

# 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

酒井 郁子<sup>1)</sup> 高杉麻由美<sup>2)</sup> 森 雅美<sup>2)</sup> 押見 知昭<sup>2)</sup>

## 要 旨

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を記述し、看護の課題を検討することを目的に本研究を行なった。結果「リハビリテーションへの態度を転換し生活の方向性を見出した過程」「ともに暮らすことへの価値を維持し生活の方向性を見出した過程」「リハビリテーションの限界を実感し介護することへの価値を強化した過程」「回復の可能性の不確かさに対処した過程」の4つの配偶者の認識過程が取り出された。また看護の課題として、配偶者へのケアモデルの提供、生活体験の機会の提供、配偶者の認識過程に沿った指導、生活の方向づけのアセスメントと援助が考えられた。

キーワード：リハビリテーション、脳血管障害、配偶者、認識

## 1 はじめに

脳血管障害は人生後期の発症が多く、心理的、社会的、経済的に家族への影響は大きい。障害を抱えながら家庭で暮らすためには、患者だけでなく家族も発症前までの生活を大なり小なり変更する必要がある。

特に配偶者は、発症からリハビリテーションの入院生活において患者を心理的に支え、身の回りの細かな世話をし、退院後の介護の技術や知識を得ることを医療者から求められがちである。このような医療者の対応はともすれば、配偶者を患者のための資源の一つととらえることになり、配偶者の認識や体験がケアを要するものであることが忘れられることもある。

在宅生活における介護者の認識や介護負担感に関する研究は多数あるが、その介護者の患者との関係はさまざまである。しかし子や嫁と、配偶者の「患者と共に生活すること」に関する認識にはそれまでの人生における関わりの違いから大きな差があると考えられる。加えてリハビリテーション期間は、患者の心身に激しい変化が起こる時期でもある。配偶者はその変化を患者の世話を通して目の当たりにし、混乱したり、受け止めきれなかったりすること

もあるのだが、この時期の配偶者の認識過程に焦点を当てた研究もほとんど見られない。多くの患者と配偶者にとって、生命の危機を乗り越え、リハビリテーションを受けることは、奇跡の回復を願い、ともに苦闘する濃い体験の期間でもあると考えられる。実際、脳血管障害の配偶者たちはどのような体験をしているのであろうか。

介護の技術や知識を効果的に指導することも重要な課題ではあるが障害を持つ人と共に暮らすことについての配偶者の認識の変化は重要なのではないか。この認識過程を理解することは、現在行われがちな、患者の介護を担う配偶者という看護者の見方による、ステレオタイプな退院指導を改善することにつながると思う。

本研究の研究目的は、リハビリテーションを受けた脳血管障害者の配偶者が患者とともに生活することやリハビリテーションをどのようにとらえ、感じて発症から在宅までの過程を過ごすのか、配偶者の認識過程を記述、説明し、今後の看護の課題を検討することである。

## 2 研究方法

### 1) 研究対象

データ収集期間は平成10年7月～9月であった。研究対象者として選定した基準は以下の通りであった。

(1) リハビリテーション専門施設を退院後1ヶ月

1) 川崎市立看護短期大学

2) 千葉県千葉リハビリテーションセンター

表 1 対象者の概要

対象者					脳血管障害患者				
事例	性別	年齢	患者との関係	年齢	疾患名	患者の ADL の変化			コミュニケーション
						入院時	退院時	現在	
1	女	52	妻	55	右視床出血	一部介助	自立	自立	可能
2	女	53	妻	58	脳梗塞	一部介助	一部介助	自立	失語症のため困難
3	女	51	妻	56	左被殻出血	全介助	一部介助	自立	失語症のため困難
4	女	58	妻	63	脳梗塞	一部介助	自立	自立	失語症のため困難
5	女	59	妻	63	脳梗塞	全介助	一部介助	一部介助	失語症のため困難
6	女	54	妻	58	くも膜下出血	全介助	全介助	全介助	可能
7	男	37	夫	32	脳出血	全介助	全介助	全介助	失語症のため困難

以上経過した患者の配偶者。

- (2) 患者の年齢は65歳以下でなんらかの介護や見守りを必要とする状態であること。
- (3) 患者の主たる介護を行っている配偶者であること。
- (4) 研究同意書による説明で同意を得ていること。

上記の基準を満たした研究対象者は7名（男性1名、女性6名、平均年齢51.5歳36歳～59歳）であり、全員が患者と同居している配偶者であった。

患者の年齢は平均56.7歳、日常生活状況は全介助および一部介助が必要な患者が5名、行動は自立している患者が2名であった。失語症などでコミュニケーションの障害がある患者は5名であった。（表1）

## 2) データ収集方法

研究同意書によって、患者と対象者に研究同意を得たのち、研究者が対象者と1対1で、1時間程度の半構造化面接を行った。

面接内容は、発症から現在までの患者の状態、対象者の認識、気持ちを定めるきっかけとなった出来事、生活や介護に対する考えであった。

面接経過は許可を得てテープに録音し、逐語録を作成した。

## 4) 分析方法

分析方法は以下のように行った。

- (1) 文脈から、対象者の、患者、リハビリテーションおよび生活全般に対する認識の変化が見られたと判断された言葉を抜き出し、発症から時

間経過に沿って整理した。

- (2) 対象者ごとに療養経過全般の認識の変化を取り出した。
- (3) 対象者の変化をそれぞれ比較し、共通点および相違点について検討し、分類した。
- (4) 対象者の認識の共通した変化について説明、解釈を加えた。

## 3 結 果

7人の対象者の面接結果から認識の変化を4パターンに分類した。以下「」は対象者の言葉である。【 】は対象者の認識の性質として取り出したものである。

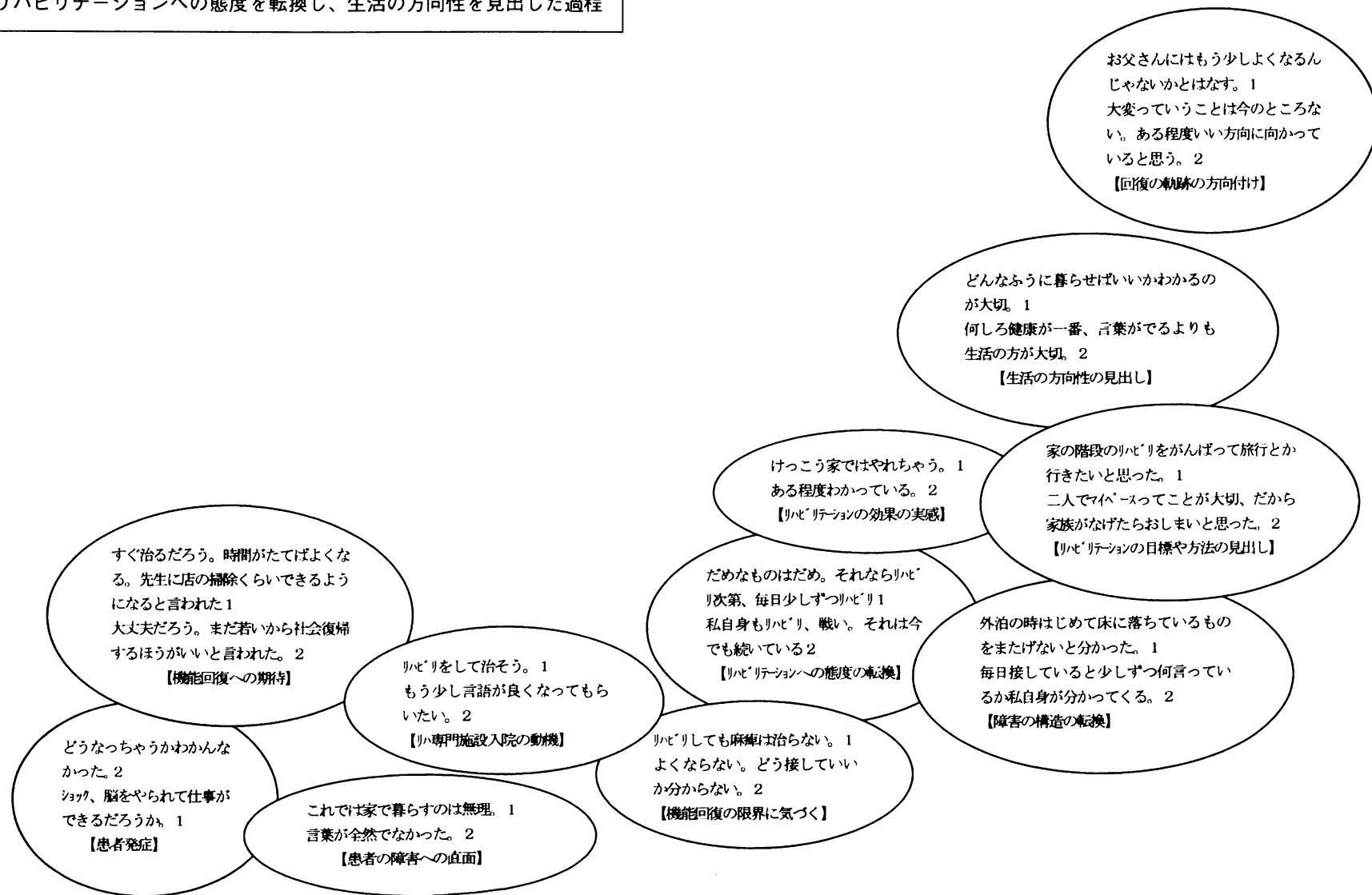
- 1) リハビリテーションへの態度を転換し生活の方向性を見出した過程（図1）

【患者発症】を事例1は「ショック、脳をやられて仕事ができるんだろうか。」と思ったとのべ、事例2は「どうなっちゃうかわかんなかった」と語った。そのときの病院の医師から事例1は「店の掃除くらいはできるようになる」事例2は「社会復帰をした方がいいんじゃないかまだ若いから」といわれ【機能回復への期待】をいただいた。一方患者の状況を見て事例1は「これでは家で暮らすのはむりだ」、事例2は「言葉が全然でなかった。」と【患者の障害への直面】をした。そのため「リハビリをして治そう。」「もう少し言語が良くなってもらいたい」と機能回復を目指したことが【リハ専門施設入院の動機】である。

しかしリハ施設で訓練をしても「麻痺は治らない」「言葉は良くならない。」と【機能回復の限界】に気

図1 事例1、2

リハビリテーションへの態度を転換し、生活の方向性を見出した過程



づいた。事例1は看護者や理学療法士から「(家を) 改造して」と勧められたが「リハビリしてだんだん身体が良くなると(改造は)できない」とそのままにしていた。事例2も「(患者が) 何言っているのかぜんぜんわからない」ので、対象自身が「(患者に) どう接して良いか分からない。」ことにも気づいていく。事例1は訓練が進むにつれて「麻痺は治らない、だめなものはだめ、それなら本人のリハビリ次第」「毎日がリハビリ」と考えるようになり、事例2も言語訓練について「私自身もリハビリ、戦いだった。その戦いは現在も続いている」と述べている。これは、リハビリテーションは訓練でありそれによって麻痺や言語障害の回復を目指すものであるという態度から、リハビリテーションは本人が主体的に行なうものであり、関わる対象者もともに行なうものであるという態度へと、対象者の【リハビリテーションへの態度の転換】が行われたことでもある。

そして事例1は初めての外泊で、患者が「床に落ちているものをまたげないということ」に気づき、「麻痺があることよりもこういうことが障害なんだ」と気づいた。事例2は「毎日接していると少しずつ何言っているか私自身分かってくる」と【障害の構造の転換】が起こった。結果「結構家ではやれちゃう。」「ある程度分かっている」と【リハビリテーションの効果の実感】ができた。以上のような経過を経て事例1は外泊を繰り返す毎に「家の階段のリハビリをがんばって旅行とか行きたい」、事例2は「二人でマイペースってことが大切」「これは家族が投げちゃったらおしまい。」と【リハビリテーションの目標や方法の見出し】が行われた。現在から療養経過全体を振り返って、事例1は「どんな風に暮らせばいいのか分かるってことが大切」、事例2は「何しろ健康が一番」であり、「言葉がでるよりも生活の方が大切。」と【生活の方向性を見出し】を語っていた。また事例1は患者がもう左側はだめかなと言ったりすることへは「もう少しよくなるんじゃないのってのはなしている。」、事例2は「ある程度いい方向に向かっていると思う。」と【回復の軌跡の方向付け】も語っていた。

## 2) ともに暮らすことへの価値を維持し生活の方向性を見出した過程 (図2)

【患者発症】の際に事例3は「へなへなになってな

にもできない」と表現し、事例4は「今後のこと考えられない。」状態だったと振り返った。事例3は「夫の緊張した傷ついた表情はなぜなんだろう」と思い、事例5は「家につれて帰りますと言ったら流動食の指導されて、どこで売ってますといわれた」と、当時の【困難への直面】をした状況を語った。

また事例3は「つらい、人と会いたくない」と患者の苦悩を目の当たりにした苦しみを述べている。事例4も「治って帰ってくるだろう」と思いながらも、「私自身も人と会いたくないと落ち込んだ」、事例5も「もう最悪の状態。」とその【苦悩】を振り返った。

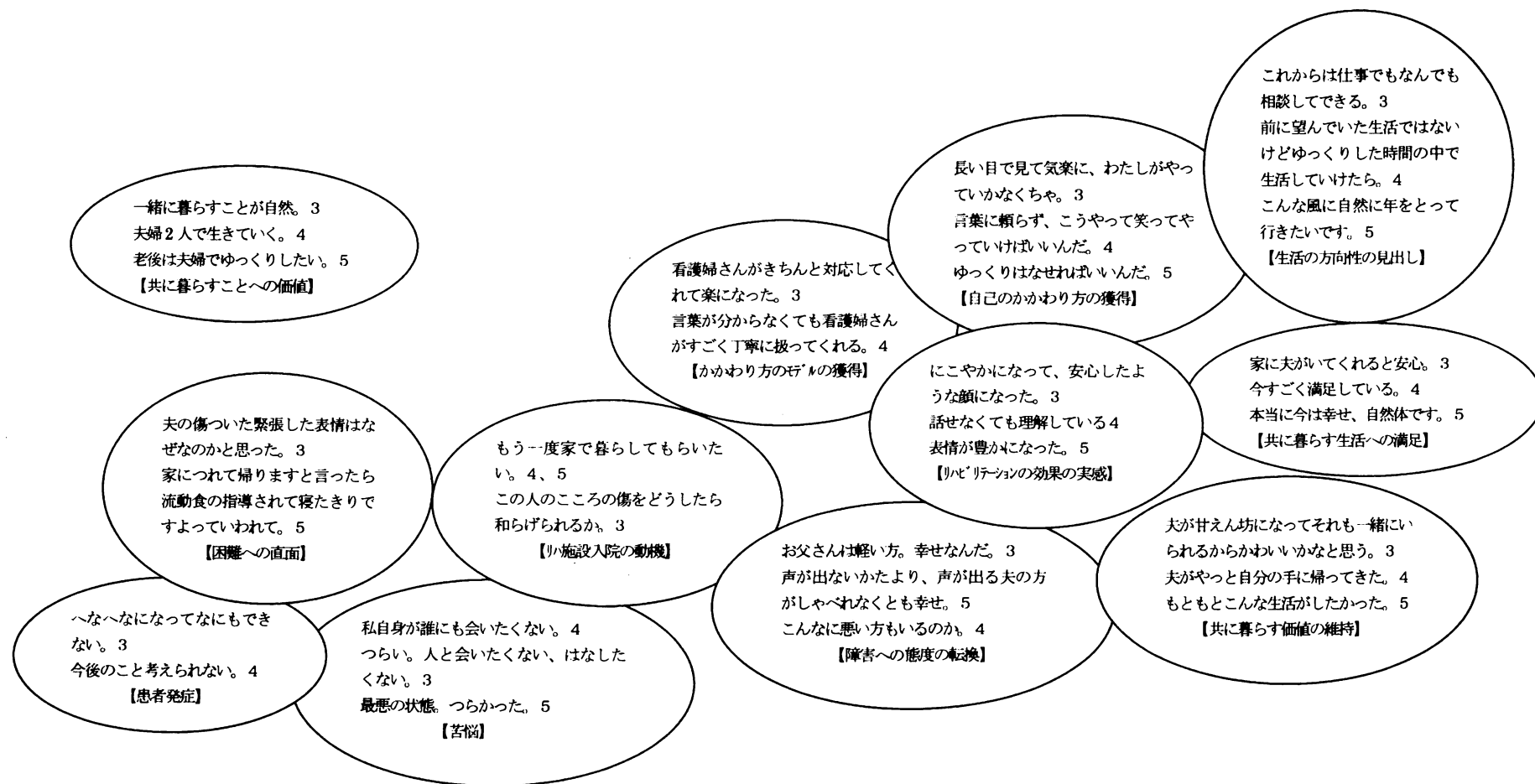
事例3にとって患者は「一緒に暮らすことが自然」な存在であり、事例4は患者は定年退職を間近に控えこれからようやく「夫婦2人で生きていく」と考えていた矢先の出来事だった。事例5も「老後は二人でゆっくりしたいと準備をしていた矢先だった」ので「もう一度家で暮らしてもらいたい」と考えていたと【共に暮らすことへの価値】を強く感じていた。

そのため「この人のこころの傷をどうしたら和らげられるか。」「もう一度家で暮らしてもらいたい」と【リハ専門施設入院の動機】を語った。事例3は入院してからは「動けるようになりますよ、歩けますよっていわれて安心し」患者のこころの傷についても「看護婦さんがきちんと対応してくれて楽になった。」と振り返っている。事例4も「看護婦さんが、わかんなくてもすごく丁寧に扱ってくれる。」と看護者の患者へのかかわりが対象者にとって【かかわり方のモデルの獲得】となったことを語った。

入院中の体験については、同じ病棟の重症患者と出会い「お父さんは軽い方、私らはすごい幸せなんだ。」と事例3は感じ、事例4も病棟の重症患者と出会ったことについて「こんなに悪い方もいらっしゃるのか。」、事例5は「ほかの患者さん大変じゃないですか。(患者は) 言葉がでなくても声のでないよりは声が出た方がいい」と【障害への態度の転換】がおこったことを述べた。また【リハビリテーションの効果の実感】を「にこやかになって安心したような顔になった」「話せなくても理解している」「表情が豊かになった」と述べることができていた。また事例3は「(言葉の回復は) 本当に長い目で見なきゃ」「気楽に私がやっていかなきゃ。」と述べ、事例4も言葉に頼らずこうやって笑ってやっていけばいいんだ。」と語った。事例5は「言葉の方はゆっくり時間をかけて良くなってもらえばいいから。」「ゆ

図2 事例3, 4, 5

共に暮らすことへの価値を維持し、生活の方向性を見出した過程



っくりはなせばいいんだ。」と入院中にそれぞれ患者との【自己のかかわり方の獲得】がなされたことを語った。

事例3はこれからのことについては「仕事のことだけじゃなくてなんでも相談してできるし。」と述べ、事例4は「(発症)前に望んでいたようにはできないかもしれないけど今までの時間の流れじゃなくてね、ゆっくりした時間の中で生活していけたらって。」と述べている。事例5も「こんな風に自然に年をとっていきたいです」と夫婦としての【生活の方向性の見出し】が行われたことを語った。現在の生活についても事例3は「(患者が)甘えん坊になって、それも一緒にいられるからかわいい」と患者を受け入れている様子も語った。事例4も「今は自然体、その自然の中で言葉がでてきています。」と言葉にこだわらない対応とその患者にとっての有効性についても述べており「ふたりでゲームして、犬も歩けばとかいうと笑いながら棒に当たるとかいうんですよ。」と患者とのやりとりを楽しんでいる様子を語った。また現在の生活については「今はすごく満足している。二人でよく笑う。言語がだめだから外国人みたいねっていうと、本人も受けをねらって一所懸命うおうおーっていって。」とユーモアを交えながら失語症であることも受け入れた満足感を語った。事例5は現在の生活について「今までは一緒にいられるのは日曜日くらいで、今は手はかかりますけどずっと一緒にテレビ見て笑っていられますし。こんなに穏やかな生活ができて今までの健康なときの二人の忙しい生活から見ると本当に今は幸せ。」と述べ、【共に暮らす生活への満足】を語った。

事例3は「お父さんがいてくれると安心」と夫の居場所が確保されていることを述べ「息子もお父さんが入院し退院して今一緒にいることで、大人の顔になってそれも良かったこと。」と家族のなかでの患者の障害の意味づけを語っていた。事例4は「今まで仕事人間だったのが夫がようやく自分の手に帰ってきた。」と患者の病気を意味づけ、「これでちゃんとむきあえるんだ。」と語った。事例5は「元々こんな生活がしたかった。」と【共に暮らす価値の維持】がなされたことを語った。

### 3) リハビリテーションの限界を実感し介護することへの価値を強化した過程(図3)

事例6は、自分のためにもできることは徹底して

やると【自己の信念】について語り、「私でなきゃだめだなんて感じはあった。夫婦の関係は良くないですよ。主人は好き勝手生きた人ですからね。」「病気になるって見てあげるしかないって感覚。」と【妻としてのプライド】を述べた。「ほとんど脳がやられているから医者には絶対に見ていくことは不可能といわれた」が、対象は「医者の説明よりは実際にはもっといい」と感じており、【医療者への反発】もあった。また「現実的に施設では経済的に無理。」と感じており、リハ専門施設への入院について問い合わせたところ「リハをしたら家で見える。それしかないって福祉の人からすごくいわれた。」と【資源不足の認識】があったことも述べた。

また対象も「この人は絶対介護が必要、それに私でなきゃだめだなんて感じがあった。やっぱり見てあげたい」と【介護の決心】をし、「このまま寝たきりでは後悔する。できることはやる。良くなるためにリハにきた。」と【リハ施設入院の動機】について述べた。

入院後の状況について「きて1ヶ月くらいはよくなってうれしかったが、足の手術後は入院前より悪い。」と感じたことを述べ、「周りを見ても夫が一番重い。周りはあんなにいいのに。比較してちゃいけないんだけどこれじゃつらすぎる」「リハにいくのがいやになった」と【周囲との比較による苦悩】を述べた。また、そのときの看護者の対応について「軽い人は訓練を見てあげれば伸びるから、伸ばしたい気持ちはわかる。うちみたいに重症の方には訓練してもそれほど伸びないから訓練しようとする看護婦さんの関わりも少ない。重い人は伸びないから、それはリハだからって思いました。」と【リハビリテーションの限界の認知】をしたことを語った。

一方重症患者が入院してきて「でもうちより重い人が入ってきて、あの人もがんばっている。だから私もがんばってみよう」と【介護することの価値の強化】がなされ、「いろんな患者の家族に教えてもらったり、話し合ったりしてプラスになったし、私だけじゃないって思ったのはよかった。」と【介護困難感の共有】がなされたことも語った。そしてその結果、他の家族や看護者に「介護の仕方を教えてもらおう」と【介護技術や知識の共有】をしようとする認識も語られた。このような事が積み重なって「だからこの人を意地で見るといけない、見ていくことには自信がついて私強くなったんです。」と

リハビリテーションの限界を実感し、介護することへの価値を強化した過程



【困難な介護の決意】を述べた。そして「そう思ったから（介護も）自分でできるようになっていったから不安もなくなった。」と介護の知識や技術を獲得してきたことも語っていた。

現在の生活について「今は私のペースでできるから楽。以外とやっていけそう。」「これから暴言は吐くだろうとおもうけどなんとか吐かないように見ていく。たまにはやさしく。」と述べ対象者なりの【介護の見通し】を述べ、「この状態を維持できればいい。」「車椅子をこげるようになったら危なくなるから困る。こがせたくはない。」、今後「良くなるとはおもっていない。」と患者の【回復の軌跡の方向づけ】を語った。と同時に「がんばれるだけがんばる。手に負えなくなったら病院にはいってもら。そこまではがんばろう。」と自分なりの【介護の限界の認知】もしていた。

#### 4) 回復の可能性の不確かさに対処した過程

事例7は「妻が倒れてからいろいろあって。こちらにも意地がある。向こうの親には負けたくないって思ったし。」と【他の家族への反発】を語った。また介護することについては「お互いどっちかが倒れればどっちかが見る。それは当たり前。俺が倒れたらこいつも見てくれるだろうと信じているし。」と【介護することの価値】自体は認識していたことを述べた。「見るのは俺しかないって想ってる。それが自慢」と【夫としてのプライド】をのべた。患者の状態については「元々寝たきりとは思ってなかったし。手（が動くこと）だって望み捨てなかったし」と【困難への直面を避ける】状況であった。この対象者は両親と同居であり、実質的な介護は分担していた。しかしその当時の介護については「全然だめだった。やり方がわからなかったから全部介助していた。面倒くさかったからたまったと手伝っていた。だから寝たきり状態。」と対象の思いというらはらな現実を振り返って【介護の技術や知識の不足】を語っていた。【リハ施設入院の動機】を「これじゃあだめだって友達にいわれてリハビリに入れた。」と述べ、友達の助言がなかったら、望みは捨てないが現実的には何もしない状態が続いていたことを述べた。

入院後は病棟の患者たちと出会い「みんながんばっている。うちはいい方。」であることがわかり、「看護婦さんでも先生でもみんな一所懸命やってる

じゃないですか。みんなで治そうとがんばっている」と医療者の患者に対する姿勢を目の当たりにし、「あの家族もあきらめてしまおうとおもえばあきらめられるのにがんばっている。」と感じた。その結果「そういうのみで自分もがんばっていかうと思えた。」と【障害への態度の転換】がはかられたことを振り返って語った。

また具体的に「介助にもやりかたがあるんだ。」と【介護技術のモデルの獲得】を学び、「介助が楽になった。以前とは雲泥の差。全然楽になったし。」「こいつも明るくなった。」と【リハビリテーションの効果の実感】から、「寝たきりではだめだったんです。やれるところはやってもらおうと思った」と自分の介護を点検し今後の【介護の方向性の見出し】を行っていた。

現在の生活については「希望がわいてきた。つえをついて一人で歩けるようになったし。」と述べ、それを見て「自分は努力しなくちゃっておもっている。」と患者の【回復の軌跡の方向づけ】を行っている。また将来の生活については「いろいろ考えてもそんなにうまくいかないし。もう深く先を考えても解決策ってわかんないし。」と考えており「ちょっとでもいいから介護が楽になって良くなるの期待して、そのときそのときをやっていくしかない。」と【回復の不確実さへの対処】について述べている。

## 4 考 察

### 1) 対象者の認識過程を支えるもの

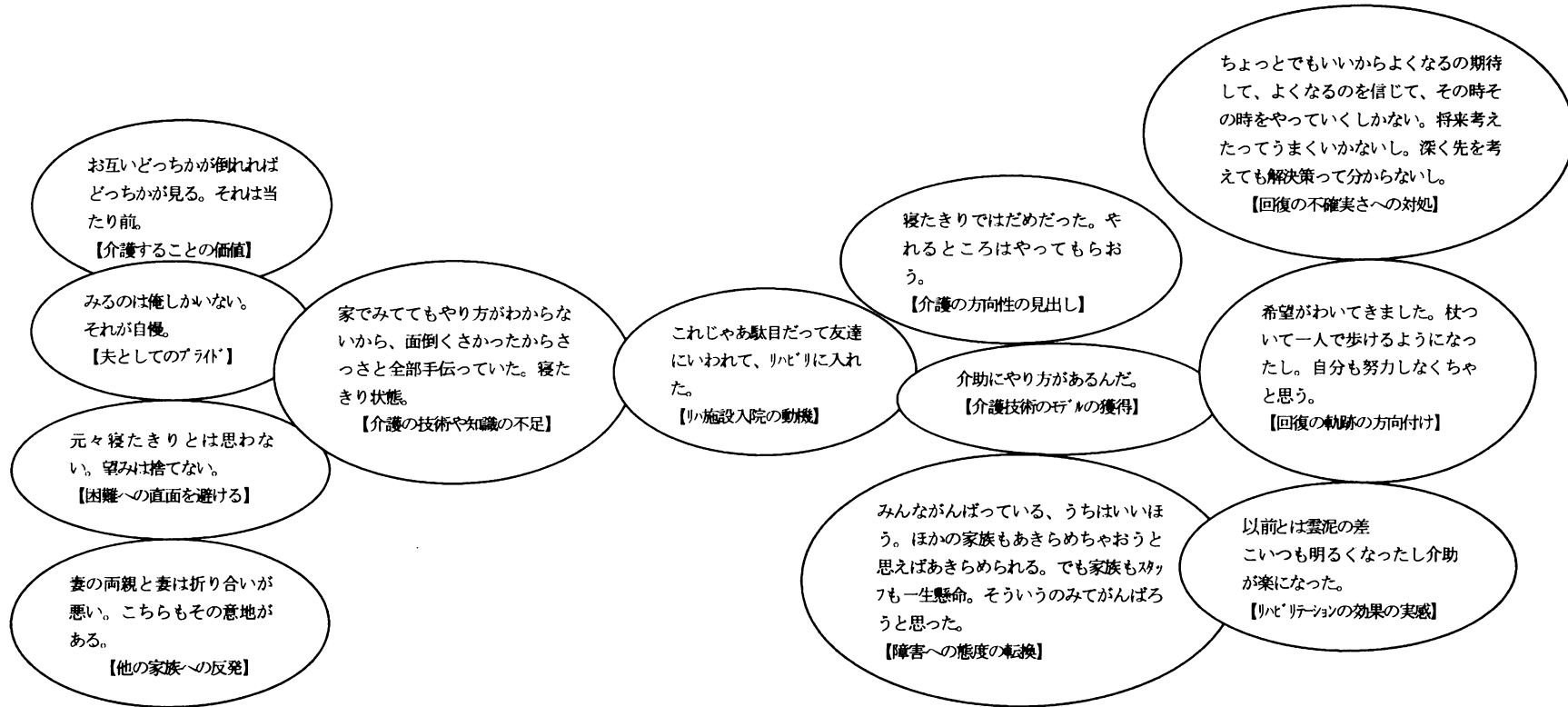
対象者は発症からリハビリテーションの過程をとおして、事例1、2、3、4、5のように生活の方向性や事例6、7のように介護の方向性を見出していった。障害を持った患者とどのようにともに暮らしていくかという生活の方向性は、その夫婦がどのように人生を生きてきたかという軌跡の延長上にあると思われる。脳血管障害によって、人生の軌跡は一度変更を余儀なくされる。しかしリハビリテーションは、生活の制限をひろげその人生を編みなおす過程である<sup>1)</sup>。事例1から5までは人生の編み直しをその配偶者である対象者が行う過程でもあった。また介護の方向性の見出しは、介護量が多い事例6、7に見られた。自分なりに介護の方向を見出すことによって患者の回復の軌跡についてもある程度の予測を持つことができていたと考えられる。

このような生活や介護の方向性の見出しはリハビリ



#### 図4 事例7

#### 回復の可能性の不確かさに対処した過程



リテーション過程において重要である。この部分を患者及び配偶者が自分で掴み取ることが障害と生活の折り合いをつけることを支え<sup>2)</sup>生活や介護における主体性を確保することにつながると考えられた。

また対象者はリハビリテーション過程で、障害や訓練やリハビリテーションへの態度の転換が起こり、態度が変換されることによって、障害の構造がそれまでとは違って認識されるという体験をしている。そうやって始めて、患者個人にとってのリハビリテーションの効果がはっきり実感されると考えられた。態度の転換が起こるためには、事例1、2のように機能回復の限界や事例6のようにリハビリテーション全般に限界を感じることで、事例3、4、5のように他の重症患者との出会いがきっかけとなることもある。一方事例6は態度の転換は生じることなく、介護することの価値の強化が図られた。転換を促す出来事や出会いがなかった事が原因と考えられた。

またリハビリテーション過程を通して、対象者は事例1、2のように自分なりのリハビリテーションの目標を見出したり、方法を獲得したり、事例3、4、5のように自己の関わり方を獲得したりしていた。介護が不要な患者においても見守り点検すること、コミュニケーションに障害があることなどから、具体的な目標や方法を配偶者が獲得することで生活や回復の軌跡が方向づけられると考えられた。また事例6、7は介護の具体的な技術や知識を獲得していた。これは事例6のように困難な介護を行なっていくことを決意したり、事例7のように回復の不確実さに対処するときに対象者の力になっていた。

最後に対象者の持つ価値観が継続されることは脳血管障害によって途切れた夫婦の人生の継続性を補償し、生活の満足感に貢献していると考えられた。事例3、4、5においてともに暮らすことの価値がリハビリテーション過程を通して継続できていることかつ、配偶者が脳血管障害後の人生により高い満足感をもっていることは重要なことである。

## 2) 看護の課題

脳血管障害患者の発症からリハビリテーションまでの過程における配偶者への援助を考えると、まず、配偶者へのケアモデルの提供は重要な看護の役割であると考えられた。事例3、4、5において、失語症のある患者、重症患者への看護者の関わりか

ら配偶者は、自分と患者の関わり方のモデルを得ている。また事例6において看護者があきらめない姿勢で患者に関わったことが配偶者にとってケアモデルとなったと考えられる。これは退院指導という形では提供できないケアリングのモデルである。

次に患者だけでなく配偶者への生活体験の機会の提供が重要であろう。事例1、2のように外泊がきっかけで障害の構造の転換がはかられ、リハビリテーションの効果が実感されることがある。訓練としての外泊ではなく、家族の体験の場としての外泊を企画することが重要であろう。外泊し家で動作の訓練をすることも重要であるが、より重要なのはいろいろな体験を積み家庭生活における対処方法の選択肢を増やしておくことである。

また患者と配偶者の認識過程に沿った指導が重要である。事例6をみてもわかるように困難な介護の決意が行われるまでは具体的技術や知識の指導は効果がないであろう。入院早期からの家族への退院指導の重要性が指摘されているが、受ける側の状況をアセスメントし、より効果的な時期に行なうことが重要である。

最後に患者と配偶者が今後の生活の方向性を見出しているかどうかアセスメントし、見いだせるように働きかける援助を行なっていくことが必要であろう。夫婦でどのような人生の軌跡を紡いできたのか、その一部として発症からの回復の軌跡はどのようなものであったのか、そしてどこに向かっていくのかをアセスメントすることで患者と配偶者に沿った援助が提供できると考えられる。

## 3) 研究の限界と今後の課題

本研究は配偶者の認識過程として取り出された結果が飽和化したことを確認していないので、さらに事例数を蓄積して、飽和化を確認する必要がある。また一度の面接による振り返りデータであること、患者の担当看護者がデータ収集を行なったことで対象者に回答の偏りが生じた可能性もある。

今後はプロスペクティブな方法で頻回の面接と参加観察を併用するなどして、データの信頼性をあげる工夫が必要となる。また考察で取り上げた看護への示唆についての効果の検証を行なっていく必要がある。

## 文 献

- 1) ピエール ウグ編、黒江ゆり子、市橋恵子、賓田穂訳：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、p14、医学書院、1995.
- 2) 同 書、p22