

〔原 著〕

## 質的メタ統合 クリティカルケア看護師の家族看護の構造における 困難感の様相

長田 艶子<sup>1)</sup> 入江 安子<sup>1)</sup> 多川 聖子<sup>2)</sup>

### 要 旨

目的：メタ統合によりクリティカルケア看護師が認識する家族看護の構造を分析し、そこにおける家族看護の困難感の様相を明らかにする。

方法：Patersonらの方法論に準拠し質的メタ統合を行った。医学中央雑誌Webを用い、「クリティカルケア」「家族看護」を検索語に、選定基準に合致する8文献を分析対象とした。

結果：クリティカルケア看護師が認識する家族看護の構造は、【家族看護の重みと躊躇】、【家族の思いの共有とその難しさ】、【家族への接近と家族から感じる圧力】、【限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤】の4カテゴリーから成り、そのサブカテゴリーには肯定的認識と否定的認識が二律背反する関係を示していた。そこにおける困難感の様相とは、限定された空間と時間を土台に、二律背反する肯定的認識と否定的認識が存在し、否定的認識の比重が大きくなり、肯定的認識との間にギャップが生じることでもたらされていた。

考察：家族看護における否定的認識は、諦めにつながる可能性がある。限定した空間と時間の中で、否定的認識と肯定的認識を統合した看護師による家族との関係づくり、対象家族の理解につなげられる家族支援の方略の検討が課題であると言える。

キーワード：家族看護構造、家族看護の困難感、クリティカルケア看護師、質的メタ統合

### 1. はじめに

クリティカルケア看護では、患者の突然の発症や生命の危機的状態により、家族に衝撃や混乱が生じるため、クリティカルケア看護師による家族支援が行われている。Molter (1984) は、重症患者家族の45のニーズを明らかにし、患者同様、家族をケアの対象にすべきと指摘した。山勢, 山勢, CNS-FACE開発プロジェクトメンバー (2003) は、クリティカルケア看護における家族支援のための重症患者家族のニーズとコーピングを測定するためのCNS-FACE (Coping & Needs Scale for Family As-

essment in Critical and Emergency Case Settings) を開発した。

日本でのクリティカルケア看護に関する家族看護研究は2000年頃から増加し、2009年から2011年にかけて質的研究が量的研究のほぼ2倍となった(迫田, いとう, 城丸, 2013)。西村, 掛橋 (2012) は、ICU看護師の家族に対する終末期ケアにおいて、患者の現状を認識することの重要性を明らかにした。伊藤, 栗原, 樽松他 (2014) は、集中治療室における倫理調整について、終末期の予測と積極的治療の限界を見極めるなど、患者と家族を対象とした望ましい死への援助の方略を述べている。これはクリティカルケア看護における一局面ではあるが、看護師が実践している特徴的な家族看護の方略を示して

1) 奈良県立医科大学医学部看護学科

2) 奈良県立医科大学附属病院

いる。

一方、クリティカルケア看護における終末期患者家族支援の困難感の中に、代理意思決定支援が指摘されている(上澤, 中村, 2013)。家族が代理意思決定することへの看護師が体験する倫理的ジレンマ(飯田, 2009)を体験すること、限られた空間と時間の中で、看護師が瞬時に判断・行動し、家族との関係を構築しなければならないことが関係している(木下, 百田, 2012)。

上述よりクリティカルケア看護師は、家族看護の必要性を認識すると共に、家族の動揺や混乱に対応できていないと感じていると考えられる。クリティカルケア看護では、患者の状態や時期によって家族のニーズが異なり、クリティカルケア看護師の役割も自ずと変わってくる。従って、家族看護の困難感の様相は、患者の状態や時期により変化する。しかし、その根底には共通する家族看護の構造があると考えられる。

本研究ではクリティカルケア家族看護を包括的に捉え、メタ統合によりクリティカルケア看護師が認識する家族看護を分析し、構造を明確にした上で、困難感の様相を明らかにすることとした。本研究の意義は、クリティカルケア看護師が認識する家族看護の困難感の様相を明らかにすることで、今後の効果的な家族看護の一助となることが期待されることである。

## II. 目的

本研究の目的は、メタ統合によりクリティカルケア看護師が認識する家族看護を分析し、構造を明確にした上で、困難感の様相を明らかにすることとした。

## III. 用語の定義

1. クリティカルケアにおける家族看護：重篤な疾病や外傷などの生命の危機的状態に陥っている患

者の家族が、疾病や外傷から生じる様々な問題に対して対処できるように支援することである。

2. 家族看護の構造：クリティカルケア看護師の家族看護に対するの捉え方や見方などの看護師の認識の関係性を示すものとした。尚、患者の状態や時期によって家族のニーズは異なり、クリティカルケア看護師の役割も自ずと変化するが、根底にある家族看護の構造は同じであるとの考えから、本研究ではクリティカルケア看護師が行う家族看護の構造に着眼し、患者の状況や時期による限定にとらわれず、クリティカルケアにおける家族看護を包括的に捉えることとした。

3. 困難感：救命救急センターや集中治療室などのクリティカルケアの場において、クリティカルケア看護師が、家族との関わりに困ったこと、戸惑うこと、ストレスに感じることをとした。

## IV. 研究方法

メタ統合は、一連の質的研究成果を統合し、新たな理論を発展させることができる手法である(宮崎, 2008)。家族看護分野では、クリティカルケアを受けた家族の体験(Linnarsson, Bubini, Perseius, 2010)、家族看護研究の質的研究のメタ統合が注目されている(入江, 2012)。

メタ統合の方法論は、Noblit, Hare (1988)のメタエスノグラフィーとPaterson, Thorne, Canam et al. (2010)のメタスタディの方法論が紹介されている。宮崎は、「複数の質的一次研究(Primary Qualitative Research)の結果を統合して、ある目的にについて新たなかつ拡大された理解をもたらす一連の方法論アプローチとする」とし、Paterson et al. (2010)の質的統合方法論を紹介している。Paterson et al. (2010)は、①研究の問いの作成、②一次研究の選定と評価基準の作成、③メタデータの分析、④メタ方法、⑤メタ理論からメタ統合への発展を挙げている。

本研究では、クリティカルケア看護師が認識する家族看護を明確化し、その構造から、家族看護の困

難感の様相を明らかにすることを目的としており、Paterson et al.の方法論のみが日本語で翻訳され(宮崎, 2008)普及されているため、Paterson et al.の方法論に準拠することとした。研究の問いは、家族看護の構造を明確にするために第1は、「クリティカルケア看護師が認識する家族看護とは何か」、第2は、「クリティカルケアにおける家族看護の構造とは何か」、第3は、困難感の様相を明らかにするために「クリティカルケア看護における家族看護の困難感とは何か」とした。

1. データ収集(一次研究の選定と評価基準の作成)

データベースは医学中央雑誌Web版Ver. 5を用い、「クリティカルケア」、「家族看護」を検索語に、2001年~2015年の原著論文を抽出した。その中からクリティカルケアにおける家族看護に関する量的研究と、家族の体験を研究対象とした質的研究を除外し、クリティカルケア看護師による家族看護の現象を取り扱った原著論文27件を選定した。尚、クリティカルケア看護における家族看護の困難感には、日本特有の家族文化が影響すると考え、またメタ統合を行う際に、日本語論文と英語論文を同時に

分析するのは困難であることから、原著論文を和文に限定し、データベースに医学中央雑誌を用いた。

次に、選定した原著論文の中からメタ統合に耐え得る論文を、質的研究の目的、研究意義、研究方法論、研究方法論を用いた根拠、データ収集方法、データ分析方法、研究結果、考察における論理的な一貫性を基準として抽出した。その際研究者3名が共通の視点で、論理的な一貫性を評価するために、サブストラクション・ワークシート(北, 谷津, 2009)を用いた。これにより8件を分析対象とした(表1)。

2. データ分析

本研究では、クリティカルケア看護師の家族看護に対するの捉え方や見方などの看護師の認識の関係を示すものとしたことから、8論文の研究結果より、クリティカルケア看護における家族看護に関わる看護師の認識に関連する記述を抽出した。それぞれの記述内容の相違点を明確にし、カテゴリーを形成し、代表的なカテゴリー名を付けた。そして、各カテゴリーの相互の関連性を分析し、クリティカルケア看護における家族看護の構造を明らかにした。次に、一次研究の結果において、困難感の記述があった部分を各カテゴリーの中で再検討し、家族看

表1. 分析対象論文の概要

著者	タイトル	研究対象者	データ収集・分析方法	雑誌名
本元千奈美	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特性	救命救急センターに勤務する臨床経験3年以上の看護師11名	非構成面接法 質的帰納的分析	家族看護学研究19巻2号 Page 124-135 (2014.03)
上澤弘美, 中村美鈴	初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由	救命救急センターの初療で3年以上勤務する看護師8名	半構成面接法 質的記述的研究デザイン	日本クリティカルケア看護学会誌9巻1号 Page 6-18 (2013.02)
横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子	救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識	積極的治療継続を断念した家族に関わった体験を有する看護師5名・医師5名	半構成面接法 質的帰納的分析	日本救急看護学会雑誌14巻1号 Page 10-20 (2012.03)
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	臨床経験が5年以上でICU経験が3年以上、リーダー業務を行っている看護師20名	半構成面接法 質的帰納的分析	日本クリティカルケア看護学会誌8巻1号 Page 29-39 (2012.02)
石川倫子	中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味	急性期意識障害患者の看護経験年数5年以上の看護師7名	半構成面接法 質的記述的研究デザイン	看護実践学会誌23巻1号 Page 13-23 (2011.03)
吉田紀子, 中村美鈴	クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践	救命救急センターや集中治療領域で経験年数5年以上の看護師13名	半構成面接法 質的記述的研究デザイン	日本救急看護学会雑誌16巻2号Page 1-12 (2014.09)
木下真吾, 百田武司	急性期脳神経疾患患者の家族へのケアを困難にする要因	脳神経外科専門病院急性期病棟に勤務している看護師5名	半構成面接法 質的帰納的分析	日本脳神経看護研究会誌34巻2号 Page 145-152 (2012.03)
大銅智子, 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	脳神経疾患の急性期治療に携わる看護師6名	グループインタビュー 質的帰納的分析	日本看護研究学会雑誌32巻5号 Page 75-81 (2009.12)

護の構造における困難感の様相をメタ理論・メタ統合へと構成した。

データ分析は、質的家族看護研究の研究者は研究方法、クリティカルケア看護研究者、クリティカルケア看護師の教育指導に携わる看護師の2名は、データ収集、解釈を行いながらリーダーシップを取り、3人で全行程を実施した。

## V. 結果

### 1. クリティカルケア看護師が認識している家族看護の構造

クリティカルケア看護師が認識する家族看護の構造は、【家族看護の重みと躊躇】、【家族の思いの共有とその難しさ】、【家族への接近と家族から感じる圧力】、【限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤】の4カテゴリーから成り、そのサブカテゴリーには家族に積極的に関わろうとする肯定的認識と、家族への関わりに抵抗を覚える否定的認識の二つの認識が存在していた。また、これらのサブカテゴリーの肯定と否定の相反する認識は、【家族看護の重みと躊躇】、【限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤】等の4つのカテゴリーが示すように、肯定的認識だけが存在するのではなく、また、否定的認識のみが存在するものでもなかった。各カテゴリーに肯定的認識と否定的認識が

二律背反する関係を示していた。(表2)。

カテゴリーは【 】、肯定的認識のサブカテゴリーを《 》、否定的認識のサブカテゴリーを〈 〉で示した。

#### 1) 家族看護の重みと躊躇

【家族看護の重みと躊躇】とは、クリティカルケア看護師は、家族が看護師の発する一言を重く受け止めているので、家族に慎重に関わり、家族のためにも患者のケアに最善を尽くしたいとの認識であった。しかし、日々の業務の中で尊厳を忘れそうになっている自己の価値観に戸惑い、看護師が家族に与える影響を考えると、家族の関わりに躊躇するという認識が示されていた。カテゴリーは、①《家族への一言の重み》と〈家族に影響を与えることへの躊躇〉、②《患者への最善のケアの追求》と〈自己の価値観への戸惑い〉のサブカテゴリーで構成されていた。

①《家族への一言の重み》とは、看護師として家族へ発する言葉の重みを自覚し、家族の一生に影響すると考え、慎重に関わることであった(横堀, 井上, 佐々木, 2012; 犬飼, 渡邊, 野村, 2009)。

一方、〈家族に影響を与えることへの躊躇〉とは、家族への援助の必要性を感じつつも、内容が深くなると家族との間に一線(人間関係に距離)を置き、そのことへの葛藤と共に、心理的束縛を感じ、踏み出せないことであった(犬飼他, 2009)。

表2. クリティカルケア看護師が認識する家族看護の構造

カテゴリー	サブカテゴリー	
	肯定的認識グループ	否定的認識グループ
家族看護の重みと躊躇	家族への一言の重み 患者への最善のケアの追求	家族に影響を与えることへの躊躇 自己の価値観への戸惑い
家族の思いの共有とその難しさ	家族の思いの共有 家族の決断の肯定 患者と家族のための時間と場の提供	家族の意思の分かり難さ 家族の決断を受けとめる抵抗感 患者と家族と一緒に過ごす時間と場の無さ
家族への接近と 家族から感じる圧力	家族への接近 家族と関わられるのは看護師	家族から感じる無言の圧力 他職種者からの協力の無さ
限局した空間と時間での 家族への積極的な関わりと葛藤	短い時間での家族への積極的な関係づくり 患者の現状の伝達 家族の認識や受容に合わせた対応	限られた時間で家族に関わる葛藤 患者の現状の伝えにくさ 家族に対する関わりへの自信のなさ

②《患者への最善のケアの追求》とは、家族が積極的治療を断念した後、患者の看護ケアに専心することが家族のためであるという思いがあり、最期までその人らしさが保てるよう外見を整え、家族の心情に配慮し、患者の尊厳を守り看護することであった（横堀他，2012；西村，掛橋，2012）。

一方、〈自己の価値観への戸惑い〉とは、救急に携わる看護師は、死に慣れ、尊厳が忘れられやすいなど、（自己の）配慮の足りなさ、また、家族が積極的治療を断念する時に感じる戸惑いであった（横堀他，2012）。

## 2) 家族の思いの共有とその難しさ

【家族の思いの共有とその難しさ】とは、クリティカルケア看護師が家族の決断を肯定し、家族の思いを尊重し、患者と一緒に過ごす時間と場所を提供するなどの家族の思いの共有を示していた。しかし、看護師の認識には家族の意思がわかりにくいだけでなく、患者の意思がわかりにくい以上、状況の中での家族の決断に抵抗感を感じるなどの家族の思いの共有の難しさがあった。カテゴリーは、①《家族の思いの共有》と〈家族の意思の分かり難さ〉、②《家族の決断の肯定》と〈家族の決断を受けとめる抵抗感〉、③《患者と家族のための時間と場の提供》と〈家族と患者と一緒に過ごす時間と場の無さ〉のサブカテゴリーで構成されていた。

①《家族の思いの共有》とは、家族の思いを理解し共有したいとコミュニケーションをとり、家族の言えない思いを汲みとることであった（横堀他，2012）。

一方、〈家族の意思の分かり難さ〉とは、家族員の意向を確認できないくらい、患者の生命危機が迫っている状況であること、家族員の意思が反映されているのか決定までの経緯がわからないなどの悩みであった（上澤，中村，2013）。

②《家族の決断の肯定》とは、意思決定に対峙するための家族の準備を整え、意思決定の最後まで添い続け、家族の気持ちを後押しすることであった（吉田，中村，2014）。家族が後悔しないことを最優先に考え、決断できたことに意味を見出し、家族の

決断を肯定しサポートすることであった（横堀他，2012）。

一方、〈家族の決断を受けとめる抵抗感〉とは、患者の意思がわからないまま家族の意思決定内容を肯定的に受け止めること、患者と家族の意見に相違があり患者の意思に沿っていない処置を行うことへの抵抗感であった（上澤，中村，2013）。

③《患者と家族のための時間と場の提供》とは、患者に近づけない家族をそばに引き寄せ、患者と家族だけになれる空間をつくり出すことであった（木元，2014）。ICUで迎える患者の死を後悔しないよう、最期まで看取れるように家族の体調を気遣い、患者との時間が充分持てるよう面会時間を調整し、看取りに満足感が持てるよう工夫をしていた（西村，掛橋，2012）。

一方、〈家族と患者と一緒に過ごす時間と場の無さ〉とは、ICUは医療機器に囲まれ、状態も不安定であるため、家族が患者に自由に触れ介護することは難しく、家族は看取りに満足感を持ちにくい（西村，掛橋，2012）。また、待合室は他患者の家族員と同じであり、家族員のプライバシーが守られる場所が設備的に無いことであった（上澤，中村，2013）。

## 3) 家族への接近と家族から感じる圧力

【家族への接近と家族から感じる圧力】とは、クリティカルケアでは家族に関われるのは看護師だけなので、看護師が家族に積極的に接近して行きたいという認識であった。しかし、クリティカルケアという限局した空間の中で家族からの無言の圧力を感じ、他職種者からの協力の無い中で家族に関わることへの悩みも抱えていた。カテゴリーは、①《家族への接近》と〈家族から感じる無言の圧力〉、②《家族と関われるのは看護師》と〈他職種者からの協力の無さ〉のサブカテゴリーで構成されていた。

①《家族への接近》とは、患者と家族の安全を守るために躊躇せずに近づくことであった。不安の強い家族や初めての面会などは、そばに付き添い、家族の体調を気かけ、少しでも休めるよう声をかけていた（木元，2014）。

一方、〈家族から感じる無言の圧力〉とは、厳しい現実に直面している家族から監視されているような感じ、患者を守ろうとする家族の無言の要求、何か希望を得ようとする家族の様子を痛みとして認識していた(犬飼他, 2009)。

②《家族と関われるのは看護師》とは、初療に他部門・他職種の配置がなく、家族員と関われるのが看護師のみであることを示していた(上澤, 中村, 2013)。

一方、〈他職種者からの協力の無さ〉とは、救急搬送患者の処置および看護業務以外の業務も多く忙しい状況の中、他職種者によるサポート体制がないまま家族員に関わることへの悩みであった(上澤, 中村, 2013)。

#### 4) 限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤

【限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤】とは、クリティカルケアが限られた時間であるため、積極的な家族との関係づくりのために、患者の状態を伝え、家族の認識や受容に合わせて対応することであった。しかし、時間がないうまま家族が意思決定を行ったり、家族の情報を十分収集しないままに、家族に関わることに葛藤があるとの認識であった。カテゴリーは、①《短い時間での家族への積極的な関係づくり》と〈限られた時間で家族に関わる葛藤〉、②《患者の現状の伝達》と〈患者の現状の伝えにくさ〉、③《家族の認識や受容に合わせた対応》と〈家族に対する関わりへの自信のなさ〉のサブカテゴリーで構成されていた。

①《短い時間での家族への積極的な関係づくり》とは、家族とゆっくり話をする余裕がない中で、家族のニーズを推しはかりケアを一緒に行いながら、キーパーソンを見分けるなど、積極的に関わりを持つようとするのであった(西村, 掛橋, 2012)。

一方、〈限られた時間で家族に関わる葛藤〉とは、時間が限局した中では家族員との関係性が築けないうばかりか、本音に触れて良いかさえもわからず(上澤, 中村, 2013)、また、意思決定を行う際に時間が無い状況と家族の気持ちを待ちたい思いとの間で

生じる葛藤であった(横堀他, 2012)。

②《患者の現状の伝達》とは、医師から家族への説明内容を把握し、家族から患者の状態を質問されたらわかる範囲で答え(木元, 2014)、意思表示のできない患者の思いを代弁し、家族と患者の橋渡しをすることであった(犬飼他, 2009)。

一方、〈患者の現状の伝えにくさ〉とは、家族員が実際に患者の状態や処置を見ていないため家族員に処置の内容を口頭で説明しても、状態が伝わらず、説明を理解してもらえないことであった(上澤, 中村, 2013)。

③《家族の認識や受容に合わせた対応》とは、危機的な心理状況をくみとり臨機応変に援助することであった(西村, 掛橋, 2012)。また、家族の様子から何か聞きたいことがありそうだと感じてベッドサイドに行っていた(木元, 2014)。

一方、〈家族に対する関わりへの自信のなさ〉とは、自信のなさ、家族に対する先入観から関わり方がわからないこと(木下, 百田, 2012)、家族の心情を考えるとかける言葉が見つからないことであった(木元, 2014)。また、医師との調整ができず病態・治療に対する家族員からの質問に対応できないことや、家族員に関わるタイミングがわからず困っていた(上澤, 中村, 2013)。

## 2. メタ理論と統合

クリティカルケア看護師が認識する家族看護は、【家族看護の重みと躊躇】、【家族の思いの共有とその難しさ】、【家族への接近と家族から感じる圧力】、【限局した空間と時間での家族への積極的な関わりと葛藤】の4カテゴリーから構成され、それぞれ肯定的認識と否定的認識が二律背反するサブカテゴリーが存在する構造を呈していた。この家族看護の構造からクリティカルケアにおける家族看護の困難感の様相を分析すると、相対する肯定的認識と否定的認識の関係において、否定的認識に傾倒することで生じていた。

クリティカルケア看護師が、肯定的認識である《家族の思いの共有》や《家族の決断の肯定》、《家

族への接近》や《短い時間での家族への積極的な関係づくり》を際限なく追求し続けると、看護師自身に潜在している〈自己の価値観への戸惑い〉や〈家族の決断を受けとめる抵抗感〉、〈家族から感じる無言の圧力〉などの相対する否定的認識が浮上し顕在化してくる。また、それが〈家族に影響を与えることへの躊躇〉や〈限られた時間で家族に関わる葛藤〉、〈家族に対する関わり方の自信のなさ〉などの否定的認識につながり、家族に関わることを躊躇する行動へと発展し、クリティカルケアにおける家族看護の困難感の様相を呈すると分析できる。

また、〈家族の意思の分かり難さ〉、〈家族と患者と一緒に過ごす時間と場の無さ〉、〈患者の現状の伝えにくさ〉などの否定的認識は、クリティカルケアの特性である限定された時間と場所から出現していたものである。もし、時間の限定がなければ、家族から多くの情報を得ることで、否定的認識から肯定的認識へと転じることも可能である。しかし、これ等の否定的認識は、時間と場の限定により、相対する《家族への一言の重み》、《家族と関われるのは看護師》や《患者の現状の伝達》という肯定的認識との間にギャップを生じさせ、〈家族に影響を与えることへの躊躇〉や〈限られた時間で家族に関わる葛

藤〉、〈家族に対する関わり方の自信のなさ〉などの認識である家族に関わることを躊躇する行動へと発展すると分析できる。

このように、二律背反する肯定的認識と否定的認識から考えられるクリティカルケア看護における家族看護の困難感の様相は、肯定的認識に傾倒するあまり相対する否定的認識が顕在化する場合と、否定的認識が肯定的認識へ転化しないまま否定的認識を引きずり、相対する肯定的認識との間にギャップが生じる場合とがあった。

このことから、クリティカルケアにおける家族看護の困難感の様相は、限定された空間と時間を土台に、クリティカルケア看護師は、肯定的認識と相対する否定的認識のバランスをはかっているが、否定的認識の比重が大きくなり、否定的認識と肯定的認識とのギャップが生じることであった(図1)。

## VI. 考 察

クリティカルケアにおける家族看護の困難感の様相は、否定的認識の比重が大きくなり、肯定的認識と否定的認識とのギャップが生じている状態であった。本研究では、肯定的認識と否定的認識の背

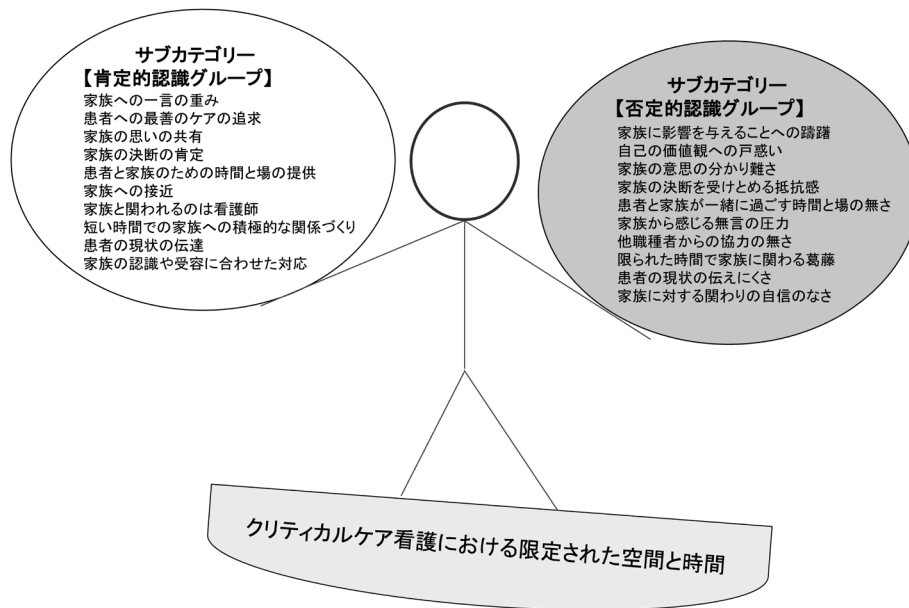


図1. クリティカルケア看護師による家族看護の困難感の様相

景と、否定的認識の比重が大きくなり、肯定的認識とのギャップが生じる原因、困難感を抱かずに家族と関係を築く方略について考察する。

### 1. クリティカルケア家族看護における二律背反する肯定的認識と否定的認識の背景

二律背反する肯定的認識と否定的認識の二つの認識の背景を考えると、クリティカルケア看護師における家族看護研究の成果と、クリティカルケア看護の特徴が影響していると考えられる。

肯定的認識の背景には、Molterの重症患者家族ニーズを分類するモデルや、クリティカルケア家族看護に特化した危機理論とストレス・コーピング理論を概念としたアセスメントツールの開発が報告されている（山勢，2006；山勢，山勢，立野，2013）。また、最近では、ICUを退室した後の患者家族によるPICS-F（Post Intensive Care Syndrome-Family）の研究（Davidson, Jones, Bienvenu, 2012）など、家族看護に関する研究が、患者だけでなく家族も看護の対象であるという意識を根付かせている。

また、クリティカルケア看護師は、日々の看護場面で家族の苦しむ姿に遭遇し、家族の苦しみが患者にも影響していることを体験し、家族の存在の大きさを痛感している。この体験から、家族を看護の対象とする意識が強くなるとともに、家族看護に関する研究の深化が、看護師の《家族の決断の肯定》、《家族の認識や受容に合わせた対応》などの肯定的認識を持つようになったと考える。

否定的認識の背景には、限局した空間と時間における家族との関係の取り難さがある。〈自己の価値観への戸惑い〉、〈家族の決断を受けとめる抵抗感〉などの否定的認識は、家族と医療者との関係の取り難さから生じていると言える。江尻，片岡（2014）は、医療者と患者家族の関係の希薄さ、家族の予期悲嘆の短さ、看護師のジレンマなどが要因であるとしている。また杉田（2005）は、看護師は倫理的ジレンマに対して、解決の糸口が見いだせず、どうすることが最善のケアになるのかという判断さえつかなくなる恐れがあるとし、中西，佐藤，佐藤（2003）

は、ジレンマにおける対処方法として、何もしない、諦めるという方法がクリティカルケアでは他の領域より多いと指摘している。

クリティカルケア看護師が、否定的認識により家族看護の諦めや何もしないということに傾倒するのは、好ましいことではない。しかし、否定的認識は、看護師の肯定的認識のみで家族支援をすることに歯止めをかけているとも考えられる。

本研究の否定的認識の一つである〈家族に影響を与えることへの躊躇〉は、家族支援の必要性を感じつつも一線を置くものであった。看護師の言葉の重みを自覚することで敢えて自己を心理的に束縛し、家族に与える影響から家族支援に制限を加えていた。躊躇する気持ちについて、山本（2010）は、家族と看護師との間でバランスをとる秤のようなものであるとし、家族の主体性を守るためにも躊躇することは有効であると述べている。

しかし、本研究の否定的認識には、家族の主体性を守るためだけの躊躇ではなく、〈自己の価値観への戸惑い〉、〈家族から感じる無言の圧力〉、〈限られた時間で家族と関わる葛藤〉が示すように、クリティカルケア看護師が家族の思いと一体でないと感じていることが含まれていた。家族と一体でないと感じることについて、柳澤，金子，神山（2012）は、自分の未熟さが原因であると捉えるのではなく、普遍的な限界があったと判断できるようにサポートする必要性を指摘している。また、江尻，片岡（2014）は、看護師のジレンマを緩和する組織的な支援が必要であるとしている。

このことから、本研究の否定的認識の背景には、クリティカルケアの普遍的限界である限定した空間と時間と、そこから生じる看護師の家族の思いと一体でない感があると考えられる。

### 2. 家族看護の困難感の様相の原因と家族との関係づくり

家族看護の困難感の様相は、否定的認識の比重が大きくなり、肯定的認識とのギャップが生じる状態であると考えられる。家族の思いの受容、共感に対す



るクリティカルケア看護師の捉え方と、クリティカルケアにおける家族支援の組織体制の不十分さが原因である。

〈自己の価値観への戸惑い〉、〈家族の意思の分かり難さ〉、〈家族から感じる無言の圧力〉、〈家族に対する関わりの自信のなさ〉の否定的認識から、クリティカルケア看護師は、家族と一体感を得ることができない場合、家族の思いを受容できていないと感じ、困難感の様相から抜け出せなくなり、さらに対象家族との距離を感じてしまうと推測できる。

武井(2001)は、看護教育では、家族の思いの受容・共感・傾聴の意味を、家族の言うことを無条件に受け入れること、自分の価値判断や感情、意見などはいっさい差し挟まず、反論しないという意味で使っていたため、対象者の思いと共感できないと看護師は苦悩を感じると述べている。本研究においても、家族の代理意思決定に肯定できない認識や死生観に相違が生じた時に、対象家族に対しても否定的認識を抱くという結果が得られた。

家族と看護師の思いに不一致が生じることについて、クリティカルケアにおける看護研究では、これまで言及してこなかった。宮本(2005)は、看護師の「自己一致」、「異和感の対自化」を提唱し、看護師の思いが家族と一致することよりも、むしろ自己一致することの重要性を強調している。自己一致とは、家族と看護師の思いのズレを顕在化させることである。つまり、看護師が肯定的認識へと移行するのではなく、否定的認識と肯定的認識を統合することである。看護師は家族との思いと一体でないことを自覚しながら、家族の思いを引き出し、認める家族との関係づくりを構築する必要があると言える。

この限局した空間と時間での家族との関係づくりについて、米国で発表された家族サポートに関するICUガイドライン(Davidson, Powers, Hedayat et al, 2007)では、コミュニケーション不足がスタッフのストレス源であることを述べている。そこで、Milic, Puntillo, Turne et al. (2015)は、クリティカルケア看護師のコミュニケーションにおけるワークショップ

を紹介し、その効果について報告している。また、Shannon, Long-Sutehall, Coombs (2011)は、感情操作の技法として、Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR), Ask-Tell-Ask, Tell me moreを紹介している。クリティカルケア看護師には、これらの開発されたコミュニケーション技法を用いて、家族と看護師との思いが一体でないことを自覚しながら、限定した時間でも家族から質問を引き出し、家族の感情表出を促すことが求められる。

集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針(日本集中治療医学会 倫理委員会, 看護部会 倫理ワーキンググループ, 2011)では、家族支援の重要性が指摘されている。しかし、現実的には組織的な家族支援体制は存在せず、医師や看護師を中心とした自発的、個人的努力で家族の支援が行われている。そのため、家族へのアプローチに悩み、看護師が疲弊していく現状がある。そこでクリティカルケアに特化したソーシャルワーカーや臨床心理士などとの協働した家族支援のあり方、その効果も検討していく必要があると言える。

今後は、限定した空間と時間から生じるクリティカルケア看護師の家族看護の肯定的認識と否定的認識の二律背反の関係、家族看護の困難感の様相についての実証研究、さらに困難感を抱かない家族との関係づくりコミュニケーション研修等のあり方、家族支援のための組織体制の充実への研究が課題である。

## VII. 看護実践への示唆

クリティカルケア看護師による家族看護の困難感とは、肯定的認識と否定認識の二律背反する構造から生じていた。また困難感がもたらすものには、何もしない、諦めるなどの家族との間に距離を置くなどがあった。このような状況に対して本研究結果から示唆できることは、看護師が肯定的認識へと移行を促すのではなく、家族と看護師との思いが一体でないことを自覚しつつ、コミュニケーションをはかり

家族との関係性を築くことが求められる。そのためには、コミュニケーションスキルを向上させる必要がある。方法としては、先ずクリティカルケア看護師の否定的認識と肯定的認識とのギャップは自身の未熟さが原因ではなく、限られた空間と時間によりもたらされていることを理解すること、次に、家族の疑問を引き出し感情や思いを受け止めて、家族に気にかけていることを伝えること、さらに、看護師は家族の思いと一致しなくても良いこと、自身の思いとの相違点を顕在化させることである。

### VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、クリティカルケア看護における家族看護の多様な場面を統括し、クリティカルケア看護師の家族看護の構造を分析した。その結果、クリティカルケア家族看護の困難感の様相を明らかにできたことは本研究の新規性ある。しかし、メタ方法において、1論文ではあるが研究対象者に医師も含んでいたこと、対象論文のデータ分析方法が一様でなかったことによる限界があり、結果への影響を考慮する必要があると言える。また、クリティカルケアにおける家族看護は、患者の状況や時期により相違すると考えられる。今後は、初療時、ICU在室中、終末期等に分けたメタ分析・統合、および一次研究の分析方法、研究対象者の統一が課題である。

### 謝辞

本研究の分析対象となった一次論文の著者に深謝申し上げます。尚、本研究は奈良県立医科大学看護実践・キャリア支援センターの研究助成を受け実施したものである。

### 各著者の貢献

TNは、研究の着想、デザイン、データの入手、分析、解釈、原稿の作成に貢献、YIは、研究のデザイン、データの分析、解釈、原稿の作成に貢献、KTは、データの入手、分析、解釈に貢献し、すべての著者は最終原稿を読み、承認した。

〔受付 17.08.15〕  
〔採用 18.01.17〕

### 文献

- Davidson, J. E., Jones, C., Bienvenu, O. J.: Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family, *Critical Care Medicine*, 40(2): 618-624, 2012
- Davidson J. E., Powers K., Hedayat K. M., et al: Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, *Critical Care Medicine*, 35(2): 605-622, 2007
- 江尻晴美, 片岡秋子: わが国のクリティカルケア領域における終末期看護研究の動向, *日本救急看護学会雑誌*, 16(1): 1-9, 2014
- 飯田沙織: ICUにおいて家族に対し看護師が体験する倫理的ジレンマ 延命治療に関する意思決定を行った家族の場合, *日本看護学会論文集 精神看護*, 39: 38-40, 2009
- 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
- 石川倫子: 中堅看護師における急性期意識障害患者への看護ケアの意味, *看護実践学会誌*, 23(1): 13-23, 2011
- 入江安子: 質的研究のメタ統合 家族看護研究における「家族のゆらぎ」の検討, *家族看護学研究*, 17(3): 135-145, 2012
- 伊藤真理, 栗原早苗, 樽松久美子他: 集中治療室で終末期に至った患者に対する急性・重症患者看護専門看護師の倫理調整, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 10(3): 11-21, 2014
- 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特性, *家族看護学研究*, 19(2): 124-135, 2014
- 木下真吾, 百田武司: 急性期脳神経疾患患者の家族へのケアを困難にする要因, *日本脳神経看護研究学会誌*, 34(2): 145-152, 2012
- 北 素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション (第1版), 33-40, 医学書院, 東京, 2009
- Linnarsson, J. R., Bubini, J., Perseus, K. I.: A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients, *Journal of Clinical Nursing*, 19: 3102-3111, 2010
- Milic, M. M., Puntillo, K., Turne, K., et al: Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care, *American Journal of Critical Care*, 24(4): 56-64, 2015
- 宮本真巳: 感情を「読み書き」するカーエモーショナル・リテラシー, 自己一致, 異和感の対自化一, *精神科看護*, 32(9): 18-27, 2005
- 宮崎美砂子: 質的研究のメタ統合の創出—Patersonらによるメタスタディを中心に—, *看護研究*, 41(5): 359-365, 2008
- Molter, N. C./常塚広美訳: 重症患者家族のニード—記述的研究—, *看護技術*, 30(8): 137-143, 1984
- 中西貴美子, 佐藤美佐子, 佐藤敏子他: クリティカルケア

- における看護師の倫理的ジレンマとそれに関する要因, 三重看護学誌, (5): 75-82, 2003
- 日本集中治療医学会 倫理委員会, 看護部会 倫理ワーキンググループ: 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針, 2011. [http://www.Jsicm.org/pdf/110606syu\\_mathu.pdf](http://www.Jsicm.org/pdf/110606syu_mathu.pdf) (2017年8月1日検索)
- 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
- Noblit, G. W., Hare, R. D.: *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*, 26-37, Newbury Park, CA, Sage Publications, 1988
- Paterson, B.L., Thorne, S.E., Canam, C., et al. /石垣和子, 宮崎美砂子, 北池正, 他監訳: 質的研究のメタスタディ実践ガイド, 12-13, 医学書院, 東京, 2010
- 迫田典子, いたうたけひこ, 城丸瑞恵: クリティカルケア領域における家族看護の研究動向—質的研究と量的研究の傾向の比較—, 昭和大学保健医療学雑誌, 11: 1-10, 2013
- Shannon, S. E., Long-Sutehall, T., Coombs, M.: *Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners*, *Nursing in Critical Care*, 16(3): 124-130, 2011
- 杉田久子: クリティカルケア看護場面における看護師の語り倫理的ジレンマを中心に, 日本赤十字看護大学紀要, 19: 45-56, 2005
- 武井麻子: 感情と看護一人とのかかわりを職業とすることの意味 (第1版)—, 87, 医学書院, 東京, 2001
- 上澤弘美, 中村美鈴: 初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由, 日本クリティカルケア看護学会誌, 9(1): 6-18, 2013
- 山本美智代: 情報入手を決定する看護師の価値観—障害児の家族の情報収集に焦点をあてて—, 小児保健研究, 69(1): 70-77, 2010
- 山勢博彰: 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発—ニードとコーピングの推移の特徴から—, 日本看護研究学会雑誌, 29(2): 95-102, 2006
- 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雑誌, 10(1): 9-16, 2003
- 山勢善江, 山勢博彰, 立野淳子: 救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル, 山口医学, 62(2): 91-98, 2013
- 柳澤恵美, 金子昌子, 神山幸枝: 終末期患者・家族に関わる看護師の葛藤に関する文献研究, 関西看護医療大学紀要, 4(1): 23-29, 2012
- 横堀潤子, 井上智子, 佐々木吉子: 救急医療での積極的治療継続の断念に関する患者家族の体験と看護師・医師の認識, 日本救急看護学会雑誌, 14(1): 10-20, 2012
- 吉田紀子, 中村美鈴: クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践, 日本救急看護学会雑誌, 16(2): 1-12, 2014

## A Meta-Synthesis of Qualitative Research into the Aspect of Difficulties of Critical Nursing Care of Family Members

Nagata Tsuyako<sup>1)</sup> Irie Yasuko<sup>1)</sup> Tagawa Kiyoko<sup>2)</sup>

1) Faculty of Nursing, School of Medicine, Nara Medical University

2) Nara Medical University Hospital

**Key words:** structure of family nursing, difficulty of family nursing, critical care nurses, meta-synthesis of qualitative research

**Purpose:** The purpose of this study was to analyze the structure of family nursing recognized by critical care nurses by meta-synthesis and difficulties experienced by the nurses who provide care to family members of critically ill patients.

**Method:** The current study is based on Paterson's meta-study of qualitative health research. We extracted eight original research papers from the ICHUSHI website, using the search terms "critical care" and "family nursing."

**Result:** The structure of family nursing recognized by the critical care nurse is "strong pressure and hesitation from the family members," "difficulty in the sharing of the family's thinking," "trust toward or coercion from family members," and "situation efficacy or conflict in terms of limited space and time," and its subcategories showed an antinomic between positive recognition and negative perception. The difficulty was brought about by the antinomic positive and negative recognition based on limited space and time, and the greater weight of negative recognition.

**Discussion:** The negative recognition in the family nursing might lead to giving up of family nursing. It is necessary to integrate negative recognition and positive recognition. In a limited space and time, critical care nurses consider assigning family relationships and considering family support strategies that can lead to understanding of target families.