

〔原 著〕

## 重症集中ケアにおける家族看護過程の特徴

今岡 万里<sup>1)</sup> 泊 祐子<sup>2)</sup>

### 要 旨

本研究では、重症集中ケアにおける家族看護過程の内容を明らかにすることを目的とし、重症集中ケア認定看護師14名に対して半構成的面接を実施した。面接内容は研究参加者の承諾のもと録音し、逐語録に転記した後にコード化し、グラウンデッド・セオリーアプローチの手法を用いて分析した。その結果次のことが明らかになった。

重症集中ケアにおける家族看護過程は、【家族は切羽つまっている】、【家族員はなりゆきを飲み込めない】様子から、【家族と患者に距離が生まれる】という家族アセスメントが導き出され、【家族の心強い支援者となる】、【家族員になりゆきを分かってもらい】関わりを通じて、結果的には【家族と患者の距離を縮める】家族看護介入を行い、【家族は患者を手元に取り戻す】という成果を得るまでの家族と患者の距離を縮める家族—患者関係に焦点を当てたプロセスが特徴的であった。重症集中ケアでは、患者が生死をさまよっていることに加え、多くの医療機器に囲まれた特殊環境にあるため、容易に【家族と患者に距離が生まれる】。このような環境においては、家族員が普段の様子に戻り、患者に自ら近づけるというような【家族は患者を手元に取り戻す】ための家族看護介入が重要である。

キーワード：重症集中ケア，家族看護過程，家族アセスメント，家族看護介入，家族—患者関係

### 1. はじめに

20世紀後半に入り、医学の進歩や医療機器の発達によって、日本の医療は高度化され、多くの病院で重症集中ケア施設が存在するようになった。

このような施設に入室している患者の家族は、予期していない出来事への驚きやショック、患者の容態への不安が強く、非常に緊張の強い極限状態にある<sup>1)~6)</sup>と言われてきた。特に、患者がICUに入室した当初に最もストレスを感じている<sup>7)</sup>という報告や、ICUの滞在を通して強い感情反応を抱いている<sup>8)</sup>という報告から、患者の入室によって家族が受ける衝撃の甚だしさが伺える。したがって、このような家族に対する看護の必要性や重要性への認識は自然と高

まってきた<sup>9)~11)</sup>。その一方で、看護師の家族看護に対する認識と実践には差があり<sup>12)</sup>、看護師は実践にストレスを感じている<sup>13)14)</sup>ことが報告されている。

これまで家族看護に関する研究は、家族を危機的状況と捉え、Aguirela & Messickの危機理論やFinkの危機モデルを用いた家族看護介入の事例研究<sup>2)3)6)15)</sup>がされていた。しかし、それらは理論やモデルの枠内での家族看護介入であり、実践レベルにおいて即座に利用しがたいものであった。また家族アセスメントに関して、有効なツールとされているのは完成版CNS-FACE<sup>16)</sup>のみであるが、家族員の相互作用には焦点が当てられていないため、家族アセスメントに関して更に追究する必要がある。

そこで本研究では、重症集中ケアにおける家族アセスメントと家族看護介入を含んだ家族看護過程の内容を明らかにすることを目的とした。

<sup>1)</sup>滋賀県立成人病センター

<sup>2)</sup>岐阜県立看護大学

## II. 研究方法

グラウンディド・セオリーアプローチを用いた質的記述的研究方法を用いた。

### 1. 用語の操作定義

家族：患者と共同生活を営み、患者の容態によって情緒的、物理的、経済的に多大な影響を受ける患者を除いた二人以上の小集団。そして家族の成員に関しては、家族員と表記する。

家族看護過程：看護師が専門的立場から必要な情報を継続的に収集し、専門的視点で解釈した上で、それに基づいて意識的に働きかけ、家族の健康、QOL、セルフケア能力を高めるような成果をもたらすこと。

### 2. 研究参加者

領域に密着した理論としての強みを持たせるため、研究参加者はある一定以上の能力をもっている重症集中ケア認定看護師(以後認定看護師とする)14名とした。

研究参加者のリクルート方法は、1999～2002年の日本看護協会ニュース<sup>17)~20)</sup>と社団法人日本看護協会公式ホームページにある認定看護師登録者リスト<sup>21)</sup>から研究者の近隣である近畿地方を選択し、所属長を通した後、直接研究参加者と電話やメールを介して協力の得られた14名に面接を行った。

### 3. データ収集方法

平成15年6月から10月の間に、研究参加者の希望した場所にて半構成的面接を行い、了承を得た上で、ICレコーダーに録音した。面接は、患者の重症集中ケアへの入室当初から退室までの家族の様子、そしてそのような家族をどうアセスメントし、介入しているかという点を中心に話してもらった。

12名の面接が終了した時点で、新しい概念が抽出されないと判断し、残りの2名に関してはデータの飽和を確認するために面接を行った。

### 4. データ分析方法

面接によって得られたデータを逐語録に転記し、

家族アセスメントや家族看護介入に関する文脈を、意味の通るまとまりごとに区切った上で、区切った文脈ごとにコードをつけた。そして、この領域に特徴づけられる家族看護過程とは何かという視点で、再度コードの抽象度を上げ、コード同士の継続比較を続け、それらの関係性を更に追究し、ストーリーラインを形作った。

### 5. 倫理的配慮

面接への参加は研究参加者の自由意思であり、いつでも中断できること、不利益に感じることは話さなくて良いこと、プライバシーには十分配慮し、匿名性は遵守することを書面と口頭にて説明し、署名により承諾を得た。

## III. 結 果

### 1. 研究参加者の属性及び面接の概要

研究参加者は男性1名、女性13名の14名で、年齢は30～52(平均35.9±5.29)歳、職位は6名が看護師、2名が主任、5名が副師長、1名が師長であった。看護師経験年数は9.5～26(平均14.1±4.50)年であり、本領域における経験年数は7～26(平均12.0±5.00)年であった。そして、研究参加者全てが総合病院に勤務し、配置部署は、ICU8名、ICCU1名、CCU1名、外科病棟2名、内科病棟1名で、認定看護師の資格取得後3ヵ月～4年であった。面接は、研究参加者の時間が許される範囲内で、職場で行った。

### 2. カテゴリの抽出と命名

逐語録に転記した面接内容を、家族看護過程に関して解釈できる最小の単位に切片化すると、1,054個であった。それらをコード化し、継続比較を続けた結果、7個の上位カテゴリ、14個の中位カテゴリ、31個の下位カテゴリ(表1)が抽出された。7個の上位カテゴリは、【家族は切羽つまっている】、【家族員はなりゆきを飲み込めない】、【家族と患者に距離が生まれる】、【家族の心強い支援者となる】、【家族員になりゆきを分かってもらう】、【家族と患者の距離を縮める】、【家族は患者を手元に取り戻す】である。なお

表1. 重症集中ケアにおける家族看護過程を構成するカテゴリ

	上位カテゴリ	中位カテゴリ	下位カテゴリ
家族アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族は切羽つまっている</li> <li>・家族員はなりゆきを飲み込めない</li> <li>・家族と患者に距離が生まれる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員は動揺を隠し切れない</li> <li>・家族員は馴染みのない場に気が張りつめる</li> <li>・家族は日常生活を顧みない</li> <li>・家族員は説明を消化しきれない</li> <li>・家族員は事のなりゆきから置き去りにされる</li> <li>・家族員と患者に隙間ができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員は言葉が出ない</li> <li>・家族員は言われるがまま</li> <li>・家族員は重症集中ケアの場に馴染みがない</li> <li>・家族員は看護師と初対面</li> <li>・家族員は夢中で面会に訪れる</li> <li>・日常生活をやりくりしづらい</li> <li>・身体のコントロールが効かない</li> <li>・経済的負担がのしかかる</li> <li>・家族員は説明を消化できる精神状態にない</li> <li>・家族員はなりゆきを自分のものにするには時間がかかる</li> <li>・家族員は患者に後込みする</li> </ul>
家族看護介入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の心強い支援者となる</li> <li>・家族員になりゆきを分かってもらう</li> <li>・家族と患者の距離を縮める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員を奈落の底に突き落とさない</li> <li>・家族の生活の荷を下ろす</li> <li>・家族の相談窓口になる</li> <li>・まず家族員に事のなりゆきを知ってもらう</li> <li>・事のなりゆきから家族員を置き去りにしない</li> <li>・家族員と患者の隙間を埋める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員に一息ついてもらう</li> <li>・衝撃の前にワンクッション入れる</li> <li>・家族員の緊張をより高めない環境を整える</li> <li>・家族員に無理強いはいはしない</li> <li>・家族員の身を案じる</li> <li>・家族員に今すべき行動を伝える</li> <li>・家族員の労をねぎらう</li> <li>・家族の身体を気遣う</li> <li>・家族の経済的負担を調整する</li> <li>・家族員のペースに面会を合わせる</li> <li>・家族員が相談しやすい環境を作る</li> <li>・家族員の思いを察する</li> <li>・説明を飲み込みやすくする</li> <li>・見通しを知ってもらう</li> <li>・家族員に安心して患者に近づいてもらう</li> <li>・家族員に手を出してもらう</li> </ul>
成果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族は患者を手元に取り戻す</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員にゆとりが垣間見られる</li> <li>・家族員は患者ともとのさやに収まる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族員は先を見据えられる</li> <li>・家族員は周りとのやりとりがスムーズ</li> <li>・家族員は普段の様子に戻る</li> <li>・家族員は患者を身近に感じる</li> </ul>

カテゴリの示す大きさの大きいものから、【】、<>、《》の順に表す。

### 3. 重症集中ケアにおける家族看護過程の全体構造

抽出されたカテゴリ間には、相互の関係性や文脈が存在していた。

重症集中ケアに患者が入室した当初、<家族員は動揺を隠し切れない>。そして<家族員は馴染みのない場に気が張りつめる>状況にありながら、<家族は日常生活を顧みない>までに面会に訪れる様子を認定看護師は、【家族は切羽つまっている】とアセスメントしている。このような状況下で、<家族員は説明を消化しきれない>ため、患者の容態の変化についていけず、<家族員は事のなりゆきから置き去りにされる>様子を、【家族員はなりゆきを飲み込めない】ととらえている。これらの様子から<家族員と

患者に隙間ができ>、認定看護師は本領域における主要な家族アセスメントを【家族と患者に距離が生まれる】としている。

そこで認定看護師は<家族員を奈落の底に突き落とさない>ように、また<家族の生活の荷を下ろす>ことで面会をしやすく、同時に、<家族の相談窓口になる>機能を果たそうとしている。これら3つの側面を含んだ【家族の心強い支援者となる】家族看護介入を用いて、認定看護師は家族を包括的にサポートしながら、特に患者の入室当初は<まず家族員に事のなりゆきを知ってもらう>ように働きかける。そして変化の激しい患者の容態に対しては、<事のなりゆきから家族員を置き去りにしない>ように配慮することで、【家族員になりゆきを分かってもらう】家族看護介入を行う。それら2つの家族看護介入より認定看護師は、<家族員と患者の隙間を埋め

る>ための第一歩を築き、本領域の家族看護介入の中心を【家族と患者の距離を縮める】方向に進めていた。

そして、最終的に認定看護師は<家族員にゆとりが垣間見られる>様子、<家族員は患者ともとのさやに収まる>様子から、【家族は患者を手元に取り戻す】という家族看護介入の成果を確認している。

結果的に本領域の家族看護過程は、【家族と患者に距離が生まれる】という家族アセスメントに対し、【家族と患者の距離を縮める】家族看護介入を行い、【家族は患者を手元に取り戻す】成果を得るまでのプロセスが特徴的であったと言える。(図1)

#### 4. 重症集中ケアにおける家族看護過程の内容

##### 1) 【家族は切羽つまっている】

このカテゴリは、患者が重症集中ケアに入室することで、家族員が動揺を隠しきれない様子、馴染みのない環境へ緊張感を抱きつつ面会する様子、家族の生活を顧みず足繁く面会に通う様子をアセスメントしたものである。ここでの家族とは、患者の入室によって家族ユニット全体に及ぼす影響を考え、家族員だけでなくユニットとして捉えた家族まで幅広く指している。このカテゴリは、日々面会に通うことによる家族への様々な負担を考え、患者が本領域に入室した直後から退室するまで一貫した家族のアセスメントを示す。

顔が青ざめているというか、走ってこられる方とかありますし、動揺しているっていうのが口が渴いていたり、矢継ぎ早に聞いてきたり、回復室へが一っとなってこようとしたり。

毎日洗濯物が出るけれども、ある程度ストックを置いとけば、毎日毎日洗濯しなくても大丈夫ですよと最初には言うてはいるんですけど、それでも患者さんのことも気になるんでしょう、毎日来はるんです。

##### 2) 【家族員はなりゆきを飲み込めない】

このカテゴリは、患者の入室当初、家族員は患者の身におこった出来事を把握できず、また患者の容態が落ち着くまでは容態の移り変わりの激しさに、更

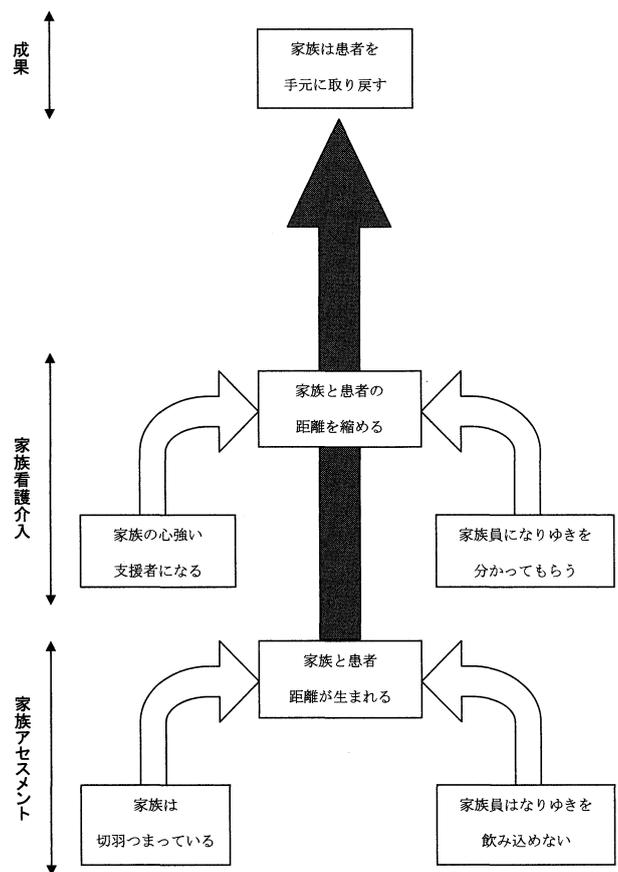


図1 重症集中ケアにおける家族看護過程

に事態の把握が困難になっている家族員の様子をアセスメントしたものである。

家におられて呼ばれてっていうのが多いと思うので、先生がざっとは説明されてるんですけど、あんまり頭には残っていないということとかもあって、やっぱり整理ついてないですね。

##### 3) 【家族と患者に距離が生まれる】

このカテゴリは、麻酔や鎮静により意識レベルが落とされている患者、意識のない患者に接する上で戸惑っている家族員の様子に、認定看護師がこれまでの家族ユニットから患者が遠い存在になっているとアセスメントしたものである。

救急外来を通して来られた方は「朝まで元気だったのに」とか、「いつてらっしゃいって言って見送ったのに」とかそういう風な患者さんの場合は、声をかけるだとか、体に触るだとかそういうこと

も今はできないという家族の方が多かったですね。

#### 4) 【家族の心強い支援者となる】

このカテゴリは、家族員の不安や家族の日常生活への負担を最小限に抑え、家族員が無理なく面会できるように家族ユニットをバックアップする家族看護介入を指している。このカテゴリは、患者が重症集中ケアに入室した直後から退室するまで続くものである。

たいがい人工呼吸とかそういう周りに機械がついてますから、事前にワンクッション置きますね。こういうものがついてるとか、こういう傷があるとか、ちょっと驚くと思うとか。

わりと早くに「おうちの方はどうですか?」っていうのは聞きますね。その人自身の例えば体調のこととか、生活自体のことからまず入って。おばあさんと一緒に住んでいたら、「おばあさんの方はどうですか?」とか。

できるだけ用事がなくても傍で単純に立って、何か話しかけてるんですかね、ある一定の時間。向こうがなんかこう質問してみようかなあって思うその間(ま)を作る位の時間で、傍にいるようにしています。

#### 5) 【家族員に成り行きを分かってもらう】

このカテゴリは、まず患者に起こった出来事について家族員に知ってもらい、現在の患者の様子や治療、今後予想される事態や治療に関して理解してもらう家族看護介入を指している。

私が意識的にすることは「後で聞きたいことがあったら、いつでも聞けるようにするので、言ってくださいね」ということは言いますね。

ちょっとずつ家族がどういう不安を持っているとか、何に対して心配しているとかは話してる中でわかりますよね。だからちょっとその先を見せてあげる。「これからこういうリハビリをやってきますよ。それで徐々に意識が改善してくることがありますよ」とか。

#### 6) 【家族と患者の距離を縮める】

このカテゴリは、家族員に安心して患者に近づいてもらい、ケアに参加してもらうことによって、患者と接することへの家族員の戸惑いを無くし、家族ユニットから遠い存在になっている患者との関係を元に戻そうとする家族看護介入を指している。

なるべく患者さんの傍に家族が入れるようにはしています。「今患者さんは鎮静剤を使って眠られている状態です」とか話しながらベッドサイドに行って、「手を握ってもらっていいですよ」。「声かけてもらってもいいですよ」とか具体的に。

足浴をすると、家族が「気持ち良い?」って聞いてみたり、「良かったね、足洗ってもらって」っていうような感じで、間接的にケアを目にすることで、参加してもらうというか。

#### 7) 【家族は患者を手元に取り戻す】

このカテゴリは、家族員に患者の入室以前のようなゆとりが垣間見られ、患者と元通りの関係になっている様子から、認定看護師が家族ユニットに患者を戻すことができたこと家族看護介入の成果として捉えていることを表している。

「元気な頃はこんな人だったんですよ」とってちょっと笑顔が見られるようになってくれば、状況は厳しくても、本当にショックを受けてる時期からちょっと落ち着いてきたのかなあって思いますよね。

「今日はどうですか?」っていう問い掛けに対して、「落ち着かれていますよ」とって同じ答えを返しても、「あーそうですか」とって、すぐに患者さんの枕元で、「今日はな〇〇から電話があったで」とか日常的なことについて患者さんに話しかけをしたり、「今日は〇〇を連れてきたで」とか。

## IV. 考 察

### 1. 重症集中ケアにおける家族看護過程の特徴

家族看護過程は、家族の情報を継続的に収集し、それを専門的視点で解釈し<sup>22)</sup>、家族アセスメントの結果明らかにされた問題に対して、家族看護介入を行

い、家族看護評価によって終結へ向かう<sup>22)23)</sup>。本領域は、ICU・CCU・SCU・NICU・PICUなどのいわゆる集中治療室として独立している環境が中心であり、患者の入室によって初めて家族員と看護師との人間関係が始まることが多い。看護師は普段とはかけはなれた様子の家族員をアセスメントしなければならない。そのアセスメントにしたがい、看護師は【家族の心強い支援者となる】家族看護介入と【家族員になりゆきを分かってもらう】家族看護介入によってアプローチを行っていた。その過程は、限られた時間内に行う必要があるため、高度な技術を要するものである。北村ら<sup>7)</sup>は、家族機能が低下し危機的状況に陥る危険性が高いと判断した家族に、現実認知を促す援助、家族の不安の表出を助け、安心感を提供する援助、家族のケアの効力感を高める援助、家族の疲労感を増大させない援助を具体的にを行い、家族機能を維持できたと報告している。本研究では、家族員の様子から【家族と患者に距離が生まれる】というユニットも含めた家族—患者関係に注目したアセスメントをしていた。そのアセスメントに対して、認定看護師は家族看護介入が及ぶ範囲をユニットに拡大し、【家族と患者の距離を縮める】家族看護介入につなげていた。そして、抽出された3つの家族看護介入は、具体的な援助のみならず、家族アセスメントとの対応を明確にし、実践レベルで必要となる家族看護介入の方向性を家族—患者関係の観点から示すことができた。

本研究では、家族看護評価を家族看護介入の成果として、家族看護過程の最終段階に位置づけた。本領域以外の家族看護過程では、家族は患者から引き離されていないため、あえて【家族と患者の距離を縮める】プロセスを経る必要はない。しかし本領域では、様々な要因によって家族—患者関係に歪みが生じるため、【家族は患者を手元に取り戻す】ことによって初めて、本領域以外における家族看護過程の始まりに足並みを揃えることができると言える。このように本領域の家族看護過程は、家族—患者関係に焦点化したプロセスを特徴としていた。

## 2. 本研究結果と先行研究との比較

先行研究において家族員の様子は、ショック、無力感、自責感、不安、恐怖、緊張という情緒的混乱を示す言葉で表現されてきた<sup>1)~6)24)</sup>。本研究結果では、【家族は切羽つまっている】に代表されるように、《言葉が出ない》、《言われるがまま》、《家族員は重症集中ケアの場に馴染みがない》、《家族員は説明を消化できる精神状態にない》、《家族員はなりゆきを自分のものにするには時間がかかる》という動きのある下位概念で説明できた。また、《家族員は夢中で面会に訪れる》、《日常生活をやりくりしづらい》、《身体のコントロールが効かない》、《経済的負担がのしかかる》様子から家族アセスメントの及ぼす範囲が時間軸に沿ってユニットにまで拡大していることが明らかになった。

【家族員はなりゆきを飲み込めない】という家族アセスメントは、患者の入室当初の家族員は情報を受け入れがたい状況にあることを示唆した。これまで家族員のニーズに関する研究では、家族員が患者に関する情報を知るというニーズを重要である<sup>25)~28)</sup>と報告し、ニーズに即した家族看護介入の必要性を<sup>26)27)29)</sup>指摘してきた。しかし、本研究結果で抽出された家族アセスメントからは単純に情報を与えることが十分な看護とは言えない。言い換えると、情報を知るニーズがそのままそれを充たす家族看護介入の必要条件とはなり得ないと考える。それよりもむしろ、家族員がどの程度理解できる精神状態にあるかを十分アセスメントすることが重要である。また、本領域では患者の容態の変化は激しく、家族員は患者の容態の変化によって一喜一憂してしまう。このような状況にありながら、家族員は患者の治療や延命処置に関する代理の意思決定を迫られるのが現状であり、看護師は家族員の意思決定の裏に隠された不安定な精神状態を汲み取る必要がある。

先行研究の多くは、家族の状況を危機と捉えて研究されてきた。そのため多くは、危機理論を用いて家族看護介入を述べたものである<sup>15)30)</sup>。危機理論を用いる上では、まず家族の状況を正確にアセスメント

する能力が必要となるが、それぞれの看護師によって家族への洞察力は異なるのが実状である。そこでまず実践されている家族看護過程を明らかにするほうが、より領域に密着した家族アセスメントを抽出できるはずである。また危機理論を使用した場面であっても、具体的なアプローチに関しては、看護師個人で模索せねばならない。その点に関して本研究結果は、認定看護師の実践から抽出された領域密着型の家族看護過程であり、家族員や家族に対する具体的なアプローチから本領域特有のプロセスを明確にした点において、今後臨床で活用しやすいものと言えるだろう。

## V. 結 論

本研究では、グラウンディド・セオリーアプローチを用いて、重症集中ケア認定看護師に面接を行った結果、以下のことが明らかになった。

重症集中ケアにおける家族看護過程は、【家族と患者に距離が生まれる】という家族アセスメントに対し、【家族と患者の距離を縮める】家族看護介入を行い、【家族は患者を手元に取り戻す】成果を得るまでの家族—患者関係に焦点化したプロセスが特徴的であった。

## 謝 辞

ご多忙にもかかわらず、快く面接に応じてくださいました研究参加者の皆様に心よりお礼申し上げます。また研究の趣旨に賛同し、多大なご協力を頂きました各施設の看護部の皆様、貴重なご助言をくださいました本領域の先輩看護師の皆様に感謝いたします。

〔 受付 '05. 5. 2 〕  
〔 採用 '06. 9. 15 〕

## 文 献

1) Gardner, D., Stewart, N.: Staff involvement with families of patients in critical-care units, HEART & LUNG, 7 (1):

105—110, 1978  
 2) 黒田裕子, 小島操子: 救急重症患者の家族員に対する危機看護介入モデルの作成, 第17回日本看護学会集録 看護総合, 233—235, 1986  
 3) 黒田裕子: 危機状態にある救急重症患者の家族に対する看護援助, 月刊ナーシング, 9 (3): 274—278, 1989  
 4) Titler, M.G., Cohen, M.Z., Craft, M.J.: Impact of adult critical care hospitalization: Perceptions of patients, spouses, children, and nurses, HEART & LUNG, 20 (2): 174—182, 1991  
 5) 満田幸枝: ICUの人間関係, 鶴田早苗, 高橋美智編, ICU看護ガイドライン, 189—206, 医学書院, 東京, 1994  
 6) 真弓尚也: 救急患者の家族への看護, 杉下知子編, 家族看護学入門, 165—171, メヂカルフレンド社, 東京, 2000  
 7) Halm, M.A., Titler, M.G., Kleiber, C., et al: Behavioral Responses of Family Members During Critical Illness, CLINICAL NURSING RESEARCH, 2 (4): 414—437, 1993  
 8) Kleiber, C., Halm, M., Titler, M., et al: Emotional Responses of Family Members During Critical Care Hospitalization, American Journal of Critical Care, 3 (1): 70—76, 1994  
 9) 鶴田早苗: ICU・CCU看護における精神的アプローチ, 藤枝知子, 山崎慶子, 木村しづ江他編, ICU・CCU看護<看護篇>第2版, 59—83, 日本看護協会出版会, 東京, 1990  
 10) 鶴田早苗: ICU・救急患者の家族の問題, 長谷川浩, 平山正実, 鶴田早苗編, 危機場面における精神的ケア, 15—25, 医学書院, 東京, 1991  
 11) 鈴木和子: 家族看護学とはなにか, 鈴木和子, 渡辺裕子編, 家族看護学 理論と実践 第2版, 3—15, 日本看護協会出版会, 東京, 1999  
 12) 桜井寿美, 佐藤真砂美, 根本恵美子: 救命救急センターに緊急入院した患者家族および家族援助に対する看護婦の認識, 日本看護学会集録 成人看護 I, 27: 116—118, 1996  
 13) Huckabay, L.M.D., Jagla, B./常塚広美, 上泉和子, 遠藤総子, 他訳: ICUにおける看護婦のストレス因子, 看護学雑誌, 48 (9): 987—992, 1984  
 14) 岸田敬子, 高見沢恵美子: クリティカルケア看護における看護婦のケアリング行動への影響要因, 日本看護科学学会学術講演集, 23: 228, 2003  
 15) 北村愛子, 高見沢恵美子, 福寿祥子: クリティカルケアを受ける患者の家族ケア—危機状況に陥るリスクがある家族への援助—, HEART nursing, 15 (10): 64—67, 2002  
 16) 山勢博彰, 山勢善江, CNS-FACE 開発プロジェクトメンバー: 重症・救急患者家族アセスメントツールの開発—完成版 CNS-FACE の作成プロセス—, 日本集中治療医学会誌, 10: 9—16, 2003  
 17) 日本看護協会: 看護協会ニュース, 385, 1999  
 18) 日本看護協会: 看護協会ニュース, 398, 2000  
 19) 日本看護協会: 看護協会ニュース, 410, 2001  
 20) 日本看護協会: 看護協会ニュース, 422, 2002  
 21) 社団法人日本看護協会: 資格認定制度, 認定看護師, 認定看護師登録者, Retrieved January 24, 2004, from <http://www.nurse.or.jp/nintei/cen/cenjuso.pdf>, 2003  
 22) Friedman, M.M./野島佐由美監訳: 理論と概念の紹介, 家

- 族看護学 理論とアセスメント, 1—127, 医学書院, 東京, 1993
- 23) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護過程, 鈴木和子, 渡辺裕子編, 家族看護学—理論と実践 第2版, 73—130, 日本看護協会出版会, 東京, 1999
- 24) 桑原麻里子, 佐藤禮子: ICU・CCUに緊急入院した患者の配偶者の体験, 日本看護科学学会学術講演集, 23: 133, 2003
- 25) Molter, N.C./常塚広美訳: 重症患者家族のニーズ—記述的研究—, 看護技術, 30 (8): 137—143, 1985
- 26) Hickey, M.: What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976, HEART & LUNG, 19 (4): 401—415, 1990
- 27) 畑迫和子, 山下宏子, 藤原 淳: 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—, 第23回日本看護学会集録 成人看護 I, 168—170, 1992
- 28) 善家里子, 吉永喜久恵, 田中靖子, 他: 救急入院患者の家族のニーズに関する研究—その1—家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, 1999
- 29) 善家里子, 田中靖子, 吉永喜久恵: 救急入院患者の家族のニーズに関する研究—その2—家族が重要と捉えているニーズは満たされているか—, 神戸市看護大学短期大学部紀要, 19: 45—53, 2000
- 30) 日永田哲子, 北野登美子, 上川経美, 他: 緊急入院患者家族の情緒的危機に陥る要因と危機介入, 第29回日本看護学会集録 成人看護 I, 27—29, 1998

### The characteristic of family nursing process in serious and intensive care unit

Mari Imaoka<sup>1)</sup>, Yuko Tomari<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Shiga Medical Center for Adults

<sup>2)</sup>Gifu Prefectural College of Nursing

**Key words** : Serious and intensive care unit, Family nursing process, Family assessment, Family nursing intervention, The relationship between family and patient

The purpose of this study was to describe the content of the family nursing process in serious and intensive care unit. In-depth interview were conducted on 14 Critical Care Certified Expert Nurses (CEN's). The interviews taped by audio tape under participants' permission were transcribed. After that they were coded and analyzed using Grounded Theory Approach. Consequently, the following findings were obtained.

Against the family assessment “Arising the gap between family and patient” through “Family is in a desperate situation”, “Family member cannot understand its progress”, the family nursing process in a serious and intensive care unit was the process to shorten the gap between the family and the patient until they get the results “Family keeps the patient at their side” by linking to family nursing intervention “Shortening the gap between the family and patient” from “Becoming the powerful supporter for the family”, “Letting family members understand its progress”. And this process is characteristic that focus on the relationship between the family and patient.

It is easy to “Arise the gap between family and patient” in serious and intensive care unit because the patients who are in the special environment surrounded by medical instrument hover between life and death. It is important the family nursing intervention that “Takes the patient back to their hand” as family members return to the usual condition, come closer to the patient in this kind of environment.