
資 料

救命救急センターに勤務する看護師の緊急入院した
重度意識障害患者の家族への関わり
—積極的な家族への関わりが必要な場面に焦点をあてて—

木 元 千奈美

Care Provided by Critical Care Nurses for Families of
Immediately Hospitalized Patients with Severe
Consciousness Disorder: Focusing on Situations When
Constructive Care is Necessary for the Family

Chinami KIMOTO, RN, MSN

要 旨

本研究は、救命救急センターに勤務する看護師が、緊急入院した重度意識障害患者の家族に、積極的な関わりが必要であると感じ、関わりを持った場面とその実践内容を明らかにすることを目的に、救命救急センターに勤務する臨床経験8～15年の看護師3名に半構成的面接を実施した。

救命救急センターに勤務する看護師が、積極的な関わりを持つ必要であると感じ、関わりを持った場面として、【家族の不安が強い入院時】、【家族が状況を受け入れていないと感じるとき】、【家族がひとりで面会をしているとき】、【患者の回復が期待できない状況になったとき】、【患者が最期の瞬間を迎えるとき】の5つが明らかにされた。これらの場面は、患者の家族が、受け入れ難い現実直面し、不安を抱え動揺している場面であり、このような家族の状況を捉えた看護師は、家族がその現実を受け入れられるよう、関わりを持っていた。

Abstract

The objective of this study is to elucidate the situations where nurses who worked in an emergency care center determined that constructive care was necessary and what they actually did to provide such care. To gain a better understanding of the necessity for constructive care for the fam-

受理：2010年12月7日

ily of a patient with severe consciousness disorder who has undergone emergency admission to hospital, semi-structured interviews were conducted with three nurses who had 8 to 15 years of clinical experience at an emergency care center.

The following five situations were identified by these nurses as those where this type of care was necessary and actually took care of the family: [When a patient is admitted to hospital and the family experiences intense anxiety], [When the nurse determines that the family does not accept the situation], [When a family member makes an unaccompanied visit to the patient], [When there is no hope of that the patient will recover], [When the patient is going through their last moments]. In these situations, the family of the patient is confronted by a reality that is difficult to accept and often feels anxious and upset. Nurses who found the family of a patient to be in this circumstance took constructive caring measures to help them accept the reality of the situation.

キーワード：意識障害，看護師，家族看護，病院救急医療サービス

I. 研究の背景と動機

救命救急センターに緊急入院する患者の中でも、重度意識障害患者の家族は、突然患者とのコミュニケーションが絶たれることから衝撃が大きく、危機的状況に置かれる。近年、このような家族への支援が重要視されているが、患者の救命処置が優先される中で看護師は、家族と関わる時間を持っていないという現状があり、ジレンマを感じていることが報告されている(川瀬, 1999)。先行研究において、重症患者家族は、「患者の生命に対して、希望があると感じること」に対するニーズが高いとされ(畑迫・山下・藤原, 1992；善家・永喜・田中他, 1999；安孫子・鈴木・佐藤, 1999)、生命の危機的状況にある患者の家族は、患者の生命に対して希望が持てることを望んでいると報告されている。また、緒方・佐藤(2004)も、緊急入院した患者の家族は、患者の回復への期待を持っていることを報告している。このような家族の面会に付き添う看護師は、患者の予後や意識回復について質問をされる機会も多い。しかし、医療従事者として、安易に「大丈夫」とは答えられず、対応に戸惑うことも少なくない。杉内・赤沼(2007)の研究においても、集中治療室に勤務する看護師は、脳死状態となった患者の家族に対して、何を話していいのかかわからないと感じたり、家族からの質問に答えにくいことから、逃げたり、避けてしまったりし、家族看護は難しいと感じていることが報告されている。しかし一方で、看護師は、家族が落ちついて面会で

きる場所を提供したい、患者の状況を受け入れるために必要な情報を伝えたい、家族が不快に思うケアは見せたくない等、家族に必要な環境・情報・ケアを提供したいという思いを持っていることも報告されており(杉内・赤沼)、家族への関わりの必要性を感じた場面では、何らかの関わりを持っていると考えられる。

そこで本研究では、臨床経験豊かな看護師に、緊急入院した重度意識障害患者の家族に、積極的な関わりが必要であると感じ、関わりを持った場面に焦点をあてて、インタビューを行い、家族への関わりの実際を明らかにしたいと考えた。また、これにより、救命救急センターに勤務する看護師が難しいと感じている、緊急入院した重度意識障害患者の家族へのケアを実践して行くための示唆を得たいと考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、救命救急センターに勤務する看護師が、緊急入院した重度意識障害患者の家族に、積極的な関わりが必要であると感じ、関わりを持った場面とその実践内容を明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 重度意識障害患者

本研究においては、面会に訪れた家族の呼名に対して反応を示さない状況にある患者を、重度意識障害患者と考え、意識レベルが、

Japan Coma Scale⁺の評価において100以上又は、Glasgow Coma Scale⁺⁺の評価において8点以下とされ、言語的・身体的に意思の疎通が図れない状態にある者とした。

2. 家族

本研究においては、看護師がケアの対象として捉え、関わりを持つ可能性が高い者を家族と考え、配偶者や親子・兄弟等患者と血縁関係の者と、血縁関係はなくても、患者を心理的・経済的に支えて行く重要な人物とした。

3. 関わり

本研究は、看護師が家族に対して行う関わりの実際を明らかにすることを目的としているため、看護師が患者の家族に対して行う全ての行動に関わりと定義し、声を掛ける等の直接的な行動と、見守る等の間接的な行動を含んで考えることとした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

帰納的アプローチによる質的記述的研究デザインを用いた研究とした。

2. 研究協力施設の概要

研究協力施設は、総合病院に併設する救命救急センターであった。救命救急センターは、救急外来、集中治療室(Intensive Care Unit；以下ICU)、高度治療室(High Care Unit；以下HCU)で構成されており、今回はICUとHCUの2つのユニットで調査を実施した。

⁺Japan Coma Scale (JCS)：日本で主に使用される意識障害の深度(意識レベル)分類である。覚醒度によって3段階に分け、それぞれ3段階あることから、3-3-9度方式とも呼ばれる。表記方法には3桁の整数で表すもの(300など)と、大分類と小分類をつなげて表記するもの(III-3など)がある。

⁺⁺Glasgow Coma Scale (GCS)：1974年に英国のグラスゴー大学によって発表された意識障害の分類で、世界的に広く使用される意識障害の評価分類スケールである。開眼・言語・運動の3分野に分けて記録し、意識状態を簡潔かつ的確に記録できる。

3. 研究参加者の概要

研究参加者は、救命救急センターのICU又はHCUに勤務し、重度意識障害患者の家族と関わった経験を持つ、Aさん、Bさん、Cさんの女性看護師3名であった。臨床経験年数は、8年～15年であり、現在勤務するユニット以外に、ICU、HCU、救急外来での経験を持ち、一般病棟での臨床経験はなかった。また、うち1名は、急性・重症患者看護専門看護師であった。

4. データの収集期間

2010年1月～3月。

5. データの収集方法

(1) 参加観察

研究参加者との信頼関係の形成と、半構成的面接を実施する際の参考とするために、ICUとHCUにて3日間、参加観察を行った。参加観察では、看護師の日課や業務内容を把握し、看護師が患者の家族と関わる場面を観察した。参加観察した内容は、フィールドノートに記載した。

(2) 半構成的面接

インタビューガイドを用いて半構成的面接を研究参加者に1回ずつ実施した。面接は個別に実施し、面接時間は、Aさん：53分、Bさん：63分、Cさん：46分であった。また、研究参加者の承諾を得て、インタビューの内容をICレコーダーに録音した。

6. 分析方法

研究参加者によって語られたデータをもとに逐語記録を作成し、重度意識障害患者の家族への関わりの中で、看護師が患者の家族に対して積極的な関わりが必要であると感じ、実際に関わりをもった場面を抜き出し、分析を行った。

V. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認(承認番号2009-69)と、研究協力施設の病院長・看護部長の承諾を得て実施した。対象病棟のスタッフには、研究協力依頼文を配布

し、研究により得られたデータは、本研究の目的にのみ利用すること、研究への参加は自由意思であり、協力の拒否により不利益を被ることはなく、途中辞退も可能であること、本研究の結果は、学術集会での発表や本学の紀要へ投稿する可能性があり、その際には、個人が特定されないよう配慮することについても説明した。

参加観察においては、患者や家族に配慮が必要と判断される場合、研究者は席をはずすこととし、患者の療養生活や看護業務への支障がないよう十分に配慮した。また、看護部の承諾を得て、病棟内に研究への協力を依頼するポスターを掲示した。半構成的面接を行う際には、研究参加者の都合を優先し、日程調整を行った。また、インタビューは、プライバシーが守られる面談室を利用し、研究参加者の承諾を得て、ICレコーダーに録音した。

VI. 結 果

分析の結果、救命救急センターに勤務する看護師が、緊急入院した重度意識障害患者の家族に対し、積極的な関わりが必要であると感じた5つの場面が明らかとなった。以下にその場面と、看護師が実際に行った家族への関わりを記述する。

1. 家族の不安が強い入院時

Bさんは入院時、突然救命救急センターに搬送され、処置が終わるまで患者と面会できず、部屋の外で待たされている家族に対し、「見えない所で何かされているのは不安がある」と語り、可能な限り早く患者と対面できるよう配慮していることを語った。

「突然のことで救急車に乗せられてとか、知らない病院の名前を聞いて探して来てとか、それで来たらもっとしんどいだろうなって…(中略)なるべく早く患者さんを見るだけでも違うと思うから、早く会わせてあげたい。なるべくひどい姿じゃないようにして会わせてあげたいし、そういう信念みたいなものがあるからかもしれません。」

そしてBさんは、「家族って怖かったりとか、患者さんに触っていいのかなとか、ここに自分がいていいのかなとかいうのがある人が多いのかなと思う」、「機械まみれになって何をされてるんだろう」と不安を抱えていると語り、このような家族への関わりとして、実際に行っているケアを家族に見てもらっていると語った。

「最初是不安そう…。口に管が入っているのとか、歯磨きとかするんですかって、でも、例えばストローをずっと加えて、24時間何もしなかったらどうですかって、気持ち悪いですよねって言う、そうですね。最初は本当に大丈夫かなって不安そうに見ているんだけど、きれいになりましたよって、テープを貼り直したりとか、お顔もきれいにしてあげると、良かったって言って、やっぱりいい結果が得られるケアに関しては、ご家族も安心をしてくれるのかなと。」

このようにBさんは、家族の目の前でケアを行い、患者に触れても大丈夫であることを示し、家族の不安を取り除いていることを語った。またCさんも、「医療従事者じゃなければ、ICUだとか救命救急センターだとかっていう所に来たら、ええって、何か私の家族がっていう感じで引くと思つて」と語り、患者の状況を家族に説明すると語った。

「触っていいものか、声を掛けていいものか分からないような状況でもあるし(中略)こうですよって説明をして、手触っていいですよとか、あの、声掛けてもらっても全然構わないんですよ、もっとこっちに来てくださいねっていうふうに」

また、入院したばかりの家族は、どの看護師に声を掛けていいのかわからず、聞きたいことも聞けずにいる可能性があるため、「病院の中に知っている人がいない間は、受け持ちの看護師から行くべき…看護師が積極的にその場に行つて、話をするべき」と語った。Aさんも、「看

看護師側というかスタッフ側は、当たり前に行っていることも、患者さんの家族にとっては、これって何だろうということは、多分きつといっぱいあるかなと思う」と語り、「モニターで必ずナースステーションとつながって、監視はいつでもされているので、アラームとかが鳴ったら、すぐ駆けつけるので安心してください」と声を掛けてしていると語った。

2. 家族が状況を受け入れていないと感じるとき

3名の看護師は、家族の言動や様子から、状況を受け入れていないと感じる場面において、関わりを持っていることを語った。

Aさんは、「毎日だんなさんが新聞を読んで、朝から晩までほとんど患者さんに話し掛けるわけじゃなくて、そばにずっといるんです。」と、黙って付き添っている様子が気になり声を掛けたところ、延命処置を決断したことが本当に良かったのかと悩む家族の思いを打ち明けられた経験を語った。Bさんは、面会に訪れても、入口付近で立ち止まり、患者のベッドサイドに行けなかった家族について語り、「ほんの小さいことでも今日はこれが良かったし、一歩前進しましたよって。奥さんもちっと一歩前進してみますか」とベッドサイドに進めるようになるまで、毎日声を掛けた経験を語った。Cさんは、生命の危機的状況にある患者の家族から、「旅行が決まっていて、旅行に行きたいんですけど…」という言葉が聞かれたり、「自分の患者さんでなく、ぐるっと周りのことばかり見てたり」と、他の患者の様子を気にする家族について語り、このような家族は、患者の状況を受け入れられずにいる可能性が高く、関わりを持つ必要があると語った。

「現実否認というか、そんなような感じで、そこに直面したくないから別のことを考えていて、それが言葉として出てるのか…だとしたら、もうちょっとその受容の過程みたいなものをサポートしないといけないし、取りあえず情報収集をする必要があるなと思うので…」

またBさんも、「現状を全くご理解されていないご家族は、何か話さなきゃと思いますね。」と語り、患者の状況を正しく理解できていないような言葉が聞かれたときには、継続的に関わりを持っていることを語った。

このように看護師は、家族が状況を受け入れていないと感じる場面では、面会に付き添い、家族に声を掛ける、患者の状況を説明するという関わりを持っていた。

3. 家族がひとりで面会をしているとき

Aさんは、重度意識障害患者の家族は、面会を訪れても患者と会話ができず、ベッドサイドでひとりぼっちになってしまうと語った。

「毎日面会には来るんだけど、ここにいてもね…何をしゃべってくれるわけじゃないしねとかっていう方が結構多いんですけど、会話ができれば何かこう、自分が来て、そこにいることが意味があったり…そういう意味が見いだせるのかもしれないけれども…そばにすることに、何も返してはくれないじゃないですか、患者さんは…」

Aさんは、このような状況にある家族に対して、「ご家族とか他に寄り添える人がいればいいけれど、いなかった時は、そういうところの手助けに少しでもなれば…」と語り、家族の中にサポートできる人がいない場合は、関わりを持つ必要があると語った。

そしてBさんは、「家族もすごいショックだし、取り乱しちゃう人もいっぱいいる」と語り、「一緒にいるだけでもいいのかなって。1人にされたら不安だろうし、多分、家族はもって何をしたらいいか分からないだろうから…」と語り、不安を軽減するために、家族に付き添うことを語った。

4. 患者の回復が期待できない状況になったとき

BさんとCさんは、救命救急センターに入院した重度意識障害患者の中でも、回復が期待できない患者の家族に対して、それまでとは切り

替えて家族への関わりを持つと語った。

「最初は救命目的で入ってくるけれども、急に難しくなったときに私よく、家族看護に切り替えようとか言うんだよね。(中略)メインは家族看護だねって。死の受容じゃないけども、多分そういうことを考えて。」(Bさん)

「家族もそんな信じられないですよ、昨日までお話ししてた人がって。多分もう、そこだと切り替えると思うんです。私は受け入れていく過程で、期待をかけながらって言うよりは、もう、何て言うんでしょうね…グリーフケアっていうか…」(Cさん)

Cさんは、このような家族への関わりとして、患者についての話を傾聴し、患者は回復の見込みがないという現実を、家族が少しずつ受け入れるよう援助していると語った。

「医師の説明から一緒にいて話を聞いて、どういう話か分かりましたかっていうような感じで、もう1回繰り返し話をして(中略)いつもこうだったんだとか、こんな人だったんですよ的なことが出てくるので、そうになったら、受け入れなければいけない死が来るんだよっていうことを受け入れなければいけないとか、もう意識は戻りませんよっていうことを受け入れなければいけないという状況だっていうのが、家族の中で情報として与えられている場合は、それを少しでも後悔だとか、自分がああすればよかったとかがないようにっていう方にいくと思います。」

5. 患者が最期の瞬間を迎えるとき

重度意識障害患者は、入院後、救命救急センターで亡くなってしまうこともあり、AさんとBさんは、患者が心停止する瞬間には、家族が立ち会えるようにしたいと語った。

「患者さんの最期の、あの、もう、本当に心臓が止まってしまう、脈が全くなくなっ

て、本当にアレスト(心停止)の基線の状態になってしまうという前にご家族には絶対に会っていただけるように、時間の調整をしたい。」(Aさん)

「アレスト(心停止)になったときには絶対に間に合わせてあげたい、家族が来るまでは、波形は出しておきたい。」(Bさん)

そして、家族が病院を離れる際には、処置中に患者が急変する可能性があることを伝え、病院に待機するのか、自宅に戻るのかを相談し、あらかじめ危険な状況であることを家族に説明すると語った。また、Aさんは、バイタルサインの変化から、患者の急変が予測され、「そろそろ危ないかも」と思うと、家族に連絡をしたり、声を掛けたりしていると語った。

「もういよいよかなあってこっちで感じるような状況の時には、ご家族に少しずつ、今ちょっと、こういう変化が出てきていますというか、他にご家族でお会いしたいという方がいれば、声をかけたほうがいいかもしれませんということとかを少しずつ入っていきながら言ったりとか…」

また、患者が心停止しそうな場面で動揺して、ベッドサイドから離れてしまう家族には、状況を説明し、そばに付き添っていることを語った。

「もうすぐ本当に心臓止まっちゃいそうな状況なんです。(中略)もしかしたら皆さん間に合う可能性のほうが低いんですけど、それでも今電話に行っちゃいますか。それともお1人かもしれないけれど、今、ここでご一緒にあの…最期のときをお看取りされますかみたいな感じで、声を掛ける時もある。」

VII. 考 察

研究参加者の語りから、救命救急センターに勤務する看護師が、緊急入院した重度意識障害患者の家族に積極的な関わりを持つ必要がある

と感じた、5つの場面が明らかとなった。研究参加者は、家族の様子を注意深く観察し、その様子から、関与りの必要性を判断していた。よって、本研究においては、救命救急センターに勤務する看護師が、家族に関わりを持つ必要があると判断する根拠となった家族の状況と、それに対する関わりに焦点をあて、以下に考察する。

1. 救命救急センターに入院するということ

救命救急センターに勤務する看護師は、緊急入院した重度意識障害患者の家族が、患者の突然の発症で来院し、慣れない環境に置かれることから、入院時多くの不安を抱えていると感じ、その不安を少しでも軽減しようと、家族に関わりを持っていた。

先行研究においては、脳血管疾患により緊急入院した患者の家族は、発症を知ったとき、「驚き」の心理状態にあり、「現実を理解できない気持ち」、「動揺」、「焦り」といったパニック状態と思われるような状況にあることが報告されている(鎌田・中川, 2004)。そして、患者が入院となる救命救急センターは、一般的に重症患者が入院する場所であり、家族は、救命センターというその名称だけで、生命の危険や重症であろうということ想像していると報告されている(日永田・北野・上川他, 1998)。よって、救命救急センターに入院になったという出来事そのものが、家族に衝撃を与えていたと考えられる。また、救命救急センターには、見たことのないような医療機器が並び、アラームが鳴り響くなど、緊迫した独特の雰囲気があり、家族はこのような雰囲気になじめず、ここから気持ちの動揺が始まることも報告されている(長谷川・平山・鶴田, 1991,p.35)。

本研究の参加者も、家族は突然知らせを受け、動揺しながら来院していることや、多くの機械に囲まれ、モニターのアラームが鳴る救命救急センター独特の雰囲気に戸惑い、不安を感じていと捉えていた。このため、家族が少しでも安心できるようにと声を掛け、必要に応じて説明を加えていたと考えられる。

2. 全く反応を示さない患者との対面

面会に訪れた重度意識障害患者の家族は、自ら言葉を発することなく、機械に囲まれ、黙ってベッドに横たわっている患者と対面する。意識のある患者であれば、面会に来た家族の姿を見て、自分の家族をそばに呼び寄せることができるが、重度意識障害患者はそれさえもできない。日永田・北野・上川他(1998)の研究では、緊急入院患者の家族が、情緒的危機に陥る要因の一つとして、患者の姿の変化が報告されており、普段の姿から変化した患者の姿が、家族にショックを与えることが示唆されている。Cさんが、「家族も信じられない」と語ったように、直前まで普段と変わらずに過ごしていた家族が、突然全く反応を示さなくなってしまう状況は、家族に大きな衝撃を与えると共に、信じ難い出来事であると予測される。樽松・黒田(2006)の研究においても、突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者は、意識の回復は困難であると医師から説明されても、そのことを事実として受け入れるには葛藤が生じていたことが報告されている。Aさんは、全く反応を示さない患者を前に、家族は面会に来る意味を見出せなくなってしまうことさえあると語っていたが、このような家族も、全く返事をしてくれない患者を前に自問自答し、様々な思いを巡らせていたと考えられる。

このように、重度意識障害患者の家族は、緊急入院という突然の出来事に加え、患者が反応を示さないという更なる受け入れ難い事実直面することになり、戸惑いと不安を抱えながら、面会に訪れていたと考えられる。本研究の参加者は、家族のこのような状況を捉え、まずは、ベッドサイドへと向かい、患者と対面できるようそばに付き添っていた。Blumenfield, Schoeps(1996/1999)は、実際の姿を見てもらうことによって、家族には置かれている状況がはっきりする。これによって家族が安心する場合もあるし、逆に「悪い結果」に対して心の準備が始まる場合もある(p.42)と述べており、家族が自身の目で患者の様子を確認することは、ときにショックを与えることにもなりかねないが、現実と向き合うための第一歩となり、このよう

な看護師の関わりは、家族の意識を現実へと向かわせるという意味を持っていたと考えられる。

3. 患者は回復しないという現実

本研究の参加者は、患者の回復が期待できない状況になったときには、意識して家族に関わりを持つと語り、患者の状況を説明し、患者は回復の見込みがないことを、家族が少しずつ受け入れるよう援助すると語っていた。長谷川・平山・鶴田(1991)は、予後不良が予測される患者の場合、家族の状況を踏まえ、早くから家族とコミュニケーションをとりはじめ、患者の状態を伝えていくことが大切であり、このような関わりにより家族は、少しずつ患者が亡くなるという心構えができていくと報告している(p.33)。本研究の参加者が行っていた関わりは、やがて訪れる患者の死を、家族が受け入れていくための支援であったと考えられる。

また、AさんとBさんは、患者が急変等により亡くなる可能性があるときには、家族が立ち会えるよう関わりを持っていることを語った。高山・小竹林・松村(2001)は、CPA患者家族の心理プロセスとして、患者への面会や死亡宣告時は、現実を目の当たりにすることで、強い衝撃を受けるが、現実を受け入れようと自ら行動し始めることを報告しており、突然の出来事に動揺している家族の状況理解を促す関わりであったと考えられる。またAさんは、このような場面では、とにかく家族と一緒に患者のベッドサイドに付き添うと語っていたが、短時間で死に至ることが予測される患者の家族に対する姿勢として、第一に家族を置き去りにしてはならないとされており(長谷川・平山・鶴田, 1991)、そばに付き添うことで、動揺する家族の支えになっていたと考えられる。

このように、救命救急センターに勤務する看護師が、緊急入院した重度意識障害患者の家族に対して、積極的な関わりを持つ必要があると感じた場面は、救命救急センターへの入院時、全く反応を示さない患者との対面時、患者の回復が期待できない状況になったときであり、患者の家族が受け入れ難い現実と直面している場

面であった。このような場面で看護師は、家族が受け入れ難い現実を少しずつでも受け入れていけるようにと声を掛け、患者の状況を説明し、そばに付き添うという関わりを持っていた。したがって、救命救急センターに勤務する看護師は、緊急入院した重度意識障害患者の家族が、受け入れ難い現実と直面し大きな不安を抱え動揺していることを予測し、家族を1人にせず、面会時には患者のベッドサイドへと足を運び、家族に付き添うことが、家族ケアを実践していくための第一歩になると考えられる。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設の救命救急センターに研究協力を依頼し、得られた研究参加者であったため、施設の特徴が影響していると考えられる。また、研究参加者も3名と少なく、緊急入院した重度意識障害患者の家族に積極的な関わりが必要な場面の一端にすぎない。今後は、対象者をさらに増やし、分析を進めていく必要がある。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、研究参加者の皆さまをはじめ、ご協力下さいました全ての方々へ心より感謝申し上げます。本研究は、平成21年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施いたしました。

文 献

- 安孫子智恵・鈴木明子・佐藤久美(1999). 集中治療室入室患者家族のニーズを知る—Molterの重症患者家族ニーズを用いて—, 日本看護学会論文集:成人看護Ⅰ, 29, 18-20.
- 長谷川浩・平山正実・鶴田早苗(1991). 危機場面における精神的ケア—ICU・救急を中心に, 医学書院, 33-40.
- 畑迫和子・山下宏子・藤原淳子(1992). N.C. Molterの“重症患者家族のニーズ”を参考にしたアンケートの分析—救急車で来院した患者の家族が看護婦の対応について望むこと—, 日本看護学会論文集:成人看護Ⅰ,

- 23, 168-170.
- 日永田哲子・北野登美子・上川経美・平原順子・白川キン(1998). 緊急入院患者家族の情緒的危機に陥る要因と危機介入. 日本看護学会論文集:成人看護Ⅰ, 29, 27-29.
- 鎌田梨愛・中川雅子(2004). 脳血管疾患により救急入院した患者家族の心理と情報提供に関するニーズ. 三重看護学誌, 6, 121-136.
- 川瀬みさ子(1999). 救急領域で死にゆく患者とその家族に関わる看護婦のジレンマ. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 24, 502-508.
- 樽松久美子・黒田裕子(2006). 意識障害患者の家族が辿る心理社会的な体験の記述と看護支援—突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者の一事例に基づく探究—. 日本クリティカルケア看護学会誌, 2(2), 89-97.
- Michael Blumenfield, M.D., Margot M. Schoeps, M.S., R.N., C.S (1996)／堤邦彦(1999). 救急患者の精神的ケア 症例から学ぶ全人的アプローチ. メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 緒方久美子・佐藤禮子(2004). ICU緊急入室患者の家族員の情緒的反応に関する研究. 日本看護科学会誌, 24(3), 21-29.
- 杉内喜世子・赤沼智子(2007). 脳死状態となった患者の家族看護に対する看護師の意識. 日本看護学会論文集:看護総合, 38, 23-25.
- 高山裕喜枝・小竹林徳子・松村さゆり(2001). CPA患者家族の心理プロセスの分析(第2報). 日本救急看護学会雑誌, 3(2), 59-65.
- 善家里子・永喜久恵・田中靖子・中南美鈴・高橋玲・新家和子・都築朝子・安達和美(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.