

〔シンポジウム〕

4. 家族システム看護への取り組み —臨床とタイアップした教育—

山口県立大学看護学部

森 山 美知子

I はじめに

「看護とは、実践の科学である」と言われている。そして、科学と実践は看護の2つの主要な領域である。臨床現場での症例の積み重ねから、一般化を図り、知識として体系化していく。そして、理論やモデルを現場に応用しながら、再び症例を積み重ねる。学生や看護者は理論やモデルを学び、それを臨床に応用する技術を習得する。そして、知識を体系化する方法論を学ぶ¹⁾。

教育と実践は切り離せないものである²⁾。家族看護においてもそれは同様で³⁾、学生は、理論を講義展開の中で学び、臨床実践でその応用を確認する。そして、知識と技術との統合を図る。学生の臨床現場も同じである。学生が、学ぶ理論について臨床ですでに学習、応用され、患者と家族が変化するという確かな手応えを持って、学生に専門家としてその理論応用の醍醐味を示すことができる。

本論文では、科学的枠組みに基づいた「家族システム看護」を臨床にどのように定着させ、どのように学生に対して教育を行い、知識と技術の統合を図るかについて、筆者と山口県立中央病院が行っている展開について報告する。

II 家族システム看護の臨床への導入とその展開

筆者は、1994年看護婦有志約20名と、「カルガリー家族療法研究会」を山口県立中央病院内に結成した。この研究会では、システム理論を基礎に、カ

ナダ、カルガリー大学 Wright 博士らによって開発された「カルガリー家族アセスメントモデル」及び「カルガリー家族介入モデル」⁴⁾⁵⁾を学習し、実際に家族症例に応用して、「家族システム看護」を展開。インタビューの内容をテープ録音し、その録音内容をおこしたプロセスレコードを用いて、学習会を行っている。この「家族システム看護」の臨床への導入について、導入から現在までの期間を質的变化にそって4期に分類した。その導入のステップについて述べる。

1. 準備期 (1994年1月～3月)

家族システム看護学を臨床に導入するため、山口県立中央病院の看護部長、病院長、婦長、医師らに「家族システム看護学」及びその臨床での展開方法についての理解と、導入及び筆者が臨床に入り込み症例展開することに対するの許可を得た。

2. 導入期 (1994年4月～6月)

看護婦有志を募り、月2回の定例学習会を実施。「カルガリー家族アセスメントモデル」及び「カルガリー家族介入モデル」⁴⁾の基礎学習を行った。

3. 症例適用開始期 (1994年7月～1995年半ば)

研究会のメンバーがインタビュー技術の訓練を兼ね、モデルの症例への応用を開始する。助言者(筆者)が同席する中、患者・家族に対してインタビュー展開を行った。インタビュー内容は、家族の承諾のもと、すべてテープ録音され、月2回開催される定例学習会で、プロセスレコードをメンバー全員で検討。インタビュー技術の向上と、ケースのよりよい展開方法について話し合った。

4. 定着期 (1995年半ば～現在)

助言者の同席なしに、家族インタビューを行う。研究会のメンバーは、実施した症例数の増加により、インタビュー技術も向上し、独自にインタビューが展開できるようになった。この頃になると、メンバーが家族に働きかけるだけでなく、患者・家族からもインタビューの依頼が来るようになる。

研究会のメンバーの多い病棟では、家族システム看護の展開が看護システムの中に組み込まれるようになり、「慢性疾患を抱える患者・家族」、「ターミナル期にある患者・家族」に対しては常時、家族インタビューが展開できるようになった。また、その他の病棟でも、研究会のメンバーは、アドバイザー的な役割を担い、プライマリナースが家族介入して欲しい家族をメンバーに紹介するようになった。展開した症例については、月1回の定例学習会でプロセスレコードの検討を行っている。

III これまでに臨床展開した症例の分類

1. 疾患別にみた症例分類

1994年4月に「家族システム看護」を臨床に導入してから、1996年7月現在まで、われわれがどのような症例にモデルを応用し、家族インタビューを実施したのかを、十分な展開ができた症例も不十分な症例も含めて表1に示す。研究会のメンバーは家族インタビューをさまざまな臨床場面で実施しており、完全な家族数の把握は不可能であるため、これまで勉強会で取り上げた症例について集計した。メンバーが所属する病棟の特性により、悪性新生物と糖尿病の症例が多い。

2. 家族の呈した症状別にみた症例分類

表1に示した症例を、家族の呈した症状別に分類し直したのが表2である。これは、われわれが「なぜ家族介入しようと考えたか」の根拠となる、家族や患者の示した症状によって分類した。複数の症状を一度に表出した家族も多いため、症状については重複している。これも、病棟の特性に影響され、ター

表1. これまでに学習会で検討を加えた症例 (1996年7月現在)

(疾患別分類)	
悪性新生物	24例
糖尿病+合併症	8例
脳血管障害	7例
白血病 (ALL, AML)	8例
ストレス性消化器疾患	3例
腎疾患	1例
複合臓器不全	1例
肝硬変	1例
喘息	1例
筋萎縮性側索硬化症	1例
脳死	1例
(精神分裂病合併)	1例)
(痴呆合併)	1例)

ミナル期にある症例や慢性疾患の患者・家族の症例が多い。

表をみると患者や家族が実にさまざまな症状を呈していることがわかり、看護婦が援助・介入する余地が臨床に多く存在していることがわかる。援助・介入した症例については、多かれ少なかれ、良い方向に変化を起こしている。これらの症例については、別誌で報告している。¹¹⁻¹⁸⁾

IV 学生への講義展開

臨床現場に家族システム看護を導入した後は、学生にどのように家族システム看護を教えるかを考える。家族システム看護の完全展開は、専門看護教育レベル、つまり大学院教育レベルであると考えたため³⁾、大学学部生(専門学校生も含む)へは、家族システム看護の展開技術の習得は要求しない。しかし、家族システム看護について理解をすることは、家族を多角的な視点から分析する態度を養うのに有効であるため、学部生に対しても講義展開を行っている。

もちろん、「家族看護の歴史的展開」、「家族看護の位置づけ」、「家族看護の範囲」、「家族社会学、精神医学、家族療法との関連」、「家族の定義の歴史的変遷」、「家族の機能と役割」、「家族発達についてのさまざまな理論」「家族アセスメントについて」の基礎的な部分を解説した後に、「文脈としての家族」と「システムとしての家族」の違い⁵⁾を押さえ、家族シ

表2. 家族システム・インタビューを用いた症例：家族アセスメントが必要であると判断した家族が呈した症状（1996年7月現在まで）

(症状の重複あり)	
ターミナル期に起こったコミュニケーションの悪化 不安や恐怖からの家族の引きこもり 患者と家族のコミュニケーションが滞る 家族の死に対する強い恐怖感	10例
介護負担と介護をめぐる家族の葛藤 介護される家族員（患者）のストレス 介護をめぐる家族関係のバランスの崩れ 患者の強い依存と介護者の強い疲労感 介護方法・方針をめぐる家族内の葛藤 主要介護者と拡大家族との力関係の悪さ ターミナル期の介護負担	9例
ノンコンプライアンス（慢性疾患） 妻と夫の共依存 家庭内での役割・サポート喪失 夫婦の悪循環コミュニケーション 家族のサポートの低下	8例
予防的介入：予期的悲嘆のプロセスを促す	6例
ターミナル期の告知をめぐる家族の葛藤 患者への告知をめぐる家族間の意見の対立と葛藤 告知しない家族に対する患者の不信 子供への告知をめぐる親の葛藤	5例
痛み（ストレス性症状） 癌の告知を受けてから表出した強い痛み 原因不明の強い腹痛 家族関係の悪循環による過敏性腸症候群 退院の話がでると過換気を起こす	5例
崩壊し、支援関係を築けない家族 ターミナル期に表出した崩壊した夫婦／家族関係	5例
医療者と家族・患者関係の悪化 患者・家族の医師への不信感 患者・家族と看護婦の悪循環コミュニケーション	3例
リハビリの遅延 患者の闘病意欲の喪失 患者の家族への強い依存	3例
機能障害をおこし支援関係が築けなくなった家族	3例
入院生活に対する強いストレス 入院生活の精神的限界 病状や予後に対する患者の強い不安	2例
セクシュアリティ・パターンの変調 乳房切除後の夫婦関係の消失	1例
告知を受けた直後の家族ショック	1例
子供が不安と恐怖のため親の死に直面できない	1例
死にゆく未成年の子供をもつ親の苦しみ	1例
退院できない患者（家庭内での役割喪失）	1例
予後に対する患者と家族の認識の違い	1例
治療の決断：移植をめぐる決断：医療者と家族の意見の違い	1例
親（痴呆）の変化が受容できない子供の葛藤	1例
痴呆患者の存在によって家族が崩壊の危機に立たされる	1例

ステム看護について概説するようにしている。

山口県立大学看護学部は、平成8年4月に開設されたばかりであり、「家族看護学」の講義展開はまだ始まっていない。そのため、筆者が非常勤で講義を行っている看護学校や、臨床看護婦や訪問看護婦・保健婦を対象にした臨床講義について、その展開順序に従って以下に説明する。

1. 学生のレディネスを高める

学生は、その背景により、さまざまな家族体験を有するが、一般的に学生の家族体験は限られる。そのため、さまざまな家族のあり様の理解を促すために、家族に関連した映画や図書の利用を図っている。「アルコールに関して共依存関係を示す家族」、「共依存をみごとに断ち切った母親が描写されたもの」、

「母親がターミナル期にある家族の選択」、「息子を事故で失った後の家族の心の動き」など、観察して欲しいポイントを示した「映画や図書のリスト」を作成し、学生に自己学習するように勧めている。映画は、短時間の中に問題のエッセンスや人生を凝縮して描写してあるため、よい教材となる。なお、映画を見た学生達とは、何を感じとったのか、家族の起こしている悪循環や文化的背景が理解できたかななどのディスカッションを行っている。

2. 家族システム看護学の基礎となる理論についての学習を行う

講義では、「家族の定義の歴史的変遷」、「家族の機能」などを簡単に話し、その後、「システム理論」、「システムの視点と直線的視点の相違」、「変化理論」について家族に結びつけて説明をおこなっている。システムとしての家族を説明する際に、人形のモビールを用いると学生の理解が早い。また、家族がどのようにバランスをとろうとしているのかの理解を促す。家族の中での下位システム、家族にとっての上位システムの説明も容易になる。

さらに、ここでは、「家族をケアする看護の役割、ゴール」についても説明を加える。家族システム看護では、「家族は自然治癒力をもつ」、つまり、「家族（システム）のゴールに向かってまとまろうとする働きをもつ」との前提があるので、家族の起こすさまざまな症状を「機能障害」、「悪循環パターン」として捉え、その「機能障害」を改善し、「悪循環パターン」を断ち切り、悪循環を起こさない新たなパターンを作り上げることをその目的とする⁵⁾。どの家族にも、健康な側面と問題を引き起こすようなマイナスの側面とが共存するが、家族のもつ良い側面（長所、強い点）を引き出し、そこを強調することによって、家族のもつ潜在的な力（治癒力、問題解決能力）を強化することができる。問題解決は、家族自らが主体となって行っていくものである^{4)~6)}。家族システム看護では、家族が悪循環や機能障害に気づき、改善のために行動が起こせるようになることをゴールとする⁴⁾⁵⁾。

3. 家族システム看護の展開方法についての学習

1) 看護過程の展開

「文脈としての家族」に対する看護を日々臨床で展開する中で、「システムとしての家族」に対する看護をどのように展開するのか。この、多くの看護教育者や臨床看護婦が疑問にもつ点についての説明を加える。筆者は、「システムとしての家族介入」には大きく分けて2つの方法があるのではないかと考え、学生に伝えている。

(1) 「文脈としての家族」援助にシステムの視点を導入する

患者が入院・入所し、または訪問看護の対象となった後、看護婦は直接的にも間接的にも家族を支えていく。例えば、患者の病状や予後、機能障害について家族に説明を行い、治療方法や食事療法、介護方法などについて重要他者を含めた家族に教育を提供する。そして、悲しみに打ちひしがれる家族の話の聞き、励まし、助言を提供する。社会資源の紹介も行う。面会に訪れる家族の表情や体調を観察しながら、声をかける。

これらは、「文脈としての家族」への看護展開と捉えられることができると筆者は考える。この家族への働きかけに、システム的な視点を取り入れることが可能であり、かつ有効である。重要他者だけではなく、家族全員を集めて説明を行う。そして、家族全体の反応と相互作用を観察する。家族員一人に説明を行う場合でも、「もし話されるとしたら、お父様はどのような反応を示されるでしょうか?」と第三者への影響を探る「システム的な質問」を投げかけることによって、家族力動を視点に入れた働きかけが可能となる。

ベッドサイドで面会中の家族に出会い、「看護婦さん、ちょっと聞いて下さい。主人がちつとも言うことを聞いてくれないんです。あんまり腹が立ったからこんなこと言ってしまいました」など、立ち話程度の相談を受けることがある。このようなときにも、「もし奥様が逆の立場だったらいかがでしょうね」など、「システム的な質問（円環的質問）」を投

げかけると、瞬時に状況が打開されることがある。

(2)ポイント的な「システムとしての家族への介入」

日常の看護展開の中で、ときに家族を集めてインタビューを行い、集中的にアセスメントと問題解決を行う。この、看護婦と患者・家族との長期に渡る関係の中でポイント的（時間上の一点）に、集中して問題解決に取り組む部分を指して、筆者は「ポイント的介入」と呼んでいる。これまでに試みた家族インタビューの分析から、筆者は、ポイント的家族介入には2つの機能があると考え、**「家族の問題解決を行う」機能と「家族をモニターする」機能**である。

a:「家族の問題解決を行う」—「文脈」の中で、家族を視野に入れた看護を行っているとき、「おや?」と思う場面に出会う。これは、患者や家族、または看護婦が、「家族がうまくいっていないのではないか」と感じ取ったときである。これは、家族を集め、家族の中で何が起きているのかのアセスメントを行う非常によいタイミングである。この時点で、家族を集め、家族アセスメント・インタビューを行い、問題点（悪循環）を明確にし、解決に向けてのプロセスを踏む。

b:「家族をモニターする」—われわれは症例を重ねるうちに、どんなによく機能している家族でも機能障害を起こしやすい、家族にとってストレスの大きい状況があることに気がついた。それは、「家族員がターミナル期にあるとき」、「家族員の突然の罹患や事故や死に直面したとき」、「家族員に対して多大な介護を要するとき」、さらに、家族の理解と協力がなくなかなか療養生活が維持できない「家族員が食事療法などが必要な慢性疾患に罹患したとき」である。これらの状況におかれた家族については、現在の家族の機能状態や「家族がうまく支え合うことができるのか」を定期的にアセスメントし、危機に陥る前に予防的に介入することが有効であることに気がついた。ここでは、看護婦によるアセスメントが加わると同時に、家族自身も一同に会

し、話をすることにより結束を固めることができ、機能悪化を予防することが可能となる。

2)インタビュー・プロセス

「ポイント的家族システム看護」では、インタビュー展開自体が、「文脈の看護」に付加された看護過程の展開となる。「ポイント的家族システム看護」の展開は、導入、アセスメント、介入、集結の重複する4つの局面から構成される。①患者や家族にインタビューの旨を伝え、集まってもらい、挨拶を交わす（導入）、②家族アセスメントを行い、アセスメントの結果を家族に伝え、問題解決を行うかどうかの家族の意思を仰ぎ（アセスメント）、③問題解決を行い（介入）、④「問題が消失する」または、「家族が自ら問題解決していけると判断したら」、この看護過程は終結する。

3)インタビューの原則

①仮説を立てる、②円環的質問を行う、③中立性を保つ、これが、「家族システム・インタビュー」を行うときの三大原則である。この三大原則は、「家族システム・インタビュー」において技術的に大切であるだけでなく、日常の看護を行っていく上でも基本的な姿勢となるので、学生に解説を行う。「仮説を立てる」学習は、critical thinkingにもつながり、筆者は、問題を多角的に捉える最も良い学習材料であると考え、

4. 家族アセスメント・モデルの概説

「どのような枠組みを用いて家族を観察するのか?」

タピアの家族の発達段階⁷⁾、看護者が開発した家族アセスメント・スケール⁸⁾、ソーシャルワーカーらが用いる家族アセスメント・ツール⁹⁾、家族に関する社会理論—構造機能的アプローチとシステム・アプローチ—を基礎にしたフリードマンの示す枠組み¹⁰⁾など、看護の領域で使用可能なアセスメントの枠組みにはいくつかある。どの考え方に立ち、どういった視点からアセスメントするかによって、枠組みを使い分けることが可能である。

筆者は、相互作用に視点を当てた「システム理論」

をもとに、看護婦がアセスメントしやすいように開発された「カルガリー家族アセスメントモデル (Wright, 1984; revised, 1994)」⁴⁾を枠組みとして用いている。このモデルは、家族を、構造、発達、機能の3つの側面から捉え、かつアセスメントの枠組みの項目数が比較的少ないため、理解しやすく、家族の理解を多角的に促しやすいと筆者は考える。

5. 症例を用いての仮説の立案

「家族システム看護」の展開において、筆者が最も重点を置いている部分である。ここでは、学生が患者・家族の起こしている現象を多角的に、中立的に分析する能力と姿勢を養う。

1) 臨床ケースを学生に提示

われわれが実際にインタビューを行ったケースを、家系図、患者の疾患名、家族の起こしている症状などの限られた情報のみ学生に提示し、「この家族にいったい何が起こっているのか」の仮説を立案してもらう。想像力を働かせるために、情報は少なく提供する。この仮説立案の際に、自らの直接的体験、図書や映画からの間接的な家族体験が役に立つ。

2) 仮説立案のトレーニング

4人程度のグループで、仮説を立ててもらい。その後、各グループに仮説を発表してもらい、ディスカッションを行う。仮説には、「間違い」はなく、どのような仮説でも成り立ちうる。そして、それを証明(確認)するには、直接家族にインタビューする方法をとることを説明する。さまざまな角度から仮説が上げられるよう、グループ討議を促進する。

学年が上がり(2年生、3年生)、看護診断を学習するようになると、学生は、仮説が不十分なまま、つまりアセスメント(分析)を行わないまま、「ノンコンプライアンス」「知識不足」「家族プロセスの変調」などと、診断名だけのラベリング(レッテル張り)をしてしまう傾向にあるので注意を要する。これは危険な行為なので、「アセスメントが不十分のままラベリングを行う行為」に警戒を発し、「ノンコンプライアンス」等の診断名の裏側にある原因・要因となるもの、つまり「ノンコンプライアンス」

という現象をなぜその人が起こさざるおえなかったのかについてもっと分析する必要があること、そしてその要因(関連因子)が分析できてこそ、はじめて具体的な看護援助が可能になることを伝えなければならぬ。

6. 仮説を立てた症例についてのシュミレーション展開

仮説を立案した症例について、学生からボランティアを募り、家系図通り父親役、母親役、子供役等を演じてもらい、ロールプレイを行う。最初は、筆者が看護婦役となり、アセスメントの枠組みにそって質問を投げかけていく。

看護婦役、家族役は、選択された仮説(5.であげられた仮説)を頭に入れ、その家族になりきって演じる。プレイの最初は設定された状況を演じるが、インタビューが進むにつれて、演者はそのときの感情反応から自由に展開することを許されている。

学生によっては、実にリアルに、迫真の演技を展開してくれるが、多くの学生は、その体験に限界があるため、なかなか十分なロールプレイの展開ができない。もし可能ならば、模擬家族(患者)(SP: simulated patients)の利用をお薦めする。学生は、現実に近い家族インタビュー展開を体験することができる。

ロールプレイでは、終了後、演じた側及び観客側の感情反応を話し合うことが大切である。父親役、母親役を演じてどのように感じたのか、また家族の反応をみてどのように感じたのかを演じた者、観察した者自身が敏感に感じ取り、その感情を記憶しておくことが実際のインタビューに役に立つ。

ただし、学部生の段階で、インタビューが行える能力の取得は目標としていない。どのような看護介入方法があるのか、家族介入によってどのように家族が変化する可能性があるのかを学ぶことができれば、そして将来の学習の動機づけができれば成功であると考えられる。

7. 臨床展開した症例のプロセスレコードの紹介

学生と仮説を立て、ロールプレイを行った症例に

ついて、実際にわれわれが行ったインタビューのプロセスレコードを学生に見せ、実際の展開、技術的な特徴、仮説の証明、家族が起こしていた悪循環とその悪循環の根底にある信念について解説している。

8. 家族介入モデルの概説

看護界で家族介入モデルとして開発されているものは、先のカルガリー家族アセスメントモデルを開発したWright博士らによる「カルガリー家族介入モデル」⁴⁾がある。このモデルについて簡単に説明を行う。学部学生にはモデルが実際に使えることよりも、モデルの概略の理解のみを学習目標としている。

9. 臨床での応用

1) 臨床実習現場で症例展開を学生に示す

実習病院の山口県立中央病院では、各病棟に何人かの「カルガリー家族アセスメントモデル」及び「カルガリー家族介入モデル」を用いて「家族システム看護」が展開できる看護婦がいるので、学生は、その看護婦に依頼して、受け持ち患者・家族に対して家族インタビューを実施してもらうことができる。また、看護婦が行う家族インタビューに実習中の学生が参加できるように配慮されている。学生は、実際のインタビューに参加することができ、家族アセスメント・介入について学ぶと共に、患者個人にインタビューしただけでは見ることのできない情報に触れることができ、看護の感触を新たにしている。

2) 学生とのディスカッション

家族インタビュー終了後、インタビューを行った看護婦と学生がディスカッションを行い、学んだこと、感じ取ったことなどを表現しあう場としている。

V おわりに

理論やモデルの応用が臨床現場でなされ、そこで積み上げられた知識が理論開発につながり、学生の教育に生かされる。臨床現場と教育現場が手を携えて新たな看護サービスの開発と提供に努力すべきであるという信念のもと、筆者が山口県立中央病院看

護婦有志達と臨床展開している「家族システム看護」及び、筆者が行っている「家族看護」と「家族システム看護」の学部学生に対する教育を、その方法論のみ示した。

家族や患者が主体となって確実に変化を起こしていく事実を目の当たりにしたときの看護婦や学生の喜びと将来への学習の再動機づけ効果は、看護婦のさらなるキャリアディベロップメントにつながるとともに、「家族援助」を受けた患者・家族の看護に対する認識の変化を生み、社会に対して新たに、「患者や家族のQOL向上のために看護婦が行えること」を提唱することにもつながるといえよう。

文 献

- 1) Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (1992). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Fundation*. New York: J.B. Lippincott. (p.11 - 12).
- 2) Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange. (p.4 - 7).
- 3) Wright, L.M., & Bell, J.M.: 基調講演: 家族看護学研究の将来. *看護研究*, 27 (2 - 3), 4 - 15, 1994.
- 4) Wright, L.M., & Leahey, M. (1994). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.
- 5) 森山美知子: 家族看護モデル: アセスメントと援助の手引き. 医学書院, 1995.
- 6) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学: 理論と実践. 日本看護協会出版会, 1995年.
- 7) Roy, S.C. 著, 松木光子監訳: ロイ適応看護モデル序説. HBJ 出版, 1993. (p. 438 - 439).
- 8) Kagan, R., & Schlosberg, S. (1989). *Families in perpetual crisis*. New York: W.W. Norton & Company.
- 9) Bomar, P.J. (Ed.). (1989). *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment, and interventions*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- 10) Friedman, M.M. 著, 野嶋佐由美監訳: 家族看護学: 理論とアセスメント. へるす出版, 1993年.
- 11) 戸井間充子, 福田貴代美: 家族を1つのユニットとして援助する看護の展開, *看護学雑誌*, 61 (1), 25 - 31, 1997 - 1.
- 12) 戸井間充子: 家族への働きかけを考える: 家族看護モデルを導入して, *訪問看護と介護*, 1 (5), 409 - 415, 1996.
- 13) 森山美知子, 戸井間充子, 石井周子, 嶋岡洋子, 福田貴代美, 木下みゆき: 終末期の患者をもつ家族のサポートに焦点を当てた看護の実際. 緩和ケア・癒しの看護 (上巻), 日本総合研究所, 283 - 289, 1996.
- 14) 森山美知子, 戸井間充子, 石井周子, 嶋岡洋子, 福田貴代美, 木下みゆき: 崩壊した家族への癒しの看護, 緩和

- ケア・癒しの看護(上巻), 日本総合研究所, 290-285, 1996.
- 15) 木下みゆき, 森山美知子: 乳房切除を受けた妻と夫のセクシュアリティ・パターンの変化への介入, 臨床看護, 22(11), 1664-1670, 1996.
- 16) 森山美知子, 中藤由香美: ジェンダーの信念の相違から生じる家族内ストレスに対する看護介入, 臨床看護, 22(12), 1803-1810, 1996.
- 17) 柳井桂子, 杉村知子, 吉山美由紀, 森山美知子: 家族関係が危機にある終末期を迎えた患者・家族への看護介入, 臨床看護, 22(14), 2173-2181, 1996.
- 18) 戸井間充子, 白石日出子, 森山美知子: 家族関係の悪循環のなかに生じる糖尿病患者のノンコンプライアンスの原因に対する看護介入, 臨床看護, 23(1), 131-139, 1997.