

原著論文

クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した
患者の家族に対するアプローチの方法中野泰規^{1§}, 村井嘉子²

要 旨

本研究の目的は、クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法を明らかにすることである。研究対象者は、ICU/CCUにおいて家族と関わった熟練看護師12名であった。質的帰納的に分析した結果、ICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法として、【家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する】【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする】【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】【家族と接触するタイミングを見計らう】【家族の本音を引き出す】の6つが明らかとなった。クリティカルケア看護師は、家族から患者への支援を引き出すために家族が落ち着きを取り戻す支援、患者とその家族が向き合う時間を整える支援、医師の病状説明からその後のフォローに一貫性を持たせるための工夫の必要性が示唆された。

キーワード クリティカルケア, ICU/CCU, 緊急入院, 家族支援

1. はじめに

クリティカルケア看護師（以下、看護師）は、患者が危機的状況であるが故にその家族の動揺が強いことに配慮し、慎重に個々の家族を支援するためにその背景や実態を把握する必要がある。しかし、看護師は集中治療室（Intensive Care Unit：以下、ICU）／冠動脈疾患集中治療室（Coronary Care Unit：以下、CCU）へ緊急入室した患者の家族とは十分な信頼関係が形成されていないこと、家族の心理的動揺による混乱状態から上手く情報を引き出せない場合も少なくない。家族に関する情報収集は、プライバシーに立ち入ることにも成りかねず患者・家族の感情を傷つけ、看護師との関係性を悪化させる危険性と常に隣り合わせである¹⁾。筆者自身も家族と関わる状況において、患者と家族の窮地を認識すると同時に、一人の人間として感情を揺さぶられ家族の対応に苦慮した経験がある。このような状況において、家族をケアするためには、看護師の知識・技能や鋭い臨床判断が不可欠であり、重大な疾患や障害によって生じる患者の死の不安や恐怖、悲しみを理解する能力が必要であることが指摘されてい

る²⁾が、家族ケアの具体的な内容や方法にまで言及されていない。

本研究の目的は、クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族（以下、家族）に対するアプローチの方法を明らかにすることである。

本研究の意義は、ICU/CCUに緊急入院した患者の家族が患者の状況理解を深め、その家族にしかできない患者への支援を可能にするために、看護師の関わり方の示唆を得ることである。

用語の定義

(1) 家族：絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも家族であると自覚している2人以上の成員であり³⁾、戸籍に含まれない成員でも、患者及び当事者が家族と認知した者。
 (2) 緊急入室：外来受診後、直接ICU/CCUに入院すること、あるいは、一般病棟に入院中の患者が、病状の悪化により急遽ICU/CCUに入室すること。
 (3) クリティカルケア看護師：急性の健康障害のために生命の危機的状態に陥り、機械や薬剤の補助を受けながら治療を受けている患者を守り、その状況で最高の生活の質を目指した援助を行う看護師⁴⁾。

¹ 国立病院機構 金沢医療センター

² 石川県立看護大学

[§] 責任著者

2. 方法

2.1 研究デザイン

質的記述的研究

ICU/CCU 緊急入室からおおよそ1週間に、家族と関わった看護師の率直な語りからその状況のありのままを捉え、看護師の家族への接近の有様を記述した。

2.2 データ収集施設及び研究対象者

データ収集施設は、A 県内にある B 急性期病院の ICU 6 床及び CCU 4 床である。これらは特定集中治療室管理料算定病床であり、看護師 2 名に対し患者 1 名の看護師の配置である。

研究対象者は、B 急性期病院の ICU/CCU において、緊急入室した患者の家族と関わった経験を持ち、(1) 採用・直近の異動から ICU/CCU での臨床経験が継続して 4 年目 (丸 3 年) 以上、または (2) 臨床経験が 5 年以上あり、現在 ICU/CCU での臨床経験が継続して 3 年目 (丸 2 年) の看護師である。これはベナー看護論⁵⁾における自らの看護実践を概念化して捉え、自らの言葉で語る事ができる看護師である。

2.3 データ収集期間、データ収集方法とその内容

データ収集期間は、B 急性期病院倫理審査委員会の承認日 (2015 年 2 月 16 日) から 2015 年 10 月末である。

データ収集方法は、研究対象者に対して半構成的面接を 1~2 回 (1 回 50 分以下) 行った。2 回目の面接では、1 回目に十分聞き取れなかった内容、また分析途中で状況が理解できない点について聞き取りを行った。面接では、研究対象者の許可を得て IC レコーダーに録音した。面接では研究対象者の印象に残っている場面について自由に語ってもらった。特に、看護師から家族へ関わった時の状況、そのきっかけやタイミング、介入が必要な内容やその方法、その時に看護師が考えた事、行動した事、それに対する家族の反応等、丁寧に聞き取りを行った。本研究では、重症患者の家族への関わりに焦点を絞るため、語られた内容が重症患者の家族への関わりであるのかを確認しながら面接を行った。

2.4 研究対象者の公募と研究同意

研究対象者の公募は、施設、病棟管理者の了解を得て、スタッフルームに研究趣旨と協力依頼の

説明文書・同意書を自由に手に取ることができるように設置した。また個別に説明のニーズがある場合には対応した。研究同意は、同意書の返信により同意が得られたと判断した。

2.5 データ分析方法

録音内容を記述化した上で、以下の手順で読み取りを行った。

最初に個別分析を実施した。研究対象者ごとに「ICU/CCU に緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法」が全体的に把握できるまで、記述化したデータを繰り返し読み、何をきっかけに家族への看護介入の必要性を判断し、その状況における介入の内容や方法に関わるデータを抽出しコードとした。データにある研究対象者の介入の必要性やその根拠に注意してデータ全体を読み込みながら、共通する内容をサブカテゴリー、カテゴリーとして整理した。

次に全体分析は、全ての研究対象者のサブカテゴリー、カテゴリーの全体的傾向を見て、共通するサブカテゴリー、カテゴリーとして統合した。カテゴリーがサブカテゴリーやコードにおいて適合するか否かを点検した。適合しないデータがある場合はカテゴリーを再検討した。各カテゴリーの家族と看護師の立ち位置や距離感等の関係についても読み取った。それらのカテゴリーをクリティカルケア看護師の ICU/CCU に緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法とし、その関連性を導き出した。

2.6 分析の信頼性を高める努力

分析は研究者の思い込みや判断をできる限り排除するために、記述化された言葉の意味や意図が不明確な場合には、研究対象者に確認しながら進めた。研究プロセスにおいて質的研究の指導者にスーパービジョンを受けた。

2.7 倫理的配慮

石川県立看護大学倫理委員会 (2015 年 1 月 23 日承認第 1141 号) 及び、B 急性期病院倫理審査委員会 (2015 年 2 月 16 日承認第 55 号) の承認を得た。

研究対象者に対して、研究の目的、内容、研究遂行の全体の流れ、研究協力による期待されること及び研究協力に伴う不自由、不利益、リスク、個人情報保護、また、研究の途中であっても、いつでも断る権利があること、研究に協力しなく

でも不利益を受けないことを説明し、配布した文書にも明記した。研究協力を行うか否か、本人の自由意思によって決定できることを説明した後、署名により研究協力の承認を得た。

3. 結果

3.1 研究対象者の概要

研究対象者は、男性1名、女性11名の計12名であった。ICU/CCU平均経験年数は5年、看護師平均経験年数は8.75年であった。看護基礎教育課程の背景は大学教育3名、専門学校9名であった。

3.2 研究対象者が語った患者と家族の概要(表1)

患者と家族の関係は、全てが直系の親族であり20～70歳代であった。

3.3 クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法

半構成的面接により得られたデータを分析した結果、クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法として、31のサブカテゴリー、6カテゴリーから説明することができた(表2)。6つのカテゴリーは、【家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する】【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする】【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】【家族と接触するタイミングを見計らう】【家族の本音を引き出す】で

ある。以下に、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは< >、コードは[]、実際の語りを要約した部分を**斜体文字**で示し、それぞれのカテゴリーについて詳述する。

(1) 【家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する】

このアプローチの方法は、患者を目の当たりにした時の家族は心理的に動揺・混乱することで、新たな情報を受け入れることが困難になる。その時の家族の表情や反応を見逃さず、**家族が動揺した様子から、一人で患者の治療方針の決定を背負うことが重すぎると感じた場合**(対象者C・F・K)は<受け止められる範囲(を見極める)>や<現状理解度を見極める>。また、看護師は家族からの問いかけの内容や<医師の説明に対する反応を捉える>ことで、家族が[家族が気になっている所に医師の説明が及んでいるのか、その場で聞き入る]ことで家族が理解できる準備状況であるか否かを判断することであった。このような判断は、家族が来院の度に繰り返し行われ、家族の<時間経過に伴う気持ちの変化を確認(する)>していた。**家族が詳細な病態の理解には至らずとも、まずは救命のために手術することを理解してもらい、また、妻が患者の変化に敏感になっており、状況を悪い方に捉える傾向があったので面会前に前回の面会時からの変化を伝えるようにする**(対象者F・I)等、患者に対する理解の深まりや心理状態に合わせて<情報を選択的に提供(する)>していた。家族の認識が事実と異なる場合には、<家族の認識と事実のズレを修正(する)>して

表1 研究対象者が語った患者とその家族の概要

| ID | 患者の年齢 | 性別 | 疾患名 | 患者との続柄・年齢 |
|----|-------|----|---------|---------------|
| A | 60歳代 | 男性 | 脳出血 | 妻・60歳代 |
| B | 10歳代 | 女性 | CPA 蘇生後 | 母・40歳代 |
| C | 50歳代 | 女性 | くも膜下出血 | 兄・50歳代 |
| D | 40歳代 | 女性 | くも膜下出血 | 夫・40歳代 |
| E | 50歳代 | 女性 | くも膜下出血 | 兄・50歳代 |
| F | 50歳代 | 男性 | 脳出血 | 妻・50歳代 |
| G | 50歳代 | 女性 | 小脳出血 | 夫・50歳代 |
| H | 50歳代 | 男性 | 痙攣重責発作 | 妻と娘・50歳代と20歳代 |
| I | 50歳代 | 男性 | 急性心筋梗塞 | 妻・50歳代 |
| J | 70歳代 | 女性 | くも膜下出血 | 娘・50歳代 |
| K | 40歳代 | 男性 | 左皮質下出血 | 父・叔父・70歳代 |
| L | 40歳代 | 男性 | S状結腸癌術後 | 妻・40歳代 |

表2 クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|-------------------------|---|---|
| 家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する | ・受け止められる範囲を見極める | ・許容できる範囲を見極める |
| | ・現状理解度を見極める | ・説明が理解できたか確認する |
| | ・医師の説明に対する反応を捉える | ・家族が気になっている所に医師の説明が及んでいるのか、その場で聞き入る |
| | ・時間経過に伴う気持ちの変化を確認する | ・家族の様子を注視し、その成り行きを把握する |
| | ・情報を選択的に提供する | ・家族が自分を責めている理由が理解できず、その詳細を探ろうと様子を見る |
| | | ・情報を選択的に提供する |
| ・家族の認識と事実のズレを修正する | ・他の家族の到着を待つ ・面会前に患者の状態を説明する ・患者が生命の危機にあることを説明する | |
| 家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない | ・細かく順を追って説明する | ・細かく順を追って説明する |
| | ・関心事に対して説明する | ・一回に多くのことを話さない |
| | | ・関心事に対して説明する |
| | | ・入院後、面会を待つ家族へ患者の状況を伝える |
| | ・理解できるまで説明を進めない | ・理解が進んでない場合はその先の話はしない ・状況を整理するための時間を提供する |
| | ・医師の説明を補足する | ・医師の説明に対する反応を捉え補足する |
| | ・平易な言葉で説明する | ・難しい内容をかみ砕いて説明する |
| | | ・丁寧な答える |
| ・理解が深まるように血圧の変化を伝える | | |
| ・具体的な数字を用いて説明する | ・降圧剤を投与しても高血圧が続いていることを説明する | |
| | ・モニターを見ている時を見計らって状況を伝える | |
| ・医師との連携の事実を伝える | ・バイタルサインと身体情報を説明し主治医から説明があることを伝える | |
| | ・医師へ連絡して、患者の状態悪化に対応していると説明する | |
| 家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする | ・頻回に声掛けする | ・頻回（訪れる機会を見つけて）に声かける |
| | | ・看護師の顔を覚えてもらうように、意識的に声掛けする |
| | | ・挨拶して、看護師の存在を覚えてもらう |
| | ・労をねぎらう | ・労をねぎらう |
| | ・疑問に対応できることを伝える | ・いつでも疑問に対応できることを伝える |
| | ・体調を気遣う声掛けをする | ・体調を気遣う声掛けをする |
| ・家族の生活ぶりを聞き出す | | ・睡眠状態、食事状況について問う |
| | | ・患者不在時の家族の生活ぶりを聞き出す ・体調の相談に乗り、対応策を提案する |

表2 クリティカルケア看護師のICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法（つづき）

| | | |
|----------------------|-------------------------|---|
| 患者とその家族だけの時間・空間を確保する | ・患者とその家族だけの時間・空間を提供する | ・患者と家族だけの時間を作ってあげる |
| | | ・空間を作るためにカーテンを閉める |
| | | ・患者と家族にゆっくり過ごす時間を提供する |
| | | ・患者と家族だけの時間を保証する |
| | | ・血圧が落ち着くまで、患者の側に居てもらうように依頼する |
| | ・患者の側へ誘導する | ・安全な面会場所（位置）に誘導する |
| | ・面会の様子を見守る | ・安全に面会できるように様子を見守る |
| 家族と接触するタイミングを見計らう | ・入院前の習慣を家族と一緒にやる | ・一緒に化粧水を塗る |
| | ・面会時間を融通する | ・面会時間を融通できることを伝え、時に融通する |
| | ・家族の雰囲気違和感を抱き、声掛けを踏み留まる | ・家族から状況にそぐわない返答があり家族の考えに違和感を抱き呆然と立ちすくむ ・落ち着くまでそっとしておく ・視線が合わないことより、声掛けを断念する |
| 家族の本音を引き出す | ・家族からの問いかけに応える | ・家族が話しかけてきた時に応える ・家族からの疑問に答える |
| | ・大勢の前で込み入った話はしない | ・多くの人々の前で、込み入った話をするのは避ける |
| | ・聞き役に徹する | ・難しい病状説明の場に付き添う ・とりあえず思いを聞く ・患者から離れて静かな場所で話を聞く |
| | ・思いを吐露させる | ・家族が自責の念が軽くなるように思いを聞く ・看護師自身の経験を語ることで家族の語りを引き出す |
| | ・希望を引き出す | ・侵襲的な処置の同意の際に、家族に不安や希望を聴く |
| | ・一緒にケアすることで思いを聞く | ・患者愛用の装飾品を身につけさせることができることを説明する ・一緒に手浴を行い、現在の思いや過去の患者の情報を聞き出す |

いた。この時看護師は、家族の直ぐ傍、または家族から少し距離を保った状況で家族の状況を注視しながら、家族の患者に対する状況理解や受け止め度合いを吟味し判断していた。

このアプローチの方法によって、妻は少しずつ落ち着きを取り戻し、**冷静さを失っている状況の中で妻一人で複雑な説明を受けることなく**（対象者F）、他の家族の到着を待つ時間的配慮を受けることとなり、親族のサポートを受けながら説明を受けることができていた。また、**家族は面会前に患者の状態について説明を受ける**（対象者I）ことによって、患者と向き合う気持ちの準備が可能となっていた。

（2）【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】

このアプローチの方法は、家族が患者と同様に心理的な危機状況に陥っていることを踏まえて、その場の家族の目線に立って患者の状況説明をする際に、家族が理解し易いように**ここまで質問はないですか**（対象者C）と＜細かく順を追って説明する＞、家族の＜関心事に対して説明する＞ことであり、説明の内容と用いる言葉を吟味し、その説明の順序や速度を工夫することであった。また、医師の説明に対する家族の反応を捉えて、**解りにくい箇所は噛み砕いて**（対象者C・E）＜医師の説明を補足（する）＞し、時に＜平易な言葉で説明する＞、**モニターを見ている時に病態のことを考えていると捉えて、そのタイミングでモニターを見ながら**（対象者F・G・J）＜具体的な

数字を用いて説明する>など、家族がその内容を咀嚼できるように対応することであった。家族が患者の状態の悪化を目の当たりにした時には、<医師との連携の事実を伝え(る)>ていた。この時看護師は、家族と真正面から向き合い、その場の家族の反応を捉え速やかに対応していた。

このアプローチの方法によって、妻を心配する夫は、**最初は腕組みをして険しい表情から徐々に穏やかな表情に変化していた**(対象者D)。また、一方的に看護師から説明するのではなく、家族から積極的な質問が生じる等、双方向のやり取りが行われるようになっていた。また、医師からの病状説明後に補足説明を加えた時の夫は、**先程の説明より分かりました**(対象者E)と、家族から十分に納得の得られた返答と補足説明に対する感謝の言葉が聞かれていた。

(3)【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】

このアプローチの方法は、家族が医療機器に囲まれた患者により近づき、身近に感じることができるよう**此方からお顔が見えますよ**(対象者I)と<患者の側へ誘導する>。**家族が患者と面会する際に家族が落ち着いて患者と向き合えるように椅子を準備し、涙を流していたのでティッシュを手渡し、ゆっくり面会できるように伝えカーテンを閉める等**(対象者A・B・D・F・H・I)、<患者とその家族だけの時間・空間を提供する>など、患者とその家族とのプライベートな状況を作り出すことであった。また、家族が多忙な日常生活を調整して面会に訪れた場合には、**お仕事が終わった後でも消灯前までなら面会頂けるよう調整しますよ**(対象者B・D)と、<面会時間を融通する>配慮をしていた。時に夫に、**一緒に奥さんの顔を拭いて、化粧水を塗ってあげませんかと誘う**(対象者D)など、<入院前の習慣を家族と一緒に行ってた>。

一方で、**患者の状況が油断できない場合には、カーテンを閉め切らずに少し離れた位置から**(対象者I・L)<面会の様子を見守(る)>っていた。この時看護師は、患者と家族の一体感を作り上げるために物理的な距離をとっていたが、その視線は危機的状況にある患者へ向けられていた。

このアプローチの方法によって、母・夫・妻は患者と安心してプライベートな時間を過ごし、**家族は患者に対して何かをしてあげたい**(対象者A・B・D・F・H・I)という思いを、看護師の助け

を受けながら実現することができていた。**家族の暗かった表情も柔和になり笑顔が見られる**(対象者D)場面もあった。

(4)【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする】

このアプローチの方法は、家族が患者の緊急入室以降、気持ちが落ち込み暗い気持ちで生活している状況を理解し、そのような家族に対して患者のケアだけでなく家族を支援する存在であることを伝えることである。家族が医療器械に囲まれた患者を見舞う時の緊張を和らげ患者不在における家族の健康を気遣い、**家族に出来るだけ(自分の)顔を覚えて欲しい**(対象者B・D・H)と意図し<頻回に声を掛ける>。**突然の入院で驚きましたね**と家族の<労をねぎらう>。また、**連日、家族が患者を案じて病院に待機したり、疲れた表情で昨日と同じ服を着ている家族の様子を見て、しっかり休めていますか?食事はされていますか?**(対象者A・D・F・H・L)と<体調を気遣う声掛けをする>、同様に<家族の生活ぶりを聞き出す>など、家族に対して相談の窓口が開かれていることを示すための声掛けを行うことであった。この時看護師は、積極的に家族に近づき寄り添い働きかけていた。

このアプローチの方法によって、母、夫や妻は看護師の存在が家族の記憶に残り、**担当して下さっている看護師さんですよ、いつもありがとうございます**(対象者B・D・H)、と家族から看護師に声が掛かるようになっていた。また、家族は感情表出の機会を得て、看護師とのやり取りの積み重ねによってコミュニケーションが円滑になっていた。

(5)【家族と接触するタイミングを見計らう】

このアプローチの方法は、家族も危機的状況にあることを理解した上で更なる動揺や混乱に陥ることが無いよう配慮して、家族への声掛けをどのタイミングで行うか、行わないかを吟味している。**家族と目線が合わない、家族の気持ちがその場に無いと感じる等、家族が看護師からの関わりを受けられる余裕が無いと感じた**(対象者D・F)場合には、<家族の雰囲気違和感を抱き、声掛けを踏み止ま(る)>。**私が担当ですので、何かありましたらお伝えください、と声を掛け家族の状況を慎重に観察しつつ**(対象者E)、<家族からの問いかけに応える>態勢を維持することであった。また、

家族の周辺に大勢の知り合いや親族がいる場合は、家族は感情を顕わにすることはできず、込み入った事情は話しにくいと思ったので(対象者F・K) <大勢の前で込み入った話はしない>ことで、その場の家族を尊重し、そのプライバシーを保護することであった。この時看護師は、家族からは離れて、家族から何らかのアクションがあるまで待つ姿勢を整えていた。

このアプローチの方法によって、夫、兄、妻は心理的に動揺が激しい状況において、より負担となる可能性の高い情報を聞くことなく(対象者D・E・F)、家族のペースで患者を見舞うことができていた。また妻は大勢の前で話したくない内事を公開することなく、プライバシーを維持することが出来た。

(6)【家族の本音を引き出す】

このアプローチの方法は、患者が緊急入室して以降、家族も緊張状態にあり自由に語ったり、聞いてもらう時間的ゆとりが無い状況にあることを予測し、家族の心理的閉塞感を緩和しようとするのである。家族の現状に対する思いや不安、現実を受け入れられない気持ちを一気に話したので…、家族が思いの儘に話せるように(対象者F・L) <聞き役に徹(する)>した。〔看護師自身の経験を語ることで家族の語りを引き出す〕ことで<思いを吐露させ(る)>、不安や納得のいかない所はどこですか?と投げかけ、同意書にサインをしてもらう機会を活用して、処置前に電話連絡が欲しいという(対象者C) <希望を引き出す>ことであった。ICU入室後より色々な思いを溜め込んでいることや患者についての思いをその家族と一緒に手浴をしながらなら話しやすいと考え(対象者B・D・L) <ケアを媒体にして思いを聴く>、あるいは<患者から離れて思いを聴く>ことで、家族が話しやすい環境を提供することで行われていた。この時看護師は、家族としっかり向き合い家族が自由に語ることを保証し、家族の全てを受け入れる態勢を維持していた。

このアプローチの方法によって、家族は落ち着いた状況、環境で現状の不安や希望等を看護師に語り(対象者B・D・F・K・L)、侵襲的な処置に対しても納得して治療を任せる態勢となっていた。

以下は、6つのアプローチの方法を導いた具体的な語り一例(対象者C)である。対象者の語

りはイタリック体、コードの元となった生データを下線部で示す。その時の状況を()内に示す。

(入室時、患者の意識レベルはJapan Coma Scale(以下、JCS 0^{注1)})、治療方針は血管内手術であった。対象者Cが患者の兄と関わったのは血管内手術終了後からである。血管内手術中に患者の状態が悪化し治療方針が変更となり、兄が患者の状況を目にしたのは脳室体外ドレナージ及び血管形成術後であり、その時の患者の意識レベルはJCS 300^{注2)}であった。)

(注1は意識清明な状態、注2は痛み刺激にも開眼することなく全く動かない状態)

医師の病状説明に対して兄は、「なんでこうなってしまったんだ」や「原因は何ですか」など、矢継ぎ早に質問していました。家族の質問の数が多くて、(説明を)受け入れるという様子も何えず、言葉や態度から威圧的な印象を受けて…

(私は)病状説明中に家族の反応を見て、納得しているか、家族が聞きたい質問に医師が答えているか、家族が焦点を置いている(気にしている)点はどこなのかを把握しないといけないと思っていました。

(医師による治療の経過と予後の説明後)、予後に関する説明はどうしても具体的になりにくくて、家族からすると曖昧に感じてしまうかもしれない。そこに家族は納得してない様子でした。腕を組みながら「うーん…」という感じで、険しい表情で首を傾げながら話を聞いていたように見えました。

(医師は、今後脳浮腫が増悪した場合には、緊急で減圧開頭術が必要になる可能性についても説明した。)

その後に、(私は兄に)理解できたかを確認をしたんですけど、「先生に聞いたんで…」という感じで、そんな多くは語らず、話しかけて欲しくない様子でした。

これ以上は今、質問してもきっと語ってくれないというか、自分(兄自身)の中で今言われたこと(医師の病状説明)を整理している時間帯かという思いもあって、その場ではそれ以上は介入しませんでした。

(中略)

私は「(兄が)一度に沢山の話を聞かれたので、

後から分からないことが出てくることもあると思うので、その時に思ったことを聞いてください」ということを伝えて距離を取りました。

(その日の夜間に、脳浮腫増悪による頭蓋内圧亢進が急激に進行して呼吸停止し、気管挿管・人工呼吸器が装着された。医師から兄に脳浮腫が予想より早く強く出たためであると説明された。)

その後の面会では、(兄は)最初の面会時の「どうしてこうなったんですか?」って(不安で緊張度の高い)状態に戻ったように感じました。(医師の)説明が終わった後はベッドサイドに行って、椅子に座るよう促したけれど座るわけでもなく、ずっと腕を組んで、首を傾げながら、患者を見下ろしていました。

私は、声を掛けなきゃいけないとは思いましたが、今、声を掛けても何か家族のためになるのかとも思いました。今はわざわざ入っていく(介入する)時じゃないのかなって…。患者を見ながら、医師が言ったことを繰り返し、繰り返し、頭で何回も考えながら、なんとか納得していく時間なんだろうと感じました。それから、兄は落ち着かずICUを何回か出たり入ったりしていました。そして、朝方にやっと椅子に一回座ったんです。その時に声を掛けに行きました。少し時間が経ったので落ち着いたかなと。それと、兄が患者じゃなくモニターを見ていたので…。そうすると、兄から「血压って、これで低くなってきてるんですか?」と質問されました。それで、質問に丁寧に答えて、点滴の説明や治療の流れを詳しく説明しました。それで、兄は「じゃあまだ血压下がってないんですね」と納得していました。私は、質問された所を一個一個説明していく中で、「本当に分かった時はしっかり頷いて反応してくれる」と感じて、なるべくこちらから「ここまでで質問ないですか?」って、細かく区切って確認をしながら関わっていった感じでした。

(中略)

(兄から)「前の話に戻るけど…」という質問が多くなってきた時、頷いてはいたけど実はまだ納得してなかったと思って、次の話には進まないようにしました。質問が多い人だったので、私から一方的に説明するのではなくて、まず兄が気になってるところを全部出してもらおうと思って、それで質問に答えていくようにしました。それで少しは、スムーズに兄と会話できたのかと思いま

すね。

(中略)

その後、(兄は)腕組みも無くなって「ありがとう」という言葉も聞かれたり、ちょっと(看護師との)距離が近づいたかなと思いました。そして(兄の)威圧感も薄れていました。

6つのアプローチの方法の関連性は以下のように説明される。

ICU/CCUに緊急入室から1週間において看護師は、家族に対して真正面から向き合い、家族の表情や仕草、理解や受けとめ状況を把握しながら【家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する】、【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】ように、家族のすぐ傍で家族の状況を注視しながら関り、時に少し距離を保っていた。これらのアプローチを土台として、看護師は【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】こと、積極的に家族に歩み寄り、【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けを(する)】していた。また看護師は、家族が現状に驚き・戸惑い、看護師からの関わりを受ける余裕が無いと判断した場合は、【家族と接触するタイミングを見計らう】ことで家族を見守っていた。一方で、家族から看護師に対して現状における不安や思い等問いかけがある場合には、それを聴く環境を準備し時間を掛けて付き合うことで【家族の本音を引き出(す)】していた。

4. 考察

ICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対する6つのアプローチの方法が明らかになった。先述の如くICU/CCUに緊急入院した患者の家族は、患者が身体的に危機的状況にあると同様に家族も心理的に危機的状況にある。その家族が患者の回復に向けた支援を目指して患者と対峙するためには、家族を支援する存在が必要である。看護師は、家族の心理的な動揺と混乱を沈める関わりを通して、その家族から患者の緊急入室前の情報を引き出し、患者に対して何ができるのかをその家族と一緒に模索しつつ、可能なことから実施することが、家族にしかできない患者への支援の展開の突破口になると考えている。6つのアプローチの方法に内包する意味について(1)家族支援の基盤となるアプローチの方法、(2)家族に患者との親密性を回復・維持させるアプローチの方法、(3)家族に患者の療養生活を支えるエネルギーを醸成

させるアプローチの方法の3つの観点より論述する。

(1) 家族支援の基盤となるアプローチの方法

病院に駆けつけた家族は、患者が様々な医療デバイスに囲まれた状況を目の当たりにし、患者に何が起きているのか理解できず、患者の病状が余談を許さない不確かな状態であると察知した時には情緒的な危機に陥る。このような状況下では、家族は冷静な判断力を失い、認知に歪みが生じる可能性が高い¹⁾。一方で、クリティカルケア看護領域で看護師が家族と初めて対面する場合は、患者ケアが最優先の最中であること、また患者の病態が不安定な状況において、今後、患者が予測不能な変化を来す可能性を想定すると、家族への対応は慎重になる。

本研究結果における【家族の状況理解のキャパシティを見極め支持する】【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】アプローチの方法は、そのような状況の中でも、家族を注意深く観察して意図的に近づき、クリティカルケア看護領域における患者の重篤かつ複雑な病態、身体的苦痛の緩和、高度な医療機器を操作しつつ援助していること等の、説明責任を果たしていたと考えられる。これは重症患者の家族が、患者に実施された処置の理由を正しく知る等の患者の情報提供を強く望んでいるというニーズ⁶⁾や急性期の脳神経疾患患者の家族に患者の情報を積極的に伝えることが、患者を介してその家族と看護師の関係構築に発展させるための重要な支援である⁷⁾こととも合致している。また、エキスパートナースが患者の家族と接する場合、無意識に家族の表情から家族の状況や様相を瞬時に把握する事から始まり、家族の不安定な状況や気持ちの変化などを認識して、それに応じた観察や声掛けなどの援助を行っている事⁸⁾とも類似している。この2つのアプローチの方法は、それぞれの家族を固有の存在として認め、一人ひとりの家族の理解度や気持ちの有り様を吟味しつつ配慮した情報提供を行うことである。看護師はそれぞれの患者と共に生活する家族の存在を意識し、ベッドサイドに訪れる家族へ関心を寄せることで家族の状況把握を繰り返し実施している。時に、家族の理解が進んでいない場合には、その先の話はしない等、その時の家族の状況に合わせて関わり方を流動的に変化させることでもある。これはその家族にとって、患者と家族の置かれた状況理解を促進する重要な役

割を果たしており、ICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対する基盤となるアプローチと考えられる。

(2) 家族に患者との親密性を回復・維持させるアプローチの方法

ICU/CCUに緊急入室した患者の家族は、患者に専心するが故に、家族自身の生活や健康にまで配慮する余裕がない程に追い詰められ心身共に消耗し、うつ状態、不眠等の症状が現れる⁹⁾ことも少なくない。また、一般病棟と比較して厳しい面会制限¹⁰⁾、あるいは、患者の病態や受傷による身体の喪失や意識障害、気管挿管による会話困難等による患者の“変化したアイデンティティ”¹¹⁾によって、患者と家族の間には物理的にも精神的にも距離が形成され¹²⁾、その親密性を維持することが困難になる。

本研究結果における【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする】【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】アプローチの方法は、その家族を生活者と認識しその生活実態を把握し支えようとしていたと考えられる。その生活実態を確認するプロセスは、家族の二次的な健康問題の発症を予防することであり、家族の健康維持は家族自身の心理的危機を乗り越えるためには重要不可欠である。その上で、看護師はその家族の患者に対する反応を見逃すことなく注意深く見守り、積極的に家族と接触する試みを通して、患者を中心に家族と看護師の関係性を築く努力をしていた。これは孤独になりがちな家族を支えることによって、家族に厳しい現実と直面するための原動力¹³⁾を与えることに繋がる。同時に、患者とその家族のプライベートな環境を保証することは、窮地にあるその家族自身が患者と向き合うひと時である。この2つのアプローチの方法によって、看護師は非日常的な環境と時間の経過において家族に安心感を与え、その家族が患者と落ち着いて向き合える状況を作り出し、患者とその家族の親密性を回復・維持を支援するという重要な役割を果たしている。これによりその家族は家族の一員としての意識を高め、何をもって家族とするかを考える余地を与え、これまでとは異なる家族内外での役割を見出す¹⁴⁾ことを意味している。つまり、その家族に今後も継続する患者の療養生活や患者に何らかの課題を残した状況を直視し受け止めることを助けていると考えられる。

(3) 家族に患者の療養生活を支えるエネルギーを醸成させるアプローチの方法

ICU/CCUに緊急入室した患者の家族は、その後暫くは心身共に衝撃を受けパニックに陥り、その対処として防衛的退行に陥る。この段階で現実志向的アプローチを行うと危機の出来事と同じように知覚され、それを脅威と認知することも少なくない⁹⁾。また、家族が危機的状態にある患者を抱えながら成し遂げなければならない課題の一つに、人生・生活を圧倒するような病の体験の中に意味を見出すことがある¹⁵⁾。その家族は、病という衝撃的な出来事を体験したその時から家族の過去と現在、そして未来を家族の一員として共存する事が求められる¹⁶⁾。

本研究結果における【家族と接触するタイミングを見計らう】【家族の本音を引き出す】アプローチの方法は、家族の状況を慎重に観察しながら積極的な働きかけは見合わせる、家族と距離を置きつつも家族から目を離さないでいた。そして家族が秘めたる思いを言語化することで、家族自身の考えを整理することを助けていた。これは家族が落ち着きを取り戻し、現状理解を深めるために必要とする時間を提供することであり、家族のありのままの姿、家族のペースを尊重する援助と考えられる。また、治療に参加できないことの無力感を抱く家族⁹⁾が看護師と共にケアの一部を担うことは、患者への眼差しを維持すると同時に、患者のために何かできるという実感を持たせることにもなる。

この2つアプローチの方法によって、家族からのアクションを待ち、家族からのシグナルを察知した時には家族の思いを吐露させている。これは精神的危機にある人への重要な援助であり、その時、その場の感情を出し尽くすことを見守り、医療者に向けてどのような感情であっても表現できるという保証を言葉や態度で示すよう努めること¹⁷⁾とも合致する。これらのアプローチの方法は、その家族が自身の置かれた状況を再構成し、家族自身の力で危機的状況を乗り越えていくことを支えることである。

6つのアプローチの方法によって患者とその家族が一体感を維持することが可能となり、さらに患者とその家族が向き合う状況を強固にすることができれば、その家族は看護師の考えを超えたその家族にしかできない患者のための支援を創造することが期待される。

5. 看護実践への示唆

ICU/CCUに緊急入室した患者の家族が、患者の状況を理解しその家族にしかできない患者への援助を可能にするためにクリティカルケア看護師は、その家族が落ち着きを取り戻し危機的状況にある患者に向き合うことを支え、心の安らぎを導く関りが求められる。しかし、クリティカルケア看護師は、危機的状況にある患者ケアや急変に対応することを第一義とすることより、ゆとりの無い時間を過ごす傾向が強い。周囲からみればこの状況は、緊張感を与え多忙な状況を推測させる雰囲気醸成し出しがちである。クリティカルケア看護師は、家族が大切な家族の一員である患者を託すに足る専門的な安らぎを感じさせる態勢を示すことが重要であろう。また、家族が落ち着き安らぎを得るためには、ある程度の時間は不可欠である。その時間は家族が孤独に過ごすのではなく、その家族とクリティカルケア看護師相互のやり取り、また、患者を中心に据えてその家族と看護師と一緒に患者へのケアを提供する時間を構築すること、時にはその家族が冷静さを取り戻すために、ベッドサイドから離れるという間合いを作る支援も必要であるかもしれない。

家族の形態が変化・多様化する状況への対応として、医師と看護師が連携して病状説明を行う場合において、どこまでの内容をどのタイミングで話すべきかディスカッションしておくことも重要であると考えられる。それによって、医師の病状説明からその後の看護師のフォローに一貫性を持たせることができ、より効果的な支援になるであろう。

6. 本研究における限界

本研究の対象者は、急性期病院1施設2部門に所属するクリティカルケア看護師であった。急性期病院と称されている施設におけるICU/CCU入退室基準や看護体制等が異なる場合、また地域特有の家族の在り方や方法によって、本研究とは異なるアプローチの方法も考えられる。

本研究で詳細に区分されなかった急激な健康問題を発症した患者を気にかけて見舞う家族の属性、患者との年齢差、職業、役割、健康状態、子どもの有無、同居の有無等によって異なる関わりも必要である。また、本研究において対象者から語られた家族は、患者の入院後に病床を訪れる等、患者との関係性が比較的良好な事例が殆どであった。それとは異なり患者との関係性が築けないなど、家族の形態が複雑な場合の検討が必要である。

7. 結論

ICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法を明らかにするために、クリティカルケア看護師から語られた実践知を基に質的帰納的に分析を行った。ICU/CCUに緊急入室した患者の家族に対するアプローチの方法として、【瞬時に家族の状況理解のキャパシティを見極め、支持する】【家族が解り辛い情報によって動揺を増幅させない】【家族の沈んだ気持ちを気遣い支える言葉掛けをする】【患者とその家族だけの時間・空間を確保する】【家族と接触するタイミングを見計らう】【家族の本音を引き出す】の6つのアプローチが明らかとなった。

クリティカルケア看護師は、家族から患者への支援を引き出すために家族が落ち着きを取り戻す支援、患者とその家族が向き合う時間を整える支援、医師の病状説明からその後のフォローに一貫性を持たせるための工夫の必要性が示唆された。

利益相反

なし

謝辞

本研究を行うにあたり快く協力をいただいた対象者の皆様、データ収集施設に心より感謝申し上げます。

また、本研究は石川県立看護大学大学院看護学研究科看護学専攻博士前期課程における修士論文の一部を改変したものである。本研究の一部は、第18回日本救急看護学会学術集会（千葉）にて発表した。

引用文献

- 1) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践 第4版. 日本看護協会出版会, 225-248, 2012.
- 2) パトリシア・ベナー, パトリシア・フーパー・キリアキディス, ダフネ・スタナード, 井上智子監訳: ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること 第2版. 医学書院, 441-498, 2012.
- 3) Friedman, M. M. : Family Nursing, Theory and Practice. Appleton & Lange, 9, 1992.
- 4) 池松裕子: クリティカルケア看護の特徴と看護者に求められる能力. 看護教育, 41(4), 306-311, 2000.
- 5) パトリシア・ベナー, 井部俊子監訳: ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 医学書院, 11-32, 2005.
- 6) Bouman, C. C. : Identifying priority concerns of families of ICU patients. Dimension of Critical Care Nursing, 3(5), 313-319, 1984.
- 7) 犬飼智子, 渡邊久美, 野村佳代: 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析. 日本看護研究学会雑誌, 32(5), 75-81, 2009.
- 8) 井上和也: 集中治療室に緊急入室した意識障害のある患者の家族援助に影響するエキスパートナースの直観に関する研究. 日本看護科学会誌, 34, 235-244, 2014.
- 9) 山勢博彰: 救急・重症患者と家族のための心のケア 看護師による精神的援助の理論と実践. メディカ出版, 13-26, 35-51, 2010.
- 10) 和田栗純子, 道又元裕, 尾野敏明: ICUに面会制限は必要か?. 日本集中治療医学会雑誌, 13(3), 269-270, 2006.
- 11) Plakas S., Cant B., Taket A. : The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. Intensive and Critical Care Nursing, 25(1), 10-20, 2009.
- 12) 木元千奈美: 救命救急センターに勤務する看護師の重度意識障害患者の家族への関わりの特徴. 家族看護学研究, 19(2), 124-135, 2014.
- 13) 江口秀子: 救急搬送され、緊急手術となった患者の家族の体験 家族の『待つ時間』に注目した看護介入の検討. 甲南女子大学研究紀要, (4), 15-26, 2010.
- 14) 法橋尚宏: 新しい家族看護学 理論・実践・研究. メヂカルフレンド社, 2-33, 2010.
- 15) Rolland, J. S. : A Conceptual model of chronic and life-threatening illness and its impact on families. C. S. Chilman, E. W. Nunnally, F. M. Cox. et al. eds. : Chronic illness and disability, Families in trouble series, 2. Newbury Park, CA, Sage Publication, 17-68, 1988.
- 16) 柳田邦男: 「犠牲」への手紙. 文藝春秋, 151, 1998.
- 17) 長谷川浩, 平山正実, 鶴田早苗: 危機介入のあり方 危機場面における精神的ケア—ICU・救急を中心に—. 医学書院, 74, 1991.

How critical care nurses approach families of patients who have just experienced emergency admission to the Intensive Care/Coronary Care Unit

Yasunori NAKANO, Yoshiko MURAI

Abstract

The present study was carried out to find out how critical care nurses approach families of patients who have just experienced emergency admission to the Intensive Care/Coronary Care Unit (ICU/CCU). Subjects were 12 experienced nurses who interacted with patients' families in the ICU/CCU. A qualitative and inductive analysis revealed six ways to approach families of patients who have just experienced emergency admission to the ICU/CCU, namely: 1) to support the patient's family after careful assessment of their capacity to understand what is currently going on, 2) to take care not to confuse patients further by providing medical information that can be confusing to them, 3) to sympathize with family members who are in distress and to provide words of comfort to them, 4) to give the patient and his/her family the space and time to be by themselves, 5) to find the right time to reach out to the family, and 6) to make them comfortable enough to expose their true feelings. The findings of this study suggest that critical care nurses are faced with the following challenges: to provide the support necessary to allow family members to calm themselves down so that they can, in turn, help the patient who needs his/her family's support, to make the necessary arrangements to provide an opportunity for the patient and his/her family to face each other and share their feelings in private, and to guarantee that the follow-up care provided to the patient is consistent with and appropriate to the patient's current condition described by the physician.

Keywords critical care nursing, intensive care unit/coronary care unit, urgent hospitalization, family support