

短 報

脳血管障害患者に対し，負の影響を与える家族の行動及び言動

—作業療法士の視点から捉える—

路川実代子^{†1,2}，錦古里美和¹，立山清美³，日垣一男³

¹大阪府立大学大学院総合リハビリテーション研究科博士前期課程

583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-10

²市立岸和田市民病院 リハビリテーション科

596-8501 大阪府岸和田市額原町1001

³大阪府立大学総合リハビリテーション学部

583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-10

受付: 2011年4月8日, 受理: 2011年11月30日

The speech and behavior of the family who has a negative influence against the patient : aspect from occupational therapist

Miyoko MICHIKAWA^{†1,2}, Miwa NISHIKORI¹, Kiyomi TATEYAMA³, and Kazuo HIGAKI³

¹Graduate school of Comprehensive Rehabilitation, Osaka Prefecture University, 3-7-30 Habikino, Habikino-City, Osaka 583-8555, Japan ; ² Kishiwada city Hospital, 1001gakahara, kishiwada-city Osaka 596-8501, Japan. ; ³ Department of Occupational therapy, Faculty of Comprehensive Rehabilitation, Osaka Prefecture University, 3-7-30 Habikino, Habukino - city, Osaka 583-8555, Japan.

Received April 8, 2011; accepted November 30, 2011

Key words : 家族の言動；家族教育

1 はじめに

筆者は臨床において，家族の患者に対する関りが時として患者に負の影響を与え，作業療法へのモチベーションを低下させるのではないかと，しばしば感じている。

そこで2008年に，身体障害領域を専門とする大阪府内勤務の作業療法士，100機関200名を対象に「脳血管障害を呈する患者のご家族がリハビリテーションに与える影響を，セラピストはどのように感じているか」と題したアンケート調査を実施した¹⁾。結果は，56機関107名より回答を得，90%以上の作業療法士が家族の影響を感じており，家族は患者に対して良い影響と悪い影響の両面を与えていると答えた。さらに，90%以上の作業療法士が家族支援の必要性を感じていることが明らかとなった。しかし，回答者の勤務する病院の多くは，家族支援に対する系統的な取り組みが行われておらず，筆者は今後さらにリハビリテーション場面における家族支援研究を行う必要性を感じた。

今回の研究では，前回の調査を踏まえ，家族が患者に与える負の影響に注目し「作業療法士は，家族のどのような行動及び言動が，患者のモチベーション低下をまねくと考えるのか」について調査し，患者の発症からの期間，年齢，続き柄，同居・別居の有無の観点から，その現状を明らかにするものである。

2 方法

1) 対象

- ・全国の身体障害領域に勤務する経験年数5年以上の作業療法士1000名
- ・資格所得年：1970年～2004年
- ・日本作業療法士協会の分類コードより，該当者を無作為抽出した。

2) 研究方法

- ・質問紙による調査研究とし，質問紙の配布及び回収は郵送とした。
- ・質問紙に回答する事によって，本研究に同意を得たものとした。

[†]連絡著者 E-mail : michikawami@yahoo.co.jp.

3) 質問紙の内容

まず、回答者の属性（性別／年齢／経験年数／勤務する都道府県とその人口規模）を訊ね、その後、作業療法進行の妨げとなったケースについて、主に記述方式にて回答してもらった。

- ・患者の発症からの経過
- ・患者の年齢
- ・患者に最も影響を与えた人物は、患者にとってどのような続柄であったのか
(例：父，母，義母，夫，妻，息子，娘など)
- ・記続柄との同居の有無
- ・家族のどのような関わり方や声掛けが、患者にどのように影響したのか

4) 分析方法

・質問紙に記載された家族の行動及び言動を列挙した後、KJ法を用いてカテゴリーデータとした。その際、信頼性・妥当性を高めるため、筆者を含む5名の作業療法士と共に行った。また家族の言動と、患者の年齢、影響を与えた続柄、住居形態の三項目それぞれを、 χ^2 検定(有意水準5%)を用いて検定をおこなった。

3 結果

1) 質問紙の回収状況及び回答者の属性

288名より回答を得た。回収率は、29%であった(退職等で郵便局から返送されたケースが8名いたため実際の対象者は992名)。その内訳は、性別では、男性101名、女性187名であった。経験年数では10年未満154名、15年未満73名、20年未満25名、25年未満17名、30年未満6名、その他13名であった。

2) 質問紙に記載された家族の行動及び言動のカテゴリー分類

事例は大カテゴリーとして、「否定」・「肯定」・「その他」に分類された。これら用語の定義であるが、「否定」は、「家族が直接的に患者に対して攻撃性や命令等の否定的発言を行った場合、または消極的な関り方を行った」事例である。事例数は86であった。「肯定」は、「患者に対し積極的な関りを持った」事例である。事例数は76であった。そして「その他」は、「家族自身の状態について記載された」事例、「患者に対してではなく第三者に対して発言した」事例を指す。事例数は43であった。

「否定」・「肯定」・「その他」の大カテゴリーから、それぞれの事例を検討し、さらに中カテゴリーとして分類した(表1参照)。以下で、中カテゴリーとその例について述べる。

「否定」からは以下①～④に分類された。

- ① 患者に対する叱責(例：「そんなことも出来ないの」「どうしてこんな簡単な問題を間違えるの」「努力が足りないから出来ない」「面倒くさがってやらない」)
- ② 感情の吐露(例：「頭がおかしくなった」「しゃべれないから何を言っているのか分からない」「こんなんじゃ家に帰っても大変」)
- ③ 非協力的・消極的(例：「手すりをつけたい、ベッドを置きたい」という患者の要望を聞き入れない。福祉用具をみて「これはいるものなの」)
- ④ 関らない(例：「施設に入ってほしい。自分たちは関らない」「家に連れて帰れない」)

「肯定」からは、以下⑤～⑦に分類された。

- ⑤ 励ましと期待(例：「もっと良くなって元気に歩けるようにならないと」「頑張ればよくなる」)
- ⑥ コーチ的な関わり(例：「先生はこうしなさいと言っているんだよ」と言い、正確な動作を行わせようとする。動作手順を家族が一つ一つ指摘する。)
- ⑦ 過保護・過介助(例：患者が出来ることも介助する。患者の言うことは何でも聞く。)

「その他」からは、以下⑧～⑪に分類された。

- ⑧ 感情のコントロールができない(例：患者が興奮して怒りだすと、妻も怒りだす。病状を理解できず、本人の訴えや辻褃の合わない言動に対し怒る。)
- ⑨ 非協力的・消極的(例：患者への関心が薄く、協力が得られない。家族が担当者会議に出席しない。)
- ⑩ 関らない(例：面会に来ない。連絡が取れない。)
- ⑪ 訓練(セラピスト)への干渉(「リハビリの時間が長すぎる、安静にしてほしい」毎日多くのリハビリを行うこと、リハビリ時に多くの内容を行うことを要求。)

表1 家族の言動についてのカテゴリー分け

大カテゴリー	中カテゴリー
否定 (事例数：86)	①患者に対する叱責
	②感情の吐露
	③非協力的・消極的
	④関らない
肯定 (事例数：76)	⑤励ましと期待
	⑥コーチ的な関わり
	⑦過保護・過介助
その他 (事例数：43)	⑧感情のコントロールができない
	⑨非協力的・消極的
	⑩関わらない
	⑪訓練(セラピスト)への干渉

表2 発症からの期間別の家族の行動および言動の事例数

	否定	肯定	その他
0.5 か月	5	4	3
1 か月	19	13	8
2 か月	8	9	2
3 か月	12	10	11
4 か月	6	4	3
5 か月	8	6	1
6 か月	10	7	4
7 か月	2	0	1
8 か月	2	2	1
10 か月	0	1	0
12 か月	2	3	2
13～18 か月	2	3	1
19～24 か月	3	1	1
25～36 か月	1	5	2
60 か月	1	0	0
72 か月	0	1	1

3) 患者の属性と家族言動との関連性

まず発症からの期間別に言動を分類すると、「否定」・「肯定」ともに1ヵ月に一番多く分布していた。次に多いのが3ヵ月であった。「その他」は3ヵ月が最も多く、次いで1ヵ月となった。また全体的にみると、「否定」・「肯定」・「その他」の大多数が、発症6ヵ月以内に分布していた。(表2)

次に、患者の年齢階層別に言動を分類すると、「否定」・「肯定」・「その他」ともに、70代が最も多く、二番目に60代であった。(表3)

次に、患者に最も影響を与えた人物の続柄を観察するために、続柄別に言動を分類した。結果は「否定」・「肯定」・「その他」ともに、妻が大多数であり、次いで「否定」では夫と娘が、「肯定」と「その他」では息子が多く、いずれも二親等内であった。(表4)

次に、同居・別居の有無に言動を分類すると、「否定」・「肯定」・「その他」ともに、同居が多数であった。(表5)

さらに「家族の言動(否定・肯定・その他)」は「患者の年齢別」「患者に影響を与える続柄別」「居住形態別」によって異なるかどうか、それぞれ χ^2 検定を用いて検定をおこなった。結果は、三項目とも有意差はみられなかった。

4 考察

患者の発症からの経過をみた場合、家族の言動が「否

表3 患者の年齢階層別と家族の行動および言動の事例数

	否定	肯定	その他
10 歳代	0	1	0
20 歳代	1	3	2
30 歳代	4	2	3
40 歳代	8	5	2
50 歳代	14	10	8
60 歳代	18	14	9
70 歳代	26	22	13
80 歳代	10	11	3
90 歳代	1	2	1

表4 患者に最も影響を与えた続柄別の家族の行動および言動の事例数

	否定	肯定	その他
妻	42	31	14
夫	11	14	5
娘	11	7	5
息子	7	7	10
母	5	7	3
父	2	2	2
兄弟	4	3	0
親戚	1	1	1
その他	1	0	0

表5 同居・別居別の家族の行動および言動の事例数

	否定	肯定
同居	70	59
別居	14	13
不明	0	1

定」・「肯定」では1ヵ月に最も多く分布しており、「その他」は3ヵ月であった。また全体的にみると、「否定」・「肯定」・「その他」の大多数が発症6ヵ月以内に分布していた。

6ヵ月までの家族の言動(否定・肯定・その他)は、岡田²が紹介する「障害者を抱えた家族介護者がとる心理的反応」を顕著に示しており、発症まもない家族の心理的反応を作業療法士も同様に捉えていることが明らかとなった。家族の否定的な言動、肯定的な言動に分けて具体的に述べると、「否定的」な言動の①患者に対する叱責と、「その他」から抽出された⑧感情コントロールができないという中カテゴリーは、「情緒的不安定状態が継続し、泣いたり攻撃したりする」という家族介護者の心

理を示している。「肯定的」な言動の⑤励ましと期待、および⑥コーチ的な関りでは、「障害者本人を必死にリハビリテーションに駆り立て、心身共に追い詰めていく」という家族介護者心理が当てはまる。これらの知見は、岡田が臨床心理士の立場から、家族への個人的カウンセリングや患者と家族との関係修復を目的に家族療法アプローチを提唱、実践していることから、作業療法士においても、独自にアプローチを築いて、患者と家族の生活の再構築を図る必要性を示唆するものであると考えられる。

家族の言動と、患者に最も影響を与えた人物の続柄をみた場合、検定では有意差は認められなかったが、「否定」では妻が半数を占めていた。「肯定」では訓練への駆り立てと保護では夫での出現率が多かった。「その他」では、子が最も多くなっていた。このように家族の言動は、その続柄によって変化する事が示唆された。このことから、妻や夫は、患者に対し直接的な言動に及びやすく、このような言動を初期から予防するため、適切な説明を行っていく必要がある。子は、間接的な言動が多く、作業療法士はそれを傾聴し、患者へ影響が及ばないよう気を配る必要があると考えられた。

家族の言動と住居形態では、今回の調査では同居している家族に患者のモチベーション低下を低下させる危険性のある言動が多く見られたが、統計的検定では有意差がなかった。これは、患者と同居していても、別居をしていても、家族の誰かが疾病を持つことは、家族に大きな混乱や精神面への影響があることを示している。小川ら³は、同居していなくても患者を理解し、患者及び家族にも関ることのできる者への指導も大切であると述

べている。これらのことから、作業療法士は住居形態にとらわれず、家族構成の変化(別居していたが同居する、家族内の役割の変化)も視野に入れて、援助を行いつづける必要があることが示唆された。さらにアプローチの開始期も早期からが望ましいと、今回の調査で明らかとなった。

看護分野による家族研究においても、早期から患者・家族が病状を理解できるよう合同カンファレンスを導入したという報告⁴がある。しかし、病態が安定しない急性期に、対象者の今後の機能的、能力的な予後を家族への理解を促すアプローチは、容易ではないと言わざるを得ない。今後、これらの観点からも、更なる調査・研究を進め、作業療法士の家族に対するアプローチの方法を提示していきたいと考える。

引用文献

1. 路川実代子, 日垣一男, 梶原次昭 (2008) セラピストが感じる, 患者の家族がリハビリテーションに与える影響について. *Journal of Rehabilitation and Health Sciences*, 6: 23-26.
2. 岡田乃利子 (2004) リハビリテーション患者家族への心理的援助の実際. *家族療法研究*, 21 (No.2): 57-68.
3. 小川希 (2006) 身体に障害をもつストーマセルフケア確立困難な患者の家族指導のあり方について. *東海ストーマ会誌*, vol.26 (No1): 69-71.
4. 齋藤陽子 (2005) 患者・家族参画型看護に向けた取り組み. *第36回成人看護Ⅱ*, p205-207.