

論 文

精神科看護師による急性期にある 精神疾患患者の家族への看護



甘佐 京子¹⁾, 川口 優子²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部

背景 精神科急性期病棟では、激しい精神症状を呈する患者や、初発患者が対象となる。こうした患者の場合、その家族もまた様々な不安を抱えている。実際家族が最も緊張が高いと考えられる入院当初では、看護師により実際どのような介入が行われているのかを知ることは、系統的な家族ケアを構築していく上で重要であるとする。

目的 精神科看護師が急性期の患者をもつ家族に実施しているケア内容を明らかにするとともに、急性期における家族への看護介入の構造を検討する。

方法 精神科に5年以上勤務する看護師10名に対し、急性期の患者家族に対して、実践していると認識している「ケア実践」等について半構成面接を実施し、質的な分析を試みた。

結果 インタビューの中で語られた家族ケアに関する内容50フレーズをコード化し、類似した内容をカテゴリー化した。家族機能への看護が介入として「行動領域」への介入8項目「認知領域」への介入7項目、「感情領域」への介入12項目、合計27項目が抽出された。

結論 精神科病棟に勤務する看護師は、急性期という特異な状況にある患者の家族に対し、「認知」「感情」「行動」の各領域に対して、家族システムの再構築に向けて構造的な介入の実践が行われていた。

キーワード 家族ケア, 急性期, 統合失調症

I. 緒 言

2002年度の診療報酬改定等も影響し、精神科病院では急性期病棟(短期入院病棟)が定着しつつあり¹⁾、急性期の看護実践が様々な方向で模索されている。急性期病棟では、医療・看護の主たる対象はもちろん患者本人である。しかし、急性期病棟の本来の目的のひとつは、短期間(おおよそ3か月)で患者を地域に戻すことにあるので、

Care to families of acute psychiatric patients offered by of psychiatric nurses

Kyoko Amasa¹⁾, Yuko Kwaguti²⁾

¹⁾School of Human Nursing The University of Siga Prefecture

²⁾Faculty Nursing & Rehabilitation Konan women's University

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先: 甘佐 京子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: amasa.k@nurse.usp.ac.jp

地域での支援者の核となる家族に対しても、当然看護師による介入が必要である。

急性期病棟では、激しい精神症状を呈する患者や初発患者が対象となる。こうした患者の場合、その家族もまた様々な不安を抱えている²⁾。特に、初発患者の場合、患者が若年であることが多く、家族間の結びつきも強いために³⁾、患者同様に家族も大きな痛手を受けている場合が少なくない⁴⁾。医学中央雑誌の文献検索サイトにおいても、2002年には精神科急性期の家族ケアについての報告が一気に増加しており⁵⁾、その後も報告数が増加している。内容も事例検討⁶⁾から、ケアの実態⁷⁾⁸⁾、看護師の意識調査⁹⁾、家族教育に関するものと多岐にわたる¹⁰⁾。しかし、精神疾患患者の家族に対する系統的なケアに関する報告の中で、急性期に焦点を当てた研究は少ない。

実際、家族の緊張が最も高いと考えられる入院当初では、看護師によりどのような介入が行われているのか、また、個々の介入にどのような関係性が存在するか興味深い課題である。それを知ることは、系統的な家族ケアを構築していく上で重要である。

II. 研究方法

1. 研究目的

本研究の目的は、以下の二点である。

- 1) 精神科病棟に勤務する看護師が急性期の患者をもつ家族に対して実施しているケアの内容を明らかにする。
- 2) カルガリー家族介入モデル¹¹⁾に基づいて各介入領域(認知・感情・構造)別に、急性期における家族への看護介入の構造を、検討する。

2. 用語の定義

- 1) 患者の家族：家族とは同一世帯で生活を送る血縁関係を結ぶ小集団である(広辞苑)。本研究では、精神疾患である患者と同居しており、かつ患者の保護的役割を担うものであり主に父母と限定する。
- 2) 精神疾患：本研究において、ICD(国際疾病分類)－10分類でF2に分類される、統合失調症および統合失調型障害、妄想性障害等を精神疾患とする。
- 3) 急性期：妄想・幻聴、させられ体験などの精神科特有の激しい陽性症状を示し、患者が病的世界に支配されている状況で、混乱の時期であり看護上、特別な配慮を要する時期である¹²⁾。
- 4) 家族介入：カルガリー家族介入モデル(Calgary Family Intervention Model:以下CFIMと略す)¹³⁾を基にした、認知領域、感情領域、行動領域といった家族機能の3つの側面への看護介入と定義する。
- 5) 相互作用：複数の事物、現象が相互に作用し合っ、互いが刺激-反応の連鎖を繰り返す関係(G. H. Mead)¹⁴⁾と定義する。

3. 研究デザイン

質的記述的研究

4. 対象およびデータ収集方法

1) 対象

精神科の勤務経験が5年以上であり、急性期病棟での勤務もしくは急性期の患者を看護する経験をもち、研究の趣旨を理解し参加を申し出た看護師10名(表1)。

表1 対象者プロフィール

勤務病院	単科精神病院A	2名
	単科精神病院B	4名
	総合病院精神科病棟	4名
精神科勤務平均年数	12.1±6.2年	
他科勤務経験	有り6名	無し4名
男女比	男性2：女性8	

N=10

2) データ収集

カルガリーの家族介入モデルを基に、インタビューガイドを作成し半構造化面接を実施した。

5. 分析方法

急性期の家族へのケアについて、どのような実践がなされているのか、内容およびその意味や過程を確認するために、インタビューから得られたデータを全て逐語録におこし、意味をなす文節毎に番号を付加した。初期コーディングではデータのコード化と類似したコードのカテゴリ化を行った。さらに、類似したカテゴリーが示す意味を検討し、家族介入の3領域(認知領域・感情領域・行動領域)を軸に分類した。なお、3領域に該当しなかったものは、今回はデータから排除し、あらためてその意味を検討することにした。

逐語録に起こしコード化した時点でメンバーチェックを行うとともに、精神科領域で臨床経験のある看護教員にスーパーバイズを受けながらデータを検討することで信頼性と妥当性の保持に努めた。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、事前に研究の趣旨を口頭で説明し、プライバシー保護の権利、参加中断の権利及び特定の質問に対して回答を拒否する権利を保証した。同時に、面接の中で語られた患者情報に関しては匿名性を保つと共に、個人が特定されるような特殊な背景については、内容から削除することも説明した。インタビューは病院内の個室で行い、参加者の許可を得て、録音およびメモに記録した。また、データについては研究者が厳重に保管し、本研究の全過程が終了した後で、すべてを破棄することを確約した。本研究は、神戸大学大学院医学倫理委員会の審査を受け承認されたものである(承認番号第293号)。

III. 研究結果

面接時間は、27分から52分であり、平均時間は33.4(±7.5)分であり、収集したデータを質的に分析した結果、実施しているケア内容に関連した67のフレーズが抽出された。そのうち50フレーズは、コード化後、CFIMで使用されている家族機能の三領域(「行動」「認知」「感情」)のカテゴリーに分類された。なお、各領域の中心カテゴリーは【 】で囲み、下位カテゴリーについては、二重下線を引いた。また、生データは『』で囲み斜め文字とした。

1. 「認知」に対する介入

「認知」に対する介入は【患者の情報を伝える】、【病

【病気の情報を伝える】、【治療環境について説明する】、【情報の抑制】の4つの中位カテゴリーに分類された。4つの中位カテゴリーの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【患者の情報を伝える】

このカテゴリーには、以下の2つの下位カテゴリーが存在する。

①良い兆しとなる情報を伝える

『少しでも良い部分を提示することで、安心感が(家族が)もてるかなってというのが・・・』

②患者の状態について伝える

『面会を禁止した状態だった患者さんだったので。まずはその看護が伝えられる範囲内で、患者さんの状況、近況を家族に説明して・・・』

(2) 【病気の情報を伝える】

このカテゴリーには、以下の2つの下位カテゴリーが存在する。

①疾患や治療についての説明をする

『治療は、どういう形で進んでいくのかみたいな感じのことは説明しますね。もちろん疑問点とか、不満とか、ある時は話しますし・・・』

②回復までの経過を説明する

『今どんな病状にあるのかということと、これから、どういった治療とかを受けていかれるかっていう、大体の目安の説明とかです。』

(3) 【治療環境について説明する】

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在する。

①否定的な印象を与えない

『初発の患者さんは、(治療計画に)のせるよりもまずは、精神科に嫌なイメージを残させない様にして、そういうのに、何かね、重きを置いているみたいなのところがあるって』

②病棟(室)について説明する

『保護室に驚いて、泣いてしまう家族がいるので、(中略)複雑な思いとか、汲み取りながらも、まあ、本人の治療のためってということで、そう長く使わないっていうような事を説明しながら・・・』

③他患者の(症状に伴う)行動を説明する

『他の患者さん自身が、新しい人が入ってきたら、見にきたりするので、(家族は)ちょっといややなど、危機感を感じるんやと。初めて入院して来たので、皆さん見にこられたんだと思いますよって言うて。』

(4) 【情報の抑制】

『必要以上には言いません。向こうがどうなりましたって、聞いてこられると、ちょっとこっちは考えて対応しているんです。』

急性期の認知領域へのケア介入として、【患者の情報を

伝える】ことは、患者の最も身近にいて、その日常を把握している看護師ならではの介入である。わずかな変化であっても家族にとっては、患者の様子を知る重要な機会となる。また、病気や治療、予後について家族が知ることは、病気をもちこれから生きていくことになる患者としっかり向き合うことの第1歩であり、【病気の情報を伝える】ことは、家族の漠然とした不安を消失させ、問題の明確化を促すことに繋がる。一方、急性期という、患者の状態が安定しない時期であるからこそ、状況に応じて、【情報の抑制】をおこなうことも必要である。知ることによって不安が減少する場合と、逆に知ることによって不安が増す場合もあることを看護師は理解して介入している。

さらに、精神科病院そのものに対し偏見を持つ家族は少なくない。治療環境そのものに対する不安は、今後の治療関係に影響を及ぼす可能性もあり、入院時に適切な【治療環境について説明する】ことが必要である。特に保護室の使用や抑制帯の装着などは、主治医からの説明が当然なされるが、看護師からも随時丁寧な説明が必要である。

したがって、この領域については【患者の情報を伝える】のカテゴリーから、①患者の状態を伝える、②患者の良い兆しとなる情報を伝える、【病気の情報を伝える】のカテゴリーから③疾患や治療について説明する、④回復までの経過を説明する、また、入院が初めてであることを考慮して【治療環境を説明する】のカテゴリーから⑤他患者の(症状に伴う)行動を説明する、⑥治療環境を説明する、さらに、状況に応じて必要とされる⑦情報の抑制の7項目をケア項目とした。

2. 「感情」に対する介入

「感情」に対する介入は【話を聞く】【疲労を受けとめよう】【親としての気持ちを支える】の3つの中位カテゴリーに分類された。3つの中位カテゴリーの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【話を聞く】

このカテゴリーには、以下8つの下位カテゴリーが存在する。

①母親の話しや不安な思いを聞く

『お母さんが、(自分の)思いが話せるところが無くなって、だから、「ここでもう、しゃべってもらっていいんですよ」みたいな。来てくださった時は、「時間取りますよ」とか。』

②家族の不安は随時聞く

『家族の人が、お話を聞いてほしいとか、ちょっと不安そうなお顔してはいたら、ちょっと個室に呼んで、少しお話を聞いたりはしています。』

③初発患者の家族には面接の時間を設ける

『やっぱり初発というのは大きいですよ。総合失調

症なり、何なり、初発の患者さんの、家族ってというのが、やっぱりわからないから、ほんとに、患者さんと同時並行ぐらいで、ケアというか、話をしたりとか』

④じっくり話を聞く

『私は、もう言うよりも、聞くほうですね。ちょっと時間はかかりますけど。もう、ひたすら聞いて、その都度ですかね。』

⑤治療に対する不満等を聞く

『家族が言い易いじゃないですか、やっぱり、看護師に。病状に対する不安とか、治療に対する不満とか、ふふ。(笑)先生に言いにくいようなことも言ってもらったりとか・・・』

⑥患者に対する否定的な思いを聞く

『入院前の状況にもよるけれども、非常に怖い思いをしていたりとか、(症状が)激しければ、激しいほど受け入れにくいから、そのことについて、本人の治療のためにも、家族の思いを言ってもらおうとか、はい。』

⑦心配なことは何でも聞くように伝える

『お母さんに、「不安なことがないか？」っていうような話を、荷物を持って、着替えとかを持って来てくれた時に、必ず聞くように』

⑧話ができる時間と場所を提供する

『家族の人も、ま、お話を聞いてほしいとか、ちょっと不安そうな顔してはったら、ちょっと個室に呼んで、少しお話を聞いたり、しています。』

(2) 【疲労を受けとめよう】

『疲れがあるので、やっぱり、その、家族が今まで疲れきたっていうのも、あの分かるし、そのことも受けとめてあげながら・・・』

(3) 【親としての気持ちを支える】

このカテゴリには、2つの下位カテゴリが存在する。

①回復を保証する

『「必ず良くなるので、まあ、今はこういう状況ですけども、そういうものですから、良くなりますよ」って、繰り返し、繰り返し、説明をする。』

②自責感の軽減を図る：病気は家族の責任ではないことを伝える

『(発病に関して)家族内で責め合うみたいなこと、ほんとに、傷ついている家族もいるので、「育て方云々っていう事では、ないのですよ」みたいな。』

急性期では、家族の感情は様々な不安を抱えていることが予測できる。看護師は、面会など様々な機会を活用して、この家族の感情を受けとめている。【話を聞く】ために積極的に時間や場所をもうけたり、言葉をかけたりすることできっかけを作ろうとしている。また、入院前に、精神症状に伴う問題行動のエピソードがあるケースは、家族がその行動に翻弄され、精神的かつ身体的に

疲弊されていることも少なくない。【疲労を受けとめよう】ことで、看護師は家族の頑張りを認め、さらに家族自身に認識してもらうことで次への段階へのエネルギーを充填しようとしている。なお、家族の疲労にたいしては、精神的な疲労、身体的な疲労両面に介入がある。

上記に加え、子どもが精神病に罹患したことによる親の自責感や絶望感は計り知れないものであり、こうした状況で【親としての気持ちを支える】ことは、病気の受容にも大きく影響してくると考えられる。

この領域では、【話を聞く】のカテゴリから①母親の話しや不安な思いを聞く、②家族の不安は随時聞く、④じっくりと話を聞く、③初発患者の家族には面接の時間を設ける、⑤治療に対する不満等を聞く⑥患者に対する否定的な思いを聞く、⑦心配なことは何でも聞くように伝える、⑧話ができる時間と場所を提供する、【疲労を受けとめよう】のカテゴリから⑨精神的な疲労を労う、⑩身体的な疲労を労う、【親としての気持ちを支える】のカテゴリから⑪回復を保証する、⑫自責感の軽減を図る(病気は家族の責任ではないことを伝える)ことの12項目のケアを抽出した。

3. 「行動」に対する介入

「行動」に対する介入は、【治療への参加・協力を促す】【休息を促す】【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】の3つの中位カテゴリに分類された。3つの中位カテゴリの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【治療への参加・協力を促す】

①面会や面接を依頼する

『来ない家族ですよねぇ、急性期でも。うん。あのう、来てくださって、この、この日に来て下さってどうか、この日に、先生と面接していきましょうとか・・・。今度はいつ来られますかと聞いたり・・・』

②必要に応じて付き添いを依頼する

『本人の不安が強い時には、来てもらったりしてました。家族の不安もあの、家族の希望があって、本人さんが、非常に不安になったりとかって、ということが、考えられる場合は、その旨を家族に伝えて来てもらって』

③家族を治療に巻き込んでいく

『わりと家族をも巻き込んでいくべきとか、その親との関係とか、そのへんをこう結構細かく、聞きながら、こっちも支援はやってたんで、』

(2) 【休息を促す】

『最初の入院の時には、とりあえず、疲れているので、家族の方がまず休息をされるように、大変だったから、ゆっくり休んで下さいという声かけをしています。』

(3) 【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】

このカテゴリには、2つの下位カテゴリが存在す

る。

①患者との関わり

モデルを見せる：『その都度、(家族には)話していくっていうか、もう少し冷静に、こう患者さんと接してもらわないと、っていう様な感じで、』

指導する：『指導したいなもの、うん、必要な人は、お母さんとか、御両親の指導、あれば、ちょっと関わりますけど、たぶんその人自身では、無理なことを、やっぱり、今まで守らなきゃいけないようなことを』

②悪化の予測を見越した対応ができる

『「悪化のサインは、こういうことじゃないですかね」とか。まあ、「入院前にあったことなんか、問題が大きくなるまでに、何か、早く対応しましょう」ということで。』

③家族教室に誘う

『(急性期の家族教室の参加は)はい。呼びかけて。どうでしょうか。今の時点で、ちょっと、私の感触で、実際の数とかは、わかってないんですけど。まあ、いっては6割、台かな、来るとしたら、6割よりは、もうちょっと来てるけど』

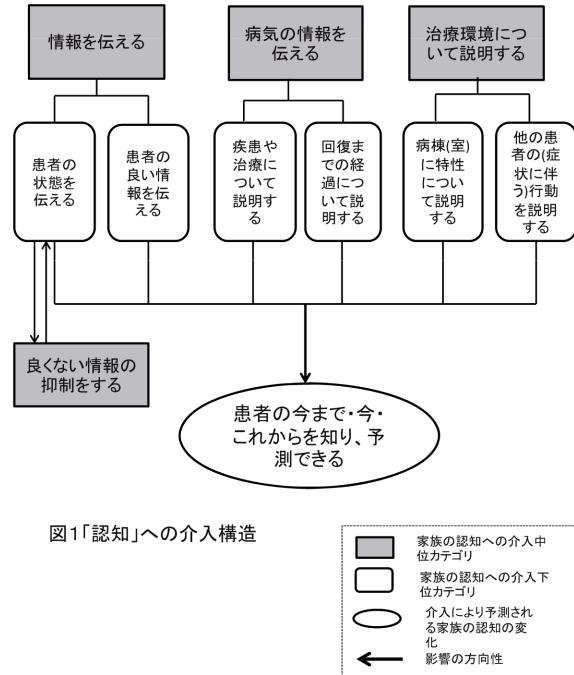
入院という事実は、患者にとっても家族にとっても未知の出来事であり、不安の強さから治療を拒否することも少なくない。入院前のエピソードによっては、家族が患者に会うことに抵抗を示す場合もあるが、家族が患者と共に治療に参加してもらえるよう、家族の負担にならない範囲で【治療への参加・協力を促す】ことも必要である。また、感情面でのねぎらいだけでなく、行動として休息を取れるように【休息を促す】ことは、自責感や不安が強く自ら休息を取ることをためらう家族には有用である。

さらに、【新たな行動獲得に向けた方法の伝授】は退院後の生活を念頭に置いた介入である。統合失調症は慢性疾患でありその病と共に生活を送らなければいけない。症状の再燃を繰り返すことは、患者の予後を悪化させるとともに、生活能力の低下を余儀なくさせる。患者・家族が共に生活を送るためにも重要な介入である。

この領域では、【治療への参加・協力を促す】より、①面会や面接を依頼する、②必要に応じて付き添いを依頼する、③家族を意図的に巻き込んでいく、そして【休息を促す】の 카테고리から④休息を促す、【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】の 카테고리から、患者との関わりかたを獲得するために、⑤関わり方のモデルを見せる、⑥関わり方を指導する、⑦悪化の予測を見越した対応を身に付けてもらう、⑧家族教室に誘う、の8項目のケアが抽出された。

IV. 考 察

(1) 「認知」における介入構造(図1)



「認知」領域における介入技術は認知領域の変化を起こすために、家族に新しい考え方や情報を提示することである¹³⁾。精神病に対して多くの家族は確かな知識を持ってはいない。特に精神症状を伴う急激な発症による入院の場合、家族は「何は何だかわからなかった」「回復の見通しを説明してほしかった。」等の思いを持っている²⁾と考えられる。そこで、看護師は、ひとつは精神病の一般的な病状やその経過について、家族のわかる言葉で伝えるようにしていた。特に入院間もない時期では、どのように回復していくかという所にポイントを置いて説明していた。また、一般的な内容に留まらず、入院期間が短くとも、日々の患者の変化、特に良くなった回復したと考えられる部分を意図的に伝えるようにもしていた。これは、急性期であり、不安の強い家族に対して、今後の目途をつけることと、安心感を持ってもらうことを目的としていると考えられる。しかし、家族に情報を伝える一方で、家族にとって不安要素となる情報については伝えることをセーブしようとする意思も働く。これは急性期だからこそその配慮と推測され、家族の受容が進むにつれて、こうしたネガティブな情報も伝えていく必要が出てくると考える。

(2) 「感情」における介入構造(図2)

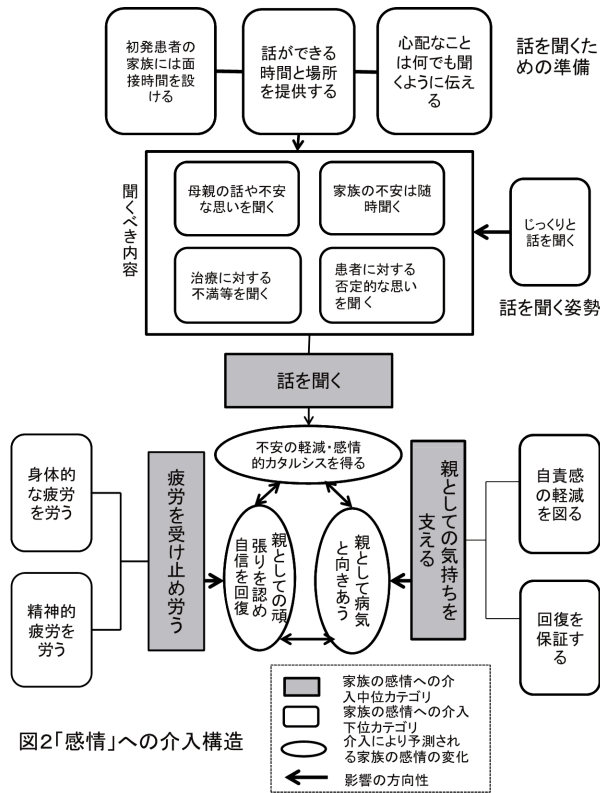


図2「感情」への介入構造

(3) 「行動」における介入構造(図3)

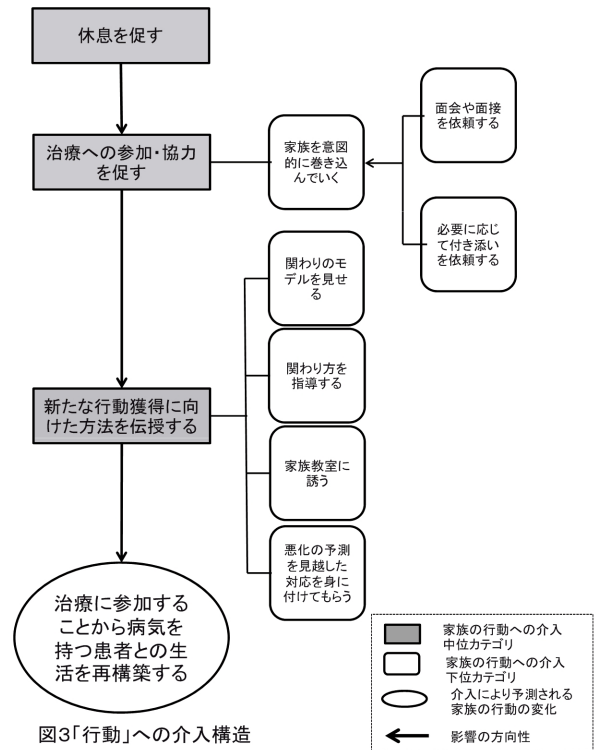


図3「行動」への介入構造

「感情」における介入の目標は、感情的興奮を和らげたり肯定的な感情を増加させたりすることにある¹³⁾。急性期のこの時期、看護師は感情表現を促すためにも、まず家族の話が無条件に聞くことに力を入れていた。中でも、家庭内で患者と関わるが多い母親の話聞くようにしていた。病気等に関連した不安や、治療等への不満など母親のネガティブな感情を受けとめていた。この、不安や不満な感情を受けとめた上で家族の「認知」に働きかけることが、精神病院や精神疾患に対する不安を軽減することに繋がると考えられる。さらに、看護師は、入院に至るまでに家族が受けた体験等についても、聞くようにしている。入院前に激しい精神症状に伴い暴力等の問題行動が生じることは少なくない。そうした体験は、家族の心理に大きな恐怖として残りやすい。特に、母親は暴力の対象になる確率も高く¹⁵⁾、患者を愛しく思い心配する一方で、恐れを抱くというアンビバレンツな状況におかれることとなる。母親をはじめとする家族がこうした「体験」を言葉にするには、看護師との信頼関係の構築などが重要である。そのため、看護師は聞き出すのではなく、落ち着いた場所で時間をかけて、ただ一心に聞くことを大切にしていると考えられる。

「行動」領域における介入は、家族の行動パターンに気づき有効な行動パターンへ誘導し、どうして良いかわからない家族へ新しい行動パターンを提示することである¹³⁾。今回抽出された介入内容は、入院を契機に、家族が患者との関わり方や病気との向き合い方に関して、新しい有効な行動パターンを得るようになることが最終的な目的となる。しかし、その行動パターンを身に付ける前に、まず、家族が治療への参加・協力の意思を持ち、行動を変化させることが必要となる場合も少なくない。さらに、入院する迄の状況によっては、精神的にも身体的にも疲労を抱えている家族もいる。こうした家族の場合、治療に協力したり参加したりという気力が低下していると推測される。仮に、治療に参加する意思があっても、心身共に余裕のない状況では逆に自らを追い込んでしまうことも考えられる²⁾。そこで、看護師は「行動」領域では、治療への協力を優先せずに状況によっては家族に休息を促すことで、次のステップに移行できる力の補充を図っていると考えられた。

V. 結論

1. 精神科病棟に勤務する看護師が急性期の患者をもつ家族に実施しているケア内容としては、認知領域7項

目、感情領域12項目、行動領域8項目、合計27項目が抽出された。

2. 精神科病棟に勤務する看護師は、急性期という特異な状況にある患者の家族に対して、家族システムの再構築に向けて構造的な介入を行っていた。

V. 結 語

今回、精神感の看護師が急性期において家族に実施している家族ケアを明らかにし、その構造について検討した。家族ケアは、家族システムに何らかの影響により生じた悪循環パターンを、新たな肯定的なパターンに再構築することが介入の大きな目的となっている¹⁹⁾。3領域の入院時のパターンを考えたとき、認知領域での「知識の不足」が、感情領域での「不安の増大」を引き出し、その「不安な気持ち」が「患者に関わることをさける」といった行動を生み出す非効果的なフィードバックが存在する。例えば、看護師が認知領域に介入することで、家族の「病気の理解」が進み、家族は、先の見通しが立つことで「安心」することができ、病気すなわち患者と向き合い、家族としての「新しい行動パターンを身につけていく」ことが可能となる。3領域で介入が循環的に影響し合っていることということは、看護師が家族ケアの3領域のいずれかに介入していくことが、家族ケアとして有効であることを示唆している。

謝 辞

本研究にご協力いただいた、精神科看護に従事されている看護師の方々に深く感謝いたします。なおこの論文は2008年神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻科に提出した博士論文の一部を改編したものである。

文 献

- 1) 吉浜文洋/日本精神科看護技術協会監修：精神看護白書2004-2005(第1版)，精神科医療・看護の現状，13-40，精神看護出版。
- 2) 甘佐京子：新たな家族支援に向けて - 精神分裂病患者家族の訴えを通して - ，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，vol 5，53-69，2001。
- 3) 甘佐京子，泊祐子：若い統合失調症患者を持つ父母の生活困難度および家族機能，家族看護学研究，12(1)，11-21，2001。
- 4) 山田えい子：初発統合失調症患者の家族への援助。健生病院医報，29，49-51，2006。
- 5) 甘佐京子，比嘉勇人，牧野耕次：日本における精神科急性期看護の家族ケアに関する文献研究，人間看護学研究，2，53-59，2005。

- 6) 菊池美智子，山田浩雄，佐竹裕美 他：精神科初回入院患者の親への看護援助に関する事例研究，愛知県立看護大学紀要12，23-31，2006。
- 7) 高橋清美：統合失調症障害者家族への看護に関する研究。福岡県立大学看護学部紀要，3(2)，82-88，2006。
- 8) 池邊敏子，片岡三佳，高橋香織他：精神科病棟での家族援助の内容と気付きの検討，岐阜県立看護大学紀要，5(1)，19-25，2005。
- 9) 後藤忠博，江藤伸吾，林秀子：精神科看護師の家族支援に関する研究 看護師の意識調査から，日本看護学会論文集，精神看護，35，136-138，2005。
- 10) 田上美千佳，新村順子，長直子他：統合失調症患者をもつ家族のメンタルヘルス向上に向けた援助ガイドラインの開発，メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集，15，51-56，2004。
- 11) Wright, L. M., Leahey, M. : Nurse and families. A guide to family assessment and intervention. Philadelphia: F. A. Davis, 1984.
- 12) 野嶋佐由美：樋口康子，稲岡文昭 監修，精神看護(第1版)，第5章精神の健康障害の諸側面と看護，72-79，1996，文光堂，東京。
- 13) 森山美和子：家族看護モデル-アセスメントと援助の手引き-(第1版)，第4章カルガリー家族介入モデル，107-134，1995，医学書院，東京。
- 14) 船津衛：シンボリック相互作用論の世界.，宝月誠編，1995，恒星社厚生閣。
- 15) 手島ちづ子：思春期家庭内暴力 精神科外来でみられた症例の検討，臨床精神医学，11(8)，1025-1033，1982。
- 16) 甘佐京子，比嘉勇人，牧野耕次：急性期における統合失調症患者家族アセスメントツールの考案，人間看護学研究，3，23-33，2006。
- 17) C. M. Anderson, D. J. Reiss, G. E. Hogarty(1988)/鈴木浩二，鈴木和子監訳：分裂病と家族(上・下)，第4刷，1999，金剛出版，東京。
- 18) 石川かおり，岩崎弥生，清水邦子：家族のケア提供上の困難と対処の実態，精神科看護，30(5)，53-57，2003。
- 19) Lorraine M : A Systemic Belief Approach to Epileptic Seizures , Contemporary Family Therapy, 13(2), 165-177, 1991.
- 20) 野嶋佐由美：野嶋佐由美監修，精神看護学(第1刷)，第2章第15項家族を支援する技術，234-250，2002，日本看護協会出版会，東京。
- 21) 佐京俊明，豊田和人，衛藤和郎：精神分裂病者の家族からみた入院理由と日常困惑事項の社会心理学的

- 研究, 臨床精神医学, 23(8), 929-938, 1994.
- 22) 山口瑞穂子, 吉岡征子, 藤村龍子監修: 看護診断を
ふまえた経過別看護 1 急性期(初版), 32, 1998, 学
習研究社, 東京.

(Summary)

Background In acute psychiatric wards, patients with severe psychiatric symptoms or those experiencing the first episode of psychiatric disorders are treated. Families of such patients should also feel anxiety, particularly during the early stages of hospitalization. In order to carry out systematic family care, it is important to clarify the contents of interventions actually being performed by nurses.

Objective The present study aimed at both clarifying the type of care that was actually implemented by psychiatric nurses toward families of acute phase patients, and examining the structure of nursing interventions for such families.

Methods Subjects were 10 nurses who had worked at a psychiatric department for 5 or more years. Semi-structured interviews were conducted regarding "care being practiced" which had been offered to families of acute phase patients. Data

were qualitatively analyzed.

Results Contents of family care obtained from the interviews consisted of 50 phrases, which were codified. Similar content was then categorized. According to the interview, nursing interventions directed to family functioning included 8 items for interventions related to the behavior domain, 7 items for related to the knowledge domain, and 12 items related to the emotional domain, culminating in a total of 27 items.

Conclusion Psychiatric ward nurses carried out structured interventions aiming at rebuilding the family system in those three domains of knowledge, emotion, and behavior, to families of patients during the specific context of the acute phase.

Key Words family care, acute phase, schizophrenia