

論文

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



甘佐 京子、比嘉 勇人、牧野 耕次、松本 行弘
滋賀県立大学人間看護学部

背景 国内の精神病院では急性期病棟（短期入院病棟）が定着しつつある¹⁾。統合失調症を発症した患者を、短期間の入院で早期の退院に繋げるためには、入院時から患者の地域社会における支援者である家族へのケアが重要となる。しかし、急性期における家族に対するケアの確立は不十分な状況にある。

目的 精神科病院において急性期の患者家族に必要なケアを考察することを前提に、精神科に勤務する看護師に急性期の患者家族の状況や気になる家族についてインタビューし急性期の家族アセスメントツールを作成した。

方法 精神科に5年以上勤務する看護師10名に対し、急性期の家族の状況、看護師として気になる家族等について、インタビューを実施した。その内容を逐語録にし、質的な分析を試みた。

結果 「看護師から見た急性期の家族の状況」からは家族の状況を示す内容として、70のフレーズを抽出し、最終的には九つの中位カテゴリーへと分類することができた。また、「看護師から見て気になる家族」を示す内容として、54のフレーズを抽出し、最終的には九つの中位カテゴリーへと分類することができた。さらに、その結果から、家族の対処状況からの視点と、家族の資源や認知からの視点で捉える二種類のアセスメントツールを考案した。

結論 急性期の家族の状況を基に考案したアセスメントツールは、入院時から家族が示す反応を捉えながら、ケアの対象となるのか否かを判断していくものであり、精神科や家族へ対応の経験が浅い看護師であっても、アセスメントがしやすいと考える。また、気になる家族を基に考案したアセスメントツールは、問題となるポイントに焦点を当てたものであり、早期より看護の介入を見据えたアセスメントが展開できると考える。

キーワード 急性期、精神科看護、家族アセスメント

I. 緒言

1999年の精神保健福祉法の改正を始まりとし、日本の精神医療・福祉の動向は大きな転換を求め続けられている。長期入院患者の脱施設化を図ると共に、2002年の精神科の診療報酬改定では、入院から3ヶ月間のみ適用される精神科急性期治療病棟入院料が引き上げられた。この背景には、新たな長期入院を防ぎ、短期間の入院で患者を地域に帰そうという意図がある。こうした、改正に伴い国内の精神病院では急性期病棟（短期入院病棟）が定着しつつある¹⁾。

急性期病棟では、激しい精神症状を呈するものや、病識がないため不安が強い初発患者が対象であり、濃厚な医療・看護が実践される。一方、こうした患者の場合、その患者の家族もまた様々な不安を抱えている。とくに、初発患者の場合、患者が若年であるため、家族との結びつきも強く、患者同様に大きなダメージを受けている家族も少なくない。急性期においては、医療・看護の主たる対象は患者本人になることは当然であるが、急性期病棟の本来の目的が、短期入院から地域へ戻すことならば、当然地域での受け皿となる家族に対しても、速やかにダメージを取り除くよう働きかけ、患者の受け入れを進めていくことが必要となるのではないだろうか。そこで、今回精神科病院において急性期の患者家族に必要なケアを考察することを前提に、精神科に勤務する看護師に急性期の患者家族の状況や気になる家族についてインタビューを行い急性期家族のアセスメントツールを作成した。

2006年3月10日受付、2006年5月17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@nurse.usp.ac.jp

II. 研究方法

1. 目的

精神科急性期において、精神科看護師から見た患者家族の状況及び、気になる家族の要素を抽出し、急性期の患者家族のアセスメントツールを考案する。

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. 研究協力者

精神科に勤務経験が5年以上有り、急性期病棟もしくは急性期の患者を担当する経験をもち、学生指導をはじめとして、病棟内において指導的役割を担っている看護師で、研究の主旨を理解し自ら協力を申し出て下さった10名の看護師（表1参照）。

3. 倫理的配慮

研究協力者となる対象には、事前に研究の趣旨を口頭で説明し、調査中はプライバシーの権利、参加中断の権利及び特定の質問に対して拒否する権利を保証すると共に、面接の中で語られた患者に対する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。また、参加の意思は、あくまでも本人が決定することを前提とした。さらに、録音または記述にて記録したもの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後、すべて破棄することを確約した。

4. データ収集

データ収集は、研究協力者一名につき、おおよそ30～60分の半構成的面接を実施した。主な質問内容は、統合失調症およびそれに準ずる精神疾患患者の入院時を中心に急性期の家族の状況や、関わる中で気になる家族、さらに、現状の急性期における家族への支援等について質問し、それに対して自由に語ってもらうようにした。面

接回数は一人一回のみであり、落ち着いて周りを気にせずに話ができるよう施設側に依頼し個室を準備していただいた。また、内容に偏りがでないように、対象者の勤務する施設については、うち2施設は県内において病院特定機能評価を得ており、のこる1施設を含めて長年にわたり学生実習施設としても、共に評価されている3施設を選択し、看護部に依頼し了承を得た。面接内容について、許可が得られた場合のみ録音を実施した。面接時間は、52分から27分であり、平均時間は33.4（±7.5）分であった。

5. 用語の定義

家族：夫婦の配偶関係や親子・きょうだいなどの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団である（広辞苑）。ただし、本研究においては子どもである患者の保護的役割を担うものに焦点をおくため、主に父母を指す。

精神疾患：本研究で対象とする精神疾患は、統合失調症およびそれに準ずると考えられる精神病圏内の症状を呈している場合に限定する。

急性期：病気（統合失調症及びそれに準ずる精神病圏内の疾患）が急激に発症した時期であり、何らかの異常が身体的・精神的徴候として起こり、ある程度の速さで進行していく時期²⁾と定義する。また、期間としては精神科救急入院料の適応となる入院から3ヶ月程度の期間とする。

家族機能：Olson³⁾は、家族機能を、凝集性・柔軟性・コミュニケーションの3つに集約できるとしており、円環モデルによって統合的に把握しようとしている。本研究では家族機能を示すモデルのひとつとして、このOlson³⁾の円環モデルを用いて、家族機能を家族の絆を表す凝集性（密着－分離）・家族の対処能力を表す柔軟性（混沌－硬直）で示される家族の状態と操作定義する。家族の状況：統合失調症、またはそれに準ずる精神疾患を発症し精神科病棟あるいは精神病院への入院に至った急性期の期間に患者家族が示す状況と定義する。

気になる家族：精神科に勤務経験が5年以上有り、急性期病棟もしくは急性期の患者を担当する経験をもつ看護師が、病棟もしくは病院に入院してきた患者の家族との関わりを通し、専門職者として気にかかる存在ととらえられた家族と定義する。

6. 分析方法

データを逐語録に起こし、その内容を質的に分析した。分析は分析的コーディングの技法に準拠して行った。最初の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ー化を行った。さらに、類似したカテゴリーが示す意味を検討し、包括的に説明しうる中核なカテ

リーを抽出していった。分析内容の妥当性を測るために、修士以上の学位を持ち精神科の臨床経験がある看護教員2名および、研究協力者からの意見も聞いた。

III. 結果および考察

1. 看護師から見た急性期の家族の状況

家族の状況を示す内容として、70のフレーズを抽出し、ラベリングを行った。その結果24の下位カテゴリーに分類され、さらに9の中位カテゴリーへと分類することができた。なお、今回は家族の状況を概念化することが目的ではないため、より具体的な状況として9つの中位カテゴリー迄の分類とした。以下、9個の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) 初めて体験する場所・医療に対する不安を持つ

このカテゴリーには、3つの下位カテゴリーが存在した。

①何かわからない事への不安：家族は、今生じている現象を理解するに至らない状況にあり、かなり強い混乱状態と考えることができる。

『初発のしかも患者さんやったんでうん、もうお母さんも何のことかわからんという感じで……。』

『まあそのうち、最初は、もうだから、何が何のこっちゃわからん、とりあえず、不安は不安やったんですけど、な、「どんな病気なんやろ?」「何で、こんなことするんやろ?』

②精神病（病院）に対する恐れ：家族は、初めての受診もしくは初めての入院に至るまで、精神病院や精神病に対して、ネガティブな感覚を抱いていることが少なくない。

『やっぱ、こう、表情堅くして帰られるって言うイメージがありますね。患者さんには会えないし、実際目で見てのことではないし、やっぱり入院するときの怖いというのが、取れる訳じゃないし、やっぱ、精神科って言うイメージがあるじゃないですか。』

③病状に対する不安：家族は、精神疾患、中でも統合失調症の経過について不安を持ち、特に急性期の段階では、日々の病状の変化について気にかけることが目立つ。

『他にもいろいろ要素はあると思うんですけど。その、ちょっとしたことを聞いて、そうですか、ニコッという感じはないですね。けど、「やっぱり、くくられてるんでしょ」とか。「でも、まだ会えないんでしょう」とか。』

2) 入院前の状況により疲労と恐怖感を持つ

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在した。

①子どもの対応への疲労感：家族は、急性期の精神症

状が著明な時期を患者と生活する体験をして入院に至った場合、精神的のみならず、身体的にも疲労を抱えていることが少なくない。

『一番、初期ですねだから、入院したその日に、先生のところに、来られて、ちょっと、一度入院して、……いちばん、やっぱり、入院初期ですわ。だから、入院も一般、わぁとなった状況の中で、あの、ご家族っていうのは、ほんとに精神的にも疲れてるんだけど』『うん、とか、まあ、アナムネとったら、分かるやん、暴れたりとか、どっか行ったりとか、いろいろ、あの、もう今でも、簞巻き状態はないけども、あの、家族で、押さえつけて来ましたとかねって、それは、いろいろあるから。』

②暴力への恐れ：家族は、状況によって患者の暴力の対象になることもあり、直接対象となった家族にとっては、患者に対して恐怖を感じ拒絶することもあり得る。

『やっぱり、暴力を受けた場合は、もう、暴力っていうか、刃物とか、そういう持ち出した場合とかは、もうやっぱり、怖いっていうのがあるので、受け入れ、なかなか受け入れられなかったり、もう、別に暮らすとか、そういうことにもなりますね、』

3) 子どもを手放すこと事への悲しみと抵抗

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在した。

①患者から隔離された家族：家族は、閉鎖病棟への入院に至った時、患者の安全と精神の安静が目的とは言え、特に患者である子どもが若年の初発患者の場合、個室で施設された部屋に入院することに不安を感じている。

『たいてい急性期でこられた患者さんは緊急性のある人は結構医療保護入院とか、措置入院という方が多いので、その、個室に入られる方が多いじゃないですか。拘束とか隔離の人が多いので面会も禁止というパターンが多いんですよ。だから、普通やったら、家族が、患者さんを目にして疑問に思って、これはどういうことなんやろうかって看護者に質問をぶついたりしてくると思うんですけど、それがないじゃないですか。』

②子どもに対する愛着：家族は、元来の親子関係が背景にあることはもちろんであるが、入院を余儀なくされ、物理的に子どもと離れてしまう状況で子どもへの愛着を強めている。

『すごく、心配でたまらなくて、来たりとかね。ほっとけない状況とかですね。年齢とか、まあ、初発か、初発でないかとかあのおう、ま、えーとね、』『入院して、その場で、あのねえ、なんかなんかやってるんやけど、急に、あのおう、次の日ぐらいまでは、なんだかんだって、来てもらうことが多いんですけど、その、

そのあとは、もう、しばらく、お引取り下さいじゃないけど、もう、家族が来たって場合には、別に構わないんですけど、まあ、逆ですね、こないだも、つき、付き添いたって、もう、両親も疲労困憊状態なのに、付き添って、休んだ方がいいんじゃないですかって、言ってるにも関わらず、聞かへんみたいな、感じですね、』

4) 親としての後悔と責任を感じる

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①親としての自責感：家族は、精神病に罹患したことの原因を模索し、養育に問題があったと感じたり、精神科の病院に入院させたことについて患者である子どもに対して、申し訳なく思ったりしている。

『やっぱり、でも息子「私がこうしてしまったんやろか？」っていうのにも変わっていくんやし、家の人が。「育て方が悪かったんやろか」という方にも、いってしまうのがやっぱり、初発が多いんですね。』『こう、やっぱり、精神科に入院させたとか、精神病っていわれることも、ショックが非常に大きいのだと思いますね。(面会に)……くるとね。やっぱり、自分の子どもが、そういう病気になってしまった、親としては、やっぱり、こう、ね、問題が大きいだろうと、ねえ、思って、そういうこと口にされる方もねえ、ありますし。うん。今まで、何か、何やってたんだろうとかねえ。』

②親としての責任を果たす：家族は、自責感を抱えながら親としてできることを、できる限りやろうとする。

『入院に必要なものを持ってくるとか、面会を週に何回して下さいとか、3回までオッケーですとか、30分以内です、とかって決めたらそれは、必ず来られるっていう、うん、うん。で、時間の設定とかしても、その時間にちゃんと取れる、来ていただけるし、ていので。』『とにかく、「何かしてやらねば」で、「守ってやらねば」で、「もう片時もはなれないぞ」みたいな、感じ、になっちゃって、』

5) 予測がつかない治療状況に対する不安

このカテゴリーは、二つの下位カテゴリーが存在した。

①治療に対する不安：家族は、治療の知識がない不安と、不確かな知識から向精神薬の使用に対して慎重である。

『だけど、それがもう、いっぺんかみ合わなくなると、すごく、こう、納得できないっていう、「薬の説明もされてなかった」、「こんな強い薬を使われて、自分の息子は精神病じゃないのに、精神病にされた」みたいな。』

②病気による子どもの変化に対する不安：家族は、治療により一旦過鎮静傾向に陥った状況に対して不安を持つ。

『患者さんが、仮面のようなだったりとか、あのお感情の起伏が無かったりとかするんで、ほうなってきたら、「何でこんなになってしまったの？この、入院して良くなっていくんじゃないの？」っていう不安ですよ。』

6) 回復に向けた医療への期待

このカテゴリーは、三つの下位カテゴリーが存在した。

①退院への希望：家族は、患者が若年の場合特に、早期の退院を希望し家族としての受け入れも悪くない。

『家族から聞いてこられるような感じですよ。退院のときも、まっ、自分から進んで、「もう良くなったんで退院の時期っていつ頃でしょうか？」っていう感じで、』

②治療に対する信頼：家族は、治療が進み精神症状が落ち着いてくる様子を、自ら確認することで治療への信頼感を深める。

『最初から、受け入れられている所もありますけどね。それは、もう、家族が、その、激しく精神症状を出してる場合に、薬を飲んだら、すごく、こう、普通になってるじゃないですか。それが、あっ薬が効いて、落ち着いた彼を見たときに、何か「あっ、薬って効くんやな」とか思うと、やっぱ、認知とか、早い所は、わりと、何か、受け入れは、こう、早いかなあと、思いますね。きゅ、急激に、こう、薬がよく効いたとか。』

③治癒への期待：家族は、治療が進めば病前と変わらない状況に回復することを期待している。

『もう、言っちゃえば、もう諦めてないわけですよ。余計にあと若いんで、あのおう、やっぱ、あのおう、あと患者さんが若いから、』

7) 思うように回復しない事への怒り

このカテゴリーには、三つの下位カテゴリーが存在した。

①治療に対する不満：家族は治療が思うように進展しなかったり、向精神薬の副作用が目立ったりする状況に不満を持つ。

『(薬の副作用は)圧倒的に、新規の方が少ないから、こっち使ってますって、言っても、で、「ここ書いてあるじゃないか、こんな、説明は、されなかった」みたいなね、ことから始まって。もう、最初、そうすると、もう、どこが争点だか何か、わかんなくなっちゃうんだけど、おと、お父さんがごだわりとしては、入院時に、そのときに、薬の説明がされなかった、みたいな所に、一点集中みたいなことに。』

②医療への不信：家族は、治療に対する不満から、医療そのものに対して不信感を持つ。『セカンドオピニオンじゃないけど、精神科医じゃない人に、聞いてきはんねん。そうすつと、自分のいい、都合のいいところしか、頭に、もう、入らないじゃないですか。そうすると、「そんな薬を使われてるのは、もってのほか

やって言われた」みたいにね。』

③医療サービスに対する権利の主張：家族は、医療サービスの受益者として、その権利を主張し、状況に見合ったサービスを積極的に求める。

『ちょっとこう、何ていう、私の言い方が、違うのかも知れんけど、ちょっと権利を主張してるのかなっていうところは、何か、何か、それも、サービスだろうとか、何か、こう、うん、うん、何て言ったらいいんでしょうねえ。ちょっと、こう、積極的になってる所は、あるかもしれませんね。』

8) 患者・家族の今後に対する不安を持つ

このカテゴリーは三つの下位カテゴリーが存在した。

①退院に対する不安：家族は、患者である子どもの退院の目途がつくと、退院に対して不安を持つ。

『昔は病気の知識がなくて、ほんまに良いのかってかんで、なんだかんだ言って引き延ばしてる親もいたけど。年単位でどうのこうのって言うのはないですね。』

②予後に対する不安：家族は、どこまで回復するのか、これからどうなるのかということに対する不安を持つ。

『元気だった頃の、その息子さんになるかどうか。で、それで治るにしても、それで、どこまでが、治らんにしても、どこまでが 治るんやっていう不安が、もうどんどん、どんどん増えてく、大きくなっていくんですよ。』

③家族の将来に対する不安：家族は、子どもが罹患したことで、その他の家族の生活も変化してしまうことを恐れている。

『ああ。あとはその、子どもさん一人が病気になったっていう事で、そのほかの生活全てが、ま、そのう、患者さんに、吸収されてしまって、将来の生活っていうのは、狂ってしまわれる方は、やっぱりありますね。』

9) 精神病であることに受容しがたい思いを持つ

このカテゴリーには、四つの下位カテゴリーが存在した。

①精神病の否認：家族は、病気や薬の説明を受けいれても、子どもである患者が、精神病に罹患している事実を認めたくない。

『だから、たぶん家族は、そこらへんが理解が少なくてなくて、やっぱり、薬を飲むことなんて、悪いことだと思ってる人もいはる。精神科にかかるなんて、とかいうふうにしてはる人も、いはるかもしれないし。ふん。受け入れるのに時間もかかると思いますよ。』

②閉鎖的な家族：家族は、入院時に家族の状況等を看護者から聴取される意図が理解できていない場合、話すことに抵抗を感じる。

『不安な家族には工夫がいる、何のためにとかっていうことは、あんまり、こう、ただ単に、聞きたいからと、やっぱり、最初の時期に聞いちゃうと、家族に、

なんでそのこと、言わなきゃいけないのかとか、』

③自分なりの知識を持つ：家族は、自分の持つ情報源（本、インターネット等）を駆使して病気についての知識を得ようとするが、自分なりの理解に終始することがある。

『だから、薬のことも、きっちり守ってるか、勉強したりとか、すごいやったんやけど、そういうのが、なんか、こう、ひと、一人よがりの、うん。一生懸命、ものすごい必死になってたんで、その姿自体は、わかるんですわ、親の気持ちとしては。』

④理解力が低い：家族自体の理解力が不十分な場合、病気に対する説明を行っても理解が進まない。

『すごくぐく理解力が低い家族だったり、ま、患者さん自身には、まあ、病気を、を、まあ、多少持ってる、まあ、理解力が低いとかも、ま、どうしても、患者、やっぱり患者層は、ありますけど、』

2. 看護師から見た急性期における気になる家族

看護師から見て、気になる家族を示す内容として、54のフレーズを抽出し、ラベリングを行った。その結果26の下位カテゴリーに分類し、さらに9の中位カテゴリーへと分類することができた。

1) 初発の若年患者の家族

このカテゴリーは二つの下位カテゴリーが存在した。

①初発の患者の家族：『初回、初回入院の人とかはかななり、みんなが、心配いて、病院に入院されてくるんで退院された後はしっかりと見てると思うんですけど、』

②若い（未成年）の患者：『まだ未成年だったり、っていう家族の患者さんっていうのは、不安もおっきいやろなあというので、（話を）聞く、それが一つの基準になってるかもしれないですね。』

2) 患者との感情の交流に過不足が生じている家族

このカテゴリーには四つの下位カテゴリーが存在した。

①患者との距離が近すぎる家族：『うん。お母さん、お母さんとの関係が何か多くって、うん、ま、お母さんの方が過保護的、まっ、過保護っていうか、ちょっと干渉がちとか、』

②患者との距離が遠すぎる家族：『なかなか、どこにタッチじゃないけど包んであげられないお母さんとか、逆にね、こう。うん、突き放すじゃないけども、話を聞いてあげられなかったりとか。そういったお母さん、うん、はちょっと気になりますねえ、』

③患者の意思をくみ取れない家族：『非常になんか、あの、本人の、あの、本人の意志を汲み取れない親とか、ま、それに気付きもしないっていうか、ま、それがちょっと、パターン化して。なんか、気になりますね。』

④患者に対してアンビバレンスな感情を持つ家族：

『その、状態?によっては、アンビバレンス、ていうか、(退院)させてやりたいし、本人も退院したいって言うて、答えてはやりたいけども、でも、入院前の状況を思うと、すごく、こう、揺れ動いてるっていう感情は見て取れますね。』

3) 医療に対して閉鎖的な家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①家族のやり方を押し通そうとする家族：『家族にもよるんやけども、うん、まあ、あの、ね、本人の希望としては、こうであるとか、こういうふうに対応してもらおうと、うまくいくとかっていう事を、あの、聞き入れられる家族であれば、少しずつ、こう本人との対応が変わってくるけれども、まあ、ずっとそのやり方で来て、何をやられてるのかよく分からないみたいな、それ以外の方法を知らないみたいな家族もいるんで、そういう場合は、なかなかこう、変化が、強くないっていうか、難しいっていうか。』

②医療者の介入から防衛しようとする家族：『まずね、あの、抵抗してるんじゃないかって思う家族もいるんやけども、もう、防衛ですよ。こんなね。それすらでもないっていうか。やっぱり何かあのう、こちらとコミュニケーションがうまくいかないっていう感じですよ。』

4) 家族員が辛さを抱え込んでいる家族

このカテゴリーには三つの下位カテゴリーが存在した。

①よりどころを持たない家族：『うん。お母さんが、そう。そうです。うん。たぶん、そのう、場所がないんかなあって、話せるっていうか、うん、何か、こう、その子に対するストレスっていうか、思いが、話せるところがなくて、』

②家族内にキーパーソンが存在しない家族：『家族をまあ、安定してないっていうか、か、家族のシステム自体が、少し、もう崩壊気味とかっていうふうな、だから本人の、こう、サポートできるキーパーソンのものが、全然機能していないとか、いうふうな家族か。』

③自責感をもつ家族：『まあ、多いのが、その、自責的になっちゃってるような、タイプ。初発とかね、そういうこと、うん、あるので、まあ、育て方から、なにかから始まって、それから、ま、家族の、例えば、「お父さんが、ちゃんと、いてくれなかったからや」みたいなね。家族内を責め合うみたいなこと、とか、そういうような、発言が出てきて、ほんまに、傷ついてるっていう家族もいる、』

5) 精神病であることが受容しがたい家族

このカテゴリーには、五つのサブカテゴリーが存在した。

①医療に対して不満を持つ家族：『薬の勉強も、自分

でしてはって。ちょっと、よその病院で、なんか聞いたさかい、どうの、こうのということに、なってきて、「とんでもない薬を出された」って、うん、すごいことに、なっちゃって。もう、転院しますっていうことあったんだけど。』

②病気を認めない家族：『どうしようって、ここへ、来たら、なんか精神病みたいに言われてしまって、その、受け入れのためにね、事情を伺ったりするはずの、こちら、どうしても、こう、時間かけて丁寧に、やりたいと、やりつつ、あったような感じだったんですけど、なんか、そこへ至るまでに、もう、あまりの攻撃でっていうか。うん。「納得できない」の一点張り、』

③精神科への偏見が強い家族：『(家族教室への参加)その、精神、精神疾患に、偏見のある家族っていうのは、まあ、まあ入りませんよね。』

④発病前のレベルが高い患者の家族：『そうですね、だから、やっぱり、初回で、ある程度、子どもさんの能力が高かったりする家族、だから、今までそんなに問題もなくて、結構、ちゃんと、だから、あの、大学も何とか卒業して、就職までいって。』

⑤社会的地位の高い家族：『親御さんも、それこそ、わりと、社会的レベルのある方、なので、ま、そういう人が、やっぱり、入ってる、精神科に子どもが入ってるのって、ま、と……とか、』

6) 病気や医療に対して家族間のコミュニケーションが不足している家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①父母間のコミュニケーションが不十分な家族：『そこを両親が一緒に聞いていたら、お互い言えないし、でも、別べつに来て、こう聞いたら、後、うまく言えたかと思うけども、でも、お父さんに、そういうこと、伝えられないし、みたいな感じ。そこを、どう埋めていくかが。だから、どちらかに、こう、負担がかかっているんです。』

②父母間で病気に対する認識にズレがある家族：『例えば、それが、夫婦でうまく、こう、いっていない時ただ、お母さんが、すごくこう、抱えているものが、こう、大きくて、でも、お父さんは、それほど認識がなくて、家に居るわけじゃないじゃないですか。本人が、たまたま家に外泊で帰ったら、そこの一部分しか、見ないわけで、ほんとは、お母さん、すごく、こう、困ってるのに、その、こう、両親でいうか、夫婦間の仲に、ずれとか、家族の中の、こう、ずれとかは、ある時に、何かこう、関わられたらいいのかなあと、いうふうには思うんですけどね。』

7) 入院前に不安や恐怖を体験している家族

このカテゴリーには、二つの下位カテゴリーが存在した。

①入院前のエピソードが激しい家族：『(退院の受け入れが悪い) うん、入院した時のエピソードとかが、かなり、激しかった、家族ですね。』

②子どもへの対応に不安を持つ家族：『もうちょっと、その子の行動を、なり、不安状態の時の対処の仕方、対応の仕方が、不安というか、心配、またそう、「ああ」とこうなって、こっちに何したりとか、攻撃されるんじゃない、うん。ないかっていう思いが、やっぱり、残ってるんでしょうねえ。』

8) 治療に参加できない家族

このカテゴリーには四つの下位カテゴリーが存在した。

①了解の悪い家族：『後は、結構、家族もちょっとね、了解が悪かったりとかする家族も多いんで、家族も逆に説明を多く要するんですよね。了解が悪いだけに。』

②治療の枠が守れない家族：治療として成り立たなくなるんですよね、家族が枠を守れなくなると、というところがあって。はい。共依存のような関係になっている家族もいるんで』

③振り返りができない家族：『「ああ、またや」ではないですけど、うん、「おなじことしてるわ」っていうところへんで、ふり、振り返りができる人と、できない人が、というか、うん、どうかなあ、』

④知識にズレがある家族：『ああいうドラマって、治るじゃないですか。きれいに。あるきっかけを境に。うん、うん、うん、うん。はい。で、その、障害されたものが残るなんてことは、思っておられなくて。「元に戻る」っていうふうに考えて、「戻らないのは何故

って、「戻るはずや」っていう。』

9) 対処機制が弱い家族

このカテゴリーには、二つのサブカテゴリーが存在した。

①不安が強い家族：『未成年の、あの、家族で、あの、非常に不安が強くて、あの、もう付き添ってないといられないっていうので、保護室、だったんだけど、で、うちは、元々、引き取り入院とかね家族付添い入院みたいなので……』

②パニックに陥りやすい家族：『ただ、その場面になれば、ちょっと、わからなくなってしまうかなって。うん。その場面に遭遇したら、おなじように、「わあっ」って、こう、うん。』

3. 急性期の家族アセスメントモデルの構築

看護師から観た急性期の家族の状況および、看護師から観た気になる家族から抽出した要素を基に、急性期の家族に対するアセスメントツールについて考案してみた。

1) アセスメントモデルの基本概念

多くの社会学者により家族のストレス対処理論が構築されているが、本研究では、McCubbin, H. I.による二重ABCXモデル(図1)⁴⁾を用いて、アセスメントモデルの概要を説明する。急性期の家族の状況として、抽出された九つのコードは、家族が急性期に示す対処反応であり、家族が何らかの意図を持って表現しているものではない。一方、看護師が気になる家族として抽出したコードは、一般的な反応も踏まえて提示された家族の状況に対して、精神科の看護師としてのアセスメント能力をもとに抽出されたものである。即ち、家族の状況は家族が

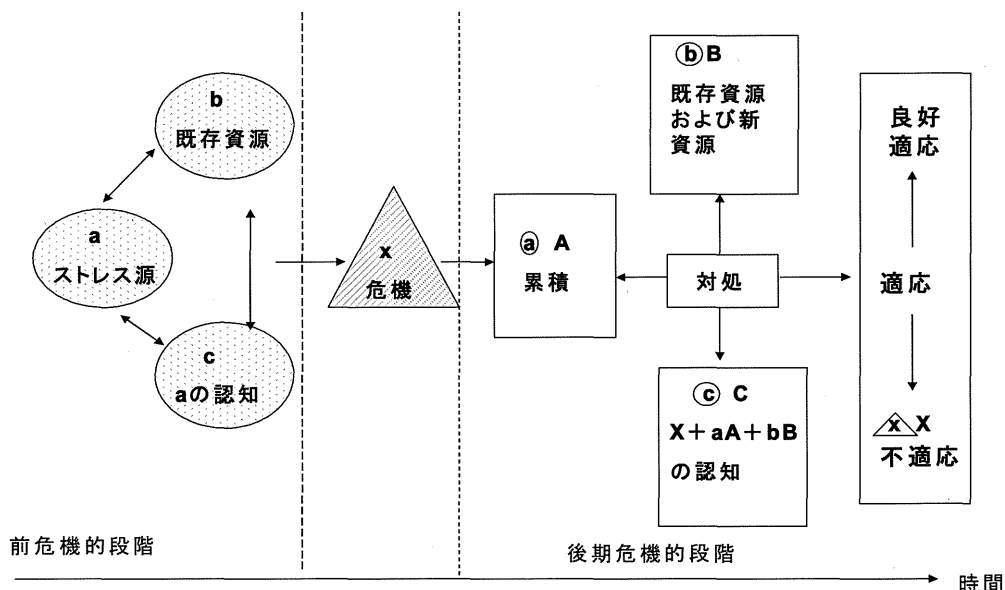


図1 家族適応の二重ABCXモデル(石原邦雄編者「家族生活とストレス」垣内出版より)⁴⁾

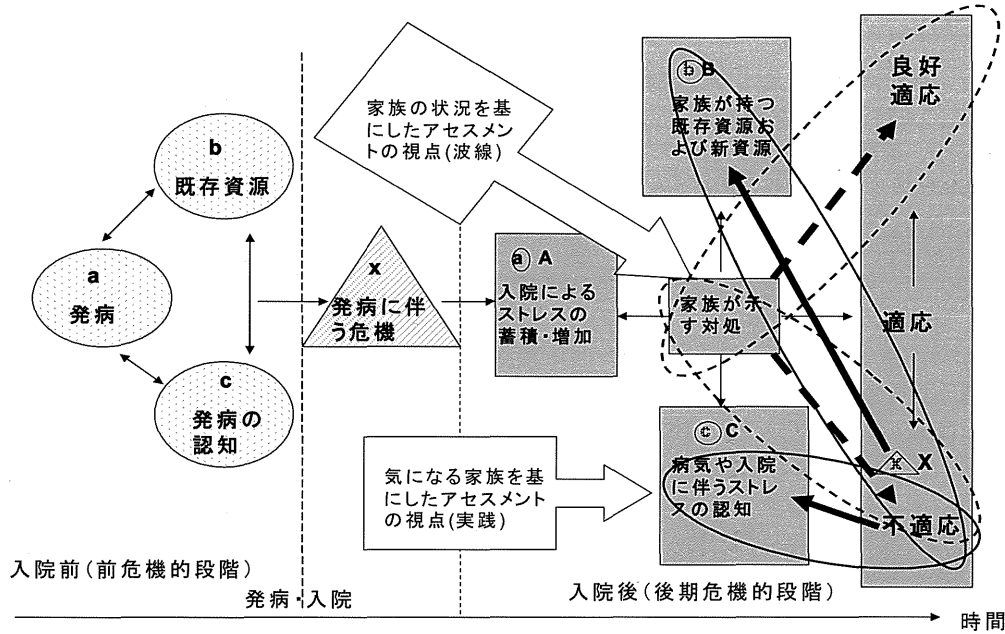


図2 二重ABCXモデルでみる急性期家族アセスメントの視点

表2 家族の状況を基にしたアセスメントツール

	急性期の家族の状況	アセスメント項目	normal reaction	abnormal reaction	important point	
1	初めて体験する場所・医療に対する不安を持つ	不安緊張はあるが、日々低下していく	○			
		不安緊張が持続		○		
		家族・患者の発達段階			○	
2	入院前の状況により疲労と恐怖感を持つ	入院前のエピソード：被暴力体験の有無			○	
		家族の状況：睡眠、食事、整容 等			○	
3	子どもを手放す事への悲しみと抵抗	子どもとの分離状況	/			
		離れることで不安・混乱を示すが、病院に託せる	○			
		離れることで不安・混乱を示す	○			
4	親としての義務と責任を感じる	子どもとの関係の深い家族員			○	
		入院に対する気持ち：父母			○	
		自責感の強さ：父母	あることを前提に各項目における父母の主観的データを確認			○
		上記のことを、自ら長時間語る				
5	予測がつかない状況に対して不安を持つ	上記のことを、自分からは語らない				
		治療や、薬についての質問がある	○			
		治療や、薬についての説明に納得しない		○		
6	病気回復に向けた医療への期待	回復してきたことに気付きやすい	○			
		子どもの変化をポジティブに受けとめる	○			
		医療者からの説明を落ち着いて聞ける	○			
7	思うように回復しない事への怒り	独自の知識に固執している	反応としては、normal・abnormalのborder lineであるが、今後の治療関係に影響を及ぼす可能性がある		○	
		医療者の説明に納得できない			○	
		治療に対し否定的な発言が聞かれる			○	
8	患者・家族の今後に対する不安を持つ	退院後の生活に対して不安を訴える	○			
		退院後の生活設計が家族で話し合われていない		○		
		家族構成			○	
		きょうだいの反応・動向			○	
9	精神病であることを受容しがたい思いをもつ	家族の社会的環境(職業等)			○	
		受容を妨げている要因			○	
		入院や精神病に対する不安や：1.2の情報強化	受容を妨げる要因として各項目の情報の見直しを行う			
		親としての自責感：3.4の情報強化				
		治療や回復についての不安：5.7の情報強化				
これからに対する不安：8の情報強化						

示す家族員の発病・入院というストレスを受けての対処全般であり、そこから、適応か不適応かを判断していく事になる。一方、気になる家族はそうした状況において正常なストレス反応を逸脱している状況（不適応）を念頭に、逸脱する要因となる家族素因（家族の持つ資源およびストレスの認知のしかた）について、専門職である看護師としてのアセスメントの視点を示していると考えられる。本研究において、この基本概念を基に、精神科急性期の家族アセスメントツールとして、家族が示した状態からのアセスメントツールと、アセスメントポイントから導き出すアセスメントツールについて考案してみた（図2）。

2) 家族の状況を基にしたアセスメントツール（表2）

看護師が語った急性期の家族の状況は、発病・入院という予期せぬストレスを受けた家族の反応であり、家族の対処能力は大きく脅かされている。⁵⁾それは、セリエの言う闘争—逃避反応⁶⁾であり、心身の正常な反応と考えることができる。多くのケースの場合、一次的な反応を引き起こしたものの、自らの対処能力を活かしながら、適応状態へと移行していくプロセスをたどる。今回、抽出できた家族の状況、即ち下位カテゴリーより抜粋された家族の示す反応は、家族をアセスメントする上で重要な項目であるが、それぞれの項目に示された反応は、ストレスに対する正常な反応であり、対象である家族の対処能力により適応に向かうであろう項目と、医療者が積

極的に介入していくことが必要な項目とが存在している。また、これらは完全に二分できるものではなく、それぞれの項目に正常な反応（normal reaction）と、そうでない反応（abnormal reaction）があり、対象家族の反応が、どちらなのか、どちらに進む可能性があるのかを、見極めていくことが重要である。さらに、その見極めをする上で、アセスメント項目の中に家族に影響を及ぼす重要な情報（important data）を、併用して収集することで、精神科の経験が浅い看護者にとっても、正確なアセスメントに近づくことができると考える。ただし、今回抽出した項目の中の、「親としての義務と責任を感じる」については、親として誰にでも起こりうる反応ではあるが、先行研究⁷⁾における両親への聞き取りの中でも、発病後数十年を経ても患者である子どもへの自責感を抱いているケースや、発症の原因を親である自分と感じて苦悩されているケースも少なくなく、受け入れの早期の段階からこうした家族の思いに介入していく必要があると考えられる。また、「思うように回復しない事への怒り」については、決して特異な反応とは言えないが、治癒のプロセスを家族がコントロールできないことを考えたとき、家族の持つ対処機能で解決できる問題ではないことであるとともに、以後の治療関係が損なわれる恐れも包含しており、こうした状況を察知した時点で、早急な介入が望まれる項目である。

3) 気になる家族を基にしたアセスメントツール（表3）

表3 看護師から見た気になる家族を基にしたアセスメントツール

	アセスメントポイント	看護師から見た気になる家族	主なアセスメント項目	備考	
1	患者・家族の発達段階	①初発の若い患者の家族	患者の年齢 家族の年齢 家族構成 家族の社会的環境	きょうだいの情報も含む 父母の職業、理解力	
2	家族機能	① 家族凝集性	②患者との感情の交流に過不足が生じている家族 ⑥病気や医療に対して家族間のコミュニケーションが不足している家族	患者と家族の関係 患者以外の家族関係 家族のコミュニケーション	密着か、分離か 病状・薬に対する認識のズレ
		② 家族柔軟性	⑤精神病であることが受容しがたい家族 ⑧治療に参加できない家族 ③医療に対して久的な家族 ⑨対処機制が弱い家族	病気に対する思い 治療への参加状況 医療に対する閉鎖性 対処機制の強さ	初回受診までの期間 受診に際して家族以外の介入 父母それぞれの正常な反応を逸脱した不安・反応 治療への反応、知識に偏り
3	家族内の力のバランス	④家族員が辛さを抱え込んでいる家族	特定の家族への負担 特定の家族の不満 家族内のキーパーソン	互いの負担に気づけていない 怒り、不満の共有ができない キーパーソンの有無も含めて	
4	入院前のエピソード	⑦入院前に不安や恐怖を体験している家族	家族の体験内容 精神的な疲労 身体的な疲労	患者の攻撃対象となった家族 患者に対する不安、恐怖 睡眠不足、食欲不振	

看護師が、専門的な視点の基に語った気になる家族は、まさにケアの対象として存在する家族であると考えられる。特に、今回の聞き取りの中で、看護師達は、急性期の入院の受け入れ時より、患者への対応のみならず、これまでの経験を生かしながら家族そのもののアセスメントを開始し、看護への展開を考慮していることが明らかとなった。聞き取りの対象となった看護師のほとんどが、家族への対応は看護師の個々の力量にまかされていること、また、その力量は経験年数および、個人的な資質が影響していると答えていた。

本研究の対象となった看護師の平均経験年数は12.1(±6.2)年であり、こうした看護師達が気にする家族、即ち、家族を対象とした時に気にかけるポイントは、四つのポイントに整理される。そのポイントを基に、各項目をアセスメントすることで、比較的早期から、家族介入のポイントを視野にいれたアセスメントが可能になると考えられる。

その中でも、家族機能や家族内の力のバランスについては、以下のように考える。先行研究⁹⁾において、統合失調症患者をもつ父母を対象に家族機能を測定(FACE SIII⁹⁾)した結果、家族の凝集(密着)性は高く、それが周囲との孤立を生じる要因となることもあり、今後の受療行動や社会資源の活用に影響を及ぼす可能性を示唆することができる。また、家族の柔軟性(対処能力)については、父母間で問題に対する受け止め方に傾向の違いが認められたため、病気に対する思いについては、父母それぞれについて確認することが重要である。また、前述した父母への聞き取り⁷⁾の中で、家族員がもつ家族内の役割によって、負担の内容の違いや、その度合いが異なるという結果を得たため、父母やどちらか一方や、特定の家族員のみでの情報で判断することがないよう、より慎重なアセスメントが必要となってくる。

IV. 結語

今回、精神科の看護師からの聞き取りを基に、2種類のアセスメントツールを考案してみた。急性期の家族に観られる特徴を基に考案したアセスメントツールは、入院時から家族が示す反応を捉えながら、ケアの対象となるのか否かを、判断していくものであり、精神科や家族へ対応の経験が浅い看護師であっても、アセスメントがしやすいと考える。また、気になる家族を基に考案したアセスメントツールは、問題となるポイントに焦点を当てたものであり、早期より看護の介入を見据えたアセスメントが展開できると考える。

V. 今後の課題

今回、アセスメントツールの考案に留まったが、今後、考案したアセスメントツールの信頼性・妥当性を確認するために、統計的手法を用いて内容の精選をはかるとともに、医療現場における運用を展開していく必要がある。また、試案を展開した後、さらに必要なアセスメント項目の追加、ケアへの連動にむけて取り組んでいきたい。

謝辞

本研究にあたり、多忙な勤務の中で聞き取り調査にご協力いただいた、三箇所の病院の看護師のみなさまに、何よりも深く感謝致します。また、快く調査をご承知くださった各施設の関係者の皆様にもお礼を申し上げます。なお、この研究はH17年度科学研究費補助金(基盤研究C、課題番号16592230)の助成を受けて行われた研究の一部である。

文献

- 1) 吉浜文洋：精神科医療・看護の現状，日本精神科看護技術協会監修，精神科看護白書2004-2005，第1版第1刷，p13-40，精神看護出版，2004。
- 2) 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 第八刷 p32，学習研究社，1998。
- 3) Olson, D. H: Commentary: three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. Family Process, 30: 74-79, 1991.
- 4) 石原邦雄：家族生活とストレス，放送大学教育振興会，2003。
- 5) 野嶋佐由美，中野綾美，足利幸乃：「家族対処行動に関する質問紙」の開発，高知女子 大学紀要35，p65-77，1986。
- 6) 川名典子：援助のための概念と基本方法-ストレスマネジメント-，中西睦子監修，精神看護学，初版 p187-193，建帛社，2000。
- 7) 甘佐京子：新たな家族支援に向けてー精神分裂病患者家族の訴えを通してー，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，No5，p53-69，2001。
- 8) 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)，2006(掲載予定)。
- 9) 貞木隆志，榎野潤，岡田弘司：家族機能と精神的健康OlsonのFACES IIIを用いての実証的検討，心理学研究，10(2):74-79, 1992。

- 10) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学理論と実践, 第3版, 第1刷 p 57-62, 2006.
- 11) Lofland, J&Lofland, L. H. : 進藤雄三, 宝月誠訳, 社会状況の分析—質的観察と分析の方法—, 第2刷, 恒星社厚生閣, 2007.
- 12) 甘佐京子, 比嘉勇人, 牧野耕次, 松本行弘: 日本における精神科急性期看護の家族ケに関する文献研究(原著論文), 人間看護学研究, 2号, P53-59, 2005.
- 13) 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, vol30, No 5, p53-57, 2003.
- 14) 田中正博: 障害児を育てる母親のストレスと家族機能, 特殊教育学研究, 34(3), p 23-32, 1996.
- 15) 大島巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄: 精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE (expressed Emotion) の関連, 精神神経学雑誌, 96(7): 493-512, 1994.
- 16) 岡堂哲雄: 家族心理学講義, 初版第7刷, 金子書房, 1999.
- 17) 宇佐美しおり, 岡田 俊: 精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア—急性期ケアプロトコールの開発を目指して—, 看護研究, vol36(6), p55-65, 2003.
- 18) 宮本有紀, 萱間真美, 沢田秋, 他: 精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴「精神科急性期病棟における看護量の評価方法の検討」のための研究調査から, 精神科看護, vol30No11, p 42-46, 2003.

(Summary)

Creation of Tools for Assessment of Families of Schizophrenia Patients in the Acute phase

Kyoko Amasa, Hayato Higa, Koji Makino, Yukihiro Matsumoto

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background Acute (short-term inpatient care) psychiatric wards are becoming established in Japan. 1) To enable patients admitted for the onset of schizophrenia to be discharged early after short-term hospital stay, provision of satisfactory care for patients' families, as primary supporters of the patients in the community, is seen as critical throughout the hospitalization period and thereafter as well. However, acute phase care for the families has not been thoroughly established.

Purpose For the purpose of establishing care necessary for the families of acute phase patients admitted to psychiatric hospitals, psychiatric department nurses were interviewed about the status of the families of such patients and families of concern from the nurses' viewpoint, based on which tools for assessment of acute phase patients' families were created.

Methods Ten nurses who had worked for 5 years or more in the psychiatric departments of three hospitals were interviewed about the status of families of acute phase patients and families of concern to nurses. The interviews were recorded and transcribed for qualitative analysis.

Results From the interviews on the "status of

families of acute phase patients as viewed by nurses," 70 phrases were extracted as attributes representing the families' status, and were ultimately divided into nine median categories. Regarding "families of concern to nurses," 54 phrases representing attributes of such families were extracted and ultimately divided into nine median categories. Based on these findings, two assessment tools were developed, one from the standpoint of how the family is coping with their situation, and the other, of the family's overall resources and recognition of their situation.

Conclusions The assessment tool that was devised based on the acute phase family status enables care providers to evaluate whether the family requires care in consideration of their reactions observed during the patient's hospital stay and is believed to be useful even for nurses with little experience in the psychiatric field or in dealing with families of psychiatric patients. Another assessment tool created based on families of concern focuses on their difficulties, allowing assessment leading to timely, early intervention by nurses where necessary.

key-words acute, Psychiatry nursing, Family-assessment