

# 家族看護実践における看護師の「とまどい」の様相

—実践への志向段階に焦点を当てて—

櫻井大輔<sup>\*1</sup>・柳原清子<sup>\*2</sup>

## Aspect of “bewilderment” in nurses practicing family nursing — Focus on the step to practice of family nursing —

Daisuke SAKURAI and Kiyoko YANAGIHARA

〈抄録〉

本研究の目的は、看護師が患者・家族との関わりの中で生じる「とまどい」に焦点を当て、その時の感情の動きや認識変化を明らかにし、家族看護実践を志向していく段階的な様相を明らかにすることである。調査対象は経験3年目以上の看護師10名。データ収集は、半構造化面接法によるインタビューを行い、修正版グラウンデッドセオリーアプローチを用いて分析した。結果として、2コアカテゴリー、6カテゴリー、12サブカテゴリー、32概念が抽出された。看護師の「とまどい」の様相は、《答え探しの自己模索》という看護師自身の中で意図せずに起こる、感情の拠り所を求める反応から、《家族探索への拡がり》という家族を看護の対象とする認識変化を生み出す過程であった。《答え探しの自己模索》は、『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』を繰り返しながら『区切りと捉え直し』をしていく感情の動きを示していた。《家族探索への拡がり》は、『ターニングポイントとの捉え』から起こり、『「家族もまるごと」への拡がり』という看護師の認識変化と、『もどかしさからの脱却』を図ろうとする看護師の主體的な行動を示していた。

Key words：家族看護実践、看護師、とまどい、実践志向

### I. 緒言

本研究は、看護師が患者・家族との関わりの中で生じる「とまどい」に焦点を当て、看護師自身の感情の動きや認識変化の様相を明らかにするものである。今臨床では、家族看護の必要性が強く言われ、また看護師もその必要性を認識し、家族に関わろうとする意識を持っている。その一方で看護師は、「家族に何をすればよいのだろう」「家族がわからない」という悩みや不安を感じながら、働きかけるための力は不十分であるという認識を持っている。(鳥居ら2004)。

そんな状況にさらに困難性を与えているのは、患者・

家族からのクレームの増加や強い権利主張である。2009年に行われた看護職員実態調査の結果をみると、職場における悩みや不安の内容として、2割近くが患者や家族から、暴言・暴力を受けていると答えている(看護白書2009)。高松ら(2002)の研究でも、看護者に苦手意識をもたらす要因の1つに、家族の態度があげられており、家族の威圧的な態度や強い主張により、看護師が家族との関わりにくさを感じている現状がある。

こうした家族への関わりにくさと家族看護教育の関連を考えると、2005年に行なわれた4年制看護系大学における看護系科目の開講状況(吉田2005)では、家族看護教育の必要性について教員の9割以上が必要と認識しているものの、実際に必修で開講しているのは約5割で、

\*1 地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立足柄上病院(Kanagawa Prefectural Ashigarakami Hospital)

\*2 金沢大学医薬保健研究域保健学系(School of Health Sciences, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University)

選択を含めても6割強に留まっている。この現状からは、現場での看護師の患者・家族へのとまどいは、無理からぬことと推察される。しかし一方で、家族看護の援助ができる・できないには、家族看護の基礎教育の有無は直接関係ないとの指摘もされている（松坂2012）。つまり臨床における家族看護実践の難しさの原因の一端として看護基礎教育の問題が推察されるが、その問題だけではないことが考えられ、現場に入ってから看護師の認知や体験の課題が浮かびあがってくる。

さて、看護師の「とまどい」に関連した先行文献では、家族看護実践における看護師の困難感や抱えているジレンマ、「とまどい」の内容として、太田ら（2006）や栗原（2009）の論文がある。これらからは、看護師の「とまどい」には多様な内容があり、急性期やリハビリ期などの各領域で「とまどい」を感じている現状が分かる。具体的には、看護師は「患者が急変した時の家族への対応」や「意識レベルが低下していく患者の家族への対応」に戸惑いを感じている。また、「患者と家族の思いの違いへの対応」「患者と家族の疾患の理解の違いへの対応」や「看護師が患者にとって必要と考える援助と家族が行う援助が異なる時の対応」という家族内齟齬に戸惑いを感じていた。これらの戸惑いは、危機的な状況にある家族への具体的介入方法や、二者関係の齟齬を調整する具体的な方法が分からないことにより生まれる戸惑いであることが推測できる。また、看護師は、「病気の受容過程の見定めとその対応に対する戸惑い」や「看護師の心の揺れ」を抱えている。このことは、対象である家族の理解、すなわち、看護師自身のアセスメントに対する戸惑いと、看護師自身の価値観等が影響する感情レベルの困難感を表わしていると考ええる。

先に述べた現任教育との関係では、看護職は経験の積み重ねの中で成長していくと考えられるため、看護職の経験年数と「とまどい」との関係を調べてみると、直接的な関連を見ている研究はさほど見当たらなかった。入江ら（2004）の保健師を対象とした研究では、「家族援助で困ったことがある」で約7割がありと答えており、年代別にみると、20代が7割強と最も高く、50代では5割と右肩下がりの結果を示している。舟山（2009）の研究では、経験年数7年以上と7年未満で区別しており、「（迷いや戸惑い）はどの世代でも感じながらも」、経験の長い看護師は「前向きな感情」も抱えていることが示されている。こうした、「家族看護実践への認識」と経験年数の関連をみた研究も散見されており、いずれも経験年数によって認識や家族との関わりに違いが見られることを示唆している。（石澤ら2009、松浦ら2008）。

以上からは家族看護実践にも段階があり、それぞれに応じた「とまどい」があることが推察される。家族看護学の学問知を整理し、提示したHanson（1996）は、家族ケアの実践レベル（段階モデル）を提唱しているが、モデルの詳細は明らかにされておらず、段階に応じた看護師の「とまどい」の様相も明らかにしていない。こうした中でP. Benner（2005）は、「看護師がみずからの経験から習得した知識を系統的に記録しなければ、その知識は普及することも十分な発展を遂げることもないだろう」と述べており、看護師が、自らの経験（とまどい）から知を明らかにしていくことは、家族看護実践の段階を明確にする上で重要であると考えられる。

以上から本研究では、看護師の家族看護実践での「とまどい」に焦点を当てて研究を行っていく。看護師が「とまどい」という経験の中で見られる、看護師の感情の動きや認識変化が明確となることで、家族看護実践を志向していく段階での看護師に必要な教育的アプローチが示唆され、それにより現任教育等、家族看護実践の普及のための有用な基礎資料が得られると考える。

## Ⅱ．研究目的

本研究は、患者・家族との関わりの中で生じる「とまどい」に焦点を当て、看護師の感情の動きや認識変化の様相を明らかにし、家族看護実践を志向していく過程を明らかにすることを目的とする。

## Ⅲ．用語の定義

「とまどい」の様相：「とまどい」とは、一般的な辞書（広辞苑、第六版）では、手段や方法を思いつかないでまごつくこと、と記されている。このことを臨床場面と照らし合わせて、本研究では、患者家族との関わりの中で体験した困惑やどぎまぎ感、迷いや躊躇といった、看護師の主観的な経験の総体とする。実際臨床では迷ったり、違和感を覚えたりしながらも目の前の事象に取り組んでおり、その時の感情の動きや認識変化までを含めて、「とまどい」の様相とする。

家族看護実践：家族メンバーが健康問題を持ったという家族の状況危機や育児等の発達危機状態にある家族に対して、その家族が対処していけるように看護師として意図的な関わり、アプローチをする事とする。

家族：互いに各個人が家族と認識し合った2人以上の集合体とする。「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合っている2人かそれ

以上の人々である。家族メンバーとはその人たち自身が家族として認識している人々のことである」(鈴木ら2006)という家族定義に基づく。

家族看護段階：看護師が、家族看護を志向していく段階とした。Hanson (1997) は、家族ケアのレベルを5つのレベルが分けられると述べており、家族看護実践段階を5段階とする。レベル1は手続き上の家族とのかかわりであり、レベル2は患者ケアにおいて、資源としての家族、と捉える段階で、レベル3は相互作用を用いた家族全体のアセスメントである。レベル4は外部システムの活用をすることで、レベル5は家族内の複雑な問題に対して介入し解決を図ることである。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的帰納的研究デザイン(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法)

### 2. 調査期間

2010年7月～2010年10月

### 3. 研究対象

家族看護を実践する看護師10名程度で、家族に積極的に関わりを持とうとしている、臨床経験3年以上の看護師とした。研究対象者のリクルートは、病院と家族看護研究会の2ヶ所で行った。病院では、看護責任者に研究の承諾を得た後、研究参加意思のある看護師を募り、また、A家族看護研究会の参加者から研究力者を募り、それぞれ同意を得た。

### 4. データ収集方法

半構造化面接を行った。面接場所はプライバシーが保護されるような場所を設定し、同意が得られた場合にはICレコーダに録音し、必要事項はメモに取った。面接時間は約60分とした。

### 5. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下M-GTA)(2008 木下)に基づく分析方法を用いた。この研究手法は、人間の行動を探求する人々と社会的役割の間の相互作用プロセスに焦点を当て、データから理論を生成するものである。生成される理論は、ある領域密着型のものである。本研究は、家族看護を実践する看護師が患者家族との関わりの中で生じる「とまどい」に焦

点を当てており、そこで生じた感情の動きや認識変化を明らかにしていく。最終的には構造化し、家族看護実践を志向していく段階をいかした現任教養手法を検討する基礎データとすることを目的としているため、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下GTA)が適していると考えた。GTAでは、理論的飽和を目指すため、対象者を理論サンプリングで3年以上～22年と多岐にわたらせた。

なお本研究では看護師が体験している「とまどい」により生ずる感情の動き、認識変化というリアリティーを大切にしたいと考え、データの切片化を行わず、看護師が語る文脈を重視した、M-GTAによる分析を行った。また分析過程においては、継続的に家族看護の専門家複数人と概念・カテゴリーを検討し、質的研究者からのスーパーバイズを受け、信用性・妥当性を高めた。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、面接対象者に対して研究の趣旨、方法、協力依頼内容、得られる成果と予測されるリスク、とりわけ自由意思による参加で途中で中断ができることの保障、研究以外に聴取した内容を使用しないことの保証、プライバシー保護及び匿名性の確保等について、文書を用いて説明し、承諾書に署名同意を得た。

なお、本研究は、研究者らが所属する大学の研究審査委員会の承認を得て実施したものである。

## V. 結果

### 1. 研究対象者

研究対象者の概要を表1に示す。研究対象者10名の看護師は全て女性であり、看護師経験年数は平均約13年で、うち1名は現在訪問看護師であった。最終学歴は4年制大学2名、専門学校8名であった。対象者A～Eは、現在は慢性期病棟勤務であるが、異動して様々な患者・家族と接した経験を持っている。F～Jも同様に、多様な部署(小児母性から救急、在宅まで)の経験がある。インタビュー回数は1回で、インタビュー時間は平均約80分であった。調査結果は理論的飽和化が確認できた時点での10名分のデータである。

### 2. 分析結果

最初にストーリーラインを示す。《 》はコアカテゴリー、『 』はカテゴリー、【 】はサブカテゴリー＜ ＞が概念である。

#### (1) ストーリーライン

表 1 対象者の概要

|   | 経験年数 | 現在の部署      | 最終学歴 | 家族看護学習歴(学生時代) | 研修会参加 |
|---|------|------------|------|---------------|-------|
| A | 10 年 | 呼吸器内科 (混合) | 専門学校 | あり            | あり    |
| B | 17 年 | 呼吸器内科 (混合) | 専門学校 | なし            | なし    |
| C | 20 年 | 呼吸器内科 (混合) | 専門学校 | なし            | なし    |
| D | 22 年 | 呼吸器内科 (混合) | 専門学校 | なし            | あり    |
| E | 4 年  | 呼吸器内科 (混合) | 専門学校 | なし            | なし    |
| F | 8 年  | 血液内科 (混合)  | 専門学校 | なし            | あり    |
| G | 15 年 | 消化器内科 (混合) | 専門学校 | あり            | あり    |
| H | 17 年 | 透析室        | 専門学校 | なし            | あり    |
| I | 5 年  | 脳神経外科      | 大学   | あり            | あり    |
| J | 18 年 | 訪問看護       | 大学   | なし            | あり    |

※対象者 A～E は、現在は同一病棟勤務であるが、異動して様々な患者・家族と接した経験がある。また、F～J も同様に、多様な部署（小児、母性から救急、在宅まで）の経験がある。

家族看護実践看護師の「とまどい」の様相は、《答え探しの自己模索》という看護師自身の中で意図せずに起こる、感情の拠り所を求める反応から、《家族探索への拡がり》という家族を看護の対象とする認識変化を生みだす過程であった。

看護師は、患者家族との関わりの中で、様々な『わだかまる感情』を覚え、その感情を何とかしようと『答え探しのあがき』をしていた。＜「家族なのに…」とスッキリせず＞というモヤモヤした感情や、＜「応じなければ」「応じきれない」狭間葛藤＞に苦しみ、【感情のもどかしさ】を抱いていた。また、＜上司や認定看護師がやるから…＞という自分もやらなければという感情が影響し、自身に＜「関わらなくちゃ」の締め付け＞をするという【価値観へのとらわれ】もあった。しかし、上手く関われないことで＜同僚への「やきもち」と「申し訳なさ」＞を感じ、【上司や仲間の刺激と負い目】という複雑な感情も生んでいた。

このような【感情のもどかしさ】に対して、＜生まれ育った家族の重ね合わせ＞といった【価値・体験の重ね合わせ】や、日々＜繰り返される出来事と反省＞の中で＜エピソードの呼び起こし＞をしたり、＜繰り返される疑問の中での答え探し＞をしたりという【繰り返す答え探し】をしながらも、＜恐れないうための忘却＞という【体験の拭い去り】を意図せずに行っていた。しかし、＜「忘れたい」けど「忘れられない」＞苦しみや、＜

「逃しちゃいけない」焦りと後悔＞も感じ、【拭い去れない体験の締め付け】を受けていた。

そんな中でも、第三者とく話すことって大切＞と思い、【承認と気付きの望み】を持ちながらカンファレンスを行うが、＜カンファレンスしても変わらない＞という現実から、【肩の荷おりない】で苦しんでいた。このような『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』を繰り返しながらも目の前の事象に対応しなければならず、＜電子カルテや勤務時間の壁＞といった【実践へのそぐわなさ】も感じながら『区切りと捉え直し』をしていた。＜ストレスにしない蘇る不安＞というように、看護師は自身のストレスにならないように選択的に体験を蘇らせ、良い体験を想起しながら＜「関わりにくい」から「楽しい」への転換＞という認識の転換を図っている。それにより＜「ただのあいさつ」それでいい＞というような関わりに対する肯定的な捉えができ、＜「関わられた」満足から「関わりたい」へ＞という家族看護に対する認識変化が生まれていた。これは、看護師の中で起こる看護として【意味づけられる関わり】である。

一方で、＜「しょうがない」という諦め＞をしながら、＜自己流のマニュアル作り＞をし、＜その場しのぎの謝罪＞をするという、いわゆる【その場しのぎの感情処理】をするが、その感情は処理がし切れず、『わだかまる感情』として残っていた。このような、『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』を繰り返しながら『区切

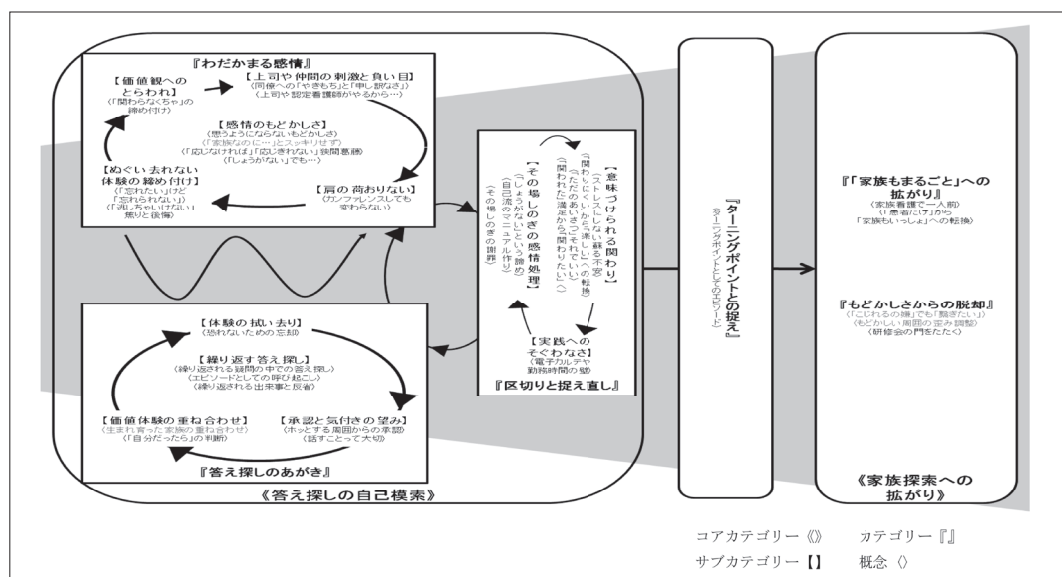


図1 家族看護実践における看護師の「とまどい」の様相

りと捉え直し』をしていく、看護師の感情の動きと認識変化の過程が《答え探しの自己模索》である。

看護師は、《答え探しの自己模索》の結果【意味づけられる関わり】を自己認知すると、家族看護を志す『ターニングポイントとの捉え』ができ、＜ターニングポイントとしてのエピソード＞を語るできるようになる。そのような家族看護に対する肯定的な意味づけが＜家族看護で一人前＞という家族看護の魅力や奥深さを認識させていた。

また、家族をユニットとして捉える視点＜「患者だけ」から「家族もいっしょ」への転換＞をし、『「家族もまるごと」への拡がり』という認識を生んでいた。それと同時に、＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」という強い信念や、医師、患者、家族の間の歪みを正そうとを感じるくもどかしい周囲の歪み調整＞の中で＜研修会の門をたたく＞という行動を起こしていた。

これらの一連の流れは、関係性にアプローチすることの『もどかしさからの脱却』を図ろうとする看護師の主体的なものである。『ターニングポイントとの捉え』により起こる、『「家族もまるごと」への拡がり』を持たせたり、『もどかしさからの脱却』を図ろうとしたりする、認識変化と、看護師の主体的な動きが《家族探索への拡がり》であり、家族看護志向のはじまりであった。

## (2) コアカテゴリー、カテゴリー、概念の説明

導き出された「とまどい」の様相は、2コアカテゴリー、6カテゴリー、12サブカテゴリー、32概念が抽出

された。生データは“ ”、カテゴリー、概念の定義は〔 〕で示す。

### 1) 《答え探しの自己模索》

コアカテゴリーの《答え探しの自己模索》は、〔看護師の中で意図せずに起こっている、感情の拠り所を求める反応〕であり、『わだかまる感情』『答え探しのあがき』『区切りと捉え直し』の3つのカテゴリーから成り立っていた。

#### (1) 『わだかまる感情』

『わだかまる感情』は、〔自身で感情処理をしきれずに残り、様々な感情がこじれた状態〕であり、【感情のもどかしさ】【価値観へのとらわれ】【拭い去れない体験の締め付け】【上司や仲間の刺激と負い目】【肩の荷おりない】という、5つのサブカテゴリーから成り立っている。

【感情のもどかしさ】は、〔常に霧のかかったようなもやもやした感情〕で、家族とのかかわりの中で生じる感情的な違和感を示している。看護師は、患者にとって最善のことをという思いの中で、“もうお帰りできることを説明しても、家族が全然、こう、受け入れてもらえないときとか。ジレンマというか、自分の家族なのになあって思います。(E-8)”という＜「家族なのに…」とスッキリせず＞という感情を抱えながらも対応しなければならない現実がある。その中で、＜「しょうがない」でも…＞と諦めきれずにもいた。また、“求めてくる患者さんの気持ちもわかるし、患者さんの家族の、奥さんの気持ちもまあ分かるので、こっちがこう「こうしたほうがいいですよ」とも言えないような。(A-20)”と家族の

気持ちがわかるが故に、＜「応じなければ」「応じきれない」狭間葛藤＞も覚え、＜思うようにならないもどかしさ＞という看護師としてのやりきれなさも含めた複雑な感情を抱いていた。

【価値観へのとらわれ】は、〔自身の看護に対する凝り固まった価値観〕であり、“受け持ち制なので、何となくそこに責任もあるっていうか、この患者さんは自分が関わらないとというのもあるので。(E-19)”というような、自身の描く看護師像にとらわれ＜「関わらなくちゃ」の締め付け＞に苦しむ様を表していた。

【拭い去れない体験の締め付け】は、〔過去の体験から逃れられずに、自身で苦しめている様〕で、過去の体験に縛られるような苦しみである。“だから普段何かあったら、諦め。忘れられませんかどね。どっかには残っているけど、なるべくは考えないように。うーん。考えなくもないですけどね、みたいな。(D-66)”と述べるように、忘れるという対処行動をとるも対処しきれず＜「忘れない」けど「忘れられない」＞という苦しみを感じていた。“また本人の思いが言える時期を逃しちゃいけないと思ったので、結構早い時期から思っていたんで。(F-22)”という今しかないという焦りを感じながら看護にあたるも、“看護師は、あのう、最終的には悔いが残ってしまうんですよね。”と最後に残る虚しさからも逃れられず、＜「逃しちゃいけない」焦りと後悔＞という相反する感情に苦しめられていた。

【上司や仲間の刺激と負い目】は、〔周囲の人々から受ける影響と、そこで生じる陰性感情〕であり、家族にうまくかわれる＜同僚への「やきもち」と「申し訳なさ」＞、＜上司や認定看護師がやるから＞そこで私もやらなければ、と思うような、無言の圧力と湧きあがる陰性感情で家族に関わっていた。

【肩の荷おらない】は、〔自身の楽にならない感情〕そのものであり、その感情を対処しようと実施したカンファレンスでも“本人の希望通りにケアしてあげればいいじゃんっていうけど、その人の訴えに全て、要求に全て応える事ができないんだけど、どうすればいいんだろう。(C-35)”と答えが見えず、更に残るモヤモヤした感情が、＜カンファレンスしても変わらない＞という諦めに近い認識を生んでいた。

## (2)『答え探しのあがき』

『答え探しのあがき』は、〔感情を処理していこうとして起こる反応の総称〕であり、【価値・体験の重ね合わせ】【繰り返す答え探し】【体験の拭い去り】【承認と気付きの望み】の4つのサブカテゴリから成り立っている。

【価値・体験の重ね合わせ】は、〔目の前に生じた問題を解決するために、自身の価値観や体験を重ね合わせるという反応〕である。看護師は、家族を捉える際に“私、祖母が亡くなって、たぶんそれと同じ頃だったと思うんですけど。その時にすごく父ががっかりしていたりとか、そういうのを娘として見ていたりもしたので、たぶんそれで少しでもそばに、お1人だし、そばに居れたらなあって。まあ本当はこう、二人の時間みたいな感じで、二人だけにしても良かったのかもしれないんですけど。(G-23)”というように＜生まれ育った家族の重ね合わせ＞をし、“その立場、患者さんの立場になってとか家族の立場になって、その自分の家族がそうになったら思うよなって。(D-26)”と述べるように自分の価値や体験などをものさしに＜「自分だったら」の判断＞をして、家族に関わっていた。

【繰り返す答え探し】は、〔目の前に生じた問題を解決するために答えを探し求める、自身の中で繰り返す起こる反応〕であり、看護師は“これでよかったのかなとか患者さんの御家族はこういう対応でよかったのかなって、どう思っただろうって思うようになったのは、どのくらいかなあ、でも4年目とかかなあ。思うようにはなっているんですけど、毎回毎回その繰り返しは繰り返すですね。(A-6)”と述べているように＜繰り返される疑問の中での答え探し＞をしながら日々家族に関わっていた。そこで“たぶんその以前の経験から、きちんと話を聞いて、説明してという感じで関わって、受け持ちの看護師だったので、患者様ともきちんと関わるのを心がけて、それでそのお姉さんとも割と良い関係で過ごせたんじゃないのかなと思いますね。(D-9)”というように過去の体験から得た経験知を活用しようと＜エピソードの呼び起こし＞をし、“まあ、反省を繰り返してやっと、こうすればよかったのかなというのが分かってきたのかなって。(A-16)”と無意識に＜繰り返される出来事と反省＞をしながら目の前の事象に立ち向かっていた。

【体験の拭い去り】は、〔目の前の事象に対応するために起こる、苦い体験を忘れようとする反応〕である。“そういう風にああ言われたとか、怒鳴られたとか、すごい引きずってしまう性格なので、どこかでやっぱり気持ちを切り替えていかないと。何か、そうになってしまうのかって恐れちゃうといけないから、切り替えているんだと思います。(B-64)”と述べているように、看護師にとってネガティブな感情を抱いた体験を忘れようと＜恐れられないための忘却＞という意図的な対処行動を取り、患者・家族から逃げることなく対応していた。この看護師の反応は、前述した＜「忘れない」けど「忘れられな

い」>と関連があり、実践の時に対処できる時とできない場合のアンビバレントさに苦しんでいる看護師の実態が見えてくる。

【承認と気づきの望み】は、〔自身の関わりを認めてもらうことや、気づきを得ようと起こる反応〕であり、“皆がそうだよなぁとかまあ、少しでも同じ考えの方があると、まあ良かったのかなってホッとするとこともあるし。うーん。変な話、良かったんだって言ってほしくて言ってんのかなって思うところもありますけどね。(A-23)”というように<ホッとする周囲からの承認>でパワーを得ながら、患者・家族と向き合っていた。また“色々繁雑になりすぎて、忙しすぎて、本当はすごく色々やれている事とかを、スタッフが考えられなかったりしていたんで、やっぱり話す事って大切だなあって。(F-63)”というように<話すことって大切>との感覚を覚え、癒し、学びの場としてカンファレンスを活用していた。

### (3)『区切りと捉え直し』

『区切りと捉え直し』は、〔目の前の事象に対応するために、感情をリセットすること〕であり、【実践へのそぐわなさ】【意味づけられる関わり】【その場しのぎの感情処理】の、3つのサブカテゴリーで成り立っている。

【実践へのそぐわなさ】は、〔家族看護を実践するうえで、現実的でないシステムに対するもどかしい感情〕であり、組織特有のシステムや管理的な要素が影響し、看護師は<電子カルテや勤務時間の壁>といった家族看護実践での弊害を感じていた。

【意味づけられる関わり】は、〔看護として肯定的に捉えられた、患者家族に対する自身の関わり〕であり、看護師の認識変化が起こる局面であった。過去の体験から想起されるネガティブなエピソードも、“「あっ、こういういいのかもしれない」という形で思い出すぐらいですかね。忘れちゃうんですよ、すぐ。だからストレスにもならないのかな。(A-15)”というように、選択的にポジティブなものだけを抽出し、<ストレスにしない蘇る不安>として対処していた。また、そのような対処をしながら関わることで“今までは、なんか、ちょっと、関わりにくいっていうか、自分の中でそういう気持ちってありましたけど、関わっていくと、どんどん楽しくなってくるんだけど、何だろう。情が湧いてくるじゃないけど、自分もその家族の一員みたいになる時もあるし。退院する時にすごくうれしくなる時もあるし。その家族にもよるんだと思いますけど、分かりあえれば。(E-60)”というように、家族看護に対して<「関わりにくい」から「楽しい」への転換>を図っていた。また、“家族も

面会とか来られて、こういう状態でしたよっていうのをやっぱり、伝えていくにあたって、だんだんと家族とコミュニケーションが取れ始めて、「なんかうちの嫁がね、色々話しをできてよかったって言ってましたよ」なんて声聞くと、あっ、良かったのかなあみたい。(B-6)”というような実践における小さな成功体験をする中で<「ただのあいさつ」それでいい>と自身の行った看護の意味付けがされ、肯定的に捉えなおしていた。それにより<「関われた」満足から「関わりたい」へ>と家族に関わることに積極性が生まれ、後述する『ターニングポイントとの捉え』につながっていくと推察できる。

【その場しのぎの感情処理】は、〔自身の感情の中で折り合いをつけること〕であり、前述した【意味づけられる関わり】とは相反するものである。実践の中でどうにもならない事象はあり、“うーん。だから、なかなか退院に持っていけない患者さんとか、色々あるけれどもしょうがないよねとかってありますよね。あと本人がワンマンでやってきてとか。色んな家族がいるなっていうのがありますよね。でも、結局上手くいかない患者さんだと、最終的には仕方ないよねってなっちゃうと思います。そう自分達の考えを持っていくしかできないですよ。(D-62)”というように<「しょうがない」という諦め>をし、“あのう、自分の中で法則をやっぱり作らないと、同じことの繰り返しをしてしまうんですよ。だから…。(C-65)”というように<自己流のマニュアル作り>で対処していた。また、看護師は“はあ、でも何かちょっと自分の中でイラッとするってっていうか、そういうのがあっても、やっぱりそれは外に出してはいけないっていうのと、何かあったらとりあえず直ぐに謝ろうと、自分が悪くなくても謝ろうと思います。円満に行くならと思います。(E-30)”という体験を日々しており、〔その場をしのぐために、円満解決を求める自分の意にそぐわない対応〕として<その場しのぎの謝罪>をするという体験をしていた。

### 2)『ターニングポイントとの捉え』

『ターニングポイントとの捉え』は、〔ある出来事を、家族看護を志向していくためのきっかけと自己認知すること〕であり、《答え探しの自己模索》から《家族探索への拡がり》へとつながっていく重要な局面である。看護師は、《答え探しの自己模索》の過程で“(家族看護を学ぶ)きっかけは、大学病院3年目の時に、～中略～その見方として本を見せてもらったのがきっかけでした。その患者さんの事例も、家族との関わりに焦点を当ててみたいという形にして作っていききました。きっと、この方面に興味を持ったという点では、(この事例、事例検討が)

ターニングポイントだったと思うんですけど。それまでは何がというのはなく、やっていたので。(I-4)”というように＜ターニングポイントとしてのエピソード＞を明確に捉え、語れるようになっていた。

### 3)《家族探索への拡がり》

《家族探索への拡がり》は、〔家族を1つのユニットと捉えて看護を実践していこうとする、答え探しの自己模索の結果生まれた新たな認識〕であり、『「家族もまるごと」への拡がり』『もどかしさからの脱却』の2つのカテゴリーから成り立っていた。

#### (1)『「家族もまるごと」への拡がり』

『「家族もまるごと」への拡がり』は、〔患者や家族メンバーといった個の捉えから、家族を一つのユニットと捉える思考へと転換すること〕であり、看護師は《答え探しの自己模索》の中で様々な経験をし、“「患者さんと家族をつなげたい」とか「もっと家族の想いも拾いたい」とか、「患者さんをケアするのと同じように家族もケアができるようなナースになりたい」というのが8割ぐらい書いているんですね。結局そこができて、私達是一人前になるんだろうなあってうちの子たち、私も含めてたぶん思っているんだろうなあって。(F-68)”というように＜家族看護で一人前＞という新たな認識を獲得していた。そして、“患者さんだけを看てるんじゃないっていうのか、家族も一緒についていう事ですかね。何か上手く喋れないんですけど。(B-42)”というように、看護の対象について＜「患者だけ」から「家族もいっしょ」への転換＞を図りながら、家族をユニットとして捉えるという視点が生まれてきていることを表していた。

#### (2)『もどかしさからの脱却』

『もどかしさからの脱却』は、〔もどかしさから一歩抜け出し、前に進もうとする対応〕のことであり、＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」＞＜もどかしい周囲の歪み調整＞＜研修会の門をたたく＞といった3つの概念から成り立っている。

看護師は、＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」＞という患者と家族を繋ぐことでのこじれは避けたいものの、繋ぐことへの強い信念と望みを持っていた。またそれが簡単ではないことも感じ、＜もどかしい周囲の歪み調整＞に困惑していた。“あのう、やっぱり上手く帰せなかったりとか、患者さんと家族の思いの差が出てきてしまったり、先生と私達の見解、家族、患者さんの見解の差が出てきてしまうことが、ずっと、私が血液内科に行く前から、みんなすごく悩んでいて…。(F-9)”と明確な困りごととして表現されていた。しかし、“家族看護を学んでないので、how to も分からないので、まず家族

看護学という教科書を買って、読み進めていきました。そのあと文献を読んだり、雑誌を買ったりして、研究会のことも知りました。看護学会が企画しているものではない、例えばがん患者の家族ケアみたいなやつを行ってみましたね。(I-20)”というように、この状況を打破しようとして研修会の門をたたくという看護師の主体的な行動が見られた。

## VI. 考察

### 1. 看護師の「とまどい」の様相

本研究の目的は、患者家族との関わりの中で起こる、看護師の感情の動きや認識変化という「とまどい」の様相を明らかにするものであった。結果から導き出された「とまどい」の様相は、構造図(図1)で示したように、《答え探しの自己模索》という看護師自身の中で意図せずに起こる、感情の拠り所を求める反応から、《家族探索への拡がり》という家族を看護の対象とする認識変化を生み出すという過程であった。この2つコアカテゴリーを繋ぐのが、『ターニングポイントとの捉え』であり、この一連の過程は、家族看護段階を上がる過程と考えられた。構造図に基づいて、様相を考察する。

### 1)《答え探しの自己模索》の内容と様相

初期段階の《答え探しの自己模索》は、看護師の中で意図せずに起こっている、感情の拠り所を求めた反応である。それは、『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』を繰り返しながら、自身の感情と認知に『区切りと捉え直し』をして事象に取り組んでいく過程であった。これは、看護師が患者家族と対した時に常に起こる、看護師が事象に対応する時の感情の動きと認識変化を表わしていた。

まず、『わだかまる感情』とは、看護師が家族との関わりの中で感じ、自身の中に処理しきれず残るこじれた感情の総称である。看護師は、家族との関わりの中で、何をしたらよいのかわからない、どう声をかけたらよいのかわからない、という具体的な看護行為に対する不安から＜思うようにならないもどかしさ＞を抱いていた。この感情は、看護師の期待する家族メンバーの言動とのズレから生じるものだと考えられる。

実は家族看護は、1人ではなく複数の人々をまるごとアセスメントすることで成り立つ支援である。看護師は看護基礎教育の中で、患者の社会背景として家族を位置づけている。そのため家族という言葉は、患者ではない家族メンバーという、ある立場と役割を持つ個人の捉え

をしていることが多い。しかし現実には、この家族メンバー個人の捉えでは限界があり、看護師が期待する反応と異なる言動が家族に見られるために、患者への看護では感じなかった違和感を「とまどい」として覚えるのである（柳原2008）。

家族看護学の中核理論は家族システム論であり、円環的な相互作用でとらえる思考を持ち合わせないと、家族のシステム的な理解は困難である。言い換えれば、システム思考の無いままに現在の複雑な家族を理解し介入をしていくには限界があり、患者と家族メンバーでの相互作用や、他の家族メンバーとの相互作用の結果起こる家族の反応は理解されず、看護師の「とまどい」は繰り返されることが予測される。

一方で感情レベルでの看護師の＜思うようにならないもどかしさ＞は、家族対応の自信の無さだと考える。今回の研究対象者は、看護師としてはいわゆる一人前以上であり、患者の看護に対しては自信を持ってできている。そのため看護師は、家族にもある程度の自信を持って関わりを持つが、自身の描く結果とは異なったり、自信があるが故に＜「しょうがない」でも…＞と諦めきれなかったりという違和感を覚えるのであろう。高松ら（2002）は、このような自信のなさや違和感を心の揺れと捉え、家族に対する苦手意識の中核と述べており、この＜思うようにならないもどかしさ＞は【感情のもどかしさ】の中核をなし、同時に【感情のもどかしさ】は、『わだかまる感情』の中核をなすものと考えられる。これは、専門職としての自信のなさや違和感であり、違和感はアイデンティティの揺らぎを示すサイン（宮本1995）である。したがって＜思うようにならないもどかしさ＞は看護師としてのアイデンティティの揺らぎである。この揺らいだアイデンティティを何とか落ち着かせるために、『答え探しのあがき』という反応が起こっている。この『答え探しのあがき』が更に『わだかまる感情』を生んでもいた。

こうした状況について、小笠原（2007）は、Bridgesのトランジション理論を用いて専門志向を持つ看護師のニュートラルゾーンについて述べているが、停滞という局面を「看護師になって仕事に慣れてきた頃、行き詰った想いを抱いて留まっていること」と定義付けている。今回明らかになった『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』の繰り返しは、まさに、看護師としての停滞時期の局面と言える。

この停滞時期の局面は、ただそこに居座るわけではなく、次の段階へと進むためのきっかけともなる重要な局面でもある。言い換えれば。この停滞時期は、《答え探

しの自己模索》から抜け出せるか否か、つまり、家族看護段階を上げるための重要な局面であり、不安定な状態とすることができる。しかし、宮本（1995）は、「アイデンティティの不確かさからくる不安は、将来への周的な準備活動への動機づけを高め、それが学習意欲に通じていく」と指摘しており、この不安定さを否定的に捉えないことが重要である。つまり《家族探索への広がり》という認識の変化も、この停滞の過程を得ずには生まれないからである。

## 2) 《家族探索への広がり》の内容と様相

《家族探索への広がり》は、看護として家族もみていこうという《答え探しの自己模索》の結果生まれた新たな認識のことである。看護師は、《答え探しの自己模索》をしながら、＜ターニングポイントとしてのエピソード＞を捉える事ができていた。このことで、＜家族看護で一人前＞という家族看護に肯定的な認識を持ち、対象を個人から複数の人々へと変化させていた。これは、『「家族もまるごと」への広がり』そのものを表しており、患者を含めて家族を1つのユニットと捉えたこと、ならびに、全体性という家族システムの特徴の気づきを意味している。また、＜研修会の門をたたく＞という主体的な行動もみられ、看護師として自身の目指す方向性が見えてきていることがうかがえる。これは、小笠原（2007）が述べる、「方向性を見出す」という局面とも一致し、看護師としてステップアップするための重要な局面である。

以上で述べてきた「とまどい」の様相は、看護師としてのアイデンティティの揺らぎを落ち着かせ、家族看護実践への踏み出しをしていく過程と言える。今回明らかになった一連のプロセスは、高見（2005）が述べる、家族看護観の形成プロセスにおけるステージ1「実践へのきっかけ」から、ステージ2「看護の語りとケアの意味づけ」と上がっていく過程と類似している。また、家族をユニットとして捉えるという認識の変化、すなわち、家族システムへの気づきを生んでいる。このことは、Hanson（1996）が述べる家族ケアレベル1、もしくは2から3へ上がったことを示している。

今回明らかになった「とまどい」の様相は、看護師が家族看護段階を上がっていく際に見られる、看護師の感情の動きと認識変化と合致するものであった。

## 2. 家族看護実践看護師の「とまどい」の特徴

本研究での「とまどい」の様相をあらわす32の概念は、家族看護実践のみならず、一般の看護実践にも通じるものである。看護師は、経験を積み重ねていく中で、実践

知を身につけていく（勝原2012）。その成長過程は、決して直線的ではなく、停滞やアイデンティティの揺らぎといった、いわゆるニュートラルゾーンを経験しながら、螺旋的に段階を上がっていくと言える（小笠原207）。

では、家族看護に特徴的な「とまどい」とは何か、について考えてみる。特徴的な「とまどい」の概念として、＜「家族なのに…」とスッキリせず＞＜生まれ育った家族の重ね合わせ＞＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」＞＜もどかしい周囲の歪み調整＞の4つがあげられる。初期段階に、＜「家族なのに…」とスッキリせず＞＜生まれ育った家族の重ね合わせ＞がある。そもそも家族というものは、看護師自身も含めて誰もが有しており、それぞれに家族観や家族体験を持っている。そのため看護師は看護場面で、自らの価値・体験を重ね合わせることが容易であり、そうすることで目の前の事象に対応しようとする。野嶋（2005）は、家族像の形成の際に「看護者は、日頃から家族生活や家族関係について一般的な知識を蓄積していくことが重要であるが、その一方で、先入観でケア対象の家族を捉えないように留意することが重要である」と述べ、また「看護者の家族観や、看護者の普通を基準として家族を捉えていないかどうか、常に自己分析することが重要である」と述べているが、このことは、看護師自らの家族体験や価値観が、看護場面での家族像の形成に深く影響していることを示している。言い換えれば、この＜家族なのに…」＞＜生まれ育った家族…」＞2つは、家族看護実践での初期の避けがたい「とまどい」である。

また、《家族探索への拡がり》段階で挙げられている、＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」＞＜もどかしい周囲の歪み調整＞は、看護介入の際の「とまどい」である。これらは、つなぐ、調整という言葉からも、今までの家族メンバー個人への対応から、家族を1つのユニットとの捉えているものである。そのため、患者と家族メンバーや、家族メンバー同士という複数の関係性に視点がいき、関係を繋いだり、調整したりという介入しようとする意識が芽生えている。つまり、この2つの概念は、認識の拡がり、家族の全体性という家族のシステム特性の気づきを得たが故に生じる感情やもどかしさといえる。

この段階での家族看護実践は、家族内の関係性やユニットとしての家族に直接アプローチしていくことで、そこに働きかけていく力が求められている。＜「こじれるの嫌」でも「繋ぎたい」＞という信念や、＜もどかしい周囲の歪み調整＞といった感情は、認識の拡がりを出す指標ととらえることができる。この「とまどい」は、家族看護段階を1つ上がった段階で起こるものであり、単

純な『わだかまる感情』としてのものではない。

### 3. 家族看護実践への示唆

本研究で、家族看護実践における看護師の「とまどい」の様相が明らかになり、このことによって、家族看護実践を志向していく段階での看護師の様相がわかり、今後の現任教育等、家族看護実践の普及のための有用な基礎資料になりえると考ええる。明らかになった一連のプロセスは、看護師の経験の積み重ねであり、実践知として、家族のシステム特性に気づきを得ていく過程を意味している。

また本研究が明らかにしたのは、看護師の経験の中での成功体験だけでなく、いわゆる陰性感情を抱くような経験も重要である、ということである。グレッグ（2003）らは、「キャリア発達に関する悩みや苦悩の経験を乗り越え、～中略～自己の課題の認識や専門性の追求といった、専門職としての看護の追求が可能になる」と述べているが、まさしく、様々な経験をどのように意味づけていくかの重要性が示唆された。

家族看護実践の過程の中では、『区切りと捉えなおし』から『ターニングポイントとの捉え』へと移行していく局面が重要と考える。看護師は新たな専門性を志向する、いわゆる転機では、誰もが停滞から方向性を見出すというニュートラルゾーンを経験する。そのため、看護師が「とまどい」を感じているのは、次の段階へと踏み出す準備期間との捉えを、まず自分自身が認識していくことが重要である。しかし、前述したようにアイデンティティの揺らぎを伴う中で、自己を客観視することは困難を伴う。そのため、周囲のスタッフ、特に現任教育の立場にあるようなスタッフならびに専門看護師等が、「とまどい」を感じているスタッフの『区切りと捉えなおし』から『ターニングポイントとの捉え』へと移行していく局面をしっかりと捉えて、コンサルテーションを行いながら支援していくことが重要である。

## VII. 結論

本研究によって明らかになった、家族看護実践看護師の「とまどい」の様相は、看護師の中で感情の拠り所を求める《答え探しの自己模索》から、看護として家族をみていこうとする《家族探索への拡がり》という認識変化の過程であった。この過程は、『わだかまる感情』と『答え探しのあがき』の繰り返しの途中で『区切りと捉え直し』をし、『ターニングポイントとの捉え』をすることによって『「家族もまるごと」への拡がり』という認

識変化を持ちつつ、『もどかしさからの脱却』を図ろうとする、看護師の家族看護に対する主体的行動の始まりであった。これは、家族を1つのユニットと捉え、全体性という家族のシステム特性の気づきであり、家族看護段階を上がったと考えられ、家族看護実践におけるラダー開発の基礎資料となることが明らかになった。

## VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は家族看護実践のレベル1、もしくは2からレベル3への踏み出しの際に生じる「とまどい」の様相を明らかにしたのであるが、このことは、家族看護実践段階すべてを説明しているのではなく、これから先のレベル3から4、4から5への踏み出しの段階での「とまどい」もあるものと考えられる。また、今回は患者家族に意識的に関わりを持っている看護師を対象としており、それ以前の関わりをもてない看護師の「とまどい」の様相は異なるものがあると推察される。

さらに本調査では、看護師はどの年代でも多様なとまどいを感じているという考えから、意図的に経験年数に幅を持たせた。看護師の家族実践ラダー（段階）開発には、家族看護段階と経験年数との関連の詳細が必要であるため、今後は、量的研究で各段階での「とまどい」と関連要因との関係を明らかにしていくことが必要である。このようなことを1ずつ明らかにしていきながら、家族看護実践におけるラダー開発につなげたいと考える。

## X. 文献

舟山ゆかり（2009）：赤ちゃんを亡くした家族と関わる看護職者が抱える気持ち—スタッフケアの必要性について—、神奈川母性衛生学会誌12, P46-53  
グレッグ美鈴、池邊俊子、池西悦子他（2003）：臨床看護師のキャリア発達の構造、岐阜県立看護大学紀要3, P1-8  
入江安子、津村智恵子（2004）：保健師の家族看護介入能力に関する研究、家族看護2（2）, P138-147  
石澤恵、富岡小百合、大竹まり子他（2009）：訪問看護師の家族観と家族看護実践の実態および家族看護実践に関連する要因、山形医学27, P79-88  
栗原早季、原三紀子（2009）：悪性脳腫瘍を再発した患者の家族支援で看護師が感じる困難感—心理的介入に焦点をあてて—、日本リハビリテーション看護学術集会集録第21回, P222-224  
勝原裕美子（2012）：看護師の実践知とは—人としての成長と技の融合—、金井壽宏、楠見孝編：実践知—エキスパー

トの知性、P194-221, 有斐閣。  
木下康仁（2008）：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い—、弘文堂  
松浦恒仁、吉村不二子、高田奈緒他（2008）：集中治療室における看護師の家族援助とICU経験年数との関連、富山大学看護学会誌, 7, 1-6  
宮本真巳（1995）：感性を磨く技法2「違和感」と援助者アイデンティティ、日本看護協会出版会, P42-66  
松坂由香里、柳原清子、新村直子（2010）：臨床看護師の家族看護実践および教育研修への認識と実態、東海大学健康科学部紀要（1347-4162）16号 P75-82  
日本看護協会編（2010）：平成22年度版看護白書、日本看護協会出版会, P36  
野嶋佐由美（2005）：家族との関わりの困難さからの脱出、中野綾美編、野嶋佐由美監、家族エンパワーメントをもたらし看護実践、へるす出版, P53-58  
小笠原恵子（2007）：認定看護師のキャリア形成における転機のプロセス—ニュートラルゾーンに焦点を当てて—、高知医療センター医学雑誌2, P21 - 33  
太田栄子、祇園寿恵子、竹内そのえ他（2006）：患者家族との関わりの中での3年目看護師の戸惑い、家族看護4（1）, P120-124  
P. Benner（2006）：健康・病気・ケアリング実践についての研究における解釈的現象学の流儀と技能、P. Benner 編、相良ローゼマイヤーみはる監訳、ベナー解釈学的現象学—健康と病気における身体性・ケアリング・倫理、医歯薬出版, P93-115,  
P. Benner（2005）：ベナー看護論新訳版—初心者から達人へ—、井部俊子監訳、医学書院 P1-10  
S. M. H. Hanson & S. T. Boyd（1996）：Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. F. A. Davis Company, P19-20  
鈴木和子（2006）：看護学における家族の理解、渡辺裕子、家族看護学—理論と実践—第3版、日本看護協会出版会, 29-63  
高見紀子（2005）：看護者の家族看護観の形成に関する研究、家族看護学研究, 11（2）, P67  
高松ゆり、吉川恵子、池田美智子他（2002）：看護者が家族に抱く苦手意識、日本看護学会論文集（看護管理）33, P185-187  
鳥居央子、森秀子、杉下知子（2004）：看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績から—、家族看護学研究9, P113-122  
吉田由美（2005）：4年生看護系大学における看護系科目の開講状況、順天堂大学医療看護学部医療看護研究1, P16-21  
柳原清子（2008）：家族理論にもとづいた家族アセスメントの方法とそのポイント、緩和医療学10（4）P341-346

### Abstract

This research is focused on nurse's "bewilderment" that arises in the relationship between the families of patients and nurses practicing family nursing. "bewilderment" is the aspect of the movement of nurse's emotions and perception. The object of the study was to reveal the contents of "bewilderment" and also to obtain basic data for ladder development for nurses practicing family nursing.

The subjects were 10 nurses with at least 3 years experience who were interested in being involved with the families of patients. Data were collected by a semi-structured interview and then analyzed by the Modified Grounded Theory Approach.

As a result, 2 core categories, [ ]; 6 categories { }, 12 subcategories, and 32 concepts were extracted.

The aspect of "bewilderment" of nurses was a process which brought recognition change from [searching for self to find answer], which is a reaction to look for an emotional resting place, arising unintentionally from within in the nurses themselves, to [extension to family exploration], which is to recognize a family as an object of nursing. The [searching for self to find answer] indicated an emotional movement of { punctuation and re-grasping} through repetitions of {be compounded emotions} and a {struggle to find answers}. The [extension to family exploration] indicated a recognition change to {extension to 'a whole of family inclusive'} derived from {grasping as a turning point} and proactive behavior to attain {departure from frustration}. This process represented a change from viewing a patient as an individual to grasping the concept of family as a unit; in other words, recognition of family nursing. With clarification of these issues, we were able to obtain useful, basic data for developing a ladder in family nursing practice.