

[家族看護学特別セミナー報告：Dr. Friedman, Dr. Miller をお迎えして]

第2編

家族看護の目標と現状の課題・家族看護の理論的基盤； フリードマン家族看護アセスメントについて

リウ真田知子

第1編では、家族看護学の先駆者として取り組んでこられた Dr. Friedman, Dr. Miller によるセミナーより、米国における家族看護の歴史的遺産・家族を取り巻く現状・家族看護学の定義について報告した。

第2編では、家族看護の目標と現状の課題・家族看護の理論的基盤・フリードマン家族看護アセスメントについて報告したい。

I. 家族看護の目標と現状の課題

1. 家族看護の目標

Dr. Miller は、家族看護の目標を、「家族がみずからより高いレベルで機能するよう（機能を最大限に発揮できるように）援助すること」と述べた。また、家族看護で特に強調されるべき点と、取り組んでいく必要のある具体的課題を表1のように示した。

2. 実践上の課題

しかし、家族看護の課題は山積している。まず実践における現状の問題点と課題として、以下の5点があげられた。

- 1) 理論・研究・臨床の間の大きなギャップをなくす
- 2) 看護実践において、もっと家族看護を実現可能なように取り込むこと
- 3) 力と管理を、看護職者から家族へ移行すること
- 4) 文化的に多様な家族への効果的な働きかけができるようにすること
- 5) 家族看護学のグローバル化などの機会を活用する

1) の原因としては以下の3点が指摘された。①看護者自身が健康や病気をどのように捉えているか—

病気と健康を切り離して考えているのではないか (Wright and Leahey, 2000) ②適切で分かりやすい評価手段と介入策がないこと ③看護実践において医学モデルや、個人を焦点にした看護診断・介入が支配的であること (Hanson, 2001)。そこで、アセスメントは家族全体を包括し、簡便で的確なものへ進化すべきであると述べた。

Dr. Miller はここで、米国保健省が2000年に提案した“HEALTHY PEOPLE 2010”についてふれた。これは米国保健省が、人種や民族間における健康状況の格差をせばめ、国民全体の健康レベルの向上をめざして打ち出したガイドラインである。

国民の健康のレベルアップのためには、家族の全体に影響する障害となるものを取り除き、その機能を最大限に発揮できることが求められる。従って、ホリスティックな視点で家族の相互作用や健康の側面に焦点をあて、家族の持つ力を支えるよう家族全体に援助していくという家族看護は、すべての人の健康を支える上で重要な使命を担っているといえる。

しかしながら、家族看護を実践に取り組むには現在の在宅ケア制度では、看護師の時間不足により家族のケアが行き届かない現状などがある。

また、現在は、インターネットやマスメディアの普及に伴い、家族側が健康上の問題や治療上に関する情報や、選択肢について知識を得てきている。私たち

表1. 家族看護のゴール：強調されるべき点と具体的課題

<p>家族看護のゴール：家族がみずからより高いレベルで機能するよう（機能を最大限に発揮できるように）に援助すること</p> <p>◆家族看護で強調されるべき点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族のための看護ケアの提供 ・家族に適用される看護過程の活用 ・家族の健康なときも、健康障害があるときも（within a health and/or illness context）家族と協働すること ・どのような場や状況にいる家族に対しても家族と協働する ・家族がどのような形態をとっていたとしても、協働する ・家族社会学、家族療法・看護学の理論や研究に導かれた実践 ・健康の側面を重視した視点・ホリスティックで、相互作用に視点をおくこと ・不具合な点ばかりでなく、もっと家族のもつ力を重要視する ・家族という環境の中のクライアントのケアと同様、家族を丸ごとの単位としてケアを提供すること <p>◆家族看護実践が特に取り組んでいく必要がある課題：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すべての家族員のヘルスプロモーションと疾病予防。 ・家族は健康であるが、健康を害する可能性が高い状況 ・家族員らの早期診断・早期治療 ・家族員らの健康チェックと健康に関する教育 ・健康障害（とくに慢性的に）のある家族員のリハビリ/病後回復 ・クライアント（図2参照）の障害を最小限に抑え、最大に機能を発揮するための家族と個人への援助
--

Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G (2002). Table 2-1. *Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). 38, Upper Saddle River: Prentice Hall 表の一部に引用、訳：リウ真田知子

はこの現状をふまえ、ケア提供者と家族が同等な協力関係をとれるよう、身内のケアにおいて家族自身ができることを見極める必要がある。

4) に関しては、先の稿でお伝えしたように、現代は多元的社会であり、健康的な状況・病的状況を認識し経験する方法が多様化している。文化とは個人の認識、価値観、信念、実践を形成するものであり、単に民族的な違いだけでなく、信仰、社会的地位、地域的・政治的立場、ジェンダー、性的嗜好、世代的差異、職業などによる影響が含まれる。

従って、家族看護実践者には、文化の多様性をふまえ culturally sensitive（文化の多様性について知見をもち、尊重できること）であることがますます求められる。

また、現在家族看護学はさまざまな国で急速に発展中であり、国際学会、ワークショップ、遠隔教育などにより、家族や家族看護学についての知識・情報を共有することが可能になった。おかげで、家族看護学について情報を交換する場が拡大しているため、今後これらをどのように活用して家族看護学を発展させていくかも課題である。

3. 教育面での課題

次に教育面では、「家族看護学カリキュラムの中で、何をどのように教えるのか?」ということが課題であると話された。

Hensonらは1997年の調査で、学部や大学院教育の中に、家族の健康や臨床実践能力について家族と協働するという内容が増加してきていると述べた。しかし、Dr. Millerはいまだ両課程とも、看護学の内容や技術のレベル化が不明確であると指摘された。

4. 研究面での課題

また研究面での問題点と課題としては、以下の点を示された。

(問題点)

- ・家族の健康に関する変化と、健康上の成果に焦点をあてた研究がほとんどである
- ・家族看護介入に焦点をあてた研究は非常に少ない
- ・最適なケアを裏付ける科学的根拠が少ない。検証に基づいた実践に欠ける

(課題)

- ・家族内の個々人でなく、家族全体に焦点をあてた調査研究がもっと必要

- ・家族機能と疾患の相関関係について更なる研究が必要
- ・家族看護の有効性を明らかにする介入研究がさらに必要

5. 政策面での課題

家族の主張を代弁することは家族看護学にとっても有益と考えられる。従って今後、家族や家族看護学に影響を与える政策決定の場に、家族看護学の専門家が関わっていく必要性が指摘された。

II. 家族看護の理論的基礎とフリードマン家族看護学アセスメントモデル (FFAM)

Dr. Friedman は、家族看護に関する理論のための概念基盤として、家族社会学・家族療法に関する理論・看護に関する理論があると述べた。そしてそれぞれの特徴の概括と、特に家族社会学の理論の特徴、および家族看護を説明する理論についての解説がなされた。さらに、代表的な家族看護モデルのひとつである、フリードマン家族看護アセスメントモデルの発展経緯、またその特徴と、使用のためのガイドラインが示された。

1. 家族看護に関する理論のための概念基盤

家族社会学の特徴：

家族発達理論、システム理論、構造、機能理論、家族ストレス、コーピング理論、変化理論、多文化理論、相互作用/コミュニケーション理論などがある。これらは最も発達しているといえるが、実践志向ではない。

家族療法に関する理論の特徴：

発達途上だが、実践志向ではある。代表的な理論はいずれも「システム」の概念を採用している。理論を活用してアセスメントし、介入する手法は複雑で、ベテラン実践看護師 (APN) の能力を必要とする。

看護に関する理論の特徴：

最も開発は遅れているが、実践志向である。しかし、現状の理論は、看護の対象を“個人”としておいているものが多い(表2参照)。

また、先に述べたさまざまな家族社会学の理論の特徴と、それが家族看護学の概念基盤としてどのようにとらえられるかが説明がされた。その中で、近年開発されてきた変化理論と、家族ストレス・コーピング理論である家族レジリエンシー(回復力)モデルの解説は以下のとおりであった。

変化理論とは、

- ・変化の過程は、看護者と家族に、その経過とその成果について理解を深めるもの。
- ・家族が健全に機能するためには、変化と安定性の中で適切なバランスをとらなければならない。どちらも家族内で模索する必要がある。(そのプロセスを安定して起こさせることが必要で、早すぎたはいけない。)
- ・変化は、家族員が問題をどのようにとらえるかに応じて起こる。
- ・変化は、それまでの関係や背景に応じて起こる。
- ・変化は、治療のために看護者とクライアントが話し合いの中で共に進展できる目標に従属している。
- ・理解しているということだけでは変化をうながすものにはならない。
- ・家族全員に同等の変化が起こるとは限らない。家族の中に勇気を持って変化を調整しようとする人がいて、他家族員を導いて変化に向かう。
- ・看護者の役割は、看護者は、家族が持つ制約(収入、交通手段、医療)や、利用可能な援助(サポートシステム、地域の社会資源など)を把握し、看護者とクライアントの話し合いの中で目標を共有しながら、家族の変化への適切な対応を支えることである。

家族レジリエンシー(回復力)モデルとは、

家族ストレス理論を発展させたモデルで、家族の適応レベルは「疾患がもたらす、ストレスの程度・ストレスの蓄積度・ストレスに関する家族の認識・家族の対処能力」によって決まり、時間と共に家族が適応していく過程に着目している。

従来のモデルや、家族タイプ(回復力・レジリエン

表2. 家族看護に関する理論のための概念基盤

●**家族社会学**：最も発達しているが、実践志向ではない。

- *家族発達理論：

家族と共に、いつでも活動するために本質的で不可欠な理論。この理論を活用することで、看護者は、家族の発達段階ごとに生じるニーズを予測し、発達が正常に推移しているか否かを見極めることが出来る。重篤な疾患や長期的な障害は、家族の発達課題の達成にネガティブな影響を及ぼす。
- *システム理論：

家族員同士の相互作用に焦点。部分ではなく全体を重視。
看護者に、家族員とその健康状態が家族全体に影響を及ぼし、家族全体が家族員とその健康状態に影響を及ぼす、という相互作用に目を向けさせる。
- *構造・機能理論：

(家族構造・機能論・オープン社会システムとしての家族、家族とその相互作用システムの関係、外部とのかわりを評価・家族内の関係性をアセスメント・家族を構造的側面と機能的側面から分析する)
- *家族ストレス・コーピング理論：

健康障害や疾患を抱えた家族の問題に広く適用される理論
家族看護に関する多くの調査・研究の基礎理論
最新の家族ストレス理論：家族レジリエンシー（回復力）モデル
- *変化理論：

家族が健全に機能するためには、変化と安定性の間で適切なバランスをとらなければならない。どちらも家族内で模索する必要がある。
- *多文化理論：

文化が、個人・家族の生活に与える広範な影響を明らかにする理論。
個人・家族・コミュニティ間の違いを尊重し、共存を目指す。
- *相互作用/コミュニケーション理論

●**家族療法に関する理論**：達達上だが、実践志向。アセスメントや介入の手法には複雑
ベテラン実践看護者（APN）の能力を必要とする。

- *相互作用/コミュニケーションの理論（V・サティア他）
- *構造的家族療法の理論（S・ミニューチン）
- *家族システム療法の理論（M・ボーエン）（いずれも「システム」の概念を採用）

●**看護に関する理論**：最も開発は遅れているが、実践志向である。しかし、個人に焦点がおかれているものが多い

- *システム理論に基づくモデル
- *システム理論・相互作用理論に基づくモデル

シーの高低など)、家族の機能パターンに変動的要素を補追している。

2. 家族看護を説明する理論的アプローチと、代表的な家族看護モデル

いずれの理論も、単独では全ての状況や家族にあてはまらず、複数の理論を用いることによって代弁できる。従って家族看護の実践を、理論を基盤としたものにするには、統合的・折衷的なアプローチが不可欠である。現状の家族看護モデルは、家族看護に関する理論を複数選び、組み合わせている。

既存の代表的な、家族看護モデルとしては以下があげられる。

*Family Assessment Intervention Model
(Family systems stressor-strength model)
by Hanson and Mischke (1996)

*The Calgary Family Assessment Model and Family Intervention Model
by Wright and Leahey (2000)

*The Friedman Family Assessment Model

by Friedman (2002)

3. フリードマン家族看護学アセスメントモデル (FFAM)

このモデルは、あらゆる局面を統合的に扱える家族看護学アセスメントのための理論的枠組である。土台となる4つの主な理論的観点は、構造-機能理論、システム理論、発達理論、多文化理論であり、中範囲理論としては、家族のストレス・コーピング・コミュニケーション理論である。

FFAMの発展は、第1編に報告した、米国における家族看護の歴史的遺産の項でも簡単に説明があったように、Dr. Friedman自身が、地域看護(主に母子の健康)、家庭看護(特に老年者をもつ家族)、地域での健康教育における経験をもとに開発した。本来は学生や、地域の現場において、家族を包括的に評価できることを目的に開発されたモデルである。

その後FFAMは、以下の点を改訂した。

表3. フリードマン家族看護アセスメントモデルのガイドラインと領域

<p>モデル使用のガイドライン</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モデルの領域は広範囲、家族の相互依存性により、多くの事例に情報の重複 ・アセスメントのすべての領域が、すべての家族にあてはまるわけではない ・看護者は、どの領域をアセスメントすれば適切か見定めなければならない ・まず家族と接触し、各領域をカバーする基本的な質問を行い、深くアセスメントする必要のある領域を見定める ・どの領域が重要であるかは様々である <p>例1：若い家族（小さい子どもを持つ家族など）のケアには社会との関わり・発達領域が重要。</p> <p>例2：地域保健には環境・ヘルスケア機能が重要。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族システムの相互依存性 → 諸領域のアセスメントで余剰情報 ・領域、データの併合により、データ記録が簡潔になる <p>FFAMの6つの広領域</p> <ul style="list-style-type: none"> *基礎データ：家族名、住所、電話番号・家系図による家族構成・家族形態 文化的背景（民族、社会的階級、社会的流動性、宗教的背景） *家族の発達段階と歴史：家族の現在の発達段階・家族の発達課題の達成度 家族史と両親の定位家族（任意） *環境データ：家屋、近隣、地域社会の特徴・家族の地理的移動 地域社会との付き合いや交流 *家族構造：コミュニケーションパターン・力関係（勢力構造）・役割構造 公的な役割構造 / 公的でない役割構造・家族の価値観 *家族機能：情緒機能・社会化機能・ヘルスケア機能・経済機能 生殖機能・その他の機能 *家族のストレス・コーピング・適応：家族のストレス、ストレスの認識、家族のコーピングストラテジー・ 家族の適応・その家族の強さ
--

- 1) 使用を通じてアセスメント用具を改訂
- 2) 基礎データによって、文化的領域を強化
- 3) 家族のストレス・コーピング理論への注目が高まった。

また、このモデル使用のガイドラインと、アセスメントの広領域は表3に示すとおりである。

ここで特に重要なことは、FFAMモデルのカテゴリーは広範囲であり、家族の相互依存性により、多くの場合、情報が重複となるため、看護者はどの領域をアセスメントすれば適切か見定めなければならない。

従ってすべての領域がすべての家族にあてはまるわけではないことをふまえ、まず、家族と接触し、各領域をカバーする基本的な質問を行う。それにより深くアセスメントする必要のある領域を見定めることである。また領域、データの併合により、データ記録が簡潔になる。

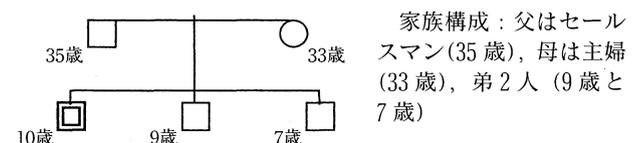
また、Dr. Millerは、家族をアセスメントをする上で、Genogramを有効に活用すれば、家族の存在を評価し、家族のもつ力を見出すツールとなることを、具体例を用いて説明し強調された。また、Wrightらが開発している15分面接法が家族アセスメントに効果的な関わり方として紹介された。

4. FFAMによる事例紹介

セッション3のケーススタディにおいては、FFAMを活用した事例として、“いのちを脅かされる病気（例：白血病）の子どもをもつ家族の事例”と、“アルツハイマー型痴呆と生きる高齢家族の事例”が紹介された。今回は紙面の都合上白血病男児をもつ家族の事例について報告する。（本学の教育実践事例については、三宅の報告を参照されたい。）

1) 事例紹介

A10歳は、半年前に急性リンパ性白血病の診断を受けた。しかし、診断までにかかり時間がかかったことで家族はいらだたしさを体験している。診断時、病気は悪化していたが、化学療法への反応は良かった。初回入院後、骨髄抑制と不明熱のため、再入院となった。中流階級コミュニティ（郊外）の一軒家に住んでおり、病院までは車で一時間の距離。



(家族構造：家族の役割、コミュニケーションパターン・価値観・勢力構造など)

両親とも大学卒で価値観に対立はない。大きな決

断は父親がする。子どもに診断がついてから、父親は仕事に費やす時間が長くなり、母親は一人で3人の子どもの育児と通院も含めたジョンの看護、世話をしている。両親は夫婦で、または子どもたちとジョンの病気について話し合っていないかった。

(家族の情緒と社会機能)

兄は病気になってから暴れたりするようになり、母親は、それでもAに厳しくしない父親のせいで、Aが扱いづらく、またAの兄弟も、父の扱いに不満をもっているのとらえていた。また、兄弟げんかが多くなり、母親はしつけに困っている。

(ヘルスケア機能)

健康面に関しては、母が一家のリーダーシップをとっていた。しかし、Aのことについて夫や他の子どもたちとコミュニケーションをとらず、一家は健康増進行動をとっていないかった。

(ストレス・コーピング)

母親は夫と息子の病気について話したいと思っていたが、父親はAの予後に悲観的で、できればその話は避けたいと思っていた。このようにAに対する2人の対処方法は異なっていた

また母親は、「家族内はかなりの緊張状態にある」と感じていた。一方、父親は、家族に何か起こっているかみえておらず、「家族はAが病気にもかかわらずうまくやっている」とらえていた。健康な2人の子どもがけんかしていることに気がついていない。

(家族の強さ)

経済的に安定している、両親とも教育をうけ、必要なサービスへのアクセス方法を知っている。母親はAのケアに慎重に行っている、両親は家族や子どもの幸せを大切にしている。

2) 家族看護診断

- ・両親と息子たちのAの病気についてのコミュニケーション不足が見られる
- ・母親のAの世話による過重負担と父親の逃避行動がある
- ・Aの病気・治療・予後についての心配に関しての両親の共有不足が見られる

- ・父親がAの病気に対しネガティブな認知をしている
- ・父親のAの問題行動に対し、しつけ不足が見られる
- ・健康な息子2人の怒り、争いが見られる

3) 家族看護介入

ナースは父親にクリニックへの通院に付き添うよう勧める電話をした。ナースは当初は母親のみ、後に父親が加わってからは両親と計画を立て、医師やソーシャルワーカーと家族について話し合った。

父親はAの予後に悲観的で、「これから死ぬかもしれないのに、なんで厳しくしつける必要があるんだ」と話した。夫人は、「気持ちはわかるが、Aは年相応に扱われる必要があるし、しつけをしないと彼の目に余る行動は、彼自身を含む誰をも惨めにする」と応じた。

それを聞き、父親はそんなふう考えたことはなかったと認め、話し合いを進めるに連れ、妻の考え方や、Aをしつけないことの弊害を理解していった。ナースは両親のどちらが現実を正しく捉えているかということには中立的な態度のままで、2人の話し合いがスムーズにいくよう働きかけた。

また、Aの兄弟たちともAの病気について話し合うよう励まし、兄弟をクリニックに招き、Aの病気や治療について、ナースに質問できる機会を設けた。Aの担当医は父親がAの予後に悲観的な捉え方をしていることをナースから聞いた。そこで医師は父親に、白血病の予後が大きく改善されたことを示す最近の研究を説明した、その結果父親は息子の予後について楽観的になることができ、良い方向が信じられるようになった。

4) 結 論

①家族看護アセスメントは、家族全体や構成員について、包括的で生物的側面、心理社会的側面の情報を提供した。

②どの領域のアセスメントに焦点をあてるかを選択する上で、家族の発達理論やコーピング、適応理論は特に有益であった。

③事例は長期的なケアを受けている家族であったが、家族看護実践は、様々な因子(家族のタイプ、健康に関するストレス、状況、ナースのケア能力やケア哲学)の影響によって、多様である。

IV. まとめ

以上、第2編では、家族看護学の目標と現状の課題、家族看護の理論的基盤の解説、およびフリードマン家族看護アセスメントについて報告した。

まずはじめに家族看護学が、特に取り組んでいく必要のある具体的課題として、家族看護の最適なケアを裏付ける科学的根拠が少なく検証に基づいた実践に欠ける現状が指摘されていた。

筆者はそれを聞いて千葉大学で1993年に開催された国際看護学シンポジウムにおいて、Dr. Wrightが実践そのものを研究していくことを強調していた²⁾ことが思い出された。

またDr. Friedmanは、ご自身の家族が2つの病院に入院していた時の体験を語ってくださった。

ひとつの病院では、家族を看護の対象とする視野をもって看護されたと実感できたが、もうひとつの病院では、家族どころか患者の“病氣”にしか目が向いていない看護であった。いかに看護者のうけた教育の影響が大きいかを身をもって感じたと話されていた。

そこで、筆者は、家族看護が浸透するためには、“家族の中に生まれ育ち生活する人間が看護の対

象”と捉えられる理論と教育、および家族看護実践そのものに焦点をあてた研究を重ねていくことの重要性を改めて感じた。

またアセスメントモデルは、その使用目的とガイドラインをふまえることによって、有効性が発揮されることも再確認できた。

参考文献

- 1) 特集 家族看護学研究の動向, 看護研究, 27(2-3), 1994
- 2) Friedman, Marilyn. M, Bowden. R. Vicky & Jones. Elaine G: Family Nursing Research, Theory and Practice, 5th ed. Upper Saddle River, Prentice. Hall, 2002
- 3) Friedman, Marilyn: Family Nursing Research, Theory and Practice, 4th ed., Appleton & Lange, 1998
- 4) Friedman, Marilyn. M.: Theory and Practice, 3rd ed. Appleton & Lange, 1992
- 5) Friedman, Marilyn. M. (野島佐由美監訳): 家族看護学 理論とアセスメント, へるす出版, 1993
- 6) 野島佐由美, 渡辺裕子編: 【総特集】21世紀の看護をリードする家族看護, 看護 臨時増刊号, 2002
- 7) 鈴木和子: 家族看護学の現状と課題 「概念化」学問の発展軌跡と今後の方向性, 74-81, 看護 臨時増刊号, 2002
- 8) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学 理論と実践 第2版, 日本看護協会出版会, 1999
- 9) 鈴木和子, 渡辺裕子: 事例に学ぶ家族看護学 家族看護過程の展開 第2版, 廣川書店, 2001
- 10) Wright L.M, Watson W. L & Bell J. M: Beliefs—The Heart of healing in families and illness, Basic Books, 1996
- 11) Wright L.M. & Leahey, M.: Nurses and Families 3rd ed, F.A. Davis Co. 2000
- 12) 寺島久美, 三宅玉恵, 阿部恵子, 他: 家族看護の源流を探る—「病人の看護と健康を守る看護」より—, ナイチンゲール研究, 8: 31-38, 2002
- 13) 薄井坦子: [改訂版] 看護学原論講義: 150, 1994
- 14) 薄井坦子, 他編訳: ナイチンゲール著作集 第二巻 現代社 1977
- 15) 薄井坦子: ナイチンゲール言葉集 看護への遺産, 現代社 1995