

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

救急看護における家族ケアの基本

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日総研出版 公開日: 2016-02-20 キーワード (Ja): 家族, 看護アセスメント, 救急看護, 家族看護 キーワード (En): 作成者: 山勢, 善江 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/446

救急医療における 家族看護

救急看護における 家族ケアの基本

今回の特集は家族看護です。家族看護の基本や救急領域で実践を行う上で押さえておきたい理論、エキスパートが経験した事例からの具体的な対応、悲嘆への援助のために知っておきたいことや技術など多彩な内容で、経験豊富な皆様に執筆していただきました。家族ケアにおいて多くのシビアな場面に遭遇する私たちですが、本特集を読んで、より専門性の高い看護実践を目指しましょう！

この記事のポイント

- 1 家族とは、ファミリーアイデンティティを共有している人々を言います。
- 2 家族を理解するために、さまざまな理論を用いることができます。
- 3 家族のニーズを把握した個別的な看護介入が必要です。

救急医療・看護の第一義的使命が患者の救命にあることは、言うまでもありません。では、救急看護師にとって、患者の家族はどの位置にあるのでしょうか。家族は看護の対象なのでしょう。

家族形態そのものが複雑化している昨今、本稿では改めて救急患者の家族について考えるために、家族とは何か、家族の危機をどのようにアセスメントできるかについて、その概論部分を述べます。

家族とは

▶ 家族の定義

大辞泉や広辞林によると、「家族」とは、「夫婦とその血縁関係者を中心に構成され、共同生活の単位となる集団」「親族関係にあり、共に住む集団」などと記されています。また、望月は、社会学の立場から「親族からなる集団」¹⁾としています。さらに、法的には、例えば脳死判定や臓器の摘出は「原則として、配偶者、子、父母、孫、祖父母及び同居の親族」を家族ととらえ、その承諾を必要としています。これらには必ず、血縁・親族などの文言や意味が含まれ、家族の範囲は限定されています。

では、看護の立場ではどのように定義されているのでしょうか。

ハンソンは、「お互いに情緒的、物理的、そして／あるいは経済的サポートを依存しあっている二人以上の人々。家族メンバーとは、その人たちが自身で家族であると認識している人」²⁾と定義し、同じようにフリードマンは、「絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも家族であると自覚している二人以上の成員からなる集団」³⁾としています。これらは、先述の定義よりかなり緩やかな枠組みであり、そのパラダイムは家族社会学と共通する部分があります。

つまり看護では、絆の認識といった、ファミリーアイデンティティの共有を重視していることが分かります。



山勢善江

日本赤十字九州国際看護大学
看護学部看護学科 成人看護学 教授

1990年聖路加看護大学博士前期課程修了。1986年聖路加国際病院、1987～1995年日本医科大学付属病院救命救急センターに勤務。産業医科大学産業保健学部講師を経て、2001年より日本赤十字九州国際看護大学に勤務。2010年より同大学看護継続教育センター長として救急看護認定看護課程の教育に関与し、現在に至る。山口大学大学院博士後期課程に在籍し、救急・クリティカルケア領域における家族看護について研究を継続している。

▶家族看護学の成り立ち

看護学が確立していく過程において、1960年代は看護ケアの焦点は個人でした。個人の誕生から死まで、また健康から不健康まで、その連続するライフステージや健康レベルごとに、看護の目標と実践を系統立ててきました。

1970年代になり家族看護という考え方が導入されはじめました。患者の背景としての家族ではなく、患者を含む家族そのものを一つの単位として看護介入を考えるようになってきました。北米から始まったこの動きは、ほぼ10年遅れて日本に入ってきています。このような流れの中で、日本家族看護学会が1994年に発足しました。

しかし、家族看護に関する国内の文献を検索してみると、家族ケアをどの領域よりも早く取り入れているのは、救急・集中ケア領域です。日本で家族看護学という言葉が盛んに使われるようになる前の1980年代初期から、この領域での学会発表や論文が散見されます。これは、救急・集中ケア領域では患者との言語的意思疎通が困難な場合があり、さらに、急な発症や突然の傷害によって、患者自身はもとより、家族もまた危機状況にあるため、家族へのケアは必須のものであったことが伺えます。

このように、臨床の場で必要に迫られて始まった救急患者の家族への看護ですが、1990年代になってからは関連学会での発表数も安定して多くなり、1996年から始まった救急看護認定看護師教育課程のカリキュラムには、当初から家族看護が組み込まれていました。

▶家族看護を理解するために 必要な理論や概念

家族看護について考えるためには、その背景にある理論や概念を理解しておく必要があります。ここでは、いくつかの考え方を示していきます。

家族発達理論

エリクソンやピアジェは、人が誕生し、成長・発達・衰退していくプロセスにおける情緒や認知の発達段階を示しました。それぞれの段階には各々の発達課題があり、それらを乗り越えることによって、次の段階に移行していくというものです。この考え方を、一つの単位である家族の発達という視点でとらえたのが、家族発達理論です。家族もそれぞれの段階で家族特有の発達課題を持ち、それを達成することで、次の段階に移行していきます。家族の発達段階や発達課題は、研究者によって若干の違いがあります。

家族の発達段階を理解することによって、救急患者の来院や入院に際し、患者を含む家族がどの発達段階にいて、どのような影響を受ける可能性があるかをアセスメントすることができ、これが個別的な看護介入の根拠の一つとなっていきます。

家族システム理論

一般的に、システムは「目標志向のユニットであり、相互に作用し依存しあっている部分からなり、時間を超えて存続していくもの」⁴⁾と定義されています。

さらに、家族システムは「相互に密接に作用しあい、依存しあっている個人からなる小集団であり、家族員は家族機能や目標など具体的な目的を達成するためのひとつのユニットのなかに組み込まれている」⁴⁾のものであるとされています。

一家族システムをターゲットシステムと言い、このターゲットシステムには上位システムとサブシステムが存在します。例えば、図1に示すように、家族の上位システムとは、その家族が生活している地域のシステムや県・国などのシステムを指し、サブシステムとは夫婦サブシステムや母子サブシステム、兄弟サブシステムなどを指します。

家族システムに何らかの刺激が与えられると、

家族システム内部で相互作用が起こり、同時に上位システムとのエネルギー交換を行い、結果として家族から何らかの反応や行動が引き起こされます。そしてその反応は、最初の刺激にフィードバックされ、次の反応のための新たな刺激となっていくます。

家族システム論を用いて家族を理解するための重要なポイントは、家族が外界とのエネルギー交換をするために、システム間の境界膜が適度な透過性を持った「開放システムになっていること」、「コミュニケーションによるフィードバックを行っていること」、そして、家族に起こっている事象を直線的因果律でなく、「円環的因果律（図2）でとらえること」です。

円環的因果律とは、家族に起こる事象は原因と結果が直線的に1対1で対応しているのではなく、一つのことが次の反応を引き起こし、それが次の反応に影響を与え、またそれが次の事象の刺激となり…というように、原因と結果が円環的に連鎖しているということです。

救急の臨床現場では、例えば被虐待児が搬送されてきた時、その原因を「父親があやしい…」「母親ではないか…」と疑うことがあります。確かに、

今回の児への虐待は直接的には親によるものであったかもしれませんが、そこには暴力やネグレクトに至る何らかのきっかけがあり、そのきっかけを生み出した原因があり…というように、円環はどこまでも続いて行くのです。この複雑に絡み合った糸を丁寧に解きほぐしていく専門家は、臨床心理士や、ケースによってはメディカルソーシャルワーカーとなります。

看護師は、患者の心身の危機への援助を行うと同時に、これらの専門家につなぐべきか否かを判断していきます。家族システム理論は、これらのアセスメントと介入のために役立つものとなります。

家族ストレス理論

家族ストレスとは、ある出来事の発生により、家族の日常生活が、これまでの対処方法ではバランスが保てなくなるほど揺らいでいることと、そこから均衡を取り戻そうとする動的なプロセスを指します。

家族のバランスを揺るがすような家族員の急病の発症や突然の入院が起こった時、家族がどのようにその危機を乗り越えるかを説明したモデルとして、ヒルは「ABC-Xモデル」（図3）を示し、マッカバンは、「ABC-Xモデル」に時間と出来事の累積

図1 ■ システムモデルにおける家族システム

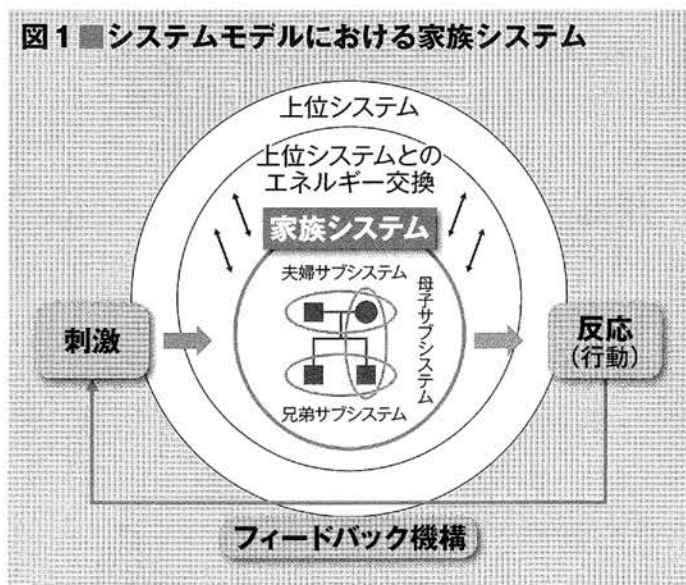
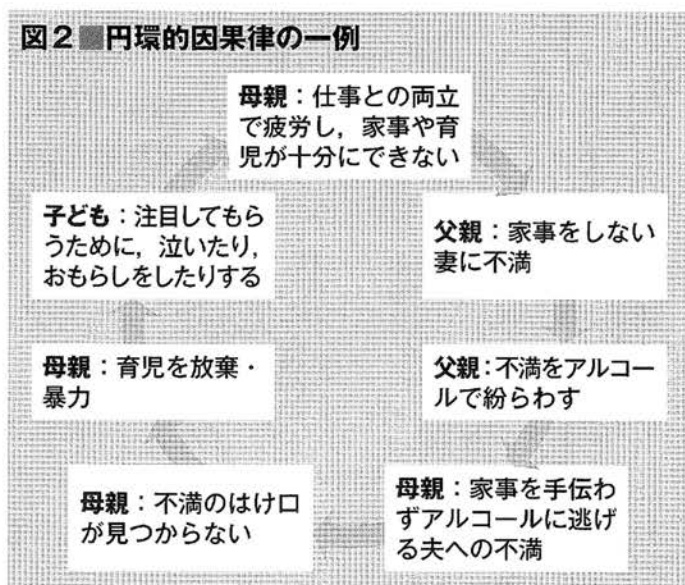


図2 ■ 円環的因果律の一例



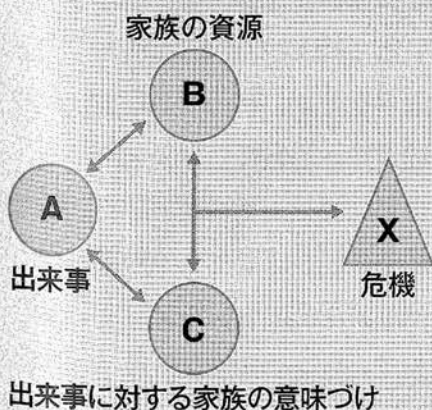
という視点を加え「二重ABC-Xモデル」(図4)を提示しました。

「二重ABC-Xモデル」の前半部分は、ヒルが説明したとおり、a「ストレス源」となる出来事に対して、b「既存資源」(対応するために家族が持っている資源や能力)とc「aの認知」(ストレス源を家族がどのように意味づけるか)が相互作用を繰り返しながら、結果として、x「危機」に至るというものです。

しかし、マッカバンはたった一つの出来事が危機をもたらすのではなく、aA危機の累積を、bB「既存・新規資源」、そしてcC「それらの危機状況全体をどのように認知」しているか、という時間経過の中で対処を繰り返し、出来事が累積していくことで、xX家族の危機が起こるか、良好な適応に至ると説明しています。さらに、マッカバンは家族が危機を乗り越える時、「再構造化」「統合強化」を経て家族のあり方そのものが変化し、適応していくと述べています。

個人を対象としたさまざまな危機モデルにおいて、人は危機を乗り越えると一回り大きくなると言われているのと同様に、家族ストレス理論も成長モデルとして考えることができます。

図3 ■ ABC-Xモデル



石原邦雄編：家族のストレスとサポート，P.134～141，放送大学教育振興会，2004。

家族のニーズとアセスメント

救急患者の家族すべてが危機状況に陥るわけではありませんが、家族成員の急病の発症や傷害時により、家族には大なり小なり心理的不均衡が起こります。次に、この時家族がどのようなニーズを持ちやすいか、また、そのことをどうアセスメントできるかについて概説します。

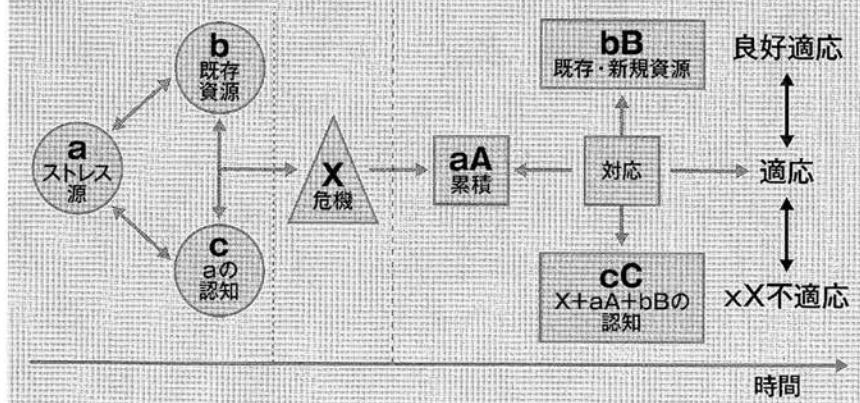
▶ 家族のニーズ

患者の突然の発症や入院によって家族が持つニーズは、患者の疾患や傷害の種類・重症度、家族形態や患者との続柄、家族の経済的背景、患者と家族との関係性などによって影響を受け、さらに、時間経過によっても変化していきます。Molterをはじめ、Leske, Bouman, Hickyら多くの研究者がそのニーズについて言及し、日本でも、多数の研究者や臨床家によって明らかにされています。

ここでは、筆者らの研究によって明らかにした6つのニーズについて項目を列挙します。

- ①「社会的サポート」のニーズ：人的・社会的なリソースやサポートに対するニーズ
- ②「情緒的サポート」のニーズ：自分の感情を表出したいというニーズ
- ③「安楽・安寧」のニーズ：家族自身の物理的・身体的な安楽や安寧、利便性を求めるニーズ

図4 ■ 二重ABC-Xモデル



森岡清美，望月崇：新しい家族社会学 四訂版，P.78～88，培風館，1997。

- ④「情報」のニーズ：患者のことを中心にしたさまざまな情報を求めるニーズ
- ⑤「接近」のニーズ：患者に近づいたり、何かしてあげたいと思ったりするニーズ
- ⑥「保証」のニーズ：患者に実施されている医療に対して安心感を得たり希望があることを保証されたいと思ったりするニーズ

▶ 家族ニーズのアセスメント

家族のニーズをアセスメントするツールについては、LeskeらによるCCFNIの開発や、辰巳らによる研究、山勢らが開発したCNS-FACEがあります。ここでは、筆者らが開発したCNS-FACEを用いたアセスメントについて説明します。

CNS-FACEは、日本においてスタンダードな重症救急患者の家族をアセスメントする比較的簡便なツールが存在しないため、「看護師の主観や経験知によってなされていた看護介入をより科学的に一般化できる尺度を開発したい」という思いから研究に着手したものです。CNS-FACE理論的概念には、危機理論、ストレス・コーピング理論を採用しています。

アセスメント方法は、患者の家族が面会などで訪れた時、その様子を観察して46の項目にチェックし、マニュアルに沿って計算を行うと（パソコン上で自動計算するのが現実的）、上記の①～⑥の各ニーズと、問題指向的コーピングおよび情動的コーピングの点数が出ます。そして、高いニーズに対して、その家族の個性をアセスメントした上で看護計画を立案し介入することになります。

ニーズの高さや優位なコーピングは計算できます。しかし、これはあくまで指標であることを理解してください。具体的看護介入としては、あなたの目の前の患者とその家族を、この項で紹介した家族発達理論、家族システム理論、家族ストレス理論なども駆使してアセスメントし、その個別

性を見極めた介入が求められることは言うまでもありません。

救急患者の家族を理解し、アセスメント・看護介入のために本稿がお役にたてれば幸いです。

引用・参考文献

- 1) 望月嵩，木村汎編：現代家族の危機—新しいライフスタイルの設計，有斐閣，P.12～13，1982.
- 2) Hanson・S・M・H, Boyd・S・T著，村田恵子他監訳：家族看護学—理論・実践・研究，P.5，医学書院，2001.
- 3) 渡辺裕子監修：家族看護学を基盤とした在宅看護論〈1〉概論編，P.110，日本看護協会出版会，2001.
- 4) 野嶋佐由美監修，中野綾美編：家族エンパワーメントをもちます看護実践，P.85，へるす出版，2005.
- 5) 石原邦雄編：家族のストレスとサポート，P.134～141，放送大学教育振興会，2004.
- 6) 森岡清美，望月崇：新しい家族社会学 四訂版，P.78～88，培風館，1997.
- 7) 岩井智子，石川ふみよ，畠中敏江他：急性期における頭部外傷患者の家族のニーズ，日本救急看護学会雑誌，Vol. 6，No. 2，P.23～29，2005.
- 8) 小田切幸子，池松裕子：重症患者家族のニーズに対する支援—満足度調査の結果から，山梨県立中央病院年報，Vol.31，P.51～57，2004.
- 9) 榊山里：救命救急センター入院患者の家族システムの健康に関する記述的研究，日本クリティカルケア看護学会誌，Vol. 1，No. 3，P.60～70，2006.
- 10) 山勢博彰，山勢善江，石田美由紀他：完成版CNS-FACEの信頼性と妥当性の検証，日本救急看護学会誌，Vol. 4，No. 2，2003.
- 11) 辰巳有紀子，羽尻充子，中村尚美他：患者家族のニーズの抽出とニーズ測定尺度の開発，日本集中治療医学会雑誌，Vol.12，No. 2，P.111～118，2005.
- 12) 織田知穂，尾原喜美子：医学中央雑誌からみたクリティカルケア看護領域における家族看護の研究動向と今後の課題，高知大学看護学会誌，Vol. 4，No. 1，P.21～32，2010.
- 13) CNS-FACE家族アセスメントツール
<http://cns-face.med.yamaguchi-u.ac.jp/>

執 筆 後 記

今回、救急場面での家族を理解するための基盤となる理論をいくつか紹介させていただきました。看護は実践の科学です。常日頃の経験は貴重な宝だと思っています。その輝きをよりいっそう増すためには、他者に対してそれを論理的に説明できることが大切です。一つひとつの経験をリフレクションし、クリティカルシンキングするための一つの方法として、今回の理論が役立てば幸いです。実践を離れた筆者に対する実践家からのご意見やご批判をお待ちしています。