

〔特別講演〕

## カルガリーモデル — 家族看護学の実践・研究の課題 — Calgary Family Nursing Model : Practical and Research Tasks in Family Nursing

カナダ カルガリー大学家族看護学ユニット

University of Calgary

ジャニス・M. ベル

Janice M. Bell, R.N., Ph.D.

今日、日本家族看護学会という看護職者のグループの皆様方にお招きいただいたことを大変光栄に思います。というのは皆様は、家族で癌を患っている方とその家族の方、幼いお子さんを抱えた方、お子さんを生む年代の家族の方等、様々な方々と接している方であり、また、集中治療室、それから地域における高齢者の方々等、すべてが家族看護を実践されている方達だからです。家族という現象は、様々な文化や様々な言語をもっている国々で共通していることです。過去数年間に世界中で、看護が個人を対象としたものから家族を対象としたものに視点が移ってきたことを非常に嬉しく思っています。

家族看護については、1994年にLorraine M. Wright先生とMaureen Leahey先生による家族看護のアセスメントの介入モデルについての本が出版されました。今日は、このカルガリーの家族看護アセスメントと介入モデルが、どのようにして生まれてきたかということについてお話しします。そのカルガリー家族看護モデルについてと、最近Wright先生がなさっている家族に対する15分間のインタビューについてお話しします。

カルガリー大学における15年間の家族看護の実践と研究をお祝いできたのは、一人の女性の力によるものであり、それがLorraine M. Wright先生です。Wright先生は非常に高度な技術を持ち、将来に対するビジョンをお持ちの方であり、積極的にお仕事な

さる方でもあります。1980年代にWright先生がカルガリー大学に着任された時に、当時の学部長に対して家族に介入する場所と大学院生たちが学ぶ場所が欲しいと交渉しました。過去16年間、様々な病気をもった家族の方—生命に関わるような疾患とか、慢性疾患とか、精神科疾患をもった患者の家族の方—等、さまざまな家族に関わってきました。教官が実践に関わり、学生とチームを組んで家族に働きかけ、身体的、情緒的な苦しみを軽減するため家族に様々な助言とか意見を述べるユニークな方法をとっています。これが専門分野の領域で、家族システム看護と呼んでいます。この定義—概念枠組みですが、看護職者の能力で病気を持った患者とその家族とケアを提供する医療専門家、その人たちに介入を行うことと定義付けています。

家族看護ユニットでは、通常5回のセッションを学生と行います。その前に30分ほど集まって家系図を書いたりして、情報収集をしながら、家族に何かおこっているか仮説を立てるためのアイデアをそこで引き出すようにしています。本格的セッションが始まる前のこのインタビューで、自分のどの仮説が良いか、後のセッションで質問しながら仮説に対する証拠を探し、仮説が間違っていれば棄てる等々していきます。

(家族インタビューの様子のスライドを提示)

このように Wright 先生や私自身、そして大学院生がインタビューしますが、一番すばらしいのは、このインタビューの様様を他の人によってその場でスーパーバイズ、指導されるという点です。

(別室からスーパーバイザーが観察しているスライドを提示)

これは One way ミラーで、お部屋の中にいる家族をこちら側から見て指導している場面です。何か質問があれば電話をして「お父さんにお母さんが今どのようなことを考えているか聞きなさい」というような指導を行います。これは家族にとって様々な問題に対する見方を提供するというだけでなく、大学院生にとっても直接実施しながら指導を受けられるという点で、非常に学習が早いということです。これは本当に家族看護を実践している場面ではなく、この2人の子どもは私の子どもが小さい時の写真で、家族看護の実践を見せるためのデモンストレーション・スライドです。

(学生グループ・セッションのスライドを提示)

Reflecting team (考察チームと訳されています) を使ったこの方法が家族に様々な考え方を提供するだけでなく、この reflecting team がインタビューを終えた後に集まって家族の反応やインタビューについて、インタビュー自体を考察します。

(ビデオ編集場面のスライドを提示)

インタビュー場面をビデオに収録しているのですが、これはその録画のための設備です。

カルガリー看護アセスメントモデルと介入モデルの2つを構築されたのは、この左側の Wright 先生と右側の Maureen Leahey 先生のお2人です。80年代の半ば頃、Wright 先生が教官で Maureen 先生が学生だった頃です。Maureen 先生は糖尿病をもった子どもの家族と一緒に働いていました。Wright 先生は、Maureen 先生が働いていたすぐ近くのオフィスで働いていた方と家族療法について一緒に仕事をしていた

ました。その当時、家族のモデル(理論)は非常に少なく、特に家族アセスメントのモデルは少なかったのです。それで、Wright 先生と Maureen 先生が家族に対して働きかけるということで、2人で共同して働かれたわけですが、文献を探して家族をアセスメントするときにはどのようなものがあるかを検索しました。大きく分けて3つの理論がありました。家族の発達、家族の構造、家族の機能という3つの柱があり、その3つを組み合わせるとカルガリー家族アセスメントモデルができました。

(スライドを提示)

これはいわゆるそのカルガリー・モデルの理論、基盤となったもののいわゆる大きな地図だと思って下さい。今日お話するのは、一番下のカルガリーのアセスメントモデルと介入モデルです。カルガリー・モデルの基盤となったのが、その上にある理論です。中理論、大理論、そのもう少し上の世界観といったような影響を与えたようなものが揚げられています。

これから、カルガリー家族アセスメントモデルについて少しお話します。

(スライドを提示)

先ほどお話した家族の発達、家族の構造、家族の機能という3つの柱を示したものです。最初出版された1984年の家族看護モデルの著書にこれが掲載されています。1994年に第2版が出ましたが、この本はフランス語、日本語、その他の言語に翻訳されました。今は第3版目を準備中で、Wright 先生も大変お忙しいのです。この本の目的は、インタビューをするためのガイダンスではありません。これは家族看護を実践していく上で、今まで観察したこと等の記録の枠組みといったようなものです。家族の病気に対する反応というものを私たちは知っていますが、病気によって家族の機能は常に変化していくものです。特に人生における病気体験は、家族の機能や構造を変えてしまいます。ですから、このように病気をもっている人たちの家族の発達や構造、機能などをア

セスメントするという事は、非常に重要なことです。介入を行うためにこのアセスメントが必要になります。家族のアセスメントに関しては、これらの3つの柱だけでなく他にもありますが、これらが大きな柱です。様々な国々の人たちがこのモデルをもとに、実践したり教育に活用したりしていますが、自分たちに合うように改良したりしています。今日は、皆さんがカルガリー家族看護モデルのアセスメントについて、知っていることを前提にしてお話を進めます。今日はその家族看護モデルをかいつまんでお話しします。

まず、家族の構造というのは、家族に誰がいるのか、社会的にどの位置に属しているか、家族間の関係等というようなことを見ていきます。この情報を得る時には、家族の外的・内的文脈というようなデータを得る時に非常に役に立つ方法があります。第一が「家系図」で、その次が「エコ・マップ」です。この家族の家系図とかエコ・マップを描いているうちに、家族員の構成とかその中での地位、ランク付けとでもいいますか、下位システム、境界、それから拡大家族であれば拡大家族とのつながりとか、もっと大きなシステムへの関係というようなことがわかってきます。

家族の発達ということについては、家族のライフサイクルというのを皆さんもご存知と思いますが、生まれてから死ぬまでに典型的な家族が体験する出来事という意味で家族の発達をとらえています。たとえば家族のライフサイクルでは、子どもが生まれ、やがて子どもが就学し、それから子どもが独立し、親が定年退職を迎えるというようなサイクルがあります。アセスメントするときには、今、この家族がどのライフサイクルにいるのだろうか、病気を持つことによつて家族の役割がどのように影響を受けているかということをおアセスメントします。家族の発達ですが、病気によつて影響を受けたとき、家族が一般的な過程をとる場合もありますが、全く予期できない過程をとる場合もあります。このように家族がどのような段階にあるかということの他に、家族員がど

のような役割をもっているかとか、発達段階を達成しているときの家族の attachment (愛着) などをアセスメントすることが重要です。そして看護職者がアセスメントする時に、どのような質問をしたら良いかということがわかってきます。たとえば、妻が妊娠した時に誰が援助してくれたかというような質問、また流産した時に夫婦の関係がより親密になったか、離れてしまったかどうかというような質問等です。家族の構造や発達を知ることは大切で、特に病気に対する家族の反応を知ることや家族の機能を知ることが大切です。

システム理論に興味ある看護職者としては、家族員がどのような関係であるかということに非常に興味があります。一方、機能の中で特に重要なのは expressive (表現することという意味) です。それには、情緒的コミュニケーション、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、円環的なコミュニケーション、問題解決のコミュニケーション、役割、影響、beliefs (物の見方・考え方・とらえ方)、alliances (誰と誰が仲が良いかというようなこと) 等があります。たとえば、ご主人が腹を立てて何も話されない時にあなたはどうかされますか、そしてその時、息子さんはどうかされますか等、このように家族に問題があった時、誰に話されますか、といった質問をします。また、日常的に問題を御自分で解決されますか、誰かに話されますか、家族にどのような解決方法を試みられましたか、子どもが薬を飲んだのを確かめるのは誰の仕事ですか、息子さんが言われたことを実行するのにどのような支援がありますか、ティーン・エイジャーの息子さんが家を出ることに御主人が賛成され、あなたの結婚にはどのような影響がありますかなど、円環的なコミュニケーションとか問題解決というようなものをアセスメントします。

家族看護の研究で重要なことの一つは、家族が病気に対してどのように対応したか、どのように変化したかということを書き留めることです。家族看護の研究から分かったことは、病気のときに家族が役

割とか家族がそれぞれ持っている課題のようなものや家族の構造を変えたり等の様々な反応がありますが、それらを研究によって明らかにしたわけです。たとえば、過去10年間の間には、ワシントン大学でWoods先生、Lewis先生、Primomo先生らが行った母親が病気をもっている家族の研究があります。色々な家族を分析して、パス解析をしています。家族の体験する苦悩や、病気によって引き起こされる様々な負担を研究されています。また、子どもの機能や夫婦間の関係についても研究されています。病気が発見された時にどのような変化がおこるかというようなことも研究されています。家族で慢性疾患をもっているときに重要な発見をしました。たとえば家族の中で母親が癌や糖尿病をもっている場合など、慢性病を抱えた家族がもつ家族の反応には肯定的な反応や否定的な反応がありますが、それを左右する一つの変数があります。その変数は何だと思われませんか？何が一番大きな影響を与えているのでしょうか？この変数というのは、御主人がどれくらい妻をサポートするかということであり、それが家族の機能などを予測するのに重要だったのです。家族の中でも夫婦の関係という下位システムが非常に重要なのです。

先ほどあげた母親が病気をもっている場合、どのようにして対処していくかという研究で、研究者たちは介入研究を行おうとしたのですが、介入者たちはどこに焦点を当てたと思われませんか？研究者たちは、病気によって引き起こされる様々な負担を軽減することに焦点を当てました。家族に対する介入と思われませんが、実は焦点としては個人なのです。ですから、システム—組織の中の一部に変化を起こさせることによって全体が影響を受けます。なぜ、この場合個人を選んだかということに対して私は反論があります。というのは、この研究者たちは個人に焦点を当てたのですが、本当は夫婦関係に対する介入方法を知らなかったのではないかと思います。看護職者はアセスメントをするのが非常に上手であり、家族の病気に対する反応を研究するのも得意で、様々な

面で優れていると思いますが、ただ一つ遅れていると思うのは家族に対してどのように援助するかという側面です。家族看護は、アセスメント・モデルだけでは充分ではありません。そこで、介入モデルが必要なのです。

(スライドを提示)

介入方法を色々提供するのではなくて、さまざまな考え方を提供すると考えていただいた方が良いと思います。その概念枠組みとして、介入は関係を持つことで達成できるということです。介入といえば一定方向のように皆さんは思われるかもしれませんが、これは相互作用であり、看護職者が家族に対して行った行動は、また看護職者に返ってくるのです。看護職者は家族に何かをしているというだけではないのです。家族に対して行った介入に対して家族が反応して、その反応が看護職者に影響を与える、いわゆる相互作用があるということです。

(スライドを提示)

その他としては、家族の機能に変化を与えるということを目的としています。家族の機能としては3つの領域があります。家族のbeliefs、家族がどのように感じているかという情緒的なもの、家族の行動に焦点を当てることの3つです。この中の一つの介入に焦点を当てたとしても、システム理論では一つに影響を与えれば、それは他の領域にも影響を与えるのです。一つの領域への影響がその3つの全ての領域に影響を与えるのです。Wright先生らが研究を重ねて発見した重要なことは、認識の領域において、beliefs物の見方、考え方が非常に大きな影響を与えているということです。Beliefsは家族に一番大きな影響を与えているのですが、その変化が一時的なものではなくて、ずっと変化を維持することであり、それが維持できるような変化であれば家族に大きな変化が起こるわけです。上級の実践においては、このbeliefsに焦点をおいてアセスメントし、介入を行うのです。出版された「Beliefs」という本で、そのこと

について詳しく述べています。この著書が日本語訳されることを期待しております。

皆さんは、このようなアセスメントのモデルを使って家族の機能や発達などをアセスメントしている時間などとてもないと思われるでしょう？私もそのようなアセスメントを全部している時間はありません。患者のケアをしているだけで精一杯です。そういった忙しい看護職者のために、過去3ヵ月くらいの間にWright先生が15分間で様々な側面を引き出す方法を考案されました。

(スライドを提示)

家族看護の第3版でこの方法を紹介する予定です。前宣伝になりますが、このことについて説明します。これは忙しい看護職者のために、15分かそれ以下で様々なアセスメントが出来る方法です。ビデオをお見せしたいので、ここでは簡単な紹介に留めます。

まず、看護職者は作法を心得ていなければなりません。日本の看護職者の方々はそのようなことを言わなくても、きちんとできていると思います。でもカナダでは患者が入院した場合、たとえば私の母親が骨盤骨折をしたとき、家族が側に座っていても、看護職者は母親には話しかけても、誰一人として家族にはあまり話しかけませんでした。家族の一員なのですが無視されてしまって、看護職者には患者しか見えないような状況があります。様々なアセスメントをする前に一番重要なのは、挨拶をしたり、自分の自己紹介や受け持ちであることを紹介するというのをまず行って欲しいのです。患者や家族とかわすどのような会話であっても、治療効果があるかもしれないのです。まず家系図を作って、家族について理解しましょう。家族員の構成について理解をします。家族の定義というのは人によって異なります。北アメリカでは多様な家族の形態があります。家族の定義は、同居している者同士等、色々な定義がありますが、私の好きな定義はケア(care)する人、つまり関心を持っている人、結婚とか血縁関係ではなくて、

気にかけている人です。

心理療法で、インタビューが始まって関係を設立する最初の10分間に、家族の良いところをcommendation(賞賛する、誉める、良いところを認めてあげる)をするのが非常に重要です。それは、単に誉めるということではないのです。家族と患者を観察して、その強みを認めて賞賛するということなのです。それらをやりすぎる、ということは決してありません。重要な3つの質問はこれらです。

(スライドを提示)

これらは非常に役に立つ質問である、ということが分かっています。まず「家族や友人の中で情報を分かち合ってもいい人と分かち合いたくない人は、どなたですか？」という質問です。次に「入院期間中や、地域においては看護をしている間中、私たちがあなたとあなたの家族や友人にとって、どのようにしたら一番お役に立てるのでしょうか？」という質問です。私たちはいつでも何が一番良いかということを知っていると思い込んで、こういった質問を忘れがちです。自分たちのことについては、家族自身が一番良く知っているわけですから、それを家族自身の専門的な知識を表出してもらい、私たちに提供してもらい機会を与えることにもなります。この質問では「一番お役に立てるのでしょうか？」という言い方が非常に大切なのです。3番目の質問はdifference(差)の質問で、影響力が非常に強い質問です。「入院期間中、家族の中で誰が一番苦しんでいると思いますか？」。日本の場合はどうか分かりませんが、病気によって肉体的に苦しむこともありますし、感情的に苦しむこともありますし、霊的(spiritual)に苦しむことがあります。様々な家族の方を見てきて分ったことは、一番苦しんでいるのは病気をもっている患者本人ではない場合があることです。これは単に質問しているのではなくて、こういった質問すること自体が介入の一部となることがあります。

事例を一つご紹介したいのですが、この事例で一番苦しんでいるのは、病気を持っている本人ではな

くて、他の家族員がもっと苦しんでいるのです。今朝、エクスターン・シップに参加された方はご存知かもしれませんが、その事例をお話します。

(事例スライドを提示)

この御主人ですが、非常に長い間心臓疾患を患っていて、バイパス手術とか冠状動脈の形成術を受けたりしています。家族のメンバーとしては、この父親が働きすぎたり、煙草を吸ったり、全然運動しないといったことがとても心配なのです。その奥さんと3人の子どもは非常に健康に気を付けていて壮健です(fit)。運動もよくするし、食べ物には非常に気をつけるし、健康には一般的に非常に気を付けています。特に、息子さんはプロのホッケー選手です。父親が病気をもっているわけですが、誰が一番苦悩しているかということにおいては、この場合他の家族のメンバーなのです。夫が全然自分の体の自己管理をしないために早く死んでしまうのではないかと、奥さんはとても心配し、その心配が彼女自身の健康に影響を与えているのです。ずっと夫の心配をしているだけでなく、夫に対して愚痴を言っています。父親以外の、家族員全員が心配しているのですが、一番心配しているのは息子さんです。その息子さんの心配の表現の仕方というのが、愚痴を言うだけでなく父親に対して腹を立ていわゆる身体的な暴力を振るうまで発達してしまったのです。ご紹介するビデオは、Wright 先生がインタビューされていて、私と大学院生が One way ミラーの後ろから見ていて、息子さんが何を心配しているのかということを探っている場面です。これから2分間ほどビデオを見ていただいて、そのビデオについて一つずつ説明をしたいと思います。まずビデオをご覧ください。

(ビデオ上映)

息子は父親に「こういう物を食べてはいけない、ああいう物を食べてはいけない、あなたが既に太りすぎだから」と言っています。息子さんは父親のことを心配してそういうふう言うのですが、父親は非常

に腹が立つてきます。それが段々けんかの元になり、心配していることまでけんかの元になるというわけです。そこで Wright 先生が上手な聞き方をしています。つまり、息子さんが自分の父親のことをすごく思っているわけですが、父親に対して「ああしちやいけない、こうしちやいけない」と言うのは、それが息子さんが父親のことを思っている見せ方ですね、と見方を変えて言うわけです。

では、次のビデオです。

(ビデオ上映)

(途中からの再生)お父さんがまったく言うことを聞いてくれないので、言わなくなってしまう。このように家族員の問題解決方法を明らかにしていくことが介入の一部なのです。様々な質問が既に介入の一部であり、父親は息子や妻が心配しているのは分かるのだけれども、そのように愛情表現しているのだという見方をしていなかったのです。その見方を変えさせる質問をすること自体が、介入を行っていることとなります。

(スライドを提示)

「一番心配していることは何ですか?」という質問をします。息子さんと妻が非常に心配して、御主人の行動を変えようとするのですが、うまくいかないから非常に欲求不満になって、それに対してどういった見方を持っているのかを Wright 先生は探しているのです。それに対して息子さんは「いつまでも生きて欲しいから」と答えます。家族員に死の危険がある場合、死を会話に取り上げることが重要です。このとき Wright 先生は息子さんが何を言いたいのか分かっているのですが、死という話題を会話の中に引き出そうとしています。「一番心配しているのは何ですか?」と再び尋ねます。それに対して息子さんの方は、父の死を恐れていることをはっきりと口に出して言えないのです。そこで Wright 先生がもう一回聞きます。お母さんの方も息子さんと同じように感じているわけで、その時に息子さんに「あなた、言い

なさい」と息子さんに口にだすようにやさしく促しているのです。それで「もうお分かりと思いますが、もっと自己管理をしてほしい」と言うのです。そこで、もう少しはつきり言葉を引き出したいので、先生が「というのは？」という風に問いかけています。それに対して息子さんが「70歳、80歳まで生きていて欲しいから」と言うのです。そこでWright先生が「あなたが一番心配していることは、お父さんが早死にするかもしれない、ということですね」と言います。そして「それは大変な心配ですね」とも言います。そこで息子さんがどうしてお父さんに生きていて欲しいのか、ということについて息子さんが「お父さんがすばらしい人だから」と言うことをそこでずっと聞いているわけです。「お父さんをすごく尊敬しているから早く死なないように」とも「大きな衝撃であるから」とも言っています。「一杯学びたいから、いつまでも生きていて欲しい」と、自分たちが持っている愛情を確認する会話なのです。息子さんが父親に対して感じている愛情を認める、という会話なのです。父親は息子さんが自分のことを愛している、とか気にかけているとは思っていたのですが、これほどとは思っていなかったのです。それがこのWright先生のインタビューによって、非常に明らかになっていったのです。これが非常に心を打つ場面で、家族間の中に様々な変化が起こっていきます。この家族とは5回のセッションで、それが1年間近くにわたるものでした。息子さんたちの方は父親が早死にするのではないかと心配しているのですが、父親自身の方は自分はそれほど健康体というわけではないけれども、長生きするだろうと思っていたことが明らかになりました。息子さんにとっても妻にとっても父親を気にかけているのですけれども、セッションを通じて父親に対して自分たちが気にかけているという見せ方が、愚痴を言ったり、怒ったりといった形で表現していたということに気付いたのです。

一番最後のセッションで、妻に「まだ、ずっと夫のことを心配しているとしたら一日の何パーセントを心配して過ごしているか」という質問に、「以前は生

活の半分以上、75%以上をしめていたのだけれども、今は50%位心配している」と、25%心配する時間の割合が減ったと答えています。今でも5割方は夫のことを心配しているのですが、自分は25%しか心配していることを夫に表現している（運動や食事について助言する）ということです。父親の方ですが、一日に20回妻や息子から自分のことについて言われていたのですが、それが一週間に1回か2回という風に回数が減ってきたのです。そのように言われる回数が減りましたが、夫にとっては時々忠告してもらおうことは役に立つことなのです。息子さんと妻は自分たちがこんなに心配しているのに、父親が言うことを聞かないので、逆に父親は私たちのことを心配してくれないのだろうかと思っていました。つまり父親が全然行動を変えないから私たちのことを気にかけてくれないという風に思っていたのですが、その考え方を変えたのです。父親は自分自身の健康に関心を持つてはいるけれども、今までやってきたように生きていくことが彼にとっては重要なんだ、ということのを他の家族員が理解したのです。父親について娘さんが言ったことですが「父親が座っている椅子に火が付いて、髪が逆立っているんだ」と表現しています。このWright先生が行った介入ですが「何を一番心配されているのですか？」は、感情の領域に働きかける介入です。この感情の領域への働きかけは、家族の考え方を変えたり、行動も変える、たとえば愚痴の回数が減るとか、心配の回数が減るとか、一つの領域に働きかけることによって、他の領域が変化してくるのです。

今までこのお話がカルガリー家族看護アセスメントと、介入のモデルの理解に少しでもお役に立てたら、と思います。

将来的には、介入を地道に調査していかなければならないと考えています。ここで今、皆さんからの質問やコメント、先ほどの事例に対する反応があれば、是非お聞きしたいと思います。

では、次はカルガリー大学でのエクスターン・シ

ップについてご案内します。この「Illness belief model」ですけれども、病気に対する物の見方ということについてのエクスターン・シップがあります。

2000年にシカゴで第5回国際看護学会を開催します。これは看護職者にとって看護の実践と教育と研究について話す機会です。これは皆さんの日本での経験をお話するよい機会だと思います。

ところで講演についての質問はありませんでしょうか？私どものこの理論については、人それぞれ様々な反応があります。家族についても最後に「この

セッションで一番印象に残ったのは何ですか？」と聞くのですが、皆さんは何が一番印象に残ったでしょうか？

最後に、日本の家族看護を研究されている方々に、本日講演させて頂いたことは非常に光栄なことで、森教授に深く感謝いたします。

翻訳・文責

金沢大学医学部保健学科看護学専攻

牧本 清子