

障害受容における患者の意識変化と家族関係の一考察

—在宅への移行期にある高齢患者への支援—

中山 亜弓*

看護学科

(2007年11月7日受理)

著者が訪問看護を行った高齢者への関わりの振り返りを行い、入院中から退院後の生活にかけて、高齢者への看護のあり方の課題を得ることを目的に考察を加えた。疾病による障害を経験した高齢者が、どのような生きがいの変化を体験しているのか、また、生きがいに影響している因子との関連性があるのかを明らかにした。その結果、患者は退職という社会的な役割変化を経験し始める時期に発症することで、身体的な障害を受けると同時に、社会と家庭の両方において役割喪失を体験し、発症前の自己像との違いに葛藤している状態であった。しかし、家族から患者の気持ちを受け止めている発言がみられたことで、患者の表情や言葉に変化が見られ、障害受容につながっていると思われた。よって、障害を有する患者本人のありのまま全てを受け入れるか否かが、家族にとっての障害受容ではないかと考えられる。そして、それを受容した家族から受けるサポートによって、患者は障害受容ができると考えられる。このことから、専門職は、患者本人の障害受容と家族の受容の、2者に対しての支援を考えることが必要であることが示唆された。

(キーワード) 障害受容, 在宅移行期, 家族の障害受容, 生きがい

はじめに

老年期を迎える人の重要な課題は、社会生活上の変化や役割後退に適応して、生き生きとした社会生活を創造していくことである。すなわち、一人一人の高齢者が、社会の中で存在価値を見出し、生きがいを持って過ごすことが大切である。また、疾病のため入院治療を経験した高齢者が、生きがいを持ち続けることも重要なことである。しかし、高齢者の身体的機能の衰退、家庭・社会における地位や役割の変化は、高齢者の心理にネガティブな影響を与えやすい。このような高齢者が退院時に、どの程度生きがいを持っているかはその後の闘病意欲や生活の質を大きく左右すると考えられる。

在宅への移行期にある患者は、自分の疾患や身体の変化、また生活の変化と生きがいのギャップに戸惑っているように感じた。そのギャップは、患者が入院前までの長い人生の中で確立された価値観や生きがい、生活習慣が関係しているのではないかと筆者は考えた。その対処への支援が、訪問看護師としての役割についてが筆者の大きな課題であった。

そこで、疾病による障害を経験した高齢者の一事例を通して、生きがいの変化や生きがいに影響すると思われる要因の中で、特に発症までの健康状態や生活状況、家族

関係と、退院後におけるそれらの変化に着目して、受容過程の分析を試みた。ここで言う「生きがい」とは、生きていく上での楽しみや目標、張り合いとし、「移行期」とは、疾病発症後、障害の状態が安定し、生活の場に戻るまでの時期とする。そして、それらの諸因子と生きがいの関連を明らかにし、入院中から退院後の生活にかけての高齢者への看護のあり方を考えた。

Ⅰ. 研究目的

疾病による障害を経験した高齢者が、どのような生きがいの変化を体験しているのか、また、生きがいに影響している因子との関連性に焦点をあてて、入院中から退院後の生活での看護の課題を明らかにする。

Ⅱ. 研究方法

著者が訪問看護を行った対象との関わりの振り返りを行う。

1. 対象：訪問看護を行ったA氏とその家族
2. 期間：初回訪問から1ヶ月間
3. 場所：A氏の自宅
4. 方法：訪問看護師として在宅を訪問した3回のイン

*連絡先：中山亜弓 看護学科 新見公立短期大学 718-8585 新見市西方1263-2

インタビュー内容の記録を基に、障害受容に影響を与えたとと思われる内容を分析した。

III. 倫理的配慮

本研究の主旨をA氏本人に電話で説明し、インタビューで得たデータは、個人が特定されないよう匿名性を保持すること、本研究以外にはデータを使用しないことを説明し、了解を得た。

IV. 結果

〈事例：A氏の発症から訪問開始までの流れ〉(図1参照)

A氏は60歳代の男性。家族は4人で、妻、息子2人と同居である。仕事は建設業である。車で仕事先へ向かう途中、休憩したサービスエリアで倒れた。運ばれた病院でくも膜下出血と診断され、入院治療を受ける。障害としては、高次脳機能障害である。急性期を脱し、リハビリテーション専門病院へ転院し、その後自宅退院となる。リハビリテーション(以下リハビリとする)によって、ADL(日常生活動作)はほぼ自立し、自立歩行も可能となった。退院後は自宅で過ごすことが多く、外出は週2回のデイ・ケア、月1回の外来受診のみである。訪問看護を開始した時期は、発病後約11ヶ月、退院後約6ヶ月を経過していた。訪問看護の内容は2週間に1回、健康チェックを行っていた。

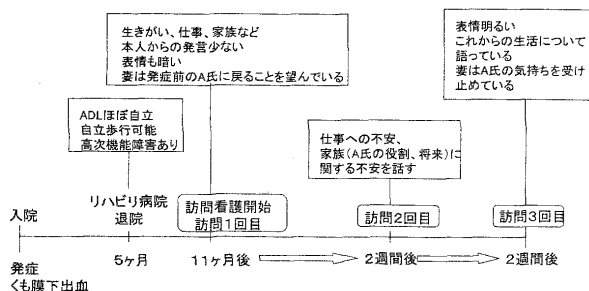


図1. 発症から訪問の流れ

表1. 訪問1回目の具体的な発言

	項目	具体的な発言
A氏	生きがい	妻に仕事?と話しかけられ、「仕事ばかりだった」
	仕事	「小さな会社だから、定年があってもないようなもの」 「会社から何も言われませんが、休むわけにいかない。傷病手当があと半年しかない。早く(復職か、退職か)決めないといけない」
	家族	「(家族に対する気持ちは)変わってない。(家族は)すごく思ってくれているだろうけど、わからない」 「家族で話は、あまりしない」
妻		「会社には行かない?」 「ゴルフ、やれるまで頑張ったらいいのに」 「車の運転ができれば、いいね」

表2. 訪問2回目の具体的な発言

	項目	具体的な発言
A氏	生きがい	「仕事は生活のためにやってきた。社会のために少しでも役に立つように」
	仕事	「静養して復帰してもいいと思っている。(会社が)復帰してほしいというもある」 「現場は危険な仕事だから、復帰はできないかもしれない」 「退職して、すっきりしたいという気はしている」
	家族	「よくやってくれている、感謝している」 「(家族はA氏に)仕事をしてほしいんじゃないかという気がする」 「家族と話して行かないといけないと思っている。家族がどう思っているのかわかる、自分の思っていることもわかってもらえる」

1. 訪問1回目：発病後約11ヶ月

初回訪問時、妻と共に話をする。初回ということもあり、A氏はやや緊張した様子であった。発病から現在までの状況の変化について話した。話の内容を項目にわけると、表1のようにA氏の発言の<生きがい><仕事><家族>と、妻の発言の4項目に分類した。

A氏にとっての生きがいの質問に、考え込んでいる様子であった。妻が「子供?仕事生きがいみたいだった」と話し掛けると、傷病手当のことや、会社に対する思いを語った。A氏からは家族についての発言が少なかったが、仕事や身体のことなどについて、家族と話をしていないと気にかけているようだった。

妻は会話の中では、あまり発言はなかった。しかし、A氏を励ますような言葉が聞かれた。

2. 訪問2回目：初回訪問より2週間後

この時、自宅には、A氏の姉と息子が居り、隣の部屋で話を聞いている様子だった。A氏は、前回よりリラックスした様子であったが、終始雰囲気は暗かった。前回の話から深めるために、筆者から仕事と家族についての話を持ち出した。話の内容を項目にわけると、前回と同様に表2のように<生きがい><仕事><家族>の3項目となった。

前回同様、生きがいについてはA氏の意味は曖昧なままであった、仕事に対しては復職と退職の間で揺れており、「退職してすっきりしたい」という気持ちの変化も認められた。

家族に対しては、「感謝している」と語っているが、具体的な内容について尋ねると言葉を濁した。また、気になることとして息子の将来について話した。声が一段と小さくなり、聞き取れないほどで、A氏の表情は暗く、意気消沈している様子であった。家族の中でのA氏の存在についての話題では、急に苛立ちを見せる場面もあった。一方、家族と話し合いの必要性についても前回同様に語った。

表3. 訪問3回目の具体的な発言

	項目	具体的な発言
A氏	仕事	「(退職したら)のんびりと、何も考えずにやっていたらと思う」 「何かが区切りになるまで辛抱しないといけない。(傷病手当が切れる)半年の間でしょう」
	生きがい	「釣りやゴルフを、子供たちと一緒にやれたらいい。一緒に行ったことがないから、願望です。今はできる状態じゃないです」
妻		「(A氏は)元気で、自分のことができる。これ以上悪くならないように、やりたいことができれば一番幸せ。毎日元気になっている」

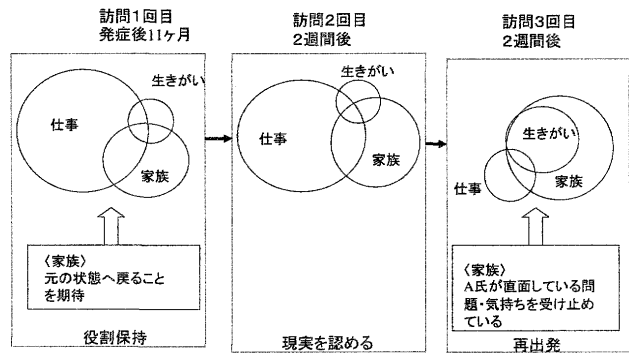


図2. 障害受容の過程

3. 訪問3回目：2回目より2週間後（初回訪問より4週間後）

訪問時、妻と共に話をした。1・2回とは雰囲気異なり、終始明るい表情であった。前回までは仕事を続けることを前提に話を聞いていたので、仕事を退職すると仮定しての話題になった。話の内容は、表3のようにA氏の発言から「仕事」と「生きがい」の2項目と、妻の発言となった。

仕事を退職したときの家族を巻き込んだ生活像について話した。妻は、1回目と同様に発言は少なかったが、A氏に「やりたいことができれば一番幸せ」と話し掛けている。妻も笑顔であったが、この発言を聞いているA氏も嬉しそうだった。

IV. 考察

1. A氏と家族の障害受容プロセス

A氏の生きがいについて考えてみると、1・2回目の「生きがい」「仕事」「妻の発言」より、A氏は仕事を通して家族や職場からの期待に応えることであった。そして、このことは、家族や職場の中でのA氏の役割期待とされていたのではないとも考えられる。役割²⁾とは、集団や社会の中で、ある地位を占めるすべての人に対して、社会が課す価値・態度・行動様式であり、その地位に対して、それにふさわしい行動様式を「求めたり」あるいは「予想したりする」とき、これを役割期待という。期待され、その期待に応え、自分の誇りや理想、自信という自己像が形成されていたと思われる。しかし、発症後、身体的な障害を受けると同時に、「役割期待に応える」という自己像も失っている。そこで、家族や職場の期待に応えたい自分と応えられない自分が存在し、A氏の中で葛藤が生じている。張³⁾が「職業役割に執着するほど職業役割喪失不安感が高く、職業役割喪失不安感と主観的幸福感には負の関連が見られた」と述べており、A氏の状況と一致していると思われる。

A氏が障害を受けたことで今までの役割を喪失し、それを乗り越えようとする心境の変化が見られた（図2）。

病気を克服し、悲哀や悲嘆を乗り越えて新しい心的体制で社会に復帰し、残りの人生を有意義に生きぬけるようになっていく過程は、フロイトのいう対象喪失に関する葛藤と防衛機制の問題である⁴⁾。

対象喪失を乗り越えるための第1段階は、役割保持の段階で、訪問1・2回目に一致する。A氏は健康であった時の家族や職場の期待に応えるという自己像に執着し、復帰を考えている。しかし、身体の状態から復帰は無理であると期待に応えられない気持ちの面もあり、仕事に対する葛藤が存在している。また、「妻の発言」に注目すると、「～ができればいいね」とあり、A氏に対する励ましであるとも感じられたが、発症前と現在の状態を比べ、妻は以前のA氏の状態に戻ることを期待しており、家族からの期待をさらに感じていたと考える。

第2段階は、現実を認める段階で、訪問2回目に一致する。「仕事」に対しては「退職してすっきりしたい」という気持ちの変化が認められ、役割に応えられないことを断念せざるをえないとしている。その一方で、息子の将来について心配しており、父親としての役割意識も認められた。

最後の段階は、再出発の段階で、訪問3回目にこれからの生活について語っている。職場を退職する方向に気持ちは移り、息子と一緒に釣りやゴルフをすることを願望としている。このことは、松田⁵⁾が「家族が高齢者の生きがい形成に重要な役割を果たし、特に子供との感情的なつながりの大切さを意味している」と述べており、A氏が今まで仕事で忙しかったことを振り返り、これから家族との新たな関係を築こうとしていると考えられる。また、訪問1回目と同様に妻の発言に注目すると、「やりたいことができれば一番幸せ。」から、現在のA氏が直面している家族や職場の問題を受け止め、その問題に悩んでいるA氏自身の気持ちを受け止めている。このことは、野田⁶⁾が「患者が何かしたいという望みを持った時に少しでも充たす努力をすることが患者の自信につながり、さらに障害受容のきっかけとなる」と述べており、A氏自身の気持ちを知った妻の変化に伴って、A氏にも変化

が現れ、<生きがい>の発言が多くなったのではないかと考えられる。

この受容までは、A氏の中で葛藤が生じ、役割への愛着や自己像の変化が大きく、役割の喪失を受け入れるには時間がかかったのではないと思われる。

2. 障害受容と家族の関係について

身体障害を受けた人々が「自らの障害のありのままを認めるだけのことでなく、その内面において、あきらめ観や屈服あるいは合理化や虚栄とは異なった心的過程によって、むしろありのままの自らの姿を悦び、なおかつ前進することを捨ててない心的状態」に達することを障害受容と呼び、その過程に起こる心的変化の本質について、心のなかに起こる価値観の転換であると、佐直⁷⁾は述べている。ここでいう、障害の受容の主体は「障害を受けた人」、つまり患者本人であると考えられるが、「価値観の変換」を考えるなら、障害の受容の主体は患者をとりまく家族も含まれると考えられる。さらに、障害受容には①障害者の障害そのものを受容する、②障害を有する障害者そのものを受容する、という2つの側面があるとしている。前者は、障害者と一心同体となって、あたかも我が身の機能・能力・役割を喪失したかのごとく体験し、受容にいたる過程である。また、後者は、障害者そのものを引き受けることにより、自分の人生設計の断念や変更も含めて引き受けることである。ここでA氏の<妻の発言>を振り返ってみると、訪問1回目では、以前のA氏の状態に戻ることを期待する発言があり、発症前と現在とを比べていた。実際にA氏の身体的状況が生活に支障がないので、A氏本人が障害を忘れることはないが、家族は本人の病気を忘れ、障害はなくなり、以前の生活状況に戻れるかのように考えていたのではないかと推測することができる。しかし、訪問3回目では、妻の「やりたいことができたなら一番幸せ」にもあるように、現在のA氏が直面している家族や職場の問題を受けとめ、その問題に悩んでいるA氏自身の気持ちを大切にしている。そして、このような妻の変化から、A氏にも変化が現れたと考えられる。よって、障害を有する患者

本人のありのまま全てを受け入れるか否かが、家族にとっての障害受容ではないかと考える。そして、それを受容した家族から受けるサポートによって、患者は障害受容ができる。

3. 専門職としての役割について (図3参照)

患者本人の障害受容には、家族の受け入れが決定的な因子であり、一緒に生活の再構築を模索する必要がある。このことから、専門職は、患者本人の障害受容を支援すること、家族への受容を支援するという、2者に対しての支援を考えることが必要であると考えられる。

まず、患者本人に対して、葛藤状況である心情を共感的に聴取し、把握することである。中でも、患者自身は主にどの役割を担っていたのか、それは家族の機能にどのくらい影響を与えていたのか、また、患者はそのことをどのように感じているのかについて考えていくことが重要である。新しい自己像を築きやすくするためには、その根底として、発症前の状況を捉えることが不可欠である。そして、患者自身が自分の心情を整理していく上でも、大切な作業であると思われる。そして、家族に対しては、患者本人や患者像に対する感情の変化を捉えていくことである。それは、患者と家族の患者像の捉え方にズレが生じ、そしてこのズレを埋めきれないままであると、期待する患者像を家族が患者に押し付けることがあり、互いの関係に亀裂が生じ、さらに患者が心理的にネガティブになる危険性を持つ。患者の今現在の状況を家族が受け止めることは、新しい自己像を患者が認識するように、家族も新しい患者像を認識する手がかりとなると考えられる。その中で、専門職は患者本人の自己像と家族の患者像の重なりが多くなるよう、働きかけを続けていく必要がある。

障害受容の過程においては、発症によって家族の機能に問題を生じている場合と言え、家族を単位として捉えなければ問題の解決はできない。また、患者・家族は新しい生活や自己像に少しずつ適応へのステップを踏んでいく。専門職はその過程を共にみつめ、援助してゆくことが今後の筆者の課題となった。

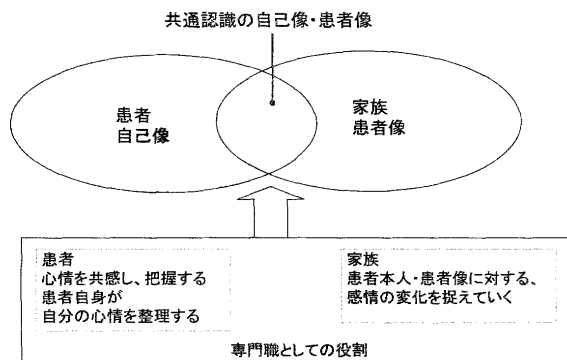


図3. インタビューから描き出された関係図

謝辞

体験を語って下さったA氏とご家族の皆様にご心より感謝いたします。また、ご指導いただきました新見公立短期大学の古城幸子教授を始めとする先生方に感謝いたします。

文献

- 1) 神谷美恵子：神谷美恵子著作集 1 生きがいについて，4-5，みすず書房，1980.
- 2) 小倉啓宏：看護学大辞典第4版，2027，メヂカルフレンド社，1998.
- 3) 張秀智：親役割および職業役割に対する執着が中高年齢期男女の主観的幸福感に及ぼす効果，老年社会科学，29(2)，227，2007.
- 4) 岡堂哲雄：病気と人間行動〔シリーズ〕患者・家族の心理と看護ケア①，157，中央法規出版，1995.
- 5) 松田晋哉，筒井由香，高島洋子：地域高齢者のいきがい形成に関する要因の重要度の分析，日本公衆衛生雑誌，45(8)，704-712，1998.
- 6) 野田磨里子，堀井たづ子，中村弥生：ADL障害のある高齢者の障害受容に関する家族への支援，日本老年医学会雑誌，33(4)，308，1996.
- 7) 佐直伸彦：患者家族の障害受容の問題 脳卒中患者をめぐる家族の障害受容，総合リハビリテーション，23(8)，673，1995.
- 8) 沖中由美：身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング，日本看護研究学会雑誌，29(4)，23-31，2006.
- 9) 岡本和士：地域高齢者における主観的幸福感と家族とのコミュニケーションとの関連，老年精神医学雑誌，17増刊I，186，2006.
- 10) 大下了子，中原まさき，小澤美紀：回復期リハビリテーション病棟における家族の障害受容～家族の心理的变化を受け止める～，日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，17，162-164，2005.
- 11) 岡堂哲雄：危機的患者の心理と看護〔シリーズ〕患者・家族の心理と看護ケア⑤，157，中央法規出版，1993.
- 12) 牧田清志，黒丸清四郎監修：アンナ・フロイト著作集 2 自我と防衛機制，岩崎学術出版社，1982.

**A Discussion on the Acceptance of Disability in Terms of Changes in Patients' Consciousness and the Family Relationship
- Supports for in Elderly Patients in the Transition Period to Treatment at Home -**

Ayumi NAKAYAMA¹⁾

¹⁾Department of Nursing, Niimi College, 1263-2 Nishigata, Niimi, Okayama 718-8585, Japan

Summary

The purpose of this discussion was to reflect on our home-visit nursing program and the involvement of elderly patients, and clarify tasks for appropriate nursing of the elderly from the hospitalization period to the period after discharge. We evaluated changes in something to live for in elderly patients with disability due to disease, and factors affecting what they lived for. As a result, since patients developed disease near the retirement age when changes in their social role occur, they not only developed physical disability but also experienced the loss of roles both in society and at home, and experienced a conflict between their own images before and after the onset of the disease. However, after their families verbally expressed their acceptance of the patients' feelings, the patients' facial expressions and words changed, leading to their acceptance of the disability. Whether families accept all aspects of disabled patients is important. Support by families who have accepted patients may consequently enable patients to accept their own disabilities. Therefore, specialists should provide support to both patients and their families to facilitate this.

Key words: acceptance of disability, transition period to treatment at home, family's acceptance of patient's disability, something to live for