Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-22

夫が重い病・障害を持ち通院する妻への援助 : 発達理論を援用して

細川, 順子
三千夫, 三千夫

(Citation)
神戸大学医学部保健学科紀要, 15:119-128

(Issue Date)
1999-12-20

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/00069881

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/00069881

KOBE UNIVERSITY

夫が重い病・障害を持ち通院する妻への援助

－発達理論を援用して－

細川　順子，[1]　山口三千夫 [1]

緒　　言

高度医療技術の進歩に伴い、重い病や障害を持ちながらも通院治療もしく在宅治療を受ける人が増えている。患者にとっては気心の知れた家族に介護を委ねながら[1]自分のペースで生活能力を広げ、住み慣れた自宅で家族と一緒の生活ができるという利点がある。反面、介護のあり方や成果は家族の認識や介護能力に負うところが多い。核家族や高齢者家族が増えている実情を考慮すれば、介護役割を担う家族への支援が必要と思われる。

入院中には主として「家族をケアに取り込む」[2,3]といった患者中心の家族看護が行なわれる。この場合、家族への援助の必要性は患者が家族をどのように必要としているかによって判断される。しかし、在宅療養の場合、介護は生活の一部であり必要性は長期間に及ぶ。事情によっては家族自身の生活や人生設計を変更しなければならない。患者への愛や期待とは別に、計画した自らの人生を成就できない怒りや哀しみを感じることもあるのではなかろうか。なかには介護役割に意味を見いだせず、絶望感や孤独感から生きる目標や関心を見失う人もいる[4]。「辛い家族の立場に共感する[2]」といった補足的な支援を超え、家族自身の生き方や人生を視野に入れた援助が必要であろう。しかし生涯発達の観点から家族自身にスポットを当てた報告は見られない。

今回、通院する夫に付き添った妻と面接したところ、夫の重い病や障害によって妻自身も喪失感を味わい支援を必要としていることがわかった。このような場合、発達段階的な視座を用いることで対象者の理解が容易になり、援助者としての方策が広まる。そこで中高年期の家族への看護法を見い出す目的で、了解の得られた二ケースについて発達理論を援用して考察した。

ケースの紹介

《ケース１》

Ｙ、58歳、主婦、夫（62歳、溶接工）は職場の昼休みに壁に何かを取り付け作業中に踏台から転落、約一週間の意識障害、頭蓋骨骨折、脳挫傷、クモ膜下出血、左脛腓骨開放性骨折などのため入院加療した。19カ月後労災保険給付や医療継続の必要性を判定するために脳神経外科の受診を勧められた。受診時の夫は妻が見守ると自宅での生活行為は可能であったが、嗅覚・味覚の喪失と嗄声、飛蚊症や頭痛、頭重感などを訴え一人では外出もできない状態であった。Ｙによると受傷前の夫はまじめな働き者であったが、退院後は復職できず、突然いらいらしてはＹに暴行するようになった。また突然の呼吸困難発作と喉を掻きむしられるような複雑な症状を訴え、抑鬱的になり夜が恐く眠れないこともしばしばであった。思い余ったＹが本人に無断で精神科を受診させたところ、それを怒り、また暴力をふるった。Benton視覚記銘検査では記銘力の低下がみられ、ＩＱも50～70程度に低下していると推定された。問診中にも不快感を訴え一時血圧が170／100mmHgに上昇したが、暫くして150／90mmHgに下降した。鎮静と不眠対策として酒石酸イフェンプロジル３錠、

１．神戸大学医学部保健学科

アフロクァロン3錠、ナプロキセン6錠、健胃散3包を一日3回、クロチアゼパム5mg及びアスピリン・ダイアルミネート2錠を屯用で処方した。パニック症候群も考えられたが精神科受診が困難なため診察医の紹介で面接することになった。別室に案内し、通院者の面接・相談をしている看護婦であると自己紹介したが、夫は疲れた様子で興味を示さず「早く帰ろう」とYを促した。負担になるのはよくないと考えたので、夫には診察台に横になるようにすすめ、Yと面接することにした。それ以後は夫が医師の診察を受ける前後に、一回30～60分程度の面接を延べ15回行なった（表1～2）。

Yが夫の不満や将来の不安、Y自身の身体の不調などを話す間、夫は診察台で横になり無関心を装っていたが、そのうち慣れたのか気を許し、Yの言葉を遮ったり弁解めいた発言をするようになった。夫がYの助言をうるさく感じ、かえって暴行する傾向も伺えたので、発作や易怒性は病気のせいだからとYを諭した。するとYは理解されていないと感じたらしく不満気であった。そこで以後は理解的に接し、必要に応じて生活方法などを助言した。面接が進むにつれて近くに住む子供の家族との交流も増え、終戦後を過ごした故郷を妻と共に訪ねることもできた。現在も完治したわけではないが発作頻度は減少し、労災保険を打ち切り障害年金の給付を受け自活できている。

《ケース2》

S、60歳、主婦、夫（進行癌のため胃全摘出術を受けた）が退院後は家業（酒屋）を長男に譲り、現在は夫と二人暮らしである。進行癌である上に、父親が同じ胃癌で死亡していたので夫には病名を知らせていなかった。しかし、夫は胃癌であることを察していたのか、術前から落ち着きが無く、術後も抑鬱的になり離床が遅れた。その時相談を受けて以来Sとは顔見知りであった。偶然Sと出会い、「通院患者に面接・相談をしている」と話したところ「自分も話したい」と述べたので面接することになった。

椅子に掛けたSは開口一番に「夫は元気になるのだろうか」と尋ねた。「何か回復が遅れそうな心配ごとがあるのですか」と問い返すと、夫との生活や介護時の様子を話した（表3）。面接の終わり頃には「そう言えば、術前、主人は『(自分に）もしものことがあっても、一人でやっていけるようにしてあるから。息子たちには渡さず自分で持っていなさい』と言っていた。私が一人になった時のことを案じてくれていたのだと思う。話しているうちに主人と結婚した時のことを思い出した。姑は世間慣れしていない人で世話がやけましたが、私が尽くしたことを主人もわかってくれているのだと思います。主人は働き者で、おかげでこれまで大きな苦労も無かったです。近所の人の信望も厚くて、私にもよく気をつかってくれました。これからは、焦らず悔いの無いように主人の世話をします」と話した。

考　　察

人の生き方や人生を視野に入れた援助では、長期的な展望を持ち対象者を全人的に理解する視点が必要である。最近は全ての年齢における生き方の展開という観点から生涯発達の考え方が普及している。しかし、人間の生涯にわたる心と行動の全てを統合的に説明しようとする発達理論はまだ存在しない[5]。価値観や生き方の多様化がすすむ今日では、なおさら患者や家族の反応を特定の理論で説明するのは難しい。

岡本ら[4]は人間の一生をアイデンティティの発達と言う視点からとらえ、青年期に確立したアイデンティティを再度問い直す転換期が、青年期以降にもラセン的に訪れると述べている。青年期と中高年期（現役引退）との違いは、それまでに味わったことの無い有限性や喪失感をきっかけとして「問い直し」が始まることである。例えば中高年期では子供が離家・独立すると親役割から開放され自由になる。その時ふと自分に与えられた時間や能力の限界を自覚する。自分の人生はこれで良かったのか、自分のやりたいことは何なのかと考え、これまでの生き方

表1．Yや夫自身が語った夫の反応

1）Yが語った夫の病状
・急に胸が苦しいと言ったり、わけもわからず、いらいらして暴力を振るう
・医者を信じられないので頭が痛くても貰った薬を飲まない。風邪薬だと嘘を言って呑ませる
・病院に来るのを嫌がる。最初診察に来た時は2～3日尿を漏らしたり吐いたりした。頭も痛がった
・孫とゲームをして一緒に遊んでいたのに、「おじいちゃんが暴れている」と孫に呼ばれて二階に行くと、バットを持って振り回していた。息子と一緒に押さえたら「すまない」とあやまった
・この間、散歩中に突然発作が起きた。発作の後は一週間ぐらい体がだるいと言う
・発作のことを（診察医に）話すと、また入院させられるから話すなと言う
・この間、雨戸を閉めてと言ったら、かっとして怒り叩いた
・この間、ふと見たら電球のコードをさわっていた。ショートするから危ないと言ったら止めた。なんでも言わないと出来ないし、細かく言うと馬鹿にしていると怒る
・家が線路脇にあって、電車が通る度にがたがた揺れる。その度にビクッとしている。風の音も恐がる
・薬を呑むと発作がまし。回数と時間が短くなった。帰りに回転ずしを二人で食べるのを楽しみにしている
・この間無理に手術（抜釘）を承知させたら、発作が酷くなり一週間は不安定だった。自分でもしないといけないとはわかっていても難しいみたい。前の入院のことが余程ショックだったのだろう

2）夫自身が話した身体症状
・足は浮いた感じなのに頭は石を載せているように重い
・胸が苦しくなると心臓がどきどきして破裂しそうになる（内科受診では異常無し）
・味がなく声が出ない。死ぬのではないかと夜も寝られない。お腹も痛く針で体をちくちくとつく感じ
・発作が起きると首を締めつけられたように胸が苦しくなる。その時は体が金縛りのようで動けない
・いらいらすると、全身がどうにかなって訳がわからなくなる。体がぐちゃぐちゃになって苦しい

3）夫の病体験とコーピング
・かぁちゃんは口うるさい。いっぺん言うたらわかっているのに
・叩くつもりはない。軽く手をついただけ。家庭での夫を語るYに「苦労かけて、かあちゃん、ごめんな」
・前は人より早く出勤して人一倍働いた。厳しい溶接の検査を受け、頑張って納期に間に合わせたこともある。後輩の面倒もよく見た。いろいろ頑張ったけど、事故のせいで何もかもめちゃめちゃになった
・障害者の世話をしたこともある。今は面倒をかける方になった。人に負けない技術も今は役に立たない
・子供の頃（終戦後）は両親がいなかったから兄弟で苦労した。蘇鉄の実や雑草でお粥を作って食べたり、よその家の手伝いをして食べ物を貰ったこともある。山の中で住んだり、言葉では言えない苦労をした。今度はこんな事故にあって、辛いことばっかりだった。運命かも知れない
・息子は良くしてくれるが、子供は希望して生まれてきたわけではないから迷惑はかけたくない
・突然こうなった。（職場の）若い人は頭ごなしできつい。人に迷惑をかけてまで生きていたくない
・救急入院した病院の医師はとても乱暴な人で、「僕は国から許可を与えられているから、患者をどうにでも出来る」といっていた。ここにいると殺されるかもしれないと思い恐かった。隣のベッドに首に穴を開けて言葉を話せない人がいたがその人にも乱暴していた。自分も牽引していて動けなかったが、気の毒なのでいろいろ世話をしてあげた。その時のことを今も夢に見る（繰り返し語る）
・病院からの帰りの電車で震災で焼けた家を見た。終戦後の町のようだった。みんな苦労して頑張っている。苦しかったことや頑張っていた自分を思い出した
・整形の先生は救急の先生と違うし優しいと思うけど手術は恐い。こんな自分が情けないし、こんなに心配してもらって悪いとは思うけど、手術（抜釘）はしたくない
・最近は好きな相撲を見たり二人で魚釣りに出かける。（発作は）事故で神経がどうにかなっていたから起きたと思う。退院した頃は緊張が強かった（電話で）

表2．Yが語った夫の介護体験

1）病や夫イメージの変化に対する困惑
・普段はだらだらしているのに突然暴行を振るったり苦しいと言う。人が変わってしまった
・テレビのチャンネルをいじると怒る。子供みたいで大人の夫婦の会話が出来ない
・まじめで働き者だった主人が何故こうなったのか、今までの主人は何だったのかと思う
・事故の時は頭も足も血だらけだった。救急病院は酷いところで主人は殺されるかも知れないと思った。必死で病院を探して転院させた。でも自分の体調が悪いと夫をかまっていられない。ここまではしかたが無いと思うけど（普通の時は）「自分で出来るのに」と思うこともある。どこまでしないといけないのか
・病気なんだとは思うけど、でも仕事には行けるんじゃぁないかと思ってしまう
・（症状を）本当と思えない時がある（パニック症候群の新聞を見せると）そう言われるとわかる気がする

2）将来や人生に対する困惑
・何も悪くないのに何でこんな目にあうのかと思う
・主人も好んでなった訳ではないけど、なんでと思う。普段から事故だけはと言っていたのに
・人生の歯車が狂った。傷害保険がでなくなると、これからどうして生活したら良いのか
・せっかく家を新築したけどローンが払えないので売った。もう二度と買えない
・自分も入院しないといけないけど（肝嚢砲、腰椎椎間板ヘルニア）、主人は食事もつくれないから。二人とも悪くなったらと思うと心配でいてもたってもいられない
・会社は主人に定年はないと言っていたのに事故後は冷たい。お人好しの主人を利用するだけして知らん顔をしている。あまり冷たいので会社に言いに行った

3）介護役割に対する困惑
・「（主人に）ぬくぬくと育った人にはわからない」と言われたことがある
・私はいままで大きな苦労はなかった。突然事故だと言われても
・（病気だと）わかっていても、言われると良い返事が出来ない
・「事故のせい」と言われても私にも限界がある
・「子供と思え」と言われて、そう思おうとしても切り替えができない
・（夫が治るまで）年数がかかる病気だから焦らないでと言われるが、それではとても私の方がもたない
・まわりからは「病気だから気持ちを押さえないと」と諭される。でも私も苦しい
・私も被害者。自分も変なんじゃあないかと思う時がある
・迷いがあるどころか吐け口がないから、こっちが参ってしまう
・私がいろいろ言うからいらいらして発作が起きるのかもしれないと思うことがある。我慢しようと思うが言わずにはいられない

4）夫や病に対する認識の変化
・自分の窮状を訴えることが、主人を責めることになると思った
・昔の主人を思い出した。（主人が）意地の悪い人だったらとっくに離婚していたかもしれない
・（戦後）両親がいなかったから、主人は人に優しくしなければ生きられなかったのだと思う。主人から人の優しさを教えられたと思う
・この間、腰が痛かった。酷く痛い時は何も話せなかった。歩けなかった時主人の辛さがわかった
・待合室で、主人より酷い病気の人にあった。いろんな人がいる。辛いのは私だけではない
・ここで（話しをして）私を支えてもらっているから、私が主人を支えられるかも知れない
・なんとか二人でやっていけるかもしれない。薬はできるだけ控えるが、薬がなくなり、病院に来れないのは寂しいし不安なので、薬だけは時々貰えるようにしてほしい

表3．Sが語った夫の介護体験

1）病や夫イメージの変化に対する困惑
・手術してから主人はおどおどして覇気がなくなった。治るのでしょうか
・食事はテーブルを抱えて食べる。見ていると辛そう。あんなに弱々しくなるなんて
・努力が足りないように思うんです。前はどんなことでも諦めなかったのに。どうしてかわかりません
・何か話しかけてもとんでもないところで返事をする。会話にならない。生きている人じゃあないみたい
・主人と立場が逆になってしまった。昔の主人はどこへいったのか
・癌と聞いた時は驚いた。生きていてほしい一心で看病した。けど今は複雑な気持ち
・最近は私が外出しても夫は嫌がらず「何時に帰る？ごくろうさん」と言って送り出してくれる
・何かしてあげると「すまんなぁ。ありがとう」と言う。以前は亭主関白だったのに

2）将来や人生に対する困惑
・息子に家業を譲り、これから主人と一緒に旅行にでも行って余生を楽しむつもりだった。でも、もう無理。姑の介護から開放されたと思ったら主人が病気になった。これからまた夫の介護をして一生を終わるのかと思うと、自分の人生が介護に明け暮れるようで何だかむなしい
・少しも主人から離れられない。この先も介護にこびりつきになりそうな気がする
・まさか、主人がこんな病気になるなんて。私の老後はなくなった
・きちんとした人だから主人に頼っていれば安心と思っていました。こんなことが私の人生に起きるなんて
・両親にも許してもらい、子供も独立して、これからと言う時に。私は欲張りなのでしょうか

3）介護体験に付随するジレンマ
・夫は階下に寝て自分は二階に寝る。主人は階下で寝てほしいらしいがお蒲団を並べるのは嫌。でも意地悪をしているようで、夜中に（主人に）何かあったらどうしようと思うと複雑
・主人は亭主関白で私は尽くすタイプだったのに。今はあべこべ。なんでかしっくりしない
・以前はお寿司など主人の残り物を食べていたけど今は何故か食べられない。なんかねぇー前のようには出来ないんです。冷たいのでしょうか
・お風呂に入る時、背中を流したり優しくしてあげたら喜ぶ。そうしてあげたい時と出来ない時がある
・甘えたいのに、主人に労ってほしいようなそぶりをされると息がつまりそうになる
・一緒に食べるのは嫌なので食事は別に食べる
・自分で言うのも変ですが料理は嫌いでないし、元気になってもらおうと思っていろいろ作ります。夫の世話が嫌なのではない。でも主人と一緒に家にいると気が滅入るんです
・私の気持ちは誰もわかってくれない。そういうことを考えている自分も嫌
・夫には元気になってほしい。そうだけど

4）夫や介護役割に対する認識の変化
・気弱な夫を認めたくない。死ぬのではないかという不安があったからかもしれません
・胃が小さくなったのは聞いていますが、それほどとは思っていませんでした。むせた時の苦しさなら想像できます。それに下痢した時は私もお腹に力が入りませんでした。義父のこともあるから、気力の問題だけではないかもしれません
・私は一人娘なので自営業の主人との結婚には反対されました。かけ落ち同然で結婚して、両親に悪いからと言って夫は私をいたわってくれました。優しい人なんです
・嫌な自分を聞いてもらって気が晴れました。これからは肩の力を抜いて時々気晴らしをします
・嫁は「お稽古事にでも行ったら」と言っていた。気分転換をして、主人が元気になるのを待ちます

や自己のあり方を問い直す。これまでの人生を意味づけ、自身の生涯と限界を自分に納得させなければならない。その時既存の価値観に執着したり喪失感に囚われると危機に陥らないとも限らない。この岐路において、アイデンティティを成熟・深化させるポイントは、主体的・積極的に関われるか、また自分の役割（外面に現れたアイデンティティ）と自分に相互性があるかどうかという点である[4]。やり直しの難しい時期だけに、不可逆的な機能低下をもたらす病や障害の影響は深刻であろう。

面接を始めた頃のＹとＳは、共に親役割から開放され、老後に向けて夫婦だけの生活設計を始めたばかりであった。暦年齢からも中高年期におけるアイデンティティの再確立期にあったと思われる。また発病前の夫は近隣の信望が厚く夫主導型の家族であったこと、ＹとＳには危機対処の経験が無いこと、介護役割への抵抗、喪失感の起こり方など、生活史や生き方にも共通点が見られた。中高年という転換期を視野に入れ、夫の病や障害が発達課題に及ぼす影響と介護にあたる妻への援助について考察する。

１．病や障害が夫の発達課題に及ぼす影響

面接を始めた頃のＹの夫は頭痛や突然の呼吸困難発作など不可解な症状に悩まされていた。このような発作や妻への暴行はどのような事情で起きたのだろうか。

緊急入院した頃のＹの夫は重篤な病状であったにもかかわらず、隣のベッドの患者の世話をするなど良識的な振舞をしていた。Ｙも述べているように、隣人への気配りは終戦後の混乱を生き抜いた夫の対処様式なのかもしれない。少なくともこの時点ではパニック症状は起きていなかった。退院後に発作が始まったこと、また夫自身が「（職場の）若い人は頭ごなしできつい、緊張から発作が起きる（表１）」と述べていることから察すると、退院後の生活や職場環境と関連しているのかも知れない。

事故後の身体機能ではかっての誇りであった溶接技術を発揮するのは難しい。それを後輩は厳しく指摘した。技術的にも対人関係においても存在基盤をなくした夫に復職は難しい。いくら自ら招いた事故とは言え、これまで鍛えた技術の喪失、また生涯をかけて尽くした会社や後輩の扱いを知り、悔しさや空しさは相当であったと思われる。

妻への暴行も夫がおかれた立場・状況と無縁ではなかろう。夫は自らを冗舌に語るタイプではない。また後に妻も認めているが、妻が抱える将来や生活に対する不安、非難めいた言動に影響され、不安や苦しさ余りの暴行とも考えられる。あるいは精神科受診後の暴行のように、自身を理解・尊重されない怒りを暴行によって発散させた可能性もある。

これまでの努力が評価されない現実に直面し、自分の生涯の意味を問い直す。その時、戦後の悲惨な生活や緊急入院時の恐怖が自然と思い出されたのであろう。思い起こせば夫は幼少時より不運であった。また今回の不運は思いがけない事故に始まった。不運な自分にはこれからも何が起きるかわからない。そう考えると、入院や手術に不安を感じるのは当然であろう。無理にでも試みようとすると体の不調を来すので、発作と拠所のなさとは無縁ではないかも知れない。

症状のメカニズムがどうであれ、突然襲う得体の知れない呼吸困難発作によって夫は死の恐怖におびえていた。夫の認識において、実存的な不安と発作の連鎖を断ち切らなければならないが、初診当時の夫の状態では「主体的な問い直し」は難しい。

他方、Ｓの夫も癌とは知らされていないが、術前に妻のために財産を整理していることから察すると、癌であることを察知していたのだろう。自らが招いた病ならば改めることもできる。しかし癌では防ぎようもなく、亡父の苦痛が酷かっただけに同じ胃癌を患った衝撃は相当であったろう。特に胃全摘出術後では誰でも摂取量が制限され、そのせいで体力も減退しがちである。そうした夫の認識を推測すると、摂取量が少ないための活力の低下も、より悲観的に解釈した可能性はある。病・障害の重さと発達段階を考

えれば夫たちが一時「混乱」に陥るのも当然であろう。

病や障害は「中年期の問い直し」を迫り、その意味づけが病や障害に影響する。生活史や発達段階の特徴を踏まえ、それまでの努力・生き方が報われるような支援が必要である。

2．夫の病や障害が妻の発達課題に及ぼす影響

1）夫に託した「人生」の喪失感が発達課題に及ぼす影響

夫の病や障害は夫の人生ばかりでなく、パートナーである妻にも深刻な影響を与える。仕事を持たない妻[2]、夫や子供に自身の人生を託していた妻ならなお更である。YとSの場合、退院してみると夫婦の役割・立場は交替し、夫は自分一人では生活できない人になっていた。その上Yの夫はわけもなく暴行を振るったり突然の頭痛や息苦しさを訴える。Sの夫はまるで廃疾者のように無気力になり片時もSを離そうとはしない。このような状況では余生を楽しむどころではない。「人生の歯車がくるった」、「老後がなくなった」ことに気づいても後戻りすることはできない。「何も悪くないのに何でこんな目に」、「どうしたら良いかわからない」のが実情であろう。無力感に襲われ、つい「もうどうでもいいわ」と考えてしまう。夫を嫌いではないし介護を放棄するつもりもない。それでも「自分の人生が介護に明け暮れるようで何だかむなしい」。Sはふと気が滅入る自分に気づき、そう感じている自分に戸惑っていた。相容れられない生を強いられたYとSも、夫以上に難しい岐路に立たされた受難者ではなかろうか。

2）「理想的な夫像」の喪失が発達課題に及ぼす影響

夫の病・障害を認めたくないといった潜在意識が働いているのかもしれないが、YもSも「今までの主人は何だったのか」、「昔の主人はどこへ行ったのか」など、夫に対する喪失感情を幾度も話した。身体的な条件とは別に、人間的な面での夫の変化に戸惑っているようであった。「理想的な夫像」の喪失は、これまでの人生を虚しく感じさせ、立ち直りを難しくする。

少なくとも病前の夫は、YやSにとって自身の生涯を託すにふさわしい存在であった。言い換えれば、夫は人生のパートナーであると同時に心の拠所となる依存対象でもあった。ところが、現在の夫は毎日を無為に過ごし障害に立ち向かっているようには思えない。障害者のボランティア活動をしていたような夫が突然自分に暴行する。いくら病気だからと言われても人格者の夫にはそぐわない変貌ぶりである。Yが夫に精神科を受診させたのは、精神疾患以外の事情を考えられなかったからであろう。

他方Sはおどおどして消極的に見える夫にジレンマを感じていた。終日介護に拘束されることも憂鬱ではあるが、夫を亡くすのではないかという恐れも潜在していた。一緒に病と闘いたくとも夫の療養態度が今一つである。常日頃は何事にも果敢に挑戦する夫だから、癌も恐れず立ち向かってほしいといった願いと、食事さえも十分できない夫との狭間で戸惑っているように見えた（表3）。

苦難な時ほど夫婦間の信頼と絆が大切であり、絆とアタッチメントが生じるには夫婦間に肯定的な同一化が存在しなければならない[6]。病や障害が配偶者イメージを悪化させたり、夫婦間の信頼関係・絆を損ねないように配慮しなければならない。

3．中高年期の患者と介護にあたる妻への援助法

1）夫の障害や苦痛を緩和するための援助

中高年期の罹患では身体的な予備力が乏しく症状の現れ方も複雑である。その上病状は慢性化しやすい。またがむしゃらに生きた人は無力感に陥りやすい、また危機に際しての活力を再生しづらいといった傾向も見られる。このような実情を考慮し、心身両面からの援助が必要と思われる。

例えば医師による薬剤の処方もその一つである。Yの夫の場合、最初は医療者不信から服用に抵抗したようだが、後には鎮静効果を自ら話し妻と同伴して魚釣りや散歩に出かけられるようになった。薬剤の処方は医師が病状を理解している証であり、苛立ちや発作が緩和すれば夫

の不安も緩和される。

生活方法の提案と平行して家計を立て直すための対策も必要である。例えば、Yにとっては夫の障害も気がかりではあるが、夫が復職できないために家のローンが払えないこと、日々の生活費の保障が得られないことが尚気がかりであった。生活保障に関しては医師による傷害保険制度を、またSには気晴らしをする時間を持つための在宅介護制度の活用を勧めた。具体的な対処法の助言と支援者の存在がYやSにゆとりをもたらし、介護に対する決意を促すきっかけになったと思われる。

2）家族自身を対象とした援助の必要性

妻の励ましやねぎらいが夫の回復過程に与える影響は大きく[1]、より良い援助関係を築くには妻の病状理解が欠かせない。しかし最も身近な妻とはいえ障害の辛さ・難しさを理解するのはむずかしい。初期のYは記銘力の低下した夫を子供のように扱っていた。また回復期には「自分でしたら良いのに」、「仕事に行けるんじゃあないかと思ってしまう」と述べていた。Yの戸惑いも理解できるが、他方では愚痴っぽい小言や助言が夫の自立を遅くし、いらいらさせたり発作を誘発した可能性もある。そこで、YとSが夫に批判的な発言をしたり、頼りなさや暴行の話をした時、病の重さと夫自身もコントロール出来ない事情を、また病状の複雑さや回復の遅延は発達段階に見合ったものであると夫を弁護した。夫の態度が病に由来していると納得することで夫への同情が増す、また回復までの忍耐がしやすいと考えたからである。

ところが両者共に「いくら病気だから子供と思えと言われても気持ちの切り替えができない」、「病気だから気持ちを押さえないと、と言われるが私も苦しい」、「捌け口が無いから、こっちが参ってしまう」、「癌だからと言われても私だって辛い」、「そうは夫にばかりあわせられない」など（表2・3）と話し、かえって反発を感じているようであった。それに対し「何故もっと夫に理解的に振舞えないのだろう」といぶかしく感じていた。

考えてみれば、夫によく仕えた妻たちが、訳もなく夫をけなす筈はない。妻たちが好意的に振舞えないのは妻も同じように喪失体験をしていたからであり、それに気づかなかったのは妻を夫の介護者という固定観念で見ていたからであろう。夫中心の医療者の態度が妻に違和を感じさせたのは反省すべきことである。家族員も個人としての権利と各々の年齢に固有の発達に伴うニードを有している[6]。妻たちの言い分が当然の権利であることと、YとSの喪失感情に気づいた時、妻たちに理解的に接することが出来た。家族中心のケアを推進あるいは妨害する最大の要因は看護者自身の問題のとらえ方であり[6]、YとSの反応はこのような医療者の態度に注意を促しているのだろう。

面接相談を受けた二ケースについて、発達理論を援用して家族看護の必要性やあり方を考察した。病や障害による喪失感は中高年期の「問い直し」を促し、心身の変化は様々な形で存在様式を脅かしていた。看護者の役割は、患者と家族が病や障害で見失った自分と人生を取り戻し、再び主体的な生き方ができるように援助することである。そのためには患者と家族がそれぞれの立場で、症状や気がかりについて自由に話せる場と関係を築く必要があろう。看護者の目標や価値観、期待を押しつけるのでなく、家族を受容し、家族の感情と信念に対する権利を尊重しなければならない[6]。そのためには看護者側に人間をより深く理解する視点と知恵が必要であり、発達理論や発達段階的な視点はその一翼を担うと思われる。

参考文献

1．磯貝貞子，佐藤禮子，高見沢恵美子，手術を受けた夫の回復過程に影響を与える妻の介護．第26回．成人看護学会誌．p.46-49，1995.
2．森山美知子．家族看護モデルーアセスメントと援助の手引き．医学書院，p.2，1995.
3．細川順子，家族を癌で亡くした癌患者と家

族のコミニュケーション．神大保健紀要．第14巻，p139-145，1998.
4．無藤隆，麻生武，内田伸子他，老いることの意味．金子書房，p.73-74. 155-156，1995.
5．高野清純監修，発達臨床心理学事典．福村出版株式会社，p.72-77，1995.
6．Marilyn M. Friedman，野嶋佐由美監訳．家族看護学　理論とアセスメント．へるす出版．p.100-108，p.271-272，1993.

Assistance to Patients' Family at Out-patient Clinic for Coping Their Stressful Life Using Developmental Theory

Junko Hosokawa,[1] Michio Yamaguchi [1]

ABSTRACT : To study beneficial care by nurse for the out-patients and their family, the author interviewed a couple of cases after making full consent with them. Both of the continuous nursing care for the out-patients and the meaningful assistance to their family became evidently important in the clinical field. The client of the first case was a 60 year-old house wife whose husband were severely head-injured by industrial accident. By his mental deterioration, the patient became fully dependent to his wife on ADL. Resuming his social activity could be no more expected. Another client was 65 year-old house wife giving care at home to her husband. He was in his postoperative course of gastric cancer in progressed stage. Since these care givers faced a drastic change of life by decreased income and unexpected reduction of their husband's daily activities, they must have changed their happy life style which had been planned before. As their spouses might represent some personality change after the hospitalization, the wives lost their ideal object as dependency in the marital life. The following condition might also disturb the coping of risk in life by clients themselves: (1) they arrived at their presenile stage of their limited mental and physical activities. (2) No experience to overcome such a crisis in life so far. (3) Their husbands mainly conducted their whole lives before the hospitalization. The clients could not cope the crisis actually. If someone expected them to play a role as a leader and as a care-giver in house, their psychological stress increased much and they stayed in deep sadness. Therefore, the author realized that the assistance to family who gives care at home under stressful situation must be managed by proper step of their developmental stages, and that the nurse must cope their crisis with thoughtful consideration for their deep sadness.

Key Words : Developmental theory,
Family,
Out-patient,
Coping,
Stressful life.

1. Faculty of Health Science, Kobe University School of Medicine