

特別寄稿

クリティカルケアにおけるアギユララの問題解決型危機モデルを用いた家族看護

Family Nursing Based on Aguilera's Crisis Model in the Critical Care

山勢善江¹⁾ 山勢博彰²⁾ 立野淳子²⁾
Yoshie Yamase Hiroaki Yamase Junko Tatsuno

キーワード：クリティカルケア，家族看護，危機モデル，標準看護計画

Key words : critical care, family nursing, crisis model, standard nursing care plan

はじめに

クリティカルケアでは、精神的危機状態になる患者や家族が看護の対象になることが多く、危機理論を踏まえた精神的ケアを行うことがある。

危機理論の礎を築いたキャプランは、危機を不安の強度な状態として捉え、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面してそれに対処するには自分のレポーターが不十分で、そのストレスを対処するのにすぐ使える方法をもっていないときに経験するものと述べている¹⁾。すなわち、危機状態になると不安を主体とする情動反応が生じ、精神的な恒常性が揺らぎ、精神を安定に保つだけの適切な対応ができない心理状況に陥ることになる。危機をうまく乗り越えられれば、困難を克服できたという達成感をもたらし、新しい解決技法を身につけることによって、精神的な強さを獲得することもできる。したがって、危機は転換期として重要であり、危機をそのように捉えることによって、成長を促進させる引き金になる可能性ももっている。一方、危機状態に対する適切なサポートがなく、危機をうまく乗り越えられなければ、病的な精神状態に移行してしまうこともある²⁾。

クリティカルケアでは、患者や家族が危機状態に陥

らず、または危機状態に陥ってもなるべく早く、適切に危機を乗り越えられるよう、さまざまな精神的ケアが行われている。そのときのアセスメントの考え方や、危機介入の方向性を示すものとして、さまざまな危機モデルが提唱されている。危機モデルは、危機の過程を模式的に表現したものであって、危機の構造を明らかにし、援助者が何をすべきかを示唆するものである。その利点は、モデルを用いることによって、共通性を踏まえ個別性を際立たせることにある²⁾。

代表的な危機モデルには、フィンクの障害受容危機モデル³⁾、アギユララの問題解決型危機モデル⁴⁾、ドゥリンの心臓術後の危機モデル⁵⁾などがある。フィンクのモデルとドゥリンのモデルは、危機状態から回復するまでの時間的プロセスを模式化したもので、ショック性の危機にある患者に適応可能な危機モデルである。アギユララの危機モデルは、問題を解決する過程に焦点をあてたもので、患者だけでなく家族やケア提供者にも適応できる危機モデルである。クリティカルケアでは、家族の精神的危機状態に対応することが多く、アギユララの危機モデルを活用して家族への精神的ケアを実践することが可能である。

本稿では、クリティカルケアにおける家族の精神的危機状態に対するアギユララの危機モデルの活用方法と事例分析、モデルを用いた標準的な家族ケアについ

¹⁾日本赤十字九州国際看護大学、²⁾山口大学大学院医学系研究科

で紹介する。

I. アギュララの問題解決型危機モデル

このモデルは、1970年にアギュララとメズイックによって発表された。モデルの前提にあるものは、人は生まれつき精神の均衡状態を保つメカニズムをもっているということである。ストレスの多い出来事が起こるときは、その均衡を回復させる一定の働きがあり、均衡回復に関わる要因が重要であるとした。この要因をバランス保持要因と呼び、その有無による危機および危機回避に至る一連の段階を図式化した。

バランス保持要因には、①ストレスとなる出来事の知覚、②社会的支持、③対処機制の3つがある。人がストレスの多い出来事に出会ったとき、これらのバランス保持要因がきちんと機能すれば問題は解決され危機は回避されるが、一つでも欠如すれば危機に陥るとされている。

このモデルは、危機に陥る(または回避する)までの

過程を述べたもので、心理的な不均衡状態が持続した結果を危機と捉えている。したがって、突然の出来事によって死に直面するような急激な危機状態よりも、基本的には危機に陥る前のモデルとして活用できる。また、問題解決型のモデルであるため、POS(Problem Oriented System: 問題指向型システム)で看護過程を展開する看護職にとって、臨床で活用しやすいという利点がある²⁾。

アギュララが提唱する危機のプロセスは、危機を招いた出来事への遭遇→均衡状態の揺らぎ→心理的な不均衡状態→均衡回復への切実なニード→バランス保持要因の存在→不均衡状態からの回復(危機の回避)、または不均衡状態の持続(危機的状況)というものである(図1)。人がストレスの多い出来事に遭遇すると、それまでの均衡状態が揺らぎ、精神的な不均衡状態に陥る。続いて、不均衡状態は不快や緊張をもたらすため、均衡回復への切実なニードが現れる。ここで関与するバランス保持要因の有無あるいは内容によって、危機および危機回避になるかが決定される。危機介入では、

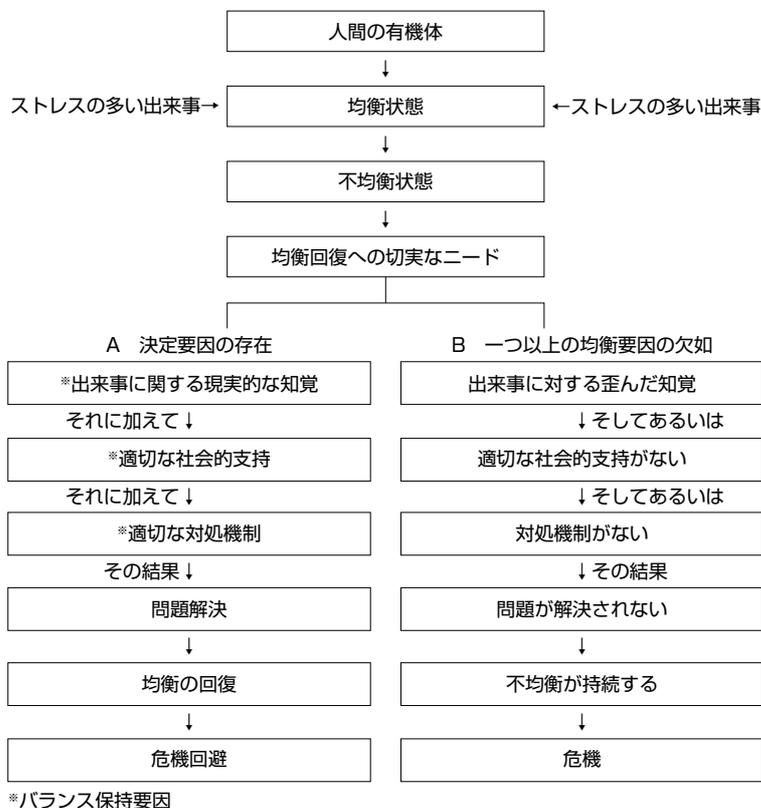


図1 ストレスの多い出来事におけるバランス保持要因の図式

(アギュララ DC. 小松源助, 荒川義子訳. 危機介入の理論と実際. 東京: 川島書店; 1997. p. 25 より引用一部改変)

これらのバランス保持要因を変更したり促進したりすることによって、問題解決をもたらすようにする。

バランス保持要因の一つは、出来事の知覚である。これは、ストレスをもたらす出来事が本人にとってどんな意味があるのか、将来に及ぼす影響をどのように見ているのか、どれだけ現実的に捉えているのか、それともその意味を歪んで取っているかなどということである。システムによるストレスコーピング理論を提唱しているラザルスは、ストレスをその人がどう評価するかによって、その後のストレス反応は左右されるとした⁶⁾。もともと精神的ストレスとは、各個人によって評価された、または主観的に評定された関係であり、個人のストレスの受け取り方が重要となる。出来事の知覚は、ストレスの評価に相当するもので、現実的な評価をし、自分の力でコントロールすることができるものと受け取ることができれば、問題解決はうまく緊張緩和に向けて進み、ストレスフルな状況乗り越えることができる。しかし、その出来事があまりにも圧倒的で、解決困難で、活用できる対処のレパトリーが十分でない場合は、その状況の現実を抑圧したり、歪曲するという精神の防衛機制が働き、出来事を歪んだ形で認識してしまうことになる。

社会的支持は、問題を解決するためにすぐに手を貸してくれる人がいるかどうかということである。問題を解決していくために頼ることのできる、あるいは支援したり認めてくれたりする人が近くにいれば、うまく乗り切ることができる。特に、危機状態とは自分で解決するための対処のレパトリーが不十分なときに経験するものであるため、問題解決には必然的に他者のサポートが不可欠である。危機は時間的に限られているため、その問題解決に関わる人が多ければ多いほど、短時間で対応することも可能である。ラザルスのストレスコーピング理論では、社会的支持について、二次評価の中でのソーシャルサポートを求め、獲得し、用いる対処であるという位置づけで説明している。すなわち、社会的支持はコーピング方略の一部であって、ストレスフルな問題解決への有効な技法の一つである。

3つ目の対処機制とは、コーピングのことをいう。日々の生活の中で、不安を解消したり、緊張を和らげるために習慣的に使っている方法である。ラザルスは、「コーピングとは、その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された特定の内的、外的要求を処

理しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力である」と定義づけている⁶⁾。コーピングとは適応のための方略であり、適応を目指す認知的、行動的努力と規定するのである。危機のようなストレスの多い状況下では、この対処機制が多いほど緊張を緩和させるのに役立つ。しかし、そもそも危機とは対処のレパトリーという対処機制そのものが脆弱になっているため、効果的な対処行動がとれない状態にある。したがって、危機に陥るか否か、危機をうまく乗り越えることができるかどうかは、この対処のあり方が大きく左右している。

臨床では、看護過程としてこの3つのバランス保持要因に注目し、情報収集、アセスメント、問題の明確化、看護計画の立案と実施、評価をすることになる²⁾。表1に看護過程でこのモデルを活用するときのポイントをまとめた。

表1 アギュララの危機モデルを看護過程で活用するときのポイント

1. 情報収集の視点	<ul style="list-style-type: none"> ・危機を招いた出来事は何か ・不均衡状態によって、本人は主観的にどのような不快や緊張を感じているか ・不均衡状態を示す客観的な表情や言動はあるか ・危機を招いた出来事をどのように知覚しているか(出来事の知覚の情報収集) ・活用できるサポートシステムはあるか(社会的支持の情報収集) ・普段問題が起きたときは、どのように対処しているのか、現在のコーピングメカニズムはどのようなものか(対処機制の情報収集)
2. アセスメントの視点	<ul style="list-style-type: none"> ・不均衡状態をもたらした原因は何か ・その原因によって、具体的にどのような不均衡状態を示しているのか ・バランス保持要因の有無と内容・程度について
3. 問題の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・対象が直面している問題に焦点をあてる ・危機状況に陥るリスク状態を明確にする ・その問題が及ぼすさまざまな状況を、看護上の問題として捉える
4. 看護計画と実施	<ul style="list-style-type: none"> ・危機介入を踏まえた看護計画の立案 ・バランス保持要因の提供あるいは強化
5. 評価	<ul style="list-style-type: none"> ・看護介入の実践によって、不均衡状態からの回復(危機の回避)という目標が達成されたのか否か検討する

(山勢博彰. 危機理論と危機モデル. 山勢博彰編集, 救急・重症患者と家族のための心のケア. 大阪: メディカ出版; 2010. p.41 より引用)

II. 患者家族へのアギュララの危機モデルの適用

1. クリティカルな状況下にある患者の家族の特徴

突発的あるいは急激な変化によってクリティカルな状態になっている患者を目の当たりにした家族は、不安と恐怖、さまざまなストレス反応、防衛機制反応など、患者と同じような精神的・行動的反応を示す。衝撃的でストレスフルな出来事と、これから起こるかもしれない重大な問題へも対処しなければならないため、家族自身も精神的危機状態になり、危機プロセスを辿ることもある。また、家族には特徴的なニーズも生じるが、一般に、患者のことをもっと知りたいという情報のニーズ、助かるという希望のニーズ、患者に何かしてあげたいと思う接近のニーズが高いといわれている⁷⁾。さらに、身内の突然の死という事態が起これば、極度の悲嘆状況を生み出し、場合によっては病的な症状が後々まで遷延することもある。

家族心理としては、突然の出来事で困惑していること、事態が急激でかつ問題が大ききときは、現状を認めることに困難があること、正確に現状認識をすることが難しいため過度の期待や悲観をもちやすいこと、集中治療が行われるため患者のそばにいる機会が少なく治療参加できないことへの無気力をもつ、という特徴がある²⁾。

アギュララの危機モデルでは、現実認識の困難性から出来事の知覚が歪んでしまう可能性が高くなり、危機状態に陥りやすくなると解釈できる。さらに、家族を支える周囲の人たちが存在せず、十分な対処機制が働かなければ、バランス保持要因のすべてが欠如し危機状態に陥ることを免れない。

2. 家族システムとしての特徴

家族は一つのシステムとして機能しており、その中に夫婦サブシステム、兄弟(姉妹)サブシステム、母子(父子)サブシステムが存在している。これらは互いに離れたり接近したりしながら、上位システムである外界とのエネルギー交換を通して、刺激に反応し、フィードバック機構によってさらなる刺激へとなっていく。これらのあり方をアセスメントする視点として、「全体性」「非累積性」「恒常性」「循環的因果関係」「組織性」がある。

身内の急病や重篤な病気の発症など、心理的均衡を

揺るがす出来事は、家族システム全体に影響を及ぼす。このとき、家族が一つの単位としてお互いに助け合い、目標に向かうことができれば、家族の力は家族員一人ひとりの総和以上の力を発揮できる。また、重篤な病気の発症に見えたとしても、そこには家族内での病的な循環的因果関係が潜んでいたり、反対に危機状態を前に、家族が正のスパイラル循環を起こす力ももっている。

3. 悲嘆プロセスとアギュララの危機モデル

クリティカルケアでは、家族は患者の突然死や予期しなかった死に直面することが多い。愛する者の死を経験した家族は、悲嘆反応という一連のプロセスを体験することになる⁸⁾。

悲嘆とは、喪失によって起こる一連の心理過程で経験される落胆や絶望の情緒的体験である。喪失には、①近親者の死や失恋をはじめとする、愛情・依存の対象の死や別離、②住み慣れた環境や地位、役割、故郷などからの別れ、③自分の誇りや理想、所有物、身体的自己の喪失などがある⁹⁾。中でも、愛する者との死別は、人生で最もストレスフルな喪失体験である。

悲嘆の反応には、情緒的反応として、泣き叫ぶ、悲しみ、抑うつ感、不安、興奮、否認、罪悪感と怒り、安堵感などがある。身体的反応には、口渇、息の詰まる感じ、呼吸促迫、ため息、胃の空虚感、筋力低下、運動機能の整合性欠如、音への過敏反応などがある。行動的反応では、引きこもり(社会的逃避)、嗜好への傾倒の増大、死者への思いにとりつかれる探索行動などがある²⁾。

このような悲嘆反応は、喪失を体験した誰にでも起こり得るものであるが、反応の種類や強度、期間はさまざまな要因に影響を受ける。その要因には、性別、続柄、喪失に対するストレス評価、ソーシャルサポート、喪失への対処パターン、死の形態などがある¹⁰⁾。性別では男性よりも女性のほうが悲嘆反応は強く現れやすいといわれている。また、配偶者や、身近な者からのサポートが十分に受けられない場合、喪失に対して適切なコーピングが行えない場合に悲嘆反応は増強する傾向にあるとされている。

喪失に対するストレス評価も悲嘆反応に影響する要因として重要である。死別の場合であれば、遺された家族が、故人の死を安らかであったと感じられない場合や、死別に対して、もっとこうしていればよかった

などと後悔をもっている場合には、死別をストレスに感じやすく、結果として悲嘆反応は強く現れやすい。突然死や予期していなかった死というクリティカルケアにおける特徴的な死の形態もまた、遺される家族の死別に対するストレス評価を高める一因である¹¹⁾。事故や急病の発症などにより救命が困難であると判断され死の宣告を受けた家族が、短い期間でその事実を理解し受け入れることは困難を極める。状況が理解できず、心の準備もできないままに大切な家族を喪うことは、家族にとって大きなストレスとなる。

このように、悲嘆反応に影響する要因として重要な喪失に対するストレス評価や、ソーシャルサポート、喪失に対する対処パターンは、アギュララの危機モデルにおけるバランス保持要因そのものである。大切な家族を近い将来に喪うもしくは、実際に死別というストレスの多い出来事を経験し悲嘆過程にある家族が、危機を回避し正常な悲嘆過程を辿ることができるかどうかのアセスメントにもアギュララの危機モデルは活用できる。

アギュララは、自著において、死と悲嘆過程に関してリンデマンの論文を引用して解説しており、モデルの家族への適応例も紹介している。このケースは、妻の死に伴う「悲嘆作業」が終わらぬ間に、新たな喪失の恐れによって脅かされている男性の事例である⁴⁾。男性は、妻を亡くし、悲嘆過程の最後の段階にあるときに、自分を助けてくれると期待していた息子を仕事の都合で失うかもしれないという状況に直面し、状況的な危機に陥る可能性があった。バランス保持要因のアセスメントでは、「妻を失ったことと息子を失うこととの関係がわからない」という出来事の知覚、「息子に対して自分のもっている恐れを伝達できない」という社会的支持の状況、「一人で決断したことがない」という対処機制を見出している。これによって不安と抑うつが増大し、コントロールが上手にできない状態であった。介入は、自分の依存したいという気持ちを探求させ、それを表現するように勧め、息子が町から出て行くときに社会的支持を与えられるように計画的な対応を行った。

このように、悲嘆過程にある患者の家族にもアギュララの危機モデルが活用でき、問題解決をもたらす介入計画を実践することが可能である。特に、悲嘆反応に影響を与える喪失に対するストレス評価やソーシャルサポートのアセスメントがこのモデルによって適切

に行われ、バランス保持要因のどの部分を促進または強化すればいいのかが見えてくる。

Ⅲ. アギュララの危機モデルによる活用事例

アギュララの危機モデルはクリティカルな状況において患者および家族が危機に陥っているか、あるいは陥る可能性があるかを短時間で判断し、看護介入を導くのに適したモデルである。また問題解決モデルであるため、看護過程に適用することが容易である。

ここでは、クリティカルケアでアギュララの危機モデルを家族に用いた事例を3つ紹介する。

表2のA事例は、心肺停止状態で救急外来に搬送されたが、蘇生できず死亡確認された患者の家族である。この事例のバランス保持要因を示した図式を**図2**に示す。

表3のB事例は、心肺停止状態で救急外来に搬送され、蘇生した患者の家族である。

表4のC事例は、予定手術で予期せぬ急変が起こりICUで集中ケアを受けている患者の家族である。

1. 家族の反応

心理的均衡を揺るがす出来事に直面した直後の家族は、パニック状態や不動、場にそぐわない笑いといった反応を示すことが多い。これは、目の前の出来事を、自分に起こった出来事と認知するには、あまりに圧倒的で受け入れがたいと判断した結果の反応である。

これらの反応は、自我を守るための正常な反応であり、自殺や他害の恐れがなければ、一定期間見守ることが必要である。そして、次に示すバランス保持要因のアセスメントと看護介入を実施しながら、家族の反応を注意深く観察し、記録に残すことによって、反応の変化に応じた看護を実施することができる。

2. バランス保持要因の特徴

1) 出来事の知覚

A事例、B事例は出来事を現実のものとして知覚することができていない。

A事例では、母親は娘が首をつっている姿や救急隊が胸骨圧迫をする様子を見ている。これが現実起こっているということはわかっているが、母親にはそれをコントロールしたり、対処するレパトリーがなく、自分の娘であることさえ否定した言動が見られた。

表2 A事例：心肺停止状態で救急外来に搬送されたが、蘇生できず死に確認された患者の家族

均衡を揺るがす出来事	家族の反応	出来事への知覚	社会的支持	対処機制	バランス保持要因による分析のまとめ	看護問題と看護の方向性	看護介入	結果
いつものように学校に出かけた娘が、物置で首をつついでるのを母親が発見した。母親が救急車を要請し、同乗して救急外来に入室した。心肺停止に対して心肺蘇生を実施したが効果が無い。治療の中止についてインフォームド・コンセントを行おうとしたが、母親が混乱状態のため行えず。入室から40分後に父親が到着したため、1時間後に両親立会いのもと死に確認した。	<心肺蘇生中> 「それは私の娘じゃない」「娘は学校に行ったらもうすぐ帰ってくるから私も帰らなきゃ」と泣き叫んでおり、病状説明のため面会を勧めたが、処置室に入るうとしない。医師が説明のためそばに近くと「こっちに來なさいで、○○ちゃんじゃありません！」と医師の接近さえ拒否している。	首をつついでる娘の姿や救急隊による処置を目の当たりにし、さらに救急外来での面会を勧められたことに対して「それは私の娘じゃない、帰らなきゃ」という反応を示している。これは、受け入れがたい現実を前に、母親が自我を守ろうとする防衛機制(否認・逃避)であり、この時点では現実を歪んで知覚していると思われる。	父親には病院から連絡がついたが、病院到着まで30分かかる。息子は遠方の大学にいるため、すぐ来院することはできない。親や兄弟など他に頼れる人はいない。 このため、母親はこの出来事を理解すること、頼れる誰かに連絡をすること、意思決定をすることなどを、たった一人で対処しなければならぬ状況にあり、入室の時点で社会的支持がないうと判断できる。	泣き叫ぶ、否認、逃避などの反応は、情動中心のコーピングおよび防衛機制であるが、受け入れがたい現実を前にした正常な反応と判断する。 普段の母親の対処機制についての情報は無い。	今回の出来事で、突然母親の心理的均衡が崩れているのを回復するためのバランス保持要因は、現実の知覚は出来事があるままに圧倒的なため、防衛機制を使って無意識に自我を守らざるを得ず、出来事を歪んで知覚している。また対処機制も泣き叫ぶが、医療者からの説明を拒否、否認といった情動的コーピングが支配的である。さらに、入室時点では母親一人であるため、現実認知や適切な対処機制に必要な社会的支持は無い。これらのことから、バランス保持要因はすべて欠如しており、心理的危機に陥る危険性は非常に高いと判断できる。このため、直ちに危機介入が必要である。	看護問題 #母親は娘の自殺行為を現実のものとして認識できない。 #父親が到着するまでの間母親の社会的支持がない。 看護の方向性 危機介入の中でも、父親が到着するまでの時間、社会的支持役割を果たすことの優先度が高い。	<社会的支持> 1. 母親が泣き叫んでもいい環境を整える。 2. 父親が到着するまでの時間、母親一人にしない。 3. 母親の言動を否定せず、共感的傾聴をする。 4. 母親への有効なタッチング。 <出来事への知覚> 1. 母親が拒否する間は娘との面会は避け、父親が到着しサポートが得られることを確認できたら面会を設定する。 <対処機制> 1. 現時点では情動的コーピングが支配的なのは当然のことである、ということをし、医療者が共通認識する。 2. 現時点で問題指向的コーピングを期待しない。	父親が到着するまでの間、看護師が付き添い、背中をさすりながら母親の言動を否定せず守った。 父親が到着したところ、母親は「ごめんさい、私がおもつと早く気がつけばよかった」「私が殺したんだ」と泣き叫んでいた。 父親は泣きながらも「お前のせいじゃないよ、早く○○に会ってあげよう」と促すと、最初は拒否していたが、しばらく泣いた後「そうね、一人じゃかわいそう」と言い処置室で面会ができた。最初は娘に取りすがって泣いていたが、「○○ちゃん、ごめんね。まだあったかいね。家に帰ろうね」と髪をなでながら話しかけていた。
<p>家族構成</p> <p>患者 17 歳 } 3人暮らし 父 50代 } 母 50代 } 兄 20代 } (遠方の大学)</p>								

表3 B事例：心肺停止状態で救急外来に搬送され、蘇生した患者の家族

均衡を揺るがす出来事	家族の反応	出来事の知覚	社会的支持	対処機制	バランス保持要因による分析のまとめ	看護問題と看護の方向性	看護介入	結果
<p>長年の念願だった海外旅行の準備をしていたところ、夫が「めまいがする、少し横になる」といって寝室に行った。妻は準備を続けていたが、ゴトンという物音が、ゴトンという物音に気づき、寢室で床に倒れ寝撃していた。すぐに息子に電話し、救急車を要請した。救急隊到着時は心肺停止で妻が胸骨圧迫をしていた。車内で心拍は再開したが意識レベルはJCSⅢ桁。</p> <p>救急車到着と同時に息子も到着し、自然としている母親を支えている。</p>	<p><ICU入室2日目、低体温療法中> 妻は2日間病院に泊まり、面会時間に取り乱すことはないが、ベッドサイドでじつと夫の顔を見つめながら付き添っている。医師からの説明には「はい、はい」と頷くのみに、「私がついていけばよかったんでしょ」という言葉が、息子の言葉に響き、息子は来週まで遠方へ出張中。</p>	<p>救急外来で心拍は再開し、明るく兆しが見えたかに思えたが、低体温療法中で鎮静剤も投与されており、夫との意思疎通はできない。</p> <p>医師からの説明には頷いているものの、本当に理解できているか否か不明である。</p> <p>心待ちにしていた旅行の準備から一転して夫の急病発症という出来事によって、妻は目の前の状況の整理ができていない。</p> <p>夫の突然の発症、慣れない病院環境、情報(理解)不足などによって、妻は「私も一緒に死んだほうがいい」という歪んだ認識に至っていると考えられる。</p>	<p>妻の支えとなり得る息子は、現在出張中で、嫁も仕事をもっているため、医師の説明を聞いていない。このため、妻は社会的支持のない中で、混乱状況下におかれている。</p>	<p>医師の説明に「もう早く気がついていけば…」と「何かできたことか…」という自責の念が強い。また「私も一緒に死んだほうがいい…」という希死念慮もある。突然の出来事に対して「一気に工ネルギーが枯渇したため、受動的対処を示しており、早期に介入しなければ危険な状態にあると判断する。</p>	<p>バランス保持要因のうち、出来事の現実的な知覚が歪んでいると考えられる。これは、夫の突然の発症に加え、救急外来に運ばれた時点で頼ることができない息子がそばにいないこと、医師からの説明が十分に理解できていないことがあげられる。</p> <p>現時点でのバランス保持要因はすべて欠如しており、さらに希死念慮もあることから、既に心理的危機に陥っているため、早急に介入が必要と判断できる。</p>	<p>看護問題 # 妻は夫の急病発症と意識がないという状況を受け入れられない。 # 妻には息子や嫁、その他の社会的支持がない。 # 妻には希死念慮がある。</p> <p>看護の方向性 息子からの社会的支持を待つ間にも、現実を正しく認識できるように情報の提供と、妻の心身の安寧を図る必要がある。</p>	<p><出来事の知覚> 1. 私たちは妻のことをとても心配していることを伝える。 2. 妻が罪責感をもっていることを認めよう。その状況で妻ができることはすべてやってみよう。これを伝えよう。 3. これまで受けた説明でわからないことは、何か尋ねる(低体温療法、鎮静剤など)については、できるだけわかりやすい言葉で説明し、妻の反応を観察する。 4. 看護師が対応しているの、心配なことを話し、妻自身が少しでも休息を取ることを勧める。</p> <p><社会的支持> 1. 妻と話し、嫁の面会の時間調整を行う。 2. 息子が出張から帰るまで、看護師も相談に乗れることを申し出る。 3. 妻の言葉を否定せず、共感的傾聴をする。 4. 適宜リエン等の専門家の介入調整を行う。</p> <p><対処機制> 1. 現時点では情動的コーピングが支配的なのは当然のことである。ということをし、医療者が共通認識する。 2. 現時点で問題指向的コーピングを期待しない。</p>	<p>3日目の面会時、いつものようにじつと夫を見つめていたため、受け持ち看護師が「ご主人のご心配です、ね、私たちがご主人がよくやるように、看護しております。今日は少し話をさせてください。よろしいですか」と切り出し、椅子に座り、出来事の知覚に関する介入を行った。</p> <p>妻は植物状態や脳死という説明時の言葉のみが頭に残っており、鎮静剤投与と意識がないことの関連性が理解できていなかった。もう意識は戻らずこのまま死ぬのなら、私も一緒に死にたいという気持ちになって、このため、出来事と話し、このため、出来事と誤解によって助長されると判断し、低体温療法や鎮静剤について改めてわかりやすい言葉で説明した。</p> <p>また、妻との面談中に嫁が来院したため、面会時間の調整を提案すると「今日までの仕事が付いたから、もう大丈夫です。2日間お母さんを一人にしてごめんね、心配しないで、一緒に看病しようね」と話し、夫の状況に変化はないため、今後妻が問題指向的対処に移行できるか否かも不明だが、来週には息子も来院できる。社会的支持も増えるので、危機から脱する方向に方向と考えられる。</p>
<p>家族構成</p>								

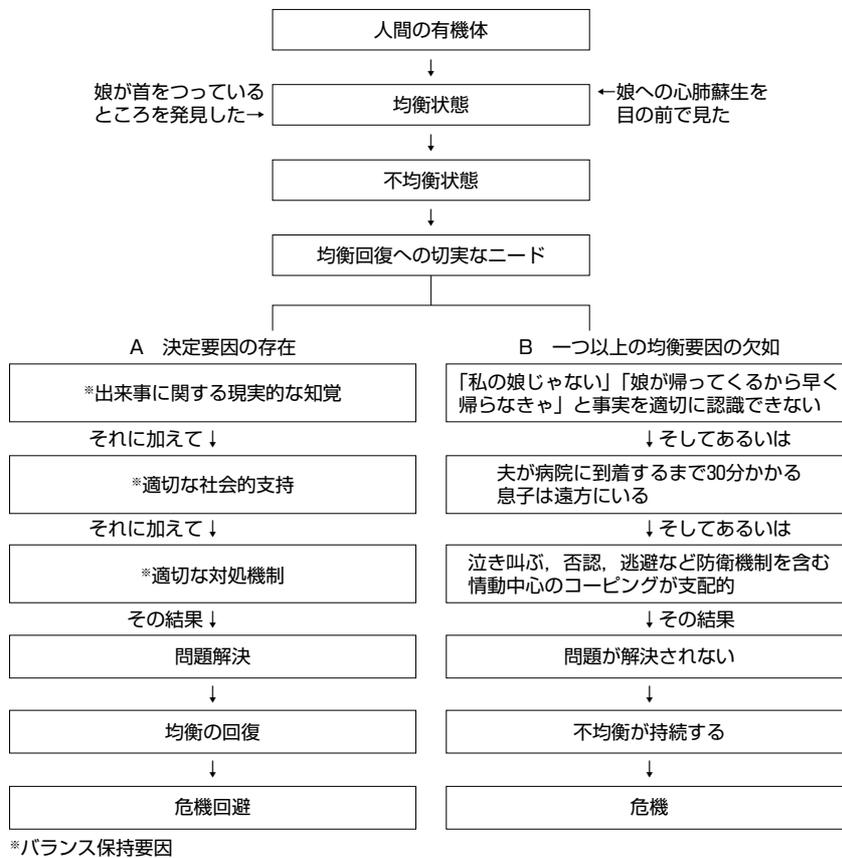


図2 A事例のバランス保持要因の図式

B事例では、夫の心肺停止からの蘇生後に低体温療法を受けている姿を見て、夫に何が起こったのかさえ整理がついておらず、呆然と静かに面会時間を過ごしていた。

両事例は、一見全く違った反応のようであるが、どちらも出来事を歪んで知覚している点では一致している。これらの反応を、山勢の危機対処プロセスモデル^{12,13)}を用いて解釈してみると、心理的均衡を脅かす出来事に対する「受動的対処の段階」にあるといえる。受動的対処の段階とは、受けたショックによって無力状態になっている場合と、激しい疼痛や呼吸困難感などのパニック反応が現れる場合とがある。これは、心理的均衡状態を維持していた心的エネルギーが急激に減少し、わずかに残存したエネルギーは生存のニーズを満たすのに動員され、周囲の状況を確認したり、物事を系統立てて考えるといったエネルギーはほとんど残っていない状態を指している。A事例、B事例で、現実を正しく知覚することができなかつたのは、心的エネルギーの減少という考え方からも説明できる。

さらに、B事例では「低体温療法のために鎮静剤投与をする」という説明と「夫の意識がない」という妻が見ている現象理解の間に大きなギャップがあったことがわかった。入院初期に「情報」のニーズが高いことは、先行研究⁷⁾からも明らかであるが、家族に提供した情報が必ずしも正しく伝わっているとは限らない。家族は心的エネルギーが少ない中で説明を受け、その状況を理解し、時には緊急に重要な意思決定を迫られることもある。例えば、B事例では、「情報不足と情報の誤解によって出来事の歪んだ知覚が起こっているのではないかと判断した看護師の適切な介入によって、危機回避の方向へ向かうことができた。

看護師は「説明した内容と家族の理解との乖離があつて当然」という認識をもち、家族の状況をよく観察した上でそのギャップを埋める必要がある。また、出来事を正しく認識することが、危機を回避し、問題を解決の方向へ導く要因ではあるが、山勢のモデル^{12,13)}における「情動的対処の段階」で、外部からのエネルギー補給を受け入れる状況にならなければ、出来

事を正しく知覚することは困難といえる。情報を提供する際にも、事実を突きつけばいいというものではなく、「いつ」「誰が」「どのような状況で」「どのように」という具体的な介入計画が重要である。

また、救急外来で死亡確認がなされた場合には、多くの家族は出来事の知覚ができていないままに病院を離れることになる。つまり、現状では、医療者は家族が危機に陥ることがわかっていながらも、フォローするシステムは整っていない。今後は、救急外来で死を迎える患者の家族へのグリーンワークについて、さらなる研究が必要と考える。

2) 社会的支持

A～Cのすべての事例において、当初は社会的支持が不十分であった。A事例では母親が第一発見者であり、短時間ではあるが、夫が病院に到着するまで一人でその状況に対処せざるを得なかった。B事例では、救急外来到着時には息子も同席できたが、その後2日間息子たちの仕事の都合もあり、妻には社会的支持がなかった。C事例では、ICU入室時点では社会的支持はなかった。しかし期待していなかった親戚からの支持が得られ、看護師の支持も自分から求めるようになっていった。

出来事の知覚でも述べたように、パニック状態のときは誰にどのように支持を求めたらいいのかさえ考えることができない。例えば「家族を呼びたいけど自宅の電話番号が思い出せない」「親戚に連絡を取りたいが誰がどこにいるのか忘れた」といった家族の混乱は救急外来ではよく見られることである。そのとき、誰かがそばで一つひとつ具体的にやるべきことの指示してくれることは、パニック状態の家族の支えとなる。

家族にとっては、心理的距離が近い人が社会的支持になることが理想だが、時間的に切迫したクリティカルな状況においては、その人を待つ猶予がない場合もある。そのようなときには、看護師も社会的支持として活用できることを家族に認識してもらうことが必要であろう。Freichels¹⁴⁾の研究では、クリティカルな状況にある患者の家族は、「看護師は患者のために存在するのであり、家族を支えてくれるとは思わなかった」「私たち(家族)の世話をするくらいなら、患者のそばで早く患者を助けてほしい」という認識であったとしている。看護師が考える看護師の役割と家族の認識にはずれがあることがわかる。

今回の事例では、社会的支持を補強していくことに

よって、出来事の歪んだ知覚や不適切な対処機制が修正され、結果的には危機回避の方向へ向かうことができた。あらゆる事例において、社会的支持の優先度が高いとはいえないが、このバランス保持要因をできるだけ早く充足させることが、連鎖的に他のバランス保持要因をいい方向に導く傾向があると考えられる。

3) 対処機制

3事例とも当初は防衛機制を含む情動中心の対処機制が支配的であった。家族を失うかもしれないといったストレスフルな出来事を前に、それを受け入れることは、自己の存在をも脅かすことだと感じ、自我を守る機構として防衛機制が使われるのは当然のことである。また、今回の事例は、自分の力でその状況を変えられるとは評価できないほどに衝撃的な出来事である。このため、当初は情動中心の対処が多く見られた。

情動中心と問題中心の2つの対処機制は、情動中心は悪者で、問題中心は良い者のように両極にあるものではなく、出来事の種類やその人のそのときの捉え方(二次評価)によって変化するものである。十分に情動中心の対処をすることで、心的エネルギーが蓄積され、問題中心の対処に向かうことができる場合も多い。

これについてラザルス⁶⁾は、「コーピングはその人の特性として存在するというよりも、絶え間なく変化するプロセスとして特徴づけられる」と述べている。アギュララの危機モデルにおいては、出来事の知覚の具合や社会的支持のあり様によって、対処機制も変化していく。このように考えれば、適切な援助によって、情動中心の対処から問題中心の対処へ変化する可能性はある。特に時間的猶予がないクリティカルな場面では、短時間で効果的な介入が重要となる。

B事例では「鎮静剤投与と意識レベル低下」という出来事の知覚が正しくできれば「一緒に死にたい」という希死念慮は生じなかったかもしれない。C事例では、タイミングよく社会的支持が得られたため、早期に問題中心の対処に移行することができた。つまり、対処機制だけに注目するのではなく、他のバランス保持要因を調整しながら、コーピングの変化を捉えることが必要である。

3. アギュララの危機モデルによるクリティカルな患者の家族に対する標準看護計画

クリティカルな状況における患者の家族に対する看護について、アギュララの危機モデルを用いるときの

表5 アギュララの危機モデルによるクリティカルな患者の家族に対する標準看護計画

前提	1) 家族に起こったストレスの多い出来事は何か 2) どのような心理的不均衡状態を示しているか 3) 家族のバランス保持要因はどうなっているか
観察プラン	出来事の知覚 1) 出来事を自分に起こったこととして知覚できているか 2) 患者の状況を理解しようとしているか 3) 何が起こったか誰かに質問したり、事実を確認しようとしているか ① 患者の状態・治療・ケアについて尋ねるか ② 患者に会うことを求めるか ③ 患者の体に触れているか ④ モニターを見つめたり話すことをメモに取ったりしているか 4) 患者にねぎらいや励ましの言葉をかけているか 5) 患者へのケア参加を申し出るか
	社会的支持 1) 家族や知人らの頼ることができる人がいるか 2) 家族や知人らの頼ることができる人への連絡ができるか 3) 家族や知人らにサポートを求めようとしているか 4) 医療者らに尋ねたり、サポートを求めようとしているか 5) 経済的な問題について話すか 6) 今後の生活について話すか
	対処機制 1) 今回のことに対して、情動中心の対処としてどのような言動があるか ① 情動的で積極的な反応(泣く・叫ぶ・攻撃するなど)で自分の感情を表出しているか ② 抑圧的な反応(無反応・身体反応など)で自分の感情を表出しているか ③ 自傷他害の言動はあるか 2) 強い不安を訴えるか 3) 罪責感を訴えるか 4) 今回のことに対して、問題中心の対処としてどのような言動が見られるか ① 問題の焦点を捉え、その解決に向けた計画を話しているか ② 問題の解決に向けた専門的な知識や技術を尋ねようとしているか 5) 医療者に頼んだり任せたりできるか ① 待合室や家族控え室についての要望があるか ② 一人になれる時間や場所を求めるか ③ 身体的安楽や安寧を求めるか
ケアプラン	出来事の知覚 1) 家族が拒否しない限り患者との面会を調整する ① 面会前に患者に装着されているものや意識の有無などについて説明する ② 家族の目に触れるものは整理整頓しておく ③ 患者に付着した血液・体液・消毒液はきれいにしてから面会してもらう ④ 初回面会時や状況が変化したときの面会には看護師が付き添う 2) 面会時には家族にねぎらいの言葉をかける 3) 患者の状況に関する情報を提供する(現在の状況と前回からの変化) 4) モニターや点滴を見つめたり、メモしている場合には、わからないことがないか尋ねる 5) 患者に近づけず行んでいる場合には、そばに行き看護師自ら患者に声をかけたり、触れたりする 6) 患者のケアへの参加が可能であることを伝え、希望があれば看護師が同席して実施する
	社会的支持 1) 看護師が自己紹介をする 2) 家族から見えないところで治療や処置が行われている場合には、頻りに現在の状況を説明する 3) 心理的・物理的に頼れる人がいない場合には、一緒に考え探す支援をする 4) 身体的不調を訴える場合には、休める環境を準備する 5) 看護師は患者を支える家族をも支援したいことを伝える 6) 看護師も相談に乗ることができることを伝える ① 医師との調整(説明の時間や内容など) ② MSWへの紹介(医療費の相談や転院や退院後の社会資源についてなど) ③ 面会時間の調整(家族の生活時間との調整、子どもの面会など) 7) 待合室や家族控え室についての要望を確認し、可能な限り調整する 8) 泣くことができる環境をつくる 9) 肩に手を置く、背中をさするなどのタッチングを取り入れる 10) ねぎらいの言葉をかけ、休んでいるか、眠れているか、食事はしているか尋ねる 11) 家族が不在にしている間は看護師が家族に代わってみていることを伝える
	対処機制 1) 情動中心の対処(泣くことや責めること)は悪いことではなく、現状では当然のことであることを伝える 2) 問題中心の対処に対して適宜専門的知識や技術を提供したり、専門家への橋渡しをする ① 医療費の相談 ② リハビリの相談
指導プラン	出来事の知覚 1) 混乱状態のときは、次にすべきことを一つひとつ具体的に指示するが、できなければ一緒にあるいは代行する (例: 受付で手続きをしてください、誰かに連絡を取ってください、検査に行くのでここで待っていてくださいなど) 2) 転院や退院の予定に関する情報はできるだけ早めに知らせ、家族の主体的意思決定を支える 3) できたことに対して認める言葉をかける
	社会的支持 1) ケアへの「参加」から「家族の主体的実施」に移行できるよう、指導したり、専門家を紹介したりする 2) 転棟に際し、できるだけ一緒に新しい病棟を訪問し、場所や人のオリエンテーションをする 3) 転院や退院に際し、治療や看護の継続ができるような申し送りを行うことを説明する
	対処機制 1) 家族自身が現在どのような対処をしているのか整理することを勧める 2) 問題解決可能な対処方法を提案し、実行しやすいものから取り組めるように促す

標準看護計画を表5に示す。

この看護計画を用いるときの前提は、①家族に起こったストレスの多い出来事は何か、②どのような心理的不均衡状態を示しているか、③家族のバランス保持要因はどうなっているかをアセスメントすることである。特に、3つのバランス保持要因のアセスメントが重要であることはいうまでもない。

看護計画は、観察プラン、ケアプラン、指導プランの3つであり、それぞれに出来事の知覚、社会的支持、対処機制に分けて内容を整理した。これは、あくまで標準的なものであり、個々の家族すべてにあてはめられるわけではない。したがって、実際の場面で用いる場合は、目の前にいる患者と家族をありのままに捉え、個別性を踏まえたアセスメントをしながら、ケースに合った看護計画を立ててほしい。

文献

- 1) キャプラン G, 加藤正明監訳, 山本和郎訳. 地域精神衛生の理論と実際. 東京: 医学書院; 1977. p.263.
- 2) 山勢博彰. 危機理論と危機モデル. 山勢博彰編集. 救急・重症患者と家族のための心のケア. 大阪: メディカ出版; 2010. p.35-51.
- 3) Fink SL. Crisis and motivation: A theoretical model. Arch Phys Med Rehabil. 1973; 48: 592-7.
- 4) アギュララ DC. 小松源助, 荒川義子訳. 危機介入の理論と実際. 東京: 川島書店; 1997. p.24-32.
- 5) Dlin BM, Fischer HK, Huddell B. Psychologic adaptation to pacemaker and open heart surgery. Arch Gen Psychiatry. 1968; 19(5): 599-610.
- 6) ラザルス RS., フォルクマン S. 本明寛, 春木豊, 織田正美監訳. ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究—. 東京: 実務教育出版; 1991. p.14-24.
- 7) CNS-FACE 開発プロジェクトチーム. CNS-FACE 家族アセスメントツール使用マニュアル—実施法と評価法—. 山口: CNS-FACE 研究会; 2002. p.1-21.
- 8) 原田竜三, 立野淳子. 悲嘆の理論. 山勢博彰編集. 救急・重症患者と家族のための心のケア. 大阪: メディカ出版; 2010. p.56-61.
- 9) 小此木啓吾. 対象喪失. 東京: 中央公論新社; 1979. p.3-46.
- 10) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江. 国内外における遺族研究の動向と今後の課題. 日本看護研究学会雑誌. 2011; 34(1): 印刷中.
- 11) Parks CM. 桑原治雄, 三野善央訳. 死別. 大阪: メディカ出版; 2002. p.234-9.
- 12) 山勢博彰. 危機的患者の心理的対処プロセス. 看護研究. 1995; 28(6): 13-23.
- 13) 山勢博彰. 山勢の心理的危機対処プロセスモデル. ハート・ナーシング. 2002; 15(1): 15-9.
- 14) Freichels AT. Needs of Family members of patients in the intensive care unit over time. Crit Care Nurs. 1991; 14(3): 16-29.