

地域看護における 家族への教育的支援

東京医科歯科大学医学部保健衛生学科

高階恵美子

Takagai Emiko

個々の暮らしと連動するさまざまな行動をより健康的な行動へと導く教育的支援。そのプログラムの基となる家族アセスメントスケールの開発と実用化の行程を題材として、地域看護の場面において個人・家族と看護職者に円環する教育効果と支援の意味を考察する。

地域保健活動の特性と保健婦像

地域内で看護職が行う保健活動は、そこに住む人々がより健康的な生活をし、生活の質を高めることを目指している。それらの活動は、重篤な状態にある在宅療養者等に対する個別ケアから健康祭り等の企画運営といった比較的健康状態の良好な不特定多数の市民への働きかけに至るまで、広範かつ多様な方法で実施されている。そして地域におけるこれらの保健活動は公的なサービスであるから、市民は誰でも、より健康に暮らすために必要なサービスを受ける権利を有している。

一方、その地域を構成する1人ひとりの生活は、ともに暮らす家族や彼らが所属する近隣社会から常に有形無形の影響を受けて変動し、それに伴って個々人の健康も変動している。したがって、個別的なケアを最も効果的に提供するには、家族や社会が織りなすさまざまな思考や行動のパターンを熟知した上で、組織的なアプローチを組み立てる必要がある。

新時代に応えるためのベクトル探し

本年4月から完全実施となった地域保健法に基づく21世紀の地域保健活動の担い手として、看護職は地域保健においてどのような役割をどのような手法によって発揮するのか、それを具体的に示すことが必要とされている。

日本看護協会は厚生省の委託を受けて、1993年度より先駆的保健活動交流推進事業を実施しており、その中で、地域内の健康ニーズに基づく保健活動を施策化するプロセスを明らかにしてきた。また一連の過程を推進するため看護職に要求される主要な能力を抽出し、それらを強化する研修プログラムを開発・普及している。

しかし健康施策の実現に向かう推進力は、提供者側の力量のみで成り立つものではない。現に質の高いサービスが準備されても、それらを効率よく運用するには、市民の側にも優れた活用能力が必要と考えられる。今後の課題はおそらく、市民がサービス活用術を習得するための支援方法を模索し示すことであろう。そして、この両側面が相そって初めて生活に密着した新たな地域保健活動が実現するのではなかろうか。

教育的支援を指向した家族アセスメント

さて、ここでは市民の側が優れた活用能力を獲得する教育的支援の一手法として、現在開発中の改訂版 ASFP (1996年に開発した家族生活力量アセスメントスケールの改訂版; Assessment Scale for Family Power) を取り上げ、その開発と実用化への行程から、個人・家族と看護職者との間に介在する円環的な教育効果について検討したい。

1. 家族アセスメントの意義

保健婦は地域における日々の保健活動において、住民個々の暮らしと連動するさまざまな行動が、より健康的な行動あるいは選択へと移行し定着するよう支援プログラムを立てる。その準備段階においては、家族や近隣社会といった生活環境をアセスメントする。なぜならば私たちの思考や行動の多くは通常、自分を取り巻く外界と微妙な折り合いをつけて展開しているからである。個人の健康にとって不利益な健康習慣がなぜ繰り返されているのかを知り、何をどのようにすれば健康へのリスクを除去することが出来、そして行動の変容が可能になるのかを明らかにするためには、その個人の生活環境のアセスメントが不可欠なのである。

殊に家族は、単に社会を構成する最小単位であるだけでなく、個人の健康観形成やさまざまな健康習慣を育む土壌でもある。またある種の行動を変えていく際には最も身近な協力者となったり、時にはこれを阻む者にもなる。

このような理由で、地域看護においては従来から家族や社会環境のアセスメントが重要視されてきた。けれども家族に関する多様な情報を、家族自体の健康な暮らしを守る力という側面から整理した共有の評価指標はなかった。そのため、保健婦は経験年数の長短や生活体験、分析能力のいかに関わらず、家族構成や各家族員の健康状態、家屋構造や経済状態などの情報から経験的に家族自体の健康な暮らしを守る力を評価してきた。わが国において、これらを体系化し1つのアセスメントの枠組みを構築しようとする研究的な取り組みが始まったのは、1980年代からである。

表 1 家族の生活力量*の各アセスメント指標と定義

指標名		定義
日常健康維持力	a. 健康維持力	健康生活を営む上で必要な、家族の基本的保健行動力をいう
	b. 健康問題対処力	何らかの健康問題が発生した場合、それを理解し対処しようとする、家族の保健行動力をいう
	c. 介護力または養育力	他者による身辺の世話を必要とする家族員が発生した場合、それを判断し補完する家族の保健行動力をいう
	d. 社会資源の活用能力	健康課題の解決・改善及び日常生活を営むために有用な家族外の資源を理解し活用しようとする家族の保健行動力をいう
日常生活維持力	e. 家事運営力	日常生活を営む上で必要な炊事や掃除などの家事を運営する力をいう
	f. 役割再配分・補完力	役割変化の必要が生じた場合、それを理解し各機能を保持しようとする、家族の柔軟な役割交代や相互に補完する力をいう
	g. 関係調整・統合力	家族員の自立・自由を確保しながら、家族の凝集性を高め柔軟に家族関係の調整を行いまとまろうとする力をいう
	h. 住環境整備力	安全・便利・快適な家屋やその周辺の環境を整備する力をいう
	i. 経済・家計管理能力	生活の基盤となる収入を得て計画的に消費しようとする、家族の経済運営力をいう
条件	j. ライフサイクル	家族の成立から現在に至るまでの段階的生活周期を指す
	k. 社会資源	家族のニーズを充足するために利用または利用可能な制度・集団及び個人が所有する知識や技能・施設設備・資金及び物品を指す
	l. 自然・社会環境	家族を取り巻く自然・社会環境のうち健康問題と関係しやすい環境要素を指す

*家族の生活力量とは：家族が健康生活を営むための力量（知識・技術・態度・行動・情動）と、それに影響する主要な条件の統合体である。家族及び家族員の健康の維持・増進に影響する、個々の家族員・家族システム・家族の社会的力の総体として捉える立場であり、家族の各力量と諸条件の相互ダイナミクスを包含する。

2. 改訂版 ASFP の成り立ち

家族自体の健康な暮らしを守る力を焦点にして家族アセスメントする枠組みの開発は、熟練保健婦と地域看護学研究者が組織した家族ケア研究会（1983年発足）における定期的かつ継続的な実践と理論の積み重ねに基づいている。ここでは、家族を独自の健康生活を営む能力を持つシステムと理解し、その力を家族生活力量と定義し

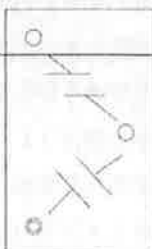
表 2 看護における家族アセスメント・フローシート

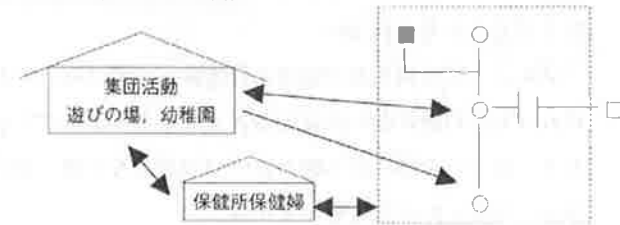
<p>1. IP (Identified Patient) と家族の概要 多動で奇声を発し発育が悪いため精神運動発達遅滞で障害認定の手続きを進めていた3歳6カ月児と母、児の出生直後より父の虐待があったため、児が2歳の時に離婚。母は元夫の暴力による後遺症のため定職がなく慰謝料で生活していたが、それがなくなったため、母の実家に戻ってきた。 母の実家には母の実母（児の祖母にあたる）が畑作業による収入と年金で一人暮らしをしていた。</p>	<p>レーダーチャートとその分析</p>
--	----------------------


2. 家族生活力量	事実データ	問題点	介入内容	介入後の変化
a 健康維持力 (個人のニーズ：自己表現、自尊承認、所属・愛、安全・安定、生理的欲求の側面から検討)	訪問すると奇声を上げて走り寄りびったりと抱きつく、嫌な時ひっくり返る。表情乏しく笑わない。発語なし。菓子の包み紙をはがしてちぎる巧緻動作に集中。母は中卒後、集団就職。母の実母は田畑の仕事に忙しく暮らしてきた。高血圧と腰痛あり通院している。	感情表現が特異的で、心身発達障害がある。転居先の生活になじんでいない。家族それぞれに健康問題を抱えている。	家族の意思疎通を円滑にする生活リズムを調整し、整える。定期的な訪問により、家族員それぞれへの対応をする。	規則的な生活リズムを獲得。
b 健康問題対処力	児の発育は正常だと思っている。言葉が出ないと言われたので本を買ってきたり、文字遊びをさせるが嫌がって出来ない。児の両手が腫れ上がり紫色になっている。母は奇声を上げると手をつねる。来客がある時、昼の時間帯は部屋に閉じこめ鍵をかける。冷蔵庫にはガムテープ、家の各所に鍵がある。祖母は児が泣くと煩いという。	児の発育状況が理解出来ない。具体的な虐待がある。児の動きが気になってしまい、行動を制限している。祖母への気兼ねがある。	3歳児精検を受検する。訪問指導・健康相談、栄養指導をする。具体的な子育て方法を指導。	境界域で経過観察となる。困った時には保健婦に相談話をかけるようになる。おやつ必要性を理解。文字遊びは少し待って別な遊びへ。一語文話せる。ゆとりのあるトイレットトレーニングが出来自立、靴を履ける、ボタンをしめる。
c 介護または養育力	母は田畑の作業に忙しい両親の下、放任で育った。離婚した夫は児が泣くと投げ飛ばしたり蹴ったりした。慰謝料でプールに行ったり遊んで暮らしていた。祖母は今頃帰ってきて迷惑だ面倒みたくないと思っている。母自身、夫の暴力による上肢の不全麻痺、精神不安定があり、力仕事は出来ない。	児に適する接し方が出来ない。子育て方法がわからない。養育方針がバラバラ。母の精神症状の改善が必要。	外遊び、タッチ、抱きしめる、声かけ、買い物、おやつづくりなど意図的なスキンシップと自由に行動出来る時間と遊び空間をもつよう務める。集団遊びの場へ。母と祖母の心理的サポート。母の受診先を決める。	母にだっこ出来るようになる。外遊びやグループ活動の場へ出かけるようになり、行動制限時間が減った。児に表情が出た、笑えるようになった。奇声が減った。他の児と接触出来る。母の服薬開始、心理的に安定。
d 社会資源の活用力	身内の恥はさらしたくない。近隣には家庭内のことを話さない。障害児がいると思われたくない。保健婦は頼りになるお姉さん。	家庭外で健康や家庭内のことを話す相手は保健婦のみ。	秘密保持。必要な情報の提供。	母の主治医が決まった。保健婦との信頼関係が出来定期的な関わりをする。
e 家事運営力	日常的な家事は母が実施			
f 役割再配分・補完力	祖母は自分のことは自分です。対象親子のことに関わりたくない。	現状維持。	家族の意向を確認し支持。	現状維持。
g 関係調整・統合力	祖母は必要なこと以外、対象親子と接しない。それぞれのペースを守る。母は祖母に気を遣っており、機嫌を悪くさせたくない。一緒に暮らすことに関しては折り合いがついている。母の児に対する愛情の表現は「規制」「強制」であり、「包容」がない。児はいつも母の目を伺ってビクビク行動。	家族内のコミュニケーションが円滑でない。	家族の気持ちを受け止める共通の関心について話し合う場合の具体的なコミュニケーションの取り方を助言。子供はいろいろなことに興味を持って日々成長していることを説明。訪問の際、児のいいところをほめ、寛容な姿勢を示す。	子育ては現状維持。対立が少なくなった。収入に関することは共に話し合う必要性を認識し、話すようになった。母と祖母の緊張感が緩和した。母から対象への思いやりが感じられるようになった。
h 住環境整備力				
i 経済・家計管理力	祖母の年金と畑作業の収入	低収入	収入源の確保策を検討	町の母子家庭手当を受給

表2つづき

3. 家族のライフステージ					
祖父	結婚	母の兄誕生30歳	母誕生36歳	死亡40歳	(現在)
祖母		23	29	33	62
母の兄		0	6	10	死亡32
母			0	4	転居33
対象 (IP)				集団就職15結婚出産29離婚31	0 3.6

4. 家族システム・交流の特性	
 <p>同居はしているが、祖母は対象親子とあまり話さず家族員がバラバラな状態。祖母は働かずにはいられない。母は働けない。</p>	<p>保健婦の説明や接し方を見ながら、母は児への接し方を少しずつ工夫し、変えていった。母の心理的安定を図り、児との関わりを最も大切にすることによって、母子関係を再構築しはじめた。母は自分が実母からどのように育てられたか覚えていない、子育ての仕方がわからないと語り、児との毎日を通して自分も勉強しているんだ、児がかわいと思うようになった。</p>

5. 家族と社会システムの関係	
	<p>母の実父が早くに亡くなったことから、母と母の兄はいつも働く祖母を見ながら育った。近隣に親戚が住んでいるが、お互いに身内の恥はさらさないという考えで、家庭内のことは話さない。集団就職後、祖母と同居していた兄が事故死、それに伴い兄嫁とその子供たちが家を出たため、祖母は細々と一人暮らしをしていた。保健婦は母子関係に問題を持つ親子の遊びの場へ導入すると同時に同年代のこと接する機会を持つため、幼稚園への通学を検討、周囲の意見調整をし導入した。</p>

6. 危機克服パターン	
	<p>祖父は早期に死別 集団就職、結婚・出産 暴力により離婚 母と兄の障害・生活困難 母の実家へ転居</p>

母は実父を覚えていない。祖母は必死に働き子を育てた。母が集団就職先で知り合い結婚した男性は情緒不安定で暴力が激しく、兄の頭が座らないうちから投げ飛ばしたりしていた。母も障害があって働けないことから離婚後は慰謝料で生活していたが、生活に困り母の実家に帰ることになった。長年別居してきた親子が急に同居することになり、家族関係を再構築する必要が生じている。

7. 発達課題と家族の生活史	
<p>対象は生まれてすぐから暴力を受け、基本的な信頼を獲得出来なかった。感情表現をしようとするときと規制が加えられるため、いつも親を気にかけて陳を見て動くことを身につけた。基本的な躰がなされず、生活習慣が獲得出来ていない。母も自分が養育された過去を振り返ることが出来ず、夫の姿から兄が言うことを聞かない時には暴力でこれを規制するのがいいと思ってしまった様子。腕に力が入らないのでつねる、閉じこめるという手段でこれを実施している。検診で発育が後れていると指摘されたことで傷つき、早く言葉が出るよう文字を教えている。しかし兄はこれに関心を示さないため、兄を受け止めることが出来なかった。母自身が養育方法を学び、育児を楽しむゆとりをもち、兄に合った対応が出来るよう日々の暮らしを通して学習し直す必要がある。</p>	

8. 社会資源	
<p>保健婦についてはいろいろ相談出来る相手と考えており、比較的受け入れがいい。近隣の人から兄を立派なお嬢ちゃんを見てほしいので、外に出る時はいつも緊張している。遊びの場ではさまざまな障害を持つ親子と一緒にいるので、比較的リラックス出来る。自分の障害については主治医が決まっただので安心した。仕事が出来ないので収入が心配。</p>	<p>幼稚園からは当初、障害児の受け入れ拒否の回答を受けたが調整により通園が可能となった。</p>

9. 自然・社会環境	
<p>雪国の山間部に自宅があり、買い物や冬季の活動制限など、自然環境に伴う暮らし難さがある。少ない収入で生計を保つためにどのようにやりくりするか、共に考えることで買い物やお出掛け、通院、通園などのバランスはとれている。</p>	<p>祖母は高血圧と腰痛があるが、働かずにはいられないという考えがあり、コントロールしながら畑作業などを行っている。近隣はほとんどが親類縁者であり、気遣いが多い。</p>

長期的目標	
<p>母子関係を再構築し、兄の発育を促す養育環境を整えること。</p>	<p>最低収入を確保し、家庭内のコミュニケーションが円滑になるよう支援すること。</p>

短期的目標	
<p>保健婦がロールモデルとなり、兄にあった接し方が出来るようになる。</p>	

た(1996年)。家族生活力量は、状況によって変動する9つの指標とそれに影響する3つの条件を包含しており、現在の家族状況に応じて必要なケアの内容と投入量を検討する手がかりとなる(表1)。つまり、同じ病状あるいは健康状態の市民に関わる場合であっても、家族の生活力量によって組み立てるプログラムは異なるということである。比較的セルフケア力の高い成人と比べれば、とくに母子や要介護高齢者では、家族全体がケア対象となる場合が多く、家族生活力量をアセスメントする意義は大きくなる。そこで上述した変動する9つの指標について尺度化を試みたのが ASFP であり、さらに多数例への適用を経て必要な修正を検討した結果、106項目からなる改訂版 ASFP を作成するに至っている。

3. 改訂版 ASFP を用いた家族アセスメントの実践例

表2は養育体験の乏しい母が無意識に児を虐待していたことによって、児の発育が阻害されていた事例の分析結果である。

まず改訂版 ASFP を用いて大まかにアセスメントをし、さらに複数の側面から家族を総合的にアセスメントすることによって家族へのアプローチを実施し評価した。

児の発育が遅れているので障害申請に必要な精密検診を受けるよう指示を受け、転入してきた母子。母親はとても人当たりがよく、また児の遅れを他人から指摘されるのは嫌な様子である。保健婦は訪問時の児の様子、児の両手にある内出血、そして室内各所に取り付けられた鍵などから虐待を疑い、その理由を家族アセスメントの過程で明らかにしている。ここで、発達の遅れあるいは虐待といった現象だけを捉えて検診や母子分離を薦めるのは容易である。しかし母児双方の現状から過去を振り返った時、それ以前に必要な有効な策が2つ考えられた。1つは、日々の養育に必要な母親モデルを確保すること、そしてお互いが自然な接し方を身につけるための集団的な関わりの場を用意することであった。母は身体の不調を感じており、収入源となる仕事もなかった。そのため母児は常に閉じた間柄で暮らしていた。母は具体的な目標やプランを立てることが出来ずにイライラして過ごしていた。アセスメントに基づく前記の対応によって母は安心感を得、ほどなくしてゆとりをもって児に対面出来

るようになった。これに呼応するように、児には笑顔や興味を示す表情が見られるようになり、独自のペースで生活習慣を獲得していった。

4. 家族アセスメントに基づく教育的支援による効果

ここで取り上げた母子と保健婦の間には、いったい何が介在していたのだろうか。平常の保健活動と比べてとりわけ際だつ何かがあっただろうか。取えてポイントを述べるとすれば、それはお互いがお互いから学ぼうとしていたということに他ならないだろう。家族の立場から健康を守る力を捉え直そうとした家族アセスメントの枠組みは、それを鮮明にするという意味において有用だったと言えるかもしれない。

詰まるところ個人及び家族と保健婦の間には、たとえば太鼓の掛け合いに見られるようなダイナミクスがあり、頃合いを図ったり響き合いつつ新たな行動への手がかりを互いが学習し合っている。

まとめ

いずれにせよ、地域看護において保健婦はいま、その特性を客観化することを求められている。ひとつのベクトルは施策化に向かう看護職の技術を焦点として、既に多様な取り組みがなされている。けれども健康施策を実現するためには、そこに住む1人ひとりが優れたサービス活用を持つ必要がある。そして、そのような観点から保健活動を検討することによって、保健活動が常に双方の知ろうとする意思、つまりモチベーションまたはレディネスを機軸として展開しているという事実を再確認することが出来る。加えて地域看護における教育的な支援とは、そこに生活する人と体験をともにすることを通して、効果的に教えるためのノウハウを学び取る過程を含んでいると考える。

参考文献

- 1) 家族ケア研究会：家族援助のための理論と看護への活用法，看護技術，46(5)，371-379，1990。
- 2) Friedman, M. M. : Family Nursing: Theory and Assessment, Appleton & Lange, 1986. 邦訳：家族看護学——理論とアセスメント，野嶋佐由美ほか訳，へるす出版，1993。
- 3) Freeman, R. B. & Heinrich, J.: Community Health Nursing

- Practice, Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1981.
- 4) 島内節ほか：家族を単位とした分析視点と支援技術，保健婦雑誌，40(12)，p. 10-54, 1984.
 - 5) Wright, L. M. & Leahey, M.: Nurses and Families, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1994.
 - 6) 島内節ほか：地域看護学講座⑥家族ケア，医学書院，1994.
 - 7) 福島道子ほか：家族の生活力量アセスメント指標の開発とその構造，日本看護科学学会誌，15(3)，第15回日本看護科学学会講演集，p. 247, 1995.
 - 8) 森岡清美ほか：家族社会学の展開，培風館，1993.
 - 9) 森岡清美ほか：新しい家族社会学，培風館，1983.
 - 10) 福島道子ほか：家族の生活力量アセスメント指標の開発—第1報アセスメント指標の精選，日本看護科学学会誌，16(2)，第16回日本看護科学学会講演集，p. 210-211, 1996.
 - 11) Roach, M. S.: The Human Act of Caring, M. Simone Roach and Canadian Hospital Association Press, 1992. 邦訳：アクト・オブ・ケアリング，鈴木智之ほか訳，ゆみる出版，1996.
 - 12) Funnell, R., Oldfield, K. & Speller, V.: Towards Healthier Alliances, London: Health Education Authority, 1995.
 - 13) 先駆的保健活動交流推進事業保健婦（士）活動あり方検討小委員会：これからの地域保健における保健婦（士）活動指針——保健活動事例を通して，日本看護協会出版会，1997.