〔報　告〕

脳血管障害発症後3か月における患者と家族の心理的ケアニーズ

梶谷みゆき[1)]　森山美知子[2)]

要　旨

在院日数の短縮化や2006年のリハビリテーションにかかわる診療報酬の改定により，急性期から回復期における脳血管障害患者と家族に対して，生活の再構築支援や心理的な安定をはかり，患者と家族がスムーズに療養生活に移行できる看護介入が重要視されている．脳血管障害患者と家族は，急性期から回復期にかけて心理的に不安と混乱の状態に陥りやすく，本研究では彼らに対する心理的なサポートについて着眼する．

本研究の目的は，脳血管障害を発症し在宅療養を指向している退院間近の患者と家族が，看護者をはじめとする医療者に対してどのような心理的ケアニーズを持っているかを明らかにすることである．

脳血管障害を発症し在宅療養を指向しながら入院している患者とその家族7事例に半構造的インタビューを行い，心理的ケアニーズを内容分析によって質的記述研究を行った．その結果，《在宅療養生活の見通しを持ちたい》，《療養の意思決定者として情報を持ちたい》，《段取りがつくように共に考えて欲しい》，《患者の生活が丁寧に整えられる》，《入院生活における患者と家族の居場所が欲しい》の5つのカテゴリーとそれらのカテゴリーに包含される10のサブカテゴリーを抽出した．患者と家族は，患者の日常生活を丁寧に整えるケアや入院生活での居場所を保障されることを望む一方で，療養生活における主体者であること，そのための情報提供や見通しを立てるための支援を看護者をはじめとする医療者に求めていることが明らかになった．

キーワード：脳血管障害，家族介護者，心理的ケアニーズ，退院調整，家族看護

Ⅰ．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2005（平成17）年には136万5千人に増加しており，介護が必要となった原因の23.3%を占めている[1)]．

脳血管障害は発症が急で生命の危機に陥る可能性が高いことや，運動機能障害や言語障害などの重大な機能障害を後遺症として残すことが多く，発症直後から回復期にかけて患者はもとより家族も「不安と混乱」の状態に陥りやすい[2)]．

特にリハビリテーションを通して生活の再構築をはかる段階では，患者と家族は様々な機能障害と向き合い葛藤しながら，生活を取り戻す取り組みをしなければならない．筆者は脳血管障害発症後3か月の患者と介護を担う配偶者の心理プロセスを明らかにする研究を行った[3)]．その中で，「患者と妻が共に歩める」類型と「患者と妻が共に歩めない」類型の2つのパターンを確認した．「患者と妻が共に歩めない」状況に陥っている事例では，患者と配偶者の双方が苦悩する期間の長期化と深刻さが認められた．また，2つの類型に共通して，患者と妻がそれぞれのつらさを理解し共有することが困難な「つらさの

1)島根県立大学短期大学部看護学科
2)広島大学大学院保健学研究科

並立」の段階が存在し，この段階への意図的な看護介入が必要であることを明らかにした．

わが国の脳血管障害患者と家族を対象とした研究では，日常生活動作（activities of daily living：以下ADLと表わす）の拡大や退院支援のための看護実践をテーマにした事例研究や事例報告が多く実施されていた[4)5)]．一方，脳血管障害患者と家族のケアニーズに関する研究は少なかった．千葉らは脳血管障害患者と家族の退院に関わるケアニーズの量的研究を実施し，医療的介入・経済的支援・教育的支援など包括的なケアニーズに着眼していた[6)]．片山らはケアニーズの中でも医療ニーズに焦点を当て，在宅療養の準備状態により医療ニーズが異なることを述べている[7)]．また本間らは集中治療室（intensive care unit）に所属する看護者側からみた脳血管障害患者の家族における療養上のニーズに関する研究を実施し，家族が病状・治療・予後などに対する情報を求めていることを報告している[8)]．

このように一言でケアニーズと言っても，脳血管障害の回復期には治療や専門職の連携などの医療的介入に関わるケアニーズや経済的支援に関わるケアニーズ，情報提供や指導に関わる教育的介入のケアニーズ，情緒的支援を求めるケアニーズなど，この語に含まれる意味は多岐にわたる．酒井はリハビリテーションにおける思想と手段の乖離を指摘し，患者の主観的な回復よりも客観的なADLの自立に視点がおかれてきた現状を課題として提起している[9)10)]．筆者らも同様の観点から，リハビリテーション看護として介入手法の開発が十分とは言えない患者や家族の主観的な回復を支援する看護について，検討したいと考える．さらに在宅療養中の療養者や介護者を対象とした河原ら[11)]や千田ら[12)]の先行研究は存在するが，発症早期の急性期から回復期にある患者と家族の心理的な状況や介入を扱った研究は見当たらなかった．

本研究では先述した「患者と妻が共に歩めない」状況や「つらさの並立」の状況を呈している患者と家族への効果的な支援を明らかにすること，さらにベッドサイドで看護の専門性を活かした直接的な介入を検討することを考えるため，患者と家族の心理的ケアニーズに着眼する．また在宅療養を指向する患者と家族の場合，当初はどちらか一方のニーズであっても両者の相互作用により，あるいは在宅療養に向かう目標の共有化の過程を経て最終的にはニーズが一体化する可能性が高いと考えている．ゆえにあえてどちらのニーズであるかを明確にするよりも，彼らの多様なニーズを看護者が理解することが実践的であり有益と考えた．

本研究の目的は，脳血管障害を発症し在宅療養を指向している退院間近の患者と家族が，看護者をはじめとする医療者に対して求める心理的ケアニーズを明らかにすることである．

II．研究方法

1．研究デザイン

内容分析による質的記述研究．

内容分析とは，特定の理論的背景を持たず，データにおけるある特定の特徴を体系的・客観的に同定することにより推論を行なうためのひとつの調査技法である[13)]．本研究に内容分析の手法を用いる理由は，内容分析が多大なデータに対してデータ量を削減しシンプルに構造化を図ることができる点と，得たデータのみでなく既存の知識なども組込みながら推論を展開していくことが可能な点である．

2．用語の定義および本研究における操作的定義

家族：本研究ではWrightら[14)]が提唱する家族の定義を基盤とする．即ち婚姻や血縁などの合法的な制度で規定されている家族にとらわれない立場である．

「家族とは、強い感情的な絆、帰属意識、そしてお互いの生活にかかわろうとする情動によって結ばれている個人の集合体である」

また，研究対象者として家族を指す場合は，主として主介護者とする．

心理的ケアニーズ：脳血管障害発症後概ね1～3か月にある患者と家族が，退院に向けて心理的な安寧を図るために医療者に介入を望む欲求を指す．療養生活をする上で，患者と家族は相互に強く影響しあいながら生活の再構築をめざすため，両者に共通の語りだけでなくどちらか一方の語りでも1事例の家族としての心理的ケアニーズとして扱う．

3．対　象

脳血管障害初回発症で，かつ発症後おおよそ1～3か月経過し，医療機関に入院中の患者と家族．本研究では患者と家族を一つの単位として取り扱うため，1組の患者と家族を「事例」と表現する．

研究協力依頼に対して両者の同意が得られた事例．本研究では，退院を前にした患者と家族の心理的ケアニーズを明らかにしたいと考え，脳血管障害において急性期の治療やリハビリテーションを実施し退院の目処がつく発症後1～3か月で，退院後は在宅療養を指向している事例を対象とする．患者自身の体験や気持ちを語りとしてデータ化することを求めるので，高次脳機能障害や意識障害の著明な患者は除く．一方家族は，患者の療養生活を支える主介護者またはその主介護者をサポートする補助的な役割を持つ家族成員を対象とする．

また，脳血管障害患者と家族の多様な心理的ケアニーズを捉えるため，対象事例の年齢や性別を問わず，また地域性や医療機関の機能特性などの影響を受けないよう，複数の地域と医療機関の対象を選択する．

4．データ収集期間

2004年8月～2006年2月

5．データ収集方法

脳血管障害患者と家族が発症からその後の入院生活において，医療者の関わりを好ましいと感じたりうれしいと感じた体験，反対に医療者の関わりによって不安が増強したり，不満や不足を感じた体験について語りを引き出す半構造的インタビューを行う．具体的なインタビュー内容は，①脳血管障害の発症をそれぞれどのように受止めているか，②入院生活の中で看護者や医療者の関わりで好ましいと感じたりうれしいと感じたことはどのようなことだったか，③入院生活の中で看護者や医療者が行なった関わりでつらい思いをしたことや関わりとして不足していたことはどのようなことだったか，④入院生活をどのようにイメージし医療者にどのような支援を望んだか等である．インタビューは患者と家族が同席している状況で実施する．インタビュー場面は対象の許可を得て録音し逐語録を作成する．録音の承諾を得ることができない場合は，インタビュアーが内容を記録する．疾患名や治療内容に関わる情報は，患者および家族からの情報，さらに患者および家族の了解と医療機関の協力を得て必要事項を情報提供してもらう．

6．分析方法

収集したデータを質的内容分析の手法を用いて，文脈単位で分析する．医療者から受けたケアを肯定的に受止めるか否定的に受止めるかは，その場の臨床状況や前後の流れがあると考え，内容分析の最大単位である文脈単位での分析とする．具体的には，脳血管障害患者と家族が発症からその後の入院生活において，医療者から受けた対応で好ましいと感じたことやうれしいと感じた場面の語りを，また医療者から受けた対応で不安になったり，不満や不足を感じた場面の語りを文脈単位でコード化する．得たコードを内容の類似性でサブカテゴリーさらにカテゴリーと抽象度を高め，医療者に求める心理的ケアニーズとして類型化する．

抽出したケアニーズにおける信用可能性を確保する方法として，研究者ならびにデータ収集した臨床現場の看護者とのディスカッションを行い，データとコード・サブカテゴリー・カテゴリーの妥当性，カテゴリー間の関係性について検討する．

7．倫理的配慮

脳血管障害で治療ならびにリハビリテーションを受けている対象が入院している医療機関管理者に，

研究目的と方法，患者と家族の個人情報の管理，研究結果の公表等について説明し，研究協力依頼をした．

脳血管障害患者が入院している病棟看護師長が，研究目的と方法に対応した事例を選択し，研究協力依頼書を配布した．対象患者と家族からの仮同意を受け，研究者および研究協力者が患者と家族に直接研究協力の依頼をした．具体的な説明内容は，研究目的と方法，自由意思による研究協力，協力を拒否する権利とその場合の意思伝達方法について，研究協力を拒否しても受ける診療や看護サービスに影響がないことなどについて，口頭と文書で説明し，患者と家族両者の研究協力同意書への署名によって同意を確認した．

なお，本研究は島根県立看護短期大学研究倫理審査委員会（2008年より島根県立大学短期大学部研究倫理審査委員会に改組再編）の承認を得た．

Ⅲ．結　果

1．対象の概要

研究期間内で，研究協力に同意しインタビューを実施した患者と家族は7事例であった．

7事例の対象一覧を表1に示す．患者の平均年齢は68.1歳（52歳～86歳）．男性が4名，女性が3名．主介護者の平均年齢は53.9歳（45歳～75歳）．患者との続柄は，妻が4事例，子の嫁が2事例，子（長男）が1事例であった．いずれの事例も最終的には在宅療養を考えていた．インタビュー所要時間は，平均106分（73～135分）であった．

2．心理的ケアニーズの抽出

7事例のうち6事例は，インタビュー場面を対象者の了解を得て録音し，その内容を逐語記録にした．1事例のみ録音を拒否されたため，了解を得て研究者が要点を記録した．脳血管障害患者と家族が発症からその後の入院生活において，医療者から受けた対応で好ましいと感じたことやうれしいと感じた場面の語り，ならびに医療者から受けた対応で不安になったり，不満や不足を感じた場面の語りから，この時期の心理的ケアニーズとして合計88のコードを得た．それらのコードを，類似性で集約し10のサブカテゴリー，さらに5つのカテゴリーを見出した．最終的に抽出したカテゴリーは，**《在宅療養生活の見通しを持ちたい》**，**《療養の意思決定者として情報を持ちたい》**，**《段取りがつくように共に考えて欲しい》**，**《患者の生活が丁寧に整えられる》**，**《入院生活における患者と家族の居場所が欲しい》**の5つである．抽出したコードの一部・サブカテゴリー・カテゴリーを表2に示す．以下，カテゴリー名《　》

表1．対象事例一覧

事例No	患者年齢 性　別	疾　患　名	主たる介護者	家　族　構　成
事例　1	80歳代 女性	脳梗塞 右片麻痺（車椅子使用、右上肢三角巾固定） 高血圧、不整脈、軽度心不全、白内障	長男の嫁	患者夫婦と長男夫婦、孫の5人家族
事例　2	80歳代 女性	脳梗塞 右片麻痺、ブローカー失語（車椅子使用） 軽度心不全	次男の嫁	患者と次男夫婦の3人家族
事例　3	50歳代 男性	脳梗塞（脳幹部） 右片麻痺、呼吸障害、嚥下障害、構音障害 （車椅子使用だが、多くは床上生活）	妻	患者夫婦と高校生の長男の3人家族
事例　4	50歳代 男性	くも膜下出血 脳動脈瘤血管内手術	妻	患者夫婦と長女と孫の4人家族
事例　5	40歳代 男性	脳出血 言語障害　高度視野狭窄 高血圧	妻	患者夫婦と長男長女の4人家族
事例　6	70歳代 女性	脳出血 左片麻痺 左動眼神経麻痺	長男	患者はひとり暮らし 市内に長男夫婦と孫在住
事例　7	70歳代 男性	脳出血 右不全麻痺　構音障害 高血圧症	妻	患者夫婦と長男と孫の4人家族

表2．患者と家族が医療者に求める心理的ケアニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの一部	コード数
在宅療養生活の見通しを持ちたい	回復の見通しを立てたい	・回復の兆しが分かる ・残っている機能が何かが分かる ・回復の見込みが立つ	8
	在宅療養の生活イメージが持てる	・できることとできないことをケアを通して教えてくれる ・できないところの介助方法を示してくれる ・退院後の家族の役割分担について考えを整理する	15
療養の意思決定者として情報を持ちたい	患者と家族が思考するための情報が欲しい	・自分たちが一歩進むために情報が必要 ・定期的で詳細な病状説明で状況把握ができる ・療養生活における意思決定に関わりたい	13
	納得し信頼できる情報が欲しい	・医療チームの中で説明内容が一貫している ・良い情報も悪い情報も知らされる ・分かりやすく何度も説明してくれる	6
段取りがつくように共に考えて欲しい	問題点の整理につきあって欲しい	・一度にいろいろなことが起こるので自分たちだけでは何をどうして良いか分からない ・問題の整理が難しい ・よく分かっている人が一緒に整理してくれるとよい	9
	自分たちでひとつずつ解決したい	・ひとつひとつ片づけたい ・最終的には自分たちが決めるべき	4
患者の生活が丁寧に整えられる	患者の日常生活を丁寧に整えて欲しい	・患者の身だしなみを気遣ってくれる ・口の中を綺麗にする ・お下を洗って綺麗にする ・ベッドのまわりが片づいている	11
	ニーズを先取りしたケアの有り難さ	・痰の多い時間帯を把握して頻回に吸引する ・洗髪のニーズを察知して医師の許可を取る ・尿の袋（蓄尿バック）を隠してくれる	6
入院生活における患者と家族の居場所が欲しい	発症に関わって抱いている後悔や罪悪感を優しく包んでくれる	・受診を止めたことを責められない ・血圧の薬を勝手に止めたことをとがめられない ・患者の異変に気づけなかったことを責められない	7
	患者と家族が医療の場に入り込むスペースをつくって欲しい	・家族を労ってくれる ・家族に声を掛けてくれる ・一緒にケアをしながら家族ができることを示してくれる ・ベッドサイドにいる家族を看護師が軽視する	9

で，サブカテゴリーは〈　〉で示す．

1）《在宅療養生活の見通しを持ちたい》

詳細でタイムリーな情報提供を受け，回復過程における自分たちのいる位置が客観視でき，退院までに達成しなければいけない回復の目標や具体的な回復イメージ，また退院後の療養生活に備えて家族が準備しなければならないことが明確に描けることを求めたカテゴリーである．

患者の病状回復に伴って患者ができることとできないことが明確になる一方，患者と家族は退院時や退院後の生活のイメージが徐々に明確になって，家庭内の役割分担などを具体的に考えることができるようになることを求めている．

このカテゴリーには，「呼吸器に繋がれてはいるけれど，どうやら命は助かりそうだ」「どうやら少しずつ意識がはっきりしてきている感じがする」「訓練（リハビリテーション）をしたら座ることはできるかもしれない」などの先の見通しが立つ状態を求める〈回復の見通しを立てたい〉と「(患者が)できることとが何で，できないことが何かを教えてくれる」「療養生活における家族の役割分担について話をする」「訪問看護を入れたら（在宅療養でも）どうにかできるかな」などの語りをもとにした〈在宅療養の生活イメージが持てる〉の2つのサブカテゴリーが含まれる．

2）《療養の意思決定者として情報を持ちたい》

患者や家族がもっている状況判断能力や意思決定能力を信じて，タイムリーで詳細な情報提供を医療者に求めるカテゴリーである．

現在の病状，近い将来に起こると予測される合併症，治療内容，後遺症として残る障害といった医学的な内容はもとより，治療費や重症加算などの経済

的な面での情報，利用できるサービスなど，詳細な情報提供を発症後早期から患者と家族は求めていた．また，もたらされる情報に対して一時的に動揺すると思うが，自分達にも冷静に状況を判断する力はあるので，良い情報も良くない情報もタイムリーに知らせて欲しい．そのことによって，患者も家族も現実に即した意思決定ができたり，自分たちの問題として治療や療養生活のことについて主体的に考え意思決定ができると考えていた．

このカテゴリーには，「自分たちで考えるためには情報が必要」「自分たちのことなので自分たちで決めたい」などの語りから〈**患者と家族が思考するための情報がほしい**〉と「良い情報も悪い情報も知らせてもらえる」「人によって言い方はいろいろだけど伝えられる情報は一貫している」などの語りをもとにした〈**納得し信頼できる情報がほしい**〉との2つのサブカテゴリーが含まれる．

3）《**段取りがつくように共に考えて欲しい**》

問題状況を整理して今後どのように進めばよいかを，一緒に考えてくれる存在を求めるカテゴリーである．

脳血管障害発症により，患者と家族には一度に解決すべき様々な問題がのしかかる．ことに家族は職場や地域社会で担っている通常の役割を果たしながら，患者の現在の入院生活のこと，これから先の療養生活のことなど様々なことを考え，意思決定をしていかなければならない．また患者自身は，身体的あるいは心理社会的な障害を抱え新しい生活のしかたを考えていかなければならない．そのような退院まであるいは退院後の在宅療養に関する複合的な問題状況に整理をかけ，患者や家族と共に考えてくれる身近な医療者を求めていた．具体的には現在起こっていることの意味を解説できたり，今後どのような事態が生ずるか予測が立てられるような知識を持っていて，気軽に相談できる存在を求めていた．

このカテゴリーには，「自分たちだけでは何をどう整理したらよいのか分からない．状況を分かっている人が一緒に考えてくれると整理ができると思う」などの語りから〈**問題点の整理につきあって欲しい**〉と，「いろいろ決めないといけないと思うけれど，一度には難しい．できるところ必要なことからひとつひとつ片づけたい」「最終的には自分たちで決めないといけないと思う」などの語りをもとにした〈**自分たちでひとつずつ解決したい**〉との2つのサブカテゴリーが含まれる．

4）《**患者の生活が丁寧に整えられる**》

意識障害や言語障害，麻痺など重篤な障害により多くのケアを患者が受ける状況の中で，呼吸の維持や清潔・食事・排泄などの基本的な生活を看護者が丁寧に整えてくれることを求めるカテゴリーである．生きるために最低限必要なケアを手を抜かず丁寧にきちんとしてもらうことや，患者や家族が言葉で求めるより先に看護者が先取りのケアをしてくれることは，患者が現に今生きていることや看護者に尊重されていることを実感でき，患者も家族も安心感や回復への期待感を持つ気持ちに繋がっていた．さらにそのようなケアの積み重ねは，看護者への信頼感にも繋がっていた．

このカテゴリーには「おしゃれ好きな患者の身だしなみを大切にして整えてくれる」「口の中をいつも綺麗にしてくれる」などの〈**患者の日常生活を丁寧に整えて欲しい**〉と，「(看護師が) 患者の痰の多い時間帯を把握していて頻回に吸引してくれる」「気になっていた洗髪を看護師の方から医師の了解を得て洗髪しようと声をかけてくれた」などの語りをもとにした〈**ニーズを先取りしたケアの有り難さ**〉の2つのサブカテゴリーが含まれる．

5）《**入院生活における患者と家族の居場所が欲しい**》

発症後間もない時期には，発症前に薬剤の服用を勝手に中断したことや未受診などが起因して脳血管障害を招いたと感じ，患者は自己管理できなかったことに対する自己嫌悪と家族への罪悪感を抱いていた．一方家族は，脳血管障害の発症を防ぐための患者の自己管理をサポートしきれなかったことに対する罪悪感を抱いている事例が複数あった．そのような気持ちを抱きつつ，慣れない入院生活の場で患者

も家族も自分たちの居場所を求めていたカテゴリーである．例えば家族を患者のケア場面に意識的に取り込んだり，家族の面会時に看護師がベッドサイドで話かけてくれたりすると，「家族が入り込むスペースを作ってくれている」「ここにいて良いのだ」「自分が失敗と思っていることを看護師は責めてはいないのだ」と思え安心していた．反対にそのような看護師の介入がないと，療養の場から疎外されているような，「ここにいてはいけないのでは」と感じたと言う語りもあった．このカテゴリーには〈**発症に関わって抱いている後悔や罪悪感を優しく包んでくれる**〉と〈**患者と家族が医療の場に入り込むスペースをつくって欲しい**〉の2つのサブカテゴリーが含まれる．

Ⅳ．考　察

1．発症3か月における患者と家族の心理的ケアニーズの位相

抽出した5つのカテゴリーを時系列やカテゴリーの内容を踏まえて位相として示したものが図1である．

斎藤は「ささえあい」の人間学の中で，医療の場における患者や家族の自己決定は，「いのち・生き方」の選択をささえる実践であり，その中心にあるものが適切な情報提供である．患者や家族の自己決定に際して医療者はいかに情報を共有し協力体制を敷いていけるかが問われていると述べている．また病む人の不安・不便をできるだけ排除し，日常的な生活を援(たす)けつつ「いのち・生き方」の選択をささえる準備を周囲から整えていく重要性を述べている[15]．この観点に立って結果の意味づけをするならば，患者と家族が抱く**《在宅療養生活の見通しを持ちたい》**，**《療養の意思決定者として情報を持ちたい》**，**《段取りがつくように共に考えて欲しい》**という心理的ケアニーズは，回復期にある彼らの主要なケアニーズと考えた．先述した千葉らや本間らの先行研究においても，患者や家族が治療方針や療養方針の自己決定に際して情報提供を求めており，脳血管障害患者と家族の回復期における主要な心理的ケアニーズと言える．従って，位相の中核部分と考え「療養の場における主体者でありたいと願う患者と家族の心理」として中心に据えた．一方回復期においてこの中核部分を突き進めるためには，日常生活が整えられることとその安定感が必要である．従ってこれらの中核をなす3つの心理的ケアニーズを支持あるいは強化するものとして，**《患者の生活が丁寧に整えられる》**，**《入院生活における患者と家族の居場所が欲しい》**の2つのカテゴリーを先の3つのカテゴリーの基底部に配した．患者が尊重され的確なケアを受けていることを患者本人も家族も認識することができる**《患者の生活が丁寧に整えられる》**と，患者と家族が医療の場に落ち着いて身をおくことができることを欲している**《入院生活における患者と家族の居場所が欲しい》**の2つの心理的ケアニーズが充たされることにより，医療の場において自分たちの存在を認めてもらえているという実感を持つことができ，また中核をなす3つの心理的ケアニーズを患者と家族がより明確に意識化することができる．その結果，積極的かつ主体的に医療に参加し回復過程を歩む行動に繋がるのではないかと推測し，図1を表わした．

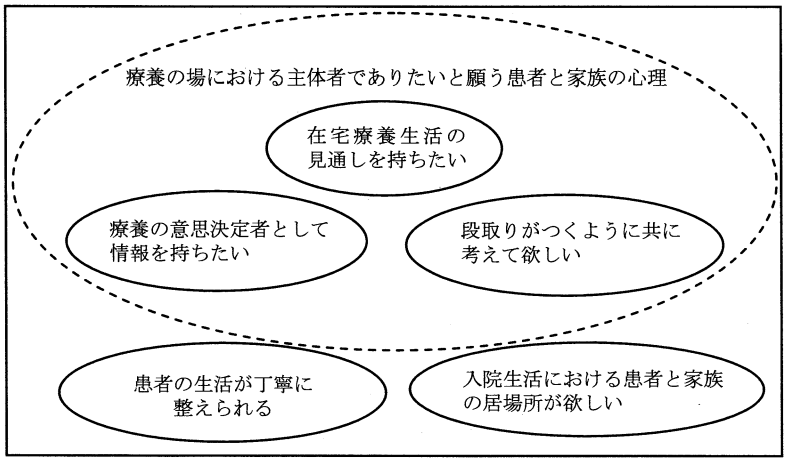

図1．脳血管障害患者と家族が医療者に求める心理的ケアニーズの位相

2．療養の場で主体者でありたいと願う患者と家族の心理

脳血管障害患者と家族の発症後1～3か月の心理的ケアニーズとして，療養の場において彼らは自分たちが主体者であることを望み，そのための情報提供を医療者に求めていた．

Olofsson A.ら，Banks P.らやStein J.らは2000年代初期の論文[16-18]で，患者と家族がタイムリーで的確な情報提供や教育的介入を求めていることを既に指摘している．またわが国においては横尾らが，看護者が日常の臨床場面で感じている倫理上の問題として，患者が適切かつ十分な情報を得られていないことや医療に参加できない状況を指摘している[19]．脳血管障害患者の回復過程には発症直後からおおよそ3か月の間に，生命の危機を乗り越える超急性期，急性期から回復期への移行期，本格的にリハビリテーションを展開するリハビリテーション期がある．一言で情報提供と言っても，その時期により患者と家族に伝えるべきことや，意思決定を促す内容は異なる．臨床場面で看護者をはじめとする医療者は，患者と家族が現実を受け入れ難く混乱している時，ことに急性期などでは，何をどこまで伝えるべきか判断に迷うことがしばしばある．より慎重な情報提供をと考えた結果，彼らが求めている十分な情報提供ができていないのではないかと推察する．看護者はまず患者と家族が医療における主体者であること，意思決定者であることを希望していることを再度認識して，意図的な情報提供を行なっていく必要がある．

一方，脳血管障害の急性期や回復期には治療や療養に関して，日常生活では体験しない多くの情報が患者と家族にもたらされる．圧倒的な現実を理解しかつ状況を予測しながら意思決定していくことは，患者にとっても家族にとっても心理的な負荷になることも予測できる．**《在宅療養生活の見通しを持ちたい》**，**《段取りがつくように共に考えて欲しい》**という心理的ケアニーズは，単に情報を伝えるだけでは不十分であることを示している．伝えられた情報を患者と家族が正しく理解しているか，情報に基づいて患者と家族が現実を客観視したり，次のステップに進むための行動ができているかを確認しサポートすることが看護者には求められる．

田中は心理社会的リハビリテーションを支援する立場から，ADLの低下と医療ケアの増大にしがって当事者の発言力が低下することを指摘し，彼らの発言の掘り出しを図るべき[20]と述べている．酒井はリハビリテーション看護における看護独自の役割のひとつに，患者の主体性を引き出すことがある[21]と述べている．脳血管障害の急性期から回復期は医療の高度化により，まさに患者と家族が当事者として医療の場に入りにくい状況を呈していると思われる．治療方針や療養生活における意思決定において，自分達の意向を医療者に発言しにくい状況があることを踏まえ，看護者は患者や家族の意向を引き出す働きかけをする重要性を再度認識する必要がある．そのためには意図的な情報提供を行うことにあわせ，それらの情報を患者と家族が意味づけし整理できるように，看護者が時間を共有し支援することが求められている．

3．安心できる場の提供と生活を丁寧に整える意義

《患者の生活が丁寧に整えられる》，**《入院生活における患者と家族の居場所が欲しい》**という2つのカテゴリーを，医療の場で主体者でありたいと願う患者と家族の心理を支えるものとして，図1の基底部に配した．患者の日常生活援助を通して丁寧に生活を整えることは，看護の役割の本質的な部分であり看護者としては日々実践している当然のケアと思う内容である．しかし，患者と家族にとって日々ベッドサイドで受けているそれらのケアは，患者の日常生活を支え，また患者や家族の尊厳を守り回復への意欲を維持強化するという観点から，看護者が考えている以上に一つひとつのケアを重要視していると言える．野嶋は日常生活援助と的確なクリニカルジャッジメントひいてはこころのケアとの強い関連性[22]を，柏谷は日常生活援助と緩和ケアの密着性[23]を述べている．これらを踏まえて看護者が日々

重ねている日常生活援助には，脳血管障害回復期の看護として明確な意味があることを確認する必要がある．

患者と家族にとっては医療の場は非日常であり，物理的にも心理的にもまずは安心してそこにいることができる居場所を求めていると言える．そしてベッドサイドケアの観点では，患者と家族の個別性や日常性を踏まえながら，丁寧にケアを実施する必要がある．ベッド周辺の環境整備や，起居・移動・食事・清潔・排泄・整容など日々繰り返すケアに対して，細心の注意を払ったり患者や家族のこだわりを反映したケアを実施する意義は大きいと考える．

V．結　論

脳血管障害を発症し療養中の患者と家族に半構造的インタビューを実施し，発症から退院までの概ね3か月間における彼らの心理的ケアニーズを内容分析により抽出した．その結果，患者と家族は自分たちが療養生活における主体者であり，そして意思決定者であることを望んでおり，そのための情報提供を医療者に求めていることが明らかになった．さらに，入院生活や退院後の療養生活について共に考え見通しを立てるサポートを求めていた．彼らが療養生活の主体者であり，適切な見通しを立てることを促進するために，入院生活における居場所の確保と丁寧な生活の整えも重要な心理的ケアニーズである．

今回は7事例のデータを分析対象としたため，この結果を即一般化するには限界がある．しかし，結果として示したケアニーズは先述したリハビリテーション看護や脳血管障害回復期の看護において指摘されている今日的課題と重なる部分も多く，患者と家族が直面している問題状況と整合しているとも言える．今後，この結果を踏まえて脳血管障害発症後の急性期から回復期にかけての患者と家族への有効な介入プログラムを検討していきたい．

謝辞

本研究の趣旨を御理解頂き，療養中にもかかわらずインタビューに御協力頂きました患者と御家族の皆様に，心より感謝申し上げます．またデータ収集の場として御協力頂きました，島根県立中央病院　中川正久前院長ならびに春日順子前看護局長とスタッフの皆様，島根県奥出雲病院春日正己院長ならびに佐藤サチコ元看護部長とスタッフの皆様，水島中央病院　中務治重院長ならびに大森恵美子看護部長とスタッフの皆様に感謝申し上げます．データ収集において御協力頂きました倉敷看護専門学校元教員（現兵庫大学健康科学部看護学科准教授）若井和子さん，広島大学大学院保健学研究科博士課程前期修了者山本純子さんならびに樋口富枝さんに感謝申し上げます．

本研究は，平成17～20年度科学研究費補助金（基盤研究C　課題番号：18592402）の助成金を得て実施した．

受付　'09.11.20
採用　'10.10.19

文　献

1）厚生統計協会編：厚生の指標　国民衛生の動向　56(9):84, 2009
2）梶谷みゆき，太湯好子，白岩陽子：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，家族看護学研究，10(1):10-20, 2004
3）前掲書2）
4）戸塚智香：生活の場へ繋げる取組み　脳血管疾患後遺症のある患者・家族に対する自立への支援，臨床看護，31(14):2139-2143, 2005
5）石渡未来，長谷川由美，黒田秀美：退院調整における家族の意思決定を支援する看護技術の明確化，第37回日本看護学会（老年看護）論文集，163-165, 2006
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）片山陽子，太湯好子，小野ツルコ：在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢，日本看護研究学会雑誌，32(4):67-76, 2009
8）本間玲央，佐々木あい，原田有果理，松木晴美：脳血管疾患専門病院急性期における家族看護の現状－「CNS-FACEのニードとコーピングの測定概念」を基にした分類結果より－，第38回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ），9-11, 2008
9）酒井郁子：脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える－文献検討から－，Quality Nursing, 8(3):4-10, 2002
10）酒井郁子：現代のリハビリテーション・アプローチを支える考え方　リハビリテーションと看護をめぐって，Quality Nursing, 10(7):620-623, 2004
11）河原加代子，飯田澄美子：在宅脳血管障害患者の障害に対する受け止め方とその取り組みのプロセス，保健の科学，39(4):220-225, 1997

12) 千田みゆき，飯田澄美子：脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因，日本看護科学学会誌，17(2):43-53，1997
13) クラウス・クリッペンドルフ著，三上俊治，椎野信雄，橋元良明訳：メッセージ分析の技法「内容分析」への招待，勁草書房，東京，2003
14) 森山美知子編集：ファミリーナーシング プラクティス－家族看護の理論と実践－，8，医学書院，東京，2001
15) 森岡正博，赤林朗，斎藤有紀子，佐藤雅彦，土屋貴志：「ささえあい」の人間学，第1部25-39，第1章，法蔵館，京都，1997
16) Olofsson A., Andersson S.、, Carlberg B.：'If only I manage to get home, I'll get better'-interviews with storoke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. Clinical Rehabilitation, 19:433-440, 2005
17) Banks P., Pearson C.：Parallel lives;Younger strokes survivors and their partners coping with crisis. Sexual and Relationship Therapy, 19(4):413-429, 2004
18) Stein J., Shafgat S., Doherty D., et al.：Family member knowledge and expectations for functional recovery after stroke, American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 82(3):169-174, 2003
19) 横尾京子，片田範子，井部俊子他：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応，日本看護学会誌，13(1):32-37，1993
20) 田中千枝子：難病のリハビリテーション 心理社会的リハビリテーション，総合リハビリテーション，36(11):1057-1061，2008
21) 前掲書9)
22) 野嶋佐由美：日常生活援助の基盤となるこころのケア，こころの看護学，3(3):187-188，1999
23) 柏谷優子：日常生活援助からはじまる緩和ケア，看護学雑誌，73(11):5-9，2009

A Study of Psychological Care Needs with CVA Patients and Family Caregivers in a Period of Three Months after Diagnosis

Miyuki Kajitani[1)] Michiko Moriyama[2)]
1)Department of Nursing, University of Shimane Junior College
2)Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

Key words:Cerebro-vascular accident, Family caregiver, Psychological care needs, Discharge planning, Family nursing

There were both shorter hospital stays as well as revisions of diagnosis and treatment fees of rehabilitation in 2006. Because of this trend, it is important that nursing intervention help restructuring CVA (cerebro-vascular accident) patients and family caregivers at the acute stage and recovery stage. Stabilizing their mental health and promoting their smooth transition from hospital to home is also important. CVA patients and family caregivers tend to suffer from anxiety and confusion at the acute stage and recovery stage. Our study aims at psychological supports for them. The purpose of this study is to analyze psychological experiences of CVA patients and family caregivers to help clarify care needs and expectations of interventions. Patients with the onset of CVA are nearing discharge with expectations of family nursing. We had semi-structured interviews with CVA patients and family caregivers and qualitatively analyzed care needs from onset to discharge. As a result, we classified the interview contents into 5 major categories and 10 subcategories. The 5 major categories are: want to have the perspective of a family care life, want to have information as a decision maker, want to make life plans together ,daily life is carefully arranged, need of a comfortable place for patient and family caregivers.

It became clear that patients and family caregivers receive the care of daily life carefully arranged and wish to be independent in their medical treatment care. To meet this end, they seek information and help for decision making from nurses and medical service staff members.