

[研究報告]

## 看護師による統合失調症初発患者を抱える家族への支援

澤岬治美<sup>1)</sup>, 大川嶺子<sup>2)</sup>, 佐久川政吉<sup>2)</sup>

抄録

**目的:** 精神疾患患者を抱える家族の地域生活を支援する体制の構築に資するために、先行研究から統合失調症初発患者の家族の支援ニーズを整理し、その成果を手がかりに家族支援を試み、孤立しがちな家族への支援方法を提案することである。

**方法:** 本研究は介入研究で、第1段階は、初発患者家族の支援ニーズの手がかりを得るために文献レビューを行った。第2段階は、選定基準を満たした研究協力者5家族に対し、第1段階の支援ニーズの手がかりを参考に支援者として介入を実施し、その内容から支援方法の検討を行った。

**結果:** 1. 文献検討から得られた家族の支援ニーズは、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった。

2. 家族支援の内容として、〈家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す〉など、《ケアの希求への促し》があった。〈ニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す〉など、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》があった。〈家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める〉など、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》があった。

**結論:** 統合失調症初発患者の家族支援において看護師は《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出していた。

キーワード：統合失調症、初発、家族支援、看護師

Key words: schizophrenia, new-onset, support for family, nurse

### I. はじめに

精神科医療においては、入院患者の54%、外来患者の16%を統合失調症が占め(厚労省, 2017)その発症は100人に1人弱とされる慢性疾患である(福田, 2013)。また、統合失調症の発症は、10代後半から30代前半が多く、再発を繰り返すことによって対人関係や身の回りの管理などの日常的な役割の遂行に支障をきたし(岡田ら, 2020)、社会生活が長期にわたって障害されやすい。

統合失調症は幻覚や妄想、異常な思考や行動が見られるため、特に初回発症の患者(以下、「初発患者」)の場合は、患者本人だけでなく家族も初めて経験する症状への対応に強い困難を感じると報告されている(岩崎, 1998)。同時に、社会の偏見も根強い(古谷ら, 1999)ことから、他の慢性疾患とは異なり、初発患者とその家

族(以下、「家族」)は、社会から孤立しやすいこと(松田ら, 2020; 中坪, 2008)、家族機能が危機状態に陥る(宮崎ら, 2016)などの報告がある。

現在、保健医療福祉で行われている家族支援の仕組みには、レスパイト入院・入所があるが、患者の世話をしながらの地域生活を支える支援とはなっていない。また、家族同士の相互支援である地域家族会があり、その効果として孤立から抜け出し、患者の障害を受容すること(林ら, 2020)が明らかになっているが、地域家族会につながるまでに平均3年を要するという報告(横山, 2013)から、初発患者を抱える家族にはその支援が届きづらく、孤立が懸念されている(全国精神保健福祉連絡会, 2010)。

精神科疾患患者を抱える家族は、長い間介護者としてとらえられてきたが(佐々木ら, 2003)、現在は、支援される対象として、あるいは支援者とともに患者を支えるパートナーとして、多面的に捉えられるようになっていく(横山, 2018)。その中で、家族支援の必要性が報

1) 沖縄中央病院

2) 沖縄県立看護大学

告されているものの（林ら，2020；田野中，2017）、家族の孤立を解消するための具体的な支援方法は確立していない課題がある（吉井ら，2013）。

以上のことから、家族が患者の発症に伴った衝撃や混乱の中で病気に対応しようとしている時期に確実に家族に関われるのが、患者が治療を受ける精神科病院の医療職であり、特に看護師は、患者の入院時から濃厚に関わる専門職である。つまり、看護師は初発患者の家族が最初にアクセスできる医療職であることから、家族支援は、受診時に出会う看護師が担うことで、孤立しがちな家族への支援体制を構築する必要があると考える。

したがって、本研究では、精神疾患患者を抱える家族の地域生活を支援する体制の構築に資するために、先行研究から初発患者の家族の支援ニーズを整理し、その成果を手がかりに家族支援を試み、孤立しがちな家族への支援方法を提案することとした。

#### [用語の操作的定義]

- 1) 初発患者：統合失調症は再発・再燃の多い疾患であり、家族はそのたびに患者の病状への対応を迫られる。本研究では、その中でも特に本人だけでなく家族の戸惑い、混乱が強くなり、支援が必要とされる発症初期に焦点をあてることから、初めて統合失調症の診断を受けた患者を初発患者とし、再発患者、再燃患者と区別する。
- 2) 家族支援：統合失調症初発患者の家族を対象として、研究者が家族の困っていることを解決するために行う、対面および電話による家族の面談、受診時の対応、患者の治療・リハビリの専門職（医師、看護師、精

神保健福祉士、心理士など）との連絡調整などとする。

## II. 研究方法

研究デザインは、研究者自身が支援者となる介入研究である。研究は、初発患者の家族の支援ニーズの手がかりを得るために文献レビューの第1段階と、選定基準を満たした研究協力者5家族に対し、第1段階の支援ニーズの手がかりを参考に支援を行い、その内容から支援方法の検討を行う第2段階で構成した。家族支援の介入期間は、2022年7月～10月であった。

研究協力候補者の選定基準は、1) 大学院生である研究者の所属するA病院において初発患者の家族であること。2) 研究者の研究協力依頼の説明が充分理解できること。3) 研究者の支援を受けることおよび、研究の趣旨に同意していることであった。

### 1. 第1段階：統合失調症初発患者の家族の支援ニーズに関する文献検討

医中誌で、「統合失調症」「初発」「家族」のキーワードで検索し、研究論文の体裁となっている文献31件を得た。31件を熟読し、初発患者の家族の支援ニーズに関連する記述のある文献を6件選定、ハンドサーチによる文献3件を加えて、計9件の文献を選定した（表1）。選定した文献を熟読し、家族の支援ニーズに関する記載を抽出し、一覧表を作成した。その内容について、類似しているものをあつめ、サブカテゴリー化し、さらにカテゴリーを作成した。カテゴリーについて、家族の支援ニーズとは何かの観点で中核を命名した。

表1. 家族の支援ニーズ検討に使用した文献

番号	文献名
1	宮崎徳子, 萩典子, 大西信行, 児屋野仁美. (2016). 統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析. 四日市看護医療大学紀要, 9(1), 13-21.
2	蔭山正子. (2012). 家族が精神障害者をケアする経験の過程—国内外の文献レビューに基づく共通段階—. 日本看護科学会誌, 32(4), 63-70.
3	田野中恭子. (2017). 統合失調症療養者の子をもつ親の体験—親自身が必要とする支援に関する一考察. 西村ユミ, 榊原哲也 (編著). ケアの実践とは何か：現象学からの質的研究アプローチ, 114～138. ナカニシヤ出版.
4	加藤知可子. (2009). 初発統合失調症患者の家族が必要とする看護師からの情報提供に関する検討. —急性期治療病棟に入院している初発患者の家族へのインタビューを用いて—. 日本看護学会論文集：精神看護, 40, 152-154.
5	吉井初美, 香月富士日. (2008). 初発統合失調症の子を持つ母の心理. 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 113 - 119.
6	菊池美智子, 山田浩雅, 佐竹裕美, 林公子, 桑原美千子, 伊藤百合子, 長屋博喜, 永井優子, 鈴木啓子. (2004). 精神科初回入院患者の親の体験と看護援助. 愛知県立看護大学紀要, 10, 33 - 40.
7	菊池由莉, 岡本裕子. (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討. 広島大学心理学研究, 9, 217 - 229.
8	Ngqoboka M, Gmeiner A, Poggenpoel M. (1999). The family's experience of having a mentally ill family member. Health SA Gesondheid, 4(3), 42-51.
9	Tuck I, du Mont P, Evans G, et al. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 11(3), 118-125.

## 2. 第2段階：統合失調症初発患者の家族の支援ニーズを手がかりにした家族支援の実践と支援方法の検討

### 1) 支援の展開とデータ収集

同意の得られた家族に対し、プライバシーが確保できる外来面談室または自宅訪問による面談、外来受診時の直接対応、および電話での対応を行った。初回は、患者ならびに家族の基本情報を聴取した。支援内容は許可を得てメモをとり、逐語録を作成、さらに自分の情動を含めた支援記録を作成した。院内専門職など関係者との連携調整は、実施直後に双方の発言内容を想起して、連携記録を作成した。支援記録および連携記録は、支援ごとに研究指導教員と支援内容を検討し、支援の評価と次回の支援方針を討議した。

### 2) データ分析

支援記録および連携記録から、家族支援として象徴的な場面を抽出し、研究者が実施した家族支援の内容を要約し、家族の支援ニーズに対する支援内容は何かの視点でキーセンテンスを作成し、類似したものをあつめてサブカテゴリー、およびカテゴリーを作成した。さらに、第1段階で得られた家族の支援ニーズと、第2段階の家族支援の内容から、初発患者の家族に対する支援方法について、研究指導教員と討議、考察した。

## 3. 倫理的配慮

研究協力候補者の把握は病棟師長、外来師長および主治医を通じて行った。研究協力依頼は研究者が直接、文書及び口頭で研究の趣旨を説明して同意を得、主治医や管理者からの依頼は行わなかった。面談は、個室等で行いプライバシーに配慮した。また、ICレコーダーでの録音の了解が得られなかったため了解を得てメモを取り、面談直後に逐語録を作成した。研究協力を得る際には、得られた情報は本研究以外で使用されないこと、個人が特定されないように配慮すること、事前に面談日程の調整などを十分にいき、負担をかけないことを約束した。本研究は、沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 22004-変更1)なお、本研究は、研究者の勤務先であるA精神科病院で実施したことから、研究者と研究フィールドはCOI関係にある。

## III. 結果

### 1. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献検討から、導かれた家族の支援ニーズとして、81の支援ニーズを抽出し19のサブカテゴリー、6つのカテゴリー、3つの中核を導いた。以下、文献からの抽出内容を「」、サブカテゴリーを〈〉、カテゴリーを《》、中核を【】で示した。

家族の支援ニーズの中核は、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった(表

2)。

#### 1) 疾患へのショックと偏見による孤立

【疾患へのショックと偏見による孤立】には、《診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く》、《疾患への偏見により孤立する》のカテゴリーがあった。

《診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く》には、〈精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている〉、〈精神疾患の診断を受け入れられない〉、〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している〉、〈精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある〉(精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある)の5つのサブカテゴリーがあった。

〈精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている〉には、「診断および処置に対して、また急性期の行動に対して、激しい動揺と衝撃を感じている」(文献7)、「病氣と認めたくない気持ちと、折り合いをつけて気持ちを奮い立たせる、苦しみを理解しようとするのが葛藤する」(文献5)などのキーセンテンスがあった。〈精神疾患の診断を受け入れられない〉には、「精神疾患と思いたくない思いがある」(文献8)などがあった。〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している〉には、「慢性疾患で予後も悪い統合失調症と診断されて、ショックを受け、とても悲しみ悩んだ」(文献9)などがあった。〈精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある〉は、「精神疾患になったことに対して怒りがある」(文献8)であった。〈精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある〉には、「家族が精神疾患になったことに対して罪悪感がある(文献8)」、「入院時の悲しみと安心、うれしい、寝られた、責任が和らいだ、肩の荷が下りたというアンビバレントな心理」(文献5)などがあった。

《疾患への偏見により孤立する》には、〈精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている〉、〈誰にも知られたくないと思っている〉の2つのサブカテゴリーがあった。〈精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている〉には、「近隣の精神疾患に関する無理解と批判に対して、なすすべがなく、家族内で病気を抱え込まざるをえない」(文献3)などがあった。〈誰にも知られたくないと思っている〉には、「統合失調症に対する否定的感情や恥の意識から、社会とのつながりを切断しようとする」(文献7)などがあった。

#### 2) 患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感

【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】には、《病氣のことをわからないまま、患者の病状に振り回され混乱し憔悴する》、《家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する》の2つのカテゴリーがあった。

《病氣のことをわからないまま、患者の病状に振り回

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
7	診断および処置に対して、また急性期の行動に対して、激しい動揺と衝撃を感じている	精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている	診断にショックを受け、否認、悲嘆、怒りの感情が渦巻く	疾患へのショックと偏見による孤立
5	病気と認めたくない気持ちと、折り合いをつけて気持ちを奮い立たせる、苦しみを理解しようとするのが葛藤する			
9	診断にショックを受けている			
1	診断のショック 最初の受診と 精神科疾患への否認 初期における異常の変化を受け入れない			
8	家族の精神疾患に関連したショック			
8	家族の精神疾患に関連した驚愕			
8	精神疾患と思いたくない思いがある			
1	精神病に対する家族の非受容 精神疾患の否認			
9	慢性疾患で予後も悪い統合失調症と診断されて、ショックを受け、とても悲しみ悩んだ	精神疾患と診断を受けたことを悲嘆している		
5	病気と知った悲しみ、がっかり、先がないと思った	精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある		
1	悲嘆がある 母親の子育てに対する自責の念が 自尊心の低下			
8	精神疾患になったことに対して怒りがある			
8	否認による他者への非難がある	精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある		
8	家族が精神疾患になったことに対して罪悪感がある			
5	入院時の悲しみと安心、うれしい、寝られた、責任が和らいだ、肩の荷が下りたというアンビバレントな心理			
4	育て方や遺伝と病気との関連を知りたい			
5	親として、対応の仕方が間違っていたのではないかと、育て方について自責感がある			
5	病気の原因を探している			
6	罪悪感を軽くできる情報がほしい			
6	その場しのぎだったこと、ストレスをためたこと何が悪かったのかと思悩む			
1	家族が発症したことに対して罪悪感がある 母親が子育てに対して自責の念がある	精神疾患に対する偏見によって発症を絶望的に捉えている		
3	近隣の精神疾患に関する無理解と批判に対して、なすすべがなく、家族内で病気を抱え込まざるをえない			
8	発症、治療、予後に対する不治の病、社会からの逸脱というスティグマがある			
2	スティグマによって孤立する			
8	家族の精神疾患に関連して否定的感情がある			
7	子供に対する罪悪感や病気に対する否定的感情にとらわれている			
2	ショック、罪悪感、無力感、恐怖、怒り、不満などの否定的感情がある			
2	本人が本来備えていた機能を喪失したことを嘆く			
5	悲しみやイライラ、悪化時の不安、気分の落ち込みなどから、病気になったことについてネガティブな感情がある。	疾患への偏見により孤立する		
7	統合失調症に対する否定的感情や恥の意識から、社会とのつながりを切断しようとする			
1	社会に対する「自閉」（誰にも知られたくない）誰にも援助を求めず孤立する			
		誰にも知られたくないと思っている		

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ (つづき)

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
6	閉鎖病棟でゆっくり休む必要があるなど、精神科医療のことがわからない	治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない	病気のことをわからないまま、患者の病状に振り回され混乱し憔悴する	患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感
4	治療（隔離や身体拘束、看護援助、薬物治療）の説明がほしい			
6	入院中の患者の日常生活の様子や悪い状態、わずかな良い状態への変化を知りたい			
6	外泊中や退院後も困ったときにはいつでも助けてもらえると、不安はなくなる			
6	障害が残りにやすいことや障害が残る部分が知りたい	病気のことや残る障害がわからない		
5	親亡き後の子どもの将来について考えていて、子どもの環境や子ども自身への要望がある			
6	入院中は、本人の状態や病気のことを教えてもらえると安心する			
6	病気のことがわからないので、怠け病だと思った、信仰で治ると思った	病気の理解ができないため対処ができず混乱し、報われない辛さがある		
1	努力しても報われない焦り、辛さがある			
3	病気への認識不足の中での対処			
7	統合失調症に対する否定的感情や知識のなさから、子どもにどう関わればよいのか分からず途方に暮れている			
5	変わってしまった子へのイライラ、寝てばかりいることへ疑問があり、対応の仕方がわからず、子どもに振り回されて、責める気持ちになる。			
4	患者への怒りのコントロール方法を知りたい			
3	奇異な言動による家庭生活の混乱と親の戸惑い			
5	病気のことがわからないので、対応の仕方がわからない			
6	ストレスへの対処法や身体的負担の軽減など疲労回復へのアドバイスがほしい	家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである		
7	趣味や仕事など、ケア以外の作業に取り組むことで、子供との心理的・現実的な距離をとって心理的安定を保とうとする			
3	家族成員の理解不足と母親（主たる介護者）の孤立	主たる介護者が孤立しがちである	家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する	
1	症状発症における家族間、とくに夫婦間の葛藤			
1	家族（夫婦）関係の親密性の低下と混乱			
3	仕事や高齢者介護などの家庭内の複数の困難との調整	家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある		
8	本人の行動による経済的、物的損失の可能性はある			
1	症状発症における家族間（夫婦）の葛藤	精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある		
3	家族内で孤立しがちな時も家族会の仲間に支えられる			
1	母親の歪曲した愛情			

表2. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ（つづき）

文献番号	文献からの抜粋	サブカテゴリー	カテゴリー	中核
6	親にも精神科治療を受けさせることに抵抗があるので、なかなか入院まで思い切れない、副作用が心配で薬を飲ませずによくしたい思いが強い	精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する	精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である	救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ
6	病状や、鍵がかかっているなど治療とは思えない精神科の医療にショックを受ける			
1	発症したことを疑っていたが、医師の説明と合致して納得した			
7	診断を得たことで、それまでの子どもの異常な言動が症状によるものだと理解し、納得や一時的な安堵を得ている			
6	精神科治療を受けさせることに抵抗がある			
6	病状が軽くなると本人が薬を中断するなどして、治療を嫌がるので受診させるのがむづかしい			
6	ほんとに治るのか、退院できるのかなど、病状や将来のことを心配する			
6	本人がよくなったり、外泊できたりすることで回復への見通しが立って、嬉しかった			
6	してほしいことも思いつかない、こういう病気にどういう看護をするのかよくわからない	自分のニーズと看護師のニーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない		
3	家族は医師以外にもいろいろ行きました。相談機関みたいなのところにも行って、本を読んだり講演会にもいろいろ行ったりしました	薬にもすがらる思いで手探りによる情報収集を行う	現状を打破する方法を求め、専門職の支援がマッチしない	
3	(本・新聞・インターネット・講演会などの)情報の増加と混乱			
6	家族と知り合って本音で話し、こういう人がたくさんいるとわかって、心の支えになった			
3	家族会に参加することで情報量が拡大していった	医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれと安心する		
7	子どもが統合失調症であるという事実を受け止め、現状を何とか改善しようとする。子どもとの心理的距離が近く、情緒的に巻き込まれがちである。			
6	暖かく優しい態度で接してもらえると安心する			
3	専門職からの労をねぎらう言葉かけがあるといい			
6	看護師や主治医に相談したくても遠慮があり、また本人や他の家族がいるなど状況的に相談しにくい			
6	医療者側から連絡をくれたり、自己紹介してくれると安心する	専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある		
5	医療機関への信頼がある、頼れる人がいることで安心する			
3	主治医や保健所に相談しても聞くだけで何もすじ道がなく、見通しが立たない			
9	説明と支援を必死に求めたが、予後など具体的なことを説明しないので満足いかず、病院のやり方に不満を感じた			
2	専門家との出会いやサービス利用時にコミュニケーションや経済負担などの不満があった			
3	診療時間が短く医療従事者からの支援の限界を感じる			
3	援助職は、親の抱えている困難を聞くだけで、具体的な支援策が提示できない			

され混乱し憔悴する》には、〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない〉、〈病気のことや残る障害がわからない〉、〈病気の理解ができないため対処ができず混乱し、報われない辛さがある〉、〈家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである〉の4つのサブカテゴリーがあった。

〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科医療のことがわからない〉には、「閉鎖病棟でゆっくり休む必要があるなど、精神科医療のことがわからない」（文献6）があった。〈病気のことや残る障害がわからない〉には、「障害が残るやすいことや障害が残る部分を知りたい」（文献6）があった。〈病気の理解ができないため対処ができず混乱し、報われない辛さがある〉には、「病気のことがわからないので、怠け病だと思った、信仰で治ると思った」（文献6）、「努力しても報われない焦り、辛さがある」（文献1）などがあった。〈家族（主たる介護者）の健康が脅かされがちである〉には、「ストレスへの対処法や身体的負担の軽減など疲労回復へのアドバイスがほしい」（文献6）などがあった。

《家庭生活の不調和をきたし対処が複雑化する》には、〈主たる介護者が孤立しがちである〉、〈家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある〉、〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある〉の3つのサブカテゴリーがあった。

〈主たる介護者が孤立しがちである〉には、「家族成員の理解不足と母親（主たる介護者）の孤立」（文献3）などがあった。〈家庭内外の問題に対処できず、解決できないことがある〉には、「仕事や高齢者介護などの家庭内の複数の困難との調整」（文献3）があった。〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤がある〉には、「症状発症における家族間（夫婦）の葛藤」（文献1）などがあった。

### 3) 救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ

【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】には、《精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である》、《現状を打破する方法を求め、専門職の支援がマッチしない》の2つのカテゴリーがあった。

《精神科医療や看護の価値が分からず、介入されることに消極的である》には、〈精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する〉、〈自分のニーズと看護師のシーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない〉の2つのサブカテゴリーがあった。〈精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する〉には、「親にも精神科治療を受けさせることに抵抗があるので、なかなか入院まで思い切れない、副作用が心配で薬を飲ませずによくしたい思いが強い」（文献6）などがあった。〈自分のニーズと看護師のシーズが分からず、看護師による介入の必要性もわからない〉は、「してほしいことも思いつかない、こういう

病気にどういう看護をするのかよくわからない」（文献6）であった。

《現状を打破する方法を求め、専門職の支援がマッチしない》には、〈藁にもすがる思いで手探りによる情報収集を行う〉、〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉、〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉の3つのサブカテゴリーがあった。〈藁にもすがる思いで手探りによる情報収集を行う〉には、「家族は医師以外にもいろいろ行きました。相談機関みたいなどころにも行って、本を読んだり講演会にもいろいろ行ったりしました」（文献3）などがあった。〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉には、「暖かく優しい態度で接してもらえると安心する」（文献6）などがあった。〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉には、「主治医や保健所に相談しても聞くだけで何もすじ道がなく、見通しが立たない（文献3）」などがあった。

## 2. 家族支援の実践

### 1) 家族および患者の概要と家族支援の概要

支援を実践した家族は5事例であった。患者との関係は母親が4名、父親が1名で、年代は50代、60代がそれぞれ2名、70代が1名であった。家族構成では、両親と子ども（患者）が3家族、母親と子どもが2家族であった。患者の年代は10代、20代がそれぞれ1名、30代が3名。診断からの月数は1.5か月～6か月であり、全員がすでに退院し通院中であった。

家族支援の方法は、面談と病院内の調整であった。面談は、対面が2～4回、電話が0～9回、受診対応が0～3回であった。また、病院内での調整は、主治医が1～8回、外来看護師が3～6回、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）が、1～3回であった。（表3）

なお、これ以降の「看護師」は、研究者を意味している。各事例の支援開始時の概要と支援の経過を特徴的な支援ニーズのサブカテゴリーを用いて示す。

#### (1) 事例1

支援開始時の家族の状況は、70代の両親と30代の患者で、診断からの期間は3ヶ月であった。患者の幻覚妄想状態が落ち着きかけたところで母親の強い希望で退院し、外来通院となった。本人の世話は主に母親がしていた。

外来受診に同伴した父親に家族支援を申し出たところ父親は同意したが、困りごとはないかという看護師の問いには答えずに、母親に会ってほしいと要望した。その要望に応じて2回目は自宅での面談になった。父親の要望に応じて訪問し母親と面談する中で家族間の葛藤が表出された。自宅では父親は不在で、出迎えた母親に家族支援の目的を伝えると了解した。看護師が子ども発症時のショックや辛かったことや内服治療への疑問を確認し

表3. 研究協力者（家族）・患者の概要、および研究者による家族支援

研究協力者の概要			患者の概要		研究者による家族支援					
					面談			調整		
患者との関係	年齢	年齢	診断からの月数	対面	電話	受診対応	主治医	外来看護師	PSW・OT	
事例1	母親	70代	30代	3ヶ月	2	3	1	3	3	1
事例2	母親	60代	30代	2ヶ月	4	2	3	3	3	3
事例3	母親	60代	20代	6ヶ月	3	0	0	1	3	3
事例4	母親	50代	30代	5ヶ月	3	3	1	3	3	3
事例5	父親	50代	10代	1.5ヶ月	2	9	2	8	6	1

\* PSW：精神保健福祉士 \* OT：作業療法士

た後に、母親から父親への不満が表出され、〈精神疾患になったことの受け止め方で家族間に葛藤が（ある）〉あった。

#### (2) 事例2

支援開始時の家族の状況は、60代の両親と30代の患者で、診断からの期間は2ヶ月であった。患者は仕事と家族の介護で疲労と不眠が生じ希死念慮が出現したため、入院となった。コロナ流行下で面会ができないことから、幻聴はかなり残っていたが、両親の希望で入院後1ヵ月で退院し外来通院となった。両親は、自営業の仕事に子どもを同行させ、外来にも付き添って常に一緒にいるようにしている状況であった。

外来受診時に同伴した母親に家族支援したいこと伝え、なぜ自分にと最初は戸惑った表情をしたが何度か説明すると同意が得られ、自宅での面談となった。困りごとはないかと聞くと困惑した表情で黙ってしまったので、看護師が外来診察時に医師の問いに答えるのみであった母親の様子を伝えて、医師に聞きたいことはないかと尋ねていくうちに母親は診断への疑問を表出したので〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉ことが推察された。診断はそのように聴いていると答えて疾患の説明をすると、沈んだ表情になったので気持ちに共感したところ、子どもが病気であることのつらさを表出しはじめ、〈精神疾患と診断を受けたことを悲嘆して（いる）〉いた。その後、病気の回復可能性や薬の効果についての疑問も表出するようになり、次第に内服治療を受け入れて表情も明るくなった。主治医に、母親が思いを表出できない状況であること、母親が問いかけやすいようにしてほしいことを伝えたと、次第に母親は主治医との意思の疎通がとれるようになり、内服治療を継続することで患者の症状が改善したことから、母親にも余裕が出てきた。

#### (3) 事例3

支援開始時の家族の状況は、60代の母親と20代の患者で、診断からの期間は6ヶ月であった。患者は不眠、不安が増強して希死念慮出現し、入院となった。入院後

2週間で希死念慮が軽減したため、本人と母親の希望で退院した。子どもは、穏やかに家の中で生活できており、母親が付き添って外来通院していた。

外来診療に同伴した母親に支援を申し出ると、私に何が聴きたいのかと直ぐには受け入れてもらえなかったが、何度か申し出て支援の了解を得た。母親は、子どもの発症を自分の責任と考えてしまい、〈精神疾患になったことや、入院させた時の肩の荷が下りた気持ちに罪悪感がある〉ことを示していた。子どもが気になって休めない、子どもの事は自分の兄弟にも言えないと、〈誰にも知られたいと思っていない〉ことを表出し、また、自分のことは看護師に話すことではないと思っていたと話していたので、外来看護師に母親の心情を伝え、来院時は母親の状況や心情について声をかけて聞いてほしいと伝えた。困りごとはないかと尋ねるが答えることができなかった。その後発症時の事を尋ねると辛かった体験を語り始め、病気の事を知っている人が相談相手だと良いと家族支援を受け入れ、自分が休むことが子どもにも良いと、〈医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する〉ことを表出できるようになった。

#### (4) 事例4

支援開始時の家族の状況は、50代の母親と30代の患者で、発症からの期間は5ヶ月であった。患者は発症当時食欲低下、不眠、精神運動抑制がある一方で、警察への通報で騒がすこともあり入院となった。不眠が改善した時期に本人が退院を強く希望し、入院後2ヶ月で退院となった。

母親に家族支援を申し出ると、「子どものためなら」とスムーズに同意が得られたが、家族がケアの対象とは思ってなくて、困りごとはわかっているが家族でどうにかしようとしていた。デイケアでのスタッフの対応について問うと、〈専門職から具体的な対応策が提示されず不満がある〉と困りごとを表出したので、対応を約束した。その後、子どもの症状再燃への対応や就労希望に対して〈治療の方法や必要性、患者の状態などの精神科



医療のことがわからない) 不安を具体的に表出した。本人が希望するデイケアプログラムに参加できていない理由について主治医やデイケアスタッフに確認し、母親へフィードバックした。症状悪化に対する不安には、病院はいつでも対応ができることを伝え、(医療職が、温かい、優しい態度で言葉をかけ、労をねぎらってくれると安心する) ことを意識化した。就労に関しては、必要な社会資源を病院の担当者と調整し、次第に母親自身で関係職種に連絡が取れる体制を整えた。

#### (5) 事例 5

支援開始時の家族の状況は、50代の両親と10代の患者で、発症からの期間は1.5ヶ月であった。患者は落ち着かず多動になり不眠と希死念慮が生じて入院となった。病状の改善は見られなかったが、両親の強い希望で、入院後数日で退院となった。その後、両親は本人から目を離さずに生活し外来受診には二人で付き添っていた。患者は症状や薬の副作用があり落ち着かない状況であった。

外来診察に同伴した両親に家族支援の必要性を説明したところ、母親は父親に隠れるようにして視線も合わさず怯えた表情であり(精神疾患と診断されたことで他者へ向かう怒りがある) ことが観察できた。父親は「私もだが母親はもっとショックを受けている」と話して、(精神疾患と診断を受けたことにショックを受けている) ことを表出し、家族支援に同意した。しかし、父親と約束した面談は子どもの症状悪化を理由に断られ、(精神科治療への抵抗と必要性に葛藤する) 様子が見られた。その後も父親は、診断を受け入れられず医療を受けさせたくない母親と治療の必要性を伝える医療者との間で揺れ、受診させることはできなかった。子どもの症状については次々と電話してきたが、看護師が現状の困りごとを尋ねても、困りごとは表出できなかった。父親からの頻回の電話を支持しながら治療の継続を支援した。医師および外来看護師と家族の入院に対する家族の不安な気持ちを共有しながら関係性を継続できるようにしていたところ、家族は再入院に同意することができ、さらに治療による症状の回復を目の当たりにして、入院治療の継続を了解した。退院時は父親自身の負担が軽減できるように療養環境を調整していた。

### 3. 家族支援の実践内容

家族支援の実践内容は12場面生成され、30のキーセンテンス、8つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーを導いた。以下、場面の要約を“ ”、キーセンテンスを「 」、サブカテゴリーを〈 〉、カテゴリーを《 》で示した。

家族支援のカテゴリーは、《ケアの希求への促し》、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》が導かれた(表4)。

#### 1) ケアの希求への促し

《ケアの希求への促し》は、(家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す)、(看護師に示す態度と言動を受け入れることで心情の表出を助ける)の2つのサブカテゴリーがあった。

(家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す)では、「家族に、看護師としてかかわりたいことを提案することで、家族にケアの担い手だけでなく、ケアの受け手でもあることの自覚を促し、介入の同意を得た」(ID1-1-1)、「家族の自由な語りを促したあと、改めて家族支援の必要性を伝えたことで、家族はケアの受け手としての自己を表現し、看護師のかかわりを受け入れた」(1-2-2)、などのキーセンテンスがあった。(看護師に示す態度と言動を受け入れることで心情の表出を助ける)では、「家族に支援者としてかかわることの受け入れができていたと感じたので、率直に看護師として気になった母親の反応を伝えたところ、外来受診で日ごろ感じている思いを吐露していた」(2-2-1)、「支援を求めた父親は不在で母親に迎えられた違和感はあったものの、母親は看護師に協力するという態度を積極的に示してきたので受け入れ見守ることで、患者本人ではなく家族に対する不満を吐露しはじめた」(1-2-1)などがあった。

このように、《ケアの希求への促し》は、支援の受け手であることの自覚を促しつつ、様々な態度や言動をありのまま受け入れることで心情の表出を助ける実践であった。

#### 2) 当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め

《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》は、(言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める)、(看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す)、(子と向き合う意欲に気づき支持する)、(かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす)があった。

(言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める)では、「母親は、看護師を相談者と認め、自らの心情を吐露していたので、看護師はその言葉を代弁しながら共感を示したところ、母親に支援の必要性が伝わり具体的な支援の提案に同意を得た」(3-3-2)、「家族は、看護師とのやり取りの後、自分の困りごとを明言することはできなかったが、次回のかかわりを自ら提案することで、自覚できていない支援の必要性を表出していた」(1-1-3)などがあった。(看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す)では、「日ごろは、不安があり、緊張が解けないために疲労があると訴える母親に対し、「今」のようなゆったりとしたたたずまいが、子によい影響を与えるとも母親の良いところを具体的に伝えると、これまでとは違って肯定的な反応を示した」(3-2-3)などがあった。(子と向き合う意欲に気づき支持する)では、「自分からうまくいった対処を語り始める母親を支持しつつも、合間に見せる病

表4. 統合失調症初発患者の家族支援の実践内容

ID	支援内容（キーセンテンス）	サブカテゴリー	カテゴリー
1-1-1	家族に、看護師としてかかわりたいことを提案することで、家族はケアの担い手だけでなく、ケアの受け手でもあることの自覚を促し、介入の同意を得た	家族支援の必要性に気づき、ケアの受け手である自覚を促す	ケアの希求への促し
1-2-2	家族の自由な語りを促したあと、改めて家族支援の必要性を伝えたことで、家族はケアの受け手としての自己を表現し、看護師のかかわりを受け入れた		
2-1-1	家族に、看護師としてかかわりたいことを提案することで、家族は自らをケアの受け手と自覚し、次回のかかわりに関する調整に積極的に応じていた		
3-1-1	家族に研究の主旨を説明したところ、怪訝な様子を見せていたが、家族支援の必要性を伝えると看護師へ関心を示し、面接の日程を自ら提案してきた		
3-3-1	母親に相談先として連絡を受ける用意があることを伝えたと、母親としての悩みを語り始めた		
2-2-1	家族に支援者としてかかわることの受け入れができていないと感じたので、率直に看護師として気になった母親の反応を伝えたと、外来受診で日ごろ感じている思いを吐露していた		
1-2-1	支援を求めた父親は不在で母親に迎えられた違和感はあったものの、母親は看護師に協力するという態度を積極的に示してきたので受け入れ見守ることで、患者本人ではなく家族に対する不満を吐露しはじめた		
3-2-2	子の発症当時の経験を率直に語っていた母親が、親戚に子のことを相談できないと暗い表情で表現したことから、抛り所のない緊張感を捉えた		
3-3-2	母親は、看護師を相談者と認め、自らの心情を吐露していたので、看護師はその言葉を代弁しながら共感を示したところ、母親に支援の必要性が伝わり具体的な支援の提案に同意を得た	言語化されない支援ニーズをその言動から受け止める	当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め
1-1-3	家族は、看護師とのやり取りの後、自分の困りごとを明言することはできなかったが、次回のかかわりを自ら提案することで、自覚できていない支援の必要性を表出していた		
5-1-1	外来に付き添う両親に、研究の主旨と家族支援の必要性を説明したところ、母親は不信感を示していたが、父親は、母親と離れた後看護師のもとを訪れ、子の病気にショックを受けている感情を表出し、支援の申し出に合意した		
5-3-3	夜間の緊急受診を決意した父親と母親、子をねぎらいたいと思い受診に付き添うことを伝えたと、最初に家族支援の同意をして、後で拒否をしてきた父親だけでなく、最初は目を合わせなかった母親も、頭を下げて介入を受け入れた	看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで支援ニーズの認識を促す	
3-2-3	日ごろは、不安があり、緊張が解けないために疲労があると訴える母親に対し、「今」のようなゆったりとしたたたずまいが、子により影響を与えると母親の良いところを具体的に伝えたと、これまでとは違って肯定的な反応を示した		
5-2-1	子の症状が出現したタイミングで子への対応を要望し、同時に家族支援の介入をキャンセルすると訴える父親に、その訴えを受け入れたうえで、子の世話に応じることを再介入のタイミングと位置づけかかわりをつなぎとめた		
2-3-1	自分からうまくいった対処を語り始める母親を支持しつつも、合間に見せる病気への疑念を捉え、病気の特徴を説明し、丁寧に付き合う必要があること、治療が効果的であることを説明し励ました	子と向き合う意欲に気づき支持する	
2-2-4	初めて子の具体的な症状について語り始めた母親に対し、改めて、症状への対処法を提案しつつ、焦らないよう伝えたと、母親は自らの態度が子に影響を与えることを受け止め、子に向き合う態度を示した		
5-3-1	父親に対し再度介入するつなぎを使って、子の様子を確認しながら本日中の受診を勧めたが応じなかったものの、連絡ができたことを支持したところ、同日再び、症状への対処について相談の電話があった		
4-3-4	母親は、看護師とのやりとりを通して、困りごとの対応だけでなく自分の心情を表現し、満足感を表明した	かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす	
4-3-1	母親は、具体的な生活支援の必要性を訴えたので、対応を約束したところ、儀礼的な反応が返ってきたので、改めて母親の気持ちを確認したところ、発症時の苦勞体験を語りだした		
1-2-3	看護師に具体的な質問や不安を伝え、アドバイスを受けたあと、相談があるときは自ら行動するよう促すと同時に、自ら行動できるのが確かめたために、母親は介入の主導権を看護師へゆだねた		
2-2-2	診断名に対する疑いの言動に対し病気の受け止めができていないと感じ、とっさに指導をはじめたところ、両親の表情が暗くなったのでニーズのズレに気づき、指導から相談への対応を切り替え、子の病気に対する心情の表出を促した	経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す	
3-2-4	子の病気を受け止め、しっかりしているように見える母親だが、緊張感が強く医療者に警戒感を持っている印象を受けたので、自分を代理に使って見ないか提案したところ、ためらいつつも安心感を表出した		
1-1-2	家族としての困りごとの語りを促すが反応がないため、入院当時のできごとの語りを促したところ、発症当時の父親としての経験をとうとう語りだした		
3-2-1	家族支援の必要性について同意はしていなかったが、自らの経験を語るよう促したことで、精神医療に対する偏見や自分でなんとかなるという思いがあったことを表出した	家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める	
2-2-3	子の病気に対するつらさを表現した母親と父親に対し、その気持ちを代弁し共感を示したところ、面談当初は、子の診断名に対する疑問を呈した母親が、子の症状について語り始めた		
4-3-2	発症時の子の様子を語りながら、変化に気づけなかった自分を責めている言動が聞かれたため、当時の対応を支持しつつ、つらい気持ちを言語化し共感を示した		
2-3-2	以前は病気の説明に暗い表情を見せた母親が、今ではその内容を受け止め、自分が必要な時は相談したいと申し出たことから、対処行動を身に着けることができていると感じた	家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める	
5-3-4	子の症状に対し、受診するという対処行動がなかなか決断できない父親に寄り添い、繰り返し電話に応じたことと、父親の電話で相談するという行動を支持したことで、支援者として受け入れられた		
5-3-2	繰り返し子の症状への対処を連絡してくる父親に対し、その行動を支持しつつ、看護師として受診の必要性を伝えたと、私の意向を確認したのち受診に同意した		
4-3-3	発症時に母親が体験したつらい気持ちを看護師が言語化し表現したことで、当時の医療につながった安心感の想起を促した		

気への疑念を捉え、病気の特質を説明し、丁寧に付き合う必要があること、治療が効果的であることを説明し励ました(2-3-1)などがあった。〈かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見いだす〉では、「診断名に対する疑いの言動に対し病気の受け止めができていないと感じ、とっさに指導をはじめたところ、両親の表情が暗くなったのでニーズのズレに気づき、指導から相談への対応を切り替え、子の病気に対する心情の表出を促した(2-2-2)などがあった。

このように、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》は、言語化されない支援ニーズをその言動から受け止めつつ、看護師がニーズを推測して主導権を発揮することで、支援ニーズの認識を促しながら、子と向き合う意欲に気づき支持していた。同時に、かかわりへの反応から支援ニーズと支援内容のズレを見だし、支援の修正を重ねていく実践であった。

### 3) 心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度

《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》は、〈経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す〉、〈家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める〉のサブカテゴリーがあった。〈経験の言語化を助けることで子の病気と向き合う態度を引き出す〉では、「子の病気に対するつらさを表現した母親と父親に対し、その気持ちを代弁し共感を示したところ、面談当初は、子の診断名に対する疑問を呈した母親が、子の症状について語り始めた(2-2-3)などがあった。〈家族の子の病に向き合う態度の深化を受け止める〉では、「以前は病気の説明に暗い表情を見せた母親が、今ではその内容を受け止め、自分が必要な時は相談したいと申し出たことから、対処行動を身に着けることができていると感じた(2-3-2)などがあった。

このように、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》は、経験の言語化を助けることで子の病気と向かい合う態度を引き出し、その深化を受け止める実践であった。

以上のことから、家族への支援において看護師は《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出ししていたことが導かれた。

## IV. 考察

### 1. 統合失調症初発患者の家族の支援ニーズ

文献から導かれた初発患者の家族の支援ニーズとして、【疾患へのショックと偏見による孤立】【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】があった。

実際に家族支援を行った際に支援ニーズの手がかりと

したとき、【疾患へのショックと偏見による孤立】は、支援場面の例として“…母親は、ふと「統合失調症といわれたけど、本当にそうですかね…」とつぶやいた。そして、「自分でも調べたりしたけど、なんで私の子がね…」と話した”(ID2-2-2)など、5事例中4事例が、疾患に対する強いショックとして表出していた。また、“…両親や親せきが子育てを手伝ってくれたこと(に)感謝はあるけど今の病気を親戚に伝えられない悩みを吐露…”(ID3-2-2)し、家族自らの偏見によって、親しい関係者からも孤立していることが表出された。

【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】は、支援場面の例として、“私は、「今日はお母さんのお話を聞かせていただきたいと思っています。…お母さんの心配や不安についても、一緒に考えていきたいと思っています」と、家族支援の必要性を伝えた。それに対して母親は、子のことではなく、夫に対する不満、特に子の世話に対する不満を、吐露し始めた”(ID1-2-1)という夫婦関係への不満などがあった。

また、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】は、支援場面の例として、“…子の立場に立てるよう、「きつくありませんか、私は受診をしたほうがいいと思います」と自らの見立てを伝えた。しかし、今日は自宅でみるといって、受診には応じなかった”(ID 5-3-1)など、入院や服薬への抵抗感を示されることがあった。また、“…家族に話しにくいことは看護師に話していいのだと伝えたところ、「(看護師に対しては)子どものことは話しても、自分のことは話すことではないと思っています”(3-2-2)という語りの場面など、看護師が相談相手として認められていないことを実感した。

このように、文献検討で得た家族の支援ニーズは、本研究で介入した家族にも様々に表現されていた。ただし、その表現は見逃されやすく、また看護師の様々な働きかけへの反応として表現されていたことから、潜在化しやすいと考えられた。そのため、初発患者の家族を支援する際は、文献検討で得られた結果をアセスメントの手がかりとして活用する必要があると考えられた。

### 2. 統合失調症初発患者の家族支援を担う看護師の役割

本研究では、初発患者の家族支援の方法として、《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用で醸成する病への態度》を引き出ししていたことが導かれた。

佐々木(2002)は、事例性概念として「対象のニーズを優先する必要性」を示し、同時に地域住民の健康や疾病に対する“構え”の分類を示し、「健康に問題を抱えていながら何もしない、何もできない」住民の存在を指摘している。今回の本研究の家族は、5事例中4事例が、「困りごとはないか」という問いに答えることができな

かった。また、すべての事例が、「発症時の状況」の語りを通して、自らの心情を想起する中で、看護師にその言語化を助けられながら、複雑な心情を吐露するに至っていた。さらに、5事例とも、研究の趣旨と家族支援の必要性を説明する中で、看護師が「患者本人のことだけでなく、家族の困りごとや心配ごとにも、看護師としてかかわりたい」と家族支援の必要性をはっきり伝えたことに対し、介入を受け入れるなど、その反応で家族支援のニーズが潜在していることを表現していた。このことは、初発患者の家族が、自らの支援ニーズに気づきにくい、そのために「問題を抱えていながら何もしない、何もできない」ことを示している。つまり、看護師は、家族支援の方法として、自らの相談機能や調整機能を具体的に家族に示し、支援を提供できることを説明する責任を果たすことによって、家族支援を担う役割が発揮できると考える。そのためには、本研究で介入したように、最初に支援関係を取り結ぶ「インテーク面接」(佐々木, 2002)を支援プロセスに取り入れることで、「ケアの希求への促し」につなげることが可能になると考える。

統合失調症は幻覚や妄想、異常な思考や行動が見られるため、特に初発患者の場合は、患者本人だけでなく、家族も初めて経験する症状への対応に強い困難を感じる(林ら, 2020)。同時に、社会の偏見も根強い(吉井ら, 2008)ことから、他の慢性疾患とは異なり、初発患者とその家族は、社会から孤立しやすい(松田ら, 2020)、家族機能が危機状態に陥る(宮崎ら, 2016)などの報告がある。佐藤(2011)は、痛みという主観的体験について、「痛い患部をさすってもらうことは、言語化しづらい痛みを生きる孤独な主体と、他者という世界とが一体となり、身体を通して世界とかわる重要な窓を開いている」と述べている。初発患者の家族が抱える心理的な痛みに対し、手を差し伸べてさすことはできなくても、体験の言語化を促し、その時の心情を「怖かったですね」、「つらかったですね」、「大変でしたね」と代弁する看護師の応答は、痛みに寄り添うことにつながるのではないだろうか。家族支援の実践をしているとき、私は、家族が困りごとを語りづらそうにしているため、話しやすいだろうと発症当初の体験について語るよう促していた。しかし、支援内容を分析していくプロセスで、家族は、認識しづらい複雑な心情を語りを通して追体験しており、そのタイミングで看護師が心情を代弁することは《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》となり、共感を示すことにつながっていた。そして看護師が共感を示すことは、家族が自分の気持ちや悩みに気づくことを助けていたと推察できた(半澤ら, 2008)。したがって、家族の痛みを手を差しのべ、孤立を予防するためには、発症当初のつらい体験について語りをうながし、家族の心情の表出を助ける必要があると考える。

Biestek (2006) は、援助関係の形成プロセスとして、対象のニーズに援助者が適切に応答することで、対象が

援助者の感受性を認識し、援助関係が形成されると述べている。本研究ではインテーク面接と発症当時の体験の語りを促し、言語化されないニーズを推察しながら働きかけ、同時にニーズと支援内容のズレを家族の反応から捉えては、支援内容を修正するプロセスを繰り返した。特に支援内容を修正するプロセスは、適切なタイミングでなければ支援が拒否される結果にもつながっていた。支援内容を修正する感受性を磨くためには、家族支援において支援ニーズを推察し、確かめ、その反応を評価するプロセスを丁寧に実践する必要があると考える。

以上のことから、初発患者の家族支援を担う看護師の役割は、インテーク面接を《ケアの希求への促し》の糸口として、発症当時の家族の体験の語りを促しながら心情の追体験と言語化を助け、支援ニーズを推察し、確かめ、その反応を評価し、ズレを修正しながら、継続して寄り添うことであると考えられた。

#### 4. 本研究の限界と課題

本研究の限界の一つ目は、実践期間が短かったため家族の変化への対応がなされていないことである。患者の診断からの期間は、1.5か月から6か月と幅があり受容の段階も様々であったので、家族の様々な局面が現れたことは家族への支援を考える上で有意義であった。しかし、疾患に対する反応やその経時的変化もまた家族によって多様であるため、今後は、家族の経時的な変化に合わせた支援についても研究を深めることが課題である。

二つ目は、研究協力者が外来通院中の患者、つまり退院して家族と共に生活できる程度に回復している患者の家族に限られていることである。患者入院中の家族は、患者への直接の対応を迫られない反面、患者の疾患の経過が見えにくく、病気への疑問がより表出しにくいことが予測され、外来通院中の患者の家族とは異なる状態がある。今後は、入院患者の家族への支援についても研究を広げることが課題である。

#### V. 結論

1. 先行研究から整理された初発患者の家族の支援ニーズの中核は、【疾患へのショックと偏見による孤立】、【患者の病状に加え家庭生活の不調和による課題の複雑化と憔悴感】、【救いを求める一方で精神科医療への抵抗感と看護への期待の低さ】であった。
2. 家族支援の実践において先行研究から整理した支援ニーズが見いだされたが、その表現は見逃されやすく、また看護師の様々な働きかけへの反応として表現されていた。
3. 初発患者の家族支援において看護師は、《ケアの希求への促し》により支援へのつながりを持ち、《当事者に認識されにくい複雑な心情の受け止め》から共感を示すことで、《心情の言語化と看護師との相互作用

で醸成する病への態度》を引き出していたことが導かれた。

## 謝辞

本論文は、第一筆者の令和4年度の沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の課題研究に加筆修正したものである。

本研究にご協力を頂きました研究協力者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 引用文献

- Biestek, F. P. (2006). ケースワークの原則 援助関係を形成する技法 (pp26-27). 誠信書房.
- 福田正人. (2013). 統合失調症 (pp25-36). 医学書院.
- 古谷智子, 神郡博. (1999). 精神障害者の家族の心理的経過に関する研究—発病から入院後まで—. 富山医科大学看護学会誌, 2, 29-39.
- 半澤歩, 渡部玲二郎. (2008). 日常的な相談場面における「共感されること」の効果. 茨城大学教育学部紀要, 57, 207-219.
- 林千華, 蔭山正子. (2020). 精神障がい者をパートナーにもち子育てをする配偶者の経験. 日本公衆衛生看護学会誌, 9 (1), 27-36.
- 岩崎弥生. (1998). 精神病患者の家族の情動的負担と対処方法. 千葉大学看護学部紀要, 20, 29-40.
- 蔭山正子. (2012). 家族が精神障害者をケアする経験の過程—国内外の文献レビューに基づく共通段階—. 日本看護科学会誌, 32 (4), 670.
- 加藤知可子. (2009). 初発統合失調症患者の家族が必要とする看護師からの情報提供に関する検討. —急性期治療病棟に入院している初発患者の家族へのインタビューを用いて—. 日本看護学会論文集：精神看護, 40, 152-154.
- 菊池美智子, 山田浩雅, 佐竹裕美他. (2004). 精神科初回入院患者の親の体験と看護援助. 愛知県立看護大学紀要, 10, 33-40.
- 菊池由莉, 岡本裕子. (2009). 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討. 広島大学心理学研究, 9, 217 - 229.
- 厚生労働省. (2017). 患者調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> (2022年6月8日現在).
- 松田安奈, 井上幸子. (2020). 統合失調症患者の家族の疾病理解および偏見と批判的態度の関連. 日本精神保健看護学会誌, 29 (2), 71-76.
- 宮崎徳子, 萩典子, 大西信行, 児屋野仁美. (2016). 統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析. 四日市看護医療大学紀要, 9 (1), 13-21.
- Ngqoboka M, Gmeiner A, Poggenpoel M. (1999). The

family's experience of having a mentally ill family member. Health SA Gesondheid, 4(3), 42-51.

- 中坪太一郎. (2008). 統合失調症の家族研究の展望. 東京大学大学院教育学研究紀要, 48, 203-211.
- 岡田宏基, 平野大輔, 谷口敬道. (2020). 統合失調症の社会機能と陰性症状サブドメインとの関連 MEDLINE および医学中央雑誌に基づくシステマティックレビュー. 国際医療福祉大学学会誌, 25 (1), 52-64.
- 佐藤泰子. (2011). 苦しみと緩和の臨床人間学—聴くことと語ることの本当の意味— (pp104). 晃洋書房.
- 佐々木裕子, 早川由美. (2003). 精神障害者の家族支援についての文献研究—歴史経緯と当事者研究から支援の方向性を探る. 人間文化研究, 1, 93-108.
- 佐々木雄司. (2002). 生活の場での実践メンタルヘルス (pp8-10, 14 ÷ 16). 保健同人社.
- 全国精神保健福祉会連合会. (2010). 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究報告書. 平成21年度厚生労働省障害者保健福祉事業障害者自立支援調査研究プロジェクト. 東京.
- 田野中恭子. (2017). ケアの実践とは何か—現象学からの質的研究アプローチ— (pp114-138), ナカニシ出版.
- Tuck I, du Mont P, Evans G, et al. (1997). The experience of caring for an adult child with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 11(3), 118-125.
- 吉井初美, 香月富士日. (2008). 初発統合失調症の子を持つ母の心理. 日本精神保健看護学会誌, 17 (1), 113-119.
- 吉井初美, 光永憲香, 斎藤秀光. (2013). 我が国の初発統合失調症患者の母親に関する研究動向と支援課題. 東北大学医学部保健学科紀要, 22 (1), 1-6.
- 横山恵子. (2013). 精神障害者家族会入会までの心理的変化と家族会で得たもの—若年層の統合失調症患者の家族へのインタビューから—. 保健医療福祉科学, 3, 7-13.
- 横山恵子. (2017). 国際動向をふまえた日本の強みと展望—精神障害リハビリテーションの変遷と現状 家族支援の現状と展望. 精神科リハビリテーション, 21 (2), 147-150.

## Support for families having patients with new-onset schizophrenia by nurses

Harumi Takushi<sup>1)</sup>, Mineko Okawa<sup>2)</sup>, Masayoshi Sakugawa<sup>2)</sup>.

### Abstract

**Purpose:** To contribute to the establishment of the system to support community life of families having mental patients, the purpose of the study was to organize support needs for the families having the patients with new-onset schizophrenia from previous studies; to attempt family support using the outcome as a hint, and to propose ways of support for the families who tend to be isolated.

**Methods:** This study was an intervention study. In the first stage of the study, a literature review to gain a hint of the support-needs for the families having the patients was done. In the second stage, an intervention was conducted on five families (research collaborators) who met criteria for selection by authors as an intervenor based on the hint of the support needs from the first stage, and the methods to support were considered via the contents.

**Results:** 1. The support needs for the families gained from the literature review, were “being shocked at getting a disease and an isolation due to bias”: “complication of issues and feeling exhausted by patient’s illness and disharmony of the family’s life” and “resistance toward psychiatric care and a low expectation of nursing while asking for help”.

2. Contents of the family support were “prompting to long for care” such as ‘encouraging the patients to realize they are recipients of care and to notice the necessity of the family support’: “accepting complex feelings which are difficult for a party him/herself to realize such as ‘encouraging awareness of the support needs via exerting the leadership with estimating the needs’. Furthermore, the contents also included “attitudes toward the disease nurtured by an interaction of verbalized feelings with nurses” such as ‘accepting deepening of the attitudes toward the disease of the child’.

**Conclusion:** Consequently, the ways of the family support for the patients with new-onset schizophrenia included having a tie with the support via “prompting to long for care” and expressing empathy from “accepting complex feelings which are difficult for a party him/herself to realize”, and derived “attitudes toward the disease nurtured by an interaction of verbalized feelings with nurses”.

**Key Words:** schizophrenia, new-onset, support for family, nurse

---

1) Okinawa Chuou Hospital

2) Okinawa Prefectural College of Nursing