〔原　　著〕

重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味

樋口キエ子[1)]　丸井　英二[2)]　田城　孝雄[2)]

要　旨

本研究は，重度要介護者の医療処置を担う家族介護者が処置に慣れる過程で体験する出来事の意味を介護者の立場から明らかにすることを目的とした．方法は，予備調査の結果を基に病院を退院後，処置を担う介護者18名を研究協力者として，半構成的面接により言語データを収集し，質的帰納的方法で分析した．その結果【退院指導の効果と課題】【処置に慣れるまでは緊張と疲労の蓄積】【介護の継続を支える専門職・家族の支援】【療養生活を守る介護者としての責任と誇り】の4主題とその意味構造が形成された．

介護者が処置に慣れる過程で困難なことを体験する時期は，在宅介護初期でその内容は状態変化や突発時の対応，また要因に在宅移行時の支援が示唆された．一方，助かったことに訪問看護や家族の協力・訪問介護が上位に挙げられていた．

キーワード：家族介護者が体験する出来事，医療処置，重度要介護者

1．はじめに

在宅ケアシステムの充実化，診療報酬の改正などによる在院日数短縮化の傾向が高まり医療依存度の高い療養者の在宅移行が増加している[1)]．医療依存度の高い療養者には，人工呼吸器装着，吸引管理など24時間の管理を必要とするものが含まれており，介護する家族の負担を増大させている[2)3)]．川越は，医療法改正で『居宅』が医療の場として位置づけられた後，「在宅での医療行為による介護負担の増大」を指摘する[4)]．近年，在宅ケアに関する研究は，在宅ケアに向けての指導・援助に関する研究などがある[5)]．一方，在宅介護継続と破綻については多くの先行研究[6)]がある．しかし，これらの研究は看護職から見た在宅介護のプロセスとしてとらえられている．

家族介護者（以下，介護者）の生活の再構築について，古瀬は「医療依存度の高い在宅療養者の安定化のプロセスに家族介護者の存在が影響する」[7)]，野川は「介護初期の混乱期を乗り越えることで介護価値認識が高まり，介護上の問題の解決方法を修得する」と報告する[8)]．このように介護者が要介護者のケアを生活に組み入れ，生活を再構築する過程の報告はある．しかし，医療処置（以下，処置）を担う介護者に焦点をあてた研究はまれである．現状は医療の専門家ではない家族が処置を夜間も行なう，高齢介護者が複雑な処置を行なわざるを得ないなど処置に関連する問題はふえている．したがって，処置を担う介護者の処置に慣れる過程の意味を明らかにすることは，今後多様なニーズへの対応が求められる介護者支援のあり方を検討するのに意義は大きいと考える．

予備調査では，在宅開始初期および療養者の介護度が高い介護者が処置に慣れる過程で困難なことを体験していることが示唆された[9)]．そこで本研究は，要介護度5の療養者の処置を担う介護者を対象に，介護者が処置に慣れる過程で体験する出来事の意味

1)順天堂大学医療看護学部
2)順天堂大学大学院公衆衛生学教室

を明らかにし介護者支援のあり方を検討することを目的とした．

II．研究方法

1．研究デザイン

介護者の体験の意味を探求するために質的帰納的研究方法を用いた．

2．用語の定義

・医療処置：在宅療養指導料で算定可能な処置（在宅中心静脈栄養，人工呼吸器管理など）と生命の安全・保持に関わる吸引などが家族により，居宅で介護として行なわれている行為．

・医療処置に慣れる過程で体験する出来事：介護者が処置に慣れる過程（処置ができるようになる過程）で感じたこと，困難なことや助かったこと．

3．研究協力者（以下，協力者，一部文脈で介護者）の選定

病院を退院後，関東地域8ヵ所の訪問看護ステーション（以下，ステーション）利用の介護者で，本研究に同意の得られた21名．なお協力者の選択は，ステーション管理者に研究の主旨を文書で説明し，承諾を得た後に一任をした．

4．データ収集方法

協力者宅で，半構成的面接を行なった．質問は「退院後今日まで，処置に慣れるまでの困ったことや処置に慣れるうえで助かったことはどんなことか」とした．また「処置の準備から後始末までに要する時間」などの質問をし，介護者の状況を引き出すようにした．面接内容は，協力者の承諾を得てテープに録音し，逐語記録とした．面接回数は1－2回で初回面接1－2ヵ月後に介護開始1ヵ月の方に，郵送と電話で追跡調査を行なった．

面接期間は，平成15年3月上旬から16年9月である．

5．倫理的配慮

各協力者に資料を研究以外に使わないことやデータの匿名性，研究に参加しなくとも訪問看護に影響がなく，面接は途中で拒否しても良いことを研究の趣旨書を用いて説明し，同意書にサインを頂いた．研究協力依頼の手続きは，研究者の所属長より各ステーション管理者に研究目的・対象・方法の概要，倫理的配慮を記入した計画書を郵送，許可を得た．

6．分析方法

介護者の処置に慣れる過程の意味を明らかにするために，質的帰納的方法でデータ内容の分析をした[10]．分析は次の手順で行なった．①面接の逐語記録を作り，対象者の処置に慣れる過程の意味を研究者が汲むために繰り返し精読し，処置に慣れる過程のセンテンスを抜き出し，コード化する．②関連するコードをまとめて，内容を表す名前をつけ，類似コードとする③さらに意味の類似したものを集めて中心内容を表現し，主題とする．

7．信憑性と正確性について

データの信憑性を高めるため①データ収集の1年前から医療依存度の高い療養者の訪問をしている1ヵ所のステーションでフィールドワークを実施し，家族介護の状況把握に努めた．②面接終了後，協力者に面接内容と研究者の解釈に相違がないか郵送と電話で確認の評価を受け，コメントはデータに追加した．③訪問看護歴5年以上の3名の訪問看護師に介護者が担っている処置が一致しているかという点で助言を受けた．分析結果は協力者21名から支持された．

III．結　果

有効データは，介護開始時の記憶が曖昧な方を除く18名の1回目のデータとした．18名の語りは6-17記録単位（平均12），面接時間は30～90分（平均52分）であった．

1．介護者の概要（表）

①属性：年齢は50-79歳（平均67歳）65歳以上が11名で後期高齢者が5名であった．性別は女性14名・男性4名，療養者との関係は配偶者15名

表．介護者の概要

n=18

介護者（研究協力者）	介護者の年齢	続柄	困難なこと											助かったこと								処置時間（日）*	処置時間（夜間）*	担っている医療処置	介護期間	介護協力者	要介護者の年齢
			状態変化	夜間処置	不慣れで緊張	吸引トラブル	胃瘻トラブル	自分の健康	代替者不在	生活スタイル変更	サービス制約	介護用品調達	計	訪問看護	家族の協力	訪問介護	退院時の指導	緊急連絡体制	衛生材料調達	事前訪問	計						
1	75	妻	○	○	○			○		○	○	○	7	◎	◎	◎			◎		4	60	0	褥創	5年	無	65
2	65	妻	○	○		○	○		○			○	6	◎	◎	◎	◎	◎			5	60	0	人工肛門	4ヵ月	有・娘	63
3	60	夫	○	○			○		○	○	○		6	◎	◎	◎					3	360	30	吸引・胃瘻・褥創	8年	有・娘夫婦	56
4	63	妻		○		○	○	○			○		5	◎	◎	◎					3	390	30	吸引・胃瘻・褥創・バルン留置	1ヵ月	息子	70
5	75	妻	○	○	○	○	○		○				5	◎							1	390	60	吸引・胃瘻・バルン留置	1ヵ月	知人・嫁	77
6	77	妻	○		○	○		○	○				5								0	60	30	吸引・バルン留置	1ヵ月	有・娘	77
7	65	妻	○			○	○	○	○				5	◎							1	320	30	吸引・胃瘻・褥創	4ヵ月	有・娘	74
8	62	娘	○	○					○	○	○		5	◎							1	60	0	褥創・バルン留置	5ヵ月	有・妹	92
9	71	夫	○		○			○		○		○	5	◎					◎		2	310	0	吸引・胃瘻・褥創・バルン留置	7ヵ月	有・娘	71
10	52	嫁	○	○	○						○	○	5	◎	◎	◎	◎				4	310	0	吸引・胃瘻・褥創	3ヵ月	有・妹・娘	91
11	61	妻	○	○	○			○	○				4	◎	◎	◎					3	440	60	吸引・胃瘻・バルン留置・血糖チェック 皮下注射・浣腸・摘便	1ヵ月	無	63
12	63	妻		○		○	○					○	4	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	7	670	170	吸引・胃瘻・褥創・血糖チェック 皮下注射・浣腸・摘便	1ヵ月	有・息子 夫婦	62
13	79	夫				○	○			○	○		4								0	370	0	吸引・経管栄養	1ヵ月	無	71
14	50	娘	○	○	○	○	○						4	◎	◎	◎					3	380	0	吸引・胃瘻	1ヵ月	有・兄	84
15	66	妻	○	○				○		○			4				◎	◎		◎	3	60	0	褥創・バルン留置	7ヵ月	無	71
16	75	夫	○	○						○			3	◎	◎	◎					3	300	30	吸引・経管栄養・バルン留置	1ヵ月	無	77
17	71	妻	○	○	○								3	◎	◎	◎					3	410	30	吸引・胃瘻	4ヵ月	有・娘	71
18	70	妻	○	○									2	◎							1	430	0	吸引・胃瘻	4ヵ月	無	70
平均・計	68.5		15	14	8	8	8	7	7	7	6	5	78	15	10	10	4	3	3	2	47	300	26				72

（注）＊介護者の自己申告

で妻11名・夫4名と配偶者が8割を占めており，妻が圧倒的に多かった．

②処置の種類（複数回答）：吸引管理14名，胃瘻（経管栄養含む）管理13名，バルン留置管理8名などであり，生命に直結しておりまた手技の正確性を要する内容であった．

③困難なこと・助かったこと・処置時間：

・困難なことは，状態変化15名・夜間処置14名・吸引や胃瘻トラブル各8名であり，重度要介護状態また医療依存度の高い状態に関連する内容であった．

・助かったことは，訪問看護15名・訪問介護10名・家族の協力10名などで処置の実施，介護の相談や補完の内容であった．

・処置の時間は，60-670分（平均300分），処置時間最多の介護者は，処置が7種類，夜間も最多（吸引・体位交換）であった．処置時間の平均以上の12人中7名は夜間処置（主に吸引）があった．

④要介護者の年齢：56-92歳（平均72歳）で，全員要介護度5であった．

2．面接データの分析結果

処置に慣れる過程で体験する出来事を抜き出した文脈の最小単位を1記録単位とした．分析の結果，体験する出来事は【退院指導の効果と課題】をはじめとする4つの主題とその内容が形成された．以下主題を【】，中心内容を[ ]，類似コードを＜＞，逐語記録から抜粋した具体的内容の一部は「」で表した．

1）主題1【退院指導の効果と課題】

介護者が，退院後も引き続く処置が円滑にできた背景，要介護者の緊急事態を予測した連絡体制で助かった様子．一方，退院指導の不備によるトラブルと対処困難の体験が抽出された．

(1)［計画的な指導により手技の習得と自信］：＜繰り返す手技の指導と実演＞＜実演できたという実感＞で構成された．

「手技は病院で徹底的に仕込まれてきた．注射は……と，これで卒業試験よとそこまで言われました（協力者12)」

(2)［他機関との連絡体制により安心］：＜退院前訪問により安心と心強さ＞＜緊急連絡体制の活用で対処＞で構成された．

「退院直後の吸引トラブル時，指定された○病院に連絡し対処できた，退院前に○さん（訪問看護師）が病院にきてどんな処置をやっているかみにきてくださったし，○さんが退院当日からきてくださることは力強い」など退院前訪問で看護師が指導に立ち会うことで介護者や患者に安心感をもたらすことが語られた．(協力者10・12)

(3)［家族の立場に対応しない説明で対処困難］：＜処置用品の説明不足でトラブル＞＜病状の説明不足で対処困難＞＜退院当日の説明は覚える余裕がない＞＜処置を組み入れた生活の説明不足で戸惑い＞で構成された．

退院時のあわただしい中で指導を受けいれる余裕がない，褥創部を自宅で初めて見てショックを受けたなど家族が予測できない事態で戸惑った様子が語られた．

「退院直前に傷の手当てを言われても帰ってからのことで目一杯で受け入れができない（協力者１)」「退院当日ガーゼを渡され，処置を続けてくださいと言われた．創部の臭いと傷の大きさにショックを受けた（協力者８)」

(4)［病院主導の退院・入院で辛い思い］：＜退院日を一方的に決められ準備に戸惑う＞＜介護者の体調が不良なのに退院を迫られた＞＜緊急入院は差額ベッド代が負担＞で構成された．

退院日が家族に説明がなく決められていた，など家族の立場に立てない医療関係者への不満があっても受け入れざるを得ない様子が語られた．(協力者14・18)

(5)［医療処置を有することでサービスに制約］：＜処置があることで施設入所・デイサービスが拒否＞で構成された．

胃瘻や吸引などの処置を有することで，老人保健施設の転院・退院後のサービスに制約を受け，家族の生活の組み換えを余儀なくしたことが語られた．(協力者７・11)

２）主題２【処置に慣れるまでは緊張と疲労の蓄積】

処置に不慣れな在宅初期の不安，療養者の病状に一喜一憂しながらも処置に慣れようとする介護者の姿が抽出された．

(1)［処置を担うことへの驚きと戸惑い］：＜在宅での見えない事態への不安＞＜在宅で処置をすることへの驚き＞で構成された．

今まで病院で行なわれていた吸引や人工肛門の手当てを自宅で行なうことへの驚きと不安，また退院後の見えない事態への不安が語られた．

(2)［不慣れな手技に双方で辛い思い］：＜退院直後の吸引で双方が苦しい思い＞＜食事介助が上手くいかず誤嚥が生じた＞＜処置用品の選択・操作に伴う手違いで戸惑う＞で構成された．

退院直後の不慣れでトラブルが発生し，戸惑いや療養者の不安を招いたことが語られた．

(3)［慣れるまでは目一杯で手を抜くところがわからない］：＜慣れるまでは緊張して手抜きがわからず疲れる＞＜定時の夜間処置で睡眠不足＞で構成された．

介護初期，目一杯で手抜きができない，仕事との両立で心身の疲労，さらに夜間定時の処置で起きられるか不安で時間前に目が覚めてしまう，が語られた．

「時間ごとの処置に起きられるか不安なので目覚ましを２時間毎４つ揃えて寝るんですが，いつも早く起きてしまうんです……（協力者12)」

(4)［在宅という制約での介護の大変さ］：＜処置用品の調達は大変＞＜時間による処置で自分の時間が持てない＞＜夜間や１人で行なう処置には限

界＞＜健康障害があっても自分のことは後回し＞で構成された．

処置用の衛生材料やチューブ類の調達で時間的及び経済的負担・夜間1人で尿漏れや吸引は大変であるなど諸制約を伴うことが語られた．(協力者1・7)

(5)［病状の変化や突然の処置でパニック］：＜状態不安定時や処置に自信がない時はパニック＞＜突然の処置への対応は怖い＞で構成された．

療養者の不安定な状態，処置への気遣いを繰り返すなど予測しない事態での大変さが語られた．(協力者6・17)

3）主題3【介護の継続を支える専門職・家族の支援】

介護継続の保障には，訪問看護や訪問介護サービスなどが不可欠であること．一方，家庭で介護がされることで，家族の機能が発揮され，普段以上に家族の結束が高まった様子が抽出された．

(1)［トラブル発生時の連絡体制があることで介護継続］：＜緊急事態発生時に連絡する機関の存在で安心＞＜状態悪化時に入院できる施設の確保は安心＞で構成された．

急変時に入院できる病院の確保や訪問看護による処置方法の提示，相談の大切さが語られた．(協力者4・11)

(2)［サービス利用により介護の継続］：＜訪問看護の存在を頼る＞＜薬剤の配達で助かる＞＜ヘルパーの利用で助かる＞＜外来受診時の処置の確認は安心＞で構成された．

介護保険制度のサービス，在宅難病支援制度の活用で介護の継続が図れることが語られた．一方，制度が施設や地域により異なり介護者の戸惑いが多いことも語られた．

(3)［家族の協力により介護の継続］：＜介護の協力と相談する家族の存在で安心＞＜家族員の病気を期に家族意識の変化＞で構成された．

家族員が，できることを発揮する，子供の協力で介護の継続ができる，家族員が声を掛け合うなど何もない時には表面化しなかった家族機能の変化が語られた．

「骨折して駄目かと思われた母が，妻の病気を機会に台所を切り盛りするようになった（協力者3）」

(4)［夫婦という絆をよりどころとした介護継続］：＜夫婦という関係で自然に介護を受け入れる＞があり，夫婦という関係から自然に配偶者の介護を受け入れる，延命処置に関して子供と意見が異なるが本人の意思を尊重したい，介護を機会に夫婦が向き合う，が語られた．(協力者3・9・13・16)

4）主題4【療養生活を守る介護者としての責任と誇り】

療養者の状態や希望に合わせて生活拡大に向けた工夫，療養の継続に向けた気配り，回復しないことへの憤りを感じながらも希望を支えに介護をする様子が抽出された．

(1)［慣れると考えと行動が一致し自然にやれる］：＜慣れるのに3ヵ月かかったが今は自然＞＜考えと行動が一致しやれるのは2-3ヵ月後＞＜慣れると手の抜き方がわかり調整＞で構成された．

2-3ヵ月を経ると処置が自然にできるようになり，療養者の状態に合わせた処置（吸引回数）の調整ができる様子を語っていた．(協力者5・9)

(2)［療養者の生活の拡大を目指した介護の工夫］：＜可能な生活に向けた工夫と行動範囲の拡大＞で，初期の日々目一杯の生活から自然な生活を整える過程で培った工夫や手の抜き方を生活スタイルに組み入れた様子が語られた．

(3)［回復への希望を持ちながらの懸命な介護］：＜状態回復に希望を抱きながらの懸命な介護＞＜介護者の存在が伝わっていることを支えに介護継続＞で構成された．

命にかかわることや自分1人しかいないときは他の処置もする，一生懸命やってもよくならないことへの憤り，妻であることがわかっていると思い支えにしたい，など回復への希望を支えに介護を続ける様子が語られた．

「どうしてよくならないのかと思うことはしょっちゅうある．反応がなくとも妻であることがわかっ

ていると思いたい．そのように思い込んでしまわないと続かない（協力者12）」

（4）［療養継続に向けた心身への気配り］：＜療養者が落ち着くよう生活面精神面の気配り＞＜状態悪化を生じさせない気持ちで介護＞で構成された．

バルンカテーテルを引っ掛けないよう留める，風邪をひかないよう掛け物や水分補給など身の回りの世話をする，いらいらすることもあるが精神的に興奮しないよう気遣いをする，など療養継続に向けた責任が語られた．（協力者２・15）

Ⅳ．考　察

１．介護者が処置に慣れる過程で体験する出来事

介護者の多くは，介護開始時に不安な気持ちを抱きながら，処置に慣れ自然と思える生活を構築する過程で４つの主題を体験し，その過程で，各主題に関連した気持ちの変化が本研究でも示唆された．退院時に処置方法を実演し自信が持てたと述べる，協力者10・12より，介護者が『これならできる』という【退院指導の効果】が支持された[11]．一方，協力者１・８のように退院直前の指導，医療用具の説明のずれが介護者にとって不安材料となった例から退院させる側の責任という【退院指導の課題】が提示された[12]．退院直後は生活スタイルの変更や処置で目一杯のため【慣れるまでは緊張と疲労の蓄積】が生じる．特に協力者５・９の「慣れるまで３ヵ月かかったが，今は自然にやれる」より３ヵ月までの介護がそれ以降の介護の継続を左右する結果は，予備調査と類似する[9]．一方慣れるまでの３ヵ月は，協力者４・11のように「訪問看護や緊急時の連絡体制で継続できる」という【介護の継続を支える専門職】の大切さが示された．これは，「退院直後期は患者の状態の変化，家族の混乱が生じやすく特別体制をとり専門技術で支える必要性」と一致する[5]．また協力者３の「家族に病人が発生して以来，家族が協力的になった」というように何もないときは表面化しなかった家族機能の変化は，「ケアを担う大変さという危機に対応する家族機能の多様さと強みの表出」[13]が発揮されたといえる．

協力者２・９のように介護者の多くは，介護初期を乗り越えると介護者の責任や誇りを表出できている．これは，処置を生活に組み入れ自然と思える生活を構築する過程において【介護者としての責任と誇り】を介護生活に反映できた結果と考える．介護者が生活パターンを整える過程は，「家族の知恵及び再構築行動」と類似する結果より，家族が持てる介護機能（エンパワメント）を引き出せるような介入が求められる[14]．

２．計画的な退院指導と在宅介護初期の支援強化

介護者は，処置に慣れる過程の困難の要因として在宅移行時における病院側の説明不備を半数が挙げている．中には協力者10・12のように計画的な指導で緊急事態を乗り越えた例もある．したがって，退院させる側の責任として退院後の緊急時の連絡や相談先の確保などの体制づくり[15]や継続看護を円滑にする方法として在宅移行時のツール[16]の開発が求められる．

本研究においてトラブルを体験した時期は，半数以上が在宅開始2-3ヵ月未満であった．一方，考えと行動が一緒になる，今は自然にできると述べたのは介護2-3ヵ月以降の介護者であった．処置に費やす時間は，『医療処置は，難易度が比較的高くケア時間が長い37-38分』に分類される[17]．川村は「家族は生活の責任者であり診療や看護の責任者ではない」と指摘する[5]．しかし協力者７・11のように現実は，処置を有する患者を退院後受ける施設は限られており，在宅に踏み切らざるを得ない．処置時間670分の介護者は，処置で１日が終わると訴えている．これらの結果より，在宅初期の医療依存度が高い療養者のケア体制の整備は早急に求められる．

受付　'06. 7. 3
採用　'07. 3. 9

V．結　論

1．介護者の多くは，介護開始時に不安な気持ちを抱きながら，処置に慣れ自然と思える生活を構築する過程で「退院指導の効果と課題」など4つの出来事を体験し，その過程で，各出来事に関連した気持ちの変化が本研究でも示唆された．

2．介護者が処置に慣れる過程で体験する困難の要因に在宅移行時の退院指導のあり方が関連していた．退院させる側の責任として対象者に対応した退院指導の工夫と強化が求められる．

3．困難なことが生じる時期は，在宅開始初期，内容は状態変化や突発時の対応という結果より，在宅移行初期の個別的，段階的な手厚い支援，緊急時の連絡体制の整備が必要とされる．

Ⅵ．研究の限界と課題

本研究は，対象数が18名で処置の内容，介護期間の限定などをしていないため一般化には至らないかもしれない．研究方法として現象学的アプローチを参考にした．これは，研究対象を＜人格としての人間＞[18)19)]としている．体験したことを対象者の立場に立って理解することで，対象者が求める支援に近づくと考え各記述を何度も読み，全体の意味を把握したうえで，その本質的な性質は残しながら分析方法を修正したことは否めない．

今後は，本論で示唆された結果を基に処置を担ううえでの困難点への対策と肯定面の拡大に向けた介護者支援のあり方を具体化したい．

謝　辞

本研究を行なうにあたり，調査にご協力いただいた対象者の皆様，訪問看護ステーションの皆様に感謝申し上げます．

（本研究は，日本家族看護学会第12回学術集会発表に加筆修正をした．）

文　献

1）財団法人日本訪問看護振興財団：人工呼吸器装着等医療依存度の高い状態の長期療養者の24時間在宅システムに関する研究，平成14年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業報告書，2003
2）Smith,C.E.,Moushey,L. & Loss,J.A.：Responsibilities and reactions of family caregivers of patients dependent on total parenteral nutrition at home,Public Health Nursing, 10 (2):122-128, 1993
3）柴原君江，加城貴美子，他：訪問看護における24時間ケアニーズに関する研究，看護研究，41-49，1993
4）川越博美：訪問看護ステーションの現状と課題，保健の科学，42 (10)：784，2000
5）川村佐和子：ALS患者にかかる在宅療養環境の整備に関する調査研究，厚生労働科学研究費補助金　厚生労働特別科学研究事業，平成15年度研究報告71
6）森山美智子，宮下美香：退院に向けた家族支援，家族看護，2(1)：16-21，2004
7）古瀬みどり：訪問看護師がとらえた医療依存度の高い療養者の在宅療養安定化プロセス，家族看護学研究，10 (3)：78-86，2005
8）野川ともえ：介護者のQOL－介護家族のQOLを支える地域ケアシステムの構築を目指して－，66-72，中央法規，東京，2000
9）樋口キエ子，田城孝雄：家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味，日本在宅医学会誌，7 (1)，93-99，2005
10）舟島なおみ：質的研究への挑戦，42-69，医学書院，東京，2000
11）柳沢愛子：地域医療連携室の役割と課題,看護展望，27：24-29，2003
12）田城孝雄：これだけは退院に向けての指導と準備，消化器外科NURSING，7 (8)：10-17，2002
13）野島佐由美，渡辺裕子編集：家族看護，2 (1)：64，2004
14）池添志乃：脳血管障害を持つ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵，日本看護科学会誌，22 (4)：44-54，2002
15）大木信子，樋口キエ子，他：在宅療養支援ネットワーク作りへの取り組み，第8回地域看護学会集録集，8-11，2005
16）樋口キエ子，赤沼智子，他：実用性の追及をめざした在宅移行促進のためのアセスメントシートの開発，第8回日本在宅ケア学会学術集会講演集，66-69，2006
17）島内　節，他：訪問看護ケア業務の内容別にみた難易度とケア所要時間の関係，日本看護科学学会誌，22 (4)：64-66，2002
18）ベナー／ルーベル難波卓志訳：現象学的人間論と看護，46-52，医学書院，東京，1999
19）高橋照子：人間科学としての看護学序説－看護への現象学的アプローチ－，156，医学書院，1990

The Meaning of learning process of medical care by family caregiver

Kieko Higuchi[1)] Eiji Marui[2)] Tasiro Takao[2)]
1)Juntendou Medical college of Nursing
2)Juntendou Medical Graduate School Public Health

Key words: experiences of family caregiver, medical care, severely need nursing care person

The purpose of this study is to make clear the meaning of experiences in learning process of medical care through interviews with family caregiver. In this study there are eighteen family caregivers, who are visiting nurse station to take medical service after patient left the hospital. To collect these data, wevisited and made interviews to the subject and we studied by phenomenology method and analyzed language data. As a result, I could make clear what home caregiver experience through the medical care as followingfour points:

1. Leaning skill and assignments through coach at leaving hospital.
2. Before used to family caregiver, they usually feel tension and tiredness.
3. Support from some specialist and its family; to help care continuation.
4. Responsibility and pride as caregiver, who care recuperation.

Many caregiver starts care work, learning skill and having confidence through coach at patience's leaving hospital with uneasiness. Though caregivers shall feel tension and tiredness again and again In the first stage of care I consider that caregivers can construct stabilized, devised lives to be accustomed to care work with Responsibility and pride as caregivers, by Support from care work specialist and family of the caregivers.