

〔特別寄稿〕

精神看護における文化と家族看護

岩崎 弥生

I. 文化的能力

文化的能力 (cultural competence) という用語は、文化背景の異なる人々に対するヘルスケアの文脈で用いられており、アメリカにおいて、①文化背景の多様な患者が急増したこと、②マイノリティのヘルスケア上の不利益が医療提供者側の偏見・差別・文化的無知などから生じていること、③医療を提供する場が病院から地域にシフトしたことなどを受けて発展してきた。文化的能力とは、ヘルスケア提供者及び組織が患者や家族の文化的ニーズに対して効果的に応える能力であり (Andrews & Boyle, 2003)、患者や家族とのコミュニケーション能力や、患者や家族の視点から問題や望みをとらえる能力などを含んでいる。そして文化的能力獲得の第一歩は、ヘルスケア提供者自身の中にある他文化に対する偏見を認め、その影響を知ることから始まる。文化的能力とは、謂わば、人間の多様性や異質性など、差異の容認にかかわる能力であり、自分自身を相対化し、対象者の世界観を理解し、対象者との間の隔たりを埋める能力である。こうして考えると、文化的能力は、さまざまな考え方や価値観をもつ家族と出会う家族看護においては有用な概念であると言える。そこで、本稿では、家族を文化の視点からとらえなおし、差異と相対化という側面から、精神科における家族看護について、精神障害者の家族を例に、考えてみたい。

なお、ここでは、文化を「ある特定の集団の構成員によって習得・共有・伝達・創造される価値体系や行動様式」と定義する。

II. 差 異

1. 文化間の差異

精神障害の家族については、家族の感情表出 (Expressed Emotion) に関する研究²⁾や、家族のケア負担に関する研究が精力的になされてきたが、家族の文化的要因について究明した研究はそれほど多くはない。それでも、米国における研究成果から、文化的民族的背景により感情表出や負担感に差があることが明らかになっている。たとえば、都市化の進んだ地域の家族では感情表出が高い傾向があるが、ヒスパニック系アメリカ人家族には該当しないことが報告されている (Lefley, 1987)。また、ヒスパニック系アメリカ人は、家族によるケア提供を当然のこととしてとらえており、ヨーロッパ系アメリカ人と比較して主観的なケア負担感が低いという報告もある (Guarnaccia et al., 1996)。さらに、アフリカ系アメリカ人家族が患者の障害の程度に合わせて患者への期待を調整するのに対して、ヨーロッパ系アメリカ人家族は、患者のレベルに合わせて患者への期待を下げることも報告されている (Pickett et al., 1993)。

家族の文化的民族的背景により家族の体験や行動に差異があることは、私自身が米国と日本で行った精神障害者をケアする家族の主観的負担と対処に関する調査結果の比較からも示唆されている。私の調査は日米で同時に行ったものではないし、全体的に

²⁾略して EE 研究と呼ばれる。家族の高い感情表出 (家族の患者に対する批判や敵意のコメント、自己犠牲的過保護的なコメントの多さ) が統合失調症やうつ病の再発と関連することが実証されている。ただ、世界的な EE 研究から、家族の感情表出は全般的には低いことが示されている (Lefley, 1992)。

表1. 家族の主観的負担：日本と米国での調査結果の比較より

日本P県		米国Q州	
孤立	医療職者への遠慮 社会的偏見 自らの偏見	孤立	医療職者の家族非難や排除 社会的偏見 時宜を得た医療を受け難い法体制
共鳴的痛み	患者の苦悩や動揺への同調 患者の苦痛への自責	悲嘆	患者との関係性喪失への悲嘆 患者の可能性喪失への共感的悲嘆
無力感	どうしていいかわからない 苦痛を軽減できない 患者の将来の心配	消耗感	問題行動の後始末 安否の気遣い 生涯看護

は日米の家族の体験には共通するところが多かったのだが、細部を検討すると微妙な相違点が認められた。その中からいくつか紹介すると、まず、米国の家族では患者が病気になったことを悲嘆し続ける傾向が顕著であったのに対して、日本の家族では患者の病気を事実として受け入れている傾向があった。次に、日本でも米国でも家族は患者の苦悩を目前にして共感的に心を痛めていたが、日本の家族の場合、その上さらに、患者の苦悩を軽減する手だてを講じることができないことで自分を責め、患者の苦悩や動揺を全般的に吸収し、患者とともに揺れ動いていた。対処の面では、日本の家族は、患者を傷つけないように患者の安寧を優先して患者に接していたが、これは患者と家族双方の安寧を保護するような米国の家族の接し方とは異なっていた。たとえば、日本の家族は、患者の話を受容的に聴き、患者の気持を傷つけないように対応していたが、米国の家族は、家族自身の権利を伝え、患者との間で日常生活や行動面で約束事を取り決めるといった対応をしていた。(表1, 表2参照)。

2. 文化内の差異

上記に提示したような差異は、ある特定の文化に所属する人々の一般的傾向を理解する上で役に立つかもしれない。しかし、差異を描き出すことは、同時に、特定の文化に対するステレオタイプや偏見を助長する危険も孕んでいる。家族の文化は、家族が所属する民族の文化を大きく反映している場合もあれば、そうでない場合もある。したがって、差異は、異なる文化背景をもつグループ間だけに見られるわけ

ではなく、同じ文化背景をもつグループの中にも存在することを認識しておく必要がある。こうしたグループ内の差異を無視すると、ステレオタイプによって、ある特定の文化背景をもつ家族をとらえてしまうことがありうる。つまり、家族の見え方が一般化された像に固定されてしまい個々の家族の素顔が見えなくなり、目の前にいる現実の家族を見ないで実質的には存在しない家族を見ている、といったことが生じかねない。そのため、家族との出会いにおいては、文化背景による差異についての知識はとりあえず背面に退けて、すべての家族はそれぞれ独自の文化をもっているという立場をとり、毎回新たな気持で個々の家族と出会うことが大切になるだろう。

III. 相対化

1. 世界観

それぞれの家族の文化の背後には家族成員間で共有された前提や世界観が潜んでいる。世界観は私たちの外界や現実の見方であり、私たちが私たちを取り囲む大量の情報の中から日常生活上有意義な情報のみを選択して、外界を秩序立てて把握し理解していくために必要不可欠な認識のフィルターである。家族の世界観は家族成員の認識と行動を規定する。家族成員は、家族の世界観を認識の準拠枠として用い、言動が意味するところをすべてその枠組の中でとらえ、行動している。

Seel は、「文化は絶えず創造され、表現され、変化する」といった立場から、組織文化の変容に携わって

表2. 家族のコーピング：日本と米国での調査結果の比較より

日本P県		米国Q州	
知識の獲得	病気や治療について知識を得る 病気や治療について専門家にきく ケア提供の体験から学ぶ	実際の知識の獲得	病気や治療について知識を得る ケア技術（コミュニケーション、限界設定、専門家や社会資源の活用方法等）を学ぶ
患者の視点の理解	患者の発言を否定せずに聞く 世間や自分の価値を押し付けない 患者の気持を傷つけないように話す 話し方と話す時期を選ぶ	境界線を引く	患者のためならば患者を突き放す ("tough love") 家族の権利を患者に伝え、患者との間で取り決めに交わす 患者自身の責任は患者に取らせる
患者の強みの尊重	患者が強みを活かせるように励ます 患者が夢を実現できるように助ける	互恵関係の維持	患者が強みを活かせる場を提供する 家族の行事に患者を含める 患者と一緒に楽しむ時間を作る
患者のインクルージョン	家族の行事に患者を含める 家事と一緒にするように誘う 患者と一緒に過ごす時間を作る		
社会性維持への励まし	患者と一緒に出かけるときを作る 患者に外出するように励ます 患者に友達を作るよう励ます		
擁護	患者と専門家の仲を取り持つ 似た状況にある家族を援助する 患者のための活動に参加する 病気を隠さない	利他的行動	患者や家族のために啓発活動を行う 似た状況にある家族を援助する 弱者一般に援助の手を差し延べる
サポートの動員	似た状況にある家族を探す 親戚や友人に助けを求める 福祉資源を活用する	サポートの動員	似た状況にある家族を探す
自分の時間の確保	自分のための時間を持つ ケア提供から遠ざかる時間を作る	自分の生活の保護	自分の生活を持つ 自分のやりたいことを実現をする
現状肯定	現状を受け入れ、前向きに考える 体験に肯定的な側面を見る	肯定的意味づけ	信仰により苦しみを意味づける 体験の肯定的な側面を見る

いる。彼は組織文化の背後に潜む世界観(または人々のものの見方や考え方を根本的に規定している概念的枠組)が、いかにその組織成員の思考過程や行動を規定しているかについて、『非難』文化と『和解』文化という例を引き合いに出して、両文化を対比させながら説明している。Seel (2000)の例によると、たとえば、『非難』文化において、“この点が拙かったね”という指摘は「言いがかり」であるかもしれないのに対して、『和解』文化の中では「意見」になるかもしれない。同様に、“今度はもう少し頑張つて”という言葉は、『非難』文化においては「脅し」と受取られるかもしれないが、『和解』文化では「励まし」であるかもしれない。さらに、Seelは、『非難』文化においては、成員は非難や威嚇の行動をとるであろうし、『和解』文化においては慰めや赦しの行動をとるであろうとしている。そして、それらの行動は、相互作用の中で強化され、反復され、ある一定のパター

ンが繰り返されることになる。たとえば、『非難』文化では、自分たちに価値はなく、他者は信頼できず、世界は安全ではないという世界観の下に、メンバーは自分の生き残りをかけるように、非難し威嚇する家族パターンを繰り返すかもしれないのである。

Seelの例からもわかるように、もし看護職者の世界観が家族のそれと大きく異なる場合、尊敬の意味を込めた看護職者の言動が家族にはまったく別の意味に受取られ、思いもよらない家族の行動を引き起こすことも生じうる。つまり、家族の文化を作り上げている家族の世界観が理解できていないと、家族と異なる言語を用いて闇雲にコミュニケーションをとるようなものである。そこで、家族看護においては、家族の世界観への洞察が必要になる。同時に、家族を自文化の視点から一面的にとらえる傾向を緩和する方法を持つことも必要になる。

神田橋はリフレイミングの方法としてはある

が、今までの視点に並べて新たな視点を置き、発想を豊かで柔らかなものにする方法について述べている。

……「正直の頭に神宿る」ということばの傍らに「貧乏神のことも」と置くと、ここは柔軟になります。「親が無くても子は育つ」の傍らに「親が有っても子は育つ」を置くと、連想は飛躍的に広がります。「学校に行けない子」「学校に行かない子」「学校に行かないことができない子」「学校が無くなった」などの視点を並べて、連想を豊かで柔らかなものにすることもできます。……(神田橋, 1998, p. 1084)

神田橋の示した方法を適用して、自分の認識した事柄とは対立するような視点を並べて置いてみることで、ずいぶんと看護職者のところも他文化に開かれたものになるのではないだろうか。

2. 相対化

相対化は、差異や異質性を自文化の価値尺度で評価せずに、他文化をその背景や文化的準拠枠に照らしながら、その文脈から切り離さずに理解しようとする態度である。相対化は、自文化の考え方や価値体系、世界観の絶対性を否定し、他文化の世界観を内部者の目でとらえようとするものである。相対化とは、換言すると、自分にとって当たり前であることが、他の人にとってもそうであるとは限らず、かえって他の人には奇異であったり異様であったりするのを知ることでもある。相対化によってはじめて、私たちは自分とは異なる考え方や行動様式をとる人の「異質性」を理解し、許容する準備ができるようになる。

たとえば、米国家族が「精神病になって以来、私の息子は死んだのも同然です。息子はもう以前の息子ではありません。私の知っていた息子はいなくなってしまったのです。息子のために描いてきた夢はすべて失われてしまいました。今の息子はまったく能無しで、別人になってしまいました。」と訴えたと仮定してみる。そのとき、看護職者が「息子を能無し呼ばわりしてひどい家族だ」と感じたとしても、自分の価値基準で評価するのはひとまず保留にして、家

族の文化的背景や文化が家族の体験や行動に及ぼす影響について考えてみるのである。つまり、家族の感じたことや考えたことは、どのような前提から生じているのだろうかを吟味してみるのである。そうすることで、たとえば、精神病を喪失と認識する家族のころのありように、世界を境界線の曖昧なつながったものとしてとらえるのではなく、世界を境界線の明瞭な分断したものとして理解する認識の準拠枠を読み取ることになるかもしれない。あるいは、自立と有能性が尊重される米国の文化の中で、文化的期待を満たすことのできない障害者をケアする家族の孤独や、喪失したものを諦め切れない家族の嘆きといったものを理解するかもしれない。そのような理解ができれば、そう言わざるを得なかった家族との間に共感の土壌を作る可能性が開けてくるかもしれない。そうなったら、さらに一歩進めて、「ひどい家族だ」と感じた自分にはそもそもどのような前提があったのだろうか、自分に問い返してみるのである。すると、案外、自分自身が仕事に就いていない人を見下ろしていることに気づき、自分と家族の類似性に気づき、自分を家族と同等の位置に引き下げることができるようになるかもしれない。

相対化の作業は、家族の認識を規定する家族の世界観を内部者の目をもって知ることによって完結するのではなく、そこからさらに自分自身の世界観に立ち戻る作業を含んでいる。つまり、「なぜ自分は家族をそのように認識したのであろうか」、「家族をそのように認識した自分自身とはいったいどのような前提を持っているのだろうか」など、自分自身に問い返していくのである。相対化の作業は決して容易ではなく、教育分析を受ける分析家が自分自身について第三者の視点から「非情に」「徹底的に」分析しようとする態度に通じるものがある。この困難な作業は、自分自身の思考や振る舞いを奇妙で奇異なものとして距離をおいて眺めてみる、といった文化人類学の方法を採り入れてみることで、徐々に身につけていくことができるかもしれない。

IV. おわりに

文化の視点を用いて精神看護における家族看護について検討してみたが、まとめとして、自分のところが家族の世界観に開かれるように訓練することの重要性を強調したい（もちろん私自身の課題としても）。そして、家族に家族の世界を教えてもらいながら、家族に内在する力を生かしていけたらと思う。ただし、援助関係は援助する者とされる者という力関係を内包しているため、よほど注意しないと、家族に力を与えるはずが、家族のやってきたことは駄目だというメッセージを送ることもありうるだろう。そこで、看護職の方がディスエンパワーして、家族に潜在する大いなる創造力と可能性を認識し、看護職者が全知ではあり得ないことを知り、家族から教を乞う姿勢を持ち続けたい。

参考文献

- 1) Andrews, M.M. & Boyle, J.S. : Transcultural concepts in nursing care (4th ed.), Lippincott, 2003
- 2) Guarnaccia, P.J., Parra, P., Miller, H., et al : Ethnicity, social status, and families' experiences of caring for their mentally ill member, *Community Mental Health Journal*, 32 (3) : 243—260, 1996.
- 3) Iwasaki, Y. : Coping of family members caring for relatives with schizophrenia : a qualitative study. Unpublished Master's thesis, College of St. Scholastica, 1995
- 4) Iwasaki, Y., Shimizu, K., & Ishikawa, K. : Coping of Japanese families who are caring for the patients with mental illness, 7th European Mental Health Nursing Conference, 7 (1) : 27, 2002.
- 5) 神田橋條治 : 精神科医が処方する言葉, *精神神経学雑誌*, 100 (12) : 1081—1085, 1998
- 6) Lefley : Culture and mental illness. In A. Hatfield & H.P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill : Coping and adaptation*, Guilford, 30—59, 1987
- 7) Lefley : Expressed emotion : Conceptual, clinical, and social policy issues. *Hospital & Community Psychiatry*, 43 : 591—598, 1992
- 8) Pickett, S.A., Vraniak, D.A., Cook, J.A., et al : Strength in adversity : Blacks bear burden better than whites. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24 : 460—467, 1993
- 9) Seel, R. : Culture & complexity : New insights on organizational change, *Organisations & People*, 7 (2) : 2—9, 2000