

原著論文

医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能

Health Care Function of the Families Living with the Person Dependent on Medical Care

中井美喜子 (Mikiko Nakai)* 瓜生浩子 (Hiroko Uryu)*
長戸和子 (Kazuko Nagato)*

要約

本研究の目的は、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能はどのようなものを明らかにすることである。医療依存度の高い療養者とともに生活する家族の主介護者7名を対象に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能として、【療養者の状態を見極める】【症状出現時に改善をはかる】【療養者の状態安定への策を講じる】【医療者への求助行動をとる】【介護継続を第一に考えて調整をはかる】【より良い介護方法を創造する】【家族の健康を管理する】が抽出された。家族は、療養者の生命を守るという責任の自覚の下に、家族で対応可能な身体状態かを慎重に見極め、必要時は医療者につないでいた。また、経験を通して蓄積した知を活用して悪化予防対策と症状緩和対策をとることにより療養者の身体的安定をつくり出し、柔軟に介護方法の創造と調整や家族全体の健康管理を行うことで在宅療養を維持していることが見出された。

Abstract

The objective of this study was to identify health care functions of families living with individuals with high dependence on medical care. We conducted a semi-structured interview with seven primary caregivers living with individuals with high medical dependence, and qualitatively and inductively analyzed it. As a result, we identified understanding the condition of patients, trying to improve symptoms when they appear, take plan of patients' health conditions stability, asking for care assistance, think care continuing first and plan make adjustments, creating better care methods, and managing family health as health care functions of the families living with individuals with high dependence on medical care. Given their explicit responsibilities for protecting the lives of the patients, the families carefully judged whether the health conditions of the patients were manageable on their own, and referred to medical staff when necessary. Furthermore, results showed that families took countermeasures against deterioration and measures for relieving symptoms by using the knowledge accumulated through their experiences to stabilize health conditions of the patients and to maintain home-based care by flexibly creating and adjusting care methods and managing the health of whole families.

キーワード：家族機能 ヘルスケア機能 医療依存度 家族看護

I. はじめに

医療技術や医療機器の進歩により延命率が向上するとともに、在宅療養の推進と在院日数の短縮による早期退院の結果、医療処置を必要とする状態、すなわち医療依存度が高い状態でありながら在宅で療養する患者が多くなってきた。

特に中心静脈栄養や点滴、人工呼吸器、在宅酸素療法、人工肛門、各種カテーテル管理などの医療行為を必要とする在宅療養者が増加しており（長江，2007）、在宅医療体制は整えられつつあるものの、医療行為を含む介護は家族に大きく依存し、家族介護者の役割は重要となっている。厚生労働省の調査によると、人工呼吸器

*高知県立大学看護学部

を24時間装着している等の医療依存度の高い療養者の介護時間は1日平均16時間であることが明らかになっている。家族は、療養者の身体状態や医療行為に合わせて日常生活の変更を余儀なくされるが、そのような中でも、家族全体の健康的な生活が維持できるよう様々な調整や工夫を行っている。

しかし、核家族化・家族の小規模化が進む中で、従来果たしてきた家族機能の低下が指摘されている。家族機能とは、「個人、家族、社会システム、社会との関係において家族が果たしている目的」(Harmon Hanson. S. M他, 2001)あるいは「家族がどのように個人のニーズを満たそうとしているのか、広範囲な社会の目的をどのように果たそうとしているのかを示すもの」(鈴木他, 2012)とされる。家族機能には、家族が社会に対してどのような機能を果たしているかという対社会的な機能(マクロな機能)と、家族内の個人に対しての機能である体内的な機能(ミクロな機能)があり、体内的な機能は家族システムがどのように機能を維持できているかとも捉えられる(Harmon Hanson. S. M他, 2001)。Friedman (1993)は家族機能として、①情緒機能(家族メンバーの情緒的ニーズを満たす)、②社会化と社会的配置機能(子どもを社会化し、社会の中の生産的メンバーとして育てる)、③生殖機能(社会に新しいメンバーを生み出す)、④家族コーピング機能(秩序と安定性を維持する)、⑤経済機能(十分な経済資源の提供と効果的な資源の配分を行う)、⑥物理的な必需品の供給(食物、衣服、居住を確保する)、⑦ヘルスケア機能(健康を維持する)の7つをあげている。このうちヘルスケア機能は、健康的で機能的な家族には欠かせない中心的な機能であり、家族成員一人ひとりの健康の増進と維持を目指して、適切な保健行動をとることができるように、また、セルフケア能力を活用して健康的な日常生活を営むようにする機能である(Harmon Hanson. S. M他, 2001)。家族は保健行動とケアを生み組織化してだけでなく、それらを提供する保証もしており、予防のためのヘルスケアや家族員が病気になった場合にはケアを提供し、保健医療専門職者からのヘルスサービスを受けることができるように、さらにはそ

れらを調整する第一次的責任を担っている(Harmon Hanson. S. M他, 2001)。

医療依存度の高い療養者とともに生活する家族は、家族生活を維持するとともに、療養者に適切なケアを提供し病状の安定を図ることが求められ、Friedmanのいうヘルスケア機能は欠かせないものである。療養者の病気の管理やケアが最優先される中で、家族全体の生活や健康を維持し、長期療養を継続していくためには、家族がどのようにヘルスケア機能を遂行しているかを医療者が理解し、支えたり補ったりすることが重要である。これまで家族機能に関しては量的研究が多く行われている(赤羽, 2003; 中村, 2006; 赤木, 2006; 松田, 2002; 法橋, 2007; 吉川, 2007; 黒田, 2002)が、質的な研究はなく、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能に焦点をあてた研究はみられない。そこで、本研究では医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能とはどのようなものを明らかにすることを目的とした。

II. 研究 方 法

1. 研究デザイン

家族がどのようなヘルスケア機能を有し発揮しているのかを具体的に描出したいと考え、質的帰納的研究デザインを用いることとした。

2. 用語の定義

医療依存度の高い療養者：専門的な技術(痰の吸引、経管栄養、褥瘡ケア、点滴等)を必要とする処置を家族により居宅で行っており、常時その管理が必要な療養者。

家族のヘルスケア機能：家族機能の一部であり、療養者の生命を守るために、モニタリング・異常の早期発見・対処を行うとともに、家族全体の健康を保持増進する機能。

3. 研究対象者

本研究の対象者は、家族構成が療養者を含めて3人以上で、以下の状態の療養者の介護を1年以上行っている家族の主介護者とした。

① 専門的な技術(痰の吸引、経管栄養、褥瘡

ケア、点滴等)を必要とする処置を家族により居宅で行っており、常時その管理が必要である。

- ② 療養者の疾患が慢性の状態であり、急性症状がない状態で、バイタルサインや全身状態が落ち着いている。

4. データ収集方法

対象者に半構成的面接を行い、内容は対象者の許可を得て録音した。質問内容は、家族は療養者の健康状態をどのように把握しているか、療養者の今の健康状態を保持し悪化させないようにどのように取り組んでいるか、療養者の調子が悪化したときにはどのような対応をしているか、介護者の健康状態はどのように管理しているか、家族全体の健康をどのように維持しているか、などである。データ収集期間は平成24年8月～平成24年11月であった。

5. 分析方法

面接によって得られたデータを逐語録に記述し、記録したデータから家族のヘルスケア機能に関する内容を事例ごとに文脈に沿って抽出し、同等の抽象度になるように留意しながらコード化した。類似した内容のコードは事例を越えて分類し、ヘルスケア機能としての意味を検討しながらさらにまとめ、徐々に抽象度を上げてカ

テゴリー化していった。分析の過程では、適宜データに戻りつつその意味を慎重に検討するとともに、解釈が正しいかどうか家族看護学の専門家のスーパーバイズを受けながら確認していった。

6. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者に対して研究の目的と意義、方法、研究参加と撤回および中断の自由、撤回により不利益を被らないこと、プライバシーの保護、研究結果の公表の際の匿名性について書面と口頭で説明し、同意書への署名により研究協力の意思を確認した。

III. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は7名で、療養者からみた続柄の内訳は、妻3名、母2名、娘1名、孫1名で、対象者の年齢は30代～70代(平均55歳)であった。在宅での介護期間は1年～19年(平均7年)であり、全員が主介護者であった。面接の回数は各1回で、所要時間は約60分～120分(平均81分)であった。対象者および療養者の概要を表1に示す。

表1 研究対象者の概要

	年齢	療養者との関係	介護期間	療養者の年齢	必要な処置
Case A	70歳代	妻	7年	70歳代	痰の吸引・膀胱内留置カテーテル管理・胃ろう・胆管ドレナージ
Case B	70歳代	妻	13年	60歳代	痰の吸引・膀胱内留置カテーテル管理・胃ろう
Case C	30歳代	孫	3年	90歳代	痰の吸引・膀胱内留置カテーテル管理・胃ろう・褥瘡の処置
Case D	50歳代	妻	1年	50歳代	痰の吸引・膀胱内留置カテーテル管理
Case E	40歳代	母	4年	10歳代	胃ろう
Case F	40歳代	母	19年	20歳代	人工呼吸器の管理・痰の吸引・経管栄養
Case G	50歳代	娘	2年	90歳代	痰の吸引・経管栄養

2. 分析結果

医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能として、【療養者の状態を見極める】【症状出現時に改善をはかる】【療養者の状態安定への策を講じる】【医療者への求助行動をとる】【介護継続を第一に考えて調整をはかる】【より良い介護方法を創造する】【家族の健康を管理する】の7つが抽出された。

以下、大カテゴリーは【】、中カテゴリーは《》、小カテゴリーは<>、対象者の語りは「」で示す。

1) 【療養者の状態を見極める】

【療養者の状態を見極める】とは、療養者の身体状態について、介護を行う中で得た少ない情報のみで判断せず、毎日の観察により得られた情報をつなぎ合わせたり、医療者からの意見を取り入れることにより総合的に判断することである。《継続的に療養者の身体状態を観察する》《複数の情報や知識を用いて療養者の身体状態を判断する》《経験知を用いて療養者の身体状態を判断する》の3つの中カテゴリーと9つの小カテゴリーが抽出された。

《継続的に療養者の身体状態を観察する》とは、療養者の身体状態の変化を捉えるために、判断に必要な情報を日々の生活の中で収集し続けることであり、<毎日定期的にバイタルサインを測定することで状態の変化を把握する><療養者の状態をモニタリングする>で構成された。例えばCase Aでは、「ずっと熱から、血圧から、酸素から全部測っていますからね。朝昼晩とね、それで気をつけています」と<毎日定期的にバイタルサインを測定することで状態の変化を把握する>について語っていた。

《複数の情報や知識を用いて療養者の身体状態を判断する》とは、療養者の身体状態について、今ある限られた情報で判断をするのではなく、関連する情報を追加で集めたり、医療者や療養者から得た情報、介護で培った感覚や知見などを活用し、複数の情報を使って総合的に評価することであり、<他者から得た情報も自ら確認する><感覚で異常を感じたら更に詳しく観察する><医療者から得た知識をもとに症状を判断する><一つの情報だけでは結論を出さ

ず複数の情報を統合し判断する>で構成された。例えばCase Cでは、「体温が38℃以下なら普通にこもり熱とかもありうるの、まあおしこの量や色を見てちょっとは色が濃いかという時には、訪問看護師さんに聞いたり」と<一つの情報だけでは結論を出さず複数の情報を統合し判断する>について語っていた。

《経験知を用いて療養者の身体状態を判断する》とは、様々な身体状態の変化に直面し乗り越えるという経験を繰り返していく中で獲得した、療養者自身や家族が異常だと感じる感覚や徴候、健康状態を捉える視点などを用いて、療養者の体調の可否を見極めることであり、<家族なりの基準を持って身体的な状態の可否を判断する><経験から得た感覚をもとに療養者の日々の体調を判断する><療養者の反応をもとに体調の良し悪しを判断する>で構成された。例えばCase Eでは、「朝『おはよう』という最初の声かけ、それがすぐにできるかどうか。それとか、朝起きる時間帯、やっぱり疲れていたら睡眠は長く必要になってしまうのでなかなか起きにくい、目覚めがちょっと悪い、そんなところで調子がいいか悪いかは分かるかな」と<経験から得た感覚をもとに療養者の日々の体調を判断する>について語っていた。

2) 【症状出現時に改善をはかる】

【症状出現時に改善をはかる】とは、療養者に何らかの身体症状が見られた際に、症状の緩和や状態の安定を図るために、様々な方法を試してみたり、必要だと考える対策を取ることである。《症状やトラブルに対し原因探索や改善を試みる》《経験や助言を活かして症状の出現に対処する》の2つの中カテゴリーと6つの小カテゴリーが抽出された。

《症状やトラブルに対し原因探索や改善を試みる》とは、出現した症状や療養上の問題に対して、家族自らが原因や問題を探り、その予測に基づいて症状を改善させるために試行錯誤しながら手を尽くすことであり、<トラブル発生時にその原因や問題を探る><症状から状態や原因を予測して改善策を立てる><症状を改善するために色々な方法を試みる>で構成された。例えばCase Cでは、「色々熱出したり、

逆流したり何度か繰り返したりしてからじゃないですかね。情報がお互いに共有できていないということが、問題意識としては途中から出てきましたね」とくトラブル発生時にその原因や問題を探索する>について語っていた。

《経験や助言を活かして症状の出現に対処する》とは、療養の中で繰り返し起こる症状に対して、何度か経験する中で習得した症状軽減のための対策や、医療者から事前に得ている対応指示に基づいて、適切な処置をとることであり、<症状出現時に医療者からの指示を基に対処する><よく起こる症状の出現時に経験を基に改善対策をとる><症状出現時に療養者の感覚を基に対応策をとる>で構成された。例えばCase Gでは、「熱が高かったら、氷枕をすとか、水分補給をすとかそんなところですよ」とくよく起こる症状の出現時に経験を基に改善対策をとる>について語っていた。

3) 【療養者の状態安定への策を講じる】

【療養者の状態安定への策を講じる】とは、療養者が体調の良い状態を維持できるように、起こりうる問題を予測し、それに対して必要な予防対策や備えをしたり、必要とされる医療処置や療養行動を確実に継続して行うことである。《リスクを把握し療養者を守るための予防対策をとる》《療養者に必要な処置を継続する》《療養者の状態を維持できるように予期せぬ事態に備える》の3つの中カテゴリーと13の小カテゴリーが抽出された。

《リスクを把握し療養者を守るための予防対策をとる》とは、療養者の状態悪化や合併症につながる危険因子を予測したり、状態悪化のパターンをつかむことで、それを回避するための予防対策を前もってとることであり、<訪問看護師の指導に基づいて脱水予防を行う><症状改善・悪化予防のためにリハビリを行う><療養者に対して感染予防を行う><経験に基づき起こりやすい症状を知り出現を予防する><合併症の再発を防止するために介護方法を変更する>で構成された。例えばCase Cでは、「(経管栄養で気をつけていることは) 時間ですかね。早すぎたらやっぱりむせたり、戻したりするので」とく経験に基づき起こりやすい症状を知り

出現を予防する>について語っていた。

《療養者に必要な処置を継続する》とは、安定した身体状態を維持するために、身体管理上必要とされる処置や治療、通院などの療養行動をきちんと守ったり、良い生活パターンを続けることであり、<決められた処置を確実に実施する><必要な治療や通院を継続する><体調が良い時の生活パターンを継続させる>で構成された。例えばCase Dでは、「今のパターンを続けていく。今の毎日のパターンを変えないように」とく体調が良い時の生活パターンを継続させる>について語っていた。

《療養者の状態を維持できるように予期せぬ事態に備える》とは、突然の療養者の状態悪化や家族の介護継続困難、天災や災害など、考え得る様々な事態を想定し、いつ何が起こっても対応できるように日頃から準備しておくことであり、<長時間療養者を一人にしない><生命にかかわる緊急時に対応できるように備える><療養者の体調悪化に備え先手先手で対処する><介護継続困難時を想定し備える><不測の事態に備え早め早めの対応をとる>で構成された。例えばCase Aでは、「早め早めに気をつけて連絡しています。ケアマネさんからも言われて気をつけています。以前、もっと早くに気がついていればという思いがあるから、ああいう時にならないように早めにしています。取り返しのつかないことになったらいけないと思って」とく不測の事態に備え早め早めの対応をとる>について語っていた。

4) 【医療者への求助行動をとる】

【医療者への求助行動をとる】とは、療養者の生命を守るために、家族だけで判断や対応ができることとできないことの線引きを行い、家族内では解決が困難だと判断した時には医療者に助けを求めることである。《気がかりが生じた時に医療者に相談する》《家族だけでは対応しきれない時には医療者に相談する》《緊急な状態であると判断した時には医療者につなぐ》の3つの中カテゴリーと7つの小カテゴリーが抽出された。

《気がかりが生じた時に医療者に相談する》とは、介護上のことや療養者の身体状態などで

心配なことがある時に、医療者に助言や対応を求めることであり、＜介護上困っていることを訪問看護師に相談する＞＜何らかの症状が見られる時に医療者に相談する＞＜異常な症状が見られる時に看護師に訪問を依頼する＞で構成された。例えばCase Bでは、「救急車を呼ぶ時は、一番先に訪問看護ステーションに連絡します」と＜何らかの症状が見られる時に医療者に相談する＞について語っていた。

《家族だけでは対応しきれない時に医療者に相談する》とは、療養者の体調悪化や褥瘡などの身体的問題が発生し、家族がもつ知識や経験だけでは解決が困難な時に、医療者に助言を求めることであり、＜症状への対処方法がわからない時に医療者に相談する＞＜家族の対応では状態が改善しない時に医療者に相談する＞で構成された。例えばCase Aでは、「(尿)管の中の細くなっているところに詰まったりしてね。それが詰まっていたら、つぶして崩して、そんなことからしてね。それで出なかったらすぐに病院に電話してね」と＜家族の対応では状態が改善しない時に医療者に相談する＞について語っていた。

《緊急な状態であると判断した時には医療者に託す》とは、呼吸状態の悪化、痙攣など療養者が一亥の猶予もない状態に陥っていると判断した際に、救急車を呼んだり急いで病院に連れて行ったりして、速やかに医療者に対応を委ねることであり、＜緊急な状態であると判断した時は救急車を呼ぶ＞＜時間の猶予がないと判断した時は救急車を待たず病院へ連れて行く＞で構成された。例えばCase Eでは、「1回目の嘔吐からしばらく、ぐったりしていたんですけど、2度目の嘔吐をしてしまって、もうパニックになってしまって、病院に電話したんですけど、診察中でなかなか先生に繋がらなくて、先生を待っている場合じゃないって、すぐに病院に向かいますって看護師さんに電話して、主人の運転で病院に向かって」と＜時間の猶予がないと判断した時は救急車を待たず病院へ連れて行く＞について語っていた。

5) 【介護継続を第一に考えて調整をはかる】

【介護継続を第一に考えて調整をはかる】と

は、家族にかかる介護負担や、家族のマンパワーや力の限界がある中でも、常時管理が必要な療養者の介護が継続できることを最重視し、家族内や専門職との間での協力体制、介護者の介護への取り組み方などを柔軟に変えていくことである。《介護状況に合わせて家族内で調整する》《介護者の体調よりも療養者の介護を優先させる》《必要な部分は専門職を活用する》《介護方法を型どおりにしない》の4つの中カテゴリと5つの小カテゴリが抽出された。

《介護状況に合わせて家族内で調整する》とは、療養者に必要な介護や介護を担っている家族員の状況を把握し、療養生活が破綻しないよう、家族内で役割を分担したり、互いにサポートし合うことであり、＜介護者が負担とならないように役割を分担する＞＜主介護者の介護困難時には家族内で協力し合う＞で構成された。例えばCase Fでは、「(介護者の体調不良で) どうしても時は近くのクリニックに行ってみてもらったりする時もあります。でも時間がかかる時には、親にいてくれるだけでいいので頼む時もあります」と＜主介護者の介護困難時には家族内で協力し合う＞について語っていた。

《介護者の体調よりも療養者の介護を優先させる》とは、介護を行うのは自分だけしかいないという気持ちから、介護者が介護を何よりも大事なことと位置づけ、自らの体調不良を押して介護を行うことであり、＜介護者は介護を継続するために体調が悪くても我慢する＞で構成された。例えばCase Aでは、「自分の具合が悪いからって、ひょっと病院でも行って、もし悪いから通わないといけないと言われても通えないしね。(療養者を)置いて、スッて行けるものでもないしね。行くっていったら、ヘルパーさんを頼まないといけない。だから自分は辛抱して」と＜介護者は介護を継続するために体調が悪くても我慢する＞について語っていた。

《必要な部分は専門職を活用する》とは、家族だけではできないことを自覚し、療養者にとって必要なことが確実になされるように、できない部分は専門職の力を借りて補っていくことであり、＜家族だけでできない部分は専門職の協力を得る＞で構成された。例えばCase Cでは、「家族だけでは無理な部分もあると思うので訪

看さんとか、入浴の時とか…」とく家族だけでできない部分は専門職の協力を得る>について語っていた。

《介護方法を型どおりにしない》とは、介護者に負担がかかりすぎないように、決められた通りにきっちりと介護を行うのではなく、療養者や家族の状況に合わせて柔軟に方法を変更しながら介護に取り組むことであり、く無理のない介護方法で行う>で構成された。例えばCase Dでは、「体位交換なんて30分ずれたって、今しないといけないっていうもんじゃないから。前は、すごくピリピリで、11時・2時・4時とか2時間おきにやっていたんですけど、最近は3時間でも大丈夫だということが分かたり、どうしても寝過ぎることがあって、今日もあつたんですが、そして時間をずらしてって、またタイマーをかけなおして」とく無理のない介護方法で行う>について語っていた。

6) 【より良い介護方法を創造する】

【より良い介護方法を創造する】とは、療養者・介護者どちらにとっても良い介護を行うために、療養者と家族を囲む専門職と家族員が協力しあい、個別性のある家族の状況に合わせた独自の介護方法を創っていくことである。《療養者の状態に合わせた環境やパターンをつくる》《アドバイスを受けながら必要な知識・技術を獲得する》《家族内外の協力体制を築くことで介護に厚みを持たせる》《最善の介護方法を探求する》の4つの中カテゴリーと10の小カテゴリーが抽出された。

《療養者の状態に合わせた環境やパターンをつくる》とは、療養者の状態を踏まえて、療養者にとって苦痛や負担が少ない療養環境や介護方法を考え、整えていくことであり、く療養者にとって安全・安楽な処置方法を確立する>く療養者にとって快適な療養環境をつくる>で構成された。例えばCase Gでは、「(療養者の部屋の)温度調整とかは、わりと気をつけています。自分が寒かったら、おばあちゃんも寒いかなっていうのはありますけど。暖房をつけたり、掛け物を増やしたりしています。」とく療養者にとって快適な療養環境をつくる>について語っていた。

《自ら進んで介護に必要な知識や技術を獲得する》とは、介護者としての対応力を向上させるために、より専門的な知識をもつ人から助言を得たり、介護に役立つ資格取得や知識・技術の習得に積極的に取り組むことであり、く専門医に相談し適切なアドバイスを得る>く療養者の介護に有用な知識や技術を獲得する>で構成された。例えばCase Dでは、「寝かせ方、体位交換とかも実際にやったら、着替えとかそれを先に覚えたいなっていうのがあって、ホームヘルパー(の資格)をとりました」とく対応できるように必要な知識や技術を獲得する>について語っていた。

《家族内外の協力体制を築くことで介護に厚みを持たせる》とは、介護の質を高めるために、家族員同士や家族と専門職との連携を強化し、役割分担や協力をしながら療養者に関わっていくことであり、く療養者に関して得られた情報を家族内で共有する>く複数の家族員で相談・協力しながら療養者の状態を評価する>く専門職と役割分担しながら介護を行う>く家族から専門職に新たな治療や介護方法を提案する>で構成された。例えばCase Aでは、「(舌の運動やマッサージ方法を)〇〇病院の言語の先生が来て教えてくれたんです。それで、ヘルパーさんたちも一応習ってもらって、一緒にやっています」とく家族から専門職に新たな治療や介護方法を提案する>について語っていた。

《最善の介護方法を探求する》とは、今の在宅環境や療養者の状態により合った介護方法となるよう、アドバイスを受けたり色々試したりしながら改善を図ることであり、く在宅の環境や療養者の状態に合わせて病院での方法から変更する>く最善の方法を試行錯誤しながら見つける>で構成された。例えばCase Eでは、「訪問看護の人にも聞いたり、病院の看護師さんとか主治医の先生に聞きながら、試行錯誤の状態です。なかなか注入の時間とか色々工夫している状態です。時間を長くしてみたりとか、ちょっとカロリーあげてみたりとか」とく最善の方法を試行錯誤しながら見つける>について語っていた。

7) 【家族の健康を管理する】

【家族の健康を管理する】とは、療養者の介護が中心にある生活においても、家族全体の健康が維持できるように、日常的に健康維持のための取り組みを行ったり、体調を崩した時に悪化を防ぐための対応を早期にとることである。

《家族員の健康管理を日常的に行う》《家族の体調不良時に対処する》の2つの中カテゴリーと4つの小カテゴリーが抽出された。

《家族員の健康管理を日常的に行う》とは、介護がある中でも家族の身体的・精神的健康が保てるように、日頃から効果的だと思われる取り組みを行ったり、病気を持つ介護者の体調を気遣うことであり、＜日頃から家族の健康維持に取り組む＞＜病気を持つ家族員の介護負担を軽減する＞で構成された。例えばCaseDでは、「私が乳がんをやっているもんで、重たいものを持ってないので、それがあってリフトは特別なもの（負担の少ないもの）を付けました」と＜病気を持つ家族員の介護負担を軽減する＞について語っていた。

《家族の体調不良時に対処する》は、家族員が体調を崩した時には、市販薬の使用や休息などにより悪化を予防したり、病院を受診し適切な治療や処置を受けることで速やかに体調の回復を図ることであり、＜家族員の体調不良時には家族内で対応策を取る＞＜家族員の体調不良時には早めに病院を受診する＞で構成された。例えばCaseAでは、「体調の悪いときには（家族に）言いますけどね。もう、すぐ横になって」と＜家族員の体調不良時には家族内で対応策を取る＞について語っていた。

以上の結果から、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能とは、専門的な技術を要する処置を行っている療養者と家族が生活する中で、家族なりに【療養者の状態を見極め（る）】、その状態に合わせて【症状出現時に改善をはか（る）】ったり【療養者の状態安定への策を講じ（る）】ながら、家族だけで対処できない時には【医療者への求助行動をとる】ことで、療養者の身体的安定を維持し、また療養者へのケア提供者として【介護継続を第一に考えて調整をはかる】ことや【より

良い介護方法を創造する】ことに取り組み、さらに【家族の健康を管理する】ことで療養者のみならず家族全体の健康を維持することであると考えられた。

IV. 考 察

1. 医療依存度の高い療養者とともに生活する家族のヘルスケア機能の特徴

1) 生命を守る責任の自覚の下に、家族で対応可能な身体状態かを慎重に見極め、必要時は医療者につなぐ

医療依存度の高い療養者とともに生活する家族は、継続的に療養者の身体状態を観察し、複数の情報や知識を用いて身体状態を判断するということに、モニタリングと分析的視点により療養者の身体状態を的確に把握しようとしていた。その際、定期的にバイタルサインの測定や観察を行うだけでなく、他者から情報を得たらそれを鵜呑みにせず自身でも確認し、何かしらの異常を感じたら更に情報を集め、複数の情報を統合して慎重に判断を下すことを行っていた。また、経験知を用いて療養者の身体状態を判断するというように、トラブルの発生や症状の出現を繰り返す中で経験知を培い、それらを活かし、家族なりの基準や視点をもって観察や判断を行っていた。このように家族は療養者の身体状態を日々継続的に観察して変化を捉え、その経験の中で知識を蓄積し、異常を察知する感覚を養い、それらを動員して【療養者の状態を見極め（る）】ており、療養者の身体状態の可否を責任をもって見極めようとしていることが見出された。

一方で、家族は常に自分たちだけで身体状態を見極めようとするのではなく、家族だけで判断できない時や家族だけで対応できないと判断した時には医療者に相談し、緊急な状態であると判断した時には医療者につなぐというように、家族で対応できることとできないことを線引きし、必要な時には主体的に【医療者への求助行動をと（る）】っていた。

医療依存度の高い療養者は常に生命の危険と隣り合わせの状態であるからこそ、家族は療養者の身体状態の把握と管理を重視しており、生

命を守るという責任を引き受け、自分たちの持てる力を発揮して、日々変化する療養者の状態の良し悪しと自分たち家族で対応可能な状態か否かを見極め、必要などころでは医療者の力を借りながら、異常の早期発見と早期対処を行っていると考えられた。医療依存度が高いと医療専門的技術もかなり高度なものが要求され、介護者に療養者に対する重症感を抱かせ、“素人が家で見る”ことへの大きな抵抗を生じさせる(金久, 1999)。医療依存度の高い療養者とともに生活を行う家族にとって一番重要なのは安心感である(吉田, 2012)とされており、古瀬(2005)は医療依存度の高い状態で退院した療養者の在宅療養安定化に必要な条件の1つとして、療養者の病状や医療的なトラブル発生で困ったときの“頼みの綱の存在”を明らかにしている。家族は、医療者という頼みの綱が近くにいるからこそ、療養者の身体状態を見極めるといふヘルスケア機能を発揮し、生命の危険と隣り合わせの中でも在宅療養を継続していくことができるのだといえよう。

2) 経験を通して蓄積した知を活用した予防対策と改善対策により、療養者の身体的安定をつくり出す

医療依存度の高い療養者とともに生活する家族は、療養者が安定した状態を維持できるように、日頃から必要な処置や治療、通院などを確実に行うとともに、身体状態悪化のリスクや起こりやすい症状、合併症などを予測して予防対策を積極的に行い、【療養者の状態安定への策を講じ(る)】ていた。その中では、訪問看護師から得た知識や自分たちの経験から得た学びを活用し、“予測する”“予防する”“備える”といった先を見越した援助を行っていることが明らかになった。また、家族は療養者に何らかの症状やトラブルが発生した際には、原因探索や改善を試みたり、必要な改善対策をとるといふように、【症状出現時に改善をはかる】ことを行っており、家族なりにできる範囲で状況を分析し、療養者の身体的安定を取り戻そうと努力していることが見出された。

医療者が近くにいない状況で家族は自らの責任を自覚し、持てる知識や技術を使って最善を

尽くしている。森下(2007)は、在宅療養者と生活を共にする家族が生活の中で培ってきた経験や学びを力に変えて蓄積していることを明らかにし、「療養者を介護するという時間経過の中で、どのような内容の経験をしたか、その多さ、タイミング、どのように対応したかによって情報や知識が増え、洞察や判断力が向上したり、方策のバリエーションを増やしたりと発展し蓄積されていく。直感や思いつき、行き当たりばったりではなく、体験や経験したことを知覚的な証拠として、学びを知識的な根拠とすることで、家族の知性と情緒と行動を結び付ける役目を担っている」と述べている。医療依存度の高い療養者の介護を行っている家族は、療養者の緊急性がある症状を繰り返し経験する中で情報や知識を蓄積し、また、症状への対応を経験する中でその原因や改善方法を掴み、活用できるようになると考える。さらに、起こった症状やトラブルに対応できるようになるだけでなく、リスク分析を行い、起こり得るトラブルを予測して事前に予防対策や備えを行うことができるようになる。このように、家族は日頃からのリスク管理や知識・経験を活かした症状への迅速な対応というヘルスケア機能を発揮することで、療養者の身体的安定を維持しており、その経験を通してこのヘルスケア機能をさらに発展させていると考えられる。

3) 介護継続を念頭に置き、柔軟な介護方法の創造と調整や家族全体の健康管理を行うことで在宅療養を維持する

家族は療養者の介護を行う中で、療養者に必要な知識や技術を獲得し、療養者の状態に合わせた介護方法や環境の整備に努め、周囲の人と協力し合ったり試行錯誤しながら介護方法の改善に努めることで、自ら【より良い介護方法を創造(する)】していた。また、【介護継続を第一に考えて調整をはか(る)】り、家族内で役割分担や協力をしたり、必要な部分は専門職に助けをもらったり、介護方法を型どおりにせず柔軟に変えることで、様々な負担がある中でも、療養者の生命や健康を守るために介護が破綻せずに継続できるように取り計らっていた。すなわち、柔軟性をもって創造的に介護に取り

組みながら在宅療養の維持に努めていることが見出された。古瀬 (2005) は、医療依存度の高い療養者の在宅療養が安定したと訪問看護師によって判断された状況として、療養者の介護が家族内の日課に組み込まれ、介護者が振り回される状況ではなくなることで、訪問看護師の代わりに介護者が介護の主導権を取れる状態になったり療養者と家族が主体となってサービスを使いこなす姿勢に近づいたことを明らかにしている。家族が【より良い介護方法を創造する】【介護継続を第一に考えて調整をはかる】というヘルスケア機能を発揮することは、家族が介護と生活を融合させ、イニシアティブを取って介護に創造的に取り組むことであり、医療依存度の高い療養者の在宅療養の安定と継続のために重要であると考えられた。

また、家族は医療依存度の高い療養者の健康管理をしながら、他の家族員の健康にも目を向け、予防行動をとったり介護負担を減らしたりして家族の健康管理を日常的に行い、家族員の体調不良時には適切な対応を行うことで【家族の健康を管理 (する)】していた。医療依存度が高い療養者と生活する家族にとって、医療処置や状態管理に慣れた介護者の存在は不可欠である。家族は療養者に風邪などをうつさないように早めの予防接種を心がけたり、介護者に体調不良が生じたときには早目に市販薬を飲んだり、家族員で協力して病院受診できるようにすることで悪化を防いでおり、常に介護継続を念頭に置きながら家族全体の健康管理を行っているという特徴がみられた。一方で、【介護継続を第一に考えて調整をはかる】というヘルスケア機能では、介護を継続させることを最優先にし、介護の交代要員がない場合などには、介護者の体調が悪くても病院にも行かず耐えるなど、介護者の健康は二の次にする自己犠牲的な側面も見られた。医療依存度が高い療養者とともに生活しているからこそ、家族は療養者の身体状態の安定や在宅療養の継続を家族生活の中心に置きがちであり、介護継続のための自己犠牲が強化されると、介護者の負担や健康障害により在宅療養が破綻してしまう危険性がある。家族が療養者だけでなく家族全体の健康に目を向け、家族全体に向けてヘルスケア機能を発揮

できるように支援していくことも重要である。

2. 看護への示唆

本研究の結果から、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族がヘルスケア機能を高め発揮できるようにするための看護支援として、医療依存度の高い療養者の身体状態の観察と判断に必要な知識と技術に関する教育的支援、症状出現時やトラブル発生時等の家族の対応を振り返ることで経験からの学びの蓄積を促進する支援、家族の観察・判断・対処に対する肯定的フィードバックを行い緊急時対応への自信と準備性を高める支援、家族の主体性と自律性を大事にしつつ共に歩みながら頼みの綱として側面から支えていく支援、家族が柔軟性や創造性を発揮して家族に合った介護方法を見出すことを促進する支援、家族が療養者の介護継続と家族員の健康維持のバランスが取れるように図る支援などが重要であると考えられた。家族のヘルスケア機能を高めることで、安定した療養生活の継続につながるといえよう。

V. おわりに

本研究では、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族が有する7つのヘルスケア機能が明らかとなり、家族は日々の生活の中でこれらのヘルスケア機能を発揮して、療養者の生命を守るという責任の自覚の下に、家族で対応可能な身体状態かを慎重に見極め、必要時は医療者につなぎ、経験を通して蓄積した知を活用した予防対策と改善対策により療養者の身体的安定をつくり出し、柔軟な介護方法の創造と調整や家族全体の健康管理を行うことで在宅療養を維持していることを見出すことができた。

しかし、いくつかの研究の限界もある。本研究では、医療依存度の高い療養者とともに生活する家族の主介護者を面接調査の対象としたため、家族全体のヘルスケア機能を捉える上で限界があったと考える。また、研究協力者が7名と少なく、地域も限定されていること、介護継続期間が1年から19年とばらつきがあったことなどから、本研究の知見を一般化するには限界がある。今後は対象者数を増やし、介護状況の

違いによるヘルスケア機能の違いについても明らかにしていきたい。

本研究において申告すべき利益相反事項はない

<引用・参考文献>

赤木純子, 法橋尚宏 (2006). 妊娠先行型結婚をした養育期家族の家族機能. 家族看護学研究, 12(2), 92.

赤羽衣里子, 中村由美子, 吉川由希子他 (2003). 乳幼児をもつ家族における家族機能の検討. 日本小児看護学会誌, 12(2), 16-22.

Friedman.M.M. (1993). FAMILY NURSING Theory and Assessment, 1986. 野嶋佐由美監訳, 家族看護学理論とアセスメント, 74-77, 305, 299-300. へるす出版.

Harmon Hanson.S.M., Boyd.S.T. (2001). Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research, 1996, 村田恵子, 荒川靖子, 津田紀子監訳, 家族看護学理論・実践・研究, 51, 医学書院.

法橋尚宏, 小林京子, 高木亜希子 (2007). 家庭養育されているPrader-Willi症候群児の特性と家族機能. 家族看護学研究, 13(1), 37-44.

古瀬みどり (2005). 訪問看護師がとらえた医療依存度の高い療養者の在宅療養安定化のプ

ロセス. 家族看護学研究, 10(3), 78-86.

金久悦子 (1999). 医療依存度の高い患者の家族の負担感, 茨城県立医療大学紀要, 2, 61-70.

松田宣子, 村田恵子, 草場ヒフミ他 (2002). 慢性的な健康問題を持つ子どもの家族機能レベルと関連要因. 家族看護学研究, 8(1), 2-7.

森下幸子 (2007). 家族の強み (Family Strengths) を支援する看護. 家族看護, 5(1), 37-44.

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—家族介護者にとって生活の安定とは何かに焦点をあてて—. 聖路加看護大学紀要, 33, 17-25.

中村由美子 (2006). A町の療育期にある家族と中学生の子どもをもつ家族の家族機能の比較. 青森県立保健大学雑誌, 7(2), 203-212.

黒田秀美 (2002). がん患者の家族機能と不安との関連. がん看護, 7(4), 348-353.

鈴木和子, 渡辺裕子 (2012). 家族看護学理論と実践. 第4版日本看護協会出版会, 39.

吉田美由紀 (2012). 在宅で, いまどのような医療処置と看護が可能か. 臨床看護, 38(2), 134-138.

吉川樹理, 古賀靖之 (2007). 発達障害児をもつ家庭の家族機能における一考察—きょうだいからみた家族機能について—. 永原学園西九州大学・佐賀短期大学紀要, 37, 19-31.