

(研究報告)

患者および家族員が捉える家族システムが一致の場合における 慢性心不全患者の家族員への支援

Supporting Patients with Chronic Heart Failure and their Family to Have the Same Family System Concept

岩崎淳子¹⁾ 柿田さおり²⁾ 足立久子²⁾ 日坂ゆかり²⁾
Junko Iwasaki Saori Kakita Hisako Adachi Yukari Hisaka

抄 録

目的：家族システムごとに再入院の有無における慢性心不全患者の自己管理や家族員の思い、具体的な支援内容を比較検討する。

方法：再入院の経験なし、経験がある慢性心不全患者と家族員で、Olsonの夫婦・家族円環モデルに依拠したFACESKG IV-16の家族システムの評価が同じ患者とその家族員を対象とした。患者へ自記式質問紙調査を、家族員へ自記式質問紙調査と聴き取り調査をした。

結果：「バランス型」は、患者の自己管理行動の排便管理以外共通して実施していたが、病名や病いの経過のとらえ方、家事の有無に相違があった。「中間型」は、NYHA分類や自己管理行動の実施項目に相違があった。心臓の病気であるのは共通していたが、重症度のとらえ方や具体的な支援の有無に相違があった。再入院経験のない「極端型」はなかった。

考察：看護師は「バランス型」の家族員へ疾患理解を促し、支援について話し合う場を作る。「中間型」の家族員へ疾患理解を促し、支援を調整する。

Key words：慢性心不全、家族システム、オルソン夫婦・家族円環モデル、家族への支援

Objective: We aimed to compare and examine the feelings of family members of patients with chronic heart failure regarding the illness. We also aimed to evaluate the support available for family members in various family systems, depending on the experience of re-hospitalization.

Methods: We evaluated patients and the family members of patients with chronic heart failure who have not been re-hospitalized. We also evaluated patients and family members of patients who have been re-hospitalized. For the evaluation, we used the Family Adaptability and Cohesion Scale IV (FACESKGIV-16), based on the couple-family circumplex model by Olson. We conducted a self-administered questionnaire survey of the patients and a self-administered questionnaire survey and an interview survey of the family members.

Results: Regarding “balanced” family system, both patients with and without readmission performed items other than “defecation management” on the self-management behavior scale. There was a difference in how the patient's name and course of illness were perceived between the family of the re-hospitalized patient and that of the non-re-hospitalized patient and in the presence or absence of housework. In the “mid-range,” there was a difference between NYHA classification and self-management behavior items. The patient's illness is referred to as “heart disease.” There were

1) 朝日大学保健医療学部看護学科

2) 岐阜大学医学部看護学科

differences in how the severity of the illness was perceived and whether specific support was provided. There was no “extreme type” without readmission experience.

Discussion: Nurses should encourage “balanced” family members to understand disease and create a forum for promoting disease understanding and coordinating support for “intermediate” family members.

Key words: Chronic heart failure, Family system, Couple-family circumplex model by Olson, Support for family

I. はじめに

心不全は心筋梗塞や弁膜症など様々な心臓病によって生じるが、加齢に伴う心・血管系の変化による影響も受ける。また、心不全という状態は完治することは無く、急性増悪を繰り返しながら徐々に身体機能が低下し、やがては死に至るといった経過を辿るとされている。事実、心不全増悪による再入院は、退院後6か月以内で27%、1年後35%と高率であり(柴・下川, 2010)、心不全においては死亡率の改善だけではなく、急性増悪による再入院の予防も喫緊の課題となっている。心不全の急性増悪の要因には、心筋虚血や不整脈などの医学的な因子のみならず、塩分・水分の不徹底や服薬の不徹底などの患者の自己管理行動の不足も高い割合を占めている(真茅, 2019)。しかし、心不全患者は心臓のポンプ機能の低下により呼吸困難や食欲不振、浮腫などの症状を体験し、その結果日常生活行動は著しく障害されるため(奥宮, 2002)、生活の中で増悪を予防するための管理行動の継続は難しい。そのため、患者が心不全を悪化させることなく生活するためには、家族からの支援も重要である(久保他, 2014; 根岸ら, 2015; 中島・神田, 2016)。

Hoffman (1981)によると、患者を含む家族員同士は相互作用の関係にあり、あるひとつの複合体としてのシステムを形成している。家族を「一つの開放システム」としてとらえる理論が家族システム理論であり、その一つにOlson (2000)の夫婦・家族円環モデル(以下、円環モデルとする)がある。この円環モデルは、家族の機能に応じて家族システムが移行する動的モデルであり、家族自身が自分の家族の機能を評価するものである。この家族機能は家族凝集性と適応性の2側面から成り、家族凝集性とは「家族の構成員が互いに対してもつ情緒的統合」であり、「家族のきずな」とされている。家族の適応性とは「状況的・発達のストレスに応じた家族システムの権力構造や役割関係、関係規範を変化させる能力」であり、「家族のかじとり」とされている。以下では、これら2次元を立木(1999)の訳に従い、前者を「きずな」、後者を「かじとり」と表記する。きずなは度合いの低い方から「disengagement」、「separated」、「connected」、「enmeshment」(以下では、度合いの低いほうから立木(1999)の訳に従い、「バラバラ」、「サラリ」、「ピッタリ」、「ベッタリ」と表記する)の4段階に分類される。サラリもしくはピッタリである時が中庸であり、家族システムはもともと円滑に機能し、個人の成長も促進されるといわれている(立木, 1999)。また、かじとりも度合いの低い方から「rigid」、「structured」、「flexible」、「chaotic」(以下では、度合いの低いほうから立木(1999)の訳に従い、「融通なし」、「キッチリ」、「柔軟」、「てんやわんや」と表記する)の4段階で分類される。キッチリもしくは柔軟である時が中庸であり、家族機能が最も効率よく作用するといわれている(立木, 1999)。

このきずなとかじとりの組み合わせから、両者ともに中庸な時に家族システムはバランス型に移行し、それは家族機能が最適な状態にあり、健康的な家族であることを意味する。しかし、きずなもかじとりもその程度が極端に低い、あるいは高い時に家族システムは極端型に移行し、家族に問題が生じやすく、ストレス下におかれている状態であることを意味する。また、きずなとかじとりのどちらか一方が極端に低い、あるいは高い時には中間型となり、バランス型よりも家族機能は低くなることを意味する(Olson, 2000)(図1)。

Olson (2000)は、家族員が家族の一員に求める欲求が変化した時、病気になった時などに家族はストレス下に置かれ、それによる家族システムの移行を基本的な仮説としている。また、家族システムがバランス型

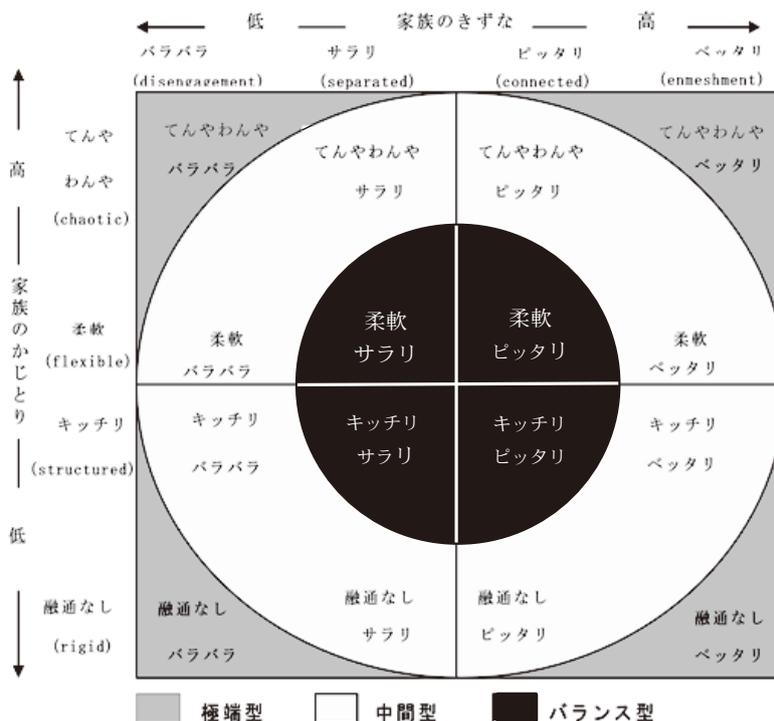


図1 Olsonの円環モデルによる家族システムの類型 (立木, 1999)

である家族はそれ以外の家族システムの家族よりも適応性がより機能し、極端型の家族よりも好ましいコミュニケーション技術をもつ傾向にある (Olson, 2000). このように考えると、慢性的な病いが悪化した時、家族はストレス下に置かれるが、家族システムがバランス型の場合は家族間での十分なコミュニケーションにより家族はきずなとかじとりを柔軟に変化させ、家族で危機を乗り越え、家族は患者の自己管理行動への支援を継続できると考える。しかし、家族システムがバランス型ではない場合は、コミュニケーションが円滑に行われないために家族はきずなやかじとりを変化できず、家族は病いを持つ人の身体的状況や自己管理行動の実際に即した支援ができなくなる可能性もあると考える。

これまでに看護領域では、糖尿病患者 (生田他, 2004), 認知症高齢者を介護する家族 (佐伯 2006), ターミナル患者の家族 (瀬川・野口, 2004), 炎症性腸疾患患者とその家族 (坂之上・小林, 2008) にこの円環モデルに依拠して、家族機能や家族システムを検討した報告はある。佐伯 (2006) は、認知症高齢者を介護する家族員の家族システムは「極端型」に多く、家族員同士の交流が主介護者の介護負担感の軽減に効果を示した。坂之上他 (2008) は、炎症性腸疾患患者の家族員の家族システムは「中間型」に多く、「疾患の理解」が家族機能に与える影響を明らかにした。しかし、慢性心不全患者の家族員を対象に検討された報告はなく、慢性心不全患者の家族員における家族システムの特徴や家族システムにおける家族員の疾患の理解、再入院を防ぐための家族システムに応じた家族員への具体的な支援方法は明らかになっていない。患者や家族員が心不全の悪化を予防する行動をとるためには病気の理解が必要であり、心不全の増悪を予防するためには日常生活の中で何らかの対応を継続しなければならない。そのためには看護師はどの家族に対しても同じ支援を提供するのではなく、家族自身による家族システムに応じて家族へ個別に支援するゆえに、家族員が患者に対して行う支援が患者にとり効果的となると推測される。そこで、Olson (2000) の円環モデルに基づき、家族員への支援方法を検討することにした。

家族員への支援方法を検討するにあたり、Olsonの基本的な仮説から、患者の現在の病状や病状の変化、今後の病状の見通しに対する患者と家族員の認識が、患者と家族員のそれぞれの家族システムの評価に相違をもたらすと推測される。例えば、慢性心不全の病状が好転し、病期が不安定期から安定期に入り、患者は家族システムをバランス型と評価したとする。しかし、患者の自己管理行動の実施状況などから、家族員が今後の病

状の見通しが不安定期と変わらないと捉えた場合、家族員は中間型や極端型と評価することも考えられる。家族システムが患者と家族員と異なる場合の組み合わせは多く、慢性心不全悪化を防ぐための家族支援は、より複雑になることが予測される。そこで今回は第1段階として患者と家族員ともに家族システムおよび家族システムを構成するきずなとかじとりが同じ場合の事例を対象に、家族システムごとに再入院の有無における患者の自己管理状況や家族員の患者の病気に対する思い、具体的な支援内容を比較検討し、再入院予防のための家族システムに応じた家族員への支援に示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1) 研究対象者

循環器を専門とする医師が慢性心不全と診断し、県内の一般病院もしくは診療所に外来通院中の患者と外来受診時に患者と一緒にいた家族（以後、家族員とする）を対象とした。尚、本研究における患者および家族員は性別や親等の限定はなく、患者・家族員共に認知症の診断、認知症の疑いのない者とした。

2) 調査期間

2011年7月1日から2012年4月30日までの約10か月間とした。

3) 調査方法

患者には自記式質問紙調査を、家族員には自記式質問紙調査と聴き取り調査を行った。調査は外来の面談室で、患者と家族員別々に行い、内容をICレコーダーに録音した。

4) 調査内容

(1) 調査対象者の属性

患者には性別、年齢、職業の有無を、家族員には性別、年齢、職業の有無、続柄を尋ねた。

(2) 心不全の評価

心不全の重症度評価にはNYHAクラス分類を、心不全の臨床指標には治療目標を100pg/ml以下とする脳性(B型)ナトリウム利尿ペプチド(以下、BNPと略記)値を用い、診療録より転記した。

(3) 患者の自己管理行動尺度

直成他(2002)による「自己管理行動尺度」(α 係数:0.820)17項目からなる質問紙を用いた。これは患者が主観的に評価し、「全く行っていない」から「よく行っている」の4件法で回答を求めるものであり、各項目の得点が高いほど自己管理行動の自己評価は高い。本研究では、「全く行っていない」と「あまり行っていない」を不良、「やや行っている」と「よく行っている」を良好とした。

(4) 日本社会版家族システム評価尺度(FACESKG IV-16)

立木(1999)が円環モデルに基づき、日本の生活や文化に即して構成概念を検討し、項目を作成したものである。きずなとかじとりに関する各8項目の質問に対し、「はい」と回答した項目に対応する尺度値を足し、それぞれの合計点を算出するサーストン法であり、得点範囲は-8~8である。きずなは、「バラバラ」を-2未満、「サラリ」を-2以上0未満、「ピッタリ」を0以上2未満、「ベッタリ」を2以上で判定する。かじとりも同様に、「融通なし」を-2未満、「キッチリ」を-2以上0未満、「柔軟」を0以上2未満、「てんやわんや」を2以上で判定する。この尺度のきずなの α 係数は0.98、かじとりの α 係数は0.99である。

(5) 患者の病気に対する思い、家族員による具体的な支援内容に関する聞き取り調査

家族員へ患者の病気に対して家族員の誰がどのような思いを抱いているのか、家族員の誰がどのような支援を行っているのかを尋ねた。

5) 分析方法

聞き取り調査で得られたデータは逐語録におこし、「患者の病気に対する思い」と「具体的な支援」と研究者が解釈した文章を抽出した。抽出した文章を研究者の解釈が入らないよう主語と述語が明瞭な文章になるように再編成した。分析者の主観や偏見を最小限にするために、スーパービジョンを受けながら行った。また、各家族システムの再入院の有無において患者の自己管理行動尺度や家族員の病気に対する思い、家族員による具体的な支援内容を比較した。

6) 操作的定義

(1) 再入院

心不全増悪による再入院は、退院後6カ月以内は27%、1年後は35%、2.4年後は40%と3年以内で半数近くの患者が病状の増悪で入院している(筒井, 2005)。そこで、本研究では再入院を「退院後3年以内に慢性心不全にて入院する」とした。

(2) 家族と家族員

立木は、家族と家族員について明確に定義していない。そこで、本研究では木下(2002)やHanson&Boyd(1915)の定義から、家族を「お互いに情緒的、物理的、そして経済的支援を依存しあっている人々で、その人たちが自身が家族であると認識し、患者と同居している者」とした。そして、家族員を、「患者と同居しており、患者以外の患者の親子、きょうだいなど家族を構成する成員で、通院時患者に付き添っている者」とした。

7) 倫理的配慮

本研究は、倫理審査委員会の審査にて承認後(28-19)実施した。患者と家族員には、本研究の目的と方法、自由意思の参加、不参加による不利益、匿名性、データの管理等を口頭及び紙面で説明し同意を得た。また、本研究にあたり調査協力者がいつでも研究者と連絡を取れるように、研究者の所在を明らかにした。使用する尺度に関しては、開発者に承諾を得た。

Ⅲ. 結果

研究協力が得られた患者および家族員は23組であった。そのうち、患者と家族員による家族システムの評価が一致したペアは5組で、残りの18組は一致しなかった。本研究では、家族システムの評価が一致した5組を分析の対象とした。その内訳は、家族システム「バランス型」が2組、「中間型」が2組、「極端型」が1組であった。「極端型」の場合は、再入院を繰り返す患者および家族のみ該当した。家族員からの聞き取り調査時間の平均は、26±19.05分であった。分析対象となった5組の概要を表1に示し、以下、家族システムごとに比較した内容を記載する。

1) 家族システム「バランス型」の共通点と相違点

再入院経験のないD氏と再入院を繰り返すA氏の自己管理行動の比較では、体重コントロールが共通して不良であった。排便に関する2項目以外は共通していた(表2)。家族員の病気に対する思いについては、血圧管理が必要という点は共通していた。相違点としては、D氏は「心不全」と診断名を述べているのに対し、A氏は「心臓の病気」と述べ、さらに病気の経過も述べていた。具体的な支援については、負担をかけず無理

表1 対象者の概要

		A	B	C	D	E
家族システム		バランス型	中間型	極端型	バランス型	中間型
きずな		ピッタリ	ピッタリ	バラバラ	ピッタリ	ピッタリ
かじとり		柔軟	てんやわんや	てんやわんや	柔軟	てんやわんや
患者	年齢	50歳代	70歳代	50歳代	50歳代	60歳代
	性別	男性	男性	男性	女性	女性
	職業	公務員	無職	公務員	専業主婦	専業主婦
	HYHA クラス分類	I	II	II	I	I
	BNP 値 (pg/ml)	98	81.7	186.3	83.5	115
	再入院経験	1回	9回	2回	無し	無し
家族員	年齢	50歳代	70歳代	50歳代	60歳代	60歳代
	性別	女性	女性	女性	男性	男性
	続柄	妻	妻	妻	夫	夫
	職業	無職	無職	無職	無職	無職

表2 自己管理行動の比較

		D氏	A氏	E氏	B氏
家族システム		バランス型		中間型	
再入院の有無		なし	あり	なし	あり
自己管理行動	塩分を控えている	良好	良好	良好	良好
	食事(間食)の量を加減している	良好	良好	不良	良好
	甘いものを控えている	良好	良好	良好	良好
	脂っこいものを控えている	良好	良好	良好	良好
	処方された薬は忘れずに飲んでいる	良好	良好	良好	良好
	指示通りに薬は飲んでいる	良好	良好	良好	良好
	外出時、指示された薬は忘れずに持参している	良好	良好	良好	良好
	入浴時間は短時間にするよう努めている	良好	良好	良好	良好
	休憩を取りながら無理しないで動いている	良好	良好	良好	良好
	発作を起こさない程度に動いている	良好	良好	良好	良好
	心臓に負担をかけないように動いている	良好	良好	良好	良好
	規則正しい排便がえられるよう気を付けている	不良	良好	良好	良好
	力まないで排便するようにしている	不良	良好	良好	良好
	タバコは吸わないようにしている	良好	良好	良好	良好
	アルコールは控えるようにしている	良好	良好	良好	良好
血圧コントロールに努めている	良好	良好	不良	良好	
体重コントロールに努めている	不良	不良	不良	良好	

をさせないよう心掛けていたという点が共通していた。相違点としては、D氏は家事を自分自身で行っており、家族員はそれ以外の支援をしているのに対して、A氏は家族員が家事をしていた。(表3)。

2) 家族システム「中間型」の共通点と相違点

再入院経験のないE氏と再入院を繰り返すB氏の自己管理行動の比較では、食事、体重、血圧の3項目以外は共通していた(表2)。家族員の病気に対する思いでは、心臓の病気であることが共通しており、相違点としては、E氏は「まだ元気である」と認識しており、B氏「これ以上よくなる」と認識していた。具体的な支援については、共通点はなくE氏は「特に何もしない」に対して、B氏では食事の管理や「気を紛らわすためにお茶に誘う」などの支援を行っていた(表3)。

表 3 家族員の病気に対する思いと具体的な支援の比較

		家族システム「バランス型」	
		D氏の家族員	A氏の家族員
病気に 対する 思い	共通点	・先生から血圧も高いから気をつけてと言われた	・心臓の病気 ・血圧も管理しないといけない
	相違点	・心不全という病気	・急に起きた病気 ・以前とは生活が変わってきた ・生活しているうちに以前とあまり変わらないような状況で生活できているのであまり心配もなく過ごしている
具体的 な支援	共通点	・無理はさせないようにしている	・私自身は自分のことは自分でしようと思ったと思うし、負担をかけないようにと心がけている
	相違点	・家のこと（食事・洗濯・掃除などの家事全般）は妻がやっている ・妻は車が運転できないので、病院がある時はついていっている	・食事や掃除、洗濯等の家事全般を行っている ・食事内容に関しては意識していなかった ・薬は主人がきちんとやっているから何もやっていません ・（体重測定も私は）あまり深く考えていない
		家族システム「中間型」	
		E氏の家族員	B氏の家族員
病気に 対する 思い	共通点	・心臓の病気と聞いている	・心臓が悪いと聞いている
	相違点	・本人はまだ元気なので、重症という風には感じない	・お父さんのことは寿命かもしれないから、これ以上よくならなかつたら死んだって仕方がない ・先生は一生懸命やってくださるから、どんなことがあっても信用して体を預けています
具体的 な支援	共通点		
	相違点	・家事は妻がやるから、特になにもない	・私が先に食べてその味をみて、大丈夫であれば（B氏にも）食べてもらう ・家事は（私が）全部やっています ・先生に果物はダメって言われているから出していません ・油はオリーブ油を使っています ・目盛がある瓶を買ってきて使っている ・ソースはなるべくかけないようにしている ・気を紛らわせるためにお茶に誘う ・何かあった時は大学病院に行くようにしている ・頭のリハビリのためには自分（B氏自身）で管理したほうがいいと息子に言われたから、（私は）手を出していません ・体調は（B氏を）眺めてれば分かります

3) 家族システム「極端型」

家族システムが極端型で再入院を繰り返す場合、きずなは「バラバラ」で、かじとりは「てんやわんや」であった。

(1) 再入院を繰り返すC氏の場合

C氏における自己管理行動尺度は、食事・排便・内服管理は良好であったが、身体活動や体重・血圧管理は不良であった。

家族員の続柄は妻であり、病気への思いについて尋ねると、「最初入院した時びっくりしたけど、今はそんなに心配していません」「普通に生活できていると思います」「娘もあまり心配していません。夜は酸素（在宅酸素療法）つけているときもあるけど、普通に動いている」と話された。具体的な支援については、「調理や掃除、洗濯等の家事全般を（私が）やっている」「（C氏に）間食を制限するようにと、水分は飲み過ぎではないかとよく言っている」「（C氏は）心臓が弱いので今家で酸素をつけているけど、たまに部屋を覗いたりしている」「娘たちも夜様子を見に行くことがある」と話された。一方で、「（C氏が）血圧を家で測っているところはあまりみたことがない」「体重も測っているかは意識して見たことがない」とも話された。

IV. 考察

1) 家族システム「バランス型」(きずな「ピッタリ」、かじとり「柔軟」)の家族員への支援について

自己管理行動においては、D氏とA氏ともにほとんどの項目が実施できていると評価していた。そのため、NYHA クラス分類もI度と身体症状なく経過し、BNP値も治療目標を下回って経過しているといえる。両者ともに自己管理行動の多くが遵守でき、身体状況や疾患の重症度は同じであるにもかかわらず、再入院の経験がなかったり再入院を繰り返すのは、家族員の病気に対する思いや具体的な支援内容に相違があるからと考える。

患者の病気に対する家族員の思いでは、再入院経験のないD氏の家族員は「心不全」という診断名を述べていたが、再入院経験のあるA氏の家族員は「心臓が悪い」と話すものの診断名を述べなかった。急性・慢性心不全診療ガイドライン(2018)の一般向けの定義にも、「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」とあるように、心不全とは「心臓が悪い」状態であるというA氏の家族員の解釈に問題はない。しかし、心臓が悪いという言葉は、心不全に関わらず心筋梗塞や弁膜症など他の心疾患を患っていても用いられるように、「心臓が悪い」を指している範囲は広く漠然としている。その点、心不全という言葉を用いたD氏の家族員の場合は、心筋梗塞や弁膜症といったほかの心疾患とは異なると認識していると予測される。また、A氏の家族員の場合は、発症当初は「ショック」や「苦しみ」という負の感情をいただいていたが、「生活しているうちに以前とあまり変わらないような状況で生活できているのであまり心配もなく過ごしている」と病状の経過とともに気持ちが揺れ動いているのが分かる。これは、入院加療により徐々に症状が回復する過程を経験し、現在、NYHAクラス分類I度、BNP値100pg/ml以下と病状が落ち着いているゆえに「今はあまり心配もなく過ごしている」と感じるようになったのではないかと推測する。しかし、家族員は「またあんなことになると…色々なことが不安になる」という思いも抱いている。「あんなこと」とは、急性心不全で入院した時の患者の状態と考えられ、家族にとり患者の入院はかなり衝撃的な出来事であったと推察される。このように、A氏の家族員は「心配ない」とする一方で、また患者が入院するかもしれないという思い、それによる様々な不安を抱えており、現在もなお、アンビバレンスな心理状態にあると考えられる。

家族員による具体的な支援では、再入院を繰り返すA氏の家族員の場合、食事を作っている家族員が「食事内容に関して意識していない」と話しているにもかかわらず、A氏自身は食事管理をできていると評価しており、実際に家族員がA氏に実施している支援と、その支援に対するA氏の評価に相違が生じていた。柳内(1986)は、日本人は物事をはっきりと言葉に出さない、相手の受け取り方によって解釈が異なるような表現を、無意識のうちに用いる、そういうコミュニケーションをとると述べている。また、菅(2018)によると、実際のコミュニケーション場面においてコミュニケーションを成立させるために、情報の送り手は過不足なく情報を伝達すべきである、理解させるように努めるべきである、などのルールが存在するという。これらより、極端型の家族員よりも好ましいコミュニケーション技術をもつ傾向にあるといわれているバランス型の家族員(Olson, 2000)でさえ双方に解釈の相違が生じたのは、日本人独特のコミュニケーションにより情報の送り手がコミュニケーションを成立させるための配慮ができなかったゆえに、受け取り手がその情報を正しく受け

取れなかったのが影響していると考えられる。きずなが良好であり、家族員は互いに意識し互いの思いを汲み取ろうとしている。しかし、A氏の家族員は“実施できていない”という現状をA氏に言語化して伝えていなかったために、A氏は家族員がやってくれているときずなが良好であるからこそ家族員を信じ、A氏の自己評価と実際とが乖離してしまったのではないかと考える。

現在、両者の病状は安定している。しかし、今後病状が悪化した場合、家族はストレス下におかれ、家族システムが中間型や極端型に移行する可能性もある。それは、D氏の家族員の場合は診断名を述べてはいるものの病いの経過や重症度に関する発言がなかった。再入院を繰り返すA氏の家族員の場合は、病状の変化とともに家族員の気持ちも揺れ動き、現在もおアンビバレンスな心理状態にあり、極端型の家族員よりも好ましいコミュニケーション技術を有しているが、それを活用して必ずしもコミュニケーションが円滑に行っているとは限らないからである。

このように考えると、家族システムを「バランス型」のまま維持しながらも、病状のさらなる悪化による再入院を防ぐための家族員への支援において看護師は、きずなやかじとりを変化させストレスに対処することができるこの時期に（立木，1999），家族員へ患者の病いの経過や重症度に関する知識や、病状悪化を防ぐための生活習慣の改善に関する知識を提供する必要がある。さらに、きずなが「ピッタリ」であり情緒的交流が十分に出来ているからこそ、家族員のアンビバレンスな心理状態を理解しつつ、患者および家族員の円滑なコミュニケーションが成立できるように、再入院を予防するために各家族員がとっている、もしくはできていない行動を共有するなどの話し合いの機会を作るといった支援も必要ではないかと考える。

2) 家族システム「中間型」（きずな「ピッタリ」、かじとり「てんやわんや」）の家族員への支援について

再入院経験のないE氏のNYHAクラス分類はI度と身体活動に制限がない状態である一方、再入院経験のあるB氏のNYHAクラス分類はII度で日常的な身体活動で症状が生ずる状態であったにもかかわらず、BNP値は81.7pg/mlと治療目標よりも下回っていた。それは、自己管理行動において、B氏はすべての項目に対してできていると評価する一方、E氏は実施できていないと回答した項目がB氏よりも多いことが影響していると考えられる。

また、患者の病気に対しては、再入院経験のないE氏の家族員は「心臓の病気」と認識しており、心不全という病いを漠然と捉えていると考える。加えて、家族員は今の患者の状態を「まだ元気だから、重症とは感じない」と捉えており、E氏が急性心不全で入院した時の患者の状態と比較して“今はまだ元気”と判断しているようである。また、E氏は現在NYHA I度と症状による身体活動への影響が少なく病状が安定しているがゆえに、「重症と感じない」と捉えているとも考えられる。一方、再入院を繰り返すB氏の家族員の場合、患者の病気に対して家族員は「心臓が悪い」とE氏の家族員と同様に心不全という病いを漠然と捉えている。しかし、NYHAがII度で症状により身体活動が制限される状態であり、急性増悪により再入院を何度も繰り返しているためか、家族員は「お父さんのことは寿命かもしれないから、これ以上よくならなかったなら死んだって仕方がない」と今後の死の訪れを予感している。E氏に比べB氏の家族員は、心不全という病いの経過や患者の重症度について発言があるため、家族員は病状が悪化する可能性を予測している、病いを深刻に捉えているように感じられる。また、「先生は一生懸命やったださるから、どんなことがあっても信用して体を預けています」という言葉も踏まえると、家族員は今後のことは医師に任せる、これ以上は仕方がないとあきらめたい思いも抱いていると考える。

家族員による具体的な支援では、E氏の家族員の場合は「特に何もしていない」と患者に任せていた。「まだ元気だから」という発言もあるように、家族員は患者のNYHAがI度で身体症状の出現もなく身体活動に影響が出ていないため、支援の必要性を感じていないのではないかと考える。加えて、かじとりが「てんやわんや」であり家族内での役割分担がないがために、家族員は「何もしない」という支援方法を継続している可能性もある。このような状況下でもE氏が再入院に至らなかったのは、E氏自身に現在身体症状の出現がほとんどないために食事や内服の管理等をおこなっていたからではないかと考える。しかし、家事の中には心負荷につながる動作がある可能性がある。山下ら（2011）は、患者は自分を取り巻く状況を考慮した結果、心負

荷となる行動をやむを得ず継続する場合があると指摘している。過度な活動は再入院の要因ともいわれており(筒井, 2005), 現在, BNP 値 100pg/ml 以上ある E 氏にとり, 今後心臓の機能に応じない過度な活動を繰り返す場合, 病状が悪化する可能性は大きい。病状の悪化によって患者自身が今まで出来ていた役割や疾患の管理ができなくなると, 患者は家族員に対して今まで以上の支援を求めるなど, 家族員はストレス下に置かれるようになり, 家族システムも「極端型」へ移行する可能性がある。一方, 再入院を繰り返す B 氏の家族員は, 再発予防や認知機能低下予防など様々な観点から新たな支援を取り入れるなど, 積極的に支援を行っていた。家族機能のきずなが「ピッタリ」であるため, 家族員は患者のために何とかしたい, 再入院を防ぐために支援したいという思いが生じていたのではないかと考える。それでも再入院を繰り返すのは, NYHA クラス分類がⅡ度である B 氏の身体状況の中で, 家族機能のかじとりが「てんやわんや」で問題を解決する際は行き当たりばったりで衝動的な意思決定を行い, 家族員に明確な役割分担がない(立木, 1999) ために, B 氏の妻は他の家族員の助言にそのまま従う, 良いといわれることを自分ができる範囲でとりあえずやってみるという支援をしているからではないかと考える。誰が何をどのように行うのか役割分担も十分にできておらず, 一貫性がないようにも捉えられるため, 病状がさらに悪化した場合, 家族内にリーダーシップをとる家族員がいないために, 病状に応じた支援内容の変更は難しくなると予測する。このように考えると, 患者の病状が悪化した場合, 中間型で「てんやわんや」であるがゆえに家族員はその状況に柔軟に対処できず, Olson (2000) の基本的な仮説にあるように, 家族はストレス下におかれ, 家族システムも「極端型」へ移行すると考えられる。

これらから, たとえ, 病状が悪化しても家族システムが「極端型」に移行することなく, 病状のさらなる悪化による再入院を防ぐための看護師に望まれる支援は 2 つあると考える。第 1 に, 看護師は病気による患者の身体症状や日常生活行動への影響を家族員がどのように捉えているのか, 考えや思いを把握し, その程度に応じた知識を提供する。第 2 に看護師は, 最初に, 患者や家族員が行っている予防・対処行動を, いつ・誰が・どのように行っているかを具体的に把握し, それを患者および家族員に伝える。さらに, 患者の重症度も加味しながら一貫性のある支援を家族員が実施できるように, 家族間のコーディネーター役となりそれぞれの家族員の意見を統合し, 誰が・いつ・どのような支援をするのかを調整する。

3) 家族システム「極端型」(きずな「バラバラ」, かじとり「てんやわんや」) の家族員への支援について

再入院経験のない場合には, 家族システム「極端型」がみられなかったため, 家族システムが「極端型」になると家族システムは機能せず, 再入院に至るのではないかと考える。そこで, 本システムにおいては再入院の有無で比較検討はできないが, 家族システム「極端型」における患者の自己管理行動や家族員の病気に対する思い, 家族員の具体的な支援について考察することで, 再入院を予防するための家族システム「極端型」の家族員への支援の示唆が得られるのではないかと考えた。

再入院を繰り返す C 氏の家族員の場合, C 氏の BNP 値は高値で日常的な身体活動で身体症状が出現しているが, 安静時には症状はない。患者は在宅酸素療法を受けているにもかかわらず, 急性心不全で入院した時と比較して症状が落ち着いている現在の状態から, 家族員は「普通に生活できている」と捉えている。呼吸機能低下による“息苦しい”という症状をより身近に感じなく, 危機感が薄いのかもかもしれない。それは, きずなが「バラバラ」であるのも影響しているのではないかと考える。きずなが「バラバラ」の状態にあると, 家族員間の情緒的交流がほとんどなく, 家族員全員が家族外部に眼が向いてしまうため(立木, 1999), 患者の身体的な変化に意識がいかず, 病気の理解不足もあって「普通に生活できている」と判断していると考えられる。

自己管理に関して, C 氏は水分管理や間食に関して良好であると自己評価している。一方, 家族員は間食を制限するよう飲みすぎないようにと指摘するという支援を行っており, 自己管理行動における患者自身の評価と患者の自己管理行動を支える家族員の行動が重複している。家族員間での情緒的交流が不十分であるがゆえに, 患者が行っている管理行動を家族員が正しく評価していない, お互いの考えをくみ取ることが難しい状態になっている。患者と家族員が交流し, 互いの考えを共有し合うことができれば, 患者が行う管理行動と家族員の支援は重複しなくなるのではないかと考える。また, かじとりが「てんやわんや」の状態にあり, 複数の家族員で行っている支援もあれば, 全く行っていない支援もあるなど, 家族員が役割を分担することなく,

各々で実施しているともいえる。現在、患者は在宅酸素療法を受けているため呼吸困難感の出現もなく、生活できている。しかし、今後病状が変化したときに、きずなが「バラバラ」であるため家族員は患者の身体的な変化に気づくことができず、かじとりが「てんやわんや」であるため状況に応じた行動を起こすのが困難になると考える。このような状況に陥ると家族員はストレス下におかれ、さらに家族システムが機能しなくなってしまう可能性もある。

これらから、家族システムが極端型にある家族員に対して再入院を防ぐための看護師に、次のような支援が求められる。極端型の家族機能は最適な状態にあるとは言えず、問題が生じ易く家族はストレス下にある(立木, 1999) ことも踏まえると、家族員に患者へもっと関心を持つよう促す、新たな知識や技術を提供すると更なる家族機能の悪化を招く可能性もある。現在行っている家族員の患者への支援を変更する、新たに追加するのではなく、まずは家族員の患者への支援に対する思いや悩み、困難を把握する。そして、家族員が抱く悩みや困難が家族員以外の力によって解決できるのであれば、看護師はそれらの力が効果的に発揮されるよう調整する。さらに、家族員が行っている患者への支援を把握し、それをねぎらい、認める声かけを行うのが重要であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、一部の地域でかつ対象者が少ないうえに、家族システムおよびそれを構成するきずなとかじとりが一致している事例を対象としたためさらに対象者が少なく、結果に対する有効性が低い。今後の課題に、3点が指摘できる。第1に、一部の地域に限定された一般病院や診療所に通院中の患者と家族員を対象としている、分析対象とした事例数が少ないことから、結果の有効性を示すために被験者数を増やすことである。第2に、Olson (2000) が示しているように、危機が生じることにより家族システムおよび家族機能も変化する。病状が変化する過程で移行するだろう家族システム及び家族機能に応じた家族の持つ悩みや困難な問題、ストレスの内容とその程度の縦断的な検討である。第3に、家族システムに応じた再発予防のための家族員が患者に望む自己管理行動および患者が家族に望む支援の具体的内容の明確化である。

最後に、同じ家族であっても、家族システムの評価に相違があることが明らかになった。今回は、第一段階として、患者と家族員の家族システムが一致した場合のみを対象とした。しかし、患者と家族員のシステムが一致している場合のシステムでも今回の事例とは家族機能の組み合わせが異なる場合や、患者と家族員の家族システムの評価が異なる場合もある。今後は、被験者数を増やし、患者と家族員の家族システムが同じでも今回の事例とは家族機能の評価が異なる場合や、患者と家族員の家族システムが異なる事例を検討する必要がある。

VI. 結論

家族システム「バランス型」では、患者の自己管理行動の排便管理以外共通して実施していたが、家族員の患者の病気に対する思いでは病名や病いの経過のとらえ方に、具体的な支援では家事の有無に相違があった。家族員への支援として看護師は、まず、患者の病いの経過や重症度に関する知識や、生活習慣の改善に関する知識を提供する。次に、再入院を予防するために各家族員がとっている、もしくはできていない行動を共有するなどの話し合いの機会を作る。

家族システム「中間型」では、患者のNYHA分類や自己管理行動の実施項目に相違があった。また、患者の病気に対する家族員の思いでは、心臓の病気であるのは共通していたが、重症度の捉え方に相違があった。具体的な支援では、再入院経験のない家族員は支援として特に何もしていなかったが、再入院を繰り返す家族員は多くの支援をしていた点に相違があった。家族員への支援として看護師は、病気による患者の身体症状や日常生活行動への影響に対する家族員の考えや思いを把握し、その程度に応じた知識を提供する。患者や家族員が行っている予防・対処行動を具体的に把握し、家族間のコーディネーター役となりそれぞれの家族員の意

見を統合して支援を調整する。

再入院経験のない場合には、家族システム「極端型」がみられなかった。家族システム「極端型」の家族員への支援として看護師は、家族員の行動を変えるよう積極的に関わるのではなく、家族員の言動を受容する。家族員が抱く悩みや困難が家族員以外の力によって解決できるのであれば、看護師はそれらの力が効果的に発揮されるよう調整する。さらに、家族員が行う患者への支援を把握し、それをねぎらい、認める声かけを行う。

利益相反の開示

本研究に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

謝 辞

本研究にご理解とご協力をいただきました通院中の慢性心不全患者の皆様及びご家族様、また院長をはじめ医師や看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

文 献

- Hanson, S. M., Boyd, S. T. (1915) / 村田恵子, 荒川靖子, 津田紀子 (2001). 家族看護学—理論・実践・研究. 5-6, 東京: 医学書院.
- Hoffman, L. (1981) / 亀口憲治 (1986). システムと進化—家族療法の基礎理論—. 107-131, 東京: 朝日出版.
- 生田美智子他 (2004). 糖尿病患者の負担感に影響を及ぼす対処スタイル, 家族機能および家族システムについての検討. 日本糖尿病教育・看護学雑誌, 8 (1), 35-46.
- 石盛真徳他 (2008). 家族システムの構造分析—家族成員間関係と家族全体システムの機能との関連性について—. バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌, 10 (2), 159-168.
- 木下由美子 (2002). 家族を看護する. 大分看護科学研究, 3 (2), 55-57.
- 久保真希子他 (2014). 心不全患者へ退院指導した効果の実態調査—ヨーロッパ心不全セルフケア行動尺度を用いて—. 奈良県立三室病院看護学雑誌, 30, 13-17.
- 中島雅世, 神田ふみえ (2016). 心不全患者が再入院に至った要因の実態調査. 山口県看護研究学会学術集会プログラム・集録, 15, 11-13.
- 日本循環器学会他 (2018年6月25日更新). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf (2021年8月20日)
- 根岸 愛他 (2015). 心不全で入退院を繰り返す患者や家族の入院前・退院後の自己管理の現状と課題. 川崎市立川崎病院院内看護研究集録, 69, 19-22.
- Olson, D.H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167.
- 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 IRR, 5, 55-62.
- 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).
- 瀬川裕子, 野口多恵子 (2004). ターミナル患者をもつ家族の家族システムと主たる介護者のストレスとの関連. 家族看護学研究, 9 (3), 106-112.
- 柴 信行, 下川宏明 (2010). 慢性心不全の疫学データ. 救急・集中治療, 22 (1.2), 7-13.
- 菅 さやか (2018). 社会的認知領域における言語的コミュニケーション研究の概観と今後の展望. 哲学,

140, 73-111.

直成洋子他 (2002). 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因. 富山医科薬科大学看護学会誌, 4 (2), 21-31.

鈴木和子, 渡辺裕子 (2012). 家族看護学—理論と実践—. 38-60, 東京: 株式会社日本看護協会出版会.

立木茂雄 (1999). 家族システムの理論的・実証的研究—オルソンの円環モデル妥当性の検討—. 29-34, 川島書店.

立木茂雄 (2002). 家族システム評価度.

<http://tatsukilab.doshisha.ac.jp/FACESKG/FACESKGIV16.html>, 2021-03-20

筒井裕之 (2005). 慢性心不全治療における疾患管理. 臨床と研究, 82 (8), 122-126.

Wright, L.M., Leahey, M. (2009). Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention (5th ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.

山下亮子, 増島麻里子, 眞島朋子 (2011). 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. 千葉看護学会誌, 16 (2), 45-53.

柳内忠剛 (1986). 異文化間のコミュニケーションと日本人の意識. 思想と文化, 477-492.