

〔原 著〕

在宅療養を希望する脳血管障害後遺症をもつ男性患者と配偶者の 発症3か月の心理プロセスと関係性に関する研究

梶谷みゆき¹⁾ 太湯 好子²⁾ 白岩 陽子³⁾

要 旨

本研究は、退院後在宅療養を考えている脳血管障害後遺症をもつ男性患者とその介護者(本論文においては配偶者)の、脳血管障害発症から3か月の心理プロセスと両者の関係性の分析をすることを目的とした。7事例の患者と配偶者の双方に半構成的なインタビューを行い、データを質的帰納的方法によって分析した。結果、患者と配偶者の心理プロセスとして《不安と混乱》《つらさの並立》《つらさの共有》《周囲への感謝》《回復への希求》《回復の喜び》《現実の客観視》《自律性への希求》《罪悪感》《かみあわなさの実感》《拮抗する大きな揺れ》《つらさからの解放への期待》の12のカテゴリーを抽出した。この12のカテゴリーは患者と配偶者の関係性をもとに「患者と妻が共に歩めている」と「患者が立ち止まり妻と共に歩めていない」2つの類型に整理できた。在宅療養を決断した患者と配偶者であっても、必ずしも両者が共に歩めているわけではない。意図的な看護介入の必要な時期として12のカテゴリーの中の《つらさの並立》から《つらさの共有》に至る時期と、両者が共に歩めていない関係が認められる時期に、双方を支える看護介入が必要であることが示唆された。

キーワード：脳血管障害、介護者、心理プロセス、関係性、質的研究

1. 緒 言

わが国の脳血管障害による死亡率は減少したものの、その総患者数は1987(昭和62)年の114万4千人から1996(平成8)年には172万9千人と増加しており、在宅ケアを必要とする対象者の中でも脳血管障害患者は大きな比重を占めている¹⁾。在院日数短縮化の流れの中で、患者と家族は早期から回復期以降の対応を決定しなければならない状況である。脳血管障害は突然発症することが多く、また生命は取り留めたものの様々な機能障害を後遺症として残すため、患者と家族が介護されることあるいは介

護することを受け入れて生活を再構築していくためには、専門職者によるタイムリーで適切なサポートが必要である。これまで脳血管障害患者やその介護者に関する研究としては、患者の障害受容過程²⁾や家族の障害受容過程に関する研究³⁾⁴⁾、介護者が介護を意味づけていく過程に関する研究⁵⁾、患者と家族のケアニーズに関する研究⁶⁾などがある。在宅療養における介護者の負担感に関する研究は、1990年代後半を中心に多くの研究が積み重ねられてきた^{7)~11)}。それらの研究では、患者の機能障害を中心とした身体状況、あるいは患者と介護者の密接なコミュニケーションや意志の疎通が、介護者の介護負担感に対して重要な影響因子となることを明らかにしていた。患者と介護者の相互作用について取り扱った研究は、川口¹²⁾や小岩¹³⁾の研究があり、要介護者と介護者の良好な関係や的確な現実認識が療養生活

¹⁾ 島根県立看護短期大学

²⁾ 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

³⁾ 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

の安定につながることを明らかにしていた。欧米では、在宅療養における脳血管障害患者と介護者へのサポートプログラムや看護介入の有効性などケアシステムや介入の評価に関する研究^{14)~17)}が多く行われていた。脳血管障害患者の介護者の心理的な側面を分析した研究は、介護者の burn-out 危険因子に関する研究¹⁸⁾や在宅療養における介護者への専門看護師による有効なサポートを質的に抽出した研究¹⁹⁾があった。先行研究を検索した結果、日本においても欧米においても患者と介護者が介護を受けたり、介護を引き受けていく過程における心理の細かな変化や両者の関係性について明確にしたものはなかった。

急性期を担う医療機関ではおおよそ3か月をめぐりとして入院期間を設定しているが、当初より在宅療養への方向性を明確にしている患者と家族であっても、退院を前に様々な困惑が存在すると思われる。しかし、患者と介護者の両者が脳血管障害発症からの3か月間にどのような心理プロセスを経て、どのような関係を形成しながら在宅療養に向かっているのかについて明らかにしたものはない。

本研究の目的は、退院後在宅療養を考えている脳血管障害患者とその主たる介護者における発症から3か月間の病いの認識や介護に関する心理プロセスと、そこに生じている両者の関係性を明らかにし、この時期の患者と介護者への看護介入のあり方に示唆を得ることである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象はA県の総合病院に、脳血管障害を発症して入院している患者とその主たる介護者(以下、患者と介護者と示す)である。患者は、脳血管障害初回発症で発症後2~3か月を経過しており、運動障害などのADL障害が残り介護を要する状態であるが、退院後は自宅での療養を考えているケースとした。患者と主たる介護者の双方から研究の主旨に同意を得

られた7事例である。なお、患者自身の気持ちを語る事が出来ることを求めたので、高次脳機能障害と意識障害のある患者は除いた。

2. データ収集方法

脳血管障害発症から3か月の患者と介護者の心理プロセスと、そこに生じている両者の関係性の分析を行うという研究の主旨に基づいて、半構成的なインタビューによって得られた患者と介護者の語りをデータとした。当初、患者と介護者に対して個別にインタビューすることを検討したが、対象者らが自ら双方同席してのインタビューを希望したことから、患者と介護者が語る場を求めており、同席することによって遠慮など語りが制約されるデメリットよりも、むしろ双方の語りを促し互いの理解や生活上の調整などにつながると考え、研究者を含めた3名同席でのインタビューを行うこととした。

インタビューは、入院中の病院の説明室を借りて実施し、①脳血管障害を発症した直後、患者と介護者の気持ちはどのようなようであったか、②脳血管障害そのものやその後遺症についてそれぞれどのように受け止めたか、③介護されることもしくは介護することについてそれぞれどのように受け止めたか、④患者は介護者に対して、また介護者は患者に対して今現在どのような思いを持っているか、⑤今後、患者と介護者は各々どのように生活したいと思っているか等の内容を中心に行った。

3. 分析方法

データ分析は Glaser と Strauss によって提唱された Grounded theory approach²⁰⁾と舟島らの研究方法²¹⁾をガイドラインとして質的帰納的に行った。インタビューは患者と介護者の了解を得て録音した。録音内容はすべて逐語記録としておこし、最小単文を最大で段落の単位をひとまとまりとしてコード化を行った。まず1事例ごとに発症から3か月の時間軸に沿って語られた患者と妻のその時点での自分自身や相手に対する気持ちと介護を受ける・介護をすることに対する気持ちに焦点をあて、心理や相手との関係性を表すコードを抽出した。次に抽出し

たコードを基盤にカテゴリー化を行い、患者と介護者の心理プロセスを1事例ごとに明らかにした。その後7事例から抽出した心理プロセスのカテゴリーを抽象度を揃えつつ時間軸にそって整理し、最終的に患者と介護者の関係性の類型化を行った。

コード化・カテゴリー化においては、対人関係援助論を専門とするスーパーバイザー1名と保健看護学専攻の大学院生2名とのディスカッションを重ね客観性を高めた。

データ収集期間は2001年3月～2001年9月であった。

4. 研究における倫理的配慮

A総合病院施設長に研究実施の許可を得た後、主治医と看護師長に対象者の選択に関して相談し協力を得た。紹介を受けた患者と介護者に直接面会し、研究の主旨と具体的な方法、研究協力への同意は自由意志であり拒否をしても診療や看護を受ける上で不利益を被らないことを説明した。また、インタビュー実施にあたっては治療上または看護上支障をきたさない配慮をすること、インタビュー進行中であっても拒否をすることができること、インタビュー場面を録音したいこと、発表段階において患者と介護者が特定されることがないように配慮すること等について文書と口頭で説明し、数日間の期間において患者と介護者の双方から研究協力への同意を確認した。

III. 結 果

1. 対象とした7事例の概要

7事例の概要については、表1に示した。対象者の平均年齢は、患者が70.6歳(63歳～81歳)、介護者(配偶者)66.1歳(56歳～76歳)。患者はすべて男性であり、介護者はすべて配偶者である妻であった。(以下介護者を妻と表す。)患者は、片麻痺や四肢のしびれ感などによる運動機能障害があり部分介助を要する状態であった。事例6は軽度であるが言語障害を有したがインタビューには支障はなかつ

た。事例3においては、身体的に苦痛が強かったことと語ることがつらいという患者の訴えがあり患者だけ途中退席し、その後妻のみにインタビューを行った。7事例におけるインタビューの所要時間は60分～120分で、平均91分であった。

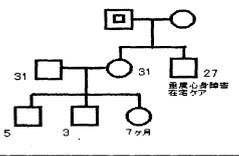
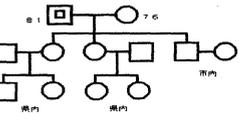
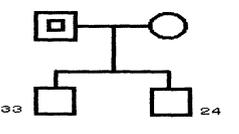
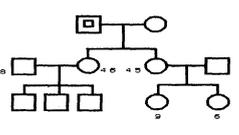
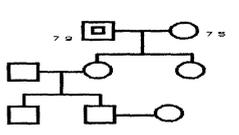
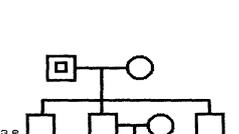
2. 患者と妻の心理プロセスの事例ごとの分析

患者と妻の語りをもとに、自分自身や相手に対する気持ちと介護を受ける・介護をすることに対する気持ちに焦点をあてて心理や相手との関係性を表すコードを抽出し、カテゴリー化を事例ごとに行った。後述する「患者と妻が共に歩めている」類型の例として、事例1の場合を発症から3か月の時系列に沿って整理し、カテゴリーを配置したものが図1である。また「患者が立ち止まり妻と共に歩めていない」類型の例として、事例3の場合を図2に示した。図の上段は患者のそして下段は妻の心理プロセスを示している。患者と妻の間に配した「患者と妻が織りなす世界」は、その時期に双方が影響しあいながら感じていた患者と妻の心理プロセスを示した。最下段にその時期に関連して起こっていた出来事を明記した。事例1の場合は、《不安と混乱》の時期を持ちながらも、周囲からのサポートをうまく自分たちの療養生活に取り込んで比較的早期に《つらさの共有》《回復の喜び》《自律性への希求》へと経過し、患者と妻がそれぞれの自律性の確立を図ることと両者の新たな関係性を模索する方向性を確認することができた。一方事例3の場合は、《不安と混乱》《つらさの並立》の時期が入院後長く続き、お互いのかみあわなさや心の揺れが表現されており退院を前にしてもなお双方の苦悩が続いている状況であった。

3. 7事例の脳血管障害発症から3か月の患者と妻の心理プロセス

前述のように患者と妻の関係性を1事例毎に分析を重ね、最終的に7事例の分析を行った結果、患者と妻が織りなす心理プロセスを表すカテゴリーとして12のカテゴリーが抽出された。12のカテゴリーの抽出プロセスにおいて、最少で10のコードから抽出したもの、最多で62のコードから抽出し

表1. 事例一覧表

事例 No.	年齢	疾患名	発症年月	主たる介護者	家族構成	インタビュー時の家族の概況	関係性の類型
事例1 A氏と妻	65才	・左脳内出血 右片麻痺 杖歩行 ほぼ自立 ・糖尿病	H13.1.	妻 56才 ・糖尿病		重度心身障害のある長男の介護を中心に家族のコミュニケーションは比較的オープンに行われていたと思われる。発症を機に長女夫婦が母の負担軽減の為に同居することになる。家族構成：三世代8人家族	I
事例2 B氏と妻	81才	・脳梗塞 右片麻痺 杖歩行	H13.1.	妻 76才 ・軽度の腰痛があるが概ね健康		夫は数年前まで稲作をしていた。妻は果樹栽培を営農組合のサポートを受けながら今も継続している。近隣の人との交流が多い。近くに住む長男夫婦より県内在住の長女夫婦との心理的距離が近い。家族構成：夫婦のみ	I
事例3 C氏と妻	66才	・左脳内出血 右片麻痺 車椅子 座位は可能であるがADLにはかなり介助が必要 ・高血圧症	H13.1.	妻 57才 健康		思い立ったら行動するタイプの夫に柔軟に添ってきた妻。2人の息子のサポートはあるものの体目程度で、妻にとって十分ではない。家事や義父母の介護に追われ、自分のための生き方が出来なかったと、悔いもある。夫婦のコミュニケーションは十分ではない。家族構成：二世代4人家族	II
事例4 D氏と妻	74才	・脳血栓 右片麻痺 屋内はいざりで移動 屋外は車椅子 もしくは杖を使用 ・心疾患（不整脈）	H13.3.	妻 73才 ・腰痛 ・膝関節痛		患者は幼少の頃に父を亡くし、自分の道を自分で切り開いてきたという自負を持っている。行動的な夫を心配しつつも、柔軟に添ってきた妻。同じ敷地内に次女一家がいる、生活自体は夫婦2人暮らしを基本としている。	I
事例5 E氏と妻	79才	・右脳梗塞 左片麻痺 4点杖歩行	H13.4.	妻 75才 ・左大腿骨頸部骨折で杖歩行 ・腰痛		果樹、稲作など広い田畑を2人で切り盛りしてきた自負が互いにある。長女夫婦のサポートを受けられそう。夫婦のコミュニケーションは良好。しかし、身体機能が十分ではない妻は夫の介護をひとりでするには困難があり、同居の娘の協力と社会資源の活用が必要と考えている。家族構成：三世代7人家族	I
事例6 F氏と妻	66才	・脳梗塞 右片麻痺 ブローカー失語（軽度） 屋内はいざりで移動 屋外は車椅子 ・高血圧症	H13.6.	妻 62才 胃潰瘍と腸閉塞で手術（40代） ・強度の腰痛		言語障害や身体機能の低下を患者は受け入れておらず、感情失禁もあってかすぐに涙がでる。妻は夫の発病を、健康管理が上手くできなかった自分の落ち度であると感じているようであるが、今自分のできるところで夫を支えようとする姿勢が見られた。また外泊時に夫は妻の促しに応え、畑仕事をそばで見たりするような行動が見られている。家族構成：夫婦と長男の3人	I
事例7 G氏と妻	63才	・右内頸動脈狭窄症 ・右脳梗塞 左片麻痺 車椅子使用 頭蓋内動脈吻合術 ・高血圧症	H13.6.	妻 64才 健康		手術前から左半身のしびれや動きの悪さを自覚していたが、手術後症状がさらに進行し麻痺状態を呈したことにより、手術療法を選択した事を失敗だったと夫は感じている。在宅での介護を引き受ける考えがある妻も夫の「死にたい」という言葉に動揺が大きい。娘夫婦のサポートの他は周囲からのサポートは少ない様子。家族構成：夫婦と夫の母の3人家族	II

たものがあつた。さらにそれらのカテゴリーを患者と妻の関係性の特徴から類型Iと類型IIに整理したものが図3である。患者と妻の関係性は、《不安と混乱》、《つらさの並立》の段階を経て、《つらさの共有》から《現実の客観視》、《自律性への希求》へと歩む「類型I」と、《つらさの並立》を経た後、《罪悪

感》、《かみあわなさの実感》、《拮抗する大きな揺れ》、《つらさからの解放への期待》へと双方がつらさを共有できないまま歩む「類型II」の2類型に分類できた。類型I：「患者と妻が共に歩めている」に該当したのは、事例1、事例2、事例4、事例5、事例6の5事例であり、類型II：「患者が立ち止まり妻と共に

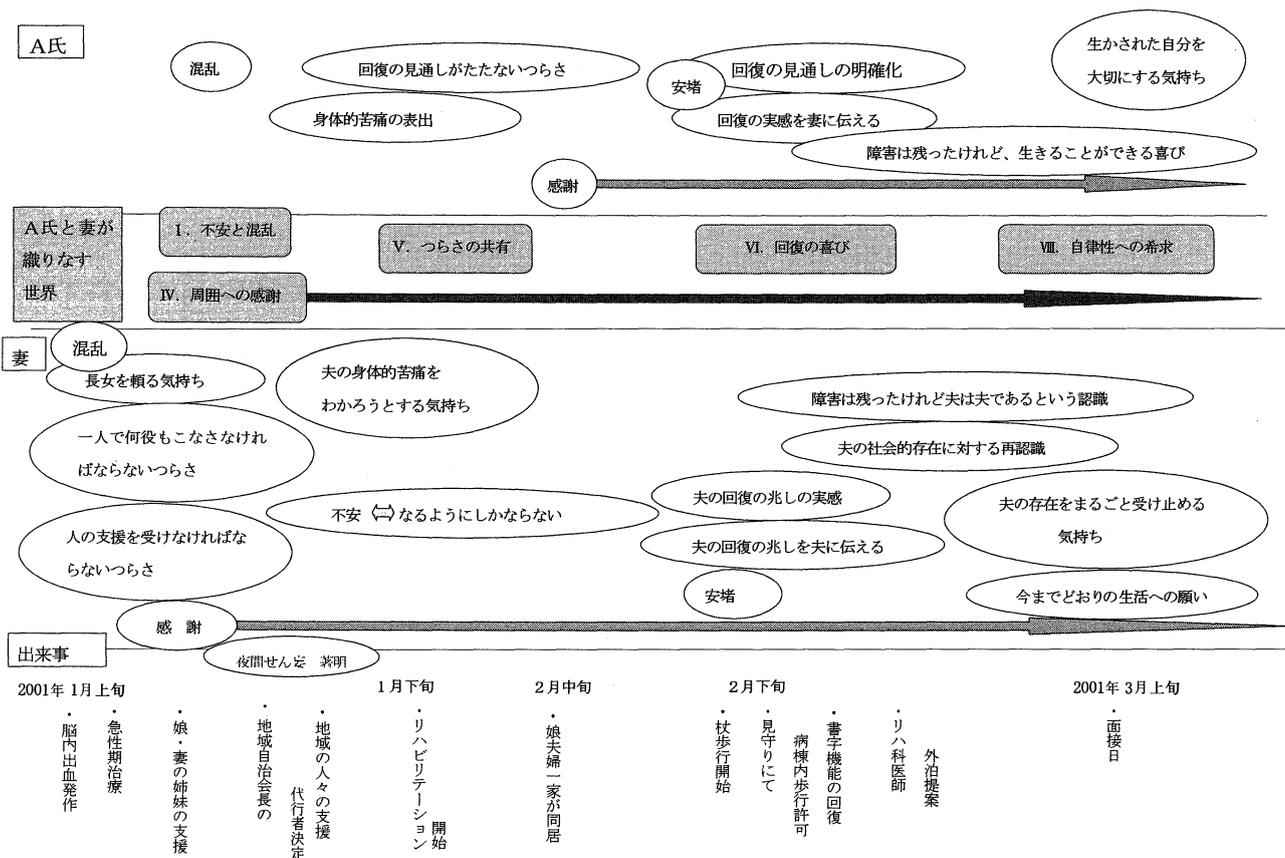


図1. A氏と妻の心理プロセス

歩めていない」に該当したのは事例3と事例7の2事例であった。

類型Iと類型IIに共通の概念は「歩み」であった。「歩み」とは、本論文では「脳血管障害患者と妻の両者の足並みと考え、患者と妻の両者に生じている心理を意味し、具体的には相互の心理的な距離・心の動きの速さ・心の動きの方向性」を示す言葉として用いた。

1) 類型I: 「患者と妻が共に歩めている」

8つのカテゴリーを持つこの類型は、患者と妻の相互の理解が促進されていた類型であった。《不安と混乱》や《つらさの並立》など、患者と妻には当初混乱や互いを思いやる余裕がない状況が一時的にはあったが、周囲の人々からの支援に対して感謝したり現実を客観視できる冷静さを取り戻しながら、自分と相手の状況を捉えようと努力していた。そして相手の期待に応えるために自分には何が出来るか具体的な行動を示しつつ、新しい関係性を模索する前向

きさが語られていた。この類型の特徴は、患者と妻の心理的距離が近いことと、周囲に向けられる感情の前向きさであった。

2) 類型II: 「患者が立ち止まり妻と共に歩めていない」

6つのカテゴリーを持つこの類型は、患者と妻のそれぞれが持つ身体的あるいは心理的な苦痛が強すぎて、相手のつらさを相互に認知できていなかった。しかし近い将来、在宅療養にむけて「歩み」を進めなければならないことを患者も妻も一応互いに了解していることから、どうにかして状況を前進させなければならない、また介護を引き受ける人がいることを明確にしていかなければならないと、妻の方が歩み出そうとしている状態であった。この類型では否定的な内容のカテゴリーが連続し、患者と介護者にとってつらい状態が長期間続いていた。このような状況下で、患者も妻も現状を受け入れようとする気持ちと否定したい気持ち、自分自身を肯定する気持

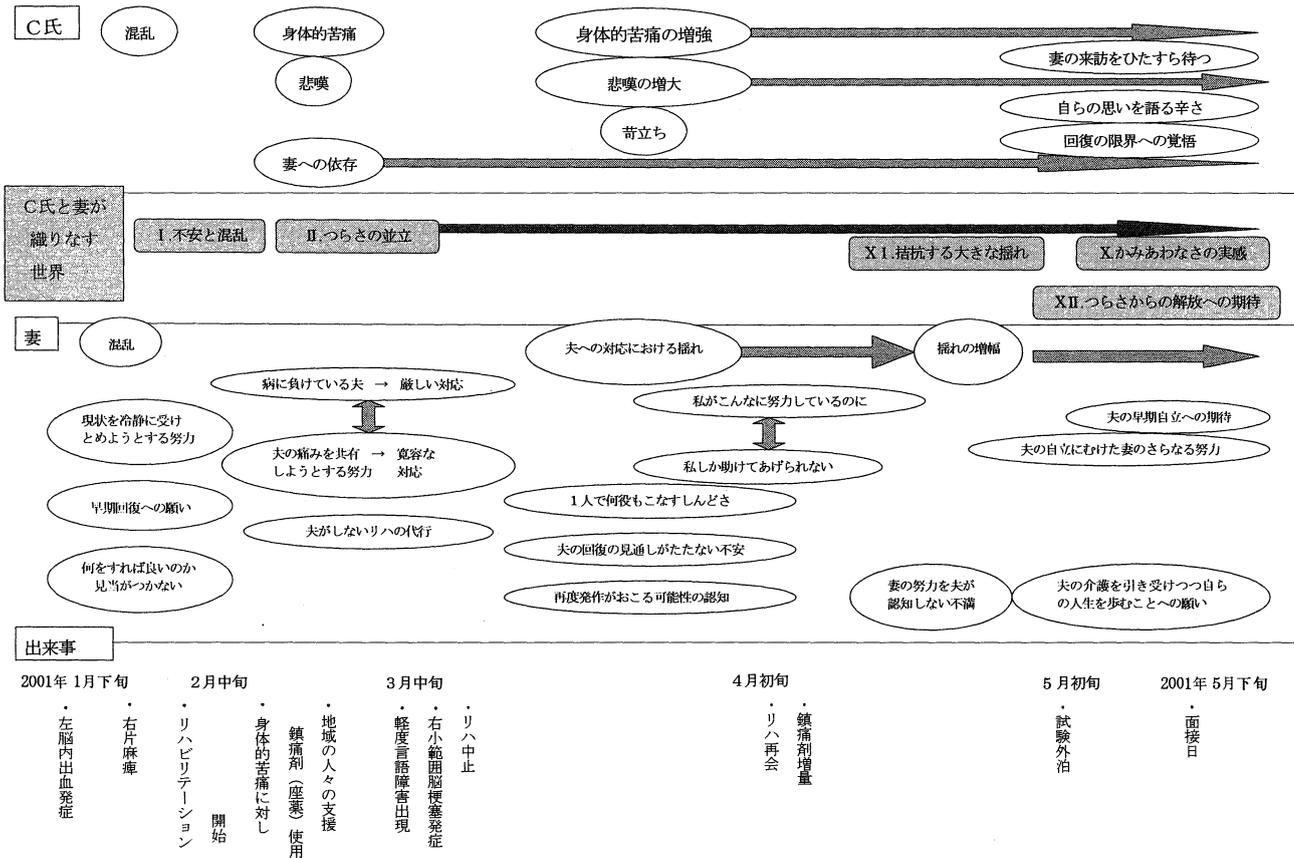


図2. C氏と妻の心理プロセス

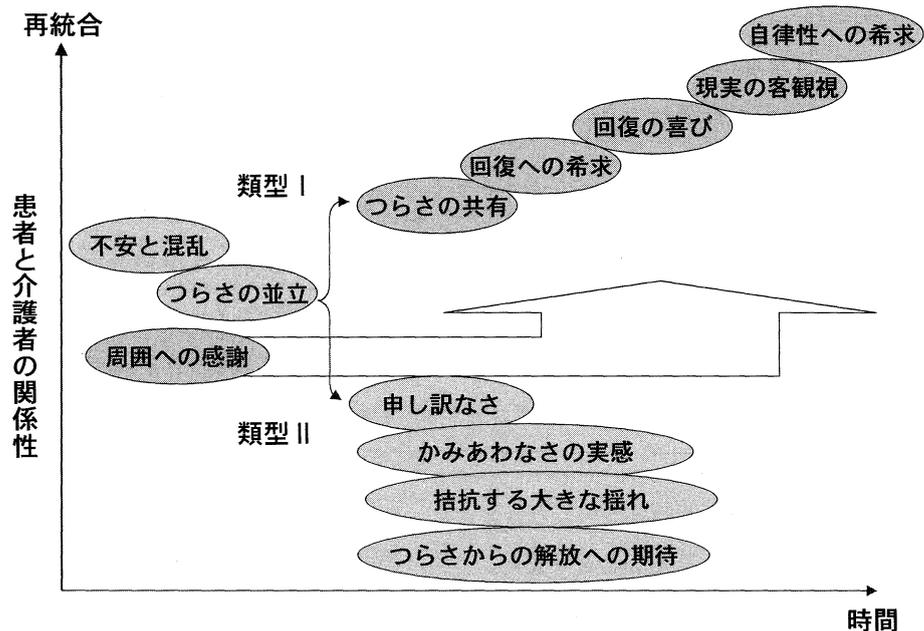


図3. 脳血管障害発症から3か月の患者と妻の心理プロセス

ちと否定する気持ちなどジレンマが生じ《つらさの並立》から歩み出せないでいた。この類型では、類型Iのような肯定的なカテゴリーにつながる語りは見

出せなかった。しかし、《つらさからの解放への期待》に示す如く、「時間が経てば…」と将来に希望をつなごうという気持ちが語りの中に見出された。

4. 患者と妻の心理プロセスの詳細

7事例の在宅療養にむかう患者と妻の語りから、コード化・カテゴリー化を経て、《不安と混乱》《つらさの並立》《つらさの共有》《周囲への感謝》《回復への希求》《回復の喜び》《現実の客観視》《自律性への希求》《罪悪感》《かみあわなさの実感》《拮抗する大きな揺れ》《つらさからの解放への期待》の12の心理プロセスのカテゴリーが抽出できた。

以下、時間軸に沿って発症から3か月の早い時期に抽出されたカテゴリーから順を追って述べる。(以後文中において、カテゴリーは《》で示し、各事例の具体的な語りを細斜体で示した。なお、カテゴリーは患者と妻双方の語りから導いているが、誌面の関係上提示をどちらか一方に止めたものや提示を省略したものがあある。)

《不安と混乱》

突然の脳血管障害発症で患者と妻が、回復への不安、家族成員の役割遂行がうまくいかない混乱や精神的な混乱を示すカテゴリーである。脳血管障害発症の直後からリハビリテーションが開始される前後の期間の語りとして多く語られた。患者には、客観的な状況判断ができない混乱した状況についての語り、介護者には先行きへの不安や介護を引き受けていくことに対する不安や混乱の語りがあった。

《つらさの並立》

患者の脳血管障害発症を機に、患者と妻のそれぞれにつらさが生じていた。しかし、それぞれに生じた苦悩を、相手に伝えたりまた相手の苦悩を受け止めたり察したりすることができない状況を示すカテゴリーである。

右の手足がいうこときかんだけん不自由で…ことに手がいうこときかんだけん。その上痛いとかーが(痛いとかる)、そーだーも(それでも)、他の者はわからへん(分かってもらえない)…。(事例5 E氏の語りより)

世間(近所づきあい)のこと、田んぼや畑のこと、何もかんもみんな私のとこにかかってきますだけん。若い者はあてにならんし、お父さんはなんだい

(何も)言わんし…。(事例6 F氏の妻の語りより)

《つらさの共有》

互いに自分のつらさを自覚しつつ、他者のつらさにも目が向けられ分かれようとする努力がなされており、つらい時期ではあるが両者が一体感を感じ次へのエネルギーを獲得できたと感じられたカテゴリーである。

身体が痛いっつーだか、どげだいすると右の手や足を切って下さいっつーやなかんっじでしたわ。長男のこともあるに、家内がようやってくれましたわ。

(事例1 A氏の語りより)

リハビリが始まった頃ですかね。ちょっと触っても着物を脱ぐのも体を拭くのもおおはいごん(大騒ぎ)でした。私は背中をさするの痛くないようにと気を遣っていました。(事例1 A氏の妻の語りより)

《周囲への感謝》

患者と妻がお互いの存在や配慮に対して感謝する気持ちや、周囲の人々への感謝の気持ちを示すカテゴリーである。これらの感謝の気持ちは危機状況を乗り切った3か月後の今だから言葉にできたというだけでなく、入院当初あるいは混乱の心理プロセスの中にあっても、比較的早い時期から自覚していた事例があった。

娘夫婦が2月にB県から帰ってきてくれましてね。息子のこともあるし私ひとりでは大変だけんっつて…(中略)お父さんは自治会長をしとりましてね。どうしようかと思っていたら、地区の人が自分たちで話し合っつて、次の人が繰り上げて会長を引き受けてくれましてね。ほんに(本当に)うれしかったですよ。(事例1 A氏の妻の語りより)

《回復への希求》

患者からは自分自身と妻や家族の負担を軽くするために、また妻からは患者自身と自分や家族のために、どうしても回復しなければならないあるいは回復して欲しいという両者の強い願いを示すカテゴリーである。

《回復の喜び》

患者自身が回復を実感したり、妻が患者の回復を

実感して回復への手応えの実感を示すカテゴリーである。

この人は元々(書道の)段持ちさんですわね。それが字どころかミミズが這ったような字しかかけませんでしたにこの間頃から字が形になってきましたね。これなら大丈夫かなと思つるところです。(事例1 A氏の妻の語りより)

《現実の客観視》

患者と妻が回復の限界を確認しそれぞれが限界を自分のこととして現実を受け止めようとする状況のカテゴリーである。このカテゴリーはリハビリテーション開始後1~2か月を経過した時期の語りから抽出した。

《自律性への希求》

後遺症を持つ現実を患者と妻のそれぞれが自分のものとして受け止めつつ、退院後の生活を共に歩もうとする気構えを示したカテゴリーである。このカテゴリーは在宅療養にむけての語りの中で患者および妻の双方から多くの語りが得られた。しかも、その語りは単に相手に添うことだけでなく、自己実現を模索する自分自身のありようも含めて語られていた。

この先はこげな(このような)身体のペースでね、一步一步着実にね。息子のこと(介護)もあるし、もうちょっとまめ(元気)でおってやらんといけんと思つとります。(事例1 A氏の語りより)

なんぼ身体が不自由になつてもお父さんはおつてもらわんとね。(中略)このさん(この人)はこのさんで、私は私で今までどおり、別にどうってことはないです。今までどおり。(事例1 A氏の妻の語り)

《罪悪感》

相手を思いやる心理ではあるが、互いに今のつらさから脱しきれず、自他の境界を見極めることが困難になっている状況を示すカテゴリーである。

私も仕事しておつて金融関係だったから、夜が遅くてね、ずっとすれ違いだつたねえ…お父さん、今思うとお父さんはほんにつまらんだつたと思います。…今まで私はしたいようにいろいろさせてもらった

だけん、これからはある程度のことはみんな捨てんといけません…。(事例7 G氏の妻の語りより)

《かみあわなさの実感》

発症から3か月経ち在宅療養への明確な方向付けをしようと差し迫った状況の中で、時間を経ても介護を重ねても患者と妻の一体感が見出せない状況を示すカテゴリーである。

なんぼ待つても来ん。(中略)(妻が来訪し、妻の顔を見るなり)何しとつてや?(中略)ここが難儀でいけん。はや(早く)、ここもんでごせ(ここを揉んでほしい)。(事例3 C氏の語りより)

毎日来なくても良かったのかもしれないけれど、もう私しか…誰も…ね。助けてあげられんわつて思つてね。毎日来ても「ありがとう」はないですけんね。「遅かった」「遅かった」最初に来る言葉は「遅かった」ですわね。お父さんは自分のことばかりで…。(事例3 C氏の妻の語りより)

《拮抗する大きな揺れ》

「生きたい」と「死にたい」、あるいは「自立したい」と「依存したい」など、ひとりの中に生じている2つの相反する強い思いが語られ、しかも短時間のうちにその2つの価値の両極に気持ちが揺れている状況を示すカテゴリーである。

とてもきれいには治せんわ…この病い。でも、6年はまめでおらんといけん。(中略)死んだら楽になる。お互いに楽になる…家族が楽になる。(事例7 G氏の語りより)

《つらさからの解放への期待》

発症から3か月経過してもなお、つらさは現在進行形であり過去のものではないが、生活におけるわずかな変化や時間の経過によりつらさから解放されるであろうという願いを示すカテゴリーである。

IV. 考 察

7事例のインタビューを分析した結果、脳血管障害患者の機能障害や合併症による身体的な苦痛が患者と妻の「歩み」に強く影響を及ぼすことや、類型

IIのように患者と妻が回復への「歩み」に時間を要している状況であっても、両者は危機を乗り越え互いの関係性を再統合していく努力をしていることを確認できた。ここでは、脳血管障害の回復過程における患者と妻の関係性として《自律性への希求》を見出せる意味と、《つらさの並立》から《つらさの共有》へと「歩み」が進む過程の重要性を中心に考察する。

1. 類型I:「患者と妻が共に歩めている」と《自律性への希求》について

類型Iにおいて《つらさの共有》《周囲への感謝》《自律性への希求》の3つの肯定的なカテゴリーの存在が特徴的であった。中でも今後開始される在宅療養を支える観点から、《自律性への希求》は重要なカテゴリーであると考えられる。

岡本は、夫婦の関係を基軸としたこれからの家族のあり方として、「共生」というあり方を提言し、その前提として各家族成員の「自律性」を重要視している。さらに個人の生産性や目標達成に基軸を置く「個としてのアイデンティティ」と自己の存在と相手の存在を認めるあり方に基軸を置く「関係性にもとづくアイデンティティ」の2つのアイデンティティを説明し、成熟したアイデンティティの獲得とは、この2つの両立を意味する²²⁾と述べている。《自律性への希求》を抽出した事例において、夫の存在を認めつつ妻が自らの人生を歩もうとする語りがあったことは、岡本の主張と重なる部分である。自分と相手の存在を同時に視野に入れ、介護をすることや介護を受けることを引き受けていく過程では自分自身の自己実現を追求するだけでなく「関係性にもとづくアイデンティティ」の確立が重要になる。Prattは慢性疾患の管理を引き受けている家族の特徴として適度な凝集性と適応性を持っていることを挙げ、それらが上手く機能すると個々の家族成員の成長と自律を促進する²³⁾と述べている。本研究においても類型Iの事例では、個々の家族成員が起こった現実を客観視しながら患者の闘病生活を支える中で、それぞれの成長を相互に促し家族の再統合をはかろうとするプロセスが見出せた。

また、《自律性への希求》のカテゴリーが抽出された事例では、《周囲への感謝》のカテゴリーも合わせて抽出されており、《周囲への感謝》は《自律性への希求》のカテゴリーと何らかの関連を持っているのではないかと推測した。

時系列に沿って分析する中で、リハビリテーションの開始とその進行、身体的な疼痛の緩和など患者の回復が背景として伺えることや、周囲の支援体制についても支援内容が患者にも妻にも客観的に確認できた状況が多く語られており、これらの状況は類型Iを示した事例の背景要因として重要ではないかと考えられる。

2. 《つらさの並立》から《つらさの共有》へ歩む過程の重要性について

《つらさの共有》を見出せる状況は、《自律性への希求》という、患者と妻が互いの存在を認め新たな関係性の構築を目指して共に歩むことができるための重要な段階であると言える。その意味で類型Iと類型IIに共通する《つらさの並立》の段階から類型Iの《つらさの共有》に移行するための看護介入が重要と言える。

《つらさの並立》や《罪悪感》《かみ合わなさの実感》の語りにおいては、患者も妻も互いの領域に入り込み、自己と他者の境界が不鮮明になっている状況が伺えた。この状況は、自己の立つ位置と立ち方が見出せず自分自身が苦悩するだけでなく、状況によっては不用意に相手の領域に踏み込み、相手の自我をも脅かすことから相手にも苦悩をもたらす。このことは、Jerry M. Lewis.の言う機能障害家族の家族成員個々の不鮮明な境界²⁴⁾の意味とも重なり、類型Iの《自律性への希求》とは対照的な状況であると言える。

時系列に沿った出来事とあわせて分析してみると、類型IIに属した事例では患者の身体的な疼痛の持続あるいは増強、脳血管障害の再発作やリハビリテーションの中止などの出来事があり、これらの背景要因が《つらさの並立》の状況から抜け出せない悪循環パターンを増強していると推測された。患者が

同じ訴えを繰り返したり、否定的な反応を示す状況が続くと、看護介入の限界を感じて看護者は患者や妻と向き合うことを避ける傾向にあると筆者は感じている。しかし、本研究で明らかにできた患者と妻の「歩み」から考えると、《つらさの並立》は《つらさの共有》、さらには《自律性への希求》へと患者と妻が共に歩むことができるための重要な前段階である。看護者は、むしろこの《つらさの並立》の時期を患者と妻への看護介入の重要な時期と心得て、患者と妻が互いのつらさを共有することができるような対応をすべきであろう。具体的には患者の身体的な痛みを軽減することや心地よさに力点を置いた清潔や排泄などの日常生活援助を実践すること、また患者と妻がこれまで乗り越えてきた出来事や互いのつらさを言葉にできるようなカウンセリング的なコミュニケーション技術を用いて調整者としての役割を果たすことである。このような状況において、従来アセスメントの枠組みのひとつとして活用されている障害受容や危機理論のような理論の大きな一過程として患者や妻の回復を捉えるだけでは不十分であり、「今、この時」の患者と妻の状況と関係性を捉え、看護者自身が「今、この時」に向き合えることが必要であろう。

V. 本研究の限界と今後の課題

対象とした事例数が7事例であり、入院当初より在宅療養を前提としている対象にしぼり込んだことから、妻が介護を引き受けようとしている2つの類型しか抽出し得なかった。今後、患者は在宅療養を希望しているが妻が引き受けていない事例や患者も妻も在宅療養を望まない事例へのインタビューを重ねる必要がある。また、「歩み」という概念に到達したところにおいて、発病前までのふたりの歴史と関係性にも視点を拡大していく必要性があることを痛感している。患者も妻も変化し成長する存在として捉え、時間の経過や状況による変化があることを想定し、縦断的視点を持った研究を行いたいと考えてい

る。

謝 辞

本研究に協力していただきました患者と介護者の皆様、医療施設の皆様に心より感謝申し上げます。また、研究をまとめるにあたりご指導いただきました元川崎医療福祉大学 大澤源吾教授、川崎医療福祉大学 柳 修平教授、島根県立看護短期大学 飯塚雄一教授に感謝いたします。本研究は、第10回全労済助成事業（高齢社会問題）の助成金を受けて実施した。本論文は2001年度川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科に提出した修士論文を一部加筆修正したものであり、第9回日本家族看護学会学術集会で発表した。

〔受付 '03.11.3〕
〔採用 '04.4.22〕

文 献

- 1) 厚生統計協会編：厚生指標 国民衛生の動向，第47巻9号，p.98, 2000
- 2) 高山成子：脳疾患患者の障害認識変容過程の研究—グランドセオリーアプローチを用いて—，日本看護科学学会誌，17（1）：1—7, 1997
- 3) 山形力生，櫻井秀雄，守本とも子，他：脳血管障害患者をもつ家族の障害受容—障害受容に影響を与える要因の検討—，日本保健医療行動学会年報，14：129—149, 1999
- 4) 酒井郁子，高杉麻由美，森 雅美，他：リハビリテーションを受けた脳血管障害患者の配偶者の認識過程，川崎市立看護短期大学紀要，5（1）：33—43, 2000
- 5) 麻原きよみ：一過疎農村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する研究，日本看護科学学会誌，19（1）：1—12, 1999
- 6) 千葉由美，高崎絹子：脳血管疾患患者と家族のケアニーズに関する研究—退院のためのケアニーズの構成因子と介護負担感との関連—，日本在宅ケア学会誌，3（1）：53—62, 1999
- 7) 中谷陽明，東條光雅：家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—，老年社会学，29：27—36, 1995
- 8) 麻原きよみ，百瀬由美子：在宅要介護老人の介護者の世間体とサービス利用および介護負担感に関する研究，老年看護学，2（1）：97—105, 1997
- 9) 櫻井成美：介護肯定感が持つ負担軽減効果，心理学研究，70（3）：203—210, 1999
- 10) 荒井由美子，鷲尾昌一，三浦宏子，他：障害高齢者を介護する者の負担感—脳卒中患者介護者の負担感を中心

- として一, 精神保健研究, 45 : 31—35, 1999
- 11) 渡邊愛記, 神田 直, 浅井憲義, 他 : 在宅脳卒中患者の介護状況と介護者の負担, 作業療法, 20 (2) : 116—125, 2001
- 12) 川口晴美, 川口 徹, 金沢義智, 他 : 在宅高齢脳卒中後遺症者の主観的幸福感と家庭関係について, 東北理学療法学会, 11 : 22—26, 1999
- 13) 小岩 幹, 他 : 介護者の身体的・心理的疲労により間欠入院する脳卒中患者へのアプローチ—介護者に対し不穏を示す患者—, 北海道理学療法, 17 : 89—93, 2000
- 14) Mayo, N.E., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., et al. : There's no place like home : an evaluation of early supported discharge for stroke, Stroke, 31 (5) : 1016—102, 2000
- 15) Heuvel, E.T., Witte, L.P., Nooyen-Haazen, I., et al. : Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients, Patient Educ Couns, 40 (2) : 109—120, 2000
- 16) Forster, A., Smith, J., Young, J., et al. : Information provision for stroke patients and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev, 3 : 1919, 2001
- 17) Lincoln, N.B., Francis, V.M., Lilley, S.A., et al. : Evaluation of a stroke family support organiser : A randomized controlled trial, 34 (1) : 116—121, 2003
- 18) Heuvel, E.T., Witte, L.P., Schure, L.M., et al. : Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention, Clin Rehabil, 15 (6) : 669—677, 2001
- 19) Dowswell, G., Lawler, J., Young, J., et al. : A qualitative study of specialist nurse support for stroke patients and care-givers at home, Clin Rehabil, 11 (4) : 293—301, 1997
- 20) B.G. Glaser, A.L. Strauss/後藤 隆, 大出春江, 水野節夫訳 : データ対話型理論の発見, 145—167, 新曜社, 東京, 1967
- 21) 舟島なをみ : 質的研究への挑戦, 103—169, 医学書院, 東京, 2000
- 22) 岡本祐子 : 中年からのアイデンティティ発達の心理学—成人期・老年期の心の発達と共に生きることの意味, 206—217, ナカニシヤ出版, 京都, 1997
- 23) Pratt, C.C., et al. : Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients, Family Relations, 34, 27—33, 1985
- 24) Jerry, M. Lewis., et al. : 本多裕他訳 (1979) : 織りなす綾—家族システムの健康と病理—, p. 145, 国際医書出版, 東京, 1979

A Study of Psychological Process and Relationship Between Patients with Cerebrovascular Accident and Main Caregivers in the Family

Miyuki Kajitani¹⁾, Yoshiko Futouy²⁾, Yoko Shiraiwa³⁾

¹⁾Shimane Nursing College

²⁾Department of Nursing, Faculty of Health & Welfare Science, Okayama Prefectural University

³⁾Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

Key words : cerebrovascular accident, caregiver, psychological process, relationship qualitatively method

The purpose of this study was to analyze the psychological process and interaction between the patient with s/p CVA and main caregiver in the family. The analysis was done for a period of three months after the patient was diagnosed and was expected home care treatment on his/her own upon discharge from the hospital.

We conducted a semi-structured interview to 7 pairs of the patient/caregivers, and analyzed the interviews qualitatively and inductively.

As a result, we drew 12 categories from the interviews. 《Anxiety and Confusion》《Coexistence Pain》《Shared Pain》《Gratitude towards Others》《Hoping for the Recovery》《Pleasure of being Recovered》《Accepting the Reality》《Process for Re-gaining Autonomy》《Guilty Feeling》《Feeling of Un-smoothness》《Ambivalence》《Hoping for the Relief from the Pain》

We further organized the above categories, and divided into two classes on the basis of psychological strength and direction between a patient and caregiver.

We found a critical period is when the two reach the point of sharing pain, and this may lead a direction towards willing for an early recovery, gaining of autonomy. Furthermore, the thought of gratitude towards others will certainly bring the two with deep and mutual understanding.