

---

研 究 報 告

---

# 回復期リハビリテーション病棟から自宅への退院を間近に控えた 脳卒中患者の家族の体験

林 みよ子

## Experiences of Stroke Patients' Family Members before Discharge from Convalescent Rehabilitation Wards

Miyoko Hayashi

キーワード：家族の体験、脳卒中患者の家族、回復期リハビリテーション病棟からの退院

key words : experiences of family members, stroke patients' family members, discharge from convalescence rehabilitation wards

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the experiences of stroke patients' family members before discharge from convalescent rehabilitation wards. The subjects were 11 family members of stroke patients. Data were collected from semi-structured interviews and analyzed using a qualitative inductive method.

The results of the analysis indicated that the family members undertook home nursing care with "determination" and "a feeling of release from hospital", had "an optimistic outlook" due to their thorough "preparation" and the "positive view of the patients' mobility". However, before the patients' discharge they also felt "anxious about the uncertainties of home nursing care life". The results suggest that the following need to be provided to family members of stroke patients before discharge from convalescent rehabilitation wards: continuous care from before and until after the patients' discharge to reinforce their determination, support to improve their nursing skills and prepare for care, sympathy for their conflicting feelings about home care and an opportunity to practice care at home created by temporary overnight discharge of the patient.

### 要旨

本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟から自宅への退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験を明らかにすることである。脳卒中患者の家族11名を研究参加者として、半構成的面接法を用いてデータ収集し、質的帰納的手法を用いて分析した。

---

受付日：2010年12月6日 受理日：2011年2月9日

北里大学看護学部 Kitasato University School of Nursing

分析の結果、家族は、【‘やるしかない’ という覚悟】と【病院からの解放】という思いを持って在宅介護を受け入れ、【‘結構できる’ という患者評価】と【受け入れ準備の完了】から【楽観的に見込む】が、同時に【先の読めない介護生活への不安】という思いも抱えて退院を待っていることが明らかとなった。このことから、回復期リハビリテーション病棟から自宅に退院する脳卒中患者の家族に対しては、家族の覚悟を支持するための退院前後の継続的ケア、家族の介護力の強化や介護準備を整えるための支援、在宅介護に対するパラドキシカルな心情の共感、在宅介護を想定した効果的な試験的外泊の実施が必要であると考えられた。

## I. はじめに

近年の医療の進歩に伴い、脳卒中による死亡者数は1960年代をピークに漸減し、現在では、死亡者全体の約11%まで低下している（厚生統計協会，2009，p.51）。その一方で、脳の受けた不可逆的なダメージは患者に後遺症を残し、それによって要介護状態となる患者は増加している。最近の報告では、要介護者の約25%が脳卒中に起因しており、脳卒中は要介護状態の原因疾患の第1位となっている（厚生統計協会，2009，p.84）。

要介護状態となった脳卒中患者の日常生活行動（Activities of Daily Living，以下ADLと略す）の支援は、その家族成員に委ねられることが多い。しかし、昨今の社会情勢にあつては、家族成員だけで介護することは困難であることから、施設内での長期療養者が増加し、その結果、医療費の高騰という社会問題が浮上している。このような状況に対する施策の1つとして、要介護者の在宅療養への移行を支援するため、2000年の診療報酬改定によって、回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハと略す）が導入された。回復期リハは、脳卒中をはじめ、脊髄損傷や大腿骨頸部骨折、外科手術や肺炎後の廃用症候群など長期的なりハビリテーションを要する患者を対象として、ADL能力の向上と家庭復帰を目指す病棟である。回復期リハの平均在宅復帰率は約65%で（全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会，2007）、入院時に比べてADLがかなり改善して退院している（筒井，2009）と、回復期リハの効果が報告されている。

回復期リハの対象となる患者の条件は疾患ごとに規定されており、脳卒中は、導入当初は発症後90日以内であった。しかし、急性発症から回復期リハ病棟入院までの期間の短縮やリハビリテーション算定可能日数の上限の設定がなされたことから、2006年の診療報酬改定以降、対象患者は発症後60日に短縮され、リハビリテーション算定可能日数は発症後180日までに制限された。脳卒中患者や家族は、回復期リハへの転院を望んだとしても、発症後早い時期に在宅復帰の条件を受け入れ、転院から数ヶ月後には在宅介護を実現しなければならない。つまり、脳卒中患者の家族は、患者

の機能回復を望み回復期リハに転院するために、発症後早い時期から在宅介護という問題と対峙していると言える。

しかし、これまでの在宅介護に関する研究の多くは、在宅移行後に焦点を当てており、発症後早い時期にある家族に注目した研究はわずかであった。最近では、林，黒田（2009；2010）は、患者の脳卒中発症後1ヵ月程度から在宅介護に至るまでの間の家族の体験を検討し、在宅介護を目指す家族は、患者の世話と家庭生活の両立の困難さを抱えながらも、時間をかけて在宅介護の準備を整え、在宅介護を実現させていくことを明らかにしている。また、在宅移行前後、いわゆる在宅移行期にある家族を対象とした研究も行われ（梶谷・太湯・白岩，2004；片山・矢島・小野，2006；Silva-Smith，2007；長江，2007；Shyu，2008）、家族が生活の再構築や介護者としての役割調整に努力していることが報告されている。

以上のように、先行研究では、患者の発症後から在宅移行期、そして在宅移行後における家族の体験が明らかにされてきたが、在宅介護を間近に控えた家族に注目した研究は、非常に少ない。病院から自宅への療養の場の変更は、患者のケアが家族に移る時期でもあり、家族の負担感が高まる可能性もあると推測される。自宅への退院を間近に控えた家族が、どのような体験をしているのかを明らかにし、家族がよりよい状態で在宅介護を開始し継続していくための看護援助を検討する必要があると考えた。

## II. 研究目的

本研究の目的は、回復期リハから自宅への退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

### A. 家族

本研究では、血縁の有無に関係なく、情緒的・物理的・経済的に支えあう2人あるいはそれ以上の人で構成され、その成員自身が家族であると認識する人々のうち、主に患者の日常生活を支援する成員をいう。

## B. 脳卒中患者

本研究では、脳梗塞、脳内出血あるいはくも膜下出血の突然の発症によって病院に緊急搬送された後、回復期リハに転院した何らかの機能障害を残存する者をいう。

## IV. 研究方法

### A. 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究デザインである。

### B. データ収集期間

データ収集期間は、2009年5月から10月であった。

### C. 研究参加者

本研究の参加者は、回復期リハから自宅への退院を数日後に控えた脳卒中患者の家族である。家族の年齢や性別、患者との続柄、また、患者の後遺症の種類や重症度、年齢、性別は問わなかった。

### D. データ収集方法

データは、半構成的面接法を用いて収集した。面接は、簡単な面接ガイドを用いて行いながら、原則として、退院することや自宅での生活、在宅介護についての思いを自由に語ってもらった。面接内容は、許可を得られる場合は録音して面接後に逐語録に起こしてデータとした。録音の許可が得られなかった場合は、許可を得てメモをとりそれをデータとした。

### E. データ分析方法

本研究のデータは、質的帰納的手法を用いて分析した。

まず、面接の逐語録を読み、回復期リハからの退院や在宅介護について語っている部分に注目し、その意味内容を読み取って概念化し、名称を付けた。次に、類似する概念を整理してカテゴリー化し、カテゴリー

名をつけた。最後に、抽出されたカテゴリーの関係を検討し、それを図式化した。

分析は、質的研究および脳卒中患者の看護経験を持つ指導者からのスーパーバイズを受けて行ない、妥当性を高めるように努めた。

## V. 倫理的配慮

本研究は、許可を受けた施設の看護師長から条件に合致する研究参加者を紹介してもらい、研究の趣旨を記した文書を用いて研究者が口頭で協力を依頼した。その際、自由意思に基づく参加であり、研究に協力しなくても今後の患者の治療や看護に支障はないこと、いつでも協力への同意を撤回できること、話したくないことは話さなくてよいこと、嚴重にデータ管理すること、匿名性を保持すること、許可が得られる場合のみ面接内容を録音することを説明した。以上の説明に対して同意が得られた家族成員を研究参加者とした。

なお、本研究は、研究者の所属機関および研究協力施設の倫理委員会による承認を受けて実施した。

## VI. 結果

### A. 研究参加者の概要

本研究の参加者は11名で、年齢は40歳代～70歳代、続柄は、妻4名、夫4名、妹1名、息子2名であった。患者は、脳梗塞6名、脳出血4名、くも膜下出血1名で、面接時のADL状況は、歩行7名、介助座位4名であった。退院1日前の患者が3名、その他は退院2～3日前であった。面接は1人につき1回で、1人あたりの面接時間は、30分～65分であった。詳細は、表1に示す。

表1. 研究参加者の概要

ID	続柄	年齢	患者の概要 年齢・疾患	面接時の状態とADL	退院までの期間
A	夫	70歳代	60歳代・脳梗塞	片麻痺残存 介助を要す杖歩行練習中。座位でのADLは自立	2日
B	妻	50歳代	60歳代・脳内出血	片麻痺・視野障害・高次脳機能障害残存 コミュニケーションはとれる 自立での歩行が可能でADL自立	1日
C	妹	50歳代	50歳代・男性・脳内出血	片麻痺残存 杖使用での歩行可能でADL自立	1日
D	夫	40歳代	40歳代・くも膜下出血	片麻痺・運動性失語残存 コミュニケーションがとれないこともある 介助で車椅子移動。座位での生活はほぼ自立	2～3日
E	夫	60歳代	60歳代・脳梗塞	片麻痺残存 杖歩行可能。時々車椅子使用しながらADL自立	2～3日
F	妻	70歳代	70歳代・脳梗塞	軽度の右上肢麻痺残存 歩行可能でADL自立	2日
G	妻	40歳代	50歳代・脳内出血	片麻痺残存 介助座位でベッド上でのADLは自立	2日
H	夫	50歳代	60歳代・脳梗塞	下肢の方に強い片麻痺残存 杖を使用した歩行可能でADL自立	2～3日
I	息子	40歳代	70歳代・女性・脳内出血	片麻痺残存 杖を使用した歩行可能でADL自立	2～3日
J	妻	50歳代	70歳代・脳梗塞	片麻痺残存 杖歩行可能でADL自立	2～3日
K	息子	50歳代	80歳代・女性・脳梗塞	片麻痺残存 発症前から軽度の認知症。コミュニケーションはとれる 介助座位で食事摂取は自立	1日

B. 回復期リハから自宅への退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験

分析の結果、14の概念と、それらの関係から6カテゴリーが見出された(表2)。以下では、カテゴリーを【 】、概念を< >、データを「 」内に斜文字で示す。「 」内の( )に示すアルファベットは研究参加者のIDである。

カテゴリー間の関係を検討した結果、回復期リハか

らの退院を間近に控えた脳卒中患者の家族は、【‘やるしかない’という覚悟】と【病院からの解放】という思いを持って在宅介護を受け入れ、【‘結構できる’という患者評価】・【受け入れ準備の完了】という患者の状態と介護環境の肯定的な受け止めによって【楽観的に見込む】が、同時に【先の読めない介護生活への不安】という思いを抱えていることが明らかとなった(図1)。

表2. 生成されたカテゴリーとその概念およびデータ

カテゴリー	概念	データ(抜粋)
【‘やるしかない’という覚悟】	<もう後戻りできない>	「これからですね。帰ってみたいとわからないですから」 「ここまで来たらもうやるしかない」
	<私に与えられた課題>	「身内のことですから介護するのは当然のこと」 「最後までちゃんと見てあげるのが私の仕事かなって」
【病院からの解放】	<病院通いからの解放>	「患者がいるから病院に来ますけど、もう病院はいいです」 「やっと主人からの‘あれ持って来い’…っていうのがなくなってホッとしています」
	<家だけに専念できる安堵>	「子供の面倒見ながら病院に来るのは大変でした…」 「[家のことと病院]両方のことをするの大変でした」
【‘結構できる’という患者評価】	<自分でできるという評価>	「最初に比べれば結構自分でできるようになりましたから」 「杖を使えばトイレも行けるんです」 「自分で食事できるんです」
	<独りにできるという評価>	「独りで置いておける状態ですから仕事にも行けますし」 「日中は独りにできそうなので大丈夫かなと」
【受け入れ準備の完了】	<患者用のリフォーム終了>	「…もうすぐ(リフォームが)終わりますのでそれが済めば退院です」 「手すり付けたり家のリフォームも終わりました」
	<家族内のサポート体制の決定>	「私は仕事があるので娘に手伝ってもらうことになってます」 「今まで別に住んでた娘がうちに帰って来て手伝ってくれるんです」
	<介護サービスの手配の終了>	「緊急時には警備会社に連絡するようにしたんです」 「もうねヘルパーさんも弁当配達も頼めましたから」
【楽観的に見込む】	<これならやれる>	「家族で交代しながらなら何とかできると思います」 「外泊してみて‘大丈夫だな’と思えましたからね」
	<何とかできる>	「患者も自分でできるし姉も手伝ってくれるので何とかできるでしょう」 「やってみないとわからないけど何とかできるんじゃないかなと思う」
【先の読めない介護生活への不安】	<先行きの不安>	「私が病気になるたら誰が介護すればいいんだろうと思います」 「仕事しながらできるのかなっていうのはあります」
	<患者を独りにする不安>	「日中、独りにして大丈夫かなと思うとちょっと心配」 「仕事に行ってる間大丈夫かなと思う」
	<予測できない24時間介護>	「四六時中一緒だとどうなるんだろうな」 「これから24時間介護だけの生活ってどうなんだろうって思いますね」

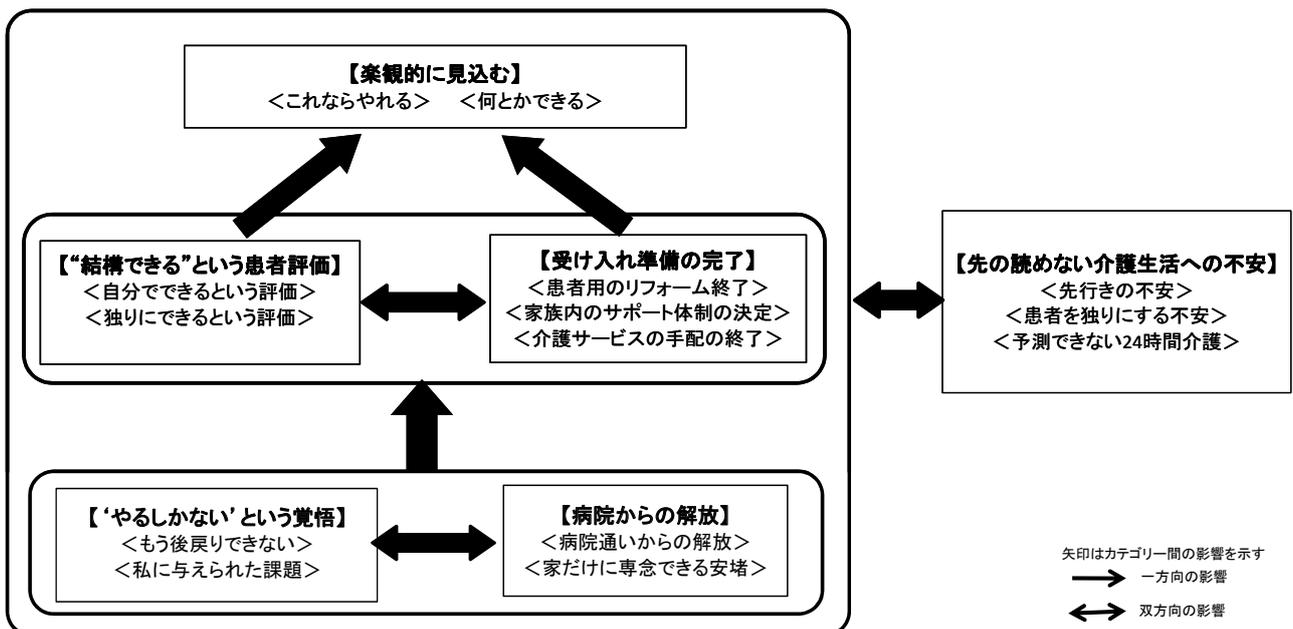


図1. 回復期リハビリテーション病棟からの退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験

### C. 見出された概念とカテゴリー

#### 1. 【‘やるしかない’ という覚悟】

【‘やるしかない’ という覚悟】は、<もう後戻りできない>、<私に与えられた課題>の2概念で構成された。

家族は、「これからですね、帰ってみたいとわからないですから (C)」、「ここまできたらもうやるしかない (J)」と語っており、これは、退院や在宅介護を肯定的に捉え、今となっては後戻りできないという家族の思いを示していた。この思いを<もう後戻りできない>と命名した。また、家族は、「身内のことですから、介護するのは当然のこと (A)」、「最後までちゃんと見てあげるのが私の仕事かなって (K)」と語っており、これは在宅介護を自分に課せられた当然のことであるという家族の思いを示していた。この思いを<私に与えられた課題>と命名した。この2概念は、退院を前にここまでくれば在宅介護するしかないという家族の覚悟を示すと解釈され、【‘やるしかない’ という覚悟】というカテゴリーとした。

#### 2. 【病院からの解放】

【病院からの解放】は、<病院通いからの解放>、<家だけに専念できる安堵>の2概念で構成された。

家族は、「患者がいるから病院に来ますけど、もう病院はいいです (E)」、「やっと、主人からの‘あれ持って来い’、‘これ持って来い’っていうのがなくなってホッとしてます (J)」と語っており、これは、退院によって長期化した入院生活の煩わしさから解放されるという思いを示していた。この思いを<病院通いからの解放>と命名した。また、「子供の面倒見ながら病院に来るのは大変でした。それがなくなります (E)」、「家のことしながら病院で主人のこともあるでしょ。両方のことをするの大変でした (G)」と語っており、退院によって自宅での生活だけでよくなるという家族の安堵を示していた。この思いを<家だけに専念できる安堵>と命名した。この2概念は、退院によって数ヶ月に及ぶ病院と自宅生活との両立から解放されるという家族の思いを示すと解釈され、【病院からの解放】というカテゴリーとした。

#### 3. 【‘結構できる’ という患者評価】

【‘結構できる’ という患者評価】は、<自分でできるという評価>、<独りにできるという評価>の2概念で構成された。

家族は、「最初に比べれば、結構自分でできるようになりましたから (B)」、「杖を使えばトイレも行けるんです (H)」、「自分で食事できるんです (K)」と語っており、これは、最初に予想した以上に患者が自立してきたという患者の状態に対する家族の評価を示していた。これを<自分でできるという評価>と命名した。また、「独りで置いておける状態ですから、仕事にも行けますし (C)」、「日中は独りにできそうな

ので大丈夫かなと (K)」と語っており、これは、付きっきりで介護しなくても患者を独りにしておくことができるという介護に対する家族の予測を示していた。これを<独りにできるという評価>と命名した。この2概念は、長期に及ぶリハビリテーションによって患者が自立してきたという患者のADLに対する家族の評価を示すと解釈され、【‘結構できる’ という患者評価】というカテゴリーとした。

#### 4. 【受け入れ準備の完了】

【受け入れ準備の完了】は、<患者用のリフォーム終了>、<家族内のサポート体制の決定>、<介護サービスの手配の終了>の3概念で構成された。

家族は、「今、リフォーム中なんです。もうすぐ終わりますので、それが済めば退院です (E)」、「手すり付けたり、家のリフォームも終わりました (H)」と語っており、これは、後遺症のある患者を受け入れられるように自宅リフォームが終了したという家族の思いを示していた。これを<患者用のリフォーム終了>と命名した。次に、家族は、「私は仕事があるので、娘に手伝ってもらうことになってます (A)」、「今まで別に住んでた娘がうちに帰って来て手伝ってくれるんです (E)」と語っており、これは、介護のための家族内でのサポート体制が決まったという家族の思いを示していた。これを<家族内のサポート体制の決定>と命名した。また、「緊急時には警備会社に連絡するようにしたんです (C)」、「もうね、ヘルパーさんも弁当配達も頼めましたから (H)」と語っており、これは、必要な介護サービスを依頼し終えたという家族の思いを示していた。これを<介護サービスの手配の終了>と命名した。この3概念は、在宅介護のための物理的・人的・社会的な準備が全て整ったという在宅介護に向けた家族の評価を示すと解釈され、【受け入れ準備の完了】というカテゴリーとした。

#### 5. 【楽観的に見込む】

【楽観的に見込む】は、<これならやれる>、<何とかできる>という2概念で構成された。

家族は、「家族で交代しながらなら何とかできると思います (A)」、「外泊してみても、‘大丈夫だな’ と思えましたからね (E)」と語っており、これは、今の患者の自立状況や家族のサポート状況なら介護が可能であるという家族の見込みを示していた。これを<これならやれる>と命名した。また、「患者も自分でできるし、姉も手伝ってくれるので、何とかできよう (A)」、「やってみないとわからないけど、何とかできるんじゃないかなと思う (C)」と語っており、これは、患者と家族が共に努力すれば介護していけるであろうという家族の見込みを示していた。これを<何とかできる>と命名した。この2概念は、今の患者の自立度や受け入れ状況であれば在宅介護は可能であろうと現状を楽観的に捉えて在宅介護に臨もうとする

家族の思いを示すと解釈され、【楽観的に見込む】というカテゴリーとした。

#### 6. 【先の読めない介護生活への不安】

【先の読めない介護生活への不安】は、＜先行きの不安＞、＜患者を独りにする不安＞、＜予測できない24時間介護＞の3概念で構成された。

家族は、「私が病気になったら誰が介護すればいいんだろうと思います (B)」、「仕事しながらできるのかなっていうのはあります (C)」と語っており、これは、これから始まる介護や自分自身の生活が将来どうなるのかという家族の不安を示していた。これを＜先行きの不安＞と命名した。次に、家族は、「H中、独りにして大丈夫かなと思うとちょっと心配 (B)」、「仕事に行ってる間、大丈夫かなと思う (H)」と語っており、これは、患者を自宅に独りにしておくことに対する家族の不安を示していた。この思いを＜患者を独りにする不安＞と命名した。また家族は、「四六時中一緒だとどうなるんだろうな (C)」、「これから、24時間、介護だけの生活ってどうなんだろうって思いますね (J)」と語っており、これは、今後ずっと続く24時間の介護生活がどのようなものかという家族の不安を示していた。この思いを＜予測できない24時間介護＞と命名した。この3概念は、初めて体験する先の読めない介護生活に対する家族の不安を示すと解釈され、【先の読めない介護生活への不安】というカテゴリーとした。

## VII. 考察

### A. 自宅への退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験

#### 1. 【‘やるしかない’という覚悟】と【病院からの解放】という思い

家族は、【‘やるしかない’という覚悟】と【病院からの解放】という思いを持って在宅介護に備えており、この思いは、家族が在宅介護に向かう気持ちを支えるものであった。先行研究では、在宅介護を目指す家族は、患者にこれまでに受けた恩義に報いる気持ち (林・黒田, 2009) から、介護を受け入れることで家族としての役割を果たそうとする気持ち (林・黒田, 2010) を根底に持っていること、在宅介護を行っている家族についても、家族関係がよいことや家族の絆が在宅介護にとって重要な要因であると報告されている (山本, 1995; 古瀬, 2003; 高橋・井上・児玉, 2009)。つまり、実際に行うか否かに関係なく、家族が在宅介護を行うということに関しては、家族の患者に対する思いや家族としての使命感、よい家族関係が重要であると言える。

また、本研究では、家族は【病院からの解放】という思いを持っていた。本研究の参加者は回復期リハカ

ら自宅に退院する患者の家族であり、発症後からの入院生活は6ヶ月にも及んでいたと考えられる。この間、家族は常に、病院に居る患者の世話と自宅での生活の両方を行い続けなければならない、また後遺症のある患者のADLが自立するにつれて増える患者の要求にも応えなければならない状況にもあったと推測される。【病院からの解放】は、そのような生活を続けてきた中で芽生えた思いであると言えるであろう。しかし、実際に在宅介護を行っている家族は、介護によって、刑務所にいるような拘束感 (Moore・Maiocco・Schmidt・et al., 2002) や自己の喪失感 (Grant & Davis, 1997) を抱いていると報告されている。このことから、【病院からの解放】という期待を持って退院する家族は、実際に在宅介護を始めることによって、理想と現実の間のギャップの大きさに戸惑う可能性があると考えられる。

以上のことから、看護師は、家族の抱く患者を思い遣る気持ちや在宅介護に対する使命感を大切にしながら、無理なく在宅介護を継続できるように支援する必要があると考えられる。それに対して、在宅移行後しばらくの間は、在宅移行を支援した回復期リハ看護師が自宅を訪問して、実際の在宅介護によって家族が直面する問題に対処し、次第に適した支援を受けられる他の医療者へと引き継ぐといった方策が効果的ではないかと考える。

#### 2. 【‘結構できる’という患者評価】と【受け入れ準備の完了】から【楽観的に見込む】

家族は、【‘結構できる’という患者評価】と【受け入れ準備の完了】によって【楽観的に見込む】ことで在宅介護の開始を待っていた。先行研究では、患者の機能障害が重度であるほど家族の介護負担感が高く (McCullagh・Brigstocke・Donaldson・et al., 2005)、ADL自立度を高く評価することによって在宅介護の受け入れを容易にする (林ら, 2010) と報告されている。本研究でも、【‘結構できる’という患者評価】が、在宅介護を【楽観的に見込む】ことへと導いており、在宅介護を行う家族にとって、患者の機能状態やADL自立度は、発症後早期であっても退院間近であっても、非常に重要な要因となるものであると言える。ADL評価に関しては、家族の負担感、医療者による客観的な評価よりも、むしろ家族自身の判断による主観的な評価に影響を受けると報告されている (Fosberg-Warleby・Moller, & Blomstand, 2001; Wyller・Thommessen・Sødring・et al., 2003)。本研究でも同様に、患者の自立度はさまざまであっても、家族はそれぞれに‘結構できる’と評価していた。

また、家族が【楽観的に見込む】ことは、＜患者用のリフォーム終了＞、＜家族内のサポート体制の決定＞、＜介護サービスの手配の終了＞といった【受け入れ準備の完了】にも後押しされていた。このことから、家

族は、生活環境、介護サポート体制、介護サービスの手配など、患者を自宅で介護する準備が終了したと考えることによって、在宅介護が可能になったと思うに至っていると言える。先行研究でも、住環境や経済的基盤、介護ができるかどうかの自己評価、周囲のサポートが活用できるかどうかの自己評価が、在宅介護を後押しすると報告されており（林・黒田, 2009）、介護の準備状態が高まることによって、家族は、在宅介護を行うことに自信を持つことができるようになると考えられる。つまり、家族が【楽観的に見込む】という思いを持って在宅介護に向かうためには、介護のための準備が整っていると思えることが重要であると考えられる。

以上のことから、家族は、患者の実際の機能状態ではなく、家族の状況や自分自身の介護力から、この状態でその状態の患者を介護すると仮定して判断していると考えられる。そのため、看護師は、患者のADL自立度だけに注目させるのではなく、退院後も自宅で介護できると思えるよう、生活環境や介護体制を整え、家族の介護力を高めて、在宅介護の準備が整ったと思えるように支援する必要があると考える。

### 3. 【先の読めない介護生活への不安】

家族は、【‘やるしかない’という覚悟】をもって臨み、【楽観的に見込む】一方で、【先の読めない介護生活への不安】を抱えていた。先行研究では、家族は、在宅介護に対して負担感や緊張感、拘束感（O’Connell・Baker, 2004；Jonsson・Lindgren・Hallstrom・et al., 2005）といったネガティブな感情をもたらすという報告が多い。その一方で、在宅介護は、家族にとって利益と不利益の両面をもたらすこと（Moore・Maiocco・Schmidt・et al., 2002）、家族が患者を敬う心や患者への愛着からもたらされる介護の価値と介護に伴う多様な困難の中で生じるパラドックスを生じさせるものであること（山本, 1995）、という家族にネガティブな側面とポジティブな側面の両方の感情をもたらすという報告もある。本研究では、在宅介護を始める前の家族も、在宅介護を受け入れようと思う気持ちと先の読めない不安の両方を抱えていることが明らかとなった。このことから、在宅介護に対する相反する思いは、在宅介護を行う中で芽生えるものではなく、在宅介護を始める前から抱かれる、在宅介護には必ず伴う感情ではないかと推測される。

平松、中村（2010）は、家族は、退院に向けた漠然とした不安から、退院調整をしていくうちに、次第に症状や日常生活援助についての具体的な不安を抱くように変化したと報告している。しかし、本研究では、家族は、在宅介護そのものよりも、自分が病気になったら誰が介護するのか、24時間の介護生活とはどういうものかという、在宅介護、それによって生じる自身や他の家族成員の生活への影響に関する不安であっ

た。これは、次第に回復してきた患者のADL自立度とそれに応じた準備が整ったと思え、介護をやって行けそうだと想定できるものの、この先いつまで続くか予測できない実際の介護生活を具体的にイメージすることができないことによるのではないかと考える。将来に対して予期的に不安を抱くことはある意味、心の準備をする上では重要なことではあるが、できるだけ退院後の生活を具体的にイメージできるよう、例えば、入念に準備をした週末1泊の外泊ではなく、平日のいつもの通りの生活をしながら数日間の外泊を体験させるなど、入院中に行う試験的な外泊を効果的に行うことが必要ではないかと考える。

### B. 本研究の限界と課題

本研究は、回復期リハから自宅に退院する脳卒中患者の家族を研究参加者としており、ADL自立度が高い患者の家族であった。患者のADLが家族の在宅介護と捉え方に関係していることから、今後はADL自立度が低く、医療処置を要する患者の家族も含めて検討する必要がある。

また、本研究では、患者の後遺症の種類は限定しなかった。しかし、分析の結果、家族は<独りにできるという評価>や<患者を独りにする不安>という思いを持っており、例えば高次機能障害のように、片麻痺はないものの記憶障害のある患者の場合、家族はより一層この思いを強く抱くことが推測される。このことから、今後は、患者の後遺症の種類ごとに調査を行う必要があると考える。

## VIII. 結論

本研究は、回復期リハから自宅への退院を間近に控えた脳卒中患者の家族の体験を分析した結果、家族は、【‘やるしかない’という覚悟】と【病院からの解放】という思いを持って在宅介護を受け入れ、【‘結構できる’という患者評価】と【受け入れ準備の完了】から【楽観的に見込む】ことで退院を待っているが、同時に【先の読めない介護生活への不安】という思いを抱えていることが明らかとなった。このことから、回復期リハから自宅に退院する家族に対しては、家族の覚悟を支持するための退院前後の継続的ケア、家族の介護力の強化や介護準備を整えるための支援、在宅介護に対するパラドキシカルな心情の共感、在宅介護を想定した効果的な試験的外泊の実施が必要であると考えられた。

### 謝辞

本研究にご協力いただきました参加者の方々および施設の方々には、心より感謝しております。

本論文は、第11回日本赤十字看護学会学術集会で発

表したものを加筆・修正したものである。

## 文献

- Fosberg-Warleby, G., Moller, A., & Blomstand C. (2001). Spouse of first-ever stroke patients psychological well-being in the first phase after stroke. *Stroke*, 32, 1646-1651.
- Grant J.S. & Davis L.L. (1997). Living with loss: The stroke family caregiver. *Journal of Family Nursing*, 3 (1), 36-56.
- 林みよ子・黒田裕子 (2010). 早期にリハビリテーション施設への転院を選択した初発脳卒中患者の家族の在宅介護に対する認識. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 5 (2), 51-59.
- 林みよ子・黒田裕子 (2009). 初発軽症脳卒中患者の妻が共同生活を取り戻すプロセス. *日本救急看護学会雑誌*, 11 (1), 12-22.
- 平松瑞子・中村裕美子 (2010). 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. *大阪府立大学看護学部紀要*, 16 (1), 9-19.
- 古瀬みどり (2003). 要介護高齢者を介護する家族の苦勞認識プロセスに関する研究. *家族看護学研究*, 8 (2), 154-161.
- Jonsson, A.C., Lindgren, I., Hallstrom, B. et al (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36 (4), 803-808.
- 梶谷みゆき、太湯好子、白岩陽子 (2004). 在宅療養を希望する脳血管障害後遺症を持つ男性患者と配偶者の発症3ヶ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), 10-21.
- 片山陽子、矢島裕樹、小野ツルコ (2006). 在宅移行期の女性介護者における主観的な介護準備状況と心理的ウェルビーイングとの関係. *老年社会科学*, 28 (3), 359-367.
- 厚生統計協会 (2009). 国民衛生の動向. 厚生指標臨時増刊号. 東京.
- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, et al (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36 (10), 2181-2186.
- Moore, L.W., Maiocco, G., Schmidt, S. M. et al (2002). Perspectives of caregivers of stroke survivors; implications for nursing. *Medical Surgical Nursing*, 11 (6), 289-295.
- 長江弘子 (2007). 在宅移行期の家族介護者が生活を立て直すプロセスに関する研究. *聖路加看護大学紀要*, 33, 17-25.
- O'Connell, B. & Baker, L. (2004). Managing as carers of stroke survivors: Strategies from the field. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 121-126.
- Shyu Y.L. Maa S.H., Chen S.T., et al (2008). Quality of life among older stroke patients in Taiwan during the first year after discharge. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (16), 2320-2328.
- Silva-Smith, A. L. (2007). Restructuring life preparing for and beginning a new caregiving role. *Journal of Family Nursing*, 13 (1), 99-116.
- 高橋(松鶴)甲枝、井上範江、兎玉有子 (2009). 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素. *日本看護科学学会誌*, 26 (3), 58-66.
- 筒井孝子 (2009). 回復期リハビリテーション病棟における患者の状態の変化に関する研究. *厚生指標*, 56 (11), 8-16.
- Wyller, T. B., Thommessen, B., Sødning K.M., et al (2003). Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clinical Rehabilitation*, 17, 410-417.
- 山本則子 (1995). 痴呆老人の家族介護に関する研究. *看護研究*, 28 (3), 178-198.
- 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会 (2007). 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 東京.