

家族看護学の基本的視座

— 一単位としての家族を看護するということ —

家族看護研究所 渡辺裕子

* 家族看護とは

本日は、皆様の学会にお招きいただきまして大変光栄に存じます。

「家族看護学に関すること」と広くテーマを頂戴し、どのようなことをお話させていただいたならば皆様のニーズに合った内容になるのか、いろいろと考えてみたのですが、母子から老人看護学、また看護教育や看護管理など現在携わっておられる領域にかかわらず、どんな看護の場や対象にも共通する内容が相応しいのではないかと考え、本日は家族看護学を総論的に、しかも基本的な考え方に焦点を絞ってお話させていただくことにしました。

さて、我が国において、家族看護学が看護の一領域として認知され始めたのはごく最近のことですから、家族看護という言葉を目にするのは始めてという方もおられるのではないのでしょうか。私たち看護職は、以前から患者の回復に欠かせない資源として家族を捉え、さまざまな場面で家族に対する教育や指導を重視してきました。

しかし、本日ここで話す家族看護とは、従来の家族の教育や家族指導とは本質的に異なった概念であることを最初におことわりしていきたいと思えます。つまり、私は家族看護とは、患者の自立やQOLの向上に欠かせない資源としてのみ家族を捉えるのではなく、患者を含む一単位として家族をまるごと援助の対象とする看護であり、そして、そのような看護援助のあり方を体系づけるものが家族看護学であると考えています。

* なぜ一単位としての家族を対象とした看護が必要か

さて、それでは、なぜ患者を含む一単位としての家族を援助の対象とした看護が必要かを一つの事例から

考えてみたいと思います。この事例については、以前「インターナショナルナーシングレビュー」という雑誌に書いたことがあるので、あるいはご存じの方もいらっしゃるかも知れません。

それは、28歳の全介助を要する娘さんをご自宅で介護しておられる事例です。娘さんは外資系の企業に勤めるOLでしたが、自動車事故に遭い、一命はとりとめたものの、わずかに動くのは左手の薬指のみで、気管切開を施行されチューブ栄養のまま4年前に自宅に退院となりました。お母さんの献身的な介護によって大きなトラブルもなく、娘さんは、ワープロによってコミュニケーションを図り、闘病記を自費出版するまでに回復されました。娘さんは、朝起きるとお母さんにきれいに化粧をしてもらい、ピアスをつけ、マニキュアを塗ってもらうことをとても喜びました。ここまで重い障害を負っても彼女らしく生きる姿に周囲は驚嘆し、何度かマスコミの取材を受けたこともありました。そこにはいつも穏やかに微笑む母親の姿がありました。

しかし、すべてが順調に進んでいると訪問ナースが思っていた矢先に突然母親が失踪してしまったのです。自宅での介護はすぐに困難となり、娘さんは入院となりましたが、娘さんは衝撃の余りその日からほとんど眠ることができず、胃には潰瘍ができ出血が続きました。私は、このケースを担当していた訪問看護婦から相談を受けたのですが、相談にいらした訪問ナースは、この4年間、自分なりに精一杯援助をしてきたつもりなのにこのようなことになり、自分に何が足りなかったのか、どうすればよかったのか、自分では整理がつかないと話しておられました。

そのナースと私は、母親のなかでいったい何が起きたのかを考えることから始めました。お母さんは、的確な判断で吸引や膀胱洗浄などの処置をこなし、50歳

という若さゆえに昼夜の別なく続く介護にさほどの疲れを訴えることもなかったとのこと。お父さんが会社を経営し、経済的にも恵まれた条件にあるこの家族は、家屋の改修などにも積極的で、ナースには介護力の高い家族として映っていました。

しかし、考えてみると、母親は更年期を向かえて心身のバランスを崩しやすい時期にありました。お母さんは、娘さんが自立した後、語学力を活かした仕事を始め、順調に働き始めた矢先の娘さんの事故であり、お母さんは自分の夢を断念して介護に没頭する毎日でした。しかし、お母さんにとって50歳という年齢は、自分の夢を完全に葬り去るにはあまりにも若すぎたのではないのでしょうか。お母さんは、娘さんの介護と自分自身の人生の夢や目標との狭間で常に葛藤を感じていたのかも知れません。しかし、長女に周囲の注目が集まれば集まるほどお母さんには「献身的に介護し続ける立派な母親」という役割が無言のうちに期待される結果となりました。立派な母親というレールにのらざるを得ないプレッシャーを感じて次第にお母さんは追いつめられ、現実から身を隠す以外に自分を保ち続ける方法を失ってしまったのではないのでしょうか。

お母さんが誰かに心情を打ち明けることができれば失踪するという事態は避けられたかも知れませんが、パートナーである56歳のお父さんは、会社経営に多忙で、介護には関与せずずれ違いの生活が続いていました。いつしかこの家族には、「お父さんはあてにしない」という生活スタイルが出来上がっていました。娘さんが事故に遭う前は、夫婦で年に1回は海外旅行に出かけていましたが、介護を始めてからというもの、海外はおろか夫婦で外出することは全くなくなっていました。家族の発達課題から言えば、この家族は老年期にあり、夫婦の伴侶性を高めていくことが求められていました。しかし現実には夫婦の距離は広がるばかりだったのではないのでしょうか。お母さんは、誰にも自分の気持ちをわかってもらえない孤独を抱えていたと思われるが、父親もまた家族のなかでは孤独だったのではないかと思います。

在宅介護を開始して以来、訪問看護婦や主治医、保健婦、理学療法士、ボランティアや学生など、多くの人が入り出すようになりましたが、お母さん・お父さんから見ればすべてが娘さんのサポーターであり、自分の悩みを話せる人が誰一人いなかったのではない

でしょうか。

さて、この事例が私たち看護者に問いかけているものは何なのでしょう。患者・療養者の自立や生活の質の向上が強調されていますが、単に患者や療養者の自立や生活の質の向上のみを追い求めても、家族全体がバランスを失った時に、それらはもろくも根底から崩れていく現実を改めて突きつけているような気がしてなりません。今さらながら患者や療養者の自立や生活の質の向上は、家族全体の安定のなかに始めて発揮されることを強く認識しておく必要があるのではないのでしょうか。これは、在宅で療養する場合のみならず、施設内における患者の場合にも同様に言えることです。我々看護者は、患者や療養者を含めたその家族全体を援助の対象に定めて看護して始めて、患者や療養者に真の自立や安定をもたらすことができるのではないのでしょうか。一方、家族を援助するためには、家族にとって最大の関心時である療養者の問題に的確に伝えていくことが不可欠です。つまり、患者さん・療養者と家族とは切っても切り離せない存在であり、切り離して考える事自体不自然であるならば、患者と家族を一つの単位として捉えて家族全体を看護の対象として考えようというのが家族看護の出発点なのです。

* 現代社会における家族と医療の変化

一事例から家族を一単位とした看護の必要性について考えてきましたが、ここで我が国の家族が置かれている状況を考えてみましょう。高齢社会となり慢性疾患が増加するなど介護を要する人々の数は増える一方ですが、それを支える家族はと言うと、平均世帯人員は減少し続け家族の小規模化が進んでいます。大家族のなかで当たり前であった人の生・老・病・死を体験する機会が少なくなり、以前ならばごく当たり前であった家族の出来事にも立ち往生する姿が目立っています。また、人々の価値観も多様化し、個々の家族成員がそれぞれ自己の人生の目標を追求する家族の個人化がすすんでいます。個々の家族成員が自律した関係でつながっている現代の家族では、家族のなかに健康問題が生じた場合に、自己の人生の目標の達成と病人のケアをめぐる家族内に緊張が生じやすいと言えるでしょう。つまり、介護等のケアをめぐる家族の力は弱まっていると考えることができます。しかし一方では、医療技術の進歩に伴い、以前に較べ家族に求められるケ

アの内容は、専門化し高度化し続けています。家族の力が弱まっているのに対し、家族に求められる課題はますます大きくなるという両者のバランスにおいて、療養者を含む家族全体を看護する必要性は今後ますます増大していくのではないのでしょうか。

* 看護が捉える家族とは— 家族の定義 —

さて、ここで家族看護を考えるに当たって、家族をどう捉えるか、家族の定義について考えてみたいと思います。家族社会学では、「少数の近親者から成る集団」という条件を家族の定義の一要素としています¹⁾。ここで看護者が何故家族全体を看護の対象とするのかを考えてみると、患者と家族が密接に影響し合っ切り離せない存在であることがそもその出発点でした。したがって、看護の場合、近親者であるかどうかに意味があるのではないことがわかります。例えば、内縁関係であろうと古くからの友人であろうと、患者とそその人が深い絆を共有し、お互いに家族であると認識していれば当然家族看護の対象として捉えることが必要でしょう。また逆に、たとえ夫婦や親子であっても、すでに絆が崩壊し互いに家族であると認識し合っていないのであれば、法的には家族なのだからとニーズもないところに看護者の一方的な期待を押しつけて介入するようなことは厳に慎まなければなりません。昨今では、血縁や姻戚関係にある近親者がいない独居の高齢者も増えています。しかし、その周囲には、家族同然のように支え合っている近隣の方々が存在する場合も多く、このような場合には、家族看護の視点でその療養者と周囲の人々を援助していく必要があるのではないのでしょうか。

* 家族看護の基本となる家族理論

家族を一つの単位として看護する場合には、家族という集団の理解がすべての基本となります。そこで、家族看護の基本となる家族理論についてお話ししたいと思います。

一つ目は、家族は常に成長・発達を繰り返しているという家族発達理論です。これは人の一生が、受精の瞬間から胎児期・新生児期・乳児期等を経てやがて死を迎え、各発達段階に固有の発達課題があるように、家族にも、家族の誕生から終結に至るまでいくつかの発達段階があり、その発達段階に応じた固有の発達

課題があるという考え方です。看護者は、とかく家族のケアのみに注目し、それが十分になされていけばよしとするというような傾向がありますが、例えば患者の介護に当たりながらも家族にはその時々々の発達課題の達成が求められているのであり、介護によって本来の家族の発達が阻害されてしまったのでは、本来家族が持っている健康問題に取り組む力を十分に発揮していただくことも困難となってしまいます。

二つ目の理論は、家族は構造と機能を有し、家族成員は円を描くようにして相互に影響し合うという家族システム理論です。人の身体も一つのシステムであり、構造と機能を有しているように、家族もまたシステムであり構造と機能を有しています。構造とは、家族構成や居住環境等の枠組みであり、機能とは、役割構造や勢力構造等の内部の働きです。そして、家族にはこの構造と機能を有するが故に、単に家族成員の力を足算した以上の力を家族は発揮するのです。

また、家族成員が円を描くように影響し合うということについてですが、例えばこんな例を思い描いてみましょう。夫の病状がすすんで介護者である妻に心身の疲労が蓄積したとしましょう。この妻の変化を子供たちは敏感にキャッチし、子供たちの心身にもさまざまな影響が及びます。そしてそのような子供たちの変化を知った夫は、自分の病気を早く治さなければと焦りストレスを感じてそれが病気の回復を阻害し、そのことでいっそう妻の疲労は深まるといったことが実際家族のなかで生じていることがあります。つまり、患者さんの問題から端を発し、妻、そして子供へと次々に影響が及び、それが元々の患者さんの問題を一層悪化させるというように、家族の内部では、一つの原因が結果を生み、その結果が同時に原因となってまた新たな結果を生むといった、原因と結果が輪のように循環するという性質があります。家族、原因と結果という直線的思考では捉えられない存在であり、だからこそ家族を一単位として捉えた援助が必要になるのです。

そして三つ目の理論は、家族は集団としてストレスに対処しようとし、その対処の結果家族はその問題に適応したり不適応に至るといった家族ストレス対処理論です。例えば、療養者の介護に当たっている家族であれば、これ以上やっかいな問題が生じないように褥創ができないように注意するといった対処が必要になりますし、また、具体的な行動としての対処だけではな

く、介護を重荷とだけ捉えずに積極的に取り組むべき課題だと受け止めるといった認知的な対処も必要でしょう。また、家族成員の役割分担によって家族内部の資源の有効活用をはかったり、社会資源を活用するという対処行動も重要となります。健康問題を抱える家族を前にした時、その家族がどのような対処を行い、その結果うまく適応できているのかどうかを判断することが援助の前提となります。

* 家族の健康とは何か—家族看護が目指すもの

さて、患者さん個人を対象とした看護の目的は、さまざまな看護理論で論じられています。しかし家族という集団を看護する場合の目的・目標はどのように捉えればよいのでしょうか。そのためには、「家族の健康」あるいは「家族の健全性」について明確にしておく必要があると思います。

最初に考えなければならないのは、集団としての家族の健康は、単純に構成員個々の健康だけでは規定できないということです。先ほどお話したように、家族は総和以上の存在ですから、健康問題が家族成員に生じていないということと、その家族という集団全体が健康であるかどうかは必ずしもイコールではないということです。つまり家族看護学では、健康問題に関わる家族の機能がよりよく発揮されている家族が真に健康な家族だと考えています。この家族の健康問題に関わる機能とは、子供を産み育て、病弱者を保護し、家族成員に精神的安寧をもたらすといった家族の対社会的な機能に共通する要素として存在するものであり、これを家族のセルフケア機能²⁾と呼んでいます。これは、健康問題の発生を予防したり、健康問題が大きくなるのをくい止めたり、もし仮に危機状態に陥ってもうまく危機に対処し、さらにはその健康問題に適応していこうという家族の働きです。家族看護に当たる看護者の使命は、本来家族が有しているこの家族のセルフケア機能を向上させることにあると言えます。

* 家族を対象とした看護過程

それでは、家族のセルフケア機能を高めるために、実際にどのように家族を看護するのか、家族を対象とした看護過程についてお話ししたいと思います。

<家族のアセスメント>

アセスメントは、家族ストレス対処理論を枠組みと

して次のような内容について把握する必要があります。

まず最初に、その家族が直面しているストレスの大きさ、すなわちその家族に生じている健康問題が家族にどのような影響を与えるのかを理解するために、直面している健康問題の全体像を捉えます。具体的には、患者さんの病状や日常生活能力の低下によって介護の必要度を把握すると共に、患者さんの家庭内役割の遂行能力や療養に伴う経済的負担がどの程度かを把握します。

次に、そのようなストレスに対する家族の対応能力を捉えます。この時に、家族システム理論の考え方を応用して、ストレスに対する家族全体の対応能力を、家族の構造的側面と機能的側面の両者から把握します。

さらに、今述べたような能力を実際に家族はどう活かしているのか、家族の対応状況を明らかにします。具体的には、a. 患者さんを含む家族成員のセルフケア状況等のストレスの累積を防ぐ行動や、b. 直面している健康問題に対する認識・意欲・情緒反応等の対処の前提となる条件、そして c. 状況の困難さに対する認知的努力の現状や d. 意見調整・役割分担・生活上の調整等の家族内資源の活用状況、e. 社会資源に関する情報収集や実際の活用等の家族外の社会資源の活用状況を把握します。

そして、最後に対処の結果、家族がうまく適応できているのかどうか、家族の適応状況を、患者さんを含む家族成員の心身の健康状態や日常生活の質、そして家族内の人間関係に注目して把握します。

以上の内容が家族アセスメントの大枠ですが、その他、家族のセルフケア機能を向上させるためには、その家族がストレスに対処しながらも、その時に直面している発達課題を達成していくことが必要となるため、家族の発達課題を明確にしておくことも重要です。

そして、さらに、現在の家族に注目するだけでなく、その家族の過去の危機対処経験を把握しておくことも大切です。危機対処経験は、家族を成長させる大きな出来事ですから、過去においてどのような危機対処経験を重ねてきたかは、その家族の対処能力を判断する重要な手がかりとなるのです。

<看護上の問題の明確化>

アセスメントによって得られた情報をもとに、次は看護上の問題を明確にする段階に入ります。看護上の問題の明確化は、各段階を追って経て掘り下げていき

ます。

最初に、その家族に家族を対象とした援助の必要性がどれほどあるか、量的なニーズを捉えるために、その家族の適応状態を把握します。具体的には資料にお示めした通り、一つは、患者さんを含む家族成員に患者さんの健康問題によって心身の健康障害（患者さんの場合には家族の問題によって引き起こされた病状の悪化ということになります）が生じていないか、生じる可能性はどれほどか、二つ目は、介護によって家族の発達課題の達成が阻害されていたり日常生活の質が著しく低下していないか、またその可能性はどれほどか、三つ目は、介護によって家族内の人間関係に大きな葛藤が生じていないか、またその可能性はどれほどかに注目し判断します。

次に、不適応状態が生じていたり、不適応状態が生じる可能性があるとして判断した場合には、具体的な計画立案のために、なぜそのような不適応状態やその可能性が生じているのかを家族の対応（対処）に着目して把握します。ここでは特に、具体的に家族がどのように対応又は対処しているのか、具体的な家族成員の行動に注目します。

例えば、介護者の頭痛や高血圧という健康問題が顕在化し、不適応状態を示している事の場合を考えてみましょう。資料を見ながら聞いていただきたいのですが、なぜこのような不適応状態が生じたかを考えてみると、家族全体としての対処では、介護の役割分担が行われておらず、すべての介護を介護者が担っていることが明らかとなったとします。そこでさらに、なぜ介護の役割分担が行われないのか、療養者を含む各家族成員個々の対処を検討してみると、療養者本人は、「介護を他の家族成員に依頼しない」という対処をとり、介護者は、「他の家族成員（夫）には介護を依頼しない」という対処をとり、他の家族成員（夫）は、「介護には手を出さない」という対処をとっていることがわかりました。すなわち、介護の役割分担が行われないという家族全体の対処は、この3者の対処の相互作用のもとに成り立っていると言えます。

そこで次に、家族の不適応状態、またはその可能性を生みだしている家族対処を是正するためのアプローチの方法を明らかにするために、個々の家族成員について対処の前提となっている条件（認識・意欲・情緒）を明らかにします。資料に示した事例では、療養者の

「介護を他の家族成員には依頼しない」という対処の前提には、「慣れている人に世話をしてもらうのが安心」、「息子には頼みにくい」、「介護は女の仕事」、「嫁はもともと丈夫な質」といった認識が作用していることがわかりました。また、介護者の、「他の家族成員（夫）には介護を依頼しない」という対処には、「まだ何とか自分で介護できる」、「自分が倒れたらその時に考えるしかない」、「夫には介護は無理」、「自分で最後まで世話をしたい」という認識・意欲が作用していることが明らかになりました。また、他の家族成員（夫）の、「介護には手を出さない」という対処には、「もう少し妻は頑張れるだろう」、「自分は何をしたらいいかわからない」、「却って不慣れな自分が手出ししない方がいい」という認識・意欲が作用していることが明らかになりました。つまり、これらの条件が変化しない限り、個々の対処ひいては家族の対処は是正されないものであり、これによって援助の焦点が明確になると言えます。

ここまで、家族の不適応状態から家族の対処へ、そして家族成員個々の対処へと、集団から個へと視点を移してきましたが、個々の対処を問題にしたままでは、家族への看護を個別の看護へと分割しただけに終わってしまいます。家族看護の基本となる家族の見方の項で示した通り、家族は家族成員が相互に影響し合う存在であり、家族成員個々の対処がどのように影響し合っているのか、あるいはその可能性を高めているのかを判断し、家族の関係性のあり方を理解して始めて集団としての家族を対象とした看護上の判断となります。資料の事例では、療養者の「介護を他の家族成員には依頼しない」という対処が介護者の「夫には介護を依頼しない」という対処を一層強め、それが他の家族成員（夫）の「介護に手を出さない」という対処を生みだしており、それがさらに、療養者の介護者にしか介護を依頼しないという対処をさらに強化するという悪循環を形成していることが明らかになりました。これによって、この悪循環を是正するという看護の方向性が明確になると同時に、そのために個々の家族成員にどのように働きかけるべきかも明らかとなるのではないのでしょうか。

＜援助仮説を立てる＞

看護はすべて仮説を検証するプロセスの繰り返しです。例えば、患者さんに声をかけるといった何気ない

看護行為であっても、どの角度からどの程度の声の大ききで声をかければ良いのか、看護者はその患者の聴力・認知機能・心理状況を総合して、「この声のかけ方が一番望ましい」と仮説を立てて実行し、その反応から次に声をかける際の判断材料を得ているわけです。個々の家族成員の身体・認識・情緒・行動が複雑に絡み合っている家族を対象とした看護では、焦点を当てる現象もそれだけ複雑であるため、仮説を明確にしておかないと、援助の焦点が次第にずれてしまう可能性が高くなってしまいます。看護上の問題を明確にしたならば、それを目的地まで辿り着くための地図に見立てて、援助仮説を立てておくことが重要です。資料の事例の仮説の一部を申し上げるとすれば、「もしも長男の妻が、すでに現状の介護では身体的に限界に近づいていることを認識することができ、長男が実施可能だと思えるような内容の介護を依頼すれば、長男の妻はまだ頑張れるという認識は変化し、介護に協力するようになるだろう」といった仮説が成立するのではないのでしょうか。

<看護計画の立案>

次に援助仮説に基づいて看護計画を具体的に立案します。このときに重要となるのは、その家族にとって妥当な目標・方法を検討し、それを当事者である家族と共有することです。そのためには、理想像を押しつけず妥当な目標・方法を設定することが最も重要ではないのでしょうか。専門職の立場から看護上の問題を明確にし、援助仮説を立て、アプローチの手順を描いたとしても、同様の問題をもつすべての家族に同じ目標や方法が有効であるとは限りません。家族によってさまざまな価値観があり、看護者が望ましいと判断したこと、当事者が望んでいることが微妙に食い違うことはよくあることです。また、具体的な援助方法にしても、もともとのその家族の対応能力には差があり、一度助言するだけですぐに家族自身が気付いて修正していける場合もあれば、失敗を何度も繰り返しながらその体験のなかから学び取っていくことに根気良く付き合っていくことが必要な事例もあります。援助仮説をもとに計画を立案したのに思い通りにいかないと看護者が思い悩み、時には、知らず知らずのうちに、看護者の理想の介護者や理想の家族像を押しつけている場合が多いのではないのでしょうか。こちらが望む理想像に家族を合わせようとするのではなく、その家族の

持っている家族の対応能力を再度検討し、具体的な目標や援助方法を個々の家族に合わせて明確にする必要があります。

<援助の実施>

さて、それでは実際にどのような援助が求められるのかを考えていきたいと思います。最初に、個々の家族成員に対する援助についてお話ししたいと思います。

一つ目は、セルフケアの促進です。これ以上家族のストレスを累積させないために、患者さんや介護者は勿論のこと、可能な限り他の家族成員も含め、セルフケアの意識づけと具体的なセルフケア行動に関する助言を行います。

二つ目は、日常生活の質の向上をはかる援助です。患者さんや療養者には、たとえ病気や障害を抱えても、その人らしく毎日の生活を少しでも楽しめるよう、療養生活における楽しみや生き甲斐につながるものを一緒に見つけ、それを支えていくことが必要です。また介護者に対しては、介護に当たりながらも自分自身の時間が確保でき、仕事や趣味とケアが両立できるように一緒にその方法を考えます。また、家族全体の生活の質の向上をはかるためにも、家族の発達課題を視野に入れ、家族旅行等の家族行事や家族の団樂の時間が確保できるようにその必要性を家族成員に意識づけ、家族の生活調整を促していきます。

三つ目は、対処意欲の促進をはかる援助です。療養者に対しても、他の家族成員に対しても、まずは現状をあるがまま認め、当事者なりの工夫や努力を言葉にして認める情緒的なサポートが次のステップに踏み出す意欲を生み出すのではないのでしょうか。そして、現在行っているケアが患者さんや療養者を支える大きな力になっていることや、療育や介護の子世代への肯定的な影響等、ケアの意味をフィードバックすることが大切です。

四つ目は病状に関する判断能力の向上をはかる援助です。患者さんや療養者、そして家族成員が病状を十分理解していないと、適切な対応が遅れ病状の悪化を招くだけでなく、病状が理解できないことによって患者・療養者も介護する家族成員も些細な変化に不安を募らせ、精神的にも不安定となってしまいます。病状の変化に応じて、それが何故生じたのか、今後の見通しなど看護者としてのインフォームドコンセントをその都度繰り返し、当事者の病状に関する判断能力を

高める必要があります。

五つ目は、ケア技術の獲得を目指した援助です。例えば在宅ケアにおいては、食事や排泄、保清に関わるケアから、医療的な処置まで、必要な介護技術を家族が習得できるように援助することが不可欠となります。最初は一緒にいき、次には手を添える程度に留め、さらに次には家族のやり方を見守り、家族が自信をもって取り組めるようになるまで、その家族の対応能力に応じた段階的な援助を実施することが大切です。

次に、家族の関係性に働きかける援助についてお話ししたいと思います。

一つ目はコミュニケーションの促進です。

家族が、家族の力を結集してケアという課題に取り組むためには、問題を共有化し、対応方策を検討し、迷いや悩みが生じた場合には家族内部で互いに相談し合うことが必要となります。そしてこれらは、すべて家族のコミュニケーションを通じて行われるものであり、コミュニケーションを促進する援助が重要となります。特に我が国では、言葉に表さなくても家族ならば解って欲しい、解っているはずだという気持ちが働き、明瞭なコミュニケーションが阻害されている場合が多いのが実状です。家族であってもはっきりと伝えなければ伝わらないことを意識づけ、どのような言い方、タイミング、状況であれば話し合うことができるのか、患者・療養者や家族成員と共に考えながら家族のコミュニケーションを促していきます。

二つ目は、相互理解の促進です。家族が力を合わせて健康問題に対応していくためには、患者さん・療養者・そして他の各家族成員が、今何を考え何を欲しているのか、それぞれの置かれた状況を理解し合うことが不可欠です。しかし、療養や介護を続けるうちに、いつしかお互いに相手を理解する気持ちの余裕を失って、相手に対する不満ばかりが鬱積していく場合も少なくありません。まずは、療養者を含む家族成員個々の不満や悩みを十分受け止めたうえで、その家族成員が、相手の置かれた立場に立って現状を考えられるように援助することが必要です。

三つ目は絆を強化する援助です。コミュニケーションを促し、相互理解を深めて家族成員間の関係を強化すると共に、「自分たちは家族である」という家族全体として一体感や同一性を高めることが求められます。例えば、その家族が過去にどのような体験を共有して

きたのか、家族の歴史を語ることでできる機会を提供し、自分たちがはっきりとは気付いていないその家族の強みや長所をフィードバックするといった援助が家族の絆の強化に役立ちます。

四つ目は役割分担の促進です。ケアという新たな役割が家族に加わったことによって、家族はそれまでの役割構造を再編成する必要にせまられます。看護者は、ある特定の家族成員のみに多くの役割が集中することによって過度の負担がかからないよう、家族の役割分担を促していくことが求められます。そのためには、特に介護者が今の役割分担の現状では安定した介護を継続することが困難だという限界感を認知できるように働きかける必要があるのではないのでしょうか。自分自身の健康や今の家族の生活全体のバランスに関する現実検討を促す援助が必要となるでしょう。そして、具体的な役割分担の方法を提案すると共に、役割分担によって協力し合うことが患者・療養者自身の安定と子世代への教育的配慮につながるなど、その意味についても話し合うことが大切です。

五つ目は、家族の意思決定の促進です。

どのような治療をどの程度望むのか、家族がどのような態勢でケアを続け、最期はどのように看取るのか、療養や介護を続けるに当たって家族はさまざまな意思決定を迫られます。意思決定に非常に時間を要する家族も多いのですが、家族は他の誰からでもなく自分たちで決定したからこそその実現に向けて主体的に取り組めるのであり、これは家族援助のなかでも根幹を成す重要な援助だと考えています。具体的には、まず意思決定を保証することが援助の基盤になります。家族の真の意思決定を促すためには、意思決定の内容がどのようなものであっても家族の意思として決定したことが尊重されるという前提が不可欠となります。在宅療養を続ける療養者とその家族にとって、医療者は頼みの綱であり、「見放される」不安を意識の底に持っていることが多いのではないのでしょうか。医療者の決定に添わなければならないという負担感を決して抱かせることがないように、どのような決定であってもそれが実現できるように精一杯の援助を行うことを伝え、家族の意思決定を保証することが重要だと思います。そしてそのうえで、意思決定のための情報提供を行います。家族が真に自分たちの価値観やライフスタイルに添った方針、方法を選択できるかどうかは、それぞ

れの選択肢を決定した場合の利益と不利益をどの程度適切に予測できるかにかかっています。家族の適切な予測を助けるためには、考えられる選択肢とそれぞれの方法を選択した場合の利益・不利益を公平に伝え、その家族が意思決定のために必要としている情報を的確に提供する事が重要である。偏った情報に終始し、看護者の「こうした方がいい」という判断に無意識のうちに誘導するようなことがあってはならないのではないのでしょうか。なお、昨今ではいかに在院日数を減らすかが病院の大きな課題となっており、退院に関する家族の意思決定にどう関わるか、多くの看護者の方々が大変苦労されているのではないのでしょうか。退院させたい病院側と退院したくない患者さんや家族の間に看護者が挟まって心を痛めておられる場合が多くみられます。このようなことを防ぐ意味でも、入院後なるべく早期にその病院の機能について説明し、私たち医療者側も限界やジレンマを抱えていることを素直に伝えてむしろ限界があるからこそ次の転院や在宅の以降に関して責任をもって援助させていただく決意を伝えることが重要ではないのでしょうか。そして家族の意思決定を促す援助では、家族全体の意思決定であることの確認をすることが大切であると考えています。家族が各家族成員の力を合わせて健康問題に対応するためには、その決定に対して療養者を含めた家族内の合意が形成されていることが不可欠です。看護者は決定された方針や方法のみに注目するのではなく、それがどのようなプロセスで決定されていったのかその過程に注目し、少なくとも家族内で十分話し合ったうえでの合意ができていないのかを確認する必要があると考えます。そして、家族は一度決断を下したからといって、それを終始貫けるものではなく、さまざまな状況の変化にその都度動揺を繰り返す、時には方向性を見失ってしまうことも多いのではないのでしょうか。このような場合には、家族が今まで何を望み何を大切にしてきたか、家族が常に原点に戻って考え、態勢を立て直していけるように意思決定を支える援助が必要ではないのでしょうか。

最後に家族と家族外部との関係性に働きかける援助についてお話ししたいと思います。

一つ目は社会資源の活用の促進です。いかに対応能力の高い家族であっても、健康問題によって生じる様々な影響に家族のみで対応し続けるのは極めて困難です。

家族があまりの負担に倒れてしまったのでは、本来持っている家族の機能が発揮できないばかりか、次々に家族にストレスが累積し、危機的状況は一層深刻なものとなってしまいうしょう。しかし、社会資源の活用に関しては、家に外部の者が入ることへの抵抗から、まだまだ躊躇する場合は少なくありません。たとえば在宅ケアに移行する家族では、退院前から、どのような能力の高い家族でも家族のみで介護を継続することはきわめて困難であり、上手に社会資源を活用することが在宅ケアに必須の条件であることを伝えておくことが必要ではないでしょうか。

二つ目は、主治医との仲介です。

安定した療養の継続のためには患者・療養者を含む家族のニーズをいかに主治医に伝えるかが重要な鍵を握ります。患者さんの治療上のニーズを的確に判断し、それを療養者を含む家族に提示したうえで常に家族と十分に話し合い、家族が望む治療や処置が受けられるよう主治医との仲介に努める必要があります。

三つ目は居住環境を整える援助

居住環境（入院している場合は病室環境）は、患者・療養者・家族成員のQOLの向上に重要な意味を持ちます。病室の手すりひとつで療養者のADLが拡大し、ケアする家族の負担が軽減するといったことも少なくありません。看護者は住環境の詳細なアセスメントを行い、家族でできる住まい方の工夫を提案すると共に、必要に応じて理学療法士・作業療法士等の専門職を導入することも重要でしょう。

* 評価

さて、看護過程の最後のプロセスである評価についてお話ししたいと思います。評価と言うと、対象の変化のみに焦点を当てがちとなりますが、次の援助に活かす評価にするためには、単に相手が変わったかどうかではなく、どのような援助がどのような変化をもたらしたのか、さらにはどのような判断が有効だったのか、その判断はどのような情報をどのように統合して行われたのかを明らかにし、看護過程全体を評価することが必要です。そのためには、看護過程、特に看護者の判断が読みとれるような記録の整備が求められるのではないのでしょうか。

具体的には、まずどこまで計画した援助を実施することができたのか、自分が行った援助を振り返ったう

えで、行った援助との関連で、家族の変化を捉えます。家族の変化を評価する視点は資料にお示した通り、最初に家族の対応状況の変化を評価し、次にその結果として家族の適応状態の変化について評価します。そして、意図した変化が生じなかった場合には、看護過程のどこに問題があったのかを検討し、再度看護計画を修正してよりよい援助につなげていきます。

* 家族看護に必要な援助姿勢

さて、家族を対象とした看護過程の概要をお話ししてきましたが、最後に家族看護に必要な援助姿勢をお話ししてまとめに代えたいと思います。まず、家族看護に必要なのは、パートナーシップの確立です。すでに申し上げてきたように、家族看護の目標は、家族のセルフケア機能を高めることであり、単に目の前の問題を解決すればよいということではありません。たとえ失敗したとしても、その体験のなかから家族が学び成長していけるように、当事者の自己決定を尊重し、家族の歩みに沿い続けることが大切です。看護者が指導力を発揮して家族を引っ張っていくのではなく、その家族と同じ歩調で家族の後ろ盾として共に歩んでいくパートナーとしてのあり方が求められるのではないのでしょうか。そして、中立であることも大切なポイントです。看護者はどうしても患者さんや療養者を中心に物を見がちであり、ややもすると「患者さんがやる気が出ないのはあの奥さんのせい」などという考えに陥りがちですが、今まで述べてきたように家族は単に一つの因果律で捉えられる存在ではなく、誰がよくて誰が悪いなどという図式は成立しません。問題は両者の関係のあり方にあるのです。常に家族の全体像を頭に描きながら中立性を保持することが大切です。そして、中立性を保持するためにも、看護者は自己の家族観・価値観からできるだけ自由でなければなりません。私たちみんな、「家族とはこういうもの」というイメージを持っています。それは一個人として当然

のことですが、家族を援助する時に自己の価値観で相手を押し量ってしまったら、自分の価値観と異なる家族には違和感や否定的な感情を抱きがちになってしまうのではないのでしょうか。相手の家族から見れば、看護者の価値観の方こそ奇異に映るのかも知れません。家族を援助するためには、自己の価値観から離れてありのままの家族を受け止める姿勢が大切であり、それなくしては、家族との真のパートナーシップを確立することは困難になるのではないのでしょうか。

* おわりに

さて、一単位としての家族を看護することについて簡単に述べてきました。今後病棟においても在宅においても患者さんや療養者を含む一単位としての家族を対象とした看護はますます重要となってくるのではないのでしょうか。家族を対象とした看護は、取り扱う現象が複雑で困難も多いのですが、家族と四つに組んで一つの家族のパートナーとして共に歩むことのできる過程には、看護の醍醐味がちりばめられていると実感しています。多くの実践家・研究者の皆さんと現実の課題を整理しつつ、一人でも多くの方々と家族看護を探求していきたいと念じています。本日はご静聴ありがとうございました。

引用文献

- 1) 森岡清美, 望月高: 新しい家族社会学, 培風館, 1987
- 2) 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
- 3) 望月高, 本村汎編: 現代家族の危機. 有斐閣選書, 1982, 12-13
- 4) McCubbin, Patterson: Systematic Assessment of Family Stress, Resources and coping: Tools for Research, Education and Clinical Intervention, University of Minnesota, 1998