

し化学療法、放射線療法を受け3か月が過ぎた。この間も家族の面会は少なく、長男が月に1度週末を利用して面会に来院するくらいで、主治医から家族への病状説明も難しい状況であった。

Aさんは、「嫁は私を嫌っている。このまま老人ホームに入りたい」と言っている。

長男が来院した時に家族関係について詳しい話を聞いてみた。その結果明らかになったことは、①Aさんと嫁は同居以来15年の確執があり、長男夫婦の結婚の時に反対をしていたこと、②同居のきっかけはAさんが60歳の時に夫を亡くし、妻の反対があったが長男がAさんを引き取ったこと、③Aさんの長男の嫁はAさんよりも3人の子どもの受験や生活に追われ、Aさんのことはおろそかにされていたこと、④Aさんの孫たちは、Aさんが母につらくあたるので、あまりなつかないことなどがわかった。

この情報から関係性を整理すると図Ⅲ-4のようになる。

家族看護の目標を「家族内の円滑なコミュニケーションにより退院先に関する家族の意思決定を促す」とし、家族関係の調整を行った。

主に①予後を念頭においたうえで、退院先についてAさん夫婦同士のコミュニケーションを図り意思決定してもらう。②Aさん夫婦と子どもを含めて今後の生活の方法、Aさんが自宅に退院した場合の介護体制、役割分担について、自宅退院の可能性があるか話し合ってもらう。③Aさんが居住する地域の保健サービス（訪問看護制度、在宅福祉サービス、介護用具給付の制度など）について、長男と嫁に情報を提供する。④その結果を受けて、自宅退院が可能となった場合はAさんに長男から直接退院後の家族体制についてよく説明してもらう。⑤嫁の気持ちを聞き、これまでの葛藤を表出する機会をつくるなどであった。

嫁は、これまでの長かった心理的圧迫感を言葉で看護婦にぶつけた後、「義母の予後の短いことを考えると施設に入れるのはかわいそうだ。地域のサービスについて知らなかったのだから、それをうまく使って、夫と子どもたちの協力があれば何とかできるのではないかと、子どもたちにとってもそれ

が良いと思う」と最後に述べた。

看護婦は、地域の保健婦に家庭訪問によりフォローしてほしい対象であると考え、看護サマリーを保健所に郵送し、これを受けて保健所の保健婦が来院し、すぐに必要な介護用品としてギャッチベッド、ポータブルトイレなどの申請を勧めた。

自宅退院後、嫁はこれまでの子どもたちの世帯以上に介護に力を発揮し、地域の保健福祉サービスを利用しながら、最期の入院になるまで在宅でケアを行った。

家族システム論の有効性と限界性

家族システム理論は、家族ダイナミクスを組織的に体系立ててアセスメントでき、かつ多くの家族援助を試みている人々と共有できる理論である。個々人のありようが家族の関係の構造（性質）によって異なってくるという考え方で、家族関係を単なる因果論的にとらえるのではない。家族を、連鎖状に影響をもち合う円環複合システムとして、家族内サブシステムが全体システムに与える影響を説明し、家族関係のパターンを説明可能にする。これによって援助は、その家族のシステムのどこにどのような問題があり、したがって、どこにどのように働きかけるかが明らかになりやすい。特に家族関係に起因して問題が発生している事例への援助に有効である。

また健康問題をもったことが発端となって家族の権力や役割が変化し、各家族成員がうまく適応できない時に、家族関係問題が発生した場合の分析と援助にも用いることができる。家族関係の問題は、長年の蓄積の中で習慣化していることがあって当家族が気づいていない家族、何かの問題発生で混乱し問題整理ができない家族、関係が悪いことを意図的に隠したがる家族もある。したがって援助者は家族の訴えが強い内容を中心の問題であると思うこともあるので、中心的問題と派生的問題を整理する。家族関係の問題を指摘するのではなく行動化し、役割をもつことで関係の変化を起す技術であることを意識して利用すると効果的である。

家族内のサブシステムで家事役割が欠如しているかと判断された場合には、地域システムの家事援助者や日常生活用具の利用を家族と検討するなど、家族を支える諸システムを利用することで問題の解決を図ることができよう。システム理論は他領域の専門職（精神療法家、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど）とのチームアプローチも必要になるが、その際に職種を越えて事例を共通理解するための理論として使えるという利点がある。

しかし、家族システム論では家族の関係性に焦点を当てているためにややもすると個人特性の問題や身体的健康問題から精神反応が出ていることを関係性の問題としてとらえてしまう限界性もある。

おわりに

本稿では家族システム論の概説、利点などごく主要な点について簡単に述べ、家族療法の中心になっているシステム理論について紹介した。家族療法のためにはカウンセリング、健康問題のアセスメント、精神力動論を学び、これらと併せて用いることでより効果的な援助が可能になるといえる。

看護の中では家族関係をシステムとしてとらえる理論を用いて心身両面の健康問題を解決・改善へと導くことが重要である。その際に重要であるのは、家族の関係のあり方について、学習によっ

て家族自身が乗り越えることを支えることである。そのために臨床と地域の看護職者間に共通した家族分析の視点として家族システム論が利用可能であり、今後の利用が拡大され、共有化していただけることを期待する。

引用文献

- 1) Friedman, M.M. 著、野嶋佐由美監訳：家族看護学、へるす出版、1993、p.114.
- 2) Braden, C.J.: The focus and limits of community health nursing, Norwalk, Conn, Appleton, 1984.
- 3) 前掲書 1), p.119.
- 4) Satir, V.: Conjoint family therapy, 3rd ed., Palo Alto, Calif, science and Behavior Books, 1983.
- 5) Bowen, M.: Family concept of schizophrenia, In Jacson D.D. ed., Etiology of schizophrenia, New York, Basic Books, 1960.
- 6) Minuchin, S.: Families and family therapy, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass, 1974.
- 7) 国谷誠明：システム論的アプローチによる家族療法、日本家族心理学研究会編、家族臨床心理の展望、金子書房、1983、p.45~75.
- 8) 小野佐幸美、他：生活再構成を要する家族のシステム論的看護の技法—壮年期・脳血管疾患後遺症者の病院から在宅療養への移行期、日本看護科学会誌、13(3): 168~169, 1993.
- 9) 前掲書 7), p. 61~62.

家族援助に関する諸理論の統合的な利用法

たかがい えみこ しまのうち せつ
高階 恵美子* 島内 節**

*東京医科歯科大学大学院・院生 **東京医科歯科大学医学部保健衛生学科・教授

はじめに

施設中心から在宅中心への保健医療サービスの政策転換は、生活の場を重視したヘルスニーズ解決への積極的な取組みを喚起している。いうまでもなくすべての個人の健康問題は、家族や社会と密接に関連しており、個人のケアを行う際にもこ

れら家族や社会システムから切り離れた対応では不十分である。生活の全側面に関連する唯一のシステムである家族は、社会システムを構成する最も小さく重要な単位である。

看護職者はこれまでも、健康的なライフスタイルを獲得し日常的に健康を守る基盤として家族をとらえてきた。しかし様々な文献で指摘されて

いるとおり、実際の看護提供場面における家族の位置づけが、患者の背景あるいは患者を支援する資源というとらえ方に偏っていたという傾向は否めないだろう。一方、核家族化の進行につれ、今日の家族機能は従来のそれと比較して希薄化しているといわれている¹²⁾。しかしごく少数の人々を除き、大多数の人々は出生家族と連絡をとり合ったり、心の支えにするなど直接・間接に家族システムと関係しながら暮らしている。

そこで本稿では、個人と家族として社会との関連および家族援助における諸理論の利用法と看護職者の役割・限界およびチームケアの必要性について述べる。

家族療法と看護における家族援助の違い

家族は、家族員個々を総和したものではなく、固有の全体性をもつシステム（家族システム）である³⁾。また家族は、生活の全側面にかかわるとともに社会存続のための新しいメンバーを生み出し社会と個人の仲立ちとなる重要なシステムである。

家族療法は、家族病理の治療を目的に、家族構造を改変する介入方法に関する実践的理論と援助法である。

一方看護は、健康と疾病にかかわる諸条件を調整し、健康回復・健康維持・ウェルネスを高めるために機能する。看護においては家族病理を治療するよりも、むしろ健康問題の解決を目的として家族療法を応用している。したがって、看護介入における諸理論の一つとして家族システム理論を位置づけ、家族関係病理を分析し、家族関係構造の変化を促す。すなわち看護における家族援助の目標は、家族と家族員双方の健康向上であり、看護職者は健康と疾病にかかわる諸問題を解決するために、家族生活に生じる健康問題を包含した生活パターンの再構成を促す支援をする。

家族療法と看護における家族援助で共通する家族に対する観点は、家族システムをケア単位としてとらえ、アセスメントし、ケアすることである。家族は、単に患者の背景として把握する対象では

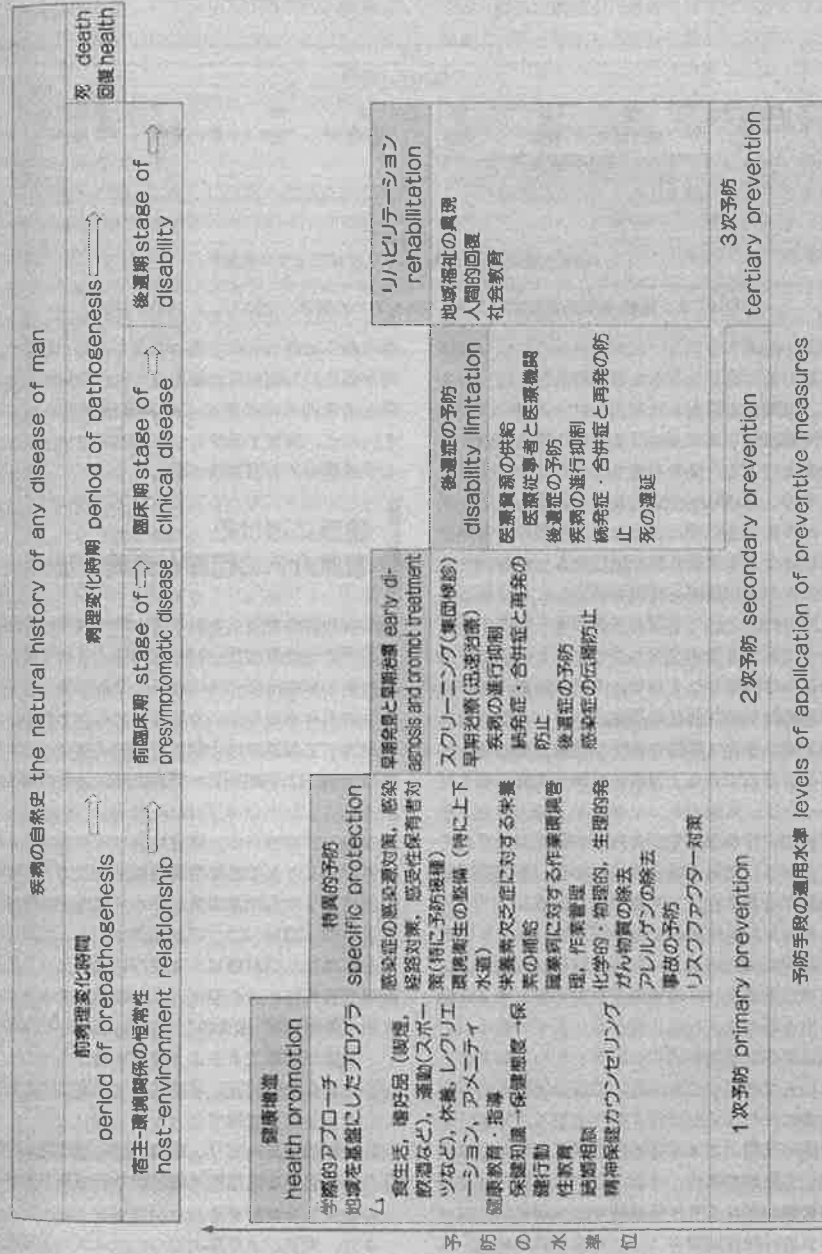
なく、また単に患者の資源としてケアする対象でもない。そして看護場面における家族援助の特性は、個人システムに焦点を当てたアセスメントと家族システムに焦点を当てたアセスメントの両者を構造化し、それに対する看護ケアを提供することである。さらに事例によっては、家族が生活している地域社会（職場、学校、近隣、親族など）のシステムを焦点とするアセスメントまでを構造化した看護ケアの提供が必要となる。

家族の保健機能と家族援助

家族は集団そのものを維持するための集団的役割と、関係的立場にある家族員の欲求を充足するための関係的役割の統合体である。家族には独自のライフサイクルがあり、また個々の家族員の立場や役割は、居住地域の価値観や文化に影響されつつ、家族のライフステージの進行に伴って再分配されている。したがって家族は独自の保健機能をもつ健康問題の予防・発見・ケアの基本的な単位であると考えられることができる⁴⁾。

一方、家族の関係は、同時に心身の破綻や疾病発生の規定要因・間接要因になることもあり、家族員の誰かに健康問題が生じた場合、家族システム内には、しばしばその家族員の立場や役割によって規定される問題が生じる。たとえば、養育期の子をもつ母親が子宮摘出手術を受けることになったとする。この際、家族内には母親が家庭内であった役割の代替者が必要になる。家族員への家事や育児の分担、そのための生活時間の調整や援助者の活用が行われる。また家族は手術への不安をかかえるとともに、入院費用や良い治療を受けるための相談役になるなど、患者のサポーターとして機能する。本人は、入院や治療への関心ばかりでなく、家庭、子ども、夫のことへと思いをよせる。こうして物理的に距離をおくことにより、自ずと家族はシステムの組替えを行う。

看護職者は患者の療養生活が円滑に運び、家族システムが滞りなく機能できるように、この組替えを支援する。具体的には家族員間、ことに夫婦間のコミュニケーション交流がなるべく多くでき



図IV-1 疾病の自然史と予防水準

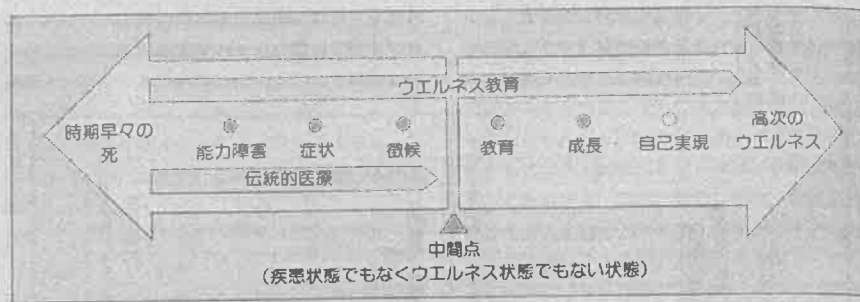


図4-2 健康・病気の連続体およびヘルスケアとの関係 (文献6, p.28より引用)

るよう、配慮することが大切である。もしも互いに不満や負担感をもったまま入院期間を経てしまうと、退院後の家族システムには、入院中以上の健康問題が生じることになる。実生活においては子宮摘出による不快やボディイメージの変化よりも、そのことが家庭生活に及ぼす影響のほうを重視しがちになるので、妻は夫への気遣いから体調が不十分なまま家事に取り組むかもしれないし、夫は病気の妻に率直な感情を表出しにくくなるかもしれない。こうして互いの思いやりが必ずしもうまく交流できない状況が長引くことによって、家族は十分機能しなくなり、問題の回避、子どもの発達課題への取組みの遅れ、コミュニケーションの欠如、そして離婚や新たな健康問題の発生へとつながるのである。さらに家族外に相談相手がなかったり、体調のチェックやアドバイスを専門家がいない場合、またその関係がとぎれてしまったりしている場合には、こうした健康問題が発生するリスクはますます高くなる。

もちろん、健康問題をもつ個人に、十分な判断力・行動力があり、セルフケア力が高い場合には、家族は本人にとっての資源としてとらえてよい場合もあるだろう。しかしながら、多くの個人々の生活は家族の生活と相互に影響し合っただけでなく、家族の健康状態そのものを考慮に入れる必要が浮き彫りになる。特に、家族関係に問題があって健康問題が発生している場合 (ex.夫婦仲が悪く、会話の少ない家庭では子どもの発語が遅れたり、情緒的な反応が乏しくなったりする)、健康問題によって家族全体が危機的状

態にある場合 (ex.教育期の子どもをもつ家庭で、働き盛りの父親が急に脳出血で倒れた場合には家庭生活そのものを支える経済基盤が崩れてしまう) には、家族を単位とした看護アセスメントおよび看護ケアの重要性が増してくる。

看護における 家族介入の目標と支援方法

疾病の自然史からみた予防水準 (図4-1)⁶⁾は、1次予防 (健康増進・特異的予防)、2次予防 (早期発見と早期治療・症状改善)、3次予防 (後遺症の予防・リハビリ) に分類され、これと対応してヘルスケアの目標は①健康増進およびセルフケア力の向上、②早期発見・早期治療、③健康回復およびリハビリの3段階に設定できる。また Travis, J.⁶⁾はさらに、健康状態は成長発達する連続体であるとして健康増進の概念を拡大し、高次のウェルネスまでを考慮したヘルスケアの概念図を示した (図4-2)。これに基づいて、看護における家族介入の目標は、家族内に生じている健康問題の重要性により以下のように設定できる。

1. 健康保持・増進のためのライフスタイルを、家族が選択できるよう支援する。
2. 安全かつ的確に早期発見・早期治療を利用できるように支援する。
3. 家族がリハビリ、疾病回復、悪化防止のために必要な包括的・継続的サービスを維持できるように支援する。

また、家族がより高次のウェルネスへと到達す

るための支援方法として、Aldell は5つの要件を提案し、さらにFriedmanがこれを修正している⁶⁾。

1) 自己責任: 家族の健康は家族自身の手の中にあることを自覚し、自分の健康に対する責任感を育てよう動機づける。

2) 栄養への関心: 現代の主要な慢性疾患は食事内容と関連しているものが多いので、日常的な食習慣や食生活への関心を高める。

3) ストレス・マネージメント: 家族員が直面する様々な課題は、同時に家族全体の課題をも規定する。たとえば結婚を控えている娘は、新たな家庭への憧れと不安をかかえ、同時に出生家族からの独立を決意しなければならぬし、また出生家族員は娘の新たなスタートがうまくいくことを期待するとともに、これまでとは違う段階へと家族システムが変化することを受け入れなければならない。また生活を取り巻く諸環境の中で、楽しく生産的な生活になるよう、ストレスを適度の刺激へとマネージメントすることが重要で、家庭環境に出現するストレスの調整に家族が積極的に取り組めるよう支援する。たとえば、受験を控えた子をもつ夫婦は、子のやる気を促し期待する効果を得るために、どう見守り、援助するか悩むだろうし、妻の乳房切除を提案された夫婦は、病気の受入れと夫婦間の信頼の変化について悩むだろう。大切なのは、ストレスフルな状況をただ耐え忍ぶのではなく、それをお互いが積極的に受けとめて克服しようと取り組むことである。

4) 体調コントロールと体格の維持: 日常生活場面において、積極的に気分転換の方法を工夫し、自ら体調のコントロールに取り組むことが重要である。長時間同じ姿勢のままだったり、家の中に閉じこもっているとならぬ刺激を受ける機会は少なく、気分が減入ったり、あるいは様々な情報への関心は乏しくなる。自己概念や自信を強化し、明るい気分にするために有効な方法としては、適度の運動やレクリエーション、趣味や日課、社会とのかかわりなどが考えられる。これらを活用して健康な家族関係を促進する努力ができるようにする。

5) 環境への関心: 健康なライフスタイルの獲得は、適切な役割モデルをとおして促進される。個人を取り巻く空間における身近な人的・物理的環境の健康影響に気を配る訓練を通じて、健康を守るために必要な諸環境への関心を強化する。たとえば必要な睡眠時間を確保するために、毎日決まった時間に床に就く習慣を維持することについて考えてみよう。幼児の場合であれば決まった時間に床に就くことを可能にする条件は、養育者が「寝る時間ですよ」と毎日それを促すことかもしれない。成人では、好きなテレビ番組の切れ目を目途にするかもしれない。誰しもがそれぞれのやり方で床に就くための独特のタイミングをもっている。しかしそれが維持できないことがある。その原因は病気への不安、疾病による苦痛、入院などによる環境の変化に適応できず落ち着かないなどの不安かもしれないし、家にいる子どもや家族への気遣い、家事運営への不安、夜中にかかる電話や喧嘩による興奮、山積みの仕事への心残りかもしれない。あるいは長引く熱帯夜や雷かもしれない。そして多くの人は普段と違う睡眠時間を体験することによって何らかの苦痛を感じ、その原因を取り除こうとするだろう。また、その不快を再び感じないための様々な工夫や保護に積極的に取り組むだろう。いずれにせよ、健康なライフスタイルの獲得・維持を妨げるものは、日常の身近なところに潜んでいる。

6) 予測される特定の健康問題の予防: 個々人が直面あるいは遭遇しうる健康破綻の危険性は、同世代、同地域、同性など、社会環境の平均的なリスクを基準にして推測できる。健康にまつわる危険を評価する指標を用いて健康問題の発生を回避するための手立てを講じることが重要である。工場の密集する地域に住み、渉外の仕事をしている40代のヘビースモーカーの男性における慢性疾患の発生リスクは、その地域の平均的な40代男性とどのくらい違うだろうか? 発熱しやすいために規定の予防接種時間を過ぎてしまった幼児が、破傷風にかかるリスクはどうだろうか? 一人暮らしで昼夜を問わずアルバイトをしている青年では? 生活時間のほとんどを配偶者の介護に費や

している中高年者では?.....、その個人々の健康破綻を防ぐために、看護職者はどんな予防策を講じればいだろうか。

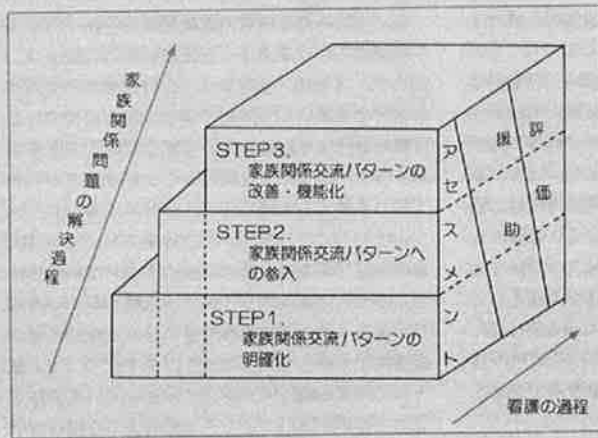
家族関係問題の解決過程と看護提供の場の相違による介入の範囲およびウエイト

S. Minuchin は家族システムの問題解決過程として、家族員間の交流の創造(家族関係を変えるために関係を造り出すための変化を起こすこと)、交流との合流(家族関係の中へ専門職者が参入することによって家族関係を好ましい方向へと変える家族システムの一員として加わる)、交流の改造(家族関係を家族の力によって新たな関係を造り出すこと)の段階を示した²⁾。わが国の看護分野においては、家族ケア研究会がこの実践的な応用を試みており⁷⁾、看護過程と同様の技法群で構成される家族関係問題の解決過程として、家族関係交流パターンの明確化、家族関係交流パターンへの参入、家族関係交流パターンの改善・機能化を提案している(図N-3)。しかし具体的なコミュニケーション変量の枠組みづけ、各技法群の実践技術を高めるためのトレーニングシステムの開発、効果判定の指標の開発など今後の課題も多い。

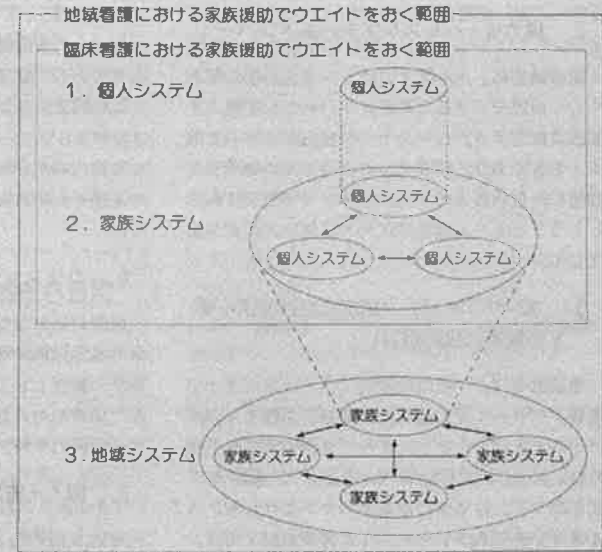
また、看護提供の場の特性に応じ、介入するシ

ステムの範囲とウエイトは異なる特徴をもつ。図N-4⁸⁾は、地域社会内で生活する家族介入のための3段階システムと看護提供の場の特性による介入の特徴に関する概念図である。看護職者はこれら3段階の構造を念頭において、家族の様々な健康と疾病の問題にかかわるが、状況に応じてその範囲とウエイトは移行する。すなわち臨床看護においては症状改善および悪化予防が主眼となるので、個人システムから家族システムまでを焦点とした看護アセスメントおよび看護ケアに重点をおくことが多くなる。たとえば初めて外来を訪れる時、出産の時、急激な発症・悪化・急変時など、臨床場面に見られる様々な健康問題は、その個人ばかりでなく常に家族にも影響を与え、また家族からの影響を受けている。たとえば主治医が患者の家族に対して本人への説明内容とは異なる真実告知の説明をする時、一方でヘルスケアチームは家族に対して無言のうちに、この先の長い療養期間中、患者の前では常に演技をし続けるよう決断を迫っていることになる。看護職者は、家族がそれに応じることによってかかえらるだろう負担感や、本人と家族の間に生じるであろう違和感を予測し、新たな健康問題の発生を予防する看護ケアの必要性を認識しなければならない。

他方、地域看護においては健康増進および予防される特定の健康問題の予防が主眼となるので、



図N-3 家族関係問題の改善過程と看護の技法(文献7)の家族ケア研究会が作成した概念図を引用)



図N-4 家族介入のための3段階システムと看護提供の場の特性による家族介入の特徴(文献8)の家族ケア研究会が作成した家族介入のための3段階システムの概念図を応用)

社会環境までを含めた看護アセスメントおよび看護ケアの展開が重要になる。たとえば核家族で初めての出産を経験する若年夫婦に対しては、地域の中の相談者となったり、必要となるであろう機関や子育て仲間を紹介したり、あるいはそれらを開発することも重要になる。さらに今後、特に在宅ケアの拡大および推進を展望する時には、すべての看護職者が地域内での支援システムの開発促進、および新たな組織を育成するための支援システムの構造の組替えへと関心を拡大する必要もある。

家族援助における看護職者の役割

生活行動の変化に伴う看護ケアのタイプとして、石井ら⁹⁾は直接的援助、支持的援助、教育的援助、見守り援助を提案している。それぞれ直接的援助とは「生活行動の補完的、代行的援助行為と診療の介助としての専門的医療処置」、支持的援助とは「健康上の問題や悩みに関連する本人と家族の生活の再構造化および自己の再統合の過程を完了するために必要な情緒的援助と情報および適切な社会資源の供給」、教育的援助とは「新しい状況

に対応するための、知識・生活技術の指導および習得の援助と潜在能力の開発」、見守り援助とは「共感的理解の積み重ねによる対象者との間にできた信頼できる成長を支える相対的依存関係そのものの効果と、この関係の中で行われる対象者と家族の微候レベルでの看護問題の発見、看護職者のかかえられる状況の広さと深さによる健康生活と健康行動の確認により安心感を与えること」と定義している。

以上の看護ケアのタイプから、家族援助における看護職者の役割は次のように考察できる。

1. ケア提供者とスーパーバイザー

看護職者は実際のケアに用いる用具の開発・改善と並行した直接的看護ケアを提供する。一方では、いわゆるケア提供者たち(患者、ヘルパー、家族員など)に対して、健康の維持・改善のために必要となる様々なケアに関する教育や助言を行う。目に見えるサービスはそれ以外のサービスへの信頼を導き、さらに目に見えないサービスの効果を保証する。したがってまず看護職者は即座にニーズを把握し、支援できるよう鋭い観察力を養い、技術を適切に使うことが必要である。

2. 協力者・ヘルスケアチームメンバー

看護職者は、ヘルスケアチームが包括的な家族中心の看護をできるためのメンバーとして個人・家族に協力する。ヘルスケアを選択する中心は個人・家族であり、構成メンバーは各々の専門性を尊重し、互いに十分な役割発揮ができるよう協力し合うとともに、積極的にケア提供システムを構築していく。

3. コンサルタント (高度な実践技術を要する領域の役割担当)

看護職者は、一般的に用いているような多くの看護アプローチだけでなく、関連する様々な領域への関心を深めることによって独自の専門性を確立(ex.人工肛門造設患者への看護ケア、家族ケア、思春期ケア、在宅移行期患者のケアなど)し、ヘルスケアチームメンバーや、看護職種間でのコンサルタントとして機能する。

4. 健康教育者

看護職者には、起こりうる健康問題を予測した行動の促進までを意図しつつ、常に正確な情報を入力する(入手できる)努力が必要である。そして家族が、そのセルフケア力をもって自己決定できるよう十分な情報を提供する。個人・家族が最善の決定ができるよう支援したり、その資源となるのである。具体的には健康増進と疾病予防の方法を教えること、現在の健康問題や治療法にうまく対処できる技術の習得のために支援すること、潜在能力を引き出すことであり、事前に到達度を見る指標を明らかにしておく。

5. ケアコーディネーター (調整役)

地域内のヘルスケアチームにおいて看護職者は、包括的・継続的ケア提供のキーパーソンであり、多様なサービス間の調整者(ケアコーディネーター)である。たとえば、病院から退院しようとする人々に対して必要なケアが提供されるよう、地域内の有用なサービスを紹介したり、継続ケアを提供したり、あるいは提供されているサー

ビスを調整し、家族とサービスを結ぶ役割を担う。したがって看護職者は、常に各機関の協力的体制や調整努力の充足度を確認し、共有すべき情報が流れよい開放システムを維持するために、工夫・改善をする。また、家族への介入時に働きかける人や家族内のキーパーソンを決めたり、必要に応じた支援システムを形成することも重要な役割である。

6. カウンセラー

家族が自分たちの感情や対処方法を探求し、自分たちで決断できるよう家族の自立性を尊重し、家族の資源として、あるいは促進者として機能する。家族の対処力、セルフケア力を活用して心理的・情緒的支持、相談を行う。

7. 個人・家族の代弁者

自立を目指した看護ケアを提供するには、個人・家族の権利を尊重し、何を期待しているのかを熟知することが先決である。個人・家族が直面している問題を的確に表現し、適切な機関やサービスを活用できるよう支援することは、個人・家族が本来もっている権利を獲得し、ニーズの充足を促す。個人・家族の声に敏感に配慮し、言葉にならない声を引き出す手立てを考えたり、それに影響しているシステムをよりよい方向へと変化させていく姿勢が望まれる。

8. ケース発見者・疫学者

ケース発見の機会が多様であるが、看護職者は家族や個人が直面している危機あるいはまだ気づいていない健康問題にも着目し、家族に介入するきっかけとなった健康問題を顕在化する。その際には、適用されているサービスが適切であるかどうかを探求することも重要である。こうして看護職者は起こりうる健康被害の予測までを包含した疾病コントロール機能を果たす。具体的には健康問題の確認、回復への見通し、対処方法の習得、健康問題やそれによって生じた生活問題を直接観察・判断し、支援する。

9. 環境改善者

何らかの健康問題をもつ個人が家庭で生活を送っていくには、その人の能力と安全性を最大限にするための環境改善が必要になる。家族の健康に影響を及ぼす環境を発見し、改善したり、また家族が健康を維持するために必要な環境条件を開発することは重要な役割である。

家族援助の諸理論の統合的な活用

危機理論および家族システム理論は、それぞれ有効な家族援助の技法群を構成しているが、看護においてこれらを活用するには、それらの限界を知り、相互補完する工夫が必要である。なぜならば、危機理論の看護への応用では家族が直面している危機状態を乗り越え、高水準に克服していくために、家族がもともと持っている対処力やセルフケア力を具体的に与える視点が必要になる。また家族システム論では家族の関係性を焦点とするので、看護に応用するには各家族員の個性や心身の健康状態、経済状態やライフステージ、さらに社会との関係性に関する視点を意図的にもつ必要がある。

そこで家族援助においてはこれら諸理論を統合的に活用し、対象の特性に応じて柔軟に応用していくことが有効と考えられる。そのためのアセスメント指標は以下に示すが、いずれの分析においても共通する重要事項は、事実として確認できるコミュニケーション(関係性を把握するデータ)および家族の中核である両親連合の機能状態を示すデータを明確にすることである。

これらのアセスメント指標は個人・家族・社会システムの全容をとらえるために有効であるが、実際の介入においては対象の特性や問題領域に応じてさらに、いずれかあるいは複数のアセスメント指標について深く分析する必要がある。

1) 家族各成員の基礎データ(個人のニーズ構造と家族背景:特に個人についての詳細をとらえるためにはマズローのニーズ階層構造理論とセルフケア論を応用)

2) 家族のライフステージと歴史(個人の発達課題と家族の発達課題、それらがどのように調整できているか、どのように移行してきたか、経済的な基盤などをとらえる)

3) 家族構造(Bowenが提唱した多世代モデル、Minuchinが提唱した境界、提携、権力などの家族構造療法⁴⁾を応用し、家族の構造や関係性をとらえる)

4) 家族機能(家族交流の機能状態、家族の統合性をとらえる)

5) 家族対処力(生活力量、セルフケア機能、適応能力、健康知覚など¹⁰⁾をとらえる)

6) 対象別の特記事項(母子、成人、老人など、対象の発達段階に応じた特性を細かくとらえる)

7) 地域環境データ(地域社会の支援システムと社会資源、政策を含む環境条件などの社会関係をとらえる)

表IV-1, 2は、これらを用いた事例分析の例である。この事例の場合には、登校拒否となったIPを中心に、諸理論を応用した分析枠組み(表IV-1)を用いて個人・家族・社会システムを整理した(表IV-2)。各メンバーのセルフケア力は高い例である。しかし、家族内で通常行われている問題対処の方法は「問題の回避」であり、家族内に何らかの問題が生じた場合、これまで家族は全体としての決定をすることなく、お互いがそれについて語らないことで、表向きは危機を克服していた。また夫婦関係が希薄でコミュニケーションが少なく、世代間境界も曖昧である。さらに社会との交流が少なく、固い境界がある。したがってIPは、自分の悩みや感情を表現する場がなく、自己決定できない葛藤をかかえていた。こうして不登校という個人の健康問題が表面化することにより、家族の健康問題が浮き彫りとなった事例である。

看護職者はここで、IP自身の決断を促すために心理的な援助をするとともに、家族面接を行い、家族自身が自分たち家族の関係の取り方、対処の仕方などの特徴に気づき、問題を直視しようとする姿勢を生み出している。言い換えると、介入の糸口は個人システムであり、看護職者は次に家族システムにある問題を明らかにする過程で、顕在

表IV-1 家族援助の理論論を統合した家族援助過程の分析組み

1. 家族援助と 現在化した 健康問題	危機を引き起こしている問題				3. 家族の ライフ・ サイクル
	個人	個人	個人	個人	
2. 家族の日常的な生活力量と問題 対処能力や条件	自己実現	自己実現	自己実現	自己実現	
	自尊承認	自尊承認	自尊承認	自尊承認	
4. 家族関係図 と家族交流 の問題 (資源・アクセスメント 事情を時系列化)	所属・愛	所属・愛	所属・愛	所属・愛	
	安全・ 安定	安全・ 安定	安全・ 安定	安全・ 安定	
5. 社会資源と 支援システ ム(支障内 容・認識)	生理的	生理的	生理的	生理的	
	関係性	関係性	関係性	関係性	
6. 家族の危機 発生と克服 のパターン	統合性	統合性	統合性	統合性	
	経済	経済	経済	経済	
7. 対象別 得意事項 (母子(発達) 成人(教育) 老人(療養))	社会関係	社会関係	社会関係	社会関係	
	社会的目標	社会的目標	社会的目標	社会的目標	

表IV-2 家族援助過程の分析例(登校拒否の子どもをもつ家族)

1. 家族援助と 現在化した 健康問題	Aさんはミッション系私立高校1年生。入学後半月ごろより電車に乗るのが怖い。友人と会いたくない。通学途上に頭痛、腹痛、吐き気が出て動けなくなるなどの症状があり、欠席がちとなる。最近では毎日家で過ごしているが、今後どうしていいものか親・学校関係者が悩んでいる。家族構成は共働き の両親、小学5年生の弟、祖母(父の奥田)の5人暮らしである。 Aさんは幼小より祖母に育てられ、いまでも祖母が一番大事と言う。現在では、家族の中心となって 転居後養育した祖母の世話をしている。																																						
2. 家族の日常的な生活力量と問題 対処能力や条件	危機を引き起こしている問題	援助を要する 事項	援助	変化																																			
	個人	・身体の調子が悪い 登校できない	・本人の気持ちを とらえる ・家庭内のコミ ュニケーション を増やす	・話を聞く ・秘密を守る ・担当前でカガ わる ・社会に目を向 けられるよう 情報提供する	・週1~2回自分で電話をかけ るようになる ・貯まっている気持ちや自分の考 えを話せる ・登校できない自分への自責の 念が癒され、進路を修正する 気持ちが固まる																																		
3. 家族のライフ・ サイクル	自己実現	・自らが納得したうえでやりたいこ とをみつきたい	・電話している ことなどに親に 伝えるように する	・自分のやりたいことを見つけ、 行動化																																			
	自尊承認	・親に迷惑をかけたくない		・親が見守ってくれる感じが自 覚できるようになった																																			
4. 家族関係図 と家族交流 の問題	所属・愛	・親に甘えたい、思いっきり話をし たい	・親に甘えるこ とを勧める	・家族間の会話が増えた																																			
	安全・ 安定		・いほの生活を 支持する	・生活リズムができてきた ・家で役割ができた																																			
5. 社会資源と 支援システム	生理的	・朝、体調が悪くなる(頭痛、腹痛、 吐き気)	・健康相談、栄 養指導	・身体症状消失																																			
	関係性	・両親は共働きで帰りが遅くほと んど話をしない ・両親の期待にそった高校に入学 する ・弟は本人とよく話をし、遊ぶ ・父親は本人のことを病気でな いと思っている ・家庭内の主導権は父親 ・母は祖母がやることに口出して きかない	・対処方法を一 緒に考える ・家族間のコミ ュニケーション を促す	・家族員の気持ち を受けとめる ・具体的なコミ ュニケーション の取り方を 助言	・両親が本人を見守る姿勢が生 まれる ・両親が互いに話し合う必要性を 認識 ・父親と母親が仲良くなった ・母親が本人を大事にしてけれ る ・母・祖母の距離感・緊張感が 緩和																																		
6. 家族の危機 発生と克服 のパターン	統合性	・祖母の面倒をよくみる ・姉として弟を気遣う	・本人の気持ちを 尊重すること	・母親がおやつをつくる ・母親が祖母に対して家族とし ての役割を意識し対応する																																			
	経済	・共働きで安定している ・本人「金持ちじゃない」と思っ ている																																					
7. 対象別 得意事項	社会関係	・学校生活になじめない(担任と 本人・家族がうまくいっていない) ・友達との交流は疲れるのであま り往來しない ・家に閉じこもりがちである ・母親は兄弟仲が悪く親戚づきあ いはほとんどない	・相談相手とし て家族の責 任になる ・養護教諭との 連絡																																				
	社会的目標																																						
8. 家族援助と 現在化した 健康問題	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>結婚</td> <td>IP誕生</td> <td>弟誕生(病弱)</td> <td>IP不登校</td> </tr> <tr> <td>父</td> <td>30</td> <td>33</td> <td>昇進</td> <td>46</td> </tr> <tr> <td>母</td> <td>28</td> <td>31</td> <td>昇進</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>IP</td> <td>0</td> <td>3</td> <td></td> <td>15 高校中退へ</td> </tr> <tr> <td>弟</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>11 中学へ</td> </tr> <tr> <td>祖母</td> <td>54</td> <td></td> <td>転居後、元氣消失</td> <td></td> </tr> <tr> <td>祖父</td> <td>59</td> <td>定年退職</td> <td>死亡</td> <td></td> </tr> </table>					結婚	IP誕生	弟誕生(病弱)	IP不登校	父	30	33	昇進	46	母	28	31	昇進	43	IP	0	3		15 高校中退へ	弟		0		11 中学へ	祖母	54		転居後、元氣消失		祖父	59	定年退職	死亡	
	結婚	IP誕生	弟誕生(病弱)	IP不登校																																			
父	30	33	昇進	46																																			
母	28	31	昇進	43																																			
IP	0	3		15 高校中退へ																																			
弟		0		11 中学へ																																			
祖母	54		転居後、元氣消失																																				
祖父	59	定年退職	死亡																																				

表IV-2 (つづき)

4. 家族関係図と家族交流の問題
(予測・アセスメント事項を明言化)

家族内のことについて田はあまり語らず、孤立している。IPは長女でつかり者と注目されている。家族内のキーパーソンは父

父は田の意見をひき出すよう工夫。子が誤解を決定できるような支援する姿勢をとった。田自身が家庭内の出来事に参加。話す機会をもつことにより関係性を回復していった。IPはそれにより、居つきを取り戻し、次の目標をその中で決定した。

5. 支援システム(支援内容・関係)

両親と親戚の往き来がない。担任と両親の仲が悪い。養教は相談を受けて困っている。

6. 家族の危機発生と克服のパターン

○は発達の危機
△は状況的危機

閉じこもり・会話を避けるなど、問題に直面せず回避する方法によって偽の危機克服をしている。

7. 対象別特記事項

年齢期	発達段階	統合性	契機	総括
少年期	第1段階	生協性	出社(ケア)	序考
青年期	第2段階	親密性	愛の能力	自立
成人初期	第3段階	アイデンティティの確立	忠誠心	役割の範囲
青年期	第4段階	陰鬱感	危機意識	劣等感
成人期	第5段階	主権性(積極性)	目的意識	要義感
成人前期	第6段階	自律性	意思力	勤・穏感
成人後期	第7段階	基本的態度	希望	基本的不信

(ホジティア理論) (人間の強さ) (ネガティブな事)

5-7-232

E.H. エリクソンによる人間性の発達段階と人間の強さ (岡堂哲雄: 心理学-ヒューマンサイエンス, 金子書房, 1985, p.126による)

Aさんは幼少時より同居の相田に養育され、成長してきた。したがって母子関係における発達課題である「基本的信頼」(エリクソン)または「親と兄弟に対して情緒的な結合の開始」(ハビガースト)が十分達成できていなかったと考えられる。

このことから、青年期の発達課題である「青年期の男女との洗練された新しい交際を学ぶこと」「両親や他人から情緒的に独立し、成人としての責任を果たすこと」などの課題に直面をきたしていると考えられる。

長期的目標 (本人)自分のやりたいこと・望みを自ら見出し、自分で行動できるようになる (家族)家族間のコミュニケーションが円滑に図れるようになる

化している健康問題は派生的なものであり、中心的な問題は家族の関係性にあることを突きとめ、それを改善するための看護ケアを行っている。

このように個人・家族に生じる健康問題は、家族介入に関する諸理論を統合的に活用し、個人、関係性、統合性、経済、社会関係など多様な側面を構造的に分析することによって明らかとなり、看護ケアが具体化しやすくなる。上記事例のように、主として家族関係に起因して健康問題が発生している場合には、家族の関係性や統合性を中心として、個人、経済、社会をも配慮した看護アセスメントと看護ケアが有効になる。またさらに踏み込んで家族員個々への看護ケアを考える場合には、マズローのニーズ階層構造理論とセルフケア論、精神力動論などを応用して用いるとよいだろう。あるいは健康問題をもつ個人のセルフケア力が高く、家族単位での看護ケアが不要な場合には背景や協力者として家族をとらえるためのアセスメント指標として、これらを活用できる。いずれにしても、顕在化している健康問題が、必ずしも中心的なものとは限らないことを念頭におき、個人・家族・社会システムの分析視点をもつことが肝要である。

家族援助の諸理論と具体的な活用事例としては、その事例のもつ健康問題の特性により、以下のような例が考えられるが、いずれの場合においても一つまたは複数の理論を用いた分析を念頭におき統合的な看護ケアの提供を目指すことが重要である。

- 1) 患者の資源・背景として家族をとらえてよい事例 (ex.セルフケア力が高く、家族における健康問題がない場合)
- 2) 家族のライフサイクルの特徴から疾病の経過・家族力量・発達課題を重視する事例 (ex.発達の危機と状況的危機が同時に発生した場合)
- 3) 危機の特性 (発達の危機・状況的危機・両方の危機の共存・繰り返す危機・危機の累積性) から健康問題の性質に注目する事例 (ex.家族の生活力量が弱く、危機の克服パターンに問題がある場合)
- 4) 家族システム論 (構造-機能) を重視し、家

族関係に注目する事例 (ex.家族の関係性・統合性に問題があり、健康問題が生じている場合)

- 5) 地域環境データを重視する事例 (ex.家族の生活力量が弱く、地域内の支援システムが不十分な場合)

まとめ—看護職者の姿勢と課題

看護の対象である「人間」が、様々なシステムと密接に関係しながら生活していることは前述したとおりである。しかしここで改めて、看護の本質と限界を再確認しておきたい。それは、家族援助における課題と限界を明らかにするために必要と考えるからである。

看護は社会の変化とニーズの変化とともに、活動の課題とアプローチ (方法) を変化させつつ発展していくことが必要とされる実践の科学である。こと在宅ケアへのシフトが拡大する現状においては、個々人の健康生活を考慮した看護ケアの再考が望まれ、看護職者は地域社会とは何か、家族とは何かへの関心をかき立てられている感がある。そして多くの看護職者が陥るジレンマは、家族の価値の多様化が生活の多様化を起し、夫婦別姓など「家族」を法的に認める動きのように、家族の形態や機能があまりにも急激に変化していることへの驚きであろうし、自分自身の家族に対する固定概念を揺るがされることへの危機であろう。しかしそうした現存する社会の中で、実際に生活している人間の健康を支援する者の姿勢として、私たちは、こうした家族や社会の変化をむしろ積極的にとらえ、その現実に見合った看護ケアを提供することが必要といえよう。またあるいは自分自身のライフスタイルが、人間の健康なライフスタイルの獲得を促すモデルたりうるか、見直す必要があるかもしれない。

さらに、家族援助に関する詳細な技法については、まだ不十分な点が多く、今後は何よりも多くの看護職者たちによる実践の積み重ねが重要となろう。それには目的・対処方法・評価方法の明確化、実践、職場体制の改善、事例検討、そして演繹的・帰納的アプローチによって理論の確立と発

展を促す看護活動・研究が、最も有効な促進因子となるだろう。

加えて、家族援助の方法・範囲・結果は、家族がもともと持っている力、認知の程度により異なる。したがって今後の看護における具体的な家族援助への研究的取組みとして、専門的支援のプロトコルを開発すること、家族システムに執着するあまり個人を埋没してしまわないよう個人・家族・社会の3段階システムに関する看護アセスメントと看護ケアの構造化を図ること、専門的に家族援助を焦点として実践する看護専門家を育成することなど、室の山を掘りおこして看護の理論と技術を発展させていく必要があることを記して結びとする。

引用・参考文献

- 1) 島内 節、他：保健婦業務要覧，第8版，日本看護協会出版会，1993。
- 2) 森岡清美編：現代家族のライフスタイル，培風館，1979。
- 3) 遊佐安一郎：家族療法入門，星和書店，1984。
- 4) 島内 節，他編：家族ケア<地域看護学講座2>，医学書院，1994。
- 5) 山中平三：疫学入門演習—原理と方法，南山堂，1992，p.12。
- 6) Friedman M. M.著，野嶋佐由美監訳：家族看護学，へるす出版，1993。

日本看護科学学会第2回国際看護学術集会

期 日：平成7年9月26日(火)～28日(木)
 場 所：神戸国際会議場国際展示場2号館 神戸市中央区港島中町6-9-1ポートアイランド内
 内 容：基調講演「どうして…なぜ今"Nursing: Beyond Art and Science"なのか」、パネルディスカッション「Strategy for Future—将来への挑戦」、一般演題、駅伝シンポジウム、ワークショップ、Information Exchange
 問合せ先：第2回国際看護学術集会本部事務局 于673 明石市北王子町13-71 兵庫県立看護大学内 Tel.078-927-8041 Fax.078-927-8425

- 7) 杉山郁子，他：家族関係問題を家族構造療法により改善する看護の技法—幼児の健康問題で援助を求めてきた事例，第12回日本看護科学学会講演集，日本看護科学学会，1992，p.162。
- 8) 星野ゆう子，他：システム理論から導かれる家族援助の技法—アルコール依存症家族の事例をとおして，第11回日本看護科学学会講演集，日本看護科学学会，1991，p.168。
- 9) 石井享子，島内 節：看護ケアの評価の枠組，日本看護科学学会誌，12(2)：62～75，1992。
- 10) 服部陽児：Bowenの家族システム理論と家族援助，看護研究，22(3)：41～50，1989。
- 11) 島内 節：看護における家族分析・援助のための枠組みの検討—演繹的・帰納的アプローチを試みて，看護研究，22(5)：22～43，1989。
- 12) 島内 節，他編：訪問看護マニュアル，日本看護協会出版会，1993。
- 13) 杉山郁子，他：自主研究グループによる事例検討と事例研究の実際，保健婦雑誌，46(5)，1990。
- 14) Sherman & N. Fredman 著，岡堂哲雄，他訳：家族療法技法ハンドブック，星和書店，1992。
- 15) 斎藤耕二，菊地章夫編：社会化の心理学ハンドブック，川島書店，1992。
- 16) 斎藤 勇：環境社会心理学プロローグ，川島書店，1993。
- 17) J.W. Barnett & J.M. Clark：Research in health promotion and nursing，1993。
- 18) G. Rose：The strategy of preventive medicine，Oxford Medical Publications，1993。

—追加抄録募集—
 応募資格：日本看護科学学会の会員
 募集内容：一般演題(口演，示説)，駅伝シンポジウム(テーマあり)
 申込み方法：所定の抄録用紙に記入のうえ，登録事務局宛に平成6年10月30日必着で送付
 登録事務局：第2回国際看護学術集会登録事務局 于530 大阪市北区角田町2-15 シロクチビル 株式会社インターグループ内 Tel.06-376-2963 Fax.06-372-6127

焦点

家族看護学の理解

■家族援助へのアプローチ

うつ病患者をかかえる家族への支援

—家族同一性の分析をとおして考える家族支援のあり方と保健婦の役割—

かとう みさこ
加藤 巳佐子

埼玉県寄居保健所・保健婦

はじめに

疾病構造の変化に伴い、保健婦が地域で支援の対象とする精神的・身体的慢性疾患の事例は増加している。これらの慢性疾患は、治療の経過が長期にわたり、疾病の特徴上種々の障害を伴うことが多く、患者を支える家族のストレスは非常に大きい。その蓄積は、家族のもつ人間の成長や発達を促進し、健康を維持するという機能が働かないばかりか、家族関係に歪みを生じさせ、新たな葛藤を生み出すことになる。

家族を単位としたケアの考え方が広がる今日、患者を含む家族全体を看護の対象として看護者の中に意識化し、看護活動を展開することが求められている。その際、家族を「機能障害」ならしめている要因を見きわめることが重要となる。

今回、うつ病患者をかかえる家族の事例を家族同一性の視点から分析し、家族支援のあり方と保健婦の役割を検討した。

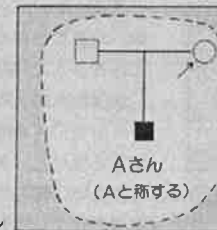
事例紹介

保健所は精神保健の第一線機関といわれており、日常的にいろいろなパターンで相談が寄せられている。相談者の多くは家族であり、疾病の重篤度にかかわらず「支え手の限界」を感じさせる事例が多い。

本事例は、患者をかかえる家族が高齢となったことにより問題が露呈し、保健所で開催された「心の健康セミナー」を契機に相談のルートに乗った。事例のプロフィールは図1のとおりである。

1. 保健所来所までの経過

母親が42歳の時に生まれた。両親が自営業のため、3歳ごろより父方祖父に預けられた。「おとなしい子」であったという。高校進学に際し、学力不足のためAの希望どおりにならず、入学後に不登校がみられた。卒業後Aの意志で電子系専門学校に入学するが、1週間ほどで退学、大学受験のために予備校に通った。父親が仕事を継がせるために、受験を助めていたという。1年後の受験は



3人暮らし

A：28歳，男性，無職，うつ病(?)

父：75歳，自営業(隣町にて)

母：69歳，自営業助手，相談者(ハ)

図1 事例のプロフィール