

2002 年度 勇美記念財団在宅医療助成（後期）

完了報告書

医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族に対する支援
のための基礎的研究
介護家族の外部資源活用プロセス

研究代表者：北 素子

東京女子医科大学看護学部 老年看護学助手

所属機関所在地：〒162-8666 東京都新宿区河田町 8 - 1

電話番号：03 - 3353 - 8111（内線7031）

共同従事者：

水野敏子（東京女子医科大学看護学部 老年看護学教授）

小長谷百絵（東京女子医科大学看護学部 老年看護学助教授）

會田信子（東京女子医科大学看護学部 老年看護学講師）

浅川典子（東京女子医科大学看護学部 老年看護学講師）

提出年月日：平成 16（2004）年 2 月 28 日

要旨

医療依存度の高い要介護高齢者を在宅介護する家族が、刻々と変化する介護状況の中で、何を有意味な援助として意味づけ、どのようにそれを取り入れていくのかという家族の外部資源活用プロセスを、家族の視点から質的帰納的に探求し、そのような家族に対する支援のための一助を得ることを目的とした。

データ収集期間は15年3月～16年2月であった。医療的ケアを必要としながら在宅療養する要介護高齢者を在宅介護する16家族それぞれに1回以上の面接および参加観察を行い、その内容をデータとした。得られた内容をグラウンデッド・セオリー法に準じて分析し、次のような結果が得られた。

医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族の外部資源活用プロセスは、《外部資源利用を調整し家族員にとって「心地よい」生活パターンの構築・維持を模索するプロセス》として明確化された。家族が外部資源の活用に向かう強さである外部資源利用度は、＜自分たちではできないという自覚＞の明確さ、＜外部資源利用に伴う心地悪さ＞によって調整された。＜自分たちではできないという自覚＞の持ちようは、“ケアの新規性”、“ケアの生命関与性”、“ケアによる家族員のニーズ侵食度”という[ケア内容の評価]と、それに対する[対応力評価]によって調整された。＜外部資源利用に伴う心地悪さ＞の度合いは、[生活をさらけ出すことに対する羞恥心] [家族がケアすべきだという信念との葛藤] [生活を他者にコントロールされることに対する苦痛] という3要因の総和によって決定された。自分たちではできないと自覚を強める家族は、心地よい生活パターンの構築・維持を求めて外部資源利用に傾くが、外部資源に伴う心地悪さが大きい場合、外部資源利用に踏み切れず家族は葛藤を強めていた。このような家族は、[外部資源の家族文化への統合を図る] [外部資源利用に大義名分を与える] [割り切る]という方略を用いて外部資源利用に伴う心地悪さを軽減して、外部資源利用を実現しつつ、家族員にとって「心地よい」生活パターンの維持・構築を目指すことが明らかとなった。

以上のような分析結果を踏まえ、次のような考察が得られた。

第一に、時節を捉えた外部資源提供の必要性和外部資源を提供するタイミングアセスメントへの本研究結果の適応可能性、第二に、高齢者に必要なケア導入に伴う生活混乱への家族の対応力強化を図る必要性、第三に、外部資源利用に伴う心地悪さを軽減することの重要性が示唆された。

目次

ページ数

研究の背景	1
研究目的	2
用語の定義	2
研究方法	3
1. 研究デザインとその選択根拠	3
2. 研究参加家族と情報提供者	3
3. データ収集および分析方法	3
研究結果	5
1. 研究参加家族の概要	5
2. データ分析結果	9
考察	17
1. 時節を捉えた外部資源提供の必要性	17
2. 対応力の強化を図る必要性とその方略	18
3. 外部資源利用に伴う心地悪さを軽減する支援の重要性とその方略	19
研究の限界と課題	21
まとめ	21

< 図表 >

図 1. 外部資源利用度の調整とその要因	10
表 1. データ収集経過	4
表 2. 高齢者の特徴-1	6
表 3. 高齢者の特徴-2	7
表 4. 情報提供者と主介護者の特徴	8
表 5. 外部資源利用度と 2 要因	10
表 6. 外部資源利用の決定に関わる要因	11
表 7. 「ケア内容」評価の 3 側面	13

. 研究の背景

わが国では公的介護保険制度をはじめとして、要介護高齢者の在宅療養を支える社会的基盤整備が進められている。また医療技術の進歩により、在宅においても様々な医療的ケアや管理が可能となり、医療依存度の高い高齢者であっても在宅療養することができる環境が整いつつある。しかしながら、依然として高齢者の在宅療養は、家族の援助に大きく依存している現状にある。そのため在宅介護することから家族が直面する問題は深刻である。ことに、医療的ケアを必要とする高齢者の介護は、医療的な知識と技術をともなうことが多く、家族はそれら知識と技術を習得し、高齢者の状態を把握しつつ判断して行動に移してゆくことが要請される場合も少なくなく、その負担は大きい。

ところで、家族は相互に密接に作用しあい依存しあう家族員から成立しており、システムとしての特性を有している。そのため要介護高齢者の在宅介護の影響は、特定の介護者個人にとどまらず、他の家族員も含め要介護高齢者を抱える家族全体に及び、家族員間に軋轢が生じる場合もある。研究代表者はこれまでの研究活動において要介護高齢者の家族の在宅介護プロセスを探求し、在宅介護から家族員間にニーズの競合状態が生じることを明らかにした。在宅介護することにより、主介護者に限らず他の家族員にも活動や相互作用が制限される状況がしわ寄せ的に波及し、各家族員の従来のニーズが抑えられる。抑えられた家族員のニーズは、様々な条件の下で増大し、その結果どの家族員のニーズを優先するか競い合われる状態が生まれていた。そしてこの競合状態の増大にともない、家族員の心身の苦痛が増大するとともに、家族員間に軋轢が生じることが確認された。また、要介護高齢者の在宅介護から、家族内に新たに引き起こされたニーズの競合が増大すると、在宅介護を継続することと、個々の家族員の安寧や家族員間の良好な関係性を保持してゆくこととの両立には困難が生じるが、家族はその増大した競合状態をさまざまな方略を用いて緩和、あるいは解消し、家族員が調和的に共生しつつ在宅介護を継続してゆく力を発揮することも明らかとなった。家族がこのような力を発揮するためには、外部の人々との交流を通して、在宅介護を継続しつつ、個々の家族員の安寧や家族員間の関係性を保ってゆく上で有意義な外部資源を活用してゆくことが必要不可欠であると考えられた。

しかし、そのような外部資源の有効活用は十分になされていない現状がある。公的介護保険制度以降、在宅サービスの利用率がその限度額の約半数に留まっているという報告もある。また、ケア・マネージャーが必要と判断して提示した外部資源を、家族が受け入れない場合も多いと報告される。中でも医療的ケアを必要とする要介護高齢者を介護する家族が在宅介護を継続してゆくためには、様々な外部資源を組み合わせ活用してゆくことが必要であるにも関わらず、それが出来ていない場合も多い。このような問題状況を解決するため、看護専門職は家族の外部資源の有効活用を支え

てゆくことが重要であるが、そのような支援の方向性を見出すための知見の蓄積は十分でない。

これまで家族の在宅サービス利用を左右する要因は、介護者の属性や、介護者のサービスに対する知識など、介護者に焦点をあてて探求されてきた。しかし、家族の外部資源活用の判断は、多くの場合「親孝行」や「内と外」、サービス利用に対する「ほどこし感・うばすて感」や「世間体」など、日本文化に独自の要因が絡みつつ、在宅介護から影響を受ける様々な家族員の関与の上に成立すると考えられる。したがって、家族の外部資源有効活用を支えるような援助の方向性を見出すためには、家族が在宅介護状況や外部資源をどのように意味づけて、外部資源を活用してゆくのかを検討することが重要であると考えた。

また、家族の在宅サービス利用を左右する要因は、従来横断的な手法により探求されているため、家族が在宅介護と家族の安寧を両立させゆくために、具体的にどのような時点でどのような支援を家族は必要としているのかは明らかでない。欧米の研究報告では、家族が必要とする援助は、要介護高齢者の状態や、家族状況の変化により変化し、一連の在宅介護プロセスの中で、家族が特定の外部資源を活用、あるいは受け入れる、特定のポイント（時期）が存在するとの指摘もあり、家族がどのように外部資源を活用してゆくのかは、プロセスとして明らかにされる必要があると考えられた。

． 研究目的

以上のような背景を踏まえ、本研究では次のことを目的とした。

在宅介護する家族が、刻々と変化する在宅介護状況の中で、何を有意味な援助として意味づけ、どのようにそれを取り入れてゆくのかという家族の外部資源活用プロセスを、家族の視点から質的帰納的に探求すること。

医療依存度の高い要介護高齢者を在宅介護する家族が、様々な外部資源を組み合わせ活用し、在宅介護の継続と、家族全体の安寧を両立してゆくことができるような支援方法を見いだすための一資料を得ること。

． 用語の定義

本研究では「医療的ケア」、「要介護高齢者」、「外部資源」という用語を次のように定義して使用する。

「医療的ケア」とは、医療処置の中でも保健診療において在宅医療として認められており、医師の管理のもとで基本的な注意点と手順を守って行うのであれば危険性や困難性はさほどなく、医療スタッフでなくても習得できるものとした。吸引、吸入器の管理、在宅酸素の処置、経管栄養の管理、尿カテーテルの管理および人工肛門の管

理などが含まれた。

「要介護高齢者」とは、加齢に伴う身体上の変化、あるいは疾患により、日常生活を送る上で他者からの手助けや配慮を必要とする者とした。家族とは、要介護高齢者本人、および同居別居に関わらず、その高齢者の在宅介護に関連してなんらかの行為、もしくは相互作用に関わり、かつその高齢者と血縁あるいは婚姻関係にある人々全体を指すこととした。

「外部資源」とは、医療的ケアを必要とする要介護高齢者の在宅療養のために提供される人的なサービスを指す用語とした。この外部資源には、訪問看護、訪問診療、訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、有償ボランティアによる訪問介護、訪問マッサージなどが含まれる。

．研究方法

1．研究デザインとその選択根拠

本研究では、社会学領域で開発された研究方法のひとつで、今日看護学領域でも多く用いられているグラウンデッド・セオリー法による、質的帰納的研究デザインをとった。グラウンデッド・セオリー法は、質的記述的データから、特定領域における現象の基本的プロセスを構造化し、実践場面において応用者の現象理解を促すことを目指す研究手法である。この手法を用いることにより、在宅介護する家族の外部資源活用をプロセスとして明確化でき、家族支援方法を検討してゆくうえでの基礎資料が提示できるのではないかと考えた。

2．研究参加家族と情報提供者

1)本研究の参加家族：都心部に立地する A 病院の在宅医療支援・推進部（以下、在宅医療推進部と略す）を経由して医療的ケアを必要としながら在宅療養に移行する老年者の家族、合計 16 家族であった。

2)情報提供者：各参加家族の中で、家族全体の状況が見渡せている成員、1 名以上とした。

3．データ収集および分析方法

1) データ収集期間：平成 15 年 4 月～15 年 11 月であった。

2) データ収集方法：在宅介護を始めるあるいは、在宅介護中の各家族から情報提供者となる家族員 1 名以上への面接、および在宅介護状況の参加観察によりデータを得た。

面接法：以下の内容に焦点化した半構成的面接を行なった。面接内容は参加家族の了承のもとにテープ録音し、その後逐語的に起こしてデータとした。

- a. 在宅介護に至った経緯と、その中でどのように外部資源を取り入れているか。
- b. 家族員、および家族外の人々が、その経緯にどのように関わっているか。
- c. 外部資源活用状況の変化の有無と、その変化はなぜ起こったか。

参加観察法：面接に訪れたご家庭の介護状況を参加観察し、その内容をフィールドノートにデータとして記述した。

医療的ケアを必要としながら始めて在宅介護に移行する家族、4家族に、入院中に1回、退院後約1ヶ月後に1回、計2回面接および参加観察を行った。また、医療的ケアを必要としながら始めて在宅介護に移行する予定の別の4家族に、入院中に1回面接および参加観察を行った。この3家族にも、退院後1ヶ月目前後に引き続き情報収集させていただく予定であったが、それ以前に高齢者の病状が悪化し死亡されたためそれは不可能となった。

すでに医療的ケアを必要としながら、在宅介護が行われている4家族に1～2ヶ月の間を開けて2回、また4家族に1回、面接と参加観察により情報収集した。(表1参照)

面接および参加観察の回数は合計24回で、1回の面接時間は約50分～120分であった。在宅介護移行後の情報収集は、基本的に家庭訪問にて行ったが、訪問時期に高齢者が再入院となってしまったため、病院内にて行った場合が2件、家族の希望で外来受診日に病院内で行った場合が1件あった。

表1．データ収集経過

医療的ケアを必要としながら始めて在宅介護する家族	入院中1回、退院後約1ヶ月後1回の面接および参加観察	4家族
	入院中1回の面接および参加観察	4家族
医療的ケアを必要としながらすでに在宅介護している家族	在宅介護中1～2ヶ月の間を開けて2回の面接および参加観察	4家族
	在宅介護中1回の面接および参加観察	4家族

3) データ分析方法：グラウンデッド・セオリー法で定式化された分析方法に準じ、得られたデータを解釈しながらカテゴリー化した。さらにカテゴリー間の関係性を検討し、最終的に家族の受け入れプロセスの全体的な構造を明らかにした。分析では特に、

例えば訪問看護や訪問介護を受けていたが、それを途中で中止した例、また反対に最初は受け入れられなかったが、途中から訪問介護を導入していった例などに着目し、外部資源利用の変化に焦点を当てて分析を行った。

4) 倫理的配慮：参加家族は本研究の主旨と方法を説明し、高齢者および家族代表者の同意の得られたものとした。研究参加の辞退はいつでもでき、またそうしたことで不利益を被ることはないと言明をもって伝えた。得られた情報は本研究のみに使用し、名前はすべて匿名として扱った。また、希望者に本研究の結果を報告することとした。

・ 研究結果

1. 研究参加家族の概要

1) 高齢者の特徴

医療的ケアの対象となった高齢者は16名中、男性11名、女性5名であった。年齢は59歳～87歳で平均年齢77.00 (SD 5.13) 歳、原疾患は、胃癌、肺癌、膵臓癌などの悪性疾患が7名、ALS、進行性核上麻痺などの神経難病が4名、脳梗塞3名、肺炎1名、肺繊維症1名であった。公的介護保険制度における要介護度は、5が7名、4が4名、3が3名、1が3名であり、要介護度の高い者が多かった。また、14名中3名に意識障害が、3名にコミュニケーション障害があった。必要な医療的ケアは、胃ろうが8名と最も多く、次に吸引7名、IVH3名、人工呼吸器2名、皮膚ろう処置1名、褥創処置1名、気管カニューレの管理1名であった。

家族構成は配偶者との2人暮らしが8名と最も多く、子家族との同居が4名、子との2人暮らしが3名、一人暮らし1名であった。一人暮らしの1名は、隣接して子ども家族が居住しており日中は子ども宅で過ごすなど、頻りに子ども宅と自宅を往来していた。配偶者との2人暮らししている高齢者7名のうち、4名は別居子が定期的に親元を訪れ、在宅療養の援助を行っていた。残る3名は、子どもがいないか、あっても在宅療養のための援助を子からは受けず、配偶者と2人で生活および在宅療養を完結させていた。

外部資源の利用状況は、16名全てが訪問看護を受けており、訪問診療を受ける者が15名、訪問介護が11名であった。また、訪問入浴介護が6名、有償ボランティアによる訪問介護が2名、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、訪問マッサージがそれぞれ1名ずつであった。福祉用具の貸与は16名すべてで利用されていた。(表2,表3参照)

表 2 . 高齢者の特徴-1

性別	男性 11 名	女性 5 名
年齢	59 - 87 歳	平均 77.00(SD=5.13)
原疾患	悪性疾患	7 名
	神経難病	4 名
	脳梗塞	3 名
	肺炎	1 名
	肺繊維症	1 名
要介護度	5	7 名
	4	4 名
	3	2 名
	1	3 名
意識障害	3 名	
コミュニケーション障害	3 名	
医療的ケア	胃ろう	8 名
	IVH	3 名
	吸引	7 名
	人工呼吸器	2 名
	皮膚ろう処置	1 名
	褥創処置	1 名
	気管カニューレの管理	1 名

表3 . 高齢者の特徴-2

家族構成	配偶者との二人暮らし	8名
	子の定期的訪問	有 無 (3名)
		(4名)
	子との二人暮らし	3名 (どれも娘)
	子家族との同居	4名
	息子夫婦と3人	1名
	娘家族と5人	2名
	娘家族と6人	1名
	一人暮らし	1名
	外部資源の利用 (初回面接時とする)	訪問看護
訪問診療		15名
訪問介護		11名
訪問入浴介護		6名
訪問リハビリテーション		1名
通所介護		1名
通所リハビリテーション		1名
短期入所療養介護		1名
有償ボランティアによる		2名
訪問介護		
訪問マッサージ		1名
福祉用具の貸与		16名

2) 情報提供者と主介護者の特徴

本研究の情報提供者は、各参加家族の中で、在宅介護状況が見渡せている者1名以上とした。結果、情報提供者が2名であったのが2家族、4名であったのが1家族で、残る13家族からは1名の情報提供者が得られた。中でも主に情報提供を受けた16名(各家族1名)について見てみると、9名が実の娘、4名が妻、1名が夫、1名が嫁であった。14名中、14名が主に高齢者の介護に当たる主介護者であった。残る2名は、主介護者を補助する家族員であったが、在宅療養に関する発言権を持ち合わせており、外部資源の活用状況について熟知している者と判断された。

主たる介護者は、2名をのぞいて14名が高齢者と同居しており、その高齢者との続柄は、夫1名、嫁2名、娘7名、妻6名であった。うち、1名のみ在宅ワークの仕事を持っていた。嫁および娘は40歳代～50歳代で、子どものいる場合、その子ども等は高校生以上であった。夫、妻の配偶者には、60歳代から80歳代の者も含まれた。(表4参照)

表4．情報提供者および主介護者の特徴

情報提供者数	2名	2家族
	4名	1家族
	1名	13家族
主情報提供者の高齢者との続柄	娘	9名
	妻	5名
	夫	1名
	嫁	1名
主介護者の高齢者との続柄	娘	7名
	妻	6名
	夫	1名
	嫁	2名
主介護者のその他の特徴		
有職者	1名	
就学中の子どもを有する者	4名	
続柄が娘または嫁の年齢	40歳～50歳代	
続柄が配偶者の年齢	60歳～80歳代	

2. データ分析結果

1) 医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族の外部資源活用プロセスの全体的構造

データ分析の結果、医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族（以下、介護家族と略す）の外部資源活用プロセスは、《外部資源利用を調整し家族員にとって「心地よい」生活パターンの構築・維持を模索するプロセス》として明確化された。

それまで高齢者の在宅介護なしに構築されていた介護家族の生活は、在宅介護によって混乱した。生活の混乱は、食事、睡眠などの家族員の日常生活上の事柄の時間的な序列と様式の混乱として現れた。この在宅介護に伴う生活の混乱は、高齢者の状態（例えば高齢者の睡眠パターンが昼夜逆転するなど）や必要なケア（定期的な胃ろうからの経管栄養を行うなど）といった高齢者側の要因と、外部資源利用に関わる要因により生じ、これは家族員によって、家族生活の「心地悪さ」として体験された。

家族は家族生活パターンの混乱による家族生活の「心地悪さ」の状態から、外部資源利用度を調整して家族員にとって最も「心地よい」生活のパターン化に向かって不断の模索を続けることが明らかとなった。外部資源利用度とは、家族が外部資源利用に向かう強さであり、この大きさは家族員の「自分たちではできないという自覚」の明確さ、「外部資源利用に伴う心地悪さ」によって調整された（図1参照）。家族は自分たちではできないという自覚を強く持つほど、また外部資源の利用に伴う心地悪さが小さいほど、外部資源利用に傾き（図中A）、自分たちではできないという自覚が小さいほど、また外部資源利用に伴う心地悪さが強いほど、外部資源を排除する方向に傾いた（図中B）。通常、家族の自分たちではできないという自覚の方が優位であり、その自覚が強いほど外部資源利用に伴う心地悪さは後退し、家族は外部資源を利用して高齢者の状態や必要なケアの導入から起こる生活の混乱を治める方向にむかった。一方、自分たちではできないという自覚が強いのに外部資源利用に伴う心地悪さが多く残る場合、家族は外部資源利用することに葛藤を生じその利用は停滞した。また一方で家族はそのような利用しない状況に苦痛を強めた。

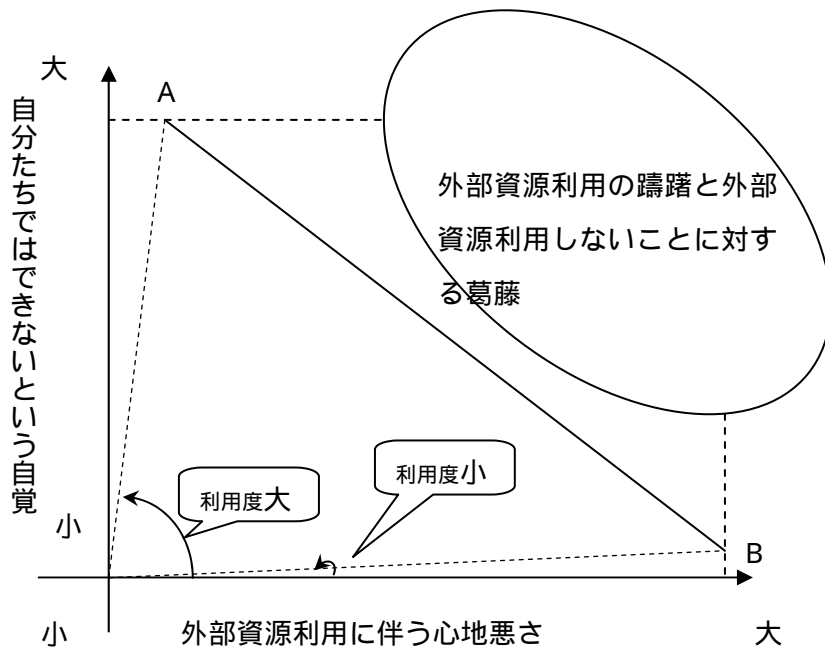


図1. 外部資源利用度の調整とその要因

表5. 外部資源利用度と2要因

外部資源利用	小	小	大	葛藤による停滞
自分たちではできないという自覚	小	小	大	大
外部資源利用に伴う心地悪さ	小	大	小	大

<自分たちではできないという自覚>と<外部資源利用に伴う心地悪さ>という2要因それぞれの度合いは、家族によっても、また同一家族でもその時の状況によって異なった。家族が高齢者に必要なケアを「自分たちではできない」と自覚するその時々
の度合いは、[ケア内容]の評価とそれに対する[対応力]の評価が付きあわされて決定されると分析された。また、「外部資源利用に伴う心地悪さ」の度合いは、[生活をさらけ出すことに対する羞恥心] [家族がケアすべきだという信念] [生活を他者に

コントロールされることに対する苦痛] という3要因の総和によって決定されると分析された。

表6. 外部資源利用の決定に関わる要因

外部資源利用度決定に関わる要因	自分たちではできないという自覚	外部資源利用に伴う心地悪さ
	「ケア内容」の評価	生活をさらけ出すことに対する羞恥心
	ケアの新規性	生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛
	ケアの生命関与性	家族がケアすべきだという信念との葛藤
	ケアによる家族員のニーズ浸食度	
	「対応力」の評価	
	ケア力	
	家族介護者の体力	
	家族介護者の知識獲得力	
	家族介護者の技術力	
	ケア予備力	

外部資源利用にたいする葛藤からその利用に停滞が生じている場合、家族は自らいくつかの方略を用いて外部資源利用に伴う心地悪さを解消し、外部資源利用を実現しつつ、家族員にとって「心地よい」生活パターンの構築・維持を目指すことが明らかとなった。その方略には、[外部資源の家族文化への統合を図る] [外部資源利用に大義名分を与える] [割り切る] ことが含まれた。これらの方略とれない場合、あるいはこれらの方略を用いても外部資源利用に伴う心地悪さを解消できない場合、家族は必要性があるにも関わらず、外部資源を排除した。

以下では外部資源利用度に影響を及ぼすと考えられた上記の2要因と、外部資源利用上で生じる葛藤を解消する家族の方略について報告する。

2) 外部資源利用決定に関わる要因

自分たちではできないという自覚とその条件

個々のケアについて外部資源提供者が外部資源提供を必要と評価しても、家族自らがそのケアを外部資源に委譲する必要性、すなわち「自分たちではできない(手に負えない)」という認識を持たない場合には、家族は外部資源を活用しないことの方が家族員の心地よい生活には必要と判断した。家族は高齢者の在宅療養に伴って成されなくてはならないケア内容について、自分たちで担える部分とそうでない部分を識別し

た。この識別を家族は[ケア内容の評価]と、[対応力の評価]をつきあせて行った。[ケア内容の評価]には“ケア内容の新規性”評価、“ケア内容の生命関与性”評価、および“ケアによる家族員のニーズ浸食度”評価が含まれた。“ケア内容の新規性”評価とは、そのケアにはどれくらい新しい知識と技術が必要かという見積もりであった。“ケア内容の生命関与性”評価とは、そのケアを行うことがケアを受ける高齢者の生命をどのくらい左右するものであるかの見積もりであった。“ケアによる家族員のニーズ浸食度”評価とは、そのケアを行うことで家族員の活動や休息がどのくらい制限されるかという評価であり、ケアに費やす労力と時間、およびケアの必要なタイミングが家族員全体の生活に照らし合わせて検討された。家族は、ケア内容の新規性が高いと見積もるほど、ケア内容の生命関与性が高いと見積もるほど、またケアによる家族員のニーズ浸食度が高いと見積もるほど、そのケアを「自分たちではできない」と捉えていた。また、これら「ケア内容」の3側面からの評価は、その時々で変化した。“ケア内容の新規性”評価は時間の経過と共に介護経験が深まるにつれて低まった。“ケア内容の生命関与性”評価は、高齢者の身体状況の安定とともに低まり、介護体験を通して家族がそのケアに対して熟練してくるにともなって「自分たちではできない」という判断に対するその影響力は低下した。“ケアによる家族員ニーズの浸食度”は入院中、高齢者の在宅療養が予測される段階では、具体的には定かでない。家族はその段階からその浸食度に関して「とりあえずの見積もり」をとり、外部資源利用の内容を決定して在宅介護をスタートした。家族はこのとりあえずの見積もりを、過大に評価する場合、過小に評価する場合があったが、ケアを生活に組み込んだ在宅介護を実体験しながら、家族員の活動と休息がどの程度制限されるのかを評価し自分たちでできるケアとできないケアを識別しなおした。

ところで、高齢者の在宅療養に伴い必要となるケアはその内容から、疾患あるいは病態に方向付けられた[医療的ケア]とそれ以外の日常生活に方向付けられた[生活的ケア]に分けられた。¹[医療的ケア]では、“ケア内容の新規性”、“ケア内容の生命関与性”の評価は高く見積もられ、特に在宅介護初期にその傾向は顕著であった。したがって、在宅介護初期に[医療的ケア]は[生活的ケア]と比較して容易に外部資源に任せられる傾向があった。一方、[生活的ケア]は“ケア内容の新規性”、“ケア内容の生命関与性”ともに低く見積もられる傾向があり、在宅介護初期には受け入れられない傾向があった。“ケア内容の新規性”評価は時間の経過と共に低くなり、また“ケアの生命関与性”評価は体験を通じたケアの熟練と共に自分たちでできる、できないという判断に対する影響力は弱まる(生命関与性の高いケアでも、習熟すればで

¹[医療的ケア]とはp2.で定義したように、医師の管理のもとで基本的な注意点と手順を守って行うのであれば危険性や困難性はさほどなく、医療スタッフでなくても習得できるケアであり、吸引、吸入器の管理、在宅酸素の処置、経管栄養の管理、尿カテーテルの管理および人工肛門の管理などが含まれた。[生活的ケア]とは、食事、排泄、清潔など日常生活行動に関するケアであった。

きると感じられる)ため、一定期間がすぎると「自分たちではできない」程度は、[医療的ケア][生活的ケア]ともに“ ケアによる家族員のニーズ浸食度 “ から見積もられる傾向が増大した。

表7 .「ケア内容」評価の3側面

「ケア内容」評価の3側面	意味	変化とその要因	医療的ケアと生活的ケアでの違い
ケア内容の新規性	家族にとってそのケアが新しい知識と技術を必要とするものであると認識される程度	体験することにより低まる	医療的ケア 生活的ケア
ケア内容の生命関与性	そのケアを行うことがケアを受ける高齢者の生命を敏感に左右するものであると認識される程度	高齢者の身体状況の安定と伴に低まる ケアの熟練と伴にその影響は低まる	医療的ケア 生活的ケア
ケアによる家族員ニーズの浸食度	そのケアを行うことで家族員の活動や休息が制限されると認識される程度	ケアの実体験を通して見直される	医療的ケアと生活的ケアという分類では違いがない

[対応力]評価とは、ケア内容の評価に対する家族の対応力であり、 家族介護者の体力、 家族介護者の知識獲得力、 家族介護者の技術力 からなる“ ケア力 ”と、“ ケア予備力 ”が含まれた。 家族介護者の体力 とは、家族介護者がそのケアに耐えうる体力を有していると認識される程度であった。 家族介護者の知識獲得力 とは、家族介護者がそのケアを遂行するために学習しようとする意欲が感じられる程度であった。

家族介護者の技術力 とは、家族介護者が有しているそのケアを操る力があると認識される程度であった。在宅介護をしてゆく気持ちの強い介護者の知識獲得力は大きかった。“ ケア予備力 ”とは、高齢者の病状が悪化しケアの生命関与性が高まった場合に、すぐみってくれる病院とのつながりが前もってあるなど、家族の手に負えなくなる「もしも」の時に対応してくれる予備的うしろだてがあると感じられる程度であった。

「自分たちではできない」という自覚は、「ケア内容」の評価に対し「対応力」が上回ると評価される場合には低く、家族は外部資源を利用しないことが心地よい状態を作ると判断した。「ケア内容」の評価に対し、「対応力」が下回ると評価される場合には、「自分たちではできない」という自覚は大きくなり、家族は外部資源を利用する

ことにより生活の混乱を収め家族の心地よい生活を維持・構築しようとする傾向を強めた。

外部資源利用に伴う心地悪さ

外部資源を利用することに伴う家族の「心地悪さ」は、[生活をさらけ出すことに対する羞恥心]、[生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛]、「家族がケアすべきという信念との葛藤」という3要因から構成された。これら3要因の程度が多きいほど、外部資源利用に伴う心地悪さは増大し、小さくなるほど縮小した。また、[医療的ケア]と[生活的ケア]では外部資源利用に伴う心地悪さの程度には違いが見られ、この違いはこれら3要因の程度から説明された。

生活をさらけ出すことに対する羞恥心

家族にとって、自宅は通常家族以外の他者の進入を許さない占有領域(テリトリー)であり、家族員に他者の目(家族以外の他者)にさらされない「くつろぎ」の空間と時間を提供している。外部資源の利用は、そのテリトリーに他者の進入を許すことであり、侵入者に通常は他者の目に触れることのない家族生活をさらすことを意味した。その程度に差はあるものの、家族はこの生活をさらすことに対して、羞恥心を示した。他者の目に触れないという前提のもとに生活の場を構築している場合(「散らかしている」)には、この羞恥心は大きく、もともと他者の出入りを前提に生活の場が構築されている場合には、この羞恥心は小さかった。また、外部資源提供者との「馴染み」の度合いによってもこの羞恥心は異なり、馴染むほどに生活をさらけ出すことに対する羞恥心は弱まった。さらに[生活的ケア]は、[医療的ケア]と比較して、例えば台所、洗濯もの干場など家族生活の場への侵入度が大きい場合が多く、さらけ出す生活は大きいため羞恥心による心地悪さは大きかった。

固有の生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛

生活スタイルとは、家族に属する成員が営む生活全体の様式であり、家族生活を構成する日常生活行動の時間的序列、その具体的で家族に個別な方略を含む概念であった。通常、生活スタイルは、家族のこのみ・こだわり・ルール of 統合体であり、家族に属する成員が意識的・無意識的な合意の上に、主体的に決定、変更を行っている。外部資源利用は、家族に外部から生活の時間的序列を変更すること、個別な日常生活行動の方略に変更を要請した。例えば、ある家族は午前中に外部資源が組み込まれることによって、それに対応するため通常午前中はゆっくり休息するという生活スタイルを変更せざるを得ない状況があった。また掃除や洗濯を外部資源に移譲する場合、それまで家族の微妙なこだわりのこもったその様式(例えば洗濯物の干し方など)を

維持することは困難となった。このように外部資源の利用は、主体的に営まれているそれぞれの家族に固有の生活スタイルが外部からコントロールされることを意味し、そのことが家族員に精神的な苦痛を生じさせていた。この生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛の程度は、「外部資源提供の時間的・方略的融通性」によって左右された。

この生活スタイルの外部コントロールに伴う苦痛は、[医療的ケア]と比較して[生活的ケア]で強く認識された。これは[生活的ケア]の外部資源への委譲が、日常生活の時間的序列を乱すだけでなく、まさに家族が長期間の経験から築いてきた「好み」「こだわり」「ルール」の統合体としての生活スタイルを変更にさらすことであるためであった。一方[医療的ケア]は家族にとって日常生活に新規に参入する事柄であり、外部資源提供者がコントロールの所有権を持つと認識されることによるものと分析された。しかしながら、初期には外部資源提供者がコントロール権を所有すると認識される[医療的ケア]も、家族が在宅で経験を積み重ねることにより、次第に医療的な合理性を保ちつつも、家族の生活上の合理性や「好み」「こだわり」に加工され、そのコントロール権は家族に移行した（家族のケアの方法に外部資源提供者が従うことを求める）。そのため、在宅介護の経験を積んだ家族は、医療サービス提供者が自身の裁量で家族文化に加工されたケアスタイルに反するケアを提供しようとする際には、そのケアを排除する方向に傾いた。

家族がケアすべきという信念との葛藤

外部資源利用に伴う心地悪さは、[家族がケアすべきという信念]を源泉とする場合もあった。すなわちこの信念が大きいほど、家族は外部資源を利用することに対して罪の意識を感じ葛藤した。例えば日曜日に外部資源を利用するある家族は、家族が自宅にいるのに外部資源にケアを任せることに罪悪感という居心地悪さを感じていた。[家族がケアすべきという信念]は、家族のこれまでの関係性や価値（伝統的規範への重み付け）によって異なった。また、この信念は高齢者の予後や医療依存度に影響された。例えば介護する高齢者が悪性疾患で、その残りの人生がもはや短いであろうと理解される場合には、家族がケアすべきという信念は強く保たれ、外部資源にケアを移譲することへの抵抗感へと傾いた。この信念は、[生活的ケア]で大きく、[医療的ケア]では小さく、それにともない外部資源を利用することに対する心地悪さも[生活的ケア]で大きく[医療的ケア]で小さかった。[医療的ケア]と[生活ケア]という両者の間のこの相違は、[生活的ケア]が通常家族が営む日常生活の領域に属するのに比較して、[医療的ケア]が通常は医療に属しその専門的知識と技術を有する専門家によって担われるものだという通念によるものと分析された。

3) 葛藤を解消し外部資源利用に向かう家族の方略

家族は「自分たちではできない」という認識が高いのに、「外部資源利用に伴う心地悪さ」が大きい場合、外部資源利用を停滞させつつその状況に葛藤していることが明らかとなった。このような葛藤状況にある家族は、自ら次に見るような方略を用いて外部資源利用に伴う心地悪さを解消し、外部資源利用を実現しつつ、家族員にとって最大限に「心地よい」生活パターンの構築・維持に向かっていた。

外部資源の家族文化への統合化を図ってコントロール感を奪還する

家族は[生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛]に対し、自分たちの生活スタイルを理解し、その微妙な「好みや」「こだわり」「ルール」からなる様式に同調してもらうことを要求として伝えたり、理解し同調してもらえる外部資源提供者を厳選したりすることにより対処した。すなわち[外部資源の家族文化への統合化]とは、要望を伝えたり、要望をかなえてくれる外部資源提供者を厳選したりすることにより、家族が自分たちの生活様式に合わせて外部資源提供の様式を変化させることであり、これにより家族は自分たちの生活に対するコントロール感を再獲得した。

しかしこの方略は、時として家族の「円満な人間関係」への重み付けから差し控えられる場合があった。「お世話になっている」という思いが強い相手、より専門な知識と技術を有していると考える職種に対して、家族は自分たちの要望を伝えることが相手の機嫌を損ねるのではないかと危惧し、伝え加減を控えめに調整した。この方略をとれない場合には、家族は生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛を克服することができず、結果的に外部資源利用に伴う心地悪さに苦しんだ。

外部資源利用に大義名分を与えて罪悪感を中和する

「家族がケアすべき」という信念と葛藤する家族は、外部資源利用にそのよりどころとなる正当な理由づけ(大義名分)を与えることにより罪悪感を中和し、外部資源利用に伴う心地悪さを解消した。外部資源利用に大義名分を与えることは、たとえば外部資源提供業者を高齢者中心に厳選することにより達成された。本人が楽しみにして外部資源提供者を待つ、外部資源提供者が親切である、こまやかである、ていねいであるということは、家族に外部資源を利用することに対する正当な理由付けを与え、外部資源利用に伴う罪悪感の中和に役立った。

割り切ることにより羞恥心・家族が介護すべきと言う信念・家族文化を守りきれないことを振り切る

「割り切る」とは、生活を他者にさらけ出すことに対する羞恥心や、家族がケアすべきという信念との葛藤、家族文化を守りきれないことに対する葛藤を、それはそれ

で良しと割り切り、受け入れることであった。家族が「自分たちではできない」とより明確に評価する場合には、家族はこの「割り切り」により外部資源利用に伴う心地悪さに対処して、外部資源利用を受け入れる場合があった。

. 考察

以上のような分析結果を踏まえ、医療依存度の高い要介護高齢者を在宅介護する家族が、外部資源を効果的に組み合わせて活用し、家族全体の安寧を保ちながら在宅介護を継続してゆくためにはどのような支援が必要であるかを考察する。

1. 時節を捉えた外部資源提供の必要性

医療的ケアを必要としながら在宅療養に移行する高齢者を在宅介護することに向かう家族は、看護師、社会福祉士やケア・マネージャーなど外部の支援者から外部資源利用を勧められても、結局はその利用を拒否したり、必要とは思いつつも利用に踏み切れないでいたりするものが認められた。しかし、そのような家族でも時間の経過とともに外部資源の利用に向かう場合もあった。また一旦利用を受け入れて、その後に利用を中断する場合もあった。在宅介護を支援していく上では、時節を捉えた外部資源の提供が必要であると考えられる。本研究では、このような家族の外部資源の活用状況の変化は、在宅療養に移行する高齢者が必要とするそのケアに関して家族が自分たちではできないと自覚する程度と、外部資源利用に伴って生じる心地悪さの程度のコンビネーションによって説明される可能性が示された。さらに外部資源活用に関わるこれら2要因の程度を決定づけている下位の要因が見いだされた。今回明らかとなったこれら2要因とその2要因の程度を決定付けている下位の要因は、家族が外部資源利用に傾くタイミングをつかんで外部資源提供をするための、指標として活用してゆける可能性が示唆される。

すなわち、そのケアについて家族がどれほどそのケアについての自分たちではできないと判断しているのか、それに対して家族は外部資源利用についてどれだけ苦痛を感じているのかを突き合わせることによる、家族の外部資源利用可能性アセスメントが考えられる。その具体的なアセスメントとそのアセスメントに基づいた支援は、次のようなステップで行えよう。家族がどれほど自分たちではできないと判断しているのかを、そのケアの内容を家族がどのように捉えているのか、そしてそのケア内容にどれだけ自分たちで対応してゆけると考えているのかということから評価する。家族がそのケア内容をどのように捉えているのかは、そのケアが家族にとってどれだけ新しい知識と技術を要するものだと捉えられているのか、そのケアが高齢者の生命を左右するとどれだけ捉えられているのか、そしてそのケアを自分たちが行うことによって家族員の活動や休息がどれほど妨げられると捉えているのか、という3側面から

アセスメントする。また家族が自分たちの対処力をどのようにとらえているのかを、家族介護者の体力、家族介護者の知識獲得力、家族介護者の技術力と、外部から提供されるケア予備力の可能性にたいする家族の評価という視点から多角的にとらえてゆく。一方、家族が外部資源利用についてどれだけの苦痛を感じているのかを、生活をさらけ出すことに対する羞恥心、生活をコントロールされることに対する苦痛、家族が介護すべきという信念との葛藤という側面から評価する。そしてこれらの評価から、家族が自分たちではできないと感じている程度と、外部資源活用に伴う心地悪さを感じている程度をアセスメントし、家族は外部資源活用に傾いているのか、外部資源を活用しない方向に傾いているのかを判断して適宜外部資源の活用を家族に提案してゆく。家族が自分たちで行えると判断している場合には、その後の状況の変化を予測しつつ家族に任せて経過を見る。自分たちではできないと判断しており、外部資源活用に伴う心地悪さのない場合には、積極的に外部資源を提案する。家族が自分たちではできないと判断しているのに、外部資源活用に心地悪さを感じている場合には、まず積極的にその心地悪さを解消するように働きかける。

ところで、ケアが導入される初期にはこれら2要因とその下位の要因のうち、ケア内容の新規性、生命関与性の高さから、医療的ケアは導入されやすく、生活的ケアは受け入れられにくい傾向があると分析された。一方、初期には拒否されやすい生活的ケアも、その後ケアが生活に組み込まれ体験される中で、実際家族員の活動や休息をどのくらい制限するのかという視点から再評価されることにより、外部資源利用に傾く可能性に開かれていることが示唆された。このことは、外部資源活用を拒否する介護家族の場合でも、介護家族を継続的にフォローしていく事の必要性を示している。またこの傾向は、それら家族の外部資源利用のタイミングをつかむ際の参考ともなるだろう。

2. 対応力の強化を図る必要性

介護家族は、必要となるケアの新規性、生命関与性、そのケアによる家族員のニーズの侵食度と比較して、それにたいする対応力が大きいと評価する場合、外部資源を利用しないことが家族にとって心地よい状態を作る上で必要と判断した。一方、必要となるケアの新規性、生命関与性、そのケアによる家族員のニーズ侵食度に比較して、それに対する対応力が小さいと認識する場合、家族は外部資源を利用することのほうが、高齢者の在宅介護から生じる生活の混乱を抑えて心地よい状態を作るうえで必要と判断し、外部資源利用に傾いた。しかしながら、外部資源の利用は必要となるケアから生じる生活混乱を収める手段として効果が期待される一方で、家族は外部資源利用に伴う心地悪さ(生活をさらけ出すこと、生活スタイルをコントロールされること、外部資源利用することに対する罪悪感が生じること)の危険性を有している。介護家

族を支援する専門職は、必要とされる外部資源を提供する一方で、家族が自分たちでケアをしてゆくことができるよう、その対応力を強化してゆくような関わりも必要であると考えられる。すなわち、家族介護者の健康を維持・増進するような援助、家族介護者のケアに向かう意欲を高めるような援助、ケア技術習得への援助、さらに家族がもしも対応できない場合に頼れる場所があるという安心感を得られるような、後ろ盾を保障する援助が必要である。

3. 外部資源利用に伴う心地悪さを軽減する支援の重要性

本研究では、家族が外部資源利用に向かう強さを意味する〈外部資源利用度〉は、家族が自分たちでそのケアを行うことができるかどうかという判断とともに、外部資源利用に伴う心地悪さが大きく影響していることが露となった。また、じぶんたちではできないと感じているのに、外部資源利用に伴う心地悪さから外部資源利用に踏み切れず、家族はその状況に苦悩していることも浮き彫りとなった。これらの結果は、在宅介護を支援する上で外部資源利用に伴う家族の心地悪さが最小限にとどまるよう援助することの重要性を強調するものと考えられる。

また本研究では、外部資源利用に伴う心地悪さは[生活をさらけ出すことによる羞恥心]、[生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛]、[家族がケアすべきだという信念との葛藤]を内容とすることが明らかとなった。このことから、外部資源利用に伴う心地悪さを軽減する上で、必要と考えられる3つの支援方法が挙げられた。

第一に、家族の羞恥心を認めプライバシーを守る関わりが挙げられた。家族のプライバシーを遵守することは、在宅サービス提供者にとって守られるべき倫理である。本研究ではこの一方でプライバシーを守ることが、家族が必要に応じて外部資源を活用してゆく上でも重要な役割を果たすことが確認された。家族は通常は他人の目に触れることのない生活をさらすことに羞恥心を感じ、その羞恥心から必要時にも外部資源利用に踏み切れない状況があった。外部資源提供者は、家族のそのような羞恥心を認め、極力プライバシーを守るよう行動することが重要であろう。また、家族のこの羞恥心は、新しく出会う外部資源提供者に対しては大きくなり、慣れ親しむにしたがって弱まると分析された。従って外部資源提供は、できる限り同一人物が継続的に関わる必要があると考えられるが、実際にはそうでない場合も多かった。中でも介護専門職は、業者の中には外部資源を提供する担当者の交代が多く、同一の担当者が定着して生活的ケアに関わってゆけるよう、外部資源提供体制の見直しが必要であると考えられた。また、家族は生活をさらけ出すことに対し、それはそれで良しと割り切ることによってそれに伴う羞恥心を克服することも明らかとなった。この割り切りは、どうにもならないことに対する家族の一種の諦めでもあった。外部資源提供者はそれを理解し、さらけ出すことが苦痛とならない親しい関係づくりに努めることも肝要で

ある。

第二に、家族がコントロール感を持てるような援助が必要である。家族は外部資源を利用により、生活の時間的序列と個別な日常生活行動の方略を変更することを余儀なくされる状況、すなわちコントロール感を奪われることに苦痛を感じていた。家族はこの苦痛から、外部資源の利用を躊躇したり拒んだりする状況があった。その一方で、このように外部資源の利用を躊躇あるいは拒否する家族の中には、外部資源利用を押し進められないことにも苦痛を感じるというアンビバレントな状態に陥っているものもあった。本研究では生活スタイルをコントロールされることに対する家族員の苦痛の程度は、外部資源提供の時間枠をどれだけ家族の生活スタイルに合わせて柔軟に設定できるか、外部資源提供の方略をいかに家族の生活スタイルに合わせて柔軟にアレンジできるかという融通性によって増減することも明らかとなった。これらの結果は、家族が自分たちの生活に対するコントロール感を持って、効果的に外部資源を活用してゆくことができるよう、外部資源提供者には家族の生活スタイルに柔軟に対応できる時間的・方略的融通性が強く望まれることを示している。また、家族は外部資源の利用によって侵害されやすい生活スタイルのコントロール感を、みずから要望を伝えたり、要望のかなう外部資源提供者を厳選したりすることにより取り戻そうと努力していることが明確化された。しかし一方で、円満な人間関係への重み付けから家族は要望を伝えたり、要望のかなう外部資源提供者を自ら厳選したりすることを躊躇し、生活スタイルのコントロール感を取り戻すことができない場合のあることも明らかとなった。在宅介護を支援する援助専門職は、そのような要望の伝えにくさのあることを認識し、先だって家族の微妙な「好み」や「こだわり」「ルール」を敏感に捉え、それに合わせてケアを組み立ててゆくことも必要であろう。

第三に、家族の外部資源利用に伴う罪悪感を軽減する援助が挙げられる。本研究では、家族は多かれ少なかれ、「家族が介護すべき」という日本の伝統的な規範の影響下にあり、外部資源利用をすることに家族は罪悪感を覚えていることが確認された。また、そのような罪悪感を克服し、外部資源を有効に活用していくためには、家族が外部資源を利用することに対する「大義名分」が必要であることも明らかとなった。在宅介護を支援する専門職は、家族がそのような罪悪感から外部資源利用を躊躇している場合には、家族が外部資源利用を意味付けられるよう援助することも必要であろう。また、高齢者本人が楽しみにしてサービスを待つ、外部資源提供者が親切である、こまやかである、丁寧であるという評価基準から高齢者中心に外部資源を厳選することは、家族にとってそうした罪悪感を軽減するという意味も持つことも考慮して支援方法を検討することも必要であるだろう。

以上に提案された支援方法は、[医療的ケア]と[生活的ケア]の両者において重要であると考えられた。しかし、日常生活への侵入度の高さから[生活的ケア]は、より生

活をさらけ出すことに対する羞恥心、生活スタイルをコントロールされることに対する苦痛が大きく、またそれが日常生活領域に属する事柄で、専門的知識や技術の必要性が低いと認識されるケアであることから、家族が行うべきという信念との葛藤も大きくなり、外部資源利用が進みにくい状況のあることが明らかとなった。外部資源活用を効果的に進めていく上で、[生活的ケア]ではより上記に述べたような支援方法を活用してゆくことが重要であると推測される。

・ 研究の限界と課題

本研究から導き出された外部資源活用に関するモデルは、理論的飽和にいたっているとは言いがたい。例えば本研究では、外部資源活用に伴う費用的問題や家族にとって生活の混乱を収めるという以外の外部資源利用に伴う利点、そしてそれらが外部資源活用にどのように影響するのかが明らかにされなかった。今後さらに対象家族を増やし比較分析を進めて、より理論的飽和度の高いモデルにしてゆく必要がある。

本研究で明らかとなった結果は、提供のタイミングをアセスメントして行く際の指標としての利用可能性を秘めている。今後、より理論的飽和度の高いモデルの構築を目指すとともに、外部資源提供のタイミングをつかむための妥当性の高いアセスメントツールを開発して行くことを課題としたい。

・ まとめ

医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族の外部資源活用プロセスは、《外部資源利用を調整し家族員にとって「心地よい」生活パターンの構築・維持を模索するプロセス》として明確化された。家族が外部資源の活用に向かう強さである外部資源利用度は、自分たちではできないという自覚の明確さ、外部資源利用に伴う心地悪さによって調整された。自分たちではできないという自覚の持ちようは、ケアの新規性、ケアの生命関与性、ケアによる家族員のニーズ侵食度というケア内容の評価と、対応力によって調整された。外部資源利用に伴う心地悪さの度合いは、生活をさらけ出すことに対する羞恥心、家族がケアすべきだという信念、生活を他者にコントロールされることに対する苦痛という3要因の総和によって決定された。自分たちではできないと自覚を強める家族は、心地よい生活パターンの構築・維持を求めて外部資源利用に傾くが、外部資源に伴う心地悪さが大きい場合、外部資源利用に踏み切れず家族は葛藤を強めていた。このような家族は、外部資源の家族文化への統合を図る、外部資源利用に大義名分を与える、割り切るという方略を用いて外部資源利用に伴う心地悪さを軽減して、外部資源利用を実現しつつ、家族員にとって「心地よい」生活パターンの維持・構築を目指すことが明らかとなった。

本研究の分析より、次のような考察が得られた。

1 . 時節を捉えた外部資源提供の必要性

本研究で明らかとなった結果は、提供のタイミングをアセスメントして行く際の指標としての利用可能性を秘めており、今後さらに検討が必要である。

2 . 家族の対応力の強化を図る必要性

家族介護者の健康を維持・増進するような援助、家族介護者のケアに向かう意欲を高めるような援助、ケア技術習得への援助、さらに家族がもしも対応できない場合に頼れるよう、後ろ盾を保障する援助が必要である。

3 . 外部資源利用に伴う心地悪さを軽減することの重要性

1) 家族の羞恥心を認め軽減するために、プライバシーを守ることが重要であり、同一提供者が関われるような外部資源提供体制の見直しおよび、親しい人間関係の構築の必要性がある。

2) 家族が生活に対するコントロール感を持てるよう、家族の生活スタイルに柔軟に対応できる時間的・方略的融通性のある提供体制の構築が必要であり、また家族の「好み」「こだわり」「ルール」を察知し、それに合わせてケアを組み立てられることが重要である。

3) 家族の外部資源利用に伴う罪悪感を軽減する上で、家族が外部資源利用を意味付けられるよう支援すること、高齢者中心のケア提供を行うことが必要である。

本研究で明らかとなった医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族の外部資源活用プロセスのモデルは、理論的飽和に至っているとは言い難く、今後さらに対象家族を増やし比較分析を進め、より理論的飽和度の高いモデルにしていくことが課題として残された。それとともに、外部資源提供のタイミングをアセスメントする妥当性のある指標作りも課題である。

謝辞

本研究に助成いただいた勇美記念財団に心よりお礼を申し上げます。また、データ収集にご協力いただいたご家族の皆様、関係施設の皆様にも心より感謝申し上げます。