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

救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 山口大学医学会 公開日: 2019-02-27 キーワード (Ja): 救急看護, クリティカルケア, 家族看護, 共分散構造分析 キーワード (En): 作成者: 山勢, 善江, 山勢, 博彰, 立野, 淳子 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/579

著作権は学会に帰属する。http://ds22.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~igakkai/paper.html

原　著

救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデル

山勢善江，山勢博彰，立野淳子

山口大学大学院医学系研究科臨床看護学分野（臨床看護学）　宇部市南小串１丁目１－１（〒755-8505）

Key words：救急看護，クリティカルケア，家族看護，共分散構造分析

和文抄録

本研究の目的は，クリティカルケア領域での看護師の家族看護の実態を明らかにし，その構造モデルを作成することである．

方法は，クリティカルケア看護を専門とする看護師498名を対象に，質問紙調査を実施した．質問項目はCCFAP（Critical Care Family Assistance Program）とCNS-FACE（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings）を基に，家族看護実践をあらわす７カテゴリー【環境調整】【チーム調整】【情緒支援】【情報提供】【意思決定支援】【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】42項目，５段階リッカートスケールを用いた．各平均値は【信頼関係構築】【情報提供】【情緒支援】【環境調整】【患者ケアへの参加】【意思決定支援】【チーム調整】の順で高かった．

７カテゴリーを観測変数とした共分散構造分析では，３つの潜在変数が見いだされた．１つは【チーム調整】【環境調整】で構成される「周囲の環境調整」，２つめは【情報提供】【情緒支援】で構成される「情報と情緒支援の提供」，３つめは【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】【意思決定支援】で構成される「意思の尊重と行動支援」である．「周囲の環境調整」は「情報提供と情緒支援」に0.76（標準化係数），「情報提供と情緒支援」は「意思の尊重と行動支援」に0.92の高い影響を与えていた．モデルは，CFI＝0.999，GFI＝0.992，AGFI=0.987，RMSEA＝0.099であり，適合性が確保できた．

クリティカルケア領域での家族看護の構造は，家族の「周囲の環境調整」を行い，次に，「情報と情緒支援の提供」を，そして，家族の代理意思決定を行動に移せるよう「意思の尊重と行動支援」を行うというモデルで説明できた．

平成25年１月22日受理

Ⅰ．研究の背景

救急医療やクリティカルケアを受ける患者は，急病の発症や事故，重篤な病状や急変など，程度の差こそあれ，予期せぬ変化のために身体的・精神的危機状況におかれることが多い．このような患者の最も近くにいる家族は，重大な患者の状況変化によってさまざまな影響を受ける．それは，嘔気・失神などの急性身体反応，また，情報不足，面会制限，環境変化などによる精神的危機，さらに家族内役割変更，社会的役割の遂行困難などによる社会的危機である．つまり，救急医療やクリティカルケアを受ける患者の家族は，予期せぬ出来事によって，心身・社会的に翻弄され，家族システムの揺らぎが生じる．このバランスの揺らぎを回復しようと，家族には様々なニードが生じる．

こうした家族のニードのうち最も重要なのは，「情報」「接近」「保証」のニードである[1]．海外ではCCFNI（Critical Care Family Needs Inventory）[1, 2]による家族アセスメントが主流で，わが国では，山勢らが開発したCNS-FACE（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings）[3]によって家族のニー

ドをアセスメントすることが多い．

救急・クリティカルケア領域での家族看護実践について，海外では教育プログラムを作成して家族ニーズの充足度を測定したもの[4]，看護師と家族とのコミュニケーションプログラムを用いた家族看護実践[5]などがある．また，アメリカでは，大規模研究によって開発されたCCFAP（The Critical Care Family Assistance Program；重症患者家族援助プログラム[6]）が提示され，臨床での標準化された家族看護プログラムとして使用されている[7, 8]．

しかし，わが国では標準化された家族看護実践プログラムは存在せず，個々の看護師の能力に基づいた実践が行われているのが現状である．さらに，個々の看護師やそれぞれの施設でどのような家族看護が行われているのか，その実態を全国規模で把握したものも皆無である．

そこで本研究では，わが国の救急・クリティカルケア領域における臨床看護師の家族看護の実態を明らかにし，そのデータに基づいた家族看護の構造モデルを作成することにした．ケアの構造を明らかにすることで，家族看護実践の枠組みを提供でき，臨床での標準化した家族看護が可能となる．

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，救急・クリティカルケア領域におけるエキスパートな臨床看護師の家族看護の実態を明らかにし，家族看護の構造モデルを作成することである．

Ⅲ．研究方法

救急・クリティカルケア領域で，エキスパートな看護師を対象とし，質問紙による全国規模の実態調査を行った．さらに家族看護の構造を共分散構造分析による構造方程式で表現した．

１．調査対象

対象は，救急・クリティカルケア領域において，家族への看護実践を行っている認定看護師および専門看護師で，2011年８月時点で日本看護協会に登録されている，救急看護認定看護師（622名），集中ケア認定看護師（646名），および急性・重症患者看護専門看護師（85名）の合計1353名であった．

２．調査期間

調査は，2011年８月から10月までの期間に実施した．

３．調査方法

日本看護協会のホームページ上に公表されている認定看護師と専門看護師，および各認定看護師会に登録している看護師に調査用紙を郵送した．調査への協力依頼は，認定看護師が一堂に会する認定看護師会総会や，各領域で作成しているメーリングリストを利用した．

４．調査内容

調査内容は，対象者の取得資格および資格取得後の経験年数をフェイスシートとした．また，CCFAPの８つの目的とCNS-FACEの６つのニードを指標とし，CCFAPの各目的達成のために充足されるべき家族のニードという視点で検討した結果，家族への看護実践カテゴリーを【環境調整】【チーム調整】【情緒支援】【情報提供】【意思決定支援】【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】の７つとした．

これらの看護実践カテゴリーごとに，具体的な行動レベルでの質問項目を作成した（表１）．

以下に，各看護実践カテゴリーの内容と質問項目数を示す．

【環境調整】とは，家族が病院に滞在する間，休息を取る整備，家族が役割遂行できるよう調整するカテゴリーであり，７項目の質問から成る．

【チーム調整】とは，患者のリハビリや家族の経済的問題，退院，転院について他職種と調整するカテゴリーであり，５項目の質問から成る．

【情緒支援】とは，動揺している家族やパニック状態の家族の話の傾聴，意図的に声をかけるなどのカテゴリーであり，６項目の質問から成る．

【情報提供】とは，入院時オリエンテーション，医師の説明後の補足，患者の状況を説明するなどのカテゴリーであり，８項目の質問から成る．

【意思決定支援】とは，患者の治療方針について家族が代理意思決定をする際に，家族の調整や，家族の問題解決力を支援するなどのカテゴリーであり，６項目の質問から成る．

表1　家族看護実践カテゴリーと質問内容

カテゴリー	内　容	質　問　項　目
環境調整	家族が病院に滞在する間、休息を取るための場所の案内や、面会しやすいように環境を整えたり、家族が役割遂行できるよう調整をすること	家族の生活に配慮した面会時間の調整 面会時の椅子の準備やベッド周辺の整備 家族専用の待機スペースの確保 施設内の設備やサービスの案内 家族同士で支えあえているかの確認 家族内の問題を、家族で解決できるような場の設定 家族間での意見相違時の調整
チーム調整	患者のリハビリや家族の経済的問題、または退院、転院について他職種との調整をすること。	家族の問題に関するカンファレンスの開催 家族が同席したカンファレンスの開催 家族の問題の他医療職者への相談 経済的問題の他職種との連携 家族と他の医療者との連絡調整
情緒支援	動揺している家族、パニック状態の家族に、看護師がそばに付き添い話を傾聴し、声をかけるなどの援助をすること。	不安や訴えの傾聴。 家族の精神状態に応じた付き添い 家族の感情表出の受容 感情表出の促進 家族の要求の表出促進 家族の観察と声かけ
情報提供	入院時オリエンテーション、医師の説明後の補足、患者の状況説明などの情報を看護師が提供すること。	入院・入室時のオリエンテーション 初回面会時の患者や周囲の状況説明 患者の状態や処置の説明 医師による病状や治療説明後の補足 看護についての説明 面会時に患者の変化を説明 治療や看護についての疑問の確認 長時間の検査や処置時の途中で患者の状況説明
意思決定支援	家族が患者の治療方針について代理意思決定をする際、家族が問題に向き合い、家族で解決できるように支援すること。	医師からの説明時に同席 代理意思決定内容の確認 代理意思決定に必要な情報の説明 代理意思決定時に、最善の方法で決定するための助言と支援 家族の意思の尊重 代理意思決定後にその決定を肯定
患者ケアへの参加	可能な限り家族の意思に応じて面会できるようにすること、ケアの参加の機会を提供すること。	家族のケア参加の提案 家族ができる援助の実施 患者への接近を促進 患者と家族だけの空間の提供 臨終時家族だけの別れの時間確保
信頼関係構築	患者に最善の治療が保証されていること、看護師が常に患者のそばにいてケアをしているという安心感を与えること。	家族の質問への誠実な回答 最善の治療とケアの提供を説明 看護師が相談に応じられることの説明 共感的態度での対応 看護師は家族の味方であることの説明

CNS-FACEの家族ニードとCCFAPの家族援助プログラムから導き出された概念を枠組みとし、7つの看護実践カテゴリーと42の質問項目を設定した。

【患者ケアへの参加】とは，家族の状況に応じた面会や，ケア参加機会を提供するなどのカテゴリーであり，５項目の質問から成る．
【信頼関係構築】とは，最善の治療が提供されている保証，看護師が常に患者のそばにいるという安心感を与えるなどのカテゴリーであり，５項目の質問から成る．

質問は合計42項目で構成し，回答は，「まったくしていない，１点」から「いつもしている，５点」の５段階リッカートスケールを用いた．

５．分析方法

家族看護実践７カテゴリーの基本統計量を算出し，家族看護実践の程度を量的に比較した．また，各カテゴリーを観測変数とした共分散構造分析を行った．モデルの適合度の指標には，CFI（comparative fit index；比較適合指票），GFI（goodness of fit index；適合度指標），AGFI（adjusted goodness of fit index；修正適合度指標），RMSEA（root mean square error of approximation；平均二乗誤差平方根）を用い，最も適合度のよいモデルを採択した．分析には，統計ソフトAmos Ver.18（SPSS, Tokyo, Japan）を使用した．

６．倫理的配慮

対象者への同意取得の際には，研究の目的，意義，個人情報の保護，研究参加および不参加は自由意思であること，データはこの研究の目的以外には用いないこと，研究終了後にデータは破棄することを説明書に記載し，回答用紙の返送をもって研究への同意と見なした．

本研究は，所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 11-14）．

Ⅳ．結　　果

本調査の回答者数および（回収率）は，救急看護認定看護師236名（37.9%），集中ケア認定看護師226名（34.9%），急性・重症患者看護専門看護師36名（37.6%），全体498名（36.8%）であった．無効回答はなく，498名の回答を分析対象とした．

それぞれの資格取得後の経験年数は，救急看護認定看護師4.6±3.2年（平均±SD），集中ケア認定看護師4.8±2.8年，急性・重症患者看護専門看護師2.3±1.6年，全体3.9±2.5年であった．

１．救急・クリティカルケア領域における家族看護実践

家族看護実践７カテゴリーの基本統計量を表２に示す．

平均値が最も高かったカテゴリーは【信頼関係構築】の4.34±0.52であり，次に【情報提供】【情緒支援】【環境調整】【患者ケアへの参加】【意思決定支援】と続き，最も低かったのは【チーム調整】の3.33±0.56であった．

２．家族看護実践７カテゴリーを観測変数とした共分散構造分析

家族看護実践７カテゴリーを観測変数として共分散構造分析を行った結果，救急・クリティカルケア領域における家族への看護実践は，図１のような構造モデルとなった．

モデルは，３つの潜在変数で示される構造方程式である（以下，「　」は潜在変数，【　】は観測変数を示す）．「周囲の環境調整」は，【チーム調整】【環境調整】の観測変数で構成される．それぞれの観測変数と潜在変数のパス係数は0.71（標準化係数：以下同様）と0.72であった．「情報と情緒支援の提供」は，【情報提供】【情緒支援】の観測変数で構成される．パス係数は0.73と0.66であった．「意思の尊重と

表２　家族看護実践７カテゴリーの基本統計量

（ n＝498 ）

看護実践カテゴリー	平均値 ± ＳＤ	最小値 － 最大値
【環境調整】	3.90 ± 0.71	1.7 － 5.0
【チーム調整】	3.33 ± 0.56	1.4 － 5.0
【情緒支援】	4.11 ± 0.52	2.5 － 5.0
【情報提供】	4.14 ± 0.55	1.6 － 5.0
【意思決定支援】	3.70 ± 0.60	1.7 － 5.0
【患者ケアへの参加】	3.86 ± 0.54	2.0 － 5.0
【信頼関係構築】	4.34 ± 0.52	2.8 － 5.0

「全くしていない：1」、「ほとんどしていない：2」、「時々している：3」、「だいたいしている：4」、「いつもしている：5」の5段階による評点を各カテゴリーで算出した。平均値が高いほど実践の程度が高い。

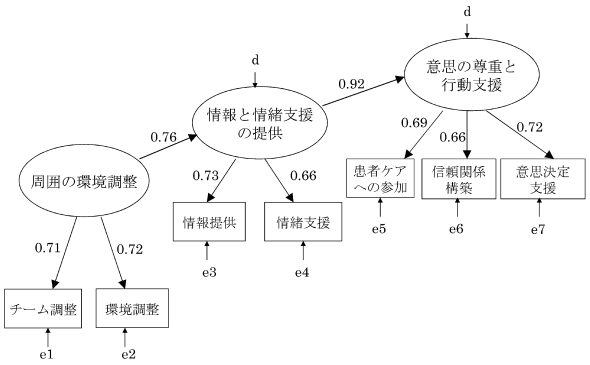

図1　救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造モデル
n=498，χ^2値=12.061（自由度12），p=0.398，CFI=0.999，GFI=0.992，AGFI=0.987，RMSEA=0.099，d=攪乱変数，e=誤差変数

行動支援」は，【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】【意思決定支援】の観測変数で構成される．パス係数は0.69，0.66，0.72であった．

このモデルは，「周囲の環境調整」が「情報提供と情緒支援」に0.76の影響を与え，「情報提供と情緒支援」が，「意思の尊重と行動支援」に0.92の影響を与えていた．本モデルの適合度指標は，χ^2値=12.061（自由度12），p=0.398，CFI=0.999，GFI=0.992，AGFI=0.987，RMSEA=0.099であり，適合性が確認された．

V．考　　察

1．救急・クリティカルケア領域における家族看護実践

家族看護実践7カテゴリーの中で，平均値が最も高かった看護実践は【信頼関係構築】であった．救急・クリティカルケアを受ける患者の家族と医療者は，多くの場合初対面であり，【信頼関係構築】をする間もなく，治療や処置，看護が開始されることが少なくない．このため，看護師は入院期間中常に家族との【信頼関係構築】を意識して看護を実践しているものと考えられる．

平均値が二番目に高かったのは【情報提供】であった．家族は，患者の急激なあるいは重篤な状況に対して，それを理解するための情報が絶対的に不足している．このため「現実に起こっていることではない」「きっと何かの間違いだ」と現実を受け入れることができず，心理的不均衡状態が生じる．看護師はこの状態を【情報提供】という看護実践で支えようとしている．これは，クリティカルな状態にある患者家族は，情報のニードが高いという研究結果とも一致する[9, 10]．

平均値が最も低かったのは，【チーム調整】であった．救急・クリティカル領域においては，【情報提供】【情緒支援】など直接的な看護に専念する比重が高く，【チーム調整】といった間接的な看護を実践することが困難な状況をあらわしていると考えられる．また，救急医療や集中治療がますます高度化する中で，各職種の専門性も高くなり，職種間の壁も高くなっていることが推察される．このため看護実践としては【チーム調整】の平均値が低い値を示したと解釈できる．

2．共分散構造分析による家族看護の構造方程式モデル

共分散構造分析によって，家族看護は「周囲の環境調整」「情報と情緒支援の提供」「意思の尊重と行動支援」という順序性をもったケア構造であることが明らかになった．

1）「周囲の環境調整」の意味と家族看護

「周囲の環境調整」の観測変数は，【チーム調整】と【環境調整】であった．潜在変数から観測変数へのパス係数はどちらも0.7以上と高く，両観測変数に同程度の高い影響を与えていた．つまり，救急・クリティカルな状況での家族看護において，看護師はまず家族を取り巻く物理的・人的環境に着目し，その安全や安寧を整えようとしていると解釈できる．これは，患者の予期せぬ変化に対し，家族の心的エネルギーは枯渇し，周囲の状況判断や，環境調整が困難となるばかりでなく，身体症状の出現や失神など自分の安全確保さえ難しい家族に対する看護実践であると解釈できる．また，今回の結果はCCFAPを用い，家族を取り巻く環境を調整することの重要性に言及した先行研究[11]結果とも一致する．一方，CNS-FACEを用いた研究では，入院当初は家族の接近のニードは高くなく，むしろ多くの点滴やME機器に囲まれた患者には近寄りがたいということが示されている[12, 13]．また，家族は人工呼吸器を装着している患者に対して“Living with Dying”と捉え，近づき難いショックを感じている

という結果も報告されている[14]．このような家族に対して，看護師は周囲の【環境調整】をしながら，状況を見計らって患者の傍に近づけるように配慮していることが伺える．このように，看護師は家族のもつエネルギーを，家族自身の安全確保と患者に集中できるよう，家族の周囲の【環境調整】をしている．

「周囲の環境調整」は【チーム調整】にも高い影響を与えている．看護師は，精神的問題や経済的問題など，専門的介入が必要とされる事柄を判断し，他職種につなぐこと，家族を含む多職種カンファレンスを開催すること[15]など，チーム医療の調整機能を果たしていると考えられる．

２）「情報と情緒支援の提供」の意味と家族看護

「情報と情緒支援の提供」の観測変数は，【情報提供】と【情緒支援】であった．潜在変数から観測変数へのパス係数は，0.73と0.66であり，どちらに対しても中程度以上の影響を与えている．

看護師は，前段階で「周囲の環境調整」という看護実践を行い，次に患者に関連した情報提供と家族の情緒的サポートという，家族への直接的看護を行っている．CNS-FACEを用いた危機状況にある家族が持つニードとコーピングの推移について調査した研究では，「入院初期には情報のニードが高く，情動的コーピングが優位である」[16]とされており，多数の先行研究[17-19]でも同様の結果が得られている．本調査においても看護師が家族に対して情報提供を行い，情動的コーピングへの情緒支援を行っていることが明らかになった．

３）「意思の尊重と行動支援」の意味と家族看護

「意思の尊重と行動支援」の観測変数は，【患者ケアへの参加】【信頼関係構築】【意思決定支援】であった．潜在変数から観測変数へのパス係数は，0.69，0.66，0.72であり，すべてに中程度以上の影響を与えている．

看護師は，最初の段階で家族が入院環境へ早期に適応できるように「周囲の環境調整」をし，次に「情報と情緒支援の提供」として，危機状況にある家族を直接的に支える看護実践を行っている．「意思の尊重と行動支援」は，その後の入院の後半に実践している家族看護という位置づけになる．看護師は，家族が主体的に意思決定するプロセスにかかわり，あるときは揺らぐ家族を力づけ，あるときは家族が患者のために直接できることを提案し，また意思決定を支えている．看護師はこれらの実践を行いつつ，信頼関係をさらに促進させようとしている．通常，家族が患者への治療を選択するような重大な意思決定の支援は，お互いの信頼関係が構築された後に成り立つものであるが，救急・クリティカルな状況にある患者の家族には，意思決定のための時間的猶予が十分でないことが多い．このため，看護師は信頼関係の構築を最後の段階まで意識して行っていると解釈できる．

以上，本研究で明らかになった救急・クリティカルケア領域における家族看護の構造は，家族の「周囲の環境を整える」こと，心理的危機状況にある家族に対し「情報と情緒支援の提供」をすること，十分な時間的猶予が無い中で「意思の尊重と行動支援」をするというものであった．つまり，救急・クリティカルケア領域における家族看護実践は，「場を整え，家族に直接関わり，最終的に家族の意思を尊重してその行動を支える」というプロセスを踏んでいることが明らかになった．

３．本研究の限界と今後の展望

本研究では，救急・クリティカル領域における家族看護の構造モデルが明らかになったが，今回研究の対象にした看護師は，クリティカルケアにおける家族への看護について，系統的な学習をしたエキスパートな看護師であった．このため，本研究で得られた結果を直ちに全ての看護師に適用し，効果的な看護が提供できるとは限らないと考えられる．

今後は，エキスパート以外の看護師にも適用可能な家族看護標準計画の策定が必要である．

Ⅵ．結　　論

救急・クリティカルケア領域におけるエキスパートな看護師が家族看護実践７カテゴリーにおいて最も多く実施しているカテゴリーは【信頼関係構築】であり，次に【情報提供】【情緒支援】【環境調整】【患者へのケア参加】【意思決定支援】と続き，最も実施が低かったのは【チーム調整】であった．

また，救急・クリティカルケア領域における看護

師の家族看護実践として，「周囲の環境調整」「情報提供と情緒支援」「意思の尊重と行動支援」の３つの潜在変数で構成される構造モデルを作成した．「周囲の環境調整」は「情報提供と情緒支援」に0.76，「情報提供と情緒支援」は「意思の尊重と行動支援」に0.92の高い影響を与えていた．

本研究にあたり，ご多忙な中，調査にご協力いただきました，全国の救急看護認定看護師の皆様，集中ケア認定看護師の皆様，急性・重症患者看護専門看護師の皆様に深く御礼申し上げます．

本研究は平成20年度科学研究費補助金「重症救急患者の家族看護の実態調査および標準的家族看護モデルの開発」（基盤研究（B）20390553）による研究助成金を受け実施した．

引用文献

1）Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991；**20**（3）：236-244.

2）Macey BA, Bouman CC. An evaluation of validity, reliability, and readability of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung* 1991；**20**（4）：398-403.

3）山勢博彰，山勢善江，他．完成版CNS-FACEの信頼性と妥当性の検証．日本救急看護学会雑誌　2003；**4**（2）：29-38.

4）Chien WT, Ip WY, et al. Psychometric properties of a Chinese version of the critical care family needs inventory. *Res Nurs Health* 2005；**28**（6）：474-487.

5）Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *Am J Crit. Care* 1998；**7**（1）：24-29.

6）Marilyn A. Lederer, Tracy Goode, et al. The Critical care Family Assistance Program. *Chest* 2005；**128**：65-75.

7）Guilianelli S, Kelly R, et al. Critical care nurse manager's perspective：the Critical Care Family Assistance Program. *Chest* 2005；**128**：118.

8）Medina J. Natural synergy in creating a patient-focused care environment：the Critical Care Family Assistance Program and critical care nursing. *Chest* 2005；**128**：99-102.

9）Noor Siah AA, Ho SE, et al. Information needs of family members of critically ill patients in intensive care unit of a tertiary hospital. *Clin Ter* 2012；**163**（1）：63-67.

10）Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Nurs Scholarsh* 2009；**41**（1）：28-34.

11）Sessler CN. The Critical Care Family Assistance Program：caring for those who care. *Chest* 2005；**128**：1101-1103.

12）山勢博彰，山勢善江，他．CNS-FACEによる重症患者家族のニーズとコーピングの分析．日本集中治療医学会雑誌　2003；**10**：252.

13）香河理絵．夫が生命危機に陥った妻への援助-CNS-FACE家族アセスメントを用いて．日本救急医学会関東地方会雑誌　2006；**27**：212-213.

14）Sinuff T, Giacomini M, et al. "Living with dying"：the evolution of family members' experience of mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2009；**37**（1）：154-158.

15）Lautrette A, Darmon M, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *The New England Journal of Medicine* 2007；**356**（5）：469-478.

16）山勢博彰．重症･救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発－ニードとコーピングの推移の特徴から－．日本看護研究学会雑誌　2006；**29**（2）：95-102.

17）木元千奈美．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わり　積極的な家族への関わりが必要な場面に焦点をあてて．日本赤十字看護大学紀要 2011；**25**：85-93.

18）田中晶子．急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助．日本看護研究学会雑誌　2010；**33**（2）：103-112.

19）京角修治，曽根京子，四十竹美千代，八塚美樹．救命救急センターの初療室における家族へのケアの特徴．日本救急看護学会雑誌 2009；11（1）：33-40.

Structure Model of Family Nursing Provided by Nurses in Emergency and Critical Care

Yoshie YAMASE, Hiroaki YAMASE and Junko TATSUNO

Department of Clinical Nursing（Clinical Nursing），Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

The objective of this study was to create a structural model of family nursing in critical care. A questionnaire has seven categories（42 items）that were created based on the Critical Care Family Assistance Program and the Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency care settings was administered to a total of 498 nurses in critical care. The structure of family nursing was analyzed using covariance structure analysis, and the following three latent variables were identified： environmental coordination of surroundings consisting of “team coordination” and “environmental coordination”； provision of information and emotional support consisting of “provision of information” and “emotional support” ；and respect for their thoughts and behavioral support consisting of “participation in patient care”, “construction of relationship” and “support for decision-making”. Provision of information and emotional support was strongly influenced by environmental coordination of surroundings, while respect for patients’ thoughts and behavioral support was strongly influenced by provision of information and emotional support.

The structure of family nursing in critical care, at first perform the environmental coordination of surroundings. Next provide information and emotional support, and respect their thoughts and support of behaviors for the family that has decision-making.