

脳血管障害患者をもつ家族の障害受容 — 障害受容に影響を与える要因の検討

山形力生* 櫻井秀雄** 守本とも子*** 元村直靖****

Acceptance of disabilities by families of patients suffering from a stroke — examination of primary factors which affect acceptance of disabilities

Rikio YAMAGATA*, Hideo SAKURAI**, Tomoko MORIMOTO***, Naoyasu MOTOMURA****

*Nara Rehabilitation Center

**Kansai University of Welfare Sciences

***Hiroshima International University

****Institute of Health Sciences, Osaka Kyoiku University

abstract

To study the question of what makes main attendants accept disabilities of their family members who suffer from a stroke, a questionnaire was prepared containing 62 questions. A survey with these questions was made with 98 patients suffering from a stroke and their 98 attendants, who come to a rehabilitation center. Based on the answers given by the attendants. We obtained six factors which makes them accept disabilities of their family members with a stroke.

These are, "good communication with the patients" as the first factor, "impatience" as the second factor, "resignation" as the third factor, "mental burden" as the fourth factor, "isolation" as the fifth factor, and "being embarrassed by characteristics of the disorder" as the sixth factor. On the basis of these six factors and four factors which make patients themselves accept their disabilities. We obtained seven factors through factor analysis. One cluster has been formed with the factor of "a peaceful relationship with other family members" of patients and the above six factors of attendants, i. e. "good communication with the patient", "impatience", "resignation", "mental burden", "isolation" and "being embarrassed by characteristics of the disorder". The

*奈良県心身障害者リハビリテーションセンター **関西福祉科学大学

広島国際大学 *大阪教育大学大学院健康科学専攻

interpretation of this cluster suggest that a reduction of “mental burden”, “isolation” and “being embarrassed by characteristics of the disorder” will lead to an improvement of communication between patients and their attendants, while facilitating acceptance of disabilities.

キーワード

障害受容 acceptance of disabilities

脳血管障害 stroke

介護者 attendant

患者家族 families of patients

リハビリテーション rehabilitation

I はじめに

障害の受容は、リハビリテーションにおける「問題解決の鍵となる概念 (key concept) のひとつ」といわれている (上田敏1980)。リハビリテーション過程において、「医学的ゴールが明瞭になるにつれて、患者はこのゴールを厳しい現実のものとして受け止めざるを得ない状況に追い込まれていく。そこで、リハビリテーションの現場では、障害を受け入れ、真のゴールが達成されるよう作業療法士や理学療法士などの各種スタッフによる種々のアプローチがなされている。

障害受容に関する研究は、古くは Dembo-Wright の受容理論 (Wright BA, 1960) に始まり、Cohn (1961) や Frink (1967) による段階理論にみることができる。また、上田 (1980) は、Wright の価値転換理論を受容の本質とし、受容過程の最終段階としてその重要性を強調している。しかし、いくつかの段階を追って受容が進むと考えられても、臨床的に当該患者がどのような受容段階にあるかを知るには、その患者の言動によって経験的に推察するしかない。これに対し、質問紙によって障害受容を客観的にとらえようとする研究もみられるが、脳血管障害患者に関するものは数少ない。我々は、先に脳血管障害患者について障害受容の構成因子と受容尺度の作成を試みている (山形・櫻井

1996). それは、脳血管障害患者の受容の構成因子の状況を知ることによって、受容促進の援助の方向性の一助とすることにある。しかし、実際のリハビリテーションアプローチにおいては患者本人の障害受容だけでなく、その家族の障害受容の状況がゴールを左右することが少なくない。このような視点から、脳血管障害患者をもつ家族、その主たる介護者に焦点を当て、障害の受容に関する関連要因を分析することが重要であると考えた。

II 目 的

脳血管障害患者とその主たる介護者の障害受容について、簡便に測れる質問紙の作成を試み、障害受容を構成する因子を検討する。さらにその結果より、介護者と患者本人や担当作業療法士との関係に注目し、障害受容をめぐる援助の方向性を探る。

III 文献検討

1. 障害受容尺度

障害者自身の障害受容については客観的に測定しうる尺度が多く作成されている。佐藤（1991）は「障害受容が複雑な問題であるだけに、尺度を用いることで客観的情報を得ることは心理的援助の指針を得るためのひとつの判断基準として有益であるだろう」と述べ、また、中司（1975）は「障害受容尺度は問題の発見だけでなく、指導や治療後の評価にも役立つであろう」といずれも客観的尺度の有効性を指摘している。多くの研究に用いられる、ADScale (Acceptance of Disability Scale) は、Wright ら（1960）の価値転換理論を基盤として作成されている。中司（1975）の障害受容度診断検査は、どの程度障害受容されているかについて、ある程度の見通しを立てる目的をもつものである。佐藤（1991）は、障害受容尺度を態度理論から検討を行い、障害受容に対する態

度を認知的成分，感情的成分，行動的成分の3成分から分析していくことが重要であるとしている。

我々は，これらの先行研究を基に脳血管障害患者について障害受容の構成因子と受容尺度の作成を試みている（山形・櫻井1996）。

一方，患者家族の障害受容の研究については，障害児の親に関する研究がほとんどであり，親の抱える問題を障害受容理論やストレスからとらえたものが多い。熊重ら（1995）は，母親の障害受容について態度理論から分析し，障害受容尺度を作成している。

2. 患者家族の障害受容

患者家族の障害受容については，佐直（1995）によれば2つの側面があるという。それは，家族が障害者自身と自分を同一視し，障害者の障害そのものを受容することとしている。前者は患者の手足の麻痺が我が身のことのよう一体として実感され，その後の喪失の心的過程を乗り越えて受容にいたることであり，後者はこれによって家族自身が失うであろう事態，家族がこうむる生活の変化のすべてを受容することである。それが障害を有する患者のありのまますべてを受け入れることであると述べている。これらのことから患者の家族の障害の受容についても喪失体験からの立ち直りの苦悩の過程があり，古牧（1977）や上田（1980）らのいう段階的な過程をたどると考えられる。

古牧（1977）は，その過程に期待，絶望，あきらめ，希望などの強い情緒体験があり，ショック－回復への期待－悲嘆－無気力－再適応への努力の5段階で説明している。とくに回復への期待の段階では期待と現実との間で強い不安と焦燥を示し，障害者と同一視されることに強い反発を示すことがあるとしている。また，悲嘆の段階では，無気力となり対人関係も消極的になりやすいとしている。再適応への努力の段階では，心理的葛藤や緊張がもっとも高く，とくに援助が必要な時期であると述べている。上田（1980）は，それまでの諸家の段階理論を整理し，ショック－否認－混乱－解決への努力－受容の5段階とし，受容期における価値の転換の重要性を強調した。その中で，混乱の時期で

は、攻撃、怒り、うらみの感情に満ち、それが内向的、自罰的な形で現れると悲嘆や抑鬱的な形で現れることもあると述べている。

3. 障害の特性に関する問題

一方、脳血管障害患者を家族にもつ介護者にはどのような心理的ストレスの局面があるのであろうか。山岸ら（1991）は、脳血管障害患者の配偶者について役割交替、感情的問題、コミュニケーション上の問題の3つの領域についてアンケート調査を行い、高次脳機能障害の有無による差などについて検討している。その中で、感情的問題ではとくに半側空間無視を有する群の配偶者は否定的感情を強くもつ傾向にあると述べている。また、コミュニケーション上の問題では左半球損傷者のみならず右半球損傷者にもなんらかの障害があることを示唆し、その配偶者は心理的不適応に陥りやすく、援助の必要性を強調している。右半球損傷者の高次脳機能障害では、半側空間無視のほかにも数々の右脳症状があることが報告されており（宮森1988）、家族にとって理解しにくい症状の場合、なんらかの情緒的問題をもつ可能性がある。栢森（1995）は、外傷性脳損傷患者の家族の障害受容について、身体障害に対する心理的な負担感は軽減されても、人格や行動の異常や情緒障害は家族にとって耐えがたいストレスになると述べている。さらに、Lezak の受容過程の6つのステージを紹介しながら、その落胆期において家族の葛藤は極期となり、カウンセリングなど家族支援がもっとも必要な時期であるとしている。

以上のことから、患者家族の障害受容を考えると、患者のもつ障害特性に対する家族の感情的問題やコミュニケーション上の問題にも触れておく必要があると考えられた。

IV 概念構成

本研究の概念枠組みは、上記で紹介した障害受容や介護者のストレスに関する文献と、作業療法場面を通してのリハビリテーション・アプローチにおける

臨床経験から構築されたものである。すなわち介護者の障害に対するとらえ方を「あせり」「現実否認」「不安・とまどい」「孤立感」「あきらめ」の5項目に設定した。また、心理的負担については脳血管障害者の障害特性に対する「障害特性による負担」と介護者による身体的な負担を含む全般的な「介護活動による負担」に分けた。さらに、介護者の患者に対する「感情的問題」や「コミュニケーション上の問題」の心理的耐性についての2項目を加え、全体で9項目の構成とした。

V 対象と方法

1. 対象

対象は、リハビリテーション専門病院を利用する脳血管障害患者98名とその主たる介護者98名で、質問紙に回答可能な者を対象とするため、著明な高次脳機能障害をもつと判断されるものは除いた。

2. 調査内容

1) 対象の調査項目

年齢、性別、発症からの日数、対象患者の障害側、介護者の患者との続柄、上肢の実用レベル、言語障害の有無、空間認識障害の有無、疼痛の有無、ADLの自立レベルなどについて調査した。なお、言語障害は標準失語症検査の結果より、空間認識障害は、机上の検査上の有無、ADL上の問題の有無によって、無・軽度・中度・重度の4段階に分けた。

2) 障害受容に関する質問紙

前述の概念構成に従い、あせり(4項目)、現実否認(5項目)、不安・とまどい(10項目)、孤立感(5項目)、あきらめ(5項目)、脳血管障害による特性(4項目)、介護活動による負担(4項目)の37項目を作成した。質問紙の作成においては、臨床経験4年から7年の作業療法士6名に、患者や介護者に対し

臨床場面でよく遭遇する心理的抵抗を感じる項目をあげてもらい、これを中心に作成した。さらに前述の山岸の研究を参考に感情面（16項目）およびコミュニケーション（9項目）を加え、合計62項目の質問紙とした。また、各項目に対し、①そう思う、②ややそう思う、③どちらともいえない、④ややそう思わない、⑤そう思わない、の5段階の評定で行った。

3) 調査方法

公立リハビリテーション専門病院1施設の入院および外来において、作業療法を受けている患者について調査を行った。担当作業療法士の説明により協力の得られた患者およびその介護者に対し質問紙を配布した。

4) 分析方法

上記の介護者用質問紙の62項目について因子分析を行い、構成因子を抽出した。また、介護者の因子の尺度得点と患者本人の尺度得点（山形・櫻井1996）およびフェイスデータとの因子分析を行った。

VI 結 果

1. 対象者の背景

患者の平均年齢 57.6 ± 13.9 歳、男性63名、女性35名であった。発症からの日数は 352 ± 331 日（中央値243日）で、左脳損傷34名、右脳損傷59名、左右両損傷5名であった。

また、介護者の69.4%が患者の配偶者で、17.3%が同居実子であった。その他、非同居実子11%、兄弟等2%であった。

2. 因子分析結果

1) 因子の妥当性について

収集された介護者の質問紙62項目について因子分析を行った。回転方法はOBLIMINによる直接斜交回転を用い、固有値の減少率により6因子を抽出し

表 1 各設問の共通性

No	設 問	共通性
K 1	作業療法の担当の先生は、希望通りの訓練をしてくれる。	.67296
K 2	患者さんが受けている作業療法の訓練内容は、患者さんにあっていると思う。	.57138
K 3	患者さんの身体の機能はこれ以上よくなるので、できないことを助ける道具(たとえば、杖、てすりの設置など)は必要である。	.14551
K 4	作業療法の担当の先生が説明する患者さんの病気についての見通しは、何度聞いても納得できない。	.38134
K 5	服の着替えなどの身の回りの訓練よりも、不自由な手足の訓練に時間をかけてほしい。	.02274
K 6	患者さんが嫌がっても、必要な訓練であればどんどんやってほしい。	.21693
K 7	作業療法の担当の先生に、患者さんがもっと熱心に訓練するように言ってほしい。	.52680
K 8	患者さんの不自由な手足は、訓練しだいでまだまだよくなる。	.27881
K 9	作業療法の担当の先生は、患者さんに対して熱心に訓練してくれる。	.62372
K10	作業療法の訓練の回数をもっと増やしてほしい。	.31332
K11	作業療法の担当の先生に、もっと相談のってほしいことがある。	.45811
K12	患者さんが何かやっているのをみると、つつい手助けしてしまう。	.42284
K13	患者さんは、ちょっとしたことで、がまんできない痛みやしびれを訴えるので、ゆううつになる。	.40834
K14	患者さんは、作業療法の訓練の時間の前になってもなかなかいこうとしない。	.35906
K15	患者さんは自分でできることでも、頼ってくるのでイライラする。	.55072
K16	訓練室外で、作業療法の担当の先生に教えられた通りやろうとしても、やらせない。	.48166
K17	患者さんに対して、どう手助けしていいかわからなくなることがある。	.52943
K18	患者さんについて責任をもって介護することは、正直言って私には負担が大きい。	.56560
K19	患者さんがあまりにも聞き分けがなかったり、騒動をおこすときは、介護の仕方が悪かったのではないかと思ってしまう。	.33497
K20	私が患者さんに対して感情的になりやすく、そのことがまた私を悩ませる。	.56461
K21	患者さんや家族の将来のことを考えると不安になる。	.51725
K22	私は患者さんにとって役にたっている。	.24631
K23	心のどこかで、患者さんのことを拒否しているのではないかと思うことがある。	.55211
K24	患者さんがちょっとしたことで怒ったり、大騒ぎしたり、またしよげかえったりすることが多い。	.59090
K25	患者さんが取り乱したとき、落ち着かせるのに時間がかかる。	.71264
K26	患者さんがあることについて、聞き分けなく、かたくなに求めることがある。	.66739
K27	この病気になって、思ったよりも患者さんが多くのことのできないと感じる。	.49070
K28	介護をすることになって以来、自分のしたいことや好きなことができなくなった。	.43046
K29	最近、疲れやすかったり、いつもよりどうも体の調子が良くない。	.36060

脳血管障害患者をもつ家族の障害受容

K30	気分転換が上手な方だから、ストレスがたまるようなことはない。	.43281
K31	介護で困ったとき、気軽に相談にのってくれる人や助けてくれる人がいない。	.48618
K32	身のまわりに、心を許して話し合える人がだれもいないので、ひとりぼっちだという気がする。	.55500
K33	家族は、患者さんのことについてあまり関心がないようだ。	.67774
K34	患者さんが病気になったことで、家族でいっしょに過ごすことがなくなった。	.29356
K35	患者さんと私は相性が悪いのではないかと思うことがある。	.58697
K36	患者さんのためにいろんなことをしても、患者さんには私の気持ちがほとんど通じていないのではないかと思うことがある。	.56387
K37	他の患者さんと比べると、ひとつのことに集中したり注意を払ったりすることががてなようだ。	.40484
K38	あなたは、患者さんに、気楽に接することができますか。	.46921
K39	あなたは、患者さんのことを考えると、ゆううつな気分になりますか。	.61581
K40	あなたは、患者さんに、魅力を感じますか。	.56114
K41	あなたは、患者さんと、よく気持ちが通じ合えますか。	.67145
K42	あなたは、患者さんに接していると、いらいらしてきますか。	.59648
K43	あなたは、患者さんに接していると、やさしい気持ちになりますか。	.53834
K44	あなたは、患者さんを、扱いにくいと思いますか。	.62848
K45	あなたは、患者さんと、あまり顔を合わせたくないと思いますか。	.63270
K46	あなたは、患者さんのことを考えると、不安になりますか。	.55202
K47	あなたは、患者さんに対し、励ましの言葉をかけてあげたくになりますか。	.45520
K48	あなたは、患者さんに、腹を立てることがありますか。	.33986
K49	あなたは、患者さんを信頼できると思いますか。	.75735
K50	あなたは、患者さんに、好かれていると思いますか。	.57714
K51	あなたは、患者さんに接していると、とまどってしまいますか。	.51350
K52	あなたは、患者さんに、かかわりたくないと思いますか。	.54068
K53	あなたは、患者さんを、好ましいと感じますか。	.50451
K54	患者さんが何を言おうとしているのかわからず、困ることがある。	.30571
K55	患者さんに、こちらで言っていることが通じず、困ることがある。	.54025
K56	質問に対して、とんちんかんな答えが返ってくることもある。	.42897
K57	患者さんは分からないことがあると、聞き返してくる。	.23301
K58	患者さんに話をしても、きちんと分かってもらえたかどうか、心配である。	.40715
K59	患者さんは、こちらが話そうとすると、一生懸命に聞こうとする。	.59795
K60	患者さんは、こちらが話していても、真剣に聞こうとしない。	.49850
K61	患者さんと話をしていて、通じ合えたという満足感がある。	.65420
K62	患者さんと話をするのが、苦痛である。	.71144

表 2 各因子の寄与率と因子負荷量

	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子	第 6 因子
K49	-0.84188	0.21225	-0.15678	0.19887	0.30094	0.38127
K41	-0.80175	0.10942	-0.21321	0.23944	0.18959	0.3869
K62	0.7393	-0.24522	-0.02867	-0.38532	-0.27481	-0.48782
K61	-0.72038	0.25529	-0.08103	0.44055	0.11798	0.37492
K50	-0.70326	0.03594	-0.10091	0.08625	0.39433	0.2847
K53	-0.68577	-0.01145	-0.11891	0.26982	0.23473	0.33796
K35	0.65242	-0.25264	0.01829	-0.45232	-0.25765	-0.30903
K44	0.65173	0.06191	0.15336	-0.41924	-0.19933	-0.58653
K40	-0.64651	-0.0939	-0.21466	0.42756	0.19365	0.43025
K43	-0.64452	0.09384	-0.35481	0.25572	-0.02478	0.22466
K59	-0.62584	0.31032	-0.07737	0.22721	0.1508	0.55376
K45	0.62521	-0.30941	-0.09192	-0.44422	-0.308	-0.34068
K36	0.59274	-0.03131	0.18644	-0.52125	-0.28581	-0.4701
K52	0.55493	-0.23279	-0.12848	-0.30536	-0.37324	-0.42718
K51	0.53841	-0.13163	0.36778	-0.4087	-0.38015	-0.24748
K8	-0.43844	-0.10578	-0.07487	-0.05052	0.00129	-0.06139
K37	0.43475	0.21823	0.29172	-0.29658	-0.26002	-0.41808
K48	0.40062	0.06177	0.2426	-0.39995	-0.29113	-0.35309
K5	-0.10877	0.04149	0.01557	0.03197	-0.06157	0.06466
K1	-0.06717	0.72638	-0.37949	0.06628	-0.01192	0.01894
K9	-0.00824	0.70663	-0.30414	0.04389	0.07454	0.15379
K2	-0.18128	0.62286	-0.41038	0.06263	0.1133	-0.00539
K38	-0.42097	0.4983	0.11699	0.20037	0.06554	0.30109
K12	-0.00148	0.49208	0.30107	-0.31362	-0.12875	-0.10172
K47	-0.43463	0.45743	0.01608	-0.00769	0.19502	-0.08653
K22	-0.27723	0.30098	-0.13284	-0.08848	0.26106	0.13011
K7	0.2992	-0.07487	0.67225	-0.18458	0.00915	-0.20179
K11	0.02358	-0.29065	0.58861	-0.1904	-0.16072	-0.12218
K10	0.02734	-0.09518	0.52856	-0.09265	0.00674	-0.17338
K6	0.07685	-0.0287	0.43194	-0.10944	-0.18443	0.00173

脳血管障害患者をもつ家族の障害受容

K46	0.14413	0.03815	0.15456	-0.73055	-0.0772	-0.12183
K39	0.41255	0.06462	0.255	-0.71734	-0.14789	-0.32497
K21	0.12637	-0.01828	0.1857	-0.68613	-0.27576	-0.32333
K18	0.5012	-0.06369	0.07277	-0.59712	-0.26402	-0.49161
K30	-0.0079	0.05091	0.17856	0.58942	0.08047	0.0598
K42	0.51927	0.06	0.31971	-0.58296	-0.06252	-0.42687
K20	0.42176	0.1216	0.29137	-0.57443	-0.35276	-0.48551
K28	0.25774	0.10139	0.30964	-0.56373	-0.29929	-0.27273
K29	0.29197	-0.05316	0.15522	-0.55352	-0.16947	-0.3357
K27	0.1924	0.30203	0.24637	-0.48721	-0.39896	-0.37943
K54	0.35881	-0.02458	0.16172	-0.4564	-0.14851	-0.34369
K33	0.11463	0.10133	-0.00266	-0.07538	-0.79603	-0.29254
K31	0.08945	-0.08276	0.19379	-0.24287	-0.65971	-0.07675
K32	0.12171	-0.189	0.21318	-0.47094	-0.60245	-0.15799
K23	0.43783	0.00685	-0.01497	-0.48155	-0.51625	-0.4322
K34	0.25462	0.03923	0.03507	-0.21356	-0.4877	-0.2823
K4	0.20822	0.04874	0.40843	0.08715	-0.43309	-0.11137
K57	-0.10222	0.25718	0.02816	0.1363	0.38438	0.18177
K3	0.10642	0.18604	-0.0439	0.13901	-0.20577	-0.1646
K25	0.10441	-0.1176	0.08128	-0.25882	-0.03864	-0.80078
K26	0.40055	-0.08257	0.08277	-0.28824	-0.30868	-0.79173
K24	0.23696	-0.01457	0.00385	-0.25343	-0.2532	-0.75569
K55	0.37198	0.08403	0.12979	-0.1522	-0.41587	-0.65951
K17	0.34103	0.1196	0.20729	-0.54155	-0.25977	-0.5802
K16	0.27138	-0.00055	0.42656	-0.15979	0.00214	-0.56599
K60	0.52607	-0.24733	0.07586	-0.17535	-0.06535	-0.55742
K15	0.3733	0.06396	0.35624	-0.353	-0.49825	-0.55133
K56	0.44546	0.10452	0.20188	-0.21312	-0.32344	-0.54627
K13	0.09923	0.071	0.26016	-0.41611	-0.31372	-0.50263
K58	0.49539	0.09533	0.21031	-0.13299	-0.13539	-0.50242
K19	-0.00111	-0.01247	0.011255	-0.31892	-0.28956	-0.47354
K14	0.32318	0.11429	0.30271	-0.05272	-0.27943	-0.46955
寄与率	26.7	6.2	4.7	4.1	3.8	3.5

た。表1に質問項目の共通性、表2に各因子の寄与率、因子負荷量を示す。

2) 抽出された介護者の因子の解釈

各設問項目の因子負荷量 | 0.35 | 以上を採択した結果、因子に高く負荷する設問内容からそれぞれ次のように解釈した。

① 第1因子「患者との疎通性の良さ」

「患者さんを信頼できる」「よく気持ちが通じ合える」「通じ合えたという満足感がある」などの設問に負荷し、患者本人に対する肯定的イメージを示す項目で構成された。これは患者との疎通性の良さを示す要素であり、患者-介護者関係の良さを示す因子ともいえる。

② 第2因子「あせり」

「希望通りの訓練をしてくれる」「熱心に訓練してくれる」「作業療法の訓練内容は、患者さんにあっている」などの項目に負の負荷をもち、訓練への不満を示す項目で構成された。これは「患者にあう内容の作業療法があるはずだ」とする、現状に満足しない介護者の心情を示す因子といえる。それは患者本人によせる過度の期待の反映ともいえる。また、「気楽に接することができますか」「何かやっているのをみていると、ついつい手助けしてしまう」「励ましの言葉をかけてあげたくありませんか」にはいずれも負の負荷を示した。介護者の現状への不満は、本人に対するいらだちの心情として向けられていると考えられ、期待通りの効果が上がらない現実へのあせりの因子と解釈した。

③ 第3因子「あきらめ」

「もっと熱心に訓練するように言ってほしい」「もっと相談にのってほしいことがある」「嫌がっても、必要な訓練であればどんどんやってほしい」「訓練の回数をもっと増やしてほしい」の項目で構成され、いずれにも負の負荷を示した。これは現状への満足もとらえられるが、むしろ介護者のあきらめに似た心情を示す因子ととらえた。

④ 第4因子「心理的負担」

「不安になる」「ゆううつな気分になる」「負担が大きい」「好きなことができなくなった」などの項目で構成され、介護者の心理的負担を示す因子ととらえ

た。また、この心理的負担には「思ったよりも患者さんが多くのことができないと感じる」「何を言おうとしているのかわからず、困ることがある」という患者本人の障害特性を示す項目も負荷していた。これは本人の自立度やコミュニケーション障害も介護者の心理的負担感の一部を構成するものと考えられた。

⑤ 第5因子「孤独感」

「介護で困ったとき、気軽に相談にのってくれる人や助けてくれる人がいない」「ひとりぼっちだという気がする」「患者さんが病気になったことで、家族でいっしょに過ごすことがなくなった」などの項目で構成され、介護者の孤独感を示す因子ととらえた。

一方、「作業療法の担当の先生が説明する患者さんの病気についての見通しは、何度聞いても納得できない」と現実を否認しながらも、期待通りの効果が上がらない患者本人に対し「心のどこかで、患者さんのことを拒否しているのではないかと思うことがある」とあるような罪悪感を感じざるを得ない状況も考えられる。これらの因子の構成項目からは、患者の変化が緩慢となった状況のなかで、現実の否認と様々な葛藤にさいなまれながら医療者サイドから見放されたと感じるような孤独感がうかがえる。

⑥ 第6因子「障害特性への困惑」

「ちょっとしたことで怒ったり、大騒ぎしたり、またしよげかえったりすることが多い」「取り乱したとき、落ち着かせるのに時間がかかる」「あることについて、聞き分けなく、かたくなに求めることがある」「どう手助けしていいかわからなくなることがある」などの項目で構成され、介護者の了解できない様々な障害の特性に困惑させられている心情を示す因子ととらえた。これらの困惑は「患者さんがあまりにも聞き分けがなかったり、騒動を起こすときは、介護の仕方が悪かったのではないかと思ってしまう」の設問にあるような、自己と関係づけてしまいがちな状況までつくっていると考えた。

3) 各因子の尺度と Cronbach の α 係数算出

さらに各因子を構成した項目の粗点を合算し、新たな尺度を作成した。なお、因子負荷量が負の項目は負荷量を反転して計算した。Cronbach の α 係数の

表3 介護者用設問の因子分析と得点化の結果

		因子名	α 係数	設問数	粗点合計
第1因子	K F1	患者との疎通性の良さ	0.93	18項目	90点
第2因子	K F2	あせり	0.69	6項目	30点
第3因子	K F3	あきらめ	0.68	4項目	20点
第4因子	K F4	心理的負担	0.84	11項目	55点
第5因子	K F5	孤独感	0.52	7項目	35点
第6因子	K F6	患者の障害特性への困惑	0.86	13項目	65点

結果などを表3に示す。

4) 介護者の因子と患者本人の因子の尺度得点の検討

介護者の6因子の尺度得点と患者本人の4因子の尺度得点の因子分析を行った。回転方法はOBLIMINによる直接斜交回転を用い、固有値の減少率により7因子を抽出した。表4に項目の共通性、表5に各因子の寄与率、因子負荷量を示す。

各因子負荷量 | 0.35 | 以上を採択した結果、因子に高く負荷する設問内容より因子を解釈した。第1因子、第2因子、第4因子、第6因子は、患者本人の属性を示す項目のみで構成された。障害受容の側面から患者と介護者の関係を検討するため、ここでは残りの3因子の解釈について述べる。第3因子は、介護者の4つの因子と患者本人の「安定した対家族関係」の因子で構成され、患者本人と介護者の関係の一側面を示すものと解釈された。第5因子は、比較的若い世代の言語障害をもつ集団の因子ととらえられる。このような特性をもつ患者は「障害に対する悲哀」や「社会的・对人的孤立感」が強く、社会的なダメージが大きい傾向にあることが推察された。第7因子は、痛みをもつ患者とその介護者のある一面を示す因子と解釈した。強い痛みは、よくなるとうする意欲を失わせ、訓練プログラムへも消極的になりがちである。それらが「障害への抵抗とあせり」の因子の減弱に結びついていると考えられ、また介護者の「あきらめ」因子を強めているのかもしれない。

表4 各項目の共通性

	項 目	共通性
ADL 1	ADL 起居	.71505
ADL 2	ADL 移動	.73062
ADL 3	ADL 食事	.55762
ADL 4	ADL 排泄	.81441
ADL 5	ADL 更衣	.77067
ADL 6	ADL 入浴	.79433
AGE	年齢	.58120
BSFL	左手指ステージ	.87375
BSFR	右手指ステージ	.90510
BSL	左上肢ステージ	.84378
BSR	右上肢ステージ	.87795
DAY 2	訓練日数	.81658
DAY 1	経過日数	.74169
DISABLE	障害度	.71649
HF 1	患者第1因子「社会的・対人的孤立感」	.38697
HF 2	患者第2因子「障害への抵抗とあせり」	.44758
HF 3	患者第3因子「安定した対家族関係」	.53347
HF 4	患者第4因子「障害に対する悲哀」	.56606
IQ	IQ	.48144
KF 1	介護者第1因子「患者との疎通性の良さ」	.82194
KF 2	介護者第2因子「あせり」	.5596
KF 3	介護者第3因子「あきらめ」	.58014
KF 4	介護者第4因子「心理的負担」	.68841
KF 5	介護者第5因子「孤独感」	.4456
KF 6	介護者第6因子「障害特性への困惑」	.71123
L	左片麻痺	.91771
LUNG	言語障害の程度	.56573
PAIN	痛みの程度	.52074
R	右片麻痺	.80802
U_E	上肢機能	.85997
VISUAL	空間失認の程度	.40315

表5 各因子の寄与率と因子負荷量

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
L	0.95033	-0.02304	-0.13852	-0.05906	0.08989	-0.1981	-0.01567
BSFR	0.90453	-0.06628	-0.15207	-0.05623	0.01316	0.15876	-0.13773
BSR	0.89514	-0.11017	-0.15277	-0.04624	0.00395	0.13181	-0.15273
R	-0.87615	0.08542	0.1133	0.12961	-0.04871	0.26162	-0.01631
DISABLE	0.83558	0.01046	-0.14127	0.01237	0.09256	-0.1139	-0.01895
BSFL	-0.78761	-0.15739	0.13539	0.03423	-0.05401	0.58789	0.04639
BSL	-0.76997	-0.18679	0.13435	0.16665	-0.09965	0.56233	0.02759
VISUAL	0.35639	0.23149	-0.30232	-0.29728	0.07851	-0.33933	-0.22295
ADL4	-0.08415	0.8902	-0.11029	-0.15317	0.04856	-0.21464	0.13578
ADL6	0.00023	0.8655	-0.21774	-0.05841	0.04473	-0.31252	0.16119
ADL5	0.08271	0.84427	-0.26547	-0.11196	0.07699	-0.25884	-0.0075
ADL1	0.00566	0.82764	-0.02441	-0.03094	0.06832	-0.04107	0.03461
ADL2	-0.09817	0.82435	-0.02452	0.044	-0.15242	-0.11647	0.14599
ADL3	-0.10003	0.69494	-0.03186	-0.06967	0.01286	0.08841	0.25536
IQ	-0.31108	-0.4132	0.31121	0.31493	0.25778	0.32256	0.0121
KF1	-0.22386	-0.05079	0.88427	0.01961	0.06167	-0.08557	0.09047
KF6	0.16568	0.16027	-0.82438	0.04096	-0.07644	-0.14486	-0.17573
KF4	0.09246	0.16327	-0.80148	-0.03612	0.07181	-0.18774	-0.01605
KF2	-0.26938	0.02865	0.66199	0.02148	0.00115	-0.20245	0.14296
HF3	0.15647	-0.21779	0.61539	-0.15647	0.30819	0.04916	-0.05796
KF5	0.0072	-0.02102	-0.51056	-0.01867	-0.45468	-0.08619	0.02811
DAY2	0.06313	-0.11047	-0.04667	0.88055	0.03907	0.02859	-0.12369
DAY1	0.02546	-0.00347	-0.07313	0.84693	0.01729	0.12328	-0.01908
HF4	0.13465	0.07846	0.06243	0.04855	0.70468	-0.0797	0.20311
AGE	0.05523	0.24354	-0.15692	-0.19292	-0.56324	-0.06839	0.4214
LUNG	-0.47475	0.16656	-0.00799	0.08287	0.50996	0.04563	0.19239
HF1	0.18769	0.01463	0.02534	-0.3486	0.49259	0.03842	-0.05307
U_E	-0.09988	-0.19193	0.02618	0.14086	0.05271	0.92246	-0.07168
KF3	0.01952	0.01065	0.33828	0.01414	-0.01253	-0.01186	0.6902
PAIN	-0.00747	0.00859	0.05407	-0.2178	0.22054	-0.28101	0.60081
HF2	0.07519	-0.27588	0.14357	-0.03925	0.0092	-0.09763	-0.59655
寄与率	20.3	15.9	10.5	6.4	5.3	4.9	4.6

VII 考 察

① 患者本人－介護者関係の分析

ここでは因子の相互関係をもとに患者本人と介護者の関係について考えることにする。患者本人の「安定した対家族関係」の因子は、本人用の設問によってとらえられた患者本人の介護者に対する心情を示し、家族と安定した関係を保持できているととらえていることを示すものである。この因子と介護者の「疎通性の良さ」の因子が正の相関を示したことは、介護者自身の本人に対する疎通性の良さの度合いが高ければ高いほど、本人もまた安定した家族との関係を実感できている、と考えることができる。

一方、このような介護者の「疎通性の良さ」には、介護者の「心理的負担」や「孤独感」がマイナスの影響を与えていると解釈できる。脳血管障害患者を家族にもったことによって、その介護者の周囲の状況は大きく変化する。それはADL上の肉体的な介護活動であるかもしれないが、その一方でなんらかの心理的負担（ストレス）をもつことになる。このような状況のなかで、度重なる介護活動などによる「心理的負担」が増し、今後も続くであろう介護者としての役割を考えると、「孤独感」が生じることは容易に想定できる。しかし、さらに重要な問題はそれらの「心理的負担」や「孤独感」の存在が、患者本人に対し信頼感をもてなくなる状況を生むことにあると考える。そしてそれは、患者本人の「家族と安定した関係がもてている」と思える心情へも影響を与えていることにある。

これらの因子が構成した構図は、我々がリハビリテーション・ゴールに向かって患者－介護者に働きかけようとするとき、この二者間の疎通性を高めることが、よりゴールへ向かって進展させるキーポイントになっていることを示す。そして具体的な介入の方向性としては、介護者の「心理的負担」や「孤独感」といった側面を減少させることにあると考えた。上田（1966）は、自分の将来像がみえないことによる不安は障害受容を妨げるとし、将来の具体的な生活像

を考えられるよう十分な説明と詰めた論議が重要であると述べている。それは介護活動に対する介護技術の指導や介護機器の導入など具体的支援によって生活上の問題点を解決していくことであり、それを提供する医療者側が家族にとって信頼できる身近な存在と認識されることが重要と考えた。

②「障害特性への困惑」

次に「疎通性の良さ」と「障害特性への困惑」が逆相関にあることは患者のもつ様々な障害特性が患者との関係にマイナスの影響を与える要因となっていると考えることができる。これに対しては障害特性を介護者に十分説明するなど、介護者がその特性を理解できるよう働きかけることが重要と考えた。家族が患者のマイナスの面にのみとらわれることは、患者自身を受け入れ、家族の一員としての存在価値を取り戻すことを妨げる(上田1996)。家族にとって価値を失ったと思われがちな患者にも、マイナスな面ばかりでなく、プラスの面も数多く残されていることを気づかせていくことが受容への一助になると考えられる。

患者本人との疎通性に影響を与えるものとして言語障害などのコミュニケーション障害の存在があげられる。しかし、今回の調査では、患者本人との関係を検討するために、質問紙に回答可能な対象を選択した。そのため重度な高次脳機能障害をもつものは含まれておらず、コミュニケーション障害の関与について深く言及することは避けた。

また、対象の半数以上が右脳損傷者であり、これらのことから介護者を困惑させる障害特性は、必ずしもコミュニケーション障害ではないことが推察される。つまり、山岸ら(1991)のいう右脳障害に特徴的にみられるプロソディーの障害や介護者に了解しにくい右脳症状の関連が推察される。右脳損傷者の独特の行動様式は、周囲の者に様々な影響を及ぼし、患者に対して否定的感情を抱く傾向にあるとされている(山岸ら1991)。この点について明らかにするためには、高次脳機能障害との関連についてさらなる調査と検討が必要であり、今後の課題としたい。

③「あせり」の因子

「あせり」の因子は、現状に満足しない介護者の心情を示すが、それは現状の改善ともいうべき期待の心情の反映と解釈した。この因子の患者・介護者関係への関与については、質問紙の内的一致度も低く、対象の訓練開始時期や発症からの期間などのデータにばらつきがあることから慎重な解釈が必要と考える。しかしながら、このような「現状の改善」ともいうべき期待は、受障という状況におかれた患者・介護者を考えると、二者の原動力となっている可能性も考えられる。

つまり、治療者から現実に照らし合わせたどのような説明がなされたとしても、介護者が「もしかしたら……」という幻想的な期待をもつことはやむをえないことであろう。そのような訓練への幻想的な期待を作業療法士や医療者はどのようにとらえるべきであろうか。

受障の一時期においてこの幻想的な期待が介護者の患者への共感性を高め、原動力を高めるとすれば、その幻想を否定するのではなく、むしろ温存する視点でそのプロセスを支えることも重要なのではないだろうか。

VIII まとめ

脳血管障害患者の主たる介護者について、その障害受容を構成する因子を検討するため、障害受容に関する62項目の質問紙の作成を試みた。調査は、リハビリテーション専門病院を利用する脳血管障害患者98名とその主たる介護者98名について行った。質問項目の因子分析の結果、6因子を抽出した。その因子は第1因子「患者との疎通性の良さ」、第2因子「あせり」、第3因子「あきらめ」、第4因子「心理的負担」、第5因子「孤独感」、第6因子「障害特性への困惑」であった。また、これら6因子と患者本人の障害受容の構成因子との因子分析の結果、第7因子を抽出した。そのうち患者本人の「安定した対家族関係」の因子と介護者の「患者との疎通性の良さ」、「あせり」、「心理的負担」、「孤独感」、「障害特性への困惑」の6因子が1つのクラスターを形成した。このクラスターの解釈から、介護者の「心理的負担」、「孤独感」、「障害特性への困惑」

の因子を減少させることが患者・介護者間の疎通性を高め、障害受容のための援助の方向性であることが示唆された。

文 献

- 1) Bell, H. (1967) Measure for adjustment of the physically disabled, Psychological Reports, 21 : 773-778.
- 2) Cohn (1961) Understanding the process of adjustment to disability, J Rehabil, 27 : 16-18.
- 3) Frink SL (1967) Crisis and motivation ; A theoretical model, Arch Phys Med Rehabil, 48 : 592-597.
- 4) 本田哲三, 一戸美代子 (1995) 患者家族の障害受容と適応, 総合リハビリテーション, 23 : 651-654.
- 5) 古牧節子 (1977) 障害受容の過程と援助法, 理・作・療法, 11 : 721-726.
- 6) 古牧節子 (1986) リハビリテーション過程における心理的援助, 総合リハビリテーション, 14 : 719-723.
- 7) 栢森良二 (1995) 頭部外傷患者家族の障害受容, 総合リハビリテーション, 23 : 665-670.
- 8) 熊重由美, 川間健之助 (1995) 障害児・者を持つ母親の障害受容尺度, 山口大学教育学部研究論叢, 45 : 297-316.
- 9) 宮森孝史 (1988) 右脳損傷とリハビリテーションー心理的問題点ー, 総合リハビリテーション, 16 : 855-862.
- 10) 中司利一 (1975) 心理テスト(3), 総合リハビリテーション, 3 : 497-502.
- 11) 佐直信彦 (1995) 脳卒中患者をめぐる家族の障害受容, 総合リハビリテーション, 23 : 673-678.
- 13) 佐藤正美 (1991) 中途障害者の障害受容に関する研究, 筑波大学大学院修士論文.
- 14) 上田敏 (1980) 障害の受容ーその本質と諸段階についてー, 総合リハビリテーション, 8 : 515-521.
- 15) 上田敏 (1996) リハビリテーション, 新しい生き方を創る医学, 講談社, 190-195.
- 16) Wright BA (1960) Physical Disability A psychological approach, Harper &

Row, New York 134-137.

17) 山形力生, 櫻井秀雄, 藤田智慶美, 松岡由子, 松岡真弓, 松原清子, 浜田歩(1996) 脳血管障害患者の障害受容について～障害受容尺度の試作およびその臨床的検討～, 作業療法, 15 : 253.

18) 山岸すみ子, 宮森孝史, 永山千恵子(1991) 脳血管障害者の配偶者の心理的適応について, 失語症研究, 11 : 256-260.

19) Yuker, H. E., Block, J. R., Compbell, W. J. (1960) A scale to measure attitudes toward disabled person Albertson, N. Y. Human Resources Center.

20) Yuker, H. E., Block, J. R. (1986) Research with the attitudes toward disabled persons scales (ATDP) 1960-1985 for the Study of Attitudes toward Persons with Disabilities Hfstra University.
