

# 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3報）

竹中裕昭<sup>\*1\*2</sup>，伴信太郎<sup>\*2</sup>

\*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，看護師，家族アプローチ，日本家庭医療学会，コラボレーション（協働）

### 要旨

【目的】1980年代以降，日本でも家族アプローチに対する関心が高まり，家族療法家，医療ソーシャルワーカーだけでなく，新たに家族心理士，家族相談士という職種も家族アプローチを担う職種として誕生してきた。また1990年代になると家族看護に対する関心が高まり，現在では看護師も積極的に家族に関わろうとしている。

このような中で最近トピックスとしてよく挙げられるのが“コラボレーション（協働）”である。

そこで今回，家族アプローチの中心を担うのにふさわしい職種とその理由を尋ねることで，家族アプローチに関する各職種の特徴を検討した。

また第1報，第2報を含めた今回の調査に対する質問以外の意見についても検討し，本調査の限界，及び今後の課題についても検討した。

【方法】1998年9月に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月の時点における日本家庭医療学会（当時家庭医療学研究会）会員とした。ただし学生会員は除外した。

【結果】医師には各職種の役割を総合的に把握した上での「説得力」が，看護師には身近に情報を収集する「親近性」が，また医療ソーシャルワーカーには直接治療にタッチしない「中立性」が評価されていた。

その他の意見として，家族アプローチを行う限

界が多く述べられていた。

【結論】家族全員を集めてじっくりアプローチすることだけが家族アプローチではない。どのような職種が家族アプローチに携われるのかを把握し，コラボレーションをうまく活用することが重要である。

### 【目的】

1980年代以降，日本でも家族アプローチに対する関心が高まり，家族療法家，医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker／MSW）だけでなく，新たに家族心理士，家族相談士という職種も家族アプローチを担う職種として誕生してきた。

また1990年代になると家族看護に対する関心が高まり，看護師も積極的に家族に関わろうとしている。

このような中で最近トピックスとしてよく挙げられるのが“コラボレーション（Collaboration）”である。コラボレーションとは協力して（Co）働く（Labor），すなわち協働と訳され，共同体体制の確立，共同目標の設定，及びリソースの共有などを意味すると言われ，コラボレーションを行うに当たっての心構え（コラボレーションマインド）として，①あるものを最大限活かす，②つなぐ心，③過信しない謙虚な心，④話し合う心，⑤やわらかい心が重要であるとされている<sup>1)</sup>。

## 原 著

家族アプローチにおいてコラボレーションを行うには、基本的にCase by caseで相性、実践経験、興味などを考慮し、担当者を決定すればよいのであるが、各職種の特徴を活かしたチームアプローチを行えば、より有効であると考えられる。

今回、家族アプローチの中心を担うのにふさわしい職種とその理由を尋ねることで、家族アプローチに関する各職種の特徴を検討することにした。

また第1報<sup>2)</sup>、第2報<sup>3)</sup>を含めた今回の調査に対する質問以外の意見についても検討し、本調査の限界及び今後の課題についても考察することにした。

## 【対象・方法】

対象は1998年8月の時点における日本家庭医療学会（当時：家庭医療学研究会）会員である。ただし学生会員は除いた。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日までの間に、郵送による質問紙法の横断研究を行った。詳細については既報の通りである<sup>2)</sup>、本研究で検討の対象としたのは、第1報、第2報で報告した4つの質問に続く第5、第6の質問として行った「家族へのアプローチはどの職種（家庭医、看護婦など）が中心に行うのがよいと思いますか。その理由とともにお書き下さい」「その他、御意見がございましたらお聞かせ下さい」という質問に対する自由回答である。

## 【結果】

対象は155名、うち有効回答数は79名（うち医師74名、看護師3名、未記入2名、男女比は69対8）で、有効回答率は51%であった。

## ①家族へのアプローチの中心となるべき職種（表1）

結果は表1のように分類できた。

表1:家族アプローチの中心となるべき職種とその理由 (n=79)

家庭医,主治医 (26名)	治療の主体者である (9名) 責任が持てる (4名) 患者への説得力 (4名) 総合的に診られる (4名) 中立的である (2名) 訓練されている (2名) その他 (9名)
看護師 (15名)	身近である (7名) 情報収集力がある (5名) 安定期の問題に適している (3名) その他 (4名)
医療ソーシャルワーカー (7名)	中立的である (7名)
決められない (14名)	相性による (3名) マンパワーによる (2名) 長期に関われる (5名) 病状による (3名) その他 (4名)
誰でもよい,チームで (8名)	
医師以外 (9名)	医師には言いにくい (5名) 医師は時間がない (3名) その他 (3名)

\*1人が複数回答している場合がある

まず最も多かったのが家庭医、主治医で26名の回答を得た。その理由はおおよそ治療の主体者である、責任が持てる、患者への説得力があるなど各職種の役割を総合的に把握し治療に生かせるためという理由だった。またスタッフの教育が十分行き届いていないために医師が行うという意見もあった。

2番目は看護師で15名の回答を得た。その理由は身近であること、情報収集力がある、及び安定期の問題に適しているというようなことであった。中には「医師に問題があるので」という意見も見られた。

3番目は医療ソーシャルワーカーで7名の回答を得た。その理由はよりMedical面で中立的である

## 原著

という理由であった。

これらの結果、概ね医師は「説得力」、看護師は「親近性」、医療ソーシャルワーカーは「中立性」がそれぞれ評価されていたと言えよう。

第4の意見として「一概には決められない」という意見が14名に認められ、その場合に家族へのアプローチを行う条件として「相性」「マンパワー」「長期に関わってきた人また関われる人」「実践経験豊富な人」「興味を持っている人」「家族が決めるべき」「病状によって決めるべき」などがあげられていた。その他は「誰でもよい」、「チームでアプローチする」、「医師以外」であった。

### ②調査に関するその他の意見

「全体にアンケートとしての質問文が練れていない感じで答えにくい」など本調査に対する指摘、「とにかく家庭医は時間がない」、「系統的なアプローチができていない」、「経験的に対応している」、「方法が普及、開発されていない」、「家族へのアプローチの教育法をもっと勉強したい」、「家族へのアプローチには限界がある」、「外国、都市部、僻地により文化は異なるため、外国で開発された手法、大学病院で開発された手法を目の前の患者・家族に当てはめられるか大きな疑問である」、「以前“家庭医療学研究会（現・日本家庭医療学会）春の生涯教育セミナー”で行われた森山（美知子）先生のアプローチを2例に実践し、うまくいった」、「現場では家族は高齢で時間も取れず、集まってもらうのは難しい」など、現家庭医が家族アプローチを行うに当たっての限界や制約を中心に、多数の貴重な御意見をいただいた。

## 【考察】

### ①家族アプローチの中心となる職種は

最近、日本家族研究・家族療法学会や日本家族心理学会など日本の家族関係の学会では、“コラボレーション（協働）”がトピックスの一つとなっている。しかし具体的にコラボレーションをどのように進めていくのかは手探りの段階で、もっ

ぱらケースを重ねながら検討中というところであろう。

今回の研究の結果、それぞれの職種の家族アプローチの特性として、概ね医師の「説得力」、看護師の「親近性」、医療ソーシャルワーカーの「中立性」が評価されていたことは、コラボレーションを進める上での役割分担を考えるのに、重要であると思われる。

一方残念なことに、調査の時点ではあまり知られていなかったためか、家族療法家やケアマネジャー、家族相談士といった回答は得られなかった。家庭医の最も重要な能力の一つに地域資源の開発と連携がある。しかし家族アプローチのコラボレーションを行う上で、そこに携わる職種を知らなければ致命的である。

家族アプローチの技法に習熟する以前に、協力し合える職種を知ることは必須である。

### ②その他の意見に対して

「質問文が練れていない」という指摘を受けたのは、今回 DohertyとBairdの“The levels of physician involvement with families<sup>9)</sup>”の“skill”の部分のを和訳し、なるべく原文に忠実にありたいため日本語の不自然さが残ったことが一因であると思われる。

「家庭医は時間がない」ということはどこに行ってもよく言われることである。しかし医師単独で濃厚なアプローチをする必要は必ずしもないと思われる。Ockeneは高脂血症患者のトータルケアに臨む際に、医師のカウンセリングはたとえ2-3分であっても重要で、そこに求められるものは時間の長さではなく説得力であることを述べている<sup>9)</sup>。家庭医は短時間でも説得力のある効果的アプローチを行うべきである。そして医師では十分果たせない役割をカバーするためにコラボレーションをうまく活用すべきである。また以前「生涯教育セミナー」で行われた森山（美知子）先生のアプローチというのはカルガリー家族看護モデル<sup>4)</sup>のことであるが、このモデルをはじめ様々な分

## 原 著

野のよいところは適宜取り入れていくべきであろう。

「家族へのアプローチには限界がある」、「集まってもらうのは難しい」という指摘はその通りであるが、家族を集めなければ家族アプローチではないということはない。患者個人にアプローチすることで、患者を介して家族力動を変化させ、やがて家族全体が変わるという“さざなみ効果 (Ripple effect)<sup>78)</sup>”を期待したアプローチも一つの家族アプローチである。

「外国で開発された手法、大学病院で開発された手法を目の前の患者・家族に当てはめられるか大きな疑問である」「方法が普及、開発されていない」、「家族へのアプローチの教育法をもっと勉強したい」という指摘に対しては、我々はワークショップを随時開催したり<sup>9)</sup>、新しいモデル<sup>710)</sup>を開発したりしながら徐々に応えていきたいと考えている。

## 【結論】

家族全員を集めてじっくり行うことだけが家族アプローチではない。できる範囲で効果的な方法をとることが重要である。そのためには様々な職種とのコラボレーションが必要である。

まずどのような職種が家族アプローチに携われるのかを把握し、医師は各職種の役割を総合的に把握し「説得力」を、看護師は身近に情報を収集し「親近性」を、また医療ソーシャルワーカーは直接治療にはタッチしない「中立性」をそれぞれ活かしながらコラボレーションを進めていけばよいと思われる。

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を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) 杉溪一言：家族カウンセリングにおけるコラボレーション。日本家族カウンセリング協会平成14年度秋期研修会，2002。
- 2) 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。
- 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2報)。(家庭医療投稿中)。
- 4) 森山美知子：家族看護モデル：アセスメントと援助の手引き。医学書院，東京，1995。
- 5) William J.Doherty and Macaran A.Baird：Developmental Levels in Family Centered Medical Care. Family Medicine 1986；18(3)：153-156。
- 6) Ira S. Ockene：高脂血症患者のトータルケア～ライフスタイル療法を中心に～。大阪府医師会特別研修会，2002。11。13。
- 7) 竹中裕昭，伴信太郎，津田司：家族の一員としての患者：Family system reviewの視点を以て。JIM 1998；8(6)，495-497。
- 8) 磯貝希久子（監訳）：家族支援ハンドブック。金剛出版，東京，1997。
- 9) 竹中裕昭，伴信太郎，吉岡哲也（他）：第1回「プライマリ・ケアに必要な家族アプローチ」ワークショップ。JIM 2001；11(12)，1141-1143。
- 10) 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)，1175-1178。

---

## 原著

Original papers

### Present State of Family Approach among Japanese Family Physicians and Nurses (Third report)

Hiroaki TAKENAKA<sup>\*1\*2</sup>, Nobutaro BAN<sup>\*2</sup>,

\*1 Takenaka clinic

\*2 Department of General Medicine, Nagoya University School of Medicine

#### ABSTRACTS

**【Objective】** In Japan, family therapists, medical social workers, family counselors and family psychologists were more interested in family therapy in the 1980's. In the 1990's, growing interests were observed among Japanese nurses. Now, "collaboration" is a key word for Japanese workers related family approach. Thus, we attempted to ascertain the specialty of each profession's "family approach" through a questionnaire. We also analyzed free comments in the questionnaires.

**【Method】** A cross-sectional self descriptive designed questionnaire was implemented between September 15 and September 30, 1998 with subjects who were members of the Japanese Academy of Family Medicine as of August 1998.

**【Results】** ①It could be said that doctors demanded "conviction", nurses "affinity", and medical social workers "neutrality".

②Free comments illustrated the difficulties with the family approach.

**【Conclusion】** Family conferences are not all done family approach style. Workers who will collaborate with others to undertake a family approach style have to be assessed to enable the best collaborative family approach.

**Key words :** Family physician, Nurse, Family approach, The Japanese Academy of Family Medicine, Collaboration

---

原 著