

〔シンポジウム：家族観の多様化と看護職の役割〕

2. 精神科領域における家族観の多様化と看護職の役割

愛知県立城山病院

長 水 美野子

人口の高齢化・家族の小規模化にともない、家族で誰かが病気になった場合の介護問題や家族援助がテレビや新聞の報道でよく取り上げられている。

精神科領域においては、患者も家族も発病時に大変なショックを受けるわけであるが、その後の患者の療養生活において、家族の果たす役割は大変大きいといえる。

精神障害、とりわけ精神分裂病について考えてみると、患者は様々な症状に加え、対人関係に問題があったり、生活の仕方が下手であったりして、就労ができなくなるという場合が多い。そのため、患者に対し生活を介しての治療や働きかけが必要となり、患者と最も身近な存在である家族の理解と協力が大変重要となる。

このようなことから、精神科領域においては一般科に比べ早い時期から家族の援助に目が向けられていた。しかし、分裂病因性母親説をはじめとした家族因説が叫ばれ、家族を治療の協力者としてみるよりも、病気の原因として見るほうに視点が傾きがちになった時があり、その時期においては、家族の苦勞に対して十分配慮したとはいいがたい家族への働きかけがあったようである。

こうした歴史的背景に加え、精神分裂病に対する社会一般的な偏見・誤解（遺伝・不治の病・何をしでかすか解らない危険な病気）により、患者家族のなかに、身内にさえ患者の病気について話をするのができず、心を痛めているひが多かった。

また、患者の療養生活の長期化により家族は、医療者に対し、大変な患者を見てもらっているのに、生活上の問題とか心配事を話すのはどうか？とためらう気持ちや遠慮する気持ちがあったようである。

医療者側の問題としては、家族に対する閉鎖性が考えられる。患者との面会は、わずかな時間であり、家族が病室に自由に出入り出来るような治療環境ではなく、看護者が家族の気持ちや状況を十分くみ取れるような条件が整えられていなかった。現在では、医療の開放化にともない、家族が病棟内で患者の衣類整理・洗濯・食事介助等を行うようになり、患者と共に外出する機会も増えている。

家族の悩みを聞いたり、家族の状況を知るため、当院では、昭和40年頃から家族懇談会を行っている。家族懇談会の利点として①同じ悩みを持った人たちの集まりで、家族が話し易いことから、普段とは違った家族の姿を見ることが出来る。②家族も患者と共に病棟行事に参加することにより、患者の違った一面を知ることが出来る。という点が挙げられる。しかし、家族が抱えている問題が様々で、家族の愚痴や悩みのはげ口（これも大切なことであるが）に終わりがちで、患者の病気をどう捉えるか・患者とどう接したら良いかという話し合いになり難しく、家族指導や家族教育的な面が弱いと言う問題がある。最近是个別的な家族への係わりが主となり、家族懇談会の開催は寧ろ少なくなり、家族教室へと様変わりしている。

精神障害者の処遇は、法的に大きく左右される。

1987年の精神衛生法の部分改正に引き続き1988年の精神保健法・1995年の精神保健福祉法において、精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進がより強調され、今日では病院中心の医療から『健康者も障害者もともに地域社会で生きて行く』というノーマライゼーションの視点に立った地域中心の精神医療へと変化している。

表1.

	平成7年(全国)	平成8年(愛知県)	施設の特徴
グループホーム	220ヶ所	6ヶ所	日常生活への支援のある共同住居
福祉ホーム	80ヶ所	1ヶ所	入居型居住施設
援護寮	83ヶ所	2ヶ所	入所型の生活訓練施設
授産施設	76ヶ所	1ヶ所	通所型と入所型職業訓練施設
小規模作業所	500ヶ所	25ヶ所	
デイケア施設	400ヶ所	24ヶ所	

1988年の精神保健法第10条に初めて「社会復帰施設」の設置が定められ、この時ようやく精神障害者の社会復帰問題が法律上社会福祉の対象となり、現在までに少しずつ社会復帰施設が、増えつつある。

社会復帰施設は増えつつあるものの、精神障害者に照らし合わせてみると、表1のように社会復帰施設の数是非常に少ない。そのため、社会復帰施設を利用できる精神障害者はごく一部であり、こうした状況においては、患者の社会復帰における家族の負担はとて大きいと言わざるをえない。

城山病院においては早い時期からNH先訪問や、家庭訪問が実施されていた。平成7年10月に訪問看護事務局が設置され、定期的な訪問看護が実施されるようになり、表2のように平成8年は、平成7年に比べ訪問看護件数は2倍近く増えている。訪問看護の内容は、単身生活者への生活援助が、ほとんどである。患者が単身生活者になった理由は、①家族の世代交代により同居ができなくなった。②患者・家族関係で必ずしも同居が好ましいとは言えない。③長期療養生活のため単身者となった。等である。今後、単身者になる前から(家族と同居しているときから)必要であれば家庭訪問を行い、『家族が患者に対し、何を期待しているか』『家族が患者の社会復帰に対し何ができるか』を汲み取り、そのために必要な看護を展開していくことが必要であろう。

家族看護学に照らし合わせてみると、精神科における家族援助は、まだまだ不十分で、患者の環境条件の一つとしての見方が強い訳であるが、入院医療であれ地域医療であれ、患者が家族に与える影響・家族が患者に与える影響はともに大きいと言える。

表2. 城山病院における訪問看護件数

	昭和62年	平成7年	平成8年
外来	42件	59件	220件
D. C	32件	46件	75件
入院	98件	73件	55件
合計	172件	178件	350件

全国の精神病院に入院している約35万のうち8万人から10万人の人々は、社会福祉的な諸策があれば、入院の必要のない「社会的入院」の人という調査結果がある。長い間患者の療養生活を支えてきた家族から「この子を残しては、死ぬにも死にきれないし、患者の兄弟に自分と同じ苦しみを味合わせる訳にはいかない。」という言葉が聞かれることがあり、世代交代後の兄弟達においても自分たちの家庭維持(仕事・子供の養育)に精一杯と言う状況がある。私たちは、受け皿さえあれば退院できる患者が大勢いるということから、つついその受け皿を家族に求めがちになるが、謙虚に家族の言葉に耳を傾け、十分話し合い、家族とともに患者の将来を考えるようにすることが大切である。患者が数少ない社会復帰施設を利用する場合、家族に視点を置いて考えてみると、家族がどのような援助ができるのかということ、利用する施設が違ってくる。看護師として、患者共々家族を支えるという視点に立つて援助する必要がある。家族も「苦勞は一人で背負っていくしかないんだ」というような気持ちは極力捨てて、幾分なりとも肩代わりを期待できそうな社会資源を積極的に求めて、活用していく必要がある。そして、看護師が核家族化した時代の家庭における精神障害者の扶養や保護には大きな限界があることを、より深く理解し、

さまざまな医療関係者と連携し、家族だけでなく地域の社会復帰施設関係者や地域住民の理解と協力のもとに、精神科の治療・看護が提供できるよう努力していくことが大切である。

文 献

1) 分裂病のリハビリテーション；江畑敬介・浅井邦彦；医

学書院

- 2) 家族と共に歩む精神医療；菱山珠夫；本の泉社
- 3) 家族の聞きたいこと；GAP（監修；仙波恒雄）；星和書店
- 4) ゆうゆう 22号（1994）；全国精神保健研究会；萌文社
- 5) 家族看護学；鈴木和子・渡辺裕子；日本看護協会出版会
- 6) あんだんて（精神保健福祉ガイドブック）；1997年2月愛知県衛生部発行