

家族志向のプライマリ・ケア



奈義ファミリークリニック

松下 明

家族志向のケアの原則

患者と家族の相互間で強い影響がみられ、これを考慮に入れた医療を行うことが家庭医療を実践する上で非常に重要となる。McDaniel らは家族志向のケアの原則を以下のようにまとめている：

1) 生物・心理・社会的なプロセスの中で患者を理解する：

生物学的側面だけでなく、心理社会面での患者理解を図り、システムとして全体像を理解する。

2) 家族という枠組みの中で患者の医療に焦点を当てる：

- (1) 家族は患者の健康に関する考えや行動を決定付ける
- (2) 家族ライフサイクルの移行期にはストレスが身体症状としてあらわれる；(例) 子供が巣立つ時期の母親は心身のバランスを崩しやすい。
- (3) 身体症状は家族の機能を保つために存在することがある；(例) 子供が喘息発作を起こすことで夫婦喧嘩を止めさせることがある。
- (4) 家族は患者にとって貴重な「資源」であり、治療において強力なサポートとなりうる；(例) 糖尿病の食事や内服管理で家族の協力は絶大な効果を示す。

3) 患者、家族、医師が治療のパートナーを築く

4) 医師も治療システムの一部に組み込まれている：

客観的な立場と置いていても実際には患者・家族の関りに巻き込まれているものである。

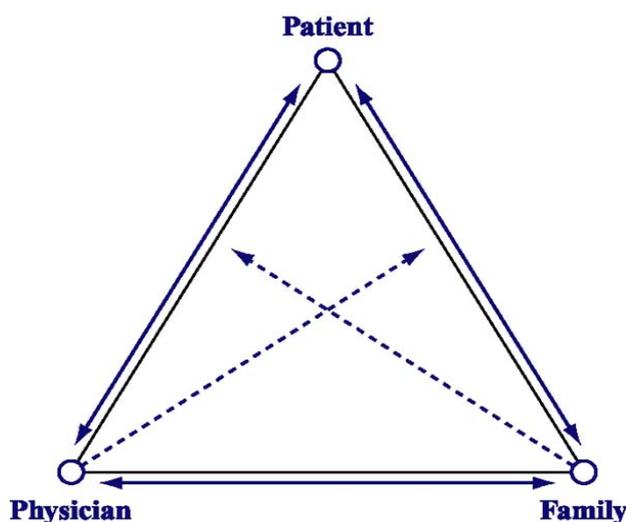


図1 治療における三角関係

患者 - 医師関係に家族が深く関わることを図式化している。二者関係は幻想であり、本当は三角関係となる。

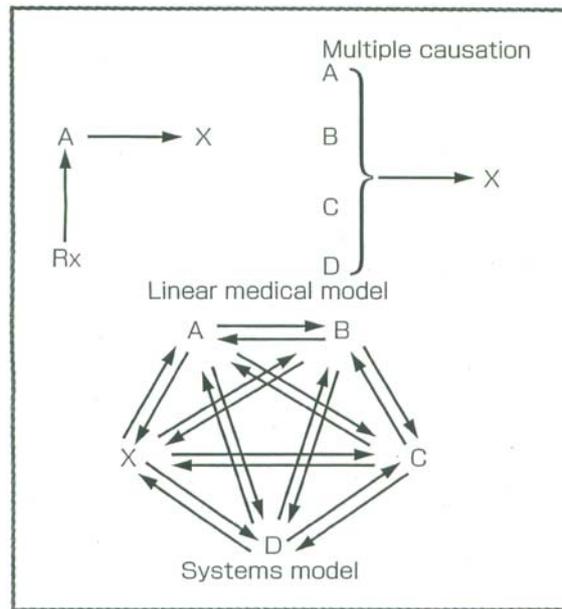


図2 直線モデル（単一原因と複数原因）に対するシステムモデルの図式化
 生物医学では直線モデルで説明可能だが、家族志向のケアではシステムの中での影響を考える必要がある。

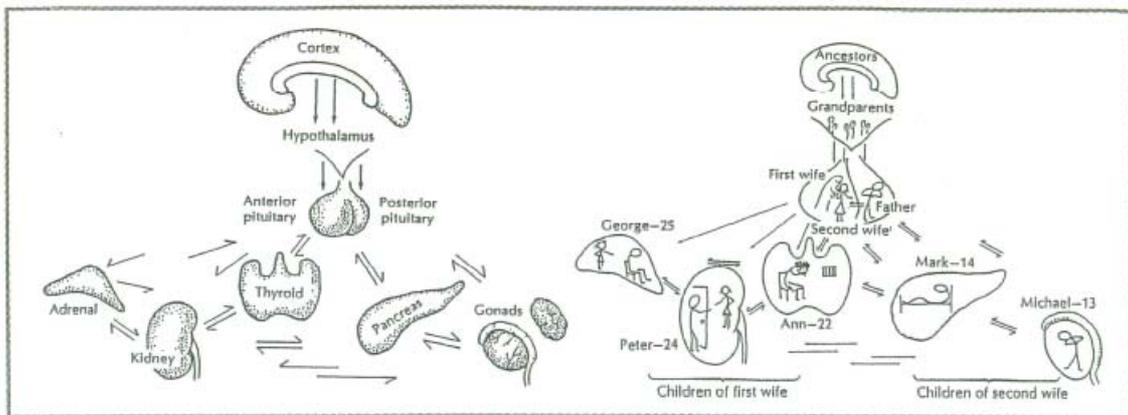


図3 ホルモンによってフィードバックがかかる内分泌システムと家族システムの対比
 お互いに影響しあっていることの模式図

(経験・行動)

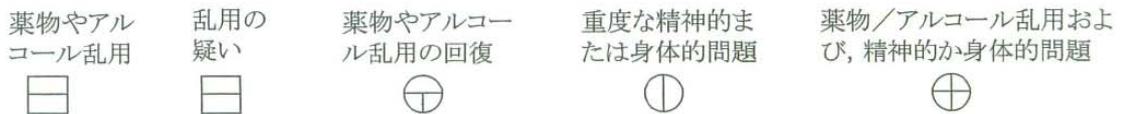
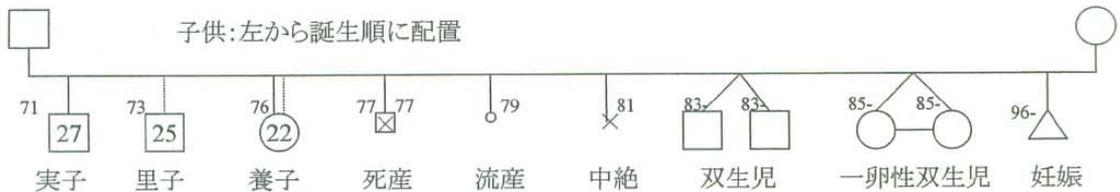
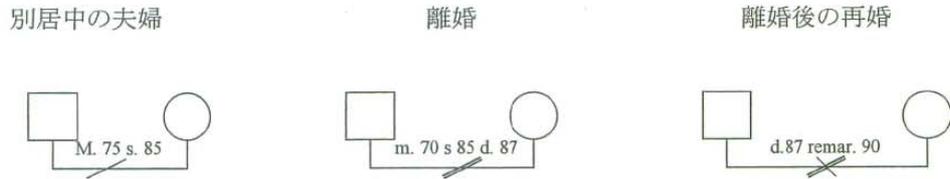
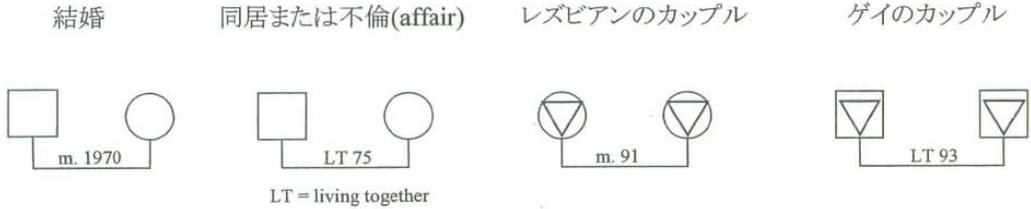
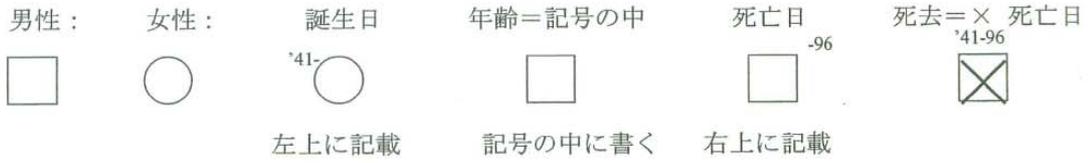
地球⇔国⇔地域⇔家族⇔個人⇔臓器⇔細胞⇔原子

専門医の対象

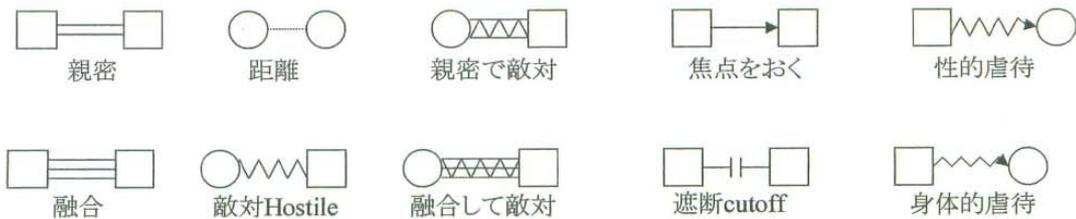
家庭医の対象

図4 G . Engel の生物心理社会的医学モデル (1980)

図5 家族図の標準的記号



人間の相互作用パターンを示す記号



(出典: McGoldrick M, Gerson R, and Shellenberger S, 1999. 許可を得て複製)

家族志向の5段階

Doherty と Baird によって提唱された家族志向のケアの5段階は、米国の家庭医療学レジデント教育において効果を発揮したといわれる。Marvel らはこのモデルを改良し、個人と家族のそれぞれに対して応用できる、行動科学的アプローチの段階的モデルとして示した。このモデルを用いることで、日常診療における家族志向のケアがどのレベルまで行われているかを理解できると思われる。

表1 患者と家族に対する医師の関わり方の5段階

レベル1	医師中心の生物医学的モデル
(個人)	症状などの情報収集を行いアドバイスや処方を行う
(家族)	家族歴をとるなど純医学的情報収集のみにとどまる
レベル2	相互に情報の交換を行う
(個人)	診断治療に関する解釈モデルを引き出し、互いに満足できるプランを立てる
(家族)	1) 家族図で家族内に見られる病気・嗜好のパターンを知る 2) そこにいない家族(ヘルスエキスパート含む)の解釈モデルを知る 3) そこにいる家族と情報・意見の交換を行う
レベル3	感情面への対応を行う
(個人)	患者の感情を引き出し、「共感的に」対応する
(家族)	1) 家族図を書きつつ、明らかにされた情報を元にその場にはいない家族の感情を引き出す 2) そこにいる家族の感情について触れ、「共感的に」対応する
レベル4	基本的なカウンセリングを行う
(個人)	患者の健康にかかわる心理社会的問題にどう対処していくかについて話し合う
(家族)	1) 家族図を用いて患者の健康問題に家族がどのように影響し、又影響されているかを理解する 2) 家族カンファレンスを行い、患者の健康問題に関わる家族内のパターンに変化をもたらす(糖尿病のコントロールなど)
レベル5	精神・家族療法(特別な教育・スーパービジョンを要する)
(個人)	定期的に患者と面談を行い、困難な心理社会的問題を解決する手助けを行う
(家族)	定期的に家族と面談を行い、(長期にわたる)不健康な家族内のパターンを変える手助けをする。(神経性食思不振症など)

* 医師1～2年目の初期研修医が目指すべきレベル：上記レベルの2と3を少々

* 医師3～4年目の後期研修医が目指すべきレベル：上記レベルの3と4を少々

* 医師5～6年目の後期研修医が目指すべきレベル：上記レベルのより高い3と4

表2 家族ライフサイクルのステージ

家族ライフサイクルのステージ	移行の感情プロセス：キーとなる原則	発達に必要な家族状態の二次的な変化
1. 巣立ち：未婚の若い成人	感情的また経済的な自己責任を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> a. 原家族との関係における自己の分化 differentiation of self b. 親密な同僚との関係の発達 c. 仕事や経済的自立についての確立
2. 結婚により家族に参加：新しいカップル	新しいシステムへの献身	<ul style="list-style-type: none"> a. 結婚システムの形成 b. 配偶者と一緒になるための、拡大家族や友人との関係の再構築
3. 小さな子供のいる家族	新しいメンバーをシステムに受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> a. 子供の居場所を設けるために夫婦システムを調整する b. 子育て、経済的や家族の仕事に参加する c. 子育てや祖父母の役割を包括するために拡大家族との関係を再構築する
4. 思春期の子供がいる家族	子供の自立と祖父母の衰えを包括するために家族の境界を柔軟にする	<ul style="list-style-type: none"> a. 思春期の子供がシステムから出たり、入ったりするのを許すために親子関係を切り替える b. 中年期の夫婦や仕事の事に再び焦点をあてる c. 高齢世代のケアに加わるように変わる
5. 子供を巣立たせ次の段階に移る	家族システムから出るまた入る多数の人を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> a. 二人としての夫婦システムについて再交渉する b. 成長した子供と親との間の大人の間関係を発達させる c. 義理の関係や孫を含む関係を再構築する d. 親(祖父母)の死や身体障害に対処する

6. 晩年期の家族	世代的ルールの変化を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> a. 身体的衰えに直面する中で自分や夫婦の機能や関心を維持する；新しい家族や社会的な役割の選択を切り開く b. 中間世代のより中心的な役割をサポート c. システムにおいて高齢者の知恵と経験のための場所を作る，彼らのために過剰に機能しすぎずに高齢世代を支える d. 配偶者，兄弟，他の同僚の喪失に対処し自分の死のために準備する．人生を振り返り統合する．
-----------	-----------------	---

家族ライフサイクルを用いることで、家族を理解することが容易になる。その上で、それぞれのライフサイクルを理解するだけでなく、家族全体のライフサイクルを図4のようにとらえてみると家族の中でどのような力が働いているかについてもわかるといわれる。つまり、家族内の密着度が高まる時期（出産・育児による父母・祖父母の役割増大）と密着度が低くなる時期（巣立ち期における父母・祖父母の役割減少）に分けて考えるのである。密着度の高い時期には家族がまとまって問題に取り組みやすいが、反対に密着度の低い時期は取り組みにくい。

図6 家族ライフサイクルにおける家族における密着度の変化

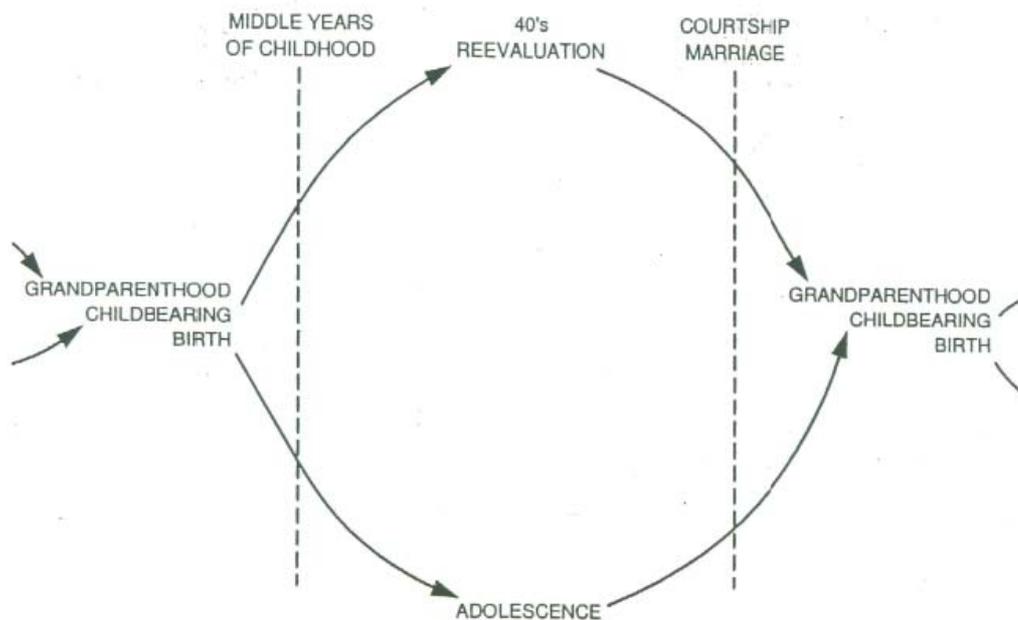


表3 家族システム理論の概要（家庭医療における家族の評価手段）

家族

- 1) システムとしての家族：
 - ・ 患者の家族構成員はどんな人達か？
 - ・ 日々の生活において、患者は誰を家族とみなしているか？
- 2) 家族の安定性：
 - ・ 家族構成員のバランスや安定を保つためにその家族はどんなことをしているか？
 - ・ もし急激な変化が起こるならば、家族の安定はどうなるだろうか？
- 3) 家族内の変化：
 - ・ 必要とされる変化を成し遂げるためにその家族はどんなことをしているか？
 - ・ もし変化が（適度に）早く起こらなければ、その家族にどんなことが起こるか？
- 4) システムにおける症状との関連：
 - ・ 患者の症状がどのように家族に影響しているか？
 - ・ 家族が患者の症状にどのように影響しているか？

家族構造

- 5) 階層：
 - ・ 誰がこの家族システムの責任者か？
 - ・ 家族の階層は明確で適切か（例；親が子供に対し責任を持つ）？ 逆転しているか（例；子供が親に対して責任を持つ）？
- 6) 境界：
 - ・ 家族の中のサブグループはどれか？
 - ・ サブグループ間の（例；両親と子供たち）境界は明確で適切か？ 混同して問題を生じているか？
 - ・ この家族は感情面での密接性と疎遠性をどう扱っているか？
- 7) 家族内の役割選択：
 - ・ 個々の家族構成員はそれぞれどんな役割を演じているか？それらがお互いにどう関連しあっているか？
 - ・ 家族の中で誰が病気の専門家（ヘルスエキスパート）か？
 - ・ 家族の中で誰が最も病人となりやすいか？
- 8) 生けにえ（家族内ストレスへの適応機能）としての症状：
 - ・ この家族には生けにえとして症状を訴えている人がいるか？
 - ・ その人の症状は家族全体の問題をどのように反映しているか？
- 9) 親の役割代行をする子供：
 - ・ この家族において子供が親として機能していないか？
 - ・ 親の一方もしくは両方が自分の役割を放棄していないか？

10) 同盟：1+1

- ・ 家族内における重要な同盟はどれか？
- ・ 家族内における同盟を他の家族構成員はどうみているか？

11) 連合：2対1

- ・ この家族内にはどのような連合が存在しているか？
- ・ 誰が連合を組んで、誰に対抗しているのか？

家族内交流

12) 密着状態：

- ・ 家族構成員はお互いに過干渉か？
- ・ お互いの感情を分かっているか？
- ・ めったに一人で行動しないか？

13) 遊離状態：

- ・ 家族構成員はお互いにごくわずかしか感情的反応を示さないか？
- ・ お互いに疎遠であったり、孤立していないか？

14) 三角関係化：

- ・ 家族構成員は個人的な問題について、お互いに直接話し合えるか？
- ・ 2人の家族構成員の間で感情的な問題が生じた際、それを3番目の人の問題にすり替えていないか？

15) 家族内の繰り返すパターン：

- ・ 家族内のジレンマを解決するために以前にどのような行動パターンが用いられたか？
- ・ このパターンが(現在の)状況を悪化させているか？もしそうならば、どうしたらこのパターンを変えることができるか？

時間軸から見た家族

16) 家族のライフサイクル：

- ・ この家族はどの発達段階にいるか？
- ・ この段階を越えるために必要とされる重要な課題は何か？

17) 家族内での投影：

- ・ 前の世代で解決されていない問題が現在の家族に影響していないか？

18) 二世代間の連合：

- ・ 2つの異なった世代の家族構成員が共謀して第3の家族構成員に対抗していないか？
-

どんな時「家族に集まってもらう」べきか？

家族指向のケアに関する著作において、どんなときに家族に集まってもらうべきかの意見が見られるが、おおむね共通しているようである。

表 2 にそれをまとめてあるが、家族に集まってもらうことを常に行なうべき A 群は落としてはならない。入院時に家族に対してきちんと説明することは、家族構成員の一人が入院するという家族の危機において、その不安を和らげてくれる。死にゆく患者に対応しなければならぬターミナルケアや、心筋梗塞・脳梗塞・悪性腫瘍・時には糖尿病といった疾患の診断時も家族の危機となりうる。日本では妊婦健診・乳幼児健診に夫（父親）がついてくることは少ないが、ライフサイクルの移行期でストレスがかかる時期に父親に参加してもらう価値は大きいといわれる。

家族に集まってもらうことを考慮すべき B 群はこれまでの一般的な家族面談ではあまり対象とされていなかったものと思われる。家族指向のケアを実践するにあたって、A 群のみならずこの B 群も対象と考えることが重要である。患者個人の受診回数が多いのみでなく、家族内のメンバーが次々と受診する際にも家族内ストレスの存在を考え、家族カンファレンスを考慮すべきであろう。身体化症状やその他心理社会的な問題（アルコール・うつ・不安）についても必要に応じて家族を呼ぶことを考慮する必要がある。

表4 いつ家族に集まってもらうべきか？

A 群 常に行なうべき

- 1) 入院時
- 2) ターミナルケア
- 3) 重篤な病気の診断時
- 4) 妊婦健診・乳幼児健診

B 群 考慮すべき

- 1) 慢性疾患の治療がうまくいかないとき
 - 2) 医療機関の受診が多いとき
 - 3) 身体化症状
 - 4) うつ状態・不安状態・アルコール問題など
(心理社会的問題)
-

家族面談に向けて

面談前の準備

A. 準備を始める

1. 面談を開く論理的根拠を明らかにする
(明解で目的がはっきりしていて、かつ家族にとって脅威を与えないもの)
2. どんな人を面談に呼ぶか
3. それらの人にアポイントをとる

B. 家族図を作成する

1. 現在の家族図を仕上げる (新しく更新すべき情報を加える)
2. 家族ライフサイクルを明らかにする

C. 仮説を立てる

1. 面談する際の医師自身のゴール・目標を立てる
2. 情報をもとにして、とりあえずの面談の成りゆき・結末に対して仮説を立てる-最初はライフサイクルから吟味する
3. それらをふまえてカンファレンスの運び方を考える

家族面談の5ステップアプローチ

ステップ1: うちとけた雰囲気を作る

1. 家族と挨拶をする
(参加者全員の紹介をしてもらい、それぞれと会話を交わすように心がける。)
(必要ならカンファレンス室についての説明や、録画装置などがあれば録画の許可をとる)
2. 面談の目的、当日の予定について話す

ステップ2: その日の面談の到達目標(ゴール)を決める

1. 参加者各自に(医師の示したものの以外に)目標があればどのようなものか述べてもらう
2. 述べられた目標を明瞭な言葉に置き換えて明確化する(共有する)
3. 目標を黒板などに書き上げるのも有効
4. これらのなかで医療者が最も重要と考える目標を提案する
(ただし、まだ家族の心の準備が出来ていないことについては扱わないようにすること)
5. 複数のゴールがある場合は優先順位を付ける

ステップ3: 問題について話し合う

1. 問題に対する各自の見解を自由に述べてもらう。困っている点はどこなのか、それらに対してどういう気持ちをもっているか
2. 問題に対してもっとも遠い関係にあたる人から聞き始めるのがよい
3. 家族内のコミュニケーションパターンを観察する
4. 質問があれば自由に尋ねてもらう
5. 以前も同様の出来事があれば、そのときどう対処し乗り越えたか尋ねる

ステップ4: 利用可能な資源はないか

1. 家族内の資源や家族の長所は？（ほめられる点を探しておく）
2. 利用可能な医療資源はないか
専門家、看護サービス、メンタルヘルスサービスなど
3. 利用可能な地域資源はないか

ステップ5: 問題を整理し、計画を立てる

家族内で合意された計画に対して各人がどのような役割を果たすのか明らかにする

1. 次のステップとして何をするか尋ねる
2. 家族と公式または非公式な契約を結ぶ
 - a. 各人がどのような役割を果たすか
 - b. 必要ならば専門家に紹介するかどうか話し合う
 - c. 次の面談の約束をする
3. 何か質問がないかどうか尋ねる
4. 最後の挨拶をする

面談後の整理

- A. 家族図を修正整理する
- B. 最初の仮説を修正整理する
- C. 面談内容を記録する

次の内容を含むこと

1. 参加者について
参加者名
重要人物なのに参加しなかった人は誰か？なぜか？
2. 問題リスト作成
家族の考えている問題
その他に医師が考えている問題があればリストアップする
3. 家族機能の全体的評価をする
家族構造はどうか
家族内交流はどうか
ファミリーライフサイクル
4. 家族の長所と家族資源
5. 治療計画
医学的治療計画
患者および家族各人の果たすべき役割について

推薦図書

Family-Oriented Primary Care 2nd edition 2005 Springer

著者：Susan H. McDaniel、Thomas L. Campbell、Jeri Hepworth、Alan Lorenz

邦訳：家族志向のプライマリ・ケア 監訳 松下明 2006 シュプリンガー東京

家族カンファレンスをやってみよう！！

症例：

意識障害の50歳の夫を連れて救急車に同乗してきた妻（平井りえ子さん）。夫は以前から肝硬変・脳梗塞（右片麻痺）があったが、何とか2人でお好み焼屋を営んでいた。

朝の仕込みの途中で突然、夫が「頭がいたい！」といったあと気を失い、119番に電話をして国立岡山医療センターに搬送されてきた。

頭部CTでは大きな脳出血がみられ、ICUでの管理が必要であった。

気が動転ししまうりえ子さんだったが何とかCTの結果を聞くことができた。

脳外科との相談で手術はせずICUで経過を見たところ、1週間の経過は順調であった。明日から一般病棟へ移れるかという時に再出血をきたしてしまった！

りえ子さんと東京からやってきた娘さん、北海道からやってきたお姉さんが、家庭医であるあなたに意見を求めに来られ、家族面談をこれから行います。

脳外科の手紙では再出血の影響で手術しなければ意識障害が回復できず、植物状態に近い状況になる可能性が非常に大きい。

手術すれば意識が回復して会話ができる確率が20%あるが、失敗してなくなってしまう確率が80%あるという難易度の高い手術です。

御家族それぞれの意見をうまく引き出し、感情面への対応も考慮しながら皆が納得できるカンファレンスをしてみましょう！