

回復期脳血管障害患者と配偶者に対する
家族機能改善をめざす看護介入プログラムの開発

2019 年度

吉備国際大学大学院

保健科学研究科

保健科学専攻 博士（後期）課程

D311702 梶谷 みゆき

論文題目

回復期脳血管障害患者と配偶者に対する 家族機能改善をめざす看護介入プログラムの開発

[目 次]

用語の定義	5
略語リスト	5
掲載論文リスト	6
序章（総合）	7
第1節 研究の背景	7
第2節 研究の目的と意義	8
第3節 論文の構成	9
第1章 家族評価尺度を用いた家族研究の文献概観	10
(研究1：島根県立大学出雲キャンパス研究紀要，第13巻，121-131，2018)	
第1節 緒言	10
第2節 研究方法	11
2-1 洋文献の検索プロセス	
2-2 和文献の検索プロセス	
第3節 結果	12
3-1 海外の家族研究で用いられている家族評価尺度	12
3-2 国内の家族研究で用いられている家族評価尺度	15
3-3 洋文献・和文献において多用されている家族評価尺度	18
第4節 考察	19
第5節 結論	22

第 2 章	回復期脳血管障害患者と配偶者の FAD を用いた家族機能評価……	23
	(研究 2 : 日本医学看護学教育学会誌, 第 28 号 No.2, 29-34, 2019)	
第 1 節	緒言……	24
第 2 節	研究方法……	25
2-1	対象……	25
2-2	データ収集方法……	26
2-3	データ収集期間……	26
2-4	データ分析方法……	26
2-5	倫理的配慮……	26
第 3 節	結果……	27
第 4 節	考察……	29
4-1	回復期脳血管障害患者と配偶者の FAD の「情緒的反応性」 における家族機能低下について……	29
4-2	家族の特性による家族機能低下について……	30
第 5 節	結論……	32
第 3 章	回復期脳血管障害患者と配偶者 2 事例に対する家族機能改善を図る 看護介入……	33
	(研究 3 : 日本医学看護学教育学会誌, 第 26 号 No.3, 32-39, 2018)	
第 1 節	緒言……	33
第 2 節	研究目的……	35
第 3 節	用語の定義……	35
第 4 節	看護介入プログラム (試案) 作成の基本的な考え方……	35
第 5 節	研究方法……	37
5-1	対象……	37
5-2	データ収集期間……	37
5-3	家族機能改善を図る看護介入プログラム (試案) の 具体的展開……	37
5-4	試案プログラムによる患者と配偶者の介入評価……	39
5-5	倫理的配慮……	40

第 6 節	結果	41
6-1	事例 A : 脳出血発症による入院で緊張した夫婦の関係性が 面談によって緩和した事例	41
6-2	事例 B : 一家の主としての自負を持つ夫とそれを支えてきた 妻に長男夫婦への一部役割移譲を促した事例	44
第 7 節	考察	48
7-1	7つの家族機能の全体的なバランスの是正と低下していた 機能の改善について	48
7-2	患者である夫が捉える家族機能について	48
7-3	患者と配偶者の情緒的干渉と情緒的反応性について	49
7-4	試案プログラムの課題	49
第 8 節	研究の限界と今後の課題	51
第 9 節	結論	52
第 4 章	回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす 看護介入プログラムの開発 (研究 4)	53
第 1 節	緒言	53
第 2 節	研究目的	54
第 3 節	研究デザイン	54
第 4 節	研究方法	55
4-1	対象	55
4-2	看護介入プログラムの修正	56
4-3	データ収集	57
4-4	データ収集期間	57
4-5	データ分析方法	57
4-6	倫理的配慮	59
第 5 節	結果	61
5-1	対象事例の概況	61
5-2	FAD による 9 事例家族機能評価	61

5-3	面談場面の SCAT による質的分析	64
5-4	看護介入プログラムにより家族機能改善が図られた 2 事例の SCAT による質的分析	64
5-5	看護介入プログラムによる家族機能改善に時間を要した 2 事例の SCAT による質的分析	73
5-6	4 事例の SCAT 分析から導き出された家族機能改善のために 有効な看護介入スキル	80
5-7	看護介入プログラムにおける看護介入スキルの構造	84
第 6 節	考察	85
6-1	FAD による家族機能評価の意義	85
6-2	感情の安定化に看護師が介在する意義	87
6-3	回復機能血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす 看護介入プログラムの評価	88
第 7 節	本研究の限界	88
第 8 節	結論	89
終章		90
第 1 節	総合考察	90
第 2 節	研究の限界	91
文献		93
謝辞		103

用語の定義

家族

強い感情的な絆，帰属意識そしてお互いの生活にかかわろうとする情動によって結ばれている個人の集合体である¹⁾。

本研究では，家族の下位システムの基盤となり，家族成員間の相互作用や家族内役割の変化が見えやすい，患者と配偶者（夫もしくは妻）とする。

家族機能

家族機能は，社会にある様々な活動のなかで，個人や社会が家族に果たして欲しい「期待」や「貢献」である。患者や家族がお互いに「期待」している役割やその役割に応えようとする働きを指す²⁾。

家族機能は，家族成員の変化や家族内外の変化の影響を受ける一方，家族の安定性を維持する（恒常性保持）ために，家族成員相互が力動的に調整能力を発揮する状況を指す。

略語文字リスト

本研究に使用する用語のうち以下については略して使用する。

回復期脳血管障害患者	患者
Family Assessment Device	FAD
Functional Independence Measure	FIM
Step for Coding and Theorization	SCAT

掲載論文リスト

1. 梶谷みゆき（2018） 家族評価尺度を用いた家族研究の文献概観
島根県立大学出雲キャンパス研究紀要，第 13 巻，121-131
2. 梶谷みゆき（2019）回復期脳血管障害患者と配偶者の FAD を用いた
家族機能評価，日本医学看護学教育学会誌，第 28 号 No.2，29-34
3. 梶谷みゆき，古城幸子（2018）回復期脳血管障害患者と配偶者 2 事例に
対する家族機能改善を図る看護介入，日本医学看護学教育学会誌，
第 26 号 No.3，32-39

序 章

第1節 研究の背景

1. 保健医療福祉における家族への期待と家族機能の縮小化

わが国の脳血管障害による死亡数は平成26年の調査で、11万5千人で、全体の9.0%、死亡順位4位であった³⁾。一方、継続的な治療を受けていると推測される総患者数は117万9千人⁴⁾で、最も多かった1996（平成8）年の172万9千人からは大きく減少している。しかし、介護が必要となった原因では、脳血管障害は18.4%と全体の第2位で、24.8%の認知症に続いており⁵⁾、発症後の患者と家族の生活の質に大きな影響を及ぼしていると推測できる。脳血管障害は突然発症することが多く、また後遺症として運動麻痺や嚥下障害、高次脳機能障害などの様々な機能障害を残す。加えて、医療機関の専門分化や在院日数の短縮化により、脳血管障害患者と家族は早期から回復期以降の療養の場や療養形態を決定しなければならず、彼等にさらなる負担を強いている。

住み慣れた地域で最期まで暮らす、その人が望むくらしの継続を柱に、地域包括ケアシステムの構築が進行しているが、この考え方は家族成員が健康障害や加齢によって介護が必要な状態になったときの、家族への期待が大きいと言える。社会資源や社会保障による社会からの支援が整備されつつはあるが、未だ整備の途上であり十分とは言えないこと、日々の暮らしの細やかな支援や、社会保障制度によるサービスとサービスの継ぎ目を埋める役割は、身近な家族に期待がかかっている現状がある。

一方、家族は3世代同居が減少し夫婦二世帯や独居世帯が増加しており、家族成員の減少がある⁶⁾。それに伴って家族機能も縮小化傾向にあり、20世紀後半まで家族の中で展開していた教育機能や保護・ケア機能などが家族外の社会サービスに委ねられる状況が生まれている。さらに、テレビやパーソナルコンピューター、電話機など以前は家族で共有していた機器が一人一台の状況になり、家族成員における生活様式のパーソナル化が進行している。結果、家族団欒といった家族がともに過ごす時間や話題を共有する機会が減少し、家族の親和性や凝集力が低下している⁶⁾。

即ち、保健医療福祉における家族への期待とその期待を受ける家族の現状には乖離があると考えられる。保健医療福祉の専門職は、この相矛盾する状況の中で療養者と家族の支援を展開することが求められており、家族を捉えるアセスメント力や家族に働きかける実践力を高める必要がある。

2. 家族看護の考え方と看護師の力量

家族看護は小児看護領域や母性看護領域、あるいは悪性疾患や難病患者の看護領域を中心に事例研究が重ねられてきた。家族看護学研究として系統的に実践と研究が始まったのは1970～1980年代の北米である。わが国においては1990年代から系統的な家族看護研究と実践が始まっている。従ってこの分野における研究と実践は歴史が浅く、緒についた所である。

家族看護の目標は、家族のセルフケア能力を高め、家族としての意志決定と成長を支援することである。わが国における家族アセスメントの枠組みは野嶋や島内、法橋らによりいくつか示されているが^{7) 8) 9)}、アセスメントの枠組みに留まっているものが多い。アセスメントと実践を明確に提示しているのは、Wright, L.M.らによって開発されたカルガリー家族看護アセスメントモデルとカルガリー家族看護介入モデル¹⁾である。これらの知見を基盤にわが国でも家族看護専門看護師をはじめ各分野の専門看護師や認定看護師などのスペシャリストが実践を重ねているが、介入方法や介入評価に関わる研究はほとんどない。家族はその構造や発達課題そして家族成員の価値観やくらしのありようが多様であることから、研究的な取り組みの難しさがある。

地域包括ケアの考え方が拡大される中で、また在院日数の短縮化や退院調整・退院支援が推進される中で、看護実践現場に家族に対する介入方法や介入スキルを提示していくことが求められているが、現状では十分ではない。結果、看護師の家族看護に対する力量が十分担保されているとは言えない状況である。

脳血管障害の回復期は、患者自身は生活機能を再獲得することが、そして患者と家族は共にその後の療養生活の基盤を確立することが重要な時期である。それには患者はもとより、患者と家族を視野に入れた家族看護の実践が必要であり、家族の力を高めるためには家族機能の回復と安定化が重要と考える。

第2節 研究の目的と意義

本研究の目的は、研究者が構築した回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムを患者と配偶者に展開し、プログラムの意義と課題を明らかにすることである。

具体的には患者と配偶者に対して、「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」を柱とする看護介入プログラムを展開し、結果を量的分析ならびに質的分析によって、

プログラムの意義と課題を明らかにするとともに、効果的な看護師の介入スキルを明らかにすることである。

慢性疾患患者の増加や要介護者の増加，地域包括ケアシステム構築が推進される中で，患者の療養生活支援には，患者も含めた1つの単位として家族を捉える家族看護実践が求められている。しかし，家族を1つの単位として捉えた家族看護実践はわが国においてはまだ歴史が浅く，さらに看護介入研究は非常に少ない。

本研究によって回復期脳血管障害患者と配偶者に対する効果的な看護介入プログラムを確立できれば，家族看護における実践的な介入方法と介入スキルを提案でき，家族看護を実践する看護師の力量を高めることができる。また，脳血管障害の回復期に限らず生活機能の低下をきたす慢性疾患や認知症，神経難病など長く療養が必要な療養者と家族に対する家族看護への応用が可能と考える。

第3節 論文の構成

本研究は，序章に続き，研究目的を達成するために研究1から研究4の4つの研究により構成する。第1章では，家族を客観的に把握する手法として，家族はどのような観点から捉えられ，客観化する手法としてどのような評価尺度を用いて研究が展開されているのか文献概観（研究1）を行った。家族機能への着眼の意義とその評価尺度としてのFAD（Family Assessment Device）の有効性を確認した。第2章では，研究1の結果を受け，回復期脳血管障害患者と配偶者を対象に，FADを用いて家族機能評価を行った（研究2）。その結果，FADの下位尺度「情緒的反応性」における家族機能低下を明らかにした。第3章では，研究1研究2の結果から，患者と配偶者の家族機能の改善と療養生活の安定化のために，「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」に着眼した看護介入プログラムを構築し，2事例に介入を試みた結果とプログラムの修正を検討した（研究3）。第4章では，研究3で構築・修正した看護介入プログラムを9事例に展開し，FADによる量的データと事例の特性を踏まえて選択した4事例のSCAT（Step for Coding and Theorization）による質的データを混合研究法により分析した。その結果から，本看護介入プログラムの活用可能性と課題について論ずる（研究4）。終章では，総合考察と研究の限界について述べる。

第1章 家族評価尺度を用いた家族研究の文献概観

(研究1：島根県立大学出雲キャンパス研究紀要，第13巻，121-131，2018)

概要

本研究の目的は，家族評価尺度を用いた家族研究の文献を概観し，家族評価尺度の活用状況と家族研究の動向，特に家族評価尺度を用いた介入研究について把握することである。

洋文献はCINAHLを使用し「family evaluation」「measurement tool or assessment tool」を検索語として1985年～2016年に公表された学術論文22編を検索した。和文献は医学中央雑誌Web版で「家族機能」，「尺度」を検索語とし，1985年～2017年に公表された学術論文36編を検索した。和・洋文献で活用頻度の高かった家族評価尺度は6種類であった。FAD (Family Assessment Device) が23編とFACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) が14編で和・洋文献共通で活用頻度が高かった。研究としては，和・洋文献ともに家族の発達段階や家族成員の疾患や障がい別の家族特性を明らかにした横断研究が多かった。介入評価に家族評価尺度を用いた研究は洋文献で3編，和文献で3編あり，そのうちFADを用いた介入研究が4編であった。介入研究は和・洋文献ともに少なく，FADを活用した介入評価では，1回の面談や週単位の短期では家族への介入効果の確認が難しく複数回の面談や月単位での介入継続が必要であると考えられた。

キーワード：家族評価尺度，家族研究，介入研究，家族機能

第1節 緒言

人口の高齢化や慢性疾患の増加を背景に，65歳以上で要介護状態の者は平成26年で591.8万人おり¹⁰⁾，団塊世代の高齢化に伴いさらに増加傾向である。介護を要する人への対応は，1997年に制定された介護保険法に示されたように，「介護の社会化」を基本的な考え方とし，要介護者の家族だけでなく広く社会全体で彼等を支えることとしている。

しかし，社会保障制度改革はその途上であり要介護者と家族を支える公的サービスやマンパワーは十分ではなく，社会の家族介護への期待は依然大きい状況である。他方，家族は家族規模や家族機能の縮小化⁶⁾があり，健康障害発症による問題状況に対応できる家族の対処能力は脆弱化している。従って，退院支援や療養生活支援を担う看護職には，家族機能の安定化や療養生活上の課題に対応できる家族の対処能力を高める役割が期待されて

いる。

筆者は、看護職の家族看護介入における力量を高めたいと考え、回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善を図る看護介入プログラムの構築を目指している。家族看護を展開する上で、家族アセスメントや介入評価において家族評価尺度がどのように用いられているか、併せて家族を対象とする介入研究の動向について概観したいと考えた。

本研究の目的は、家族評価尺度を用いた家族研究を概観し、家族評価尺度の活用状況と家族介入研究の動向を把握することである。

第2節 研究方法

2-1 洋文献の検索プロセス

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (以下 CINAHL とする) を使用し、1985年～2016年に公表された過去30年間の論文を対象とした。家族研究は1970年代に一般システム理論などの考え方を取り入れたことで、家族社会学や家族心理学などの分野で現在の研究に影響を与える大きな変革があったこと、1980年代に入って尺度開発が進んだことから、それらの尺度を活用した研究として1985年を検索開始年とした。検索語「family evaluation」で検索し、さらに「measurement tool or assessment tool」を検索語に加え、原著論文や実践報告を検索した。家族評価尺度を用いて家族の状況をアセスメントした論文や家族介入評価に評価尺度を用いた論文を選出し、研究目的、方法、対象、結果、発表年、使用尺度を整理した。

2-2 和文献の検索プロセス

オンラインデータベースの医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を使用し、1985～2017年11月までに公表された文献を対象とした。検索語「家族機能」、さらに「評価尺度」を検索語として加え、原著論文もしくは実践報告で絞り込んだ。検索年代の考え方は洋文献と同じである。「家族評価」と「評価尺度」とした場合、検索性上意味の重なりがあると考えたこと、看護師が直接的に家族に介入できる領域は家族の機能にかかわる領域と考え、和文献においては「家族機能」を検索語とした。洋文献と同様に、家族評価尺度を用いて家族の状況をアセスメントした論文や家族介入評価に評価尺度を用いた論文を選出し、研究目的、方法、対象、結果、発表年、使用尺度を整理した。

第3節 結果

3-1 海外の家族研究で用いられている家族評価尺度

CINAHL を使用して 1985 年～2016 年に公表された論文から、「family evaluation」の検索語で 3,158 編，さらに「measurement tool or assessment tool」を検索語に加え 132 編を検索した。その中から特定の状況にある，あるいは家族成員が健康障害を持つ家族を対象として，家族評価尺度を用いた学術論文と介入研究論文 28 編を選出し，そのうち尺度開発にかかわる論文 6 編を削除し，最終的に 22 編を分析対象とした¹¹⁻³²⁾。結果を表 1-①，表 1-②に示す。

用いられた主な尺度は 4 種類であった。最も多かったのは，家族システム評価尺度 (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, 以下 FACES) が 6 編あり，小児の虐待事例や発達障がいをもつ児，がんや脳腫瘍の児，摂食障がい児などを家族成員として持つ家族を対象とした横断的調査研究^{12) 13) 14)} で用いられていた。主として小児領域で特定の疾患や障がいをもつ家族成員を持つ家族の特性を明らかにしていた。いずれも成員間のコミュニケーション不足や関係性の低下など家族機能の低下を示していた。次に多かったのは，家族評価尺度 (Family Assessment Device, 以下 FAD) で 4 編であった。FAD は，軽度認知症者を介護する家族，頭部外傷性脳損傷を持つ児の家族の家族機能特性を明らかにし，いずれも家族機能の低下があることを指摘していた^{18) 19)}。

次いで危機評価尺度 (Family Crisis Oriented Personal Evaluation, 以下 F-COPES) が 4 編あった。心肺蘇生術を受けた患者の家族，終末期患者の家族などを対象として，危機的な状況下の家族の特性を明らかにしていた^{21) 24)}。

一方 22 編中，介入研究は FAD を用いた研究が 1 編，その他の尺度を用いて家族機能を総合的に測定している研究が 2 編，計 3 編であった。後天性脳損傷患者に対するコミュニティを活用したリハビリテーション介入研究において FAD を用いた評価をし，介入が家族介護者の心理的負担を軽減し，結果として家族機能の改善に寄与したことを明らかにした²⁰⁾。

洋文献において，特定の疾患や障害をもつ患者や子どもをもつ家族の 1 集団の家族特性や複数の集団間の特性の違いについて明らかにした研究が多く，介入研究は 3 編で少なかった。

表 1-① 洋文献における家族評価尺度を用いた文献一覧

No	著者	年	タイトル	目的	方法	対象	結果	尺度
1	Idan, Orly, Margalit, Malka.	2014	Socioemotional self-perceptions, family climate, and hopeful thinking among students with learning disabilities and typically achieving students from the same classes.	学習障害(LD)の生徒の適応を調査し希望の媒介的役割を調査する	横断比較	一般の高校生529人とLDを持つ高校生327人	・対象者が認識する自家族の家族機能と自身の心理的一貫性、基本的な心理的ニーズ、孤独感、家庭風土、希望、学問的な自己効力感、および努力の背景要因との関連を分析した。 ・LDの生徒は家族の保護要因と学問の自己効力感、希望に関連があった	FACES IV
2	Hubei, Grace S, Campbell, Christopher, West, Tiffany, Friedenber, Samantha, Schreier, Alayna, Flood, Mary Fran, Hansen, David J.	2014	Child advocacy center based group treatment for child sexual abuse.	児童擁護センターで実施された児童性的虐待のグループ治療の効果および社会的妥当性について検討する	横断	97人の子どもとProject SAFE(性的虐待家族教育)を受けた保護者	・臨床的に重大な症状を呈した子供の保護者は、保護者としての能力について苦痛を感じていた ・無症状の子供は家族内性的虐待を経験した可能性が高かった ・治療に参加したすべての子供は家族機能の着しい改善を示し、治療プログラムは社会的妥当性において肯定的な評価を得た。	
3	Litzelman K1, Barker E, Catrine K, Puccetti D, Possin P, Witt WP.	2013	Socioeconomic disparities in the quality of life in children with cancer or brain tumors: the mediating role of family factors.	①がんまたは脳腫瘍の子供と健康な子供の健康関連の生活の質(QOL)に社会経済的格差がどの程度影響しているかを明らかにする ②家族機能と負担が社会経済的地位と子どものQOLとの関連を明らかにする	横断比較	2-18歳の子供両親のうちがんまたは脳腫瘍のある群(n=71)とない群(n=135)	・収入の低下はがんまたは脳腫瘍の子供のQOLの悪化と関連していたが、健康な子供はそうではなかった ・低所得家庭のがんまたは脳腫瘍を有する児は、がんに対処するための資源が少なく、また家族機能の低下を認めた。	
4	Cook-Darzens, Solange, Doyen, Catherine, Falissard, Bruno, Mouren, Marie-Christine.	2005	Self-perceived Family Functioning in 40 French Families of Anorexic Adolescents: Implications for Therapy.	自己評価された家族機能の特定のパターンが思春期の神経性食不摂症に関連しているかを明らかにする	横断	食欲不振の思春期の40人のフランス人家族	・家族全員がFACES IIIを実施し、神経性食不摂症群と対照群と比較したところ、神経性食不摂症群には、家族関係に苦痛を感じていた。 ・家族療法士は家族の機能についてより柔軟な見方を持ち、各家族の価値観と機能レベルに合わせて治療的介入を展開する必要がある	
5	Hassiotis, Angela.	1997	Parents of young persons with learning disability: An application of the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES II).	自宅で生活している15~25歳の学習障害(LD)の家族の家族環境と親のメンタルヘルスを調査する	横断比較	子どもが行動障害または精神疾患の治療を受けた36-72歳の13人の親、LDのみの地域で暮らす36-64歳の11人の親	・行動上の問題を抱える依存性の高い若者の家族の行動容がより困難であった ・両グループの母親から報告された強い心理的障害や苦悩に対して、他の家族の認識は正常範囲内であった	FACES IV
6	McLendon, Tara, McLendon, Don, Petr, Christopher G, Kapp, Stephen A, Mooradian, John.	2009	Family-Directed Structural Therapy in a therapeutic wilderness family camp: An outcome study.	家族主導の構造療法(FDST)を利用した3日間のファミリーキャンプの効果を検証する	横断比較	家族主導の構造療法(FDST)を利用した3日間のファミリーキャンプに参加しコミュニティメンタルヘルスセンター(CMHC)の通常サービスを受けている家族と通常のサービスのみを受けている家族	・データは6か月かけて収集しFDST評価ツール、家族適応性および結束評価スケールII(FACES II)、および児童行動チェックリスト(CBCL)を使用して評価した。 ・FDST治療家族はFACES IIの凝集度で統計的に有意な改善を示したが対照群の家族はそうではなかった ・FDST治療家族の子供は4つのCBCLサブスケールすべてで改善したが比較家族の子供は4つのサブスケールすべてで悪化した	
7	Nicolas CJ, Perrin PB, Panyavin I, Nicholls EG, Olivera Plaza SL, Quintero LM, Arango-Lasprilla JC.	2012	Family dynamics and psychosocial functioning in children with SCI/D from Colombia, South America.	家族のダイナミクスと脊髄損傷および脊髄障害(SCI/D)の子供の心理社会的機能との関係を探る	横断	コロンビア在住のSCI/Dの30人の子供と主家族介護者	・子供と家族の複数間の多くの有意な相関を示した ・家族の満足度とコミュニケーションは、子供の社会不安と有意な関係があり、家族の結束とコミュニケーションは、子供の感情機能と関連することを説明した ・家族のダイナミクスとSCI/Dの子供の心理社会的機能との関連を考慮したリハビリテーションの必要性を示した	
8	Tremont, Geoffrey, Davis, Jennifer, Duncan, Bishop, Duane S.	2006	Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia.	軽度から中等度の認知症患者の介護者の家族機能、介護負担、および患者の特性における相互関係を明らかにする	横断	軽度(n=47)または中等度の認知症(n=25)の患者72人の家族介護者	・介護者の負担が高いほど、介護者のうつ病と不安の増加、認知症患者の記憶と行動の問題の頻度の増加、日常生活の悪化、家族機能低下と有意に関連していた ・高レベルの負担を抱える介護者は、患者との関係(配偶者または子供)に関係なく、コミュニケーションと役割における家族の機能障害が大きい ・介護者の介入に家族システムの構成要素を含めることは、介護者の負担を軽減するのに有益である可能性があることが示唆された。	FACES IV
9	Wade, Shari L, Taylor, H, Gerry, Drotar, Dennis, Stancin, Terry, Yeates, Keith Owen	1996	Childhood traumatic brain injury: Initial impact on the family.	外傷性脳損傷(TBI)の子供の家族の発症初期における家族機能への影響について明らかにする	横断比較	重篤なTBIの子供の44の家族、中程度のTBIの子供の52の家族、および整形外科損傷の子供の69の家族	・重篤なTBIを持つ子供の家族は、他の2つの家族グループよりも有意に多くの傷害関連ストレスを経験した。TBIの子供の親は整形外科的損傷の子供の親よりも高いレベルの心理的状態を呈していた	
10	Smith, Michael, Jmike, smith@bthtr.nhs.uk, Vaughan, Frances L, Cox, Linda, J, McConville, Helen, Roberts, Mark, Stoddart, Sheila, Lew, Adna R.	2006	The impact of community rehabilitation for acquired brain injury on carer burden: An exploratory study.	後天性脳損傷に対する地域社会のリハビリテーションが介護者の負担に与える影響を明らかにする	介入	コミュニティの介入を受けた17人の介護者と外来で受けた24人の介護者	・家族のニーズを満たすレベル、家族の機能障害尺度、介護者の心理状態、および介護者の感情受容を測定した結果、コミュニティの介入を受けた介護者は介護者の心理状態以外の項目で有意に良好であった ・コミュニティベースのサービスが介護者と家族にとって有効であることが示唆された。	

表 1-② 洋文献における家族評価尺度を用いた文献一覧

11	Leske JS, Brasel K	2010	Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization.	入院前に自動車の衝突や銃創による外傷を経験した患者の家族目撃蘇生法(FWR)の効果を調べる	横断	米国において33人の患者の家族(自動車事故:n = 19、銃創:n = 14)	入院前に蘇生を目撃しなかった人と比較して、蘇生を目撃した家族との間で、家族資源、対応、問題解決コミュニケーション、および幸福のスコアに差がなかった	F I C O P E S
12	Greeff, Abraham P.Du Toit, Carien.	2009	Resilience in remarried families.	再婚した家族が直面する課題に耐え回復できるようにする回復力の要因を特定する	横断	再婚した38家族の親子	回復力に関連する8つの要因が明らかとなった(1)支持的な家族関係、(2)肯定的かつ支持的なコミュニケーション、(3)人生の結果に対するコントロールの感覚、(4)家族と一緒に時間を過ごすのを助ける活動とルーチン、(5)強い結婚関係、(6)家族と友人からの支援、(7)ストレスの多い出来事の再定義と社会的支援の獲得、(8)家族内の精神性と宗教。	
13	Bailey, Annette.Starr, Leslie.Alderson, Monica.Moreland, Julie	1999	A comparative evaluation of a fibromyalgia rehabilitation program.	線維筋痛リハビリテーションプログラム(Fibro-Fit)を評価する	プログラム評価	線維筋痛症の106人の成人患者(20-80歳)	・Fibro-Fitが身体障害および機能の改善に効果的であった ・喫煙と痛みの間に統計的に有意な関係が示された	
14	Haines, Lindsay.Rahman, Omari-Khalid, Sanders, Justin J.Johnson, Kimberly, Kelley, Amy.	2003	Factors that impact family perception of goal-concordant care at the end of life.	終末期の目標一致治療(GCC)をうけた家族と患者の特徴との関連を明らかにする	縦断	死後インタビューを完了した家族の子孫1175人	・76%の子孫が「通常」または「常に」GCCを受けたと回答 ・GCCを受けた家族の家族機能は、事前ケア計画(ACP)、年齢、および多発性疾患に関連していた	
15	Almasri, Nihad A.Palisano, Robert J.Dunst, Carl J.Chiarelo, Lisa A.O'Neil, Margaret E.Polansky, Marcia.	2011	Determinants of needs of families of children and youth with cerebral palsy.	脳性麻痺の子どもを抱える家族のニーズを明らかにする	横断	脳性麻痺の子供を抱える57人の親	・サービスへのアクセスやサービスの調整、ケアのプロセス、家族関係は家族のニーズの一般的な決定要因であった ・子供の適応行動やコミュニケーションの問題、総運動機能、および家族の収入に関するニーズは特定の家族のニーズであった	F E S
16	McConkey, Roy, Samadi, Sayyed Ali.	2013	The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: A longitudinal study.	イランにおいて自閉症スペクトラム障害の子供を持つ両親におけるグループトレーニングに参加した相互支援の影響を明らかにする	縦断	自閉症スペクトラム障害のグループベーストレーニングコースに参加した28組の両親	・コースの前、コース後3ヶ月、そして12ヶ月後に追跡調査を実施 ・全ての親が自己評価の健康と家族機能の改善を示した ・これらはグループ間で互いに連絡を取り合っていた人の方が大きい傾向があった ・イランの両親のほとんどは文化的性質を反映する可能性があり、他の家族からの支援を求めない傾向があるので、グループにおける相互支援を促す必要がある	その他の尺度
17	Biola, Holly, Sloane, Philip D., Williams, Christianna S.Daaleman, Timothy P., Williams, Sharon W., Zimmerman, Sheryl.	2007	Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life.	終末期に医師とコミュニケーションをとる頻度の高かった介護者の家族の認識を評価する	横断	長期ケア施設(LTC)で死亡した居住者440人の家族	・人口統計学的および施設の特性と、終末期における医師と家族介護者とのコミュニケーションを家族認知(FPPFC)を使って評価 ・線形混合モデルはより良いFPPFCスコアを呈した家族介護者は、医師と頻りに顔を合わせ、死が差し迫っていることを確に理解していた可能性が高いことを示した。	
18	Tarkka MT1, Paavilainen E, Lehti K, Astedt-Kurki P.	2003	In-hospital social support for families of heart patients.	心臓病患者の家族に対して院内看護師が行う社会的支援を検討する	横断	フィンランドの大学病院で治療を受けている心臓病患者(n = 161)の家族	・家族は看護師からの社会的支援にあまり満足していなかった ・約40%は受けた具体的な援助や支援に不満であり、約30%は感情的支援に不満であった ・ソーシャルサポートの最も重要な予測因子は、家族構造、患者の年齢、家族の性別、および患者が心臓症状のために入院していたかどうかであった	
19	Dunbar, Sandra B.Clark, Patricia C.Deaton, Christi Smith, Andrew L.De, Anindya K.O'Brien, Marian C.	2005	Family Education and Support Interventions in Heart Failure. A Pilot Study.	心不全患者の食事における塩分の自己管理について、患者と家族の教育(EDUC)の介入と教育と家族の連携による介入(EDUC+FP)とを比較する	介入比較	心不全患者とその家族(EDUC29例、EDUC+FP32例)	・EDUC+FPグループは尿Naの大幅な減少を示し尿Naと少なくとも15%減少させた人の割合が高かった ・家族を介入の軸に加えると心不全患者の塩分摂取を減らすのに役立つ可能性が示された	
20	Gillian King.Mary Law.Susanne King.Peter Rosenbaum	1998	Parents' and Service Providers' Perceptions of the Family-Centredness of Children's Rehabilitation Services	子どものリハビリテーションサービスが家族中心の方法で提供される程度について明らかにする	横断	カナダのオンタリオ州にある子供のリハビリセンターの家族436人と309のサービスプロバイダー	・サービスプロバイダーの行動に対する親の認識の尺度であるケアプロセスプロセス(MPOC)とサービスプロバイダーの尺度である家族中心プログラム評価スケール(FamPRS)を使用 ・リハビリセンターはサービス提供の対人的側面は順調であるが、情報提供は比較的弱い分野であると明らかになった	
21	Kelleher L, Johnson M.	2004	An evaluation of a volunteer support program for families at risk.	リスクのある家族のためのボランティア支援プログラムコーディネーターコミュニティケアパイロットプロジェクトを評価する	介入	プロジェクトに参加した家族介入群(n=25)と比較群(n=24)	・コーディネーターコミュニティケアパイロットプロジェクトは、訓練を受けたボランティアと「脆弱な」初めての親を結びつける家族支援/子供保護インシアティブである ・介入群では比較群と比較して、家族機能の7つの側面(家族機能スケールの項目)で改善 ・家族機能の2つの領域が統計的に有意であることが判明: ソーシャルサポートへのアクセス(p = 0.02)および乳児の年齢に適切な期待(p < 0.001)	
22	Chen, Jih-Yuan, Clark, Mary-Jo.	2007	Family function in families of children with Duchenne muscular dystrophy.	デュシェンヌ型筋ジストロフィーの子供を持つ家族の子供および家族に関連する変数と家族機能との関係を調査する	横断	デュシェンヌ型筋ジストロフィーの子供を持つ家族	・子どもに関連する変数には、障害のレベル(指標: パーセルインデックス)と診断年齢が含まれる ・家族関連の変数には、介護者の健康状態(指標: Duke Health Profile)、家族の収入と雇用、家族支援(指標: Family APGAR)、家族の頑健性(指標: Family Hardiness Index)、および家族の機能(指標: 家族評価デバイス)が含まれる ・家族機能は、診断時の年齢と有意な相関を示したが、障害レベルとは相関しなかった。また、家族の困難、介護者の健康状態、家族のサポートのレベルとも有意に相関していたが、収入や雇用変数とは相関していなかった	

3-2 国内の家族研究で用いられている家族評価尺度

医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を使用し，1974～2017 年 11 月までに公表された文献を対象とした。検索語「家族機能」で 379 編，さらに「評価尺度」を検索語として加え，原著論文と実践報告で絞り込んだ結果 51 編を検索した。信頼性の確立された家族評価尺度を用いた論文を絞り込み，最終的に 36 編を選出し，分析対象とした³³⁻⁶⁸⁾。結果を表 2-①，表 2-②に示す。

和文献で用いられた尺度は 5 種類であった。最も多かったのは，FAD で 19 編であった。摂食障害やてんかん，統合失調症やうつ病などの精神科領域や小児領域を中心とする疾患や障害を有する患者や患児とその家族を対象として，家族特性を横断的に調査した研究が多かった。

次いで FACES IV を用いた研究が 8 編あり，在宅療養中の脳血管障害患者や外来通院中の糖尿病患者と家族を対象として長期の療養を要する患者と家族の特性を横断的に調査していた。1 編縦断的に調査した研究があった⁵⁹⁾。

他に家族環境尺度 (Family Environment Scale:以下 FES) を用いた研究が 4 編⁶⁰⁻⁶³⁾，Feetham 家族機能調査(Feetham Family Function Survey:以下 FFFS)を用いた研究が 4 編⁶⁴⁻⁶⁷⁾，日本語版家族力学尺度(Family Dynamics Measure II : 以下 FDM II)を用いた研究が 1 編⁶⁸⁾であった。

介入研究は 3 編ありすべて FAD を用いた研究であった。摂食障害患者を成員に有する 3 家族に家族療法によるアプローチを実施した前後比較³⁵⁾，うつ病患者家族への面談介入による前後比較³⁹⁾，ひきこもり者の家族への家族教室による介入前後比較⁴¹⁾が展開されていた。単発の介入による前後比較や短期間での比較では，家族機能における有効な変化を確認できない状況があった。

表 2-① 和文献における家族評価尺度を用いた文献一覧

No	著者	年代	タイトル	目的	方法	対象	結果	尺度
1	Ohara Chisato (日本)	2016	日本の神経性食欲不振症患者の介護者における介護負担と精神衛生状態との関連(Factors associated with caregiving burden and mental health conditions in caregivers of patients with anorexia nervosa in Japan)	介護者の介護負担と精神衛生状態に関連する因子の検討する	横断	神経性食欲不振症患者の介護者79例	介護者の6割が精神衛生状態の問題が高リスク・患者と6時間以上接触している介護者は3時間以下の介護者と比べて介護負担が有意に高い	FAD
2	Ekinci Ozalp (トルコ)	2016	てんかんを有する小児および若年者における自己概念、家族機能、母親の情動症状およびADHDの役割(Self-concept in children and adolescents with epilepsy: The role of family functioning, mothers' emotional symptoms and ADHD)	低い自己概念に関連する因子を明らかにする	横断比較	てんかんを有する小児と若年者53例	てんかんの小児事例では、若年者に比し低い自己概念があり、家族機能(問題解決、情緒的反応、全般的機能、意志疎通)を低く評価した。母親の情動症状およびADHDが関連していた。	
3	松村朋子他	2015	摂食障害治療における家族エンパワメントの効果に関する予備的研究	摂食障害者の家族にエンパワメントを高める介入支援を行いその効果を検討する	介入	摂食障害者の家族3例	家族療法による家族面談を1~2回実施。問題解決志向アプローチによりGHQとPOMSに改善傾向が認められたが、FADには変化なかった。 ・短期的な介入によりストレス軽減や気分の安定につながるが、家族機能の改善には長期的な関わりが必要である	
4	Kostakou Konstantina (ギリシャ)	2014	嚥食性線維症のギリシャ人若年者の心理社会的苦悩および機能(Psychosocial distress and functioning of Greek youth with cystic fibrosis: a cross-sectional study)	嚥食性線維症患者の心理社会的機能と苦悩を明らかにする	横断比較	嚥食性線維症患者36例と健康群31例	両群で自尊心と家族機能には有意差がなかった。 ・社会的機能は嚥食性線維症患者が有意に高かった	
5	新井陽子他	2009	産後1ヶ月の褥婦の認識する家族機能と産後うつとの関連	産後1ヶ月の褥婦が認識する家族機能と産後うつとの関連を明らかにする	横断比較	初産婦73例と経産婦76例	初産婦は経産婦と比べ家族機能の「役割」が良好と認識していた。 ・「情緒的反応」「情緒的関与」「全般的機能」の不健全群は良好群や中間群を比較してうつ傾向が強かった	
6	東浦雅子	2008	家族機能評価を活用した家族支援の試み 自己記入式質問紙FADを用いて	患者と家族への効果的な支援の方法を検討する	介入(FAD調査は介入前のみ)	入院中の患者家族1例	FADの結果から患者と夫の家族機能が低下している領域に働きかけた結果、退院に向けて外泊を繰り返している時期であり、十分な関わりができず改善はみられなかった	
7	山田知子他	2008	入院中のうつ病患者の外泊訓練時の家族面接の有効性 FADを用いて	外泊訓練中のうつ病患者の家族への面接の効果を検討する	介入	うつ病患者家族10例	入院時と退院時のFADにほとんど変化なし。家族面談により家族の不安の把握はできた	
8	半澤節子他	2008	統合失調症患者の母親の介護負担に関連する要因 家族内外の支援状況と家族機能の関連	統合失調症患者の母親の介護負担に関連する要因を明らかにする	横断	統合失調症患者の母親53例	家族機能、家族内外の支援状況、母親の介護意識が介護負担に関連していた	
9	Koshiba Yoriko	2007	引きこもりにおける家族機能の研究(A study of family functioning in Hikikomori(Social withdrawal))	引きこもり者が居る家族の特性を明らかにする	横断	引きこもり者が居る家族16例、自閉症者が居る家族15例。対象群25例	自閉症者家族と対象群との間には差を認めなかった。 引きこもり者家族では「問題解決能力の欠如」と「情緒的反応性の低さ」が目玉された	
10	Taha Abang (マレーシア)	2004	就学および施設に収容されている青年期の家族機能についての認識(School-Going and Institutionalized Adolescents' Perception of Their Family Functions)	青年期の心理状態と家族機能の問題を検討する	横断比較	中学校および少年施設に収容中の男女499名	就学中で問題を起こした青少年は問題を起こさない青少年や施設収容の青少年に比べてFADスコアが高かった	
11	松田明子	2004	在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連	要介護者の摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連を明らかにする	横断比較	摂食・嚥下障害を持つ家族と持たない家族33ペア	摂食・嚥下障害を持つ家族は持たない家族に比べて「問題解決」「全般的機能」が有意に低かった	
12	Koyama Asuka他	2004	3つのDSM-IV診断群における患者および家族によって認知された家族機能(Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups)	統合失調症、うつ病、双極性障害の3つの家族機能の違いを検討する	横断比較	統合失調症群24例、うつ病群28例、双極性障害群18例	3つの疾患で家族機能の認知に有意差はなかった。 統合失調症群の家族機能の認知は患者と家族で有意に相関していなかった。問題解決において統合失調症群の患者は家族よりも否定的にみており、うつ病患者は家族よりも肯定的にみていた	
13	畑 哲信他	2004	社会的ひきこもりの社会支援 家族教室の結果から	ひきこもりの家族への家族教室の効果を検討する	介入	ひきこもりの家族16例	7回の家族教室を実施したが家族機能における効果は認められなかった。 本人への支援を行った一部のケースにおいて、支援しなかった家族と比較して家族機能の有意な改善を認めた。	
14	Saeki Toshinari他	2002	内因性単極性うつ病患者における家族機能の特徴(Characteristics of Family Functioning in Patients with Endogenous Monopolar Depression)	内因性単極性うつ病患者の家族機能の特徴を明らかにする	横断比較	うつ病患者家族20例と健康大学生27例	うつ病家族は対象群に比べて家族機能が有意に悪かった。特に問題解決、CM、全般的機能の領域で家族機能不全状態であった	
15	毛呂裕臣他	2002	摂食障害の診断類型により家族機能の特徴	摂食障害の診断類型による家族機能の違いを明らかにする	横断比較	外来摂食障害患者74例	問題解決、CM、行動制御で診断類型による違いを認めた	
16	黒田秀美	2002	がん患者の家族機能と不安との関連	がん患者の家族機能と不安との関連を明らかにする	横断	肺がん患者30例	FADと特定不安に強い相関、FADと状態不安に弱い相関があった。特定不安はFADの7つの下位尺度全てと相関が見られた。家族機能は特定不安と配偶者の健康から有意な影響を受けていた	
17	芦刈伊世子	2001	アルツハイマー型痴呆における攻撃性を有する妄想の出現要因の精神病理学的検討	家族と同居するアルツハイマー型痴呆の攻撃性妄想の出現要因を明らかにする	横断	アルツハイマー型痴呆患者100例	家族機能の「意思疎通」で攻撃性を有する妄想群の機能低下が認められた	
18	大田垣洋子他	2001	摂食障害患者の家族機能についての検討 FADを用いて	摂食障害患者の家族機能について摂食態度や心理状態との関連を検討する	横断	摂食障害患者と家族	患者と家族の比較では、患者の方が家族機能に問題があると捉えていた。 摂食態度、抑鬱、不安、衝動のいずれもが家族機能低下との関連を認めた	
19	佐伯俊成他	1999	FAD日本語版における回答反応	FAD日本語版におけるsocial desirability(SD)の影響と家族構成員のスコアの相違を明らかにする	横断比較	大学生48名とその同居家族123名の系171名	FADの回答に及ぼすSDの影響は軽度であり、研究目的に使用する尺度としてほぼ問題ない。子どものスコアの方が父母より高かった	

表 2-② 和文献における家族評価尺度を用いた文献一覧

20	廣田真由子他	2015	在宅生活を送る脳血管疾患後遺障害者の家族機能の特徴	脳血管疾患後遺障害者の家族機能を明らかにする	横断	在宅生活を送る脳血管疾患後遺障害者207例	脳血管疾患後遺障害者の家族機能は、凝集性では結合から膠着で、適応性では構造化から硬直を持っている分類IVに当てはまる者が多かった	F A C E S IV
21	Takenaka Hiroaki他	2013	2型糖尿病の日本人外来患者における家族の問題と家族機能(Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study)	2型糖尿病患者の家族機能と家族の問題を評価する新たなツールを検討する	横断	2型糖尿病外来患者133例	家族の団結が極端だと家族機能と関連した家族の問題は非常に多くなるか、あるいは極端に少なくなり血糖値とも相関した	
22	増満昌江他	2013	介護負担感に関する要因の検討 家族システムに焦点を当てて	在宅介護をする介護負担感の家族の背景や家族システムにどう関連しているか明らかにする	横断	訪問看護ステーション利用者家族と同居する介護者	家族機能と介護負担感には関連がなかった 家族機能の「きずな」の「バラバラ群」と「かじとり」の「キツリ群」に介護負担感を感じる人が多かった 在宅介護では家族内の役割分担に柔軟性を持たせることが重要	
23	藤原和彦他	2011	在宅認知症高齢者の主たる介護者の介護負担感と家族機能との関係について	認知症高齢者の介護者の負担感と家族機能との関連を明らかにする	横断	在宅認知症高齢者の主介護者	極端型の介護負担感の得点が最も高かった	
24	坂之上香他	2008	炎症性腸疾患患者とその家族が捉える家族機能と患者家族の健康状態との関連	炎症性腸疾患患者とその家族が捉える家族機能と患者家族の健康状態との関連を明らかにする	横断	炎症性腸疾患患者181例と家族130例	患者家族ともバランス型群は健康状態の良い人が多く、極端型群は健康状態の悪い人が多かった	
25	佐伯あゆみ	2006	認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響	認知症高齢者を介護する家族の家族機能と家族システムが介護負担感に及ぼす影響を明らかにする	横断	主介護者99例	家族システムと主介護者の介護負担感に関連はなかった 介護家族員同士の交流は介護負担感を軽減する効果が認められた	
26	Takenaka Hiroaki	2004	地域病院の外科外来患者の家族問題と家族機能(Family issues and family functions with outpatients at a surgical department in a community hospital)	外科外来患者の家族問題と家族機能を明らかにする	横断	外科外来患者135例	患者の3割が家族問題を抱えていた	
27	荒木田美香子他	2003	中学生の精神的健康状態とその要因に関する検討	中学生の精神的健康状態の経年的変化を明らかにする	縦断(3年間)	中学生男子419名 女子375名 計794名	GHQは学年進行で増加していた 認知されたストレスは男子より女子の方が多かった 家族のかじとりを「融通なし」、きずなを「バラバラ」と感じている者はストレス認知の得点が高く、自尊感情が低かった	
28	田村三穂	2007	思春期糖尿病患者の自己管理行動に影響する家族環境の関係	思春期糖尿病への家族環境の影響を明らかにする	横断	思春期糖尿病患者と家族29例	運動管理行動の不適切性と家族環境尺度の活動性の低下に関連が認められた	
29	小林八代枝	2007	親の接する態度が慢性疾患患児のパーソナリティに及ぼす要因分析 家族環境と慢性疾患患児のエゴグラムとの関係	親と慢性疾患患児との関係がパーソナリティに及ぼす影響を明らかにする	横断	病児と家族117例	家族環境が病児に及ぼす影響は母親の方が父親より多かった	
30	瀬戸屋雄太郎他	2000	高等学校を中退した大検生の精神保健および家族環境に関する研究	大検生の精神保健と家族環境を明らかにする	横断比較	大検生44例と現役高校生163例	家族環境尺度の「表出生」「組織性」で大検生が有意に低く、「娯楽指向性」で有意に高かった 大検生の精神健康度は高校生と同じような傾向 大検生の家族には家族環境の脆弱性があった	F E S
31	齊藤学他	1992	家族環境尺度得点と子どもの情緒行動障害からみた日本のアルコール問題家族の特徴	アルコール問題家族の子どもの特徴を明らかにする	横断比較	男性アルコール依存症患者の家族169例と健全家族290例	アルコール問題家族は子どもの情緒行動障害得点が高いに高かった 家族環境尺度の葛藤生尺度と道徳宗教的強調尺度をのぞく7つの下位尺度でアルコール問題家族の得点が高いに低かった	
32	梅田弘子他	2017	乳幼児を育てる共働き家庭の家族機能の特徴 夫婦それぞれの評価に着目して	子育て共働き夫婦の家族機能の特徴を明らかにする	横断	保育園に通う乳幼児の共働き夫婦274例	妻の方が夫よりも家族機能の重要性を高く認識し、家族機能充足度が低かった	F F F S 日本語版 I
33	西元康世他	2016	妊娠先行型結婚をした形成期家族の家族機能と家族支援への示唆	妊娠先行型結婚をした形成期家族の家族機能を明らかにする	横断比較	妊娠先行群18例と一般妊娠群146例	妊娠先行群の妻の家族機能では「家族と家族員との関係」が有意に高かった	
34	荒川博美他	2015	病院勤務の常勤看護師における家族機能の認識に関する研究	病院で働く看護師の家族機能の認識と首尾一貫感(SOC)との関連を明らかにする	横断	2カ所の医療機関に勤務する看護師305例	SOCの処理可能感が高い看護師の方が低い看護師より「家族と家族員との関係」において充足感が高かった ・父母と同居している看護師の方が同居していない看護師よりもSOCが高かった	
35	花橋尚宏	2005	ファミリーハウスの利用家族の家族機能に関する研究	ファミリーハウスを利用する家族の家族機能の充足度を明らかにする	横断	ファミリーハウスを利用する母親33例	3分野のうち「家族と家族員との関係」、項目別では「子どもに関する心配事」の充足度が低かった	
36	市原真穂他	2016	A市における健康で健全な家族の育成を推進するための基礎調査 -家族機能の特徴の明確化-	A市を生活圏とする家族の家族機能の特徴を明らかにする	横断	A市在住家族279例	FDM II 6項目のうち「役割相互依存-役割葛藤」と健康問題の有無、家族内問題の有無に負の相関があった 30代から40代の「役割相互依存-役割葛藤」「明確なコミュニケーション-不明瞭なコミュニケーション」に負の相関が強く見られた	

3-3 洋文献・和文献において多用されている家族評価尺度

洋文献ならびに和文献において、多用されている家族評価尺度は 5 種類であり、表 3 にまとめた。FAD が 23 編、ついで FACESIV が 14 編と多かった。ことに FAD は和文献において 19 編あり、かつ介入研究でも 4 編で活用されていた。

それぞれの尺度の特徴を概観する。

最も活用頻度が高かった FAD は、米国、精神医学の研究者である Epstein らが 1983 年に開発した尺度である。家族システム理論を基盤とし、自己記入式 60 項目 4 段階の尺度で、7 つの下位尺度「問題解決」「意思疎通」「役割」「情緒的反応性」「情緒的干渉」「行動制限」「全般的機能」を有する。下位尺度毎に平均点を算出し家族機能を測定する。下位尺度毎に平均得点が高いほど家族機能が低下していると判定する^{69) 70)}。

次いで活用頻度が多かった FACES は、1979 年に米国ミネソタ大学の社会学者オルソン⁷¹⁾ らが開発した。家族システム論と円環モデルを基盤に、家族機能の状態を柔軟性（適応性）と凝集性の 2 次元からなり、「はい」「いいえ」の二択で得点化する。柔軟性（適応性）と凝集性、それらを促進させるコミュニケーションが主要な構成概念であり、柔軟性（適応性）と凝集性が中間レベルにある家族を、家族機能が良好であると判断する。FACES II, FACES III, FACES IV まで改訂が進んでおり、成人を対象とした研究において信頼性と妥当性が確認されている^{72) 73)}。

F-COPES は、McCubbin らによって 1981 年に家族危機の状況を評価する尺度として開発された。家族のストレス二重 ABCX モデルを基盤とする尺度で、家族に生じた出来事を持ちうる資源と対処能力、出来事に対する意味づけや認識について 30 項目で測定する。家族に生じた問題を、①個人が家族システムや家族の外部に対してどのように認識したり行動するか、②家族の内部的に対してどのように対応するかを問い、高得点はより対処できていることを、低得点は対処が不足していることを示す。家族の危機状況を把握する尺度として、高い頻度で用いられていた⁷⁴⁾。

家族環境尺度（FES）は社会心理学の分野で 1974 年に Moos らによって開発された。①家族の関係性②人間的成長③システム維持の 3 次元 10 下位尺度からなる 90 項目の尺度である。野口らによって日本語版が開発されているが、下位尺度の一部に信頼性が低い部分があることや、日本の文化になじみにくい点があるなど、いくつか課題が指摘されている⁷⁵⁾。

Feetham 家族機能調査(FFFS)は、看護職である Feetham S.L.によって開発された点が

特徴である。家族エコロジカルモデルに準拠した家族機能尺度で、①家族と個々の家族構成員との関係、②家族とサブシステムとの関係、③家族と社会との関係について 27 項目で問う自記式質問紙である。得点により、支援する分野を特定する。法橋により、日本語版が作成され、信頼性と妥当性が確認されており⁷⁶⁾、研究活用は新しい年代で 4 編あった。

表 3 に示した 5 つの尺度は、米国の研究者により開発された家族評価尺度であり、日本で作成された家族評価尺度はなかった。いずれも日本の研究者により日本語版が作成され、信頼性と妥当性が確認されていた。それぞれ基盤とする学問的背景や理論が異なり、家族の何を図るのかについては特性が異なっている。

第 4 節 考察

家族評価尺度を用いた家族研究を概観した。家族評価尺度を用いた家族研究の現状と今後への展望について考察する。

4-1 家族研究の現状

洋文献の学術論文における家族評価尺度の活用状況は **FACESIV**、**FAD**、**F-COPES** が多用されていた。和文献の学術論文では、**FAD**、**FACESIV**、**FES**、**FFFS**、**FDM** の順であった。洋文献、和文献ともに、**FACESIV**、**FAD** が多く用いられており、介入研究においては **FAD** を用いている論文が多かった。いずれも 1980 年代の開発であり、社会学や精神医学を基盤とする尺度であることから汎用性の広さと年数の積み重ねによる活用数の多さ、その結果による信頼性の高さによるものと考えた。

洋文献、和文献ともに家族評価尺度を用いた家族研究は、患者（患児）の疾患別・障害別や年代別の家族の特性を明らかにする横断的な研究が多かった。全体的には、家族評価尺度を用いた介入研究はまだ少なく、今後、家族研究の発展過程として、専門職による介入スキルやアウトカム評価を提示する観点からも、介入研究における成果を蓄積することが期待される。

医療に関係する研究領域では、精神・成人の慢性疾患（がん・糖尿病・難病・認知症・脳血管障害・統合失調症・うつ病など）・小児・母性・在宅看護の領域が多かった。海外でも同様の傾向であったが、洋文献では急性期や危機的状況における家族研究もあり、対象者の心理的な負荷等倫理的な配慮を優先するわが国の臨床感覚との差異を感じた。わが国でも危機状況における家族のニーズを捉える尺度なども開発されており、家族評価尺度を

表3 家族評価尺度一覧

開発年	人物	専門分野	特 徴	課 題	論文数 総計 洋文数 和文数
1983年	Epstein (米国)	精神医学	・1987年に佐伯らにより日本語版が作成された ・7つの下位尺度(問題解決、意思疎通、役割、情緒的反応性、情緒的干渉行動制御、全般的機能)全80項目からなる ・項目内容が日常的なもので日本人に回答しやすい ・文化的背景の相違による回答結果の相違が少ない	・家族内のサブシステム(夫婦関係、親子関係、同胞関係)が家族機能に及ぼす影響を特定できない ・60項目あり、回答に時間を要するため対象者に負担がある	23 洋文4 和文19
1987年	立木茂雄 (日本)	社会学	・Olsonの円環モデルをもとに、立木茂雄らが日本の社会や文化に適合させるためにオリジナルの項目を作成し開発した ・1987年に修訂を重ねFACEKGIVは2009年に完成 ・4段階のサーストンスケール項目が配置された父親版(34項目)、母親版(31項目)子ども版(28項目)、英語版(29項目)が開発されている ・家族機能を「きずな」「かじとり」の2次元に分類し、きずなとかじとりがともに中程度にある状態を家族システムのバランス型と定義している ・成人の対象とした実証実験において信頼性と妥当性が確認されている	・自己報告式の測定尺度であるため、被験者の価値観や感情などを問う項目を避け、行動レベルの問題を具体的に問うよう項目作成を吟味する必要がある ・男女の社会化のされ方により父親と母親の回答にバイアスがかかっている →父親はかじとりがマイナ方向、母親はきずながマイナ方向 ・サンプル数を増やしてさらなる検証が必要である	14 洋文6 和文8
1974年	Moosら	社会 心理学	・Moosらにより1974年に作成された ・「関係性」「人間的成長」「システム維持」の3次元10下位尺度 計90問からなる ・各家族メンバーからみた家族環境の特性が把握できる ・同一家族の複数のメンバーから回答を得ることで家族全体の特性を客観的に評価できる ・世界11カ国で翻訳されており、野口らにより日本語版も作成された(1997年)	・3つサブスケールが文化による影響を受けやすい ・翻訳により日本語として不自然さの残る項目が含まれた ・野口らの研究で下位尺度のうち表出性、凝集性、独立性は信頼性が低かった 特に独立性の概念が日本人に理解しづらいものであった ・異なる文化圏で作られた尺度は日本で使用しにくい	5 洋文1 和文4
1981年	McLubbin ら	家族 心理学	・家族危機の状況を評価する尺度として開発された ・生命の危機や急性期の状況にある家族成員を持ち、家族が困難な状況に直面している事例に活用する ・家族のストレス二重化モデルを基盤とする尺度で、家族に生じた出来事を持ちうる資源と対処能力、出来事に対する意味づけや認識について30項目で測定する	・家族の危機状況を把握する尺度として、洋文版では教員・看護士や集中治療中の患者の家族の研究に高い頻度で用いられていたが、わが国での活用例はなかった。 家族成員が危機的な状況にある場面では、心情的に活用しにくい測定内容がある。	4 洋文4 和文0
2000年	法橋尚広	看護学	・アメリカのFeethamが開発したFFFS (Feetham Family Functioning Survey) を法橋らが翻訳し日本語版Iを作成 ・「家族と個々の家族構成員との関係」「家族とサブシステムとの関係」「家族と社会との関係」の3分野27項目で構成される自記式質問紙 ・子どもを保育所に通園させる父母89家族を調査し、信頼性妥当性が示された ・性別、配偶者や子どもの有無を問わず使用でき、得点化により介入分野を明確にできる	・夫婦間の総ひ得点は統計的に有意な相関が認められず、夫婦間で家族機能の評価に違いがある ・日本の看護領域での研究が少なく、今後研究を重ね改良の余地がある	4 洋文0 和文4

用いた急性期の家族研究が発展することが期待される。母性・小児はもとより、慢性疾患の成人領域や在宅の領域で家族評価尺度を用いた研究が増えつつあるのは、地域包括ケアの推進や安定的な療養生活の確立において、家族を取り込むことの必要性を医療者や家族看護研究者が強く感じている結果と受けとめる。

4-2 家族看護研究における今後への展望

従来、家族をテーマとする看護研究は、事例報告が多く展開されて来た。同じような状況であっても、その時々で家族が優先する価値観や家族成員間の相互作用によって、最終的な家族の判断が個々に異なる場合が多い。また家族の意思決定の過程に影響を及ぼす因子も多様である。そのため家族の内部で起こっている現象の説明や、家族の変化に対する評価を、一般化することが難しいためと考える。事例報告を蓄積する重要性を認めつつ、一方で系統的な家族看護介入のスキルを高めることと、介入スキルの有効性を客観的に示すために、家族評価尺度を用いた介入研究やアウトカム評価の研究が、発展する必要があると考える。

1970～1980年代に米国でFADやFACESの尺度開発が急速に進んだのは、健康障害を持つ人と家族が抱えている課題を明らかにし、介入のアセスメントやアウトカム評価を客観化することが社会や関係者の要請としてあったと考える。ここに来て、日本の保健医療政策を立案する分野や医療の現場においてもアウトカム評価を問う気運が高まっており、看護にもその息吹はある。看護研究でも看護介入に対する客観的な評価を求め始めており、介入研究は重要視されつつあるが、家族看護研究の分野ではその緒についたところと言える。今後、地域包括ケアシステムの確立が急がれ、退院支援や在宅療養支援の重要性が益々高まる中で、家族看護実践はさらに注目されることから、家族評価尺度を用いた研究の発展が必要である。

家族看護実践で活用できる家族評価尺度はいくつかあり、それぞれ特徴がある。なかでも家族機能の客観化を目指した尺度が多い。家族の構造や家族発達や家族固有の状況であり家族の認知や行動の変化を期待する看護介入ポイントとして変化を起こすことは難しく、必然的に家族機能への介入が中心軸となると言える。

数少ない家族評価尺度を用いた介入研究において、FADを用いた介入研究で、摂食障害やうつ病の事例に対する家族介入では数週間の短期間での変化を認めなかった一方、後天的な脳障害やひきこもりなどの事例に対する家族介入で半年程度の前後比較では変化を認

め、家族の変化を確認するためには複数回の介入や月単位の介入継続が必要であると言える。また、家族を対象に介入評価を行った研究が多く、患者（患児）と家族双方を対象に介入評価を行った研究が少なかった。患者と家族双方にとって意味のある介入を考える家族看護介入研究としては、課題であると言える。

家族看護研究を推進し臨床の場に介入スキルやアウトカム評価を提示する観点からも、介入研究における成果を蓄積することが期待されている。

第5節 結論

家族評価尺度を活用した1985～2017年に発表された学術論文を概観した。家族評価尺度として、洋文献・和文献ともに共通して活用度が高かったのは、FADとFACESIVの2つの尺度であった。洋文献・和文献ともに、特定の疾患や障がい、家族発達の状況における家族の特性を捉えた研究が多く、介入研究は少なかった。家族看護の実践や研究発展のために家族評価尺度を用いた研究の蓄積、殊に家族看護介入研究の蓄積と、家族評価尺度の更なる開発が求められる。

FADを用いた介入研究で、単発の介入や数週間の短期間での介入では変化を認めなかった一方、複数回の月単位での介入の前後比較では変化を認めた研究もあり、家族の変化を確認するためには月単位での介入継続が必要である。

第2章 回復期脳血管障害患者と配偶者のFADを用いた家族機能評価

(研究2: 日本医学看護学教育学会誌, 第28号 No.2, 29-34, 2019)

概要

本研究の目的は、回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能の特性を捉えるために、FAD (Family Assessment Device) を用いて家族機能の実態を明らかにすることである。

脳血管障害を発症し回復期リハビリテーションを受療中の患者と配偶者を対象として、FADを用いて両者の家族機能を測定した。FADの7つの下位尺度毎の得点を Kruskal-Wallis 検定で、また対象者の家族構成・性別・年齢・FIM(Functional Independence Measure)・発症からの日数による群間比較を Mann-Whitney の U 検定で分析した。

対象家族は26組で、患者は男性が13名、女性が13名、平均年齢は66.54歳、配偶者の年齢は平均65.38歳であった。夫婦のFADを下位尺度毎の測定値で比較すると、「情緒的反応性」が2.35(±.39)で他の下位尺度に比し有意に高かった(<.001)。家族特性別では、患者と配偶者の年齢が若年であるほどFAD得点が全体的に高く、「問題解決」「役割」「情緒的干渉」「行動制御」「全般的機能」等で家族機能低下を認めた。夫婦のみよりも同居家族がいる方が「意志疎通」「情緒的干渉」で家族機能の低下を認めた。FIM得点の高い方が「問題解決」「役割」「情緒的干渉」で家族機能の低下を認めた。発症からの日数が長い方が「意志疎通」と「行動制御」で有意な家族機能低下を認めた(<.01もしくは<.05)。

回復期脳血管障害患者と配偶者のFADにおける「情緒的反応性」の家族機能低下に対して、夫婦間のコミュニケーションを促進し情緒の安定化を図ることが重要である。また夫婦の年齢・家族構成・患者の生活機能(FIM得点)・発症からの日数等の家族特性による家族機能低下の実態を踏まえて、家族看護ならびに支援を強化する必要性が示唆された。

キーワード 脳血管障害, 介護者, 家族機能, FAD, 家族看護

第1節 緒言

厚生労働省平成28年(2016)国民生活基礎調査によると介護が必要となった原因疾患の第1位は認知症で18.0%，次いで第2位が脳血管障害で16.6%である⁷⁷⁾。65歳以上の死亡原因としては，悪性新生物，心疾患，肺炎に次ぐ第4位になった⁷⁸⁾とは言え，脳血管障害は患者と家族の生活において依然大きな影響を及ぼす疾患である。

医療費抑制政策の中，在院日数短縮化や医療保険適用によるリハビリテーション期間の上限設定などがあり，脳血管障害患者と家族に対する退院支援や在宅療養支援の体系化は喫緊の課題である。この分野における療養者や家族への支援は，抱える課題にしたがって多職種による協働・連携が基軸であるが，その中であって看護職が担うべき役割と実践についても具体化が必要である。渡邊は回復期リハビリテーション病棟から在宅移行する患者と介護者の主観的QOLに関する研究において，患者も介護者も生活の質に大きな影響を及ぼすものとして「家族」を挙げており⁷⁹⁾，退院支援や在宅療養支援に家族の安定性を確保することが重要課題であると言える。

筆者は，回復期脳血管障害患者と配偶者が療養生活の中でどのように生活の再構築を図っていくか⁸⁰⁾，あるいは彼らが求める医療者に対するケアニーズ⁸¹⁾について研究を進めてきた。回復期脳血管障害患者と配偶者に対する介入研究を展開し，家族のセルフケア能力の最大化と安定化を図る介入手法の明確化をめざしているが，現時点では家族看護における介入手法とその評価手法の開発は立ち遅れている。

家族介入に実績を持つ精神医学領域では，尺度を用いた集団特性⁸²⁾や専門領域から療養者と家族に関わった介入とその効果を検証する研究⁸³⁾が展開されており，介入効果指標のひとつとして家族機能の改善に注目している。家族看護学領域においても，家族機能に着眼する考え方があり，家族機能を測定する尺度の開発・研究が展開されている⁸⁴⁾⁸⁵⁾。回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族看護介入研究を展開するに先立ち，家族機能の実態を量的に測定し把握する必要があると考えた。

本研究の目的は，回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能の特性を捉えるために，家族機能評価尺度(FAD)を用いて家族機能の実態を明らかにすることである。

第2節 研究方法

2-1 対象

脳血管障害を発症し回復期リハビリテーション病院に入院中の患者と配偶者で、自宅退院を視野に入れている夫婦を対象とした。患者と配偶者双方が研究協力に同意した事例である。家族の中でも、本研究では患者との関係性が緊密で患者の発症により関係性や生活の変化が把握しやすく収集データの均質化をはかることが可能と考え、家族の代表として配偶者を対象とした。

患者は、運動機能障害（麻痺）や言語障害（失語症、構音障害）、嚥下障害などの後遺症があり、退院後何らかの介護を要する状態にあるが、重度の意識障害（Japan Coma Scale II度以上）や高度の言語障害や高次脳機能障害があり、自らの意思を表現することが困難な者、身体的状況等で主治医が研究参加は困難であると判断した者は除外した。

2-2 データ収集方法

回復期リハビリテーション病院管理者より研究協力に同意を得、該当する病棟看護師長から選定条件に適合する対象者としてリストアップされた患者と配偶者に対して、研究者もしくは研究者が雇用した看護師による FAD の面接調査を行った。患者は自身の意志を表現することが可能であることを条件としたが、患者の回答の的確性確保のため患者と配偶者が同席する面接調査とした。

FAD は家族システム論を基盤として家族機能を測定する尺度として開発され、問題解決意志疎通・役割・情緒的反応性・情緒的干渉・行動制御・全般的機能の7つの下位尺度を持つ60項目4段階の尺度であり、下位尺度毎に得点化し家族機能を評価した^{69) 70)}。

「問題解決」は家族の統合性を脅かすような種々の問題に対して改善を図る家族の能力を、「意志疎通」は家族成員間の情報交換が明確に行えているかを、「役割」は家族の課題が家族成員に明確かつ公平に割り当てられ、個々の家族成員が責任を持って遂行できているかを、「情緒的反応性」は様々な刺激に対して個々の家族成員が適切な感情で対応できているかを、「情緒的干渉」は家族成員がお互いの行動や関心に興味を持ち価値をおく範囲を、「行動制御」は種々の状況における家族成員の行動の制御パターンを、「全般的機能」は家族生活の円滑化を図る網羅的な内容を含む下位尺度であり、これら7つの下位尺度は、家族が円滑かつ安定的な生活を継続する上で重要な機能である。尺度の得点は1点から4点で、得点が高い方が家族機能の低下を意味する。成員個々の得点は、7つの下位尺度毎に

平均値を求め、2.2 点以上を家族機能低下があると認識していると判定した^{88) 89)}。

FIM はリハビリテーション期における生活機能を測る尺度として専門職間で広く用いられている評価尺度で、運動機能 13 項目と認知機能 5 項目の 18 項目からなる。それぞれ 1～7 点を配し総合点 18～126 点で得点化し、得点の高い方を生活機能が高いと評価した。

2-3 データ収集期間

2015 年 8 月～2016 年 7 月であった。

2-4 データ分析方法

FAD の下位尺度毎の得点を Kruskal-Wallis 検定で、また対象者の年齢・家族構成・FIM (Functional Independence Measure)・発症からの日数による群間比較を Mann-Whitney の U 検定で分析した。IBM 社統計ソフトウェア SPSS Statistics Base & Advanced 21.0 を用いて分析した。

2-5 倫理的配慮

研究フィールドとして依頼する医療施設の施設長と主治医には文書で、看護管理者と該当病棟看護師長には文書ならびに口頭で説明を行い研究協力の了解を得た。病棟看護師長には、対象者のリストアップと研究進行に伴う対象者との調整役割をお願いし、口頭で了解を得た。病棟看護師長からリストアップされた患者と配偶者に対し、筆者が直接面会し研究の趣旨と具体的方法について文書を用いて口頭で説明し、双方からの同意書の提出によって研究協力を確認した。研究協力への同意は自由意思であり、拒否をしても診療や看護を受ける上で不利益を被らないこと、一旦研究協力に同意を表明した後でも研究協力を撤回することができることを確約した。

FAD の調査は、研究者もしくは研究者が雇用した看護師による面接調査とし、プライバシーを保護するため病棟説明室などの個室で実施した。データは研究者の研究室の鍵つき収納戸棚で管理し、目的外使用をしないことを確約した。また家族看護もしくは看護医療分野の専門誌に公表することを説明し、公表時には対象者のプライバシーを保護することを確約した。本研究に使用した FAD については、日本語版の開発者である佐伯俊成氏から使用の許諾を得た。

本研究は、筆者が所属する施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(島根県

第3節 結果

研究協力の同意を得た対象家族は合計 26 組で、属性を表 4 に示す。

患者は男性が 13 名、女性が 13 名、平均年齢は 66.54 (±10.24) 歳、FIM の平均値は 72.46 (±29.05) 点、発症からの経過日数は 60.15 (±32.37) 日であった。配偶者の年齢は平均 65.38 (±10.95) 歳、夫婦のみの世帯が 8 組、同居家族ありが 18 組であった。

表 4 対象者の属性

対象家族		26 組(52 名)
家族構成	夫婦のみ	8 組
	同居家族あり	18 組
患者の性別	男性	13 名
	女性	13 名
平均年齢	患者	66.54(±10.24)歳
	配偶者	65.38(±10.95)歳
FIM 平均値		72.46(±29.05)点
発症からの経過日数		60.15(±32.37)日

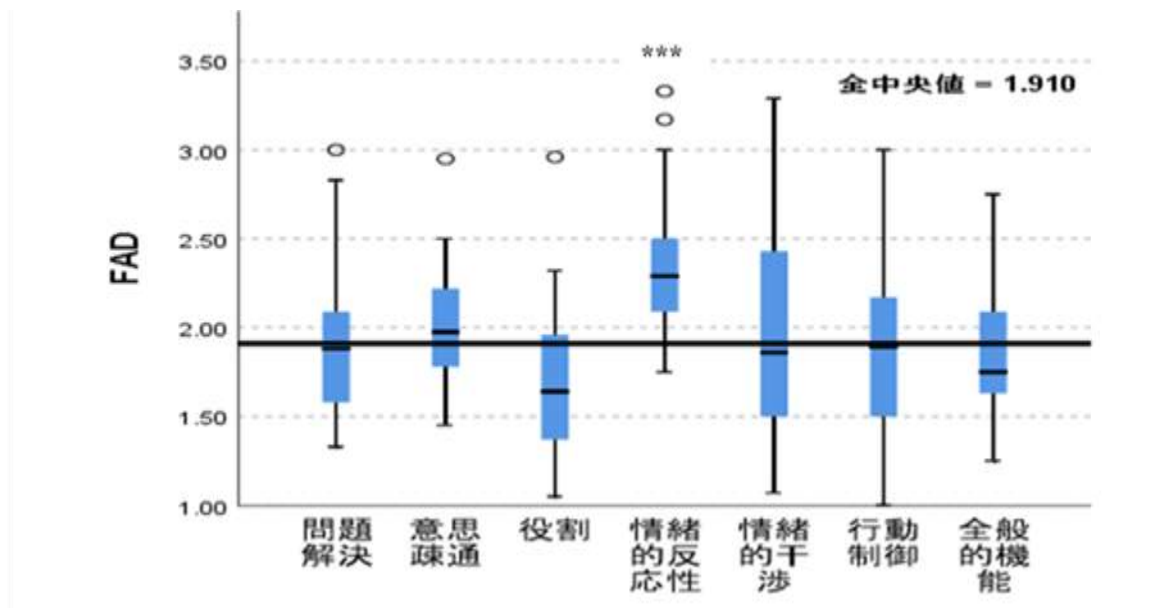
FAD の測定結果は、正規性を認めず対象数が限定的であることから、ノンパラメトリック検定を用いた。

26 組の夫婦の FAD 下位尺度毎の中央値を、Kruskal-Wallis 検定を用いて比較した。7 つの下位尺度の中で「情緒的反応性」が 2.35(±.39)で有意に高く($p < .001$)家族機能低下を認めた。結果を図 1 に示す。

続いて、6 つの側面から家族特性を群化し、FAD 下位尺度毎の中央値における群間比較を Mann-Whitney の U 検定を用いて分析し、有意水準は 95%有意確率とした。

結果を表 5 に示す。

家族特性は、①家族構成として夫婦のみの世帯か同居家族がある世帯か、②患者の性別、③患者の年齢、④配偶者の年齢、⑤患者の生活機能の自立度を FIM 得点で 100 点以上か 99 点以下か、⑥脳血管障害発症から初回面談日までの日数を 60 日以内か 61 日以上かで区分した。



Kruskal Wallis 検定 ***p < .001

図 1 FAD 下位尺度における測定値の比較

その結果、夫婦のみよりも子や孫などの同居家族がいる方が、「意志疎通」「情緒的干渉」で有意に家族機能の低下を認めた。患者の性別では有意な差は認めなかった。患者の年齢を 64 歳以下と 65 歳以上で比較すると、64 歳以下の FAD 得点が全体的に高く、「問題解決」「役割」「情緒的干渉」「行動制御」「全般的機能」の 5 つの下位尺度で家族機能低下を認めた。また配偶者の年齢では、64 歳以下の FAD 得点が全体的に高く、患者と同様の下位尺度である「問題解決」「役割」「情緒的干渉」「行動制御」「全般的機能」の 5 つで家族機能の低下を認めた。患者の FIM 得点の高低では、FIM 得点が高い方すなわち生活機能の自立度が高い方が、「問題解決」「役割」「情緒的干渉」で有意な家族機能低下を認めた。発症からの日数の長短では、61 日以上経過している方が、「意志疎通」と「行動制御」で有意な家族機能低下を認めた。それぞれ有意水準を $p < .01$ もしくは $p < .05$ で判断した。

表 5 家族特性別 FAD 測定値比較

	n=26(n)	問題解決	意志疎通	役割	情緒的反応性	情緒的干渉	行動制御	全般的機能
家族構成	夫婦のみ(8)	1.71 (1.33-1.92)	1.78 (1.45-2.11)	1.36 (1.05-1.87)	2.13 (1.75-3.33)	1.47 (1.07-2.79)	1.45 (1.17-2.17)	1.57 (1.25-1.83)
	他家族あり(18)	1.96 (1.42-3.00)	2.14 (1.56-2.95)	1.91 (1.23-2.96)	2.33 (1.84-3.17)	2.12 (1.36-3.29)	1.92 (1.00-3.00)	1.84 (1.25-2.75)
	P値	0.048	0.007	0.004	0.358	0.023	0.079	0.010
患者の性別	男性(13)	1.92 (1.42-2.25)	1.89 (1.56-2.39)	1.87 (1.27-2.96)	2.17 (1.84-3.17)	2.15 (1.07-3.29)	1.95 (1.28-3.00)	1.80 (1.25-2.21)
	女性(13)	1.83 (1.33-3.00)	2.00 (1.45-2.95)	1.41 (1.05-2.32)	2.33 (1.75-3.33)	1.65 (1.22-2.93)	1.89 (1.00-2.62)	1.75 (1.25-2.75)
	P値	0.341	0.471	0.130	0.382	0.330	0.396	0.644
患者の年齢	64歳以下(8)	2.05 (1.67-3.00)	2.09 (1.78-2.95)	2.14 (1.55-2.96)	2.29 (2.08-3.17)	2.40 (2.08-3.29)	2.31 (1.83-3.00)	2.17 (1.63-2.75)
	65歳以上(18)	1.83 (1.33-2.25)	1.92 (1.45-2.45)	1.49 (1.05-2.32)	2.29 (1.75-3.33)	1.61 (1.07-2.93)	1.67 (1.00-2.50)	1.71 (1.25-2.30)
	P値	0.015	0.264	0.003	0.824	0.004	0.014	0.022
配偶者の年齢	64歳以下(12)	2.05 (1.42-3.00)	2.10 (1.78-2.95)	1.96 (1.55-2.96)	2.21 (1.84-3.17)	2.26 (1.36-3.29)	2.01 (1.67-3.00)	1.96 (1.63-2.75)
	65歳以上(14)	1.79 (1.33-2.25)	1.92 (1.45-2.45)	1.39 (1.05-2.32)	2.33 (1.75-3.33)	1.57 (1.07-2.93)	1.50 (1.00-2.50)	1.65 (1.25-2.30)
	P値	0.022	0.245	0.000	0.777	0.021	0.035	0.013
FIM	100点以上(7)	2.05 (1.92-3.00)	2.17 (1.78-2.95)	2.07 (1.87-2.96)	2.21 (2.09-3.17)	2.33 (1.86-3.07)	2.25(1.67-3.00)	2.05 (1.63-2.75)
	99点以下(19)	1.83 (1.33-2.83)	1.89 (1.45-2.50)	1.53 (1.05-2.32)	2.33 (1.75-3.33)	1.65 (1.07-3.29)	1.86 (1.00-2.95)	1.73 (1.25-2.34)
	P値	0.028	0.142	0.007	0.714	0.041	0.072	0.063
発症後日数	60日以内(15)	1.79 (1.33-2.83)	1.81 (1.45-2.50)	1.60 (1.14-2.32)	2.21 (1.75-3.33)	1.86 (1.07-3.29)	1.67 (1.17-2.95)	1.73 (1.25-2.34)
	61日以上(11)	1.92 (1.50-3.00)	2.20 (1.78-2.95)	1.73 (1.05-2.96)	2.38 (1.84-3.17)	1.90 (1.36-3.07)	2.17 (1.00-3.00)	1.77 (1.54-2.75)
	P値	0.278	0.015	0.833	0.383	0.654	0.023	0.303

Mann-WhitneyのU検定 中央値 (最小値-最大値)

第 4 節 考察

4-1 回復期脳血管障害患者と配偶者の FAD の「情緒的反応性」における家族機能低下について

研究者は回復期脳血管障害患者と配偶者に関する質的な研究で、両者に「不安と混乱」や「つらさの並立」の時期があり、この時期を短期化し「つらさの共有」の段階に至る支援の重要性を論じた⁶³⁾。今回、FAD の「情緒的反応性」で家族機能低下の所見を認めたことは、この先行研究の「不安と混乱」や「つらさの並立」の段階と重なる状況とも推論でき、量的な研究手法においても同様の所見が確認できたと言える。

「情緒的反応性」は様々な刺激に対して個々の家族成員が適切な感情で対応できているかを測る下位尺度である。下村は、脳卒中感情障害スケールを用いた研究でリハビリテーション期の脳血管障害患者にはうつ傾向もしくは情動障害がある⁷⁴⁾と指摘しており、本

研究において「情緒的反応性」における機能低下を認めた所見と重なる部分がある。患者と配偶者は、面会等で日々顔を合わせてはいても、お互いへの配慮や日々の慌ただしさから、自分自身のことや相手への思いを十分に言葉にはできておらず、適切な感情で向き合えていない状況があると推察した。加えて脳血管障害の回復期には、療養生活上の問題解決や家族としての意思決定が求められること、また家族内での役割移譲を円滑に進めることが必要であり、夫婦間のコミュニケーションを促進し、両者の情緒の安定化を図ることが重要であると言える。

4-2 家族の特性による家族機能低下について

1. 夫婦二人世帯と同居家族がある世帯の世帯別の家族機能

家族成員の減少が家族機能の縮小化を招いている一要素であるという⁹¹⁾考え方のもと、一般に夫婦二人世帯の家族機能、ことに高齢者の夫婦二人世帯の家族機能は予備能力が限定的なため不安定であるとの捉え方がある。本研究において夫婦二人世帯の家族機能が子や孫と同居している同居家族がいる世帯よりも高く評価された点は特記すべき所見と言える。

夫婦二人世帯では、特に意志疎通や役割の家族機能が有意に高かった。高齢夫婦二人という家族成員が限られている状況は、脳血管障害発症に伴う家族内の意志疎通や役割調整において、対応できる他の家族成員は自分以外には患者か配偶者しかおらず結果的に家族の凝集性が高いことが影響しているとも推測できる。一方で、脳血管障害患者の療養生活確立には、療養の場の決定やリハビリテーションの継続などに関する様々な課題に向き合い意思決定や課題解決を図る高い家族機能が求められる。同居家族がある世帯よりも夫婦二人世帯の家族機能が高いという結果は得たが、家族外の公的なサービスやインフォーマルな支援体制の検討ならびに強化は引き続き配慮していく必要がある。

また、同居家族がいる世帯には、患者に対して支援可能な家族成員が複数いることによって家族内の役割移譲が円滑に進まなかった場合は、家族機能が十分に発揮されない可能性もあり、特に有意差を認めた「意志疎通」や「情緒的干渉」に対する支援が重要と言える。

2. 若年の患者と配偶者における家族機能

今回の調査対象者の中には、くも膜下出血などで50歳代～60歳代前半の脳血管障害患者があった。このような壮年期の夫婦は、家庭内役割として経済的な支柱であり、家族の

意志決定者であることが多く、両者における「役割」や患者の「情緒的干渉」で高齢期の家族よりも家族機能低下が有意であった。米田の急性期における壮年期脳血管疾患男性患者を抱える家族の対処行動に関する研究でも、役割変更・調整に関わる対処や家族外資源の活用等の必要性を取り上げており⁹²⁾、壮年期の脳血管障害患者と家族に起こる特徴的な課題と言える。

壮年期の患者の場合、脳血管障害を発症し自律的な生活ができないことにより「家族内の意志決定に関与できない」「自身の存在価値が低下した」などの心理状態に陥りやすく⁵⁾「情緒的干渉」を低く評価する状況になったと思われる。患者の自尊感情の維持・向上を図る支援が重要と思われる。経済的側面の課題については早期から多職種連携で積極的な支援をするとともに、看護場面では夫婦のコミュニケーションの促進を図り、ことに役割移譲に関する協議を促進するよう支援が必要である。

3. 患者の FIM 得点と家族機能

脳血管障害の後遺症発症に伴う患者の生活機能の状態を FIM で査定した。FIM 得点が低い方が家族の介護度が高いため家族機能の低下があると推測したが、FIM 得点が高く 100 点以上の患者と配偶者が「問題解決」や「役割」「情緒的干渉」の家族機能で低く評価した。FIM 得点が高い方が、患者は自分でできるという意欲と自負を高く持つと考えられ、患者の「できる」気持ちと配偶者の「安全」や「任せがたい」と思う気持ちとの間で調整が取りにくく、家族機能低下をきたすのではないかと考えた。患者と配偶者双方の療養生活における考え方の調整や介護者の介護方法の確立に向けた支援が重要と考える。

4. 発症からの日数と家族機能

本研究では、脳血管障害発症後 60 日以内と 61 日以上で比較した。発症後 60 日以内より 61 日以上経過した方が「意志疎通」や「行動制御」における家族機能の低下が有意であった。リハビリテーションが進行し、自宅退院が近づく状況において、運動麻痺や高次脳機能障害など生活機能に関わる障害の回復の限界を意識し始めることや、療養生活において家族で対応すべき課題が顕在化する状況が影響したのではないかと推察した。

発症から日数が経ったから支援を減ずるのではなく、むしろ退院日が近づく時期や患者と配偶者が障害の程度を客観的に捉え始める時期における支援を重視すべきと考える。

回復期脳血管障害患者と配偶者 26 組を対象に FAD を用いて家族機能を評価した。家族機能を尺度を用いて評価した研究は少なく、本研究の結果によって、脳血管障害患者と配

偶者に対する情緒的側面への支援と家族特性別の家族機能低下を踏まえた家族看護の必要性について説明力を高めることができた。また、家族看護におけるアセスメントや介入評価手法の一助として、FADを用いた家族機能評価は有効であるとの示唆を得ることができた。

第5節 結論

回復期脳血管障害患者と配偶者26組の家族機能を、家族システム論を基盤とするFADを用いて評価した。その結果「情緒的反応性」の側面で有意な家族機能低下を認めた。また、夫婦のみよりも同居家族がいる方が、患者と配偶者の年齢が若年であるほど、患者のFIM得点が高い方が、発症からの日数が長い方が、有意な家族機能低下を認めた。

この結果から、回復期脳血管障害患者と配偶者に対して、双方のコミュニケーションの円滑化や状況の客観視を促進し情緒面の安定性を回復する支援の重要性が確認できた。また、家族特性と家族機能低下の関連を説明する際の根拠を提供できた。

謝辞

脳血管障害患者と配偶者の皆様には、回復期リハビリテーション受療中の大変な時期に本研究に対しまして御理解と御協力頂き心より感謝申し上げます。また、研究活動にご協力頂きました出雲市民リハビリテーション病院ならびに出雲市立総合医療センター看護管理者様・看護スタッフの皆様、リハビリテーション部門専門職の皆様に感謝申し上げます。

研究全般にわたりご指導頂きました、吉備国際大学大学院保健科学研究科寺崎智行教授ならびに同元教授古城幸子様には感謝申し上げます。

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究C（課題番号15K11808）の助成を受けて実施した。

本研究における利益相反は存在しない。

第3章 回復期脳血管障害患者と配偶者2事例に対する家族機能改善を図る看護介入

(研究3：日本医学看護学教育学会誌，第26号 No.3，32-39，2018)

概要

退院支援や在宅療養支援における家族看護介入の手法の開発が待たれている。本研究の目的は回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族機能改善を図る看護介入プログラム（試案）の効果と課題を事例研究で検討することである。60代と70代の夫婦2事例に対し感情の安定化と現状認識の客観化を図る3回の面談を基軸とする看護介入プログラム（試案）を展開し、Family Assessment Device（以下、FADとする）を用いてその効果を評価した。

その結果、介入前と比較すると家族機能の全体的なバランスや意思疎通、情緒的干渉、行動制御において家族機能の改善が認められた。課題として、患者と配偶者における、情緒的反応性に対する介入強化や配偶者（妻）の家族機能の全般的な改善を図る必要性が明らかになった。

キーワード

脳血管障害，家族看護介入，FAD(Family Assessment Device)，ナラティブアプローチ，

事例研究

第1節 緒言

1997年に介護保険法が制定され、2000年には介護保険制度が施行された。わが国における介護の問題は家族介護を基盤としてきたが、これにより介護の問題を、家族だけでなく社会全体の問題と捉え、要介護者の生活の質向上と介護者の過重な負担を減じて介護の質を高めようとする方向性が示され、「介護の社会化」について国民的なコンセンサスを得る働きかけが展開されてきた^{93) 94)}。

同時に、医療費の圧縮、在院日数の短縮化、地域包括ケアの推進、棲み慣れた地域で最期まで暮らせる支援体制の構築等、社会保障制度改革も推進されてきた。しかし、人口の

高齢化と医療や社会情勢の変化は著しく、要介護者の生活の質向上や介護者の負担軽減をはかる法整備や制度の拡充が追いついていない現状がある。その結果、在宅療養を継続するための公的サービスやマンパワー、財源などの社会資源は十分ではなく、療養者の家族による介護への社会からの期待は依然大きいと言える。他方、家族は高齢者夫婦世帯や高齢者独居世帯の増加など家族規模が縮小し、それに伴って家族機能も縮小化している。その結果、家族成員の健康障害発症などによる問題状況に対応できる家族の対処能力も脆弱化しているといえる。退院支援や在宅療養支援において、家族機能の安定化と療養生活上の課題への対処能力を最大化することが、家族看護に携わる看護職の役割として期待されている。

療養者と家族介護者に関する先行研究では、家族介護者における介護負担感に関する研究^{95) 96)}や家族介護者が介護を意味づけていくプロセスの研究^{97) 98)}、患者と家族のケアニーズに関する研究^{81) 99)}などが展開されてきた。中でも介護負担感に関する研究は1990年代から多く重ねられ、在宅介護が継続できる要件として、①療養者の身体機能の安定、②療養者と家族介護者の的確な現状認識、③療養者と家族介護者の円滑なコミュニケーションの必要性が明らかになっている。

脳血管障害は、65歳以上の要介護者の介護を要する状態になった原因疾患の17.2%を占め第1位である。ことに男性においては26.3%であり、第2位の認知症を大きく引き離しており¹⁰⁰⁾、患者と家族の生活に大きな課題を投げかけている。脳血管障害患者と家族を対象とするわが国の看護研究は、事例報告が主で介入研究の報告はまだ無い。先述したように退院支援や在宅療養支援が重要視される中、脳血管障害患者と家族に対する体系化された看護介入の手法を確立することは喫緊の課題である。

筆者は、回復期脳血管障害患者と配偶者（以下、患者と配偶者とする）の相互作用に関する研究⁸⁰⁾において、発症直後の両者が「不安と混乱」を呈する時期や回復期の「患者と配偶者が共に歩めない」状況に対する、看護介入の必要性を述べた。患者と配偶者が、脳血管障害発症による混乱期を早期に乗り越え、療養生活における課題への対処能力を発揮できる支援、即ち家族機能を高める支援が必要である⁸⁰⁾。具体的には、両者のコミュニケーションを促進し感情面の安定性や現状認識の適切性を確保することが、患者と配偶者の家族機能を高める看護介入として重要と考えている。

療養生活の安定化を図るため、患者と配偶者に対して、発症直後の「不安と混乱」の状況や回復期における「患者と配偶者が共に歩めない」状況において、早期に家族機能を

健全化できるよう支援するプログラム開発が必要である。介入プログラムを構築する前段として、患者と配偶者の家族機能を高めることを目的とする看護介入プログラム（試案）（以下、試案プログラムとする）を検討した。本研究では、試案プログラムを実際に臨床で展開し、その効果と課題を明確にしたい。

第2節 研究目的

回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族機能改善を図る看護介入プログラム（試案）の効果と課題を明らかにする。

第3節 用語の定義

巻頭の利用の定義に同じ。

第4節 家族機能改善を図る看護介入プログラム立案

4-1 家族機能改善を図る看護介入プログラム（試案）作成の基本的な考え方

看護介入プログラム作成において、介入方法の基盤としたのは Wright らが開発したカルガリー家族看護アセスメントモデルならびにカルガリー家族看護介入モデルの考え方であった。第1章で述べたように、家族をアセスメントするモデルや尺度はいくつかあり、我が国の家族看護の研究者たちが開発したアセスメントの枠組みも複数紹介されている⁷⁾⁸⁾⁹⁾。しかし、どれも家族にかかわる情報収集内容が複雑多岐であること、何よりアセスメントの枠組みの留まっており、介入レベルまで枠組みを明示したものは Wright らのカルガリー家族看護介入モデルのみであった¹⁾。

カルガリー家族看護アセスメントモデルならびにカルガリー家族看護介入モデルは、ポストモダニズムの立場から、多様なものの見方や存在の仕方を容認するところから発している。家族は、家族成員間のもとより、個人や社会との相互作用により恒常性を保ちつつ変化する存在と捉え、「家族システム理論」を基盤としている。加えてコミュニケーション理論、役割理論、変化理論など複数の理論を取り入れて、アセスメントと介入のモデルを説明している。

介入手法としては、家族療法の分野で蓄積された、カウンセリング技法やインタビュー技法、コミュニケーション技法を用い、家族成員個々の認知領域・感情領域・行動領域に働きかけ家族の対処能力やセルフケア能力を高める変化を起こさせるようにアプローチす

る手法を提示している。

カルガリー家族看護アセスメントモデルならびにカルガリー家族看護介入モデルを用い、複数回の家族面談で良好な変化をもたらしたわが国の実践例の報告があった¹⁰¹⁾

また、筆者が2009年から実践を重ねているナラティブ研究会における成果から、「語る
こと」が自身の「経験や行動の意味づけ」や「気づき」を促進すると判断し^{102) 103) 104)}、
家族面談を家族介入の中心に据えた。

加えて、筆者の研究結果や経験知から、家族機能を高める介入として以下の3点を介入
の特徴として組み入れた。

1. ジェノグラムの作成

患者の入院時ケアで家族の背景録を記載する。現在は電子カルテとなり、ジェノグラム
的な図を用いることが少なくなったが、解決すべき課題を抱える家族とかかわる際に、家
族を理解する手法としてジェノグラムを作成する。家族療法では、現在も重要視されてい
る¹⁰⁵⁾。家族を前にジェノグラムを記載すると、家族の構造を可視化する効果だけでなく、
家族の成り立ちや歴史、成員間の関係性や課題対処能力、活用可能な人的・物的資源など
の情報を得ることができる。

何より家族の構造を可視化することによって、家族自身が自家族の全体像を再確認し家
族としての課題解決に向けて志向が動き出すツールと考える。

2. 感情の表出

筆者の研究結果より、回復期脳血管障害患者と配偶者は、発症直後に「不安と混乱」の
時期があり、回復期に入っても「患者と配偶者が共に歩めない」状況に陥っていることが
ある⁸⁰⁾。また、第2章で示したように「情緒的反応性」における家族機能低下をきたす可
能性が大きい。

入江は、知的発達障害児を抱える家族のファミリーレジリエンスに関する研究において、
問題状況における家族の適応を促す際に「感情の表出を促す」介入の有効性を述べている¹⁰⁶⁾。脳血管障害の回復期において、リハビリテーションの円滑な受療や療養生活の具体化
を図るうえで、まずは個人の感情的な側面が安定することが求められる。困難な状況にあ
る家族への介入手法として、家族成員の「感情の表出を促す」ことが、感情の安定化と家
族成員間の相互理解を促進する上で有効と考えた。

自らの体験を物語として言語化することは、出来事の客観化や自身の価値観や行動、他
者との関係性などを内省したり意味づける実践として有効である¹⁰²⁾。いわゆるナラティ

ブアプローチであるが、自分自身を見失うような混とんとした状況や感情を安定化させる手法として有効と考え、プログラムの展開スキルとして位置付けた。

3. 現状認識の客観化と療養生活の見通しを持つ

回復機能血管障害患者と配偶者は、「後遺症の回復がどの程度まで可能か」「回復にはどの程度の期間が必要か」「在宅での生活にどの程度の困難を伴うのか」「多くの情報が医療者からもたらされるがその意味は何か」といった思いや問いを持ちながら療養生活を重ねていた⁸¹⁾。また「自分たちと同じような状況の患者と家族はどのような道のりを辿ったか」という問いも、回復期の患者と配偶者から頻回に投げかけられた。療養生活の確立に向け、自分たちを主体者と捉え、見通しをもって自分たちの道程を見出そうとするニーズがあると捉えている⁸¹⁾。そのためには、病状や障害の程度など現状の客観視ができることと、回復や生活の再構築に向けどのような努力が必要かについて、具体的なイメージを描けることが必要と考えた。

第5節 研究方法

5-1 対象

脳血管障害を発症し回復期リハビリテーションを受療中の患者と配偶者2事例である。

5-2 データ収集期間

2018年2月～2018年5月であった。

5-3 家族機能改善を図る看護介入プログラム（試案）の具体的展開

先述したプログラム作成におけるより基本的な考え方を踏まえて、本試案プログラムは、回復期脳血管障害患者と配偶者のコミュニケーションを促進し「感情の安定化」と「現状認識の客観化」を基軸とするプログラムとした。プログラムの流れを表5に示した。

基本的には患者と配偶者が同席する面談を3回実施する。夫婦間の認識のずれや課題が複雑であると判断した場合などは、必要時、患者と配偶者の個別面談を実施した。複数回の面談機会を確保することにより、家族の持つ多様な側面を捉えることができること、繰り返しによる強化や介入の方向性の修正が可能と考えた。回復期医療施設での入院期間は、概ね2か月程度である。入院期間内に3回の面談を想定し、面談間隔は2～3週とした。次回面談までに患者と配偶者がそれぞれ自身の気持ちを内省できる時間を確保する目的と、両方で療養生活における課題の整理をする時間を確保する意図である。面談と面談の間は、当事者で家族機能の改善・強化を図る期間とした。

表 5 家族機能改善を図る看護介入プログラム(試案)

Step	介入目標	介入内容	活用する理論・スキル
介入前	家族機能の実態確認と介入ポイントの明確化	FAD質問調査の実施	
1回目 面談	1. ジェノグラム描写により、患者と配偶者が自家族の構造や関係・家族史を客観化する ⇒家族の強み、家族の関係性、役割分担の状況について自覚を促す	・ジェノグラムを描く 患者と配偶者に聞き取りながら、ジェノグラムを描く	ジェノグラムによる家族の全体像描出
	2. 必要な情報を聞く中で、患者と配偶者の会話を促進する ※家族構成(同居家族以外も含む)や子の話題は会話が促進される		
	3. 脳血管障害発症を患者と配偶者がそれぞれどのように受け止めているか、経験と認識の言語化を促す	・発症からの家族の様子について、患者と配偶者の体験の語りを促す ※発症直後の様子を思い出して語ってもらうので、語りたくないことは拒否してよい	ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り)
	4. 療養生活における患者と配偶者間の感情面・認知面・行動面での受けとめの相違点を明確化する	・脳血管障害発症に対するとらえ方や療養上の気がかりなどについて確認する 病気の予後への心配 現在の入院生活 退院後の生活 など	ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り) ・カルガリー家族看護介入モデル(感情面・認知面・行動面への介入)の中の感情面に焦点化した介入
	5. 患者と配偶者が大事にしている習慣や家族の価値観について言語化を促す	・入院前の生活(趣味や生活リズム)について大切にしてきたこと、今後も大切にしていきたいことを確認する	
		2回目の面談の日時設定	
2回目 の準備		・介入前FADの得点と1回目面談で得られた情報から、介入ポイントを明確化する ・患者と配偶者間で脳血管障害発症や療養生活に対する感情面や認知面で相違がある部分を注視する	
2回目 面談	1. 脳血管障害発症や療養生活に対する患者と配偶者の感情面や認知面における相互理解を促進する 2. 療養生活上の課題について患者・配偶者・看護師で共有し対応について協議する	・1回目面談内容に関する患者・配偶者の受け止めの確認 ・介入前FADの得点を提示し、療養生活上の課題について協議する ・患者と配偶者間で感情面や認知面での相違がある部分を注視し、患者と配偶者に提示しながら双方のコミュニケーションを促進する	ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り) ・カルガリー家族看護介入モデル(感情面・認知面・行動面への介入)の中の感情面に焦点化した介入
			3回目の面談日時の設定
3回目 の準備		・2回目面談の目標到達状況を確認し、到達できていない点については、3回目への対応を検討する	
3回目 面談	1. 脳血管障害発症や療養生活に対する患者と配偶者の感情面や認知面における相互理解を促進する。 2. 療養生活上の課題について患者・配偶者・看護師で協議し、改善が必要な点があれば行動化できるよう支援する。	・2回目面談内容に関する患者・配偶者の受け止めの確認をする。 ・療養上の気がかりについて解決状況を確認する ・患者・配偶者の相互理解の状況について確認しよりよい療養生活にむけた行動について語ってもらう	ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り)
介入後	・家族機能の実態確認と介入ポイントに対する反応の明確化	FAD質問調査の実施	

1. 1回目面談：家族の構造・機能などの情報収集とアセスメントならびに患者と配偶者の感情の表出促進

1回目の最初に、患者と配偶者それぞれにFADを測定するとともに、ジェノグラムを記載し、家族の歴史や構造、家族内外の人的・物的資源や関係性にかかわる情報を患者と配偶者から得、家族の全体像を把握する。他方、患者や配偶者にとっては、ジェノグラム記載によって家族の構造を図解化・可視化されることや、家族の歴史を語ることが、自身の家族像を客観化する手立てとなる。

介入としては、患者と配偶者が回復に向けて前向きに進もうとする力を妨げている病や障害に対する否定的な感情を軽減するために、感情をありのままに表出できるよう促すことが重要と考えた。また、家族の成り立ちや歴史、病による体験などについて患者と配偶者それぞれが語ることで(narrative や illness narrative)^{102) 104)}、家族がおかれている状況の客観視を促し、自分たち家族が持っている対処能力や強みを明確化することができると考えた。

2. 2回目面談：FADに基づく家族機能の課題の明確化と患者と配偶者の感情の表出を促進

1回目面談で収集した情報をもとに家族機能のアセスメントを行ない、現状の客観的理解に必要な病状や回復過程に関する情報提供を行う。患者の療養生活上の課題あるいは家族機能上の課題を明確にし、それに関する患者と配偶者のコミュニケーションを促進する。2回目面談では、患者と配偶者が今後の療養生活を具体的にイメージでき、家族内の役割分担(役割の再分担と役割移行)や両者の療養生活上の目標などについて考える機会を提供する。

3. 3回目面談：1～2回目の面談の総括、患者と配偶者の今後の療養生活における目標や役割の確認、介入の終結、FADの測定

3回目は、前2回の面談を踏まえて、患者と配偶者の気づきや好ましい認知や行動面の変化を肯定的に評価する。また、家族の対処能力や強みに対する患者と配偶者の自覚し、家族に対する肯定的な見方ができるよう促す。

5-4 試案プログラムによる患者と配偶者の介入評価

FADを用いて介入前後の家族機能を比較評価した。FADは佐伯らにより日本語版が作成され信頼性と妥当性が確認されている^{70) 86)}。7つの下位尺度は、以下のとおりである。

問題解決：家族の統合性を脅かすような種々の問題に対して，有効な家族機能レベルを維持しうるようなレベルで解決するための家族の能力

意思疎通：家族成員間の情報交換の適切性

役割：家族の課題が家族成員に明確かつ公平に割り当てられ，責任を持って遂行されているか否か

情緒的反応性：いろいろな刺激に対して個々の家族成員が適切な感情で対応することができるかどうか

情緒的干渉（関与）：家族成員がお互いの行動や関心に興味を持ち価値を置く範囲

行動制御（行動コントロール）：種々の状況における家族行動の制御パターン

全般的機能：家族全体を俯瞰する下位尺度で，下位尺度同士の関係性を明確にするために6つの下位尺度と独立させたもの

以上7つの下位尺度をもつ60項目で1点～4点の4段階尺度で，7つの下位尺度ごとに平均値を算出し，得点が高いほど家族機能の低下を示す。なお平均値2.2点以上を家族機能低下があると判定する。

5-5 倫理的配慮

脳血管障害の回復期治療およびリハビリテーションを行っている医療施設の管理者・看護管理者・リハビリテーション部門管理者に，研究の主旨と方法を文書と口頭で説明し，研究協力の同意を得た。該当病棟看護師長に対象患者と配偶者のリストアップを依頼し，筆者在患者と配偶者に研究の主旨と方法を文書と口頭で説明し，患者と配偶者双方の同意確認ならびに同意書の提出をもって同意とした。

患者と配偶者は，研究協力を断っても，当該医療施設が実施している通常の医療サービスを受ける権利は保障されること，一旦研究協力に同意した後でも，協力同意を辞退できることを保障した。患者と配偶者に生じている問題状況が複雑かつ多岐であり解決が困難であると推測された場合は，患者と配偶者の了解を得て，必要な専門職への協力要請を当該病棟師長を通して行なうことを説明した。また，研究の成果を看護や医療の学会において，発表もしくは誌上発表することを説明し，その際，対象者のプライバシーを保護することを確約した。

関連する医療情報や面談により対象者の個人情報収集し取り扱うため，文書ならびに情報を保存したUSB等はすべて施錠ができる保管庫で厳重に管理した。

なお、本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認(申請番号 162)を得て実施した。

第 6 節 結果

6-1 事例 A：脳出血発症による入院で緊張した夫婦の関係性が面談によって緩和した事例

1. 事例の概況

患者、A 氏（69 歳）、男性。脳出血による右不全麻痺のためリハビリテーション目的で入院となった。FIM 64/126 点。病棟内は車いすを使用している。高血圧，狭心症，糖尿病，大腸がんの既往歴がある。家族構成は妻（61 歳）と長男（24 歳）の 3 人暮らし。家業の工場をたたむことを夫婦で決断し片付けをしている矢先の発症であった。妻は，今後の生活への心配や疲労により，点滴治療を受け，眠剤を服用していた。長男は社会人 2 年目で自身のことで精一杯の状況であった。A 氏は同じ市内に住む弟を頼りにしており，妻は県外在住の姉に電話で色々な相談をしていた。リハビリテーションは順調に経過しており，退院に向けてメディカルソーシャルワーカー（以下 MSW とする）との話し合いが始まった段階であった。

2. 初回面談の状況（発症から 25 日目）

初回面談は A 氏と妻，代表研究者の 3 名で実施した。患者は口数が少なく感情表出も少なかった。一方，妻は日常生活を維持しながら見舞いや家業の片付けに追われる大変さを患者である夫に不機嫌な様子で訴えていた。A 氏はそんな妻の訴えにそっけない態度をとり，夫婦の間に緊張した空気感があった。

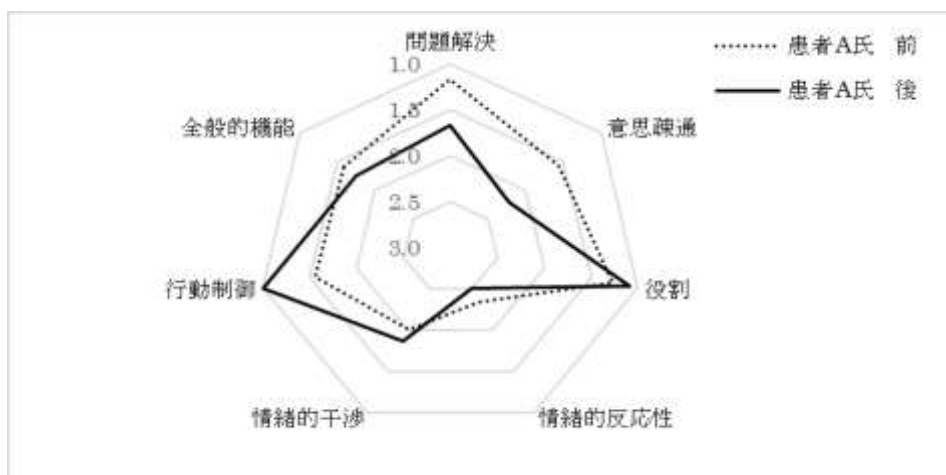


図 2 事例 A 患者 A 氏の FAD 前後比較

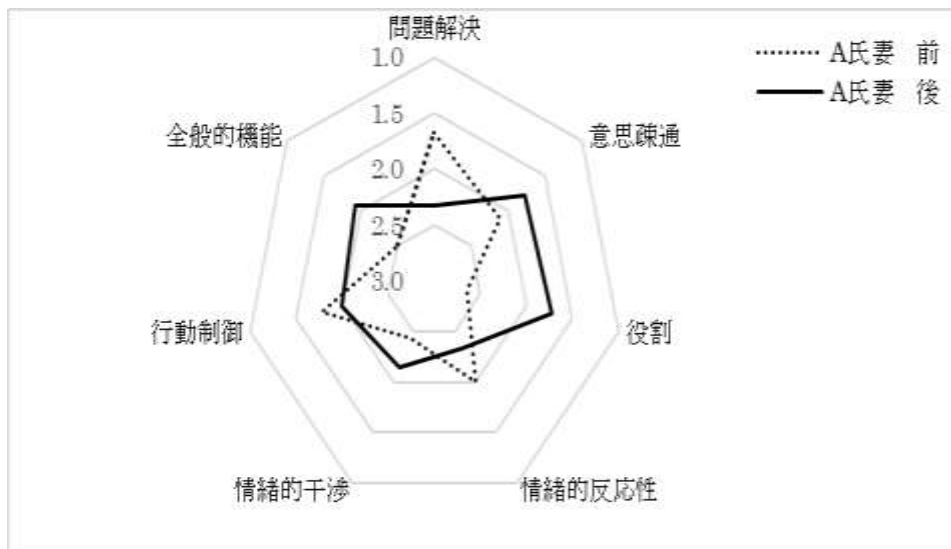


図3 事例A A氏の妻のFAD前後比較

介入前後のA氏のFAD測定結果を図2に、A氏の妻のFAD測定結果を図3に示した。介入前の測定結果を点線で、介入後の測定結果を実線で示した。A氏は情緒的反応性(2.33)、妻は役割(2.63)と全般的機能(2.50)情緒的干渉(2.42)の家族機能が低下していた。

3. 2回目面談の状況(妻のみ)(発症から44日目)

1回目の面談の状況や妻のFADにおける役割や全般的機能の機能低下が顕著であることから、妻が抱えているストレスがあり、そのことがA氏の療養生活に悪影響を与える可能性があるかとアセスメントした。そこで、まずは妻一人と話す時間を設けて、感情表出を促し代表研究者と信頼関係を築くこと、現状を把握して問題を明確化することを目的に面談を実施した。

面談が始まると妻は負担になっている具体的な内容について次々と語った。日々の家事や見舞い以外に、自治会や地域つきあい、家の管理など今までA氏が担っていた様々な役割を妻が一人で抱えている状況が伺えた。同時に、妻がA氏の弟や実姉、MSWらに相談できる関係を築いていることも確認できた。面談の後半になるとA氏への思いも語り、口数の少ないA氏への不満とともに闘病中のA氏の心中を察する発言があった。

4. 2回目面談の状況(夫のみ)(発症から49日目)

初回面談で発言が少なかったA氏に対して、現在の体調と病気への実際の思いを語ってもらうこと、家族との関係についてどう考えているか確認することを目的にA氏のみと面

談を行った。A氏はリハビリテーションをすることで徐々に良くなっている実感があり、前向きにリハビリテーションに取り組んでいる様子を語った。また、同じ病気を抱える他患者との交流が支えになっていた。息子の話題になると表情がゆるみ、うれしそうに息子とのエピソードを語った。妻が病室に来て愚痴を言うことについては、長年連れ添っている妻の心配性で感情的になりやすい性格をよく理解して受け止めていた。また、A氏は自分が入院中に家のことを一人で担っている妻の意見を尊重すべきと考えており、病室にいて何もできない自分が口出しするのをためらう気持ちを語った。

5. 妻に電話連絡（発症から 52 日目）

A氏との面談の様子を妻に伝える目的で連絡をした。A氏が前向きにリハビリテーションに取り組んで良くなっている実感を持っていることを伝え、一人で家のことを抱えている妻に口出ししすぎないように配慮しているA氏の気持ちを代弁した。それに対して、妻からはA氏の頑張りを認める発言と自分に直接伝えてくれないもどかしい気持ちが聞かれた。その後、妻が持ってきてくれたイチゴがうれしかったようだと言えたと今までにない明るい声で驚いた様子であった。

6. 3 回目面談の状況（発症から 72 日目）

3 回目の面談は A 氏と妻、代表研究者の 3 名で実施した。退院に向けた目標の明確化とアセスメントした家族の強みを伝えることを目的とした。

A氏は2回目の面談時よりさらに病状が回復し、FIM 91/126点、病棟内杖歩行が可能になり、表情も良かった。妻は体調が安定し表情が和らいでいた。代表研究者との3回のやりとりを通して感情表出が促され、双方の気持ちを確認できたことで、今まであれもこれも気になり混乱していた妻の認知と行動に変化が起きていた。やるべきことに優先順位をつけて一つずつやっっていこうという認知になり、病院（A氏の病気のこと）と家庭生活との両立が上手くできるようになっていた。

また、退院に向けてA氏の自立度をより高めることと、工場の廃業を二人で相談しながら進めるという目標をA氏と妻で共通認識することができた。長年工場を夫婦で切り盛りしてきたことがA氏夫婦の強みであると伝えた。「夫婦の関係性の改善」という介入の目標に到達したと判断し、介入を終了とした。

A氏は情緒的反応性が2.50であり、介入後に機能低下を認めた。感情表出を促す働きかけをしたことや、退院が具体化する中でより情緒的には不安感が増したためと推測した。妻は役割の家族機能が1.72、情緒的干渉が2.14、全般的機能が1.91と改善した。面談に

より感情表出を促し、抱えている役割や現在の状況を客観的に認識できたことがプラスに影響したと推測した。

7. 介入のポイント

妻に対して認知と感情の側面に働きかけた。妻に感情表出を促し、語られた内容を整理して問題を明確化し、必要に応じて対処方法を伝えた。この介入によって、最終的には妻自らが問題に優先順位をつけて取り組むことができるようになり行動の変化にもつながった。

A 氏には感情の側面に働きかけた。病気に対する思いや家族への思いを自由に語ってもらい、感情表出を促し受容した。

また、A 氏と配偶者に対して代表研究者がアセスメントした夫婦の強みを伝え賞賛することで、両者の認知に働きかけた。

6-2 事例 B：一家の主としての自負を持つ夫とそれを支えてきた妻に長男夫婦への一部役割移行を促した事例

1. 事例の概況

患者、B 氏（74 歳）、男性。脳梗塞による左不全麻痺、嚥下障害のリハビリテーション目的で入院となった。FIM 58/126 点。病棟内は車いすを使用している。15 年程前に脳梗塞の既往があり今回 2 度目の発症である。早く自宅退院したい思いが強く、歩行訓練を懸命に行っていた。家族構成は妻（72 歳）、長男夫婦とその子（小学生）、長女（独身）の 3 世代 6 人家族である。患者のきょうだい 5 人は県内在住で何かあれば集まったり協力したりしている。孫の見舞いや手紙が患者の励みになっている。患者は高次脳機能障害の影響もあり日々の体調や気分にもムラがあり、妻は早朝から夜まで毎日自宅から病院に通い、付き添っていた。

2. 初回面談の状況（発症から 83 日目）

初回面談は患者と妻、代表研究者の 3 名で実施した。患者は自分の病気に対する思いを話し、家族や病院スタッフへの感謝の言葉を口にして涙ぐんでいた。また、自分の性格については元職人で負けず嫌い、自分の意思を貫こうとするが反面気持ちが折れやすく弱い部分があると自身で語った。数か月後に行われる法要の準備が気になり、早く歩けるようになって退院したいと強く語った。面談中、妻からの自発的な発言は少なく、夫の意見が

気になり夫に同意を求める場面が多く、妻の本心がわかりにくい状況であった。

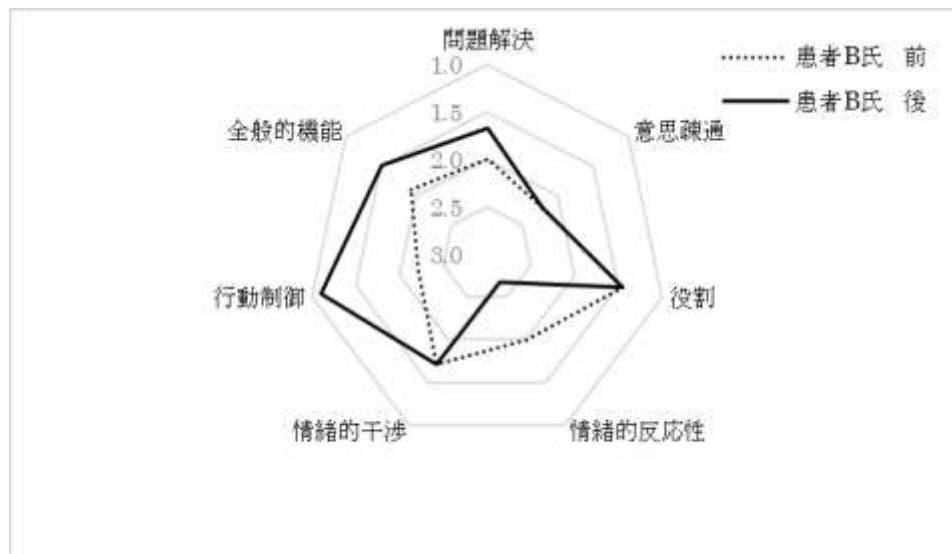


図 4 事例 B 患者 B 氏の FAD 前後比較

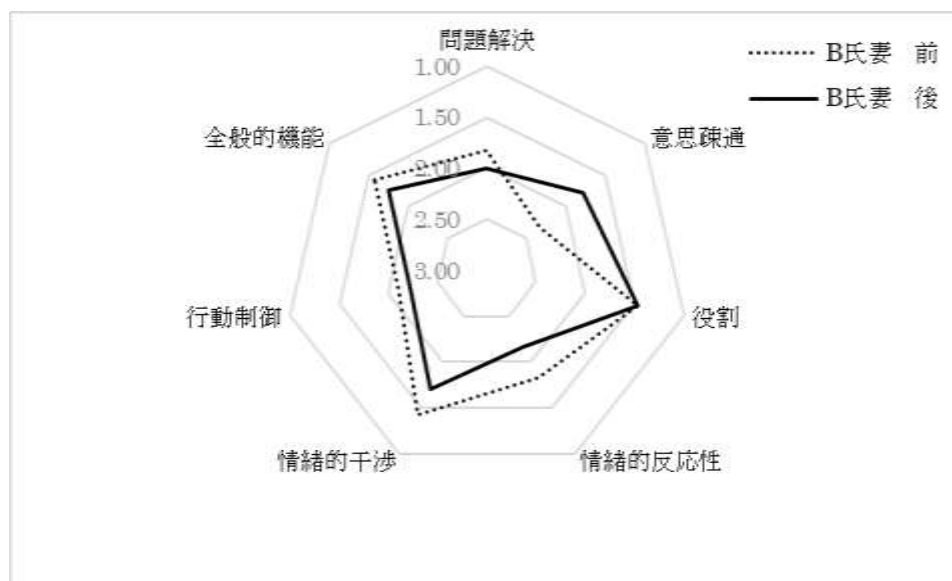


図 5 事例 B B 氏の妻の FAD 前後比較

介入前後の B 氏の FAD 測定結果を図 4 に、B 氏の妻の FAD 測定結果を図 5 に示した。介入前、B 氏は、意思疎通 (2.22) と行動制御 (2.22) で、妻は意思疎通 (2.33) で家族機能の低下がみられた。

3. 初回面談から1週間後、妻のみと面談しFAD再調査を実施（発症から89日目）

初回面談のFAD調査中、妻がB氏の意向を確認する場面が頻繁にあり、FADの結果に影響を与えた可能性があったため再調査を行った。また、毎日付き添っている妻の体調や思いを確認する目的で面談を実施した。妻は、長年連れ添っている職人気質で亭主関白なB氏の性格をよく理解していた。入院中のB氏の意向に添うことが妻の役目だと認識しており、負担感も感じていない様子であった。今回の面談では、研究代表者は妻との信頼関係を築くことが先決と判断し、夫を支える妻の思いを尊重し支持することに努めた。

しかし今後の療養生活においては、B氏の介護を高齢の妻一人で担うことは負担が大きく、いずれ無理が生じる可能性があるとしてアセスメントした。今後は、他の家族成員の状況についても把握し、家庭内での役割や役割意識を確認する必要があると考えた。

4. 2回目面談の状況（発症から110日目）

2回目の面談はB氏と妻、研究代表者の3名で実施した。B氏と妻にその後の体調を確認すること、1回目の面談後に行われた自宅への試験外出の様子を聞き、今後の療養生活について考える機会とすることを目的とした。B氏は肩の痛みが減り、リハビリテーションの成果が出ていることを喜んでいた。「自宅に帰って、仏さまを拝めてほっとした」と語り、B氏は明るくうれしそうな表情をみせた。一方、住み慣れた自宅への外出であったにもかかわらず、身体が思うように動かないことに直面し、動かしにくくなった自分の身体をあらためて認識した発言がB氏からあった。変わらず法要準備のことを気にして、早く退院したい気持ちをB氏は強く語った。

妻は付き添いの疲れもなく元気な様子で、夫にリハビリテーションの成果が出ていることを一緒に喜んでいた。試験外出時に家族でごちそうを食べたことや外出後に夫の表情が明るくなったとうれしそうに語った。また、外出時に自宅のトイレが使いにくかったことをリハビリテーションの担当療法士に話すなど、退院後の生活のイメージが持てた様子だった。

5. 3回目面談の状況（発症から132日目）

3回目の面談はB氏と妻、代表研究者、FAD調査時の負担軽減を図る目的で研究協力看護師の4名で実施した。初回FADでは役割の機能低下は認められなかった。しかし今後の長い療養生活においては、家のことを主に担ってきたB氏とB氏を支える妻の役割意識や家族内での役割を見直していく必要があるとアセスメントした。そこで、これまでの家族の役割分担を確認し、法要の準備のことを気にして退院を焦る患者の現在の心境を把握

すること、妻のその後の付き添い状況や役割意識について確認することを目的とした。

B氏は一家の主として自分がやらなければならないと考えていた家族内での役割について、面談を重ねる間に長男に委ねる気持ちへと変化した。B氏の入院後、長男夫婦が家の管理などを積極的に担っていることや長男家族と一緒に療養生活を支えてくれていることについて感謝の言葉を口にした。早く退院したい気持ちはあるものの今までのように退院を焦る発言が減り、長男が法要準備を進めてくれていると安心したような様子であった。また、妻以外の家族も頻繁に見舞いに訪れており、家族一丸となって患者の闘病を支えている状況に家族の結びつきの強さを感じた。妻からは、農繁期に入ると付き添いがしにくくなると心配する声が聞かれた。B氏の付き添いは妻一人の役目と抱えるのではなく、他の家族の協力も得ていくことや病棟師長も付き添いの妻を気にかけていることを伝えると、安堵した表情を見せた。

3回の面談は、B氏と妻が病気への思いや現在の入院生活と家庭状況、他の家族の協力などを改めて確認する機会になり、B氏と妻が自分たちの状況を客観的に捉える助けになったと考えられる。それによりB氏と妻が自分たちの家族内役割を見直し、長男夫婦への一部役割移行を考えることができたことから面談終了とした。

B氏は、行動制御 1.11、全般的機能 1.50 に改善した。しかし、情緒的反応性は 2.67 と介入後低下した。情緒的反応性の機能低下は、外出等で住み慣れた我が家でありながら麻痺のある状況での生活の困難さを経験したことが情緒に影響したと考えた。しかし、介入後の家族機能は全般的にバランスを取り戻していた。妻は、意思疎通が 1.78 と改善した。面談を重ねるごとに発言が増え、自分の思いをB氏や代表研究者に伝えることができるようになっていた。それにより、意思疎通の家族機能改善につながったと思われる。

B氏の FIM 得点は、65/126 点でわずかに改善があり、病棟内車いすの使用と訓練室での歩行訓練を継続していた。

6. 介入のポイント

患者の B氏に対して、感情面と行動面に働きかけた。病を抱えた B氏の現在の心境や家族に対する思いを傾聴し受容した。また、今まで一家の主としての役割を担ってきた夫に、これまでの役割遂行を認めた上で長男への一部役割移行を勧めた。

妻には認知面、感情面、行動面に働きかけた。亭主関白な B氏の意向を気にして自分の思いを表出することが少なかった妻の感情表出を促し、B氏の病気やそれに伴う生活の変

化をどのように受け止めているかを意識的に語ってもらった。また、家族のサポートを確認し妻が一人で役割を抱えこまないように助言した。

試案プログラムを活用し 2 事例に介入した結果、全体としては 7 つの家族機能のバランスの是正や低下していた機能の部分的な改善を図ることができた。特に、配偶者である妻の意思疎通、役割、全般的機能においては改善が図れた。ただし、妻の家族機能に対する評価は全体として患者よりも低い傾向であった。一方患者である夫は、意思疎通や情緒的反応性以外は、介入前からあるいは介入により家族機能が比較的保たれている評価であった。患者と配偶者の情緒的干渉については改善もしくは機能維持が図れたが、情緒的反応性については、介入後にむしろ機能低下が認められた。

第 7 節 考察

回復期脳血管障害患者と配偶者に対して、家族機能の改善もしくは維持を図る看護介入プログラム（試案）を用いて看護介入を試みた。介入効果を FAD で評価した結果、7 つの家族機能においていくつか特徴的な所見を得た。結果に基づき、以下の 4 点について考察する。

7-1 7 つの家族機能の全体的なバランスの是正と低下していた機能の改善について

図 1~4 を概観すると、全体的には実線で示した介入後の評価において、家族機能の改善もしくは維持が図れており、介入による効果は部分的にあるいは全体的なバランスにおいて得られたと判断する。

特に、配偶者である妻の意思疎通、役割、全般的機能においては、改善が図れた。患者と配偶者の感情の安定化を図るべく、お互いの思いを率直に言語化し伝え合うように働きかけた結果、配偶者である妻に対しては、その効果があったと考える。A 氏の妻は、多くを語らない夫 A 氏に対して不満を抱いていたが、A 氏が自身の病状や家のこと妻のことを考えているという事実を代弁者として伝える介入や、B 氏の妻のように、当初は自分の意見は言わず「夫に従う」形で意思疎通を図ってきたあり方から、3 回の面談を通して積極的に自身の考えを発言するように促した介入は、家族機能としての好ましい変化をもたらしたと考える。

7-2 患者である夫が捉える家族機能について

介入前、患者である夫は、意思疎通と情緒的反応性以外、家族機能は比較的保たれてい

るという評価で、配偶者である妻の家族機能に対する評価よりも全体として高かった。不全麻痺とはいえ A 氏も B 氏も FIM 得点は決して高いとは言えず、日常生活動作が自立しているとは言い難い。それにもかかわらず、家族機能は保たれているという認識は、現実とは少し異なるように思われるが、両患者が男性であることが影響しているかもしれない。脳血管障害を発症したが、依然、患者は自らを家族における意思決定者であり、家族の大黒柱であるという認識を持っており、身体的には不自由であるが家族機能的には発症前と大きな変化がないと認識していると推測した。ただし、B 氏の試験外出時の経験のように、これまでのように動けない現実を実感したり退院が具体化した際には、「できない自分」に直面することから同じような家族機能評価になるか、注視しなければならない。

興味深いのは、意思疎通において妻は介入後改善と認識しているが、対照的に患者は機能低下があると認識している点である。2 事例とも言語障害はなかった。文化としての性別役割分業の影響を受け、「男性として多くを語るべきではない」、「できないことをいちいち言えば愚痴と捉えられかねない」というような認識のもと、十分に自己表現できていない感覚があるのではないかと思われる。この点については男性患者の特性と捉えるべきか、今後、患者が女性の場合の評価と比較して検討したい。

7-3 患者と配偶者の情緒的干渉と情緒的反応性について

患者と配偶者の情緒的干渉については改善もしくは機能維持が図れたが、情緒的反応性については、介入後にむしろ機能低下が認められた。

情緒的干渉については、患者と配偶者の気持ちを筆者が代弁したり、コミュニケーションの促進を図り、お互いの状況を理解したり敬意を明確に示すよう働きかけを行った結果、是正が図られたと思われる。一方で、情緒的反応性はいろいろな刺激に対して個々の家族成員が適切な感情で対応することができる機能である。脳血管障害の回復期には、療養の場の決定や家族役割の変更など、多様な出来事や心配事が次々に起こる。入院生活への適応や治療・回復過程における様々な変化の中であって、患者と配偶者は療養生活の見通しを持つことができにくい状況と言える。情緒的反応性の低下は、そのような状況下で、患者も配偶者も自分の気持ちを的確に自覚し、率直に表現することが困難なためと推察した。

7-4 看護介入プログラム（試案）の課題

本プログラムは、脳血管障害患者と配偶者における「感情の安定化」と「現状認識の客

観化」をめざす試案プログラムであったが、めざした「感情の安定化」において FAD を用いた量的な評価では改善を認めなかった。FAD の「情緒的反応性」において患者も配偶者も、介入前よりも介入後が機能低下を認識していた。先述した考察内容に加え、リハビリテーションの進行に伴い退院時期が具体化することによって、自宅での生活における生活機能上の課題を再認識することが影響しているのではないかと推察した。

しかし、配偶者である妻の反応としては、患者との意思疎通が図れるようになったことで感情面の安定化が図れたことや、療養生活において妻が担うべき役割や行動が具体化し、発言や行動に前向きな変化を認めた。その点では、本プログラムによる介入によって一部分家族機能の改善を図ることができたと考える。「感情の安定化」に向け、面談初期に促す患者と配偶者の感情的な語りの時間を長めにとることとする。また、感情的な語りに注視するだけでなく、家族の歴史や夫婦で共有しているエピソードなどを引き出し、それぞれの存在意義を肯定しつつ、夫婦の一体感を強化するなど、間接的に感情面の安定化を図る手法を強化する。また、本プログラムの介入評価を FAD による量的な評価だけでなく、数値で現れにくい患者と配偶者の変化をデータ化する目的で、質的な評価方法を検討する必要がある。

「現状認識の客観化」を目標とするだけでは夫婦の関係性の強化にはつながりにくいのではないかと考えた。「現状認識の客観化」に加え、夫婦間の情報共有や療養生活にどのように向かうのか、「療養生活における目標の共有化」を図るよう看護師が双方の認識に働きかける必要がある。

「感情の安定化」に対する介入強化と「療養生活における目標の共有化」の 2 点について介入プログラム（試案）を修正し、本格的な介入研究に臨むこととする。

第 8 節 研究の限界と今後の課題

本研究は 2 事例の介入効果の分析であることから、介入プログラム（試案）による介入の効果を結論付けるには限界がある。また、考察で述べた通り、「感情の安定化」に対する介入を強化すること、「現状認識の客観化」を「療養生活における目標の共有化」に修正し一歩踏み込んだ介入をすること、プログラムの評価方法として FAD による測定に加え質的評価方法を加えること、以上 3 点について修正を加える。また、介入事例を増やすとともに患者が妻である事例への介入も蓄積し、プログラムの精度を高めたい。

第9節 結論

回復期脳血管障害患者と配偶者に対して、家族機能の改善もしくは維持を図る看護介入プログラム（試案）を用いて介入を試みた。2事例に看護介入し FAD で介入評価を行い、以下の結果を得た。

1. 7つの家族機能の全体的なバランスの是正と低下していた機能の一部分の改善を図ることができた。特に、配偶者である妻の「意思疎通」、「役割」、「全般的機能」においては改善が図れた。
2. 患者である夫は、「意思疎通」や「情緒的反応性」以外は、介入前からあるいは介入により家族機能が比較的保たれている評価をしており、配偶者である妻が家族機能の低下を示している状況よりも全体として高い家族機能評価をしていた。
3. 患者と配偶者の「情緒的干渉」については改善もしくは機能維持が図れたが、「情緒的反応性」については、介入後に機能低下が認められた。
4. 「感情の安定化」をめざす試案プログラムであるが、FADの「情緒的反応性」において特に患者は機能低下を認識しており、患者に対する情緒面での支援を強化する必要がある。
5. 介入プログラム（試案）は「感情の安定化」に対する介入強化と「現状認識の客観化」は「療養生活における目標の共有化」に修正する。
6. 介入プログラムの評価方向に、FADの測定による量的な評価に加え質的な評価方法を加える。

謝辞

脳血管障害を発症して間もない時期に、研究の趣旨を御理解頂き御協力頂いた2組の患者と配偶者に心より感謝申し上げます。また、研究実施に当たり支援頂いた入院施設の管理者ならびに医療スタッフの皆様に感謝申し上げます。

本研究は、平成27～30年度文部科学省科学研究費基盤研究C（課題番号15K11808）の助成を受けて行った研究の一部です。

第 4 章 回復期脳血管障害患者と配偶者の 家族機能改善をめざす看護介入プログラムの開発 (研究 4)

第 1 節 緒言

筆者が回復期脳血管障害患者と配偶者を対象に行った「在宅療養を希望する脳血管障害後遺症をもつ男性患者と配偶者の発症 3 か月の心理プロセスと両者の関係性に関する研究」では、7 事例の患者と配偶者（妻）のインタビューデータを、二者間の相互作用に着眼して質的に分析した。その結果、類型 I 「患者と配偶者が共に歩んでいる」と、類型 II 「患者が立ち止まり配偶者が歩もうとして共に歩めていない」2 つの類型があることを見出した。類型 I と類型 II に共通する発症直後にある「不安と混乱」や「つらさの並立」を呈する状況や類型 II で夫婦の関係性が悪循環パターンに陥いる状況に対し、看護介入により家族機能の改善を図る必要性があることを確認した⁶³⁾。

また、動的で多様な側面を持つ家族の状況を客観化する手法として「家族機能」に着眼し、FAD を用いて、回復期脳血管障害患者と配偶者 26 例の家族機能を測定した。その結果、「情緒的反応性」の機能が他の 6 機能に比し有意に低下しており ($p < .001$)、その他同居家族の有無や患者の年齢など家族特性によって「意思疎通」や「情緒的干渉」でも機能低下を有する所見が認められた ($p < .01$, $p < .05$)。発症から 2~3 か月を経過した回復期脳血管障害患者と配偶者が、情緒面での課題を有していることが確認できた。詳細は研究 2 について記した第 2 章を参照してほしい。

これらの研究結果や研究 2 の結果から、回復期脳血管障害患者と配偶者におけるコミュニケーションの円滑化により、「感情の安定化」と「現状認識の客観化」を図る看護介入プログラムの開発をめざした。第 3 章で回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラム（以下、看護介入プログラムとする）の試案を作成した。2 事例に試行した結果を踏まえ、プログラム展開初期の「感情の安定化」を促す介入強化と「現状認識の客観化」を一步踏み込んだ「療養生活における両者の目標の共有化」に変更し、看護介入プログラムを修正した。

本章（研究 4）では、回復期脳血管障害患者と配偶者を対象に、研究 3 の試案を修正した看護介入プログラムを展開した。研究 3 において、看護介入プログラムの評価を量的データのみで行うことの困難性があったため、研究 4 では面談場面のデータを質的に分析する手法を加え、混合研究法によって展開した。量的データである FAD の分析結果を踏ま

え，さらに層別合目的的サンプリングの手法により事例を選択し，介入時の質的データを SCAT を用いて質的に分析した。量的なデータと質的なデータを用いた分析結果を相互に関連づけながら，患者と配偶者の感情面の変化ならびに療養生活における認識や行動の変化を確認し，看護介入プログラムの意義と課題を明らかにした。

第 2 節 研究目的

本研究の目的は，回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムを患者と配偶者に展開し，プログラムの意義と課題を明らかにすることである。

第 3 節 研究デザイン

本研究は，事例集積探索的研究とし，順次型混合研究法で展開する。

家族は，個人と社会の間に存在し，個人や社会の影響を受けながら変化しつつ安定性を保とうとする存在である。また，家族成員がもつ感情や価値観，家族の中で生ずる事象への認知などにより，表出される家族成員の言動は複雑で多義的である。そのような家族成員の集合体である家族を対象に展開する看護介入は，様々なものの見方や存在の仕方を容認する多元的な捉え方が必要であり²⁾，かつ実践もその場その場で意味づけは変化するものとする。よって家族看護介入を展開する本研究のパラダイムとしては，プラグマティズムの考え方を基盤として展開する。即ち人間を現実存在する主体的な存在として捉え他のものと置き換えのできない個別的な存在として位置付ける。故に一人一人の考え方や見方には自由があり，そのような個人の集合体である家族や家族の営みを一つの価値ではなく多義的に捉える立場をとる。

また，脳血管障害を発症した家族成員をかかえた家族は，急性期の危機的な状況への対応や回復期における家族としての様々な意思決定，家族内での役割調整などへの対応が求められる。それらに対応する家族の反応や感情もまた多様であると推測できる。第 3 章で述べたように，看護介入プログラム（試案）を用いた介入評価に，家族機能評価尺度である FAD を用いたが，家族機能の変化は複雑で量的な評価方法のみでは捉えきることができなかった。

よって，本研究はプラグマティズムの考え方を基盤に順次型混合研究法で展開する¹⁰⁷⁾¹⁰⁸⁾。即ち，量的な研究手法で得た結果をもとに，層別合目的的サンプリング¹⁰⁹⁾の手法を用いて質的に分析する事例を選択し，現象をより深く分析する。量と質の 2 つの分析結果

を関連づけながら結論を導く手法をとる。

具体的には、①FAD による量的データをもとに、看護介入の評価をする。②①の FAD の測定結果を踏まえ、家族の変化が特徴的に認められる事例を合目的的に少数選択する。③② で選択した事例の面談場面を SCAT の手法を用いて質的に分析し、患者と配偶者の感情面の変化や療養生活における認識や行動の変化を確認する。量的な分析と質的な分析の 2 つの研究手法を用いて、回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善を図る看護介入プログラムの意義と課題を明らかにする。

本研究における順次型混合研究法のデザインを図 6 に示す。

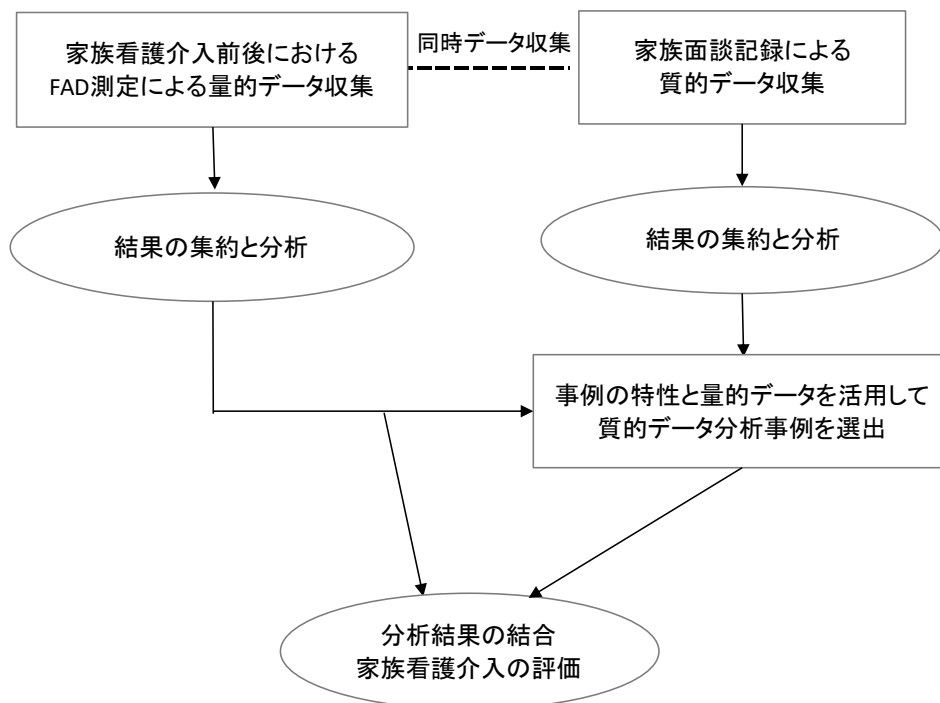


図 6 本研究の混合研究法におけるデザイン

第 4 節 研究方法

4-1 対象

脳血管障害を発症し、入院にてリハビリテーション受療中の患者と配偶者で、両者から研究協力の同意を得た患者と配偶者とする。

家族の中でも、本研究では患者との関係性が緊密で患者の発症により関係性や生活の変化が把握しやすく収集データの均質化をはかることが可能と考え、家族の代表として配偶

者を対象とした。

[対象患者および配偶者の選択基準]

1. 脳血管障害を発症(原則初発事例)し、医療施設にて回復期リハビリテーションを受療中の患者とその配偶者である。
2. 患者の性別、年齢は問わない。
3. 患者には運動機能障害(麻痺)や言語障害(失語症、構音障害)、嚥下障害などの後遺症があり、退院後何らかの介護を要する状態にあること。なお、重度の意識障害(Japan Coma Scale (JCS) II度以上)や高度の言語障害や高次脳機能障害があり、自らの意思を表現することが困難な事例、身体的状況等で主治医が研究参加は困難であると判断した場合は除外する。
4. 研究協力依頼に対して自由意思による同意が患者と配偶者の双方からある。

4-2 回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムの修正

第3章で、回復期脳血管障害患者と配偶者に対して「感情の安定化」と「現状認識の客観化」によって、家族機能改善を図る看護介入プログラム(試案)を作成した。2事例に展開を試みた結果、看護介入プログラム(試案)は患者と配偶者の「感情の安定化」についてFADを用いた量的な評価では「情緒的反応性」の改善は認められず、効果を確認できなかった。

本研究では、看護介入プログラム(試案)に以下の修正を加えた。

1. 「感情の安定化」への働きかけの強化

「感情の表出」を手法としているが、面談初期に促す患者と配偶者の感情的な語りの時間を十分に確保する。必要時は、2回目面談、3回目面談時にも展開する。また、感情的な語りに注視するだけでなく、家族の歴史や夫婦で共有しているエピソードなどを引き出し夫婦の一体感や自家族への肯定感を強化し、間接的に感情面の安定化を図る手法も用いる。

2. 「現状認識の客観化」から「療養生活における目標の共有化」へ

試案では「現状認識の客観化」を介入の柱の一つに設定したが、夫婦間での情報や目標の共有化までが必要と考えた。夫婦間の情報共有や療養生活における目標を共有化ができるレベルまで求めることとし、「療養生活における目標の共有化」を明示し、看護師が双方の認識に意図的に働きかけるようにした。

3.質的評価の強化

本プログラムの介入評価を FAD による量的な評価だけでなく、数値で現れにくい患者と配偶者の感情面・認知面・行動面の変化をデータ化する目的で、面談場면을質的に評価できるよう SCAT の手法を取り入れた。

以上の修正点を加えた看護介入プログラムを表 6 に示す。

4-3 データ収集

研究協力依頼に対して患者と配偶者の双方から同意を得られた事例について、表 6 に示した看護介入プログラムに添って量的データを収集した。また、各回の面談内容については、同意を得て IC レコーダーによる記録もしくは面談した看護師による記録をもとに逐語録を作成しデータとした。

4-4 データ収集期間

2018 年 2 月～2019 年 9 月

4-5 データ分析方法

回復期脳血管障害患者と配偶者の多様な反応を捉えるため、本研究は方法論的トライアンギュレーションの手法を用いた混合研究法を用いることとした^{107) 108)}。

[量的データを用いた第 1 段階の分析]

1.介入前後の FAD の得点を一般化線形混合モデル^{109) 110)}を用いて検定した。

一般化線形混合モデルは、対象の個体差、場所差など人間が測定できない/測定できなかった変数を読み込んで分析できる統計モデルである。本研究の対象である条件のコントロールが困難な家族を対象とする量的測定データの分析に適していると考えた。

2.FAD や患者の生活自立度 (FIM)、発症からの日数などの量的データをもとに、家族の変化を概観し、特徴的な事例を合目的的に少数選択した。

3. 1 で選択した事例の面談場면을 SCAT の手法を用いて質的に分析し、患者と配偶者の感情面や療養生活における認識を捉えた。また看護師の働きかけにより感情面や療養生活における認識や行動に変化が起こった場面を確認し、意味づけを行った。

表 6 家族機能改善を図る看護介入プログラム(修正版)

Step	介入目標	介入内容	活用する理論・スキル
介入前	家族機能の実態確認と介入ポイントの明確化	FAD質問調査の実施	
1回目 面談	1. ジェノグラム描写により、患者と配偶者が自家族の構造や関係・家族史を客観化する ⇒家族の強み、家族の関係性、役割分担の状況について自覚を促す	・ジェノグラムを描く 患者と配偶者に聞き取りながら、ジェノグラムを描く	ジェノグラムによる家族の全体像描出
	2. 必要な情報を聞く中で、患者と配偶者の会話を促進する ※家族構成(同居家族以外も含む)や子の話題は会話が促進される		
	3. 脳血管障害発症を患者と配偶者がそれぞれどのように受け止めているか、経験と認識の言語化を促す	・発症からの家族の様子について、患者と配偶者の体験の語りを促す ※発症直後の様子を思い出して語ってもらうので、語りたくないことは拒否してよい	ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り)
	4. 療養生活における患者と配偶者間の感情面・認知面・行動面での受けとめの相違点を明確化する	・脳血管障害発症に対するとらえ方や療養上の気がかりなどについて確認する 病気の予後への心配 現在の入院生活 退院後の生活 など ※3と4のプロセスが「感情の表出」に直接つながる介入になるので、時間をかけて丁寧に語りを聴く	・ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り) ・カルガリー家族看護介入モデル(感情面・認知面・行動面への介入)の中の感情面に焦点化した介入
	5. 患者と配偶者が大事にしている習慣や家族の価値観について言語化を促す	・入院前の生活(趣味や生活リズム)について大切にしてきたこと、今後も大切にしていきたいことを確認する	
	2回目の面談の日時設定		
2回目 の準備		・介入前FADの得点と1回目面談で得られた情報から、介入ポイントを明確化する ・患者と配偶者間で脳血管障害発症や療養生活に対する感情面や認知面で相違がある部分を注視する	
2回目 面談	1. 脳血管障害発症や療養生活に対する患者と配偶者の感情面や認知面における相互理解を促進する 2. 療養生活上の課題について患者・配偶者・看護師で共有し対応について協議する	・1回目面談内容に関する患者・配偶者の受け止めの確認 ・介入前FADの得点を提示し、療養生活上の課題について協議する ・患者と配偶者間で感情面や認知面での相違がある部分を注視し、患者と配偶者に提示しながら双方のコミュニケーションを促進する	・ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り) ・カルガリー家族看護介入モデル(感情面・認知面・行動面への介入)の中の感情面に焦点化した介入
		3回目の面談日時の設定	
3回目 の準備		・2回目面談の目標到達状況を確認し、到達できていない点については、3回目への対応を検討する	
3回目 面談	1. 脳血管障害発症や療養生活に対する患者と配偶者の感情面や認知面における相互理解を促進する。 2. 療養生活上の課題について患者・配偶者・看護師で協議し、改善が必要な点があれば行動化できるよう支援する。 3. 3回の面談を通しての感情面や認知面の変化について言語化を促し確認する。 4. 療養生活における夫婦の目標を言語化する。	・2回目面談内容に関する患者・配偶者の受け止めの確認をする。 ・療養上の気がかりについて解決状況を確認する ・患者・配偶者の相互理解の状況について確認し、よりよい療養生活にむけた行動について語ってもらう ・夫婦が考える療養生活上の当面の目標の言語化を促し共有する	・ナラティブアプローチ(病の発症からの経過の語り) ・カルガリー家族看護介入モデル(感情面・認知面・行動面への介入)の中の感情面に焦点化した介入
介入後	・家族機能の実態確認と介入ポイントに対する反応の明確化 ・各回の面談記録における患者と配偶者の感情面・認知面・行動面の変化の質的記述的分析	FAD質問調査の実施	

※ 表中の下線を引いた部分が試案からの修正部分である。

SCAT は、大谷 尚が開発した質的研究方法である¹¹¹⁾。特定の学派から創出された研究方法ではないが、GTA や M-GTA の考え方に加えトロント大学の Ragsdale やピッツバーグ大学の Schofield の研究グループとの討議を系譜に持つ研究方法である。マトリクスの中にセグメント化したデータを記述し、そのそれぞれに、

- <1>データの着目すべき語句
- <2>それを言いかえるためのデータ外の語句
- <3>それを説明するための語句
- <4>そこから浮き上がるテーマ・構成概念

の順にコードを考えて付していく 4 ステップのコーディングと<4>のテーマ・構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、そこから理論を記述する手続きからなる分析手法である。

本研究は、介入手法として患者と配偶者そして看護師の 3 者による面談を基本とすること、面談場面で患者と配偶者に生じた家族の変化を捉えること、そして面談場面で看護師が患者と配偶者にかかわった介入スキルを明らかにすることといった、1 つの場면을複合的な観点から分析するねらいを持っていることが特徴である。そのためには場面にかかわるそれぞれの思いや反応を経時的に丁寧に捉え同時に概念化することができる SCAT が適していると考えた。

SCAT の分析手順について、大谷が提示している SCAT 分析シート¹¹¹⁾を、表 7 に示す。

4-6 倫理的配慮

第 3 章（研究 3）4-4 倫理的配慮に準ずる。

表7 SCAT(Steps for Coding and Theorization)の分析シート

発話者 番号	テキスト	〈1〉テキスト中の注目すべき 句	〈2〉テキスト中の語句の言い かえ	〈3〉を説明するようなテキ スト外の概念	〈4〉テーマ・構成概念 (前後や全体の文脈を考慮して)	〈5〉疑問・課題

中略

ストーリー ライン	
理論記述	
さらに追究 すべき点・ 課題	

SCAT(Steps for Coding and Theorization)を使った質的データ分析

第 5 節 結果

5-1 対象事例の概況

表 8 9 事例対象者一覧

NO	患者性別	年齢 (患者)	年齢 (配偶者)	疾患名	家族構成	自立度	FIM(開始時)	FIM(終了時)	発症後日数(開 始時)	発症後日数(終 了時)
事例1	男	69	61	脳出血	核家族	車いす	64	91	25	70
事例2	男	74	72	脳梗塞	3世帯	車いす	58	65	83	105
事例3	男	66	61	脳梗塞	核家族	ほぼ自立	117	120	30	50
事例4	女	72	74	脳幹梗塞	夫婦	車いす	65	95	45	119
事例5	女	50	49	脳出血	核家族	車いす	61	95	41	82
事例6	男	73	68	外傷性くも膜下 出血	夫婦	車いす	24	46	274	325
事例7	男	59	58	脳梗塞	3世帯	車いす	64	86	139	196
事例8	男	57	39	脳出血	核家族	車いす	70	84	143	171
事例9	女	77	78	脳梗塞	夫婦	車いす	23	40	70	92
平均		66.33	62.22				60.67	80.22	94.44	134.44
標準偏差		9.11	12.51				27.55	25.50	80.30	85.42

研究協力した回復期脳血管障害患者と配偶者は、表 8 に示すように 9 事例であった。患者の性別は男性 6 名、女性 3 名であった。患者の平均年齢は 66.33 歳 (± 9.11)、配偶者の平均年齢は 62.22 歳 (±12.51) であった。脳梗塞が 5 名、脳出血 3 名、外傷性くも膜下出血 1 名であった。FIM 得点は面談開始時 60.67 (±27.55) /126 点、面談終了時 80.22 (±25.50) /126 点であった。発症からの平均経過日数は、面談開始時 94.44 日、面談終了時 134.44 日であった。

5-2 FAD による 9 事例の家族機能評価

面談開始時と面談終了時における 9 事例の FAD 得点を表 9 に示す。

患者と配偶者の FAD 得点の 7 つの下位尺度毎の得点を面談開始時と面談終了時で一般化線形混合モデル (統計ソフト SPSS Ver.26) を用いて、有意水準 95% で比較したが有意な差は確認できなかった。結果を図 7 に示す。

研究 2 では「情緒的反応性」が、他の下位尺度に比し有意に家族機能低下 (下位尺度毎の平均得点 2.2 以上) を認めた。本研究でも得点は高めであったが、有意差はなかった。

表 9 9 事例の介入前後 FAD 得点

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	中央値	
患者面談開始時	問題解決	1.17	2.00	2.33	1.67	2.83	2.17	1.50	2.00	1.67	2.00
	意思疎通	1.56	2.22	2.33	1.78	2.89	1.33	1.56	2.67	1.11	1.78
	役割	1.27	1.46	2.09	1.55	2.46	1.63	1.27	1.55	1.55	1.55
	情緒の反応性	2.33	2.00	2.50	2.50	2.33	2.17	1.67	2.17	1.50	2.17
	情緒の干渉	2.00	1.71	1.86	3.14	2.43	1.14	1.14	1.86	2.00	1.86
	行動制御	1.56	2.22	1.78	2.33	1.89	1.33	1.67	1.89	1.44	1.78
	全般的機能	1.58	1.92	2.00	1.50	2.42	1.50	1.58	1.92	1.25	1.58
患者面談終了時	問題解決	1.67	1.67	2.00	2.17	2.67	1.83	1.50	1.17	1.33	1.67
	意思疎通	2.22	2.22	2.33	2.11	2.33	1.22	1.67	1.78	1.11	2.11
	役割	1.09	1.46	2.18	2.27	2.55	1.73	1.46	1.46	1.46	1.46
	情緒の反応性	2.50	2.67	2.50	2.33	2.50	1.67	2.00	1.67	1.50	2.33
	情緒の干渉	1.86	1.71	2.29	3.00	2.43	2.00	1.00	1.71	1.86	1.86
	行動制御	1.00	1.11	1.67	2.56	2.44	1.11	1.44	1.33	1.44	1.44
	全般的機能	1.75	1.50	2.17	2.08	2.33	1.33	1.58	1.50	1.25	1.58
配偶者面談開始時	問題解決	1.67	1.83	2.00	2.17	2.67	1.17	1.33	1.67	1.67	1.67
	意思疎通	2.11	2.33	2.00	2.44	2.11	1.56	1.22	2.00	1.22	2.00
	役割	2.64	1.46	1.82	2.09	2.18	1.73	1.09	1.46	1.55	1.73
	情緒の反応性	2.00	1.83	1.83	2.67	2.83	2.00	1.17	1.67	1.67	1.83
	情緒の干渉	2.43	1.43	1.86	2.43	2.57	1.00	1.71	2.43	1.86	1.86
	行動制御	1.78	2.11	1.56	2.00	1.89	1.56	1.33	1.33	1.22	1.56
	全般的機能	2.50	1.58	1.75	2.08	2.25	2.42	1.50	2.00	1.42	2.00
配偶者面談終了時	問題解決	2.33	2.00	1.83	2.00	2.50	2.00	1.50	1.50	1.17	2.00
	意思疎通	1.78	1.78	1.67	2.22	2.56	2.11	1.44	1.89	1.22	1.78
	役割	1.73	1.46	1.64	1.91	1.82	2.09	1.82	1.45	1.27	1.73
	情緒の反応性	2.33	2.17	1.83	2.50	2.83	2.00	1.33	1.33	2.00	2.00
	情緒の干渉	2.14	1.71	2.00	1.86	2.43	2.00	2.14	2.43	1.57	2.00
	行動制御	2.00	2.22	1.67	2.56	2.56	1.89	1.44	1.56	1.00	1.89
	全般的機能	1.92	1.75	1.50	2.00	2.42	2.00	1.83	1.42	1.33	1.83

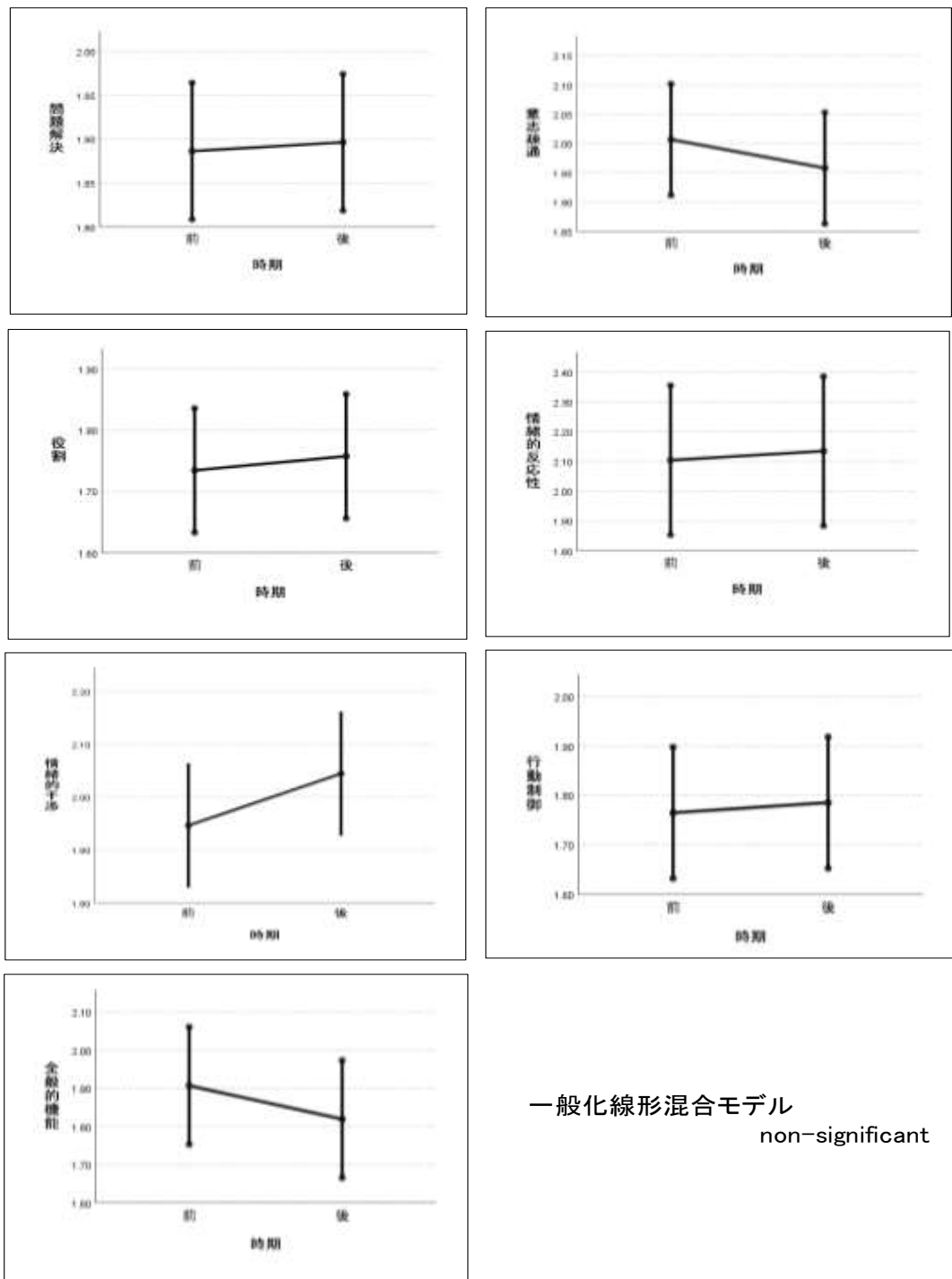


図 7 一般化線形混合モデルによる 9 事例の FAD 下位尺度ごとの前後比較

5-3 面談場面の SCAT による質的分析

質的データ分析の目的は、①患者と配偶者の介入前後における感情面や療養態度の変化を捉える ②患者と配偶者に良好な変化をもたらした看護師の介入スキル抽出する の 2 点である。

1. 対象事例の選出

表 8 に示した対象者の背景と FAD の得点状況から対象者の特性における類似性を踏まえて、層別合目的的サンプリングを行った。

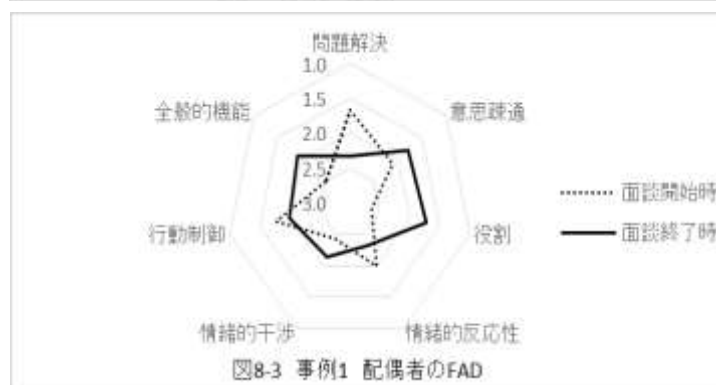
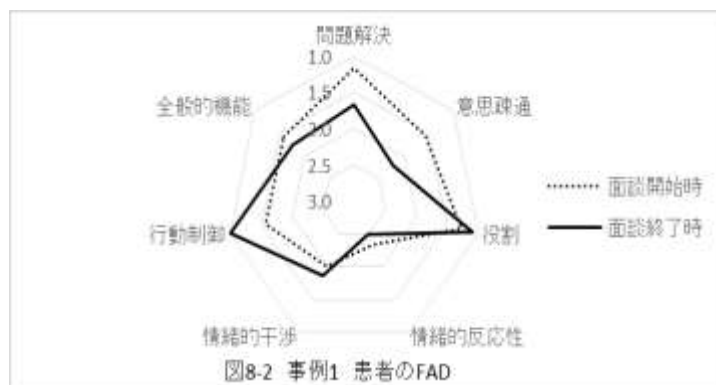
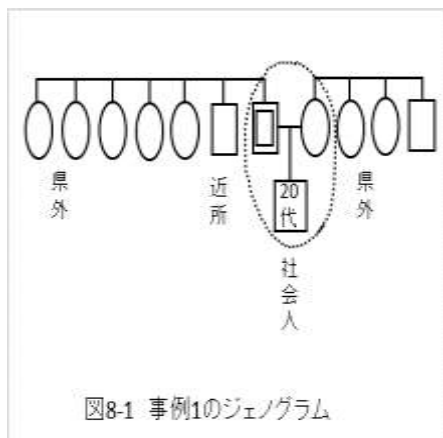
FIM の平均得点を基準に判断すると、事例 3、事例 6、事例 9 が平均値より離れていた。また、発症からの経過日数の平均日数で判断すると、事例 6、事例 7、事例 8 が面談開始時点の経過日数が長かった。これらの事例を質的分析事例から削除した結果、事例 1、事例 2、事例 4、事例 5 の 4 事例を回復の程度や発症からの日数において類似性が高いと判断し、質的分析の対象事例とした。さらに、事例 1 と事例 2 は患者が男性であり、面談により家族の変化が認められた事例であったこと。一方事例 4 と事例 5 は患者が女性であり、面談開始時ならびに終了時における FAD 得点が高く家族機能低下を認めた事例であったことから、4 事例を介入前後で家族機能の改善が図られた類型と、改善が困難であった類型の 2 つの類型に分けて分析した。

5-4 看護介入プログラムにより家族機能改善が図られた 2 事例の SCAT による質的分析

なお巻末に 4 事例の面談記録から展開した SCAT の分析シートを添付する。

1. 事例 1 [緊張状態にあった配偶者（妻）の感情の安定化が図れた事例]

事例 1 のジェノグラムと FAD の変化について、図 8-1, 8-2, 8-3 に示す。FAD は患者と配偶者毎にレーダーチャートで示しており、家族機能低下を示す得点が高い方を内側に付した。即ちレーダーチャートの面積が小さい方が家族機能低下を示す。FAD 上は患者も配偶者も面談前後で家族機能の大きな変化を確認できなかったが、妻は「意思疎通」の機能は改善されたと捉えていた。両者ともに「情緒的反応性」の改善は認めなかった。



各面談の結果は SCAT 分析によるストーリーラインで表現した。患者の回復支援や治療に関わる意思決定などの他に、家業を閉じることに関連した整理業務や家事の切り回し、近所つきあいなどが一挙に妻にかかってきたことで、妻は強い緊張感を感じ患者を思いやる余裕を失っていた。妻は、看護師との面談で自分一人で全てを切り回さないといけないと「空回りしていた」ことに気づき周囲の人からの支援を受け入れた。SCAT 分析により、患者と配偶者にいくつかの良好な認識の変化が確認できた。

[事例 1 の患者と配偶者の全 4 回の面談のストーリーライン]

ストーリーラインの文中にある _____ (下線部) は、<4> で得たテーマや構成概念を示す言葉を示している。また [] (網掛け部分) は、患者や配偶者の感情や認知に働きかけるために看護師が意識的に用いた介入スキルを示している。以下、事例 2、事例 4、事例 5 のストーリーラインの表記も同様である。

① 第 1 回面談 [妻の感情の安定化を図る介入]

会話の導入では 妻の気持ちを解放するように努め、妻の話しを聞く姿勢 を示した。妻は、家族役割の集中により疲労困憊 していた。NS は 感情的に語る妻の現状を聴き陰性感情の受

容に努めることで、家庭内外役割の変化に不適応となり孤軍奮闘する妻の問題点の明確化と現状の客観化の促しを図った。また、家族役割を一人で背負う妻のインフォーマルサポート環境を把握したことで妻が身近に頼れるキーパーソンの存在を再確認できた。NSは周囲に頼ったり相談できる妻の対応を支持・強化するように働きかけた。その結果、妻自身が考えすぎる自分の性格を客観視し省察を引き出すことができた。NSが否定的な妻の自己評価を肯定的に転換し、妻としての立場を共有したことで妻と距離が近づいた感覚があった。療養において寡黙な夫の気持ちを掴みかねる妻の夫への素直な感情を表出できた。面談を通じて、妻自身の大変さに向いていた妻の視点が夫や周囲の状況に方向転換することにつながった。

② 第2回面談 [患者（夫）と配偶者（妻）の距離感を縮める介入]

初めに病気の受容状況の把握を行った。夫は病気を受容し前向きな闘病生活を送っていた。前回面談からの夫の心身の変化を質問すると、リハビリの効果と回復を実感できていることや同病患者との交流が支えになっていることがわかった。また、NSが夫との会話をさらに促進するねらいを持って会話を続けると、夫は入院生活に対して積極的に語り、息子の話題で父親としての自分を取り戻しているようだった。夫のサポート体制を把握すると周囲のサポートへの感謝を述べ、本音でやりとりできる妻の存在と妻にしかできないサポートへの感謝の思いを語った。NSは妻の話題を出す好機と考え積極的な問いかけを行った。妻に対しては長年の夫婦生活から得た妻との程良い距離感をふまえて、妻を思いやり余計な口出しをしない対応をとっていた。また、夫は妻と争わずリハビリに専念するのが自分の役割と考え発言を控えていた。互いを承認しあっている夫婦の橋渡し役になることを提案したNSは、夫に橋渡し役として承認された。

③ 第3回面談（妻への電話面談）[患者（夫）と配偶者（妻）の距離感を縮める介入]

NSは妻に電話の目的を説明した。妻の前のめりな反応から夫を心配する気持ちが伝わってきた。妻の心配を緩和するために夫の良い情報を伝えると、妻からはリハビリに励む夫を肯定する発言が返ってきた。NSは夫の思いを妻に届けることに必死になった。すると妻からは自分に直接言ってくれないもどかしい気持ちが語られ、夫に自分を認めてほしい妻の思いが感じられた。そこで、NSは夫婦の思いをつなぐイチゴのエピソードを妻に伝えた。妻は夫への思いが届いた喜びを表し夫に認められていることを再確認できた。NSは妻の不

安を払拭するねらいで夫に闘病意欲があることを追加して伝えた。妻の穏やかな反応から感情が安定した様子が伺えた。

③ 第4回面談 [回復の喜びの夫婦間での共有と療養生活における方向性の確認]

夫の体調確認をすると杖歩行できた喜びを語った。それに対して NS は闘病生活へのねぎらいと回復の喜びを共有した。さらに夫が麻痺側上肢の回復を実感していることに対して夫の回復の自覚を再確認した。回復の喜びを素直に表現し夫が感情の開放ができたことを確認した NS は夫から妻に会話をシフトした。妻は混沌としていた胸中の整理がつき、やるべきことの優先順位づけをし、療養支援と家庭のスムーズな両立ができるようになっていた。NS が変化の理由を探求すると問題に対する妻の認知に変化が起き、空回りを回避できるようになっていた。NS が妻の良い変化に肯定的な思いを伝えると落ち着きを取り戻した自分を客観視していた。以上のことから、夫婦共に感情の安定化が図られ、退院に向けた話し合いができる安定した夫婦になったと判断し、質問を展開した。その結果、夫婦で歩いて退院するという目標の明確化と共有化を図ることができた。最後に、苦楽をともにしてきた夫婦の強みを伝え、NS の橋渡しなしで意思疎通できる夫婦関係の再構築に向けた助言を行った。それに対して夫婦としての自信と肯定的な反応を確認できたため面談を終了した。

[事例1から得た理論記述]

理論記述には、患者と配偶者の客観的な状況を示すものと、患者と配偶者の家族機能改善のために有効であった看護介入スキルを示すものがある。理論記述における(網掛け部分)は、患者と配偶者の家族機能改善のために有効であった看護介入スキルを示す。以下、事例2、事例4、事例5の理論記述の表記も同様である。

- ・看護師が患者や配偶者の陰性感情をありのまま受け止めることで、夫婦は安心してそれぞれの心情を語ることができる。
- ・看護師が聞き役になることは、患者や配偶者の語りを促し現状の客観化を促す。
- ・看護師が患者や配偶者の否定的な発言を肯定的な捉え方で返すことで、夫婦の認知の変化を促すことができる。
- ・看護師が夫婦それぞれの気持ちを橋渡しすることで、夫婦は互いの考え方や行動を承認し合える。

- ・看護師との面談により感情や認知を言語化することで、夫婦は療養生活上の問題点を明確にできる。
- ・看護師が苦楽を共にしてきた夫婦の歴史を強みとして支持することは、夫婦の関係性を強化する。
- ・夫婦間で療養生活の目標の共有化を図る際に、看護師は両者の関係性が良好であることを見極める必要がある。
- ・看護師は面談の中で語り手との共通点をつかみ相手との距離を縮める。

以下に示す図9は、事例1のSCAT分析から得た概念や理論記述をもとに、夫婦の状況と二人に起こった変化と看護師の介入内容を時系列で示したものである。縦軸は家族機能の状況で、上に位置するほど家族機能の高さを示す。横軸は時間を示しており、左から右へ経過している。患者と配偶者の語りや行動から家族機能を評価し、左から右に動く太い矢印は事例の家族機能の変化を模式的に示した。

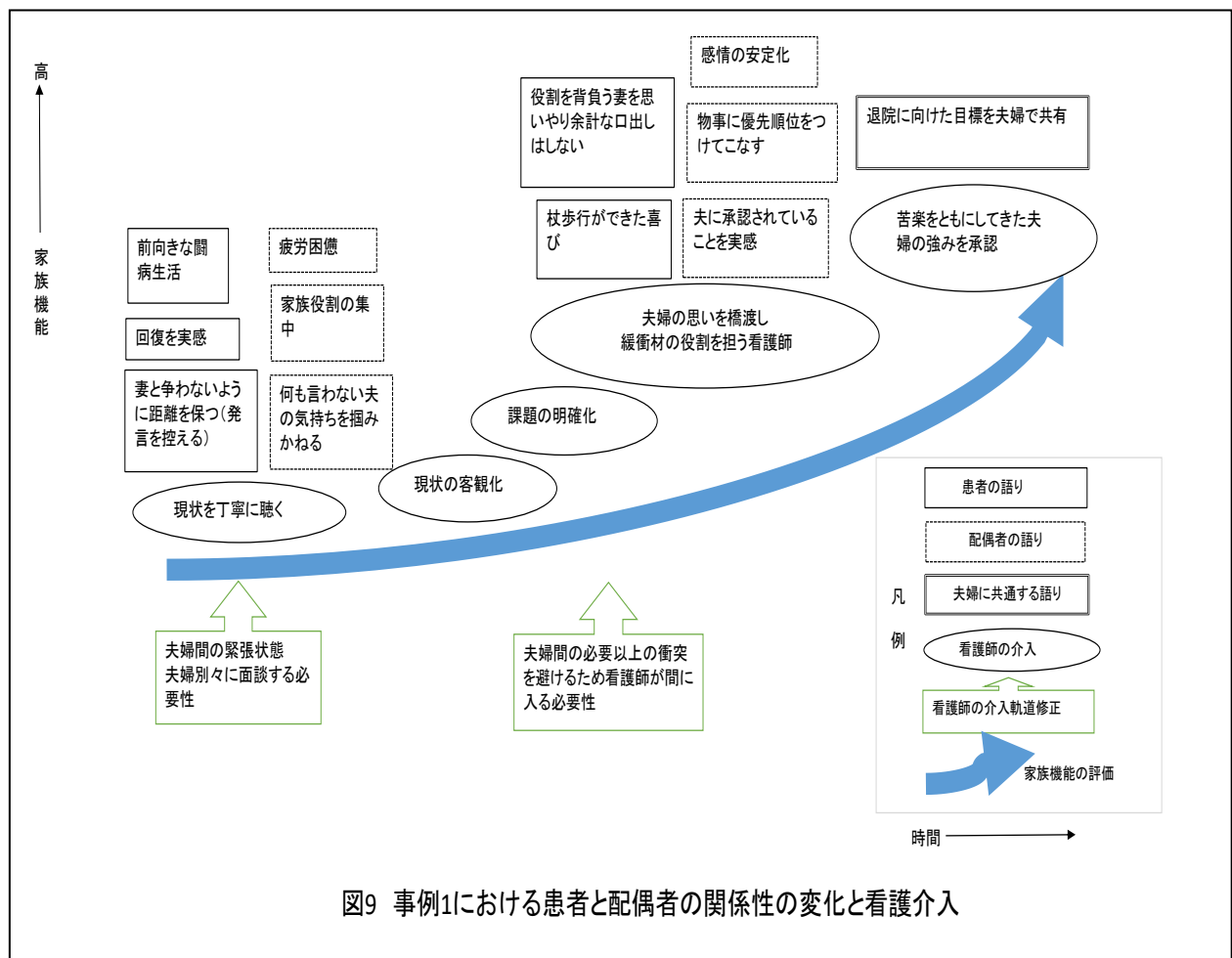
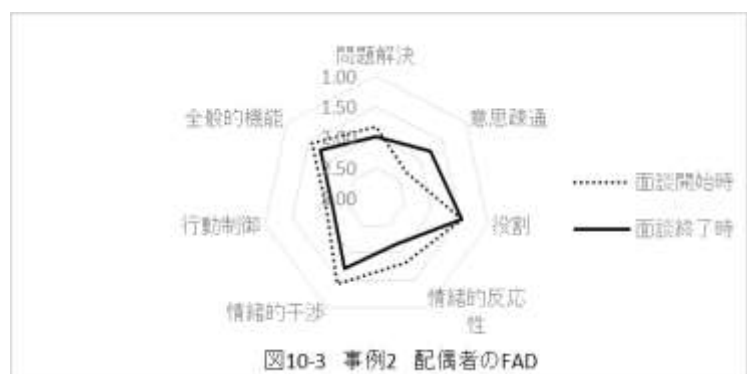
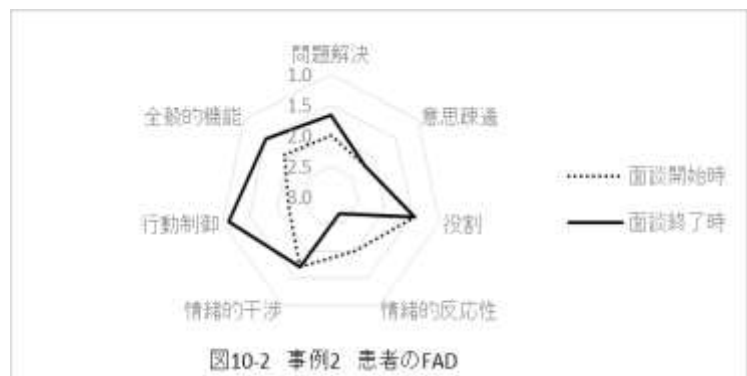
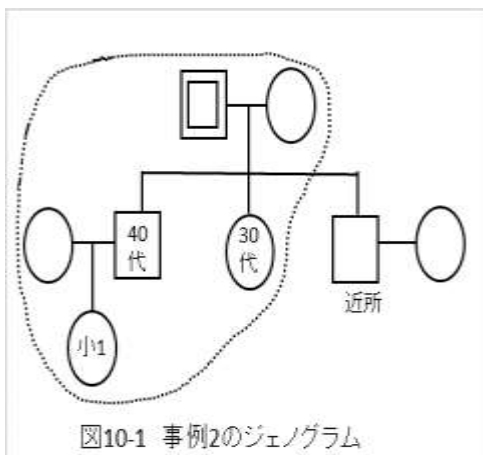


図9 事例1における患者と配偶者の関係性の変化と看護介入

事例1では、当初、配偶者である妻の緊張感が高く夫婦の意思疎通が円滑ではなかった。FADでは、夫婦ともに「情緒的反応性」の改善はなく、妻の「意志疎通」のみ改善があったが、質的な評価では、看護師の介入で妻の感情の安定化が図られ、心理的な緊張状態が緩和し、夫婦の意思疎通は改善された。併せて患者の病状や回復状況、自分たちの周囲に存在する人的な資源など現実の客観視ができ、最終的に「夫婦で歩いて退院する」という具体的な目標を表明できた。本プログラムで目指した「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」による家族機能の改善は部分達成できた。

2. 事例2 [家長としての役割継続にこだわる夫と従順な妻の関係性に変化を与えた事例]

事例2のジェノグラムとFADの変化について、図10-1, 10-2, 10-3に示した。FAD上「情緒的反応性」は患者も妻も機能低下があり、面談前後でも大きな変化はなかった。しかし面談終了時に患者も妻もFADの下位概念におけるバランスは是正された。



患者は亭主関白で家長として全てを仕切ってきたという自負を持っていた。麻痺を持ったことによりこれまで通り家長として全てを仕切るのは困難と推察し、長男夫婦に役割を一部移譲することが適切と考えられた。看護師の介入により状況の客観視と家族の強みを

再認識し長男夫婦への役割移譲ができた。

[事例 2 の患者と配偶者の 3 回の面談のストーリーライン]

① 第 1 回面談 [自身の考えを言葉にしない配偶者 (妻) の意思の言語化を図る介入]

NS は FAD 調査終了後、妻と話す流れに誘導した。最初、妻は主役は夫で自分は脇役であるという認識から一人での面談に躊躇をみせたが、NS が妻との面談を焦点化すると面談を受け入れた。NS が毎日面会に来る妻の負担や生活状況を把握すると、妻自身の意思による付き添うことは生活に負担感なしであった。しかし妻の健康と家庭状況で成り立つ付き添い生活に、NS は妻が無理をしているという疑念を持った。だが今は長年の夫婦関係や夫に対する妻の思いを支持することが優先と考え、疑念を保留して妻の本音を探る会話を続けた。妻は夫を肯定的に受容し妻として夫を支えたいと思っていた。家庭状況の把握をすると良好な家族関係であることもわかった。療養生活の負担を一切語らない妻の核心に迫るため、長男の妻としての思いを質問した。すると亭主関白な夫を長年支えてきた妻としての誇りが感じられ、面談当初の NS の疑念の払拭ができた。

② 第 2 回面談 [回復の喜びの夫婦間での共有と退院を急ぐ患者の語りを促す]

NS はリハビリ後の体調確認をし面談の進め方を検討した。夫がリハビリの成果を実感できていることに対し、労い声かけをした。妻の体調確認をすると妻の返答からは闘病中の夫に余計な心配をかけたくない思いが感じられた。NS は夫婦が感情を開放できる雰囲気作りを心がけた。肯定的に入院生活を受け止める夫は、闘病生活を支える妻への感謝を表現し、回復の喜びを夫婦で共有した。NS は夫婦の強い絆を支持した。夫から唐突な退院の話題が上がり、法要を控えた一家の主としての役割と責任が退院への焦りになっていると感じられた。NS は夫の会話の本気さを疑ったが、すかさず法要開催までに退院したい夫の思いをくむ妻の発言があった。NS は慎重な対応が必要と判断し専門職間の協議にゆだねて、外出の話題に舵を切った。

夫からは初めての外出への喜びと強い信仰心が語られ、退院への希望と焦りが垣間見えた。妻は外出で家族の絆の強さを実感していた。NS は退院の話題から外出時の心配事に話題転換した。それに対して夫からは病気による身体変化を認知した発言が聞かれた。排泄自立が一つの目安と考え療養生活の具体的なイメージ化と心配を語る妻

に対して、夫は自宅に帰る考えしか持たず療養生活を楽観視している印象であった。NSは夫の疲労状況への配慮と退院を焦る気持ちに関する関係者との協議の必要性を判断し面談を終了した。

③ 第3回面談 [家長としての役割遂行にこだわる患者の感情と認知の変化への介入]

初めに夫婦の負担に配慮した面談を行うことを伝えて面談をスタートした。夫にとって法事は、リハビリのモチベーションを上げる一方で退院の焦りの要因にもなっていた。そこで、NSは夫の気がかりに寄り添う姿勢で家族役割の情報収集に努めた。夫は入院前は子育て中の長男夫婦への配慮で主としての自分の責任を果たしていたが、入院後の家族役割の変化を認知していた。そこでNSは役割移譲に切り込む質問を投げかけた。その結果、夫は頼れる存在になった長男を認知し、長男に役割移譲する気持ちへと変化が見られた。NSは役割移譲に一步踏み出した家族の気持ちを後押しする声かけを行った。夫婦は家族の存在と役割を再認識し、自分たち家族の3世帯同居の強みを認知し息子たちに荷を下ろせることに安堵感と納得した様子を見せた。

④ 第4回面談 [療養支援における妻の負担軽減のための妻への認知領域への介入]

NSは妻を気遣う声かけを行い妻と話すきっかけ作りをした。面談を重ねて築かれたNSとの信頼関係から、妻は農繁期の付き添いへの不安を初めて吐露することができた。NSは妻に支えとなる家族の存在の認知を促すように問いかけた。妻は家族で闘病生活をサポートし合っている状況を客観視できていた。さらに、NSは妻の負担を軽くするため医療従事者に相談することを助言した。それにより、夫の療養を一人で背負おうとしていた妻が家族で話し合って協力していくという認知へと変化した。

[事例2から得た理論記述]

- ・看護師が患者と配偶者の家族としての歴史や現状を支持する姿勢を示すことで、彼らは本音を語りやすくなる。
- ・看護師が患者や配偶者を気にかけているという感情を素直に伝えることで、感情表出しやすい雰囲気を作る。
- ・患者や配偶者の不安の訴えに対して、看護師が必要な具体的情報提供をすることで不安を軽減することができる。
- ・看護師が家族内の役割移譲を促す際には、患者と配偶者の家族役割を把握する必要がある。

ある。

- ・ 看護師が入院前後の家族役割について質問することで、患者と配偶者が自家族の家族役割を客観視することを促す。
- ・ 家族に対して中立的な立ち位置を保持するために、看護師は自身が捉えている目の前の家族に対する見方を俯瞰してみる必要がある。
- ・ 看護師が先入観で夫婦や家族の関係を捉えようとするとう家族アセスメントを見誤る可能性がある。

図 11 は、事例 2 の SCAT 分析から得た概念や理論記述をもとに、夫婦の状況と 2 人に起こった変化と看護師の介入内容を時系列で示したものである。

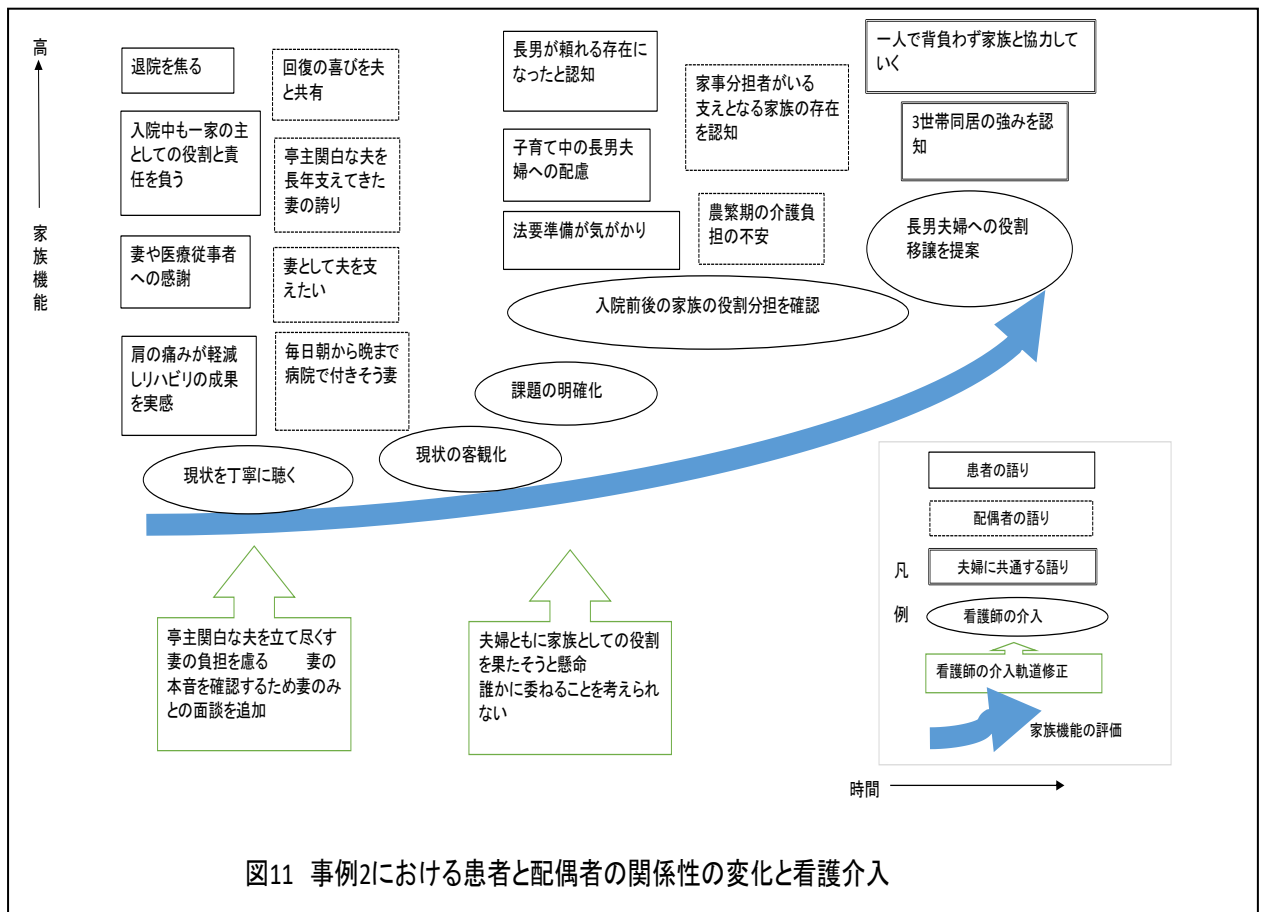


図11 事例2における患者と配偶者の関係性の変化と看護介入

事例 2 は、患者である夫が家長としての役割を遂行することを最優先する考え方を持っており、療養生活やリハビリテーションにおける焦りを生じさせていた。また、夫は職人気質で亭主関白、妻がそれに従い多くを語らない夫婦として受け止められ、患者の療養生活を支えるキーパーソンである妻の自立性の保持や負担感について、看護師は懸念を持っ

た。夫婦が抱えている状況を丁寧に聴き現状の客観化を図るとともに、入院前の家族役割を言語化しながら今後はどのようにしていきたいか、夫婦で話しあい決めてもらうよう働きかけた。

FAD 上は、「情緒的反応性」は患者も妻も機能低下があり、面談後も大きな変化を確認できなかった。一方で、面談終了時に患者と妻の FAD 下位概念におけるバランスは是正された。質的な評価では、看護師の介入によって、多くを語らなかった妻の語りから「大工であった夫を支えてきた」「子育てをしながら家を守った」という自負と誇りを持っていることが確認された。看護師の提案を受け、夫婦で話し合っって長男夫婦への役割移譲が図られ、患者と配偶者はリハビリテーションを中心とした療養に専念する方向性を確認できた。本プログラムで目指した「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」による家族機能の改善は部分達成できた。

5-5 看護介入プログラムによる家族機能改善に時間を要した 2 事例の SCAT による質的分析

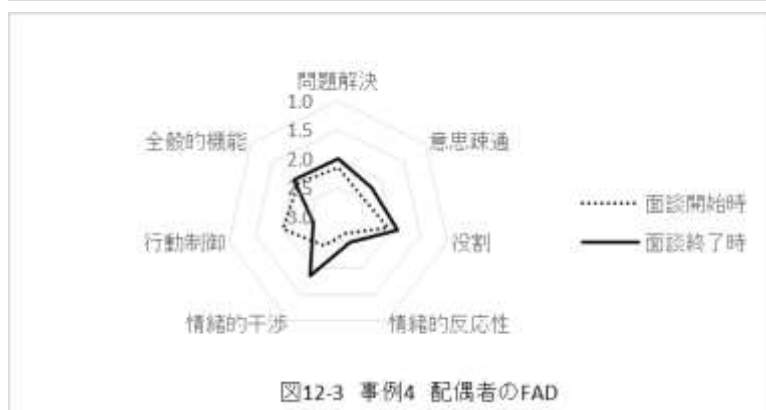
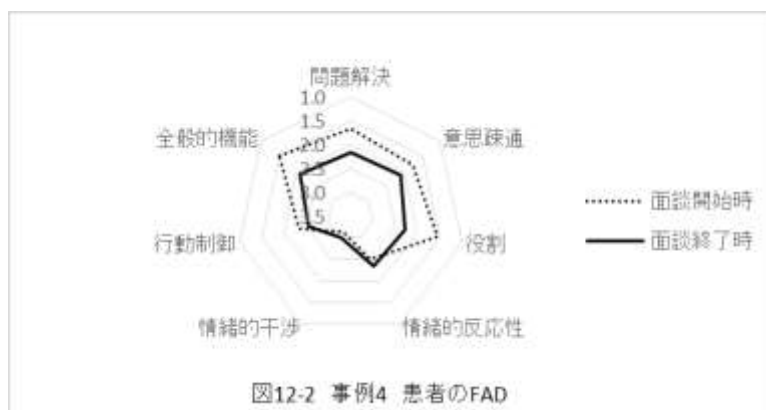
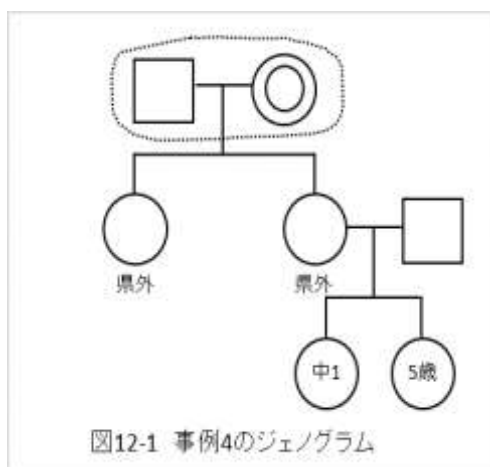
1. 事例 4

[在宅療養のイメージ化が困難な配偶者（夫）への支援と夫婦間の意思疎通を図った事例]

事例 4 のジェノグラムと FAD の変化について、図 12-1, 12-2, 12-3 に示した。FAD 上、患者である妻は「情緒的干渉」と「情緒的反応性」の機能低下が著明であり、かつ面談終了後の方が全体的に家族機能の低下があった。介護をする夫も全体的に家族機能低下があると捉えており、「情緒的反応性」は依然強く家族機能の低下を感じていた。

介護者である夫は、仕事中心に生きてきた人であり子育ても家事全般も妻に任せてきたため、夫婦ともにゆっくり会話をしたり時間を過ごした経験はないと話した。夫の定年を機に妻の実家に近いところに住み替えをしたため、インフォーマルなサポート資源は限られていた。妻は発症後まもなく、「何故私だけがこんな病になったのか?」「悔しい」「怒り」などの感情を強く感じていた。妻には運動麻痺が有り退院後も何らかの介護が必要であるが夫は「どうにかなる」と漫然と考えており、夫婦の間で感情面でアンバランスな状態があった。看護師の介入で妻は初めて自分の感情を言語化し、夫は妻の気持ちを理解した。

看護師は退院後の 24 時間の生活を具体的に描くよう両者に働きかけ、初めて夫は妻の生活機能低下と支援の必要性を具体化できた。3 回目の面談でやっと退院後の生活のイメージが膨らみ、夫婦が検討すべき課題を明確にできたところで介入が終了し、病棟師長に介入の継続を申し入れた。



[事例 4 の患者と配偶者の 3 回の面談のストーリーライン]

① 第 1 回面談 [在宅療養に関する配偶者 (夫) のアンバランスな反応の背景を探る]

NS は最初に妻の回復状況を確認すると、妻からは目標にしていた排泄行動の自立ができるようになった喜びが語られた。夫は、妻の頑張りを労いできる限りのサポートをしたいと考えていた。NS が夫婦の意思疎通状況を確認すると、妻は自分の思いを汲んでサポートしてくれる夫への信頼を寄せていた。夫の認識確認をすると、妻の病気を受け入れ支援するしかないと自分に言い聞かせ、闘病生活を妻への恩返しと意味づけていた。また、夫にのしかかる介護の重責と妻の発症による夫婦の絆の強化の矛盾する思いが感じられた。NS は互いの思いを伝え合える夫婦の強みを強調し、発症前の

夫婦の関係性に着目した。長年の単身赴任生活で夫婦が思いを主張し合う状況がない生活だったが、転居を機に夫婦の関係を強化し感じ方が近いと思える夫婦関係が築かれたことがわかった。

② 第2回面談

[療養生活に関する患者（妻）と配偶者（夫）の認識のズレの明確化と是正]

NS が妻の病気の受容段階を確認すると、障害受容段階の混乱期にある妻の現状が明らかになった。続いて妻の病気に対する夫の思いを確認すると、発症時妻の心身のダメージを心配しながらも話しを聴くことしかできなかった夫の辛さが語られたが、現在は回復状況に安堵し退院を見据えている様子であった。夫婦の話を障害の受容段階の視点で捉える NS は、病気の受け止め方の夫婦のズレに注目し解決を急いだ。夫は妻の回復を願う気持ちが強く焦っていた自分への気づきを得た。病気に対する妻の怒りや葛藤を初めて認知したと語り、妻の思いと自分の視点のズレを自覚した。妻は言い足りない何かがあるような無言の訴えを込めて看護師の方を見ていた。NSは無言の妻を受け流し夫婦間の調整を急ぎ解決に持ちこもうと必死であった。妻が病気を受容できるまで待つことを夫に提案した。これに対する夫の無言のうなずきを NS の提案に納得したと判断したが、これからの妻との向き合い方に思いを巡らせているようにもみえた。妻も自分の思いが夫に伝わり安堵した様子の一方、無言が続き言葉にならない思いを巡らせているように伺えた。

③ 第3回面談 [患者（妻）と配偶者（夫）の心理的距離の是正確認と語りによる強化]

前回の面談から2週間がたち、NSは妻の病気の受容状況と夫婦間に起こった変化を把握した。妻は、回復には時間が必要で時間を日にち薬と思えるまでに病気を受容できるようになっており、夫とともに退院に向かう気持ちへと変化していた。NSは心身ともに前進している妻の現状を言語化し夫婦が共通理解を促進するように働きかけた。次に夫に対して、前回面談の振り返りと夫の気持ちの変化を確認した。夫はリハビリだけで妻の回復を判断しないことと焦らないことが大切という気づき、夫婦で退院に向かう気持ちを共有化することができたと語った。また、妻は面談を通して夫の存在の大きさに気づかされ、入院後初めて自分の感情を開放できたと語った。

[事例4から得た理論記述]

- ・看護師が夫婦のこれまでの歩みを質問することで、彼ら自身が自分たちの強みに気づくことができる。
- ・回復期に入っている、病気の受容状況を互いに確認できていない夫婦がいる。
- ・目標の共有化の前提として、夫婦が病気の受容状況を確認しあうことが必要である。
- ・患者の心身の回復が思わしくない状況では、患者と配偶者は提供される退院支援を受け入れがたい場合がある。
- ・夫婦間で退院時期や回復状況の認識にズレがあるときは、具体的な退院支援よりもズレの是正を優先する。
- ・長年の夫婦関係において相手への申し訳なさを抱えた闘病生活では、夫婦が療養生活に向き合いにくくなる。

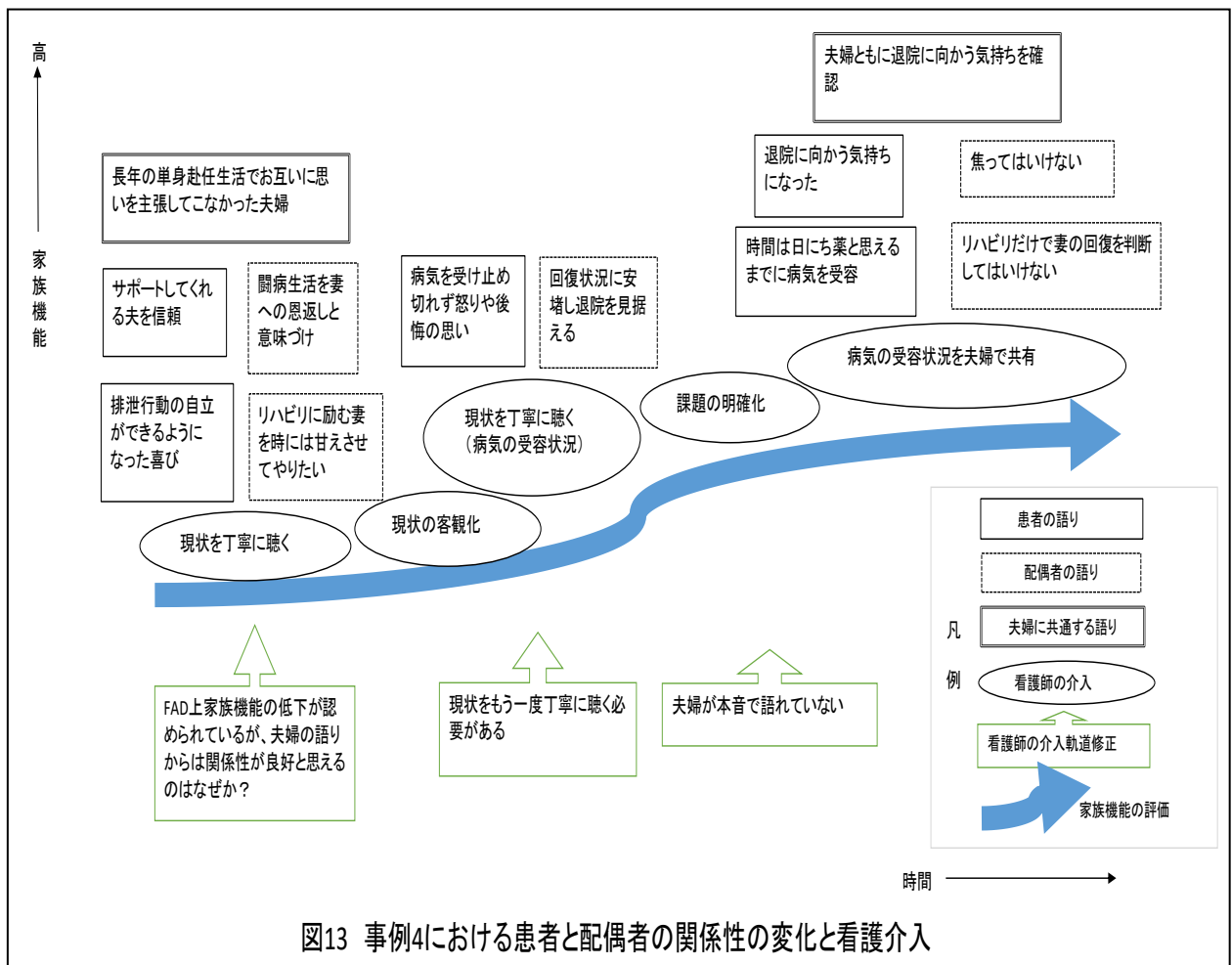
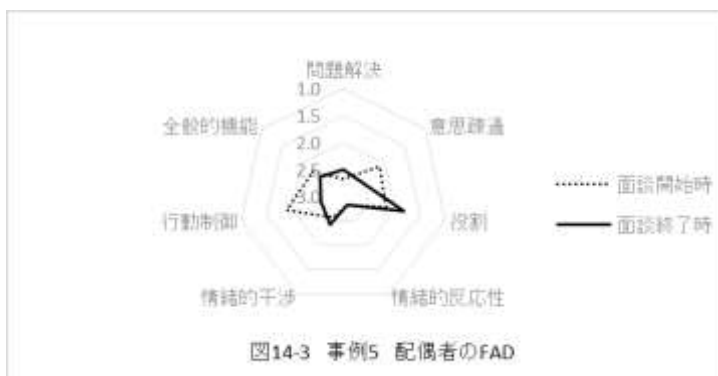
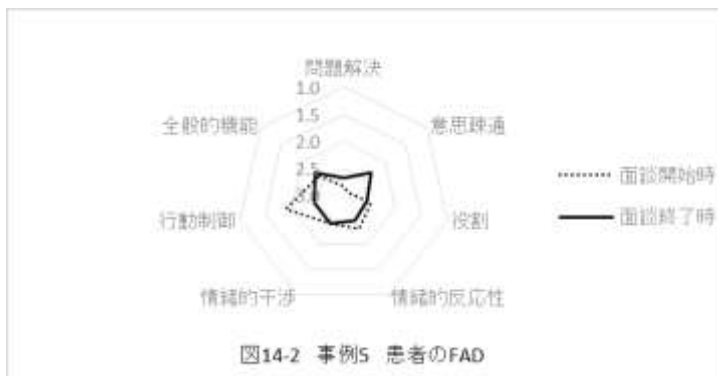
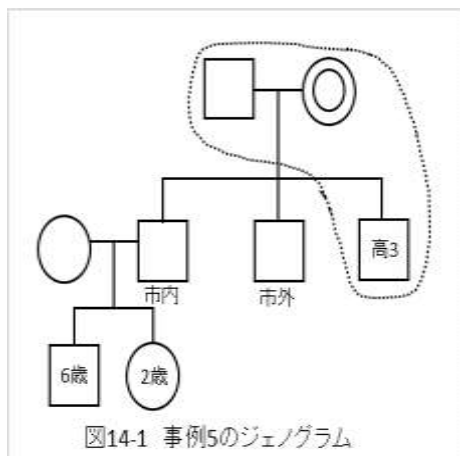


図13 事例4における患者と配偶者の関係性の変化と看護介入

図 13 は事例 4 のストーリーラインと理論記述をもとに、夫婦の認識や感情、行動の変化を示したものである。レーダーチャートで示したように FAD 上は夫婦ともに介入前から家族機能は低く評価しており、配偶者である夫は介入後やや改善があったが患者である妻は介入後さらに家族機能の評価は下がった。質的な評価では、夫婦は互いの存在を認め合っているあるいは頼りにしている発言はあったが、看護師の介入で病状の受け止めなどについてさらに丁寧に聴くと、妻の中に「病気を受けとめられない怒りや後悔」が語られた。夫にも長年単身赴任で家のことを妻に任せきりであった「申し訳なさ」とそれに対応する「妻への恩返し」の感情があり、まずは感情の安定化と夫婦のコミュニケーション促進を図った。家族機能の矢印が中央で少し曲がりくねっているのは、夫婦の感情の行き違いにより、家族機能の改善が停滞した状況を示している。しかし、感情の表出や夫婦間の意思疎通への支援により、最終的には「在宅療養を視野に退院を目指す」ことが双方の目標として共有された。本プログラムで目指した「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」による家族機能改善は、一部確認できたと判断する。

2. 事例 5 [発症前から独立独歩の夫婦の関係性に対して是正を図った事例]

事例 5 のジェノグラムと FAD の変化について、図 14-1, 14-2, 14-3 に示した。FAD 上、面談開始時から患者である妻も夫も家族機能は著しく低下していると評価した。3 回の面談終了後も大きな変化はなかった。発症前から互いに干渉しない独立独歩のスタンスで夫婦は生活していたこともあり、日常的にコミュニケーションも希薄だったと話した。夫は頻回に見舞いには来ていたが交わす会話は日常会話レベルで、具体的な療養生活についての話はしていなかったと発言があった。看護師が在宅での 24 時間の生活について夫婦で描くよう介入し、初めて患者である妻と具体的な療養生活について話をすることができた。その後試験外泊を夫婦が希望し計画された。しかし、自宅に帰ってみると妻の座位耐性が不十分であること、車椅子中心の妻の生活機能では在宅生活が非常に困難であることを実感し、外泊ではなく外出に変更して帰院した。それらの体験も踏まえ、3 回目の面談時に療養生活の課題を具体的に整理した。



[事例 5 の患者と配偶者の 3 回の面談のストーリーライン]

① 第 1 回面談

[療養生活のイメージ化が希薄な夫婦に退院後の 24 時間を描くことを促す]

NS は退院後の生活をイメージ化するため入院前後の生活の比較を確認した。入院前、妻はタイムスケジュールにしづらい勤務態勢だったとわかり、妻の理解を考慮した説明を行った。入院前の家事役割を把握すると妻は役割分担への不満を吐露した。これに対して夫は家事をしている自分を主張すると、妻からは役割交代は家族として当然すべきであるという反応が返ってきた。次に、退院後の生活に対する夫婦の考えを確認すると、夫は妻が自立して生活できることを前提とした生活をイメージしており、リハビリにおける高い回復目標であった。一方、妻は自分の回復状態に応じた家事を夫と協力してやりたいと考えていた。NS は妻の生活機能の現状と夫の役割を確認した。夫からは他のサポートに頼らず夫婦で生活をまわすために自分(夫)が家事を担う覚悟と就職する子どもへの配慮が語られた。NS は夫の発言を支持賞賛する対応をした。さらに、退院後の妻の日中の過ごし方を確認した。夫は現在入院中の妻を心配しすぐに対応できるような体制をとっていた。NS はそれに加

えて、退院後は夫から妻への定期的な連絡を提案した。これに対して夫は退院後の連絡体制を具体化した。自分を心配する夫への妻なりの愛情表現もみられ、妻の冗談に呼応する微笑ましい夫婦の様子が確認できた。退院後の不安を再確認すると昼間は分断される夫のサポートに対して夫の負担を考慮する妻は昼間はどうにかする覚悟をしていた。一番に妻の心配をする夫の反応から療養生活上のパートナーシップ形成の可能性が伺えた。

② 第2回目面談 [療養支援をする配偶者(夫)の心情の語りを促す]

(妻がリハビリにでかける状況において) NSは闘病生活を送る妻への素直な思いを夫に確認する良い機会と考え、まずはNSが感じた妻の印象を夫に伝えた。夫は病気のことを言わなかった妻の辛抱強さを実感していた。一方で妻が自分に病気のことを話さない夫婦関係を当たり前と認識していた。NSは最初の面談の夫婦での話し合いに対する夫の認知を確認した。夫は今まであらたまった話しをしてこなかった夫婦関係であり、NSとの面談は療養生活について初めて夫婦が話し合うきっかけになったと語った。夫は退院後の妻の生活リズムや退屈な日常を心配しており活動的な50代の妻だからこそその悩みと感じられた。また、夫は退院直後は妻のそばに付きそう計画を考えていた。NSは退院後の妻の生活を心配する夫に同調する反応を返した。すると夫は夫婦が主体的に外泊について相談していることを明かした。NSは退院後の療養生活の問題に夫婦がどう向き合うか確認するための面談を提案し、夫に次の面談を了承してもらった。

⑤ 第3回面談 [一時帰宅の結果を踏まえての課題整理と次のステップへの準備]

NSは、一時帰宅により表面化した問題の把握をするため面談を行った。妻は一時帰宅で病気による身体的変化を実感していた。一方、夫は妻の自宅内外での移動や長時間の座位維持困難から退院の難しさに直面し、介護に対する漠然とした不安を抱えていた。それと同時にこれからの闘病生活への夫の覚悟も感じられた。そこでNSが退院の話が具体的に出ているのか確認すると、夫は退院まであと1ヶ月半ほどと心積もりをしており妻の退院までに準備すべきことが具体化していた。NSが退院後の介護サービスの利用予定を確認するとベッドを安くレンタルしたい希望があったため、介護保険でベッドのレンタルが可能であることを伝えた。介護保

険の申請状況を確認すると申請手続きは未実施でこれからであるとわかった。さらに退院後のインフォーマルなサポート体制の確認に対して、日中は妻一人の生活になるため妻の排泄行動の自立が課題になると夫は認識しており、退院に向けて排泄行動の自立が課題であると夫婦で共有することができた。

[事例 5 から得た理論記述]

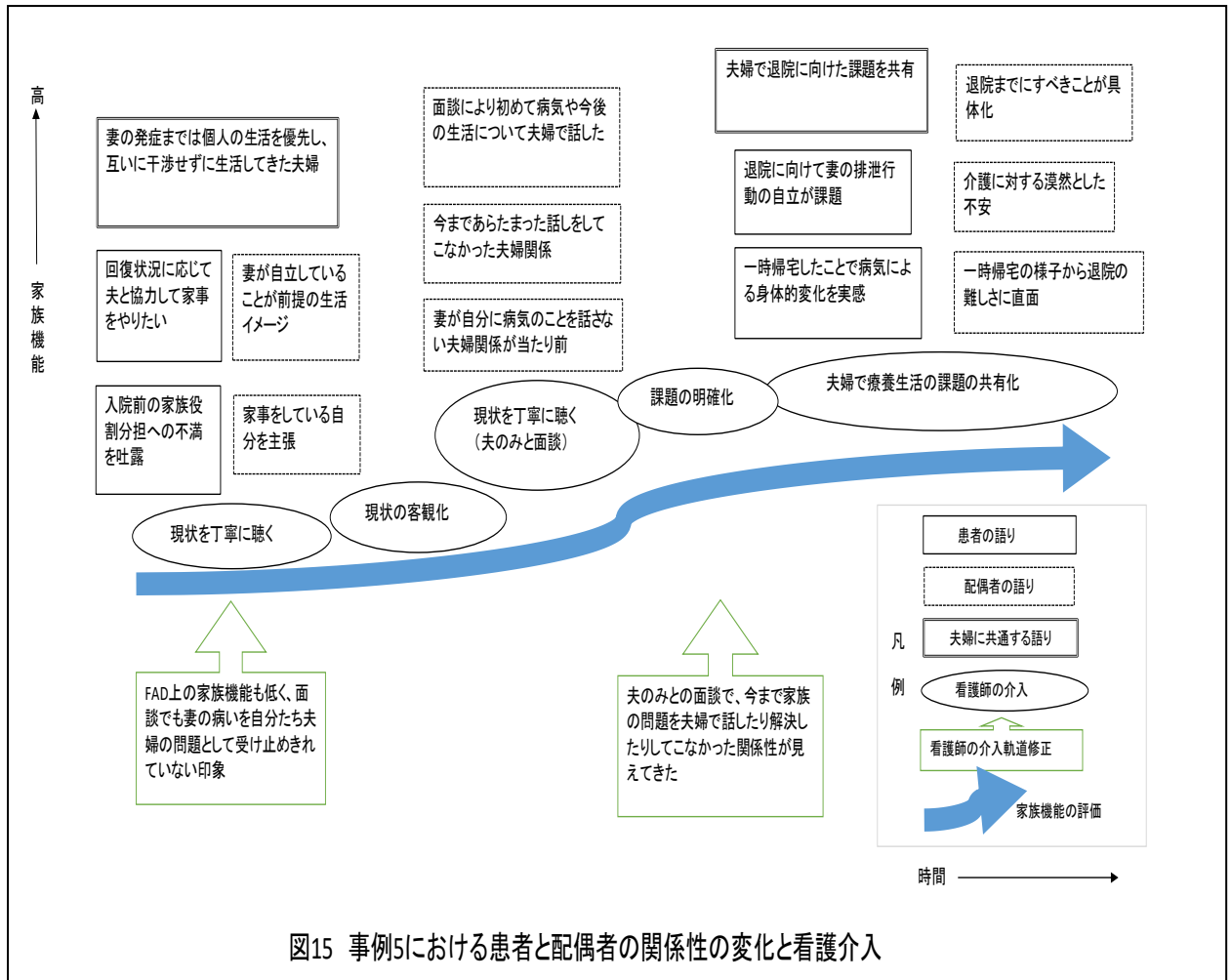
- ・あらたまった話し合いをすることに慣れていない夫婦は、問題状況が起きた時に解決のために話し合うことが難しい場合がある。
- ・看護師は退院後の生活について夫婦が話し合う場を、意図的に設ける必要がある。
- ・日常的に家事など家族役割を担っていない夫は、退院後の療養生活をイメージすることが難しい。
- ・看護師が退院後の患者と配偶者の 24 時間のタイムスケジュールを具体化することで、退院後の療養生活をイメージしやすくなる。
- ・外泊や外出で患者と配偶者は期待感とともに、先の見えない不安と向き合うことになる。
- ・初めての外泊や外出後は患者と配偶者の顕在化した不安や思いを聴く場を設ける必要がある。

図 15 は事例 5 のストーリーラインと理論記述をもとに、夫婦の認識や感情、行動の変化を示したものである。事例 5 の夫婦は発症前からお互いに必要以上に干渉しない独立独立歩の関係であったこともあり、妻の発症後、夫は頻度に面会をするものの日常会話程度で、病や障がいについてあるいは療養生活について深く話すことをしていなかった。

FAD 上、面談開始時から患者である妻も夫も家族機能は著しく低かった。3 回の面談終了後も大きな変化はなかったが、患者は「意志疎通」で、配偶者である夫は「役割」で少し改善を認めた。質的な評価では、妻も配偶者である夫も自身の気持ちを言葉で伝える機会をつくり、療養生活における 24 時間のイメージ化を図ることで現実の客観視を促す働きかけをした。家族機能の矢印が少し曲がりくねっているのは、夫婦の意志疎通や現状の客観化に時間を要したことや、脳血管障害の後遺症がもたらす生活機能の困難さや退院後の生活イメージの具体化が円滑に進まなかった状況を示している。

最終的には、夫婦で「退院に向けた課題の共有」ができたことや「退院後の 24 時間を

夫婦で話し合う」ことができた点では、夫婦が進もうとする方向性は明確化できたと捉え、本プログラムで目指した「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」による家族機能改善は、一部確認できたと判断する。



5-6 4 事例の SCAT 分析から導き出された家族機能改善のための有効な看護介入スキル

4 事例の SCAT 分析の理論記述において、患者と配偶者の家族機能の改善に有効であった看護師の介入スキルを 16 記述見出した。それらの 16 記述を内容の類似性により類型化し、7つのサブカテゴリーさらに5つのカテゴリーに整理した。本プログラムにおいて有効であった看護介入スキルを表 10 に示した。以下、理論記述を[]で、サブカテゴリーを〈 〉で、カテゴリーを【 】で示す。

表 10 家族機能改善に有効な看護介入スキル

カテゴリー	サブカテゴリー	看護介入スキルを示す理論記述
感情や対処能力を引き出す	感情の表出を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が患者や配偶者の陰性感情をありのまま受け止めることで、夫婦は安心してそれぞれの心情を語るができる ・看護師が患者や配偶者を気にかけているという感情を素直に伝えることで、感情表出しやすい雰囲気を作る ・看護師が患者と配偶者の家族としての歴史や現状を支持する姿勢を示すことで、彼らは本音を語りやすくなる
	現状の客観化を促す	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が聞き役になることは、患者や配偶者の語りを促し現状の客観化を促す ・看護師との面談により感情や認知を言語化することで、夫婦は療養生活上の問題点を明確にできる ・看護師が入院前後の家族役割について質問することで、患者と配偶者が自分たち家族の家族役割を客観視することを促す ・看護師が家族内の役割移譲を促す際には、患者と配偶者の家族役割を把握する必要がある ・看護師が退院後の患者と配偶者の24時間のタイムスケジュールを具体化することで、退院後の療養生活をイメージしやすくなる
新たな見方を加える	認識の再枠組み化	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が患者や配偶者の否定的な発言を肯定的な捉え方で返すことで、夫婦の認知の変化を促すことができる ・看護師が患者の病状を言語化して伝えることで、夫婦が病状を共通理解することができる
	不安を軽減する情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・患者や配偶者の不安の訴えに対して、看護師が必要な具体的情報提供をすることで不安を軽減することができる
橋渡しと緩衝	夫婦の間を取り持つ	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が夫婦それぞれの気持ちを橋渡しすることで、夫婦は互いの考え方や行動を承認し合える
夫婦の強みの強化	家族の歴史の肯定化	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が苦楽を共にしてきた夫婦の歴史を強みとして支持することは、夫婦の関係性を強化する ・看護師が夫婦のこれまでの歩みを質問することで、彼ら自身が自分たちの強みに気づくことができる
中立性の保持	中立的なスタンスに立つ	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に対して中立的な立ち位置を保持するために、看護師は自身が捉えている目の前の家族に対する見方を俯瞰してみる必要がある ・看護師が先入観で夫婦や家族の関係を捉えようとすると家族アセスメントを見誤る可能性がある

1. カテゴリー【感情や対処能力を引き出す】について

[看護師が患者や配偶者の陰性感情をありのまま受け止めることで、夫婦は安心してそれぞれの心情を語るができる]などの3つの理論記述から、サブカテゴリーを〈感情の表出を促す〉とした。他方、[看護師が聞き役になることは、患者や配偶者の語りを促し現状の客観化を促す]など5つの理論記述から〈現状の客観化を促す〉というサブカテゴリーを見出した。この2つのサブカテゴリーを合わせて【感情や対処能力を引き出す】のカテゴリーを見出した。このカテゴリーは、患者や配偶者の内面にある肯定的あるいは否定的な感情や潜在している能力を「引き出す」という共通点で見出したカテゴリーである。

患者と配偶者は、日々顔を合わせ日常会話を交わしているにもかかわらず、退院後の療養生活のあり方や病を得た今の心境など、夫婦が療養生活をともに切り拓いていくための会

話はほとんどできていない状況があった。病や障害と向き合う患者は、自身の「怒り」や「悔しさ」「葛藤」「回復への不安」などの否定的な感情を表に出さず内面に秘めている状況があった。一方配偶者は患者の発症を受けて、患者の療養支援や介護はもとより、家庭内の役割や地域の役割など様々な課題解決や、経験したことのない役割遂行が求められ困惑している状況があった。それらに対して、感情表現を促すことにより「感情の安定化」を図ることや、具体的に「家族内の役割分担を描く」「療養生活の24時間を描く」などのアプローチにより、患者と配偶者が一歩踏み出すことを促していた。

2. カテゴリー【新たな見方を加える】について

[看護師が患者や配偶者の否定的な発言を肯定的な捉え方で返すことで、夫婦の認知の変化を促すことができる]などの2つの理論記述から、〈認識の再枠組み化〉のサブカテゴリーを見出した。さらに[患者や配偶者の不安の訴えに対して、看護師が必要な具体的情報提供をすることで不安を軽減することができる]の理論記述から、〈不安を軽減する情報提供〉のサブカテゴリーを見出した。この2つのサブカテゴリーを合わせ【新たな見方を加える】のカテゴリーを見出した。患者と配偶者は、日々新たな課題が加わる中で、あるいは限られた情報や理解しきれない情報の中で、全体を俯瞰して適切に判断することが困難な状況にあった。中立的・客観的な立場から、あるいは医療者としての専門的な立場から、患者と配偶者とは異なる見方を提示したり、有益な情報提供をすることで、患者と配偶者に新たな認知が加わるように働きかけるカテゴリーである。

3. カテゴリー【橋渡しと緩衝】について

[看護師が夫婦それぞれの気持ちを橋渡しすることで、夫婦は互いの考え方や行動を承認し合える]という理論記述から、〈夫婦の間を取り持つ〉というサブカテゴリー、【橋渡しと緩衝】のカテゴリーを見出した。先述したカテゴリー【感情や対処能力を引き出す】とも関連するが、夫婦は日々顔を合わせていても、療養生活の確立に必要な「病の語り」や「具体的な療養生活の意向」などについて、話し合う機会を持っていなかった。看護師が患者と配偶者の間に介在することで、それらに関する会話を促進したり、否定的な感情を表出する際の緩衝の役割を担うことができていた。

4. カテゴリー【夫婦の強みの強化】について

[看護師が苦楽を共にしてきた夫婦の歴史を強みとして支持することは、夫婦の関係性を強化する]など2つの理論記述から〈家族の歴史の肯定化〉のサブカテゴリーを見出し、その意味内容から【夫婦の強みの強化】のカテゴリーを見出した。このカテゴリーは、家族

機能改善を図る際の基盤となるカテゴリーである。家族の形成期からこれまでの間に、患者と配偶者が培ってきた家族の感情的なつながりや、家族内に起こったいくつかの課題に対して対処し乗り越えた経験などを、家族の強みとして患者と配偶者にあらためて意識づける働きかけである。本プログラムの一環であるジェノグラムの作成時などに家族の歴史を語りながら、夫婦があらためて自家族の強みを言語化できていた。

5. カテゴリー【中立性の保持】について

[家族に対して中立的な立ち位置を保持するために、看護師は自身が捉えている目の前の家族に対する見方を俯瞰してみる必要がある]など2つの理論記述から、〈中立的なスタンスに立つ〉のサブカテゴリーを、そしてその意味内容から【中立性の保持】のカテゴリーを見出した。このカテゴリーも、4番目のカテゴリーと同様に家族機能改善を図る際の基盤となるカテゴリーであるが、患者と配偶者に働きかけるスキルというよりは看護師自身の姿勢を示すカテゴリーである。

5-7 看護介入プログラムにおける看護介入スキルの構造

本プログラムの目標と先に示した5つのカテゴリーの関係を、図16に示した。

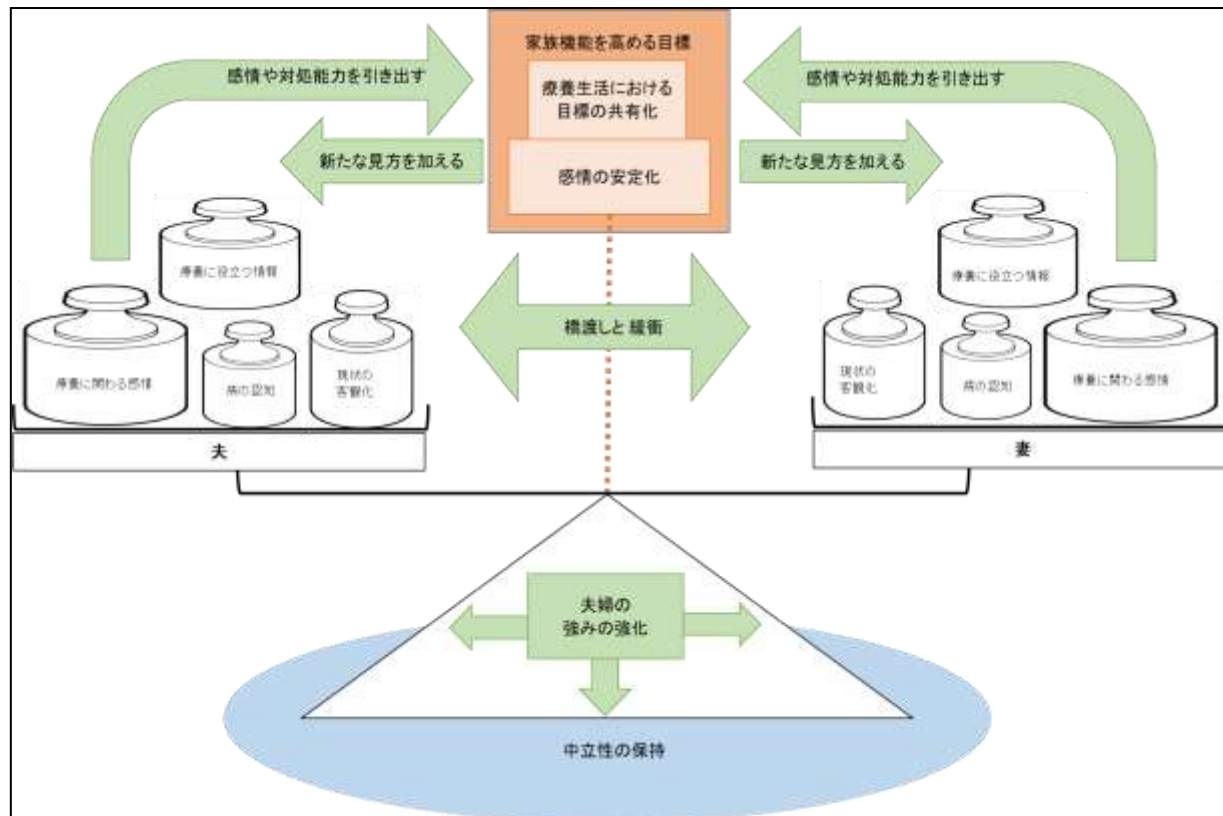


図16 脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善を図る看護介入スキル

本プログラムの目標としている「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」を中心に置き、患者と配偶者（夫と妻）の関係が相互作用を持ちながらバランスをとる状況で成り立っていることを天秤に置き換えて図式化した。患者と配偶者の感情や認知が共有され相互理解が安定的に保持されていると、天秤は安定する。看護師は両者の間に立ってコミュニケーションの「橋渡し」をしながら、感情の表出や夫婦が保持している対処能力を「引き出す」支援と、新しい見方や必要な情報提供を「加える」支援を重ねる。一方、夫婦や家族の歴史に肯定的評価を加え、「夫婦の強みの強化」を図る。その実践は、患者と配偶者の天秤を下方から支える実践であり、「支点」を大きくすることで天秤の安定化を図ることにつながることを示した。即ち、回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善を図る看護介入スキルとは、両者の間に立って感情や認知を引き出したり、必要な是正を加えて両者のバランスとりを行う実践であるといえる。

第 6 節 考察

回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族機能改善をめざす看護介入プログラムを 9 事例に展開した。本プログラムの効果を、FAD を用いて介入前後比較を量的な手法で試みたが有意差を確認することができなかった。次いで 9 事例の中から、FAD の特性や患者の性別、病状や入院期間の類似性で選出した 4 事例について SCAT による質的分析を行った。その結果、FAD の得点では確認できなかった、夫婦の感情面や認知面、行動面の変化を捉えることができ、本プログラムの効果を一部確認することができた。生じた変化を患者と配偶者は自覚してはいるものの、FAD の数値で確認できる家族機能の変化として捉えるまでには至らなかった。

以下、①FAD による家族機能評価の意義について、②感情の安定化に看護師が介在する意義について、③回復機能血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムの評価の 3 点について考察する。

6-1 FAD による家族機能評価の意義

FAD を用いて看護介入プログラムによる介入前後の比較をし、プログラムの評価を試みた。しかし、介入前後で FAD 得点の有意差は確認できなかった。

この結果について、ひとつには事例数が 9 事例にとどまったことから、量的な解析の限

界があったと言える。

さらに、この結果に影響したのではないかと推察したのは、患者と配偶者が自分たちの良好な変化や家族機能の高まりに対する評価を、低く捉えたのではないかという点である。回復期リハビリテーションを受療している時期は、療養生活を確立しようと夫婦が模索している時期であり、例えば夫婦のコミュニケーションが促進され意志疎通の改善を実感していても、その感覚を得て間もないため自分たち夫婦の強みとか家族機能の高まりと評価しにくい状況があったのではないかと考える。改善できた家族機能に対して、彼ら自身が半信半疑の状況ではなかっただろうか。

SCAT による質的な分析では、家族機能の改善の度合いやスピードは事例による差はあるものの、4 事例とも何らかの前向きな変化を示していた。夫婦の会話が促進されたり、退院後の生活についてふたりで考えていこうとする行動レベルでの変化があった。その観点では、FAD は本プログラムによる介入で生じる家族の変化を、十分に捉えることができていなかった可能性もある。研究 2 の FAD を用いた介入研究 4 編中 3 編で有意差を確認できていなかった^{35) 39) 45)}。その 3 編では介入した期間の課題が提示されていた。家族機能の改善が FAD などの量的な評価に反映されるまでには、家族が自信を持って自分たちの力と評価できるまで、時間が必要ではないかと考える。即ち新たに始まる療養生活の積み重ねと安定化が必要であり、退院後 3 か月とか 6 か月といった期間が必要であると考えた。脳血管障害患者の自己肯定感に関する研究¹¹²⁾や胃切除術後患者の食生活再獲得に関する研究¹¹³⁾では、患者が療養生活を主体的に受け止めることができるようになるまでに退院後 3~6 か月程度の期間が必要と述べている。患者個人でもかなりの期間が必要と考えられるため、夫婦が相互に家族機能の高まりを認識できる期間として、長期的な視点が必要といえる。加えて、本プログラムは患者と配偶者の相互作用に着眼した点で、家族システム理論を基盤にする FAD と整合性があると判断したが、「感情の安定化」や「療養生活における目標の共有化」を目標とした介入による変化を捉えるには、評価尺度として十分ではなかった可能性があり検討が必要と考える。

また回復期は、介護認定申請、退院カンファレンス、試験外泊や試験外出など、在宅療養に向けて様々なイベントが重層的に展開される。ひとつ課題を解決したと思った後に、次の課題が突きつけられる状況である。結果、家族機能は変動しやすく、FAD 上右肩上がりの一方向で家族機能改善を呈する状況に至らなかったのではないかと考える。事例 4 や事例 5 では、面談終了後の方が FAD 得点が高値を示し家族機能の低下を認めた。3 回目

の面談を行った時期が、退院が現実化する時期と重なった状況がある。試験外出などを通して、達成できていない課題が明確になったり、回復状況への焦りが生じたりしていたため、それらが家族機能評価にも影響を与えたと考える。

6-2 感情の安定化に看護師が介在する意義

事例1や事例4のように、役割遂行や意志疎通の面でそれまでの生活の転換を迫られる脳血管障害という病を得た患者と配偶者は、心理的に動揺し自身と他者に向けて否定的あるいは感情的な反応を起こす状況を認めた。このことは本研究の研究2の結果で示したように、FADの「情緒的反応性」における機能低下が有意であった状況と重なる。さらに、これらの事例では、それぞれが抱えている感情的な課題をそのままにしては次の段階に進むことが難しく、感情的な課題への対応は指導的介入などに比し対応の優先性が高いと言える。

FADの値では「情緒的反応性」や「情緒的干渉」の得点が高く、家族機能低下を示す事例が多かった。研究3の結果を踏まえ研究4では、感情的な側面への働きかけを重視し早期から回数を重ねつつ丁寧に介入する対応をした。結果、質的な評価では、患者や配偶者が落ち着いた状況に変化したと捉えたが、介入後のFADの値は改善していなかった。むしろ、介入後に「情緒的反応性」や「情緒的干渉」の家族機能が低下している事例もあった。情緒や感情という側面は、他の因子からの影響も受けやすく動揺性があることも踏まえ、数量的データのみでなく多角的な捉え方が必要と考える。介入の早い段階から、丁寧に患者と配偶者の語りを聴くことや、ジェノグラムを作成を通して家族の構造や歴史を俯瞰できるアプローチが、患者と配偶者の自家族への肯定的評価を促進し、感情の安定化において有効である考える。

理論記述から【橋渡しと緩衝】というカテゴリーを見出した。家族機能を改善する上で、お互いの感情を率直に伝えあうことは重要である¹⁰⁶⁾。一方、発達障がいをもつ人と家族や精神疾患をもつ人と家族の事例では、家族による強い感情表出が患者の状態悪化に繋がるといふ報告がある^{114) 115) 116)}。患者と配偶者が感情的なやり取りを直接的に行うことが関係悪化のリスクを伴う可能性があることも視野に入れておく必要がある。事例1では、それぞれが直接伝え合うのではなく、相手に対する気がかりな点を「看護師に確認してほしい」という要請があった。看護師が「橋渡し」をする役割を担うことは、患者と配偶者が直接的に感情的なやり取りをすることを回避できると言う点で、夫婦の間に立って緩衝

剤としての役割を担うことでもあると言える。

本プログラムの目標として、「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」の2点を挙げているが、「感情の安定化」が図れないと「療養生活における目標の共有化」への方向付けが難しかった状況が多く認められ、図 16 の構造図においても「感情の安定化」を「療養生活における目標の共有化」の下に配置しその基盤であると捉え、かつ介入の優先性を考えた。本プログラムにおいて、「感情の安定化」を図ることの意義については、引き続き強化し、評価の可視化について検討したい。

6-3 回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムの評価

FAD を用いた量的分析では、介入前後で有意な差を示すことができなかった。一方、SCAT により質的分析を行った結果では、4 事例とも何かしら望ましい変化を起こしていた。4 事例では、最初の段階で現状を丁寧に聴く介入を展開したことで、患者と配偶者の率直な語りを引き出し、[現状の客観化を促す]介入に繋げていた。また患者と配偶者の反応にズレがあると感じ違和感を持った際に、看護師は病や障害やこれまでの生活について再度両者に丁寧なインタビューを行った。その結果、看護師は患者と配偶者を捉える新たな情報を得て、患者と配偶者の理解につながり、また彼らの価値観や強みを捉え直し具体的に支援を考えることができた。

本プログラムは、「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」を目標として家族機能を高めるプログラムであり、看護師によるインタビューと患者ならびに配偶者が語ることを重視するプログラムである。家族看護実践は家族のセルフケア能力に働きかけ、家族が自分たちの意思で課題解決を図ることを旨としている。患者と配偶者に自身の気持ちや考えを自身の言葉で言語化することを促し、語ることを通して自分と相手を客観視し、また病や障害や回復過程などの状況を客観視を促す。そして、今後の方向性を自分たち夫婦で意志決定し行動化できることを目指す本プログラムは、家族看護の本質を捉えていると考える。実際に、3 回の面談後には自分たちの目標を確認し前向きな変化を見せた患者と配偶者がいるので、本プログラムのブラッシュアップを図りながら臨床活用性を拓いていきたい。

6-4 本研究の限界

本研究では、FADを用いた量的な評価でのプログラムの効果は確認できなかった。介入事例が9事例にとどまった数的な限界があった。また、臨床場面では家族以外の社会的な要因や個々の家族成員の状況など家族が変化する多様で複雑な因子が存在するため、一定の状況下で家族機能を評価することに限界があったと考える。

家族看護実践は、家族のセルフケア能力に働きかけ、家族が課題解決を図ることを支援することを旨としている。患者と配偶者が自身の気持ちや考えを自身の言葉で言語化することを促す、本プログラムのアプローチは家族看護の本質を捉えていると考える。本プログラムは1回60分を超える時間を要して看護師が患者と配偶者に面談をするので、展開の早い医療施設のジェネラリストの看護師が、日常的にプログラム通りに家族看護実践を展開するには限界がある。しかし、本研究で明らかにした【感情や対処能力を引き出す】【新たな見方を加える】【橋渡しと緩衝】【夫婦の強みの強化】などの家族看護介入スキルは、看護師の日々の家族看護実践で活用できると考える。

第7節 結論

回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善を図る看護介入プログラムを構築した。本プログラムを9事例に展開し混合研究法によって評価した。FADを用いた介入前後比較では、有意差を確認できなかった。一方、9事例のうちの4事例の面談記録をSCATによる質的分析を行った結果、本プログラムは、患者が男性で、かつ発症から1か月～1か月半の早い時期からの介入であれば、特に介護者である妻の前向きな反応を引き出せることが確認できた。患者が妻の場合は、家事担当者など大きな家族内役割変更が必要であることや、患者と配偶者が療養生活のイメージ化に時間を要するため、リハビリテーション開始早期から面談を開始し、より頻度を上げて面談を実施することが必要である。発症後1か月以内の回復期に看護師が意図的に患者と配偶者に介入し、両者の感情面や認識、家族の歴史や対処能力等について言語化を促すことや療養生活の具体化を図ることで、患者と配偶者は前向きな変化を見せていた。質的分析により、【感情や対処能力を引き出す】【新たな見方を加える】【橋渡しと緩衝】【夫婦の強みの強化】など、家族機能改善に有効な介入スキルを明確化できたことは、プログラムの臨床活用性において意義があるといえる。

終 章

第 1 節 総合考察

本博士論文は、回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族機能改善をめざす看護介入プログラムを開発することを目的に展開した。

第 1 章では、家族評価尺度を用いた家族研究の文献を概観し、家族評価尺度の活用状況と家族研究の動向、特に家族評価尺度を用いた介入研究について把握することを目的とし、1985 年～2016 年に CINAHL に公表された洋文献の学術論文 22 編、和文献は 1985 年～2017 年に医学中央雑誌 Web 版に公表された学術論文 36 編を検討した。和・洋文献で活用頻度の高かった家族評価尺度は 6 種類であった。FAD (Family Assessment Device) が 23 編と FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) が 14 編で和・洋文献共通で活用頻度が高かった。研究としては、和・洋文献ともに家族の発達段階や家族成員の疾患や障がい別の家族特性を明らかにした横断研究が多かった。介入評価に家族評価尺度を用いた研究は洋文献で 3 編、和文献で 3 編あり、そのうち FAD を用いた介入研究が 4 編であった。介入研究は和・洋文献ともに少なく、FAD を活用した介入評価では、1 回の面談や週単位の短期では家族への介入効果の確認が難しく複数回の面談や月単位の介入継続が必要であると考えられた。

第 2 章では、回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能の特性を捉えるために、FAD (Family Assessment Device) を用いて家族機能の実態を明らかにすることを目的とした。脳血管障害を発症し回復期リハビリテーションを受療中の患者と配偶者を対象として、FAD を用いて両者の家族機能を測定した。FAD の 7 つの下位尺度毎の得点を Kruskal-Wallis 検定で、また対象者の家族構成・性別・年齢・FIM・発症からの日数による群間比較を Mann-Whitney の U 検定で分析した。

対象家族は 26 組で、患者は男性が 13 名、女性が 13 名、平均年齢は 66.54 歳、配偶者の年齢は平均 65.38 歳であった。夫婦の FAD を下位尺度毎の測定値で比較すると、「情緒的反応性」が 2.35(±.39)で他の下位尺度に比し有意に高かった(<.001)。家族特性別では、患者と配偶者の年齢が若年であるほど FAD 得点が全体的に高く、「問題解決」「役割」「情緒的干渉」「行動制御」「全般的機能」等で家族機能低下を認めた。夫婦のみよりも同居家族がいる方が「意志疎通」「情緒的干渉」で家族機能の低下を認めた。FIM 得点の高い方が「問題解決」「役割」「情緒的干渉」で家族機能の低下を認めた。発症からの日数が長い方が「意志疎通」と「行動制御」で有意な家族機能低下を認めた(<.01 もしくは <.05)。

回復期脳血管障害患者と配偶者の FAD における「情緒的反応性」の家族機能低下に対して、夫婦間のコミュニケーションを促進し情緒の安定化を図ることが重要である。また夫婦の年齢・家族構成・患者の生活機能（FIM 得点）・発症からの日数等の家族特性による家族機能低下の実態を踏まえて、家族看護ならびに支援を強化する必要性が示唆された。

第 3 章では、回復期脳血管障害患者と配偶者に対する家族機能改善を図る看護介入プログラム（試案）の効果と課題を事例研究で検討することを目的とした。60 代と 70 代の夫婦 2 事例に対し感情の安定化と現状認識の客観化を図る 3 回の面談を基軸とする看護介入プログラム（試案）を展開し、Family Assessment Device（以下、FAD とする）を用いてその効果を評価した。

その結果、介入前と比較すると家族機能の全体的なバランスや意思疎通、情緒的干渉、行動制御において家族機能の改善が認められた。課題として、患者と配偶者における、情緒的反応性に対する介入強化や配偶者（妻）の家族機能の全般的な改善を図る必要性が明らかになった。

第 4 章では、第 3 章で構築した看護介入プログラムを修正し、本格的に 9 事例に展開し、FAD を用いた量的分析を行った。その結果を踏まえ 9 事例の中から背景要因などの観点から比較可能な 4 事例を選択し、SCAT による質的分析を行った。FAD を用いた介入前後比較では有意差は認めなかった。SCAT による 4 事例の質的分析では、事例差はあるものの夫婦の良好な変化が確認できた。現状の客観視や意志疎通が促進されたことで、感情の安定化や療養生活の目標の共有化が促進された。介入による家族機能改善を FAD で確認するには、家族の中に変化が定着するまでの時間が必要ではないかと推察した。

質的な分析結果を踏まえると、「感情の安定化」と「療養生活における目標の共有化」を図るため 3 回の面談を重ねる本プログラムにより一定程度の家族機能の改善が図れると考える。

第 2 節 研究の限界

FAD を用いて看護介入プログラムの有効性を量的分析によって確認することをめざしたが、有効性を量的に確認することはできなかった。介入事例 9 事例の限界があったと言える。また、臨床場面では家族外の社会的な要因や個々の家族成員の状況など家族に影響を与え変化を強いる多様で複雑な因子が存在し、一定の状況下で家族機能を評価することに限界があったと考える。一方で、60～90 分の丁寧な面談を 3 回重ねる手法は、患者や配

偶者が前向きに変化する機会になり、夫婦で療養生活の目標を見出したことや面談で気持ちを言えたことに対する肯定的な評価を得ることもできた。

家族看護実践は、家族のセルフケア能力に働きかけ、家族が課題解決を図ることを支援することを旨としている。患者と配偶者が自身の気持ちや考えを自身の言葉で言語化することを促す、本プログラムのアプローチは家族看護の本質を捉えていると思う。本プログラムは1回60分前後を要して看護師が患者と配偶者に面談をするので、展開の早い医療施設のジェネラリストの看護師が、日常的にプログラム通りに家族看護実践を展開するには困難を伴う。しかし、本プログラムが立脚する理論や介入スキルを学修すれば、プログラムを分化して現場での活用は可能であると考ええる。看護師が日々の看護実践場面で意図的に活用できる家族看護介入スキルとして提案していきたい。

文献

用語の定義

- 1 Wright,L.M.& Leahey,M.(1984).Nurses and Families. A guide to Family assessment and intervention. Philadelphia:F.A.Davis.
- 2 鈴木和子, 渡辺裕子, 佐藤律子 (2019) 家族看護学-理論と実践-第5版. 日本看護協会出版会, 東京

序章

- 3 厚生労働省(2015)人口動態統計.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai15/> 2017.8.20
- 4 厚生労働省 (2016) 国民生活基礎調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html> 2017.8.20
- 5 厚生労働省 (2017) 国民生活基礎調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa17/index.html> 2018.9.12
- 6 山田昌弘 (2004) 家族の個人化, 社会学評論 54 (4) : 341-354
- 7 野嶋佐由美監訳(1994)家族看護学ー理論とアセスメントー, へるす出版, 東京
- 8 島内 節, 福島道子, 高階恵美子(2002)家族生活力量モデルーアセスメントスケールの活用法一. 医学書院, 東京
- 9 法橋尚宏, 前田美穂(2000) : FFFS (Feetham 家族機能調査) 日本語版 I の開発とその有効性の検討, 家族看護学研究 6(1): 2-10

第1章

- 10 内閣府, 平成 29 年度高齢社会白書 (2017)
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html
- 11 Idan, Orly Margalit, Malka(2014)Socioemotional self-perceptions, family climate, and hopeful thinking among students with learning disabilities and typically achieving students from the same classes. Journal of Learning Disabilities47(2):136-152
- 12 Hubel, Grace S Campbell, Christopher West, Tiffany Friedenber, Samantha

- Schreier, Alayna Flood, Mary Fran Hansen, David J(2014)Child advocacy center based group treatment for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*23(3):304-325
- 13 Litzelman K1, Barker E, Catrine K, Puccetti D, Possin P, Witt WP(2013)Socioeconomic disparities in the quality of life in children with cancer or brain tumors: the mediating role of family factors.*Psycho-Oncology*22(5):1081-1088
- 14 Cook-Darzens, Solange Doyen, Catherine Falissard, Bruno Mouren, Marie-Christine(2005)Self-perceived Family Functioning in 40 French Families of Anorexic Adolescents: Implications for Therapy. *European Eating Disorders Review*13(4):223-236
- 15 Hassiotis, Angela(1997)Parents of young persons with learning disability: An application of the Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES II).*British Journal of Developmental Disabilities*(84):36-42
- 16 McLendon, Tara McLendon, Don Petr, Christopher G Kapp, Stephen A Mooradian, John(2009) Family-Directed Structural Therapy in a therapeutic wilderness family camp: An outcome study.*Social Work in Mental Health*7(5):508-527
- 17 Nicolais CJ, Perrin PB, Panyavin I, Nicholls EG, Olivera Plaza SL, Quintero LM, Arango-Lasprilla JC(2012) Family dynamics and psychosocial functioning in children with SCI/D from Colombia, South America. *Journal of Spinal Cord Medicine*39(1):58-66
- 18 Tremont G,Davis JD,Bishop DS(2006)Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia.*Dementia &geriatric Cognitive Disorders*21(3):170-174
- 19 Wada SL,Taylor HG,Drotar D, et al (1996)Childhood traumatic brain injury:initial impact on the family.*Journal of Learning Disabilities*29(6):652-661
- 20 Smith MJ ,Vaughan FL,Cox LJ, et al (2006)The impact of communit rehabilitation for acquired brain injury on carer burden:an exploratory study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*21(1):76-81

- 21 Leske JS, Brasel K(2010) Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization. *Journal of Trauma Nursing*17(1):11-18
- 22 Greeff, Abraham P Du Toit, Carien(2009) Resilience in remarried families.*American Journal of Family Therapy*37(2):114-126
- 23 Bailey, Annette Starr, Leslie Alderson, Monica Moreland, Julie(1999) A comparative evaluation of a fibromyalgia rehabilitation program.*Arthritis Care&Research*12(5):336-340
- 24 Haines, Lindsay Rahman, Omari-Khalid Sanders, Justin J Johnson, Kimberly Kelley, Amy(2003) Factors that impact family perception of goal-concordant care at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*22(8):927-932.
- 25 Almasri, Nihad A Palisano, Robert J Dunst, Carl J Chiarello, Lisa A O'Neil, Margaret E Polansky, Marcia(2011) Determinants of needs of families of children and youth with cerebral palsy.*Children's Health Care*40(2):130-154
- 26 McConkey, Roy Samadi, Sayyed Ali(2013) The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: A longitudinal study.*Disability&Rehabilitation*35(9):775-784
- 27 Biola, Holly Sloane, Philip D Williams, Christianna S Daaleman, Timothy P Williams, Sharon W Zimmerman, Sheryl(2007) Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. *Journal of The American Geriatrics Society*55(6):846-856
- 28 Tarkka MT1, Paavilainen E, Lehti K, Astedt-Kurki P(2003) In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing*12(5):736-743
- 29 Dunbar, Sandra B Clark, Patricia C Deaton, Christi Smith, Andrew L De, Anindya K O'Brien, Marian C(2005) Family Education and Support Interventions in Heart Failure. A Pilot Study.*Nursing Research*54(3):158-166
- 30 Gillian King Mary Law Susanne King Peter Rosenbaum(1998) Parents' and Service Providers' Perceptions of the Family-Centredness of Children's Rehabilitation Services.*Physical&Occupational Therapy in Pediatrics*18(1):21-40
- 31 Kelleher L, Johnson M(2004) An evaluation of a volunteer-support program for families at risk.*Public Health Nursing*21(4):297-305

- 32 Chen, Jih-Yuan Clark, Mary-Jo(2007)Family&Community Health30(4):296-304
- 33 Ohara Chisato, Komaki Gen, Yamagata Zentaro, et al (2016)Factors associated with caregiving burden and mental health conditions in caregivers of patients with anorexia nervosa in Japan.Biopsychosocial Medicine, 2016(06) : 1-9
- 34 Ekinçi Ozalp, Isik Ugur, Gunes Serkan(2016)Self-concept in children and adolescents with epilepsy: The role of family functioning, mothers' emotional symptoms and ADHD.Biopsychosocial Medicine, 38(8) : 714-722
- 35 松村朋子, 芦村和美, 廣澤徹他(2015)摂食障害治療における家族エンパワメントの効果に関する予備的研究.北陸神経精神医学雑誌, 29(1-2) : 19-23
- 36 Kostakou Konstantina, Giannakopoulos George, Diareme Stavroula ,et al (2014) : Psychosocial distress and functioning of Greek youth with cystic fibrosis: a cross-sectional study, Biopsychosocial Medicine, 2014(06) : 1-7
- 37 新井陽子, 高橋眞理(2009)産褥1ヶ月の褥婦の認識する家族機能と産後うつとの関連.北里看護学誌, 11(1) : 1-9
- 38 東浦雅子(2008)家族機能評価を活用した家族支援の試みー自己記入式質問紙 FAD を用いてー.日本精神科看護学雑誌, 51(2) : 81-85
- 39 山田知子, 野村弘美, 中野真寿美他(2008)入院中うつ病感謝の外泊訓練時の家族面接の有効性ーFAD(家族機能評価尺度)を用いてー.臨床看護, 34(13) : 2053-2058
- 40 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博他(2008)統合失調症患者の母親の介護負担感に関する要因ー家族内外の支援状況と家族機能の関連ー.日本社会精神医学会雑誌, 16(3), : 263-274
- 41 Koshiha Yoriko(2007) : A study of family functioning in Hikikomori(Social withdrawal).広島大学保健学ジャーナル, 6(2) : 95-101
- 42 Taha Abang Bennett, Ridzwan Abang Ahmad, Ahmad Mariah(2004)School-Going and Institutionalized Adolescents' Perception of Their Family Functions. International Medical Journal, 11(2) : 95-100
- 43 松田明子(2004)在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と家族機能との関連.老年社会科学, 25(4) : 429-439
- 44 Koyama Asuka, Akiyama Tsuyoshi, Miyake Yuko,et al (2004)Family functioning erceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical

- Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(5) : 495-500
- 45 畑哲信, 前田香, 阿蘇ゆう他(2004)社会的ひきこもりの家族支援—家族教室の結果から—. *精神医学*, 46(7) : 691-699
- 46 Saeki Toshinari, Asukai Nozomu, Miyake Yuko et al (2002) Characteristics of Family Functioning in Patients with Endogenous Monopolar Depression. *Hiroshima Journal of Medical Sciences*, 51(2) : 55-62
- 47 毛呂裕臣, 上原徹, 大森一郎他(2002)最新精神医学, 7(4) : 373-380
- 48 黒田秀美(2002)がん患者の家族機能と不安の関連. *がん看護*, 7(4) : 373-380
- 49 芦刈伊世子(2001)アルツハイマー型痴呆における攻撃性を有する妄想の出現要因の精神病理学的検討. *慶應医学*, 78(6) : 177-187
- 50 大田垣洋子, 岩本泰行, 米澤治文他(2001)摂食障害患者の家族機能についての検討— Family Assessment Device(FAD)を用いて—. *精神医学*, 43(8) : 849-854
- 51 佐伯俊成, 横山剛, 佐伯真由美他(1999) : Family Assessment Device(FAD)日本語版における回答反応— Social desirability の影響と家族成員間のスコアの相違. *精神科診断学*, 10(1) : 75-82
- 52 廣田真由子, 中村充雄, 中村眞理子(2015)在宅生活を送る脳血管疾患後遺障害者の家族機能の特徴. *日本作業療法研究学会雑誌*, 18(1) : 9-18
- 53 Takenaka Hiroaki, Sato Juichi, Suzuki Tomio et al (2013) Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Biopsychosocial Medicine*, 2013(06) : 1-8
- 54 増満昌江, 武田宜子(2013)介護負担感に関連する要因の検討—家族システムに焦点を当てて—. *家族看護学研究*, 18(2) : 48-59
- 55 藤原和彦, 上城憲司, 小松洋平他(2011)在宅認知症高齢者の主たる介護者の介護負担感と家族機能との関係について—家族機能システム評価(FACESKG)を用いて—. *西九州リハビリテーション研究*, 4 : 1-5
- 56 坂之上香, 小林奈美(2008)炎症性腸疾患患者とその家族が捉える家族機能と患者・家族の健康状態との関連—九州地方の患者会における調査—. *家族看護学研究*, 14(1) : 32-40

- 57 佐伯あゆみ(2006)認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響.日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report, (5) : 55-62
- 58 Takenaka Hiroaki(2004)Family issues and family functions with outpatients at a surgical department in a community hospital.Primary Care Japan, 2(1) : 41-50
- 59 荒木田美香子, 高橋佐和子, 青柳美樹他(2003)中学生の精神的健康状態とその要因に関する検討(第一報)3年間の縦断調査.小児保健研究 62(6) : 667-679
- 60 田村三穂(2007)思春期糖尿病患者児の自己管理行動に影響する家族環境の関係, 武蔵野大学看護学部紀要(1) : 29-46
- 61 小林八代枝(2007)親の接する態度が慢性疾患児のパーソナリティに及ぼす要因分析—家族環境と慢性疾患児のエゴグラムとの関係—.小児保健研究 66(2) : 265-272
- 62 瀬戸屋雄太郎, 長沼洋一, 酒井佳永他(2000)高等学校を中退した大検生の精神保健および家族環境にかんする研究.こころの健康 15(2) : 42-51
- 63 斎藤学, 手塚一郎, 野口裕二他(1992)家族環境尺度 Family Environment Scale 得点と子供の情緒・行動障害からみた日本のアルコール問題家族の特徴.精神科診断学 2(4) : 499-460
- 64 梅田弘子, 島谷智彦, 長沼貴美(2017)乳幼児を育てる共働き家庭の家族機能の特徴—夫婦それぞれの評価に着目して—.広島国際大学看護学ジャーナル 14(1) : 57-67
- 65 西元康世, 法橋尚宏(2016)妊娠先行型結婚をした形成期家族の家族機能と家族支援への示唆.家族看護学研究 21(2) : 145-157
- 66 荒川博美, 仙田志津代(2015)病院勤務の常勤看護師における家族機能の認識に関する研究—家族構成や首尾一貫感覚(SOC)との関連について—.日本保健医療行動科学会雑誌 30(1) : 27-37
- 67 法橋尚宏, 加茂沙和香(2005)ファミリーハウスの利用家族の家族機能に関する研究—入院児をもつ宿泊中の母親を対象として FFFS を用いた検討—.家族看護学研究 11(1) : 42-29
- 68 市原真穂, 関戸好子(2016)A市における健康で健全な家族の育成を推進するための基礎調査—家族機能の特徴の明確化—.千葉科学大学紀要(9) : 109-116
- 69 Epstein N.B., Baldwin L.M., Bisop D.S.(1983)The McMaster Family assessment Device.Journal of Marital and Family Therapy 9 : 171-180

- 70 佐伯俊成, 飛鳥井望, 三宅由子他(1997)Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性.精神科診断学 8(2) : 181-192
- 71 Olson D.H.,Sprenkie D.H.,et al(1979)Circumpiex model of marital and family system:I Chesion and adaptability dimensions.Family types and clinical applications . Family Process18(1) : 3-28
- 72 Olson D. H. & Gorall D. M. (2006)
www.societyofpediatricpsychology.org/sites/default/files/ 2020.1.30
- 73 Family Therapy(2015)Behavioral Management, and Family Biofeedback. Family Therapy Tests
<http://www.familybehavior.com/index.html> 2018.8.18
- 74 Mc Cubbin HI,Olson DH,Larsen AS(1991);Family Crisis Oriented Personal Scales, F-COPES Measures for clinical practice: A sourcebook. 3rd Ed.2 (1) : 294-297
- 75 野口裕二, 斉藤学, 手塚一郎他(1991)FES(家族環境尺度)日本語版の開発ーその信頼性と妥当性の検討ー.家族療法研究 8(2) : 147-158
- 76 法橋尚宏, 前田美穂(2000)FFFS (Feetham 家族機能調査) 日本語版 I の開発とその有効性の検討, 家族看護学研究 6(1) : 2-10

第 2 章

- 77 厚生労働省 (2018) 平成 28 年版国民生活基礎調査.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html> 2018.9.12
- 78 内閣府 (2018) 平成 30 年版高齢社会白書.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html
2018.9.12
- 79 渡邊和子, 藤田あけみ, 中村令子 (2014) 回復期リハビリテーション病棟から在宅移行する脳血管障害患者と介護者の主観的 QOL の特徴.秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 22(2) : 101-111
- 80 梶谷みゆき, 太湯好子, 白岩陽子(2004)在宅療養を希望する脳血管障害後遺症をもつ男性患者と配偶者の発症 3 か月の心理プロセスと関係性に関する研究. 家族看護学研究 10(1) : 10-20
- 81 梶谷みゆき, 森山美知子 (2010) 脳血管障害発症後 3 か月における患者と家族の心理

- 的ケアニーズ. 家族看護学研究 16(2):71-80
- 82 Saeki Toshinari, Asukai Nozomu, Miyake Yuko, et al. (2002) Characteristics of Family Functioning in Patients with Endogenous Monopolar Depression, Hiroshima Journal of Medical Sciences 51(2):55-62
- 83 Koyama Asuka, Akiyama Tsuyoshi, Miyake Yuko, et al. (2004) Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. Psychiatry and Clinical Neurosciences 58(5):495-500
- 84 関戸好子 (2005) 日本語版家族力学尺度 II (FDM II) の開発. 山形保健医療研究 8: 33-40
- 85 法橋尚宏, 本田順子, 島田なつき, 道上咲季 (2016) 家族同心球環境理論への招待: 理論と実践 -. EDITEX, 東京
- 86 Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. Journal of Marital and Family therapy 9:171-180
- 87 Gabor I K, Ivan WM, Nathan BE (1987) Family Functioning and the Course of Major Depression. Comprehensive Psychiatry 28(1):54-64
- 88 Evans RL, Matlock AL, Bishop DS (1988) Family Intervention after Stroke : Does Counseling or Education Help?. Stroke 19:1243-1249
- 89 Kreutzer JS, Gervasio AH, Camplair PS (1994) Primary caregivers' psychological status and family functioning after traumatic brain injury. Brain Injury 8(3):197-210
- 90 下村晃子 (2011) 脳卒中リハビリテーション看護における専門看護師 (CNS) のコンサルテーションの効果-高次脳機能障害患者の社会的行動障害に対するコンサルテーション-. 金沢大学つるま保健学会誌 34(2):77-89
- 91 奥山正司 (2014) 高齢者家族の福祉社会学的研究-直系家族制から夫婦家族制への視座をふまえて-. 東経大学会誌現代法学 28:11-28
- 92 米田 愛, 中山美由紀 (2019) 急性期における壮年期脳血管疾患男性患者の家族の対処. 家族看護学研究 24(2):174-184

第 3 章

- 93 顔 娟 (2014) 高齢者介護の社会化-介護クリークの生成に向けて-. 桃山学院大

- 学社会学論集 48(2) : 131-155.
- 94 中野英子(1995)高齢者介護の社会化について. 人口問題研究 5(3) : 36-48.
- 95 黒田晶子, 中村 賢(2003)在宅脳卒中患者の介護者の健康関連 QOL. ストレス科学 18 (3) : 137-143.
- 96 新田静江(2003)脳血管障害による歩行障害のある成人・高齢者の身体的・心理社会的適応と家族介護者の介護負担感と満足度の関係. 看護研究 36 (1) : 41-52.
- 97 池添志乃(2004)脳血管障害を持つ病者の家族の生活再構築における状況の定義. 高知女子大学紀要看護学部編 53 : 11-21.
- 98 神手雪美(2002)脳血管障害患者の状態変化に伴う主介護者の示す心理的危機の受容過程の検討. 日本看護学会論文集(成人看護) 32 : 190-192.
- 99 千葉由美, 高崎絹子(1999)脳血管疾患患者と家族のケアニーズに関する研究—退院のためのケアニーズの構成因子と介護負担感との関連—. 日本在宅ケア学会誌 3 (1) : 53-62.
- 100 内閣府. 高齢社会白書 平成 29 年度 (2017)
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html>
2018.8.16
- 101 森山美知子編(2001)ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実践. 医学書院, 東京
- 102 野口裕二(2002)物語としてのケア-ナラティブアプローチの世界へ-. 医学書院, 東京
- 103 森岡正芳 編(2008)ナラティブと心理療法. 金剛出版, 東京
- 104 紙野雪香(2015)現任看護教育におけるナラティブアプローチの実践. 臨床ナラティブアプローチ, ミネルヴァ書房, 京都
- 105 早樫一男 編(2019)人援助職のためのジェノグラム入門. 中央法規出版, 東京
- 106 入江安子, 津村智恵子(2011)知的発達障害児を抱える家族のファミリーレジリエンスを育成するための家族介入モデルの開発. 日本看護科学学会誌 31 (4) : 34-45.

第 4 章

- 107 抱井尚子, 成田慶一(2016)混合研究法への誘い-質的・量的研究を統合する新しい実践アプローチ-. 遠見書房, 東京

- 108 チャールズ・テッドリー, アッバス・タシャコリ著;土屋敦, 八田太一, 藤田みさお
訳 (2017) 混合研究法の基礎-社会・行動科学の量的・質的アプローチの統合-. 西村
書店, 東京
- 109 友利幸之介, 京極 真, 竹林 崇 (2019) 作業で創るエビデンス-作業療法士のため
の研究法の学び方-. 医学書院, 東京
- 110 石村貞夫, 子島 潤, 石村友二郎 (2012) SPSS による線形混合モデルとその手順.
東京図書, 東京
- 111 大谷 尚 (2019) 質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで, 名古屋
大学出版会, 名古屋市
- 112 横山純子, 宮腰由起子 (2008) 脳梗塞患者における発症後の自尊感情の経時的変化
と関連要因. 日本看護研究学会 31 (1) : 55-65
- 113 佐川まさの, 勝部隆男, 今野宗一, 村上実, 久原浩太郎, 吉松和彦 (2008) 胃がん
患者に対する術前術後にわたる継続的栄養指導の検討. 東京女子医科大学雑誌 78
(2-3) : 119-124
- 114 米倉裕希子 (2017) 障がいのある子どもの家族の感情表出研究の進展-最近の動向-.
The Journal of Kansai University of Social Welfare 20 : 137-145
- 115 三浦浩美, 山崎勝之 (2011) 感情表出について-その概念と研究の動向-, そして子
も感情研究への展望-. 香川県立保健医療大学雑誌 2 : 79-86
- 116 小野寺哲夫 (2008) 健康と病気の帰属理論的研究-慢性病患者に対する家族の原因帰
属と感情表出-. 風間書房, 東京

謝 辞

まず、本研究に御協力頂いた脳血管障害を発症して間もない患者さんと配偶者の皆様に心より感謝申し上げます。面談を引き受けて下さった患者さんは、これまで経験したことのない病や障がいと向き合う日々であったと思います。日々のリハビリテーション受療や療養に関わる様々な課題や意志決定を求められており、それだけでも大変な状況ですのに、本研究への協力を快諾頂きました。そして、「面談したことであらためて自分の気持ちに気づけた」「夫（妻）と向き合って話をする機会を持てた」「退院にむけて何が必要かを考えることができた」「この先ふたりで生活していくのだとあらためて感じている」等の前向きな発言を頂きました。その言葉で、研究を続ける必要性と勇気を頂きました。また、研究環境の整えにお気遣い頂きました出雲市民リハビリテーション病院ならびに出雲市総合医療センターの管理者様、看護管理者様、関係部門の皆様にも心より感謝申し上げます。そして多忙な病棟業務の傍ら対象事例の選出や調整をとって頂きました回復期リハビリテーション病棟の看護師長様に感謝申し上げます。

回復期脳血管障害患者と家族を対象とする研究は、私が大学教員になったときからのライフワークとしてきました。私自身が在宅療養中の療養者と家族の中に課題がありそうだと感じていながら、当時の私には十分な家族アセスメント力も介入スキルもなく、何もできないまま見守ることしかできなかつたことを専門職として情けなく思ったことが、家族看護研究のスタートでした。今回取り組んだ回復期脳血管障害患者と配偶者の家族機能改善をめざす看護介入プログラムは、事例数を重ねること、精度を高めること、配偶者以外の家族成員にも枠を拡大して確認することなど、いくつか課題を残していますので今後も研究を継続し、臨床活用可能性を高めていきたいと考えています。

2016年、遅まきながら一念発起して博士(後期)課程での学修と研究に取り組む決心をしました。その時、背中を押して下さったのが修士課程でお世話になった吉備国際大学大学院元教授の太湯好子先生、そして古城幸子教授でした。ご縁を感じつつ、あらためて感謝申し上げます。

2017年、吉備国際大学大学院での学修が始まりました。看護とは異なる理学や作業療法のリハビリテーション領域における研究手法や考え方に刺激を受けました。各発表会で先生方から頂いた御意見は、研究の方向性を考えるよい機会となりました。

いよいよ研究が佳境に入った段階で、晩夏までデータ収集を行いました但最终的に9事例しかデータが取れなかったこともあり、当初計画していた量的な分析の限界が生じまし

た。主指導教員の寺崎智行教授，副指導教員の古城幸子教授には，筆を折ることなく前に進むよう力強く支援して頂きました。そして京極 真教授には，データ分析における多くの示唆を頂きました。ここまで書き続けることができたことを嬉しく思い，また御指導御支援を頂いたことに感謝の気持ちでいっぱいです。

最後に博士(後期)課程での学修を続けることは，家族と職場の皆さんの理解と協力があったことでした。慌ただしく時間におわれる日々でしたが，その状況を見守り，不足しているところをサポートしてもらえたことは，何ものにも替え難い存在でした。ありがとうございました。

看護介入プログラムの臨床展開事例を今しばらく継続して重ね，臨床活用性を高めていきたいと思います。