

原著

日本の家庭医，看護師による 家族アプローチの現状調査（第2報）

竹中 裕昭^{*1*2} 伴 信太郎^{*2}

^{*1}竹中医院

^{*2}名古屋大学医学部附属病院総合診療部

Key words: 家庭医，家族アプローチ，家庭医療学研究会，Levels of physician involvement

要旨

[目的]日本の家庭医が行う家族アプローチに関する報告は，いずれも Doherty と Baird の "the levels of physician involvement with families¹⁾" に強く影響されたものである。しかしながらこのレベルは北米で一般的と言われているものの，日本の家庭医，看護師にとって一般的なものとしてよいのかどうかはわかっていない。そこで今回，一度この“枠組み”を外して，日本の家庭医，看護師が行う家族アプローチについて検討してみた。

[方法]1998年9月15日から30日の間，自記式調査用紙を用いた郵送法による横断研究を実施した。対象は1998年8月における家庭医療学研究会会員とした。ただし学生会員は除外した。分析には TQC (Total Quality Control) の親和図法，及びクラスター分析を用いた。

[結果]日本の家庭医，看護師の家族アプローチは，1) 中立的平等的な患者中心のアプローチ，2) 客観的立場，距離を重視したアプローチ，3) 自己決定，context を重視したアプローチ，4) 家族力動と資源の評価を行っていると考えられ，結果的に Doherty と Baird のレベルによく似たものであった。

[考察]日本の家庭医，看護師の家族アプローチに

は，Doherty と Baird のレベルをそのまま当てはめるのではなく，キーパーソンの把握や家族に踏み込み過ぎないように注意することが重視される一方，家族療法は一般的でないなどの微妙な違いを加味する方がよりなじみやすいと考えられる。

【目的】

家族療法の専門家ではない家庭医が行う家族アプローチについて，最初に注目したのは Doherty と Baird である¹⁾。彼らはプライマリ・ケアにおいて行う家族アプローチの方法を家族療法の専門家が執筆していること，また実際には家族アプローチを行っていても，それが家族療法でなければ「家族アプローチを行っていない」と認識していたレジデントがいた経験を通して，家庭医は家族療法を行わなければ家族アプローチを行っていないと見なしていることに気付いた。

そこで彼らは多くの北米の医師達と議論の上，アメリカの家庭医が行う家族アプローチは表1のような5段階を有することを提唱した¹⁾。

その後 Marvel らの米国における面接調査で，Level 1は100%，Level 2は59%，Level 3は23.7%，Level 4は0.5%，Level 5は0%に行われていることが明らかにされた²⁾。

この5段階について日本の家庭医がどの程度行っているのかを調べた研究もある。まず我々が第1

表1 Levels of physician involvement with families

第1段階：家族に対する最小限の配慮
第2段階：継続的な医療情報の提供と助言
第3段階：家族の感情問題の取り扱いと支持
第4段階：システム論的な評価と計画的な介入
第5段階：家族療法

Doherty & Baird (1986)

報として報告した家庭医療学研究会（現・日本家庭医療学会）会員を対象とした調査では、76名の医師のうち Level 2は81-100%、Level 3は54-88%、Level 4は5.3-45%、Level 5は2.6-49%の家庭医、看護師が行っていた（各レベルの%に範囲があるのは、それぞれレベルが複数の項目から成り立ち、その最大値と最小値を示しているためである³⁾。

また松下らは川崎医科大学附属病院総合診療部で4週間の間に行われた49の家族面談について解析している⁴⁾。Level 2は100%、Level 3は78%で行われていた一方、Level 4, 5についてはほとんど行われていなかった。また彼らは家族カンファレンスの阻害要因として外因（教育不足、時間的制限など）、内因（患者の重症度、家庭内における患者の立場など）、関係因（患者・医師間の信頼度、説明に対する納得度）を重要として挙げている。

しかしながら日本でよく議論となることは「これは欧米ではcommonであって果たして日本でそのまま当てはまるのかどうか疑問である」という点である。確かにDohertyとBairdも、この5段階レベルは北米でcommonとされているアプローチであることを述べている¹⁾。そこで今回、我々が第1報として報告した家庭医療学研究会会員を対象とした調査において、自由回答法の質問に対する記載を分析し、一度DohertyとBairdの5段階レベルという枠組みを外して、日本の家庭医、看護師が行う家族アプローチに関する技法について検討することにした。

【対象・方法】

詳細については既報の通りである³⁾が、以下に略述する。対象は1998年8月の時点における家庭医療学研究会正会員である。誰を日本の家庭医と見なすのかを正確に決定することは困難であるため、本研究では家庭医療学研究会の医師会員を日本の家庭医と見なすことにした。学生会員を除外したのは当時の学生会員は臨床を行っていない医学部学生のみであったからである。

方法は1998年9月15日から30日に郵送法による質問紙法の横断研究を行った。回答のなかった会員への催促は行わなかった。今回、検討の対象としたのは第1報で報告した3つの質問に続く、第4の質問「家族にアプローチする場合、特に気をつけている点、工夫している点はありませんか。あればお書き下さい。」に対する自由回答法である。

解析に際しては、TQC(Total Quality Control)の親和図法(the affinity diagram method)⁵⁾を参考に、その変法を実施した。親和図法は混沌としている事象を整理し、問題を明確に浮かび上がらせる段階で用いる方法であり、混沌としている未知の分野について、事実を体系的にとらえたい時、ゼロから出発して自分の考え方をまとめたい時、既成概念を打破して新しい考えをまとめたい時、共通の目的のためにチームワークを作り上げたい時に有効である⁵⁾。

このうち個人で作成する方法が、グループで作成する方法がよいとされている⁵⁾。本研究はに該当するため、個人の分析を行うことにした。

具体的には以下の通りに行った。

テーマを「日本の家庭医，看護師が家族アプローチを行う上で気をつけている点，工夫している点」に決めた。

取り上げたテーマについて調査結果から言語データを収集した。今回は混沌としている未知の分野に対して体系的に捉えることを目的としたため，事実データだけを集めることにした。

収集した言語データをカードに書き，データカードを作成した。1データを1枚に書き，2つ以上の事柄や論点を1つにまとめたダブルパレルデータは1センテンスずつ複数カードに記載した。例えば「生活歴や受療行動を知る」であれば，「生活歴を知る」「受療行動を知る」とした。データカードにはKOKUYOの情報カードシカ-40[®]を利用した。

データカードをカルタ取りの要領で，よく見えるように広げた。

広げたカードに目を通し，2度，3度と繰り返して読んだ。はじめは縦に，次は横にという要領でじっくり目を通した。

データカードを読んでいくうちに，「ほとんど同じ」「似ている」「近い」というように，最も親近感を感じさせるデータカード2枚を見つけた。

2枚のカードのデータが，確かに最も親近感があるかどうかを確認した。その際，カード同士が自然に呼び合って，寄ってきた感じが望まれた。

2枚のカードに記されている言語データを1枚のカードにまとめて書いた。その際，2枚のカードに述べられていることを十分伝えるように，またもとのデータカードに述べていること以上のことを言わないように留意した。また抽象化することを避けるように特に注意した。なおこの過程で作成したカードを“親和カード”と呼ぶ。

2枚のデータカードの上に“親和カード”を重ねて，輪ゴムで束ねた。“親和カード”をつけ

て束ねたカードは1枚のカードとして扱い，ばらまいてあるカード群の中に戻した。

手順 ~ を繰り返し，言語データの親近感（親和性 affinity）によってカードを寄せ，束ねていった。なおカード寄せの作業進むにつれて，カード間の親和性は少しずつ遠くなっていく。よって「似ている」「近い」から「関係がある」「何か通ずるものがある」というように，結びつける親和性を少しずつゆるめていくようにした。それに従い，親和カードも少しずつ抽象のレベルを上げていくことになった。もちろんその際，もとのデータのニュアンスを可能な限り残すように留意した。

全体の束の数が5つ以内になるまで，この作業を続けた。最後まで1枚のカードのままで残ってくるデータカードもあった。これは無理に寄せずに，そのまま1つの束と同格に扱った。

机の上にカードの束を配置した。親和図が完成したときに，構造的にわかりやすくなるように，相互の位置関係を決めた。

カード寄せと逆の順序で，カードの輪ゴムを外しながら全体の位置を決めた。

決定した配置に基づいて，(株)アイテックの“ISOP超発想法 Version 3.0 for WINDOWS”を用い，親和図を完成させた。

次にSPSS11.0 for WINDOWSを用いてクラスター分析を行い，アプローチのレベルについて考察した。すなわちDohertyとBairdのレベルと比較することを試みたのである。なおクラスター分析（cluster analysis）とは類似した対象（標本や変数）を同じクラスター（集落・階層）に分類し，類似していない対象は別のクラスターに分類する分析手法で，個々の対象自身だけからなるクラスターから最終的に一つのクラスターになるまで最も類似したクラスターを順にまとめる手法である。その結果は，樹形図（dendrogram）で表すとわかりやすい。

原著

【結果】

対象は155名，うち有効回答数は79名（医師74名，看護師3名，未記入2名，男女比は69対8）で回収率は51%であった．言語カードの総数は135枚であった．当初は家庭医と看護師のアプローチの比較も行う予定であったが，看護師のデータがあまりにも少ないため，まとめて分析することにした．

親和図法による分類

モデルが収束するように全過程を繰り返し，最終的に5回目に全体のカードの束の数が4つになるモデルを得た．その結果を以下に示す．

1) 中立的平等的な患者中心のアプローチ (図1)

家族全員から信頼を得るために，特定の人を悪者にしたり味方にしたりせず，中立的な立場で関わること，積極的に訴えるか否かに関わらず，な

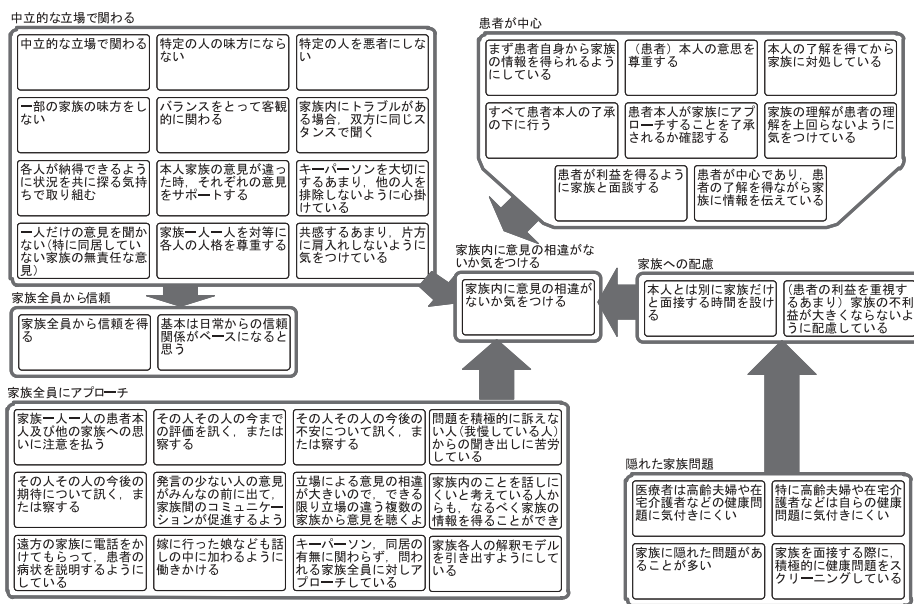


図1 親和図 (中立的平等的な患者中心のアプローチ)

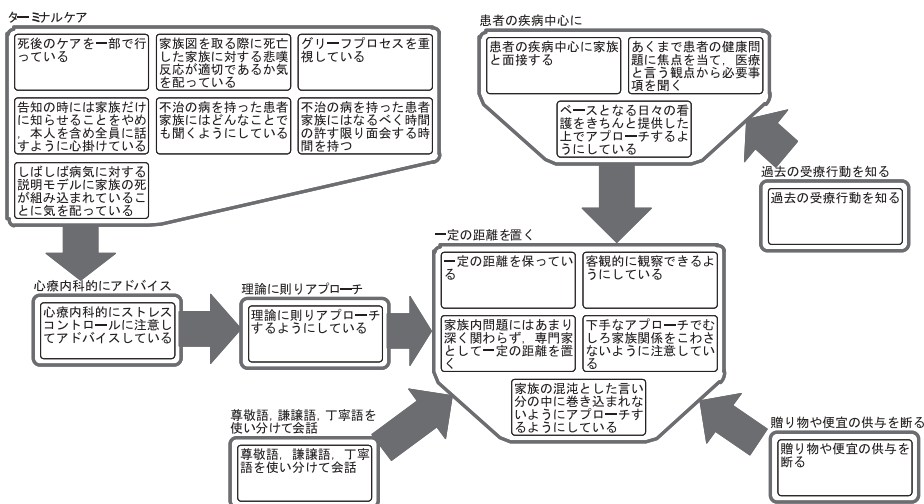


図2 親和図 (客観的立場，距離を重視したアプローチ)

るべく全員の今までの評価、今後の期待、今後の不安などを平等に話してもらうこと、及びあくまで患者さんの了解の下、患者さんを中心にアプローチするものの、家族の気持ちも大切に、隠れがちになる問題を見落とさないことなどが挙げられていた。

2) 客観的立場、距離を重視したアプローチ (図2)

ここでは贈り物や便宜の供与を断る、尊敬語、

謙譲語、丁寧語を使い分けて会話するといった基本的姿勢に始まり、家族と一定の距離を保ちながら巻き込まれないようにする、下手なアプローチでむしろ家族関係を壊さないように注意しているといった客観的立場や患者、家族との距離を重視した姿勢が伺える。

客観的立場、距離を保つために、アプローチの内容を健康問題に絞る、日々の看護をベースに置く、更に理論に則ったアプローチや過去の受療行

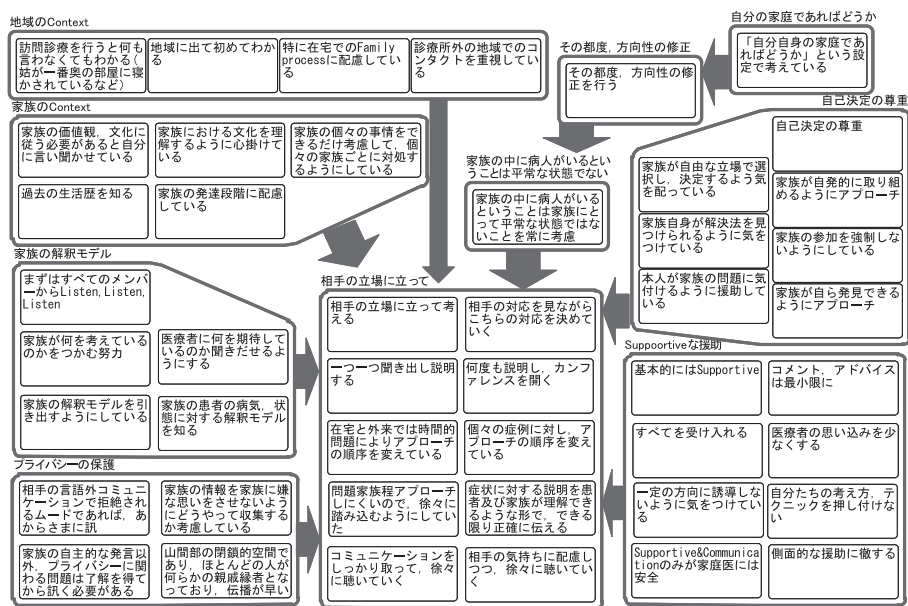


図3 親和図 (自己決定, Context を重視したアプローチ)

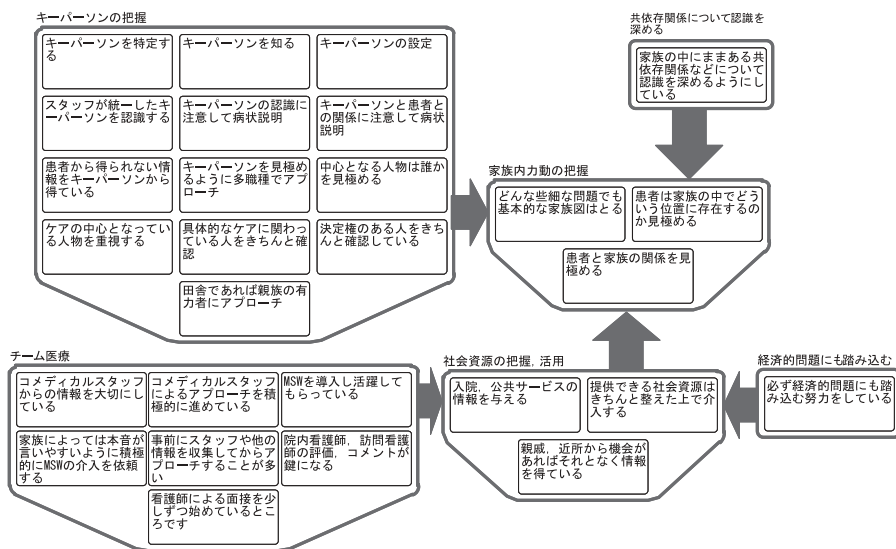


図4 親和図 (家族内力動及び資源の評価)

原著

動の把握，ストレスコントロールといった心療内科的アプローチなどが行われていることが示唆された。

また今回の調査で，家族アプローチの対象として唯一挙げられたターミナルケアは，日本の家庭医，看護師にとって重要な対象である可能性が示唆された。

3) 自己決定，context を重視したアプローチ (図3)

その都度修正を加えながら，患者・家族の説明モデル (explanatory model)，プライバシー，価値観，生活歴といった context (その人特有の生活状況) を重視し，彼らのペースに合わせながら，あくまでも彼ら自身が決定するのをサポートする立場が伺えた。

4) 家族内力動及び資源の評価 (図4)

最も多くの家庭医，看護師が行っていたのはキーパーソンの把握であった。キーパーソンは医療だけでなく，福祉の分野でも用いられている一般的な用語であるが，その内容についてはあまり検討されることがない。

今回，対象となった家庭医，看護師は，キーパーソンは (その家族において) 中心となる人物，ケアの中心となる人物，具体的なケアに関わっている人，決定権のある人，親族の有力者と捉えていた。

このキーパーソンの把握を中心とした家族内の力関係 (力動) の検討を行うこと，またよりくわしい人は共依存などについて認識を深めることが挙げられていた。

そして家族内の力関係だけにとどまらず，家族外の公共サービス，親戚，近所の人などの社会資源の活用や，家族を取り巻く医療スタッフによるチーム医療，更には経済的問題へのアプローチも挙げられていた。

クラスター分析によるレベル推定
(表2 / 樹形図)

次に親和図法による4つのグループを構成する31のサブグループについてのクラスター分析を行った。分類については，ユークリッド距離 (Euclidean distance) やカード数から2つまたは4つのグループに分類することが妥当と思われた。クラスター分析を行うためには対象間の違いを表すための“ものさし”が必要であるが，ここで出てきたユークリッド距離がいわゆる“ものさし”で計測された距離の一種である。

今回の分析ではそれぞれに属するカード数 (センテンス数) の多かったグループ順に，第1段階，第2段階，第3段階，第4段階と名付けた。

第1段階としては，キーパーソンの把握，中立的立場，平等的立場，及び相手のペースに合わせることが挙げられた。

第2段階は，患者中心にサポート的な援助を行い，患者・家族の自己決定を尊重することが挙げられた。それを実践するために各職種の特徴を活かした多面的アプローチが望まれ，そのようなアプローチを必要とする場合の一例としてターミナルケアが挙げられていた。クラスター分析によるユークリッド距離から判断して，この第1，第2段階が1つのグループと見なされ，内容的にこれらは家庭医のみならず臨床医であれば誰もが知っておいた方がよい基本的臨床技能となりうる可能性がある。

第3段階としては，家族の context，家族力動や資源を評価しながらも，健康問題に絞り，踏み込みすぎないアプローチが挙げられた。

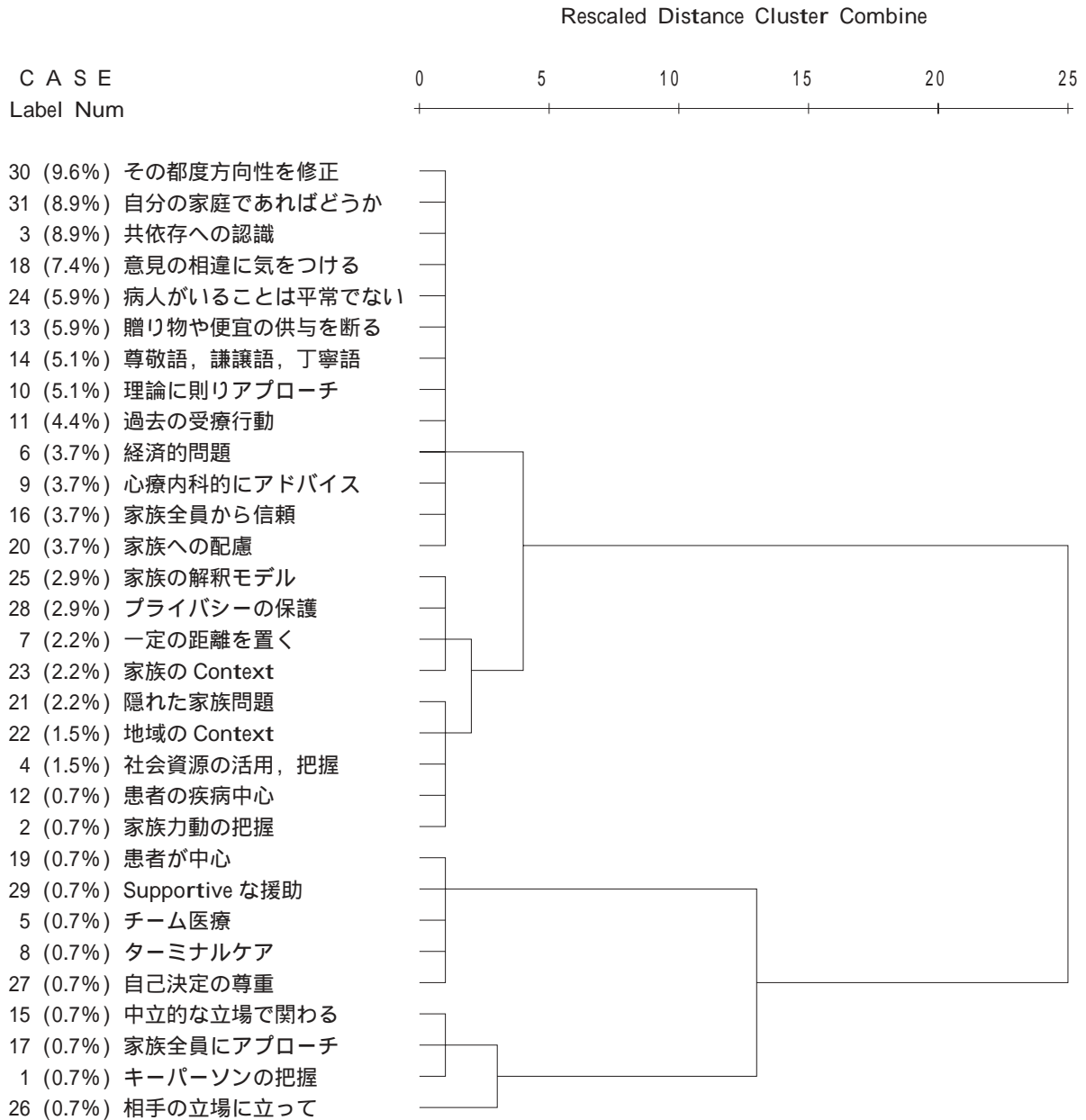
そして第4段階としては，より多様なアプローチが挙げられ，第3，第4段階が1つのグループと見なされた。これらのレベルは家庭医の専門的レベルと見なしてよいと考えられる。

【考察】

Doherty と Baird の5段階レベルとの比較

クラスター分析の結果，日本の家庭医，看護師の家族アプローチには4つの段階があることがわ

表2 クラスター分析による樹形図 (Dendrogram)



かった。これを Doherty と Baird が提唱している 5 段階レベルと比較してみる。

まず Doherty と Baird が第 1 段階として提唱している「家族に対する最小限の配慮」に相当する段階は，本研究では認められなかった。これは「家族に対する最小限の配慮」は当然行われているものとして，「特に気をつけている点，工夫している点」として挙げてこなかったためであると考えられる。

第 2 段階は Doherty と Baird の 5 段階レベルでは「継続的な医療情報の提供と助言」であるが，本研究では「中立的平等的立場，相手のペースに合わせること」が挙げられていた。ここで特に目を惹くのは今回「キーパーソンの把握」が大変重要視されていたことである。この背景には日米の家族の特徴が関係しているのかもしれない。すなわち，日本ではまだ患者を取り巻く数世代の家族の存在が珍しくないのに比して，米国では基本的

原著

には夫婦を単位とした核家族であることが影響している可能性がある。

今回の調査からは、キーパーソンは「(その家族において) 中心となる人物, ケアの中心となる人物, 具体的なケアに関わっている人, 決定権のある人, 親族の有力者」というイメージが挙げられていたが, 結果の項でも記した通りその定義は曖昧であり, 今後「キーパーソンとは何か」というテーマの質的研究が日米両国で必要であると思われる。

第3段階は Doherty と Baird の5段階レベルでは「家族の感情問題の取り扱いと支持」であるが, 本研究では「患者中心のサポートティブな援助, 自己決定の重視」が挙げられていた。どちらも支持的援助を重視している点は共通であった。

ここまでが内容的にもクラスター分析から見て「基本的臨床技能」として家庭医以外の医師も身につけた方が望ましいレベルと考えられる。

次に第4段階であるが, Doherty と Baird の5段階レベルでは「システム論的な評価と計画的な介入」であり, 本研究では「家族力動や資源の評価」の他に, 特に context が重視され, かつアプローチは健康問題に絞り, 踏み込み過ぎない配慮が求められていた。

そして第5段階は Doherty と Baird の5段階レベルでは「家族療法」であるが, 本研究では家族療法までは踏み込まないものの, 第4段階に比べ, より踏み込んだ多様性のあるアプローチが挙げられていた。今回, 日本の家庭医, 看護師の立場で, 家族療法がほとんど挙げられなかったのは, 彼らにとって家族療法がまだ一般的でない可能性があり, この点に関しては日米の差と考えられるかもしれない。

以上のように本研究の結果は, Doherty と Baird の5段階レベルとほぼ同様の結果を得たわけであるが, 日本ではキーパーソンの把握や context, 及び家族へ踏み込みすぎないための配慮がより重視される一方で, 家族療法は一般的で

ない可能性があるというような微妙な違いも認められた。

一方今回, 親和図法による分析とクラスター分析との間でもやや違いが認められた。具体的にはクラスター分析では前述した“キーパーソンの把握”が“家族内力動の把握”から独立し, より common なものとして捉えられていた点, 及び“客観的立場, 距離を重視したアプローチ”が“家族内力動及び資源の把握”と同じクラスターに分類された点が挙げられる。これは前者が内容重視, 後者は頻度重視という視点の違いや context の重視に対する分類の微妙な違いなどによるものであると思われる。

しかしながら「中立的平等的な患者中心のアプローチ」が第2段階, 「自己決定, context を重視したアプローチ」が第3, 4段階, 「客観的立場, 距離を重視したアプローチ」「家族内力動及び資源の評価」が第4, 第5段階にほぼ相当し, 異なった分析手法を用いても, よく似た結果が導かれた点は重視したい。

家族アプローチへの関心及び実践

Doherty と Baird も述べているように¹⁾, 家庭医は家族アプローチを行っているにも関わらず, それを家族アプローチと認識していないことが多いように思われる。

今回の調査でも自由記載を分析した結果は Doherty と Baird の5段階に匹敵するアプローチを日本の家庭医, 看護師が意識せずに行っている印象を受けた。そのような人々の口から「このようなものは習わなくても自然と身につくものである」という声を聞くことがある。しかし一方では, 経験的にアプローチする医師の中にも系統立てて知りたいという声もある。

我々は現在, Jay Haley の初回家族面接をプライマリ・ケア, 家庭医療へ応用するモデルを開発中である⁶⁾。今回の結果もそのモデルに取り入れていきたいと考えている。

【結論】

「家族にアプローチする場合，特に気をつけている点，工夫している点はありますか．あればお書き下さい．」という自由回答法を，1998年8月の時点における学生会員を除いた家庭医療学研究会会員に対して行った．

その結果を親和図法，クラスター分析を用いて検討すると，日本の家庭医，看護師が行っていた家族アプローチは Doherty と Baird の “ the levels of physician involvement with families¹⁾” によく似ていたことがわかった．しかし日本ではキーパーソンの把握や家族に踏み込み過ぎないように注意することが重視される一方，家族療法は一般的でないなどの違いも見受けられた．

今後，より日本の家庭医，看護師に適したアプローチを検討すると共に，その教育にも努めるべきであると思われる．

最後にいろいろ不備があった調査にも関わらず，多数の御協力をいただいた会員各位，並びに研究に際しご協力ご助言いただいた川崎医科大学総合臨床医学教室の皆様には，この場を借りて深謝申し上げます．

本論文の要旨は第13回家庭医療学研究会総会(1998年)にて発表した．

文 献

- 1) Doherty WJ, Baird MA : Developmental Levels in Family Centered Medical Care. Fam Med 1986 ; 18 (3) : 153-6.
- 2) Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ, et al : Levels of Physician Involvement with Patients and Their Families. J Fam Pract 1994 ; 39 (6) : 535-44.
- 3) 竹中裕昭，伴信太郎：日本の家庭医，看護婦による家族アプローチの現状調査（第1報）. 家庭医療 2001 ; 8 (1) : 24-30.
- 4) 松下明，津田司，中泉博幹，他：家族カンファレンスに対する総合診療部医師の現状と課題. 家庭医療 1999 ; 6 (suppl.) : 24.
- 5) 新 QC 7 つ道具研究会編：やさしい新 QC 7 つ道具．日科技連，東京，1984．
- 6) 竹中裕昭，伴信太郎：基本的臨床能力としてのコミュニケーション技法：家族とのコミュニケーションの取り方．診断と治療 2001 ; 89 (7) , 1175-8.

連絡先：竹中 裕昭

〒556-0006 大阪市浪速区日本橋東三丁目16-19

Present Status of Family Approaches among Japanese Family Physicians and Nurses (Second report)

Hiroaki TAKENAKA^{*1*2} Nobutaro BAN^{*2}

^{*1}Takenaka clinic

^{*2}Department of General Medicine, Nagoya University School of Medicine

[Objectives] Previous reports of family approaches by Japanese family physicians have utilized "the levels of physician involvement with families" as developed by Doherty and Baird. Such levels are known to be commonly used among North American physicians; however, it is unknown if these levels are applicable to Japanese physicians and nurses. We attempted to evaluate the present status of family approaches adopted by Japanese family physicians and nurses without using the framework of the levels used in North America.

[Methods] In this cross-sectional study, a self descriptive questionnaire was performed between September 15 and September 30, 1998. The subjects were members of the Japanese Academy of Family Medicine, as of August, 1998. The analyses were done using the affinity diagram method of TQC (Total Quality Control) and cluster analysis.

[Results] Family approaches by Japanese family physicians and nurses were classified into four levels; 1) patient-centered approaches with neutral stance, 2) objective views, 3) respect for autonomy and family context, and 4) evaluation of family dynamics and social resources. While parts of these were similar to the levels of Doherty and Baird, there were also differences.

[Conclusion] Family approaches utilized by Japanese family physicians and nurses may be better assessed using an original Japanese method which may differ in some points from that developed by Doherty and Baird.

Key Words: Family physician, family approach, the Japanese Academy of Family Medicine, levels of physician involvement