

〔報 告〕

## 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性

木元千奈美<sup>1)</sup>

### 要 旨

本研究は、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性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看護師11名に質的帰納的方法を用いた非構成的面接を実施した。分析の結果、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性として、【家族の動揺が鎮まるのを待つ】、【患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく】、【患者に近づけない家族をそばに引き寄せる】、【患者の生命の危険を意識し家族を油断させない】、【家族とつながる手がかりを探る】、【患者と家族だけになれる空間をつくりだす】の6つのカテゴリーが抽出された。重度意識障害患者の家族は、早急に支援が必要な状況におかれることから、看護師は家族の状況を見極め、必要と判断された場面では、即座に家族へ接近したり、少し距離を置いて見守ったりし、関わりをもっていた。また、患者が反応を示さなくなったことにより、重度意識障害患者とその家族の間には、身体的・精神的な距離ができていた。看護師は、重度意識障害患者の家族との距離を縮めつつ、患者と家族の間にできた距離を縮めるよう調整していた。以上より、救命救急センターに入院した重度意識障害患者の家族支援には、患者を中心とした、独特な距離の取り方の調整があったことが示唆された。

キーワード：意識障害、クリティカルケア、病院救急医療サービス、家族看護

### 1. はじめに

救命救急センターや集中治療室に緊急入院した患者の家族は、突然の発症に驚き、動揺、焦り、ショックなどのパニック状態になりやすいこと<sup>1)2)</sup>、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<sup>3)</sup>されている。緊急入院患者のなかでも、重度の意識障害を生じた患者の家族は、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、危機的状況に陥る可能性も高いと考えられる。

わが国では、1980年代後半から、危機介入モデルが作成され<sup>4)5)</sup>、救急・重症患者家族への援助に関する研究が報告されている。脳血管疾患や頭部外

傷により緊急入院した、危機的状況にある患者の家族への介入についての研究では<sup>6)8)</sup>、看護師の積極的な関わりが、家族の危機的状況への対処の一助となったことが報告され、その重要性がうかがえる。しかし、患者の救命処置や緊急手術・検査への対応が優先される救命救急センターでは、看護師が家族と十分に関わる時間がないというジレンマを感じている<sup>9)</sup>ことも報告もされている。また、1990年代より、Molter<sup>10)</sup>の重症患者家族のニードを用いた研究<sup>11)13)</sup>が多数行われ、重症患者家族は、患者の生命に対する希望のニードが高いことが報告されている。ICUに緊急入室した患者の家族は、回復への期待をもっていることも報告されており<sup>14)</sup>、このような家族の面会に立ち会う看護師は、家族から患者の回復を願う言葉を聞いたり、予後に関する質問を受

1) 静岡県立大学看護学部

けたりすることがある。先行研究では、脳死患者の家族と関わる看護師は、患者の予後に関する質問を受けることに不安をもっている<sup>15)</sup>ことや、脳死患者の家族看護は難しいと感じている<sup>16)</sup>ことが報告されており、重度意識障害患者の家族への関わりは、ほかの救急患者の家族への関わりよりも、看護師に難しいと感じさせるものであると考えられる。

一方で看護師は、家族の話に傾聴しつつ思いを引き出したい、個々に必要な環境・情報・ケアを提供したいと思っている<sup>16)</sup>ことも報告されている。林田<sup>17)</sup>は、状況が突然変化した患者・家族への看護師の判断根拠の構造を明らかにするために、看護師が無自覚的に行っていた家族への関わりの意味を、再構成することで明らかにしている。この研究が示すように、家族への関わりは、根拠に基づいて実践しつつ、場の状況に応じて直感的に行っていることも多く、看護師は、この直感的な家族への関わりを認識できていない可能性がある。そこで、本研究では、救命救急センターに勤務する看護師の経験を振り返った語りを通して、重度意識障害患者の家族への関わりの特性を明らかにしたいと考えた。

本研究のデータ収集以降、クリティカルケア領域において、初療場面や終末期ケアに焦点をあてた家族看護に関する研究<sup>18)-20)</sup>が実施されている。また、救命救急センターにおいて、重症意識障害患者家族に焦点をあて、家族への支援を検討した研究<sup>21)22)</sup>も実施されている。しかし、家族と関わりをもっている看護師に焦点をあて、重度意識障害患者家族への家族支援を記述した研究は見当たらないため、ここに報告する。

## II. 研究方法

### 1. 研究の目的

救命救急センターに勤務する看護師のこれまでの経験を振り返った語りを通して、重度意識障害患者の家族への関わりの特性を明らかにすること。

### 2. 用語の定義

- 1) 重度意識障害患者：意識レベルが、Japan Coma Scaleにおいて100以上または、Glasgow Coma Scaleにおいて8点以下であると評価され、言語的・身体的に意思の疎通が図れない状態にある患者とし、薬物により鎮静を受けている患者は含まないものとした。
- 2) 家族：配偶者や親子・兄弟など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・経済的に支えていく重要な人物とした。
- 3) 関わり：看護師の家族に対する認識と、家族に対して行うすべての行動とした。看護師の行動は、声をかける、話を聴くなどの直接的な行動と、見守るなどの間接的な行動も含むこととした。

### 3. 研究協力施設および研究参加者

研究協力施設は、大学病院に併設する救命救急センターの、重度意識障害患者が常時入院している脳神経外科集中治療室（Neurosurgical Care Unit；以下NCUと略す）と、冠疾患集中治療室（Coronary Care Unit；以下CCUと略す）とした。救命救急センターは、外来と集中治療部門に分かれており、NCUとCCUに入室する患者は、搬送直後、救急外来で初期治療を受け、入院が決定する。以上のような施設の特性から、本研究においては、初療場面での家族への関わりは含まれない。また、NCUとCCUには、重症患者のみが入室し、容体が落ち着いた患者は、一般病棟へ転棟となる。よって、本研究で示す家族への関わりは、初期治療が終了し、救命救急センターへの入室が決定した時点から、集中治療を受けている期間である。

研究参加者は、重度意識障害患者の家族と関わった経験をもつ者とし、Benner看護論<sup>23)</sup>を参考に、自身の看護実践を捉えることができる臨床経験3年以上の看護師とした。他病棟からの異動者は、同一部署で1年以上勤務すれば、経験を語ることができると判断し、看護師としての臨床経験が3年以上あり、救命救急センターに継続して1年以上勤務して

いる者を対象者とした。

#### 4. データの収集期間

2007年6～9月。

#### 5. データの収集方法

##### 1) 救命救急センターでの参加観察

参加観察は、研究参加者との信頼関係の形成と、データを分析する際の実証性の確保<sup>24)</sup>を目的に、1日2回、1回30分を限度に合計17回実施した。研究者は「参加者としての観察者」<sup>25)</sup>の立場を取り、ナースステーション内で病棟の日課や看護師の動きを把握した。そのなかで、看護師が重度意識障害患者の家族と関わる場面に注目し、観察内容をフィールドノートに記載した。

##### 2) 看護師への非構成的面接

非構成的面接を選択し、面接は個別に実施した。時間は1回につき1時間程度とし、研究参加者の承諾を得て、面接の内容をICレコーダーに録音した。面接では、一番始めに「印象に残っている重度意識障害患者様のご家族についてお話しください」と問いかけ、それ以降は自由に語ってもらうこととした。研究者は、参加観察によって得られたデータを参考にし、研究参加者の語りの内容を適宜確認した。また、救急患者のなかでも重度意識障害患者家族への関わりに焦点を絞るため、研究参加者には実際に関わりをもった具体的な事例について語ってもらい、語られた内容が重度意識障害患者への関わりであったのかを面接の際に確認した。

#### 6. データの分析方法

- 1) 研究参加者によって語られたデータをもとに、逐語記録を作成する。
- 2) 逐語記録を繰り返し読み、看護師が重度意識障害患者の家族に関わりをもっている場面のなかで、最小単位の意味内容を抽出する。
- 3) 抽出された最小単位の意味内容を要約し、コード化する。
- 4) 得られたコードのなかで共通の意味をもつものを集め、サブカテゴリ化する。
- 5) サブカテゴリのなかで、共通の意味をもつもの

を集めて、カテゴリ化する。

逐語記録の作成とコード化は、研究参加者ごとに行い、サブカテゴリ化・カテゴリ化は、研究参加者全員のデータを集約して行った。参加観察により得られたデータは、あくまでも研究者が研究参加者の語りをより正確に理解するための参考とし、非構成的面接から得られたデータのみを分析した。また、研究参加者の臨床経験年数により、コード数や語りの内容に偏りが無いことが確認できたため、11名全員のデータを分析の対象とした。データの分析は、指導教授のスーパーバイズを受け実施した。

#### 7. 倫理的配慮

所属大学研究倫理審査委員会の承認と、研究協力施設長・救命救急センター長・看護部長の承諾を得て調査を実施した。研究参加者には、病棟責任者より紹介を受けて研究調査を依頼し、得られたデータは、本研究の目的にのみ利用し、個人情報や外部に公表しないことを、文書と口頭で説明した。また、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、途中辞退が随時可能であることを説明し、同意を得た。参加観察については、NCUとCCUに勤務する看護師に文書と口頭で説明を行い、文書で同意を得た。面会に訪れる家族に対しては、救命救急センター受付で研究協力依頼文を配布し、参加観察実施への協力を依頼した。

### III. 結 果

#### 1. 研究参加者の概要

病棟看護師長より、看護師15名を紹介され、同意を得られた11名の看護師に非構成的面接を実施した。研究参加者および面接の概要については、表1に示したとおりである。

#### 2. 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

分析の結果、695のコード、47のサブカテゴリ、6のカテゴリが抽出された。(表2) 以下に、各カテゴリの内容を、サブカテゴリと面接データを示しな



表1. 研究参加者および面接の概要

研究参加者	年代	性別	看護師 経験年数	救命センター 経験年数	面接 回数	面接時間	
						1回目	2回目
A	30代	女性	7年3カ月	7年3カ月	2回	41分	20分
B	20代	女性	4年3カ月	4年3カ月	2回	56分	10分
C	20代	女性	3年3カ月	3年3カ月	1回	57分	
D	20代	女性	4年3カ月	4年3カ月	2回	57分	36分
E	20代	女性	4年4カ月	1年5カ月	1回	47分	
F	20代	女性	6年4カ月	5年7カ月	1回	37分	
G	30代	男性	15年4カ月	9年9カ月	1回	39分	
H	20代	女性	5年4カ月	5年4カ月	1回	31分	
I	20代	女性	7年5カ月	3年6カ月	1回	39分	
J	30代	女性	10年5カ月	7年5カ月	1回	38分	
K	30代	女性	13年5カ月	10年5カ月	1回	38分	

から記述する。なお、カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉, 逐語記録からの引用は「 」で示す。

1) 【家族の動揺が鎮まるのを待つ】

この関わりは、突然の入院や患者の状態の変化により、家族が大きく動揺し、感情を表出している場面で看護師は、家族へ無理に質問せず、見守りながら落ち着くのを待つという特性をもつ。

「起こさないで」って言っても、気持ちが先に行っちゃって、今声掛けちゃいけないってわかってるんだけど、声掛けずにいられないとか。面会でも、勝手に自分で入ってきちゃうとか、「緊急入院で突然、朝まで元気だった人が…っていう感じだから、やっぱり家族も動転してるし、本人さんの姿を見たら、ますますパニックになっちゃったりする。」このように、重度意識障害患者の家族は、突然の入院に加え、患者が全く反応を示さないことから、入院時〈予期せぬ出来事に家族は大きく動揺している〉ことや、〈患者の状態が良くないことを伝えても家族はあまり聞いていないと感じる〉ことが語られた。家族のなかには、怒りを表出する者もおり、〈攻撃的な家族には近寄り難い〉と感じる看護師もいた。しかし、看護師は、「泣き叫ぶ」、「怒鳴り散らす」など、〈家族が感情を表出しているときには黙ってそばに付き添う〉ことをし、家族が落ち着くのを待つことを語った。「最初は黙って見守って、本当に付き添うだけ。あまり強制的に、わーっとしゃべったりはしない。黙って静かにそばにいるだ

け。付き添ってはいる。30分でも40分でも、そばにはいる。」

看護師は経験から、動揺していた家族も時間の経過とともに「誰でも落ち着いてくる」と考え、〈家族が心を開いてくれるまで焦らずに待つ〉ようにし、〈家族にはゆっくり考える時間と場所を提供する〉必要があると考えていた。そして、入院時など、〈家族の状況を把握できていないときには無理に質問をしない〉ようにしていた。「あまり焦ったことないですね。“今日はやめようかなあ”とか。時間をあげると、家族が自分で解決して行って、時間で心理が変わるってこともあるので、変に手を出さなくても…と思います。」、「何らかの形で、いろんな情報があったうえで聞くようにはしている。だから、何でもかんでも家族の状態を聞けばいいかって言ったら、そういうわけでもなくて、最初、入院されたときとか、わからないときは、あえて別に聞かない。」

2) 【患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく】

この関わりは、患者の緊急入院や、普段の姿からの変化に衝撃を受け、心身共に不安定となっている家族を、身体的・精神的に支える必要があると判断し、家族が倒れないよう安全を確保したり、そばに付き添って話を聴いたりし、即座に家族へ近づくという特性をもつ。

看護師は、〈初めて家族が面会に入るときにはベッドサイドまで付き添う〉、〈不安の強い家族が面

表2. カテゴリ・サブカテゴリ一覧

カテゴリ	サブカテゴリ
家族の動揺が鎮まるのを待つ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予期せぬ出来事に家族は大きく動揺している</li> <li>・ 患者の状態が良くないことを伝えても家族はあまり聞いていないと感じる</li> <li>・ 攻撃的な家族には近寄り難い</li> <li>・ 家族が感情を表出しているときには黙ってそばに付き添う</li> <li>・ 家族が心を開いてくれるまで焦らずに待つ</li> <li>・ 家族にはゆっくり考える時間と場所を提供する</li> <li>・ 家族の状況を把握できていないときには無理に質問をしない</li> </ul>
患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初めて家族が面会に入るときにはベッドサイドまで付き添う</li> <li>・ 不安の強い家族が面会に訪れたときには付き添えるよう調整する</li> <li>・ 面会中の家族がショックで倒れないようそばに付き添い対応する</li> <li>・ 患者の安静を守るため面会する家族に協力を依頼する</li> <li>・ 家族の体調や生活状況を気に掛ける</li> <li>・ 患者を心痛する家族が少しでも休めるよう声を掛ける</li> <li>・ 患者や家族の役割や経済状況を考慮し対応する</li> </ul>
患者に近づけない家族をそばに引き寄せる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 面会に訪れる家族は不安で怖いのではないかと思う</li> <li>・ 家族が患者のそばに近づけるよう環境を整える</li> <li>・ 家族が患者のそばに近づけるよう声を掛ける</li> <li>・ 患者に現れたわずかな反応をキャッチし家族に伝える</li> <li>・ 家族が面会に訪れた際にはベッドサイドへ行き患者の状態を説明する</li> <li>・ 家族から質問され患者の状態を説明する</li> <li>・ 患者に行っているケアを家族に見てもらう</li> <li>・ 家族と一緒に患者のケアを行う</li> <li>・ 家族には実際に患者の身体に触れてもらう</li> </ul>
患者の生命の危険を意識し家族を油断させない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の疾患に関する説明は医師に依頼する</li> <li>・ 患者と家族の状況を理解するために医師が行う病状説明に同席する</li> <li>・ 面会中の家族の様子を注意深く観察する</li> <li>・ 家族が状況を理解できているのか確認する</li> <li>・ 家族が状況を理解できていないときには繰り返し説明する</li> <li>・ 家族には事実のみを伝えあいまいなことを言わない</li> <li>・ 患者は急変する可能性があり油断できない状況であることを伝える</li> <li>・ 家族が現実を受け入れるために回復は難しいということを伝える</li> </ul>
家族とつながる手がかりを探る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の心情を考えると掛ける言葉が見つからない</li> <li>・ 家族と関わる前にあらかじめ情報収集を行う</li> <li>・ カンファレンスを活用し家族の情報を共有する</li> <li>・ 待合室で待っている家族に患者の状況を伝えに行く</li> <li>・ 家族に面会を待ってもらうときには待たせる理由を説明しに行く</li> <li>・ 家族が看護師に声を掛ける機会となるようベッドサイドへ行く</li> <li>・ 家族の様子から何か聞きたいことがありそうだと感じベッドサイドへ行く</li> <li>・ 不在の受け持ち看護師に代わって面会に来た家族に声を掛ける</li> <li>・ 家族に話題をふるきっかけとして患者の入院前の様子を尋ねる</li> <li>・ 家族が話し始めたときにはその場に留まり話を聴く</li> <li>・ 患者の回復を願う家族の気持ちに共感する</li> </ul>
患者と家族だけになれる空間をつくり出す	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の面会時間と重ならないよう検温や処置の時間を調整する</li> <li>・ 家族だけの空間を壊さぬようベッドサイドへ行くタイミングを考慮する</li> <li>・ 面会中ベッドサイドに付き添うべきか否かを考える</li> <li>・ 家族だけで過ごせるようベッドサイドから離れる</li> <li>・ 離れた場所から面会する家族の様子を観察する</li> </ul>

会に来たときには付き添えるよう調節する)、〈面会中の家族がショックで倒れないようそばに付き添い対応する〉ことで、衝撃を受けている家族の身体的安全を確保し、患者の容体が不安定な場面では、〈患者の安静を守るため面会する家族に協力を依頼する〉ことも行っていた。「そばにはいるようにし

ます。できる限り。初めての右も左もわからない所で、自分の家族が入院して、ええーっていうときに、誰もいないのはやっぱり心細いだろうし、怖いだろうしって思うから。」、「そのとき自分がすぐにつけない状況だったら、中がバタついてるからちょっと待ってくださいで入ってもらう。家族だけ

で入れてパニックになっても困るから。だったら、ちょっと待ってもらおう。5分、10分待ってもらって、自分のほかの仕事を落ち着かす。それから入ってもらおう。」

また、家族のなかには、食事や睡眠もままならず、体調を崩す者もいるため、〈家族の体調や生活状況を気に掛ける〉ようにし、〈患者を心痛する家族が少しでも休めるよう声を掛ける〉ことや、〈患者や家族の役割や経済状況を考慮し対応する〉よう心がけていた。

### 3) 【患者に近づけない家族をそばに引き寄せる】

この関わりは、慣れない環境と普段の姿から変化した患者に戸惑い、患者に近づくことができない家族に対して看護師が、患者のそばへ近づけるよう働き掛けるという特性をもつ。

看護師は、「緊急入院、救命センターに入ったということだけでも、不安は大きいと思う」と語り、〈面会に訪れる家族は不安で怖いのではないかと思う〉ことを語った。多くの患者は、さまざまな機械やチューブが装着され、全く反応を示さず臥床していることから、家族は独特の雰囲気にも圧倒され、患者のそばに近づけないことが語られた。そして看護師は、〈家族が患者のそばに近づけるよう環境を整える〉ことや〈家族が患者のそばに近づけるよう声を掛ける〉ことを行うと語った。「機械がいちやうと、家族ってけっこう遠巻きで見ちゃうんだよね。近寄っちゃいけないのかなってなっちゃうから。患者さんもレベルとか全然で動かないとなれば、もう安全帯もベッド柵もいらないだろうし、すぐ触れるようにしてあげる。」、「“もう少し触ってもらっても大丈夫”とか、そういう説明をしたり、怖くて近寄れない人もいるから、“ここまで行ってもらっていい”とか、そういう調整じゃないけど。」

また、看護師は、「面会に来て、本人が意識もなく何もしゃべってくれなかったら、どんな状態なのかかわからない」と考え、〈患者に現れたわずかな反応をキャッチし家族に伝える〉、〈家族が面会に訪れた際にはベッドサイドへ行き患者の状態を説明す

る〉、〈家族から質問され患者の状態を説明する〉ことを行っていた。「“少し手が動くようになったんですよ”とか、“目を開く時間が長くなりましたよ”とか言っていましたね。」、「家族がいるときに反応がなくても、目を開けたりとか、そういう反応があったときは、“今はこうですけど、朝はよく目が開いてたし、反応がありましたよ”って。」

さらに、看護師は、〈患者に行っているケアを家族に見てもらおう〉、〈家族と一緒に患者のケアを行う〉、〈家族には実際に患者の身体に触れてもらう〉ことを行い、家族が少しでも患者のそばに近づけるよう関わりをもつことが語られた。

### 4) 【患者の生命の危険を意識し家族を油断させない】

この関わりは、救命救急センターに入院している重度意識障害患者は、生命の危機的状況に陥る可能性が高く、患者は死と背中合わせであるということを見守る看護師は常に意識し、家族にはその現実を受け入れてもらうよう働きかけるという特性をもつ。

看護師は、「疾患に関わることは、先生の治療方針とかも合わせて言ってもらったほうがいい」と考え、〈患者の疾患に関する説明は医師に依頼する〉ようにしていた。そして、〈患者と家族の状況を理解するために医師が行う病状説明に同席する〉、〈面会中の家族の様子を注意深く観察する〉、〈家族が状況を理解できているのか確認する〉ことを意識的にを行い、〈家族が状況を理解できていないときには繰り返し説明する〉ようにしていることを語った。「どこまでわかってるのかなってというのは把握しなくちゃいけないだろうし、最期亡くなるときに、多分この人倒れるかなとか、そういう把握もしてる。」、「“こういう状況でって何回も説明していくっていうか、もう根気よく。1回言って駄目だったら、もう本当に何回も説明して。”」

また、〈家族には事実のみを伝えあいまいなことを言わない〉ように心がけ、〈患者は急変する可能性があり油断できない状況であることを伝える〉ことが語られた。さらに、患者は生命が助かったとし



ても、重度の障害を残すことが多いため、〈家族が現実を受け入れるために回復は難しいということ伝える〉ことが語られた。「本当はいいことをたくさん伝えてあげたいと思うんだけど、それをしちゃうと、希望をもちすぎちゃって、逆に悪くなっちゃったとき困るもんだから…期待をもたせるような話し方はしない。」、「駄目なのは駄目って。駄目な細胞は、元には戻りませんって言う。だから、今がんばっているけどこれ以上はよくなりませんよって。決していいことは言わない。」

#### 5) 【家族とつながる手がかりを探る】

この関わりは、衝撃を受けている家族への対応に戸惑いを感じながらも看護師は、様子を見ながら家族の元へ向かい、家族との関係を築こうと試みるという特性をもつ。

看護師は、家族の面会に付き添うなかで、〈家族の心情を考えると掛ける言葉が見つからない〉と感じ、家族にどのような言葉を掛けるべきか戸惑いを感じていることを語った。「変に声を掛けても、何の慰めにもならないし…何か声を掛けてあげたほうがいいのかと思うんだけど、難しいね。そういうときは、いい言葉は浮かんでこないんだよね。」しかし、このように感じながらも、〈家族と関わる前にあらかじめ情報収集を行う〉ことや、〈カンファレンスを活用し家族の情報を共有する〉ことで少しでも家族を理解しようとし、家族に待合室で待機してもらった場面では、〈待合室で待っている家族に患者の状況を伝えに行く〉ことや、〈家族に面会を待ってもらったときには待たせる理由を説明しに行く〉ことを行い、家族が不安にならないよう配慮していることが語られた。「外で待たされてるから、今どんなだろうって気にしてると思うから、言える範囲で、今こういう状態って。何で待たせるのか、伝えてあげたりしてるかな。全く何もなしで待たされるよりは、これをしてるからって言ったほうが、減るかどうかわからないけど不安は…いいのかなあと思って。」

また、家族が面会に訪れた際には、〈家族が看護

師に声を掛ける機会となるようベッドサイドへ行く〉、〈家族の様子から何か聞きたいことがありそうだと感じベッドサイドへ行く〉、〈不在の受け持ち看護師に代わって面会に来た家族に声を掛ける〉ことも行っていた。「自分が情報を取ったり、家族と話したために行くわけではなくて…家族が話せるようにする機会をあえて作ります。」、「家族がモニターを指さして首かしげてたりとか、“なんとかなのかな?”とか、疑問形で聞こえたときは寄ってたりとか、アラームが鳴って家族がびっくりしてたりしたら、必ず行くようにして、どんなアラームかっていうのは説明したりする。」

さらに、〈家族に話題をふるきっかけとして患者の入院前の様子を尋ねる〉ことを多くの看護師が行い、〈家族が話し始めたときにはその場に留まり話を聴く〉ことが語られた。そして看護師は、〈患者の回復を願う家族の気持ちに共感する〉ことを語った。「誰でもそうだと思うの。駄目でもやっぱり少し、1日でも1秒でもいいから長く生きていてほしいっていうのは、誰でも一緒だと思う。だから、その気持ちは一緒に受容するっていうのかな。」

#### 6) 【患者と家族だけになれる空間をつくりだす】

この関わりは、家族の面会時に、あえてベッドサイドへ行くのをやめたり、席をはずしたりして、患者と家族だけになれる時間と場所を作り、離れた場所から患者と家族を見守るという特性をもつ。

看護師は、面会時間前から家族の面会を意識しながら業務を行い、〈家族の面会時間と重ならないよう検温や処置の時間を調整する〉ようにしていた。「口腔ケアとかも、面会時間に残しておく、待たせちゃうことになっちゃうから、面会時間外にできるだけ終わらせるようにとか。」、「毎日みんな来るじゃない。そうすると、だいたい何分面会して帰るっていうリズムがわかるから、あとちょっとで帰るだろうなっていうのを予測して、帰った後に検温したりとか。」そして、家族の面会中は、〈家族だけの空間を壊さぬようベッドサイドへ行くタイミングを考慮する〉ようにし、〈面会中ベッドサイドに付

き添うべきか否かを考える)者もいた。「もう本当に家族の時間を、家族の空間をもちたいと思ってるんだらうなって思う家族があるので、逆に私たちが入っていくと、今まですごく色々触っていたり、話しかけたりしていたのに、何にもしなくなっちゃう人とかもいるので、そういう人に関しては、面会をしているときには、あまり声を掛けません。」、「本当は2人…意識がなくても話したり、手を触ったりしたい、話も色々したいと思うんだよね。でも、看護婦さんいるとなかなかこう…遠慮したりする場合もあると思う。」このように、面会中には、〈家族だけで過ごせるようベッドサイドから離れる〉ようにし、〈離れた場所から面会する家族の様子を観察する〉ようにしていた。

#### IV. 考 察

##### 1. 患者の急変に大きく動揺する家族

救命救急センターは、重症患者が入院する場所であることから、家族は患者が生命の危機的状況にあることを想像し、救命救急センターに入院したという出来事そのものが、家族の不安を助長させる<sup>3)</sup>。そして、救命救急センターに入室した家族は、緊迫した独特の雰囲気にも馴染めず、ここから気持ちの動揺が始まることが報告されている<sup>26)</sup>。研究参加者からは、泣き叫ぶ、怒鳴り散らすなど、動揺している家族の様子が語られたが、先行研究<sup>5)</sup>においても、この時期の家族は、情緒的混乱状態にあることが報告されており、Fink<sup>27)</sup>によって示された危機モデルの第一期、衝撃の段階にあったと予想される。このような家族を前にして看護師は、【患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく】ことを行い、家族が大きく動揺している場面では、ほかの業務を後回しにしても、家族に付き添っていた。また、入院時など、家族と初めて対面した場面でも同様の行動を取っており、家族との信頼関係成立の有無に関わらず、必要と判断した場面で即座に行われていたと考えられる。

一方で看護師は、家族が動揺している場面では無理に質問をせず、ベッドサイドに黙って付き添い、【家族の動揺が鎮まるのを待つ】ことを行っていた。長谷川<sup>28)</sup>は、精神的危機にある人への援助の基本は、そのときその場の感情を受け入れ、感情を出し尽くせるように見守ることであると、いかなる感情でも、医療者に向けて表現できるのだという保証を、言葉や態度で示すよう努めることの重要性を述べている。看護師は、家族から怒りや悲しみをぶつけられても、その場から離れることなく、黙って家族に付き添うことを語っていた。このような関わりは、家族が感情を吐き出す機会を作り、揺るぐことなくそばにいる存在であることを示し、「家族の心強い支援者」<sup>29)</sup>であったと考えられる。

##### 2. 患者と家族の間にできる距離を縮める

救命救急センターに入院した重度意識障害患者の家族は、機械やチューブが挿入され、反応を示さなくなった患者と対面する。看護師からは、このような患者の姿に戸惑い、近づくことができない家族がいることが語られた。先行研究<sup>22)</sup>においても、ICUの環境や機械につながれた患者に対して家族は、異様な感覚をもつことが報告されている。しかしこれは、一時の印象にすぎず、家族はごく短い面会時間の中で順応していたことも報告されている。研究参加者が関わりをもった家族も、入院後間もない時期であったことが予測されるが、救命救急センターという独特の環境に加え、全く反応を示さない患者の姿に戸惑い、順応できない状況であったと考えられる。このため家族は、患者のそばに近づくことができず、患者と家族の間には、身体的・精神的な距離ができていたと考えられる。看護師は、このような患者に近づけない家族に声をかけ、可能な限り患者に近づけるよう、ベッド周囲の環境にも配慮していた。また、家族を患者のそばに近づけることで、患者のことを少しでも知ってもらおうと働きかけていた。このような関わりは、患者とその家族の間にできてしまった距離を、少しずつ縮めていたと考えられる。これは、重症集中ケアにおける看護過程<sup>29)</sup>



に示された、「患者と家族に距離が生まれる」というアセスメントと、「家族と患者の距離を縮める」という看護介入に非常に類似していたと言える。

一方で看護師は、重度意識障害患者は、突然容体が悪化し、死亡する可能性があると考え、患者は常に死と背中合わせであることを意識していた。看護師は、救命救急センターに勤務するなかで、患者の容体が急変する場面に遭遇し、その傍らで家族が大きな衝撃を受け、深く落ち込む姿を目にした経験もっていた。また、患者は生命が助かったとしても、重度の障害を残すことが多いため、家族を再び落ち込ませないよう、【患者の生命の危険を意識し家族を油断させない】ようにしていた。これは、家族にとってつらく厳しい状況であっても、現実から目を背け、患者から離れてしまうのではなく、患者と向き合っていけるよう、家族を後押ししていたと考えられる。しかし、看護師は、油断できない状況であることを一方的に押し付けるのではなく、患者に現れたわずかな反応や、バイタルサインの変化を伝え、意識はなくても自らの力で心臓を動かし、患者は生きているということを家族に伝えていた。そして、家族を患者のそばへ引き寄せることにより、家族が自身の目で患者の様子を確かめ、病気と懸命に闘う患者の存在を知らせていたと考えられる。

また、看護師は、家族を患者のそばに引き寄せ、患者と家族の間にできた距離を縮めつつ、【患者と家族だけになれる空間をつくりだす】ことを行っていた。この関わりは、看護師が患者と家族のそばから離れても大丈夫と判断できるときにのみ行われていた。そして看護師は、ベッドサイドから離れても、家族の様子をいつも気に掛け、必要なときにはいつでも家族のそばに行けるという距離で見守っていた。濱本<sup>30)</sup>は、ICUにおける終末期で意識のない患者への看護として、家族が患者のそばにいられる時間を作ることの重要性を述べている。家族は、患者のそばに立つことで、患者とともに生きてきた時間を回想し、家族の心のなかに生き続ける存在としての意味を見いだしていったことを報告している。

よって、患者と家族だけになれる空間をつくりだすことは、家族が患者と対話する機会を作り、現実を受け止めていく助けになっていたと考えられる。

### 3. 家族と看護師の間にある距離を縮める

研究参加者は、動揺し攻撃的になっている家族に対して、近寄り難いと感じることや、回復の難しい家族に掛ける言葉が見つからないなど、重度意識障害患者の家族への関わりが難しいことを語っていた。先行研究においても、救急看護師が危機的状況にある患者の家族への関わりに困難感を抱いていること<sup>31)</sup>や、脳神経疾患患者の家族とは、患者を介さない関係の築きにくさがあること<sup>32)</sup>が報告されている。救命救急センターに勤務する看護師が、初めて重度意識障害患者の家族と対面するとき、多くの家族は突然の出来事に大きく動揺している。看護師は、初対面で状況がわからない家族に多くの質問を尋ねることを躊躇し、踏み込んでいけない状況であったと考えられる。よって、入院直後の場面では、看護師と家族との間にも、距離ができていていると考えられる。

このような状況のなかで看護師は、情報収集・情報の共有を行い、家族が面会に訪れた際には声を掛け、【家族とつながる手がかりを探る】ことを行っていた。林<sup>33)</sup>は、重症くも膜下出血患者の配偶者に対する看護実践の記述のなかで、看護師の継続的な関わりが、患者の配偶者に安心感を与え、心の拠り所となったことや、自身を開放し思いを打ち明けるといった関係を築きあげることができたことを報告している。また、このような家族と看護師の関係は、一時的な関わりで実現できるものではなく、同じ場所で同じ時間を共有することを繰り返すからこそなされ得ることであると述べている。したがって、看護師が面会のたびに家族へ声を掛け、同じ時間を共有したことは、家族に安心感を与え、家族が思いを表出することを可能にしたと考えられる。そして、家族とこのような関係を築きあげることが、家族との心理的距離を縮め、必要な援助を提供することを可能にしたと考えられる。

このように、本研究においては、ケアの提供者である看護師に焦点をあてたことにより、看護師と家族の間にも距離ができており、看護師がその距離を縮めようと関わりをもっていることが明らかにされた。これは、緊急入院した患者の家族のなかでも、大きな衝撃を受け、動揺している重度意識障害患者の家族への関わりに見られる独特な特性であったと言える。

救命救急センターに入院した重度意識障害患者の家族は、突然の出来事に大きく動揺しており、早急に支援が必要な状況であったため、【患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく】ことや、【家族の動揺が鎮まるのを待つ】ことが、必要と判断された場面で、即座に行われていた。また、患者が反応を示さなくなったことにより、患者と家族の間には、身体的・精神的な距離ができてしまう。看護師は、【家族とつながる手がかりを探る】ことで、家族との距離を縮めつつ、【患者に近づけない家族をそばに引き寄せる】、【患者の生命の危険を意識し家族を油断させない】、【患者と家族だけになれる空間をつくりだす】ことで、患者と家族の間にできた距離を縮めていたと考えられる。これらの関わりは、ひとつの関わりが優先されたり、並行して行われたりしており、家族の状況に応じて、看護師は必要な関わりを見極めて実践していたと考えられる。また、6つの関わりは、看護師と家族、患者と家族の距離を適切に調整するという意味をもち、家族との距離の取り方の重要性が示唆されたと考えられる。

#### 4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設の1病棟から得られた研究参加者であり、施設や病棟の特性が影響していると考えられる。今後は、さまざまな施設・経験層の看護師からデータを収集し、分析を進めていきたい。本研究のデータ収集後、クリティカルケア領域において、意識障害患者の家族看護に関する研究は実施されているが、臨床経験豊かな看護師を対象としており、臨床経験年数の少ない看護師に焦点をあてた研究は行われていない。今後は、このような看護師からの

データも集めたいと考える。

## V. 結論

- 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長として、【家族の動揺が鎮まるのを待つ】、【患者と家族の安全を守るため躊躇せず近づく】、【患者に近づけない家族をそばに引き寄せる】、【患者の生命の危険を意識し家族を油断させない】、【家族とつながる手がかりを探る】、【患者と家族だけになれる空間をつくりだす】の6つの特性が明らかにされた。
- 救命救急センターに入院した重度意識障害患者の家族支援には、患者を中心とした独特な「距離」の取り方の調整があったことが示唆された。

## 謝辞

本研究にご協力くださいました研究協力施設の皆様および、研究参加者の皆様に心から感謝いたします。また、本研究を実施するにあたり、ご指導・ご助言くださいました静岡県立大学看護学部教授古川文子先生に厚く御礼申し上げます。

本研究は、静岡県立大学大学院看護学研究科へ提出した修士論文を加筆・修正したものである。

（受付 '12.10.10）  
（採用 '13.10.16）

## 文献

- 1) 神手雪美, 栗山輝子, 清水恵子, 他: 脳血管障害患者の状態変化に伴う主介護者の示す心理的危機の受容過程の検討, 日本看護学会論文集成人看護I, 32: 190-192, 2002
- 2) 鎌田梨愛, 中川雅子: 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ド, 三重看護学誌, 6: 121-136, 2004
- 3) 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, 日本看護学会論文集成人看護, 29: 27-29, 1999
- 4) 黒田裕子, 小島操子: 救急重症患者家族員に対する危機看護介入モデルの作成, 日本看護学会論文集看護総合, 17: 223-235, 1986

- 5) 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, 19(3)：274-277, 1989
- 6) 石塚洋恵：重篤な意識障害を負った患者家族の心理変化の一考察—危機状況にある家族への看護介入から—, 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録, 23：11-15, 2000
- 7) 佐藤幸恵：危機的状況がもたらした家族の反応に関する検討—アギュララ・メズィックのモデルを援用して—, 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録, 23：31-35, 2000
- 8) 前亜希子, 前田靖子, 中村優子, 他：危機的状況にある患者家族への援助—フィンクの危機理論を用いて振り返る—, 日本看護学会論文集成人看護I, 32：196-198, 2001
- 9) 川瀬みさ子：救命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, 1999
- 10) Molter, N. C. : Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study, HEART&LUNG, 8(2)：332-329, 1979
- 11) 畑迫和子, 山下宏子, 藤原淳子：N. C. Molterの「重症患者家族のニード」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, 1992
- 12) 善家里子, 永喜久恵, 田中靖子, 他：救急入院患者の家族のニードに関する研究（その1）—家族が重要であると認識しているニードの特性—, 神戸市看護大学短期大学部紀要, 18：17-25, 1999
- 13) 安孫子智恵, 鈴木明子, 佐藤久美：集中治療室入室患者家族のニードを知る—Molterの重症患者家族ニードを用いて—, 日本看護学会論文集成人看護I, 29：18-20, 1998
- 14) 緒方久美子, 佐藤禮子：ICU緊急入室患者の家族員の情緒的反応に関する研究, 日本看護学会誌, 24(3)：21-29, 2004
- 15) 森みさ子, 中村忍, 嶋崎初美：脳死患者の家族と接する時に生じる看護婦の不安とその要因, 日本看護学会論文集成人看護I, 27：109-111, 1996
- 16) 杉内喜世子, 赤沼智子：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総合看護, 38：23-25, 2007
- 17) 林田裕子：状況が突然変化した患者・家族への看護過程における看護者の判断根拠の構造—救急病棟での自己の看護実践の分析を通して—, 総合看護, 41(2)：15-24, 2006
- 18) 京角修治, 曾根京子, 四十竹美千代, 他：救命救急センターの初療室における家族へのケアの特徴, 日本救急看護学会誌, 11(1)：33-40, 2009
- 19) 西村夏代, 掛橋千賀子：ICU看護師の終末期ケアにおける家族に対する看護援助, 日本クリティカルケア看護学会誌, 8(1)：29-39, 2012
- 20) 浅見綾：ICUにおける終末期ケアの実態とそれに影響する看護師の認識との関連性, 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1)：39-47, 2013
- 21) 田中晶子：急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助, 日本看護研究学会雑誌, 33(2)：103-112, 2010
- 22) 樽松久美子, 黒田裕子：救急・集中治療を要する重症意識障害患者に対する家族成員の認識プロセスと看護支援の探求, 日本看護学会誌, 31(1)：36-45, 2011
- 23) Benner, P. : From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice, Addison-Wesley Pub. Co., 1984/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, 東京, 2005
- 24) 宮田裕章, 甲斐一郎：保健・医療分野における研究の評価基準—定量的基準と定性的基準の再構築—, 日本公衛誌, 53(1)：319-327, 2006
- 25) ホロウェイ・I., ウィーラー・S. /野口美和子（監訳）：参加観察とデータとしての記録物, ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで— 第2版, 99-100, 医学書院, 東京, 2006
- 26) 鶴田早苗：ICU・救急患者の家族の問題：危機場面における精神的ケア—ICU・救急を中心に—, 35, 医学書院, 東京, 1991
- 27) Fink S. L. : Crisis and motivation: A theoretical model, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 48(11), 592-597, 1967
- 28) 長谷川浩：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—, 74, 医学書院, 東京, 1991
- 29) 今岡万里, 泊祐子：重症集中ケアにおける家族看護過程の特徴, 家族看護学研究, 12(3)：125-132, 2007
- 30) 濱本恭子：ICUにおける終末期で意識のない患者へのその人らしさを大切にしたい看護について, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25：365-372, 2000
- 31) 竹安好美, 櫻井絵美, 荒木智絵, 他：救急看護師が危機的状況にある患者とその家族の関わりで抱く困難感, 日本救急看護学会誌, 13(2)：1-9, 2011
- 32) 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
- 33) 林みよ子：救命救急センターにおける重症くも膜下出血患者の配偶者に対する看護実践の記述, 日本赤十字看護学会誌, 3(1)：97-107, 2003



## Characteristics of Care Provided by Critical Care Nurses to Families of Patients with Severely Impaired Consciousness

Chinami Kimoto<sup>1)</sup>

1) University of Shizuoka School of Nursing

**Key words:** Consciousness, Critical care, Emergency medicine, Family care

In this study, we conducted a qualitative study using non-structured interviews with 11 critical care nurses to shed light on the characteristics of care provided by them to the families of patients with severely impaired consciousness. We extracted the following six categories on the characteristics of care provided by critical care nurses to the families of patients with severely impaired consciousness from the results of our analysis: waiting until the family's unrest subsides; approaching the family without hesitation to ensure patient and family safety; bringing family members, who cannot approach the patient, closer to patient; making the family aware of the risk to the patient's life, and keeping them vigilant; finding clues that connect the family; and providing a space just for the family with no outsiders present. Because the families of patients with severely impaired consciousness are put in a situation where support is required immediately, nurses provide care by assessing the family's situation; and in situations where they deem it necessary, approach the family at a moment's notice or watch over them from a slight distance. Because the patient becomes unable to show any responses, a physical and mental distance is sensed between patients with severely impaired consciousness and their family. Nurses bridge the distance between the patient with severely impaired consciousness and their family by making adjustments to shorten the distance. The above suggests that based on patient-centered care, careful coordination was made in maintaining distance from the families of the patients with severely impaired consciousness hospitalized in critical care centers.