

急性期脳卒中患者の家族を対象とした研究の現状と 家族を捉える視点

飯塚 麻紀*, 横田 益美*, 土屋 陽子**

Research trends on family of acute stroke patients and aspects of capturing the family

Maki IITSUKA*, Masumi YOKOTA*, Yoko TSUCHIYA**

抄録

本研究は、急性期脳卒中患者の家族を対象とした研究を概観し、研究の現状および家族をどのような側面から捉えようとしているのかを明らかにすることを目的とした。医学中央雑誌 Web を用いて2005年から2019年12月までの過去15年間の国内文献を検索し、12件を対象文献とした。対象文献は質的研究が多く、文献数に増加傾向は見られなかった。対象となった家族は、患者との続柄は様々で年代も幅広く混在し、患者の後遺症の種類や程度も様々であった。研究結果の分析から、家族を捉える側面は【療養の場の移行】【代理意思決定】【ケアニーズ】【ストレス】【対処】の5つに分類された。以上を考察した結果、対象の特徴を特定した質的研究の蓄積の必要性とともに、量的研究では、家族支援およびその評価指標として移行理論や、ニーズ、ストレス、意思決定などの概念および尺度の活用可能性が示唆された。

キーワード：脳卒中、家族、急性期看護

Key words：stroke, family, acute care

I. 緒言

わが国において、脳卒中による死亡者数は減少傾向にあるものの、その死因順位は第4位と上位にある（一般社団法人厚生労働統計協会，2019）。また、介護が必要となる疾患のうち、脳卒中は最も介護度の高い要介護5となる要因疾患の第1位であり（国民生活基礎調査の概要，2016）、患者、家族ともに看護の対象とすべき主要な疾患である。

脳卒中患者は突然の発症を特徴とし、その家族は、救急搬送、集中治療室管理、場合によつ

ては手術療法を経たのちに一般病棟で治療するといった、多くの状況変化を経験する。加えて、近年の地域包括ケアシステムの構築促進による回復期病棟への早期移動により、家族は急性期病院入院中の短期間に、目まぐるしい状況変化の中に身を置くことになる。その中で家族は、患者自身の生命の危機状態や後遺症の残存と対峙しなければならず、患者の回復を見守り（Legina & Easter, 2010）、常に新しいバランスを確立する努力を続けていることが報告されている（Louise & Mike, 2002）。しかし、脳卒

*駒沢女子大学看護学部

**順天堂大学

中患者は、その重症度や症状、転帰が多様であることから、家族支援を一定の枠にはめて検討することには困難があると考えられる。

これまで、脳卒中を含む脳神経疾患患者の家族を対象にした調査では、「病気に関する不確かさ」という側面から家族を捉えることの有用性が示唆されている（飯塚, 2016）。しかし、突然の発症を特徴とする脳卒中患者の家族支援を考える際には不十分である。急性期脳卒中患者の家族を、「病気に関する不確かさ」以外にどのような側面から捉えることが可能であるのかを知ることは、看護師が効果的な家族支援を検討し、その支援の評価指標を明確にするうえで重要な課題であると考えた。

そこで、本研究では、わが国の急性期脳卒中患者の家族を対象とした看護研究を概観し、研究の現状および家族をどのような側面から捉えようとしているのかを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究では、急性期を「急性期病棟入院中の期間」と定義した。

本来、急性期とは「健康状態に急激な変化を生じ、生体がその変化に適応するために様々な反応を起している時期であり、生命の安全を優先する看護を行う時期」と説明される（池松, 2011）。脳卒中患者において、急性期病棟からの転院や退院は、生命の安全を優先する看護を行う時期を脱したと判断できると考えたためである。

III. 方法

1. 対象論文の選定方法

データベース医学中央雑誌 Web 版を用いて 2005年から2019年12月までの過去15年間の国内文献を検索した。検索対象を2005年からとした

のは、第1に、2005年に保険適用となった rt-PA（遺伝子組み換えプラスミノゲンアクチベーター）により脳卒中治療が革新的に進歩したことで、患者や家族の体験にも影響がある可能性があること、第2に、2010年の回復期リハビリ病棟の制度化により、その前後では急性期脳卒中患者の家族を対象とした研究の概要にも相違があるかもしれないと考えたためである。

「脳卒中」or「脳血管疾患」および「家族」をキーワードとし、看護の原著論文で検索した。検索の結果、抽出された全432件の中から対象となる文献を選択した。選択の条件は、1) 対象疾患が脳卒中であること、2) 急性期の結果を含んでいること、3) 対象が家族であること、4) 論文の体裁が整い、学会・研究会誌、看護専門雑誌、大学・短大紀要に掲載された文献であることとした。論文のタイトル、抄録を確認して選択した後、それだけでは内容の判定が不明瞭な場合には本文を精読して選択し、最終的に12件を対象文献とした。なお、発症から在宅療養までという長期間の調査であっても、急性期病棟入院中の急性期の期間を含み、その期間の結果や考察に言及している文献は対象とした。ただし、患者が小児もしくは周産期の場合には、家族の体験がさらに特有なものとなることを考慮し、今回の対象文献からは除外した。

2. 分析方法

対象文献ごとに、発行年、研究目的、研究結果、研究デザイン、データ収集方法、データ収集期間、データ収集時期、対象者を記述する独自のシートを作成して整理した。対象者については、基本属性に加え、家族の定義の有無とその種類、および患者の選定基準を確認した。次に、質的データである研究目的と研究結果について、再度本文を精読したうえで、各文献が「家族をどのような側面から捉えようとしているか」という視点で分類した。なお、分類にあつ

ては、各文献が最も焦点を当てている事象を「側面」と表現した。ただし実際の分析過程において、「側面」は、1つの文献に複数混在していることが確認された。そこでまず、各文献が家族を捉えるために最も焦点を当てている具体的内容を抽出した後に抽象度を上げて「側面」として分類した。次に、研究結果から読み取れるその他の側面を「二次的側面」として抽出し記載した。この際、家族の体験そのものをテーマにした文献については、家族の体験はどのようなものであるかという根源的な問いに根差した研究であることから、「側面」を分類するのは妥当ではないと判断し、今回は分類対象文献には含めないこととした。本研究では、文献の選択から分析の各過程において、急性期看護学、家族看護学、公衆衛生看護学を専門とする3名の研究者が各々作業した後に適宜意見統一を行うことを繰り返すことで信頼性を確保した。また、文献の取り扱いについては、著作権を侵害することのないよう十分配慮を行った。

IV. 結果

対象とした12文献の一覧を表1に示す。なお、表1の文献は引用文献への記載を省略した。

1. 研究の現状

1) 発行年・研究デザイン・データ収集

対象文献の発行年は、2005年～2009年までが7件、2010年以降が5件であった。研究デザインは、事例研究を含む質的研究が10件、量的研究が2件（No. 3, 8）であった。質的研究10件のデータ収集方法は、面接のみが8件、面接および参加観察が1件（No. 12）、面接と参加観察の他に診療録を用いたものが2件（No. 10,11）であった。対象者の人数は1～73名であり、質的研究の対象者数は平均3.8名（範囲1～10）、量的研究は30名と73名であった。このうち、73名を対象とした文献（No. 8）は、一人の患者に対し複数の家族を対象としていた。データ収集期間は、質的研究では1～6か月、量的研究では5～10か月であった。データ収集時期について、その時点での患者の療養場所が明確に示されていたのは10件で、ICU また

表1. 対象文献の一覧（年代順）

文献NO	著者	タイトル	発表雑誌	発表年
1	米田愛、中山美由紀	急性期における社年期脳血管疾患患者の家族の対処	家族看護研究, 24 (2)	2019
2	飯塚麻紀	くも膜下出血により意識障害を残した患者とともに生きる家族の体験	家族看護研究, 22 (2)	2017
3	鳥越俊宏、福原徹	後遺症を考慮した場合の治療選択 —出血性脳卒中患者の親族アンケート調査より—	日本老年医学会雑誌, 52 (4)	2015
4	池田渚、畠澤麻美、大沼由香 他	脳血管疾患発症から在宅療養に至るまでに主介護者が辿る心理過程とその援助	看護技術, 16 (1)	2015
5	梶谷みゆき、森山美和子	脳血管障害発症後3ヵ月における患者と家族の心理的ケアニーズ	家族看護研究, 16 (2)	2010
6	林みよ子、黒田裕子	早期にリハビリテーション施設への転院を選択した初発脳卒中患者の家族の在宅介護に対する認識	日本クリティカルケア看護学会誌, 5 (2)	2009
7	林みよ子、黒田裕子	在宅介護を希望する初発軽症脳卒中患者の妻の在宅介護実現プロセス	日本救急看護学会雑誌, 11 (1)	2009
8	峠美恵子	急性期にある高齢脳卒中患者をもつ家族のストレスに関する研究 —ストレスの構造とストレス反応との関連—	日本保健科学学会誌, 10 (4)	2008
9	平原直子、鈴木和子	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)	2008
10	古賀雄二、井上智子	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)	2007
11	阿部美佐子、志自岐康子、川村佐和子 他	救急医療の場における家族の代理決定に関連する要因	日本保健科学学会誌, 9 (4)	2007
12	樽松久美子、黒田裕子	意識障害患者の家族が辿る心理社会的な体験の記述と看護支援 —突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者の一事例に基づく探究—	日本クリティカルケア看護学会誌, 2 (2)	2006

は急性期病棟入院中が8件 (No. 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12)、回復期リハビリテーション病棟が1件 (No. 1)、在宅移行後が1件 (No. 4) であった。なお、データ収集時期については、対象時期は急性期ではあっても、データの収集は急性期にタイムリーに行われているとは限らないため、その後の時期も含まれた結果となった。

2) 研究対象となった家族

(1) 家族の定義

対象となった全12文献のうち、対象者の操作的定義が明確に記述されていたのは8件で、「家族」の操作的定義が7件 (No. 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10)、「妻」の操作的定義が1件 (No. 7) であった。

「家族」もしくは「妻」を定義した8件では、Wrightら (1996) の定義を基盤としたものが2件 (No. 5, 9)、Friedman (1992) の定義を基盤としたものが1件 (No. 8)、森岡 (2009) の定義を用いたものが1件 (No. 1) であった。これらの定義はいずれも血縁関係や婚姻関係の有無を条件とはしていない。その他4件 (No. 2, 6, 10) は独自に定義されたもので、対象者自身が家族であると認識した面会者や、患者の日常生活を支える者などであった。対象者の操作的定義の明記がなかった4件のうち、2件 (No. 3, 11) では、家族は対象者の選定基準の説明の中でのみ示されており、その他2件は一事例の事例研究 (No. 4, 12) であった。

家族の操作的定義もしくは選定基準の記載があった10件のうち、血縁の有無や戸籍上の関係を要件としていたのは、「一親等の親族」と表現された1件 (No. 12) のみであった。なお、「妻」の操作的定義をしていた1件 (No. 7) には、「戸籍上の婚姻の有無に関係なく」という文言が含まれていた。また、家族の操作定義を行ったうえで、患者と家族を一つの事例として取り扱っ

ている文献が1件 (No. 5) あった。

(2) 対象者となった家族の基本属性

対象者となった家族の基本属性を確認した。なお、以下は、本文中に家族の属性についての記載のなかった1件 (No. 3) を除く11件の結果である。対象者の年代は、壮年期男性の配偶者に限定したことに伴って40～50歳代となった1件 (No. 1) を除いて、20～80歳代までの広い範囲であった。患者からみた続柄は、配偶者もしくは妻に限定した2件 (No. 1, 7) 以外では、内縁を含む配偶者、嫁、娘、親、兄弟などが混在していた。また、その中には友人が含まれているもの (No. 9) や、その他として詳細が不明なもの (No. 8) もあった。患者との同居の有無では、記載がなかった1件 (No. 11) を除き、選定基準の段階で同居の有無を限定している文献はなかった。結果的に同居家族のみが対象となったのは事例研究の2件を含む計5件 (No. 1, 2, 4, 7, 12) であった。

3) 患者の選定基準

事例研究の2件 (No. 5, 12) を除き、その他10件の文献では、対象者選定の段階で患者の属性に基準を設けていた。なお、これらの基準は1文献に1つとは限らず重複していた。このうち年代を限定したものは2件で、うち壮年期が1件 (No. 1)、高齢者が1件 (No. 6) であった。性別を限定したものは1件 (No. 1) であった。後遺症の残存を条件としたのは7件で、うち意識障害が3件 (No. 2, 10, 11)、障害の種類を特定しない何らかの機能障害が4件 (No. 1, 5, 6, 7) であった。発症回数では、初回発症に限定したものが2件 (No. 5, 7) であった。治療内容を限定したのは3件で、うち外科 (手術) 治療が2件 (No. 3, 10)、内科治療が1件 (No. 8) であった。入院形態が限定されていたのは2件で、うち救急搬送が1件 (No. 6)、緊急入院が1件 (No. 9) であった。

2. 急性期脳卒中患者の家族を捉える側面

対象文献が「家族をどのような側面から捉えようとしているか」という視点で分析した結果を表2に示す。なおこの分析は、【体験そのもの】に分類された3件（No. 2, 9, 12）を除いたものである。急性期脳卒中患者の家族を捉える側面は、【療養の場の移行】、【代理意思決定】、【ケアニーズ】、【ストレス】、【対処】の5つに分類された。

以下、各文献が焦点を当てた側面を【 】, 側面の具体的内容を〔 〕, 二次的側面を〈 〉で示す。

【療養の場の移行】に分類された4件の具体的内容は、〔在宅への移行〕が3件で、二次的側面には、〈心理過程〉、〈認識〉、〈実現プロセス〉が含まれていた。〔ICUから病棟への移行〕を取り扱った1件では、二次的側面に〈困難〉が含まれていた。【代理意思決定】2件のうち、〔外科的治療の代理意思決定〕の二次的側面には〈判断に影響する要因〉、〔緊急入院時の治療・検査の代理意思決定〕の二次的側面には、〈代理意思決定の内容〉、〈確信の強さ〉が含まれていた。【ケアニーズ】1件の具体的内容は〔心理的ケアニーズ〕であり、二次的側面として〈在宅への移行〉が含まれていた。【ストレス】の1件の具体的内容は〔入院中のストレス〕で、〈ストレッサー〉と〈ストレス反応〉が二次的側面

に含まれていた。【対処】1件の具体的内容は〔壮年期男性患者の家族の対処〕で、二次的側面には〈在宅復帰〉と〈リハビリテーション〉が含まれていた。

V. 考察

1. 発行年・研究デザイン・データ収集の現状

今回は、急性期脳卒中患者の家族を対象とした過去15年間（2005年～2019年）の文献を調査した。実際には選定基準に沿って抽出された文献は12件であり、脳卒中の罹患者数に比して決して多いとは言えない結果であった。2005年に保険適用となったrt-PAにより脳卒中家族の急性期の研究数の変化を予測したが、対象文献の中にはrt-PAをとというキーワードは見当たらなかった。rt-PAが認可から10年以上経過してもなおrt-PA静注療法が実施できない二次医療圏が存在することや、脳卒中センターの整備は現在も進行途中であることから（橋本, 2019）、対象患者の母数が限られ看護研究の対象には含まれなかったと考えられた。また、対象文献数は、2005年～2009年までの5年が7件、2010年以降の10年間で5件であった。2010年に回復期リハビリ病棟の制度化がなされて以降、脳卒中患者の家族を対象とした急性期の研究は減少傾向にあるといえる。今回対象となった研究では、在宅への移行やリハビリテーション側面に

表2. 急性期脳卒中患者の家族を捉える側面

n=9			
焦点を当てた側面	具体的内容	二次的側面	文献No
【療養の場の移行】	〔在宅への移行〕	〈心理過程〉 〈認識〉 〈実現プロセス〉	4,6,7
	〔ICUから病棟への移行〕	〈困難〉	10
【代理意思決定】	〔外科的治療の代理意思決定〕	〈判断に影響する要因〉	3
	〔緊急入院時の治療・検査の代理意思決定〕	〈代理意思決定の内容〉 〈確信の強さ〉	11
【ケアニーズ】	〔心理的ケアニーズ〕	〈在宅への移行〉	5
【ストレス】	〔入院中のストレス〕	〈ストレッサー〉 〈ストレス反応〉	8
【対 処】	〔壮年期男性患者の家族の対処〕	〈在宅復帰〉 〈リハビリテーション〉	1

* 【体験そのもの】をテーマにした文献（No.2,9,12）を除く

焦点を当てた文献は全て発行年が2009年以降のものであった (No. 1, 2, 5, 6, 7)。急性期看護の関心も早期から在宅移行を見越したものとへ変化していることが示唆された。

研究デザインでは、質的研究10件に対し、量的研究は2件のみであった。また、量的研究で行われた2件 (No. 2, 8) のうち、信頼性および妥当性が検証された既存の尺度が使用されていたのは1件で、ストレスの測定尺度であった。ストレスのように家族が体験している現象を説明しうる可能な概念が明らかであれば、概念同士の関連を検証する研究デザインの計画が可能になっていくと考えられた。

データ収集期間では、質的研究が1～6か月、量的研究が5～10か月という結果であった。質的研究、量的研究のいずれも横断調査が多いものの、結果の一般性確保のために対象患者の選定基準を厳密にするほど対象母数が小さくなるため、十分なサンプル数確保のためには調査期間が長期にわたるものと考えられた。

データ収集方法では、参加観察を取り入れていた研究は3件のみであった。John & Cheryl (2017) によれば、観察者の五感を用いた参加観察は質的研究の重要な手法であり、視野の広い観察と深い記述を可能にすると説明されている。しかし、家族を対象とした参加観察は、面会時間の把握や時間的確保が必要であることから、取り入れることが容易とは言い難い。今回参加観察を取り入れていた3件は、いずれも筆頭者の所属機関が病院であることから、参加観察を取り入れやすい環境であったことが推察される。また、対象が急性期であっても、患者が生命の危機的状況にある発症直後の家族に対しては、精神的状態を考慮した倫理的配慮が必要である。そのため調査依頼や情報収集をタイムリーに実施することは困難で、体験の調査も回顧的な方法に頼らざるを得ない状況にあると考

えられた。

以上のような背景から、急性期脳卒中患者の家族を対象とした研究の実施には制約や困難が多く、調査数が増加しない要因の一つとなっていることが示唆された。

2. 研究対象としての脳卒中患者の家族の現状

今回対象となった12件のうち、家族の操作的定義が明確になされていた8件では、家族を血縁や親族に限定していなかった。家族のあり様について、関井 (2004) は、ひとり親世帯の増加、あるいは事実婚で子供を持つカップルや血縁や婚姻関係はないが志を同じくする者同士が生活を共有するコンクレティブなどが新しい家族として登場し、実生活での具体的な活動状況や、愛情などの強い情緒的な結びつきなどが家族の重要な要素となると述べている。今回対象となった研究でも、このような家族の多様化に対応して家族の操作的定義がなされたものと考えられる。しかし実際には、選定基準には含まれていなくても、結果的に対象者が同居家族に限られた研究が5件あった。調査依頼可能な家族は、入院中に患者の面会に訪れる者や医療者から説明を受ける者に限られる場合が多いため、このような結果になったと考えられる。家族を対象としつつも続柄の分類上は「友人」と表記されるケースもあり、今後は新しい家族の形に合わせた関係性の表現の検討も課題となると考えられた。

また、今回対象となった文献のうち、事例研究を除くと、続柄を限定していたのは1件のみで、その対象は「妻」であった。そのほかは親、嫁、実子など様々であり、さらに年代も20～80台と幅広い家族が対象に混在していた。家族員は、家族を維持していくために不可欠な家族内の役割を互いに分担し合って生活しており、家族役割は家族の発達段階によっても変化する

(野嶋, 2005)。今後は、家族のもつ役割や発達段階の違いからその体験の内容の違いを明らかにしていくことも、多様な家族への援助を検討するうえで重要な課題になると考えられた。

さらに今回の対象家族が向き合っていた患者の病状としては、意識障害もしくはその他の障害があるものが半数以上占めていた。障害の程度では、家族が患者の症状をある程度重いと認識すると、今後の回復や今後の生活への見通しを持ってないという状況が生じ、病気に関する不確かさが高くなることも明らかにされている(飯塚, 2014)。今回の対象文献では、何らかの機能障害の残存を特定した場合であっても、実際の対象患者の障害の程度は、自立可能な患者から寝たきりの患者まで様々であった。脳卒中患者は、その症状および重症度が多様であることが特徴である(岩崎, 2012)。患者の病態を特定した選定基準を設定し、より丁寧に家族への支援を考えることも、研究の発展に必要であると考えられた。

3. 急性期脳卒中患者の家族を捉える側面と課題

今回、急性期脳卒中患者の家族を捉える側面は、【療養の場の移行】、【代理意思決定】、【ケアニーズ】、【ストレス】、【対処】の5つに分類された。これらの側面は、効果的な家族支援とその評価指標を明確にしていくうえで重要な視点であると考えられた。そこで本稿では、明らかになった側面が、今後、急性期脳卒中患者の家族支援に資する研究を行う上でどのように活用可能であるかという視点から考察する。

【療養の場の移行】には、〔在宅への移行〕と〔ICUから病棟への移行〕が含まれていた。在宅であれICUであれ、それらは家族にとって、物理的環境、関わる人、そして自身の役割の変化に伴うと体験である考えられる。Mishel (1988)の病気に関する不確かさ理論では、見

知らぬ環境や人との関係に身を置くことや今後の自身の役割を含めた見通しが立たないことで不確かさが生じると説明されている。脳神経疾患の中でも、急性発症を特徴とする脳卒中患者の家族の不確かさは高く、その結果として状態不安も高くなることが明らかにされている(飯塚, 2014)。今回、二次的側面として明らかになった〈認識〉や〈困難〉の内容をより明確にすることができれば、【療養の場の移行】で家族が何を体験しているのかを明らかにすることができる。それができれば【療養の場の移行】を独立変数、不確かさを従属変数とした研究をデザインすることも可能になるのではないかと考えられた。さらに、【療養の場の移行】という側面から、移行理論を適用することも可能ではないかと考えられた。移行理論は、人間の個人的な変化、家族の変化または精神的な変化が生じている時期の環境と人間の相互作用を扱う中範囲理論である(Meleis, 2019)。実際、Ramsay, Huby, Thompsonら(2014)もICUから一般病棟に退室した患者の感じた苦痛について調査し、移行理論は患者の介入に役立つと述べている。移行理論では、健全な移行を促進するための個人的、環境的条件を明らかにする必要がある、かつアウトカムは対象者のQOLによって反映される可能性があるとされる(Meleis, 2019)。移行はストレスや適応と切り離せないプロセスであることから、健全な移行の支援として【ストレス】や【対処】を考慮し、関連付けて調査していくことも可能ではないかと考えられた。

今回の分類された【ストレス】の内容は〈入院中のストレス〉で、独立変数であるストレスサーには、家族および患者の基本属性と、Molter (1989)の家族のニーズに脳血管疾患の特性を追加した独自の尺度が用いられていた。この尺度については信頼性と妥当性が明確に記

載されておらず、下位尺度の有無などは不明であった。そのため脳卒中患者の家族に特化したものであることを明らかにするためにはさらなる検証が課題であると考えられた。一方、この尺度での調査は家族のニーズが満たされているか否かが【ストレス】に関連していることを明らかにしようとした試みであった。しかし、この尺度に含まれる家族のニーズの内容は実に多彩であり、本調査で明らかになった心理的かつ〈在宅への移行〉に焦点を当てた【ケアニーズ】は、その中のごく1部であると考えられた。家族のニーズは、患者に向けられるもの、医療者に向けられるものなど様々であるが、【療養の場の移行】というフェーズに焦点を当てて明らかにしていくことも、今後の家族支援の新たな介入の視点になることが示唆された。

【対処】は、移行の視点から考えると健全な移行へのプロセスである。また健全な移行とは、言い換えれば家族の持つ力が発揮できている状態であるとも考えられる。そのため、家族の力を引き出す援助についての調査も重要である。家族の力については、レジリエンスという概念を用いて考えることも可能であり、急性期脳卒中患者の家族支援にも活用可能な概念であると考えられる。新田、河上、高城ら（2010）は、患者家族レジリエンス支援尺度を作成して看護師を対象に行った調査の中で、職務キャリアによるレジリエンス支援への影響は見いだせなかったとし、家族看護教育の重要性について述べている。家族の力を引き出すためには看護師が問題思考から脱却することが必要ともいわれる（渡辺、2012）。急性期脳卒中患者の家族支援においても、問題解決ではなくレジリエンス支援に求められる看護師のコンピテンシー、あるいはその教育内容などをテーマとした研究の遂行も必要になると考えられた。

最後に、脳卒中は突然の発症を特徴とするこ

と、患者自身が意識障害を伴う場合もあることなどから、急性期は家族にとって【代理意思決定】も避けて通れない体験の側面である。今回の調査で使用した文献からは、家族が【代理意思決定】を行う場面として、外科的治療、その他輸血や急変時の治療変更、検査の実施などがあることが明らかにされていた。これらは看護師が支援を行うべきタイミングを示すものであり、非常に貴重な結果であるといえる。しかし今回は、【代理意思決定】の具体的な支援方法の調査は含まれていなかった。救急、集中治療といった関連する領域では、藤浪、森、桑原（2018）が、救命救急初療にある患者家族に対する看護師がどのような代理意思決定支援をしているかを質的分析により明らかにしている。また救急・集中治療領域の終末期に治療における代理意思決定支援の実践尺度も開発されている（下地、豊里、眞禁城他、2017）。急性期脳卒中患者の家族の【代理意思決定】の支援については、これらの先行研究を土台にしつつ、独自の支援方法について調査していくことが課題となると考えられた。

以上より、今回明らかになった急性期脳卒中患者の家族を捉える【療養の場の移行】、【代理意思決定】、【ケアニーズ】、【ストレス】、【対処】の5つの側面は、家族の体験として密接に関連していることが確認できた。さらに今後の家族支援研究の発展のためには、病気に関する不確かさ理論以外にも、移行理論といった中範囲理論や、ニーズ、ストレス、意思決定などの概念と既存尺度の活用可能性が示唆された。

4. 本研究の限界と課題

本研究は、「脳卒中」or「脳血管疾患」および「家族」をキーワードに医学中央雑誌 Web により文献検索を行った。抽出段階では432件がヒットしたが、エビデンスレベルの高い文献

の抽出を目的に選定要件を学会・研究会誌、看護専門雑誌、大学・短大紀要に限定したため、対象文献は12件に絞られた。しかし実際には臨床看護師が調査・執筆した研究も多く存在した。臨床で実際に患者、家族と向き合う看護師が行う研究には事例研究も多いが、脳卒中患者の緊急入院からそばで観察した内容が記述されている場合も多く、今回の結果から明らかになったタイムリーな現象を捉えていることも考えられる。今後は、対象文献の選定の幅を広げた検討を行い、家族の体験と支援の方向性の理解を深めていくことが課題である。

VI. 結論

本研究では、急性期脳卒中患者の家族を対象とした過去15年間（2005年～2019年）の12文献を概観し、以下の結果を得た。

1. 急性期脳卒中患者の家族を対象とした研究は質的研究が多く、文献数は増加傾向にはなかったが、2009年以降は在宅への移行を見据えた研究がなされていた。
2. 研究対象としての急性期脳卒中患者の家族は、血縁や親族に限らず定義されているものの、実際の調査では同居家族が対象となっている場合が多く、患者との続柄は様々で年代も20-80代までと幅広い傾向があった。
3. 患者の選定基準では、年代や性別を限定したものは2件のみで、脳卒中による後遺症の種類や程度は幅広く混在していた。
4. 急性期脳卒中患者の家族を捉える側面は【療養の場の移行】【代理意思決定】【ケアニーズ】【ストレス】【対処】の5つに分類された。

以上のことから、急性期脳卒中患者の家族支援に資する研究の現状を考察した結果、対象を特定した質的研究の蓄積の必要性とともに、量的研究では、病気に関する不確かさ理論以外にも、移行理論といった中範囲理論や、ニーズ、

ストレス、意思決定などの概念や既存尺度の活用可能性が示唆された。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

本研究は、文部科学省研究費（基盤C：17K12315）を受けて実施したものであり、結果の一部は第39回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文献

Friedman, Marilyn M (1992) : Family Nursing, theory and Practice 9, Appleton & Lange, New York.

藤浪千種, 森一恵, 桑原美香 (2018) : 救命救急初療にある患者の家族に対する看護師の代理意思決定支援, せいいい看護学会誌, 8 (2), 9-16.

橋本洋一郎 (2019) : ここが変わった脳卒中の診療体制, BRAIN NURSING, 35 (3), 6-12.

飯塚麻紀 (2018) : 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, 駒沢女子大学研究紀要【人間健康学部・看護学部編】, 1, 49-60.

飯塚麻紀, 水野道代 (2014) : 日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form (尿気に関する不確かさ尺度-家族用) の信頼性および妥当性の検討, 日本看護科学学会誌, 34, 245-254.

池松裕子 (2011) : 急性期における患者の看護, 川島みどり菱沼典子, 臨床看護学叢書2 経過別看護 (第2版), 38, メジカルフレンド社.

伊勢田暁子, 井上智子 (2005) : 延命治療に関

- わる家族の意思決定, 家族看護, 1 (1), 48-61, 日本看護協会出版会.
- 一般財団法人厚生労働統計協会 (2019): 厚生
の指標 増刊 国民衛生の動向2019/2020,
66 (9), 61-66.
- 岩崎美和 (2012): 第1章 看護を学ぶにあつ
て, 武村信彦, 系統看護学講座 専門分野
II 脳・神経 成人看護学7, 6-18, 医学
書院.
- John W. Creswell & Cheryl N. Poth (2017) :
Qualitative Inquiry and Research Design:
Choosing Among Five Approaches (4ed.),
116-167, California, SAGE Publications.
- 国民生活基礎調査の概要 (2016): 厚生労働省
ホームページ, [https://www.mhlw.go.jp/
toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/) .
(検索日: 2020.8.30)
- Louise Brereton, Mike Nolan. (2002) Seeking
a key activity for new family carers of
survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 11,
22-31.
- Legina LT Lee, Ester SB Mok. (2010) :
Seeking hermony in the prevision of care
to the stroke-impaired views of Chinese
family caregivers. *Journal of Clinical
Nursing*, 20, 1436-1444
- Mereis. A. L. (2019), 片田範子監訳: 移行理
論と看護-実践, 研究, 教育-, 学研メデ
ィカル秀潤社.
- 森岡清美 (2009): 家族とは, (森岡清美, 望月
崇), 新しい家族社会学, 4, 培風館.
- Mishel. M. H (1988) : Uncertainty in Illness,
IMAGE Journal of Nursing Scholarship,
20 (4) , 225-232.
- Molter.NC (1989) 常塚広美訳: 重症患者のニー
ド, 看護技術, 30 (8), 137-143.
- 中野綾美 (2005): 第2章 家族の病気体験の
理解, 野嶋佐由美: 家族エンパワメントを
もたらす看護実践, 17-33, へるす出版.
- 新田紀枝, 川上智香, 高城智圭他 (2010): 看
護職による患者家族のレジリエンスを引き
出す支援とその支援に影響する要因, 家族
看護研究, 16 (2), 46-55.
- 野嶋佐由美 (2005): 第5章 家族像の形成,
野嶋佐由美: 家族エンパワメントをもたら
す看護実践, 73-84, へるす出版.
- Ramsay. P., Huby. G., Thompson. A. et al
(2014) : Intensive care survivors'
experiences of word-based care : Meleis'
theory of nursing transitions and role
development among critical care outreach
services, *Journal of critical nursing*, 23 (5-
6), 605-615.
- 関井友子 (2004): 第1章 家族とは, 岡堂哲
雄編: 系統看護学講座基礎分野 家族論・
家族関係論, 14-15, 医学書院.
- 下地智之, 豊里武彦, 眞禁城千夏子他 (2017):
救急・集中治療室領域の終末期治療に関す
る代理意思決定支援尺度の開発, *日本看護
科学学会誌*, 37, 437-445.
- 渡辺裕子 (2012): 家族の力を引き出す援助の
ためのナースの課題, 野嶋佐由美, 渡辺裕
子編: 家族看護選書第1巻 家族看護の基
本的な考え方, 34-40, 日本看護協会出版会.
- Wright, L. M, Watson, W.L & Bell, J.M (1996) :
BELIEFS The heart of healing in families
and illness, 4-71, New York, Basic Books