原 著

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

Study on Family Difficulties Encountered when Consciousness Disorder
Patients Leave the ICU and on Support for Nursing

古賀雄二¹⁾ 井上智子²⁾

Yuji Koga

Tomoko Inoue

本研究の目的は、脳卒中による意識障害患者が ICU を退室し、一般病棟へ移行する際の家族の困難を明らかにし、看護支援を検討することである。対象は脳卒中による緊急手術患者の主な面会者である家族とした。書面による研究同意を得た 7 名から、ICU 入室中からの面会・説明場面の参加観察、ICU 退室後の計 3 回の半構成面接、診療録閲覧によりデータを得て、Giorgi A の手法を参考に現象学的アプローチを用いて質的分析を行った。その結果、ICU から病棟への移行期は＜移行準備期＞＜移行開始期＞＜移行継続期＞＜移行終了期＞の 4 時期に分類された。また、家族が移行期に抱く思いとして「患者の生命・治療環境への思い」「意識障害への思い」「家族生活と入院生活への思い」「患者イメージへの思い」「経済的負担への思い」が抽出され、各時期の本質的な意味を図式化した「意識障害患者家族が移行過程に抱く思いの構造図」により家族の移行期の思いの傾向が明らかになった。

キーワード：意識障害患者、ICU 退室、家族、クリティカルケア

Key words : consciousness disorder patient, leave the ICU, family, critical care

はじめに

医療水準の高度化は、重症疾患の救命率を向上させる一方で、重篤な後遺障害を抱える患者の増加をもたらした。その中で脳血管障害は死亡順位が第 3 位、総死亡数比率は約 13% と高い頻度での発症が認められる¹⁾。脳卒中発症後の遷延性意識障害は、30～40% の患者に認められ、その予後予測は困難であるとされている²⁾。

我が国の 3 次救命救急施設は生命の危機的状態を乗り越えることを目的とした治療環境であり、患者がその状態を脱した場合は速やかに一般・後方病棟への転床が行われる。そのため、集中治療部門(intensive care unit, 以下 ICU と略す)から脳卒中患者の転床が決定す

る時期は、意識障害の長期的予後予測が困難な時期でもある。また、患者の家族は今後の治療方針や療養環境に関する重要な意思決定を迫られる機会が多く³⁾、療養生活の長期化が予想される中で家族自身の今後の生活のあり方にも目を向け始め、困難な問題へ対処し続けなければならない時期でもあるなど²⁾、とりわけ多くの問題を抱えている。つまり、ICU 退室は家族に患者生命の危機状態からの脱却を示す喜びと、今後の療養環境を取り巻く現実への直面という新たな困難を生じさせるきっかけを同時にもたすため、その前後の時期は、より複雑かつ過酷な時期となる。さらに予後予測が困難なだけでなく、家族にとって初めての療養環境の変化であることから、それに伴う移転不安や不確かさも生じやすいと考えられる。

これまで、一般病棟における療養環境の変化がもた

らす移転不安や将来への構想ができない時期に生じる不確かさ⁴⁾、入院が家族に及ぼす長期的影響⁵⁾や、家族の効果的対処を促進する早期からの計画的看護介入の必要性³⁾についての報告はなされているが、クリティカル期からポストクリティカル期への移行過程における意識障害患者家族の抱える困難についての調査は極めて少ない。

そこで本研究は、ICUから一般病棟へ移行する際の意識障害患者家族の困難を明らかにし、クリティカル期から行う看護支援について検討することを目的とする。

I. 用語の操作上の定義

クリティカル期：患者が救急部門での初期治療から、

ICUでの集中治療・看護ケアを受ける時期

ポストクリティカル期：患者が集中治療・看護ケアの後に、一般病棟での治療・看護ケアを受ける時期

移行期：患者がICUから一般病棟へ転床することを、家族が医療者から告げられたとき、または、家族が認知したときから始まり、転床を終えて落ち着いたときまでの時期

家族：患者の重要他者で、ICU入室中の主たる面会者

II. 研究方法

1. 対象者

都内の高度救命救急センターICUにおいて、以下の条件を満たし、研究の目的および方法の説明に対し、研究参加の同意が得られた者とした。対象となる患者条件は、1)脳卒中(脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血)による緊急手術を受け、2)ICU入室期間3日以上で、3)ICU退室時GCS(Glasgow Coma Scale)8点以上で積極的治療を受けている成人患者とした。対象者となる家族は、1)対象家族自身および他の家族にICU入室経験がなく、2)ICU入室期間中の主な面会者である家族、3)成人で日本語による意思疎通が可能なる者とした。

2. 調査期間

2004年5月～9月

図1 データ収集の図式化

3. 調査方法および調査内容

1) 参加観察

手術後に患者が生命の危機的状況を脱したと主治医により判定された時期に、家族に研究参加を依頼し、参加同意後からを最初の関わりとした。その後、第3回面接まで継続的に面会場面・ケア場面・医療者-家族間の会話や説明場面において、会話内容や家族の様子について観察し、その内容をフィールドノートに記録した。また、参加観察に際しては「観察者としての参加者」⁶⁾の姿勢で臨んだ。

2) 半構成面接

面接はICU退室告知から転床直後の時期を第1回とし、その後1週間ごとを目安に2回行い、計3回行った。精神的側面(移転不安、予後予測・病状・治療やケアへの不確かさ、医療者・患者に対する思い、ICU・病棟体験の変化)、身体的側面(家族の健康状態、他の家族の健康状態、生活パターンの変化)、社会・経済的側面(医療費や面会のための諸費用、職業、経済状況、家族役割、ライフプラン、問題解決・調整能力などの家族機能の変化)について、インタビューガイドを用いて面接し、対象者が自由に話せるよう配慮した。面接内容は、対象者の理解を得て録音し、逐語録を作成した。図1にデータ収集の図式化を示す。

3) 診療録閲覧

診療録より患者・家族の背景(年齢、性別、職業、家族構成、既往歴、家族病歴)、患者の病状・現病歴(診断名、術式、ICU入室中の治療内容、意識レベル・麻痺状況、予後予測、医師の説明内容など)、入院期間中の家族の反応・言動についての情報を得た。

4. 倫理的配慮

本研究は、調査方法・内容(参加観察、半構成面接、診療録閲覧)に関して、研究実施施設の倫理委員会による承認を受けて行った。研究対象候補者に対しては、研究の目的・調査方法・内容(参加観察、半構成面接、診療録閲覧)および自由意志による参加であること、途

表1 対象者概要

対象者	患者	診断(手術)	家族構成	ICU入室期間	転床時の状態 GCS, JCS, MMT (右上下肢, 左上下肢)	転帰
A 弟(70M) 会社員	74F 無職	SAH, 脳内出血脳室内穿破 (開頭クリッピング術)	独居, 弟は大阪在住	21日	E2VtM3, II-20, (1, 1, 1, 1)	リハビリ専門病院へ転院
B 夫(60M) 無職	60F 主婦	左被殻出血 (開頭血腫除去術)	夫, 次女と同居	11日	E3V1M6, I-3, (1, 1, 5, 5)	リハビリ専門病院へ転院
C 次女(21F) 学生	53F パート	SAH (動脈瘤コイル塞栓術)	夫, 次女と同居	17日	E4V5M6, I-2, (5, 5, 5, 5)	自宅退院
D 長男(26M) 会社員	63M 会社員	右脳梗塞, 右内頸動脈塞栓 症(血栓溶解治療)	妻, 長女と同居	12日	E4V5M6, I-2, (5, 5, 1, 1)	リハビリ専門病院へ転院
E 長男(43M) アルバイト	72F 無職	SAH, 破裂脳動脈瘤 (開頭クリッピング術)	長男と同居 夫は入院中	10日	E2V1M5, I-2, (4, 4, 4, 4)	リハビリ専門病院へ転院
F 妻(45F) 内職	47M 会社員	SAH, 破裂脳動脈瘤 (開頭クリッピング術)	妻, 娘, 息子と同居	12日	E4V5M6, I-1, (5, 5, 5, 5)	自宅退院
G 夫(61M) パート	58F 主婦	SAH, 破裂脳動脈瘤 (開頭クリッピング術)	夫, 娘と同居	20日	E4V4M6, I-3, (5, 5, 5, 5)	リハビリ専門病院へ転院

注釈) SAH: クモ膜下出血, GCS: Glasgow Coma Scale, JCS: Japan Coma Scale, MMT: Manual Muscle Test

中辞退が可能であること, 辞退しても不利益は生じないこと, 匿名性の確保, 研究終了後のデータの破棄について文書を用いて説明し, 同意を得た。また, 対象選定に際しては, 主治医により患者が生命危機を脱したと判定され, かつ, 主治医および看護師長によって研究者の関わりが可能と判断された家族とし, 調査は対象者の様子に注意を払い, できる限り負担がかからないよう配慮した。

5. 分析方法

本研究は, 当事者の意識の中で経験された諸現象を直接的に探求し記述することで, 当事者の思いや体験の意味を明らかにする質的帰納的研究デザインを用い, Giorgi A⁷⁾の現象学的アプローチを参考に分析を行った。

1) 個別分析

①逐語録と参加観察記録を精読し全体の意味を得て, ②当事者の思いを示す意味の単位を決定し, 「ICUからの転床が家族に及ぼす影響」に関係する段落・文章を抽出する。意味の単位は, 全体の意味と関連づけながら解釈し, 対象者の言葉を使用して中心的な意味内容を取り出し, コードとする。③本質的で類似したコードを結びつけて統合し, テーマとする。

2) 全体分析

④個別分析で導いたテーマを内容が示す時期ごとに

分け, 類似する内容を示すテーマを集め, パターンとして抽出する。分析は逐語録データをベースとして意味の単位を詳細に見直し, より直接的に心理学的洞察を説明するために, 参加観察データを逐語録データの状況把握のための補完的なデータとした。

3) 信頼性の確保

面接技法, 分析過程において質的研究および看護学の専門家にスーパービジョンを受けた。

Ⅲ. 結果

1. 対象者と患者の概要

研究期間中に対象候補は13名で, うち7名からデータが得られた。対象者の内訳は男性5名, 女性2名, 平均年齢46.6歳(21~70歳), 患者との続柄は配偶者3名, 実子3名, 兄弟1名であった。患者は男性2名, 女性5名, 平均年齢61歳(47~74歳)であり, クモ膜下出血5名, 脳梗塞1名, 脳出血1名であった。ICU滞在日数は平均14.7日(10~21日)であった。データの得られなかった対象者6名のうち, 研究拒否が4名(理由: 家族内のことを話したくない, 他の家族の同意が得られない, 研究や同意書へのサインに抵抗感がある)。また, 同意は得られたが, 早期転院と急変による死亡により2名のデータが得られなかった。対象者の概要を表1に示す。

表 2 意識障害患者家族の各時期ごとの家族の体験に関するカテゴリー

1. ICU 退室告知までの期間 (移行準備期)	2. ICU 退室告知から転床までの期間 (移行開始期)	3. 転床後 1 週間までの期間(移行継続期)	4. 転床後 1~2 週間までの期間(移行終了期)
【回復の実感と生命危機継続の不安を併せ持つ】 【後遺症が治る保証はないがリハビリに希望を託す】 【入院による生活環境の変化に翻弄され続ける】 【病気に翻弄されながらも生活の立て直しを図ろうとする】 【経済的負担への不安がつづる】 【以前の患者イメージが保てていない】	【ICU を出たこれからはリハビリに専念する段階だ】 【ICU を出るといことは生命危機回避だ】 【ICU を出されることへの疑問が生じる】 【ICU を出ても生命危機は続いている】 【ICU より手薄な病棟管理への不安が生じる】 【以前の患者イメージの喪失が決定的なものとなる】 【環境変化による家族の負担のイメージが漠然と膨らむ】	【急変から再発へと生命危機はこれからも続く】 【病棟管理への不安が増加し、ICU を出たことを後悔する】 【リハビリによるさらなる回復の期待と限界感が混在する】 【十分回復するまでの治療の継続は経済的に難しそう】 【患者や周囲の状況を踏まえた今後の負担を想像し、生活の見直しを迫られる】 【他人よりマシと思うことで自分を納得させる】 【以前の患者イメージの尊重を心がけよう】	【転・退院を前に生命危機の不安が和らぐ】 【生命危機は続くが、病気以外のことで後戻りしてはならない】 【転院は次へのステップと回復の希望だけは持ち続けよう】 【回復への期待がぐらつき、生活の先行きが見えない】 【治療を続けられるかは高額療養費の結果次第だ】

2. 面接・参加観察の概要

7 名に 3 回ずつ面接を行い、総面接時間 547 分(1 回平均は約 26 分)で、87,244 字の逐語録を作成した。参加観察は、家族の面会時に 1 回 15~20 分程度で繰り返し行い、総参加観察時間は 1,131 分であった。

3. クリティカル期からポストクリティカル期への移行期間を捉える 4 つの時期と家族の困難

1) 個人分析

個人分析により各対象者から抽出されたコード数は 61~107 の計 623 であった。これらのコードは分析手順に従い類似するものにまとめられ、対象者ごとに 31~64 の計 328 のテーマが導き出された。

2) 全体分析

全体分析の過程で 328 のテーマは、意味内容により類似するものにまとめられ 82 のパターンとなり、さらに語られた内容が指し示す時間的経過(4 期)により 34 のサブカテゴリーへとまとめられ、最終的に 25 のカテゴリーへとまとめられた。カテゴリーの時期別に沿って配し、表 2 を作成した。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >で表記した。

3) 意識障害患者家族の各時期の体験

表 2 に沿って各時期の体験について説明する。

(1) ICU 退室告知までの期間(移行準備期)

緊急入院・手術に続くこの時期は、術後合併症の起こりやすい時期と家族は説明を受け、患者は<手術の後に比べて大分よくなってきたが術後合併症の危険が残っている>という【回復の実感と生命危機継続の不

安を併せ持つ】状態であり、家族は依然として続く患者生命の不確かさを感じている。また、主治医からの説明は、転院に関するものが主で、予後の確定的な説明はないことから、家族は<命だけは助かっても脳の病気は治る保証はないし、回復するにも限界がある>や、<少しでも意識や後遺症がよくなるように、早くリハビリを始めたい>と【後遺症が治る保証はないがリハビリに希望を託す】など、回復への希望的観測をもちやすく、患者の生命危機に翻弄されながらも、次の段階である ICU 退室後の治療やリハビリについて考え始める時期である。さらに、<失った機能は回復しないので以前の患者には戻れなさそう>と生命危機や意識障害の認識の結果として【以前の患者イメージが保てていない】と患者イメージの変容や家族なりの漠然(vagueness)とした予後予想が始まる。また、突然の入院による家族生活の変化に翻弄されるが、次第に患者の病状が明らかになり、予後予想を始めたことで<ICU を出ても病人中心の生活は続くし、後遺症にあわせた生活を考えていくしかない>など、【病気に翻弄されながらも生活の立て直しを図ろうとする】。また、この時期から ICU 退室後の家族の生活のあり方を考え、準備を始める。同時に、入院の長期化が予想される中で、<医療費は払っていけるか、生活費の工面はしていけるのか不安だ>と長期的な【経済的負担への不安がつづる】。

この期間は、家族なりの漠然とした予後予想に基づいて、ICU 退室後や長期的な見通しについての予期的イメージを持ち始め、それへの対処も始めようとする

が、漠然としたイメージであるがゆえに本格的ではなく、あくまで準備段階レベルである。よって、この期間はICUから病棟への移行準備期と言える。

(2) ICU退室告知から転床までの期間(移行開始期)

調査施設におけるICU退室は、その前日に主治医から家族に電話で告知されるが、これをきっかけとして、ICU退室を生命危機回避と捉えたり、【ICUを出たこれからはリハビリに専念する段階だ】とICU退室を回復の形として肯定的に捉え、次の段階である病棟での療養生活への希望を膨らませる。その一方で、＜ICUを出ても急変や再発の可能性は続いて、これからも気が抜けない＞など【ICUを出ても生命危機は続いている】や、現実的な問題に目を向け始めるとともに、＜ICUを出される基準がわからないが、本当に今出てもいい状態か疑問だ＞と、ICU退室という単なる事実に向き合うだけでなく、そこから生じた疑問と対峙し、＜この意識状態ではICUほど手厚い看護の期待できない病棟に行くことで、今に事故が起きそう＞と【ICUより手薄な病棟管理への不安が生じる】など、移行後の病棟生活への悲観的な予想を持ち始める時期である。また、＜家族の負担が増えて生活が大変になるのは、ICUを出て長期化するこれからだ＞と厳しい【環境変化による家族の負担のイメージが漠然と膨らむ】。また、＜命や体は助かっても、以前の患者ではなくなってしまった＞と【以前の患者イメージの喪失が決定的なものとなる】など、患者イメージの喪失体験もこの時期に多かった。

以上のように、この期間は実際のICU退室告知をきっかけとして、病棟での療養生活への漠然としていた予期的イメージが具体化するとともに、楽観的な希望よりも、むしろ現実的で悲観的な予想が前面に押し出されてくる時期となっており、移行開始期と言える。

(3) 転床後1週間までの期間(移行継続期)

ICU退室という形としての移行を経験し、回復の実感やさらなる回復への期待を抱く一方で、＜病棟の手薄な管理と今の意識状態では、体が良くなった分だけ事故の危険が増えている＞と【リハビリによるさらなる回復の期待と限界感が混在する】や、＜ナースコールすら押せない意識状態＞であるため【病棟管理への不安が増加し、ICUを出たことを後悔する】など、患者の病状と病棟管理体制との間にギャップを感じるなど、ICUとは異なる病棟を体験し移行開始期の予期的イメージや新たな現実的な問題が表面化する時期であ

る。それによって、病棟管理への不信感、事故への不安、回復への限界感が増し、ICU退室への疑問が後悔へと変わる。さらに、術後合併症の時期が終わること、＜急変の危険はなくなっても、再発の不安は残ったまま＞であると【急変から再発へと生命危機はこれからも続く】など生命危機を感じる根拠が転換する時期でもある。しかし、こうした疑問や不安を家族が医療者に伝えることは少なく、医療者側からの問いかけも少なく、現時点での病状説明が主だった。また、＜ICUを出られたので自分たちの生活や退院後のことにも目を向けていこう＞や＜周囲の状況の変化や回復状況によっては療養生活に合わせていけなさそう＞と【患者や周囲の状況を踏まえた今後の負担を想像し、生活の見直しを迫られる】。しかし、実際にICU退室という移行を経験したことに加え、病状にあわせた転院先の選定が始まるなど、退院後という次の移行段階における療養生活へと家族の思考が向かい、入院の長期化による問題をより現実的に捉え始める時期である。

このように、この時期は新たな病棟環境への適応の最中であり、入院生活の長期化が現実化することに加え、一つの移行を経験したことにより転院・退院というさらなる移行後の問題に家族の思考が向かう時期であることから、移行継続期と言える。

(4) 転床後1～2週間までの期間(移行終了期)

この時期は、転院先の見学や試験外泊が行われるなど、転院・退院後の療養生活についての具体的な情報や体験が増える時期である。それにより、＜転院・退院が見えてきたし命の危険という切実さは薄れてくる＞と【転・退院を前に生命危機の不安が和らぐ】など、転院・退院という次の段階へ移行が現実化してくることで回復や希望が増す時期である。その一方で、経済的不安や＜転院後も長引きそうだし、障害も残るとなると今後の生活の先行きが見えない＞や＜転院しても完全によくなるわけでない、回復への希望がぐらつく＞というように【回復への期待がぐらつき生活の先行きが見えない】など、今後の療養生活の不確かさの中で生活の見直しを迫られたり、患者回復の不確かさの中での転院・退院であるなど、転院・退院後の問題が現実化してくる時期である。また、＜再発や事故の危険は転院後も続くがあつてはならないこと＞と、【生命危機は続くが、病気以外のことで後戻りしてはならない】との思いも表出される。

以上のように、この時期は転院・退院後の療養生活

を取り巻く状況が徐々に明らかになり，それに対する不確かさも生じる．ICU からの退室は一応の終了をみるが，転院や退院という第 2 の移行体験により生じる問題が現実化してくる時期であり，ICU からの移行終了期と言える．

4) 意識障害患者家族が移行期に抱く思い

4 期の時期別分析において表 2 のカテゴリーより各時期に語られた事項の抽出を試みた結果、患者の生命・治療環境への思い、意識障害への思い、家族生活と入院生活への思い、患者イメージへの思い、経済的負担への思いの 5 項目の「移行期の思い」が抽出された。これを横軸に配置し、時期別分析で命名した 4 時期と各時期のカテゴリーより抽出した「本質的な意味」を縦軸に配置し、図 2 に示した。以下、本質的な意味を《 》で表記した。

(1) 患者の生命・治療環境への思い

移行準備期において、家族は共通して《生命危機継続の不安と回復の実感を併せ持つ》が、ICU 退室告知時の病状認識が生命危機の捉え方に影響し、移行継続期において術後合併症による急変から脳卒中の再発へと、生命危機継続理由の転換を経て永続的な不安を抱いていた。また、そうした生命危機や病状の捉え方は病棟管理体制と病状の間にギャップを感じさせ、退室への疑問や後悔の思いを喚起し、ICU とは異なる《病棟管理への不安を増加する》。

(2) 意識障害への思い

家族は、移行準備期から脳機能は完全に治る保証がないと、意識障害回復の難しさを認識しつつも、わずかながらもリハビリによる回復の希望をもち、ICU退室決定時には転床後に始まる本格的な《リハビリへの専念を決意する》、転床後は思うような意識障害の改善がみられないことから《意識障害回復の疑問とリハビリへの期待を併せ持つ》など、回復への疑問と期待が共存するアンビバレントな状況を経て、回復への期待はぐらつきながらも転院後の専門病院でのリハビリに回復の希望を持ち続けていた。

(3) 家族生活と入院生活への思い

家族は突然訪れた入院生活による生活環境の変化に翻弄され続けながらも、移行開始期において患者の一定の回復がみられたあたりから家族生活の立て直しを試みている。しかしICU退室は、家族に喜びと同時にさらなる《環境変化と家族の負担が増えることへの不安》をもたらしていた。これは、転床後の付き添いという形での負担が増えるのではないかという漠然とした負担のイメージである。実際にICU退室という初回の移行を経験し、不安に包まれながら《患者や環境変化にあわせて生活を見直す》ことを迫られた家族は、移行終了期において転院・退院後のさらなる生活の見直しに対する不安のイメージを強め、その後の入院生活や《家族生活の先行きが見えない》との思いに達し

ていた。

(4) 患者イメージへの思い

移行準備期に、すでに手術後の回復は感じていたが、いったん失った機能は回復せず、以前の患者に完全に戻ることはないかもしれないと《患者イメージがぐらつく》。そして、ICU退室という区切りの時期を迎え、ICUにおいて振り返りを行う中で、意識障害や後遺障害が完全には回復しないだけでなく、再発による生命危機はこれからも続くという思いから、患者が常に生命危機を抱えた存在へと変化し、以前の《患者イメージを喪失する》。移行継続期からは、リハビリによる後遺症回復への希望を持ち続け、変化した患者イメージとともに以前の患者イメージを共有し、尊重してこうとしていた。

(5) 経済的負担への思い

突然の入院により働き手を失うという生活費への不安や医療費への不安が生じる。これらは、ICU退室告知による影響は受けないが、実際に転床した移行継続期において患者の状態や環境変化に合わせた生活の見直しを始めると同時に、再び《医療費や生活費の経済的不安が増加》し、十分に回復するまで転院してリハビリや治療を受け続けられるのかという不安が生じてくる。こうした経済的不安は、医療者側からではなく、親類や医療費支払い窓口などのさまざまなルートから得た高額療養費制度の情報をもとに、その申請結果が出なければどうなるかわからないという思いのまま移行終了期を迎えた。

IV. 考察

1. 初回移行体験の重要性

ICU退室告知に対する家族の反応はさまざまであるが、ICU退室への疑問や後悔は、移行開始期の患者の病状や生命危機への捉え方と関連していた。その背景にはICUを退室することへの準備状況や受け止め状況の違いが影響している。患者が十分にICUを退室できる状況と認識していれば退室への疑問や後悔は生じないが、退室できる状況ではないと家族が感じていると、退室告知理由との間にギャップによって疑問や後悔が生じる。つまり、初回の移行体験であるICU退室で疑問や不安を抱えると、ICU退室が家族にとって喜びではなく、新たな困難を含んだ体験となる危険性がある。初回の移行でこのような困難な体験をすると、

転院や退院などの第2・第3の移行体験にも影響を及ぼすことが予想される。そのためICU退室という初回の移行体験は、その後の移行を左右する「体験の鍵」として位置づける必要があり、第2・第3の移行体験における看護援助を考える上でも重要な意味を持つと考えられる。

多くの脳卒中患者とその家族は、ICU退室後も何度も転院を繰り返しながら、長期間の療養生活を経て自宅退院・社会復帰というゴールを目指している。そして、その繰り返しの移行体験の中でも、初回の移行体験であるICU退室のプロセスをいかにスムーズに通過できるかが重要となってくる。ICU退室の決定は、医療者の方針によることがほとんどだが、第2・第3の移行体験に関しては、意思決定を含め患者を支える家族の役割がより重要となる。不安は家族の患者回復のための支援能力を低下させ⁸⁾、意思決定力を損なう⁹⁾可能性がある。つまり、こうした不安とその原因となり得るICU退室への疑問や後悔を最小限に抑える援助が必要と考えられるが、そのために医療者は、ICU入室中の早い段階から家族の抱く思いとともに、患者の援助者としての家族の力を把握した上で、ケースごとのゴールや目標を共有・設定できるよう関わる必要がある。

2. 回復へのアンビバレントな希望

家族は移行準備期から、予後の不確かさによる漠然とした予後予測と、ICU退室後や長期的な見通しなどについて楽観的とも取れる希望を持つが、移行開始期では悲観的な予想へと変わっていった。また、家族は移行準備期から意識障害回復への希望を持ち続けるものの、移行継続期や移行終了期において回復の限界や希望のぐらつきが生じていた。つまり、長期的な見通しや、回復の希望は常にアンビバレンス(ambivalence)な状態で移行していたが、「希望」は重症患者家族の最も重要なニード¹⁰⁾と言われるように、回復へのアンビバレントな希望を、いかに前向きな状態に保つことができるかが重要となる。

「不確かさ」は、脅威の源になる可能性がある一方で、状況に代替的な解釈を許すという形で脅威を減らしたり、希望を保つ作用がある^{11,12)}ように、はっきりとした予後予測がつかない意識障害患者であるからこそ、この不確かさにより得られる希望を保ち続けることもできる。また、家族はICU入室中に患者の生命危機の

脱出という劇的な回復を体験しており、これが、多くの家族が抱く「ICU退室直後からの劇的な回復への期待¹³⁾」へとつながっていったと考えられる。この過剰ともいえる期待は、ICU退室後の期待するような回復がみられなかった場合において、さらなる回復への疑問を強めていると考えられる。つまり、こうした当然な反応ではあるが過剰でもある期待を、より現実在即した形の期待へと導き、前向きな希望を維持する関わりが必要と言える。

3. 翻弄され続ける家族生活

家族生活の揺らぎは患者の突然の入院から始まり、その再構築への思いは移行準備期から生じている。しかし、家族はICU退室、転院・退院と次の段階への移行が進むたびに新たな困難に直面し、再構築に向けた対処行動が十分ではなかった。これは、今後も転院などの治療環境の変化を繰り返さざるを得ない家族には、その度ごとに起こり得る問題であり、新たな困難に直面し対処行動の停滞が予想される。よって、初回の移行を控えたICU入室中からの先を見越した計画的な看護支援が重要と考えられる。

4. クリティカル期から行う看護支援

初回移行体験がスムーズに移行できない原因として、移行開始期における家族の捉えたICU退室基準と退室時の病状認識との間でのギャップの存在があるが、これをいかに埋めていくかが重要な関わりとなる。そのため、これらの認識の評価とともに、家族はいったんその状況に適応した場合はICUをしばしば安全・安心で親しみやすい環境と捉える⁸⁾傾向があることから、ICUと病棟それぞれの環境認識を評価し、認識と現実とのズレを埋める適切な情報提供を行う必要がある。そうすることで、患者がICUを退室可能な状態であることや、病棟でも十分な管理ができる状態まで回復できたことへの実感が深まり、移行開始期から生じる病棟管理への不安が緩和され、初回移行体験をよりスムーズ、前向きに捉えることができると考える。また、結果で示した「意識障害患者家族が移行過程に抱く思いの構造図」を基に、家族の「移行期の思い」の傾向を把握し、各時期の問題についての評価を行うとともに、先を見越した情報提供を行うことが必要と考える。これは、翻弄され続ける家族生活への看護介入としても有効と考える。

また、信頼できる正確な情報提供を受けることは、情報提供は家族の移転プロセスでも重要である^{11,14)}が、Mishel¹¹⁾は不確かさを持つ人にとっては、蓋然的な考え方ができるような援助が必要と述べている。つまり、予後予測のつかない不確かさの中で療養生活を送らざるを得ない意識障害患者家族への援助として、アンビバレントな回復の希望を理解した上で、家族を支援していくことが重要である。これは、正確な情報提供と矛盾するように見えるが、家族の認識や場面に応じて柔軟に対応する必要がある。

また、移行過程の問題であることから、ICUと一般病棟間の連携が重要となるが、病棟看護師がICUへ退室前訪問を行って面識を持つなどの取り組みは、患者・家族に看護の継続性をアピールし、安心感と移行への準備をより促すことができる。このようなクリティカル期からポストクリティカル期を見すえた家族看護にも重点をおいたシステム作りなど、部署の枠を超えて、より継続的な看護を行っていく必要がある。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究は1施設7名のみのデータであることから、他施設や対象者数を増やすとともに、初回移行体験終了後の経過についても検討していく必要がある。

謝辞：ICUへの入院という厳しい状況の中、お話を伺わせていただきました対象者の皆様、ならびに患者様、研究にご協力いただきました施設の先生方、看護部長をはじめICU・病棟スタッフの皆様に深謝いたします。また、研究全般においてご指導いただきました井上智子教授に感謝いたします。

文献

- 1) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向 厚生指標 臨時増刊. 厚生統計協会. 2004; 51(9): 50.
- 2) Hauber RP, Testani DL. Living in limbo: The low-level brain-injured patient and the patient's family. J Neurosci Nurs. 2000; 32(1): 22-6.
- 3) Giacino JT, Zasler ND. Outcome after severe traumatic brain injury: Coma, the vegetative state, and minimally responsive state. J Head Trauma Rehabil. 1995; 10(1): 40-56.
- 4) Mitchell ML, Courtney M, Coyer F. Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. Nurs Health Sci. 2003; 5(3): 207-17.
- 5) Swoboda SM, Lipsett PA. Impact of a prolonged surgical critical illness on patients' families. Am J Crit Care. 2002; 11(5): 459-66.
- 6) Holloway I, Wheeler S. 野口美和子監訳. ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで. 東京: 医学書院;

- 2000.
- 7) Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. *Phenomenology and Psychological Research*. 1985 : 8-22.
 - 8) Lesk JS. Needs of adult family members after critical illness : Prescriptions for interventions. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1992 ; 4(4) : 587-96.
 - 9) Halm MA, Titler MG, Kleiber C, et al. Behavioral responses of family members during critical illness. *Clin Nurs Res*. 1993 ; 2(4) : 414-37.
 - 10) Gelling L. The role of hope for relatives of critically ill patients : A review of the literature. *Nurs Stand*. 1999 ; 14(1) : 33-8.
 - 11) Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Sch*. 1990 ; 22(4) : 256-62.
 - 12) Lazarus RS, Folkman S. 本明寛監訳. 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 ; 1999.
 - 13) Leith BA. Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart Lung*. 1999 ; 28(3) : 210-8.
 - 14) Streater C, Golledge J, Sutherland H, et al. The relocation experiences of relatives leaving a neurosciences critical care unit : A phenomenological study. *Nurs Crit Care*. 2001 ; 6(4) : 163-70.

abstract

This study aims to clarify family difficulties and nursing encountered when a patient with cerebral stroke induced consciousness disorder leaves the ICU for a general ward. Respondents to the survey were selected from people who visited hospitals because their family members had undergone emergency surgery. Seven individuals gave written consent to cooperate in the research. We joined and observed the families when they visited the patients in the ICU and when they were being informed by doctors, and conducted a semi-constitutive interview with them three times after the patients left the ICU. We also acquired some data from medical records. We then made a qualitative analysis using a phenomenological approach referring to A. Giorgi's method. The result indicated that the transition period when patients were moved from the ICU to a general ward was classified into four periods : preparatory period for the transition, starting period of the transition, duration period of the transition, completion period of the transition. We also found that the families tended to have the following thoughts in the transition period : "Thoughts about the life and treatment environment of patients," "thoughts about the consciousness disorder," "thoughts about family life and hospital life," "thoughts about image of patients" and "thoughts about the economic burden." The tendency of the thoughts that the families had in the transition period was clarified by constructing a "structural diagram of the thoughts that the families of consciousness disorder patients had in the transition period," which schematically presented the essential meaning of each of the four periods.

Key words : consciousness disorder patient, leave the ICU, family, critical care