

統合失調症障害者家族への看護に関する研究 —福岡県内単科精神病院における実態調査—

高橋清美*

An Investigation on nursing to a family with a schizophrenia patient —The survey in the mental hospital in Fukuoka—

Kiyomi TAKAHASHI

Abstract

Objective: This purpose of this study is to show the investigation on nursing to a schizophrenia patient's family and the problems about there. The question is as follows, 1. Question about Family Nursing Technology (34 Items), 2. Comment over 34 Items (Three Items), 3. Self-valuation of Family Nursing, 4. Years of Experience of Psychiatry Nursing, 5. Age, 6. Sex.

Methods: A research period is in January, 2001-April, 2001.

The candidate of research is the nurse of a mental hospital (the number of beds: 200-300) who works by an A within the prefecture. I requested distribution and recovery of a questionnaire from the institution representative.

Findings: Those nurses did not evaluate well nursing which he carried out to a patient's family. Those nurses admitted not carrying out assistance which cures a family's uneasiness for a family with the patient who was attacked with a disease first in schizophrenia. Furthermore, although they estimated the family with the patient of an acute stage to have given sense of security, they assessed that explanation about the portion which is easy to remain as explanation and the obstacle of medical treatment was not carried out in a family. Moreover, they estimated that explanation of staying out and explanation of medicine were carried out to the family with the patient of recovery stage or leaving hospital stage. Nurses do not provide a family with the knowledge or information about a disease, and nurses do not perform the method of coping of various problems with families and many experts.

Therefore, I have recognized that it is necessary to improve them.

Key words: Family nursing, Schizophrenia, Investigation, Mental hospital

要 旨

本研究の目的は、統合失調症の障害者家族に対する看護を調査し、その現状と今後の課題を明らかにすることである。質問調査紙の構成は、1. 家族看護技術に関する質問 (34 項目), 2. 34 項目に対する感想 (3 項目), 3. 家族看護の自己評価, 4. 精神科看護の経験年数, 5. 年齢, 6. 性別, である。

研究期間は 2001 年 1 月～2001 年 4 月で、研究対象は、A 県内の 3 つの私立単科精神病院 (200～300 床) に勤務

* 福岡県立大学看護学部基礎看護学講座
Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing,
Fukuoka Prefectural University
連絡先: 〒 825-8585 福岡県田川市伊田 4395
福岡県立大学看護学部基礎看護学講座 高橋清美
E-mail: takahasi@fukuoka-pu.ac.jp

する看護師である。アンケートの配布と回収は、施設代表者に依頼した。

精神科看護師は家族看護に対して自己評価が高くなかった。初発の障害者を持つ家族に対し、家族の感情を十分に支えていないと自己評価した。更に、急性期の障害者家族に対しては、安心感を与えていると自己評価したが、治療の説明や障害として残りやすい部分に関する説明は実施していないと評価した。また、寛解期・退院期の障害者を持つ家族に対して、外泊の説明や薬の説明を実施していると評価したが、疾患に対する正しい知識や情報を提供し、問題への対処法を家族全体と専門職で共に考えることは実施していないと評価したため、それらを改善する必要があることを確認した。

キーワード：家族看護, 統合失調症, 実態調査, 精神病院

はじめに

近年、精神科領域では施設医療から在宅ケアへの政策転換が急速に進められている。統合失調症障害者の場合、その多くは家族と同居しており、家族は今もなお障害者のケア提供者の役割を担っているため、その支援体制が見直されている。坂田(2005)は、生活者としての家族を尊重し、家族の多様性を認め、家族を支え、障害者のケアに関して家族と協働するためには、看護師が自らの家族への態度を意識的に変えていく必要があると述べた。海外においては、在宅の統合失調症障害者と関係を持つ家族に対して、心理社会的介入を行う訓練を受けた精神科看護師の役割や機能に関する研究(Brooker & Butterworth, 1991)や、国内では、家族を治療や生活指導に関した協力者という観点のみで捉えるのではなく、家族自身もケアを必要とするという認識が看護者に存在するかについて明らかにした研究はある(渡辺, 鈴木, 永井, 1996 a, 1996 b, 1997; 牧野, 奥村, 林, 2002)。しかし、これは現状を把握したものではないため、改善点や課題が明確ではなかった。

本研究の目的

単科精神病院に勤務する看護師に対し、統合失調症の障害者家族への看護援助内容の実態を明らかにし、今後の課題を検討することを本研究の目的とする。

用語の説明

本研究で用いる「障害者」とは、統合失調症を患う人のことを指す。また、「急性期」とは、統合失調症が経過する期間のうち、最も初期(発病または入院時)の状態から、寛解期に入る前までの段階の期間を指す。更に、本研究で用いる「家族」とは、統合失調症である障害者を主として介護する家族成員のことを指し、「家族全体」とは、障害者を含めた個々の家族成員すべてのこと

を指す。

研究方法

1. 調査期間と対象

2001年1月～2001年4月に、A県内の3つの私立単科精神病院(200～300床)を対象にし、代表者(病院看護師長もしくは院長)に対して研究の目的を説明した。研究協力が得られた施設に対して、アンケート協力者(精神科看護師)に対するアンケートの配布と回収を代表者に依頼した。

2. 倫理的配慮

代表者から各部署の看護師に対してアンケートを配布する際に、記入は自由意志に基づくものであることを説明してもらい無記名で調査を依頼した。回収期間中に回収したものを研究協力者とみなし、各アンケート用紙は封書に入れてのり付けして、研究に協力したか否かが代表者に解らないように、代表者を介して回収した。また、研究に協力しなくても職場において不利益を被ることはない旨を文章で明確に提示した。

3. アンケートの作成

障害者家族への看護の実態を明らかにするには、あらゆるステージの障害者家族への援助内容を質問する必要がある。渡辺(1995)は、保健所や市町村保健センター等の公的機関に所属する看護師が実施する家族看護をその著書で述べた。筆者は、家族看護の実態を明らかにしたいため、渡辺(1995)の家族看護に関する構成概念を基にして、下位質問項目を作成した(表1)。その際、渡辺(1995)の文献中で述べられた、「障害者の変調に気づき医療機関に受診する以前での援助」を、質問項目に入れるか否かを検討した。本研究の対象者の属性は、措置入院や医療保護入院の形態を持った精神病院に勤務する看護師であることより、障害者の発症後に家族ともども医療機関に受診する以前に、障害者自

表 1

統合失調症障害者家族への看護援助内容

障害者の状況	初発の時期	急性期の段階	寛解期の段階	退院期の段階	地域で生活をしている段階	長期入院中の段階
家族への看護に関する下位質問項目	Q 1 孤独や不安、恐れ、自責の念、といった家族の感情をありのままに受けとめる	Q 6 家族の労をねぎらう働きかけを行っている	Q 13 心的負担を家族全員で分かち合うことの重要性を説明する	Q 20 薬の必要性に対する説明を行う	Q 27 家族の健康管理にかかわる援助を行う	Q 33 家族の苦悩を分かち合う関わりを行う
	Q 2 家族自身の「もしかしたら、精神病ではないか」、という恐怖を軽減するために、家族が受診行動につながるような関わりを行う	Q 7 家族に対して疲労回復のアドバイスを行っている	Q 14 回復過程を明確に説明する	Q 21 薬の副作用や対処方法についての説明を行う	Q 28 家族の持っている問題に考える関わりを行う	Q 34 家族看護の限界があるため、家族全体にとってよりよい社会資源を検討するような関わりを行う
	Q 3 思い込みや誤解を解き、納得して治療に踏み出せるようにする	Q 8 主治医の方針に沿い、病気や治療に対する説明を行う	Q 15 外泊への理解を深めるような関わりを行う	Q 22 再発の兆候に関する説明を行う	Q 29 家族全体のコミュニケーションの改善を援助する関わりを行う	
	Q 4 家族が障害者に対して、理解や共感が持てるように関わる	Q 9 育て方や遺伝だけが病気の原因ではないことを説明する	Q 16 外泊にあたって家族とともに、実現可能な目標を立てる	Q 23 今後のリハビリテーションについて説明をする	Q 30 家族全体の生活体験を共有できるような機会を提供する	
	Q 5 障害者の問題について家族とともに考える援助を行う	Q 10 必要以上ががんばり続けて疲弊しないように、障害として残りやすい部分を説明する	Q 17 障害者の内的な世界を、障害者の立場になって、健常者にわかるように説明する	Q 24 障害者の残された健康な部分を、ゆっくりのばすことの大切さを説明する	Q 31 個々の家族成員間の支え合いを行う	
		Q 11 良い状態を維持することは十分可能であることを説明する	Q 18 障害者が日常生活で困る症状を、具体的に家族に説明する	Q 25 心にゆとりを持った関わり的重要性を説明する	Q 32 有りのままの気持ちを受けとめる関わりを行う	
		Q 12 隔離や身体拘束に対する治療の説明や、その期間の看護援助の内容を説明する	Q 19 日常生活において障害者に対する対応のポイントを説明する	Q 26 地域のネットワークを紹介する		

身が入院してしまうケースもある。そのような場合、障害者及び家族の消耗を最小限に留めて、危機的な状態を少しでも緩和させることが必要となる。よって、渡辺が保健所や市町村保健センター等の公的機関に所属する看護師に対して述べた、「障害者の変調に気づき医療機関に受診する以前の援助」は、本研究の対象者に適合するように「最初の発病（初発）の時期」と、表現を変更して構成概念を立てた。

本研究では渡辺(1995)を参考にし、障害者の病状ごとに時期を6区分し、その時期に必要なと思われる看護援助について、34の下位項目を作成した(表1)。これら34の質問項目に関して、4件法(1点:行わない, 2点:ほとんど行わない, 3点:たまに行う, 4点:行う)で質問した。質問調査紙の構成は、1. 家族看護に関する質問(34項目), 2. 質問項目に対する感想(3項目), 3. 家族看護の自己評価(0~100点を10点区切りし、該当箇所に印を記入), 4. 精神科看護の経験年数, 5. 年齢, 6. 性別である。

4. 統計的手法: 統計的解析はThe SAS System For Windows V8を使用して、記述統計を実施した。

結果

1. 看護者の背景

看護師300名に無記名で調査を依頼したところ回答者は260名(回収率86.6%)で、有効回答者は228名(有効回答率87.7%)である。男女比は、男性は52人(22.8%), 女性は173人(75.9%), 不明3人(1.3%), 回答者の平均年齢は41.70±SD 12.42歳, 最高年齢は80歳, 最小年齢は20歳である。精神科経験年数は10.50±SD 9.62年で、最高経験年数は55年, 最小は

1年未満であった。

2. 実施していると回答された質問項目

“たまに行う”, もしくは“行う”と回答した質問を把握するために、平均値3以上であった項目のみを表2に示す。初発の時期では、Q3「思い込みや誤解を解き、納得して治療に踏み出せるようにする」、Q4「家族が障害者に対して、理解や共感が持てるように関わる」の項目を実施していると看護師は自己評価した。急性期の段階では、Q6「家族の労をねぎらう働きかけを行っている」Q7「家族に対して疲労回復のアドバイスを行っている」、Q12「隔離や身体拘束に対する治療の説明や、その期間の看護援助の内容を説明する」の項目を実施していると看護師は自己評価した。寛解期の段階では、Q15「外泊への理解を深めるような関わりを行っている」のみ、退院期の段階でQ20「薬の必要性に対する説明を行っている」、Q25「心にゆとりを持った関わり的重要性を説明している」の項目を実施していると看護師は自己評価した。地域で生活をしている段階、及び長期入院中の段階では、精神科看護師は、質問項目にあげた家族への援助を実施しているとは自己評価しなかった。

3. 質問項目に対する感想及び自己評価

本アンケートの質問項目に対する感想について3項目の質問をした。「今までに経験したことの無い状況が質問項目にあったか」には136人(59.6%), 「困難が伴うため、手が出せない内容があった」には112人(49.1%), 「この質問項目は理想的だと感じた」には88人(38.6%)が、いずれも「はい」と回答した(図1)。

また、家族看護の自己評価は、228人中195人(回答率85.5%)から回答が得られた。最小値は0点, 最大値

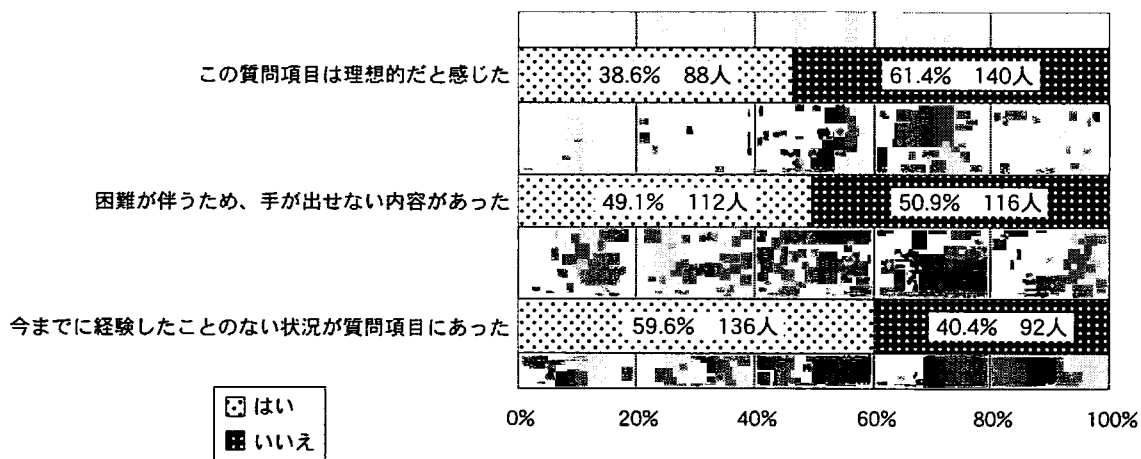


図1 質問項目に対する感想 (n=228の%, 及び人数を表す)

は 100 点, 平均値は 43.35±SD 24.20 点であった。

考察

1. 福岡県内単科精神病院における実態

1) 初発の障害者を持つ家族に対する看護の考察

統合失調症の初発の段階では, 障害者の精神症状も激しく, 家族は動揺や混乱を招きやすい。家族全体の人間関係には葛藤が生じやすく, それが障害者の病状に影響を与え, 家族全体は危機的状況に陥る場合がある。したがって家族全体の消耗を, この時期にいかに防ぐかが重要な課題であると渡辺 (1995) は述べた。

本研究の結果 (表 2) では, Q3 (思い込みや誤解を取り除き家族が納得して治療へ協働する) より, 家族とともに歩む姿勢を持ち合わせていると看護師は自己評価している。また, Q4 (障害者の理解及び共感を家族が持つように関わる) より, 障害者と家族の今後の関係性を見据えていることも自己評価している。筆者はこの結果を大変好ましいことと考える。初発の時期は, 家族全体の人間関係に葛藤が生じやすい。だからこそ, 家族が障害者の理解及び共感を抱けるような介入がこの時期に必要なのだ。浅井 (1983) は, 初発の時期における援助が後の障害者の療養や家族の対処に多大な影響を与えると述べたが, 本研究対象者もこの観点を見据えたうえで家族看護を実施していることが示唆された。

しかし, Q1「孤独や不安といった家族の感情をありのままに受け入れる」ことを実施していないと自己評価する結果は, こういった危機的状況におかれた家族に対し安全圏を保障していないとも捉えられる。この背景として, 看護師自身が気分的・時間的余裕が無い場合, 障害者のみに手がかりきりで家族の感情へのケアにまで及ばないことが予測される。看護師の力量の個人差や家族ケアを実施する時間の確保への対策は重

要な課題だ。田上 (2004) は病棟での家族ケアのチェックリスト例を報告した。このようなチェックリストをそれぞれの施設毎にアレンジし導入することは意義があると考える。

2) 急性期の段階での家族看護に関する考察

急性期も同様に, 家族の動揺や混乱した状態を早期に改善できるような援助が求められる (渡辺, 1995)。結果より, 実施していると自己評価された項目は, Q6, Q7 (家族の精神的・身体的負担に対する介入) 及び, Q12 (看護に関するインフォームドコンセント) である。これらは家族に安心感を提供する援助内容である。実施していないと回答された Q8, Q9, Q10 は, 治療の説明や障害として残りやすい部分に関する説明である。これらを家族に行う場合は, 医師及び他の医療スタッフと十分に情報交換をし合い, 検討を重ねた後に実施する必要があると筆者は考える。不安が強い家族は, 医師やさまざまな看護師にあらゆる質問を投げかけ, 一喜一憂する。しかし医療者の見解が一致していない場合は, 家族を逆に混乱させる可能性もある。このような家族の混乱や不安を軽減するためには, 早期から家族に関する情報を共有しあう場が医療者側には必要である。また, Q10「必要以上にがんばり続けて疲弊しないように, 障害として残りやすい部分を説明する」ことは, 急性期の段階で説明することが好ましいと渡辺 (1995) は述べている。しかしこれを実施する場合は, 家族との信頼関係がかなり濃密であることが必要だ。しかも, 家族の性格, 対処能力, 情緒的不安の程度, 説明への理解力, ソーシャルサポートの有無, 及び性差によって適する場合やそうでない場合があることを筆者は経験した。医療者側はこれらの情報収集を元にして Q8, Q9, Q10 の援助をどの程度まで行うことが家族にとって有益なのかを評価する必要があると筆者は考え

表 2
実施していると回答した質問項目 (n=228)

質問項目	平均値	標準偏差
初発の時期	Q3 思い込みや誤解を解き, 納得して治療に踏み出せるようにする	3.026 .857
	Q4 家族が障害者に対して, 理解や共感が持てるように関わる	3.021 .813
急性期の段階	Q6 家族の労をねぎらう働きかけを行っている	3.192 .793
	Q7 家族に対して疲労回復のアドバイスを行っている	3.030 .791
	Q12 隔離や身体拘束に対する治療の説明や, その期間の看護援助の内容を説明する	3.030 .933
寛解期の段階	Q15 外泊への理解を深めるような関わりを行っている	3.030 .844
退院期の段階	Q20 薬の必要性に対する説明を行っている	3.235 .871
	Q25 心にゆとりを持った関わりの重要性を説明している	3.043 .882

る。このような医療者側の十分な準備があつてこそ、Q8, Q9, Q10の援助は実践できるのである。実施しないという本結果は、実施できるまでの準備が臨床側に整っていないことを示唆すると筆者は考える。

3) 寛解期・退院期の段階での家族看護に関する考察
寛解期になると、障害者の状態は安定し、家族の気持ちは障害者の回復や退院後の生活に向かうようになる。本研究では、Q15（外泊への理解を深めるような関わりを行う）のみ実施しているという結果が出たが、Q16, Q18, Q19のような退院後の生活に向けた具体的な準備を実施しているという結果は出なかった。

退院期は、家族が退院後の治療に対する理解を深めてもらうこと、及び再発の兆候に関する理解や、今後のリハビリテーションに対する理解を深めてもらう時期である。本研究ではQ20（薬の説明）、Q25（心にゆとりをもった関わり的重要性の説明）のみを実施するという結果が出た。

本研究で、寛解期・退院期の障害者を持つ家族に対し、看護師は外泊や薬を飲む必要性を説明していることが明らかとなった。しかし、地域で安定した生活を送るためには、それだけでは不十分である。疾患に対する正しい知識や情報を提供し、問題への対処法を家族全体と医療者側で共に考える機会が重要である（坂田, 2005）。このような援助を家族に提供できるように、まずは看護師自身が意識を変えて取り組むことが必要と考える。

4) 地域での生活・長期入院中の段階での家族看護に関する考察

本研究の協力者は精神病院に勤務する看護師であるため、大多数が病棟勤務である。よって、「地域で生活をしている段階」の障害者家族へ関わるものが少ないことが影響し、該当項目がない結果（表2）となったのではなかろうか。また「長期入院中の段階」の場合は、家族が高齢であることや、面会に来ない家族が多々存在するため、該当項目がない結果（表2）を招いたのではないかと懸念する。しかし、面会に来ない家族の場合、障害者に無関心なのではなく、苦悩や不安、および何もしてあげられないという想いから無関心を装う場合もある。家族の苦悩を分かち合うために、病棟やデイケア主宰による家族会開催や、レクリエーション（パーベキュー大会や院内展示会など）のような気楽に集える場に家族を根気強く招待し、障害者と家族のつながりを深めると同時に、医療者との関係性も図るといった

工夫が必要だと考える。

5) 質問項目に対する感想及び自己評価に関する考察
約39%のアンケート協力者が本研究の質問項目を理想的だと感じ、49%が困難感を伴うため手が出せない、約60%は今までに経験したことがない状況が項目にあった、と回答した。更に家族看護に関する自己評価は約43±SD 24.20点と高くはなかった。このことは、家族看護という概念が臨床側に深く定着しているとはまだ言えない状況を示唆する。

結論

本研究では、精神病院に入院中の統合失調症の障害者家族に対する看護の現状を質問紙調査し、その現状と今後の課題を明らかにすることを目的とした。その結果は、精神科看護師の家族看護への自己評価が決して高くないこと、困難感や経験したことが無いような援助内容が質問項目にあることであった。初発の障害者を持つ家族に対しては、家族と共に歩む姿勢があることや、障害者と家族の今後の関係性を見据えていると自己評価する反面、家族の感情を十分に支えていないことが明らかとなった。急性期の障害者家族に対しては、安心感を与えていると自己評価したが、治療の説明や障害として残りやすい部分に関する説明は実施していないと自己評価した。また、寛解期・退院期の障害者を持つ家族に対して、外泊の説明や薬の説明を実施していると評価したが、疾患に対する正しい知識や情報を提供し、問題への対処法を家族全体と医療者側で共に考えることは実施していないため、それらを改善する必要があることを確認した。

謝辞

本研究のアンケートのご協力くださいました。A県内の私立単科精神病院の看護師の皆様へ深く感謝の意を申し上げます。本研究はF大学大学院人間社会学研究科修士論文に加筆・修正を加えたものである。

文献

- 浅井邦彦. (1983). 精神科医療における家族. *精神科看護*, 18, 10-13.
- Brooker, M., Butterworth, P. (1991). Working with families caring for a relative with schizophrenia the evolving role of the community psychiatric nurse, *Int. J. Nurs. Stud*, 28(2), 189-200.

牧野玲子, 奥村良, 林孝之. (2002). 当院における家族援助の展開
看護者の意識調査から今後の援助を考える, *日本精神科病
院協会雑誌*, 21 巻別冊, 194.

坂田三九. (2005). *精神看護と家族ケア*. 東京: 中山書店.

田上美千佳 (編). (2004). *家族にもケア—統合失調症 はじめ
ての入院*, 東京: 精神看護出版.

渡辺裕子. (1995). *家族看護学—理論と実践* (第2版), 東京: 日
本看護協会出版会.

渡辺裕子, 鈴木和子, 永井優子 (他). (1996 a). 精神科看護におけ
る家族看護過程の特徴に関する研究, その1. 看護職の家族
援助に関する基本認識における特徴, *千葉大学看護学*

部紀要, vol 18, 千葉大学, 千葉, 1-9.

渡辺裕子, 鈴木和子, 永井優子 (他). (1996 b). 精神科看護におけ
る家族看護過程の特徴に関する研究, その2. 情報収集から
問題の明確化, 計画立案までの過程の特徴, *千葉大学看
護学部紀要*, vol 18, 千葉大学, 千葉, 13-19.

渡辺裕子, 鈴木和子, 永井優子 (他). (1997). 精神科看護における
家族看護過程の特徴に関する研究, その3. 家族援助内容に
おける特徴, *千葉大学看護学部紀要*, vol 19, 千葉大学, 千葉,
147-153.

受付 2006. 3. 14

採用 2006. 3. 23