

研 究

“重症心身障害児（重症児）を育てること”に対する 母親の認識変化のプロセス

—在宅で障害児を養育する家族を取り巻く地域ケアシステムに焦点を当てて—

涌水 理恵¹⁾, 黒木 春郎²⁾, 五十嵐正紘³⁾

〔論文要旨〕

“重症児を育てること”に対する母親の認識変化のプロセスを検討するため、在宅で重症児を養育する母親15名に半構造化インタビューを行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて内容を質的に分析した。結果、認識変化のプロセスとして、〈閉ざされた未来〉、《疾患・障害との直面》、〈わが子の生の意味付け〉という3つの段階が抽出された。このように“重症児を育てること”への母親の認識は段階的に変化する一方、“重症児を育てていくこと”特有の家族の苦悩や覚悟も窺えた。医療、保健、療育機関を柱とする地域ケアシステムが彼らをシームレスな連携の元にすくい上げ、継続的なサポートに繋げていくことが課題である。

Key words：重症児，家族，地域ケアシステム，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ，質的研

I. 緒 言

医療の進歩に伴い、また国の医療費抑制政策もあり、医療的あるいは日常的ケアが必要な患者で在宅療養を行う機会が増加している。小児科領域でも、患児の発達促進および良好な生活の質を維持することを目的として、在宅療養が推進される傾向にあり、在宅療養を適切に管理することは重要な課題となっている。

その際、家族によるケアは必須であり、近年では、在宅で重症児を養育する家族の負担に関する調査研究も行われている¹⁾。しかし、在宅で重症児を養育する家族の経時的な体験や思いの変遷に着目してまとめた研究は、われわれが

検索した範囲では見当たらなかった（1983～2005：医学中央雑誌）。

本研究では、在宅で重症児を養育する母親の体験と意思に注目し、とくに「医療」、「ケア」に焦点を当て、“重症児を育てること”に対する母親の認識変化のプロセスを質的に整理・検討し、統合的に構成された概念図により明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究では、各用語について以下のように定義する。

The Process of Mothers' Change of Recognition of 'Rearing Severely-retarded Children'

[2077]

— Focused on the Regional Healthcare System Surrounding the Families Rearing the Disabled Children at Home —

受付 08.10. 9

採用 09. 4. 7

Rie WAKIMIZU, Haruo KUROKI, Masahiro IGARASHI

1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻小児看護学分野（研究職）

2) 外房こどもクリニック（医師/小児科）

3) 五十嵐こどもクリニック（医師/小児科）

別刷請求先：涌水理恵 筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

Tel/Fax：029-853-3427

重症児

重度の知的障害および重度の肢体不自由が重複しており、親もしくは大人の庇護を受けている者。

医療者

医師だけでなく、各療法士、看護師、ケースワーカーなどの職種を指す総称。

地域ケア

社会的援護を必要とする人々に対して、施設に收容せず地域で提供される福祉・医療サービス。

2. 対象

郊外で重症児を養育する母親（以下、研究協力者）を対象とした。研究協力者の選択は機縁法により行った。研究者と研究協力者の最初の相互接触の際、研究協力者が自身の個人情報に研究者に知られたくない場合には研究協力者から研究者への電話連絡を依頼し、そうでない場合には、研究者から研究協力者へ電話連絡を行った。

3. データ収集

研究協力者の希望日時に、プライバシーの保たれた個室あるいは小スペースにおいて半構造化インタビューを研究者が個別に実施した。インタビューでは「これまで児を養育する過程で体験した印象的なエピソード」について尋ね、在宅で障害児を養育する際に必要不可欠な「医療」、「地域ケア」の内容に焦点を当てた。インタビューは研究協力者の承諾を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は2007年12月～2008年2月であった。

4. データ分析

分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）²⁾を用いた。

まず逐語録をもとにデータを「分析テーマ：在宅で重症児を養育する母親が“重症児を育てること”をどのように認識したのか」に照らし、対象者にとってどのような意味があるのかを文脈から解釈して説明的な「概念」を抽出し、複数の「概念」間の関係を検討し「カテゴリー」にまとめ、分析対象にした現象を説明する「結

果図」を作成した。なお本研究では、研究立案から結果の解釈に至るまでの全過程において、継続して日本外来小児科学会質的研究方法検討会によるスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

本研究は日本外来小児科学会倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力者には、研究の趣旨説明と同時に、調査は強制ではないこと、調査に同意しない場合でも不利益を被らないこと、調査の内容は今後の診療には一切影響しないこと、個人を識別できる情報は他者に明かさないこと、を口頭と文書で伝え、署名による同意を得た。

Ⅲ. 結果

研究協力者への電話によるインタビュー依頼で15名全員から承諾を得たのち、個別にインタビューを行った。インタビュー平均時間は50分で、対象者の年代は40代10名、50代4名、60代1名、であった。対象者の概要を表1、生成されたカテゴリー・概念間の関係を図1に示す。

本研究では1個の《コアカテゴリー》、5個の〈カテゴリー〉、18個の〔概念〕が明らかになった。また、本文中の斜体は対象者の発言、（ ）は研究者による補足を表す。

分析の結果、在宅で重症児を養育する母親が“重症児を育てること”を認識していくプロセスとして、〈閉ざされた未来〉、《疾患・障害との直面》、〈わが子の生の意味付け〉という3つの段階が抽出された。

1. 〈閉ざされた未来〉

医師からわが子の障害を告知された母親が〔わが子の生を失う覚悟〕をし、強烈なショックから〔自己を喪失〕し、周囲からも孤立して、子どもと自分の未来を志向できずにいる状態である。

〔わが子の生を失う覚悟〕

障害告知の際に児が患う病の予後に関して言及する医師は多い。母親はわが子と同病であった児の死に関する情報を医師から聞かされることにより、わが子の死を少なからず意識していた。

表1 対象者の概要

ID	母親の年齢	児の年齢	児の性別	診断名（母親の申告）	地域医療機関通院状況	在宅での医療的ケア
1	41	13	女	脳性麻痺	定期	吸入・吸引
2	48	21	男	脳炎後遺症	定期	吸入・吸引、注入
3	45	15	男	脳性麻痺	定期	吸入・吸引
4	42	13	女	代謝性疾患	定期	なし
5	48	24	女	結節性硬化症	必要時	必要時点滴
6	42	9	男	Pelizaeus-Merzbacher 病	必要時	なし
7	46	10	女	脳性麻痺	必要時	必要時点滴
8	40	9	男	代謝性疾患	必要時	なし
9	40	13	女	脳性麻痺	必要時	吸入・吸引
10	41	8	女	脳性麻痺	定期	なし
11	57	31	男	脳性麻痺	通院せず	注入
12	55	28	女	脳性麻痺	通院せず	注入
13	59	30	男	脳性麻痺	通院せず	なし
14	61	29	女	脳性麻痺	通院せず	吸引、注入
15	56	28	女	代謝性疾患	定期	注入

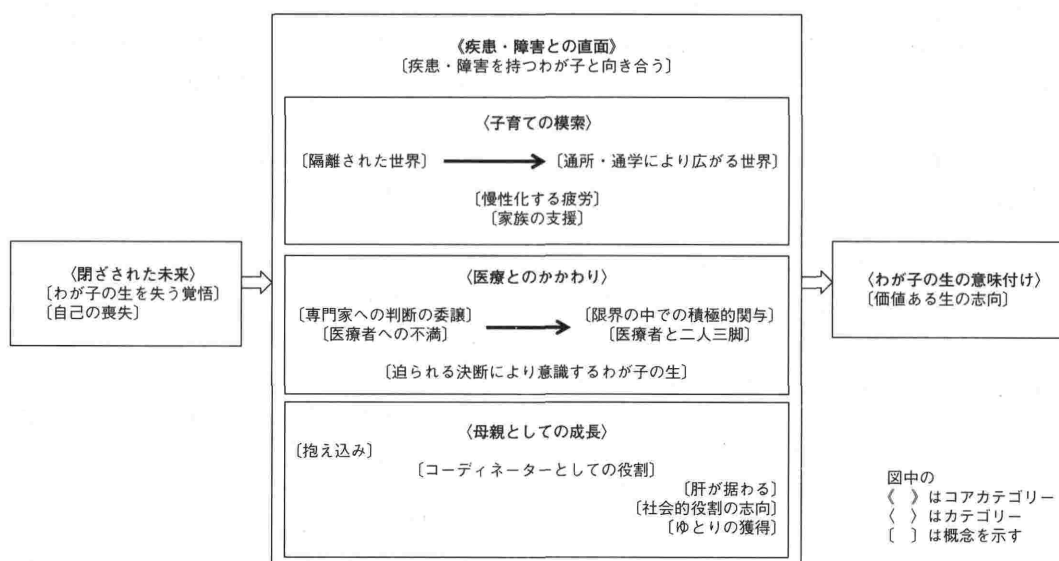


図1 “重症児を育てること”に対する母親の認識変化のプロセス

そもそも初めての告知、いきなりこの病気を知らされたのが2歳、2歳半にはなってないかね。「この病気で結局原因がわからないまま亡くなる方が年に何人いらっしゃいます。」みたいな形の説明まで受けてましたから、原因がわかんないままこの子は亡くなっちゃうんだみたいところまで1度は覚悟したので (ID12)。

〔自己の喪失〕

告知を受けた母親は強烈なショックで先のことが何も考えられず、周囲からも孤立し、精神的に極度に追い詰められ、自分をコントロールできない状態に陥っていた。

先が真っ暗になったんですね。それで、本当にだからその先のことが何も考えられない状態でした。(中略) 自分の精神状態もコントロー

ルできない。家族関係も親せき関係もうまくいかない。障害児を産んだっていう負い目とか、立場的なもので、嫁であり、いろんなところから（自分が）阻害されていく。子どもと自分のことをわかってくれる人がだれもない。病院に行っても、医療的な部分でしか話がないから、私は一体どうすればいいの？ 子どもを抱えて屋上から飛んで死んだほうがいいのかなとか、そんなことしか思い浮かばない時期でしたよね（ID5）。

2. 《疾患・障害との直面》

母親が〔疾患・障害を持つわが子と向き合い〕、自らの〈子育てを模索〉し、〈医療とのかかわり〉を存続しながらさまざまな経験を通して〈母親としての成長〉を成し遂げる段階である。

〔疾患・障害を持つわが子と向き合う〕

母親は「兄の疾患・障害を受け止め、向き合う」経験について語っていた。この経験は母親が“重症児を育てること”に対する認識を変化させていくプロセスにおいてターニングポイントとなっていた。

こういう子は症状が突然なんです。夜中に痰が詰まっちゃって、吸引で口からとか鼻から取ってもなかなか取れなくて、それで、気切（気管切開）になったんです。いやもう悩まなかった。最後は私たち親が決めるしかないですから。（中略）だんだんいろんなものが（兄の）頭の周りに、吸入器やらサチュレーション（動脈血酸素飽和度）のモニターとか増えていって、足の踏み場がなくなっちゃって（笑）。だけどそれでやれてるから、うん、慣れって言っちゃいけないけど、私もだんだん適応してるっていうか図々しくなっちゃったりとかしてるので（笑）（ID4）。

〈子育ての模索〉

母親は〔隔離された世界〕から兄の成長に伴い〔通所・通学により広がる世界〕を仰ぐようになり、〔慢性化する疲労〕を抱えつつも〔家族の支援〕を受け、自らの子育てを模索していた。

〔隔離された世界〕

障害告知後の混乱で、周囲から孤立したままスタートした母親の育児生活は、24時間365日、

家で兄につきっきりの状態であり、世間との交流は閉ざされていた。

午前中1～2時間（兄が）寝てくれるんです。そのすきを見て1人でおかず買いに行って帰ってきて、よかった寝てるわって感じ。それしかないでしょう？ だってもう（兄を面倒見るのは）親しかないもん。（中略）ストレスがたまってノイローゼっぽくなって。（兄に）ゼコゼコされてるとほんとに嫌になっちゃって。でもどこにも行けないから、家にいるしかなくて、何もすることなくて、話す人もなかった（ID14）。

〔通所・通学により広がる世界〕

施設への通所あるいは就学を機に母親は、周りの親との交流を深め、自分の時間も確保できるようになっていった。

T 幼児教室っていう施設があって、そこに行ってた頃は、親子で通園してましたので、そこのお母さんたちと毎日会っていたし、お昼も親だけで食べれる時間があつたので、結構いろんな話をして。その人たちがそのままみんな養護学校に行ってます。学校にあがると今度は子どもだけ（の預かり）なのでね、わずか5時間なんですけど、（兄と）離れられる時間ができて。学校へ入る前は、本当に24時間つきっきり。そういう世間からかけ離れた生き方をしてきたので、学校に入った時点で、「お母さん、もういいですよ」って言われたときの5時間って、たった5時間なんですけど、私にとってすごい貴重な時間だったんです。風呂が糸が切れたように遊びまくるっていうんですか、預かってもらってる間（ID9）。

〔慢性化する疲労〕

母親が兄に行う日常的なケアとして頻回な吸引や昼夜通して行う体位交換などが挙げられ、慢性的な疲労感や身体症状（腰痛等）が語られた。

グって力が入ってしまうから。夜寝てても、「うー」ってうなっちゃうんですね。そのたびに寝返りを打ってあげるっていう作業を、3～4回してあげないといけないから、私もだから朝まで寝れたことがないんですよ（ID4）。

〔家族の支援〕

夫以外では、実母が近所に健在な場合、支援

を得ている母親は多かった。児の疾患・障害が特殊であるがゆえに家族以外に支援を頼めないという母親もいた。

だって、1人じゃ無理だから。特に風呂なんかあったら、駄目。1人では絶対入れられない。家族のなかでだれかが1人具合が悪くなれば(子育ての)歯車が狂ってきますから(ID9)。
〔医療とのかかわり〕

疾患・障害を持つ児を養育するにあたり疾患のフォローや投薬は必至で、成長とともに装具や車いすも作り替えなければならず、母親は「医療」との継続的なかかわりの必要性を認識していた。はじめは自身の判断能力に自信が持てず〔専門家への判断に委譲〕しがちで〔医療者への不満〕を抱きやすかった母親も、徐々に自身の〔限界の中での積極的関与〕をするようになり〔医療者と二人三脚〕で児の医療をコーディネートするようになっていった。またその経過で児に致命的なトラブルが生じるたびに、母親は児の「死」ではなく「生」を意識するようになっていった。

〔専門家への判断の委譲〕

医学的な専門知識を持ち合わせない母親の多くから、児の痙攣・癲癇といった症状の出現と薬による鎮静・傾眠との狭間で葛藤する様子が語られた。最終的には自身の判断能力に自信が持てず、医師に判断を委譲する姿勢が語られた。

薬を飲む・飲まないって、親じゃ決められないから。1人の先生だけの話じゃなくて、ほかの先生にも聞いてみたりとか(ID4)。

〔医療者への不満〕

医師の能力・経験不足あるいは治療上の方針に対する不満が主に語られた。

「アレルギー的なもの」というふうに先生に診断されて(中略)そうこうしてるうちに、全身痙攣が起きて、意識不明になったもんで、「申し訳なかった」というのは、先生はおっしゃいましたけど(中略)恨みはしばらくはありましたね(ID12)。

整形の先生、私好きじゃないんです。これもある、あれもあるっていう選択肢は言わないんですよ(ID7)。

〔限界の中での積極的関与〕

母親は医療的な「判断」の限界を感じながら

も「この子の様子を一番よく知っているのは私」という自負を持ち「使える器具は家でも使ってみよう」と医療に積極的に関与していく姿勢を持つようになっていた。

(吸引は)たまにっていうか結構頻繁ですね。30分に1回ぐらい引いてるかもしれないですね。唾液の吸引は、持続のを常に入れてますから。それだけでは取り切れない痰っていうんですかね。唾液が固まってしまうところがあって、この子はそれをためちゃうので。それを大きいほう(の吸引機)で取ります。ネブライザーもかけたりする。痰を柔らかくするため、時間で朝昼晩とかでやっている(ID9)。

〔医療者と二人三脚〕

ほとんどの〔医療者への不満〕が「通院断念」や「通院の見直し」に帰結しており、苦労の末に信頼できる医療者と巡り合った母親は、在宅で児を安心してケアすることができるようになっていた。

プロ的な、医療的な腕っていうのはもちろんなんですけれども、子どもだけじゃなくて、後ろにいる家族もみてるんだよっていうそういう気持ちが伝わって、初めて一緒にやって信頼関係っていうのかしら? そう(母親が)思うとね、何でも相談できて(ID5)。

〔迫られる決断により意識するわが子の生〕

重症児は身体症状が急変・悪化しやすい。母親は、児にトラブルが生じるたびに、その対処に関して、医療者から迅速な決断を迫られていた。その際、どんな手段を講じても回避すべきは「死」であり、生きることを選択することで「生」を意識するようになっていた。

逆流がひどいからって有無も言わず胃瘻を作りました。気切(気管切開)の時も別室に呼ばれて「どうしますか?」って。迷ったけど「このままだと死ぬこともあり得るから、どうしますか?」って言われて、それじゃもうやらざるを得ないので、「はい、お願いします」と。誰にも相談もしないでその場で決めました。だってやらなきゃ生きられない。何が最終的って、命しか残ってないんですね。ほかがもう全部駄目だから。要するに、親の顔もわかんないし、見ることも光ぐらいしかわかんないし、耳も聞こえてるかどうかわかんないし。生まれたとき

に、命だけ助けてもらったって感じだから、これやったら命が助かるよって言われれば、それをやるっていうのは、ずっと思ってきたことですね (ID11)。

〈母親としての成長〉

育児を〔抱え込み〕家に閉じこもりがちだった母親も、児の成長とともに、家の内外で児の生活の〔コーディネーターとしての役割〕を獲得し、多くの人々との交流や経験を培う中で、〔肝が据わり〕、〔社会的役割を志向〕するようになり、〔ゆとりを獲得〕していった。

〔抱え込み〕

育児開始期の母親は完全に塞ぎこみ、児を他人や親族に託すことを頑なに拒絶し、あくまでも育児を自分の力の及ぶ範囲内だけにとどまらせようと必死だった。

わが子を他人様に託せない。親にも相談できない。家にふたりだけ。暗いあれ (生活) をしました。訪問看護も夫に「使ったら？」って言われたけど、どうなのかなって。あの頃は子どもと表に出ることも避けた (ID7)。

〔コーディネーターとしての役割〕

児の生活全般にかかわる調整役を母親が担っていた。居住する地域に存在する、児にふさわしく有意義な資源を、母親自ら探索・選択・調整する過程で、母親は人々との交流や経験を培っていった。

重度の障害者で、20歳になってなければケアマネ (ケアマネージャー) はつかないんですよ。だれかがコーディネートしていかなくちゃいけない。コーディネート役はだれなのかつたらば、親がやるしかないんですよ。親はどこに (障害児を) 診れる医者がいて、どこに居宅介護 (施設) があり、っていうのを自分で探して、(子どもとの相性や自分のニーズと) 合うかどうか判断しなくちゃならない (ID5)。

〔肝が据わる〕

重症児を育てる過程で多くの経験を体得した母親は、多少のことでは揺らがない強靱な精神力を獲得していた。

子どもに (親が) 強くされちゃってるっていうか、もうね。人に見られても平気だし、何を言われても平気だし、それぐらいのずぶとさは今までの経験で蓄えてきたかなって (ID11)。

〔社会的役割の志向〕

自分に辛い経験があってどういうサポートがどの時期に必要ってわかっているから、それを伝えていくっていうのかな? 先輩お母さんから後輩お母さんに受け継がれていくのが一番早いし、一番の確だと思うんですよね (ID5)。

〔ゆとりの獲得〕

母親は児を授かってからの自身の半生を、精神的余裕をもって振り返ることができていた。

自分として結構満足したものって作ってるんですよね。完璧ではないにしてもね (ID11)。

3. 〈わが子の生の意味付け〉

わが子の《疾患・障害との直面》の段階を経て〔ゆとりを獲得〕した母親が「児が生きることの意味」を考え「児の価値ある生」を志向する段階である。

〔価値ある生の志向〕

母親は「児の体調が良ければ幸せ」、「児と積極的に生きる」、「児とともに納得できる人生にしたい」とそれぞれに「児の価値ある生」を志向するようになっていた。

(児が) 体調が悪くなければ、それで幸せと思えるし、入院してなければそれで (幸せと思える)。基準をどこにもっていくかで全然違うと思うんですけど、うちの場合は (そう) (ID10)。

要するに、太く短く、20歳まで本当は生きられないって言われててね。(中略) ベッドの上だけで寝てるだけより、わかっているかわかってないかわかんないけど、いろんなところへ行ったりとか、いろんなことを一緒にしたりしたほうが、楽しくて面白いよねって感じですかね。だから、積極的に出て行くっていうのかな? (ID11)。

この子とともに生きていくことって、どんな楽しみを見つけていくことなのかなって。そうするためにはどんな時間を過ごしたらいいのかなって。食べさせることに必死になるんじゃなく、訓練を必死にさせるんじゃなく、いろんな人との出会いだったりとか、いい意味での子どもと私とのね、人生を見据えて、親は親なりの納得、子どもは子どもにとっての納得するよう

なことがあるといいなっている (ID5)。

IV. 考 察

1. 生成されたプロセスに見られる母親の認識変化

重症児を育てる母親が、地域資源を活用しながらわが子と向き合う期間を経て、疾患に対する認識を変化させていくプロセスが明らかになった (図1)。

児の障害告知後に到来する〈閉ざされた未来〉の段階で母親が体験した「衝撃」、「悲嘆」、「期待喪失」は、程度は異なることが想定されるものの早産児の母親の親役割獲得過程³⁾の初期と同様であり、また〈閉ざされた未来〉において混迷の極み状態から、錯綜する悲しみを体験しながら《疾患・障害との直面》の段階へ「踏み出し」のきっかけをつかんでいく母親の姿は、子どもを亡くした母親の悲嘆プロセス⁴⁾と類似していた。一方、《疾患・障害との直面》から〈わが子の生の意味付け〉への上向きのベクトル、つまり母親の精神的な「回復」については先行研究^{5,6)}において同様の報告があった。この「回復」の過程で、本研究ではとくに〈子育ての模索〉における〔家族の支援〕が必要不可欠であった。この概念に関連して母親からは重症児を育てるうえでの「将来への不安」が語られた。「私たちには (子育ての) 卒業がない」、「自分らが先だか子どもが先だかわからない」、「夫婦2人のどちらかが駄目になったら子どもは施設入所だね」等の語りから、母親の「重症児を育てること」への認識 (図1) は段階的に変化する一方で、家族として「重症児を育てていくこと」特有の苦悩や覚悟を母親が有していることが窺えた。

2. 医療への示唆

母親が〈閉ざされた未来〉を想う段階において、医療者とくに医師の告知は、母親に「生涯忘れられない」、「どん底に突き落とされた」経験として深く胸に刻み込まれていた。このときの医師の説明は「親が (児の障害を) 受け入れることが前提になっている」との指摘があったことから、医療者は親の状態をアセスメントしたうえで適切な説明を行っていく必要があると考えられる。またこの段階で強烈なショックから〔自己を喪失〕し、周囲から孤立し、子ども

と自分の未来を志向できずにいる状態の母親を、地域ケアシステムがどのようにすくい上げ、継続的なサポートに移行できるか、が大きな課題である。医療、保健、療育機関を柱とする地域ケアシステムの拡充およびシステム内のシームレスな継ぎ目のない連携が必要不可欠である。

《疾患・障害との直面》の段階において関わる専門医療機関の医療者に対して「“医療”を存続しながら地域で生きる児の姿を想像できていない」という指摘が多くあった。この段階においては、母親も〈医療とのかかわり〉を存続しながら〈子育てを模索〉し、さまざまな経験を通して〈母親としての成長〉を成し遂げる。よって児だけではなく家族の日々の生活に思いを巡らせ、医療に関してのみならず地域 (療育) 資源や生活上の提言をしていくことが医療者の役割として強く望まれる。そのためには専門医療機関と地域医療機関とが患者情報を共有することが求められ、医療者は地域の管轄を超え、また診療科を超えて連携し、その家族に見合った地域ケアを選択肢として提示すべきである。

並行して「高等部卒業後の受け入れ先の拡充」および「レスパイトケアサービスの拡充」が政策として進めば、母親はよりスムーズに《疾患・障害との直面》の段階から〈わが子の生の意味付け〉を行う段階に移行できるだろう。

最近では日本でも、「患者中心の医療」という概念が取り入れられ、医療者側も患者側も互いに従来とは異なる認識を持ち、これまでの医療者—患者関係とは異なる両者の新たな関係性が築かれつつある⁷⁾。医療者は、本研究で示された母親の体験や思いを「患者中心の医療」に通じるコンテキスト (文脈) として受け止め、さらに地域で生活する重症児と家族を取り巻くケアシステムを総体的に見直していかなくてはならない。

V. 結 論

“重症児を育てること”に対する母親の認識変化のプロセスを質的に整理・検討することを目的に、在宅で重症児を養育する母親15名に半構造化インタビューを行い、M-GTAの手法を用いて分析を行った。その結果、わが子の障害

を告知され〈閉ざされた未来〉を想う段階、〈医療とのかかわり〉を存続しながら〈子育てを模索〉し、さまざまな経験を通して〈母親としての成長〉を成し遂げる《疾患・障害との直面》の段階、〈わが子の生の意味付け〉を行う段階の3段階が抽出された。医療者はこのプロセスを念頭におき、重症児の「医療」に尽力すると同時に、在宅で重症児を養育する母親をトータルで支えていく必要がある。

謝 辞

本研究は、財団法人在宅医療助成勇美記念財団2006（平成18）年度在宅医療助成によって行われました。貴重な体験および思いをお聞かせ下さった対象者の皆様に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 久野典子, 山口桂子, 森田チエ子. 在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担感とそれに影響を与える要因. 日本看護研究学会雑誌 2006; 29: 59-69.
- 2) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京: 弘文堂 2007.
- 3) 安積陽子. 早産児をもつ母親の親役割獲得過程に関する研究. 日本助産学雑誌 2003; 16 (2): 25-35.
- 4) 納富史恵, 藤丸千尋, 岩崎瑞枝. 長期入院児を亡くして2年未満の母親の悲嘆プロセス. 日本看護研究学会雑誌 2007; 30: 65-75.
- 5) 新保幸男, 平澤千鶴. 配偶者との死別によってひとり親となった母親の研究 悲嘆のプロセスを中心として. ソーシャルワーク研究 2007; 33 (1): 42-46.
- 6) 岩崎紀久子. がんで家族の重要な一人を亡くしたあとの自己イメージの変化と悲嘆の回復過程との関連. がん看護 2000; 5 (5): 416-424.
- 7) 山崎喜比古, 編. 健康と医療の社会学 東京: 東京大学出版会 2001: 115-131.