

長期施設療養者と家族の関係をとり戻す援助

—家族看護モデルを導入した取り組み—

上野貴子* 植松さよ子** 八巻加艶** 中島妙子**

Assist to Recover a Relationship between Patients
at Long Term Nursing Home and Their Family
—A Trial which Follows a Family Nursing Model—

Takako Ueno Sayoko Uematsu Katsuya Yamaki Taeko Nakajima

(1999年10月30日受付)

ABSTRACT

Longterm hospitals are not places for final settlement if we consider their purpose. However, even if medical staffs approve for staying out overnight or being out of facilities, it is not a few that their family deny the approval. We made a support for a patient case who was never able to stay out overnight, performing a family assessment based on the Calgary Family Assessment Model. By the support, a recognition by the family toward the patient and a self-expressing by the patient were changed and, as a result, the family relationship could be recovered.

As this nursing process was studied, we concluded the following 5 points regarding a family nursing of a long-term nursing home patient.

- 1 The family system assessment revealed the family situation and history, and it will be a foundation for nurses to establish a relationship respecting independence in the family.
- 2 The family system assessment is effective to remove a negative image set by a nurse who unconsciously thinks they are a problem family. If the nurse's attitude changes, the appeals from the family to the nurse will be increased.
- 3 The relationship between a long-term nursing home patient and the family tends to be diminished. An establishment of nursing plan based on the assessment of family relation is a key factor for family nursing plan.
- 4 A family with a long-term nursing home patient is seeking a support that makes them involved in life-cycle and life-event.
- 5 Regarding family nursing care, a support which initiates a change in the family is a necessary technique for the nurses.

Key words : long-term nursing home, family, Family Nursing Model, longterm hospitals

*本学 短期大学部 基礎看護学

**荏崎市立病院

はじめに

療養型病床群は、平成4年の医療法の改正で導入された、高齢化社会に対応するために整備がすすめられている施設の一つである。療養型病床群の目的は病状が安定している慢性患者が、今後の療養に向けてさらに治療を行うことにある。この目的から考えると、療養型病床群は本来永住の場ではない。しかし臨床現場では外泊や退院が可能と思われても家族が難色を示すケースが少なくない。そのため療養型病床群における看護は、日常生活援助の他に、その後の家庭療養や施設療養にいかに関わりつなげていくかという、調整的・教育的役割が大きい。

筆者らは家族と患者が疎遠であると感じられる一事例に対し、「なぜ家族が、外泊や退院の受け入れに積極的でないか」という問題意識から、家族看護を意識した援助を実践した。資源として家族がどの程度力を持っているのかを査定し教育するのではなく、家族を一つのシステムとしてとらえ、家族のアセスメントをもとにした援助を展開した。その結果、家族の意識の変化と本人の自己表現の変化が生じた。この事例をもとにして、長期施設療養者の家族看護の方向性について検討した。

I 先行研究

① 高齢者の長期入院または長期入所に関する文献

療養型病床群に入院している高齢者の退院先は必ずしも自宅とは限らず、現実には別の療養型病床群・老人保健施設・特別養護老人ホームというケースが珍しくない。つまり療養型病床群は、次の入院もしくは入所施設が決定するまでの通過施設であるといっても過言ではない。

生活の場が転々としていく中で、自宅を生活の場にしてきた最後の時点から、時間は刻々と経過していく。たとえその一施設での在院期間

が短くとも、施設を生活の場としている期間を合計すれば、施設療養期間は長期間に及ぶ。

長期入院もしくは長期入所に伴う問題について、これまで様々な看護領域での報告がある。特に母性・小児看護領域では愛着形成や母子関係父子関係の観点からの報告が多い。また精神看護領域では、長期入院に伴う社会や家族からの隔絶の問題やQOL (quality of life) の向上という視点での報告が多い。

老人病院における長期入院のうち「病態的に問題があって入院加療を要するのはわずか十数名で、大半は在宅介護の体制が整わないための、いわゆる社会的入院である」と榛葉¹⁾は述べている。別の調査では、長期入院は40歳以上の高齢者層が多く、「慢性期にあり、病状が安定している患者や、医師が現状で入院治療の必要性がないと判断している患者が入院を継続している理由について、個別の調査が必要となろう」と報告している²⁾。しかし、この社会的入院という言葉自体も曖昧で、実際にどの程度の回復をもって社会的入院というのかは医師の間でも大きな違いがあったという調査研究もある³⁾。医師が「入院治療の必要なし」とする基準が明確にされていないという現状を表している。長期慢性入院患者、特にその高齢者の多くが退院先の受け皿のない社会的入院であるといわれるものの、その定義を明確にするのは難しいことを示唆している。

長期入院患者は固定された空間で、日々変わらぬ集団生活を送るという状況が多く、社会や家族から疎遠となる傾向にある。精神科病棟の報告ではあるが、入院期間が5年を過ぎると外泊しない（できない）患者が多くなるが、患者は面会や外泊を通して家族とのふれあいを求め、家族を頼りにしている⁴⁾という報告は興味深い。

② 高齢者の家族看護に関する文献

高齢者の退院に向けて家族資源の有効性をアセスメントして、援助の方向性を見出していくという研究はこれまでに多く報告されている。

例えば、介護力評価表を用いて家族の介護力を測定するという方法を用いた報告がある⁵⁾⁶⁾。これらは患者中心ではあるが、家族をその背景と捉え、必ずしも家族の意志を反映した看護援助につながっているとは言い切れない。谷口⁷⁾は事例研究を通して、「長期入院患者の家族に対して家族がどのような思いを寄せ、どう支援しようとしているのかを知る必要性をさほど感じることなく、家族の協力を強要してきたのではないか」と一方的になりがちな援助について警鐘を鳴らしている。宮坂⁸⁾は退院の受け入れを左右する要因について、家庭看護に前向きな対応力と、家庭介護を拒否しようとする回避力の2つの力の天秤にたとえて説明している。この天秤を支える要因の一つに「高齢者－家族」があるとし、家族の関係性にも着目している。

家族をシステムとしてとらえ看護介入していくという方法が近年とられるようになってきた。杉下⁹⁾は「家族を一つのまとまりを持つ生命又は生活システムとしてとらえた見方」と家族システムについて説明している。また家族システム看護の方法について森山¹⁰⁾は「患者も一人の家族員として他の家族員と同様に家族を構成するもの、つまり、個人をながめるのではなく、家族を一つのユニットとしてその相互作用に焦点を当てる。」と説明している。森山を中心としたグループ^{11)～18)}や幾つかの事例研究^{19)～22)}が、これまでに発表されている。しかし長期療養者と家族を対象とし、家族の関係性に焦点をあてた報告は見あたらない。

II 研究目的

長期施設療養をしていた患者と家族に対する関係性を取り戻す援助について検討し、長期施設療養者の家族看護の方向性について考察する。

III 研究方法

1 平成9年1月～平成10年6月の期間に実施

した援助と家族の意識の変化や患者の状況の変化を、家族アセスメント前と後に分けてまとめる。

2 家族と本人の変化が生じた理由を分析し、長期施設療養者の家族看護の方向性と援助方法を考察する。

IV 事例紹介

T氏 56歳 男性 診断名は脳出血後遺症（右半身麻痺、失語症）

10年前に自宅で意識消失し、救急入院。大学病院へ転院し手術を受ける。状態が安定し、リハビリテーション目的で再度転院する。その後社会復帰の目的で福祉施設へ入所し、下肢装具装着で一本杖歩行も可能となったが、肺炎治療のため入院。転院を繰り返し、療養型病棟に平成9年1月に入院となる。

病棟入院時は妻と長男の3人家族であり、次男は結婚して別に居を構えている。発病から今回の入院までの約10年間、自宅への外泊や退院は一度もない。妻は自営業で多忙であり、面会は稀である。長男は洗濯物やおやつを届けるために、2～3週間に1回程度、仕事帰りに数分間立ち寄る。

入院以降のT氏のADL (activities of daily life) は、表1のとおりである。麻痺の程度は、右上下肢ともに拘縮しており、筋力はほとんどない。左上下肢には異常はなく、車椅子を自由に操作する。発語は「アー、ウー」のみで、言

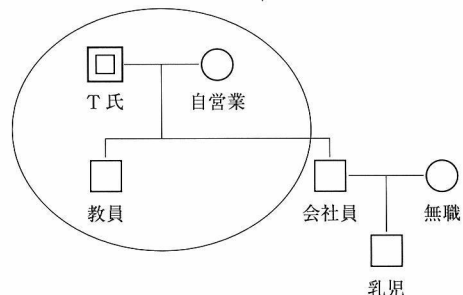


図1 家族構成

表1 入院から現在までのADLの変化と外泊・面接の時期

H9												H10								
年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6		
A D L	移動	ベッドから車椅子への移動時 介助 車椅子は自分でこぐ				ベッドから車椅子への移動も介助不要														
	食事	全粥きざみ食 ベッドサイドで 普通のスプーン を左手に持って 食べる				談話室 で他患者と一 緒に食事		6月末にパンを誤嚥 それ以後、全粥ミキサー食 配膳・下膳のみ介助												
	水分	コップを使用 介助不要				むせることが多くなり、トロミアップを使用														
	排泄	排泄はベッド上 で尿器使用 排便は昼間あ トイレで、夜間は ポータブル使用				夜間の み尿器 使用		夜間もすべてトイレに行く												
	清潔	入浴は介助 更衣は自力でできる 洗面や清拭は準備をする と自力でできる				入浴は介助 洗面などは自分で洗面所へ移動し行う、介助不要														
外泊						↑ 2泊	↑ 1泊					↑ 2泊	↑ 6泊	↑ 1泊				↑ 9泊	↑ 3泊	↑ 3泊
面接 訪問								↑ 初面接					↑ ②面接	↑ 訪問						
時期		第 1 期				第2期		第 3 期				第 4 期								

語表現は不可能。非言語的コミュニケーションも、「手をあげること」と「胸をたたくこと」の2種類のしぐさと表情のみであり、T氏の要求をつかみにくい。30分くらいやりとりをしてもうまく通じず、お互いにあきらめることもしばしばある。文字盤の活用や筆談も不可能である。

入院当初の看護婦の印象は、麻痺はありながらも健側の手先は器用で、自分から行動する「積極的な人」というものである。

V 家族アセスメント前の援助と患者と家族の状況

T氏のADLと積極性、年令から考えて、家族が在宅療養に前向きな姿勢を示し、介護用品や介護者の確保などが具体的に整えば、退院可能と考えた。この時期の援助は、以下の2期に分けられる。

第1期-T氏と家族とが関わりを持つことで、
精神的安定をはかる時期

目標：T氏と家族の交流（外泊）することにより、
T氏の精神的安定を図り、家族にT
氏の最近の状況を具体的に理解してもら
う。

〈外泊前のT氏の状況〉

4人部屋のうち同室者3人が、相次いで退院
した。その直後から、一日中イライラして落ち
着かず、座位で食事摂取可能であるのに臥位の
ままで摂取するなど、これまでみられなかった
様子をみせた。また夜間に病棟用の冷蔵庫をあ
ける、倉庫に無断で入るという行動もみられた。

〈看護婦の関わり〉

T氏の状況に対して「できるだけ声をかけ
る」「いけないことは注意していく」という姿
勢で対応するとともに、家族に対して次のよう
に関わった。

1. 面会時に、最近のT氏の状況について説
明する。
2. T氏の精神安定のために外泊が必要である
ことを話し、外泊を積極的に勧める。

〈外泊前の家族の言動や状況〉

T氏の状況を長男に説明すると、「えっ、外
泊ですか」と驚いた様子を見せ、「母と相談し
てみます。母は足が悪いので」と言葉を濁して
早々に帰宅した。この時看護婦は、外泊に対
して積極的ではない反応であると受けとった。し
かし3日後に、家族から具体的な日程の話があ
り、10年ぶりの外泊が実現した。家族はT氏
の状況から、仕方なく連れて帰るという様子で
あった。外泊中に排泄の介助に困り、尿器を借
るために長男が病棟を訪れている。

〈外泊後のT氏および家族の状況〉

帰院直前に入浴もして、満足そうな様子で、
笑顔も見られた。外泊後は臥床したままの食事
摂取行動はみられなくなった。

帰院時、家族は「特に変わったことはありません
でした」と、T氏と荷物を置いて足早に帰
宅。その後の面会状況は、外泊前と変化ない。

〈第1期のまとめ〉

T氏の変化から、この外泊によって精神安定
を図るという目標を達成できたと考える。しか
し、家族はどのようにT氏の状況を受け止め
たのか、また今後についてどのように考えてい
るのかは、つかめていない。

第2期-家族がT氏の日常生活の実際を理
解する時期

目標：1. T氏のADLの拡大をはかる。

2. 外泊によって家族にT氏の日常生
活行動を理解してもらう。
3. 家族が退院に向けての援助方法を探
る支援をする。

〈T氏の状況〉

パンの誤嚥により挿管、経過良好のため当日
抜管となる。その後食事の形態を全粥・ミキ
サー食としたが、T氏はパンやカステラ類が好
きで要求することが多く、その都度説明しても
笑ってうなづき、気にしている様子はない。こ
のころには自由に車椅子を操って移動し、排泄
や洗面も介助不要となっている。

〈看護婦の関わり〉

T氏の状況から、危険防止と介護しやすい方
法を想定しながら、ADLの拡大をはかった。
具体的には、タオルの絞り方を練習して一人で
洗面できるようにしたり、床から車椅子への移
動動作ができるように理学療法士と連携をとっ
た。また家族に対して、引き続き外泊を勧めた。

〈家族の言動や状況〉

初回外泊から約2週間経った頃、2回目の外
泊を勧めた。前回と違い精神安定目的の外泊で
はなく、退院を視野に入れた外泊の勧めであっ
た。長男は「えっ、外泊ですか」と困惑した様
子であった。10日後連絡があり、「排泄が心配
なので、尿器を貸してほしい」と依頼があった。

前回と同様に、帰院時家族はすぐに帰宅して
しまい、外泊中の様子や家族の思いなど詳しい
情報は得られていない。その後の面会状況も、
初回外泊前と同様である。

〈第2期のまとめ〉

外泊によって家族から何らかの反応が返ってくるであろうと考えていたが、帰院時の様子やその後の面会状況からは、家族の変化を捉えられない。「退院に対して積極的ではない家族」として、看護婦は看護上の問題があると考えた。あらためてT氏を含む家族の全体像をつかみ、援助の方向性を検討する必要性が生じた。

VI 家族アセスメント

ここではカルガリー看護アセスメントモデル²³⁾を用いて、分析を行った。まず「なぜこの症例では退院の受け入れが円滑に進まないのか」について仮説を立てた。

- ① 10年間の入院生活が、家族の中での居場所をなくしてしまったのではないかな？
- ② 非言語的なコミュニケーションさえも家族ととれない現状（看護婦が通訳する）に対して、T氏も家族もお互いにあきらめているのではないかな？
- ③ 妻も足が悪く自分の体も思うようにならない状況なので、今の生活を維持してだけで精一杯で、T氏のことまで考えられない状況ではないかな？

- ④ T氏自身も自宅よりも病院にいて、不自由なく暮らしたいと思っているのではないかな？ などである。

これらを念頭に置き、家族面接を行った。同居家族及び拡大家族員と本人を含めた面接が望ましいが、家族の都合により妻と研究者である

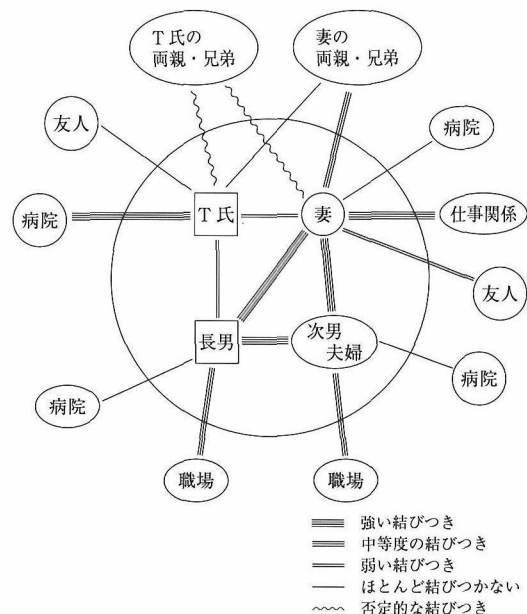


図2 エコマップ

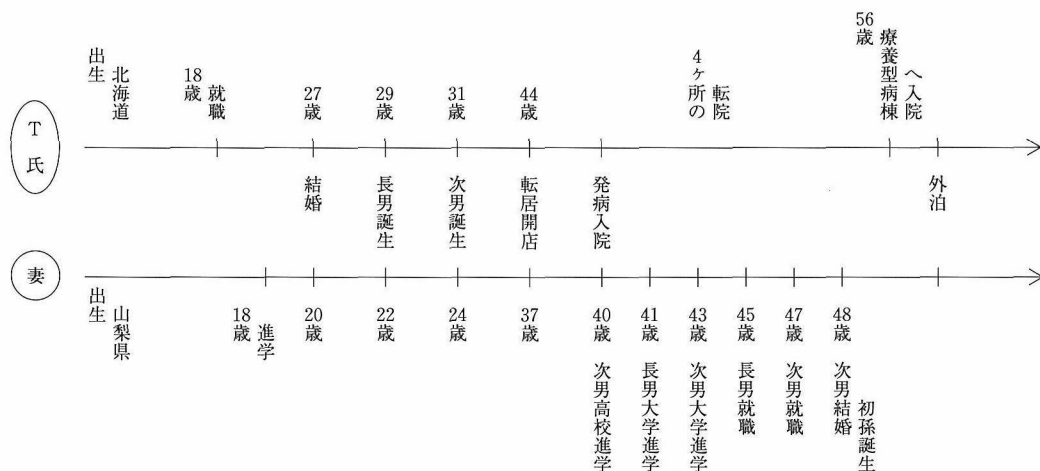


図3 家族のライフサイクル

病棟看護婦3名で、約1時間面接した。

面接の結果を主要下位カテゴリー別に示す。

1. 家族構造のアセスメント

エコマップを面接を担当した研究者を中心に、研究メンバーで検討して作成した(図2)。妻と長男・次男夫婦の関係は強くバランス良くとれており、これがサブシステムを形成している。T氏とこのサブシステムとは中程度から弱い結びつきと考えた。妻の両親兄弟と妻を中心としたサブシステムとは中等度の結びつきであるが、T氏の両親兄弟とは否定的な結びつきである。T氏には家族よりも病院スタッフとの結びつきが強いと考えた。

2. 家族発達のアセスメント

この家族のライフサイクルは、図3の通りである。T氏の入院により、子どもの就学・就職・結婚という家族の重要なライフイベントに、父親不在となった。また自営業を始めてから3年目の突然の発病であり、店を維持・経営していく時期に、大黒柱である夫が不在であった。妻は父親の役割を果たしながら、自営業の主として経済面でも家族を支えてきた。

現在、子の配偶者選択・結婚への援助、子どもの家族との関係の調整、安定した老後のための生活設計、祖父母としての役割の取得などの課題を抱えている時期である。

3. 家族機能のアセスメント

① 手段的機能のアセスメント

妻は居酒屋を一人で切り盛りし、夜遅くまで、ほとんど休みなく働いている。自宅1階が店のため、T氏に呼ばれたり介助の必要が生じれば、仕事を中断して応じなければならない。小柄で股関節疾患もあるため、T氏の移動の介助はほとんどできず、外泊中は長男が2階の居室まで背負って昇降した。構造上1階にはT氏の居場所がない。室内が狭く車椅子での移動は不可能で、T氏はいざって室内を移動していた。入

浴は長男が一人で全介助している。最も大変であったのが排泄の介助であり、トイレが遠く移動が必要な上に、洋式のため床から座らせるまでに労力を要する。長男は2回の外泊中、T氏の排泄介助が気になってあまり眠れなかったという。長男は教師という仕事柄、帰宅が遅くなることもある。妻はT氏の親族や妻の親族の力を借りたくないし、次男夫婦にも迷惑はかけたくない。T氏の退院で「せっかく立てた将来設計が狂ってしまう」と言う。

T氏の退院の実現には、介護時間・介護力について、家族員の新たな行動とその調整が必要になる。

② 表現的機能のアセスメント

a. 情緒的コミュニケーション

発病前はワンマンで厳しく、余計なことは言わない人であった。子ども達は父親が怖くて緊張していた。T氏が「白いものでも黒」と言えば、それに従わなければならなかった。

妻は「お父さんが帰ってくると思うと緊張して、つい身構えてしまう」と言う。外泊時は「何事もなく病院に帰ってくれてホッとした」と言う。過去の情緒的コミュニケーションが、外泊の妻の受けとめ方に大きく影響している。

b. 言語的コミュニケーション・非言語的コミュニケーション

看護婦は前後関係や様子から、何となくT氏のメッセージを探り取ることができる。しかし妻は「どうせわからないし、忙しくて時間もない」と直接対話をしようとせず、看護婦を仲介にしてT氏と会話する。

T氏は家族の面会を楽しみに待っていたという様子を見せるが、数分で帰宅する家族にはT氏のうれしそうな様子がうまく伝わらない。唯一の家族との接点である面会において、相互コミュニケーションは成立していない。

c. 円環的コミュニケーション

この夫婦のコミュニケーションがうまく成

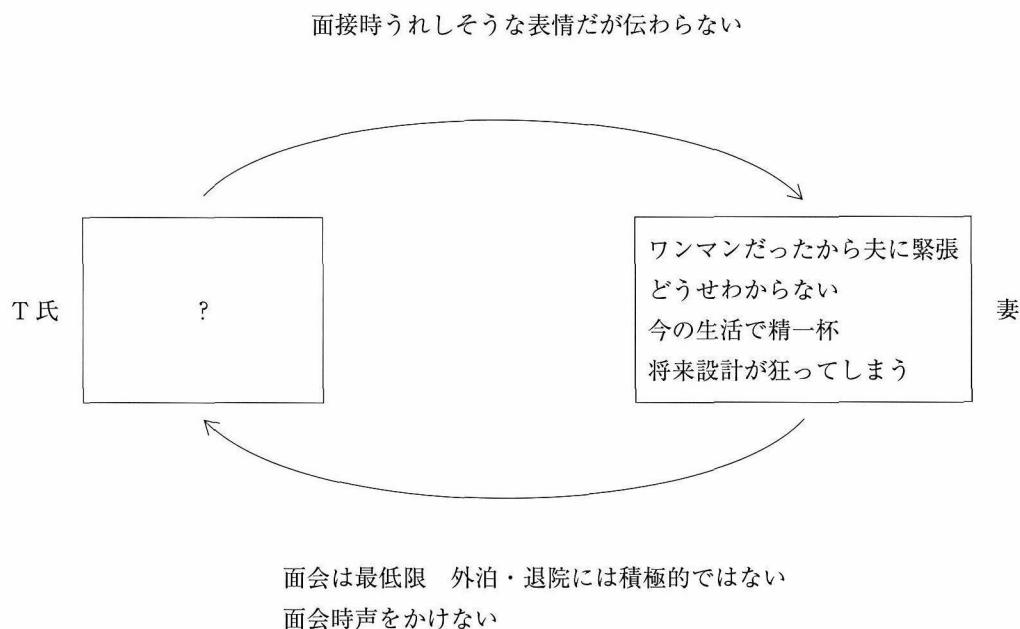


図4 第2期のT氏夫婦の円環的模式

立しないのは、単にT氏に失語症があるからではない。それぞれの言動が相手の行動に影響されており、悪循環をおこしていると考えた。これを円環模式的図の基本要素²⁴⁾に従って、図4に示した。ワンマンだった夫に接することに緊張し、今の生活で手一杯で話してもわからないと考えている妻は、面会に来て必要なものだけ受け渡しすれば直接声をかけずに急いで帰ってしまう。T氏は声や身振りでは表現はせず、嬉しそうな表情も少ししか見せず、妻にはキャッチできない。そのため妻の持つT氏のイメージは変化しない。

VII 家族アセスメント後の援助と本人・家族の状況

家族アセスメントから、T氏と家族にまず必要であるのは、10年間の空間を埋めるための家族間の相互交流と、関係性の再構築であると考

えた。援助は、以下の2期に分けられる。それぞれの時期における看護目標・看護婦の関わり・T氏と家族の状況について示す。

第3期-T氏と家族が役割の再構成を考える時期

目標：1. 家族とT氏との間で何らかの気持ちの交流が図れる。

2. 家族とT氏がお互いの現状について認識できる。

3. T氏のADLの拡大と危険防止

外泊を3回と妻への面接を1回行っている。

〈T氏の状況〉

このころ妻の母親が別の病棟に1ヶ月間入院となり、義母の病室を訪れておやつをもらい、その場で誤嚥をしてしまうことが2度ある。また義母への面会ついでに顔を見に来たという面会者も時折あり、これまで訪れたことのなかった次男夫婦と孫の面会もあった。

外泊中の排泄は、居室をトイレに一番近い部

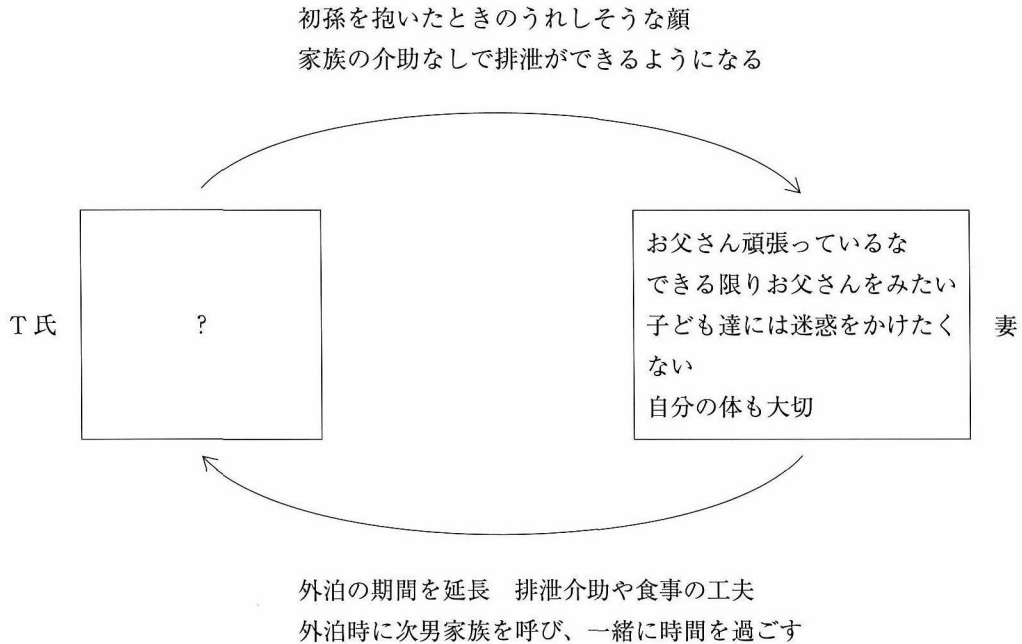


図5 第3期のT氏の夫婦円環的パターン

屋にしたこと、自力で床からの立ち上がりができるようになったこと、尿器を購入したことなどにより、昼間は洋式トイレで介助不要、夜間のみ尿器使用となった。

外泊後は毎回到やかな表情で帰院し、看護婦の問いかけに満足そうにうなずいた。

〈看護婦の関わり〉

面接後、妻に対する看護婦の印象は「顔を見せたことのない、よくわからない妻」から「少し妻に近づけたような気がする」と変化した。この印象の変化が発端になり、看護婦は自然に面会時や外泊から帰院時の家族の様子を気にかけるようになった。そして以前に増して意識的に家族に声をかけたり、T氏に家族の様子を聞いたりした。

T氏の状況に対して、転倒や誤嚥などの危険防止に努めるとともに、家族へT氏の日常生活状況を伝え、食事内容やトロミアップの利用方法、日常生活での注意点を説明していった。

〈家族の言動や状況〉

6日間の長期外泊は、「お父さんが頑張っている姿を見たら、外泊を延期したい」という家族からの連絡で思いがけず実現した。妻の提案で外泊中に次男夫婦と孫を自宅に呼び、10年ぶりに家族が自宅にそろう一緒に時間を過ごしている。このときT氏は初めて孫を抱き、とてもうれしそうな表情を見せたという。

妻は「これまで、夫のいない生活パターンができてしまった」「いつかは家につれて帰らなければならないと思う」「外泊中には自分のペースでしかみられない。自分の体も大切」「子ども達に迷惑をかけたくないので、私ができる限りお父さんを見ていきたい」「退院がはっきりしたらもう少し長い外泊をさせてもらいたい」と語った。

〈第3期のまとめ〉

誤嚥があったが、病棟においても外泊中の自宅においても、その対処方法が工夫されている。自宅での介助で最も問題となった排泄も、T氏の努力と計画的なリハビリテーションの導入と

家族の工夫によって、問題解決された。この問題解決は、家族の新しい円環パターンを生み出す機会となった(図5)。妻は過去の夫のイメージではなく、現在の夫の姿を捉えそれに対応している。さらに排泄の問題解決から、自宅で介護できそうな見通しを、家族が持つことができた。これらの変化が、家族がそろう機会をつくったり、退院に前向きな発言をするといった妻の変化に影響をもたらしたのであろう。

ただし、病気の夫を見るのは妻としての役目であり息子や親戚に迷惑をかけず一人で介護をしようという妻の信念も明らかになってきた。そのため、妻の介護の抱え込みが懸念され、家族システムとしてどのように今後対処していくのかを注意して見守り、状況によっては介入の必要もあると考えた。

第4期-T氏と家族が新しい関係を築き、今後について考える時期

目標：1. 家族とT氏の関係が維持・発展できる。

2. T氏に生活の張りを持たせ、自立への支援をする。

3. 自宅の構造とT氏のADLを考えた、具体的な介護方法を家族とともに探る。

外泊を3回と家庭訪問を1回行っている。

〈T氏の状況〉

表情が豊かになり、看護婦の姿を見ると自分から手を挙げて挨拶をする。社会に目を向けるようにと新聞を渡すようにすると、「新聞を持ってきてほしい」と要求するようになった。手振りだけではあるが、冬季オリンピックの話題を看護婦と交わすこともあった。家族には「ラジオを持って帰院したい」と言う要求を示した。

またおやつや着替えがなくなると、自分から「なくなったので電話をして欲しい」と看護婦に伝えるようになった。この要求は、家族を呼び寄せる手段として利用しているようにも見受けられる。家族が約束の時間に面会にこないと、

そわそわして廊下に出てきたり、自分からエレベーターと一緒に乗って帰宅する妻を一階まで見送っていく姿も見られた。

〈看護婦の関わり〉

引き続き家族が可能な範囲で外泊を勧めた。10年の社会生活の空白を埋めるためにも、社会情勢に触れる機会をつくったり、自分で排泄の回数をチェックするという新しい役割遂行が獲得出来るように支援していった。

また家庭訪問を実施し、実際の自宅の構造を見ることによって、どのような工夫と支援が必要であるかを家族とともに考える機会を持った。

〈家族の言動や状況〉

家庭訪問をしたい旨を伝え、「是非見に来て下さい」と快諾された。訪問時は、妻と次男夫婦が応対し、自宅の構造や介助方法の工夫を積極的に説明してくれた。

この時期、次男が自宅の近くに家を立てて転居した。そのため夜間は次男が店を手伝うようになり、妻の負担は軽減された。また次男の嫁の運転で、妻と嫁と孫の3人が一緒に週1回面会に訪れるようになった。決して長い面会時間ではないが、T氏がわかってもらわなくても「お父さん」と妻が声をかける様子がみられた。言葉は出なくとも妻に電話をかけているT氏の満足そうな姿もみられている。

外泊中も特に介護に関する問題はない。

〈第4期のまとめ〉

家族全体のコミュニケーションが円滑にとれ始めている。妻の介護の抱え込みが心配されたが、次男夫婦の転居と妻への支援が家族システムを変化させている。また家族と看護婦との相互関係も変化しており、家族の支援者として存在している。

Ⅷ 考察

看護システムの視点で見ると、第1期・第2期と第3期・第4期で、T氏と家族の状況は以下の点で変化している。

- ① T氏は自らの意志を、看護婦や家族に伝えようとするようになった。
- ② T氏は自立に向けてより頑張ろうという姿勢を示し、関心が広がり新しいことを取り入れるようになった。
- ③ 家族はT氏の意志を理解しようと努め、T氏と何となく分かり合えるようになった。
- ④ T氏を含めた家族の中で、新しい役割がつけられつつある。

野嶋²⁵⁾は「家族看護に携わる看護者には、家族とパートナーシップを形成する技術、家族をアセスメントする技術、家族への看護介入技術が必要である」という。この3つの技術に焦点をあてて、T氏と家族の変化と看護援助との関連について述べる。

1. 家族とパートナーシップを形成する技術

家族に外泊や退院を勧めた場合、はっきりと拒否や不快を示されたり、かえって家族の足が病院から遠く事例を経験することがある。これは患者中心の看護に熱心なあまり、「家族が資源としてどれだけ有効か」という立場での看護展開の結果といえよう。第2期の「外泊・退院に積極的でない問題家族」というレッテルがこの例である。今回、家族発達や家族機能のアセスメントを通して、妻なりの立場やこの家族なりの歴史があることを理解し、家族全体を見ることができるようになった。「少し妻に近づけた」「10年間放っておいたにはそれなりの理由がある」という看護婦の認識の変化は、家族に対して一方的にならない、家族の主体性を尊重した信頼関係づくりの基盤となっている。これに応じて家族から看護婦へ声をかけることも増え、自宅での介護方法について一緒に考えるという姿勢にまで変化している。

2. 家族をアセスメントする技術

家族アセスメントは、看護援助の方向を変えるきっかけとなった。アセスメント前の看護目標は退院に向けての家族指導であったが、アセ

スメント後には家族関係の再構築を前面に打ち出した。もし長期施設療養をしていたことによる関係性の希薄化に気づかず、介護方法の指導を目標に援助し続ければ、家族の思いとはすれ違ったままでの教育の強要となりかねず、かえって家族関係の悪化を招いたかも知れない。

3. 家族への看護介入技術

この症例では、次男が近くに転居したことが新しい家族役割の獲得の転機となっている。しかし、家族への看護介入がなければ、たとえ次男の転居があったとしても、T氏と家族との関係には何ら変化が生じなかったであろう。T氏を除いた家族成因の中での、新しい家族役割の獲得にしか過ぎない。現在、心配された妻の介護の抱え込み意識も、次男夫婦の支援によって変化し、解決されつつある。

今回の看護介入は、家族を一堂に集めたインタビューによる家族介入の方法をとっていない。しかし、この家族は看護婦が提供した変化のきっかけを受けとめ、家族が潜在的にもつ変化の能力を発揮できている。

IX 結論

一事例の報告であるため、限界は否めないが、本研究の結果は以下の5点である。

1. 家族システムをとらえアセスメントしたことが、看護婦が家族なりの立場や歴史の存在を理解する事につながり、家族の主体性を尊重した信頼関係作りの基盤となった。
2. 家族システムのアセスメントは、「問題家族」のレッテルをはずすという看護婦の認識と言動を変化させ、これに応じて家族から看護婦への働きかけが増加した。
3. 長期施設療養者では、家族との関係性が希薄になりやすく、その関係性のアセスメントに基づいた看護方針の設定が、家族看護の鍵となる。
4. 家族が長期療養者を含めた一つの家族とし

て、家族の発達課題やライフイベントに取り組めるような援助技術が必要である。

5. 家族の変化のきっかけをつくる援助技術が必要である。

おわりに

本研究は、1症例ではあるが家族看護モデルのアセスメントが、家族と看護婦の意識変化を生み、家族の潜在する力を引き出す機会となったことを明らかにした。

家族看護について「必要性は感じるものの、実際の家族との関わりで看護婦が葛藤を感じたり、看護婦が家族との関わりを回避する傾向さえある」²⁶⁾という報告もある。臨床現場における家族システム看護の実践と研究がさらに望まれる。

謝 辞

本研究を進めるにあたり暖かく見守り支えて下さいました、韮崎市立病院6階病棟望月婦久子婦長様を始めスタッフの皆様、小泉洋子総看護婦長様に感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 榛葉由枝：退院をめぐる老人と家族の心理，臨床看護，19（2），193-196，1993
- 2) 谷亀光則ほか：長期入院患者の退院阻害因子の研究，在宅医療，5（5），37-42，1999
- 3) 岡田智史他：いわゆる社会的入院患者の症状分析，臨床精神医学，25（9），1059-1066，1996
- 4) 畑都：長期入院患者と家族に意識調査を行って見えてきた外泊時の問題点，日本精神科看護学会誌，40（1），468-470，1997
- 5) 村田里子：家族の介護力に応じた介護指導，臨床看護，19（2），201-206，1993
- 6) 岩宮富子他：長期入院患者の退院に向けての家族援助-介護力評価を用いた看護介入の有効性-，第27回日本看護学会集録地域看護，1996
- 7) 谷口ひろ子：長期入院患者の家族援助，精神科看護，第68号，1998
- 8) 宮坂順子：退院を可能にする条件・困難にする条件，臨床看護，19（2），175-179，1993
- 9) 杉下知子：家族の機能と健康を考える家族をシステムとして考える視点，健康管理，1999，5，4-8，1999
- 10) 森山美知子：家族システム看護の実践，システム論による看護の実践，日本システム看護学会編著，日総研出版，31，1996
- 11) 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
- 12) 木下みゆき他：家族システム理論の臨床応用 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，第3回日本家族看護学会抄録集，20，1996
- 13) 戸井間充子他：家族システム理論の臨床応用 家族関係の中で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介入，第3回日本家族看護学会抄録集，21，1996
- 14) 熊野明美他：家族システム理論の臨床応用 母親の死に直面することのできない家族への介入，第3回日本家族看護学会抄録集，22，1996
- 15) 柳井佳子他：家族システム理論の臨床応用 終末期における家族関係の調整と告知の決断をめぐる家族介入，第3回日本家族看護学会抄録集，23，1996
- 16) 戸井間充子他：家族関係に生じるノンコンプライアンスの要因と治療的变化を引き起こす文脈の分析，第4回家族看護学会抄録集，76，1997
- 17) 山内里恵他：生命の危機に瀕している患者，家族員に対してCFAM，CFIM15分間インタビューを行っての効果，第6回日本家族看護学会抄録集，74，1999
- 18) 杉村知子他：亭主関白な患者とその家族員が脳梗塞後遺症と共生する中での7年間の信念の変化，第6回日本家族看護学会抄録集，75，1999
- 19) 沢田いずみ：両親の離婚を契機に不登校となった男児への援助家族システムの変化に焦点をあてて，札幌医科大学保健医療学部紀要，第1号，1997
- 20) 入江安子：在宅重度障害者の介護機器を通じて家族援助を考える，第4回家族看護学会抄録集，26，1997
- 21) 三橋好美他：悪循環的コミュニケーションパターンにより，退院のステップを踏むことのできない家族への看護介入カルガリー家族アセスメント・介入モデルを用いて，第6回日本家族看護学会抄録集，40，1999
- 22) 船曳千恵美他：精神科患者の家族介入を考えるカ

- ルガリー家族看護モデルを用いて，第6回日本家族看護学会抄録集，42，1999
- 23) 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
- 24) 23) と同様
- 25) 野嶋佐由美：家族看護学の課題，看護技術，40 (14)，6-10，1994
- 26) 渡辺裕子：家族看護における臨床看護婦（士）へのコンサルテーション活動，家族看護学研究，3 (1)，26-29，1997
- 27) 八巻加艶他：退院に難色を示す家族の意識変化への援助段階的な外泊の導入を試みて，山梨看護学会誌，6 (1)，62-63，1998
- 28) 森山美知子：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，家族看護学研究，3 (1)，18-25，1997
- 29) 中野綾美：家族アセスメント 家族を一つの集団としてとらえるアセスメント，看護技術，40 (14)，36-40，1994