

〔第10回学術集会公開シンポジウム：家族看護の実践知の探求〕

## 家族エンパワーメントモデルからみた家族看護実践知

高知女子大学看護学部

中野 綾美

### はじめに

シンポジウムと分科会を通して、家族エンパワーメントモデルからみた家族看護実践知について、皆様とともに探求していきたいと思えます。「エンパワーメント」この概念は、看護学領域でも現在広く用いられ、なじみのある概念になってまいりました。現代の家族をみてみると、家族の個別化がすすみ、家族の基盤が揺るがされる中で、家族機能の外部化が進んでいます。社会から孤立している家族、まとまりを失っている家族、家族システムの障害など、家族の脆弱性が指摘されています。家族エンパワーメントモデルは、このような特徴を有する現代の家族を看護の対象として位置づけ、家族を看護者がコントロールするのではなく、家族が自らの力を発揮し健康問題に取り組んでいくことができるよう支援する家族看護実践知を探求するものだと考えています。

### 家族エンパワーメントモデル

家族エンパワーメントモデルは、表1に示しました4つの前提に立っています。家族エンパワーメントは、家族が自ら獲得していくものであり、主体は家族です。私達は専門職者として、健康的な家族生活の

表1. 家族エンパワーメントモデルの前提

- |  |
|--|
| 1. 家族は自分で決定し、家族の福利のために行動する能力を有している。看護者は、家族の自己決定する力を尊重する姿勢が必要である。 |
| 2. 家族エンパワーメントが生じる条件は、家族との相互尊敬、共に参加する関係/協働関係、信頼である。               |
| 3. 保健医療専門職者は、家族をコントロール使用とする欲求を放棄し、協力関係を形成し、家族のニードを優先する必要がある。     |
| 4. 看護者は、家族が健康的な家族生活を維持、促進することができるように支援していく必要がある。                 |

維持、増進を支援することで、家族エンパワーメントがもたらされることを目指すわけです。このモデルは、『家族の病気体験』『援助関係の形成』『家族アセスメント』『家族像の形成』『家族エンパワーメント介入』という構成要素から成り立っています(図1参照)。「家族の病気体験」、これは家族の主観的な体験を、看護者が共感的に受けとめ理解していくものです。①健康-病気のステージ、②病気に対する構え、③家族の情緒的反応、④家族のニーズ、⑤家族と病気の4つの関係から家族の主観的な病気体験を共感的に理解していきます。

『援助関係の形成』については、①中立であること、②家族の意思決定を尊重すること、③看護者は自分の価値観や先入観を自己洞察しつつ関わるのが大切になってきます。家族の主体的な取り組みを促進し、決定する姿勢で援助関係を形成していきます。

『家族アセスメント』は、家族と看護者との援助関係を礎としながら、理論を活用しながら、情報を系統的に収集しアセスメントしていきます(表2参照)。

『家族像の形成』は、家族の主観的な体験を捉えた『病気体験』と、理論を活用し客観的に家族を捉えた

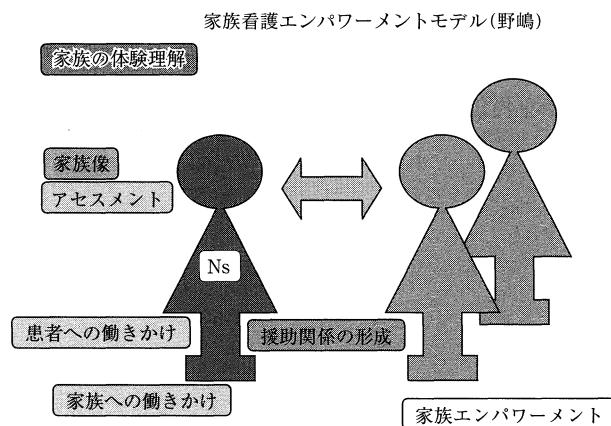


図1. 家族エンパワーメントモデル

表2. 家族アセスメントの視点

家族構成
家族の発達段階
家族の役割や勢力関係
家族の人間関係・情緒的關係
家族のコミュニケーション
家族の対処方法
家族の適応力や問題解決能力
家族の資源
家族の価値観
家族の希望・期待
家族の日常生活・セルフケア

表3. 家族への看護介入

家族の日常生活, セルフケアの強化 / 情緒的支援の提供, 家族カウンセリング / 家族教育 / 対処行動の調整・対処能力の強化 / 家族関係の調整・強化, コミュニケーションの活性化 / 役割調整 / 親族や地域資源の活用
発達課題の達成への働きかけ / 危機への働きかけ
家族の価値観
意思決定への支援・アドボカシー / 家族の力の強化

『家族アセスメント』を、知識を活用しながら、情報を織りなしていく能力、推察力、仮説的な考えを創造する能力、臨床判断能力を駆使して、家族全体として統合し描写したものです。

理論は、現象を捉えるひとつの枠組みであり、ひとつの理論で複雑な家族を捉えることは困難ですし、複数の理論でアセスメントした結果を加えても、必ずしも家族の全体を捉えることにはなりません。客観的なデータだけでなく、臨床判断からもたらされた一定の想定、推論を含み、情報を柔軟にダイナミックに組み立て、常に修正していきます。「普通家族は」「家族だったら」などのように、一般論を抛り所にしたたり、看護者の家族観を“普通”としている場合、現実の家族とズレてしまい、家族像を形成することが困難になります。自らの家族観や、パターンリズムを吟味し、家族像を修正していくよう試みていきます。この家族エンパワーメントモデルでは、家族像の形成が鍵となっています。ベナーをはじめとして、多くの研究者が、臨床の看護者は経験を重ねながら成長していることを明らかにしています。臨床判断は、抽象的な原理から過去の経験を模範例として活用するようになり、部分から全体へ、分析的とらえ方から直感的とらえ方へと成長していきます。

分析的プロセスと直感的プロセスのふたつの思考プロセスを活用し、理論的知識と実践的知識を活用

する臨床判断をもとに、その家族のあるがままの姿に近づき家族像を描く、そして看護倫理を踏まえ、その家族の意思を尊重しながら、その家族がその家族なりの力の発揮ができるように、支援の方法もまた、臨床判断をもとに形成した家族像を基盤として考え実践するというものです（表3参照）。

### 分科会での検討と今後の課題

分科会では、池添志乃氏(高知女子大学大学院博士後期課程)が、脳梗塞・慢性腎不全の家族員を抱えた家族に、家族看護エンパワーメントモデルを活用した実践例を報告しました。このモデルの実践への活用による実践知として、①家族のニーズを見極め、ともに同じ目標に向かうという関係/協働関係を維持して関わる、②家族の価値観を尊重し、見極めた上でケアを選択し、看護介入を柔軟に、強弱をつけながら組み合わせる、③家族の今持っている強みを見出し、それを尊重し強化することで、健康的な家族生活の維持・増進を図る、④家族像の形成を柔軟に修正しながら、看護援助の方向性を見出し、タイムリーな看護介入を行う、という4点を見出すことができました。今後は、分科会参加者の方々からいただいた、このモデルを実践に活用していく上で疑問点・意見を参考にし、また、様々な事例にこのモデルを活用していくことにより、このモデルの洗練化し、家族看護実践知を探求していきたいと考えています。