

〔特別寄稿〕

家族を対象とした援助方法の模索

聖隷クリストファー看護大学

飯田 澄美子

I. はじめに

私は、問題をもつ個人の援助については、相手の疾病のみでなく、人間像・生活像を把握し、生活の中で立場を理解していこうとするものであり、信頼関係が問題解決の糸口になると考えています。身体的不調、軽微症状、社会・心理的に問題を持つ人々も対象となり、現状維持モデル・医療モデルよりも成長モデルに焦点を当て、人間成長への促進を促すプロセス、方法の開発を模索し、現在に至っています。問題解決を行うためには、その問題をどの様と考え、解決していけばよいかを相手と共に考え、判断し、計画を立て、援助を試み、その結果を評価していくことによって、援助者の専門家としての力量が身につくことができます。

個人の間人間関係については、この様な科学的思考とは異なり、援助者は、情緒面・感情面の学習を含めて、経験を深め、体験を積み重ねていく過程が大切であると考えられています。それは、現実の援助プロセスを通し、その現実の中に共に参加しながら、一方では、観察者であるという矛盾もあり、援助者のかかわり方、対応傾向、人格等が影響していることが、少なくないからであります。

家族の援助では、その家族が発達段階のどの段階にあり、どの様な問題に取り組もうとしているかを見きわめる必要があります。発達段階の移行期は、個人にとっても、家族にとっても危機をむかえることがあり、問題が生じやすいと言われています。家族関係について、家族を一つのシステムとして理解すると、個人の変化は全体の変化を、全体の変化は、

個人の変化をもたらし、家庭内での動きは、円環的、循環的作用の構造の中で、安定と変化をおこしながら生存しています。その変化の関係の中で、援助者と家族との相互作用によって、新たな変化を与えることによって、問題が解決されることがあります。同時に援助者も家族から影響を受けることも少なくありません。家族の問題は、健康習慣のゆがみがあり、教育により解決されるもの、社会資源の活用により解決されるものから、家族の間人間関係がからまって容易に解決がむずかしく、他の専門家との連携を必要とするもの等がみられますが、できるだけ早期に問題が解決すれば、家族にとって危機を克服することになり、それが学習体験として成長することができます。

個人のレベル・家族のレベルが統合され、総合的な判断が行われ、援助の方法が選択され、実践され、その結果が評価されていくことにより、専門家として、次第に成長することができるわけです。そのためには、絶えず自己の援助の内容を振り返り、自己を育てる教育と研修が必要であります。

II. 研究の内容

今回、私は、地域看護学の中の、行政地域看護と学校保健の領域で、また、家族のライフサイクルから申しますと、青春期にある人々をもつ家族、後期高齢者をもつ家族を対象として、縦断的に調査を行いながら、個人及び家族の変化と援助方法の開発について模索を続けてまいりましたので、その一部を御報告いたします。

1. 後期高齢者を持つ家族を対象として

表1. 高齢者調査及び訪問対象者数(75歳以上)

昭和62年～63年	第1次調査(郵送法)	3,294名	1,108名
	第2次調査(面接)	206名	109名
平成元年	要継続訪問選定事例	29名	41名
平成2年	継続訪問事例	29名	41名
平成4年	継続訪問事例	20名	24名
平成6年	↓		8名

項目	地区	T区	M市	計
生		10(23)	8(18)	18(41)
死		10(23)	16(30)	26(59)
計		20(46)	24(48)	44(100)

昭和62年から平成6年までの8年間にわたり、東京都のT区と神奈川県M市の2地域に在住する75歳以上の後期高齢者と介護者・家族についてであります。T区は、東京都の日本経済の中心地であり、医療機関に恵まれており、当時の人口79,973名で、75歳以上の人口割合は、6.5%を占めておりました。M市は、都市近郊で人口は、41,706名で75歳以上の人口割合は、2.9%でありました。表1のように第1次調査は、全員に郵送による質問紙調査を行い、健康状態を把握すると共に、さらに詳細に状況が必要と思われる項目を選出し、スクリーニングを行って、第2次調査は、家庭訪問による面接を行いました。調査の内容は、疾病の状態、療養状況、家族状況、介護者の状況、家族の対応方法、在宅ケア上の問題等についてでありました。さらに、その結果で平成元年には、継続して調査し、援助の必要な事例に対しては、訪問を開始いたしました。在宅要介護老人の介護の経過と介護者に影響を及ぼす要因について8年にわたり追跡いたしました。今回は平成4年についての内容をご報告いたします。

1) 対象者・家族の属性：表1の下をみていただきますと、T区では、介護を受けている事例10例と死亡例10例、M市では、介護を受けている事例8例、死亡例16例であります。対象者の平均年齢は、86.1歳(T区88.2歳、M市84歳)、主介護者の平均年齢は、59.2歳(T区60.1歳、M市58.5歳)であります。主介護者は、T区は、「娘が」、M市は、「嫁」が半

表2. 対象者死亡後の介護者の心身の状況

—6カ月以内—

T区		計	%	M市		計	%
1	疲労感	4	40	1	疲労感	6	38
	脱力感・倦怠感	4	40	2	脱力感・倦怠感	5	31
	後悔	4	40	3	不眠	4	25
2	不眠	2	20		首や肩のこり	4	25
	食欲不振	2	20		めまい・ふらつき	4	25
	体重増加	2	20	4	食欲不振	3	19
3	体動困難	1	10		夜目が覚める	3	19
	血圧上昇	1	10		胃・十二指腸の疾患	3	19
	夜目が覚める	1	10	5	血圧上昇	2	13
	体重減少	1	10		動悸	2	13
	持病の悪化	1	10		腰痛	2	13
	歩行困難	1	10		頭痛	2	13
	肝臓・胆のうの疾病	1	10		体中の痛み	2	13
	便秘・下痢	1	10	6	体重増加	1	6
	立腹感	1	10		体重減少	1	6
	解放感	1	10		持病の悪化	1	6
					歩行困難	1	6
					肝臓・胆のうの疾病		
					唇の腫れ・顔のむくみ	1	6
					腱鞘炎	1	6
					寂寥感	1	6
					後悔	1	6

数以上を占めていました。

2) 6年間での生存者数及びその家族の変化：①対象者及び介護者の心身の状況につきましては、対象者の殆どは、「脳血管障害」と診断されておりましたが、対象者は、2年前と比して、72%の「機能低下」、「歩行不能」、「ADL低下」、「麻痺・拘縮」、「食事摂取量の減少」がみられ、「通院から往診への移行」、「在宅から施設入所」、「病院入院」もみられました。また、主介護者に副介護者をもつ割合が増加し、両地区とも、「長男」が多く、ついでT区では「娘に兄弟姉妹」が加わり、M市では、「嫁に娘」が加わる事が多くみられました。社会資源の活用も、入浴サービス、デイケアの利用等が増しております。②主介護者の疾病の有無をみますと、疾患をもつものは、全体で41%(T区50%、M市29%)で、前回に比して、自覚症状をもつ者の割合が増加してまいりました。「腰痛・神経痛・高血圧など」が上位を占めております。③対象者の介護期間は、平均10年5カ月(T区10年4カ月、M市10年7カ月)で、最も長期間では、19年の事例がありました。仕事を辞める、店を閉じるなどの経済面においての変化もみられました。

3) 対象者死亡後の介護者の状況(6カ月以内)を

表3. 家族環境下位尺度の概念規定
— Moos の Family Environment Scale —

1. 凝集性
2. 表出性
3. 葛藤性
4. 独立性
5. 達成指向性
6. 知的・文化的指向性
7. 活動・レクリエーション指向性
8. 道徳・宗教の強調性
9. 組織性
10. 管理性

表4. 公的サービスに対しての要望

内容	T区	%	M市	%	計	%
1 安くて安心して利用できる施設の設置	2	10	4	17	6	14
2 急なときすぐ対応してくれる援助	1	5	4	17	5	11
3 福祉サービスの充実(ショートステイの内容の充実等)	1	5	3	13	4	9
4 介護に関する情報の提供	2	10	1	4	3	7
直接的な介護援助	2	10	1	4	3	7
5 入浴サービスの回数の増加	2	10			2	5
6 家政婦・ホームヘルパーの教育	1	5			1	2
実情を考慮した援助・介護状況に対応した柔軟な対応			1	4	1	2
病院からの訪問看護	1	5			1	2
経済的援助	1	5			1	2
ボランティア(話相手)	1	5			1	2
寝たきり老人の食事の配膳			1	4	1	2
選挙参加への援助			1	4	1	2

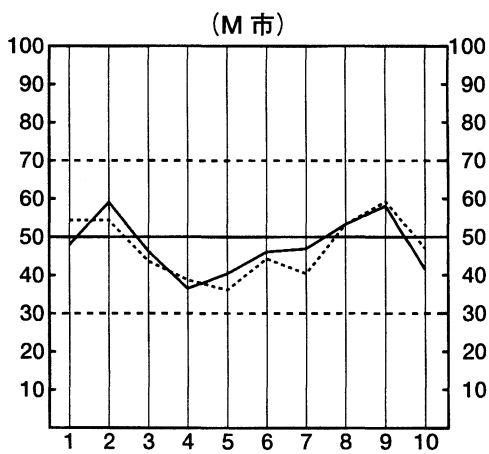
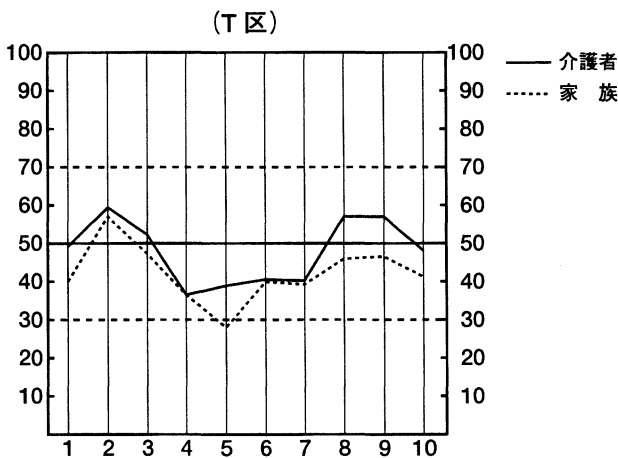


図1. 家族環境尺度 (FES) の結果 (Moosによる)
— 介護者・家族の平均得点 —

みますと、表2のように、全体では、約80%の主介護者に症状がみられますが、「疲労感」、「脱力感」、「倦怠感」、「不眠」などがみられます。

4) 図1は、Moosにより開発されたFES (Family Environment Scale) の介護者及び家族の家族環境尺度の結果をみたものです。家族研究の中で、家族機能の研究や家族介護能力や問題解決能力の測定方法につきましては、家族という現象が極めて多面的で、そ

の測定方法は、十分開発されていませんが、家族を家庭における環境とみなした Moos の尺度は、すでに日本では、手塚・河口らにより、日本版での信頼性、妥当性が検討されております。質問項目に2~3の限界はありますが、使用可能な尺度といわれております。この尺度は、介護者、家族が自分の家族をどのような心理・社会的環境として認知し、評価しているか、家族成員間の客観的環境の平均値や一致度、ずれはどうかを測定するものであります。表3のように、項目は10項目で90の質問内容から構成されており、(1)凝集性(2)表出性(3)葛藤性(4)独立性(5)達成指向性(6)知的・文化的指向性(7)活動・レクリエーション指向性(8)道徳・宗教の強調性(9)組織性(10)管理性であります。介護者・家族の平均得点をみますと、図1のように、T区・M市共に同様な傾向を示しております。「表出性」と「組織性」が比較的高く、「独立性」・「達成指向性」が比較的低く、介護者・家族もまた似た傾向を示していました。さらに、個別的・事例的にみますと、精神疾患をもつ家族は、「凝集性」「表出性」「葛藤性」が高く、「独立性」が低いことがわかりました。

5) 公的サービスに対しての要望：表4のように、「安心して利用できる施設の設置」「急な時、すぐ対応

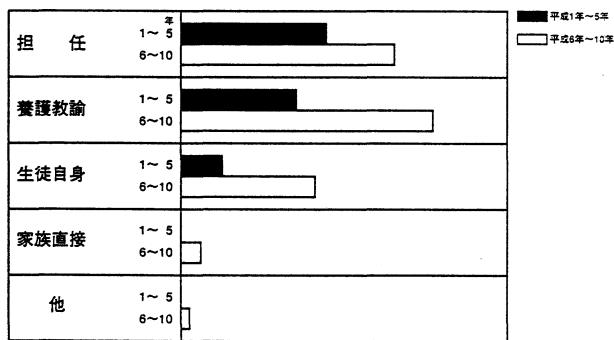


図2. 来室方式
—相談の依頼者—

してくれる援助「福祉サービスの充実」等があげられました。

以上の研究から、長期的な介護が必要な場合で、特に主介護者が高齢である場合は、介護者の心身の状態にも目を向け、その家族と共に話し合い、その家族で可能な介護計画が早期に立てられるように働きかけるとか、公的サービスが利用できる情報の提供、介護者の対応方法等についての指導・助言が必要であることがわかりました。今後、介護保険が導入され、従来の保健・医療・福祉が大きく変わってくることが考えられます。特に、介護保険制度そのものが、①介護サービスを支える財政システムであること、②縦割りの弊害があった保健・医療・福祉につなぐ連携システムになり、総合的なケアサービスができることになり、今後に期待したいところです。

2. 青春期の子どもをもつ家族を対象として

昭和37年度から現在までの37年間にわたり、某私立女子中学・高等学校において、非常勤として、健康相談(ヘルスカウンセリング)を行ってきました。その歴史的な変遷と現状の相談内容について述べたいと思います。

某私立女子中学・高等学校は、中学生996名、高校生1368名、教員107名であり、短大・大学へと進学し学習のできる伝統のある学園であります。私が、非常勤として週1回勤務して以来、校舎が3回新築・改築されて、現在は、学園の特色にしたいと、平成4年に保健センターとして8部屋をもつに至りました。その1部屋が、健康相談室(ヘルスカウンセリン

表5. 相談内容の比較

番号	内容	昭和50~60年(A)		昭和61~平成8年(B)	
		年	昭和50~60年	昭和61~平成8年	昭和61~平成8年
1	身体に関するもの	4	4.65	33	9.32
2	精神に関するもの	45	52.33	74	20.9
3	学習・学校生活に関するもの	12	13.95	93	26.28
4	将来の方向に関するもの	3	3.49	18	5.08
5	性格に関するもの	8	9.30	24	6.78
6	人間関係に関するもの	7	8.14	112	31.64
	(友人)	4	4.65	42	11.86
	(家庭)	2	2.33	59	16.67
	(教師)	1	1.16	11	3.11
7	人生問題に関するもの	2	2.33	0	0
8	その他	5	5.81	0	0
	計	86	100.00	354	100.00

グ・ルーム)となっています。養護教諭は3名です。

1) 生徒の来室方式をみますと、図2のように、昭和50年から担任と養護教諭からの紹介が多くなりましたが、平成6年から10年に分けてみますと、後半の方が、数が増え、特に養護教諭からの依頼が多くなっております。全国的にも、平成に入って注目されてきた保健室登校者が学園にも出はじめ、保健室と相談室を生徒達が利用しはじめた結果といえます。

2) 相談内容を、時代的・問題別にみますと、身体面、精神面、学習、学校生活、将来の方向、性格、人間関係(友人関係・家族関係・教師関係)、人生問題にわけられますが、昭和50年~60年の11年間と昭和61年~平成8年の11年間を比較いたしますと、表5のように、来室数が4倍に増え、昭和50年代から精神面の相談が増し、昭和61年から、学習、学校生活に関するものが増しています。さらに、人間関係に問題をもつものは4倍、(友人関係が3倍、家族関係が8倍、教師関係が3倍)に増え、平成6~10年に入りますと、さらに性格に関するもの、人間関係に関するものが増しています。具体的に、「友人関係について」みますと、「友人ができない」、「友人にいじめられる」、「友人の作り方がわからない」、「グループの中に入れたい」、「クラブ活動で友人とのトラブルがある」、「友人からのけものにされる」、「特定の

表6. 相談・面接回数

年	番号	対象	昭和50～60年(A)		昭和61～平成8年(B)	
			A(11年間)(%)		B(11年間)(%)	
			昭和50～60年	昭和61～平成8年	昭和50～60年	昭和61～平成8年
校内	1	本人	139	37.97	193	25.30
	2	家族	133	36.34	334	43.77
		母			35	4.59
		父			3	0.39
		祖父母 兄弟				
	計	133	36.34	373	48.75	
校外	3	教師	74	20.22	98	12.84
	4	養護教諭	5	1.37	58	7.60
	5	友人	11	3.01	1	0.13
校外	6	病院・診療所医師	4	1.09	36	4.72
	7	他施設教育相談所など	0	0	5	0.66
		計	366	100.00	736	100.00

表7 相談室・保健室との関係
一年次別

場 対象 年度	相談室 3回以上面接者	保健室	
		保健室登校者	保健室頻回利用者
平成6	13	0	1
7	10	0	1
8	19	8	2
9	14	3	6
10	24	3	3

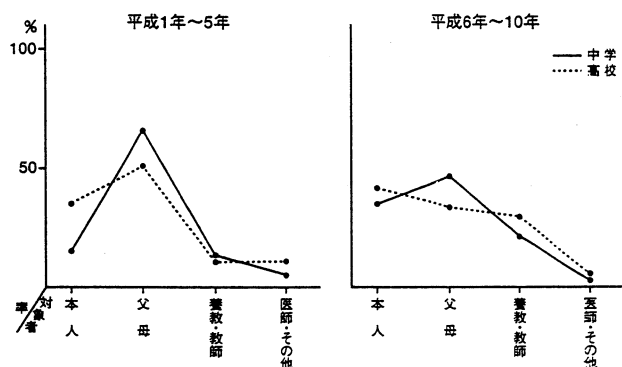


図3. 相談・面接回数
—平成1～5年と平均6～10年の比較—

友人とうまくゆかない”，“教室で自分の居場所がない”，等です。「家族関係について」みますと，“家族の中で孤立している”，“家出したい”，“母親とのストレスに耐えかねる”，“親への反抗・不満”，“家族のトラブルが絶えない”，“両親の不和・離婚”，“祖母と母の関係が悪い”，“姉との不仲”，“父親の暴力”，“母親のうつ病”，“祖母の干渉”等々です。「教師関係」については，“不満がある”，“担任を変えて欲しい(母親)”，“気持ちをわかってもらえない(母親)”等であります。

3) 相談・面接延べ回数をみますと，表6のように，昭和61年から，母親の相談が増し，父親はわずか5%であります。校外への連携も増しております。平成10年を前期と後期にわけたものが図3ですが，中学校・高等学校共に，父母の面接が多くなってお

ります。相談のレベルとしては，一見ガイダンス的な対応でよいと思われるもの，背後に情緒的な問題をひそめているものに分けられますが，基本的には，①単に選択にあたって助言を求めるもの②単純な知識の提供，行動の支持を求めるもの，③悩みを伴うものとして，イ)自分で解決したいができない困難・困惑をもつもの，ロ)心情で受け止めて苦しんでいるものに分けられます。これらの相談の中で，学校の場においては，(1)健康な生徒の問題解決，(2)問題の発生予防，(3)人間成長への援助が中心になります。

4) 相談室・保健室との関係を年次的にみますと，表7のように，相談室に3回以上継続している面接者は，漸次増しております。文部省は保健室登校を「常時保健室にいるか，特定の授業には出席できても，学校にいる間は，主として保健室にいる状態」と定義しています。本学園は，平成8年から始まりましたが，最近の傾向として，保健室に個室に閉じこもって心を閉ざしていた生徒が，次第に養護教諭の部屋へ心を開いていく過程があり，次第に会話できるようになり，表情も明るくなります。保健室登校を続けている他の生徒(先輩・後輩)との交流がもてるようになり，お互いに悩みを話したり，体験が語られるようになり，今まで経験できなかった人間関係の再学習が行われていくことがわかりました。養護教諭の支えと導きもあり，次第に教室へ行かれるようになる者もあります。欠席日数が不足でサポート校へ転校するもの，退学して大検を受ける者もありますが，平成10年2月には，保健室登校から頻回保健室利用者を含めた11名が「健康会」をつくり，お互いの体験

を通して、励ましあう会をつくるまでに成長いたしました。そして、自主的にお別れ会をした後も友人の交わりが続いていることがわかりました。

5) 校外の専門諸施設との連携：校外の専門諸施設として、病院の精神科、心療内科、思春期外来、保健福祉センター、教育相談所等への依頼は次第に増し、また、複雑な事例も増えています。

6) 相談についての評価：客観的には、◎学習態度の変化◎学習の持続◎身体症状の消滅◎身体測定の変化◎友人関係の変化◎家族関係の変化があり、主観的には、◎本人の満足感◎意欲◎気づき◎自己及び他人に対する認識の変化があげられます。相談終了後は、生徒・家族を対象として、①相談室を利用したの感想②役立ったかどうか③現在はどうか④変化がみられたか、変化があればどのような変化か⑤今後、相談室に望まれること等、郵送により記入して送っていただき、フォローを行うようにしております。

III. スーパービジョン、体験学習の必要性

私は、実践を通して有効な援助方法と技法の探索と構築を行うために、関連諸領域の理論と技術を学び、体験学習を行い、スーパーバイザーの指導を得たり、事例を提出し、助言をいただいできました。現在援助に活用している技法に①面接技術②気づきの促進③リフレーミング④エゴグラムとストローク⑤システムアプローチ等があります。

私は、昭和30年代の半ばに、日本を訪れた Carl R. Rogers (カール・ロジャーズ) の考え方にひかれ、保健指導の中に相談的機能を導入したいと考えました。同様な考え方をもつ友田不二男氏の研修に長期間出席いたしました。その後、昭和58年に再び Rogers と娘のナタリーさんの訪日があり、1週間のワークショップに参加いたしました。また、昭和52年から平成9年までの20年間にわたり来日されたケースワーカーで開業されている Jin. O. Moy (ジン・O・モイ) 先生には、交流分析、ケース・ワーク、

グループ・ワーク、家族療法の体験学習とコンサルテーションを受けました。同時に、昭和50年から平成10年の22年間にわたって来日され研修を続けてこられた Eric Marcus (エリック・マーカス) 氏から継続的に研修を受けました。ゲシュタルト理論を基礎にもち、他のヒューマニクスアプローチと東洋的修養法を自由に取り入れての幅広い研修、体験学習が行われました。精神科医で臨床心理士でもあり、早くから対象者を現状維持モデル・医療モデル・成長モデルに分類し、成長モデルを強調されました。疾病を持っていても、疾病でない部分を生かし、また、その疾病を内在しつつ自己実現を図っていかうとする考え方の持ち主で、人間の成長の能力、人間の可能性、潜在力、人間のすばらしさを理解していかうとする考え方です。研修では、「ここでの気づき」「新しい自己に立ち向かう勇気」と「エネルギー」が与えられました。その他の多くの方々の研修、学びの中から、自己をみつめる機会を多く持ち、その理論と技術の中から、看護者の立場から活用できるもの、さらに開拓していく必要のあるもの等を学んでまいりました。

IV. 今後の課題

家族看護学の理論と技術は、他の領域、あるいは、進んでいる諸外国における家族看護学の内容を学ぶことは勿論大切ですが、文化の異なる日本の家族の現状に目を向け、その援助の内容を評価して、効果を検討し、その変化を浮き彫りにして、方法の開発に努めることが今後大切です。記述の方法、効果の判定、測定方法等も今後の課題であります。また、一方では、スーパーバイザーの養成が急務であります。これから誕生しようとする家族看護専門看護師の大学院におけるプログラム等の養成の検討と、そして、今後誕生するでありましようそれらの方々の御活躍を期待したいところであります。