらつたら残つてたと思う。(L)」 「薄い死に化粧を施して下さつていて、もともと色白できれいな人だつたんですけど、より一層引き立つて、それが嬉しかつたんですよ。(M)」 などがあつた。

【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】は、看護師のケアや技術の未熟さ、言動における配慮不足、病棟間や職種間での対応の相違、または情

報伝達の不備により、医療者に対する不信感が生じたことを表している。このカテゴリーは、《看護師の言動や技術の未熟さに対する不満》《看護師による対応の相違や職種間の情報伝達の不備に対する不信感》の2つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「排便時にすぐにおしめを替えてもらえず、看護師に頼むのが辛いと聞いて悲しかった。(I)」「病棟が変わって、看護師さんの対応が淡々としていて、前の病棟と対応の違いを感じて寂しかった。(F)」などがあつた。

【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】は、患者の望みを実現するための対応や、苦痛を緩和するための処置、さらに家族に対する思いやりや家族の選択を尊重する声かけに対する感謝の気持ちを表している。このカテゴリーは、《看護師からの承認により得られる緊張や責任感からの解放》《患者の望みを叶えるための対応や適切な疼痛コントロールへの感謝》の2つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「その選択でよかったんですよって医療の関係の方から言ってもらえたので、その言葉で救われた。(L)」「特別何かを言うんじゃないに、肩をトントンと叩いたり、背中をなでたり、何気ない動作に気遣いを感じることができた。(J)」などがあつた。

【患者との関わりや治療に関する決断に対する自責の念】は、患者との関わりや、患者に代わって下した治療や命に関わる決断に対して心残りを抱くが、患者の意思の尊重や家族間での意思決定により後悔が生じにくくなることを表している。このカテゴリーは、《過去の経緯や患者との関わりを通して感じる心残りや後悔》《治療や患者の命を左右する決断を行う状況の辛さと、選択した結果に対する疑問や後悔》《患者の意思の尊重や家族間の意思決定により軽減する後悔》の3つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「生死の選択を迫られる状

況で(中略)自分が命を切る言うのを、誰かがせにゃいけんのじゃろうけどね、しんどかったです、あれは。(L)」「胃がんが見つかった時、親父も何もせんぞって話をして(中略)親父の意思は尊重できたと思っている。(G)」「前々から家族の中で延命処置をして長引かせてもかわいそうという話はしていた。(F)」などがあつた。

【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】は、入院が必要になるまで自宅で過ごし、必要が生じた際には長い信頼関係を築いてきた病院に入院できることや、三次救急病院から転院し、住み慣れた地域の病院で最期を迎えられることに安堵している感情を表している。このカテゴリーは、《死期が迫った状態で看護師に患者の援助を託せる安心感》《入院が必要になるまでは自宅で過ごし、最期は病院で迎えることができた満足感》《三次救急の病院から地域の病院に転院し、最期を迎えたことに対する感謝》の3つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「家では、本人が口腔ケアを嫌がったり、食事もきざみやとろみにして(中略)大変だったから、病院で看護師さんに身の回りのことをしてもらえて安心した。(H)」「お休みの日でも心配だったら連れてきてと言って、診てくださったので心強かった。(M)」「大きい病院は地域のことはわからないから、最期は住み慣れたところへ帰ってお世話になってっていうのはよかった。(G)」などがあつた。

【家族としての役割を果たせたことによる満足感】は、死を受け入れた患者の言葉や、家族からの感謝の言葉を通じて、介護や看取りの役割を果たせたことに充実感や安心感を得たことを表している。このカテゴリーは、《患者が死を受け入れ、納得できる終焉を迎えたことによる安堵感》《嫁や娘として介護役割を果たせた満足感》の2つのサブカテゴリーから構成された。カテゴリーを導き出すに至った参加者の特徴的な語りとして、「主人も納得して、全部が終わった後にお礼を言ってもらえたので、報わ

れたかな。(H)」などがあつた。

VI. 考 察

本研究では、地域の二次救急病院の一般病棟の特性や高齢患者の特徴に起因する体験に加え、終末期患者の家族に共通する普遍的な体験が明らかになった。以下、これらの体験の特徴についてカテゴリとともに考察し、地域の二次救急病院の一般病棟に入院する高齢患者の家族に必要な援助について述べる。

1. 地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験

地域の二次救急病院の一般病棟の特性や高齢患者の特徴に起因する体験として、【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】、【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】が明らかになった。

【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】、《死期が迫った状態で看護師に患者の援助を託せる安心感》、《入院が必要になるまでは自宅で過ごし、最期は病院で迎えることができた満足感》は、終末期における過程で、退院後1~6ヶ月以内に再入院となることが多い(厚生労働省委託事業, 2015)こと、また短期間に入退院を繰り返す傾向がある(光武, 石崎, 2017)ことが背景にあり、このことは介護の延長線上に入院や看取りが存在する高齢患者の療養生活の特徴を示している。

家族が【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】を体験した背景には、本研究において、患者の85%が死亡に至った最後の入院期間以前に入退院を繰り返していたことが影響していると考えられる。心身機能の低下や複数の慢性疾患を併存し完全治癒が困難な高齢者の生理学的特徴(厚生労働省, 2016)を考慮に入れると、家族は限られた期間内で退院準備を求められ、その心理的負担が大きいことが伺える。このような背景は、一般病棟における退院支援が家族の切実なニーズであることを示し

ており、先行研究(長, 川本, 阿南, 他, 2013)の結果を支持するものである。

入退院を繰り返す患者や家族にとって、【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】は、患者と家族、そして病院との信頼関係から生まれる重要な体験である。医療者が患者の生活歴や治療経過を把握しており、緊急時や看取りに関する体制が整った病院が存在することは、患者が最期まで安心して医療を受けるために不可欠である(石橋, 森本, 小山, 2020)。在宅で看取りを行う介護者は、家での看取りがもたらすプラスの感情として達成感や充実感、学びの実感を得ていた一方で、家で看る責任の重圧や、介護最優先による身体的負担を感じていた(小林, 森山, 2010)。本研究では、家族は《死期が迫った状態で看護師に患者の援助を託せる安心感》を抱いていた。これは死期が迫った状態で入院できる状況が、緊張や不安から家族を解放し、患者が入院を必要とするまで自宅で過ごすことを可能にすることを示唆していた。また、約30%にあたる4名の患者が三次救急病院から地域の病院に転院し、その後の入院生活を継続していたことがわかり、家族は終末期において、《三次救急の病院から地域の病院に転院し、最期を迎えたことに対する感謝》の気持ちを抱いていた。これは、患者の「住み慣れた地域で最期を迎えたい」という思いが尊重され、家族がその点に感謝していることを示すとともに、三次救急病院から地域の病院への転院を受け入れ、看取りを支えることが二次救急病院に求められる重要な役割であることを明示している。

これらのことは、地域の二次救急病院の一般病棟が、高齢者救急の初期診療と入院治療の受け入れ機能を担うのみならず、その延長として療養の場、さらには看取りの場としての役割を担うことも少なくないことを示唆している。以上のことから、【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】という体験は、地域医療において、入退院を繰り返す患者の生活を支え、慣れ親しんだ環境での看取りの重要性を強調するものであると考えられる。

さらに、先行研究では示されていなかった《看護師による対応の相違や職種間の情報伝達の不備に対する不信感》には、異なる機能を有する病棟に療養場所が移動することで感じる、看護師の対応の相違に対する不信感と、病棟内における看護師間の考えの相違や他職種間の情報伝達の不備に起因する不信感が含まれ、転棟を求められる地域の二次救急の役割を果たす一般病棟の特徴が影響を及ぼしていると同時に、情報伝達の不備や、対応の相違により家族が感じる困惑を表していると考えられた。

一方、【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】、【患者の尊厳が保たれた関わりの希求】、【悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求】は、家族が、最期まで患者の尊厳を守り、患者の人生を悔いのないものとしたいと強く願う体験を反映しており、先行研究（山崎、富田、2022；萩原、渡辺、城丸、他、2014）とも一致し、終末期患者の家族に共通する普遍的な体験を表していた。

【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】は、家族に限られた患者との時間をともに過ごし、できる限りの支援をしたいという切実な願いから生じる体験である。《面会制限がもたらす患者の孤独な療養生活を想像し生じる歯がゆさと辛さ》は、患者のために尽くしたいという家族の願いを阻み、世話をしたくてもできないことによる苛立ちや無力感を強く表していた。《差し入れや食事形態の工夫により、患者に好きなものを食べさせてやりたいという願望》は、終末期だからこそ栄養や食事形態の制限を受けず、好きなものを食べたい（杉山、酒井、石田、2024）という患者の願いを叶えたいとする家族の思いを反映していた。すなわち、【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】は、可能な限り患者の願いを叶えるために、家族が看護師に求める配慮を意味していると考えられる。

【患者の尊厳が保たれた関わりの希求】は、患者が、病気や入院生活により、周りから取り残されると感じることから生じる孤独感や、失われていく日常に対する喪失感（嶋田、宮脇、2017）に対し、患

者の今まで生きてきた人生が尊重され、ひとりの人として過ごすことを望む家族の思いを表していた。これは、社会から断絶された閉塞的な入院環境の中で、患者が病人としてのみ認識され、徐々に生活者としての役割を失っていくことに対する家族の悲しみを反映していた。

【悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求】は、患者の死期が迫る中で、家族が予備知識の習得や患者に孤独な最期を迎えさせないための行動を通じ、悔いのない看取りを行うために必要なことを模索する体験である。《死に備えるために必要な予備知識の提供を希望》は、家族が患者の死を予期し、喪失に対する準備を進める過程と考えられる。このような予期悲嘆の経験により、患者の死が現実となった際に表立った悲嘆が軽減される（Lindemann, 1944）。そのため、家族が死を受け入れるよう適切なタイミングで情報を提供し、喪失に備えることの重要性が示唆された。

家族は患者に対して最善のケアを望んでいるが、期待と現実との間に生じる差異の有無により、【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】と【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】という相反する体験が引き起こされていた。

家族は、患者に最善の看護が提供されることを期待しているが、看護師のケアの質や対応の一貫性が保持されない状況では、その期待が裏切られ、悲しみや憤りの原因となり、【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】を抱くに至っていた。このことは、「患者へのケアは家族へのケアにつながり、家族へのケアは患者へのケアにつながる」という潜在的な介入の必要性を示唆していた（長、他、2013）。一方で、家族は【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】を体験しており、看護師の言動に対して通常以上に敏感になっている状況において、看護師の気遣いや承認は大きな慰めや安心感をもたらしていた。家族は、患者の苦痛の除去や、患者および家族の不安を軽減するため

の看護師の心遣いに対して感謝を抱く(柴田, 佐藤, 増島, 他, 2011)。本研究の参加者が看護師への感謝の思いを抱いていたことは, まさに, 患者の安楽の保証と, 医療者からの受容・支持・慰めを受けたいという家族のニーズが満たされた結果である。以上のことから, 【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】, 【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】という体験は, 繊細な心理状態にある家族に対して, 看護師の言動が大きな影響を与えると同時に, この相反する感情は, 異なる状況や価値観に基づいて生じるため, ひとりの人間の中に同時に共存しうることを示していた。

【患者との関わりや治療に関する決断に対する自責の念】は, 家族が患者の生命に対して抱く責任感や, 患者の人生に関する重大な決断を下さなければならない状況における心理的負担により引き起こされる体験である。本研究では, 対象となった患者の約60%が90歳代であり, キーパーソンとなる家族の85%が子や子の配偶者であった。このことは, 多くの参加者が患者の意思決定を代行する立場にあったことに影響を及ぼしていたと考えられる。家族は, 決定後もその決断の正当性について迷いを抱き(二神, 渡辺, 千葉, 2010), 自責の念や後悔を生じる(加藤, 竹田, 2017)。こうした体験を持つ家族にとって, 医療者からの家族が行ってきた選択を肯定するような声かけは, 自己の選択に対する納得感を得る手助けとなり, 精神的な緊張の緩和や心理的負担の軽減につながる事が明らかとなった。また, 患者と事前に話し合いながら治療方針を決定していた場合や, 家族間で意思決定を共有していた場合には, 決定後の迷いや後悔が生じにくいことが確認された。これらの結果から, 患者の意思を尊重すること, そして家族間での意思の共有を図ることの重要性が示唆された。

【状態の説明を希望する一方で情報を得ることで心配に思うアンビバレントな感情】は, 情報提供に対して両義的な感情を抱く家族の複雑な心情を反映

している。《患者の情報を把握し, 説明できるようにしてほしいという願望》は, 先行研究の結果を支持するものであるが, 本研究においては, 《患者の情報を知りたいと思う一方, 知ることによって心配が増す相反する感情》が明らかになった。家族は, 患者の状態を目視したり, 医療者からの説明により状況を把握するが(加藤, 竹田, 2017), 面会制限により情報のみが伝達される状況では, 患者の状態や苦痛を想像することにつながり, 家族にとって苦悩を生じる要因となり得ることが示唆された。

【家族としての役割を果たせたことによる満足感】は, 看取りを終えた家族が自身の介護を振り返り, 患者や他の家族との関わりの中で, 自らの役割と責任を果たせたと実感することで得られる達成感や充足感を伴う体験である。家族は患者や他の家族との関わりの中で, 《患者が死を受け入れ, 納得できる終焉を迎えたことによる安堵感》や, 《嫁や娘として介護役割を果たせた満足感》を得ており, これらの体験が「自らの役割を果たし, 患者を看取ることができた」という充足感へとつながっていた。このことは, 家族が患者や他の家族とともに体験した看取りの過程が, 「看取れた満足」や「これからを生きる糧」として意味づけられ(伏見, 山崎, 2019), さらに, 患者の死後も家族の満足感や納得感が持続する(佐竹, 京田, 近藤, 2021)という先行研究を支持するものであった。また, 本研究における参加者の体験は, 看取りのプロセスを通じて得られた学びや気づきが, 個人の成長の機会となり, より成熟した人格の形成につながる可能性を示唆していた(Deeken, 2002)。

本研究では, 終末期患者の家族の体験として, 先行研究で明らかにされていた「患者がいない将来に対する恐怖や失意」「死の現実からの逃避」(萩原, 他, 2014; 渡邊, 他, 2015), および「患者が生きているうちに患者の死後の自分自身の未来を考えることに対して抱く自責の念」(Breen, Aoun, Connor, et al., 2018)は抽出されなかった。また, 緩和ケア病棟に入院中の患者の家族が体験する「明らか

に死を意識した場で短期間にさまざまな感情を一気に凝縮した形で行われる予期悲嘆」(畠山, 2002; Wong, Chan, 2007)も抽出されなかった。この要因として、本研究の対象患者の約85%が80歳以上であり、約70%が老衰や心不全、腎不全といった徐々に進行する慢性疾患を背景に、予測可能な死を迎えたことが考えられる。高齢者の終末期においては、身体疾患を契機として心身機能が徐々に低下し、全面介助が必要な状態を経て死に至る例が少ない(植村, 2006)。本研究の対象となった家族は、入退院を繰り返す経過で患者の衰弱が進行し、常に死と隣り合わせの状況にあることを認識していたと考えられる。そのため、遠くない将来の死を予測していた可能性が示唆された。

2. 地域の二次救急病院の一般病棟に入院する高齢患者の家族に必要な看護援助

地域の二次救急病院の一般病棟に入院する高齢患者の家族に必要な看護援助を検討した結果、継続的な入退院調整、緊急時や看取り時に対応可能な体制の整備、三次救急病院からの受け入れ体制の確立、病棟間での対応やケアの質の統一、ならびに看護師間や他職種間での確実な情報伝達の必要性が示唆された。家族は看護師に対し、患者をひとりの人間として尊重した関わりを期待し、患者の意思やプライバシーの尊重を求めていることが先行研究で示されている(熊谷, 小笠原, 長坂, 2009)。さらに本研究では、患者のライフヒストリーに基づいた日常会話や趣味の話を通じて、患者を生活者として捉えた関わりを行うこと、また、看護師が患者の人柄や努力を認め、患者や家族の真意を理解しようとすることにより、《患者がひとりの人として尊重され、存在が実感できる関わり》を得られることが示唆された。

《患者の情報を知りたいと思う一方、知ることで心配が増す相反する感情》や《面会制限がもたらす患者の孤独な療養生活を想像し生じる歯がゆさと辛さ》は、コロナ禍における面会制限が家族に与えた影響の大きさを示している。家族が患者の様子を直接確認できない状況下では、情報提供に際し、その

内容が家族に与える心理的影響を十分に考慮することが求められる。また、面会時間や人数制限の緩和、付き添いの許可に関する柔軟な対応を検討することの重要性が示唆された。

一方で、家族が患者の死を予期し、適切に備えられるよう必要な知識を提供すること、家族と患者が悔いのない最期の時間を共有できるよう、患者の最期に立ち会うタイミングで適切に連絡し、落ち着いて看取りができる環境を整えること、さらに、患者に対して適切な医療処置を施し、正確で丁寧な看護技術を提供することで苦痛を最小限に抑えることは、多くの先行研究において終末期ケアに必要な看護援助として示されており、地域の二次救急病院の一般病棟に入院する高齢患者の家族に対しても不可欠な看護援助であるといえる。

VII. 看護実践への示唆

本研究の結果が、地域の二次救急の役割を果たす一般病棟に入院する高齢患者の家族に対して求められる看護援助を明らかにしたことは、地域の二次救急病院の一般病棟に勤務する看護師が、高齢患者の家族のニーズに基づいたケアを提供するための指針となる。また、本研究がコロナ禍における面会制限の影響を考慮したものであることを踏まえると、今後新たな感染症の出現やパンデミックの再発、地域的な感染拡大など、患者の面会が制限される可能性がある状況においても、本研究の成果は有用であると考えられる。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、参加者の続柄を配偶者や子どもに限定せず、参加者の背景も多様であったため、患者との関係性や参加者の経験の違いにより、体験から生じた感情に差異が見られた可能性がある。また、「終末期」の定義に具体的な期間を設けなかったことから、看取りに至るまでの経過や期間が異なり、

これらの相違が体験や感情に差を生じる要因となった可能性も否定できない。今後の研究では、患者との関係性や看取りに至るまでの期間を可能な限り限定して検討することが求められる。

IX. 結 論

地域の二次救急病院の一般病棟で亡くなった高齢患者の家族の体験として、【退院準備に対する戸惑いと相談することへの躊躇】【状態の説明を希望する一方で情報を得ることで心配に思うアンビバレントな感情】【患者の食事や面会に対する臨機応変な対応を希望】【患者の尊厳が保たれた関わりの希求】【悔いのない看取りのための備えや環境調整の希求】【不十分な技術や対応に対する医療者への不信感】【患者への適切な処置や家族への配慮に対する看護師への感謝】【患者との関わりや治療に関する決断に対する自責の念】【最期は自宅から近い病院で迎えることができる安心感】【家族としての役割を果たせたことによる満足感】が得られた。

地域医療において、終末期に入退院を繰り返す患者と家族の生活を見据えた退院支援の充実、緊急時や看取り時に対応可能な体制の整備、さらには三次救急病院からの円滑な受け入れ体制の確立は、二次救急の役割を担う一般病棟に求められる重要な役割と言える。また、転棟を求められる地域の二次救急病院の特性が家族の体験に及ぼす影響を理解し、病棟間でのケアの質の統一や、確実な情報伝達の必要性が示唆された。

利益相反

本研究に関連する企業・団体との間に、利益相反は一切存在しません。

謝 辞

大切なお家族を亡くされたにも関わらず、本研究のインタビューにご協力いただいた参加者の皆様、および、本研究にご理解とご協力を賜りました協力施設の皆様に、心より感謝申し上げます。

各著者の貢献

第一著者は、本研究の発案、計画、データ収集、分析、解釈、および論文の執筆を担当した。第二著者は、研究の発案、計画、分析、解釈、論文の執筆に関与した。すべての著者が論文の最終稿を精査し、投稿に同意した。

付 記

本研究は、令和6年度岡山大学大学院保健学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものである。本論文の一部は、15th International Nursing Conference & 28th East Asian Forum of Nursing Scholarsにおいて発表した。

〔受付 25.06.05〕
〔採用 26.02.09〕

文 献

- Breen L. J., Aoun S. M., Connor M. O., et al: Family Caregivers' Preparation for Death: A Qualitative Analysis, *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(6): 1473-1479, 2018
- 長 聡子, 川本利恵子, 阿南あゆみ, 他: 一般病棟に入院するがん患者の家族が求める家族ケアニーズ, *インターナショナルNursing Care Research*, 12(3): 55-62, 2013
- Deeken A.: 死とどう向き合うか (第19刷), 37-51, 日本放送出版協会, 東京, 2002
- 江藤亜矢子, 東 玲子: 配偶者を亡くした遺族の悲嘆とケアアニード一病名告知から死後1年間まで一, *山口医学*, 68(2-3): 5-74, 2019
- 伏見真由, 山崎智子: 国内の質的研究におけるがん患者と死別する家族の体験の統合, *家族看護学研究*, 24(2): 206-217, 2019
- 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓: 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス, *老年看護学*, 14(1): 25-33, 2010
- 萩原綾香, 渡辺雅幸, 城丸瑞恵, 他: 肺がん患者を有する家族の相談に関する研究—積極的治療から症状緩和移行時の病状説明を受けた直後に焦点を当てて—, *死の臨床*, 37(1): 131-135, 2014
- Hampe S. O.: Needs of the Grieving Spouse in a Hospital Setting, *Nursing Research*, 24(2): 113-120, 1975
- 畠山とも子: ホスピス入院中の患者の配偶者が行う予期悲嘆の特徴, *日本がん看護学会誌*, 16(1): 39-48, 2002
- 兵庫哲平, 今井芳枝, 坂東孝枝, 他: 終末期肺がん患者・家族の看護に対する看護師の心情, *The Journal of Nursing Investigation*, 19(1): 1-7, 2021a
- 兵庫哲平, 今井芳枝, 坂東孝枝, 他: 急性期病棟でBSCとなった肺がん患者の家族の願い, *日本がん看護学会誌*, 35: 360-367, 2021b
- 石橋みゆき, 森本悦子, 小山裕子: 地域の一般病院に通院する後期高齢がん患者の療養生活上の体験, *老年看護学*, 25(1): 113-122, 2020

- 加藤亜妃子, 水野道代: 終末期がん患者を看病する配偶者のストレス対処過程, 日本がん看護学会誌, 23(3): 4-13, 2009
- 加藤真紀, 竹田恵子: 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー, 日本看護研究学会雑誌, 40(4): 685-694, 2017
- 喜多下真里, 糸島陽子: 終末期がん患者を抱える家族員の予期悲嘆へのケアに関する一般病棟で勤務する看護師の認識, 日本がん看護学会誌, 31: 45-53, 2017
- 小林裕美, 森山美知子: 在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲嘆, 日本看護科学会誌, 30(4): 6-16, 2010
- Krippendorff K / 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳, メッセージ分析の技「内容分析」への招待 (第1版第10刷), 勁草書房, 東京, 2009
- 厚生労働省: 後期高齢者の健康. 鈴木様 (配布兼スライド資料). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000114063_1.pdf. 2016 (2024年9月29日)
- 厚生労働省: 第8次医療計画における救急・災害医療の見直しの方向性について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001125467.pdf>. 2022 (2025年11月8日)
- 厚生労働省: 医政地発0331第14号. 参考資料2 (改正後全文)「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について, 76-77. https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/sankou2_13_2023a (2025年11月8日)
- 厚生労働省: 厚生統計要覧 (令和5年度). 第1編 人口・世帯 第2章 人口動態. https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html. 2023b (2024年8月20日)
- 厚生労働省委託事業 (委託先・みずほ情報総研株式会社): (平成27年度) 地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究事業報告書—在宅生活の継続を支えるための医療・介護サービスに関する調査分析—. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000134435.pdf>. 2015 (2025年1月22日)
- 熊谷有記, 小笠原知枝, 長坂育代: 末期がん患者を持つ家族の看護師に対する期待, 死の臨床, 32(1): 111-116, 2009
- Lindemann E.: Symptomatology and Management of Acute Grief, *The American Journal of Psychiatry*, 101: 141-148, 1944
- 光武誠吾, 石崎達郎: 要介護高齢者の移行期ケアプログラムの現状について, 日本老年医学会雑誌, 54(1): 41-49, 2017
- 内閣府: 令和6年版 高齢社会白書. 高齢化の現状と将来像. 令和6年版 高齢社会白書 (全文) (PDF版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf. 2024 (2024年9月29日)
- Pusa S., Persson C., Sundin K.: Significant others' lined experience following a lung cancer trajectory-From diagnosis through and after the death of a family member, *European Journal of Oncology Nursing*, 16: 34-41, 2012
- 佐竹わか菜, 京田亜由美, 近藤由香: 終末期がん患者の家族が抱く看取りへの思い, 群馬保健学研究, 42: 65-76, 2021
- 柴田純子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子, 他: 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験, 千葉看護学会会誌, 16(2): 19-26, 2011
- 嶋田由枝恵, 宮脇美保子: 日本人の「終末期がん患者のスピリチュアルペイン」概念分析, 日本看護科学会誌, 37: 456-463, 2017
- 杉山 潤, 酒井禎子, 石田和子: 終末期がん患者の「食べること」の意味づけ, 日本がん看護学会誌, 38: 34-43, 2024
- 鈴木志津枝: 家族がたどる心理的プロセスとニーズ, 家族看護, 1(2): 35-42, 2003
- Wong M.-S., Chan S. W.-C.: The experience of Chinese Family members of terminally ill patients—a qualitative study, *Journal of Clinical Nursing*, 16(12): 2357-2364, 2007
- 植村和正: 高齢者の終末期医療, 学術の動向, 11(6): 27-33, 2006
- 渡邊美和, 佐藤まゆみ, 眞嶋朋子: 終末期がん患者と配偶者の相互作用に関する研究, 千葉看護学会会誌, 20(2): 31-39, 2015
- 山崎美智子, 富田幸江: 終末期患者の家族が看護師に求める看護へのニーズ—患者自身が望む「その人らしい最期を過ごすために」という視点から—, 日本健康医学会雑誌, 31(4): 433-442, 2022

The Lived Experiences of Families of Elderly Patients Who Died in General Wards of Community-Based Secondary Emergency Hospitals

Mika Ishimura¹⁾ Keiko Mori²⁾

1) Ibara Municipal Citizen's Hospital

2) Graduate School of Health Sciences, Okayama University

Key words: Community-based secondary emergency hospitals, General ward, Elderly patients with multiple diseases, End-of-life care, Family care

The study aims to clarify the lived experiences of families of elderly patients who died in general wards at a regional secondary emergency hospital. We conducted semi-structured interviews with 14 family members of elderly patients who died in general wards of two regional secondary emergency hospitals. The interviews were analyzed using content analysis methods. The following 10 experiences were identified: "Confusion about discharge preparations and hesitation to consult," "Ambivalent feelings of wanting an explanation of the condition while worrying about obtaining information," "Desire for flexible responses to the patients' meals and visits," "Desire for interactions that maintain the patients' dignity," "Preparation and environmental adjustments for a regret-free end-of-life care," "Distrust of medical personnel due to inadequate techniques and responses," "Gratitude towards nurses for appropriate treatments to the patient and consideration for family members," "Guilt regarding decisions about the interaction and treatment with the patient," "Sense of security in being able to face the end in a hospital close to home," and "Satisfaction from fulfilling the role of a family member." The characteristic roles required of general wards responsible for secondary emergency care include discharge support that considers patients' and families' lives, establishment a system capable of responding during emergencies and end-of-life care, and strengthening the acceptance system from tertiary emergency hospitals. Therefore, the further enhancement of support systems is envisaged.