

〔特別寄稿〕

## 家族看護学に期待するもの

東京大学医学部健康科学・看護学科家族看護学教室

杉下知子

### はじめに

高齢化・少子化社会の加速するわが国では、21世紀に向け病院はより高度の医療を提供し可能な限り在宅で医療を受ける環境を整備し、同時に保健・医療・福祉の一体化により病気や障害があってもよりよい生活が実現するという目標をかかげ、努力が続けられている<sup>1)</sup>。この実現は科学技術の進歩に負うところが大きく、以前は考えられなかった超未熟児や悪性腫瘍などの重症患者の長期生存が可能となってきた。この様な状況下で、国民は cure はもとより care の質をも問うようになり、病院等での施設療養と在宅療養を必要に応じて選択できる継続医療・継続看護を求めている。さらに、家族形態・住居形態・社会構造の変化は、子育てや病弱高齢者の生活を標準的家庭で問題なく遂行することを困難とし、これらに社会的支援の必要性が年々増加してきている。

この様な社会的背景の中で看護教育の高等教育化やその専門化・専門分化の推進が進み、わが国においても「家族看護学」が一つの領域としてうぶ声をあげた。本稿においては、日本家族看護学会発足にあたり、家族看護学の誕生をとりまく状況と今後の課題等について、筆者の私見を述べ、諸先輩のご批判をいただきたく思う。

### 1. 家族看護学誕生の歴史

高度な先端技術の導入で在宅医療を積極的に展開している北米では、Nurse Practitioner (NP) がその推進の役割を担当している。例えば、急性骨髄性白血病児の入院期間は検査と治療方針決定までの約

1週間で、その後はNPの訪問看護により在宅では抗癌剤治療が行われ、子どもの発達・教育上の問題を最小限にしている<sup>2)</sup>。

彼らは家族を一体としてケアすることの意義に早くから気付き、1970年代に家族看護学の概念が提唱された。すなわち病人のケアのみならず、病人を抱える家族のもつ機能あるいはこの機能を高める援助活動を看護の中の1つの分野として位置づけたものである<sup>3)</sup>。特にケアをうける病人自身が幼若である小児や病識のない精神障害者の場合には、受診や療養生活は家族が患者に代わりその大部分を担当するので、母子看護学や精神看護学の分野では早くから病人と家族を一体とした看護が展開されてきた。わが国においても保健婦活動の中にその源流をみつけることができる。すなわち母子保健活動の中の新生児訪問指導や未熟児訪問指導等の家庭訪問活動や精神障害者やその家族を対象とした精神衛生（保健）活動<sup>4)</sup>がそれである。最近の高齢化社会の加速の中で、寝たきり老人を抱える家族・女性の社会進出や家族の縮小化による子育ての困難な家族の問題が社会化し<sup>5)</sup>、わが国においても家族看護学の誕生の段階に至り、平成4年度に2つの国立大学に家族看護学講座が新設された。

### 2. 社会構造・家族構成・疾病像の変化

1994年は国際家族年であり、“家族”が学問や社会でテーマとされることが多くなってきたが、これは空気や水といったあたり前のものが環境破壊によりその意義に気付いたのと共通している。すなわち家族機能の低下や家族の崩壊により家族のもつ機能や意義に世の中が気付きはじめたわけだ。

表1. 分娩の場所別割合の年次推移

		年次	1950	1955	1965	1975	1985	1990	1991	1992
			昭和25	昭和30	昭和40	昭和50	昭和60	平成2	平成3	平成4
全 国 Total	総数		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	施設内									
	計		4.6	17.6	84.0	98.8	99.8	99.9	99.9	99.9
	病院		2.9	10.8	36.8	47.4	55.5	55.8	55.7	55.7
	診療所		1.1	4.5	34.3	44.2	42.4	43.0	43.3	43.3
	助産所		0.5	2.4	12.9	7.2	2.0	1.0	0.9	0.9
	自宅・その他		95.4	82.4	16.0	1.2	0.2	0.1	0.1	0.1

戦後の家族のあり方は、産業構造や社会構造の変化、さらに生活水準や医療水準の向上と相まって出生率の低下や人口構造の変動、さらには家族の縮小化をもたらした。すなわち、昭和20年から30年代にかけては家族計画の普及による急激な少産化と核家族の増加が開始した。他方、当時は医療技術水準はまだ低く伝染病対策が中心であり開業医中心の旧型在宅医療、助産婦による家庭分娩が一般的な時代であった<sup>6)</sup>。家族は3世代あるいは複合型の多人数がまだ多くあり、病人は家族による手厚い care をうけられた。

その後の高度経済成長期では産業の巨大化・都市化や脳血管疾患・悪性新生物・心疾患の増加に伴い病院の整備が急速に進行した。ガンセンターや循環器病センターなどの専門病院や大規模総合病院が出現し<sup>7)</sup>、病人は入院治療を受け、施設内分娩が98%を超える<sup>6)</sup>までに至った(表1)。性役割分担型の核家族化とともに家庭の機能であった冠婚葬祭や病人の療養等が急速に専門業にゆだねられる方向へ向かった。

昭和50年代からわが国は急速に高齢化が進行した。今や65歳以上の人口が14%を超え、合計特殊出生率の低下と相まって平均家族数は3.0以下にまで低下、産業の巨大化・国際化に伴う単身赴任、海外勤務の一般化、女性の社会進出に伴う子育てや介護の問題などが表面化し、困窮者だけでなく誰もが必要に応じて利用できる福祉サービスの構築が求められるようになり、また在宅ケアのニーズが増してきた<sup>1)</sup>。

### 3. 施設内医療から在宅医療・訪問看護活動へ

最近の先端技術の医療への導入は連続携帯式腹膜透析法、在宅酸素療法、中心静脈カテーテルを通じての抗癌剤等の薬剤連続注入法・栄養法、経管栄養法等を開発し、これら高度の医療を在宅の場で行う新型在宅医療の道を開いた<sup>8)</sup>。この場合の医療は、医師→薬剤師→患者と医師→看護職→患者の2ルートによる。その展開は看護職が前面に出て在宅患者の全身状態の把握、注入用薬剤や服用薬剤・カテーテルの管理点検、検査材料の採取等の医療の主たるサービスを担当し、合わせて褥創ケア・導尿・清拭等の看護ケアを実践し、患者のQOL改善に大きく貢献することが可能となる。

入院医療(図1)はすべての時間を治療に専念し治療効果を向上させるが、反面病人のもつ生活機能を大幅に制限してその能力を低下させる可能性が高い。これに対して在宅医療(図2)は患者は家族と共に生活し、日常生活や社会参加も一定範囲内で可能となり、患者のQOLは著しく改善される<sup>9)</sup>。この場合の看護職は高度の看護・医療介助技術をもつとともに患者の療養に必要とされる医療・福祉のコーディネーター役と家族への指導等幅広い能力を身につけていることが要求される。

ところでわが国では平成4年度から老人訪問看護ステーション(図3)が設置されはじめ、高齢者の在宅医療を推進するのに大いに役立っている<sup>9)</sup>が、この制度は病院内に設置されているナースステーション(図1)の部分の地域の中に設置するという画期的なシステム構築であり看護の専門性向上に大

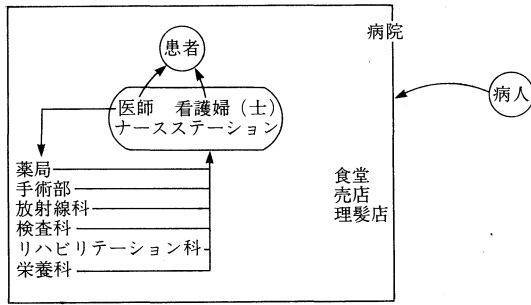


図1. 入院医療

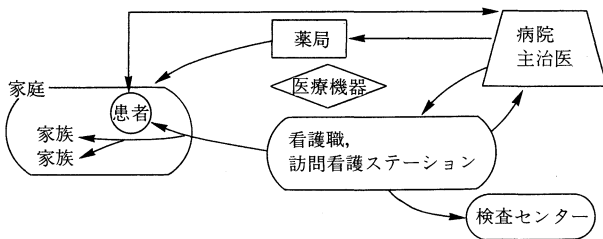


図2. 在宅医療

看護業務：病状観察，バイタルサイン，清拭・洗髪，褥創処置，体位交換，カテーテル等の管理，リハビリテーション，食事・排泄の介助，検査材料の採取，薬剤服薬・注入等の管理指導，家族への介護指導，看護記録

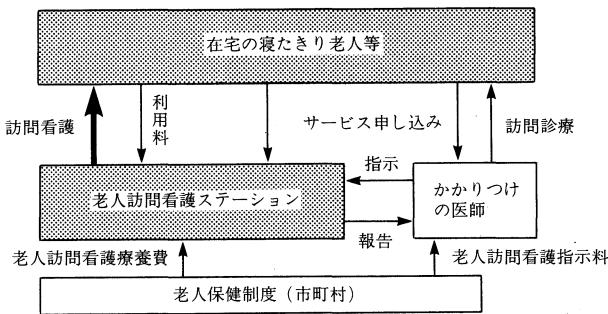


図3. 老人訪問看護制度の体系

いに資することが期待される。この制度は高齢者だけでなく在宅療養患者全体に拡大されつつある。

#### 4. 看護教育の高度化および看護の専門化・専門分化

看護教育制度は大変複雑である。一般的には高校卒業後入学する3年コースの専修学校(厚生省指定)あるいは短期大学(文部省指定)およびこれに続く保健婦課程と助産婦課程の学校がそれぞれ1年ずつ設置されている。看護職の身分の向上と看護の専門性確立は長い間の課題であるが、この解決の1つと

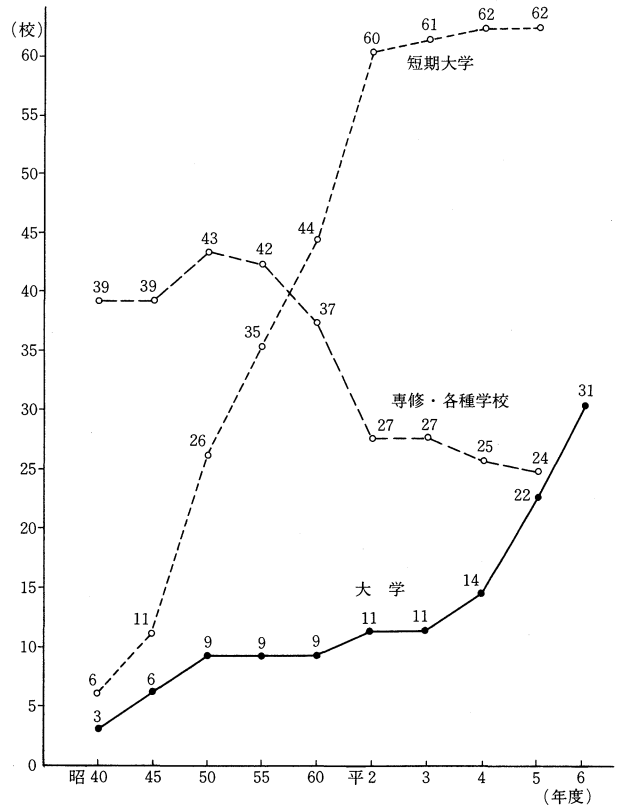


図4. 看護婦学校（文部大臣指定）の学校種別推移（高等学校を除く）

表2. 看護教育の歴史（1944年以降）

1946. 6	聖路加女子専門学校と日本赤十字女子専門学校の統合看護教育模範学院設立
1950. 3	私立看護短期大学設立。天使厚生短大
1952. 4	高知女子大学家政学部看護学科発足
1953. 4	東京大学医学部衛生看護学科発足
1955. 4	6年制大学医学部発足
1964. 4	聖路加看護大学（昇格）
1965. 4	東京大学医学部衛生看護学科は保健学科に名称変更大学院医学系研究科保健学専攻修士・博士課程設置
1967. 6	国立大学に医療短大設置
1975. 4	千葉大学看護学部発足
1979. 4	千葉大学大学院看護学研究科（修士課程）設置
1980. 4	聖路加看護大学大学院看護学研究科（修士課程）設置
1988. 4	聖路加看護大学大学院看護学研究科（博士課程）設置
1992. 4	東京大学医学部保健学科は健康科学・看護学科に名称変更同学科に家族看護学講座設置 千葉大学看護学部に家族看護学講座（千葉銀行）設置
1993. 4	千葉大学大学院看護学研究科（博士課程）設置

して高等教育の推進がある。図4に文部省指定の看護教育機関の年次推移を示した。昭和40年時に3校であった4年制大学は平成6年には31校へ、短期大学は6校から62校へと大幅に増加した。専修・各種学校の短大化、その後15年遅れの4年制看護大学の新設という変化による。

4年制看護大学における大学院の設置は表2に示

表3. CNS 専攻分野

1. がん看護
2. 集中治療期看護
3. 慢性病患者看護
4. 老人看護
5. 小児看護
6. 母性看護
7. 感染看護
8. 精神看護
9. 家族看護
10. 地域看護

すように1965年に東京大学大学院医学系研究科保健学専攻修士・博士課程設置にはじまり、1979年に千葉大学大学院看護学研究科修士課程、1980年に聖路加看護大学に修士課程、1988年に同大学に博士課程、1993年に千葉大学に博士課程が設置された。修士コースをもつ看護大学は1994年には7校、博士コースは3校であるが、その数は急増することが予定されている。

この様な看護教育の高等教育化は、看護の専門化と専門分化の推進役となっている。すなわち、専門看護婦 (Clinical Nurse Specialist: CNS) の養成を大学院修士コースで実施する方向で日本看護系大学協議会「CNS 検討委員会」において検討中である<sup>10)</sup>。

CNS の具体的な専門領域としては現在表3に示す10の分野があげられており、この中に“家族看護”が1つの領域として位置づけられ、この領域の発展が看護全体からも期待されていることが理解されよう。

### 5. 保健・医療・福祉および関連職種との連携

保健・医療・福祉の領域で活躍する専門職がどの程度存在し、これらの専門職の職務内容とその制定時期を理解することは、看護職自身を理解する上で重要である。特に在宅で医療をうける病人は種々の専門家によるケアが必要となり、必要度に応じてコーディネートする役割は看護職が担うことが最適であり、これらの領域は家族を一体としてケアするという家族看護の視点をもった看護職が担当することが望ましいと考えられよう。表4に戦後の法律で

表4. 医療職・および関連専門職の制定年次

1947.12.20	あんま、マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師法 (第217号)
1947.12.29	栄養士法 (第245号)
1948.7.20	保健婦・助産婦・看護婦法 (第203号)
1948.7.30	医師法 (第201号)、歯科医師法 (第202号)、歯科衛生士法 (第168号)
1951.6.11	診療放射線技師法 (第226号)
1955.8.16	歯科技工士法 (第168号)
1958.4.23	臨床検査技師・衛生検査技師 (第76号)
1960.8.10	薬剤師法 (第146号)
1962.9.13	管理栄養士法 (第158号)
1965.6.29	理学療法師、作業療法師 (第137号)
1970.4.14	柔道整復師法 (第19号)
1971.5.20	視能訓練師法 (第64号)
1987.5.26	社会福祉士、介護福祉士 (第30号)
1987.6.2	臨床工学技士 (第60号)、義肢装具士 (第61号)
1991.4.23	救急救命士 (第36号)

未制定の職種

臨床心理士、言語療法士、他

制定された専門職の年次別一覧を示した<sup>11)</sup>。ここでわかるように、保健婦・助産婦・看護婦法は昭和23年に制定され多くの専門職の中でも長い歴史をもっていることが理解されよう。

最近では、昭和62年制定の介護福祉士や平成3年制定の救急救命士が看護職と極めて近い領域の専門職種として出現した。今後も臨床心理士や言語療法士等新しい専門領域の誕生が検討されており<sup>12)</sup>、これらの動向にも関心をもち連携をとりながら看護の独自性を明確化する努力が必要である。

### 6. 家族看護学への取り込み

訪問看護の際、看護職は、病人への医療の質および医療効果に与える家族の影響は入院の場合もさることながら在宅医療では極めて大きいことに気付く。

ひとたび、家族の中にトラブルが生じると家族は一致団結してその解決に努力し、専門家の水準に達する程の機能を発揮することがある。例えば障害児をもつ家族は親の会を組織し、問題を共有、子育て、教育、社会参加 (就職) などの課題を一つ一つ学習して支服していく<sup>13)</sup>。この様に家族は与えられた課題とともに成長していくものである。“母は強し”という子育ての経験は母親を含めて家族の機能を成長させ、それが家族の財産となる。double income

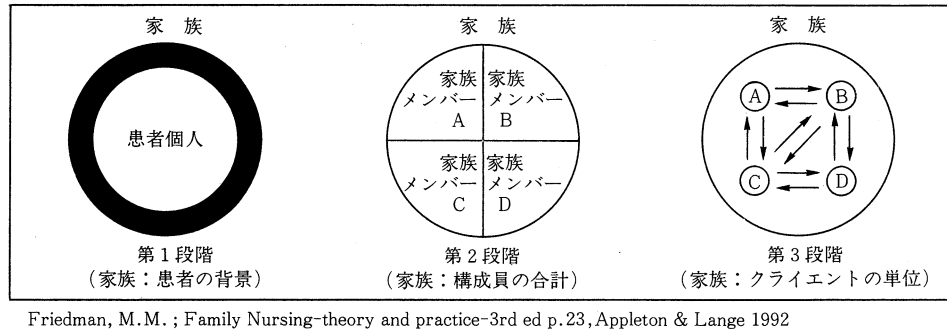


図5. 家族看護学における家族の把握3段階

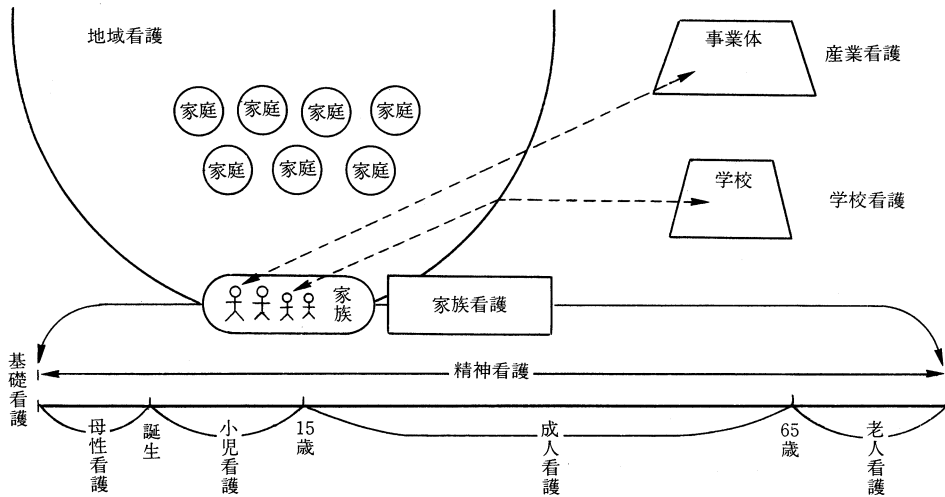


図6. 家族看護と他の看護領域との関係

no kids を嗜好する家族ではその機能は低い水準にとどまるであろう。

このような家族のもつ機能は個々の家族で大きく異なるため、これを評価し向上させるために予防・支持・治療的な看護介入を行う学問領域は家族看護学に含まれる。家族の把握法が重要なポイントになり、3段階に分けて考えるとわかりやすい。図5に示すように第1段階は家族を患者の背景とみる段階、第2段階は家族構成員の合計としてみる段階、第3段階は家族構成員が相互に影響し合い1つの単位を形成しているとみる段階である<sup>14)</sup>。当然のことながら家族看護では第3段階の状態を目指している。既に構築された理論すなわち、家族構造・勢力関係論、家族周期論、家族システム・家族関係論、家族危機理論等を参考にし、病人への看護を基本とし、家族を対象としたケア理論をセルフケア機能の

向上を目指し構築することが課題とされている。

また、看護学全体の中の家族看護の位置を図6に示してみた<sup>15)</sup>。相当に広い領域を担当していることに気付くのは筆者一人だけではないであろう。

## 7. 今後の課題

家族看護学は米国で誕生したが、家族や看護のあり方は文化的背景に依存する。従って、家族看護学は民族や国民性によってそのあり方に特徴が出て来ることが予想される。また家族とともに病人をケアする方法論を構築するアプローチとしては、病院内はもとより在宅で家族とともに療養する病人を対象にする場合は実際的でなおかつ看護が解決すべきあるいはできる問題点の発見もしやすい。このような過程で、入院している病人を家庭や地域社会に返す(いわゆる退院)際、単なる口頭による退院指導だけで

なく、一般家庭を模した日常生活の場（部屋）を病院内に用意し、朝起きた時点で着がえをして、その部屋を起点として1日過ごす時に家族と過ごす。薬の管理も病人自身で練習する等の工夫が生まれて来るかも知れない。このような場合は高度技術を用いた器具管理や家族とともに療養を組み立てる練習の場としても役立つ。

このような目標に向けて家族看護学を体系化する際、本学会が1つ1つ課題に取り組み、何年か後には体系化が可能になることを願っている。そして、家族看護学が独立した専門科学であるならば、その中に問題解決能力をもつ方法論を沢山生み出すことが必要である。

看護学は実学であるので、家旗看護学を志す多くの方々と実際の場面で発生している問題点を持ち寄り、解決の方法を共有して1歩1歩着実に前進することを期待したい。

#### 文 献

- 1) 厚生省高齢社会福祉ビジョン懇談会：21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—。平成6年3月28日。
- 2) 石黒彩子：アメリカにおける小児看護—白血病児・喘息児の看護を中心にして—。小児保健研究 52：495—499, 1993。
- 3) Williams, J.I. & Leaman, T.: Family structure and function. In H. Conn & R. Rakel (Eds.). Family practice. Philadelphia: Saunders, 1973.
- 4) 日本看護協会編：保健婦業務要覧 改訂第7版。日本看護協会出版会，平成5年3月。
- 5) 厚生省児童家庭局母子衛生監修：母子衛生の主なる統計平成5年度刊行。母子保健事業団，1993。
- 6) 厚生省母子衛生課：わが国の母子保健 平成6年：18, 1994。
- 7) 厚生統計協会：国民衛生の動向 41, p. 209—211, 1994。
- 8) 田村ひろみ，服部みち子，陳 瑞東：在宅癌治療の患者のQOLの向上，不安の解消を図るための訪問看護の役割を考える。在宅癌治療 4：71—75, 1994。
- 9) 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修：老人訪問看護業務の手引 平成5年度版，社会保険研究所，平成5年10月。
- 10) 日本看護系大学協議会平成5年度専門分化検討委員会：日本看護系大学協議会調査報告③ 専門看護婦(士)養成のための修士課程におけるカリキュラム，看護教育 36：257—267, 1995。
- 11) 新日本法規：衛生行政六法 平成5年版。
- 12) 高木邦明：保健・福祉の専門職の養成。健康教育・保健活動(園田，川田，吉田編)：211—223, 有信堂，1993。
- 13) 小沢 温：患者会活動。健康学習・健康教育(川田，吉田編)：189—196, 出版研，1991。
- 14) Friedman, M.M.: Family Nursing-Theory and practice-3rd ed, Appleton & Lange: 22—23, 1992。
- 15) 杉下知子：家族看護学の考え方。保健の科学 36：498—501, 1994。