

ラダーと事例から学ぶ

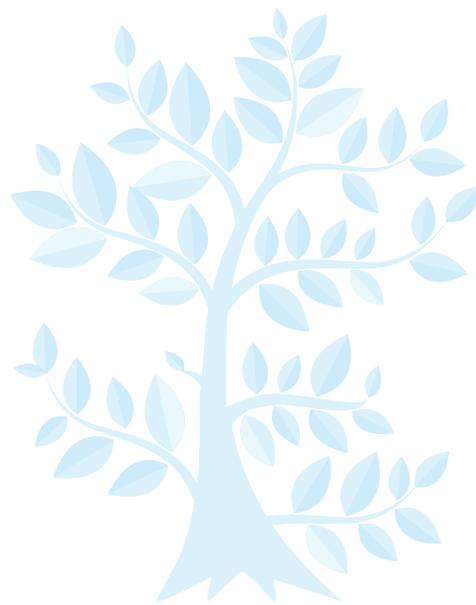
# 家族志向のケア

家族療法の考え方とスキルを  
プライマリ・ケアに活用する

編著

若林英樹  
宮本侑達  
田中道德  
山田宇以  
松下 明

ファミラボ (プライマリ・ケア医のための家族支援研究所)



# 序

健康問題は目の前の患者個人だけのものではなく、家族、地域、社会と連動している。つまり、Engel が示したように、私達の健康問題は、組織-臓器-個人-家族-地域-社会が相互に関係しあうシステムの中で成り立っている<sup>1)</sup>。とりわけ家族との相互の影響が大きいことが、これまでの研究で明らかになってきた。身近な例をあげると、さまざまな身体症状や疾患のきっかけとなる家族のライフサイクルの変化、高齢者や終末期患者をお世話する介護家族の抱える問題、子ども期や思春期における問題行動の裏にある家族内の葛藤関係などである。

家族と関わるこのような問題をより包括的にとらえ、効果的に支援することを目指す領域として、家族志向のプライマリ・ケアが発展してきた。家族志向のケアは家族療法の基本的な考え方・技法を基盤に体系化されている。そして近年、わが国でもこの領域は総合診療・家庭医療専門医に求められる能力として広く認識されるようになった。一方、専門研修プログラムにおいて、その教育のリソースや方法はまだ確立しておらず、どのように学習、実践したらよいかわからないという声が多い。

本書の著者らは、有志のオンライン勉強会、学会のワークショップなどで、その教育、学習に取り組んできた。その中で、多くの若手医師から、勉強しても実践になかなか結びつかない、どうすればよいかという質問をしばしばいただいた。本書ではそのような声に応えるべく、試行錯誤しながらわかりやすいメソッドとしてまとめた。すなわち、Doherty と Baird が5段階で示したプライマリ・ケアにおける家族介入のレベルに沿って5つのラダーに分け、考え方、スキルをできるだけ実践的に解説した<sup>2)</sup>。対象としては、主に総合診療・家庭医療の専攻医を想定してまとめたが、プライマリ・ケア、地域医療に従事する、さまざまな専門診療科の医師やメディカルスタッフの方々にも、十分活用いただけると考えている。

1章では、この分野の基礎となる、家族をシステムとしてみる視点、病気と家族について、基本理論やエビデンスを述べる。2章では5つの各ラダーに分けて具体的な考え方やスキルを詳しく解説する。3章ではプライマリ・ケアにおける多様な場面での臨床ケースシナリオを用いて考え方や実践例を示す。ケースシナリオは、読者が困っている事例に似た場面を参照したり、また、学習会での検討事例としても活用できることを想定した。4章では家族志向のケアの学び方・教え方、そしてよくある質問に対する回答を記す。本書は関心のあるどの章から読んでも理解しやすいよう工夫した。本書が読者の皆さまの家族志向のケアの理解と実践にお役に立てれば幸いである。

## 文献

- 1) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psych*. 1980; 137: 535-44.
- 2) Doherty W, Baird M. *Family therapy and family medicine*. Guilford Press; 1983.

2024年4月

三重大学医学部 附属病院総合診療科/名張地域医療学講座

若林英樹

## 1章 ■ イントロダクション

家族志向のケアとは	〈若林英樹〉	1
はじめに		1
家族という概念		1
家族志向のケアの誕生と発展		2
家族志向のケアの効果についてのエビデンス		4
病気と家族	〈山田宇以〉	6
システムとしてみる家族		6
家族が病気に及ぼす影響，ソーシャルサポートとしての家族		7
病気が家族に及ぼす影響		8
健康信念，病気の意味づけと家族		9
家族の心理的適応		10
医療者と家族		12

## 2章 ■ 家族志向のケアにおけるラダー式学習目標

発想と概観	〈田中道徳〉	15
レベル1 医師主導で情報を扱う	〈田中道徳〉	19
知識・技法の解説		19
Ⅰ 診断・治療（精神疾患も含む）に必要な情報を聴取できる。		20
Ⅱ 家族歴を聴取できる。		20
Ⅲ 臨床的・法的・倫理的に最低限必要な情報を聴取し，説明できる。		20
Ⅳ 情報に基づいたアドバイスや処方をはじめ治療や対応を行うことができる。		20
Ⅴ 危機的状況のアセスメントと緊急対応ができる。		20
目標となる診察/事例解説		21
レベル2 双方向に情報を扱う	〈河田祥吾〉	23
知識・技法の解説		24
Ⅰ 患者と家族がそれぞれ影響し合うことを理解できる。		24
Ⅱ 配慮すべき家族（ヘルスエキスパートや顧客）を理解し，把握することができる。		25
Ⅲ 家族図の基本的事項（関係性を除く構成のみ）を描くことができる。		25

IV 患者や家族とラポール形成を意識することができる。	26
V 患者や家族の解釈モデルを引き出すことができる。	26
VI 臨床家・患者・家族が互いに満足できるプランを立てることができる。	28
目標となる診察/事例解説	29
<b>レベル3 感情面を扱う</b> (種本陽子, 田中道徳)	33
知識・技法の解説	33
I 患者や家族の感情とその背景にある問題のとらえ方を理解できる。	34
II 患者や家族に共感し, その感情を反映して, その効果を意識できる。	35
III 多方向への肩入れを用いて患者や家族一人ひとりに公平に共感を示すことができる。	36
IV 患者や家族から引き出した感情やその背景にある問題のとらえ方に対して カウンセリング技法を用いて介入できる。	38
V 医療者と患者・家族の関係性の特徴を理解し, 自らの診療場面における問題点を指摘できる。	39
目標となる診察/事例解説	40
<b>レベル4 家族関係を扱う</b> (宮本侑達)	45
知識・技法の解説	46
I システム論的視点から医師・患者・家族の相互プロセスを認識することができる。	46
II 家族の発達・機能・構造を理解し, 家族アセスメントを行うことができる。	47
目標となる診察/事例解説①	60
III アセスメントをもとに方略を立て, 家族カウンセリングを実践できる。	60
IV 家族カンファレンスを5つのステップに沿って実施することができる。	64
V 医療者と患者・家族の関係性を認識し, コントロールできる。	70
VI レベル4とレベル5を区別し, 専門家につなぐべきタイミングが理解できる。	73
目標となる診察/事例解説②	73
<b>レベル5 困難事例を扱う</b> (田中道徳)	79
知識・技法の解説	80
I 家族支援の専門家や, それ以外の拡大可能なリソースを把握することができる。	81
II 支援の五角形を意識しながら, 臨床家自身, 患者, 家族, 医療リソース, 地域リソースのシステムをアセスメントすることができる。	83
目標となる診察/事例解説①	85
III アセスメントに基づき, 臨床家自身の職務・能力・労力の限界を認識した上で, 必要に応じて支援システムを適切に拡大し, システム全体を調整できる。	86
目標となる診察/事例解説②	89
IV 過去の自分の経験を意識し, 自己省察を行いながら, 医師自身のストレスなどに対処できる技術を身につける。	91
目標となる診察/事例解説③	93



# 医師主導で情報を扱う

## ▶ 一般目標

医療行為を行う上で最低限必要な情報聴取およびアドバイスや治療を実施することができる。

## ▶ 個別目標

- I 診断・治療（精神疾患も含む）に必要な情報を聴取できる。
- II 家族歴を聴取できる。
- III 臨床的・法的・倫理的に最低限必要な情報を聴取し、説明できる。
- IV 情報に基づいたアドバイスや処方をはじめ治療や対応を行うことができる。
- V 危機的状況のアセスメントと緊急対応ができる。

### 事例

診療所で外来を行っていたところ、40歳男性、佐藤宏明さん（仮名）が初診で来院した。

**主訴** ● 労作時胸痛。

**経過** ● 1カ月前から階段を上がるときに前胸部の痛みを自覚。安静にすると数分で収まるため様子をみていた。数日前から胸痛の頻度が増えてきて、息切れも自覚したため、妻とともにクリニックの外来を受診した。

**既往** ● 30歳代から健診で脂質異常症、高血圧を指摘されていたが、仕事が忙しく未受診。

**家族歴** ● 実父が40歳代で心筋梗塞。現在は脂質異常症、糖尿病、高血圧で通院中。

**診察** ● バイタル著変なし、特記すべき事項なし。

さらに詳しく尋ねると、30分前から前胸部絞扼感を伴う胸痛が持続しており、心電図にてST低下を認めた。病歴・検査結果から急性冠症候群を強く疑った。診療所では、緊急の血液検査はできないため、精査・加療ができる病院へ救急搬送するのが望ましいと判断した。

## 知識・技法の解説

レベル1では、双方向のやりとりは求められず、最低限の情報把握および伝達に留まる。その一方で、臨床推論や緊急対応などの医師としての基本的な技術が必要とされる。以下にレベル1で求められる技術を詳述する。

# イントロダクション

## 事例から学ぶ重要性

- 「家族の重要性はよくわかるが、うまく関わるができない」
- 「家族が絡む困難な事例にどのように向き合っていけばよいかわからない」
- 「家族は個別性が強いので、その場しのぎの対応になってしまう」
- 「家族志向のケアは独学で学ぶには限界がある」
- 「家族志向のケアは抽象的で実践に結びつけにくい」
- 「家族志向のケアについてどのように教えたらよいかわからない」

筆者らは家族志向のケアの勉強会を定期的で開催しているが、参加者からよくこのような意見をいただいた。勉強会の参加者のニーズで高いのは、理論の学習ではなく、理論をどのように目の前の家族に適用するかという実践方法の習得であった。実際、日本では家族志向のケアの理論や方法論は書籍やセミナーで学ぶことはできても、現場の実症例への応用を指導できる指導者や場はまだ少ないと実感している。

勉強会を重ねるうちに、シナリオを使った学習を重視するようになった。具体的な家族や社会背景を設定した架空の事例を用意し、参加者にはグループワークでその事例の家族アセスメントを行っていただく。さらに、医療者・患者・家族それぞれのセリフが組み込まれた面接シナリオを用意し、参加者それぞれの役割を演じていただき、家族アセスメントや家族カンファレンスの実際のやりとりを体験いただけるようにした。その結果、「日々の臨床でどのように考え、どのように関わるか学べた」という感想をいただくようになり、勉強会への満足度も高まったように実感している。

3章は、これらの勉強会の経験をもとに構想されている。1章では家族志向のケアの背景となる理論、2章では家族志向のケアの実践に活用できる理論を紹介してきた。3章では、これらの理論を事例に落とし込み、実践的な知識を得ることを目指している。執筆者はともに勉強会を一緒に開催してきたメンバーであり、各事例には家族志向のケアのエッセンスが詰まっている。

そして、個人学習だけでなくグループ学習への活用も意識した構成とした。本書を活用して、多くの読者にワークショップの臨場感を体験していただき、日々の臨床に活かしていただければ幸いである。

## 本章の構成

事例はすべて架空のものであり、プライマリ・ケアの現場でよく経験するような事例を意識して作成している。より深い学習を促すため、以下の構成としている。

- 事例は外来、病棟、在宅の3つの場面と困難事例に分けられている。外来、病棟、在宅事例は

## 事例の経過 ▶▶▶

### 〈初回外来〉

児の皮膚は軽度乾燥し、首、身体などの湿疹から乳児湿疹と診断した<sup>①</sup>。アレルギーなどの父方の家族歴は不明だったため、夫などに聞くよう促した<sup>②</sup>。また外用薬についての心配を確認した<sup>③</sup>上で、まずは保湿剤、外用ステロイドを使用し、スキンケアを指導した。

**医師：**里帰り出産でしょうか。移動など大変ではなかったですか？<sup>④</sup>

**母親：**そうなんです、実家だったんですけど……いろいろ大変でした。

**医師：**今は3人暮らしですね。最近の生活はいかがですか？

**母親：**なんとか……という感じですかね……（少し疲れた表情）。

**医師：**赤ちゃんのお世話だけでも大変な時期ですよ。旦那さんはいかがですか？

**母親：**転勤して1年弱で平日はなかなか忙しくてあまり家にはいないです。

**医師：**そうすると普段はお一人で頑張られているんですね。少しお疲れのようですね。大変ですよ<sup>⑤</sup>。

**母親：**まあ少しだけ……でも、頑張らなくっちゃいけないですし……。

**医師：**大きく元気に育っていますし、十分に頑張っておられると思いますよ。産後の体調もまだまだ落ち着かない時期ですし、お母さん自身のことも困ったらいつでも仰ってくださいね。

**母親：**ありがとうございます（ホッとする表情）。

**医師：**お子さんの予防接種はまだのようですね。いろんな理由で接種を躊躇する方や、忙しくて遅れてしまう方もおられますがご心配などありますか？<sup>⑥</sup>

**母親：**あ……その……（動揺した様子で泣き始める）

**医師：**大丈夫ですよ、どうぞ……（ティッシュを差し出しつつ、落ち着くまで沈黙して待つ）<sup>⑦</sup>

**母親：**……すみません……わかってたんですが、移動とかでバタバタしちゃって、少し前に別の病院に行ったときに「遅れたらできない予防接種もあるんだよ!？」って怒られて……予約はとったんですが、行けなくて、肌もまた悪くなったのでこちらに受診に来たんです……。

**医師：**それはびっくりして戸惑いましたよね。受診先をみつけるまで不安でしたよね。

**① レベル 1-IV** 適切な診断を行う。

**② レベル 1-II** 家族歴を聴取する。家族歴を尋ねることで、過去の子育ての情報を得ることにつながることもある。

**③ レベル 2-V** 家族の解釈モデルを聞き出す。例えば、ステロイドへの抵抗感をもっていることを聞き逃すと、治療アドヒアランスが悪くなり、治療失敗につながる可能性もある。

**④ レベル 2-IV** 予防接種の遅れを指摘する前に出産後の変化や大変さを労うことでラポール形成を意識した声かけをしている。

**⑤ レベル 3-II** 共感と明確化。表情から感情や苦勞をイメージし、共感する。

**⑥ レベル 2-V および 3-IV** 一般化を交えながら家族の解釈モデルを引き出す。一般化を加えることで話しやすい雰囲気を作り、非難されていると感じることがないように工夫した。

**⑦ レベル 3-II** 共感。泣いても問題ないことを言語的にも非言語的にも示す。