

精神科看護師による家族看護エンパワーメントガイドライン活用の有用性の検討

田井雅子¹⁾、濱尾早苗²⁾、池添志乃³⁾、畠山卓也⁴⁾、池内（槇本）香⁵⁾、升田茂章⁶⁾

岩井弓香理⁷⁾、中野綾美⁸⁾、中山洋子⁹⁾、野嶋佐由美¹⁰⁾

(2018年9月28日受付, 2018年12月17日受理)

Usefulness of Utilizing Family Nursing Empowerment Guidelines by Psychiatric Nurses
Masako TAI¹⁾, Sanae HAMAO²⁾, Shino IKEZOE³⁾, Takuya HATAKEYAMA⁴⁾, Kaori IKEUCHI⁵⁾
Shigeaki MASUDA⁶⁾, Yukari IWAI⁷⁾, Ayami NAKANO⁸⁾, Yoko NAKAYAMA⁹⁾, Sayumi NOJIMA¹⁰⁾

(Received : September 28, 2018, Accepted : December 17, 2018)

要 旨

本研究の目的は、家族看護エンパワーメントモデルを基盤とする「家族看護エンパワーメントガイドライン」に基づく看護ケアを精神科看護師が実践し、エンパワーメントガイドライン活用の有用性を明らかにすることである。研究協力者は3施設に所属する8名の精神科看護師で、4家族に対してガイドラインに基づく看護介入を実践した。看護実践と並行してリフレクションとコンサルテーション機能をもつ事例検討会を開催し、看護介入の実践記録と事例検討会の逐語録を質的に分析した。分析の結果、精神科看護師は11看護介入分類の中から9看護介入を選択して看護を展開していた。ガイドラインの活用によって、家族に対する多面的なアプローチが可能になると考えられ、精神看護領域での活用の有用性が示唆された。そして、家族の発達段階や発達課題を捉える視点を精神科看護師は強化する必要があり、家族看護実践を支持する組織的な支援が必要である。

キーワード：精神科看護師、家族看護、家族エンパワーメント、看護実践

Abstract

This study aims at providing nursing care based on the “Family Nursing Empowerment Guidelines” in psychiatric wards to clarify their usefulness and issues that might arise when these guidelines are followed in psychiatric wards. Eight psychiatric nurses from three psychiatric hospitals participated in the study and they provided care to four families according to the above mentioned guidelines. Meetings for reflection and consultation were held after the nursing care was provided. Transcribed data revealed that psychiatric nurses chose 9 interventions from 11 nursing interventions in the guidelines and that they practiced family-directed nursing interventions. By utilizing the guidelines, it is usefulness in the

1) 高知県立大学看護学部 教授
2) 福島県立矢吹病院
3) 高知県立大学看護学部 教授
4) 駒沢女子大学
5) 土佐病院
6) 奈良県立医科大学医学部看護学科
7) 高知県立大学看護学部 助教
8) 高知県立大学看護学部 教授
9) 高知県立大学看護学部 特任教授
10) 高知県立大学看護学部 特任教授

Faculty of Nursing, University of Kochi, Professor
Yabuki Hospital
Faculty of Nursing, University of Kochi, Professor
Komazawa Women's University
Tosa Hospital
School of Nursing, Faculty of Medicine, Nara Medical University
Faculty of Nursing, University of Kochi, Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Kochi, Professor
Faculty of Nursing, University of Kochi, Adjunct Professor
Faculty of Nursing, University of Kochi, Adjunct Professor

psychiatric nursing practice, the nurses confirmed multifaceted approaches to families will be possible if these guidelines are followed. It is important to understand the family developmental stages and the family developmental tasks. Further refinement is necessary for the guidelines' introduction and greater organizational support for family nursing practice.

Keywords: Psychiatric Nurse, Family Nursing, Family Empowerment, Nursing practice.

I. 研究の背景

現在、精神科医療においては、入院期間の短縮化と長期入院患者の社会復帰の促進により、入院医療から在宅ケアへの政策転換が急速にすすめられている。厚生労働省の今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会（平成21年9月）においても、入院医療中心から地域生活中心への転換が必要であり、家族の視点に立った効果的な家族支援方法を開発していくべきであると述べられている。特に精神疾患患者の場合、症状再燃によって入退院を繰り返し、重症化することが指摘されている。そのような状況で精神障害者を抱える家族は、様々な情動的負担を体験し（岩崎ら、1998；田中ら、2008）、ケアに取り組んでいるものの、必ずしもケアの経験を積み上げているとは限らない（蔭山、2012）。そのため、入院時から退院後の在宅療養へ向けて、途切れることのない質の高いケアを家族に提供し、家族を支援することが求められている。

野嶋（2005）は、『家族看護エンパワーメントガイドライン』を作成し、入院中から家族の視点に立った家族看護を臨床の看護師が実践できるようになることを探求している。『家族看護エンパワーメントガイドライン』は、家族の日常生活・セルフケアの強化、家族への情緒的支援の提供、家族教育、家族の対処行動や対処能力の強化、家族関係の調整・強化、家族の意思決定の支援などの11介入分類が内包されている。このガイドラインは、すでに小児看護領域の臨床での活用が報告され（中野ら、2012）、ガイドラインを参考にすることが家族看護を行う手がかりになる（小山ら、

2010）など、一定の有用性が評価されている。一方、精神看護領域では、家族の理解や、実践した看護を振り返る際の分析の視点として家族看護エンパワーメントモデルを活用した報告（菅野ら、2015；白田ら、2007）はあるものの、精神科看護師がガイドラインを活用した実践の有用性については明らかではない。

そこで、本研究は、精神科病棟において『家族看護エンパワーメントガイドライン』を用いて家族ケアを実践し、精神看護領域におけるガイドラインの有用性について検討することを目的とした。このガイドラインが精神看護領域において活用ができれば、家族に対して多面的なアプローチが可能となり、家族の力を引き出し、家族自身が自らの健康問題に取り組むことに役立てられ、精神疾患患者への効果的な支援を促進すると考える。なお、本稿は「研究－実践の連携による家族に対する看護エンパワーメント介入の評価研究」の一部として実施したものである。

II. 研究の目的

本研究では、教育－実践－コンサルテーションの循環の中で、精神科看護師が『家族看護エンパワーメントガイドライン』（以下ガイドライン）を用いて家族ケアを実践し、その活用の有用性について検討することを目的とした。

III. 研究方法

1. 研究のプロセス

本研究は、教育－実践－コンサルテーションの循環の中で、以下のステップを経て実施した。

【ステップ1】家族看護実践に向けた風土形成 (2012年～2013年3月)

①家族看護に関する勉強会の開催

研究者は、調査予定地域の精神科医療・看護の実情について詳しい精神看護の専門家にヒアリング調査を行ない、調査協力の得られそうな施設の絞り込みを行った。そのうえで、これらの施設で家族看護実践に関する勉強会を月に1回のペースで開催し、精神科病棟の中で家族看護実践のスキルを活用していくうえでの課題について共有した。

②研究協力施設と研究協力候補者の選定

精神科病棟を有する施設の施設長または看護部長、病棟の看護師長に文書と口頭で研究の主旨を説明し、研究協力の同意を得た。看護師長から推薦を得た看護師に、文書と口頭で研究の主旨を説明し、看護師から研究協力の同意を得た。

③看護介入の対象となる家族の選定と同意

ガイドラインを活用した看護実践を提供する対象の家族に対して、研究協力者より口頭にて本研究の概要について説明を行い、承諾が得られた家族を対象とした。研究者は、この経緯について研究協力者と情報を共有し、必要に応じてアドバイスをした。

④家族看護の講演会の開催(2013年3月)

本研究者らが、研究協力候補者ならびに家族看護に関心のある看護師を対象として、家族看護の講演会を開催した(講義:2時間、参加者数:19名)。講演では、ガイドラインを基に、家族看護や家族エンパワーメントの考え方、ガイドラインの構造を説明した後、気分障害の事例を用いてガイドライン活用の具体例を示して、効果的に活用するための方略について講義した。

【ステップ2】『家族看護エンパワーメントガイドライン』の導入と評価(2013年3月～7月)

①研究協力者との共同体制(2013年3月)

ステップ1の講演会后、研究の目的、ガイドラインの活用方法など研究の主旨を説明し、最終的には4名の看護師から研究協力者となる同意を得た。同意の得られた看護師に対して、ガイドライ

ンを活用して家族に関する情報収集を行うことを依頼した。

②『家族看護エンパワーメントガイドライン』を活用した実践(2013年3月～7月)

研究協力者にガイドラインを活用し、家族への介入を行ってもらい、「介入のきっかけ」「家族像」「看護介入」「ガイドラインを使った感想」について、家族看護記録用紙へ記載し、提出することを依頼した。

③リフレクションとコンサルテーションを含む事例検討会の開催(2013年3月～7月)

実践と並行し、研究者と研究協力者で事例検討会を3回実施した。研究力者が記載した家族看護記録用紙を基に、ガイドラインをどのように活用したか、どのような方向性で介入したのかを明確にし、方向性の適切さなどについて検討した。検討会は研究協力者のリフレクションと、研究協力者の実践を支持・促進するためのコンサルテーション機能とを組み込み実施した。

④『家族看護エンパワーメントガイドライン』の有用性に関するヒアリング(2013年7月)

3回の事例検討会終了後に、研究協力者に対し、ガイドラインで役立った内容、活用した介入、活用上で必要な工夫や改善点、活用するための支援のあり方などについて、ヒアリングを行った。

2. データ収集

本研究ではステップ2で用いた家族看護記録用紙の記載内容と、事例検討会ならびにヒアリングの逐語録をデータとした。データ収集期間は2013年3月～7月であった。

3. データ分析

家族看護記録用紙の記載内容と事例検討会の逐語録について、ガイドラインに示されている11の看護介入分類(家族の日常生活・セルフケアの強化、家族への情緒的支援の提供、家族教育、家族の対処行動や対処能力の強化、家族関係の調整・強化、家族の役割調整、親族や地域社会資源の活

用、家族の発達課題の達成への働きかけ、家族の危機への働きかけ、家族の意思決定の支援・アドボカシー、家族の力の強化)の視点から、具体的な実践内容を抽出しカテゴリー化した。また、事例検討会とヒアリングの逐語録から、ガイドラインの有用性や課題に関する内容を抽出し、カテゴリー化した。

4. 倫理的配慮

本研究への参加・不参加は、自由意思によるものであり、本研究の目的、方法・意義、守秘義務、研究協力の任意性、協力中断の自由、結果の公表について説明し、参加することに同意した者のみを研究協力者とした。参加に同意しない場合、又は参加を中止した場合でも不利益は受けないことを保障した。看護の対象である家族に対しては、研究協力者または病棟師長が、口頭により本研究の概要について、説明を行い、本研究に協力が得られない場合でも、患者の治療やケア、家族へのケアに影響しないことを説明し、承諾を得た上で実施した。データの保管や取り扱いに注意し、個人情報保護を確保した。なお、本研究は研究者の所属機関の福島県立医科大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 研究協力者の看護師の概要

研究協力者はA県内の3施設に所属する8名の精神科看護師で、看護師としての経験年数は3年～23年(平均11.8年)、精神科看護師の経験年数は2年～23年(平均9.8年)であった。勤務している病棟は、精神科急性期病棟、社会復帰病棟であった。家族看護介入を実践できた協力者は4名であった。

2. ガイドラインに基づく家族看護実践の内容

精神科看護師が介入した家族は4家族であった。4家族に実践した看護介入は、ガイドラインの11介入分類中9介入で、具体的な実践内容は36

であった。4家族すべてで実践されなかった介入分類は、〈家族の発達課題達成への働きかけ〉〈家族の力の強化〉であった(表1)。

以下、事例毎に家族看護の実践を介入の方向性に沿って説明する。文中の『 』は介入の方向性、〈 〉はガイドラインの看護介入分類、《 》は具体的な実践内容を示す。

1) A家族への家族看護の実践

A家族は、急性期病棟に入院中のうつ病をもつ妻と60歳代の夫である。妻は再入院を繰り返していた。夫は仕事があるため、退院しても自宅での世話は困難であると考え、妻の施設入所を検討していた。夫は、薬剤調整の効果が現れないことから医療者に対して不信感を抱くようになっていた。

A家族への介入の方向性は、『家族との援助関係を形成する』『家族の心身の負担を軽減する』『家族が守りたい生活を維持する』『家族としての意思決定を支える』の4つで、ガイドラインの7看護介入分類を活用していた。

①『家族との援助関係を形成する』

医療者に不信感をもつ夫に対して、『面接で家族の状況を丁寧に把握する』ことを通して、〈家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング〉を行った。面接では「あくまでもこちらから目線ではなくてダンナさんの意見も聞きながら進めた」と語るように、『家族の意向を尊重して無理強い(しない)』せず、『家族の本音を引き出す(す)』して、〈家族の意思決定の支援・アドボカシー〉を行った。

②『家族の心身の負担を軽減する』

家族の心身の負担を軽減するために、『家族の立場や力を意識して関わ(る)』り、「家族で見るといった場合には、夫の負担が多すぎると思ったので、本当は息子さんもどうなのかなという話はしたんですけども」と、『家族の状態に応じて役割分担を促(す)』し、〈家族の役割調整〉をした。そして「いきなり退院すると言われても多分不安になるから、一時退院という形で1回試験外泊をしてみても、それでも良かったら退院しましょう

表 1. 精神科看護師が実践した家族看護介入の内容

ガイドラインの看護介入	家族看護介入の実践内容	A 家族	B 家族	C 家族	D 家族
1 家族の日常生活、セルフケアの強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族自身の体調を気遣うよう声をかける ・ 家族自身の生活も大事にするよう促す ・ 家族のペースに合わせて患者との生活の受け入れを整える 	○	○	○	○
2 家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面接で家族の状況を丁寧に把握する ・ 家族だけで精神的負担を抱えないよう分かち合う ・ 家族の思いや苦労をくみ取る 	○	○		
3 家族教育	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外泊中の過ごし方について説明する ・ 家族が患者の変化に気づけるようにする ・ 病状の説明を行う 	○			○
4 家族の対処行動や対処能力の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 困る状況への対処の仕方を伝える 			○	○
5 家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者と家族の希望をすり合わせていく ・ 家族の思いを代弁して患者との関係をつなぐ ・ 患者の気持ちや行動の意味を伝えて家族の理解を促す ・ 家族と患者の接する機会を設けて関係をつなぐ ・ コミュニケーションのずれを調整する ・ 家族との関係が途切れない形を模索する 	○	○	○	○
6 家族の役割調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の状態に応じて役割分担を促す ・ 家族の立場や力を意識して関わる ・ 家族に可能な範囲の協力を促す ・ 家族の生活スタイルを守るため役割調整には介入しない ・ 家族としての役割を認識させる ・ 家族が協力できる範囲を確認する 	○	○	○	○
7 親族や地域社会資源の活用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の意向を尊重して社会資源の導入を無理強いしない ・ 社会資源と連携して退院支援を行う 	○			
8 家族の発達課題達成への働きかけ	抽出されず	/	/	/	/
9 家族の危機への働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者と家族の双方が刺激し合わないよう配慮する 		○		
10 家族の意思決定の支援・アドボカシー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の本音を引き出す ・ 家族の意向を尊重して無理強いしない ・ 家族が納得できるまで待つ 	○			○
11 家族の力の強化	抽出されず	/	/	/	/

という形で」と語り、《家族のペースに合わせて患者との生活の受け入れを整え(る)》、〈家族の日常生活・セルフケアの強化〉を行った。外泊に際しては、「今回の目標というのは何もしないということが目標なので、何もしないようにしてください」と、《外泊中の過ごし方について説明(する)》し、〈家族教育〉を実施した。

退院に向けて進める中では、「家族だけで退院とか決めるんじゃないくて、主治医・医療者側との意見交換した上で調整しましょう」と、《家族だけで精神的負担を抱えないよう分かち合(う)》い、〈家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング〉を行った。

③『家族が守りたい生活を維持する』

「夫にとっては今の生活を大事にしたい、でも妻も大事だっでとこでかなり葛藤してたので、どっちも守ってあげたいなと」、《家族の思いや苦労をくみ取(る)》り、〈家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング〉を行いながら、《患者と家族の希望を擦り合わせていく》ことで、〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉を行った。そして、「家族の中での決定権というのは絶対的に夫が持っているのは、話している中で分かったのだ」と、《家族の立場や力を意識して関わ(る)》り、《家族の生活スタイルを守るため役割調整には介入しない》で見守りながら〈家族の役割調整〉を進めた。

④『家族としての意思決定を支える』

「こっち主導では、たぶん夫からすればできないという思いだけが募っていて。その中で退院させると、たぶん病院に対する不信もあるし、夫婦関係が、家族関係がうまく保てたかという、かなり疑問」と、《家族が納得できるまで待(つ)》ち、〈家族の意思決定の支援・アドボカシー〉を行った。退院への意思決定を待つ間に、「夫が全部背負い込むことはないの。夫だっで今まで好きな、体が大変な中でも自分の趣味というか自分の好きなこともやらなきゃいけないと」と、《家族自身の生活も大事にするよう促(す)》し、〈家族の

日常生活・セルフケアの強化〉をした。そして、《家族が患者の変化に気づけるように(する)》〈患者教育〉を行い、社会資源の情報提供はしながらも、《家族の意向を尊重して社会資源の導入を無理強いしない》で待ち、家族の意向を確かめ、「今回はケアマネも入ったので、一番窓口ができたということが大きいかなということで」と、《社会資源と連携して退院支援を行(う)》い、〈親族や地域社会資源の活用〉を行った。

2) B家族への家族看護の実践

B家族は、急性期病棟に入院中の双極性感情障害の患者と70歳代の兄である。患者は近隣への迷惑行為、家族に対する暴力行為などのため、入退院を繰り返していた。兄の妻も療養中で、兄は2人の面倒を見ていることや、患者の迷惑行為の後始末に追われて疲弊していた。患者は兄との同居を望んでいるものの、兄は「今後一切弟とは関わりたくない。すぐに退院させられたら困る」と訴え、医療者に対する怒り・不満を露わにしていた。

家族Bに対する介入の方向性は、『家族との援助関係を形成する』『患者と家族が互いを理解する』『患者と家族の関係を途切れさせない』の3つで、ガイドラインの5看護介入分類を活用していた。

①『家族との援助関係を形成する』

「本人の話ばかりされてもお兄さんにとっては優先順位が奥さんだと思うので、まずそっちからお話を聞いて、その次に当事者の話に移っていくという順番は意識的にやっています」と、《家族の思いや苦労をくみ取(る)》り、〈家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング〉を行った。施設入所を検討する過程では、《家族自身の体調を気遣うよう声をかけ(る)》、〈家族の日常生活・セルフケアの強化〉を促した。

②患者と家族が互いを理解する

施設入所の検討を進めながら、「家族の思いに、結構重点を置きました。家族の思いを当事者に伝えることで。当事者もだいぶ世話になったことは理解しているので」と、《家族の思いを代弁して患者との関係をつなぐ》と共に、患者が家族の世話

になりたい、家族と一緒にいたい気持ちを持っていると、《患者の気持ちや行動の意味を伝えて家族の理解を促(す)》し、《家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化》を行った。

③『患者と家族の関係を途切れさせない』

妻の体調が落ち着いているときを見計らい、患者と一緒に施設見学を依頼し、《家族に可能な範囲の協力を促(す)》し、《家族の役割調整》を行った。そして、「お兄さんも会いたくはなかったけれども、本人もだいぶ落ち着いてきましたということ伝えて、介入のきっかけとして、電話して」と、《家族と患者の接する機会を設けて関係をつな(ぐ)》ぎ、「施設入所が決まるまではお兄さんと外出して食事をしてもらうとか」のように、《家族との関係が途切れない形を模索(する)》して、《家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化》を行った。そして、施設に入った後にどういふうに家族の関係を維持していくかを考える際には、《患者と家族の双方が刺激し合わないよう配慮(する)》し、《家族の危機への働きかけ》を検討した。

3) C家族への家族看護の実践

C家族は、急性期病棟に入院中の統合失調症の息子と50歳代の両親である。息子は服薬中断で再入院を繰り返しており、今回は服薬中断と両親への暴力が原因で入院した。入院前の暴力から、両親は息子と距離を置くため、退院後は息子に単身生活をしてほしいと強く希望し、面会も看護師の連絡により来院する状態であった。母親はうつ病を患っており、息子の病状に影響を受け症状が悪化していた。

C家族への介入の方向性は、『家族の健康を維持する』『患者と家族の関係を途切れさせない』『家族の心身の負担を軽減する』の3つで、ガイドラインの4看護介入分類を活用していた。

①『家族の健康を維持する』

家族の健康を維持するため、「今は無理なさらずにゆっくり休んでくださいということ言っ

たら、仕事ができるようになりましたっていうことで。前向きな捉え方をされていたという感じで」と、《家族自身の体調を気遣うよう声をかけ(る)》、《家族の日常生活・セルフケアの強化》を行った。そして母親が面会や外出の付き添いをしていたため、「あんまりお母さん1人に課せられないなというところで、お父さんをちょっと舞台に引っ張ってきてみようと、お父さんに集中して電話をかけて来てもらったり、お父さんの気持ちを聞いてみたり、お父さんと本人とのかかわりを強化していってみたい」と、《家族の状態に応じて役割分担を促(す)》して、《家族の役割調整》を行った。

②『患者と家族の関係を途切れさせない』

距離を置こうとしている家族の関係を途切れさせないために、「ご本人が電話すると、やっぱり感情的になって、電話中におつかっちゃったんで、ある程度こっちでサポートして、こういう意味で言ったんですよとか、こっちで中和してあげたり」と、《患者の気持ちや行動の意味を伝えて家族の理解を促(す)》した。また、「本人とするとやっぱり生活能力も現実としてはありませんし、あとは生活、情緒的なサポート、家族とつながっているという意識も持たせたまま自立していくような方向ではしたいなと思っているのですが、その辺の家族と本人とこちらの思うところとのずれもありまして、その辺の調整をしてもらいながらやっている」と、《コミュニケーションのずれを調整(する)》し、《家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化》を行った。

③『家族の心身の負担を軽減する』

外出に際しては、患者の要求に振り回されている母親に対して、「ダメなものはダメと言えば良いんだろけれども、その辺では、行くときは必ずこれとこれ、行くところはこれとこれ、と約束して行くようにはしたんですが」と、家族に《困る状況への対処の仕方を伝え(る)》て、《家族の対処行動や対処能力の強化》を図った。そして、「関わりがホントに薄い。今回呼んで、いつも来るのはお母さんだったから、お父さんをあえて呼

んだみたいな感じですよ」と、父親にも《家族としての役割を認識させる》ことで、〈家族の役割調整〉を促した。

4) D家族への家族看護の実践

D家族は、うつ病の患者とその姉である。母親が患者の世話をしてきたが、母親の死去により姉が一人暮らしの患者の買い物や通院に付き添うようになった。姉は自身の家族の世話と、患者の世話で気分転換もできず、自身の体調もすぐれない状態であったが、介護の負担を口にする事はなかった。

D家族への介入の方向性は、『家族の健康を維持する』『患者と家族が互いを理解する』『家族の心身の負担を軽減する』の3つで、ガイドラインの6看護介入分類を活用していた。

①『家族の健康を維持する』

「お姉さん自身、自分の健康に対して意識が薄いついていう部分もあったりするので、自分が健康でいることによって、ご本人さんを支えることができるっていうのを分かってもらえるように、関わっていきなりたいなと思います」と、《家族自身の体調を気遣うよう声をかけ(る)》、〈家族の日常生活・セルフケアの強化〉をおこなった。あわせて、「つらくなったら、ナースに声をかけてくださいとはかけてはいるんですけど」と、《困る状況への対処の仕方伝え(る)》て、〈家族の対処行動や対処能力の強化〉を行った。

②『患者と家族が互いを理解する』

別々に暮らしていた患者と姉が互いを理解できるように、《家族の思いを代弁して患者との関係をつな(ぐ)》ぎ、〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉を促した。そして患者の《病状の説明を(医師から)行(う)》い、〈家族教育〉を実施した。

③『家族の心身の負担を軽減する』

外泊に際しては、《家族の意向を尊重して無理強いしない》ように外泊期間を話し合い、〈家族の意思決定の支援・アドボカシー〉を行った。その後、急遽退院が決定したときには、「症状も本人は

ずっと不安定ということで、先生からは家族の協力が必要ということで、お姉さんも自分の生活があるので協力できる範囲について把握する必要があります」と、面談を設定し《家族が協力できる範囲を確認(する)》して、〈家族の役割調整〉を行った。

3. ガイドライン活用による看護実践の変化

3回の事例検討会後に行った看護師へのヒアリング内容の分析から、ガイドラインの活用による看護実践の変化として、〔家族の捉えの広がりと深化〕〔家族への意図的な看護介入の実践〕〔チームとしての家族への関わりの促進〕の3カテゴリーと19サブカテゴリー「 」が明らかになった(表2)。

表2. ガイドライン活用による看護実践の変化

看護実践の変化		看護師			
カテゴリー	サブカテゴリー	a	b	c	d
家族の捉えの広がり と 深化	新たな情報の獲得	○	○	○	○
	ニーズの把握	○	○		○
	家族像の深まり	○	○	○	
	背景としての家族からケアの対象としての家族への変化	○			
	家族看護の必要性の再確認	○	○	○	○
	不足の確認			○	○
家族への意図的な看護介入の実践	意図的な関わりへの変化	○	○	○	
	患者・家族のペースに合わせた介入への変化	○	○		
	患者・家族の状況に合わせた介入への変化	○	○		
	看護ケアの振り返り			○	
	再アセスメント・プランニング	○			
	家族への介入の手立て(手本)の獲得		○	○	○
	看護の方向性の獲得	○			
看護実践の言語化	○		○		
チームとしての家族への関わりの促進	視野の広がり・視点の変化	○		○	
	地域との連携の強化	○			
	スタッフ間の意思統一	○			
	スタッフ間の連携	○			
	スタッフの家族との関わりの変化	○			

〔家族の捉えの広がりと深化〕〔家族への意図的な看護介入の実践〕については、全看護師から抽出された。一方、〔チームとしての家族への関わりの促進〕は1看護師においてみられた変化であった。

1) [家族の捉えの広がり]と深化] について

ガイドラインを参照し家族をアセスメントする視点を得たことで、[新たな情報の獲得]や、「自分で頭の中に入れといて、家族と関わったあとにもう一回こう見て。ここはまあいいけど、今度はじゃあこんなところをちょっと焦点当ててみようかみたいな感じで」と、[不足の確認]を行っていた。そして、「それまでのものの見方が、患者さんが退院するためにはご家族の協力が必要で、そのためにご家族とどう協力してやっていくかっていう見方だったけれども、今回、ガイドラインを入れていくことで、そもそもご家族ってどんな思いを抱えていて、どんな生活をされていて、どんな気持ちで今おられるのかっていう辺りを踏まえて関わられるようになっていった」と語り、家族の[ニーズの把握]や[家族像の深まり]が見られた。「家族なんだからしてもらわなきゃいけないとかっていう、そういう視点ではなくて、どちらかといえば家族の状態を見ながら。(中略)家族が考えているということ、じゃあ、私たちどういうふうにサポートできるんだ」と、[背景としての家族からケアの対象としての家族への変化]が起こり、「家族看護もやっぱり大切なんだなって改めて思ったり」と、[家族看護の必要性の再確認]にいたる、[家族の捉えの広がり]と深化]が生じていた。

2) [家族への意図的な看護介入の実践] について

[家族の捉えの広がり]と深化]を基に、ガイドラインの介入項目を参照し、看護介入が実践されていた。「なかなか意識して関わらないとできないところがあるので、その意識を付けるため、そして具体的にどういったところに介入するかという指標になったかなと思います」と、[家族への介入の手立ての獲得]や[看護の方向性の獲得]ができ、[患者・家族のペースに合わせた介入への変化]や、「退院後の生活を見据えた具体的介入につながった」と、[患者・家族の状況に合わせた介入への変化]や[地域との連携の強化]ができ、「疾患教育や、社会資源のこととか、病気のことを受け入れられ

ないってというようなこの話とかも、できるようになった気がしたので、そうなったのって何かなと思ったり、やっぱり一個自分の入り方っていうのが変わったんだろうなあっていう気がしました」「やんなくちゃいけないとは分かってはいますけども、何でが分かんなかったりとか、何となくとかって感覚でやってたところが、こういう意味でって、科学的根拠じゃないですけども、こういう意味合いがちゃんとあってやってるんですよっていう意識をして関わられた」と、[意図的な関わりへの変化]が生じていた。そして介入の結果を[看護実践の言語化]を通して、「こういう視点って危機介入ってことじゃないんですかって言ってもらえて、初めて、ああ、そうかっていうふうに思えたりっていうところがあるので、結構自分も案外漠然とやってる部分ってあるんだなっていう気がしました」と、[看護ケアの振り返り]や[振り返りによるケアの不足点の確認]から、[再アセスメント・プランニング]を行い、「カンファレンスとかでも、みんなとちょっと違う視点からも見ることができるようになったかなって思います」と、[視野の広がり・視点の変化]を得て、[家族への意図的な看護介入の実践]につながっていた。

3) [チームとしての家族への関わりの促進] について

ガイドラインを導入するために、スタッフへの説明や協力を求めたりすることで、「スタッフの対応方法の統一につながる」など、[スタッフ間の意思統一]や[スタッフ間の連携]が促された。そして「研究チームの家族との関わりをみて、他のスタッフも家族と関わる時間が多くなった」と、[スタッフの家族との関わりの変化]にも影響が見られ、[チームとしての家族への関わりの促進]という効果が得られていた。

4. ガイドライン活用における課題に対する意見

ヒアリング内容の分析から、ガイドライン活用における課題として、ガイドライン導入のための準備・フォローアップに関すること、ガイドライン

の洗練化に関することが明らかになった（表3）。

ガイドライン導入のための準備・フォローアップについては、「勉強会とかをやってもらうと入りやすい」と、ガイドラインの目的や内容に関する<研修会/勉強会の開催>が必要であるが、「ガイドラインの勉強会をするだけではなくて、事例をうまく使って解説してもらえる、そういう知識提供の場がないと難しいんじゃないか」と、家族看護の知識の習得だけではなく、<事例での展開>で具体的イメージを得ることの必要性が述べられた。その上で、実際に看護師が行った家族ケアの実践事例で<事例検討会の開催>を行い、「スーパーバイズしてくれる人が入って『こういうことなんじゃないの?』みたいなことになれば、多分短時間のカンファでも盛り上がって、それを短時間でちょっと繰り返しのほうが、続けやすそうな気はしますかね」と、家族像やケアの方向性を検討するための<スーパーバイズの重要性>が指摘された。また、「システムとして組み込むときに、記録用紙がすごく増えたりとかすると、業務ばかりが煩雑になるので、そここのところの工夫が必要」など、業務負担への懸念が語られ、家族ケアを病棟で浸透させるためには、現存する記録用紙に家族の情報やアセスメントに関する記述欄を設けるなど<アナムネ用紙への活用>が必要であるとの意見が出された。

ガイドラインの洗練化については、「全部覚えて、業務に入って使うことは難しい。意識してやったからやれましたけど、普段の業務にとってそこまで丁寧に使えるかっていったら、ちょっとやっぱり難しいので」と、<内容のコンパクト化>を求める意見や、「介入とアセスメントの部分で行ったり来たりしてるだとか、その時期その時期で、例えばこういうところを見た方がいいとか、チェックするにはこういう項目っていうのがもっと端的に示されているといい」と、<視点の明確化>の意見があり、ガイドラインの構造の洗練化の必要性が挙げられた。「ガイドラインだけでは難しい。」「用語の説明を見ながらじゃないと

意味が分からない」と、<具体的な用語の説明><柔らかい表現>といった用語の洗練化についての意見も出された。

表3. ガイドライン活用における課題

カテゴリー	サブカテゴリー
ガイドライン導入のための準備・フォローアップ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修会/勉強会の開催 ・ 事例での展開 ・ 事例検討会の開催 ・ スーパーバイズの重要性 ・ アナムネ用紙への活用
ガイドラインの洗練化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内容のコンパクト化 ・ 視点の明確化 ・ 具体的な用語の説明 ・ 柔らかい表現

V. 考察

1. 精神科看護師のガイドラインの活用状況

1) 活用された介入分類と実践の特徴について

精神科看護師が実践した家族看護介入のうち、〈家族の日常生活、セルフケアの強化〉〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉〈家族の役割調整〉は、全ケースで選択され、本研究の家族看護介入の中心として活用されていた。そして、これらの介入は、〈家族の意思決定の支援・アドボカシー〉を織り込みながら実践されていた。

精神障害者を家族員としてもつことによって、家族は無力感や困惑、緊張から疲弊し、心的負担を感じている（岩崎ら、1998；田中ら、2008）。そのような家族はセルフケアの低下を容易に引き起こす。本研究でも精神科看護師は、〈家族の日常生活、セルフケアの強化〉に焦点を当て、家族のセルフケア領域とセルフケア能力を見定め、援助を行っていた。心身が疲弊しセルフケアが低下した家族では、家族関係や家族の役割にも新たな課題が生じる。そのため、〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉〈家族の役割調整〉の介入を活用し、互いの思いの疎通を改善したり、一家族員への負担が過重にならないよう調整し、生活の維持に向けた支援をしていた。このように

家族のセルフケア低下に着目した看護師は、〈家族の日常生活、セルフケアの強化〉〈家族関係の調整・強化、コミュニケーションの活性化〉〈家族の役割調整〉の介入を積極的に活用し、家族の日常生活を整えることを基盤に家族をエンパワーメントすることを重視していた。

さらに、心的負担を抱える家族には、〈家族への情緒的支援の提供、家族看護カウンセリング〉、〈家族の危機への働きかけ〉も行っていった。國方(2005)は、意識的・積極的に家族の情緒的支援者になることが家族のQOLの維持・向上に重要であると述べている。本研究でも、関係性や情緒的な安定を支援することで家族の生活やセルフケアを維持しようとしていた。

また精神科看護師は、〈家族の対処行動や対処能力の強化〉をし、《家族が患者の変化に気づけるようにする》などの〈家族教育〉を行っていた。統合失調症患者をもつ親の対処技能が介護負担感に影響する(川口ら、2014)ように、家族のもつ対処方法を把握し、家族への疾患教育と並行して対処方法のレパートリーを増やして、その技能を高めることで、家族の心身の負担を軽減し、家族のエンパワーメントをしていた。そして、〈親族や地域社会資源の活用〉を促進することで、家族だけで背負い込まず、家族の力を維持できるように支えていた。

以上より、精神科看護師がガイドラインを参照することで、家族の状況を包括的に査定し、その査定を基に家族をエンパワーメントする家族看護介入を多彩に実践することが可能になると考えられる。

2) 活用されなかった介入分類について

〈家族の発達課題達成への働きかけ〉〈家族の力の強化〉に関する介入の実践はなかった。〈家族の発達課題達成への働きかけ〉は、家族の発達の危機を乗り越え、健康を維持できるよう支援するものであり、発達課題に直接アプローチする方法と間接的にアプローチする方法を家族によって巧みに活用する援助である(中野、2005)。本研究で

〈家族の発達課題達成への働きかけ〉の実践がなかった理由として、一つには〈家族の役割調整〉や〈家族の対処行動や対処能力の強化〉など他の介入分類に織り込まれ間接的に提供されていた可能性が考えられる。もう一つには、精神科看護師の家族発達を捉える視点が十分に培われていないことや、家族発達の概念が浸透していないために、アセスメントの段階で発達課題に着目できていない可能性が考えられる。鈴木(1999)は、慢性疾患などの長期にわたる健康問題をもつ家族では、家族としての発達を成し遂げながら、健康問題の解決を図るという視点で援助することが重要であると述べ、家族の発達課題を把握する必要性を指摘している。精神疾患も慢性的な経過を辿り、家族は家族の発達段階の移行に際して危機に陥りやすいと言える。そのため精神看護領域においても、家族の発達を支援することは重要であり、ガイドライン活用の教育において、家族の発達段階や発達課題に着目する視点を強化する必要がある。

〈家族の力の強化〉も、家族のセルフケア能力の向上や対処能力の向上など、他の全ての介入の中に織り込まれているため、この項目独自の介入としての実践は抽出されなかった。〈家族の力の強化〉で提示されている認識力や情報活用力などは、介入を行う際に強化する力の指標あるいは介入後の効果の指標として活用できる。今後は精神看護領域での家族の力としてガイドラインに提示している力以外にも注目すべき力があるのかを、介入後の家族の反応からも検討していく必要がある。

2. ガイドライン活用による精神科看護師の実践の変化からの有用性の検討

ガイドラインには家族を理解するために押さえるべき情報が明示されており、系統立てて情報の整理ができる。橋本(2004)は、家族看護を実践する際に、看護師が家族の情報を得ることに困難を感じていること、小刻みなかわりから情報を

つなぎ、家族に関する情報を意識化する必要性があることを述べている。研究協力者はガイドラインを参照することで、意図的に家族と面接を実施したり、日々のかかわりから情報として拾い出したりしており、情報の意識化が促進されていた。そして本研究では、得た情報を整理して関連付け、家族像を形成する過程をコンサルテーション機能を持つ検討会でフォローしたことで、〔家族の捉えの広がり〕と深化〕が促されたと考えられる。

家族像の豊かさは、より適切な介入を導く基盤となる。関根ら（2008）は、家族看護エンパワーメントモデルを用いることで、目の前の家族員から、その背後に存在する家族員の体験をも捉えて家族像が描かれ、新たなケアの方策が見出される可能性を述べている。本研究ではコンサルテーションによる効果も加わって、家族像が深まり、精神科看護師の〔家族への意図的な看護介入の実践〕につながったと考える。

また、ガイドラインの活用者は研究協力者に限られていたとしても、家族への介入に際して、病棟スタッフへの説明や協力依頼は不可欠であった。病棟スタッフが協力体制をとる中で、一部のスタッフには家族看護への興味や関心が引き出される様子も見られた。

このように、家族看護エンパワーメントガイドラインを活用することで、ケアの対象として家族を捉え、意図をもって家族に働きかけるようになること、家族看護介入の効果や手応えを実感することで、研究協力者のみならず、チームも刺激を受け、チームの活性化も期待できると考える。

3. 家族看護エンパワーメントガイドラインを臨床実践に導入する上での課題

看護師がガイドラインに沿って家族のアセスメント、家族像の形成、ケアの実践の一連の流れを実施しようとする、家族との面接時間の確保のために他の業務を調整したり、同僚の協力を求めなければならない状況が生じていた。加えて、記録時間の負担も新たに生じており、家族看護の実

践には多大なエネルギーを必要とする状況がうかがえた。さらに、精神科特例による看護師配置の影響や、チーム医療の中で精神保健福祉士などの専門職者が家族との面接を行う場合も多く、家族看護の実践が希薄に成りがちな状況を生んでいる可能性が考えられる。そのため、家族看護の実践による患者と家族への効果が実証されないと、日常のケアとしてガイドラインを活用し、家族看護を実践するに至るには、未だ超えるべき課題が多いと言わざるを得ない。

中野ら（2012）が、小児看護専門看護師を活用し、家族看護エンパワーメントガイドラインを根付かせる取り組みを報告している。本研究でも、「スーパーバイズの重要性」「事例検討会の開催」が課題として明らかになったように、ガイドライン活用のための教育と、看護実践を行う看護師を支持する職場環境や体制が必要である。本研究は、教育—実践—コンサルテーションの循環の中で実施したものである。家族看護の積極的な実践に踏み出しにくい精神科の状況において、リフレクションやコンサルテーションの場で家族の情報や介入の意味づけを丁寧に行ったことが、精神科看護師をエンパワーし、家族看護の実践を支えていた。ガイドライン活用を精神看護の実践現場に根付かせるには、現任教育で家族看護の学習機会を設けることに加えて、精神看護専門看護師や家族支援専門看護師が実践のモデルとなり直接ケアを展開し、その効果を評価することや、家族看護が実践できる精神科看護師の育成と、家族看護の実践を継続して支える相談体制の整備が必要である。

4. 本研究の限界と今後の課題

精神科看護師が、『家族看護エンパワーメントガイドライン』を活用することで、家族を捉える視点が明確になり、家族に対する多面的なアプローチが可能になると考えられ、精神看護領域でガイドラインを活用する有用性が示唆された。今回は急性期病棟や短期入院での家族に対する看護

介入であったことから、長期入院患者の家族など様々な家族の状況でも実践事例を重ね、ガイドラインの有用性を引き続き検討していく必要がある。また、今後は介入の効果を検証し、それを臨床現場に返していくことで、精神看護領域でのガイドライン活用の普及と家族看護の発展を目指す必要がある。

VI. 結論

精神科看護師が、『家族看護エンパワーメントガイドライン』を臨床で活用することで、家族をエンパワーメントするための効果的な看護実践が促進されることが示唆された。ガイドラインに基づく家族看護の普及には、看護師への家族看護に関する教育と、実践のモデルとしての専門看護師の活動、家族看護が実践できる精神科看護師の育成が必要である。

謝辞

本研究にご協力いただきました精神科看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。なお本研究は、科学研究費基盤研究A(研究課題番号:22249070)の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

橋本真紀：家族像の形成におけるナースのジレンマ，*家族看護*，2(2)：21-25，2004
 岩崎弥生：精神病患者の家族の情動的負担と対処方法，*千葉大学看護学部紀要*，20：29-40，1998
 蔭山正子：家族が精神障害者をケアする経験の過程-国内外の文献レビューに基づく共通段階-，*日本看護科学会誌*，32(4)：63-70，2012
 菅野睦美，馬場香織，大竹眞裕美：退院を回避するため行動化を繰り返していた患者への退院支援 援助関係形成と家族看護エンパワーメントモデルの視点での看護実践の分析：日本精神科看護学術集会誌58(3)，94-98，2015

川口めぐみ，長谷川美香，出口洋二：退院1年未満の統合失調症患者を介護している親の介護負担感の関連要因，*家族看護学研究*，20(1)：2-12，2014
 小山記代子，井出千草，山下雄三，他：化学療法導入時の白血病の子どもと家族の意思を尊重した看護，*小児看護*，33(1)：88-94，2010
 國方弘子：精神障害者の家族員のQuality of Life，*日本看護科学会誌*，25(3)：96-101，2005
 中野綾美：第7章 X 発達課題達成への支援，(野嶋佐由美 監修)，*家族エンパワーメントをもたらす看護実践*，199-205，へるす出版，東京，2005
 中野綾美，佐東美緒，益守かづき：小児看護専門看護師を活用した臨床-研究連携システムの構築方法-家族看護エンパワーメントガイドラインを臨床に根付かせる取り組みを通して-，*高知女子大学看護学会誌*，38(1)：43-52，2012
 野嶋佐由美：1章 家族看護学に家族看護エンパワーメントモデル，(野嶋佐由美 監修)，*家族エンパワーメントをもたらす看護実践*，1-15，へるす出版，東京，2005
 関根光枝，長戸和子：家族看護エンパワーメントモデルの有効性-事例とケアの分析-，*高知女子大学紀要*，57：59-68，2008
 鈴木和子：第2章 看護学における家族の理解，(渡辺裕子，鈴木和子)，*家族看護学 理論と実践* 第2版，17-57，日本看護協会出版会，東京，1999
 田中いずみ，川中淑恵：精神科外来に通院する患者を抱える家族の思いの検討-生活困難を有する状況で家族が話した内容-，*富山大学看護学会誌*，8(1)：11-20，2008
 白田成之，上平悦子：統合失調症患者の家族の不安軽減に対する看護介入 家族看護エンパワーメントモデルから分析した効果，*日本精神科看護学会誌*50(2)，260-264，2007

