原 著

脳血管障害をもつ病者の家族の生活の 再構築における家族の知恵

池 添 志 乃*

Describing the Wisdom of Life Reconstruction in Families with a Stroke Patient Family Member

Shino Ikezoe

Doctoral Course, Graduate School of Health Life Science, Kochi Women's University

キーワード：家族の生活の再構築，家族の知恵，脳血管障害の病者をもつ家族

Key Words : life reconstruction in families, the wisdom of families, families with stroke patients

Abstract

The purpose of this study was to examine the processes of reconstructing life in families with stroke patients, and to propose guidelines for family support. The sample comprised 11 spouses of stroke patients, living with their spouses either physically or nominally if the patient was still in hospital. Data was collected using interviews. Following qualitative analysis of data, 4 phases of life reconstruction in families were extracted: 1) definition of the situation; 2) the wisdom of families; 3) family prospects; and 4) reconstruction behaviors.

The wisdom of families represented skills originating with and developed by the family, based in the experiences and knowledge cultivated from life with stroke patients, and developing constantly. The wisdom of families includes the following 4 core items: 1) management of caregiving; 2) shaping attitudes towards the current situation; 3) maintaining family identity; and 4) deepening relationships.

When families with stroke patients struggle to reconstruct family life, supporting the wisdom of families for family nursing appears important.

要 旨

本研究は、脳血管障害をもつ病者の家族がどのように生活を再構築しているかを明らかにすることで、家族援助指針を提案することを目的とした。

脳血管障害と診断された病者の配偶者で、病者と同居あるいは入院前まで同居していた

*高知女子大学大学院健康生活科学研究科（博士後期課程）

11名を対象に、半構成的面接法によりデータを収集し、質的分析を行った。

分析の結果、家族の生活の再構築を形作る局面として【状況の定義】【家族の知恵】【家族の見通し】【再構築の行動】という4つの局面が抽出された。【家族の知恵】とは、病者を抱えた生活の中で培ってきた経験や知識に根ざした、家族独自に備わり、発展し、修練されていく技であり、〔介護のマネジメントに関わる家族の知恵〕、〔状況の構えをもつことに関わる家族の知恵〕、〔継続性を保つことに関わる家族の知恵〕、〔関係性を深化させていくことに関わる家族の知恵〕の4つのカテゴリーが明らかになった。看護への示唆として、家族の生活の再構築を支援する家族援助の視点を導いた。

I. はじめに

急速な高齢化と家族のQOLへの配慮、在院日数の短縮といった流れの中で、治療の中心的な場が“病院から地域へ”と移行しつつある。慢性疾患患者もその家族も、病状の移行に伴って、生活を調整し建て直していくということを繰り返し繰り返し行うという難しい課題を担っている。このような現象を生活の再構築という視点から論じられ、研究もされるようになってきた。

生活の再構築という視点においては、我が国では、藤田ら(1997)による患者の生活の再編成など、患者に焦点を当てた論説や研究はみられるものの、家族を対象にした研究はない。海外においては、生活の再構築という視点で、Strauss(1987)、Sartori(1990)やSelder(1989)が論じている。Strauss(1987)は、慢性疾患患者の家族は、病気の管理や社会的疎外、生活時間、日常生活活動や家族の関係性、他者との関係性などを再構築していかなければならないと述べている。しかし、それ以外に家族を対象とした生活の再構築について論じた研究はほとんどなされていない。また、国内外の脳血管障害をもつ病者の家族を対象とする研究においても、介護者の困難さや在宅介護の継続要因についての研究は多くみられるものの、家族の生活の再構築に焦点を当てた研究はみられなかった。

再構築についての概念定義が十分確立されておらず、家族に焦点を当てて検討したものもないことから、本研究が家族の生活の再構築(Life Reconstruction)を明らかにすることによって、再構築の概念に示唆を与えよう。また、

国内外の先行研究において、家族の生活の再構築に注目したものはほとんどないため、本研究によって新たな研究の方向性が示されるであろう。そして家族をケアの対象として位置づける視点に焦点をあてた家族看護学の構築がなされている現在、家族の生活の再構築の過程を理解することで、家族に対する継続ケアの視点および、生活の視座に立った地域や在宅での有効な家族援助の示唆が得られるであろう。

II. 研究の目的

脳血管障害をもつ病者の家族が病気と向き合いながら、どのように生活を再構築していったかを明らかにする。具体的には、家族は、病気やそれに付随して生じる状況についてどのように捉え、方向づけているのか、そして生活を維持、再建していくために、どのような取り組み(行動)を行っていくのかを明らかにする。その上で、看護者として家族をどのように援助していくべきかという援助指針を提案することを本研究の目的とする。

III. 本研究の研究の枠組み

1. 再構築の理論的背景に関する文献検討

家族の生活の再構築についての明確な概念定義はなされていないため、本研究での理論的背景として、シンボリックインタラクショニズムを基盤とする病みの軌跡の理論を用いた。シンボリックインタラクショニズムでは、人間は何らかの状況に直面したとき、その状況に対し意味づけを行うと同時に、これまで取り組んでき

た状況についても、再解釈を行うとされる(Blumer, 1991)。病みの軌跡の理論では、慢性疾患に直面した人は、自らの生活史を見通しながら、病気の管理や日常生活、人との関係性の再編成を行い、病気や慢性状況の行路、すなわち軌跡を辿っているとされる(Corbin & Strauss, 1995)。そして、家族もまた病みの軌跡を辿っている。家族は、状況に直面したとき、病気やそれに付随して生じる状況に対し、独自の意味づけを行い、方向性を吟味しながら、再構築を歩むことになる。Selder(1989)やMcCubbin(1985)、Lyonsら(1995)は家族の生活の再構築に、“変化の認知”、“共有された状況の定義”“適応のための課題の明確化”“再構成の方略”“適応のための対処”などの局面があると論じている。また、慢性疾患患者の家族の対処行動やFamily Management Styleについては、野嶋(1987, 1992)や渡辺ら(1998)、Knafl(1990)、Canam(1993)、Clawson(1996)、Pamera(1996)らが述べており、家族は、直面した状況の定義や多彩な対処行動、マネジメント行動を行っていることが論じられている。

2. 本研究の基本的考え方

家族の生活の再構築(Life Reconstruction)は、時間とともに変化する慢性疾患の軌跡の中で、家族が病気やそれに付随して生じる状況に意味づけを行い、その意味を共有しながら、行動の方向づけを行って取り組み、家族の生活を維持、再建していくプロセスである。

本研究では、家族が生活を再構築する上で、家族は状況の【意味づけ】をして、再構築の【方向づけ】を行い、それに向けて【再構築の行動】を取っていると想定をした。すなわち、状況の【意味づけ】は、慢性疾患に直面した家族が、その状況に対応するためには、家族に変化が必要であると認知し、直面している状況およびそれに付随して生じる状況について、家族独自の新たな意味づけを行っていくことと定義した。また【方向づけ】は直面する状況、およびそれに付随する状況に対して新たに付与された意味づけに基づいて、家族は独自の目標や価値をもち将来を見通し方向づけていくことであり、

【再構築の行動】は家族員が行動の方向づけに従いながら、生活を維持・再建していくために行われる取り組み、行動であると定義づけた。

また、本研究では、【生活】を、食事、休息・睡眠の日常生活活動とともに、家族の関係性、他者との関係性、病気管理・療養法の実行、価値観などの側面を含むものと考えた。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

対象は、A県内在住で、脳血管障害をもつ病者の配偶者で、研究への同意が得られ、病者と同居あるいは入院前まで同居し、主に世話をしている配偶者11名とした。施設に対する手続きとしては、市町村の役所課長および病院長、看護部長あてに研究依頼書を提出し、文書および口答で研究協力への依頼を行い、対象者の紹介を行ってもらったようにした。

2. データ収集方法

データ収集にあたり、検討を加え、作成した半構成インタビューガイドを用いて面接を行った。半構成的インタビューガイドは、食事、休息・睡眠、病気管理・療養法、家族の関係性、他者との関係性、状況・病気の捉え、価値の7つの視点にそって作成した。面接は、研究者が自宅訪問及び病院個室にて行った。面接内容は、対象者の同意を得た上で録音させてもらうようにした。面接時間は一人およそ1時間から4時間であった。データ収集期間は、2000年5月中旬から8月下旬であった。半構成インタビューガイド作成及び分析にあたっては、家族看護学領域の専門家、質的研究者に定期的に指導、助言を受け、信頼性・妥当性を高めていくようにした。

3. 分析方法

録音した面接内容は逐語記録し、フィールドノートを作成した。ケースごとに、文脈にそって、対象者が語った内容を「食事」「休息・睡眠」「病気管理・療養法」「家族の関係性」「他者との関係性」「状況・病気の捉え」「価値」の7つの領域に分けてその場面を抽出した。各々の

場面において、①その状況に対してどのように捉え、意味づけているか、②その状況に対してどのような家族の価値観、支えをもっているか、③その状況に対してどのような取り組みを行ったかに分けてコード化し分析を行った。ケースごとにそれらの内容を抽出、分類し、全体像を描き、生活の再構築の特徴を導いておくようにした。抽出された内容を統合し、類似性を軸にカテゴリー分類を行い、導かれた特徴をまとめて全体としての家族の生活の再構築の特徴を明らかにした。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として研究への参加は対象者の自由意思に基づくものとし、対象者へのインフォームドコンセントは文書及び口頭で研究依頼時、面接時に行い、以下の内容を含むものとした。①面接日時や場所は対象者の希望に添うこと、②面接途中での参加の中断、発言の拒否については自由であること、③得られた情報は研究目的以外で使用しないこと、④得られた情報は家族内でも公表しないこと、⑤厳重なテープ管理を行うこと、⑥研究参加の有無に関わらず、それによる不利益のないことが保証されること、⑦研究者の所属、連絡先の提示。

V. 結 果

1. 対象者の概要（表1）

対象者は、病者と同居し、介護している配偶

者で、性別は、男性3名、女性9名、年齢は60歳代から70歳代、在宅療養期間は7ヶ月から10年であった。

2. 家族の生活の再構築

1) 家族の生活の再構築のモデル

本研究の結果、生活の再構築のプロセスを説明する枠組みとして、以下のような家族の生活の再構築が導かれた(図1)。家族は、慢性疾患という問題に直面した時、既存の家族構造や相互パターンでは直面している状況に対応することが不十分であり、家族の生活に変化が必要であることに気づく。そして、時間とともに変化する病気や慢性状況の中で、家族は、自らのおかれた状況を解釈しながら、病気やそれに付随して生じる状況の定義を行う【状況の定義】。そして、病者を抱えた生活の中で培ってきた経験や知識に根ざした家族の知恵を発展させ【家族

図1 家族の生活の再構築のモデル

表1 対象者の概要

ケース	対象者の年齢・性別	職業の有無	病者年齢	在宅療養期間	病者の介護度
1	60歳代女性	無	60歳代	10年	部分介助
2	60歳代女性	無	70歳代	3年	部分介助
3	60歳代女性	無	80歳代	1年	部分介助
4	70歳代女性	無	70歳代	1年2ヶ月	部分介助
5	70歳代女性	有	70歳代	2年3ヶ月	部分介助
6	70歳代女性	無	80歳代	7ヶ月	部分介助
7	70歳代女性	無	80歳代	3年	部分介助
8	70歳代女性	無	80歳代	10年	部分介助
9	70歳代男性	無	70歳代	9ヶ月	部分介助
10	70歳代男性	無	70歳代	2年3ヶ月	部分介助
11	70歳代男性	無	70歳代	4年9ヶ月	部分介助

の知恵】、状況を見通し【家族の見通し】、生活を維持、再建していく【再構築の行動】をとっている。すなわち、家族の生活の再構築とは、家族が自らのおかれた状況を吟味しながら、病気やそれに付随して生じる状況の定義を行い、病者を抱えた生活の中で培ってきた経験や知識に根ざした家族の知恵を発展させ、状況を見通し、再構築の行動をとりながら、生活を維持、再建していくプロセスであり、【状況の定義】【家族の知恵】【家族の見通し】【再構築の行動】の4つの局面が含まれる。

本研究で明らかになった家族の生活の再構築において特徴的な視点は、既存の文献や研究の中では論じられていなかった【家族の知恵】という局面が見出されたことである。家族によって有する知恵は異なっているが、どの家族においても家族独自の知恵は、家族が直面した状況や取り組む再構築の行動について自身で考え、見定め、取り組んでいく際に常に活用されていた。【家族の知恵】は、生活の維持、再建を図っていくうえで重要な働きをもたらす、個々の家族の生活の再構築のありようを特徴づけていたと言えよう。そこで本稿では、家族の生活の再構築の主要な1局面である【家族の知恵】について述べる。

3. 家族の知恵

本研究において、【家族の知恵】とは、病者を抱えた生活の中で培ってきた経験や知識に根ざした、家族独自に備わり、発展し、修練されていく技と定義し、【家族の知恵】として、[介護のマネジメントに関わる家族の知恵][状況の構えをもつことに関わる家族の知恵][継続性を保つことに関わる家族の知恵][関係性を深化させていくことに関わる家族の知恵]の4カテゴリーと14のサブカテゴリーが抽出された(表2)。

1) 介護のマネジメントに関わる家族の知恵

(1) コツをつかむ

家族は、介護を担う生活の時間的経過の中で、介助の仕方について徐々に慣れを認知し、より効果的な、自分流の介護方法を見出し、楽に介護できるコツをつかむという知恵を発展させ、自己の中に蓄積させていっていた。例えば、「いろいろ工夫してね、だんだん慣れというか、上手になっていくというか、力があんまりかからんような方法をね」(Case4)、「こういう生活にだんだん慣れてきたし、こんなもんだなというのがわかってきた」(Case9)などのように、また、「怒っている時はとりあったらいかんみたい、怒り出したら私もずっと二階へ上がります…」(Case6)などのように、家族は病者との関わりにおけるコツをつかむ家族の知恵を活用しながら、気持ちの立て直しを図っていた。

表2 家族の知恵

カテゴリー	サブカテゴリー
介護のマネジメントに関わる家族の知恵	コツをつかむ 援助の幅を広げる 人とのつながりを保つ
状況の構えをもつことに関わる家族の知恵	気長な構えをもつ 覚悟を決める 辛抱する 状況を楽観的に捉える
継続性を保つことに関わる家族の知恵	その人らしさを認める これまでの生活を守る 介護と自分の生活の両立を図る
関係性を深化させていくことに関わる家族の知恵	関係性の確信をもつ 病者に合わせていく 夫婦で合意する 病者との新たな関係性を築く

(2) 援助の幅を広げる

家族は、介護しなければならなくなった状況において、一人で抱えこむのではなく、他者に援助を求め、共有するなど援助の幅を広げるという知恵を発揮していた。例えば、「外出する時には福祉や近所の人に頼んでね」(Case8)、「とことんになったら娘もおるし、町内の人も声かけてくれるし、介護保険という制度もできたし、その力をお借りしてね」(Case4)などのように語っていた。

(3) 人とのつながりを保つ

家族は自分一人で生きているのではなく、みなぎ助け合って生きていると状況を捉え、近隣の人や友人などとの間の関わりを重視するという、人とのつながりを保つ知恵を活用していた。例えば、「自分一人で生きちゃあせんきね、みなぎ助け合って生きちゅうがやき…ほんと間にしちよかんとね…近所付き合ひが大事、一番大事」(Case7)、「友だちとのつながり大事ですね、一番ようわかり合えますもんね」(Case4)などのように語っていた。

2) 状況の構えをもつことに関わる家族の知恵

(1) 気長な構えをもつ

家族は時間的経過の中で病気に対して長期的視点をもち、気長に構えるという家族なりの状況に立ち向かっていくための知恵を用いていた。「今はずっとやっていかないかんという頭はありますきね。気長にせないかんです。ずっとようなる病気でもないきね」(Case9)、「先は長いです、いつまでというあれがないから…長期戦だなということはね」(Case4)などのように語っていた。

(2) 覚悟を決める

家族は、介護を担う時間的経過の中で自らの気持ちを鼓舞し、子どもに頼らず、自分で最後まで介護を全うしていこうという覚悟を決める知恵をもって状況に向き合っていた。「私の健康が許す限り最後までみないかんと思ひります」(Case4)、「子どもは別におります、結局私がずっとね、もう面倒みていかんといかんですわ、頼れんですわね」(Case6)、「うん、やる、僕はやるつもりです」(Case11)、「覚悟はできています」(Case10)などのように語っていた。

(3) 辛抱する

家族は在宅介護を継続する中で子どもに迷惑をかけず、状況を乗り切っていくために日常生活や病者との関わりにおいて辛抱するという知恵を発展させ、活用していた。「結局私が辛抱してよね、辛抱が一番やと思う私は、この人に仕えてね、息子にも世話かかるし、自分さえこらえちよったらね…」(Case7)などのように語っていた。

(4) 状況を楽観的に捉える

家族は病気体験を肯定的に捉え直し、介護を含んだ現在の状況のよい面を見つけ、より良く、楽に捉えようとする等、状況をできるだけプラス方向、楽観的に捉える知恵を身につけていた。例えば、「病気になったこと自体は辛いけど、楽しい、毎日が…」(Case8)、「落ち込んだらきりがいいですきね、なるべく良いように考えて開き直っている」(Case4)、「私は割合、楽天家で天に任せてなるようになるわって思ってます」(Case3)などのように語っていた。

また、家族は過去の状況や他者との比較を通して、病者の状態をモニタリングし、状態はいい方だと状況を楽観的に捉える知恵を活用していた。例えば、「今まで苦勞してきてますから、それを考えたら簡単なことです」(Case10)、「友だちのご主人は怒るから、うちは怒りませんから割合、楽です」(Case3)、「まだ寝たきりでもないしね、重い人らあ大変よね…」(Case5)などのように語っていた。

3) 継続性を保つことに関わる家族の知恵

(1) その人らしさを認める

家族はこれまでの病者らしさが日常生活の中で徐々に取り戻していることや病者のできている部分、変わっていない部分を強調して捉え、認めるようにしながら自らの知恵として発展させていた。例えば、「一生懸命でね、治さないかんと思うて頑張りゆうきね」(Case5)、「主人が病気になってからずっとね、いまだに軍人精神そのもの…」(Case8)、「自分で一人でやりますがですけどね、ここまでできております」(Case9)などのように語っていた。

(2) これまでの生活を守る

家族はできるだけ病前と同じ夫婦の行動パタ

ーンを維持しようと努めたり、病者と行動をとともにすることで、自分は介護をしながらも充実した生活を送ることができているという姿勢を他者に示したりして、これまでの生活を守る知恵を発展させていた。例えば、「旅行するのが楽しみやったき、今でも温泉に行つてね」「車でつんで、車椅子で買い物一緒にして帰ってきておりました」(Case11)、「家内があんなになってからは、行ける所はね、一緒に行つて。元気な時からあそこに行きよったですき」(Case10)などのように語っていた。

(3) 介護と自分の生活の両立を図る

家族は自ら楽しみをもつことは、介護状況にもプラスの影響をもたらしていると意味づけ、介護と自分の生活の両立を図る知恵を発展させていた。例えば、「料理や洋服を作るっていう楽しみもあるし、私ね筆字が好きで今も稽古に行ってますけどね、家でできる楽しみを見つけてね。私自身、大きな楽しみがあるから救われちゃうの」(Case8)、「私ね、カラオケ教室に十年以上になるんじゃないかしら、月に二回、それだけは確保したいと思ってね、何にも息抜きがないというのは参ってしまうから、頭の切り替えをしてね、また頑張つてやろうという気持ちになるんですよ」(Case4)などのように語っていた。

4) 関係性を深化させていくことに関わる家族の知恵

(1) 関係性の確信をもつ

家族は、病者の言動から、相手の自分に対する感謝やいたわりの気持ちや頼りにしている思いを確信するという知恵や、病者との日々の関わりの中で病者への情や夫婦の絆の深まりを再認識するという知恵を発展させていた。例えば、「いつもね、ありがとうは言う、やっぱり感謝しゅうもんやね、そんなに言い出した」(Case5)、「あんまり怒ってすると、もうぶっと外に出るんですわ、そしたらね、うろうろしてやっぱり待っているの、電気つけてみたりね、待っていたんだなって、こちらも必要にされているんやなって思ってね」(Case4)、「今は情がもっとあるみたいだと思いますね、病気をしたらうんと二人の絆が深まるというか、それは元気な時と違い

ますね」(Case1)のように語っていた。

(2) 病者に合わせていく

家族は病者との夫婦生活を営んでいく中で、病者の意思を尊重し、病者に合わせていくという知恵を活用していた。例えば、「お父さんに合わせていったら一番文句もないわって、機嫌ようにおつてもらえるって思ってね、それでお父さんをいつも高くして、お父さんのペースに合わせていったら、今は極楽」(Case8)、「女は従うもので、男が主導権を握つて、そういう気持ちが生まれながらにしてずっとあるもんですから」(Case4)などのように語っていた。

(3) 夫婦で合意する

家族は自分たちが取り組む介護スタイルを決定する際に夫婦で合意するという知恵を見出し、活用していた。例えば、「退院する時、二人で先生の話をして家族が手を出したらいかん、家族を頼つたらいかんと言われて。それで、いつでもお父さんが必要な時には呼びなさいよって、それまで私は手を出さんからって、最初にお父さんと話をして決めてね」(Case8)のように語っていた。

(4) 病者との新たな関係性を築く

家族はこれまでの夫婦関係だけではなく、新たな親子関係のつながりを見出し、より関係性を強化するという知恵を発展させていた。例えば、「今は子どもに対するような気持ちがあるんやないかねえ、愛おしいような何もできなくなった主人を、親子関係みたいになっちゃうね」(Case4)のように語っていた。

VI. 考 察

ここでは、本研究で明らかになった生活の再構築において、主要な視点の一つとして挙げられ、既存の文献や研究の中では論じられていなかった【家族の知恵】という局面について検討する。

【家族の知恵】は、一時的なものではなく、必要に応じて引き出すことのできるものであり、発展的なものであった。そして繰り返される経験の中でさらに修練され、発展していくものであった。

Benner(1999)は、慢性病に対処してきた人は、病気を抱えていかに生きるかをめぐって一連の習慣、活動様式、予期能力などの実践知を発達させていると述べている。そして、病気を抱えて生活する中で、身体状態や病気管理についての経験知が獲得されるとしている。また、矢崎(1999)も、長期在宅療養における家族介護力が発達することを述べている。生活の再構築に取り組む家族は、取り組みの中で、自らの経験や知識等からさまざまな経験知、実践知そして介護力を身につけていると言えよう。

1. 介護マネジメントと家族の知恵

北山(1996)が介護のコツをつかむことを介護における学びという視点で論じているように、本研究でも〈コツをつかむ〉〈援助の幅を広げる〉〈人とのつながりを保つ〉など、家族は病者に合わせた介助方法、つき合い方を見出していた。またSelder(1989)が新たな現実を構築するには、他者との関係性もまた再構築されていると述べているように、家族が生活を再構築する上で、他者との関係を強化し、必要に応じて求助行動をとっていくことを学んでいくことは重要なことであった。そして当初は閉じこもりがちであった家族も、徐々に近隣の人たちや友人との交流を図り、コミュニケーションを取り続けていくことができるようになり、介護や生活での困難さを緩和させている。

2. 状況への構えと家族の知恵

家族は、逃げられない状況の中で、プラスの側面を強化して捉え、長期的な展望をもって状況に向かうことができるように、リフレーミングする知恵を活用していると考えられる。本研究では〈覚悟を決める〉〈気長な構えをもつ〉〈辛抱する〉などの知恵を家族は徐々に獲得しており、家族は迷いながら、希望を持ちながら、徐々に覚悟を決めていくのであり、覚悟を決めることができたからこそ、辛抱すること、気長にすることも可能となったのであろう。

Benner(1999)は、状況の内に欠陥だけしか見ない観方を捨て、状況のうちに可能性を発見するという観方へ移行した時、その人には新しい

対処の選択肢が開けてくると述べている。また野嶋ら(1992)は、“楽観視”は問題状況を認識レベルでノーマライズしていくものであると述べ、家族対処行動の一つとして取り上げている。そして山本(1995)は、介護の困難に耐えるため自分が環境に変化を起こす方向でなく、環境を許容できるべく自分が変化するために、認識の修正を行っていると言及している。このように先行研究でも、家族は、困難な状況に対しても楽観視することで対応できると自分自身に言い聞かせ、困難さを軽減させるように認識の修正を図っていることが判明している。例えば、家族は病者の“できる”ことに目を向け認め、“できない”ではなく、“これだけできる”という認識の転換を図っており、このような認識の修正もまた病みの軌跡とともに行われているのであり、知恵として発展させている。

3. 家族の知恵に依拠した夫婦の生活や関係性の継続、深化

本研究では〈その人らしさを認める〉〈これまでの生活を守る〉〈介護と自分の生活の両立を図る〉といった知恵を家族は発展させ、これまでの生活や関係性が継続するように努めていた。長戸ら(2000)は、家族は患者のその人らしさを確認しつつ介護に当たっていることを報告している。家族は過去を思い出し、変わらないところを確認するとともに、その人らしさを維持するように努めていたといえよう。その人らしさの継続性を認めることで、病気を夫あるいは妻の全てと捉えず、病気による影響を最小限にとどめて介護に取り組んでいた。

またFriedman(1996)が家族の余暇活動は、特に家族の凝集性やモラル、満足感をもたらす重要な対処資源であると述べているように、病気前と同じ生活や夫婦の行動パターンを維持するための知恵の発達には、夫婦としての凝集性の維持に寄与する重要な知恵であったと考える。また家族は、自分の時間や楽しみをもつことで気持ち安定し、毎日を楽しいと実感できたり、自分らしさを保持することができると捉えることが可能になっていた。山本(1995)は、気分転換の活動によって介護者は一時的に介護の困難

を忘れ、忍耐の限界感から逃れることができる」と述べているように、家族は趣味を行うことで、介護に向かう自らの頭の切り替えができ、介護への意欲喚起につながっていたのであろう。

そして、夫婦の関係性をさらに深化させていくために、〈関係性の確信をもつ〉〈病者に合わせていく〉〈夫婦で合意する〉〈病者との新たな関係性を築く〉といった知恵を活用していた。これは先に挙げたその人らしさや関係性が継続しているという確認を行いつつ発展させられる知恵である。介護することを、むしろ夫婦の関係性を強化・維持する一要因として活用しながら、夫婦の関係性の再構築を図り、家族としての発達課題—夫婦関係を維持する—を遂行していたように思われた。既存の研究においても、岩崎(1998)が家族は患者との関係を維持、調整しながら自らの体験の中に肯定的側面を見出し、対処していることを報告している。関係性を確信するこの知恵が備わることで配偶者としての自負、自信も増し、介護継続の動機づけにもつながってこよう。そして、関係性がさらに深化されるのであろう。また長年の夫婦の相互依存のパターンは、長い間培ってきた親密さから導き出されると言われるように、確かにこれまでの夫婦生活の文脈の中での互いの相互性、親密さがあったからこそ、病気になってもいたわり合える関係が維持できるのであろう。そして病気という一つの体験が、より夫婦の相互性や親密性の再認識につながっていたと考える。

生活の再構築を行わなければならない状況にある夫婦は、自ら夫婦の関係性、相互性を維持あるいは再建していく必要性に気づいている。関係性を深化させる家族の知恵は、時間的経過の中で、徐々に家族に備わり、定着していったものであろう。配偶者が病気をもつという困難を伴う状況に直面した時だからこそ、夫婦としてこれからの生活を支え合い、二人のつながりを保っておかなければならないことを再認識しているのであろう。

以上、3視点から【家族の知恵】について述べた。家族は、病者を抱えた生活の中で培われ、蓄積されてきた経験や知識に根ざした複数の知恵を備えもって活用し、それぞれの知恵を折り

合わせながら、さらに発展させていた。しかし、【家族の知恵】は等しくどの家族においても存在しているわけではなかった。個々の家族が何を重視して生活しているか、何を大切にしたいと思っているのか、知恵を発展させることのできる素地がどの程度家族に備わっているのか、などといった点でも家族のもつ知恵は、家族によって異なっていた。また抱える問題の程度や状況の捉えによっても知恵の幅や程度は異なっていた。

家族の備えもった知恵は様々であるが、生活の再構築に取り組んでいる全ての家族において、多くの困難さを抱えていることは予測される。家族の状況に応じて、不足している知恵を補ったり、備わっている知恵をさらに発展させたりするような支援が必要である。

VII. 看護実践への示唆

本研究では、生活の再構築に取り組む家族を支援するに以下の実践的示唆が得られた。

1. 家族の介護マネジメントに関する知恵を支援する看護
2. 家族としての継続性を支援する看護
3. 新たな関係性を形成する知恵を支援する看護
4. 介護への価値づけを支援する看護

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。

第1に、対象が高齢者夫婦世帯における配偶者に限定され、対象者数も限定されていることから、本研究の知見は、一般化するには限界がある。今後、再構築の概念をさらに検討していくためには、世帯構造や抱える疾患などの異なる特性をもつ家族に対して研究していくことが重要な課題となる。

第2に、今回の研究では夫婦の関係性の質や介護者の性別、障害の程度などの生活の再構築に影響を与える要因について考慮していなかった。今後これらを経時的に捉えながら、家族の生活の再構築について検討していく必要がある。

第3に、生活の再構築がうまくできている家族とできていない家族との比較検討が今後の課題として挙げられる。両者のパターンを比較することで、生活の再構築ができていない家族への関わりの指針を明らかにしていく必要がある。

IX. 結 論

脳血管障害をもつ病者の家族が病気と向き合いながら、どのように生活を再構築していつているかを明らかにすることで、看護者として家族をどのように援助していくべきかという援助指針を提案することを目的として、脳血管障害をもつ病者と同居あるいは入院前まで同居していた11名の配偶者を対象に、半構成的面接を実施し質的分析を行った。その結果、以下の結論を得た。

1. 家族の生活の再構築を形作る局面として【状況の定義】【家族の知恵】【家族の見通し】【再構築の行動】という4つの局面が抽出された。
2. 家族の生活の再構築の一局面として【家族の知恵】が導かれ、[介護のマネジメントに関わる家族の知恵]、[状況の構えをもつことに関わる家族の知恵]、[継続性を保つことに関わる家族の知恵]、[関係性を深化させていくことに関わる家族の知恵]といった【家族の知恵】が明らかになった。
3. 看護への示唆として、「介護マネジメントに関する知恵を支援する」「家族としての継続性を支援する」「新たな関係性を形成する知恵を支援する」「介護への価値づけを支援する」という援助の視点が明らかになった。

文 献

- Canam, C. (1993): Common adaptive tasks facing parents of children with chronic conditions, *Journal of Advanced Nursing*, **18**, 46-53.
- Clawson, J.A. (1996): A Child With Chronic Illness and the Process of Family Adaptation, *Journal of Pediatric Nursing*, **11** (1), 52-61.
- 藤田佐和, 森口美奈, 小笠原充子(1997): 身体

に不自由な障害をもち生活再編成に向かう人の経験世界, 高知女子大学紀要自然科学編, 第45巻, 137-152.

Herbert Blumer (1969)／後藤将之訳(1991): シンボリック相互作用論—パースペクティブと方法, 第1版, 勁草書房, 東京.

石原邦雄(1985): 生活ストレスへの社会的対処, 石原邦雄, 山本和郎, 坂本弘編, 生活ストレスとは何か, 第2版, 274-275, 垣内出版.

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** (3), 29-40.

Juliet Corbin, Anselm Strauss et.al (1992)／黒江ゆり子ほか訳(1995): 慢性疾患の病みの軌跡コービンとストラウスによる看護モデル, 医学書院, 東京.

Juliet Corbin, Anselm Strauss et.al (1984)／南裕子監訳(1987): 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, 医学書院, 東京.

北山三津子(1996): 高齢者を介護する家族の学びの特質に関する研究, 千葉看護学会会誌, **2** (1), 37-43.

Knafl, K.A., Deatrick, J.A. (1990): Family Management Style: Concept Analysis and Development, *Journal of Pediatric Nursing*, **5** (1), 4-14.

Lyons, R.F., Meade, D. (1995): Painting a New Face on Relationships: Relationship Remodeling in Response to Chronic Illness, In S. Duck, & J.T. Wood (ed) *Confronting relationship challenges*. Sage: Thousand Oaks/CA, 181-210.

Marilyn M. Friedman (1986)／野嶋佐由美監訳(1996): 家族看護学理論とアセスメント, 第1版, へるす出版, 東京.

長戸和子, 川上理子, 野嶋佐由美(2000): 中山間地域で生活する老年期夫婦の健康に関連した価値観, 高知女子大学紀要看護学部編, 第48巻, 25-35.

野嶋佐由美(1999): 家族像の形成, 臨床看護, **25** (12), 1767-1771.

野嶋佐由美, 中野綾美, 足利幸乃(1987): 「家

族対処行動に関する質問紙」の開発(第1報), 高知女子大学紀要自然科学編, 第35巻, 65-73.

野嶋佐由美, 中野綾美, 河野留理ほか(1992): 「家族対処行動に関する質問紙Ⅱ」の開発(第2報), 高知女子大学紀要自然科学編, 第40巻, 67-77.

Pamera, S.H, Linda, K.B, Laura, C.S et.al (1996): Coming to Terms: Parents' Response to a First Cancer Recurrence in Their Child, Nursing Research, **45** (3), 148-153.

Patricia Benner, Judith Wrubel (1989)/難波卓志訳(1999): 現象学的人間論と看護, 医学書院, 東京.

Selder, F.E (1989): Life Transition Theory: The

Resolution of Uncertainty, Nursing & Health Care, **10** (8), 437-451.

渡辺裕子, 鈴木和子, 正木治恵ほか(1998): 透析患者をもつ家族の対処に関わる認識に関する研究, 千葉大学看護学部紀要, **20**, 107-112.

山本則子(1995): 痴呆老人の家族介護に関する研究—娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味3. 介護量引き下げの意思決定過程, 看護研究, **28** (5), 409-427.

矢崎順子(1999): 長期在宅療養における家族介護力の発達の分析 入院, 退院, 在宅の約5年間の分析から, 神奈川県立看護教育大学校事例研究集録, **22**, 72-75.