〔報　告〕

糖尿病患者の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変化を起こした看護介入

戸井間充子[1)]　白石日出子[2)]　森山美知子[3)]

I　はじめに

慢性疾患のセルフコントロール可能性は，患者自身のhardinessに依存することが報告されている．Hardinessは，challenge(挑戦)，committment(執着)，internal locus of control(内的コントロール)から構成され，これらが高いほど，コンプライアンスのレベルが高まるとされている．さらに，social supportの高さもhardinessを高める要素として指摘されている[1)]．

さらに，カルペニートらによると，糖尿病を含む慢性疾患患者らがノンコンプライアンスを引き起こす要因には，(1) 認知機能の障害や感覚機能の障害などの身体機能障害，(2) 疾患の不変又は悪化による動機づけの低下，(3) 守ってもうまくいかなかったという過去の体験，(4) 治療の副作用，(5) 高額な治療費，(6) 発達における成熟度の未熟性，(7) 知識の不足，(8) 不十分な動機づけ，(9) 情緒の変動と自己尊重の低下，(10) 価値システムの葛藤，(11) 医療者との信頼関係の不成立，(12) 家族や同僚・地域の支援不足などが挙げられている[2)]．

しかし，われわれはノンコンプライアンスの要因がこれらでは十分に説明できない症例，すなわち社会的地位もあり，経済的な問題もなく，さらに，知能も高く，疾患及びその療養生活に関する知識を充分もちながらもコンプライアンスが低く，セルフコントロールできない糖尿病の入院患者を数多くケアしてきた．そして，これら患者及び家族に家族システム看護を展開する中で，上記の要因が深く関連しあっていること，つまり，患者のノンコンプライアンスの要因が，internal locus of controlの低さからくる家族との依存関係や，家族や社会との関係性の中で生じるパワーバランスの崩れによる自尊心の低下及びchallenge, committmentの低さであり，患者がコンプライアンス行動を維持するために，また，ノンコンプライアンスであった者のコンプライアンス行動が高まるプロセスにおいて，家族がいかに重要な鍵を握るかを経験してきた[3)-4)]．

そこで，今回われわれは，家族システム看護を展開することによって，成人期に発症した糖尿病患者がノンコンプライアンスを引き起こす要因を家族内に生じる悪循環パターンに見いだすとともに，治療的変化を引き起こした看護介入を明らかにしたので報告する．

II　研究目的と研究方法

1. 研究目的

本研究の目的は以下の通りである．

(1) 成人期に発症した糖尿病患者がノンコンプライアンスを起こす要因を家族との関係において明らかにし，要因の分類を行う．

(2) 家族インタビューの中で治療的変化を起こした看護介入を明らかにする．

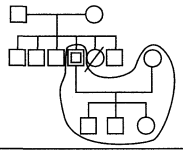
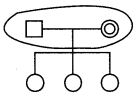
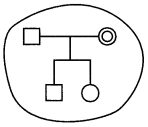
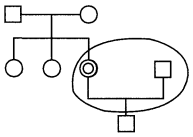
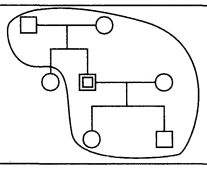
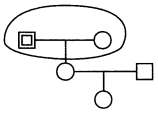
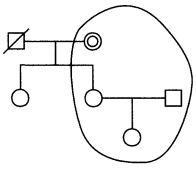
2. 研究方法

1) 研究対象

以下に示すノンコンプライアンスの用語の操作的

1) 山口県立衛生看護学院
2) 山口県立中央病院
3) 元山口県立大学看護学部

表1． ノンコンプライアンスを引き起こした症例

氏名・年齢・性別	家族構成	家族の発達段階[注]	インタビュー回数・参集者	ノンコンプライアンスの要因
氏　名：A氏 年　齢：43歳 性　別：男性 DM歴：3年 入院歴：2回 合併症：なし		ステージ4 （2世代）	1回目：患者，妻 看護婦 2回目：妻 看護婦 3回目：患者 看護婦	夫婦関係の 共依存
氏　名：B氏 年　齢：68歳 性　別：女性 DM歴：10年 入院歴：2回 合併症：網膜症 腎症 神経症		ステージ6 （夫婦）	1回目：患者，夫 看護婦 2回目：患者，夫 長女 看護婦 3回目：患者，夫 看護婦	夫婦関係の 共依存
氏　名：C氏 年　齢：47歳 性　別：女性 DM歴：15年 入院歴：2回 合併症：網膜症		ステージ4 （2世代）	1回目：患者，夫 次男 看護婦 2回目：患者，夫 次男 看護婦	患者の強い依存と 配偶者の無視
氏　名：D氏 年　齢：52歳 性　別：女性 DM歴：20年 入院歴：2回 合併症：網膜症 腎症 神経症		ステージ5 （夫婦）	1回目：患者，夫 看護婦 2回目：患者，夫 看護婦 3回目：患者，夫 看護婦	患者の強い依存と 配偶者の無視
氏　名：E氏 年　齢：43歳 性　別：男性 DM歴：5年 入院歴：3回 合併症：なし		ステージ4 （3世代）	1回目：患者，妻 実母 看護婦 2回目：患者，妻 実母，娘 看護婦	患者の強い依存と 配偶者の無視
氏　名：F氏 年　齢：56歳 性　別：男性 DM歴：9年 入院歴：5回 合併症：なし		ステージ5 （夫婦）	1回目：妻 看護婦 2回目：患者 看護婦	ケア提供者の過干渉 と患者の逃避
氏　名：G氏 年　齢：70歳 性　別：女性 DM歴：10年 入院歴：3回 合併症：網膜症 腎症		ステージ6 （3世代）	1回目：患者 次女 看護婦 2回目：患者 長女 次女 看護婦	ケア提供者の過干渉 と患者の逃避

注）家族の発達段階はL. Wrightらカルガリー家族アセスメントモデルによる．

定義を含めて，1995年4月から1996年7月までに山口県内のT病院内科病棟に入院し，以下の条件をすべて満たし，インタビューの録音も含め本研究に参加の承諾を得た7症例（患者と家族）を対象とした（表1）．

(1) ①同一疾患（糖尿病）での2回目以上の入院で，②再入院までの期間，治療を自己中断し，③糖尿病管理に関する療法を守っておらず，④再入院の時点でも療養に関心を示さなかった患者及びその家族．

(2) 入院治療中に家族と患者との関係性の悪さが観察される，又は患者からその発言があった患者及びその家族．

(3) 退院（介入）後，6か月目の評価インタビューで治療が継続されており，かつ血糖値のコントロールが維持されていた患者及びその家族．

2）研究方法

L. Wright氏らの示す解釈学的現象学（Hermaneutic phenomenology）[5]を用いた．この方法は，「我々の使用する言葉及び日々の行動の意味は，主観的なものではなく，我々の世界の中では共有される．」し

たがって,「日々の生活を叙述し，日々の行動の構造を吟味することによって，その意味は明らかにされる」との前提に立ち，現象を一つ一つ解釈し，理解したものに対して意味づけを行う方法である．本研究においては，インタビューセッションの中で家族と看護婦によって構築された内容を解釈し，意味づけを行う[6)-7)].

具体的には以下の手順でこの方法が具体化された．

①「カルガリー家族アセスメントモデル」を用いて家族インタビューを行う．インタビューにより家族に起こっている悪循環パターンが見いだせたら「カルガリー家族介入モデル」を用いて家族インタビューを行う．（インタビューの回数等については表1を参照.）なお,1回のインタビュー時間は1時間を目安とする．

②①をテープ録音した内容を症例ごとに逐語的に記述するとともに，研究者である看護婦2名と家族インタビューの訓練を受けた看護婦1名がテープを再度聴き直し，「治療的変化」を起こしたと考えられる部分を抽出した．これらを「変化を起こした部分」と呼ぶ．なお，研究者3名のうち，2名はインタビュー者及び観察者としてインタビューに常に参加した．

③研究者間で，抽出した「変化を起こした部分」及びその解釈（変化の意味）について合意に達するまで話し合う．

④「変化を起こした部分」について，臨床的見地と家族の見地から，「なぜ変化が起こったのか（要因と考えられること）」「インタビュー者のアプローチの方法（介入,家族の起こした変化も含む.）」「その結果どのように変化したのか」の順に沿って解釈・分析する．

⑤解釈した内容について，分類を行う．

なお,この方法を本研究に用いることは,①解釈する内容が，疾病に関する物語ではなく治療的なインタビューという枠組みの中で語られる内容であり，②インタビュー者である看護婦と家族との関係性の中で現れる内容を解釈すること，及び③データがビデオによる視覚・聴覚的なものではなく，テープに録音された音声と観察者が記録した家族の行動によるものであることの限界は歪めない．

3. 用語の定義及び解説

(1)「家族システム看護」とは,システム理論を基礎に家族を一つのケアユニットとして捉え，家族療法の視点を取り入れながら患者を含めた家族全体を看護援助の対象とするものをいう[8)].

(2)「カルガリー家族アセスメントモデル・カルガリー家族介入モデル」とは，1984年及び1994年にカナダ，カルガリー大学看護学部L. Wright氏らによって開発された家族システム看護の一つの方法である[8)]．家族の関係性パターン及び疾病等に対する信念（ものの見方・考え方）を系統的なインタビューによってアセスメントし，家族が悪循環パターン及び問題状況を引き起こす信念を良循環パターン及び促進的な信念に変化するのを援助するモデルである．

(3)「変化を起こした部分」とは,研究者によって共通に解釈された，有意に良い方向に変化を引き起こしたと観察された治療的会話の部分である[5)].

(4)「治療的変化」とは,家族の起こしている悪循環パターンが消失し，又は問題となっている現象が消失し，家族の信念（ものの見方，考え方）が閉塞的なものから促進的・開放的なものに変化することである．本研究における「治療的変化」とは，患者のノンコンプライアンス行動を引き起こし，それを維持するに至っていた家族の悪循環パターンが良パターンとなり，家族の信念が患者の療養に対して協力的かつ支援的に変化することである[8)-9)].

III 結　　果

1. 家族関係の悪循環パターンの分析

「変化を起こした部分」を分析する前に，まず対象となった家族のノンコンプライアンスを引き起こしていると考えられる関係性の要因を分析した．その結果，表1に示すように3パターンに分類された．

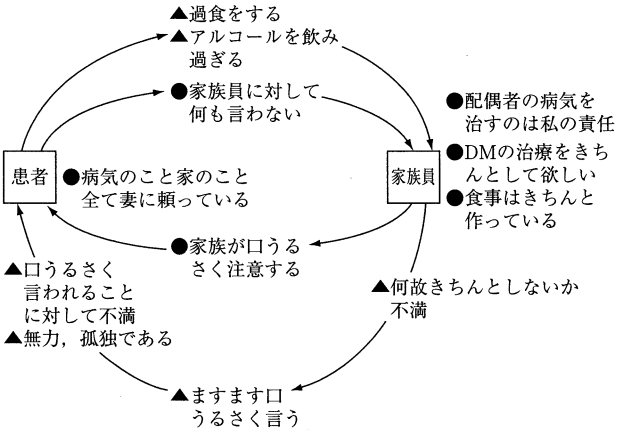


図1．夫婦関係の共依存

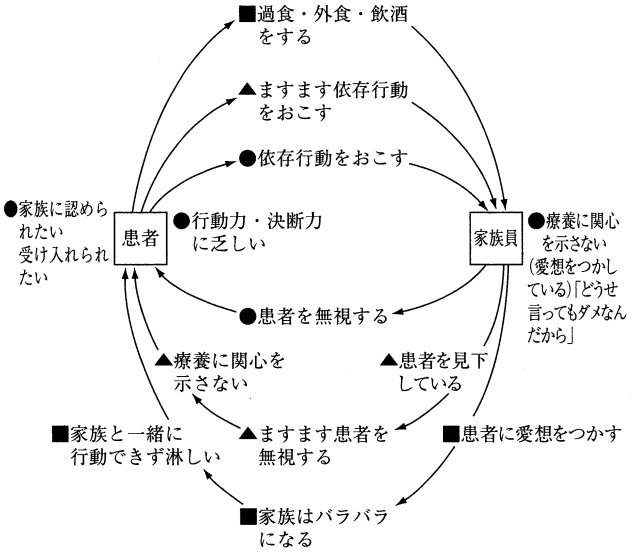


図2．患者の強い依存と配偶者の無視

①夫婦の共依存（2症例，表1:A氏及びB氏）

患者は配偶者に依存し療養の主導権を全面的に委ねながら，コントロールとパワーが配偶者に奪われていることに対して強い不満を抱き，結果として飲酒や過食を続ける．配偶者は不満を口にしながらも，「自分がこの人の面倒を見なくては」と，患者の世話に役割を見いだし，強い使命感をもって患者に注意することを繰り返し，パターンを持続させている．患者は，悪循環パターンの中に無力感を感じていた．この悪循環パターンを図1に示す．

②患者の強い依存と配偶者(家族)の無視(3症例，表1:C氏，D氏及びE氏)

2症例については，配偶者や子供は決断力と行動力の乏しい患者を見下し，家族の考え方(糖尿病は本人が主体的に治すべき)と患者の考え方(家族が自分のことを気にかけて面倒をみてくれるべき）の食い違いのため，家族は患者の療養に対して関心を示さず，患者は家族の中で孤立している．家族の関心を取り戻そうと依存行動を繰り返す患者に家族は愛想を尽かしており，家族がバラバラに行動し，食事も一緒に取ることができない状態にあった．そのため，患者は外食，飲酒，過食を行っていた．1症例についてはこれに加え，家族は発達段階の初期に発達課題につまづき，克服できず，絆が消失しかけていた．この悪循環パターンを図2に示す．

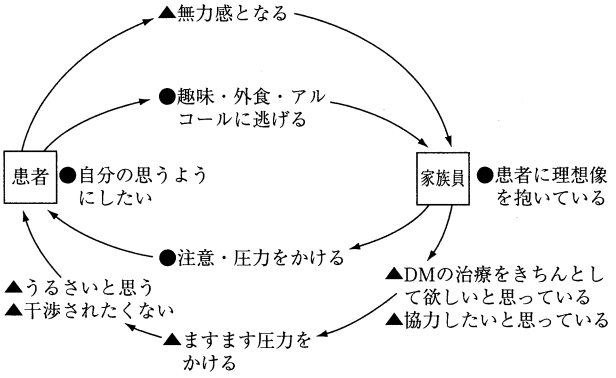


図3．ケア提供者の過干渉と患者の逃避

③家族員の過干渉と患者の逃避（2症例，表1:F氏及びG氏）

患者は本来コントロールが内的で，比較的強い主体性をもっているのに対して，「母として，夫としてあるべき理想像」を求める家族員の強い期待感と療養生活に対する強い干渉に，患者は主体性が奪われ，無力感を起こしていた．患者は家庭にいることを嫌がり，友人との外食等の家庭外の生活に逃避していた．この悪循環パターンを図3に示す．

2．治療的変化の部分について

患者や家族が治療的変化を起こしたと解釈される「変化を起こした部分」を抽出し，その部分について「なぜ変化が起こったか(要因と考えられること)」を考察するとともに，「その結果どのように変化したか」について分析した（表2）．

1）カルガリー家族アセスメント・介入モデルで

表 2.　変化が起こった部分・介入・結果

	治療的変化を起こした部分	なぜ変化を起こしたかの要因	介入領域	結果（介入後の変化）
A氏	(1) お互いの不満を家族の中で表出させた.	感情の表出	感情	家族の中での患者の立場が認識された
	(2) 家族同士の悪循環の会話を再現し，依存関係の悪循環に気づかせた.	悪循環を認識	認知	家族間での感謝の言葉が交わされるようになった.
	(3) 「○さんがどうしたら頑張っていこうという気持ちになられるのか考えてみてはいかがでしょう」と家族に課題を課した.	問題提起	認知	父親の権威が復活した 夫婦の力関係のバランスが復活した
	(4) 患者が投げやりな言葉，つらい気持ちを吐き出し，家族がはじめてその気持ちを理解した.	辛い体験の共有と理解	感情	
	(5) お互いが「愛想をつかした」という言葉に，結婚時点からの回想を行った.	肯定的感情・愛情を思い出させる. 家族の歴史を振り返る	感情・認知	
	(6) 患者の投げやりな言葉に対して「あなたの体が何よりも大切なのよ.」と家族が患者を思いやる気持ちを示した.	配偶者から承認と愛情を持った心からの励まし	感情	
	(7) 子供が「父親がんばれ」と励ました.	子供からの承認と励まし	感情	
B氏	(8) 家族のお互いに対する不満を表出させた.	感情の表出	感情	夫が過干渉をやめ，見守る行動に変化した.
	(9) 家族全体で病気の原因，悪化の原因について開放的に話し合った.	問題要因の明確化	認知	妻は生活習慣の変化を図った.
	(10) 「人には干渉されたくない」「自分は自分でやっていきたい」という療養に関する信念を家族の前で話した.	家族の前で意志を表明	認知・行動	妻が主体的に動くようになった.
	(11) 夫婦の会話の悪循環を再現してもらい，夫が過干渉しないことを約束した.	悪循環に気づく・意思の表明	認知・行動	
	(12) 1日の行動パターンを明らかにしたことで，行動の問題点が看護婦・家族で明らかになり，患者も気づいた.	患者・家族が原因に気づく	認知	
	(13) 「私がやってあげる」という家族を看護婦が抑さえ「○さんが自分でできることは何でしょう」と患者に主体性をもどした.	力関係をコントロール	感情・認知	
	(14) 干渉したい家族に対しても「点検」という役割を残した.	役割を持たせる	行動	
	(15) 糖尿病の原因に対する家族全体の誤認識を訂正し，共有した.	病気の原因の修正と家族での共有	認知	
	(16) 家族と共に1日のスケジュールを作成した.	行動の習慣化	行動	
C氏	(17) 患者の家庭での孤立感，孤独感を表出させた.	感情の表出促進	感情	家族が一緒に行動する時間が増加した.
	(18) 夫を頼りにしているのに，居てもらえない辛さを言語化した.	感情の表出促進	感情	患者の病気について家族員が関心を示し，協力体制を組み始めた.
	(19) 食事を家族で一緒に食べることができないので，残り物を一人で平らげること，イライラするので食事に走ることを話した.	病気の悪化の原因について患者の考える理由を言語化	認知	食事を家族で一緒に食べるようになったので食事のコントロールができるようになった.
	(20) 「週に一回は家族で一緒に食べること」を看護婦が提案し，家族がそれを受け入れた.	提案の容認	認知・行動	
	(21) 「家族の協力が必要なのですが，家族として何ができますか」と問いかけた.	家族の協力，話し合いの促進	認知・行動	
	(22) 夫が妻に励ましの言葉をかけた.	家族からの励まし	感情	
	(23) 「家族で対策を考えて来るように」と課題を課した.	課題の提供	行動	
	(24) 「いい家族ですね.」と家族を誉め，患者が「はい，幸せです.」と答えた.	賞賛と是認	認知	
D氏	(25) 「そんなに喧嘩をしても，それでも一緒におられるのは何故ですか？」と単刀直入に看護婦が聞くと，妻がドッと泣き崩れ，「小児麻痺の子供がいるからです.」と答えた.	問題の核心に切り込む	感情・認知	夫婦の発達が促進できるように変化した. 妻が生活習慣の変化を図った. 夫の協力を得ることができるようになった
	(26) 「ご主人にも負担がかかっているのですね….」と夫の苦労に理解を示した.	苦しみに共感を示し受容	感情	妻は転院することなく自宅に退院した.
	(27) 夫婦関係を継続していくかどうかの確認を行った.	意志の確認	認知・行動	夫婦が協力して糖尿病のコントロールができるよう，ライフスタイルが変化した
	(28) 介護をしていくことの負担と不安を表出させた.	不安・負担感の表出	感情	
	(29) 子供を巡って夫婦お互いに辛かった気持ちを表出した.	くすぶり続けていた気持ちの表出	感情	
	(30) 障害児が生まれた心理的ショックを夫婦で解決しなかったときの気持ちのずれが，心理的外傷として残り現在の状態になっていることを理解した.	問題の根本原因の共通理解	認知	
	(31) お互いの恨みを表出し，お互いが取った行動を理解した.	相互理解	感情・認知	
	(32) 結婚した当時を振り返って，お互いにどのように心が離れていったかを話し合った.	問題の経過についての話し合い	認知・行動	

D氏	(33) 患者が，友人や家族がいないことの寂しさを言語化した.	感情の言語化	感情	
	(34) 具体的な療養生活の援助方法について看護婦が助言した.	情報（介護方法）の提供	認知・行動	
	(35) 患者にも自分でできることは自分でするように看護婦が促した.	悪循環を断ち切る方法の助言	認知・行動	
	(36) 「今後，夫婦としてどうしていくのか，どのようにして療養生活を送るのかを話し合うように」と夫婦に課題を与えて，話し合ってもらった.	課題の提供，話し合いの機会を提供	行動	
	(37) 夫婦の心がバラバラであるためにどんな言動も悪循環になることを夫婦が表出した.	悪循環の根本原因について理解	認知	
	(38) 夫の“妻の理想像”を確認し，妻の現在の行動が逆に夫の怒りを生むことを明らかにした.	物事がうまくいかない要因を見出す	認知	
	(39) 患者の笑顔を誉めた.	賞賛	認知	
	(40) 「女心もわかってあげてください」と看護婦が患者の言葉を代弁した.	気持ちの代弁	感情	
E氏	(41) 「○さんに踏ん張ってもらうために，家族の方に協力していただきたいのですが」	家族への問題提起	認知・行動	家族が患者の療養に関心を示し始めた.
	(42) 「家族の協力ってどのようにすればよいのでしょう」と家族が身を乗り出した	家族が患者の療養に関心を示す	感情・認知	家族の中で患者の立場が復活した. 父親の権威が復活した.
	(43) (42)に従って，子供が興味深そうに具体策を提示しはじめた.	子供が患者の療養に関心を示す	感情・認知	
	(44) 子供が，関心を示さない母親（妻）「やってみよう」と働きかけた.	家族内の協力体制の動員	感情・認知	
	(45) 「今の発言は一つの方法だと思います」と看護婦が家族に返した.	家族の提案を承認	認知・行動	
	(46) 子供がますます関心を示し，方法を提案した.	話し合いを深める	認知・行動	
	(47) 「アルコールや甘いものに変わる方法はないですか？」と看護婦が働きかけた.	話し合いを深める	認知・行動	
F氏	(48) 「アルコールを飲むようになった理由があるのですか」と問題の原因について単刀直入に聞いた.	問題の原因について話し合い	認知	家族の誤解が解けた 夫婦関係の修復（相互に承認）を始めた.
	(49) お互いの不満や悩みを表出させた.	感情の表出	感情	夫婦の力関係の平衡を取り戻した.
	(50) 周囲に認められない，理解されない気持ちを患者が表出したのを，看護婦が「それは辛いことですね」と認めた.	感情の表出と受容	感情	
	(51) 「自分を認めて欲しい」という患者の訴えを家族が理解を示した.	感情の表出と理解	感情	
	(52) 患者が妻に対して感謝の言葉を述べ，「自分も頑張る」と答えた.	感情の表出と意志の表明	感情・行動	
G氏	(53) 患者の苦情を話す娘に対して「大変なのでしょうね.」と理解を示したら，娘が嬉しそうな顔をして，母親の存在を認め，誉めた.	苦労に対して理解，家族間での賞賛	感情・認知	家族の中での立場を取り戻した. 自己管理をする自覚が出現した. 親としての権威が復活した. 家族の力関係の均衡がとれ始めた.
	(54) 話を娘に取られてしまう患者に対して，答えられるように何度も質問を向けた.	力関係の均衡を取り戻す	感情・認知	
	(55) 責められる患者に対し「反論はないのか」と発言の機会を提供した.	力関係の均衡を取り戻す	感情・認知	
	(56) 家族で何ができるか（役割をみつける）を話し合う中で，患者はこれができると得意になって話しだした.	問題提起と話し合いの促進	認知・行動	
	(57) 行動を習慣化する方法（スケジュール作成・行動療法）について提案した.	行動変容の方法の提案	認知・行動	
	(58) 患者の「できる」という部分を引き出し，家族の前で誉めた.	賞賛	認知	

は，インタビューに用いる質問そのものが治療的効果をもたらす．すなわち，看護婦の質問の仕方，家族の反応の相互作用の中で変化が引き起こされる．分析により，7症例から58の治療的変化の部分が抽出された．

2）抽出された58の治療的変化を起こした部分を，カルガリー家族介入モデルの枠組み（「家族の機能領域と看護婦の介入技術との適合（structural coupling）」[10)-12)]）を用いて分類した．表3に示すように，看護婦が変化を引き起こした部分は16に分類され，家族が変化を引き起こした部分は8つに分類された．これらは，家族の機能領域の視点から，さらに大きく5つに分類された．

看護婦による介入内容は，感情領域では「感情の表出促進」「感情の理解と受容」「気持ちの代弁」，認知領域では「長所や強さの賞賛」「問題提起」「問題要因の

表 3．変化を起こした看護介入

	カテゴリー／コード	看護婦が変化を引き起こした介入カテゴリー	家族が変化を引き起こした介入カテゴリー
家族機能の領域	感情領域	感情の表出促進 感情の理解と受容 気持ちの代弁	感情の表出 体験の共有と理解 承認と励まし
	認知領域	長所や強さの賞賛 問題要因の明確化 問題提起 悪循環の再現	
	行動領域	行動の習慣化 役割の提供 課題の提供	
	感情・認知領域	問題の核心への切り込み 力関係のコントロール 回想：家族の歴史を振り返る	家族間での賞賛 療養への関心の表出 感情・問題点の理解と受容
	認知・行動領域	情報の提供・助言 提案の是認 問題提起と話し合いの促進	具体策の提案 意志の表明

明確化」「悪循環の再現」，行動領域では「行動の習慣化」「役割の提供」「課題の提供」，感情・認知領域では「問題の核心への切り込み」「力関係のコントロール」「回想：家族の歴史を振り返る」，認知・行動領域では「情報の提供・助言」「問題提起と話し合いの促進」「提案の是認」が分類された．家族の引き起こした変化の内容は，感情領域では「感情の表出」「体験の共有と理解」「承認と励まし」，感情・認知領域では「家族間での賞賛」「療養への関心の表出」「感情・問題点の理解と受容」，認知・行動領域では「具体策の提案」「意志の表明」が分類された．

IV　考　　察

症例数は少ないが，糖尿病を長期に患いながらコンプライアンス行動が取れない患者及びその家族に対して行った看護婦による介入を分析した結果，患者のコンプライアンス行動を高めるためには，ノンコンプライアンスを引き起こし助長する家族の要因を明らかにした上で意図的に介入し，家族の支援体制を整えることが重要であること，さらに，看護婦が意図的に介入することによって家族の支援機能を高めることが可能であることがわかった．

1．ノンコンプライアンスを引き起こし，助長する家族の要因

家族の関係性の視点から患者がノンコンプライアンスを引き起こす要因を分析した結果，どの症例にも家族内の力関係のバランスの崩れがみられた．我我は，7症例を3つの関係性のパターンに分類したが，特徴的であったのは，患者の内的コントロール(internal locus of control)が弱いために家族への強い依存が生じ，その中で力の関係性(power balance)が崩れ，「家族に馬鹿にされている．無視されている．」「自分は何のために生きているのかわからない．」との言葉に象徴されるような家族内での役割の喪失，さらには自尊心の低下が起こり，「守れないのは他者の責任」としてノンコンプライアンス行動を持続させているタイプであった．これを，hardinessの概念に当てはめてみると，コントロールの所在が外的(external locus of control)であり，家族との関係性の中で，糖尿病を治そうとする目的(committment)と意欲の低下(challenge)を起こしているとも考えられる．

また，元来，コントロールの所在が内的(internal locus of control)であっても，患者をコントロールしようとする家族から強く行動を監視されることにより，逃避の衝動が起こり，家の外に発散場所を求めようとしてコンプライアンス行動がとれない患者の存

在もわかった.

さらに，家族の支援体制が有効に機能するか否かについては，家族として成長するプロセスの結果に依存していると言えよう.つまり,どのように過去に家族の発達課題[13]を乗り越え，日々の問題解決を行い，絆を強めてきたかが患者を支える家族の体制に影響していることもインタビューの中で理解された.

患者のノンコンプライアンス行動が観察されたときには，カルペニートらが挙げているさまざまな要因を査定するとともに，本来ならば一次的支援者となるはずの家族の支援体制そのものを，家族の構造・発達・機能の視点からアセスメントすることが重要であるといえよう.

2. 家族システム理論を用いた看護介入

家族の治療的変化について，L. Wright 氏らは「変化は治療者側の働きかけ―つまり，治療者側の認識の構造―が患者側の認識の構造に適合したときに起こる.」と説明し，これを「構造的融合（structural coupling)」と呼んでいる[10)-12)]. われわれは，カルガリー家族アセスメントモデルを用いて家族アセスメントを行い，カルガリー家族介入モデルを用いて家族介入を行ったが，アセスメントにより家族の障害された/悪循環を起こした機能領域が特定され,家族の反応に合わせながら「感情」「認知」「行動」領域への介入を試みたことによって，結果に示したような融合が起こり，治療的変化を引き出すことが可能になったと考える.

家族の示す障害された領域及び家族の反応（強く感情的に障害されているか等）によって介入方法の違いはあったが,どの家族にも,まず,①家族の起こしている悪循環の認識を進め,②感情の表出を促し,③問題の本質の理解を進め，④家族から患者に対する賞賛及び心理的支援を引き出し，⑤家族員それぞれの信念や考え方の言語化と理解を進め，⑥行動課題を課す方向で働きかけた.

これらの介入を行うことにより，「感情領域」への働きかけについては，前向きに進もうとしている家族員の力を妨げる感情的興奮や怒りを和らげ，問題解決を促進しようとする肯定的な感情を引き起こすことが可能となる.

「認知領域」については，家族が問題の本質や機能障害を引き起こすに至ったプロセスや関係性のパターンについて自らが理解することを促し，解決に向けての新しい方法を示唆し，変化を引き留めようとする閉鎖的な考え方の変化を促進するような開放的な考え方に転換することができる.

「行動領域」については役割を提供したり，新たな習慣を作り出すような課題を提供し，その変化を体感してもらうことができたと考える.

また，患者がノンコンプライアンスを引き起こす要因の1つとなっていると考えられる家族内の力関係のバランスの崩れは，インタビューの中でも発言者の偏りと発言の強さ，一方的な攻撃といった形で表われていた.これまで,関係性の乱れから話し合いを行うことができなかった家族に話し合いの場を提供し，インタビュー者が中立的な立場を守りながらも，弱い立場にある家族員に発言の機会を提供するなど,力関係をアセスメントしながら,参加した家族員全員の発言を促し，力関係の均衡をとることも重要な介入であったと言えよう.

V 結　　語

1. 糖尿病患者・家族にノンコンプライアンス行動を引き起こした悪循環パターンの要因として,「夫婦関係の共依存」「患者の強い依存と配偶者(家族)の無視」「家族員の過干渉と患者の逃避」の3つが明らかになった.

2. 治療的変化として，58の変化の部分が抽出され，看護婦が変化を起こした部分は16に，家族が引き起こした変化の部分は8つに分類出来た.

3. さらに変化を起こした働きかけは,「感情領域」「認知領域」「行動領域」に加えて「感情・認知領域」「認知・行動領域」の5つの領域に分類された.

4. 慢性疾患である糖尿病患者のコンプライアンス

行動を高めるためには，患者や家族への指導・教育だけでなく，ノンコンプライアンスを引き起こす要因を家族との関係性も含めて多角的に分析し，内的・外的環境を整える介入の重要性が示唆された．

（受付　'98.1.20
採用　'99.8.31）

文　献

1) Pollock, S.E.: Human responses to chronic illness: Physiologic and psychosocial adaptation, Nursing Research, 35 (2): 90, 1986.
2) 新道幸恵監訳：カルペニート看護診断マニュアル，545－555，医学書院，東京，1996.
3) 戸井間充子，白石日出子，森山美知子：家族関係の悪循環のなかに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看護介入，臨床看護，23 (1): 131－139, 1997.
4) 福田喜代美，戸井間充子，森山美知子：夫婦の愛情バランスの崩れによりノンコンプライアンスを起こしている糖尿病患者・家族への看護介入：家族発達領域へのアプローチ，臨床看護，23(4): 573－581, 1997.
5) Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M.: Beliefs: The heart of healing in families and illness, 299－302, Basic Books, New York, 1996.
6) 高橋照子：看護における現象学的アプローチ，看護研究，23(5)，19－24, 1990.
7) 片田範子，鈴木千衣，蝦名美智子訳：理論と方法としての解釈的現象学，看護研究，23(5)，25－34, 1990.
8) 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，134，医学書院，東京，1995.
9) Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M.: Beliefs: The heart of healing in families and illness, 299－302, Basic Books, New York. 120, 129－228, 1996.
10) Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M.: Beliefs: The heart of healing in families and illness. 299－302, Basic Books, New York, 47－48, 1996.
11) 森山美知子：家族システム看護の実践，保健の科学，第39号，619－626, 1997.
12) 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，107－132，医学書院，東京，1995.
13) 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，62－80，医学書院，東京，1995