

原 著

## 脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識

飯塚麻紀<sup>\*1</sup>・榎本佳子<sup>\*2</sup>

### Nurses' awareness of care for families of patients experiencing disorders of consciousness following surgery for stroke

Maki IITSUKA<sup>\*1</sup>・Yoshiko ENOMOTO<sup>\*2</sup>

#### 抄 録

目的：脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識を明らかにすること。

方法：脳外科病棟で5年以上の勤務経験を有する看護師17名を対象にグループインタビューを行い、質的内容分析の手法を参考にして分析した。

結果：219の分析単位から、3つのカテゴリと、1つのメインカテゴリ「経験に基づく家族理解と複雑な思いを孕むケアの実践」が抽出された。

結論：看護師は、これまでの経験から、術後回復と意識回復の区別が難しい中でも患者の変化に敏感な家族の特徴を把握していた。そして、患者を尊重して、家族の不安に配慮しながら患者のケアに巻き込むことで、ともに回復を目指す家族ケアを実践していた。しかし実践には常に、葛藤の続く家族への対応や一人で実践することの困難感が伴っていた。

キーワード：家族ケア，意識障害，脳卒中術後

Objective: This study aimed to shed light on the awareness of nurse regarding care for families of patients experiencing disorders of consciousness following surgery for stroke.

Methods: A group interview was conducted with 17 nurses, each with more than 5 years' experience working in the cerebral surgery ward. Data were analyzed using qualitative content analysis techniques.

Results: From the 219 units of analysis, 3 subcategories that made up 1 overarching category were extracted: understanding of patients' families through experiences and care practices in which empathy and emotional intelligence are used.

Conclusions: From their experiences thus far, we can conclude that the nurses had been aware of the characteristics of families who were perceptive about the changes in the patient, even when it was difficult to distinguish between postoperative recovery and the recovery of

---

\*1看護学部 看護学科

\*2順天堂大学 保健看護学部

consciousness. In addition, by respecting the patient and being involved in caring for the patient while also being considerate of the family's anxieties, the nurses had also been providing care for families that aimed toward recovery. However, the nurses experienced difficulties when dealing with families who had continuous conflict or when they working alone.

Keywords: care for families, disorders of consciousness, following surgery for stroke

## I. 緒言

脳血管疾患、すなわち脳卒中によるわが国の死亡率は減少傾向にあるが、脳卒中の4分の3を占める高齢者の脳梗塞の有病者数は増加傾向にあることが報告されている(加藤, 棚橋, 2015)。脳卒中患者は後遺症を残す場合が多いものの、新たな治療法も確立され、介護が必要となる要因としては2017年にこれまで長年第1位であった順位を認知症に譲った。しかし、最も介護度の高い要介護5では、現在も要因の第1位(20.8%)を占めており(厚生労働省, 2017)、看護師が患者のみならず家族を対象とした支援を行うべき主要な疾患の一つであるといえる。

急性発症を特徴とする脳卒中は、発症直後に手術療法が適用されることも多く、家族は患者の生命の危機状態や後遺症の残存という現実と短期間のうちに向き合うこととなる。後遺症の中でも、意識障害は、患者と家族の意思疎通を困難にする主要な要因となることから、家族は患者のパーソナリティの尊重や関係性、あるいは患者イメージについての喪失を体験し(Green, 2015; 古賀, 井上, 2007)、新しいバランスの確立を探し求めることが明らかにされている(Legina & Esther, 2010; Brereton & Nolan, 2002)。そしてこれは、不確かな体験として説明されることもある(飯塚, 2017b; Ågård & Harder, 2007; Hunt & Smith, 2004)。このように、回復を求めて手術を行った後も意

識障害を残す患者の家族に対して、医療者である看護師がどのようなケアを行う必要があるのかについて知ることは非常に重要な課題である。

看護師を対象に行った研究では、脳卒中急性期、あるいは集中治療室に緊急入院した意識障害患者の家族に対し、看護師が家族の表情、しぐさ、態度などから家族の状況やニーズを直感的にとらえ、それに反応することが情緒的サポートにつながるということが明らかにされている(Lehto, Lylmä, Åstedt, 2018; 井上, 酒井, 2014)。重症意識障害患者の家族に関わる看護師は、家族が状況を受け入れられない場面では積極的に介入する必要があると感じ、患者のそばに引き寄せるなど距離感に配慮したケアをしていたことが明らかにされている(木本, 2011/2014)。しかしこれらの調査は救命救急センターという患者の生命危機を意識する状況下でなされたものである。急性期病院における意識障害患者のケアでは、看護師は、患者やそのケアに対する心構えの乏しい状態を表す「アパシー」への陥りと引き戻しという心理構造を持つことが明らかにされている(小林, 當日, 2010)。

以上は、いずれも看護師の認識や実際のケアに関する貴重な報告であるが、脳卒中術後の急性期を脱し、なお意識障害の残存という事実と直面する時期の、その家族ケアに焦点を当てた研究は見当たらない。

そこで本研究では、脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識

を明らかにすることを目的とした。それによって、看護師の日々の実践に埋め込まれた臨床の知を見出し、看護実践への示唆が得られると考えた。

## II. 研究方法

### 1. 研究参加者

研究参加者は、A県内の5つの総合病院の脳神経外科病棟に勤務し、かつ当科において5年以上の経験を有する看護師で、研究参加の同意が得られた者17名とした。なお、研究参加者の選定にあたっては、各病棟師長に研究の主旨を説明し推薦を依頼した。

5年以上の勤務経験を有する看護師とした理由は、臨床判断能力の要素である、人々・状況を理解する力、人々中心の看護ケアを実践する力、看護の質を改善する力(松谷, 三浦, 平原, 2010)を有し、その語りから経験に基づく臨床の知を見出すことが可能であると考えたためである。

### 2. データ収集方法

データ収集は、異なる参加者による3回のグループインタビューにより行った。グループインタビューは、参加者間の相互作用的な議論により、経験や信念についての詳細な質的データを得るために有用な方法であり(Morrison, Côté, Feinstein, 2001)、調査結果の反復性の確認と話題の十分な理解のためには、一般的に2～4組のグループが必要であるとされる(Vaughn, Schumm, Sinagub, 1996/1999)。グループは、すべての参加者が話しやすいよう1グループを6名程度にすること、多角的な視点から意見がだせるよう異なる施設の参加者を組み合わせることに配慮して編成した。インタビューガイドは、より具体的な体験に基づいて語り合えるよう(安梅, 2001)、「脳卒中術後に

意識障害を残す患者の家族に関わる際に心がけていること」、「これまでの家族との関わりで印象に残っていること」の2項目を中心に構成した。会話はICレコーダーに録音すること、アシスタントが同席してフィールドノーツを作成することについて参加者全員の了承を得た。なお、フィールドノーツは、発言者の影響力、発言者に対する同意、拒否、興味、無関心等について検討し分析の参考とする目的(安梅, 2001)で、動作や表情など、グループメンバーの非言語的な表現を記録した。グループごとのインタビューの録音データより逐語録を作成し、フィールドノーツの非言語的な反応を追記したテキストをデータとした。3回のグループインタビューはいずれも調査者の研究施設内の個室で行い、インタビュー時間は90分以内とした。

データ収集期間は、2010年8月～9月であった。

### 3. データ分析方法

本研究は、質的内容分析の手法(Elo & Kyngäs, 2008; Granheim & Lundman, 2003)を参考に、以下の手順で分析した。

- 1) テキストの内容について、何が語られているのかに留意しながら、詳細な意味と全体の意味をつかむために繰り返し熟読した。
- 2) 再度テキストを読みながら、家族ケアの際に心がけていること、実際のケアの内容や思い・意識といった、看護師の家族ケアに対する認識について語られた文脈を抜き出し、意味単位とした。
- 3) 意味単位は、テキストの持つ本来の意味を損なわないよう、できる限り短縮させて、要約単位とした。
- 4) 要約単位は、異なる現象を説明できるよう、また、意味単位を一言で表せるような表現を選び、コードとした。同様の作業をグループごとに行った後、すべてのコードを見比べ、

同様の内容だと判断されるものは統一して1コードとした。

- 5) コードは、類似性と相違性に配慮しながらグルーピングを行い、サブカテゴリーとして抽出した。サブカテゴリーは、より抽象度をあげて、それらの内容を網羅できるようなカテゴリーを抽出した。
- 6) 最後に、カテゴリーを構成するサブカテゴリー、コード、さらにはテキストに戻って読み返しなが、「脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識」の在りようを全体的に説明できるメインカテゴリーを抽出した。

なお、これらの分析過程では、可能な限り参加者の語った言葉を用いて表現できるよう配慮した。

#### 4. 信頼性の確保

質的研究における信頼性の確保には、サンプリング、データ収集方法、意味単位の抜き出しから始まる一連の分析プロセスが重要であるとされる (Elo, Kääriäinen, Kanste, et al., 2014)。本研究では、類似の背景を持つ対象者をサンプリングし、データ収集方法にグループインタビューを採用した。また、グループインタビュー終了ごとに、フィールドノート作成のために同席したアシスタントと協議し、参加者間の意見の同調の有無を含めたインタビュー内容の概要について意見の一致を確認した。さらに、一連の分析を研究者2名で行うことにより信頼性の確保に努めた。

#### Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は、福島県立医科大学倫理委員会の承認 (1201)、および5つ調査施設の了承を得て行った。研究参加者に対しては、研究目的、方法、個人情報保護、研究への参加は自由意思

であること等について文書および口頭で説明を行い、同意書へのサインをもって同意を得た。

#### Ⅳ. 結果

##### 1. 研究参加者の概要

インタビュー当日に欠席した1名を除き、研究参加者は17名となった。17名の平均看護師経験年数は15.2年 (範囲6 - 37)、脳神経外科病棟での平均勤務年数は7.6年 (範囲5 - 18) で、性別は男性が1名であった。研究参加者らは3回のグループインタビューのうち、いずれか1回に参加した。結果、3回のグループを構成する参加者数は、それぞれ7名、6名、4名となった (表1)。

表1 研究参加者の概要

	性別	経験年数 (年)		グループ
		看護師	脳外科	
1	女性	15	7	A
2	男性	18	5	A
3	女性	37	6	A
4	女性	6	6	A
5	女性	6	6	B
6	女性	10	8	B
7	女性	20	10	B
8	女性	11	5	B
9	女性	17	6	B
10	女性	10	6	B
11	女性	13	13	C
12	女性	12	9	C
13	女性	7	6	C
14	女性	18	18	C
15	女性	11	6	C
16	女性	34	6	C
17	女性	14	6	C

##### 2. 分析結果

脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識について、219の意味単位から、118要約単位、23コード、10サブ

カテゴリー、3カテゴリーと、1つのメインカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、【家族の理解と捉え方】、【家族ケアの実践】、【家族ケアへの思い】で、看護師の認識を全体的に表現するメインカテゴリーは、《経験に基づく家族理解と複雑な思いを孕むケアの実践》であった(表2)。

以下、カテゴリーごとの内容を説明した後に、メインカテゴリーについて説明する。なお、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉で示した。看護師の詳細な認識の在りようを記述できるようにコードを[ ]、研究参加者の語りを「 」で示し、意味の補足が必要な個所は( )で追記した。

1) 「脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識」の内容

(1) 【家族の理解と捉え方】

このカテゴリーは、〈術後の急性期を脱しても葛藤が続く家族〉、〈患者の変化に敏感な家族〉、〈家族背景や生活背景が多様化する家族〉の3つのサブカテゴリーからなる。

看護師は、術後の急性期を乗り越えた患者について、自分たちと家族には患者の状態への理解のギャップがあり、「(手術で患者の)状態は良くなってるけど、その意識レベル、家族が良くなったってということって、意識レベルの良くなることだから」というように、「[家族には良好な術後回復と意識回復の区別が難しい]と感じていた。そして、そのような状況では、看護

表2 脳卒中術後に意識障害を残す患者の家族へのケアに対する看護師の認識のカテゴリー一覧

メインカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
経験に基づく家族理解と複雑な思いを孕むケアの実践	家族の理解と捉え方	術後の急性期を脱しても葛藤が続く家族	家族には良好な術後回復と意識回復の区別が難しい 家族はケアも治療と同じに見えて手が出せない 患者が急性期を脱したことに気づくタイミング クレームが増えるタイミングと家族の特徴 家族がリハビリに託す思いの強さ
		患者の変化に敏感な家族	患者に少しでも変化があれば家族はうれしい 看護師も気づかない患者の変化の前触れに気づく
		家族背景や生活背景が多様化する家族	家族背景や生活背景が多様化する家族
	家族ケアの実践	家族と話すチャンスをつかむ	家族と話すチャンスをつかむ
		家族を患者のケアに巻き込む	家族を患者のケアに巻き込む
		家族の不安に配慮して対応する	面会時間外の患者の様子を伝える 家族が気持ちよく面会できる状況を整える 家族が希望を失わないような声掛けをする 家族の不安の内容を明らかにして解決策を考える
		看護師ができないことは他職者に依頼する	看護師ができないことは他職者に依頼する
	家族ケアへの思い	患者を尊重し家族とともに回復を目指す	患者に対し人として尊重して関わる 患者の回復を目指して刺激を続ける 患者の変化を家族とともに喜ぶ
		家族の感謝が励みになる	家族の感謝が励みになる
		家族対応への困難感	医療者に好意的でない家族への対応は身構える 完全に回復しない患者の家族への声掛けの難しさ 看護ケアの目標を見失うことがある 家族ケアは一人ではできない

師は「家族はケアも治療と同じように見えて手が出せない」と感じていた。そのような中でも、「患者さんの熱とかも治まってきて、2週間やっば3週間くらい経つてくると、家族も今日は（患者の）顔色がいいねとか。その、気づき始める時期が2、3週間の間」であり、「看護師の訪室の間隔が空いてくると、（家族は）ああ、落ち着いてきたのかなみたいに（思う）」のように、家族には「患者が急性期を脱したことに気づくタイミング」があることに気づいていた。しかしそれは同時に、「監視って言ったらなんですけど、（看護師を）ずーっと見てたりとか。なんか家族が変わってきたっていう風に感じる」時期でもあり、看護師への要望や質問が多くなるこのような変化を、「クレームが増える」と捉えていた。そしてその理由は、「やっぱりこう、私たちの訪室頻度なのかなとも思う」と語られるように、看護師の患者や家族と関わる時間の減少が、家族の心境に変化を与えて感じていた。また、「クレームつける人、やっぱりインターネットでいろいろ調べてきますね」や「個室にいと段々クレームが増える」など、「クレームが増えるタイミングと家族の特徴」が有ると考えていた。積極的な治療が終わり、「医師から回復の限界を説明されても受け入れるのは難しい」家族にとって、あとは「リハビリが拠り所」なので、「回復の見込みがないからリハビリやらないって言われたら、たぶん、奈落の底につき落ちると思う」ほどに、看護師は「家族がリハビリに託す思いの強さ」を感じ取っていた。このように、看護師は、「患者さんの状態が、思う通りにうまくいかないっていう、その、ジレンマ」を抱く家族を、〈術後の急性期を脱しても葛藤が続く家族〉として認識していた。

リハビリへの期待が大きくなる時期の家族について、看護師は、「自分が声をかけて指一本でも動いてくれたらうれしいと思う」し、

「ちょっと動いたよっていうのは、先がなんとなくね。一生懸命やっていこうって（なる）」家族の姿から、「患者に少しでも変化があれば家族はうれしい」と感じていた。また、患者をよく見ている家族は、「私たちよりも遥かに（患者のことを）わかっている」ので、「家族が変わってという時は、やっぱり変なんだよね」と、「看護師も気づかない患者の変化の前触れに気づく」家族を、〈患者の変化に敏感な家族〉として捉えていた。

さらに、「家族関係が複雑で希薄化している」といった家族背景の多様化や、「患者への家族のかかわり方はいろいろ」といった家族成員同士の関係性の多様化など、看護師は、〈家族背景や生活背景が多様化する家族〉を捉えていた。

## （2）【家族ケアの実践】

このカテゴリーは、〈家族と話すチャンスをつかむ〉、〈家族を患者のケアに巻き込む〉、〈家族の不安に配慮して対応する〉、〈看護師ができないことは他職者に依頼する〉、〈患者を尊重し家族とともに回復を目指す〉の5つのサブカテゴリーからなる。

患者の状態が落ち着けば、「なんか家も忙しいし」、「仕事の件もあって、なかなか病院に来られない」家族背景を理解したうえで、看護師は〈家族と話すチャンスをつかむ〉ことをしていた。それは、「手術中は、患者さんの家族と、こう、顔見知りとかにも1回なれるんで、結構いいチャンス」と捉えたり、「夜勤回っていくと結構質問される」、「個室だと話しちゃう」など、家族と話す時間や場所など、タイミングを見極めたかかわりであった。

そして、患者のケアに手が出せない「患者と距離のある」家族に対して、看護師は〈家族を患者のケアに巻き込む〉実践をしていた。その目的は、家族が患者とコミュニケーションが取

れるようにすることであり、それは、「演技じゃないですけど、家族を含めたコミュニケーションをわざとするんですね。ほら、奥さんこう言ってるよ、とか。（患者さんは）返さないですけど、寝てるだけですけど。喜びっていうか、ちょっと安心しますよね、家族が」のように語られた。そうしながら、看護師は、髭剃りや足浴など、家族がケアに入れる機会を増やすために「面会時間にもってきてみたり」することで、家族が意識の戻らない患者の存在とその患者へのケアを受け入れ、さらには家族自身が「自分も手をかけたんだっていう思いをもてるように」関わっていた。

看護師は、家族と関わる際には、〈家族の不安に配慮して対応する〉ことを心がけていた。「実はもっと（家族のいない）23時間の中に、いろんな患者さんの変化があったりする」と思うので「面会時間外の患者の様子を伝える」ことを実践していた。そしてそれは、「血圧の状態だとか」、「指、ちょっと動いたよとか」、「リハビリの姿であるとか」のように、主に看護師が観察した患者の良い変化や状況であり、家族の不安を軽減することを目的としていた。また、家族が患者の変化に敏感なことを承知している看護師は、「家族が気持ちよく面会できる状況を整える」ために、「シーツをきれいなものに交換したり」、「（患者の）お口と手はきっちり拭く」ことをしていた。そして、家族と話す場合には、「（患者は）反応はできないけれども聞こえてるから、声掛けしてくださいね」と伝えたり、「爪を切ったりしながら手を伸ばしてあげる。それを毎日やったらリハビリだよって」伝えるなど、家族ができることに視点を向け、「家族が希望を失わないような声掛けをする」ことに気を配っていた。しかし「家族の不安の内容を明らかにして解決策を考える」ことを心がけていても、「私たちだけでは対応できない」

ので、「どこまでよくなるかは、先生の考え方もあると思うので説明を依頼したり」、「介護認定のことだったりとか、実質的なところはワーカーさんにお任せしたり」するなど、〈看護師ができないことは他職者に依頼する〉ことで対処していた。

このように家族へ関わる背景には、看護師自身の「患者に対し人として尊重して関わる」姿勢があった。これは、「意識障害、レベル低下の方に関しては、手を握るようにしてるんです。触れてみて、その人の手のあったかさだったり冷たさだったり、何か違うかもしれないんで、自己満足かもしれないけど、握ってみて患者さんの訴えを聞くようにしています」のように語られた。また、「毎日患者さん見ると、何となく家族になっちゃって」という家族の立場に立った感覚や、「（反応がわからなくても）話しかけ続けていくと、どっかで気づきがあるんだなっていう思いがずっと胸にある」のようなポリシーをもっているため、患者に「外の景色を伝えたり」、「顔の向きを見て、こっちから声かけて、なるべくこっちから刺激を多くしよう」と「患者の回復を目指して刺激を続ける」ケアをしていた。さらに、「家族は自分たちのやっていることを見たまねしてくれる」と思うので、「（患者の）好きな音楽ありますか」など、「家族を巻き込んで」患者を刺激することにもつながっていた。その結果、「患者の変化を家族とともに喜ぶ」ことができ、〈患者を尊重し家族とともに回復を目指す〉家族ケアの実践がなされていた。

### （3）【家族ケアへの思い】

このカテゴリーは、〈家族の感謝が励みになる〉と〈家族対応への困難感〉の2つのサブカテゴリーからなる。

看護師は、家族とともに患者のケアを行う

ことで、「家族が喜んでくれたり」、「退院の時に名前を憶えててくれたり」といった、自分のケアに対する〈家族の感謝が励みになる〉と感じていた。

一方で、看護師は〈家族対応への困難感〉も強く認識していた。これらの困難感、看護師の【家族の理解と捉え方】や【家族ケアの実践】と切り離せないものであった。まず、家族背景が多様化している家族について、「やっぱり、厳しいご家族が増えてきてるな」という思いや、「クレームが増える」のは「患者さんの状態が心配でそういう風になる」ためと理解はしているが、[医療者に好意的ではない家族への対応は身構える]と感じていた。また、[家族が希望を失わないような声掛けをする]対応をしている反面、「あまり期待を大きくっていうことはできない」し、「家族の望みが全部かなうっていうのは難しい」といったジレンマを抱いていた。そして、患者の状態への理解にギャップがある家族との「目標共有が難しい」というように、[完全に回復しない患者の家族への声掛けの難しさ]を感じていた。家族が望む目標との乖離や、「看護師は理学療法士の二の次で寂しい」といった家族が求める役割の変化は、看護師を「看護ケアの目標を見失うことがある」という思いに追い立てていた。また看護師は、日々の業務の中で家族と関わる時間が取れないと感じていた。また、「みんなが業務のほうにバーツと行っちゃって、その人だけが（家族のそばに）いるっていうと、みんなが負担してやってるのに、その人は常に（家族と）話してる、みたいな見方な人もいるから、中にはやっぱり」と述べられたように、家族ケアに対するスタッフ間の認識の違いがある現状では、「組織として取り組まなければ」[家族ケアは一人ではできない]という思いを抱いていた。

## 2) 経験に基づく家族理解と複雑な思いを孕むケアの実践

看護師はこれまでの経験から、ケースごとに異なる家族関係や、時代とともに機能や形態が変化する家族を〈家族背景や生活背景が多様化する家族〉として理解していた。さらに、脳神経外科において同様の家族に接してきた経験をもとに、その病期の特徴である〈術後の急性期を脱しても葛藤が続く家族〉や、〈患者の変化に敏感な家族〉の特徴を捉えていた。そして、看護師はこれらの【家族の理解と捉え方】に基づいて、〈家族の不安に配慮して対応する〉ことを中心に、〈家族と話すチャンスをつかむ〉ことや〈家族を患者のケアに巻き込む〉ケアにつなげていた。〈家族を患者のケアに巻き込む〉ケアの根源には、看護師が〈患者を尊重し家族とともに回復を目指す〉姿勢があった。そのようなケアを心がけていても看護師のみで解決できないと判断した場合には〈看護師ができないことは他職者に依頼する〉ことをしていた。このような【家族ケアの実践】の中で看護師が抱く【家族ケアへの思い】には、〈家族の感謝が励みになる〉だけでなく、〈家族対応への困難感〉が常につきまとっていた。

## V. 考察

本研究の結果から明らかになった、家族ケアに対する看護師の認識は、経験に基づいた家族理解のもとに、困難感を抱きながらも患者の回復を目指す家族ケアを実践するというものであった。そこで本稿では、この結果から、看護師のもつ臨床の知を探るために、「看護師経験に基づく家族理解」、「家族ケアに向かう看護師の姿勢」の視点で考察を行い、看護実践への示唆を得る。

### 1. 看護師経験に基づく家族理解

臨床の知について、「看護師は自らの実践の



中で時間をかけて学んできた潜在的な、しかし実証できる知識を身につけている」と説明される (Benner, Hooper, Stannard, 2011/2012)。今回の結果より、経験ある看護師が捉えた〈術後の急性期を脱しても葛藤が続く家族〉、〈患者の変化に敏感な家族〉というこの病期特有の家族の特徴は、家族理解のための重要な臨床の知であるといえる。これまでに、意識障害を残す患者の家族は、医師から説明を受けても素人なので割り切れない体験をしていることが明らかにされている (飯塚, 2017a)。今回の結果からも、看護師は、医師から説明を受けても患者にわずかな変化があれば家族は納得できないと認識しており、家族の葛藤する思いと同様の認識を持っていたと考えられる。その中で、[家族には良好な術後回復と意識回復の区別が難しい]という特徴は、看護師だからこそ捉えることができた、この病期の家族に特有のものであり、新たな知見の一つである。一般的な術後経過では、疼痛の軽減等、患者の語りや表情などから確認できるものも多い。しかし、意識障害により患者との意思疎通が困難な家族にとっては、術後回復の把握自体が困難である。加えて、医師からの説明されても割り切れない思いを持つ家族にとっては、回復に関する判断のすべがないために生じる状況であると推察された。

看護師は、家族の「患者が急性期を脱したことに気づくタイミング」を自分たちの訪室頻度が減った時期であると捉え、それゆえ家族のクレームが増えると感じていた。古賀, 井上(2007)によれば、この時期の家族は、患者の生命危機不安は和らいでもなくなることはない。そのため家族は、看護師の訪室頻度が減り患者のケアに手をかけてもらえなくなったことへの不安を、言葉や非言語的な態度で看護師に表出したものと考えられる。よって「クレーム」と表現された家族の反応も、家族の不安の表出手段の一つ

であることを、看護師自身が改めて認識することの重要性が示唆された。

看護師が認識した家族の葛藤は、回復状況がはっきり把握できないこと、治療とケアの判別も難しいこと、患者の病状が曖昧ではっきりしないことなどからくるものであった。これは家族が体験する不確かさと同様の状況であると考えられる。急性期を脱した脳卒中患者の家族は、看護師から積極的な情報提供を受けていると認識するほど不確かさが低くなることが明らかにされている (飯塚, 2017b)。そのため看護師には、家族の目では変化と捉えがたい治療内容の変化や患者の状態を、この時期だからこそより丁寧に家族に伝えることの必要性が示唆された。

〈患者の変化に敏感な家族〉について、この時期の家族は、患者の状態の変化に一喜一憂すること (平原, 鈴木, 2008) が明らかにされており、今回の「患者に少しでも変化があれば家族はうれしい」という看護師の認識も同様の結果であった。また、看護師は「看護師も気づかない患者の変化の前触れに気づく家族」の特徴を捉えていた。家族が「変化」そのものではなく「変化の前触れ」にまで気づくのは、これまでの生活から患者の健康上の変化の特徴をよく知っているためと考えられる。また、家族にとっては看護師が捉えるバイタルサインや脳神経徴候のような変化がわかりにくいからこそ、感覚的な変化を大切にしていると推察される。よって看護師は、野嶋 (2006) が述べるように、「家族が家族員の健康や家族生活を管理することに経験的な知識を持っている」存在であることを理解し、それを尊重することの重要性が示唆された。

## 2. 家族ケアに向かう看護師の姿勢

看護師は、〈患者を尊重し家族とともに回復

を指す) ケアを実践していた。この実践の根源には、意識障害のある患者を他の患者と変わることなく尊重して接する看護師の姿勢があった。この時期の家族は、患者に丁寧に接してほしいと感じ(飯塚2017b; 平原, 鈴木, 2008)、看護師が患者を尊重してくれていると認識している方が不確かさは低いことも明らかにされている(飯塚, 2017a)。また今回の結果では、看護師は、刺激を続ければ患者は必ず変化するという、患者の回復を信じる姿勢を持っていた。これは、急性期病棟看護師が意識障害患者のケアをする際にアパシーに陥るという心理構造(小林, 當目, 2010)とは逆の結果であり、新たな知見といえる。意識障害の回復についてはいまだ明確なエビデンスは存在しないものの、日高(2016)は、医師の診断とは別に患者の回復を諦めない看護が重要であると述べている。患者の意識障害の残存に直面する時期の家族にとって、看護師が患者を尊重し、患者の回復を信じる姿勢を持つこと、それを実践している姿を見ることが安心感や希望につながるものと考えられる。

そして、看護師が〈患者を尊重し家族とともに回復を目指す〉ことは、〈家族を患者のケアに巻き込む〉ケアにつながっていた。看護師が、家族の不安に配慮しつつも、患者の存在を受け入れ、患者ケアに手を出せることを目的に実践したケアは、家族との相互関係の中で行われる実践であったと考えられる。中野(2005)は、「家族が徐々に現実的で実現可能な希望を見出すことが出来るよう支えていくことが必要」と述べている。よって看護師には、〈家族を患者のケアに巻き込む〉ことを通して家族の思いを確認し、ともに患者の回復を目指す一方で、ともに迷いながら目標を探っていくとする姿勢が求められるものと考えられる。

看護師は〈家族の不安に配慮して対応するこ

と〉として、[面会時間外の患者の様子を伝える]ことを心がけていた。看護師からの情報提供は家族の大きなニーズでもあり(飯塚, 2017a)、重要な家族ケアの一つとして実践されていることが確認された。また、看護師は〈家族と話せるチャンスをつかむ〉ことをしていた。しかし、家族は情報を求めているも自ら求める行動をとらないという報告もある(飯塚, 2017a; Regina & Esrher, 2010)。そのため、看護師は、より積極的に家族に近づき、情報提供を行う姿勢をもつことの必要性が示唆された。

看護師に求められる姿勢が明確にされた一方で、今回の結果からは、看護師が常に困難感を抱いていることも明らかにされた。家族ケアには、看護師が曖昧さや不確かさに耐える能力が必要であるともいわれる(渡辺, 2006)。看護師同士がケアの状況を語り合いながら共有し、組織的に家族ケアの在り方を考えていく機会を設けることが重要であり、また今後の大きな課題であると考えられる。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、2010年に収集されたデータを分析したものである。近年のさらなる診断・治療技術の進歩、あるいは社会情勢の変化を考慮すると、看護師の認識が変化している可能性は否定できない。しかしながら、今回明らかにされた家族ケアに対する看護師の認識の本質は、現在の急性期脳神経外科病棟における看護実践においても変わることなく重要なものである。今後は、今回の結果をもとに、看護師の行うケアの有用性を検証することが課題であり、その先に、実際に臨床の場で介入するための組織的な指針を検討することが可能になると考える。

## VII. 結論

本研究では、脳卒中術後に意識障害を残す患

者の家族へのケアに対する看護師の認識を明らかにすることを目的に、脳外科での看護師経験が5年以上の看護師を対象に調査を行った。結果、3つのカテゴリー【家族の理解と捉え方】、【家族ケアの実践】、【家族ケアへの思い】と、1つのメインカテゴリー「経験に基づく家族理解と複雑な思いを孕むケアの実践」が抽出された。看護師は、経験に基づいた家族理解のもとに、困難感を抱きながらも家族の不安に配慮して家族をケアに巻き込み、ともに患者の回復を目指す家族ケアを実践していた。看護師は、患者を尊重して回復を信じ、つねに家族とともに患者ケアや目標を考える姿勢をもつことの重要性が示唆された。

## 謝辞

本研究に快くご参加・ご協力いただきました看護師の皆様および研究施設の方々に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は科学研究助成金若手(B)の助成(課題番号21792226)を受けて実施した研究の一部であり、結果の一部は、第37回日本看護科学学会学術集会で発表した。本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

Ågård, A.S., Harder, I. (2007) : Relatives' experiences in intensive care - Finding a place in a world of uncertainty, *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 170-177.

安梅勅江 (2001) : ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開 (第1版), 13-57, 医歯薬出版株式会社.

Benner, p., Hooper, p., Stannard, D. (2011) / 井上智子 (監訳) (2012) : ベナー 看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること (第2版), xvii,

医学書院.

Brereton, L. & Noran, M. (2002) : 'Seeking' : a key activity for new family carers of stroke survivors, *Journal of Clinical Nursing*, 11, 22-31.

Elo, S. & Kyngas, H. (2007) : The qualitative content analysis process, *Research Methodology*, 22, 107-115.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O. et al. (2014) : Qualitative Content Analysis : A Focus on Trustworthiness, 1-10. doi : 10.1177 /2158244014522633

Granheim, U.H. & Lundman, B. (2003) : Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nursing Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Green, T. (2015) : Aggressive surgical interventions for severe stroke: Impact on quality of life, caregiver burden and family outcomes, *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 37 (2), 15-25.

日高紀久江 (2016) : 看護師は患者の回復をあきらめない 紙屋克子先生の信じる強さ, *看護教育*, 57 (2), 106-111.

平原直子, 鈴木和子 (2008) : 生命の危機を乗り越えたくも膜下出血患者を抱える家族の体験, *家族看護研究*, 13 (3), 103-113.

Hunt, D. & Smith, J. S. (2004) : The personal experience of care of stroke survivors: an interpretative phenomenological analysis, *Disability and Rehabilitation*, 26 (16), 1000-1011. doi: 10.1080/0963828041000702423

飯塚麻紀 (2017a) : くも膜下出血により意識障害を残した家族とともに生きる家族の体験, *家族看護研究*, 22 (2), 134-145.

- 飯塚麻紀 (2017b) : 脳神経疾患患者の家族が患者の病気に抱く不確かさの関連要因, 博士学位論文, 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻
- 井上和也, 酒井明子 (2014) : 集中治療室に緊急入院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感に関する研究, 日本看護科学会誌, 34, 235-244. doi: 10.5630/jans.34.235
- 木本千奈美 (2011) : 救命救急センターに勤務する看護師の緊急入院した重度意識障害患者の家族への関りー積極的な家族への関りが必要な場面に焦点を当ててー, 日本赤十字看護大学紀要, 25, 85-93.
- 木本千奈美 (2014) : 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りの特性, 家族看護研究, 19 (2), 124-135.
- 小林秋恵, 當目雅代 (2010) : 急性期病院において慢性期意識障害患者をケアする看護者の心理の構造, 日本看護研究学会雑誌, 33 (5), 83-92.
- 古賀雄二, 井上智子 (2007) : 意識障害患者のICU退室により生じる家族の困難と看護支援に関する研究, 日本クリティカルケア看護学会誌, 3 (2), 34-42.
- 厚生労働省ホームページ : 平成28年度国民生活基礎調査の概況, Retrieved from : <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>. (検索日:2018年8月19日)
- Legina L.T. & Esther S.B. (2010) : Seeking harmony in the provision of care to the stroke-impaired: views of Chinese family caregivers, *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1436-1444. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03.500.x
- Lehto, B. Kylmä, J. Åstedt-Kurki, P. (2018) : Caring Interaction with stroke survivors' family members-Family members' and nurses' perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 1-10. doi: 10.1111/jocn.14620
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平原優子他 (2010) : 看護実践能力: 概念, 構造, および評価, 聖路加看護学会誌, 14 (2), 18-28.
- Morrison-Beedy, D., Côté-Arsenault, D., Feinstein, N.F. (2001) : Maximizing Result With Focus Groups : Moderator and Analysis Issues, *Applied Nursing Research*, 14 (1), 48-53.
- 中野綾美 (2005) : 家族の病気体験の理解, 野嶋佐由美, 中野綾美, 家族エンパワーメントをもたらし看護実践 (初版), 17-35. ヘルス出版.
- 野嶋佐由美 (2006) : 家族とのパートナーシップ構築の方略, 家族看護, 4 (1), 6-13.
- 高橋裕司, 棚橋紀夫 (2015) : 加齢医学の面から見た脳卒中, 小林祥泰 (編), 脳卒中データバンク (初版), 32-33, 中山書店.
- Vaughn, S., Schumm, J.S., Sinagub, J.M. (1996) / 井下理 (監訳) (1999) : グループインタビューの技法 (初版), 19-71, 慶応義塾大学出版会株式会社.
- 渡辺裕子 (2006) : 患者・家族とのパートナーシップ確立を阻害する要因と課題, 家族看護, 4 (1), 14-19.