

〔第17回学術集会 会長講演〕

## 研究と実践をつなぐもの—家族看護学の有機的な発展をめざして—

愛知県立大学看護学部

山口 桂子

### I. はじめに

このような貴重な機会を与えてくださいました本学会の石垣理事長様を初め、すべての会員の皆様に深く感謝申し上げます。

さて、日本家族看護学会は、昨今の少子高齢化社会によってもたらされているさまざまな状況や家族支援ニーズをいち早く予測し、家族支援の向上に寄与する研究・実践活動の推進、学問基盤の確立を目指して1994年に設立されました。今年で17年目を迎えましたが、その歴史の中で、諸先輩方々のご努力により、「家族看護学」としての体系化にかかわる多くの業績を残してきたといえましょう。しかしその一方で、その成果が臨床看護師によって、いわゆる“技術”として社会の人々に提供され、還元されているかという問いに対しては、必ずしも“Yes”と即答できない感があります。この現象は家族看護学に限られたことではないと思いますが、家族看護学においては、どのような背景や状況を反映し、何を意味しているのでしょうか。

今回、日本家族看護学会第17回学術集会を開催させていただくにあたり掲げたメインテーマ「家族看護実践にいかす“研究”」は、研究成果を看護実践に活用してこそ研究の真価が社会に認められるのではないかとの思いを、研究を行うものとして、また、専門看護師教育課程で教育に携わる者としての自らへの課題と展望をこめて表現したものです。家族看護に対する社会的ニーズはこれからもますます大きくなることが予測されますが、今後のわれわれの活動をより効率よく実践に反映させていくために、若

干の提言をさせていただきたいと思います。

### II. 家族看護へのニーズの高まり

先にも述べましたが、昨今の拍車のかかる少子高齢化、核家族化、女性の社会進出、長引く経済不況といったような多くの社会的事情のなか、家族のもつ力が低下しているといわれています。同時に、高齢化社会に端を発して医療現場にもたらされたと思われる、疾病構造の変化、入院日数の短縮化、在宅介護の促進など、さまざまな状況が、個々の家族への負担度を増していることもまた事実といえます。確かに家族力は低下していると言えるかもしれませんが、個々の家族メンバーの健康問題によって家族に課せられる役割や機能は、従来に比べて著しく大きく難しくなっていることは否めません。従来であれば、施設内でしか行われなかった治療や処置やケアを受けている人が、専門職の力を借りながらとはいえ、在宅で、家族と共に生活をしていることが、当たり前のように見られるようになりました。そういった意味からも、社会からの家族看護へのニーズは確実に高まりを見せています。

一方、臨床現場の看護職からのニーズもまた高くなっています。すなわち、看護職が切実に家族看護の知識を求める瞬間は、「理解できない家族」、「対応できない家族」に遭遇した時であり、また、そういう家族に出会う機会が非常に多くなっていることがあります。その背景には、良い意味でもまた逆の意味でも捉えられる、昨今の社会の自由度の高さや価値観の多様性があげられますが、それは医療

現場においても例外ではなく、看護者自身の持つ社会通念や家族観とはかなり異なった考え方をする家族とのやり取りに苦慮するケースもまれではありません。

しかし、本来的な家族看護のニーズは、むしろ、こういった初めから認知できる特別のケースに対するだけではないと思われます。図1は個々の家族メンバーの健康問題に関連して、家族にかかわる問題がどのように発生・推移し、また看護者がそれをどう認知していくのかについて、一例を簡単に示したものです。家族メンバー個人の健康問題は、ほとんどのケースにおいて少なからず、何らかの変化、小さな波を家族内に起こすと思われまゝ。しかし、その波が小さいうちは、そのことに家族自体も看護者もあまり気づくことはありません。多くの場合、このレベルでの変化に対しては、無意識的な対処を含め、家族が自分たちのもてる力を駆使して、乗り越えていると思われまゝ。

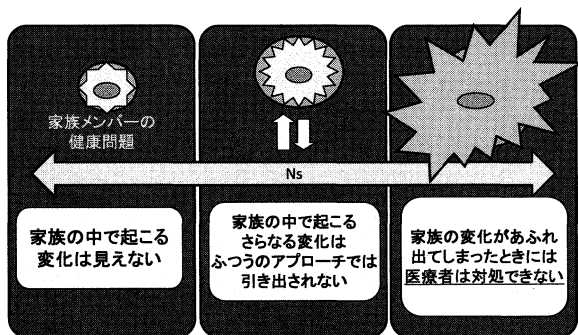


図1. 家族の問題の発生と推移

次の段階では、この小さな波が継続的に少しずつ大きな波になっていく場合ですが、家族全体への影響度が増していくと、家族自体はもちろんそれを認知し、何らかのサインを出し始めると思われまゝ。しかし、看護者には届かない、もしくは、看護者もその兆候に気付いたとしても、一般的なアプローチではその問題を引き出せないため、対応することができないまま過ぎていくことが多いと思われまゝ。そしてさらに、その問題が進み、顕在化したときには、看護者の対処できる範囲を大きく超えてしまっ

たその現象だけが看護者の前に立ちただけで、彼らは「なぜなんだろう」「どう援助したらいいだろう」といった驚きや戸惑い、迷いや悩みといった心情的な困難感を抱え、対処・援助しながらも成果が得られずギブアップするといった一連の流れを見ることがあります。

もちろんこれは一つの例にすぎませんが、この流れの中で、最終段階での即時的な解決のための知識を求められたとしても、その提供は必ずしも容易ではないということがあります。研究成果を看護実践にいかすためには、こういった知識や技術をどの段階でどのようにいかすのかを常に意識しながら、研究を作り、使うことが重要なのではないかと考えまゝ。

### III. 「家族看護学」：研究と実践をつなぐもの

#### 1) 実践活動にいかせる研究の形

研究でえられた知見が看護実践にうまく活かされていかない背景には、臨床サイドが求めている研究に対するニーズや価値付けと、研究を作り出す研究者サイドが提示する知見の形が必ずしも同じ軸上にはないことがあげられます。研究を行う側の事情としては、研究を行ったことの証である「研究論文」が、その信頼性や妥当性をもって評価されるため、その遂行には長い期間とさまざまな手続きが必要になるということ、また、結果として、ひとつの研究から導き出される知見は、当然ながら、必ずしもオールマイティではないということがあります。しかし、臨床現場のニーズに応えるためには、臨床で家族問題を解決するための即効的な知識を必要としたときに、「個」に対してではない、「家族」を対象とした知識をいかに使いやすい形で提供できるかが重要であり、家族看護学の存在価値を知らしめる機会としても、その体制づくりが今後ますます必要になっていくものと考えられます。

先述の図1に例えると、最終段階のように問題が顕在化し、さまざまな不具合が生じてしまった場合

には、それを根本的にかつ即効性をもって解決することは容易ではないと思われま。しかし、その一歩手前のまだ“爆発”していない段階に対しての、家族の対象特性に合わせたアプローチ方法を、使えるかたちで提示できないかと考えています。具体的な対象特性を限定した研究ができれば、そして、それが集積できれば、それがアセスメントツールや介入プログラムの開発につながるかもしれない、あるいはそういった一般化にはまだまだ至らないとしても、対象家族を予測的に把握する上で、使える知識となるのではないかと思います(図2)。

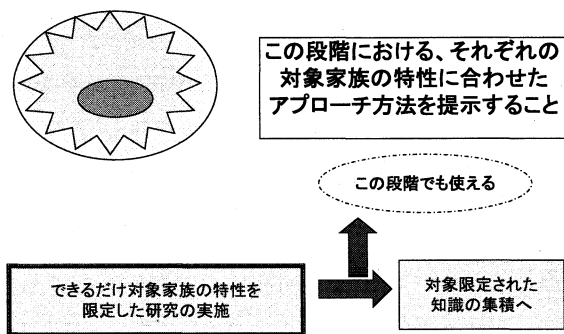


図2. 家族看護実践にすぐ使える知識の形

ここで、本学の小児看護学の教員であった水野さんとともに行った実際の研究例<sup>1)2)</sup>から説明をしてみたいと思います。この研究は、小児がんの子どもを持つ家族の体験をテーマにしたもので、入院に付き添っている12名のお母さんを対象に、修正版GTAを用いて面接、分析し、全体としては、闘病体制を形成・維持するプロセスを導き出すことができました。この研究の対象として参加を依頼したのは、小児がんに罹患して入院治療をしている子どもに付き添っている母親ですが、この時点では、きょうだい数や家族形態など、対象家族の特性(研究参加の依頼条件)を細かく限定してはいたわけではありません。図3は、入院間もない時期の特徴をまとめた(第一報)「闘病体制の初期形成プロセス」を示したのですが、そのプロセスは<母親役割優先遂行プロセス>をコアカテゴリーとして3つのカテゴリー<がん患児母親役割の取得プロセス>、<不在による役割欠如部分のコーディネート>

分のコーディネート><分散家族のつながり形成プロセス>によって構成されていました。すなわち、1つ目の<がん患児母親役割の取得プロセス>は、それまでは普通の健康な子どもの母親であったものが、突然の確定診断に伴う入院治療の開始によって、入院に付き添うことを余儀なくされ、がんを闘う子どもを持つ母親になることを意味しています。そのことには、闘病中の子どもの世話をする以外に、子どもを治療に参加させていくための支援や、病院という生活環境への適応努力、母親自身の生活のシステム化、などが含まれています。2つ目の<不在による役割欠如部分のコーディネート>は、自宅・家庭から母親と病気の子どものがいなくなることに関連して、母親や子どもが担っていた役割を果たす人がいなくなったあとの調整のことで、特に待つことができない、急を要する問題が、残されたきょうだいへの育児機能をどのように維持調整するかということでした。また、3つ目の<分散家族のつながり形成プロセス>については、この家族が病院と自宅、場合によってはさらに別の場所というように、入院を契機として家族メンバーの生活の場所が分散されてしまうことに関連して、その物理的空間をうめて家族のつながりを維持するための努力をどのように行うかということです。この研究そのものの内容的な詳細は省略しますが、この研究例から述べたいことは、ここに参加してくれた家族に共通する特性が、実は、小児がん治療という特別な状況から生まれているということについてです。表1には、「家族特

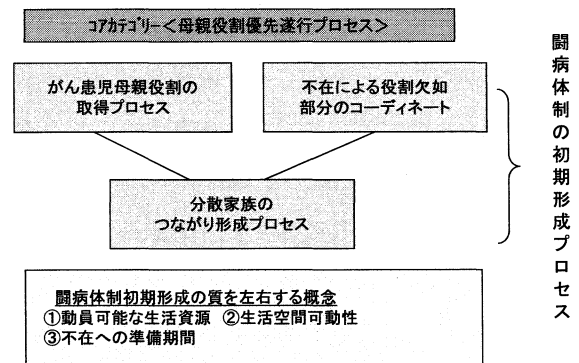


図3. 小児がんの子どもを持つ家族の体験 (水野, 2002・2003)

性として共通すること・異なること」とまとめました。厳密に言えば家族特性というよりも家族が行動を縛られる背景とでも言った方がいいかもしれません。

表1. 家族特性として共通すること・異なること

<p>＜共通すること＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小児医療における目標設定の明確性・共有化</li> <li>・疾患の治療体制の均一性（施設体制・付添体制）</li> <li>・治療のステージ</li> <li>・一人親家族ではない</li> </ul> <p>＜異なること＞</p> <p>闘病体制初期形成の質を左右する概念</p> <p>①動員可能な生活資源 ②生活空間可動性 ③不在への準備期間</p>
---

小児がんの子どもを持つ家族の体験(水野,2002・2003)

まず、共通することの第一点目として、小児医療における目標設定の明確性・共有化をあげました。これは、小児医療においては、多くの場合、病気の治療が他の何よりも最優先されるということが家族と医療者の明確で共有できる認識として存在し、またそれが目標となることから導き出されたものです。同様に、第二点目は、疾患の治療体制の均一性（施設体制・付添体制を含む）ですが、これは、小児がんの治療が体系化され、ほぼ決まった形で入院初日から治療が開始されること、また、子どもや付き添う家族の生活はこの治療体制によって大きく規制されるということがあります。この2つのことの強制力がそのあとの家族の行動を決定し、家族にとっては非常に大変な闘病体制の形成を、半日や1日の単位で何とか成し遂げるように仕向けて行きます。これは、この家族集団に共通する非常に大きな特徴ということができました。

一方、異なることとしては、闘病体制初期形成の質を左右する要因として、3つがありました。動員可能な生活資源は、初期の闘病生活を形成する上で、子どもの祖父母をはじめとする、家族のサポーターやその他の活用できる資源がどれくらいあったかということです。また、生活空間可動性とは、残された家族の生活空間を、サポートを受けやすくするなどの理由で、動かすことができるかということです。

例えば、0歳児のきょうだいへの育児機能は必須ですが、0歳児は社会とのつながりが少ないので、子ども本人を祖父母宅へ移動させることは比較的容易にできます。しかし、幼稚園や学校に通う子どもの場合は生活空間をかえることができないので、自宅へ来てサポートしてくれる人が必要になるということです。さらに3つ目はそれを準備する期間がどれくらい与えられたかによっても質が変わるということです。この3点の状況の違いが、各家族の体験や動きのバリエーションを生み出す要因となっていたように思います。これらをまとめると、このような対象家族に対し、共通すること、異なっていることを情報収集の項目とすることで、入院時の家族の状況をアセスメントし、今後起こりうる問題を予測できるのではないかと考えます。

また、この第一報で示した初期段階を脱すると、多くの場合、状態や治療が落ち着いてきます。その時期になると、次には、病院に子ども一人を残して、あるいは短時間の付き添い交代をして、母親が自宅へ戻り、この間に停滞していた自宅での自分の役割・機能を取り戻すための行動を始めるようになります。実は、この傾向は、がんのように生命に直結するような疾患ではない慢性疾患で長期入院に付き添っている母親においても、間々見られます。週末に付き添いを交代して自宅に戻り、そこで一生懸命家事をこなしてくる母親に、「家に帰った時くらいゆっくりしたらいいのでは？」と投げかけてみると、「家事をすることで自分がおちつくんです」と、そのことが自分にとっての居場所の確認であることを述べていました。このことから、他の研究との対比によっては、小児がんという疾患の共通性ではなく、病状や治療の形態など、入院生活を規制する要因の共通性から、子どもの入院に巻き込まれている家族の動きの共通の部分が見えてくるということが出来ます。

以上のように、単独の研究事例からでも、対象家族の特性とその体験を関連させて示すことで、先ほどの図1の中央の段階での実践活動に予測的に使える知識となりうるのではないかと思います。また、

そのように意識して研究の最終的な結論や示唆を提示すること、使う側の立場での具体的な知見を述べることで、そういった研究成果への責任を持つことが重要と考えます。

2) 研究をいかすための実践現場における準備

一方、研究を使う側についてみると、家族看護を必要としている家族のニーズを、臨床現場が、家族看護の専門領域の問題であると認知するまでのプロセスについて大きな課題があると思われます。このことはそれぞれの対象領域に多様に出現する家族の問題に対し、家族看護学の知識適用が適切に行われないことの根本的な要因であり、使う側の家族看護に関する“感度”の不足を意味するものと思われます。そして、これは看護基礎教育カリキュラムにおける家族看護学の系統的教育の不足によって生じているものと考えます。

家族看護に関連して、看護基礎教育が担うべき役割は、家族看護の概念についての理解を促すことにあると考えますが、現行カリキュラムでは家族看護学を他の科目と同等に設定することが難しい現状にあります。そのため、「あるべき家族像」についての社会的通念や学生が育ってきた環境が学生の家族観に大きく影響し、その修正ができないままに看護職に就くことで、家族の問題に大いに悩むことになっていると考えられます。また、最近気づいたことですが、看護者ばかりではなく、患者さんや家族の方も「あるべき家族像」に縛られて、自らの生活を制限しているような気がしております。それを看護職であるわれわれが解いてあげなければならないわけですが、

そこで、基礎教育の場で試みている、家族看護の概念理解を促す一つの例を紹介させていただきます。私は、看護学部では小児看護学を担当していますので、当然、小児看護学の立場から、家族の位置づけや役割、医療への参加などについて取り上げていますが、一方、家族メンバーである子どもの健康問題が、家族全体に影響を及ぼす問題でもあることを具体的なイメージの中で実感してもらいたいと考えて、

表2. 基礎教育における家族看護の意識化

<p>テーマ：もしも、子どもが病気で入院したら??</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ まずは、家族構成をかんがえましょう。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 何人家族? それぞれの年齢は? 職業は?</li> </ul> </li> <li>・ その家族のふつうの1日をイメージして書いてください。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 起床時間は何時? 朝ご飯を準備するのは誰?</li> <li>- それぞれ出かけるのは何時? 帰宅は? 家事は?</li> </ul> </li> <li>・ ひとりの子どもが入院して、お母さんが付き添います。すべての家族メンバーの1日の生活を書いてください。</li> </ul>
--

(小児看護学概論で行うグループワーク)

表2に示すような演習を行っています。これは小児看護学概論の中の1コマですが、テーマは「もしも、子どもが病気で入院したら??」というものです。初めに、子どものいる家族を想定して、家族構成とそれぞれのメンバーの普通の平日の生活時間を設定してもらいます。この初めの段階では、学生たちは、これまでに学んだ知識や経験、自らの理想的な結婚年齢や家族構成などへの思いをもとに、自由に設定していきますが、それぞれの考える家族像や家族観を出し合うことで、学生同士がお互いの持つ家族に対するイメージが違っていることに気づいていきます。次に、「ひとりの子どもが入院して、お母さんが付き添います。」として、すべての家族メンバーの生活時間がどのように変更されるかを書いてもらいます。その段階になると、お父さんやお母さんが担っていた役割が代わりのきかないものであることや、病児を抱えた家族が家族として何を優先しようとするのかなど、家族の持つ機能についても考えながら、補完する方法を模索していきます。補完の仕方はさまざまですが、例えば、父親が早く起きて朝食を準備する、早く帰宅して夕食を作る、母親が一時帰宅して家事をするなど、誰かの生活時間に若干の無理を加えて乗り越えようとするグループや、あるいはそれが難しいと思ったグループでは、もともとの家族構成を祖父母との同居型に変えたり、きょうだいの年齢をお手伝いのできる年長者に変えるなどの方策をとったりもします。このような演習体験は、入院児には家族がいること、その家族は心情的

にも物理的にもさまざまな影響を受けるというあたり前のことを、自宅に残っている家族を主役として再認識する機会になると考えます。時間的にも内容的にも、家族看護を考えるきっかけにしかすぎませんが、家族が主役であるという感覚こそが、家族看護の概念理解につながると考えています。その感覚を臨床現場に持ち込むことにより、家族に関わる問題をいち早く察知し、専門的な知識や技術を活用できる力になることを期待しています。

もう一つの準備としては、やはりこれも教育に関連することですが、研究を読む力を向上させることが必要なのではないかと思われます。これは、作る側に対しても、既存の研究を十分に踏まえていないのではないかという指摘がされていることとも関連しますが、既存の研究論文や資料をいかに正確に読みとるかが、正しい知識・技術の適用に大きく影響するということです。その論文が、何を目的として、どのような方法で行われ、何が結論として導き出されたかを正しく理解することで、その知見を効果的に活用できるといえます。家族看護学においては、その抱える領域の広さにゆえに、今ほしい知見がすぐに手に入らないことも多いとは思いますが、論文をよく吟味して、適用できる知識を見極めることが研究をいかすことにつながると考えられます。以上のことは、基礎教育を担当する自らの課題として再確認させていただきました。

#### IV. 「研究を作る」—「研究を使う」：家族看護学を有機的に発展させるために

あえて、ここまで、それぞれを“作る側—使う側”と述べましたが、それぞれが“サイド”として分かれていることは、研究成果を実践・評価しフィードバックする循環を生み出しにくい状況を作られると思います。“研究をいかす”ためには、実践現場の日々の動きに対し、多領域の家族に関わるすべての看護者が、十分な家族への関心と家族看護の視点を持ってそれぞれの機能を発揮し、「問題提起→研究→実践→評価→フィードバック」する対等かつ緊密な相互連携システムを構築させていくことが近道と考えます。すなわち、臨床現場の持つ研究シーズを研究者が研究し、使える形で提供することが、家族看護学の有機的な発展につながり、社会的な評価を得ることもつながっていくものと考えます。

家族を知りたいと思うところを大切に、家族のあるべき姿を決めつけることなく、しかし、自らが育んできた家族看護観に基づく絶対的価値をも信じて、これからも学び続けていきたいと思えます。非常に拙い講演で恐縮ですが、このあとの本学術集会におけるご発表や活発なご討議に向けてのオープニングメッセージとして受け止めていただければ幸いです。ご清聴ありがとうございました。

#### 引用文献

- 1) 水野貴子・中村菜穂・服部淳子，他：小児がん患児の入院初期段階における母親役割と家族の闘病体制形成プロセス（第1報），日本小児看護学会誌，11(1)：23-30，2002
- 2) 水野貴子・中村菜穂・服部淳子，他：小児がん患児の治療の安定段階における母親役割の変化と家族の闘病体制維持プロセス（第2報）日本小児看護学会誌，12(1)：8-15，2003