

## 入院患者の家族への日常的なかかわり行動に対する 看護師の認識

—東北地区・国立病院機構看護師の調査から—

三浦まゆみ\*1, 中村令子\*2, 久保よう子\*3

### Nurses' perception of their relational behavior with family members of hospitalized patients.

—Survey of nurses who work at national hospital organizations  
in Tohoku district—

Mayumi Miura\*1, Reiko Nakamura\*2, Yoko Kubo\*3

#### 要 旨

本研究の目的は、看護師が入院患者の家族に日常的にどのようにかかわっていると認識しているのかを明らかにし、この家族へのかかわり行動と経験年数及び看護の社会的スキルの認識との関連を見出すことである。ここで用いられる看護の社会的スキルの項目は、因子分析によって抽出された『説明と確認のスキル』『身体接触のスキル』『わかりやすさのスキル』『意図的接近のスキル』『問題解決のスキル』の5因子である。

家族へのかかわり行動の項目においては、看護師は初歩的社会的スキルに関連した項目については実践しているという認識の評価は高いが、教育・役割調整に関連した項目は実践しているという評価が低かった。さらに家族へのかかわり行動の項目を因子分析した結果『家族の困り事への対応』『気持ちの表出への支援』『接遇』『家族に対する基本姿勢』の4因子が抽出された。この家族へのかかわり行動の各因子と経験年数との関連をみると、経験年数が多くなるにつれ実践しているという認識の評価が高かった。このことから看護実践の体験を意味づけをしていくことを繰り返していく中で、よりよい家族看護につなげていくことができると考える。

次に家族へのかかわり行動と看護の社会的スキルの各因子との関連をみると、家族へのかかわり行動の因子において、個人の価値観が根底にみられる『家族に対する基本姿勢』の因子以外は看護の社会的スキルの各因子と相関がみられた。これは家族援助が対人関係に関わる援助ということができ、家族へのかかわり行動の向上が結果的に看護の社会的スキルを高め患者の看護の質を向上させていくことにもつながっていくことになると思う。

キーワード：家族看護，看護師の認識，日常的なかかわり行動，看護の社会的スキル

#### はじめに

近年の少子化、高齢化、核家族化、世帯の小規模化<sup>1)</sup>といった家族構造の変化は家族のありように大きな影響を与えている。家族機能が縮小され、脆弱化が指摘されている現代の家族において健康問題が発生することは、家族員の心理的動揺や介護による疲労、そして困惑を引き起こし、家族全体に大きな影響を与える。

東北地方は家族・親戚の結束が強く、何らかの問題が生じた時にも自分たちの力で何とかしよう

とする傾向があり、現在も3世代世帯の割合が高い傾向<sup>2)</sup>にはあるものの、少子化、高齢化、核家族化といった家族構造の変化は確実に進んでいる。岩手県内の調査からは、医療者—患者関係は受身的であり遠慮するような関係の存在が見出された<sup>3)</sup>という報告もある。このような地域の特性を考慮して表現されにくいニーズを読み取って家族を支援することが必要と思われた。そこで、東北地方全体を視野に入れ、看護師が患者の家族に対してどのようなかかわりをしているのかを明らかにしたいと考えた。しかし、患者との対応において

\*1 岩手県立大学看護学部

\*2 弘前学院大学看護学部

\*3 国立病院機構山形病院

さえ、配慮を伴うかわりには、個々の看護師がもつ気配りに頼っている部分が多い<sup>4)</sup>、という結果が報告されている。そのため、本研究では日常的に看護師が家族に対してかかわっている行動を、家族に対する援助技術として位置づけ、その行動を具体的に示した項目の質問紙を作成し、これを用いて行動のレベルで評価することをねらいとした。また、患者との人間関係成立のための技術の実践と家族に対する関わり方の技術の実践との関係を明らかにすることによって、家族看護の実践能力を育成するための看護師への教育方法への示唆を得ることを目的として本研究に取り組んだ。

## I 研究目的

1. 看護師が家族に日常的にどのようにかかわっていると認識しているのかを評価し、その因子構造を明らかにして経験年数との関係を検証する。
2. 看護師の患者との対人関係成立のための技術の実践と、家族へのかかわり行動との関連を明らかにする。

## II 研究方法

1. 研究対象  
東北地方の独立行政法人国立病院機構14病院に勤務する看護職者1924人。全数調査とした。
2. 研究方法  
各病院の看護部長を通して、無記名自記式質問紙を配布した。各病院では病棟ごとに回収袋を設け、2週間の期間をおいて回収、病院每一括にて郵送での返送した。
3. 倫理的配慮：  
調査は無記名とし、調査用紙に添付した文書にて添付調査の目的、及び参加は自由意志であり参加の有無により不利益を被ることや個人が特定されることがないことを説明した。
4. 研究期間  
平成16年6月～7月

## 5. 研究内容

質問紙の設問は、以下のとおりである。

- 1) 個人的背景:経験年数, 所属病棟
- 2) 家族へのかかわり行動  
先行研究で作成した調査項目<sup>5)</sup>に人間関係を築くスキルを追加し、一施設91人に予備調査<sup>6)</sup>を実施した。その結果をもとに、項目を精選し、以下①～⑤の5つのカテゴリーからなる33項目を用いた。
  - ①『初歩的社会的スキル』  
人間関係を築く技術として8項目。
  - ②『家族に対する基本姿勢』  
看護師の中立的価値観を基本においた8項目。この延長線上に家族の意思決定の尊重があることを意識した。
  - ③『情緒的支援』  
不安や混乱・疲労困憊にある家族の内面をしっかりと受け止めることについての7項目。
  - ④『橋渡し・代弁』  
橋渡し後のフォローも責任をもって行うことの内容までを含めた3項目。
  - ⑤『教育・役割調整』  
危機への働きかけなど、家族のダイナミクスに働きかける、セルフケア力を高める、患者の看護活動によって気づかされる家族の状況を家族が求めているニーズとして意識化する内容を含めた7項目。
- 3) 看護の社会的スキル  
患者個人に対する対応を中心として作成されている、千葉と相川による「看護の社会的スキル」<sup>7)</sup>との関連をみた。本研究では55項目中、既存の尺度と有意な関係が認められなかった第6因子を除く5因子50項目を調査項目とした。この5因子は、以下の通りである。
  - ①第1因子『患者尊重のスキル』  
「目標を患者とともに考える」、「退院後の生活について患者と相談する」など14項目であり、尊重スキルと傾聴スキルの項目から構成されている。
  - ②『情報の収集と提示スキル』  
「自信ある態度で接する」、「患者の家族にも十分な情報を伝える」など10項目であり、情報収集スキルと情報提示スキルの項目から構成されている。

## ③『表出行動スキル』

「一度にたくさんの質問をしない」、「詮索がましく問いたださない」など13項目であり、看護者の表出に関する項目から構成されている。

## ④『身体接触スキル』

「患者と話しているときに、そっと身体に手を添える」、「患者の孤独感を癒すために身体の一部に触れる」など身体接触に関する8項目から構成されている。

## ⑤『積極的接近スキル』

「表情豊かに接する」、「患者に積極的に声をかける」など5項目であり、患者に関心をもち接していく行動と考えられる項目から構成されている。

## 6. 分析方法

「家族へのかかわり行動」、及び「看護の社会的スキル」の各回答に対して、「そうでない」を1点、「どちらかというとそうでない」を2点、「どちらかというとそうである」を3点、「そうである」を4点という得点を与え、高得点ほど強く認識しているようにした（3つの逆転項目を除く）。さらに各項目の平均値、偏差値を算出し、反応に歪みのある項目を除き、主因子法、直交解にて因子を抽出し、バリマックス回転を行い、因子負荷行列を得た。

「家族へのかかわり行動」から抽出された各因子と「個人的背景」との関連を一元配置分散分析、その後の多重比較で検定した。また「家族へのかかわり行動」から抽出された各因子と「看護の社会的スキル因子」との関連を相関に

て検討した。

## III 研究結果

## 1. 回答者の背景：

対象者1924人に配布し回収1700（回収率88.4%）、そのうち無回答の多かった40を除き、1660（86.3%）を分析の対象とした。

## 1) 性別

性別は問わなかったが、北海道・東北地区の独立行政法人国立病院機構全体の看護職者は女性が96.5%、男性は3.5%である。

## 2) 経験年数

『10年以下』が637人（38.4%）、『11～20年』が322人（19.4%）、『21～30年』が532人（32.0%）、『31年以上』が162人（9.8%）であった（表1）。

## 3) 所属病棟

『一般病棟』768人（46.3%）であり、国立病院の特徴である『重心病棟』452人（27.3%）、『筋ジストロフィー病棟』162人（9.8%）、『精神科・認知症病棟』91人（5.5%）、そのほか『ICU・手術室・外来』53人（3.2%）、『難病・神経内科病棟』35人（2.1%）、『結核病棟』22人（1.3%）、『その他』で60人（3.1%）、無回答17人（1%）であった（表2）。

経験年数との関連では、一般病棟、筋ジストロフィー病棟、ICU・手術室・外来、難病・神経内科病棟で10年以下の経験者が多く、重心病棟、精神科・認知症病棟、結核病棟では21年以上の経験者が多い傾向であった（表3）。

表1 経験年数 n=1660

項目	人 (%)
～10年	637 (38.4)
11～20年	322 (19.4)
21～30年	532 (32.0)
31年～	162 (9.8)
無回答	7 (0.4)

表2 所属病棟 n=1660

項目	人 (%)
一般病棟	768 (46.3)
重心病棟	452 (27.2)
筋ジストロフィー病棟	162 (9.8)
精神科・認知症病棟	91 (5.5)
ICU・手術室・外来	53 (3.2)
難病・神経内科病棟	35 (2.1)
結核病棟	22 (1.3)
その他	60 (3.6)
無回答	17 (1.0)

表 3 経験年数と所属病棟との関連

病棟／経験年数	～10年 人 (%)	11～20年 人 (%)	21～30年 人 (%)	31年～ 人 (%)	合計 人 (%)
一般病棟	374 (48.8)	149 (19.4)	197 (25.7)	47 ( 6.1)	767 (100)
重心病棟	90 (20.1)	90 (20.1)	194 (43.3)	74 (16.5)	448 (100)
筋ジストロフィー	70 (43.5)	24 (14.9)	54 (33.5)	13 ( 8.1)	161 (100)
精神科・認知症	29 (31.9)	17 (18.7)	37 (40.7)	8 ( 8.8)	91 (100)
ICU 手術室外来	28 (52.8)	16 (30.2)	7 (13.2)	2 ( 3.8)	53 (100)
難病・神経内科	20 (57.1)	4 (11.4)	5 (14.3)	6 (17.1)	35 (100)
結核	5 (22.7)	5 (22.7)	9 (40.9)	3 (13.6)	60 (100)
計	616 (39.1)	305 (19.3)	503 (31.9)	153 ( 9.7)	1577 (100)

## 2. 家族へのかかわり行動

### 1) 家族へのかかわり行動の得点

平均値が高かった上位 5 項目は、「16. 対処が困難と感じた内容を相談されたら上司あるいは他の専門職種へ相談する」(3.67), 「4. ベッドサイドにいたときに家族が訪れた場合家族に声をかけてからその場を去る」(3.45), 「6. 家族が帰るときに声をかける」(3.41), 「9. 家族からの質問や要求に対して誠実に対応する」(3.40), 「2. 家族が訪れた時訪れたことへのねぎらいのことばをかける」(3.39) で、『初歩的社会的スキル』と『家族に対する基本姿勢』に含まれる項目であった。

平均値が低かった下位 5 項目は、「32. 家族の問題をチームカンファレンスにとりあげる」(2.58), 「22. 深刻そうな家族には声をかけ時間と場所を確保して話を聞く機会をもつ」(2.58), 「28. 家族の危機状況を把握し, 問題解決を試みる」(2.52), 「27. 地域のソーシャルサポートの活用を家族に説明する」(2.48), 「30. 患者の入院により生じた家族の負担が一人にかからないような役割調整を試みる」(2.39) であった。これらは『情緒的支援』, 『教育・役割調整』に含まれる項目であった(表 4)。

### 2) 家族へのかかわり行動の因子構造

33項目の得点から, 反応に歪みのある 7 項目を除いた 26 項目を因子分析し, 主因子法, バリマックス回転後の解釈可能性から 4 因子が抽出され, 因子負荷量の絶対値 .40 以上の 24 項目にて下位尺度を構成した。累積寄与率

42.21%, それぞれの尺度の信頼係数  $\alpha$  の範囲は .850～.720 であり内的整合性があると判断した(表 5)。また観測変数を取り扱う KMO 標本妥当性の測定値も .941 であり妥当性が評価された。

第 1 因子は, 8 項目から構成され, 「地域のソーシャルサポートの活用を家族に説明する」, 「退院後の家族の受け入れ方針などを確認する」, 「家族の問題をチームカンファレンスにとりあげる」に高い因子負荷がみられた。家族に対して積極的に介入しようとする内容と考え『家族の困り事への対応』と命名した。

第 2 因子は, 7 項目から構成され, 「家族が動揺したとき正面から受け止める」, 「前向きにとりくめるよう一緒に考え必要時アドバイスする」, 「医師との橋渡しを行い必要時面談を設定する」に高い因子負荷がみられた。家族の気持ちを和らげようとする対応と考え『気持ちの表出への支援』と命名した。

第 3 因子は, 6 項目から構成され, 「説明はおしつけない」, 「家族が帰るとき声をかける」に高い因子負荷がみられた。節度ある対応を心がける内容と考え『接遇』と命名した。

第 4 因子は, 3 項目からなり, 「問題家族ときめつけない」, 「批判的にみない」, 「こうあるべきと家族をきめつけない」の項目すべてが高い因子負荷がみられた。暫定的な下位概念である『家族に対する基本姿勢』と一致した項目で構成されたのでそのまま『家族に対する基本姿勢』と命名した(表 5)。

### 3) 家族へのかかわり行動と経験年数との関連

経験年数と各因子との関連をみると, 経験

表4 家族へのかかわり行動の得点

	項 目	平均値 (SD)	上位項目○ 下位項目△
初歩的社会的スキル	1. 初対面の場合、自分の方から自己紹介をする。	3.33 (.750)	
	2. 家族が訪れた時、訪れたことへのねぎらいのことばをかける。	3.39 (.661)	○
	3. 家族が訪れた時、患者の状態を伝える。	3.21 (.673)	
	4. ベッドサイドにいたとき、家族が訪れた場合、家族に声をかけてからその場を去る。	3.45 (.622)	○
	5. 家族と世間話をする。	2.84 (.763)	
	6. 家族が帰るときには声をかける。	3.41 (.593)	
	7. 患者の看護に対して、家族が希望・要望を話しやすいような雰囲気を持つよう心がける。	3.15 (.585)	○
	8. 面会に訪れた家族と患者との関係に関心がある。	3.20 (.669)	
家族に対する基本姿勢	9. 家族からの質問や要求に対して誠実に対応する。	3.40 (.553)	○
	10. 家族への説明は押し付けにならないようにする。	3.25 (.577)	
	11. 自分たちと考えが違っていても非難せず、家族の決定を尊重する態度を示す。	3.17 (.544)	
	12. 自分の考えにあわない家族を批判してしまおう。 ※	2.06 (.748)	
	13. 家族の考え方が合致しない時、こうあるべきだと家族を説得する。 ※	1.82 (.634)	
	14. 家族の都合で患者を軽んじているように見える家族は問題家族ときめつけてしまおう。 ※	2.02 (.751)	
情緒的支援	15. 患者と家族の考えが異なる時、一方の考えを支持し他方を責めるようなことはせず中立的立場をとる。	3.06 (.582)	
	16. 対処が困難を感じた相談をされたら、上司・専門職に相談する。	3.67 (.512)	○
	17. 患者が今どういう状態にあるのかを説明する。	2.96 (.737)	
	18. 長時間付き添っている家族に対して休息をとる環境に気を配る。	3.22 (.700)	
	19. 患者のことだけでなく周りの状況も説明する。	2.77 (.743)	
	20. 家族が訪れた時、病院への要望・希望を聞く。	2.63 (.797)	
	21. 強い口調で話す家族に対しても声をかける。	2.87 (.729)	
橋渡し・代弁	22. 深刻そうな家族には声をかけ、時間と場所を確保して話を聞く機会を持つ。	2.58 (.768)	△
	23. 家族が動揺したとき、正面から受け止める。	2.99 (.619)	
	24. 患者がいたくてもいえないことを家族にわかってもらうよう代弁する。	2.89 (.652)	
教育・役割調整	25. 医師が説明した後、理解したかどうか確認し、不明なところをはっきりさせる。	3.12 (.653)	
	26. 医師との橋渡しを行い、必要時面談を設定する。	3.18 (.685)	
	27. 地域の社会的資源の活用を家族に説明する。	2.48 (.846)	△
	28. 家族の危機的状況を把握し、問題解決を試みる。	2.52 (.752)	△
	29. 患者や家族が自分たちの生活に前向きに取り組むことができるよう一緒に考え、必要時アドバイスをする。	2.99 (.619)	
	30. 患者の入院により生じた家族の負担が一人にかからないような役割調整を試みる。	2.39 (.763)	△
	31. 退院後の家族の受け入れ方針などを確認する。	2.78 (.878)	
	32. 家族の問題をチームカンファレンスにとりあげる。	2.58 (.799)	△
	33. 家庭での日常生活の送り方を詳しく聞き参考にする。	2.85 (.744)	

※は、逆転項目

表 5 家族へのかかわり行動の因子構造

項 目	第 1 因子 家族の困 り事への 対応	第 2 因子 気持ちの 表出への 支援	第 3 因子 接 遇	第 4 因子 家族に対 する基本 姿勢	共通性
地域の社会資源の活用を家族に説明する.	.647	.211	.205	-.055	.508
退院後の家族の受け入れ方針などを確認する.	.586	.196	.229	-.061	.437
家族の問題をチームカンファレンスに取り上げる.	.560	.272	.158	-.012	.413
家ででの日常生活の送り方を詳しく聞き参考にする.	.548	.315	.205	.041	.443
家族の危機的状況を把握、問題解決を試みる.	.545	.303	.154	0.034	.454
家族が訪れた時病院への希望・要望を聞く.	.521	.184	.309	.087	.449
患者の入院により生じた家族の負担が 1 人にかか らないような役割調整を試みる.	.505	.323	.027	-.018	.411
患者のことだけでなく周りの状況も説明する.	.470	.187	.304	-.018	.412
家族が動揺した時、正面から受け止める.	.221	.666	.215	.093	.547
患者や家族が自分たちの生活に前向きに取り組む ことができるよう一緒に考え、必要時アドバイス する.	.323	.664	.150	.060	.571
医師との橋渡しを行い必要時面談を設定する.	.275	.600	.162	-.014	.462
医師が説明した後、理解したかどうか確認し不明 なところをはっきりさせる.	.225	.554	.247	.043	.420
患者の看護に対して家族が希望・要望を話しやす いような雰囲気をもつよう心がける.	.244	.546	.275	.065	.443
患者がいいたくても言えないことを家族に分かっ てもらえるよう代弁する.	.244	.535	.212	-.055	.438
患者と家族の考えが異なる時、一方の考えを支持 し他方を責めるようなことはせず中立的立場を とる.	.066	.406	.253	.048	.235
説明はおしつけない.	.124	.315	.528	.157	.418
家族が帰る時には声をかける.	.124	.160	.522	.146	.335
家族からの質問や要求に対して誠実に対応する.	.160	.329	.509	.049	.431
強い口調で話す家族に対しても声をかける.	.304	.204	.468	.081	.335
自分たちと考えが違っていても非難せず家 族の決定を尊重する態度を示す.	.169	.259	.456	.222	.353
家族が訪れたとき、患者の状態を伝える.	.280	.058	.415	-.007	.327
家族の都合で患者を軽んじているように見える家 族を問題家族と決めつける. ※	.030	.035	.045	.739	.550
自分の考えと合わない家族を批判的にみる. ※	.027	.046	.065	.682	.472
家族と考え方が合致しないとき、こうあるべきと 家族を説得する. ※	-.241	-.009	.138	.613	.453
因子寄与	7.76	1.72	.84	.67	
因子寄与率	29.83%	6.63%	3.24%	2.51%	
累積寄与率	29.83%	36.45%	39.70%	42.21%	
信頼係数 $\alpha$	.850	.832	.744	.720	

※は、逆転項目

表6 家族へのかかわり行動の因子と経験年数との関連

因子要素 経験年数	平均値(SD)	～10年	11～20年	21～30年	31年～	F 値	有意差
家族の困り事への対応	21.02(4.38)	19.93(4.13)	20.82(4.17)	22.28(4.41)	22.74(4.39)	29.85	***
気持ちの表出への支援	21.35(3.13)	20.94(3.00)	21.19(3.00)	21.83(3.20)	22.05(3.52)	8.99	***
接遇	19.35(2.44)	18.85(2.30)	19.18(2.28)	19.85(2.48)	20.16(2.70)	20.95	***
家族に対する基本姿勢	9.11(1.71)	9.02(1.69)	9.02(1.65)	9.20(1.78)	9.43(1.68)	2.91	*

\* p<0.05    \*\* p<0.01    \*\*\* p<0.001

年数が多い群が平均値は高い傾向にあった。第4因子『家族に対する基本姿勢』以外は、経験年数『10年以下』『11～20年以下』と『21～30年以下』『31年以上』との間に、一元配置分散分析及びその後の多重比較の結果有意な差が認められた。なお、第1因子『家族の困り事への対応』は、『10年以下』と『11～20年』との間にも有意な差が認められた(表6)。

## 2. 看護の社会的スキル

### 1) 看護の社会的スキルの因子構造

今回の調査対象者が、年代的にも所属病棟においても多様な層の協力が得られたので、50項目からさらに精選できるのではないかと考え、家族へのかかわり行動と同様の手順を用いて因子分析を行った。すなわち50項目の得点から、反応に歪みのある項目を除いた40項目を因子分析し、主因子法、バリマックス回転後の解釈可能性から5因子が抽出され、因子負荷量の絶対値.45以上の34項目にて下位尺度を構成した。累積寄与率47.18%、それぞれの尺度の信頼係数 $\alpha$ の範囲は.90～.802であり内的整合性があると判断した。また

KMOの標本妥当性の測定値も.950であり、妥当性が評価された。

第1因子は、8項目から構成され、「患者が説明を理解できたか確認する」、「患者の言動の不一致があれば尋ねる」に高い因子負荷をみられたので、『説明と確認のスキル』と命名した。

第2因子は、7項目から構成され、「患者の孤独感を癒すために身体の一部に触れる」、「患者と話している時にそっと手をそえる」に高い因子負荷がみられ、千葉・相川のスキルの下位概念である『身体接触スキル』と同じ項目なので、そのまま『身体接触のスキル』と命名した。

第3因子は、7項目から構成され、「質問を多くしない」、「あいまいな表現をしない」の項目に高い因子負荷がみられたので、『わかりやすさのスキル』と命名した。

第4因子は6項目から構成され、「テキパキと対応」、「患者の家族にも十分情報を与える」、「患者の家族からも情報を聞く」の項目に高い因子負荷がみられたので、『意図的接近のスキル』と命名した。

第5因子は、5項目から構成され、「問題

表 7 看護の社会的スキルの因子構造

項 目	第1因子 説明と確認のスキル	第2因子 身体接触のスキル	第3因子 わかりやすさのスキル	第4因子 意図的接近スキル	第5因子 問題解決のスキル	共通性
患者が説明を理解できたか確認する.	.741	.063	.240	.131	.167	.656
患者の言動の不一致があれば尋ねる.	.702	.004	.173	.171	.263	.621
患者が抱いている気持ちを聴く.	.681	.152	.169	.190	.153	.575
患者が自分の考えを明確にするために時間を与える.	.657	.119	.191	.161	.215	.554
患者が行ったことを時々要約する.	.588	.111	.168	.168	.164	.442
指導の必要性を患者に説明する.	.581	.075	.175	.207	.335	.529
患者が自分の状態をどう捉えているのか尋ねる.	.569	.088	.077	.096	.414	.519
患者が一番苦痛に思っていることをまず話題にする.	.504	.083	.111	.165	.181	.333
患者が感情を表出する機会を提供する.	.502	.225	.077	.246	.247	.430
患者の孤独感を癒すために身体の一部にふれる.	.107	.816	.080	.075	-.024	.691
患者と話しているときにそっと手をそえる.	.098	.800	.095	.032	-.038	.662
患者の手に触れて援助したいという気持ちを伝える.	.053	.784	.104	.068	.039	.635
検査に行く患者の背中や肩に手をそえる.	.099	.744	.118	.083	.035	.585
苦痛を伴う処置の最中, 患者の手を握る.	.057	.601	.114	.151	.115	.413
臥床患者の下腿をマッサージする.	.097	.474	.112	.158	.162	.298
患者の髪をとかしながら頭部にふれる.	.016	.457	.067	.157	.132	.256
質問を多くしない.	.072	.120	.687	.117	.150	.527
あいまいな表現はしない.	.074	.148	.603	.330	.170	.529
患者にはいつも同じ態度で接する.	.105	.158	.587	.223	.071	.435
自己の言動を一致させる.	.230	.107	.583	.339	.053	.521
一度にたくさんの質問をしない.	.192	.127	.581	.133	.046	.411
高い声で話さない.	.179	.081	.576	.018	-.002	.371
はっきりした落ち着いた話し方をする.	.152	.153	.565	.378	.058	.512
テキパキと対応する.	.129	.107	.286	.586	.158	.479
患者の家族にも十分情報を与える.	.277	.153	.201	.581	.132	.495
患者に積極的に声をかける.	.150	.352	.134	.544	.031	.461
患者に応じて個別にケアを行う.	.199	.190	.265	.501	.095	.407
自信のある態度で接する.	.170	.041	.284	.497	.150	.381
患者の家族からも情報を聞く	.329	.157	.190	.497	.108	.428
問題解決の方法を患者と検討する.	.421	.065	.060	.103	.729	.727
患者の健康問題は何かを話す.	.357	.119	.134	.137	.628	.572
目標を患者とともに考える.	.270	.098	.115	.118	.587	.454
患者に健康問題が解決したことを伝える.	.400	.107	.117	.122	.532	.483
退院後の生活について患者と相談する.	.351	.057	.080	.123	.508	.406
因子寄与	12.26	3.24	2.15	.89	.82	
因子寄与率	29.90%	7.89%	5.23%	2.17%	2.00%	
累積寄与率	29.90%	37.79%	43.02%	45.19%	47.18%	
信頼係数 $\alpha$	.900	.863	.861	.802	.858	



表 8. 家族へのかかわり行動についての認識と看護の社会的スキル要素の相関関係

Pearson の相関係数

	<家族へのかかわり行動>	第1因子 家族の困り事 への対応	第2因子 気持ちの表出 への支援	第3因子 接 遇	第4因子 家族に対する 基本姿勢
<看護の社会的スキル>	.676	.581	.639	.512	.093
説明と確認のスキル		.434	.535	.347	.027
身体接触のスキル		.367	.341	.336	.055
わかりやすさのスキル		.336	.441	.398	.185
意図的接近スキル		.533	.581	.515	.112
問題解決のスキル		.476	.440	.302	.006

解決の方法を患者と検討する」, 「患者の健康問題は何かを話す」の項目に高い因子負荷がみられたので, 問題解決に関する内容から『問題解決のスキル』と命名した(表7).

## 2) 家族へのかかわり行動と看護の社会的スキルとの関連

「家族へのかかわり行動」と「看護の社会的スキル」との相関係数を求めた. 全体での相関係数は.676と有意な正の相関が認められた. さらに「家族への関わり行動」の因子別にみると, 第1因子『家族の困り事への対応』(.581), 第2因子『気持ちの表出への支援』(.639), 第3因子『接遇』(.512)とそれぞれやや高い正の相関が認められた(表8).

## IV 考察

本研究では, 家族に対して看護師がどのようなかかわり行動を行っているのかを具体的な行動のレベルで評価することを試み, また, 看護師の経験年数及び患者に対する看護の社会的スキルとの関連性を分析した. その結果について以下に考察する.

### 1. 家族へのかかわり行動の得点と因子分析結果の検討

自己紹介, 声をかけるなどの家族に関心をよせていることを示す『初歩的社会的スキル』や『家族に対する基本姿勢』については, 看護師は実践していると評価していることがわかった. これらは家族と関係を築くための働きかけといえる内容であり, 医療職としての基本的なかかわり行動といえる. 家族との関係は日常のさり

げない対応の積み重ねの結果から得られる信頼関係が非常に大きな意味をもつ. 基本的なかかわり行動が実践できているかどうかを評価することは, 家族援助の技術の1つとして認識する上で重要な意味を持つと考える.

家族へのかかわりは, 基本的なかかわり行動を前提として, 『情緒的支援』, 『橋渡し・代弁』, 『教育・役割調整』という専門的かかわり行動へと展開される. しかし, 家族のダイナミクスに働きかける「危機状況への介入」, 「家族間の役割の調整」や, 地域で暮らす人々という視点からみる「ソーシャルサポートの活用説明」, あるいは看護師全体で問題として取り組もうとする「チームカンファレンスに取り上げる」についての実践は少ないという結果であった. 家族が何に困っているのかアセスメントし, 具体的な援助を実践しようとする項目の平均値が低いことは, 鳥居ら<sup>8)</sup>が日本家族看護学会員を対象にした報告において, 「家族への援助の気持ちや姿勢があるが, 実際の技術には自信がない様子が伺えた」と述べているように, 関心はあるもののどう行動したらいいのか自信がないという現状を表しているものと考えられる. 『情緒的支援』, 『橋渡し・代弁』, 『教育・役割調整』についての技術習得が課題であると考えられる. また, 「チームカンファレンスに取り上げる」の実践が少なかったことから, 個人的には考えていてもチームとしての共通認識には至っていないなどのことが要因として考えられる.

因子分析の結果からは4つの因子が抽出された. このことから, 家族への具体的な看護介入という共通性がみられる第1因子の『家族の困り事への対応』には, 「病院への希望・要望

を聞く」, 「患者のみでなく周りの状況も説明」という項目も含まれていることから, これらは配慮というより, 家族が困っていることに対処をしようとするを前提とした積極的アプローチの姿勢であることが示された。

家族の気持ちに積極的に近づき, 家族のニーズを把握しようという共通性がみられる第2因子の『気持ちの表出の支援』では, 看護介入と考えていた「前向きに取り組めるよう一緒に考え必要時アドバイスする」や『代弁・橋渡し』としている項目は「家族の動揺を正面から受け止める」と密接なつながりがあることが示され, 看護介入というよりは, まず家族の気持ちを落ち着かせよう, という情緒面の働きかけであることが伺えた。

また, 第3因子の『接遇』と第4因子の『家族に対する基本姿勢』は, 態度という点で類似しているようにもみえるが, 『接遇』は節度ある対応としての基本的な行動という共通性がみられ, 人間関係を築く上でかかすことのできない初歩的対応の項目ととらえた。そして『家族に対する基本姿勢』は, 看護者個人の資質に関連する内容ととらえた。

これらの因子と看護師の経験年数との関連においては, 経験年数『10年以下』『11~20年以下』とそれ以上の経験年数の看護師と有意な差が認められた。さらに『家族の困り事への対応』では『10年以下』と『11~20年以下』との間にも有意な差が認められ, とくに経験年数『10年以下』の看護師の自己評価が低いことがわかった。このことから「家族へのかかわり行動」は, 個々の看護師の職業上の経験や個人的な経験の積み重ねが患者の家族に対する対応への自信となって実践されているのではないかと考えられる。しかし個人の経験で得た感触重視の判断は, 不都合な例外を排除し, 自分の枠組みに当てはめて判断しようとするもおこりえる。経験の浅い看護師の学習のためにも経験を分かちあい, 意味を明らかにしてそれぞれの成長の糧としていく努力が必要<sup>9)</sup>と思われる。

以上の家族へのかかわり行動についての分析からは, 看護師の家族看護の実践能力を育成するためには, 家族に対する『情緒的支援』, 『橋渡し・代弁』, 『教育・役割調整』についての技術習得について, 経験した事例をカンファレン

スに取り上げるなどによって経験年数の異なる看護師の間で看護経験の共有を図り, そこから得た知見を積み重ねることが必要と考えられる。そのためには, 家族支援が成功したと評価される事例を語る会を設定し, 多忙な日常場面で瞬時に消えてしまいがちな援助場面の意味づけのプロセスを丁寧に踏むことが有効ではないかと考える。このような事例の積み重ねによって個人としての成長が期待され, さらに質の高い家族ケアのチームアプローチが可能になると考えられる。

## 2. 看護の社会的スキルと家族へのかかわり行動との関連からの検討

看護は看護師が自分を道具として対象へ働きかける行為<sup>10)</sup>ともいえ, 対人関係を円滑にする技能・能力である社会的スキルは患者のみならず家族に対しても重要なものと考えられる。本研究で用いた「看護の社会的スキル」尺度は患者への対応を中心としたものであるが, 家族への援助にも関連しているのではないかと考え, この尺度と我々が作成した「家族へのかかわり行動」についての尺度との関連を検証した。全体で.676と高い相関が認められ, 個別においても, 家族へのかかわり行動の因子のうちで個人の固有の態度的要素で構成された第4因子を除いた第1因子『今家族が困っていることに対応すること』, 第2因子『気持ちの表出を助けること』, 第3因子『節度ある態度で接すること』の3つの因子は看護の社会的スキルの各因子とやや高い正の相関が認められた。

この結果は, 家族も看護の対象ということをしかり認識して, その家族のニーズに応じた家族支援を行っているか否かが, 患者個人に対する対応能力にも影響を与えることを示唆していると思われる。したがって先の家族へのかかわり行動についての分析でも述べた成功事例の共有は, 個々の患者への援助の質を高めるという点でも教育的支援として有効であると考えられる。さらに社会的スキルの視点で, 新人看護師の臨床能力の修得<sup>11, 12, 13, 14)</sup>などをみると, 社会的スキルの向上にはプリセプターの肯定的他者評価が関連していることや, 社会的スキルと情緒的消耗感とは負の関連, 個人的達成感及び自己効力感とは正の関連があることが示唆されている。

新人ならずとも、具体レベルで肯定的評価の視点で日々の看護を評価し、看護への意欲を高めることが社会的スキルの向上につながると思われる。

本研究では、東北地方の看護師の家族看護と患者の看護の実践についての自己評価から、家族看護の実践能力を育成するための課題を述べたが、対応を受けている家族側からの評価がないという限界がある。この結果を踏まえて、家族からの評価と照らし合わせることで課題をより明確にすることができるものとする。

## おわりに

昨今の保健医療福祉をめぐる状況は、在宅医療・介護の推進、社会的入院の解消、入院在院日数の短縮化、病床の機能分化へと大きく変貌している。この変化に伴い患者の家族に対する関心が高まってはいるが、退院を巡る患者の家族への対応では、いかに退院を家族に納得してもらうかから出発した医療の都合を優先した家族への働きかけ方へのノウハウに関心がいきがちな現状もみうけられる。困っている家族ではなく、困った家族として医療関係者が家族を捉えることがないよう、対策を検討したいという思いが今回の調査へとつながった。日常的な家族への対応行動のひとつひとつに、家族ケアにつながる要素があることを意識し、経験を言語化して共有することが、家族ケアの技術へと導いていくことができるのではないと思われる。

この調査にあたり、ご協力くださいました東北地区独立行政法人国立病院機構すべての看護部長、看護師のみなさまに心から感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 国民衛生の動向, 財団法人厚生統計協会, 35-40, 51(9)2004.
- 2) 図説いわて統計白書2005~グラフでみる夢県土いわて~, 岩手県, 6-7, 2005.
- 3) 平野昭彦, 柴田千衣他: 岩手県の一地域における患者-医療者関係の特徴に関する研究, 岩手県立大学看護学部紀要 2, 165-172, 2000.
- 4) 平野昭彦, 三浦まゆみ他: 岩手県中央地域における患者の生活・認識・行動の特徴と看護援助に関する看護婦の認識-患者・医療者関係・生活, 受療行動について, 岩手県立看護学部紀要 3, 59-68, 2001.
- 5) 三浦まゆみ: 入院患者の家族に対する看護婦の認識の構造と関連要因, 家族看護学研究, 7(2), 130-137, 2002.
- 6) 三浦まゆみ, 中村令子他: 慢性疾患患者の家族へのかかわり行動に関する看護師の認識-Y病院における看護師の自己評価の分析, 家族看護額研究, 10(2), 97, 2004.
- 7) 千葉京子・相川充: 看護における社会的スキル尺度の構成, 看護研究, 33(2), 53-62, 2000.
- 8) 鳥居央子, 森秀子他: 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, 家族看護研究 9(3), 113-122, 2004.
- 9) 渡辺裕子: 看取りにおける家族ケア, 医学書院, 2005.
- 10) 川村佐和子: 看護への導入, 川村佐和子他編 ナーシング・グラフィカ⑩看護学概論, 4, メディカ出版, 2004.
- 11) 加賀谷聡子, 布佐真理子他: 新人看護婦の社会的スキル, 岩手県立大学看護学部紀要 4, 77-82, 2002.
- 12) 高橋尚美, 樋之木淳子他: 新人看護師12ヶ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程-新人看護師の自己評価による-, 日本看護学教育学会誌13(3), 1-16, 2004.
- 13) 明石恵子, 中川雅子他: 看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究(1)-新卒看護師の臨床能力の修得状況, 三重看護学誌, 6, 137-148, 2004.
- 14) 中西貴美子, 明石恵子他: 看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究(3)-新卒看護師の臨床能力開発に関する研究, 三重看護学誌, 6, 161-176, 2004.

### Abstract

The aim of this study is to elucidate the nurses' perception of their role in supporting family members of patients. The factors were evaluated in association with years of experience and social skills of nurses. Factor analysis revealed 5 factors important in the role of nurses providing support to family members: "respond to what troubles family members", "help family members express feelings", "take a temperate attitude" and "not be intrusive".

Performance of the role related to these 5 factors was more favorable in nurses having more years of experience. In addition, all factors with the exception of "not be intrusive" were correlated with factors related to nurses' social skills. Helping family members is a type of support associated with interpersonal relationships, thus improvement in relational behavior with family members would enhance the nurses' social skills, and eventually raise the quality of nursing care of patients.

**Keywords :** family nursing, nurses' perception, nurse-family relationship, nursing social skills