

訪問作業療法における家族介護者の理解と援助技術に関する研究

2015 年

吉備国際大学大学院

保健科学研究科

保健科学専攻

学生番号 D311203・氏名 南 征吾

目次

序章（総合）

1. 研究の背景	1
1) 日本の高齢化と地域包括ケアシステムの推進	
2) 家族介護者の抱える問題点	
3) 家族介護者への作業療法	
4) 問題提起	
2. 研究目的	6
3. 研究の意義	7

第1章 緩和在宅療養を受けているがん患者の家族介護者の作業経験と作業適応（研究1）

第1節 序論・背景	9
第2節 研究方法	10
第3節 結果	13
第4節 考察	21
第5節 限界と課題	26

第2章 終末期がん患者家族の作業類型化と作業遂行パターン（研究2）

第1節 序論・背景	27
第2節 対象選定	28
第3節 研究方法	29
第4節 結果	29
第5節 考察	37
第6節 限界と課題	39

第3章 熟練訪問作業療法における家族援助技術の明確化-生活行為の拡大を促す作業療法-

(研究3)

第1節	序論・背景	41
第2節	対象選定	42
第3節	研究方法	42
第4節	結果	44
第5節	考察	52
第6節	限界と課題	55

終章

第1節	総合考察	57
1.	訪問作業療法における家族介護者の理解	
2.	家族介護者と患者の協業作業を促す訪問作業療法の関わり	
第2節	結論	61
第3節	残された課題	62

謝辞

文献

学術論文の基礎となる原著 (Abstract)

【研究1】	Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients	73
【研究2】	An Occupational Performance Patterns of Family Members of Terminal Cancer Patients: Typology of family palliative caregivers and occupation performance patterns	74
【研究3】	訪問作業療法における家族援助技術－生活行為の拡大を促す作業療法－	75

資料

【研究 1, 研究 2】

- 資料 1 対象施設 研究協力依頼書
- 資料 2 対象施設 研究協力同意書
- 資料 3 対象者 研究協力依頼書
- 資料 4 対象者 研究協力同意書
- 資料 5 インタビューの手順
- 資料 6 半構成インタビューの質問項目
- 資料 7 基本属性記入用紙

【研究 3】

- 資料 8 対象者 研究協力依頼書
- 資料 9 対象者 同意書
- 資料 10 研究倫理遵守に関する誓約書
- 資料 11 熟練訪問作業療法士の援助技術について
- 資料 12 基本属性 熟練訪問作業療法士の援助技術

定義リスト

- ◆作業：本研究で用いる作業の定義は Taxonomic Code for Occupational Performance¹⁾に従って、「活動、または、ある一貫性や規則性を伴って遂行される一連の活動。構造があり、個人や文化により価値と意味が与えられたもの²⁾」とした。
- ◆作業適応：人が作業的な挑戦を必要とする場面に直面したときに生じる、人と作業環境との相互交流を通じた調整プロセスである³⁾。
- ◆作業経験：人が実際に作業を行うことである。人が行動（チャレンジ）の十分な機会があると認めるとき、作業経験の質が最も肯定的であり、作業経験は人の自身の容量（技術）と適合していると考えられる⁴⁾。
- ◆作業的喪失：個人や集団が自分の生活環境において通常の日課や活動に、もはや参加することができなくなること⁵⁾。
- ◆作業的問題（Occupational Issues）：作業従事に対する、または、作業への正当な参加を含むチャレンジ（難問）である、更に作業パフォーマンスの問題に対する制限されたものではなく、作業疎外の問題、作業バランスの問題、作業開発の問題、作業剥奪の問題、作業周辺化の問題を含んでいる⁶⁾。

文献

- 1) Polatajko HJ, Davis JA, Hobson S, Landry JE, Mandich AD, Stresst SL. et al (2004) Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. Canadian Journal of Occupational Therapy 71(5): 261-264
- 2) Polatajko HJ, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, Zimmerman, D (訳：吉川ひろみ) (2011) 第1章 関心領域の特定：核としての作業。(編集：エリザベス・タウンゼント、ヘレン・ボラタイコ、監訳：吉川ひろみ、吉野英子)：続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正。大学教育出版社：34-60。(Townsend E, Polatajko H (2007) ENABLIONG OCCUPATION II: ADVANCING AN OCCUPATIONAL THERAPY VISION FOR HEALTH, WELL-BEING & JUSTICE THROUGH OCCUPATION. CAOT)
- 3) Schkade, K.J., Schultz, S. (1992) Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach to Contemporary Practice, Part I. The American Journal of Occupational Therapy 4(1): 829-837.
- 4) Csikszentmihalyi M, LeFevre J (1989). Optimal experience in work and leisure. Journal of Personality and Social Psychology 56: 815-822.
- 5) Canadian Association of Occupational Therapists (2007) PROFILE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN CANADA. Published by CAOT Publications ACE Ottawa, Ontario
- 6) Polatajko HJ, Backman C, Baptiste S, et al (訳：吉川ひろみ) (2011) 第2章 状況における人間の作業。(編集：エリザベス・タウンゼント、ヘレン・ボラタイコ、監訳：吉川ひろみ、吉野英子)：続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正。大学教育出版社：61-89。(Townsend E, Polatajko H (2007) ENABLIONG OCCUPATION II: ADVANCING AN OCCUPATIONAL THERAPY VISION FOR HEALTH, WELL-BEING & JUSTICE THROUGH OCCUPATION. CAOT)

論文内容の要旨

申請者氏名 南征吾

論文題目 訪問作業療法における家族介護者の理解と援助技術に関する研究

地域包括ケアシステムの在宅医療体系の充実により、患者の人生の最期を自宅で看取る家族介護者が増大すると考えられる。本論の目的は、在宅療養を支援する家族介護者の作業経験と作業適応を知り、作業療法の家族介護者に対する家族支援の実体構造を明らかにすることである。そこで、訪問作業療法の実践が患者家族に及ぼす影響を明らかにできれば、地域包括ケアシステムで患者と家族のケアを推進する時の作業療法の重要性を示すことができ、研究の価値があると考えた。なお、本論の第1章と第2章は、修士論文のデータを再度解析し直し、カテゴリを再度立ち上げて信憑性と信用性を高め、訪問作業療法の介入の視点を考察に加えたものである。

第1章では、質的研究を実施した。家族介護者の作業適応に寄与する作業の影響を明らかにするために、患者が没後1年以上を経過した家族介護者を対象者に質的研究を採用し実施した。結果、9名の家族介護者へのインタビューデータを解析した時点で、理論的飽和に達したと判断した。分析により6つのカテゴリが抽出された。家族介護者の【闘病生活に向き合う作業】として、がん患者と《共に実施した行為》と《家族自身が実行した行為》が抽出された。それは、没前の【重圧に圧倒されている】なかで、【不安に打ちのめされない生活】を奮励する要因であった。さらにそれは、没後の【励みになる作業の記憶】に移行し蓄積され、【心境の整理がしにくい】場面で【心境の切り替えへ繋がる】きっかけとなっていることがわかった。訪問作業療法士は、家族介護者に介護方法の指導を実施しながら、没後を想定し闘病中より認められる作業的挑戦や作業的役割期待に向きあえる十分な環境をつくる必要があると示唆された。そして、没後に作業的喪失が複雑化しないように闘病中に作業経験を積めるよう支援することが重要であると考えられた。

第2章では、第1章のデータをもとに事例・カテゴリ・マトリックスの手法を用いて、各事例のカテゴリの内容とパターンを分析し、それを基に事例を作業遂行パターンと作業類型に分類した。作業類型化の結果、事例は「作業の継続型」と「作業の再開型」と「作業の途絶型」にわけられた。「作業の継続型」と「作業の再開型」では、家族介護者の心境の切り替えの促進に作業への参加が役立っていた。「作業の途絶」では、心境の整理が不完全であった。患者の没後に、心境の整理が不完全な作業の途絶型に家族介護者が陥らないように、闘病中より家族介護者の作業に着目した支援の必要性が示唆された。また、家族介護者の心境の切り替えを促進するには、闘病中より認められた作業的挑戦や作業的役割期待を担い肯定的な

作業経験を積むことが、没後の心境の切り替えに役に立つと示唆された。

第3章は、訪問作業療法士の家族介護者に対する援助技術のプロセスについて質的研究を用いて分析した。訪問作業療法士は、2010年の作業療法白書の領域別会員数の比率によると極めて少ない現状で、在宅緩和ケアに携わっている作業療法士となると、さらに少ないことがわかった。そのため、訪問作業療法士の家族介護者支援について明らかにするだけでも貴重なデータだと考えた。結果、訪問作業療法士9名にインタビューで理論的飽和に達したと判断した。分析の結果、5つのカテゴリが抽出された。訪問作業療法士の家族援助の基盤に、【家族介護者の疲弊感】と【患者の能力に対する誤解】が確認された。作業療法士はそれがあるなか、【家族介護者の健康に対する気配り】をしながら家族介護者に寄り添い、【患者の理解の促進】ができるように、対象者の生活行為の披露や説明を実施し、家族介護者の患者に対する関心を引き出すよう援助していた。さらに作業療法士は、家族介護者の健康と患者の理解を促進するために作業を媒介として【家族介護者と患者の協業】を図っていた。訪問作業療法士の役割として、家族介護者の介護負担感に配慮しながら、無理のない程度に、家族介護者と患者の協業作業を実施する中で、家族介護者と患者の良い関係を促進し、生活行為の拡大に努めることが示唆された。

総合考察では、第1から3章までをまとめて、家族介護者を理解するための視点と家族介護者と患者との協業作業の援助プロセスを提案した。前者においては、家族介護の負担感や介護力を正当に見積もる能力が最も訪問作業療法士に求められる視点であった。後者においては、①家族介護者と患者の関心を抱いている協業作業を整理し、②家族同士が乗り越えられそうな挑戦課題を提供し、③家族介護者と患者が成功体験を積み重ね、④家族介護者と患者が自ら協業作業を拡大していくというプロセスを提案した。

作業療法士は、家族介護者と対象者の協業に働きかけ、家族同士の生活行為の整理や作業の実践を試みていることがわかった。本研究で得られた知見は、訪問作業療法の家族援助支援の指針となると考えられる。しかしながら、訪問作業療法の介入で導入された協業作業の実践が、家族にどのような影響を与えたかを知る必要がある。そして、訪問作業療法の家族援助技術モデルが、臨床現場で家族介護者と対象者の実践が介護負担や介護肯定感にどのような影響を与えているかを知ることは今後の課題である。

発表論文：

- Minami S, Kobayashi R, Kyougoku M, Matuda I (2013) Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients. Hong Kong Journal of Occupational Therapy 23: 32-38 <http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjot.2013.06.002>
- Minami S, Kobayashi R : An Occupational Performance Patterns of Family Members of Terminal Cancer Patients: Typology of family palliative caregivers and occupation performance patterns (投稿中)
- 南征吾, 小林隆司 : 訪問作業療法における家族援助技術－生活行為の拡大を促す作業療法－. 日本作業療法研究学会雑誌. (掲載許諾)

序章（総合）

1. 研究の背景

1)日本の高齢化と地域包括ケアシステムの推進

65歳以上の人口は、1970年に7%であったものが1994年に14%に達し、我が国はわずか24年あまりで高齢社会に到達した¹⁾。2007年には、高齢化率が21%に達し既に超高齢社会を迎えている¹⁾（表1-1）。さらに、2025年には、高齢化率は30%に達しようとしている。一方、福祉の政策が進むスウェーデンでは、1887年から1972年の85年かけて65歳以上の人口が14%を越えた¹⁾。つまり、我が国の高齢化は、他国でも類をみないスピードで進行し、国際的に高齢社会への対策が注目されている。

そこで、超高齢社会に備える対策として2000年に介護保険法が創設された。介護保険法は、要介護状態となっても尊厳を保持しながら持っている能力に応じて、自立した生活をおくれるよう必要なサービスが整備された法である。介護保険のサービスは、自宅を尋ねる訪問系サービス、日中に預かってもらえる通所系サービス、数日ほど預かってもらえる短期滞在系サービス、特定施設に入所する居住系サービス、介護老人保健施設に入所する入所系サービスの5つの体系にわけられている。介護保険の受給者数は、2000年から2013年のわずか13年間で259%増加²⁾し、介護が必要な人やサービスを受ける人が急増している。

さらに、要介護度が高くなる75歳以上の人口の推移は、2000年に901万人であったのに対し、2025年には2,179万人となりわずか25年で2倍以上の急速な増加が予想され³⁾、要介護者はさらに増えると考えられる（表1-2）。その一方、介護保険料を負担する40歳以上の人口は、2025年以降は減少することが予測されている³⁾（表1-2）。つまり介護の支え手の減少はますます深刻化すると考えられる。

また、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の65歳以上の高齢者数の推移は、2010年の280万人に対し2025年は470万人に達すると推測される⁴⁾。これまで認知症患者は、施設や病院を利用するといった処遇をうけていた。しかし、認知症の急増は、その対策に再考をせまるものであった。そして、「認知症になっても本人の意思を尊重され、できる限り住み慣

れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指しその人の生活に焦点にあてた関わりが推奨されるようになった⁴⁾。その対策には、早期発見や事前に対応することで認知症の Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(以下 ; BPSD)の悪化を予防することや、BPSD が進んでもその状態に応じた適切なサービスを提供すること、などその人の病態にあわせたケアが重要とされている。

また 2025 年に死亡者総数は、約 160 万人に対し 65 歳以上の死亡者が約 143 万人と見込まれ、全体の約 90%が 65 歳以上の死亡と予想されている⁵⁾。2013 年の死亡数・死亡率の死因順位は、悪性腫瘍、心疾患、肺炎となっている。悪性新生物は、全死者に占める割合は 28.8% となり、およそ 3.5 人に 1 人は悪性新生物で死亡している⁶⁾。つまり、看取ることが多い疾患は悪性新生物が必然的に高くなると予想される。そして 2000 年移行の死亡場所は、8 割近くの人が病院となっている⁷⁾。一方で国民の終末期の捉え方に関するアンケートでは、自宅で介護サービスを受けながら生活したいという人は 7 割近くにのぼっていた⁸⁾。また、両親が介護を必要になった場合の介護場所の希望については、介護サービスを受けながら自宅で介護をしたいと 7 割以上の人が考えていた⁸⁾。また、終末期に療養を受けたい場所として自宅を希望している人が、6 割以上であった⁹⁾。しかし、自宅で看取ることについて家族介護者は、「介護してくれる家族に負担がかかる」「症状が急変したときの対応に不安である」と自宅で療養することに戸惑いもあった⁹⁾。6 割以上の国民は、できることなら、介護が必要となっても自宅で過ごし、人生の最期も自宅で看取ることができればと、介護者を受ける人も家族介護者も考えていた。

そこで厚生労働省は、地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムは、地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービス及び在宅ケア等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携・協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組みである。たとえば在宅医療体制では、入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働によって、患者と家族の生活を支える観点からの医療が提供されることになる(緩和ケアの提供、家族支援を含む)。このように、地域包括ケアシステムでは、患者のみならず、

家族を含めたケアシステムが重要であると考えられる。

表 1-1 高齢化のスピード（国際比較）

国	65歳以上人口割合（到達年次）								倍加年数（年間）	
	7%	10%	14%	15%	20%	21%	25%	30%	7%→14%	10%→20%
韓国	1999	2007	2017	2019	2026	2027	2033	2041	18	19
シンガポール	1999	2013	2019	2020	2026	2027	2033	2043	20	13
日本	1970	1985	1994	1996	2005	2007	2013	2024	24	20
中国	2000	2017	2025	2028	2035	2037	2049	2063	25	18
フィンランド	1958	1973	1994	2001	2015	2017	2029	-	36	42
ドイツ	1932	1952	1972	1976	2009	2013	2025	2034	40	57
ルーマニア	1962	1977	2002	2012	2033	2034	2043	-	40	56
オーストリア	1929	1945	1970	1976	2020	2023	2030	2051	41	75
ブルガリア	1952	1972	1993	1995	2020	2024	2040	-	41	48
ギリシャ	1951	1968	1992	1995	2018	2023	2035	2050	41	50
ポルトガル	1950	1972	1992	1996	2018	2020	2030	2041	42	46
スペイン	1947	1973	1991	1994	2024	2026	2034	2043	44	51
ポーランド	1966	1978	2012	2015	2024	2026	2045	-	46	46
イギリス	1929	1946	1975	1982	2027	2030	2060	-	46	81
ロシア	1968	1979	2017	2020	2040	2045	2055	-	49	61
ベルギー	1925	1946	1976	1991	2021	2024	2038	-	51	75
デンマーク	1925	1957	1978	1985	2021	2026	2062	-	53	64
スイス	1931	1958	1986	1998	2020	2023	2031	2044	55	62
イタリア	1927	1964	1988	1991	2008	2013	2027	2037	61	44
カナダ	1945	1984	2010	2013	2024	2026	2052	-	65	40
オランダ	1940	1969	2005	2010	2021	2023	2032	-	65	52
アメリカ	1942	1972	2014	2017	2031	2048	2093	-	72	59
オーストラリア	1939	1983	2013	2016	2033	2037	2064	-	74	50
スウェーデン	1887	1948	1972	1975	2015	2021	2054	-	85	67
ノルウェー	1885	1954	1977	1982	2027	2031	2078	-	92	73
フランス	1864	1943	1990	1995	2020	2023	2053	-	126	77

1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26,1956)およびDemographic Yearbook, 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2010 Revision (中位推計)による。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成24年1月推計)[出生中位(死亡中位)]推計値による。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。“-”は2100年までその割合に到達しないことを示す。倍加年数は、7%から14%へ、あるいは10%から20%へそれぞれ要した期間。国の配列は、倍加年数7%→14%の短い順。

資料：国立社会保障・人口問題研究所：「人口統計資料集（2012）Ⅱ年齢別人口」主要国の65歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数による推計結果

表 1-2 日本の将来推計人口

	介護保険料を負担する年齢			
	40～64 歳	65～74 歳	要介護率が高くなる年齢	
			75～84 歳	85 歳～
2010 年	4344	1529	1037	383
2015 年	4250	1749	1135	511
2020 年	4175	1733	1242	637
2025 年	4112	1479	1442	736
2030 年	3941	1407	1432	846
2040 年	3324	1645	1186	1037
2050 年	2896	1383	1407	977
2060 年	2596	1128	1187	1149

参考資料：国立社会保障・人口問題研究所：「日本の将来推計人口」（平成 24 年 1 月推計）出生中位（死亡中位）推計，を加工して作成

2) 家族介護者の抱える問題点

2010 年の国民生活基準でみる家族介護者の割合は，配偶者 25.7%と子 20.7%，子の配偶者 15.2%であった¹⁰⁾。2025 年の高齢者世帯数は，一般世帯数 52,439 世帯に対し 65 歳以上の世帯数は 20,154 世帯となり，そのうち単独 34.8%，夫婦のみ 32.0%，夫婦と子 13.6%，ひとり親と子 9.3%と予測されている¹¹⁾。家族介護者は，夫婦同居しているからといって配偶者が家族介護者となるとも限らず，子と子の配偶者も介護者となる可能性も示唆される。そういった家族介護者への理解と支援は，対象者が住み慣れた自宅で自分らしく生活を続けるためにも欠かすことはできない¹²⁾。なぜなら，在宅生活は，施設入所に比べて家族に掛かる負担も大きくなるからである。家族介護者には，身体的あるいは認知的障害者の長期間の介護により精神的・身体的健康が損なわれるリスクが高い¹³⁾¹⁴⁾。また，介護負担により，うつ状態や自殺，虐待につながる危険性もある¹⁵⁾¹⁶⁾。

特に家族介護者は，被介護者の終末期を迎える時期になると介護負担の増加に加えて，急激な病変の対応や家族役割の変化，終焉に向けての医療の選択，看取り，今後の生活など，不安と葛藤により心身共に衰弱状態になる恐れもある。また，被介護者の看取り後も家族介

護者は、看取った後の悲嘆からうまく喪の作業(grief work)ができない状況になれば、病的悲嘆や複雑悲嘆に陥る危険性にもさらされている。家族との死別は上記のように、人のライフイベントの中で最も大きなストレスであると指摘されている¹⁷⁾。

3) 家族介護者への作業療法

前項で、家族介護者が抱える問題点として、介護負担のリスクと看取り期のストレスを挙げた。作業療法では、作業を行うための機会や資源を全ての人が持つべきであると考え、そして作業に従事することを通して、人が健康を維持・増進を回復させうると考える¹⁸⁾。そう考えるならば当然、上記のような問題を抱える家族介護者も作業療法の対象に含まれることになる。

家族介護者に対する作業療法の先行研究では、人が生活するうえで仕事、遊び、休息、睡眠の習慣的なバランスが重要¹⁹⁾だと捉え、家族介護者が健康に生活するためには作業のバランスをうまく調整できるよう支援する必要があると述べられている²⁰⁾。訪問作業療法士は、患者とともに暮らす家族介護者の時間や空間の構成を知り家族介護者がなんらかの役割を担えるよう支援する必要がある²¹⁾。そして Clark ら²²⁾は、家族介護者の問題や目標に作業療法士が目を向けることで、家族とのコラボレーションが促進されることを指摘している。坪井ら²³⁾²⁴⁾は、在宅高齢障害者の家族介護者の介護負担に関する心理的ステージモデルを臨床で応用し検討も実施している。作業療法士は、家族介護者に関することで生活のバランスや役割、家族間交流に寄与していることが文献研究^{25)・28)}でわかった。筆者も作業療法の介入を在宅緩和医療に携わるなかで、がん患者の作業経験を家族の支援により終焉間近まで継続した事例²⁹⁾や、家族と自宅で過ごした作業の経験を振り返る作業をおこなった事例³⁰⁾などを経験してきた。

4)問題提起

訪問作業療法の家族介護者への支援は、家族介護者の健康や役割、被介護者の作業経験の共有を考慮した関わりを実施している。ところが、被介護者の存命中に実施した家族の作業³¹⁾³²⁾や被介護者と家族の作業の経験は、終焉後の生活にどのように活かされたか否かの家族介護者への援助技術を包括的に説明し、それらの関係性を明らかにした文献はなかった。

訪問作業療法士は、家族介護者に対する援助については、経験を頼りにするしかないのが現状であった。そのため、家族介護者の闘病中から闘病後の作業経験³³⁾と作業適応³⁴⁾を確認し、作業療法の家族介護者の実践内容を明らかにする必要がある。急速な高齢化が進む我が国の中では、家族介護者の包括的な支援をするために作業療法の実践内容を明らかにすることは急務である。

2. 研究目的

本論の趣旨は、在宅療養を支援する家族介護者の作業経験と作業適応を知り、作業療法士の家族介護者に対する家族支援の実態構造を明らかにすることである。研究課題は、以下の2点である。①がん患者家族へのインタビューを通して、家族介護者の作業経験と作業的適応について明らかにすること（研究1・2）。②訪問作業療法士のインタビューを通して、訪問作業療法の家族援助技術を明らかにすること（研究3）。

修士論文³⁵⁾の「終末期がん患者家族の心理的適応と作業の関係」では、家族の心境の整理について述べた。しかしながら、作業療法の支援方法は明らかとなっていないので、家族介護者の理解と援助技術に関する支援方法を明らかにする必要がある。本論の第1章と第2章は、修士論文のデータを再度データの解析を見直し、カテゴリを再度立ち上げ直し信憑性と信用性を高め、作業療法の介入の視点を考察に加えている。

3. 研究の意義

訪問作業療法の実践が患者家族に及ぼす実態構造を明らかにできれば，地域包括ケアシステムで患者と家族のケアを推進する時の作業療法の重要性を示すことができ，研究の価値があると考えられる．また，それを検証していく過程で，訪問作業療法の家族介護者の支援のあり方を提案することが可能と考えられる．

第1章 緩和在宅療養を受けているがん患者の家族介護者の作業経験と作業適応について

(研究1)

第1節 序論・背景

近年、緩和ケア病棟から在宅緩和ケアへの移行が求められるなか、がん患者だけでなく、家族からの支援の重要性が強調されている³⁶⁾³⁷⁾。その一方で、家族介護者は、がん患者の生存中からの予期悲嘆や、終焉後の悲嘆反応や喪の作業 (grief work) と、いろいろな心理的な問題を抱えていることがわかってきた²³⁾³⁸⁾。ときに家族介護者は、目の前の生活に何もできない状況に陥ることがあり、それが長期にわたると病的悲嘆に陥る危険性がある。そのために、家族介護者への支援は、昨今の状況を踏まえると重要になると考えられる³⁹⁾⁴⁰⁾。家族の心境の整理に作業の働きかけを吟味する必要があると感じた。

看護分野では、遺された家族に必要な援助や家族の心理的問題の対処方法について模索がなされている⁴¹⁾が、作業療法分野ではどうだろうか。2011年にカナダ作業療法士連盟は、カナダ人の良質な末期医療を成し遂げるために、作業療法士を含む医療専門職からなる、ホスピス緩和と終末期医療のサービスを提供することを宣言した⁴²⁾。作業療法分野でも、終末期がん患者に対する作業療法の有効性や役割の重要性が指摘されている⁴³⁾⁻⁴⁶⁾。しかし、家族への作業療法支援の報告は見いだせなかった。

これらのことより、家族の作業経験や作業適応に及ぼす作業の働きを明らかにすれば、家族ケアの在り方に予期悲嘆や喪の作業 (grief work) に新たな視点を加えることができるのではないかと考えた。

そこで本研究では、まず在宅緩和ケアを提供したがん患者家族の作業適応に作業が及ぼす影響と、そのプロセスを質的研究によって明らかにすることとした。

第 2 節 研究方法

1. 研究デザイン

ドナ・ディア⁴⁷⁾は、先行研究の蓄積から起こっている事象がはっきりと変数として捉えられていない段階では質的研究の採用が妥当としている。本研究テーマは、先行研究において実証的データが極めて少なく、仮説の有無もない状況である。そのためまず、がん患者家族の心理的適応に寄与する作業の構造自体を明らかにするために質的研究デザイン⁴⁸⁾を採用した。

2. 対象者と理論的サンプリング

対象者は在宅緩和ケアでがん患者を看取った家族とした。対象者選定の条件は、(a) 医療従事者から紹介を得ること、(b) 本研究に同意が得られた家族、(c) 在宅で終焉を迎えたがん患者を看取った家族、(d) 配偶者・祖父母を含む二親等までとした。また、対象者選定の留意点は、悲嘆反応から抜け切れていない時期であることを考慮し、終焉後 1 年以上過ぎている対象者を選んだ。

理論的サンプリングとして、豊富なラベルが得られるように、様々な背景をもつ対象を選択するようにした⁴⁸⁾。理論的飽和状態の測定には、Schnabel 法⁴⁹⁾⁵⁰⁾ (図 2-1) を採用した。Schnabel 法は、様々な対象にインタビューし、セグメント化を行い、ラベルを蓄積しカテゴリの生成を続ける過程で、研究テーマに直結した新しいラベルがあまりでなくなった時に、合理的な観点で捕獲率を示す方法である。Schnabel 法は、ラベル総数を N とし、新たなラベルが作れなくなったと考えた時点で飽和率を評価した。捕獲については、インタビューで抽出されたラベルの数とした。 i 人目のラベル数を m 、 $i+1$ 人目で得られたラベル数を c 、そのうち既にラベルとして得られたラベル数を r 、新しいラベルを n としている。

$$\hat{N} = m_i(c_i + 1)/(r_i + 1)$$

$$\sqrt{V[\hat{N}_i]} = \sqrt{\left(\frac{m_i^2(c_i + 1)(c_i - r_i)}{(r_i + 2)}\right)/(r_i + 1)^2}$$

図 2-1 Schnabel 法の計算式

3. インタビューデータの収集

データ収集の方法は、事前に筆者が対象者の自宅へ訪問し研究の趣旨と筆者の略歴を話し、対象者が話しやすい環境をつくるのに務めた。インタビューの当日は、対象者が比較的話しやすい対象者の自宅で行い、インタビューは調査者である筆者が実施した。インタビューの前に、闘病者と対象者との属性、在宅で終焉を迎える日数、告知の有無、支援内容などについて聴取した。インタビューの内容は、先行研究⁵¹⁾の家族介護者が闘病中の支援の希望内容に、以前の生活、闘病中の生活、闘病後の生活などの質問を追加し実施した（表 1-1）。

表 2-1 半構成的インタビューの項目

<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族（がん患者）が闘病中に支援を受けた内容はどのようなものでしたか ・ご家族（がん患者）にどういった支援が必要であったと思いますか ・ご家族（がん患者）の闘病中に家族（対象者）に支援がほしかったことはありますか ・ご家族（がん患者）の闘病中に家族（対象者）がしたかったことはありますか ・ご家族（がん患者）の終焉を迎えるまでに家族（対象者）とともに行ったことはありますか ・その内容はなんですか ・闘病生活の前の家族（対象者）の過ごし方を教えてください ・闘病生活の中の家族（対象者）の過ごし方を教えてください ・闘病生活の後の家族（対象者）の過ごし方を教えてください ・自由回答

4. 分析方法

インタビューで得られたデータは、筆者が逐語録に書き起こした。質的研究の分析手法には、質的データから帰納的に理論を開発する Grounded Theory Approach（以下：GTA）、テキストのある特定の属性を客観的に体系的に同定し分析する内容分析、4つの step coding でテ

キストの抽象度を高めコードを作成し最終的にストーリーラインおよび理論を構成する方法の Step for coding and Theorization（以下：SCAT）、構造構成主義という考え方を基盤とした Structure- Constructive Qualitative Research Method など、がある。本論の分析の方法では、データに密着した分析から、理論構築を図るために GTA を採用した⁴⁸⁾。また、介護は、介護者と被介護者との相互作用によって成り立つため、シンボリック相互作用論に基づく GTA が適切と考えた。具体的には、生データを文章の意味毎に切片化（セグメント化）し、プロパティ（特性）とディメンション（次元）を列挙し、それらを端的に表すラベル名を各文書セグメント毎につけた。そして、類似したラベル名同士を統合し、抽象度の高いカテゴリ名をつけていった。なお本研究では、質的データ分析ソフトとして MAXQDA 10(VERBI, GmbH, Berlin, Germany)を採用し、ラベル作成において何度も生データの文脈に戻って修正できるようにした。

質的研究の分析にあたり、保健科学の分野で経験豊富な専門家にデータ読み込みの支援、分析に伴う解釈の検討などについて、定期的にスーパービジョンを受け、研究の信憑性、信用性の確保に努めた。特にラベル名とカテゴリ名の生成については、意見の相違がなくなるまで実施した。また、相違がなくなった時点でも重ねて検討を繰り返した。

最後に、生成されたカテゴリから新たな文脈を作り上げるストーリー化を実施した。ストーリー化を実施する中で、カテゴリの関係を構造図で示しながら、生成したラベルやカテゴリを新たな文脈に組み込んでいった。理論的飽和は、本研究の最終対象者のラベル数が全体の 90%以上の捕獲率であれば理論的飽和とした⁴⁹⁾⁵⁰⁾。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究参加の同意を文書で得て、自由意思による参加と、面接途中での拒否・中断が可能であることを伝えた。そして、そのことにより不利益がないことを保証した。なお、この研究の着手にあたっては、吉備国際大学の倫理審査委員会の承認（受理番号：10-17）を得た。

第3節 結果

1. 対象

調査期間は、2011年2月から2011年6月の5ヶ月間であった。本研究の対象者は、理論的サンプリングの結果、在宅緩和医療であるAクリニックで闘病者を自宅で看取った家族のうち医療スタッフが研究の趣旨を説明し、本研究に同意が得られた3事例と、医療従事者に本研究の趣旨を説明し、在宅で闘病者の終焉を迎えた家族を紹介してもらい同意が得られた6事例となった。研究参加者の概要は、在宅緩和ケア期間は平均7.2ヶ月（SD±6.9）、終焉後の日数は平均44.8ヶ月（SD±28.2）、家族の平均年齢は50歳代後半（SD±19.9）、がん患者の終焉平均年齢は60歳代後半（SD±10.8）であった（表2-2）。対象者9人の属性が二親等にまで及んだのは、方法でも示したように豊富なラベルが得られるように様々な背景をもつ対象を選択したからである。

表2-2 研究参加者の概要

	No.1	No.2	No.3	No.4	No.5	No.6	No.7	No.8	No.9
性別	女性	男性	女性	女性	男性	女性	女性	男性	女性
年齢	60歳代後半	30歳代前半	50歳代後半	50歳代後半	50歳代後半	60歳代前半	50歳代後半	90歳代後半	20歳代前半
属性	妻	息子	妻	妻	息子	三女	嫁	夫	孫
がん患者の属性	夫	父親	夫	夫	母親	母親	義母	妻	祖父
在宅緩和ケア期間	9ヶ月	1年	14日間	1ヶ月間	6ヶ月	2ヶ月	6ヶ月	5ヶ月	2年
終焉後	1年10ヶ月	2年半	1年5ヶ月	2年半	7年前	1年半前	7年前	7年前	3年前
告知	告知あり	告知あり	告知あり	告知あり	告知なし	告知なし	告知なし	告知なし	告知なし
診断名	胃がん	膵臓がん	胃がん	膵臓がん	膵臓がん	左下顎歯肉がん	膵臓がん	膵臓がん	総胆管がん
インタビュー時間	1時間 37分43秒	41分13秒	59分27秒	1時間 31分55秒	38分38秒	44分38秒	47分47秒	1時間 28分27秒	1時間 54分14秒

(Minami S, Kobayashi K,*,Kyougoku M, Matuda I: Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients HKJOT, 23, 32-38, 2013 の Table2 を翻訳)

2. コード生成

研究対象の9名のコード生成の結果、6つの大カテゴリ、13の中カテゴリ、29の小カテゴリ、159のラベルが作成され、切片化数（セグメント数）は1406であった。家族の作業関係と心理的適応は、概して一般に6つの核に分類されることができた（表2-3）。

カテゴリとして、(a) 重圧に圧倒されている、(b) 闘病生活に向き合う作業、(c) 不安に打ちのめされない生活、(d) 心情の整理がしにくい、(e) 励みになる作業の記憶、(f) 心境の切り替えへ繋がる、の6つが生成された。カテゴリは、さらに没前と没後にわけられ、前者を(a) (b) (c)、後者を(d) (e) (f)、とした。以下のストーリー化では、大カテゴリ【 】, 中カテゴリ<< >>, 小カテゴリ< >, 生データ“ ”で示す。

3. 理論的飽和について

本研究の過程で9名から話を聞き159個のラベルができた。すでに、この時点の数名前から、あまり新しいコードが生成されず既につくったコードにあてはまる傾向を実感していた。そこで、本研究の対象者の9人目のインタビューでSchnabel法を行った。9人目のインタビューで30個のラベルに相当する話が聞けた。しかし、新しいラベルは2つだった。Schnabel法の点推定値を使った捕獲率は、94.8%となった。本研究では、9事例目をもって理論的飽和に至ったと判断した。

4. 包括的なストーリー化（図2-2）

【闘病生活に向き合う作業】には、がん患者と<<共に実施した行為>>と<<家族自身が実行した行為>>が含まれた。それは、没前の【重圧に圧倒されている】なかで、【不安に打ちのめされない生活】に奮励される要因であった。さらにそれは、没後の【励みになる作業の記憶】に移行し蓄積された。【励みになる作業の記憶】には、<<完遂作業が励みとなっている>>こと、<<立ち向かう姿勢が励みとなっている>>ことが含まれた。それは、【心境の整理がしにくい】場面で【心境の切り替えへ繋がる】きっかけとなっていることがわかった。

表 2-3 家族介護者の作業関係と心理的適応の分類

	大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	生データ
没前	重圧に圧倒されている	支えが欲しい	安堵することがない	やっぱり夜中でも朝でもずっとおこされますし、ちょっとしんどかったんです
			気丈に振る舞うが辛い	「(闘病者の)常に横にいた状態だった、横にいない場合は泣いたりしていた
			介助の仕方を教えて欲しい	(介助の仕方がわからず)引っ張り上げて腰が痛くなってやっていたうちに、こっちの腰が痛くなって
		予想と現実の相違	病状の悪化	最初はそんなに深刻ではなかったんですけど、本当にやせすぎ、本当に深刻な病気であって
	不安で生活が送れない		(どんどん痩せていって)心配というか怖かったですもう2人で心配しながらいて、心配というか怖かったやつと4日後に入院するようにいわれて	
	伝えたいことが一言で言えない		病室の方が、がんの話をされるんです(略)主人がかなり悪いのに	
	闘病生活に向き合う作業	共に実施した行為	作業と一緒に遂行する	「庭の葉を剪定をしたり」、「子供たちと食卓に座り」、「書道をしたり」、「誕生日にうどんをつくった」
			作業を共有する	撮った写真を父親にみてもらったら父親が喜んでくれた」、「(人生に照らした)歌を(略)うたった
			作業を受け継ぐ	「(がん患者が)息子が自分の趣味(写真)を継いでくれる」と言うことをいっていた
		家族自身が実行した行為	自分の生活を続けること	(以前からの趣味であった)短歌にしていたのですよ、それやから、のりこえられたとおもっています
気持ちを整理すること	(メールは)落ち着いて書いて(略)、書き直している間に纏まってきたり、じゃ明日からこういう気持ちでいこうと			
不安に打ちのめされない生活	会話へと繋がる	語り合える関係	(散歩して)「蠍座が見えてきたよ」「宇宙ステーションがとんでいた」という話を(略)すると、すごく楽しみにしていた。	
		励まされること	(医療関係者より)励まされたことが嬉しかったらしく、希望を貰ったみたいと話していました	
	闘病者が生活に立ち向かう姿勢	病状を察し生活する	(がん患者が)痩せてきたから、カッターシャツや背広を2着あったりとかね(略)毎日あっちにいたりこっちにいたり忙しくしてはった、その通り一緒についていた	
		不屈の精神で諦めない	(必死にあんパンを食べる姿)生きるという感じで、びっくりしました	
	医療の支援がある	誠実な対応で接してくれる	助からないとわかっていても、最期までちゃんとやって頂ける	
		信頼できた	仕事というよりも、ほんまに親身になってやってもらっている感じがしていた	
没後	心情的整理がしにくい	生活に立ち向かえない	生活に向き合えない	懸命に介護をしてきので(略)そこまでしてきただけに抜け殻みたいな状態になった
			精神的に衰弱する	凄く病んでいた時に、自分が何をしているかわからない状態でしんどかった
			家族の束縛	祖父が亡くなった後に、あの家族に頼られて頼られてしているときに、一番しんどかった。
		不安な想いに駆られる	自責の念に駆られる	もっと一緒にどこかに行きたかった
	不安状態が続く		(祥月命日になると)動悸がしてお寺の本堂でドドドと3分ぐらい、引越したくて(略)ここにいるのが辛くて	
	励みになる作業の記憶	完遂作業は励みになっている	貫徹した作業が生きる活力となる	母親は不満も言わんと、「おおきに、おおきに」という逝かかった(闘病中)にがん患者と共に母親を看取った
やり遂げた作業は生きる活力となる			闘病中の出来事を短歌にした(略)それがなければ私はなんというか、精神的に参っていたかもしれません	
立ち向かう姿勢は励みとなっている		生活様式を追想する	(商売を共にしており)「商人たる者は社会に利益を得たものは社会へ返す」と心掛け最期までしていました	
心境の切り替えへ繋がる	家族の関わり合いがある	家族の絆がある	母親が亡くなったことを受け止め、家族で父親をサポートした。家族関係も非常に団結した	
		家族の行事がある	正月にみんな集めて、新年の目標を言わせて(略)家族で書道で新年の書き初めをしています	
	顧みる想いは心の支えとなる	顧みる想いがある	妻は(略)『夢をつないでくれ、ありがどう』って書かいてくれた。闘病中は一切できなかった絵本を(略)また読もうと思った	
		共に居ることを感じる	姿がないけど、温もりがないけど、声があるから、まだ居るみたい。(遺族の歌の声をCDに遺している)	

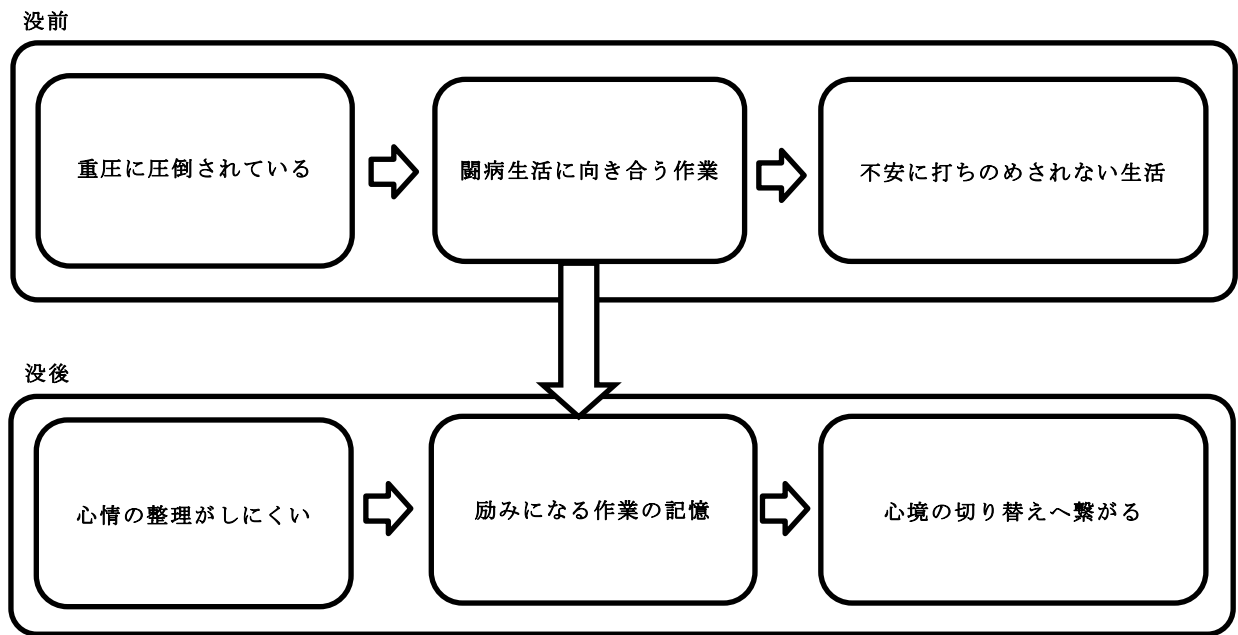


図 2-2 家族の作業適応に対する作業の影響の構造図

(Minami S, Kobayashi K,*,Kyougoku M, Matuda I: Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients HKJOT, 23, 32-38, 2013 の Figure1 を翻訳)

5. 大カテゴリごとのストーリー化

1) 没前

a) 重圧に圧倒されている

【重圧に圧倒されている】は、家族に《支えが欲しい》と、《予想と現実の相違》にわけられた。

《支えが欲しい》は、＜安堵することがない＞、＜気丈に振る舞うのが辛い＞、＜介助の仕方を教えて欲しい＞で構成された。＜安堵することがない＞状態は、例えばがん患者の病態が悪化するにつれ、“夜中でも朝でもずっと起こされますし、ちょっとしんどかったです”といった語りに現れていた。＜気丈に振る舞うのが辛い＞状態は、例えば家族は疲労を隠し、がん患者と“常に横にいた状態だった、横にいない場合は泣いたりしていた”といった語りに現れていた。＜介助の仕方を教えて欲しい＞状態は、例えば日々衰弱するがん患者に介助することが増えて、“(介助の仕方がわからず)引っ張り上げて腰つかってやっているうちに、

こっちの腰がいたくなって”という語りに現れていた。言わば《支えが欲しい》は、家族に負担が掛かっている現状があった。

《予想と現実の相違》は、＜病状の悪化＞、＜不安で生活が送れない＞、＜伝えたいことが一言で言えない＞で構成された。＜病状の悪化＞状態は、例えばがん患者が普段の生活が送れず数週間でやせ衰えることを認識し、“最初はそんなに深刻ではなかったのですが、本当にやせて、本当に深刻な病気”であったと家族の語りに現れていた。＜不安で生活が送れない＞状態は、例えば病院のベッドの空きを待つ間に、衰弱していくがん患者を見て、“もう2人で心配しながらいて、心配というか怖かった。やっと4日後に入院するようにいわれて”という家族の語りに現れていた。＜伝えたいことが一言で言えない＞の状態は、例えば入院中に悪くなるがん患者の状態のなか、“病室の方が、がんの話をされるんです（略）主人がかなり悪いのに”という家族の語りに現れていた。言わば《予想と現実の相違》は、ケアをするなかで絶えず不安に駆られている家族の現状を示すものであった。

b) 闘病生活に向き合う作業

【闘病生活に向き合う作業】は、がん患者と家族で《共に実施した行為》と、《家族自身が実行した行為》にわけられた。

《共に実施した行為》は、＜作業を一緒に遂行する＞、＜作業を共有する＞、＜作業を受け継ぐ＞で構成されていた。＜作業を一緒に遂行する＞状態は、例えばがん患者と家族が以前からの習慣を闘病中に実施した作業であり、“庭の葉を剪定したり”、“子供たちと食卓に座り「今日はどうだった」”、“最期は書道をしていた”、“誕生日にうどんをつくった（略）一緒にやったのはよかった（亡くなる5ヶ月前）”といった語りに現れていた。＜作業を共有する＞状態は、例えばものをつくるというよりは共に関心に浸ることや、共に日々をかみ締めることで、“撮った写真を父親にみてもらったら父親が喜んでくれた”、“「ながかろうと、みじかかろうと、おれの人生には悔いがない」とかいう歌もうたった”といった語りに現れていた。＜作業を受け継ぐ＞状態は、例えばがん患者の関心を寄せていることを家族へ意志を引

き渡し、それを家族が引き継ぐことであり、“「(がん患者家族が) 息子が自分の趣味を継いでくれる」と言うことをいっていた”，“ありきたりの言葉だけど (略)「母親を大事にしてくれよ」とか、「仕事がんばってくれよ」とか”といった語りに現れていた。言わば【共に実施した行為】は、家族同士で関わりを求めている状態であった。

《家族自身が実行した行為》は、以前からの＜自分の生活を続けること＞や、闘病中の出来事の＜気持ちを整理すること＞で構成されていた。＜自分の生活を続けること＞は、例えば以前からの生活を実施することであり、“短歌にしていたのですよ。それやから、のりこえられたと思っています”，“身体と心には散歩と歌が私には良かったと思っています”といった語りに現れていた。＜気持ちを整理すること＞は、例えば闘病中の出来事を手帳やメールなどで日々の出来事を遺していくことで、“落ち着けて (略)、書き直している間に纏まってきたり、じゃ明日からこういう気持ちで行こう”といった語りに現れていた。言わば《家族自身が実行した行為》は、会話の目的や自分の気持ちを整理を見つめ直す機会に役立つものと考えられる。

c) 不安に打ちのめされない生活

【不安に打ちのめされない生活】は、家族ががん患者を支援する中で、何か《会話へと繋がる》こと、《闘病者が生活に立ち向かう姿勢》を悟ること、《医療の支援がある》ことにわけられた。

《会話へと繋がる》は、＜語り合える関係＞、＜励まされること＞で構成されていた。＜語り合える関係＞の状態は、例えば家族が散歩してきた内容を“「蠍座が見えてきたよ」「宇宙ステーションがとんでいた」という話を (略)すると、すごく楽しみにしていた”といった語りに現れていた。＜励まされること＞の状態は、例えば励まされることは会話へと繋がっており、“(医療関係者より) 励まされたことが嬉しかったらしく、希望を貰ったみたいと話していました”，といった語りより現れていた。言わば《会話へと繋がる》は、がん患者とは語り合える機会をつくらうとする状態を示していた。

《闘病者が生活に立ち向かう姿勢》は、＜病状を察し生活する＞、＜不屈の精神で諦めない＞で構成されていた。がん患者の＜病状を察し生活する＞状態は、例えば、“(がん患者が) 痩せてきたから、カッターシャツや背広を2着かったりとかね(略) 毎日あっちにいたったりこっちにいたり忙しくしてはった、その通り一緒についていった”といった家族の語りより現れていた。＜不屈の精神で諦めない＞状態は、例えばがん患者が食べる事がままならない状態のなか、“(必死にあんパンを食べる姿をみて) 生きるという感じで、びっくりした”といった語りに現れていた。家族は、必死に生きるがん患者を目の当たりにして、逆に元気をもらおうという現状があった。

《医療の支援がある》は、打ちのめされない生活をするためにも医療専門職が＜誠実な対応で接してくれる＞、＜信頼できた＞で構成されていた。＜誠実な対応で接してくれる＞状態は、例えば衰弱している状態で、“助からないとわかっているけど、最期までちゃんとやって頂いた”といった語りより現れていた。＜信頼できた＞状態は、例えば病人というよりは、むしろ人として関わってくれることで、“仕事というよりも、ほんまに親身になってやってもらっている感じがしていた”といった語りに現れていた。言わば《医療の支援がある》は、支えてくれる安心感がある状態を示していた。

2) 没後

d) 心情の整理がしにくい

【心情の整理がしにくい】は、《生活に立ち向かえない》ことと、《不安な想いに駆られる》にわけられた。

《生活に立ち向かえない》は、家族が＜生活に向き合えない＞、＜精神的に衰弱する＞＜家族の束縛＞で構成されていた。＜生活に向き合えない＞状態は、例えば何の気力もわかないように、“懸命に介護をし(略) そこまでしてきただけに、抜け殻みたいな状態”といった語りに現れていた。＜精神的に衰弱する＞状態は、例えば日々の生活の中で追い詰められており、“自分が何をしているのかわからない”といった語りに現れていた。＜家族の束縛＞状

態は、例えば家族の一人が終焉を迎えることで家族同士のバランスが崩れており、“祖父が亡くなった後に、あの家族に頼られて、頼られてしているときに、一番しんどかった。”といった語りに現れていた。言わば《生活に立ち向かえない》は、何をしたらよいか分からない現状を示していた。

《不安な想いに駆られる》は、闘病中のことを思い出しく自責の念にかられる、＜不安状態が続く＞で構成されていた。＜自責の念にかられる＞状態は、例えば没前に動ける間になん患者と共に“もっと一緒にどこかにいきたかった”といった語りに現れていた。＜不安状態が続く＞状態は、例えば祥月命日になると“(祥月命日になると) 動悸がしてお寺の本堂でドドドと3分ぐらい”といった語りに現れていた。言わば《不安な想いがある》は、がん患者家族が生活と向き合えない現状を示していた。

e) 励みになる作業の記憶

【励みになる作業の記憶】は、《完遂作業が励みとなっている》ことと、がん患者が《立ち向かう姿勢は励みとなっている》にわけられた。

《完遂作業が励みとなっている》は、＜貫徹した作業が生きる活力となる＞、＜やり遂げた作業は生きる活力となる＞で構成されていた。＜貫徹した作業が生きる活力となる＞状態は、例えば闘病中のがん患者と家族が母親を看取り共に行う作業のなかで、“(母親は)「おおきに、おおきに」いうて、逝かかった”といった語りに現れていた。＜やり遂げた作業は生きる活力となる＞状態は、例えば趣味なる作業があったから乗り越えられていたと、“闘病中の出来事を短歌にした(略)それがなければ私はなんというか、精神的に参っていたかもしれません”という語りに現れていた。言わば《完遂作業が励みになっている》家族は、成し遂げた作業を振り返り励みとしている現状があった。

《立ち向かう姿勢が励みとなっている》は、＜生活様式を追想する＞、＜生き方の手本となっている＞で構成されていた。がん患者の＜生活様式を追想する＞状態は、例えばがん患者の仕事の振り返り、“「商人たる者は社会に利益を得たものは社会へ返す」と心掛け最期までしていました”といった語りに現れていた。＜生き方の手本となっている＞状態は、例え

ば“(がん患者に)「信頼できるお父さんでよかった」と感謝の気持ちをももらった(略)そういう言葉で最期を飾る方がいい”といった語りに現れていた。言わば《立ち向かう姿勢が励みとなっている》家族は、がん患者の生き方を追想する現状があった。

f) 心境の切り替えへ繋がる

【心境の切り替えへ繋がる】は、《家族の関わり合いがある》と、《顧みる想いは心の支えとなる》にわけられた。

《家族の関わり合いがある》は、＜家族の絆がある＞、＜家族の行事がある＞で構成されていた。＜家族の絆がある＞状態は、例えば“母親が亡くなったことを受け止め、家族で父親をサポートした。家族関係も非常に団結した”といった語りに現れていた。＜家族の行事がある＞状態は、例えば“正月にみんな集めて、新年の目標を言わせて(略)新年の書き初めをしています”といった語りに現れていた。言わば《家族の関わり合いがある》家族は、行事を通して互いの絆を確認している現状があった。

《顧みる想いは心の支えとなる》は、＜顧みる想いがある＞、＜共に居ることを感じる＞で構成されていた。＜顧みる想いがある＞状態は、例えば、“妻は、がんになって仕事を辞めた。その時に『夢をつないでくれ、ありがとう』って書(書道)でかいてくれた”や、“闘病中に一切できなかった絵本を(略)また読もうと思った”といった語りに現れていた。＜共に居ることを感じる＞状態は、例えば故人の歌声を CD のデータに遺してあり、“姿がないけど、温もりがないけど、声があるから、まだ居はるみたい”といった語りに現れていた。言わば《顧みる想いは心の支えとなる》とは、没前の作業は家族の心情や証跡の整理へとつながっている現状を示すものであった。

第4節 考察

1. 家族介護者の作業的問題

本研究から家族介護者は、没前に作業の正当な参加ができず【重圧に圧倒されている】な

どの作業的問題⁵²⁾を抱えていることがわかった。【重圧に圧倒されている】なか、【闘病生活に向き合う作業】に従事することは、ひとつの作業的挑戦と考えられた。作業的挑戦は、作業的役割期待と関連している³⁴⁾。そのため家族介護者は、作業遂行がうまくできない場合、役割期待に応えられないことから、ストレスを抱えたり、自信を喪失したりすることになる。そして、そのような家族介護者は、被介護者の没後に、【心情の整理がしにくい】の状態となり、個人の日課や作業といった自分自身の生活が担えなくなる作業的喪失⁵³⁾に陥る危険性があった。

2. 家族介護者が肯定的な作業経験を積むこと

カテゴリ生成の結果、【闘病生活に向き合う作業】と【励みになる作業の記憶】が家族介護者の作業適応に重要な役割を担っていることがわかった。それぞれの内容とそれらの関係について以下に考察する。

1) 終末期がん患者家族が【闘病生活に向き合う作業】

本研究の新たな知見は、終末期がん患者家族のよりどころとなるもののひとつに【闘病生活に向き合う作業】があり、その作業を促進することによって、【不安に打ちのめされない生活】を支援できる可能性を示したことである。つまり、家族に作業の支援をすることは、家族ががん患者と向き合える力を促進する可能性があることが示唆された。森山⁵⁴⁾による家族看護モデルは、家族関係について述べているが作業の視点はみあたらなかった。

がん患者は、疼痛や倦怠感、認知機能の低下、浮腫など様々な身体症状を伴いながら、ストレスと心理的苦痛などの切実な問題を抱えている。そのなか家族は、没前より【重圧に圧倒されている】なかで、がん患者と【闘病生活に向き合う作業】を実施しながら【不安に打ちのめされない生活】をしていた。闘病中は、家族は心配よりむしろ怖いと感じながら、不安と向き合い生活をしていた。

【闘病生活に向き合う作業】では、中カテゴリを基に考察すると、いままで育んできた日

課や役割を再認識する作業と一緒に遂行することや、日々に思いを寄せ合う作業を共有すること、さらに作業を通じて意思を確認し合う作業を受け継ぐこと、といった『体験の共有を促進する作業』の視点が浮かび上がった。また、自分の生活の様式を活かし心情の整理を目的とする作業、さらに自身の生活行為の修正と課題を検証する作業、といった家族自身がかん患者やおかれた状況に『向き合うことを促進する作業』の重要性が提起された。

『体験の共有を促進する作業』は、がん患者と亡くなる5ヶ月前に“誕生日にうどんをつくった(略)一緒にやったのはよかった”，のように終末期がん患者家族の充実感を増大させると思われる。そしてそれを通して、がん患者当事者の充実感にも影響する可能性がある。繁澤ら⁵⁵⁾は、高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験の意味の中で、がん患者の最期まで生きる充実感と家族の最期を看取る充実感は相互に一体化していると示唆している。つまり、作業体験を共有し互いに充実感を抱くことは、在宅緩和ケアを提供した家族の心理的適応に関与していることが示唆された。

『向き合うことを促進する作業』に関して横田ら⁵⁶⁾は、医療者の支援をうけることによって、家族ががん患者の死の過程に向き合いながら介護力をつけて在宅での介護を継続している事例について述べている。一般的には終末期がん患者家族が、がん患者と向き合えるための医療的支援としては、心理的な共感を中心とした心理支持的な支援が行われ、堀井ら⁵⁷⁾はそれを安心が保障できる支援としている。我々は、終末期がん患者家族が安心できる支援を、がん患者家族ががん患者と向き合う作業の提供によって、実現できる可能性を示した。

2) 悲嘆の整理となる【励みになる作業の記憶】

過去の作業を思い出すことで、抑圧した悲嘆を蘇らせてしまう事例もある⁵¹⁾。悲嘆が蘇らないように、記憶を“いま”に焦点づけることが今を生きられる支援に繋がると考えられる。つまり、喪失体験の整理を見越して、没前より【闘病生活に向き合う作業】を促進しながら、喪失体験の整理を促進する【励みになる作業の記憶】を強化する作業的支援が大切であると考える。

本研究で【励みになる作業の記憶】が抽出されたことは、“闘病中の出来事を短歌にした(略)それがなければ私はなんというか、精神的に参っていたかもしれません”や、“妻に「信頼できるお父さんでよかった」と感謝の気持ちをもたらした”，の例のように【闘病生活に向き合う作業】が看取り後も精神的な安定へ関与している可能性を示している。秋山ら⁵⁸⁾は、看取り実現における満足の構成要素のひとつとして、介護者の精神的安定を指摘している。在宅で看取る上で介護者の満足度を高めるためには、没前から【励みになる作業の記憶】として蓄積されるような作業に介護者が従事できる機会を提供する必要があると考えられる。Laliberte は、作業は過去、現在、未来につなげる⁵⁹⁾ことを指摘している。

その一方で、【心情の整理がしにくい】にみられた、“自分が何をしているのか、わからない状態でしんどかった”や、“引っ越したくて(略)ここにいるのが辛くて”，のような語りは、家族が喪失体験をうまく整理しにくい状態にあることを示している。さらに、“懸命に介護してきたのに(略)そこまでしてきただけに抜け殻みたいな状態になった”，のように終焉後の家族は、脱力状態にもある。そのため喪失体験の整理を見越して、没前より【闘病生活に向き合う作業】を促進しながら、喪失体験の整理を促進する【励みになる作業の記憶】を強化する作業的支援が大切であると考えられる。回復の兆しについて広瀬ら⁶⁰⁾は、遺族がサポートグループに思い出の品を持ってきて語ることを回復への兆しと捉えている。終末期がん患者家族の回復の兆しを促進するためには、没前に実践した作業を【励みになる作業の記憶】として蓄積することが重要である。

3. 家族介護者の支援のあり方

訪問作業療法士は、家族介護者に【闘病中に向き合う作業】に携われるように十分に支援する事が推奨される。本研究から訪問作業療法士は、家族介護者の闘病中に作業的挑戦と作業的役割期待を担えた作業経験を積む体験を考慮しながら家族介護者に関わる事で、その後の悲嘆反応を促進させ作業的喪失を緩衝させることができると考えられる。家族介護者が作業的喪失から回避するには、第3者の介入の必要性も指摘されており⁵²⁾、作業療法士は闘病

中より家族介護者が作業を担えるように支援する必要があると示唆された。【闘病生活に向き合う作業】には、《共に実施した行為》と《家族自身が実行した行為》があり、家族介護者と患者の関係性を整える支援があった。

《共に実施した行為》には、作業と一緒に遂行する、作業を共有する、作業を獲得する、があった。作業と一緒に遂行するための支援は、患者の疾患や病いが家族介護者に強調されるのを緩衝し、普段の日常生活に家族の団欒や家族の一員を担えるように、家族介護者と患者を共同で実施できる作業へ導くことだと考えられる。作業を共有するための支援は、介護に忙殺されるあまりに忘れされていた家族介護者と患者の生活の事柄を整理し、自宅という家庭空間を共有できるよう作業を介すことが考えられる。また、家族介護者と患者の関係は、介護という立場が先行しないように、日々積み上げて来た作業に思いを寄せ合う事を再構築する事だと考えられる。作業を獲得するための支援は、豊かな経験から積み上げられた患者の作業を家族介護者が携われることだと考えられる。

《家族自身が実行した行為》には、自分の生活を続けること、気持ちを整理することがあった。自分の生活を続けるには、家族介護者の生活様式の中で、闘病中でも自分を保てる作業に携われることができ、その作業が患者の関わりに活かせるように支援することが考えられる。気持ちを整理するには、家族介護者との対話を心掛け、生活で困っていることや介護で困っていることなどを話せる機会を設けることである。その際に、家族介護者が作業的挑戦や作業的役割に役立つ作業に従事した場合は賞讃することも支援として考えられる。

このように《共に実施する行為》や《家族自身が実行した行為》は、家族介護者が作業に取り組む挑戦によって、患者とのお互いの役割を明確にする要因が含まれており、【没後の心境の切り替えへ繋がる】ために重要だと考えられる。Toombs⁶¹⁾は、他者の反応によって、その人が障害者として役割を担うかが決まると指摘している。家族介護者は、自宅でのような立場や役割を担っているかを実感していることで、患者を含めた周りの環境に変化を及ぼすと推察される。

つまり訪問作業療法士は、家族介護者に介護方法の指導を実施しながらも、没後を想定し

闘病中より認めらる作業的挑戦や作業的役割期待に向きあえる十分な環境をつくる必要がある。そして、没後に作業的喪失が複雑化しないように闘病中に作業経験を積めるよう支援することが重要である。

第 5 節 限界と課題

本知見は、GTA を用いて解析したため、すべての対象者のデータから浮かび上がった全体的、包括的な実態構造である。そのため、個々の事例の特徴を反映したものではなく、具体的な介入を支援するものではない。それらを明らかにするためには、事例個々の作業遂行パターンを詳細に遂行することである。

第2章 終末期がん患者家族の作業類型化と作業遂行パターン（研究2）

第1節 序論・背景

終末期がん患者を看取った家族は、しばしば家族の一員を失った後に、深い悲しみを経験する。このような、対象喪失に生じる悲しみを「悲哀（sorrow）」または「悲嘆（grief）」という。リンデマン⁶²⁾は、悲嘆は死別後に起こるだけでなく、死を予期したときに既に始まっていることを指摘し、それを予期的悲嘆と呼んだ。

対象喪失に伴う一過性の悲嘆そのものは、正常な反応である。しかしながら、悲嘆が長期にわたったり、悲嘆によって日常生活に支障をきたしたりする場合は、病的悲嘆という精神の危機状態に陥ったことが考えられる。このような病的悲嘆がもたらす危機についてカプラン⁶³⁾は、「人が人生の重要な目標に対する障害に直面した状態、つまり、これまで習慣的に行ってきた問題解決方法を用いても問題を克服できない障害に直面した状態」と定義している。

さて、作業療法は作業を用いて、精神の危機状態を回避させうる手段の一つとされている⁶⁴⁾。カナダ作業療法士連盟は作業療法の分野でホスピス緩和や終末期医療のサービス提供することを宣言した（2011）⁴²⁾。しかしながら、病的悲嘆を示す家族への作業療法支援の必要性を示す報告を我々の先行研究⁶⁵⁾以外に見いだせなかった。その報告で終末期がん患者を在宅で看取った家族を対象に、GTA⁴⁸⁾を用いて家族の作業適応に対する作業の効果に関する概念構造を明らかにした。しかしながら、それは包括的であり、個々の事例の特徴を反映したものではなく、具体的な介入を支援するものではなかった。さらに事例毎の解析を進め、作業遂行パターンと心境の切り替えとの関係を明らかにする必要があると考えた。それにより、事例の作業遂行パターンによって介入の必要性を判断できるようになると考えた。そこで、本研究の目的は、事例－コード・マトリックス⁶⁶⁾の手法を用いて、がん患者家族の作業遂行パターンと作業類型を明らかにし、それによって病的悲嘆からの心境の切り替えに寄与する要因を探ることである。事例－コード・マトリックスにより整理する利点は、GTAで全体像

が確認できなかった各個人の特性を捕捉することができるからである。調査期間は 2011 年 2 月から 2011 年 6 月の 5 ヶ月間とした。データは、研究 1 から再構築したものである⁶⁵⁾。

第 2 節 対象選定

対象者は、がん患者に対して在宅緩和ケアを実施し、その人を在宅で看取った家族とした。対象者の選定は、恣意的サンプリング (Convenient sampling) により行った。対象者の選定には、恣意的サンプリング (Convenient sampling)、雪だるま式サンプリング (Snowball sampling)、逐次サンプリング (Consecutive/Sequential Sampling)、有意サンプリング (Judgmental Sampling) などがある。恣意的サンプリング (Convenient sampling) は集めやすい人らや頼みやすい人らに対象者の選定をする方法である、雪だるま式サンプリング (Snowball sampling) は研究参加者が次の研究参加者を紹介していく方法である、逐次サンプリング (Consecutive/Sequential Sampling) はサンプリングと分析を繰り返し継続的していく方法である、有意サンプリング (Judgmental Sampling) は特定の根拠で選ぶ方法である。本研究のサンプリングは、対象選定に対象者のストレス状態を把握できる医療従事者に依頼し、対象選定をしてもらうため恣意的サンプリング (Convenient sampling) を採用した。4 名の医療従事者から順次対象者の紹介を得た。対象者は、配偶者・祖父母を含む二親等までとした。なお、終焉を迎えたがん患者は、一般的に集中治療を実施するような抗がん剤は使用せず、疼痛管理を中心におこなった緩和ケアを受けた者であった。さらに、対象者には終焉後 1 年以上過ぎている者を選んだ。その理由は、年齢にもよるが終焉後半年以内では、喪の作業 (grief work) の時期であることを考慮したからである⁶⁷⁾⁶⁸⁾。質的研究における理論的飽和状態の測定は、Schnabel 法を採用した⁴⁹⁾⁵⁰⁾。Schnabel 法は、合理的な観点で捕獲率を示すことができる。理論的サンプリングができていくかどうかは、そろそろ新しい知見が見られなくなった時点で捕獲率を計算し評価した。今回はラベルが、全体の 90% 以上の捕獲率であれば理論的飽和とした。なお、この研究の着手にあたっては、吉備国際大学の倫理審査委員会の承認 (受理番号: 10-17) を得ている。

第3節 研究方法

我々の先行研究で明らかとなったカテゴリを横軸に事例を縦軸に配置し、事例－カテゴリ・マトリックスを作成した。1つのマス目には、対応するカテゴリに関する事例のインタビューから得られた文章セグメントの要約を記載した⁶⁶⁾。事例－カテゴリ・マトリックスを俯瞰しながら、事例ごとにカテゴリを用いてストーリー化を図った。ストーリーの類似性に基づき事例を類型化した。カテゴリは、重圧に圧倒されている、闘病生活に向き合う作業、不安に打ちのめされない生活、心情の整理がしにくい、励みになる作業の記憶、心境の切り替えへ繋がる、であった⁶⁵⁾。

各事例の作業遂行パターンは、事例におけるカテゴリ内容のパターンから決定した。その際、第1章の研究結果で得られた6つのカテゴリの関係性を検討し、【心境の切り替えへ繋がる】状態から、作業³¹⁾³²⁾の一連の活動により個人や文化に価値と意味が与えられた作業が遂行されていたかを考慮した。

また、作業類型は、没後に作業が行われているかに基づいて分類したものである。その際、作業類型は、現状から良い悲嘆反応がおくれているかを、心境の切り替えへ繋がる状況を考慮した。

これらの分析には、保健科学の分野で経験豊富な専門家にデータ読み込みの支援、分析に伴う解釈の検討などについて、定期的に指導を受け、研究の信用性、信憑性の確保に努めた。ラベル名とカテゴリ名、作業遂行パターンと作業類型の生成については、意見の相違がなくなるまで実施した。また、相違がなくなった時点でも重ねて検討を繰り返した。

第4節 結果

本研究の対象者は、9事例であった。理論的飽和を Schnabel 法で確認した結果、94.8%のは確立率であったので9事例で理論的飽和に至っていると判断した。対象者の属性は、在宅緩和ケア期間は平均7.2ヶ月 (standard deviation [SD]±6.9)、終焉後の日数は平均44.8ヶ月 (SD±28.2)、対象者の平均年齢は50歳代 (SD±19.9)、がん患者の終焉平均年齢は60歳

代(SD ±10.8)であった (第 1 章 : 表 2-1) .

要約版・事例ーカテゴリ・マトリックスから得られた事例毎の作業遂行パターンの結果は、No.1 は「作業が継続される」、No.2 は「作業が継続される」、No.3 は「作業が希薄である」、No.4 は「作業が希薄である」、No.5 は「作業が継続される」、No.6 は「作業が継続される」、No.7 は「以前の作業を再開する」、No.8 は「以前の作業を再開する」、No.9 は「作業が希薄である」であった (表 3-1) .

さらに、作業遂行パターンを作業類型に分類した結果、1) 作業の継続型、2) 作業の再開型、3) 作業の途絶型に分けられた。その類型を事例毎に示すと、1) 作業の継続型 (No.1, No.2, No.5, No.6)、2) 作業の再開型 (No.7, No.8)、3) 作業の途絶型 (No.3, No.4, No.9) となった (表 2-1) . 作業の継続型は、闘病中より【闘病生活に向き合う作業】が肯定的な作業経験として蓄えられ、没後の心境の切り替えに作業が役立った体験があることである。作業の再開型は、【励みになる作業の記憶】の中に家族自身が闘病前から実施していた作業に挑戦する事で、心境の切り替えに繋がった体験があることである。作業途絶型は、闘病中に家族介護者は【重圧に圧倒されている】状態から、家族介護者自身の日常生活の一連の作業が滞った状態が続き、闘病後も【心情の整理がしにくい】の状態が続き日々の生活に向き合えず心境の整理が不完全であった体験が続くことである。また、没後の心境の切り替えの状況は、1) 作業の継続型、2) 作業の再開型、では心境の切り替えが促進され、3) 作業の途絶型では心境の切り替えが不完全な状況であることがわかった (表 3-1) . 以下に、がん患者家族の没前から没後に至る作業遂行パターンを事例のストーリーに添って具体的に記述する。

1. 作業様式が継続されるパターン (No.1, No.2, No.5, No.6)

No. 1 は、夫を看取った妻である。闘病中は、夫婦で、庭の手入れや、散歩、短歌、詩吟、などを共に行い過ごしていた。ある日、医師より、手術をしても延命が期待できないことを告げられた。そこで夫は、医師に手術と入院はしないと伝え在宅緩和ケアを望んだ。夫が、自宅で在宅緩和ケアを望んだ理由のひとつに、夫の母親を看取ることにあつた。それを確認

した妻は、夫の決意に敬意を示し、夫とともに母親を看取る作業に専念した。その後、母親の葬儀に夫は、立ち会うことができた。ただし葬儀の夫の状態は、唇の色は青く立っているのが必死な状態であった。その姿を妻は、支え見届けた。さらに、闘病中に実施された出来事を手帳に書き遺した。夫の没後に妻は、その手帳を読み返しながら、妻の趣味であった短歌に置き換えて文集を作成し、後生にのこした。また妻は、闘病中からの作業である庭の手入れ、毎朝早朝の散歩、短歌の作成を継続している。

No. 2 は、父親を看取った息子である。闘病中は、家族とともに食卓を囲み、普段の何気ない会話を愉しむことに務めた。父親からは、ともに育んできた人生や、父親が居なくなった家庭を息子に託すこと、社会人としての教訓、家族をもつこと、などが語られた。また、互いの語り合う作業なかで、今までの父を思う気持ちの整理となり、いままで以上に親しみを感じる機会となった。会話をしているなかで父親が、今まで好きだったカメラの撮影について、病状の悪化と共に好きだったカメラの写真を撮ることができない状態にあることが明らかとなった。そこで息子は、父親のカメラを持ち出し、以前一緒に父親と登山でいった風景をカメラに納めて、父親にみせた。写真をみた父親は、“息子が趣味を継いでくれる”と、喜んでいて。息子は、いまもそのカメラを大切にしている。

No. 5 は、母親を看取った息子である。没前は、子どもの教育や仕事について母親に相談しながら生活をしてきた。闘病中は、単身赴任のため終末にしか自宅に帰宅することができなかった。そのため、帰宅時は、母親を介護している父親と妻、子どもを支える支援に務めた。さらに、母親の介護は基より、家族との関係を大切に家族の疲れをねぎらいながら主たる介護者を支援した。なお、没後は、闘病中に家族同士で支え合うことの大切さが実感できた。現在は、闘病生活の経験を通じて家族の絆が深まったと感じている。

No. 6 は、母親を看取った娘である。闘病中は、母親にがんの告知をせずに在宅緩和ケアを実施していた。そこで家族は、母親ががんであることを察しないように、普段の生活を維持しようと努力をしていた。さらに母親には、できる限り献身的な介護を実施していた。ある日、七夕の短冊を家族と孫で書く機会があった。その際に母親は、短冊に「今年の皆の親

表 3-1 要約版・事例カテゴリマトリックス

No	重症に圧倒されている	闘病生活に向き合う作業	不安に打ちのめされない生活
No.1	夫は、真夜中に呼ばれて、よく起こさず、寝られなかった。目が回り辛かった。あまりにもしんどかったので、夫に気づかれないように病院に通院した。医師からの癌の告知から、現実をうまく受け入れ難い状況となった	夫とは、食事や散歩、庭の手入れ、小唄、そして、母親を自宅で見守ることを一緒にした。夫から庭の手入れや盆栽について教えてくれた。家族自身が続けていたことは、家族自身の趣味である短歌を唄うこと、早朝の散歩にいった。手帳に夫の姿やその日の出来事を事細かく書いた	家族自身が、早朝の散歩の出来事を話すことで、夫と会話する事ができた。夫は、散歩に行くことを支援してくれ、精神的に落ち着いた。また、家族同士が助け合った。夫のやりたいことを支援した。夫は、もう歩けない状態なのに、新しい盆栽を一緒に買いに行ったり、スーツを新調したりした。
No.2	父より一年も生きて居られるかわからないことを聞いた際は、どのように応えたら良いかわからなかった。父が、悲しんでいる時の接し方がわからず戸惑った	父と朝晩一緒に食事をした。病気になる前は、父とよく話すようになった。父は、好きだった山登りやカメラについて教えてくれた。父が好きな山に登り、その風景を撮ってきた写真をみせると、父は喜んでたくさん話しをした。	父は、私に「先に行ってしまうので、母のことを大切にしてほしい」と話した。以前は、厳格な父親でだったが、冗談をいったりする関係がとれた。父のイメージが変わり、親しみ易くなった
No.5	母の病態が進み、黄疸やむくみ、衰弱してくると、何も声を掛けることができず。ほんとに母の末期のときは、どのように母親のサポートをしたらよいかわからない	単身赴任で家に頻りに帰れなかったが、母には子どもの教育の相談をした。家族自身は、家に居るときはできる限り家族の支援をした	父親と妻を全面的にサポートをした。昔に母が、家族にしてくれたことを振り替えながら、恩返しのできる気持ちで何事も取り組んだ
No.6	母親は、就寝中に口腔内に血がたまるので、その血を洗浄するのに1時間おきに実施した。血で息が詰りそうで怖かった。母親に告知してないので、普段のように接するのが辛かった	母と兄弟で、温泉旅行にいたり、七夕の日に願いを書いたり、家のお地蔵さんのお参り、などをした。母の日課であるお地蔵さんのお参りを支援した。家族自身は、仕事を継続した。家にいない時は、家族で協力しあった。	同じ時間に仕事に毎日いった。また、医師より仕事の継続を進められて、仕事を継続してよかった。医師がいつでも、きてくれたのは安心だった。母親に病名の告知していなかったが、母親が気付いていたことを垣間見れたこと
No.7	姑は、夜が怖いようで誰かが傍にいて、手を握っていた。姑の姿が、日々衰弱していくと辛かった。でも介護は、常にしなければならぬ。その介護も、母親に痛みがでるし、どうしたら良いかわからなかった	姑とは、自宅の畑に収穫に行ったり、料理をした。仕事は継続することで息抜きとなった	家は、姑がやりたいことはやれるようにしました。仕事は気分転換になった。介護は、介護士にまかせることにしました
No.8	寂しがりな妻は、検査入院の際にでも、家にいると直ぐに電話が掛かってきて病院に駆けつけた。家にいるときも、昼夜とわず傍にいた	妻に書道を教えたり、散歩をしたり、野菜作りをした。書道を通して語り会った。日記は、約50年前から書き続けた。家族自身の手帳には、闘病中の妻の様子と家族の心境が刻々と記載されていた	やはり、家族がそばにいることは安心できる。妻は、私に「信頼できるお父さんでよかった」と一言いってくれた。それは、全部、手帳にかいてあり、この手帳は心の整理に役立った
No.3	夫は、医師より末期がんと告知されたから1週間で痩せ細った。心配というか、怖かった。夫は、全然自分では起き上がれなくて、引っ張りあげてトイレにいった。家族は、介護で披露困憊だった	自営業なので夫の仕事を手伝った。夫が、検査入院中にタバコを吸いたいと病院があれば、タバコを吸うために病院にいった。本人の好きなように動いた。	夫が、完治すれば仕事を一緒にする希望を持ち続けた。夫は、亡くなる前日に「あんパンが食べたい」といい、全部食べた。でも、全部吐いた。生きたい気持ちが伝わった。医師と看護師が支えてくれた
No.4	夫が、せん妄状態になり、その時に何もできなかった。死に直面している夫に、共有できるものはなかった。ゆっくり話そうとする余裕はない	夫とは、付き添いで仕事場に行ったり、買い物にいたり、食事をしたり、誕生日会にうどんをつくったり、庭いじりをしたり、散歩をした。逆に、何もはなさず、夫と一緒に読書するのも幸せだった。メール作成は、気持ちの整理に役だった	夫の衰弱していく病態を、医師より聞く度に、家族と共有し支援した。夫と、結婚生活について振り替える時間を持って、心の整理ができた。食事を毎日、夫と一緒にとれて良かった。また逐次、何かあれば医師に相談できる環境だった。
No.9	祖父には告知をしていなかったの、病態が悪くなるにつれて、家族の一人が鬱になってしまうし、祖母は、「私も死にたいは」というのは言うてました。家族自身が、わけがわからなくらい追い詰められるし、その逃げ道がなかったら大変だった	一緒にご飯を食べたり、口にお酒つけるだけで家族でお酒を飲んだ。祖父の状態をデジタルカメラで写真をとって、それを保存している残している	介護を分担しながら、家族で支え合っていました。祖父にもう歩けへんかもしれへんけど、ほんまに畑に連れていきたいという希望もっていた

励みになる作業の記憶	心境の切り替えへ繋がる	作業遂行パターン	作業類型	心境の切り替え
夫と夫の母も、自宅で看取ることができた。手帳に書いた出来事を夫と約束した歌集にすることができた。夫とした庭は、いまでも大事にしている。このことがなければ、精神的に参っていたかも知れない。夫の仕事に対する思いを引き継いでいて、夫の生き方を手本にしている。	旅行に誘ってくれる友人がいたり、家族が傍に居てくれる。遺品を少しだけ残していること。主人が最期に買った盆栽を大事に育てていること。どこかに近くにいるような気がします。	作業が継続される	作業の継続型	促進
親子としての最期は話せた。父親の存在感があり、そういう態度を見せ居てくれた父を見本に生きていきたいと思っている	自分の考えより父親の考えが優位だったが、自分自身に考える余裕をくれた。父親が残してくれた言葉が大切にしている	作業が継続される		
家族で母を自宅で看取れたこと。最期まで在宅で過ごせるよう支援したお陰で、家族の絆が促進された。母親を家族で看取とれたことは、仕事にも活かすことができた。	母親が亡くなって、家族の大切さを身をもって感じた。闘病中の経験が家族の結束い繋がついている	作業が継続される		
自宅で母を看取ることが、家族の力でできた。そして、母に痛みなく看病できたことがよかった。いまでは、母親の習慣を引き継いでいる	母を支えてくれた人に感謝の気持ちをもって、普段の生活を送っている	作業が継続される		
姑が闘病中に書いてくれた感謝の思いが、文章に残っているので安心していている。そして、看取った後に、家族が傍に居てくれたことは心強かった	以前より、自分の趣味で集めていた絵本や、友人に紹介された絵本を見始めている	以前の作業を再開する	作業の再開型	
妻を自宅で看取ることができた。妻より、感謝の気持ちをもらい、それをいまでも大切にしている。お正月になると家族が集まり、家族で今年一念の目標を書道に書き記している	写真集みたいな本だけど、妻が書いた書道や語ったことをまとめた。そして、いまは以前の写真撮影の趣味を再開しました。	以前の作業を再開する		
	読書をする程度で、生活に前向きになれない	作業が希薄である		
夫が、在宅療養に入る際に、消化器が癌で閉塞したので、食事ができるように医師に頼み込んで手術をもらった。自宅で、食べれる状況で在宅療法できたので、家族で食卓を囲むことができてよかった	夫のこと聞いてくれる人が、傍に居ることはとても嬉しい。	作業が希薄である	作業の途絶型	不完全
祖父が、亡くなる一日前に夜中に傍に居ることができて、それが報われている。祖父の気持ちが叶わなかったけど、祖父が畑にいけるように努力したことが心に残っている	友人が、親身になって支えてくれた。	作業が希薄である		

孝行，ありがとう，ありがとう，ありがとう」と，直筆で記載することがあった．その短冊をみた家族は，心の中で泣いていたそうだ．なお終焉後は，その短冊を大切に保管している．母親が七夕の日に書いた短冊は，感謝の気持ちが込められており，いまでも心の支えとなっている．

2. 以前の作業が再開される (No.7, No.8)

No. 7は，義母を看取った嫁である．義母には，がんの告知をしていない．そのため嫁は，母親にがんだと察せられないように仕事を継続していた．しばしば義母は，闘病中の合間に嫁を自室に呼び，感謝の気持ちを告げられることがあった．終焉当日は，仕事へ出勤し最期を見届けられず辛い思いが残っているという．しかし，家族一丸で支援できたことや，義母より感謝の気持ちを頂いたことは心の支えとなっている．何よりも，家族で支え合いながら，義母を在宅で終焉を迎える事ができたことに今でも感謝している．現在は，闘病中にできなかった絵本の収集をはじめている．絵本は，若いときに司書になりたかった夢があり，その時から読んだり借りたりしていたという．今では，絵本の好きな知人と語り合っている．

No. 8は，妻を看取った夫である．闘病中は，がん告知せずに，余生を共に過ごした．妻は周囲の人に感謝の気持ちを書き，言葉で伝えていた．そして夫は，妻の人生や闘病中の出来事を詳細に書いた数冊の手帳を振り返りながら，自身の看取られる姿と重ね合わせながら振り返っていた．没後に夫は，妻の追悼の意をこめて，妻の余生についての本を製本した．仕上がった製本は，夫と妻そして家族の歴史を垣間見るものであり，その中でも妻の闘病中の心境や共に作成した作品の写真が資料として遺していた．現在は，闘病中にできなかった以前の趣味のカメラ撮影を再開し，知人の車に同席し山の風景や近所の風景を撮りに行っている．撮った写真は，毎年のように展覧会に出展し賞を貰っているという．

3. 作業が希薄である (No.3, No.4, No.9)

No. 3 は、夫を看取った妻である。ある日、夫は倦怠感を訴えたので病院に行くと医師より、がんの告知を受けた。がんの告知を受けてから妻は、夫の生き方を尊重し関わり続けた。なお、家族との在宅緩和ケア期間は、14日間であった。そのあいだに妻は、夫の好きなことに費やし、やれる事を精一杯、支援し続けた。また同時に、夫が万が一、完治すれば夫婦で印刷業を再開できるように準備を進めた。夫の姿は、がんの完治を諦めることなく向き合い決死に闘った。しかし、その想いも届かず終焉を迎えた。没後に妻は、印刷業も閉め自宅で生活するようになった。いま妻は、日々の生活で手につかないこともあるという。ただ妻の生活を支えているのは、闘病中に交わされた夫の会話の中に「(結婚して) 幸せになりたかったから」という言葉と読書であった。

No. 4 は、夫を看取った妻である。闘病中は、夫の仕事の整理を家族が一丸となり支えた。そのひとつに、仕事場までの同行や、病院と仕事場、家までの車での送迎であった。その送迎の車中は、共に生活してきたこと、旅行したこと、散歩したこと、などを追想する話をする場所であった。また妻は、在宅緩和ケアを迎えるなかで、家族団欒ができる食卓を大切にした。闘病中ががん患者と共にした作業は、庭の枝を剪定や土いじりであった。そして、友人とメール交換をしながら心境の整理に務めて、明日も頑張ろうと闘病生活に望んだ。夫の終焉直後は、家族全員で看取れてよかったと語った。その後は、家族と食卓を囲み食事をすることや、庭でできた花を壇花として供えていたことを継続していた。さらに没前の作業であった友人とのメール交換の作業は、いまでも継続し実施されていた。しかし、没後数年が経っても、花壇の土を変えることができず、庭の手入れができていなかった。

No. 9 は、祖父を看取った孫である。闘病中は、祖父にがんの告知はしなかった。なお祖母は、祖父に献身的に看病するなか、離れたところで涙をながす場面があった。その後、治療効果が見込めない状態のため、自宅で緩和ケアを実施することとなった。在宅緩和ケアの目標の1つに家族は、祖父が大切にしていた畑に家族一緒に見に行くことを選択した。ただ、すでに祖父の体力は、急激に低下し病態の悪化とともに畑を見に行くことができなかった。

それでも祖母は、いつでも祖父が畑に来られるように手入れをし続けた。この時期に、極度のストレスで孫の一人が、精神的に参り、祖父の看病どころではない状況となった。その後、孫の母も、末期のがんと診断された。母は、がんと告知を受けながらも祖父を最期まで看取った。祖父の終焉後は、家族全体が抜け殻のようになり、何も手がつけられない状況となり家族同士がかみ合わなくなった。孫は、ばらばらになった家族の状態を憂い、命を絶って祖父に会いに行こうとまで考えたそうである。祖母は、終焉後も黙々と祖父が大切にしていた畑仕事の作業を継続して実施している。没後3年を経て、孫の結婚と出産により、家族がやっとまとまったという。

第5節 考察

本章は、没前から没後の各家族介護者の作業遂行パターンに「作業が継続される」、「以前の作業を再開する」、「作業が希薄である」があり、そのパターンが心境の切り替えに役立ったかを作業を類型化によって明らかにした。ここでは、1) 各作業類型の心境の整理について、2) 訪問作業療法への応用について、考察する。

1) 各作業類型の心境の整理について

作業類型は、[作業の継続型]、[作業の再開型]、[作業の途絶型]に分類された。この分類にそって、作業遂行パターンが終末期がん患者家族の作業が心境の切り替えに及ぼした影響について以下に考察する。

[作業の継続型]では、終末期がん患者家族は闘病中にがん患者と最期に庭の剪定や誕生日会、会話、食事、余暇などを目的的に一緒に実施することで、がん患者とのコミュニケーションを促進因子となった。こういったケースでは、第1章で示した闘病中に【闘病生活に向き合う作業】を通じて、没後の心境の切り替えに役立つような【励みになる作業の記憶】が存在し、家族介護者の日課や役割の継続につながった。これは、介護に埋没しがちになる終末期がん患者家族が社会的に意味のある機会であり、家族自身の健康に必要なことであった

69). さらに、没後にその作業を継続することで、急激な生活の変化や過大な悲嘆を緩衝すること、家族の存在像が途絶えることなく家族の心に留まり悲嘆からの心境の切り替えられたこと、家族関係の強化に寄与したと示唆された。また、様々な作業を通じて関わりを持った作業の経験は、闘病中と闘病後に限らず日記や写真、歌集に残すことで、家族自身の気持ちを整理となったと考える。没後は、思いを寄せられ作業を供養に振り返ることによって、気持ちの整理につなげていたと考えた。

【作業の再開型】では、終末期がん患者家族は闘病中にはやめていた趣味活動を没後に再開していた。こういったケースでは、研究1で示した闘病中に【重圧に圧倒されている】状況から、家族介護者の本来の日課や役割を実施することができない状況から、【励みになる作業の記憶】を通して【心境の切り替えへ繋がる】に至っていた。介護中は、介護するという作業が前面にでてきて趣味的作業が後退していたが、没後は介護するという作業の消失に伴って趣味的作業がそれを補償するように再開されたと考える。以前の趣味を再開する切っ掛けには、没前にがん患者と関わるなかで伝えられた感謝の言葉や、在宅で看取ったという達成感があった。以前の作業を再開する機会を得るために、いつでも作業を再開できる環境を持つことは重要である¹⁷⁾。つまり、日常的に行っていた作業を没後再開することを促進することは、あるひとつの休息の場となり、心の整理を促進する機会になることが示唆された。

【作業の途絶型】では、終末期がん患者家族は闘病中に最期まで完治への希望と献身的な介護を持ち続けていたが、その希望と懸命な介護は適われなかった。こういったケースでは、闘病中に【闘病生活に向き合う作業】を通じて、がん患者と家族のつながりが強まったとは言えない現状があった。さらに、没後の心境の切り替えに役立つような【励みになる作業の記憶】も明確には存在せず、すべてが失われてしまった。このような、予期せぬ長期の作業の喪失は、人が生き抜くために必要な意味の感覚を奪ってしまう^{70)・72)}。このようなケースを鑑みれば、作業療法の役割として、没前にがん患者と家族をつなぐ作業を提供する必要があると考えられる。Pickensら⁷³⁾は、共同作業の意義について、「人は互いに相互に作用することを通して、人生を意味づける」と言及している。作業を共同で実施しコミュニケーショ

ンを促進することは、衰弱していくがん患者と家族の絆を深め、彼らの人生を意味づける役割があると考えられた。また、作業療法の役割として、没後も家族自身の作業を継続できる環境調整を提案する必要があると考えられる。Clark は、作業は人間存在に深く位置づけられるとし、人生に作業は意味をもたらすことを指摘している⁷⁴⁾⁷⁵⁾。これは、没前より、作業を提供することで、没後も悲嘆と向きあえる準備する機会を提供することができると示唆された。

2) 訪問作業療法への応用

本研究より患者の没後に、心境の整理が不完全な作業の途絶型に家族介護者が陥らないように、闘病中より家族介護者の作業に着目した支援の必要性が示唆された。また、家族介護者の心境の切り替えを促進するには、闘病中より認められた作業的挑戦や作業的役割期待を担い肯定的な作業経験を積むことが、没後の心境の切り替えに役に立つと示唆された。

闘病中に家族介護者は、第1章で示された《予想と現実の相違》により、患者の介護や普段と異なる日課に圧倒され、どのように過ごせばよいか戸惑い、作業的問題を抱えると予想される。【重圧に圧倒されている】の状況が続くと家族介護者は、生活に向き合える作業環境でなくなり、闘病生活に向き合う作業を見落とされ作業的問題が複雑化する危険性に陥ると考えられる。訪問作業療法士は、家族介護者の闘病中にいま置かれている作業環境から、認められる作業的挑戦³⁴⁾や作業的役割期待³⁴⁾を担える作業に携われるよう支援が求められる。また、その実施した作業が肯定的な作業経験³³⁾となれば、作業の途絶型を予防できると考えられる。つまり、訪問作業療法は、家族介護者の作業的挑戦や作業的役割期待を考慮し、肯定的な作業経験を闘病中に家族介護者に積むよう支援することで、没後の作業の途絶型に陥る危険性を緩衝する要因になると考えられる。しかしながら、訪問作業療法士の家族介護者の支援は、どのようなプロセスで実施されているかの文献は極めて少ないので、訪問作業療法士の家族介護者の支援が生活にどのように影響しているかは明らかとされていない。

第 6 節 限界と課題

本研究は、対象者 9 名のデータを分析することで、家族介護者の心境の切り替えに作業が影響していることが推察された。しかしながら、訪問作業療法士が家族介護者にどのような支援を実施しているか、家族介護者支援の全容は明となっていない。今後は、訪問作業療法士の介護者支援の実態構造を明らかにする必要がある。また、本研究のモデルの頑健性と一般性についても、確認する必要がある。

第3章 熟練訪問作業療法における家族援助技術の明確化-生活行為の拡大を促す作業療法-

(研究3)

第1節 序論・背景

地域包括ケアシステムは、地域の保健、医療及び福祉の関係者が連携、協力して、住民のニーズに応じた一体的なサービスを行う仕組みである⁷⁶⁾。日本の高齢化率が30%を超える2025年に向けて、高齢者ができる限り住み慣れた環境で、自分らしい生活を続けられるように、このシステムに関する体制整備が進められている。しかし、障害を持った高齢者が長く住み慣れた自宅で生活を送るには、患者を介護する家族の介護負担に関する理解と支援は欠かすことができない⁷⁷⁾。そこで一般的には、保健医療専門職が、家族介護者の客観的もしくは主観的な負担を考慮しながら⁷⁸⁾、家族介護者の介護負担感を測定¹³⁾し、介護者の心理的移り変わりを踏まえた上で^{23),66)}、コーピング⁷⁾等の技術を使いながら介護者の介護負担感の軽減に努めている。

一方、作業療法の先行研究では、人が生活するうえで仕事、日常生活、遊び、休息のバランスが重要¹⁹⁾だと捉え、介護家族が健康に生活するためには作業のバランスをうまく調整できるよう支援する必要がある²⁰⁾と述べられている。また、作業療法士は、患者とともに暮らす家族介護者の時間や空間の構成を知り家族介護者がなんらかの役割を担えるよう支援する必要があると指摘している²¹⁾。そしてClarkら²²⁾は、家族介護者の問題や目標に作業療法士が目を向けることで、家族とのコラボレーションが促進されることを指摘している。つまり、作業療法士は、家族介護者に関することで生活のバランスや役割、家族間交流に寄与していることが文献研究で明らかにされた²⁵⁾。ところが、訪問作業療法士の家族介護者への援助技術を包括的に説明し、それらの関係性を明らかにした報告はなかった。そのため、訪問作業療法士は、家族介護者に対する援助については、経験を頼りにするしかないのが現状である。

そこで、本章の目的は、暗黙知となっている熟練訪問作業療法士の家族介護者に対する援

助技術のプロセスを形式知として明確に示すことである。方法については、先行研究の蓄積から起こっている事象がはっきりと変数として捉えられていない段階なので、質的研究の採用が妥当と考えた⁴⁷⁾。訪問作業療法の家族援助技術の構造が明らかになれば、経験の浅い訪問作業療法士の指針や熟練作業療法士の内省にも役立つと考えている。

第2節 対象選定

本研究の対象は、作業療法士の免許を取得して約10年以上の経験がある人で、訪問作業療法に携わった経験年数が約3年以上ある人とする。2010年の作業療法白書の領域別会員数の比率によると訪問作業療法士は、老人訪問看護ステーション0.7%、訪問看護ステーション1.0%と極めて少ない現状⁷⁹⁾であった。また、在宅緩和ケアに携わっている作業療法士は、さらに少ないことがわかった。そのため、在宅緩和ケアで家族介護者を含めて実施している作業療法士を対象にするのは困難だと判断した。訪問作業療法士に、家族介護者支援について明らかにするだけでも貴重なデータだと考えた。対象者の選定方法は、日本訪問リハビリテーション協会の理事に数名依頼をし、随時、紹介者から紹介を得ながら対象を選定していくこととした。質的研究のサンプルサイズは、理論的飽和に達したかによって変動するために事前には設定しなかった。

対象者には、研究参加の同意を文書で得て、自由意思による参加と、面接途中での拒否・中断が可能であることを伝えた。そして、そのことにより不利益がないことを保証した。なお、この研究の着手にあたっては、吉備国際大学の倫理審査委員会の承認（受理番号：12-09）を得ている。

第3節 研究方法

家族介護者に対する支援に関するインタビューリストを作成し、それに準じながら半構成的インタビューを実施した。質問時には、家族支援の実践さえ不明確な現状であるので、患者への訪問作業療法の実践を踏まえながら家族支援の現状を聴取した。質問項目は、①患者

と家族の1セットとしておこなった支援はありますか、②家族に直接的に介入したことがありますか、③家族の支援が必要な場合は何ですか、④家族に効果があったことを教えてください、⑤自由回答、とした。インタビューデータは、対象者の同意を得てICレコーダに録音をした。録音したインタビュー内容は、逐語録におこしデータとして扱えるようにした。

データ分析は、GTAを用いて実施した⁴⁸⁾。ラベル生成には、Steps for Coding and Theorization (以下: SCAT) の手法を利用した⁸⁰⁾。ただし、本研究のセグメント化は、SCATのように大きくひとつのトピックスに切片化するのは異なり、1行毎に切片化し文脈から切り離した。SCATをラベル生成に用いたのは、文脈からコーディングする際に明示的で定式的な手続きをとるため、第3者にとってもわかりやすい利点があるのからである。SCATの手続きは、コーディングを4stepに分けて実施する方法である。4stepには、<1>データの中の着目すべき語句、<2>それを言いかえるためのデータ外の語句、<3>それを説明するための語句、<4>そこから浮き上がるテーマ・構成概念の順にコードを考えていく方法である。本研究では、4step後にさらにコーディングを実施し、カテゴリを抽出した。コーディングと継続的比較分析は、保健科学分野で経験豊富な指導者と共に、意見が一致するまで逐次実施した。

理論的飽和状態の測定は、Schnabel法⁴⁹⁾⁵⁰⁾を採用した。Schnabel法は、合理的な観点で捕獲率を示すことができる。理論的サンプリングができていないかどうかは、徐々に新しい知見が見られなくなった時点で捕獲率を計算し評価した。評価は、SCATで得られた総ラベルと最後のケースに得られたラベルの関係から判断される。今回はラベルが、全体の90%以上の捕獲率であれば理論的飽和とした。

SCATから得られたラベルを類似性に基づいてカテゴリ分類した。カテゴリ化において、MAXQDA10 (VERBI, GmbH, Berlin, Germany)を使用し、逐一、生データに戻ることができるようデータ管理をしながら、カテゴリ名の変更や分類を繰り返した。ある程度カテゴリがまとまりはじめた段階で、指導者とは別の研究者に依頼しカテゴリの信頼性について確認した。カテゴリの信頼性は、スコットの式を用いた一致率の計算により検討した⁸¹⁾。スコッ

トの式は、偶然から生じる一致を補正した一致率を確かめることができる⁸²⁾。一致率の基準となる判定は示されていないが、先行研究に従って70%の一致率で信用性を確保していると判断した¹⁹⁾。スコットの式のうち、「 π 」はスコットの一致率、「 P_o 」は獲得された一致率、「 P_e 」は偶然による一致率、である。 π は、 P_o と P_e の差を、 P_o と P_e の間の最大の差で割った値である。 P_e は、「 k 」のカテゴリ数、「 P_i 」は i のカテゴリに分類したサンプル数の全サンプル数中の割合で算出する(図4-1)。

カテゴリ化の信用性が確保された時点で、カテゴリ間の関係を示した構造図を作成した。構造図より、家族援助技術のプロセスに関するストーリーラインをつくった。

$$\pi = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

$$P_e = \sum_{i=1}^k P_i^2$$

図4-1 スコットの式

第4節 結果

1. 理論的飽和

インタビューをはじめて、7名以降よりインタビュー内容が徐々に同じような語りが繰り返されるようになってきたため Schnabel 法を実施し理論的飽和の検討をした。そこで、9人目の事例に Schnabel 法を実施した。9名までの総ラベル数は、256ラベルであった。9人目の Schnabel 法の結果は、ラベル数16ラベル、総ラベルから同じラベルを得たのは15ラベル、新たなラベル数は1ラベルであり、捕獲率94.4%であった。捕獲率が90%を超えているため、理論的飽和に至っていると判断した。対象の9人は、男性が6名、女性は3名で、平均年齢は38歳(SD=6.2)、平均経験年数15年(SD=5.9)、平均訪問経験年数10.6年(SD=4.8)、平均週間訪問件数15.7件(SD=8.8)、対象者1名の平均月訪問回数5.8回(SD=2.0)、対象者1名の平均施行時間53.3分(SD=9.4)であった(表4-1)。

表 4-1. 熟練訪問作業療法士の属性

	No.1	No.2	No.3	No.4	No.5	No.6	No.7	No.8	No.9
経験年数（訪問）	19(16)年	15(14)年	12(9)年	8(7)年	16(5)年	11(11)年	16(6)年	14(7)年	30(20)年
訪問形態	訪問リハ	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問リハ	訪問看護	訪問リハ	訪問リハ
件数（1週）	20件	20件	8件	22件	25件	2件	23件	20件	1件
患者1人あたり									
実施回数/月	4回	4回	4回	8回	8回	8回	8回	4回	4回
実施時間/回	40分	60分	60分	60分	60分	40分	60分	40分	60分

2. カテゴリ生成

生成されたカテゴリ数の結果は、文章セグメント数 287、ラベル数 256 に対して、小カテゴリは 28 個、中カテゴリ数 13 個、大カテゴリ 5 個であった（表 4-2）。中カテゴリは、①家族介護者は疲労困憊であることを話せない、②家族介護者の社会的閉塞感、③家族介護者は患者の関係性を拗らせてしまう、④家族介護者は患者の能力を誤解している、⑤家族介護者が患者に過剰な生活管理をしている、⑥家族介護者の生活行為に配慮した関わり、⑦家族介護者の健康状態を把握、⑧家族介護者の健康に配慮したサービスの調整、⑨家族介護者が患者の生活行為を把握できる支援、⑩家族介護者に患者の病気の特性について理解を促す、⑪家族介護者が患者への関心を引き起こす支援、⑫家族介護者と患者の良い関係づくりの促進、⑬家族介護者と患者がともに行う作業の実践、であった。大カテゴリは、家族介護者の疲弊感（①②③）、患者の能力に対する誤解（④⑤）、家族介護者の健康に対する気配り（⑥⑦⑧）、患者の理解の促進（⑨⑩⑪）、家族介護者と患者の協業（⑫⑬）、であった。それぞれを作業療法の支援技術に焦点をあて分類すると、状態確認技術（家族介護者の疲弊感と患者の能力に対する誤解）、状態改善技術（家族介護者の健康に対する気配りと患者の理解の促進）、交流支援技術（家族介護者と患者の協業）、であった。以下では、大カテゴリ【□】、中カテゴリ<<□>>、として示す。

表 4-2 訪問作業療法における家族援助技術カテゴリ

分類	大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	生データ(例)	
状態確認技術	家族介護者の疲弊感	家族介護者は疲労困憊であることを話せない	家族介護者は悩み疲れ切っている	家族さんは(略)、夜中へロへロになりながら2から3回くらい起きて、一緒にいってオムツを変えていることを夫にもいえない	
			家族介護者は理性的コントロールがうまくいかないことがある		
			家族介護者は介護で疲弊していることを表現できない		
		家族介護者の社会的閉塞感	家族介護者は在宅療養を相談できていない	家族介護者は社会的に”介護”する人という風潮がある	“介護しなければいけない人がいるのにも関わらず、外に出ていくあの人はどうなのだろう”(と後ろ指をさされる)とか、そういうことで、自分で作業を止めている人もいる
				家族介護者は患者の関係性を拗らせてしまう	
		患者の能力に対する誤解	家族介護者は患者の能力を誤解している	家族介護者は患者に感情が先立ってしまう	(家族介護者が患者と)話をすることで、イライラしてしまい、ワーと言ってしまふ
	家族介護者は患者が病気の為に話しくい				
	家族介護者が患者に過剰な生活管理をしている	家族介護者が患者に過剰な愛情を注ぐ	家族介護者が患者の遂行能力に無知覚	家族は患者にもっと動きなさいと言うけれど)動けないから大変なんですよ、(病氣)だから動かなくなってきているという理解をされているご家族さんは殆どいない	
			家族介護者の考えが患者の生活を決めてしまふ		
	状態改善技術	家族介護者の生活行為に配慮した関わり	家族介護者の健康状態を把握	家族介護者の生活状況を気遣った提案	同居している核家族の人であれば、(略)みんなが使いやすい改修にしなければなりません
家族介護者の生活行為を促す提案					
家族介護者の役割を尊重した援助					
家族介護者の健康に配慮したサービスの調整		家族介護者の健康状態を把握	家族介護者の心の状態を知る	最初は、そんなに話をすることはなかったのですが、訓練が終わったあとは待っておられて、“私は今週こんなあんな感じだった”とかという、話を終わったあとに長く話しをされるようになった	
			家族介護者の介護状況を知る		
家族介護者が患者への関心を引き起こす支援		家族介護者の健康に配慮したサービスの調整	家族介護者の健康を他職種と連携しサービスを確認	(家族介護者から)しんどいという言葉や聞くと、早急に“訪問介護がありますよ”	
			家族介護者の介護過負担を考慮したサービスの確認		
			家族介護者の健康を他職種と連携しサービスを確認		
家族介護者が患者の生活行為を把握できる支援		家族介護者の健康に配慮したサービスの調整	家族介護者に患者の能力を披露する	家族が無理だと思ったことを実際に、家族の目の前で一回やってみることはありますね	
			家族介護者に患者の能力を説明する		
	家族介護者に患者の能力を説明する				
家族介護者が患者の病気の特性について理解を促す	家族介護者の健康に配慮したサービスの調整	家族介護者に患者の病気の特性について理解を促す	特に、年齢がいていて、多臓器にわたり不全がおこっている人も、(家族介護者は)“動け、動けてって”、いやいや、動いたらしんどいですよ、ハーハー、言っておられるでしょう、ハーハーは演技じゃないですよ		
		家族介護者に患者の病気の特性について理解を促す			
		家族介護者に患者のリスク管理を伝える			
家族介護者が患者への関心を引き起こす支援	家族介護者の健康に配慮したサービスの調整	家族介護者に患者との良い経験を積めるよう援助	こうしたら、これはきつうまく行く、成功するという作戦を練って、本人と家族とで本番に臨んでうまくいったのですよ		
		家族介護者の直面する課題への対処方法の援助			
家族介護者と患者の協業	家族介護者と患者の良い関係づくりの促進	家族介護者と患者の食の整理を支援	(作業療法で)調理訓練もするのですけどもあえてお菓子を作ってみたり、(娘さんが)若い高校生や中学生だったら少し興味がある		
		家族介護者と患者が共に作業の軌跡を残す支援			
	家族介護者と患者がともに行う作業の実践	家族介護者と患者がともに行う作業の実践	家族介護者と患者で共に生活課題へ取り組めるよう援助	「(家族介護者と患者と)一緒に行くことは、結構、多いですね。近くのスーパーに行きました。プールにいきました。映画館にいきました。映画館にご家族さんと行ってもらうことで、電車にのりました。市バスにのりました。地下鉄にのりました」「本人さんの顔の表情の変化に、家族さんが気づかれることで、またつれていってあげよう家族さんは思っていた」	
家族介護者と患者で生活範囲の拡大をはかる					

南征吾, 小林隆司: 訪問作業療法における家族援助技術・生活行為の拡大を促す作業療法-. 日本作業療法研究学会雑誌.

17(2), 2014. (掲載許諾) の図1を加筆・修正

3. カテゴリの信憑性

本研究では、第三者に小カテゴリを示し、どの中カテゴリに分類されるかを応えて頂くことで、分析者との一致率を確認することとした。第三者は、質的研究手法で修士課程を取得した3名の作業療法士と2名の質的研究に携わっていない作業療法士とした。スコットの式による一致率は、5名とも90%以上の一致率を示し信憑性の確保ができたと判断した。

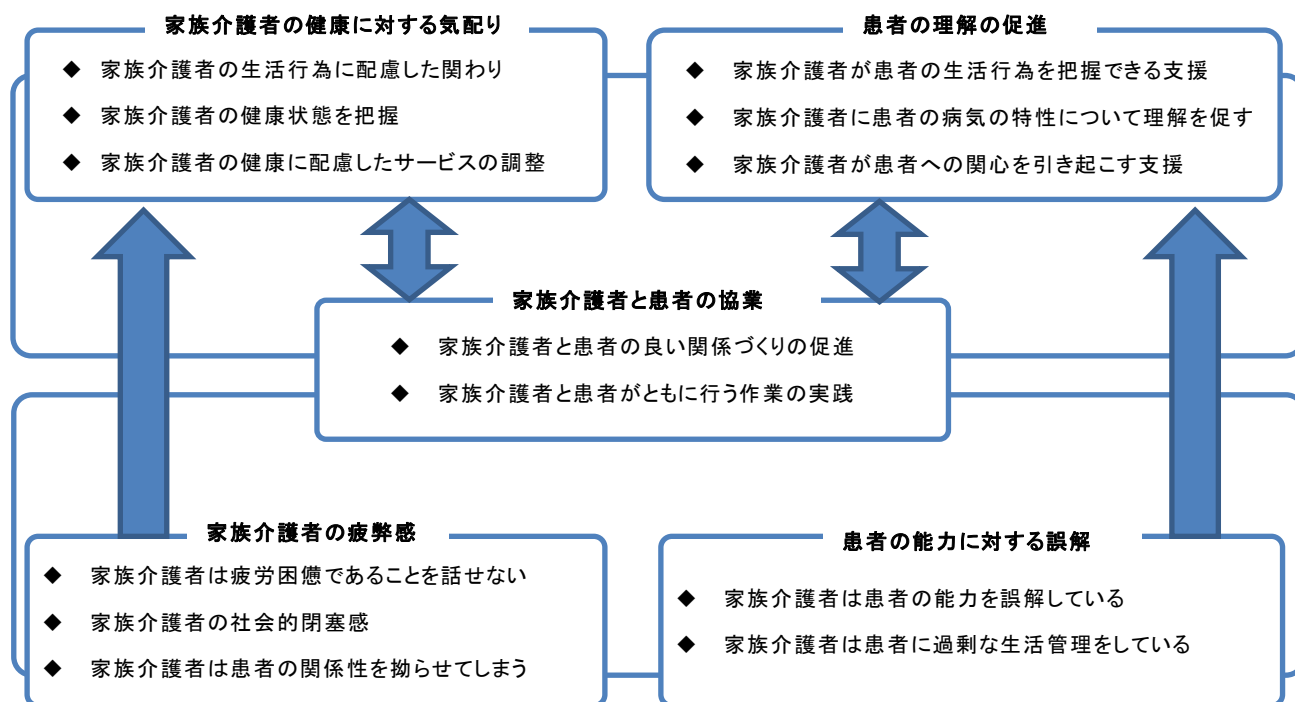
4. カテゴリの構造図（図4-1）

訪問作業療法士の家族援助の基盤に、【家族介護者の疲弊感】と【患者の能力に対する誤解】を確認する段階があった（第1段階：状態確認技術）。作業療法士はそれに基づき、家族介護者の【家族介護者の健康に対する気配り】をしながら家族介護者に寄り添い、【患者の理解の促進】ができるように対象者の生活行為の披露や説明を実施し、家族介護者の患者に対する関心を引き出すことを援助していた。これは、家族介護者の状況を確認しながら、支援できることを探索する段階と考えられた（第2段階：状態改善技術）。さらに作業療法士は、家族介護者の健康と患者の理解を促進するために作業を媒介として【家族介護者と患者の協業】を図っていた。これは、関係が成熟した段階と考えられた（第3段階：交流支援技術）。

第1段階から第2段階への矢印は、順序を示し家族介護者のおかれた状況を評定したのちに、それらを改善する段階に移ることを意味する。第2段階と第3段階の間におかれた矢印は、家族介護者のおかれた状況の改善に努めながらも、家族介護者と患者の協業作業を通して交流改善に向けた継続的な支援を断続的に行うことを現している。

以下に、各大カテゴリの内容をストーリーラインで示す。

図 4-1 訪問作業療法士の家族援助技術の構造図



南征吾, 小林隆司: 訪問作業療法における家族援助技術・生活行為の拡大を促す作業療法. 日本作業療法研究学会雑誌. 17(2), 2014. (掲載許諾) の図 1 を加筆・修正

1) 【家族介護者の疲弊感】

家族介護者の疲弊感には、《家族介護者は疲労困憊であることを話せない》と《家族介護者の社会的閉塞感》、《家族介護者は患者の関係性を拗らせてしまう》があった。

《家族介護者は疲労困憊であることを話せない》とは、介護の疲れが溜まり家族介護者が悩み疲れ切り、介護で疲弊していることを他人に話す気力もない現状のことである。たとえば、作業療法士は、「家族さんは(略)、夜中へろへろになりながら 2 から 3 回ぐらい起きて、一緒にいってオムツを変えていることを夫にもいえない」と、家族介護者が介護に疲れていることを家族にさえ話せない現状を把握していた。

《家族介護者の社会的閉塞感》とは、家族介護者が介護を 24 時間全うすべきだと心のどこかで思い、社会的参加に後ろめたさを感じるような状態のことである。例えば、作業療法士は、「“介護しなければいけない人がいるのにも関わらず、外に出ていくあの人はどうなの

だろう”（と後ろ指をさされる）とか、そういうことで、自分で作業を止めている人もいる」と、家族介護者と社会との接点の希薄さになっていることを察知していた。

《家族介護者は患者の関係性を拗らせてしまう》とは、家族介護者が患者にどうしても感情が先立ってしまい冷静に話せないことや、失語症や認知症の対象者にどのように話せばいいのか困惑していることである。例えば、作業療法士は、「(家族介護者が患者と) 話をするだけで、イライラしてしまい、ワーと言ってしまう」ことを家族介護者から相談され、落ち着いて何気ない会話ができるよう支援していた。

2) 【患者の能力に対する誤解】

患者の能力に対する誤解には、《家族介護者は患者に能力を誤解している》と《家族介護者が患者の過剰な生活管理をしている》ことがあった。

《家族介護者は患者の能力を誤解している》とは、家族介護者が患者の能力と掛け離れた要求をしたり、患者の遂行能力に無知覚のため患者の能力に即した家族介護者としての関わりができないことである。例えば、作業療法士は、「(家族は患者にもっと動きなさいと言うけれど) 動けないから大変なんですよ、(病気) だから動かなくなっているという理解をされているご家族さんは殆どいない」と感じ、家族介護者が患者の病態と生活能力を理解して関わることの困難さを察知していた。

《家族介護者が対象者に過剰な生活管理をしている》とは、患者に過剰な愛情を注ぐため、家族介護者が生活を決めてしまい、家族介護者の生活も狭小化することである。例えば、作業療法士は、「家族が過度に心配したり、家族の気持ちにしたら心配したりすると、いままでいろいろなことに許可がでなかった」と述べ、家族介護者の判断により、患者の生活が拘束される状況を経験していた。

3) 【家族介護者の健康に対する気配り】

家族介護者の健康に対する気配りには、《家族介護者の生活行為に配慮した関わり》と《家族介護者の健康状態を把握》、《家族介護者の健康に配慮したサービスの調整》が含まれた。

《家族介護者の生活行為に配慮した関わり》とは、家族介護者自身の生活が維持・増進するような提案をすることや、患者のためを考えすぎて家族が不便にならないような援助を実施することである。例えば、作業療法士は家屋改修の際に、「同居している核家族の人であれば、(略)みんなが使いやすい改修にしなければなりません」と、家族構成を配慮しながら家屋改修を提案していた。

《家族介護者の健康状態を把握》とは、家族介護者の心の状態や介護状況を知ることである。たとえば、作業療法士は、「最初は、そんなに話をすることはなかったのですが、訓練が終わったあとは待っておられて、“私は今週こんなあんな感じだった”とかという、話を終わったあとに長く話しをされるようになった」と、家族介護者が話し易い環境をつくり家族介護者のストレスを把握していた。

《家族介護者の健康に配慮したサービスの調整》とは、家族介護者の健康を他職種と共有することや、家族介護者の介護過負担を考慮したサービスを調整することである。例えば、作業療法士は、「(家族介護者から)しんどいという言葉を聞くと、早急に“訪問介護がありますよ”と紹介し、家族介護者の疲弊している状況を確認すれば他職種と連携が取れるよう準備していた。

4) 【患者の理解の促進】

患者の理解の促進には、《家族介護者が患者の生活行為を把握できる支援》と《家族介護者に患者の病気の特性について理解を促す》、《家族介護者が患者への関心を引き起こす支援》があった。

《家族介護者が患者の生活行為を把握できる支援》とは、家族介護者に患者の生活行為の

能力を披露する機会や患者の能力を説明する機会を提供する事である。例えば、作業療法士は家族介護者の援助として、「家族が無理だと思ったことを実際に、家族の目の前で一回やってみることはありますね」と実演を通して、患者の実際の能力を家族介護者が確認できる機会を提供していた。

《家族介護者に患者の病気の特性について理解を促す》は、家族介護者に患者の病気の特徴を生活場面に即した内容で、リスク管理を含めた説明することである。例えば、作業療法士は家族介護者への説明時に、「特に、年齢がいていて、多臓器にわたり不全がおこっている人も、（家族介護者は）“動け、動けてとって”，いやいや、動いたらしんどいですよ、ハーハー、言っておられるでしょうと、ハーハーは演技じゃないですよ」と、患者の病状にあわせた生活状況と能力を家族介護者に伝えていた。

《家族介護者が患者への関心を引き起こす支援》は、家族介護者に患者との良い経験を積んでもらうことや、家族介護者が直面する課題の対処方法を教示することである。例えば、作業療法士は家族介護者と孫の結婚式に参加するためにトイレの練習が必要で式場のトイレまで行って予行練習をし、「こうしたら、これはきつとうまく行く、成功するという作戦を練って、本人と家族とで本番に臨んでうまくいったのですよ」と、家族介護者が患者が直面するであろう課題を認識したうえで、家族介護者が患者に関心を引き起こせる機会がつかれるよう促していた。

5) 【家族介護者と患者の協業】

家族介護者と患者の協業には、《家族介護者と患者の良い関係づくりの促進》と《家族介護者と患者がともに行う作業の実践》があった。

《家族介護者と患者の良い関係づくりの促進》は、家族介護者と患者の食い違いを整理することと、作業療法で実施していた作業の軌跡を家族同士の関係づくりに役立てられるように働きかけることである。例えば、作業療法士は家族介護者と患者の関係に気遣い、「(作業療法で)調理訓練もするのですけどもあえてお菓子を作ってみたり、(娘さんが)若い高校生

や中学生だったら少し興味がある」のどと、作業療法の場面以外でも調理の作業を家族同士で実施できる機会を提示していた。

《家族介護者と患者がともに行う作業の実践》は、家族介護者と患者で共に生活課題へ取り組める設定をすることや、ともに生活範囲の拡大をはかる援助をすることである。例えば、作業療法士は、「(家族介護者と患者と)一緒に行くことは、結構、多いですね。近くのスーパーに行きました。プールに行きました。映画館に行きました。映画館にご家族さんとも行ってもらうことで。電車にのりました。市バスにのりました。地下鉄にのりました」「本人さんの顔の表情の変化に、家族さんが気づかれることで、またつれていってあげようと家族さんは思っていた」など、家族介護者と患者とともに生活範囲の拡大を試みていた。

第5節 考察

本章では、訪問作業療法士が家族介護者の支援にどのように関わっているかを明らかにした。考察では、作業療法士による家族援助技術プロセスの全容、作業療法士による家族援助技術の役割、臨床への応用を詳細に述べる。

1. 作業療法士による家族援助技術プロセスの全容

本研究の訪問作業療法士らは、訪問1件あたり週1回・月4回程度、約40～60分の患者への介入を実施しながら、家族介護者への援助も包括して試みていた。訪問作業療法の家族援助技術は、【家族介護者の疲弊感】を確認しながら【家族介護者の健康に対する気配り】を行い、家族介護者の【患者の能力に対する誤解】を整理して【患者の理解の促進】していた。

【家族介護者の健康に対する気配り】や【患者の理解の促進】するプロセスの中で、【家族介護者と患者の協業】へ働きかけ【家族介護者の疲弊感】や【患者の能力に対する誤解】に寄与していた。

Clarkら²²⁾は、家族介護者を治療的な関わりに巻き込むために、作業療法士が家族介護者を思いやることや協力することなどが必要であると述べている。Hasselkus²¹⁾も、家族介護

者と作業療法士の関係がうまくとれれば効果的な利用者援助を進められることを指摘している。これは本研究の【家族介護者の疲弊感】を確認しながら【家族介護者の健康に対する気配り】することが効果的であることを示している。

本研究では、家族介護者の支援で先行研究にない知見として、家族介護者の【患者の能力に対する誤解】を整理することで、【患者の理解の促進】につなげる作業療法士の援助技術について明らかにした。訪問作業療法士は、患者の能力について家族介護者が把握しているかを評定し、患者の能力の理解を促進できるよう支援していた。たとえば、家族介護者の過介護が継続すると、患者の本来ある能力の発揮が妨げられ、機能の廃用が進むと考えられる。そういったときに、作業療法士が対象者の潜在能力を家族介護者に実際の場面を通して、示すことで機能低下を予防できると考えられる。作業療法士は、家族介護者の心境と家族介護者の困惑している状況を把握した後に、【家族介護者と患者の協業】をはかるために日常生活に即した作業の提案を試みていた。このプロセスは、家族の心境の整理に役立ち、その後の心境の切り替えに役立つ可能性が考えられる⁸⁰⁾。これについては、次の項で詳細に検討する。

2. 作業療法士による家族援助技術の役割

作業療法士は、家族介護者と患者をつなぐ支援として、家族の心境や困惑した状況を考慮して、例えば、「スーパーに行きました」「プールに行きました」「映画館に行きました」などの協業的な作業を利用していた。こういった協業的な作業の実践は、実践を通して家族介護者に患者の能力を伝えることができると考えられた。家族介護者が患者の能力を知ることは、家族介護者にとって日常生活のリスク回避に役立つ機会を与え、心理的な適応を促進する効果があると考えられる。このような作業の効果について MINAMI ら⁶⁵⁾は、末期がん患者と家族介護者との協業的な作業の実践が家族介護者の悲嘆に対する心理的適応に寄与することを明らかにしている。

また、協業的な作業の実践は、家族介護者と患者の生活範囲をひろげる役割をもっていた。家族介護者は、患者の生活範囲を小さくしてしまう一方で、自分の生活範囲を狭める傾向に

あった。たとえば、患者が外出するのを心配しすぎて、すぐに戻れる場所にしか行くことができない人もいた。そのような場合、作業療法士は、家族と患者がともに行動することを支援し、双方の生活範囲が拡大するように援助していた。高齢者の活動能力の低下は日頃の行動範囲の狭小化に続いて起こるとされ⁸³⁾、生活空間の維持拡大を図ることは、家族の閉じこもりを防いだり、患者の機能低下を予防する働きがあると考えられる。

ただし、家族介護者と患者の協業作業はストレスとなる可能性も推察される⁸⁴⁾。在宅療養を支援する家族介護者は、患者の疾病や障害によって生活行為が制限されるために、新たな役割や習慣を構築しなければならず、生活そのものが大きく変わる時期だからである。それゆえ、作業療法において、家族介護者の介護負担を正しく認識した関わりが求められている⁸⁵⁾。要するに、作業療法は家族介護者の介護負担感に配慮しながら、無理のない程度に、家族介護者と患者の協業作業を実施する中で、家族介護者と患者の良い関係を促進したり、生活行為の拡大に努める必要がある。

3. 臨床への応用

訪問作業療法士は、患者の作業を促進する支援に加えて、家族介護者の健康状態を評定し、家族間の交流を促進する協業作業を実践していた。訪問作業療法士の家族援助技術は、①状態確認技術、②状態改善技術、③交流支援技術があり、以下にその臨床への応用について考察する。

①状態確認技術は、家族介護者の疲弊感と患者に対する能力の認識について評価し、家族介護者が患者をどのように捉えているか見定めることである。例えば、患者が病前に夕方に丘の上まで登り、夕日を見ることが一日の楽しみであり、それを実行するために退院してきたとする。しかし、家族介護者が、【家族介護者の疲弊感】の影響で精神的に不安定な状態や【患者の能力の誤解】を有する場合には、患者が丘の上に登ることは危険だと判断してしまい患者の作業遂行を抑制するだろう。このような作業環境では、家族介護者も患者との協業的作業に従事する機会を失い、肯定的な作業経験を積むことが困難となる。そのため訪問作

業療法士は、【家族介護者の疲弊感】を考慮しながら、【患者の能力の誤解】が生じてないかを評定することが重要である。

②状態改善技術は、家族関係を促進する機会を準備する段階である。訪問作業療法士は【家族介護者の健康に対する気配り】をおこない、家族介護者に【患者の理解の促進】を促し、家族介護者が患者の正当な作業の能力について見積もりを立てられるように支援していた。

【家族介護者の健康に対する気配り】に関連する支援は、家族介護者自身の生活行為の妨げとなっている環境の整理や家族介護者に配慮したサービスの検討をおこなうことである。【患者の理解の促進】に関連する支援は、作業を通して患者の能力を把握させるような支援や、家族介護者の病気の特性について説明する事、介護家族が患者に興味を抱けるように患者との良い時間を作る支援である。

③交流支援技術は、家族介護者が周囲から認められる作業的挑戦課題や作業的役割期待を担えるように、家族介護者と患者の協業作業を支援することである。例えば、作業療法士は、丘の上に登りたいという患者の希望を家族介護者が受け入れ、丘の上に登る難問に家族介護者と患者が共に挑戦できるよう支援する。その作業は、家族介護者と患者の関係性を促進し、お互いが家族の一員として認識することに役立つと考えられる。訪問作業療法士は、【家族介護者と患者の協業】の機会を回り、家族介護者と患者が自ら協業作業に挑戦できるように支援することが重要である。

以上の3つの支援技術を通して作業療法士は、家族介護者の患者の協業の促進を支援していることがわかった。訪問作業療法士は、がん患者を支援している家族介護者にも、同様に協業作業を支援していると推察される。

第6節 限界と課題

作業療法士は、家族介護者と対象者の協業に働きかけ、家族同士の生活行為の整理や作業の実践を試みていることがわかった。本研究で得られた知見は、訪問作業療法の家族援助支援の指針となると考えられる。しながら、訪問作業療法の介入で導入された協業作業の実践

が、家族にどのような影響を与えたかを知る必要がある。そして、訪問作業療法の家族援助技術モデルが、臨床現場で家族介護者と対象者の実践が介護負担や介護肯定感にどのような影響を与えているかを知ることは今後の課題である。

終章

第 1 節 総合考察

本論の研究 1 と研究 2 の対象者は、がん患者を看取った家族介護者を実施したが、研究 3 については熟練訪問作業療法士を対象に家族援助技術のデータを得た。研究 3 については、対象患者を選定せず、家族介護者の支援技術のデータを得た。研究の一貫性を得るために、研究 3 でも、がん患者の家族介護者支援について、データを得る必要性があった。しかし、日本作業療法士協会の作業療法白書⁷⁹⁾によると訪問作業療法士は少なく、緩和ケアに携わる作業療法士ではさらに少ない事が推察された。そこで、研究 3 では、熟練訪問作業療法士が家族援助技術を明確化するだけでも、貴重なデータであると判断し研究を実施した。そのため、研究 3 には、家族介護者の全般に関する支援の内容となっている。

1. 訪問作業療法における家族介護者の理解

在宅での家族介護者の多くは、混乱と不安により介護に限界を感じ、社会参加ができないことにより心理的苦痛を感じていると言われている⁴¹⁾。第 1 章でも、家族介護者の在宅療養の現実には、【重圧に圧倒されている】状況のなかで、《支えが欲しい》と思うばかりであり、家族介護者は《予想と現実の相違》に困惑を感じていた。その理由として家族介護者は、自宅療養を望む患者の思いの尊重⁹⁾や在宅療養を望む家族介護者自身の希望⁸⁾から介護生活をはじめることが多いことが挙げられる。自らの希望ではなく、環境の要請によって、介護という未知の状況に身を置かざるを得なくなった家族介護者が困惑を覚えたとしても不思議ではない。厚生労働省の調査によると家族介護者の感じる困惑で多いものは「症状が急変したときの対応」であり、5 割以上の方が不安を感じているとされる⁹⁾。

さらに、第 3 章では、上記のような困惑が続くと家族介護者に疲弊感をもたらすことが示唆された。そして家族介護者は、疲弊感があっても、普段の生活リズムが混乱する中、《家族介護者は疲労困憊であることを話せない》状況や、社会的・文化的な背景からの《家族介護者の社会的閉塞感》、日常生活の中で《家族介護者は患者の関係性を拗らせてしまう》現

状があり、それを解消する術をもっていなかった。

このような混乱と疲弊にある家族介護者への対応として作業療法士は、家族介護者が置かれている状況に理解を示すことが重要である。Clark ら²²⁾は、家族の協力を得るために作業療法士は家族介護者に思いやることを確認することが重要だと指摘している。また坪井ら^{85)・87)}は、作業療法士は家族介護者の介護負担を正しく認識した関わりが求められていると指摘する。このことから訪問作業療法士は、家族介護者の疲弊感や介護負担感を察しながら、家族介護者自身の生活にも寄り添う支援を試みていることがわかる。

さらに、訪問作業療法士は、家族介護者自身の現状を確認しながら【患者の生活行為の誤解】がうまれていないかを同時に確認していた。【患者の生活行為の誤解】には、《家族介護者は患者の能力を誤解している》可能性があることや、《家族介護者は患者に過剰な生活管理をしている》状況により家族介護者自身の負担の増加があった。これは、第1章の家族介護者からの聞き取りでは出てこなかった視点で、非効率の介護の実施は作業療法士がみて、はじめて同定されるものであった。家族介護者は、視野が狭くなっており、それは第3者が確認する必要があった。そこで訪問作業療法士は、家族介護者の負担感^{85)・87)}や介護力²²⁾を正当に見積もる能力が求められる。

2. 家族介護者と患者の協業作業を促す訪問作業療法の関わり

家族介護者と患者の協業作業を促進する支援には、お互いの価値や意味、習慣や役割をもたらせるような一貫性や規則性を伴う協業作業の実施が重要である。それは、研究2で示唆された「作業の途絶型」にならないためでもある。以下に、訪問作業療法士が実施する家族介護者と患者の協業を促す具体的援助プロセスを、1) 協業作業の整理、2) 協業作業の挑戦、3) 協業作業の支援のピットホール、について提案する。

1) 協業作業の整理

我々の生活は、だれが考えてもそうあるべき当然のことと無意識のうちに形成され、深く

考えずに作業を日々淡々と実施している。家族の間でも同様に、無意識のうちに家事が分担され意識せずに協業作業が実施されている。家族同士の協業作業は、普段生活で実施しているのにも関わらず、意識しないと顕在化しない状況で、家族の一人が病気や障害を持ち自宅で介護が必要となると、家族間で何をすれば良いのかに戸惑う事になる。このことから、家族の協業作業は、家族同士で整理・調整することは難しく、外部の支援を必要とすることを示唆している。

訪問作業療法士は、家族介護者と患者の協業作業をまず顕在化するために、①お互いが関心を寄せる協業作業や大切な協業作業は何か。②お互いが関心を寄せる協業作業の共通認識がとれているか、を確認することである。協業作業を見つけ協業作業の参加へ家族介護者と患者を導くためには、お互いの関心を抱く協業作業を引き出し、整理していくことで顕在化してくると考える。ただし、同じ作業の内容が同じ意味を持つ協業作業であるとは限らない。例えば、朝にコーヒーを飲むという行為は、家族介護者と患者は日々の生活でお互いが共通して行っているとする。双方のコーヒーを飲む行為の意味は、患者は豆をひいてドリッブを飲むのが至福の時と感じ、家族は庭を眺めながら飲むことが心を落ち着かせる時間と捉えるかもしれない。お互い共通の協業作業の課題には、同じ行為であっても作業の意味に違いはおこる。研究 3 の訪問作業療法の協業支援には、「家族介護者と患者の良い関係づくりの促進」と「家族介護者と患者がともに行う作業の実践」することである。つまり、家庭生活が、日々淡々と過ぎる中で、少し立ち止まってお互いの作業を設けるようなシーンは同じ空間で生活する人への介入として大切である。

このような、自宅という空間で協業作業を整理するには、どのような作業に関心を抱いているのか、そして相手はどのような立場なのかを確認する必要がある。これを利用して、家族介護者と患者との協業作業を引き出し、その過程で得られる語りから協業作業の現状を整理してもよい。

2) 協業作業の挑戦・開発

訪問作業療法士の支援は、限られた時間の中で生活に良い変化を与えるよう支援しなければならない。週 1~2 回 40~60 分ほどのセッション以外は、ほぼ家族介護者と患者が自宅で暮らしていることを考えると、彼らに作業をつくりだす力を養われる必要がある。つまり、訪問作業療法は、過度な家族介護者と患者の能力改善に焦点をあてるのではなく、成し遂げられそうな生活課題をみつけ家族同士が乗り越えられるような協業作業を提案し、その作業が取り組めるように支援することである。例えば、第 3 章で考察の中で述べた丘の上に登る協業作業の例のように、お互いの作業環境と作業能力を把握した上で家族同士ができる挑戦課題し成功体験を積むことである。その積み重ねが、次への作業の開発へと繋がると考えられる。そして、協業作業の成立に応じて、支援を減減していくことである。また、訪問作業療法士は、日々の生活のなかで家族介護者と患者がともに、良い方向に向かえるような生活に挑戦できる課題を提供し、習慣として取り入れるよう援助することである。そして、訪問作業療法士は、家族介護者と患者の住み慣れた自宅で、お互いに協業作業を改めて整理し、生活に挑戦できるほどよい刺激の作業を通して関係性が促進できるよう導いていく。

要するに、家族介護者と患者との良好な関係を保ちつつ、作業療法士が居なくても家族介護者と患者が自ら協業作業を拡大していくのを支援していくのが作業療法士の役割である。

3) 協業作業の支援のピットホール

闘病生活や介護生活に向き合う協業作業はどの時期からはじまっているのだろうか。協業作業は、少なくとも自宅で患者の闘病生活や介護生活を検討したり承諾したりする時期より既に始まっている。つまり訪問作業療法士が関わる以前より、協業作業は既にはじまっていることが推察されることが考えられる。では、その経過のなかで、家族介護者が患者との協業作業から遠のいているのであれば、第 1 章で述べた【重圧に圧倒されている】状況や第 3 章の【家族介護者の疲弊感】や【患者の能力に対する誤解】によって、今まで積み上げたお互いの日課や役割が崩れ連携不全の状態に陥っていることが推察される。そういった場合、まず

訪問作業療法士は、家族介護者と患者の培ってきた作業環境が自宅に備わっていることに気付けるように、家族介護者の精神状態の安定と患者の能力の見誤りを正し、家族の一員であることを再認識させる必要がある。そのようなプロセスを踏まず、訪問作業療法士は、唐突的に協業作業に挑戦するように導くと介護負担になる可能性があるので留意しなければならない。

第2節 結論

本論は、闘病生活で実施していた家族介護者の作業が、生活にどのような影響を及ぼすか質的研究を用いて分析をした。また、訪問作業療法の援助技術についても質的研究で分析した。第1章では、家族介護者の作業適応に対する作業の影響について示した。訪問作業療法士は、家族介護者に介護方法の指導を実施しながら、没後を想定し闘病中より認められる作業的挑戦や作業的役割期待に向きあえる十分な環境をつくる必要があった。そして、没後に作業的喪失が複雑化しないように闘病中に作業経験を積めるよう支援することが重要であった。第2章では、事例・カテゴリ・マトリックスの手法を用いて、各家族介護者の作業が心境の切り替えに役立つことを示した。訪問作業療法は、患者の没後に、心境の整理が不完全な作業の途絶型に家族介護者が陥らないように、闘病中より家族介護者の作業に着目した支援の必要性が示唆された。また、家族介護者の心境の切り替えを促進するには、闘病中より認められた作業的挑戦や作業的役割期待を担い肯定的な作業経験を積むことが、没後の心境の切り替えに役に立つと示唆された。第3章では、熟練訪問作業療法士の家族支援について、家族介護者と患者の協業作業に着目した支援だった。訪問作業療法士は、家族介護者の介護負担感に配慮しながら、無理のない程度に、家族介護者と患者の協業作業を実施する中で、家族介護者と患者の良い関係を促進し、生活行為の拡大に努めている事を明らかにした。

第1章、第2章より、家族介護者自身の作業の整理や家族介護者と患者の協業作業を進めることで、作業的適応が促進されることが明らかとなった。また、第3章より訪問作業療法の家族援助技術として、状態確認技術、状態改善技術、交流支援技術の3領域を構造化した。

最後に、家族介護者を理解するための視点と家族介護者と患者との協業作業の援助プロセスを提案した。前者においては、家族介護の負担感や介護力を正当に見積もる能力が最も訪問作業療法士に求められる視点であった。後者においては、①家族介護者と患者の関心を抱いている協業作業を整理し、②家族同士が乗り越えられそうな挑戦課題を提供し、③家族介護者と患者が成功体験を積み重ね、④家族介護者と患者が自ら協業作業を拡大していくというプロセスを提案した。

第3節 残された課題

作業療法士は、家族介護者と対象者の協業に働きかけ、家族同士の生活行為の整理や作業の実践を試みていることがわかった。本研究で得られた知見は、訪問作業療法の家族援助支援の指針となると考えられる。しかしながら、訪問作業療法の介入で導入された協業作業の実践が、家族にどのような影響を与えたかを知る必要がある。そして、訪問作業療法の家族援助技術モデルが、臨床現場で家族介護者と対象者の実践が介護負担や介護肯定感にどのような影響を与えているかを知ることは今後の課題である。

謝辞

本研究に、ご協力を頂きましたご家族の皆様や諸先生に心より感謝の意を申し上げます。

なお、吉備国際大学大学院の保健科学研究科の中角 祐治 先生，加納 良男 先生，香田 康年 先生，藪脇 健司 先生，京極 真 先生には、ご多忙のところ本論文のご指導を賜り感謝しております。そして、研究計画から執筆まで事細かなご指導を 5 年間にわたりご指導を賜りました首都大学東京大学院の保健科学研究科の小林 隆司 先生に深く感謝いたします。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：「人口統計資料集（2012）Ⅱ年齢別人口」主要国の65歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数による推計結果。
http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2013.asp?fname=T02-18.htm&title1. (確認：2014.9)
- 2) 厚生労働省老健局総務課：「公的介護保険制度の現状と今後の役割」，平成25年。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf. (確認：2014.9)
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所：「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計。
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401simm.html>
(確認：2014.9)
- 4) 厚生労働省 老健局 高齢者課 認知症・虐待防止対策推進質：「説明資料」Ⅰ. 当面の認知症施策の取り組みについて―「認知症施策推進5カ年計画」（オレンジプラン）の着時な実施について―，平成25年。
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx_1_1.pdf.
(確認：2014.9)
- 5) 厚生労働省：今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> (確認：2014.9)
- 6) 厚生労働省：平成25年人口動態統計月報年計（概数）の概況。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai13/dl/gaikyou25.pdf>. (確認：2014.9)
- 7) 厚生労働省：人口動態統計年報，主要統計表「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>. (確認：2014.9)
- 8) 厚生労働省老健局「介護保険制度に関する国民の皆さんからのご意見募集（結果概要について）」，平成22年。
<http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf>. (確認：

2014.9)

- 9) 厚生労働省「終末期医療に関する調査」結果。平成20年。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>. (確認：2014.9)
- 10) 厚生労働省『国民生活基礎調査』：要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合の
年次推移。2010, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html>.
(確認：2014.9)
- 11) 国立社会保障・人口問題研究所, 「日本の世帯数の将来推測（全国推計）」2013年1月推
計。 http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/gaiyo_20130115.pdf. (確認：2014.9)
- 12) 松村ちづか (2001) 熟練訪問看護者の判断内容から導かれる終末期療養者の自己決定を
実現するためのケア機能-終末期在宅療養者の自己決定と家族の意向が不一致な状況から。
順天堂医療短期大学紀要 12:66-76
- 13) 中谷陽明, 東條光雅 (1989) 家族介護者が受ける負担-負担感の測定と因子分析。老年社
会学 29 : 27-36
- 14) George LK, Gwyther LP (1986): Caregiver well-being; A multidimensional
examination of family caregiver of demented adults. *The Gerontologist*, 23(3): 253-259
- 15) 桐野匡史, 矢嶋裕樹, 柳漢守, 筒井孝子, 中嶋和夫：在宅要介護者の主介護者における
介護負担感と心理的虐待の関連性。厚生指標。52(3), 1-8, 2005.
- 16) 町田いづみ, 保坂隆：高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点-8486人の介護者
自身の身体的健康感を中心に。訪問看護と介護, 11(7), 686-693, 2006.
- 17) Holmes TH, Rahe RH (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of*
Psychosomatic Research 11(2): 213-218
- 18) Wilcock AA (1993) A theory of the human need for occupation. *Journal of*
Occupational Science. Australia 1(1): 17-24
- 19) Adolf Meyer (1922) The Philosophy of occupation therapy. Reprinted from the
Archives of Occupational Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* 1:

1-10

- 20) Kielhofner G (1977) Temporal adaptation: A conceptual framework for occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* 3: 235-242
- 21) Hasselkus BR (1989) The Meaning of Daily Activity in Family Caregiving for the Elderly. *The American Journal of Occupational Therapy* 4: 649-656
- 22) Clark CA, Corcoran M, Gitlin LN (1995) An Exploratory Study of How Occupational Therapists Develop Therapeutic Relationships With Family Caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy* 49(7): 587-594
- 23) 坪井章雄, 松若寿男, 新井光男, 清水ミシェル・アイズマン (1999) 在宅高齢障害者の介護家族における心理ステージモデルの検討. *作業療法* 18 : 393-401
- 24) 坪井章雄, 新井光男 (1999) 訪問リハビリテーションにおける高齢障害者の在宅介護継続因子の検討—在宅生活継続例と破綻例の介護者の心理的側面より—. *作業療法* 18 : 402-409
- 25) Hasselkus BR (2014) The Occupation of Caregiving: In Doris Pierce, *Occupational Science for Occupational Therapy*. SLACK Inc. America: 23-36
- 26) 坪井章雄, 松田俊, 佐々木実, 村上恒二, 車谷洋, 他 (2002) 主介護者の主観的介護負担に影響を及ぼす介護保険サービスの検討. *総合リハビリテーション* 30 : 1413-1420
- 27) Hasselkus BR (1988) Meaning in Family Caregiving: Perspectives on Caregiver/Professional Relationships. *The Gerontologist* 28(5) : 686-691
- 28) Hasselkus BR (1990) Ethnographic interviewing: A tool for practice with family caregivers for the elderly. *Occupational Therapy Practice* 2(1) : 9-16
- 29) 南征吾, 小林隆司, 山田孝 (2010) 終末期医療における「喪の作業」を援助することについて. *作業行動学会* 14 (2)
- 30) 南征吾 (2010) 作業的ナラティブを重視した在宅緩和医療への作業療法士の関わり. 第4回奈良県作業療法学会 45

- 31) Polatajko HJ, Davis JA, Hobson S, Landry JE, Mandich AD, Stresst SL. et al (2004) Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 71(5): 261-264
- 32) Polatajko H, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, Zimmerman D (訳：吉川ひろみ) (2011) 第1章 関心領域の特定：核としての作業. (編集：エリザベス・タウンゼント, ヘレン・ポラタイコ, 監訳：吉川ひろみ, 吉野英子)：続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正. 大学教育出版社：34-60. (Townsend E, Polatajko H (2007) ENABLIONG OCCUPATION II . ADVANCING AN OCCUPATIONAL THERAPY VISION FOR HEALTH, WELL-BEING & JUSTICE THROUGH OCCUPATION. CAOT)
- 33) Csikszentmihalyi M, LeFevre J (1989) Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology* 56: 815-822.
- 34) Schkade KJ, Schultz S (1992) Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach to Contemporary Practice, Part1. *The American Journal of Occupational Therapy* 4(1): 829-837
- 35) 南征吾 (2012) 終末期がん患者家族の心理的適応と作業の関係. 吉備国際大学大学院修士課程 1-43
- 36) 宮林幸江, 坂口幸弘, 田子久夫 (2007) グリーフケアの実践と展望. 宮崎大学看護学部紀要 10(1) : 1-8
- 37) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 中目千之, 松原要一 (2009) 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. *Palliate Care Res* 4(2) : 112-122.
- 38) Lorraine M, Maureen L. Nurses and Families (1994) *A Guide to Family Assessment and Intervention* 2nd edition. U.S.A: F. A. Davis
- 39) 秋山明子, 沼田久美子, 三上洋 (2007) 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看

- 取りを実現する要因に関する研究・療養者の遺族を対象とした調査による検討-. 日本老年医学会雑誌 44(6) : 740-746
- 40) 柴田純子, 佐藤禮子 (2007) 在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験. 千葉看護学会会誌 13(1) : 1-8
- 41) 葛西好美 (2007) 末期がん患者を家で看取る家族の心理状態-過去 10 年間の文献レビュー-. 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 3(1) : 109-113
- 42) Canadian Association of Occupational Therapy (2011) CAOT Position Statement: Occupational Therapy and End-of-Life Care.
<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1284> (確認 : 2014.12)
- 43) Trump SM. Zahoransky M. Siebert C (2005). Occupational therapy and hospice. American Journal of Occupational Therapists 59: 671-675.
- 44) Gammage S. McMahon P. Shanahan P (1976). Learning to Cope with DEATH. Am J occup ther 30: 294-299
- 45) 鈴山博子, 野藤弘幸, 神野君夫 (2004) 末期がんにあたり, 希望の時間としての作業療法 (在宅緩和医療における作業療法の役割). 作業療法 33(12) : 348-353
- 46) 太田美香, 村田和香 (2005) 終末期医療における作業療法の役割. 北海道作業療法 21(2) : 80-86
- 47) Diers, Donna. (1979). Research in Nursing Practice. J.B, Lippincott Company
- 48) Strauss A, Corbin J (1998). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques (2nd ed.). Newburg Park, CA
- 49) 松村真宏 (2011) テキストデータの理論的サンプリング. IEICE SIG Notes WI2-2011-53 : 27-28
- 50) 豊田秀樹 (2011) 質的研究の理論的サンプリングにおける理論的飽和度. 日本教育心理学会第 53 回総会自主企画 25-J-01
- 51) 南征吾, 小林隆司, 大松慶子 (2011) がん患者家族の必要な作業を知ること -在宅緩和

医療の作業療法の関わりについて-. 日本作業療法学会抄録集 45 : 642

- 52) Polatajko HJ, Backman C, Baptiste S, et al, (訳 : 吉川ひろみ) (2011) 第 2 章 状況における人間の作業. (編集 : エリザベス・タウンゼント, ヘレン・ポラタイコ, 監訳 : 吉川ひろみ, 吉野英子) : 続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正. 大学教育出版社 : 61-89. (Townsend E, Polatajko H (2007) ENABLIONG OCCUPATION II : ADVANCING AN OCCUPATIONAL THERAPY VISION FOR HEALTH, WELL-BEING & JUSTICE THROUGH OCCUPATION. CAOT)
- 53) Canadian Association of Occupational Therapists (2007) PROFILE OF OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE IN CANADA. Published by CAOT Publications ACE Ottawa, Ontario.
- 54) 森山美知子 (1995) 家族看護モデル. 医学書院, 東京.
- 55) 繁澤弘子, 安藤詳子, 前川厚子 (2006) 高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験. 日本看護医療学会雑誌 8(1) : 31-39
- 56) 横田美智子, 秋元典子 (2008) 在宅で終末期がん患者を介護した家族の体験. 日本がん看護学会誌 22(1) : 98-107
- 57) 堀井たづ子, 光木幸子, 鳶田理佳, 大西早百合 (2008) 在宅療法中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究. 京都府立医科大学看護紀要 17 : 41-48
- 58) 秋山明子, 沼田久美子, 三上洋 (2007) 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究・療養者の遺族を対象とした調査による検討-. 日本老年医学会雑誌 44(6) : 740-746
- 59) Laliberte RD, Valiant CJ, Polatajko HJ (1997) The potential of occupation: A qualitative exploration of seniors' perspectives. American Journal of Occupational Therapy 51(8): 640-650
- 60) 広瀬寛子, 田上美千佳 (2005) 遺族のためのサポートグループにおける「思い出の品を持ってきて語ること」の意味 : がんで家族を亡くした人たちの悲嘆からの回復過程への影

響. 日本看護科学会誌 25(1) : 49-57

- 61) Toombs S (1987) The Meaning of Illness: A Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship. *Journal of Medicine & Philosophy* 12 (3): 219-240
- 62) Erich Lindemann (1944) Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry* 101: 141-148
- 63) Gerald Caplan (1964) Principles of preventive psychiatry by Basic Book, Inc., New York
- 64) Dunton WRJr (1919) Reconstruction therapy. Philadelphia: W. B. Saunders 10
- 65) Minami S, Kobayashi R, Kyougoku N, Matuda I (2013) Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 23: 32-38
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjot.2013.06.002>)
- 66) 佐藤郁哉 (2010) 質的データ分析法 (原理・方法・実践). 新曜社. 東京
- 67) Parkes CM (2002) Complicated Grief・The Debate Over a New DSM-V Diagnostic Category. *Living with grief. Before and After The Death Hospice Foundation of America*: 139-151
- 68) Prigerson HG, Maciejewski PK (2005-2006) A Call for sound empirical testing and evaluation of criteria for Complicated grief proposed for DSM-V. *Omega*, 52(1)
- 69) Kielhofner, G. (Ed.) (2002) A model of human occupation: Theory and application (3rd ed.)
- 70) Whiteford G (1997) Occupational deprivation and incarceration. *Journal of Occupational Science: Australia* 4(3): 126-130
- 71) Whiteford G (2000) Occupational deprivation: global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy* 63(5): 200-204
- 72) Whiteford G (2004) When people cannot participate: Occupational deprivation In C.

- Christiansen, & E. A. Townsend, Introduction to occupation: the art and science of living Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 221-242
- 73) Pickens ND, Kris Pizur - Barnekow (2009) Co - occupation: Extending the dialogue. Journal of Occupational Science 16(3): 151-156
- 74) Clark FA (1993) Occupation embed in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy: Eleanor Clarke Slagle Lecture. American Journal of Occupational Therapy 47(12): 1067-1078
- 75) Clark FA (2000) The concepts of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis: Habits I conference. Occupational Therapy Journal of Research 20: 123S-137S
- 76) 田中滋 (座長), 池田省三, 岩村正彦, 川越正平, 高橋紘士, 他 (2013) 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, pp2-4
- 77) 石附敬, 和気純子, 遠藤英俊 (2009) 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学 31(3) : 359-365
- 78) 広瀬美千代 (2006) 家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究 — 測定尺度を構成する概念の検討と「介護評価」概念への着目—. 生活科学研究誌 5 : 1-13
- 79) 社団法人 日本作業療法士協会(企画調整委員) (2012) 作業療法白書 2010. 社団法人 日本作業療法士協会
- 80) 大谷 尚 (2011) SCAT: Steps for Coding and Theorization—明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法—. 感性工学 10(3) : 155-160
- 81) Brelson B (訳 稲葉三千男・他) (1957) メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. みすず書房, 東京
- 82) Scott WA (1955) Reliability of Content Analysis: The Case of Nominal Scale Coding. Public Opinion Quarterly 19: 321-325

- 83) 原田和宏, 島田裕之, Patricia Sawyer, 浅川康吉, 二瓶健司, 他 (2010) 介護予防事業に参加した地域高齢者における生活空間 (life-space) と点数化評価の妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 57(7) : 526-537
- 84) Schulz R, Martire LM (2004) Family Caregiving of Persons with Dementia Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. Am J Geriatric Psychiatry 12(3), 240-249
- 85) 坪井章雄, 村上恒二 (2006) 作業療法における在宅介護者の介護負担とその評価. 作業療法 25(1) : 8-17
- 86) 坪井章雄, 村木敏明 (2006) 在宅介護者の介護負担感軽減に関する調査研究 (2) -介護サービス利用・問題解決方法と介護負担感の検討-. 作業療法 28 : 680-688
- 87) 坪井章雄, 村上恒二 (2006) 在宅介護家族の主観的介護負担感に影響を与える要因 -介護家族負担感尺度 (FCS) を用いて-. 作業療法 25(3) : 220-229

学位論文の基礎となる原著 (Abstract)

【研究 1】 Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients

Abstract

Summary Objective/Background: This qualitative analysis aimed to provide valuable insight into the occupational experiences of and psychological adjustments by family members who act as palliative caregivers. In addition, we also aimed to investigate and clarify these complex experiences and formulate results that are both meaningful and important to the families themselves.

Methods: Families who had lost a family member (n = 9) and were part of a palliative treatment support programme were identified through introductions from healthcare workers. They were individually interviewed using both casual questioning and semi structured questionnaires. The data were analyzed using the grounded theory approach.

Results: The following six core categories were identified using grounded theory analysis: (a) being overwhelmed by pressure, (b) occupation while living with the illness, (c) living without being overwhelmed by anxiety, (d) having difficulties in regulating emotions, (e) comforting memories of the occupational experiences, and (f) leading to a change in emotions.

Conclusion: Occupational experiences can play a significant role in the psychological adjustment of families of terminally ill cancer patients.

Seigo Minami, Ryuji Kobayashi, Makoto Kyougoku, Isamu Matuda : Occupational Experiences of and Psychological Adjustment by Family Members of Cancer Patients. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 23, 32-38, 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hkjot.2013.06.002>

【研究 2】 An Occupational Performance Patterns of Family Members of Terminal Cancer Patients: Typology of family palliative caregivers and occupation performance patterns (投稿中)

Abstract

Objective/Background: In this study, we classified the psychological adjustments of family members of terminal cancer patients using a conceptual structure based on recurring cases. We hypothesized that it is possible to determine the need for intervention on the basis of the occupational performance patterns of the family members.

Methods: The subjects were bereaved family members of cancer patients who died more than a year ago. For our classification system, we adopted code matrix analysis using MAXQDA10 analysis software.

Results: We categorized the 9 cases into 3 types on the basis of functionality with regard to occupation: i) type of continued occupation; ii) type of resumed occupation; iii) type of interrupted occupation.

Conclusions: The categorization of occupational types assumes that occupation has an effect on the family members' ability to progress through or alter mental states according to occupational performance patterns.

【研究 3】訪問作業療法における家族援助技術－生活行為の拡大を促す作業療法－

Abstract

はじめに：地域包括ケアにおいて，家族介護者の援助は重要である．しかし，訪問作業療法士は，家族介護者に対する援助では経験を頼るしかないのが現状であった．本稿の目的は，暗黙知となっている熟練作業療法士の家族介護者に対する援助技術のプロセスを明確に示すことである．

方法：対象者は，免許を取得して約 10 年，訪問作業療法の経験が 3 年以上の作業療法士とした．質問内容は，家族介護者に対する支援に関する内容とした．対象者に，半構成的面接を実施し，インタビューデータを継続的比較分析した．

結果：5 つのカテゴリが抽出された．1)家族介護者の疲弊感，2)家族介護者の健康に対する気配り，3)患者の能力に対する誤解，4)患者の理解の促進，5)家族介護者と患者の協業，であった．

考察：作業療法士は，家族介護者と対象者の協業に働きかけ，家族同士の生活行為の整理や作業の実践を試みていることがわかった．本研究は，訪問作業療法の家族援助支援の指針となると考えられる．

南征吾, 小林隆司:訪問作業療法における家族援助技術－生活行為の拡大を促す作業療法－.

日本作業療法研究学会雑誌. 2014. (掲載許諾)

資料

【研究 1, 研究 2】

- 資料 1 対象施設 研究協力依頼書
- 資料 2 対象施設 研究協力同意書
- 資料 3 対象者 研究協力依頼書
- 資料 4 対象者 研究協力同意書
- 資料 5 インタビューの手順
- 資料 6 半構成インタビューの質問項目
- 資料 7 基本属性記入用紙

【研究 3】

- 資料 8 対象者 研究協力依頼書
- 資料 9 対象者 同意書
- 資料 10 研究倫理遵守に関する誓約書
- 資料 11 熟練訪問作業療法士の援助技術について
- 資料 12 基本属性 熟練訪問作業療法士の援助技術

研究協力・参加の案内

研究協力・施設長 _____ 様

【目的】

本研究の目的は、終末期患者の経験する作業機能障害とそれが及ぼす遺族への影響、作業に関する潜在的ニーズを遺族へのインタビューから明らかにし、量的研究によって信頼性を確認し、対応ガイドラインを作成することである。

【研究期間】

平成 23 年 2 月 1 日～平成 23 年 4 月 31 日の期間において実施します。

【研究内容】

- 1) がん患者遺族に半構成的インタビューにより闘病生活の出来事を語ってもらう。
- 2) 半構成的インタビューの内容は、がん患者の支援内容や、医療従事者の支援、家族がしたかったこと、家族ができたこと、自由回答などである。
- 3) 半構成的インタビューに入る数日前に、親密性を築くために自己紹介と研究内容をおり混ぜて挨拶をし、打ち解けやすい状況をつくっておく。
- 4) 半構成的インタビューの際は、IC レコーダを使用し 45～60 分程度おこない、録音後に逐語録としてまとめ分析をする。

【研究協力・参加に伴う不利益、危険、不快な状態など】

本研究に同意した後でも、同意を撤回することができます。不参加または途中辞退されることになっても、それによって不利益を受けることは一切ありません。

説明年月日：平成 年 月 日

説 明 者：職名
氏名

研究への協力・参加同意書

吉備国際大学長 殿

代表者氏名： _____ ㊟

私は下記の条件により，本研究に協力・参加することに同意します。

記

- 1) **同意根拠**：当該実験について試験の目的，方法，内容，研究協力により予想される不利益，危険，期間などについて説明を受け，これを十分に理解したうえで，自らの自由意志により当該への参加に同意しました。
- 2) **同意内容の変更**：同意内容を超える変更については，事前に変更内容について説明を受け，改めて自由意志で同意するものとします。
- 3) **解除権**：本研究協力・参加者は，いかなる段階においても自由に当該試験への参加を取り消す権利を留保します。
- 4) **協力**：本研究協力・参加の際は，統括担当者あるいは，研究担当者の指示，注意に従い，当研究に関して必要な情報について正しく報告します。

研究協力依頼書（家族様）

本日はご多忙のところ時間を割いていただきありがとうございます。以下の「研究の背景」「研究の趣旨」ならびに「研究倫理遵守に関する誓約書」をご一読の上、可能なようでしたら是非インタビューに協力していただきたくお願い申し上げる次第です。

<背景>

在宅緩和医療に関わる中で、がん患者様の在命中より家族への悲嘆や鬱状態の予防を想定した関わりが必要であると感じています。なお、本研究を行う旨につきましては、吉備国際大学大学院の倫理委員会ならびに研究の指導教官に承諾をえています。

<研究の趣旨>

本研究では、在宅緩和医療でがん患者様の闘病生活をともに支援された遺族を対象に、とくに作業療法に焦点化し、在宅緩和医療をうけた患者様の関わりについて遺族の方よりお聞きしたいと思っています。インタビューは45～60分前後を予定しています。

「終末期患者の作業機能障害が遺族の悲嘆に及ぼす影響」に関する同意書

研究代表者

南征吾殿

私は、「終末期患者の作業機能障害が遺族の悲嘆に及ぼす影響」について、説明文書と口頭による説明を受け、その方法、危険性、データの活用方法などについて、十分理解しました。つきましては、次の条件で本研究に同意いたします。

1. 説明をうけ、ご理解いただいた項目に「レ」印をお付けください。
 - 研究への参加は自由であり、同意しない場合も不利益をこうむらないこと。
 - 研究へ参加した後でも、研究協力への同意はいつでも撤回できること。
 - 研究参加によって若干の疲労の可能性があること。
 - 個人情報保護されること。
 - 研究成果は、学会や学術雑誌上で公表する予定であること。
 - 個別のデータは本人の希望により開示できること。ただし個人情報と切り離されたデータとなる前とする。
 - 収集された基のデータは、無記名化し逐語録で入力した後に、すべて破棄されること。
 - 個人情報と切り離されたデータが、同意により、二次的に利用される可能性があること
 - 参加に伴って、費用負担はないこと。また、謝金の支給はなされないこと。
 - 研究に対する苦情の受付ならびに連絡先について。

2. 私は、上記の説明を受け、次の条件で、本研究に同意いたします。

1) 本研究の参加に

同意します 同意できません

2) 個人情報と切り離したデータが、他の研究に使用されることに

同意します 同意できません

同意年月日： _____ 年 月 日

研究参加同意者 署名 _____

説 明 者 署名 _____

* 本同意書は 2 部作成され、研究者と研究参加者が 1 部ずつ保管します。

インタビューの手順

遺族（以下 対象者）NO. _____ のインタビューに際し、下記の手順で行っております。ご確認ください。

【対象者の同意を得るまで】

- Dr と O T R に確認をとりながら対象者を列挙する（※1）
- （研究生より）対象者に電話でインタビューの同意が得られるかがう
- 口頭の同意が得られた対象者に、研究内容を説明するため訪問日時を調整する（※2）
- インタビュー前の訪問日程が決定すれば、D r もしくはO T R へ報告する

【インタビュー前の事前訪問まで】

- インタビュー前の事前訪問当日は、貴院に来院し今から訪問することを伝える
- インタビュー前の事前訪問時に、対象者に研究の説明を行い同意書にサインをもらう
- 同意書にサインが得られた対象者に、インタビューの訪問日程を調整する（※3）
- インタビューの訪問日程が決定すれば、D r もしくはO T R へ報告する

【インタビュー当日】

- インタビューの訪問当日は、貴院に来院し今から訪問することを伝える
- インタビューの訪問時に、インタビューを開始する（*別紙参照）
- インタビューが終われば、貴院に戻りD r もしくはO T R へ報告をする

※1 D r とO T R の都合を相談し1月中に調整

※2 訪問日の2～3日前とする（火曜日）

※3 訪問日は原則として木曜日とする

電話連絡日：	年	月	日	時	分	～	時	分
事前訪問日：	年	月	日	時	分	～	時	分
インタビュー当日：	年	月	日	時	分	～	時	分

半構成的インタビューで用いる質問項目

NO.

- 研究趣旨や研究倫理，承諾書を渡して目を通してもらいながら説明する。
- 承諾書への記入をしていただく。

以下質問項目チェックリスト

- 以下はすべて闘病中の前後に関する質問です
 - ご家族（がん患者）が闘病中に支援を受けた内容はどのようなものでしたか？
 - ご家族（がん患者）にどういった支援が必要であったと思いますか？
 - ご家族（がん患者）の闘病中に家族（対象者）に支援がほしかったことはありますか？
 - ご家族（がん患者）の闘病中に家族（対象者）がしたかったことはありますか？
 - ご家族（がん患者）の終焉を迎えるまでに家族（対象者）とともに行ったことはありますか？
 - その内容はなんですか？
 - 闘病生活の前の家族（対象者）の過ごし方を教えてくださいませんか？
 - 闘病生活の中の家族（対象者）の過ごし方を教えてくださいませんか？
 - 闘病生活の後の家族（対象者）の過ごし方を教えてくださいませんか？
 - 自由回答
-

- 改めてお礼をして終了する

基本属性記入用紙

あなたの属性をお聞かせ願えますか。

【基本属性】

性別 : 男性 ・ 女性
 年齢 : (例：20 代前半)
 属性 : (お亡くなりになられた方からみた続柄)
 職業 : (例：主婦，パートタイム，会社員，自営業 など)

【在宅緩和医療について】

在宅に戻り入退院を繰り返した日数

(年 ヶ月 日間)

診断名 :
同居 : 有 ・ 無

お亡くなりになられた場所

病院 ・ 施設 ・ 自宅 (その他：)

医師の往診の有無 (回数は問わない)

あり ・ なし

告知 (病態と余命) された方

本人 ・ 家族 ・ 本人と家族

リハビリテーションの専門職種の実施の有無

あり ・ なし

「あり」の場合

リハビリテーションを実施した専門職種

作業療法士 ・ 理学療法士 ・ 柔道整復師 ・ 鍼灸師 ・ (その他：)

平成 年 月 日

NO. _____

研究協力依頼書

ご多忙のところ時間を割いていただきありがとうございます。以下の「研究の背景」「研究の趣旨」ならびに「研究倫理遵守に関する誓約書」をご一読の上、可能なようでしたら是非インタビューに協力していただきたくお願い申し上げる次第です。

<背景>

作業療法の介入技術の枠組について明らかにする事によって、訪問リハの均てん化およびケア・プラン作成に貢献できると考えています。また、本研究の成果から訪問作業療法の支援における家族援助技術プログラムを考案する一助となると考えています。

<研究の趣旨>

未だ明確な援助技術の枠組が示されていない訪問作業療法の介入技術のプロセスを明らかにすることを目的としています。そのため、経験豊富な作業療法士を対象に質的研究の実施を考えています。

ご不明な点等がございましたら、面接者、あるいは研究代表者にご確認をください。以上の研究趣旨や倫理的誓約を読んだ上で研究に協力していただける人は研究承諾書へのご記入をお願い致します。

研究倫理遵守に関する誓約書

本研究は、吉備国際大学の研究倫理審査委員会の承認を受け実施させて頂いております。
そのうえで、以下のことに留意とします。

1) 匿名性は以下のような形で担保します。まず、名前が公開されることは一切ございません。また公開される際には、人物が特定される可能性のあるイニシャルなどを用いることもありません。

2) 研究の協力はいつでも拒否することができます。また、それは研究協力者の当然の権利ですので、拒否されても研究協力者が不利益をこうむることは決してありません。

3) 記録のために用いた IC レコーダの情報は、基本的な分析が終了した時点で研究代表者のみが管理します。

4) 録音記録は保管する必要がなくなった時点で、すべて録音記録を完全に破棄します。音声やイントネーションなど、すべて残ることはありません。

5) インタビューの内容などの研究については以下の範囲において使用させていただく可能性があります。

[1. 学会や研究でのシンポジウム, 口頭発表ならびにポスター発表, 2. 学会誌, 3. 研究の母体となっている講義をベースとした著書の一部, 4. 教育現場の講義内容]

6) 本研究に参加する事による利益は、訪問リハの均てん化の一つの手助けとなると考えています。

7) 研究協力にともなう危険は、対象者に以前の出来事を振り返りを、語ってもらうために精神的に疲労を起こす可能などがあります。これらの対策について、対象者のご意見や生活リズムを第一に尊重し、いつでも中止を申し出ることができる事を周知させて頂きます。

同意書

研究代表者 _____ 殿

NO. _____

私は、「訪問作業療法士の作業療法および家族への援助技術」について、説明文書と口頭による説明を受け、その方法、危険性、データの活用方法などについて、十分理解しました。つきましては、次の条件で本研究に同意いたします。

1. 説明をうけ、ご理解いただいた項目に「レ」印をお付けください。

- 研究への参加は自由であり、同意しない場合も不利益をこうむらないこと。
- 研究へ参加した後でも、研究協力への同意はいつでも撤回できること。
- 研究参加によって若干の疲労の可能性があること。
- 個人情報保護されること。
- 研究成果は、学会や学術雑誌上で公表する予定であること。
- 個別のデータは本人の希望により開示できること。ただし個人情報と切り離されたデータとなる前とする。
- 収集された基のデータは、無記名化し逐語録で入力した後に、すべて破棄されること。
- 個人情報と切り離されたデータが、同意により二次的に利用される可能性があること
- 参加に伴って、費用負担はないこと。また、謝金の支給はなされないこと。
- 研究に対する苦情の受付ならびに連絡先について。

2. 私は、上記の説明を受け、次の条件で、本研究に同意いたします。

1) 本研究の参加に

同意します 同意できません

2) 個人情報と切り離したデータが、他の研究に使用されることに

同意します 同意できません

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

研究参加同意者 署名 _____

説明者 署名 _____

* 本同意書は 2 部作成され、研究者と研究参加者が 1 部ずつ保管します。

説明内容

熟練訪問作業療法士の援助技術について

本研究の目的は、熟練訪問作業療法士の援助技術を分析するために実施させて頂きたく考えています。内容は、訪問作業療法の実践事例と訪問作業療法の独自性についてお話を聞いていきます。その際に、ICレコーダで録音させて頂きます。録音データは、逐語録化した後に録音データは破棄・削除します。それにより、音声やイントネーションが残らない状態で、インタビュー内容を逐語録化したデータで管理させて頂きます。

質問方法は、基本属性と熟練訪問作業療法の援助技術についての質問用紙に添って自由に語ってもらいます。

基本属性では、作業療法の経験年数と訪問リハの経験年数と、訪問作業療法の実施形態、1週間の件数、月の件数、実施時間について教えて頂きます。詳細については、別紙のワークシートをご参照ください。

熟練訪問作業療法の援助技術についてでは、訪問リハの実践と訪問作業療法の独特な視点について、他職種連携の中で訪問作業療法の役割について、訪問作業療法士としての信条について、自由回答について自由に語って頂きます。訪問リハ従事者としての介入技術と訪問作業療法士独特の介入技術について、具体的な介入や援助および支援の関わりについて語ってもらいます。注意して頂きたい点として、事例が特定されないような配慮をお願いします。

応えにくい質問でありましたら、拒否して頂いても構いません。それによる不利益は一切ありません。

基本属性
熟練訪問作業療法士の援助技術

【基本属性】

No. 1 -	性別：男性・女性	歳
作業療法の経験年数： 年	訪問リハ経験年数：	年
臨床経験：		
専門領域：身体・老年・精神・発達・その他（ ）		
① 年～ 年…職 場：病院・施設・訪問・その他（ ）		
専門領域：身体・老年・精神・発達・その他（ ）		
② 年～ 年…職 場：病院・施設・訪問・その他（ ）		
専門領域：身体・老年・精神・発達・その他（ ）		
③ 年～ 年…職 場：病院・施設・訪問・その他（ ）		

【訪問作業療法の実施状況について】

訪問リハもしくは訪問看護のどちらで算定していますか

訪問リハ ・ 訪問看護 ・ （その他 ）

訪問作業療法は1週間に何件ほど実施していますか

週 件

訪問作業療法は一人あたり月に何回ほど実施していますか

月 回

訪問作業療法は何分ほど実施していますか

1回 分（ 単位）

日付： 年 月 日

実施者名 _____

実施場所 _____