

平成二十八年度 博士学位論文

認知症者の在宅介護に関する研究

—配偶介護における妻介護者を中心に—

東北福祉大学大学院 総合福祉学研究科

博士課程 社会福祉学専攻

三浦 和夫

< 目 次 >

第 1 章	認知症高齢者の在宅介護研究の背景と研究目的	1
I.	認知症高齢者に関する歴史的経緯	1
II.	今日における認知症高齢者に関する問題	5
(1)	わが国における高齢者介護の現状	
(2)	認知症高齢者の現状について	
III.	家族介護者の現状について	6
(1)	わが国の世帯数と世帯構造別・世帯類型別について	
(2)	65 歳以上の者がいる世帯の状況について	
(3)	主介護者の状況について	
IV.	認知症高齢者介護に関するこれまでの先行研究	7
V.	本研究の目的	10
VI.	本研究の全体的構成について	12
第 2 章	認知症高齢者を含む高齢者在宅介護研究（第 1 研究）	14
I.	研究目的	14
II.	研究方法	14
(1)	調査対象と調査方法	
(2)	配布総数と回収率について	
(3)	分析方法	
(4)	言葉の定義	
(5)	倫理的配慮	
III.	結果	16
(1)	対象者全体（185 名）の結果	16
1)	介護者全体の結果	
2)	認知症介護者と非認知症介護者に分けたときの結果と分析	
(2)	65 歳未満と 65 歳以上における対象者を認知症の有無によって分けた場合の結果	26
1)	65 歳未満の家族介護者における認知症の有無についての結果	
2)	65 歳以上の家族介護者における認知症の有無についての結果	
(3)	65 歳以上の認知症高齢者介護における配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者の比較	33
IV.	総括	38

第3章 認知症高齢者在宅介護における家族介護者の特性	40
I. 第2章の結果について	40
II. 第2章の結果に対する考察	40
(1) 「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」について	
(2) 「認知症の有無」における介護負担感の比較について	
(3) 年齢別（「65歳未満」と「65歳以上」）における介護負担感の比較について	
(4) 「年齢別」・「認知症有り群」にみる「続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）」の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について	
1) 「65歳以上」・「認知症有り群」・「配偶介護者」の場合	
2) 「65歳以上」・「認知症有り群」・「配偶介護者以外」の場合	
III. 認知症高齢者介護における家族介護者の特性と今後の課題	45
第4章 家族介護者へのインタビューによる事例研究（第2研究）	47
I. 研究目的	47
II. 研究方法	47
(1) 調査対象者について	
(2) 調査方法について	
(3) 倫理的配慮について	
(4) 分析方法	
III. 妻介護者の事例提示	52
事例1)・事例2)	
IV. 認知症高齢者介護に対する妻介護者2事例からの特徴抽出	59
V. 妻介護者の特徴分析	60
VI. 結果と小括	73
VII. 妻介護者と他の続柄介護者との比較	74
(1) 妻介護者と夫介護者の比較 事例3)	
(2) 妻介護者と嫁介護者の比較 事例4)	
VIII. 結果と小括	83
第5章 総合考察	85
I. 第2章の結果に対する考察	85
(1) 「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」について	
(2) 「認知症の有無」における介護負担感の比較について	
(3) 「年齢別（65歳未満と65歳以上）」における介護負担感の比較について	
(4) 「65歳以上」・「認知症有り群」における「続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）」の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について	

- 1) 「65歳以上」の「認知症有り群」・「配偶介護者」について
- 2) 「65歳以上」の「認知症有り群」・「配偶介護者以外」の家族介護者について

II. 妻介護者の特徴について	91
(1) 『認知症の気づきと対応』	
(2) 『被介護者観』	
(3) 『介護者の変化』	
(4) 『未来への視点』	
(5) 『介護者の自己確認』	
(6) 『情緒的共有』	
(7) 『介護者の自己調整』	
(8) 『福祉サービス』	
III. 総括	100

第6章 妻介護者を中心とした認知症高齢者在宅介護における現状からみた支援について	104
I. 認知症高齢者在宅介護における妻介護者の事例について	104
II. 妻介護者を中心とした家族介護者への支援の在り方	104
(1) 『認知症の気づきと対応』における「病院受診への困難さ」への支援	
(2) 『介護者の変化』における「介護や認知症に関する知識の習得」への支援	
(3) 『介護者の自己調整』における「健康維持」・「趣味などの活動」や『福祉サービス』への支援	
(4) 続柄別の支援	
III. 認知症ケアの在り方について	110

第7章 本研究の意義と課題	112
I. 本研究の意義	112
II. 本研究における今後の課題	112
(1) アンケート・インタビュー調査について	
(2) 今後の課題	

<文献>	114
<謝辞>	122
<資料> 資料1 家族介護者へのアンケート調査依頼文／調査票	
資料2 家族介護者へのインタビュー調査依頼文	
同意書（様式1）・同意取り消し書（様式2）	

第1章 認知症高齢者の在宅介護研究の背景と研究目的

I. 認知症高齢者に関する歴史的経緯

(1) 1960年・1970年代

1963（昭和38年）に老人福祉法が制定された。この老人福祉法の制定に伴い、施設福祉サービスと在宅福祉サービスが、国の施策として位置づけられた。その当時の高齢者問題の一つは、「ねたきり老人」の増加であり、厚生白書（昭和44年版：386）において、初めて「ねたきり老人対策事業」が明記されている。

1970年代に入ると、厚生白書（昭和45年版：22）において、「高齢者の精神病の中で最大の課題は痴呆性疾患である」と明記されている。初めて「痴呆性疾患」という言葉が使用され、60歳以上の精神病の患者数、痴呆の有病率や特徴などが記されている。しかし、厚生白書（昭和46年版：471）では、ねたきり老人のための対策以外に、「痴呆性疾患」を持つ高齢者ではなく、「ひとり暮らし老人のための対策」が新たに加わっている。その理由は、その当時、高齢者世帯の増加やその中でひとり暮らしの老人は62万人と推計されたことによるものである。1970年代には、先に述べた通り厚生白書（昭和45年版：22）において「高齢者の精神病の中で最大の課題は痴呆性疾患である」とあるように高齢者の認知症が最大の課題と言われていたが、実際は、「ねたきり老人」や「ひとり暮らし老人」に対する対策がとられていた。

認知症に対する社会の関心が高まったきっかけは、1972年に出版された有吉佐和子の「恍惚の人」である。認知症を抱えた高齢者について、岩尾（2013：6）は、「認知症を恥ずべきものとして介護の限界まで家族が隠すなど、社会的にも処遇困難者としてとらえられていた」と指摘している。1977（昭和52）年には、老人精神病棟の施設・整備事業が実施されたが、三浦（1979：39）は「痴呆老人あるいは精神障害にたいする対策は、これまでもその重要性が指摘されていたにもかかわらず、有効な対策が講じられていなかった」と指摘している。

(2) 1980年代

1980年代から認知症高齢者に対する対策が打ち出されている。1984（昭和59）年には、厚生省による「痴呆性老人対策処遇技術研修事業」が開始された。1986（昭和61）年には、「厚生省痴呆性老人対策推進本部」が設置され、1987（昭和62）年には、「厚生省痴呆性老人対策推進本部」の報告が出されている。主な報告内容は、厚生統計協会（2005：146）によると、「1. アルツハイマー型認知症の原因究明、医療・介護の需要の把握、脳卒中の予防などの調査研究の推進と予防体制の整備、2. 介護家族の悩みや不安を解消するための都道府県高齢者総合相談センター（シルバー110番）の整備推進などの相談体制の強化、日帰り介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）事業の拡充などの介護家族に対する支援方策の拡充、3. 認知症老人専門治療病棟の整備などによる施設対策の推進」

である。1989（平成元）年には、老人性痴呆疾患センターが創設され、同年12月に高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）が策定された。

厚生省大臣官房政策課（1991）によると、「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」の主な項目は、「1. 市町村における在宅福祉対策の緊急整備（在宅福祉推進十か年事業）」、「2. 寝たきり老人ゼロ作戦の展開」、「3. 在宅福祉等充実のための長寿社会福祉基金の設置」、「4. 施設の緊急整備（施設対策推進十か年事業）」などである。

（3）1990年代

1991（平成3）年には、老人性痴呆疾患療養病棟と老人保健施設痴呆専門棟が創設された。1992（平成4）年には、65歳未満の初老期痴呆患者が老人保健施設への入所が可能となるデイサービスセンター（E型）が創設された。

1994（平成6）年には、総人口に占める65歳以上の人口比率が14%を超え、わが国は高齢社会を迎えた。1994（平成6）年には、痴呆性老人対策に関する検討会から「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」が出されている。厚生省老人保健福祉局企画課（1994）によると「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」の主要な項目は、「1. 意識啓発と相談・情報提供の充実」、「2. 発症予防と早期発見・早期対応の徹底」、「3. 治療・ケアの充実」、「4. 調査・研究の推進」、「5. 権利擁護システムの確立」、「6. 家族の会に対する支援」である。

1994（平成6）年に大蔵・厚生・自治3大臣の合意により「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定され、平成7年度から開始された。福祉政策研究会（1996）によると、その主な項目は、「1. 高齢者介護サービスの整備目標」、「2. 今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本的枠組み」、「3. 平成7年度から11年度までの5年間の総事業費」の3点である。

1999（平成11）年には、大蔵・厚生・自治3大臣の合意により「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」が策定された。厚生労働省（1999）によると「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」の基本的な目標は、「1. 活力のある高齢者像の構築」、「2. 高齢者の尊厳の確保と自立支援」、「3. 支え合う地域社会の形成」、「4. 利用者から信頼される介護サービスの確立」の4点である。そして、今後取り組むべき具体的施策は、「1. 介護サービス基盤の整備 —いつでもどこでも介護サービス—」、「2. 痴呆性高齢者支援対策の推進 —高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり—」、「3. 元気高齢者づくり対策の推進 —ヤング・オールド（若々しい高齢者）作戦の推進—」、「4. 地域生活支援体制の整備 —支え合うあたたかな地域づくり—」などである。

「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」の主な特徴は、基本的な目標の中に「高齢者の尊厳の確保」が明記されたこと、「介護予防」という言葉が初めて使われ介護予防事業が推進されたことである。そして、新たに痴呆性高齢者支援対策の

推進の一つとして「痴呆対応型共同生活介護」を整備し具体的数値が示されたことである。

(4) 2000年代

介護保険制度は、1997（平成9）年に制定され、2000（平成12）年から施行されている。また、2000（平成12）年には、「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」の施策として、全国3カ所において高齢者痴呆介護研究センター（現在は、認知症介護研究・研修センター）が整備された。

2003（平成15）年高齢者介護研究会は、報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」をとりまとめている。この報告書は、高齢者の尊厳を支えるケアの実現を基本に置き、第1次ベビーブーム（1947年～1949年）世代が65歳以上になる2015年までの高齢者介護の方策を提言している。

高齢者介護研究会（2003：54）は、「尊厳を支えるケアの確立への方策」として、「1. 介護予防・リハビリテーションの充実」、「2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」、「3. 新しいケアモデルの確立（痴呆性高齢者ケア）」、「4. サービスの質の確保と向上」の4点を打ち出している。

2004（平成16）年に「痴呆症」から「認知症」へ呼称が変更になった。

2005（平成17）年には、介護保険制度が改正され、その一つの方針として「介護予防重視への転換」、「新たなサービス体系の確立」などを打ち出している。

2008（平成20）年7月に厚生労働省は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」を出している。本プロジェクトは、認知症になっても安心して生活できる社会を構築するために、研究開発、医療、介護、本人・家族に対する支援の対策を検討するために設置された。この報告書（2008）によると、今後の認知症対策の具体的な内容は、「1. 実態の把握」、「2. 研究・開発の促進」、「3. 早期診断の推進と適切な医療の提供」、「4. 適切なケアの普及及び本人・家族支援」、「5. 若年性認知症対策」の5つである。また、同年11月に厚生労働省は、「安心と希望の介護ビジョン」を示している。この「安心と希望の介護ビジョン」は、超高齢社会を迎える中で「安心と希望」を持ち生活する社会を築いていくため、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言している。

「安心と希望の介護ビジョン」（2008）によると具体的な提言は、「1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり」、「2. 高齢者が住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上」、「3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現」の3つである。

(5) 2010年代以降

2012（平成24）年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームから「今後の認知症施策の方向性について」の報告が出された。この報告（2012）では、7つの視点が示されている。この7つの視点は、「1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及」、「2. 早期診断・

早期対応」、「3. 地域での生活を支える医療サービスの構築」、「4. 地域での生活を支える介護サービスの構築」、「5. 地域での日常生活・家族の支援の強化」、「6. 若年性認知症施策の強化」、「7. 医療・介護サービスを担う人材の育成」である。

厚生労働省は、「今後の認知症施策の方向性について」の報告を受け、2012（平成 24）年に平成 25 年度から 29 年度までの計画として「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を策定している。そして、「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」には、先に示した 7 つの視点を主要項目として位置付けている。

2015（平成 27）年に厚生労働省（2015）は、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を策定している。「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」の 7 つの柱は、「1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」、「2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」、「3. 若年性認知症施策の強化」、「4. 認知症の人の介護者への支援」、「5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」、「6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進」、「7. 認知症の人やその家族の視点の重視」である。

（6）認知症高齢者に関する歴史的経緯のまとめ

これまで 1960 年代から現在までの認知症高齢者介護の施策を中心について概観した。1970 年代には、認知症を抱えた高齢者についての問題が指摘され、1972 年には「恍惚の人」が出版されたことで認知症に対する社会の関心が高まった時期でもあるが、具体的な施策は講じられていなかった。

1980 年代に入り、1987（昭和 62）年には「厚生省痴呆性老人対策推進本部」の報告や 1994（平成 6）年の痴呆性老人対策に関する検討会からの「痴呆性老人対策に関する検討会報告書」が出され、認知症に関する施策の提言を行っている。実際に、認知症に関する内容が施策に示されたのは、1999（平成 11）年に策定された「今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン 21）」からである。施策の中には、今後取り組むべき具体的施策として「痴呆性高齢者支援対策の推進 ―高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり―」が示されている。それまでの 1989（平成元）年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」、1994（平成 6）年の「新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）」には、認知症に関する施策は示されていない。

2000（平成 12）年 4 月に介護保険制度が施行され、2003（平成 15）年高齢者介護研究会（2003：54）は、報告書「2015 年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」をとりまとめ、その方策の一つとして、「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」を示している。

2005（平成 17）年の介護保険制度改正時には、方針として「介護予防重視への転換」、「新たなサービス体系の確立」などを打ち出している。「新たなサービス体系の確立」について

は、独居高齢者や認知症を抱えた高齢者の増加に伴い、地域密着型サービス等を創設している。2003年の高齢者介護研究会の報告書の中で「新しいケアモデルの確立：痴呆性高齢者ケア」が示されて以降、認知症に関する施策がより具現化したと考える。

そして、2008（平成 20）年 7 月に厚生労働省は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」を出している。この中で認知症を抱える高齢者を介護する家族介護者の支援の対策が検討し始められたのである。

2012（平成 24）年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームから「今後の認知症施策の方向性について」の報告が出された。そこで、基本目標を実現するための取り組みとして、「地域での日常生活・家族の支援の強化」が示され、2012（平成 24）年「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」、2015（平成 27）年「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に家族介護者の支援が示されている。

認知症に関する施策は 2003 年以降から検討し始めているが、家族介護者に対する支援の検討は 2008 年頃からであり、実際の施策に反映されたのは、2012（平成 24）年の「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」からである。わが国では、家族介護者の支援の対策が進んでいない状況である。わが国の施策の方向性は、施設介護から住み慣れた地域における介護と変化しているが、家族介護者が認知症介護を担うということが前提となっていることは、1970 年代から変わっていない。

II. 今日における認知症高齢者に関する問題

(1) わが国における高齢者介護の現状

わが国の総人口は、総務省統計局の平成 22 年国勢調査報告（2012）によると、平成 22 年 10 月 1 日現在、1 億 2805 万 7352 人である。その中で 65 歳以上人口は、2924 万 6 千人であり、人口総数に占める割合は約 23.0%となった。平成 17 年度国勢調査結果（65 歳以上人口 2567 万 2 千人）と比較すると高齢者人口は 13.9%の増加、総人口に占める割合は 20.2%から 23.0%に上昇している。そして、65 歳以上人口のうち 75 歳以上人口は、1407 万 2 千人である。これらの調査結果から明らかなことは、65 歳以上人口が増加し高齢化が進行していることと 75 歳以上高齢者の割合が 65 歳以上人口の約 50%を占めていることである。そして、この高齢化の進展は、要支援・要介護認定者の増加や認知症の発症などへの影響が考えられる。

次に、認知症の発症について述べる。認知症の発症について、中村（2013：13）は、「年齢と密接に関係しており、高齢になるほど有病率は上昇する」と述べ、また、大塚（2001：66）は、65 歳以上の認知症の有病率について「年齢が 5 歳上昇するにつれて有病率はほぼ 2 倍となる」ことを指摘している（表 1）。

このような高齢化の進展や要支援・要介護認定者の増加、65 歳以上の認知症の有病率などを考慮すると、加齢に伴い介護を必要とする高齢者が増えるとともに、認知症を抱えた高齢者に対する介護などが社会的な課題であると思われる。

表1 年齢段階別の認知症の有病率

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
有病率	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%

*大塚俊男(2001)「日本における痴呆性老人数の将来推計 平成9年1月の『日本の将来推計人口』をもとに」『日精協誌』20(8), p66をもとに筆者が作成。

(2) 認知症高齢者の現状について

認知症高齢者の現状について、厚生労働省老健局高齢者支援課(2013:3)によると、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ(注1)以上の高齢者数は、2010(平成22)年で280万人であり、2015(平成27)年では345万人、2020(平成32)年では410万人、2025(平成37)年では470万人と推計している。これらの推計は、大塚(2001:67)(注2)や高齢者介護研究会報告書「高齢者の尊厳を支える介護」(2003:157)(注3)で示されている将来推計と比較すると認知症高齢者の増加が顕著である。

また、朝田(2013:9)によると、認知症の前駆状態と考えられる軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment:MCI)の有病者数は、65歳以上人口(3,079万人:平成24年10月1日時点)に対して「全国のMCI有病者数は約400万人」と推定されている。今後、さらに認知症を抱えた高齢者が増加するものと思われる。

次に、厚生労働省(2012)が策定した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」では、平成24年度の認知症高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)305万人の居場所別内訳を示している。その内訳は、「在宅介護149万人、住居系サービス28万人(特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護)、介護施設89万人(介護老人福祉施設・介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む))、医療機関38万人」である。ここで重要なことは、認知症高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)の約49%が在宅で介護サービスを利用しながら生活していることである。

そこで、在宅における認知症高齢者をめぐる課題が生じる。その課題は、認知症の行動・心理症状の出現に伴う家族介護者の身体的・精神的な介護負担感、老々介護の問題、高齢者虐待の問題、老々介護における無理心中や家族介護者による介護殺人などがある。今後、認知症高齢者が増加していく中で、いかに上記に示した課題に対応していくかが重要である。

Ⅲ. 家族介護者の現状について

(1) わが国の世帯数と世帯構造別・世帯類型別について

わが国の世帯数について、厚生労働省の国民生活基礎調査(2015)によると、2013(平成25)年6月6日現在における全国の世帯総数は、5011万2千世帯となっている。世帯構造別にみると「夫婦と未婚の子のみの世帯」が1489万9千世帯(全世帯の29.7%)、「単身世帯」が1328万5千世帯(全世帯の26.5%)、「夫婦のみの世帯」が1164万4千世帯(全

世帯の 23.2%)、「ひとり親と未婚の子のみの世帯」が 362 万 1 千世帯 (全世帯の 7.2%)、「その他の世帯」が 333 万 4 千世帯 (全世帯の 6.7%)、「三世帯世帯」が 332 万 9 世帯 (全世帯の 6.6%) の順番となっている。つまり、世帯総数のうち、「単独世帯」と「夫婦のみの世帯」が 49.7%を占めている。

次に、世帯類型別では、国民生活基礎調査 (2015) によると、2013 (平成 25) 年 6 月 6 日現在では「高齢者世帯」が全世帯の 23.2%、「母子世帯」が全世帯の 1.6%、「父子世帯」が全世帯の 0.2%、「その他の世帯」が全世帯の 75.0%である。

(2) 65 歳以上の者がいる世帯の状況について

国民生活基礎調査 (2015) によると、2013 (平成 25) 年における 65 歳以上の者がいる世帯は、2242 万世帯 (全世帯に占める割合 44.7%) である。世帯構造別にみると「夫婦のみの世帯」が 697 万 4 千世帯 (65 歳以上の者がいる世帯の 31.1%)、「単独世帯」が 573 万世帯 (65 歳以上の者がいる世帯の 25.6%)、「親と未婚の子のみの世帯」が 444 万 2 千世帯 (65 歳以上の者がいる世帯の 19.8%)、「三世帯世帯」が 295 万 3 千世帯 (65 歳以上の者がいる世帯の 13.2%) の順番となっている。この調査から明らかなことは、65 歳以上の者がいる世帯のうち「夫婦のみの世帯」が 31.1%を占めており、その割合が大きい。

(3) 主介護者の状況について

要介護者等が同居している場合、主介護者の続柄は、国民生活基礎調査 (2015) によると、「配偶者」が 26.2%、「子」が 21.8%、「子の配偶者」が 11.2%である。また、同居している主介護者の性別は、男性 31.3%、女性 68.7%と女性の割合が多い。さらに、主介護者の年齢をみると、「男性 60~69 歳」が 27.7%、「女性 60~69 歳」が 32.5%で男女ともに「60~69 歳」の割合が高い。

同居における主介護者と要介護者等との組み合わせを年齢別にみると、「70~79 歳」の要介護者等では、「70~79 歳」の者が介護している割合は 50.6%、「80~89 歳」の要介護者等では、「50~59 歳」の者が介護している割合は 29.9%で最も多い。また、60 歳以上同士、65 歳以上同士、70 歳以上同士の組み合わせは、いずれも上昇傾向となっている。

IV. 認知症高齢者介護に関するこれまでの先行研究

認知症高齢者を介護する家族介護者の研究は、1980 年代後半からみられている。この当時は、認知症高齢者を抱える家族介護者の続柄別の特徴や意識と態度、認知症高齢者を介護する家族介護者の生活の実態、認知症の症状に対する困難さなどに焦点をあてた研究が行われていた。

加藤ら (1987 : 779) は、続柄別の特徴として「配偶者の場合将来的な不安が強く、介護者が娘の場合、自責的感情や介護上の負担が大きいこと、また介護者が嫁の場合は介護上の負担が最も大きく、不安も強いこと」を、また、下垣ら (1989) は、認知症高齢者への

意識や態度に関するアンケート調査を行い、家族介護者の介護状況などを報告している。藤田ら（1987：192）は、在宅介護の生活実態として、「痴呆期間が3年以下の短期間の場合ほど、介護する側の精神的ストレスは高く、逆に痴呆期間が7年以上と長い場合ほど精神面での負担を訴える個数は減少する」と指摘し、介護期間が長いほど、精神的負担感が低くなることを報告している。

次に、冷水（1989：18）は、認知症高齢者を介護する家族介護者を対象に、家族介護に伴う客観的な困難の特徴として「第1因子（見当識障害・記憶障害にかかわる症状）、第2因子（徘徊・収集癖・荷作り・火の不始末・性的異常などの問題行動）、第3因子（妄想・作話・幻覚などの症状）、第4因子（不安・ふさぎこみ・まとわりつき・常同などの症状）、第5因子（異常な興奮・夜騒ぐ・攻撃的言葉などの症状や行動）、第6因子（おむつはずし・弄便などの不潔行為）。第2因子、第5因子はいずれも従来経験的に、家族介護にとっては対応の難しい、またそれだけに負担を大きくする症状・行動であるといわれてきたもの。日常生活状態が有意な影響力を及ぼすのは、第2因子（ADLの全般的な障害程度が軽いほど徘徊等の問題行動の頻度が高い）のみであった」と報告している。

第2因子と第5因子は、家族介護者にとって対応が難しい症状であるとともに、ADLの全般的な障害の程度が軽いほど徘徊などの症状の頻度が高いということである。この点について、荒木ら（1990：217）は、「問題行動は、日常生活動作能力が高いときには徘徊、収集癖、暴力が発生しやすい」としており、同様の結果を認めている。また、小泉ら（1993：21）も、問題行動が「ADLが障害されていない状態において、在宅介護の継続を阻害する要因となっている」ことを指摘し、認知症における認知症の行動・心理症状が介護に与える影響を報告している。

1980年代後半には、介護負担感に関連する要因に焦点をあてた研究が行われていた。岡本（1988：81）は、「自分の自由になる時間がない、体が疲れる、睡眠不足になりがち、この先どうなるかわからないという不安感がいつもある」などの介護や生活上の困難を明らかにし、特に「自分の自由になる時間がない、体が疲れる、睡眠不足になりがち」は認知症高齢者の身体的状況や精神的症状に関連していることを指摘している。認知症高齢者の身体状況や認知症の行動・心理症状によって、介護負担感の増加や在宅介護継続を阻害することは明らかである。しかし、介護負担感と介護継続意志に関する研究では、中谷ら（1989：33）によると、「継続意志は負担感の高い低いに左右されない」、坂田（1989：41）は、「攻撃的行動は『介護負担感』を高めるが『介護継続意志』とは関係しない」ことも報告されている。そのほかにも、在宅介護の継続に関連する要因に関する研究（別所ら：2000、赤澤：2002）、介護負担感に関連する要因（小野寺ら：1992、吉田ら：1997、深江ら：1999、禰木：2007）などがある。

2000年代に入ると、介護における肯定的な側面や介護における生き甲斐感に焦点をあてた研究がみられるようになる。右田ら（2001：129）は、「介護をすることが自分にとって利益になった側面、介護を通して気づきの体験が増えた側面、老いや他者の受け止め方

寛容になった側面」を挙げている。また、この当時、一瀬による一連の研究(2001a、2001b、2002、2004a、2004b)では、介護に対して抱く「生き甲斐感」の規定要因(2001a)、高齢男性介護者の介護実態(2001b)、介護の肯定的価値と介護による否定的影響(2002)、介護に対する肯定的価値観が家族介護者の介護ストレス認知や行動的ストレス対処に与える影響など(2004b)を明らかにしている。また、一瀬(2004a)は、高齢配偶介護者の介護特性についても報告していて、これまでの先行研究の中ではみられなかった高齢の配偶介護者に関する研究を報告している。

もちろん、肯定的な側面を有するからといって、否定的な側面(介護負担感)が無いということではない。認知症介護に限らず、高齢者介護においては両側面があることから、家族介護者の「アンビバレント」に関する研究(広瀬：2010)も見られるようになるのはある意味必然である。

これまで示した研究のほとんどが量的な調査であるが、質的な研究もおこなわれている。

小原(1991：49-50)は、認知症高齢者の家族介護の実態について述べ、「身体障害の有無よりもむしろ行動異常が著しくなり介護者が対応困難、心身の疲労の増大、精神・身体疾患に罹ったりする場合、家族介護は困難になる。介護期間の長期化は介護困難に直接影響はなく、むしろその過程での急激な本人の心身の状態の変化、介護態勢の変動、住宅・経済的条件の悪化等により影響される」というように、介護困難となる要因を報告している。

認知症高齢者を介護する家族介護者に限っても、その多くが認知症高齢者介護における家族介護者の変容プロセスに関する研究が多数を占めている。家族介護者の変容プロセスに関する研究は、主に受診に至るまでの過程、介護に対する認識変容の過程、行動変化の過程などが報告されている。

病院受診に関する研究については、木村ら(2011)は、もの忘れ外来を受診させるまでの過程について、原田ら(2015)は、認知症発症の気づきから受診に至るまでの対処について報告し、被介護者の言動における変化の気づきから始まり、受診までの過程がそれぞれ報告されている。小林(2005)は介護認識と介護認識に影響を及ぼす要因について、宮上(2007)は介護に対する認識の変容プロセスについて報告している。杉原ら(2010)は家族の意思決定過程について、杉原ら(2012)は、家族の意思形成過程の経時的変化について報告している。これらの報告では、家族介護者と被介護者が様々な葛藤や危機を経て、介護体制ができていくプロセスについて分析している。

家族介護者は、認知症の進行に伴い、介護に対する認識や意思決定などが変化していくとともに、被介護者に対する行動が変化していくと考えられる。認知症高齢者の介護に伴う家族介護者の行動の変化に関する研究では、諏訪ら(1996)は看護行動の発展過程について、宮上(2004)は介護実践力の向上のプロセスについて報告し、認知症介護における向上力に寄与する要因などを報告している。

認知症高齢者介護における質的研究では、被介護者の初期にみられる言動の変化への気

づきから死に至るまでの認知症介護において、家族介護者がどのような体験をしているのかという研究がみられる。介護の体験や経験に関する研究では、天谷ら（2002）の介護生活における娘介護者の危機における内的葛藤についての研究や、諸岡（2012）の介護および死別体験のプロセスに関する研究、安武ら（2007）の症状発症から診断までの家族の体験に関する研究、廣瀬ら（2010）の家族喪失に関わる体験についての研究などがみられる。また、松本ら（2012）、大島ら（2012）は、介護経験を通じた想いや、介護の意味づけについて報告している。

最後に、在宅継続に関する研究についてである。関谷ら（2005）、山口（2008）、塚原ら（2010）の研究では、在宅介護の継続要因を明らかにし、北村ら（2008）は介護継続意欲を持つ要因について、西岡ら（2014）は介護継続させるための対処行動について報告している。その他にも、新居ら（2012）は、在宅介護の生活時間の実態を報告している。

これまで、家族介護者に関する先行研究を概観してきた。その結果、いずれも認知症介護にとって示唆に富む重要な研究であるが、家族介護者を続柄別に検討している研究や続柄別に比較した研究は少ない。この中で続柄別に検討した先行研究は、天谷ら（2002）の娘介護者6名、小林（2005）の夫介護者5名、関谷ら（2005）の嫁介護者1名、北村ら（2008）の娘介護者1名、新居ら（2012）の夫介護者1名があり、これらを除けば、複数続柄の家族介護者に関するもので、研究結果は、それら複数続柄に共通する面をみたものである。

複数続柄を対象とした研究だけでは、今後、増えるであろう認知症を抱えた夫婦のみの世帯における高齢配偶者による介護の支援を検討していくには不十分と考えられる。認知症介護における高齢な配偶介護者の支援を検討するためには、これまでの先行研究では少ない続柄別の研究が必要であり、さらに、続柄別の特徴を明らかにすることが重要と思われる。配偶介護者を中心とした研究については、前述した一瀬の研究（2001a、2001b、2002、2004a、2004b）、高齢者介護における夫婦間介護の適応過程を明らかにした林（2010）の研究がある。

V. 本研究の目的

前述した通り、わが国の特徴として、①認知症高齢者が増加している。②世帯総数のうち、「単独世帯」と「夫婦のみの世帯」が49.7%を占め、また、65歳以上の者がいる世帯のうち、「夫婦のみの世帯」と「単独世帯」が56.7%を占めている。③さらに、要介護者等と同居している場合、主介護者の続柄は、「配偶者」の割合（26.2%）が高い。④主介護者は、女性の割合（68.7%）が多くなっている。⑤同居における主介護者と要介護者等との組み合わせを年齢別にみると、60歳以上同士、65歳以上同士、70歳以上同士の組み合わせは、いずれも上昇傾向となっていることである。つまり、今後、認知症を抱えた夫婦のみの世帯が増え、その介護者は高齢な配偶者（妻）という形が主流になるとと思われる。高齢化の進展に伴い生み出された「夫婦のみの世帯」の配偶者による認知症介護は、わが国の新たな社会的な課題である。

また、認知症高齢者介護に関するこれまでの先行研究では、研究対象者を続柄別に検討した研究が少なく、その多くが複数続柄を対象とした研究である。そして、配偶介護者を中心とした研究については、前述した一瀬の研究（2001a、2001b、2002、2004a、2004b）や林（2010）の研究があるが、認知症介護における妻介護者の特性に関する研究は少ない。

これまで、妻介護者に関する研究が少なかった理由の一つとして、性別役割分業が影響していると考えられる。善積（2001：181-182）は、「家父長制のもとで女性は、経済的資源から遠ざけられ、家事・育児・介護という性別役割分業を割り当てられ、結婚により父親から夫の支配下に移る」と指摘している。戦後、民法が改正され家制度が廃止となったが、二宮（2001：33）は、「近代以降、今日まで、家族の在り方、男女の生き方として強調されてきたのは、『男は仕事、女は家庭』という性別役割分業の考え方」と述べている。1990年以降、男性も育児や家事を分担するという主張がされてはきたが、性別役割分業の考え方は、依然として存在していると思われる。また、春日（2011：31-32）は、『介護』という生活領域は、老親扶養の一端として、昔から家事領域に含まれ、主に女性成員により担われ続けてきた」と指摘している。性別役割分業の考え方のもと、介護というのは家事領域に含まれ女性が担ってきたということである。そこには、続柄（妻、嫁、娘）という区別はなく、家族介護は女性が担うということが一般的な認識としてあったのではないかと考えられる。そのような事情が妻介護者に限定した研究が少なかった理由であろう。

近年、男性介護者や夫介護者に焦点をあてた研究が行われている。水島（2010）は男性介護者の介護役割と男性性に関する研究、永井ら（2011）は男性家族介護者の心身の主観的健康に関する研究、板橋ら（2012）は配偶者を介護する夫介護者の排便介護における負担感と肯定感に関する研究、鈴木ら（2013）は男性介護者の実態と介護に対する意識に関する研究、石島ら（2015）は夫介護者の介護体験に関する研究などである。以上のように夫介護者を対象とした様々な研究が行われてきているが、これまで女性という枠に含まれていた妻介護者に関する研究は少なく、今後、家族介護者は高齢な配偶者（妻）という形が想定されるわが国においては、妻介護者に焦点を絞り研究を進めていくことが重要であると思われる。

そこで、本研究では、今後増加するであろう認知症高齢者介護における配偶介護者、特に妻介護者を中心に研究を行うことにする。もちろん、その他の続柄の家族介護者についても研究対象とするが、特に妻介護者に焦点をあて、その相違についても研究するものである。

本研究は、第1研究と第2研究に分けて行う。第1研究では、認知症介護に限定せず、在宅介護全体の現状を調べるため、質問紙を作成し、認知症高齢者の特異性を見ようとするものである。第2研究では、在宅で認知症高齢者を介護している家族介護者にインタビューを行い、配偶介護者、特に妻介護者の介護特性を明らかにしようとするものである。

VI. 本研究の全体的構成について

本研究は、7つの章から構成されている。第1章では、認知症高齢者の在宅介護研究の背景や認知症高齢者介護に関する先行研究を踏まえたうえで研究目的を提示する。第2章（第1研究）では、在宅で介護を行っている家族介護者を対象に質問紙調査を行い、認知症高齢者在宅介護の現状を明らかにする。第3章では、第2章の質問紙調査結果の考察を行う。また、続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）の相違点を示し、認知症高齢者在宅介護における配偶介護者について論ずる。第4章（第2研究）では、在宅で認知症高齢者を介護している配偶介護者の特殊性を明らかにするためインタビュー調査を行う。そして、他の続柄と比較しながら認知症高齢者在宅介護における配偶介護者（主に妻介護者）の特殊性を論じる。第5章では、第2章、第4章で明らかになった結果をもとに総合考察を行う。第6章では、これまでの研究結果を基礎に、認知症高齢者在宅介護における妻介護者をはじめとする家族介護者の支援の在り方について論じ、第7章では、本研究の意義と今後の課題について述べる。

注1：『認知症高齢者の日常生活自立度判定基準』の活用について（平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知）によると、「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」とは、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」とされている。そのほかの判定基準も示す。

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

注 2 : 認知症高齢者人数の将来推計は、平成 23 (2011) 年は約 241 万人、平成 28 (2016) 年は約 279 万人、平成 48 (2036) 年は約 355 万人である。

注 3 : 認知症高齢者人数の将来推計は、平成 22 (2010) 年は 208 万人、平成 27 (2015) 年は 250 万人、平成 32 (2020) 年は 289 万人、平成 37 (2025) 年は 323 万人である。

第2章 認知症高齢者を含む高齢者在宅介護研究（第1研究）

第2章（第1研究）では、在宅で介護を行っている家族介護者を対象に質問紙調査を行い、認知症高齢者在宅介護の現状を明らかにする。

I. 研究目的

本研究の目的は、以下の5項目である。

- (1) 対象者全体において「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望と在宅介護希望）」との関連を明らかにする。また、「65歳未満」と「65歳以上」の2群において「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望と在宅介護希望）」との関連を明らかにする。
- (2) 対象者全体において「認知症の有無」による介護負担感の違いを明らかにする。
- (3) 主介護者の「年齢別（65歳未満と65歳以上）」に介護負担感の違いを明らかにする。
- (4) 主介護者の「年齢別（65歳未満と65歳以上）」において「認知症の有無」による介護負担感の違いを明らかにする。
- (5) 主介護者の「年齢別（65歳未満と65歳以上）」において「認知症の有無」の各群で「続柄別（配偶介護者（妻・夫）と配偶介護者以外（嫁、娘・息子）」に分け、「介護を受けている方の状態（ADL）」、「介護を受けている方の要介護度」、「介護負担感」の関連を明らかにすること、の5点である。

主介護者を65歳で2群に分けてみるのは、認知症介護における高齢配偶介護者（特に妻介護者）が、高齢者介護全体の中で特異な点があるかどうか検討するためである。

II. 研究方法

(1) 調査対象と調査方法

調査対象者は、現在、在宅で介護を行っている家族介護者185名である。具体的には、居宅介護支援事業所（注4）に所属するケアマネジャーが担当している家族介護者と通所介護を利用している家族介護者である。

本調査は、無記名自記式の質問紙調査とした。調査票の項目は、「主介護者の性別・年齢・介護年数」、「介護を受けている方の性別・年齢」、「介護を受けている方（父・母・義父・義母・夫・妻・その他）」、「同居者の有無」、「副介護者の有無」、「現在利用している医療・福祉サービス」、「今後の見通し（施設介護希望・在宅介護希望）」、「施設等への入所申込み」、「主介護者の就労状況」、「経済的状況」、「主介護者の健康状態」、「介護を受けている方の状態（ADL）」、「介護を受けている方の要介護度」、「介護を受けている方の認知症の有無」、「介護を受けている方にみられた症状」、「介護負担感」である。調査票の内容は、資料1を参照。

「介護を受けている方の状態（以下、「ADL」とする）」の項目については、佐々木ら（1982）

や森（2008）の先行研究を参考に食事、入浴、排泄、起居・移動、着替え、整容、コミュニケーションの7項目とした。この7項目に対しては、「1. 自立=1点」、「2. 見守り=2点」、「3. 一部介助=3点」、「4. 全介助=4点」で回答を求め、点数化した。得点が高いほど介護を受けている方のADL状態が低いことを表している。

「介護を受けている方の要介護度（以下、「要介護度」とする）」については、「要支援1=1点」、「要支援2=2点」、「要介護1=3点」、「要介護2=4点」、「要介護3=5点」、「要介護4=6点」、「要介護5=7点」とし、点数化した。

「介護負担感」については、荒井（2004a：47）が作成したZarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）を採用した。その理由は、熊本ら（2004：204、207）が述べているように「交差妥当性、構成概念妥当性が確認され」、また、「簡便に在宅介護者の介護負担を把握することが可能」なためである。

Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）は、8つの質問項目があり、その項目に対し「思わない=0点」、「たまに思う=1点」、「時々思う=2点」、「よく思う=3点」、「いつも思う=4点」として点数化した。得点が高いほど介護負担感が高い状態を表している。Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）の質問項目は、資料1を参照。

調査期間は、2015（平成27）年9月～2016（平成28）年4月である。

（2）配布総数と回収率について

配布総数は、7つの居宅介護支援事業所（注4）と1つの通所介護の合計8施設に対し、合計402部配布した。回収総数は、225部（56.0%）で、そのうち欠損値などを除いた結果、分析対象とする有効回答数は185部（有効回答率46.0%）である。

（3）分析方法

分析方法を以下に示す。

- 1) 対象者全体（185名）において「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望と在宅介護希望）」との関連をみるために χ^2 検定を行った。また、同様の検定を「65歳未満」と「65歳以上」の2群においても行った。
- 2) 対象者全体（185名）において「認知症の有無」による介護負担感の違いを明らかにするためt検定を行った。
- 3) 対象者全体（185名）を「65歳未満」と「65歳以上」の2群に分け、介護負担感の違いを明らかにするためにt検定を行った。
- 4) 「65歳未満」と「65歳以上」の各群において、「認知症有り群」と「認知症無し群」に分け、介護負担感の違いを明らかにするためにt検定を行った。
- 5) 「65歳以上」において、「認知症有り群」と「認知症無し群」の各群で「続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）」に分け、「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

(4) 言葉の定義

本調査でいう「認知症有り群」とは「在宅で認知症高齢者の介護を行っている家族介護者」のことを、「認知症無し群」とは「在宅で認知症高齢者の介護を行っていない家族介護者」のことを指す。

「配偶介護者」とは「妻介護者と夫介護者」のことを、「配偶介護者以外」とは「嫁介護者、娘介護者、息子介護者」のことを指す。

「介護負担感」とは、Zaritら（1986：261）が定義した「親族を介護した結果、家族介護者が情緒的、身体的健康、社会生活、経済状態に関して被った被害の程度」に準ずる。

(5) 倫理的配慮

調査票は、対象施設の施設長（所長）・管理者に対し事前に調査協力を依頼し、承諾が得られた施設に対して配布した。

配布方法は、家族介護者に対し、担当ケアマネジャーから訪問時に直接配布、又は、送迎時に職員から直接配布して貰った。

対象者には、各調査票の表紙に「①特定の個人ではなく、在宅で介護を行っている多くの家族介護者の皆様を対象にしております。②調査にご協力できなくても全く不利益はありません。③調査は無記名で行い、また、得られたデータは統計処理するため、個人が特定されることはありません。④回答の内容を研究目的以外では使用することはありません。⑤データは、厳重に保管いたしますので、回答して頂いた情報が外部に漏れることはありません」などの内容のほかに、筆者の所属先、調査票に関する問い合わせ先など書面に記載し添付した。

調査票の回収方法について、調査票記入後は、筆者の所属先に直接返送してもらうという方法で行った。

本研究は、日本社会福祉学会「研究倫理指針」に沿った倫理的配慮とした。

Ⅲ. 結果

(1) 対象者全体（185名）の結果（表1）

1) 介護者全体の結果

①対象者全体における認知症介護者と非認知症介護者の割合

被介護者の認知症の有無については、認知症有り群が122名（65.9%）、認知症無し群が63名（34.1%）で、無作為に選択した本調査において、在宅で認知症高齢者の介護を行っている家族介護者が約66%存在するということであった。

②「主介護者」について

主介護者の性別は、女性141名（76.2%）、男性44名（23.8%）であり、女性の割合が高かった。主介護者の平均年齢は65.3±10.6歳（最小36歳 最大91歳）、介護期間の平

均は、73.6±66.4ヶ月（最少2ヶ月 最大480ヶ月）であった。

主介護者は、妻48名(25.9%)、嫁47名(25.4%)、娘46名(24.9%)、息子29名(15.7%)、夫15名(8.1%)となっており、妻、嫁、娘に大きな差はないが、妻介護者の割合が一番高かった。

主介護者における男性の割合を「認知症有り群」と「認知症無し群」で比較した。その結果、「認知症有り群(27.9%)」は、「認知症無し群(15.9%)」より男性の割合が相対的に高かった。

③「被介護者」について

被介護者の性別は、女性120名(64.9%)、男性65名(35.1%)であり、女性の割合が高かった。被介護者の平均年齢は、84.5±8.7歳（最小61歳 最大108歳）であった。

被介護者は、母67名(36.2%)、夫48名(25.9%)、義母36名(19.5%)、妻15名(8.1%)、父13名(7.0%)、義父4名(2.2%)、その他(義姉)2名(1.1%)であり、「母」や「夫」を介護している割合が高かった。

④「同居者の有無」・「副介護者の有無」について

主介護者と被介護者を除く同居者の有無は、同居者有りが125名(67.6%)、同居者無しが60名(32.4%)であった。具体的な同居者(複数回答である)は、夫58名、妻15名、息子37名、娘35名、息子夫婦14名、娘夫婦5名、その他12名(姉、妹、孫など)であった。副介護者の有無では、副介護者有りが100名(54.1%)、副介護者無しが85名(45.9%)で、具体的な副介護者(複数回答である)は、夫33名、妻14名、息子22名、娘32名、親戚4名、その他12名(兄・妹・孫など)であった。本調査では、同居者と副介護者の存在する割合が高いことが特徴的であった。

⑤「現在利用している医療・福祉サービス」について

現在利用している医療・福祉サービス(複数回答)は、デイサービス(デイケアを含む)171名(92.4%)、ショートステイ88名(47.6%)、ホームヘルプサービス23名(12.4%)、入浴サービス28名(15.1%)、福祉用具貸与81名(43.8%)、配食サービス4名(2.1%)、訪問看護20名(10.8%)、訪問リハビリテーション8名(4.3%)、認知症対応型通所介護6名(3.2%)で、夜間対応型訪問介護の利用者はなかった。医療関係では外来通院93名(50.3%)、往診16名(8.6%)、その他(歯科往診など)5名(2.7%)であった。全体としては、認知症介護でも認知症でない高齢者介護でも類似した利用の仕方をしていることが図1から見て取れる。

本調査では、デイサービス(デイケアを含む)を利用している割合が9割を超えていた。本調査が、福祉サービスを提供する福祉施設へ質問紙を依頼したということも大きいですが、在宅介護の場合は、デイサービス(デイケアを含む)が一番多く利用している福祉サービ

スであることも明らかである。外来通院も全体として約 5 割と割合が高くなっていたが、認知症介護と認知症でない被介護者でもあまり差が無いことは注目すべきである。一般に高齢者が様々な病気になり易いことから全体の数字は理解できるが、認知症の被介護者では認知症の診断を受けているにも関わらず、半数ぐらいしか通院していないことである。その理由として、医学が認知症を殆ど改善できない現状にあることと、認知症の被介護者を病院に通院させることの困難さが想定される結果であった。

⑥ 「今後の見通し」・「施設等への入所申込み」について

今後の見通しとしては、施設介護希望 57 名（30.8%）、在宅介護希望 128 名（69.2%）であった。施設等への入所申込み者は、申込みしている者が 24 名（13.0%）で、申込みしていない者が 161 名（87.0%）であった。今後の見通しとして、在宅介護を希望している家族介護者が多いという結果であった。

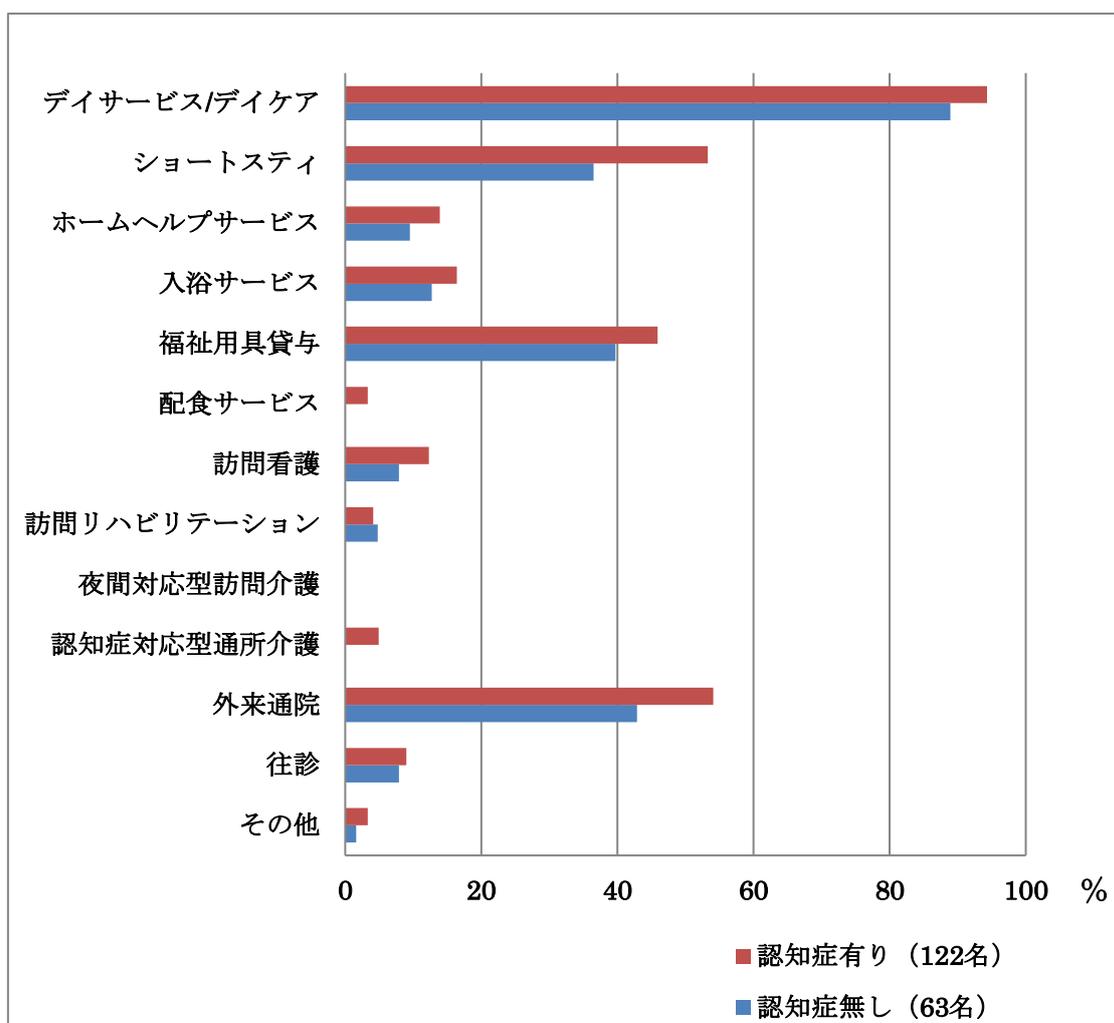


図 1 現在利用している医療・福祉サービス

⑦「就労状況」・「経済的状态」・「健康状態」について

就労状況は、働いている主介護者が 66 名 (35.7%)、働いていない主介護者が 119 名 (64.3%) であり、働いていない主介護者の割合が高かった。

経済的状态は、苦しいと回答した者が 32 名 (17.3%)、普通が 146 名 (78.9%)、余裕があるが 7 名 (3.8%) であり、普通が最も多く、余裕のある者は極めて少なかった。主介護者の健康状態は、非常に健康が 1 名 (0.5%)、健康が 69 名 (37.3%)、どちらでもないが 56 名 (30.3%)、あまり健康でないが 53 名 (28.6%)、健康でないが 6 名 (3.2%) で、介護は可能であるが、何らかの健康上の問題を持っている者が多かった。

⑧被介護者の「ADL」・「要介護度」について

被介護者の ADL の平均得点は、 15.3 ± 5.7 (最少 7 最大 28) であった。要介護度は、要介護 1 56 名 (30.3%)、要介護 2 56 名 (30.3%) が一番割合が高く、次いで、要介護 3 22 名 (11.9%)、要介護 4 20 名 (10.8%)、要介護 5 14 名 (7.6%)、要支援 1 10 名 (5.4%)、要支援 2 7 名 (3.8%) の順であった。

⑨「介護を受けている方 (被介護者) にみられた症状の有無」について

被介護者の認知症の有無については、認知症有り群が 122 名 (65.9%)、認知症無し群が 63 名 (34.1%) で、無作為に選択した本調査において、在宅で認知症高齢者の介護を行っている家族介護者が約 66% 存在するということがあった。

認知症の種類は、アルツハイマー型認知症 50 名 (27.0%)、脳血管性認知症 16 名 (8.6%)、レビー小体型認知症 10 名 (5.4%)、前頭側頭型認知症 7 名 (3.8%)、不明 29 名 (15.7%)、その他 (パーキンソン病に伴うものなど) 10 名 (5.4%) であった。

「介護を受けている方 (被介護者) にみられた症状の有無」は、認知症有り群で何らかの症状を示した者が 154 名 (83.2%)、認知症無し群で 31 名 (16.8%) であり、在宅介護において、約 8 割の家族介護者が認知症の行動・心理症状を経験していた。

症状 (複数回答) は、幻覚が 33 名 (17.8%)、妄想が 45 名 (24.3%)、抑うつ 24 名 (13.0%)、不眠 44 名 (23.8%)、不安感 68 名 (36.8%)、不穏 24 名 (13.0%)、徘徊 16 名 (8.6%)、暴言 29 名 (15.7%)、暴力行為 13 名 (7.0%)、異食 4 名 (2.2%)、尿失禁 73 名 (39.5%)、便失禁 48 名 (25.9%)、介護への抵抗 20 名 (10.8%)、収集癖 13 名 (7.0%)、おむつはずし 8 名 (4.3%)、性的逸脱行為 0 名 (0%)、放尿 3 名 (1.6%)、火の不始末 14 名 (7.6%)、同じことを何度もきいてくる 86 名 (46.5%)、店などから商品をもってくる 3 名 (1.6%)、その他は 29 名 (15.7%) であり、具体的には、「床屋にいったお金を払わず帰ってきた。散歩して家に帰れなくなった。水道などの出しっ放し。食べたことを忘れてる」など、記憶障害や失見当識に直接由来する異常行動であった。

上記の症状全てが認知症の行動・心理症状ではないが、それに該当する症状が多く、認知症有り群と認知症無し群における症状の出現頻度 (%) の比較を図 2 に示す。結果は、

予想通り、認知症有り群で認知症中核症状由来の行動異常と行動・心理症状が高いことがわかる。

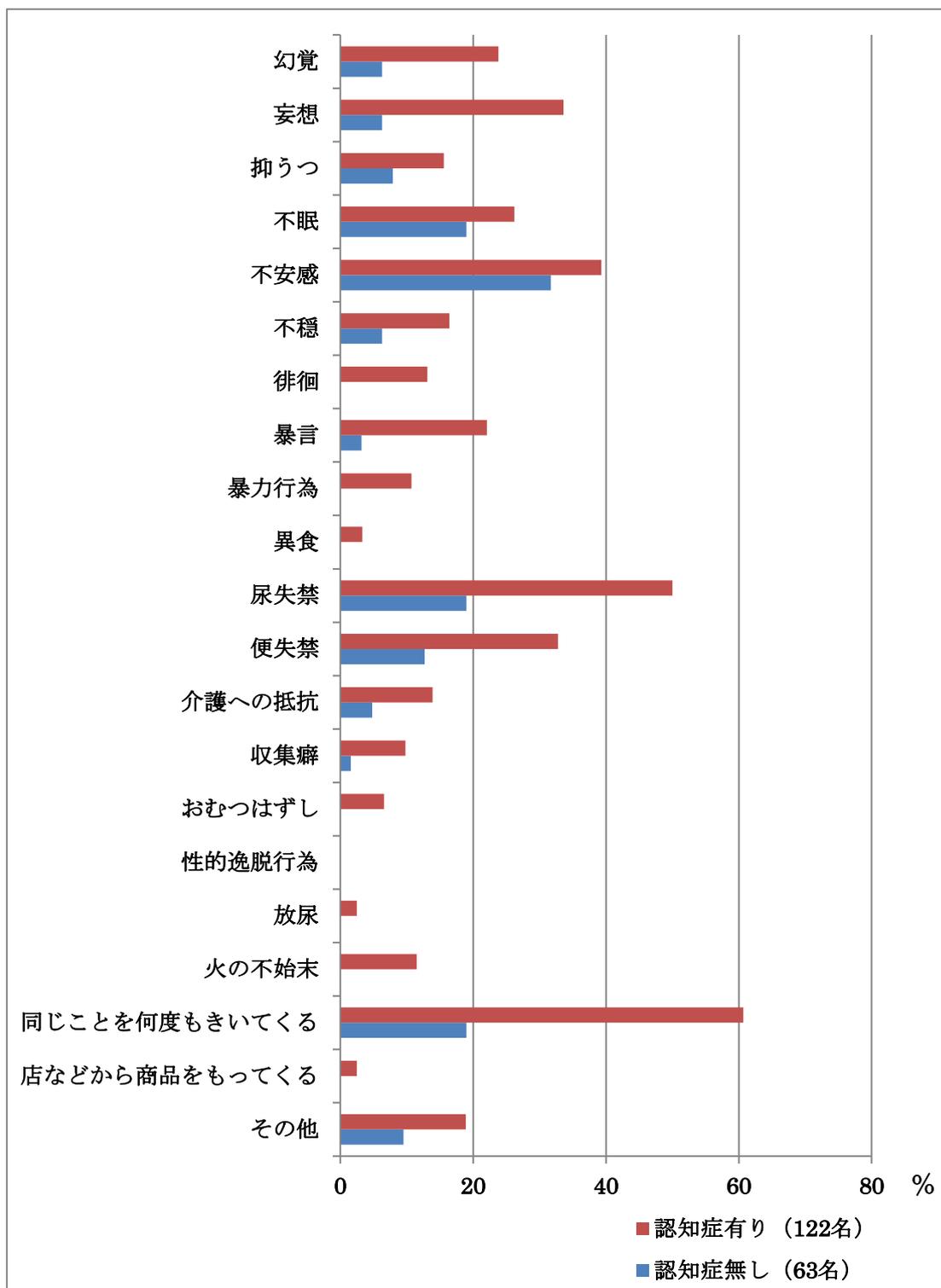


図2 介護を受けている方（被介護者）にみられた症状

⑩「介護負担感」について

主介護者の介護負担感の平均得点は、12.1±7.7（最小0点 最大32点）であった。

表1 「対象者全体」と「認知症の有無」における質問項目結果

		対象者全体 (185名)	認知症有り (122名:65.9%)	認知症無し (63名:34.1%)
主介護者（性別）	女性	141名（76.2%）	88名（72.1%）	53名（84.1%）
	男性	44名（23.8%）	34名（27.9%）	10名（15.9%）
主介護者の平均年齢（歳）		65.3±10.6	64.7±10.8	66.4±10.1
介護期間（ヶ月）		73.6±66.4	64.9±48.0	90.6±90.3
主介護者	夫	15名（8.1%）	11名（9.0%）	4名（6.3%）
	妻	48名（25.9%）	24名（19.7%）	24名（38.1%）
	嫁	47名（25.4%）	31名（25.4%）	16名（25.4%）
	娘	46名（24.9%）	33名（27.0%）	13名（20.6%）
	息子	29名（15.7%）	23名（18.9%）	6名（9.5%）
被介護者（性別）	女性	120名（64.9%）	86名（70.5%）	34名（54.0%）
	男性	65名（35.1%）	36名（29.5%）	29名（46.0%）
被介護者の平均年齢（歳）		84.5±8.7	84.9±7.8	83.8±10.2
被介護者	父	13名（7%）	10名（8.2%）	3名（4.8%）
	母	67名（36.2%）	49名（40.2%）	18名（28.6%）
	義父	4名（2.2%）	2名（1.6%）	2名（3.2%）
	義母	36名（19.5%）	24名（19.7%）	12名（19.0%）
	夫	48名（25.9%）	24名（19.7%）	24名（38.1%）
	妻	15名（8.1%）	11名（9.0%）	4名（6.3%）
	その他	2名（1.1%）	2名（1.6%）	—
同居者の有無	有り	125名（67.6%）	88名（72.1%）	37名（58.7%）
	無し	60名（32.4%）	34名（27.9%）	26名（41.3%）
副介護者の有無	有り	100名（54.1%）	70名（57.4%）	30名（47.6%）
	無し	85名（45.9%）	52名（46.2%）	33名（52.4%）
現在利用している医療・福祉サービス（複数回答）	・デイサービス(デイケアを含む)	171名（92.4%）	115名（94.3%）	56名（88.9%）
	・ショートステイ	88名（47.6%）	65名（53.3%）	23名（36.5%）
	・ホームヘルプサービス	23名（12.4%）	17名（13.9%）	6名（9.5%）
	・入浴サービス	28名（15.1%）	20名（16.4%）	8名（12.7%）
	・福祉用具貸与	81名（43.8%）	56名（45.9%）	25名（39.7%）

	<ul style="list-style-type: none"> ・配食サービス ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・外来通院 ・往診 ・その他 	4名 (2.1%) 20名 (10.8%) 8名 (4.3%) 0名 (0%) 6名 (3.2%) 93名 (50.3%) 16名 (8.6%) 5名 (2.7%)	4名 (3.3%) 15名 (12.3%) 5名 (4.1%) 0名 (0%) 6名 (4.9%) 66名 (54.1%) 11名 (9.0%) 4名 (3.3%)	0名 (0%) 5名 (7.9%) 3名 (4.8%) 0名 (0%) 0名 (0%) 27名 (42.9%) 5名 (7.9%) 1名 (1.6%)
今後の見通し	施設介護希望 在宅介護希望	57名 (30.8%) 128名 (69.2%)	46名 (37.7%) 76名 (62.3%)	11名 (17.5%) 52名 (82.5%)
施設等への入所申込み	している していない	24名 (13.0%) 161名 (87.0%)	18名 (14.8%) 104名 (85.2%)	6名 (9.5%) 57名 (90.5%)
就労状況	働いている 働いていない	66名 (35.7%) 119名 (64.3%)	49名 (40.2%) 73名 (59.8%)	17名 (27.0%) 46名 (73.0%)
経済的状態	苦しい 普通 余裕がある	32名 (17.3%) 146名 (78.9%) 7名 (3.8%)	21名 (17.2%) 99名 (81.1%) 2名 (1.6%)	11名 (17.5%) 47名 (74.6%) 5名 (7.9%)
健康状態	非常に健康 健康 どちらでもない あまり健康でない 健康でない	1名 (0.5%) 69名 (37.3%) 56名 (30.3%) 53名 (28.6%) 6名 (3.2%)	0名 (0%) 44名 (36.1%) 36名 (29.5%) 38名 (31.1%) 4名 (3.3%)	1名 (1.6%) 25名 (39.7%) 20名 (31.7%) 15名 (23.8%) 2名 (3.2%)
ADLの平均得点		15.3±5.7	16.0±5.7	14.1±5.5
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	10名 (5.4%) 7名 (3.8%) 56名 (30.3%) 56名 (30.3%) 22名 (11.9%) 20名 (10.8%) 14名 (7.6%)	4名 (3.3%) 2名 (1.6%) 35名 (28.7%) 39名 (32.0%) 15名 (12.3%) 17名 (13.9%) 10名 (8.2%)	6名 (9.5%) 5名 (7.9%) 21名 (33.3%) 17名 (27.0%) 7名 (11.1%) 3名 (4.8%) 4名 (6.3%)
介護を受けている方(被介護者)にみられた症状の有無	有り 無し	154名 (83.2%) 31名 (16.8%)	119名 (97.5%) 3名 (2.5%)	35名 (55.6%) 28名 (44.4%)

介護を受けている方(被介護者)にみられた症状(複数回答)	・幻覚	33名(17.8%)	29名(23.8%)	4名(6.3%)
	・妄想	45名(24.3%)	41名(33.6%)	4名(6.3%)
	・抑うつ	24名(13.0%)	19名(15.6%)	5名(7.9%)
	・不眠	44名(23.8%)	32名(26.2%)	12名(19.0%)
	・不安感	68名(36.8%)	48名(39.3%)	20名(31.7%)
	・不穏	24名(13.0%)	20名(16.4%)	4名(6.3%)
	・徘徊	16名(8.6%)	16名(13.1%)	0名(0%)
	・暴言	29名(15.7%)	27名(22.1%)	2名(3.2%)
	・暴力行為	13名(7.0%)	13名(10.7%)	0名(0%)
	・異食	4名(2.2%)	4名(3.3%)	0名(0%)
	・尿失禁	73名(39.5%)	61名(50.0%)	12名(19.0%)
	・便失禁	48名(25.9%)	40名(32.8%)	8名(12.7%)
	・介護への抵抗	20名(10.8%)	17名(13.9%)	3名(4.8%)
	・収集癖	13名(7.0%)	12名(9.8%)	1名(1.6%)
	・おむつはずし	8名(4.3%)	8名(6.6%)	0名(0%)
	・性的逸脱行為	0名(0%)	0名(0%)	0名(0%)
	・放尿	3名(1.6%)	3名(2.5%)	0名(0%)
	・火の不始末	14名(7.6%)	14名(11.5%)	0名(0%)
	・同じことを何度もきいてくる	86名(46.5%)	74名(60.7%)	12名(19.0%)
	・店などから商品をもってくる	3名(1.6%)	3名(2.5%)	0名(0%)
・その他	29名(15.7%)	23名(18.9%)	6名(9.5%)	
介護負担感の平均得点		12.1±7.7	14.1±7.3	8.3±6.8

2) 認知症介護者と非認知症介護者に分けたときの結果と分析

全体結果の項で、在宅において認知症高齢者の介護を行っている家族介護者の割合(65.9%)が高いことは既に述べた。また、表1において「認知症の有無」の2群に分けた結果を示している。そこで、ここでは、「認知症有り群」と「認知症無し群」の2群に分けて、本調査で重要な部分について詳細な検討を行っていくことにする。

①「認知症有り群」と「認知症無し群」における施設介護希望と在宅介護希望との関連について

「認知症の有無」と「今後の見通し(施設介護希望と在宅介護希望)」との関連をみるために χ^2 検定を行った。その結果、認知症の有無に関わらず、施設介護希望より在宅介護希望が有意に高かった($\chi^2(1) = 7.987$ $p < .01$)。(表2)

表2 「対象者全体」における「認知症の有無」と「今後の見通し」の関連について

	施設介護希望	在宅介護希望	合計
認知症有り群	46名	76名	122名
認知症無し群	11名	52名	63名
合計	57名	128名	185名
p<.01			

②「認知症の有無」における介護負担感の比較について

対象者全体（185名）において「認知症の有無」の2群に分け、介護負担感を比較するためにt検定を行った。その結果、 $t=5.25$, $p<.001$ ($n=185$) で、「認知症有り群」の介護負担感の得点が「認知症無し群」の介護負担感の得点より有意に高かった。

③「認知症有り群」と「認知症無し群」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高いという結果がみられたこともあり、両群における「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。その結果、両群とも「ADL」と「要介護度」の間には相関が認められたが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった（表3）。

表3 「認知症有り群」・「認知症無し群」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

認知症有り群			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.634**	.063
要介護度	.634**	—	.057
介護負担感	.063	.057	—
**p<.001			
認知症無し群			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.804**	.037
要介護度	.804**	—	.105
介護負担感	.037	.105	—
**p<.001			

④「認知症有り群」・「認知症無し群」を続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分けた場合の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

本論文の研究目標の1つである、「配偶介護者」と「配偶介護者以外」の2群に分け、「認知症有り群」と「認知症無し群」の2群別々に「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

その結果、認知症の有無別にみた「配偶介護者」と「配偶介護者以外」においても、「ADL」と「要介護度」の間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった（表4）。

表4 「認知症有り群」・「認知症無し群」における「続柄別」の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

認知症有り群							
配偶介護者				配偶介護者以外			
	ADL	要介護度	介護負担感		ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.732**	.136	ADL	—	.577**	.043
要介護度	.732**	—	.010	要介護度	.577**	—	.099
介護負担感	.136	.010	—	介護負担感	.043	.099	—
**p<.001							
認知症無し群							
配偶介護者				配偶介護者以外			
	ADL	要介護度	介護負担感		ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.809**	.223	ADL	—	.803**	.032
要介護度	.809**	—	.193	要介護度	.803**	—	.206
介護負担感	.223	.193	—	介護負担感	.032	.206	—
**p<.001							

⑤全体結果および全体を「認知症有り群」と「認知症無し群」に分けての結果についてのまとめ

対象者全体の主な調査結果は、①在宅において高齢者介護に携わる介護者で、認知症高齢者の介護を行っている家族介護者の割合（65.9%）が高かった。②認知症の有無に関わらず、施設介護希望より在宅介護希望が有意に高かった。③「認知症有り群」において、行動・心理症状を含む症状発現が明らかに多かった。④「認知症有り群」の方が「認知症無し群」より、介護負担感が有意に高かった。⑤「認知症有り群」、「認知症無し群」の両群において、「ADL」と「要介護度」の間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。⑥「認知症有り群」、「認知症無し群」の両群において、本研究の研究目標の1つである配偶介護者と配偶介護

者以外に分けて、「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連を見た。その結果、やはり、「認知症有り群」と「認知症無し群」の両群において、「ADL」と「要介護度」では相関が認められたが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。認知症高齢者介護において、認知症の行動・心理症状を含む多くの症状の発現が多く、介護負担感が高いことは容易に推測可能であったが、「介護負担感」が被介護者の「ADL」および「要介護度」とは関連がなかった。⑦「認知症有り群」において「認知症無し群」より「主介護者」の男性の割合が相対的に高かった。

そこで、本研究のもう 1 つの軸である高齢介護者を中心に、調査項目ごとに比較を行うことにする。現在、わが国では、高齢者人口を 65 歳以上としている。そして、今回対象となった全主介護者の平均年齢は 65.3 歳であった。よって、65 歳以上を一つの基準とし、「65 歳未満」と「65 歳以上」の 2 群に分け、さらに各群を認知症の有無で分けて結果を表示し分析する。その上で、改めて、認知症高齢者介護に限って見ていくことにする。

(2) 65 歳未満と 65 歳以上における対象者を認知症の有無によって分けた場合の結果

1) 65 歳未満の家族介護者における認知症の有無についての結果 (表 5)

結果を表 5 に示したが、主介護者の年齢を 65 歳を境目にして分けても、全体結果の傾向と変わらない項目は省いて提示した。

①「主介護者」について

「認知症有り群」における主介護者の性別は、女性 49 名 (76.6%)、男性 15 名 (23.4%)、平均年齢は 56.6 ± 6.4 歳 (最小 36 歳、最大 64 歳)、介護期間の平均は、 64.7 ± 39.8 ヶ月 (最小 5 ヶ月、最大 205 ヶ月) であった。それに対して、「認知症無し群」の主介護者の性別は、女性 22 名 (81.5%)、男性 5 名 (18.5%)、平均年齢は 57.2 ± 6.2 歳 (最小 41 歳、最大 64 歳)、介護期間の平均は、 48.6 ± 32.2 ヶ月 (最小 3 ヶ月、最大 120 ヶ月) であり介護期間で、「認知症無し群」で短い傾向はあるものの、有意な差はなかった。介護期間を除けば両群ともほぼ同様であった。主介護者の続柄は、嫁、娘、息子などの順で多く、この傾向は両群で差がなかった。両群とも配偶介護者は極めて少なかった。

②「被介護者」について

被介護者の性別は、「認知症有り群」で女性 52 名 (81.2%)、男性 12 名 (18.8%)、被介護者の平均年齢は、 84.9 ± 7.2 歳 (最小 61 歳 最大 97 歳)、被介護者は、父 8 名 (12.5%)、母 33 名 (51.6%)、義父 2 名 (3.1%)、義母 18 名 (28.1%)、夫 2 名 (3.1%)、妻 0 名 (0%)、その他 1 名 (1.6%) であった。「認知症無し群」では、被介護者の性別は、女性 20 名 (74.1%)、男性 7 名 (25.9%)、被介護者の平均年齢は、 84.2 ± 10.9 歳 (最小 62 歳 最大 97 歳)、被介護者は、父 2 名 (7.4%)、母 13 名 (48.1%)、義父 2 名 (7.4%)、義母 6 名 (22.2%)、夫 3 名 (11.1%)、妻 1 名 (3.7%) であり、本調査では両群とも母と義母で 70-80%とい

う結果であった。

③「今後の見通し」について

「認知症有り群」では施設介護希望と在宅介護希望が拮抗しているのが特徴的であり、「認知症無し群」の介護者では、在宅介護希望が 81.5%と極めて多かった（表 5）。「認知症有り群」の認知症介護への困難を示している可能性がある。

④「就労状況」について

認知症の有無に関わらず、就労の有無は両群とも半々であった。

表 5 「65 歳未満」における「認知症の有無」の質問項目結果

		65 歳未満全体 (91 名)	主介護者 65 歳未満 (91 名)	
			認知症有り (64 名)	認知症無し (27 名)
主介護者 (性別)	女性	71 名 (78.0%)	49 名 (76.6%)	22 名 (81.5%)
	男性	20 名 (22.0%)	15 名 (23.4%)	5 名 (18.5%)
主介護者の平均年齢 (歳)		56.8±6.3 (最小 36 最大 64)	56.6±6.4 (最小 36 最大 64)	57.2±6.2 (最小 41 最大 64)
介護期間 (ヶ月)		59.9±38.3 (最小 3 最大 205)	64.7±39.8 (最小 5 最大 205)	48.6±32.2 (最小 3 最大 120)
主介護者	夫	1 名 (1.1%)	0 名 (0%)	1 名 (3.7%)
	妻	5 名 (5.5%)	2 名 (3.1%)	3 名 (11.1%)
	嫁	34 名 (37.4%)	24 名 (37.5%)	10 名 (37.0%)
	娘	32 名 (35.2%)	23 名 (35.9%)	9 名 (33.3%)
	息子	19 名 (20.9%)	15 名 (23.4%)	4 名 (14.8%)
被介護者 (性別)	女性	72 名 (79.1%)	52 名 (81.2%)	20 名 (74.1%)
	男性	19 名 (20.9%)	12 名 (18.8%)	7 名 (25.9%)
被介護者の平均年齢 (歳)		84.7±8.4 (最小 61 最大 97)	84.9±7.2 (最小 61 最大 97)	84.2±10.9 (最小 62 最大 97)
被介護者	父	10 名 (11.0%)	8 名 (12.5%)	2 名 (7.4%)
	母	46 名 (50.5%)	33 名 (51.6%)	13 名 (48.1%)
	義父	4 名 (4.4%)	2 名 (3.1%)	2 名 (7.4%)
	義母	24 名 (26.4%)	18 名 (28.1%)	6 名 (22.2%)
	夫	5 名 (5.5%)	2 名 (3.1%)	3 名 (11.1%)
	妻	1 名 (1.1%)	0 名 (0%)	1 名 (3.7%)

	その他	1名 (1.1%)	1名 (1.6%)	—
今後の見通し	施設介護希望	32名 (35.2%)	27名 (42.2%)	5名 (18.5%)
	在宅介護希望	59名 (64.8%)	37名 (57.8%)	22名 (81.5%)
就労状況	働いている	42名 (46.2%)	29名 (45.3%)	13名 (48.1%)
	働いていない	49名 (53.8%)	35名 (54.7%)	14名 (51.9%)
ADLの平均得点		14.6±5.6 (最小7 最大28)	15.7±5.9 (最小7 最大28)	11.9±3.8 (最小7 最大21)
要介護度	要支援1	6名 (6.6%)	2名 (3.1%)	4名 (14.8%)
	要支援2	3名 (3.3%)	1名 (1.6%)	2名 (7.4%)
	要介護1	31名 (34.1%)	19名 (29.7%)	12名 (44.4%)
	要介護2	27名 (29.7%)	19名 (29.7%)	8名 (29.6%)
	要介護3	9名 (9.9%)	8名 (12.5%)	1名 (3.7%)
	要介護4	9名 (9.9%)	9名 (14.1%)	0名 (0%)
	要介護5	6名 (6.6%)	6名 (9.4%)	0名 (0%)
介護負担感の平均得点		13.3±7.6 (最小0 最大32)	14.9±7.2 (最小0 最大32)	9.5±7.4 (最小0 最大27)

⑤「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望と在宅介護希望）」との関連について
「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望と在宅介護希望）」との関連をみるために χ^2 検定を行った。その結果、認知症の有無に関わらず、施設介護希望より在宅介護希望が有意に高かった ($\chi^2(1) = 4.666$ $p < .05$)。 (表6)

表6 「65歳未満」における「認知症の有無」と「今後の見通し」の関連について

	65歳未満 (91名)		
	施設介護希望	在宅介護希望	合計
認知症有り群	27名	37名	64名
認知症無し群	5名	22名	27名
合計	32名	59名	91名
p < .05			

⑥認知症の有無による介護負担感の比較

65歳未満における「認知症有り群」の介護負担感 14.9 ± 7.2 で、「認知症無し群」の 9.5 ± 7.4 をt検定で比較したところ、 $t = 3.27$ ($p < 0.01$)で、「認知症有り群」が有意に高かった。

⑦ 「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

「65 歳未満」の「認知症の有無」において、「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

その結果、「65 歳未満」・「認知症有り群」においては、「ADL」と「要介護度」との間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。しかし、「65 歳未満」・「認知症無し群」の場合は、「ADL」と「要介護度」、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間に相関が認められた（表 7）。

表 7 「65 歳未満」・「認知症の有無」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

65 歳未満・認知症有り群 (64 名)			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.675**	-.032
要介護度	.675**	—	.087
介護負担感	-.032	.087	—
** p < .001			
65 歳未満・認知症無し群 (27 名)			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.680**	.524**
要介護度	.680**	—	.607**
介護負担感	.524**	.607**	—
** p < .001			

2) 65 歳以上の家族介護者における認知症の有無についての結果 (表 10)

① 「主介護者」について

「認知症有り群」における主介護者の性別は、女性 39 名 (67.2%)、男性 19 名 (32.8%)、主介護者の平均年齢は 73.6±6.9 歳 (最小 65 歳 最大 91 歳)、介護期間の平均は、65.1±56.0 ヶ月 (最小 2 ヶ月 最大 276 ヶ月) であった。主介護者は、妻 22 名 (37.9%)、夫 11 名 (19.0%)、娘 10 名 (17.2%)、息子 8 名 (13.8%)、嫁 7 名 (12.1%) の順であり、妻介護者が最も多く、次いで夫が多かった。

「認知症無し群」における主介護者の性別は、女性 31 名 (86.1%)、男性 5 名 (13.9%)、主介護者の平均年齢は 73.4±6.1 歳 (最小 65 歳 最大 91 歳) で「認知症有り群」と殆ど同じである。介護期間の平均は、122.1±106.3 ヶ月 (最小 10 ヶ月 最大 480 ヶ月) であり、「認知症有り群」より長い傾向があった。

主介護者は、妻 21 名 (58.3%)、嫁 6 名 (16.7%)、娘 4 名 (11.1%)、夫 3 名 (8.3%)、

息子 2 名 (5.6%) であり、妻介護者が圧倒的に多く、夫介護者は嫁、娘の次であった。

② 「被介護者」について

「認知症有り群」における被介護者の性別は、女性 34 名 (58.6%)、男性 24 名 (41.4%)、被介護者の平均年齢は、84.9±8.4 歳 (最小 64 歳 最大 100 歳)、被介護者は、夫 22 名 (37.9%)、母 16 名 (27.6%)、妻 11 名 (19.0%) 義母 6 名 (10.3%)、父 2 名 (3.4%)、その他 1 名 (1.7%) であった。

「認知症無し群」における被介護者の性別は、男性 22 名 (61.1%)、女性 14 名 (38.9%) で、被介護者の平均年齢は、83.5±9.8 歳 (最小 69 歳 最大 108 歳)、被介護者は、夫 21 名 (58.3%)、義母 6 名 (16.7%)、母 5 名 (13.9%)、妻 3 名 (8.3%)、父 1 名 (2.8%) であり、夫が約 60%を占めていた。

③ 「認知症の有無」と「今後の見通し (施設介護希望と在宅介護希望)」との関連について

「認知症の有無」と「今後の見通し (施設介護希望と在宅介護希望)」との関連をみるために χ^2 検定を行った。その結果、施設介護希望と在宅介護希望との間に有意傾向が認められた ($\chi^2 (1) = 2.946$ $p = .099$)。(表 8)

表 8 「65 歳以上」における「認知症の有無」と「今後の見通し」の関連について

	65 歳以上 (94 名)		
	施設介護希望	在宅介護希望	合計
認知症有り群	19 名	39 名	58 名
認知症無し群	6 名	30 名	36 名
合計	25 名	69 名	94 名
p=.099			

④ 「就労状況」について

「認知症有り群」と「認知症無し群」で、65 歳未満 (表 5) における家族介護者よりも、両群で就業率は低下したが、特に「認知症無し群」で就業していない者が多かったのが特徴的であった。

⑤ 「65 歳以上」の介護負担感の比較について

「65 歳以上」において、「認知症有り群」と「認知症無し群」に分け、介護負担感を比較するために t 検定を行った。

その結果、 $t (92) = 3.91$, $p < .001$ で、「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高かった。

⑥ 「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

「65 歳以上」・「認知症の有無」において、「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

その結果、「65 歳以上」・「認知症有り群」の場合は、「ADL」と「要介護度」との間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。

「65 歳以上」・「認知症無し群」の場合は、「ADL」と「要介護度」との間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった（表 9）。

表 9 「65 歳以上」・「認知症の有無」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

65 歳以上・認知症有り群 (58 名)			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.589**	.187
要介護度	.589**	—	.018
介護負担感	.187	.018	—
**p<.001			
65 歳以上・認知症無し群 (36 名)			
	ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.806**	-.130
要介護度	.806**	—	-.064
介護負担感	-.130	-.064	—
**p<.001			

表 10 「65 歳以上」における「認知症の有無」の質問項目結果

		65 歳以上全体 (94 名)	主介護者 65 歳以上 (94 名)	
			認知症有り (58 名)	認知症無し (36 名)
主介護者 (性別)	女性	70 名 (74.5%)	39 名 (67.2%)	31 名 (86.1%)
	男性	24 名 (25.5%)	19 名 (32.8%)	5 名 (13.9%)
主介護者の平均年齢 (歳)		73.5±6.6 (最小 65 最大 91)	73.6±6.9 (最小 65 最大 91)	73.4±6.1 (最小 65 最大 91)
介護期間 (ヶ月)		86.9±83.4 (最小 2 最大 480)	65.1±56.0 (最小 2 最大 276)	122.1±106.3 (最小 10 最大 480)

主介護者	夫	14名 (14.9%)	11名 (19.0%)	3名 (8.3%)
	妻	43名 (45.7%)	22名 (37.9%)	21名 (58.3%)
	嫁	13名 (13.8%)	7名 (12.1%)	6名 (16.7%)
	娘	14名 (14.9%)	10名 (17.2%)	4名 (11.1%)
	息子	10名 (10.6%)	8名 (13.8%)	2名 (5.6%)
被介護者 (性別)	女性	48名 (51.1%)	34名 (58.6%)	14名 (38.9%)
	男性	46名 (48.9%)	24名 (41.4%)	22名 (61.1%)
被介護者の平均年齢 (歳)		84.4±8.9 (最小64 最大108)	84.9±8.4 (最小64 最大100)	83.5±9.8 (最小69 最大108)
被介護者	父	3名 (3.2%)	2名 (3.4%)	1名 (2.8%)
	母	21名 (22.3%)	16名 (27.6%)	5名 (13.9%)
	義父	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	義母	12名 (12.8%)	6名 (10.3%)	6名 (16.7%)
	夫	43名 (45.7%)	22名 (37.9%)	21名 (58.3%)
	妻	14名 (14.9%)	11名 (19.0%)	3名 (8.3%)
	その他	1名 (1.1%)	1名 (1.7%)	0名 (0%)
今後の見通し	施設介護希望	25名 (26.6%)	19名 (32.8%)	6名 (16.7%)
	在宅介護希望	69名 (73.4%)	39名 (67.2%)	30名 (83.3%)
就労状況	働いている	24名 (25.5%)	20名 (34.5%)	4名 (11.1%)
	働いていない	70名 (74.5%)	38名 (65.5%)	32名 (88.9%)
ADLの平均得点		16.1±5.6 (最小7 最大28)	16.3±5.4 (最小7 最大28)	15.8±6.0 (最小8 最大28)
要介護度	要支援1	4名 (4.3%)	2名 (3.4%)	2名 (5.6%)
	要支援2	4名 (4.3%)	1名 (1.7%)	3名 (8.3%)
	要介護1	25名 (26.6%)	16名 (27.6%)	9名 (25.0%)
	要介護2	29名 (30.9%)	20名 (34.5%)	9名 (25.0%)
	要介護3	13名 (13.8%)	7名 (12.1%)	6名 (16.7%)
	要介護4	11名 (11.7%)	8名 (13.8%)	3名 (8.3%)
	要介護5	8名 (8.5%)	4名 (6.9%)	4名 (11.1%)
介護負担感の平均得点		10.9±7.6 (最小0 最大29)	13.2±7.5 (最小1 最大29)	7.3±6.3 (最小0 最大27)

⑦65歳以上、65歳未満の介護者における介護負担感の比較

対象者全体 (185名) を平均年齢 65歳を基準に、「65歳未満 (91名)」と「65歳以上 (94名)」の2群に分け、介護負担感を比較するために t 検定を行った。

その結果、 $t(183) = 2.11$, $p < .05$ で、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が

有意に低かった。

⑧65歳で分けた年齢帯における認知症の有無の比較の結果とまとめ

①65歳未満と65歳以上において「認知症有り群」と「認知症無し群」の比較で、「認知症有り群」において在宅介護希望が多かった。②年齢帯別に関わらず、「認知症有り群」の方が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高かった。③65歳未満において、「認知症有り群」、「認知症無し群」の両群において、「ADL」と「要介護度」の間には相関があった。さらに、「認知症無し群」では、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においていずれも相関があった。④65歳以上においては、両群とも、「ADL」と「要介護度」と相関はあったが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においていずれも相関がなかった。

これらの結果は、一つには、全体結果と比較しても、いずれの年齢帯においても、在宅希望が多く、認知症介護に携わる介護者の介護負担感が高いということでは一致していて、「認知症有り群」で介護負担感が高いことは、行動・心理症状の出現度からみても理解できる。しかし、そうであれば「認知症有り群」で施設介護希望が少ないという事実については考察に値することである。

また、65歳未満の「認知症無し群」において、「ADL」と「要介護度」と相関があり、さらに、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」のいずれにおいても相関があったことも充分想定できる。しかし、65歳未満の「認知症有り群」では、「ADL」と「要介護度」との間には相関はあったが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においてもいずれも相関がなく、65歳以上になると、両群において、「ADL」と「要介護度」との相関はあったが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においてもいずれも相関がなかった。つまり、65歳以上になると、認知症介護でなくても、「ADL」、「要介護度」と「介護負担感」とは相関しなくなるということである。65歳未満では認知症介護の特性と考えていたことが、65歳以上では、認知症介護でなくても類似した状況になることを示していて、年齢依存かどうかは考察すべき問題である。

さて、本研究では、認知症高齢者介護の配偶介護者に焦点をあてているので、最後に、これまでの結果を踏まえて、65歳以上の配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者の比較を試みる。

(3) 65歳以上の認知症高齢者介護における配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者の比較 (表 11)

1) 「主介護者」について

配偶介護者における主介護者の性別は、女性 22 名 (66.7%)、男性 11 名 (33.3%)、平均年齢は 77.8±5.6 歳 (最小 65 歳 最大 91 歳)、介護期間の平均は、57.2±60.1 ヶ月 (最小 2 ヶ月 最大 276 ヶ月)であった。主介護者の割合は、妻 22 名 (66.7%)、夫 11 名 (33.3%)

の順であり、妻介護者が全体の2/3を占めていた。

配偶介護者以外の主介護者の性別は、女性17名(68.0%)、男性8名(32.0%)、平均年齢は67.9±3.4歳(最小65歳 最大77歳)で配偶介護者より年齢が低い傾向があり、介護期間の平均は、75.5±49.4ヶ月(最少6ヶ月 最大240ヶ月)で介護期間が長い傾向があった。主介護者の割合は、娘10名(40.0%)、息子8名(32.0%)、嫁7名(28.0%)の順であり、主介護者の多くは被介護者の子どもや嫁によると思われる。

2) 「被介護者」について

配偶介護者における被介護者の性別は、女性11名(33.3%)、男性22名(66.7%)、平均年齢は、79.3±5.8歳(最小64歳 最大89歳)、被介護者の割合は、夫22名(66.7%)、妻11名(33.3%)であり、配偶介護であるので、主介護者に対応している結果となっている。

配偶介護者以外の被介護者の性別は、女性23名(92.0%)、男性2名(8.0%)、平均年齢は、92.4±4.7歳(最小85歳 最大100歳)、被介護者の割合は、母16名(64.0%)、義母6名(24.0%) 父2名(8.0%)、その他1名(4.0%)の順であり、母を介護している割合が高くなっていた。

3) 「同居者の有無」・「副介護者の有無」について

配偶介護者における同居者の有無については、同居者有りが15名(45.5%)、同居者無しが18名(54.5%)、副介護者の有無は、副介護者有りが18名(54.5%)、副介護者無しが15名(45.5%)であった。本調査における配偶介護者の場合は、夫婦のみ世帯は半数弱であった。

配偶介護者以外の場合は、同居者有り22名(88.0%)、同居者無し3名(12.0%)であり、「副介護者の有無」は、副介護者有り15名(60.0%)、副介護者無し10名(40.0%)であった。

配偶介護者以外の場合、「同居者有り」、「副介護者有り」の割合が配偶介護者より高いことであった。

4) 「今後の見通し」について

配偶介護者では、施設介護希望9名(27.3%)、在宅介護希望24名(72.7%)であり、配偶介護者は、在宅介護希望の割合が高いことが明らかになった。

配偶介護者以外の場合は、施設介護希望10名(40.0%)、在宅介護希望15名(60.0%)であり、配偶介護者より施設介護希望が多くなっているが、配偶介護者以外の場合においても配偶介護者同様、在宅での介護希望の割合が高かった。

5) 「就労状況」・「健康状態」について

配偶介護者では、働いている 5 名 (15.2%)、働いていない 28 名 (84.8%) であり、就労していない者が圧倒的に多かった。ここでは高齢のため「健康状態」を提示した。非常に健康 0 名 (0%)、健康 7 名 (21.2%)、どちらでもない 11 名 (33.3%)、あまり健康でない 14 名 (42.4%)、健康でない 1 名 (3.0%) であった。

配偶介護者以外の就労状況は、働いている 15 名 (60.0%)、働いていない 10 名 (40.0%) であり、配偶介護者以外の場合は、60%が働いているということであった。ここは、配偶介護者との大きな違いである。

健康状態は、非常に健康 0 名 (0%)、健康 7 名 (28.0%)、どちらでもない 11 名 (44.0%)、あまり健康でない 7 名 (28.0%)、健康でない 0 名 (0%) であり、配偶介護者より健康度が高かった。

6) 被介護者の「ADL」・「要介護度」について

配偶介護者の「ADL」は、 16.5 ± 6.4 (最小 7 最大 28) であった。この結果は、配偶介護者以外より高い結果である。要介護度の割合は、「要介護 1 9 名 (27.3%)」、「要介護 2 7 名 (21.2%)」、「要介護 4 7 名 (21.2%)」、「要介護 3 5 名 (15.2%)」、「要介護 5 3 名 (9.1%)」、「要支援 1 2 名 (6.1%)」、「要支援 2 0 名 (0%)」の順であった。

配偶介護者以外の場合、「ADL」は、 15.9 ± 4.0 (最小 8 最大 26) であった。この結果は、配偶介護者よりやや低い結果であったが大きな差はなかった。要介護度は、「要介護 2 13 名 (52.0%)」、「要介護 1 7 名 (28.0%)」、「要介護 3 2 名 (8.0%)」、「要支援 2 1 名 (4.0%)」、「要介護 4 1 名 (4.0%)」、「要介護 5 1 名 (4.0%)」、「要支援 1 0 名 (0%)」の順であり、要介護度は配偶介護者と比較して要介護度 3 までが多かった (表 11)。

7) 「介護負担感」について

配偶介護者の主介護者における介護負担感の平均得点は、 11.9 ± 7.3 (最小 1 点 最大 25 点) であった。この結果は、配偶介護者以外より低いのが特徴的であった。

配偶介護者以外の主介護者の介護負担感の平均得点は、 14.8 ± 7.5 (最小 2 点 最大 29 点) であった。この結果は、配偶介護者より高い結果であった。

表 11 「65 歳以上」・「認知症有り群」における「配偶介護者」と「配偶介護者以外」の質問項目結果

		主介護者 65 歳以上・認知症有り群 (58 名)	
		配偶介護者 (33 名)	配偶介護者以外 (25 名)
主介護者 (性別)	女性	22 名 (66.7%)	17 名 (68.0%)

	男性	11名 (33.3%)	8名 (32.0%)
主介護者の平均年齢 (歳)		77.8±5.6 (最小 65 最大 91)	67.9±3.4 (最小 65 最大 77)
介護期間 (ヶ月)		57.2±60.1 (最小 2 最大 276)	75.5±49.4 (最小 6 最大 240)
主介護者	夫 妻 嫁 娘 息子	11名 (33.3%) 22名 (66.7%) 0名 (0%) 0名 (0%) 0名 (0%)	0名 (0%) 0名 (0%) 7名 (28.0%) 10名 (40.0%) 8名 (32.0%)
被介護者 (性別)	女性 男性	11名 (33.3%) 22名 (66.7%)	23名 (92.0%) 2名 (8.0%)
被介護者の平均年齢 (歳)		79.3±5.8 (最小 64 最大 89)	92.4±4.7 (最小 85 最大 100)
被介護者	父 母 義父 義母 夫 妻 その他	0名 (0%) 0名 (0%) 0名 (0%) 0名 (0%) 22名 (66.7%) 11名 (33.3%) 0名 (0%)	2名 (8.0%) 16名 (64.0%) 0名 (0%) 6名 (24.0%) 0名 (0%) 0名 (0%) 1名 (4.0%)
同居者の有無	有り 無し	15名 (45.5%) 18名 (54.5%)	22名 (88.0%) 3名 (12.0%)
副介護者の有無	有り 無し	18名 (54.5%) 15名 (45.5%)	15名 (60.0%) 10名 (40.0%)
今後の見通し	施設介護希望 在宅介護希望	9名 (27.3%) 24名 (72.7%)	10名 (40.0%) 15名 (60.0%)
就労状況	働いている 働いていない	5名 (15.2%) 28名 (84.8%)	15名 (60.0%) 10名 (40.0%)
健康状態	非常に健康 健康 どちらでもない あまり健康でない 健康でない	0名 (0%) 7名 (21.2%) 11名 (33.3%) 14名 (42.4%) 1名 (3.0%)	0名 (0%) 7名 (28.0%) 11名 (44.0%) 7名 (28.0%) 0名 (0%)
ADL の平均得点	全体	16.5±6.4 (最小 7 最大 28)	15.9±4.0 (最小 8 最大 26)

要介護度	要支援 1	2名 (6.1%)	0名 (0%)
	要支援 2	0名 (0%)	1名 (4.0%)
	要介護 1	9名 (27.3%)	7名 (28.0%)
	要介護 2	7名 (21.2%)	13名 (52.0%)
	要介護 3	5名 (15.2%)	2名 (8.0%)
	要介護 4	7名 (21.2%)	1名 (4.0%)
	要介護 5	3名 (9.1%)	1名 (4.0%)
介護負担感の平均得点		11.9±7.3 (最小 1 最大 25)	14.8±7.5 (最小 2 最大 29)

8) 「65歳以上」・「認知症有り群」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

配偶介護者（33名）と配偶介護者以外の家族介護者（25名）において、「ADL」、「要介護度」、「介護負担感」の関連をみるために、ピアソンの積率相関係数を算出した。

その結果、「配偶介護者（33名）」の場合は、「ADL」と「要介護度」との間には相関が認められたが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。

「配偶介護者以外の家族介護者（25名）」の場合は、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかったが、「ADL」と「介護負担感」との間には相関が認められた（表12）。

表12 「65歳以上」・「認知症有り群」・「続柄別」における「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

65歳以上・認知症有り群（58名）							
配偶介護者（33名）				配偶介護者以外（25名）			
	ADL	要介護度	介護負担感		ADL	要介護度	介護負担感
ADL	—	.717**	.113	ADL	—	.170	.402*
要介護度	.717**	—	-.025	要介護度	.170	—	.212
介護負担感	.113	-.025	—	介護負担感	.402*	.212	—

*p<.05 **p<.001

9) 65歳以上の認知症高齢者介護において配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者に分けて比較した主な結果とまとめ

①認知症高齢者を介護する配偶介護者は妻介護者が2/3を占めていた（被介護者は夫が2/3）②配偶介護者の約85%は働いておらず、そのうちの80%近くは健康上何らかの問題を抱えていた。③配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者では、在宅介護希望の割合が

高かった。④配偶介護者の介護負担感は、配偶介護者以外の介護負担感より低い傾向が認められた。⑤配偶介護者群では、「ADL」と「要介護度」の相関が認められたが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関は認められなかった。⑥配偶介護者以外の家族介護者群では、「ADL」と「介護負担感」でのみ相関が認められる、という結果であった。

これらの結果は、配偶介護者以外の家族介護者ではADLの低下が見られるほど介護負担感が高くなることを示しているが、配偶介護者では、ADLと要介護度が関連して進むにも関わらず、介護負担感は低いということを示しており、認知症高齢者を介護する配偶者介護における何らかの特異性を示唆しているものと思われる。

IV. 総括

本調査で明らかになったことは、表1で示したように在宅で介護を行っている家族介護者185名のうち、122名の家族介護者（約66%）が認知症高齢者を介護していることが明らかになった。高齢者介護研究会（2003：80）は、「要介護高齢者のほぼ半数、施設の入所者については8割が認知症の影響が認められる」と指摘しているが、在宅介護においても認知症高齢者を介護している家族介護者の割合が高いという結果であった。また、この調査結果では、表1で示したように、「認知症有り群」は、「認知症無し群」より「主介護者」の男性の割合が相対的に高くなっているという結果がみられているが、近年における男性介護者の増加を示唆する所見とみることもできる。前述のように近年の研究対象となってきたおり、今後の課題でもあろう。

家族介護者の「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」については、認知症の有無に関わらず、在宅介護希望が多く、特に65歳以上の場合は統計学的にも有意傾向がみられた程である（表8）。認知症高齢者介護では、いずれの年齢帯でも介護負担感が高かったという結果であり、施設介護を希望する割合の増加が想定されたが、そうではないという結果が得られた。

介護負担感については、全体においても、年齢帯別においても「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高いことが明らかになった。これは、認知症に伴い出現する認知症の行動・心理症状などが影響し、介護負担感の高さに繋がっている要因の一つと考えられる。しかし、「65歳未満」と「65歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低いということが明らかになった。65歳以上で介護負担感が高いことが想定されたが異なる結果であった。

介護負担感が、被介護者の「ADL」と「要介護度」と相関するかどうかについては、全体でも認知症の有無に分けても、「ADL」と「要介護度」の間には相関があったが、「介護負担感」との間には相関がなかった。しかし、65歳未満において、「認知症有り群」、「認知症無し群」の両群において、「ADL」と「要介護度」の間には相関があり、「認知症無し群」では、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においていずれも相関が認

められた。65 歳以上では、両群とも、「ADL」と「要介護度」と相関はあったが、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」においていずれも相関が認められなかった。これは全体への結果に、65 歳以上の結果が影響していたものと考えられる。

さらに、65 歳以上の「認知症有り群」において続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分析した結果、65 歳以上の「認知症有り群」の場合、「配偶介護者」と「配偶介護者以外」では違いがみられた。すなわち、「配偶介護者」は、「ADL」と「要介護度」に相関が認められたものの、「ADL」、「要介護度」と「介護負担感」は相関が認められなかった。また、「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかった（表 12）。この続柄別の違いは、配偶介護者の特異性を示していることが示唆され、配偶介護者と配偶介護者以外の家族介護者の認知症高齢者の捉え方に違いがあるのではないかと考えられる。なぜなら、65 歳以上の介護負担感が低いことや、「配偶介護者」の場合、関連が認められるであろうと思われた「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」には、相関が認められなかったためである。

第 3 章では、第 2 章で得られた調査結果について考察を行い、認知症高齢者在宅介護における配偶介護者の特異性について考える。

注 4：「居宅介護支援事業所」は、介護保険制度において「居宅介護支援を行う事業をいう」と規定されている。本論文では、「居宅」と「在宅」という言葉を使用している。「居宅介護支援事業所」については、介護保険制度で示されている法律上の名称を使用し、それ以外は「在宅」という用語を用いた。

第3章 認知症高齢者在宅介護における家族介護者の特性

I. 第2章の結果について

第2章で明らかになった主な結果は、①家族介護者の「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」については、65歳以上の場合は有意傾向ではあるが、「認知症の有無」や「年齢別（65歳未満と65歳以上）」に関わらず在宅介護を希望している。②「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高い。③「65歳未満」と「65歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低い。④「65歳以上」・「認知症有り群」において続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分析した結果、「65歳以上」・「認知症有り群」の場合、「配偶介護者」は、「ADL」と「要介護度」に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」には「介護負担感」との相関は認められなかった。また、「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかった点である。この4点について考察する。

II. 第2章の結果に対する考察

(1) 「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」について

家族介護者は、「認知症の有無」や「年齢別（65歳未満と65歳以上）」に関わらず在宅介護を希望している。家族介護者の場合は、被介護者の身体的な状態の低下や認知症の進行により認知症の行動・心理症状が出現し、その症状に伴う対応の困難さなどが介護負担感につながり、施設介護希望又は在宅介護希望に影響すると考えられる。中谷ら（1989：33）は、「継続意志は負担感の高い低いに左右されない」と述べ、坂田（1989：41）は、「老人の身体状態が介護負担感とは関係をもたない。老人の精神症状のうち妄想、幻覚、不安、うつ状態、攻撃的行動は介護負担感を高めるが介護継続意志とは関係しない」と指摘している。しかし、坂田（1989：41）は、「外出可能な程度に良好な老人を介護している者の継続意志を弱める」と述べている。このことから、認知症の行動・心理症状の種類によって在宅継続意志に影響すると思われる。継続意志を弱める症状と考えられる徘徊は、今回の対象者全体調査結果（表1）において、被介護者に出現した症状の一つであるが、その数は16名（8.6%）であり全体をみると低い割合であった。よって、徘徊などの症状の割合が少ないということが在宅介護を希望している要因の一つであると考えられる。

次に、小野寺ら（1992：108）は、福祉サービスの利用について、「とくにデイサービスとショートステイは、介護者に休養を供給する実質的なサービスであり、家庭介護継続には欠かせないもの」とし、また、後藤ら（2003：14）は、「通所介護利用により介護時間は、ほぼ半減している」と報告している。本調査結果（表1）では、対象者全体（185名）の場合、デイサービス（デイケアを含む）の利用は171名（92.4%）、ショートステイの利用は88名（47.6%）であった。デイサービスなどの福祉サービスを利用することによって、家

族介護者は休息がとれ、自分の時間をもてるようになり身体的・精神的な負担の軽減につながっていると思われる。デイサービスなどの福祉サービスの利用も在宅介護を希望する要因の一つであると考えられる。

その他にも、今後、家族介護者が在宅介護を希望する要因をより具体的に明らかにする必要がある。

(2) 「認知症の有無」における介護負担感の比較について

本調査では、「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高かった。

本調査結果（表 1）によると「介護を受けている方（被介護者）にみられた症状」の有無については、「認知症有り群」は「有り 119 名（97.5%）」、「認知症無し群」は「有り 35 名（55.6%）」であり、両者を比較すると「認知症有り群」の割合が高くなっている。つまり、「認知症有り群」は、「認知症無し群」より認知症の行動・心理症状がみられ（図 2）、それらに関わる機会が多いと考えられる。浅川ら（1999：32）は、家族の介護負担感に影響を及ぼす要因の一つとして、「問題行動」と述べていることから、認知症の行動・心理症状の出現が、「認知症無し群」より介護負担感が高い理由の一つになっていると考えられる。また、大野賀ら（2011：65）は、「認知症あり群では、食事や BPSD への対応に関する『身の回りの世話』や医療的処置や巡視・観察という『専門的な治療・処置』のケア提供時間がなし群より長く、時間帯別分析からは、認知症あり群は、なし群と比較して、ケア発生割合が夜間も高い傾向が示された」と指摘している。さらに、大西ら（2003：465）は、介護負担感と強く関連した認知症の行動・心理症状として「便・尿失禁、夜間の不穏等介護者の生活を侵害する行動、幻覚や不幸な様子等対応が困難な行動など」を挙げている。本調査結果からも「認知症有り群」は、「認知症無し群」と比較すると認知症の行動・心理症状の出現割合が高く、それらの症状が介護負担感の高さに影響しているものと考えられる。また、それらの症状の出現に伴い夜間の対応も求められる。以上より、「認知症有り群」は、「認知症無し群」より介護負担感が有意に高いという結果につながったと考えられる。重要なのは、認知症を抱えた人の介護とそうでない人の介護は、その内容が異なり、それは、介護を担っている家族介護者の身体的・精神的な負担にも影響しているということである。本調査（表 1）でも明らかなように、認知症高齢者を介護している家族介護者は、約 66% 存在し、今後は、認知症を抱えた人の介護とそうでない人の介護を区別して、その介護を担う家族介護者の在り方を検討する必要がある。

このような結果は、65 歳未満と 65 歳以上に分けた場合（表 5・表 10）でも同様であった。

(3) 年齢別（「65 歳未満」と「65 歳以上」）における介護負担感の比較について

本調査では、「65 歳未満」と「65 歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65 歳以上」が「65 歳未満」より介護負担感が有意に低かった。

近森（1999：110）は、介護負担感を規定する要因の一つとして「年齢」を挙げている。これは、介護者の年齢が高いほど介護負担感が高いということである。一般的に「65歳以上」と「65歳未満」を比較した場合、「65歳以上」の方の介護負担感が高いと想定されるが、本調査結果では、近森（1999）の研究結果と異なり、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低かった。なぜ「65歳以上」で介護負担感が低いのか、逆に、なぜ「65歳未満」は介護負担感が高いのかについて考えていきたい。

はじめに、「65歳以上」と「65歳未満」における主介護者の割合についてである。表10の結果の通り、「65歳以上」の場合、主な主介護者は、妻43名（45.7%）、夫14名（14.9%）、娘14名（14.9%）の順であり、「65歳未満」の場合、表5の結果の通り、主介護者は、嫁34名（37.4%）、娘32名（35.2%）、息子19名（20.9%）の順であった。「65歳以上」の主介護者は妻介護者が中心であり、また妻介護者と夫介護者を合わせると約6割を占める。「65歳未満」の主介護者は嫁や子ども（娘・息子）であり、続柄別の主介護者の違いがある。次に、「65歳以上」と「65歳未満」の被介護者の平均年齢である。両群の平均年齢は共に84歳（表5・表10）であり、また、被介護者のADLなどについても大きな差が見られていない。つまり、被介護者の状態ではなく、主介護者の続柄が介護負担感の差異に影響を与えていると考えられる。

渡辺（2005：32）は、妻が夫を介護する場合の心理的特徴として「妻は母親に夫は子どもになり、夫婦関係は親子関係となる」、「依存関係が形成される」とも指摘している。長年共に過ごしてきたこれまでの夫婦関係が影響しているものと思われる。次に、小林（2005：74）は、夫が妻の介護を行う場合について「夫婦の絆が根底に存在していた。生来の役割意識に介護を含まない男性が介護を担うことは、そのこと自体が絆の強さを示しており、困難な状況であっても妻の介護を意味づけ、継続できていること」、また、一瀬（2001b：35）は、「介護を生き甲斐として捉えており、介護に対して高い肯定的価値を抱いている」と報告している。

以上、認知症の夫や妻を介護する場合、これまでの夫婦における歴史的背景、長年一緒に生活してきた時間などが夫婦の関係性に影響していると思われる。そのほかにも、妻が介護者の場合、夫婦関係から親子関係に関係性が変化することや依存関係が形成されること、夫が介護者の場合は、妻の介護を生き甲斐感と捉えていること、夫婦の絆が存在し、介護の意味づけを行っていることなどから、一度夫婦関係を捉え直し、新たな夫婦関係を築いていく過程の中で、その関係性がさらに強まっていくことを示していると思われる。

さらに、福田（2014：10）は、「認知症となった配偶者に対して愛しい存在としての愛着が芽生え、要介護者も介護してくれる介護者を信頼できる存在として、再認識して受け入れ、介護を通して夫婦の絆の再構築がみられた」と述べている。夫婦の絆の再構築が、認知症介護における配偶介護者の特徴であると考えられる。

次に、嫁が介護者の場合、渡辺（2005：33）は、「介護を引き受けざるをえない状況に置かれる」、加藤（2007：140）は、嫁のもっとも大きなストレスとして「周囲の人や親類縁

者の無関心、無理解、心ない発言」と指摘している。また、娘が介護者の場合、渡辺（2005：32）は「無意識的に、家族の中で介護の役割を背負うようになる」と述べている。息子が介護者の場合、鈴木ら（2013：73）は、息子の介護者が困っていることとして「家事、経済的なこと、自分の時間がない、外出ができない」ことを挙げている。つまり、嫁、娘・息子が介護者の場合、介護役割規範、親戚などの無理解や心ない発言、家事、自分の時間がないことなどが影響し、主介護者の続柄が介護負担感の差異に影響を与えていると考えられる。

その他、「65歳未満」と「65歳以上」における主介護者の就労状況についてである。表5によると「65歳未満」の就労状況は42名（46.2%）で約5割、表10によると「65歳以上」の就労状況は24名（25.5%）であり、「65歳以上」と比較すると「65歳未満」の方が働いている割合が高い。大山ら（2001：65）は、介護負担感の高い介護者の特徴の一つとして、「介助者自身の仕事」と指摘している。前述した通り、「65歳未満」の主介護者は嫁や子ども（娘・息子）である。介護を行いながら、仕事をし、自分たちの生活を維持していかなければならないという葛藤や大変さが身体的・精神的に影響を与え、介護負担感が高いということに影響していると考えられる。

藤田ら（1987：192）は、認知症を抱えた人を介護する家族介護者の場合であるが「痴呆期間が3年以下の短期間の場合ほど、介護する側の精神的ストレスは高く、逆に痴呆期間が7年以上と長い場合ほど精神面での負担を訴える個数は減少する」と述べている。本調査結果（表5・表10）では、「65歳未満」の介護期間は約5年、「65歳以上」の介護期間は約7年2ヶ月である。藤田ら（1987）も指摘しているように、経験年数が長いほど精神的な負担が軽減するものと思われ、介護負担感が「65歳未満」より低い結果につながったと考えられる。

つまり、主介護者の続柄別の特徴や就労状況、介護年数などの理由が、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低い結果につながった要因であると考えられる。

(4)「年齢別」・「認知症有り群」にみる「続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）」の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

1)「65歳以上」・「認知症有り群」・「配偶介護者」の場合

本調査では、「配偶介護者」は、「ADL」と「要介護度」との間には相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。

はじめに、「ADL」と「要介護度」の間に相関が認められたことについて考察する。白澤（2011：212）は、介護認定の調査項目について「主として身体機能面から介護の必要度を捉える一面的なものとなっている」と指摘している。本調査の質問項目には、介護認定調査票に含まれているADLに関する質問に近い質問項目を設けていた。そのため、ADLの状態が要介護度に反映され、「ADL」と「要介護度」との間に相関が認められたと考えられる。

次に、「ADL」と「要介護度」が「介護負担感」との関連がなかった点についてである。一瀬（2001a：128）は、認知症を抱えた配偶者を在宅にて介護している高齢配偶介護者（60歳以上）346名（男性175名、女性171名）を対象にした研究において「被介護者のADL低下に対する介護負担感が強いこと」を報告している。また、一瀬（2002：26）は、認知症を抱えた配偶者を在宅で介護している60歳以上の男性介護者（39名）・女性介護者（27名）を対象とした研究結果について、高齢な配偶者間介護の介護特性は、「介護疲労による情緒的消耗を増大させ、人生に悲観し、介護心中をも引き起こしかねないような深刻な状況に追い詰められているようである。孤独な介護状況にある」と指摘している。一瀬（2001a、2002）の指摘は、認知症高齢者を介護する配偶介護者の介護の切実な現状を示しているが、本研究結果は、一瀬（2001a、2002）の研究結果とは異なるものであった。この違いの一つは、介護評価が考えられる。小澤（2006：32）は、認知症高齢者の介護者（義父母37名、実父母39名、配偶者26名）を対象にした研究であるが、「配偶者の介護者は義父母の介護者に比べて、情緒的な面からの肯定的な介護評価が高かった」と述べ、また、福田（2014：10）は「認知症となった配偶者に対して愛しい存在としての愛着が芽生える」と述べている。この介護評価や配偶介護者の被介護者に対する捉え方が、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間に関連がなかった要因であると考えられる。

一瀬（2001a、2002）が指摘するように、認知症高齢者を介護する配偶介護者の介護は身体的・精神的にも介護負担感が大きいと考えられるが、本調査結果を踏まえると、大変な介護状況の中においても配偶介護者が認知症を抱えた被介護者をどのように捉え、関わっているのかを明らかにすることが重要であると思われる。

2) 「65歳以上」・「認知症有り群」・「配偶介護者以外」の場合

「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関がみられ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかった。

まず、「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められた点について考察する。小野寺ら（1992：108）は、デイケアを利用した患者家族70名を対象に、デイケア終了後の家族介護の実態を追跡調査した。その結果、「入浴、着衣、身のまわりの整備などのADLの低下も直接介護者の負担感と有意な関連がみられた」と指摘している。この点は、「配偶介護者以外」の結果と同様である。被介護者の認知症の症状以外にも年齢を重ねることや持病などの影響で身体的機能が低下し、寝たきり状態となっていく。ADL状態が重くなることで介護者の介護負担感も増加すると思われる。また、「配偶介護者以外」の就労状況（表11）をみると、25名のうち15名（60.0%）が働いている。この数字は、「配偶介護者」の5名（15.2%）より高い。働きながら介護を続けていくということの大変さが「ADL」と「介護負担感」に関連があったと考えられる。

次に、「ADL」と「要介護度」で関連がなかった点について述べる。白澤（2011：212）は、介護認定の調査項目について「主として身体機能面から介護の必要度を捉える一面的

なものとなっている」としており、「配偶介護者以外」でも「ADL」と「要介護度」が関連すると予想された。しかし、今回の場合は、本調査結果（表 11）では、「配偶介護者以外」群の「ADL」の平均値（15.9）が「配偶介護者」群の「ADL」の平均値（16.5）より低いということであった。また、「配偶介護者以外」群における被介護者の要介護度の割合（表 11）は、「要支援 2 1名（4.0%）」、「要介護 1 7名（28.0%）」、「要介護 2 13名（52.0%）」、「要介護 3 2名（8.0%）」、「要介護 4 1名（4.0%）」、「要介護 5 1名（4.0%）」で要介護 1 と要介護 2 に割合が集中している。つまり、要介護 1 と要介護 2 に割合が集中しているため、「ADL」の状態が重くなるにつれて「要介護度」も高くなるということにつながらなかったと考えられる。

最後に、「要介護度」と「介護負担感」の間で関連がなかった点についてである。前述したように「配偶介護者以外」群における被介護者の要介護度の割合（表 11）は、「要介護 1 7名（28.0%）」と「要介護 2 13名（52.0%）」に集中している。つまり、被介護者の「ADL」の状態は重くはないため「介護負担感」と関連がなかったと思われる。

Ⅲ. 認知症高齢者介護における家族介護者の特性と今後の課題

本章では、第 2 章で明らかになった調査結果に対し考察を行い、考察の中で明らかになったことは、「認知症の有無」と「今後の見通し」の関係や、家族介護者の続柄による違い、被介護者の「ADL」、「要介護度」と家族介護者の「介護負担感」との関係などについてある程度明らかになった。

すなわち、福祉サービスを受けていたということはあるものの、無作為に調査した高齢者在宅介護では認知症高齢者の介護を行っている者が多く、認知症高齢者介護において介護者では女性が 70%以上担っていた。仕事をしながらの介護も約 40%を占めていたが、主介護者が 65 歳以上になると就労率は著しく低下し、在宅介護に専念している。男性介護者が取り上げられることが多い近年でも、このような状況は概ね予想できるところである。認知症高齢者介護が認知症でない高齢者介護より、介護負担感が高いことも、一般の予想通り、想定できたことであった。

しかし、65 歳以上という心身の衰えが目立つ高齢介護者において、認知症の有無に関わらず、それ以下の年齢帯の介護者より介護負担感が低いという結果は、結果の考察で、ある程度の解釈はできたが、やはり一般には想定を超えているものである。また、それらの多くが在宅介護希望であることも同様である。本調査ではあまり焦点とはしなかったが、同居者や副介護者の存在も認められた。しかし、主介護者が 65 歳以上と 65 歳未満で特に差異はなかったことを考慮すると、他の要因にこの結果の根拠を求めるべきである。

認知症高齢者の高齢介護者の続柄についてみた結果では、被介護者の心身状況と介護負担感が、配偶介護者以外の家族介護者では関連があるのに、配偶介護者では関連がなかったということが注目される。本研究の配偶介護者の 2/3 が妻介護者であったが、単独続柄としての妻介護者に関する研究は極めて少なく、認知症介護に関する量的研究での一瀬

(2001a、2001b、2002、2004a、2004b)の研究、認知症を考慮しない一般高齢者介護における林(2010)の研究が目立つ程度である。社会規範として、妻介護者が在宅介護に関わることは、嫁同様、当たり前とみなされていることが伺える。

しかし、なぜ、妻介護者を中心とした家族介護者の多くは在宅介護を希望しているのかという問題や、認知症の行動・心理症状が介護負担感に影響すると考えられるが、家族介護者はどのような具体的負担を感じているのか、などについては具体的に明らかにされていない。また、配偶介護者と配偶介護者以外の違いがどのような要因から出てくるのかなど、その理由や中身が明らかになっていない。この点が量的調査の限界であり、質的研究を用いてその理由などを明らかにする必要がある。

今後、認知症を抱えた夫婦のみの世帯が増え、その介護者は高齢な配偶者という形が主流になることが予想されるわが国において、「配偶介護者」における認知症介護の特殊性を明らかにすることは重要である。

以下の章では、在宅で認知症高齢者の介護を行っている家族介護者を対象とするインタビュー調査の方法を提示し、配偶介護者の特殊性を明らかにする。そして、第5章では、第1研究と第2研究の結果を踏まえ総合考察を行う。

第4章 家族介護者へのインタビューによる事例研究（第2研究）

この章では、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者にインタビュー調査を行い、配偶介護者（主に妻介護者）の特徴を明らかにする。

I. 研究目的

本研究の目的は、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者に焦点をあて、配偶介護者（主に妻介護者）がもつ認知症介護の特殊性を明らかにすることである。

II. 研究方法

(1) 調査対象者について

調査対象者は、認知症の診断を受け、在宅で介護を行っている家族介護者である。具体的には、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所に勤務するケアマネジャーから紹介頂いた家族介護者、また、通所介護事業所の管理者から紹介頂いた家族介護者の合計24名（妻11名、夫4名、嫁4名、娘3名、1組の息子夫婦）である。事例数は、23である。家族介護者の一覧については表1・表2を参照。

表1 対象者一覧① 配偶介護者 合計15名（妻11名 夫4名）

	主介護者				被介護者					
	続柄 年齢1)	介護 年数	同居 家族	子供の 有無	続柄 年齢1)	要介 護度	病名	自立度 2)	寝たき り度3)	利用しているサービス
A	妻 74歳	7年	なし	息子1人 娘1人	夫 85歳	4	アルツハイマ ー型認知症	IV	A-2	デイサービス ショートステイ
B	夫 80代前半	17年	なし	不明	妻 70代後半	4	前頭側頭型認 知症 (ピック病)	IV	C-1	デイサービス ショートステイ 訪問看護、往診
C	妻 71歳	4年	なし	息子2人 娘1人	夫 70歳	1	アルツハイマ ー型認知症	IV	A-2	デイサービス
D	妻 75歳	4年	なし	息子2人 娘1人	夫 78歳	2	脳血管性認知 症とアルツハ イマー型認知 症の混合型	IV	A-1	デイサービス
E	夫 85歳	8年	長男夫 婦4)	息子1人 娘1人	妻 82歳	4	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	B-2	デイサービス ショートステイ 福祉用具貸与

F	妻 71歳	6年	なし	なし	夫 81歳	3	アルツハイマ ー型認知症	IIb	A-2	デイサービス ショートステイ
G	妻 93歳 (要支援1)	4年	なし	息子2人	夫 87歳	1	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	A-2	デイサービス ホームヘルプサービス
H	妻 77歳	9年	なし	息子3人	夫 84歳	1	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	A-1	デイサービス ショートステイ
I	夫 73歳	15年	息子4)	息子1人 娘1人	妻 74歳	2	アルツハイマ ー型認知症	IIb	A-1	デイサービス
J	妻 83歳	4年	なし	息子1人 娘1人	夫 92歳	2	アルツハイマ ー型認知症	IIIb	B-1	デイサービス
K	夫 81歳	5年	なし	娘2人	妻 79歳	2	アルツハイマ ー型認知症	IIIb	B-1	デイサービス ショートステイ ホームヘルプサービス
L	妻 67歳	4年	なし	なし	夫 70歳	2	脳血管性認知 症	IIIb	A-1	デイサービス ショートステイ
M	妻 67歳	8年	なし	息子1人 娘1人	夫 74歳	4	認知症	IV	B-2	デイサービス ショートステイ 福祉用具貸与
N	妻 80歳	5年	息子4)	息子1人 娘1人	夫 88歳	1	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	A-1	デイサービス ショートステイ 福祉用具貸与
O	妻 72歳	10年	なし	息子2人	夫 74歳	3	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	J-2	デイサービス ショートステイ

- 1) 年齢はインタビュー当時の年齢
2) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
3) 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準
4) 同居しているが、介護に関わっていない

表2 対象者一覧② 配偶介護者以外 7名（嫁4名 娘3名）と1組の息子夫婦

	主介護者				被介護者						
	続柄 年齢1) 就業状況	介護 年数	同居 家族	子供の 有無	続柄 年齢1)	要介 護度	病名	自立 度2)	寝たき り度3)	利用しているサービス	
a	息子（長男） 70歳 自営業	10年	なし	息子1人 娘1人	母 90歳	2	認知症	IIIb	A-2	デイサービス ショートステイ	

a'	長男の嫁 72歳 自営業									
b	嫁 63歳 専業主婦	13年	夫(長男)	息子3人	姑 90歳	4	アルツハイマ ー型認知症	M	C-1	デイサービス ショートステイ
c	娘(次女) 63歳 パート勤務	12年	娘 娘の旦那 孫	娘3人	母 93歳	4	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	A-1	デイサービス ショートステイ
d	娘(長女) 65歳 働いていない	8年	なし	なし	父 95歳	3	アルツハイマ ー型認知症	IV	B-2	デイサービス ショートステイ
e	娘(次女) 59歳 正社員	7年	なし	なし	父 88歳	4	アルツハイマ ー型認知症	IIIa	A-2	デイサービス ショートステイ
f	嫁 55歳 パート勤務	12年 3年	夫(長男) 娘	息子2人 娘1人	姑 83歳 舅 85歳	3 4	アルツハイマ ー型認知症 アルツハイマ ー型認知症	M IIIb	A-2 B-1	デイサービス ショートステイ ホームヘルプサービス
g	嫁 46歳 働いていない	2年	夫(長男)	なし	姑 73歳	1	認知症	IIb	J-2	デイサービス
h	嫁 60歳	10年	夫(長男) 舅	息子3人	姑 84歳	5	認知症	IIIb	C-1	デイサービス ショートステイ ホームヘルプサービス など合計10種類

1) 年齢はインタビュー当時の年齢

2) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

3) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

(2) 調査方法について

調査方法は、在宅で介護を行っている家族介護者(主介護者)に対し、半構造化面接を行った。

インタビューの質問項目は、「介護を始めてからこれまでの経緯、認知症介護において困っていること、介護を続けている動機、現在利用している福祉サービス、今後の介護の見

通し」などとし、介護における個人的体験を話して頂くことを第一に行った。

インタビューの内容は、家族介護者の許可を得て、ICレコーダーに録音した。1名の家族介護者については、録音の許可が得られなかったため、インタビューの内容をその場でノートに記録した。インタビューの時間は、1時間から3時間程度。インタビューの場所は、家族介護者の自宅、又は、インタビュー調査を依頼した事業所の一室をお借りして実施した。調査期間は、2015（平成27）年1月～2016（平成28）年5月である。

(3) 倫理的配慮について

インタビューを行う際には、再度、家族介護者に対し、①研究の目的、②対象者の負担・苦痛の回避、③個人情報の保護、④研究結果の公表方法などについて口頭で説明したうえで、同意書に署名・捺印を頂いた。同意書記入後、インタビューを行った。家族介護者へのインタビュー調査依頼文、同意書等については、資料2を参照。

本研究は、仙台白百合女子大学研究倫理委員会の審査を受け、研究実施の許可を受けている。

(4) 分析方法

本調査は、23の事例をもとに現象学的アプローチの手法を用い事例研究を行った。

1) 現象学的アプローチの手法を用いた理由

現象学について、木田（1970：183-184）は、『現象学』とは、まさしく『経験の学』にほかならないのであり、人間の事象的経験に即してその論理、意味、構造を読みとろうということである」と述べている。本調査は、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者に焦点をあて、配偶介護者がもつ認知症介護の特殊性を明らかにすることを目的としている。認知症介護の特殊性を明らかにするためには、認知症介護を行っている家族介護者の介護経験に基づいた語りが重要であると考えられる。

質的研究では、グランデッド・セオリー・アプローチ、修正版グランデッド・セオリー・アプローチ、現象学的アプローチ、エスノメソドロロジーなどの様々な分析法が用いられている。グランデッド・セオリーや修正版グランデッド・セオリーは、分析テーマに即してデータをコーディングし、概念を生成・発展させ、理論を構築していく研究方法であると思われるが、データを抽象化していく過程で、家族介護者の介護経験や思い、家族介護者の苦悩・葛藤・喜び、出来事の意味、語りの文脈、被介護者との関係性などの家族介護者の生の語りを捉えることができず、語りが断片化され、その文脈が失われてしまうのではないかと考えられる。そこで、家族介護者の語りを活かすことができ、認知症介護の生きられた経験に迫るアプローチとして現象学的方法を参考にすることとした。

2) 分析の視点について

ベナーとルーベルは現象学的人間観を示している。この現象学的人間観は、ハイデガー

の現象学的人間論に依拠しており、ベナーとルーベル（1999：47）は、「予め決められた姿をもって世界に参入するのでなく、人生を生きていく中で次第に自らのあり方を定義されてゆくのが人間である」と述べている。一般的に認知症介護は、自分の父、母、配偶者、義父、義母などが認知症を患った状況において、初めて認知症介護が始まると思われる。そして、主介護者は、認知症を抱えた被介護者と生活を共にし、被介護者との関わりの中で様々な経験をし、その経験を通して主介護者自身のあり方が決まっていくものと考えられる。また、家族介護者は、認知症介護を通して苦悩、葛藤、喜びなどを経験しながら生きており、家族介護者の語りは、これらの経験に直接基づいている。認知症介護の特徴を明らかにするためには、家族介護者の経験に即した検討が必要であると考えられる。

コーエン（2005：7）は、解釈学的現象学について、「人々がどのようにして自分たちの生活を解釈し、経験を意味づけするのかを探求することである」と述べている。認知症介護において、家族介護者が認知症介護を行っている生活をどのように考え理解しているのか。そして、認知症介護の経験をどのように意味づけしているのかということは重要な点である。なぜなら、認知症の進行に伴い、日々変化する認知症高齢者の状況に対し、家族介護者が生活の中で認知症介護をどのように考え、意味づけしているかによって、認知症高齢者に対する関わり方などに影響を与えるからである。家族介護者が認知症介護の経験についてどのように理解しているのかなどを探求することは、認知症介護における家族介護者の理解を深める意味で重要な視点である。

ここで示したように、ベナーとルーベルの現象学的人間観やコーエンの解釈学的現象学の視点に立つことは、これまで明らかにされていない認知症高齢者を介護する家族介護者の特徴を見出すことがつながり、家族介護者の生の体験の理解を深めると考える。

3) 分析方法について

本調査では、ベナーとルーベル（1999）の現象学的人間観やコーエン（2005）の解釈学的現象学の視点に立ち、ベナー（2006）の「範例」、「テーマ分析」の2つの分析手法を参考にした。

「範例」について、ベナー（2006：105、107）は、「範例は、世界に存在すること、実践すること、企図を取り上げていくことについての、関心事およびそれぞれの仕方を表わす顕著な事例である」とし、また、「1つの範例の実際的な世界は、他の範例と比較して共通点や相違点を見つけるための基盤を作り出す」と述べている。そして、「テーマ分析」について、ベナー（2006：107）は、「相違点と共通点とを明瞭化するために、ケースごとの比較」が必要としている。

本研究の目的は、妻介護者を中心とした配偶介護者がもつ認知症介護の特殊性を明らかにすることである。特に、配偶介護者の認知症介護の特徴を明らかにするためには続柄別の比較が重要であり、その比較の中で家族介護者が認知症介護における共通した経験を把握するとともに、認知症介護の相違点も理解する必要がある。続柄別の比較検討を行うこ

とで配偶介護者がもつ認知症介護の特殊性がより明確になると考え、ベナー（2006）の2つの分析手法を参考とした。

具体的な分析手続きは、以下の通りである。

- ① 家族介護者から得られたインタビューの内容を逐語録にする。その逐語録を何度も繰り返し読む。
- ② 妻介護者の事例において、各事例の語りを照らし合わせながら、共通点と相違点の明瞭化を行った。
- ③ 各事例の共通点と相違点の明瞭化を行う中で、妻介護者における認知症介護の介護特徴が表現されていると考えられる事例を範例（代表的な事例）とした。
- ④ 妻介護者の範例（代表的な事例）から妻介護者における認知症介護の介護特徴が表現されている文脈の記述を客観的な意味に置き換え介護特徴の枠組みを抽出した。
- ⑤ 抽出した枠組みの妥当性については、あらためて全ての事例の語りにその枠組みを適用し、それらの語りの内容を網羅でき、他の事例との比較が可能になることを確認した。

ここで、本研究で事例研究を用いた理由について述べておく。メリアム（2004：26）はケース・スタディについて「状況の深い理解とそこにかかわる人たちにとっての意味を把握することがねらわれる。関心の対象は、結果よりはプロセスに、ある特定の変数よりは文脈に、確証よりは発見におかれる。ケース・スタディから引き出された洞察は、政策や実践や将来の調査に直接的な影響をおよぼしうる」と述べている。本研究では、在宅で認知症高齢者の介護を行っている家族介護者の実情を把握することや、具体的にどのような介護負担を感じているのかなどについてその詳細を明らかにするために事例研究を採用した。そして、なによりも重要視したのは、家族介護者の語りである。野口（2002：14-15）は「臨床の場とはすなわち『語り』によって成り立つ場であるといえる」と述べている。在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者の実情を把握するためには、家族介護者の生の語りが必要であると筆者は考えているが、本論文での事例研究はその語りを中心に行ったものである。

Ⅲ. 妻介護者の事例提示

はじめに、妻介護者11事例のうち、代表的な事例を2つ取り上げ、在宅で認知症の夫を介護している妻介護者の現状をみていく。

事例1)

- ・妻介護者 A 74歳 介護期間7年 認知症の夫と2人暮らし
- ・夫85歳 アルツハイマー型認知症 要介護度4
- ・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準－Ⅳ
- ・障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準－A-2
- ・利用しているサービス＝デイサービス、ショートステイ

妻介護者 A は、現在、夫と 2 人暮らしである。夫は、妻介護者 A が勤めていた会社の上司で、そのまま結婚。その後、二人の子ども授かる。子どもたちは、独立し県外で生活している。

<認知症のなり始めの時期と対応>

経緯っていうか、あの一、認知症になっているって知らなかったんですよ。あの、毎日生活してて。ただ、激しいあの性格がなんていうのですか、今まで以上にきつくなったというんですか。もともと、こう怒ってばかりいる人だったんです。怒鳴ってばかりいる人だったんです。それが、どんな小さいことでもとにかく怒る、怒鳴る。それが、もう病気の始まりだったんですね。すぐ怒る。それ知らないから、ただ性格がどんどん年とって、どんどんどんどんあのきつくなったっていうか、それがわからなかったんですね。

それが病気でおかしいのか、性格で、年をとったからこういう性格になったとはじめは思いましたからね。そういうふうになるのか、そこのはっきりしたところが・・・。

車で出かけて行って、・・・夕方私が帰ってきたらいなくて、8 時になったらやっぱりおかしいと思って。えっと思って、こんな時間まで何もなくて帰ってこない、連絡もなくね。変だなと思っているうちに 10 時になってそれでも帰ってこない。・・・えーと夜中に寝てたら電話がかかってきて、警察にご主人帰ってますよって言われて。

お隣のその垣根があるんですけど、今、あの、外側と内側と違う木なんですけどね、となりの垣根を切ったんですよ。

それで同じこと、今日は何日だ、今日何日だ、今言ったばかりなのにそればかり聞いてくるとかね。

ものすごい数のあの鉢やら木やらなんか物いっぱい拾ってくるんですよ。あっちからもこっちからも道端からなんでも拾ってくるんですよ。

<病院受診の時期>

もともと病院嫌だしお医者さん嫌だし。たとえどっか痛くても血出ても、腫れてもあの怪我しても絶対に病院に行かない。お医者さん嫌いで。でいくら言っても、行けば殺されるって。そういう人なんです。口が悪いんですよ。ほんとほんと口が悪い人で、そして、殺されるからってお医者さん嫌いでいけない人で、あの一度病院に連れて行こうと思ったんですけど、どうしてどうやって連れて行こうかと思って。色々考えて、まともに言っても駄目だしと思って・・・。みんなが年を取ったらみんなが行く、あの健康診断だから行きましようよと・・・。

<妻の行動や対応の変化>

夫に対して、あーとか思いながら、このままじゃ私も嫌だなんて思って。だったら、なにか言えば、後からわーっとくるので、言わないことにして。夫がなんか言ったら、うん、そうだね、そうだね。それで、それで、OK、全部OKにしたんです。なんと言っても、間違ったこと言っても、例えば、今夏だと言っても。そうだね、夏なら暑いよねとか、適当に言って。なんでも、OK。OKにしたんですね。一切NOを言わなかった。そしたら、向こうは言っていることが受け入れられる訳でしょ、通る訳でしょ、私がなんでもOK、OKって言うので、だから、あの、すんなりいく。物事が、すんなりいっちゃって、なんにももめるっていうか、夫が苛立つことがなんもないんです。

着るものとか、あの、これ着ます、これですよ、あれですよって出して置いて、私見ないようにする。自分でちゃんとベルト通して、ズボンのベルト通して、それで、ちゃんと履いて、これか、これもか、これ脱ぐんですよ。これか、これもかつって、脱いで。

〇〇さんすごいまいね、とかって言うと、褒めるのはあんたばかりだとかね。あんたは、褒めてばかりいるけど、褒めているのに、あんたは貶しているとかね。なんかそういうこと言うんですけど、それでも、私、あの褒めるんです。褒められて誰だって、気分いいでしょ。だから、ぼんぼん褒める。

はい、だから、夫を変えようとしなくて、どんな間違いを言っても。それは、こっちが正しいよではなくて、寄り添えばいい訳だと思って。とんでもないこと言うのに、そうじゃない、これでしょって言っても、無理な話だから。だから、相手の世界に私も入れればいいと思っているのね。そのまんま、同じ世界に、グループにいれば、もめごとないよ。

<認知症の夫に対する妻の見方>

すごく、あのなんていうのかな、頑張る人なんです。それこそ、お医者さん嫌いで、・・・だから、今頑張ってるなって。・・・今家にいるときは塗り絵をしているんですね。・・・黙々とやっています。

昔の人だから我慢強いですね、今でも。変わりようがないんです。病気だからね。だから、私が変わるしかないと思って。会社に入ってから変わったっていうけど、そのせいかどうか知らないけど。お酒のんでがーがーがーがーって言う人だったので。〇〇ちゃん変わったって言ってましたけど、昔に帰ったというか、戻ったんじゃないかなと思っています。ほんとに素直ないい子ですよ、今は。ほんと、みんなに言います、私。

夫の変化は私の変化だと思います。結局私が変わったから、夫が変わったと思います。昔のまんま、私も、あの、言ったら、思っていること言ったら、こうはならなかったんじゃないかと思います。

<夫婦関係について>

兄弟は知っているから、ほら、夫のこと。昔から知っているし、やな奴だと思っていましたよ、私も。・・・ほんと、だから、今まで、こうなる、私もこういう気持ちになるなんて、自分自身信じられないの。

そうそうそう、6・7年たっている。そうなんです。いつの間にか、そんなたっている。こんなに面倒みるとは思っていなかった。お酒のんで、もうが一っていう人なの。毎晩ガンガン言う人なので。もう、この人、お酒のんで、将来ね病気になったって絶対面倒みてやんないと思っていたんですけど・・・。

〇〇さん、幾つなの年って聞くと、105歳って言うのね。明るく言うんですけど、本当は、85歳なんだけど。105歳って。そんなに、105年も生きられるなんてすごいねって。105歳まで生きている人この辺にいないよ。〇〇さん長生きだもんね。105歳まで生きたらもう十分でしょって言うのね、その話をしょっちゅうするんですよ。だから寝る時に、もう寝る。もう寝ましょ。明日の朝まで寝てくださいねっていうと、明日の朝になったら死んでいるかもしれないっていうのね。生きているかどうかわからないって言うんですよ・・・。死んでたら、ちゃんと拝んであげるから心配ないよって言うの。そうかって、すごいでしょ。あっちもあっち。私も私。大丈夫、大丈夫、死んだらちゃんと拝んであげるから。ナムアマダブツがいい、アーメンがいい。どっちにする、と言うのね。どっちも嫌だって言ってみたりね。どうでもいいって言ってみたりね。いろんなこと言うの。笑っているんですよお互いに。すごく明るいんですよ。私、死んでももう十分だから、いいよ死んでって。ただ、ここで死なないで、ここで死んだらやっかいだから、救急車の中で死んでねって言って。笑ってんのお互いに。

<介護を行う理由と今後の展望>

夫婦だからっていうこと。家族だから、私しかいないから。いないからというか、私しなきゃ、私の役目ってないでしょ。誰か変わってくれるといいんですけど。私が夫のあれしなれば、私のね、あの申し訳ないですよ。夫の金だけもらって遊び歩くのも。

ほんとに。この先どうなるかなんて考えてません、考えたくないより、考えてません。いいことは考えますけど、悪いほうには考えません。で、あのその何かあったときは、その時の心の準備とか、準備だけはしているつもりなので。だから、なにがあっても、動じ

ないっていうか。覚悟っていうんですか。それだけは、あのしていこうと思っています。

<介護知識の獲得や妻の活動>

家族の会にも入ったし、認知症家族の会。それから、市役所でそういう家族の相談会みたいな、集まりがあるでしょ。いろんなところの集まりに私、好きなんです。そういう勉強っていうか、講習会とか、・・・なんかやるのが、すごく好き。

趣味とか、変わりなくやっているの。おかげで、預かって貰っている（デイサービス）おかげで。その前と、変わらずやっているの、趣味のことも好きなことずっと続けているし、夫がこうだからとか、都合が悪いとか言わないで。

<福祉サービス>

ああいうところは絶対だめだと思っていたんですね。そして、なんとかして、私は、行って欲しいと思って。・・・なんとか、お世話になる方法ないかなと思ったんですけど。相談して。ケアマネジャーさんと相談して、あの、まず、体験としてお昼ご飯を食べるだけでも行ってみましようというので、・・・それで慣れて。

事例 2)

- ・妻介護者 D 75 歳 介護期間 4 年 認知症の夫と 2 人暮らし
- ・夫 78 歳 脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の混合型 要介護度 2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準-IV
- ・障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準-A-1
- ・利用しているサービス-デイサービス

妻介護者 D は、A 市で生活していたが震災後 B 市へ移り住み、現在は夫と 2 人暮らしで、夫が脳梗塞のため治療し、その流れで脳の検査をした際に脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症の混合型と診断された。

<認知症のなり始めの時期>

家にいる時にね、何にもしないで、なんか集中するものが無いから、無いですから、あの時間を持てあまします。そっちよりも、私自身がそれみているのに疲れる。その方、そちらの方は、それが普通で別にこう行ったり来たり。自分はなんてことないんじゃないかなって。何回も、行ったり来たりされると。狭いなかで、歩いてみたり、つけなくてもいい電気をパッパッつけてね、風呂場をのぞいたり。何考えているんだか。・・・本人は、本人はいたって機嫌が悪くないんだけど。・・・そんなときの関わりで、ちょっと気ままかなと思いつつも、これが介護なんだなと思って。

私もほら、ずっと 50 年ももう一緒に一緒に生活してきたもんで、どうしても、あらあらっていう、こういう病気なんだって思って納得はしているけども。こう、あの、お話しとか、物を置く場所とか、色々変化するじゃないですか、そのたびに、やっぱり、困惑します。困惑しました、なおさら、しばらくの間は、その受け入れにくいっていうのか……。最近は、でも、もう少し進めないようにした方がいいとか、もう少し、良くなるんじゃないかとか、本など読んでいると、いかにも治るような。なんか載ってたりすると迷うじゃないですか。だから、その点を自分の気持ちの中でどう折り合いつけたらいいのかっていうのは、すごく、今でも、時々、考えるっていうんだか、息つまります。

やっぱり、私一人でみてますもんで。あの頑張ったんだけど、どうも頑張るのも無理かなと思って。あの包括センターに。あと、病院の先生にもこう早めに早めに対応した方がいいって言われまして。そして、ほら、あのここ（デイサービス）にお世話になり始めて、こうして過ごしてるんですけど。私は、やっぱり、こう自分ではあのまましていたら、こうして 2 人でずっとずっといたらちょっと肉体的にも精神的にも限界ぎりぎりかなって思う状態。今は、週 3 日ありますから、震災できたとき皆さんとお話すること、映画みるとか、自分の時間がいっぱい持てるから、有り難いです。

<認知症の夫に対する妻の見方>

それよりも、今まで元気な時にやってきたその人のね、生き様の方が大切なんだもの。やっぱり、大切な人間性は持っているんだよなって、いつも思う。

テレビとか、社会とかで、みんながそうで無いけど、いかにも、あの病気はもう最大変だっていうのが出てるのをみると、最近見ない。仕方が無いな、社会がそんな感じなんです。・・・お父さんも私も、まだまだ、全然やれると。・・・そういう能力も人間にはあるっていうのは、ほんとは知ってたっていいですよ。

まあ大変でないと言えは嘘になるけど、私もあのお舅さん 2 人も結構関わりましたね。お爺ちゃんはね 96 歳まで、お婆ちゃんはね、86 歳かな。9 年位長く、2 人共あのしっかり家でみましたから。そういう認知症っていう病名は、ついたかつかないかわからないですけど。やっぱり、同じようなものでもんね。長く生きるとね。だから、あの、例えば、あのトレイ失敗しても、あんまりそういうことは苦にならない。みんな歳くってくるとね、そんな、病名がつかなくなると、必ずね、80 過ぎてくればね。そういう失敗は、そういう流れがあるんだよなって

<妻の対応の変化>

かえってね、痛い痛いってね、生きているよりも、痛みはなにも無いから。して、食べ

物は味覚が残っているから、おいしいって食べるじゃないですか。いつも、(デイサービスに)出して寄こすとき、今日もね、おいしいもの作って待ってるよねって言うと、うんて言うのね。それで、認知症になっても、ああいうのもいいなとか・・・。

言葉ひとつでね、やっぱり一番はね、上から目線であの言われるのが、一番こうなんて言うか、言うのが一番駄目みたいね。お父さんこうして、こうしてってではなく、多分、私はそうするよって、必ず必ずって。まあ、体調良い時はそう言うのね。何か注意しても、よく考えたら私もそう思うんだけどって言うのね。なんかちょっと、なんかが違うのかなって、言葉ですよ。

人にまかせて、ね。本人だってそうだと思うよ。帰ってくるとき、いつもお母さんって帰ってくるもん、それは忘れない。やっぱりね、そこをこう長くしていれば、認知度も進まないかもしれない。しれないですから、だから、やっぱり、デイから帰ってくる場合には、必ずいて、少しでも温かなものとかを、ここに出しておいて、何も難しくないですから。気持ち、それがやっぱり、あの病気を進めない大事なことですよね。

<その他の妻の行動>

認知症の家族の会、あそこにも行きます。毎度は行かないですけども。やっぱりすごく参考になります。あと、その〇〇カフェにも行きます。できるだけね、自分だけでなく、こう大勢の関わっている人の、そういうの聞くと勉強になります。

<妻自身の体調管理>

まあ、自分の体調を整えることが、やっぱりね、夫婦の介護の場合、同じね。ただ、これぐらいの差だからね、3つの差だからね。だから、やっぱり、自分の体調崩さないように・・・希望なのね、結局ね、一番はね、自分が健康でみれる状態でみてあげられれば・・・一番に私にとっては一番うれしいこと。

<介護を行う理由と今後の展望>

当たり前。そのこと、だってね。しないで、そのことしないで別の時間を別のことするったら、何する。70何歳で、できるからね、ね、させて頂くって感じじゃない。できなければ、夫婦でもできない人は寂しいんだよね。そう考えれば、ほら、介護して欲しい夫がいるのに、自分は誰かにそれをね、まあ、責任放棄して。自分がここでこのあまった時間の人生何してる。私には、何もない。小説書くことはできないもん。できないから。そのことしかできない。

大変だと思わないで、希望を持ってする方が私は楽だと思う。ほんとにみえる大変さを真正面に捉えて、向き合って、元気に生きていく方が人間として楽じゃない。・・・まず夜

になって、今日一日ご飯を食べて、火事出さないようにして寝る体制に入ったら、後、夜にならなくてもどうあっても、不安がることはないから、まずは、ゆっくり寝ようというふうにして、明日を迎える。それが一番いいかなって。

<子どものこと>

一番やっぱり、根本は、私子ども3人おるんですけども、40代の子ども3人いるんですけども、やっぱり、遠くにいても、なんでも、位置的なものでなくて、心があのお父さんの気持ちもお母さんの気持ちもわかって、接してもらうのは、やっぱり一番。私とすると、介護人とすれば、一番の力ですね。近い遠いではないよ、たぶん、距離的に物理的に近い遠いということではないと思うよ。やっぱり、一番は、子どもに、特に子どもになんかは、せつかく、育ててこうしてきたのに、子どもに父親のことをなんか愚痴るっていうのは最低だと思うよ。

IV. 認知症高齢者介護に対する妻介護者2事例からの特徴抽出

通常の高齢者介護と異なって認知症高齢者の介護では、どうも腑に落ちない、ちぐはぐな行動、対応に苦慮する異常な行動が出現する。妻介護者Aでは、「とにかく怒る、怒鳴る」から始まって、夜間に警察の世話になって帰宅する、隣家の木を切る、同じことを何度も繰り返し聞いてくる、道路などからいろいろな物を拾ってくる、など、そのような行動が次第に顕在化してくことが述べられている。妻介護者Dでも、家の中を行ったり来たり、電気をつけたり消したり、風呂場を覗いたりなどの行動が見られている。

それに伴って、医師の診断の問題が出てくる。妻介護者Dでは、脳梗塞の治療中に診断されるが、通常は、妻介護者Aのように、病識のない夫を病院に連れていくという困難にぶつかるのである。これは認知症一般の事例でよく見られることで『認知症の気づきと対応』とする。

次に、認知症になった夫を、妻介護者がどのようにみているかという問題がある。その捉え方によって、妻介護者の介護に対する姿勢や変化がみられることになる。これを『被介護者観』として、事例として示した妻介護者も含めて検討する。

基本的には、その『被介護者観』に基づいて認知症の夫に対して妻介護者の変化がみられるはずである。例えば、妻介護者Aの、何に対してもOK、OKとして肯定する方法など、である。これを『介護者の変化』として他事例も含めて検討する。

提示した2事例からもわかるように、介護を行う介護者が、介護を続けてきた理由も含めて、介護を行う自分をどう捉えているか、また介護を通して、どのような夫の反応を求めているかなどを『介護者の自己確認』として検討を試みる。

また介護を続けていて、今後の展望をどのように考えているかを『未来の視点』とする。

配偶介護者は、長い夫婦生活を共にしてきている。長い介護生活の中で、夫婦としての間柄がどのように変化するのか、あるいはしないままなのかという点を『情緒的共有』と

して詳しく検討する。これは妻介護者の事例を提示したので夫婦と述べたが、介護者と被介護者の間にも生じる得るものと考ええる。

また、在宅介護を行う上で、提示された妻介護者の事例のように、高齢介護者を対象としている。その上で、介護者の心身の健康問題は極めて重要である。それを『介護者の自己調整』とする。

本研究でのインタビューの対象者は、全て、何らかの『福祉サービス』を受けていた者である。従って、妻介護者だけではなく全ての続柄に当てはまるが、それを受けるまでの経緯や評価などの検討も大切である。

以上、本研究は、認知症高齢者介護における妻介護者に焦点を合わせているので、『認知症の気づきと対応』、『被介護者観』、『介護者の変化』、『未来への視点』、『情緒的共有』、『介護者の自己確認』、『介護者の自己調整』、『福祉サービス』という 8 つの観点から、妻介護者の特性を他の続柄の家族介護者も含めて比較検討する。

V. 妻介護者の特徴分析

(1) 『認知症の気づきと対応』

1) 「被介護者の異変の気づき」

妻介護者は、被介護者との生活の中で、「ちょっと様子がおかしい」などの被介護者の異変に気づいていた。家族介護者の語りをもとにみていく。

あの一、認知症になっているって知らなかったんですね。あの、毎日生活してて。ただ、激しいあの性格がなんていうのですか、今まで以上にきつくなったというんですか。もともと、こう怒ってばかりいる人だったんです。怒鳴ってばかりいる人だったんです。それが、どんな小さいことでもとにかく怒る、怒鳴る。それが、もう病気の始まりだったんですね。すぐ怒る。それ知らないから、ただ性格がどんどん年とって、どんどんどんどんあのきつくなったっていうか、それがわからなかったんですね（妻介護者 A）

一番、ちょっと変だなと思ったのは、平成 19 年。ちょっとね、あの散歩しながら煙草拾いするんです。吸いながら、ええ、いっぱい持ってくるんですね。いやーこんなに人の吸ったのね。どんな人が吸っているかわかんないから、捨てようすると怒るんです。うん、そういうのがこうしばらく続いてね。でも認知症とは私もわからないから、だから、なんだろうと思ってね（妻介護者 N）

最初認知症だということは気がつかなかったんですけど、買い物一緒に行ったときに、お金を払う前に、お菓子の袋をお店で封切っちゃって、食べようとしたり。あれっと思

って（妻介護者 H）

妻介護者は、被介護者の何かかしらの異変に気づき、その言動に困惑しながら生活を送っていた。また、被介護者の異変が病気によるものなのか、それとも年齢的なものなのか判断がつかず、認知症なのではないかと疑いながら生活をしていたのである。「被介護者の異変の気づき」については、妻介護者以外の続柄においても語られていた。

鍋に火をかけているのに犬の散歩に行ったことがあった。そこからおかしいと思った（娘介護者 c）

おかしいなと思ったのは、あの、みんなでこう温泉に行って、帰ってきました。帰ってきた時に、あの、まあ、一番最初はやっぱり、バックがないと。うん、で、うんでも、みんなで出かけて、楽しく行って帰ってきて、確か持ってたし、無い、置いてくるわけがないし。あるんじゃないかなってこと。それで、その時、まあ、みんなで家の中探したんですけども、でもなかった。で、なくて、でも絶対、持ってきたはずだと思ったんですけども。でそんなこんなで、夜寝ましたら、次の朝に、その、ちゃんと探したのに、その時になかったのが、箆笥の上にポンってあったんです（嫁介護者 f）

お客さんきたら、家内留守番していると、だれに頼まれて、何を頼まれたかっていうのがわからなくなったんですよ。そういうの、全部弁償しなくちゃならないわけですよ、うんで、これでは、駄目だなと思って（夫介護者 I）

被介護者が、認知症を抱えることによって、物忘れ、今までに見られなかった言動などがあり、この「被介護者の異変の気づき」は、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者に共通する特徴であった。

2) 「病院受診の困難さ」

妻介護者は、被介護者の異変に気づきながら被介護者と生活を送る中で、病院受診を検討し始める。そこには、病院受診に伴う困難さや苦悩が語られていた。

① 病院受診への困難さ

もともと病院嫌いだしお医者さん嫌いだし。たとえどっか痛くても血出ても、腫れてもあの怪我しても絶対に病院に行かない。お医者さん嫌いで。・・・そして、殺されるからってお医者さん嫌いでいけない人で、あの一度病院に連れて行こうと思ったんですけど、どうしてどうやって連れて行こうかと思って。色々考えて、まともに言っても駄目だしと思って（妻介護者 A）

今度、病院に連れ出すっていうのが、どういうふうにするか。それは、普通のお婆ちゃん達を連れて行くのと、ものが違うんですよ。それで、病院嫌いな人です。すごく、ものすごく病院嫌い。男の人でも、結構ちょっとしたことで行く人もいますし。うちはそれ全然駄目なんです、・・・なんとかして病院に連れて行きたいんだけど、どういう方法がいいか。私が言ったら、絶対お前が行けっていうんですよ。私が言うと、俺はどこも悪くない、お前がちょっとおかしいからお前行けて、必ず言われるから。どうしたらいいかわからなくて（妻介護者 O）

② 被介護者からの受診拒否

予約取って、そして、明日、一辺診て貰いに行くからねって声かけたら、うんて言っ
て返事したんですよ。そして、さあ、その朝になったら、俺は認知症だって認めるわけ
にはいかないって、そうしてね、とうとう行かなかったんです。予約取ったもんです
からね、私一人で、あの伺ってね（妻介護者 J）

妻介護者は、病気を認識していない被介護者や病院に行くことを拒否する被介護者をど
のように受診させたらよいかということに悩んでいた。認知症の場合、妻介護者 O の「俺
はどこも悪くない、お前がちょっとおかしいからお前行けて、必ず言われるから」とい
う語りから、病気だと思っていない被介護者をどのように病院を受診させるかが大きな問
題である。また、妻介護者 J の場合、「俺は認知症だって認めるわけにはいかない」とい
う語りから、被介護者自身が、いつもと様子が違うと気づき始めているが、それを認知症と
認めることができない葛藤などが見受けられる。各事例とも受診した時期は異なるが、家
族介護者は、被介護者の気持ちと介護者の受診して治療を受けさせたいという気持ちの狭
間で苦慮していたのである。

実際、病院受診については、子どもやケアマネジャーに相談し、「年を取ったらみんなが
行く、あの健康診断だから行きましょう（妻介護者 A）」、「脳の検査。今、脳梗塞とかすご
く多いから、脳ドック受けてくれないっていう、このクリスマスのプレゼントに 2 人分の
カードを入れるから、そしたら、お母さんと一緒にみんな行けるよねって（妻介護者 O）」
というように、みんなが受ける健康診断であるとか、みんなと一緒にいけるというよう
な方法が取られていた。また、認知症以外の病気（糖尿病など）の治療や入院したときに、
あわせて脳の検査を受けて認知症の診断を受けていた事例もあった。

そのほか、妻介護者の「だんだんおかしくなってくるのがわかってたからね。それを、
いくら、行けつたって行かなかったんだからね。はじめから、あの時にしておけば、こ
んなにひどくなんなかったのについていう思いがあるもんですからね（妻介護者 J）」の語り
から、早めに病院を受診させておけばよかったという後悔の気持ちも抱いていた。

一方、嫁介護者の場合の病院受診の苦悩は、妻介護者と異なっていた。嫁介護者は、「異
変はあったんですけども、やはり、まあ、同居したてということと、あと立ち場的な

かなかそういう病院に行こうっていうことを口にできずに。はい、どう言ってもいいか（嫁介護者 g）、「いくら私がこういうことがあって、少しお母さんね、もう無理よと言っても、やっぱり、自分の親ですから。うん、あんなに賢くて、しっかりしていたお袋がそんな訳ないっていうところがありまして。じゃあ、あのちゃんと診断して貰いましょうと。ここで動かないと、もう、ずるずるずるずるになって（嫁介護者 b）」と語っており、長男の嫁という立場であるため病院を受診した方が良いということが言いにくい。そして、嫁の夫が自分の母親が認知症であることを認めることができず、病院受診に繋がらないということである。嫁介護者は、被介護者の認知症介護を行っている中で言動の変化に気が付いており、早めの受診を考えているが、被介護者の言動の変化を夫などに理解して貰うことができずその葛藤を抱えていた。

3) 「認知症の症状に対する対応」

多く家族介護者は、被介護者との生活の中で、認知症の行動・心理症状に対する対応の困難を感じていた。

会合に行って、帰ってきたら夫がいないの。夫が徘徊してていないの。それから、あの警察に電話したりとかして、何度か、そうやっているから、電話でわかってくれて、探してくれたりするようになった。いなくて、それで、パトカーで帰ってきたり（妻介護者 A)

困っていることは、たばこ欲しくて、夜、夜中っていうか、1・2月、12月頃から、〇〇に、〇〇に行くことは覚えているんですよ、近いもんで。たばこ買いに。で、私、たばこあげないでいると、玄関に来まして、戸開けて、何回か、朝3時、4時、その都度追いかけてましたけども（妻介護者 C)

やっぱり、自分は正気だっていう意識がありますと、どっかに残っていると、こんなもの（オムツ）いらぬみたいなことで、おしっこしまくるんだと思うんですけどね。いたる所に、そして、後、うんちを、台所でうんちしたり、そういうことで私も疲れ果てて（妻介護者 F)

外出して、帰ってくると、もう、ほんとに便失禁、いろんな失禁があって、脳がもう働かなかったのね。うん、それがひどくて、しょっちゅう、なんでこんな、もう、周りの人も匂い臭かったろうに（妻介護者 H)

私なんか、朝ごはん作っていると、あ、出ていったなー。外見てんのかな朝だから、っと思ったら、おしっこしていたんですね。それで見えない影の方でしていた。それが

だんだん影じゃなくて、その目の前の花壇とか、その辺の自分の手入れをしている、その辺に、玄関、ドアを開けたその辺とか、しているんですよ。朝、おしっこしているの（妻介護者 A）

今回の事例の中で様々な症状がみられていた。主な症状は、外に出ていく、排泄（尿失禁・便失禁・放尿など）、同じことを何回も言う、怒鳴る・大声を出すなどであった。そのほか、個別な症状として「隣の家の木を切る」、「物を集める」、「家族の物を隠す」、「お風呂に入らない」、「たばこの火の不始末」、「店の品物を持ってくる」、「異食」、「電気をつけたり消したりする」、「引き出しを開けたり閉めたりする」、「服を着る順番がわからない」、「幻覚」、「荷物をまとめる」「家に泥棒がいると騒ぐ」、「電化製品の使い方がわからず壊してしまう」などの症状がみられていた。これらは、認知症の行動・心理症状に対する困難さであるが、また、認知症の行動・心理症状については、妻介護者の続柄以外にも共通してみられ、認知症高齢者介護の特徴であり、続柄に関係なく認知症の行動・心理症状の対応の困難さに伴い介護負担感を感じさせるものである。

(2) 『被介護者観』

1) 「人間性の重視」

すごく、あのなんていうのかな、頑張る人なんです。それこそ、お医者さん嫌いで、・・・だから、今頑張ってるなって。・・・今家にいるときは塗り絵をしているんですね。・・・黙々とやっています（妻介護者 A）

それよりも、今まで元気な時にやってきたその人のね、生き様の方が大切なんだもの。やっぱり、大切な人間性は持っているんだよなって、いつも思う（妻介護者 D）

認知症っていうけども、人間的には失っていないものがあるんだから、・・・人間の、その人間というものは残るんだよね（妻介護者 D）

もともと、男の人ってプライドがあるでしょ、ね。それが、認知症だ、年とったから、呆けたからって、無くなるわけないのね（妻介護者 H）

認知になっても、そういう自分のプライドみたいな（妻介護者 C）

人間って、生きたい、生きたいっていう生命力、そういうものは誰にもあると思うの。・・・だから、あの、体でもなんでも自分で元気になってっていう根性はきっとあると思うの（妻介護者 H）

2) 「被介護者が持つ能力」

まだ、計算とかね、字とか、なんとか読めるんです。読めるんですって変ですけど、計算でもなんでも、あの、計算ドリルああいうのもちゃんとするんです。だから、まるっきりわからないんじゃないんですよ。字も新聞も読めるし、うん、そして、朝も新聞音読して、あの〇〇新聞のいろんな、書いて投書してあるのを私に読んで聞かせるんです（妻介護者 L）

お風呂だよっというと、お風呂っていうのは解ってて、行きますけど、靴下脱いでっていうと、靴下も脱ぎます。着替えも自分でします（妻介護者 C）

妻介護者は、被介護者の人間性や被介護者の持つ能力に焦点をあてている。嫁介護者の場合においても「認知になったからって言って、人格がなくなったわけじゃないんですよね。お婆ちゃん自身がいなくなったわけじゃないんです。（嫁介護者 h）」という語りもあるが、その殆どが妻介護者の語りであった。さらに、妻介護者は被介護者の持つ能力を見極めて、できる力を活かすような関わりもみられている。また、被介護者の人間性に焦点をあてているということは、認知症が進行していく中で、病前の被介護者像を保っているとも解釈できる。特に妻介護者の場合、これまで夫婦として長年共に生活してきた中で、病前にあった被介護者の状態が思い出されることや、認知症が進行して被介護者の言動が変化していく過程の中でも、垣間見える被介護者の人間性は妻介護者にとって強い印象を与えものであることが、言葉の端々に聞かれるのである。

(3) 『介護者の変化』

1) 「対応の変化」

どう対応して良いか解らないから。だから、言われたことに対して、正当な答えを言っていて、しばらくは。で、そのうちに、こりゃダメだと思ったんで、はいはいはい、なんでもはいはいって言ったら、はいはい、お互い丸くなって、楽になったんです（妻介護者 A）

なんでも、OK。OK にしたんですね。一切 NO を言わなかった。そしたら、向こうは言っていることが受け入れられる訳でしょ、通る訳でしょ、私がなんでも OK、OK って言うので、だから、あの、すんなりいく。物事が、すんなりいっちゃって、なんにももめるっていうか、夫が苛立つことがなんもないんです（妻介護者 A）

認知症、認知症だけはね、ほんとに相手がいてしょっちゅう話相手になっていけば、絶対進まない。絶対とは言い切れないけど、うん、お父さんの例をみてるって進まないと思う（妻介護者 H）

人にまかせて、ね。本人だってそうだと思うよ。帰ってくる時、いつもお母さんって帰ってくるもん、それは忘れない。やっぱりね、そこをこう長くしていれば、認知度も進まないかもしれない。しれないですから、だから、やっぱり、デイから帰ってくる場合には、必ずいて、少しでも温かなものとかを、ここに出しておいて、何も難しくないので。気持ち、それがやっぱり、あの病気を進めない大事なことですよね（妻介護者 D）

妻介護者の対応については、妻介護者 A の場合、被介護者の対応として「OK、OK」という関わり方をしていた。これは、夫との関係において妻介護者 A は「変わりようがないんです。病気だからね。だから、私が変わるしかないと思って」と語っており、自分が変わる必要があると感じていた。妻介護者 A の「私が変わるしかない」という語りの背景には、病前の被介護者との関係が影響しているものと思われることがあった。それは「3人で転勤したんですけど。で 3 人バラバラだったんです。家の中が、転勤したすぐのころ、すんごく嫌で嫌で、だったら、ちょっと、夫の方をみてみようと思って、……。私もね、こっちをみたんです。そして、夫にあの寄り添って見たんです。気持ちが、そしたら、すんごく、楽になって。あー私しか変われないんだって、夫は絶対変わりませんから。相手は絶対いくら言ったって変わらないもんなんだ、相手はね。人間てね、だから、自分が変わるしかないと思って。自分が、こう思って、こっちみて、寄り添って見たら、えーこんなに楽なんだと思って。それもあったので」という過去の経験である。「病気だからね」と語っていたが、バラバラになっていた家族を守るために取った行動の変化によって、自分自身が楽になったという経験がその背後にあったのである。その前提として、被介護者の不変性が介護者の中にあつたものと思われ、妻介護者の特徴的な視点と言える。

2) 「病気を進めない関わり」

もう寝たきりになるからお母さん大変だぞって、何度も言われたんですけど、毎日、ベッドに座らせて。座らせて、50 回ずつ、足踏み、毎日毎日 50 回ずつして、それを繰り返して、3 ヶ月ぐらい（妻介護者 H）

私はよく、あの、外に連れ出して、食事、外食しようってということで連れ出して。そして、散歩させたり（妻介護者 F）

デイサービスでも、家でもやって、私やるんだけど、お父さん体操って言って……。このベランダ、サンもあるし、掴むものあるから、ここ、お父さん、10 回歩けてって。10 回、はい 1 回、はい 2 回、10 回歩かせて（妻介護者 G）

あと新聞二人で、声だして読むんですよ。面倒くさがって読まないんだけど。で、お

爺ちゃんとかく読もう、ほら読めるんじゃないとか。あと紙切りさせる。たまになんですけど、あの、真っ白い紙をこう切って、切らせて。上手に切れるね、とか（妻介護者 C）

新聞の音読するといいですよって言われて、音読を初めて 7 年目ですけど。それで、ね、音読したものを、あの、毎日切り抜いて、毎日きちっと切り抜いて貼ることを、缺と、この缺を使うことが脳にいいって聞いたので、息子から言われて。で、いいっていうことはみんな全てやってんです。進まなくなりましたね（妻介護者 H）

寝付いたら終わりだから、寝付かないでよと言ってね、一生懸命起こしているんですけど（妻介護者 J）

妻介護者は、被介護者の病気が進まないための関わりを行っていた。これは、夫介護者や娘介護者にもみられた語りであった。夫介護者の場合、「刺激を与えないとね、全然、まるっきり呆けてしまうと思ってね（夫介護者 E）」、「この人をさ、もう結局、大事にして、大事っていうかね、病気にならないように対応して接しているからね（夫介護者 B）」、娘介護者の場合は、「あの、こう、痩せたらね。痩せて体力が落ちたら、あの、ね、病気にも負けちゃうし……。その栄養で、体をいい状態にしてあげると、けっこう、あの延命っていうか、長生きできますからねっていうことだったので。それは、守らなければと思って。必要なカロリーはね、満たしたいと思って（娘介護者 c）」と語っていた。主に妻介護者や夫介護者に共通する内容であった。この『介護者の変化』は、前述した『被介護者観』と関係しているが、妻介護者の特徴は、『被介護者観』（「人間性の重視」・「被介護者が持つ能力」）であり、人間性や被介護者の持つ能力を保つため、病気を進めない関わりに繋がっていったと考えられる。

3) 「介護や認知症に関する知識の習得」

家族の会にも入ったし、認知症家族の会。それから、市役所でそういう家族の相談会みたいな、集まりがあるでしょ。いろんなところの集まりに私、好きなんです。そういう勉強っていうか、講習会とか、……。なんかやるのが、すごく好き。……。いっぱい行っていました。だから、知識っていうか、人様の話をいっぱい聞きました（妻介護者 A）

そう、実際に介護している人の話きくと、ほんとにねって。同情できるし、安心して話ができる（妻介護者 H）

見るようになりましたね、図書館に行って本を見たりとか（妻介護者 M）

妻介護者は、介護や認知症に関する情報を得ていた。家族の会や講演会への参加、新聞記事や専門書、病院などに置いてあるパンフレット、利用している福祉サービスの介護職員などに直接聞いたりするなどして情報を得ていた。妻介護者の多くが、被介護者の認知症介護が始まってからの行動の変化であった。この知識を得る努力は配偶介護者でよく見られる行動である。ただ、介護や認知症に関する情報は、妻介護者に限らず、他の続柄（夫介護者、嫁介護者、娘介護者）においても同様の変化がみられた。「車椅子に乗せるときにどんな、どんな格好でどういう風にやればいにかちゅうことを、介護士に直接きいた。そうやって、やっているんです。介護士から聞いて勉強しています（夫介護者 E）」、「自分でいろいろ研究して、勉強して、色々なのを読んで。そして、自分をね、順応させて、しなきゃ生きられないよ（夫介護者 B）」、「有吉佐和子さんでしたっけ。あれは、読みましたね（娘介護者 c）」、「手っ取り早く正確な方法は本ですよ、だから、まあ、図書館、なにかあったときは、図書館はいいですね（嫁介護者 h）」などの語りがある。

この側面は、他者とのコミュニケーションなどを通して、レスパイトに繋がっている面も多いことは忘れてはならない。

(4) 『介護者の自己確認』

1) 「立場の確認」

夫婦だからっていうこと。家族だから、私しかないから。いないからというか、私しなきゃ、私の役目ってないでしょ。誰か変わってくれるといいんですけど。私が夫のあれしなれば、私のね、あの申し訳ないですよ。夫の金だけもらって遊び歩くのも（妻介護者 A）

当たり前。そのこと、だってね。しないで、そのことしないで別の時間を別のことするったら、何する。70 何歳で、できるからね、ね、させて頂くって感じじゃない。できなければ、夫婦でもできない人は寂しいんだよね。そう考えれば、ほら、介護して欲しい夫がいるのに、自分は誰かにそれをね、まあ、責任放棄して。自分がここでこのあまった時間の人生何してる。私には、何もない。小説書くことはできないもん。できないから。そのことしかできない（妻介護者 D）

2) 「評価確認」

それと、私が言ったことを応えてくれるっていうか、これですよって言うと、うんと言うし、これですよって言うと、うんと言うし。散歩、お天気いいから、散歩行きますか、っていうと、うんて言いますね。ほとんど NO がないですね。（妻介護者 A）

今はすごく甘えているんですね、はい。でも、あのね、一番いいのは、こう、有り難うって言うんですよ、有り難う感謝してるよって言ってくれるんですよ。うん、だから、

そういう言葉を聞くと、頑張ろうと想うんです。また（妻介護者 M）

妻介護者は、被介護者との関係において、自分の立場や自己の存在理由を、認知症介護を通して確認している。特に、認知症介護においては、被介護者からの反応が得られにくいこともあり、反応が得られることが認められているということに繋がっていると考えられる。これは妻介護者にかなり特徴的なことで、妻介護者が、病前にも自分がどのように夫に想われているかは、常に大きな関心事の一つであることに起因すると思われる。

しかし、夫の場合は、妻の認知症介護を「仕事や生き甲斐」と捉えて行っていた。夫介護者の語りは、「今になってはそうだね、仕事みたいなもんだね（夫介護者 I）」、「これは、仕事だと思うからさ。なんか自分の、働いた時の仕事のそのままの延長みたいなね。中身は違うけども（夫介護者 B）」、「生き甲斐ちゅうか、生き甲斐みたいなもんだね、今はね（夫介護者 E）」である。夫介護者は、被介護者に認められたいということよりも夫介護者が主体となって介護を行っていることが伺える。『介護者の自己確認』は、妻介護者の特徴の一つである。

(5) 『未来への視点』

1) 「現在を共に生きる」

ほんとに。この先どうなるかなんて考えてません、考えたくないより、考えてません。いいことは考えますけど、悪いほうには考えません。で、あのその何かあったときは、その時の心の準備とか、準備だけはしているつもりなので。だから、なにがあっても、動じないっていうか。覚悟っていうんですか。それだけは、あのしておこうと思っています（妻介護者 A）

その日その日、その日って、そういうふうにししか考えられませんでしたね。だから、長いスパンで、こうなったらどうしよう、ああなったらどうしようじゃなくて（妻介護者 F）

今、今のこと考えないと。先のこと考えたってどうしようもないんですもんね。まあ先ことは、だいたいその経過としてわかっていても、やっぱり。今だったら、何するのっていうあれで（妻介護者 L）

まず夜になって、今日一日ご飯を食べて、火事出さないようにして寝る体制に入ったら、後、夜になにあってもどうあっても、不安がることはないから、まずは、ゆっくり寝ようというふうにして、明日を迎える。それが一番いいかなって（妻介護者 D）

妻介護者は、『未来の視点』として、「現在を共に生きる」ことが語られていた。妻介護

者は、今後どうなるかというより、その日その日を夫と共に大事に生きている様子が伺えた。これは特に、妻介護者の語りに特徴的なことであった。

この特徴は、嫁介護者とは著しく異なるものであった。嫁介護者の場合は、「先が見えないところですよね。誰しもが思うとは思いますがけれども。そうなんです、先が全く見えないんですよ（嫁介護者 g）」と語っており、認知症を患う被介護者の将来への不安が顕著に語っていたのである。

(6) 『情緒的共有』

1) 「寄り添って生きる」

やっぱり、この人の好きなように。それこそ、病気なんだから、添っていかなくちゃ駄目なのかなって思ったら、少し変わりました（妻介護者 C）

主人に合わせて、やっぱり、私も行動していかないといけないのかなって。やっぱり、寄り添ってっていうか、行かなくちゃいけないのかな（妻介護者 C）

やっぱり、こっちが、どうそれに対応していくかっていうか。それが私、大事だと思うんです。認知症の人にこう付き合うっていうのわね。うん、すごく、それは私が変わった気がする自分が（妻介護者 N）

（デイサービスから帰ってきた後）お爺ちゃんがわかってもらわなくても、お爺ちゃん、今日ケーキ食べたんだってねって、こっちも会話ができるわけですよ。今日散歩に行ったんだってね、あったかくて良かったねとか、本人がわかってもらわなくても、食事をしながらこちらは話かけます（妻介護者 C）

妻介護者は、被介護者の状態に合わせて変化し、寄り添って生きている。これは、「心配したって治るわけではないんだけどね。だからお父さん、先に死んでくれとは想わないけど。なるべくであったら最期までみてやりたいなと思って（妻介護者 G）」という自宅で最期までみたいという気持ちが影響しているのではないだろうか。また、インタビュー事例の大部分が夫婦 2 人暮らしであり、お互いに助け合いながら生活を継続していくため夫婦間の繋がりがより強まったと考えられる。

2) 「夫婦関係」

歌をね、最近、一生懸命カラオケやっているから。私に歌詞を書いてもらって、歌うなんて、考えたこともやったこともないの。自分で書くからいいとか。それを、歌ってくれって、書いて、こんなことがあったのかと、素直になって歌っていますよ（妻介護者 H）

食べ物は味覚が残っているから、おいしいって食べるじゃないですか。いつも、(デイサービスに)出して寄こすとき、今日もね、おいしいもの作って待っているよねって言うと、うんて言うのね。それで、認知症になっても、ああいうのもいいなとか(妻介護者 D)

〇〇さん、幾つなの年って聞くと、105歳って言うのね。明るく言うんですけど、本当は、85歳なんだけど。105歳って。そんなに、105年も生きられるなんてすごいねって。105歳まで生きている人この辺にいないよ。〇〇さん長生きだもんね。105歳まで生きたらもう十分でしょって言うのね、その話をしょっちゅうするんですよ。だから寝る時に、もう寝る。もう寝ましょ。明日の朝まで寝てくださいねっていうと、明日の朝になったら死んでいるかもしれないっていうのね。生きているかどうかわからないって言うんですよ・・・。死んでたら、ちゃんと押んであげるから心配ないよって言うの。そうかって、すごいでしょ。あっちもあっち。私も私。大丈夫、大丈夫、死んだらちゃんと押んであげるから。ナムアミダブツがいい、アーメンがいい。どっちにする、と言うのね。どっちも嫌だって言ってみたりね。どうでもいいって言ってみたりね。いろんなこと言うの。笑っているんですよお互いに。(妻介護者 A)

ちょっと、よそ(施設)には、本人も行きたがりませんし。自分でそう言っていますからね。だから、うん、逝くときは、ころっといってちょうだいって、頼んでいるんです(妻介護者 J)

妻介護者の多くは、夫婦関係に変化がみられていた。妻介護者自身に変化することによって、被介護者への対応が変わり、そのことで新たな夫婦関係がみられていた。認知症に伴い様々な認知症の行動・心理症状が出現し、介護負担感を感じて生きてきながらも、新たな夫婦関係がみられたことは妻介護者の大きな特徴である。

(7) 『介護者の自己調整』

1) 「健康維持」

きちんと、基本、健康診断に行っていますし、胃がん検診とか、そういうのはあの毎年きちんとしています。あと、風邪をひかないように、以外と丈夫なもんで、痩せているけど。そういうのは気をつけていますね(妻介護者 C)

介護できないような体に自分がならないように運動教室に2か所行っている(妻介護者 H)

健康は気にしますね、やっぱり、私が倒れたら、お父さんみる人いないと思うから（妻介護者 N）

殆どの妻介護者は、自分自身の健康管理を行っていた。これは、被介護者を最期までみたいと思っていることや実際妻しか介護する人がいない状況が影響しているものと思われる。また、妻介護者自身の年齢も高齢であるため、健康管理がより重要と感じていると言える。健康維持については、嫁介護者や娘介護者にはみられない語りであり、高齢配偶介護者の特徴でもある。

2) 「趣味などの活動」

私もいろいろ趣味が多いので、その趣味のほうにね、うん、行ったりしてね。そうすると、お父さんにも優しくできるっていうか。うん、やっぱり、ストレスないから（妻介護者 N）

火曜日は、体操に行くからっていうので。で、木曜日は、お友達、おけいこ仲間のお友達とね。あの、お昼を食べて、1時間以上べちゃべちゃおしゃべりして帰ってくるんですけどね、息抜きで（妻介護者 J）

妻介護者は、被介護者がデイサービスを利用している間の時間を利用して、趣味活動やお友達との交流を持ち、息抜きを行っていた。これは嫁介護者や娘介護者にもみられた点である。「ドライブしたら、あと知らない店にポッと入ったり。あと食器をね。あの、見るのが好きだから、買わないまでも、ぶらっと見て、あの店のいい食器を見ながら、いい食器だなっと思いつながら、・・・その私がなんていうの、心も体も元気じゃないと駄目ですよ（嫁介護者 h）」、「野球観戦、飲み会に参加している。息抜きしないと（娘介護者 e）」と語っており、趣味などの活動を通して息抜きを行っていた。

前にも述べたように、認知症家族の会などへの参加も息抜きとして重要であり、介護によるストレスの解消にとって大切であることがわかる。

(8) 『福祉サービス』

ああいうところは絶対だめだと思っていたんですね。そして、なんとかして、私は、行って欲しいと思って・・・なんとか、お世話になる方法ないかなと思ったんですけど。相談して。ケアマネジャーさんと相談して、あの、まず、体験としてお昼ご飯を食べるだけでも行ってみましょうというので、・・・それで慣れて（妻介護者 A）

当時は一週間に 1 回だけ、それが、もう体はきちんとちゃんとしているので、誰がみてもなんでもないんですよ。だから、すっごい嫌がって。もう帰る、帰るって、何度も

電話あって、もう帰りたいって言っているんですけどどうしたらいいですか、とか（妻介護者 H）

本事例では、全ての事例で福祉サービス（デイサービスなど）を利用していた。福祉サービスについては、福祉サービス利用に至るまでの苦悩、利用してからの苦悩が語られていた。またこれらの苦悩は、妻介護者以外の続柄（嫁介護者、娘介護者）の場合でもみられるものである。

「デイサービスとか、そういういろんなサービス使うっていうのも説得が難しかったんですね、本人の性格もありますので。デイサービスに行くっていうことが、私達もそうそう、もう付き切りでっていう訳にはいきませんので。主人はまだ現役で仕事してたけれども、だから、何度かサービス利用して。うん、少し、私も息抜きしないと。あと、お母さんのためにも。家にばかりいたらね、ちょっと進みが早いかなと思って。そうしたんですけど、その説得がちょっと大変でしたね（嫁介護者 b）」、「うちに帰るって言い出してきかない、今でもそうですもんね。多分、うちに帰るって言ってきかないみたいで（娘介護者 c）」、「デイサービスでは、帰る帰ると言っていた（娘介護者 e）」と語っていた。

『福祉サービス』は、妻介護者に限らず在宅で認知症介護を行っている家族介護者にみられる特徴である。

その一方で、福祉サービス（デイサービスなど）を利用することによって妻介護者や被介護者に良い効果をもたらしていることも語られていた。特に妻介護者については、デイサービスなどを利用することで自分の時間が持て、自分の趣味などの活動を行い息抜きを行っていた。また、娘介護者や嫁介護者にも同様の語りがみられた。

福祉サービス（デイサービスなど）を利用するまで、家族介護者には様々な悩みがあるが、在宅で認知症介護を継続していくためには、福祉サービス（デイサービスなど）は重要な要素であることは間違いない。

VI. 結果と小括

本項では、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者にインタビューを行い、家族介護者の語りをもとに妻介護者の特徴を明らかにしてきた。

その結果、『被介護者観』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』、『情緒的共有』で妻介護者に特徴的な面が多く、『介護者の変化』では、他の介護者でもみられることであるが、被介護者の人間性に対応しての変化は、妻介護者にかなり特有な性質を持っていた。そして、『認知症の気づきと対応』、『介護者の自己調整』、『福祉サービス』の3点は、認知症家族介護者に共通するものであった。

Ⅶ. 妻介護者と他の続柄介護者との比較

(1) 妻介護者と夫介護者の比較

配偶介護者でも、妻介護者と夫介護者ではどのような相違点があるのか、1人の夫介護者の事例を挙げて比較してみる。

事例 3)

- ・ 夫介護者 B 80代前半 介護期間 17年 認知症の妻と 2人暮らし 元会社員
- ・ 妻 70代後半 前頭側頭型認知症 要介護度 4
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準-Ⅳ
- ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準-C-1
- ・ 利用しているサービス-デイサービス、ショートステイ、訪問看護、往診

夫介護者 B は、生活の中で妻の様子の変化に気づいていた。「平成 10 年の 12 月の暮れおしせまる頃にね、本人から、お父さん、なんだか具合が悪いから、その、仕事辞めてくれって言うようなことを言われたわけよ。本人からね」、「いつも作っているその食事、要するに、副食だの、おかずのね、作るその味付けが、まず、駄目になってきたわけ」とその当時の妻の変化を語っていた。その頃から、夫介護者 B は、妻に変わり食事の支度をするようになった。その後も妻は、毎日つけていた日記が書けなくなり、日にちや曜日が答えられない状況がみられていた。また、お店にいった時の化粧品やユリの花などの、強い匂いで吐き気を催すことが多くみられ、お店には入らないようにしていた。夫介護者 B は、「散歩しててもデパートにはもう入らない。入りたかったんだけどね、おっかなくてさ」と語っていた。

夫介護者 B は、「介護ってというか、一応、認知症になったのはね。診断されたのはね、病院でね、平成 13 年かな、・・・そのあとに、そこに連れて行くまでに、やっぱりほら、病院さ連れて行きましようって言ったって、みんな、嫌って。そこは、大変だったね」と語っていた。その後、前頭側頭型認知症と診断された。受診のきっかけは「糖尿病のときに、うん、先生からほれ CT 撮ったから、それでね、CT にそういうなんか影があるからね。だから、〇〇さん、どこかで診察して貰ったらってというのが始まりだったな」と述べている。

主な症状について、夫介護者 B は「朝行くの。飯食う前に、朝、起きて、服着せつと、ここ開けて、スーッと出て行くの。玄関からは出て行かないの。出て行くの見つかったから、・・・俺がここからいなくなった時にさ、スーッと出ていくのよ」、「排便、便をね、ここで、あの畳の上にしちゃってさ、こぼしたの。あれもほんとに、2・3 回だったかな。あれも、自分で悪いと思って、便を手掴みで、手で取ってほれ、自分で、処理しようと思ったんだね」、「デパートに行って、物盗る。物をほら、商品を、結局、盗むってというか、持ってくることもあったの」と語っていた。特に、徘徊の症状がみられた時期には、妻を探して歩くが見つからず警察に保護され自宅に戻ってきたり、GPS で妻を探したりするなど

していた。夫介護者 B は、その対応の負担感を感じていた。その徘徊によって、妻は脱水症状となり入院することになった。「2 週間入院させられて。その間に、〇〇さん今のうちにさ、〇〇さんの、あのその介護の手続きからなにからみんなやってこいって医者から言われて」と語っており、医者から言われたことがきっかけで、介護の手続きなどを行っていた。

そして、夫介護者 B は、妻に対する介護での関わりについて「やっぱり、こっちが・・・、やっぱり、こんなこと言うのはおかしいけど。やっぱり、一つの愛情っていうか、愛っていうものが、やっぱり大事なんだなあと思うの。今考えてみるとね、めんこい、めんこいさえして、穏やかにしてればさ」、「そりゃ、たまに、生きてると人間だもの。この馬鹿者ってなるよ。けども、そこを抑えないと、駄目なんだな。抑えて、とにかく、常にめんこい、めんこい、めんこいしていれば、まず、穏やかにさ、あたらずさわらず、変なこと言わないでしてればね、こうして穏やかに」と語っており、関わる側の重要性を伺わせた。また、「病院から自宅で療養するように言われたの。あの、年は 2 歳児だってということを忘れないでねって、ね。2 歳児だよって。2 歳児の感覚でやらないと、あとで、やっぱり、・・・ストレスもあって、・・・そういうので、やっぱり我慢しなきゃないし、我慢するには 2 歳児だと思えば、怒りも出てこないからね。その、2 歳児という感覚を忘れないで、あの介護してくれってなったわけよ」と語っていた。そして、「私はもう一生懸命、いろんな、もう、対応して、勉強して、いろいろ、自分の体のことも考えながらやったわけよ。でなきゃ、あんだ、できませんよ。これは、ほんと」、「自分で、みんな、あんだ、自分でいろいろ研究して、勉強して、色々なのを読んで。そして、自分をね、順応させて、しなきゃ生きられないよ」と、介護や認知症に関する知識や情報を得ていたことも語っていた。

その後、妻の状態が変化する。「正月に、〇〇ちゃん起きろっていって、元朝詣りに毎年行ってるもんだから、あの、起きて日中ね、〇〇神社に、毎年連れて行っていたから。〇〇神社に連れて行くのに、〇〇ちゃん起きろって言ったら、こう首を横にふるわけよ、あらどうしたのって言ったら、立てないんだって、歩けないだって言うんだ・・・そうすつと、ぱつと、ぱつと歩けなくなったわけさ、突然」と語っており、妻は車椅子の生活となった。現在は、往診と訪問看護を利用し、在宅での生活を続けていた。「訪問ドクターと看護師と、こううまくね、連携してさ、やっているわけよ。何かあったら、ほらもうすぐに連絡するようになっていうような体制にしているから。だから、もう病院さ、ああいう所にいかないだけでもずいぶん違いますよ」、「訪問ドクターに電話すればいいんであって、あと看護婦さん走ってくるし、・・・だから、なんにも、だから、心配ないわけよ」と語っていた。また、デイサービスやショートステイなどの福祉サービスを利用していた。夫介護者 B は、「うん、その 3 年間ね、徘徊したりさ、うん、やっどほら、ほんとに悪いけども、歩けなくなってやって。もう、私が自由になったわけよ、歩けなくなったおかげで」と語り、妻の行動が制限されることで介護が楽になったと語っていた。

夫介護者 B は、自分が行っている介護について第三者から評価を受けていた。「みんな、

周りの人、〇〇さん介護が上手だからだよって、介護が上手だから生きるんだって言われるの。なんにも、別に、上手なことなんにもしていないんだけどね」、「私、そしてこう、皿盛りにして、7・8種類ずつ食べさせているわけよ。種類を、ね、7種類くらいね。だから、みんなに言われている、〇〇さんのご飯は、7色ご飯だって」と語っており、さらに、「この訪問ドクターから終末期だからねってことで。終末期って言われてから、そしてもう、さっぱり死なない。そして、あっちの病院で介護食食べたんだけどもさ。家に帰ったつきや、なんだ、あんだ。パクパク、もう、パクパク、まあ、介護食も買っているけど、そういうのパクパク食べるんじゃないの、とうとう、そして、もう6年目だよ、終末期って言われてから」と語り、自分の介護が第三者に認められるとともに、終末期に関わらず、妻が長い時間生きているという事実がより自分の介護を行っている意味を感じていることが伺われた。

夫介護者 B は、「まず体の状態をね、まず把握してなきゃできないけどもさ、・・・どこがこの人の欠陥がなんなのかさ、弱い所、結局、あたらずさわらず、常に、私がね」、「おれ、そういう治療にかかれないような、・・・この人をさ、もう結局、大事にして、大事っていうかね、病気にならないように対応して接しているからね」と、妻の体の状態の変化に気づきながら対応している様子が伺えた。また、夫介護者 B は、「ご飯には、いろいろ栄養剤とかさ、体、朝バランス調整はちゃんと自分でしているよ、で、みんな、そういう調整してないから、・・・もう、みんな、あの、全然だめよ、なってないのよ。今は、だから、私は、自分は自分を管理しているもの」と語り、自身の健康にも気をつけていて、それを自慢していた。夫介護者 B は、妻の健康状態以外にも「人のこういう声を聞いて安心するんじゃないの。うん、会話を聞いているとね。・・・だから人がいっぱい来たってね、黙って、ほんとに何か聞いている。・・・喋らなくてもさ、人が何か言っているっていうのを、わかるからね」と語り、妻の能力などにも焦点があてられていた。

夫介護者 B は、妻の介護を続けながら自分の趣味も行っていた。旅行や読書、新聞の切り抜きなどである。「たまに、ショートスティをとって、自分のストレスの解消に、もうずっと、もう、ここ3・4年ずっと、あれしている。もうこう春と秋にね、・・・少しは、こう心のストレスを、なんて言うの、取っているわけよ。みんなドクターから、みんなからそう言われるから。・・・ここ3・4年は、ずっとそいつをまず2泊くらいあれで、旅行をしているわけよ」、「スクラップして、・・・こういう人を介護しているとき、忘れるの、忘れるのよ、ね。自分だけの、自分だけの世界にね、入りこんでいるからさ、・・・本を読んでいるとき本読み終わったら、またこの人のことを、私は、上手に介護の生き方をしているわけよ」と語っていた。旅行や新聞のスクラップ、読書をすることで、自分の息抜きやボケの防止になるとも語っていた。

夫介護者 B は、介護を行っていく中で、「頼まないの。嫌なの。人に頼むといいことないんだ、必ずね。その人もね、俺と同じ気持ちになるんだったらさ、いいけど。・・・駄目なんだね、私の性格上。煩わしくて、かえって、一人でさ、買い物してさ、自分の好きなも

の、野球みたりテレビみてさ。一人でこういうの楽しんでた方が私にとってはいいんだもんね。介護には」と語り、介護を行う支えとして「私はね、もう一生懸命、私は、仏様を大事にする人だから。うん、そういう仏の導きっていうか、それは、あるね、たぶん。自分に生きる力っていうかね、私を支える力が」と語っていた。

夫介護者 B は、妻の介護に対して、「これは、仕事だと思うからさ。なんか自分の、働いた時の仕事のそのままの延長みたいなね。中身は違うけども」と、妻の介護を行うことは特に大きな変化ではなく、仕事は辞めたが、これまでの生活の延長と語っていた。

夫介護者 B は、「死ぬときは死ぬんだから、そんな、死ぬときはわかるから大丈夫なんです、死ぬときは。もう、この人必ず死ぬときは、どういう死に方するかわかってるから心配ないんだ」と語り、医療・福祉サービスを利用しながら妻との生活を続けていた。

<妻介護者と夫介護者の相違点>

ここでは、妻介護者に特徴的に見られた特徴について、夫介護者との在り方の相違点を検討する。

『被介護者観』

本事例はもともと、病気だったから、その延長上で介護を行っているが、他の夫介護者では、妻に対する思いが語られている。「妻は、おとなしい方だったしね。俺からみてね、ほんとね、なんか正直でね。こう忍耐強いっちゃうかね。なにか困ってること、苦しいことあってもあんまりそういうこと訴えないんですよ（夫介護者 E）」、「子ども育てながら看護婦やっていたからね。だから、大変だったね。昼寝もそんなに取れないからね。・・・だから、それも原因の一つでないかなっていうふうに思っているの私は。働かせ過ぎたなっていうことだね（夫介護者 I）」と他の夫介護者は語っていた。これらの夫介護者は、これまでの妻との生活を振り返り、妻になにもしてあげられなかった後悔などを抱きながら介護を行っていることが伺える。これは、妻を介護していくための動機につながっていると考えられる。林（2010：93）は、妻を介護する夫の介護役割形成プロセスの概念の一つとして、「過去における妻の評価」を述べている。この「過去における妻の評価」は、「介護状態になる前の妻の人生を思い返して、妻が自分（夫）が介護することに値する存在であったことを確認すること」と定義している。林（2010）が指摘するように夫介護者は、妻を介護することに値する存在として捉えている側面もあるが、それ以外にも後悔や償いなどの側面があると考えられる。

そしてさらに、妻介護者と同様、「被介護者が持つ能力」に焦点をあてていることである。夫介護者は、本事例では、「人のこういう声を聞いて安心するんじゃないの。うん、会話を聞いているとね。・・・だから人がいっぱい来たってね、黙って、ほんとに何か聞いている。・・・喋らなくてもさ、人が何か言っているっていうのを、わかるからね（夫介護者 B）」と語っていた。夫介護者の場合、前述した、介護の中で妻に対する後悔や償いを感じているように、これまでの妻との過ごし方が影響していると考えられる。妻との生活を振り返

ることによって、井口（2007：199）が指摘する『『正常な人間』像を見出す』ことで、妻の「人間性の重視」や「被介護者が持つ能力」に繋がっていると思われ、この点において、妻介護者と同様である。

『介護者の変化』

『介護者の変化』は、「対応の変化」、「病気を進めない関わり」、「介護や認知症に関する知識の習得」の3つに集約される。

「病気を進めない関わり」、「介護や認知症に関する知識の習得」については、妻介護者と夫介護者の共通点であった。「病気を進めない関わり」については、本事例では、妻の食事面への格別な配慮であり、「介護や認知症に関する知識の習得」については、新聞記事、専門書などを読み、介護や認知症に関する知識を得ていた。また、デイサービスの介護職員から介助方法を学んでいる夫介護者もいた。

「対応の変化」については、夫介護者の場合は、認知症の行動・心理症状に特化した対応の変化であると思われる。例えば「病院から自宅で療養するように言われたの。あの、年は2歳児だってということを忘れないでねって、ね。2歳児だよって。2歳児の感覚でやらないと、・・・(夫介護者 B)」、「わがままな子どもね。ちょうどな。だから、うん、それなりにね、子ども扱っていると思ってやればいいんだ (夫介護者 K)」と語っているように、認知症の症状に対する対応の一つとして、妻を2歳児や子どもと捉えて関わっているということが伺えた。こういった対応は、妻介護者においても語られていたが、妻介護者における『被介護者観』は、夫の「人間性の重視」や「被介護者が持つ能力」を通して、夫の病前の人間性を保つための対応であり、本事例とはやや異なる。

『未来への視点』

『未来への視点』では、現在だけに集中するというのは妻介護者の特徴であるが、夫介護者では、みられなかった。本事例でも、「死ぬときは死ぬんだから、そんな、死ぬときはわかるから大丈夫なんです、死ぬときは。もう、この人必ず死ぬときは、どういう死に方するかわかってるから心配ないんだ (夫介護者 B)」と語り、未来を見通している言動が語られていて、妻介護者とは異なるようである。

『介護者の自己確認』

『介護者の自己確認』については、妻介護者の場合、「立場の確認」では、妻として当然のことや、「認められたい」などの被介護者からの「評価確認」という特徴がみられたが、この点において、夫介護者では異なる。本事例で「これは、仕事だと思うからさ。なんか自分の、働いた時の仕事のそのままの延長みたいなね。中身は違うけども (夫介護者 B)」や、他夫介護者の「今になってはそうだね、仕事みたいなもんだね (夫介護者 I)」、「生き甲斐ちゅうか、生き甲斐みたいなもんだね、今はね (夫介護者 E)」と語るように、妻の介

護を「仕事や生き甲斐」と捉えていることが伺え、この点が夫介護者の特徴であると思われる。また、夫介護者は「第三者からの評価」についての語りがあった。インタビューに同席した娘から妻への対応が上手になってきたという発言に対して、「上手になったのよ（夫介護者 K）」や「やってみんだな。そうすっと、うまくいって（夫介護者 K）」という語りや、「みんな、周りの人、〇〇さん介護が上手だからだよって、介護が上手だから生きるんだって言われるの。なんにも、別に、上手なことなんにもしていないんだけどね（夫介護者 B）」という語りなどから、他者からの評価を受けることで自己の確認を行っているとも考えられる。林（2010：103）は、妻を介護する夫の介護役割形成プロセスの概念の一つとして、「自分流介護の承認を得ること」を述べている。この「自分流介護の承認を得ること」は、「自分流の介護や介護環境の整備に関して、被介護者である妻に納得させ、専門家に自分流の正当性を承認してもらおうとすること」と定義している。夫介護者は、妻に認められようと思って妻の介護を行っているのではなく、他者からの評価で自己確認を得ている、得たいというのが特徴であるように思われる。

『情緒的共有』

『情緒的共有』は、「寄り添って生きる」と「夫婦関係」の2点に集約され、妻介護者では、特徴な在り方である。夫介護者の場合は、『介護者の自己確認』で述べたように、妻の介護を「仕事や生き甲斐」と捉えていた。夫介護者を中心として介護を行っていたため、妻介護者の特徴である「寄り添って生きる」と「夫婦関係」とは異なるものであった。

『認知症の気づきや対応』、『福祉サービス』、『介護者の自己調整』は、妻介護者や夫介護者に共通する点であった。

(2) 妻介護者と嫁介護者の比較

事例 4)

- ・ 嫁介護者 b 63 歳 介護期間 13 年 認知症の姑、夫（長男）の 3 人暮らし 専業主婦 息子は 3 人（同居はしていない）
- ・ 姑 90 歳 アルツハイマー型認知症 要介護度 4
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準－M
- ・ 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準－C-1
- ・ 利用しているサービス－デイサービス、ショートステイ

はじめは、舅の認知症が発覚し、嫁介護者 b の手が必要となったため、2002 年あたりから舅と姑との同居が始まった。同居を始めたころから姑の様子の変化に気づいていた。「わりと、朝あったこと、朝きたお客さんのことを、もう、お昼ごろには、忘れてたりって」、「なんかケアマネさんが来る日とかも、全くわからなくて。うん、月 1 回の訪問でも、やっぱり、あら、どなたでしたって感じになって」、「結構、進んでくるんですけども、いろ

んな危険性を伴った症状が出てきたもんですから。火の始末とか」と語っていた。その当時は、舅と姑の2人をみていた。しかし、舅と姑との同居は半年間で終了となる。その理由について、嫁介護者bは、「私とあの姑の関係っていうのも、それまでの人間関係が、あまり良くなかったものですから。ちょっと、私の方、もうちょっと限界になりまして。その介護とあの嫁と姑関係がダブルにきてしまいまして、ちょっと無理。もう精神的に私が少し参ってしまって、ちょっとギブアップしちゃって」と語っていた。

その後、夫に説得され、同居ではなく嫁介護者bが9時から夕方の5時まで通う形をとり姑を介護していくことになった。その後も、「いろんなものを契約してしまって、隠しておいたりとか」、「ちょっと、ボヤまでいかないんですけど、ファンヒーターの側になんか衣類をおいて、少し焦がしたりとかね」、「一番・・・、一番これはもう駄目だなぁと思ったのは、徘徊が始まったんです。お母さんの。それで、お回りさんからお電話頂いて、夜中から早朝にかけて、なんかこう、ご近所をピンポンして歩いていたらしくって。それでもう、無理だなぁと思って」、「パンに顔のクリームとかね、そういうのを塗って真っ白にして食べていたんですね」など、認知症の進行に伴い様々な症状が出現していた。そういう姑の状況を夫に説明するが、夫は認めたくない様子がみられ、きちんと診断して貰おうということで受診し、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。病院受診の際には、「病院に行く時もそうでした。大変でした。私はなんでこんな所に行かなきゃならないのという、あれ。難しいですよ。痛くもかゆくもない人を連れていくんだから」と語っていた。

認知症の診断について、嫁介護者bは、「安心しました。もう、安心しました、わかって。ええ、はっきりさせて。私はもうわかってはいましたけれども、間違いないなって。主人を納得させる意味で、やっとこれで納得させられたなという安心感です。これで、次の段階に進めるなっということですよ。・・・私だけがわかってても、やっぱり嫁だけの口では。そうとう私、お前の思い過ぎしたとか、勘違いだとか、それが、しばらく続いてましたから。それは、私もきつかったです。わかって貰えない」と語っていた。嫁介護者bは、夫に姑の状況を理解して貰えないことに辛さを感じており、姑と夫の狭間での悩みを抱えていた。姑の病院受診は、夫に納得してもらうための受診だったのである。

次に、嫁介護者bは、福祉サービスの利用を検討し始める。嫁介護者bは、「いろんなサービス使うっていうのも説得が難しかったですね。本人の性格もありますので」、「説得して、何件か廻って、見学して。でも、拒否しましたよ、最初は。うん、私がなんであんな所に行かなきゃならないのって言って」と、福祉サービス利用に至る苦悩が語られていた。

その後、姑が骨折し、車椅子の生活となったため戸建てでの生活が難しくなり、嫁介護者bの自宅で同居することになった。嫁介護者bは、姑が車椅子の生活になり介護度が以前より高くなったが、今の方が精神的にも楽だと語っていた。

介護を続けてきた中で、ケアマネジャーから施設入所を進められてきたが、夫が施設入所への決心がつかず、嫁介護者bが在宅で介護を続けている状況である。そして、嫁介護

者 b は、「やっぱり、介護っていうのは、期限がないわけですからね。先の見えない、作業ですよ。いついつまで、あと 1 年ですよとかってね。それなりに頑張り合いもあるけれども。明日かもしれないし、10 年先かもしれないし。その間、私の体が持つか、精神的にどうか、そういう漠然とした不安がありながら毎日やっていますね。うん、そうですね、期限がないというのが」と語り、先の見えない将来の不安を抱えながら介護を行っていた。また、「私が介護やっててきついのは、あの介護の作業そのものは慣れたらなんてことないんですけども。あの外的なもの、ご近所さん、なにも事情が分からない人とか、あと、全然関わっていない親戚とか、そういう人たちが好き勝手なことを言うてくるんですね。それが、もう私のプレッシャーになって。100%で当たり前なんだと。120%ぐらいやらなければ、私は、認めてもらえないんだと。うん、そういうふうな、ちょっと、もう、脅迫観念みたいなことになってしまうんですね」と嫁の立場としての苦しさも語られていた。

嫁介護者 b の変化としては、家族会への参加や、介護や認知症に関する情報を得ていた。また、「それこそ研究っちゅうたらオーバーですけども、自分なりにやって」と語っていた。

嫁介護者 b は、姑から事前にみて欲しいと言われ、介護を行うことを引き受けた。そして、「義務感」で姑の介護を行っていた。この事例は、嫁介護者 b が姑の異変に気づいているにも関わらず、夫から理解が得られない状況にあったのである。そして、施設入所への判断は夫に委ねられており、嫁介護者 b は夫の意向に沿いながら、さらには、介護に関わっていない親戚や近所の人からのプレッシャーを感じながら介護を行っていた。嫁介護者 b には、姑や夫の間で様々な葛藤や悩みを抱えていたのである。

ここでも、夫介護者同様、妻介護者にみられた特徴をもとに比較検討する。

『被介護者観』

まず『被介護者観』については、嫁介護者の場合でも「人間性の重視」について、「認知になったからって言って、人格がなくなったわけじゃないんですよ（嫁介護者 h）」と語っていたが、特徴的だった点は、病前の姑との人間関係であった。「やっぱりね、ずっとお母さん強いですから。もう、はい、はいって感じで。実家にもお盆とお正月ぐらいしか行けないですし、・・・昔は、そうでしたね。うん、ほんとにこう、厳しくて（嫁介護者 f）」、「ゼロから、ずっと、教えられてきました。だから、あの姑は、みんなその知識、知恵を私に委ねて、空っぽになって寝込んでしまったのかなってという見方もできるかなと思うので。うん、だから、私は、それでね、一度も、怒られたことないの、嫌みって言ったことない人（嫁介護者 h）」などの語りがみられた。『被介護者観』における「人間性の重視」は、嫁介護者 h では病前の関係が良いことからみられたが、本事例、および他の嫁介護者ではみられず、妻介護者にみられる特徴の一つである。

『介護者の変化』

『介護者の変化』は、「対応の変化」、「病気を進めない関わり」、「介護や認知症に関する知識の習得」の3つに集約されたが、「介護や認知症に関する知識の習得」については、嫁介護者にもみられた特徴であった。妻介護者や嫁介護者は、家族の会などへの参加、新聞記事や専門書などを読むなどして、介護や認知症に関する知識や情報を得ていた。

「対応の変化」、「病気を進めない関わり」は、本研究の対象となった嫁介護者にはみられなかった。

『未来への視点』

妻介護者は「現在を共に生きる」、嫁介護者は「先が見えない」という特徴があった。嫁介護者の場合、本事例の「やっぱり、介護ってというのは、期限がないわけですからね。先が見えない、作業ですよ。いついつまで、あと1年ですよとかってね。それなりに頑張りが合いもあるけれども。明日かもしれないし、10年先かもしれないし。その間、私の体が持つか、精神的にどうか、そういう漠然とした不安がありながら毎日やっていますね（嫁介護者 b）」という語りに代表され、「先が見えないところです。誰しもが思うと思いますけれども。そうなんです、先が全く見えないんですよ（嫁介護者 g）」の語りのように、いつまで続くのかという将来に対する不安を抱えており、妻介護者とは大きく異なる点である。

『介護者の自己確認』

『介護者の自己確認』は、被介護者からの「評価確認」ということが含まれているが、これは、妻介護者の特徴の一つである。嫁介護者の場合は、「義務感（嫁介護者 b）」で介護を行っているという語りから、妻介護者との違いは歴然としている。特に嫁介護者の場合は、介護に関わっていない親戚や近所の人たちからのプレッシャーを感じており、その人たちに対してきちんと介護を行っていることを示そうとしていることが伺える。

『情緒的共有』

『情緒的共有』は、「寄り添って生きる」と「夫婦関係」の2つに集約されたが、この『情緒的共有』は、妻介護者の特徴である。嫁介護者は、「母は母のペースがあるので、私達のペースに合わせようとしても、無理なんですよ。だからといって、母のペースに私たちが合わせるっていうのも不可能なので、一緒にいるのは、要は、母に危険が及ばないように、見守りですよ（嫁介護者 g）」と語られていた。嫁として姑の介護を行っているが、嫁介護者の生活も維持していかなくてはいけない状況がある。夫を介護する妻介護者のような「寄り添って生きる」ということではなく、嫁介護者と姑の間には一定の距離感が存在していることが伺える。

Ⅶ. 結果と小括

妻介護者の事例から、妻介護者に特徴的な面が現れていると考えられた、『被介護者観』、『介護者の変化』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』、『情緒的共有』において、代表的な夫介護者、嫁介護者の事例を提示して比較を行った。

その結果、夫介護者では、妻の病前からの人間性をある程度踏まえて介護を行っていること、さらに、その結果として、被介護者の下の世話や食事を作るという、本来なら不得意な介護行為も厭わず行っていた。提示した事例では、妻への愛という語りも見られ、寄り添って生きている様子も伺えた。しかし、『介護者の自己確認』では、介護を「仕事」として捉えている夫介護者が多かった。この「仕事」という言葉が意味するところは、その結果が社会に認められるということを含んでいると思われる。従って、自らの介護を第三者である他者によって評価されることが、介護を生き甲斐と感じている理由の根底にあるように思われる。だからといって、妻である被介護者を疎んじているということではないが、妻である被介護者の将来の見通しも持って、大切に関わっているという側面が強かった。その他、夫介護者は、妻介護者において集約した『被介護者観』、『介護者の変化』、『情緒的共有』において、同様な側面を持ちながら、『未来への視点』、『介護者の自己確認』においては、異なっていた。

嫁介護者では、嫁介護者hにみられたように、病前の被介護者との良い関係が、介護に反映しているように思われた。この例では、『被介護者観』、『介護者の変化』、『介護者の自己確認』において妻介護者と共通する点があることは、特徴分析のところで時々引用して示唆した通りである。しかし、嫁介護者での多くの共通点は、提示した事例に代表される。つまり、嫁という立場は、妻介護者のように長い生活を共にしてきた「場」にいたわけではない。嫁の「場」はやはり夫との生活の「場」である。従って、嫁介護者で特に特徴的なのは、嫁、姑関係と以前から言われてきたような難しい関係に置かれているということである。事実、提示した事例では、姑と夫である被介護者の息子に気を使い、姑の病院受診も言い出せなかったのである。また、『未来への視点』では、介護が何時まで続くかわからない作業であることが、将来の最大の不安となることが、本事例でも、その他の嫁介護者でも共通していた。さらに、自分の介護が、親戚や近所の人からの評価のプレッシャーを感じながら行わざるを得ない点も著しく異なっていた。そういう他者の評価で自己確認しなければならないということになる。それらの点で、多くの嫁介護者は、妻介護者とは異なった『被介護者観』、『情緒的共有』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』の内容を持っている。『介護者の変化』も、妻介護者と異なって、周囲の他者の評価に気を遣いながら、形式的なものになってしまう可能性が高い。よって、介護における負担感が高く、施設入所も考えてしまうということであろう。

以上が、妻介護者と夫介護者、妻介護者と嫁介護者の違いであると思われる。

この章では、妻介護者の語りから妻介護者の特徴を抽出し、改めて妻介護者の語りとその根拠を求めて確認した。さらに、夫介護者並びに嫁介護者との比較から、妻介護者の特

徴をさらに確認した。

第 5 章では、第 2 章と第 4 章の結果について総合的に考察し、さらに妻介護者の特徴を明らかにしていくことにする。

第5章 総合考察

I. 第2章の結果に対する考察

第5章では、第2章で得られた結果に対して第4章で得られた結果を踏まえて考察を深め、そして、第2章と第4章で得られた結果について総合的考察を行うことにする。

はじめに、第2章で得られた結果に対して第4章で得られた結果を踏まえて考察を行う。第2章では、在宅で介護を行っている家族介護者の現状を把握したうえで、在宅で認知症高齢者を介護する配偶介護者の特徴を明らかにするため質問紙調査を実施した。その結果は以下の通りである。

(1) 家族介護者の「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」については、65歳以上の場合は有意傾向ではあるが、「認知症の有無」や「年齢別（65歳未満と65歳以上）」に関わらず在宅介護を希望している。

(2) 「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高い。

(3) 「65歳未満」と「65歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低い。

(4) 65歳以上の「認知症有り群」において続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分析した結果、65歳以上の「認知症有り群」の場合、「配偶介護者」は、「ADL」と「要介護度」に相関が認められ、「ADL」と「介護負担感」、「要介護度」と「介護負担感」との間には相関は認められなかった。また、「配偶介護者以外」の家族介護者の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかった。この(1)～(4)の結果について、第4章で得られた結果をもとに考察を行う。

第4章では、認知症の診断を受けた高齢者を介護している家族介護者（妻11名、夫4名、嫁4名、娘3名、1組の長男夫婦）を対象にインタビュー調査を行った。

(1) 「認知症の有無」と「今後の見通し（施設介護希望又は在宅介護希望）」について

65歳以上の場合は有意傾向ではあるが、「認知症の有無」や「年齢別（65歳未満と65歳以上）」に関わらず在宅介護を希望している点について考察する。家族介護者の語りを以下に示す。

できるだけは、私が元気でいて、そして、みれる間は、在宅で（妻介護者D）

なるべく、一日も多く長く、うちにおいて介護してあげたいと思うのです（夫介護者E）

うちの母をどこまでみれるかはちょっと自信がないですけど、とりあえず、私が健康で

あれば、じゃ、頑張ってみようかなと思っっているんですけど（娘介護者 c）

うちで、自然に老衰で、自然に、みんなに囲まれて、子や孫やひ孫に囲まれて、自然なきれいな顔で亡くならせたい。今はそっちの方を考えています（嫁介護者 h）

本調査の家族介護者の場合は、できる限り在宅で被介護者をみていきたいと語っているということである。そして、その動機については、以下のような語りがある。

介護して欲しい夫がいるのに、自分は誰かにそれをね、まあ、責任放棄して。自分がここでこのあまった時間の人生何してる。私には、何もない。小説書くことはできないもん。できないから。そのことしかできない、私には（妻介護者 D）

若いときの罪滅ぼしのつもりでやっているからね（夫介護者 E）

私、あの股関節脱臼で生まれて、・・・私を〇〇病院にみせて、うんで、石膏のギブスをはめて治したらしいですね。うんで、そんなこともあって、母には感謝していますのでね。そういうこともあるかもしれません（娘介護者 c）

自然の流れですよ、当たり前、親だからみるのは・・・子どもが2人、3人と生まれて、いろんなその問題も起きて、お父さんお母さんに面倒みて貰って。有り難い（嫁介護者 h）

と語られていた。家族介護者によって、介護を行うことは当たり前、母や姑への感謝、妻への罪滅ぼしなど介護を行う動機は様々であった。渡辺（2005：22）は、介護を行う動機の一つとして「償い」と述べている。これは、夫介護者に当てはまる動機であるが、家族介護者と被介護者のこれまでの関係が在宅で介護を行っていききたいということに繋がっていると考えられる。つまり、在宅介護を希望するということは、被介護者の認知症の有無や家族介護者の年齢には関係なく、家族介護者と被介護者のこれまでの関係や良くしてもらった思い出などが影響していると考えられる。

そして、もう一つの要因として考えられるのは、「被介護者」の意向であった。「父親も自宅がいいと言っている（娘介護者 e）」、「そうですね、ちょっと、よそ（施設）には、本人も行きたがりませんし。自分でそう言っていますからね（妻介護者 J）」と語っているように、被介護者の思いを尊重しており、介護者自身も在宅で過ごした方が被介護者にとって良いことであると考え、在宅での介護を続けていると思われる。

また、佐分ら（2008：60）は、「家族会における共感が介護への適応を促進する」と指摘している。第4章の家族介護者の事例においても、多くの家族介護者が家族会に参加して

いた。そこで、参加している家族介護者の体験を聞くことで、介護や認知症の知識や認知症の行動・心理症状の対応方法について学んでいた。そして、他の家族の介護の状況を知ることで、自分たちはまだ大変ではないと感じることや家族介護者自身が介護の大変さを語ることで参加している家族介護者から理解してもらえると共感的な関係が構築されると思われる。家族会参加に伴う知識などの習得や、自分が行っている介護について理解してもらえらることなどが在宅での認知症介護の適応に繋がり、在宅介護希望の一要因となっていることも推測された。

高橋ら（2006：59）による、高齢者夫婦 2 人暮らしで認知症の行動・心理症状がみられない配偶者を介護する家族介護者 11 名（夫 2 名、妻 9 名）を対象とした研究では、介護継続の意思を支える要素の一つとして、『『やりがい』は介護継続の意思を直接的に支えている』ことを明らかにしている。この点は、本研究において夫介護者の特徴として明らかになった「仕事や生き甲斐」と同様の結果であった。また、夫介護者は、他者からの評価で自己確認を得ているという特徴もみられた。夫介護者は、自分が行っている介護が第三者に評価され認められることによって、「生き甲斐」につながるとともに在宅で介護を行っていくことに自信を持つと考えられる。夫介護者の場合ではあるが「仕事や生き甲斐」という特徴も在宅介護希望に影響していると考えられる。

そのほか、嫁介護者の中には、施設入所を検討しているが、嫁介護者の夫が自分の母を施設に入所させることを認めず、嫁介護者が継続して姑の介護を行っている事例もあった。この場合は、在宅で介護を希望しているとは言えないが、在宅で認知症高齢者を介護する要因の一つであると考えられる。

次に、第 3 章では、徘徊などの症状の割合が少ないということが在宅介護を希望している要因の一つであると述べた。しかし、本研究の事例では、すべての続柄（妻介護者、夫介護者、嫁介護者、娘介護者）において、徘徊の症状がみられていた。また、徘徊の症状以外にも様々な認知症の行動・心理症状が出現し、家族介護者は、その対応の困難さなどに伴い身体的・精神的負担を抱えていた。中谷ら（1989：33）は、「継続意志は負担感の高い低いに左右されない」とし、坂田（1989：41）は、「老人の身体状態と介護負担感とは関係しない。老人の精神症状のうち妄想、幻覚、不安、うつ状態、攻撃的行動は介護負担感を高めるが介護継続意志とは関係しない」と指摘している。以上から考えると、認知症の行動・心理症状は在宅介護希望とあまり関係が無いということであろう。

(2) 「認知症の有無」における介護負担感の比較について

本研究では、「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高いことが明らかになった。その点について考察する。

介護負担感の関連要因について、これまでの先行研究によると、吉田ら（1997：7）は「痴呆に伴う症状や問題行動」と指摘している。今回の事例においても認知症の行動・心理症状がみられ、その困難さが語られていた。主な認知症の行動・心理症状として、「徘徊」、「尿

失禁・便失禁・放尿・弄便など」、「同じことを何回も言う」、「怒鳴る・大声を出す」などであった。そのほかにも、個別な事例として「隣の家の木を切る」、「物を集める」、「たばこの火の不始末」、「店の品物を持って来る」、「電気をつけたり消したりする」、「引き出しを開けたり閉めたりする」などの症状が出ていた。これらの症状は、同じ時期に複数の症状がみられ、さらに、昼夜関係ない場合もみられた。家族介護者は、その症状に困惑しながら対応していたのである。

家族介護者にとって深刻と受けとめられる認知症の行動・心理症状について、朝田（1991：423）は、『夜間の不眠から派生する行動』、『徘徊・迷子』、『攻撃性・暴力』、そして『無意味な作業』などを挙げ、構木ら（2007：9）は「徘徊」、楠本ら（2006：74）は「コミュニケーション障害に対して他のことに気を向かせようとする人。徘徊に対して無視しない人、止めようとする主介護者の方が介護負担感が高くなる傾向がみられた」と指摘している。「徘徊」、「尿失禁・便失禁」などの症状は、今回の事例の中でも多く語られた症状であり、特に、「徘徊」については、事例でも明らかなようにその対応に追われ家族介護者の介護負担感に影響していると考えられる。そして、重要なことは、どの事例においても同じ時期に複数の認知症の行動・心理症状が出現しているということである。

また、本研究の事例では家族介護者の介護負担感として、家族介護者は、病院受診の際の困難を感じていた。認知症と認識していない被介護者をどのようにして受診させるか。また、受診した際、長時間待つことができないなど、これらの被介護者の言動は、認知症を抱えることによってみられる言動である。中井ら（2012：23）は「待ち時間、病院までの移動、入院中の付き添い等が負担の主な要因である」と指摘していて、家族介護者にとっては介護負担感の一つと考えられる。さらに、荒井（2004b：115）は、「実際に介護をする時間だけではなく、見守りに時間をとられることが多い」と述べ、被介護者から目を離せないことも介護負担感に繋がっていると思われる。

そのほかにも、本間（1999：788）は、一般の障害を持つ高齢者と認知症高齢者の違いの一つとして「介護者に対する reward がない、あるいは乏しい」と述べている。家族介護者も「なんかやって当たり前っていうふうに思われていましたから、私がして当たり前ってお母さんも思っていますので。だから、感謝の言葉っていうのが一つもないです（嫁介護者 b）」と語っているように、報酬、報償がないということも特徴と考えられる。

つまり、「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が高い理由は、認知症の行動・心理症状に対する対応の困難、認知症を抱えることによる被介護者の言動（病院受診時など）、被介護者から目を離すことができない状況、一般の障害を持つ高齢者と認知症高齢者の違い（介護者に対する報酬・報償がないこと）などが考えられる。

(3) 「年齢別（65歳未満と65歳以上）」における介護負担感の比較について

「65歳未満」と「65歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低い結果がみられた。

第4章の事例対象における65歳以上の主介護者は、妻介護者11名、夫介護者4名、長男夫婦1組、娘介護者1名であった。また、65歳未満の主介護者は、嫁介護者4名、娘介護者2名であった。つまり、65歳以上は配偶介護者（妻介護者・夫介護者）の割合が高く、65歳未満は配偶介護者以外の家族介護者（嫁介護者・娘介護者）が主であり、主介護者の続柄が介護負担感の違いに影響していると考えられる。

第4章では、妻介護者と夫介護者の特徴として、『被介護者観』において特徴的な点を有することが明らかになった。具体的には「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」に集約される。認知症になっても人間性は残る。プライドがある。その人の生き様が大切であるなど、配偶介護者は、被介護者（夫や妻）の人間性に着目して介護を行っており、また、配偶介護者には、被介護者（夫や妻）が持つ能力を見極め、その力を保持し、活かす関わりがみられていた。

次に、妻介護者の特徴であった『介護者の自己確認』の点から考察する。具体的には「立場の確認」と「評価確認」に集約されるが、妻介護者は、夫の介護を通して自分の立場や存在理由を確認していた。そして、妻介護者は、夫から「認められたい」という気持ちがあり、そのため、妻介護者は、夫の良い反応を得ようと積極的に関わっていた。春日（2011：146）は、「要介護者が少しでも良好な状態になることが、自分のやり甲斐、し甲斐となり、介護者自身の充実感ともつながっている」と指摘している。また、本間（1999：788）は、認知症介護の特徴として「介護者に対するrewardがない、あるいは乏しい」と指摘していることは既に引用したが、このような特徴を持つ認知症介護だからこそ、妻自身の存在意義の確認が必要となり、認められたいという思いが強まると考えられる。つまり、ときどき得られる夫からの良い反応や労いの言葉が充実感に繋がっており、そうして夫との関係を再認識し、さらに関係が強まり、より認められたいということで積極的に夫へ関わっていくことが事例からも示唆されている。そして、妻介護者には、「現在を共に生きる」という姿勢がみられていた。妻介護者は、先のことよりも今日一日を生きるという思いが伺える。65歳以上の配偶介護者の2/3は妻介護者であった。夫介護者は、事例研究で、妻の介護を「生き甲斐」や「仕事」として位置付けており、主体的に介護を行っている特徴がみられ、第三者からの評価も得られるほど、積極的であった。

それに対して、配偶介護者以外では「先が見えない」、「自分たちの生活」という特徴がみられた。嫁介護者、娘介護者においては、いつまで介護が続くのかということが一番の大きな負担になると考えられる。なぜなら、嫁、娘・息子介護者には、認知症介護以外に自分たちの生活が存在し、自分たちの生活が今後どうなっていくのかという不安、自分たちの健康状態、就労の問題などが存在すると考えられ、配偶介護者との特徴とは大きく異なる。

これらの違いが、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低いという結果がみられた理由と考えられた。

(4) 「65 歳以上」・「認知症有り群」における「続柄別（配偶介護者と配偶介護者以外）」の「ADL」・「要介護度」・「介護負担感」との関連について

1) 「65 歳以上」の「認知症有り群」・「配偶介護者」について

65 歳以上で「認知症有り群」における「配偶介護者」の場合は、「ADL」と「要介護度」に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」には「介護負担感」との相関は認められなかった。

はじめに、「ADL」と「要介護度」の間に相関が認められた点について考察する。先に述べたが、第 4 章の事例対象において、65 歳以上の主介護者は配偶介護者（妻介護者・夫介護者）の割合が高かった。そこで、配偶介護者の被介護者 15 名の「要介護度」と「障害老人の日常生活自立（寝たきり度）判定基準」をもとに検討する。被介護者の要介護者は、「要介護 1 は 4 名」、「要介護 2 は 5 名」、「要介護 3 は 2 名」、「要介護 4 は 4 名」であった。そして、各要介護度における「障害老人の日常生活自立（寝たきり度）判定基準」(注 5) をみると、要介護 1 の 4 名では「ランク A-1 が 2 名、ランク A-2 が 2 名」、要介護 2 の 5 名では、「ランク A-1 が 3 名、ランク B-1 が 2 名」、要介護 3 の 2 名では、「ランク J-2 が 1 名、ランク A-2 が 1 名」、要介護 4 の 4 名では、「ランク A-2 が 1 名、ランク B-2 が 2 名、ランク C-1 が 1 名」であった。要介護 3 の中に、ランク J-2 が 1 名含まれているが、本事例においても、要介護度が上がるにつれて、被介護者の状態も重くなっていると思われ、「ADL」と「要介護度」との間に相関が認められたと考えられる。

さらに、配偶介護者の被介護者 15 名の「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」をみると、「ランク II b が 2 名」、「ランク III a が 5 名」、「ランク III b が 3 名」、「ランク IV が 5 名」であった。つまり、ランク III（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする）とランク IV（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする）の合計は 13 名であった。15 の事例ではあるが、被介護者の ADL の状態に加え、認知症高齢者の日常生活自立度を考慮すると、「ADL」と「要介護度」が「介護負担感」に関連すると想定されるが相関がなかった。この点は、配偶介護者の特徴であると思われる。

次に、「ADL」と「要介護度」が「介護負担感」に関連が認められなかった点について考察すると、妻介護者と夫介護者の事例からの特徴である、『被介護者観』や『介護者の自己確認』の違いが介護負担感に影響を与えていると思われる。

『被介護者観』については、「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」、『介護者の自己確認』については、「立場の確認」、「評価確認」に集約される。妻介護者や夫介護者は、被介護者の介護の中で認知症の行動・心理症状の出現によりその対応の困難さを感じ、被介護者の ADL の低下に伴い、身体的負担も感じていたと考えられる。しかし、このような介護の中においても、被介護者の「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」を尊重し、介護者の「立場の確認」、「評価確認」を獲得していた。つまり、妻介護者や夫介護者の場合、被介護者の状態ではなく、それを上回る配偶介護者の『被介護者観』や『介護者の自己確

認』の特徴が介護負担感を減少させる結果、「ADL」と「要介護度」が、「介護負担感」と関連しなかった要因であると考えられた。

2) 「65歳以上」の「認知症有り群」・「配偶介護者以外」の家族介護者について

65歳以上の「認知症有り群」における「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関が認められなかった。

「ADL」と「介護負担感」との間に相関が認められた点について考察すると、一般的には、被介護者のADLの低下に伴い介護負担感が増加するということになる。しかし、インタビュー調査の対象者は、認知症高齢者を介護する家族介護者であり、被介護者のADLが低下していない時期に徘徊などの行動が伴う症状が出現することで介護負担感を感じていた。また、配偶介護者以外の家族介護者は、配偶介護者と比較すると就労している場合が多く、工作中、被介護者を自宅に1人でおいている不安などがあり、介護負担感に影響していると思われる。実際、配偶介護者以外の中には、被介護者の介護のため仕事を辞めた事例も存在した。また、嫁介護者では、「先が見えないとこですよね。誰しもが思うと思いますけれども。そうなんです、先が全く見えないんですよ（嫁介護者 g）」と認知症を患う被介護者介護の将来への不安が顕著に語っていたのである。

つまり、「配偶介護者以外」の「ADL」と「介護負担感」との関係は、認知症の行動・心理症状に伴い、工作中、被介護者のことを気にかけていることや、被介護者を自宅に1人でおいている不安、そして、先が見えないという将来への不安が介護負担感に現れていると解釈できる。

「要介護度」と「介護負担感」の間には相関がみられなかった点について考察する。

配偶介護者以外の場合、要介護度が高くなるにつれ、被介護者は寝たきり状態に近づいていき、今までみられた行動を伴う認知症の行動・心理症状もみられなくなる。つまり、寝たきり状態に近づくことで行動・心理症状が無くなり、今まで抱えていた対応の困難さや、被介護者を自宅に1人でおいている不安などの介護負担感が軽減すると考えられる。これが、「要介護度」と「介護負担感」に相関がなかった理由と考えられる。最後に、「ADL」と「要介護度」についてである。前述した通り、「配偶介護者以外」における「ADL」は、認知症の行動・心理症状の症状が加わり、要介護度は高いが自立度は高く介護負担感が大きいことが考えられる。よって、「ADL」と「要介護度」との間に相関がなかったと考えることができる。

II. 妻介護者の特徴について

本項では、妻介護者の特徴について、第4章である程度示唆してきたことであるが、ここで改めて考察することにする。第4章で、認知症高齢者を介護する家族介護者全てに共通すると示唆されたことについても、改めて考察の対象とする。

(1) 『認知症の気づきと対応』

『認知症の気づきと対応』について考察する。『認知症の気づきと対応』では「被介護者の異変の気づき」、「病院受診の困難さ」、「認知症の症状に対する対応」の3点に集約された。「被介護者の異変の気づき」については、秋吉ら（2016：470）の家族介護者6名（妻3名、夫1名、娘1名、息子1名）を対象とした研究結果によると、認知症診断初期にある認知症高齢者を介護する家族介護者の心理の一つとして「変化の気づき」を明らかにしている。この点は、本研究結果と同様である。これは、夫が認知症を抱え、その病気の進行に伴い言動に変化が出てくることから始まる。特に、認知症高齢者では、その進行に伴い認知症の行動・心理症状が出現し、特に2人暮らしの妻介護者には、驚きと困惑を持って経験されている。しかし、「被介護者の異変の気づき」は、被介護者が認知症を抱えることでその言動が変化すると考えられるため、妻介護者に限らず、どの続柄にも共通するものであり、介護の中でも特に対応の困難なものである。

次に、「病院受診の困難さ」についてである。中井ら（2012：23）は、在宅認知症高齢者を介護している家族介護者133名（配偶者34名、子ども58名、子どもの配偶者31名など）を対象に介護・医療サービス利用において感じる困難や負担感などについて「待ち時間、病院までの移動、入院中の付き添い等が負担の主な要因である」ことを明らかにしている。しかし、本調査結果で明らかになったことは、中井ら（2012）の研究結果とは異なり、病気と認識していない夫や病院受診を拒否する夫をどのようにして受診させるかということであった。妻介護者は「病院受診の困難さ」を体験する中で、「だんだんおかしくなってくるのがわかってたからね。それを、いくら、行けつたって行かなかったんだからね。はじめから、あの時にしておけば、こんなにひどくなんなかったのっていう思いがあるもんですからね（妻介護者J）」という語りから、早めに病院を受診させておけばよかったという後悔の気持ちも抱いていた者もいた。医療サービス利用中の困難や負担感を明らかにして、その対応を検討することも大切であるが、とにかく、夫を医療機関につなげることがより重要であろう。国は、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」の中で、早期診断・早期対応として「認知症初期集中支援チーム」を設置している。今後は、「認知症初期集中支援チーム」が重要な役割を担うものと考えられる。

「病院受診の困難さ」については、妻介護者と嫁介護者において大きな違いがみられた。嫁介護者の語りからみていく。嫁介護者gは、「異変はあったんですけども、やはり、まあ、同居したてということと、あと立ち場的になかなかそういう病院に行こうっていうことを口にできずに。はい、どう言っているか」、嫁介護者bは、「いくら私がこういうことがあって、少しお母さんね、もう無理よと言っても、やっぱり、自分の親ですから。うん、あんなに賢くて、しっかりしていたお袋がそんな訳ないってところがありまして。じゃあ、あのちゃんと診断して貰いましょうと。ここで動かないと、もう、ずるずるずるずるになって」と語っていた。長男の嫁という立場であるため病院を受診した方が良いということの言いにくさが述べられていた。そして、嫁の夫が自分の母親が認知症であること

を認めることができず、病院受診に繋がらないということである。これらの点は、妻介護者とは大きく異なるものであった。

「認知症の症状に対する対応」は、家族介護者にとって、特に対応が困難で介護負担感の高いものである。主介護者 177 名（妻 31 名、嫁 72 名、娘 47 名、夫 8 名、息子 16 名、その他 3 名）を対象にした浅川ら（1999：32）の研究では、家族の介護負担感に影響を及ぼす要因の一つとして「問題行動」を、さらに、介護者 116 人を対象にした大西ら（2003：465）の研究では、介護負担感と強く相関した認知症の行動・心理症状は「便・尿失禁、夜間の不穏等介護者の生活を侵害する行動、幻覚や不幸な様子等対応が困難な行動など」を明らかにしていることは既に述べた。妻介護者の事例においても、車で外に行き自宅に戻ることができない。排泄（尿失禁・便失禁・放尿など）、同じことを何回も言う、怒鳴る・大声を出すなどの症状がみられていた。そして、その症状は同じ時期に複数の症状がみられており、妻介護者は、身体的・精神的な負担感を抱えていた。この点も、「被介護者の異変の気づき」で述べたように、妻介護者に限らず、どの続柄でも介護する者にとっては共通するものであった。

(2) 『被介護者観』

『被介護者観』は、「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」の 2 つに集約された。太田（1996：79）は、認知症高齢者と家族介護者の相互作用について「痴呆性老人は『確かさ』や『不確かさ』の中でも自分を主張したり、自己を保とうとする力があること」を報告している。また、井口（2007：199）は、「相手と生きていく過程において、相手の『正常な人間』像を見出すことが、介護遂行や継続における肯定的な出来事であることがうかがえる」と指摘している。

今回、妻介護者の事例は、認知症の症状はみられるもののその状況を乗り越えてきた、または、対応がうまくいっている事例が多かった。夫の病前の正常な人間像は、長い間生活を共にしてきた妻介護者には、特に強く刻み込まれている。また、特に「人間性の重視」については、病前の夫像を保持しようとする方向性を持ち、夫介護者にもみられるが、特に妻介護者において強く語られていた。これは、これまでの長い夫婦生活や認知症の夫を介護する中で、時折垣間見える病前の夫の姿が影響し、より夫の人間性の部分が強調された結果であると考えられる。また、渡辺（2005：80）は、認知症の家族介護について「性格が変わったり、記憶障害が出現したりして、その人らしさが失われていくことである」と述べている。認知症の進行に伴いその人らしさが失われていくという特徴も「人間性の重視」に重点を置く形で影響していると考えられる。

「被介護者が持つ能力」については、介護を行う者には良く気づかれることであり、それをどのように活用するかということは認知症介護の課題である。

(3) 『介護者の変化』

『介護者の変化』は、「対応の変化」、「病気を進めない関わり」、「介護や認知症に関する知識の習得」の3点に集約された。

介護者の向き合い方まで変える「対応の変化」は、妻介護者によくみられる特徴である。妻介護者は、認知症の進行に伴い変化していく夫に対応していくために積極的に対応の変化を試みる者が少なくない。妻介護者は、「どう対応して良いか解らないから。だから、言われたことに対して、正当な答えを言っていて、しばらくは。で、そのうちに、こりゃダメだと思ったんで、はいはいはい、なんでもはいはいって言ったら、はいはい、お互い丸くなって、楽になったんです（妻介護者 A）」と語っているとおり、はじめは、夫の言動の間違えを正すなどの対応を行っていたと考えられる。その夫の言動を正すことが夫との関係性を悪化させ、さらに認知症の行動・心理症状が誘発されていたと考えられる。加藤（2013：53-54）は、「BPSD に対して介護者側が負担感や不快感などを感じた結果、再び不適切なケアを行うことになり、そのケアによってさらに BPSD が誘発されるという悪循環が起こる」と述べ、さらに、この悪循環の改善方法として、加藤（2013：54）は、「介護者側から断ち切るしか方法はない」と指摘している。事例で紹介した妻介護者 A では、これまでの関わりでは夫の言動に対応できないと判断し、新たな対応として「OK、OK」という極端な向き合い方を意識的に採用した。妻介護者が劇的に対応を変化させたことで、夫との間の言動の変化につながり、以前より夫の言動に対し対応することができたのではないかとと思われる。

今回の妻介護者の事例では、夫と 2 人暮らしの事例が多く、副介護者がおらず、介護を行うのは妻介護者 1 人の状況であった。夫の介護を行っていく上で、妻介護者自身が変わっていかなくてはならないという思いは強く、試行錯誤した結果の行動の変化であると思われる。ここでの妻介護者の変化は、病前に必ずしも夫婦仲が良かった事例ばかりではなく、仲が良くなかった事例でもみられることであったのは、嫁介護者と異なる点であった。

次に、「病気を進めない関わり」である。これは、『被介護者観』における「被介護者が持つ能力」と関係があると考えられる。「病気を進めない関わり」というのは、現在の夫の状態を維持させたいということである。小野寺ら（1992：108）は、聖マリアンナ医科大学病院神経精神科外来デイケアを利用した患者家族 70 名（家庭介護群 38 名（男性 16 名、女性 22 名）、入院群 18 名（男性 10 名、女性 8 名）、入所群 5 名（男性 0 名、女性 5 名）、死亡群 9 名（男性 5 名、女性 4 名））を対象に、デイケア終了後の家族介護の実態を追跡調査した研究で、「入浴、着衣、身のまわりの整備などの ADL の低下も直接介護者の負担感と有意な関連がみられた」と指摘している。妻介護者自身が、今以上介護の負担が増えないように、その予防のために行っている場合も考えられるが、現在の夫の状態を維持させ、在宅での生活を続けて行きたいという妻介護者の思いが強いのではないかと考えられる。そして、この特徴は、妻介護者以外にも夫介護者や娘介護者にもよくみられた特徴である。家族介護者は、被介護者の状態を進行させたくないのである。

最後に「介護や認知症に関する知識の習得」についてである。妻介護者は、夫の介護に伴って、家族の会や講演会への参加、新聞記事や専門書を読んだり、介護や認知症に関する知識や情報を得ていた。加藤（2003：566）は、『『わからない』ということは非常に不安なことである』と指摘している。これまで介護の経験があれば別だが、一般的には、夫の介護が始まってから介護に関する知識などを得ると思われるが、認知症介護や認知症それ自体についてよく知らない。妻介護者は、認知症介護に対する今後の不安を抱え、日々変化する認知症の行動・心理症状の対応に戸惑いながら介護を行っていくことになる。それが、介護の不安や対応方法などを知るために様々な知識を得ていく行動につながっているものと思われる。また、今回の妻介護者の事例では、知識を得るために家族会や講演会へ行くなどの行動は、大抵、それらの行動が心を落ち着かせ、息抜きの時間を介護者に与える機会にもなっていることは留意しておく必要がある。事例Aの妻介護者は、「家族の会にも入ったし、認知症家族の会。それから、市役所でそういう家族の相談会みたいな、集まりがあるでしょ。いろんなどころの集まりに私、好きなんです。そういう勉強っていうか、講習会とか、・・・なんかやるのが、すごく好き。・・・いっぱい行っていました。だから、知識っていうか、人様の話をいっぱい聞きました（妻介護者A）」と語っていた。一つの支援法でもあるこの特徴は、妻介護者以外にも夫介護者、娘介護者、嫁介護者全ての家族介護者にみられたものである。

(4) 『未来への視点』

この視点において、妻介護者にみられた特徴は、将来のことは考えないということである。この特徴が妻介護者にみられた理由としては、認知症の進行に伴い夫の言動の変化が予測できないことがあり、特に認知症の行動・心理症状は、日によって症状が異なるとともに、今まで効果があった対応が通用しないこともあるため、まず、今現在起きているその症状への集中が第一優先となることが考えられる。そして、妻介護者は、認知症の夫の言動に対応しながらも、夫と生活していくために買い物、炊事、洗濯、掃除などを行っていると考えられる。つまり、夫の介護を行いつつも夫との生活を続けていくという状況が、一日一日を生きることに繋がっていると思われる。次に、妻介護者の年齢的なものが大きく影響しているものと思われる。妻介護者の平均年齢は75.5歳である。妻介護者は、あとどれくらい生きられるか、あとどれくらい介護を継続できるかなど、不安があるのは間違いない。さらに、近い将来の死というものを意識し、その限られた人生の中で自分がどのように生き、また夫とどのように生きていくのか、ということに重点がおかれていることが背景にあることは想定できる。結局のところ、一日、一日を、介護という状況の中でも精一杯生きることが、将来への不安などに対抗できる力であることを意味している。また、将来の不安について、「もう、流れるままですわ（妻介護者J）」と語る妻介護者も存在し、抗いがたいことには、自然にまかせるような気持ちになっているのではないだろうか。自分の生きる「場」が、在宅での介護の「場」であることの覚悟性が背後にあるもの

と考えられる。

この妻介護者の「現在を共に生きる」という態度と異なる視点として、嫁介護者の語りである。嫁介護者は「やっぱり、介護っていうのは、期限がないわけですからね。先が見えない、作業ですよ。いついつまで、あと1年ですよとかってね。それなりに頑張り合いもあるけれども。明日かもしれないし、10年先かもしれないし。その間、私の体が持つか、精神的にどうか、そういう漠然とした不安がありながら毎日やっていますね。うん、そうですね、期限がないというのが（嫁介護者 b）」、「先が見えないとこですよ。誰しもが思うと思いますけれども。そうなんです、先が全く見えないんですよ（嫁介護者 g）」と語っている。嫁介護者の場合、一番の不安は、被介護者の介護がいつまで続くのかということである。特に認知症の場合は、病気の進行は一人一人異なり、いつ終了するのかという見当がつかないことがある。そして、このことは、嫁介護者自身の生活や人生に、不確定な影響を及ぼしていると考えられる。嫁介護者の平均年齢が56.0歳であることを考えると、今後嫁介護者自身の人生がどうなっていくのかということの不安があると考えられ、「先が見えない」という不安は、社会的な「義務」として介護を行わざるを得ない嫁介護者にかかなり特徴的に認められた。これらの嫁介護者では、介護は生活の「場」になっていないのである。

(5) 『介護者の自己確認』

『介護者の自己確認』では、被介護者である夫に「認められたい」という「評価確認」が含まれている。これは、妻介護者の特徴の一つである。妻介護者は、夫の介護の中で、「認められたい」という思いを持っていて、被介護者が感謝の言葉を述べる事例もあったが、多くの妻介護者では、自分のしたことに抵抗しない、あるいは自分の言動に肯定的に頷くことで、確認を行っていた。この「認められたい」という心情は、現在高齢者となった年代の夫婦関係では、家庭内での夫は、相手を褒めるなど減多にしない世代であったことも関係していると思われるが、本論文では、そのような発生的側面については深入りしないことにする。

メイヤロフ（2006：13）は、ケアすることについて「その人が成長すること、自己実現することをたすけることである」と述べ、また、「他の人々をケアすることをおして、他の人々に役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きているのである（2006：15）」とも述べている。このメイヤロフの考え方によると、妻介護者は、夫の認知症介護を通して妻自身も生きていることを確認していることになる。ただ、認知症介護の場合、夫からの反応、感謝や労いの言葉などが得にくく、また、場合によっては、良かれと思って関わっていることに対して抵抗されることもある。このような状況の中、妻介護者は、何らかのサインを被介護者から得ようとしている。妻介護者は「認められたい」という思いを強くし、認知症を抱えた夫との関係性を新たに構築する過程の中で、今まで以上に「認められたい」という「自己確認」への思いを強くしているものと思われる。

安武ら（2007：36）によると、認知症の母を介護する息子・娘介護者や認知症の妻を介護する夫介護者の場合であるが家族介護者の体験の一つとして、「第三者から理解されたい」ということを明らかにしている。ここでいう第三者とは、医療職や家族介護者が生活している地域の人々のことであり、介護を行っている被介護者ではなかった。これは本研究結果では、事例として提示した夫の事例、嫁の事例で、そのような心情の存在がある程度示唆されていた。

妻介護者の語りの中では、介護の大変さなどについて担当ケアマネジャーや娘・息子などから理解されていた。妻介護者の場合、「認められたい」という「自己確認」は、これまで長い期間一緒に生活を共にし、介護を行っている夫からの反応である。妻介護者は、「病気を進めない関わり」を通して、夫の良い反応を引き出し、「認められたい」という思いを満たすことが介護継続への思いをさらに強くしていることが伺われた。したがって、『介護者の変化』における「病気を進めない関わり」は、妻介護者の場合、「認められたい」という思いの表れでもあるとも考えられ、『介護者の変化』のこのような形は、殆ど、妻介護者にみられるものである。

次に、「立場確認」である。夫介護者は、妻介護者の特徴とは異なる。夫介護者の語りは、「今になってはそうだね、仕事みたいなもんだね（夫介護者 I）」、「これは、仕事だと思うからさ。なんか自分の、働いた時の仕事のそのままの延長みたいなね。中身は違うけども（夫介護者 B）」、「生き甲斐ちゅうか、生き甲斐みたいなもんだね、今はね（夫介護者 E）」などであった。一瀬（2001b：36）は、男性介護者の特徴として、「介護に対して高い価値を抱き、介護を生き甲斐と受け止める傾向がある」ことを指摘し、羽根（2006：37）は、「夫のなかには仕事に代わる生きがいとして介護に打ち込んでいるものもいた」と指摘している。これらの点は、先行研究と類似した結果が得られており、介護を仕事や生き甲斐と捉えることは、夫介護者の特徴の一面であると考えられる。

また、男性性の特徴として、伊藤（1993：167）は、「優越志向、権力志向、所有志向」の3つを指摘している。夫介護者の過去の職業は、会社員や自営業であるが、この男性性を持ちながらこれまで仕事を行ってきたと思われる。しかし、夫介護者は、定年などに伴い仕事から離れざるを得なくなり、3つの志向が発揮されない状況となり妻の介護を新たな場として見出したのではないだろうか。認知症の行動・心理症状の出現により対応の困難さはあると考えられるが、妻の身体的機能が徐々に低下し寝たきり状態に近づいていく中で、夫介護者にとっては、男性性の3つの特徴がより発揮しやすい場であると考えられる。さらに、江原（2012：35）は、「戦後形成された日本的『近代家族』観においては、家庭における男性の役割は、生活の糧を得ることで家族を養うことに限定された」と指摘している。本研究における夫介護者の年齢は80歳代が3名、70歳代が1名であった。夫介護者の年齢を考慮すると、家制度は廃止されていたと思われるが、その影響を受けていたと考えられる。つまり、男は生活費を稼ぎ家族を養うという規範の延長上に、夫介護者が妻の介護を仕事と位置付けている理由があるとも考えられる。

妻介護者の場合は、当たり前のこととする事例が殆どであった。「当たり前。そのこと、だってね。しないで、そのことしないで別の時間を別のことするったら、何する。70何歳で、できるからね、ね、させて頂くって感じじゃない。できなければ、夫婦でもできない人は寂しいんだよね。そう考えれば、ほら、介護して欲しい夫がいるのに、自分は誰かにそれをね、まあ、責任放棄して。自分がここでこのあまった時間の人生何してる。私には、何もない。小説書くことはできないもん。できないから。そのことしかできない（妻介護者D）」という語りがそれを代表している。従来から、妻が介護することは、女性による介護役割が社会規範としてあるという考えが強い（井上：1989、山根：1992）。また、林（2010：65）は、2人暮らしの場合、「その環境自体が妻に対して介護役割を受け入れざるをえない状況的圧力」としている。勿論それは妥当な理由であろう。しかし、それだけで認知症の介護を引き受けるだろうか。メイヤロフ（2006：124-126）は、「私と補充関係にある対象」と「場の中にいる」場合、「私の生活がそれを中心に意義あるものとして秩序化されるようになるまで、私にとって大きく発展してくるにちがいない」と述べ、広義のケアにおける本質を、「場の中にいる」ことによって規定されることを示唆している。従って、筆者は、妻介護者が介護を引き受けるに際して、介護役割に対する状況的圧力という側面もあることは認めるが、もっと積極的な要因が意識されなくてもあるものとする。そうでないと、次の『情緒的共有』における介護者と被介護者の関係を理解できないからである。

(6) 『情緒的共有』

『情緒的共有』は、「寄り添って生きる」と「夫婦関係」の2つに集約された。この『情緒的共有』は、妻介護者の語りに特に特徴的である。

「寄り添って生きる」という点については、先に引用した林（2010：80）は、妻介護者の在宅介護生活における重要な概念として、「介護を媒介とした共生化」を挙げ、「妻介護者が介護生活を継続していくことの意味は、介護役割を受け入れるというよりは、ふたりで生きていく生活が安定して営まれていくこと」と述べている。本研究で明らかになった「寄り添って生きる」というのは、妻介護者が、認知症を抱えた夫との関わりの中から見出される大きな要素であると考えられる。認知症の行動・心理症状の出現に伴い、妻介護者は、その対応に困難を感じ苦慮しながら生活を送っているが、夫に向き合い、夫の言動に合わせ、夫の人間性を認め、夫をほめるなど、妻介護者自身が変化し、対応を工夫しながら、最終的には、夫に寄り添っていく形をとっているのである。林（2010）が指摘するように、介護役割を越え、ふたりで安定した生活を送るという点については、同様の結果である。しかし、この「寄り添って生きる」という在り方は、日々変化する夫の言動に対し、妻介護者自身が変化しながら導き出された関わりであり、この点は、先行研究と大きく異なり、より認知症介護の妻介護者の積極性を示していると思われる。

木下（1989：75）は、人と人との関係について「一方の歯車が動くとは他方の歯車もかみ合って動くという関係の中で、相互に影響を及ぼし合いながら双方が発達する」と述べて

いる。妻介護者は、夫は変わらないから自分が変わるしかないと言っているが、相互に影響を及ぼしていることは事実である。妻介護者の場合は、夫の状況を把握し、今の状況を良くするためには妻介護者自身から夫との関係を変化させているということである。その関わりの変化に認知症を抱えた夫と寄り添って行く覚悟や決意が感じられるのである。また、安藤ら（2005：115）は、高齢夫婦のみの世帯における配偶者のニードとして「自分で介護を行い、今の二人での生活を継続させたいという思い」を明らかにしている。これまで長年連れ添ってきた夫婦として、今後も2人で一緒に生きてくことが「当たり前」のことであり、長年夫婦で苦楽を共にしてきた夫婦間のつながりが寄り添って生きていくということに繋がっていると考えられる。

ここに、メイヤロフ（2006：126）の「私の生活がそれを中心に意義あるものとして秩序化されるようになるまで、私にとって大きく発展してくるにちがいない」ということの実現が見て取れる。その具体的姿として、認知症介護における「夫婦関係」が以下の語りに示されている。「〇〇さん、幾つなの年って聞くと、105歳って言うのね。明るく言うんですけど、本当は、85歳なんだけど。105歳って。そんなに、105年も生きられるなんてすごいねって。105歳まで生きている人この辺にいないよ。〇〇さん長生きだもんね。105歳まで生きたらもう十分でしょって言うのね、その話をしょっちゅうするんですよ。だから寝る時に、もう寝る。もう寝ましょ。明日の朝まで寝てくださいねっていうと、明日の朝になったら死んでいるかもしれないっていうのね。生きているかどうかわからないって言うんですよ……。死んでたら、ちゃんと拝んであげるから心配ないよって言うの。そうかって、すごいでしょ。あっちもあっち。私も私。大丈夫、大丈夫、死んだらちゃんと拝んであげるから。ナムアミダブツがいい、アーメンがいい。どっちにする、と言うのね。どっちも嫌だって言ってみたりね。どうでもいいって言ってみたりね。いろんなこと言うの。笑っているんですよお互いに。すごく明るいですよ。私、死んでももう十分だから、いいよ死んでって。ただ、ここで死なないで、ここで死んだらやっかいだから、救急車の中で死んでねって言って。笑ってんのお互いに（妻介護者A）」

これは、夫の介護での『介護者の変化』、そして、『介護者の自己確認』を行う過程の中で生まれた新たな夫婦関係であると考えられる。妻介護者が「昔は、顔みれば、もうが一が一って言われてたから、面白くないというのがここにあって。ずっとありましたけど、今にみてる、仕返ししてやるって。その気持ちが全くないんですよ。仕返しするっていうか、その原因がないんです（妻介護者A）」と語っているように、妻介護者自身が驚いている夫婦関係の変化であった。

このような介護者の語りの中に、これまで見出されてきた「介護における肯定感」の「源」があるのではないだろうか。それは、今回の事例で、妻介護者の語りの中に最も純粋な形で現れているように思われる。

(7) 『介護者の自己調整』

『介護者の自己調整』は「健康維持」と「趣味などの活動」の2つに集約された。

「健康維持」については、妻介護者の多くが夫を最期まで在宅でみたいという気持ちを持っていた。在宅で夫の介護を続けていくため健康に気を配っていた。この特徴は、夫介護者、娘介護者にもみられた特徴である。

「趣味などの活動」について、妻介護者は、夫がデイサービスを利用している時間などを活用して、趣味などの活動を行っていた。その活動などを通して、息抜きやストレス発散を行っていた。この特徴も、嫁介護者や娘介護者にも共通にみられた特徴であった。

また、前述の、介護の知識の習得のための、様々な家族会などへの参加も、この『介護者の自己調整』の機会でもあったことを付け加えておくべきである。

(8) 『福祉サービス』

『福祉サービス』は、妻介護者が在宅で夫の介護を継続していくうえで重要な要素であった。妻介護者の事例では、デイサービスをはじめショートステイなどを利用していた。妻介護者からは、どのようにしてデイサービスに通わせるか。また、夫がデイサービス利用中に帰るといつてきかないなどの悩みが語られていた。妻介護者にとって、福祉サービスを利用するかどうかということは、夫を在宅で介護を行ううえで重要な点であるということである。そして、もう一つ大事なことは、デイサービスやショートステイを利用することで、妻介護者自身の時間を持つことができるという『介護者の自己調整』にも役立っているということである。

この特徴は、妻介護者以外の続柄（夫、嫁、娘）の介護者にも共通する特徴であった。

III. 総括

(1) 第2章の結果に対するインタビューからの解釈

本章では、第2章の結果に対して、第4章のインタビュー結果をもとに考察してきた。

認知症介護においては、認知症の様々な行動・心理症状が見られ、介護負担感が高いにも関わらず、認知症高齢者介護において在宅希望が多かったことは、今日のわが国において家族構成の変化が著しいにも関わらず、未だ家族機能が機能しているということが、インタビュー結果からも明らかになった。

しかし、認知症介護を子細にみると、「65歳以上」・「認知症有り群」における配偶介護者においては、配偶介護者以外と比較すると、「ADL」と「要介護度」は「介護負担感」と関連しないということであった。この点については、第4章で明らかになった配偶介護者（特に妻介護者）の『被介護者観』や『介護者の自己確認』の特徴が影響していると考えられた。すなわち、妻介護者や夫介護者は、被介護者の介護の中で認知症の行動・心理症状の出現と、被介護者のADLの低下に伴い、身体的負担も感じていたと考えられるが、被介護者の「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」を尊重し、介護者の「立場の確認」、「評

価確認」を獲得していた。つまり、妻介護者や夫介護者の場合、被介護者の状態ではなく、それを上回る配偶介護者の『被介護者観』や『介護者の自己確認』の特徴が介護負担感を減少させる結果、「ADL」と「要介護度」が、「介護負担感」と関連しなかった要因であると考えられる。

また、65歳以上の「認知症有り群」における「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関がみられた。この点については、一般的には、被介護者のADLの低下に伴い介護負担感が増加するということになるが、配偶介護者以外の場合は、配偶介護者と比較すると就労している場合が多く、仕事中、被介護者を自宅に1人でおいている不安などがあり、介護の将来への不安が顕著に語られていた。その結果が、「配偶介護者以外」の「ADL」と「介護負担感」との間に相関関係があることとして解釈できた。

今回、第2章で明らかになった量的調査の結果では、「65歳以上」・「認知症有り群」において続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分析を行ったことで、「配偶介護者」と「配偶介護者以外」の違いを示すことができた。しかし、第2章の結果からでは、続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）の違いがどのような要因から出てくるのか、どのような具体的負担を感じているのかなど、その理由や中身が明らかにすることはできなかった。しかし、第4章の質的調査の結果をもとに第2章の結果について考察を行ったことで、続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）の違いが明らかになり、認知症高齢者を在宅で介護を行う家族介護者の実態を把握することに繋がったと考えられる。特に、続柄別において介護負担感の質が異なることや続柄別の認知症介護の特徴が示唆されたことの意義は大きいと考える。

(2) 妻介護者の特異性

第4章では、妻介護者がもつ認知症介護の特殊性を明らかにするためインタビューの語りをもとに事例研究を行った。その結果、『被介護者観』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』、『情緒的共有』において妻介護者に特徴的な面が多く、『介護者の変化』では、他の介護者でもみられることでもあるが、被介護者の人間性に対応しての変化は、妻介護者にかなり特有な性質を持っていたことを明らかにした。そして、『認知症の気づきと対応』、『介護者の自己調整』、『福祉サービス』の3点は、認知症家族介護者に共通のものであることを再認識できた。以下に改めて、妻介護者の特徴を要約する。

『被介護者観』は、「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」の2つに集約された。また、特に「人間性の重視」については、病前の夫像を保持しようとする方向性を持ち、夫介護者にもみられるが、特に妻介護者において強く語られていたところのものである。「被介護者が持つ能力」については、介護を行う妻には良く気づかれることであり、それをどのように活用するかということは認知症介護の課題であろう。

『未来への視点』については、この特徴が妻介護者にみられた理由としては、認知症の進行に伴い夫の言動の変化が予測できないことも挙げられ、現在起きているその症状

への集中が第一優先となることが考えられる。しかし、それにも増して、妻介護者の年齢的なものや自分の生きる「場」が、在宅での介護の「場」であることの覚悟性が背後にあるものと考えられ、如何に一日一日を大切に生きるかが、妻介護者の「現在を共に生きる」という姿勢に現れていると考えられた。「介護継続の意思」がよく問題にされてきたが、それは「生活への意思」と言い換えても良いと考える。

『介護者の自己確認』では、「立場の確認」において、妻介護者では当たり前のこととする語りが殆どであった。夫婦 2 人所帯において、介護の場は生活の場であり、被介護者との相互性の中での自己実現の場でもあるという点から考察された。

『介護者の自己確認』には、被介護者である夫に「認められたい」という「評価確認」が常に含まれていた。妻介護者の場合、「認められたい」という「自己確認」は、これまで長い期間一緒に生活を共にし、介護を行っている夫からの反応である。妻介護者は、「病気を進めない関わり」を通して、夫の良い反応を引き出し、「認められたい」という思いを満たすことが介護継続への思いをさらに強くしているものと考えられた。したがって、『介護者の変化』における「病気を進めない関わり」は、妻介護者の場合、「認められたい」という思いの表れでもありと考えられ、『介護者の変化』のこのような形は、殆ど、妻介護者にみられるものであった。

最後に、『情緒的共有』の側面である。これは「寄り添って生きる」と「夫婦関係」の 2 つに集約された。この『情緒的共有』は、「介護を媒介とした共生化」(林、2010: 80)に通じるものであり、介護者と被介護者の特別な相互性の実現とも言えるものとして考察された。

以上、上述の 5 点において、妻介護者に特有な在り方を特徴づけるものとして確認された。

注 5 : 『障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 判定基準』の活用について (平成 3 年 11 月 18 日 老健第 102-2 号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知) による判定基準を示す。

ランク	判定基準
ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ

	<ul style="list-style-type: none"> 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
ランク C	<ul style="list-style-type: none"> 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

第6章 妻介護者を中心とした認知症高齢者在宅介護における現状からみた支援について

I. 認知症高齢者在宅介護における妻介護者の事例について

第4章では、在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者にインタビューを行い、家族介護者の語りをもとに妻介護者の特異性を明らかにしてきた。

その結果、『被介護者観』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』、『情緒的共有』における特有な在り方が妻介護者に特徴的であり、『介護者の変化』では、他の介護者でもみられることではあるが、妻介護者にかなり特有な性質を持っていた。そして、『認知症の気づきと対応』、『介護者の自己調整』、『福祉サービス』の3点は、認知症高齢者を介護する家族介護者に共通のものであった。

しかし、本研究においてインタビューを引き受けてくれた家族介護者の多くは、介護が一応軌道に乗り、それなりにうまくいっていた事例であることを忘れてはならない。特に妻介護者においてはインタビューに応じた介護者の多くが、認知症の行動・心理症状などを抱えながらも、うまく継続できていた人たちであった。従って、本研究において得られた語りも、そのような限定付きで解釈されるべきであるが、うまく継続できていたからこそ、その介護の内実を知り得たということも事実である。従って、ここで明らかになったことを基礎に、妻介護者をはじめとする家族介護者支援への手掛かりを述べていきたいと思う。

II. 妻介護者を中心とした家族介護者への支援の在り方

(1) 『認知症の気づきと対応』における「病院受診への困難さ」への支援

家族介護者は、「病院受診への困難さ」を共通して抱えていたことは語りの中で再三認められたことである。「病院受診への困難さ」については、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」で示されている早期診断・早期対応のための体制整備としての認知症初期集中支援チームが対応できるものと考えられる。というよりも、その困難を解決できるものとしての機能を有することが必須であると考ええる。

「認知症初期集中支援チームの設置」は、2018（平成30）年度からすべての市町村で実施となっており、認知症の疑われる人や認知症の人、その家族を対象に訪問し、医療や介護の導入や調整を行うことは、家族介護者にとって重要な支援と考えられる。それは、病気と認識していない被介護者を病院につれていく大変さや、被介護者自身の抵抗などが家族介護者から語られており、「認知症初期集中支援チーム」が訪問することによって、早期に認知症の診断が可能になるとともに、その後の認知症の治療や様々な福祉サービス、専門職とのつながり、家族介護者が抱える「病院受診への困難さ」は軽減されると思われるからである。

今回の事例では、入院したときや持病に伴う病院受診の際に脳の検査を行ったことや、ケアマネジャーや家族などの協力を得て、納得するような説明を被介護者に行うなどの工

夫を行いながら受診につなげていた。実際、受診に至るまでは、様々な家族介護者の苦悩があることはこれまで示してきた通りであるが、病院受診のための一つの参考例として活用することができると考えられる。

次は、嫁介護者の語りからである。嫁介護者の場合は、まず、夫を説得するところから始まる。加藤（2007：143）は、一つの方法として「専門職なり権威のある立場の人に説明してもらう必要があるかもしれない」と述べている。今回の事例では、夫に対し、母親の言動の変化や具体的な様子を何度も伝えてはいたが、夫はそれに対し理解を示していなかった。これは、自分の母親が認知症の可能性があるということを受け入れ難い夫の気持ちがあると思われるが、専門職や医者などから認知症に関することなどについて話してもらうことなども、夫が理解を示す一つの方法であると思われる。

(2) 『介護者の変化』における「介護や認知症に関する知識の習得」への支援

家族介護者は認知症の行動・心理症状への対応に困難を感じ、負担感や不安を抱えており、その困難さや身体的・精神的負担への支援が必要であることは論を待たない。家族介護者の多くが、認知症介護に伴い介護や認知症に関する知識や情報などを得ていたことはその語りから明らかである。具体的には、新聞の記事や専門書を読む、家族の会や講演会などへの参加などであり、家族介護者に対する教育的支援の重要性を物語っている。加藤（2003：563）は、家族介護者に対する教育プログラムについて「集団、あるいは個別に行うプログラムが有効であるが、これは家族の状況を適切に見極めながら提供すべきである」と指摘している。家族介護者の状況、また、家族介護者が何を悩み、困っているのかなど続柄別に確認し、その時に家族介護者が求めているものに対して対応することが重要であると考えられる。

そのほか、市町村が行っている家族会や認知症の人と家族の会が行っている家族会、利用しているデイサービスで行っている家族会などへの参加も一つの方法であるだろう。

本研究の対象者である家族介護者も家族会などへ参加していた。家族会などに参加したことで、自分だけでなく他の家族介護者も様々な悩み抱え認知症介護を行っているということを知ることは大切である。他の家族介護者の話を聞き、比較することで自分の方がまだ良い方であるという認識を得たり、認知症の行動・心理症状の対応方法などについて学んでいた。家族会などに参加することで他の家族介護者の現状を聞き、認知症介護には様々な方法があることを知り、家族介護者が一人で介護負担を抱え込んでしまわないように意識が変わっていくのではないかと考えられる。大事なことは、認知症介護を行っているのは自分だけではないということを知ることである。そして、多くの家族介護者が同じような悩みを抱えながら認知症介護を行っているということを肌で感じることである。認知症高齢者の介護の際には、家族介護者の状況にもよるが、専門職や福祉サービス（デイサービスやショートステイなど）の活用、そのほかにも、家族介護者の兄弟姉妹、その子どもたちなどからの支援を受けながら行っているということに気づくということも大切である。

家族介護者は、家族会などへの参加を通して、認知症介護というのは、多くの人たちの助けを借りて行うものだということを知ること、周りの人たちの目という意識も軽減され、心身ともに負担が軽減されていたと思われる。つまり、認知症介護を行っている家族介護者と出会い、その人たちの話を聞いたり会話したりすることが、役立つ一つの支援であるということである。なぜなら、参加している家族介護者は、認知症介護を行っているという共通点があり、家族介護者の話に共感でき、また、助言などが受け入れやすいのではないかとと思われるし、それが心の平安にも繋がるからである。

現在、「認知症カフェ」が施策の中で示され、全国的に広がりつつある状況である。認知症の人と家族の会（2013：23）が編集している「認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書」によると、認知症カフェの特徴として、「①認知症の人とその家族が安心して過ごせる場、②認知症の人とその家族がいつでも気軽に相談できる場、③認知症の人とその家族が自分たちの思いを吐き出せる場、④本人と家族の暮らしのリズム、関係性を崩さずに利用できる場、⑤認知症の人と家族の思いや希望が社会に発信される場、⑥一般住民が認知症の人やその家族と出会う場、⑦一般の地域住民が認知症のことや認知症ケアについて知る場、⑧専門職が本人や家族と平面で出会い、本人家族の別の側面を発見する場、⑨運営スタッフにとって、必要とされていること、やりがいを感じる場、⑩地域住民にとって自分が認知症になった時に安心して利用できる場を知り、相互扶助の輪を形成できる場」という10の特徴を示している。「認知症カフェ」は、家族介護者以外にも、認知症の人、専門職、地域住民など誰でも参加している。このような場に参加することで、認知症介護には、様々な人々（地域住民や専門職など）が関わっていることや、お互いに助け合い協力しながら認知症介護を行っているということを知る重要な機会であると思われる。家族会や認知症カフェに限らず、家族介護者が気軽に集まれる場所を作ることは重要な支援となるであろう。

(3) 『介護者の自己調整』における「健康維持」・「趣味などの活動」や『福祉サービス』への支援

妻介護者の多くが、自分が健康でいるうちは、できる限り在宅で最期までみたいと語っていた。妻介護者は、自分の健康維持のために、体操教室に通う、散歩をする、食事気をつける、持病の治療を行うなど、自分自身の健康に気を配っていた。

本間（1999：787）は、認知症高齢者介護の特徴として、「見守り型の介護の介護量は定量化することが困難であるが、ある意味では身体的な介助よりも介護者の負担は大きくなる」と述べている。妻介護者は、被介護者を常に見守り、身体的介護と認知症の行動・心理症状への対応などにより、自分の時間を持つことが難しく、身体的・精神的に負担がかかり、妻介護者自身の健康に気を配れない状況にある場合も想定される。そこで、福祉サービス（デイサービスやショートステイなど）を利用し、妻介護者が一人の時間を持てるようにすることは重要である。本研究において妻介護者の全例が福祉サービスを利用して

おり、その利用効果を実感していた。福祉サービスを利用し、一人の時間を確保することで、体を休める、通院する、趣味活動に参加するなど心身の健康につながる機会を得ていたと思われる。また、体操教室などに関する情報提供や参加を促すことも必要であろう。和気（1998：168）は、家族介護者への教育的支援の一つとして、「自分自身の健康を管理する方法」と述べている。よって、妻介護者を含む家族介護者に対して健康に関する支援は、重要な意義のあるものと考えられる。

そのほか、妻介護者に子どもがいる場合であるが、子どもたちからの気遣いや自宅によってくれることなどが妻介護者にとって認知症介護を続ける励みや支えとなっていた。妻介護者に対する子どもたちからの気遣いなどは、重要な支援の一つである。そして、いつでも悩みを相談できる環境を整えておくことも重要であろう。本研究では、相談相手として、その相談する内容にもよるが、通っている病院の医者、担当ケアマネジャー、妻介護者の子どもたち、妻介護者の兄弟姉妹などであった。このような人たちなどを社会資源として活用できることを知っていることが大切である。

特にケアマネジャーは、家族介護者の語りによると「すごく、はい、いろんな相談をさせてもらっているので、うん、相談しているのもう支えです（妻介護者 M）」「なにかあったらケアマネジャーさんにも言うしね、私も。うん、やってくれるしちゃんと（妻介護者 O）」「やっぱり、ケアマネジャーさんだね（妻介護者 N）」「あのケアマネジャーさんとかに、助けられていろいろ（妻介護者 L）」「私の話は、一番ケアマネさんですね、きいてくれるのは（嫁介護者 g）」「ケアマネジャーにいろいろね。なかなか親切なもんだね（夫介護者 E）」など語っており、重要な存在として位置付けていた。今後、認知症を抱えた夫婦のみの世帯が増え、その介護者は高齢な配偶者（妻）という形が主流になると考える。今まで以上に妻介護者や夫介護者の支援には、ケアマネジャーが重要な役割を担うと思われる。

家族介護者を支援するためには、家族介護者に対する教育も大切であるが、家族介護者に関わる専門職への教育も特に重要であると考えられる。本研究のインタビュー調査の対象となった家族介護者の多くが、認知症介護の中での相談を医者、ケアマネジャー、デイサービスやショートステイの職員などに行っていた。特に、ケアマネジャーに相談しながら被介護者の対応を行っていた。在宅で認知症高齢者を介護する家族介護者は、認知症の行動・心理症状などの対応に追われ、また、嫁や娘・息子介護者の場合は、自分たちの生活維持もあるため、身体的や精神的な負担を抱えながら日々の生活を送っているものと思われる。そういう状況の中で、ケアマネジャーの存在は、家族介護者にとって特に心強い存在であったのである。

(4) 続柄別の支援

夫介護者に対する支援についてである。夫介護者は、『介護者の自己確認』の「立場の確認」において特徴的な面を有していた。妻介護者と比較すると夫介護者は、妻の介護を「仕

事や生き甲斐」と捉え、主体的に取り組んでいたことである。そして、行っている介護について第三者からの評価を受けていたことである。一瀬（2001a：128-129）は、男性介護者の特徴として「身内や近隣・友人に対して、介護の手伝いや代替などの実質的支援や、愚痴をこぼしたり、介護の相談にのってもらったり、気晴らしの相手をしてもらうといったような情緒的支援を求める姿勢が、女性介護者に比べるとかなり消極的である」と指摘している。今回の事例においても同様の傾向がみられた。妻の介護を主体的に行うことは良いことではあるが、夫婦関係が夫の意向で一方的に強化され、孤立状態に陥ってしまう可能性がある。また、主体的に献身的に妻の介護を行うことで、心身ともに疲弊してしまい認知症の妻を虐待や殺害してしまう場合も懸念される。新聞では、「『最愛の妻』になぜ老老介護の末に手を掛け、猶予判決」（朝日新聞 2015 年 11 月 14 日）という認知症の妻に夫が手をかけた記事が掲載されている。この記事は、認知症の妻を介護する全ての夫介護者に当てはまるわけではないが、孤立状態に至らないような支援が求められる。もう 1 点は、夫が行っている介護に対し肯定的な評価を行うことも重要であると考えられる。夫介護者も妻介護者同様、できるかぎり在宅でみたいという気持ちを持っていることは間違いないが、夫介護者の場合は、第三者からの肯定的評価によって認められ、そのことが介護を続けしていく動機にもつながっていることが本研究でも確認された。肯定的な評価や孤立状態に陥らない支援が必要であると考えられる。また、在宅で配偶者を介護している家族介護者 140 名（夫 66 名、妻 74 名）を対象とした板橋ら（2012：13）の研究では、「妻介護者の排便介護に関しては、身体的負担感が強く、訪問介護の利用が低いこと」を報告している。今回の夫介護者の事例においても排泄の際の困難が語られていた。具体的には、ベッドからトイレやポータブルトイレへの移乗、おむつ交換（夜間を含む）などであった。夫介護者 E の事例では、訪問介護を利用しておらず、夫自身が行っていた。配偶介護者の場合、夫も高齢であるため、身体的負担感の軽減が必要であると思われる。特に、夫介護者の場合は、介護の動機の一つとして「償い」が考えられ、その動機が他人にまかせることなく夫自身がやらなければならないという思いに繋がっていると考えられる。そういう夫介護者の思いを汲み取りながら、身体的負担感を軽減するため福祉サービスの利用や子どもたちのサポートなどの支援が必要であると考えられる。

次に、嫁介護者についてである。要介護者を介護している女性介護者（嫁 65 名、妻 65 名、娘 52 名）を対象とした佐藤ら（2005：50）の研究では、嫁介護者の特徴として「妻や娘よりも『イライラ感』『抑うつ状態』のような介護から生じるイライラ感や精神的負荷を表現する群において高い傾向がみられた」と指摘している。嫁介護者 b の語りにもあったように、姑の介護に関わっていない親戚などからの心無い発言にプレッシャーを感じながら介護を行っていた。また、夫から理解が得られない場合や「先が見えない」ということが強調された。嫁介護者の介護の状況によると思うが、一つは、嫁介護者の愚痴などを聞くなどの心情的サポートが重要であると思われる。嫁の立場ということもあり、感じていることや思っていることを伝えても理解して貰えないことや話づらいということも考慮す

ると、家族や親戚など以外に嫁介護者の話を聞く存在が必要であるだろう。また、今回の事例の中には、介護に伴い仕事を辞めた経験をした嫁介護者がいた。そういった事態にできる限り至らないような支援が必要であることは当然である。夫や子どもたちからの協力を得ることや、被介護者の要介護度にもよるが、福祉サービス（デイサービス、ショートステイなど）を利用するなども支援の一つであると考えられる。状況によっては、施設入所の検討を行うことも方法の一つであろう。

特に、嫁介護者の場合は、他の続柄（夫介護者、妻介護者、娘・息子介護者）の介護者とは異なる介護負担感を抱えていると考えられるため、嫁介護者の介護負担感を軽減する支援を検討していくことが必要であると思われる。

娘介護者についてである。本研究では娘介護者の事例を詳細に取り上げなかったが、インタビューからの語りはしばしば取り上げてきた。娘介護者の特徴は、兄弟姉妹間で役割が決まっていることである。例えば、娘介護者が介護を行い、兄が経済的支援を行うなどである。また、娘介護者の場合も就労しており、福祉サービス（デイサービス、ショートステイなど）の利用や兄弟姉妹間で協力しながら在宅での介護を続けていた。また、佐藤ら（2005：49）は、娘介護者の特徴として「介護者が自由な時間を保障されることは、疲労感の蓄積を低減することに貢献する」と指摘している。本事例においても、娘介護者は自分の時間を持ち、息抜きを行っていた。北村ら（2008：9）は娘介護者の支援として「介護者が気分転換や自分の時間を持てるように配慮する」と述べているように、娘介護者の息抜きの時間を作るということも支援の一つであると思われる。しかし、今回の事例の中では、娘1人で認知症の父を介護しているケースが存在した。このケースは、兄弟姉妹間の役割は決まっているが、娘介護者以外介護する者がいないケースである。福祉サービス（デイサービス、ショートステイなど）を利用しているが、福祉サービスではカバーできない状況も存在した。この点の対応も今後検討する必要があると考える。

そのほか、加藤ら（1987：779）は、「介護者が娘の場合、自責的感情や介護上の負担が大きい」ことを指摘している。また、認知症高齢者を介護する娘介護者の危機として、天谷ら（2002：87）は、『痴呆の存在を知るときの衝撃と抵抗感』、『健康な親イメージの喪失に伴う葛藤』、『痴呆症状を伴った言動への対応の困難さ』、『介護役割に伴う葛藤』、『親子の関係性に関わる葛藤の再燃』、『介護スタイル選択に伴う葛藤』の6つのカテゴリーを報告している。娘介護者の場合は、本研究において『認知症の気づきと対応』、『介護者の自己調整』、『福祉サービス』などの特徴がみられた。これは、他の続柄の共通する特徴であるため、今後、先行研究を踏まえ、さらに娘介護者の特徴を明らかにする必要があると思われる。

第4章のインタビュー結果から、認知症高齢者の介護における続柄別の特徴がみられたことから、より続柄別の研究を行い、キメの細かい支援方法を見出していくことが必要と考える。

Ⅲ. 認知症ケアの在り方について

妻介護者の特徴から認知症介護継続の本質を探ることを試みたが、妻介護者の特徴は特有の『被介護者観』にあったと筆者は考えている。『被介護者観』は「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」としてまとめられたが、妻介護者は、夫の人間性や夫が持つ能力に常に焦点をあてていた。これは、トム・キットウッドが提唱する「その人を中心としたケア（パーソンセンタードケア）」の考え方でもある。妻介護者の場合、夫とのこれまでの長年の生活の重みが影響していると考えられるが、認知症の進行に伴い夫の言動が変化していく中で、時にみられる夫の病前の人間性を保持しようとする『被介護者観』が特徴的であった。夫と生活している、一緒にいる、その「場」にいる、ということが、夫の人間性や夫が持つ能力に気づく機会に繋がっていることである。メイヤロフ（2006：20）は「ケアするとき私は、他者を種々の可能性と成長する欲求を持っているものとして身に感じると」と述べている。『被介護者観』の妻介護者に特有な性質は、夫が持つ能力や可能性のある人間として捉えていたということである。そして、もう一つは、『介護者の変化』である。妻介護者における「介護者の変化」は、夫の人間性を保つためのものである。時には、妻介護者Aのように自分を劇的に変化させもする。メイヤロフ（2006：15）は「他の人々をケアすることをとおして、他の人々に役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きているのである」との言述は既に引用したが、妻介護者で明らかにされた、自身の変化によって、夫の人間性を維持することで、共に生きる意味を見出していることと対応するものと考えられる。つまり、認知症ケアでは、認知症という困難な病気故に、被介護者に対する見方や捉え方に関わる『被介護者観』、そして、被介護者の人間性を保つための『介護者の変化』が重要な要素であると考えるのである。

そして、もう一つ、ミメイヤロフ（2006：133）は、「自己の生の意味を生きることは、私と補充関係にある対象をケアすることにより場の中にいるということ」とも述べている。妻介護者や夫介護者の場合、被介護者の介護を行うことで、自分自身の存在を確認しており、本研究における事例から導き出された「評価確認」や「立場の確認」は、その具体的現れではなかったか。今回の妻介護者や夫介護者の事例の多くが、夫婦2人暮らしのケースであった。被介護者が認知症を抱えることで、妻介護者や夫介護者は、自分でなんとかしないといけないと思い、夫婦関係を変化させ、強化し、そして、「場の中にいる」ことによって、さらに、自分自身の存在が意識されるのであろう。その中で自分自身の価値を見出し、被介護者と寄り添って生きることやできる限り在宅で介護を行っていききたいという思いにつながっているのではないかと考えるのである。このような在り方は、認知症介護という過酷な状況の中で、より鮮明になるのではないかと考える。

最後に、メイヤロフ（2006：34）は、広義のケアの場合であるが、ケアの主な要素として「知識」を挙げ、「誰かをケアをするためには、私は多くのことを知る必要がある」と述べている。家族介護者の多くが、介護や認知症に関する知識を習得していた。これは、認知症介護に対する今後の不安を抱え、日々変化する認知症の行動・心理症状に対し戸惑い

ながら介護を行っていくことになり、介護の不安や対応方法などを知るために様々な知識を得ていく行動であると考え、その真の目的は、被介護者を理解するためのものであるとも言える。家族介護者は、被介護者を理解し、日々変化していく被介護者に対応するための知識を基礎に、「人間性の重視」と「被介護者が持つ能力」へと焦点を合わせ、そして、被介護者の人間性を保つのである。「知識」を得ることは、家族介護者にとって必然の行動であり、そのことで家族介護者の言動の変化が起こり被介護者に対応していくことに繋がる。つまり、「知識」の習得は、『被介護者観』や『介護者の変化』へ影響を与え、被介護者の人間性を保つための方向性を維持する重要な要素となるのである。

本項の試論は、本研究における配偶介護者特に妻介護者の分析を通して行ったものであるが、配偶関係ではなくても、介護者と被介護者の間に成立可能なことであると考え。それ故、介護という行為のなかに基本的志向として常に存在する、あるいは存在すべきことと筆者は考える。

第7章 本研究の意義と課題

I. 本研究の意義

本研究は、認知症の診断を受けた高齢者を介護している家族介護者、特に妻介護者の特徴に焦点をあてた数少ない研究の一つであると考えられる。これまでの家族介護者に関する研究は、被介護者の認知症の有無にかかわらず、また、介護を行っている家族介護者として、ひとまとまりとして検討され、続柄別（夫、妻、嫁、息子・娘介護者）に検討した研究が少ないことである。本研究では、在宅で認知症高齢者を介護している家族介護者に限定し、さらに続柄別、特に妻介護者の特徴を明らかにしてきた。

第1研究では、第2章に示したアンケート調査結果は、①「認知症有り群」が「認知症無し群」より介護負担感が有意に高い。②「65歳未満」と「65歳以上」で介護負担感を比較した結果、「65歳以上」が「65歳未満」より介護負担感が有意に低い。③「65歳以上」・「認知症有り群」において続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）に分析した結果、「65歳以上」・「認知症有り群」の場合、「配偶介護者」は、「ADL」と「要介護度」に相関がみられ、「ADL」と「要介護度」には「介護負担感」との相関はみられなかった。また、「配偶介護者以外」の場合は、「ADL」と「介護負担感」との間に相関がみられ、「ADL」と「要介護度」、「要介護度」と「介護負担感」の間には相関がみられなかった点などが明らかになった。認知症高齢者を介護する家族介護者（65歳以上）において、続柄別（「配偶介護者」と「配偶介護者以外」）の違いを明らかにしたことも重要である。

第2研究では、第4章において、第2章の結果を受けて妻介護者について分析し、さらに他の続柄（夫、嫁、息子・娘）と比較を行うことでその特徴を明らかにした。妻介護者の語りから『被介護者観』、『未来への視点』、『介護者の自己確認』、『情緒的共有』において妻介護者の在り方が特徴的であり、『介護者の変化』では、被介護者の人間性に対応した変化は、配偶介護者特に妻介護者にかなり特有な性質を持っていた。この結果は、これまでの先行研究とは異なった独自の視点である。認知症介護を継続して行う妻介護者の特徴が明らかになったことで、家族介護者に関わる機会が多いと考えられる担当ケアマネジャーや利用しているデイサービスなどの介護職員などの関わり方にも示唆を与え、家族介護者の実情にあった関わりにもつながると考えられる。本研究は、認知症高齢者介護において、これまでに殆ど無かった妻介護者に特化した研究であり、そして、今後、増加するであろう認知症を抱えた夫婦世帯の支援に役立つものと考えられる。

II. 本研究における今後の課題

(1) アンケート・インタビュー調査について

第2章のアンケート調査の有効回答数は、185部（46.0%）であった。今後、有効回答数をあげるため調査対象者が記入しやすい質問紙の検討が必要である。

次に、第4章の調査対象者についてである。第4章の調査対象者は、認知症の診断を受

けた高齢者を介護している家族介護者である。インタビューを行った当時、被介護者には認知症の行動・心理症状がみられ、その対応に困難を感じていた家族介護者もあったが、多くは認知症の行動・心理症状に対しある程度対応できている家族介護者であった。また、調査対象者を続柄別にみると、妻 11 事例、夫 4 事例、嫁 4 事例、息子・娘 4 事例であった。妻介護者以外の続柄の事例数が少なかったため、事例数を増やし再度検討する必要がある。

(2) 今後の課題

本研究では、認知症介護において継続できている家族介護者、主に妻介護者の特徴を明らかにしたが、妻介護者以外の続柄の特徴をより明らかにすることが必要である。また、支援については、家族介護者は、在宅でできる限り最期までみていきたいと語っていたが、今後、在宅で認知症介護が継続できるための環境の整備や認知症高齢者を介護する家族介護者に対し、地域としてどのように関わっていくかということも重要な課題である。現在、地域包括ケアシステムの構築が進められているが、認知症高齢者やその家族が住み慣れた場所で生活を営むことができるための家族支援の検討が必要である。

また、これまで女性が在宅で家族介護を担ってきた流れの中で、男性介護者の割合が高くなっていることも今回の調査結果から示唆された。これは、在宅における認知症介護の新たな重要な研究課題の一つであると考えられ、在宅において認知症介護を行う男性介護者に焦点をあてた更なる研究が求められる。

最後に、本研究の対象地域は仙台市を中心とした宮城県内の地域であったが、地域によっては、認知症介護に対する考え方や家族介護者の意識も異なるものと考えられる。今後、都市部と郡部の比較を行うなどの認知症介護の現状を明らかにし、支援の在り方を検討していくことも今後の重要な課題であると考えられる。

文献

<引用文献>

- ・秋吉知子・中島洋子・草場知子（2016）「認知症診断初期にある認知症高齢者の家族介護者の心理 発症から現在、将来の思い」『日本認知症ケア学会誌』15（2）470-479.
- ・天谷真奈美・大塚真理子・島田広美・星野純子・青木由美恵（2002）「痴呆性高齢者を介護する娘介護者の危機」『埼玉県立大学紀要』4, 87-93.
- ・安藤恵美・大野真理子・岡本友里・小笠原加菜・常安邦恵・小林一江（2005）「高齢夫婦のみの世帯で介護を行う配偶者のニード」『家族看護』3（2）, 112-122.
- ・荒井由美子（2004a）「Zarit 介護負担尺度日本語版（J-ZBI）および短縮版（J-ZBI_8）」『日本臨床』62 巻 増刊号 4, 45-50.
- ・荒井由美子（2004b）「家族介護者の介護負担 —その評価および今後の課題—」『老年精神医学雑誌』15 増刊号, 111-116.
- ・荒木兵一郎・足立啓（1990）「在宅痴呆性老人の行動類型別居住環境構成」『老年社会科学』12, 214-227.
- ・朝田隆（1991）「痴呆老人の在宅介護破綻に関する検討 問題行動と介護者の負担を中心に」『精神神経学雑誌』93（6）, 403-433.
- ・朝田隆（2013）『都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業, 1-46.
- ・『朝日新聞』2015年11月14日朝刊「『最愛の妻』になぜ」.
- ・浅川典子・高崎絹子・旭俊臣・吉山容正（1999）「在宅痴呆性老人の主介護者の介護負担感の関連要因 —日常問題となる行動との関連を中心として—」『日本在宅ケア学会誌』2（1）, 32-40.
- ・近森栄子（1999）「在宅ケアを提供される高齢者の特性と家族の負担感との関係」『神戸市看護大学紀要』3, 101-112.
- ・江原由美子（2012）「第2章 社会変動と男性性」目黒依子・矢澤澄子・岡本英雄編者『揺らぐ男性のジェンダー意識 仕事・家族・介護』新曜社, 35.
- ・後藤真澄・若松利昭（2003）「通所介護利用高齢者の居宅生活活動の実態とサービス利用による影響」『介護福祉学』10（1）, 9-18.
- ・羽根文（2006）「介護殺人・心中事件にみる家族介護の困難とジェンダー要因 —介護者が夫・息子の事例から—」『家族社会学研究』18（1）, 27-39.
- ・林葉子（2010）『夫婦間介護における適応過程』日本評論社.
- ・本間昭（1999）「痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか」『老年精神医学雑誌』10（7）, 787-793.
- ・藤田祥子・黒田輝政（1987）「痴呆性老人在宅介護家庭の生活実態」『老年社会科学』

9, 188-199.

- ・ 福田峰子 (2014) 「老老介護で生活している介護者の抱く思い」『金城学院大学大学院人間生活学研究科論集』14, 1-12.
- ・ 福祉政策研究会編著 (1996) 『こうなる新福祉政策 「新ゴールドプラン」 「エンゼルプラン」の要点解説』大成出版社.
- ・ 井口高志 (2007) 『認知症家族介護を生きる ー新しい認知症ケア時代の臨床社会学』, 東信堂.
- ・ 一瀬貴子 (2001a) 「高齢配偶介護者の介護に対して抱く『生き甲斐感』の規定要因分析 ー介護開始以前の夫婦関係・人間関係形成状況との関連ー」『家族関係学』20, 119-131.
- ・ 一瀬貴子 (2001b) 「在宅痴呆症高齢者に対する老老介護の実態とその問題 ー高齢男性介護者の介護実態に着目してー」『家政学研究』, 28-37.
- ・ 一瀬貴子 (2002) 「高齢配偶介護者の介護経験の基本的文脈 ー介護の肯定的価値と介護による否定的影響のパラドックスー」『家政学研究』49 (1) , 20-28.
- ・ 板橋裕子・別所遊子・上野まり (2012) 「夫介護者の排便介護の負担感および肯定感 ー妻介護者との比較からー」『日本地域看護学会誌』15 (1) , 5-15.
- ・ 伊藤公雄 (1993) 『<男らしさ>のゆくえ 男性文化の文化社会学』新曜社, 167.
- ・ 岩尾貢 (2013) 「第1章 第2節 認知症ケアの歴史」介護福祉士養成講座編集委員会編集『新・介護福祉士養成講座 12 認知症の理解 第2版』中央法規出版, 6.
- ・ 春日キスヨ (2011) 『介護問題の社会学』岩波書店.
- ・ 加藤伸司・池田一彦・平田進英・今井幸充・一原浩・本間昭・長谷川和夫 (1987) 「痴呆性老人に対する介護家族の意識・態度とその変化」『老年精神医学』4 (6) , 779-789.
- ・ 加藤伸司 (2003) 「老年期における家族への教育・支援」『精神科治療学』18 (5) , 563-569.
- ・ 加藤伸司 (2007) 『認知症を介護する人のための本 ケアする家族をストレスから救う』河出書房新社.
- ・ 加藤伸司 (2013) 「第4章 認知症の人の心理的特徴」一般社団法人日本認知症ケア学会編 『認知症ケア標準テキスト 改訂3版 認知症ケアの基礎』ワールドプランニング, 43-57.
- ・ 木田元 (1970) 『現象学』岩波書店, 183-184.
- ・ 木下康仁 (1989) 『老人ケアの社会学』医学書院.
- ・ 北村美波・西崎未和 (2008) 「在宅介護を継続している家族介護者が介護継続意欲を持つ要因」『川崎市立看護短期大学紀要』13 (1) , 1-10.
- ・ 小林陽子 (2005) 「痴呆症の妻を介護する高齢男性の介護認識とその影響要因」『老年看護学』9 (2) , 64-76.
- ・ 小泉直子・藤田大輔・濱西壽三郎・古橋武夫 (1993) 「在宅痴呆性老人の介護継続を

阻害する要因について」『厚生指標』40(2), 19-23.

- ・公益社団法人認知症の人と家族の会編集(2013)『認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書』平成24年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業, 23.
- ・高齢者介護研究会(2003)「第2章 高齢者介護研究会報告(本文) 2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」老人保健福祉法制研究会編『高齢者の尊厳を支える介護』法研.
- ・厚生労働省(1999)「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向 ～ゴールドプラン21～」.
- ・厚生労働省(2008)「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト 報告書」.
- ・厚生労働省(2008)「安心と希望の介護ビジョン」.
- ・厚生労働省(2012)「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」.
- ・厚生労働省(2015)「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」.
- ・厚生労働省大臣官房統計情報部編集(2015)『平成25年 国民生活基礎調査 第1巻』一般財団法人厚生労働統計協会.
- ・厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム(2012)「今後の認知症施策の方向性について 平成24年6月18日 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム」, 1-32.
- ・厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室(2013)「I 当面の認知症施策の取り組みについて ―認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)の着実な実施について―」『説明資料 平成25年6月25日 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室』.
- ・厚生省大臣官房政策課監修(1991)『21世紀への架け橋 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)』ぎょうせい.
- ・厚生省編集(1969)「厚生白書 昭和44年版」大蔵省印刷局.
- ・厚生省編集(1970)「厚生白書 昭和45年版」大蔵省印刷局.
- ・厚生省編集(1971)「厚生白書 昭和46年版」大蔵省印刷局.
- ・厚生省老人保健福祉局企画課監修(1994)『痴呆性老人対策推進の今後の方向 ―痴呆性老人対策に関する検討会報告・資料―』中央法規出版.
- ・熊本圭吾・荒井由美子・上田照子・鷺尾昌一(2004)「日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討」『日本老年医学会雑誌』41(2), 204-210.
- ・楠本由佳・横川舞・池田千鶴・鈴木麻美・近藤ふさえ(2006)「認知症高齢者の問題行動に対する主介護者の対応方法と介護負担感との関係」『日本看護学会論文集 老年看護』37, 73-75.
- ・Marlene Zichi Cohen (2005)「第1章 はじめに」Marlene Zichi Cohen/David L.Kahn/Richard H.Steeves 著/大久保功子訳『看護における質的研究 2 解釈学的現象

- 学による看護研究 ―インタビュー事例を用いた実践ガイド』日本看護協会出版会, 7.
- ・ 右田周平・服部ユカリ (2001) 「痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因」『老年看護学』6 (1) , 129-137.
 - ・ ミルトン・メイヤロフ／田村真・向野宣之訳 (2006) 『ケアの本質 生きることの意味』ゆみる出版.
 - ・ 三浦文夫 (1979) 「第1章 老人問題とその対策の概観」曾田長宗・三浦文夫編『図説老人白書』碩文社, 39.
 - ・ 中井康貴・中山慎吾・古瀬徹 (2012) 「在宅認知症高齢者の介護・医療サービス利用―家族介護者が感じる困難・負担感―」『厚生指標』59 (11) , 23-29.
 - ・ 中村紫織 (2013) 「第1章 2 認知症とは」井上千津子・澤田信子・白澤政和・本間昭監修/本間昭編『介護福祉士養成テキストブック⑩ 認知症の理解 第2版』ミネルヴァ書房, 13.
 - ・ 中谷陽明・東條光雅 (1989) 「家族介護者の受ける負担 ―負担感の測定と要因分析―」『社会老年学』29, 27-36.
 - ・ 二宮周平 (2001) 「3 家族と法」原ひろ子編著『家族論』財団法人放送大学教育振興会, 33.
 - ・ 野口裕二 (2002) 「物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ」医学書院, 14-15.
 - ・ 小原真知子 (1991) 「在宅痴呆性老人の家族介護の実態と課題 ―アルツハイマー型痴呆者の事例を中心に―」『社会福祉』32, 41-55.
 - ・ 岡本多喜子 (1988) 「『在宅痴呆性老人』の介護者の悩み」『老年社会科学』10 (1) ,75-90.
 - ・ 大西丈二・梅垣宏行・鈴木裕介・中村了・遠藤英俊・井口昭久 (2003) 「痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響」『老年精神医学雑誌』14 (4) , 465-473.
 - ・ 小野寺敦志・植田宏樹・下垣光・加藤伸司・植田英里・小坂敦二・池田一彦・今井幸充・長谷川和夫 (1992) 「痴呆性老人のデイケア終了後の追跡調査」『老年社会科学』14 Supplement, 100-110.
 - ・ 太田喜久子 (1996) 「痴呆性老人と介護者の家庭における相互作用の構造」『看護研究』29 (1) , 71-82.
 - ・ 大冢賀政昭・筒井孝子・東野定律・筒井澄栄 (2011) 「在宅要介護高齢者に家族介護者が提供したケアの実態およびその時間帯別ケア提供の特徴 ―認知症有無別の検討―」『経営と情報：静岡県立大学・経営情報学部/学報』24 (1) , 65-76.
 - ・ 大塚俊男 (2001) 「日本における痴呆性老人数の将来推計 平成9年1月の『日本の将来推計人口』をもとに」『日精協誌』20 (8) , 65-69.
 - ・ 大山直美・鈴木みずえ・山田紀代美 (2001) 「家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析」『老年看護学』6 (1) , 58-66.

- ・小澤芳子（2006）「家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究」『日本認知症ケア学
科誌』5（1），27-34.
- ・パトリシア・ベナー／ジュディス・ルーベル著／難波卓志訳（1999）『現象学的人間
論と看護』医学書院.
- ・パトリシア・ベナー（2006）「6 健康・病気・ケアリング実践についての研究におけ
る解釈的現象学の流儀と技能」パトリシア・ベナー編／相良-ローゼマイヤーみはる監訳
／田中美恵子・丹木博一訳『ベナー解釈的現象学 健康と病気における身体性・ケアリン
グ・倫理』医歯薬出版株式会社，93-118.
- ・佐分厚子・黒木保博（2008）「家族介護者の家族会参加における3つの主要概念の関
連性 ―共感、適応、家族会継続意図を用いた構造方程式モデリング―」『社会福祉学』
49（3），60-69.
- ・坂田周一（1989）「在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志」『社会老年学』29，
37-43.
- ・佐藤敏子・清水裕子（2005）「女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態と介護継続関連要
因 嫁・妻・娘の検討」『日本在宅ケア学会誌』9（1），46-51.
- ・S・B・メリアム著／堀薫夫・久保真人・成島美弥訳（2004）『質的調査法入門 ―教
育における調査法とケース・スタディー』ミネルヴァ書房，26.
- ・冷水豊（1989）「痴呆性老人の家族介護に伴う客観的困難の類型」『社会老年学』29，
16-26.
- ・白澤政和（2011）『「介護保険制度」のあるべき姿 利用者主体のケアマネジメント
をもとに』筒井書房.
- ・総務省統計局（2012）『平成22年国勢調査報告 第2巻 その1 全国編』総務省統
計局.
- ・鈴木祐恵・彦聖美・金川克子・石垣和子・大木秀一（2013）「訪問看護ステーション
利用者を介護している石川県下の男性介護者の実態と介護に対する意識 ―自記式質問
紙調査から」『石川看護雑誌』10，65-75.
- ・高橋（松鶴）甲枝・井上範江・児玉有子（2006）「高齢者夫婦二人暮らしの介護継続
の意思を支える要素と妨げる要素 ―介護する配偶者の内的心情を中心に―」『日本看護
科学会誌』26（3），58-66.
- ・構木てる子・内藤佳津雄・長嶋紀一（2007）「在宅における認知症の行動・心理症状
と介護への自己評価が介護負担感に及ぼす影響」『日本認知症ケア学会誌』6（1），9-19.
- ・和気純子（1998）『高齢者を介護する家族 エンパワーメント・アプローチの展開に
むけて』川島書店.
- ・渡辺俊之著（2005）『介護者と家族の心のケア 介護家族カウンセリングの理論と実
践』金剛出版.
- ・安武綾・五十嵐恵子・福嶋龍子・小玉敏江（2007）「認知症高齢者の家族の体験 ―

症状発現から診断まで」『老年看護学』12（1），32-39.

・吉田久美子・南好子・黒田研二（1997）「要介護高齢者の介護者の負担感とその関連要因」『社会医学研究』15，7-13.

・善積京子（2001）「12 変わりゆく結婚」原ひろ子編著『家族論』財団法人放送大学教育振興会，181-182.

・財団法人厚生統計協会編集（2005）『国民の福祉の動向・厚生の指標 臨時増刊・第52巻第12号』財団法人厚生統計協会，146.

・Zarit SH, Todd PA, Zarit JM（1986）Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers : A Longitudinal Study, The Gerontologist 26（3）, 260-266.

<参考文献>

・赤澤寿美・岩森恵子・原田能之・前原貴美枝・山村安弘（2002）「痴呆性高齢者の在宅介護長期継続と介護中断に影響する因子の検討」『日本地域看護学会誌』4（1），76-82.

・新居富士美・小山めぐみ・安部恭子（2012）「在宅認知症高齢者を介護している家族介護者の生活時間 ある夫婦の事例」『日本認知症ケア学会誌』10（4），476-483.

・別所遊子・細谷たき子・玉木晴美・佐澤恵美子・境井早苗・友安賀代子・中永悠子（2000）「痴呆性高齢者の在宅生活継続に影響する要因」『北陸公衆衛生学会誌』27（1），8-12.

・原田小夜・大籠広恵・安孫子尚子・山根寛（2015）「若年認知症者と家族の発症に気づいてから受診に至るまでの対処」『日本認知症ケア学会誌』13（4），729-738.

・廣瀬春次・生田奈美可（2010）「在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究」『日本看護研究学会雑誌』33（1），45-56.

・広瀬美千代（2010）『家族介護者のアンビバレントな世界 エビデンスとナラティブからのアプローチ』ミネルヴァ書房.

・深江久代・三輪真知子・渡邊輝美・今福恵子（1999）「介護者の痴呆の認識と介護困難に関する検討」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』13（2），123-136.

・井上摩耶子（1989）「第Ⅲ部 第4章 社会福祉とフェミニズム」大塚達雄・阿部志郎・秋山智久編『社会福祉実践の思想』ミネルヴァ書房.

・石島慎子・田高悦子・今松友紀・有本梓・臺有桂・大河内彩子・糸井和佳・田口理恵（2015）「老老介護において重介護を担う夫介護者の介護体験に関する質的帰納的分析」『保健師ジャーナル』71（12），1044-1050.

・一瀬貴子（2004a）「『介護の意味』意識からみた、高齢配偶介護者の介護特性 — 高齢男性介護者と高齢女性介護者との比較 —」『関西福祉大学研究紀要』7，75-90.

・一瀬貴子（2004b）「高齢家族介護者の『ストレス発生過程』に及ぼす『介護に対して抱く生き甲斐感』の影響 — ストレス因果モデルに従ったパス解析による規定要因分析」『関西福祉大学研究紀要』7，91-107.

・木村清美・相場健一・小泉美佐子（2011）「認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ

外来に受診させるまでのプロセス」『日本認知症ケア学会誌』10 (1) 53-67.

・松本啓子・若崎淳子・名越恵美 (2012) 「在宅認知症高齢者の家族介護者の介護経験を通じた思い ―発症時の対処行動と後悔したことに着目して―」『看護・保健科学研究誌』11 (1) , 214-220.

・水島洋平 (2010) 「男性家族介護者の介護役割と男性性」『同志社政策科学研究』12 (1) , 61-69.

・宮上多加子 (2004) 「家族の痴呆介護実践力の構成要素と変化のプロセス ―家族介護者 16 事例のインタビューを通して」『老年社会科学』26 (3) , 330-339.

・宮上多加子 (2007) 「家族介護者の認知症介護に関する認識の変容プロセス」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』56, 1-11.

・森千佐子 (2008) 「在宅高齢者の主介護者が求めるサポートの充足状況と精神的健康との関連」『介護福祉学』15 (1) , 31-40.

・諸岡明美 (2012) 「在宅における認知症高齢者の介護および死別体験のプロセスと心理 家族介護者へのインタビューの質的研究」『日本認知症ケア学会誌』10 (4) , 462-475.

・永井邦芳・堀容子・星野純子・浜本律子・鈴木洋子・杉山晃子・新實夕香理・近藤高明・玉腰浩二・榊原久孝 (2011) 「男性家族介護者の心身の主観的健康特性」『日本公衛誌』58 (8) , 606-616.

・西岡浩子・高木初子・水戸美津子 (2014) 「在宅で認知症高齢者を介護する主介護者の日常生活を安定させるための対処行動」『日本認知症ケア学会誌』12 (4) 715-722.

・大島崇・有園博子 (2012) 「認知症の介護経験をもつ家族介護者の意味づけ ―介護経験のプロセスと今の生活の意味づけに注目して―」『発達心理臨床研究』18, 85-94.

・佐々木智也・津山直一・高橋勇・堂前章・古賀良平・今田拓・長谷川恒雄・小林邦雄・(故、間得之)・明石謙・長尾竜郎・佐直信彦・宮原英夫・立野勝彦・吉永繁彦・緒方晴男 (1982) 「日常生活動作テストの手引」『リハビリテーション医学』19 (2) , 114-131.

・関谷栄子・落海文子・新井幸恵・柴生田美里 (2005) 「痴呆性高齢者を世話する家族の介護継続・介護肯定要因の検討 ―Yさんのデイサービス連絡張の分析を通して―」『白梅学園短期大学紀要』41, 29-41.

・下垣光・加藤伸司・藤森和美・今井幸充・長谷川和夫 (1989) 「痴呆性老人を抱える介護者の意識と態度」『老年社会科学』11, 249-263.

・杉原百合子・山田裕子・武地一 (2010) 「認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究 家族介護者の語りの介護開始時期からの分析」『日本認知症ケア学会誌』9 (1) 44-55.

・杉原百合子・山田裕子・武地一 (2012) 「認知症高齢者家族の意思形成過程の経時的変化に関する研究」『日本認知症ケア学会誌』11 (2) , 516-528.

・諏訪さゆり・湯浅美千代・正木治恵・野口美和子 (1996) 「痴呆性老人の家族看護の発展過程」『看護研究』29 (3) , 31-42.

- ・塚原貴子・宮原伸二・山下幸恵（2010）「重度認知症患者の在宅介護が継続できた要因 —家族介護者からの聞き取り調査—」『日本農村医学会雑誌』59（4），461-469.
- ・山口由美（2008）「認知症の人および家族介護者の地域生活を支えるケア態勢の確立」『大正大学大学院研究論集』32，310-328.
- ・山根真理（1992）「第6章 フェミニズムからみた家族福祉」野々山久也編『家族福祉の視点』ミネルヴァ書房.

謝辞

本論文をまとめるにあたり、東北福祉大学教授松江克彦先生始め多くの先生方のご指導に心から感謝申し上げます。また、アンケート調査やインタビュー調査の趣旨をご理解頂き調査にご協力頂いた施設長をはじめ、事業所の管理者の皆様、そして、実際にアンケート調査やインタビュー調査にご協力頂いた家族介護者の皆様にお礼を申し上げます。

インタビュー調査にご協力頂いた家族介護者の皆様には、在宅で介護を行っているなか、時間を割いて頂き介護の個別的な体験を語って頂きました。家族介護者の皆様からは、介護に対する思い、苦悩、葛藤、喜びなどの様々な語りを聞くことができ貴重な体験をさせて頂きました。この論文をまとめる原動力になったのは家族介護者の皆様の語りでした。

家族介護者の皆様には、心から感謝申し上げます。有り難うございました。

<資料>

- 資料 1 家族介護者へのアンケート調査依頼文／調査票

- 資料 2 家族介護者へのインタビュー調査依頼文
同意書（様式 1）・同意取り消し書（様式 2）

資料 1

アンケート調査協力をお願い

本調査は、在宅における家族介護の現状を把握することを目的としております。この調査を実施することで、家族介護の現状や課題が明らかになるとともに、家族介護者の皆様に対する支援のあり方を検討する貴重な基礎資料となります。

そして、家族介護者の皆様から得られたデータは、今後の家族介護の研究の発展につながり、さらには、家族介護者の皆様の介護に役立つものと考えております。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、本調査の趣旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は、

- ① 特定の個人ではなく、在宅で介護を行っている多くの家族介護者の皆様に対象しております。
- ② 調査にご協力できなくても全く不利益はありません。
- ③ 調査は無記名で行い、また、得られたデータは統計処理するため、個人が特定されるようなことはありません。
- ④ 回答の内容を研究目的以外で使用することはありません。
- ⑤ データは厳重に保管いたしますので、回答して頂いた情報が外部に漏れることはありません。

上記の 5 点をご理解頂いた上で、調査へのご協力宜しくお願い申し上げます。

仙台白百合女子大学
人間学部 心理福祉学科
三浦 和夫

記入日：平成 年 月 日

I. 主介護者の皆様にお伺いします。該当する番号または記号を○で囲み、必要事項をご記入下さい。

- (1) 主介護者の性別 (2) 主介護者の年齢 (3) 主介護者の介護年数
1. 女性 2. 男性 満 () 歳 (年 ヶ月)
- (4) 「介護を受けている方」の性別 (5) 「介護を受けている方」の年齢
1. 女性 2. 男性 満 () 歳
- (6) 「介護を受けている方」
1. 父 2. 母 3. 義父 4. 義母 5. 夫 6. 妻 7. その他 ()
- (7) 主介護者の同居者の有無 【複数回答可】
1. 有り (a. 夫 b. 妻 c. 息子 d. 娘 e. 息子夫婦 f. 娘夫婦 g. その他 ())
2. 無し
- (8) 副介護者の有無
1. 有り (a. 夫 b. 妻 c. 息子 d. 娘 e. 親戚 f. その他 ())
2. 無し
- (9) 現在利用している医療・福祉サービス 【複数回答可】
1. デイサービス (デイケアを含む) 2. ショートステイ 3. ホームヘルプサービス
4. 入浴サービス 5. 福祉用具貸与 6. 配食サービス 7. 訪問看護
8. 訪問リハビリテーション 9. 夜間対応型訪問介護 10. 認知症対応型通所介護
11. 外来通院 12. 往診 13. その他 ()
- (10) 今後の見通し 1. 施設介護希望 2. 在宅介護希望
- (11) 施設等への入所申込み 1. している 2. していない
- (12) 主介護者の就労状況 1. 働いている 2. 働いていない
- (13) 経済的状态 1. 苦しい 2. 普通 3. 余裕がある
- (14) 主介護者の健康状態
1. 非常に健康 2. 健康 3. どちらでもない 4. あまり健康でない 5. 健康でない
- (15) 「介護を受けている方」の状態
- | | | | | |
|-----------------|-------|--------|---------|--------|
| ・ 食事 | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ 入浴 | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ 排泄 | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ 起居・移動 (歩行等) | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ 着替え | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ 整容 (洗顔・口腔ケア等) | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
| ・ コミュニケーション | 1. 自立 | 2. 見守り | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |

(16)「介護を受けている方」の要介護度

1. 要支援 1 2. 要支援 2
3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5

(17)「介護を受けている方」の認知症の有無

1. 認知症有り
(a. アルツハイマー型認知症 b. 脳血管性認知症 c. レビー小体型認知症
d. 前頭側頭型認知症 e. 不明 f. その他 ())
2. 認知症無し

(18)「介護を受けている方」にみられた症状 【複数回答可】

1. 幻覚 2. 妄想 3. 抑うつ 4. 不眠 5. 不安感 6. 不穏
7. 徘徊 8. 暴言 9. 暴力行為 10. 異食 11. 尿失禁 12. 便失禁
13. 介護への抵抗 14. 収集癖 15. おむつはずし 16. 性的逸脱行為 17. 放尿
18. 火の不始末 19. 同じことを何度もきいてくる 20. 店などから商品をもってくる
21. その他 ()

II. 以下の各質問について、主介護者の皆様の気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください。

		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
1	介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
2	介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
3	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
4	介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
5	介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
6	介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか。	0	1	2	3	4
7	介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
8	介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4

* ご記入後は、調査票を封筒に戻して頂き、ご郵送ください。

資料 2

平成〇年〇月〇日

「家族介護者における認知症ケアの困難性に関する研究」に関する ご説明と研究へのご協力をお願い【家族介護者用】

仙台白百合女子大学 人間学部
心理福祉学科 三浦和夫

本研究は、下記の内容のもと行うものです。本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。

家族介護者の皆様のご承認を頂きました折には、別紙「同意書（様式 1）」にご署名・捺印をお願い致します。

1 研究の意義と目的

近年の調査では、高齢者（65 歳以上）の 6.6 人に 1 人が認知症になると推測され、また、夫婦のみ世帯（65 歳以上）の割合が約 40.0%という結果が出ております。わが国では、夫婦間介護を含む家族介護が喫緊の課題となっており、その課題を解決するための具体的方法を検討する必要があると考えます。

そこで、研究の目的は、家族介護者における認知症ケアの困難性や問題点に焦点をあて、その共通点と違いなど、家族介護者の現状を明らかにすることです。

本研究を行うことで、認知症ケアにおける家族介護者の皆様の現状が明らかになり、具体的支援を検討する上での重要な資料となります。また、本研究は、家族介護者の皆様の日常的な困難さや問題の軽減に寄与し、家族介護者の皆様に役立つ意義のある研究と考えております。

2 研究方法

- 1) 調査対象者は、在宅で介護を行っている家族介護者（主介護者）の皆様。
- 2) 調査方法は、在宅で介護を行っている家族介護者（主介護者）の皆様に対しインタビューを行います。
- 3) インタビューは、家族介護者の皆様のご都合に合わせて行う予定です。
- 4) インタビューの内容は、録音の許可を得て、許可が得られた場合のみ録音させていただきます。許可が得られない場合は、インタビューの内容をノートに記録いたします。
- 5) インタビューの所要時間は、1 時間～1 時間 30 分程度です。回数は、1 回を予定していますが、何回かインタビューをさせて頂く場合があります。
- 6) インタビューの場所は、ご相談の上、プライバシーが保たれる場所で行わせて頂きます。
- 7) インタビューの質問項目は、介護における個人的体験を話して頂くことを第一に、その中で「認知症ケアにおける困難性や問題について、介護を続けている動機について、現在利用している福祉サービスについて、今後の介護の見通し」などについて質問させて頂く予定です。

3 対象者の負担・苦痛の回避について

研究にご協力頂ける家族介護者の皆様には、

- 1) 研究への参加・協力は、自由意思であり拒否権があります。
- 2) 研究への参加・協力を断ったとしても不利益を被ることはありません。
- 3) 研究参加への「同意書（様式 1）」記入後においても同意取り消しが可能です。その際は、別紙「同意取り消し書（様式 2）」にご記入頂きます。
- 4) 研究参加を取りやめることで不利益を被ることはありません。
- 5) 質問に対する回答は強制ではありません。答えたくない質問には、回答する必要はありません。

4 個人情報の保護について

研究にご協力頂ける家族介護者の皆様には、下記の方法でプライバシーに配慮し、個人情報の保護を徹底します。

- 1) IC レコーダーで録音した内容は、暗号化しパソコンへ保存します。また、パソコンへ保存した後は、IC レコーダーで録音した音声記録を消去します。
- 2) パソコンに保存した音声記録データは、音声記録を逐語録にした時点で消去します。
- 3) 逐語録の作成は、調査実施者自身が行います。
- 4) 逐語録（データ）は、個人が特定されないように匿名化し、施錠可能な場所に保管します。また、本研究に関するデータや資料についても同様に扱います。
- 5) 調査結果公表時、家族介護者に皆様から得られた固有名詞は記号に置き換えます。
- 6) 他の研究者から助言・指導を得る場合は、記号に置き換えた逐語録（データ）を使用します。

5 研究結果の公表方法

調査結果は、個人が特定されないように固有名詞は記号に置き換えて、調査にご協力頂いた家族介護者の皆様に結果の概要を報告いたします。また、調査実施者が所属する学会や論文などで公表します。

同意書

- ・本研究の目的は、家族介護者における認知症ケアの困難性や問題点に焦点をあて、その共通点と違いなど、家族介護者の現状を明らかにすることです。
- ・研究方法は、家族介護者の皆様にインタビューを行う予定です。
- ・インタビューの時間は、1 時間～1 時間 30 分程度です。インタビューは、家族介護者の皆様のご都合に合わせて、ご相談の上、プライバシーが保たれる場所で行わせて頂きます。
- ・インタビューの質問項目は、介護における個人的体験を話して頂くことを第一に、その中で「①認知症ケアにおける困難性や問題について、②介護を続けている動機について、③現在利用している福祉サービス」などについて質問させて頂く予定です。また、今回は、インタビューという形をとっており上記の示した内容などを質問させて頂く予定ではありますが、基本的には、家族介護者の皆様から体験を語って頂くということに重点を置いています。
- ・インタビューの内容は、録音の許可を得て、許可が得られた場合のみ録音させて頂きます。許可が得られない場合は、インタビューの内容をノートに記録いたします。
- ・研究への参加・協力は、自由意思であり拒否権があります。また、研究への参加・協力を断ったとしても不利益を被ることはありません。研究参加への「同意書(様式 1)」記入後においても同意取り消しが可能です。質問に対する回答は強制ではありません。
- ・プライバシーおよび個人情報の保護については、IC レコーダーで録音した内容は、逐語録にした時点で消去します。逐語録(データ)は、個人が特定されないように匿名化し、施錠可能な場所に保管します。また、本研究に関するデータや資料についても同様に取り扱いします。
- ・調査結果は、個人が特定されないように固有名詞は記号に置き換えて、学会や論文などで公表します。

上記の「家族介護者における認知症ケアの困難性に関する研究」に関する研究内容について十分理解しましたので、この研究に参加することに同意します。

平成 年 月 日

(自署)

調査参加者氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

本研究に関して、私が説明し、同意が得られました。

平成 年 月 日

(自署)

調査実施者氏名 _____ 印

所属 _____

*なお、本同意書は 2 部作成し、双方にて保管します。

同意取り消し書

三浦和夫（調査実施者） 行

私は、「家族介護者における認知症ケアの困難性に関する研究」への参加の同意し、同意書に署名していました。

このたび、その同意を取り消しますので、同意取り消し書を提出します。

平成 年 月 日

（自署）

調査参加者氏名 _____ 印

本研究に関して、同意取り消し書を受領しました。

平成 年 月 日

（自署）

調査実施者氏名 _____ 印

所属 _____

*なお、本同意書は 2 部作成し、双方にて保管します。