原　著

集中治療室で看護師が行う家族のケア参加に対する支援

松　戸　麻　華（千葉大学大学院看護学研究科）
國　武　由香里（千葉大学大学院看護学研究科）
眞　嶋　朋　子（千葉大学大学院看護学研究院）

本研究は，集中治療室で看護師が行う家族のケア参加に対する支援を調査し，より良い家族のケア参加の支援に向けた示唆を得ることを目的に，救急外来を有する施設の集中治療室に勤務し，看護師長から推薦を受けた看護師12名に半構造化面接を行った。得られたデータの意味内容の類似性に基づき，看護師の目的的な看護行為であるケア参加に対する支援を質的帰納的に分析した。その結果，【ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する】，【ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする】，【家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加を行える場を設ける】，【家族がケア参加する意義が深められるような家族との対話をする】，【適切かつ継続的な支援に向け看護チームに働きかける】という５コアカテゴリーが導出された。

以上の結果から，ICUにおける家族のケア参加に対する支援は，ケア参加の意義を深めるような家族との対話や，看護チームへの働きかけを行いながら，ケア参加の適切性の検討とアウトカムを考慮した家族への働きかけであることが示された。集中治療室における家族のケア参加に対する支援を促進するためには，家族の様々な反応からその家族に合ったケア参加のタイミングや方法をその都度検討すること，ケア参加の特徴を活かした目的的な家族との対話をすること，継続的な支援に繋がる協働力育成の必要性が示唆された。

KEY WORDS：family support, intensive care unit, family involvement, nursing practice

Ⅰ．はじめに

集中治療室（以下ICUと略す）をはじめとしたクリティカルケア領域では，患者だけでなく家族に対する看護ケアが重要である。特に，急性疾患の突然の発症，慢性疾患の急性増悪，偶発的な事故や災害など，予期せず生命の危機に直面した患者の家族は激しく動揺し，精神的症状を呈する可能性[1),2)]がある。その一方で，家族は，様々な苦痛を体験する患者を支える存在でもある[3)]。

ICU退室後に生じる長期的な患者や家族の健康問題としてPost Intensive Care Syndrome，Post Intensive Care Syndrome-Familyが問題視されてきた[4)]。その様な患者や家族の長期的な健康問題を予防するための介入としてABCDEFバンドル[5)]が提唱されている。ABCDEFバンドルの構成要素Fは，Family Involvementであり[4)]，患者ケアへの関与の積極性に応じた連続する５つの要素で構成され，家族のケア参加はFamily Involvementの最も能動的なものとして位置付けられている[6)]。2017年のICUにおけるFamily-centered care（以下FCCと略す）のガイドライン[7)]においても，成人ICUにおける家族のケア参加が注目され，研究の必要性が示唆された。FCCとは，家族の意向の尊重，情報共有，家族との協働，家族のケア参加の促進という４つの概念を有し[8)]，主に新生児集中治療室で推進されてきたが，現在は様々なヘルスケア場面で用いられている[9)]。家族員がケア提供者の一員とみなされない等，医療者の支持的対応不足による家族の精神的負担が問題視され[10)]，成人ICUにおける家族のケア参加に対する支援の概念と実装プロセスの明確な説明が求められているが[11)]，家族のケア参加に関する看護師の支援やその目的を記述した文献は少なく，ほとんどが事例紹介やケア参加のアウトカムの報告にとどまっている[12)-14)]。

多くの重症患者の家族は，看護師が予測するよりも患者と接近し，ケアに参加することに対する高いニードを持っている[15)]。先行研究において，家族が患者のケアに参加することは，家族が患者の状況に関する具体的な情報を得ることができる[16)]，自己効力感を得て，状況をポジティブに捉えることができる[17)]等の肯定的アウトカムを得られることが示されている。また，看護師が家族と患者がかかわることを促すことや，家族とともにケア

Received : 1. 28. 2021　Accepted : 9. 29. 2021.　　doi : 10.20776/S13448846-27-2-P11

を行うことは，家族と患者の交流を促すことにもつながる看護である[18]。ただし，家族の中には，患者に装着されている各種ラインやモニター，人工呼吸器などに圧倒され，自身の振る舞いに途方に暮れてしまう場合があるため，重症患者の家族が患者とかかわる際には，看護師の支援が必要不可欠である[18]。

看護師はICUにおける家族看護に対し「複雑な状況にある家族にどう対応すればよいかわからない」等の困難や苦手意識を抱えている[19]。そのため，家族のケア参加支援を行っている看護師が，何のために，どのような看護介入を行っているのかという現状を明らかにし，家族のケア参加に対する支援への示唆を得ることは，ICUにおける家族看護の質を高める一助になると考える。

Ⅱ．研究目的

集中治療室の看護師が行っている家族のケア参加に対する支援を明らかにし，そこから今後の家族のケア参加に対する支援についての示唆を得ること。

Ⅲ．研究方法

１．用語の操作的定義

家族のケア参加：ICUに入院している患者の家族が，看護師の直接的または間接的な支援を受けながら，部分清拭等患者の日常生活の援助や，マッサージ等非侵襲的な看護行為などを通じて患者とかかわりを持つこと。

支援：看護師が，その時点の家族の状況や様子，看護師の働きかけに対する家族の反応，自身の経験や知識などから家族が患者のケアを行うことに関する判断をすること，及びその判断に基づき家族のケア参加を促し援助するための直接的または間接的で目的的な行動をすること。

２．対象者

関東圏内にあり，救急外来とICUを有し，特定集中治療室管理料３，４または救急救命入院料２，４の施設基準の届出を行っている施設のうち，承諾を得られた複数施設のICUで勤務する看護師を対象とした。対象者の選定条件は，ICUで18歳以上の患者の家族のケア参加を支援した経験があること，看護師経験３年目以上で，チームで家族支援を判断・実施する能力を有すること，とした。この２条件の判断基準について該当部署の師長に口頭で説明し，共通理解を得たうえで推薦を依頼した。

３．調査方法と調査内容

自記式質問紙と半構造化面接にてデータ収集を行った。口頭及び書面で同意を得られた対象者に質問紙を渡し，対象者の基本情報や面接時に想起する事例等の記載を依頼した。面接は対象者の希望日時に合わせ設定し，プライバシーが守られる院内の個室にて，インタビューガイドに沿って家族のケア参加に関するアセスメント，実施した看護支援，その影響について面接を行った。同意を得てICレコーダーに音声を録音し，メモをとった。

４．調査期間

2017年６月１日～2017年11月10日

５．分析方法

対象者が認識するICUにおける家族のケア参加支援を客観的に明らかにするために，以下の手順で質的帰納的分析を行った。

得られた逐語録を精読し，集中治療室において看護師が行っている家族のケア参加に対する支援に関連する文章を，前後の文脈を読み取りながら抜き出した。抜き出した文章を対象者の表現を残し意味を損なわずに，どのような状況において，どのような看護師の思考や判断に基づき行われた目的的な行動であるかが読み取れるように「家族のケア参加に対する支援」を表す簡潔な一文に表現した。得られた簡潔な一文が類似しているものを集め，共通する意味内容を簡潔な一文に表し，これを「コード」とした。全対象者から得られたコードを意味内容の類似するものとして集め，支援した状況やケア参加支援の具体的な内容が読み取れるように，共通する意味内容を一文で表し二次コードとし，同様の手順を繰り返し三次コード，サブカテゴリー，カテゴリー，コアカテゴリーの順に導出した。

６．倫理的配慮

本研究は，研究者が所属する大学院研究科倫理審査委員会（承認番号29-7）及び研究対象施設の倫理審査委員会，看護部長，看護師長等に口頭と書面で研究主旨の説明と調査協力の依頼を行い，承諾を得て実施した。対象者には，研究参加は自由意志であること，不参加による不利益は生じないこと，答えたくない質問には答えなくて良いこと，研究を通して知り得たことは研究目的以外には使用しないことを口頭と文書で説明し確約した。

Ⅳ．結　果

１．対象施設の概要

同意を得られた３施設のICUでは，１回の面会人数，１回の面会の長さ，面会可能な時間帯，面会者の続柄に関する類似した面会制限を設けていた。施設aの病床数は10床以上で，隣接する患者を受け持つ看護師２人がペアとなりケアの時間や方法を調整していた。施設b，cの病床数は10床未満で，ケアの時間や方法は受け持ち看護師がメンバーやリーダーに相談して調整していた。すべての施設のICUで，救急外来からの入院患者，院内

急変患者，予定手術の患者を受け入れており，患者や家族の情報の引継ぎは，リーダーがICU全体の情報を伝えた後，ベッドサイドで受け持ち看護師間の引継ぎを行い，必要に応じてケア表を作成，活用していた。家族看護に特化した研修等を行っている施設はなかった。

２．対象者の概要

対象者の所属は，３名が施設a，５名が施設b，４名が施設cであった。男性２名，女性10名であり，研究参加時の年齢は20代が７名，30代が４名，40代が１名であった。看護師経験年数は，平均10.0年（５－21年），ICUの経験年数は平均4.6年（２－12）であった。最終学歴は，高校専攻科１名，専門学校５名，短期大学１名，大学５名であり，認定看護師・専門看護師の資格取得者はいなかった。面接時間は25分～52分であり，平均34.4分であった。

３．対象者の想起事例

対象者の想起事例は，脳血管疾患で救急搬送されたが来院時点で治療が困難であると説明を受けた患者の家族，ICUに入院経験があり，慢性呼吸器疾患の急性増悪と改善を繰り返している積極的治療中の患者の家族，ICU入院中に病状が悪化傾向にあるが積極的治療を継続中の患者の家族，敗血症で積極的治療を行わないという意思決定後に死別した患者の家族など，多様な疾患，状況にあるICUに入院中の患者が含まれていた。ケア参加を行った家族の続柄は妻が最も多く，次いで子ども，両親の順であり，患者が入院してからケア参加支援を行うまでの時期は入院後２日から数か月までの範囲であった。

４．集中治療室における家族のケア参加に対する支援

分析の結果，ICUにおける家族のケア参加に対する支援は54のサブカテゴリー，14のカテゴリー，５のコアカテゴリーに集約された（表１）。以下，集中治療室における家族のケア参加に対する支援について，コアカテゴリーは【　】，カテゴリーは〈　〉で表記し記述する。

１）【ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する】

このコアカテゴリーでは，患者の予後を予測し，長期的な介護関係の構築や死別後のグリーフワークといった，ICU退室後の患者や家族の関係性から直面し得る課題や困難を予測し，それらの軽減というアウトカムに向け各家族に必要なケア参加を計画し，援助するという支援が示された。ICUに入院中の患者の多くは生命の危機的状況にあり，急変のリスクを抱えていることから，〈患者の死に向き合う家族の心理的ケアとなるケア参加の場を提供する〉では，家族が厳しい状況や患者との死別を受け入れられるように，患者が亡くなった後のエンゼルケアへの参加だけでなく，いつ亡くなるかもわからない患者の家族に対してケア参加を積極的に提案していた。

〈長期的な援助関係の基盤となるケアへの参加を提案する〉では，危機的状況を脱した後，セルフケアを行うことが困難な意識レベルの患者のケアや，永久的人工肛門を造設した患者のパウチ交換のように，退院後に家族の援助が必要になると予測されるケアへの参加を計画し提案していた。

２）【ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする】

このコアカテゴリーでは，患者の状況や家族のケア参加を希望する言動，患者の外観を気にする様子から，患者の意識レベルの改善や家族が笑顔になる等のアウトカムに繋がるケア内容や参加方法を検討し，援助するという支援が示された。〈家族がケア参加を通して集中治療中の患者について理解することを促進する対話をする〉では，血圧の変化を過剰に心配している家族と一緒に手浴を行い，普段行っているケア内容や手浴の効果を共有し，ケアの刺激でも血圧が大きく変動しないことを説明するなど，家族の状況理解を促す対話をしていた。

〈ケア参加に対する家族の積極性や関心の程度に応じて，主体的な患者とのかかわりを支持する〉では，家族間の会話が増え表情が穏やかになる，家族の希望に関する言動が増えるといったアウトカムを期待し，特にケア参加を経験したことがある家族とは相談して日時を決めたり，看護師が安全を確認したうえで家族だけでのマッサージや保湿剤の塗布を援助したりと，家族の意向や主体性を尊重していた。

３）【家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加を行える場を設ける】

このコアカテゴリーでは，複雑な心理状態にある家族にケア参加を促すことが家族の負担となる可能性を考え，家族がケア参加に適した関係性や精神状態であるか評価したうえで，家族の負担とならないケア内容，ケア参加環境を整え，援助するという支援が示された。〈家族がケア参加に消極的な理由を推察し，その結果を考慮して再提案する〉では，一度ケア参加の提案を断った家族であっても，照れや遠慮している様子がありケア参加に嫌悪や恐怖を感じている言動がない場合，提案内容を変えて家族の希望を再確認していた。

〈患者や家族に関する情報を総合的に評価し，ケア参加が負担にならないと予測される家族に提案する〉では，家族の状況理解度や入院前の患者とのかかわりの深さ等から，普段と違う患者とかかわることが精神的負担

表１．集中治療室における家族のケア参加に対する支援

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー（抜粋）
ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する	患者の死に向き合う家族の心理的ケアとなるケア参加の場を提供する	生命の危機的状況にある患者の家族が精神的安寧を得ることが出来るように，家族に積極的にケア参加を提案する
		エンゼルケアに参加した家族が，最期に患者の役に立てたと感じられる声をかける
		エンゼルケアへの参加を提案し，患者の死を受容する一助となる別れの場を設ける
	長期的な援助関係の基盤となるケア参加を提案する	回復傾向の患者の家族には，ICU退室後を想定したケア参加を提案する
ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする	面会時の様子から家族のケア参加の希望を捉え，患者と家族の満足に繋がると推察されるケア参加を計画，援助する	家族の特徴や面会時の様子からケア参加の希望を捉え，希望に沿った提案をする
		女性が髪形を気にすることや，ケア参加の希望が多いという特徴に配慮してケア参加を提案する
		ケア参加時に面会時間の制限を超えることを許容し，家族が希望する内容で患者とかかわる十分な時間を確保する
		ケア参加をしたことで家族が満足感を得られるような，患者の立場に立った感謝や快を表す言葉を代わりに伝える
	家族が安全に参加することができ，患者に寄与すると推察されるケア参加を計画し，援助する	患者のバイタルサインの安定や治療環境の安全性を優先して，ケア参加を提案するか判断する
		ケア参加中の患者の安全を脅かさないよう，ケア時に注意が必要な点を説明する
		患者の治療状況において，患者のバイタルサインズに影響を与える可能性が少ないケア内容を選択する
		家族がそばに居ることで不穏やせん妄症状が落ち着く患者の場合，家族のケア参加により患者の安楽や精神的安寧に繋がることを期待し，ケア参加を提案する
	家族がケア参加を通して集中治療中の患者について理解することを促進する対話をする	ケア参加を通して家族が患者の病状の理解することを促進する対話をする
		回復が見込めない患者の家族が，厳しい状況を理解し，受け入れることを促す対話をする
		家族が病状以外の患者の経過や変化を感じられるよう，ケア参加による患者の表情や外観の変化を共有する
	ケア参加に対する家族の積極性や関心の程度に応じて，主体的な患者とのかかわりを支持する	患者の病状が落ち着いている場合，家族のケア参加の希望やケア参加に対する主体性に応じて保湿やマッサージなど非侵襲的なケアを家族だけでも行えるよう物品や環境の準備をする
		毎日の面会でケア参加しケアの手技に慣れている家族には，可能な範囲で家族が主体的にケアを行えるようケア参加時の援助方法を調整する
		ケア参加を経験した家族とは，次にケア参加する日時を相談して決める
家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加を行える場を設ける	家族がケア参加に消極的な理由を推察し，その結果を考慮して再提案する	ケア参加の提案を断った際の家族の反応から断った理由を推察し，ケア参加に嫌悪や恐怖を感じていないと予測される家族が，患者と少しでも関わることが出来るよう提案内容や提案方法を変える
		戸惑い患者にタッチングすることが出来ない家族が，少しでも患者に触れることが出来るよう距離感や説明方法を変えて再度促す
	患者や家族に関する情報を総合的に評価し，ケア参加が負担にならないと予測される家族に提案する	家族の状況理解度，入院前の患者とのかかわりの深さ，面会時に患者とかかわる様子，患者のバイタルサインズの変動の可能性等を総合的に評価し，ケア参加を通し普段と状況の違う患者とかかわることで新たな不安や恐怖心を抱きにくいと予測される家族に提案する
	ケア参加の支援中における，ICU入院中の全患者の安全を確保する	自分の受け持ち患者の状況と業務量だけでなく，ICU全体の患者の状況と業務の状況から，ケア参加を提案するか判断する
		チームメンバーにケア参加中の他患者の安全確保を依頼し，ケア参加を支援する時間を作る
	ICUという日常とは異なる環境において，家族が不安や緊張を最小限にケア参加をすることが出来る場を整える	ケア参加時の家族の不安を軽減できる位置に，病室内の医療機器などを配置する
		家族が周囲の雰囲気から不安を感じないよう，ICU内に急変患者がいない時にケア参加を提案する
		入院前の生活に合わせた方法や物品を用い，家族が少しでも安心してケア参加を行えるよう準備する
		家族がケア参加時に緊張せずに触れることが出来るように，面会時にタッチングしている部位や医療機器が装着されていない部位のケア内容を選択する
		ケア参加中の家族の反応に注意しながら家族だけでなく患者にも声をかけ，家族の緊張を緩和する
		特殊な状況下で，普段と異なる患者との距離感に不安を抱える家族が，患者との距離を縮め不安や緊張を緩和することが出来るように，ケア参加時に家族が患者に長く触れられるよう援助する
	ケア参加の提案前に，患者とかかわることに対する家族の不安や恐怖心を和らげる	入院直後や患者と距離をとっている家族が患者に近づくことを怖がらないよう，患者に触れても問題ない状況であることを説明してタッチングを促す
		普段と異なる状況の患者とかかわることによる精神的負担を緩和できるよう，家族が求める患者やケアに関する情報を提供する
家族がケア参加する意義が深められるような家族との対話をする	家族の状況や様子に合わせた対応をし，家族の信頼感を高める	ケア参加を提案する前に患者や家族に関する情報を共有し，家族との信頼関係を構築する
		家族がケア参加を強要されたと感じずに，断ることもできるような雰囲気・言葉で提案する
		入院からケア参加までの時間が短い家族には，ケアの見学やケア参加中に信頼関係を構築することを意識した対話をする
	ケア参加をすることで得られる患者や家族の情報を収集する	ケア参加中のコミュニケーションを通して，家族の思いや性格など通常の面会時の会話だけでは捉えられない情報を収集する
		家族が語りやすくなるようにケア内容やケアする部位を選択し，家族から話を聞く
適切かつ継続的な支援に向け看護チームに働きかける	活用可能な方法で看護チームに働きかけ，個々の患者や家族に適した方法でケア参加の支援を継続する	カンファレンスを通して看護チーム全体で患者や家族に関する情報を共有し，各家族に適したケア参加について話し合う
		看護記録を活用して看護チームで情報を共有し，ケア参加の支援を必要とする家族への介入を継続する
		引継ぎ時にケア参加時の情報を口頭で伝え，看護チームで家族のケア参加の支援を継続する

にならないと予測される家族にケア参加を提案するという判断をしていた。また，〈ICUという日常とは異なる環境において，家族が不安や緊張を最小限にケア参加をすることが出来る場を整える〉では，ケア参加を希望する家族であっても，入院前とは異なる患者のケアを行うことで緊張や不安を抱く可能性はあるため，点滴やドレーン等の挿入されていない部位や面会時にタッチングをしている部位のケアを選択し，ケア参加中の家族が安心できるような声掛けをしていた。

4）【家族がケア参加する意義が深められるような家族との対話をする】

このコアカテゴリーでは，ケア参加における家族との対話により信頼関係を構築することや，より深い患者や家族の情報を収集し個別性を反映した看護に繋げることで，ケア参加を行うことの意義を深めようとしていた。

面会制限のあるICUでは家族とかかわる時間が限られているため，〈家族の状況や様子に合わせた対応をし，家族の信頼感を高める〉では，ケア参加前だけでなく，ケア参加中も家族との距離を縮め信頼関係を構築するための対話をしていた。

〈ケア参加をすることで得られる患者や家族の情報を収集する〉では，片足を切断した患者の家族の思いを捉えた看護ができるように，家族が語りやすくなるケア内容やケアする部位として反対側の足浴を選択し，家族の話を聞いていた。

5）【適切かつ継続的な支援に向け看護チームに働きかける】

このコアカテゴリーでは，カンファレンスの活用や職場環境に合わせた方法でチームメンバーにケア参加に関する情報を提供することで，アセスメントの適切性やケア参加に対する支援の継続性を高めるという支援が示された。本研究の対象施設では，受け持ち看護師間の個別の申し送り時間はベッドサイドに限られており，口頭・看護記録・ケア表の記録それぞれを活用することで〈活用可能な方法で看護チームに働きかけ，個々の患者や家族に適した方法でケア参加の支援を継続する〉という支援を行っていた。

Ⅴ．考　察

先行研究[11]において，患者と家族中心のケアに向けた家族のケア参加に対する支援介入の概念と実装プロセスを明確に説明した研究の不足が指摘されている中，複数施設のICUで実際に行われている家族のケア参加に対する支援を調査した本研究結果は，看護師が，ケア参加の場面を活用した家族支援を行う上で有用な情報を提示すると考える。

本研究結果のうち，【ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する】，【ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする】，【家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加の場を設ける】の３コアカテゴリーは，ケア参加の適切性の検討と家族のアウトカムを考慮した家族に対する直接的な支援という共通性があると考える。【家族がケア参加する意義が深められるような家族との対話をする】は，ケア参加過程における有益な情報共有を考慮した家族との対話が示されていると考える。また，【適切かつ継続的な支援に向け看護チームに働きかける】では，看護チームに働きかける家族に対する間接的な支援が示されていると考える。以下は，３つの観点から，ICUに特徴的な支援や本研究に特徴的な支援を挙げて考察する。

１．集中治療室で看護師が行う家族のケア参加に対する支援

1）ケア参加の適切性の検討とアウトカムを考慮した支援

【ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する】，【ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする】，【家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加を行える場を設ける】の３コアカテゴリーでは，ケア参加をすることが適している家族であるかの検討とアウトカムの予測に基づいた支援が示された。先行研究において，ケア参加をすることが適した精神状態ではない家族がケア参加をすると，家族に“力不足だと感じる”，“不安が増す”等否定的な影響が起こる[12]と述べられている。本研究では，ケア参加をすることが適した患者と家族の状態を明らかにしており，新たな視点を示した。

【ICU退室後の患者と家族の状況を考慮したケア参加の場を提供する】では，死別後の家族のグリーフケアや，一般病棟への転棟後に家族が患者を援助しやすくなるというアウトカムを考慮したうえで，生命の危機的状況にある患者や，回復傾向にある患者の家族それぞれの状況を検討し，ケア参加の場を提供していた。先行研究では，急性期医療における家族が患者の死と向き合うための支援は，医療者が終末期と認識した以降に意識され，エンゼルケアを中心に行われてきた[20)－22]。本研究では新たに，積極的治療中の患者の死の可能性と向き合う家族の心理的ケアとしても，家族のケア参加に対する支援が示された。また，回復傾向の患者のICU退室後を想定し，長期的に援助が必要となるケア内容への参加

を提案しており，これは，ICUの家族支援で必要とされる“家族員が看病を長期的視野に入れることができる援助”[23]になり得ると考える。

【ケア参加に対する患者と家族の準備状況をアセスメントし，家族の達成感や満足感を高めるかかわりをする】は，患者の治療状況や家族の背景，言動といった情報から，家族の状況の理解度，ケア参加における安全性，ケア参加に対する家族の積極性等を評価し，その結果に基づき家族がより多くの達成感や満足感を感じるためのかかわりとして示された。ケア参加の主な肯定的アウトカムは，家族の満足感や精神的安寧が挙げられており[13),14)]，家族の希望や患者に寄与するケア参加を支援することは，アウトカムにつながる支援と考えることができる。開地ら[24]は，家族の満足感を高める看護支援として不安を軽減すること，家族と患者が共に過ごす貴重な時を充実させる支援を行うことが重要であると述べている。これらは，家族の状況理解を促す対話により家族の漠然とした不安を軽減するという支援や，家族の主体的な患者とのかかわりを支持し，家族だけで患者のケアをして過ごす時間をもてるようにするという支援と関連している。これらの支援による家族の満足感をその場で測定することは困難であるが，家族とのかかわりの中で捉えた言動や態度から，家族の変化を理解しようとする態度が大切であると考える。

【家族の精神的負担感や影響を考慮し，安全にケア参加を行える場を設ける】では，ケア参加により起こり得る家族の負担や否定的な影響を推測し，患者の安全を保ったことで家族が負担感を負わないケア参加の場を設けていた。患者の入院後に不安定な状態にある家族は，積極的なケア参加の支援介入は希望されないことがあり，ケア参加が家族の不安の増強や力不足を感じる要因となることが懸念されている[25),26)]。このような状況にある家族に対して，本研究では，家族がケア参加に消極的な場合もすぐに支援を差し控えるのではなく，理由を推察し，その結果を考慮して対応を検討していることが示された。

2）家族がケア参加することの意義を考慮した家族との対話

コアカテゴリー【家族がケア参加する意義が深められるような対話をする】では，家族との信頼関係構築や，患者や家族の個別性を反映した看護に繋げるための対話をしていた。ICUは入室期間が数日間と短い患者も多く，看護師は実践を行いつつ，信頼関係を更に促進させようとするという特徴を持つ[27)]。本研究では，信頼関係を構築するだけでなく，より良い看護への繋がりを意識したケア参加中の対話をすることで，ケア参加をすることの意義を深めようとしていることが示された。

3）看護チームに働きかける家族に対する間接的な支援

【適切かつ継続的な支援に向け看護チームに働きかける】では，家族の個別性に合わせたケア参加に対する支援を継続するための，看護チームへの情報共有や業務分担の働きかけが示された。クリティカルケアにおける家族支援では，時間的制約に伴う支援の難しさと看護師の家族支援に対する自信の無さや困難さがある[28),29)]。本研究の対象者は，限られた時間の中で適切なアセスメントに基づき家族のケア参加を継続支援できるように，ケア参加の実施に向けた協働が行われていたと考える。

2．集中治療室における家族のケア参加に対する支援への示唆

本研究におけるICUにおける家族のケア参加の支援には，ケア参加の適切性の検討とアウトカムを考慮した支援，家族がケア参加することの意義を考慮した家族との対話，看護チームに働きかける家族に対する間接的な支援，という3つの側面が示された。ICUにおける家族のケア参加に対する支援を促進するためには，本研究で示された3側面を軸に，ケア参加の適切性を検討したうえでアウトカムを考慮し，ケア参加の意義を考慮した家族との対話をしながら，必要に応じてチームに働きかけるという姿勢が必要であると考える。

特に，ICUに特徴的な，複雑な心理状況にある家族のケア参加の適切性の検討とアウトカムを考慮した支援としては，一度ケア参加の提案を断った家族であっても，再アセスメントし提案方法等を変える等，家族の希望の再確認を検討することが示された。一般に日本人は，ある言語メッセージを発信するとき，その意図が言外に伝わることを無意識に期待しながら言語メッセージを送り，摩擦を避けるためにメッセージを自己抑制するという傾向がある[30)]。ケア参加に対する支援においては，家族から具体的なケア参加の希望の表出を待つだけでなく，客観的情報からケア参加の提案を検討し，家族の反応が肯定的ではない場合もそれを家族から発信された情報として捉え，その家族に合った患者と関わるタイミングや方法を再度検討することが重要な支援であると考える。

本研究では，ケア参加の意義を深められるようにする家族との対話がケア参加の支援として示された。時間的猶予が十分でないことが多いICUにおいて，家族のケア参加の場は，家族とゆっくり対話ができる数少ない場である。また，患者に触れるケア参加中には，家族の患者に対する思いが語られやすくなると予測される。これらのケア参加の特徴を活かした目的的な家族との対話を

することが，ICU家族看護全体の質向上に繋がる可能性が示唆された。

本研究の対象施設では，家族看護に特化した研修は行われておらず，対象者は平均10.0年の看護師経験から，看護チームに働きかける家族に対する間接的な支援を学び，実践していた。先行研究[31]においても，家族看護教育を実施している施設は141施設中32施設と少なく，その理由に“家族看護の基本的な考えと実践を結び付けることの難しさ”等が挙げられている。特に，近年はCOVID-19の影響により面会制限が厳しく，家族看護を実践したことがない新人看護師が増加しており，今後ICUにおける家族看護を実践することに困難を抱える看護師が増加すると推察される。ICUにおける家族看護の経験が少ない看護師も，ICUの特殊性を考慮したケア参加に対する支援を学び，実践に繋げられるように，看護チーム内のカンファレンスや看護師間のコミュニケーションを活用した支援を行えるようにするための継続教育が必要と考える。

Ⅵ．研究限界

本研究は，一定の面会制限が設けられている３施設のみで実施しており，面会制限の異なる施設に勤務するICU看護師を対象に含めることで，より多くの施設の特徴を反映した結果となると考える。データは想起事例に基づいたインタビューのみであり，対象者が記憶していない支援は本研究結果として示されていない可能性があること，認定や専門資格を持たない看護師のデータのみであり，臨床で行われている支援をすべて含めていない可能性があることが研究限界として挙げられる。

Ⅶ．結　論

ICUにおける家族のケア参加に対する支援は，ケア参加の意義を深めるような家族との対話や，看護チームへの働きかけを行いながら，ケア参加の適切性の検討とアウトカムを考慮した家族への働きかけであることが示された。

特に，ケア参加の提案に対する家族の反応が肯定的ではない場合もそれを家族から発信された情報として捉え，その家族に合った患者と関わるタイミングや方法を再度検討すること，ケア参加の特徴を活かした目的的な家族との対話をすることの必要性が示唆された。

ICUの特殊性を考慮したケア参加の継続的な支援を提供できるよう，看護チーム内のカンファレンスや看護師間のコミュニケーションを活用した実践に向けた継続教育が必要である。

Ⅷ．謝　辞

本研究にご協力いただいた皆様に深く感謝いたします。本研究は，2018年千葉大学大学院修士論文を加筆・修正したもので，一部は第14回日本クリティカルケア看護学会学術集会にて発表した。利益相反は存在しない。

参考・引用文献

１）山勢博彰：【クリティカルケア領域での家族看護】クリティカルケアでの家族看護の現状と課題，家族看護，10(1)：010－018，2012.

２）Siegel M. D., Hayes E., Vanderwerker L. C., Loseth D. B., Prigerson H. G., Siegel Mark D., Hayes Earle, Vanderwerker Lauren C., Loseth Diane B., Prigerson Holly G.: Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit, Critical Care Medicine, 36(6): 1722－1728, 2008.

３）福田和明，黒田裕子：重症患者家族のニーズに関する看護師の認識の実態と関連要因の探索，日本クリティカルケア看護学会誌，3(2)：56－66，2007.

４）宮下亮一：当学における集中治療のこれから，昭和学士会雑誌，78(5)：481－488，2018.

５）笠原公靖：ここが知りたい！ PICS（第６回）ABCDEFチェックリストアプローチPICS予防のためのABCDEFバンドル活用法，呼吸器ケア，15(12)：1224－1228，2017.

６）Olding Michelle, McMillan Sarah E., Reeves Scott, Schmitt Madeline H., Puntillo Kathleen, Kitto Simon: Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review, Health Expectations, 19(6): 1183－1202, 2016.

７）Davidson Judy E., Aslakson Rebecca A., Long Ann C., Puntillo Kathleen A., Kross Erin K., Hart Joanna, Cox Christopher E., Wunsch Hannah, Wickline Mary A., Nunnally Mark E., Netzer Giora, Kentish-Barnes Nancy, Sprung Charles L., Hartog Christiane S., Coombs Maureen, Gerritsen Rik T., Hopkins Ramona O., Franck Linda S., Skrobik Yoanna, Kon Alexander A.: Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU, Critical Care Medicine, 45(1): 103－128, 2017.

８）Conway Jim, Johnson Bev, Edgman-Levitan Susan, Schlucter Juliette, Ford Dan, Sodomka Pat, Simmons Laurel: Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress, Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care, 2006.

９）浅井宏美：NICUにおける家族中心のケア（Family-Centered Care）実践と病棟の組織風土との関連，日本助産学会誌，advpub，2017.

10）Alfheim Hanne B., Rosseland Leiv A., Hofsø Kristin, Småstuen Milada C., Rustøen Tone, Alfheim Hanne Birgit, Rosseland Leiv Arne, Småstuen Milada Cvancarova: Multiple Symptoms in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients, Journal of Pain & Symptom Management, 55(2): 387－394, 2018.

11）Mackie Benjamin R., Mitchell Marion, Marshall Prof Andrea:

The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review, Collegian, 25(1): 131－140, 2018.
12）吉川寛美，内田圭，宮地さやか，柴山祐美可，安井圭子，深田栄子：ICU緊急入室患者家族のケア参加に関する検討 ケア参加が家族にもたらす心理的影響について，名古屋市立大学病院看護研究集録（2008）：74－79，2009.
13）村田奈緒子，近藤千恵子，宮澤祐，両角めぐみ：ICU入室患者の家族面会時の介入　家族が患者に触れることで生じる感情や効果，長野県看護研究学会論文集，29回：82－84，2009.
14）千葉美香，首藤由美子，石川照江：ICU患者家族のケア参加による精神的効果，愛媛労災病院医学雑誌，1(1)：56－59，2004.
15）小松さゆり，齋藤真由美，柿崎敦子，小林まゆみ：CCUに緊急入院した患者の家族に対する援助の検討　Molterの重症患者家族ニードの活用，秋田県農村医学会雑誌，50(1)：9－11，2004.
16）Miracle V. A.: Strategies to meet the needs of families of critically ill patients, Dimensions of Critical Care Nursing, 25(3): 121－125, 2006.
17）Liput Shea A., Kane-Gill Sandra L., Seybert Amy L., Smithburger Pamela L.: A Review of the Perceptions of Healthcare Providers and Family Members Toward Family Involvement in Active Adult Patient Care in the ICU, Critical Care Medicine, 44(6): 1191－1197, 2016.
18）鈴木和子，渡辺裕子：家族看護学　理論と実践，第4版，日本看護協会出版会，2012.
19）岡本双美子，中山美由紀：臨床看護師の家族看護教育のニーズと家族看護アセスメントに関する困難，日本家族看護学会学術集会プログラム・抄録集，24回：134，2017.
20）立野淳子，山勢博彰，藤本理恵，小島朗，田山聡子，中谷美紀子，比田井理恵：わが国の集中治療領域における看護師の終末期ケアと組織体制の実態，日本クリティカルケア看護学会誌，15：33－43，2019.
21）野々村留美：一歩進んだ看護介入を考えるクリティカル領域におけるエンゼルケア クリティカルケア領域におけるエンゼルケア，ハートナーシング，24(7)：758－766，2011.
22）犬飼智子，渡邉久美：ICU看護師による死後のケアを通した家族への関わり，家族看護学研究，22(2)：87－96，2017.
23）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，日本看護科学会誌，24(3)：21－29，2004.
24）開地久美子，持田容子：一般病棟における終末期看護の家族支援，看護・保健科学研究誌，15(1)：160－166，2014.
25）國松秀美：患者への看護の説明　危機的状態にある家族のケア参加への取り組み．EMERGENCY CARE，19(4)：368－370，2006.
26）吉川寛美，内田圭，宮地さやか，柴山祐美可，安井圭子，深田栄子：ICU緊急入室患者家族のケア参加に関する検討 ケア参加が家族にもたらす心理的影響について．名古屋市立大学病院看護研究集録（2008）：74－79，2009.
27）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.
28）中山美由紀，岡本双美子：継続教育における家族看護教育の現状と課題，大阪府立大学看護学雑誌，22(1)：45－53，2016.
29）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会誌，34(2)：145－152，2012.
31）小山慎治，池田裕：「遠慮・察しコミュニケーション尺度」の作成：予備調査による尺度の改訂，異文化コミュニケーション研究（23）：21－46，2011.

NURSING PRACTICE OF FAMILY INVOLVEMENT IN ICU

Madoka Matsudo, Yukari Kunitake, Tomoko Majima
Graduate School of Nursing Chiba University

KEY WORDS :
family support, intensive care unit, family involvement, nursing practice

This study aims to explore the nursing support for family involvement in patient care in intensive care units（ICU), and to receive suggestions for providing better nursing practices for family involvement in ICUs. The study participants included nurses who were recommended by the head nurse, had worked in an ICU, and had the ability and experience to support family-care participation. A semi-structured interview was conducted. Based on the similarity in meaning of the obtained data, the support for care participation, which is a purposive nursing activity, was analyzed using qualitative inductive approach.

We derived five core-categories as follows: 1）Providing a place to participate in care considering the situation of patients and their families after leaving the ICU; 2）Assessing patient and family readiness for care participation and engage to increase family accomplishment and satisfaction; 3）Establishing a place where families can safely participate in care considering the mental burden and impact on the families; 4）Conversing with family members to deepen the importance of family participation in care; 5）Encouraging the nursing team to provide suitable and continuous support.

Support for family participation in ICUs include dialogue with the family to deepen the significance of participation in care, encouraging nursing teams and families considering the adequacy of care participation and outcomes. This study suggests that the timing and method of care participation should be suitably considered for families as per their reactions, having a purposeful dialogue with the family that takes advantage of the characteristics of care participation and improvement of support capacity to enhance family participation in ICUs.