

〔第21回 学術集会シンポジウム4〕

家族看護学の深化と拡大への挑戦

高知県立大学看護学部

(座長) 長戸 和子

愛知県立大学看護学部

山口 桂子

日本家族看護学会の設立から20年、「ケアの対象としての家族」という見方は、看護者にとって違和感なく受け入れられるものとなっている。この間、家族看護の実践、教育、研究はどのように発展し、どのように独自の知識体系を築きあげてきたのだろうか。

家族は、看護の歴史の中で、常に患者のすぐ近くに存在していながら、ケアの対象と位置づけられることはなく、患者の資源や背景としてとらえられてきた。看護者は、患者と家族、あるいは患者・家族と医療従事者の間に生じるさまざまな感情や関係性が、患者へのケアやその成果にも深くかかわっていることに気づいていたが、家族全体に働きかける方略はもっていなかった。しかし、社会の変化に伴い、患者個人へのケアを向上させるだけでは不十分であるという認識が高まるにつれ、家族全体をケアするという立場に立つ家族看護に注目が集まったのは必然であったと言える。

本学会が設立されてから今日までに、大学院における家族看護学の教育が開始され、今年4月には家族支援専門看護師の教育課程をもつ大学院は6校となった。そして、現在、27名の家族支援専門看護師が認定を受け、健康問題に起因する家族内の課題や、患者・家族と医療従事者間に生じるさまざまな課題の解決に力を発揮している。家族看護は、あらゆる領域、あらゆる状況において必要とされるが、現在のところ、これらの専門看護師のほとんどは、病院に所属して活動している。家族看護が家族全体の健康の保持・増進を目指すものであるならば、今後は、健康問題をもつ人とその家族への支援だけでなく、地域で生活する家族のウェルネスの向上に貢

献するような活動の展開も求められるのではないだろうか。

研究の動向を見ると、さまざまな状況にある家族の反応をとおしてその体験の理解を深めようとする研究から、近年は、介入方法の開発や、ケアのアウトカムや評価指標の明確化を目的とした研究がなされるようになってきた。また、海外で開発されたモデルを適用するだけでなく、日本の文化的背景をふまえた家族アセスメントのツールや看護モデルが開発されつつある。これらの研究においては、研究者と実践を担う看護師が協働して取り組んでいるものも多く、実践知と理論知を統合されることによって、家族看護学の理論的基盤が構築され、その独自の看護介入が明確になっていくであろう。

本シンポジウムは、「家族看護学の深化と拡大への挑戦」と題し、まず、家族看護学の発展の基盤となった家族療法の立場から、第一人者である遊佐安一郎氏に、システム論的なアプローチと家族看護学についてご講演をいただいた。二人目には家族支援専門看護師の立場から、関根光枝氏に、家族看護実践の実際について、家族の示す反応の理解の仕方や家族の力の捉え方、引き出し方の一例をまじえてのご講演をいただいた。また、三人目の中野綾美氏には、家族看護研究者の立場から、『家族看護エンパワーメントガイドライン』の臨床への導入と評価の研究、また、ロールプレイング法を用いて家族看護介入方法の抽出を試みた研究を通して、新たな家族看護学の知を創造する方法論についてご講演をいただいた。残念ながら、フロアとのディスカッションはできなかったが、家族看護を深め進めていくための貴重な機会をもつことができた。

〔第21回 学術集会シンポジウム4〕

家族療法の立場から見た家族看護

長谷川メンタルヘルス研究所

遊佐安一郎

家族療法の過去半世紀の歴史を振り返ってみると、1980年代にピークを迎えた、第一世代家族療法とも呼ばれるシステム論的家族療法、1990年代から21世紀にかけて発展してきた第二世代家族療法とも呼ばれるナラティブアプローチ的家族療法、そして同時期に並行して発展してきた第三世代家族療法と呼ばれる心理教育的、統合的家族療法の流れで理解することができる。

システム理論では人間関係、心と体の関係等、システムの関係性を従来の因果関係の理解のための直線因果的な関係だけでなく、円環関係すなわち相互関係性で理解しようとする。したがって、システム論的家族療法では、たとえ家族の中に葛藤があり、その中で犯人探し、スケープゴート等が起きていても、家族の問題解決の支援に向けてお互いさまの関係として理解する。そのために、個人を問題として捉えて非難することなく、関係者全員の目的に向けて、その関係を改善する支援を考え実行することが可能になる。その際に、家族の歴史、構造、そしてプロセスといった家族システムの特徴を考慮に入れて、様々な技法を活用して、家族の支援を行う。

家族看護学の「ケアの対象としての家族」という見方は、システム論的家族療法の基本的考え方と共通する。すなわち、患者とその家族のために、それぞれの個別のニーズを大切にしながら包括的、効果的に支援を行うために、家族をシステムとして捉え家族全体、そして個々の家族構成員の経験する困難を共有する（家族療法ではこのプロセスを「ジョイニング」と呼ぶ）ことを通して、家族システムの相互関係を変化させるような介入を試み、困難のより

少ない相互関係性を育てようとする。

同時に、このようなシステム的な考え方は家族看護だけではなく、看護実践全般と親和性のあるアプローチだと考えられる。看護は多分保健関係の専門職の中で、最もチームを組んで仕事をすることが多い職種だと思われる。病棟の管理運営、病棟内での患者のケア、医師やほかの専門職との連携など、グループで連携して活動することが多い。

システム理論に、アイソモρφイズム（同型性）という概念がある。それは、集団システムである家族システムの問題解決の支援だけでなく、同じような人間関係からなる集団システムである病棟システム、看護チームシステム、治療チームシステムなどの支援においても、同じような特徴が見られるために（同型性）、家族療法の理論的理解や方法は応用が可能な場合が多い、という概念である。それだけに、家族療法のシステムの理解は集団システムで活躍する看護システムにも多くの示唆を提供すると思われる。さらにコンサルテーション、リエゾン看護に関しても然りである。

さらに、第二世代のナラティブアプローチでは、家族の経験とその語りを重視する。この視点は「エビデンスに基づく医療実践（Evidence Based Medicine）」に対して最近重視されてきている、患者（そして家族の）経験とその語りである「ナラティブを重視する医療実践（Narrative Based Medicine）」に相通ずるものである。

このように家族療法と家族看護は共通点も多く、お互いに学び会えることが多い分野だと考えられる。

〔第21回 学術集会シンポジウム4〕

家族看護学の進化と拡大への挑戦 —家族看護専門看護師の立場から—

日本赤十字社医療センター家族支援専門看護師

関根 光枝

1. はじめに

家族ケアの実践には、患者家族と援助関係を形成していくことが必要である。そのためには、ありのままの家族を受け入れ、理解しようとする姿勢をもち、真摯に患者家族と向き合っていくことが重要となる。ここでは、患者家族の示す反応の理解の仕方や患者家族の捉え方と支援の実際について、事例を通して紹介する。

2. 患者家族の示す反応の理解の仕方

医療者には一見、無理解、クレームのように感じる患者家族の反応であっても、それまでの家族の歴史から培われたその家族特有の価値観や家族の関係性などに由来した自然な反応であったりする。例えば「患者への投薬を拒んでいる家族」との面談から、母である患者に「薬は毒だから、安易に飲むものではない」と育てられてきたことがわかり、「投薬を拒む」ことは“患者の信念を護る”ための反応であったと理解することができた。このように、患者家族の示す反応を理解するためには、示される言動の背景を丁寧に探っていくことが重要となる。

3. 患者家族の捉え方と支援の実際

くも膜下出血で遷延性意識障害に陥った患者の気管切開における意思決定に悩み、自ら相談に来られた家族の事例を提示した。自ら相談に来られたこと自体、抱えている課題に対して“資源を活用し、解決しようとする力”をもっていると言える。また、医師、病棟看護師らは「意思決定できない困った家族」と捉えつつあったが、家族の立場で考えると、何らかの困難を抱え「意思決定できずに困っている家族」と捉えなおすことができる。そして、家族看護エンパワーメントモデルで示される「家族の病気

体験の理解」の視点をもってみていくと、家族は以下のような状況にあることがわかった。

目に見える患者の状態からは、発症直後と現在との違いが認識しづらく、家族員個々の病期認識のズレが生じていた。また、「管をつけてまで生きていたくない」と話していた患者の意向をふまえ、「患者を苦しめたくない」という共通の思いをもちながらも、これまでの患者との関係性や各々の家族事情などから意見の相違がみられ、家族関係がぎくしゃくし始め、話し合うことが困難になっていた。

ここから「患者の意向と病状をふまえた意思決定の在り方に格闘している家族」という大まかな家族像が浮かび上がり、病期認識のズレを修正し、家族関係の悪化を防止できれば、再び家族間で話し合って意思決定し、対処する力を発揮していけるのではないかという、支援の方向性が見えてきた。そこで、医師や病棟看護師らに家族の状況を理解してもらおうよう働きかけ、家族員揃えての病状説明の場を調整し、再度家族で考える時間をもてるように支援した。その間、病棟看護師は患者のADL拡大に向けたケアなどを提供していくことで、家族の病期認識のズレが修正され、家族で話し合って意思決定できるようになった。さらに、その後もいくつかの課題に対して家族自ら意思決定し、取り組んでいけるようになった。

4. おわりに

“困った家族”と捉えている困り事を、家族の困り事と医療者の困り事とに分けて考える必要がある。そのためにも、家族の病気体験を理解することが重要であるとともに、多職種と協働していくことで、家族の力はより一層引き出されてくると考える。

〔第21回 学術集会シンポジウム4〕

家族看護学の知を創造する方法論の模索 —家族看護エンパワーメントガイドラインの臨床への導入を通して—

高知県立大学看護学部

中野 綾美

1. はじめに

家族の弱体化が指摘されている一方で、在宅医療や家族員の生死に関わる意思決定を行うなど、家族には過重な役割や期待が課せられているといっても過言ではない。家族看護は、厳しい現実と直面している家族を集団として捉え、家族の力の発揮を支援する家族看護学の知を創造することが求められている。

2. 家族看護の知を創造する方法論の模索

わが国では、看護研究者・実践者による多くの研究成果が発表されている。長期的・継続的な臨床-研究機関の連携、看護研究者と実践者のダイナミックな連携環を構築し、理論知と実践知を統合する方法論を確立することが重要であろう。ここでは、『研究-実践の連携による家族に対する看護エンパワーメント介入の評価研究（基盤研究A: 研究代表者：野嶋佐由美）』の中で試みた、家族看護の知を創造する方法論の模索を紹介する。

1) 高知県立大学・愛知県立大学・福島医科大学および臨床機関による連携システムの構築

①テレビ会議システムやスカイプを用いた双方向のコミュニケーションシステムの構築、②複数の研究機関と臨床機関との連携による臨床ケアの質の向上、③研究成果の検証および実践での活用に向けた仕組み作りを行った。

2) 家族看護エンパワーメントガイドライン（以下ガイドラインと記す）を活用した専門看護師（以下CNSと記す）の看護実践内容の抽出

①CNSは看護実践を行い、大学教員はテレビ会議システムやスカイプによりコンサルテーションを行う、②CNSに家族像とガイドラインの11の看護介入ごとに、実践内容を聞き取る、③8名

のCNSから23家族に対するガイドラインを用いた看護介入が語られ、看護実践内容が抽出され、CNSが実践・調整・相談・研究・倫理調整の6つの機能により、ガイドラインを実践の中で活用し根付かせる家族看護の知が明らかになった。例えば、脳性麻痺で意思疎通が困難な子どもの家族に、看護師とともに①家族像を形成する、②情緒的支援を提供しながら現状を客観的に示し家族のニーズに添った家族教育を展開する、③支援者に対して家族の思いを代弁し、支援者と家族の双方向のつながりを支援する、④家族が納得して意思決定できるように支援することにより、子どもの反応を客観的に捉えるという“家族の変化”をもたらしていた。さらにCNSの相談機能や調整機能により家族関係が調整され、家族像の再アセスメントが進み、家族に対するさらなる理解につながり、家族と保健医療従事者が共通認識をもてるという“チームの変化”をもたらし、家族の意向を尊重しながら家族の不安や戸惑いに寄り添い、打開策を提案できるという“ケアの連続性”を生み出していた。

3. まとめ

現在は、ロールプレイング法を用いて看護介入を抽出する研究を行っている。この方法は、設定した場面であるという限界はあるが、面接法では抽出することができない研究協力者が意識化していない経験知や、倫理的に参加観察法を行うことが困難な場合に経験知を抽出することができる方法である。柔軟な発想で、家族看護学の知を創造する方法論を模索し、研究者-実践者で共有し、発展させていくことが重要であると考えられる。