

[研究報告]

精神科病棟での家族援助の実際と課題

池 邊 敏 子¹⁾ グレグ 美 鈴²⁾ 高 橋 香 織¹⁾
池 西 悦 子³⁾ 山 内 美代子⁴⁾

The Present Situation and Tasks for Family Care at a Psychiatric Ward

Toshiko Ikebe¹⁾, Misuzu F.Gregg²⁾, Kaori Takahashi¹⁾,
Etsuko Ikenishi³⁾, and Miyoko Yamauchi⁴⁾

1. はじめに

昨年、筆者らは、家族援助の実態を本学と共同研究を行っているA病院の調査をもとに、「精神病院の一急性期病棟での家族援助の実態」¹⁾として報告した。この報告は、看護職各自が、自己の家族援助をどのように行っているのかという認知をもとに明らかにしたものである。その結果、看護職は、家族に「受け皿」としての期待を抱いており、家族が抱える問題の気づきはしているものの、介入の困難さを感じていた²⁾。筆者らは、この結果を看護職と共有すると共に、加えて看護部長・看護師長が家族援助に対して看護職に寄せる期待をまとめ、現場の看護職と看護部長・看護師長の家族援助への考え方の共有化をはかった。共有化のための報告会は、全看護師を対象として、2回にわたり行った。その結果、家族の抱えている問題への意図的取り組みとその評価をはかることの必要性が、現場看護職・看護部長・看護師長・大学側教員の間で共有され、実施することが確認された。

そこで、今回は、受け皿としての家族という視点からではなく、家族も援助の対象という視点を看護職と共有し、意図的に家族援助を行った結果をもとに、家族援助の実際と看護職の課題を明らかにしていきたい。

2. 研究方法

1. 対象

対象とした看護職は、昨年調査に協力した看護職、な

らびに昨年調査した病棟に勤務する看護職で、新たに協力が得られた看護職8名である。

対象者の性別は、男性3名、女性5名である。この内継続協力者は6名である。

2. 方法

「家族援助の実際」を、各自の具体的な体験をもとに抽出することから、体験内容が個別的であり、質的記述的研究とした。

データ収集は、病院組織と関係のない本学教員による半構造化面接により行われた。面接内容は、対象者の了解を得てテープに録音し、逐語録を作成した。平均面接所要時間は約50分であった。

面接は、対象者のプライバシーが確保される静かな環境で個別に行った。面接内容は、家族に対する看護実践内容、実践にあたって大事にしてきたこと、役立ったこと、困ったこと・悩んだこと、課題と学びなどである。対象者の背景を明らかにする目的で、年齢・経験年数などを質問した。

分析方法は、逐語録を繰り返し熟読し、家族援助に関わる内容が記載されている場面を抽出し、1援助内容に対して、場面・語彙の意味を変えないように要約し、1データとした。1データに要約された内容のうち、類似するものを集めてサブカテゴリーとし、さらにカテゴリーへと抽象化した。カテゴリー化にあたっては、研究者の

1) 岐県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 岐県立看護大学 看護研究センター Nursing Collaboration Center, Gifu College of Nursing

3) 岐県立看護大学 機能看護学講座 Management in Nursing, Gifu College of Nursing

4) 養南病院 Younan Hospital

間での合意が得られるまで検討を行った。

3. 面接期間

平成15年8月26・27日

4. 倫理的配慮

研究への参加の同意は、研究目的、研究参加に伴う利益と不利益、秘密性などを口頭と文書をもって確認した。

5. 分析結果の厳密さの検討

分析結果は、対象者に返し、各対象者から実践内容・課題を表現していると認められた。

結果

1. 対象の属性

調査対象8名の平均年齢は、34.8歳であった。看護師になってからの平均経験年数は5.5年であった。最短は1.5年であり、最長は12年であった。現在の急性期病棟での平均勤務年数は3.8年であった。最短2年であり、最長は8年であった。看護師としての基礎教育課程は、進学コース7名、3年課程1名であった。

2. 抽出されたカテゴリー

データを分析した結果21のサブカテゴリーから、5つのカテゴリーが抽出された(表1)。

結果では、各カテゴリーとサブカテゴリーを述べると共に、カテゴリー、サブカテゴリーの命名の真実性を記するために、プライバシーの保護を念頭に面接内容を述べる。なお、【 】内は、カテゴリーを示し、《 》内はサブカテゴリーを示している。「 」内は、対象の語った内容を示している。

1) カテゴリー1【患者と家族の心理的距離の短縮】

【患者と家族の心理的距離の短縮】は、6つのサブカテゴリーから構成されている。サブカテゴリーには、《希望と現実のギャップの埋め合わせ》《患者への効果的な接し方の教育》《家族を患者に近づける工夫》《家族と連絡をとる工夫》《患者に対するネガティブな思いの払拭》《患者と家族双方の代弁者》が含まれる。

「祖父母が(退院時に)非常に高いレベルの要求をさ

表1 家族援助の実際と気づき

カテゴリー	サブカテゴリー
患者と家族の心理的距離の短縮	希望と現実のギャップの埋め合わせ
	患者への効果的な接し方の教育
	家族を患者に近づける工夫
	家族と連絡をとる工夫
	患者に対するネガティブな思いの払拭
	患者と家族双方の代弁者
家族の困難・限界を見極めた援助	家族は困っていることの明確なサインを出さないことの認識
	家族の限界の見極め
	初対面での声かけが大切
	家族の相談窓口
家族への新たな認識	自責から開放された家族
	家族が患者に及ぼす影響
自己の看護実践の評価	家族の希望と患者の現実との乖離での葛藤
	失敗からの学習
	自己の家族支援の限界への気づき
家族援助を更に充実させたい願望	情報共有が必要
	カンファレンスに工夫が必要
	家族の話をもっと聴きたい願望
	家族支援に関わらないスタッフへの支援
	家族援助を実践しているという実感
	家族援助への意識が高まっているという認識

れていて、こちらから(患者さんを見て)思っ退院という条件と非常にかけ離れていて、医師と話し合い家族を呼んで退院レベルをどういうレベルに持っていくか話し合いました。」

「(家族に)今の現状見てもらったりとか非常に大事だと思うんです。(中略)本当に家族は(患者の変化)を見ていないので、すごく悪いときのイメージなんだろうと思うんです。(悪いときの)イメージをとってもらったためにも、ある程度(患者と一緒に)外出をしてもらったりすることで全然違うんです。」

というように、家族と患者との間で、家族の患者に対する要望や印象をより現実的に近い設定に向ける援助、接し方の教育、家族と連絡をとり関心を向けるなど心理的距離の短縮に向けての援助が行われていた。

2) カテゴリー2【家族の困難・限界を見極めた援助】

【家族の困難・限界を見極めた援助】は、4つのサブ

カテゴリーから構成されている。サブカテゴリーには、《家族は困っていることの明確なサインを出さないことの認識》《家族の限界の見極め》《初対面での声かけが大切》《家族の相談窓口》が含まれる。

「お父さんが言われるままになっていて、(中略)(面会時に患者が)入院に納得できないといってお父さんに詰め寄って、早くここから出せって言って、お父さんSOS出せないんです。面会室で追いつめられた表情で、せっぱ詰まったような表情になっていくものだから、看護師が介入して、介入したら(患者さんは)穏やかに話そうようになって、お父さんもはっきり言わないんです。こういうふうに困っていると、これはいいとか、これはだめとか、(患者さんがお父さんに)暴力をかなり振るったみたいで、何か言うと暴力を振るわれるから怖いと、最初は(このような)情報も入ってこなくて、その話を期に、受け持ち看護師や先生も介入して、いろいろなことが出てきて、改善を図っている。」

精神科経験10数年の看護師は、「入院したときにアナムネとりますよね。その時の声かけの仕方によってその後の関係が随分とスムーズにいったというか、目に見えるものではないんですけど。(中略)まずアナムネのときに、最初大変でしたねということ言うように心がけています。本人さん入院されたんで、この期間は家族の方が休む期間ですよ、そして元気を取り戻したら患者さんのこと一緒に考えましょうという話をするようにしているんです。それを聞かれた家族は、かなりほっとされるというか、結構泣かれる方は、確かに多いですね。でも、帰るときは笑ってというか笑顔取り戻して頑張りますという形で帰っていく。」と話された。

家族は困っていることを1人で抱え込んでいる傾向にあり、限界を見極めていくこと、看護師の方から抱えている重荷の荷下ろしのきっかけを意図的に作ることや、相談窓口となる援助が行われていた。

3) カテゴリー3【家族への新たな認識】

【家族への新たな認識】は、2つのサブカテゴリーから構成されている。《自責から開放された家族》《家族が患者に及ぼす影響》が含まれる。

A看護師は、2週間に1回の頻度で家族と関わってきた。家族との関係も良い関係であると感じていたが、「(医師との)面談の時にそのお母さんの本当に辛いというのが、今までずっと解らなくて、泣きながら昔子どもに言われたことでずっと(自分を)責めていて、(中略)主治医の説明でお母さん1人の原因ではないといわれ、ちょっと楽になったようで、本当に辛かったというのが解った。」というように、家族がずっと自分を責めていた辛さを知り、誤った知識を主治医に是正されて自己を責めることから少し解き放された様子を実感していた。

4) カテゴリー4【自己の看護実践の評価】

【自己の看護実践の評価】は、3つのサブカテゴリーから構成されている。《家族の希望と患者の現実との乖離での葛藤》《失敗からの学習》《自己の家族援助の限界への気づき》が含まれる。

「(家族が面会に来られたとき)こちらで今現在落ち着いてみえるとか、日中の過ごし方であるとかっていうことも、他の患者さんとコミュニケーションとったり、ゲームをやったりしていることをお話しするんですけど、実際あって本当に2~3分もしないうちに、まだまだ調子が悪いのでしっかり治してからじゃないとよくないといわれるんです。(中略)これがこの患者さんにとって一番落ち着いている状態なんです。」

「家族のこと自分では考えているつもりなんです、わりと上辺だけのことに囚われてしまって、(中略)やはり最初お話しするときは、あちらからの(家族からの)お話をゆっくり聞くという姿勢というのを持っていきやいけないんでしょうね。こちらからの要望を言って第一印象を悪くしている、それ以上(関係が)進まなくなってしまうのは、って感じている。」

家族援助の具体的実践の中での体験から、葛藤している自分や援助の限界、看護師自身が自己の実践の振り返りを行っていた。

5) カテゴリー5【家族援助を更に充実させたい願望】

【家族援助を更に充実させたい願望】は、6つのサブカテゴリーから構成されている。《情報共有が必要》《カンファレンスに工夫が必要》《家族の話を更に聴きたい願望》《家族援助に関わらないスタッフへの支援》《家族援助を実践しているという実感》《家族援助への意識が高まっているという認識》が含まれる。

「受け持ち以外の人で、その日に担当になったりして家族に対応するときに、チームでの統一した対応というのがなかなか浸透していない、今日は担当（受け持ち看護師）いないから解りませんというようになってしまっている。そういうのを今後どうするか、記録に書き留めておくとか、家族のこともカンファレンス開いていけるといいなと思う。」

経験4年目の看護師は、看護チーム内での情報共有がされないことで、せっかくの家族からの問いかけにも応えられないもどかしさを感じている。

経験1年目の看護師は、「どうしても（家族は）電車に乗ってみて、帰日も電車で帰られるので、そういった時間制約の中で話をしていくことになる。（中略）自分たちも家族の話をもっとゆっくりと聞くことができれば、みんなも思っていると思うんですけど、せっかく面会にみえてもそういう（家族の話を聞く）時間が足りないと言うことが多い。」

「今まではやはり患者中心で、（家族には）物を持ってきて貰ったり、何かを頼む時に家族ってということと、情報を得るってただけだったんですけど、やはり巻き込んで今後どう地域で暮らしていけるだろうかというのを、もう少し家族を巻き込まないと帰れない。（中略）家族のいない人もいますので、そういう人は弁護士さんとか巻き込んだりして、かなりのほとんどの職員が、うちのスタッフは家族に目がいっています。」

「自分の受け持ち患者さんの家族支援ということでの共同研究だったので、自分にとっての家族、自分が患者さんの立場になったときの家族であるとかっていうことに、改めて家族ってなんだろうって考えるようになりま

したね。（中略）入院されている患者さんにとっての家族であるとか、逆に家族にとっての患者さんの存在というのは、今はどうなのか、退院されて戻られたら時にどうなるのかということを考えることができましたね。」

というように、家族援助を実践しているという実感を一方で持ちながら、更に充実させたいという願望がある。

． 考察

1. 患者と家族の間での援助

精神障害者の家族援助をみると、去年は「受け皿」としての家族という視点から家族への期待・役割を求めた援助が認められた。「受け皿」という視点は、患者の回復に向けて家族も協力してもらおうという、患者の側に立った視点である。ここには、家族も援助の対象という立場は、見出しにくい。そのため、家族の協力を引き出すこと、家族への期待・家族の不安を配慮した情報提供といった、いわば家族に患者に対する関心を向けるため、関心を引きだし、家族に役割を担ってもらう援助が多く認められた。

本年度の調査結果をみると、《家族の希望と患者の現実のギャップの埋め合わせ》《患者への効果的な接し方の教育》《患者と家族の双方の代弁者》といったような患者に比重を置いた立場でも、家族に比重を置いた立場でもない中立的な立場で両者の距離を縮める援助を行っている。また、家族援助を行ってみて、家族は困っていることを自分からなかなか言っていないという現実を知った。このことは、看護職から声かけを行い、相談しやすい・思いを吐き出しやすい働きかけに向けての援助の必要性の理解・実践への拡大がはかれるともいえる。

今回は、家族も援助の対象という視点を強化して関わった。その結果、「（医師との）面談の時にそのお母さんの本当に辛いというのが、今までずっと解らなくて、泣きながら昔子どもに言われたことでずっと（自分を）責めていて」というように、家族への新たな見方が生まれてきている。

2. 家族援助の充実への模索

看護師達は、《失敗からの学習》《自己の家族援助への限界への気づき》といった失敗や限界の体験による【自己の看護実践の評価】をしている。このような体験から

の学びや気づきは、自己の援助の振り返りと共に、自己の感情を投入して対象と関わるという関係性がなければできない体験であり、学びであると言える。看護師達は、家族援助が行われる場面での家族 - 看護師という対人関係で、看護師からの心理的接近が行われ、評価しながらその関係を展開していったと考えられる。看護師の心理的な接近は、自ら支援を求めにくい精神科の患者の家族への援助では殊に重要なことである。

看護師は、「やはり最初お話しするときは、あちらからの（家族からの）お話をゆっくり聞くという姿勢というのを持っていきやいけないんでしょうね。こちらからの要望を言って第一印象を悪くしている、それ以上（関係が）進まなくなってしまうのは、って感じている。」と【自己の看護実践の評価】の中で、「ゆっくり話を聴きたい」思いを内包している。つまり、【自己の看護実践の評価】は、【家族援助を更に充実させたい願望】に結びついていくと考えられる。

【家族援助を更に充実させたい願望】では、情報共有やカンファレンスの工夫などといった情報交換や、家族支援に関わらないスタッフの参加を促すといったチームの目標の一致といったチームで情報を共有して考えてみようと言う段階にある。

家族援助については、殊に入院患者の多くを占める統合失調症の家族教育の目標・内容について具体的に示されていると共に、教育プログラムの例も呈示されている³⁻⁵⁾。看護師は、患者・家族の最も近い立場に在るという特徴から、両者が抱えている諸問題にいち早く気づきやすいこと、気づいた諸問題を当事者の立場に立って考え・解決していく責任と役割を担っている。解決にあたっては、【家族援助を更に充実させたい願望】にあるチームの目標の共有に加え、看護職が様々な家族援助の方法を更に身につけて実践することが課題と言える。

まとめ

家族援助の充実を図ることを意図として、昨年より共同研究を行っているA病院の看護職が、意図的に家族援助を行い、その実践内容の実際と課題を質的記述的分析により明らかにした。

その結果21のサブカテゴリーから【患者と家族の心理的距離の短縮】【家族の困難・限界を見極めた援助】【家

族への新たな認識】【自己の看護実践の評価】【家族援助を更に充実させたい願望】の5つのカテゴリーが抽出された。

看護師は、家族援助の実際として【患者と家族の心理的距離の短縮】【家族の困難・限界を見極めた援助】を行っていた。また、実践の中で【家族への新たな認識】をし、【自己の看護実践の評価】をするとともに、課題として【家族援助を更に充実させたい願望】を抱いていた。

本研究は、家族援助の充実に向けて共同研究を取り組んでいる過程での報告である。今後、今回のような意図的な援助の恒常化と、その援助内容の実際を検討することが求められている。

謝辞

質の高い看護サービスの提供に向けて、自らの看護実践を問い直す作業にご協力いただきました看護師の皆様感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 池邊敏子, グレグ美鈴, 高橋香織ほか: 精神病院の急性期病棟での看護援助の実態, 岐阜県立看護大学紀要, 3(1); 9-14, 2002.
- 2) 前掲 1)12-13.
- 3) Christopher S. Amenson, Ph.D.: Schizophrenia: Family Education Methods, 1998, 松島義博, 荒井良直訳, 統合失調症の家族教育方法論, 2版; 43-60, 星和書店, 2003.
- 4) Caro M. Anderson, Douglas J. Reiss, Gerard E. Hogarty: Schizophrenia and The Family, 1986, 鈴木浩二, 鈴木和子監訳, 分裂病と家族, 初版; 426-472, 金剛出版, 1993.
- 5) 遊佐安一郎: 家族療法入門, 123-132, 星和書店, 1997.
- 6) 野中邦子: 家族の肯定的評価を導く7つの介入方法, 看護, 54(7); 91, 2002.
- 7) 田上美千佳: 精神障害者を持つ家族の「いま, ここで」の在りようを支える, 看護, 54(7); 59-63, 2002.
- 8) 昼田原四郎編: 分裂病者の社会生活支援, 金剛出版1995.
- 9) 春日武彦: 病んだ家族, 散乱した室内, 医学書院, 2001.
- 10) 菅山信子: 家族と向き合うとき, 看護実践の科学, 4; 82, 1991.

(受稿日 平成16年2月10日)