

PPCI 治療過程における急性冠症候群患者家族への看護支援に対する部門機能特性の影響

迫田 典子 (獨協医科大学 看護学部, n-sakoda@dokkyomed.ac.jp)

Influence of departmental functional characteristics on nursing support for family needs during primary percutaneous coronary intervention for acute coronary syndrome patients

Noriko Sakoda (School of Nursing, Dokkyo Medical University, Japan)

要約

本研究は、PPCI（プライマリー経皮的冠動脈インターベンション）治療過程において、各部門の機能特性が急性冠症候群（ACS）患者家族への看護支援に与える影響を、救急外来・血管造影室・集中治療室の3部門の比較から明らかにすることを目的とした。PPCI実施施設34施設の救急外来、血管造影室、集中治療室に勤務する看護師258名を対象に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。Molter（1979）の家族ニード分類を理論的枠組みとし、安楽・情報・接近の3領域18項目について6段階リッカート尺度で評価した。部署間比較には χ^2 検定および一元配置分散分析（事後比較：Tukey HSD法）を用いた。すべてのニード領域において部署間に有意差を認めた（ $p < .001$ ）。救急外来では安楽・情報ニードへの基本的支援は6～7割前後で実施されていたが、面会調整や部門間連携は不十分であった。血管造影室では全ニードの実施率および得点が一貫して最低値を示し、治療優先の部門特性に起因する構造的制約が家族支援を規定していることが示された。集中治療室では包括的な支援が高率で実施されており、特に次の治療先への情報伝達（92.4%）や面会調整（90.5%）が高値を示した。事後比較では、血管造影室は救急外来・集中治療室の双方より有意に低値を示したが（すべて $p < .001$ ）、救急外来と集中治療室の間に有意差は認めなかった。PPCI治療過程における家族への看護支援は、看護師個人の態度や能力よりも、各部門の機能特性・時間的制約といった構造的要因に強く規定されることが明らかとなった。血管造影室を「支援の構造的空白域」として特定した本知見は、部門横断的な家族支援体制の設計に向けた実践的根拠を提供するものである。

Abstract

This study aimed to examine the influence of departmental functional characteristics on nursing support for family needs during the primary percutaneous coronary intervention (PPCI) process, by comparing practices across three departments: the emergency department (ED), cardiac catheterization laboratory (CCL), and intensive care unit (ICU). A questionnaire survey was conducted with 258 nurses from 34 PPCI-capable facilities. The survey, based on Molter's family needs framework, assessed 18 nursing support items across three domains: comfort, information, and proximity. Data were analyzed using chi-square tests and one-way ANOVA with Tukey's HSD post-hoc test. Significant departmental differences were observed in all support domains ($p < .001$). ED nurses provided moderate support for comfort and information but showed limitations in interdepartmental coordination. CCL nurses had the lowest implementation rates across all categories, demonstrating that the structural constraints inherent to this treatment-prioritized environment systematically restrict family support. In contrast, ICU nurses demonstrated high implementation rates for comprehensive support, including psychological assessment and systematic information transfer. Post-hoc comparisons revealed that support scores in the CCL were significantly lower than those in both the ED and ICU ($p < .001$), while no significant differences were found between the ED and ICU. Nursing support for family needs during PPCI is governed more strongly by the structural characteristics and time constraints of each department than by individual nursing competence. By identifying the CCL as a structural gap in family support, this study provides an evidence base for designing interdepartmental family support systems that compensate for the inherent limitations of the catheterization environment.

キーワード

急性冠症候群, 家族のニード, プライマリー経皮的冠動脈インターベンション, 看護支援, クリティカルケア

1. はじめに

心疾患は我が国における死因の第2位であり、中でも急性冠症候群（acute coronary syndrome: 以下ACS）は最も死亡率が高い（e-stat政府統計の窓口, 2018）。ACSの治療法であるプライマリー経皮的冠動脈インターベンション（Primary percutaneous coronary intervention: 以下PPCI）は、ACS発症後12

時間以内かつ医療従事者と接触後90分以内に実施される超急性期の治療である（アメリカ心臓協会, 2021）。

PPCIを受ける患者および家族は、超急性期にあることから心理的苦痛を生じているが、身体的治療が最優先事項となるため心理的支援は後回しとなり、十分な支援を受けられていない可能性がある（本田他, 2012）。しかし、超急性期における心理的支援は、患者および家族の精神的安定をもたらす、回復過程や退院後の日常生活にも好影響を与える（町田・中村, 2016）。

Molter（1979）は、危機的状況にある患者の家族のニードを、

安楽・安寧(comfort)、情報(information)、接近(proximity)、保証(assurance)、支援(support)の5つに分類した。この枠組みは家族のニードを理解する上で広く用いられている。

先行研究では、PPCIを受ける患者の心理として「胸痛」と「予後」への不安(山浦他, 2008)、家族の心理として「患者の危機的状態の再確認による衝撃」「患者の救命に対する不安」等(辻川他, 2015)が明らかにされている。また、集中治療室の患者家族は突然の出来事で困惑し、治療参加できないことへの無力感をもつ(緒方・佐藤, 2004)と報告されている。

しかし、PPCI治療過程において、患者家族のニードに対してどのような看護支援が実施されているのかという実態に関する報告は見当たらない。とりわけ、救急外来・血管造影室・集中治療室という機能の異なる複数部門を横断的に比較した研究は存在せず、各部門の機能特性が家族支援の実施状況をどのように規定しているかは明らかでない。この構造的要因の解明は、単なる実態把握にとどまらず、部門特性に即した家族支援体制の設計に向けた実践的知見を提供しうる点で、学術的・臨床的意義を有する。

2. 研究目的

PPCI治療過程において、救急外来・血管造影室・集中治療室の各部門の機能特性が、ACS患者家族のニードに対する看護支援の実施状況に与える影響を明らかにすることを目的とした。

3. 研究方法

3.1 対象

A地方にあるPPCI実施施設から無作為に抽出した34施設のうち、本研究の趣旨を理解し研究協力に同意した施設の救急外来、血管造影室、集中治療室に勤務する看護師を対象とした。PPCIは救急外来から血管造影室、集中治療室へと連続的に治療が行われるため、各部門の特性による支援の差異を検討が必要があると考えた。

3.2 調査方法

郵送法による自記式の質問紙調査を実施した。研究の趣旨・目的・倫理的配慮について文書で説明し、調査票の提出をもって同意とみなす旨を明記した。

3.3 調査内容

質問紙は、基本属性(性別、年齢、看護師経験年数、PPCI看護経験年数等)と、PPCIを受ける患者家族のニードに対する看護支援の実施状況を問う項目で構成した。

看護支援項目はMolter(1979)の家族ニード分類を理論的枠組みとし、先行研究(稲垣・高見沢, 2010; 町田・中村, 2016; 緒方・佐藤, 2004)を参考に、超急性期に重要と考えられる「安楽」「情報」「接近」の3ニードに焦点を当て、18項目を選定した。Molterの5分類のうち残る「保証(assurance)」および「支援(support)」の2領域については、PPCI超急性期という極めて短時間かつ治療介入が優先される状況下では、これらを看護師が主体的に提供することが構造的に困難であり、先行研究においても超急性期の評価項目として採用されてい

ない(稲垣・高見沢, 2010; 町田・中村, 2016)。したがって、超急性期の時間的・物理的制約のなかで実施可能性が高い3領域に絞り込むことが、各部門の実態評価として妥当と判断した。

各項目は「1:あてはまらない」～「6:とてもあてはまる」の6段階リッカート尺度で評価した。

作成した質問紙は各部署5名ずつ計15名にプレテストを実施し、内容妥当性については急性・重症患者看護専門看護師1名、救急看護認定看護師1名、慢性心不全看護認定看護師1名、および看護研究者2名により検討した。

内的整合性を検討するためCronbach's α 係数を算出した結果、質問紙全体は0.971、救急外来0.963、血管造影室0.982、集中治療室0.960であり、高い信頼性が確認された。

3.4 分析方法

データ分析は、まず単純集計し、「4:ややあてはまる」「5:あてはまる」「6:とてもあてはまる」を「実施あり」と定義して実施率(%)を算出した。部署間比較は各項目ごとに χ^2 検定を用いて行った。

さらに、各ニード得点(1～6点の平均値)について一元配置分散分析を実施し、事後比較はTukey HSD法を用いた。効果量として η^2 を算出した。分散分析の前提条件として、正規性はヒストグラムおよびQ-Qプロットにより確認し、等分散性はLevene検定により検討した。有意水準は5%未満とし、解析にはIBM SPSS Statistics Ver.28を用いた。

3.5 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号21-22H)。対象者には、研究への参加は自由であり、調査票を提出した後も参加を撤回できること、その際には不利益を被らないこと、得られたデータは研究以外には使用せず適切に管理すること、さらに、結果を公表する際には個人が特定されないように配慮することについて、文書で説明した。また、研究参加への同意は、調査票の提出をもって確認されることを明記した。個人情報の保護のために、調査票及び封筒は無記名とした。

なお、本研究に関して開示すべき利益相反状態はない。

4. 結果

4.1 対象者の概要

対象者は258名(男性48名、女性210名)で平均年齢は37.2歳(標準偏差8.1歳)であった。看護師経験平均年数は14.3年(標準偏差7.2年)、PPCI看護経験平均年数7.9年(標準偏差4.2年)であった。救急外来の対象者は103名(平均年齢36.3歳(標準偏差8.3歳)、看護師経験平均年数13.1年(標準偏差6.9歳)、PPCI看護経験平均年数7.5年(標準偏差4.4年))、血管造影室の対象者は50名(平均年齢40.5歳(標準偏差6.9歳)、看護師経験平均年数17.8年(標準偏差6.7年)、PPCI看護経験平均年数7.8歳(標準偏差2.5年))、集中治療室の対象者は105名(平均年齢36.7歳(標準偏差8.2歳)、看護師経験年数13.8年(標準偏差7.2年)、PPCI看護経験平均年数8.4年(標準偏差4.6年))であった。

4.2 家族のニーズに対する看護支援の実態

所属部門（救急外来・血管造影室・集中治療室）の3群間における回答分布を表1に示した。実施率は「ややあてはまる」「あてはまる」「とてもあてはまる」（4～6点）を実施ありとした。

4.2.1 安楽・安寧のニーズに対する支援

安楽・安寧ニーズに関する各項目の実施率は部署間で有意差を認めた（ $\chi^2 = 102.642 \sim 116.481$, すべて $p < .001$ ）。

救急外来では、「労いの声掛けを行う」（73.8 %）、「励ましの声掛けを行う」（64.1 %）、「不安や気がかりなことを確認する」（71.8 %）など、安楽・安寧ニーズへの支援は7割前後で実施されていた。

血管造影室では実施率は全体的に低く、「患者の家族が安心できるように声掛けを行う」は実施者が認められなかった。

集中治療室ではすべての安楽・安寧ニーズ項目で5割以上が実施しており、「家族の訴えを傾聴する」（89.5 %）、「家族の言動を観察する」（87.6 %）など心理状態の把握に関する支援が高率であった。

以上より、安楽・安寧ニーズに対する支援は血管造影室で一貫して低値を示す傾向が確認された。

4.2.2 情報のニーズに対する支援

情報ニーズに関する各項目についても部署間で有意差を認めた（ $\chi^2 = 29.473 \sim 72.801$, すべて $p < .001$ ）。

救急外来では、「疑問を質問できることを伝える」（74.8 %）、「患者の状況を説明する」（65.0 %）など、情報提供に関する支援が6割以上で実施されていた。

血管造影室では実施率は概ね30～40 %台であり、5割を超える項目は認められなかった。

集中治療室では5割以上の実施率を示し、「心理支援内容を次の治療先へ伝える」（92.4 %）、「家族の心理状態を引き継ぐ」（88.6 %）など、連携に関する支援が有意に高値であった。

4.2.3 接近のニーズに対する支援

接近ニーズに関する各項目でも部署間に有意差を認めた（ $\chi^2 = 36.636 \sim 67.357$, すべて $p < .001$ ）。

救急外来では、「面会できることを伝える」（63.1 %）は一定程度実施されていたが、面会調整や連携支援は十分ではなかった。

血管造影室では接近ニーズに対する支援は全体的に低値であった。

集中治療室では、「面会調整を行う」（90.5 %）、「面会室を準備する」（88.6 %）など、面会支援が有意に高く、さらに家族の来院状況や心理状態を共有する連携支援も高率であった。

表1：部門別にみた家族のニーズに対する看護支援の実施状況

ニーズ	項目	救急外来 n (%)	血管造影室 n (%)	集中治療室 n (%)	χ^2 (p 値)
安楽	1. 到着時の患者の家族の訴えについて傾聴する	71.80 %	40.00 %	89.50 %	115.426 (< .001)
	2. 患者の家族が安心できるように声掛けを行う	62.10 %	0.00 %	85.70 %	42.052 (< .001)
	3. 労いの声掛けを患者の家族に行う	73.80 %	0.00 %	86.70 %	67.357 (< .001)
	4. 励ましの声掛けを患者の家族に行う	64.10 %	0.00 %	84.80 %	46.124 (< .001)
	5. 不安や気がかりなことについて患者の家族に確認を行う	71.80 %	60.90 %	88.60 %	72.601 (< .001)
	6. 患者の家族の心理状態について観察を行う	69.90 %	40.00 %	87.60 %	59.263 (< .001)
	7. 患者の家族の訴えを傾聴する	75.70 %	42.00 %	89.50 %	51.627 (< .001)
	8. 患者の家族の言動について観察を行う	72.80 %	38.00 %	87.60 %	64.056 (< .001)
情報	9. 患者の状況について患者の家族に説明を行う	65.00 %	36.00 %	81.00 %	102.642 (< .001)
	10. 疑問について質問できることを患者の家族に伝える	74.80 %	30.00 %	84.00 %	116.481 (< .001)
	11. 患者の家族と接する時には、医療用語ではなく理解しやすい言葉で話す	68.90 %	38.00 %	82.90 %	45.883 (< .001)
	12. 入室中の患者の家族の心理状態について次の治療先の看護師に伝える	45.60 %	20.00 %	88.60 %	36.636 (< .001)
	13. 入室中の患者の家族の心理状態について次の治療先の看護師に伝える	42.70 %	18.00 %	92.40 %	29.473 (< .001)
接近	14. 患者と面会できることを患者の家族に伝える	63.10 %	20.00 %	91.40 %	109.988 (< .001)
	15. 患者に家族が面会できるように調整を行う	54.40 %	0.00 %	90.50 %	52.451 (< .001)
	16. 患者の家族が到着時までには面会室の準備を整える	48.50 %	0.00 %	88.60 %	72.801 (< .001)
	17. 退室時までには患者の家族が来院できなかった場合には、次の治療場所の看護師に連絡を入れる	39.80 %	12.00 %	94.30 %	30.520 (< .001)
	18. 退室時までには患者の家族の面会が無い場合には、医師に報告をする	41.70 %	10.00 %	90.50 %	49.775 (< .001)

注：実施率は6段階リッカート尺度のうち「4：ややあてはまる」「5：あてはまる」「6：とてもあてはまる」を「実施あり」として算出した割合 (%) を示す。部門間の差異は χ^2 検定により検定した。ED＝救急外来、CCL＝血管造影室、ICU＝集中治療室。** $p < .001$ 。

表2：ニード別得点の部門差（一元配置分散分析）

ニード得点	救急外来 (n = 103)	血管造影室 (n = 50)	集中治療室 (n = 105)	F (2,255)	p値	η^2
情報	3.80±0.98	2.99±0.93	3.93±0.92	17.952	<.001	0.12
接近	3.85±1.03	2.60±0.92	3.99±1.04	34.834	<.001	0.21
安楽	3.89±1.01	2.47±0.72	4.01±1.06	45.822	<.001	0.26

注：各ニード得点は当該ニードに対応する6項目の平均値（1～6点）を示す。 η^2 は効果量。事後比較はTukey HSD法。CCL＝血管造影室は救急外来（ED）および集中治療室（ICU）双方より有意に低値（すべて $p < .001$ ）。EDとICUの間には有意差なし。事後比較（Tukey HSD）：血管造影室は救急外来および集中治療室より有意に低値（すべて $p < .001$ ）。

（いずれも $p < .01$ ）。

4.2.4 ニード別得点の部門差

分散分析の前提条件を確認した結果、ヒストグラムおよびQ-Qプロットにより各ニード得点は概ね正規性を満たしていた。Levene検定の結果、情報ニード（ $F(2,255) = 0.480, p = .619$ ）および接近ニード（ $F(2,255) = 0.200, p = .819$ ）では等分散性が確認された。一方、安楽・安寧ニードでは有意差を認め（ $F(2,255) = 3.504, p = .032$ ）、等分散性の仮定が一部満たされなかったが、サンプルサイズが十分に確保されていることから、分散分析の適用は妥当であると判断した。なお、等分散性が満たされなかった安楽・安寧ニードについては、一元配置分散分析はサンプルサイズが大きい場合（本研究では各群50名以上、計258名）にLevene検定で有意差が生じても頑健（robust）であることが示されており（Field, 2018）、分析の適用は統計的に許容されると判断した。また、6段階リッカート尺度の各項目を平均値として扱い連続変数として分析したことについては、6件法以上の尺度を間隔尺度として扱うことは看護・医療研究において広く用いられており（Norman, 2010）、本研究においても各ニードの複数項目を合算した平均値（18項目中各6項目）を分析対象としているため、この取り扱いは妥当と判断した。

各ニード得点（1～6点の平均値）について一元配置分散分析を行った。安楽・安寧ニード得点は、 $F(2,255) = 45.822, p < .001, \eta^2 = 0.26$ より部署間で有意差を認めた。情報ニード得点は、 $F(2,255) = 17.952, p < .001, \eta^2 = 0.12$ より部署間で有意差を認めた。接近ニード得点も $F(2,255) = 34.834, p < .001, \eta^2 = 0.22$ により部署間で有意差を認めた。

事後比較（Tukey HSD）の結果、いずれのニードにおいても血管造影室は救急外来および集中治療室より有意に低かった（すべて $p < .001$ ）。救急外来と集中治療室の間には有意差は認められなかった。

以上より、血管造影室は情報・接近・安楽のすべてのニードにおいて一貫して低値を示す傾向が確認された。

5. 考察

5.1 救急外来における家族のニードと看護支援

救急外来では、安楽・安寧のニード、情報のニード、接近のニードに対する基本的な支援は実施されていた。特に、「労いの声掛け」「励ましの声掛け」「不安や気がかりなことの確認」といった安楽・安寧のニードに対する支援の実施率が高

値であり、ACS発症という危機的状況に直面した家族の心理的動揺を緩和するための支援として重要である。また、「疑問について質問できることを伝える」「患者の状況について説明を行う」といった情報ニードへの支援も6割以上で実施されていた。緊急搬送された患者の家族は病状や予後に対する不安が強いことが報告されており（町田・中村, 2016）、情報提供は家族の不安軽減に寄与すると考えられる。一方で、面会調整や部門間連携に関する支援は十分ではなかった。PPCIは発症後12時間以内かつ医療従事者接触後90分以内に実施する必要があり（アメリカ心臓協会, 2021）、短時間で診断および治療を開始しなければならない（本田他, 2012）。このような時間的制約および救急外来の業務特性が、家族支援の拡充を構造的に困難にしている可能性が示唆された。

5.2 血管造影室における家族のニードと看護支援

血管造影室では、情報・接近・安楽・安寧のすべてのニード得点において他部署より有意に低値を示した。この結果は、看護師個人の意識や能力の問題というよりも、部門機能に起因する構造的制約の影響を示唆している。

血管造影室ではPPCI治療そのものが最優先され、看護師は患者の治療補助および急変対応に集中する必要がある。そのため家族と接する時間や機会が物理的に制限される。侵襲的治療中の家族は「患者の救命への不安」や「危機的状況の再確認による衝撃」を経験することが報告されており（辻川他, 2015）、また治療中の家族は祈願や医療者への委任などのコーピングを行うとされている（小坪他, 2021）。本研究は、そのような心理状態にある家族に対して、支援が十分に行われていない現状を数量的に示した点に意義がある。一方で、「不安や気がかりなことの確認」など短時間で実施可能な支援は一定程度行われていた。

したがって、血管造影室では限られた接触機会の中で実施可能な“短時間型家族支援モデル”の構築が求められる。

5.3 集中治療室における家族のニードと看護支援

集中治療室では、すべてのニードにおいて高い実施率および高得点を示した。特に、傾聴や心理状態の観察など家族の心理的アセスメントに関する支援が高率であった。

集中治療室における患者家族は突然の出来事により困惑し、治療に参加できないことへの無力感を抱くことが報告されている（緒方・佐藤, 2004）。そのため、患者との面会機会の確保や心理状態の把握は、家族の安心感を高める上で重要

である。また、次の治療先への情報伝達や連携支援の実施率も高かった。家族看護においては危機的状況への介入は継続的であることが重要とされており（鈴木・渡辺, 2019）、集中治療室は、家族支援の「統合・継続の中核的機能」を担っている可能性が示唆された。

5.4 部門機能特性が規定する家族支援の構造的格差とその臨床的含意

本研究の中心的知見は、血管造影室が情報・接近・安楽・安寧のすべてのニーズにおいて一貫して有意に低値を示し、かつ効果量も中程度 ($\eta^2 = 0.12 \sim 0.26$) に達したことである。一方、救急外来と集中治療室の間には有意差が認められなかった。この非対称な部門差パターンは、家族支援の実施状況が看護師個人の態度や能力よりも、各部門の機能特性・時間的制約・物理的環境という構造的要因に強く規定されていることを示している。すなわち、血管造影室は「支援の構造的空白域」として位置づけられる。この概念的特定は、単なる実態の記述を超え、部門横断的な家族支援体制の設計における根拠となる。なお、「支援の構造的空白域 (structural gap in family support)」という概念について、既存研究との関係を整理する。これまでの先行研究は、CCLや血管造影室における家族支援の不足を記述的に報告してきた（辻川他, 2015；山浦他, 2008）が、いずれも特定部門を「構造的に支援が成立しない空間」として概念化するには至っていない。本研究はこの空白を、看護師個人の意識や能力の問題に帰属するのではなく、部門の機能構造に内在する制約として定式化した点に新規性がある。すなわち、「構造的空白域」とは実態の記述概念ではなく、支援体制設計における「補完が必要な構造的断絶」を示す分析概念として本研究が提示するものであり、部門横断型支援モデルの構築を促す理論的根拠として機能する。

血管造影室ではPPCIが最優先されるため、家族と接する時間が構造的に制限される。しかし、家族のニーズは治療過程を通じて変化し、各部門での体験が次の部門における家族の心理状態に影響を与える。家族看護では危機的状況への介入は継続的であることが重要とされており（鈴木・渡辺, 2019）、血管造影室での支援の空白がその後の回復過程に及ぼす影響は無視できない。

したがって、血管造影室で十分な支援が構造的に困難であるという本知見を踏まえ、救急外来での支援情報を血管造影室を経由して集中治療室へ確実に引き継ぐ「部門連鎖型の家族支援モデル」の構築が実践的課題として提示される。さらに、血管造影室内においても短時間で実施可能な支援プロトコルを整備することで、構造的制約の中でも最低限の家族ニーズ充足を図る取り組みが求められる。

6. おわりに

本研究は、PPCI 治療過程における家族への看護支援が、看護師個人の能力や意識ではなく、各部門の機能特性・時間的制約・物理的環境という構造的要因によって強く規定されることを、多部門横断的な量的調査によって初めて示した。特に、血管造影室を「支援の構造的空白域」として実証的に特定

したことは、従来の実態調査に留まらない理論的貢献を有する。集中治療室では包括的な支援と部門間連携が高率で実施されており、PPCI 治療過程における「支援の統合・継続機能」を担う部門として位置づけられることが明らかとなった。

以上の知見は、PPCI 治療過程における家族支援体制を個々の部門で完結させるのではなく、部門機能の構造的限界を相互補完しながら継続的に支援する「部門連鎖型家族支援モデル」の構築に向けた実践的根拠を提供する。本研究の限界として、A地方の協力施設を対象とした横断的質問紙調査であり、地域的偏りや回答者の自己評価によるバイアスを含む可能性がある。また、家族自身の評価を含んでいないため、支援の実際の効果を直接検証したものではなく、部門間の因果関係を明らかにするものでもない。一般化可能性に関しては、さらなる限界として以下の点が挙げられる。本研究の対象はA地方の34施設であり、救命救急センターの指定状況、病院規模（病床数）、看護師の専門認定資格の保有率等、施設特性が各部門の家族支援実施状況に影響を与えている可能性がある。たとえば、大規模・高機能施設では専任の家族支援担当者や構造化されたプロトコルが整備されており、中小規模施設とは支援環境が異なる可能性が否定できない。また、地域による医療文化・慣行の差異も結果に影響しうる。したがって、本研究の知見は一定の方向性を示すものではあるが、全国的な一般化には対象施設の拡大を伴う追加研究が必要である。

今後は対象施設の拡大と質問項目の精緻化を進めるとともに、家族側の心理的評価を組み合わせた混合研究法により支援の有効性を検証し、部門連鎖型家族支援モデルの具体的プロトコル開発と実装研究へと発展させることが課題である。

謝辞

本研究は、益財団法人循環器病研究振興財団 2022 年度循環器疾患看護研究助成金を受けて実施した。

引用文献

- アメリカ心臓協会 (2021). ACLS プロバイダーマニュアル AHA ガイドライン 2020 準拠. シナジー, pp. 189-214.
- e-stat 政府統計の窓口 (2018). 人口動態調査 第4表 死亡数及び死亡率(人口10万対)死因(死因簡単分類)別一対前年比較一.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- 本田可奈子・三宅千鶴子・八尾みどり・久留島美紀子・豊田久美子 (2012). 三次救急外来において看護師が特に重要と考える看護実践. 人間看護学研究, Vol. 10, pp. 15-24.
- 稲垣美紀・高見沢恵美子 (2010). クリティカルケアを受けている時期の急性心筋梗塞患者の希望および希望に影響する看護援助. 日本循環器看護学会誌, Vol. 6, pp. 70-78.
- 小坪優加・中條雅美・太田典子 (2021). 心臓手術時に待機する家族が抱く不安とコーピング. 日本手術看護学会誌, Vol. 17, No. 1, pp. 132-140.
- 町田真弓・中村美鈴 (2016). 緊急搬送された患者の入院後に到着した家族への関わりに対する熟練看護師の看護実践.

日本クリティカルケア看護学会誌, Vol. 12, No. 3, pp. 11-23.

Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*, Vol. 8, No. 2, pp. 332-339.

Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, Vol. 15, No. 5, pp. 625-632.

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, Vol. 24, No. 3, pp. 21-29.

鈴木和子・渡辺裕子 (2019). 家族看護学 理論と実践 (第5版). 日本看護協会出版会, pp. 189-214.

辻川季巳栄・岡光京子・塚本仁美 (2015). 緊急カテーテル治療を受ける急性冠動脈症候群の家族の初回面会までの体験. 看護・保健科学研究誌, Vol. 16, pp. 21-30.

山浦綾・公塚喜子・幡芳樹 (2008). 緊急心臓カテーテル検査・治療を受ける患者への看護患者の不安に関する実態調査を通して. *Japanese Journal of Interventional Cardiology*, Vol. 23, pp. 210-215.

受稿日：2026年4月3日

受理日：2026年5月12日

発行日：2026年6月30日

Copyright © 2026 Society for Science and Technology



This article is licensed under a Creative Commons [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International] license.



<https://doi.org/10.11425/sst.15.29>