



| | |
|--------------|---|
| Title | 集中治療室入室患者の家族が抱えるニーズの関連要因 |
| Author(s) | 辰巳, 有紀子 |
| Citation | 臨床死生学年報. 2003, 8, p. 84-90 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/6055 |
| rights | |
| Note | |

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

集中治療室入室患者の家族が抱えるニーズの関連要因

辰 巳 有紀子

key words : 集中治療室, 家族, ニーズ, 患者家族の属性, 家族関係, 不安

はじめに

集中治療室入室患者の家族の多くは、初めての経験にとまどい不安を覚えながら一般病棟に移るまでの数日間を過ごす。近年、集中治療室入室患者における問題の中で、特にこうした家族に対するケアの提供のあり方に関心が高まってきている。

広常（1991）はその臨床経験から、集中治療室入室患者の家族の心境について、「患者を取りまく多くの機器類を見ただけで家族は強い不安を覚えるであろう。そして、色々な管がからだに入れられているのを知り、痛みや苦しみはないのかと感じるに違いない。また、こんな状態がいつまで続くのかと、先のことにも不安を感じるだろう。あるいは機敏に働く看護婦を見て、自分の出る幕がないと感じ、患者のそばにいたいと思っても何もできそうもないし何をしてもいけないのではないかと感じるかも知れない」(p.133)と述べている。集中治療室入室患者の家族の多くは、初めての経験にとまどい不安を覚えながら一般病棟に移るまでの数日間を過ごすのであり、家族に対するケアというのは集中治療室スタッフが取り組むべき重要な課題なのである（西山, 2001）。このように、臨床経験からは家族のケアの重要性が指摘されてきているものの、特に心理学や行動学を背景とした実証的な研究は少なく、その必要性があると考えられる。

そこで実証的な研究を行うための第1段階として、以下、集中治療室の特徴とそこに入室する患者の家族に生じる問題とその関連研究についてまとめる。

集中治療室入室患者の家族

1. 家族の危機と対応

(1) 家族ケアにおける医療スタッフ一家族間のコミュニケーションの重要性

近年では医療界全体において、医療スタッフと患者間の十分なコミュニケーションが必要であるといわれてきている（Anderson, 1993；柏木, 2000；岡村・明智・久賀谷・中野・奥山・三上・内富, 1999；大木・福原, 1997）。

しかし救命救急センターや集中治療室などに搬入される患者は、急な発症や重篤な疾病である場合が多い。すなわち、集中治療室に入院する患者の多くは意識が無く、医療スタッフとコミュニケーションをはかることが困難である（Smedira, Evans, Grais, Cohen, Lo, Cooke, Schecter, Fink, Epstein-Jaffe, May, & Luce, 1990）。その場合、最も親しい他者、すなわち家族が患者の代理として医療スタッフから情報提供を受け、意思表示および治療方針の決定を

行うことになる。つまり、集中治療室においては家族とのコミュニケーションによって、患者に関する適切な情報を迅速に引き出す必要がある場合が多い (Molter, 1979; 清水, 1998)。そこで近年では、集中治療室において医療スタッフが家族とコミュニケーションを取ることが、家族ケアの重要な侧面であると指摘されてきている。

しかし救急・集中治療に携わる医療スタッフは、目の前の処置に追われて家族とコミュニケーションを取る時間的余裕が余り無いのが実状ともいわれている (広常, 1990)。実際、コミュニケーションの不足が、家族に不快な思いや煩わしい思いを与えてしまったという臨床的報告がなされている (梶谷・飯塚・安田・糸賀, 2002)。また実態調査においても、集中治療室入院患者の家族の約半数が、医療スタッフとの不適切なコミュニケーションを経験しているとの報告がなされている (Azoulay, Chevret, Leleu, Pochard, Barboteu, Adrie, Canoui, Le-Gall, & Schlemmer, 2000)。

しかしこうした不適切なコミュニケーションのあり方は医療スタッフによるアプローチによってある程度解消できるといわれている (福島, 1999)。実際、梶谷他 (2002) は、家族に対して入室前から積極的にコミュニケーションを持つことによって、治療に対する満足度を高める結果となったことを報告している。このように、医療者によるコミュニケーションのあり方が、家族の満足度や精神健康に強く影響を与えることが臨床的に示唆されている。

このように医療スタッフによる家族へのコミュニケーションのあり方が、家族ケアにとって重要な一側面であることが指摘されている。医療スタッフが家族とコミュニケーションをはかる際、まず家族の状態を把握することが重要であると考えられる。そこで以下、集中治療室に入室した患者の家族がどのような状態にあるといわれているか述べる。

(2) 1つのシステムとしての家族と危機一システム理論

家族の一員である患者が予期せぬ事故や病気の急変により生命に危険が及んでいる状況は、家族にとって大きなストレスであり、今後起こって来るであろう多くの問題に対する脅威を感じている (早坂, 2001)。このとき家族は心理的・社会的危機状態にあることが多いといわれている (水元, 1999; Molter, 1979; 村林・筒井, 1996; 立石・福本・吉若・石井・羽嶋, 1998; 山勢・山勢, 2000)。

医療スタッフが家族をとらえる見方には2つあるとされている。1つは「患者の背景としての家族」であり、もう1つが「1つのシステムユニット」としての家族である (戸井間, 2001)。前者では患者の治療を中心とし、その背景として家族をとらえるため、医療スタッフは患者と家族員がどのように影響しあっているのかを多くの場合理解できない。しかし後者のように家族を1つのシステムとしてとらえてアプローチすると、家族員間の関係性、相互作用性が良く理解できるという (戸井間, 2001)。

後者のように家族を「1つのシステムユニット」として見なす理論を、システム理論という (ターナー, 1999)。システム理論では、家族単位がどのような家族形態をとろうと、家族とは家族の成員にとって、安全や資源やケアや保護の源を与えてくれるものであるとされている (ターナー, 1999)。同時に、家族システムの前提の一つとして、システムの一部分の変化がそのシステムの他の部分の変化につながることを挙げている。

システム理論に則って考えると、家族員一人の急な疾病・事故による怪我は、家族全体のシステムの変調につながると考えられる (早坂, 2001)。このように家族内部、あるいは家族

外部から衝撃を受けてストレス状況が継続し、家族がそれまでの生活パターンを維持していくことが困難になり、何らかの変化を迫られる事態を「家族の危機」という（黒川, 2002）。この定義に従えば、患者の集中治療室入室という衝撃を受けてストレス状況が継続し、家族がそれまでの生活パターンを維持していくことが困難になり、何らかの変化を迫られている事態は、家族にとって危機であるといえる。危機に陥った家族は何らかの方略で危機に対処していくなければならないが（Leske, 1998; Patel, 1996）、それまでの自分のストレスに対する対処法（コーピング方略）だけでは処理しきれない状態となる（小松, 2003）。特に社会生活を送りながら危機状況を乗り越えなければならない家族は大変辛い状況に陥っており、より多くのサポートを必要としているといわれている（水元, 1999；村林・筒井, 1996；立石他, 1998；山勢・山勢, 2000）。次に、そうした辛い状況にある家族の危機に対する対応についてまとめる。

(3) 危機に対する対応

家族の危機に対する対応について、Hill (1949) は自らが提唱した危機理論 ABC-X モデルの中で、危機に対応する手立てがあるかどうかで家族の危機状況は異なってくると述べている（黒川, 2002）。ABC-X モデルでは危機に対応する手立ては、家族が持つ「対処資源」として扱われているが、McCubbin (1981) は家族が持つ「対処資源」とは、家族の個人的資源（体力や技能）、家族内部の資源（凝集性など）、社会的支援（ソーシャルサポート）を指すとしている。すなわち ABC-X モデルでいう対処資源とは、危機に対応するためのサポート資源といい換えられる。「対処」という言葉がストレス理論（Lazarus & Folkman, 1984）における「対処（コーピング）」と混同される恐れがあるため、本論では危機理論における「対処資源」を「家族が危機に対応するためのサポート資源」としてとらえる。これを踏まえて言い換えると、家族の危機状態は、家族内外のサポート資源によって異なってくるといえる。またここで、ソーシャルサポートとは人間関係の中で個人を取りまく重要な他者から与えられる様々な形の物質的・心理的援助である（鈴木, 2000）。さらにソーシャルサポートは受ける内容の違いから、情緒的なサポートと道具的なサポートに分類される（鈴木, 2000）。以下、家族が使い得る家族内外のサポート資源についてまとめる。

①家族内資源

家族が危機に対応するためのサポート資源として、①ではスタッフからのサポートを挙げた。次に、スタッフからのサポート以外で家族が選択し得るサポート資源として、まずできるだけ患者の近くにいて様子を観察すること、医療スタッフからできる限り理解できる情報を得ることといった具体的対処行動が挙げられている。具体的対処行動を取ることにより、少なくとも不安を軽減することが可能であるといわれている（福島, 1999）。また、前出の McCubbin (1981) が述べているように、家族内のサポート資源として「凝集性」などが挙げられている（凝集性については後の「家族関係」で詳述）。こうした家族内外のサポート資源を用い、家族は問題に対応していくこととなる。

②医療スタッフというサポート資源

集中治療室入室患者の家族にとって、ストレスの根源は患者の入室であり病気である。家族はストレスの根源である問題を自分の努力で改善できるわけではなく、問題の解決には医療スタッフに任せることしかない。その点で、医療スタッフは家族外のサポート資源といえる（福山, 1992）。この場合、医療スタッフのたった一言が患者家族の大いなる救いとなったり、あるいは

は逆に家族の心を傷付け、後の信頼関係にも響くほどの大きな影響力を持ったりする（窪田, 1998）。よって家族との対話は慎重に行われるべきである。

特に滞在期間の短い集中治療室において家族の面会時間は限られており、意識的に努力してコミュニケーションを取っていく必要がある（山内, 2001）。このとき、家族の生活状況、家族関係における患者の役割、家族内での力関係、過去のアクシデントのときにどのように乗り越えてきたかなど、個別性のある家族の物の見方や考え方、状態を把握することが信頼関係の構築にとって重要な侧面である（山内, 2001）。

以上のことまとめると、集中治療室において、医療スタッフは医療行為の対象を患者だけでなく家族全体に及ぶ問題であるという視座の基に、短い時間で効率よく、医療スタッフと家族が持つ情報を授受し、家族の状態やニーズをすばやく把握し、サポートするといった援助がより重要な業務になる（Molter, 1979）。

ここで、家族が抱くニーズは、家族が危機に対して具体的な対処行動を取るための動因の1つとして有効に働くと提唱されている（山勢・山勢・石田・佐藤・菅原・瀬川・松本・坂田・石井・林・山下・島本・西尾, 2002）。そこで家族が抱くニーズに着目し、以下先行研究を踏まえた上で家族が抱くニーズについてまとめる。

2. 家族が抱えるニーズと関連変数・予測変数

家族ケアの質の向上を目指し、家族が集中治療室においてどのような希望や要望、ニーズを抱いているかについて、これまで国内外で数多くの研究が行われてきた。その中でニーズをアセスメントするための尺度も開発されてきている（辰巳, 2002）。それらを用いて研究されてきた結果、家族のニーズと関連する要因がこれまでいくつか報告されている。そこで以下、先行研究で述べられている家族のニーズの予測変数や関連変数についてまとめる。

(1) 属性

家族が抱えるニーズに影響を及ぼす要因として、患者が入室した集中治療室のスタッフの対応が最も問われるところではあるだろう。しかしスタッフの対応という大きな影響要因を統制したとき、家族が抱くニーズに影響を与えるといわれている変数がいくつか指摘されている。そのうちここでは、患者や家族が持つ属性を取り上げて述べる。

まず、家族のニーズのあり方に影響を及ぼすといわれているのが、家族として患者の入院に対する準備状態が整っていたかどうかという点である（磯部, 2001）。具体的には、患者の入院が予定入院か緊急入院かといった要因や、集中治療室入室を経験するのは何度目かといった要因によって説明されると考えられる、患者の集中治療室入室への予期がニーズに大きく影響を及ぼしている可能性がある。

さらに、Molter の重症患者家族のニーズ質問項目を用いて家族のニーズについて調査した村山・加藤・佐藤（2002）は、予定・緊急入室別に見てもニーズの傾向に差はなかったと報告している。しかし、予定入室と救急入室の家族の様子には差が見られるとの報告もあり（道又・曾根原・田村, 1998）、更なる知見の積み重ねが必要であると考えられる。村山他（2002）は同時にニーズの継時的变化について検討し、時間が経過するに従い、家族のニーズ表出数そのものが増加し、特に「家族自身へのニーズ」などが増加したことを示している。このことから、入室後の時間経過とニーズとの関連についての検討が必要といえる。

まとめると、患者が予定入室か救急入室かという入室形態や入室原因、入室後の経過時間といった家族・患者の属性ごとに家族のニーズは異なる可能性があるといえる。この点については今後更なる実証的研究が求められるといえる。

(2) 家族関係

家族を1つのシステムとみなすようになるにつれ、家族に対する臨床的関心が高まってきた(野口・斎藤・手塚・野村, 1991)。家族の特性を把握するためによく用いられている尺度の1つに、FES (Family Environmental Scale) がある(Moos & Moos, 1981)。FESは家族が集団として持つ心理・社会的特性を家族成員による認知と評価を通して測定するための尺度として開発された。このFESを用いた研究はすでに数多く、その応用分野も多岐にわたっている(野口他, 1991)。Moos & Moos (1981)は、家族の関係性において3つの下位因子、すなわち凝集性(cohesiveness)、表出性(expressiveness)、葛藤性(conflict)が見出されたとしている。このうち凝集性は、前述のように、家族が危機に対応するための資源の1つとして提唱されている(McCubbin, 1981)。このことから、凝集性をはじめとした家族の関係性がニーズに対して影響を及ぼしているという仮説を検証することは有意義であると考えられる。

(3) 家族が抱える不安

冒頭で述べたように、患者が集中治療室で高度な治療を受けているとき、家族は強い不安をはじめとした心理的危機を有しているといわれている。このことは多くの臨床的・実証的研究においても指摘されている(広常, 1991; 水元, 1999; 村林・筒井, 1996; Pochard, Azoulay, Chevret, Lemaire, Hubert, Canoui, Grassin, Zittoun, le Gall, Dhainaut, & Schlemmer, 2001; Rukholm, Bailey, Coutu-Wakulczyk, & Baily, 1991; 立石他, 1998; 山勢・山勢, 2000)。

ここで、家族が抱くニーズと不安との関連も報告されている。例えば、ニーズを満たすことが家族の不安の軽減につながるという指摘がある(Chartier & Coutu-Wakulczyk, 1989)。また、不安を特性不安と状態不安に分類したとき、ニーズは状態不安と関連があるという報告もある(Rukholm, et al, 1991)。しかしこうした報告は数が少なく、一致した知見が得られていない。よって更なる知見の積み重ねが必要である。

これまで述べてきたように、集中治療室入室患者の家族は強い不安をはじめとした心理的危機に対し、家族内部・外部の資源を用いることによって対応している。同じ属性を持った家族でもサポート資源の多さ・少なさによって精神的健康は異なってくると予想されるのである。そこで今後、家族の属性やサポート資源の有無といった変数とニーズや不安との関係性について、心理学的モデルを構築し、実証的な研究を行なっていく必要があるのでないだろうか。

【引用文献】

- Anderson, S. 1993 告知後のサポートプログラム I can cope ーがんとともに生きる ことを学ぶ 季羽倭文子監修 ホスピスケア研究会編 疼痛と告知 三輪書店 第II部, 第6章.
- Azoulay, E., Chevret, S., Leleu, G., Pochard, F., Barboteu, M., Adrie, C., Canoui, P., Le-Gall, J. R., & Schlemmer, B. 2000 Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical Care Medicine*, 28,

3044-3049.

Chartier, L., & Couturier Wakulczyk, G. 1989 Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nursing*, 5, 11-18.

福島侑美 1999 コミュニケーションの基本 一説明を聞いて同意する患者の心理過程を理解して一 特集コミュニケーション技術とインフォームドコンセント ターミナルケア, 9, 253-257.

福山嘉綱 1992 家族への危機介入 日本救急医学会精神保健問題委員会(飛鳥井望・黒澤尚・堤邦彦・篠原隆)編 救急スタッフのための精神科マニュアル ヘルス出版.

早坂百合子 2001 患者と家族の心理 高橋章子(編) 太田宗夫(医学監修) 救急看護一急性期病態にある患者のケアー 医歯薬出版株式会社 救急患者と家族のケア, 第3節, pp.79-84.

Hill, R. 1949 *Families under stress*. New York, Harper & Row.

広常秀人 1990 ケーススタディ 家族の危機 JNN スペシャル No.18 入院患者への心理的アプローチ, 130-133.

磯部満子 2001 救急看護とは? 高橋章子(編) 太田宗夫(医学監修) 救急看護, 第I章, p.9-11.

梶谷要子・飯塚貞子・安田真紀・糸賀かおる 2002 ICU 入室患者の家族援助の実際ー患者家族満足度調査を行ってー 日本集中治療医学会雑誌, 9巻増刊号(第29回日本集中治療医学会大会抄録), 195.

柏木哲夫 2000 これだけ変わった 医療者の意識, チームアプローチ, ホスピス・緩和ケア 病棟の量と質 ターミナルケア, 10, 413-419.

小松理恵 2003 がん診療における家族の役割ー「家族のささえ」の視点から 保坂隆(編) サイコオンコロジー 現代のエスプリ, 426, 108-117.

窪田達也 1998 特集 患者および患者家族からみた ICU での治療と看護 特集にあたって ICU と CCU, 22, 783-784.

黒川衣代 2002 家族問題を理解するモデルABC-X モデル 畠中宗一(編) よくわかる家族福祉 ミネルヴァ書房.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984 *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer.

Leske, J. S. 1998 Treatment for family members in crisis critical injury. *Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 9, 129-139.

McCubbin, H. 1981 "Family stress theory : The ABC-X and double ABC-X models." McCubbin and Patterson, J.M. (eds) *Systematic Assessment of Family Stress, Resources and Coping*. University of Minnesota.

道又元裕・曾根原みどり・田村尚子 1998 患者・家族のための面会を目指して一面会制限の緩和と家族ケアの評価ー ICU と CCU, 22, 819-834.

水元明裕 1999 重症患者家族のニーズと看護婦の考える重症患者家族のニーズの比較 一看護師の考える重症患者家族のニーズについての調査結果からー 看護研究集録: 神奈川県立看護大学校看護教育科, 24, 509-515.

Molter, N. C. 1979 Need of relatives of critically ill patients : A descriptive study. *HEART & LUNG*, 13, 231-237.

- Moos, R. H. & Moos, B. S. 1981 *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press, California.
- 村林信行・筒井末春 1996 ICUにおける患者・家族との対話法 ICUとCCU, 20, 25-29.
- 村山沙織・加藤裕美・佐藤富貴子 2002 ICU入室患者家族のニード調査 日本集中治療医学会雑誌, 9巻増刊号(第29回日本集中治療医学会大会抄録), 194.
- 西山玲子 2001 きっかけづくりから問題のある家族との対応まで ナーシング, 21, 18-21.
- 野口裕二・斎藤学・手塚一朗・野村直樹 1991 FES(家族環境尺度) 日本語版の開発:その信頼性と妥当性の検討 家族療法研究, 8, 43-53.
- 岡村仁・明智龍男・久賀谷亮・中野智仁・奥山徹・三上一郎・内富庸介 1999 よりよいコミュニケーションのための医師へのアドバイス ターミナルケア, 9, 258-262.
- 大木桃代・福原俊一 1997 日本人の医療行為に関する情報希求度の測定 健康心理学研究, 10, 1-10.
- Patel, C. T. C. 1996 Hope-Inspiring Strategies of Spouses of Critically Ill Adults. *Journal of Holistic Nursing*, 14, 44-65.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, J., Dhainaut, J. F., & Schlemmer, B. 2001 Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*, 29, 1893-1897.
- Rukholm, E., Bailey, P., Coutu-Wakulczyk, G., & Baily, W. B. 1991 Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 920-928.
- 清水千世 1998 終末期ケアにおける家族援助のあり方 ターミナルケア, 8, 453-456.
- Smedira, N. G., Evans, B. H., Grais, L. S., Cohen, N. H., Lo, B., Cooke, M., Schecter, W. P., Fink, C., Epstein-Jaffe, E., & May, C., & Luce, J. M. 1990 Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *The New England Journal of Medicine*, 322, 309-315.
- 鈴木伸一 2000 ソーシャルサポート 坂野雄二(編) 臨床心理学キーワード 有斐閣双書, pp.232.
- ターナー, F. J. 米本秀仁訳 1999 ソーシャルワーク・トリートメント下巻—相互連結理論 アプローチ 中央法規, 第25章, pp.387-412.
- 立石彰男・福本陽平・吉若知英子・石井はるみ・羽嶋則子 1998 よりよい患者(家族)-ICU医療者関係形成のための課題 ICUとCCU, 22, 811-817.
- 辰巳有紀子 2002 ICU入院患者の家族が持つニーズ 臨床死生学年報, 7, 48-55.
- 戸井間充子 2001 家族にどのように関わるか ナーシング, 21, 38-43.
- 山勢博彰・山勢善江 2000 救急看護に関する研究の動向と今後の課題 看護研究, 33, 451-465.
- 山勢博彰・山勢善江・石田美由紀・佐藤憲明・菅原美樹・瀬川久江・松本幸枝・坂田久美子・石井明代・林明美・山下陽子・島本千秋・西尾治美 2002 重症・救急患者家族アセスメントのためのニード&コーピングスケールの開発—暫定版 CNS-FACE の作成過程とニードの構成概念の評価— 日本救急看護学会雑誌, 3, 23-34.
- 山内里恵 2001 患者・家族の心のニードをとらえる ナーシング, 21, 44-46.