

2015年度 博士学位論文

認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方に関する研究

—サービス利用と心理的変容の考察を通じて—

立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科

任 賢 宰

目 次

序 章.....	1
第1節 研究の背景と研究の目的.....	1
1. 研究の背景.....	1
2. 研究の目的と独創性.....	3
第2節 研究の方法.....	4
1. 研究の方法.....	4
2. 倫理的配慮.....	5
第3節 論文の構成と用語の整理.....	6
1. 論文の構成.....	6
2. 本論文における用語の定義.....	9
第I部 理論編—認知症高齢者を支える家族介護者の現状と心理的変容並びに親密性・共依存との関係.....	11
第1章 認知症高齢者と家族介護をめぐる現状と課題.....	11
第1節 認知症と高齢者.....	11
1. 認知症の医学的所見.....	11
2. 認知症高齢者の現状と支援制度.....	29
第2節 家族介護をめぐる論考にみる家族介護者の変化.....	41
1. 家族介護をめぐる論考.....	42
2. 家族介護と主介護者の変化.....	57
第3節 認知症高齢者を支える家族介護者への支援の現状と課題.....	69
1. 家族介護者のニーズ及び支援の現状と課題.....	69
2. 家族介護者の当事者としての活動.....	83
第2章 家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係.....	93
第1節 家族介護者の心理・情緒面への論考と心理的変容をめぐる論点.....	93
1. 家族介護者の心理・情緒面の論考.....	93
2. 家族の介護負担とストレス.....	95
3. 介護する家族の心理的変容と課題.....	100
第2節 家族介護者の親密性 intimacy と親密性の変容.....	106
1. 二者間における親密性.....	106
2. 家族と介護をめぐる親密性の変容.....	111
第3節 共依存 co-dependency と家族介護者.....	116
1. 共依存の概念.....	116
2. 共依存の特徴.....	120
3. 共依存と家族介護者.....	123

第Ⅰ部の小括	132
1. 認知症高齢者を支える家族介護者への支援	132
2. 認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援	133
第Ⅱ部 実証編—認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容	135
第3章 家族介護者のサービス利用と心理的変容—介入時期・内容と親密性・共依存の関 係	135
第1節 本研究における方法論としての位置づけ	136
1. 調査研究の概要	138
2. 量的研究の概要	140
3. 質的研究の概要	145
4. 調査研究の分析	147
第2節 主観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容	152
1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容	152
2. 家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向	166
3. 自由記述から読みとる家族介護者への支援の時期及び内容	182
第3節 主観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容の質的調査研究	189
1. 目的	189
2. 方法	189
3. 結果	193
第4章 専門職から見た家族介護者のサービス利用と心理的変容—介入時期・内容と親密 性・共依存の関係	212
第1節 客観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容の量的調査研究	212
1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容	212
2. 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向	217
3. 専門職の自由記述から読みとる家族介護者への支援の時期及び内容	222
第2節 客観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容	225
1. 目的	225
2. 方法	225
3. 結果	227
第Ⅱ部の小括	236
1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容	236
2. 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係	237
3. 自由記述から読みとる家族介護者の支援	239
4. 質的研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容	240
第Ⅲ部 家族介護者支援のシステムのあり方—総合考察	243
第5章 認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入—サービス利用と心理的変容に 焦点をあてて	243
第1節 家族介護者への支援の介入時期及び介入内容	243

1.	認知症高齢者及び家族介護者の現状.....	243
2.	家族介護者のサービス利用と心理的変容.....	244
第2節	認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方.....	247
1.	認知症高齢者を支える家族介護者の親密性と共依存の傾向.....	247
2.	家族介護者の心理的変容に影響する親密性と共依存の傾向.....	248
3.	家族介護者に求められる支援.....	249
第3節	家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容.....	251
1.	状況 situation への対応.....	251
2.	連続性 continuity のうえの介護状況.....	252
3.	相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持.....	253
第6章	認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方.....	258
第1節	認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入—調査研究から得られた知見.....	258
1.	家族介護者のサービス利用と心理的変容の検討から読み取る支援の時期と内容.....	258
2.	家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向.....	259
3.	認知症高齢者を支える家族介護者に求められる支援.....	260
4.	家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容.....	261
第2節	認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方.....	262
1.	認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容.....	262
2.	家族介護者の親密性と共依存の傾向.....	262
3.	家族介護者の心理的支援に向けて.....	264
第3節	認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方.....	266
1.	認知症高齢者を支える家族介護者への支援.....	266
2.	認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方.....	267
終章	研究の成果と今後の課題—家族介護者への支援を考える.....	269
第1節	本研究における成果の要約.....	269
1.	認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題.....	269
2.	家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係.....	271
3.	家族介護者のサービス利用と心理的変容—調査研究から得られた知見.....	272
4.	家族介護者支援のシステムのあり方.....	274
第2節	本研究の限界と今後の課題.....	276
	【引用・参考文献】.....	278
	【資料編】.....	303
【資料1】	家族介護者の量的研究 1.....	304
1.	調査1の調査票.....	304
2.	調査1の結果.....	310
3.	調査1の単純集計結果.....	320

【資料2】 家族介護者の調査 2.....	333
1. 調査2の調査票.....	333
2. 調査2の結果.....	340
3. 調査2の単純集計結果.....	354
【資料3】 専門職の調査.....	366
1. 専門職の調査票.....	366
2. 専門職の調査結果.....	372
3. 単純集計結果.....	379
【資料4】 質的研究の結果.....	388
1. 家族介護者の結果.....	388
2. 専門職の結果.....	388

序 章

第1節 研究の背景と研究の目的

1. 研究の背景

日本は、高齢化率 24.1%と超高齢社会であり、後期高齢者の総人口に占める割合も 11.5% (2012 年 10 月 1 日現在) と高くなっている (内閣府 2013)。その中でも介護を要する認知症高齢者数は、250 万人といわれており、その多くが家族による介護を受けている状況である。

このような状況の中、2000 年に介護保険制度が施行された。介護保険制度による高齢者介護の新たな支援策は「選別主義」から「普遍主義」への転換であり、介護保険は本人の自己決定に委ねられ、介護の商品化によって自由にサービスを選択することができるようになった。家族のみに介護を負わせた従来の在宅介護から、高齢者の状態に合わせて公的に認定された社会的援助を受けながらの家族介護へ、つまり介護の社会化を目指すものであった。

しかし、在宅介護指向ともいえる現在の介護政策が、家族介護者がいることを前提としているのに対して、社会の変化に伴って崩れつつある家族形態の変化によって、介護の形態も急激に変化しており、このような急激な変化に介護保険制度を含む社会的支援システムが追い付くことができなくなっているのが現状である。

本間は、「認知症疾患の最大の特徴は家族あるいは介護者が第 2 の疾患の犠牲になることで、家族・介護者の心理的負担に加えて社会的な負担も無視できない。認知症に伴う徘徊や攻撃的行動などの行動障害に対応するためのサービスを含めた社会的なリソースは十分ではない」と指摘している (本間 2008 : 348-349)。本間の指摘のように、現在の介護保険制度は要介護者本人に給付する保険であるため、通所介護や短期入所といったレスパイトの色彩の濃いサービスも、基本的には本人に対するもので、家族介護者に焦点化した支援とは言い難い。それらは、家族介護者への身体的な解放が優先されており、家族介護者への心理・情緒面への直接的支援は、介護保険実施 15 年目になる今日においてもほとんどなされていない。自治体ごとに相談窓口は設置されているが、利用者側からその相談窓口を利用できる体制は不十分であり、加えて家族への支援は見過ごされている。

また、家族についても西洋とは異なる『いえ』という意識が残っており、そうした思想のもとで心理・情緒面でも強く結ばれているため、支援を考える際、心理・情緒面の支援は欠かせない側面である。とは言え、心理・情緒面を踏まえた家族介護者への支援のあり方についての研究は遅れており、家族介護者の介護の過程ごとの支援に対する検討が急がれるところである。

認知症の発症によって家族は心理的に混乱し、「曖昧な喪失」を体験する。発症前の家族成員と高齢者との関係性を考慮した心理的援助を実施することが、関係性の再構築に有効であると述べている研究もある (中村ほか 2011 : 118)。認知症の介護は、他の身体疾患の

介護とは違い、認知症の症状による記憶障害や行動と心理状況（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）によって、認知症を心理的に受容しきれず、葛藤状況に置かれて心理的にバランスが崩れる経験をする。家族介護者が介護の過程で経験する様々な状況によって感じる介護ストレスや介護負担は（松本 2006:53 ; 田部井 2009:150-151 ; 植木 2009:49 ; 長谷川 2010:83）、介護者自身はもちろん要介護者にまで悪影響を与えるという報告もある（松本 2006:17）。

さらに、家族介護者の中には、利用できるサービスがあっても利用せず、認知症高齢者に対して「自分が唯一の適切な介護者である」として、離れられなくなる傾向もみられる（井口 2007 : 146,162）。認知症高齢者を支えている家族介護者の離れられない傾向について、家族介護者と被介護者の「離れられなさ」に焦点を当てた研究では、身体解放が必ずしも心理・情緒の解放とつながっていないことが明らかになっている（任 2009 : 96）。

この家族介護者の「離れられなさ」の根底には親密とか依存という諸感情があり、介護という行為はこれらの諸感情、特に心理的変容や親密性の変容に影響を与え、サービスの利用にも何らかの影響があると想定される。

家族という関係は、愛情を基盤とする親密性を通して、心理・情緒的な安定感を提供する小集団で（松島 2001 ; Giddens A.1992=1995）、他集団とは異なる課題が生じている。ことのほか、認知症高齢者を支える家族には、症状の特徴と症状の変化による親密性の変容から生じる課題がより深刻な形としてあらわれると思われる。介護や保育の場のような親密性に基づくケアは、親密という言葉がもつプラスのイメージとは逆に、憎悪と嫌悪の感情も引き起こし、身体的ケアと並び精神的ケアまで負の感情を引き起こす契機になるという報告もある（佐藤 2004 : 27-29 ; 齋藤 2003 : 24）。

また、周知のとおり、認知症高齢者の介護は他の高齢者の介護より長い期間を要する場合が多く、認知症が持つ症状の特徴から心理的変容が発生しやすく、人間関係の関係障害に陥りやすい。この人間関係の障害は、相手を従属させて支配するケアの関係に陥りやすく、自分も縛ってしまう共依存に陥りやすい（清水ら 2001 : 102-107 ; 中島 2006 ; 任 2010 : 11 ; Melody 2009=2011 : 16）。日本では、家族はお互いに世話をすべきという認識が強く、社会文化的にも共依存的な社会という特徴も加わり、家族関係における共依存の問題は、力関係の逆転あるいは、嗜癖的關係性の増強を引き起こすこともあるという指摘もある（齊藤 1999 : 161-162 ; 清水ほか 2001 : 70-74 ; 安田 2013 : 27）。

認知症高齢者を支える家族介護者の支援を考える際、家族が認知症を病として理解し、ありのままの認知症高齢者を受容できるまでの心理的支援のあり方は重要で（高崎 1989 : 428）、近年、認知症高齢者と家族介護者の関係における共依存についても論じられ始めている（難波ら 2006 : 13-14 ; 中島 2007 : 98-99）。

しかし、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程におけるサービスの利用と心理的変容に着目した実証的研究、とりわけ量的研究への試みはほとんどない。また、認知症高齢者を支える家族介護者に対する親密性の変容や共依存傾向の視点からの実証的な研究も少ないといえる。

これまでに述べたことを踏まえて、認知症高齢者を支える家族介護者は、「介護の過程に

よって心理的に変容する」という仮説①と、「介入内容及び介入時期は心理的変容に影響を与える」という仮説②、「親密性 intimacy 及び共依存 co-dependency (=不適切な関係) は、心理的変容に影響を与える」という仮説③を提示することができる。

2. 研究の目的と独創性

(1) 研究の目的

以上の研究の背景と仮説に対して本研究は、認知症高齢者と家族介護者をめぐる現状と課題、家族介護者の介護の過程におけるサービスの利用及び心理的変容に対する理論研究を第1目的とした。

また、家族介護者と専門職に対する双方の調査研究から、心理的変容を念頭に入れた支援の介入内容及び介入時期を析出するために、サービスの利用状況と心理的ステップ(杉山 2007)¹⁾を切り口とする心理的変容の状態や親密性及び共依存との関係を把握することを第2の目的とした。

さらに、第1目的と第2目的を踏まえながら、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方に対する考察を第3目的とした。

(2) 研究の独創性

今までの家族介護者に関する研究の多くが、家族の機能や構造に対する試みであった。家族介護者の負担感をはじめとする研究が行われ始めたのは近年のことである。しかし、いまだに認知症高齢者と家族介護者の関係における心理・情緒面、特に親密性を基盤とする心理的変容と介護問題に関する福祉的側面からの実践研究はほとんど行われていない。

本研究では、家族介護者の心理的変容について心理的ステップを切口に利用サービス及びサービスの利用時期に着目し、認知症高齢者と家族介護者の親密性及び共依存に焦点を当て、心理的変容との関係を把握し、家族介護者の支援を心理的側面から探ることが独創的であるといえる。

認知症高齢者の問題とともに問われ続けている家族介護者支援のシステムのあり方に対する研究の取り組みは、地域包括ケアシステムを目指している今日の認知症ケアシステムの発展に大いに貢献できると考えられる。

1) 【家族のたどる4つの心理的ステップ】

第1ステップ<とまどい・否定>異常な言動にとまどい・否定しようとする。他の家族にすら打ち明けられず悩む。第2ステップ<混乱・怒り・拒絶>認知症への理解の不十分さからどう対応して良いかわからず混乱し、些細なことに腹を立てたり叱ったりする。精神的、身体的に疲労困憊、拒絶感、絶望感に陥りやすい最もつらい時期。第3ステップ<割り切り>怒ったり、イライラしても何もメリットはないと思い始め、割り切るようになる時期。症状は同じでも介護者にとって「問題」としては軽くなる。第4ステップ<受容>認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理を介護者自身が考えなくてもわかるまでになる。認知症の人の家族としてあるがまま受け入れられるようになる時期(杉山 2007)。

第2節 研究の方法

1. 研究の方法

本研究の目的を達成するために、具体的に3つの研究課題が導き出され、この3つの課題に加えて、理論研究によって4つ目の研究課題が以下のように導き出された。

【課題1】 認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討

【課題2】 家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討

【課題3】 調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証

【課題4】 家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈

本論文は、以上の課題について、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点を当てて行った、理論研究と調査研究で構成される。

理論研究では、コミュニティ福祉学の学術的視点から、社会福祉学、社会学、心理学、老年学、医療・看護学などの関連領域の知見を踏まえながら検討及びレビューをする。【課題1】の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」のために、認知症と高齢者に対する理論的背景と現状を整理し、理解を深める。また、認知症高齢者と家族介護者の関係状況と認知症高齢者を支える家族介護者への支援について理論研究を行う。【課題2】の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係を検討」のために、認知症高齢者を支える家族介護者の心理・情緒面における負担感やストレスと介護の過程の中で経験する心理的変容及び親密性・共依存の概念に着目して理論研究を試みる。

また、調査研究は、研究の方法論として量的研究法と質的研究法を組み合わせ、並行的 concurrent 混合研究法と順次的 sequential 混合研究法を繰り返し行った。この研究方法論を踏まえて、家族介護者の主観的観点と専門職の客観的観点から認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方について論じる。そのために、「介護の過程によって心理的に変容する」という仮説①と、「介入内容及び介入時期は心理的変容に影響を与える」という仮説②、「親密性 intimacy 及び共依存 co-dependency (=不適切な関係) は、心理的変容に影響を与える」という仮説③の3つの仮説について、当事者の家族介護者と支援者である専門職に分けて、量的研究<調査1・調査2>から仮説の検証をはかり、【課題3】の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」を試みる。

また、質的研究の<調査1・調査2>から、家族介護者の介護の過程におけるサービス利用と心理的変容について深層的に探ることで、【課題4】の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」を試みる。

調査研究の詳細は、第3章に記述している。

2. 倫理的配慮

本研究は、筆者が所属していた立教大学コミュニティ福祉学研究科の倫理指針に基づき、指導教授の指導のものに行ったものである。

調査の実施にあたっての倫理的配慮として、調査の趣旨を委託関係機関の代表に説明し許諾を得た後、各機関に調査委員会を設けて調査票の修正を行い、発送・回収の協力を得た。また、調査の結果は、個人を特定したデータの分析を行わず統計処理を目的としていることと、プライバシーの保護について文書を用いて説明を行い、調査票の返送があったものを調査に同意を得たものとした。さらに、質的調査においては、調査協力者に対して研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究への協力は自由意志であること、承諾した後であっても協力を中止できること、録音をとることなどの内容を含む協力依頼書を作成・説明し、協力の承諾書を得た。加えて、インタビュー内容は逐語記録を行い、対象の特定につながると思われる内容は、個人情報の保護のために記号や英文字で記述している。

なお、本研究において引用および参考にした先行研究は、巻末に原著者名・文献・出版社・出版年・引用箇所を明示し、原典をそのまま表記したものについては、自説と他説を峻別するようにした。

第3節 論文の構成と用語の整理

1. 論文の構成

本論文は、序章並びに終章、理論研究と調査研究を内容とする3つの部、計8章で構成される<図1>。

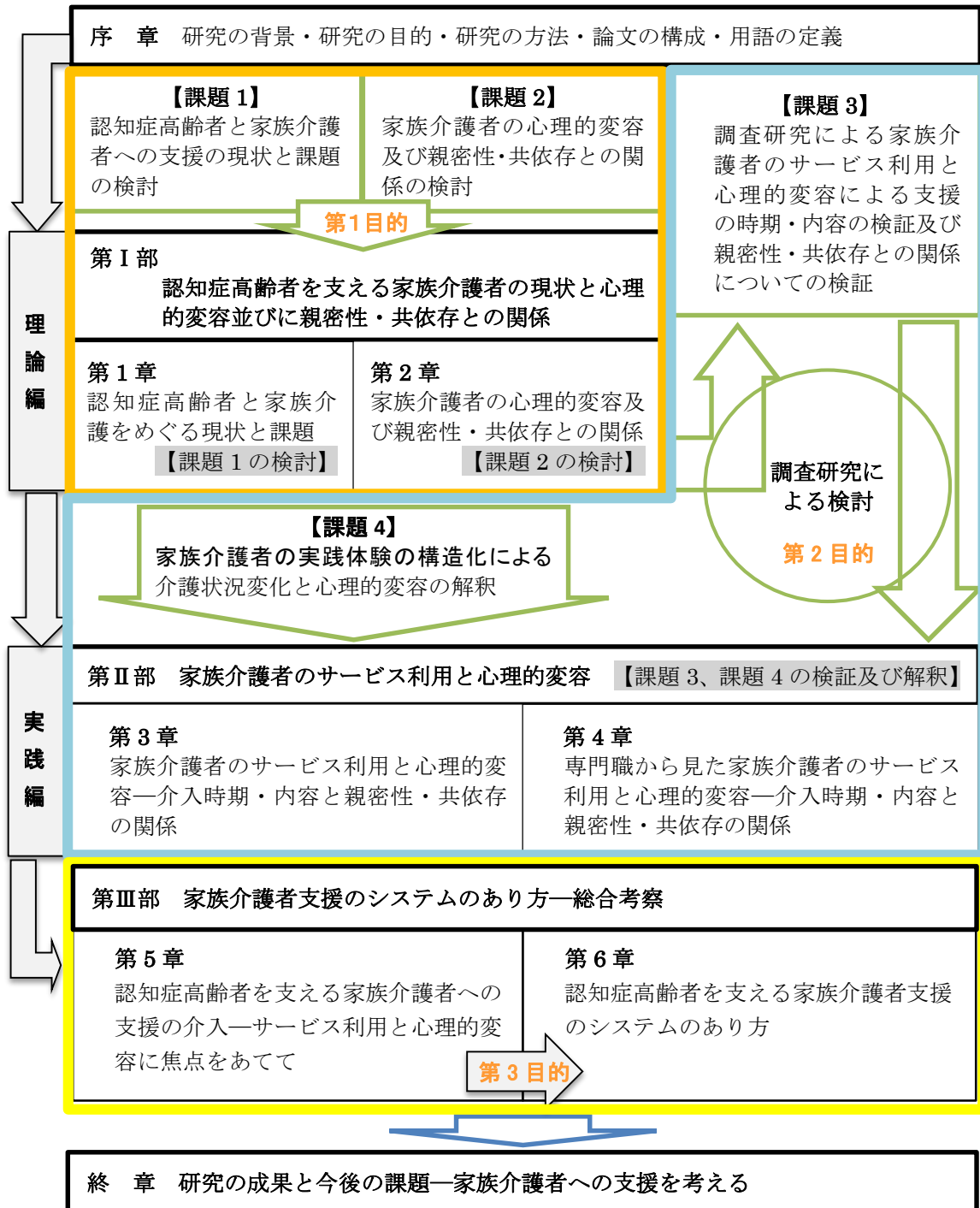


図1 本研究の構成図

序章では、本研究の背景及び研究の目的、本研究の独創性について提示し、研究の方法及び倫理的配慮、本論文の構成及び用語の定義を示している。

第Ⅰ部では、課題 1 の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」及び課題 2 の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」に対する理論研究を行い、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容に対する理論編としてまとめる。

第 1 章では、【課題 1】の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」について、認知症と高齢者をめぐる医学的所見及び現状と支援制度の動向を示すとともに、家族介護をめぐる論考と家族介護及び主介護者の変化に対する整理と家族介護者の当事者としての活動について検討する

第 1 節では、認知症についての定義と家族介護者を困らせる症状、認知症に関する最近の動向について理解を深めたうえで、認知症高齢者の現状と支援制度について、介護保険制度を中心に概観する。そのために、関連文献とデータをもとにレビューを行う。

第 2 節では、家族と介護をめぐる論考と家族介護者の変化について確認するため、介護者で生きる家族について家族介護をめぐるジェンダー規範や「いえ」という視点から概観した後、家族形態や介護形態の変化と主介護者の変化について先行研究からまとめる。

第 3 節では、認知症高齢者を支える家族介護者をめぐる支援の現状と課題について認知症高齢者の政策をベースとして家族介護者への支援と課題を述べ、家族介護者の当事者としてのセルフヘルプ活動について検討を行う。

第 2 章では、課題 2 の「家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の関係の検討」のため、認知症高齢者を支える家族介護者の心理・情緒面における負担感やストレス及び介護の過程の中で経験する心理的変容及び親密性・共依存の概念に着目して理論研究を行う。

第 1 節では、家族介護者が認知症高齢者を介護する過程で経験する心理・情緒面や介護負担とストレスに関する論考と、介護の過程の中で経験する心理的変容について関連文献から確認する。

第 2 節では、認知症高齢者と家族介護者という二者間における親密性 (intimacy) について検討するため、親密性に対する概念や介護の過程における二者間の親密性の変容について文献を用いて検討する。

第 3 節では、家族関係における共依存 (co-dependency) の概念や認知症高齢者を支える家族介護者が経験する共依存の傾向と、家族介護者における理想的依存のあり方について、家族介護者に焦点を当てて関連文献のレビューを試みる。

第Ⅱ部では、課題 3 の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」と課題 4 の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」のために、主観的観点の家族介護者と客観的観点の専門職を対象とする調査研究から、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方を論じるために、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容を析出し、親密性と共依存に着目した心理的変容との関係を明らかにすることを目的に行った調査研究について述べる。また、家族介護者と専門職を対象に

実施した量的研究及び質的研究について研究の方法論としての位置づけと、各研究における目的及び対象、方法、分析方法を述べた後、各研究の関係について示す。

第 3 章では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の心理的ステップを切り口に、介護の過程における心理的変容とサービスの利用状況及び家族介護者の親密性と共依存との関係を明らかにするため、家族介護者の主観的観点による量的研究によって仮説の検証を行い、質的研究によって家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

第 4 章では、専門職からみた家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切り口にする心理的変容について、サービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存との関係を明らかにする。そのため、専門職の客観的観点から量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

第Ⅲ部では、第Ⅰ部から第Ⅱ部における理論研究と調査研究から得られた結果を踏まえて、第 3 目的の認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方について総合考察を行う。

第 5 章では、家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点をあてて行った調査研究の結果から家族介護者への支援の介入について考察する。

第 6 章では、理論研究と第 5 章を踏まえながら、認知症高齢者を支える家族介護者への支援のシステムのあり方について考察を行う。

終章では、本論文の全体をまとめて、認知症高齢者を支える家族介護者の支援について、本研究におけるその成果を述べた後、本研究の限界と今後の課題について述べる。

2. 本論文における用語の定義

先述のように本研究では、認知症高齢者と家族介護者をめぐる現状と課題、家族介護者の介護の過程におけるサービスの利用及び心理的変容に関する理論研究を第 1 目的とし、家族介護者と専門職に対する双方の調査研究から、家族介護者のサービス利用状況及び心理的変容の状態と親密性及び共依存との関係の把握を第 2 の目的に、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方に対する考察を第 3 目的としている。

この目的を果たすために、「心理的変容」及び「親密性 intimacy」、「共依存 co-dependency」の 3 つの用語を頻回に使っており、重要なキーワードでもある。これらの用語は、諸研究者において「心理的プロセス」とか「親密さ」、「共依存症」などと使われているため、本研究における用語を以下のように定義する。

(1) 「心理的変容」

認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「心理的変容」について先行研究では、用語に対する定まった定義はなされていないが、「心理的ステップ」(杉山 1988 ; 2007 ; 馬場 1995 ; 藤本ほか 2011a ; 認知症介護研究・研修大府センター編 2013) や「心理的プロセス」(山本 1995 ; 標 2001 ; 宮上 2004 ; 福岡ほか 2004 ; 薬師寺 2009 ; 北村 2013)、 「心理的過程」(高崎 1989 ; 中村 2010)、「心理的態度の変化」(鶴田 1995) などの用語が使用されている。

認知症高齢者を支えている家族介護者は、認知症が持つその症状の特性から今までの自己を否定される経験をする場合も多い。経済的であれ、心理的であれ、介護という局面の中で、今までの関係とは逆転した立場から心理的変化を繰り返しながら、認知症高齢者を支えている。そこで、本論文においては、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中で経験する、認知症の進行によって経験する介護状況変化を表面からの変化ではなく、家族介護者の内部で変容したものが外部に表れるものとする。「変容」とは、内部が変わった結果、外に現れた様子が「変化」したということで、外面的な姿や形が変わることとは異なるという認識から、本論文においては「心理的変容」という用語を用いて、認知症高齢者を支える家族介護者の「心理的変容」とは、「認知症高齢者を支える家族介護者が、介護の過程の中で、心理的な変容を経験すること。」と定義する。なお、心理的変容を経験する期間は問わない。

(2) 「親密性 intimacy」

家族介護者の介護の過程における「親密性」について先行研究では、「親密圏 intimate sphere」(齋藤 2005 ; 金井 2005 ; 野崎 2005 ; 大島 2014) や「親密な関係 intimate relationship」(筒井 2008)、「親密性 intimacy」(Giddens 1992=1995 ; 1991=2005 ; 天田 2001 ; 亀口ほか 2014) など、異なるニュアンスで使用されている。また、親密性を論じる際、社会学者 Giddens の「親密性の変容 (Giddens 1992=1995)」が代表的にあげられており、本研

究においても、家族介護者の親密性の変容が重要なキーワードとして使われているため、「親密性」という用語を使用する。

親密性は一般的に、「特定の人と密な付き合いをすることで、深い相互理解と心理・情緒的な感情の分かち合いに基づいた人格的な信頼関係」であるといわれていて、広辞苑によれば「相互の交際の深いことで、親しくつき合っていること」とされている。

本論文においては、認知症高齢者と家族介護者は、今まで家族関係の中で築かれてきた親密性を維持していくうちに、認知症という病気に遭遇し、予期せずに介護の担い手となる。そして介護という行為は、今までとは異なる親密性として心理的、身体的により密接な付き合いになり、より深い関係の親密性に変容していくものとする。認知症高齢者を支える家族介護者の「親密性」とは、「認知症高齢者と家族介護者が、認知症と遭遇し、介護の過程の中で、今までとは異なる親密性として家族関係を維持すること。」と定義する。

(3) 「共依存の傾向」

「共依存」という言葉は、co-dependency の訳語で、1970年代からアルコールホリックに接する機会が多い、アメリカのセラピストたちの業界用語としてはじまり、自助グループを通じて広がった言葉で、「コ・アルコリズム」や「コ・アディクション」にその由来があり、共依存に対する概念も各々の研究分野に応じて捉え方が多様である。高齢者介護領域における共依存の概念をはじめ、認知症高齢者を介護する家族における共依存の概念に関する論議は始まったばかりである（難波ほか 2006；中島 2007；安田 2013）。

「共依存の傾向」について先行研究では、「共依存」(Giddens 1992=1995；加藤 1993；斎藤 1999；吉岡ほか 2001；清水 2003；Melody 2009=2011；信田 2012) や「共依存症」(安田 2013) などで使用されている。

本研究は、認知症高齢者と家族介護者における共依存の症状を明確にすることに目的をおいておらず、認知症高齢者を支える家族介護者の共依存の傾向について把握していることから、認知症高齢者を支える家族介護者の「共依存の傾向」という用語を使用する。

本論文においては、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中で経験する親密性の変容によって今まで維持してきた親密性のバランスを失い、その影響によって介護問題（うつや虐待、無理心中や自殺など）にまでつながるものとする。「共依存の傾向」とは、「認知症高齢者と家族介護者が、介護の過程の中で経験する親密性の変容によってバランスを失い、病理として現れること。」と定義する。

第 I 部 理論編—認知症高齢者を支える家族介護者の現状と心理的変容並びに親密性・共依存との関係

第 I 部では、課題 1 の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」及び課題 2 の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」に対する理論研究を行う。

第 1 章では、課題 1 の検討のために、認知症と高齢者に対する理論的背景と現状を整理し、理解を深めた後、認知症高齢者と家族介護者の関係並びに認知症高齢者を支える家族介護者への支援について理論研究を行う。

第 2 章では、課題 2 の検討のために、認知症高齢者を支える家族介護者の心理・情緒面における負担感やストレス、並びに介護の過程の中で経験する心理的変容及び親密性や共依存の概念に着目して理論研究を行う。

第 1 章 認知症高齢者と家族介護をめぐる現状と課題

第 1 章では、認知症と高齢者をめぐる医学的所見及び現状と支援制度の動向及び家族介護をめぐる論考と家族介護及び主介護者の変化について述べた後、家族介護者のニーズと支援の現状や課題を述べながら、家族介護者の当事者としての活動について記述する。

第 1 節 認知症と高齢者

本節では、認知症に対する定義と家族介護者を困らせる症状、認知症に対する最近の動向について理解を深めたいと、認知症高齢者の現状と支援制度について、介護保険制度を中心に概観する。そのために、関連文献とデータをもとにレビューを行う。

1. 認知症の医学的所見

(1) 認知症の定義と原因

1) 認知症の定義

認知症 dementia の語源は、ラテン語の「分離」を意味する“dis”と、「心」を意味する“mens”からできている (Naomi 1993=2007 : 42-43)。従来、認知症は「痴呆」という用語が使用されており、痴呆という用語は、「愚かなこと・ぼんやりしていること」(広辞苑) のような侮蔑を含む表現であることなどから、厚生労働省による地方自治体、関係団体、マスコミ等への通知により 2004 年 12 月から「認知症」という用語が使用されることとなった。社会福祉用語辞典によれば、認知症を「一度獲得された知能が、脳の器質的な障害により持続的に低下したり、失われることをいう」と定義している。また、介護保険法の第五条

の二では、認知症について、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう」と定義している。

さらに、厚生労働省は認知症について、「いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態を表している」としており（厚生労働省 2009b）、全国キャラバン・メイト連絡協議会では、「いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指す」と定義している（全国キャラバン・メイト連絡協議会編 2009：4）。国際疾病分類第10版（ICD10）では、「獲得した知的機能が後天的な脳の器質性障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態で、それが意識障害のないときにみられる」と定義している（ICD10 2003）。

諸研究者の中で須貝は、「認知症とは、脳の中に病的な変化が起こって生じる知的な働きの低下である。脳の病的な変化とは神経細胞が正常老化で抜け落ちるのではなく、脳に病気が起こって神経細胞が異常に抜け落ちていく状態である」と認知症を定義しながら、自然な老化による知的な働きの低下と認知症の違いを述べている（須貝 2007：23）。

また、脳の病的変化によって、一旦発達した知的機能が日常生活や社会生活に支障をきたす程度にまで持続的に障害された状態という定義もあって（栗田 2012a：126）、他の研究者においても類似した定義は多い（今井 2004：5-14；灰田 2005：1；小澤 2005：2；宮崎 2011：11；杉山 2011：8；長谷川 2011：11）¹⁾。

一方、認知症という用語の使用について、「アルツハイマー病」が認知症全体に適応されるようになっている曖昧さや「呆け」、「痴呆」のように従来の言葉が広く浸透していることから、今後も「呆け」、「痴呆」のように従来の言葉が日常的に使用される可能性が高いという指摘もあった（Kitwood 1997=2005：42-43；奈須田 2006：202）。

2) 認知症の原因

厚生労働省は、日本の高齢者（65歳以上）での有病率は15%（調査によってばらつきが大きい）で、MCI（正常でもない、認知症でもない状態の者）の全国のお有病率推定値は13%

¹⁾ 今井は、認知機能 Cognition、行動 Behavior、日常生活 Activity of Daily Living の3つの領域が傷害されることで、日常生活が一人では営めなくなるために、介護が必要となる病気の一つである（今井 2004：5-14）としている。瀬水は、「脳機能の障害により、日常生活や社会生活に支障のある状態で、いったん正常に発達した高次の精神機能が、後天的な脳の器質的損傷により持続的に低下し、家庭生活もしくは社会生活に著しい支障を来すようになった状態」と認知症を定義している（灰田 2005：1）。小澤は、いったん獲得した知的能力の喪失という退行性を示すこととして医学的な症候群と示している（小澤 2005：2）。宮崎は、認知症の定義を「脳の器質的な変化（萎縮・壊死など）によって脳のある部分が機能・役割を果たすことができず、記憶障害・認知障害などにより、日常生活に支障をきたし、自分だけの力では生活し生きていくことが困難で、誰かの支援が必要な状態」としている（宮崎 2011：11）。杉山は、認知症は“病名”ではなく“症状名”であることを指摘しながら、「様々の原因によって脳の神経細胞が損傷されることによって起こることで、症状が多彩であることから《症候群》であると」認知症を定義している（杉山 2011：8）。長谷川は、認知症とは、成人になってから起こる認知機能の障害であると示している（長谷川 2011：11）。

であると報告している（厚生労働省 2010a）。

認知症の診断基準は、＜表 1-1-1＞ に示した DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断（American Psychiatric Association 1987=2003）が最も多く使われており、健康に老いていく過程で現れる軽微な記憶障害と初期認知症の区別がしにくいことと、高齢者にあるうつ状態が認知症高齢者のうつ状態と区別しにくいこと、また認知機能障害が特定部分に限定され現れることからその診断が難しいといわれている。

表 1-1-1 DSM-IV-TRによる認知症の診断基準

- | |
|---|
| <p>1. アルツハイマー型認知症 Dementia of the Alzheimer's type</p> <p>A. 多彩な認知欠損の発現で、それは以下の両方により明らかにされる。</p> <p>(1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）</p> <p>(2) 以下の認知障害の 1 つ（またはそれ以上）：</p> <p>(a) 失語(言語の障害)</p> <p>(b) 失行(運動機能は損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害)</p> <p>(c) 失認(感覚機能は損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと)</p> <p>(d) 実行機能(すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する)の障害</p> <p>B. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、そのおのおのが、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。</p> <p>C. 経過は、穏やかな発症と特徴的な認知の低下により特徴づけられる。</p> <p>D. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、以下のいずれによるものでもない。</p> <p>(1) 記憶や認知に進行性の欠損を引き起こす他の中枢神経系疾患（例：脳血管疾患、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍）</p> <p>(2) 認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患(例：甲状腺機能低下症、ビタミン 12 欠乏症または葉酸欠乏症、ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV 感染症)</p> <p>(3) 物質誘発性の疾患</p> <p>E. その欠損は譫妄の経過中に見られるものではない。</p> <p>F. その障害は他の疾患（例：大うつ病性障害、統合失調症）ではうまく説明されない。</p> <p>2. 血管性認知症（以前は多発梗塞性痴呆） Vascular Dementia(formerly Multi Infarct-Dementia)</p> <p>A. 多彩な認知欠損の発現で、それは以下の両方により明らかにされる。</p> <p>(1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）</p> <p>(2) 以下の認知障害の 1 つ（またはそれ以上）：</p> <p>(a) 失語(言語の障害)</p> <p>(b) 失行(運動機能は損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害)</p> <p>(c) 失認(感覚機能は損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと)</p> <p>(d) 実行機能(すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する)の障害</p> <p>B. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、そのおのおのが、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。</p> <p>C. 局在性神経徴候や症状（例：深部腱反射の亢進、足底伸展反応、偽性急麻痺、歩行異常、一肢の筋力低下）、または臨床検査の証拠がその障害に病因的関連を有すると判断される脳血管疾患（例：皮質や皮質下白質を含む多発性梗塞）を示す。</p> <p>D. その欠損は譫妄の経過中にのみ現れるものではない。</p> <p>3. 他の一般的身体疾患による認知症 Dementia Due to Other General Medical Conditions</p> <p>4. 物質誘発性持続性認知症 Substance-Induced Persisting Dementia</p> <p>5. 複数の病因による認知症 Dementia Due to Multiple Etiologies</p> |
|---|

出典：American Psychiatric Association（1987）“Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR”.（=2003、高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引[新訂版]』医学書院）。

認知症は、その原因も様々で、分類方法も神経病理学的分類、原因による分類、病症の進行による分類など多様である。認知症の原因となる脳の病気のことを「認知症疾患」と呼んでおり（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編 2013：11）、認知症の原因となる疾患は、内科、神経科、精神科疾患など、詳しく上げると 100 近くになるといわれている（小澤 2005：17）。

また、認知症は、記憶障害、見当識障害、思考障害など、いくつかの症状の集まりに対して命名された症状レベルの概念で、後天的に発症し、多くが非可逆的、多発症障害を特徴とする症候群である（小澤 2005：17）。すなわち、認知症は知的障害ではない人が意識障害のない状態で、普通の社会生活や対人関係に支障のある状態といえる。

認知症を引き起こす疾患は<表 1-1-2>のように様々で、認知機能の低下を引き起こす原因は、老化現象と機能を使わないことによる廃用性機能低下、および疾患によるものに分けることができる。認知症の認知機能の低下は、脳の器質的変化を引き起こし、それらの原因のそれぞれが相互に影響しあって現れる（厚生労働省 2009a）。

表 1-1-2 認知症の主な原因疾患

1. 神経変性疾患	アルツハイマー病、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン舞踏病、進行性核上麻痺、びまん性レビー小体病、脊髄小脳変性症、皮質基底核変性症など
2. 脳血管障害	脳梗塞（塞栓または血栓）、脳出血など
3. 外傷性疾患	脳挫傷、脳内出血、慢性硬膜下血腫など
4. 腫瘍性疾患	脳腫瘍（原発性、転移性）、癌性髄膜炎など
5. 感染性疾患	髄膜炎、脳炎、脳膿瘍、進行麻痺、クロイツフェルト・ヤコブ病など
6. 内分泌・代謝性・中毒性疾患	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミン B12 欠乏症、肝性脳症、電解質異常、脱水、ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、アルコール脳症、
7. その他	正常圧水頭症、多発性硬化症など

出典：厚生労働省、本間（2009a）「認知症予防・支援マニュアル」。

認知症の原因を大別すると、認知症が中心の変性疾患であるアルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症と、脳血管障害がベースにある血管性認知症に分けられる（灰田 2005：51）。ICD10（国際疾病分類第 10 版）では、認知症を精神及び行動の障害に分類して<表 1-1-3>のように「アルツハイマー病の認知症」、「血管性認知症」、「他に分類されるその他の疾患の認知症」、「詳細不明の認知症」などに分類している。

認知症の原因別の割合について栗田は、認知症疾患医療センターやもの忘れ外来（メモリークリニック）などで診断する認知症の診断から 6 割がアルツハイマー型認知症であると<図 1-1-1>のように報告している（栗田 2012b：11）。また、認知症の原因を検討した最近の結果について<図 1-1-2>を引用して、アルツハイマー型認知症が 56.3%で半数以上であるという報告もある（本間 2007：16）。

表 1-1-3 ICD10（国際疾病分類第 10 版（2003 年改訂））による分類

F00 アルツハイマー病の認知症	F00.0 アルツハイマー病の認知症、早発生 F00.1 アルツハイマー病の認知症、晩発生 F00.2 アルツハイマー病の認知症、非定型又は混合型 F00.9 アルツハイマー病の認知症、詳細不明
F01 血管性認知症	F01.0 急性発症の血管性認知症 F01.1 多発梗塞性認知症 F01.2 皮質下血管性認知症 F01.3 皮質及び皮質下混合性血管性認知症 F01.8 その他の血管性認知症 F01.9 血管性認知症、詳細不明
F02 他に分類されるその他の疾患の認知症	F02.0 ピック病の認知症 F02.1 クロイツフェルト・ヤコブ病の認知症 F02.2 ハンチントン病の認知症 F02.3 パーキンソン病の認知症 F02.4 ヒト免疫不全ウイルス[HIV]病の認知症 F02.8 他に分類されるその他の明示された疾患の認知症
F03 詳細不明の認知症	

出典：ICD10（国際疾病分類第 10 版（2003 年改訂））「第 5 章精神及び行動の障害」
<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/F00-F99.html>

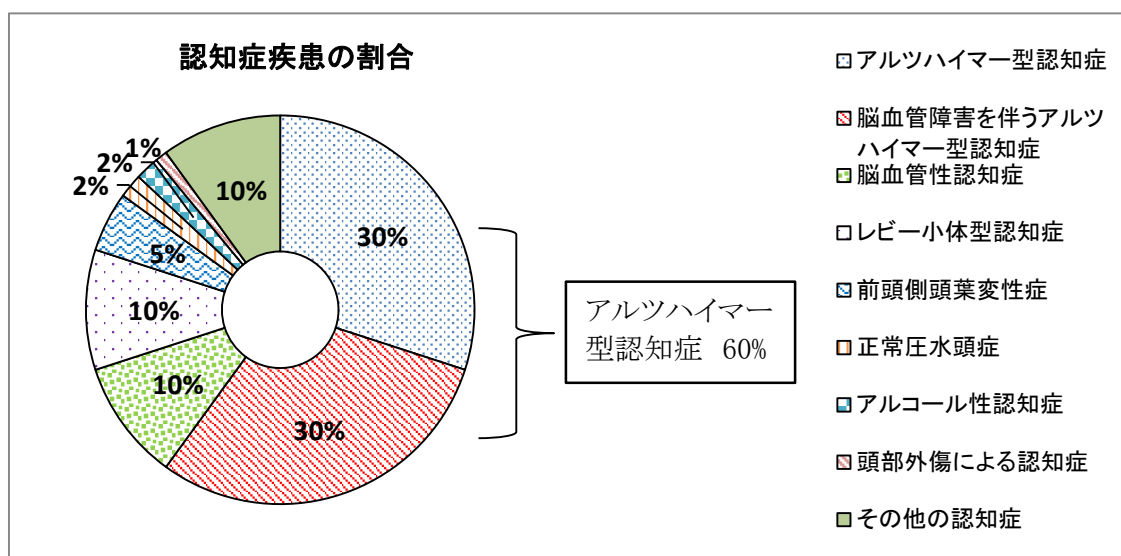


図 1-1-1 認知症疾患医療センターやもの忘れ外来で診断される認知症疾患
 出典：栗田（2013）「認知症の総合アセスメント」『地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所・自立促進と介護予防研究チーム』 p.11.

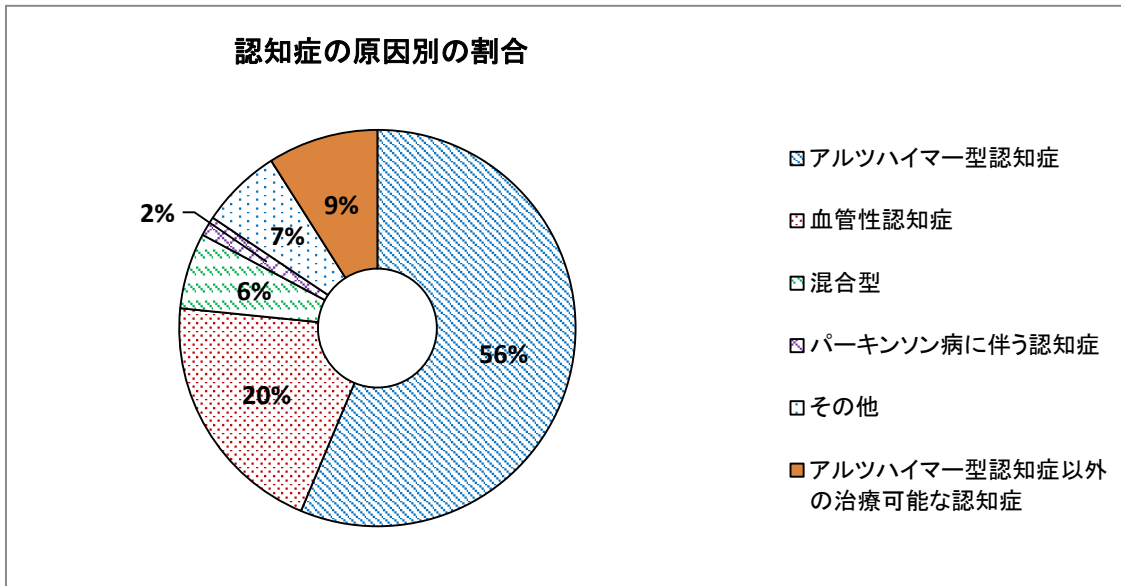


図 1-1-2 1987～2001 年の間に報告された 39 の文献で認知症と診断された 5,620 人の原因別割合

出典：本間（2007）「認知症の医学的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎[第 2 版]』、ワールドプランニング、p.16.

① アルツハイマー型認知症（変性疾患）

前述したように、診断の半数以上を占めているアルツハイマー型認知症は、オーストリアの神経学者であるアロイス・アルツハイマー（Aloysius “Alois” Alzheimer, 1864-1915）が 1906 年、嫉妬妄想で発症し、記憶障害、見当職障害などの症状が進行性に深まり、4 年半後に死亡した 51 歳の女性事例を学会で報告したことから命名されたものである（小澤 2005：18；長谷川 2011：50）。

アロイス・アルツハイマーが発見したのは、脳の神経細胞が多数脱落していたことと、特殊な染色法で染め出されたシミ状の斑点（老人班）がいたる箇所に見られたことであった。それ以来、この特徴的な脳の病的変化をもった初老期の認知症をアルツハイマー型認知症と呼ぶようになった。最近では高齢者を含めてこのような病変が見られる慢性進行性の認知症も一括してアルツハイマー病（Alzheimer’s Disease：AD）、あるいはアルツハイマー型認知症（Alzheimer Type Dementia：ATD）と呼ぶようになっており、40 代後半から 65 歳未満に発症した場合はアルツハイマー病、65 歳以上に発症した場合にアルツハイマー型認知症とも呼ぶと報告している（小澤 2005：18；須貝 2007：31；杉山 2011：23）。

アルツハイマー型認知症の原因は明らかになっていないが、老人班の中身がアミロイドといわれる物質の蓄積であることが示され、アミロイド・カスケード仮説が提唱されている。原因として、アミロイド前駆タンパク自体の変異などの遺伝的要因と環境因子などが提唱されているが、確定していない（灰田 2005：56；池田 2010：79-82；長谷川 2011：50）。

須貝と伊藤は、「アルツハイマー型認知症はいつとはなく、穏やかに発症し、進行する。最も目立つ症状は記憶障害で、単純なもの忘れから始まり、進行とともにより深刻なもの

記憶障害と様々な行動の異常症状（行動障害）が加わり、最終的に意欲の低下が著しくなる場合が多い。むやみに陽気になる『多幸的』タイプと疑い深くなるタイプの 2 つのタイプがある」と報告している（須貝 2007 : 32 ; 伊藤 2007 : 26-29）。

アルツハイマー型認知症は年齢を重ねるごとにかかりやすくなる。65 歳でアルツハイマー型認知症になった人は 1%未満とわずかであるが、75 歳になると 10%、85 歳では約 25%前後になっていく。男性より女性の割合が高い病気で、認知症が始まり、末期・死亡に至るまで、多くは 10~15 年で、平均して 8 年とされているという報告もある（須貝 2007 : 31 ; 長谷川 2011 : 52 ; 杉山 2011 : 22-27）。

② 血管性認知症（Vascular Dementia : VD）

アルツハイマー型認知症に次いで多いのが、加齢とともに脳の血管の障害によって神経細胞が障害されるために起こる脳血管性認知症である（伊藤 2007 : 33-34 ; 長谷川 2011 : 71）。1974 年ハチンスキー（Hachinski）という神経学者らが脳血管障害によって脳内に大小の梗塞が多発すると認知症が生ずることを実証した。認知症は脳梗塞や脳出血の後遺症の 1 つで、発病の背景には慢性の高血圧症や脳動脈の硬化があつて、糖尿病や高脂血症も血管性認知症を引き起こしやすくする原因となると須貝は述べている（須貝 2007 : 35-36）。

血管性認知症について小澤は、傷害された脳の容積や梗塞の数、傷害部位によって違いが出てくると述べている。その類型として、多発性梗塞認知症、ビンスワンガー型、大脳アミロイドなどの血管症、多発性大脳塞栓症、二つの動脈疾患、心臓性認知症である。これらの疾患は、脳の血管が詰まったり（梗塞）、破れたり（出血）した結果、その血管で酸素や栄養を供給されている脳の部位が損傷を受け、認知症にいたる疾患であると報告している（小澤 2005 : 19 ; 池田 2010 : 70-74）。

脳血管性認知症は、記憶障害、興奮、幻覚やわけのわからない独り言を喋り始める譫妄の症状で始まることが多く、階段状に症状が進行する場合が多い。また、誤嚥が生じやすいので誤嚥性肺炎という合併症が生じやすく、他人との交流を拒否することや強い介護拒否などがみられることもあり、病気の初期ではうつ状態になることもあるという報告もある（伊藤 2007 : 33-40 ; 池田 2010 : 76）。

認知機能の障害が全体的に低下することはなく、認知症の進行も段階的で、進行が停止したり、多少の回復を示すことがあり、進行の動揺性（不安定さ）が特徴である。発病年齢は、脳梗塞と脳出血ともにほぼ同様、60~70 歳代の男性に多い病気で、日本では、欧米諸国に比べて血管性認知症が多いといわれていた。しかし、最近では予防・診断・治療の進歩により脳血管障害そのものの減少もあつて、高齢者の認知症に占める割合は減ってきており、生活習慣の改善で予防できるという指摘もある（須貝 2007 : 36 ; 長谷川 2011 : 72 ; 杉山 2011 : 22-36）。

③ レビー小体型認知症（Dementia with Lewy Bodies : DLB）

レビー小体型認知症は、最近急増していることから注目されており、日本ではアルツハイマー型認知症や脳血管性認知症と合わせて 3 大認知症の一つであつて、欧米ではアルツ

ハイマー型認知症に次いで 2 番目に多いと報告されている。また、アルツハイマー型認知症と合併していることも多く、認知機能の変動することと、パーキンソン病や幻視、転びやすいことなどの特徴をもち、認知症が徐々に進行する（須貝 2007 : 38 ; 長谷川 2008 : 19 ; 伊藤 2007 : 44 ; 長谷川 2011 : 73-74）。

1976 年以降の大阪憲司医師の報告によって日本ではじめて明らかになり、その病名は、発見者のフレデリック・レビー (Frederic Lewy, 1885-1950) の名から命名された。その後、1995 年イギリスで開催した第 1 回国際ワークショップで疾患概念が提唱され、1996 年に臨床および病理診断基準が *Neurology* 誌に掲載されてから臨床医の間で広く知られるようになった。レビー小体型認知症は、アルツハイマー型認知症より症状の進行が早く、初期から介護が大変であるため、専門医とも信頼関係を築く必要がある（池田 2010 : 107-108 ; 杉山 2011 : 28 ; 長谷川 2011 : 74 ; 栗田 2013 : 50）。

脳全体にレビー小体が沈着して起こる疾患で、パーキンソン病でよくみられる。通常のパーキンソン病より治療が困難で、十分な体の動きを維持することも困難となり、男性に多く男女比はおおよそ 2 対 1 と報告されている（灰田 2005 : 57-58 ; 長谷川 2011 : 73）。

④ その他の認知症

高齢者にみられる老人性認知症を起こす病気の大部分は、アルツハイマー型認知症と血管性認知症、レビー小体型認知症が 70~80% を占めており、前述したようにその他にも多様な認知症の病気がある。

ピック病が代表的疾患の実行機能障害が目立つタイプの前頭側頭葉型認知症や進行性失語症など、記憶機能は比較的保たれているが言語機能や視空間認知機能などが徐々に低下していくタイプ等の認知症もある。また、かつては認知症について「治らない」といわれてきたが、最近では早期発見して適切な治療をすることで、治療・回復が可能なものがあることが分かり、治療可能な認知症 *treatable dementia* とか、可逆性認知症 *reversible dementia* などと呼ばれるものもある（小澤 2005 : 3）。

i. 前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は、前頭葉と側頭葉に限局した脳萎縮性疾患で、1906 年アーノルド・ピック (Arnold Pick, 1851-1924) によって最初に報告されたピック病 *Pick Disease* を代表的疾患とする。記憶障害で発症するより性格変化などにより、家人に気づかれることが多く、初期から著しい行動障害を起こすために社会適応が難しくなり、家族にも大きな負担をもたらすと報告されている（灰田 2005 : 59 ; 長谷川 2011 : 75）。10 年以上と経過が長くゆっくり進行することが多く、意欲障害や性格変化、抑制のきかない反社会的な行動障害が目立つときにはこの病気が疑われる（須貝 2007 : 38）。

ii. クロイツフェルト - ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jakob disease : CJD)

クロイツフェルト - ヤコブ病は、1920 年クロイツフェルト (Hans Gerhardt Creutzfeldt, 1885-1964) が報告し、1921 年ヤコブ (Alfons Maria Jakob, 1884-1931) が神

経病理学的に整理して初老期認知症とみなした。ウイルスより小さいプリオンと呼ばれる感染症をもったタンパク質が脳に入って発病する認知症である。経過が早く発病から 1 年以内に寝たきり、死亡に至る悪性の認知症疾患で、硬膜移植や白内障の手術で感染した例もある（須貝 2007 : 39 ; 伊藤 2007 : 48-50 ; 長谷川 2011 : 77）。

iii. 治療可能な認知症

認知症の中で治療・回復可能な疾病は正常圧水頭症（NPH : Normal Pressure Hydrocephalus）や慢性硬膜下血腫が代表的な疾病である。正常圧水頭症は、歩行障害、認知障害、排尿障害（失禁）の 3 つの症状が特徴で、手術すると治る認知症として脳外科手術が行われた。しかし、認知症の症状が進んだ場合や、もの忘れや感情不安定などの症状が中心の場合は手術する意義がないという報告がある（伊藤 2007 : 45-48 ; 池田 2010 : 20-23 ; 杉山 2011 : 43 ; 長谷川 2011 : 78）。

慢性硬膜下血腫は、頭部外傷で硬膜と呼ばれる膜の内側に出血が生じ、それがたまって血腫になり、脳を圧迫して生じる認知症である。片マヒやもの忘れなどの症状が起こることがあって、転倒による打撲が原因であることが多く、軽度の認知症があつて転びやすい高齢者に起きやすく、急激に起こることが多いと報告されている。軽い手術で高齢者にもあまり負担がない疾患であるが、長期間放置すると圧迫による脳損傷などで回復が難しいという報告もある。

その他に、甲状腺機能低下症や脳腫瘍、アルコール性認知症、ビタミン B₁₂ 欠乏症、肝性脳症、肺性脳症など適切な治療によって回復が期待できる場合がある（須貝 2007 : 39 ; 池田 2010 : 23-24 ; 長谷川 2011 : 77-80 ; 杉山 2011 : 42-43）。

DSM-IV-TR にも以上にあげられた以外のビタミン B₁ 欠乏症や葉酸欠乏症、ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV 感染症、薬物、毒物、パーキンソン病、ハンチントン病などが治療可能な認知症の原因疾患として示されている（American Psychiatric Association 1987=2003）。

一方、近年、臨床医学および基礎医学の進歩とともに新たな認知症の疾患概念が提唱されていることや、ICD-10 および DSM-IV-TR に記載された分類が新たな疾患概念を十分に反映していないことなど、認知症の疾患概念に対する指摘もある（日本神経学会 2010 : 4）。

以上、認知症の定義と原因について概略した。認知症は、多様な疾患によって知的機能の衰えが著しくなることで、認知機能障害のみならず、食事や着・脱衣、洗面、排泄、個人衛生など、日常生活と社会活動までに支障をもたらす。認知症は癌、心臓病、脳卒中に加え、主な死亡要因ともいわれており、その症状や障害によって介護者は他の疾病より大変な思いを経験するといわれている。たゆまない保護・管理が必要といえる。

（2）認知症のステージ（時期）と症状

認知症は、発病から最期を向かうまで、いくつかのステージがあるといわれており、その進行とともに「症候群」ともいわれるほどきわめて多彩な症状とその症状による障害が現れる（灰田 2005 : 65 ; 杉山 2011 : 8 ; 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編

2013 : 18)。

認知症は、発病していても家族はもちろん本人さえ知らずに過ごす場合が多く、長年にわたり進行しつづける。その期間は、短いと 2~3 年ほどで終末期に向かう場合があるが、平均 8 年で、長い場合 10~15 年以上にわたって徐々に進行し、最期を迎える。

1) 認知症のステージ (時期)

認知症のステージは、周囲の人から少々おかしいと気づかれる初期 (軽度・第 1 期) と、誰が見ても認知症である中期 (中等度・第 2 期)、無為となり食事も満足に取れない末期 (重度もしくは高度・第 3 期) の 3 つの時期に大きく分けられる。近年この 3 つの時期に加えて「軽度認知機能障害 (MCI)」が正常と認知症の中間の時期として報告されている (灰田 2005 : 65 ; 長谷川 2011 : 52)。

栗田も、「認知症疾患は、進行性に経過し、時間とともに重症度を増していく。そのステージに応じて、さまざまな医療や介護ニーズが現れ、適切な医療と介護によって認知症の重度化を緩和し、認知症高齢者と家族の生活の質 (QOL) を高めることに寄与する」と報告している (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編 2013 : 18)。

須貝は、アルツハイマー型認知症の経過を FAST(Functional Assessment Staging)尺度を用いながら、第 1 期(初期)、第 2 期(中期)、第 3 期(後期から末期)に分けることができ、正常老化を含めて全部で 7 段階あると報告している (須貝 2007 : 32-33)。

一方、医療や介護が不適切であれば、認知症高齢者の健康状態は悪化し、認知症をもつ高齢者を介護する家族も生活を維持することが困難になるため、重症度の応じた適切なサービスを包括的に提供していけるような地域システムの創出がこれからの認知症対策の方向と指摘されている (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編 2013 : 18)。

① 軽度認知機能障害 (MCI : Minimal Cognitive Impairment)

軽度認知機能障害は、2001 年、米国メイヨークリニックのピーターソンら (Petersen RC et al.) によって、正常老化と認知症の間に認知症に進む境界領域があると提唱され、MCI と名づけられた (長谷川 2011 : 16)。

軽度認知機能障害は認知症ではないが、年間 10%~15%の人が、5 年後には約 50%がアルツハイマー型認知症や他の認知症に移行すると報告している。そのため、近年 MCI の人にも早期から予防・治療を行う傾向になっている。しかし、その診断が非常に困難で専門医も診断できない場合もあって、十分な診断ができない可能性もあると報告している (灰田 2005 : 65-69 ; 長谷川 2011 : 17)。

一方、家族は本人の異常に気づいていることが多く、家族の観察により診断される場合もある。したがって、ごく初期から対策を講じて、治療・回復、あるいは、進行を遅らせることにつなぐためには、家族の役割が非常に重要であるという指摘もある (灰田 2005 : 65-69)。

② 初期（軽度・第1期）

記憶障害は初期の症状として最も多く出現し、診察によって認知症の原因を早期に診断する必要がある。生理的老化と区別しにくく、もの忘れや物取られなどの症状が目立つようになる時期で、人によって2、3年から5、6年とゆっくり経過をすることもある。会話など知的な刺激を多くすることとあわせて、適切な薬剤の使用と治療可能な認知症の治療によって認知症の進行を遅らせたり、治療できると報告している（灰田 2005：69-73；須貝 2007：33；長谷川 2011：53）。

③ 中期（中等度・第2期）

記憶障害が進行し、徘徊や失見当識、幻覚、妄想など、さまざまな症状が現れる時期で、人によって2、3年続く。家族が介護に疲れ果てるもっとも大変な時期である。そこで、この時期の治療は、介護者の負担を軽くするために行われることが多く、家族の協力以外にも社会資源を活用する必要があると述べている（灰田 2005：79-86；須貝 2007：33；長谷川 2011：55）。

④ 末期（重度もしくは高度・第3期）

認知症が進みこの時期になると、家族の顔を認識できなくなり、食事や下の始末もできなくなる。嚥下障害もでて放置すると栄養不足や脱水で命を落とす場合もある。死因の多くは肺炎などの感染症で命を落とすことが多く、この時期での介護も家族にとって大変であると指摘している（灰田 2005：86-87；須貝 2007：33-34；長谷川 2011：56）。

2) 認知症の症状や障害

認知症の症状は、認知症の本質的な症状である「中核症状」と、必ずしも認知障害といえない行動的な障害を「周辺症状」と呼んでおり、中核症状と周辺症状に分けるのが認知症学の慣わしであると述べている（小澤 2005：22；厚生労働省 2009b）。

中核症状は、脳の障害が原因で起こる症状で、あらゆる認知症の症状である。行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は、心理的状态や環境要因、身体疾患の合併等の要因によって起こり、限られた期間に多く見られ、高度になると減少すると報告している（須貝 2007：24-25；加藤 2007：52-55；池田 2010：48；長谷川 2011：53-58）。これら、中核症状と周辺症状に加えて、認知症の人の身体面の症状や身体合併症をあげて、身体症状を認知症の症状の3種類に区分している。しかし、周辺症状の言葉は、“中核症状以外の症状”という意味に受け取られる可能性があるとして述べて、その場合は身体症状も周辺症状に含まれる（中山 2011：60-62）。これらはその成り立ちが違い治療やケアでも異なる対応が必要である。

認知症の主な障害としては、記憶障害、見当識の障害、計算力の低下、理解力や判断力の低下などがあげられる。このような精神機能の障害は、自立して日常生活を行えなくなったり、支障をきたす状態をいい、人によって妄想、幻覚、抑うつ、興奮、睡眠障害、夜間の不穏などの精神症状を伴ったり、徘徊、暴力、失禁、ろう便などをはじめとする問題

行動がみられる。また、感情や意欲にも障害がみられる場合がある。これらの症状や問題行動は、必ずしもすべてが現れるわけではなく、あるものが出現したり、しなかったり、またあらゆるものが現れる場合もあり、その種類や程度、進み具合は原因となる疾患の性質や程度によって異なり、人によってさまざまである（馬場 2004 : 10-11）。

日常生活の中で実際に表れてくる認知症の諸症状は、大部分が行動・心理症状であり、そのもとに中核症状が潜んでいる<図 1-1-3>。

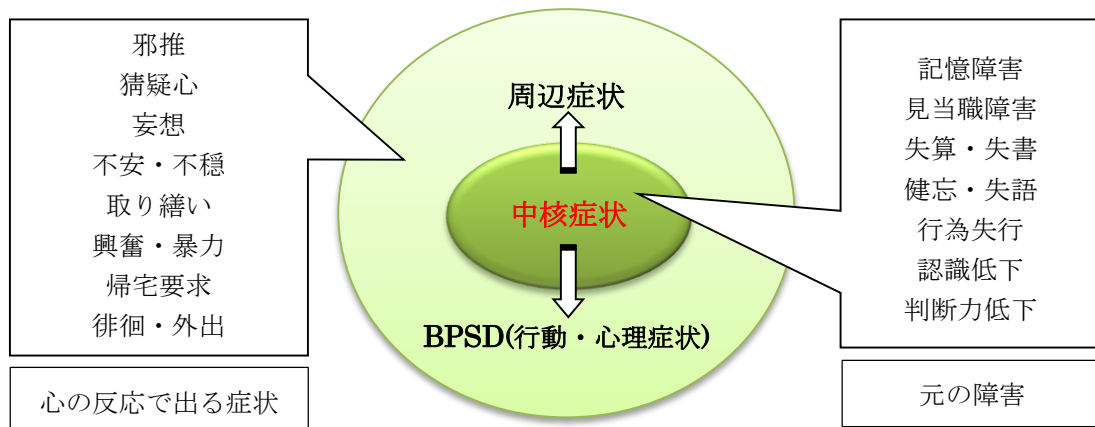


図 1-1-3 認知症の症状の構造

出典：須貝（2007）「認知症の医学的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎[第2版]』、ワールドプランニング、p.25.

① 中核症状（認知障害）

認知症の中核症状には、記憶障害、見当識障害、思考障害、言葉や数のような抽象的能力の障害などがあげられる。これらは脳の障害から直接的に生みだされる。中核症状の一部には脳障害から直接引き起こされたとは言えない廃用症候群が含まれている（小澤 2005 : 22-23 ; 須貝 2007 : 23）。

中核症状は、認知面の障害で、思考の前提となる基礎的な能力が大きく低下する状態である。長い時間をかけて徐々に進行し、薬や脳の刺激訓練によって進行のスピードを遅らせたり、症状を和らげたりする可能性がある（中山 2011 : 60）。

i. 記憶障害

記憶障害は、すべての認知症に現れる症状である。前述したように一般の高齢者にも健忘は現れるが、その進行が緩慢で、人格の消失は現れない。しかし認知症高齢者の場合は進行が急激で、記憶力の低下と判断力の障害と人格の消失も現れる。認知症がもつ一番の特徴は長・短期的な記憶力の低下で、長期の記憶力の低下より、最近の短期記憶力の低下が著しい。

認知症高齢者の記憶障害は記銘力の低下、全体記憶の障害、記憶の逆行性喪失といった3つの顕著な特徴がある。記銘力の低下とは、新しいことを覚えることができなく、何回も同じことを繰り返すことである。全体記憶の障害は、記銘力の低下の結果、大きな行為そ

のものの記憶すべてがないことである。記憶の逆行喪失とは、これまでの記憶が現在のものから過去にさかのぼって失われていくことである(馬場 2004:53-54;池田 2010:82-84)。

特徴的な記憶障害としては、体験した出来事全体を忘れる、エピソード記憶の障害があげられる(長谷川 2011:60)

ii. 言語障害 (失語)

記憶障害とともに認知症高齢者は正確な単語や名称が出なくなる言語障害が現れる。認知症の言語障害は、まず名詞が出てこなくなり、さらに認知症が進むと「あれ」「これ」などの代名詞が増え、慣れた人でないと、理解できなくなる。認知症が重度になると、語彙も減り、最後には何を言っているのかわからないジャルゴンと呼ばれるコミュニケーションに役立たない言葉になってしまうこともある(小澤 2005、36)。

言語の表出が障害される運動性失語(ブローカ失語)や言語の理解が障害される感覚性失語(ウェルニッケ失語)があり、アルツハイマー型認知症では感覚性失語が良くみられる。また、記銘障害のために言葉が出てこない健忘失語も良くみられる(長谷川 2011:54)。血管性認知症では、運動性失語や感覚性失語がよくみられ、うつ状態や自発性低下などの精神症状を起こしやすいという特徴がある(長谷川 2011:72)。

初期の認知症高齢者は名称が思い出さなくても適当に言うため言語障害の発見が難しいが、症状が進むことによって、日常の対話から適切な単語の駆使ができなくなる。対話の中、意味のない文章を作ったり、自分が読んだものや対話の内容を理解できずにユーモアを分別できなかつたりする症状がみられることもある。認知症の進行によって、失語の症状が現れたり、同じ言葉を繰り返したり、自発的言語表現能力の減少とともに読むことも書くことにも障害が出る(池田 2010:87-88)。

iii. 見当識障害

認知症高齢者は、時間、場所、人に対する見当識の消失によって、今がいつか、どこか、隣にいる人が誰かを分からなくなる。周辺環境と自分の関係が把握できず、とまどうこともある。

見当識は、オリエンテーションの邦訳で、オリエンテーリングも同じ語源の言葉だが、時間、場所、人物に関する認知を意味する。認知症ではまず時間が分からなくなり、認知症中期に場所に対する見当識障害が現れる。ほとんどの場合、時→場所→人物の順に障害され、家族や配偶者も分からなくなる。(小澤 2005:35;池田 2010:85)。

アルツハイマー型認知症では、初期に時間の見当識が次に場所、人物の失見当をほぼ一定の順序で加わっていく(長谷川 2011:55)。

iv. 失認

失認は、感覚の障害があるわけではないが、熟知しているものや対象を認知できなくなるような、視覚失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認がある(小澤 2005、36)。

視覚失認では、物体の線、形、色などを見て書くのができるが、その物体が何か、どこ

に使うかはわからない。視力は正常だが、親しい人を分からなくなる。触覚失認は正常だが、目を閉じてものを触ると、触っているものが何か分からない。認知症が進むと鏡にうつった自分の姿さえ分からなくなる。また、中期以降は判断力の障害が目立つようになり、日常生活の管理や金銭管理ができなくなる。

v. 感情障害・性格の変化

認知症の症状の中、介護する家族に最も負担になる症状が感情障害と人格の変化である。認知症の初期には感情のコントロールができず、ちょっとしたことにも感情の変化がみられる。ささいなことですぐ興奮したり、泣いたり、急に怒り出したりといった感情失禁がよくみられる。脳血管性認知症は認知症が進行することによって感情失禁が多く、重度になるにしたがって感情が鈍くなり、平坦化する傾向があり、アルツハイマー型認知症の進んだ状態では、いつもニコニコしている状態になり、感情が平坦化して空虚な様相を表す。いずれも個人差があり、重度になっても激しくなる場合もある。

また、性格の変化によって家族や周囲から人格が変わってしまったと思われることがある。この性格の変化は、本来のものが誇張された形で現れる場合が多いといわれる。高齢者の個人差や介護環境、脳の状態、痴呆の進み具合など、人によって差があるが、次第に重度になって感情障害などが重なってくると人格崩壊がみられる。一般的にアルツハイマー型認知の方が比較的早い時期からこの人格の崩壊がみられるといわれている（馬場 2004 : 40-41 ; 池田 2010 : 61-63）。

vi. 失行

失行は、麻痺などの運動障害はなく、ある行為を構成する個々の運動は障害されていないのに動作を組み合わせてある行為を遂行することができなくなり、普段使っていた道具を適切に使えなくなる（小澤 2005 : 37 ; 長谷川 2011 : 61）。

認知症初期には職業や日常の社会活動に支障があるが、個人衛生のような日常生活に必要な行動は可能である。症状の進行によって、家庭、病院などの制限されている場所でも食事、着こなし、洗面、お手洗いの利用、風呂の利用、布団の整理など自分の身だしなみに支障が現れる。重度になるにしたがって、身体障害と神経的症状が現れ、他人の援助を受けなければならぬ状態になるといわれている。

vii. 思考や判断力の障害

考えるスピードが遅くなったり、脳に入ってくる情報を理解し、処理する能力の低下が見られる（長谷川 2011 : 61）。また、日常生活にとって大切な機能障害である手順を踏んで一連のまとまった作業をすることができない実行機能障害や、暮らしのなかで起こる状況が理解できなくなったり、一度に 2 つの情報が入ってくると混乱したり、思考や判断力に障害が現れる（池田 2010 : 87 ; 長谷川 2011 : 54-61）。

② 周辺症状（行動・心理症状：BPSD）

人によって現れ方が全く異なる症状で、自分が置いたところを忘れて「盗まれた」と言いつのる「もの盗まれ妄想」、配偶者が浮気していると思いつむ嫉妬妄想、いないはずの同居人がいると主張する「幻の同居人妄想」などの幻覚妄想状態、不眠、抑うつ、不安、焦燥などの精神症状から、徘徊、便いじり、収集癖、攻撃性といった行動障害までさまざまである。これらの症状は中核症状に心理的、状況的要因が加わって二次的に生成される症状であって、その成り立ちを解明するには、医学的な説明のみではしきれず、認知症という病を生きる一人ひとりの生き方や生活史、あるいは、現在の暮らしぶりが透けて見えるような見方が必要である（小澤 2005：23-24）。

認知症の症状を単純に中核症状と周辺症状に分類するのではなく、多彩にみえる認知症の症状を「元の障害」とその「障害の結果出る心の反応」、「認知症の行動・心理症状」と呼び、国際的には BPSD という用語を用いることで、専門家の間では一般的になりつつある用語である。（須貝 2007：35；加藤 2007：52-53；池田 2010：48-50）。

中核症状に対して行動・心理症状（BPSD）は共通してみられる症状ではなく、出現する人とならない人がある。また、行動・心理症状が単独の症状で現れる人もいれば、複数の行動・心理症状が同時に現れる人、行動・心理症状の内容が進行に伴って変化していく人など、さまざまである。BPSD は、かつては問題行動や周辺症状といわれてきたが、最近では行動・心理症状と呼ばれている（加藤 2007：52-53；小林 2007：84；長谷川 2011：53-58；中山 2011：60）。

周辺症状の特徴について中山は、環境や対応する人、介護の仕方を変えることで大きく影響を受ける症状で、行動・心理症状に影響する要素を<図 1-1-4>のように中核症状と身体症状に加え、環境因子と個人因子をあげている（中山 2011：61）。

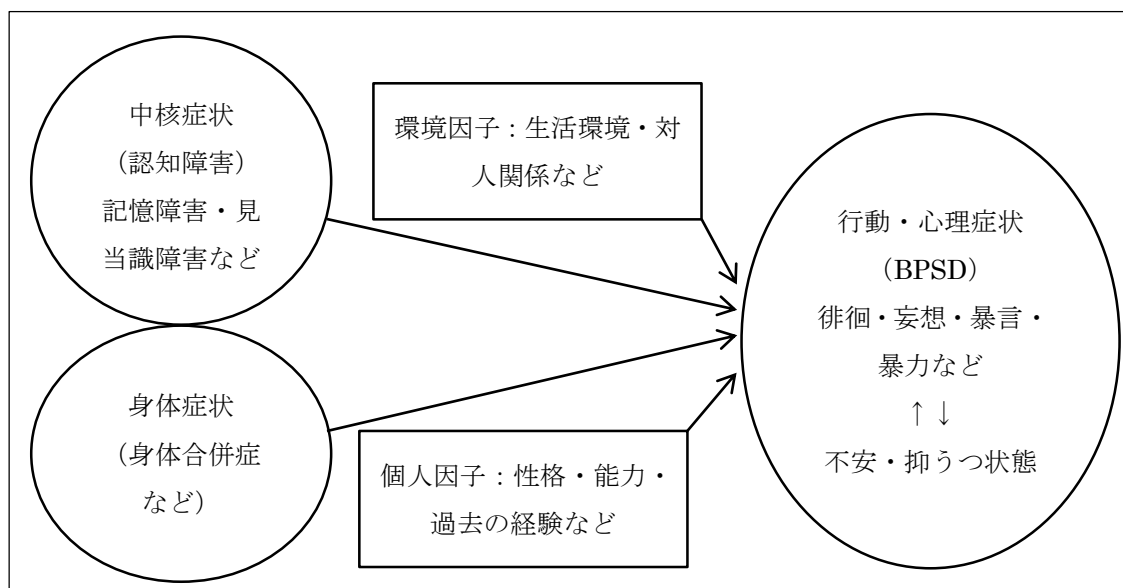


図 1-1-4 行動・心理症状に影響する要素

出典：中山（2011）『認知症高齢者と介護者支援』、法律文化社、p. 64.

認知症はもの忘れの病気であるが、もの忘れは認知症高齢者だけに起こるものではない。一般の高齢者でも子どもであってももの忘れは起こる。しかし、認知症にみられるもの忘れは、体験自体をそっくり忘れてしまうことが特徴である。

一般に認知症高齢者には病識がないといわれるが、これは認知症高齢者自身がもの忘れをしているということに気づいていないためである。しかし、今までの自分と違うという感覚や様々なところで起こる失敗体験、周囲の人からの様々な指摘などから病識とまではいなくても、通常の生活がうまく営めていないことを感じる。認知症という病気であっても人にはそれぞれの性格があり、行動も人それぞれである。しかし、認知症の根底にある認知機能障害が認知症高齢者の行動に影響を与えていることは確かである（加藤 2006：66）。

認知症の人が暮らしを営んでいく際、不安や孤独、被害的気分などの心理が作用して行動・心理症状が起こる。介護する環境が本人と合わなかったり、身体不調（便秘や脱水状態など）があっても現れやすいといわれている。行動・心理症状は、個別的で、病気の進行に影響されて現れる。

認知症の症状の特徴としてほしい、初期には憂鬱や不安の精神的症状が目立つが、進行が進み発病から 10 年以上になると人格の変化が目立つようになる。食事や着かえなどの単純なことにも支障があり、家族はもちろん自分の顔さえ分からなくなる。また、見当識障害によって徘徊をしたり、判断力の障害も現れる。

その他に認知症の原因によってパーキンソン症状や幻視体験、自発性の低下、無関心、脱抑制、反社会的行動、常同行為、食行動異常、病識の欠如、幻覚、意識障害など、多彩な症状の特徴がある（池田 2010：86；長谷川 2011：73-77）。

認知症の症状や障害によって介護者は他の疾病より心身ともに大変な思いを経験するため、たゆまない保護・管理が必要とされる。また、加齢によって誰でも認知症になる可能性があるが、誰もが認知症になるのではないので、できる限り予防・治療によって健常な老後になるように支援することが高齢者福祉の目的にもなるだろう。

（3）認知症の予防と治療

認知症は、その原因疾患によって初期に発見して治療すれば、35～50%は症状が改善されるか日常生活能力を回復できるともいわれている。

認知症予防とは、認知症の発症の危険因子を減らすことで、その予防策としては、生活習慣病の治療と予防、適度な運動習慣、食生活の改善、頭を働かせる習慣、認知的予備力を高めることをあげている（長谷川 2011：126-131）。

認知症の 7～8 割は、アルツハイマー病と脳血管障害が原因疾患となっている。したがって、主にこの 2 つの疾患を予防するということになる。認知症は単純な健忘症と違うにもかかわらず、認知症を加齢による健忘と混同して早期発見ができず、時期を逃したり、適切な治療を受けなかったりする場合があるため、認知症の早期発見とともに予防を考えることが大事であろう。

中核症状は、塩酸ドネペジル（商品名：アリセプト）や抑肝散などの薬によって進行を

遅らせたり、症状を和らげたりすることができる。また、周辺症状は、必要によって副作用が少ない抑肝散を使う場合もあるが、薬物による治療を主としていないとされる（須貝 2007 : 34 ; 池田 2010 : 98 ; 中山 2011 : 60-62 ; 杉山 2011 : 54-57）。また、抗精神病薬や抗うつ薬が一般的に使われており、最近では副作用が出にくい非定型抗精神病薬も使われていて、専門医の下で治療を受けると BPSD の改善が期待される症例も多い（須貝 2007 : 35）。

1) アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症の危険因子としては、最も大きな危険因子は高齢で、生活歴や習慣、家族歴、教育歴、喫煙、金属中毒（特にアルミニウム）などがあると報告されている（宇良 2007 : 108 ; 長谷川 2011 : 126）。また、アルツハイマー型認知症の危険因子は、遺伝的な因子と環境的な因子に分けることができ、環境的因子の影響の方が発症に大きく関わっていると考えられている。健康な高齢者を追跡して認知症を発症した人と発症しなかった人の違いを検討した疫学的研究から環境的因子が明らかになっている（宇良 2007 : 108）。

現在、生活習慣病がアルツハイマー型認知症の発症を早めることが明らかになっており（長谷川 2011 : 129）、食習慣では、魚の摂取、野菜果物の摂取、ワインの摂取などが関係していることが分かっている。魚の摂取に関しては、1日に1回以上食べている人に比べて、ほとんど食べない人はアルツハイマー型認知症の危険がおよそ5倍であったという報告もある（宇良 2007 : 109）。

魚に含まれている不飽和脂肪酸の抗炎症作用によるアミロイドたんぱくの合成を抑える働きなどが知られている。魚以外の抗酸化食品では、赤ワインに含まれるポリフェノール、野菜や果物に含まれているビタミンE、ビタミンC、ベータカロテンなどの摂取が発症の危険度を低下させる効果があると報告されている（宇良 2007 : 109 ; 長谷川 2011 : 130）。

運動習慣をもつ人は、もたない人に比べてアルツハイマー型認知症の発症が少ない。運動していない人は、定期的に運動している人に比べて2.2倍の危険度があると報告されている。有酸素運動は脳の血流を増し、高血圧やコレステロールのレベルを下げる効果があり、そのことが認知症の発症率に関係しているのであろうと考えられている（宇良 2007 : 109 ; 長谷川 2011 : 129）。

また、嗜好品のタバコについて、1990年頃アルツハイマー型認知症に予防的働きがあるという研究結果があったが、1998年に発表されたロッテルダム地域調査やその後の追跡調査からアルツハイマー型認知症の危険因子であることが明らかになった（長谷川 2011 : 130）。

その他に文章を読む・書く、碁、将棋、トランプ・チェスなどの知的なゲーム、楽器の演奏、ダンスなどの知的活動は認知症の危険度を低めるという指摘がある。テレビ・ラジオの視聴頻度、新聞・本・雑誌を読む頻度、などがあげられていて、対人的な接触頻度も大きく関わっていることも明らかになっている（厚生労働省 2009a ; 宇良 2007 : 110 ; 長谷川 2011 : 130-131）。

しかし、アルツハイマー型認知症の進行を遅らせると知られている塩酸ドネペジル（商品名、アリセプト）も、初期から中期にかけて進行を遅らせるだけで治療ができるわけで

はない（須貝 2007：34-35）。また、認知症の原因疾患の大部分を占めるアルツハイマー型認知症の発症原因やメカニズムについてすべてが明らかになっていないことと、認知症予防の根拠や効果が明確になっていないことから、認知症の 1 次予防のエビデンスはまだまだという報告もある（宇良 2007：103）。

2) 血管性認知症

血管性認知症は、脳の血管障害で起こる。脳の血管障害の原因疾患としては、脳梗塞、血栓症、脳塞栓症、脳出血、くも膜下出血などがあげられ、これらの疾患の危険因子に高血圧、肥質異常症、糖尿病、肥満などの不健康状態のいわゆるメタボリック症候群（シンドローム）と、生活習慣の運動不足、食塩摂取、飲酒、喫煙などがあるという指摘がある（池田 2010：75；長谷川 2011：126）。

一般的脳梗塞の予防のための治療は、血小板凝縮抑制剤や、脳血流改善剤などの投与により、血管性認知症の進行を食い止めることが可能となる。つまり、完全に進行を阻止できる方法が見つかり、それが認知症の治療法となるのである。血管性認知症は、生活習慣病の 1 つとみなされているため、予防には日ごろから生活習慣病にかからないようにして、塩分を 1 日 10g 以下に抑える必要がある（灰田 2005：93-94；須貝 2007：37；長谷川 2011：130）。

アルツハイマー病と脳血管性認知症は認知症の代表疾患の一つであるが、疾患の多様性により病態機序の解明は進んでいない。認知症の治療方法には薬物療法と知的刺激を与えるための行動に関する治療法がある。薬物療法としては現時点では、疾患の進行を停止させるような決定的な薬物はまだ開発されていない。薬物療法には、記憶障害や認知障害といった中核症状を治療するものと、幻覚や異常行動など周辺症状を治療するものがある。中核症状を治療する薬剤として、アルツハイマー型認知症に対して、現在はアリセプトといった薬があるが、本質的に進行を止める薬物ではない（灰田 2005：94-95）。

アルツハイマー病の進行を止められる可能性のある根本的治療薬としては、アルツハイマー病の原因として考えられるアミロイド B の蓄積を減らす治療薬に期待ができる。具体的には、アミロイド B の産生を減らす、アミロイド B の分解を促進する、アミロイド B に対する抗体などを投与することによりアミロイド B を脳内から排出するなどの方法があり、既に米国を中心として治験が行われているものもある（厚生労働省 2008a）。現在、世界中で活発に研究されており、今後、アルツハイマー型認知症の本質的治療法が確立される可能性がある。

一方、脳血管性認知症では、抗血小板薬や脳血流改善剤などが有効であり、かなり長い期間よい状態を維持することができる。周辺症状の治療には向精神薬が主として用いられる。本質的治療はできないが、それによりかなり介護がしやすくなる（灰田 2005：94-95）。なお、〈表 1-1-4〉は DSM-IV-TR に記されている治療可能な認知症の原因疾患である。

表 1-1-4 治療可能な認知症の原因疾患

① 甲状腺機能低下症	⑨ 薬物
② ビタミン B ₁ 欠乏症	⑩ 毒物
③ 葉酸欠乏症	⑪ パーキンソン病
④ ビタミン B ₁₂ 欠乏症	⑫ ハンチントン病
⑤ ニコチン酸欠乏症	⑬ 慢性硬膜下血腫
⑥ 高カルシウム血症	⑭ 正常圧水頭症
⑦ 神経梅毒	⑮ 脳腫瘍
⑧ HIV 感染症	

出典：灰田（2005）『「認知症」とはどんな病気?—「認知症」の正しい理解のために—』、東海大学出版、p.71.

2. 認知症高齢者の現状と支援制度

（1）認知症高齢者の現状

1) 認知症高齢者の人口推移

日本の総人口は、2015年4月1日現在、1億2,690万人に65歳以上の高齢者人口は3,349万人で、総人口に占める割合は26.3%である（総務省2015）。2030年には高齢化率31.8%と国民の約3人に1人が65歳以上となる見込みである（総務省2011；内閣府2013；厚生労働省2014）。

2010年に公表された国立社会保障・人口問題研究所の『日本の将来推計人口（2010年推計）』によれば、2005年に人口減少がみられ、今後、一層少子高齢化が進行し、2055年の合計特殊出生率は1.26、人口は8,993万人で9,000万人を下回り、高齢化率は約40.5%に長期の人口減少過程に入り、1人の65歳以上を支える現役世代（20～64歳人口）も1.2人と予測されている（国立社会保障・人口問題研究所2012；厚生労働省2011a；2012）。

伸び続けている高齢化率に伴い、後期高齢者数も右肩あがりに増加し続けて2025年には後期高齢化率が20%、2051年には25%に達し、4人に1人が後期高齢者になると見通している（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編2013：3）。後期高齢者の増加は、認知症高齢者の増加と深く関係があり、介護を要する認知症高齢者数も2010年に280万人に、2025年には認知症高齢者数が470万人で65歳以上高齢者の13%に達すると推計している（厚生労働省2013a；地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編2013：4）。

また、2014年度の『「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』（厚生労働省2013a）による、認知症高齢者数（日常生活自立度Ⅱ以上）の将来推計からも認知症高齢者数は以上の報告と同様に増加し続けていることがわかる（表1-1-5）。これらの認知症高齢者数の推計は、2003年度「平成15年高齢者介護研究会報告書」と異なっている。2003年度の推計より、2010年の推計では2010年の推計は2.3%高くなっていて、2015年の推計は2.6%、2020年の推計は2.9%、2025年の推計は3.5%と右肩あがりに増加し続けている。

表 1-1-5 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の将来推計（単位：万人）

将来推計（年）	2010年	2015年	2020年	2025年
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※2012 を推計すると、305 万人となる。

※下段は 65 歳以上人口に対する比率

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※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・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

出典：厚生労働省（2013a）「老健局重点事項説明資料；認知症施策について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rxf.pdf>

さらに、2015 年 1 月の『「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）」について』の報告によれば、認知症の人の数は 2012 年で約 462 万人、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されているとしている。さらに、2025 年には、認知症の人が約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合も約 5 人に 1 人に上昇する見込みと報告している。約 400 万人と推計される正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害(MCI : Mild Cognitive Impairment)と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人またはその予備群とも言われているとしている（厚生労働省 2015）。認知症の人またはその予備群が 4 人に 1 人ということは、今やきわめて身近な病気といえる。

2) 有病率

認知症の有病率は、「平成 22 年度の認知症有病率等調査」によれば、全国の 65 歳以上の高齢者について、認知症の全国有病率推定値は 15%（95%信頼区間で 12%～17%）で、全国の認知症有病者数は約 439 万人と推計している（95%信頼区間で約 350 万人～497 万人）。また、軽度認知機能障害（MCI）の全国の有病率の推定値も 13%（95%信頼区間で 10%～16%）で、全国の MCI 有病者数約 380 万人と推計している（95%信頼区間で約 292 万人～468 万人）と報告している（厚生労働省 2013a）。つまり、全国の 65 歳以上の高齢者のうち、380 万人が認知症の予備軍で、今後何らかの支援が必要になるといえる。

さらに、「65 歳以上高齢者の性別・年齢階級別認知症の有病率」は<表 1-1-6>のようで、65 歳～90 歳までは、年齢が 5 歳高まると認知症高齢者の有病率はおよそ 2 倍に増えるとして、後期高齢者人口の急速な増加は、認知症高齢者の増加に大きな影響を及ぼすと報告している（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編 2013：4-5）。「認知症有病率の将来推計」からも認知症の有病率は、右肩あがりに増加していて、認知症高齢者の数は増加し続けることが分かる<図 1-1-5>。

表 1-1-6 65 歳以上高齢者の性別・年齢階級別認知症有病率

	65~69 歳	70~74 歳	75~79 歳	80~84 歳	85~89 歳	90~94 歳	95 歳以上
男性	1.35%	2.87%	6.09%	12.07%	22.25%	36.77%	53.89%
女性	1.01%	2.59%	6.97%	16.64%	33.32%	52.19%	73.00%

※2010 年 1 年間の介護保険要介護認定データにおける「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の性別・年齢階級別数を、2010 年 10 月 1 日現在の性別・年齢階級別人口（総務省統計局「国勢調査報告」）で割って算出。

出典：粟田（2013）「2012 年度認知症の早期発見、診断につながるアセスメントツールの開発に関する調査研究報告書」、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター、p.5.

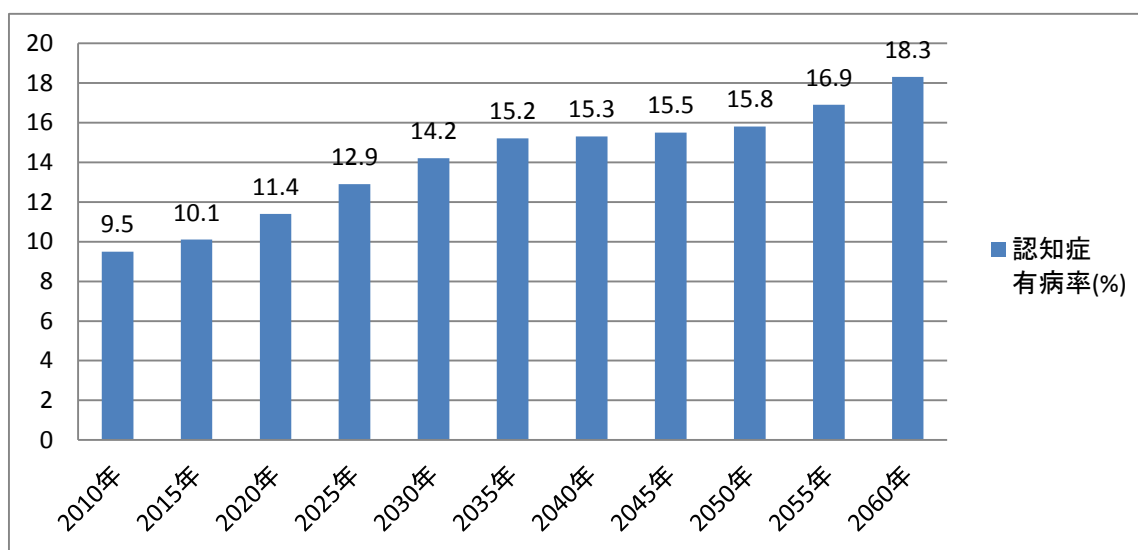


図 1-1-5 認知症有病率の将来推計

※認知症高齢者数は、表 1-1-6 の数値を、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）性別・年齢階級別人口の将来推計（平成 24 年 1 月推計）に掛け合わせての算出されているデータより筆者作成。

出典：粟田（2013）「2012 年度認知症の早期発見、診断につながるアセスメントツールの開発に関する調査研究報告書」、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター、p.5.

（2）認知症高齢者の支援制度の動向

1）認知症高齢者の支援制度

認知症高齢者の支援制度は、『医療保険制度』や『老人保健制度』のほか、高齢者の増加に伴う認知症高齢者の増加と認知症の人が持つ認知症の症状や特徴と介護ニーズの増大など、家族のみでは支えきれなくなる昨今の状況から 2000 年に実施された『介護保険制度』を加えて、三つの柱となっている。

厚生労働省による認知症関連施策のあゆみの概要は<表 1-1-7>にあるように、その対策の大きな動きを概観すると、認知症の人に対する対策として第一歩を踏み出したのは、1963 年の『老人福祉法』の制定で、そのときに特別養護老人ホームが新設され、定義の中に認知症の人への対策が含まれている。その後、1982 年の『老人保健法』が制定され、1987 年に『痴呆性老人対策推進本部』が設置され、本格的に認知症の人の対策に取り組むよう

になった。1990年には1989年の『ゴールドプラン』の実現のために『福祉関係八法』の改正を行った（宮崎 2011：164-174）。

2000年には『介護保険法』が制定され、2004年には、『痴呆』から『認知症』へ用語が変更された。2005年は『認知症予防・支援マニュアル』が作成され、2008年の『認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト』では、本人・家族支援の方向性について報告している。また、2012年の『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』では、地域包括ケアシステムの構築によって、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置いているとしている（厚生労働省 2013b）。

表 1-1-7 認知症関連施策のあゆみの概要

年度	内容
1963（昭和38）年	老人福祉法制定（特別養護老人ホームの創設等）
1982（昭和57）年	老人保健法制定（疾病予防や健康作り）
1984（昭和59）年	老人性痴呆ケアに関する研修事業開始
1987（昭和62）年	「厚生省痴呆性老人対策推進本部」報告書
1989（平成元年）年	老人性痴呆疾患センター開始
1992（平成4）年	老人性痴呆対応型デイサービスセンター開始
1994（平成6）年	「痴呆性老人対策に関する検討会」報告書
1997（平成9）年	老人性痴呆対応型グループホーム開始
2000（平成12）年	介護保険法制定
2003（平成15）年	「高齢者介護研究会」報告書発表
2004（平成16）年	痴呆から認知症へ用語の変更
2005（平成17）年	認知症サポーター養成研修／認知症サポート医養成研修開始
2006（平成18）年	かかりつけ医認知症対応力向上研修開始
2008（平成20）年	「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
2012（平成24）年	「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）策定
2015（平成27）年	「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）報告書

*2015年の「新オレンジプラン」に関する内容について、『「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）報告書』より筆者加筆
出典：厚生労働省（2013b）「老健局重点事項説明資料—認知症施策について」

http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146269&name=2r98520000033t9f_1.pdf

厚生労働省（2015）『「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）について』

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishoug-yakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf

さらに、2015年1月には、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（2012年9月厚生労働省公表）を改め、「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）」を新たに策定している（厚生労働省2015）。

このように厚生労働省は、認知症高齢者への新たな制度や支援策を工夫している。しかし、これらに対して、三宅は、2012年に厚生労働省が公表した「今後の認知症施策の方向性について」の報告書について、①施策の基礎データに認知症人数が明示されていない、②「ケア」という曖昧な用語の使用、③認知症の人は施設や病院で生活したり医療を受けることがあるのに対し、報告書では施設介護が抜けている、④報告書の目玉の「身近型認知症疾患医療センター」及び「認知症初期集中支援チーム」は機能するのか、⑤介護施設への入所を長期に待たされ入所できるめどがなく、在宅介護をする家族がやむなく選ぶのが精神科病院なので、精神科病院をどうするのか、⑥、地域レベル、全国レベルで存在するさまざまな社会資源の利用については不思議なことにほとんど触れていない、という6つの点を指摘している（三宅2012：15-19）。

2) 支援制度としての介護保険

前述のように、日本の高齢者に対する支援対策は、介護保険制度によって大きく変わっており、それに伴う問題も数多く抱えるようになってきている。天田は、介護保険制度の創設と一連の医療制度改革は、「過剰」と「過小」「悲惨」の言説化によって、医療保険制度・介護保険制度・年金制度・生活保護制度等の仕組みを前提にした「社会改良主義」的改革と論じている（天田2010：54-55）。杉澤は、介護保険制度によって、①介護サービスの利用決定の権限が行政から高齢者や家族に移行されたこと、②医療と福祉の統合化の推進のための仕組みが投入されたこと、③サービスの質の向上に対するインセンティブが作用するような変更も加えられたことの3点をあげて、画期的な制度上の改革が行われたと述べている（杉澤2005：7-9）。

そもそも介護保険制度は、1980年代頃から介護を担う女性たちの間で、家族介護がいかに過酷な労働かが問題となり、さらに1990年代の半ばになると比較的大規模な社会調査によって、家族介護の実態とそれが家族関係を崩壊に導くこともあることが実証されるようになり、このことが介護の社会化を求める声の高まりとなって2000年度の公的介護保険制度の導入に結びついた（岡本1996：41）。介護保険制度によって、家族の犠牲の上に成り立つ介護のあり方を転換し、介護を必要とする高齢者を社会的に支えるシステムで（杉澤2005：7）、家族のみに介護を負わせてきた従来の介護から、高齢者の状態に合わせて、公的に認定された社会的援助を受けられる介護へ大きく変化するようになった。

社会福祉用語辞典によれば、介護保険を「主として、加齢に伴い介護を要する状態に陥ることを保険事故とする保険制度の総称。介護保険法に基づく公的介護保険と、民間運用の私的介護保険があるが、近年では、介護保険法に基づく制度を指す場合が多い。介護保険法という介護保険とは、被保険者の要介護状態や要支援状態に関して必要な保険給付を

行うことである」としている。

厚生労働省（2003）は、介護保険制度について、「自立支援」を目指すものとして、その根底には「尊厳の保持」という理念のもとで、措置から契約へ、選択と権利の保障、保健・医療・福祉サービスの一体的提供など、高齢者介護の歴史に時代を画す改革で、高齢者介護のあり方は大きく変容しつつある（厚生労働省 2003；寺本 2012：26-28）。

介護保険制度に対する学術系による評価もあって、太田は、施設サービスも在宅サービスも不足した国で、新たなサービスを生み出す財源の方策として生まれたもので、日本の長期ケア施設を大きく変化させ、長期ケア施設が制度として明確に一つのカテゴリーに括られるようになったと述べている。これは医療と福祉の歴史の中で従来の枠を越えたという意味で、ひとつの時代を画する出来事であると評価している。また、介護保険制度の仕組みによって要介護高齢者の実態がある程度把握できるようになったと介護保険制度の導入による有効性について述べている（太田 2003：17；70；153）。

また、介護保険制度の実施に当たって、高齢者介護を巡る思想が「選別主義」から「普遍主義」へ、「保護主義」から「自立支援」へ、「公的主義」から「共助思想」へ大きく変化したと池田も述べている。これに加え、「介護サービス市場の開放」によるサービスの増加や「介護サービスの標準化」は、これまでの社会保険とは決定的に異なるともいえる、介護保険の保険者の「市区町村に役割」を与え、介護保険の思想も「選別—保護—公助」主義から「普遍—自立支援—共助」主義へ転換しようとする特徴があると述べている（池田 2011：2-6）。

さらに、介護保険制度の基本理念をあげながら論じている寺本は、その基本理念に「①介護を社会全体で支える仕組み、②国民全体の理解を得られる仕組み、③公平な世代間負担を図る、④選択による福祉、医療、保険の介護サービスの総合的利用、⑤多様なサービスの提供、⑥自立支援を目的として要介護状態の悪化防止を図る」（寺本 2012：28）という 6 つをあげて、介護サービスの利用にかかる費用について保険給付を行うことと説明している。

確かに介護保険制度の導入は、高齢者支援対策の大きな改革である。介護保険制度の実施後、各種の社会福祉サービスが整備され、そのサービスの利用も増大して、人々の意識さえ変化させてきている。しかし、この制度には、「介護認定システムや調査員・介護認定審査会の問題、給付内容の問題、居宅介護支援の質の問題、利用者の所得階層による格差の問題、負担のあり方や財政上の問題、介護職員の専門性と雇用条件の問題、市町村の制度運営の問題、居宅サービスと施設サービスのあり方や体系の問題等」（小松ほか 2008：96）、介護保険制度を実施して 10 年を経た今日さまざまな課題が浮上している。

「介護保険の税方式について税論者や保険論者の立場を論じて、両論者ともに日本の高齢者ケアのサービス不足は共通の認識としてみられる」（太田 2003：74）ことや、介護保険が生み出した新たな問題に、「①介護の『市場化』に伴う問題と、②高齢者の介護や生活問題の解決に対する行政の責任後退、③介護保険制度による経済的負担の大きさの問題」（太田 2010：203-204）のような指摘など、介護保険制度のスタート時点から直ちに問われている課題も少なくない。

介護保険制度の導入によるサービス利用について厚生労働省（2003）も、「介護保険制度は、要介護認定を受ければ、行政を介することなく、利用者がいつでもサービスを直接利用することができるようになり、サービスは利用しやすくなった。私たちにとって介護サービスは確実に身近なものとなっている」と述べている。一方で、その人の状態に応じた適切なサービスが提供され、高齢者の自立支援を促し、尊厳ある生活の継続を可能とするものとなっているかどうかに対する検証が必要であることと、介護保険は高齢者の自立を社会全体が共同して支える仕組みであり、その公的な性格を十分に踏まえ、制度を維持するために必要な節度とモラルを利用者・事業者の双方が持つことが求められるとしている。

介護保険制度の創設意義について家族介護を基盤に捉えた介護の仕組みから、介護サービスの利用を基盤とした介護の仕組みへと転換させることにあったと杉澤はいう。しかし、「高齢者やその家族の間で、『家族が年老いた高齢者の面倒を見るのは当たり前』といった家族介護への期待や介護サービス利用への抵抗感が依然として強いならば、介護保険制度は実効あるものにならない。介護保険制度を根付かせ、介護の社会化を実現していくには、高齢者やその家族が制度の理念を理解し、介護サービスを積極的に受け入れる姿勢を持つことが必要」と高齢者本人や家族におけるサービス利用の受け入れに対する意識転換も必要と指摘もしている（杉澤 2005：35-36）。

介護保険制度が公的保険といっても、その形態が本格的な語論がなされていないといっている池田は、「①医療保険統合方式と年金保険統合方式が実現の可能性がなく、老人保健方式も望ましくないため、独自の介護保険方式の検討が必要なこと、②保険者をどこに置くかと給付対象としての被保険者のこと、③年齢や虚弱高齢者の扱い、20歳前障害者の介護保険適用問題などの保険事故の範囲、④保険料の水準や応能負担か応益負担かという論点と、被扶養者や高齢者、事業主の負担と免除の問題、未納・未加入の問題、財政調整など保険料の問題、⑤支払いの方式や在宅・施設サービスの給付、現金給付に対する論点、介護度と給付水準、障害者の給付のような他制度との併給調整など、給付の問題、⑥介護保険を巡る論議のなかで、具体的なサービスの質の維持・向上、苦情処理、チェック機関についての論議はほとんどなされていない」と、6つの項目をあげて介護保険制度を包括的に指摘している（池田 2011：272-316）。

介護保険の目指す在宅介護の実際は、家庭に介護者がいることを前提としており、家族介護に関しては、おおむね「介護認定」によって「介護の必要度」が判定され、それに伴うサービス提供プログラムによって、在宅ケアが支えられている。また、在宅でのケアを支えるためには「地域ケア」を作り出さねばならない。しかし、介護保険はそれを「家に閉じ込めるケア」にしたと指摘して、関係とは本来相互的なもので、一方的にしてもらうという関係だけになると、介助してもらう家族に心理的な負担が発生する（萩原 2000：9-27）。また、介護認定では「環境要素」「家族要素」は除外されており、基本的には「要介護者」当人の生活必要度としてしか、とらえられていないという指摘もある（佐藤 2002：29-31）。

前述のように、介護保険制度は、その有効性のみあるわけではない。介護サービスに対する検証が必要であることや認知症高齢者が利用している介護サービスの内容と利用状況について確認が必要であることなど、介護サービスに対する課題が多い。

3) 認知症高齢者の利用サービス

介護保険制度では、高齢者が住みなれた在宅（居宅）・地域での生活を可能な限り継続できるように支援することが基本的理念のひとつにあげられていて、そのため多くの介護サービスが用意されている（寺本 2012：37）。介護保険制度の仕組みや介護サービス利用の手続きは<図 1-1-6>と<図 1-1-7>のように、ほとんどの認知症高齢者は要介護認定を受けて、介護給付によって在宅（居宅）サービスや地域密着型サービス、もしくは施設サービスを利用することになる。

介護サービスの詳細を見ると、「在宅（居宅）サービス」には、自宅で利用する訪問介護や訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導といった訪問サービスと福祉用具と、通所介護（デイサービス）や通所リハビリテーション（デイケア）といった通所サービス、短期入所生活介護や短期入所療養介護、入居型居宅サービス、特定施設入居者生活介護の短期入所サービスなどがある。「地域密着型サービス」には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者向けグループホーム）、認知症対応型通所介護、複合型サービス、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護がある。「施設サービス」には、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、介護療養型医療施設がある（寺本 2012：37-49；厚生労働省 2013d）

山田は、介護保険制度の実施前と後の介護サービス利用状況の変化について、主要な在宅サービス 5 種類（ショートステイ、ホームヘルプ、訪問看護、入浴サービス、通所サービス）の利用割合と平均利用回数を比較している。全体的に介護保険制度実施後の利用割合が高くなっているが、上昇の割合はサービスによって異なると報告している。また、サービスごとの平均利用回数も上昇傾向を見せていると述べている。しかし、それが制度の導入のみに起因しているものとは考えにくいとしている（山田 2005：30-32）。

厚生労働省によると、要介護利用者の介護サービスの利用状況は<図 1-1-8>のように、居宅サービスが 67%で最も多く、施設サービスは 24%、地域密着サービスは 9%の順であるが、総費用においては、居宅サービスが 46%、施設サービスは 42%、地域密着サービスは 12%の順となっていて、施設サービスの総費用が利用者数に比べて高くなっていると報告している（厚生労働省 2013d）。

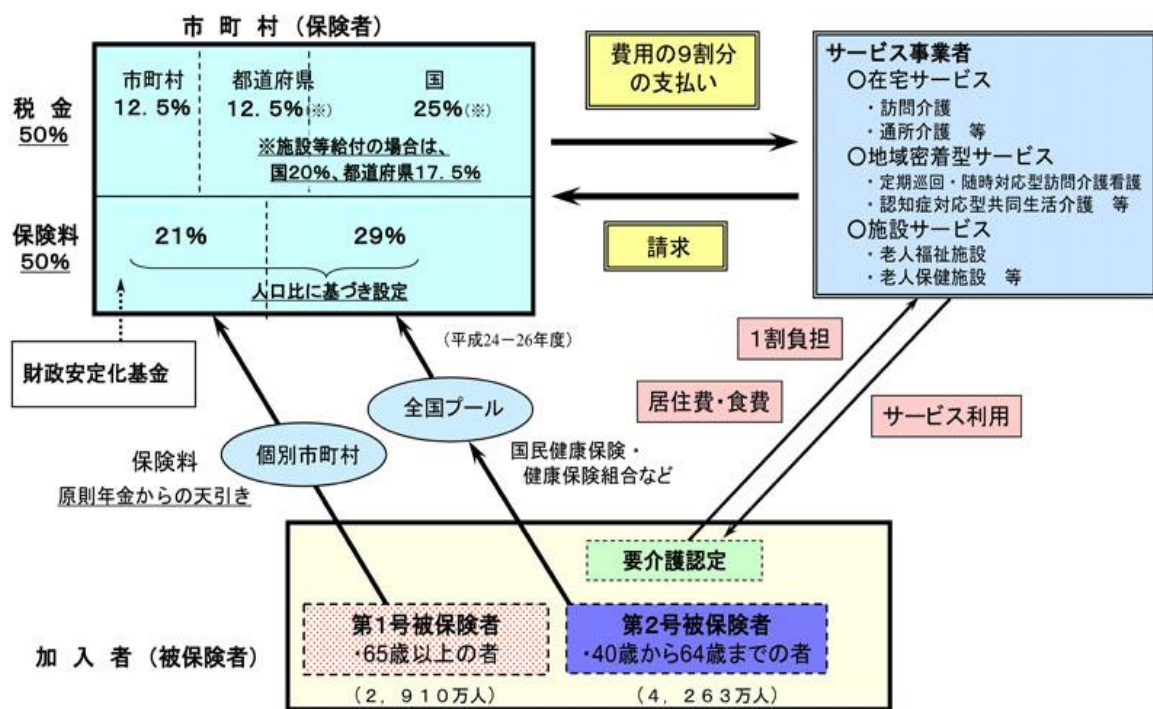
また、介護サービスの要介護度別に利用者数の構成割合をみると、訪問介護・通所介護・特定施設入居者生活介護・居宅介護支援事業所は「要介護 1」が多くて、訪問看護ステーション・通所リハビリテーションは「要介護 2」が多くなっている。しかし、訪問入浴介護では「要介護 5」が最も多くなっていると報告している<図 1-1-9>（厚生労働省 2013c）。

これらの介護サービスは、在宅福祉サービスが介護保険制度を中核として体系化され、展開されているが、課題も現れている。小松らは、その課題について、居宅サービスの利用は、各地域におけるサービス全体の整備状況に強く影響を受けることから、サービスの整備を確実に進めていくことと、在宅福祉サービスの質の向上と確実な利用を進めるための条件整備の必要性、それぞれの過程の中での高齢者とその家族のニーズの変化等を見逃

すことなく把握することと同様な難しさがああり、それらをスムーズに行うためのシステムの検討、新たな在宅福祉サービスの確立で、新たに出てくるニーズに対応する新しいサービスの開発に向けた取り組みの必要性、在宅福祉サービスの質の向上を目指したサービスの評価に利用者の立場でサービスの質の向上と、内容の充実に向けた意見などを生かしていく体制、高齢者と家族のニーズに適した総合的な対応として、福祉保健医療に関わる関連職種との連携協働が不可欠であり、日常的なネットワークの形成が必要と報告している（小松ほか 2008：99-100）。

さらに、介護保険制度導入後における困難ケースへの処遇は、採算が合わないという理由から敬遠されがちである。このようなケースは行政の方で積極的に関与する必要があるため、サービスの利用にかかわる権限が高齢者に与えられたものの、それを有効に活用するための体制整備が十分とは言えず、高齢者の中では逆に不安が助長されている人も少なからずみられたという報告もある（杉澤 2005：187）。

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成22年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成22年度末現在の数(福島県の5町1村を除く。)である。第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成22年度内の月平均値である。

図 1-1-6 介護保険制度の仕組み

出典：厚生労働省（2013d）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html

介護サービス利用の手続き

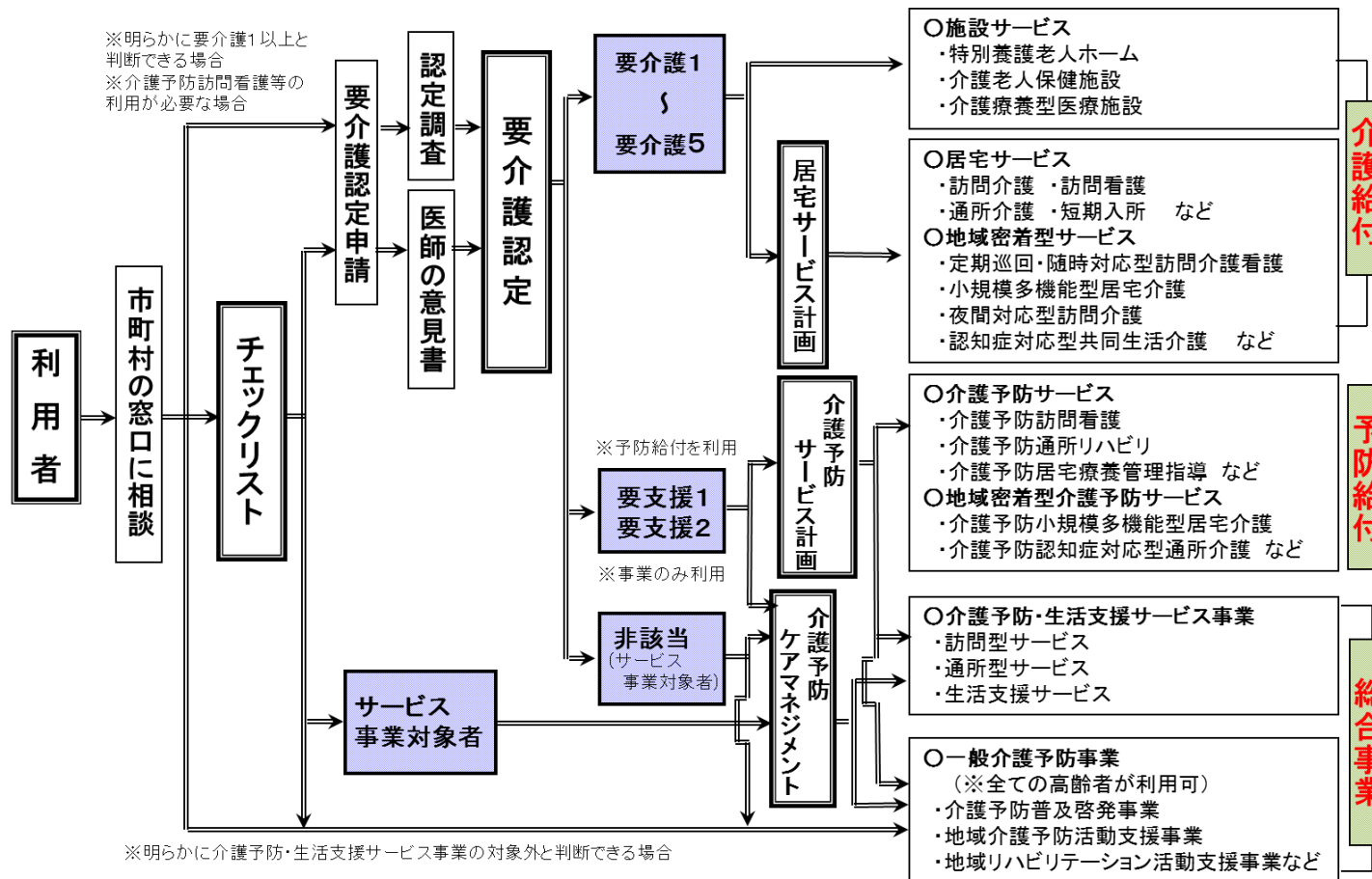


図 1-1-7 介護サービス利用の手続き

出典：厚生労働省（2013d）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf

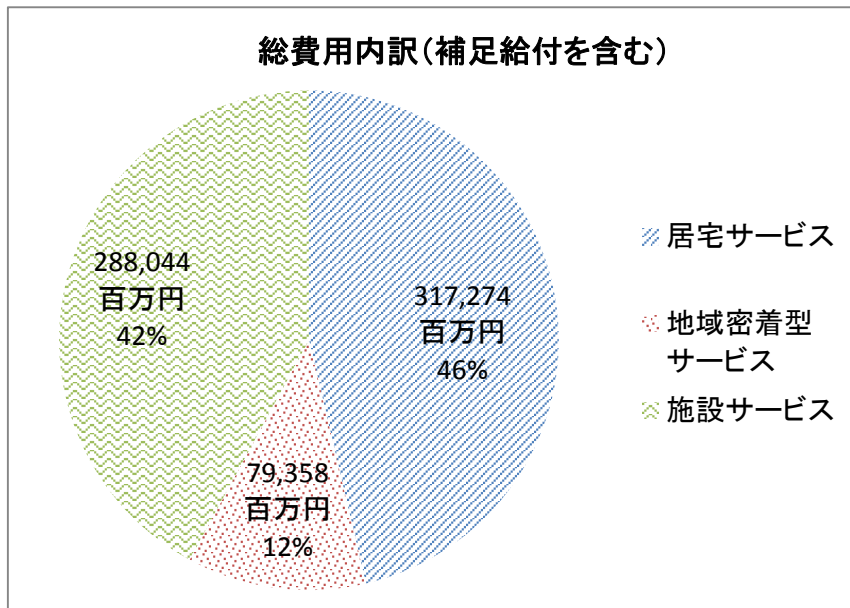
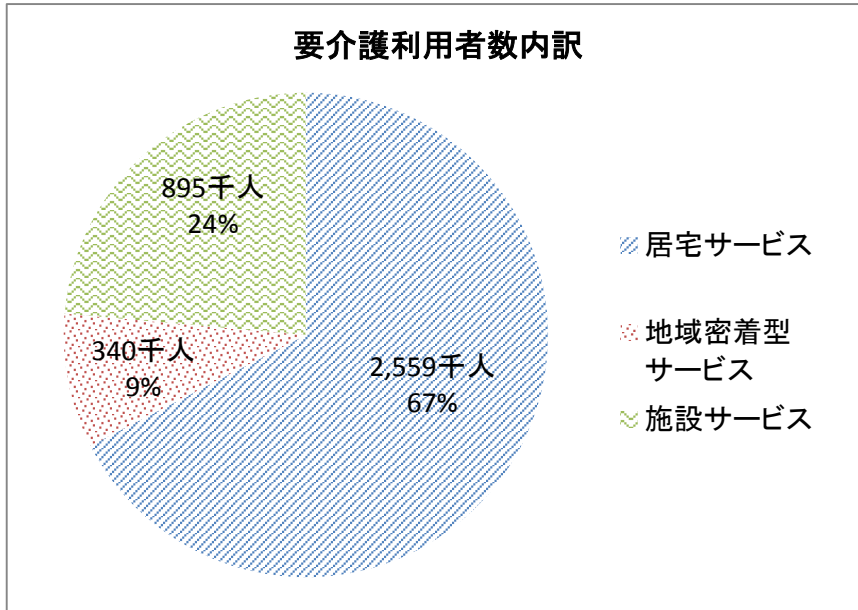


図 1-1-8 サービス類型ごとの要介護利用者数／総費用内訳
 出典：厚生労働省（2013d）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html

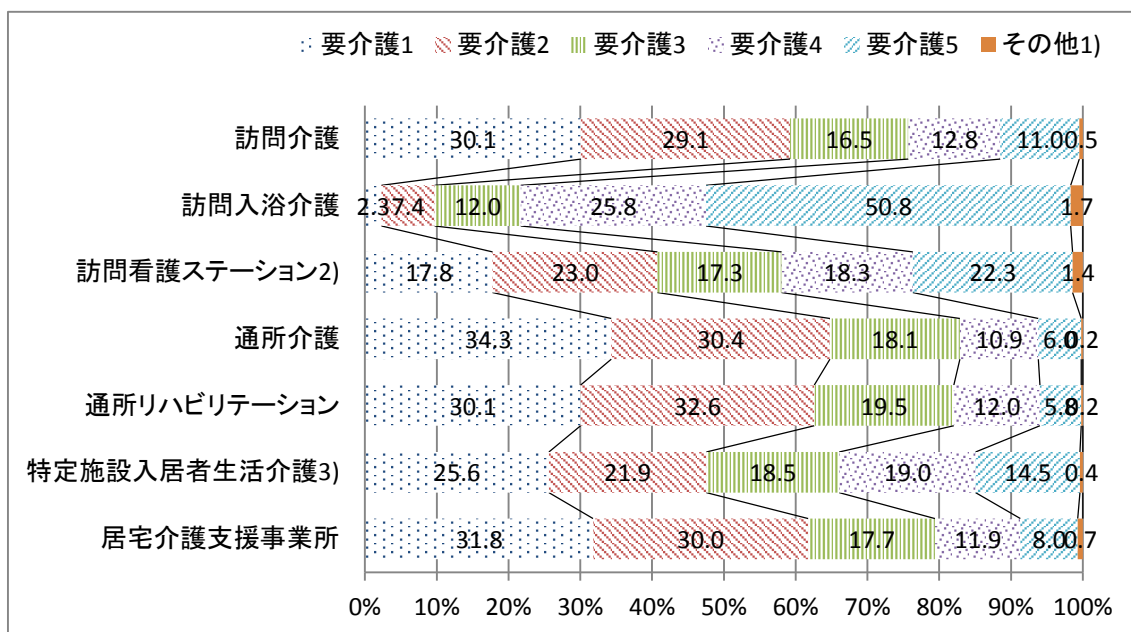


図 1-1-9 要介護度別利用者数の構成割合（介護サービス）（詳細票）（平成 25 年 9 月）

*1) 「その他」は、要介護認定申請中等である。訪問看護ステーションは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携による利用者も含む。

*2) 訪問看護ステーションは、健康保険法等のみによる利用者を含まない。

*3) 特定施設入居者生活介護は、9 月末日の利用者である。

出典：厚生労働省（2013c）「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況」

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi_02.html

確かに介護保険制度の導入は、高齢者支援対策の大きな改革である。介護保険制度の実施後、各種の社会福祉サービスが整備され、そのサービスの利用も増大して、人々の意識さえ変化させてきている。

しかし、多くの研究者が指摘しているように、課題も多い。実際にそのサービスを利用している認知症高齢者の本人や介護を担っている家族とそのサービスを提供し、関わっている専門職からの課題も一つひとつ丁寧に解決していく必要がある。

第2節 家族介護をめぐる論考にみる家族介護者の変化

認知症高齢者の居場所について宮崎は、厚生労働省のデータから、認知症の人の半数以上が在宅（自宅）で、認知症の程度に関係なく、重度の人も軽度の人も在宅を拠点にしてサービスを利用しながら生活していると報告している（宮崎 2011：16）。

厚生労働省による認知症高齢者の居場所に関する報告<表 1-2-1>からも、日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者 280 万人に対する居場所別内訳は、居宅（在宅）²⁾が 140 万人で、介護老人福祉施設が 41 万人、医療機関が 38 万人、介護老人保健施設等が 36 万人、グループホームが 14 万人、特定施設が 10 万人（厚生労働省 2013a）であり、介護を要する認知症高齢者の 5 割が在宅で生活しており、家族によって介護を受けている状況といえる。

表 1-2-1 認知症高齢者の居場所別内訳（2010 年 9 月末現在）（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

出典：厚生労働省（2013a）「老健局重点事項説明資料—認知症施策について」2015.1.21

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035rce-att/2r98520000035rfx.pdf>

第1節で述べたように、介護保険制度の導入以後、利用できるサービスの量が增大している今でも、介護は従来どおり家族で行うべきだという意見は根強く存在している。また、新しい政策は、介護や医療など社会保障の費用を抑制する方向に進められ、地域・在宅・予防というようになり、その後、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域で包括的な支援・サービスを提供できる体制（地域包括ケアシステム）の構築の推進が提唱されている。しかし、介護保険制度は、「家族介護（在宅介護）を理念とし、それを支援することが基本方針となっていて」（山中 2005：29）、実際に介護の負担やストレスの軽減には結びつかず、むしろ増加させる原因にもなっているといえる。

そこで、本節では、家族と介護をめぐる論考の検討を通して家族介護者の変化について確認するため、介護者として生きる家族について家族介護をめぐるジェンダー規範や「いえ」という視点から概観した後、家族形態や介護形態の変化と主介護者の変化について先行研究をもとにまとめる。

²⁾ 社会福祉では、法律上「居宅」が用いられて、一般には在宅という言い方がされている（太田 2003：12）。

1. 家族介護をめぐる論考

(1) 家族介護者として生きる

1) 家族の定義と家族関係

社会学辞典によると、家族は、「夫婦の配偶関係や親子・兄弟など血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団。社会構成の基本単位」とあり、社会福祉用語辞典では、基本的に「夫婦を中核とし、親子、きょうだいなどの近親者を構成員とする血縁的小集団」と定義している。また、「同一戸籍ないし同一居住、生計を共にする、生活福祉追求の集団。家族員は共通家族意識を持ち、相互の感情的結びつきが深いといえる。家族は人間社会の基本的単位である」とも記述されている。さらに、家族とは「居住を共にすることによってひとつのまとまりを形成した親族集団」のことであるとしている。家族に対する定義は、人間生活の日常生活の基本単位とする集団であり、かつ感情的係わり合いで結ばれた集団としての定義に整理することができる。

人間生活における日常生活の基本単位の集団に定義している研究者の中、後藤らは、家族を血縁と婚姻とを結合の基礎として生活協同をなす集団で、決して固定的なものではなく、いくつかの段階を踏みながら変化する流動的な存在であるとし、家族という概念に対して混同して用いられる類似語として「家庭」・「世帯」・「家（いえ）」をあげている（後藤ら 1975 : 2-5）。また、血縁または婚姻などのエロスの契機と生活での共存によって結ばれ、その結びつきが社会的に承認されている人々によって構成され、客観的には社会の必要にたいして主観的には構成員の必要性に応じて、生産主体としての人間の生産にかかわる人間的諸活動が意識的かつ無意識的におこなわれる人間生活の日常生活単位という定義もある（飯田 1994 : 47-50）。

アフリカの家族の検討から家族を「寝食を共にする」という要素からなっていると定義している中根は、厳密な意味での家族 family という用語を「血縁（親子、きょうだい関係）」の要素に限定すると定義している。しかし、家族の概念が社会によって必ずしも一致していないことと、実態に「家族」と称される社会集団には、その構成と構造においてさまざまな種類があり、どのように分析して指標となる概念を設定し、比較を可能にするかという問題があると指摘している（中根 1970 : 3-14）。また、斉藤は、家族について、身体的・情緒的に安全が確保されていることとあって、世間でいう家族とは本質的に社会的なものであり、制度的なものであると述べている（斎藤 1996 : 37）。

一方、感情的係わり合いで結ばれた集団と定義している研究者の中で、森岡らは、夫婦・親子・きょうだいなど少数の近親者を主要な構成員とし、成員相互の深い感情的係わり合いで結ばれた、第1次的な福祉志向の集団と定義し、近親者という言葉には夫婦関係を基礎とし、そこから親子関係、きょうだい関係などが生まれるという意味がこめられているとしている。また、家族は愛着だけでなく葛藤を持つことを認めつつ、深い感情的な係わり合い emotional involvement を持つ関係であると定義している（森岡ら 1993 : 1-16）。

森岡の定義は様々な研究者によって述べられており、土屋は、家族のイメージとしては

「愛情」「情緒的關係」が重要な位置を占めていると述べながら、人々の「家族」に対する意識に注目すると森岡の定義に当てはまらない「ペット」のような家族が出てくると、同じ家族集団の中でも家族と認識する範囲が異なることもあり、従来の家族定義では人々の、主観的な「家族」を十分にとらえることができないことを指摘し、家族定義の困難をしている（土屋 2003：10-13）。春日も、「家族」を社会の基礎的な単位と位置づけ、それが全体社会に対していかなる機能を果たしているかという観点から言及されることが多かったとする。しかし、ジェンダー研究の分野では「家族」を確固不動の自明のものとする見方から、「個人」にとっての「家族」の意味を問う視点への変容がうかがわれるとしている（春日 2011：3-4）。

また、家族は愛情や愛着によって結びつけられている一方、家族であるがゆえの緊張・葛藤も存在して、感情的な対立、役割期待のずれから生じる欲求不満もよくみられて、家族同士であるために合理的判断ができず、平静な態度がとれないこともあり、ときには無関心になるなどの場合もある（山田 2004：8-9）。さらに、家族という関係は、人々が信じたがっているほど「愛」を発揮しうるもので、他の関係の人であれば比較的容易に支えられるところを、家族関係だからこそ、支えきれない部分を持っているという指摘もある（春日 2011：139-140）。

家族機能に焦点を当てて述べている知見もあって、家族をシステムとして相互に密接に作用し合い、依存し合っている個人からなる小集団であるとし、全体としての家族の機能や目標を志向しているものと捉えられている（北 2008：17）。竹内も、「家族を『家族機能』に焦点をあてた、中核機能と呼ばれている『生殖』『この社会化』それに家族成員個々の『情緒的安定』とする考え方にはほぼ異論がない。家族とその現実の生活の場である家庭生活を、個々の役割という視点から見たときには、一人ひとりの家族は、互いの情緒的安定をもたらす役割を持つ」と述べている（竹内 2008：77）。

また、「家族機能には明示性と黙示性³⁾という二面性を持っていて、家族機能の一つの介護機能について、高齢者独居世帯や高齢者夫婦世帯が増加し、介護機能は機能しにくくなっている。しかし、高齢者が身体的あるいは精神的に要介護となったときには介護機能は家族機能として求められるようになる」という知見もある（石井 2003：35-36）。

家族の標準モデルを<表 1-2-2>のように述べている山田は、「家族の標準モデル」が3つの側面に整合的に構成され、家族の標準モデルが変動する際には、3つの側面がバラバラの方向を向いて変動したり、一つの部分が変動しているが、別の部分が変動しないというケースも考えられるという。そして、この3者が規定する家族モデルが整合的でない状態を、変動過程にある状態と呼び、その様相が現在の日本家族に見られている。近代社会においては、家族の標準モデル自体が変動するが、人々が主体的に変動させることができるという点が最大の特徴で（山田 2007：98）、家族の標準モデルが「イエ」として制度化さ

³⁾ 明示性とは、子どものしつけに代表されるような家族員が示す言葉や行動など、外部に表れたものによって他の家族制員に伝えられていくものである。黙示性とは、明示性とは異なり明確な言葉などには表さなくても、他者の行動を見て学習したり継承されていくもので、社会性の発達などにみることができる（石井 2003：35）。

れたと述べている（山田 2007：112）。また、社会が家族に期待するものは時代と共に変動するといつて、一昔前の日本社会は、高齢者の扶養・介護が家族の社会的機能であったが、年金制度が整い、介護保険が導入された現在の高齢者扶養・介護は、家族ではなくて、国家、及び自己が責任をもつという意識が普及し始めている。つまり、社会は、家族に高齢者扶養と介護を期待しない政策を進めて人々の意識も変わりつつあり、制度上は、家族の社会的機能から解除したことを示しているとしている。しかし、「高齢者介護が家族の本質的機能ではないから、高齢者介護が家族の機能ではなくなる」と解釈はしてはならないとも述べている（山田 2007：19-21）。

表 1-2-2 家族の標準モデル

家族の機能	標準モデル	表現型
社会的機能	家族に対する社会の期待	家族をめぐる社会制度
個人的機能	家族に対する個人の期待	家族への個人的満足度
家族の価値意識	望ましいとされる家族のあり方	理想の家族形態、行動の実現率

出典：山田（2007）『迷走する家族—戦後家族モデルの形成と解体』、有斐閣、p.98.

また、近年の未婚率や離婚率の高まりによって、「家族を持ちたいけれども、もてない」といった形で、「家族を求める欲求」レベルの「欲求不満」が広がるようになってきた。これは、「ペットを家族と見なす人」を調査研究する中で、何度も指摘してきた（山田 2007：32）。さらに、個人が家族に対して期待するものを、大きく「生活上の期待」と「感情的期待」の二つの領域に分けることができ、近代社会は、再帰性の度合いが強い社会であるので、「家族への期待」の中身は常に流動する。つまり、「家族への期待」の再帰性のプロセス、傾向性を捉えることが、家族研究の大きな課題となる（山田 2007：33-34）。

しかし、家族集団の中でも家族と認識する範囲が異なることもあり（土屋 2003：10-13）、経済的・精神的・機能的に共同生活体をなしている生活共同をなす集団もいる（後藤ほか 1975：2-5）。それは、人々の家族に対する意識に当てはまらない、血縁と婚姻とを基礎として結ばれた集団ではないため、いかに家族的であっても家族とは異なるという指摘もあって、従来の家族定義では十分に論じることが曖昧なところも含めている。

2) 介護する家族

社会福祉用語辞典に記述されている介護とは、「身体的・精神的障害のために日常生活に支障がある場合に、日常生活行動の介助や身の回りの世話をすることをいう」とされている。介護とは、何らかの病気や障害を持つ人が行うことができなくなった生活行為に対する手助けの行為全体を意味する言葉で、生活そのもの全般を幅広く守備範囲としてそれを支えるために専門的な技術や知識を持って行われる生活行動援助で、世話をを行っている家族成員を「介護者」と呼ぶ（北 2008：22,37）。

介護を「認知症高齢者を支えるうえで必要なすべての行為である」と定義する中山は、食事・入浴、排泄などの身体的介護に加えて、安全性に関する問題や行動上の問題への対処、各種サービスの利用、手段的日常生活動作（IADL）に関連する介護や介護の仕事をし

てくれる人を雇ったり、その仕事を見守ったりすること、家事を行うことなどが介護であると述べている（中山 2011 : 4）。

介護に対する定義について、Daly（2001 : 37）による「ケア」の定義が「もっとも妥当性のある」ものという上野は、「依存的な存在である成人または子供の身体的かつ情緒的な要求を、それが担われ、遂行される規範的・経済的・社会的枠組のもとにおいて、満たすことに関わる行為と関係」と身体的のみならず情緒的な要求まで担う行為と定義している。この定義を採用することの効果に、①社会的かつ歴史的な文脈依存性が書き込まれていること、②社会学的メリットとして、相互作用的事であること、③役割とその遂行の社会的配置を含むことで、ジェンダーや階級、人権のような変数を取り入れ、その間の比較を可能にすること、④成人と子どもを含むことで、介護、介助、看護、育児まで範囲を覆うこと、⑤身体と情緒の両方を含むことで、ケアの持つ世話と配慮の両面をカバーすること、⑥規範から実践までを含むことで、ケアの規範的アプローチと記述的アプローチをともに可能とするものの6つを提示している（上野 2011b : 39-40）。

また、Daly が提唱している「ケアの人権アプローチ human right approach to care」におけるケアの権利は、①ケアする権利 a right to care、②ケアされる権利 a right to be cared for、③ケアすることを強制されない権利 a right not to be forced to care の三つの権利の集合からなると言及している。上野は、この3つのケアの権利に④ケアされることを強制されない権利 a right not to be forced to be cared for⁴⁾ を4つ目のケアの権利として加えて、「修正上野モデル」を提示している（上野 2011b : 59-60）。

家族による日常的介護の「世話」は、認知症になった親や配偶者を毎日世話することで、ケアスタッフのように教育によって修得した介護技術を家庭で実践しているわけではなく、専門的な「技術」をもとにしたものとは異なる（今井 2006 : 140）。つまり、「介護」と「世話」の関係は<表 1-2-3>のようで、家族の介護は日々の生活行為の1つであって、自宅で家族とともに生活している認知症高齢者は、何らかのサポートがないと1人では生活できないが、その際に、家族とケアスタッフがそれぞれの立場での役割を理解し、協働して支援する必要がある（今井 2006 : 141-142）。

一方、太田によると、「介護」という用語は、固有の領域が成立してくるのは特別養護老人ホーム創設により「介護」の場が広がった以後で、以前には限られた場合にしか通用しない極めて特別な言葉であったとして、「世話」「介助」「看護」などという言葉は以前から用いられていたが、歴史的にみれば「介護」という言葉は新しいものであるといっている（太田 2003 : 125）。

他の研究者からも、「介護（ケア）」は大昔から存在したもので、日本をはじめ高齢化が進む先進国において拡大し、可視化（今の人は“見える化”というが）顕在化したものであるとしている。だから介護は「今始まった事実」で、近年における長寿の普遍化は「介護の普遍化」の過程でもあって、「介護」という単語自身、急速に普及し、だれ知らぬ日常

⁴⁾ 「ケアされることを強制されない権利」について「不適切な」とか「のぞまない」という形容詞を加えることで、「不適切なケアを強制されない権利」になり、これは社会的弱者にとって極めて重要な権利であると述べている（上野 2011b : 62）。

語になったのはこの 20 年ほどに過ぎない (樋口 2008 : 1)。

表 1-2-3 「介護」と「世話」の関係

	介護	世話
対象	ケアスタッフ	家族
目的	生活の援助行為	生活の一部としての行為
方法	科学的根拠や知識に基づく技術	生活環境や習慣のなかの営み
対応	全人的な対応	家族との人間関係
関係	計画性・継続性	経験や習慣
評価	客観的評価	家族の満足感

出典：今井 (2006) 「家族への支援」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの実際 I』、ワールドプランニング、pp.141-142 により筆者作成

また、「明治以降の福祉分野では、身体障害を持つ『傷平』の邦語規定などで使用されてきた。それが病をえた高齢者のケアについて、広く日常的に使用されるようになったのは、疾病構造が『感染症の時代』から『成人病・慢性疾患の時代』に移行したところからである」(春日 2011 : 32) という太田や樋口と類似する議論もある。

ケアの用語の採用についても、「看護学と福祉分野の 2 つの系譜があって、看護学では、医療 cure と看護 care を区別し、看護の医療に対する職業的自立性を高めるという看護学業界の戦略によって積極的に採用され、福祉分野では、高まりつつある高齢者介護負担に対応して、介護を可視的な主題とし、福祉政策に組み入れようとする研究者によって自覚的に採用された」と述べられている。また、「社会的入院などの増大する高齢者医療費負担に対して医療と介護を区別することは、高齢者福祉を医療政策から切り離す制度設計の上でも好都合だった」という指摘もある (上野 2011b : 37-38)。

このような「介護」という用語は、「介護地獄」、「介護殺人」、「介護心中」の用語がニュースに登場し、「老老介護」、「遠距離介護」などの新語も生み出している (樋口 2008 : 2)。

介護は、成人を対象とした労働で、育児では現象しない「羞恥心」「当惑」「不浄感」「性的おぞましさ」などさまざまな否定的感情が介護関係の中で生起し、それが相互関係を規定していくと (春日 2011 : 41)、育児と介護は大きく異なるという指摘もある。「家族関係をお互いの悲しみを分かち合い汲みあえるし、汲みあうべきと強力に信じ込まれているとして、生活を共にする間柄であるから、言葉にしなくても、互いの気持ちを推しはかることができる面もある。しかし、そうした時介護される側が自分の苦境を強く訴え続けることは『解っている』ものとして処理されてしまい、共感や受容どころか、むしろ関係を悪化させていく面⁵⁾を持っている」(春日 2011 : 144)。

老親の介護と子育てについて中島も、家族成員個々に異なる概念・感じ方が子育て期にある家族よりも起こりやすく、より大きく広がり、その中で家族成員すべてが戸惑う。親

⁵⁾ 家族という関係は、気持ちを分かり合うものだという思いが強ければ強いほど、それぞれがそれぞれの立場で感じてしまうつらさや悲しみを相手に訴えれば訴えるほど、世話を与える側は、それを相手の「わがまま」「甘え」と見なし、世話される側は相手の「つれなさ」「冷たさ」と受け止めて、ただでさえつらいのに家族という関係の中で、さらに不幸が増幅されていくことも多い (春日 2011 : 144)。

族間の一致しない対立の大きさとキーパーソンの意思決定力の少なさが、折り合いの付け方を難しくすると述べている（中島 2006 : 107）。

一方、介護問題の背景には、長寿化と介護期間の長期化や女性の社会進出の一般化、家族介護機能の低下、そして、地域社会の相互扶助機能の低下等があり、介護上の問題や介護者にとっての精神的・肉体的に過重な介護負担の問題に加えて、家屋構造や居室の確保といった在宅問題、介護に伴う費用負担や介護者の就労困難といった経済的問題等、さまざまな問題が存在している（小松ほか 2008 : 88）。

また、介護問題の中で介護負担の増加要因として、要介護の重度化と長期化と、介護の代替選択肢が存在しないことの二つをあげている上野は、「介護の家族化」そのものが歴史的には新しい現象で（上野 2011b : 94）、「介護問題」は主として「家族介護問題」のことで、「家族介護」が「問題」として成立したのはごく最近のことにすぎないと述べている（上野 2011b : 119）。家族心理学の観点による家族の問題に対する指摘もあって、日本が直面しているさまざまな家族問題は、少子高齢化に関しては「課題先進国」と称され、少子高齢化は、近未来の日本の地域や家族にとって悲観材料として論じられているという（亀口ほか 2014 : 4-6）。

さらに、介護は、家族介護者と介護される人の関係を基軸に、彼らと他の家族メンバーとの関係、全家族メンバーと親戚や地域住民との関係、介護サービス等を提供する援助職者との関係というように、輻輳する関係性の中で営まれるパフォーマンスで、あらゆる対象と、いかに健やかで機能的な関係性を構築し、維持していくかが課題である（松下 2014 : 561）。

以上述べてきたように、「介護」という用語は、高齢化の進展とともに形成された比較的新しい言葉であるが、今や身近な用語になって頻繁に使われていて、日常語として定着している。高齢者の介護は、「すぐれて人間的な行為」で、介護とは何かという問いは、歴史と社会によって変動する。また、『孝』という徳があること自体が、介護が自然現象ではなく人為的に行われる規範的な行為」で、高齢者に対する介護は、「孝」による規範的な行為である（上野 2011b : 105）という見方もある。

なお、本論文における「介護の過程」という用語は、介護福祉士教育等で定義されている、「介護過程」（アセスメント等からなる一連のプロセス）を指すのではなく、認知症高齢者を支える家族介護者が、認知症高齢者の受診によって介護を開始し、施設入所や死亡によって介護を終了するまでの心理的変容を含む介護という行為を行う過程をいっており、介護福祉士国家試験の中で用いられている「介護過程⁶⁾」という用語とは異なっている。

3) 家族介護者として生きる

「現代の家族介護は、簡単にいえば『親の介護をすることは子（嫁を含む）の義務であ

⁶⁾ 「介護過程」は、介護福祉士国家試験で長年用いられており、社会福祉用語辞典によると、「介護は意図的に行う行為であり、介護過程は介護を提供するまでの道筋を科学的思考と問題解決思考に基づいて説明していくものである。アセスメント、計画、実施、評価で構成されている」としている。

る』という法文化の圧力のもとで、きわめて非人間的なものに転化しやすい状況の下に置かれている」と（鎌田 1996 : 100）という指摘のように、家族は、社会的規範による機能的側面と愛情などの感情的側面によって介護者として生きるようになっていて、法的・社会的・道徳的に強制されているといえる。

介護家族者は、「主たる介護者 のことで、血族か姻族かを問わず、直接介護している人である」といわれていて（高見 2008 : 115-116）、介護家族とは、要介護高齢者の在宅介護に関連して、常態的あるいは定期的に何らかの行為あるいは、相互作用に関わる血縁あるいは、婚姻関係にある人々からなるシステムである。そして同居別居の如何に関わらず、高齢者の在宅介護に関連して常態的あるいは、定期的に何らかの行為もしくは相互作用に関わっている人々を家族成員として、直接介護行為を行っていない成員でも、高齢者の在宅介護から影響を受け、それに反応した行為や相互作用を行うものも含まれるものとして（北ほか 2008 : 36-37）。

家族による介護は共通理解があるようで、実はさまざまに誰が誰に対して、どこでどのような介護を行うかによって、その内容は多彩である。介護者と要介護者の年齢・性別・続柄によってその組み合わせは膨大で、家庭で介護をするのか、病院や福祉施設に暮らす高齢者を通して世話をするのかによっても介護者の精神的、肉体的負担は違っている。また、要介護者の症状や性格、介護者の健康状態や人間関係によっても、介護の必要度や介護負担感は異なる。「自らの力では生活を営むことの困難な高齢者に対し、その QOL（Quality of Life : 生活の質）の向上を目指して近親者が行う日常的な援助」である（袖井 2008 : 136）。また、家族介護は、「私事化以外の選択肢が提示されない限りそもそも概念化されない」もので、別名の「私的扶養」とも呼ばれ、非家族的な介護は「社会的扶養」とも呼ばれる。非家族的な介護（社会化であれ、市場化であれ）との対比のもとではじめて概念化されるという指摘もある（上野 2011b : 97）。

一方、「家族介護者」という言葉には注意が必要であるという指摘もあって、「痴呆（認知症）となった相手に『介護者』として、突然に出会うわけではない。生活の中で相手の奇妙な行動を目のあたりにしたり、それを理解可能なものとするために診断を受けたりと、多くは長期にわたるプロセスの中で、徐々に相手の『変容』の定義づけがなされていく」という（井口 2008b : 97）。高齢者、特に痴呆の高齢者の介護の場合にその介護が長期になり、さらに高度の専門性が必要になると、高齢者を介護することが家族全体の大きな負担となるばかりか、それによって家族員が自己本来の仕事ができなくなり、自己の欲求も抑制されるとしている（山中 2005 : 32-33）。

認知障害をもつ高齢者とその介護者を対象にした調査を実施した井上は、直接的な介護活動や資源不足、心配事があることから来る介護者役割過重や全体的な介護者役割過重を強く感じていることを明らかにしている。また、高齢者と介護者との関係性が良ければ良いほど介護者役割過重は低くなることと、「介護者と被介護者との相互性」が高いほど「介護者としての準備状況」がよいことを明らかにして、この 2 つが高ければ高いほど介護を通じて得られる報酬（学びとしての報酬、意義としての報酬、他の人からの報酬）も高いと明確にしている（井上 1996 : 17-30）。

さらに、看護学の立場による介護者相互性に対する論考もあって、大野らは、家族看護者が「発展過程」をたどるためには、介護者の否定的側面を緩和し、肯定的側面を増強するような支援が必要であり、そのためには「相互性」、「準備状況」を促進することが必要であるとして、家族看護者の介護体験記録（著書『忘れても、しあわせ』1998）の分析から、家族看護者は種々の社会的支援によって「相互性」や「準備状況」が促進され「発展過程」をたどっていたことを明らかにしている（大野ほか 2006：47-53）。

周知のとおり、家族構成員の一人が認知症と呼ばれる状態になるのは、自己や自分の家族にとって高齢期における最大のリスクである。

東京都老人総合研究所によると「痴呆のない寝たきり」を介護している場合にはソーシャル・サポートにより介護ストレスは軽減しているが、「元気な痴呆」の場合にはストレスがさらに増加していると指摘している（東京都老人総合研究所 2002：517-523）。ほかに、痴呆性高齢者の攻撃性や妄想、うつ傾向が強くなるほど介護負担が増すという報告や（中谷ほか 1989：27-36）、家族介護者は身体的介護に加えて、認知症高齢者の症状で介護のストレスが増加して、介護の危機まで至ることも考えられるという指摘もある（朴ほか 2007：22）。

また、介護者の3/4が何らかの問題を抱えているという指摘もあって、特に健康不安、疲労感、腰痛、睡眠不足、精神的疲労などの側面にその影響は表れて、介護者の年齢、被介護者の精神症状、家族構成人数が介護者の健康に影響を与える要因であるとしている（横山ほか 1992：777-783）。さらに、介護による疲労を不安兆候、抑うつ状態、気力減退、イライラ感、一般的疲労感、慢性疲労の身体不調などに分けてみると、抑うつ状態、イライラ感、慢性疲労に身体不調を強く訴えており、慢性疲労は介護者の年齢を問わず認められると報告されている（横山 1993：427-433）。

周知のとおり、高齢者介護は、介護者に身体的負担あるいは精神的負担、場合によっては経済的負担を負わせることも多い。特に在宅で主として家族によって介護が行われている場合には、その負担が特定の介護者に集中し、その結果、身体的な問題を引き起こしたり、家族内の人間関係を損ねたり、その他さまざまな争いごとを引き起こすこともある。その上で、介護を従来のような家族内に閉じ込めた、主として女性に負担を負わせてきた日の当たらないシャドウワークではなく、社会・地域の中でシステムとして位置づけなければならない（袖井 1997：231）。

「介護している家族」の葛藤は、“新たに生じる”葛藤として、ケアする側の葛藤と捉えられがちだが、逆に「ケアされる高齢者」の側にも葛藤が生じるとみなければならない。これは、互いの情緒的安定への一人ひとりの役割という観点に立ったとき、ケアする側もひとしくケアされる高齢者の情緒的安定について役割を持つからである（竹内 2008：76,78）。また、介護者の葛藤は、長年の生活で身に染み着いた“あるべき姿”と求められるケアという役割とのギャップと自分の個人的生活の時間的・空間的損失から始まり、人生目標への重大な干渉を実際に経験するところに葛藤が生ずる（竹内 2008：78）。ケアされる側のストレスや介護される負担感も引き起こしかねない。ストレス・介護負担感・人間関係などがある限界を超えたときに「虐待」というすべての関係者によって悲惨な事態を引き起

こす（竹内 2008：80）。竹内の指摘のように家族介護者は、ストレスや介護負担感、人間関係の中の葛藤によって介護の限界ともいえる「虐待」までに至るといえる。

また、家族介護の限界の要因に対する報告もあって、経済的要因、介護者の身体的要因、介護労働力の量的要因などをあげて、介護者の有無、介護者の年齢、介護者の健康状態、介護中心者の職業、居室数などが家族内で介護を進めていく際に重要な視点になるという（萩原 2000：52-56）。さらに、家族介護者の限界には、家族介護がもつ苛酷性、継続性が介護者のストレスとなり、介護者が要介護者を虐待してしまうという問題がある。介護者や要介護者をそのような状態から解放するためには、その関係を相対化する必要がある。その意味では家族介護者は介護の中心であるとはいえ、複数の介護者の一人という位置づけする必要があり、要介護者も家族介護者も他人に任せることに慣れる必要がある（山中 2005：73-74）。

在宅介護は、施設における介護とは大きく違い、家族介護といくつかのサービスの組み合わせによって成り立つものである。それゆえに、社会的支援を必要とする高齢者が在宅で生活していく権利と、介護者である家族への支援を保障するサービスの在り方が問われなければならない（小松 2008：88-89）。家族介護がうまく行く環境になるためには、介護に対する社会の援助なしには、家族介護も成り立ちえないのである（坂野 1998：156-165）。

一方、介護をすべての人に保障するためには、これを医療などとともに社会保険化しなければならないという指摘もあって、医療の商品化の流れに乗って、介護も商品化し、その費用を社会保険で賄うことになるとしている（山中ほか 2005：107）。しかし、介護が社会化・商品化している現状においても、依然として同居する家族による介護が主体であり、それに社会的な援助を加えるという形をとっており、可能な限り家族を中心とした日常生活の中で必要な医療及び看護・介護が行われるようなサービスの実施でしかなく、家族にかかわる部分は依然として大きいという指摘もある（石井 2003：22）。

今日の在宅における介護は、家族介護が大前提となっているため、家族機能が低下している家族では、在宅における介護は難しい現状で、家族に過度な介護者としての役割期待を与え続けることは、家族が燃え尽きてしまうか、介護放棄という選択を与えかねない。そのため、家族が在宅療養を続けるために、さまざまな専門職の介入、支援が必要となる（小松ほか 2008：153）。また、高齢者を介護する家族介護者に対する問題では、家族への相談・教育援助はそれのみでは効果は上がらず、家族介護者の負担を実際に軽減する適切なフォーマル・サービスが整備され、それを利用することと並行することが欠かせない（冷水 2007：74）。

（2）家族介護をめぐるジェンダーと「いえ」

1）家族介護とジェンダー

家族介護は、介護者と要介護者との関係の組み合わせからなる類型によって多様性を持っていて、ジェンダーの非対称性は介護関係にも強い影響を与えているとして（上野 2011b：128）、誰が家族介護者になるのかについて社会的な要因として、当の女性の労働市

場における地位、世帯内の資源、女性自身のライフサイクル、それに加えて、イデオロギー的な要因として、「世話する性」としての「女らしさ」の規範、親族間の介護者の優先順位についての家族規範をあげて、これらが複合して、介護を選ぶ女性の「愛情」と「罪悪感」なるものをかたちづくっていると述べている（上野 2011b : 125）。

「介護問題は女性の問題」と言われて久しいが、未だ主介護者の約 7 割が女性である（亀口ら 2014 : 75）という指摘のように、介護の負担は主として女性が担っており、介護者の重度化に伴い介護労働の苛酷性、閉塞性、継続性は介護者によって誠に厳しいもので（三浦 2000 : 55）、女性が介護労働を担うために職を辞さなければならない場合があるということである（古橋 1999 : 4）。

介護をめぐる「性別秩序」が重要になってくるのは、介護労働の特殊性で、それは家族内外で女性の介護関与を大きくする方向で作用する（春日 2011 : 38）。また、「愛情中心家族」とは、夫婦愛や親子の愛を強調することで、女性高齢者（＝母親）が、介護が必要な境遇に陥ったとき、市場労働の基幹労働力たるべき息子世代を市場にとどめるべく、母親の介護から、息子世代を遠ざけるように作動する方向で作られた制度である。「愛情」が強調される場である家族は、より重層的で多面性を持って、女性成員に介護役割を担わせ、男性成員を介護役割から遠ざける力が働いている（春日 2011 : 43）。さらに、今までの介護労働は女性によってのみ担われる「愛の労働」であったが、男性、女性を問わず担われる可能性がある介護が、近代社会の文化的・社会的構築物である「愛情」と「セクシュアリティ」を基軸に女性の役割とされている（春日 2011 : 48）。

一方、「一般に介護はそれを背負う女性の愛情と善意を無理強いする無償の労働としてではなく、高度の専門性を必要とする社会的有用労働として位置づけ、直接、社会福祉サービスが担うべきである」と介護の担い手が昔も今も女性にとどまっているという指摘もある（戒能 2000 : 116）。

介護の性役割としてのジェンダーは、「人間を生物学的な性別（Sex、オス・メス）でみるのではなく、文化的・社会的に形成された性差をもつ人間がどのようにして生み出されていくのか、その社会的メカニズムを明らかにしようとするもので、近年、生物学的性別そのものがジェンダーにより規定されるとする考え方も提起されている」（千葉 2011 : 33-34）。「ジェンダーの社会学」の視点は、男と女の意味を問い直し、究極的には、両者を対比的に捉え葛藤する存在としてみるのではなく、むしろともに人間として対等に相補い合う存在として捉え、女性のみならず男性に対しても、人間を性による拘束性から解放するものである（千葉 2011 : 41）。また、日本の家族が抱えるリスクの中で「親が介護状態になるリスク（老親の介護）」を介護関連のリスクとしている（千葉 2011 : 58）。

今まで女性が担ってきた介護役割は、「社会的構築物としての性別役割分業に基づく『近代家族』を支えるジェンダー秩序の一環であり、『母性本能』や『家族愛』というイデオロギーに補完されて、女性に新たに固定化された役割である。60～70年代は『育児』役割が議論の中心であったが、80年代の人口の高齢化にともなう介護問題の噴出により、老親の介護を誰が担うのか、という 이슈に提要された。国際的にも男女平等運動のうねりが高まり、女性の自己実現とそれを放棄させかねない介護の担い手問題の緊張関係が社会問

題化された」(笹谷 2008 : 55-56)。

また、介護者と被介護者の相互関係としてのケアリングの調査研究では、「介護引き受け理由として本人たちが捉える理由は多様で、ジェンダー規範のみでもなければ、人々が依拠する広範な道徳規範は見られない。ただし、嫁—義母ケアリングはジェンダーと『家』規範がクロスした伝統的日本型介護モデルに規定されるケースが多く、問題を抱えるグループである。介護を引き受けた理由の第一位が『自分しかいない』であったことは意外で、介護者たちはかなり切羽詰った状況にあることが感じられる。しかし『自分しかいない』の内容は日本独自である」(笹谷 2008 : 65)。

一方、女性議員への「介護」に対する意識のアンケート調査では、女性議員は男性議員に比べてより強い問題意識をもっていて、それを活かす「場」が十分整備されていないと指摘もある(竹安ほか 2005 : 262)。介護の問題が優れてジェンダーの問題であることは広く認識されている。家族介護の担い手として第1に期待されているのは、要介護者の妻、娘で、さらに日本の場合は、息子の妻「嫁」という女性たちで、そこには厳然とした性別役割分業意識が存在していて、特に介護休業制度⁷⁾に焦点をあててジェンダーの問題に限定していると論じられている(白石 2005 : 267-268)。

また、介護休業法には「嫁ジェンダー」の存在が見えるという指摘もあって、白石は、ジェンダーの視点から厚生労働省の「介護を行う労働者に関する実態調査」と介護休業法を比較して、①夫婦が同時に介護休業を取得し、あるいは妻が無職であったとしても夫が介護休業を取得し、夫婦で協力して介護にあたる可能性に対する評価、②「嫁ジェンダー」の強化が捉えられて、その背景には妻は夫の父母の介護にあたるべきであるという社会的規範意識が根強く残っており、妻が介護休業を取ることへの周囲の圧力から制度化を求めざるを得なかったことを考慮する必要があるとしている(白石 2005 : 275-276)。

これらのジェンダーアプローチによる社会認識は、改変不能とみなされていた性別役割が、実は社会的・文化的な構築物にすぎないという視座の転換をもたらし、新たな方向へ研究を導いている。その視座は、社会変革の試みにつながって、「介護休業法」などの男女いずれも取得可能な法的整備を進めることで、家庭内の男女共同分担への可能性をひらき、育児や介護など家庭内で女性が無償で担ってきた労働を、家庭外の支払い労働とし、市場での男女協業を促した。しかし、女性が依然として介護労働を担い続ける現実で、ジェンダーに関する価値や規範がどのような介護の状況に即して使用され、定義し直され、操作され、女性を介護の担い手と仕向けるよう(=男性を介護の担い手から排除するよう)働いているかを探求していく営みに他ならない(春日 2011 : 36-38)。

また、娘の立場による老親ケアを日常生活上では女性の地位の上昇として解釈することもあって、「『夫婦家族制』で維持されている制度的要因によって、介護による貢献がそのまま娘個人のものに帰属することは少なく、経済的な面では兄弟へ、そして社会的な評価は夫である男性へと分散回収されていく面を持っている」(春日 2011 : 20)。

さらに、嫁の介護は息子の妻による介護で、自分の親の介護を担う場合と異なって、「夫

⁷⁾ 介護休業法は、要介護者の家族である労働者から請求があれば、要介護者一人当たり一回、三ヶ月の介護休業を与えることを事業主に義務付けている(白石 2005 : 269)。

への愛情」による「代行」意識から役割として引き受けられている部分もある。しかし、自分の親の介護を妻が担ってくれている多くの場合、妻の辛苦について「他人事」として反応してしまい、その結果、共感より理づめで妻に向き合い、妻の失望をかうことになるという指摘もある（春日 2011：161）。

育児や介護が私的な領域に封じこめられているあいだは、誰もそれを「社会問題」とは認識しなかったが、「私的」であることは、「公的領域」から排除し、見えないように仕掛けた。その「私的な領域」問題をジェンダー研究によって「目に見える」問題となってケアの社会問題への可視化につながった（上野 2011b：35-36）。「家族介護」の多くの研究では、介護者のジェンダーについて言及することが少ない。それは「ジェンダーに敏感でない」ことと、家族介護者が女性であることを自明の前提としているからである。介護とジェンダーのミクロ研究においても、介護とジェンダーをめぐる問いは、フェミニズムを経たジェンダーの脱自然化のあとにしか発せられることがなかった（上野 2011b：122-123）。

上野は、家族介護とジェンダーのミクロ研究で先駆的な社会学者のイギリスのクレア・アンガーソンに言及している。アンガーソンによる家族介護とジェンダーの19例のケーススタディをもとに書かれた研究書は、家族介護者の生活歴を克明に聞き取った調査で、大量調査も及ばない緻密で繊細な発見を次々にもたらしたとして、今日でも少しも古びていないという（上野 2011b：122-123）。また、アンガーソンの19例のなかには、<表 1-2-4>のような介護関係の5類型が含まれるとして、[夫⇒妻]の類型の以外の4類型の家族関係のジェンダーはすべてが女性であることを指摘している（上野 2011b：124）。しかし、親族間の介護責任の優先順位には、イギリスでは娘が一番に来るが日本では長男の妻が来ることから、日本における家族介護には「嫁の介護」という特有の類型が加わるとしている。笹谷（2000：25）のデータから4つの類型ごとの動機の語彙を<表 1-2-5>のように示している（上野 2011b：126）。

表 1-2-4 Ungerson (1987=1999) による介護関係の5つの類型

類型	夫婦間介護		親子間介護		
	夫 ⇒ 妻	妻 ⇒ 夫	娘 ⇒ 母	娘 ⇒ 父	嫁 ⇒ 義母
動機の語彙	愛情	義務感・罪悪感	愛情・義務感	義務感	義務感・責任感

出典：上野(2011b)『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』、太田出版、p.124 より筆者作成。

表 1-2-5 笹谷（2000）による介護関係の4つの類型

類型	夫婦間介護		親子間介護	
	夫 ⇒ 妻	妻 ⇒ 夫	娘 ⇒ 母	嫁 ⇒ 義母
動機の語彙	自分しかない・愛情・責任・あたりまえ	自分しかない・愛情・責任・家族だからあたりまえ	自分しか介護者がいない・肉親の愛情	自分しかない・嫁としてのつとめ

出典：上野(2011b)『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』、太田出版、p.126 より筆者作成。

介護と家族関係に対する研究の中では、高齢者の性別によって介護者の続柄が明らかに違って、男性の高齢者の場合は配偶者が介護することが圧倒的に多く、高齢者が女性の場合には、介護は子か子の配偶者が行っていることが明らかになっている。また、配偶者や子の配偶者のほとんどは、妻や娘、嫁に限られていて、男性介護者が1割にも満たず、家族以外の方が介護しているケースがきわめて少ない。一般に女性によって介護が担われている事実から今後の介護問題を考える上で重要な課題である（鎌田 1996：95-98）。鎌田（1996）の研究について山中は、現実には介護は妻や娘や嫁に限られていることを看過すべきでないとして、病弱の高齢者を家族特に女性が介護しているという事実が今後の高齢者介護の問題を考える上で重要な課題であると支持している（山中 2005：31）。

一方、介護の担い手が妻であろうと、実の娘であろうと、介護嫁特有の問題を持っているという指摘もあって、①嫁が引き受けて当然と要介護者も夫も夫の親族、地域社会も思い込んでいるため、感謝、ねぎらい、いたわりがない。見えなくなった労働によって、介護嫁は家族・親族の無視や非協力に悩む。②無償労働で当然とされ、介護を全面的に担わせられながらなにかという「財産を狙っている」などと非難される。嫁は個人としての労働の対価は認められず、「無視労働」プラス「無償労働」が嫁の介護である。③介護者と要介護者の間に、例外はあろうが一般に血縁の親子、夫婦のような親密な愛情が育ちにくいことである。恩愛の情けからの介護ではなく、嫁という立場から「仕方なく」介護する場合が多いと。3つの理由をあげている（樋口 2008：19）。

戦後家族モデルの弊害の一つに男女の性役割における「既得権」の発生、つまり、男女の性役割の固定化による期待感が形成され、この期待、「既得権」意識が強くなってしまったことが、後に、未婚化、少子化をもたらす元凶となり、家族の愛情関係を揺るがし、離婚が増える原因になっていく（山田 2007：154-155）。

以上述べてきたように家族介護者の多くが女性であって、その多くがジェンダー規範の中で介護を担っている。一方、「家族がいてもいなくても、女性であろうがなかろうが、働いていようといまいと、個々のケースを尊重した政策が展開されねばならない」（笹谷 2008：60）という指摘のように、支援を考える際にはジェンダー規範やジェンダー秩序といった考え方に縛られず、「本人と家族」に焦点をあてた支援としての政策が必要であろう。

2) 家族介護と「いえ⁸⁾」

近代的家族のあり方は、明治になって「家」を中心にした父系による直系家族制度が国家の意思として導入された（亀口ほか 2014：19）。落合は、近代の家族について「家内領域と公共領域との分離」「家族構成員相互の強い情緒的關係」「子供中心主義」「男は公共領域・女は家内領域という性別分業」「家族の集団性の強化」「社交の衰退とプライバシーの成立」「核家族」の7項目を特徴としてあげて、このような特徴を持つ近代家族は、普遍的に存在したわけではなく、ある時期に特殊に存在したものであると述べながら、第二次世界大戦後に日本で成立した近代家族を、「家族の戦後体制」と呼んでいると述べている（落

⁸⁾ 「いえ」という意識は、研究者によって「いえ」や「家」、「イエ」として記述されているが、本論文では、「いえ」に表記する。

合 1994 : 99)。

介護を家族内で行わせていた「家」制度の時代には、嫁が義父母を介護することが一般的で、現在でも見られる現実で、はじめは愛情によって高齢者の介護を行っていた家族が、しだいに介護が負担になり、遂に憎しみまで抱くようになる(山中 2005 : 33)。老人の病気や障害による影響が家族の対応能力を越えて、十分に対処できない場合、家族は危機的状态に陥り、その危機をある家族は乗り越え、新しい適応状態に到達する。しかし、対処できない家族は、元のレベルに復しないばかりか、家族崩壊に至る。特に、日本では個人よりも「家」や「集団」が重要であるという伝統的な思考をもっていて、家族や身内は「内」側のもので、親友、知人、専門家は家族の「外」側にいるものと考えられてきている。(高崎 1989 : 433、423)。

日本の在宅介護では、老親の介護＝長男の嫁＝三世同居、という伝統的日本型介護モデルが主流であった。夫婦家族が主流で三世同居が稀な欧米とはきわめて異なる点で、制度としての「家」が廃止された後も、老親の扶養・介護は長男同居が一般的であり、まさに伝統的「家」規範とジェンダー規範が交差する「家父長制的介護モデル」の中で、多くの嫁たちが過酷な介護労働を担っていた(笹谷 2008 : 56-57)。

日本は家族形態、家族介護意識が独自であるので「日本型モデル」が成立しうる。サービスのウエイトが施設サービスから在宅サービスへと移り、在宅ケアを主軸にした「在宅重視」の地域ケアシステムへと転換するかどうかについては検討が必要である(太田 2003 : 153)。また、「家」構造の変化は、親子関係を義理関係から情緒的依存関係へと移行させ、集団単位から個人単位へ、親子関係から夫婦関係へと社会的価値の変化を伴い、日本人の意識も家族形態の変化に伴って変化が着実に進んでいる(藤井 2005 : 114)。さらに、核家族化は、老親扶養意志の変化と世代間の交流の希薄化、介護者自身の高齢化や一人暮らしの増加を生み出していて、介護問題は社会問題となり、社会的な介護システムの介護保険制度に結びついた(近森 2005 : 137)。

家族変化の背景には、世帯分離の一般化や、年金制度の成熟、女性の就業率の上昇、さらに介護労働が重労働化・長期化し「家族」の個人負担には耐ええなくなるなど、社会的要因が関わっている(春日 2011 : 11)。また、高齢化の進展とともに、ケアの倫理が男性によって語られ、その際に育児場面で構築されてきたケアの倫理が高齢者ケアに採用されることが多いが、ケアされる側の人権の社会的基盤という点では両者は大きく異なっている(春日 2011 : 13)。日本に住む多くの人は、施設や家族員以外の人の手によって支えられる晩年をおとしめ、「家(で住み続けるの)がいい」という思いを安易に「家族(に見てもらおう方)がいい」と直結させ、家族に晩年を託せると願い続けているかに見えるといおう報告もある(春日 2011 : 139)。

戦前の日本社会では、個人は「イエ制度」の下での「イエ」に所属していて、「家族をもちたい」という欲求は、大きな問題になることはなかった。しかし、「近年の未婚率や離婚率の高まりによって、『家族をもちたいけれども、もてない』といった形で、『家族を求めたい欲求』レベルの『欲求不満』が広がるようになってきた」(山田 2007 : 31-32)。また、価値観意識では、「イエ」という存在を継続させることの「自己目的化」が生じて、人々の

生活を保障するという意味で、バランスがとれていた（山田 2007 : 111）。

戦後における「家」の再構築について上野は、千田（1999 ; 2011）の説を言及しながら、戦前の「家」の下での高齢者の家族介護は歴史的に新しい現像で、「問題化 *problematization*」されることで可視化されてきたと報告している（上野 2011b : 106-108）。家族と介護の場の中で強く根付いていた「いえ」意識は、「いえ」制度の廃止にともない、家族形態の変化が進み、介護形態の変化を促していることになっているといえる。

2. 家族介護と主介護者の変化

(1) 家族形態の変化に伴う介護形態の変化

以上述べてきたように、少子高齢化や女性の社会進出などで、現代の家族像は大きく変わっている。大家族から核家族へ、核家族から「個族⁹⁾」の時代になりつつあって、家族世帯を一単位とする現在の形式が崩壊しているのである。

家族の定義も大きく変わってきており、国を隔てて住む家族もあれば、血縁と関わりなく、心で結ばれた共同体などにやすらぎを求める人たちなど、戦後、日本の家族形態は大きく変わり、世帯規模も縮小されている。夫婦と子ども 2 人の標準世帯の占める割合が減少する一方、一人暮らし世帯や高齢者夫婦のみの世帯は急増していて、社会保障制度をはじめさまざまな社会の制度や仕組みが変化している。

内閣府の『高齢社会白書』によると、2012 年現在、日本の高齢者世帯数は 2,093 万世帯と全世帯 (4,817 万世帯) の 43.4% を占めていると <図 1-2-1> のように報告している。65 歳以上の高齢者のいる世帯について世帯構造別の構成割合でみると、「三世帯世帯」は減少傾向である一方、「単独世帯」と「親と未婚の子のみの世帯」、「夫婦のみの世帯」は増加傾向にある。

1980 年では世帯構造の中で「三世帯世帯」の割合が一番多く、全体の半分程度を占めていたが、2012 年では「夫婦のみの世帯」が一番多く約 3 割を占めており、「単独世帯」と合わせると半数を超える状況であると報告されている (内閣府 2014)。また、65 歳以上の高齢者が世帯主である世帯 (高齢世帯) も増加していて、その推移は <表 1-2-6> のとおりである。

⁹⁾ 「個族」は、家族と離れて個人 (一人) で暮らす人や家庭を持たずに個人 (一人) で過ごす人を「個族」という。

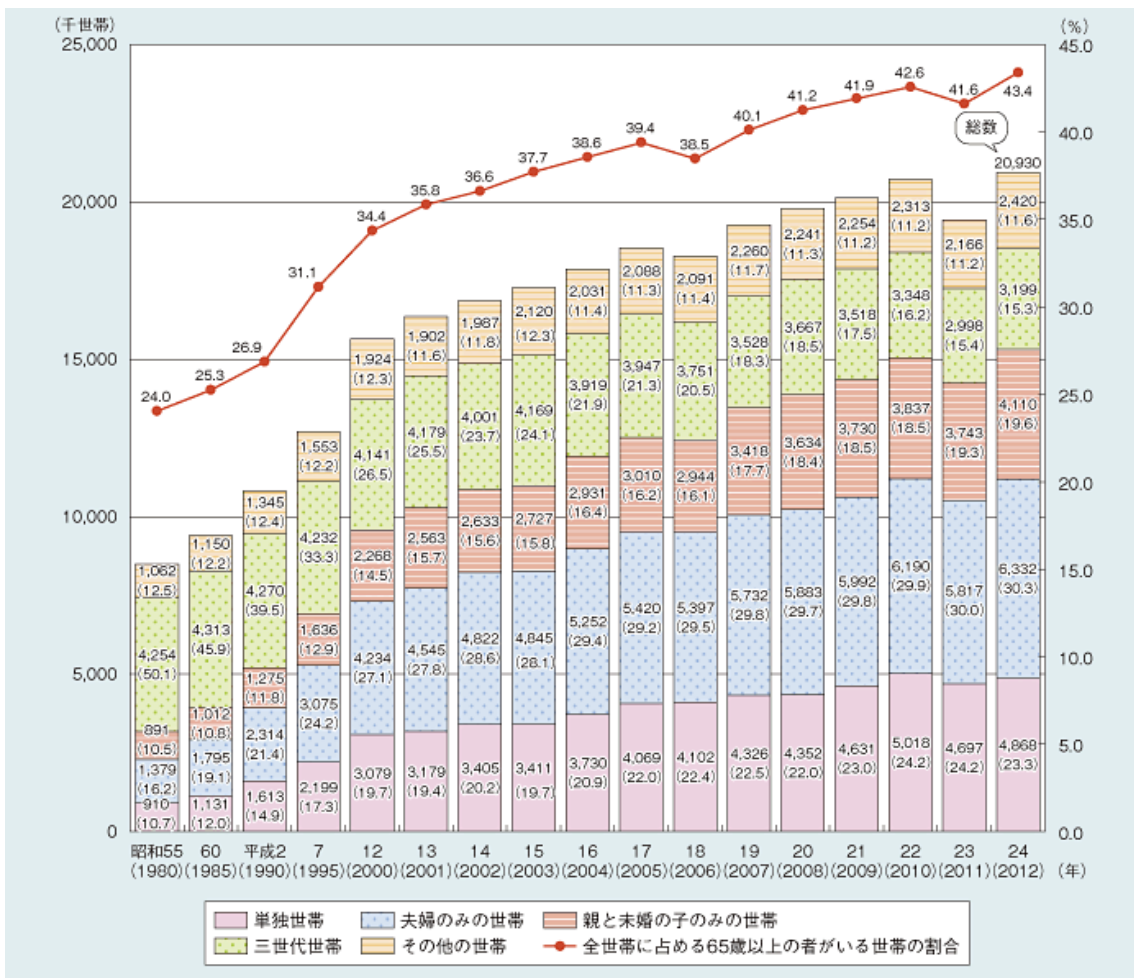


図 1-2-1 65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合（世帯構造別）と全世界に占める65歳以上のものがある世帯の割合

* 昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」
 (注1) 平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたものである。

(注2) () 内の数字は、65歳以上の者のいる世帯総数に占める割合 (%)

(注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

出典：内閣府（2014）「平成26年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html>

表 1-2-6 高齢世帯数（家族類型別）及び一般世帯総数の推移（千世帯）

		高齢世帯数	単独	夫婦のみ	親と子	その他	一般世帯総数
実績値	昭和 55 (1980) 年	4,330	885 20.4	1,245 28.8	798 18.4	1,403 32.4	35,824
	60 (1985) 年	5,234	1,181 22.6	1,597 30.5	919 17.6	1,536 29.3	37,980
	平成 2 (1990) 年	6,576	1,623 24.7	2,129 32.4	1,156 17.6	1,667 25.3	40,670
	7 (1995) 年	8,668	2,202 25.4	2,936 33.9	1,600 18.5	1,930 22.3	43,900
	12 (2000) 年	11,136	3,032 27.2	3,854 34.6	2,207 19.8	2,043 18.3	46,782
	17 (2005) 年	13,546	3,865 28.5	4,648 34.3	2,932 21.6	2,100 15.5	49,063
	22 (2010) 年	15,986	4,791 30	5,390 33.7	3,729 23.3	2,076 13	51,842
推計値	27 (2015) 年	18,028	5,621 31.2	5,991 33.2	4,020 22.3	2,397 13.3	50,600
	32 (2020) 年	18,992	6,311 33.2	6,140 32.3	4,088 21.5	2,454 12.9	50,441
	37 (2025) 年	19,012	6,729 35.4	5,941 31.2	3,932 20.7	2,409 12.7	49,837
	42 (2030) 年	19,031	7,173 37.7	5,685 29.9	3,797 20	2,376 12.5	48,802

*平成 22 年までは総務省「国勢調査」（昭和 55 年の家族類型別世帯数は 20%抽出集計結果による）平成 27 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」（平成 20 年 3 月推計）
 (注 1) 一般世帯とは、住居と生計を共にする者の集まり、または、一戸を構える単身者のこと。寮等の学生、病院等の入院者、矯正施設等の入所者などは、施設等世帯とされる。
 (注 2) 高齢世帯とは、世帯主の年齢が 65 歳以上の一般世帯
 (注 3) () 内の数字は、高齢世帯総数に占める割合(%)であり、千世帯単位で計算している。
 (注 4) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

出典：内閣府（2013）「平成 25 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s1s.pdf>

今後の高齢世帯数は、2030 年には 1,903 万世帯と 2010 年から約 1.2 倍に増加すると見込まれている。これに対して一般世帯総数は 2010 年の 5,184 万世帯をピークに、2015 年には 5,060 万世帯と減少に転じ、その後、2030 年には 4,880 万世帯にまで減少すると見込まれている。この結果、一般世帯総数に占める高齢世帯の割合は、2010 年の 30.8%から 2030 年には 39.0%へと上昇することが見込まれている。同白書ではさらに、高齢世帯数に占める家族類型別割合の変化をみると、「単独世帯」の割合が一貫して上昇し続け、2030 年には 37.7%へと上昇することが見込まれていると報告している（内閣府 2013）。

日本の人口構造は、周知のとおり団塊の世代がその頂点を占めている。その頂点にある彼らのライフスタイルが変化することで新しい産業が生み出される。団塊世代は、2014 年現在 60 歳代に差しかかってきており、今後ますます高齢化が進行していくこととなる。この団塊の世代の動向は家族形態だけではなく、社会全般に大きな影響を与えている。

65 歳以上の高齢者について子どもとの同居率は<図 1-2-2>のようで、1980 年にほぼ 7

割であったものが、1999年に50%を割り、2012年には42.3%となっており、子どもとの同居の割合は大幅に減少している。「一人暮らし」又は「夫婦のみの世帯」については、ともに大幅に増加しており、1980年には合わせて3割弱であったものが、2004年には過半数を超え、2012年には53.6%まで増加していると報告されている（内閣府2014）。

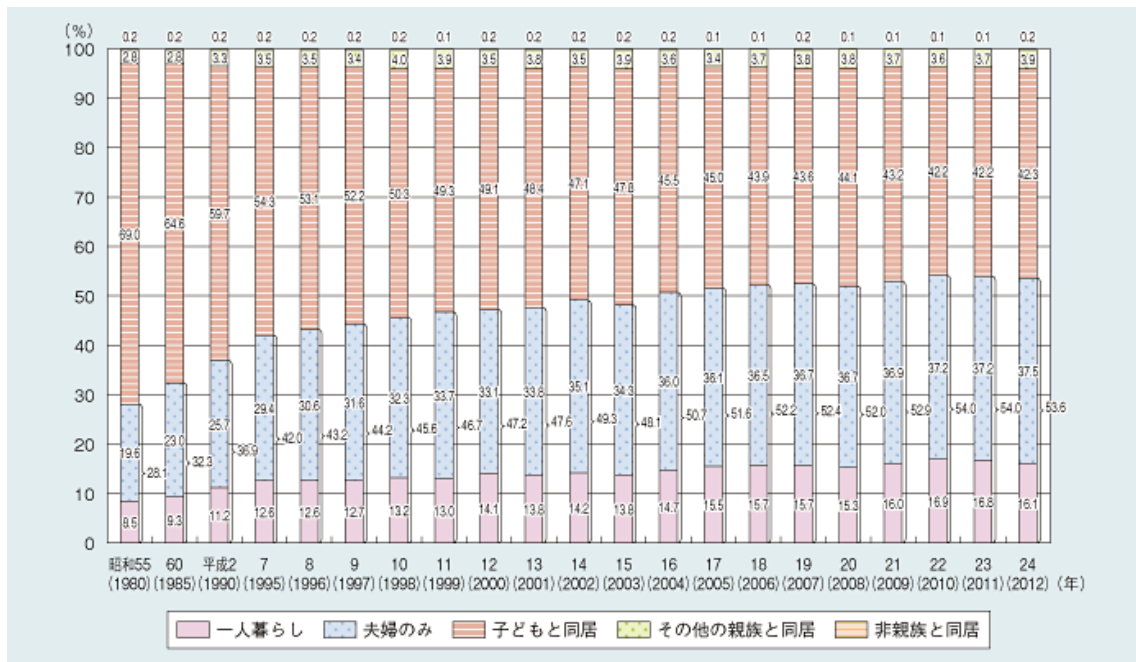


図 1-2-2 家族形態別にみた高齢者の割合

*昭和60年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」昭和61年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」
 (注1)「一人暮らし」とは、上記調査における「単独世帯」のことを指す。
 (注2)平成7年の数値は兵庫県を除いたもの、平成23年の数値は岩手県、宮城県及び福島県を除いたもの、平成24年の数値は福島県を除いたものである。

出典：内閣府（2014）「平成26年版高齢社会白書」
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html>

高齢者の男女・年齢階級別にみた家族構成割合をみると<図 1-2-3>のとおりで、年齢が低いほど子どもとの同居率は低くなる傾向にあり、80歳以上では男性が48.5%、女性が61.7%なのに対し、65~69歳では男性が40.2%、女性で38.7%となっている（内閣府2008）。

60歳以上の高齢者について子どもとの同居に関する意識をみると<図 1-2-4>のとおりで、2005年度において、「現在同居しており将来も同居」が31.2%、「現在別居しているが将来は同居」が9.9%と、合わせて41.1%が将来同居する意向を持っており、「現在別居しており、将来も別居のまま」は19.9%、「現在は同居しているが将来は別居する」が4.1%と、合わせて24.0%が将来別居する意向を持っている。これを2001年度における同調査と比較すると2001年度調査では「将来同居」が46.7%であることから5.6ポイント減となっているのに対し、「将来別居」は17.8%と、6.2ポイント増となっており、将来は子どもと別居する意向を持っている高齢者の割合が増加している。

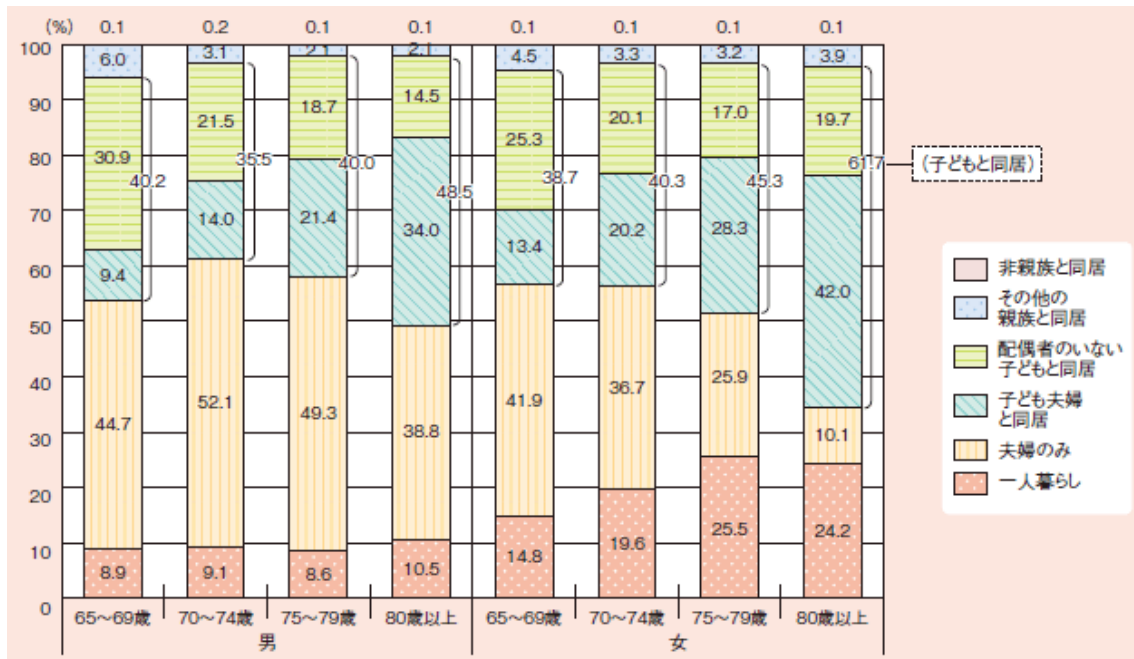


図 1-2-3 高齢者の男女・年齢階級別にみた家族構成割合 (%)

*厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成 18 年)

(注 1) 「一人暮らし」とは、上記調査における「単独世帯」のことを指す

(注 2) [] 内の数値は子どもと同居している者の割合 (子ども夫婦と同居と配偶者のいない子どもと同居の合計)

出典：内閣府 (2008) 「平成 20 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>

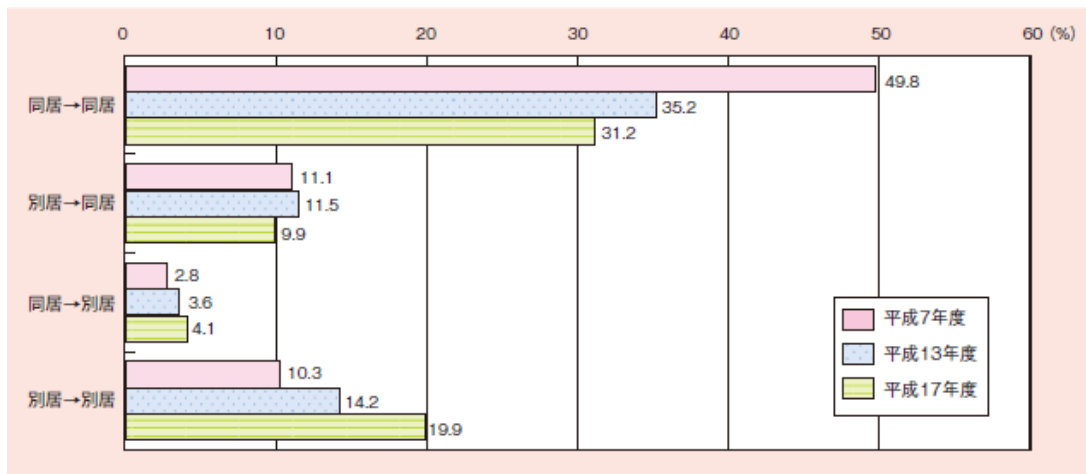


図 1-2-4 高齢者と子どもの同居の意識

(資料) 内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」

(注) 全国の 60 歳以上の男女を対象とした調査結果

出典：内閣府 (2008) 「平成 20 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>

しかしながら、高齢者の心の支えとなっている人についてみると<図 1-2-5>のようで、2005 年度においても、子どもを挙げる人が過半数を超えており、依然として高齢者にとって子どもが心の支えとなっていることが分かる（内閣府 2008）。

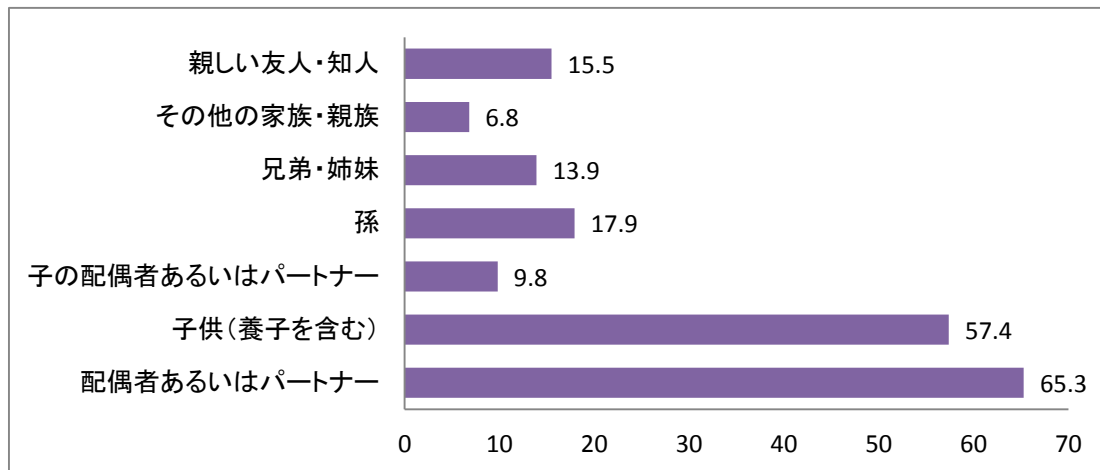


図 1-2-5 心の支えとなっている人【複数回答】 (%)

*内閣府「高齢者の生活と意識に関する交際比較調査」(平成 18 年)

(注) 調査対象は、全国 60 歳以上の男女

出典：内閣府 (2008)「平成 20 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>

戦前、日本では、民法の扶養規定を既定のものとした法文化や国定修身教科書による親孝行教育等の国家政策により、高齢者の介護も、扶養と一体化して、すべて家族によって行われてきた上、そのような社会的・道徳的強制も現実に存在した。またそれは、国家的な扶養や介護の制度の欠陥を補完する役割も果たしてきた(利谷 1987:28-29)。山中らは、民法上の扶養義務に対し、介護義務は含まれないと解するのが妥当な解釈であり、介護は区切りをつけることのできない高密度の厳しい労働であって、介護は個人の自己決定に任せるべき問題で、法的強制にはなじまないと述べている(山中ほか 2005:28)。

山中らの指摘のように、介護を法的に強制することは、社会の変化とともに介護の形態や意識も変わりつつあって、現実的に法的に規定できないことであろう。

単身世帯や核家族など家族規模の小型化、女性の社会進出などライフスタイルの変化は家族構成員への介護との関連性が大きい(亀口ほか 2014:75)。上野は、厚生労働省の実態調査をあげて「要介護者から見た主な介護者の続柄」を、配偶者、子、子の配偶者とカテゴリー化することで、ジェンダーの区別を含めるようになったと述べている。また、家族介護者のうち男性の割合が漸増しているが、その理由に高齢者の夫婦世帯が増加している結果と、「配偶者」カテゴリーの男性、つまり夫による妻の介護が増えてきたことを反映している。家族介護者として嫁の介護は依然として根強いが、減少傾向にあると報告している。さらに、「家族介護者」は、「同居の親族」であることを自明の前提としてきたという。家族介護者の変化要因に「高齢者と子世帯との世帯分離の傾向」、「同居の場合同居の相手が長男とは限らないと言う長男規範のゆらぎ」、「同居開始時期が遅れる傾向」、「同居

の場合でも強い家計分離の傾向」という 4 つの要因をあげて、高齢者の世帯構造の変化は、90 年代以降急速に起きたと述べている（上野 2011b : 113-114）。

家族生活の変化の要因には、高度経済成長による核家族化の急速な進行や女性の社会進出があつて、21 世紀以降には家族介護が永続するとは到底考えられず、このような状況を前提に介護の社会化・制度化の以外に道はないという報告もある（山中 2005 : 35-37）。また、家族の変化は多様な要因によつてもたらされていて、少子化による家族構成人員の縮小は、「核家族」のイメージに変更を迫っており、「核」の内実が徐々に変容しつつある（亀口ほか 2014 : 7）。

一方、家族的な関係にこれからも変わらず求められるのが、情緒的結びつきであるが、これまでそれほど深く考察されていない。家族のあり方がどのように変化しても「ホッとする関係」、「絆」、「親密性」とさまざまに表現される心理的な結びつきを人々は家族に求めている（亀口ほか 2014 : 19-22）。認知症ケアの現場も、家族形態の変化に伴い、介護の問題が変化してきている。シングル介護、老々介護という最小家族単位の家族によるケア、若年認知症ケア、多問題家族という家族内の問題が多重に出現するケアが増えてきている。高齢者に家族がいる限り、介護と家族を切り離して考えることは不可能で、支援を行うためには、家族関係や家族それぞれの立場を理解していくことが求められる（亀口ほか 2014 : 57）。

「家族の多様性」を言うときに、実態としての家族形態の多様性の次元と、家族はこうあるべきだという規範次元における家族イメージの多様性を慎重に区別すべきである（木戸 2000 : 43-54）。障害をもつていても、在宅で生活することは多くの高齢者の希望であり、最も身近で深い愛情を持った家族から心のこもった介護をうけることは大きな癒しとなる。一方、ケアする家族からも、その配偶者や親をケアしなければならないことは悲しいことであるに違いないが、介護すること自体が愛情表現であったり、役割の達成感を感じることもである。しかし、時代とともに変化する今日の家族は、高齢者の看護やケアを担うだけの力を失い、高齢者の生活を障害に適切に対応できないことが多いのが実態である（本間ほか 2013 : 222）。

また、家族介護者の続柄が異なると、介護に対する見方や捕らえ方に違いが生じるといふ指摘もあつて（北村 2013 : 13）、家族心理学の観点からみると、家族の危機は個人・家族・社会の 3 つのシステムからの影響で発生しており、社会や人間関係の変化に対する要因に「テレビの影響」、「家庭環境と家族機能」、「失われた地域社会のコミュニティ機能」、「共同性をなくした学校生活」、「無人化した生活空間」があるという（辻村 2010 : 2-7）。

1996 年と 1998 年、2002 年の調査から杉原は、介護保険制度の導入前後の介護者の立場から介護の社会化や在宅重視といった理念の変化について検討している。その結果から、「痴呆介護への対応の遅れ」、「在宅サービス量が拡大したにもかかわらず、介護者の負担軽減や施設志向の抑制に貢献していない」、「介護者の相談ニーズが高まっているにもかかわらず、それに応えてくれる人が私的にも社会的にも減少している」という 3 つの課題を提示している（杉原 2005 : 96-97）。

戦後家族モデルは「生活が豊かになること」が家族の目標で、家族のまとまりをつくり

だして、家族の愛情が曖昧であっても、それに対する疑念が起きず、お互いに役割を果たすことが愛情であると思いついてきた。しかし、経済の低成長化によって、家族の分業関係や未婚化だけでなく、家族の情緒関係にも徐々に影響を及ぼして、家族の愛情関係の曖昧さや、愛情が役割に依存している側面が問題になってくると指摘している（山田 2007 : 198）。

（２）主介護者の変化

以上のような動向から見えるように、日本は核家族化による独居高齢者・老々世帯の増加など、高齢者の介護に対する介護力のない世帯が増加していることがわかる。そこで、高齢者の介護に対して要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合の年次推移をみると<表 1-2-7>のようで、要介護者等からみた主な介護者の続柄の変化をみると、2001年と2010年ともに約3分の2が同居している者が主な介護者となっている。その内訳をみると、「配偶者」が2001年から2010年まで25%前後で変化は見られず、高い比率を占めていて、「父母」と「その他の親族」においても変化は見えなかった。

一方、「子」は2001年より2010年に高くなっていて、「子の配偶者」は2001年より2010年に低い比率を占めている。また、家族の中ではだれに介護を望むかについては<図 1-2-6>のようで、男女ともに「配偶者」の割合が最も高いが、女性は「娘」の割合も高くなっている。前回の調査結果と比較すると、「配偶者」の割合が増加し、「嫁」の割合は減少していると報告している（内閣府 2008）。

さらに、同居している主な介護者が1日のうち介護に要している時間は<表 1-2-8>のようで、「必要な時に手をかす程度」が44.7%と最も多い一方で、「ほとんど終日」も21.6%となっている。要介護度別にみると、要支援者、要介護1及び要介護2では「必要な時に手をかす程度」が最も多くなっているが、要介護3以上では「ほとんど終日」が最も多くなっており、要介護5では約半数がほとんど終日介護している。なお、2004年の調査と2001年の調査を比較すると、「ほとんど終日」が5.8ポイント、「半日程度」が2.1ポイント減少する一方で、「必要な時に手をかす程度」が6.8ポイント増加していると報告している（内閣府 2008）。

表 1-2-7 要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合の年次推移 (単位:%)

年次	総数	同居						別居の家族等	事業者	その他	不詳
		総数	配偶者	子	子の配偶者	父母	その他の親族				
2001	100	71.1	25.9	19.9	22.5	0.4	2.3	7.5	9.3	2.5	9.6
2004	100	66.1	24.7	18.8	20.3	0.6	1.7	8.7	13.6	6	5.6
2007	100	60	25	17.9	14.3	0.3	2.5	10.7	12	0.6	16.8
2010	100	64.1	25.7	20.9	15.2	0.3	2	9.8	13.3	0.7	12.1

出典：厚生労働省（2011b）「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>

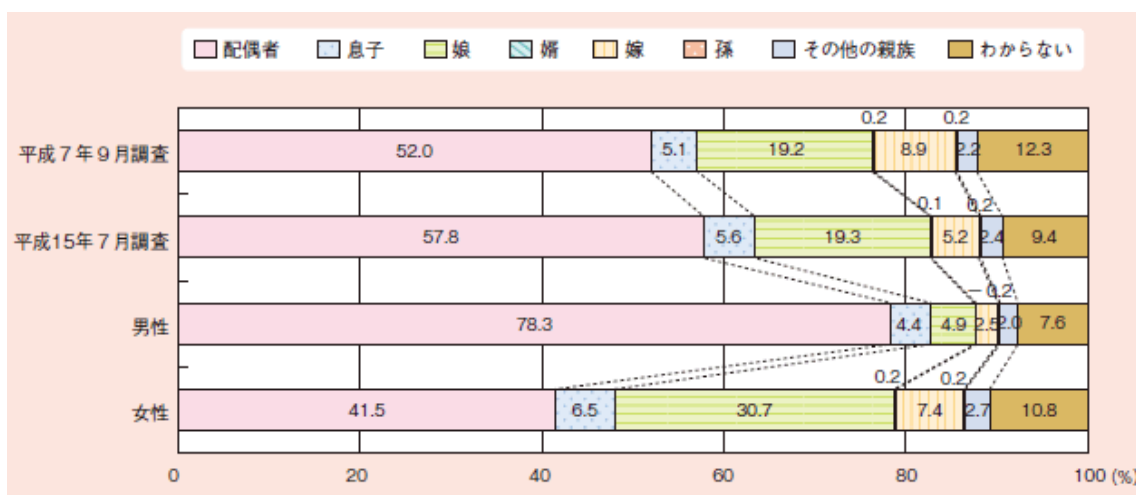


図 1-2-6 家族の中ではだれに介護を望むか

*内閣府「高齢者介護に関する世論調査」（平成 15 年 7 月）より作成

(注 1) 「自宅で介護されるとしたら、どのような形の介護をされたいか」という質問に、「家族だけに介護されたい」、「家族の介護を中心とし、ホームヘルパーなど外部の者も利用したい」、「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」と答えた者を対象として、「その場合、家族の中では、誰に身の回りの世話を頼むか」について更に質問した結果を再集計している。

(注 2) 「-」は回答者がいないことを示す。

出典：内閣府（2008）「平成 20 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>

表 1-2-8 同居している主な介護者の介護時間【要介護者等の要介護度別】 (%)

	ほとんど終日	半日程度	2～3時間程度	必要な時に手をかす程度	その他	不詳
総数 (平成 13 年度)	27.4	10	10.1	37.9	4.6	9.9
総数 (平成 16 年度)	21.6	7.9	9.9	44.7	8	7.9
要支援者	3.8	2.7	4.6	66.4	14.4	8
要介護 1	7.9	4.9	11.2	60.1	9.8	6.1
要介護 2	24.6	6.9	11.8	45.5	4.5	6.7
要介護 3	32.5	11.6	12.9	29.7	6	7.3
要介護 4	44.5	14.6	9.9	17.7	4.4	8.8
要介護 5	50.4	16.2	8.1	6	6.4	12.8

*厚生労働省「国民生活基礎調査」

(注) 「総数」には要介護度不詳を含む

出典：内閣府（2008）「平成 20 年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2008/zenbun/20index.html>

以上の動向から、家族形態の変化は介護の社会化や老々介護のような介護形態にも変化をもたらしており、主介護者の変化にまで至っていることが分かる。息子の妻の立場で介護を担う女性が減少する一方、娘の立場で介護を担う人の割合が増加傾向にある。その背景には女性たちが夫の「家」に従属する「嫁」の地位から自分の実家の親とも自由に関係

を取り結べる「夫婦家族」の妻の地位に移行してきた変化が関わっている(春日 2011:19-20)。介護の担い手の変化は、かつては、息子の妻たちが「嫁」として担っていた男性高齢者の介護を老いた妻が肩代わりする形で変化してきた事実を各種統計は示している(春日 2011:22)。

また、要介護高齢者人口の増大、男女平等意識の浸透、異世代世帯分離の一般化、娘「家族」との同居の増大、さらには長寿化による定年退職後の男性の増加、等々のこの間生じた社会変化要因を考慮すると、子世代男性に生じた変化は女性介護者間に生じた動きに比べるとはるかに小さい変化である(春日 2011:26)。息子の妻による「家族」ケアの減少という方向での家族変容が男性に有利な父系重視の財産相続制度、家事労働を無償のものとし介護は女性が担うとする性別役割規範、夫優位の夫婦関係規範など「家族」の権限や統制・強制といった面に関する「慣例や制度」が変更されないまま維持される限り、老親へのケア義務の軽減を進めてきた「家族」の変容は子世代男性にとってはなんら危機意識を生むものでもなかった(春日 2011:27-28)。

「家族の介護の担い手は大幅に変わってきている。しかし、それは男性介護者の増大の方向ではなく、女性内部の担い手の変化でしかなかった。かつて介護の主力であった息子の妻＝「嫁」の負担が軽くなり、その分、老いた妻と娘の負担が増大した。娘の介護関与を増大させた要因が「愛情中心家族」意識の浸透による親への「愛情」だとしたら、息子の介護関与率も上昇していいはずである。さらに職業的役割との関連でみても、60歳以上の高齢介護者の増大は停年退職後の息子の関与可能性を高める方向の要因だった。しかし、息子の介護への関与は一貫して低い」(春日 2011:45)。

介護によって息子が直面させられるのは、母親が女性の身体を持った存在であるという事実で、年を取ることは「枯れていく」ことだという加齢と身体性についての一般通念も老人の身体を無性的なものともみなす概念につながっていて、それと現実のギャップも大きい。介護する息子に介護される母親の身体についての社会的定義も曖昧化をもたらし、行為場面における深い戸惑いを生む。相即的に母親によってもそれは感知され、反転して深い羞恥心をひき起こす。この介護場面の気づまりは大きく、情愛による相互配慮性が強調され、お互いに受容し合うことが求められる親子の間柄であるからこそ、予期的社会化によって、事態は双方によって回避されようとし息子の介護関与を低くする方向で作用する(春日 2011:46)。

かつて家族介護者といえば、子の配偶者の「嫁」が大多数であったが、現在最も多いのは配偶者で、次に実子であると報告している(北村 2013:13)。樋口もまた、日本の高齢者介護が、政策的にも社会通念の上からも「家族が担うべき」とされた背景には、日本の家族における「嫁」の存在があると述べて、嫁は男子優先の伝統的家制度の中で、後継者を生み育て家業を支える貴重な存在であるにもかかわらず、血縁一族からヨソもの扱いされ、家族の最下位の存在として夫やその両親に従順であることを求められたとしている。戦後、嫁の介護責任はしばらく増大し続けていた。実の息子でなく嫁によって、嫁でなくても妻、娘によって九割が女性に担われていたが、1990年代後半以降、男性の比率が上昇している(樋口 2008:12-14)。

介護保険制度の導入前後の主介護者変化においても、1996年、1998年、2002年の調査によると、導入前は配偶者が主介護者である人の割合が多かったが、導入後その割合が減少していた。配偶者がいる人は配偶者が、配偶者がいない人は子供や嫁などインフォーマルな資源が主介護者の役割を担う場合が圧倒的に多かったが、介護保険制度の導入後は、その傾向に大きな変化はみられないものの、家族以外のフォーマルな支援源のホームヘルパーも主介護者の役割を担うケースがわずかながら出てきていることが明らかになっている（山田 2005：28）。

「国民生活基礎調査」のデータからも、介護を望む相手としての嫁が激減していて、実際には、仕方なく介護を引き受けている嫁が少なくないということになっており、近年、配偶者介護が増加する傾向にある理由として、「世帯構造の変化」、「家制度的な規範の脆弱化と夫婦家族制の理念の定着による家族意識の変化」、「女性の変化」があげられている（袖井 2008：141-143）。また、配偶者の場合は、自ら望んで、あるいは要介護者から望まれて介護を引き受けることが多い。妻による家事育児は女性の役割というジェンダー規範を内面化している現在の高齢者世代では、介護を引き受けることにそれほどの違和感はなく、妻の介護が、ルーチン化し、同じことの繰り返しであるのに対して、夫の場合には介護に対する創意工夫がみられると報告されている（袖井 2008：144）。

近年、嫁介護に変わって増加しているのが娘介護や息子介護で、娘については、「嫁と違って気を遣わなくてすむ」というところから、娘介護への期待は高く、嫁と違って長年生活を共にし、価値観やライフスタイルを熟知している娘のほうが要介護高齢者のニーズを適確に把握できるという利点はある。しかし、母と娘の関係は遠慮がないだけに、いったんこじれた場合にはエスカレートしやすく、幼児期の母子関係による娘への支配が再現され、娘の心を傷つけ、母親への憎しみを募らせるというマイナスの面も少なくないという（袖井 2008：146）。

一方、娘に比べて息子の場合には、家事や介護の能力に欠けるものが少なくない。そのうえ、介護は女の役割というジェンダー規範を内面化しているために、介護をしなければならぬ状況に陥ったことを不条理に感じ、鬱屈した気持ちを要介護の高齢者に向けることになる（袖井 2008：148）。嫁が舅や姑を介護する関係から、夫婦間の介護、実の子が実の親を介護する関係へ移行、同居介護にかぎらず、別居介護や遠距離介護も出現、男性介護者の割合も増加し『男性介護者白書』（津止ほか 2007）も著されるようになった（笹谷 2008：57）。先行研究の知見から笹谷は、「女が家族介護を引き受けるとき」の問いについて、ジェンダー規範をベースに女や男を介護者に誘導したり、しなかつたりする経路には複雑な規範や条件が絡んでいると述べている（笹谷 2008：60）。

儒教倫理に基づく家父長制家族の伝統のある日本や韓国では、長い間、介護は長男の嫁の役割であり、嫁の地位にある女性は、しばしば自己犠牲を払ってでも夫の親の世話をするのが当然と見なされていた。それに対して、夫婦制家族の伝統のある欧米社会では、介護は基本的に配偶者の責任であるが、配偶者がいないか病弱な場合には、独身の娘が引き受けることが多い現状である（袖井 2008：140）。

介護は、社会的介護であれ家族介護であれ、介護する側、される側双方において女性が

多数を占める領域であることはよく知られた事実である（春日 2011：54）。介護という労働領域は解決の難しいいくつかの問題点を持っている。ひとつは介護という労働が身体性に関わりセクシュアリティに規定される側面を持ち、それが女性要介護高齢者のケアに男性が関わることを難しくするという点。また、この労働領域が家事労働として女性がやっていたものを社会化・商品化していったものであるという事実もある（春日 2011：55-56）。

変わりつつある家族の形態及び介護の形態は、認知症の発生とともにより急速に、より深刻に構造的変化を招いて、家族構成員全員が思ったことのない未知の経験をするようになる。その思わぬ経験の中でぶつかる、家族構成員の葛藤や家族構成員以外の周りによる批判などが家族の介護負担を増加させる結果になることもある。家族の介護負担の増加は、介護ストレスも増加させるようになり、遂に不適切な介護にまでつながることもある。不適切な介護にならないことを目指して介護の社会化や商品化が支援という名の下で行われているといえる。しかし、高齢者の介護については、従来通り、家族によって行われるべきだと考えられており、実際多くの場合そのようにされていて、特に女性による介護行為が依然として多い。家族と介護の形態がより私的あるいは個別的になりつつある昨今の状況をあわせた支援が求められている。

第3節 認知症高齢者を支える家族介護者への支援の現状と課題

本節では、認知症高齢者を支える家族介護者をめぐる支援の現状と課題について、認知症高齢者の政策を基本として家族介護者への支援策とその課題を述べ、さらに家族介護者の当事者としてのセルフヘルプ活動について検討を行う。

1. 家族介護者のニーズ及び支援の現状と課題

(1) 家族介護者のニーズ

認知症高齢者と家族介護者は一方で家族が内在している社会的規範の中で様々な局面と向き合いながら、他方で認知症高齢者を取り巻く支援制度の中で、支援する当事者とその当事者を支える家族に分離されているともいえる。しかし、認知症は「認知症の本人と介護する家族という2人の患者を同時に生み出している」（長谷川 2010 : 31）という指摘のように、認知症高齢者の支援を考える際、当事者である認知症高齢者のニーズに対する社会的支援に加え、その認知症高齢者を支えている家族介護者のニーズにそった支援にならないといけない。

家族には2つの機能があって、一つは、経済、保護、保健、愛情など家族成員のニーズを満たすことで、二つは、家族が属している社会のニーズを満たすことを担っている（北 2008 : 17）。家族による介護は単なる高齢者のニーズ充足に向かう行為ではなく、高齢者のニーズをキャッチし、存在を繋ぎ、その人らしさを取り戻し、維持し、発展させることにその目指すところがあり、家族の介護は、高齢者の“その人らしさ”を繋いでいくことに向かう働きかけであることと、“その人らしさ”を繋いでいるという手応えが介護を行う家族成員の重要な動機づけのひとつとなっている（北 2008 : 122）。

「ニーズ need、needs」について上野は、経済学の用語であり社会福祉学の用語でもあると述べて、英語を直訳すれば「必要」という単語に訳すことができるという。ニーズとは、満たされるべき要求が欠損した状態であると定義されるとして、社会福祉学では関与者によって「主観的ニーズ」と「客観的ニーズ」に分類されると述べている。さらに、ニーズは「顕在ニーズ」と「潜在ニーズ」に分類され、「顕在ニーズ」が当事者によって自覚されるニーズに対し、「潜在ニーズ」は当事者によっては自覚されないが専門家や第三者によって判定されたニーズであると報告している（上野 2011b : 68-69）。

また、ケアとはニーズとサービスの交換行為であるとし、ニーズ（受け手の側）のないところにサービス（与え手の側）は存在しないと述べて、ニーズに合わないサービスは役に立たないだけでなく、不適切なサービスを押し付けることで抑圧にもなり、ニーズとサービスの交換にはミスマッチや不適合がありうると報告している（上野 2011b : 70,134）。

さらに、当事者ニーズが第一次的なニーズであるのに対し、介護者のニーズはあくまで当事者ニーズがあるからこそ発生した二次的ニーズで、ケアされる側とはニーズから離れることができない主体であるのに対し、ケアする側はその関係から退出することができる（たとえ罪悪感や社会的制裁をともなつたとしても）というように、ケアされる側とケア

する側との間には圧倒的な非対称性があると指摘している（上野 2011b : 73）。

近年の老々介護は、配偶者介護のみではなく、子ども世代も含んでいて、老年期の心身の老化を考慮すると、認知症ケアを60歳以上の家族が行うことは、精神的負担のみでなく、身体的負担も大きい（亀口ほか 2014 : 54）。また、在宅療養において、本人と家族のケアニーズは、医療的ニーズ、福祉的ニーズ、リハビリテーションに関するニーズなど多面的で複雑で、支援の際、往診医師、訪問看護職・介護職など関係職種によるチームで対応していくことが求められるとして（亀口ほか 2014 : 81）、介護保険制度の導入により、地域における介護支援と家族との関係は密接になっている（亀口ほか 2008 : 148）。つまり、介護保険制度の導入は、地域における高齢者と家族をめぐる個人的かつ社会的ニーズを充足させる方法として介護支援に繋げているといえる。

現在の介護保険制度には介護が必要な要介護高齢者とその家族のニーズを充足するという大きな目的がある。何らかの保健福祉関連のサービスを利用することによって、要介護高齢者と家族のニーズを充足することが目指されている（中谷 2005 : 59）。一方、サービスニーズの充足度の比較からみた限りでは、全体的に3種類（訪問介護・通所介護・短期入所）の在宅サービスの利用率が増加しており、制度の実施により、要介護高齢者のニーズ充足度が向上した。ただし、その増加率は決して劇的に高いではなく、P（Physical）・M（Mental）・F（Family）¹⁰の類型を使用したニーズの充足度に対する検証を行うと、必ずしもすべての類型において一律にニーズが充足されているわけではなく、一部ではあるがむしろ低下している（中谷 2005 : 71）。

介護保険制度の見直しに考慮すべき点について杉澤は、①低所得段階のみならず、所得段階が2・3・4の高齢者にも負担の配慮が必要であること、②介護予防事業にあたって、低所得者の介護ニーズが多い要因を解明・除去する方策の必要性があること、③低所得者であっても介護ニーズの多寡に応じて介護サービスが利用できるように利用料の軽減措置などを考えること、④公平性確保の観点から、家族給付の条件の緩和等、家族介護を認めたと上の現金給付のあり方の検討が必要であることの4点をあげて、介護保険制度の見直しには低所得者や高齢者及び家族への経済的配慮が必要としている（杉澤 2005 : 123-124）。

認知症の人が期待している介護は、介護者が常に認知症の人のレベルになって、逆らわないでイライラさせないように寄り添ってほしいということで、介護者はなるべく限定された時間に効率的に介護を進めたい。子どもや友人との約束も果たしたいなど、自分自身の生活時間がほしくなると思う。こうした両者の相反する想いは、介護の期間が長くなるほど強いストレスになっていく（長谷川 2010 : 35）。つまり、本人が期待するニーズと介護者が望むニーズのずれからストレスが溜まるといっている。

（2）家族介護者の介護保険サービスの利用

日本において施行されている介護保険内の在宅サービスの世帯構造別にみた居宅サービスの利用状況について厚生労働省（2011b）は、訪問系サービスの利用率（51.9%）が最も

¹⁰ P（Physical：高齢者の身体的障害の程度）、M（Mental：高齢者の精神的障害の程度）、F（Family：高齢者を介護する上で支障となる家族状況）（中谷 2005 : 61）

多く、通所系サービス（46.2%）、短期入所サービス（11.7%）の順に利用率が高い。居宅サービス利用の有無は、居宅サービスを利用している「利用あり」が 77.9%、利用していないの「利用なし」が 22.1%で、要支援者（73.1%）より要介護者（81.5%）の居宅サービスの利用率がやや高く、介護保険制度内におけるサービスの利用率が高いと報告している（表 1-3-1）。介護保険制度実施後においても、介護保険制度内のサービス利用率が高くなっており、サービスも利用しやすくなっている。

しかし、介護保険制度内のサービスの中、利用率が高かった訪問系や通所系、短期入所サービスの利用においては、希望している利用量と現在の利用量に乖離が見られる場合があり、その場合には介護負担感が高まっているという報告もあって、既存の介護保険サービスが質、量ともに細かいニーズに対応し切れていないという指摘もある（鈴木ほか 2006）。

介護サービスの利用について論じている諸研究からも、介護保険制度内でのサービスの利用のみでは在宅介護を支えきれているとは言いかたく、サービス利用についても情報と利用の機会は乏しい状況である。

表 1-3-1 世帯構造別にみた居宅サービスの利用状況の割合(複数回答) (単位：%)

利用の有無居宅サービスの種類	総数	単独世帯	核家族世帯	(再掲)夫婦のみの世帯	三世帯世帯	その他の世帯	(再掲)高齢者世帯
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
利用した	77.9	84.0	76.4	75.4	75.6	75.3	79.4
訪問系サービス	51.9	69.1	53.7	53.5	40.4	40.5	59.6
通所系サービス	46.2	30.3	46.7	44.1	56.7	53.5	37.5
短期入所サービス	11.7	4.7	9.2	8.4	17.7	17.8	7.9
小規模多機能型居宅介護	2.7	5.7	0.9	1.1	2.2	2.4	3.7
配食サービス	7.6	13.4	7.4	8.3	4.1	4.8	10.5
外出支援サービス	2.7	3.4	3.1	3.2	1.6	2.1	3.3
寝具類等洗濯乾燥消毒サービス	0.9	0.9	1.1	1.1	0.7	0.9	1.0
利用しなかった	22.1	16.0	23.6	24.6	24.4	24.7	20.6

出典：厚生労働省（2010）「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>

先述したように介護保険制度の実施は、認知症高齢者とその家族のニーズを充足することを目的としていて、介護サービスの利用のために認知症高齢者は要介護認定を受けなければならない。北は、介護保険制度の施行に先立って行われた諸研究者の報告に言及しながら、要介護高齢者本人やその家族のサービス利用を抑制したり促進したりする要因に、同居家族の有無やサービス利用の知識の有無、主介護者の年齢等があるとして、介護保険制度の開始は、サービス利用に対するイメージや態度に変化を起こすことも予想できると述べている（北 2008：28）。このような中、介護の社会化を目標のひとつとして介護保険制度が始まったが、サービスの利用は進んでいない現状があり、高齢者を介護する全体的な家族の機能状態や関係性に影響を与えるとされる要因に家族がなぜどのような影響を受けるのか、機能不全状態となった家族がどのように対処していくのかという一連の家族の

在宅介護プロセスは明らかにされておらず、探求していく必要性があるとも指摘している（北 2008 : 38）。

また、介護保険前後に家族介護者を対象に行った調査では、高齢者の間で介護サービスを受け入れる態度が浸透してきているとはいえ、大きな転換というには程遠く、「家族に介護されたい」という意識をもつ高齢者も依然として多いと報告されている（杉澤 2005 : 39-40）。また、介護保険制度の導入後に家族介護への期待や介護サービス利用に対する抵抗感が減少して、サービスの利用希望が増加するなど、制度を支えるための価値観や意識が高齢者や家族の間に普及・定着しつつあるとしている。反面、このような介護の社会化を受け入れる意識や態度の普及は、制度導入を画してというよりも在宅サービスの拡大傾向の中で生じている動きである可能性があると報告している。さらに、在宅サービス志向の変化には経済格差があり、経済的に余裕のない層では依然として家族介護志向が強いままであること、サービスの費用負担に対する満足度が低下傾向にあることを指摘している（杉澤 2005 : 54）。

介護保険制度が開始されて 10 年以上が経過した現在においても、近親者の介護を施設などの外部に委託することを否定的に捉え、家族自らが介護することを肯定的にとらえる傾向の道徳的な規範を持っていて、この道徳的な規範は非常に強い影響力を持ち、家族に介護負担を押し付けてきたと指摘しながら、こうした価値観はかつてほど強くはなくなったと言っている。介護サービスを利用できる環境にあれば、なにがなんでも家族が介護すると考える人は少なくなったと述べている。ところが、介護にともなう道徳的呪縛から完全に自由になったわけではなく、むしろ強化され、新しい呪縛は家族を介護に縛り付けていると指摘している（伊東ほか 2013 : 43）。また、認知症患者に寄り添う介護が強調されることは、家族にとっては大きなプレッシャーになるとして、家族は高い理念と現実の介護との狭間で困難を深めていると報告している（伊東ほか 2013 : 44）。

さらに、介護保険の申請をためらうこともあり、その理由にホームヘルパーが自宅に來たり、通所介護サービスの車が横づけされたりするのが嫌だということをあげられている。介護状態であることが世間に知れてしまうと、身内の世話を他人に頼んでいるのがわかってしまうなど、世間の目を気にして介護をオープンにできない家族が多く、その結果、本人の病症を悪化させたり、家族が大きな負担を抱えたりしてにっちもさっちもいなくなるケースもある。下は、介護は関わる人が少ないほど一人の負担が増えるとして、「介護はまずオープンにして、協力を求めることから始める」と提案している（下 2008 : 108）。

一方、支援の制度化の必要性に、①少しでも多くの人に対して支援がなされるためには、一定の広がりを持たせることと、②人が生きて生活している限りは、支援が継続される必要があることの二つがあり、人に対する支援は一定程度制度化される必要がある。また、人に対する支援は、常に制度化された枠組みからこぼされる。その理由には、人々の多様性に制度が対応しきれなく、同じ人間も時と場によって異なる側面を持つことと、多くの制度は生活の一面に対するものでしかないが、生活は個別の局面だけに切り離せないものだからである。つまり、支援は制度化を必要とするが、支援である以上、制度化では対応しきれない局面をもっており、制度化されれば必ずそこに歪みが生じる。人に対する支援

はこうした矛盾を根本で抱えている（三井 2008 : 88）。

認知症介護家族への支援について荒井は、専門職の立場から、支援の射程からこぼれ落ちてしまう「繋がっていかない」、「拒否的な／消極的」利用者が存在すると指摘している（荒井 2008 : 115）。また、認知症の介護家族にとってすべての専門職がいつも利用者にとって適切な支援をしてくれるとは限らないとあって（荒井 2008 : 116）、家族や身内だけでなく、専門的知識と技術によって助けてくれるはずの専門職までもが頼りにならず、さらには専門職によって傷つけられたという「寄る辺なさ」があると指摘している。その帰結として「頼れるのは自分だけ」という心細さの中でささやかな抵抗を示していると報告している（荒井 2008 : 117）。「頼れるのは自分だけ」という帰結は、サービスの利用拒否と介護の引きこもり化につながる場合もあろう。

家族介護者は、デイサービス、デイケア、ショートステイ、訪問介護などの介護保険サービスを利用するレスパイトケアによって、心身をリフレッシュし、余裕のあるケアにつながり認知症者にもよい影響を与えることになる。つまり、家族の休養が在宅ケアには不可欠であることから、意図的にレスパイトケアに取り組むことを進めている（本間ほか 2013 : 225-226）。認知症者を在宅介護で支えるためには、計画的に社会資源にアクセスして効果的に援助が展開されるよう配慮する必要がある、家族介護者の負担軽減を図るためのレスパイトケアも含め、社会資源の調整も検討する必要がある（本間ほか 2013 : 231）。

家族介護が困難であれば、地域社会の中で家族介護に代わる社会資源=サービスを探し出し、それを要介護者のニーズと結びつけるために、地域ケアシステムを在宅ケアにシフトする場合、地域での総合的で重層的な支援システムが必要であると太田は指摘する（太田 2003 : 218）。家族介護の困難は認知症高齢者の不適切な介護につながる恐れがあり、不適切な介護につながらないためには、認知症高齢者のニーズのみならず、家族介護者のニーズまで充足できる支援システムにつなげることが求められているといえる。

（3）家族介護者の支援の現状と課題

1）家族介護者への支援の動向

日本における高齢者福祉・介護に関わる社会福祉制度の始まりは戦後になってからで、1960年代後半から身体障害を伴った高齢者の増加とともに、「寝たきり老人」が社会問題として注目されるようになり、家族のみでは介護が困難になっていった。また、1972年に出版された、有吉佐和子の『恍惚の人』がベストセラーになり、「痴呆（認知症）」の介護が社会問題として認知されるようになった。その後、介護が必要な高齢者を「社会的入院」として預かる「老人病院」が急増し、1973年に出版された大熊一夫の『ルポ・精神病棟』では、精神病院に入院した認知症の人がどのような扱いを受けているのかに対する問題提起がなされた（宮崎 2011 : 136-137）。

このような認知症高齢者の介護に対する支援の動きの中で、認知症高齢者を支える家族介護者の介護負担やストレスについて徐々に関心が寄せられるようになり、家族介護者の支援の必要性と重要性が論じ続けられている。ここでは、認知症高齢者の介護問題が社会

問題として認識され始めた1970年代から今に至るまでの家族介護者への主な支援策を年別に述べる（表1-3-2）。

① ケアなきケアの時代（～1970年代）

認知症という病気に対する社会的な認識がないばかりか、ケアの理念や方法論もないままに、いわゆる問題行動と呼ばれてきた「周辺症状」に対して、身体拘束や投薬による抑制、言葉による封じ込めが標準的になされていた「悲惨な高齢者（天田 2010：51）」が語られていく時代である。

在宅介護では、直接的な介護サービス利用への助成はなくて、ほとんどの家族が支援を受けられず、共倒れになることも多く、全般的に施設福祉を中心とした、低所得層が費用負担なしにサービス利用をするという状況が一般的であった。とはいえ、高齢化の進行に比べて特別養護老人ホームなどの定員枠はあまりにも小さく、いわゆる老人病院に長期入院する「社会的入院」が徐々に社会問題化し始めた（藤崎 2013：607-608）。

この頃行われていたケアは、完全なる介護者都合のケアであり、痴呆（2004年12月「痴呆」という言葉は、厚生労働省により「認知症」に改称した）というレッテルを貼られた者への「ケア」という概念も乏しいとして、認知症高齢者の存在は、地域における病気への理解も支援も得られぬままに、家族介護者を孤立状態に追い込み、家族の身心負担を極限まで追い詰めていて、孤立無援の状態になりがちだった（山梨 2008：70-71）。

一方、藤崎は、「国民皆年金・皆保険」体制の提供や1973年の70歳以上の高齢者に対する医療費無料化制度の導入及び、標準的な国民年金老齢年金の額の安定と厚生年金の水準上昇などによって、高齢者個人とその家族の負担は軽減され、高齢者の家計の安定に寄与したとして、「介護費用」面では子どもや家族などとの同別居にかかわらず、高齢者の経済的・精神的自立を促す効果もあったと評価している（藤崎 2013：608）。

② 認知症ケア模索の時代（1980年代）

認知症の現象や行動上の徘徊、不潔行為等の様々な周辺症状にも、個々の状態に応じたそれぞれの背景や意味があることに気付くようになり、「本人本位」という概念が芽生え始めて、一部の先駆者によってグループホームや宅老所などの新しいサービスが試行され「『日本型福祉』などが提唱される」（天田 2010：51）時代である。家族介護者にも変化が表れ、認知症の家族を抱える家族介護者だからこそ気づく、介護サービスの矛盾や家族介護者の身心負担について発信することを目的として、当事者組織の「ぼけ老人を抱える家族の会（現、公益社団法人認知症の人と家族の会）」につながる。

急速な人口高齢化と家族の変化を背景として、老人医療費支給制度や老人保健法の成立によって、「医療から福祉へ」「病院・施設から地域へ」と移行させようとする流れが明瞭になった（天田 2010：52；藤崎 2013：609）。しかし、高齢者福祉サービスの利用層も中間層にまで広げる必要性が意識されるようになって、中間層にまで広げるために応能負担による費用負担が原則となり、介護費用面での支援は後退の方向になるという指摘もある（藤崎 2013：610）。天田は、この年代について「『誰もが迎える老後』をめぐる《社会的

不安」であったという（天田 2010 : 52）。

一方、介護サービスの対象は本人である場合が多く、認知症特有の家族介護者の身心の疲労に対して十分な支援策は講じられてこなかった。家族の会は、認知症ケアに取り組む家族等の全国的ネットワーク化を図り、交流会や研修活動を通じて認知症という病気の理解・啓発、認知症の人の可能性について広く社会に呼びかけながら、認知症の人にも住みやすい地域づくりに向けて歩みはじめた（山梨 2008 : 71）。

③ 新しい認知症介護の時代（1990年代）

グループホームや宅老所の取組みが本格化し、本人本位の「新しい認知症ケアの確立期」といえる。今まで認知症の人に対して集団的な処遇を行ってきたが、個人とのかかわりによるケアの有効性が主張され、環境や生活の継続性などについての重要性が報告されるようになった時代である。

この期のケア政策の意識は、「家族支援」ということばに強調され、「少子高齢（化）社会」という用語が政府の公式文書などで用いられるようになり、中間層への対応がいつそう求められ、多様なニーズへの対応の必要性を理由として民営化路線が強調された（藤崎 2013 : 611）。また、介護労働への支援について、時間保障としての「介護休業制度」の導入と、ゴールドプランや新ゴールドプランにもとづく保健福祉サービスの量的拡大により図られた介護労働の「社会化」の 2 つの方向から講じられた。一方、介護のための休業の必要性が認識されはじめた反面、長期にわたる介護の過程と就労の両立は想定されていないとして、この期には「痴呆性老人」への対応策が課題として浮上した（藤崎 2013 : 612）。さらに、『家族要件』とは別に『家族規定』の存在が確認できる」として、サービス利用の前提に暗に家族介護への期待がおかれ、サービス利用が家族による支援を受けられないことと同義とみなされ、強いスティグマを伴うものになりがちである（藤崎 2013 : 613）。

ゴールドプラン等で「家族介護者への支援が図られるような環境づくりの推進」を意識しているが、そのための具体的施策は高齢者支援対策であって、その基調は今日も変わらない（井上 2005 : 22）。

一部の先駆者によって試行されてきた新しい認知症ケアの手法は、1994年の新ゴールドプランによる高齢者福祉政策の長期ビジョンと相まって、介護保険制度下の認知症高齢者共同生活介護（以下グループホームという）の拡大とともに量的整備の時代への基盤になった時期で、認知症の本人や家族、医療・介護の関係者の手によって「高齢者の尊厳を支える」という理念に培われた新しい認知症ケアの確立期である（山梨 2008 : 72）。

④ 量的整備の時代（2000年代）

介護保険制度の創設とともに措置制度を廃止することになり、サービスを選択して利用できるように大きく変化する。サービスの提供主体の規制緩和による市場原理を働かせた、量的な受け皿を拡大させようとする制度への取り込みが評価できる時代である。藤崎は、この期について、1980年代から強調されてきた「施設から在宅へ」の流れがこの期に至ってはじめて名実ともに定着し、サービス供給・利用方式の転換は「介護の社会化」に一定

の成果を上げた」と評価している（藤崎 2013 : 615）。

先述のように、「痴呆」の呼称も「認知症」に変更され、2005年の介護保険法改正では、軽度者のサービス利用の増加に鑑み新たな予防給付への再編や、居宅・施設サービスの利用者負担における公平性の確保、認知症高齢者などの地域生活継続のための地域密着型サービスの創設など、医療・保健・福祉の地域支援事業の再編成が進められている。

2005年の法改正において菊池は、「地域包括ケア」の理念の実現に向けて布石が打たれ、2011年の法改正では、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて「地域包括ケアシステム」の構築を高年齢介護保障の将来ビジョンとして明確に示し、地域支援事業も「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設に伴って再編成されたという（菊池 2012 : 57、61）。

この再編成の中で一事業として家族介護支援事業が規定され、認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、認知症になっても住みなれた地域で安心して暮らせることを目指して展開されている。家族介護支援事業は、「介護方法の指導そのほかの要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業」として、「家族介護支援事業」「認知症高齢者見守り事業」「家族介護継続支援事業」¹¹⁾が規定されている（菊池 2012 : 63）。

一方、家族介護支援事業の実施を市町村の任意事業として、地方自治体の自主性に委ねられていることで、多様な事業形態による展開が可能である反面、市町村による取り組みのばらつきも大きく、実施しなくてもよいということであり、事実、実施率は低調であるという指摘もある（井上 2005 : 23 ; 広瀬 2011 : 194-195 ; 菊池 2012 : 65）。

太田らは、「地域ケアの推進は、要介護者と同時に家族介護者にとっての、地域社会での自立した日常生活の営みの意味が、以前にも増して明確に問われる。家族介護者の役割とその家族介護者支援の意味にも再考が迫られると予想される」という（太田ほか 2011 : 1-2）。

¹¹⁾ 「家族介護支援事業」要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室の開催。「認知症高齢者見守り事業」地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問などを行う。「家族介護継続支援事業」家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした、要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見や、介護用品の支給、介護の慰労のための金品の贈呈、介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等の開催（菊池 2012 : 63）。

表 1-3-2 認知症介護と家族介護者に対する支援策の動き

		動き	関係法令
～70年代	ケアなきケアの時代	<ul style="list-style-type: none"> ・「福祉元年」と呼ばれ、老人医療の無料化により、多くの老人病院が開設される ・寝たきり老人短期保護事業（1978） ・通所サービス事業（1979） 	<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保険・皆年金体制（1961） ・老人福祉法（1963） ・福祉六法（1964） ・老人医療費無料化（1973）
1980年代	認知症ケア模索の時代	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画制度が導入されるものの、既得権確保のための病院の増床が繰り返され、高齢者の長期入院、社会的入院が常態化 ・「ぼけ老人を抱える家族の会」の結成（1980） ・宅老所・グループホームの登場 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健法（1982） ・医療法改正（1985） ・老人医療費一部負担の改正（1986） ・社会福祉士及び介護福祉士法（1987） ・社会福祉・医療事業団法の改正（1988） ・高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略「ゴールドプラン」（1989）
1990年代	新しい認知症介護の時代	<ul style="list-style-type: none"> ・「21世紀福祉ビジョン」によるサービスの利用型システムの提言（1994） ・グループホームの制度化に向けたモデル事業の開始（1995） ・国庫補助事業によるグループホームサービスの本格的な開始（1997） ・全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会（現全国認知症グループホーム協会）結成（1998） ・宅老所・グループホーム全国ネットワーク結成（1999） 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉関係八法の改正「老人福祉法等の一部を改正する法律」（1990） ・老人保健法の改正「老人訪問看護制度の創設」（1991） ・福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律（1993） ・「新ゴールドプラン」（1994） ・高齢社会対策基本法（1995） ・介護保険制度案大綱「老人保健福祉審議会介護保険法成立」（1997） ・「ゴールドプラン21」（1999）
2000年代	量的整備の時代	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホームが介護保険サービスに位置付けられ、認知症ケアの切り札として注目される（2000） ・高齢者介護研究会「2015年高齢者介護報告書」により、認知症ケアモデルの確立へ（2003） ・「痴呆」から「認知症」へ呼称変更（2004） ・認知症ホーターキャラバン実施（2005） ・地域支援事業の一事業として家族介護支援事業の実施（2006） ・「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（2008） ・介護予防・日常生活支援総合事業の創設（2011） ・地域包括ケアシステムの運営（2012） 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法施行（2000） ・介護保険法改正（2006） ：地域包括支援センター・地域密着型サービスの創設：小規模多機能型居宅介護の制度化 ・介護保険法改正「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部改正」（2011） ・認知症施策推進5ヵ年計画「オレンジプラン」（2012） ・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」（2015）

出典：*天田（2010）「<古い>を巡る政策と歴史（特集「共助」の時代・再考）、福祉社会学研究、7、pp.41-59.

*厚生労働省（2011a）「平成23年版厚生労働白書」

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/>

*藤崎（2013）「ケア政策が前提とする家族モデル—1970年代以降の子育て・高齢者介護」、『社会学評論』、64（4）pp.604-624.

*厚生労働省（2013b）「老健局重点事項説明資料—認知症施策について」

http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146269&name=2r98520000033t9f_1.pdf

*内閣府（2014）「平成26年版高齢社会白書」

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html>

しかし、介護保険制度の「在宅移行」「地域移行」において医療保険制度（機構）と介護保険制度（機構）への制度間の不整合から、多大なる負担を担わざるを得なくなっている当事者やその家族が少なくない（天田 2010：52）。

また、介護者支援のほとんどは現行介護保険法に基づく要介護高齢者向けサービスで対応できているので、あえて新たな介護者支援策を導入する必要はないという有力な反論が想定される（井上 2005：23；菊池 2012：57；矢吹 2014：1019）。介護保険の提供サービスは要介護者の自立支援を目的としていて、介護者にとっては間接的な支援策の域を出なく、家族介護支援策はこれまで以上に後退する可能性がある（菊池 2012：56-57）。

2005年の法改正によるサービス抑制の影響は、保険外のサービス利用による家計支出の増大やサービスカットによる介護水準と生活の質の低下のいずれかの帰結をもたらして、その状況は今日に至るまで変わっていないとあって、介護保険制度は建前の上では家族介護を前提にしない制度として様相を示しながら、その実態は家族介護があってこそその在宅福祉体制が想定され、「介護の再家族化」への流れが強化されている（藤崎 2013：616）。

以上述べてきたように、家族介護への支援は介護保険制度に依存しながら、量的な確立のために拍車をかけているといえる。また、これまで作り上げてきた新しい認知症ケアの理念やノウハウを浸透させていくことは容易な作業ではなく、さらに長い年月をかけて、サービスの質の確保・向上していく必要がある。

2) 家族介護者への支援に関する論考

以上述べてきたように、家族介護者への支援は介護保険法を根拠にしているものの、あくまでも側面的な要素が強いことから、家族介護者への支援策は十分ではない現状である。長期の介護を要することが多い認知症高齢者の場合、家族全体の負担となるばかりではなく、家族構成員が自分の社会活動ができなくなり、自分の欲求も抑制せざるを得ない状況に置かれた。その状況に応じるために実施されたのが介護保険制度ともいえる。

① 支援制度に関する論考

家族介護への支援の中には、介護保険制度によるホームヘルプサービスやデイサービス、ショートステイ等の公的な福祉サービスのフォーマルな支援と、営利を目的とした民間事業者による福祉サービスがある。また、家族介護から親類・友人・近隣住民による支援や住民参加による相互扶助、住民参加型と呼ばれる一定の組織性・継続性・非営利有償性を持つサービス等のインフォーマルな支援がある。

在宅福祉サービスは、サービスの利用者とサービス提供者との相互の信頼関係を基礎とした個別的・直接的な支援で、そのサービスは家庭及び地域社会を基盤とした支援という性格が強く、フォーマルだけでなく、インフォーマルな支援も含めて幅広い資源活用が行われる。社会福祉という領域だけでなく、保険・医療等の関連領域との連携や統合化が必要とされ、可能な限り高齢者とその家族の日常生活圏域にサービスが整備されなければならない。利用に当たっては、ニーズの総合的アセスメントとそのニーズに対応した各種サービスが、一般高齢者を対象としたものから要援助者を対象としたものまで、連続して適

切に提供されなければならない(小松ほか 2008:99;藤本 2011b:2176;広瀬 2011:192-193)。

また、在宅介護は施設での介護とは大きく異なり、家族介護といくつかのサービスを組み合わせることで成り立つとして、社会的支援を必要とする高齢者が在宅で生活していく権利と、介護者である家族への支援を保障するサービスのあり方が問われなければならない(小松ほか 2008:89)。

介護保険制度実施から 15 年になる今日、厚生労働省(2015a)の「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」では、「本戦略は、認知症の人やその家族の視点に立って施策を整理したものであり、その進捗状況についても、認知症の人やその家族の意見を聞きながら、随時点検していく」として、「認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がる」との観点に立って、介護者の精神的身体的負担を軽減する支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進する」と述べている。そのために、「認知症の人の介護者の負担の軽減」や「認知症の人の介護者たる家族等への支援を行う」、「介護者の仕事と介護の両立の支援」など、医療・介護サービス等の連携など、様々な観点を取り入れ、施策のアウトカム指標の在り方についても検討を行い、できる限り定量的評価を行っていくことを目指すとしている。

一方、介護保険制度の理念と現実との間には、今なお深い溝があって、その理由に介護保険法の改正によって、家事サービスの利用が抑制されるようになったことも、家族介護者の負担を増やすことにつながっている(袖井 2008:151)。

周知のとおり、介護保険制度実施によってサービス供給量は拡大し、サービス利用者の数も増加している。しかしながら、給付の抑制が事実上の目標になっている現実にサービスの内容では大きな変更は見られなく、本人や家族のニーズにケアマネジメントが十分な対応ができていないなどの課題もある(所 2011:73-74)。

介護保険制度に組み込まれたケアマネジメントは、「要介護(要支援)認定」の認定調査による要介護認定によって、ケアプランを作成するという、認定調査から始まる一連のプロセスも含めて「ケアマネジメント」ととらえる。

また、「ケアマネジメント」の登場背景には、福祉多元主義や準市場論があり、「日本では、『ケアマネジメント』が介護保険システムと一体化したかたちで機能することにより、社会サービスに関する政策議論において、福祉専門職の実態像の一つを提示することになった。ケアマネジメントは、高齢者へのケア提供のシステムとして、介護保険制度を通じた多元主義的なサービス提供システムを選択した日本では、子の役割の一部をケアマネジャーが担っている」(所 2011:69-71)。

認知症の人への支援を考える際、本人に対する支援とともに家族への支援にも力を入れる必要があり、本人やその家族は、そのニーズにあわせて支援や福祉サービスを必要に応じて利用しながら生活を維持していく。したがって、支援には高齢者に対する直接的介護サービスだけではなく、各種のサービスが適切に組み合わせられ、システムとして全体が機能することが求められる。また、家族介護者の心身の負担軽減のためには、デイサービスやショートステイなどのレスパイトサービスに加え、専門職による「家族への教育」という視点が必要である。

また、高齢者や家族を支援する専門職は、家庭訪問をする際に認知症という病気そのものの理解を促し、提供するケアの意味を伝えながら、家庭環境の整備とより良い支援の方法を啓発していくという家族教育を行うことで、病気への無理解による悪循環を防げ、本人のより長い在宅生活と家族介護者の身心負担の軽減を図る手段になる(山梨 2008 : 87)。専門職は、できない部分や弱さだけに目を向けるのではなく、「できる」ことや「強さ」にも目を向け、エンパワメントしていくことと、高齢者と家族の関係性を見極めることが重要で、特に両者の意向が異なる場合、双方の意見を調整することが求められる(小松ほか 2008 : 107)。

日本において制度的な面で家族介護者を支援していくには、介護者の位置づけから根本的に再考しなければならない問題点が立ちはだかつており、実質的には家族会と在宅での支援専門職が介護者支援に果たす役割は大きい(広瀬 2011 : 196)。介護保険制度での介護支援専門員は、専門職として認知症の本人にとっても家族にとっても重要な役割を担っているといえる。認知症の人と家族との関係の再構築や家族介護者の世界を理解することに積極的に、かつ意識的に取り組むことが専門職に求められている(広瀬 2011 : 198-199)。現在の介護保険システムの下では介護支援専門員との関係性が重要で、介護家族の支援システムの中になるのがかかりつけ医の存在で、かかりつけ医の関与はさまざまな次元で家族の決定サブシステムとして機能していくことが多い(亀口ほか 2008 : 155)。

一方、臨床家の立場から、認知症の重症度や介護状況に関係なく、本人の日常生活動作(ADL)が低下したり、BPSD が強くなったことで起こる介護量の増加に対して、介護サービスを増やしただけでは、必ずしも介護者の精神的な安定がはかれないとして、介護者への声かけやねぎらい、家族会へつなげるなど、かかりつけ医や専門医等の役割が重要である(藤本ほか 2011b : 2172)。また、医師と介護支援専門員、介護スタッフなどとの連携とともにかかりつけ医や専門医、介護事業所などとの連携もとる必要がある(藤本ほか 2011a : 267 ; 林谷ほか 2014 : 111)。

現在の介護保険制度は、家族への支援にはほとんど関心が払われないという指摘もあって、これは、「利用者主体の原則」である介護保険制度の理念に起因する。介護保険制度の主たる利用者は高齢者本人であって、家族ではないことから、「家族支援」という視点は後退せざるをえない(荒井 2008 : 122)。また、家族介護者の教室等では、今のところ情報提供やピア・カウンセリングの機能以上のことはほとんど行われていない(北村 2013 : 16)。

また、家族介護者を労働者として捉えた場合、そこには一切の法的規制がないし、労働者として守ってくれる手だても一切なく、当然、無償だから賃金が発生するわけではない。一般の労働者であれば保障されているような、労働条件(労働時間・休日、介護によって発生するさまざまな危機に対する安全確保など)が一切保障されていない(斎藤 2011 : 9)。

三富(2010 : 139-140)による家族介護者に対する「無給の介護者 unpaid caregivers」と呼ばれることがあると中山は言及しながら、日本では経済的支援は一般的ではないが、家族介護者に対して介護手当などが支払われる場合があるため、常に無給とは限らないとしている(中山 2011 : 3)。さらに、介護者支援の要素について<表 1-3-3>のように4種類に分けて、その支援対象の重点は家族介護者にあると述べている(中山 2011 : 8-12)。

表 1-3-3 介護者支援の要素

介護者支援の要素	支援の内容	主な項目
介護者心身の健康のための支援	介護者の心身の健康を保つことに役に立つ支援	①健康を保つための教育(介護者のためのストレス予防教室) ②カウンセリング(精神的支援) ③介護者グループ(認知症の人と家族の会の「つどい」) ④休憩(レスパイト)の確保(ショートステイなど定期的利用) ⑤介護者アセスメント・健康診断など ⑥医療サービス(介護者の病気の治療)
認知症の人の介護に役に立つ支援	認知症の人への介護に直接役立つ支援で、介護者の心身の負担を少なくする	①介護に関わる教育(介護技術教室) ②情報提供や助言 ③ケアマネジメントなど(サービス利用支援を含む) ④介護サービス(介護保険サービスとそれ以外のサービスを含む) ⑤他の家族員・親族・友人・近隣・地域団体などからの支援 ⑥医療サービス(認知症の診断と治療、その他の病気の治療) ⑦住宅改修、介護用具の貸与・購入、情報機器(パソコンなど)の提供 ⑧交通手段の支援(通院の際の介護タクシー)
介護者の生活に役に立つ支援	介護以外の家庭生活や職業生活などに関係する支援。社会的包摂(ソーシャル・インクルージョン)―介護者も地域に暮らす他の人々と同じ機会を享受することが確保されなければならない―考えに沿った支援	①経済的支援(失職による経済的困難への対応) ②家庭生活と介護の両立(家事援助、配食サービス、子育て支援) ③仕事と介護の両立(再就職への支援、介護休業制度などを含む) ④社会生活の享受(趣味のサークルへの参加)
法律・政策などに関わる支援	介護者に直接的な支援を前提とする法律や政策の形成に関わるもの	①介護者の権利の法的規定 ②政策形成への働きかけ(政策立案家庭への介護者の参加を含む)

出典：中山(2011)『認知症高齢者と介護者支援』、法律文化社、pp.8-12.により筆者整理

菊池は、OECD に加盟する 19 か国の高齢者介護政策をまとめた報告書による、各国の家族介護者 family carers の支援政策の導入状況を「①介護者のニーズやサービスに対する全国戦略の策定、②追加的なサービスとして介護者のアセスメントを法的な権利とする、③アセスメントと地域の社会資源に応じたレスパイトケアを導入、④介護による離職に対して年金権を優遇する、⑤介護によって失った所得を補償するための給付を導入」という 5 つに分類しながら、日本はいずれの政策も導入していないと述べている。「しいていえば、デイサービスとショートステイなどを利用することで、家族介護者にレスパイトケアが与えられているが、これは介護者を直接対象にしたものではなく、介護者のアセスメントに基いたサービスではない」と指摘している(菊池 2012 : 55-56)。

② 日常生活維持の支援に関する論考

先述したように認知症の発症は、家族構成員の全員にとって日常生活に大きな支障になる要素を大きく含んでいることを意味する。今まで家族構成員の中で維持してきた見えないうバランスが崩れ、今までの問題解決方法では解決できないことで、ストレスにつながり、それによる身体的・情緒的な負担への危機感を抱くようになる。認知症高齢者を介護する家族に対する社会的支援は、認知症高齢者がその人らしく生きていく上で重要である。

家族は、これまで自分を育ててくれた人、あるいは一緒に暮らしてきた人を介護することになる。愛する人、信頼してきた人の変わりゆく姿を見ることの悲しみとやるせなさを抱きながら、認知症の人から 24 時間 365 日、目を離せない生活になる。たとえ施設入所で身体的に離れても気の休まる時がないのが家族である（岸和田市認知症支援ネットワーク会議 2012 : 22-23）。

日本の家族による高齢者の介護は、長期に渡って家庭という密室に閉ざされ、その中で虐待も起こっていることが労働組合「連合」の調査（1994 年）によって明らかになったとして、日本の家族介護を暗く、見えにくくしていたのは、その主たる担い手の多くが同居の「嫁」であるという事情があって、諸外国に比べて介護の実態が密室に閉ざされてきた。家族介護者の介護する恐怖は、いつまで続くか知れぬ不透明感、孤立無援の孤独感、自分の健康、介護負担の疲労、周囲の無理解—介護地獄という名が生まれ、今なお介護殺人、介護自殺、介護無理心中が後を絶たない現実があり、介護の中で自分自身の人間性が問われる恐怖を経験する（樋口 2008 : 14-28）。

池埜も、家族の重層的密室性と過去の親子関係の影響について、奪われた愛着関係や損なわれた親子関係によって生じた怒りや希薄な自己存在感は、犯罪や暴力など衝動的な行動に置き換えられ、その根源にある「傷つき」はより深く心の中に刻まれ不可視化されていくという。また、池埜は Brandl et al., (2007) による「特定の介護者—高齢者間」の問題として家族内に位置付けられる傾向にある」という指摘に言及して、虐待行為について家族システムを超えて外部に声を上げようとしないケースも少なくないとしている。さらに、ヘルパーやショートステイなど物理的な介護支援だけでは虐待の連鎖を断ち切ることは難しいと指摘しながら、「奪われた」愛着と信頼関係を「修復」し、取り戻し、癒しを得ることによってのみ、自己の存在を受け入れ、暴力や衝動的な行為を介さない対人関係の構築が可能となると述べている（池埜 2010 : 89-97）。

このような日常生活上における密室介護や虐待予防には、家族と本人の関係性を支える支援のあり方が重要である。現在における家族支援という視点では、単に家族等の介護負担をサービスが引き受けているにすぎないといえる。疲れ果てた家族と本人の関係性は壊れたまま放置され、家族が悲嘆する本人のその状態が何ゆえ起こっているのか、どのような対応が本来のその人らしさを引出し、普通の暮らしを取り戻すことができるのかといった教育や啓発面での仕掛けが今のシステムに組み込まれる必要がある。

今日における地域包括ケアの推進は、要介護者の自立支援と同様に、家族をはじめとするインフォーマルな介護者の日常生活を取り巻く環境整備を包括的に対応しなければならない（菊池 2012 : 71）。斉藤は、介護者に対する支援には、経済的支援、情報提供、カウ

ンセリング、介護技術訓練などの直接的支援と、間接的に提供される支援があるとしている。介護者支援政策という場合、多様な働き方や介護休業制度、再就職支援を含める支援とレスパイトケアやブレイクなど、介護者自身が一時的に介護から離れてリフレッシュできるような支援、介護者の当事者の組織化、あるいは看取りの後の生活再建の支援など、介護に直接関わらないが、副次的に派生するような部分にアプローチする支援も含めて、さまざまな方法の組み合わせのなかで行われる必要があると述べている(斎藤 2011: 11-12)。

日本における介護者支援の現状は、家族の負担と犠牲を改善し、介護者の QOL を向上させるような施策であるとはいい難い。実際の支援としては、各市町村や各区単位での社会福祉評議会などが窓口となり介護者家族の会の自助による活動が図られていて、家族の会は現時点では最も介護者支援の要である(広瀬 2011: 195)。

2. 家族介護者の当事者としての活動

現在の福祉サービスを具体化させる根幹には、認知症高齢者と家族介護者のニーズがある。とりわけ、介護保険制度によって認知症高齢者のニーズはある程度充足されているといえる。しかし、家族介護者のニーズは充足されているとはいい難い。また、「介護は被介護者のニーズに規定されるので、被介護者の状態が悪化したり、長期化することで、そのニーズは拡大する一方になり、介護の量や拘束される時間も拡大していく(斎藤 2011:9)」。

認知症高齢者が在宅生活を継続するためには、家族の協力なしには不可能なことで、家族への支援は重要になる。先述したように 2 回の介護保険法改正においても「家族介護支援事業」は、地域の任意事業として位置づけられているため、実施率は低い現状である。太田らは、地域社会の公共的社会サービスの供給体制は、弱者への恩恵的サービスを基に整備・運用されてきたとして、その結果、困難やニーズを抱える人々が利用可能な制度は、与えるものと与えられる者の上下関係を基本にしたまま機能するシステムであったと述べている。しかし、昨今の動きは、地域ケアシステムの構築の主体(「誰が」)は市民・当事者にあるとし、従来から対象とされてきた病や障がいをもつ人たちを主体に家族や地域住民などの関係者まで「当事者」として位置づけられていると述べている(太田 2010: 223)。

(1) 当事者組織の現状

当事者という言葉は、広辞苑によれば、「その事または、事件に直接関係を持つ人」とある。もともと民事裁判等、法学の分野で使用されてきた法律用語で、やがて社会学や社会福祉学の分野で用いられるようになった。

社会福祉辞典では、「我が国の社会福祉政策や実践、また運動などにおいて当事者という概念が登場してくるのは 1980 年代になってからであり、1990 年代に急速にすすむ社会福祉制度改革においてはその位置づけ、役割をめぐって大きな論議となっている」として社会政策決定の場において社会政策の対象となる人間を「当事者」と定義している。また、「その一つは政策・制度の形成や運営に対する当事者参加といったことであり、いま一つは援助としてのソーシャルワーク理論における援助関係での役割に関するものである」といい、

福祉サービスの援助を利用する人間を「当事者」とされている。

当事者は 1990 年代から障がい者福祉において注目され、2000 年代からは、社会学や社会福祉学の分野で積極的に述べられるようになった。病や障がいをもちながら暮らしている本人や家族・関係者を対象にとらえており、したがって認知症の人とその家族も当事者とされるものであろう。

中西らは、「ニーズを持った時、人は誰でも当事者になる」として「ニーズ（必要）とは、欠乏や不足という状態からきている。初めて自分のニーズとは何かがわかり、人は当事者になる」としている（中西ら 2003：2-3）。また、当事者とは、ニーズの帰属する主体で、ニーズの帰属先が「当事者」であるとして（上野 2011b：68）、「問題を抱えた個人」であるだけではなく、「ニーズを顕在化させた個人」になるとして、その「位置 position」に対して能動的な「同一化 identification」、別言すれば「位置的主体化 positional subjectification」を果たしたときに、個人は「当事者」となるとしている（上野 2011b：79）。介護保険においても「要介護者」は自動的になるわけではなく、自分の選択で「要介護者」になるといって、「要介護状態」をいかに定義するかは、介護サービス供給の規模と水準をいかに設定するかという政治的配慮から逆算されて決定されることもある（上野 2011b：80-81）。

当事者活動とは「当事者による当事者のための活動のこと」であり、本人活動とも呼ばれる。その当事者活動を行う組織を当事者組織という。当事者組織は「普段の生活や活動単位の枠を破ったメンバー構成がなされており、そこに集う人たちが主体的にその組織の活動や運営に参加・参画できている組織体のこと」である（河東田 1998：109-124）。当事者・当事者組織の活動は、地域社会の中での当事者の意向やニーズを明らかにすることと、それらを尊重した支援につなげて地域社会の生活問題の解決につながることになる。

1) 当事者組織の現状

高齢者福祉及び地域福祉における当事者活動の展開は、1972 年に発行され、ベストセラーになった、有吉佐和子の『恍惚の人』がきっかけになる。

その一つが「杉並・老後をよくする会」という住民のボランティア組織で 1972 年に誕生した。杉並で介護を体験し、その体験を地域社会が介護問題を解決できていないことが問題だと認識した住民たちが主体である。杉並・老後をよくする会は、当初から今日まで「小規模多目的施設づくり」運動をしていて、社団法人友愛の灯協会、NPO 法人新しいホームをつくる会、社会福祉法人サンフレンズといった活動に展開している（朝倉 2010：13-18）。

もう一つは、1980 年京都で結成され、30 年間におよぶ活動をしている「社団法人認知症の人と家族の会」（「旧呆け老人をかかえる家族の会」、以下、「家族の会」）である。認知症の人の介護に苦闘していた家族がお互いに励まし合い助け合うこと、社会に訴えることを目的に初めて全国的なつながりを持った。家族の会は、2010 年で 44 都道府県に支部があり、つどい、電話相談、会報発行を重要な支部活動の柱として成長した。1992 年には国際アルツハイマー病協会（ADI）に日本唯一の組織として加盟し、国際的な交流をもつにいった。認知症の人本人が主体として参加・発言することで、認知症問題を考えるとき本人の思いを尊重することが基本であると社会が理解する大きなきっかけになった。家族の会

は、相互理解、相互扶助の役割ばかりでなく、認知症当事者に視点をおいて調査研究による要望活動を続けている（杉山 2010 : 35-52）。

さらに、1995 年から専門家でもない介護を終えた地元の小学校の PTA 仲間 5 人の“主婦”を中心に活動している「すずの会」がある。活動の目標は、自分たちの老後も考えたグループづくり、当事者の立場に立って考える、生活者の視点を忘れない、ネットワークづくり、身近なつづやきを実践に生かすこととしている。1996 年からミニデイサービスをはじめ、2004 年には「ダイヤモンドクラブ」がスタートし、福祉・医療情報誌の宮前区版『タッチ』の発行や「すずの会」を中心に地域に生まれた 7 つの自主活動団体「野川セブン」など活動を広げている（鈴木 2010 : 131-40）。

日本における当事者・当事者組織の活動の基盤は、地域社会から隔絶された病や障がいをもつ人たち同士の活動・交流をすることである。当事者による当事者組織の活動は、本人を主体とする家族や関係者のみならず、地域社会や公共機関を含んだ地域づくりに活発に発展しつつある。

2) 当事者組織の活動

当事者組織の活動はピア・サポートであって、「ある人が同じような苦しみを持っていると思う人を支える行為あるいは、そのように思う人同士による支え合いの相互行為」という。また、「苦しみ」を定義に含めることで、苦しみの持ち主としての当事者性が重要になってくる（伊東ほか 2013 : 2）。

さらに、セルフヘルプ・グループとは、従来型の専門的治療や援助の枠の外側にできた、何らかの問題や目標を抱える当事者グループを指すものであって、多くのセルフヘルプ・グループは、専門家を完全に排除しているわけではなく、ばらつきはあるが、一定の範囲で専門家の参加を認めたり、講演を依頼したり、アドバイスを求めるなど協力関係を築いている。セルフヘルプ・グループは、ピア・サポートの主要な場を成しており、組織としての継続性を特徴とし、参加する人々に「いつでも定期的に開かれている」という安心感を与える。ただし、セルフヘルプ・グループはピア・サポートが生じる場のすべてではなく、これらの関係を<図 1-3-1>のように提示している（伊東ほか 2013 : 6-7）。

一方、セルフヘルプ・グループが論じられるとき、ポジティブな働きのみではなく、ネガティブな側面をしっかりと見つめ、そのネガティブな側面をプラスに転換しうるような自覚的なグループ運営が求められているのがセルフヘルプ・グループである（春日 2011 : 242-243）。また、専門家を排除したセルフヘルプ・グループにおいては、グループが持つ破壊力はもっと大きなものになりかねないとして、ピアと見なしていたメンバーに裏切られることは最後の「杭」まで失うことを意味し、単に関係の喪失を意味するだけにとどまらない。そうしたとき、グループの対等な関係を阻害するという理由で専門職者を排除したグループ運営の方法までもが、マイナスに作用し始める。利害を異にする専門職者の公平な視点から介入し調整可能な事態が当事者だけの関係の中で混迷し破壊力を強める場合もある（春日 2011 : 244）。また「参加はメンバーの自発意志に委ねる」という運営方式もマイナスに作用していく場合もある。しかしながら、こうした弱点が自覚化され「同じで

あるが、異なる」という視点を徹底させて例会の運営がなされる場合、そのことがまた参加者のアイデンティティの強化につながっていく（春日 2011：246）。

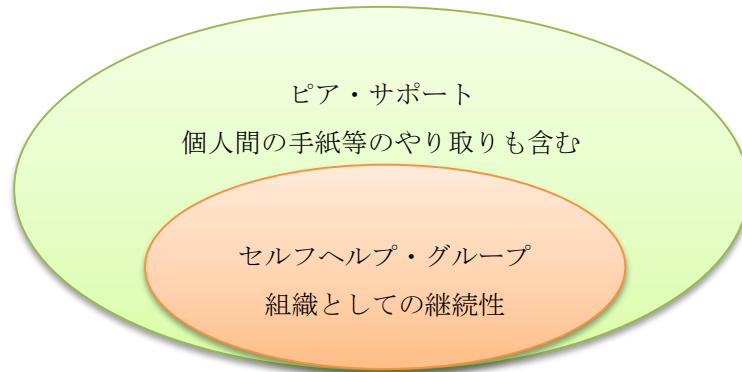


図 1-3-1 ピア・サポートとセルフヘルプ・グループ

出典：伊藤ほか（2013）『ピア・サポートの社会学—ALS、認知症介護、依存症、自死遺児、犯罪被害者のモノ語りを聴く』、晃洋書房、pp7.

（2）公益社団法人認知症の人と家族の会の活動

1980年1月京都で「呆け老人をかかえる家族の会（現、公益社団法人認知症の人と家族の会、以下、認知症の人と家族の会と略記）」が呆け老人をかかえる家族や、呆け老人に関心のある人の交流を通して、相互理解を深め、呆け老人やその家族への援助・処遇の向上をはかることを目的として発足された。その後、地域的あるいは病院や施設ごとの家族会が全国各地につくられるようになった。「認知症の人と家族の会」が1995年に行った調査によると、主に認知症高齢者にかかわる家族会は当時全国466団体あり、その多くは保健所、市区町村、社会福祉協議会が主な運営主体で、当事者自身による家族会は少ない（公益社団法人認知症の人と家族の会1996）。

1）認知症の人と家族の会の目的と意義

認知症の人と家族の会の原点は、認知症高齢者との生活を経験した者でなければわかりえない苦しみや悩みや不安である。その活動の基本は、介護家族同士は語り合い、励まし合い、慰め合うことであり、さらに認知症や介護について学ぶことである。また、認知症の人と家族の会によっては認知症高齢者の介護が、自分たちの問題だけにとどめることなく社会に訴えることである。その意義は、①励ましあい助けあいにより、家族の介護の心の支えとなる。②呆け老人の問題に取り組む人を発掘する。③病院や老人ホームなどへ呆け老人への取り組みを促す。④呆け老人の問題について社会の関心を高めることである。

2）家族の会の活動

認知症の人と家族の会の主な活動には、家族の交流をすすめ、毎月「つどい」を開く、会報の発行、個別相談と家族訪問の取り組み、全国各地域での「家族のつどい」を持つことなどさまざまな取り組みをしている。その主な活動に対する概略を述べる（公益社団法人

人認知症の人と家族の会 2000)。

① 「つどい」

「つどい」は、全国 41 都道府県（2005 年 8 月現在）の支部で定期（多くは毎月）的に開かれている。家族介護者同士が介護について語り合うことで、日々の苦労を理解し合うことだけではなく、介護に対する情報交換と学びの場になっている。また、「つどい」は介護専門職や一般の人を対象にした講演会の場ともなっている。

② 相談活動

つどいや各種講演会に参加できない家族介護者のために電話相談を行っている。家族介護者は家に居ながら匿名で話ができる。当初は家族の会の本部や支部の世話人らが自宅の電話を開放して相談を行っていたが、東京都支部のように公的な支援を得た公の相談も各支部で行っていて、現在本部では全国を対象にフリーダイヤルの電話相談を行っている。

③ 会報の発行

会報誌は、家族介護者の精神的支援と情報提供、認知症に対する正しい啓蒙と認知症の人と家族の会を広く知ってもらうことを理念としている。他の家族介護者の経験記を読むことで情報を得て、介護の工夫を知り、慰められることができる。本部で発行される「ぼ〜れば〜れ」をはじめ各支部からより身近な情報提供を目的として会報が発行されている。

③ その他の活動

つどいや相談活動、会報の発行を主としてほかに認知症の人と家族への支援を進める全国研究集会、ほぼ毎年主に会員を代償とする調査活動、1982 年を初めとする調査結果に基づく要望活動、国際アルツハイマー病協会（Alzheimer's Disease International : ADI）の全世界的な啓発活動である毎年 9 月 21 日の「世界アルツハイマーデー World Alzheimer's Day」を中心とする啓発活動、若年期認知症への取り組み、国際交流など、認知症の人と家族の会の活動は多様な方面で継続している。しかし、増加しつつある認知症高齢者に比べて少ない会員数や活動の活性化、財政の安定などの課題を抱えている。

（3）一般社団法人日本ケアラー連盟の活動

「ケアラー」とは、「介護・看病・療育・世話・心や体に不調のある家族への気遣いなど、ケアに必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人のことをいう」（一般社団法人日本ケアラー連盟 2010）。「一般社団法人日本ケアラー連盟」（以下、「日本ケアラー連盟」と略記）は、介護を必要としている人も介護者も、ともに自分の人生の主人公になれる共生の社会をつくることを目指して、2010 年 7 月に発足された。これまでの日本の介護や福祉の分野で考えられてきた「家族支援」の考え方やスタンスと異なり、あえて「介護者支援」と表現している（牧野 2014 : 975）。

ケアラーのケアは、高齢者の介護問題より大きな領域の問題を取り上げていて、「子供や

障がい者の介護者もケアラーになるし、身体的介護のみならず精神的な支援やちょっとした気遣いもケアラーのなすこと（ケア）」であって、当事者が心地よく生きていくために必要な支援の全体をいう（高田 2013：249）。

1) 「日本ケアラー連盟」の目的と基本姿勢

「日本ケアラー連盟」は、介護をしている人や介護者を気遣う人、介護者の抱える問題を社会的に解決しようという志をもつ人が集い、病気や障がいごとの縦割り介護を横につないで、「市民の共感と連帯の力がいかされる社会保障」に向けた改革を推し進め、ともに生きる社会をつくることを目的としている。その基本姿勢を「①介護される人、する人の両当事者がともに尊重される、②無理なく介護を続けることができる環境を醸成・整備する、③介護者や社会参加を保障し、学業や就業や社交、地域での活動などを続けられるようにする、④介護者の経験と、人びとの介護者への理解と配慮がともに活かされる社会（地域）をつくる」という4つをあげている（一般社団法人日本ケアラー連盟 2010）。

2) 「日本ケアラー連盟」の活動

「日本ケアラー連盟」の主な活動には、介護をしている人や介護者を気遣う人に関する調査研究と介護者支援のための立法提言を含む政策立案・提言活動、ケアラーへの支援事業、啓発・情報提供事業、その他の取り組みをしている。その主な活動に対する概略を述べる。

① ケアラーへの調査研究

ケアラーがおかれている実情を把握し、ケアラーとその家族を総合的に支援する仕組みや施策をどのように創造したらよいかを明らかにするために調査研究を行っている。2010年には「家族（世帯）を中心とした多様な介護者の実態と必要な支援に関する調査研究」を行い、2011年には「東日本大震災被災地のケアラー（家族など無償の介護者）の実態と今後のケアラー支援に関する調査研究」、2012年には「多様な介護者を地域で支援するツールの検証および人材養成プログラムの開発等モデル実践に関する調査研究事業」を実施し、ケアラー支援のあり方に関する提言などの活動を行っている。

② 介護者支援のための立法提言を含む政策立案・提言活動

障がいや病気、世代、性別を超えたケアラーの支援を実現するため根本的な仕組みである、支援法制定や政策実現を目指して活動している。介護者支援法づくりを目指して「介護者支援の推進に関する法律案（仮称）政策大綱（素案）」に取り組んでおり、介護者支援法（仮称）の制定に向けて国会や社会に向けアピールするために、「日本に介護者支援法を実現する市民の会」の準備をすすめている。

③ ケアラーへの支援事業、啓発・情報提供事業、その他

ケアラーへの情報提供や一般の人のケアラーへの理解を広めるためにフォーラム等を毎

年開催している。

(4) 当事者組織の活動に関する課題

近年、高齢者を介護する場が、施設から在宅へと移行するなかで、介護を担う家族の役割は大きくなる傾向にあり、「地域包括ケアシステム」という新しい高齢者ケアの考え方が導入されることで、その傾向は一層強くなっている。このような状況で、家族を支援するインフォーマルな社会資源として認知症の人を介護する家族の当事者グループの「認知症の人と家族の会」と介護者の当事者グループの「日本ケアラー連盟」について概観する。

高見は、介護者同士の交流の効果について、「①同じ苦勞をしている人が他にも大勢いることを知る、②自分よりもっと大変な人がいることを知る、③認知症の人というのは、みんな同じようなことを言い、同じようなことをするのだということが分かる、④先輩の介護者から介護の知恵や工夫を学べる、⑤先輩の経験から認知症の進み方が予想でき見通しが立つ、⑥施設や各種サービスの情報や、それらを利用する際の知識が得られる」という6つをあげている。家族同士の交流は、他の家族の話聞くことで、我が家と自分だけが「特殊」な経験をしているのではないこと、今の自分が認知症介護のどのあたりにいるのか、これからどのように対応すればよいのか、ということを知り、それならもう少し頑張ってみようかという気持ちにさせると当事者間の交流による肯定的な効果について述べている（高見 2008：120-121）。

中山は、介護の担い手である家族介護者も支援の主体としてなりうるとして、その代表的担い手の1つが「認知症の人と家族の会」であると報告している（中山 2011：4-7）。「認知症の人と家族の会」に期待されているのは、介護経験のある当事者同士の「ピア・サポート」の機能で、介護経験のない人には理解されにくい特有の経験があつて、専門職であっても受け止めることが難しく、家族介護者の特有な経験に寄り添った支援を可能にする社会資源として位置づけられている。しかし、介護者の経験は、非常に個別的で多様で、介護経験の違いにもとづいて、対立が生まれる危険もあり、その象徴として「苦勞比べ」があつて、「苦勞比べ」が行われるとピア・サポートの効果は期待できないという指摘もある（伊東ほか 2013：34-39）。

認知症の介護は、家族が本人の言動への対応に困っていても、周りの親族や近隣に相談することができない、あるいは、話しても介護の大変さへの理解が得られない場合もある。さらに、認知症の初期の段階ではなかなか受診することができなく、サービスにつながらないなど、困難を抱えながらどこからも支援を受けられず、地域社会から本人と家族が孤立していることも多い（牧野 2014：975-976）。また、家族介護者の4人に1人は老老介護や認認介護、育児と介護、老障介護、障老介護等の複合的介護をしていて、日常生活や社会活動ができなくなり、経済的問題を抱えることもある（中島 2014：7）。

家族介護者は、家族のセルフケア機能やコミュニケーションの様式、家族関係、変化に対する家族の適応能力を学び取り、介護を向上させうる力をもっている（中島 2007：97）。しかし、介護者に対する調査から、家族構成によってその多くにはやるべき事柄がすでに決まっており、介護の仕事を交代する余裕はあまりなく、家族や地域社会にはもはや、そ

れらを支える多様な人がいる状況にはなく、直系家族も地域もスリム化しているという指摘もある（高田 2013 : 266）。「家族といういわば親密圏への第 3 者の介入には、当事者性を意識する必要がある。介護保険サービスを公共圏¹²⁾であるとすれば、その家族という親密圏との接点に位置するのが介護保険施設・事業所の提供する通所や訪問サービスの職員で、親密圏内にある家族自身が解放できるように公共圏へ導き、家族の密室性を解放するという役割を意識しなければならない」（矢吹 2014 : 1024）。

上述してきたように、家族介護者の介護負担を軽減するためには、介護者が一時的でも介護から離れ、息抜きや気晴らしをすることと、病気や介護に対する理解を深めるための介護教室や同じような悩みを抱えている家族の会に参加することで介護負担の軽減につながると思われる。このような息抜きや、家族の会への参加なども家族に対する全面的な支援なしには実行できないものであるため、社会全体からのより深くより厚い支援が必要である。また、社会に向けて自らの困難やニーズを語ることができない人々は、永遠に社会から抱えている困難やニーズを解決することができず、存在を無視されることもある。そのためには自ら語る方法以外で、困難を社会に向けて訴えることができる場所の保障が必要であろう。

人間は老化によって脳細胞が脱落し、脳が委縮し、脳の機能が衰えていく。老化過程は、知能の低下現象を伴うが、このような老化現象による人格喪失の状態と、認知症の症状は区別され、老化による健忘症とも区別できる。認知症の原因はアルツハイマー病や血管性認知症、他に分類されるその他の疾患、詳細不明の認知症に大別されている。認知症は、認知機能の低下によって脳の器質的変化が引き起こされ、原因のそれぞれが相互に影響しあって現れることが示された。

また、家族介護者の負担感やストレス等に影響を与える認知症の症状は、中核症状（認知障害）や身体症状、周辺症状（行動・心理症状：BPSD）に大別されていて、BPSD は、認知障害や身体症状とともに本人の個人要因や環境要因からも影響されていることが示唆された。

認知症の BPSD は、その症状自体が家庭での生活、病院での治療などの秩序を乱すと見なされるために、抑制やコントロールの対象となる「問題行動」とされてきたが（井口 2008a : 189）、今は医療・介護関係の専門職者や「認知症サポーターキャラバン」のような啓蒙活動によって、周辺症状（行動・心理症状）として認識されるようになっている。

しかし、「認知症は精神疾患の中でもとりわけ種々の分野や職種が協力し合わないと対応・解決できない疾患で、医療や介護、地域、家族の連携を必要とする『社会なしには語られない疾患』である」（玉井 2012 : 175）。また、「認知症の BPSD は、認知症高齢者と家族介護者の身体的・精神的・社会的状況が総合的に影響し発症する」（菅沼ほか 2012 : 80）ため、認知症高齢者の BPSD に対する支援のみでは解決できず、認知症高齢者と家族の置かれている個別の状況に合わせた対応への教育や、家族介護者が対処方法を実践できるような具体的な情報提供が求められる。

¹²⁾ 矢吹は、松島（2002）に言及しながら、「介護保険サービス施設・事業所」や「公的な機関」をあげて公共圏としている（矢吹 2014 : 1018）。

一方、「認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるように、環境整備を行っていくことが求められている」（厚生労働省 2015）という指摘や、「日本の高齢者福祉は、同居の家族介護者がいることを自明の前提として組み立てられていて、介護の社会化を謳った介護保険ですら、利用料の上限を設けることで、『利用者本位』と言いながらも家族介護を暗黙の前提としている」（上野 2011b : 116）という指摘のように、社会的な介護資源として家族による介護を最善としていることを考慮して、認知症の人を介護している家族も含めた支援策の環境整備が必要である。

また、少子化や高齢化をはじめ、女性の社会進出と家族形態や家族生活の変化など様々な現状によって、娘や嫁をはじめとする家族のみに介護を頼っていた時代ではなくなってきたといえる。日本社会は、高齢者の扶養や介護が家族の社会的機能の一つであったが、年金制度が整い、介護保険制度が導入された現在においては、家族に期待しない政策を進めてきており、人々の意識も変わりつつあり、高齢者の扶養や介護といった機能が家族の社会的機能から解除されつつあることを示唆している（山田 2007 : 19-21）。

一方、介護という行為は、介護を中心とした家族関係にも変化をもたらし、これまで希薄だった家族関係を含めて、家族関係の再構築の過程を経験する。介護家族は、介護を契機に経済活動を中心とする社会生活にきわめて不安定で脆弱な存在になり、自分の自由時間を享受するために依存的な存在にならざるを得ない。家族介護者支援の論理や必要性は、まさにここにあるとして、介護者が維持してきた自分の資源（身体、メンタルヘルス、自分の生活、身につけたいキャリア等）を枯渇させることなく介護をまっとうするには、社会的な支援が必要になる（斎藤 2011 : 8-10）。

しかし、高齢者に介護が必要になったとき、それを支えるのは家族という規範が未だ根強く、制度面でも家族が支えることを前提に押し進められていることが示されているように、個人を支える観点で作られた福祉制度にならないと、従来の家族規範と現実におけるずれが生じ、「虐待」という形の介護問題や介護過労死、家族崩壊が深刻化していくことが確実視され、個人を徹底的に支える視点に立った福祉制度の整備が望ましい（春日 2011 : 178-179）。

以上、本章では、認知症状に対する医学的所見及び認知症高齢者の現状について理解を深めて、認知症状に対する動向や予防と治療、さらに認知症高齢者の現状と支援制度について確認するため、関連文献やデータを参考とし、要約・まとめを行った。

また、家族と介護をめぐる論考と家族介護者の変化について確認するため、介護者として生きる家族と、家族介護をめぐるジェンダー規範や「いえ」について概観した後、家族形態及び介護形態の変化と主介護者の変化について先行研究からまとめることができた。

さらに、認知症高齢者を支える家族介護者をめぐる支援の現状と課題について確認するため、認知症高齢者の政策を基本として家族介護者への支援策と課題を述べ、家族介護者の当事者としてのセルフヘルプ活動について検討を行った。

介護保険制度が身体介護サービスから認知症の人へのサービスへと僅かではあるが舵を切ったのは評価できるが、一時的にでも離れることが家族介護者の介護負担の軽減になる

などの心理的支援は介護保険制度ではサービス支給対象外である。今後は家族介護者を対象とした新たな支援策のあり方が課題となり、ひいては認知症の人への支援にもつながることから包括的な支援政策の取り組みが求められている。そこで第2章では、認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援を検討するために、家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向に焦点を当てて検討する。

第2章 家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係

本章では、認知症高齢者を介護する過程の中で経験する心理・情緒面の負担感とストレスについて検討し、家族介護者の介護の過程における心理的変容に対する研究の動向について検討する。第1章で述べたように、「いえ」制度の廃止とともに核家族や一人暮らしの増加といった家族形態の変化並びに、介護の社会化や老々介護などの介護形態の変化まで、日本独自とも言えるくらい急激に変化していることから、主として日本における研究動向を述べる。また、認知症高齢者と家族介護者という二者関係における親密性について、その概念や親密性の変容を述べて、さらに、家族関係における共依存の概念や家族介護者が経験する共依存傾向について検討した後、家族関係の理想的な依存関係のあり方について記述する。

第1節 家族介護者の心理・情緒面への論考と心理的変容をめぐる論点

本節では、家族介護者が認知症高齢者を介護する過程で経験する心理・情緒面の介護負担とストレスに関する論考と、介護の過程の中で経験する心理的変容について関連文献から確認する。

1. 家族介護者の心理・情緒面の論考

認知症高齢者を支える家族介護者は、精神的・身体的健康、社会生活、人間関係など、さまざまな側面に影響を受けている。特に精神的に慢性ストレスを訴える家族介護者が多い。高齢者の介護家族に生じる問題に、家族生活がうまくいかないことや心身疲労、介護のやりがいがないこと、犠牲感などの心理的不満があげられている(中島 1990: 470-477)。介護者の3/4が何らかの問題を抱えており、特に健康不安、疲労感、腰痛、睡眠不足、精神的疲労などの側面にその影響は表れていて、介護者の年齢、被介護者の精神症状、家族構成人数が介護者の健康に影響を与える要因であったという報告もある(横山ほか 1992: 777-783)。

在宅で要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感の各側面と心理的虐待の関連性の研究では、「要介護高齢者に対する拒否感情」因子と「経済的逼迫感」の2つの因子が「心理的虐待」因子と有意な影響であることを明らかにした。また、介護に付随する自身の活動制限や経済的問題についての否定的感情よりはむしろ、介護場面において直接接することになる要介護高齢者に対して拒否感情を強く感じる者ほど、心理的虐待を行う傾向にあることが示唆されている(桐野ほか 2005: 5-7)。

高齢者に対する介護は、はじめのうちは愛情によって高齢者の介護を行っていた家族が、次第に介護が負担になり、遂には介護する高齢者に対して憎しみまで抱くようになる(鎌田 1996: 99-100)。この鎌田の介護の過程における心理的变化に対する指摘について井口は、『憎しみ』感情に対し他者とコミュニケーションを行う際、民間心理学(folk

psychology：素朴心理学)を前提として他者の心を認識しはたらきかけている」と述べている。また、「他者とのコミュニケーションにおいて、行為の結果としての害悪事態ではなく、相手が意図して害悪をもたらしたのかどうか判断し、その意図の有無を基準に責任を問うという形のコミュニケーションを行っている」と述べている(井口 2007: 113)。さらに、「責任が1人の担い手へと集中している場合、相手の変化・回復に対する因果の起点として想定される『関係』の中身とは、呆けゆく者と介護者との関係であるとし、呆けゆく者を取り巻く『関係』の内実と深く関係しているといえるだろうと述べて、『関係』の内実とは、呆けゆく者の状態に対する責任帰属先の在り方を指して、介護者に責任が集中しているとき、それは実現が難しい主張になる」としている(井口 2007: 285-287)。

認知症の持つ特異性について長谷川は、①長期にわたり進行するものが多い、②自分から訴えることは少ない、③目に見えない状態。客観性に乏しい、④個別性が高い、⑤生活に関連して行動障害を起こすと述べながら、家族は心理的ストレスと認知症の持つ特異性に常に対面していると報告している(長谷川 2011: 85)。認知症の人の介護は、困難なもので、強い情緒的ストレスを伴い、介護者自身が身体的な病気を抱える場合も多い(中山 2011: 9)。

「家族介護者は認知症者との長い歴史を持つがゆえに、認知症になった親や配偶者を目の当たりにしたときの喪失感や、単に喪失というだけでは説明しにくい幼少期の親子間葛藤の再燃が生じることがある。」この葛藤の大きさや長期にわたる介護ストレスによって生活が破綻してしまうこともある(北村 2013: 12)。家族介護者が強いストレスを抱え、健康状態に影響を与えながらも介護を継続しなければならない中、「何でもできる元気のいいおばあちゃん」に対する愛着や尊敬、「かつて子育てを手助けていてくれたことに対する感謝の念」などが介護の継続意思の支えになったことを明らかになっている(藤崎 1990: 61-83)。介護を長期間継続できている要因に林は、①介護を肯定的に意識化していること、②介護に熟練してくること、③フォーマルサービス及びインフォーマルサポートがあることの3つをあげている(林 2002: 65-67)。つまり、介護の過程における心理的変容の中でも、介護以前での家族関係が介護の継続意思につながるといえる。

しかし、長期にわたる介護生活は、介護の継続を困難にしていく場合もあって、家族は、介護という行為で壊れる家族にはいくつかの特徴¹⁾があると渡辺はいう。その特徴は、①凝集性が弱いこと、②境界が機能しないこと、③連合が家族を変えること、④役割変化に順応できないことという4つに分けて提示している(渡辺 2010: 148-154)。

¹⁾ 介護で壊れる家族の特徴①凝集性が弱いこと：凝集性は、家族の団結力で、介護をきっかけに家族が団結することで、凝集性の弱い家族の多くは介護のストレスによって壊れるか、介護を放棄してしまうことである。②境界が機能しないこと：すべての家族には境界が存在しており、境界の調節が家族の安定に多大な影響を及ぼすことである。③連合が家族を変えること：連合とは二人または二人以上の家族メンバーが、他の一人または一人以上のメンバーに拮抗して手を結ぶことで、介護家族は、連合が介護者と要介護者の間に生じて、強化され、他のメンバーが間に入り込めないこともある。④役割変化に順応できないこと：介護は家族に役割変化を引き起こす。役割変化は、何らかの喪失を伴うために覚悟が必要となる。これまでの自分の役割(主婦、パート、母親)に、介護者という役割が加わる場合には喪失感は少ないが、身体的心理的負担感が増える(渡辺 2010: 148-154)。

近年は「家族」の定義について、家族構成員の関係を物理的かつ心理的に定義しなければ完全な定義にはならないという議論もある。「構成員がお互いに経済的・精神的に依存し合い、それぞれの発達・安定・保身に貢献しあう社会の基本単位であり、その独自の文化や社会適応の様式を次の世代に伝達する義務があるものである（大原 1996 : 19-32)」。家族の中には、認知症の身内に何もしてやれないという無力感や罪責感をもっている人もいる。逆に、自分が依存していた認知症の人が何もしてくれなくなったという不満感を抱く場合もある。このような感情の背景には複雑な心理が起きている。その結果、介護職との些細な行き違いや過ちなどについて過剰に反応して、常にクレームをつける場合もある。こうした家族の不安を理解してしっかりと専門職に対応させることが大切である（長谷川 2010 : 32)。

2. 家族の介護負担とストレス

高齢者の介護は、専門家と協力しながら家族全体で行うもので、一人で背負うものではない。しかし、今日では老老介護、認認介護など的高齢者夫婦や、独身の子どもが親を介護するなど在宅介護を一人で担う世帯が増えている（渡辺 2010 : 22)。家族の一人が認知症になると、本人はもちろん家族のすべてに影響を及ぼし、個人や社会的活動から遠ざかったり、その活動を放棄したり、心理的不安や葛藤からくる喪失感や負担感を経験する。横山は、「介護による疲労を不安兆候、抑うつ状態、気力減退、イライラ感、一般的疲労感、慢性疲労の身体不調などに分けてみたところ、抑うつ状態、イライラ感、慢性疲労に身体不調を強く訴えており、慢性疲労は介護者の年齢を問わず認められる」と述べている（横山 1993 : 427-433)。

(1) 家族の介護負担とその要因

長い間、家族にとって高齢者のお世話をするのは当然であり、大変かもしれないが、「負担」という言葉で表現できる行為ではないと思われてきた。在宅の家族介護者の負担に関する研究の始まりは、英国で 1960 年代頃からである。精神障がい者を在宅で介護する家族を対象とした研究からで、1970 年代後半から 1980 年代に入ると、高齢者を介護する家族の負担について関心が高まるようになった（中谷 2010 : 27-29)。介護の負担を測定する尺度は Robinson & Thurnher (1979) による Caregiver Strain Index :CSI が先駆で（飯田ら 2001)、認知症高齢者を介護している家族介護者の負担を測定するスケールも数多く試みられ、その中でも代表的なものが Zarit, Reeve & Bach-Peterson (1980) による負担質問票 (Zarit Burden Interview : ZBI) で、介護負担を「親族を介護した結果、介護者の情緒的、身体的健康、社会生活および経済的状态に関して被った苦痛の程度」と定義し、22 項目から構成されている介護負担尺度を作成した (Zarit et al. 1980 ; 中谷 2010 : 28)。

Zarit の尺度の日本語訳 (J-ZBI) を作成した荒井ら (1997) は、医療・介護の現場においても介護負担の評価に使用され、現場ではより簡便に介護負担を評価できる短縮版も作成されている (荒井ほか 2003 : 495-503)。一方、日本で高齢者を在宅で介護する「家族介

「介護者の負担感」という概念が注目されるようになったのは、有吉佐和子の『恍惚の人』の出版がきっかけで、家族介護が困難な場合であることを知らしめたことからで（中谷 2010 : 28）、認知症高齢者家族の介護負担に対する研究が本格的に行われ始めた。

介護負担に対する概念には、「介護者が介護する中で感じている心理的圧迫と社会・経済的困難の主観的尺度である」（神田 1994 : 28-37）という概念と「要介護高齢者の身体的・精神的症状などの介護状況から、介護者が介護する上で主観的に感じる否定的な影響である」（金 2001 : 50-59）という概念、さらに「潜在的ストレス possible stressors に対するネガティブな認知的評価 cognitive appraisal、つまり、ストレスに対処できない程度に関する評価で、潜在的ストレスを介護場面で介護者にストレスを与える可能性を含んだこと」（新名 1992 : 19-32）という概念もある。

しかし、介護負担の概念の曖昧さや研究者の理論モデルが多様で（中谷 2010 : 31）、多くの研究が背景に確固たる理論なしに行われてきたことが、介護負担の概念の混乱を招き、研究成果を介護の現場へ還元することを妨げてきている。介護負担に対する影響は介護負担を要因として出てくる介護者生活の変化としての客観的負担ともいえよう。すなわち、介護の結果から出てくる身体的、心理的、社会的、経済的問題が介護負担である。

認知症高齢者の介護負担には、認知症高齢者の身体及び行動・心理的症状や属性、介護期間など認知症高齢者側に関する要因と介護者の健康の悪化や社会活動の制限、家族関係の否定的な変化、介護に対する心理的負担、属性など介護者側に関する要因、居住環境や経済状況、財政・経済活動上の負担、補助介護者の有無など介護環境に関する要因の大きく3つの要因に分類されてきた（冷水 1989 : 16-26 ; 中原 2004 : 93 ; 今井 2006 : 137-140）。また、主観的な負担（精神的疲弊感や身体的疲労感）と客観的な負担（経済的負担や患者の症状）に区別して捉える方法とストレスに対する認知として捉える方法など、様々な方法での評価が試みられている（安部 2001 : 40-49 ; 中谷 2010 : 29）。

障がいを持つ老人の世話をしている家族の訴える主観的困難には、どのような変化があり、何と関係しているかを検討することを目的とした因子分析の結果について前田らは、「呆け老人や気難しい老人を介護する上での困難」という第1因子と、「世話する人の人手不足、仕事にかかわる支障、経済的負担」という第2因子があることが明らかになった（前田ら 1984 : 3-17）。中谷らも、主観的負担を測定できる尺度開発と測定された主観的負担に影響を及ぼす客観的負担について探ることを目的とした分析の結果、負担感が高い要因に「主介護者の健康状態が良好でない」ことや「高齢者の精神症状の中では攻撃的行動」をあげて、負担感が低い要因には「常勤的職業に就いている主介護者」、「副介護者がいる」ことを明らかにした（中谷ほか 1989 : 27,36）。

介護保険制度の実施以後の研究では、介護保険制度の実施後、介護の社会化が推進されているが、介護者にとって介護負担が減ったとは言えない。介護保険導入後も在宅介護者、特に認知症高齢者の介護者の身体的・精神的負担は減っていないということと、介護と職業生活との両立の点において、介護者は大きな影響を受けているなどの報告もある（山田 2004 : 67）。岡本らは、在宅介護者の介護負担感と心理的・精神のおよび家族環境との関連を明らかにすることを目的として調査を行い、高負担群と低負担群の間で優位さを認めた

要因（健康状態、感情抑制、生きがい感、ストレス、家族のサポート状況）について検討した結果、「生きがい感（なし）」のみ関連を認めた。特に生きがい感が介護負担感に直接に関連する割合が高いことを明確にしている（岡本ほか 2008：21-25）。

在宅要介護者の主介護者における介護負担感に關与する要因について牧迫らは、要介護者の日常生活動作能力や基本動作能力は介護負担感に影響を与える一因であることと、介護協力者や介護相談者の有無も介護負担感と関係し、介護負担感が高い主介護者では主観的幸福感が低いことを明らかにしている（牧迫ほか 2008：59-67）。また、中谷らの 12 項目の尺度を韓国語に翻訳し、ソウルで調査を行った金は、「介護拘束感」、「情緒不安」「積極型介護」が負担感を構成する次元で、負担感の規定要因に、要介護者の生活自立度、介護者と要介護高齢者の続柄、世話の程度、介護の動機、要介護高齢者との意見の一致程度、家族の凝集性の強弱などを明確にしている（金 2001：50-59）。

さらに、家族介護者の介護負担に影響を与える要因および要介護高齢者に対する家族介護者の介護規範意識について、東京とソウルとの比較研究から、介護規範意識は、東京よりソウル市の方が、親は子供が世話するのが当然という意識が高く、東京では子どもと社会の両者が世話をするのが適当という傾向で、ソウル市では嫁の介護負担感が依然と強いことを解明している（岡山 2002：105-125）。岸田らは、現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因とその大きさを明らかにするために調査を行い、現在の在宅サービスが介護負担の要因に対応できていないとして、阻害要因として要介護者の重症度と介護の状況、主介護者の属性をあげている（岸田ほか 2007：29-31）。

このように、介護負担に対する研究は多数あって、介護負担の構造化も図られている。中谷は、Pearlin ら（1990）のモデルに従って、ストレスを「一次的ストレス」と「二次的ストレス」に分類して、ストレスとストレス反応以外の要因は、ストレス・プロセスに影響を与える要因として一括し、「リソース」要因として概念化して、＜図 2-1-1＞のような「家族介護者の負担の概念モデル」を提示している（中谷 2010：34）。

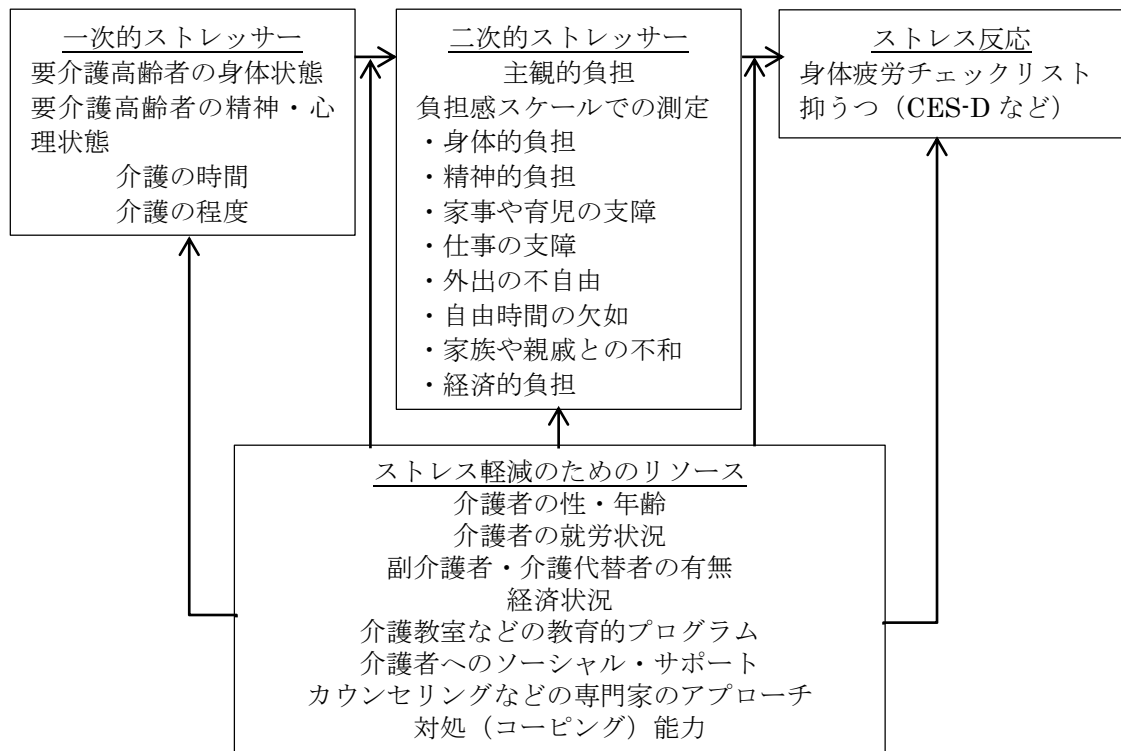


図 2-1-1 家族介護者の負担の概念モデル

出典：中谷 (2010) 「介護はなぜストレスになるのか」、渡辺俊之編『現代のエスプリ』、No519、(株)ぎょうせい、p.34.

(2) 家族の介護ストレス

ストレスとは、物理学や工学の分野で使用されていた用語で、ストレスを引き起こす外的要因、内的要因がストレスと呼ばれる、寒冷や酷暑、騒音、化学物質に曝されることなどの物理化学的ストレスと、精神的な葛藤や緊張、欲求不満、不安の持続など、身体的な疲労、外傷、病気、中毒などの生物学的ストレス、個人がおかれる社会的経済的状況や人間関係、経済的問題、職場社会的ストレスはなどがあげられており、介護には多くのストレスが含まれている (渡辺 2010 : 7-8)。

日本における介護者のストレスに関する研究は、介護の負担研究とともに盛んに行われている。新名は、ストレス認知理論に基づく仮説を立てて、ストレス理論を構造化している (新名 1991 : 754-762)。また、介護者のストレスについてどのストレスによる負担感が、どのストレス症状を引き起こすのかに対する検討から、抑うつ気分は「将来の心配」と「人間関係の問題」と関連して、不安は「痴呆の症状への対応」と「将来の心配」、不機嫌は「人間関係の問題」に、怒りは「将来の心配」と「人間関係の問題」に関連していることを明らかにした (新名ほか 1992 : 324-329)。

翠川 (1993) が心理学的ストレス対処モデルを取り上げ、対処スタイルを「問題解決型」、「接近・認知型」、「回避・情動型」と分類して、ストレス反応として扱われていた負担感とは、ストレス反応ではなく、認知的評価として捉えるべきと述べている (翠川 1993)。

和気らもストレス認知理論を基に、介護期間、介護程度、痴呆などのストレスナーに対し、介護者自身が認知的評価（介護負担感）を行い、その結果ストレス反応につながるというモデルを検討している（和気ほか 1994）。

また、新名らが実施した介護保険制度実行前後における介護者の心身ストレスの変化に対する調査研究では、「認知症はあるが身体が元気」な要介護者の介護ストレスが介護保険実行後に増加していることと、多くの介護者のストレスは軽減されていないことを明らかにして、その要因に、介護者の自己記述から、①サービス利用に際して、手がかからない利用者が手のかかる認知症高齢者よりも優先される、②実行前まで利用してきた水準のサービスが使えるだけの要介護度に認定されない、③ショートステイの利用日数の制限などをあげている（新名ほか 2002：517-523）。

介護ストレスは身体的、精神的、人間関係のストレスに分類されており、認知症の介護の場合は、ストレスを感じやすい要因を多く含んでいる（渡辺 2010：9-11）。厚生労働省（2007）の国民生活基礎調査をあげて、介護者自身が何らかの身体的疾患を抱えている場合は少なくないとして、疾患自体がストレスとなる上に、介護労働が加わると、疲労感や緊張感が加わり、身体疾患を悪化させる場合もあると指摘している（渡辺 2010：17）。2008年の国民生活基礎調査では、単独世帯の増加が続いていて、これは独身の子どもが親を介護する状況が増えることを意味する（渡辺 2010：24）。また、家族のライフサイクルは 6 段階²⁾に分類され、障がいや有する家族がいる場合や子どもが経済的に自立していない場合など、障がいと介護、経済的負担などが家族ライフサイクルに加わっていくため、家族ライフサイクルを予測したケアのための青写真が必要になる（渡辺 2010：22-23）。

「介護場面で起こる様々な出来事が、介護者がストレスであると認知した時に、それらの出来事はストレスナーとなり介護者にストレス反応をもたらすということで、在宅の家族介護者の負担を説明する枠組みとして、ストレス認知理論が最も有力である。」また、今までの介護負担に関する研究は、介護のネガティブな側面のみ強調してきたが、近年では、ネガティブな側面である負担を軽減するというアプローチだけでなく、ポジティブな側面を強化することによって家族介護者の状況をより良い方向に導こうとするアプローチも見られるようになった（中谷 2010：32-38）。

認知症高齢者の介護負担の内容としては、認知症高齢者の行動や変化によって家族介護者が経験する情緒的、身体的、経済的困難や個人・社会的活動の制限、身体・情緒的健康の悪化、認知症高齢者との関係から生じるストレス・無力感、経済的費用などがあげられ

²⁾家族のライフサイクル①巣立ちの段階（未婚の成人）：原家族からの自立、親密な同僚との関係の発展、仕事の確立[20～30代]。②結婚（家族の形成）の段階：配偶者と一緒になるために拡大家族（親、兄弟、祖父母）や友人との関係を再構築する[20～40代]。③小さな子どものいる段階：子育てのための家族形成、子育てのために拡大家族との関係を再構築[20～40代]。④思春期の子どもがいる段階：思春期の子どもは家から出たり入ったりを繰り返す。中年期に入った夫婦関係や仕事を考え直す。年老いた親のケアについて考え始める[30～50代]。⑤子どもが巣立った段階：二人になった夫婦について再構築、成人した子どもと大人の間を結ぶ、夫婦の互いの原家族との関係の再構築、親介護や親の死[50～60代]。⑥晩年期の家族：身体的に衰えに直面しながら自分や夫婦を維持する。配偶者、兄弟、友人の死に直面しつつ、自分の死について準備する[60～80代]（渡辺 2010：22-23）。

ている。介護保険の実施後、家族介護の支援制度によって、これらの支援についても進んでいるといわれているが、家族介護者にとってその負担が十分に軽減されているとはいえないのが現状である。

3. 介護する家族の心理的変容と課題

認知症高齢者を介護しているほとんどの家族介護者は、認知症が持つその症状の特性から今までの自己を否定される経験をする家族介護者も多い。経済的であれ、心理的であれ、介護という局面の中で、今までの関係と逆転した立場から心理的変容を繰り返しながら、認知症高齢者を支えている。認知症の場合に他の疾患と違い、「大きな努力と労力を注ぎ込んでも、本人から感謝の言葉やねぎらいが向けられることがないこともあって、介護者の心は大きく傷つき、拭いようのない徒労感でみだされることになる」（松本 2010：82-83）。

認知症高齢者の介護を初めてから最期を迎えるまでに、家族介護者が認知症を理解し、受容するという一連のプロセス、つまり、要介護者の変容とともに介護場面で起こる家族介護者の心理的変容のプロセスに、焦点をあてた実証的検証や事例検討は認知症介護者への介護の大変さが注目され始めた1980年代の後半から今に至るまで盛んに行われている〈表 2-1-1〉。

その中でも、「公益社団法人認知症の人と家族の会」や「NPO 法人全国認知症グループホーム協会」などで、認知症高齢者と家族介護者への支援活動を活発に展開している杉山は、臨床経験をもとに家族介護者の心理的変容のプロセスについて、介護をしていくうえで必ず「とまどい・否定」、「混乱・怒り・拒絶」、「割り切り」、「受容」という4つの心理的ステップをたどると報告している（杉山 1988：61-74；2007：52；2008：48；2011：66）、家族介護者の4つの心理的ステップは、『本人・家族支援の中・長期的対策』として実施されている、《認知症サポーターキャラバン》の認知症サポーター養成講座標準教材として利用されており、2015年6月30日現在630万人以上の多くの人々に普及し、知られつつある（認知症サポーターキャラバン）。

杉山の心理的ステップについて馬場は、各ステップへの移行が円滑に進まず心理的な困難状況が停滞するからこそ、介護負担が増大し、介護状況もますます困難に陥ると考えられ、その移行過程における援助が必要であると指摘しながら、家族介護者のプロセスについて、問題行動に対する「問題行動」、「思考」、「原因究明」、「対処」という『対処のプロセス』と、介護の「情報収集」、「事例評価」、「援助計画・実施」、「事後評価」というプロセスを見出している。これらのプロセスは、「戸惑い・否定」、「混乱・怒り・拒絶」、「あきらめ」の段階が繰り返され、幾度も元に戻り、それを繰り返すうちに「客観化」がはかれ、「受容」にいたるという一連の過程の中で起こるといふ（馬場 1995：38-43）。

家族介護者がたどる4つの心理的ステップについて藤本らも、認知症の中核症状が悪化したり新たなBPSDが出るとまたショックや驚きを感じ、それに伴って怒ったり落込んだりする、「戸惑い・否定」「混乱・怒り・拒絶」「割り切り・あきらめ」のステップを何度も行ったり来たりしながら「受容」に至ると、「もの忘れクリニック」での家族支援の実践を

紹介している（藤本ほか 2011a : 265 ; 2011b : 2171）。

表 2-1-1 認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容（プロセス）に関する一覧

著者・研究者名 (年度)	心理的変容（プロセス）
高崎（1989）	「ショック・混乱」、「怒り・否認・抑うつ」、「依存・回復への期待」、「最適 の努力」、「受容・再適応」
鶴田（1995）	「否定期」、「適応期」、「疲弊期（前期・後期）」、「膠着期」
馬場（1995）	「戸惑い・否定」、「混乱・怒り・拒絶」、「あきらめ」、「受容」
山本（1995）	「最初の取り掛かり」、「介護しなければならない現実と折り合う」、「恒常的限 界範囲内」
標（2001）	「正常視反応」、「正常視反応の拡大化」、「納得への切り替え」、「介護態勢の切 り替え」、「介護態勢のルーチン化」
福岡ら（2004）	「戸惑い」、「苛立ち」、「ゆとり」、「半開放」
宮上（2004）	「混乱の段階」、「介護する態勢を築く段階」、「介護が質的に向上する段階」、 「介護実践力の向上を自覚する段階」
鈴木（2006）	「被介護者の行動への困惑」、「衝撃・否認」、「衝撃とは異なる感情」、「調整的 態度」、「被介護者の受け入れ」、「介護者役割だけで終ることへの葛藤」、「被介 護者の死の受け入れ」、「介護経験そのものの受け入れ」
杉山（2007）	「とまどい・否定」、「混乱・怒り・拒絶」、「割り切り」、「受容」
宮上（2007）	「介護者の背景と条件」、「前向きな対応」、「試行錯誤からの成果」、「理性と感 覚のせめぎ合い」、「新しい関係と体制づくり」
薬師寺（2009）	「戸惑い」、「疾患の理解」、「仕事継続への葛藤」、「新価値と問題解決の獲得」、 「地域への発信」
松本（2010）	「驚愕」、「否認」、「怒り」、「抑うつ」、「適応」、「再起」
中村（2010）	「怨む・憎む」、「あきらめる」、「消極的な受け入れ」、「積極的な受け入れ」、 「感謝」
藤本ら（2011）	「戸惑い・否定」「混乱・怒り・拒絶」「割り切り・あきらめ」、「受容」
木村ら（2011）	「疑いつつもやりすぎず」、「受診を決意する」、「納得の診断を得るまで立ち向 かう」
相場ら（2011）	「摂食困難への悩み」、「命をつなぐための洗濯と葛藤による絞り込み」、「最終 までみる生活への不安と期待」、「胃瘻のある生活への不安と期待」、「介護生活 に対する自身と不安」、「満足するものの自問自答を繰り返す」
六角（2013）	「とまどい・否定的なケアをする段階」、「身内が認知症であることを理解し、 否定的なケアから脱しようとする段階」、「認知症者に期待をつなぐ段階」、「あ きらめ、放棄する段階」、「新たなケアの試みの段階」
認知症介護研 究研修大府セ ンター（2013）	「驚き・戸惑い・否認」、「混乱・怒り・拒絶・抑うつ」、「あきらめ・開き直り・ 適応」、「受容」
北村（2013）	「生涯発達」、「Stress-Burden」
本間ら（2013）	「とまどい、否定的なケアをする段階」、「身内が認知症であることを理解し、 否定的なケアから脱しようとする段階」、「認知症者に期待をつなぐ段階」、「あ きらめ、放棄する段階」、「新たなケアの試みの段階」
小池ら（2014）	「戸惑い・混乱」、「(将来への)不安・恐怖」、「暗中模索・孤立」、「(他者支援 への) 打開・(生活への) 適応」、「受容」

重篤な合併症のない老年期痴呆患者の介護者の事例によって、「否定期」、「適応期」、「疲弊期（前期・後期）」、「膠着期」の4つのステージにまとめて、訪問医療40例のうち在宅継続群10例と破綻群15例の比較検討を行っている。継続群は、適応期の以前から訪問医療を始めており、転機時においても疲弊期以降が6割にとどまっているのに対し、破綻群は、疲弊期に入ってから訪問医療を始めていて、破綻群は転機時には全例疲弊期以降となっていると鶴田は報告している。しかし、入院決定について、破綻群は合併症の悪化、異常行動の頻発化、介護疲れ、介護者入院、介護者別居となっているが、積極的に入院を決めた事例は少なく、継続群もステージ変化の時期には、悩みながら入所や入院の検討を始めるが、結論が出なくて、在宅介護を続けると述べている（鶴田1995：737-751）。

また、介護に対する心理的態度のステージのなかで第2ステージの「適応期」における介護役割への過剰適応が、介護者に役割との心理的な距離をとることを難しくさせ、そのうちにこの過剰な役割意識が自己犠牲感につながるとして、「介護行為のmotivation（動機）」は、『社会役割的な義務感』と同様に家族本能的な『親愛の情』が重要で、この2つのmotivationが混乱し、対処できなくなると、「介護づかれ」になると報告している（鶴田1995：752）。

松本も長年の臨床経験から、認知症の人を介護する家族は、本人の認知症の症状の進行と時間の経過にともない、介護者の心の変化を「驚愕」、「否認」、「怒り」、「抑うつ」、「適応」、「再起」の6つに移り変わっていくと示している（松本2010：93-96）。この心理的段階については、一度きりのサイクルではなく、何回も繰り返して体験されると述べながら、家族の心が「適応」、「再起」にあると思っても、再び「否認」や「怒り」に逆戻りしており、そのたびに何回でも専門職の支援が必要という指摘もある（長谷川2011：87-88）。

認知症介護研究・研修大府センターも、心理学でいわれている「驚き・とまどい・否認」、「混乱・怒り・拒絶・抑うつ」、「あきらめ・開き直り・適応」、「理解」、「受容」の5つのステージ理論に分けて、このステージは必ずしもすべての介護者に当てはまることではなく、ステージの順に進むこともないが、認知症を受容し、前向きに介護を行える参考になると報告しながら、家族介護者を支援するうえで、介護者の心理状況を理解することは大切であるといっている（認知症介護研究・研修大府センター編2013：30）。

また、家族が認知症者を受け入れる段階について六角は、「とまどい・否定的なケアをする段階」、「身内が認知症であることを理解し、否定的なケアから脱しようとする段階」、「認知症者に期待をつなぐ段階」、「あきらめ、放棄する段階」、「新たなケアの試みの段階」の5段階に分けている。家族は、各段階を行ったり来たりしながら、長い時間をかけ認知症の人を受け止め、最終的には認知症者が安心して過ごせるような環境を傍らでつくる過酷な道のりにいる。このような家族の段階をしっかりと観察し、家族へのケアにあたる必要があると述べている（六角2013：222）。

さらに、高崎は、老人の状況や家族の環境によって多少異なるが、介護者が介護を受容する過程と、各段階における看護援助の基本について「ショック・混乱—出会いと方向付けの段階」、「怒り・否認・抑うつ—全面的受容の必要な段階」、「依存・回復への期待—同一化の段階」、「最適の努力—探索と利用の段階」、「受容・再適応—問題解決と安定化の

段階」の5つの段階にまとめている（高崎 1989：422）。

また、山本は、介護体験のプロセスを介護者が初めて介護者役割に入る時期の「最初の取り掛かり」と介護の限界感の認識とそれへの対処の繰り返しのサイクルから成っている「介護しなければならない現実と折り合う」、介護者の忍耐の限界感と直面せずに済む「恒常的限界範囲内」という3段階の軌跡モデルを概念化している（山本 1995：60-64）。

認知症高齢者の介護経験がある家族介護者を対象とした研究から福岡らは、「戸惑い」、「苛立ち」、「ゆとり」、「半開放」という4つの肯定化プロセスと時間的経過に関わりなくプロセス全体に関わる要因に「家族」と「血縁関係」をあげている。その中で、血縁関係の実母の介護は、お互いの関係が密接で、痴呆症状と記憶の中とのギャップが大きいと報告している（福岡ほか 2004：46）。

介護開始からの時間軸に沿って、介護開始時の混乱に陥る段階から、今までの生活の中に介護を組み入れるとともに、【家族の会】から情報や体験を共有する場を得てゆき、介護の継続に《介護実践と介護者の内的資源との結合》を体験しながら、＜介護方法の工夫＞を行い、介護の質を高めようし、痴呆性高齢者との関係も《関係性の再構築》を行うと宮上はいう。最終的に、＜共感力の向上＞を自覚し、社会に対して＜家族介護者から声を発信＞していこうとする段階に達すると述べて、これらの過程を家族介護者の介護実践力の変化の観点から「混乱の段階」、「介護する態勢を築く段階」、「介護が質的に向上する段階」、「介護実践力の向上を自覚する段階」の4つの介護実践力の変化のプロセスにまとめている（宮上 2004：336）。

加えて、家族介護者の認識の変容プロセスについて「介護者の背景と条件」、「前向きな対応」、「試行錯誤からの成果」、「理性と感覚のせめぎ合い」、「新しい関係と体制づくり」の5つのカテゴリーにまとめている。家族介護者の認識の変容プロセスは、家族としての特徴を背景として連続的な過程であり、家族介護者の感覚や認識と認知症高齢者の言動との間で様々な葛藤を繰り返しながら揺らぎ、サイクルを経る中で、家族介護者が自分なりの対応方法や自分の気持ちの落とし所を見出し、認知症高齢者との関係と介護の体制を作り上げていく一連の過程としてとらえられたと述べている（宮上 2007：4）。

また、介護者の心理状態の移行に関する要因の検討から鈴木は、「被介護者の行動への困惑」、「衝撃・否認」、「衝撃とは異なる感情」、「調整的態度」、「被介護者の受け入れ」、「介護者役割だけで終ることへの葛藤」、「被介護者の死の受け入れ」、「介護経験そのものの受け入れ」の9つの心理状態の移行モデルを生成しているとして、心理状態の移行に関する要因を＜概念＞と「カテゴリー」に分けて、＜過去と現在の埋められないギャップ＞、＜位置の確認＞、「他の介護者の存在への意識」、「エネルギー源」、＜症状の進行＞、「つながりの再確認」、「ぶつかる思い」、「自分の中での納得」、「変化した自分」という3つの概念と6つのカテゴリーを提示している（鈴木 2006：400、402）。

一方、続柄や介護者の過去の要介護者との関係性によって、認知症家族介護者の体験過程は異なってくるという北村は、認知症高齢者を支える介護者の内的な体験過程を認知症家族介護者の「生涯発達」プロセスと呼び、認知症介護への拘束感や介護負担感「Stress-Burden」プロセスと呼び、この2つのプロセスは家族介護者の中で共に経験され

るとして、認知症の配偶者を介護する家族介護者は、喪失感や悲嘆をともなう生涯発達プロセスを自覚しやすく、自分の夫の親を介護する家族介護者は、Stress-Burden プロセスが自覚されることが多いと報告している（北村 2013 : 13-14）。

また、認知症高齢者を介護する家族男性介護者の介護力獲得のプロセスに焦点を当てている薬師寺は、家族男性介護者の介護適応プロセスとして「言動に戸惑い、動揺」、「疾患を理解し、知識を獲得」、「社会的地位の保守か、介護専念の選択の危機」、「新しい価値観の獲得と問題解決能力の獲得」、「地域への発信」の5つを提示している（薬師寺 2009 : 128）。

中村も認知症高齢者を介護する男性介護者の介護者の心の段階を「恨む・憎む」、「あきらめる」、「消極的な受け入れ」、「積極的な受け入れ」、「感謝」の5段階にまとめている（中村 2010 : 163-170）。

さらに、相場らは、家族介護者の介護の過程で危機ともいえる重度認知症高齢者の代理意思決定において、胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセスについて、「摂食困難への悩み」、「命をつなぐための洗濯と葛藤による絞り込み」、「最終までみる生活への不安と期待」、「胃瘻のある生活への不安と期待」、「介護生活に対する自身と不安」、「満足するものの自問自答を繰り返す」の6段階にまとめている（相場ほか 2011 : 77-79）、小池らは、家族介護者の受容に至る過程を「戸惑い・混乱」、「(将来への)不安・恐怖」、「暗中模索・孤立」、「(他者支援への) 打開・(生活への) 適応」、「受容」としている（小池ほか 2014 : 18）。

本間も、家族が認知症者を受け入れる段階を「とまどい、否定的なケアをする段階」、「身内が認知症であることを理解し、否定的なケアから脱しようとする段階」、「認知症者に期待をつなぐ段階」、「あきらめ、放棄する段階」、「新たなケアの試みの段階」の5つの段階を紹介しながら、家族は各段階を行ったり来たりしながら、時間をかけて認知症の人を受け止め、最終的には認知症者が安心して過ごせる環境を傍らで作られるまでいたると述べている（本間ほか 2013 : 222）。

介護を終了している家族介護者へのインタビューから標は、介護体験プロセスを時間軸にそって、「正常視反応」、「正常視反応の拡大化」、「納得への切り替え」、「介護態勢の切り替え」、「介護態勢のルーチン化」の5段階に変化するとしていて、時間的経過に関わりなくプロセス全体に関わる対処行動として「並行的自己確認」、「断念と埋め合わせ」、「“あの一言”による介護認識の転換」の3つを見出している（標 2001 : 47）。

また、認知症高齢者の家族が高齢者を受診させるまでのプロセスがあると木村らは述べ、「疑いつつもやりすぎず」、「受診を決意する」、「納得の診断を得るまで立ち向かう」の3段階を示して、その段階別に対応が必要としている（木村ほか 2011 : 65）。

家族の生活やライフサイクル、人間関係を考慮する時、介護受容の過程への援助においては、介護者個人だけでなく、老人や家族との関係、家族全体の状況などさまざまな要因が含まれていることを考慮しなければならない（高崎 1989 : 422）。介護をしている家族は、日常生活場面における多くの変化に適応しなければならない。この変化は、葛藤を引き起こし、緊張感を生み、この緊張感は、否定的感情に発展し、家族機能の低下に結びつくことがある。介護という新しい事態に家族が適応できるかどうかは、家族の安定性や同一性

の高さ、あるいは、互いの感情的コミュニケーションのあり方、感情によって行動や思考が影響されない健全さにかかっている（渡辺 2010 : 146）。

認知症と診断され、症状の進行とともに家族は様々な心理的変容を経験する。家族関係は、愛情を基盤とした関係で、認知症の発生による家族関係の変化は、心理的変容にも影響を与えている。家族関係も心理的変容に合わせて再構築されると思われ、それゆえに、家族介護者の「心理的変容」は重要なキーワードになる。

しかし、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「心理的変容」に対する定まった定義はなされていない。そこで、本論文においては、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中で経験する、認知症の進行による介護状況変化を表面からの変化ではなく、家族介護者の内部で変容したものが外部に表れるものとして、「認知症高齢者を支える家族介護者が、介護の過程の中で、心理的な変容を経験すること。」と定義する。

第2節 家族介護者の親密性 intimacy と親密性の変容

本節では、認知症高齢者と家族介護者という二者間における親密性 intimacy について検討するため、親密性についての概念や介護の過程における二者間の親密性の変容について文献を用いて検討する。

1. 二者間における親密性

序章で述べたように、家族の関係は愛情を基盤とする親密性を通して、心理・情緒的な安定感を提供される。親密性という言葉は、多様で多彩な意味でつかわれている。親密性を論じるにあたって、Giddens (1992=1995) の『親密性の変容』が代表的に取りあげられており、本節では、Giddens や諸研究者による「親密性」について、家族や家族介護者を中心に検討する。

(1) 親密性の概念

親密性を語るにあたり「親密圏」について端的に述べるならば、「個人が他者と親しく情緒的にかかわり合う領域」(村上 2014 : 56) である。親密性を内在している親密圏から情緒的な心の安らぎを与えるという側面と、情緒的な——場合によっては権力的な——圧迫を受けるといった側面の二面性を考慮しておく必要がある。

親密圏を「具体的な他者の生/生命—とくにその不安や困難—に対する関心/配慮を『愛』をメディアとする関係性としてごくゆるやかに定義した」として、人びとの「間 in-between」に成り立つものである(齋藤 2005 : 213)。齋藤の定義は、親密圏の他者は具体的な他者であること、親密圏の関係は身体性を備えた他者であること、他者の生命・身体への配慮が人々を繋ぐ関係性であることの側面にその特徴をみていると支持されている(金井 2005 : 32)。

また、親密圏は意味の定まった言葉ではなく、定義や記述もようやく緒についたばかりで、『具体的な他者の生/生命への配慮・関心によって形成・維持される』、『間・人格的 inter-personal』、『人称的』な関係によって織り成される領域と説明される。この対概念が『公共圏』(public sphere) であり、『人びとの〈間〉にある共通の問題への関心によって成立する』非人称的な関係の領域と説明される。「親密圏」の中心には家族があつて、この家族を「自然」によってつくられる「前政治的 pre-political」な「私的領域 private sphere」ととらえられる(野崎 2005 : 155)。

さらに、齋藤の定義を言及して大島は、実定法との架橋を目的とする場合、理解を具体化する必要があるとして、「親密圏」という言葉の中には、①継続的な性的関係を取り結ぶ領域(セックス単位)、②子どもを作る領域(生殖単位)、③子どもを育てる領域(子育て単位)、④同居共同生活をする領域(生活単位)、⑤家事や介護等のケア労働を提供し合う領域(ケア単位)、⑥親密な感情によってつながった領域(愛情単位)という6つの意味が含まれるとしている(大島 2014 : 65)。

一方、親密性は一般的に、「特定の人と密な付き合いをすることで、深い相互理解と心理・情緒的な感情の分かち合いに基づいた人格的な信頼関係」であるといわれていて、広辞苑によれば「相互の交際の深いことで、親しくつき合っていること」としている。

社会学者 Giddens は、親密性について明確に定義していないが、現代の親密な関係は純粹な関係の原理にしたがうものとなっている。純粹な関係とは「社会関係を結ぶというそれだけの目的のために、つまり、お互いに相手との結びつきを保つことから得られるもののために社会関係を結び、さらに互いに相手との結びつきを続けたいと思う十分な満足感を互いの関係が生みだしている」とみならず限りにおいて関係を続けていく、そうした状態」と定義している (Giddens 1992=1995)。また、「関係それ自身がもたらす情緒的満足によってのみ成立・継続する関係」であるとして、関係からもたらす満足感がなくなると、つながっていた関係もなくなると述べている (Giddens 1991=2005)。

親密な関係について「複数の人間がお互いの情報を共有しあっており、かつ一定の相互行為の蓄積がある状態」を指すとする筒井は、「情報の共有と相互行為の蓄積³⁾」自発的に設定することで、日常感覚から感情的な親密性を正当化していると述べている。また、親密な関係は、心的満足・メンタル・サポートを提供するに適している社会関係のあり方」と述べながら、メンタル・サポートだけではなく様々の財・サービスの交換をする場であり、これらを通じて得られる満足(安心感など)は親密な関係においてきわめて大きな位置を占めていると述べている(筒井 2008: 3-12)。親密な関係になるためには、筒井が述べたように情報の共有と相互行為というプロセスを必要としている。しかし、家族のような血縁で結ばれている関係は、そもそも親密な関係になるためのプロセスがなくても、非自発的に愛を基とする親密性を持っており、メンタル・サポートを通じて得られる満足は、他の社会関係より高いともいえる。

天田は、「親密性」とは「国家の抑圧」や「それまで特別の保護を必要としなかった人間の内奥の地帯に対する社会的侵入」に対する抵抗と述べながら、社会学における諸々の論をもとに親密性について、『他者に対する社会的・心理的な距離の近さ』を意味する極めて多義的な概念であり、具体的には男女関係、友愛関係、家族関係などにおける社会関係の特性を表わしている」と概念化している(天田 2001: 39; 2007: 312-313)。

心理的結びつきを「親密性」という言葉に代表すると述べている亀口は、親密性に対する今までの定義について、「愛」「友情」「融和」「融合」など、あいまいな定義が含まれており、全体として明確さに欠けているとして、親密性を「相互に自己愛⁴⁾を保証しあう関係である」と定義している。親密な人間関係とは、健全な誇大自己を承認し理想化された自己イマージ(イメージ)を満たすように、日常的にあるいは必要に応じて相互が機能する

³⁾ 情報共有は、典型的に親密になるプロセスがあって、名前や電話番号、出身地など、個人情報と呼ばれる情報から、知人や友人など親しい他者を共有し、食べ物の好き嫌い、趣味などよりパーソナルな情報が共有されることになる。また、情報の共有だけでは親密の十分条件にはならない。相互行為の履歴の一定以上の積み重ね、相互行為の積み重ねが必要である(筒井 2008)。

⁴⁾ 自己愛についてフロイト(Freud, S.)は、自体愛から対象愛への過程で一時的に存在するのであり、成熟した者が持つ自己愛は健康的な状態ではないとした。これに対してコフト(Kohut, H.,1971)は、健康的な自己愛を提唱している(亀口ほか 2014: 22)。

ことであると説明している。また、親密性は単に「温かい関係」とか「安心する場所」という情緒的ともいえる関係にとどまらず、人間に意味を与える機能があり、それ故に人が生きていくためには親密性を必要とするとしながら、親密性の深さは、同時に自己愛の傷つきを内包するとしている（亀口ほか 2014：22-24）。

以上、先行研究における「親密性」の概念について検討を行った。しかし、「親密性」は研究者によって異なるニュアンスで使用されている。そこで、本論文においては、認知症高齢者を支える家族介護者の「親密性」とは、「認知症高齢者と家族介護者が、認知症と遭遇し、介護の過程の中で、今までとは異なる親密性として家族関係を維持すること。」と定義する。

（2）家族と親密性

親密圏における親密な関係性として最初に思い浮かべる関係としては「家族」という関係であろう。

「家族とは、多種多様で無数に存在する人々や空間が家族と名付けられ、家族は何らかの〈同一性 identity〉を内在している」（天田 2007：329）。高齢者を対象に、コンボイ・モデルから導き出される人間関係の親密度によって自他の調整に差異があるかに対する検討を行った平井は、親密性が高いほど自己優先的な傾向は低いことを明らかにして、高齢者の適応を考える上では、その人の持つ人間関係ネットワークにおける人間関係の種類と親密性との両方を考慮し、適応的な自己と他者の調整とは何かについて検討することが重要としている（平井 2012：54-67）。

親密性の概念が注目されるようになった背景には、「家族」という概念では十分にとらえきれないような人々（お互いにとって「重要な他者」であるような人々）の関係性のうちに、家族研究にとって意味のある「親密性」「親密な関係」が見いだされるという認識が、家族研究者たちによって共有されるようになったことにある。下図は家族概念（通念的な意味の家族概念）及び親密圏概念が支持する対象の集合を示している〈図 2-2-1〉。

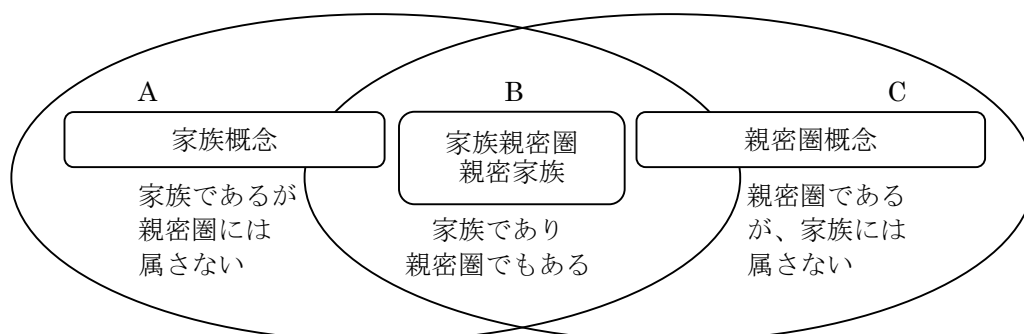


図 2-2-1 家族概念と親密圏概念の関連

出典：田渕（2014）「世代間関係の変容と親密圏—世代間アンビバレンスの視点から」、『法律時報』、86（3）、p.61 により筆者加筆・修正

また、先行研究から「親密圏」と「家族」との理論的関連をめぐる議論には問題があるとする田淵は、『親密性』『親密圏』という概念の曖昧さ」と、「親密性は、関係に属する当事者たちによって再帰的に構築され、選択される関係として位置づけられてきたが、このようにとらえられた『親密圏』は分析概念というよりも、理念（あるいはイデオロギー）の性格が強い」という2つの点をあげている（田淵 2014 : 61）。

前述したように家族は非自発の親密な関係であって、家族という関係の変容に伴って、親密性にも変容がもたらされ、親密性が保たれにくくなってきていると思われる。

近代家族の解体现象は「家族の個人化」現象をもたらして、「これまでのさまざまな家族の機能を市場原理に委ね、社会化することによって、他の家族員への依存をしなくても生活が可能になってきた」としながら、「近代家族」の解体现象による個々人の多様な生活形態の形成は、新しい親密圏の形成あるいはその可能性を予感させるが、他方では問題を投げかけている。また、親密圏の問題に、一つは、生活単位の多様化が展開する中で新しい親密圏が模索され始めたことであり、もう一つは近代の典型的な親密圏（家内の親密圏）に対しての信頼性が崩れてきたこと、もう一つは、〈個〉としての生活にも親密な関係が不可欠であることを多くの人々が自覚し始めたことと提示している（森 2014 : 54-55）。

一方、伝統的な大家族や家庭内離婚の例など、家族はしばしば、親密な関係の場ではないとして、「親密圏」を「家族」と同一視するならば、恋愛関係や友人関係、職場や学校での人間関係など、家族外に形成される親密な人間関係を視野の外に押し出してしまおうという論もある（那須 2014 : 76）。親密圏という言葉はそれ自体が一定の空間性や領域性を強く示唆しているとして、この概念の実体化と「家族」との同一視を招く一因となってきたと指摘している（那須 2014 : 77）。

親密圏＝家族は、差異や抗争を免れた調和や安らぎの空間で、家族内部で安全性と平和を維持することこそ社会の秩序を安定化する鍵という主張が繰り返されてきたと述べながら、家族は確かに親密圏の一つではあるが、無数の形の一つにすぎず、個々の現実の家族が互いの生に対する関心／配慮によって結びついているとは限らないと「人びとの間 in-between」は家族に限定されるものではありえない（齋藤 2005 : 213-214）。親密圏は、他者の心身を癒し、他者の力を回復させるための場所で、そこからの退路が実質的に塞がれているがゆえに、しばしば他者の理不尽な「抑圧委譲」に耐えることを強いられる場所でもありとし、近代のリベラルな家族秩序において、すでに安全性と危険性とはきわめて非対称的に配置・配分されている（齋藤 2005 : 216）。

メンタルな満足の多くが親密な関係から得られるもので、人々が親密な関係から調達することが多い財はすべて「親密財」である（筒井 2008 : 23）。家族に対する扶助は公的責任ではなく家族メンバーの責任で、インフォーマルには、親密財（メンタル・サポート等）の提供機能が期待されている（筒井 2008 : 169）。この筒井の論について那須は、親密圏ないし親密性の役割の核心は、親密財を提供することによって他の関係、他の活動領域のなかでは得がたい一定の心理的満足を与えることにあると肯定し、その上で親密財の内容に、生存保障や性的パートナーシップ、子どもの養育、共同生活、介護・看護、私生活上の相談や助言といった活動をあげて、親密圏における親しい間柄のなかにそれを求めようとす

るものであると補足している（那須 2014：77）。さらに心理的満足が家族関係を通じて提供されるとき、家族を親密圏（の一部）とみなすことができるとした。一方、“家族の弱体化”という現象は、家族関係を通じた親密財の供給が減りつつあることの現れであると論じている（那須 2014：78）。

（3）親密性の暴力性

加えて、注目しなければならないことは、家族という親密な関係の中には暴力性が潜伏していることで、天田は、「暴力とは、他者に苦痛や苦難を与えることを意図として、その他者に加害される物理的な攻撃 aggression」のことで、「家族という形象によって、家族であることを実践する成員の〈同一性 identity〉を確証させてしまい、〈暴力性〉は沈黙のまま潜伏するのだ」と述べている（天田 2007：329,484）。

親密圏の暴力を家族内の問題としてみなされたという指摘もあって、浅野は、「現実には家族の領域を超え、親密な関係領域を超えて—施設や保育・介護の現場—発生している。」今日における親密な関係によるケアについて、佐藤（2004）による「親密な関係における身体接触は、親密という言葉がもつプラスのイメージとは逆に憎悪と嫌悪の感情をも引き起こす契機となる。身体的ケアは必然的に身体接触を伴っていて、身体的ケアと並んで精神的ケアにも負の感情を引き起こす契機となるのである」に言及している（浅野 2004：142-143）。また、親密圏における暴力は、アンペイドワークとしてのケア、性別役割分業と内面化された愛の強迫性、人間関係や空間の閉鎖性・密室性など、固有の特徴と結びついて発生し、その根底にはジェンダーが横たわっている。暴力支配を本質とした前近代的な家父長制的家族共同体の延長上に位置する（浅野 2004：156-157）。

親密圏の危機がいわゆる「家族の危機」を意味するだけだとすれば、「家族の危機」の最も重要なポイントは、安全な空間という家族の「神話」が否定され、「家族内暴力 Domestic Violence」や「児童虐待 Child Abuse」といった言葉が示すように、家族はその中に暴力の要素を宿し、増殖させつつある（齋藤 2005：223）。また、親密圏の危機は、「ある人びとを他者から独立した境遇、孤独な境遇へと見棄てるという生—権力のモードが前面に浮かび上がってきたことと密接に関連している」ことと、『『社会的なもの⁵⁾』との距離を失いつつあることである」として、親密圏の他者を失うことは、生のさまざまな危険や困難にほぼ無防備に曝されるようになることを意味する（齋藤 2005：226-227）。

家族こそが最も安価に親密財を入手できる場所として、家族が親密財の供給、とりわけケアの提供という役割を引き受けていくなれば、暴力という否定的な効果を伴う。この暴力は、^{プライベート}私秘性の領域に形成される親密な関係を前提としており、それが自他の無媒介な融

⁵⁾ 齋藤は、「親密圏は『社会的なもの』に対して一定の距離を設定することにより、社会が正常とは認めない事柄に活動の余地を与えるが、社会の命法を遮る空間を維持しようとしたり、新たに形成しようとする動きは、不穏なもの、秩序を攪乱する者としてマークされることになる」という（齋藤 2005：227）。また、市野川容孝による「社会的なもの」という領域の分析に言及しながら、「社会福祉政策や様々な相互扶助によってバックアップしていく機能として『社会的なもの』に目を向けることで、重要なことは、親密圏が持っている機能を社会圏が代替してしまっ、全てを社会化してしてしまうことへの警告がある点である」としている（佐藤 2004:23-24）。

合を理想としているところに深く根をおろしているとして、暴力を防ぐための工夫として、那須は「家族の脱親密化」と「親密財供給源の複合化・多元化」の2つの方法を提示している（那須 2014：78-79）。

2. 家族と介護をめぐる親密性の変容

家族という関係は、愛情を基盤とする親密性を通して、心理・情緒的な安定感を提供する小集団で（松島 2001；Giddens 1992=1995）、他集団とは異なる課題が生じている。なおさら、認知症高齢者を支える家族は、症状の特徴と症状の変化による親密性の変容から、生じる課題はより深刻な形にあらわれると思われる。

（1）介護をめぐる親密性

家族介護者のほとんどは、経済的にせよ、身体・精神的にせよ、支えられてきた立場から支える立場になる。介護という局面から生じる家族関係の変容は、負の感情や情緒的喪失感が加わることで親密性の変容につながり、今まで維持できたバランスのとれた親密性が保ちにくくなり、家族間の不適切な関係（家族内問題）の原因になるといえる。最も親密な人間のつながりの特徴が「依存」で、ケアという行為は、依存関係で結ばれた絆である。親密な人間同士の依存は、個人を互いに家族や親族、また他の親密な関係へと結びつけ、人生の異なる段階で個人にのしかかる力に耐えるようにする（Kittay 2010：51,246）。

Giddens は、近代社会における親密な関係は、情緒的満足によってのみ成立・継続され、満足感がなくなるとつながっていた関係もなくなる（Giddens 1992=1995）と指摘している。また、再びいうが、介護や保育の場のような親密性に基づくケアは、親密という言葉がもつプラスのイメージとは逆に、憎悪と嫌悪の感情も引き起こし、身体的ケアと並び精神的ケアまで負の感情を引き起こす契機になる（佐藤 2004：27-29；花崎 2005：24）。また、親密圏と「世代間アンビバレンス intergenerational ambivalence⁶⁾」という視点からの知見もあって、その背景には、扶養や介護といった当事者の具体的なニーズに関連する「具体的 instrumental」次元と、「承認」やパーソナリティの安定など情緒的ニーズに関連する「情緒的 emotional」次元という2つの次元があると述べている（田淵 2014：62-63）。

さらに、「親密圏での付き合いは、二人称の相手への自発的なサービス、援助、奉仕を伴

⁶⁾ 世代間アンビバレンス intergenerational ambivalence とは、欧米の家族研究者らによって 1990 年代に提案された概念で、「親と成人子間における調和不能な矛盾」と定義している。旧来の研究は、経験的に観察される様々な世代間関係について一次元的な尺度でとらえる傾向があった。それに対してアンビバレンスの視点は、個々の世代間関係において連帯と葛藤などの「矛盾」する状態が共存しうることを把握可能にする視点を提示するという理論的意義があるとされる。また、世代間関係の変容を特徴付ける社会構造的文脈のもとで、こうした「矛盾」の存在をとらえる視点がより有用になっていると考えられている。こうした視点に根拠すれば、世代間関係におけるジレンマや緊張は何らかの選択によって「解消」されるのではなく、当事者たちによって様々なやり方で「交渉 negotiate」あるいは「管理／統御 manage」されうるものとして捉えられることになり、それを通じて、現代の世代間関係のダイナミクスをより適切に把握することが可能になると考えられている（田淵 2014：62）。

い、その行為が親密さを強化し、サービスを提供する側にその行為そのものが楽しいという快の感情をもたらす。この無形のサービスについてもサービスの感謝という応酬、相手が親密さを強めるだろうという期待に応えるふるまいなど、一種の互酬、交換の関係を基礎にしている。したがって、その互酬関係が崩れると親密性もまた失われる。親密さを担保するものとして、価値感情⁷⁾の類似性、共通性も大きな働きをする。しかし、この面では、差異もかえって相手の存在の汲み尽くせなさを知るきっかけであり、過度に相手に同調を求めず、節度を保って関係する上で重要である。生活様式は親密性に深く関係している」(花崎 2005 : 24-25)。認知症高齢者と家族介護者の中で行われる介護という行為は援助や奉仕を伴っており、ゆえに親密さが強化されるといえる。しかし、認知症高齢者や他の家族から一種の互酬につながらないことや介護以前とは違う形の価値感情によって、バランスを失った親密性になることもある。

一方、介護を受ける経験は、他者に自ら身体を曝け出すこと、自己の秘匿な部分がある程度委ねるということを織り込んでいる。つまり、介護を受ける高齢者は「他者からの暴力」を自ら引き受けなければならないという「根源的困難性」があると天田はいう。「ケアとは、介護を受ける高齢者が自らその暴力を引き受ける形で達成される営為であり、他者である介護提供者の暴力的な働きかけによって可能となる行為である。」その暴力を高齢者が引き受けることは、高齢者のアイデンティティを著しく脅かし、介護提供者への「攻撃」と化かす。このように、高齢者介護という場での「暴力としての介護」の事態はより複雑である(ことはそう単純ではない)と、高齢者の介護場面における「暴力」を指摘する(天田 2007 : 486-488)。

(2) 親密性の変容

前述のように、現代社会は激変しており、社会の変動とともに家族の関係も変容している。このような家族の変容は、今まで維持してきたバランスがとれた親密性にも変容をもたらすだろう。さらに、介護という行為によって、介護する人と介護される人という二者間の関係に閉じ込めることになり、親密性もバランスが保たれにくくなると思われる。家族は選択できる親密な関係と選択できない親密な関係という、二つの親密な関係を内在していて、親密な関係が混合する人間関係は、社会的関係に影響されやすいといえる。

Giddens は、人間関係における「嗜癖的關係性」と「親密な関係」のそれぞれの特徴について対比⁸⁾しながら、親密な関係性について述べていることの中には、自己矛盾してい

⁷⁾ ここでいう価値感情は宗教的信仰、社会観や事前間のような理念に属するものから、日常のもっと些細な感覚、感情、たとえば野の草や虫に対してとか夕焼けを見ての感情、あるいは娯楽、趣味などを含む(花崎 2005 : 25)。

⁸⁾ 【嗜癖的關係性】

- ・「誰か愛する人」を得たいという思いに取りつかれている。
- ・性急に満足感を求めていく。
- ・相手にセックスや献身を強いていく。
- ・権力の不均等。
- ・権力を支配のために用いる。
- ・とりわけものごとが上手くいかなくなった場合、話し合いがおこなわれなくなる。

るとして、嗜癖的關係性と親密な關係に対する様々な特徴を比較対照することで、解放の現実的イメージが明らかになっていくと述べている。また、「かつては親族關係が夫婦や親子の間の信頼感にとって当然視された基盤であったが、別居や離婚が頻繁な今日の社会では『自己殺人 commitment』が重要になっている」といって、自己殺人の積み重ねが夫婦や親子の關係性に決定的な影響力を持つようになったと指摘している (Giddens 1992=1995)。

家族の親密性から期待される二つの要素があるという佐藤は、「一つは、親密さというもの厳しい競争原理の貫かれる社会と区別される形で家族には依存できるのではないかという期待が求められ、暖かい家庭というイデオロギーが18世紀以降形成されるようになったことである。もう一つは、近代社会において、人間が特定の人々と共に生命を維持し、生活を作り上げていく苦勞な営みを安定的に続けることができる場合には、そこには、本来的な意味での『親密さ』を感じ、それを必要としてもいるということである。」という。この二つの要素が重なることで、今日の家族が親密圏としての性格を維持することが厳しい状況にあるにもかかわらず、家族と親密圏が同じものであるかのような幻想が消えないと述べている (佐藤 2004 : 13-14)。

-
- ・ごまかし。
 - ・信頼感の欠如。
 - ・自分の欲求を満たすために、相手を変えようとする。
 - ・關係性が、思い違いや、不愉快なことを回避したいという気持ちにもとづいている。
 - ・關係性がずっと変わらない。
 - ・一方がもう一方を治し、救い出したいと望む。
 - ・一体化 (互いに相手のかかえる問題や感情に執着していく)。
 - ・懸念と見分けがつかないくらい厳しい感情。
 - ・問題があると、自分なり相手を咎める。
 - ・悲嘆と絶望の繰り返し。

【親密な關係】

- ・自己開発が最優先事項になる。
- ・長期に及ぶ心の安らぎを求めていく。關係性を一步一步進展させていく。
- ・選択の自由。
- ・關係性における権力の均衡と相互依存性。
- ・話し合いや妥協をおこない、またリーダーシップを交代でとっていく。
- ・相手があなたにたいしていただく欲求や感情、認識を共有しあう。
- ・率直さ。
- ・相手に寄せる適正な信頼 (つまり、相手はその人の生来の性格にそっておそらく行動すると確信していること)。
- ・互いに相手の個性を受け入れていく。
- ・關係性が現実の全ての側面に対処していく。
- ・關係性が絶えず変わっていく。
- ・互いに自分のことは自分です。
- ・愛するがゆえの突き放し (一方で相手をさらせるが、相手の幸せや、健康、成長に対しては当然気遣う)。
- ・セックスは、友愛的感情や相手を大切に思う気持ちからおこなう。
- ・協力しあって問題解決をおこなう。
- ・快適な気分と満足感の循環。

(Giddens 1992=1995 : 143-144)

家族と親密性との関係には、『親密圏』の中心には家族がある」ことで、「家族を求めてきたというよりは、〈親密さ〉を求めて家族という共存の形態を編み出したのだから、男性／女性の性別役割分担に基づく核家族という理念が逆に親密性を息苦しいものへと閉塞させ始めたのなら...共同家族などといったよりゆるい生活形態を考えることも必要だろう。」さらに、家族の中での人間の生の営みである生殖や出産、養育、介護、看取りなどを女性のみの役割として背負わされてきたとして、フェミニズムのゆくえとセクシュアリティから問題を問われていることに意味があると指摘している。(金井 2005 : 29)。

また、アイデンティティの変容が親密性の確保と結びついていて、「お互いよく知らない人たちが互いに親密になっていく効果的な一つの方法は、自分のスティグマを相手に告白し、共有してもらうというやり方である」(清水 2003 : 241)。しかし、家族の関係は、長い時間を共有していて、自分のスティグマを“言わなくてもわかってくれる”関係であろう。公共圏へ家族を拓くベクトルが親密圏であると金井はいう。また、この親密圏が語られる最も具体的な場面に高齢化社会の老人問題、すなわちケアの受け皿としての家族の負担とあって、「ケアに対する家族の負担が最も突出した問題として立ち現れている場からで、公的介護保険制度の導入は、家族介護から社会的介護への福祉政策のパラダイム転換を作った制度面からの家族の危機への反応であったとしている(金井 2005 : 27)。

家族とは、自分にとって「親密」な者(モノ)あるいは関係で、当然のものとして期待されている家族感情が、近年その枠を逸脱し始めているとみられ、総体的には家族というシステムがここ数年変容しているとみることができる(河野 2006 : 137,142)。

天田は、他者との関係との「時間的な経験・関係の集積」への着目は重要で、老い衰えゆくことと親密性の関係は重要な点であるといっている、これまでの老い衰えゆく高齢夫婦に対する研究の多くは援助論的(サービス・オリエンティッド)な視点に偏向しており、高齢夫婦の〈親密性〉が議論の俎上に上ることはなかったと指摘している(天田 2007 : 342-350)。

また、高齢夫婦の〈親密性〉が〈老い衰えゆくこと〉をめぐってどのように変容してゆくのかを明らかにするために調査研究を行い、老い衰えゆく高齢夫婦における〈親密性〉の変容を「夫婦それぞれがジェンダー規範の中で〈老い衰えゆくこと〉を意味づけ、〈親密性〉を反復的に作りだしていく。」「『痴呆』などの当事者の意味や感情などの十分な確認ができない困難な時、介護する自己と老い衰えゆく他者を アイデンティファイ 同一化へ不可避に巻き込まれてゆく〈親密性〉の“融合”という変容を来す」と2つに大別している。一方、「老い衰えゆく当事者が入所をすることになると、介護していた配偶者は「解放」と「空虚感」を感受しつつ、〈親密性〉を再構成する」と述べている(天田 2007 : 361-362)。つまり、老い衰えゆくことによって高齢夫婦は、【親密性に変容】が生じ、介護する自己との同一化という【親密性の融合】に変容し、老い衰えゆく当事者と離れることによって【親密性の再構築】に移行していくとしている。

さらに、老い衰えゆく当事者が痴呆である場合、「老い衰えゆく者は、自分を介護する配偶者が自分の苦悩や葛藤を『わかっている』ことが分かるがゆえに、自身の苦悩や葛藤を

吐露することが困難な状況に置かれていて、他方の介護する配偶者は、気持ちは分かっているながらも、相手の〈老い衰えゆくこと〉を受け入れることができず、「嘆きの声」を「甘え」として意味づけて、〈老い衰えゆくこと〉の意味をバイオグラフィーへと回収することが困難化してくる」と述べている（天田 2007 : 426-427）。

近年では、親密圏の多様化や家族の多様化が言われていて、「親密圏」はもはや、婚姻した夫婦が形成する「単婚家族」では言えなくなった。つまり、「親密圏」での役割が増大していて、家族法だけでは現代の多様な親密圏に対応できない、もしくはする必要がないという状況になっている（大島 2014 : 66）。また、「親密圏の変容」を「家族の崩壊」ととらえる知見もあって、家族の多元化や変容というより、規範と現実のずれの意識化、規範への意義申立ての社会的認知による規範の規律力の揺れで、この規範の側の対応が課題になると南野はいう。そして、「①多様性を基礎として家族規範を適合させる方向、②家族規範を維持しつつ多様性に配慮する方向、③家族規範の維持と多様な関係性は家族外のものとする、④例外としてとりたてて公的対応はしない」という 4 つの道を提示している（南野 2014 : 81）。

周知のとおり、認知症状は記憶障害を主としていることから、認知症高齢者を支えている家族の間では、そもそも持っている親密性を基盤とする家族内の人間関係であるがゆえに、介護という行為をきっかけに親密性にも変容をもたらす。この親密性の変容は、新しい形の課題を生じさせ、親密性の変容から生じる課題は、より深刻な形としてあらわれる場合が多いといえる。

第3節 共依存 co-dependency と家族介護者

序章で述べたように、認知症高齢者の介護は、人間関係の関係障害の相手を従属させて支配するケアの関係という共依存の傾向に陥りやすく、近年、認知症高齢者と家族介護者の関係における共依存について論じられ始めている。そこで本節では、家族関係における共依存 co-dependency の概念や認知症高齢者を支える家族介護者が経験する共依存の傾向と、家族介護者における理想的依存のあり方について、家族介護者に焦点を当てて関連文献のレビューを試みる。

1. 共依存の概念

「共依存」という言葉は、co-dependency の訳語で、1970年代からアルコールホリックに接する機会が多い、アメリカのセラピストたちの業界用語としてはじまり、自助グループを通じて広がった言葉で、「コ・アルコールリズム」や「コ・アディクション」にその由来がある。もともと1970年代終わりのアメリカで、アルコールホリックの治療にあたっていた臨床現場で支え手「enabler」という概念が発展したものであると一般的にいわれている。一方、共依存の用語が正式に登場し始めたのは1983年ごろで、共依存に対する概念はいまだに明確にされているものではなく、共依存について各々の研究分野においた捉え方も多様である。

Giddens によれば「共依存という概念は、紛れもない『嗜癖者』が存在し、その人の行動に他の人が反応していくという状況のなかで生まれる」とし、「共依存者は、他の人びとの行動や欲求を通して自分のアイデンティティを見いだすことが習慣化している。しかし、いずれの嗜癖的關係性においても、自己は相手の人間と同化することで生きやすくなる。なぜなら、嗜癖は、生きる上での安心感の最も重要な源泉となっているからである」という。また、「共依存者の《人》とは、生きる上での安心感を維持するために、自分が求めているものを明確にしてくれる相手を必要とする。つまり、共依存者は、相手の要求に一身を捧げていかなければ、みずからに自信を持つことができない。共依存的《關係性》は、同じような類の衝動的な強迫性に活動が支配されている相手と、心理的に強く結びついている間柄である」と述べている (Giddens 1992=1995: 134-140)。共依存は嗜癖的關係性と密接な關係があり、この嗜癖的關係性に影響している構造的な変容を述べていて、このような Giddens の論は、社会学をはじめに諸研究領域の研究者によって議論されている。

共依存者の利他主義的特性について加藤は、「自己自身に対する過小評価のために、他者に認められることによってしか満足を得られず、そのために他者の好意を得ようとして自己犠牲的な献身を強迫的におこなう傾向のある人のことで、その献身は結局、他者の好意を（ひいては他者自身を）コントロールしようという動機に結び付いているために、結果としてその行動が自己中心的、策略的なものになり、しだいにその他者との關係性から離脱できなくなるのである (加藤 1993: 75)」と述べている。

また、嗜癖的な人間關係に対する Giddens の論を支持する斎藤は、「アルコール依存や薬

物依存などの『セカンダリ・アディクション（二次性の嗜癖）』の基礎になる『プライマリー・アディクション（基本的な嗜癖）』の嗜癖的人間関係のこと」としており、共依存の基本は「他をコントロールする欲求」で、他人に頼られていないと不安になる人と、人に頼ることでその人をコントロールしようとする人の間に成立する「依存・被依存の関係」と述べながら、「他」には自分を含んでいるという（斎藤 1999 : 203-204,236）。さらに、「一方が他方を支配し、他方は支配の魅力を提供することで一方を支配するという、支配（コントロール）をめぐる闘争が展開され、その二人は『憎みながら離れられない』し、『軽蔑しながら、いないとさびしい』という共依存関係になるとして、その中で社会的な性別の役割を取っている（斎藤 1996 : 57-58）」と、嗜癖的な人間関係の支配（コントロール）について概念化している。斎藤による共依存の概念は、日本の多くの研究者たちに支持され、論じられている。

「共依存=人間関係の嗜癖」であるという議論は、共依存は人間関係そのものに依存する（一次嗜癖）と、他に物質に依存する「物質嗜癖」や行為過程に依存する「プロセス嗜癖」の（二次嗜癖）に区別でき⁹⁾、二次嗜癖は発見しやすいが、一次嗜癖の共依存は、文化や価値観といった別のファクターが入り込むために「問題」と断定することが難しく、共依存を「依存症者の家族病理として取り上げられることが多い」（吉岡ほか 2001 : 8-12）。共依存は「共依存」とか「共依存症」として表現されているが、これについて、「共依存は、問題を起こすことで相手を支配しようとする人と、その人の世話をすることで相手を支配しようとする人との二者関係のことである。」さらに、「共依存症は、明らかに個人を特定した表現である」（吉岡ほか 2001 : 12）。

また、「嗜癖者は自分が世界の中心にいて周囲をコントロールしているというパワー幻想の中にいる。」そのために「自分が依存的な関係の中で維持されていることなどは決して気づけない」と清水は言って、こうした支配・被支配の関係は循環的で、支配・被支配をめぐる双方によるコントロールが続く嗜癖的で病理的な人間関係であると、共依存を「関係性の病理」や「個人の病理」、「否認の病気」として示している（清水 2003 : 102-108）。

清水の共依存に対する病理としての概念について、「個人の病理」と「家族システムの中での疾患のプロセス」、「文化的・社会的環境に起因するもの」という 3 つに区分することを信田は言及しながら、「共依存は、依存ではなく支配である」と言う。また、共依存という言葉は「草の根的に生まれたために曖昧に用いられてきて、1970年代後半から論じられてきた次第に概念の拡散化が見られるようになった」として、アメリカと同様に日本社会でも負のネーミングとすると共依存を否定的にとらえる風潮があると指摘している（信田 2012 : 182-184）。

中尾も、「家庭環境の欠陥などで欠如した自信や安心感を、他者に必要とされることで補おうとする精神状態のこと」で、つまり、人間関係において他人に依存的で、世話を焼いたり、突き放したりと、人をコントロール（支配）しようとすることで自己の安心と自信

⁹⁾ 吉岡は、「人間関係の嗜癖」をセックスや恋愛などの人間関係として、「物質嗜癖」をアルコール・薬物などの化学物質や食物などの物質、「プロセス嗜癖」をギャンブルや買物・仕事・宗教・窃盗・エクササイズ（運動）などの行為過程と説明している（吉岡ほか 2001 : 11-12）。

を保とうとする状態である」と述べている。また、日本人女性は「我慢して尽くすこと」が美德にされていることから共依存者が多いとあって、「人の世話を焼きすぎたり、逆に強く出て他人を常にコントロールしようとしたり、承認が得られないと不安に襲われたり、他人に攻撃的になる」として、誰にでも共依存のもとになる「依存欲求」を持っているという（中尾 2004 : 79-80）。

共依存者を「特定の他者の行動に左右されていて、かつ、自分は相手の行動をコントロールしなければならないという強迫観念にとらわれている人のこと」と定義している Melody は、共依存行動の中でもっとも有害なのが「支配欲（コントロール）」で、「コントロールとは、態度であり行動でもある」と述べている。また、ごく普通の行動が度を越してしまうことが「共依存」で、「何かをやりすぎてしまったり、世話をやりすぎたり、感覚が麻痺したり、人に口出ししすぎたりすることが多く、他人の責任の範囲と自分の責任の範囲を隔てる境界線を忘れてしまう、あるいは、やるべきことが多くて忙しくするうちに、自分をなおざりにしてしまう場合もある」と普通の行動が一線を越えてしまうことが「共依存」という。さらに、愛情を注いでくれるはずの人から受けたものがコントロールであった人は、それが愛情だと思い込み、依存、繰り返し、あれこれと要求されることなどを愛情だと勘違いしてしまうと指摘する。支配欲は、深い悲しみの表現の一つでもあるとして、支配欲は取引して喪失感を追い払おうとする「取引の段階」と共依存によるコントロールについて説明している（Melody 2009=2011 : 16-18,130-134）。

一方、共依存の概念に対する指摘もあって、緒方は、共依存の定義の存在と可能性について、「社会的には<存在>はするが、<定義>はできないという。厳密に定義を付与しようとする試みが誤りの可能性がある」として、「共依存の用語で一括される広いスペクトラムを持つ現状はいろいろな視点から吟味されているので、その<存在>は否定されるべきではない」と指摘している（緒方 1996 : 140-153）。清水は、共依存に対する「病理」としての概念について、「他者と結びつくことよりも、分離することを正常な発達過程とみる西欧の男性の発達モデルに依拠している」という理論面と、「共依存の尺度として多くの治療センターが採用している基準は広義で曖昧であり、ほとんどの女性が該当してしまうほど包括的である」という実践面の双方において深刻な欠陥があるという指摘している（清水 2003 : 213）。さらに、共依存を関係性の視点から「愛しすぎ¹⁰⁾」という表現を使用している河野は、また、心理学やその近接分野では、共依存をあくまで「病理の問題」として「依存しあってはいけない」とか「改善すべき関係の病気」という認識で語られてきたと指摘している（河野 2006 : 20）。

日本における共依存傾向に対する指摘もあって、安田は、共依存症は人間関係依存とあって、「アディクションの一つで、非常に閉鎖的で、親子とか夫婦とかあるいはカルト集団などで、一方が一方的に傾いてしまったり、寄りかかってしまったりする状態である」として、日本はヨーロッパやアメリカ等に比べて、社会文化的に家族はお互いの世話をすべきで、主婦は家族全体の世話をすべきだという家族規範が強く、社会文化的に共依存

¹⁰⁾ 「愛しすぎ」とは、自分のニーズより、他者のニーズを優先（あるいは先取り）し、それを満たすことに一生懸命になる傾向（河野 2006 : 18-19）。

的になりやすい社会だとしている（安田 2013：26-27）。

表 1-3-1 本研究における共依存に関する主な概念や論述

研究者名(年度)	主な概念や論述
Giddens (1992=1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・「嗜癖者」が存在し、その人の行動に他の人が反応していくという状況。 ・共依存者の人間は、他の人びとの行動や欲求を通して自分のアイデンティティを見いだすことが習慣化している。しかし、いずれの嗜癖的關係性においても、自己は相手の人間と同化して生きやすい。なぜなら、嗜癖は、生きる上での安心感の最も重要な源泉となっているからである。
加藤 (1993)	<ul style="list-style-type: none"> ・自己自身に対する過小評価のために、他者に認められることによってしか満足を得られず、そのために他者の好意を得ようとして自己犠牲的な献身を強迫的におこなう傾向のある人のこと。 ・その献身は結局、他者の好意を（ひいては他者自身を）コントロールしようという動機に結び付いているために、結果としてその行動が自己中心的、策略的なものになり、しだいにその他者との關係性から離脱できなくなる。
緒方 (1996)	<ul style="list-style-type: none"> ・①多面的な定義、②異なる立場による理論の志向性、③専門家による二十三の定義、④日本での定義（斎藤の定義・AKKによる定義）に分類。
斎藤 (1999)	<ul style="list-style-type: none"> ・共依存の基本は「他をコントロールする欲求」で、他人に頼られていないと不安になる人と、人に頼ることで、その人をコントロールしようとする人の間に成立する依存・被依存の關係。
吉岡ほか(2001)	<ul style="list-style-type: none"> ・共依存は、人間關係そのものに依存する一次嗜癖。
清水 (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ・關係性の病理や個人の病理、否認の病気で、循環的で支配・被支配をめぐる双方のコントロールが続く嗜癖的で病理的な人間關係。
中尾 (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭環境の欠陥などで欠如した自信や安心感を他者に必要とされることで補おうとする精神狀態のこと。
Melody (2009=2011)	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の他者の行動に左右されていて、かつ、自分は相手の行動をコントロールしなければならないという強迫観念にとらわれている人のこと。 ・ごく普通の行動が度を越してしまうことで、何かをやりすぎてしまったり、世話をやりすぎたり、感覚が麻痺したり、人に口出ししすぎたりすること。
安田 (2013)	<ul style="list-style-type: none"> ・人間關係の依存で、アディクションの一つ。 ・共依存は非常に閉鎖的で、親子とか夫婦、あるいはカルト集團などで一方が一方的に傾いてしまっていて、寄りかかってしまう狀態。

以上、先行研究における「共依存」の概念について検討を行った。その結果、高齢者と家族介護者の二者關係における「共依存」に関する議論は緒に就いたばかりで、その定義は定まっていないといえる。そこで、本論文においては、「共依存」を、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中で経験する親密性の変容によって、今まで維持してきた親密性のバランスを失い、その影響によって介護問題（うつや虐待、無理心中や自殺など）にまでつながる關係性として定義し、「共依存の傾向」とは、「認知症高齢者と家族介護者が、介護の過程の中で経験する親密性の変容によってバランスを失い、病理として現れること。」と定義する。

2. 共依存の特徴

その成立をアルコール依存症の臨床現場での背景を持っている共依存は、親密な関係の嗜癖¹⁾ともいわれており、人間関係における病理とも解釈され、あらゆる社会の場で広く論じられている。緒方は、共依存を「嗜癖」の家族に限定する〈狭義の共依存〉と、「機能不全家族」の家族まで拡大化する〈広義の共依存〉に分類しながら、「共依存」の形成に「不健全な機能不全家族や機能不全社会の存在」、「見捨てられ不安」や“屈辱感”の出現及び“空虚感”の持続、「空虚感」を埋めようとする」という三つの段階があるとし、Whitfield (1991)による「アイスバーグモデル」をもちいて、アダルトチルドレンから共依存者に移行するという(緒方 1996 : 74-83)。また、共依存の成因をアルコールや薬物などのケミカル・ディペンデント Chemical Dependent、心的外傷後ストレス障害 Post-Traumatic Stress Disorder、世代間家族システム、対人関係モデル、心理的ストレス、その他に自己愛説などをあげて、〈表 1-3-2〉の諸研究者による共依存に対する議論を言及して、その特徴をあげている(緒方 1996 : 113-125)。

さらに、共依存を「対人関係の病理」や「人間関係の病理」などの「関係性の病理」であると述べながら、Whitfield (1991)や Cermak (1986)、Wegscheider et al., (1990)、DSM-III-R (1987)、DuPont (1995 ; 1995)による、共依存とパーソナリティ障害について、「共依存という『対人関係の病理』や『人間関係の病理』を持つ人のパーソナリティを『特定不能のパーソナリティ障がい』のままにしておくか、あるいは『パーソナリティ障がい』のひとつの単位として位置付けるかは大きな問題である」と指摘している。また、Wegscheider et al., (1990)は、共依存を「プレ・パーソナリティ障害」として捉えているとして、「共依存は、定義できにくい、十分に治療の対象になることが示されている」としている(緒方 1996 : 126-139)。

共依存を「病理」として取り上げることに上野は、『暴力をふるう夫』が『暴力を振るわれる妻』にくらべて、なぜ社会的にも個人的にも病理化されないのか、疑問を持ってきた。心理学やカウンセリングのなかでは、暴力をふるわれながらその状況から脱け出せない妻が、「共依存」の名のもとに病理化されてきた」として、それは『心理の病』ではなく、『制度の欠陥』にすぎないと共依存の病理化が制度の欠陥からくると指摘している(上野 2000 : 403)。

一方、斎藤は「共依存の人間関係は、互いに相手を貪り尽くし、『憎みながら離れられない』とか『軽蔑しながら、いないとさびしい』(斎藤 1999 : 203)」と共依存の人間関係に

¹⁾ 嗜癖(アディクション: Addiction)は、簡単に言うと「止めよう止めようと思いつつも止めることのできない悪い習慣に耽ってしまうこと」といっている。最近の傾向として、病的賭博、摂食障害、処方薬や市販薬への依存、アルコール問題、人格障害の併存など、嗜癖問題の多様化や複雑化が多く認められている。嗜癖臨床の領域ではアディクション(嗜癖)を【物質嗜癖 Substance Addiction】アルコール、各種薬物、有機溶剤、砂糖、ニコチンなど【行為嗜癖(プロセス嗜癖) Process Addiction】病的賭博、摂食障害、買い物依存、強迫的行動、恋愛、支配、世話焼き、仕事中毒、運動中毒、窃盗、放火など【関係嗜癖 Relation Addiction】共依存、恋愛依存、セックス依存などに分類している(緒方 1996 : 61-62)。

における特徴について述べている。吉岡らも、共依存の人間関係における特徴に「共依存者の持つ自己犠牲的・愛他的な献身的態度の競うにある徹底した自己中心的原理であり、相手が唯一の人間であるという強迫的な思い込みで、『自己評価の低さ』をあげている」（吉岡ほか 2001：182）。

表 1-3-2 共依存の特徴

出典／特徴	内容
Cermak (1986) 診断基準としての特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・逆境の直面時、自分や他者の感情や行動を支配することへの自己評価 ・他者の欲求に合わせる事が自分の責任だと思いつむ ・親密性や分離に関しての不安や境界の歪み ・嗜癖者、共依存者などの人とあいまいな関係にある ・過度の否認、感情の抑圧、抑うつ、過度の用心深さ、強迫性、不安、物質乱用、反復する身体的・性的な虐待の存在、ストレス性の病気、物質乱用者と二年以上関係がありながらも援助を受けない
Whitfield (1991) 人間としての特徴 及び身体症状	<ul style="list-style-type: none"> ・救世者、おべっか者、高成功者、自信喪失者、完璧主義者、犠牲者、殉教者、嗜癖者、強迫者、妄想者、自己愛主義者、いじめっ子、虐待者、失われた子ども、おどけ者 ・不眠、高血圧、背部痛、不整脈などの循環器実感、喘息などの呼吸器疾患、偏頭痛、心因性難聴、リウマチ、性機能障害、慢性疲労症候群
Schaef (1986) 17の臨床特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・不正直（否認、投影、妄想）、感情の障害（凍りついた感情、歪んだ感情）、支配、混乱、思考障害、完璧主義、他社の志向性、依存、恐れ、強剛性、批判主義、抑うつ、劣等感／誇大主義、自己中心主義、道徳観の欠如、無感動や無欲、悲観主義
Mellody (1992) 斉藤学 (1995) 一次症状と二次症状	<ul style="list-style-type: none"> ・【一次症状】自己を愛せない障害、自己保護の障害、自己同一化の障害、自己ケアの障害、自己表現の障害 ・【二次症状】見えざる逆支配（ネガティブ・コントロール）、恨み、スピリチュアリティ障害、嗜癖・精神疾患・身体疾患、親密性における困難
Wegscheider et al., (1990)五つの役割	<ul style="list-style-type: none"> ・支え手（イネイブラー）、家族英雄、マスコット、犠牲者（スケープゴート）、失われた子ども（ロスト・チャイルド）
Hogg(1992)対抗依存 斉藤 (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・防衛、自己充足、孤立、行動化
西尾 (1995)	<ul style="list-style-type: none"> ・自らを犠牲して他人を助けたり世話をする、他人をコントロールする、問題や危機の状況に身を置きやすい、依存心が強く一人でやっていける自身がない、考え方・視野がせまい、現実・事実をはっきり把握できない、コミュニケーションの技術に欠ける、他人とのバウンダリー（境界）がはっきりしていない、自分の身体から出るメッセージに気がつかない、怒りの問題を持つ、物事を極端に捉える、忍耐強く持つことができない、罪の意識に良くおそわれる、自己確立ができない

出典：緒方（1996）『アダルトチルドレンと共依存』、誠信書房、pp.89-112 により筆者整理

また、共依存者には、「他者へのコントロール control of others や自己中心的思考 self-centered thinking、自己喪失 loss of self-identity、低い自己評価 low self-esteem、否認 denial、境界線の欠如 lack of boundaries、「よい人を演じる be a good person」という 7 つの特徴があるとして（吉岡ほか 2001：196-199）、共依存者の行動パターンに対する 22

つの特徴をあげている¹²⁾。

Porterfield は、共依存の人の特徴を①つねに自分を見下ろす「自己否定感」が強い、②自分の感情に気がつかず、自分の要求を否定し、自分の感情を無視するなど、自分に対し「感情の否認」をする、③「コミュニケーション不足」によって、自分の感情や要求を表現するのに時間がかかる、④基本的に人に親しみを抱くことができず、「人と親密になりたくない」、⑤自分で壁をつくっているにもかかわらず、人を求めて、人を喜ばせようとして、「人のために生きようとする¹³⁾」、⑥他人の必要に合わせて生きるのに、自分のしたいことが分からなくなり、自分で何かを決めなければならないときにはひどく時間がかかり、「無力感」を持っている、⑦自己肯定感を一時的に高め、心の痛みをやわらげ、空虚感を満たしてくれるモノや行動（行為）を求めて「モノや行動にのめりこむ」、⑧人から認められなくてしゃかりきにがんばるかと思うと、燃えつきてまったく何もできなくなったり、表面は笑みを浮かべていても、否定的な感情を内に秘めているなど「極端から極端に走る¹⁴⁾」という8つの特徴があるととして (Porterfield 1991=2006 : 14-23)、「共依存の状態」と「健康な状態」について整理している<表 1-3-3>。

表 1-3-3 共依存の状態と健康な状態

共依存の状態	健康な状態
現状にとどまる、人の世話をやく、人を必要とする、自己嫌悪、依存的、混乱している、感情を押し殺す、心を読む、操る、憤慨する、消極的、自分の力を手放す、本当の自分をかくす、人に踏みつけられる存在だ、否認をしていて不正直、偉そうに支配する、恨む、柔軟性がない、自己否定感、悩む、非難する、助けてもらうのを待つ	成長する、人に関心を持つ、いっしょにすることをを選ぶ、自己愛、自主的、自分が感じていることが分かる、感じていることを言う、たずねる、気持ちを伝える、「ノー」と言う、積極的、自分に力を与える、本当の自分を伝える、人との間に境界を設ける、現実に向かう、寛容、許す、柔軟、自己肯定感、決定する、責任をとる、責任を引き受ける

出典：Porterfield (1991) “Coping with Codependency”、‘The Rosen Publishing Group, Inc.’ (=2006、水澤 訳『共依存かもしれない—他人やモノで自分を満たそうとする人たち』、大月書店) p.30.

¹²⁾ ①自らを犠牲にして相手を助けたり、世話をする。②相手の行動、感情、考え方、状態、結果を変えようとコントロールする。③問題や危機が起こっているような状況や人間関係に未を置きやすい。④他人への依存心が強く、一人でやっていける自身がなく、見捨てられ危機感に襲われる。⑤考え方や視野が狭い。⑥現実や事実の否定、否認をする。⑦コミュニケーションの技術に欠ける。⑧相手と自分とのバウンダリー（境界線）がはっきりしていない。⑨自分の体から出るメッセージに気がつかない。⑩怒りの問題をもっている。⑪忍耐強く持つことができない。⑫罪の意識によく襲われる。⑬ものごとを極端にとらえ、ほどほどにすることができない。⑭過去の間違いから学ぶことができない。⑮被害者意識にとりつかれる。⑯害があるのに和平を保とうとする。⑰愛情としがみつきを取り違える。⑱権威者を恐れる。⑲理想論、ファンタジー、社会の掟にとらわれる。⑳相手の気分を敏感にさして、先へ先へと頭を働かせる。㉑嘘をつかなくてもよいときに嘘をつく。㉒自己の確立ができていない (吉岡ほか 2001 : 225-233)。

¹³⁾ 共依存の人は、愛情と同情の区別がつかず、かわいそうだと思う人や、世話を焼いたり、助けてあげる必要があると思う人と関係をつくりたがる (Porterfield 1991=2006 : 18-19)。

¹⁴⁾ 共依存とは「関係性の病」なので、人やモノや行動（行為）といった、自分の外側にあるものに自己愛の変わりに強迫的にのめりこむこと関係を持つ (Porterfield 1991=2006 : 22-23)。

共依存の人の心理的特徴について清水も、①低い自己尊重感、②必要とさせることへの希求感、③変化への希求感、④他者へのコントロール願望、⑤自己犠牲的意志の五つをあげている¹⁵⁾ (清水 2003 : 109-112)。また、『共依存』という用語は、無意識的な心理力動的理由から、嗜癖者との継続的な関係を保持することを指し示していて、共依存は嗜癖の一側面である。嗜癖回復者のためのヘルスケアの中でも、身体的なケアよりむしろ心理的なケアがその大部分を占めることから、共依存と嗜癖の関連性がわかる」と述べている (清水 2003 : 246)。

共依存の人について信田も、「共依存者が寄りかかる他者は必ず自分より弱者で、依存することでその主体はもっと薄弱になり、強者に飲み込まれていく特徴がある」と述べて、強者の場合には単なる依存で、弱者を救う、助けるという人間としての正しさを隠れ蓑にした支配が共依存であるという。また、「その多くは愛情と混同され（支配される弱者も愛情と思われ）、共依存の対象はその関係から逃れられなくなる」と共依存の気づきにくさについて述べている (信田 2009 : 131)。

共依存の人を「自分をなおざりにして他人の世話をする人」という Melody は、世話焼きとは、「私たちが繰り返す行為で、訓練されてきたことで、世話することで空虚な心を満たし、自分の生活がないという気持ちを埋め合わせる。世話することで、劣等感を覆い隠し、人との結びつきを見いだす。人を必要としているのは自分なのに、世話をすることで、あたかも人々が自分に依存しているように見えるもの」ととらえている (Melody 2009 = 2011 : 57,59)。

また、「自己評価が低い人たちでも、普通の人と全く同じようにプライドを持っている。自己評価が低く何らかの戦略で生きなければならない男女が出会って一緒に暮らすようになって力の行使や神話の創作という戦略がうまく行くと、お互いにその戦略に固執し、結果として支配を強めあうという戦略への依存が悪循環を生じて脱け出せなくなる状態の共依存に陥る」といって、共依存から脱け出したい状況について論じている (香山 2010 : 13)

3. 共依存と家族介護者

(1) 共依存と家族介護者

以上共依存の概念や特徴について概観したように、共依存は 1980 年代以降から多くの著作があらわれてきて、「関係の病」、「自己喪失の病」ととらえると同時に、共依存症者のそ

¹⁵⁾ 【低い自己尊重感】自己尊重感の低い共依存者は人間関係のトラブルや注意をされること等で自己肯定感を失う悪循環に陥る (清水 2003 : 109)。【必要とさせることへの希求感】自ら無意識ではあるが積極的に働きかけて「やっぱりこの氷魚には自分が必要なのだ」という確認をしていくほどのもの (清水 2003 : 110)。【変化への希求感】共依存症者は平和で安定していて安心して暮せる生活を心から望んでいるが、実際に (清水 2003 : 110-111)。【他者へのコントロール願望】自分の周囲が自分の関与の範囲にとどまっていることを求める感覚で、自分の関与を超えた状態に対して神経症的な不安と強迫傾向が問題である (清水 2003 : 111)。【自己犠牲的意志】共依存症者の自己犠牲は実は心理的防衛によるもので、共依存関係の中で自己犠牲的行動を繰り返していく (清水 2003 : 111-112)。

の人が病んでいるという議論に集約・議論されている（河野 2006 : 52-53）。共依存は、嗜癖的な人間の関係性から自己の安心感を求めて、親密な他者を必要とする「自己喪失の病（信田 2012 : 36）」ともいわれている。また、現代社会の人間関係は「自己査定や自分探しに疲れ果て、その重荷に耐えきれなくなると人は心のバランスを失いながらもなお自分にこだわるか、あるいは誰か他者にその重荷を肩代わりしてもらいたいという欲求にかられる」と人間関係におけるバランスが失われることで共依存的関係になるという意見もある（Giddens 1992=1995）。

今日における共依存は、「両者が一緒にいることで互いの自立を妨げている関係性」であって、具体的で深刻な問題を抱える必要はなく、一般的なもので、家族内の誰かが長期にわたる闘病やトラブルなどのストレスに満ちた状態がつづく共依存行動が生まれる危険性がある。本来であれば、自立した人同士が互いに支え合う関係性が望ましいが、家庭内の二者が長時間共に存在し、そこに力関係が生じて、互いの役割が固定化している場合に支配関係に陥っていく（Kay 1991=2006 : 12 ; 松下 2014 : 560-561）。先述のように、日本における共依存の概念は導き出やすいもので、日本の家族システムもまた米国とは違い、「日本の『機能不全家族』があって、『儉約』『誠実』『実直』などを美德としてきたく抑圧家族』を続けていて（緒方 1996 : 154-164 ; 安田 2013 : 26）」、共依存という言葉も加害性を含んだ言葉とされてきた（信田 2012 : 32-35）。

家族内で「愛情」と「支配（コントロール）」が一体化することは、問題をかかえた家族の一般的な姿である。「これまでの自分の人生が否定される衝撃から自己否定感や自己喪失、生き方の否定が生まれ、それを契機にコントロールすることの強烈な欲求が芽生えることが共依存発生のメカニズムである」（吉岡ほか 2001 : 82）。金子は高齢者虐待における家族関係の強弱関係に注目しており、「生育歴や子どもの結婚などの家族構成の変化、親の病弱時などが、力関係の逆転あるいは増強を引き起こす」と述べている。また、親子や夫婦間の共依存に着目し、特に identity の確立が出来ていない家族において、「病的な密着した家族関係からアルコール依存症や虐待などを起こしやすい（金子 1987 : 195-220）。」と家族関係性の変容と伴って力関係の逆転から生じられやすい虐待について述べている。このような家族内の人間関係において介護が必要な立場になった場合、社会的対等性が失われても心理的葛藤は消失しにくく、これらが老人虐待という家族関係における病理にまで影響する（石井 2003 : 115）。

加藤は介護の場面からおこる家族関係の問題について、『『侵入』という形の『やさしい暴力』』と述べながら、日本人の場合社会的に強い立場にあるものから弱い立場にある者への支配・被支配の関係を所与のものとみなす傾向があるため、自分と相手との境界線をもたず、自分の意思を相手の意思と思い込むことによって、相手と自分の同一視につながり、支配、抑圧の関係を導くこととなるとしていると石井と類似している指摘をしている（加藤 2005 : 11-13）。

家族関係からの共依存問題とのかかわりについて清水も、「批判的コメントや情緒的巻き込まれなど、家族相互作用側面が直接的に大きく関連している」という。「ただ、大いに異なるのは家族側のそうした関わり方を病理とか、パーソナリティの不全といった観点から

見るのではなく、問題にかかわる情報不足と家族に背負わされた重荷からくるストレスとして理解する視点である」としている。また、こうした「相互作用的視点は、高齢社会における介護問題や慢性疾患病者・障害者を抱えた家族一般についても有効である」として（清水 2003：74）、1990年代の特徴として、アルコール・薬物依存症関係の枠を越えた分野の看護職や癌患者ケアにおける共依存問題に論議が広げられているとしている（清水 2003：289）。

加齢に伴う心身状態の低下、あるいは突然の要介護状態になった家族に対して介護をせざるを得ない状況になったとき、家族内の人間関係における共依存的な傾向は共依存症へと移行し、要介護者の状態がより重篤になれば、さらに深刻な共依存に陥り、虐待・DVへ発展していく。共依存症は、虐待や介護負担の限界（共倒れ）、自殺などの問題と重なり合っていることを十分把握して対処していかなければならない。このように、高齢者の在宅介護、特に高齢世帯（高齢夫婦）の介護現場における共依存は、夫婦関係における病理として多くの問題を含んでいる。それだけでなく孤立しがちな老年期における夫婦生活の中、要介護者の変動する病状や行動などに振り回され、限りなく自然に共依存者となり、自分を見失っていく。そして気が付いたときには、身体的虐待、介護放棄（ネグレクト）、精神的虐待など高齢者虐待の問題を起こし、高齢夫婦の生活、すなわち、老々介護は非常に苦しく、辛いものになる（藤江 2005：54-56）。

主介護者と被介護高齢者間の共依存関係に焦点をあてた研究から難波らは、適切な介入へと導くための12の介入条件¹⁶⁾を導き出している。嗜癖行動の基盤には共依存という人間関係があり、主介護者による強迫的な行為を伴う不適切な介護が嗜癖的介護という。共依存関係による不適切な介護に対しては紋切り型の介入では対応しきれないことが多いとあって（難波ほか 2006：13-14）、適切な介入条件として導き出された12の介入条件にそった分析から、主介護者の両価的感情を理解した対応や専門職の立場からのセルフコントロール・セルフマネジメントとか、書類による情報共有が必要で、第三者の介護参加を促す場合の慎重な配慮が必要と述べている（難波ほか 2007：3-9）。

ケアは、受け手のみならず、与える側にも大きな満足感を与えることがあって、自分が与えられたかったケアを他者に与えることで、代理で得られる満足感も大きい（信田 2012：

¹⁶⁾【適切な介護へと導くための介入条件】、[条件 1]主介護者と被介護高齢者の双方と心理的境界を明瞭にして専門的に関わる。[条件 2]主介護者には被介護高齢者は大切な存在であるという思いと身体状態が思い通りに改善しないことによる罪悪感・自己嫌悪感の両価的感情が根底にあることを理解する。[条件 3]訪問看護氏も共依存傾向にあるかどうか事前にチェックリストで確認する。[条件 4]初回訪問で主介護者に“違和感”を感じた場合、チェックリストで共依存傾向を確認する。[条件 5]主介護者以外の家族や第三者の介護参加が可能かどうか見立て・計画し、ケアマネジャーと相談する。[条件 6]主介護者との信頼関係を構築するために、主介護者の声に耳を傾け、見捨てられ感、罪悪感、怒り、苛立ち等の感情を受容する。[条件 7]訪問看護師の実体験を丁寧に紹介することを通して主介護者に働きかける。[条件 8]主介護者の体力の限界を予測し、ケアマネジャーに相談し、事前に居宅・施設サービス導入を計画する。[条件 9]主介護者が“具体的にどのようにしたいのか”聞き、できるだけ主介護者が納得し自己決定するよう援助する。[条件 10]被介護高齢者は主介護者に対して無力感を抱いていることがあるので、気持ちを受容する。[条件 11]被介護高齢者を幼児扱いせず、心理的境界を明瞭にした上で対応する。[条件 12]他の専門職と連携（情報共有等）を十分にはかる（難波ほか 2006：13-14）。

58-59)。また、「自分が他者にとってかけがえのない存在になる」という、かけがえのなさは、心理的・情緒的紐帯に限定され、経済的・時間的には負担を強いられる存在で、かけがえのなさが非相互的な場合、その関係は非対称的で権力的なものになり、「かけがえのなさが非対称的であれば、そこから容易に共依存という対象支配が生まれる（信田 2009：141-148）。安田は、共依存症の問題を家族そのものが、「私が面倒見なければ成り立たない、自分がいなければ成り立たない」と思い、自分自身で世話を焼いていないと虚しく、自分自身で生きられなくて、世話を焼くことによって、やっと生きている実感が得られるようになってしまう」としている（安田 2013：26）。

認知症ケアの場合、一日中彼らの行動から目を離すことができず、介護のことで頭がいっぱいになり、相手を従属し、支配するケアの関係になりやすく、同時に介護者自身を縛ってしまうこともある。認知症高齢者を支える家族介護者の自分では気づかないうちに、長い時間を共にしている認知症高齢者という親密な他者がいるがゆえに共依存の傾向になりやすく、不適切な介護に向かっている家族介護者もいるだろう。この病理としての共依存の関係をやめるためには、自分の日々の状況を介護者同士に話し合える「場」に参加することが必要である（中島 2007：98-99）という指摘もある。

（2）家族介護者の理想的依存のあり方

ほとんどの家族介護者は支えられてきた立場から支える立場になっている。認知症高齢者を支えている家族介護者の中には、認知症状の特性から自分を見下ろし、自分の要求を否定し、自分の感情を無視するなど、今までの自己を否定される経験をする家族介護者も多い。経済的であろうが、心理・情緒的であろうが、今まで依存してきた家族から依存される側になるという家族関係性の変容が共依存につながっているとみえよう。依存症や共依存症が社会的に構築されるとすれば家族も同様で、家族の意識や役割がゆるやかで、伝統的な期待に束縛されなければ共依存も問題視されなくなるかも知れない（河野 2006：221）。換言すれば、伝統的な期待とは子が親を扶養するだろう当然の期待であり、家族介護者はその規範に束縛されざるを得ないであろう。

共依存の人は、信頼が裏切られて傷つくことを恐れる。信頼感の欠如を乗り越えるには、人に依存した関係とまったく孤立した自分との間にある道を見つける必要がある。その道は「相互依存」と呼ぶ。相互依存の関係をつくるには、「人との距離を測れるということに加え、誰が信頼するに値し、誰がそうではないのかを判断する必要があり、人間関係のバランスを学んで、あたえる人にも受けとる人にもなる必要がある（Kay 1991=2006：119-121）」。また、相互依存は、一方的な依存から始まって、依存的な誰かの世話のために、他の人々と相互依存するようになる（Kittay 1991=2010：12-13）。

「依存」という言葉には二人の個人の間の関係を示す一般概念を表し、最も一般的なのは、一方が他方よりも必要とするものが多く、非対称的で釣合いのとれない関係を説明するものである。また、「依存」という語は、「愛着」などより特殊なカテゴリーに焦点を合わせるほどに狭まっている一方、「相互依存」を含むまでに広がっているとして、愛着は時を経てかなり持続するが、依存は、うつろいやすく他のものに置き換わりやすい。さら

に、最近では、依存の相互行為的で互恵的な、そして社会象徴的な性質をあらわすのに、「相互依存 inter-dependency」という語が用いられるようになって、もっと葛藤を含んだ形の相互依存は、俗に言う「対抗依存 counter-dependency」と「共依存 co-dependency」である」(Frank A1993=1997)。

「共依存」と「対抗依存」について緒方は、Hogg&Frank (1992)による「共依存」を「対抗依存」と関係させて、その成因として「対人関係モデル」を提唱していることに言及し、『共依存』は女性がとりやすい性役割で、『対抗依存』は男性がとりやすい性役割と述べている。「共依存」は「連携」や「連結」を特徴とし、「対抗依存」は「分化」や「分離」を特徴とし、右端の「連結」と左端の「分離」の間には健全なバランスがあり、それを「中間依存 Inter Dependence」という(緒方 1996 : 122)。また、人は自分と他者との機能的な「境界 boundary」を確立しながら、自分の欲求を満足していく。健全な人は、「中間依存」の位置に身を置いて、適度のレベルの「連携」と「分化」の双方をもっている。双方の欲求を満たす健全な方法は、システム的なプレッシャーが長期に続くと使われなくなるとして、性役割の社会化や同胞順位、分化価値などが、個人や家族の感情的な欲求を満足する相互作用に影響するという。つまり、不安定な二者関係に第三者が介入することで双方の欲求が満たされ、「連結」と「分離」に健全なバランスがとれて、適度のレベルの「連携」と「分化」の双方を持つことになる(緒方 1996 : 121-123) 17)。

健全なバランスの「中間依存」は「対人関係モデル」における理想的な依存関係ともいえて、これらの対人関係モデルは<図 1-3-1>のように図形化できる。

一方、「Inter Dependence」は、「相互依存」として捉えられており、吉岡らは、適度な依存の域にある人間関係を相互依存 interdependence と言うが、人間関係に嗜癖することで社会生活が破綻している場合は、共依存症 codependence であり、その人は共依存症者 codependent であると言っている(吉岡ほか 2001 : 12)。

アメリカと日本の比較研究を行った清水も、アメリカの場合日本と異なり、自立 independence、自助 self-help の文化的価値が強調されるゆえに、ヒスパニックの家族文化に見られる単なる相互依存的 inter-dependence な場合でも共依存 co-dependence として問題視される可能性があり、結果的に共依存人口が増えて、共依存的であっても病的ではない人まで治療を受けている可能性を指摘している(清水 2003 : 8)。

また、共依存論やアダルトチルドレン論、機能不全家族論は支持的な反応と同時に懐疑的、批判的な反応も引き出していったと指摘しながら、この種の反発について①アルコール依存症の本人のケアに明け暮れていた妻たち、②フェミニズムの立場からの疑問と反論、

17) 緒方によると、「分化」とは家族から情緒的に自立し、「融合」とは家族から情緒的に自立していない状態を指すとし、結婚する場合お互いにちょうどいい具合の「分化」の配偶者を選択しているという。しかし、二者関係は不安定なので、第三者を介入させて安定させる「三角形」を形成しようとする。その際に、第三者に人間ではなく、<行動>や<物質>が用いられることもある。これを「不安結合メカニズム」と呼び、このメカニズムが働くと「三角形」はより病的になり、「分化」が低下し、「融合」が高まり、家族メンバーは嗜癖なく行動>や<物質>に走るようになる。これらの症状は「親密性」と「同一性」の発達を障害し、それが「共依存」であるという(緒方 1996 : 120-121)。

③具体的で緊急性の高いドメスティック・バイオレンス問題から提起された批判、④相互依存の人間関係を受容する社会文化規範、家族を社会の基本と考える日本の家族意識やこれを体現する家族福祉政策の4つのソースとしてあげている(清水 2003: 11-13)。さらに、「家族関係のうちには、複雑な相互依存関係 interdependencies があり、契約を基礎に置く contract-based アプローチはこれを捉えきれない」と批判されてきた。家族関係の非契約的な側面、相互依存の関係に注目すべきである(齋藤 2005: 165)

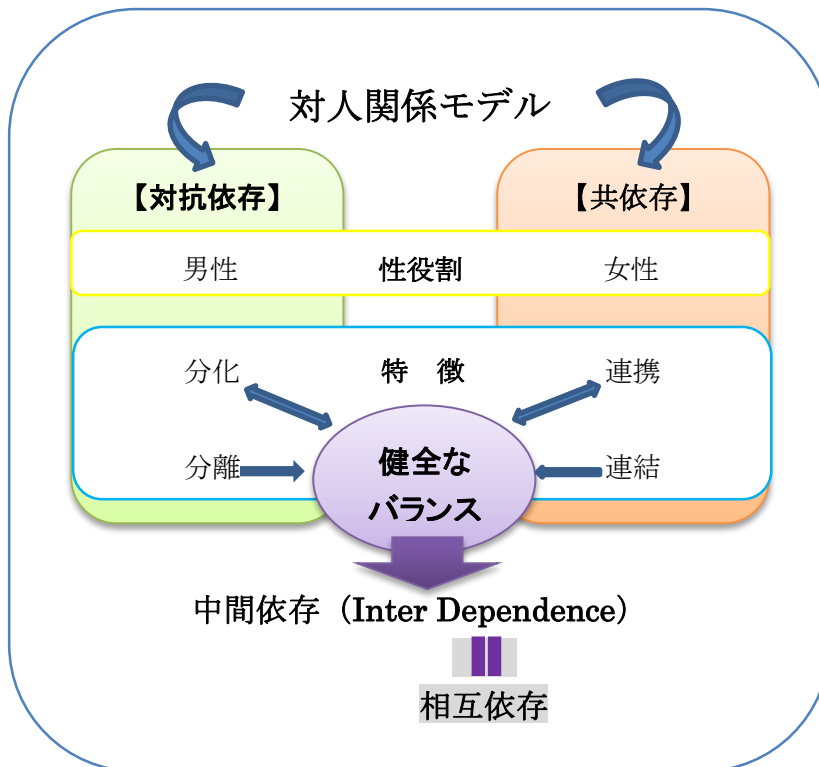


図 1-3-1 対人関係モデル

出典：緒方（1996）「アダルトチルドレンと共依存」、誠信書房、pp.122-123 により筆者作成、
網掛け部分は筆者加筆

他にも相互依存に対するとらえ方はいろいろで、河野は、「お互いに頼り・頼られる関係性のことが相互依存で、問題は人の関係において発生し、よかれ、あしかれ、関係のダイナミズムのなかで意味を持つ」ととらえており(河野 2006: 175)、「他者によって自己の欲求を叶える、あるいは他者によって自己の存在証明をしようとするのが人間関係における相互依存的な態度を意味する」(四戸 1997: 466)。また、「支援-被支援の関係が形成される当初には、被支援者からの求めが顕著であり、ニーズが非支援者側にあることがまず明らかであるとしても、支援がルーチン化、形式化されると、互いの関係性、特に依存する関係性は一方向でなくなるということがある。つまり、相互依存が生じてくる中に『個別ニーズを前提』とすることの再考の必要が見えてくる。構築され常態化した関係性の中に埋没するために、かえって関係性が見えづらくなるという指摘である」(志賀 2013: 12)。

人間関係においては、二人が相互依存の関係で結ばれたとした場合、はじめは同等の立

場だとしても、時間が経つにつれて気質の強い方が相手を支配し、その関係は支配者 (A) と被支配者 (B) の関係へと展開する。その支配は、相手の行動を確認したり、自分に同調させようとする些細なことから始まるが、被支配者 (B) の側からすると非常に窮屈な思いが生じることになる。そこで、(B) はその不快感から脱するために新たな人間関係を求め、別の人 (C) と親しくなる。(A) は、(B) と (C) の関係を許すことができず、ついに (A) と (B) はトラブルになる (緒方 2011 : 4)。

互いに依存したり、依存されたりしながら人間関係に「健全なバランス」をとることが相互依存 *interdependence* である。このバランスのとれていた相互依存は、二者のみの関係を長く続けていくうちにそのバランスが崩れ、人間関係の病理とも言われている共依存の傾向に向かうことになる。つまり、バランスのとれた相互依存を保つことが、家族介護者の健康で問題のない人間関係を保つことにつながるようになるといえる。

共依存は、相手をコントロールしようとする二者関係の嗜癖である。周知のとおり、認知症高齢者を支える家族介護者の場合、認知症高齢者と家族介護者は、介護という行為によって二者関係になりがちで、二者関係に閉じ込められ、介護の密室化を招きやすい。ゆえに、家族介護者は共依存の傾向に陥りやすい。さらに、介護を実践している家族介護者は、自分の共依存の傾向に気づきにくい。そこで、認知症高齢者を支える家族介護者は、認知症と遭遇し、介護という行為によって不安定な二者関係になりやすいため、第三者の介入が重要な鍵になる。つまり、介護や医療関係における専門職の介入によって、認知症高齢者と家族介護者の双方の欲求が満たされ健全なバランスがとれる。それを相互依存という。

認知症高齢者を支える家族の心理・情緒面に着目した多くの研究の中では、介護家族に生じる問題として、心理的不満や健康不安、慢性疲労などは介護者の年齢や家族関係、介護環境を問わず数多く表出しており、介護者の健康には認知症高齢者の症状や家族構成、家族人数なども影響している。特に、認知症高齢者の BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) による影響は大きく、「BPSD が現れるのはたいてい自宅や介護施設で、自宅で介護している家族の多くが認知症の症状への対応方法が分からず、介護負担感を抱えているため、在宅では介護を受ける高齢者のみならず主介護者の介護能力や環境整備状況への把握と、それに合わせた支援がいきわたることが重要となる」(亀口ほか 2014 : 78)。

認知症高齢者の場合は、長期の介護を余儀なくされ、家族介護者は疲労の蓄積によってストレスが高まることは示唆されている。その介護生活は「マラソン」や「先が見えないトンネル」ともいわれ、その対応には、多大のエネルギーが必要となり、家族介護者の心身には不調が生じやすくなる (渡辺 2010 : 7)。家族は日常生活の中に介護を組み込まなければならず、この過程に影響するのがメンバーの特性、家族の歴史、構造、機能で、介護家族の「受容」への移行が円滑にいかない時に家族は介護と一緒に崩壊するか、介護放棄の道を進むことになる (渡辺 2010 : 145)。

また、介護のストレスは、客観的負担や主観的負担という家族介護者の「負担」に概念化されているが、介護をめぐる要因の複雑さやその因果関係及び負担に関する要因の解明

と他の要因との関連を示す理論モデルが課題としてあげられている（中谷 2010：31-32）。在宅で介護を継続していく上で、「認知症が持つ症状への対応とともに、家族の機能や役割分担を考慮に入れた援助方針を立てることが重要」（亀口ほか 2008：159-161）で、認知症高齢者への間接的な支援と家族介護者への直接的な支援という双方向からの視点が必要となる。さらに、家族介護者が介護をしていくうえで認知症の病を理解し、「受容」に至るまで、その過程が多かれ少なかれ心理的変容を経験しており、認知症高齢者の病症の変化やその時の家族の置かれた環境と介護者の心身の状態によって、受容までのプロセスを行きつ戻りつしていること、介護の過程における心理的変容の中でも介護以前からの家族関係が介護の継続意思に影響することが示された（林 2002：67；杉山 2008：52-59；六角 2013：222）。

一方、「認知症介護の過程における混乱とストレスの中から何が要因となって変容が起こるのか明確な知見がない（宮上 2007：10）」ことや「介護について安定していた介護者も、被介護者の症状が進行した際は、再び心理的援助が必要となる（鈴木 2006：392）」ことなどの課題もある。

家族の心理的変容は、介護に対する負の感情や情緒的な喪失感によって、長い間維持してきた親密性に変容をもたらすことになる。介護という局面は、今まで維持できたバランスのとれた親密性が保ちにくくなり、家族の関係性の問題を惹起することになるといえる。現代日本社会に生じる家族問題は、家族の社会的機能が十分に果たされない状況（社会的機能不全）と、家族の個人的機能が十分に果たされない状態（個人的機能不全）、家族に関する価値が実現されない状態（価値観の不適合）の3つに分類でき、家族問題に対するアプローチにも大きな発想の転換が必要になる（山田 2007：53-81）。

天田は、「夫が妻を介護する場合、夫婦双方が役割の共同化とは裏腹に概念化したジェンダーによって〈古い衰えゆくこと〉をめぐる関係性を保持し、反復的に〈親密性〉を形成しようとする。つまり、夫婦がそれぞれジェンダーへと囚われながらアイデンティファイすることの相互依存の結果として〈親密性〉は新たに形成される」としている（天田 2007：365）。親密性が自由な選択によるものになると、家族とされる集団の成員の間で、親密性について差異が生じる可能性もあるとし、成立時は存在していたはずの親密性はその永続性を保障されない。個人は、親密性の形成にも維持にも努力しなければならないとしている（亀口ほか 2014：29）。

家族内での問題は、家族の危機や親密圏の暴力ともみなされていて、介護という場が持っている閉鎖性や密室性の特徴による二者関係の中で孤立すると、不適切な介護が反復・継続することが示唆された（難波ほか 2006：14-16）。また、「日本は社会風潮から社会全体が共依存的志向の強い社会」（吉岡ほか 2001：143）で、親密な家族の世話を焼くことは当然という認識が強く、二者関係の中に孤立しやすい親密な関係の家族介護者が、認知症高齢者を必要とする共依存の傾向に陥りやすい社会といえる。共依存の傾向の大きな要素は支配性で、それは操作的でみえにくい傾向があり、親密な関係への支配性が反映されやすく（河野 2006：40）、親密な関係による「支持（コントロール）する・される」という支配・依存の関係で介入が展開されれば、共依存症の本質的な回復には役に立たないし、

時には暴力という有害でさえあることが示された（斉藤 2005 : 233）。さらに、「共依存は女性がとりやすいパワー表現である」（斎藤 1996 : 69）という斉藤の指摘からも推察できるように、認知症高齢者を支える家族介護者のほとんどが女性で、二人きりの時間も多きことと、介護環境によるストレスの過剰によって共依存の傾向に向かう家族介護者が多くなることが明らかになった。

一方、共依存者の回復のためには、「彼らが属する社会文化的習慣への理解が大変重要で、文化的背景 *cultural context* も考慮しなければならない」（清水 2003 : 247）。家族の一人が病気になれば、家族全員がその病気の影響を受けて、家族全員が今までとは別な形の問題をかかえることになる。そして、本人の病気が長引くと必然的に家族内の問題も解決できず長引くことになる。家族内の「どのような行動が共依存であるのかを確認し合い、それをどのように『行動』として変えていけばよいのかを話し合うことで共依存は回復できる」（吉岡ほか 2001 : 199）。

さらに、「認知症高齢者の身体状態が安定すれば介護者の精神状態も安定するが、共依存関係に対する適切な介入をしない限りそこから派生する事象は消えない」（難波ら 2006 : 15 ; 2007 : 8）ため、家族介護者の声に耳を傾け、見捨てられ感や罪悪感、怒り、苛立ちなどの感情を受容し、共依存傾向にある家族介護者の置かれている環境や心理的境界を明瞭にする一方、専門職からの絶え間ない支援がなければ、不適切な介護は改善しにくく、共依存の回復は難しいだろう。

以上、本章では、認知症高齢者を支える家族介護者に焦点を当てて、家族介護者が経験する心理的変容及び、親密性と認知症高齢者と家族介護者の二者間における親密性の変容について先行研究からまとめることができた。また、家族介護者の病理としての共依存の傾向の概念及び特徴について検討を行い、認知症高齢者と家族介護者の理想的な依存関係のバランスのとれた相互依存についても検討を試みた。次の第 I 部の小括では、第 1 章及び第 2 章の理論研究を踏まえて、認知症高齢者を支える家族介護者の支援並びに心理的支援について考察する。

第 I 部の小括

一 認知症高齢者を支える家族介護者への支援及び心理的支援に向けて

第 I 部では、課題 1 の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」について、認知症と高齢者をめぐる医学的所見及び現状と支援制度の動向を示すとともに、家族介護をめぐる論考と家族介護及び主介護者の変化に対する整理と家族介護者の当事者としての活動をまとめることができた。また、課題 2 の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」について、認知症高齢者を支える家族介護者の心理・情緒面における負担感やストレス、並びに介護の過程の中で経験する心理的変容及び家族介護者の親密性の変容や共依存の傾向をまとめることができた。以下、これらを踏まえて第 I 部を小括する。

1. 認知症高齢者を支える家族介護者への支援

「2025（平成 37）年には認知症の人は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合も約 5 人に 1 人に上昇する見込みである」（厚生労働省 2015）。今後、認知症高齢者は増えていき、介護する家族も増える一方であろう。介護する家族は、「①24 時間気の休まるときのないのが介護で、心身ともに疲労に陥っていること、②家庭生活が混乱してしまうこと、③先行きに大きな不安を持っていること、④身近に適切な相談機関や理解者がなく、孤立無援の思いに陥る」という 4 つの苦しみを抱えていると言われている（高見 2008 : 117-118 ; 岸和田市認知症支援ネットワーク会議 2012 : 22）。この 4 つの苦しみをいかにして取り除くか、あるいは少しでも軽減するかということが「介護家族を支える」ことで、そこで考えられるのが介護の社会化や商品化で、その一つが介護保険制度で、一部ではあるが支援政策として採り入られている。

また、介護する家族も、支えられるためには、「認知症を恥じないで隠さないことや『助けて』と声を出すこと、介護体験を語ること、制度利用を遠慮しないこと、希望や意見を率直に述べることなどが必要である」（高見 2008 : 132-134）という意見もあり、「認知症の人と家族の会」や「日本ケアラー連盟」のような当事者組織が家族介護者の負担感やストレスを軽減し、体験を共有する場として全国的かつ地域の中で活動している。また、当事者組織の活動は、「介護に対する知識や情報源としての機能に加え、心理的なサポート機能も重要視されている」（宮上 2004 : 333）ことが示された。「家族を支えることが認知症者を支えることにつながる」（本間ほか 2013 : 223）といわれているように、家族の介護負担やストレスを解消し、家族が在宅介護を継続していく力を活性化することが認知症の人を支えることにつながる。

一方、新しい政策の導入やケア理念の普及の中でも、認知症高齢者のその人らしさを保つためには介護者の「献身的介護」（伊東ほか 2013 : 46-47）が求められているが、現在のケアマネジメントはすべての利用者に対して有効に機能するわけではなく、従来の家族と女性への介護負担の偏りを解消する兆しは見えない状況である。また、家族が抱える困難

にもフォーカスが当たることはなく、家族の負担感やストレスは、むしろ、強化される側面すら持っているという指摘もあって（荒井 2008 : 122-123 ; 春日 2011 : 33）、在宅で介護していくなら、少なくとも施設ケアの基本的機能を在宅ケアが代わって担わないと「家族介護」の介護負担は避けられず、地域ケアの推進もないという指摘もある（太田 2003 : 208 ; 217）。さらに、介護の過程におけるプロセスの段階ごとに異なった援助が求められていて、家族のたどるプロセスから目を離さず、家族が必要とするときに必要な支援が利用できるように介護保険によるサービスをはじめとするフォーマルサービスに加え、インフォーマルサポートの活用を視野に入れた支援策と家族がもっている力に働きかけていく支援策が必要であるとの指摘もある（北ほか 2008 : 158 ; 笹谷 2008 : 61-62 ; 橋本 2011 : 217）。加えて、家族を支援する家族会への支援も必要とする現状で、家族を支える地域の社会資源として家族の会がその役割を果たすためにも、家族会の運営支援が重要な課題になるという意見もある（伊東ほか 2013 : 66）。

認知症の人と家族介護者のニーズに答えるために生み出された支援策の一つが介護保険制度ともいえる。しかし現状では、家族介護者にとっての介護負担は昔と変わらない状態で、介護保険制度の実施並びに改正は、認知症の人への支援策の中に一部採り入れられているものの、具体的な支援策への取り組みはなされておらず、二次的な支援にとどまっているといえる。

2. 認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援

認知症高齢者を介護している家族は、認知症によって現れるさまざまな症状にとまどい、対応の難しさなどから身体的・精神的に大きな負担を感じている。その中で、周りからつらさを理解してもらえなかったり、介護の仕方を批判されたりすると非常に強いストレスとなる。また、家族は、親密な関係の愛情や愛着、甘えといった独特な心理・情緒面による結びつきに支えられているといわれているが、その独特な心理・情緒的結びつきから、逆に離れられなくなる傾向になり、以前から維持してきた親密性のバランスを失い、嗜癡的な関係の共依存傾向につながるともいえる。

こうした独特な心理・情緒面の結びつきによる共依存的関係の介護場面では、常に何らかの問題を内包しており、家族の誰かが危機を抱えると家族全体がその危機に影響を受ける。危機を家族で解決できると、家族の問題解決能力を向上させ、家族内の安定につながり、家族の自立に役立つ（辻村 2010 : 12）。したがって心理的支援を考えた場合、日常生活自立への援助の機能をふまえ、自己同一性の確立へ働きかけることが重要で（高崎 1989 : 435）、介護者の心理がある状態からある状態へ移行するという、家族の心理的変容の過程をしっかりと観察し、各心理的変容の時期に合う支援の内容を考える必要がある。

また、家族介護者が認知症高齢者を介護する前提には、援助や奉仕という認識を伴っており、認知症高齢者や他の家族から認められないことや介護以前からの親密性のバランスが失われていることも介護問題につながることを示された。介護をする人も介護を受ける人もその人らしく安心して暮らせるために、介護の場面におかれた家族の関係性への再構

築及び介護問題の予防や早期発見が重要で、そのためには他の家族や専門職の協力と支援の介入が必要である。また、社会全体が介護家族を見守り、共に暮らしていきけるような支援のあり方が求められている。

さらに、共依存の傾向から脱出することも重要であるが、「家族の力だけでは共依存の傾向から抜けることは困難で、特に世間体を保つために家族の中で自分や相手を守り通そうとすることはますます共依存を強めることになる。共依存から脱出するためには家族の外からの力が必要である（香山 2010：13）。」また、共依存の傾向に陥る前に、共依存の傾向に陥らないための支援の介入が必須で、介入方法や介入時期を導き出すことも必要である。家族介護者も、共依存の傾向によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域の介入を受け入れる必要がある。前述のように、家族は互いに依存し、依存されながら家族内の人間関係にバランスがとれる。そのバランスがとれた依存関係が「バランスがとれた相互依存 **Balanced Interdependence**」で、このバランスがとれた相互依存を保つことが、家族介護者の健康で問題のない人間関係を保つことにつながるだろう。

以上、理論研究によって、課題 1 の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」及び、課題 2 の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」について小括した。しかし、認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向におけるメカニズムはそれぞれ、多くの研究者によって解明されつつものの、その実証研究は質的研究がほとんどで、量的研究は少ない。また、家族介護者の介護の過程全体における心理的変容をはじめとするそれぞれの位置づけと構造化にまでは至っていない。したがって、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容への構造化が必要である。そこで第Ⅱ部では、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点を当てた実証研究について述べる。

第Ⅱ部 実証編—認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容

第Ⅱ部では、課題 3 の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」と課題 4 の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」のために、主観的観点の家族介護者と客観的観点の専門職を対象とする調査研究から、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方を論じるために、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容を析出し、親密性と共依存に着目した心理的変容との関係を明らかにすることを目的に行った調査研究について述べる。

第 3 章では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の心理的ステップを切り口に、介護の過程における心理的変容とサービスの利用状況及び家族介護者の親密性と共依存との関係を明らかにするため、家族介護者の主観的観点による量的研究によって仮説の検証を行い、質的研究によって家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

第 4 章では、専門職からみた家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切り口にする心理的変容についてサービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存との関係を明らかにする。そのため、専門職の客観的観点から量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

第 3 章 家族介護者のサービス利用と心理的変容—介入時期・内容と親密性・共依存の関係

本章では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の心理的ステップを切り口に、介護の過程における心理的変容とサービスの利用状況及び家族介護者の親密性と共依存との関係を明らかにするため、家族介護者の主観的観点による量的研究によって仮説の検証を行い、質的研究によって家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

そのために、まず、家族介護者と専門職を対象に 2010 年から 2012 年に実施した量的研究及び質的研究について研究の方法論としての位置づけと、各研究における目的及び対象、方法、分析方法と各研究の内容について示す。

なお、各調査研究における結果〈資料 2〉の詳細及び単純集計〈資料 3〉の結果は資料編にまとめている。

第1節 本研究における方法論としての位置づけ

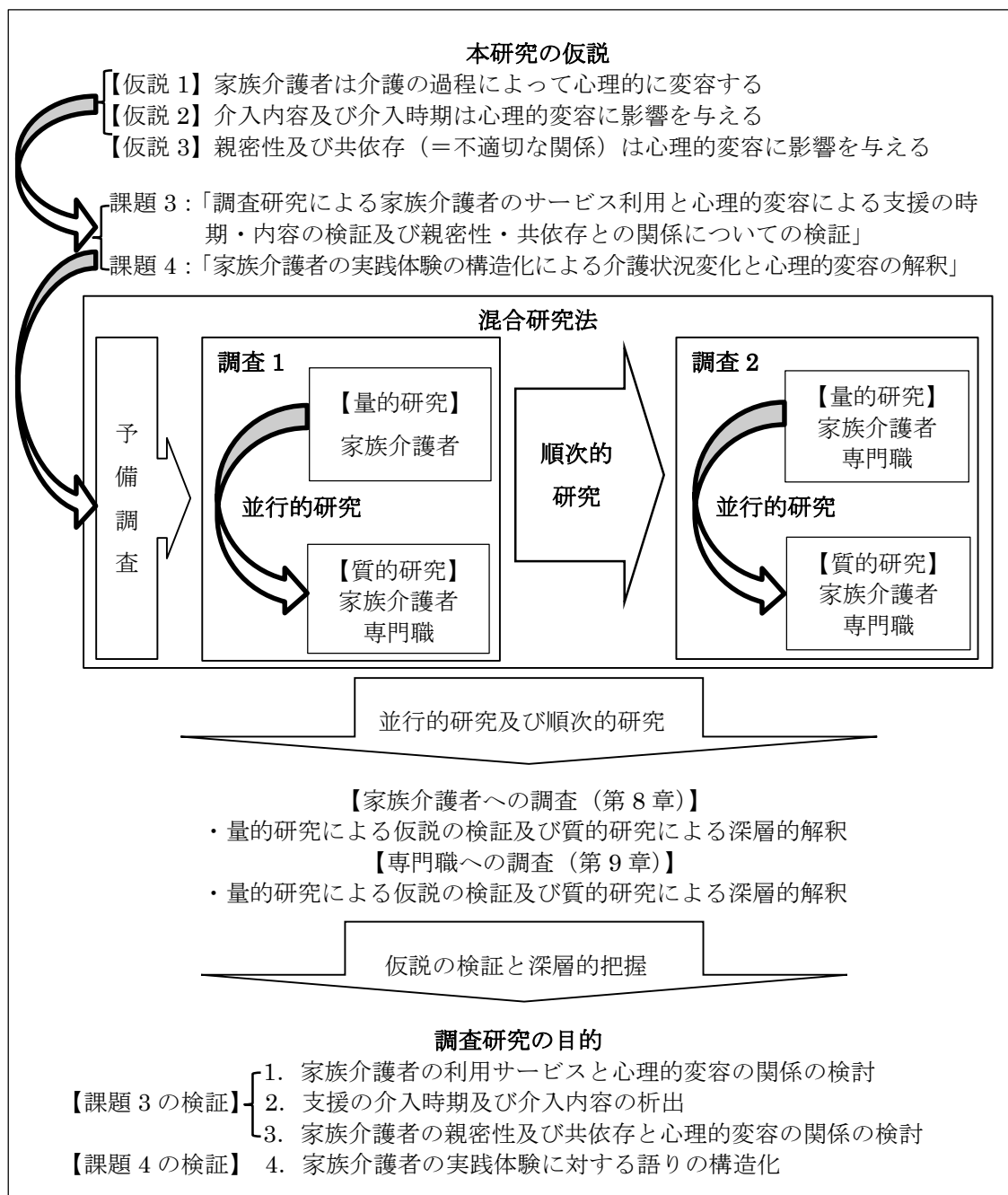


図 2-1 調査研究における方法論としての位置図

認知症高齢者を支える家族介護者の支援を考える際、家族介護者一人ひとりの介護の過程における認知症高齢者との関係や経験のみならず、心理的側面の変容に着目することが大切である。また、対人援助における近年の研究動向は、量的研究によるエビデンスの証明と研究対象に対する意味や体験など質的側面を理解する質的研究を組み合わせる混合研

究法 *mixed method* が注目されている (Creswell at al., 2010 ; 高木 2011 ; 寺下 2011)。

混合研究法デザインには、並行的 *concurrent* あるいは、順次的 *sequential* の 2 つの方法に分類され、調査研究者が量的及び質的研究手法の両方を実施する。並行的方法は、量的及び質的データが (だいたい) 同じ時期に収集され、分析され、そして解釈される。調査研究者が 1 つのタイプのデータをもう 1 つのタイプのデータを使用する前に使いながら (収集し分析しながら)、明確に 2 つのフェーズに分けて研究手法を実施する。順次的方法は、調査研究者が量的データを収集し分析することからはじめて、続いて質的データを収集し分析するように選定するもので、反対の方法も可能である (Creswell at al., 2010 : 88 ; 抱井ほか 2011)。

そこで、研究の方法論として量的研究法と質的研究法を組み合わせ、並行的混合研究法と順次的混合研究法を繰り返し行った。家族介護者及び専門職を対象に量的研究法 (横断研究¹⁾) によって数量的に実証し仮説の検証を試みて、質的研究法によって口頭データ及び記述データから家族介護者の支援について深層的な把握を試みた。本研究における方法論としての位置づけを図に示すと<図 2-1>のようである。

¹⁾ 横断研究 *cross-sectional method* は、年齢の異なる集団に対して実験や調査を行ない、年齢以外の要因をできる限り統制して各年齢群を比較する。比較的短時間に多くのデータを得ることができ、費用や労力などは少なくすむ。しかし同一対象者を追跡してはいたないため、発達の連続性や安定性を明示することはできない。一般的に、相対的に負担の少ない横断研究が用いられることが多い。縦断的研究法では、同一被験者を対象に逐次的に取ったデータを分析・解釈を行うものである。この方法は、発達のプロセスを詳細に検討することができる。しかしその際の時間的・経済的・労力的負担から実際の研究で使用される割合は低い。一方、横断的研究法は、すでに異なる段階のある被験者から得たデータを分析・解釈するもので、短期間に多量のデータを収集できるメリットのため数多くの研究で使用されている。しかし間接的でコホート要因が反映されないデメリットがある (和田ほか 2001 : 77-84)。

1. 調査研究の概要

本研究における調査研究は、第 1 節で述べた研究方法論を踏まえて、家族介護者の主観的観点と専門職の客観的観点から、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方について論じる。

そのために、「介護の過程によって心理的に変容する」という仮説①と、「介入内容及び介入時期は心理的変容に影響を与える」という仮説②、「親密性及び共依存（＝不適切な関係）は、心理的変容に影響を与える」という仮説③の 3 つの仮説について〈図 2-2〉、当事者の家族介護者と支援者の専門職に分けて、量的研究〈調査 1・調査 2〉から仮説の検証をはかり、課題 3 の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」を試みる。

また、質的研究の〈調査 1・調査 2〉から、家族介護者の介護の過程におけるサービス利用と心理的変容について深層的に探ることで、課題 4 の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」を試みる。

以下、各調査研究における目的や対象、方法及び分析の目的、対象、方法について述べた後、調査ごとの関係についても述べる。

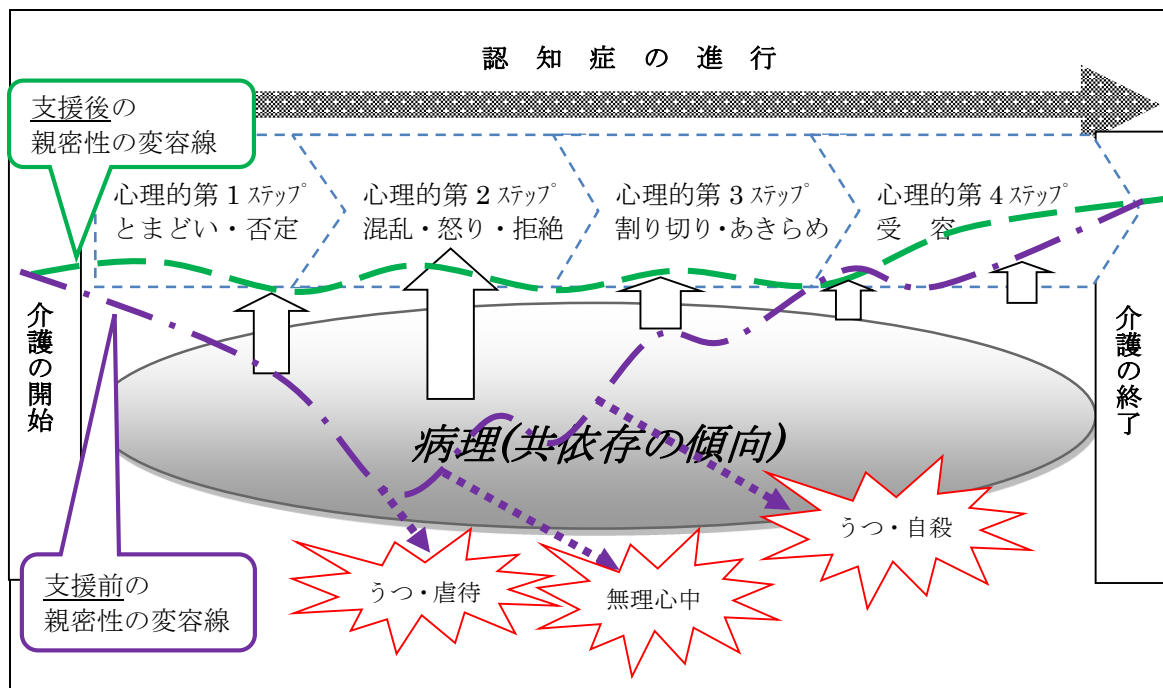


図 2-2 研究の仮説図²⁾

*心理的ステップは、杉山（2007）『杉山孝博 Dr.—認知症の理解と援助』、クリエイツかもがわを参照・引用。

²⁾ 家族介護者は、介護の開始から終了まで、様々な生活環境の変化とともに心理的にも変容を経験するといわれている。その中でも介護の開始と終了までの間に親密性に変容が生じ、共依存の傾向に陥りやすく、うつや虐待、無理心中、自殺といった深刻な介護問題に結び付くと想定される。このような介護問題は、心理的変容及び親密性と共依存の傾向の時期に適した内容の支援を入れることで、介護の最期を迎えることができると思われる。＜図 2-2＞の研究の仮説図はこれらを図形化したもので、「支援前の親密性の変容線」は、適した支援を受けられないことで、共依存の傾向に陥り介護問題につながることを表しており、「支援後の親密性の変容線」は、適した支援によって、介護の終了まで円滑に移行できることを表している。

2. 量的研究の概要

—エビデンス・ベースド・アプローチ（実証主義的視点）による検討

（1）量的調査の方法

当事者である家族介護者の主観的観点による量的研究及び、支援者である専門職の客観的観点による量的研究の目的及び対象、期間、方法は、〈表 7-1〉のとおりで、調査票は自記式無記名調査用紙を用いて郵送調査を実施した。調査票の発送は、調査者と調査協力団体及び施設と一緒に発送作業を行い、調査協力先に封をした調査票を返送・回収し、調査者が受け取る方法を用いた。

（2）量的調査の内容

1) 家族介護者の量的調査内容

調査内容は、対象の家族介護者と被介護者の基本情報のほか、サービスの利用状況、心理的ステップを切り口とする家族介護者の心理的変容と家族介護者の親密性及び共依存に対する項目で構成した。調査内容の詳細は以下のようで、一覧表を〈表 7-2〉の「家族介護者」に示した。

①対象者の基本情報

対象者の基本情報は、家族介護者本人の性別、年齢、職業の有無、介護年数、介護時間、家族構成、居住形態、現在の健康状態、不安や悩みの話し相手、認知症になる前と今の関係で構成し、被介護者の認知症高齢者の性別、年齢、家族介護者との関係、要介護度で構成した。

②サービスの利用と心理的変容

i サービスの利用状況

家族介護者のサービス利用は、現在利用しているサービスの状況について複数回答とし、サービスの利用時間を「訪問・通所型介護は1週間の平均利用時間、短期入所介護は1年間及び1ヶ月間平均利用日数（時間・日）」に分けて質問項目として構成し、サービスの利用希望、利用サービスの紹介経路に構成した。

ii 家族介護者の心理的変容

家族介護者の心理的変容は、杉山（2007）による心理的ステップを切り口としている。家族介護者の主観的観点から現在の心理的ステップとサービスを利用し始めた時期の心理

的ステップ（以下、初期の心理的ステップと表記）について回答を求めた。また、各心理的ステップになった時期と心理的ステップごとに利用し始めたサービスやそのサービスの効果について複数回答を求めた。なお、心理的ステップは質問紙の中に提示し、調査対象者本人によって各ステップの範囲を前提に回答するようにした。

③親密性及び共依存

家族介護者の親密性は、山崎ら（2002）による「親子関係の親密さ尺度」のうち、「親密性」をはかる18項目を選択して用いた。また、家族介護者の親密性について、親密性の変容を検討するために介護前の親密性と現在の親密性に分けて構成した。さらに、家族介護者の共依存は、四戸（1997）による「共依存尺度」18項目を用いて作成した。

家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度それぞれの質問に対する回答は、＜調査1＞では、「1点：そう思う」「0点：そう思わない」の2件法の形式となっており、＜調査2＞では、「5点：とてもそう思う」「4点：そう思う」「3点：どちらでもない」「2点：そう思わない」「1点：まったくそう思わない」の5件法の形式に家族介護者に回答を求めた。

なお、家族介護者の親密性及び共依存の尺度について、依頼先の社会福祉法人で設けられた調査委員会にて尺度の言葉や表現を見直した。

④家族介護者の自由記述

家族介護者を対象にサービスの利用理由、心理的ステップごとの利用サービスの効果、介護生活の不安な事、家族介護者支援の時期及び内容について意見を求めた。

2) 専門職の量的調査内容

調査内容は、対象の専門職と利用者の基本情報のほか、サービスの利用状況、心理的ステップを切口とする利用家族介護者の心理的変容と利用家族介護者の親密性及び共依存に対する項目で構成した。調査内容の詳細は以下のようで、一覧表を＜表 7-2＞の「専門職」に示した。

①対象者の基本情報

対象者の基本情報は、専門職本人の性別、年齢、資格関係、従事年月、勤務時間で構成し、利用者の性別、年齢、自立度、要介護度、家族構成で構成した。

②サービスの利用と心理的変容

i サービスの利用状況

利用者のサービス利用は、現在利用しているサービスの状況について複数回答とし、サービスの利用希望、利用サービスの紹介経路に構成した。

ii 家族介護者の心理的変容

家族介護者の心理的変容は、杉山（2007）による心理的ステップを切り口としている。専門職の客観的観点から初期の心理的ステップと、心理的ステップごとに利用し始めたサービス及びそのサービスの効果について複数回答を求めた。なお、心理的ステップは質問紙の中に提示し、調査対象者本人によって各ステップの範囲を前提に回答するようにした。

③親密性及び共依存

家族介護者の親密性は、山崎ら（2002）による「親子関係の親密さ尺度」のうち、「親密性」をはかる価値観の親密 7 項目と関係性の認知の親密 11 項目の 18 項目を選択して用いた。また、家族介護者の共依存は、四戸（1997）による「共依存尺度」18 項目を用いて作成した。各質問は、調査対象者本人によって客観的観点から回答するようにした。

家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度それぞれの質問について「5 点：とてもそう思う」「4 点：そう思う」「3 点：どちらでもない」「2 点：そう思わない」「1 点：まったくそう思わない」の 5 件法の形式で専門職に回答を求めた。

なお、家族介護者の親密性及び共依存の尺度について、依頼先の社会福祉法人で設けられた調査委員会にて尺度の言葉や表現を見直した。

④専門職の自由記述

専門職を対象に、心理的ステップごとの利用サービスの効果、利用者支援の課題、支援の介入に対する意見、家族介護者支援の時期及び内容、認知症高齢者の在宅生活の限界について意見を求めた。

表 2-1 量的研究の概要

区分	8章（家族介護者の量的調査編）		9章（専門職の量的調査編）
	調査1	調査2	
調査目的	当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の心理的ステップを切り口に、介護の過程における心理的変容とサービスの利用状況及び家族介護者の親密性と共依存との関係を明らかにする		専門職からみた家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切り口にする心理的変容についてサービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存との関係を明らかにする
調査対象	M市認知症の人を介護している家族会の会員 462人	H市U施設の在宅サービスを利用している家族介護者 361人	J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人が担当している高齢者 454人
調査期間	2010年5月15日 ～2010年5月28日	2012年5月7日 ～2012年5月28日	2012年5月7日 ～2012年5月28日
調査方法	自記式無記名調査用紙を用いて郵送調査を行った。調査票の発送は、調査者と家族会の会員が作業を行い、封をした調査票を家族会宛に返送・回収し、調査者が受け取る方法を用いた。	自記式無記名調査用紙を用いて郵送調査を行った。調査票の発送は、調査者と対象者の名簿を管理している協力先の施設と行い、封をした調査票を協力先に返送・回収し、調査者が受け取る方法を用いた。	自記式無記名調査用紙を用いて郵送調査を行った。調査票の発送は、調査者と対象者の名簿を管理している協力先の施設と行い、封をした調査票を協力先に返送・回収し、調査者が受け取る方法を用いた。

表 2-2 量的研究の内容(質問項目)の一覧表

質問項目		家族介護者		専門職
区分	項目	調査 1	調査 2	本調査
介護者及び専門職の基本情報	性別	○	○	○
	年齢	○	○	○
	仕事の有無もしくは保持資格	○	○	○
	介護年数もしくは従事年数	○	○	○
	一日もしくは一週間平均介護(従事)時間	○	○	○
	介護人数もしくは担当被介護者	○	○	×
被介護者の基本情報	性別	○	○	○
	年齢	○	○	○
	続柄	○	○	×
	要介護度	○	○	○
	認知症の症状度もしくは自立度(現在)	×	○	○
家族状況	家族構成	○	○	○
	同居の有無	○	○	×
	介護のための転居状況	○	○	×
サービス利用状況	現在の利用サービス	○	○	○
	サービス利用の希望	○	○	○
	利用サービスの紹介経路	○	○	○
	サービスを利用しない理由	○	×	×
心理的変容(心理的ステップ)	現在の心理的ステップ	○	○	○
	初期の心理的ステップ	○	○	○
	初期の心理的ステップになった時期	○	○	×
	初期の心理的ステップ 毎の利用サービス	○	○	○
	初期の心理的ステップ で効果的だったサービス	○	○	○
	初期の心理的ステップ で役に立たなかったサービス	○	×	×
その他	介護者の健康状態	○	○	×
	介護不安や悩みの相談相手	○	○	×
	認知症高齢者と家族の関係	○	×	×
親密性	親密性(初期)	○	○	×
	親密性(現在)	○	○	○
共依存(現在)		×	○	○
自由記述	サービスの利用理由	×	○	×
	心理的ステップごとの利用サービスの効果	○	○	○
	介護生活の不安な事	×	○	×
	利用者支援の課題	×	×	○
	支援の介入に対する意見	×	×	○
	支援の時期と内容	○	○	○
	在宅生活の限界	×	×	○

3. 質的研究の概要

—現象学的アプローチ（解釈主義的視点）による検討—

（1）質的調査の方法

当事者である家族介護者の主観的観点及び支援者である専門職の客観的観点による質的研究の目的及び対象、期間、方法は、＜表 2-3＞のようで、時期の異なる＜調査 1＞と＜調査 2＞の 2 回を実施している。＜調査 1＞の質的研究のケース数が少ないことと、量的研究によるサービスの利用や親密性及び共依存が心理的変容に影響を与えるという結果を踏まえて、介護サービスを利用している認知症高齢者を支える家族介護者に対象を絞って＜調査 2＞の質的研究を実施した。

質的調査は、半構造化面接 **semi-structured interview** によるインタビューの方法を用いて、調査協力者が望む時間・場所（自宅・施設の相談室など）で面接を行った。半構造化面接によるインタビューは、調査目的であることを告げ、すべての調査協力者に録音を取ることについて同意を得た上で実施し、後に逐語録を書き起こした。面接時間は 40 分～2 時間で、平均 1 時間 20 分であった。

表 2-3 質的研究の概要

区分	8 章（家族介護者の質的調査編）		9 章（専門職の質的調査編）	
	調査 1	調査 2	調査 1	調査 2
調査目的	当事者である家族介護者の主観的観点及び支援者である専門職の客観的観点から、介護の過程の中での体験やサービスの利用状況と心理的変容との関係に対する意識を明らかにすることで、認知症高齢者を支える家族介護者への支援のあり方の考察につなげることを目的とする。			
調査対象	①O 市、②P 市、③Q 市の認知症高齢者を支える家族介護者 3 人	H 市 U 施設の在宅サービスを利用している家族介護者 12 人	①M 市、②P 市、③Q 市の専門職（介護支援専門員）3 人	①Z 市及び②J 市の専門職（介護支援専門員）3 人
調査期間	①2011 年 3 月 4 日 ②2011 年 11 月 27 日 ④2011 年 11 月 29 日	2012 年 9 月 11 日 ～10 月 12 日	①2010 年 11 月 20 日 ②2011 年 11 月 28 日 ③2011 年 12 月 1 日	①2012 年 9 月 17 日 ②2012 年 11 月 9 日 ～11 月 28 日
調査方法	半構造化面接によるインタビューの方法を用いて、対象者が望む場所（自宅・施設の相談室など）で面接を行った。半構造化面接によるインタビューは、録音を取ることについて同意を得た後に実施し、データの信頼性を高めるための面接時の留意事項として、対象者が語ったもののすべてを分析対象とした。			

(2) 質的調査の内容

インタビューは、当事者の家族介護者と支援者の専門職の立場が違うことを考慮し、それに準ずる質問内容にした。あらかじめ、ある程度の質問項目を設定して臨んだが、基本的には回顧的質問によって、調査協力者自らの経験を振り返り、遡及的に意味づけを行いつつ語る形式のケア・ストーリーとして自由に語ってもらうようにした。

1) 家族介護者の質的調査内容

当事者の家族介護者には、調査協力者の家族介護者と認知症高齢者に対する基本属性について尋ねた後、介護前の関係や介護の開始から現在に至るまでの経験とサービスの利用及びサービスの利用による変化、家族介護者への支援など、介護の過程の中での家族介護者のサービスの利用と心理的変容に焦点をあてて、家族介護者の主観的観点から語ってもらった。

2) 専門職の質的調査内容

支援者の専門職には、調査協力者の専門職と担当している認知症高齢者及び家族介護者の基本属性について尋ねた後、家族介護者の介護の過程の中でのサービスの利用と心理的変容に焦点をあてて、専門職の客観的観点から事例を語ってもらった。

4. 調査研究の分析

前述のように、本研究における調査研究は、家族介護者と専門職に分けている。家族介護者は、量的研究<調査1>・<調査2>から仮説の検証を、質的研究<調査1>・<調査2>から、家族介護者の意識を深層的に探るために調査研究を行った。また、専門職は、量的研究による仮説の検証を、質的研究<調査1>・<調査2>の客観的観点による家族介護者の意識を深層的に探るために調査研究を行った。分析には、家族介護者の介護の過程の中での経験や意識、目的に焦点をあてて、コミュニティ福祉学の視点より分析を行った。以下に本研究における調査研究の分析方法について述べる。

(1) 量的研究の分析

量的研究の数量的データにおける分析には、SPSSver.19 及び Amos ver.20 を用いて、自由記述の分析には、質的研究で用いられる Berelson 内容分析法（舟島 1999 : 42-53）を参考に分析を行った。本研究は、家族介護者と専門職ともに、現在介護をしていることを前提としており、調査票の回答についても既に介護を終えた対象者は基本属性と家族介護者の支援に対する自由記述のみに回答を求めた。量的研究における分析の目的及び対象、方法等の概要を<表 2-4>と<表 7-5>に示しておいた。

(2) 質的研究の分析

質的データの分析は、家族介護者の介護の過程の中での経験や意識、目的に焦点をあてて、語り全体を丁寧に読み直すことを繰り返して行った。また、分析の基本となる調査協力者の基本属性を検討した後、逐語録からケア・ストーリーのデータを収集し、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを記述した。

分析には、二つの分析手法を用いて行っている。一つは、フィールドテキストから家族介護者の介護の過程における「介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容」を把握し、支援の介入内容と時期の検討をするため、介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容に対する表現であると考えられる文脈について、介護状況変化の **time-point** を設定して、対象者別に検討を行った。もう一つは、家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味について構成要素を抽出し、科学的な言語による構造化を図るために、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを何度も読み返し、意味のある単位を抽出し、意味を統合して構造を導いていく Giorgi (1975 ; 1979 ; 2009=2013) と Parse (1985 ; 1998=2004) による「現象学的アプローチ」の手法を用いて行った。

質的研究における分析の目的及び対象、方法等の概要を<表 7-6>に示した。

表 2-4 量的調査分析の概要【家族介護者編】

区分	分析目的	分析対象	分析方法
第3章 家族介護者編	第3章1節の1 家族介護者の主観的観点から、介護の過程の中でのサービスの利用状況と心理的変容の関係を明らかにして、支援の介入時期及び介入内容の析出を目的とした。	<調査1>はM市認知症の人を介護している家族会の会員121人(有効回収率70.3%)を分析の対象とした。 <調査2>はH市U施設の在宅サービスを利用している家族介護者104人(有効回収率73.8%)を分析の対象とした。	各設問項目の基本統計量を算出した後、被介護者の続柄と要介護度を説明変数に、①現在利用しているサービスの利用状況と、②訪問・通所型介護の1週間平均利用時間及び短期入所介護の1年間平均利用日数を目的変数として χ^2 検定を行った。また、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップに対応のあるt検定を行った後、介護を始めてから各心理的ステップになった時期について χ^2 検定を行った。さらに、①初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと②初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスについて χ^2 検定を行った。その後、現在の心理的ステップを目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。
	第3章1節の2 家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について、その信頼性と妥当性の検討を行った後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにすることを目的とした。		家族介護者の親密性と共依存に関する家族介護者の意識について単純集計を行った後、家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について、Varimax回転を採択し、因子分析を行った。その後、Cronbachの α 係数による信頼性(内的一貫性)の検証と、因子分析の結果から見いだされた下位尺度の因子得点について因子間相互相関を行った。また、因子構造の妥当性を確かめるために確認的因子分析を行い、因子分析から見いだされた介護前の親密性と現在の親密性の下位因子について対応のあるt検定を行った。さらに、心理的ステップを切り口とする心理的変容と、親密性及び共依存の下位因子について、共分散構造分析によるパス解析を行った。
	第3章1節の3 家族介護者の主観的観点による自由記述の分析を行い、認知症高齢者を支える家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見を把握することを目的とした。	<調査1>はM市認知症の人を介護している家族会の会員のうち、自由記述の回答が得られた(介護を終えている家族介護を含む)149人(有効回収率90.3%)について分析を行った。 <調査2>はH市U施設の在宅サービスを利用している家族介護者のうち、自由記述の回答が得られた89人(有効回収率63.1%)について分析を行った。	自由記述回答から家族介護者の支援の時期及び内容についてその意見を把握するため、質的研究で用いられるBerelson内容分析法(舟島1999:42-53)を参考に分析を行った。まず、意味がとおる最小の単位を文脈単位として区切り、これをコード化した。次に、コード化された類似の内容をまとめてサブカテゴリーとし、類似したサブカテゴリーをまとめてカテゴリー化した。

表 2-5 量的調査分析の概要【専門職編】

区分	分析目的	分析対象	分析方法
第4章 専門職編	第4章1節の1 専門職の客観的観点からみた、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中でのサービスの利用状況と心理的変容の関係を明らかにし、支援の介入時期と介入内容の析出を目的とした。	J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人が担当している高齢者454人のうち、認知症高齢者219人（有効回収率48.2%）を分析の対象とした。	各設問項目の基本統計量を算出し、利用者の家族関係と要介護度を説明変数に、現在利用しているサービスの利用状況を目的変数として χ^2 検定を行った。また、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップに対応のあるt検討を行った。さらに、①初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと②初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスについて χ^2 検討を行った。その後、心理的変容と利用サービスの関係性を把握するために、現在の心理的ステップを目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。
	第4章1節の2 客観的観点から、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中での心理的変容と親密性及び共依存の関係について把握するため、家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について信頼性の検討を行った後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにすることを目的とした。		親密性及び共依存のそれぞれについて、家族介護者の親密性と共依存に関する家族介護者の意識について単純集計を行った後、因子分析（重みなし最小二乗法、Varimax回転）を行った。その後、Cronbachの α 係数による信頼性（内的一貫性）の検証と下位尺度の因子得点について因子間相互相関を行った。さらに、心理的ステップを切り口に親密性及び共依存について共分散構造分析によるパス解析を行った。
	第4章1節の3 専門職の客観的観点による自由記述の分析を行い、専門職の家族介護者への支援の時期及び内容に対する意見を把握することを目的とした。	J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人のうち、自由記述の回答が得られた17人（有効回収率100%）を分析の対象とした。	質的研究で用いられるBerelson内容分析法（舟島1999：42-53）を参考に分析を行った。まず、意味がとおる最小の単位を文脈単位として区切り、これをコード化した。次に、コード化された類似の内容をまとめてサブカテゴリーとし、類似したサブカテゴリーをまとめてカテゴリー化した。

表 2-6 質的調査分析の概要【家族介護者編及び専門職編】

区分	分析目的	分析対象	分析方法
第3章2節 家族介護者編	<p>家族介護者の介護の過程における介護状況の変化とサービス利用及び心理的変容の全体を把握し、支援の介入内容と介入時期を検討することを第1目的として、家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味について構成要素を抽出し、科学的な言語に構造化することを第2目的とした。</p>	<p>当事者である家族介護者15人を対象とした。分析の対象者は、調査時期によって<調査1>における調査協力者の3人と、<調査2>における調査協力者の12人に分けて記述されているが、調査協力者が認知症高齢者を支えている、もしくは、支えていた家族介護者であることと、調査内容に差異がないことから分析の際には区別していない。また、調査協力者の中には被介護者の認知症高齢者の入所や死亡等により、現在介護から離れている人もいるが、回顧的質問の方法を採択していることから分析上は区別していない。</p>	<p>分析には、家族介護者の介護の過程の中での経験や意識、目的に焦点をあてて、語り全体を丁寧に読み直すことを繰り返して行った。また、分析の基本となる調査協力者の基本属性を検討した後、逐語録からケア・ストーリーのデータを収集し、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを記述した。</p> <p>分析には、二つの分析手法を用いて行っている。一つの分析手法は、フィールドテキストから家族介護者の介護の過程における「介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容」を把握し、支援の介入内容と介入時期の検討をするため、介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容に対する表現であると考えられる文脈の記述について、介護状況変化のtime-point（以下、time-pointと表記）を設定して、対象者別に検討を行った。なお、time-pointの設定は、天田（1999；2007）の論文を参考にして、心理的変容の命名は、杉山（2007）による心理的ステップを参考にした。もう一つの分析手法は、家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味について構成要素を抽出し、科学的な言語による構造化を図るために、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを何度も読み返し、意味のある単位を抽出し、意味を統合して構造を導いていくというGiorgi（1975；1979；2009=2013）とParse（1985；1998=2004）による「現象学的アプローチ」の手法を用いて行った。</p>
第4章2節 専門職編	<p>支援者である専門職の客観的観点からみた、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的状況及び家族介護者への支援について、専門職の実践体験に関する語りから本質的な意味を抽出し、科学的な言語の構造化を図ることを目的とした。</p>	<p>支援者の専門職6人を対象とした。分析の対象者は、調査時期によって<調査1>における調査協力者の3人と、<調査2>における調査協力者の3人に分けて記述されているが、調査内容に差異がないため、分析の際には区別していない。</p>	<p>分析には、支援者である専門職の経験や意識、目的に焦点をあてて、語り全体を丁寧に読み直すことを繰り返した。分析の基本となる調査協力者の基本属性を検討した後、すべての逐語録のうち、専門職の観点から見た家族介護者のサービス利用と心理的状態に対する表現と考えられる文脈の記述について分析を行った。また、逐語録からケア・ストーリーのデータを収集し、専門職の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを記述した。</p> <p>具体的に、専門職の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを何度も読み返し、意味のある単位を抽出し、意味を統合して構造を導いていくというGiorgi（1975；1979；2009=2013）とParse（1985；1998=2004）による「現象学的アプローチ」の手法を用いて行った。</p>

(3) 倫理的配慮

調査の実施にあたっての倫理的配慮として、調査の趣旨を委託関係機関の代表に説明し許諾を得た後、各機関に調査委員会を設けて調査票の修正を行い、発送・回収の協力を得た。また、調査の結果は、個人を特定したデータの分析を行わず統計処理を目的としていくことと、プライバシーの保護について文書を用いて説明を行い、調査票の返送があったものを調査に同意を得たものとした。

さらに、質的調査においては、調査協力者に対して研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究への協力は自由意志であること、承諾した後であっても協力を中止できること、録音をとることなどの内容を含む協力依頼書を作成・説明し、協力の承諾書を得た。

なお、インタビュー内容は逐語を行い、対象の特定につながると思われる内容は、個人情報の保護のために記号や英文字で記述している。

第2節 主観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容

—エビデンス・ベースド・アプローチ（実証主義的視点）による検討—

1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

（1）目的

第1章で述べているように、認知症の介護は、他の身体疾患の介護とは違い、認知症の症状による記憶障害や行動と心理状況（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）によって、認知症を心理的に受容しきれず、常に葛藤状況に置かれて心理的にバランスが崩れる経験をしている。家族介護者は、介護の過程で経験する様々な状況から介護ストレスや介護負担を感じ（松本 2006：53；田部井 2009：150-151；植木 2009：49；長谷川 2010：83）、介護者自身はもちろん要介護者まで、悪影響を与えるという報告もある（松本 2006：17）。

2000年からはじまった介護保険制度は、従来の在宅介護から高齢者の状態に合わせて公的に認定された社会的援助を選択できる機会を与えて、介護を要する高齢者や家族介護者が標準化されたサービスを利用できるようになっていて、（池田 2011：19-32）、介護サービスに対する効果研究も盛んに行われている。しかし、現在の介護保険制度は、要介護者本人に給付する保険であるため、通所介護や短期入所といったレスパイト（羽生 2011：2；池田 2011：182）の色彩の濃いサービスも、基本的には本人に対するもので、家族介護者に焦点化した支援とは言い難い。

近年、介護の過程の中で家族介護者が認知症を理解し、受容までに至る家族介護者の心理的変容やプロセスに焦点をあてた実証的検証や、臨床的な経験からの事例検討から家族介護者の支援の重要性を論じる研究も多数あり（松本 2006：59；杉山 2007：52；2008：48；2011：66；薬師寺 2009：128；長谷川 2011：87-88；北村 2013：13-14）、家族介護者が介護をしていくうえで認知症を病として理解し、「有りのままの認知症高齢者を受容できるまでの心理支援のあり方は重要である」と指摘している（高崎 1989：428）。

しかし、認知症高齢者を支える家族介護者の介護を始めたときと現在における心理的変容やその時期に対する実証的研究や心理的変容と利用サービスの内容に対する実証的研究はほとんどない。したがって、認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容の関係について検討することで支援の介入時期及び介入内容を析出する必要がある。

そこで、認知症高齢者を支える家族介護者の主観的観点から、介護の過程の中でのサービスの利用状況と心理的変容の関係を明らかにして、支援の介入時期及び介入内容の析出を目的とした。

(2) 方法

1) 分析の対象

<調査 1>における分析の対象は、M 市認知症の人を介護している家族会の会員 462 人中、回収された家族介護者 165 人（回収率 35.7%）のうち、121 人（有効回収率 70.3%）である。また、<調査 2>における分析の対象は、H 市 U 施設の在宅サービスを利用している家族介護者 361 人中、回収した家族介護者 141 人（回収率 39.1%）のうち 104 人（有効回収率 73.8%）である。

2) 分析の方法

量的研究の数量的データにおける分析には、SPSSver.19 を用いて、家族介護者に対する各設問項目の基本統計量を算出し、家族介護者の主観的観点から、認知症高齢者を支えている家族介護者の心理的変容とサービスの利用状況を明らかにして支援の介入時期と介入内容を析出するために、対象者の属性の中で認知症高齢者と家族介護者の関係が把握できると思われる、被介護者の続柄及び要介護度を説明変数に、①現在利用しているサービスの利用状況と、②訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間及び短期入所介護の 1 年間平均利用日数を目的変数として χ^2 検定を行った。

また、家族介護者の心理的変容を把握するために、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップに対応のある t 検定を行った後、家族介護者の心理的変容の時期を明らかにするために、介護を始めてから各心理的ステップになった時期についてノンパラメトリックの χ^2 検定を行った。さらに、心理的変容と利用サービスの把握から支援サービスの内容を明らかにするために①初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと②初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスについて χ^2 検定を行った。その後、心理的変容と利用サービスの関係性を把握するために、現在の心理的ステップを目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。

(3) 結果

1) 認知症高齢者及び家族介護者の現状

調査対象である家族介護者の属性を見たところ<表 3-1-1-1>及び<表 3-1-1-2>のよう
で、家族の会の会員を対象とした<調査 1>と、社会福祉法人の在宅サービスの利用者を対象とした<調査 2>ともに女性が 7 割以上と高い結果で、平均年齢も両方とも 60 歳以上であった。近年、男性介護者の割合が増加しつつあって、この調査からも僅かではあるが、<調査 1>より<調査 2>のほうが男性介護者の割合が高い結果であった。しかし、調査の結果からもわかるように、介護という行為はいまだに女性が担うものとして捉えられているといえる。また、65 歳以上の家族介護者が<調査 1>には 3 割以上で<調査 2>は 5 割を示して老々介護に該当する家族介護者が多いことが明らかになった。介護期間と介護時間については、両調査ともに 5 年以上の長期介護をしており、僅かであるが<調査 1

>が7年以上で最も長く、一日平均介護時間は両方ともほぼ9時間で、家族構成も大きな差はみられなかった。3年以上を長期介護と見なす場合が多いが、両調査ともにそれを上回る結果であった。

さらに、被介護者の属性を見ると、両調査ともに女性の割合が2倍以上高く、平均年齢も両方ともに80歳以上の結果で、75歳以上の後期高齢者の割合が9割を大きく上回っていた。要介護度は<調査1>の要介護5が3割弱で高い割合を示しており、次に要介護3が2割であることに対し、<調査2>は要介護3と、要介護1、要介護2がともに2割以上を示していて、5割以上が認知症状の程度が中度であった。

最後に、被介護者の続柄は、両調査ともに実の親>配偶者>配偶者の親の順に高い割合を示していて、嫁による介護より娘や息子による介護の割合が高い事が明らかになった。

表 3-1-1-1 <調査1>対象者の基本属性

	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
家族介護者	性別 <i>n</i> =119	年齢 <i>n</i> =118	家族構成 <i>n</i> =121	
	女性 95(79.8)	40歳未満 4(3.4)	夫婦 49(40.5)	
	男性 24(20.2)	40~65歳未満 76(64.4)	親と子 42(34.7)	
	介護年数 <i>n</i> =107	65~75歳未満 20(16.9)	親と子夫婦 7(5.8)	
		75歳以上 18(15.3)	3・4世代 13(10.7)	
	1年未満 4(3.7)	平均年齢±SD 60.15±12.03	その他 10(8.3)	
	1~3年未満 15(14.0)	1日平均介護時間 <i>n</i> =82	住居形態 <i>n</i> =121	
	3~5年未満 19(17.8)			同居 72(59.5)
	5~10年未満 40(37.4)			別居 49(40.5)
	10年以上 29(27.1)			6時間未満 42(51.2)
平均介護年数±SD 7.11±5.12	6~12時間未満 16(19.5)			
	12~18時間未満 12(14.6)			
	18~24時間以下 12(14.6)			
	平均介護時間±SD 8.87±7.72			
被介護者	性別 <i>n</i> =119	要介護度 <i>n</i> =118	続柄 <i>n</i> =119	
	女性 83(69.7)	要支援1 4(3.4)	実の親 68(57.1)	
	男性 36(30.3)	要支援2 4(3.4)	配偶者 37(31.1)	
	年齢 <i>n</i> =118	要介護1 10(8.5)	配偶者の親 11(9.3)	
		要介護2 15(12.7)	祖父母 1(0.8)	
	65歳未満 3(2.5)	要介護3 24(20.3)	その他 2(1.7)	
	65~75歳未満 18(15.3)	要介護4 19(16.1)		
	75歳以上 97(82.2)	要介護5 35(29.7)		
平均年齢±SD 81.30±8.45	未認定 7(5.9)			

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

表 3-1-1-2 <調査 2>対象者の基本属性

	人数(%)		人数(%)		人数(%)	
家族介護者	性別	<i>n</i> =102	年齢	<i>n</i> =102	家族構成	<i>n</i> =99
	女性	74(72.5)	40歳未満	3(2.9)	夫婦のみ	40(40.4)
	男性	28(27.5)	40~65歳未満	48(47.1)	親と子	32(32.3)
	介護年数	<i>n</i> =87	65~75歳未満	21(20.6)	親と子夫婦	8(8.1)
			75歳以上	30(29.4)	3・4世代	17(17.2)
	1年未満	4(3.8)	平均年齢±SD 65.28±12.59		その他	2(2.0)
	1~3年未満	23(22.1)	1日の介護時間		<i>n</i> =70	
	3~5年未満	14(13.5)	6時間未満	27(38.6)	同居形態	<i>n</i> =100
	5~10年未満	28(26.9)	6~12時間未満	24(34.3)	同居	92(92.0)
	10年以上	18(17.3)	12~18時間未満	7(10.0)	別居	8(8.0)
平均介護年数±SD 5.79±5.31		24時間以下	12(17.1)			
		平均介護時間±SD 9.04±7.31				
被介護者	性別	<i>n</i> =101	要介護度	<i>n</i> =100	続柄	<i>n</i> =100
	女性	71(70.3)	要支援 1	2(2.0)	実の親	46(46.0)
	男性	30(29.7)	要支援 2	0(0.0)	配偶者	33(33.0)
	年齢	<i>n</i> =101	要介護 1	24(24.0)	配偶者の親	18(18.0)
			要介護 2	21(21.0)	祖父母	1(1.0)
	65歳未満	1(1.0)	要介護 3	26(26.0)	その他	2(2.0)
	65~75歳未満	8(7.9)	要介護 4	15(15.0)	認知症状の程度	<i>n</i> =96
	75歳以上	92(91.1)	要介護 5	12(12.0)	軽度	32(33.3)
	平均年齢±SD 85.02±7.12				中度	50(52.1)
					重度	14(14.6)

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

2) 家族介護者のサービス利用状況

被介護者の続柄及び要介護度を説明変数にして現在の利用サービスについてみたところ、全ての続柄において<調査 1>と<調査 2>ともに通所介護の利用率が高く、<調査 1>はその他、訪問介護、短期入所介護の順で、<調査 2>は短期入所介護、訪問介護、訪問看護の順に高く、要介護度も続柄と同様であった。いわゆるサービスの三本柱である通所介護、訪問介護、短期入所介護の利用率が高いことが分かる。しかし、<調査 1>の要介護度の回答率が高かった「要介護 5」はその他のサービスの利用率が多く、「要介護 5」における利用サービスは、グループホームや入浴サービス、医療的サービスの利用が多いことが示された(表 3-1-1-3、表 3-1-1-4)。

また、サービスの利用率が高かった通所介護、訪問介護、短期入所介護の 3 つのサービスについてその利用時間をみたところ、訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間について、被介護者の続柄と要介護度ともに<調査 1>は「24~48 時間未満」の利用率が高く、<調査 2>は「12~24 時間未満」の利用率が高かった。しかし、<調査 1>の要介護度の回答率が高かった「要介護 5」は 12~24 時間未満の利用率が高く、<調査 2>も、続柄の回答率が高かった「実の親」の要介護度の回答率が高い「要介護 3」は 24~48 時間未満の利用

率が高く、訪問・通所型介護の1週間平均利用時間は12時間～48時間の利用率が高いことが明らかになった(表3-1-1-5、表3-1-1-6)。

表3-1-1-3 <調査1>被介護者の続柄及び要介護度と現在サービス利用状況の χ^2 検定

		現在の利用サービス【複数回答】						合計
		訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所	その他	未利用	
被介護者の続柄	実の親	24(20.5)	32(27.4)	14(12.0)	21(17.9)	26(22.2)	10(8.5)	68(58.1)
	配偶者	11(9.4)	18(15.4)	8(6.8)	13(11.1)	16(13.7)	6(5.1)	35(29.9)
	配偶者の親	3(2.6)	5(4.3)	2(1.7)	2(1.7)	4(3.4)	1(0.9)	11(9.4)
	祖父母	1(0.9)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)
	その他	2(1.7)	1(0.9)	0(0.0)	1(0.9)	1(0.9)	0(0.0)	2(1.7)
	合計	41(35.0)	57(48.7)	24(20.5)	37(31.6)	47(40.2)	17(14.5)	117(100)
	<i>p</i>	0.19	0.88	0.93	0.73	0.89	0.92	
被介護者の要介護度	要支援1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	4(3.4)	4(3.4)
	要支援2	2(1.7)	3(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	4(3.4)
	要介護1	1(0.9)	3(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(2.6)	2(1.7)	9(7.8)
	要介護2	6(5.2)	10(8.6)	2(1.7)	3(2.6)	4(3.4)	1(0.9)	15(12.9)
	要介護3	9(7.8)	16(13.8)	4(3.4)	10(8.6)	9(7.8)	2(1.7)	24(20.7)
	要介護4	10(8.6)	13(11.2)	6(5.2)	10(8.6)	7(6.0)	0(0.0)	19(16.4)
	要介護5	13(11.2)	11(9.5)	12(10.3)	14(12.1)	23(19.8)	0(0.0)	34(29.3)
	未認定	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(6.0)	7(6.0)
	合計	41(35.3)	56(48.3)	24(20.7)	37(31.9)	47(40.5)	17(14.7)	116(100)
	<i>p</i>	0.10	0.001***	0.07	0.008**	0.006**	0.00***	

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%、**.*p*<.01、***.*p*<.001

表3-1-1-4 <調査2>被介護者の続柄及び要介護度とサービス利用状況の χ^2 検定

		現在の利用サービス【複数回答】					合計
		訪問介護	通所介護	訪問看護	短期入所介護	その他	
被介護者の続柄	実の親	15(15.2)	39(39.4)	10(10.1)	28(28.3)	6(6.1)	45(45.5)
	配偶者	10(10.1)	28(28.3)	5(5.1)	9(9.1)	4(4.0)	33(33.3)
	配偶者の親	3(3.0)	16(16.2)	1(1.0)	7(7.1)	3(3.0)	18(18.2)
	祖父母	1(1.0)	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)
	その他	1(1.0)	2(2.0)	1(1.0)	2(2.0)	0(0.0)	2(2.0)
	合計	30(30.3)	86(86.9)	17(17.2)	46(46.5)	13(13.1)	99(100)
	<i>p</i>	0.35	0.96	0.36	0.011*	0.95	
被介護者の要介護度	要支援1	1(1.0)	2(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.0)
	要支援2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	要介護1	4(4.0)	19(19.2)	1(1.0)	2(2.0)	3(3.0)	23(23.2)
	要介護2	5(5.1)	19(19.2)	1(1.0)	11(11.1)	3(3.0)	21(21.2)
	要介護3	6(6.1)	23(23.2)	4(4.0)	18(18.2)	4(4.0)	26(26.3)
	要介護4	6(6.1)	12(12.1)	4(4.0)	9(9.1)	4(4.0)	15(15.2)
	要介護5	8(8.1)	11(11.1)	8(8.1)	7(7.1)	1(1.0)	12(12.1)
	合計	30(30.3)	86(86.9)	18(18.2)	47(47.5)	15(15.2)	99(100)
	<i>p</i>	0.044*	0.9	0.00***	0.00***	0.8	

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%、*.*p*<.05、***.*p*<.001

表 3-1-1-5 <調査 1>被介護者の続柄及び要介護度と訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間の χ^2 検定

		訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間					
		12 時間未満	12~24 時間未満	24~48 時間未満	48 時間以上	未利用	合計
被介護者の続柄	実の親	12(16.2)	12(16.2)	17(23.0)	1(1.4)	0(0.0)	42(56.8)
	配偶者	7(9.5)	9(12.2)	6(8.1)	1(1.4)	1(1.4)	24(32.4)
	配偶者の親	0(0.0)	3(4.1)	3(4.1)	0(0.0)	0(0.0)	6(8.1)
	祖父母	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)
	その他	0(0.0)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)
	合計	19(25.7)	25(33.8)	27(36.5)	2(2.7)	1(1.4)	74(100)
<i>p</i>		0.86					
被介護者の要介護度	要支援 1	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.4)
	要支援 2	2(2.7)	1(1.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(4.1)
	要介護 1	2(2.7)	2(2.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(5.5)
	要介護 2	1(1.4)	5(6.8)	5(6.8)	0(0.0)	0(0.0)	11(15.1)
	要介護 3	3(4.1)	5(6.8)	10(13.7)	0(0.0)	0(0.0)	18(24.7)
	要介護 4	3(4.1)	4(5.5)	7(9.6)	1(1.4)	0(0.0)	15(20.5)
	要介護 5	7(9.6)	8(11.0)	4(5.5)	1(1.4)	1(1.4)	21(28.8)
	未認定	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	合計	19(26.0)	25(34.2)	26(35.6)	2(2.7)	1(1.4)	73(100)
<i>p</i>		0.65					

n は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

表 3-1-1-6 <調査 2>被介護者の続柄及び要介護度と訪問・通所型介護 1 週間平均利用時間の χ^2 検定

		訪問・通所型介護 1 週間平均利用時間				
		12 時間未満	12~24 時間未満	24~48 時間未満	48 時間以上	合計
被介護者の続柄	実の親	5(5.3)	16(16.8)	18(18.9)	3(3.2)	42(44.2)
	配偶者	6(6.3)	17(17.9)	9(9.5)	0(0.0)	32(33.7)
	配偶者の親	5(5.3)	6(6.3)	7(7.4)	0(0.0)	18(18.9)
	祖父母	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.0)
	その他	1(1.0)	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)	2(2.1)
	合計	18(18.9)	39(41.1)	35(36.8)	3(3.2)	95(100)
<i>p</i>		0.277				
被介護者の要介護度	要支援 1	1(1.1)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.2)
	要支援 2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	要介護 1	7(7.5)	8(8.6)	6(6.5)	2(2.2)	23(24.7)
	要介護 2	0(0.0)	12(12.9)	7(7.5)	0(0.0)	19(20.4)
	要介護 3	6(6.5)	8(8.6)	10(10.8)	0(0.0)	24(25.8)
	要介護 4	3(3.2)	4(4.3)	7(7.5)	0(0.0)	14(15.1)
	要介護 5	0(0.0)	6(6.5)	4(4.3)	2(2.2)	11(11.8)
	合計	17(18.3)	39(41.9)	34(36.6)	3(3.2)	93(100)
<i>p</i>		0.157				

n は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

短期入所介護の1年間平均利用日数について、被介護者の続柄と要介護度ともに<調査1>は1日~2日の利用率が高く、<調査2>は8日以上利用率が高い結果であった。しかし、両調査において要介護度の回答率が高かった「要介護5」は、<調査1><調査2>ともに1日~2日の利用率が高い結果で、短期入所の利用先にばらつきがあった<調査1>に比べて、<調査2>は社会福祉法人の在宅サービスを利用していることから、短期入所介護の利用が容易になっていると推測される(表3-1-1-7、表3-1-1-8)。

表3-1-1-7 <調査1>被介護者の続柄及び要介護度と短期入所介護の1年間平均利用日数(時間)の χ^2 検定

		短期入所介護の1年間平均利用日数(時間)					合計
		1日~2日	3日~4日	5日~7日	8日以上	未利用	
被 介 護 者 の 続 柄	実の親	12(29.3)	5(12.2)	6(14.6)	1(2.4)	0(0.0)	24(58.5)
	配偶者	4(9.8)	6(14.6)	2(4.9)	1(2.4)	1(2.4)	14(34.1)
	配偶者の親	0(0.0)	2(4.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.9)
	祖父母	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	その他	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)
	合計	17(41.5)	13(31.7)	8(19.5)	2(4.9)	1(2.4)	41(100)
	<i>p</i>	0.55					
被 介 護 者 の 要 介 護 度	要支援1	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)
	要支援2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	要介護1	0(0.0)	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)
	要介護2	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(4.9)	3(7.3)
	要介護3	5(12.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(12.2)	10(24.4)
	要介護4	2(4.9)	2(4.9)	2(4.9)	0(0.0)	4(9.8)	10(24.4)
	要介護5	4(9.8)	5(12.2)	0(0.0)	1(2.4)	6(14.6)	16(39.0)
	未認定	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	合計	13(31.7)	8(19.5)	2(4.9)	1(2.4)	17(41.5)	41(100)
	<i>p</i>	0.46					

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

表 3-1-1-8 <調査 2>被介護者の続柄及び要介護度と短期入所介護 1 ヶ月間平均利用日数(日)の χ^2 検定

		短期入所介護 1 ヶ月間平均利用日数(日)				合計
		1 日~2 日	3 日~4 日	5 日~7 日	8 日以上	
被 介 護 者 の 続 柄	実の親	3(4.9)	6(9.8)	6(9.8)	16(26.2)	31(50.8)
	配偶者	0(0.0)	4(6.6)	4(6.6)	10(16.4)	18(29.5)
	配偶者の親	0(0.0)	2(3.3)	2(3.3)	6(9.8)	10(16.4)
	祖父母	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(3.3)	2(3.3)
	合計	3(4.9)	12(19.7)	12(19.7)	34(55.7)	61(100)
<i>p</i>		0.86				
被 介 護 者 の 要 介 護 度	要支援 1	0(0.0)	0(0.0)	1(1.6)	0(0.0)	1(1.6)
	要支援 2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	要介護 1	0(0.0)	2(3.3)	0(0.0)	8(13.1)	10(16.4)
	要介護 2	2(3.3)	5(8.2)	3(4.9)	2(3.3)	12(19.7)
	要介護 3	0(0.0)	6(9.8)	4(6.6)	10(16.4)	20(32.8)
	要介護 4	1(1.6)	0(0.0)	2(3.3)	7(11.5)	10(16.4)
	要介護 5	0(0.0)	0(0.0)	2(3.3)	6(9.8)	8(13.1)
	合計	3(4.9)	13(21.3)	12(19.7)	33(54.1)	61(100)
<i>p</i>		0.06				

n は無回答及び欠損値を除いた数、() は %

3) 家族介護者の心理的変容と時期

家族介護者の心理的変容について、<調査 1>の初期の心理的ステップは心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の回答率が高く、現在の心理的ステップは心理的第 4 ステップの回答率が高かった。<調査 2>では、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップともに心理的第 4 ステップ「受容」の回答率が高い結果であった。しかし、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」と心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の割合が、<調査 1><調査 2>ともに初期の心理的ステップでは 5 割以上であったが、現在の心理的ステップでは 2 割弱に減少していた。その反面、心理的第 3 ステップ「割り切り」、心理的第 4 ステップ「受容」の割合は、<調査 1>の初期の心理的ステップが 3 割以上であったが、現在の心理的ステップは 8 割以上に増加していた。<調査 2>でも初期の心理的ステップが 5 割弱であったが、現在の心理的ステップは 8 割弱に増加していた。この結果から、家族介護者の心理的変容は不規則ではあるが、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」から、介護の過程の中で心理的第 3 ステップ「割り切り・あきらめ」、心理的第 4 ステップ「受容」に移行し、認知症という病とその病を患う人を「受容」していくことが示唆された (図 3-1-1-1、表 3-1-1-9、図 3-1-1-2、表 3-1-1-10)。

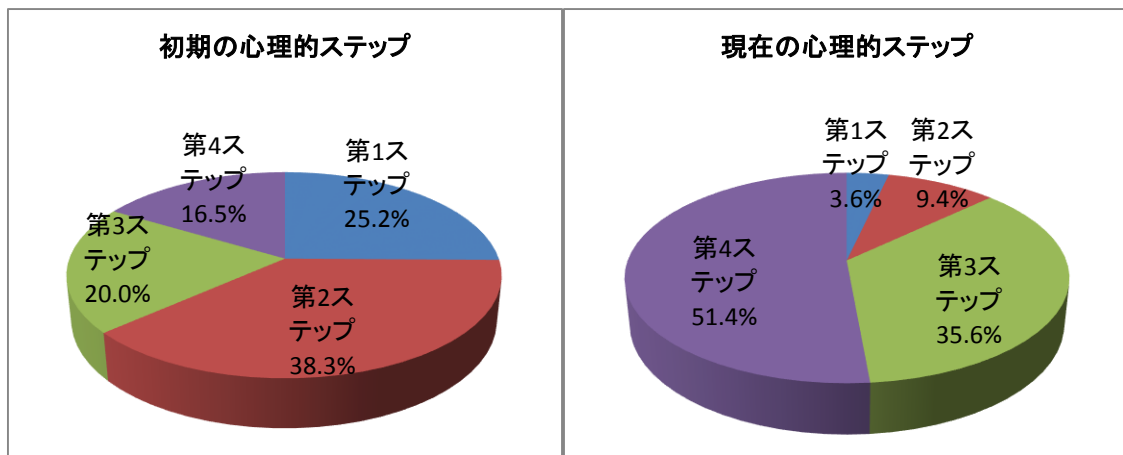


図 3-1-1-1 <調査 1> 家族介護者の心理的変容

表 3-1-1-9 <調査 1> 家族介護者の初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの対応のある t 検定

		初期の心理的ステップ 【複数回答】 $n=115$		現在の心理的ステップ 【複数回答】 $n=138$		t 値
		M	SD	M	SD	
心理的 ステップ	第 1 ステップ	0.28	0.45	0.02	0.14	5.76***
	第 2 ステップ	0.45	0.50	0.11	0.32	6.22***
	第 3 ステップ	0.23	0.43	0.40	0.49	-2.68**
	第 4 ステップ	0.19	0.40	0.69	0.65	-7.15***

n は無回答及び欠損値を除いた数、**. $p<.01$ 、***. $p<.001$

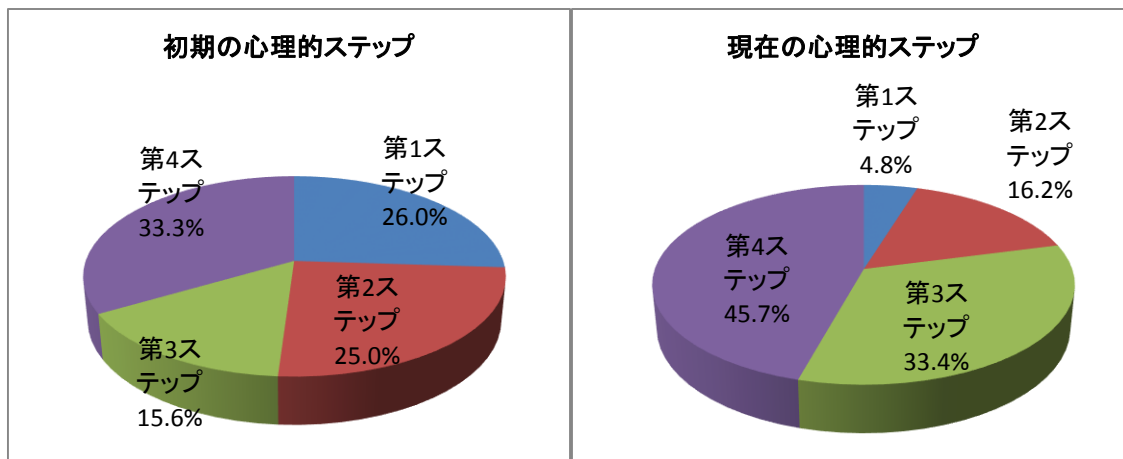


図 3-1-1-2 <調査 2> 家族介護者の心理的変容

表 3-1-1-10 <調査 2> 家族介護者の初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの対応のある t 検定

		初期の心理的ステップ 【複数回答】 $n=96$		現在の心理的ステップ 【複数回答】 $n=105$		t 値
		M	SD	M	SD	
心理的 ステップ	第 1 ステップ	0.28	0.45	0.06	0.24	4.36***
	第 2 ステップ	0.26	0.44	0.40	0.80	-1.65
	第 3 ステップ	0.13	0.34	1.19	1.48	-6.66***
	第 4 ステップ	0.34	0.48	2.05	2.01	-8.25***

n は無回答及び欠損値を除いた数、***. $p < .001$

また、心理的変容の時期について、<調査 1>と<調査 2>ともに、1年～2年未満の回答率が高かった。しかし、<調査 1>では4つの心理的ステップをたどることに5年以上の期間がかかる結果であったが、<調査 2>では2年以内に4つの心理的ステップをたどっていた。最もつらい時期と言われている心理的第1ステップ「戸惑い・否定」や心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」になった時期は1年～2年未満で、心理的第3ステップ「割り切り・あきらめ」になった時期は半年～1年未満で、介護を始めてから2年以内の期間に集中的な支援が求められるといえる（表 3-1-1-11、表 3-1-1-12）。

表 3-1-1-11 <調査 1> 介護を始めてから各心理的ステップになった時期と心理的ステップの χ^2 検定

		心理的ステップ				合計
		心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ	
介護を始めて から各心理的 ステップにな った時期	半年未満	4(3.8)	3(2.9)	2(1.9)	1(1.0)	10(9.6)
	半年～1年未満	2(1.9)	1(1.0)	2(1.9)	1(1.0)	6(5.8)
	1年～2年未満	6(5.8)	15(14.4)	4(3.8)	2(1.9)	27(26.0)
	2年～3年未満	4(3.8)	10(9.6)	3(2.9)	2(1.9)	19(18.3)
	3年～5年未満	6(5.8)	8(7.7)	6(5.8)	1(1.0)	21(20.2)
	5年～10年未満	2(1.9)	5(4.8)	1(1.0)	9(8.7)	17(16.3)
	10年以上	2(1.9)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.9)	4(3.8)
	合計	26(24.9)	42(40.4)	18(17.3)	18(17.4)	104(100)
	p	0.515	0.002**	0.377	0.004**	

n は無回答及び欠損値を除いた数、**. $p < .001$

表 3-1-1-12 <調査 2> 介護を始めてから各心理的ステップになった時期と心理的ステップの χ^2 検定

		心理的ステップ				合計
		心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ	
介護を始めて から各心理的 ステップにな った時期	半年未満	3(3.7)	3(3.7)	1(1.2)	5(6.2)	12(14.8)
	半年~1 年未満	4(4.9)	1(1.2)	6(7.4)	4(4.9)	15(18.4)
	1 年~2 年未満	5(6.2)	6(7.4)	3(3.7)	6(7.4)	20(24.7)
	2 年~3 年未満	1(1.2)	2(2.6)	1(1.2)	4(4.9)	8(9.9)
	3 年~5 年未満	2(2.6)	3(3.7)	1(1.2)	6(7.4)	12(14.9)
	5 年~10 年未満	1(1.2)	4(4.9)	2(2.6)	5(6.2)	12(14.9)
	10 年以上	1(1.2)	1(1.2)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.4)
	合計	17(21.0)	20(24.7)	14(17.3)	30(37.0)	81(100)
	<i>p</i>	0.37	0.36	0.14	0.98	

n は、無回答及び欠損値を除いた数

4) 家族介護者の心理的変容と利用サービスの内容

家族介護者の初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスは、全ての心理的ステップに<調査 1>と<調査 2>ともに「通所介護」の利用率が高く、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスも、全ての心理的ステップに「通所介護」が効果のある結果で、次に、「短期入所介護」と「訪問介護」の利用率が高くて効果があったサービスであった。この結果から、認知症高齢者を支える家族介護者に対する支援の介入内容は、「通所介護」を主として「短期入所介護」や「訪問介護」など、他のサービスを適切に組み合わせることが有効といえる。

また、心理的変容と利用サービスは、<調査 1>と<調査 2>ともにすべての利用サービスから影響を受けている家族介護者の心理的ステップは、「心理的第 4 ステップ」で、<調査 2>では、「訪問介護」と「短期入所」も影響されていて、利用サービスに最も影響されている心理的変容の時期は心理的第 4 ステップの「受容」で、他の心理的ステップにはそれほど影響していないことが明らかになった（表 3-1-1-13、表 3-1-1-14）。

さらに、各心理的ステップにおける Exp(B)による「オッズ比」から心理的ステップに影響しているサービスは、<調査 1>では、第 1 ステップは「利用なし」、第 2 ステップは「通所介護」、第 3 ステップは「利用なし」、第 4 ステップは「その他」の結果で、<調査 2>では、第 1 ステップは「その他」、第 2 ステップは「訪問看護」、第 3 ステップ及び第 4 ステップは「訪問介護」が最も影響していることが明らかになった。この結果から、各心理的ステップの最も影響を与えている「通所介護」や「訪問介護」といった利用サービスを中心として、他のサービスを組み合わせることが有効といえる。また、「利用なし」の結果では、サービスの利用が求められていることが示唆されるといえる（表 3-1-1-15、表 3-1-1-16）。

表 3-1-1-13 <調査 1>初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があったサービスの χ^2 検定【複数回答】

		心理的ステップ							
		心理的 第1ステップ		心理的 第2ステップ		心理的 第3ステップ		心理的 第4ステップ	
		N(%)	<i>p</i>	N(%)	<i>p</i>	N(%)	<i>p</i>	N(%)	<i>p</i>
利用し 始めた サービス <i>n</i> =204	訪問介護	16 (7.8)	0.13	14 (6.9)	5.23 *	9 (4.4)	0.2	8 (3.9)	0.22
	通所介護	25 (12.3)	13.33	31 (15.2)	8.39 **	16 (7.8)	7.20 **	12 (5.9)	2.0
	訪問看護	7 (3.4)	8.53 **	5 (2.5)	25.33	1 (0.5)	16.20	7 (3.4)	0.89
	短期入所	8 (3.9)	6.53 *	17 (8.3)	1.88	5 (2.5)	5.00 *	5 (2.5)	3.56
	その他	6 (2.9)	10.80 ***	8 (3.9)	16.95	3 (1.5)	9.80 **	1 (0.5)	14.22
利用し 始めて 効果が あった サービス <i>n</i> =181	訪問介護	11 (6.1)	2.13	13 (7.2)	4.33 *	8 (4.4)	1.64	8 (4.4)	0.22
	通所介護	21 (11.6)	4.80 *	26 (14.4)	4.33 *	18 (9.9)	8.91 **	11 (6.1)	0.89
	訪問看護	3 (1.7)	19.20	4 (2.2)	24.64	2 (1.1)	14.73	7 (3.9)	0.89
	短期入所	7 (3.9)	8.53**	15 (8.3)	2.08	4 (2.2)	8.91 **	6 (3.3)	2.0
	その他	7 (3.9)	8.53 **	6 (3.3)	18.69	2 (1.1)	14.73	2 (1.1)	10.89 ***

n は無回答及び欠損値を除いた数、*.*p*<.05、**.*p*<.01、***.*p*<.001

表 3-1-1-14 <調査 2>初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があったサービスの χ^2 検定【複数回答】

		心理的ステップ							
		心理的 第1ステップ		心理的 第2ステップ		心理的 第3ステップ		心理的 第4ステップ	
		N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
利用し 始めた サービス n=154	訪問介護	8 (5.2)	3.24	4 (2.6)	10.67 ***	5 (3.2)	1.67	11 (7.1)	3.67
	通所介護	21 (13.6)	11.56 ***	22 (14.3)	16.67	13 (8.4)	8.07 **	27 (17.5)	13.36
	訪問看護	3 (1.9)	14.44	0 (0.0)	n.s	1 (0.6)	11.27 ***	6 (3.9)	13.36
	短期入所	5 (3.2)	9.00 **	8 (5.2)	2.67	4 (2.6)	3.27	12 (7.8)	2.45
	その他	1 (0.6)	21.16	1 (0.6)	20.17	1 (0.6)	11.27 ***	1 (0.6)	29.12
利用し 始めて 効果が あった サービス n=128	訪問介護	6 (4.7)	6.00 *	2 (1.6)	13.76	1 (0.8)	11.27 ***	7 (5.5)	7.00 **
	通所介護	20 (15.6)	10.67 ***	19 (14.8)	13.76	12 (9.4)	5.40 *	23 (18.0)	11.57 ***
	訪問看護	3 (2.3)	13.5	1 (0.8)	17.19	0 (0.0)	n.s	4 (3.1)	14.29
	短期入所	6 (4.7)	6.00 *	7 (5.5)	2.33	3 (2.3)	5.40 *	9 (7.0)	3.57
	その他	2 (1.6)	16.67	1 (0.8)	17.19	1 (0.8)	11.27 ***	1 (0.8)	24.14

n は無回答及び欠損値を除いた数、*.p<.05、**.p<.01、***.p<.001

表 3-1-1-15 <調査 1>現在の心理的ステップと利用サービスのロジスティック回帰分析 $n=117$

			現在の心理的ステップ			
			心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ
現在の 利用サ ービ ス	訪問介護	B	-0.50	0.66	-0.42	0.23
		Exp(B)	0.61	1.94	0.66	1.26
	通所介護	B	1.75	1.72	0.62	-0.11
		Exp(B)	5.78	5.56	1.86	0.90
	訪問看護	B	0.91	0.31	-0.50	0.75
		Exp(B)	2.50	1.37	0.61	2.13
	短期入所	B	-1.06	-0.49	-0.06	-0.04
		Exp(B)	0.35	0.61	0.94	0.96
	利用なし	B	2.67	0.58	0.76	-0.96
		Exp(B)	14.37	1.79	2.13	0.38
	その他	B	1.27	-1.41	-0.04	0.87
		Exp(B)	3.56	0.25	0.96	2.38
	定数	B	-4.84	-3.19	-0.50	0.05
		Exp(B)	0.01	0.04	0.61	1.06
-2 対数尤度			37.46	69.67	152.55	144.52
カイ 2 乗			3.85	11.96	5.86	13.13*

n は、欠損値を除いた数、*. $p<.05$

表 3-1-1-16 <調査 2>現在の心理的ステップと利用サービスのロジスティック回帰分析 $n=91$

			現在の心理的ステップ				
			心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ	
現在の 利用サ ービ ス	訪問介護	B	-0.57	-0.76	0.99*	1.19*	
		Exp(B)	0.57	0.47	2.69	3.27	
	通所介護	B	-0.52	-0.66	-0.42	0.51	
		Exp(B)	0.60	0.52	0.66	1.66	
	訪問看護	B	-18.48	0.98	0.19	-0.08	
		Exp(B)	0.00	2.67	1.21	0.93	
	短期入所	B	-0.05	-0.37	0.10	1.02*	
		Exp(B)	0.95	0.69	1.11	2.78	
	その他	B	-0.03	0.06	0.60	0.16	
		Exp(B)	0.97	1.06	1.83	1.17	
	定数	B	-2.02	-0.77	-0.65	-1.19	
		Exp(B)	0.13	0.47	0.52	0.30	
	-2 対数尤度			36.16	83.13	114.86	113.84
	カイ 2 乗			2.57	4.52	6.41	12.04*

n は、欠損値を除いた数、*. $p<.05$

2. 家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向

(1) 目的

第1章で述べたように、日本の高齢者介護は、2000年から施行されている介護保険によって、家族のみに介護を負わせた伝統的な従来の在宅介護から、高齢者の状態に合わせて公的に認定された社会的援助を受けながらの家族介護へと大きく変化している。しかし、在宅介護指向ともいえる現在の介護政策は家族介護者がいることを前提としており（萩原 2000 : 9-27 ; 羽生 2011 : 72 ; 津止 2007 : 13）、社会の変化に伴って崩れつつある家族形態や介護形態の変化に社会的援助が十分に追いついていない。厚生労働省（厚生労働省 2008）も、地域における認知症の人やその家族等が抱える不安や悩みを気軽に相談できる体制は十分ではないと指摘している。

また、家族介護者の中には、利用できるサービスがあっても利用できず、要介護者に対して「自分が唯一の適切な介護者である」として、離れられなくなる傾向もみられる（井口 2007 : 146,162）。認知症高齢者を支えている家族介護者の離れられない傾向について、家族介護者と被介護者の「離れられなさ」に焦点を当てた研究では、身体解放が必ずしも心理・情緒の解放とつながっていないことが明らかになっている（任 2009 : 96）。この「離れられなさ」の根底には親密の感情があり、その「親密性」の変容がサービス利用の時期と内容に何らかの影響を与えると想定される。

近代社会における親密な関係は、情緒的満足によってのみ成立・継続され、満足感がなくなるとつながっていた関係もなくなる（Giddens 1992=1995）。また、介護や保育のような親密性に基づくケアは、憎悪と嫌悪の感情も引き起こし、身体的ケアと並び精神的ケアまで負の感情を引き起こす（佐藤 2004 : 27-29 ; 齋藤 2003 : 24）。家族介護者のほとんどは、経済的にせよ、身体・精神的にせよ、支えられてきた立場から支える立場になる。介護という局面から生じる家族関係の変容は、負の感情や情緒的喪失感が加わることで親密性の変容につながり、今まで維持できたバランスのとれた親密性が保ちにくくなり、家族間の不適切な関係（家族内問題）の原因になるといえる。

さらに、認知症高齢者の介護は、他の高齢者の介護期間より長い期間を要しており、その症状の特徴から介護状況や介護の過程によって心理的な変容が発生しやすく、人間関係の「関係障害」に陥りやすいこともある。それは、相手を従属させ、支配するケアの関係になりやすく、自分も縛ってしまう硬直した二者関係にケアを閉じ込めてしまう「共依存」であると、認知症高齢者と介護者の二者関係における共依存に対する指摘もある（緒方 1996 : 140-153 ; Frank 1993=1997 : 31 ; 萩原 2000 : 9-27 ; 清水ら 2001 : 102-107 ; 中島 2006 ; 任 2010 : 11 ; Melody 2009=2011 : 16 ; 安田 2013 : 26 ; 松下 2014 : 560-561）。

日本の社会はヨーロッパやアメリカ等に比べて、社会文化的に家族はお互いの世話をすべきで、特に、主婦は家族全体の世話をすべきだと言われているように、社会文化的に共依存的な社会で、家族関係での共依存問題は力関係の逆転あるいは増強を引き起こすこともあるという指摘もある（金子 1987 : 195-220 ; 齋藤 1999 : 161-162 ; 清水ほか 2001 : 70-74 ; 安田 2013 : 27）。共依存は、その成立がアルコール依存症の臨床現場での背景を持

っていることで広く語られてきたが、近年、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における共依存として論じられつつある（難波ほか 2006：13-14；中島 2007：98-99）。

しかし、心理的変容を視野に入れた、①認知症高齢者を支える家族介護者に対する親密性及び親密性の変容の実証的研究はほとんどなく、②認知症高齢者を支える家族介護者に対する共依存関係の視点からの実証的な研究もほとんどないといえる。したがって、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係に対する検討が必要である。

そこで、当事者である家族介護者の主観的観点によって、心理的ステップを切り口とする心理的変容と親密性及び共依存の関係について把握するため、認知症高齢者を支える家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について、その信頼性と妥当性の検討を行った後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにすることを目的とした。

（2）方法

1）分析の対象

<調査 1>における分析の対象は、M 市認知症の人を介護している家族会の会員 462 人中、回収された家族介護者 165 人（回収率 35.7%）のうち 121 人（有効回収率 70.3%）である。また、<調査 2>における分析の対象は、H 市 U 施設の在宅サービスを利用している家族介護者 361 人中、回収した家族介護者 141 人（回収率 39.1%）のうち 104 人（有効回収率 73.8%）である。

2）分析の方法

量的研究の数量的データにおける分析には、SPSSver.19 及び Amos ver.20 を用いて、認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにするために、家族介護者の親密性と共依存の分析を行った。

まず、家族介護者の親密性と共依存に関する家族介護者の意識について単純集計を行った後、家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について、因子間相関に有意が認められなかったため Varimax 回転を採択し、固有値の変化と因子の解釈可能性の考慮から 3 因子構造が妥当と考えられ、3 因子構造を仮定して複数の因子項目と因子において因子負荷が「.40」に満たなかった項目の除外を繰り返して分析を行った。その後、Cronbach の α 係数による信頼性（内的一貫性）の検証と、因子分析の結果から見いだされた下位尺度の因子得点について因子間相互相関を行い、下位尺度の 3 因子に対する因子構造が妥当であることを確かめるために確認的因子分析を行った。また、家族介護者の親密性の変容を検討するために、介護前の親密性と現在の親密性の下位因子について対応のある t 検定を行った。

さらに、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存における時期ごとの影響関係を明らかにするために、心理的ステップを切り口とする心理的変容を目的変数に、現在の親密性及び共依存を説明変数とするロジスティック回帰分析を行った。その後、心理的変容と親密性及び共依存についてその因果関係を把握するため、因子分析から見いだされた家族介護者の親密性及び共依存の下位因子と心理的変容について共分散構造分析によるパス解析

及び重回帰分析を行った。

なお、家族介護者の共依存に対する調査項目は〈調査 2〉のみで行っていたので、〈調査 1〉は心理的変容と親密性の関係について、〈調査 2〉は心理的変容と親密性及び共依存の関係について分析を行った。共分散構造分析におけるモデルの適合度は、適合度指標 (GFI : Goodness of Fit Index)、修正適合度指標 (Adjusted Goodness of Fit Index)、比較適合度指標 (CFI : Comparative Fit Index)、平均二乗誤差平方根 (RMSEA : Root Mean Squares Error of Approximation)、赤池情報量基準 (AIC : Akaike information criterion) で評価した。

(3) 結果

1) 家族介護者の親密性

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性に対する単純集計の結果から、〈調査 1〉の親密性は、介護前の親密性と現在の親密性ともに〈そう思わない〉の回答率が高い結果で、介護前の親密性より現在の親密性が〈そう思わない〉の回答が高くなっていた。一方、〈調査 2〉の親密性は、介護前と現在の親密性ともに〈そう思う (〈とてもそう思う〉を含む)〉の回答率が高い尺度が過半数以上の結果で、介護前の親密性より現在の親密性の〈そう思う (〈とてもそう思う〉を含む)〉の回答率が低くなっていた。

また、因子分析の結果から、〈調査 1〉の親密性について、介護前の親密性は 14 項目の尺度が採択され、現在の親密性は 16 項目の尺度項目が採択された。Cronbach の α 係数による信頼性 (内的適合性) について、介護前の親密性と現在の親密性ともに項目全体が「 $\alpha = .80$ 」以上で、統計学的に指示された。因子分析から、介護前の親密性は「相互依存」、「情愛」、「理想化」の 3 因子が見いだされ、現在の親密性は「理想化」、「情愛」、「相互依存」の 3 因子が見いだされた。この 3 因子構造が妥当であるか確かめるために行った確認的因子分析から、適合した結果が得られた (表 3-1-2-1、表 3-1-2-2、図 3-1-2-1、図 3-1-2-2)。

〈調査 2〉の親密性について、介護前の親密性と現在の親密性ともに 18 項目すべての尺度項目が採択された。Cronbach の α 係数による信頼性 (内的適合性) において、介護前の親密性と現在の親密性ともに項目全体が「 $\alpha = .90$ 」以上で、統計学的に指示された。因子分析から、介護前の親密性は「理想化」、「相互依存」、「情愛」の 3 因子が見いだされ、現在の親密性は「相互依存」、「理想化」、「情愛」の 3 因子が見いだされた。この 3 因子構造が妥当であるか確かめるために行った確認的因子分析から、適合した結果が得られ、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「親密性」に着目した因子構造が導き出された (表 3-1-2-3、表 3-1-2-4、図 3-1-2-3、図 3-1-2-4)。

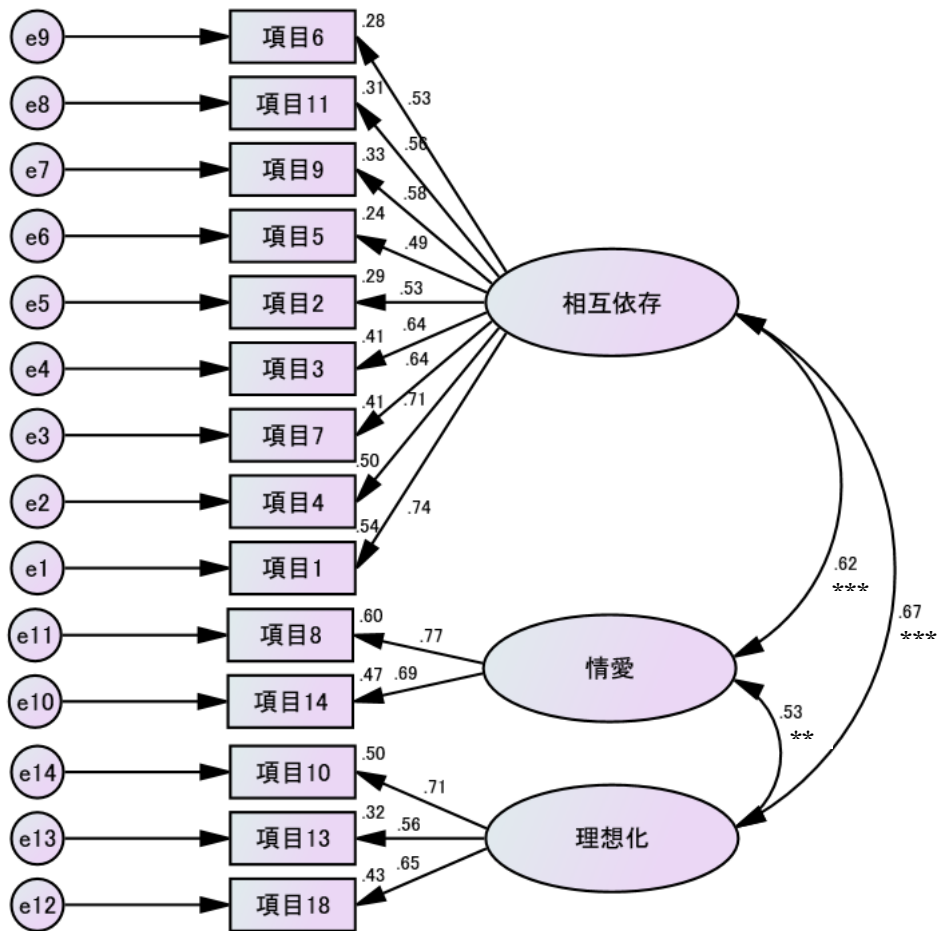
表 3-1-2-1 <調査 1>介護前と現在の親密性に対する因子分析（最尤法、Varimax 回転）

親密性		1 因子	2 因子	3 因子	共通性
介護前	相互依存 $\alpha = .83$				
	1.喜び、悲しみなど感情を共有していた	0.72	0.13	0.14	0.56
	4.心がつながっていた	0.68	0.14	0.19	0.51
	7.お互いに刺激し合って人間性を高めていた	0.62	0.11	0.15	0.41
	3.お互いの欠点を率直に言えた	0.52	0.40	0.13	0.44
	2.欠点も含めてお互い受け入れ許していた	0.50	0.06	0.16	0.28
	5.尊敬していた	0.47	0.13	0.07	0.24
	9.お互いに何も言わなくても気持ちを察していた	0.46	0.26	0.23	0.34
	11.相手を喜ばせることは人生の目標の1つだった	0.46	0.28	0.15	0.31
	6.多くの時間を共有していた	0.45	0.26	0.08	0.28
項目全体 $\alpha = .87$	情愛 $\alpha = .69$				
	14.相手の敵は私の敵のような気がした	0.11	0.99	0.10	1.00
	8.相手が落ち込んでいると私も落ち込んでいた	0.32	0.48	0.15	0.36
	理想化 $\alpha = .67$				
	18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとした	0.06	0.08	1.00	1.00
	13.相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	0.24	0.14	0.45	0.28
	10.いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれた	0.43	0.15	0.43	0.39
因子寄与 寄与率	3.08 21.97	1.70 12.11	1.62 11.60	6.40 45.68	
現在	理想化 $\alpha = .77$				
	9.互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	0.78	0.29	0.02	0.69
	10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	0.67	0.12	0.24	0.52
	1.喜び、悲しみなどの感情を共有している	0.52	0.34	0.25	0.45
	2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	0.52	0.14	0.32	0.39
	4.心がつながっている	0.41	0.27	0.23	0.29
	情愛 $\alpha = .73$				
	18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする	-0.14	0.55	0.03	0.32
	14.相手の敵は私の敵のような気がする	0.26	0.54	0.04	0.36
	5.尊敬している	0.21	0.52	0.17	0.35
	11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだ	0.21	0.51	0.19	0.34
	13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	0.16	0.50	0.01	0.27
	12.相手に頼りにされたい	0.23	0.47	0.17	0.31
	8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込む	0.23	0.41	0.01	0.22
	相互依存 $\alpha = .60$				
	16.私は相手の考えていることがだいたいわかる	0.12	0.18	0.54	0.33
	17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする	0.13	0.44	0.52	0.47
7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	0.46	0.05	0.51	0.47	
3.お互いの欠点を率直に言える	0.12	-0.04	0.44	0.21	
因子寄与 寄与率	2.32 14.50	2.29 14.32	1.37 8.57	5.98 37.39	

表 3-1-2-2 <調査 1>介護前と現在における親密性の因子間相互相関

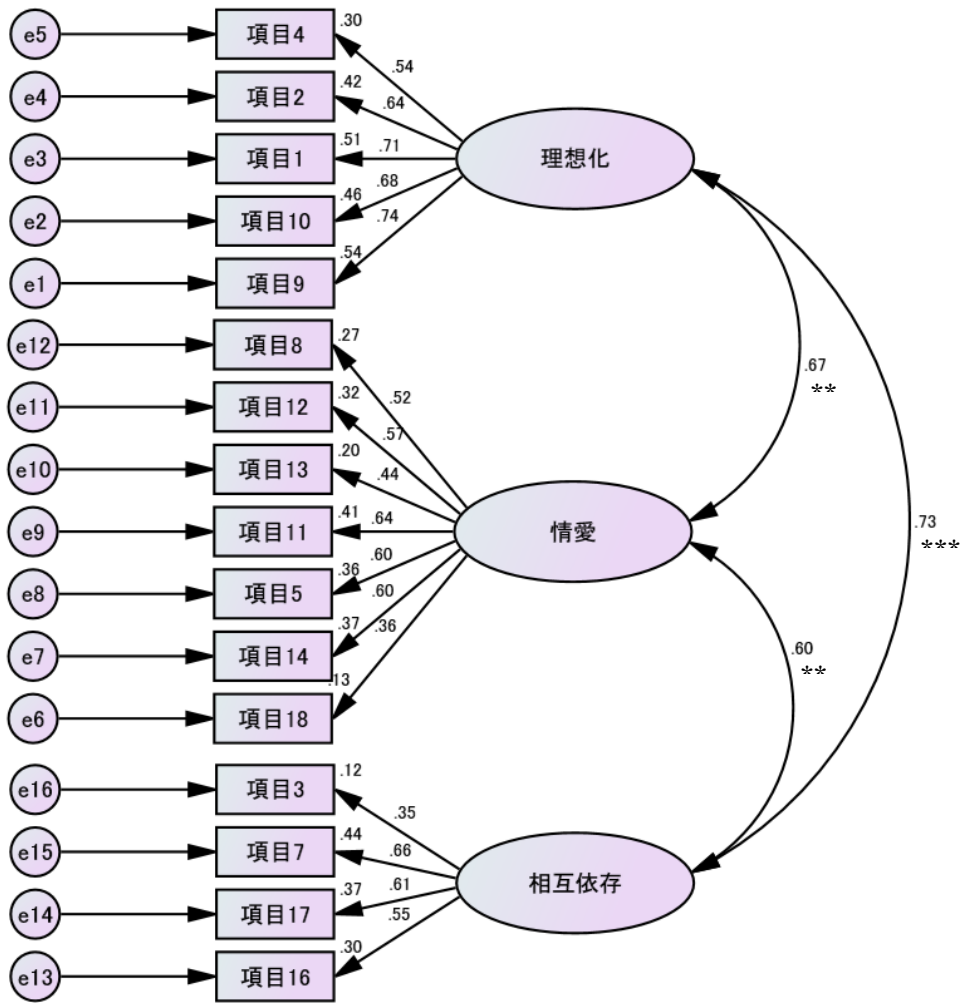
	介護前の親密性				現在の親密性		
	相互依存	情愛	理想化		理想化	愛情	相互依存
相互依存	—	.453**	.433**	理想化	—	.491**	.481**
情愛		—	.301**	愛情		—	.437**
理想化			—	相互依存			—

**. $p < .01$



$\chi^2=111.193$ $df=74$ $p=.003$ $GFI=.900$ $AGFI=.858$ $CFI=.921$ $RMSEA=.065$ $AIC=173.193$

図 3-1-2-1 <調査 1>介護前の親密性に対する因子構造モデル (標準化解)



$\chi^2=181.062$ $df=101$ $p=.000$ $GFI=.855$ $AGFI=.804$ $CFI=.837$ $RMSEA=.081$ $AIC=251.062$

図 3-1-2-2 <調査 1>現在の親密性に対する因子構造モデル (標準化解)

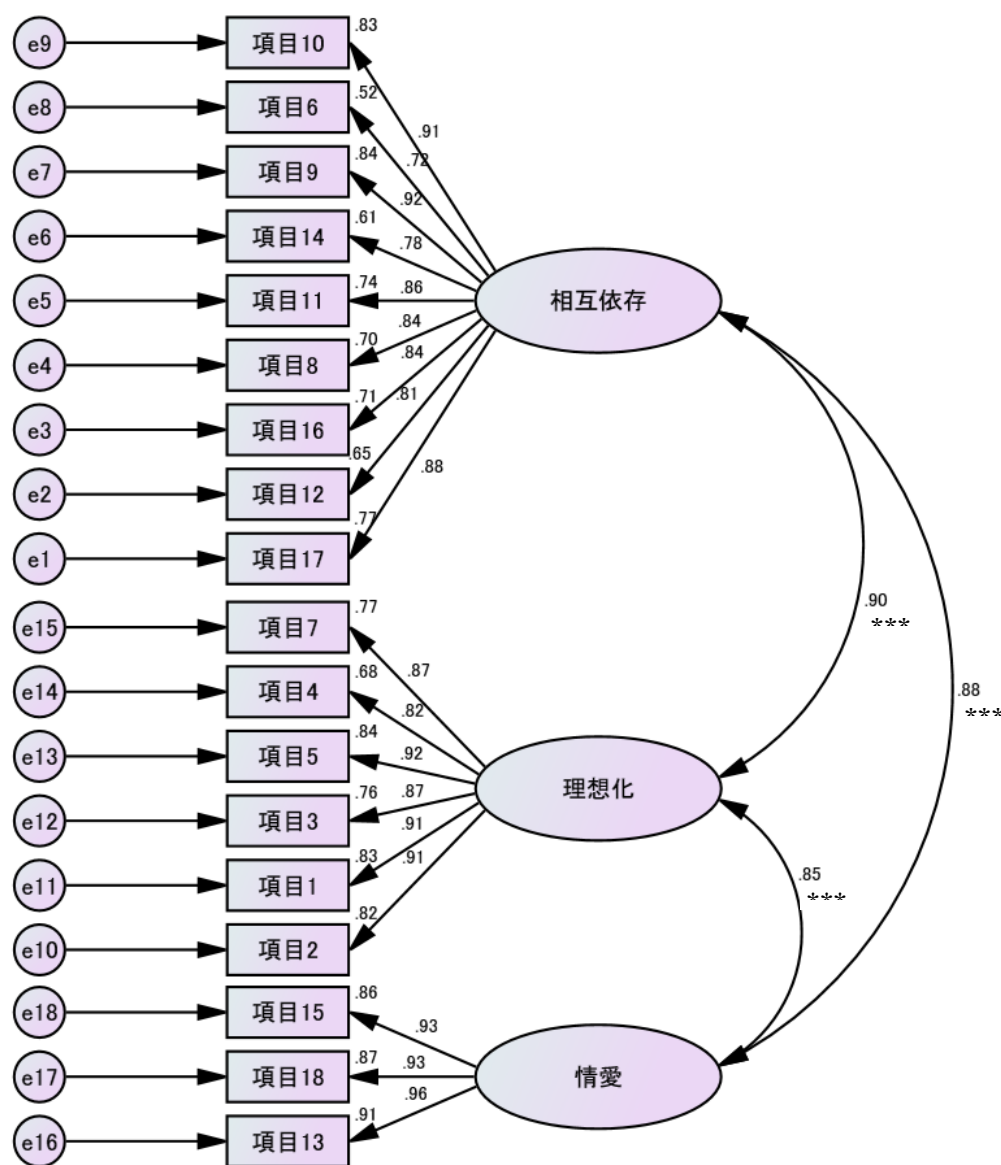
表 3-1-2-3 <調査 2>介護前と現在の親密性に対する因子分析（最尤法、Varimax 回転）

親密性		1 因子	2 因子	3 因子	共通性
介護前 項目全体 $\alpha = .98$	理想化 $\alpha = .96$				
	17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとした	0.74	0.32	0.40	0.81
	12.相手に頼りにされたかった	0.73	0.28	0.31	0.71
	16.私は相手の考えていることがだいたい分かっていた	0.73	0.36	0.29	0.74
	8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいた	0.68	0.37	0.34	0.71
	11.相手を喜ばせることは、人生の目標の 1 つだった	0.67	0.38	0.40	0.75
	14.相手の敵は私の敵のような気がした	0.65	0.30	0.34	0.63
	9.互いに何も言わなくても互いの気持ちを察していた	0.64	0.45	0.48	0.83
	6.多くの時間を共有していた	0.57	0.48	0.16	0.58
	10.いちいち言わなくても私の気持ちを分かってくれた	0.56	0.50	0.52	0.84
	相互依存 $\alpha = .96$				
	2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許していた	0.40	0.78	0.30	0.86
	1.喜び、悲しみなどの感情を共有していた	0.35	0.78	0.36	0.86
	3.お互いの欠点を率直に言えた	0.47	0.70	0.26	0.78
	5.尊敬していた	0.37	0.69	0.46	0.83
	4.心がつながっていた	0.27	0.61	0.52	0.72
	7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っていた	0.53	0.57	0.42	0.78
	情愛 $\alpha = .96$				
	13.相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	0.40	0.35	0.81	0.93
	18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとした	0.42	0.33	0.77	0.87
15.私が何をしても相手は最後にはわかってくれていた	0.44	0.41	0.70	0.86	
	因子寄与	5.50	4.64	3.93	14.07
	寄与率	30.55	25.78	21.86	78.18
現在 項目全体 $\alpha = .98$	相互依存 $\alpha = .94$				
	2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	0.85	0.31	0.29	0.90
	1.喜び、悲しみなどの感情を共有している	0.73	0.35	0.42	0.83
	3.お互いの欠点を率直に言える	0.72	0.41	0.27	0.75
	6.多くの時間を共有している	0.64	0.23	0.45	0.67
	5.尊敬している	0.59	0.44	0.29	0.63
	4.心がつながっている	0.55	0.37	0.32	0.54
	16.私は相手の考えていることがだいたい分かっている	0.52	0.39	0.38	0.57
	理想化 $\alpha = .97$				
	10.いちいち言わなくても私の気持ちを分かってくれる	0.38	0.77	0.38	0.89
	9.互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	0.44	0.74	0.36	0.88
	15.私が何をしても相手は最後にはわかってくれている	0.43	0.72	0.43	0.89
	18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとする	0.32	0.70	0.47	0.81
	7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	0.56	0.67	0.30	0.85
	情愛 $\alpha = .95$				
	13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	0.34	0.50	0.70	0.86
	11.相手を喜ばせることは、人生の目標の 1 つである	0.52	0.39	0.67	0.88
	17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする	0.46	0.34	0.64	0.73
	14.相手の敵は私の敵のような気がする	0.31	0.55	0.61	0.77
	12.相手に頼りにされたいと思う	0.50	0.42	0.58	0.77
8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいる	0.34	0.47	0.51	0.59	
	因子寄与	5.10	4.75	3.94	13.79
	寄与率	28.35	26.39	21.89	76.63

表 3-1-2-4 <調査 2>介護前と現在における親密性の因子間相互相関

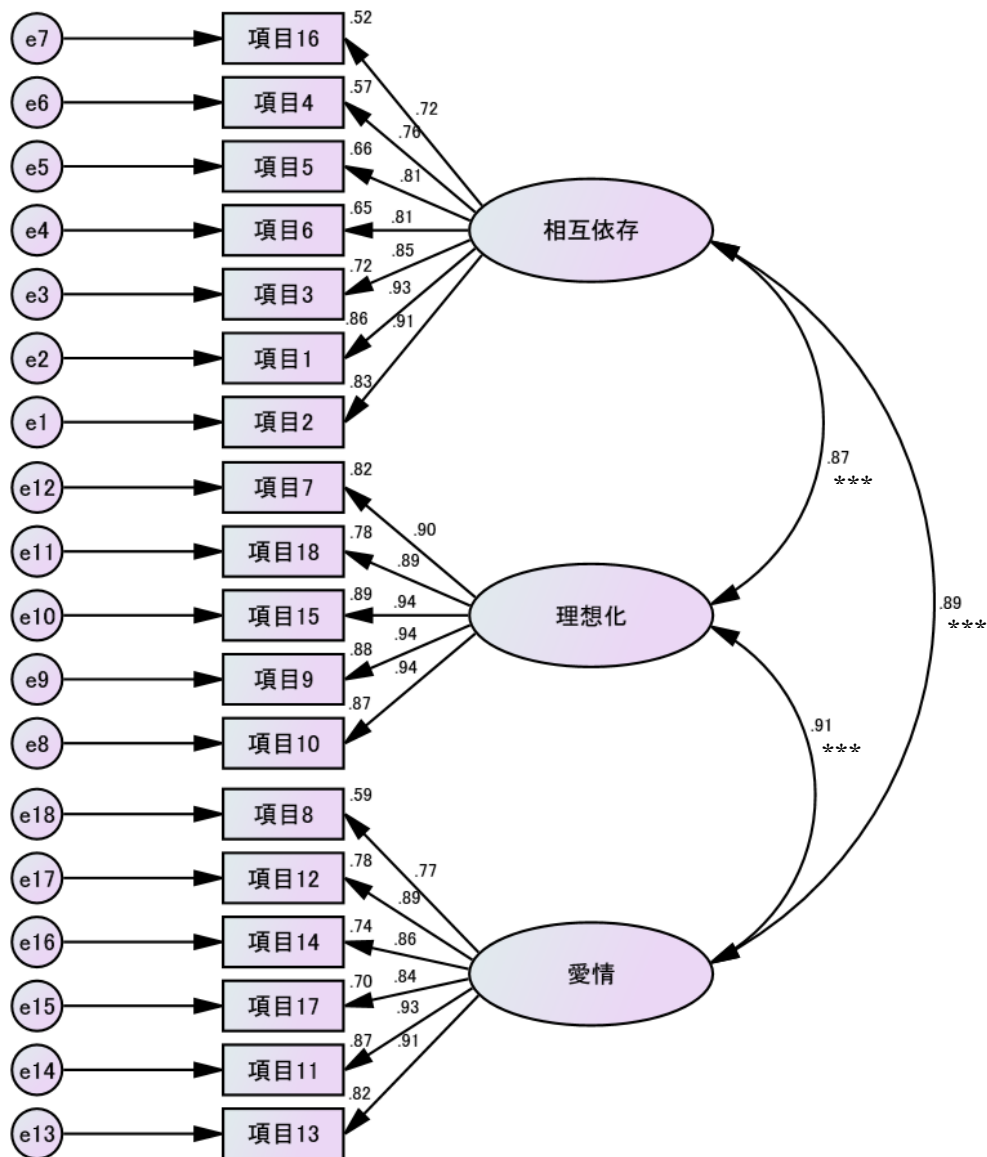
	介護前の親密性				現在の親密性		
	理想化	相互依存	愛情		理想化	愛情	相互依存
理想化	—	.827**	.808**	相互依存	—	.817**	.839**
相互依存		—	.796**	理想化		—	.879**
愛情			—	愛情			—

**. $p < .01$



$\chi^2=266.875$ $df=132$ $p=.000$ $GFI=.776$ $AGFI=.709$ $CFI=.939$ $RMSEA=.100$ $AIC=344.875$

図 3-1-2-3 <調査 2>介護前の親密性に対する因子構造モデル (標準化解)



$\chi^2=313.649$ $df=132$ $p=.000$ $GFI=.752$ $AGFI=.679$ $CFI=.920$ $RMSEA=.116$ $AIC=391.649$

図 3-1-2-4 <調査 2>現在の親密性に対する因子構造モデル (標準化解)

2) 家族介護者の共依存

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存に対する単純集計の結果から、<どちらでもない>の回答に過半数以上が高い回答率を示していた。<そう思う（<とてもそう思う>を含む）>の「1.私は、自分のことを二の次にして、家族や高齢者の世話をやく」、 「4.私は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う」、 「16.私は、いつも人の顔色をうかがっている」の3つの項目のみ<そう思わない（<全くそう思わない>を含む）>より回答率が高く、その他の15つの項目は<そう思わない（<全くそう思わない>を含む）>が高くなっていた。

また、認知症高齢者を支える家族介護者の共依存について因子分析の結果から、15項目の尺度が採択され、Cronbachの α 係数による信頼性（内的適合性）において項目全体が「 $\alpha = .96$ 」で、統計学的に指示された。また、因子分析から「嗜癖と心身の障害³⁾」、「否定的エンメッシュ⁴⁾」、「親密性からの逃避⁵⁾」の3因子が見いだされ、この3因子構造が妥当であるか確かめるために行った確認的因子分析から、適合した結果が得られ、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「共依存」に着目した因子構造が導き出された（表3-1-2-5、表3-1-2-6、図3-1-2-5）。

³⁾ 共依存者の感情生活は恨みと不安と恐れを除けば空虚なものである。この空虚感は抑圧された怒りと一緒になって無気力と抑うつを招くが、それを回避するてっとり早い手段として用いられるのが嗜癖（アディクション）である（緒方 1996 : 106）。

⁴⁾ 他人の世話を焼き、他人に頼まれることで自分の存在を認めさせよう、それによって自分自身の安全も得ようという“否定的コントロール”あるいは“否定的エンメッシュ”（緒方 1996 : 106）。

⁵⁾ お互いに距離のとれた対等で親密な関係が作られそうになると、共依存者の胸は不安で膨れあがり、喉はつまり、息苦しさに耐えがたくなって、遅かれ早かれ、その場から逃げる。対等な関係とは、言い換えれば、相手に格別な弱みや依存性が見当たらないような関係である。こうしたときに、共依存者は相手にどんな世話をしあげればよいか分からなくなる。そして、相手に何もしてあげられない以上、相手は自分を嫌うか憎むかだろうと思うのである。自己評価が低すぎるために、何もサービスしない相手に受け入れられるという事が信じられないのである。自分の無能や空虚を悟られることを恐れて、共依存者は相手と一定限度以上に親しくなることができない（緒方 1996 : 106）。

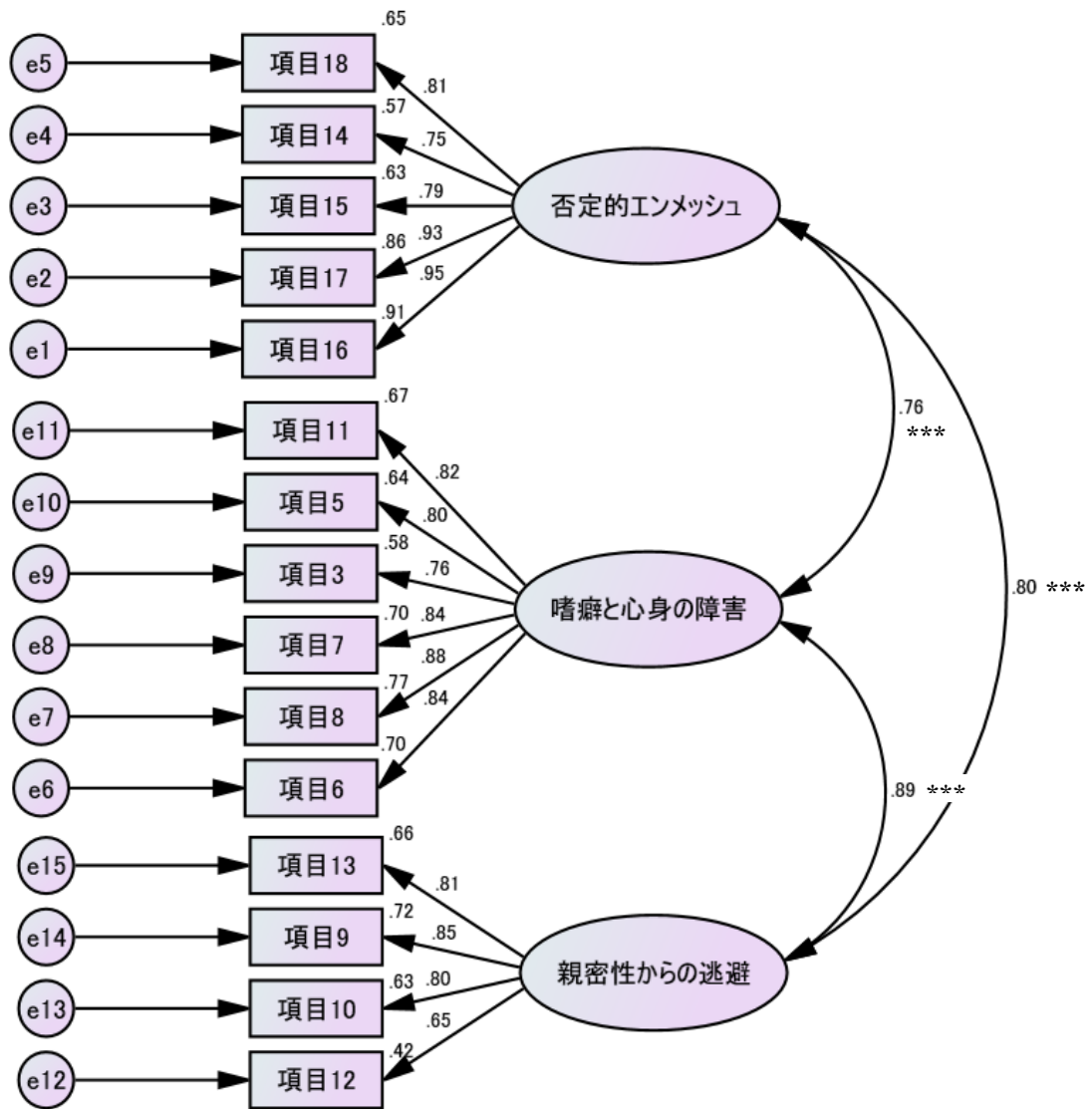
表 3-1-2-5 共依存に対する因子分析 (最尤法、Varimax 回転)

共依存項目全体 $\alpha = .96$	1 因子	2 因子	3 因子	共通性
嗜癖と心身の障害 $\alpha = .91$				
11.私は、人生において本当に何をしたいのか決めることができない	0.80	0.28	0.27	0.79
9.私は、敗北者だと思う事がよくある	0.71	0.50	0.16	0.78
8.私は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていない	0.71	0.27	0.45	0.77
13.他人は、私のことを「物」のように扱うと感ずることがある	0.61	0.38	0.26	0.58
10.他人は、私に失望していると感ずることがある	0.59	0.32	0.34	0.57
12.私は、自分から進んで友達を作ることが少ない	0.51	0.17	0.33	0.40
否定的エンメッシュ $\alpha = .94$				
16.私は、いつも人の顔色をうかがっている	0.31	0.91	0.22	0.97
17.私は、いつも生きにくさを感じる	0.34	0.84	0.19	0.85
15.私は、とても寂しいと感ずることがある	0.35	0.64	0.33	0.64
14.私は、世話焼きだと言われることがある	0.14	0.62	0.55	0.70
18.私は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になる	0.46	0.57	0.37	0.67
6.私は、ひとりになったとき、非常に寂しい気持ちになる	0.45	0.54	0.46	0.71
親密性からの逃避 $\alpha = .89$				
3.私は、人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れない	0.41	0.20	0.71	0.71
4.私は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	0.33	0.32	0.68	0.67
1.私は、自分のことを二の次にして、家族や高齢者の世話をやく	0.14	0.15	0.63	0.43
5.私は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がる	0.52	0.24	0.58	0.66
7.私は、自分の本音を他人に知られるのを怖がる	0.50	0.34	0.55	0.67
2.私は、家族や高齢者の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	0.38	0.26	0.48	0.45
因子寄与	4.35	4.00	3.66	12.01
寄与率	24.16	22.24	20.31	66.71

表 3-1-2-6 家族介護者の共依存に関する因子間相互相関

	嗜癖と心身の障害	否定的エンメッシュ	親密性からの逃避
嗜癖と心身の障害	—	.749**	.763**
否定的エンメッシュ		—	.712**
親密性からの逃避			—

**. $p < .01$



$\chi^2=265.835$ $df=87$ $p=.000$ $GFI=.736$ $AGFI=.636$ $CFI=.873$ $RMSEA=.141$ $AIC=331.835$

図 3-1-2-5 家族介護者の共依存に対する因子構造モデル (標準化解)

3) 家族介護者における親密性の変容

さらに、家族介護者の親密性の変容について対応のある t 検定を行った結果、＜調査 1＞と＜調査 2＞ともに、すべての親密性の下位尺度に変容が見られた。＜調査 1＞の 1 因子（相互依存・理想化）が介護前より現在の親密性が低くなっているのに対し、2 因子（情愛・情愛）と 3 因子（理想化・相互依存）は介護前より現在の親密性が高い結果であった。＜調査 2＞の 1 因子（相互依存・理想化）と 2 因子（情愛・情愛）は介護前より現在の親密性が低くなっているのに対し、3 因子（理想化・相互依存）は介護前の親密性より現在の親密性が高いことが明らかになった（図 3-1-2-6、図 3-1-2-7）。

家族介護者の親密性は因子それぞれが高くなったり低くなったりしていて、介護前の親密性と現在の親密性の因子構造がそれぞれ異なっていることが分かった。これによって、家族介護者の親密性の変容にバランスがとれていないといえる。

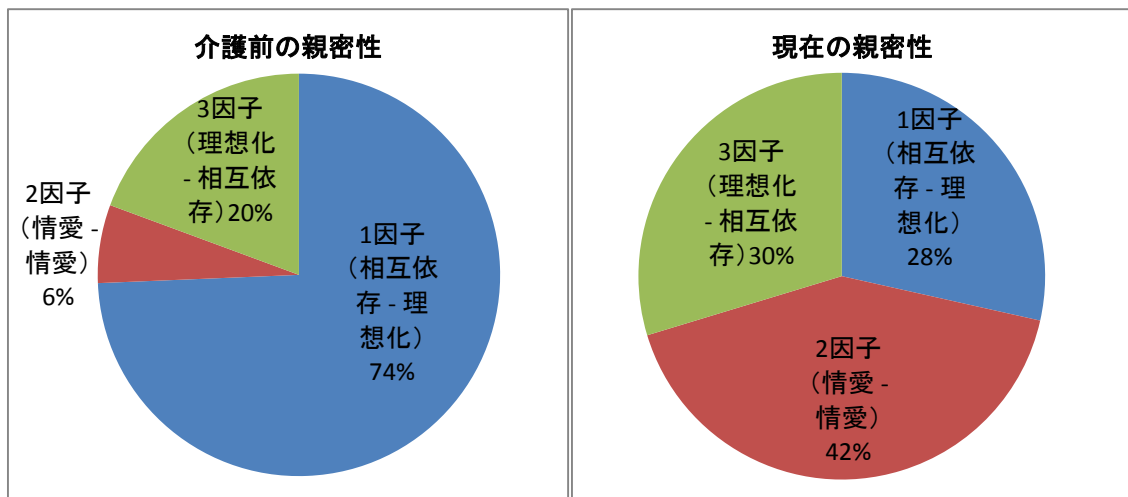


図 3-1-2-6 <調査 1> 家族介護者の親密性の変容

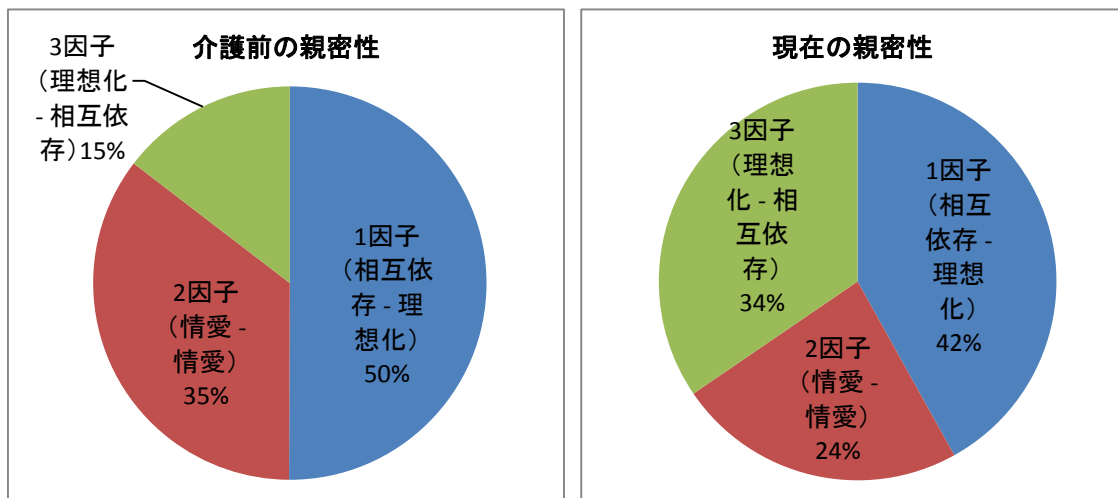


図 3-1-2-7 <調査 2> 家族介護者の親密性の変容

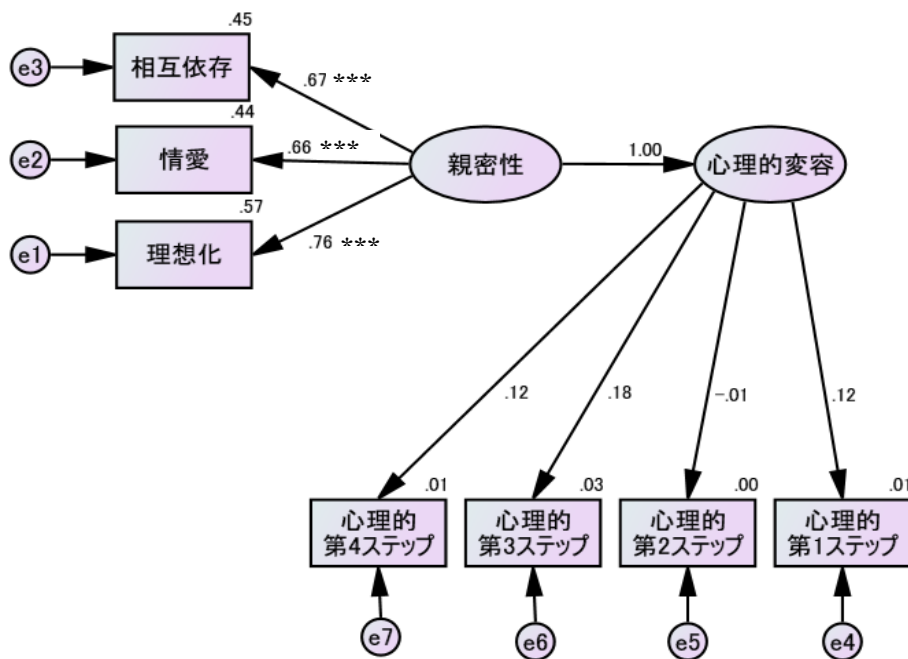
4) 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性

家族介護者の心理的変容と親密性の因果関係についてみたところ、全体の因果関係が認められた心理的ステップは、＜調査1＞では、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第4ステップ「受容」で、＜調査2＞では、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」であった。この結果から、家族介護者の親密性が心理的ステップを切口とする心理的変容に最も影響を与える時期は、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期で、心理的第4ステップ「受容」の時期においても影響していることが明らかになった。

また、家族介護者の心理的変容と共依存についても、全体の因果関係が認められ、家族介護者の共依存が心理的変容の心理的第1ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第4ステップ「受容」の時期に多く影響していることが明らかになった。

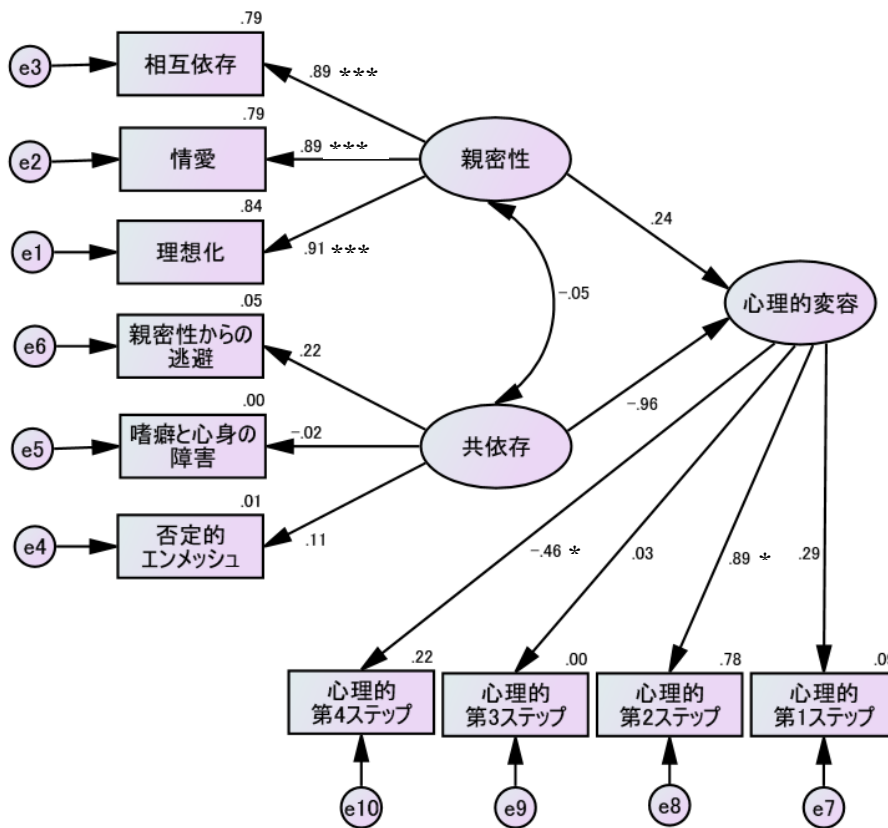
さらに、共分散構造分析によるパス解析の結果からも、＜調査1＞＜調査2＞ともに適合度指標に適合した結果が得られ、家族介護者の親密性及び共依存と心理的ステップを切口とする家族介護者の心理的変容の因果関係が認められ、心理的第2ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第4ステップの「受容」に影響がある結果であった。また、重回帰分析の結果においては、家族介護者の親密性は心理的変容の「心理的第4ステップ」に影響をされていて、共依存は心理的変容の「心理的第2ステップ」に影響を与えていた(図3-1-2-8、図3-1-2-9、表3-1-2-7、表3-1-2-8)。

これらの結果から、家族介護者の親密性及び共依存は、家族介護者の心理的変容に影響を与えていて、特に家族介護者の親密性は心理的第4ステップの「受容」時期に影響を与えることから、心理的第4ステップの時期に集中して支援を入れることで、親密性にバランスを与えることが示唆された。共依存については、心理的第2ステップの「混乱・怒り・拒絶」の時期に影響を与えることから、心理的第2ステップの時期に集中して支援を入れることで、家族介護者が心理的に離れられ、共依存の傾向に陥らないことができると推測された。



$\chi^2=65.316$ $df=14$ $p=.000$ $GFI=.878$ $AGFI=.756$ $CFI=.600$ $RMSEA=.175$ $AIC=93.316$

図 3-1-2-8 <調査 1> 家族介護者の親密性と心理的変容の因子構造モデル (標準化解)



$\chi^2=33.107$ $df=33$ $p=.462$ $GFI=.942$ $AGFI=.904$ $CFI=1.000$ $RMSEA=.006$ $AIC=77.107$

図 3-1-2-9 <調査 2> 家族介護者の親密性と心理的変容の因子構造モデル (標準化解)

表 3-1-2-7 <調査 1> 心理的ステップと親密性の重回帰分析 $n=114$

			心理的変容			
			心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ
親密性	理想化	<i>B</i>	0.001	-0.010	0.008	0.020
		<i>SEB</i>	0.004	0.006	0.009	0.009
		β	0.031	-0.187	0.093	0.247*
	情愛	<i>B</i>	-0.003	0.003	0.004	-0.007
		<i>SEB</i>	0.003	0.005	0.007	0.007
		β	-0.101	0.077	0.057	-0.108
	相互依存	<i>B</i>	0.009	0.007	0.004	-0.001
		<i>SEB</i>	0.005	0.007	0.011	0.011
		β	0.203	0.105	0.040	-0.009
R²			0.037	0.026	0.024	0.045

n は欠損値を除いた数、*. $p<.05$

表 3-1-2-8 <調査 2> 心理的ステップと親密性及び共依存の重回帰分析

			心理的変容			
			心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ
親密性 $n=91$	理想化	<i>B</i>	0.010	-0.003	-0.014	-0.002
		<i>SEB</i>	0.009	0.016	0.020	0.020
		β	0.246	-0.037	-0.160	-0.021
	情愛	<i>B</i>	-0.007	0.008	0.011	0.004
		<i>SEB</i>	0.008	0.014	0.018	0.018
		β	-0.214	0.138	0.151	0.053
	相互依存	<i>B</i>	-0.005	-0.019	-0.002	0.017
		<i>SEB</i>	0.006	0.010	0.013	0.013
		β	-0.170	-0.362	-0.038	0.260
R²			0.037	0.081	0.008	0.083*
共依存 $n=77$	否定的エン メッシュ	<i>B</i>	-0.003	-0.004	-0.013	0.005
		<i>SEB</i>	0.008	0.014	0.018	0.018
		β	-0.047	-0.035	-0.093	0.037
	嗜癖と心身 の障害	<i>B</i>	-0.003	0.010	-0.025	0.003
		<i>SEB</i>	0.008	0.013	0.016	0.017
		β	-0.045	0.095	-0.199	0.026
	親密性から の逃避	<i>B</i>	0.005	-0.049	0.019	0.040
		<i>SEB</i>	0.012	0.021	0.026	0.027
		β	0.054	-0.288*	0.091	0.188
R²			0.006	0.079	0.054	0.046

n は欠損値を除いた数、*. $p<.05$

3. 自由記述から読みとる家族介護者への支援の時期及び内容

(1) 目的

以上、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の主観的観点から量的調査の数量的データの分析を行い、家族介護者の介護の過程における支援の介入時期と介入内容を析出した後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性について明らかにした。

一方、量的調査では家族介護者の支援に対する意見が見落とされる恐れがあることから、当事者である家族介護者の主観的観点による自由記述の分析を行い、認知症高齢者を支える家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見を把握することを目的とした。

(2) 方法

1) 分析の対象

<調査 1>の分析対象は、M 市認知症の人を介護している家族会の会員 462 人中、回収された家族介護者 165 人（回収率 35.7%）のうち、自由記述の回答が得られた（介護を終えている家族介護者を含む）149 人（有効回収率 90.3%）である。また、<調査 2>の分析対象は、H 市 U 施設の在宅サービスを利用している家族介護者 361 人中、回収された家族介護者 141 人（回収率 39.1%）のうち、自由記述の回答が得られた 89 人（有効回収率 63.1%）である。

2) 分析の方法

自由記述回答から家族介護者の支援の時期及び内容についてその意見を把握するため、質的研究で用いられる Berelson 内容分析法（舟島 1999 : 42-53）を参考に分析を行った。まず、意味がとおる最小の単位を文脈単位として区切り、これをコード化した。次に、コード化された類似の内容をまとめてサブカテゴリーとし、類似したサブカテゴリーをまとめてカテゴリー化した。なお、以下の、《 》はコアカテゴリーを表して、【 】はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを示す。

(3) 結果

1) 自由記述で回答した家族介護者の概要

自由記述で回答した家族介護者の概要を見たところ、数量的データ分析の結果と同様に<調査 1>と<調査 2>ともに女性の割合が高い結果で、平均年齢も両方とも 60 歳以上であった。しかし、<調査 1>より<調査 2>のほうが男性介護者の割合が高く、平均年齢も 5 歳弱高い結果であった。また、65 歳以上の家族介護者が<調査 1>には 3 割以上で<調査 2>は 5 割以上を示していて、老々介護に該当する家族介護者の多くが自由記述に回答していた結果であった。介護期間について平均介護年数を見ると、<調査 1>は 7 年以上で、<調査 2>は 5 年以上で、両調査の対象者ともに 5 割以上を示していて長期の介護をしてい

ることが示唆された（表 3-1-3-1）。

表 3-1-3-1 自由記述に回答した家族介護者の概要

	人数(%)		人数(%)		人数(%)	
調査 1	性別	<i>n</i> =146	年齢	<i>n</i> =145	介護年数	<i>n</i> =96
	女性	125 (85.6)	40歳未満	3 (2.1)	1年未満	4 (4.2)
	男性	21 (14.4)	40~65歳未満	89 (61.4)	1~3年未満	14 (14.6)
			65~75歳未満	30 (20.7)	3~5年未満	16 (16.7)
			75歳以上	23 (15.9)	5~10年未満	38 (39.6)
			平均年齢±SD	61.46±11.37	10年以上	24 (25)
				平均介護年数±SD	7.05±5.20	
調査 2	性別	<i>n</i> =89	年齢	<i>n</i> =88	介護年数	<i>n</i> =76
	女性	66 (74.2)	40歳未満	3 (3.4)	1年未満	2 (2.6)
	男性	23 (25.8)	40~65歳未満	40 (45.5)	1~3年未満	19 (25)
			65~75歳未満	21 (23.9)	3~5年未満	17 (22.4)
			75歳以上	24 (27.3)	5~10年未満	22 (28.9)
			平均年齢±SD	65.56±12.15	10年以上	16 (21.1)
				平均介護年数±SD	5.91±5.34	

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、()は%

2) 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意識

家族介護者の自由記述回答について内容分析から見たところ、<調査 1>と<調査 2>ともに《支援の内容》と《支援の時期》の2つのコアカテゴリーを導くことができ、《支援の時期》より《支援の内容》に関する意見が多く寄せられている結果であった。

また、概念の記録単位数の割合から、《支援の内容》では<調査 1>、<調査 2>ともに【サービス側面】と【心理的側面】が高い割合を示している、特に【サービス側面】は<調査 1>は3割以上を、<調査 2>では6割以上で、【サービス側面】に対する家族介護者の意見が多く寄せられている結果であった。しかし、《支援の時期》について<調査 1>では1割以上であることに対し、<調査 2>では1.1%で低い回答率を示していた。

先述したようにこの結果からも、家族介護者は《支援の内容》について、サービスの改善・拡大や新たなサービスの実施、介護サービスのアウトリーチ支援、医療と福祉の包括ケアなど、【サービスの側面】について求める意見が多かったが、《支援の時期》についてはそれほど意識できていないといえる。つまり、常に介護の場に置かれている家族介護者は、それぞれの支援の時期を意識することが困難であるもいえる。また、ほとんどの意見が認知症高齢者を対象としていて、家族介護者本人に対する支援に対する意見は少ない。これは、家族介護者のほとんどが、認知症高齢者の支援を優先にしている、認知症高齢者の支援は家族介護者の支援とつながっていることをもう一度確認させてくれたといえる。

一方、施行中の「新オレンジプラン」の内容には、【サービス側面】で求められている支援の内容のほとんどが含まれていて、その支援策は始まったばかりであるが、効果が期待できる。しかし、家族介護者がその効果について実感するにはほど遠い感もする。

さらに、見落としはいけないところは、【サービス側面】の次に意見が多く寄せられている【心理的側面】の支援と、家族介護者は意識できていないともいえる《支援の時期》に

対する支援である（表 3-1-3-2、表 3-1-3-3、表 3-1-3-4、表 3-1-3-5）。

表 3-1-3-2 <調査 1> 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見

コア カテ ゴ リー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
支援 の 内 容	対象者 側面	認知症高齢者への適確な認定	調査のときだけの表面的な面で審査され日常の流れの理解なしに「要介護度」が決められる／審査委員のレベルの向上
		家族介護者の介護終了後までの支え	看取りの後の生活を考えると不安で仕方がない／介護が終わった後、仕事・趣味など継続できる計画を立てるべき
		認知症高齢者の残存機能の保護できる支援	現在できていることを長く保つための手助けが必要／発症前の生活をできるだけ続けることで、療法のためにも必要
		認知症に関する教育	一定の高齢層に対する介護に関する知識や技術、勉強の必要性を伝え知らせて、勉強の場を多く実施／病気の進行に対応できる心理的教育
		介護人材への教育	介護人材への知識・介護技術などの質の向上
		家族介護者の意識変換	介護者の意識を変えることの大切
	現実的 側面	仕事の継続を支援	働き続けるように企業が家族介護者を支える
		直接的な経済的支援	自己負担など、費用が負担／本人の収入・家族の収入により負担割合を決める／入院費用の国からの支援の拡充／一番身近にいる家族介護者にも手当のような一時金とか毎月わずかでも支給されれば励みになる／家族介護者の手当を検討してほしい
		政策的改善	家族介護者の実態に合う政策／認知症をめぐる政策は著しく遅れている。実際の調査、当事者・家族の要望を具体的につかむこと／手続きの簡素化・短縮を含めて必要時に活用できるような政策／メンタル面・金銭面でも何とか受けられるような大変な状況になる前に支援を受けられることが自然に身につけている環境／市内だけのサービスではなく市・区とまたがった移動に対するサービスがあると良い／介護する側、支える側という意識ではなく「共に生活する」ことを目標として制度やサービス／長期間の認知症の介護には家族介護者の心身を支えてくれる公的サービスが最初からなければ介護を続けるのは困難
		認知症への理解	親族や近隣など近くにいる人たちの協力・理解を得て、納得のいく介護をされること／認知症への理解啓発（偏見から介護者も受け入れられない）／家族介護者のみんなが心を開いて近所の人たちとの連携を心掛けてほしい／認知症に対する理解は病院スタッフでも乏しい
		認知症に関する情報	認知症に関する情報などがもっと広まって希望する人はすぐに分かるようにしてほしい／講演会などの内容が在宅にいて聞けるようなテープなど作ってほしい
	心理的 側面	介護者への傾聴と相談のアウトリーチ	訪問して相談に乗り、アドバイスしてくれる積極的・能動的な支援／とにかくしっかり介護者の話を聞いてほしい／地域支援の中に認知症の相談薬局が増えてほしい／本人と家族それ

		ぞれが別々に相談できるような公的機関の仕組み
	介護負担や介護問題になる前の精神的支援	サービスを利用しながら共倒れにならないように余裕を持つようにしたい／一番困ることは介護拒否と医者にかかりたがらないことで、どんな支援があっても家族の負担が増えサービスの利用ができない
	認知症や介護に対する受容を促す働き掛け	介護する本人がサービスを利用しながら自分の人生と向き合い、時には全てを放り出して息抜きも必要
	専門職の支え	認知症のことがよく判ってもらえる精神科などの地元の医者による相談・治療・助言／力量ある介護支援専門員によって本人にあった支援が受けられる／悩みなどが生じたとき、何はともあれ自分が直接精神的にケアできる医師などに相談するのが一番
	介護者のリフレッシュを支える	介護している家族にも、世の中との関係（関わり）でどうしてもフリーな時間が必要
	介護者同士の交流	家族の会の中で、家族介護者の集まりでは皆が直面した困難について話され、助言意見交換がなされて実に支えあえる／孤独が一番怖い。そのため家族の会の様なつながりがとても大切であり、それにより救われた
	終末期の支援	終末期はどうなっていくのか不安
サービス側面	入所サービスの改善・拡大	ショートステイと入所施設の充実と施設内での改善及び認知症病棟や施設の拡充／本人・家族の希望する支援が必要な時期に必要な量・適正な負担で利用できること
	在宅サービスの改善・拡大	デイサービスの時間をもう少し長くしたり、急なとき利用できたりすると良い／ホームヘルパーでも吸引器使用許可や見守りなどのサービスができるように拡大してほしい／地域包括支援センターによる相談、助言といった中身の充実／サービスを多く作って息抜きができるような支援／重い人でも支援ができる機関の拡充／家族介護者も本人も身体が苦しいとき、心が貧しくなっているとき、すぐ助けてくれるところがあったら良い
	新たなサービスの実施	本人が安心できるようによくわかっている人が時間をともにできる（見守りを含め）など保険外サービスの制度化／認知症の介護体験者と話できるサービス／介護と子育てを並行するとき子供を預かってくれるサービス／家族介護者へのカウンセリングなどに介護保険が使えると良い／健康診断項目の一部として認知症の検査や細かい生活傾向の質問票、更に必要に応じて MRI や専門医、医療機関の紹介につながるようなシステム
	介護サービスの情報	介護を始める頃、相談できる場所やサービスに関する知識や情報／認知症と診断された時から利用できるサービスや支援の知識及び情報／情報を得る窓口を一体化してほしい／認知症の人の行動が周囲の人とトラブルを起こす段階に利用できる介護サービスの情報
	介護職員の質の向上	介護人材の確保及び労働条件の改善／ケアの質及び介護職員の質の向上
	医療と福祉の包括ケア	認知症の知識のある看護師もぜひホームヘルパーと共同で介護にあたってほしい
	早期発見・支援サービス	早期発見のためのシステム／家族が認知症と感ずる段階で介護体験者に話をもらえるサービス

支援の時期	心理的 第1ステップ	初期の状況に応じた支援	認知症の初期から状況に応じたケア／自分、家族ともにふりまわされ大変、すぐに相談できる場所や人、ネットワークが必要／認知症の徴候を感じたら要介護者の性格を考慮しながらゆっくりと導入に時間をかけてサービスを受ける体制を作ることが大切／見守り、声かけなどちょっとした支援があれば、ADLの維持にもつながる
		初期の適切な検査や受診	良き医師、ケアマネジャーに恵まれることができ、適切な指導が受けられること／確実な医師の判断
		初期からの介護者同士の支え合い	初期の頃から定期的な介護者向けのカウンセリングサービスを受けることができれば良い
	心理的 第2ステップ	困難・怒り・拒絶の時期の症状に対応できる支援	認知症の人の行動がトラブルになる段階に利用できる介護サービスの情報／周辺症状が出ている時期の見守り／病気の進行状態や病症など一人で背負わず他の家族やサービスが利用できるような支援／妄想がひどいときには、私自身精神的にもまいり始めた／徘徊・迷子に悩まされたので、ショートステイは私や私の家族に休息となり、リフレッシュできた
	心理的 第3ステップ	割り切りできるための介護者への教育及び情報交換の場	対応を学んだり変化していく様子を受入れるためには家族介護者がセミナーなどに学ぶのも必要／家族介護者たちが集まる会／家族介護者も本人も身体が苦しいとき、心が貧しくなっているとき、すぐ助けてくれるところがあったら良い
心理的 第4ステップ	受容を支える	サービスの利用により仕事も休むこともでき助かった／ケアマネジャーに相談ができ安心	

()内の数字は、記録単位数を示す

表 3-1-3-3 <調査1> 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布

	支援の内容			支援の時期	
	記録単位数	%		記録単位数	%
対象者側面	21	7.0%	心理的第1ステップ	29	9.6%
現実的側面	59	19.5%	心理的第2ステップ	5	1.7%
心理的側面	75	24.8%	心理的第3ステップ	3	1.0%
サービス側面	107	35.4%	心理的第4ステップ	3	1.0%
計	262	86.8%	計	40	13.2%

表 3-1-3-4 <調査 2> 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見

コア カテゴリー	サブカテゴリー	概念	
支援の内容	対象者側面	<p>認知症高齢者の認定の簡素化</p> <p>認知症高齢者の残存機能の保護できる支援</p> <p>認知症に関する教育</p>	<p>要介護認定の申請は介護を受ける人の手がかかるようになったら、早い時期にすべきであると思う</p> <p>今の状態から認知症が進まないことを願う</p> <p>使用したいが、主人が難しい性格で困難</p>
	現実的側面	仕事の継続を支援	仕事を続けながら在宅介護ができるようになれば良い／仕事と介護を両立させている方の話を聞きたい
		政策的改善	本人や家族介護者が困っているときに改善策を考え、より良い対策を実施していくこと／介護認定基準が厳しくなってきた政府はすべてを出したがるのが解る／認知症の対応の長期的な介護計画の提示があると嬉しい
		認知症への理解	医療機関とスタッフの認知症に対する知識を深めてもらいたい／介護の大変さは直面してみないとなかなか分かってもらえない
		認知症に関する情報	認知症とはどういう病気なのか具体的にかつ詳しく分かるようにしてほしい
	心理的側面	介護者への傾聴と相談のアプローチ	家族介護者の相談に乗ってもらえるところ／困ったときやつらい時に話を聞いて見守ってもらって家族介護者を少しでも自由にしてあげられること
		介護負担や介護問題になる前の精神的支援	まさか自分の親が認知症になるとは思わなかったので精神的につらく、私本人もどうして良いかわからずどのタイミングで相談してよいか判断するか考えていなかった／ほめられると「ああ、良かった」と自分に自信が持てるので、心の支援がほしい
		認知症や介護に対する受容を促す働き掛け	認知症高齢者がサービスを拒否している場合、何度も説得してくれる支援
		専門職の支え	介護支援専門員が訪問され、色々と相談して解決策が促進されとても精神的に余裕ができた／知識がない時信頼できる専門家に会おう事
		介護者のリフレッシュを支える	もう少し自由に息抜き等できる機会が持てる時間がほしい／疲れを溜めずに済むように時間など支援をしてもらえると助かる
		介護者同士の交流	家族同士が集まり、悩み、愚痴等色々な意見交換など出来る機会・場があると良い／家族の会に参加するだけで情報が得られ役に立った
	サービス側面	入所サービスの改善・拡大	急な時に必要な期間に受け入れるようにしてもらいたい／ショートステイや施設を増やしてほしい／家族介護者が病気等で介護ができなくなった場合、すぐに入所できる体制／気軽にショートステイの利用ができれば良い／ショートステイの一泊の利用でも入浴してほしい
		在宅サービスの改善・拡大	必要に応じてサービスの時間の延長ができると良い／本人が病気になったとき、入院させてもらえないときにいつでも対応してくれれば良い／介護保険の利用が自

			由に使えるれば良い／小規模多機能のようなサービスを増やしてほしい
		新たなサービスの実施	外出・散歩を同行してくれる支援があると助かる／早朝と夜にみてくれるところがあると良い
		介護サービスのアウトリーチ支援	使いたくてもサービスが使えない人、使い方がわからない人等、出向かいサポートできるシステム
		医療と福祉の包括ケア	主治医や訪問看護の看護師に連絡が取れその都度適切な援助を望んでいる／認知症の診断からサービスの利用までスムーズにつなげて利用できるようにしてほしい
支援の時期	心理的第1ステップ	初期の状況に応じた支援	初期にサービスの導入をスムーズに行えるような仕組みを作ると助かる

() 内の数字は、記録単位数を示す

表 3-1-3-5 <調査 2> 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布

	支援の内容			支援の時期	
	記録単位数	%		記録単位数	%
対象者側面	3	3.2%	心理的第1ステップ	1	1.1%
現実的側面	9	9.6%	心理的第2ステップ	0	0.0%
心理的側面	19	20.2%	心理的第3ステップ	0	0.0%
サービス側面	62	66.0%	心理的第4ステップ	0	0.0%
計	93	98.9%	計	1	1.1%

本節では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の主観的観点による量的研究によって仮説の検証を行った。その結果、認知症高齢者と家族介護者の現状と家族介護者のサービス利用状況と、家族介護者の心理的変容と利用サービスの検討から、支援の介入時期と介入内容を析出した。また、家族介護者の親密性と共依存について尺度を用いた検討から、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性について明らかにした。さらに、自由記述回答の内容分析によって家族介護者の支援に対する意見について把握できた。

しかし、量的調査だけでは、認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容と利用サービスに対する家族介護者の意識までは把握することが難しいと思われる。そこで、当事者である家族介護者の体験や意識に対する語りを読みとることで、介護以前から今に至るまでの認知症高齢者と家族介護者の関係やサービスの利用と意識及び親密性と共依存に焦点をあてた心理的関係について把握したいと思う。そこで第 2 節では、家族介護者を対象とする質的研究について記述した。

第3節 主観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容の質的調査研究 —現象学的アプローチ（解釈主義的視点）による検討—

1. 目的

認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容について、第1節では、当事者の家族介護者を対象とした量的研究によって仮説の検証を行い、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入時期と介入内容を析出することができた。また、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係についても明らかにでき、さらに、家族介護者の自由記述回答に対する内容分析によって、家族介護者が求めている支援についても把握することができた。

しかし、量的研究による数量的検証のみでは、家族介護者が認知症と遭遇し、今に至るといふ一連の介護の過程の中での心理的な葛藤や悩み、家族介護者の対応や再構築といった心理的変容までは読みとれているとはいえない。また、サービスの利用についてもその経緯やサービス利用による効果及び拒否に対する意識までは十分に読みとれているとはいえない。さらに、家族介護者が求めている支援についても直接的に聞き取ることで、今後の認知症高齢者を支える家族介護者の支援のあり方への示唆が得られると考えられる。したがって、認知症高齢者を支える家族介護者と認知症高齢者との介護以前からの関係から今に至るといふ介護の過程におけるサービスの利用と心理的変容に焦点をあてた質的研究が必要である。

そこで、家族介護者の介護の過程における介護状況の変化とサービス利用及び心理的変容の全体を把握し、支援の介入内容と介入時期を検討することを第1目的として、家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味について構成要素を抽出し、科学的な言語に構造化することを第2目的として質的研究を行った。

2. 方法

(1) 分析の対象

質的研究の分析は、当事者である家族介護者15人を対象とした(表3-2-1)。分析の対象者は、調査時期によって<調査1>における調査協力者の3人と、<調査2>における調査協力者の12人に分けて記述されているが、調査協力者が認知症高齢者を支えている、もしくは、支えていた家族介護者であることと、調査内容に差異がないことから分析の際には区別していない。また、調査協力者の中には被介護者の認知症高齢者の入所や死亡等により、現在介護から離れている人もいるが、回顧的質問の方法を採択していることから分析上は区別していない。

(2) 分析の方法

分析には、家族介護者の介護の過程の中での経験や意識、目的に焦点をあてて、語り全

体を丁寧に読み直すことを繰り返して行った。また、分析の基本となる調査協力者の基本属性を検討した後、逐語録からケア・ストーリーのデータを収集し、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを記述した。

表 3-2-1 対象者の属性

区分	主介護者 (介護年数)	①主介護者、 ②介護関与者 の続柄(年代)	被介護者の ② 柄(年代) ②要介護度	介護開始から インタビュー時 までの経過	現在もしくは在宅時の主な利用 サービス
調査 1	A (10年)	② (60前) ②夫(60後)	② 母(80前) ②要介護1	別居(遠居) ⇒ 同居 ⇒ 死亡	HHS、DS、SS、 VN、VM
	B (3年)	② (70後) ②息子・娘(なし)	② (80前) ②要介護3	同居	未
	C (10年)	② (50後) ②夫(50後)	② (80後) ②要介護2	同居 ⇒ GH	DS
調査 2	D (1年9月)	② (40前) ②なし	② 実父(80前) ②要介護2	同居 ⇒ 老健 ⇒ 特養	HHS、DS、SS、
	E (3年5月)	② (50前) ②妹(なし)	② 実母(80前) ②要介護4	別居 ⇒ 同居	HHS、SS、VM
	F (7年)	② (50後) ②夫(60前)	② 姑(90前) ②要介護4	同居 ⇒ 特養	HHS、DS
	G (1年2月)	② (60前) ②息子・娘(なし)	② 夫(60前) ②要介護4	同居	DS、SS
	H (1年5月)	② (80前) ②娘(50)	② 夫(80前) ②要介護3	同居	小規模多機能
	I (3年3月)	② (70後) ②娘(40後)	② 夫(70後) ②要介護5	別居 ⇒ 同居	DS,SS,VN
	J (6年5月)	② (50前) ②夫(なし)	② 実母(80前) ②要介護4	同居	DS、SS
	K (2年5月)	② (60後) ②息子(なし)	② 夫(80前) ②要介護3	同居	DS、SS
	L (10年5月)	② (50後) ②義姉(70前)	② 姑(90後) ②要介護2	同居	小規模多機能
	M (5年5月)	② (50後) ②夫(なし)	② 実母(90前) ②要介護2	別居 ⇒ 同居	HHS、SS
	N (2年6月)	② (50後) ②夫(なし)	② (80前) ②要介護2	別居 ⇒ 同居 ⇒ 有料施設	HHS、DS、SS
O (1年6月)	② (50後) ②夫・娘(なし)	② 実母(80前) ②要介護1	別居 ⇒ 同居	小規模多機能	

*介護年数はインタビュー時までの年数

*年代はインタビュー当時(前：年齢の1の位が0～4、後：5～9)

*介護関与者はインタビューで言及された人で、言及していない場合は「なし」と表記

*介護開始からインタビュー時までの経過に居住形態の変化を示す

*要介護度及び利用サービスはインタビュー当時で、死亡や施設入所の場合は在宅当時を表記

***HHS**：ホームヘルパーサービス、**DS**：デイサービス、**SS**：ショートステイ、**VN**：訪問看護、**VM**：訪問医療、**小規模**：小規模多機能型居宅介護、**GH**：グループホーム、**特養**：特別養護老人ホーム、**老健**：介護老人保健施設、**有料施設**：民間の有料施設、**未**：未利用

分析には、二つの分析手法を用いて行っている。一つの分析手法は、フィールドテキストから家族介護者の介護の過程における「介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容」を把握し、支援の介入内容と介入時期の検討をするため、介護状況の変化とサービスの利用及び心理的変容に対する表現であると考えられる文脈の記述について、介護状況変化の time-point（以下、time-point と表記）を設定して、対象者別に検討を行った。

time-point の設定について例えば、①状況変化の時点を time-point に設定した場合、「母がおかしいと感じたのは平成 3～4 年くらいで、訪問販売などで購入した高額商品を頻繁に送ってくれるようになりおかしいと思った。その間、家事を怠るようになり父が栄養失調で緊急入院したが、医者に『心臓と肺も悪いが手術はリスクが高くできない。誰かが側にいて介護する必要がある』と言われて東京に来たのは平成 9 年で、母は 1 年半後、東京に来るまで一人暮らしだった。」と語った場合、〈平成 3～4〉と、〈1 年半後〉の語りが time-point に該当する。また、②状況変化の場面を time-point に設定した場合、「1 年半過ぎたとき母から SOS（寒いのにストーブもつけなかったの）をもらって東京に来るようになった。」と語った場合、〈東京に来るようになった〉の語りから〈同居〉という状況が読み取れて〈同居〉が time-point に該当する。なお、time-point の設定は、天田（1999；2007）の論文を参考にして、心理的変容の命名は、杉山（2007）による心理的ステップを参考にした。

もう一つの分析手法は、家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味について構成要素を抽出し、科学的な言語による構造化を図るために、家族介護者の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを何度も読み返し、意味のある単位を抽出し、意味を統合して構造を導いていくという Giorgi⁶⁾（1975；1979；2009=2013）と Parse⁷⁾

⁶⁾ 【Giorgi の分析方法】①研究者は、全体の意味を得るために全記述をありのままに徹底的に読む。これは、単にある単語に現前することではなく、対象者によって述べられた状況に現前する。②研究者は、もう一度記述をゆっくり読み、本質的な意味の単位 meaning unit を決定する。これは、コンテキストを持たない職別を意味する要素 element ではなく、全体を心に留めるような方法で部分を職別する構成要素 constituent を意味する。③構成要素を他の構成要素あるいは全体の意味と関係づけることによって、構成要素の意味を記述する。これは、対象者の具体的な言語で表現されたものである。④各単位の意味を対象者の日常の素朴な言語から現象学的科学の言語に変換する。⑤達成された洞察から本質的で重複しないテーマを結び付けて総合し、統合する synthesize and integrate。この段階では二つの方法がある。ひとつは状況的 situated 記述で、実際に用いられた研究状況の具体性と固有性を含むレベルでの記述であり、対象者の世界を理解しようとするときに価値がある。もうひとつは、一般的 general 記述で、固有の状況の事項を除外したレベルでの記述である。たとえ普遍的ではなくても、状況や固有性を越えたものである（Giorgi 1975：74-75,84-97）。

⁷⁾ 【Parse の分析方法】①本質的な意味の単位 natural meaning units を決定する：記述が吟味され、ある概念の始まりから終わりまでの本質的な意味の単位あるいは場面に分けられる。②テーマ themes を決定する：各場面における本らのテーマが対象者の使っている言葉で明らかにされ、それはその場面の中心的要素となる。③中心的意味 focal meaning を明らかにする：テーマからのこの移行は、抽象化のレベルへの変換を意味する。それは研究者の言葉で記述される。④状況的構造的記述 situated structural descriptions に総合する：中心的意味を統合し、各対象者のパースペクティブからの現象の意味を明らかにする。⑤一般的構造的記述に総合する：すべての対象者の状況的構造が総合される。これは、全対象者のパースペクティブから研究された現象の生きられた経験の意味となる（Parse et al.1985：23-24,43）。

(1985 ; 1998=2004) による「現象学的アプローチ」の手法を用いて、以下の 5 つの手順で行った。

- ① フィールドテキストを何度も繰り返し読む。単にあるテキストの単語を現前する事ではなく、対象者によって述べられた状況を現前する。
- ② 意味のある単位を抽出し、本質的な意味単位 **natural meaning units** を決定する。これはコンテキストを持たない識別を意味する要素 **element** ではなく、全体を心に留めるような方法で部分を識別する構成要素 **constituent** を意味する。
- ③ 本質的な意味単位を調査協力者の日常的な言語から高齢者の介護を視野に入れた現象学的科学の言語に変換する。
- ④ 変換された言語を統合し、中心的意味 **focal meaning** を明らかにする。
- ⑤ 中心的意味からテーマ **themes** を設定する。テーマを結びつけて再統合 **integrate** し、マスターテーマ **master theme** を設定する。

現象学は、哲学者の Husserl (1859 年—1938 年) によって創設・発展された理論で、心理学や看護学と精神医学を含む、社会諸科学において応用され、さらに一層の拡張を見ている (Spiegelberg & Schulmann 1982)。「哲学としての現象学は、何事であれ、人が持つ意識を通して『所与⁸⁾』として経験されうるあらゆる物事—それが対象であれ、人間であれ、あるいは、複雑な事情であれ—を、その経験をしつつある意識的人間の視点から理解することを求める。したがって、現象学は、経験者を除外するような『所与』の客観主義的な分析には関心がないが、『所与』が経験者によってどのように経験されているかの正確な分析に関心がある (Giorgi 2009=2013 : 4-5)。」事象そのものがその人にとってどう現れるかを主題とするものであり、その事象が現実的・経験的に存在すると否にかかわらず、意識の中に現れ出る現象そのものに着目している (Kleinman 1988)。現象学的方法は、生きられた「体験⁹⁾」としての現象の「本質¹⁰⁾」を明らかにしていくことを探究する「現れているままに行う現象の研究」である (Parse et al., 1985 : 15-16 ; 1998=2004 : 111)。

現象学的アプローチの社会福祉領域における応用は今始まったばかりともいえる。広瀬は、家族介護者への質的研究について、介護全体に対する評価として捉える際にはその要

⁸⁾ 現象学における現象の意味は、人は、「所与 **given**」に対して、それが現前するがままに自ら現前しなければならず、「所与 (与えられているもの)」に加えることも、そこから差し引くこともなしに、そうしなければならないということである (Giorgi 2009=2013 : 10)。

⁹⁾ 体験とは、その体験をしたその人によって生かされているということの意味する。時間的、空間的、社会文化的、対人関係的、身体的、そして、概念的なもろもろの地平のすべてが、同時に働いて、人が生きているがままの生きられた経験をつくりだし、それはすべて、その人によって黙示的に理解されている (Keen 1975 : 76)。

¹⁰⁾ 本質とは、ある与えられた脈絡にとってもっとも大変な意味のことである。具体的な記述は常に変動するが、本質は、一群の具体的な意味からもっとも不変な意味を得る方法である。例えば“椅子”の本質を考えてみると、「黒い椅子」があったとき、椅子は黒くなければならないだろうが、赤い椅子、緑の椅子など、どれも可能だから、色彩は「椅子であること」にとって本質的ではない。脚はどうか。脚がない球体の椅子を考えると脚も本質的ではない。次に座席は、座席のない椅子は想像できない。つまり、椅子の本質は座席があることになる (Giorgi 1990 : 13)。

因や説明を探求するという立場ではなく、「言葉の放つ意味に近づく」ことを趣旨としたアプローチにより、本質に近づくことから、客観性よりも主観性を重視し、実在論より認識論的な立場から介護者の世界をより文脈的に読みとる作業が必要と述べている（広瀬2010：138-139）。認知症高齢者を支える家族介護者の体験そのものについて現象的アプローチを応用することは、家族介護者の本質に近づき「特定の生きられた意味の明瞭化(Giorgi 2009=2013：118)」によって日常的状況をより深い理解ができると思われる。なお、分析の結果について、質的研究の経験のある同領域の研究者及び他領域の研究者の2人によって確認した。

3. 結果

(1) 対象者の属性

主介護者のすべてが女性で、介護者の平均年齢から高齢世代に位置していて、ほとんどの配偶者関係は「老々介護」に該当していた。介護期間は、最短の1年2ヶ月から最長10年5ヶ月と非情に幅広く、対象者間に大きな差異がみられた。また、被介護者は、男性の割合も高く、すべての人が75歳以上の後期高齢者層で、利用サービスは、介護サービスの3柱といわれる通所型と短期入所介護、訪問型で、小規模の利用者も3(16.7%)人であった(表3-2-2)。

表3-2-2 対象者の属性

	人数(%)		人数(%)		人数(%)
家族介護者の性別	n=15	被介護者の性別	n=15	被介護者の続柄	n=15
女性	15(100.0)	女性	9(60.0)	実の親	6(40.0)
男性	0(0.0)	男性	6(40.0)	配偶者	5(33.3)
				配偶者の親	4(26.7)
家族介護者の年齢	n=15	被介護者の年齢	n=15		
40~65歳	11(73.3)	65歳未満	0(0.0)	利用サービス	n=18
65~75歳	1(6.7)	65~75歳	0(0.0)	訪問型	4(22.2)
75歳以上	2(13.3)	75~100歳	15(100.0)	通所型	4(22.2)
平均年齢±SD	61.20±11.24	平均年齢±SD	82.87±7.47	短期入所	6(33.3)
				小規模多機能	3(16.7)
介護年数	n=15	要介護度	n=15	未利用	1(5.6)
1~3年未満	6(40.0)	要介護1	2(13.3)		
3~5年未満	3(20.0)	要介護2	5(33.3)	介護状況	n=15
5~10年未満	3(20.0)	要介護3	3(20.0)	在宅	10(66.7)
10年以上	3(20.0)	要介護4	4(26.7)	入居・死亡	5(33.3)
平均介護年数±SD	4.37±3.44	要介護5	1(6.7)		

*利用サービス【複数回答】の中で「死亡・入所」は除外

(2) 家族介護者への支援の内容と時期

介護の過程における「介護状況の変化とサービス利用及び心理的変容」の個別分析による time-point の把握から、支援の介入内容と時期の検討を行った結果、対象者ごとの介護状況変化とサービス利用及び心理的変容の概略が導き出された<表 3-2-3>。さらに、介護状況変化の変化過程と心理的変容の流れを踏まえて全体図が<図 3-2-1>のように導き出された。以下の、「 」は介護状況変化を表して、《 》は介護状況変化要素を、〈 〉は介護状況変化関連要素、{ }は介護終了要素を示す。また、【 】は心理的変容を表していて、[] は利用サービスを記述している。

介護の過程における個別分析による time-point から、「介護状況の変化とサービス利用及び心理的変容」の把握によって、支援の介入内容と時期を導くことができた。ほとんどの家族介護者は、「認知症と遭遇」し、「家族の対応と第 1 再構築」「サービスの利用」「家族の対応と第 2 再構築」という 4 つの介護状況変化の過程を歩んでいた。また、ほとんどの家族介護者が【被介護者の行動の戸惑い・否認】を経験し、【対応の混乱・怒り・拒絶】と【介護者の割り切り・あきらめ】、【認知症とその人の受容】に移行するという 4 つの心理的変容を経験していて、利用サービスは、[短期入所介護]と[通所介護]、[訪問介護]のサービスの利用に多かった。さらに、サービス利用時期と心理的変容の関係は、【対応の混乱・怒り・拒絶】の時期にサービスの利用が多く、利用サービスは[通所介護]で、受診後 2 年以内にサービスを利用していた。

以上の結果から、2 回にわたる家族の対応と再構築を経験する時期に支援を入れるようにして、サービスの利用と心理的変容では、被介護者の行動に戸惑い・否定する時期に、短期入所介護と通所介護、訪問介護が利用できるように働きかける。これらは、受診後 2 年以内の集中的支援が有効といえる。

表 3-2-3 対象者ごとの介護状況変化とサービス利用及び心理的変容の概略

調査協力者	介護状況変化(S)及びサービス利用と心理的変容(P)
A さん	<p>S1 ⇒ S2 ⇒ 《同居》・《受診》・S3 ⇒ S4 ⇒ {死亡}</p> <p>〈本人の健康悪化〉〈改築〉 *受診後すぐ 〈情報の探し求め〉</p> <p>P1~~>P2~~~>P3~~~~~>VN・VM・HHS DS・SS</p> <p>P4~~~~~>P2~~~~~></p>
B さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2</p> <p>〈アルコール依存の問題〉 *認定のみ</p> <p>P2~~~~~>未</p> <p>P3~~~~~></p>
C さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ {GH} ⇒ S4</p> <p>〈家族の死亡・本人の健康悪化〉 *受診後すぐ</p> <p>P1~~~~~>P3~~~~~>DS・SS</p> <p>P4~~~~~></p>
D さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ {老健} ⇒ S4 ⇒ {特養}</p> <p>*2 年前 〈本人の健康悪化・症状の悪化〉</p> <p>P1~~~~~> P2~~~~~> HHS・DS・SS</p> <p>P3~~~~~></p>

E さん	<p>《受診》 ⇒ S2 ⇒ 《同居》 ⇒ S3 ⇒ S4 〈本人の健康悪化〉 〈改築〉 *同居後すぐ</p> <p>P3~~~~> HHS・SS・VM P4~~~~></p>
F さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ {特養} ⇒ S4 *2年前 〈本人の健康悪化〉</p> <p>P1~~> P2~~~~> HHS・DS P4~~~~> P3~~~~></p>
G さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ S4 *1年前 〈本人の健康悪化〉</p> <p>P1~~~~> DS・SS P3~~~~></p>
H さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ S4 〈本人の持病〉 *半年前</p> <p>P1~~~~> P2~~~~> DS・SS ~> 小規模 P3~~~~> P4~~~~></p>
I さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2・《同居》 ⇒ S3 ⇒ S4 〈アルコール依存の問題〉 *未聴取</p> <p>P1~~~~> DS・SS・VN P3~~~~> P4~~~~></p>
J さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ S4 〈家族の死亡〉 *未聴取</p> <p>P1~~> P2~~~~> DS・SS P3~~~~></p>
K さん	<p>S1 ⇒ S2 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ S4 *1年前 〈本人の健康悪化〉</p> <p>P1~~~~> P2~~~~> DS・SS P3~~~~></p>
L さん	<p>S1 ⇒ S2 《受診》 ⇒ S3 ⇒ S4 *2年前</p> <p>小規模 P1~~~~> P4~~~~></p>
M さん	<p>S1 ⇒ 《受診》 ⇒ S2 ⇒ S3 ⇒ 《同居》 ⇒ S3 ⇒ S4 〈本人の健康悪化〉 *受診後すぐ</p> <p>P1~~~~> HHS SS P3~~~~></p>
N さん	<p>S1 ⇒ S2 ⇒ 《受診》 ⇒ 《同居》 ⇒ S3 ⇒ {有料施設} ⇒ S4 *2年前 〈家族の死亡・主介護者の健康悪化〉</p> <p>P2~~> DS・SS P1~~~~> P3~~~~></p>
O さん	<p>《同居》 ⇒ S3 ⇒ S4 〈元介護者の死亡〉 *同居後すぐ</p> <p>P3~~> 小規模 P4~~~~></p>

【介護状況変化 Situation】

- S1 【認知症と遭遇】
- S2 【家族の対応と第1再構築】
- S3 【介護サービスの利用】
- S4 【家族の対応と第2再構築】

【心理的変容 Psychology】

- P1 被介護者の行動の戸惑い・否認
- P2 対応の混乱・怒り・拒絶
- P3 介護者の割り切り・あきらめ
- P4 認知症とその人の受容
- * 受診後、サービス利用時期

介護状況変化要素

- 《 》 介護状況の変化要素
- 〈 〉 状況変化の関連要素
- { } 介護終了要素

GH: グループホーム、特養: 特別養護老人ホーム、老健: 介護老人保健施設、有料施設: 民間の有料施設、

[サービスの利用]

HHS: ホームヘルパーサービス、DS: デイサービス、SS: ショートステイ、小規模: 小規模多機能型居宅介護、VN: 訪問看護、VM: 訪問医療、未: 未利用

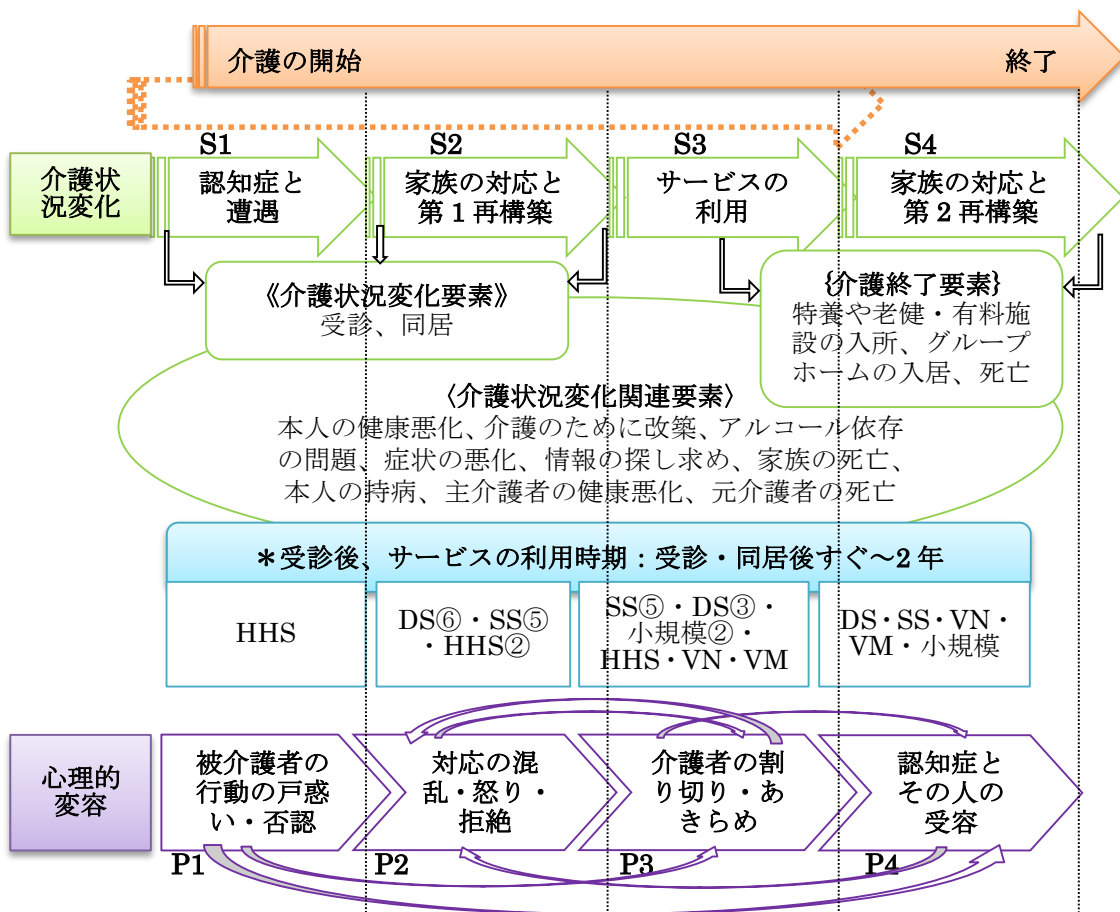


図 3-2-1 介護状況変化とサービス利用及び心理的変容の全体図

* 【利用サービス】 HHS: 訪問介護サービス、DS: 通所介護サービス、SS: 短期入所介護、小規模: 小規模多機能型居宅介護、VN: 訪問看護、VM: 訪問医療

(3) 家族介護者の実践体験による本質的な意味の構造化

家族介護者の実践体験に関する語りの中から、その本質的な意味を抽出し、科学的な言語による構造化を図るために現象学的アプローチの手法で解釈を行った結果、家族介護者のフィールドテキストから 144 個の本質的な意味が得られ、本質的な意味から 50 個の中心的意味が抽出できた。また、中心的意味から 14 個のテーマとして導き出され、その意味内容から【状況 situation への対応】と【連続性 continuity のうえの介護状況】、【相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持】の 3 つのマスターテーマが導かれた<表 3-2-4>。さらに、3 つのマスターテーマを軸として、家族介護者の実践体験による本質的な意味に対する構造化ができた<図 3-2-2>。

表 3-2-4 家族介護者の実践体験による本質的な意味の一覧表

マスター テーマ	テーマ	中心的意味	本質的な意味
状況(situation)への対応	曖昧 症から 遭遇 認知	曖昧な認識を抱く	本人の行動がおかしいと感じつつ認知症と気づかない おかしいと思って、医者に相談
		認知症と遭遇	脳梗塞など本人の病気をきっかけに認知症と診断 介護認定のために診察し認知症と診断 強引に連れて行って、認知症と診断 一人暮らし後症状が進行する
	認知症の 症状に戸惑う	認知症の元の 障がい気づく	記憶障害 時間及び場所の見当識障害 行為失行 認識低下 判断力の低下
		心の反応で出る症 状 (BPSD) に戸 惑う	感情障害・性格の変化 同じことの繰り返し 買い溜め 徘徊・外出 物とられ妄想 妄想的な言動 興奮・暴力
	状況の 対応と第1再 構築	介護体制の構築	介護のために同居 介護方法の工夫 家族内で介護に対する協議をする 介護のために改築 専門職の支えがあって在宅介護決定 子どもたちが支えになる 介護のために退職 本人の持病管理に気をつける
		症状への否定	最初は否定し続ける
		情報を求める	認知症と診断され、インターネット等で情報を調べる
		介護者の日常生活 の維持を図る	仕事をしていて、介護のみの生活にならない様にする
		サービスを求める	大変な時期にサービスを利用することで助かる

	状況の対応と第③再構築	認知症の知見の向上と関係活動	認知症について専門的に勉強する 家族介護者について社会的に発信するため活動し始める 介護技術について勉強する
		介護の終了	本人の入所
		家族関係の再構築	家族全員の協力及び介護関与
		介護者の健康管理	介護者自信の健康管理
連続性(continuity)の うへの介護状況	良好な介護 前の関係	理解し合う 良好な関係	長い期間一緒に、相手の性格が把握できている 定期的に通っている
		性格を良く わかっている	以前仕事していたプライドから介護認定を拒否 本人は箱入り娘のような感じ 本人はそもそも前向きな性格
	介護の開始と継続	支え手のあり方	子どもたちや他の家族の支え 専門職の支え 友人や近隣の支え 家族会などの情報と支え
		サービスの導入	時期に合う手だてやサービスの導入 介護保険制度の実施
		情報のあり方	認知症や介護に関する情報のあり方 家族も本人も認知症に戸惑いながら情報を求める
		自然な受け入れ	深く考えず、なるようになると受け入れるしかない
		親に対する責任感	親だからなるべく家で面倒みたい
		本人の症状の軽さ	本人の症状がまだ軽く、ストレスを感じない
	介護ストレスと状況への対応	介護者の葛藤とストレス	介護者自身の健康不全と身体介護の負担 主介護者一人に負担が負わされる介護環境と家族間の葛藤 介護者自身の時間がないこと 仕事と介護の並立のストレス
		本人や介護環境の負担感	本人の症状への対応困難 本人の症状に振り回されることへのストレス 一人介護のきつさ 認知症が進んで、今どこにいるかもわからなくなっている 入・退院に対するサポートの大変さ
		相談先の不在	相談できる人が近くにいないくてパソコンに向かっている
		関連施設の不適切な対応	本人に合わないサービス提供先の対応
		家族の理解不足	他の家族の理解をもらえない 介護が原因で家族システムの崩壊
	連続性のうへの不安	本人の状態の不安	本人の症状悪化や状況変化に対する不安 本人の居場所への悩み アルコールに対する不安
		介護者の状況変化の不安	介護者自身の健康問題 実の親の介護も不安 介護のため子育てに専念できないこと
経済的不安		経済的な不安が一番大きい	

		サービスの継続利用への不安	サービスの利用ができなくなること サービスの拒否に対する不安
相互作用(interaction)による関係作りとバランスの維持	親密性の変容	バランスのとれた親密性	同じ時間と感情の共有 何でも言えてやりとりできる関係 本人の考えを大体わかっている サービスを利用し、本人と一定の距離を持つことでバランスが取れる
		親密性の維持	親に対する責任感 多くの時間の共有
		親密性の崩壊	サービス利用への不安感と罪悪感 本人の記憶障害によって共有出来ないことへの喪失感 介護疲れからの逃避願望
		親密性の再構築	再び一緒に住むことで親密性が再構築される
	気づきにくい共存傾向	世話焼き嗜癖	世話焼き傾向
		関係嗜癖	巻き込まれ傾向 支配的傾向
		共依存、嗜癖行動を示しやすい性格	完全主義(強迫)傾向 低い自己評価傾向
	サービスの利用に繋がる	関連機関や人の支え	専門職の積極的な支え 行政及び医療機関等、関連機関の支え 近隣の支え
		サービス利用に繋げる要素	適切な時期に自由に利用できるサービス サービス利用に対する家族の理解 利用サービスの近接性及び同じ法人内サービスの利用 利用施設と職員の細かい心づかい
		サービス利用への期待	介護者のリフレッシュのため 介護者の健康悪化 介護者の仕事の継続 急な用事への対応
		本人の状態維持への期待	本人の症状に合うサービス内容 本人に合う認定審査 本人の症状進行の遅れと健康悪化の防止 本人の残存能力の維持
	サービスの利用に救われる	介護者の日常生活や心身の健康維持	介護者に精神的な安定感を与える 介護者のリフレッシュにつながる 介護者の負担軽減につながる 介護者の趣味活動が可能になり、ストレス解消につながる 緊急な用事に対応できる 介護者の仕事や社会活動の継続・維持 介護者の健康維持 虐待予防につながる
本人の状態維持と情報の収集		本人の情緒的な安定につながる 本人の清潔維持 本人の暇つぶしになる 本人の残存能力の維持 本人の症状やサービスに対する素早い情報収集	
家族関係の維持と		経済的負担の軽減	

	回復	夫婦関係の維持と回復 本人と介護者のバランスがとれた生活の維持
システム利用が閉ざされることへの困難	本人の拒否	本人は「私は大丈夫」と拒否
	サービス内容への拒否	本人に合わないサービス内容 サービスの利用が近所に知られること サービス利用による本人の健康悪化
	他の家族の拒否	他の家族によってサービス利用を拒否
家族介護者が求めている支援	サービス側面	小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大 本人に合うサービス内容の充実 介護保険内サービスと枠外サービスの並行利用 介護人材の待遇改善と適切な配置及び養成 行政側からのアウトリーチ 本人が利用するサービス内容の詳細を知らせるシステム 介護用品の無料化 徘徊予防のための訓練システム 認知症検査の強制化 保育と高齢を一体化したサービス 本人と家族を同時に考えるバランスのとれた支援 介護者への休暇システム
	対象者側面	介護者の仕事を継続できるシステム 認知症に対する社会の理解 介護者への傾聴や話し相手の支援
	現実的側面	地域内の介護情報の提供と共有 地域に合う支援対策 介護に合う住居環境の充実 地域で活動するインフォーマルな資源の活用

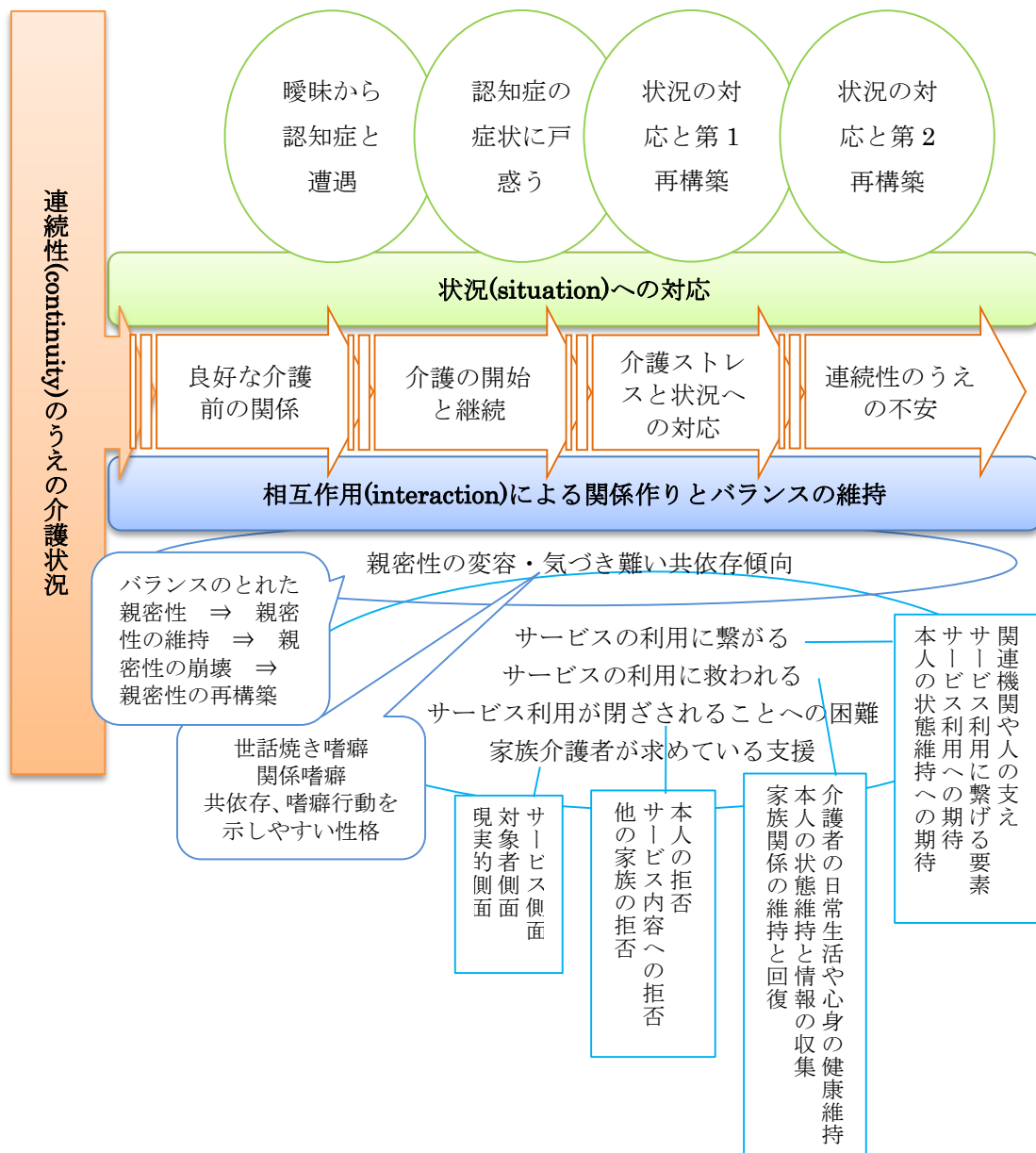


図 3-2-2 家族介護者の実践体験による本質的な意味の構造化

以下は、マスターテーマごとに本質的な意味を含めている内容について述べる。各マスターテーマに帰属する各テーマは、< >で表して、〈 〉は、中心的意味を表している。また、「 」内には、調査協力者の語りを、『 』内には、協力者の語りの中で会話体を表していて、()内には、補足すべき語について記述して、語りの末尾に協力者の文脈番号を示す。さらに、介護支援専門員は CM に、訪問介護サービスは HHS に、通所サービスは DS に、ショートステイは SS に、小規模多機能型居宅介護は小規模に、訪問看護は VN に、訪問医療は VM に略記して、グループホームは GH に、特別養護老人ホームは特養に、介護老人保健施設は老健に、民間の有料施設は有料施設に略記している。

1) 状況 situation への対応

家族介護者の状況への対応というマスターテーマには、〈曖昧から認知症と遭遇〉と〈認知症の症状に戸惑う〉、〈状況の対応と第1再構築〉、〈状況の対応と第2再構築〉の4つのテーマで構成されている。家族介護者は、曖昧な認識の中で認知症と遭遇し、認知症の症状に戸惑う状況の中で、今までとは異なる状況下で認知症の人へ対応していくなど、家族関係を再構築する、一連の過程をたどっていた。その後、介護サービスや専門職、他の家族や知人に支えながら、介護の継続のために認知症に対する知識を求めたり、他の家族介護者のために活動したりすることで、介護環境に対応していた。一方、介護者の健康悪化や本人の症状に耐え切れず、入所や入居によって介護から離れたり、本人の死亡によって介護を終了したりすることによって、家族関係の第2再構築の過程を歩んでいた。

〈曖昧から認知症と遭遇〉

家族介護者はそれぞれの状況の中で、本人の異常行動に「おかしい」と〈曖昧な認識を抱く〉が、認知症とは認識せずその異常行動が繰り返されることによって認知症と認識していた。その後、診断や脳梗塞、介護認定がきっかけで〈認知症と遭遇〉しているが、認知症という認識の気づきが遅くなったり、本人が拒否することで、診断の時期が遅くなる場合もあった。

「訪問販売など高額商品を購入し、頻繁に送ってくれるなどおかしいと思った。おかしいと思っても毎日会うのではないのでわからなかった。おかしいと思いつつそのうち数年経って徐々に進んでいたらしい」 A1

「アルコール依存症があって、精神科に通っていた。そこの一番弱い睡眠薬が主人に合わなくて強くて、夜中に裸になって暴れた。病院に入院したとき、認知症だとはいわれた」 I1

「おかしいと思ったが、他の家族はいつも見ているのではないので言っても認めなかった。サービスを利用するために介護認定をすることになって、認知症と診断された」 L1

〈認知症の症状に戸惑う〉

認知症と診断され、病ということはわかっているが〈認知症の元の障がいに気づき〉、〈心の反応で出る症状（BPSD）に戸惑い〉ながら、心の中で葛藤し、奮闘していた。

「物取られ妄想は一緒に探すとか繰り返していくうちにだんだん逆に私に頼られるようになるように感じた。また、被害妄想が消えなくて、ターゲットが子どもに向けてしまっていて、それがもっと困ってしまった。むしろ私に向けてくれたほうが良かった」 D2

「仕事に行くとか、東京に行くとか、毛布をもって外側に行って引っかかったり、ゴミ箱に出したり、自分のオムツにビデオテープをたたんだりした」 G1

「火とかお金も、鍋も焦がした。基本的に認知症の典型的な形で、金を取られたとか、

外に出ていくとか、財布をどこかに隠して『誰がとった、とった』と」N1

<状況の対応と第1再構築>

認知症と遭遇し、認知症が持つ〈症状への否定〉や戸惑いの中で、介護のために同居や住宅を改築したり、介護方法を工夫したり、専門職や他の家族の支えとサービスを利用しながら家族関係を再構築し、〈介護体制を再構築〉していた。

「最初は本人の配偶者がみていたが、入院して行ったり来たりしていて、このままだと父もおかしくなると思って、母が骨折して、入院して、退院するとき一度も家に帰らずそのまま空港で、連れてきて同居し始めた」E2

「一番しんどかったときは、他の家族がやってくれた。遠く住んでいるが、私が手術して、本人の配偶者も骨折していたので、何とか助けなければという気持ちになったと思う。また、他の家族は、お金で面倒見てくれている」H2

「膝が悪くて病院に入院していたとき、看護師に『認定を受けたらどうですか?』ということで手続きをした。本人はどうか分からないが、当時は結構動けたので、本人に仕事として部屋の掃除とか、意外と役割分担ができたという感じで」C2・C3

<状況の対応と第2再構築>

先が見えない介護環境の中で、ピアサポートグループに入ったり、介護方法を学んだり〈認知症の知見の向上と関係活動〉にかかわる対応をしていく一方、介護者自身の健康悪化や本人の症状悪化に耐え切れず、特養に申し込んでいたり、本人が入所や入居することで介護から離れたたり、本人の死亡によって〈介護を終了〉している家族介護者もいた。介護を終了した家族介護者は、他の家族介護者のための活動と介護者自身の健康管理をしながら、介護していた環境とは異なる新しい環境の中で家族関係を再び構築していた。

「CMとかDSの職員に教えてもらったり、真似したりしながら参考にしている。介護教室とかで習うことは覚えきれないと思う。本人にあう方法があると思う」J11

「しんどかった状況の時期に特養に申し込みした。今は落ち着いているので、もし今特養に入れるとしたらちょっとかわいそうということも正直にあるが、今後のことを考えたときにタイミングが難しい。ピアグループに入っていて、そのつながりがすごく大きくて、何でもいえる人たちが多く、すごく安心感がある」H10

「老健に入っていた頃、3ヵ月になってからうるさくなって、それで他を探しはじめた。もしくは、一回退院して、1週間か2週間くらい家にいてもう一回入院するといった方法しかないという話になったときにCMが、特養に申し込んだほうがいいと話してくれて、入院中に相談したら「そうしたら一度1週間か2週間くらい様子を見ましょう」と言われたが、入所は待たなければと言われたので、どうしようとしていたときA施設に入れるようになって、その後今の特養に入所することになった」F11

2) 連続性 continuity のうへの介護状況

連続性のうへの介護状況というマスターテーマには、〈良好な介護前の関係〉と〈介護の開始と継続〉、〈介護ストレスと今の状況〉、〈連続性のうへの不安〉の4つのテーマで構成されている。認知症の人と家族介護者は、介護の以前から家族の人間関係で結ばれていて、平凡な日常を過ごしている良好な関係を保っていた。家族や専門職、サポートグループの支え手や介護保険サービスなどによって介護を開始し、継続していた。その中で、家族介護者は自分一人に介護負担を負わされた介護環境や家族間の葛藤、介護者自身の健康不全など、介護状況の連続性の中で、先が見えない不安と奮闘していた。

〈良好な介護前の関係〉

家族介護者と本人の介護前の関係について、長い時間を共有していることから〈理解し合う良好な関係〉で、本人の〈性格を良くわかっている〉いて、良好な関係を維持していた。一方、本人のプライドから介護認定を拒否する傾向も見受けられた。

「何でも言える関係。だから、本当に思ったことをいえる。認知症のおかげでというか、前向きというか、若い時からそうだった。一応やってもらうことが好きだから、やってもらうことに対する文句もない。性格かもしれない。本人はそもそも前向きで、しょうがないと思っている」 E3

「元々性格が穏やかな人で、声を大きくすることは一切なかった。子どもにも間違いをしても怒ったり、殴ったりしなかった。今も穏やかで、外に出て行かないので助かっている」 K3

「元々穏やかな性格だが、バスを逃してしまう（バスに乗り遅れるという意味）とブンブン怒り出すこともあった。私の世代は嫁姑の上下関係があるような気がして、ご飯は嫁が作るのがあたり前で、同居することを当然と思っていた」 L3

〈介護の開始と継続〉

他の家族や専門職、サポートグループなどの〈支え手のあり方〉や介護保険制度をはじめとする〈サービスの導入〉、〈情報のあり方〉を求めながら介護を開始し、継続していた。一方、〈親に対する責任感〉や〈本人の症状の軽さ〉など、家族として〈自然な受け入れ〉と受け止めている家族介護者もいた。

「最初は『そんなはずがない』と否定しまくった。ますます混乱しておかしいときもあった。本人も認知症ということでもかなりショックを受けていると思う。どのようにして、理解して、サービスを利用してもらうかというところ、導入のところがやはり難しかった」 D3

「最初は何も分からなかった。どこで何をしたいのか分からなかった。近所の方から『まず、認定を受けたらどう？』といわれて、この辺に高齢者が結構多いから。それでクリニック連れて行って、認定を受けたら、いろいろなサービスがあることが分か

った」 H3

「最初どうするか右も左もわからなかった。認知症の話も聞いたこともないから、テレビの情報だけでは、やっぱちょっと足りない。わからない」 C4

<介護ストレスと状況への対応>

介護を継続していく中で、家族介護者は主介護者一人に負担が負わされる介護環境や家族間の葛藤、介護者自身の健康不全と身体介護の負担などの〈介護者の葛藤とストレス〉を負わされていた。また、本人の症状への対応困難やその症状に振り回されることへのストレスなど〈本人や介護環境の負担感〉も訴えていた。加えて、〈相談先の不在〉や〈関連施設の不適切な対応〉、〈家族の理解不足〉といった外部要因からもストレスを受けていた。

「子どもが3人いて、まだ手がかかる頃で、そんな状況の中で認知症の介護になったので、厳しい状況であった。だからいくら介護環境を考えてくれてもそこが限界で、入院してから退院するところが一番きつかった」 D2

「本人はわがままで、息子たちに相談しても『認知症だから、病人だからどうしようもできないからこっちから聞いてこっちから流して』というけど、流すにも流し切れない。子供たちは一緒に住んでいないから私の言葉だけでは分からないと思う。本当は二・三日つれていってと言いたいけど、仕事をしているし、かわいそうでいえない」

B2

「子育てしていた経験で大体の要領で、出来るだけ楽なように、汚さないように工夫している。でも、体が重いから、思うようにできない。動かそうとすると怒るし『そんな、ゴミみたいに扱わないで』とか、つらかった。『ひどい扱い』、『最低』と言われて、つらかった」 F4

<連続性のうへの不安>

家族介護者は、介護ストレスや葛藤、負担感に追われるか状況の連続性の中で、症状悪化や状況変化に対する〈本人の状態の不安〉や介護者自身の健康問題をはじめとする〈介護者の状況変化の不安〉、〈経済的不安〉、〈サービスの継続利用への不安〉など、先が見えない不安に追われていて、その不安の頼り所として特養の申し込みを選択していた。

「私自身病気になるかもしれないし、本人もどうしようもない寝たきりで大変な状況になるかも知れないので、今必要ではないが、特養に申し込んでいる」 J5

「また転んだら危ないという不安がある。今落ち着いていたとしても今後はどうなるのだろうという不安がある。特養も待ち状態がいっぱいだから、話が来たときにその状況ではない。だけど断ってしまったら、その後どうなるのだろうと不安はやはりある」

H5

「一番心配なのは、今は下の世話もないし、徘徊もないし良いけど、そうなったときが一番心配。私の両親も歳が歳なので心配。また、今より重度になることが心配で、CM

と相談して GH と特養に申込みをしている」 L5

3) 相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持

相互作用による関係作りとバランスの維持というマスターテーマには、介護の過程の中で個人的な心理状態の中で、家族介護者の親密性と共依存を表す〈親密性の変容〉と〈気づき難い共依存傾向〉という 2 つのテーマと、社会的な関係の中で、家族介護者のサービス利用と支援を表す〈サービスの利用に繋がる〉、〈サービスの利用に救われる〉、〈サービス利用が閉ざされることへの困難〉、〈家族介護者が求めている支援〉という 4 つのテーマで構成されている。

認知症の人と家族介護者は、長年にわたってバランスのとれた親密性を育んでいたが、過酷な介護環境での不安感や罪悪感、喪失感などを経験しながら、家族関係において親密性を再構築経験していた。一方、家族介護者本人では気づき難い共依存の傾向も示していた。また、サービスの利用には、専門職や関連機関の支えやサービス利用に繋げるための要素とサービスを利用して得られる効果への期待からサービスを利用し始めており、サービスを利用することで、家族介護者は日常生活や心身の健康維持につながったり、家族関係の維持と回復にもつながっていた。一方、サービス利用への拒否感を持つこともあって、本人の強い拒否やサービスの内容への拒否に加え、他の家族の拒否によってサービスが利用できない家族介護者もいた。さらに、家族介護者が求めている支援は、サービス側面からの支援と、対象者側面からの支援、現実的側面からの支援という 3 つの側面からの支援を求めている。

〈親密性の変容〉

認知症の人と家族介護者は、長年にわたって同じ時間と感情を共有し、それぞれに〈バランスのとれた親密性〉を保っていて、過酷な介護環境の中でも〈親密性の維持〉を図っていた。しかし、不安感や罪悪感と本人の記憶障害によって共有出来ないことへの喪失感などによって〈親密性の崩壊〉を経験している。一方、介護をきっかけに再び同じ時間を共有することで〈親密性の再構築〉の経験をしていた。

「私の定年まで後 2 年で、今の見たいに働くことはないけど、パートくらいは出ないといけないと思っている。サービスを続けて利用したいと思っている。お互いのために 24 時間はちょっと。18 に家から出て 40 年以上一緒にいない。一緒にいることにそんなに違和感はないが、あまりにも長くいなさ過ぎて昔はどうだったか覚えてない。習慣もわからないし。介護で一緒に住んでいても親しくなったとは思わないし、話すこともあまりない。今は共通の話題がない」 O6

「最初 SS に行ったときにすごく罪悪感があった。SS に面会に行ったときに『さびしかったよ』と涙をくんでいたので私も涙が出たが、今は安心している」 K6

「本人とは格別で、頼っている。いつも一緒に晩酌するなど、そういう親子関係が長かった。夫婦とはいえ、やはり親子の仲には入れない。本人は息子を自分の主人だと思

っている。(介護関与者の語り) 介護がこんなに大変なものだと思わなかった。実の親だから、こんなに短い時間にどんどん壊れていくのは全く想像していない。今日は調子いいなと思ったら、次の日は悪いとか。そういったことが会社を辞めてはじめて分かった。下の世話も何回かやったが、嫌だよね。息子だから。嫌なの。何回かやっていたらそのうちあまりうるさい。『こうやって』とか、あまりうるさいので、もう下の世話は出来ないなと思った。だから動かすくらいで」 F6

<気づき難い共依存傾向>

家族介護者は気づかないうちに、認知症の人を完璧に世話するためコントロールしたり、それができないことで不安になったり、認知症の人から離れることで落ち着かなくなるなど、〈世話焼き嗜癖〉や〈関係嗜癖〉、〈共依存、嗜癖行動を示しやすい性格〉という共依存の傾向を見せていた。

「今の状況でずっと行けばここで面倒みるのが一番いいかも知れないと思う。私の性格で本人を追い込んでいくところがあるのかと不安もある。つい完璧にやりたくなる。本人は一緒に外食しようとしても駄目で、面倒くさがる。私たちも置いていくのはすぐ心が痛い。たまには良いと思うけど心苦しくて落ち着かない」 M7

「本人はお酒さえあれば良い。とにかくアルコールを飲めばよい。アル中みたいに。それが切れてくると暴言を言ったり、私に机を引っくり返して出て行けとか言ったり、どうしようもない。そのときは外に出てぶらぶらするが、寒いときは困るし、風邪でも引いたら困る。服を着ることもできなくて、もう面倒見切れなくなった。私は太れない。神経的に。今年も早々疲れて、病気になってしまって、神経性だといわれた。もし本人がいなくなったら国民年金だけでは生活出来ないと思う。それこそ子どもたちに援助してもらわないと国民年金だけでは駄目だと思う。それを思うと苦労しても生きていたほうが良いと思ったり、本人が亡くなったらどうするかとか、複雑な気持ちになる」 B7

「何と言うか。腹が立つ。非常に腹が立つ。一般の報道で介護に疲れて親を殺したということがはじめて分かった。その気持ちが。これは憎めない出来事なんだと思った。たぶん、親を介護した人間ではないと分からないことだと思う。トイレに連れて行く、車椅子に乗せるなど出来なくて、思い切ってやめて、力仕事をやろうとして退職した。夜に騒いだら、夜中に起こされる。会社に行ってもつらいし。そのようなことが続いていて、これはそろそろだめだなと思った。親だからなるべく家で面倒みてやりたい。認知症の付き合い方が分かったのは最近で、その頃は『そんなことは見えないよ』とか、『おまわりさん呼びに一緒に行くか』とか、そのような対応だった。それが毎日で、『大丈夫』と言っても分からないのでいらいらして『そのうち腹が立って』病気だと思ってもなかなか、また始まるのというように、もう長かったり」 F7

<サービスの利用に繋がる>

サービスの利用には、専門職をはじめとする〈関連機関や人の支え〉と、適切な時期に自由に利用できるサービスや他の家族の理解など〈サービス利用に繋げる要素〉が存在していて、介護に対するリフレッシュや介護者の仕事の継続という〈サービス利用への期待〉と、本人に合うサービスの利用による〈本人の状態維持への期待〉を持ってサービスを利用していた。

「介護センターに相談に行ったら CM が決まって、CM が強引に話を進めてくれた。『枠が取れまして決まったので行きましょう』という感じで、まず週一回からとりあえず、何でもいから連れ出そうということで、強制的な感じで連れ出してもらって、結局いろいろ工夫して、やり取りをしてだんだん向こうでも知り合いが増えてきたりとかあった。どちらかという職員たちと仲良くなり、そのようなことでなんとなく通っている感じ」 D7

「小規模は、たまたま父が SS でたらい回しみたいになっていたときにちょうど 1 人空いて、世話になっていた CM が教えてくれて、『どうですか』とってくれたので、ぜひということでお願いした。小規模は近いし便利。特養の空きがなければ、小規模をずっと使いたい。今のところ小規模がピッタリだと感じている」 H7

「市役所の福祉課の出張所がちょうど近くにあったので、その紹介で（小規模を）利用し始めた。私が寝た状態で起きられないと本人のご飯とか誰も作ってくれない状態になって、それが心配で相談に行ったら、泊まるどころと DS のように日帰りでも預かってもらってご飯もそこでしてくれるところが、同じところがいいと希望して、緊急だけど泊まることをお願いするとか、本当にお世話になっている」 L7

<サービスの利用に救われる>

家族介護者は、サービスを利用することで、〈介護者の日常生活や心身の健康維持〉ができ、〈本人の状態維持と情報の収集〉が容易になって対応できるようになり、疎遠になっていた〈家族関係の維持と回復〉につながっていた。

「CM がちょこちょこアドバイスしてくれるから、『認知症になっていても感情の部分は残っているから感情部分に触れると駄目だから』とか、『こう言っているけど本当はこうしたいのではないか』とか、母の様子をみながら話してくれる。母にも優しい言葉で励ましてくれている。CM がすごく良い。SS を利用していて割り切っていると思う。DS より SS のほうが私にとっては楽。いないから楽というか、一番大変なのは朝起こすときと寝るとき、実際日中は寝ているばかりなので」 J8

「DS は本人がものすごく喜んでいっているみたい。何も出来ないけれど、でも風呂入れてもらえるから。風呂と食事は私が作る食事と違うものができるので、それが楽しみみたい。本人が DS に行く時間に歌教室に通っている。試しに SS をつかってみたが、本当に楽だった」 G8

「HHS と DS で、いろいろ相談したり、事細かくいろいろみてくれて、CM には本当に世話になった。CM が働きかけてくれて、『私も一緒に行くから今度行きましょう』と言って、やっと週 2 回になった。夫婦 2 人で散歩して、この間は旅行に行ってきた。本人がいつもいるので、嫁の立場だから、やきもちを焼いてしまうので、太ったのはそのくらい神経が休めたと思う」 F8

<サービス利用が閉ざされることへの困難>

家族介護者には、サービスの利用に拒否感を持つこともあって、〈本人の拒否〉が強かったり、サービスの内容が本人に合わなかったり、サービスの利用が近所に知られることを嫌がったり、〈サービス内容への拒否〉からサービスの利用から遠ざかる家族もいた。また、〈他の家族の拒否〉によってサービスが利用できない家族介護者もいた。

「最初は施設の車が家の前まで来て、横付けされているのがすごく嫌がっていて、近所にすごく恥ずかしいみたいな、介護施設に行くのが恥ずかしいということで拒否の原因になっていた。導入部分で、どうやってサービスを入れるのか、どうやってサービスを利用するようにするのかで一番苦勞。『そういうのは必要ではない』と拒否をしてしまうことが多いこと、介護や福祉について知識がないと思う、『どこにやられるのだろう』とか『どういうことをするのだろう』という感じで認識がかなり低く、拒否すると思う。とりあえず慣れてほしい、まず慣れてほしいという感じでした。でも、拒否感が強かったなので、そこが困っていて、帰ってくる度に文句ばかり言うので困っていた」 D8

「DS に行けば良いのに嫌がる。絶対嫌だと。CM が話してみるというけど、そのような話になると絶対うちに入れない。『会う必要ない』と、『そのようなところには僕は行かないようにしているから会う必要はない』という」 B9

「HHS とか DS とか調べて他の家族に言ったら『私、嫌なのよ。人入れるの』といわれたので、ま、いいわ。こっちは死ぬか生きるかでやるわと根性を出してやったら、1 ヶ月に 2 回も救急車に運ばれて、それで DS を利用するようになった」 N8

<家族介護者が求めている支援>

家族介護者が求めている支援は、小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大や本人に合うサービス内容の充実、介護保険内サービスと枠外サービスの並行利用、介護人材の待遇改善と適切な配置及び養成、行政側からのアウトリーチなど〈サービス側面〉からの支援と、介護者が仕事を継続できるシステムや認知症に対する社会の理解といった〈対象者側面〉からの支援、地域内の介護情報の提供と共有や 地域に合う支援対策と介護に合う住居環境の充実などの〈現実的側面〉からの支援に大別された。

「サービスだけではないと思う。最近、やはり地域なんだろうなという思いもあって。少なくとも介護保険を利用している人たちは何らかを把握しているわけだと思う。そ

の人たちに声をかけていく制度が必要だと思う。答えをするかしないかは別として。また、地域で活動しているインフォーマルな資源を引っ張りあげる必要もあると思う。介護することを知られたくない人もいるし、寝たきりの人を開示したくない人もいるから、どこから情報を得たかと言われるからには行政で情報を持って対応したほうがいいと思う。拒むかどうかだが、いや、行政からのアプローチは拒まないと思う。最初は良いとしても何回か連絡したらそのうち喋りだすと思う。電話するだけでも良いと思う。安上がりだし。行政側からのアウトリーチが必要。行政がアプローチして民間でもどこでもつなげると言う事が出来ればそれが望ましいと思う。確かにいくらアプローチしたってできない人もいると思う。それはしょうがないと思う。でも最初からSOSを出すまで待つということは、どんでもないことが起きてから遅かったねという話になると思う。結局アプローチは行政からしなければならないと思う。アプローチしやすいし」A11

「SSで泊まりながらDSのサービスも使えるような。そのようなことがあるともっといいのではないのかなと思う。小規模みたいな特養があればと思っている。既存のサービスと小規模が並行して使えるようなものがあれば良い。また、地域内の情報が共有できるようなシステムがあれば孤立死とか予防できると思う」H9

「傾聴とか話し相手があればいい。また、腰痛があったときに小規模があったらよかった。その時あったら、自分がきついときに2~3日泊まりして、自分も休養ができる。情報も少なかったし、認知症もどれくらい進むかとか、今はどの段階かとかわからないし、呼びかけというのはいい。なかなか自分の方から、要するに忙しいし、来ていただいて相談にのってもらうのが一番いい。相談にのってもらえるというのは心強い。家に来て相談にのってもらえると安心。私の場合は専門職の方がいいと思う」C9

家族介護者の実践体験に関する語りの現象学的アプローチ解釈によって、【状況への対応】と【連続性のうへの介護状況】、【相互作用による関係作りとバランスの維持】という3つのマスターテーマが導かれた。家族介護者の状況への対応には、＜曖昧から認知症と遭遇＞と＜認知症の症状に戸惑う＞、＜状況の対応と第1再構築＞、＜状況の対応と第2再構築＞の4つのテーマで構成されていて、連続性のうへの介護状況には、＜良好な介護前の関係＞と＜介護の開始と継続＞、＜介護ストレスと今の状況＞、＜連続性のうへの不安＞の4つのテーマで構成されていた。

また、相互作用による関係作りとバランスの維持には、介護の過程の中での個人的な心理状態の中で、家族介護者の親密性と共依存を表す＜親密性の変容＞と＜気づき難い共依存傾向＞の2つのテーマと、社会的な関係の中で、家族介護者のサービス利用と支援を表す＜サービスの利用に繋がる＞、＜サービスの利用に救われる＞、＜サービス利用が閉ざされることへの困難＞、＜家族介護者が求めている支援＞の4つのテーマで構成されていた。

以上、家族介護者は、日常生活の連続性のうえで認知症と遭遇し、認知症高齢者を支えていく介護環境の中で、変化した状況に対応しながら、戸惑いと再構築の過程を経験して

いた。また、本人の状態変化とともに心理的にも行きつ戻りつしながら、認知症とその人を受容していた。

このような状況の中で、家族介護者は変化しつつある介護環境に対応するために社会的関係の新たな関係作りや、介護以前から維持してきた関係におけるバランスの維持のために介護サービスを利用して、家族介護者支援の方法として、通所介護を主とする訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能居宅介護のような介入によるサービスの充実を求めてきた。一方、家族介護者の親密性にも崩壊や再構築といった変容を経験していて、新たな関係作りや関係のバランスの維持からくるストレスや葛藤、不安から、家族介護者自身は気づきにくい共依存の傾向を示していた。

本節では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の主観的観点による質的研究によって、家族介護者の実践体験への解釈を行い、家族介護者が認知症と遭遇し、今に至るまでの介護の過程の介護状況変化への対応することやサービスの利用と心理的に変容することについて構造化ができた。また、家族介護者が求めている支援についてもまとめることができ、家族介護者の支援の示唆が得られた。

しかし、家族介護者の主観的観点による解釈のみでは、見出しにくい事項もあると想定される。したがって、認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容の関係について、専門職による客観的観点からの検討が必要である。そこで、支援者である専門職の客観的観点からみた、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中でのサービスの利用状況と心理的変容の関係について第4章に記述した。

第4章 専門職から見た家族介護者のサービス利用と心理的変容—介入時期・内容と親密性・共依存の関係

本章では、専門職から見た家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切り口とする心理的変容について、サービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存との関係を明らかにする。そのため、専門職の客観的観点から量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みる。

第1節 客観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容の量的調査研究—エビデンス・ベースド・アプローチ（実証主義的視点）による検討

1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

（1）目的

前章で述べた問題意識から、認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容の関係について、当事者である家族介護者の主観的観点から、量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の意識を深層的に把握した。しかし、家族介護者の主観的観点だけでは見出しにくい事項もあると想定される。したがって、認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容の関係について、専門職の客観的観点からも検討を行うことで、客観的観点からみた支援の介入時期と介入内容を析出する必要がある。

そこで、支援者である専門職の客観的観点からみた、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中でのサービスの利用状況と心理的変容の関係を明らかにし、支援の介入時期と介入内容の析出を目的とした。

（2）方法

1) 分析の対象

J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人が担当している高齢者454人のうち、認知症高齢者219人（有効回収率48.2%）を分析の対象とした。

2) 分析の方法

量的研究の数量的データにおける分析には、SPSSver.19を用いて、専門職に対する各設問項目の基本統計量を算出し、専門職の客観的観点から、認知症高齢者を支えている家族介護者の心理的変容とサービスの利用状況を明らかにして支援の介入時期と介入内容を析出するために、利用者の属性の中で認知症高齢者と家族介護者の関係が把握できると思わ

れる利用者の家族関係と要介護度を説明変数に、現在利用しているサービスの利用状況を目的変数として χ^2 検定を行った。

また、家族介護者の心理的変容を把握するために、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップに対応のある t 検定を行った。

さらに、心理的変容と利用サービスの把握から支援サービスの内容を明らかにするために①初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと②初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスについて χ^2 検定を行った。その後、心理的変容と利用サービスの関係性を把握するために、現在の心理的ステップを目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。

(3) 結果

1) 支援者の専門職と利用者の認知症高齢者の現状

調査対象である専門職の属性を見たところ、当事者である家族介護者と同様に女性が7割以上の結果で、平均年齢は47.35歳であった。また、保持資格は、対象者のすべてが「介護福祉士」の資格を持っていて、「社会福祉士」の資格も半数以上持っている結果であった。また、専門職が担当している利用者の属性を見ると、女性の割合が7割以上で、平均年齢は80歳以上の結果で、75歳以上の後期高齢者の割合が8割を上回っていた。要介護度は、要介護1、要介護2、要介護3の割合が7割以上を示していて、要介護4と要介護5の割合は2割を示していた。さらに、家族構成から「夫婦2人」の回答が23.3%で老々介護に該当する回答が一番多く、次は「息子世帯と同居」と「娘世帯と同居」の回答の順に多い結果であった(表4-1-1)。

以上、専門職のケース数が少ないため、専門職の特徴を読みとることは困難であった。しかし、本研究では、認知症高齢者と家族介護者の心理的変容や利用サービスの状況を明らかにするための調査であるため、専門職の現状は省略している。また、専門職が担当している利用者の状況も家族介護者への調査結果と同様に女性の割合が高く、ほとんど後期高齢者の結果であった。要介護度は、軽・中度の割合が最も高く重度の割合も2割を越えていた。

2) 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容とサービスの利用状況

家族構成及び要介護度を説明変数としてみたところ、客観的観点からみた家族介護者の利用サービスの状況においても、家族介護者の結果と同様に家族構成と要介護度ともに通所型サービスの利用が多く、次に訪問型サービスの利用が多い結果であった。また、専門職の客観的観点からみた認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容は、初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの関係では、それほど大きな変容は見せず、僅かな変容のみの結果であった。

また、各心理的ステップにおける変容も僅かで、家族介護者の結果と大きく異なっている結果であった。当事者の家族介護者の結果が大きくあったことに対し、僅かな変容しか

見えなかった。さらに、支援の介入時期と介入内容についてみたところ、初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスの検討から、心理的変容の時期は、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期の利用率が高く、効果があるという回答率が高い利用サービスの内容は、訪問型サービスと短期入所介護が多く利用されているという結果であった。

この結果から、支援の介入時期は、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期が有効で、支援の介入内容としては訪問型サービスと短期入所介護が有効といえる。最後に、心理的ステップごとの Exp(B)による「オッズ比」から、その他のサービスと短期入所介護の利用サービスが心理的ステップに影響力を示している結果であった(表 4-1-2、表 4-1-3、表 4-1-4、図 4-1-1)。

表 4-1-1 対象者の基本属性

	人数(%)	人数(%)	人数(%)
専門職の属性	性別 $n=17$	従事年数 $n=17$	資格 $n=35$
	女性 13(76.5)	1年以下 2(11.8)	介護福祉士 17(48.6)
	男性 4(23.5)	2年~3年 5(29.4)	社会福祉士 10(28.6)
	年齢 $n=17$	4年~5年 5(29.4)	ホームヘルパー 6(17.1)
		6年~7年 4(23.5)	その他 2(5.7)
		8年以上 1(5.9)	
		平均従事年数±SD 4.44±2.27	
	30代 4(23.5)		
40代 6(35.3)			
50代 6(35.3)			
60代 1(5.9)			
平均年齢±SD 47.35±9.29			
認知症高齢者の属性	性別 $n=219$	要介護度 $n=219$	家族構成 $n=219$
	女性 154(70.3)	要支援 1 2(0.9)	独居(近居家族無) 25(11.4)
	男性 65(29.7)	要支援 2 5(2.3)	独居(近居家族有) 18(8.2)
	年齢 $n=217$	要介護 1 76(34.7)	夫婦 2人 51(23.3)
		要介護 2 53(24.2)	娘と 2人 11(5.0)
		要介護 3 34(15.5)	息子と 2人 10(4.6)
		要介護 4 26(11.9)	娘世帯と同居 32(14.6)
	65歳未満 10(4.6)	要介護 5 23(10.5)	息子世帯と同居 46(21.0)
	65~75歳 25(11.5)		その他 26(11.9)
	75~100歳 179(82.5)		
100歳以上 3(1.4)			
平均年齢±SD 82.14±9.39			

n は、無回答及び欠損値を除いた数

表 4-1-2 認知症高齢者の家族構成及び要介護度と利用サービスの χ^2 検定

		現在の利用サービス【複数回答】				
		訪問型	通所型	短期入所介護	その他	合計
利用者の 家族構成	独居（近居家族無）	20(10.4)	15(7.8)	5(2.6)	9(4.7)	25(13.0)
	独居（近居家族有）	12(6.2)	13(6.7)	5(2.6)	8(4.1)	18(9.3)
	夫婦2人	25(13.0)	35(18.1)	14(7.3)	13(6.7)	51(26.4)
	娘と2人	8(4.1)	9(4.7)	3(1.6)	8(4.1)	11(5.7)
	息子と2人	5(2.6)	8(4.1)	2(1.0)	4(2.1)	10(5.2)
	娘世帯と同居	8(4.1)	30(15.5)	16(8.3)	12(6.2)	32(16.6)
	息子世帯と同居	15(7.8)	42(21.8)	16(8.3)	18(9.3)	46(23.8)
	合計	93(48.2)	152(78.8)	61(31.6)	72(37.3)	193(100)
	<i>p</i>	.000***	.015*	.194	.182	
利用者の 要介護度	要支援1	0(0.0)	2(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.9)
	要支援2	3(1.4)	3(1.4)	0(0.0)	2(0.9)	5(2.3)
	要介護1	34(15.5)	57(26.0)	6(2.7)	14(6.4)	76(34.7)
	要介護2	21(9.6)	45(20.5)	22(10.0)	24(11.0)	53(24.2)
	要介護3	14(6.4)	29(13.2)	14(6.4)	18(8.2)	34(15.5)
	要介護4	14(6.4)	22(10.0)	14(6.4)	13(5.9)	26(11.9)
	要介護5	19(8.7)	14(6.4)	10(4.6)	13(5.9)	23(10.5)
	合計	105(47.9)	172(78.5)	66(30.1)	84(38.4)	219(100)
	<i>p</i>	.014*	.165	.000***	.001***	

*n*は無回答及び欠損値を除いた数、*.*p*<.05、**.*p*<.01、***.*p*<.001

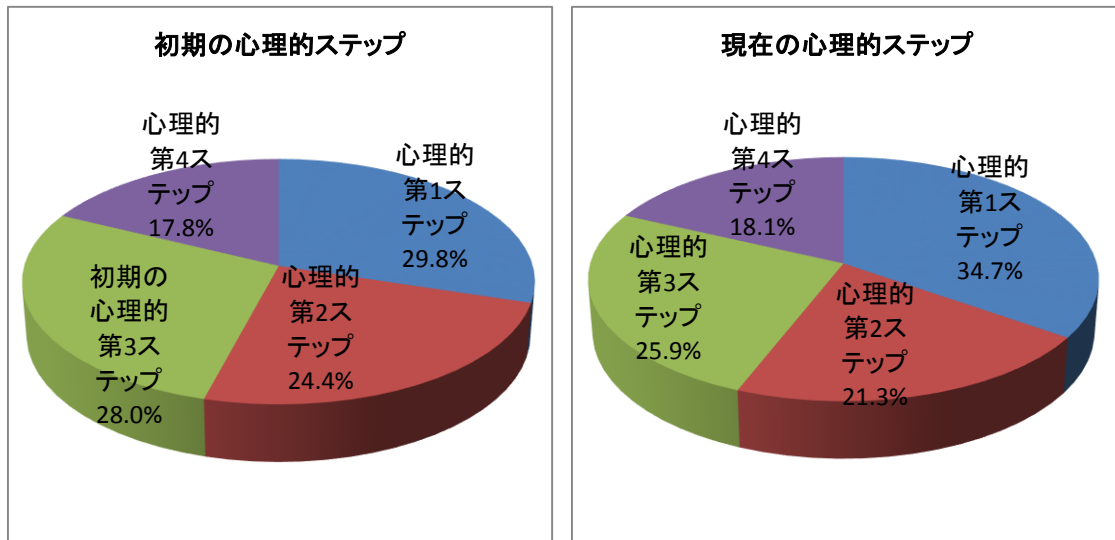


図 4-1-1 家族介護者の心理的変容

表 4-1-3 初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があったサービスの χ^2 検定【複数回答】

		心理的 第1ステップ		心理的 第2ステップ		心理的 第3ステップ		心理的 第4ステップ	
		N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P	N(%)	P
利用し 始めた サービス n=206	訪問型	32 (29.1)	0.00 ***	54 (49.1)	0.00 ***	5 (4.5)	0.00 ***	19 (17.3)	0.00 ***
	通所型	18 (19.8)	0.00 ***	41 (45.1)	0.00 ***	17 (18.7)	0.00 ***	15 (16.5)	0.00 ***
	短期入所	20 (19.4)	0.02 *	42 (40.8)	0.00 ***	21 (20.4)	0.00 ***	20 (19.4)	0.00 ***
	その他	20 (28.2)	0.00 ***	30 (42.3)	0.00 ***	14 (19.7)	0.00 ***	7 (9.9)	0.00 ***
利用し 始めて 効果が あった サービス n=188	訪問型	25 (30.1)	0.00 ***	44 (53.0)	0.00 ***	5 (6.0)	0.00 ***	9 (10.8)	0.00 ***
	通所型	20 (22.5)	0.00 ***	42 (47.2)	0.00 ***	13 (14.6)	0.00 ***	14 (15.7)	0.00 ***
	短期入所	23 (20.5)	0.02 *	51 (45.5)	0.00 ***	21 (18.8)	0.00 ***	17 (15.2)	0.02 *
	その他	26 (24.8)	0.01 **	50 (47.6)	0.00 3**	18 (17.1)	0.09	11 (10.5)	0.01 2*

n は、無回答及び欠損値を除いた数

*, $p < .05$, **, $p < .01$, ***, $p < .001$

表 4-1-4 初期の心理的ステップと現在の利用サービスのロジスティック回帰分析 n=216

			初期の心理的ステップ				
			心理的 第1ステップ	心理的 第2ステップ	心理的 第3ステップ	心理的 第4ステップ	
現 在 の 利 用 サ ー ビ ス	訪問型介護	B	0.33	1.79	0.51	-1.68	
		Exp(B)	1.39	6.00	1.66	0.19	
	通所型介護	B	0.00	2.10*	0.38	-2.08	
		Exp(B)	1.00	8.14	1.46	0.13	
	短期入所介護	B	0.10	2.11*	0.83	-1.62	
		Exp(B)	1.10	8.25	2.30	0.20	
	その他	B	0.88	1.10	0.45	-2.45*	
		Exp(B)	2.40	3.00	1.57	0.09	
	定数	B	-0.41	-0.41	-1.39	1.39	
		Exp(B)	0.67	0.67	0.25	4.00	
	-2 対数尤度			293.98	214.99	262.64	280.44
	カイ 2 乗			4.80	8.73	1.60	8.24

n は、欠損値を除いた数、* $p < .05$

2. 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向

(1) 目的

前章で述べた問題意識から、認知症高齢者を支えている家族介護者の心理的ステップを切り口とする心理的変容と親密性及び共依存の関係について、当事者である家族介護者の主観的観点から、量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の意識を深層的に把握した。しかし、家族介護者の主観的観点だけでは見出しにくい事項もあると想定される。したがって、認知症高齢者を支えている家族介護者の心理的ステップを切り口とする心理的変容と親密性及び共依存の関係について、専門職の客観的観点からも検討を行う必要がある。

そこで、支援者である専門職の客観的観点から、認知症高齢者を支える家族介護者が介護の過程の中で心理的変容と親密性及び共依存の関係について把握するため、家族介護者の親密性の尺度及び共依存の尺度について信頼性の検討を行った後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにすることを目的とした。

(2) 方法

1) 分析の対象

J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人が担当している高齢者454人のうち、認知症高齢者219人（有効回収率48.2%）を分析の対象とした。

2) 分析の方法

認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を明らかにするために、専門職の客観的観点から家族介護者の親密性と共依存の分析を行った。

まず、親密性及び共依存のそれぞれについて、家族介護者の親密性と共依存に関する家族介護者の意識について単純集計を行った後、因子分析（重みなし最小二乗法、Varimax回転）を行った。その後、Cronbachの α 係数による信頼性（内的一貫性）の検証と下位尺度の因子得点について因子間相互相関を行った。

さらに、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係を検討するために、心理的ステップを切り口に親密性及び共依存について共分散構造分析によるパス解析を行った。なお、共分散構造分析におけるモデルの適合度は、残差平方平均平方根（RMR：Root Mean square Residual）、適合度指標（GFI：Goodness of Fit Index）、修正適合度指標（Adjusted Goodness of Fit Index）、比較適合度指標（CFI：Comparative Fit Index）、平均二乗誤差平方根（RMSEA：Root Mean Squares Error of Approximation）、赤池情報量基準（AIC：Akaike information criterion）で評価した。

(3) 結果

1) 客観的観点からみた家族介護者の親密性

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性について専門職の客観的観点による単純集計の結果、過半数以上が<とちらでもない>の回答が多い結果であった。また、因子分析の結果から、家族介護者の親密性は18項目のすべての項目が採択され、「情愛」、「相互依存」、「理想化」の3因子が見いだされた。Cronbachの α 係数による信頼性は、家族介護者の親密性の項目全体が「 $\alpha=.99$ 」に統計学的に支持され、因子分析の結果からみいだされた下位尺度についても3因子のすべてが「 $\alpha=.90$ 」以上で、内的一貫性がある結果であった(表4-1-5、表4-1-6)。

表 4-1-5 親密性に対する因子分析(重みなし最小二乗法、Varimax 回転)

親密性項目全体 $\alpha=.99$	1 因子	2 因子	3 因子	共通性	
情愛 $\alpha=.99$					
13 介護者は、自分の幸せよりも認知症高齢者の幸せを願っていると感じる	0.83	0.41	0.36	0.99	
17 認知症高齢者が困っていたら、介護者は頼まれなくても積極的に助けようと思う	0.79	0.44	0.39	0.97	
12 介護者は、認知症高齢者に頼りにされたいと思っていると感じる	0.77	0.46	0.38	0.96	
3 介護者と認知症高齢者はお互いの欠点を率直に言えると思う	0.75	0.44	0.46	0.97	
10 介護者はいちいち言わなくても認知症高齢者の気持ちを分かってくれる	0.72	0.32	0.58	0.96	
5 介護者は、認知症高齢者を尊敬していると思う	0.72	0.55	0.37	0.95	
9 介護者と認知症高齢者は、互いに何も言わなくても、気持ちを察していると思う	0.71	0.45	0.50	0.95	
2 介護者と認知症高齢者は、欠点も含めて、お互い受け入れ、許していると思う	0.68	0.59	0.41	0.98	
14 介護者は、認知症高齢者の敵を自分の敵のように察していると感じる	0.65	0.58	0.34	0.87	
15 介護者は、何をしても、認知症高齢者がわかってくれると思っていると感じる	0.65	0.62	0.41	0.98	
4 介護者と認知症高齢者は、心がつながっていると思う	0.65	0.60	0.43	0.97	
7 介護者と認知症高齢者は、互いに刺激しあって、人間性を高め合っていると思う	0.65	0.58	0.44	0.94	
18 介護者は、自分を犠牲にしても認知症高齢者の希望をかなえようと思う	0.64	0.61	0.41	0.95	
16 介護者は、認知症高齢者の考えていることがだいたい分かっていると感じる	0.61	0.53	0.54	0.93	
相互依存 $\alpha=.97$					
8 認知症高齢者が落ち込んでいると介護者も落ち込むと思う	0.35	0.79	0.50	1.00	
1 介護者と認知症高齢者は、喜び、悲しみなどの感情を共有していると思う	0.55	0.74	0.33	0.97	
理想化 $\alpha=.95$					
6 介護者と認知症高齢者は多くの時間を共有していると思う	0.43	0.50	0.73	0.96	
11 認知症高齢者を喜ばせることは、介護者人生の目標の1つだと思う	0.54	0.47	0.63	0.90	
	因子寄与	7.83	5.45	3.91	17.19
	寄与率	43.49	30.29	21.75	95.52

表 4-1-6 親密性の因子間相互相関

	情愛	相互依存	理想化
情愛	—	.920**	.913**
相互依存		—	.909**
理想化			—

**. $p < .01$

2) 客観的観点からみた家族介護者の共依存

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存について専門職の客観的観点による単純集計の結果、親密性の結果とどうように、過半数以上が<どちらでもない>の回答が多い結果であった。また、因子分析の結果から、共依存について 18 項目のすべてが採択され、「嗜癖 と心身の障害」、「否定的エンメッシュ」、「親密性からの逃避」の 3 因子が見いだされた。

表 4-1-7 共依存に対する因子分析（重みなし最小二乗法、Varimax 回転）

共依存項目全体 $\alpha = .99$	1 因子	2 因子	3 因子	共通性
嗜癖と心身の障害 $\alpha = .99$				
12 介護者は自分から進んで友達を作ることが少ないと思う	0.81	0.43	0.37	0.99
11 介護者は人生において本当に何をしたいのか決めることができないと思う	0.80	0.46	0.37	0.98
10 他人は介護者に失望していると思う事がある	0.78	0.44	0.40	0.96
17 介護者はいつも生きにくさを感じると思う	0.76	0.45	0.46	0.98
15 介護者はとても寂しいと思う	0.75	0.39	0.53	0.99
16 介護者はいつも人の顔色をうかがっていると感じる	0.74	0.52	0.41	0.99
9 介護者は敗北者だと思う事がよくある	0.73	0.52	0.41	0.97
13 他人は介護者のことを「物」のように扱うと感じる	0.70	0.60	0.34	0.97
18 介護者は他人が自分のことをどう思っているのかとても気になると思う	0.67	0.39	0.62	0.99
2 介護者は家族や他人の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	0.60	0.51	0.58	0.95
否定的エンメッシュ $\alpha = .98$				
5 介護者は自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がると思う	0.52	0.71	0.47	0.99
14 介護者は世話焼きだと言われることがあると感じる	0.54	0.70	0.43	0.96
1 介護者は自分のことを二の次にして、家族や他人の世話をやくと思う	0.61	0.63	0.45	0.98
3 介護者は人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れないと思う	0.58	0.60	0.52	0.96
4 介護者はときどき他人の問題を自分のことのように思う	0.58	0.59	0.54	0.98
6 介護者はひとりになったとき、非常に寂しくなると思う	0.51	0.59	0.46	0.82
親密性からの逃避 $\alpha = .96$				
7 介護者は自分の本音を他人に知られるのを怖がると思う	0.31	0.33	0.89	1.00
8 介護者は自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていないと思う	0.56	0.44	0.67	0.96
因子寄与	7.71	4.98	4.72	17.41
寄与率	42.83	27.69	26.19	96.71

表 4-1-8 家族介護者の共依存に関する因子間相互相関

	嗜癖と心身の障害	否定的エンメッシュ	親密性からの逃避
嗜癖と心身の障害	—	.962**	.847**
否定的エンメッシュ		—	.880**
親密性からの逃避			—

**. $p < .01$

Cronbach の α 係数による信頼性は、家族介護者の共依存の項目全体が「 $\alpha = .99$ 」で高い信頼性を示していて、因子分析から見いだされた下位尺度についても 3 因子のすべてが「 $\alpha = .90$ 」以上で、内的一貫性がある結果であった（表 4-1-7、表 4-1-8）。

3) 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性

客観的観点からみた家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存について共分散構造分析によるパス解析から、適合度指標に適合した結果を得て、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存に因果関係が認められた。家族介護者の親密性や共依存の傾向は、家族介護者の心理的変容に何らかの影響を与えると考えられる。しかし、先述したようにケース数が少なく、利用者に関する解釈のみ信頼があると言える（図 4-1-2）。

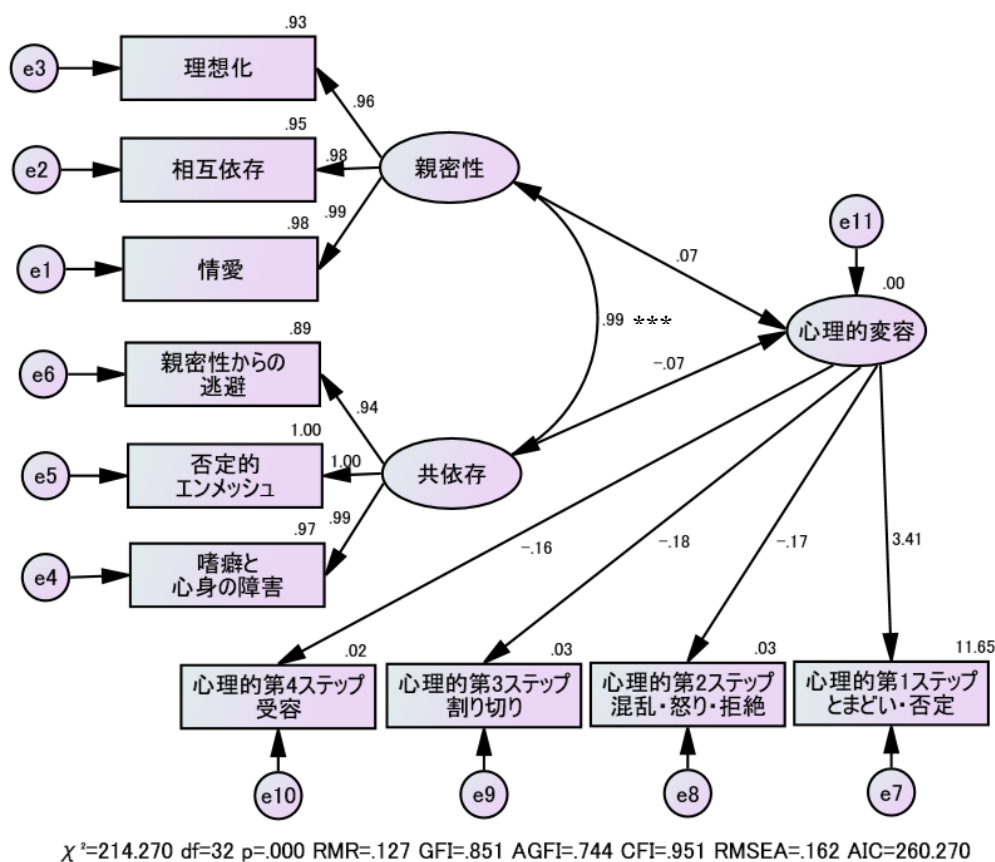


図 4-1-2 家族介護者の親密性及び共依存と心理的変容の因子構造モデル（標準化解）

以上の結果から、客観的観点かみた家族介護者の親密性及び共依存の尺度は高い信頼性を示していたが、回答数が少なく、詳細の分析にまでは至らなかった。さらに、専門職への調査はあくまで客観的観点かみた認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容の関係を明らかにすることを目的にしているため、当事者である家族介護者の調査結果を主として扱う。

3. 専門職の自由記述から読みとる家族介護者への支援の時期及び内容

(1) 目的

支援者である専門職の客観的観点から量的調査の数量的データの分析を行い、家族介護者の介護の過程における支援の介入時期と介入内容を析出した後、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性について明らかにした。一方、支援に対する意見を読みとる事ができると想定できる自由記述の回答について見落とす恐れがあるため、専門職の自由記述回答における家族介護者の支援に対する意見の検討が必要である。

したがって、支援者である専門職の客観的観点による自由記述の分析を行い、専門職の家族介護者への支援の時期及び内容に対する意見を把握することを目的とした。

(2) 方法

1) 分析の対象

J市A法人の専門職（介護支援専門員）17人のうち、自由記述の回答が得られた17人（有効回収率100%）を分析の対象とした。

2) 分析の方法

専門職の自由記述回答から家族介護者の支援の時期及び内容についてその意見を把握するため、質的研究で用いられる Berelson 内容分析法（舟島 1999：42-53）を参考に分析を行った。まず、意味がとおる最小の単位を文脈単位として区切り、これをコード化した。次に、コード化された類似の内容をまとめてサブカテゴリーとし、類似したサブカテゴリーをまとめてカテゴリー化した。なお、以下の、《 》はコアカテゴリーを表して、【 】はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを示す。

(3) 結果

1) 自由記述に回答した専門職の概要

自由記述に回答した専門職の概要は、対象者の全員が回答していたため、数量的データ分析の結果と同様に女性が7割以上で、平均年齢は47.35歳の結果であった（表4-1-1）。

2) 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意識

専門職の自由記述回答について内容分析から見たところ、《支援の内容》と《支援の時期》の2つのコアカテゴリーを導くことができ、家族の結果と同様に《支援の時期》より《支援の内容》に関する意見が多い結果であった。また、概念の記録単位数の割合から、《支援の内容》では【心理的側面】と【サービス側面】に意見が多い結果で、【心理的側面】は4割を示していた。さらに、《支援の時期》は〈初期の状況に応じた支援〉に対する意見が多い結果であった。

先述のようにこの結果からも、家族介護者は《支援の内容》について、サービスの改善・拡大や新たなサービスの実施、介護サービスのアウトリーチ支援、医療と福祉の包括ケアなど、【サービスの側面】について求める意見が多かったが、《支援の時期》についてはそれほど意識できていないといえる。つまり、常に介護の場に置かれている家族介護者は、それぞれの支援の時期を意識することが困難であるもいえる。

また、ほとんどの意見が認知症高齢者を対象としていて、家族介護者本人に対する支援に対する意見は少ない。これは、認知症高齢者の支援は家族介護者の支援につながっていることをもう一度確認してくれたといえる。一方、第1章で述べたように「新オレンジプラン」の内容には、【サービス側面】で求められている支援の内容のほとんどが含まれていて、その支援策は始まったばかりで、効果が期待できる。しかし、家族介護者がその効果について実感するにはほど遠い感もする。さらに、見落としてはいけないところは、【サービス側面】の次に意見が多く寄せられている【心理的側面】の支援と、家族介護者は意識できていないともいえる《支援の時期》に対する支援である（表4-1-9、表4-1-10）。

表 4-1-9 専門職の客観的観点からみた家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見

コア カテゴリー	サブカテゴリー	概念	
支援 の 内 容	現 実 的 側 面	政策的改善	現行の介護保険サービスは、その種類が多いため、家族介護者にとって利用しにくいと言える
		認知症への理解	認知症について理解しようと勉強するご家族もいるが、なかなか理解されないままストレスをためていく家族も多い／家族介護者に病気を理解してもらい支援の内容をきちんと説明してサービスを選んでもらう
		認知症に関する情報	認知症に対して理解を深め、本人を受入れやすくし、将来的な不安も軽減されやすくするような情報サポート／認知症とはこのような病気であるというレクチャーがあると良い
	心 理 的 側 面	介護者への傾聴と相談のアウトリーチ	家族の訴えを傾聴する／1人で抱え込まないで相談できる体制作り
		介護負担や介護問題になる前の精神的支援	休息できる時間を確保したり、負担を軽減できる支援／一緒に考えるという姿勢が大切
		専門職の支え	信頼できる医師からの診断／本人・家族介護者が混乱している時期に正しい理解と今後の見通しについての説明／臨床心理、カウンセリングの専門家のかかわり
		介護者のリフレッシュを支える	家族介護者がふっと休める、自分の時間を作れるように協力ができればと思う／一日でもフリーになれる時間を作れる
		介護者同士の交流	家族介護者同士の情報の場もあるが参加しやすくするような設定の工夫も必要
	サ ー ビ ス 側 面	入所サービスの改善・拡大	家族が介護負担により倒れてしまうといった状況の際、時間や手間をかけずにスムーズに一時的な施設入所が出来るような仕組みが国レベル、自治体レベルであると良い／短期滞在型サービスが予約なしに利用できるようなになれば良い／必要な時など対応してくれるショートステイなどがあれば良い

		在宅サービスの改善・拡大	サービスの質・量の調整、新しいサービスの導入など適切な処置
		介護サービスの情報	利用できるサービスの種類や内容、公的な制度などの情報提供も大切
		医療と福祉の包括ケア	医師、訪問看護、通所、訪問などのサービス担当者が早期から連携をもって支援していくことが良いと思う
		早期発見・支援サービス	認知症の予防や正しい理解を早期から行う必要がある／時期としては家族が気づいた時点ですぐ
支援の時期	心理的 第1ステップ	初期の状況に応じた支援	初期において利用者につなげる支援／ケアマネジャーが話を聞く機会を作り気持ちを聞く時間を確保／認知症が脳の状態の病気であることの理解を持ってもらう、家族に接し方のコツを伝える
	心理的 第2ステップ	症状に対応できる支援	高齢者と家族の距離を考えサービスを紹介する
		介護者へ休養を促す	ショートステイを使い家族に積極的に休んだり好きなことをする時間を持ってもらう
	心理的 第3ステップ	介護負担を軽減できる支援	ショートステイなどのサービス利用で家族介護者の負担を軽減できる支援などを紹介・施設入所についても考える
心理的 第4ステップ	家族介護者の意志確認	今後の家族介護者としてどう考えているか確認（在宅サービス中心か施設入所を希望するか）	

表 4-1-10 専門職の客観的観点からみた家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布

	支援の内容			支援の時期	
	記録単位数	%		記録単位数	%
現実的側面	5	14.3%	心理的 第1ステップ	4	11.4%
心理的側面	14	40.0%	心理的 第2ステップ	2	5.7%
サービス側面	8	22.9%	心理的 第3ステップ	1	2.9%
計	27	77.1%	心理的 第4ステップ	1	2.9%
			計	8	22.9%

本節では、支援者である専門職の客観的観点による量的研究によって仮説の検証を行った。その結果、認知症高齢者と家族介護者の現状と家族介護者のサービス利用状況と、家族介護者の心理的変容と利用サービスの検討から、支援の介入時期と介入内容を析出した。

また、家族介護者の親密性と共依存について尺度を用いた検討から、家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性について明らかにした。さらに、自由記述回答の内容分析によって専門職の家族介護者への支援に対する意見について把握できた。しかし、量的調査だけでは、認知症高齢者を支える家族介護者に対する心理的変容と利用サービスの深層的なところまでは読み取れていないと思われる。

そこで、家族介護者を支援する専門職の立場から認知症高齢者と家族介護者の関係やサービスの利用と意識及び親密性と共依存に焦点をあてた心理的関係について把握するために、質的調査を行い専門職の体験や意識に対する語りを読みとり第2節に記述する。

第2節 客観的観点による家族介護者のサービス利用と心理的変容 —現象学的アプローチ（解釈主義的視点）による検討—

1. 目的

第3章では、家族介護者を対象とした調査研究によって、認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容の関係について、量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の意識を深層的に把握した。また、前節では、支援者の専門職への量的研究によって仮説の検証を行い、客観的観点による認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入時期と介入内容を析出することができた。

しかし、量的研究のみでは、専門職の観点から見た、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用の経緯や家族介護者の対応、介護の過程の中での心理的状況までは十分に読み取れているとはいえない。したがって、専門職の客観的観点から、認知症高齢者と家族介護者との関係や心理的状況、サービスの利用や家族介護者への支援に対する意識について質的研究が必要である。

そこで、支援者である専門職の客観的観点からみた、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的状況及び家族介護者への支援について、専門職の実践体験に関する語りから本質的な意味を抽出し、科学的な言語の構造化を図ることを目的とした。

2. 方法

(1) 分析の対象

質的研究の分析は、支援者の専門職6人を対象とした（表4-2-1）。分析の対象者は、調査時期によって<調査1>における調査協力者の3人と、<調査2>における調査協力者の3人に分けて記述されているが、調査内容に差異がないため、分析の際には区別していない。

(2) 分析の方法

分析には、支援者である専門職の経験や意識、目的に焦点をあてて、語り全体を丁寧に読み直すことを繰り返した。分析の基本となる調査協力者の基本属性を検討した後、すべての逐語録のうち、専門職の観点から見た家族介護者のサービス利用と心理的状態に対する表現と考えられる文脈の記述について分析を行った。また、逐語録からケア・ストーリーのデータを収集し、専門職の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを記述した。

具体的に、専門職の実践経験の記憶で構成されたフィールドテキストを何度も読み返し、意味のある単位を抽出し、意味を統合して構造を導いていくという Giorgi (1975 ; 1979 ; 2009=2013) と Parse (1985 ; 1998=2004) による「現象学的アプローチ」の手法を用いて、以下の5つの手順で行った。

表 4-2-1 対象者の属性

区分	専門職(年代) の職種	利用者(年代) の要介護度	主介護者の 続柄(年代)	居住形態	現在利用している 主なサービス
調査 1	P(30前) 包括CM	P1(70後) 要支援1	妹(70前)	別居	DS、SS
		P2(80前) 要支援2	妻(70後)	同居	HHS、DS
	Q(40前) 居宅CM	Q1(70前) ②要介護2	夫(未)	同居	HHS、DS、SS
	R(30前) 小規模管理者	R1(80前) 要介護4	息子(50後)	同居	小規模
		R2(80前) 要介護2	息子(50後)	同居	小規模
		R3(90前) 要介護3	息子(60前)	別居	小規模
調査 2	S(30前) 小規模管理者	S1(80前) 要介護4	息子(50後)	同居	小規模
		S2(80前) 要介護3	息子(50後)	同居	小規模
		S3(70前) 要介護4	嫁(未)	同居	小規模
	T(50前) 居宅CM	T1(80前) 要介護5	娘(40後)	同居	DS、
		T2(70後) 要介護3	妻(70後)	同居	DS、SS、VN
	U(30前) 包括CM	U1(60後) 要介護2	夫(60後)	同居	HHS、DS、SS
		U2(80前) 要介護3	娘(50代)	同居	DS、SS
		U3(90前) 要介護2	嫁(60代)	同居	DS
		U4(80前) 要介護5	妻(70後)	同居	HHS、DS

*年代はインタビュー当時(前:年齢の1の位が0~4、後:5~9)、未は未聴取

*要介護度及び利用サービスはインタビュー当時を表記

***CM**: 介護支援専門員、**HHS**: ホームヘルパーサービス、**DS**: デイサービス、**SS**: ショートステイ、**VN**: 訪問看護、**小規模**: 小規模多機能型居宅介護

- ① フィールドテキストを何度も繰り返し読む。単にあるテキストの単語を現前する事ではなく、対象者によって述べられた状況を現前する。
- ② 意味のある単位を抽出し、本質的な意味単位 **natural meaning units** を決定する。これはコンテキストを持たない識別を意味する要素 **element** ではなく、全体を心に留めるような方法で部分を識別する構成要素 **constituent** を意味する。
- ③ 本質的な意味単位を調査協力者の日常的な言語から高齢者の介護を視野に入れた現象学的科学の言語に変換する。
- ④ 変換された言語を統合し、中心的意味 **focal meaning** を明らかにする。
- ⑤ 中心的意味からテーマ **themes** を設定する。テーマを結びつけて再統合 **integrate** し、マスターテーマ **master theme** を設定する。

なお、分析の結果について、質的研究の経験のある同領域の研究者及び他領域の研究者の2人によって確認した。

3. 結果

(1) 対象者の属性

専門職による利用者の概要をみると女性の割合が高く、被介護者は、男性の割合も高く、1人を除いて70代以上で、利用サービスは、介護サービスの3柱といわれる通所型サービスと短期入所介護、訪問型サービスに、調査対象が小規模の管理者であることから、小規模の利用者6(24.0%)人であった。一方、介護者は女性介護者と男性介護者がほぼ同じの人数で、年代も60代以下がほぼ4割であった(表4-2-2)。

表4-2-2 対象者の属性

専門職の性別	n=6	利用者の性別	n=15	主介護者の性別	n=15
女性	6(100)	女性	12(88.9)	女性	8(53.3)
男性	0(0.0)	男性	3(11.1)	男性	7(46.7)
専門職の年代	n=6	利用者の年代	n=15	主介護者の年代	n=15
30代以上	4(66.7)	60代以上	1(6.7)	40代以上	1(6.7)
40代以上	1(16.7)	70代以上	4(26.7)	50代以上	5(33.3)
50代以上	1(16.7)	80代以上	8(53.3)	60代以上	3(20.0)
平均年齢±SD	37.0±9.03	90代以上	2(13.3)	70代以上	4(26.7)
		平均年齢±SD	80.4±7.45	未聴取	2(13.3)
利用者の要介護度	n=15	利用者の続柄	n=15	利用サービス	n=25
要支援1	1(6.7)	実の親	7(46.7)	訪問型	5(20.0)
要支援2	1(6.7)	配偶者	5(33.3)	通所型	9(36.0)
要介護2	4(26.7)	配偶者の親	2(13.3)	短期入所	5(20.0)
要介護3	4(26.7)	その他	1(6.7)	小規模多機能	6(24.0)
要介護4	3(20.0)				
要介護5	2(13.3)				

*利用サービス【複数回答】

(2) 専門職の実践体験による本質的な意味の構造化

専門職の実践体験に関する語りについて現象学的アプローチの手法で解釈を行った結果、フィールドテキストから86個の本質的な意味が得られ、本質的な意味から15個の中心の意味が抽出できた。また、中心の意味から8個のテーマとして導き出され、その意味内容から【状況 situation への対応】と【連続性 continuity のうえの介護状況】、【相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持】の3つのマスターテーマが導かれた(表4-2-3)。さらに、3つのマスターテーマを軸として、家族介護者の実践体験による本質的な意味に対する構造化ができた(図4-2-1)。

表 4-2-3 専門職の実践体験による本質的な意味の一覧表

マスター テーマ	テーマ	中心的意味	本質的な意味
状況(situation)への対応	認知症の遭遇と症状への対応	認知症の遭遇と症状に戸惑う	同じことの繰り返し 記憶障害 失認や失行 感情障害 ADLの低下
		変化した状況への対応と再構築	症状に気づいて対応 症状への対応がストレスと負担になり暴力につながる 本人の状況に合わせて告知と役割の付与 住宅改修や介護環境への工夫 病院の不適切な対応による症状の急進行
連続性(continuity)のうえの介護状況	介護に影響する家族関係	受容し合うバランスがとれた関係	良好な家族関係に支えられる介護 スープが冷めない距離によるバランス サービス利用や要望の発言と支援の伝えやすさ 本人と介護者の状況に合わせたサービスの利用 仕事と介護生活の維持 介護の仕方を工夫し、介護者団体の活動も活発 介護を客観的に見て対応
		状況変化によって揺れ動く関係	本人の状態変化に揺れる関係 他の家族とあまり往来がなく、介護の関与もない 経済的事情によって維持できる関係 在宅介護の維持するために一人で頑張る 生活保護による生活維持 前職に影響される介護形態 外出時の介助困難とあう
	介護状況上のストレスと連続性のうえの不安	本人の状態変化によるストレスと不安	本人の状態変化に対する不安 介護者の計画通りに行かないことへのストレス ストレスと負担感による虐待や心中への不安 本人の症状の対応へのストレス 一人介護へのストレス
		介護をめぐる介護者と家族関係への不安	介護者の健康悪化への不安 自宅での介護継続の不安 家族関係の葛藤と問題 家族関係における立場の逆転に対する不安 経済的不安 本人と介護者の分離からくる問題への不安
相互作用(interaction)による関係作りとバランスの維持	親密な関係の心的葛藤の表出	支援者の立場から見える共依存傾向	介護者の完全主義や世話焼き、支配的などの共依存の傾向 介護者からの不適切な介護(虐待や暴力) 本人の症状と行動に揺れ動く介護者の感情
		親密な関係の維持	同じ時間と感情の共有する親密な関係 本人と介護者はバランスのとれた親密的な関係 親に対する責任感とサービス利用への不安や罪悪感
	サービス利用に繋げる	サービスの必要と利用	介護者のリフレッシュ 本人の健康悪化と残存能力の維持 食事や退院後の支援として利用 適切な時期に自由に利用できるサービスのあり方 介護者の暴力で緊急避難として利用

サービス利用に救われる	サービスの利用による効果	<p>本人の生活環境と心身の健康の改善 介護者の趣味活動とリフレッシュ 介護者の仕事や社会活動の継続・維持 虐待（暴力）防止につながる 相談できて介護者の精神的な安定につながる</p>
サービス利用が閉ざされることへの困難	サービス利用のつなぎにくさ	<p>介護者のサービス利用への葛藤 サービス内容への拒否 医療機関と専門職の不適切な対応 介護者と介護関与者間の問題による繋ぎにくさ</p>
	サービスの使いづらさ	<p>制度内サービスと制度外サービスの並行利用への制約 緊急のとき使えない介護サービス 仕事が継続できる介護サービスの不在 利用者の状況に合わないサービス内容 サービス利用の上限が決まっていることで使いづらい</p>
家族介護者の支援のために必要な事	支援制度の充実と拡大	<p>サービス利用範囲の拡大と利用時間の調整など政策的見直し 小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大 介護サービスの広報拡大と状況変化に合わせた支援 アウトリーチによる積極的な支援 介護者のストレス解消と虐待防止のための支援 仕事と並行できる介護サービス 相談窓口の拡大 家族同士のつながりの制度化 介護を終えた介護者への支援策</p>
	支援者としての介入方法	<p>本人や介護者をじっくり見て介入 退院や状態の変化やサービスニーズがあったときに介入 信頼関係を築きながら介入 家族を含む本人のライフストーリーを大事にして介入 介護環境の変化が少ないように介入</p>
	専門職の質の向上	<p>専門職同士に情報交換とフォロー 認知症のマネジメントは努力とセンスが必要 技術だけではなく人間性の向上も必要 合わないケースの再検討</p>

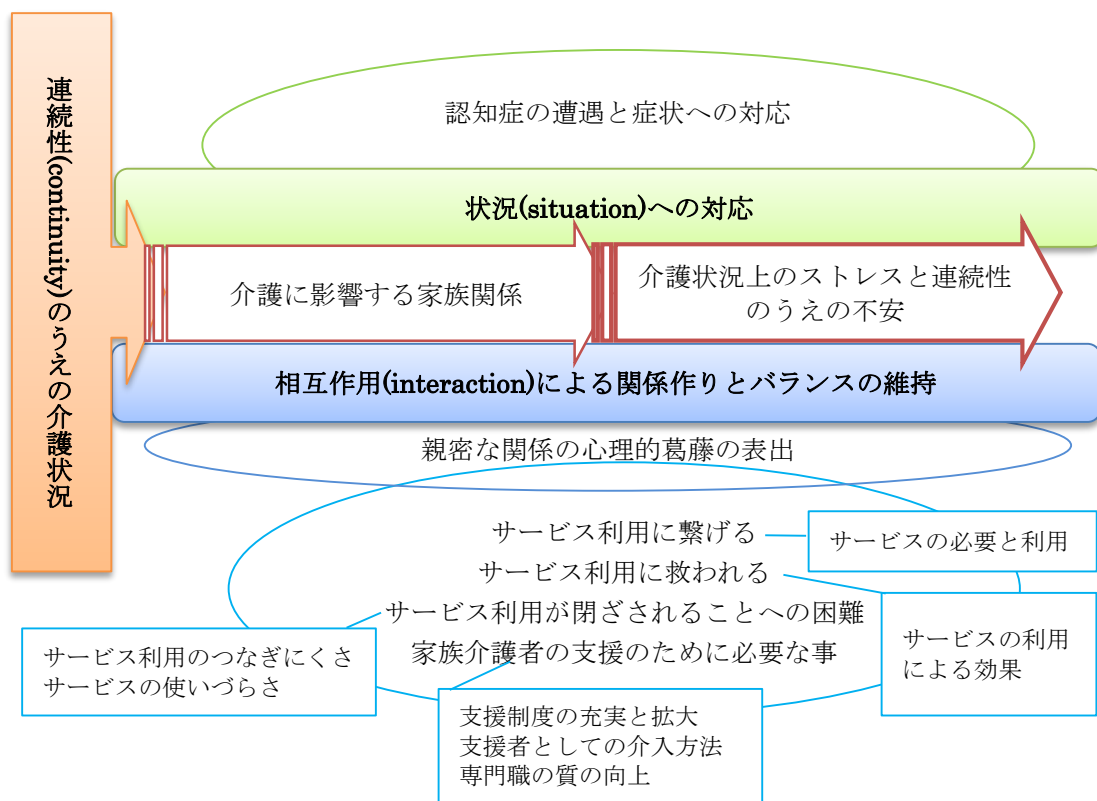


図 4-2-1 専門職の実践体験による本質的な意味の構造化

以下は、マスターテーマごとに本質的な意味を含めている内容について述べる。各マスターテーマに帰属する各テーマは、< >で表して、〈 〉は、中心的意味を表している。また、「 」内には、調査協力者の語りを、『 』内には、協力者の語りの中で会話体を表していて、()内には、補足すべき語について記述して、語りの末尾に協力者の文脈番号を示す。

さらに、介護支援専門員は CM に、訪問介護サービスは HHS に、通所サービスは DS に、ショートステイは SS に、小規模多機能型居宅介護は小規模に、訪問看護は VN に、訪問医療は VM に略記して、グループホームは GH に、特別養護老人ホームは特養に、介護老人保健施設は老健に、民間の有料施設は有料施設に略記している。

1) 状況 situation への対応

家族介護者の状況への対応というマスターテーマには、< 認知症の遭遇と症状への対応 >という 1 つのテーマで構成されている。専門職がみている家族介護者は、認知症と遭遇し、その症状に戸惑いながら、認知症の人と新たな環境に対応して、家族関係にも再構築していくと述べていた。

< 認知症の遭遇と症状への対応 >

専門職として家族介護者がおかれている状況の中で〈認知症と遭遇し症状について戸惑

い) ながら、介護の継続と〈変化した状況への対応と再構築〉しているといっていた。

「幻視とかの症状で、意思疎通がちょっと難しく、夜中も一晩中起きていたり、尿を外したり、洋服を脱いだり、パットを外したりすることが続いていたため、その時に介護者の暴力があるようだ」 R1-1

「病院の看護婦長とか MSW とか、SW とかから情報を聞いて話をして、退院の前に自宅で導線確認をして、段差解消をしたり、手すりをつけたり、あらかじめ必要なところの改修を終えてから退院になった」 R3-1

2) 連続性 continuity のうへの介護状況

連続性のうへの介護状況というマスターテーマには、〈介護に影響する家族関係〉と〈介護状況上のストレスと連続性のうへの不安〉の 2 つのテーマで構成されている。支援者の専門職は、家族内の人間関係や以前からの状況が家族介護者の介護状況に大きく影響すると述べている。家族間の関係によって、受容し合うバランスのとれた関係を維持していく場合と、予期せぬ認知症の状況変化によって家族関係も揺れ動くといっていた。

〈介護に影響する家族関係〉

専門職は、家族の介護について、良好な家族関係に支えられ、ある程度の距離を持つことでバランスをとりながら、状況に合わせてサービスを利用し、〈受容し合うバランスがとれた関係〉によって介護生活を維持するとしていた。一方、本人の状態変化や協力を得られない家族関係など〈状況変化によって揺れ動く関係〉であるといっていた。

「介護者の兄弟がかなり精神的な支柱になっている。兄の奥さんが認知症で同じ立場だったり、姉が近いところに住んでいたりして、一緒に温泉旅行にも行っている。温泉の風呂や出かけたときのトイレ介助とか男性介護者の自分では介助しにくく、非常に抵抗があるが、下着を買いに行くとか温泉で介助するときなど、姉の存在がすごく大きいみたい」 U1-2

「介護者は定年退職後また仕事をしていて、同じ市内に家庭ももっている。本人とは別居で、度々通ってきて掃除とか必要なものの買い物とかしている。介護者の配偶者は、嫁姑の問題で全然往来していないし、本人も一緒には住まないと言っている」 R3-2

〈介護状況上のストレスと連続性のうへの不安〉

家族介護者は、本人の状態変化への不安や自分の計画通りに進めないことなど、〈本人の状態変化によるストレスと不安〉から、暴力といった虐待につながる場合もあった。また、介護者自身の健康に対する不安と介護を継続していく上での葛藤など〈介護をめぐる介護者と家族関係への不安〉も見えるといっていた。

「介護者は今まで本人が柱だったのに、自分が家庭の柱になることに不安がっている。

また、認知症の進行と薬の服用などが不安で度々相談連絡がくる」 P2-3

「介護者は仕事をしていないため、実際に本人の年金（もともと本人の配偶者の遺族年金）と土地も家もあるので、本人が施設に入ると自分の生活費がなくなるということも陰には隠れているから、なかなか施設という分きりはつかない」 U2-3

3) 相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持

相互作用による関係作りとバランスの維持というマスターテーマには、介護の過程の中で個人的な心理状態を表す〈親密な関係の心理的葛藤の表出〉の 1 つのテーマと、社会的な関係の中で、家族介護者のサービス利用と支援を表す〈サービス利用に繋げる〉、〈サービス利用に救われる〉、〈サービス利用が閉ざされることへの困難〉、〈家族介護者の支援のために必要な事項〉の 4 つのテーマで構成されている。

家族介護者は、親密な関係を維持しながら、介護を継続していく中で共依存の傾向を示すと、支援者の立場だから見えてくる共依存の傾向について述べていた。また、本人の健康や残存能力の維持などのためサービスを利用し始めており、サービス利用によって日常生活の維持と本人と家族介護者両者の心身の安定につながっていた。一方、サービス利用への繋ぎにくさや制度的制約による使いづらさから、サービスの利用までつながらないこともあった。さらに、家族介護者の支援のためには、支援制度の充実と拡大や支援者としての介入方法への工夫、専門職の質の向上が必要とされていた。

〈親密な関係の心理的葛藤の表出〉

専門職は、介護者の完全主義や世話焼き傾向、支配的傾向など〈支援者の立場から見える共依存傾向〉について、暴力という不適切な介護につながったケースもあると述べていた。一方、本人と介護者の関係において、同じ時間と感情の共有をし、〈親密な関係の維持〉を図っているとみていた。

「介護者は自分の介護が完璧だから周りの人も完璧にしてほしがっている。介護者は共依存の傾向をみせていて、介護が生きがいになっている。そこでいくつか条件を出して、皆で検討するようにして家に帰ってくるようになった。暴力とかあったけど今のところ日常的な暴力はない。以前トイレ介助のときに殴ったことがあって、どうして繰り返してしまうのだろう、どうしてその時期なのか、皆集まって会議をしたが、介護者はぼろぼろ泣きながら『そのときは体調悪かったから』といった。大変な思いをしている。いつまで一緒にいられたほうがよいかというところは専門的な目が求められていると思う」 Q1-4

「長く介護を続けるのなら少し自分の時間をとるのがどうかと、サービスを長めに使うように進めるけど、やはり『可哀そうだ』という」 T2-4

〈サービス利用に繋げる〉

介護に対するリフレッシュや本人の健康悪化と残存能力の維持など〈サービスが必要と

され利用)に繋がっていた。

「退院後の支援として通いから利用し始めた。小規模は、夕飯後に帰ることができるという食事の面での希望と、自宅が階段を上がらなければならないため、今の状態を維持してほしいという希望があった」 R2-5

「本人を支援する立場の CM だけ本人を支援するためには家族も絡んでくる。家族には支えというか、いろいろな意味での支援ということが充分にできないと思う」 T1-5

<サービス利用に救われる>

介護者の趣味活動とリフレッシュができたり、介護者の仕事や社会活動の継続・維持につながったり、虐待(暴力)防止につながるという(サービスの利用によって効果)があるといっていた。

「サービス利用前は家のごみ屋敷状態で本人も悪い状態だったが、サービス利用によって改善された」 P1-6

「小規模を利用して介護者のストレスも解消できて、本人の認知症も極端に進行することもなく、良い具合で日常生活を送っていると思う」 R2-6

<サービス利用が閉ざされることへの困難>

介護者のサービス利用への躊躇や本人の状態に合わないサービスの内容、専門職や医療機関の不適切な対応など(サービスの利用のつなぎにくさ)が存在していて、制度内サービスと制度外サービスの並行利用への制約や緊急なとき使えないなど(サービスの使いづらさ)からサービスの利用が閉ざされていると述べていた。

「ステージが高くなって大変な思いをして、どうしようとすることで老健に入れたら、全然問題行動ではないのに認知症を知らないことで、老健では問題行動になっていた。さまざまな医者に関わっていて、一回ある医者から薬をすごく多く出されてベロンベロンになったことがあった。薬によって吐き気がしたり、集中力が途切れたりしていた」 Q1-7

「介護者が癌の手術をしているけど、介護を続けたいと言っていて対応もすごく上手。しかし、介護者の体も心配だから SS を進めているが、SS に行くと帰ってきてから本人のリズムが狂うのが怖いと、必要なときに利用するといったのが 5 年過ぎている。SS を「試しに」と進めているが、「やはり今回は」とか断る。予約もスムーズに取れないし、たとえば今週使ってみようとしても空いてないので、利用するとも言っていない」 U4-7

<家族介護者の支援のために必要な事>

専門職は、家族介護者の支援のためには、サービスの利用範囲を拡大や利用時間の調整

など政策的見直しや小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大、介護サービスの広報拡大と状況変化に合わせた支援、アウトリーチによる積極的な支援など〈支援制度の充実と拡大〉と、本人や介護者をじっくり見てからの介入や退院など状態の変化、サービスニーズがあったときに介入、信頼関係を築きながら介入するという〈支援者としての介入方法〉を工夫していた。また、専門職同士で情報交換をしてフォローしたり、認知症のマネジメントに努力とセンスを磨くなど〈専門職の質の向上〉も必要としていた。

「仕事を持っている人にとって、朝早い時間と夜遅い時間、後自分の睡眠時間を削れない。ずっとSSを利用するわけにはいかないし、夜だけでのDSがあるわけでもないで、自分が家事をやらなければならない時間に面倒をみなければならないストレスがある。どこでも問題だと思うけど、同居家族の家事支援が基本的に介護保険ではできない。そこでのトラブルというかクレームがすごく多くて、『何で自分たちはこのように仕事をして大変なのに買い物とか掃除とか洗濯とか、介護保険でももらえないのか』という訴えが多い。『せめて本人の分だけでも洗濯とかしてもらえたら違うのに』とか、『食事でも作ってもらえれば違うのに』とか訴えはあるが、介護保険ではなかなか難しい」U-9

「とにかく通い、顔を見せて、信頼関係をつくるのが大事。声の音とか、高さとか、様子を覚えてくれれば良いと思う。やっぱりサービスありきで、必要だから、困っているから、サービスを入れなければと思うけど、まずどうかその人と楽しい話をしようとか、どのような生活でどのような人生を過ごしてきたか、まずライフストーリーを聞き出す、そこから入るようにしている」Q-10

「利用者のことで何かあったら、集まって研修会の感覚で話し合いをする事で共有する。また、皆で情報交換をしたり、詳細なことまで皆で話し合ってお互いをフォローしていくようにしている。慣れているスタッフが教えあっているようなことも日々やっている。何となくトータルでいろいろな姿の本人がみられるし、それを知っているスタッフが多くいるので情報交換しやすいし、やりやすい」S-11

以上、専門職の実践体験に関する語りの現象学的アプローチ解釈からも、家族介護者と同様に【状況への対応】と【連続性のうへの介護状況】、【相互作用による関係作りとバランスの維持】という3つのマスターテーマが導かれた。

しかし、専門職がみた認知症高齢者を支える家族介護者の状況への対応には、〈認知症の遭遇と症状への対応〉という1つのテーマで構成されていて、連続性のうへの介護状況も、〈介護に影響する家族関係〉と〈介護状況上のストレスと連続性のうへの不安〉の2つのテーマで構成されていた。また、相互作用による関係作りとバランスの維持では、介護の過程の中での個人的な心理状態を表す〈親密な関係の心理的葛藤の表出〉の1つのテーマと、社会的な関係の中で、家族介護者のサービス利用と支援を表す〈サービス利用に繋げる〉、〈サービス利用に救われる〉、〈サービス利用が閉ざされることへの困難〉、〈家族介護者の支援のために必要な事〉の4つのテーマで構成されていた。

これらの結果によって、専門職の客観的観点から家族介護者は、日常生活の連続性のう
えで認知症と遭遇し、その症状と変化した状況に対応していた。また、このような状況の
中で、家族介護者は家族内の人間関係に影響され、介護状況へのストレスや不安と奮闘し
ながら、介護サービスを利用して、家族介護者支援の方法として、通所介護を主とす
る訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能居宅介護のような介入に
よるサービスの充実が必要としていた。一方、家族介護者は介護前から維持できてきた親
密な関係と変化した介護状況による心理的葛藤に追われており、その表出として共依存の
傾向と不適切な介護が行われていることを支援者だからこそ気づいていた。

本節では、支援者である専門職の客観的観点による質的研究によって、実践体験への解
釈を行い、家族介護者が認知症と遭遇し、その症状と介護状況に対応することや心理的
葛藤していること、そしてサービスの利用について構造化ができた。また、家族介護者の
支援に必要な事項もまとめることができ、家族介護者の支援の示唆が得られた。

以上、本章では、専門職からみた家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切
り口にする心理的変容について、サービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存と
の関係を明らかにするため、専門職の客観的観点から量的研究による仮説の検証と、質的
研究による家族介護者のサービス利用と支援について深層的に把握した。第Ⅱ部の小括で
は、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方を第3章及び第4章の調査
研究を踏まえて考察を行う。

第Ⅱ部の小括

一 家族介護者のサービス利用と心理的変容：介入時期・内容と親密性・共依存の関係

第Ⅱ部では、課題 3 の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」及び、課題 4 の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」について、主観的観点の家族介護者と客観的観点の専門職を対象とする調査研究から認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容を析出し、親密性と共依存に着目した心理的変容との関係を明らかにすることができた。以下、これらを踏まえて第Ⅱ部を小括する。

1. サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

(1) 認知症高齢者及び家族介護者の現状

対象者の属性から認知症高齢者と家族介護者の現状を見たところ、認知症高齢者と家族介護者ともに女性の割合が高く、平均年齢は 60 歳以上であった。この結果から介護という行為はいまだに女性が担うものとして捉えていることがわかる。一方、僅かではあるが、<調査 1>より<調査 2>のほうが男性介護者の割合が高くなっており、男性介護者が増加しつつある近年の動向と同様の結果が出された。家族介護者の年齢は 65 歳以上の割合が高く、老々介護に該当する家族介護者が多いことが明らかになった。介護期間も 3 年以上を長期介護と見なす場合が多いが、両調査ともにそれを上回る結果であった。また、被介護者の属性も女性の割合が高く、平均年齢は 80 歳以上で、全ての量的調査において 75 歳以上の後期高齢者の割合が高い結果であった。要介護度は要介護 1、要介護 2、要介護 3 の割合が高く、<調査 1>では要介護 5 の割合も高いことが明らかになった。被介護者との続柄は、両調査ともに実の親>配偶者>配偶者の親の順で、嫁による介護より娘や息子による介護の割合が高い結果であった。

(2) 家族介護者のサービス利用と心理的変容

被介護者の続柄及び要介護度から現在の利用サービスについてみたところ、全て通所介護の利用率が高く、サービスの三本柱といわれる通所介護、訪問介護、短期入所介護の利用率が高い結果であった。一方、要介護度が高くなるほど入浴サービスや医療的サービスの利用が多いことも示された。要介護度が高くなるほど多くのサービスを利用していることは諸研究からも報告されている(岸田ほか 2007: 31; 大日 2002)。通所介護、訪問介護、短期入所介護のサービス利用時間をみると、訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間は、多くの家族介護者が 12 時間～48 時間で、短期入所介護の 1 年間平均利用日数は、<調査 1>は 1 日～2 日、<調査 2>は 8 日以上で、短期入所介護の利用先にばらつきがあった<調査 1>に比べて、社会福祉法人の在宅サービスを利用する<調査 2>の対象者が短期入所介護を利用しやすくなっていることが推測される。一方、調査研究における対象者の数が少ないことと、被介護者との続柄が実の親や配偶者に偏っているため、続柄ごとの特徴を読

みとることは困難であった。

また、家族介護者の心理的変容はそれぞれ不規則ではあるが、4つの心理的ステップを徐々に移行しながら認知症の人とその症状を「受容」していくことが確認できた。林は、本人の病状の変化や介護者のその時の心身の状態により受容のプロセスを行きつ戻りつしながら、家族のおかれたさまざまな状況に左右されると述べている（林 2002：67）。心理的変容の時期は、1年～2年未満の回答率が高く、＜調査1＞が「受容」にたどりつくまで5年以上の期間がかかることに對し、＜調査2＞は2年以内に4つの心理的ステップをたどっていて、最もつらい時期と言われている心理的第1ステップ「戸惑い・否定」や心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」になった時期は1年～2年未満で、受診後2年以内¹⁾の期間に集中的な支援を取り入れることが求められるといえる。杉山も、つらい時期と言われている心理的第1ステップと心理的第2ステップの時期を少しでも短く、軽く経過できるようにすることが援助の本質と述べている（杉山 2008：52-59）。

さらに、家族介護者のほとんどが初期の心理的ステップに効果があったものとして、「通所介護」がを挙げ、次に「短期入所介護」と「訪問介護」であった。認知症高齢者を支える家族介護者に対する支援の介入内容として、「通所介護」を主としつつ、「短期入所介護」や「訪問介護」サービスの組み合わせが有効といえる。また、すべての利用サービスから最も影響されている心理的変容の時期は心理的第4ステップの「受容」で、他の心理的ステップにはそれほど影響していないことが明らかになった。さらに、各心理的ステップにおけるExp(B)による「オッズ比」から、各心理的ステップの最も影響を与えている「通所介護」や「訪問介護」の利用サービスを中心に、他のサービスを組み合わせることが有効であることが示唆された。

通所介護や短期入所介護といった、介護者のレスパイトを目的としたサービスと多様なサービスの組み合わせは、家族介護者の身体的な解放のみならず、心理・情緒的解放にもつながると思われる。諸論においても、閉じこもりを予防したり、休息をとる時間を持つことによって、家族介護者が介護場面を受容できるようになると報告されている（河野ほか 2002；内田 2006；馬場先 2004；栗山ほか 2007；上野ほか編 2008）。サービスの上手な活用は、家族介護者に余裕をもたらす、介護負担が増加する前に、介護の理想的時期といわれる心理的ステップ4＜受容＞の時期へ順調に移行する可能性が大きいと見込まれる。

2. 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係

(1) 家族介護者の親密性と共依存

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性は、＜調査1＞において介護前と現在ともに親

¹⁾ 「受診後」の表記について、量的調査研究では、認知症の受診を受けていない対象者を含有しており、調査票の項目を「介護を始めてから」という設問を採用していた。したがって量的調査研究の結果についても「介護を始めてから」と表記している。しかし、量的調査研究、質的調査研究ともにほとんどの対象者が受診後介護サービスを利用していることから、質的研究の結果以降「受診後」と表記する。

密性と思わないという回答が高く、〈調査 2〉では親密性と思う回答が介護前より現在が低くなっていることが単純集計から示された。一方、専門職の客観的観点による家族介護者の親密性は、〈どちらでもない〉の回答が過半数以上で、専門職は家族介護者の親密性を意識していないことがわかった。また、因子分析の結果から、「相互依存」、「情愛」、「理想化」の 3 因子が見いだされ、Cronbach の α 係数による信頼性（内的適合性）において、統計学的に支持された。因子構造が妥当であるか確かめるために行った確認的因子分析からも適合した結果が得られ、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「親密性」に着目した因子構造が導き出された。さらに、家族介護者の親密性は両調査ともに 1 因子の親密性が介護前より現在が低く変容していた。2 因子と 3 因子においてもそれぞれが高くなったり低くなったりして、介護前の親密性は「情愛」や「理想化」因子の割合に比べて「相互依存」因子の割合が高く、因子間のばらつきがみられたが、サービスを利用している現在の親密性では 3 因子それぞれにおける差が大きくないことが明らかになった。これによって、親密性に变容が生じていることと、バランスを失っていた家族介護者の親密性は、サービスの利用によって親密性にバランスをもたせたと見える。認知症高齢者を支える家族介護者のほとんどは、認知症と診断され、日常生活に何らかの支障がない限りサービスを利用しないため、初期段階の利用が少ない（内田 2006：109）という報告もあるが、バランスのとれた親密性を保つためには早い段階から介護サービスが利用できるように、積極的な介入が求められている。

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存は、〈どちらでもない〉の回答が過半数以上で、家族介護者と専門職ともに共依存に関する意識は低いことがわかった。一方、因子分析から、「否定的エンメッシュ」、「嗜癖と心身の障害」、「親密性からの逃避」の 3 因子が見いだされ、Cronbach の α 係数による信頼性（内的適合性）に統計学的に支持された。因子構造の妥当性を確かめるために行った確認的因子分析からも、適合した結果が得られ、認知症高齢者を支える家族介護者の「共依存」に着目した因子構造が導き出された。

家族の中では、高齢者が認知症を患うことが原因で同居を決定するケースが多く、病によって同居を始めた認知症高齢者と家族介護者は今までとは違う形の親密な関係性を持つようになる。今までバランスが取れていた親密な関係に変容をもたらし、その変容から来る不安やストレスからの逃避として共依存の傾向に陥ることもあろう。共依存は親密な関係の嗜癖といわれており、人間関係における病理として解釈されている（上野 2000：403）。特に、家族関係における親密な関係は、家族という私的領域であることから、他の領域による親密な関係より共依存の概念が出現しやすいといえる。

（2）家族介護者の心理的変容に影響する親密性と共依存

家族介護者の親密性と共依存ともに心理的ステップを切口とする心理的変容に影響を与える時期は、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期で、心理的第 4 ステップ「受容」の時期においても影響していることが明らかになった。共分散構造分析によるパス解析からも、適合度指標に適合した結果が得られ、家族介護者の親密性及び共依存と心理的ステップを切口とする家族介護者の心理的変容の

因果関係が認められ、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第 4 ステップの「受容」に影響があることがわかった。

また、家族介護者の親密性及び共依存は、家族介護者の心理的変容に影響を与えており、特に家族介護者の親密性の「理想化」は心理的第 4 ステップの「受容」時期に影響を与えていて、心理的第 4 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、親密性にバランスを与えることが示唆された。さらに、家族介護者の共依存の「親密性からの逃避」は、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」の時期に影響を与えていて、心理的第 2 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、家族介護者が心理的に離れられ、共依存の傾向に向かうことを防ぐことができると推測された。

家族介護者は認知症と向き合うと決めた瞬間から、今までの関係とは逆転した立場になり、心理的変容を繰り返しながら認知症高齢者を支えていく。また、介護という行為は、必然的に身体的な接触を伴っており、認知症高齢者と家族介護者の親密な関係は、介護という行為によってより深まることになる。その関係が、バランスがとれた良い方向に進行し、「受容」に至ることが望ましいが、悪い方向に進行して不適切な介護につながらないように未然に防止できる支援が必要である。家族の力だけでは共依存から抜けることは困難であり、共依存から脱出するためには家族の外からの力が必要で（香山 2010：13）、家族メンバーが互いに自立できるかを意識しながら、アプローチし続け、連携を持つことが求められている（松下 2014：560-567）。つまり、共依存によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域の介入を受け入れて、支援を受け入れるような働きかけが必要といえる。

3. 自由記述から読みとる家族介護者の支援

家族介護者への支援に対する自由記述回答から《支援の内容》にについて、家族介護者は、サービスの改善・拡大や新たなサービスの実施、介護サービスのアウトリーチ支援、医療と福祉の包括ケアなど【サービスの側面】に対する要望が多く、専門職は、介護者への傾聴と相談のアウトリーチや介護負担や介護問題になる前の精神的支援など【心理的側面】の要望が多くあった。一方、《支援の時期》について、家族介護者はそれほど意識していないことに対し、専門職は〈初期の状況に応じた支援〉の意識が高かった。つまり、常に介護の場に置かれている家族介護者は、それぞれの支援の時期を意識することが困難であるともいえる。また、支援に対する意識のほとんどが認知症高齢者を対象とする間接的支援で、家族介護者本人を対象とする直接的支援の意識は少なく、家族介護者への直接的支援に対する意識より認知症高齢者の支援を優先にしており、認知症高齢者の支援を家族介護者の支援につながると認識していることが確認できた。

現在施行中の支援サービスでは、家族介護者が【サービス側面】で求められている支援の内容のほとんどが含まれているが、家族介護者がその効果を実感するにはほど遠く、特に、家族介護者の多くが求めている【心理的側面】の支援と、家族介護者が意識できていないともいえる《支援の時期》に合う支援を見落としてならない。

以上、家族介護者と専門職を対象とする量的研究によって仮説の検証を行い、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容の析出と、親密性や共依存に着目した心理的変容との関係を明らかにすることができた。これらの結果を踏まえて<図 4-3-1>のようにまとめることができた。

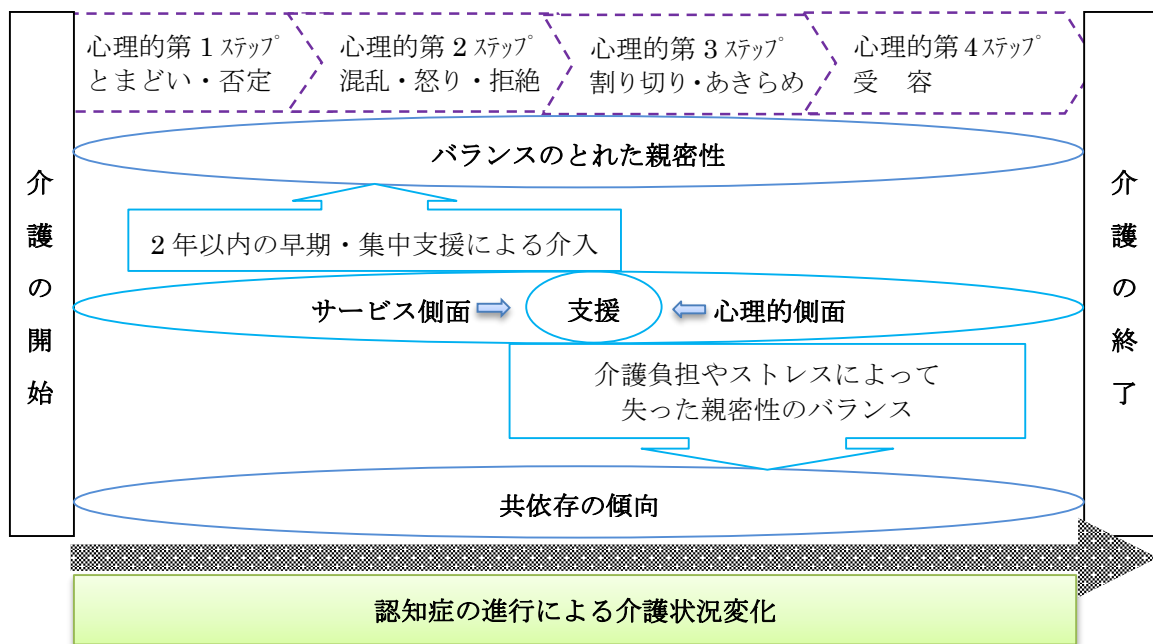


図 4-3-1 認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容

4. 質的研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容

(1) 家族介護者への支援の内容と時期

質的研究の個別分析による **time-point** の検討から家族介護者への支援の内容と時期を見たところ、「認知症と遭遇」し、「家族の対応と第 1 再構築」「サービスの利用」「家族の対応と第 2 再構築」という 4 つの介護状況変化の過程を歩んでいた。また、心理的変容についても【被介護者の行動の戸惑い・否認】を経験し、【対応の混乱・怒り・拒絶】と【介護者の割り切り・あきらめ】、【認知症とその人の受容】に移行していて、利用サービスは、[短期入所介護]と[通所介護]、[訪問介護]のサービスの利用が多いことが明らかになった。さらに、サービス利用時期と心理的変容の関係は、【対応の混乱・怒り・拒絶】時期の[通所介護]で、受診後 2 年以内にサービスを利用していた。

これらの結果は、量的調査の結果と同様で、2 回にわたる家族の対応と再構築を経験する時期に支援を入れる必要がある。また、サービスの利用と心理的変容では、被介護者の行動に戸惑い・否認する時期に、短期入所介護と通所介護、訪問介護が利用できるように働きかける必要がある。これらは、受診後 2 年以内の集中的支援が有効といえる。

(2) 家族介護者の実践体験による本質的な意味の構造化

家族介護者の実践体験に関する語りから、ほとんどの家族介護者が「認知症と遭遇」し、「家族の対応と第1再構築」をし、「サービスの利用」と「家族の対応と第2再構築」という4つの介護状況変化を歩んでいることがわかった。心理的変容でも【被介護者の行動の戸惑い・否認】を経験し、【対応の混乱・怒り・拒絶】と【介護者の割り切り・あきらめ】、【認知症とその人の受容】に移行していた。サービスの利用は、[短期入所介護]と[通所介護]、[訪問介護]の利用が多く、【対応の混乱・怒り・拒絶】の心理的変容の時期に[通所介護]を多く利用していて、診断後2年以内のサービス利用が多かった。また、実践体験による本質的な意味について、家族介護者と専門職ともに【状況 situation への対応】と【連続性 continuity のうへの介護状況】、【相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持】という3つのマスターテーマが導き出され、構造化することができた。

家族介護者は日常生活の連続性 continuity のうえで認知症と遭遇し、認知症高齢者を支えていく介護環境の中で、変化した状況 situation に対応しながら、戸惑いと再構築の過程を経験していた。また、本人の状態変化とともに心理的にも行きつ戻りつ変容しながら、認知症の人とその症状を受容していた。このような状況の中で、家族介護者は変化しつつある介護環境に対応するために社会的関係の新たな関係作りや、介護以前から維持してきた関係におけるバランスの維持のために、介護サービスを利用して、家族介護者支援の方法として、通所介護を主とする訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能居宅介護のような介入によるサービスの充実を求めてきた。

一方、家族介護者の親密性にも崩壊や再構築といった変容を経験していて、新たな関係作りや関係のバランスの維持からくるストレスや葛藤、不安から、家族介護者自身は気づきにくい共依存の傾向が示された。しかし、支援者の立場である専門職からは、家族介護者の心理的葛藤やストレスの表出として共依存の傾向や不適切な介護が行われていることが伺えた。これらの結果は<図 4-3-2>のようにまとめられた。

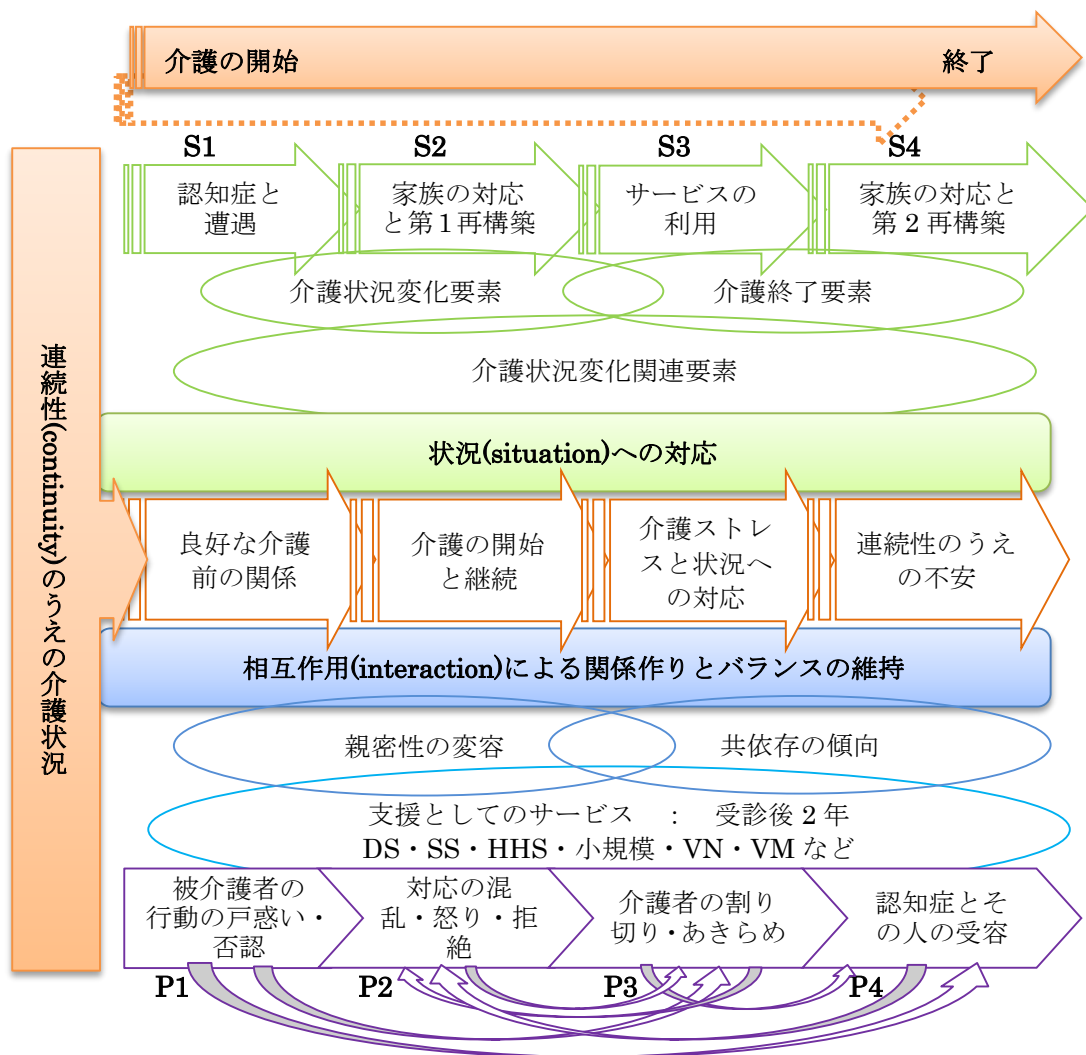


図 4-3-2 連続性のうえの介護状況変化と心理的変容

* 利用サービス **HHS** 訪問介護サービス、**DS** 通所介護サービス、**SS** 短期入所介護、**小規模** 小規模多機能型居宅介護、**VN** 訪問看護、**VM** 訪問医療

第Ⅲ部 家族介護者支援のシステムのあり方—総合考察

本研究は、認知症高齢者と家族介護者をめぐる現状と課題、家族介護者の介護の過程におけるサービスの利用及び心理的変容を明らかにすることを第1目的とした。また、家族介護者のサービスの利用状況と心理的変容及び親密性・共依存の傾向を把握することを第2の目的とした。さらに、第1目的と第2目的を踏まえて、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入及び支援のシステムのあり方の考察を第3目的とした。

この目的を達成するために、「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」という【課題1】と、「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」という【課題2】、「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」という【課題3】の3つの研究課題が導き出された。この3つの課題に加えて、理論研究から4つ目の研究課題「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」をあげ、第Ⅰ部では、【課題1】及び【課題2】について理論研究を行い、第Ⅱ部では、【課題3】及び【課題4】について調査研究を行い、それぞれの課題について明らかにすることができた。

第Ⅲ部では、第Ⅰ部の理論研究及び第Ⅱ部の調査研究から得られた結果を踏まえて、第3目的の認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方について総合考察を行う。第5章では、家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点をあてて行った調査研究の結果から家族介護者への支援の介入について考察し、第6章では、理論研究と第5章を踏まえながら、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方について考察を行う。

第5章 認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入—サービス利用と心理的変容に焦点をあてて

本章では、家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点をあてて行った調査研究の結果から、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容と、親密性及び共依存と心理的変容との関係を中心に家族介護者への支援の介入について考察する。

第1節 家族介護者への支援の介入時期及び介入内容

1. 認知症高齢者及び家族介護者の現状

認知症高齢者と家族介護者の現状について、本研究における対象者の属性から見たところ、認知症高齢者と家族介護者ともに女性の割合が高く、平均年齢は60歳以上で、先述の内閣府(2008)の報告と同様の結果であった。まず、被介護者の属性は女性の割合が高く、

平均年齢は 80 歳以上で、全ての量的調査において 75 歳以上の後期高齢者の割合が高いことが明らかになった。要介護度については、要介護 1、要介護 2、要介護 3 の割合が高く、要介護 5 の割合も高いことが示され、被介護者との続柄では、実の親>配偶者>配偶者の親の順で、嫁による介護より娘や息子による介護の割合が高いことが示唆された。春日は、「他の国々では、嫁は介護の担い手よりは、相談相手という双方の信頼に基づいた人間的つながりが重視されているが、日本では、嫁は介護の担い手としては期待されてはいても、相談相手として期待されることは少ない」と指摘している（春日 2011：126）。一方、男性介護者が増加しつつある近年の動向と同様の結果が出されたが、いまだに介護の行為は女性が担うものとして捉えられていることが分かった。次に、家族介護者の年齢は 65 歳以上の割合が高く、老々介護に該当する家族介護者が多いことが明らかになった。これらの結果は、山田の報告と同様で、近年、要介護高齢者の高齢化とともに配偶者の高齢化もすすみ、老々介護のケースが増えてきている（山田 2005：28）。

介護期間も 3 年以上を長期介護と見なす場合が多いが、本研究においてもそれを上回っていて、同様の報告も多数ある。長期間にわたる介護期間は、介護負担やストレスを増加させ、不適切介護につながるという否定的な評価も多い。認知症高齢者の症状は時間の経過の中で変化し、新たな問題が次から次へと発生し、家族はより良い介護を求めていく中で、次第に自分を追い込んでいく危険がある。「献身的介護」は、終わりの見えない孤独な行為である（伊東ほか 2013：46）。一方、介護に長時間縛られることが必ずしも否定的な評価だけを導くのではなく、肯定的な評価が高くなるという示唆もある（樋口 2008：4；広瀬 2010：138）。

2. 家族介護者のサービス利用と心理的変容

(1) 家族介護者のサービスの利用

被介護者の続柄と要介護度から現在の利用サービスについてみたところ、全て通所介護の利用率が高く、サービスの三本柱といわれる通所介護、訪問介護、短期入所介護の利用率が高い結果であった。一方、要介護度が高くなるほど入浴サービスや医療的サービスなど、サービスを多く利用していることが明らかになった。要介護度が高くなるほど多くのサービスを利用していることは諸研究からも報告されている（岸田ほか 2007：31；大日 2002：67-73）。通所介護、訪問介護、短期入所介護のサービス利用時間をみると、訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間は、多くの家族介護者が 12 時間～48 時間で、短期入所介護の 1 年間平均利用日数は、〈調査 1〉では 1 日～2 日、〈調査 2〉では 8 日以上の利用日数という回答が多かった。短期入所介護の利用先にばらつきがあった〈調査 1〉に比べて、社会福祉法人の在宅サービスを利用する〈調査 2〉の対象者が短期入所介護を利用しやすくなっていることが示唆された。

訪問型サービスの利用は、自宅での生活を多面的に支えると言う点で利用頻度の高いサービスで、要介護度が軽いうちには訪問介護の利用頻度が多く、要介護度が重度化することにより、医療的な対処が必要となり訪問看護や訪問入浴の利用頻度が増すことになる。

つまり、要介護度が軽度であれば「生活援助」の割合が高く、要介護度が重度であれば「身体介護」の割合が高くなる。通所型サービスの利用は、訪問介護とともに初期の段階から利用され、家族の負担軽減や本人の生活環境の安定化のために頻回な通所サービスを軸としたサービスの組み合わせが実施されることも多い。短期入所介護サービスは、ある程度の期間、家族を介護から開放することが可能であり、介護者の休息を図るうえで非常に有効なサービスと同時に、要介護者の生活場面で障害や生活全体を観察できる機会となる（寺本 2012 : 37-41 ; 矢吹 2014 : 1020-1021）。

しかし、これらのサービスは、先述のように認知症の人に対する介護サービスで、家族介護者の不安感や心理的負担とストレスの軽減までは繋がっているとは言い難い。通所型サービスでは、家族介護者につながる場面は、送迎の時のみで、家族介護者の不安感や負担、ストレスを察知することが難しい。短期入所介護サービスでは、短期入所と家庭での環境の差が大きく、家庭に帰ると混乱してしまうこともある。そこで、家族介護者の不安感や負担は、不適切な介護につながるネガティブな側面を潜在化しやすいため、それを防ぐには、家族の声を聞き、観察を行い、内在する不安要素を一刻も早く読み取ることが必要で、家族介護者と専門職との連携のもとにサービスをうまく利用しながら、認知症高齢者を支えていく体制が求められる。また、送迎にあたる専門職は、家族介護者と積極的なコミュニケーションをとりながら他の専門職とも連携を図り、家族介護者の情報を蓄積・共有する必要がある。さらに、家族介護者を含む家庭での生活や他のサービスとの連続性の確保が求められている。

（2）家族介護者の心理的変容と支援の時期及び内容

家族介護者の心理的変容はそれぞれ不規則ではあるが、4つの心理的ステップを徐々に移行しながら認知症の人とその症状を「受容」していくことが確認できた。林は、本人の病症の変化や介護者のその時の心身の状態により受容のプロセスを行きつ戻りつしながら、家族のおかれたさまざまな状況に左右されると述べている（林 2002 : 67）。心理的変容の時期は、1年～2年未満の回答率が高く、〈調査1〉が「受容」にたどりつくまで5年以上の期間がかかることに対し、〈調査2〉は2年以内に4つの心理的ステップをたどっていて、最もつらい時期と言われている心理的第1ステップ「戸惑い・否定」や心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」になった時期は1年～2年未満で、介護を始めてから2年以内の期間に集中的な支援を取り入れることが有効といえる。

先行研究からも介護者支援のポイントとして、何よりも介護をスタートさせる時が最も重要な時期で、最もつらい時期とも言われている心理的第1ステップや心理的第2ステップの時期を少しでも短く、軽く経過できるようにすることが援助の本質としている（杉山 2008 : 52-59）。また、この時期に介護者にとって有益な情報にアクセスすることで、どのようなサービスを使い、介護を続けていけるのか、選択肢や代替案があるのかなど家族介護者の変化プロセスと、介護を終えた後、家族介護者自身の人生をどう再設計するのかまで、介護プロセスの全体を視野に入れた支援が必要である（斎藤 2011 : 11 ; 北村 2013 : 14-16）。

また、家族介護者のほとんどが初期の心理的ステップに効果があったものとして、「通所介護」が挙げられ、次に「短期入所介護」と「訪問介護」で、認知症高齢者を支える家族介護者に対する支援の介入内容として、「通所介護」を主とする「短期入所介護」や「訪問介護」サービスの組み合わせが有効といえる。また、すべての利用サービスから最も影響されている心理的変容の時期は心理的第 4 ステップの「受容」で、他の心理的ステップにはそれほど影響していないことが明らかになった。さらに、各心理的ステップにおける $\text{Exp}(B)$ による「オッズ比」から、各心理的ステップの最も影響を与えている「通所介護」や「訪問介護」の利用サービスを中心に、他のサービスを組み合わせることが有効であることが示唆された。

太田は、『家族介護』を家族の誰がどの程度行うのか、今後どうなるのかが重要な点で、家族の意識だけでなく、地域で利用できる在宅サービスがどのくらい基盤整備されているのか、また、そのサービスを利用する支援を介護支援専門員が十分に行えるのか、さらに、利用の際にそのサービス利用に伴う自己負担（主に経済的負担）に、高齢者や家族が耐えられるのかという事などが課題」と指摘している（太田 2003：97）。通所介護や短期入所介護といった、介護者のレスパイトを目的としたサービスと多様なサービスの組み合わせは、家族介護者の身体的な解放のみならず、心理・情緒的解放にもつながると思われる。

諸論においても、閉じこもりを予防したり、休息をとる時間を持つことによって、家族介護者が介護場面を受容できるようにすると報告されている（河野ほか 2002；内田 2006；馬場先 2004；杉澤 2005；栗山ほか 2007；上野ほか 2008）。

介護保険制度の構想は、「高齢者の在宅での介護を支える」という背景のもとで、家族による在宅での高齢者介護を基盤としている。その家族介護を支えるものとして介護サービスを行うと言う視点から、在宅介護サービスの強化は家族介護力強化につながる（亀口ほか 2014：82）。つまり、介護サービスの有効な活用は、「家族の介護力」を向上させ、家族介護者に余裕をもたらし、介護負担やストレスが増加する前に介護の理想的時期といわれる心理的第 4 ステップ「受容」の時期へ順調に移行できるといえる。

第2節 認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方

1. 認知症高齢者を支える家族介護者の親密性と共依存の傾向

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性は、〈調査1〉において介護前と現在ともに親密性と思わないという回答が高く、〈調査2〉では親密性と思う回答が介護前より現在で低くなっていることが単純集計から示された。一方、専門職の客観的観点による家族介護者の親密性は、〈どちらでもない〉の回答が過半数以上で、専門職は家族介護者の親密性を意識していないことがわかった。また、因子分析の結果から、「相互依存」、「情愛」、「理想化」の3因子が見いだされ、Cronbachの α 係数による信頼性(内的適合性)において、統計学的に指示された。因子構造が妥当であるか確かめるために行った確認的因子分析からも適合した結果が得られ、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「親密性」に着目した因子構造が導き出された。

さらに、家族介護者の親密性は両調査ともに1因子の親密性が介護前より現在が低く変容していた。2因子と3因子においてもそれぞれが高くなったり低くなったりして、介護前の親密性は「情愛」や「理想化」因子の割合に比べて「相互依存」因子の割合が高く、因子間のばらつきがみられたが、サービスを利用している現在の親密性では3因子それぞれにおける差が大きいことが明らかになった。これによって、親密性に変容が生じることで、バランスを失っていた家族介護者の親密性は、サービスの利用によって親密性にバランスをもたらせたといえる。認知症高齢者を支える家族介護者のほとんどは、認知症と診断され、日常生活に何らかの支障がない限りサービスを利用しないため、初期段階の利用が少ない(内田 2006: 109)という報告もあるが、バランスのとれた親密性を保つためには早い段階から介護サービスが利用できるように、積極的な介入が求められている。

家族は役割を互いに補完しながら生活しており、介護という行為によって家族内の役割も変更され、役割の変更は様々な葛藤を生じさせる。「介護による役割変化に適応していくことが介護家族の課題で、家族役割の変更がうまくいくか否かは、家族メンバーの役割変更能力(他のメンバー役割を補える柔軟性、価値観の変更が可能か、心理的葛藤に耐えるかなど)と、外的要因(学大家族からのサポート、社会の理解、経済性など)にかかってくる(渡辺 2010: 147)。」さらに、介護の行為は、親密な関係に新たな親密関係が形成される(村田 2004: 179)。介護による家族内の役割変更や新たな親密関係の形成という場面を察知して支援を働きかけることが求められる。

また、認知症高齢者を支える家族介護者の共依存は、〈どちらでもない〉の回答が過半数以上で、家族介護者と専門職ともに共依存に関する意識は低いことがわかった。一方、因子分析から、「否定的エンメッシュ」、「嗜癖と心身の障害」、「親密性からの逃避」の3因子が見いだされ、Cronbachの α 係数による信頼性(内的適合性)に統計学的に指示された。因子構造の妥当性を確かめるために行った確認的因子分析からも、適合した結果を得て、認知症高齢者を支える家族介護者の「共依存」に着目した因子構造が導き出された。家族の中では、高齢者が認知症を患うことが原因で同居を決定するケースが多く、病によって同

居を始めた認知症高齢者と家族介護者は今までとは違う形の親密な関係性を持つようになる。今までバランスが取れていた親密な関係に変容をもたらして、その変容から来る不安やストレスからの逃避として共依存の傾向に陥ることもあろう。

共依存は親密な関係の嗜癖といわれており、人間関係における病理として解釈されている（上野 2000：403）。家族介護者と認知症高齢者は、長い間、親密な関係を維持しながら共に生活してきたため、認知症高齢者が大切であるという思いと、認知症高齢者の状態が期待と異なることへの苛立ちやサービスを利用することへの罪悪感や自己嫌悪感などから負の感情をおこし、共依存傾向になりやすく、不適切な介護による高齢者虐待を引き起こしやすい。特に、家族関係における親密な関係は、家族という私的領域であることから、他の領域による親密な関係より共依存の概念が出現しやすいといえる。先述したが、「日本の社会は共依存的な構造をもっていて、共依存的な人間関係を美德とするため、共依存症の弊害を認めることはなかなか難しく、共依存的行動は非常によい人の振舞いとして目に映るため、問題自体に気づきにくい」（吉岡ほか 2001：224-225）。

つまり、共依存者は自らの共依存症に気づきにくいいため、専門職や第三者によるかかわりが重要になってくる。諸論においても、「共依存関係による不適切な介護や高齢者虐待に対する気づきや認識不足、専門職種間の連携（情報の共有等）の不足が適切な介入を妨げている一因とあげて（難波ほか 2006：15；2007：8）」、二者関係による一体化や支配欲の発生は、第三者の介護参加によって絶つことにつながるため、第三者の介護参加を促す慎重な配慮が必要としている（難波ほか 2007：9）。さらに、在宅で介護を継続していくにあたって、サービスの提供量の増加と専門職間の連携による情報の共有などの工夫とともに、認知症高齢者の状態変化によって介護者の介護負担やストレスも変化するため、介護にまつわる変化の時宜ときっかけに注目したサービスの介入が必要である。

2. 家族介護者の心理的変容に影響する親密性と共依存の傾向

家族介護者の親密性と共依存ともに心理的ステップを切口とする心理的変容に影響を与える時期は、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期で、心理的第 4 ステップ「受容」の時期においても影響していることが明らかになった。共分散構造分析によるパス解析からも、適合度指標に適合した結果が得られ、家族介護者の親密性及び共依存と心理的ステップを切口とする家族介護者の心理的変容の因果関係が認められ、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第 4 ステップの「受容」に影響していることが明らかになった。

また、家族介護者の親密性及び共依存は、家族介護者の心理的変容に影響を与えており、特に家族介護者の親密性の「理想化」は心理的第 4 ステップの「受容」時期に影響を与えていて、心理的第 4 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、親密性にバランスを与えることが示唆された。さらに、家族介護者の共依存の「親密性からの逃避」は、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」の時期に影響を与えていて、心理的第 2 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、家族介護者が心理的に離れられ、共依存の傾向に

向かうことを防ぐことができると推測された。

家族介護者は認知症と向き合うと決めた瞬間から、今までの関係とは逆転した立場になり、心理的変容を繰り返しながら認知症高齢者を支えていく。また、介護という行為は、必然的に身体的な接触を伴っており、認知症高齢者と家族介護者の親密な関係は、介護という行為によってより深まることになる。その関係がバランスのとれた良い方向に進行し、「受容」に至ることが望ましいが、悪い方向に進行して不適切な介護につながらないように未然に防止できる支援が必要である。家族の力だけでは共依存から抜けることは困難であり、共依存から脱出するためには家族の外からの力が必要で（香山 2010：13）、家族メンバーが互いに自立できるかを意識しながら、アプローチをし続けて、連携を持つことが求められている（松下 2014：560-567）。つまり、共依存によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけで解決しようとするのではなく、法的支援を基盤とする公的領域からの介入を受け入れるような働きかけが必要といえる。

介護は必ず終わりが来る。しかし、それがいつとは知れない。介護によって「買いたいものが買えないとか、好きなことができないとか、いい暮らしができないなどの不満が、「自分の家族のせい」と理由付けされたときに、家族は個人にとって「よくない」存在と評価され、自分の家族状況が、自分にとって「損」だと思うときに、生活上の不満が家族問題となる（山田 2007：37）。家族介護者はほとんどの時間を介護に費やしているため、自分の好きなことや自分が考えるいい暮らしができず不満になり、介護負担やストレスにつながる。「長期化する介護の中で、人間関係を良好に保つためにも、外部のサポートが必要になる」（樋口 2008：28）。

3. 家族介護者に求められる支援

家族介護者は、《支援の内容》として、サービスの改善・拡大や新たなサービスの実施、介護サービスのアウトリーチ支援、医療と福祉の包括ケアなど【サービスの側面】に対する要望が多く、専門職は、介護者への傾聴と相談のアウトリーチや介護負担や介護問題になる前の精神的支援など【心理的側面】の要望が多くあった。一方、《支援の時期》について、家族介護者はそれほど意識していないのに対し、専門職は〈初期の状況に応じた支援〉の意識が高かった。つまり、常に介護の場で認知症高齢者と向き合わなければならない家族介護者は、それぞれの支援の時期を意識しながら介護していくことまで至らないともいえる。また、家族介護者に求められる支援のほとんどが認知症高齢者を対象とする間接的支援で、家族介護者本人を対象とする直接的支援の意識は少なく、家族介護者は、自分への直接的支援に対する意識より認知症高齢者への支援を優先しており、認知症高齢者の支援が家族介護者の支援につながると認識していることが確認できた。

現在施行中の「新オレンジプラン」では、家族介護者が【サービス側面】で求めている

1) 【買えない】の理由として、「親（や配偶者）にもっと収入があれば」と意識すれば、家族への不満となる。好きな仕事に行きたくても、家事（介護）をしなくてはならないからできないと思えば、家族への不満となる（山田 2007：37）。

支援の内容のほとんどが含まれているが、家族介護者はその効果について実感するにはほど遠い感もする。また、見落とししてならないのは、家族介護者の多くが求めている【心理的側面】の支援と、家族介護者は意識できていないともいえる《支援の時期》に対する支援であろう。介護保険制度のサービスは、基本的に介護者が介護を担いつつ自分の生活を取り戻すために必要と判断するものであればその意向を尊重し、介護者のための介護者支援サービスを受けられる仕組みもある。しかし、「できるだけ判定の客観化、簡素化という観点から当面は要介護ないし要支援の認定を受けたものを恒常的に介護することを前提としており、軽微な生活支援を要する者も長期間介護を行っていれば負担感が重くなっていく」（井上 2005 : 25）と想定されても介護者支援としてのサービス利用は難しい。家族介護者が一時的に介護から手を離れ、介護技術の講習を受講したり、息抜きやカウンセリングにより介護疲れを回復したり、あるいは、家族や友人等との社会生活を取り戻したり、再就職のための機能習得に励むことができるように、その間の介護を通所介護や短期入所といった介護者のためのレスパイトに代替することで、一定のサービス料の範囲内でサービスの利用時間や種類を介護者が選択できるようにするなど、利用形態の柔軟性を一層高める必要がある。

第3節 家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容

家族介護者の実践体験に関する語りから、ほとんどの家族介護者が認知症と遭遇し、家族の対応と第1再構築をし、サービスの利用と家族の対応と第2再構築という4つの介護状況変化を歩んでいることがわかった。心理的変容でも被介護者の行動の戸惑い・否認を経験し、対応の混乱・怒り・拒絶と介護者の割り切り・あきらめ、認知症とその人の受容に移行していた。サービスの利用は、短期入所介護と通所介護、訪問介護の利用が多く、対応の混乱・怒り・拒絶の心理的変容の時期に通所介護を多く利用していて、受診後2年以内のサービス利用が多かった。また、実践体験による本質的な意味について、家族介護者と専門職ともに状況 *situation* への対応と連続性 *continuity* のうへの介護状況、相互作用 *interaction* による関係作りとバランスの維持という3つのマスターテーマが導き出され、構造化することができた。

1. 状況 *situation* への対応

家族介護者は、本人の異常行動に「おかしいと思いつつそのうち数年経って徐々に進んでいたらしいA1」と曖昧な認識を抱くが、認知症とは認識せず、認知症の気づきが遅くなったり、本人の拒否によって診断の時期が遅くなる場合もあった。その後、診断や本人の健康悪化、介護認定がきっかけで認知症と遭遇していた。家族介護者は、「被害妄想が消えなくて、ターゲットが子どもに向けてしまって、それがもっと困ってしまったD2」という語りのように、認知症が病ということはわかっているにもかかわらず認知症の元の障がいや心の反応で出る症状(BPSD)に戸惑いながら、心の中で葛藤し、奮闘していた。天田も、認知症高齢者の曖昧な言動に家族介護者自身に対する意味づけが不明確なままの対応にならざるを得ないとしている(天田1999:42)。

また、認知症が持つ症状への否定や戸惑いの中で、介護のために同居したり、住宅を改築したり、介護方法を工夫するなど、専門職や他の家族の支えとサービスを利用しながら家族関係と介護体制を再構築していて、その過程は「最初は本人の配偶者がみていたが、入院して行ったり来たりして、このままだと父もおかしくなると思って、母が骨折して、入院して、退院するとき一度も家に帰らずそのまま空港で、連れてきて同居し始めたE2」とか、「退院の前に自宅で導線確認をして、段差解消をしたり、手すりをつけたり、あらかじめ必要などの改修を終えてから退院になったR3-1」と表現されていた。

太田は、高齢者の場合、失病やけがによって要介護状態になることが少なくない。高齢者は、病院で要介護状態となって在宅ケアへ、あるいは長期ケア施設へと移っていくため、病院から退院時の支援が重要で、退院(退所)援助とケアマネジメントを結びつけることが重要と報告している(太田2003:219)。亀口も、安心できる退院を提供するためには、退院支援・調整をシステム化する必要があり、効果的な退院支援・調整を進めていくためには、計画的に行うことが重要で、そのためにスクリーニングやアセスメント、支援計画の立案、受容支援・自立支援、サービス調整の5つのプロセスを順に行うことを提案して

いる（亀口ほか 2014 : 81）。

さらに、先が見えない介護環境の中で、ピアサポートグループに入ったり、介護方法を学んだりして、認知症の知見について向上しながら関連活動にかかわっていた。一方、介護者自身の健康悪化や本人の症状悪化に耐え切れず、特養に申し込んでいたり、本人が入所や入居することで介護から離れたり、本人の死亡によって介護の終了に至っていた。介護を終了した家族介護者は、他の家族介護者のための活動と介護者自身の健康管理をしながら、介護していた環境とは異なる新しい環境の中で家族関係を再び構築していた。家族介護者はそれについて、「介護技法を職員に教えてもらったり、真似したりしながら参考にしている。本人にあう方法があると思う J11」とか、「しんどかった状況の時期に特養に申し込みました。ピアグループに入っていて、そのつながりがすごく大きくて、何でもいえる人たちが多く、すごく安心感がある H10」と語っていた。宮上が、「介護する態勢を整え始める時期の『介護する体制を築く段階』では、＜介護初期の混乱＞から移行して介護体制を整え＜生活の中に介護を組み込む＞と同時に、心理的なサポートが得られる場である『家族の会』の機能を活用しながら、家族介護者が生活の中に介護を組み込んでいく。また、介護の内容と方法を工夫する時期の『介護が質的に向上する段階』では、家族介護者が痴呆性高齢者に適した独自の介護のやり方を模索し、工夫して行く時期であり、プロセスの中で介護の内容や痴呆性高齢者との関係が変化していた。さらに、在宅介護が安定する時期の『介護実践力の向上を自覚する段階』では、家族介護者が介護する状況になれて、安定した状況で介護を実践している」（宮上 2004 : 333）と報告しているように、介護の状況変化の時期ごとに対応できる支援のあり方が求められている。

2. 連続性 continuity のうへの介護状況

家族介護者と本人の介護前の関係について、「何でも言える関係。だから、本当に思ったことをいえる E3」という語りから察知できるように、長い時間を共有していることで、理解し合う、良好で本人の性格を良くわかっている関係を維持していた。一方、本人のプライドから介護認定を拒否する傾向も見受けられたが、「最初は何も分からなかった。どこで何をしたいのか分からなかった。近所の方から『まず、認定を受けたらどう？』といわれて、それでクリニック連れて行って、認定を受けたら、いろいろなサービスがあることが分かった H3」と語られているように、他の家族や専門職、サポートグループなどの支え手のあり方や介護保険制度をはじめとする介護サービスと情報を求めながら介護を開始し、継続していた。一方、親に対する責任感や本人の症状の軽さなど、家族として自然に介護を受け入れている家族介護者もいた。家族の介護を良好な家族関係に支えられ、ある程度の距離を持つことでバランスをとりながら、状況に合わせてサービスを利用し、受容し合うバランスがとれた関係によって介護生活を維持するとしている一方、本人の状態変化や協力を得られないなど、介護の状況変化によって家族関係も揺れ動いていることが専門職からも示された。

また、介護を継続していく中で、家族介護者は主介護者一人に負担を負わされる介護環

境や家族間の葛藤、介護者自身の健康不全と身体介護の負担やストレスを負わされていて、本人の症状への対応困難やその症状に振り回されることへのストレスなど、本人と介護環境の負担感を訴えていた。それについて、「子どももまだ手がかかる頃で、そんな状況の中で認知症の介護という厳しい状況で、いくら介護環境を考えてくれてもそこが限界であったD2」と表現されていて、相談先の不在や関連施設の不適切な対応、家族の理解不足といった外部要因からもストレスを受けていることが示唆された。このような介護ストレスや葛藤、負担感に負われる状況の連続性の中で、「私自身病気になるかもしれないし、本人もどうしようもない寝たきりで大変な状況になるかも知れないので、特養に申し込んでいるJ5」という語りのように、症状悪化や状況変化に対する不安や介護者自身の健康問題をはじめとする介護者の状況変化の不安、経済的不安、サービスの継続利用への不安など、先が見えない不安にかられていて、その不安の頼り所として特養の申し込みを選択していることが示された。

樋口は、家族介護者の在宅介護継続の条件に「介護者の健康と介護者の代替者の存在、一定の経済力、要介護者とのこれまでのよい人間関係、医療機関の協力、介護者のレスパイト（一時休息）」の6つを提示している（樋口2008：27）。認知症の近親者を介護するという経験は、複雑な感情を呼び起こす特別な経験で、その経験に手を差し伸べてくれるはずの専門家にも細部までは受け止めてもらえない現実があるという指摘もある（伊東ら2013：34-36）。介護の以前からの良好な関係を保つための支え手のあり方や介護保険サービスなどによって、介護状況の連続性のうえでの介護状況を支える介入が求められている。

3. 相互作用 interaction による関係作りとバランスの維持

（1）個人的な心理状態としての親密性と共依存

認知症の人と家族介護者は、長年にわたって同じ時間と感情を共有し、それぞれにバランスのとれた親密性を保ちながら、過酷な介護環境の中でもバランスのとれた親密性の維持を図っていた。しかし、「今みたいに働くことはないけど、パートくらいは出ないといけないと思っている。サービスを続けて利用したいと思っている。…あまりにも長くいなさ過ぎて昔はどうだったか覚えてない。習慣もわからないし。介護で一緒に住んでいても親しくなったとは思わないし、話すこともあまりない。今は共通の話題がないO6」という語りのように、将来への不安感やサービス利用に対する罪悪感、本人の記憶障害によって共有出来ないことへの喪失感などによって親密性の崩壊を経験している。一方、介護をきっかけに再び同じ時間を共有することで今までとは異なる親密性への再構築を経験していることがわかった。

また、家族介護者は気づかないうちに、認知症の人を完璧に世話するためコントロールしたり、それができないことで不安になったり、認知症の人から離れることで落ち着かなくなるなどの世話焼き嗜癖や関係嗜癖、共依存、嗜癖行動を示しやすいという共依存の傾向がうかがわれた。専門職からも、「介護者は自分の介護が完璧だから周りの人も完璧にしてほしがっている。介護者は共依存の傾向をみせていて、介護が生きがいになっている。

暴力とかあったけど今のところ日常的な暴力はない…Q1-4」という語りのように、介護者の完全主義や世話焼き傾向、支配的傾向など（支援者の立場から見える共依存傾向）について、暴力という不適切な介護につながったケースもあることが示された。

親密な関係の嗜癖が共依存である。共依存者は、「介入の対象であると同時に自らを巻き込む治療の対象でもあることを認識し、治療関係における、頼られる必要のある人と、頼る必要のある人との相互依存とか、支配—被支配関係というあり様に由来している（吉岡ほか 2001：125）。」共依存者の治療のゴールは、「共依存者が、自分のアイデンティティを確立できること、自分の感情を理解できること、自分の行動と依存症者の行動とがどのように影響を与え合っているかを理解できること」である（吉岡ほか 2001：202-203）。しかし、先述したように、共依存者は自らの共依存症に気づきにくく、家族の力だけでは抜けることも難しい。共依存による不適切な関係に陥らないためには、専門職や第三者からのかかわりと、公的領域からの介入が求められる。このような働きかけは、バランスのとれた親密性を保つことにもつながり、家族介護者が認知症と介護生活を「受容」することへスムーズに移行することができるといえる。

（2）社会的な関係としてのサービス利用と家族介護者への支援

家族介護者は、他の家族の理解、専門職をはじめとする多職種の支え、関連機関のサービス利用に繋げる要素の存在の上で、適切な時期に自由に利用できる小規模多機能型居宅介護のようなサービスや、介護のリフレッシュや介護者の仕事の継続というサービス利用への期待、本人に合うサービスの利用といった本人の状態維持への期待からサービス利用につながっていることが示唆された。これについて、「たまたま父が SS でたらいい回しみたいになっていたときにちょうど 1 人空いて、世話になっていた CM が教えてくれて、…お願いした。小規模は近いし便利。特養の空きがなければ、小規模をずっと使いたい。今のところ小規模がピッタリだと感じている H7」と語られている。サービスを利用することで、「小規模を利用して介護者のストレスも解消できて、本人の認知症も極端に進行することもなく、良い具合で日常生活を送っていると思う R2-6」と専門職も語っているように、介護者の日常生活や心身の健康維持と、本人の状態維持や情報の収集が容易になって対応できるようになり、疎遠になっていた家族関係も維持・回復できていることがわかった。これは、「デイサービスや小規模多機能型サービス、グループホーム、ユニットケアなどの小規模な集いの場や住まいで利用者個人に向き合うことを主眼とした形態の新しい認知症ケアの取り組みが生まれてきた」（井口 2008a：193）ことからの一つの効果要素といえる。

一方、サービスの利用に拒否感を持つこともあって、本人の拒否が強かったり、サービスの内容が本人に合わなかったり、サービスの利用が近所に知られることへの拒否、サービス内容への拒否などによって、サービスの利用から遠ざかる家族がいて、他の家族の拒否によってサービスが利用できない家族介護者もいることが示された。専門職からも、介護者のサービス利用への躊躇や本人の状態に合わないサービスの内容、専門職や医療機関の不適切な対応などサービス利用のつなぎにくさが存在していて、制度内サービスと制度外サービスの並行利用への制約や緊急なとき使えないなど、サービスの使いづらさによっ

て、サービスの利用が閉ざされていることがうかがわれた。井木は、介護保険制度施行後「措置でよかったのに」と言われる要因について、「制度の複雑さ、情報アクセスが困難、サービス内容への不満、実態調査から見えた施設志向」の4点をあげている（井木 2005 : 55-56）。

また、「…小規模みたいな特養と既存のサービスと小規模が並行して使えるようなものがあれば良い。…H9」や「仕事を持っている人にとって、朝早い時間と夜遅い時間、後自分の睡眠時間を削れない。ずっとSSを利用するわけにはいかないし、夜だけでのDSがあるわけでもないで、自分が家事をやらなければならない時間に面倒をみなければならないストレスがある。…U-9」という語りのように、家族介護者は、小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大や本人に合うサービス内容の充実、介護保険内サービスと枠外サービスの並行利用、介護人材の待遇改善と適切な配置及び養成、行政側からのアウトリーチなど、サービス側面からの支援と、介護者が仕事を継続できるシステムや認知症に対する社会の理解といった対象者側面からの支援、地域内の介護情報の提供と共有や地域に合う支援対策と介護に合う住居環境の充実などの現実的側面からの支援を求めていることがわかった。

専門職からも、家族介護者の支援のためには、サービスの利用範囲を拡大や利用時間の調整など政策的見直しや小規模のように緊急な時自由に利用できるサービスの拡大、介護サービスの広報拡大と状況変化に合わせた支援、アウトリーチによる積極的な支援など支援制度の充実と拡大が必要であることがうかがえた。荒井は、アウトリーチの機能を持っている機関に地域包括支援センターがあるとして、「専門職のアウトリーチによる直接介入によって『つながっていかない』利用者を支援の射程に収める可能性がある」として、認知症の介護家族が抱える主観的・個別的困難への対応を提案している（荒井 2008 : 124）。

加えて、専門職は、本人や介護者を慎重に観察やアセスメントしてからの介入、退院など状態の変化、サービスニーズがあったときに介入、信頼関係を築きながら介入するという支援者としての介入方法を工夫していて、専門職同士で情報交換をしてフォローしたり、認知症のマネジメントに努力とセンスを磨くなど、専門職の質の向上が必要であることが示唆された。高見は、「専門職は多くの患者や家族をみられる立場にある。多くの家族を見ているからこそ可能な『介護のコツ』や『家族が安心するネタ』を見つけることが出来るはずである。それを家族に還元してほしい（高見 2008 : 128）とのべている。広瀬も、先行研究の知見から、「介護保険制度下における在宅での支援専門職は、介護者にとっては社会との接点にもなり、訪問系の支援専門職の果たす役割は大きい。そしてホームヘルパーなどと訪問看護師の協働・連携がスムーズに行われると介護者の健康面および精神面の把握につながる」と述べている（広瀬 2011 : 196）。

以上、認知症の人と家族介護者は、長年にわたってバランスのとれた親密性を育んでいたが、過酷な介護環境での不安感や罪悪感、喪失感などを経験しながら、家族関係において親密性の再構築を経験していた。一方、家族介護者本人では気づき難い共依存の傾向も示していた。また、サービスの利用には、専門職や関連機関の支えやサービス利用に繋げるための要素とサービスを利用して得られる効果への期待からサービスを利用し始めてお

り、サービスを利用することで、家族介護者は日常生活や心身の健康維持につながったり、家族関係の維持と回復にもつながっていた。一方、サービス利用への拒否感を持つこともあって、本人の強い拒否やサービスの内容への拒否に加え、他の家族の拒否によってサービスが利用できない家族介護者もいた。さらに、家族介護者が求めている支援は、サービス側面からの支援と、対象者側面からの支援、現実的側面からの支援という 3 つの側面からの支援であった。

家族介護者は、日常生活の連続性 *continuity* のうえで認知症と遭遇し、認知症高齢者を支えていく介護環境の中で、変化した状況 *situation* に対応しながら、戸惑いと再構築の過程を経験していた。また、本人の状態変化とともに心理的にも行きつ戻りつ変容しながら、認知症の人とその症状を受容していた。このような状況の中で、家族介護者は変化しつつある介護環境に対応するために社会的関係の新たな関係作りや、介護以前から維持してきた関係におけるバランスの維持のために、介護サービスを利用して、家族介護者支援の方法として、通所介護を主とする訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能型居宅介護のような介入によるサービスの充実を求めていることが示された。

一方、家族介護者の親密性にも崩壊や再構築といった変容を経験していて、新たな関係作りや関係のバランスの維持からくるストレスや葛藤、不安から、家族介護者自身は気づきにくい共依存の傾向が示された。しかし、支援者の立場である専門職からは、家族介護者の心理的葛藤やストレスの表出として共依存の傾向や不適切な介護が行われていることが伺えた。

なお、以上の認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入について<図 5-1>のようにまとめることができた。

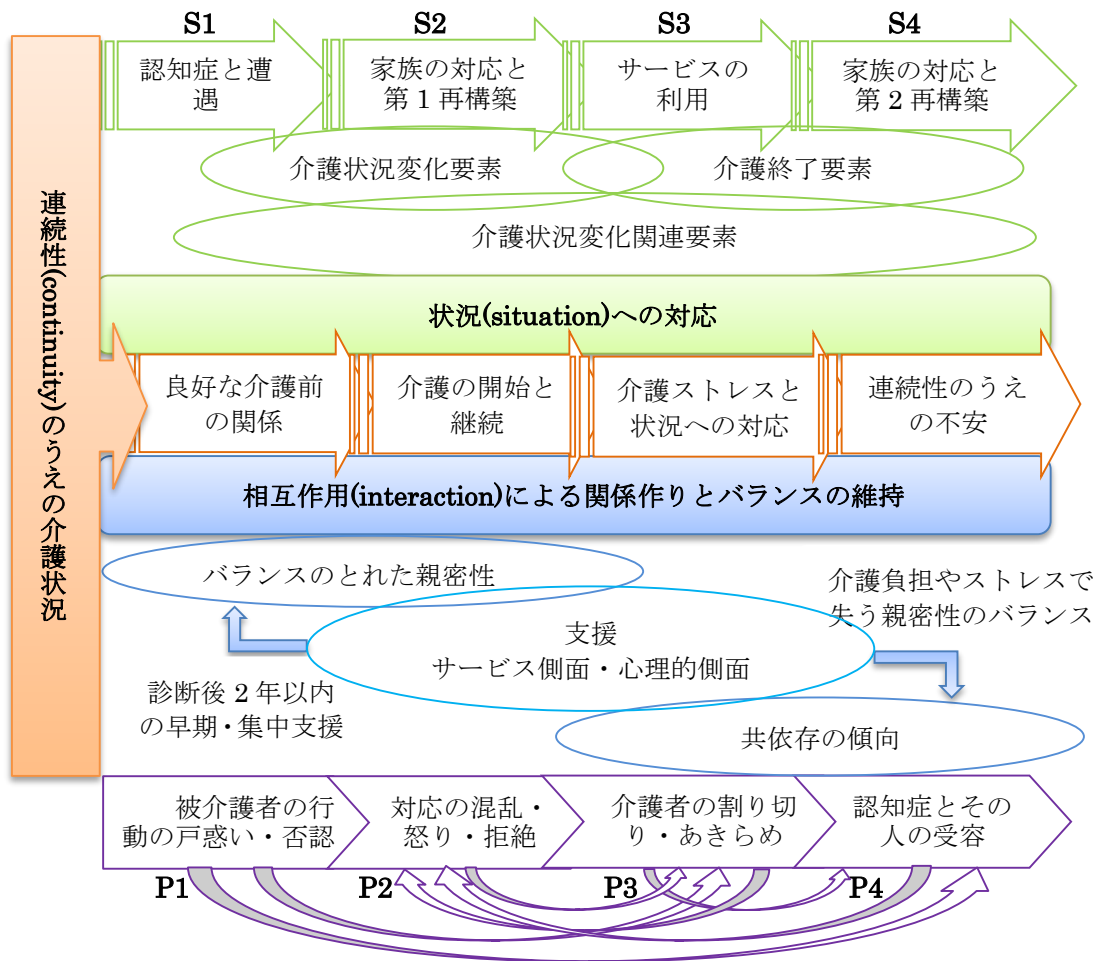


図 5-1 認知症高齢者を支える家族介護者の連続性のうえの介護状況変化と心理的変容

第6章 認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方

本章では、第5章における認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入を踏まえて述べながら、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方について考察を行う。

第1節 認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入—調査研究から得られた知見

1. 家族介護者のサービス利用と心理的変容の検討から読み取る支援の時期と内容

第II部で述べてきたように、通所介護の利用率が高く、介護サービスの三本柱といわれる通所介護、訪問介護、短期入所介護の利用率が高いことがわかった。一方、要介護度が高くなるほど入浴サービスや医療的サービスなど、サービスの利用が多くなっており、この結果は、諸研究からも報告されている（岸田ほか 2007：31；大日 2002：67-73）。サービスの利用時間をみると、訪問・通所型介護の1週間平均利用時間は、12時間～48時間で、短期入所介護の1年間平均利用日数は、〈調査1〉では1日～2日、〈調査2〉では8日以上の回答が多く、サービスの利用先にばらつきがある対象者に比べて、社会福祉法人の在宅サービスを利用している対象者のサービス利用が容易になっていることが示唆された。

また、家族介護者の心理的変容は不規則であるが、受容のプロセスを行きつ戻りつしながら、4つの心理的ステップを移行して認知症の人と症状を「受容」していくことが確認できた。心理的変容の時期は、最もつらい時期と言われている心理的第1ステップ「戸惑い・否定」や心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」になった時期は1年～2年未満で、〈調査1〉が「受容」にたどりつくまで5年以上の期間がかかることに対し、〈調査2〉は2年以内であることが示され、介護を始めてから2年以内の期間に集中的にサービスを取り入れることが有効といえる。さらに、家族介護者の心理的変容に効果があったサービスに「通所介護」が挙げられ、次に「短期入所介護」と「訪問介護」で、すべての利用サービスから最も影響されている心理的変容の時期は心理的第4ステップ「受容」の時期で、他の心理的ステップにはそれほど影響していないことが確認できて、「通所介護」サービスを中心に、「短期入所介護」と「訪問介護」と、他のサービスを組み合わせることが有効といえる。そこで、家族介護者への支援の内容は、通所介護を主とする訪問介護、短期入所介護を組み合わせたサービスで、支援の時期は、介護を始めてから2年以内の期間に集中的な支援を取り入れることが有効といえる。

先行研究からも正確な時期は明示されていないが、介護者支援のポイントに、介護をスタートさせる時が最も重要な時期で、最もつらい時期とも言われている心理的第1ステップや心理的第2ステップの時期を少しでも短く、軽く経過できるような援助が本質としている（杉山 2008：52-59）。また、この時期に介護者にとって有益な情報にアクセスすることで、どのようなサービスを使い、介護を続けていけるのか、選択肢や代替案があるのかな

ど家族介護者の変化プロセスと、介護を終えた後、家族介護者自身の人生をどう再設計するのかまで、介護プロセスの全体を視野に入れた支援が必要である（斎藤 2011：11；北村 2013：14-16）。通所介護や短期入所介護といった、介護者のレスパイトを目的としたサービスと多様なサービスの組み合わせは、家族介護者の身体的な解放のみならず、心理・情緒的解放にもつながると思われる。介護サービスの有効な活用は、家族介護者に余裕をもたらし、介護負担やストレスが増加する前に介護の理想的時期といわれる「受容」の時期へ順調に移行できるといえる。

一方、これらのサービスは、先述のように認知症の人に対する介護サービスで、家族介護者の不安感や心理的負担とストレスの軽減までは繋がっていないとは言い難く、不適切な介護につながるネガティブな側面を潜在化しやすいため、それを防ぐには、家族介護者と専門職との連携のもとにサービスをうまく利用しながら、認知症高齢者を支えていく体制が求められる。また、送迎にあたる専門職は、家族介護者と積極的なコミュニケーションをとりながら他の専門職とも連携を図り、家族介護者の情報を蓄積・共有する必要がある。さらに、家族介護者を含む家庭での生活や他のサービスとの連続性の確保が求められる。

2. 家族介護者の心理的変容及び親密性と共依存の傾向

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性は、相互依存、情愛、理想化という 3 因子が見いだされ、認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における「親密性」に着目した因子構造の適合性が示された。また、家族介護者の親密性が変容していることと、介護によって家族介護者の親密性に変容が生じることで、サービスの利用が親密性にバランスをもたらすことが示された。認知症高齢者を支える家族介護者のほとんどは、認知症と診断されても、日常生活に何らかの支障がない限りサービスを利用しないため、初期段階の利用が少ない（内田 2006：109）という報告もあるが、バランスのとれた親密性を保つためには早い段階から介護サービスが利用できるように、積極的な介入が求められている。

また、認知症高齢者を支える家族介護者の共依存も、否定的エンメッシュ、嗜癖と心身の障害、親密性からの逃避という 3 因子が見いだされ、認知症高齢者を支える家族介護者の「共依存」に着目した因子構造の適合性が示された。家族の中には、認知症を契機に同居を決める場合が多く、認知症高齢者と家族介護者は今までとは違う形の親密な関係性を持つことになる。つまり、今までバランスが取れていた親密な関係は変容が生じ、その変容から来る不安やストレスからの逃避として共依存の傾向に陥るといえる。共依存症は、共依存者自ら気づきにくく、認知症高齢者の状態変化によって介護者の介護負担やストレスも変化するため、在宅で介護を継続していくにあたって、専門職や第三者によるかかわりと、サービスの提供量の増加と専門職間の連携による情報の共有などの工夫、介護にまつわる変化の時宜ときっかけに注目したサービスの介入が必要である。

さらに、家族介護者の親密性と共依存が心理的変容に影響を与える時期は、親密性、共依存ともに心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の時期で、心理的第 4 ステップ「受容」の時期においても影響していることが明ら

かになった。共分散構造分析によるパス解析からも、適合度指標に適合した結果が得られ、家族介護者の親密性及び共依存と心理的変容との因果関係が認められ、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第 4 ステップの「受容」に影響していることが示唆された。特に、家族介護者の親密性の「理想化」は心理的第 4 ステップの「受容」時期に影響を与えており、心理的第 4 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、親密性にバランスを与えることが示唆され、家族介護者の共依存の「親密性からの逃避」は、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」の時期に影響を与えていて、心理的第 2 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、家族介護者が心理的に離れられ、共依存の傾向に向かうことを防ぐことができると推測された。

家族介護者と認知症高齢者は、認知症と向き合うと決めた瞬間から、今までの関係とは逆転した立場になり、心理的変容を繰り返しながら認知症高齢者を支えていく。また、介護という行為は、必然的に身体的な接触を伴っており、認知症高齢者と家族介護者の親密な関係は、介護という行為によってより深まることになる。その関係がバランスをとれた良い方向に進行し、「受容」に至ることが望ましいが、悪い方向に進行して不適切な介護につながらないように未然に防止できる支援が必要である。共依存によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域の介入を受け入れて、支援を受け入れるような働きかけが必要といえる。

3. 認知症高齢者を支える家族介護者に求められる支援

家族介護者は、支援の内容としてサービスの改善・拡大や新たなサービスの実施、介護サービスのアウトリーチ支援、医療と福祉の包括ケアなどサービスの側面の支援が多く求められており、専門職は、介護者への傾聴と相談のアウトリーチや介護負担や介護問題になる前の精神的支援など心理的側面の支援が多く求められていた。一方、支援の時期について、家族介護者はそれほど意識していないことに対し、専門職は初期の状況に応じた支援の意識が高かった。つまり、常に介護の場に置かれている家族介護者は、それぞれの支援の時期を意識することが困難であるともいえる。

また、支援に対する意識のほとんどが認知症高齢者を対象とする間接的支援で、家族介護者本人を対象とする直接的支援の意識は少なく、家族介護者への直接的支援に対する意識より認知症高齢者の支援を優先にしており、認知症高齢者の支援を家族介護者の支援につながると認識していることが確認できた。

現在施行中の「新オレンジプラン」では、家族介護者がサービス側面で求めている支援の内容のほとんどが含まれているが、家族介護者がその効果について実感するにはほど遠い感もする。また、見落としとしてならないのは、家族介護者の多くが求めている心理的側面の支援と、家族介護者は意識できていないともいえる支援の時期に対する支援であろう。

家族介護者が一時的に介護から手を離れ、介護技術の講習を受講したり、息抜きやカウンセリングにより介護疲れを回復したり、あるいは、家族や友人等との社会生活を取り戻したり、再就職のための機能習得に励むことができるように、その間の介護を通所介護や

短期入所といった介護者のためのレスパイトに代替することで、一定のサービス料の範囲内でサービスの利用時間や種類を介護者が選択できるようにするなど、利用形態の柔軟性を一層高める必要がある。

4. 家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容

家族介護者は、認知症と遭遇し、家族の対応と第1再構築をし、サービスの利用と家族の対応と第2再構築という4つの介護状況変化を歩んでいることがわかった。心理的変容でも被介護者の行動の戸惑い・否認を経験し、対応の混乱・怒り・拒絶と介護者の割り切り・あきらめ、認知症とその人の受容に移行していて、サービスの利用は、短期入所介護と通所介護、訪問介護の利用が多く、対応の混乱・怒り・拒絶の心理的変容の時期に通所介護を多く利用していて、受診後2年以内のサービス利用が多いことが確認できた。また、実践体験の構造化によって、状況への対応と連続性のうへの介護状況、相互作用による関係作りとバランスの維持という3つのマスターテーマが導き出された。

家族介護者は、日常生活の連続性 *continuity* のうえで認知症と遭遇し、認知症高齢者を支えていく介護環境の中で、変化した状況 *situation* に対応しながら、戸惑いと再構築の過程を経験していた。また、本人の状態変化とともに心理的にも行きつ戻りつ変容しながら、認知症の人とその症状を受容していることがわかった。このような状況の中で、家族介護者は変化しつつある介護環境に対応するために社会的関係の新たな関係作りや、介護以前から維持してきた関係におけるバランスの維持のために、介護サービスを利用して、家族介護者支援の方法として、通所介護を主とする訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能型居宅介護のような介入によるサービスの充実を求めていることが示された。そこで、介護の状況変化の時期ごとに対応できる支援と、介護の以前からの良好な関係を保つための支え手のあり方や介護保険サービスなどによる、介護状況の連続性のうえでの介護状況を支える介入が必要である。

一方、家族介護者の親密性にも崩壊や再構築といった変容を経験していて、新たな関係作りや関係のバランスの維持からくるストレスや葛藤、不安から、家族介護者自身は気づきにくい共依存の傾向が示された。しかし、支援者の立場である専門職からは、家族介護者の心理的葛藤やストレスの表出として共依存の傾向や不適切な介護が行われていることが伺えた。親密な関係の嗜癖が共依存で、共依存による不適切な関係に陥らないためには、専門職や第三者からのかかわりと、公的領域からの介入が求められる。

また、専門職は、本人や介護者を慎重に観察やアセスメントしてからの介入、退院など状態の変化、サービスニーズがあったときに介入、信頼関係を築きながら介入するという支援者としての介入方法を工夫していて、専門職同士で情報交換をしてフォローしたり、認知症のマネジメントに努力とセンスを磨くなど、専門職の質の向上が必要であることが示唆された。

第2節 認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方

1. 認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容

認知症高齢者を支える家族の心理・情緒面に着目した多くの研究の中では、介護家族に生じる問題として、心理的不満や健康不安、慢性疲労などは介護者の年齢や家族関係、介護環境を問わず数多く表出しており、介護者の健康には認知症高齢者の症状や家族構成、家族人数なども影響している。特に、認知症高齢者の BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) による影響は大きく、「BPSD が現れるのはたいてい自宅や介護施設で、自宅で介護している家族の多くが認知症の症状への対応方法が分からず、介護負担感を抱えているため、在宅では介護を受ける高齢者のみならず主介護者の介護能力や環境整備状況への把握と、それに合わせた支援がいきわたることが重要となる」(亀口ほか 2014 : 78)。

また、長期の介護を余儀なくされ、家族介護者は疲労の蓄積によってストレスが高まることは示唆されている。その介護生活は「マラソン」や「先が見えないトンネル」ともいわれ、その対応には、多大のエネルギーが必要となり、家族介護者の心身には不調が生じやすくなる(渡辺 2010 : 7)。家族は日常生活の中に介護を組み込まなければならなくなり、この過程に影響するのがメンバーの特性、家族の歴史、構造、機能で、介護家族の「受容」への移行が円滑にいかない時に家族は介護と一緒に崩壊するか、介護放棄の道を進むことになる(渡辺 2010 : 145)。

一方、介護のストレスは、客観的負担や主観的負担という家族介護者の「負担」に概念化されているが、介護をめぐる要因の複雑さやその因果関係及び負担に関する要因の解明と他の要因との関連を示す理論モデルが課題としてあげられている(中谷 2010 : 31-32)。在宅で介護を継続していく上で、「認知症が持つ症状への対応とともに、家族の機能や役割分担を考慮に入れた援助方針を立てることが重要」(亀口ほか 2008 : 159-161)で、認知症高齢者への間接的な支援と家族介護者への直接的な支援という双方向からの視点が必要となる。

2. 家族介護者の親密性と共依存の傾向

家族介護者が介護をしていくうえで認知症の病を理解し、「受容」に至るまで、その過程が多かれ少なかれ心理的変容を経験しており、認知症高齢者の病症の変化やその時の家族の置かれた環境と介護者の心身の状態によって、受容までのプロセスを行きつ戻りつしていること、介護の過程における心理的変容の中でも介護以前からの家族関係が介護の継続意思に影響することが示された(林 2002 : 67 ; 杉山 2008 : 52-59 ; 六角 2013 : 222)。一方、「認知症介護の過程における混乱とストレスの中から何が要因となって変容が起こるのか明確な知見がない」(宮上 2007 : 10) ことや「介護について安定していた介護者も、被介護者の症状が進行した際は、再び心理的援助が必要となる」(鈴木 2006 : 392) なども述

べられている。

第2章で述べたように家族関係の心理的変容は、介護に対する負の感情や情緒的な喪失感によって、長い間維持してきた親密性に変容をもたらすことになる。介護という局面は、今まで維持できたバランスのとれた親密性が保ちにくくなり、家族の関係性の問題を惹起することになるといえる。現代日本社会に生じる家族問題は、家族の社会的機能が十分に果たされない状況（社会的機能不全）と、家族の個人的機能が十分に果たされない状態（個人的機能不全）、家族に関する価値が実現されない状態（価値観の不適合）の3つに分類でき、家族問題に対するアプローチにも大きな発想の転換が必要になる（山田 2007: 53-81）。天田は、「夫が妻を介護する場合、夫婦双方が役割の共同化とは裏腹に概念化したジェンダーによって〈老い衰えゆくこと〉をめぐる関係性を保持し、反復的に〈親密性〉を形成しようとする。つまり、夫婦がそれぞれジェンダーへと囚われながらアイデンティファイすることの相互依存の結果として〈親密性〉は新たに形成される」としている（天田 2007: 365）。一方、家族内での問題は、家族の危機や親密圏の暴力ともみなされていて、介護という場が持っている閉鎖性や密室性の特徴による二者関係の中で孤立すると、不適切な介護が反復・継続することが示唆された（難波ほか 2006: 14-16）。

また、「日本は社会風潮から社会全体が共依存的志向の強い社会」（吉岡ほか 2001: 143）で、親密な家族の世話を焼くことは当然という認識が強く、二者関係の中に孤立しやすい親密な関係の家族介護者が認知症高齢者を必要とする共依存の傾向に陥りやすい社会といえる。共依存傾向の大きな要素は支配性で、それは操作的で見えにくい傾向があり、親密な関係への支配性が反映されやすく（河野 2006: 40）、親密な関係による「支持する（コントロール）・される」という支配・依存の関係で介入が展開されれば、共依存症の本質的な回復には役に立たないし、時には暴力という有害でさえある不適切な介護が行われることが示された（斉藤 2005: 233）。さらに、「共依存は女性がとりやすいパワー表現である」（斎藤 1996: 69）という斉藤の指摘からも察知できるように、認知症高齢者を支える家族介護者のほとんどが女性である。本研究の結果からも女性の割合が高いことと、二人きりにいる時間が多く、介護環境によるストレスの過剰によって共依存の傾向に向かう家族介護者もいることが明らかになった。

一方、家族の一人が病気になれば、家族全員がその病気の影響を受けて、家族全員が今までとは別な形の問題をかかえることになる。そして、本人の病気が長期化すると必然的に家族内の問題も解決できず危機を招くことにもなりかねない。共依存者は、家族内の「どのような行動が共依存であるのかを確認し合い、それをどのように『行動』として変えていけばよいのかを話し合うことで共依存は回復できる」（吉岡ほか 2001: 199）。さらに、「認知症高齢者の身体状態が安定すれば介護者の精神状態も安定するが、共依存関係に対する適切な介入をしない限りそこから派生する事象は消えない」（難波ほか 2006: 15; 2007: 8）ため、家族介護者の声に耳を傾け見捨てられ感や罪悪感、怒り、苛立ちなどの感情を受容し、共依存傾向にある家族介護者の置かれている環境や心理的境界を明瞭にする一方、専門職からの絶えることのない支援がなければ、不適切な介護は改善しにくく、共依存の回復は難しい。

3. 家族介護者の心理的支援に向けて

認知症高齢者を介護している家族は、認知症によって現れるさまざまな症状にとまどい、対応の難しさなどから身体的・精神的に大きな負担を感じている。その中で、周りからつらさを理解してもらえなかったり、介護の仕方を批判されたりすると非常に強いストレスとなる。また、家族は、親密な関係の愛情や愛着、甘えといった独特な心理・情緒面による結びつきに支えられているといわれているが、その独特な心理・情緒的結びつきから、逆に離れられなくなる傾向になり、以前から維持してきた親密性のバランスを失い、嗜癖的な関係の共依存傾向につながるともいえる。

こうした独特な心理・情緒面の結びつきによる共依存的関係の介護場面では、常に何らかの問題を内包しており、家族の誰かが危機を抱えると家族全体がその危機に影響を受ける。危機を家族で解決できると、家族の問題解決能力を向上させ、家族内の安定につながり、家族の自立に役立つ（辻村 2010：12）。したがって心理的支援を考えた場合、日常生活自立への援助の機能をふまえ、自己同一性の確立へ働きかけることが重要で（高崎 1989：435）、介護者の心理がある状態からある状態へ移行するという、家族の心理的変容の過程をしっかりと観察し、各心理的変容の時期に合う支援の内容を考える必要がある。

また、家族介護者が認知症高齢者を介護する前提には、援助や奉仕という認識を伴っており、認知症高齢者や他の家族から認められないことや介護以前からの親密性のバランスが失われていることも介護問題につながることを示された。介護をする人も介護を受ける人もその人らしく安心して暮らせるために、介護の場面におかれた家族の関係性への再構築及び介護問題の予防や早期発見が重要で、そのためには他の家族や専門職の協力と支援の介入が必要である。また、社会全体が介護家族を見守り、共に暮らしていけるような支援のあり方が求められている。

さらに、共依存の傾向から脱出することも重要であるが、「家族の力だけでは共依存の傾向から抜けることは困難で、特に世間体を保つために家族の中で自分や相手を守り通そうとすることはますます共依存を強めることになる。共依存から脱出するためには家族の外からの力が必要である」（香山 2010：13）。また、共依存の傾向に陥る前に、共依存の傾向に陥らないための支援の介入が必須で、介入方法や介入時期を導き出すことも必要である。家族介護者も、共依存の傾向によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域の介入を受け入れる必要がある。前述のように、家族は互いに依存し、依存されながら家族内の人間関係にバランスがとれる。そのバランスがとれた依存関係が「バランスがとれた相互依存 **Balanced Interdependence**」で、このバランスがとれた相互依存を保つことが、家族介護者の健康で問題のない人間関係を保つことにつながるだろう。

以上を踏まえて、認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方について〈図 6-1〉のように示すことができた。

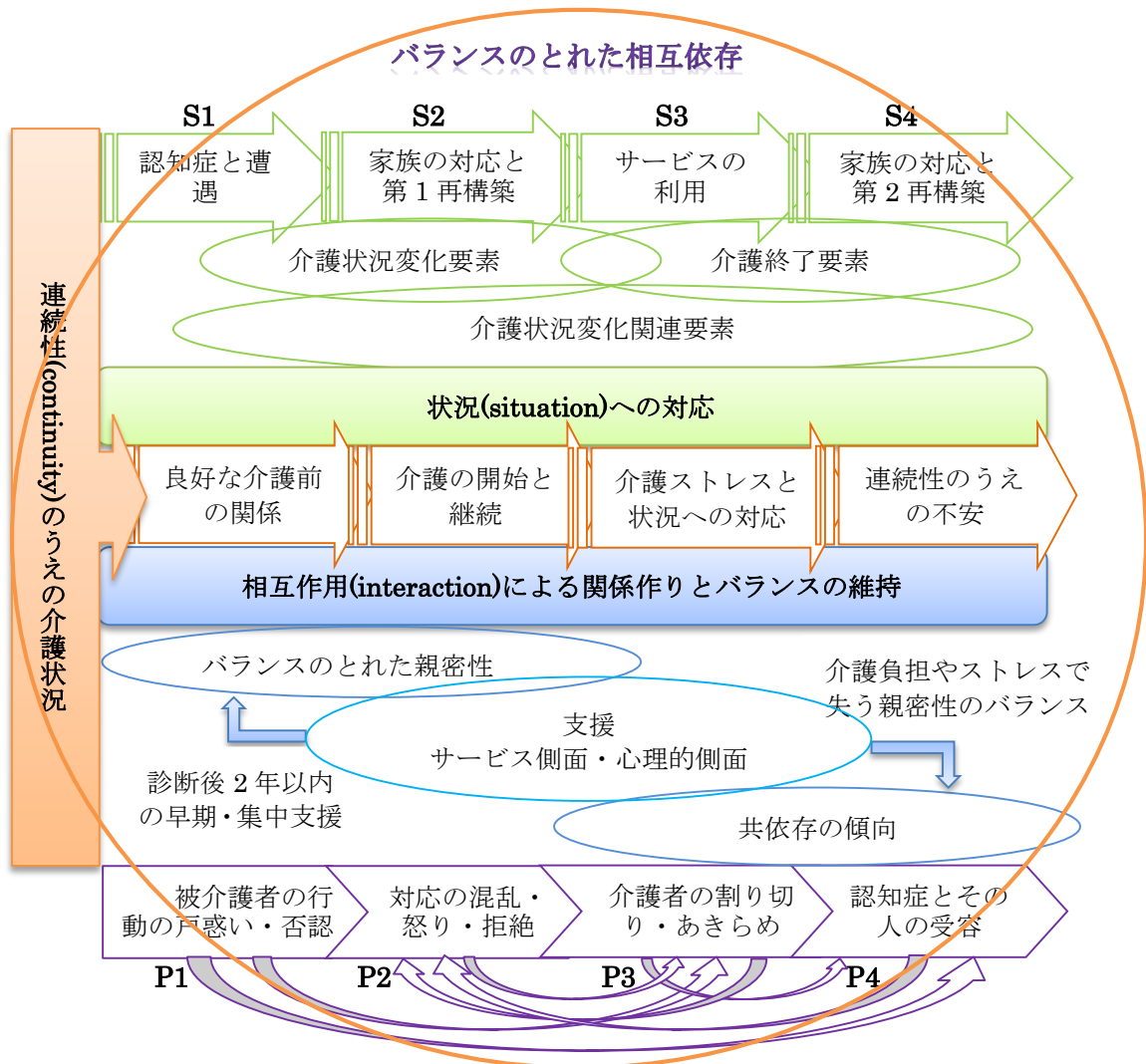


図 6-1 認知症高齢者を支える家族介護者への心理的支援のあり方—「連続性のうえの介護状況変化と心理的変容」とバランスのとれた相互依存

第3節 認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方

1. 認知症高齢者を支える家族介護者への支援

認知症は、認知機能の低下によって脳の器質的変化が引き起こされ、原因のそれぞれが相互に影響しあって現れることが示され、家族介護者の負担感やストレス等に影響を与える認知症の症状は、中核症状（認知障害）や身体症状、周辺症状（行動・心理症状：BPSD）に大別でき、特に BPSD は、認知障害や身体症状とともに本人の個人要因や環境要因からも影響されていることが示唆された。しかし、「認知症は精神疾患の中でもとりわけ種々の分野や職種が協力し合わないと対応・解決できない疾患で、医療や介護、地域、家族の連携を必要とする『社会なしには語られない疾患』である」（玉井 2012：175）。

また、「認知症の BPSD は、認知症高齢者と家族介護者の身体的・精神的・社会的状況が総合的に影響し発症する」（菅沼ほか 2012：80）ため、認知症高齢者の BPSD に対する支援のみでは解決できず、認知症高齢者と家族の置かれている個別の状況に合わせた対応への教育や、家族介護者が対処方法を実践できるような具体的な情報提供が求められる。

一方、「認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるように、環境整備を行っていくことが求められている」（厚生労働省 2015）とか、「日本の高齢者福祉は、介護の社会化を謳った介護保険ですら、利用料の上限を設けることで、『利用者本位』と言いながらも家族介護を暗黙の前提としている」（上野 2011b：116）という指摘のように、社会的な介護資源が家族による介護を最善としていることを考慮して、認知症の人を介護している家族も含めた支援策の環境整備が必要である。

また、日本社会は、高齢者の扶養や介護が家族の社会的機能の一つであったが、年金制度が整い、介護保険制度が導入された現在においては、家族に期待しない政策を進めていて、人々の意識も変わりつつあり、高齢者の扶養や介護といった機能が家族の社会的機能から解除されていることを示唆している（山田 2007：19-21）。一方、介護という行為は、介護を中心とした家族関係にも変化をもたらし、これまで希薄だった家族関係を含めて、家族関係において再構築の過程を経験する。家族介護者は、介護を契機に経済活動を中心とする社会生活にきわめて不安定で脆弱な存在になり、自分の自由時間を享受するために依存的な存在にならざるを得ない。家族介護者支援の論理や必要性は、まさにここにあるとして、介護者が維持してきた自分の資源（身体、メンタルヘルス、自分の生活、身につけたいキャリア等）を枯渇させることなく介護をまっとうするには、社会的な支援が必要になる（斎藤 2011：8-10）。

しかし、高齢者に介護が必要になったとき、それを支えるのは家族という規範が未だ根強く、制度面でも家族が支えることを前提に押し進めていることが示されていて、個人を支える観点で作られた福祉制度にならないと、従来の家族規範と現実におけるずれが生じ、介護問題や介護過労死、家族崩壊が深刻化していくのは確かで、個人を徹底的に支える視点に立った福祉制度の整備が望ましい（春日 2011：178-179）。

2. 認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方

介護する家族は、「①24時間気の休まるときのないのが介護で、心身ともに疲労に陥っていること、②家庭生活が混乱してしまうこと、③先行きに大きな不安を持っていること、④身近に適切な相談機関や理解者がなく、孤立無援の思いに陥る」という4つの苦しみを抱えていると言われている（高見 2008：117-118；岸和田市認知症支援ネットワーク会議 2012：22）。この4つの苦しみをいかにして取り除くか、あるいは少しでも軽減するかが「介護家族を支える」ことで、そこで考えられるのが介護の社会化や商品化で、その一つが介護保険制度で、一部ではあるが支援政策として取り入れられている。

また、介護する家族も「認知症の人と家族の会」や「日本ケアラー連盟」のような当事者組織が家族介護者の負担感やストレスを軽減し、体験を共有する場として全国的かつ地域の中で活動していることが示された。当事者組織の活動は、「介護に対する知識や情報源としての機能に加え、心理的なサポート機能も重要視されている」（宮上 2004：333）。「家族を支えることが認知症者を支えることにつながる」（本間ほか 2013：223）といわれているように、家族の介護負担やストレスを解消し、家族が在宅介護を継続していく力を活性化することが認知症の人を支えることにつながる。

一方、新しい政策の導入やケア理念の普及の中でも、認知症高齢者のその人らしさを保つためには介護者の「献身的介護」（伊東ほか 2013：46-47）が求められているが、現在のケアマネジメントはすべての利用者に対して有効に機能するわけではなく、従来の家族と女性への介護負担の偏りを解消する兆しは見えない状況である。また、家族が抱える困難にもフォーカスが当たることはなく、家族の負担感やストレスは、むしろ、強化される側面すら持っているという指摘もあって（荒井 2008：122-123；春日 2011：33）、在宅で介護していくなら、少なくとも施設ケアの基本的機能を在宅ケアが代わって担わないと「家族介護」の介護負担は避けられず、地域ケアの推進もないという指摘もある（太田 2003：208；217）。さらに、介護の過程におけるプロセスの各段階の異なった援助が求められていて、家族のたどるプロセスから目を離さず、家族が必要とするときに必要な支援が利用できるように介護保険によるサービスをはじめ適切な時期に適切なフォーマルサービスに加え、インフォーマルサポートの活用を視野に入れた支援策と家族がもっている力に働きかけていく支援策が必須であるとの指摘もある（北ほか 2008：158；笹谷 2008：61-62；橋本 2011：217）。加えて、家族を支援する家族会への支援も必要とする現状で、家族を支える地域の社会資源として家族の会がその役割を果たすためにも、家族会の運営支援が重要な課題になるという意見もある（伊東ほか 2013：66）。

認知症の人と家族介護者のニーズに答えるために生み出された支援策の一つが介護保険制度ともいえる。しかし現状では、家族介護者にとっての介護負担は昔と変わらない状態で、介護保険制度の実施並びに改正は、認知症の人への支援策の中に一部取り入れられてはいるが、具体的な支援策への取り組みはなされておらず、二次的な支援にとどまっているといえる。

とりわけ、大きな課題は、認知症の人と家族を離さず考えることのみで支援が偏り、家

族介護者の心理的支援の取り組みはいまだ見落とされていることであろう。介護保険制度が身体介護サービスから認知症の人へのサービスへと僅かではあるが舵を切ったのは評価できるが、一時的にでも離れることが家族介護者の介護負担の軽減になるなどの心理的支援は介護保険制度ではサービス支給対象外である。今後は家族介護者を対象とした新たな支援策のあり方が課題となり、ひいては認知症の人への支援にもつながることから包括的な支援政策の取り組みが望ましいといえる。

再度言うが、現在の介護保険システムは、「介護保険制度の主たる利用者は高齢者本人であって、家族ではないことから、「家族支援」という視点は後退せざるをえない」（荒井 2008：122）という指摘のように、高齢者本人を対象としている支援システムであって、家族介護者も高齢者を支える担い手としかとらえられていないのが現状である。

家族介護者への支援に対する論議についても、介護が問題として認識されはじめた 1970 年代から常に議論されている。しかし、諸研究者や実践者の努力とは裏腹に、家族介護者がその成果を実感するには程遠いといえる。家族を介護の担い手として当てにしていないうイギリスやオーストラリア、スウェーデンなどの先進諸国においては、介護者への支援は、介護者支援法¹⁾という制度の中で本人とは別に守られ、支えられる仕組みになっている。

そこで、認知症高齢者を支える家族介護者への支援システムを実現するためには、介護者への支援を制度化し、介護者支援法の中で、介護者として権利が行使でき、本人への支援策と並び、介護者への支援策が並行して実践できるようになれば、家族介護者が守られる支援システムが可能になると考えられる。

¹⁾ 菊池は、OECD に加盟する 19 カ国（オーストラリア、オーストリア、カナダ、ドイツ、ハンガリー、アイルランド、日本、韓国、ルクセンブルグ、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、メキシコ、ポーランド、スペイン、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカ）（OECD 2005）の高齢者介護政策をまとめた報告書に言及して、家族介護者 **family carers** を支援する政策の導入状況について述べている。①介護者のニーズやサービスに対する全国戦略を策定している（オーストラリア、イギリス、アメリカなど）。②追加的なサービスとして介護者のアセスメントを法的な権利としている（イギリスなど）。③アセスメントと地域の社会資源に応じたレスパイトケアを導入している。④介護による離職に対して年金権を優遇している（ドイツ、イギリスなど）。⑤介護によって失った所得を補償するための給付を導入している（オーストラリア、カナダ、アイルランド、スウェーデン、イギリスなど）として、日本では日本ケアラー連盟によって介護者支援のための法案提出の動きがあると述べている（菊池 2012：55,71）。

終章 研究の成果と今後の課題—家族介護者への支援を考える

本研究は、修士論文のテーマにおける連続性のうえに、認知症高齢者と家族介護者をめぐる現状と課題、家族介護者の介護の過程におけるサービスの利用及び心理的変容に関する理論研究を第1目的とし、家族介護者と専門職に対する双方の調査研究から、心理的変容を念頭に入れた支援の介入内容及び介入時期を析出するために、サービスの利用状況と心理的ステップを切り口とする心理的変容の関係及び親密性と共依存の傾向との関係を把握することを第2の目的とした。また、第1目的と第2目的を踏まえて、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方に対する考察を第3目的とした。

この目的を達成するために、具体的に「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」という【課題1】と、「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」という【課題2】、「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」という【課題3】の3つの研究課題が導き出された。この3つの課題に加えて、理論研究から4つ目の研究課題「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」をあげ、それぞれについてまとめながら論じてきた。

終章である本章では、課題ごとに得られた知見について確認しながら、本研究全体の成果について要約を行う。その後、本研究における今後の課題についてまとめる。

第1節 本研究における成果の要約

1. 認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題

第I部では、課題1の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」及び課題2の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」に対する理論研究を行い、認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と心理的変容について理論編としてまとめることができた。

第1章では、【課題1】の「認知症高齢者と家族介護者への支援の現状と課題の検討」について、認知症と高齢者をめぐる医学的所見及び現状と支援制度の動向を示すとともに、家族介護をめぐる論考と家族介護及び主介護者の変化に対する整理と家族介護者の当事者としての活動をまとめることができた。

第1節では、認知症状に対する医学的所見及び認知症高齢者の現状について理解を深めて、認知症状に関する動向や予防と治療、さらに認知症高齢者の現状と支援制度について確認するために、関連文献やデータを参考とし、要約・まとめを行った。これにより、認知症は、認知機能の低下によって脳の器質的变化が引き起こされ、原因のそれぞれが相互

に影響しあって現れることが示され、家族介護者の負担感やストレス等に影響を与える認知症の症状は、中核症状（認知障害）や身体症状、周辺症状（行動・心理症状：BPSD）に大別でき、BPSD は、認知障害や身体症状とともに本人の個人要因や環境要因からも影響されていることが示唆された。また、認知症高齢者の BPSD に対する支援のみでは解決できず、認知症高齢者と家族の置かれている個別の状況に合わせた対応への教育や、家族介護者が対処方法を実践できるような具体的な情報提供が求められていて、社会的な介護資源が家族による介護を最善としていることを考慮して、認知症の人を介護している家族も含めた支援策の環境整備が必要であることが明らかになった。

第 2 節では、家族と介護をめぐる論考と家族介護者の変化について確認するため、介護者として生きる家族と、家族介護をめぐるジェンダー規範や「いえ」について概観した。また、家族形態及び介護形態の変化と主介護者の変化について先行研究からまとめることができた。日本社会は、高齢者の扶養や介護が家族の社会的機能の一つであったが、年金制度が整い、介護保険制度が導入された現在においては、家族に期待しない政策を進めていて、人々の意識も変わりつつあり、高齢者の扶養や介護といった機能が家族の社会的機能から解除されていることを示唆している（山田 2007：19-21）。一方、介護という行為は、介護を中心とした家族関係にも変化をもたらし、これまで希薄だった家族関係を含めて、家族関係において再構築の過程を経験することが示された。また、高齢者に介護が必要になったとき、それを支えるのは家族という規範が未だ根強く、制度面でも家族が支えることを前提に押し進めていることが示されていて、個人を支える観点で作られた福祉制度にならないと、従来の家族規範と現実におけるずれが生じ、介護問題や介護過労死、家族崩壊が深刻化していくのは確かで、個人を徹底的に支える視点に立った福祉制度の整備が望ましい（春日 2011：178-179）ことも明らかになった。

第 3 節では、認知症高齢者を支える家族介護者をめぐる支援の現状と課題について確認するために、認知症高齢者の政策をベースに家族介護者への支援策と課題について述べ、家族介護者の当事者としてのセルフヘルプ活動の検討を行った。家族介護者の介護負担を軽減するためには、介護者が一時的でも介護から離れ、息抜きや気晴らしをすることと、病気や介護に対する理解を深めるための介護教室や同じような悩みを抱えている家族の会に参加することで介護負担の軽減につながることを示された。このような息抜きや、家族の会への参加なども家族に対する全面的な支援なしには実行できないものであるため、社会全体からのより深くより厚い支援が必要である。また、家族の介護負担やストレスを解消し、家族が在宅介護を継続していく力を活性化することが認知症の人を支えることにつながることを示唆された。一方、介護の過程におけるプロセスの各段階において異なった援助が求められていて、家族のたどるプロセスから目を離さず、家族が必要とするときに必要な支援が利用できるように介護保険によるサービスをはじめ適切な時期に適切なフォーマルサービスに加え、インフォーマルサポートの活用を視野に入れた支援策と家族がもっている力に働きかけていく支援策が必須とされていることが示唆された（北ら 2008：158；笹谷 2008：61-62；橋本 2011：217）。

2. 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係

第2章では、課題2の「家族介護者の心理的変容及び親密性・共依存との関係の検討」について、認知症高齢者を支える家族介護者の心理・情緒面における負担感やストレスの関係と介護の過程の中で経験する心理的変容及び家族介護者の親密性の変容や共依存傾向をまとめることができた。

第1節では、家族介護者が認知症高齢者を介護する過程で経験する心理・情緒面との関係や介護負担とストレスに関する論考と、介護の過程の中で経験する心理的変容について先行研究からまとめることができた。認知症と診断されると、症状の進行とともに家族は様々な心理的変容を経験する。家族関係は愛情を基盤とした関係で、認知症の発生による家族関係の変化は、心理的変容にも影響を与えている。家族関係も心理的変容に合わせて再構築されると思われ、それゆえに、家族介護者の心理的変容は重要なキーワードになることが示唆された。特に、認知症高齢者のBPSDによる影響は大きく、それは家族の多くが認知症の症状への対応に介護負担感を抱えているため、在宅では介護を受ける高齢者のみならず主介護者の介護能力や環境整備状況への把握と、それに合わせた支援がいきわたることが重要となる（亀口ほか2014：78）。一方、介護をめぐる要因の複雑さやその因果関係及び負担に関する要因の解明と他の要因との関連を示す理論モデルが課題としてあげられており（中谷2010：31-32）、認知症高齢者への間接的な支援と家族介護者への直接的な支援という双方向からの視点が必要となることが確認できた。

第2節では、認知症高齢者と家族介護者という二者間における親密性（intimacy）について、親密性に関する概念や家族と親密性及び介護をめぐる二者間における親密性の変容について、先行研究からまとめることができた。家族介護者が介護をしていくうえで認知症という病を理解し、「受容」に至るまで、その過程で多かれ少なかれ心理的変容を経験しており、認知症高齢者の病状の変化やその時の家族の置かれた環境と介護者の心身の状態によって、受容までのプロセスを行きつ戻りつしていること、介護の過程における心理的変容の中でも介護以前からの家族関係が介護の継続意思に影響することが示された（林2002：67；杉山2008：52-59；六角2013：222）。家族関係の心理的変容は、介護に対する負の感情や情緒的な喪失感によって、長い間維持してきた親密性に変容をもたらすことになる。介護という局面は、今まで維持できたバランスのとれた親密性が保ちにくくなり、家族の関係性の問題を惹起することになるといえる。そこで、家族問題へのアプローチに対する発想の転換の必要性と、介護という場が持っている閉鎖性や密室性という特徴による二者関係の中で孤立させない支援が求められていることが示唆された。

第3節では、認知症高齢者を支える家族介護者が経験する病理としての共依存と、理想的依存とも言われている相互依存について、家族介護者に焦点を当てて検討を行った。認知症高齢者を介護している家族は、認知症によって現れるさまざまな症状にとまどい、対応の難しさなどから身体的・精神的に大きな負担を感じている。その中で、周りからつらさを理解してもらえなかったり、介護の仕方を批判されたりすると非常に強いストレスとなる。また、家族は、親密な関係の愛情や愛着、甘えといった独特な心理・情緒面による

結びつきに支えられているといわれているが、その独特な心理・情緒的結びつきから、逆に離れられなくなる傾向になり、以前から維持してきた親密性のバランスを失い、嗜癖的な関係の共依存傾向につながることを示唆された。また、共依存から回復するためには、家族介護者の声に耳を傾け見捨てられ感や罪悪感、怒り、苛立ちなどの感情を受容し、共依存傾向にある家族介護者の置かれている環境や心理的境界を明瞭にする一方、専門職からの絶えることのない支援がなければ、不適切な介護は改善しにくく、共依存の回復は難しいことと、共依存の傾向に陥らないための支援の介入が必須で、介入方法や介入時期を導き出すことと、家族介護者も、共依存の傾向によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域から介入を受け入れる必要があることが示された。

3. 家族介護者のサービス利用と心理的変容—調査研究から得られた知見

第Ⅱ部では、課題3の「調査研究による家族介護者のサービス利用と心理的変容による支援の時期・内容の検証及び親密性・共依存との関係についての検証」と、課題4の「家族介護者の実践体験の構造化による介護状況変化と心理的変容の解釈」について、主観的観点の家族介護者と客観的観点の専門職を対象とする調査研究から、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方を論じる。そのために、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容を析出し、親密性と共依存に着目した心理的変容との関係を明らかにすることを目的に行った調査研究について検討した。

第3章では、当事者である認知症高齢者を支える家族介護者の心理的ステップを切り口に、介護の過程における心理的変容とサービスの利用状況及び家族介護者の親密性と共依存との関係を明らかにするために、家族介護者の主観的観点から量的研究によって仮説の検証を行い、質的研究によって家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みた。

第4章では、専門職からみた家族介護者の介護の過程における心理的ステップを切り口にする心理的変容についてサービスの利用状況と家族介護者の親密性及び共依存との関係を明らかにする。そのために、専門職への客観的観点から量的研究による仮説の検証と、質的研究による家族介護者の介護の過程における介護状況変化と心理的変容の構造化を試みた。

その結果、第一に、認知症高齢者と家族介護者の現状、家族介護者のサービス利用状況と、家族介護者の心理的変容と利用サービスの検討から、家族介護者の心理的変容は不規則であるが、受容のプロセスを行きつ戻りつしながら、4つの心理的ステップを移行して認知症の人と症状を「受容」していくことが確認できた。心理的変容の時期は、最もつらい時期と言われている心理的第1ステップ「戸惑い・否定」や心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」はおおむね1年～2年未満で、心理的変容に効果があったサービスに「通所介護」が挙げられ、次に「短期入所介護」と「訪問介護」であった。また、すべての利用サービスから最も影響を受けている心理的変容の時期は心理的第4ステップ「受容」の時期であることが確認できた。そこで、家族介護者への支援の内容は、通所介護を主とする訪

問介護、短期入所介護を組み合わせたサービスで、支援の時期は、介護を始めてから 2 年以内の期間に集中的な支援を取り入れることが有効であることが示された。また、認知症の人に対する介護サービスのみで、家族介護者の不安感や心理的負担とストレスの軽減にまで繋がっているとは言い難く、不適切な介護につながるネガティブな側面を潜在化しやすい。それを防ぐには、家族介護者と専門職との連携のもとにサービスをうまく利用しながら、認知症高齢者を支えていく体制が必要で、専門職は、家族介護者と積極的なコミュニケーションをとりながら他の専門職とも連携を図り、家族介護者の情報の蓄積・共有と、家族介護者を含む家庭での生活や他のサービスとの連続性の確保が求められることが提示された。

第二に、家族介護者の親密性と共依存について尺度を用いた検討から、親密性に変容が生じることで、サービスの利用が親密性にバランスをもたらすことと、今までバランスが取れていた親密な関係には変容が生じ、その変容から来る不安やストレスからの逃避として共依存の傾向に陥ることが示された。家族介護者の親密性及び共依存と心理的変容との因果関係が認められ、それが心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第 4 ステップの「受容」に影響していることが示唆された。また、家族介護者の親密性の理想化は心理的第 4 ステップの「受容」時期に影響を与えており、心理的第 4 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、親密性にバランスを与えられることが示唆され、家族介護者の共依存の親密性からの逃避は、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」の時期に影響を与えており、心理的第 2 ステップの時期に集中的に支援を入れることで、家族介護者が心理的に離れられ、共依存の傾向に向かうことを防ぐことが示唆された。また、認知症高齢者と家族介護者の親密な関係は、介護という行為によってより深まることになる。その関係がバランスのとれた良い方向に進行し、「受容」に至ることが望ましいが、悪い方向に進行して不適切な介護につながらないように未然に防止できる支援が必要である。共依存によって不適切な関係に陥らないためには、家族の力だけではなく、公的領域の介入を受け入れて、支援を受け入れるような働きかけが必要であることが示された。

第三に、自由記述回答から家族介護者に求められる支援について検討したところ、家族介護者がサービス側面で求めている支援の内容のほとんどが含まれているが、家族介護者がその効果について実感するにはほど遠いことと、家族介護者の多くが求めている心理的側面の支援や、家族介護者は意識できていないともいえる支援の時期に対する支援であることが確認できた。家族介護者が一時的に介護から手が離れ、介護技術の講習を受講したり、息抜きやカウンセリングにより介護疲れを回復したり、あるいは、家族や友人等との社会生活を取り戻したり、再就職のための技能習得に励むことができるように、その間の介護を通所介護や短期入所といった介護者のためのレスパイトサービスに代替することで、一定のサービス料の範囲内でサービスの利用時間や種類を介護者が選択できるようにするなど、利用形態の柔軟性を一層高める必要があることが提示された。

第四に、家族介護者の実践体験に関する語りによって、家族介護者は、日常生活の連続性 continuity のうえで認知症と遭遇し、認知症高齢者を支えていく介護環境の中で、変化した状況 situation に対応しながら、戸惑いと再構築の過程を経験していた。また、本人の

状態変化とともに心理的にも行きつ戻りつしながら変容し、認知症の人とその症状を受容していることがわかった。このような状況の中で、家族介護者は変化しつつある介護環境に対応するために社会的関係の新たな関係作りや、介護以前から維持してきた関係におけるバランスの維持のために、介護サービスを利用していた。これらを考慮すると、家族介護者支援の方法として、通所介護を主に訪問介護と短期入所介護の組み合わせともいえる小規模多機能型居宅介護のようなサービスの充実を求めていることが示された。そこで、介護の状況変化の時期ごとに対応できる支援と、介護の以前からの良好な関係を保つための支え手のあり方や介護保険サービスなどによる、介護状況の連続性のうえでの介護状況を支える介入が必要であることと、共依存による不適切な関係に陥らないためには、専門職や第三者からのかかわりと、公的領域からの介入が求められることが示唆された。また、専門職は、本人や介護者を慎重に観察したりアセスメントしてからの介入、退院など状態の変化、サービスニーズがあったときに介入、信頼関係を築きながら介入するという支援者としての介入方法を工夫していて、専門職同士で情報交換をしてフォローしたり、認知症のマネジメントの努力とセンスを磨くなど、専門職の質の向上が必要であることが示唆された。

4. 家族介護者支援のシステムのあり方

第Ⅲ部では、第Ⅰ部と第Ⅱ部における理論研究と調査研究から得られた知見を踏まえて、第3 目的の認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入と支援のシステムのあり方に対する総合考察を行った。第5 章では、家族介護者のサービス利用と心理的変容に焦点をあてて行った調査研究の結果から、認知症高齢者を支える家族介護者への支援の時期及び内容と、親密性及び共依存と心理的変容との関係を中心に家族介護者への支援の介入について考察した。第6 章では、理論研究と第5 章の「認知症高齢者を支える家族介護者への支援の介入」を踏まえながら、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方に関する考察を行った。

第一に、家族介護者への支援の介入では、通所介護を主に訪問介護、短期入所介護を組み合わせたサービスで、支援の時期は、介護を始めてから2 年以内の期間に集中的な支援の介入が有効で、家族介護者の親密性及び共依存は、心理的第2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第4 ステップの「受容」に影響していて、心理的第4 ステップの時期に集中的に支援を入れることで親密性にバランスを与えることや、心理的第2 ステップの時期に集中的に支援する介入の重要性が提示できた。また、家族介護者が安心して一時的に介護から離れられるように、通所介護や短期入所といった介護者のためのレスパイトに代替することと、サービスの利用形態の柔軟性を一層高める必要があることが提示された。さらに、家族介護者の実践体験の構造化によって、介護の状況変化の時期ごとに対応できる支援と、介護の以前からの良好な関係を保つための支え手のあり方や介護保険サービスなどによる、介護状況の連続性のうえでの介護状況を支える介入と、共依存による不適切な関係に陥らないためには、専門職や第三者からのかかわりと、公的領域からの介入が提示

された。また、専門職は、本人や介護者を慎重に観察やアセスメントしてからの介入、退院など状態の変化、サービスニーズがあったときに介入、信頼関係を築きながら介入するという支援者としての介入方法を工夫していて、専門職同士で情報交換をしてフォローしたり、認知症のマネジメントに努力とセンスを磨くなど、専門職の質の向上が必要であることが示唆された。

第二に、認知症の人と家族介護者のニーズに答えるために生み出された支援策の一つが介護保険制度である。しかし、現状では、家族介護者にとっての介護負担は介護保険制度の導入前と変わらない状態で、家族介護者への具体的な支援策への取り組みはなされておらず、二次的な支援にとどまっており、家族介護者の心理的支援の取り組みはいまだ見落とされていることが確認できた。介護保険制度が身体介護サービスから認知症の人へのサービスへと僅かではあるが舵を切ったのは評価できるが、一時的にでも離れることが家族介護者の介護負担の軽減になるなどの心理的支援は介護保険制度ではサービス支給対象外となっている。今後は家族介護者を対象とした新たな支援策のあり方が課題となり、ひいては認知症の人への支援にもつながることから包括的な支援政策の取り組みが望ましい。また、家族介護者の理想的依存のあり方として、バランスのとれた依存関係である「バランスのとれた相互依存 **Balanced Interdependence**」が提示され、このバランスのとれた相互依存を保つことが、家族介護者の健康で問題のない人間関係を保つことにつながることを確認できた。

第三に、再び強調したいのは、認知症高齢者と家族介護者のニーズによって生み出された支援策の一つが介護保険制度であるにもかかわらず、介護保険制度は認知症高齢者に対する支援策となっており、家族介護者への効果はレスパイトサービスによるものに限定されている。さらに、本論文で述べてきたように、家族介護者は認知症高齢者を支える一つの担い手として捉えられているにもかかわらず、家族介護者への支援が政策として組み込まれておらず、現在の介護保険では、家族介護者が実感できる介護負担やストレスの軽減などの心理・情緒的な側面への支援は支給対象外となっている。そのため、家族介護者への支援が長期間議論され続けてきたにもかかわらず、支援策として位置づけられておらず、家族介護者は支援の担い手・支え手としてのみ捉えられている現状といえる。家族介護者を対象とした新たな支援策が認知症高齢者の支援にもつながるという認識から、認知症高齢者を支える家族介護者の心理的支援まで含んだ、公的領域からの包括的な支援システムの取り組みが望ましい。つまり、認知症高齢者を支える家族介護者支援のシステムのあり方として、以上に述べてきた家族介護者支援のシステムを実現するためには、認知症高齢者を支える支援策の介護保険制度と並び、家族介護者を支える新たな支援制度を創設し、双方の支援策が法的に保障され、その中で調和的に連動して実践できる支援システムが必要であるという課題も提示できた。

第2節 本研究の限界と今後の課題

本研究は、家族介護者の心理的変容について心理的ステップ（杉山 2007）を切口に、心理的ステップごとの利用サービス及びサービスの利用時期に着目していることと、心理的諸感情の中で、認知症高齢者と家族介護者の親密性及び共依存に焦点を当てて、心理的変容との関係を把握し、家族介護者への支援を心理的側面から探ったことで、今後の認知症高齢者を支える家族介護者の介護の過程における心理的支援の高度化への示唆は大きいといえる。また、認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容や親密性、共依存において、多くの研究者によってそのメカニズムが解明されつつも、その実証研究は質的研究がほとんどで、量的研究は少なかったため、家族介護者の心理的側面に焦点を当てた量的研究による検証は大いに意義があるといえる。しかし、本研究を遂行するにあたり以下のような限界と課題が残された。

まず、サービス側面に対する限界がある。本研究は、政策としてのフォーマルな支援策を主として、理論研究と調査研究を行った。しかし、本文にも述べているが、インフォーマルな支援による先進的な支援は、第1章で概観しているだけで、研究として十分に行っていない。また、家族介護者に有効とされた通所介護を主とする、短期入所介護や訪問介護などのサービスを組み合わせることは、現在施行されている地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護の仕組みに似ていること、そして、調査研究の中でも、小規模多機能型居宅介護での家族介護者への支援が効果のあることが示されている。しかし、介護サービス全体を対象としており、小規模多機能型居宅介護に焦点化していない。さらに、本研究では家族介護者への支援のあり方について言及しているが、法的な枠組みの中で公的介入として家族介護者への支援システムが必要であることが示唆されたにもかかわらず構築には至っていない。

そこで、今後の課題として、小規模多機能型居宅介護の中での家族介護者支援の有効性を明確にすることが課題【1】として挙げられ、さらに、法的な枠組みの中で公的介入として家族介護者の支援システムの構築という課題【2】が残された。

次に、対象者の側面に対する限界がある。本量的調査研究では、日本の都市部における家族介護者と専門職を対象としており、地方における家族介護者のサービス利用と心理的変容の検証までには至っていない。また、質的調査研究において、回顧的質問の方法を採択しているため、対象者の主観的観点に結果が偏っているとみえる。さらに、質的調査研究の分析に介護を終えた家族介護者を区分していないため、介護を終えた家族介護者への支援までは視点に入っていない。

そこで、地方における家族介護者のサービス利用と心理的変容の量的研究による検証が課題【3】として残された。また、対象を指定して介護の過程に沿った追跡調査の必要性が課題【4】として残された。さらに、介護を終えた家族介護者への支援を視点に入れた家族介護者への研究が課題【5】として残された。

最後に、心理的側面に対する限界がある。本研究では、親密性及び共依存傾向を尺度によって検証したが、親密性尺度と共依存尺度のそれぞれは、親子関係や大学生を対象とし

てつくられた尺度を援用して認知症高齢者と家族介護者について検証しているため、認知症高齢者と家族介護者を対象とする尺度が必要である。また、家族介護者の理想的な支援のあり方として相互依存をあげたが、認知症高齢者の介護における相互依存は緒についたばかりの概念で、その概念も曖昧である。

そこで、認知症高齢者と家族介護者を対象とする尺度の開発が課題【6】として残された。また、認知症高齢者と家族介護者における相互依存の概念に関する深層的な研究と実践研究が課題【7】として残された。

【引用・参考文献】

A

- 安部幸志（2001）「主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレッサーおよびうつ気分との関連について」、『老年社会科学』、23（1）、pp.40-49.
- 安部 良・中林美奈子・梶田悦子・成瀬優知（2001）「家族介護者のショートステイサービス利用実態に関する調査」、『富山医科薬科大学看護学会誌』、4、pp.109-115.
- 相場健一・小泉美佐子（2011）「重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス」、『日本老年看護学』、16（1）、pp.75-84.
- 天田城介（1999a）「痴呆性老人と家族介護者における相互作用過程—『痴呆性老人』と『家族』の視点から解読する家族介護者のケア・ストーリー」、『保健医療社会学論集』、10、pp.38-55.
- 天田城介（1999b）「在宅痴呆性老人家族介護者の価値変容過程」、『老年社会科学』、21（1）、pp.48-61.
- 天田城介（2001）「自己と暴力—身体、ジェンダー、セクシュアリティ、親密性／公共性」、『応用社会学研究』、43、pp.29-58.
- 天田城介（2002）「老夫婦心中論（1）—高齢夫婦介護をめぐるアイデンティティの政治学」、『立教大学社会福祉研究』、22、pp.1-17.
- 天田城介（2007）『<老い衰えゆくこと>の社会学』、多賀出版.
- 天田城介（2010a）「<老い>をめぐる政策と歴史（特集「共助」の時代・最高）」、『福祉社会学研究』、7、pp.41-59.
- 天田城介（2010b）「家族を社会学する音の醍醐味—『社会』における『家族』の絶えざる発見と創出」、『社会学のつばさ—医療・看護・福祉を学ぶ人のために』、ミネルヴァ書房、pp.81-105.
- 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、pp. 87-93.
- 荒井由美子、田宮菜奈子、矢野栄二（2003）「Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）の作成—その信頼性と妥当性に関する検討」、『日本老年医学』、40(5)、pp.495-503.
- 荒井浩道（2008）「繋がっていかない利用者への支援」崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編『<支援>の社会学—現場に向き合う思考』、青弓社、pp.114-137.
- 荒井浩道（2013）「〈聴く〉場としてのセルフヘルプ・グループ—認知症家族会を事例として」伊藤智樹編『ピア・サポートの社会学—ALS、認知症介護、依存症、自死遺児、犯罪被害者の物語りを聴く』、晃洋書房、pp.33-68.
- 荒木玲子・柴草仁志（2005）「喪失体験によって引き起こされた問題行動の変化—脳血管性痴呆患者の喪失体験における心理過程について」、『足利短期大学研究

紀要』、25、pp.7-12.

有吉佐和子 (1972) 『恍惚の人』、新潮文庫.

朝倉美江 (2008) 「介護・福祉労働の課題と展望—ジェンダーの視点から」、『金城学院大学
人文・社会科学研究所紀要』、12、pp.17-31.

朝倉美江 (2010) 「「市民力」でつくる地域ケアシステム」太田貞司ほか編著『地域ケアシ
ステムとその変革主体—市民・当事者と地域ケア』、光生館、pp.13-18.

浅野富美枝 (2004) 「親密圏と暴力」、唯物論研究協会編『親密圏のゆくえ』、唯物論研究協
会、9、pp.142-166.

安里和晃 (2014) 「グローバルなケアの供給体制と家族 (特集 近代社会の転換期の中の家
族)」、『社会学評論』、64 (4)、pp.625-648.

栗田圭一 (2012a) 「地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進」、
『保健医療科学』、61 (2)、pp.125-129.

栗田圭一 (2012b) 「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント」、『ヴェクソニー
インターナショナル株式会社』、p.11.

American Psychiatric Association (1987) “Quick Reference to the Diagnostic Criteria
from DSM-IV-TR” . (= 2003、高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳
『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引[新訂版]』医学書院) .

B

馬場純子 (1995) 「介護プロセスにおける受容—痴呆性老人の介護における対応事例の分析
からの一考察」、『日本女子大学人間社会研究科紀要』、1、pp.33-48.

馬場純子 (2004) 『介護福祉ハンドブック痴呆性高齢者の在宅介護—その基礎知識と社会的
介護への連携—』、一橋出版.

馬場先淳子 (2004) 「痴呆性高齢者や介護者を地域の中でどう支援していくか:訪問看護師
からの提言—特集 痴呆性高齢者と地域で共に生きる社会」、『Quality
nursing』、10(10)、pp. 922-926.

C

千葉モト子 (2011) 『家族とジェンダーの社会学』、法律文化社.

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター編 (2013) 『平成 24 年度老人保健事業推進
費など助成金老人保健健康増進など事業—認知症の早期発見、診断に
つながるアセスメントツールの開発に関する調査研究報告書; 認知症の
総合アセスメント』、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター.

近森栄子 (2005) 「在宅長期療養高齢者の介護」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石
玲子編『介護と家族[新装版]—シリーズ比較家族第Ⅱ期 4』、早稲田大学
出版部、pp.136-167.

中央法規出版編集部 (2008) 『社会福祉用語辞典[四訂版第 2 刷]』、中央法規出版.

Cermak, T.L., (1986) “Diagnosing and treating co-dependence”、‘Johnson Institute’ .

Creswell, J.W.・Plano Clark,V.L. (2007) “Designing and conducting : Mixed Methods Research” (=2010、大谷 順子訳『人間科学のための混合研究法—質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン』、北大路書房) .

D

Daly, Mary, ed., (2001) “Care Work : The Quest for Security”、‘Geneva: International Labour office’ .

DuPont R.C. et al., (1995) “Co-dependence : A new diagnosis Part I”、‘Directions in Psychiatry’、14、pp.1-7.

E

江原由美子 (2014) 「フェミニズムと家族 (特集 近代社会の転換期の中の家族)」、『社会学評論』、64 (4)、pp.553-571.

F

藤江慎二 (2005) 「高齢世帯における関係の病理—共依存症」『月刊ケアマネジメント』、16 (2)、pp.54-57.

藤井正雄 (2005) 「介護における『個』と『家族』の役割—患者の自己決定権と親権・家族とのかかわり」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子編『介護と家族[新装版]—シリーズ比較家族第Ⅱ期 4—』、早稲田大学出版部、pp.112-135.

藤本直規・奥村典子 (2011a) 「もの忘れクリニックにおける家族支援」、『認知症ケア事例ジャーナル』、4 (3)、pp.257-268.

藤本直規・奥村典子 (2011b) 「認知症：診断と治療の進歩—3. 認知症の家族ケア」、『日本内科学会雑誌』、100 (8)、pp.2170-2176.

藤崎宏子 (1990) 「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因—分析枠組みの検討」、『総合都市研究』、pp.39,61-83.

藤崎宏子 (2014) 「ケア政策が前提とする家族モデル—1970 年代以降の子育て・高齢者介護」、『社会学評論』、64 (4)、pp.604-624.

福岡理英・原 祥子 (2004) 「痴呆高齢者介護者の介護肯定化プロセスとその関連因子—『母一娘』のケア・ストーリー」、『地域看護』、35、pp.45-47.

舟島なをみ (1999) 『質的研究への挑戦』、医学書院.

古橋エツ子 (1999) 『介護休業—家族の介護が必要になった時』、岩波ブックレット No475、p.4.

布施晶子 (1997) 『日本における高齢者介護施策と家族・親族 森岡清美監修 家族社会学の展望』、培風館.

Frank A. Johnson. M.D. (1993) “Dependency and Japanese Socialization,

Psychoanalytic and Anthropological Investigation into AMAE” (= 1997、江口重幸・五木田紳 訳『「甘え」と依存—精神分析的・人類学的研究—』、弘文堂)。

G

後藤平吉・関谷耕一・関谷嵐子 (1975) 『家族関係論』、ミネルヴァ書房。

Giddens, A (1991) “Modernity and self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age”、‘Cambridge : Polity Press’ (=2005、秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳『モダニティと自己アイデンティティ—後記近代における自己と社会』、ハーベスト社)。

Giddens, A. (1992) “The Transformation of Intimacy : Sexuality Love and Eroticism”、‘Polity Press’ (=1995、松尾清文・松川明子訳『親密性の変容—近代社会におけるセクシュアリティ、愛情、エロティシズム』、而立書房)。

Giorgi Amedeo (1970) “Psychology as a Human Science : A Phenomenologically Based Approach”、‘Harper & Row, Publishers’ (=1981、早坂泰次郎・芝浩・石井秀夫・佐藤俊一・上野幸弘 訳『現象学的心理学の系譜—人間科学としての心理学』、勁草書房)。

Giorgi, A, et al. (1975) “Duquesne Studies in Phenomenological Psychology”、‘Duquesne University Press’、Pittsburgh、pp.74-75,84-97.

Giorgi Amedeo (2009) “The Descriptive Phenomenological Method in Psychology A Modified Husserlian Approach”、‘Duquesne University Press’ (= 2013、吉田章宏訳『心理学における現象学的アプローチ—理論・歴史・方法・実践』、新曜社)。

H

萩原清子 (2000) 『在宅介護と高齢者福祉のゆくえ』、白桃書房。

灰田宗孝 (2005) 『「認知症」とはどんな病気?—「認知症」の正しい理解のために—』、東海大学出版。

花崎皋平 (2005) 「身体、人称世界、間身体性」、齋藤純一編『親密圏のポリティクス[初版第2刷]』、ナカニシヤ出版、pp.3-26.

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)、pp.27-39.

長谷川和夫 (2002) 「痴呆ケアの新しい道」、『日本認知症(痴呆)ケア学会誌』、1、pp.37-44.

長谷川和夫 (2008) 『介護福祉士養成テキスト・15「認知症の理解」』、建帛社。

長谷川和夫 (2010) 『認知症ケアの心—ぬくもりの絆を創る』、中央法規。

長谷川和夫 (2011) 『わかりやすい認知症の医学知識』、中央法規。

橋本 力 (2011) 「介護支援専門員による支援時におけるインフォーマル・サポート活用の現状について」、大阪市立大学大学院白澤政和教授退職記念論集編集委

- 員会編『新たな社会福祉学の構築—白澤政和教授退職記念論集』、中央法規、pp.217-224.
- 畑 亮輔 (2010)「居宅介護支援事業所の介護支援専門員による家族介護者支援の構造」、『家族福祉学』、17 (1)、pp.33-45.
- 林 裕栄 (2002)「長期に在宅介護を継続できている介護者の要因—介護者の介護受容プロセスとの関係から」、『埼玉県立大短大部紀要』、4、pp.61-71.
- 林谷啓美・田中 諭 (2014)「認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) に対する支援のあり方」、『園田学園女子大学論文集』、48、pp.105-112.
- 早田雅美 (2014)「ケアラーを支援する方法論—両親の認知症介護 10 年の軌跡：トンネルの向こうに」、『老年精神医学雑誌』、25、pp.967-974.
- 樋口恵子 (2008)「家族のケア家族へのケア」、上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.1-36.
- 平井美佳 (2012)「高齢者における自己と他者の調整と人間関係の親密性—ジレンマ課程とコンボイ・モデルによる検討」、『臨床発達心理学研究』、11、pp.54-67.
- 平木典子編 (2004)『夫と妻—その親密化と破綻[初版第 4 刷]』、金子書房.
- 廣瀬春次 (2006)「在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆」、『日本看護研究学会誌』、29 (1)、pp.57-65.
- 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」、『日本看護研究学会誌』、33 (1)、pp.45-56.
- 広瀬寛子 (1992)「看護研究における現象学的アプローチの適用に関する考察—看護面接過程の現象学的分析方法作成までのプロセスに焦点を当てて」、『日本看護科学会誌』、12 (2)、pp.45-57.
- 広瀬美千代 (2010)『家族介護者のアンビバレントな世界—エビデンスとならていぶからのアプローチ』、ミネルヴァ書房.
- 広瀬美千代 (2011)「要介護高齢者を介護する家族への支援—ストレングスに向けた『語り』へのアプローチ」、大阪市立大学大学院白澤政和教授退職記念論集編集委員会編『新たな社会福祉学の構築—白澤政和教授退職記念論集』、中央法規、pp.192-201.
- 本間 昭 (2007)「認知症の医学的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎[第 2 版]』、ワールドプランニング、p.16.
- 本間 昭 (2008)「アルツハイマー病の臨床—現状と解決すべき問題点」、『日本薬理学雑誌』、131 (5)、pp.347-350.
- 本間 昭ほか (2013)『介護福祉士養成テキストブック・11「認知症の理解[第 2 版]』、ミネルヴァ書房.
- Hawker Publications (2000) “PERSON-CENTRED CARE ” by Sue Benson (=2005、稲谷ふみ枝・石崎淳一訳「パーソン・センタード・ケア：認知症・個別ケアの創造的アプローチ」、かもがわ出版) .

Hogg, J.A., & Frank, M.L., (1992) "Toward an interpersonal model of codependence and contradependence". 'Journal of counseling & Development', 70, pp.371-375.

Husserl Edmund (1954) "Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie : eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie" 'Originally published: Haag : M. Nijhoff' (=1995、細谷恒夫・木田 元訳「ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学」、中央公論社) .

I

家高 洋 (2011) 「現象学的看護研究の基礎的考察—解釈学的人類学を手引きとして」、『医療・生命と倫理・社会』、10、pp.23-46.

家高 洋 (2012) 「現象学的看護研究の基礎的考察 (2) —インタビューの方法論を手引きとして」、『医療・生命と倫理・社会』、11、pp.73-93.

飯田哲也 (1994) 『家族と家庭—望ましい家庭を求めて』、学文社.

井口高志 (2007) 『認知症家族介護を生きる—新しい認知症ケア時代の臨床社会学』、東信堂.

井口高志 (2008a) 「医療の倫理とどう対するか—認知症ケア実戦での医療批判再考」崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編『<支援>の社会学—現場に向き合う思考』、青弓社、pp.185-208.

井口高志 (2008b) 「『人間性』の発見という希望と隘路—認知症とされる人を介護する家族の経験を問うことから」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.93-112.

池田 学 (2010) 『認知症—専門医が語る診断・治療・ケア—』、中央公論新社.

池田省三 (2011) 『介護保険論—福祉の解体と再生』、中央法規出版.

池埜 聡 (2010) 「非行・犯罪と家族危機」日本家族心理学会編『家族にしのびよる非行・犯罪—その現実と心理援助』、金子書房、pp.88-101.

今井幸充 (2004) 「痴呆の非薬物療法の概念 ; レクリエーションと区別のために」『老年社会科学』、26 (1)、pp.5-14.

今井幸充 (2006) 「家族への支援」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの実際 I : 総論』、ワールドプランニング、pp.131-149.

井上 郁 (1996) 「認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状」、『看護研究』、29 (3)、pp.17-30.

井上恒男 (2005) 「『介護者支援政策』再考—日英政策展開の比較」、『同志社政策科学研究』、7 (1)、pp.13-26.

石井京子 (2003) 『高齢者への家族介護に関する心理学的研究』、風間書房.

石川利江 (2007) 『在宅介護家族のストレスとソーシャルサポートの関する健康心理学的研究』、風間書房.

石崎淳一 (2004) 「痴呆性高齢者に対する包括的心理的援助—『生物・心理・社会・霊性』援助モデルの可能性」、『心理臨床学研究』、pp.22,465-475.

- 伊藤正敏 (2007) 『200 万人の認知症対策—認知症という病気を知る』、ワールドプランニング.
- 伊藤真弓・石田祥子 (2001) 「痴呆性高齢者家族会の家族介護者に及ぼす効果」、『運動障害教育・福祉研究』、5、pp.17-25.
- 伊藤智樹・荒井浩道・福重 清・水津嘉克・佐藤 恵 (2013) 『ピア・サポートの社会学—ALS、認知症介護、依存症、自死遺児、犯罪被害者のモノ語りを聴く』、晃洋書房.
- 岩間大和子 (2003) 「家族介護者の政策上の位置付けと公的支援—日英における政策の展開及び国際比較の視点」、『レファレンス』、1月、pp.5-48.

K

- 介護福祉士養成講座編集委員会 (2009) 『新・介護福祉士養成講座『認知症の理解』』、中央法規.
- 介護福祉思想研究会 (2006) 『介護福祉思想の探求—介護の心のあり方を考える』、ミネルヴァ書房.
- 梶原弘平・横山正博 (2007) 「認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究」、『日本認知症ケア学会誌』、6 (1)、pp.38-46.
- 抱井尚子・稲葉光行 (2011) 「ミックス法」末田清子・抱井尚子・田崎勝也・猿橋順子 (編著) 『コミュニケーション研究法』、ナカニシヤ出版、pp.199-214.
- 梶 真美 (2002) 「日本人女性における共依存傾向—identity との関係から」、『武庫川女子大学発達臨床心理学研究所』、4 (17)、pp.167-176.
- 鎌田ケイ子 (1996) 「二一世紀の介護と看護」上野谷加代子・村上浩一編『シリーズ (家族) ③高齢者と家族—高齢社会への対応と家族の役割』、中央法規出版.
- 亀口憲治ほか (2008) 『家族心理学年報 26—家族心理学と現代社会』、金子書房.
- 亀口憲治ほか (2014) 『家族心理学年報 32—地域と家族の未来像』、金子書房.
- 金井淑子 (2005) 「新密圏とフェミニズム—『女の経験』の最深部に」、齋藤純一編『親密圏のポリティクス[初版第2刷]』、ナカニシヤ出版、pp.27-57.
- 金井淑子 (2011a) 『依存と自立の倫理—〈女/母〉の身体性から』、ナカニシヤ出版.
- 金井淑子 (2011b) 「親密圏と家族の間—〈子ども〉と〈老いと死〉の位相から」、『シンポジウム 現代における家族/親密圏』、哲学、62、pp.35-56.
- 神田清子他 (1994) 「在宅要介護老人の介護者の抑うつ度と負担どの関係に関する研究」、『日本看護学会誌』、3 (1)、pp.28-37.
- 金田千賀子 (2008) 「認知症高齢者介護家族に対するソーシャルワークの接近・介入としてのケアマネジメント」、『医療福祉研究』、4、pp.14-24.
- 金子喜彦 (1998) 『老人虐待』、聖和書店、pp.195-220.
- 菅 万理 (2010) 「公的介護保険導入後の介護サービス利用—家族類型に注目した予備的分析」、『一橋大学機関リポジトリ』、pp.1-24.
- 春日キスヨ (2011) 『岩波人文書セレクション—介護問題の社会学』、岩波書店.

- 河東田博(1998)「ノーマライゼーション理念の具体化と当事者活動」、『四国学院大学論集』、96、pp.109-124.
- 加藤彰彦・大沢真知子・丸山 桂・井出多加子・永井暁子・千田有紀ほか(2006) 富田 武・李 静和編『家族の変容とジェンダー—少子高齢化とグローバル化の中で』、日本評論社.
- 加藤篤志(1993)「社会学概念としての『共依存』」、『関東社会学会論集』、6、p.75.
- 加藤悦子(2005)『介護殺人—司法福祉の視点から』、クレス出版.
- 加藤伸司(2006)「認知症の人の心理的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎(第2版)』、ワールドプランニング.
- 加藤伸司(2007)「認知症の人の心理的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎[第2版]』、ワールドプランニング、pp.43-58.
- 唐沢かおり(2001)「高齢者介護サービス利用を妨げる家族介護者の態度要因について」、『社会心理学研究』、17(1)、pp.22-30.
- 香山雪彦(2010)「共依存」、『アディクションと家族』、27(1)、pp.12-14.
- 川島典子(2008)「高齢社会におけるジェンダー問題の課題と展望—介護予防の視座から」、『筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要』、3、pp.225-234.
- 木戸 功(2000)「家族社会学における「多様性」問題と構築主義」、『家族社会学研究』、No.12、pp.43-54.
- 菊池いづみ(2010)『家族介護への現金支払い—高齢者介護政策の転換をめぐる』、公職研.
- 菊池いづみ(2012)「家族介護支援の政策動向—高齢者保健福祉事業の再編と地域包括ケアの流れのなかで」、『地域研究：長岡大学地域研究センター年報』、12、pp.55-75.
- 菊池有紀・葉袋淳子・島内 節(2010)「在宅重度要介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担に関する要因」、『国際医療福祉大学紀要』、15(2)、pp.13-23.
- 金 貞任(2001)「ソウル市における在宅要介護高齢者の家族介護者の負担感—影響する要因の検討—」、『老年社会科学』、23(1)、pp.50-59.
- 金 貞任(2005)『高齢社会と家族介護の変容—韓国・日本の比較研究』、法政大学出版局.
- 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—受診の促進と障壁」、『日本認知症ケア学会誌』10(1)、pp.53-67.
- 木下 衆(2013)「介護家族による『特権的知識のクレイ無』—認知症家族介護への構築主義的アプローチ」、『社会学評論』、64(1)、pp.73-90.
- 木下康仁(2013)「オーストラリアのケアラー(介護者)支援：介護者支援の国際比較—要介護者と家族を支える取り組みの多様性」、『海外社会保障研究』、184、pp.57-70.
- 桐野匡史、矢嶋裕樹、柳 漢守(2005)「在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性」、『厚生指針』、52(3)、pp.5-7.

- 岸田研作、谷垣静子（2007）「在宅サービス何が足りないのか？—家族介護者の介護負担感の分析」、『医療経済研究』、19（1）、pp.21-35.
- 北 素子、長井浜江、大堀洋子、篠 聡子ほか（2004）「医療的ケアを必要とする要介護高齢者を在宅介護する家族に対する支援のための基礎的研究—「外部資源利用に伴う心地悪さ」に焦点を当てて」、『癌と化学療法』、31、pp.211-213.
- 北 素子（2002）「要介護高齢者家族の在宅介護プロセス—在宅介護のしわ寄せによる家族内ニーズの競合プロセス」、『日本看護科学会誌』、22（4）、pp.33-43.
- 北 素子（2008）『要介護高齢者家族の在宅介護プロセス』、風間書房.
- 北村世都、時田 学、菊池真弓（2005）「認知症高齢者の家族介護者における家族からの心理的サポートニーズ充足状況と主観的 QOL の関係」、『厚生指標』、52、（8）、pp.33-42.
- 北村世都（2013）「認知症高齢者を支える人々の心理的理解と支援—後方支援者としての心理職にできること」、『広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要』、12、pp.12-17.
- 小林敏子（2007）「認知症ケアの原理・原則」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト；認知症ケアの基礎（第2版）』、ワールドプランニング、pp.79-87.
- 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）、pp.64-76.
- 小池妙子・工藤雄行・平川美和子・大沼由香・寺田富二子・東谷康生・高祐子（2014）「在宅において認知症者に対し男性家族介護者が抱える葛藤と支援の方向性」、『2013年度（前期）在宅医療助成報告書』公益法人在宅医療助成勇美記念財団.
- 小松 啓・小松尾京子・春名 苗・山口尚子・藤津幾代・吉浦 輪・丹野真紀子ほか（2008）『シリーズ・ベーシック社会福祉第5巻「高齢者と家族の支援と社会福祉—高齢者福祉入門」』、ミネルヴァ書房.
- 公益社団法人認知症の人と家族の会（1996）『ぼけ老人の家族の会に関する全国実態調査報告書』、社団法人呆け老人を抱える家族の会.
- 公益社団法人認知症の人と家族の会（2000）『ボケても安心して暮らせる社会を「呆け老人をかかえる家族の会20年記念し」』、社団法人呆け老人を抱える家族の会.
- 小海宏之・若松直樹（2012）『高齢者心のケアの実践；情感—認知症ケアのための心理アセスメント』、大洋社.
- 河野貴代美（2006）『わたしって共依存?』、日本放送出版協会.
- 久保紘章・副田あけみ（2006）『ソーシャルワークの実践モデル』、川島書店、pp.126-128.
- 久保田裕之（2011）「家族社会学における家族機能論の再定位—〈親密圏〉・〈ケア圏〉・〈生活圏〉の構想」、『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』、37、pp.77-96.

- 栗山裕司、真明 将、林 敬裕 (2007) 「十和村介護保険制度下における各種居宅サービスの効果の検討」、『高知リハビリテーション学院紀要』、8、pp.19-26.
- 黒澤直子 (2011) 「認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題」、『北翔大学、人間福祉研究』、14、pp.121-128.
- 権 順浩 (2011) 「家族介護問題における介護サービス利用の効果と課題」、『龍谷大学社会学部紀要』、38、pp.37-53.
- Kittay Eva Feder (1999) “LOVE’S LABOR : Essays on Women, Equality, and Dependency” (=2010、岡野八代・牟田和恵訳『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』、白澤社).
- Kleinman A. (1988) “The Illness Narratives : Suffering, Healing, And The Human Condition” (=1996、江口重幸、五木田紳、上野豪志訳『病の語り—慢性の病をめぐる臨床人類学』、誠信書房) .
- Keen, E. (1975) “A Primer in Phenomenological Psychology”、‘Holt, Rinehart and Winston, New York’ (=1989 吉田章宏、宮崎清孝訳『現象学的心理学』、東京大学出版会) .

M

- 前田大作・冷水 豊 (1984) 「障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析」、『社会老年学』、19、pp.3-17.
- 牧野史子 (2014) 「ケアラーを支援する方法論—ケアラーを支えるために」、『老年精神医学雑誌』、25 (9)、pp.975-983.
- 牧迫飛雄馬・阿部 勉・阿部恵一郎・小林聖美・小口理恵・大沼 剛・島田裕之・中村好男 (2008) 「在宅湯介護者の主介護者における介護負担感に関する要因についての研究」、『日本老年医学会雑誌』、45 (1)、pp.59-67.
- 松田千登勢 (2008) 「短期入所を利用する認知症高齢者の家族とケア提供者が伝え合いたい情報」、『老年看護学』、12 (2)、pp.68-74.
- 松本一生 (2006) 『家族と学ぶ認知症—介護者と支援者のためのガイドブック』、金剛出版.
- 松本一生 (2010) 「介護する家族はどんな気持ちでいるのか」、長谷川和夫編著『認知症診療の進め方；その基本と実践』、永井書店、pp.93-96.
- 松本一生 (2010) 「介護はなぜストレスになるのか」、渡辺俊之編『現代のエスプリ』、No519、(株)ぎょうせい、pp.80-87.
- 松村ちづか (2002) 「ある在宅痴呆性老人家族介護者の自己強化のプロセスと他者との関わりの意味—Hさんの介護体験の半ライフヒストリー的分析」、『順天堂医療短期大学紀要』、13、pp.31-40.
- 松島 京 (2002) 「家族におけるケアと暴力」、『立命館産業社会論集』、37 (4)、pp.123-143.
- 松下年子 (2014) 「家族介護者と共依存」、『日本認知症ケア学会誌』、13 (3)、pp.560-567.
- 翠川純子 (1993) 「在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究」、『社会老年学』、37、pp.16-26.

- 南野佳代 (2014) 「親密圏と家族をどうとらえるか」、『法律時報』、86 (3)、pp.81-83.
- 三富紀敬 (2007) 「イギリスの社会保障と介護者」、『静岡大学経済研究』、11 (4)、pp.49-78.
- 三富紀敬 (2010) 『欧米の介護保障と介護者支援—家族政策と社会的包摂、福祉国家類型論』、ミネルヴァ書房.
- 三井さよ (2008) 『『人として』の支援—阪神・淡路大震災において『孤独』な生を支える』
崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編 『<支援>の社会学—現場
に向き合う思考』、青弓社、pp.88-113.
- 三宅貴夫 (2010) 「認知症の妻の介護でみえたこと—介護家族と医師の視点から」、『介護保
険情報』、pp.34-66..
- 三宅貴夫 (2012) 『『今後の認知症施策の方向性について』を読む』、『介護保険情報』、pp.15-19.
- 三浦文夫編 (2000) 『図説高齢者白書 2000』、全国社会福祉協議会.
- 宮永和夫 (2006) 「患者家族の心理的サポートを行う；特に外来および若年認知症の家族会
などにおいて」、『Cognition and Dementia』、5 (2)、pp.30-34.
- 宮坂靖子 (2014) 「家族の情緒化と『専業主婦』規範—専業主婦規範の日中比較 (特集 近代
社会の転換期の中の家族)」、『社会学評論』、64 (4)、pp.589-603.
- 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)、pp.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、pp.1-11.
- 宮崎和歌子 (2011) 「認知症の人の歴史を学びませんか」、中央法規出版.
- 望月紀子・新田静江・清水祐子 (2005) 「通所サービス利用高齢者の家族介護者に対する情
緒教育的支援の介護負担感にみられる効果」、『山梨大学看護学会誌』、
3 (2)、pp.27-32.
- 森 謙二 (2014) 「シンポジウム親密圏と家族—企画主旨」、『法律時報』、86 (3)、pp.54-55.
- 森川美絵 (2008) 「ケアする権利／ケアしない権利」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほ
か編 『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、
pp.37-54.
- 森本佳樹 (1996) 『地域福祉情報論序説』、川島書店.
- 森岡清美 (1972) 「家族周期論から見た老人」、那須宗一編 『講座・日本の老人 3』、垣内出
版、pp.76-99.
- 森岡清美・望月 嵩 (1993) 『新しい家族社会学[三訂版]』、培風館、pp.1-16.
- 村上一博 (2014) 「近代日本における『親族』概念と家族 (シンポジウム 親密圏と家族)」、
『法律時報』、86 (3)、pp.56-60.
- 村田隆一 (2004) 「難病の痴呆老人と二匹の雑種犬—ケアと親密圏に関する覚書き」、唯物
論研究協会編 『親密圏のゆくえ』、唯物論研究協会、9、pp.167-188.
- 無藤清子 (2006) 「高齢者の家族介護者・介護家族支援における重要な視点—ジェンダー・
センシティブな家族心理学的・家族療法的視点」、『東京女子大学紀要
論集』、57 (1)、pp.125-154.

Melody Beattie (2009) “THE NEW CODEPENDENCY—Help and Guidance for Today’s Generation” (=2011、村山久美子訳『共依存症—心のレッスン』、講談社) .

Mellody, P., (1992) “Facing love addiction” . ‘Harper Collins’ .

N

永井邦芳・堀 容子・星野純子・浜本律子・鈴木 洋子 ほか (2011) 「男性家族介護者の心身の主観的健康特性」、『日本公衆衛生雑誌』、58 (8)、pp.606-616.

永田照子 (1985) 「相互依存の系としての家族：家族の結合の要因」、『飯山論叢』、2 (1)、pp.263-252.

中原 純 (2004) 「高齢者介護における負担感とその要因について—研究の動向と今後の課題」、『生老病死の行動科学』、9、pp.91-99.

中島圭子 (2014) 「ケアラー（家族等介護者）支援の現状と課題」、『参加型システム研究所第1回理事懇談会講演抄録』、pp.7-8.

中島紀恵子 (1990) 「老人の家族の問題と援助」、『老健婦雑誌』、46、pp.470-477.

中島紀恵子 (2006) 「ケアの担い手」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎』、ワールドプランニング、pp.99-111.

中村和仁 (2010) 『男の介護』、新泉社.

中村令子・三浦みや子・中川孝子・吹田夕起子・黒坂満知子 ほか (2011) 「認知症高齢者の家族の喪失体験に関する調査」、『八戸短期大学研究紀要』、3、pp.111-118.

中根千枝 (1970) 『家族の構造—社会人類学的分析』、東京大学出版会.

中西正司・上野千鶴子 (2003) 『当事者主権』、岩波新書.

中野 愛 (2011) 「要介護高齢者の家族の義務自己への意識傾向とソーシャルサポートの関連—介護負担感に着目して」、『九州大学学術情報リポジトリ、九州大学心理学研究』、12、pp.129-137.

中野倫仁 (2006) 「臨床心理学における認知症の現状」、『北海道医療大学心理科学部心理臨床・発達支援センター研究』、2 (1)、pp.1-6.

中尾美波 (2004) 「共依存に関する実態調査研究」、『立教大学教育学科研究年報』、48、pp.79-111.

中谷陽明・東條光雄 (1989) 「家族介護者の受ける負担」、『社会老年学』、29、pp.27-36.

中谷陽明 (1996) 「家族介護者の負担感」、東京都老人総合研究所編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』、光生館、pp.266-306.

中谷陽明 (2005) 「サービスニーズは充足したのか」；「まとめと今後の課題」、杉澤秀博編者代表『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』、三和書籍、pp.59-72,185-193.

中谷陽明 (2010) 「介護はなぜストレスになるのか」、渡辺俊之編『現代のエスプリ』、No519、(株)ぎょうせい、pp.27-38.

- 中山慎吾 (2011) 『認知症高齢者と介護者支援』、法律文化社。
- 難波貴代・北山秋雄・三縄久代・橋本えみ子 (2006) 「高齢者虐待における介入モデルの開発—主介護者と被介護高齢者間の共依存関係に焦点をあてて」、『日本保健福祉学会誌』、13 (1)、pp.7-18.
- 難波貴代・北山秋雄 (2007) 「共依存関係にある主介護者と被介護高齢者間の高齢者虐待に対する看護介入」、『アディクション看護』、4 (1)、pp.1-10.
- 直井道子 (2012) 「章認知症の人に対するインフォーマルケア I II III」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—改訂4版・認知症ケアにおける社会資源』、ワールドプランニング、pp.153-158.
- 奈須田靖子 (2006) 「認知症」、成清美治・加納光子編『現代社会福祉用語の基礎知識[第6版]』、学分社、p.202.
- 那須耕介 (2014) 「サヴァイヴィング・ファミリーズ」、『法律時報』、86 (3)、pp.76-80.
- 根本博司 (1998) 「新介護システムにおけるソーシャルワーク機能の重要性」、『老年社会科学』、19 (2)、pp.123-128.
- 日本バリデーション研究会 (2005) 『ケアワーカーが語るバリデーション—弱さを力に変えるコミュニケーション法』、簡井書房.
- 日本社会学会 社会学事典刊行委員会編 (2010) 『社会学辞典』、丸善株式会社.
- 新名理恵・矢富直美・本間昭・坂田成揮 (1989) 「痴呆老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究」、『東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書』、pp.131-144.
- 新名理恵 (1991) 「在宅痴呆性老人の介護者負担感—研究の問題点と今後の展望」、『老年精神医学雑誌』、2 (6) pp.754-762.
- 新名理恵 (1992) 「痴呆性老人の在宅介護者の負担感とストレス症状の関係」心身医、4 (32)、pp.324-329.
- 新名理恵 (1997) 「在宅ケアにおける介護負担どの検討—社会的・身体的・精神的・経済的視点から—」、『川崎医療福祉学会誌』、7 (1)、pp.19-32.
- 新名理恵・本間 昭 (2002) 「町田市における介護保険制度実行前後での在宅介護者のストレス反応の変化」、『老年精神医学』、13 (5)、pp.517-523.
- 認知症介護研究・研修東京センター (2008) 『認知症ケアをもっと楽に!—本人と家族のためのセンター方式ガイド』 認知症介護研究・研修東京センター.
- 認知症の人と家族の会 愛知県支部編 (2012) 『介護家族をささえる—認知症家族会の取り組みに学ぶ』、中央法規.
- 認知症介護研究研修大府センター編 (2013) 『若年性認知症ハンドブック平成25年版』、認知症介護研究研修大府センター.
- 二宮祐子 (2010) 「教育実践へのナラティブ・アプローチ：克蘭ディニンらの「ナラティブ探究」を手がかりとして」、『東京学芸大学退学員連合学校教育学研究科学校教育学研究論集』、22、pp.37-52.
- 西尾敦史 (2009) 「石垣市における地域密着型サービス—利用者・家族・地域の視点から」、

- 『沖縄地域学リポジトリ』、6、pp.1-15.
- 西尾和美（1995）『こころの科学—共依存症の精神療法』59、日本評論社、pp.39-44.
- 西谷達也（2006）『認知症ケアの学校』、日総研.
- 信田さよ子（2009）『苦しいけれど、離れられない—共依存・からめとる愛』、朝日新聞出版.
- 信田さよ子（2012）『共依存—苦しいけれど、離れられない』、朝日新聞出版.
- 野口典子・角野雅美・金田千賀子（2003）「痴呆ケア実践プログラム分析—在宅、施設ケアにおける実践報告の評価を通して」、『中京大学社会学部紀要』、18（1）、pp.1-23.
- 野村豊子（1998）『回想法とライフレビュー：その理論と技法』、中央法規出版.
- 野村豊子（2006）『高齢者の「生きる場」を求めて—福祉、心理、介護の現場から』、ゆまに書房.
- 野々山久也（1992）「家族福祉の視点とは何か」野々山久也編著『家族福祉の視点』ミネルヴァ書房、p.17.
- 野崎綾子（2005）「『新密圏』と正義感覚」齋藤純一編『親密圏のポリティクス[初版第2刷]』、ナカニシヤ出版、pp.155-179.

O

- 落合恵美子（1994）『二一世紀家族へ』、有斐閣.
- 落合恵美子（2014）「近代世界の転換と家族変動の倫理—アジアとヨーロッパ（特集 近代社会の転換期の中の家族）」、『社会学評論』、64（4）、pp.533-552.
- 緒方 明（1996）『アダルトチルドレンと共依存』、誠信書房.
- 緒方宏明（2011）「依存と問題行動—母子の愛着関係と依存」、『尚絅短期大学子育て研究センター』、8、pp.3-11.
- 扇澤史子、黒川由紀子（2010）「家族介護者の認知症を受け止める心理プロセスと介護負担感、介護肯定感との関連性についての文献的考察」、『上智大学心理学年報』、34、pp.73-87.
- 扇澤史子（2014）「ケアラーを支援する方法論—ケアラーの心理過程と心理臨床的支援」、『老年精神医学雑誌』、25（9）、pp.993-999.
- 大日康史（2002）「公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定」、『季刊社会保障研究』、38、pp.67-73.
- 大村裕紀子・深津 亮（2014）「ケアラーを支援する方法論—認知症者のケアラーが経験する喪失体験とこれに対する精神療法的介入について」、『老年精神医学雑誌』、25、pp.1000-1008.
- 大野沙織・松田晶子・田中（高峰）道子（2006）『認知症高齢者に対する家族看護の発展過程と社会的支援について—「忘れても、幸せ」の介護体験記録の分析結果から—』、『日本医学看護学校教育学会誌』、15、pp.47-53.
- 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)、pp.58-66.
- 岡本和士・原沢優子 (2008) 「在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討」、『厚生指標』、55 (4)、pp.21-25.
- 岡本祐三 (1996) 『高齢者医療と福祉』、岩波書店.
- 岡野茂代・小西美智子 (2009) 「認知症の人と家族に対する看護支援 (会長講演)」、『日本赤十字看護学会誌』、9 (1)、pp.57-63.
- 岡野八代・加藤秀一・二宮周平・三輪敦子・大橋稔・小島妙子・柿本佳美・牟田和恵 (2010) 『家族—新しい「親密圏」を求めて』、岩波書店.
- 岡山正司 (2002) 「家族介護者の介護負担及び介護規範意識に関する日韓比較研究」、『現代法学』、3、pp.105-125.
- 桶川 泰 (2010) 「現代日本社会における『近代家族の揺らぎ』と親密性の変容—『婦人公論』における独身・非婚をめぐる言説から」、『フォーラム現代社会学』、9、pp.88-98.
- 桶川 泰 (2011) 「親密性・親密圏をめぐる定義の検討—無定義用語としての親密性・親密圏の可能性」、『鶴山論叢』、11、pp.23-34.
- 大原健士郎 (1996) 『『家族愛』、その精神病理—依存の心理と孤独の心理』、講談社.
- 大和三重 (2004) 「介護保険制度 3 年後の課題—家族介護者のエンパワメントの必要性」、『関西学院大学社会学部紀要』、96、pp.179-191.
- 乙幡美佐江 (2014) 「ソーシャルワーク研究における質的内容分析法の適用」、『社会福祉学評論』、13、pp.1-15.
- 大島梨沙 (2014) 「親密圏の多様化に家族法はどう対応するのか—日仏比較の視点から」、『法律時報』、86 (3)、pp.65-69.
- 小塩真司 (2011) 『SPSS と Amos による心理・調査データ解析[第 2 版]』、東京図書.
- 小塩真司 (2012) 『研究事例で学ぶ SPSS と Amos による心理・調査データ解析[第 2 版]』、東京図書.
- 太田貞司 (2003) 『地域ケアシステム』、有斐閣.
- 太田貞司 (2010) 「地域ケアシステムの課題とその変革主体」、太田貞司ほか編著『地域ケアシステムとその変革主体—市民・当事者と地域ケア』、光生館.
- 太田貞司・森本佳樹編 (2011) 『地域ケアシステム・シリーズ①、地域包括ケアシステム—その考え方と課題』、光生館.
- 小澤 勲 (2005) 『認知症とは何か』、岩波書店.
- 小澤和輝・藤山直樹 (2010) 「認知症家族介護者に関する一考察—関係性と相互作用についての検討」、『上智大学心理学年報』、34、pp.99-107.
- OECD (2005) “Long-term Care for Older People”、Paris、OECD.

P

- Parse, R. R. et al. (1985) “NURSING RESEARCH Qualitative Methods”、‘Brady Communications Company, Maryland’、pp.15-16.

- Parse Rosemarie Rizzo (1998) “The Human Becoming School of Thought : A Perspective for Nurses and Other Health Professionals” (=2004、高橋照子訳『パースィ看護理論—人間生成の現象学的探究』、医学書院) .
- Pearlin, L. II, Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M, (1990) “Caregiving and the stress process—An overview of concepts and their measures”、*‘Gerontologist’*、30、pp.583-594.
- Porterfield Kay Marie (1991) “Coping with Codependency”、*‘The Rosen Publishing Group, Inc.’* (=2006、水澤都加佐『共依存かもしれない—他人やモノで自分を満たそうとする人たち』、大月書店) .

R

- 六角僚子 (2013) 「家族へのかかわり」、本間明編『認知症の理解 (第2版)』、ミネルヴァ書房、p.222.
- 柳 漢守・桐野匡史・金 貞淑・尹 靖水・筒井孝子・中島和夫 (2007) 「韓国都市部における認知症高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関係性」、『日本保健科学学会誌』、10 (1)、pp.15-22.
- Robinson, B.C. & Thurnher, M. (1979) “Talking care of aged dparents—A family cycle transition”、*‘The Gerontologist’*、19、pp.586-593.

S

- 佐分厚子・黒木保博 (2007) 「家族介護者の家族会参加による介護への適応モデル」、『日本保健科学学会誌』、10 (2) pp.80-88.
- 齋藤純一編 (2005) 『親密圏のポリティクス (初版第2刷)』、ナカニシヤ出版.
- 齋藤香里 (2013) 「ドイツの介護者支援：介護者支援の国際比較—要介護者と家族を支える取り組みの多様性」、『海外社会保障研究』、184、pp.16-29.
- 斉藤 学 (1995) 『魂の家族を求めて—私のセルフヘルプ・グループ論』、日本評論社.
- 斉藤 学 (1995) 「イネイブリングと共依存」、『精神科治療学』、10、pp.965-968.
- 斉藤 学 (1996) 『「家族」という名の孤独[第八刷]』、講談社.
- 斉藤 学 (1998) 『アダルト・チルドレンと家族—心のなかの子どもを癒す』、学陽書房(学陽文庫)、pp.52-59.
- 斉藤 学 (1999) 『家族依存症』、新潮社.
- 齋藤義彦 (2012) 『ドイツと日本「介護」の力と危機』、ミネルヴァ書房.
- 齋藤真緒 (2009) 「男が介護するということ—家族・ケア・ジェンダーのインターフェイス」、『立命館産業社会論集』、45 (1)、pp.171-188.
- 齋藤真緒 (2010a) 「男性介護者調査研究から見えてきたこと—家族介護支援とのかかわりを中心に」、『認知症ケア最前線』、24、pp.36-41.
- 齋藤真緒 (2010b) 「介護者支援の倫理とダイナミズム—ケアとジェンダーの新たな射程」、『立命館産業社会論集』、46 (1)、pp.155-171.

- 斎藤真緒 (2011) 「イギリスの家族介護者支援の取り組み；共同体人援助モデル建久 1 家族介護者支援を考える—日本と英・豪・米の比較研究」、立命館大学人間科学研究所、pp.5-15.
- 榊原哲也 (2007) 「現象学とは何か—看護ケア理論における現象学的アプローチの理解のために」、『緩和ケア』、17 (5)、pp.386-390.
- 坂野光子 (1998) 『老いを看取り老いを見つめる—私の介護奮闘記』、ミネルヴァ書房.
- 笹谷春美 (2008) 「女が家族介護を引き受ける沖—ジェンダーとライフコースのポリティックス」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.55-74.
- 佐藤和夫 (2004) 「親密圏を根圏として脱構築する」、唯物論研究協会編『親密圏のゆくえ』、唯物論研究協会、9、pp.8-38.
- 佐藤典子 (2014) 「ケアラーを支援する方法論—家族介護教室の実際と課題」、『老年精神医学雑誌』、25 (9)、pp.1009-1016.
- 佐藤義夫 (2002) 『在宅介護をどう見直すか』、岩波ブックレット N579、岩波書店、pp.29-31.
- 清家 理・櫻井 孝・鳥羽研二 (2013) 「診察と一体化した認知症患者及び家族への早期支援介入の意義—国立長寿医療研究センターもの忘れセンター『もの忘れ教室』の取り組み」、『日本精神科病院協会誌』、32 (6)、pp.582-587.
- 千田有紀 (1999) 『『家』のメタ社会学—家族社会学における『日本近代』の構築』、思想.
- 千田有紀 (2011) 『日本型近代家族』、勁草書房.
- 志賀文哉 (2013) 「支援と当事者性」、『とやま発達福祉学年報』、4、pp.11-16.
- 繁田雅弘・半田幸子・今井幸充 (2014) 「ケアラーを支援する方法論—ケアラーへの情報提供：医療機関の情報提供に対する家族の満足度調査から」、『老年精神医学雑誌』、25、pp.984-992.
- 島原三枝 (2014) 「介護問題の構築—ジェンダー秩序によるケアの分配」、『大阪府立大学学術情報リポジトリ、人間社会学研究集録』、9、pp.45-70.
- 島崎哲彦・大竹延幸 (2000) 『社会調査の実践—統計調査の方法とデータの分析—』、学文社.
- 標 美奈子 (2001) 「回想的に語られた介護体験プロセス—痴呆性老人の家族介護者の会役員の場合』、『保健医療社会学論集』、12、pp.47-57.
- 清水信二 (2003) 『共依存とアディクション—心理・家族・社会 初版第 2 刷』、培風館.
- 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、pp.16-26.
- 冷水 豊 (2007) 「認知症の人を取り巻く社会的環境—否定的意識環境の克服を目指して—」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト；認知症ケアの基礎[第 2 版]』、ワールドプランニング、pp.59-78.
- 下垣 光 (2006) 「介護家族の心理に対する支援」、野村豊子編『高齢者の「生きる場」を求めて—福祉、心理、介護の現場から』、株式会社ゆまに書房、pp.241-258.

- 四戸智明 (1997) 「共依存の構造とスケールに関する研究」、『アディクションと家族』、14 (4)、pp.466-473.
- 白石玲子 (2005) 「介護休業とジェンダー」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子編『介護と家族[新装版]—シリーズ比較家族第Ⅱ期 4』、早稲田大学出版部、pp.267-296.
- 下 正宗 (2008) 『介護を始めるときに読む本』、成美堂出版.
- 袖井孝子 (1997) 「主婦の家庭外就業と家機能の外部化」森岡清美監修『家族社会学の展望』、培風館、p.231.
- 袖井孝子 (2008) 「家族介護は軽減されたか」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.135-153.
- 須貝佑一 (2007) 「認知症の医学的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎[第2版]』、ワールドプランニング、pp.21-42.
- 須貝佑一 (2008) 『高齢の親をみる家族のための 介護大全』、すばる舎リンケージ.
- 菅沼真由美・新田静江 (2012) 「認知症高齢者の家族介護者に対する介入研究に関する文献検討」、『老年看護学、日本老年看護学会誌』、17 (1)、pp.74-82.
- 杉原陽子 (2005) 「サービスニーズは充足したのか」；「まとめと今後の課題」、杉澤秀博編者代表『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』、三和書籍、pp.73-99, 185-193.
- 杉原陽子・杉澤秀博・新名正弥・菊地和則・高橋龍太郎 (2009) 「要支援認定者における介護保険制度改定の影響評価—サービス削減への対処とその心理的影響」、『社会福祉学』、50 (2)、pp.56-67.
- 杉澤秀博編 (2005) 『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』、三和書籍.
- 杉田孝夫 (2011) 「ドイツ観念論における『家族』観と自由」、『シンポジウム 現代における家族/親密圏』、哲学、62、pp.57-71.
- 杉山孝博 (1988) 『ぼけなんかこわくない ぼけの法則』、リヨン社.
- 杉山孝博 (2007) 『杉山孝博 Dr.—認知症の理解と援助』、クリエイツかもがわ.
- 杉山孝博 (2008) 『家族が認知症になったら読む本』、リヨン社.
- 杉山孝博 (2010) 「認知症の人と家族の会と地域ケア—家族の会づくりと医療・福祉のネットワークづくり」太田貞司ほか編著『地域ケアシステムとその変革主体—市民・当事者と地域ケア』、光生館、pp.35-52.
- 杉山孝博 (2011) 『認知症・アルツハイマー病—早期発見と介護のポイント』、PHP 研究所.
- 鈴木千絵子・横手芳恵 (2008) 「軽度から中等度の障害を持つアルツハイマー病患者の認知構造—面談による現象学的アプローチを用いて」、『岡山県立大学保健福祉学部紀要』、15、pp.11-22.
- 鈴木和子 (1997) 「介護における家族機能の成り立ちに関する研究—日米における調査結果の比較から」、『千葉看護学会誌』、3 (1)、pp.15-23.
- 鈴木恵子 (2010) 「認知症の人と家族の会と地域ケア—家族の会づくりと医療・福祉のネッ

- トワークづくり」太田貞司ほか編著『地域ケアシステムとその変革主体—市民・当事者と地域ケア』、光生館、pp.131-140.
- 鈴木京子 (2006) 「認知症患者の介護者の心理状態の移行と関係する要因について—心理的援助の視点からみた介護経験」、『老年社会科学』、27 (4)、pp.391-406.
- 鈴木亮子 (2005) 「痴呆症 (認知症) 患者の介護とはどのような経験であるのか—女性介護者の心理的プロセスモデル生成の試み」、『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要、心理発達科学』、52、pp.274-276.
- 鈴木亮子 (2006) 「認知症患者の介護者の心理状態の移行と関係する要因について—心理的援助の視点からみた介護経験」、『老年社会科学』、27 (4)、pp.391-406.
- 鈴木 亘・小椋正立・泉田信行 (2006) 「介護保険サービスのミスマッチと介護負担感」、『2006年度秋季日本経済学会発表論文』、pp.1-19.
- 諏訪さゆり・湯残美千代・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)、pp.203-214.
- Schaef, A.W., (1986) “Co-dependence : misunderstood-mistreated” . Harper & row.
- Schaef, A.W., (1987) “When society becomes an addict” . Harper & row. (=1993、『嗜癖する社会』 齊藤学監訳、誠信書房)、p.227.
- Spiegelberg, H., with K. Schulmann. (1982) “The phenomenological movement: A historical introduction. 3rd ed.” ‘The Hague: Martinus Nijhoff.’ (=2000 立松弘孝 監訳『現象学運動』上・下、世界書院) .
- Stephen R. Covey (1997) “THE SEVEN HABITS OF HIGHLY EFFECTIVE FAMILIES” by Stephen R. ‘Covey Company’ (=1998、ジェームス・スキナー・川西 茂訳『ファミリー7つの習慣家族実践編[上]』キングベアー出版)、pp.354-384.

T

- 田淵六郎 (2014) 「世代間関係の変容と親密圏—世代間アンビバレンスの視点から (シンポジウム 親密圏と家族)」、『法律時報』、86 (3)、pp.61-64.
- 高田洋子 (2013) 「家族介護者についての一考察—福井県大野市でのケアラー調査の報告から」、『福井大学教育地域科学部紀要 (応用科学家政編)』、pp.249-268.
- 高木廣文 (2011) 『質的研究を科学する』、医学書院.
- 高見国生 (2008) 「介護家族を支える」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.113-134.
- 高崎絹子・野川とも江 (1988) 『呆け老人と家族を支える看護』、日本看護協会出版会.
- 高崎絹子 (1989) 「家族援助における看護の視点—老人介護の受容過程と家族関係を中心として」、『看護研究』、22 (5)、pp.420-437.
- 高山 守・石崎嘉彦 (2011) 「シンポジウム『現代における家族/親密圏』」、『シンポジウム 現代における家族/親密圏』、哲学、62、pp.7-10.
- 竹内孝仁 (2008) 「ケアをめぐる家族の葛藤」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか編『家

- 族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店、pp.75-91.
- 竹内志保美・鈴木みずえ・矢富直美・福岡欣治・大山直美（2004）「痴呆専門外来患者の家族の介護と痴呆の受容」、『老年精神医学雑誌』、15（5）、pp.527-537.
- 竹安栄子・春日雅司（2005）「女性地方委員の介護の実態と意識—全国女性地方議員調査より」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子編『介護と家族[新装版]—シリーズ比較家族第Ⅱ期 4』、早稲田大学出版部、pp.226-266.
- 瀧上恵子・田高悦子・臺有桂・河原智江・田口理恵・糸井和佳（2011）「地域医療支援病院退院時における認知症を有する人と家族のニーズ」、『日本地域看護学会誌』、13（2）、pp.133-139.
- 玉井 顯（2012）「認知症ケアで必要とされる地域包括ケア」、高橋紘士編『地域包括ケアシステム』、オーム社、pp.171-198.
- 玉瀬耕治・相原和雄（2005）「相互依存的甘えと思いやり、屈折した甘えと自己愛的傾向」、『奈良教育大学紀要』、54（1）、pp.49-61.
- 田中（高峰）道子・赤木陽子・多久島寛孝・山口裕子（2007）「認知症高齢者の家族看護に関する研究—家族看護の6段階の発展過程と社会的支援」、『保健科学研究誌』、4、pp.11-19.
- 天童 睦子（2010）「親密圏・公共圏と権力作用—家族・ジェンダー・シティズンシップ」、『名城大学人文紀要』、46（1）、pp.9-21.
- 寺本尚美（2012）「認知症の人に対するフォーマルケア」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアにおける社会資源[改訂4版]』、ワールドプランニング、pp.11-24.
- 寺下貴美（2011）「質的研究方法論～質的データを科学的に分析するために～」、『日本放射線技術学会雑誌』、67（4）、pp.413-417.
- 所 道彦（2011）「ソーシャルポリシーの視点から見たケアマネジメント」大阪市立大学大学院白澤政和教授退職記念論集編集委員会編『新たな社会福祉学の構築—白澤政和教授退職記念論集』、中央法規、pp.68-76.
- 徳見理絵・谷田泰郎（2014）「認知症の人の家族の心の変化プロセスの探索」『The 28th Annual Conference of the Japanese Society for Artificial Intelligence』、pp.1-4.
- 利谷信義（1987）『家族と国家』、筑摩書房、pp.28-29.
- 東京都老人総合研究所社会福祉部門（1996）『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』、光生館.
- 東京都老人総合研究所（2002）「町田市における介護保険制度施行前後での在宅介護者のストレス反応」、『老年精神医学雑誌』、13、pp.517-523.
- 土屋 葉（2003）『これからの家族関係学』、角川書店.
- 土本亜理子（2010）『認知症やひとり暮らしを支える在宅ケア「小規模多機能」』、岩波書店.
- 津止正敏・斉藤真緒（2007）『男性介護者白書—家族介護者支援への提言』、かもがわ出版.
- 辻村徳治（2010）「非行・犯罪と家族危機」、日本家族心理学会編『家族にしのびよる非行・

犯罪—その現実と心理援助』、金子書房、pp.2-13.

鶴田 聡 (1995) 「老年期痴呆患者の在宅介護に対する介護者の心理的態度の変化」、『老年精神医学雑誌』、6 (6)、pp.737-753.

筒井淳也 (2008) 『親密性の社会学—縮小する家族のゆくえ』、世界思想社.

筒井淳也 (2014) 「親密性と夫婦関係のゆくえ (特集 近代社会の転換期の中の家族)」、『社会学評論』、64 (4)、pp.572-588.

U

内田陽子 (2006) 「ケアマネジャーからみた在宅ケア利用者の自立支援・介護予防の条件」、『群馬大学医学部保健学科臨床看護学』、56 (2)、pp.105-111.

上田智子 (2008) 「家族介護者の健康状態と関連する介護要因—通所系介護サービス利用者の家族介護者アンケート 3 年間の結果から」、『岡崎女子大学・岡崎女子短期大学、研究紀要』、41、pp.9-15.

上野千鶴子 (2000) 『『プライバシー』の解体—私的暴力と公的暴力の共依存をめぐって』、『アディクションと家族』、17、pp.401-405.

上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理ほか (2008) 『家族のケア家族へのケア—ケアその思想と実践 4』、岩波書店.

上野千鶴子 (2011a) 「『家族』という神話—解体のあとで」、『シンポジウム 現代における家族/親密圏』、哲学、62、pp.11-34.

上野千鶴子 (2011b) 『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』、太田出版.

上杉富之 (2014) 「ポスト生殖革命時代の親子と家族—多元的親子関係と相互浸透的家族 (シンポジウム 親密圏と家族)」、『法律時報』、86 (3)、pp.70-75.

宇良千秋 (2007) 「認知症の医学的特徴」、日本認知症ケア学会編『認知症ケア標準テキスト—認知症ケアの基礎 (第2版)』、ワールドプランニング、pp.103-119.

牛津信忠 (2012) 『社会福祉における場の究明—共感的共同からトポスへ至る現象学的考察』、丸善プラネット.

W

和田佳子・大石武信・小林ミチ子・西脇洋子 (2001) 「看護婦イメージに関する研究(3)—縦断的研究法と横断的研究法による検討—」、『新潟県立看護短期大学紀要』、7、pp.77-84.

和気純子・矢富直美・中谷陽明・冷水豊 (1994) 「在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究 (2) —規定要因と効果モデルの検討:社会福祉援助への示唆と課題』、『社会老年学』、39、pp.23-34.

渡辺俊之 (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.

渡辺俊之 (2010) 「介護はなぜストレスになるのか—介護で壊れる家族」、渡辺俊之編『現代のエスプリ』、No519、(株)ぎょうせい、pp.5-26,145-154.

- Whitfield, C.L., (1991) “Co-dependence”, Health Communications.
- Wegscheider-Cruse, S. & Cruse, J.R., (1990) “Understanding co-dependency” . Health Communications.

Y

- 矢吹知之 (2014) 「ケアラーを支援する方法論—介護保険サービス施設・事業所におけるケアラーの支援」、『老年精神医学雑誌』、25 (9)、pp.1017-1024.
- 薬師寺文子 (2009) 「認知症高齢者を介護する家族男性介護者の介護力獲得のプロセス」『地域看護』、40、pp.127-129.
- 山田昌弘 (2007) 『迷走する家族—戦後家族モデルの形成と解体』、有斐閣.
- 山田昌弘 (2014) 「日本家族のこれから—社会の構造転換が日本家族に与えたインパクト (特集 近代社会の転換期の中の家族)」、『社会学評論』、64 (4)、pp.649-662.
- 山田富秋 (2004) 『老いと障害の質的社会学—フィールドワークから』、世界思想社.
- 山田嘉子 (2005) 「介護保険制度施行前後における高齢者・介護者の特性及びサービス利用の変化」、杉澤秀博編者代表『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』、三和書籍、pp.25-34.
- 山田祐子 (2004) 『家族介護と高齢者虐待』、一橋出版.
- 山口麻衣 (2005) 「要介護時のケア実態とケア選好—ジェンダーとライフコースの視点からの事例分析」、『埼玉学園大学紀要、人間学部篇』、5、pp.159-172.
- 山本則子 (1995) 「痴呆老人の家族介護に関する研究—娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味」、『看護研究』、28 (3)、pp.2-23 ; 28 (4)、pp.67-87 ; 28 (5)、pp.73-91 ; 28 (6)、pp.51-70.
- 山中永之佑 (2005) 「介護と家族—その現代的課題」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子編『介護と家族』、早稲田大学出版部、pp.23-58.
- 山梨恵子 (2008) 「わが国における認知症ケアの実情と課題—「認知症緩和ケア」を視点に—」、『ニッセイ基礎研所報』、48、pp.67-93.
- 山下奏子・戒能民江・神尾真知子・植野妙実子 (2000) 『法女性学への招待 (新版)』、有斐閣.
- 山脇貞司 (1997) 「高齢者介護と扶養法理」石川恒夫・吉田克己・江口隆裕編『高齢者介護と家族』、信山社、p.97.
- 山脇貞司 (2005) 「家族介護問題と方政策」山中永之佑・竹安栄子・曾根ひろみ・白石玲子編『介護と家族[新装版]—シリーズ比較家族第Ⅱ期 4』早稲田大学出版部、pp.59-89.
- 安田美弥子 (2001) 「こころの健康: 新しい夫婦像を求めて—男と女のそれぞれの自立」、『日本精神学会誌』、15(1)、pp.3-14.
- 安田美弥子 (2013) 「共依存と家族の問題」、『アディクション看護』、10 (1)、pp.26-32.
- 矢澤澄子 (2009) 「ジェンダー化された介護労働と『家庭的なケア』の陥穽—認知症高齢者グループホームの現場から」、『東京女子大学紀要論集』、59 (2)、

pp.111-143.

- 任 賢宰 (2009) 「認知症高齢者を支える家族への支援に関する研究—家族介護者の参与と開放」、『立教大学コミュニティ福祉学研究科修士論文』.
- 任 賢宰 (2010) 「認知症高齢者と家族介護者の二者関係における支援に関する研究：文献検討—家族介護者の親密性と共依存に焦点を当てて」、『立教大学コミュニティ福祉学研究科紀要』、8、pp.3-14.
- 任 賢宰 (2011) 「認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容とサービス利用に関する研究—家族介護者のアンケート調査における自由記述回答の分析」、『立教大学コミュニティ福祉学研究科紀要』、9、pp.3-15.
- 任 賢宰 (2012) 「日本における認知症高齢者を支えている家族介護者のサービスの利用と心理的変容」、『韓国ケアマネジメント研究』、7、pp.49-65.
- 任 賢宰 (2013) 「在宅で認知症高齢者を支える家族介護者のサービス利用と親密性の変容に関する研究—家族介護者の心理的ステップに焦点を当てて」、『地域福祉研究』、41、pp.113-125.
- 横山美江 (1992) 在宅要介護老人の介護者における健康状態に関する介護環境要因」、『日本公衆衛生誌』、42、pp.777-783.
- 横山美江 (1993) 「在宅要介護老人の介護者における疲労感の計量研究」、『看護研究』、26 (5)、pp.427-433.
- 吉岡隆 編 (2001) 『共依存—自己喪失の病[初版第3刷]』、中央法規出版.
- 湯原悦子 (2010) 「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討—日本における介護者支援のために」、『日本福祉大学社会福祉学部』、122、pp.41-52.

Z

- 全国キャラバン・メイト連絡協議会編 (2009) 『認知症サポーター養成講座標準教材；認知症を学ぶ地域で支えよう』、全国キャラバン・メイト連絡協議会.
- Zarit, S. H., Reeves, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980) "Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden". 'Gerontologist', 20, pp.649-655.

【ホームページ】

ICD10 (2003) 「国際疾病分類第10版 (2003年改訂)、第5章精神及び行動の障害」

<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/icd10/F00-F99.html> 2012.2.2

厚生労働省 (2003) 「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」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html> 2012.1.21

厚生労働省 (2006a) 「今後の高齢化の進展 ～2025年の超高齢社会像～」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> 2012.12.20

厚生労働省 (2006b) 「後期高齢者医療における認知症をめぐる課題」東京都老人総合研究

所、本問 昭 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1025-5d.pdf> 2012.12.20
厚生労働省 (2007a) 「介護保険事業状況報告の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom07/dl/0704.pdf> 2012.12.20
厚生労働省 (2007b) 「痴呆性高齢者の現状と推計」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/sl222-4d28.html> 2012.12.23
厚生労働省 (2007c) 平成 19 年国民生活基礎調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/1-1.html> 2012.12.23
厚生労働省 (2008a) 「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～」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0716-5d.pdf> 2012.12.23
厚生労働省 (2008b) 「平成 20 年版厚生労働白書」
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/08/index.html> 2012.12.25
厚生労働省 (2009a) 「認知症予防・支援マニュアル (改訂版)」
http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1h_0001.pdf 2012.12.25
厚生労働省 (2009b) 「資料 7-1 認知症と軽度認知機能障害について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-siryu7-1.pdf> 2012.12.26
厚生労働省 (2010a) 「認知症高齢者の現状」 2015.2.3
http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kaiken_shiryu/2013/dl/130607-01.pdf
厚生労働省 (2010b) 「介護保険制度の見直しに関する意見—課題と方向性—」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uszcz-att/2r9852000000z4nr.pdf>
2015.2.3
厚生労働省 (2010c) 「介護保険制度の見直しに関する意見」 2015.2.3
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xkzs-att/2r9852000000xl19.pdf>
厚生労働省 (2011a) 「平成 23 年版厚生労働白書」
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/> 2014.11.21
厚生労働省 (2011b) 「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/> 2014.11.21
厚生労働省 (2012) 「平成 24 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai12/index.html> 2014.11.21
厚生労働省 (2013a) 「老健局重点事項説明資料—認知症施策について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-05p.pdf> 2015.1.21
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-06p.pdf> 2015.1.21
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-07p.pdf> 2015.1.21
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000035rce-att/2r985200000035rfx.pdf>
2015.1.21
厚生労働省 (2013b) 「認知症施策関係」 2015.1.21
http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146269&name=2r985200000033t9f_1.pdf
厚生労働省 (2013c) 「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/index.html> 2015.1.29

【資料編】

資料の目次

資料1 家族介護者の量的研究1	(304)
1. 調査1の調査票	
2. 調査1の結果	
3. 調査1の単純集計結果	
資料2 家族介護者の量的研究2	(333)
1. 調査2の調査票	
2. 調査2の結果	
3. 調査2の単純集計結果	
資料3 専門職の量的研究	(366)
1. 調査票	
2. 調査結果	
3. 単純集計結果	
資料4 質的研究の結果	(388)
1. 家族介護者の結果	
2. 専門職の結果	

【資料1】 家族介護者の量的研究 1

1. 調査1の 調査票

あなたについて					
問 1. あなたの性別はどちらですか？					
1. 女性	2. 男性				
問 2. あなたはおいくつですか？					
【該当する元号に○をつけ、□に数字をお書きください】					
大正 ・ 昭和 ・ 平成	□ 年生まれ □ 歳				
問 3-1. あなたは現在、仕事に従事していますか？している方は、どのような仕事ですか？					
【○は一つだけ】					
1. 自営業	2. 会社員	3. 無職（専業主婦を除く）	4. 無職（専業主婦）		
5. その他()					
3-2. 仕事をしている人は、①一日もしくは②一週間の仕事の時間はどのくらいですか？					
【数字をお書き下さい】					
① 日	時間	② 週間	時間		
問 4-1. あなたの介護年月数はどのくらいですか？【数字をお書き下さい】					
□ 年		□ 月			
4-2. 一日平均介護時間はどのくらいですか？【数字をお書き下さい】					
□ 時間					
介護を受けている方について					
問 5. <u>現在</u> 、あなたに介護を受けている方は、何人いますか？【数字をお書き下さい】					
□ 人					
* <u>すでに介護を終えた方は、問 24 に進んでください。</u>					
【以下は、あなたが現在最も重点的に介護をしている方についてお答えてください】					
問 6. 介護を受けている方の性別はどちらですか？					
1. 女性	2. 男性				
問 7. 介護を受けている方はおいくつですか？					
【該当する元号に○をつけ、□に数字をお書きください】					
明治 ・ 大正 ・ 昭和	□ 年生まれ	□ 歳			
問 8. 介護を受けている方はあなたからみて、どなたですか？【○は一つだけ】					
1. 実父	2. 実母	3. 夫	4. 妻	5. 夫の父	6. 夫の母
7. 妻の父	8. 妻の母	9. 祖父	10. 祖母	11. その他 ()	

問 9. 介護を受けている方の介護認定度は次のうちどちらですか？【○は一つだけ】

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 8. 認定は受けていない

問 10. あなたは介護を受けている方に対し、次のうちどの段階に該当していると思いますか？【○はいくつでも】

1	介護を始める前と変わっていない
2	異常な言動にとまどい、否定しようとしたり、他の家族に打ち明けられずに悩んだりしている
3	認知症への理解の不十分さからどう対応してよいか分からず混乱し、ささいなことに腹を立てたり叱ったりする。また、精神的・身体的に疲労困憊、拒絶感・絶望感に陥りもっともつらい
4	怒ったり、イライラしたりしても何もメリットはないと思いはじめ、割り切るようになっていく
5	認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理を介護者自身が考えなくてもわかるまでになって、認知症がある人の家族としてあるがまま受け入れられるようになっていく

家族の構成について

問 11. あなたの家族の構成は次のうちどれですか？【○は一つだけ】

1. 夫婦 2. 親と子 3. 親と子夫婦 4. 3・4世代 5. その他 ()

問 12-1. 介護を受けている方との居住形態は次のうちどれですか？【○は一つだけ】

1. 同居 2. 別居

12-2. 別居と答えた人は、どのくらいの距離に住んでいますか？【○は一つだけ】

1. 徒歩又は自転車 15 分以内 2. 徒歩又は自転車 30 分以内 3. 車等で 30 分以内
4. 車等で 1 時間以内 5. 車等で 1 時間以上 6. その他 ()

問 13. 介護のために転居したことがありますか？【○は一つだけ】

1. 転居したことがない 2. 一人で転居 3. 家族と一緒に転居
4. 介護を受けている方が転居 5. その他 ()

サービス利用について

問 14-1. 利用しているサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス (デイケア) 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. 利用していない
7. その他 ()

14-2. 1、2、3 に○をつけたサービスは一週間に何時間くらい利用していますか？

【数字をお書き下さい】

一週間 時間

14-3. 4 に○をつけたサービスは一年に何日くらい利用していますか？

【数字をお書き下さい】

日

問 15. サービスの利用はどちらの希望で利用し始めましたか？【○はいくつでも】

1. 介護受けている方の希望 2. あなたの希望
3. あなた以外の家族の希望 4. その他（ ）

問 16. はじめに利用したサービスは誰の紹介でしたか？【○はいくつでも】

1. あなた以外の家族 2. 友人・同僚 3. 知人・近隣 4. 地域包括センター
4. 社協 5. 行政 6. その他（ ）

問 17. サービスの利用を始めた時期は次のいつくらいですか？【○はいくつでも】

1	異常な言動にとまどい、否定しようとしたり、他の家族にうち明けられずに悩んだりしていた時期	<u>17-1 の間</u> にお進みください
2	認知症への理解の不十分さからどう対応してよいか分からず混乱し、ささいなことに腹を立てたり叱ったりする。また、精神的・身体的に疲労困憊、拒絶感・絶望感に陥りもつらかった時期	<u>17-2 の間</u> にお進みください
3	怒ったり、イライラしたりしても何もメリットはないと思いはじめ、割り切るようになった時期	<u>17-3 の間</u> にお進みください
4	認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理を介護者自身が考えなくてもわかるまでになって、認知症がある人の家族としてあるがまま受け入れられるようになった時期	<u>17-4 の間</u> にお進みください

17-1. 問 17 の 1 に○をつけた方にお聞きします。

17-1-1. この時期は介護を始めてからどのくらいですか？【数字をお書き下さい】

年	月
---	---

17-1-2. この時期に利用し始めたサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-1-3. 利用して効果的だったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-1-4. どのような点が効果的でしたか？【効果的な点についてご記入ください】

--

17-1-5. 利用してあまり役に立たなかったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-1-6. 役に立たなかった理由はなぜですか？【理由をご記入ください】

--

17-2. **問17の2**に○をつけた方にお聞きします。

17-2-1. この時期は介護を始めてからどのくらいですか？【数字をお書き下さい】

年	月
---	---

17-2-2. この時期に利用し始めたサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-2-3. 利用して効果的だったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-2-4. どのような点が効果的でしたか？【効果的な点についてご記入ください】

17-2-5. 利用してあまり役に立たなかったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-2-6. 役に立たなかった理由はなぜですか？【理由をご記入ください】

17-3. **問17の3**に○をつけた方にお聞きします。

17-3-1. この時期は介護を始めてからどのくらいですか？【数字をお書き下さい】

年	月
---	---

17-3-2. この時期に利用し始めたサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-3-3. 利用して効果的だったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-3-4. どのような点が効果的でしたか？【効果的な点についてご記入ください】

17-3-5. 利用してあまり役に立たなかったサービスはどれですか？【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス（デイケア） 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. グループホーム 6. その他（ ）

17-3-6. 役に立たなかった理由はなぜですか？【理由をご記入ください】

問 22. 認知症になる前、あなたと介護を受けている方との関係はどうでしたか？

【○はいくつでも】

1. 喜び、悲しみなどの感情を共有していた	1. 相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいた
2. 欠点も含めて、お互い受け入れ、許していた	2. 互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察していた
3. お互いの欠点を率直に言えた	3. いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれた
4. 心がつながっていた	4. 相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだった
5. 尊敬していた	5. 相手に頼りにされたい
6. 多くの時間を共有していた	6. 相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った
7. 互いに刺激しあって、人間性を高め合っていた	7. 相手の敵は私の敵のような気がした
	8. 私が何をしても、相手は最後にはわかってくれていた
	9. 私は相手の考えていることがだいたい分かっていた
	10. 相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとした
	11. 相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとした

問 23. 現在、あなたと介護を受けている方との関係はどうですか？ 【○はいくつでも】

1. 喜び、悲しみなどの感情を共有している	1. 相手が落ち込んでいると、私も落ち込む
2. 欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	2. 互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している
3. お互いの欠点を率直に言える	3. いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる
4. 心がつながっている	4. 相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだ
5. 尊敬している	5. 相手に頼りにされたい
6. 多くの時間を共有している	6. 相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う
7. 互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	7. 相手の敵は私の敵のような気がする
	8. 私が何をしても、相手は最後にはわかってくれる
	9. 私は相手の考えていることがだいたいわかる
	10. 相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする
	11. 相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする

問 24. 介護をしている家族のためにどのような支援が、どのような時期にあれば良いかあなたの意見を聴かせて下さい。【意見をお書き下さい】

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

以上で質問は終わりです。

お忙しいところご協力いただき、誠にありがとうございました。

2. 調査1の結果

(1) サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

1) 認知症高齢者及び家族介護者の状況

<調査1>における家族介護者の属性は、女性 95 (79.8%) 人、男性 24 (20.2%) 人、平均年齢は 60.15 (SD12.03) 歳で、平均介護年数は 7.11 (SD5.12) 年、一日平均介護時間は 8.87 (SD7.72) 時間であった。居住形態は同居 72 (59.5%) 人、別居 49 (40.5%) 人という回答で、家族構成は夫婦のみの世帯(40.5%)、親と子の世帯(34.7%)、3・4世代(10.7%)、その他(8.3%)、親と子夫婦(5.8%)の順であった。被介護者の属性は、女性 83 (69.7%) 人、男性 36 (30.3%) 人で、平均年齢は 81.30 (SD8.45) 歳であった。要介護度は要介護 5 (29.7%)、要介護 3 (20.3%)、要介護 4 (16.1%)、要介護 2 (12.7%)、要介護 1 (8.5%)、未認定 (5.9%)、要支援 1 (3.4%)・要支援 2 (3.4%) の順であった。被介護者の続柄は実の親 68 (57.1%) 人、配偶者 37 (31.1%) 人、配偶者の親 11 (9.2%) 人、その他 2 (1.7%) 人、祖父母 1 (0.8%) 人の順に回答が多い結果であった(表 3-1-1-1)。

表 3-1-1-1 <調査1>対象者の基本属性・・・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.154)

2) 家族介護者のサービス利用状況

① 現在の利用サービス

<調査1>における被介護者の続柄と現在の利用サービスは、回答率が最も多かった「実の親」をはじめ、全ての続柄において通所介護の利用率が高く、その他、訪問介護、短期入所介護の順に高い結果であった。被介護者の続柄との有意は認められなかった。被介護者の要介護度と現在の利用サービスにおいても、通所介護の利用率が高く、その他、訪問介護、短期入所介護の順に高い結果であった。しかし、要介護度の回答率が高かった「要介護5」はその他の利用率が多く、短期入所介護、訪問介護、訪問看護、通所介護の順に要介護度全体と異なる結果で、その他のサービスは、グループホームや訪問入浴、訪問診療等であった。被介護者の要介護度との有意は、通所介護 ($\chi^2=24.579$ (7) $p<.001$)、短期入所介護 ($\chi^2=18.932$ (7) $p<.01$)、その他 ($\chi^2=19.791$ (7) $p<.01$)、未認定 ($\chi^2=75.799$ (7) $p<.001$) に有意が認められた(表 3-1-1-3)。

表 3-1-1-3 <調査1>被介護者の続柄及び要介護度と現在サービス利用状況の χ^2 検定
・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.156)

② 訪問・通所型介護の1週間平均利用時間

<調査1>における被介護者の続柄と訪問・通所型介護の1週間平均利用時間は、24時間～48時間未満の利用が多く、12～24時間未満、12時間未満、48時間以上の順に利用している結果であった。被介護者の続柄との有意は認められなかった。被介護者の要介護度と訪問・通所型介護の1週間平均利用時間においても、24～48時間未満の利用が多く、12

～24 時間未満、12 時間未満、48 時間以上の順に利用している結果であった。しかし、要介護度の回答率が高かった「要介護 5」は 12～24 時間未満の利用率が多く、12 時間未満、24～48 時間未満の順に全体の結果と異なっていた。被介護者の要介護度との有意は認められなかった（表 3-1-1-5）。

表 3-1-1-5 <調査 1>被介護者の続柄及び要介護度と訪問・通所型介護の 1 週間平均利用時間の χ^2 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.157）

③ 短期入所介護の 1 年間平均利用日数

<調査 1>における被介護者の続柄と短期入所介護の 1 年間平均利用日数（時間）は、1 日～2 日の利用が高い結果で、次に 3 日～4 日、5 日～7 日、8 日以上、未利用の順であった。被介護者の続柄との有意は認められなかった。被介護者の要介護度と短期入所介護の 1 年間平均利用日数（時間）においても、1 日～2 日の利用が多く、3 日～4 日、5 日～7 日、8 日以上、未利用の順に利用率が高い結果であった。要介護度の回答率が高かった「要介護 5」でも 1 日～2 日の利用が高い結果で、被介護者の要介護度との有意は認められなかった（表 3-1-1-7）。

表 3-1-1-7 <調査 1>被介護者の続柄及び要介護度と短期入所介護の 1 年間平均利用日数（時間）の χ^2 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.158）

3) 家族介護者の心理的変容とその時期

① 家族介護者の心理的変容

<調査 1>における認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容について心理的ステップを切り口にみると、初期の心理的ステップは、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」の回答率が高く、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」、心理的第 3 ステップ「割り切り」、心理的第 4 ステップ「受容」の順に高い結果であった。しかし、現在の心理的ステップは、心理的第 4 ステップ「受容」が最も高く、次に心理的第 3 ステップ「割り切り」、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」の順であった。心理的ステップの有意は、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」（ $t=5.76$, $p<.001$ ）、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」（ $t=6.22$, $p<.001$ ）、心理的第 3 ステップ「割り切り」（ $t=2.68$, $p<.01$ ）、心理的第 4 ステップ「受容」（ $t=7.15$, $p<.001$ ）の全ての心理的ステップに有意が認められた（図 3-1-1-1、表 3-1-1-9）。

図 3-1-1-1 <調査 1>家族介護者の心理的変容・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.160）

表 3-1-1-9 <調査 1>家族介護者の初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの対応のある t 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.160）

③ 心理的変容の時期

<調査 1>における認知症高齢者を支える家族介護者の介護を始めてから各心理的ステップになった時期をみると、心理的ステップの回答率が最も高かった心理的第 2 ステップ

「混乱・怒り・拒絶」は1年～2年未満の回答が多く、次に心理的第1ステップ「戸惑い・否定」は1年～2年未満及び3年～5年未満の回答が多い結果で、心理的第3ステップ「割り切り」は3年～5年未満、心理的第4ステップ「受容」は5年～10年未満であった。心理的ステップになった時期の有意は、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」($\chi^2=18.571$ 、 $p<.01$)、心理的第4ステップ「受容」($\chi^2=19.333$ 、 $p<.01$)に有意が認められた(表3-1-1-11)。

表 3-1-1-11 <調査 1>介護を始めてから各心理的ステップになった時期と心理的ステップの χ^2 検定・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.161)

4) 家族介護者の心理的変容と利用サービスの内容

① 心理的変容と利用サービスの内容

<調査 1>の認知症高齢者を支える家族介護者の初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスをみると、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護>訪問看護>その他]の順で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>その他>訪問看護]の順であった。心理的第3ステップ「割り切り」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護>その他>訪問看護]の順で、心理的第4ステップ「受容」では、[通所介護>訪問介護>訪問看護>短期入所介護>その他]の順で、全ての心理的ステップに通所介護の利用率が高い結果であった。

初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスに対する有意は、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、訪問看護($\chi^2=8.53$ 、 $p<.01$)、短期入所介護($\chi^2=6.53$ 、 $p<.05$)、その他($\chi^2=10.80$ 、 $p<.001$)に有意が認められた。心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問介護($\chi^2=5.23$ 、 $p<.05$)、通所介護($\chi^2=8.39$ 、 $p<.01$)に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、通所介護($\chi^2=7.20$ 、 $p<.01$)、短期入所介護($\chi^2=5.00$ 、 $p<.05$)、その他($\chi^2=9.80$ 、 $p<.01$)に有意が認められ、心理的第4ステップ「受容」では有意が認められなかった。

また、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスにおいても、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護=その他>訪問看護]の順で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>その他>訪問看護]の順であった。心理的第3ステップ「割り切り」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護>訪問看護=その他]の順で、心理的第4ステップ「受容」では、[通所介護>訪問介護>訪問看護>短期入所介護>その他]の順で、全ての心理的ステップに通所介護が効果のある結果であった。

初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスに対する有意関係をみると、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、通所介護($\chi^2=4.80$ 、 $p<.05$)、短期入所介護($\chi^2=8.53$ 、 $p<.01$)、その他($\chi^2=8.53$ 、 $p<.01$)に有意が認められた。心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問介護($\chi^2=4.33$ 、 $p<.05$)、通所介護($\chi^2=4.33$ 、 $p<.05$)に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、通所介護($\chi^2=8.91$ 、 $p<.01$)、短期入所介護($\chi^2=8.91$ 、 $p<.01$)に有意が認められて、心理的第4ステップ「受

容」では、その他 ($\chi^2=10.89$ 、 $p<.001$) に有意が認められた<表 3-1-1-13>。

表 3-1-1-13 <調査 1>初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があったサービスの χ^2 検定【複数回答】・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.163)

② 心理的変容と利用サービスの関係性

<調査 1>における現在の心理的ステップについて、すべての利用サービスのモデル χ^2 検定から有意が認められた心理的ステップは、心理的第4ステップ ($\chi^2=13.13$ 、 $p<.05$) で、全体の因果関係に有意が認められた。他の心理的ステップにおいてはモデル χ^2 検定による全体の因果関係に有意は認められなかったが、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップに影響している結果であった。

心理的ステップごとの Exp(B)による「オッズ比」から、強い影響力を示した利用サービスをみると、第1ステップは「利用なし」で、第2ステップは「通所介護」、第3ステップは「利用なし」、第4ステップは「その他」の利用サービスが心理的ステップに最も影響している結果であった(表 3-1-1-15)。

表 3-1-1-15 <調査 1>現在の心理的ステップと利用サービスのロジスティック回帰分析・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.165)

(2) 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係

1) 家族介護者の親密性

①家族介護者の親密性に関する意識

<調査 1>の認知症高齢者を支える家族介護者の親密性について、<そう思う>と<そう思わない>の回答率が高かった上位5つの項目をみると、介護前の親密性における<そう思う>は、「17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした」、「1.喜び、悲しみなど感情を共有していた」、「2.欠点も含めてお互い受け入れ許していた」、「16.私は相手の考えていることが大体わかっていた」、「6.多くの時間を共有していた」の順で、<そう思わない>は、「14.相手の敵は私の敵のような気がした」、「12.相手に頼りにされたい」、「8.相手が落ち込んでいると私も落ち込んでいた」、「7.お互いに刺激し合って人間性を高めていた」、「11.相手を喜ばせることは人生の目標の1つだった」の結果であった(表 1-1)。

現在の親密性における<そう思う>は、「17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする」、「6.多くの時間を共有している」、「11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだ」、「16.私は相手の考えていることがだいたいわかる」、「4.心がつながっている」の順で、<そう思わない>は、「18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする」、「10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる」、「3.お互いの欠点を率直に言える」、「7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っている」、「14.相手の敵は私の敵のような気がする」の順に高い結果であった(表 1-2)。

表 1-1 <調査 1>介護前の親密性に関する意識

	そう思う	そう思わない
1.喜び、悲しみなど感情を共有していた	55(47.0)	62(53.0)
2.欠点も含めてお互い受け入れ許していた	55(47.0)	62(53.0)
3.お互いの欠点を率直に言えた	29(24.8)	88(75.2)
4.心がつながっていた	47(40.2)	70(59.8)
5.尊敬していた	40(34.2)	77(65.8)
6.多くの時間を共有していた	50(42.7)	67(57.3)
7.お互いに刺激し合って人間性を高めていた	22(18.8)	95(81.2)
8.相手が落ち込んでいると私も落ち込んでいる	21(17.8)	97(82.2)
9.お互いに何も言わなくても気持ちを察していた	36(30.5)	82(69.5)
10.いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれた	29(24.6)	89(75.4)
11.相手を喜ばせることは人生の目標の1つだった	25(21.2)	93(78.8)
12.相手に頼りにされたい	18(15.3)	100(84.7)
13.相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	44(37.3)	74(62.7)
14.相手の敵は私の敵のような気がした	16(13.6)	102(86.4)
15.私が何をしても相手は最後にはわかってくれていた	36(30.5)	82(69.5)
16.私は相手の考えていることが大体わかっていた	52(44.1)	66(55.9)
17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした	56(47.5)	62(52.5)
18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとした	28(23.7)	90(76.3)

データは人数 (%) を表す

表 1-2 <調査 1>現在の親密性に関する意識

	そう思う	そう思わない
1.喜び、悲しみなどの感情を共有している	31(26.7)	85(73.3)
2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	30(25.9)	86(74.1)
3.お互いの欠点を率直に言える	7(6.0)	109(94.0)
4.心がつながっている	34(29.3)	82(70.7)
5.尊敬している	32(27.6)	84(72.4)
6.多くの時間を共有している	43(37.1)	73(62.9)
7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	9(7.8)	107(92.2)
8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込む	28(23.9)	89(76.1)
9.互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	20(17.1)	97(82.9)
10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	7(6.0)	110(94.0)
11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだ	39(33.3)	78(66.7)
12.相手に頼りにされたい	26(22.2)	91(77.8)
13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	22(18.8)	95(81.2)
14.相手の敵は私の敵のような気がする	13(11.1)	104(88.9)
15.私が何をしても、相手は最後にはわかってくれる	14(12.0)	103(88.0)
16.私は相手の考えていることがだいたいわかる	37(31.6)	80(68.4)
17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする	53(45.3)	64(54.7)
18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする	4(3.4)	113(96.6)

データは人数 (%) を表す

②家族介護者の親密性

<調査 1>における認知症高齢者を支える家族介護者の親密性についてみると、介護前の親密性は 14 項目の尺度項目が採択され、現在の親密性は 16 項目の尺度項目が採択された。

介護前の親密性について第1因子は9項目で構成されて、喜びや悲しみなど感情の共有する、心がつながるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「相互依存」因子と命名した。第2因子は2項目で構成されて、相手の敵が自分の敵のような気がする、相手が落ち込むと自分も落ち込むなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「情愛」因子と命名した。第3因子は3項目で構成されて、犠牲があっても自分の希望をかなえようとする、相手は私の幸せを願っているなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「理想化」因子と命名した。

現在の親密性について第1因子は5項目で構成されて、お互いの気持ちを分かってくれて、感情の共有や受け入れなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「理想化」因子と命名した。第2因子は7項目で構成されて、相手は自分を犠牲し、相手の敵を自分の敵のように感じたりなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「情愛」因子と命名した。第3因子は4項目で構成されて、相手の考えを分かち、積極的に助けるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「相互依存」因子と命名した。

Cronbach の α 係数による信頼性について、介護前の親密性の項目全体は「 $\alpha=.87$ 」で、現在の親密性の項目全体は「 $\alpha=.85$ 」に高い信頼性を示した。介護前の親密性から見いだされた第1~3因子ではそれぞれ「 $\alpha=.83$ 」、「 $\alpha=.69$ 」、「 $\alpha=.67$ 」で、現在の親密性から見いだされた第1~3因子ではそれぞれ「 $\alpha=.77$ 」、「 $\alpha=.73$ 」、「 $\alpha=.60$ 」に内的一貫性は有すると判断した（表 3-1-2-1）。

また、因子分析の結果からみいだされた下位尺度の因子間相互相関をみると、介護前の親密性と現在の親密性の全ての因子について有意な相関がみられた（表 3-1-2-2）。

表 3-1-2-1 <調査 1>介護前と現在の親密性に対する因子分析（最尤法、Varimax 回転）・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載（本文 p.169）

表 3-1-2-2 <調査 1>介護前と現在における親密性の因子間相互相関
・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載（本文 p.170）

③家族介護者の親密性に対する因子構造モデルの妥当性

<調査 1>の因子分析の結果から見いだされた3因子構造が妥当であるか確かめるために確認的因子分析を行ったところ、介護前の親密性について、適合度指標は $\chi^2=111.19$ 、 $df=74$ 、 $p<.01$ で、 $GFI=0.90$ 、 $AGFI=0.86$ 、 $CFI=0.92$ 、 $RMSEA=0.07$ 、 $AIC=173.19$ の結果であった。パス係数及び共分散はいずれも有意が認められた（図 3-1-2-1）。

現在の親密性について、適合度指標は $\chi^2=181.06$ 、 $df=101$ 、 $p<.001$ で、 $GFI=0.86$ 、 $AGFI=0.80$ 、 $CFI=0.84$ 、 $RMSEA=0.08$ 、 $AIC=251.06$ の結果であった。パス係数及び共分散はいずれも有意が認められた（図 3-1-2-2）。

図 3-1-2-1 <調査 1>介護前の親密性に対する因子構造モデル
・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載（本文 p.170）

図 3-1-2-2 <調査 1>現在の親密性に対する因子構造モデル
・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載（本文 p.171）

2) 家族介護者における親密性の変容

<調査 1>における家族介護者の親密性の変容を因子分析から見いだされた介護前の親密性と現在の親密性の下位尺度について対応のある *t* 検定を行ったところ、すべての親密性の下位尺度に変容が見られた。1 因子 (相互依存・理想化) は介護前の親密性より現在の親密性が低くなっているのに対し、2 因子 (情愛・情愛) と 3 因子 (理想化・相互依存) は介護前の親密性より現在の親密性が高くなっていた。有意関係をみると、「1 因子 (相互依存・理想化)」(*t*=8.53、*p*<.001)、「2 因子 (情愛・情愛)」(*t*=-7.28、*p*<.001) の 2 つの因子に有意が認められた (図 3-1-2-6、表 1-3)。

図 3-1-2-6 <調査 1>家族介護者の親密性の変容

・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載 (本文 p.178)

表 1-3 <調査 2>介護前と現在の親密性の変容に対する対応のある *t* 検定 n=116

	介護前の親密性		現在の親密性		<i>t</i> 値	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
1 因子 (相互依存・理想化)	13.51	12.36	4.09	6.13	8.53	***
2 因子 (情愛・情愛)	1.14	2.39	5.99	7.45	-7.28	***
3 因子 (理想化・相互依存)	3.52	4.30	4.26	4.84	-1.30	0.20

***. *p*<.001

3) 家族介護者の心理的変容と親密性の関係性

①家族介護者の心理的変容と親密性

<調査 1>の心理的変容と親密性についてロジスティック回帰分析を行った結果、モデル χ^2 検定に有意が認められて全体の因果関係が認められた心理的ステップは、心理的第 1 ステップ ($\chi^2=41.05$ 、*p*<.01)、心理的第 2 ステップ ($\chi^2=45.62$ 、*p*<.001)、心理的第 4 ステップ ($\chi^2=28.60$ 、*p*<.05) であった。

また、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップごとに強い影響力を示した親密性の項目は、心理的第 1 ステップの「多くの時間を共有する」、心理的第 2 ステップの「いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれる」、心理的第 3 ステップの「多くの時間を共有する」、心理的第 4 ステップの「お互いに何も言わなくても気持ちを察している」の項目が強い影響力を示した。

さらに、有意が認められた親密性の項目は、心理的第 2 ステップの「多くの時間を共有する (*p*<.001)」、心理的第 3 ステップの「お互いの欠点を率直に言える (*p*<.05)」、「多くの時間を共有する (*p*<.05)」、「相手を喜ばせることは人生の目標の 1 つだ (*p*<.05)」、心理的第 4 ステップの「多くの時間を共有する (*p*<.05)」、「相手を喜ばせることは人生の目標の 1 つだ (*p*<.001)」に有意が認められた (表 1-4)。

表 1-4 <調査 1>心理的ステップと親密性のロジスティック回帰分析

n=114

		心理的 第 1 ステップ°	心理的 第 2 ステップ°	心理的 第 3 ステップ°	心理的 第 4 ステップ°
1.喜び、悲しみなど感情を共有する	B	24.63	-17.49	-0.70	1.28
	Exp(B)	4988523 5080.69	0.00	0.50	3.61
2.欠点も含めてお互い受け入れ許してくれる	B	-186.36	-33.96	1.14	0.59
	Exp(B)	0.00	0.00	3.11	1.80
3.お互いの欠点を率直に言える	B	162.27	-15.65	-2.37*	0.49
	Exp(B)	2.96	0.00	0.09	1.64
4.心がつながっている	B	-3.84	-1.92	0.64	0.32
	Exp(B)	0.02	0.15	1.90	1.37
5.尊敬する	B	-11.76	-3.90	-0.25	1.05
	Exp(B)	0.00	0.02	0.78	2.87
6.多くの時間を共有する	B	36.11	4.00***	1.28*	-1.36*
	Exp(B)	48341348 59241600	54.87	3.59	0.26
7.お互いに刺激し合って人間性を高め合う	B	-35.55	26.03	0.54	-0.83
	Exp(B)	0.00	20163643 4260.98	1.71	0.44
8.相手が落ち込んでいると私も落ち込む	B	77.08	-1.18	0.28	-0.46
	Exp(B)	2.98	0.31	1.33	0.63
9.お互いに何も言わなくても気持ちを察している	B	77.85	-17.01	-1.72	1.37
	Exp(B)	6.45	0.00	0.18	3.93
10.いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれる	B	126.39	46.79	1.07	-0.92
	Exp(B)	7.78	20866927738 5468000000	2.91	0.40
11.相手を喜ばせることは人生の目標の1つだ	B	-75.68	-2.03	1.18*	-2.21***
	Exp(B)	0.00	0.13	3.25	0.11
12.相手に頼りにされたい	B	-23.98	1.27	-0.59	0.75
	Exp(B)	0.00	3.56	0.55	2.11
13.相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	B	-18.06	2.08	0.43	-0.34
	Exp(B)	0.00	8.02	1.54	0.71
14.相手の敵は私の敵のような気がする	B	-191.22	1.18	0.59	-0.05
	Exp(B)	0.00	3.27	1.81	0.95
15.私が何をしても相手は最後にはわかってくれる	B	64.43	0.90	-0.12	0.43
	Exp(B)	9.59	2.47	0.88	1.53
16.私は相手の考えていることが大体わかる	B	10.57	-0.50	0.77	0.03
	Exp(B)	38773.09	0.60	2.16	1.03
17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする	B	57.92	-1.93	-0.82	0.41
	Exp(B)	1.43	0.15	0.44	1.50
18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとする	B	117.65	38.35	-1.00	-0.45
	Exp(B)	1.24	451436884 36559500	0.37	0.64
定数	B	-126.27	-2.67	-1.07	0.45
	Exp(B)	0.00	0.07	0.34	1.58
-2 対数尤度		0.00	35.29	131.07	125.16
カイ 2 乗		41.05**	45.62***	24.11	28.60*

n は欠損値を除いた数、*.p<.05、**.p<.01、***.p<.001

②家族介護者の心理的変容と親密性

<調査 1>における家族介護者の心理的変容と親密性の因果関係について共分散構造分析によるパス解析を行ったところ、適合度指標は $\chi^2=65.32$ 、 $df=14$ 、 $p<.000$ で、GFI=0.88、AGFI=0.76、CFI=0.60、RMSEA=0.18、AIC=93.32 で、パス係数は親密性に有意が認められた(図 3-1-2-8)。

<調査 1>における家族介護者の心理的変容と親密性の下位因子について影響関係を検討するため重回帰分析を行ったところ、親密性の「理想化」と心理的変容の「心理的第 4 ステップ」の標準編回帰係数(β)のみに有意が認められた(表 3-1-2-7)。

図 3-1-2-8 <調査 1>家族介護者の親密性と心理的変容の因子構造モデル

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載(本文 p.180)

表 3-1-2-7 <調査 1>心理的ステップと親密性の重回帰分析

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載(本文 p.181)

(3) 自由記述から読みとる家族介護者の支援の時期及び内容

1) 自由記述に回答した家族介護者の概要

<調査 1>の家族介護者の概要は、女性 125 人(85.6%)、男性 21 人(14.4)で、平均年齢は 61.46 歳(SD11.37)で、平均介護年数は 7.05 年(SD5.20)であった(表 3-1-3-1)。

表 3-1-3-1 自由記述に回答した家族介護者の概要

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 3 に掲載(本文 p.183)

2) 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意識

<調査 1>における家族介護者の自由記述回答の分析の結果、《支援の内容》と《支援の時期》の 2 つのコアカテゴリーが導き出された。《支援の内容》には、【対象者側面】、【現実的側面】、【心理的側面】、【サービス側面】の 4 つのカテゴリーが導き出されて、《支援の時期》にも【心理的第 1 ステップ】、【心理的第 2 ステップ】、【心理的第 3 ステップ】、【心理的第 4 ステップ】の 4 つのカテゴリーが導き出された。

各カテゴリーについてサブカテゴリーの詳細を見ると、《支援の内容》の【対象者側面】は、〈認知症高齢者への適確な認定〉、〈家族介護者の介護終了後までの支え〉、〈認知症高齢者の残存機能の保護できる支え〉、〈認知症に関する教育〉、〈介護人材への教育〉、〈家族介護者の意識変換〉の 6 つで構成されて、【現実的側面】は、〈仕事の継続を支援〉、〈直接的な経済的支援〉、〈政策的改善〉、〈認知症への理解〉、〈認知症に関する情報〉の 5 つで構成された。【心理的側面】は、〈介護者への傾聴と相談のアプローチ〉、〈介護負担や介護問題になる前の精神的支援〉、〈認知症や介護に対する受容を促す働き掛け〉、〈専門職の支え〉、〈介護者のリフレッシュを支える〉、〈介護者同士の交流〉、〈終末期の支援〉の 7 つで構成されて、【サービス側面】は、〈入所サービスの改善・拡大〉、〈在宅サービスの改善・拡大〉、〈新たなサービスの実施〉、〈介護サービスの情報〉、〈介護職員の質の向上〉、〈医療と福祉の包括ケア〉、〈早期発見・支援サービス〉の 7 つで構成された。また、《支援の時期》の【心

【心理的第1ステップ】は、〈初期の状況に応じた支援〉、〈初期の適切な検査や受診〉、〈初期からの介護者同士の支え合い〉の3つで構成され、【心理的第2ステップ】は、〈困難・怒り・拒絶の時期の症状に対応できる支援〉、【心理的第3ステップ】は、〈割り切りできるための介護者への教育及び情報交換の場〉、【心理的第4ステップ】は、〈受容を支える〉に構成された（表3-1-3-2）。

さらに、概念の記録単位数を見ると、《支援の内容》の中で最も意見が述べられているカテゴリーは【サービス側面】が35.4%で、その中でも〈入所サービスの改善・拡大〉に対する意見が多く、次に【心理的側面】が24.8%で、その中でも〈介護者への傾聴と相談のアウトリーチ〉に対する意見が多い結果であった。次に【現実的側面】が19.5%で、その中でも〈政策的改善〉に対する意見が多い結果で、最後に【対象者側面】が7.0%で、その中でも〈認知症に関する教育〉に対する意見が多い結果であった。《支援の時期》の中で最も意見が述べられているカテゴリーは【心理的第1ステップ】が9.6%で、その中でも〈初期の状況に応じた支援〉に対する意見が多い結果で、【心理的第2ステップ】、【心理的第3ステップ】、【心理的第4ステップ】のカテゴリーは、それぞれ1.7%、1.0%、1.0%の結果であった（表3-1-3-3）。

表3-1-3-2 <調査1>家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の3に掲載（本文 p.184）

表3-1-3-3 <調査1>家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の3に掲載（本文 p.186）

3. 調査1の単純集計結果

(1) 調査対象の概要

1) 介護者の概要

①介護者の性別	N	%	②介護者の年齢	N	%
女性	95	78.5	40歳未満	4	3.3
男性	24	19.8	40~64歳	76	62.8
合計	119	98.3	65~74歳	20	16.5
無回答	2	1.7	75歳以上	18	14.9
合計	121	100	合計	118	97.5
③ 事の有無	N	%	無回答	3	2.5
自営業	13	10.7	合計	121	100
会社員	16	13.2	平均年齢±SD 60.15±12.03		
無職（専業主婦を除く）	21	17.4	④介護年数	N	%
無職（専業主婦）	42	34.7	1年未満	4	3.3
その他	26	21.5	1~3年未満	15	12.4
合計	118	97.5	3~5年未満	19	15.7
無回答	3	2.5	5~10年未満	40	33.1
合計	121	100	10年以上	29	24
④ 日平均介護時間	N	%	合計	107	88.4
6時間未満	42	34.7	無回答	14	11.6
6~12時間未満	16	13.2	合計	121	100
12~18時間未満	12	9.9	平均介護年数±SD 7.11±5.12		
18~24時間以下	12	9.9	⑥現在の介護人数	N	%
合計	82	67.8	1人	102	84.3
無回答	39	32.2	2人	9	7.4
合計	121	100	3人	2	1.7
平均介護時間±SD 8.87±7.72			合計	113	93.4
			無回答	8	6.6
			合計	121	100

2) 被介護者の概要

①被介護者の性別	N	%	②被介護者の年齢	N	%
女性	83	68.6	65歳未満	3	2.5
男性	36	29.8	65~74歳	18	14.9
合計	119	98.3	75歳以上	97	80.2
無回答	2	1.7	合計	118	97.5
合計	121	100	無回答	3	2.5
③ 介護者の続柄	N	%	合計	121	100
実の親	68	56.2	平均年齢±SD 81.30±8.45		
配偶者	37	30.6	④被介護者の要介護度	N	%
配偶者の親	11	9.1	要支援1	4	3.3
祖父母	1	0.8	要支援2	4	3.3
その他	2	1.7	要介護1	10	8.3
合計	119	98.3	要介護2	15	12.4
無回答	2	1.7	要介護3	24	19.8

合計	121	100	要介護 4	19	15.7
			要介護 5	35	28.9
			未認定	7	5.8
			合計	118	97.5
			無回答	3	2.5
			合計	121	100

3) 家族状況

①家族構成	N	%	③介護のための転居状況	N	%
夫婦	49	40.5	転居したことがない	84	69.4
親と子	42	34.7	一人で転居	7	5.8
親と子夫婦	7	5.8	家族と一緒に転居	6	5
3・4世代	13	10.7	被介護者が転居	14	11.6
その他	10	8.3	その他	7	5.8
合計	121	100	合計	118	97.5
②同居の有無	N	%	無回答	3	2.5
同居	72	59.5	合計	121	100
別居	49	40.5			
合計	121	100			

(2) サービスの利用状況

1) 現在の利用サービス

①訪問介護	N	%	②通所介護	N	%
無	78	64.5	無	62	51.2
有	42	34.7	有	58	47.9
合計	120	99.2	合計	120	99.2
無回答	1	0.8	無回答	1	0.8
合計	121	100	合計	121	100
④ 問看護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	95	78.5	無	82	67.8
有	25	20.7	有	38	31.4
合計	120	99.2	合計	120	99.2
無回答	1	0.8	無回答	1	0.8
合計	121	100	合計	121	100
⑤ の他サービス	N	%	⑥未利用	N	%
無	71	58.7	無	103	85.1
有	48	39.7	有	17	14
合計	119	98.3	合計	120	99.2
無回答	2	1.7	無回答	1	0.8
合計	121	100	合計	121	100
⑦訪問・通所型 1 週間 平均利用時間	N	%	⑧短期入所介護 1 年間平 均利用日数 (時間)	N	%
未利用	1	0.8	未利用	1	0.8
12 時間未満	19	15.7	1 日~2 日	17	14
12~24 時間未満	25	20.7	3 日~4 日	13	10.7
24~48 時間未満	28	23.1	5 日~7 日	9	7.4
48 時間以上	2	1.7	8 日以上	2	1.7

合計	75	62	合計	42	34.7
無回答	46	38	無回答	79	65.3
合計	121	100	合計	121	100
平均時間±SD	19.86±13.34		平均時間±SD	2.9日(69.19時間)±57.06	

2) サービス利用の希望

①被介護者の希望	N	%	②介護者の希望	N	%
無	92	76	無	11	9.1
有	7	5.8	有	88	72.7
合計	99	81.8	合計	99	81.8
無回答	22	18.2	無回答	22	18.2
合計	121	100	合計	121	100
③の家族の希望	N	%	④その他	N	%
無	77	63.6	無	87	71.9
有	22	18.2	有	12	9.9
合計	99	81.8	合計	99	81.8
無回答	22	18.2	無回答	22	18.2
合計	121	100	合計	121	100

3) 利用サービスの紹介経路

①他の家族の紹介	N	%	②友人・同僚	N	%
無	90	74.4	無	95	78.5
有	12	9.9	有	7	5.8
合計	102	84.3	合計	102	84.3
無回答	19	15.7	無回答	19	15.7
合計	121	100	合計	121	100
④人・近隣	N	%	④地域包括支援センター	N	%
無	92	76	無	67	55.4
有	10	8.3	有	35	28.9
合計	102	84.3	合計	102	84.3
無回答	19	15.7	無回答	19	15.7
合計	121	100	合計	121	100
⑤会福祉協議会	N	%	⑥行政	N	%
無	99	81.8	無	79	65.3
有	3	2.5	有	23	19
合計	102	84.3	合計	102	84.3
無回答	19	15.7	無回答	19	15.7
合計	121	100	合計	121	100
⑥その他	N	%			
無	67	55.4			
有	35	28.9			
合計	102	84.3			
無回答	19	15.7			
合計	121	100			

4) サービスを利用しない理由の記述回答

サービスを利用しない理由の記述回答	N	%
有	13	10.7
無回答	108	89.3
合計	121	100

(3) 心理的変容 (心理的ステップ)

1) 初期の心理的ステップ及び現在の心理的ステップ

初期の心理的ステップ			現在の心理的ステップ		
① 理的第1ステップ	N	%	①初期と変容なし	N	%
無	71	58.7	無	111	91.7
有	29	24	有	8	6.6
合計	100	82.6	合計	119	98.3
無回答	21	17.4	無回答	2	1.7
合計	121	100	合計	121	100
② 理的第2ステップ	N	%	②心理的第1ステップ	N	%
無	56	46.3	無	114	94.2
有	44	36.4	有	5	4.1
合計	100	82.6	合計	119	98.3
無回答	21	17.4	無回答	2	1.7
合計	121	100	合計	121	100
③ 理的第3ステップ	N	%	③心理的第2ステップ	N	%
無	77	63.6	無	106	87.6
有	23	19	有	13	10.7
合計	100	82.6	合計	119	98.3
無回答	21	17.4	無回答	2	1.7
合計	121	100	合計	121	100
④ 理的第4ステップ	N	%	④心理的第3ステップ	N	%
無	81	66.9	無	70	57.9
有	19	15.7	有	49	40.5
合計	100	82.6	合計	119	98.3
無回答	21	17.4	無回答	2	1.7
合計	121	100	合計	121	100
			⑤心理的第4ステップ	N	%
			無	48	39.7
			有	71	58.7
			合計	119	98.3
			無回答	2	1.7
			合計	121	100

2) 初期の心理的ステップになった時期

①心理的第1ステップ	N	%	②心理的第2ステップ	N	%
介護開始とともに	0	0	介護開始とともに	0	0
半年未満	4	3.3	半年未満	3	2.5
半年~1年未満	2	1.7	半年~1年未満	1	0.8
1年~2年未満	6	5	1年~2年未満	15	12.4

2年~3年未満	4	3.3	2年~3年未満	10	8.3
3年~5年未満	6	5	3年~5年未満	8	6.6
5年~10年未満	2	1.7	5年~10年未満	5	4.1
10年以上	2	1.7	10年以上	0	0
合計	26	21.5	合計	42	34.7
無回答	95	78.5	無回答	79	65.3
合計	121	100	合計	121	100
③ 理的第3ステップ	N	%	④心理的第4ステップ	N	%
介護開始とともに	0	0	介護開始とともに	1	0.8
半年未満	2	1.7	半年未満	1	0.8
半年~1年未満	2	1.7	半年~1年未満	0	0
1年~2年未満	4	3.3	1年~2年未満	2	1.7
2年~3年未満	3	2.5	2年~3年未満	2	1.7
3年~5年未満	6	5	3年~5年未満	1	0.8
5年~10年未満	1	0.8	5年~10年未満	9	7.4
10年以上	0	0	10年以上	2	1.7
合計	18	14.9	合計	18	14.9
無回答	103	85.1	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100

3) 初期の各心理的ステップに利用し始めたサービス

心理的ステップ1に利用し始めたサービス			心理的ステップ2に利用し始めたサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	14	11.6	無	29	24
有	16	13.2	有	14	11.6
合計	30	24.8	合計	43	35.5
無回答	91	75.2	無回答	78	64.5
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	5	4.1	無	12	9.9
有	25	20.7	有	31	25.6
合計	30	24.8	合計	43	35.5
無回答	91	75.2	無回答	78	64.5
合計	121	100	合計	121	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	23	19	無	38	31.4
有	7	5.8	有	5	4.1
合計	30	24.8	合計	43	35.5
無回答	91	75.2	無回答	78	64.5
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	22	18.2	無	26	21.5
有	8	6.6	有	17	14
合計	30	24.8	合計	43	35.5
無回答	91	75.2	無回答	78	64.5
合計	121	100	合計	121	100
⑤ その他	N	%	⑤その他	N	%
無	24	19.8	無	35	28.9
有	6	5	有	8	6.6

合計	30	24.8	合計	43	35.5
無回答	91	75.2	無回答	78	64.5
合計	121	100	合計	121	100
心理的ステップ3に利用し始めたサービス			心理的ステップ4に利用し始めたサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	11	9.1	無	10	8.3
有	9	7.4	有	8	6.6
合計	20	16.5	合計	18	14.9
無回答	101	83.5	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	4	3.3	無	6	5
有	16	13.2	有	12	9.9
合計	20	16.5	合計	18	14.9
無回答	101	83.5	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	19	15.7	無	11	9.1
有	1	0.8	有	7	5.8
合計	20	16.5	合計	18	14.9
無回答	101	83.5	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	15	12.4	無	13	10.7
有	5	4.1	有	5	4.1
合計	20	16.5	合計	18	14.9
無回答	101	83.5	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
⑤ その他	N	%	⑤その他	N	%
無	17	14	無	17	14
有	3	2.5	有	1	0.8
合計	20	16.5	合計	18	14.9
無回答	101	83.5	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100

4) 初期の各心理的ステップで効果的だったサービス

心理的ステップ1に効果的だったサービス			心理的ステップ2に効果的だったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	19	15.7	無	26	21.5
有	11	9.1	有	13	10.7
合計	30	24.8	合計	39	32.2
無回答	91	75.2	無回答	82	67.8
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	9	7.4	無	13	10.7
有	21	17.4	有	26	21.5
合計	30	24.8	合計	39	32.2
無回答	91	75.2	無回答	82	67.8
合計	121	100	合計	121	100

③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	27	22.3	無	35	28.9
有	3	2.5	有	4	3.3
合計	30	24.8	合計	39	32.2
無回答	91	75.2	無回答	82	67.8
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	23	19	無	24	19.8
有	7	5.8	有	15	12.4
合計	30	24.8	合計	39	32.2
無回答	91	75.2	無回答	82	67.8
合計	121	100	合計	121	100
⑤ の他	N	%	⑤その他	N	%
無	23	19	無	33	27.3
有	7	5.8	有	6	5
合計	30	24.8	合計	39	32.2
無回答	91	75.2	無回答	82	67.8
合計	121	100	合計	121	100
心理的ステップ3に効果的だったサービス			心理的ステップ4に効果的だったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	14	11.6	無	10	8.3
有	8	6.6	有	8	6.6
合計	22	18.2	合計	18	14.9
無回答	99	81.8	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	4	3.3	無	7	5.8
有	18	14.9	有	11	9.1
合計	22	18.2	合計	18	14.9
無回答	99	81.8	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	20	16.5	無	11	9.1
有	2	1.7	有	7	5.8
合計	22	18.2	合計	18	14.9
無回答	99	81.8	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	18	14.9	無	12	9.9
有	4	3.3	有	6	5
合計	22	18.2	合計	18	14.9
無回答	99	81.8	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100
⑤ の他	N	%	⑤その他	N	%
無	20	16.5	無	16	13.2
有	2	1.7	有	2	1.7
合計	22	18.2	合計	18	14.9
無回答	99	81.8	無回答	103	85.1
合計	121	100	合計	121	100

5) 初期の各心理的ステップで役に立たなかったサービス

心理的ステップ1に役に立たなかったサービス			心理的ステップ2に役に立たなかったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	21	17.4	無	19	15.7
有	3	2.5	有	4	3.3
合計	24	19.8	合計	23	19
無回答	97	80.2	無回答	98	81
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	18	14.9	無	20	16.5
有	6	5	有	3	2.5
合計	24	19.8	合計	23	19
無回答	97	80.2	無回答	98	81
合計	121	100	合計	121	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	22	18.2	無	20	16.5
有	2	1.7	有	3	2.5
合計	24	19.8	合計	23	19
無回答	97	80.2	無回答	98	81
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	20	16.5	無	17	14
有	4	3.3	有	6	5
合計	24	19.8	合計	23	19
無回答	97	80.2	無回答	98	81
合計	121	100	合計	121	100
⑤ その他	N	%	⑤その他	N	%
無	22	18.2	無	23	19
有	2	1.7	有	0	0
合計	24	19.8	合計	23	19
無回答	97	80.2	無回答	98	81
合計	121	100	合計	121	100
心理的ステップ3に役に立たなかったサービス			心理的ステップ4に役に立たなかったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	9	7.4	無	4	3.3
有	2	1.7	有	1	0.8
合計	11	9.1	合計	5	4.1
無回答	110	90.9	無回答	116	95.9
合計	121	100	合計	121	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	10	8.3	無	5	4.1
有	1	0.8	有	0	0
合計	11	9.1	合計	5	4.1
無回答	110	90.9	無回答	116	95.9
合計	121	100	合計	121	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	11	9.1	無	5	4.1
有	0	0	有	0	0

合計	11	9.1	合計	5	4.1
無回答	110	90.9	無回答	116	95.9
合計	121	100	合計	121	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	8	6.6	無	5	4.1
有	3	2.5	有	0	0
合計	11	9.1	合計	5	4.1
無回答	110	90.9	無回答	116	95.9
合計	121	100	合計	121	100
⑤ その他	N	%	⑤その他	N	%
無	11	9.1	無	4	3.3
有	0	0	有	1	0.8
合計	11	9.1	合計	5	4.1
無回答	110	90.9	無回答	116	95.9
合計	121	100	合計	121	100

(4) その他

1) 介護者の健康状態

①健康	N	%	②精神的不安	N	%
無	61	50.4	無	83	68.6
有	56	46.3	有	34	28.1
合計	117	96.7	合計	117	96.7
無回答	4	3.3	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
④ 体的に不安	N	%	④治療中	N	%
無	85	70.2	無	85	70.2
有	32	26.4	有	32	26.4
合計	117	96.7	合計	117	96.7
無回答	4	3.3	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100

2) 介護不安や悩みの相談相手

①配偶者に相談	N	%	②親に相談	N	%
無	76	62.8	無	103	85.1
有	40	33.1	有	13	10.7
合計	116	95.9	合計	116	95.9
無回答	5	4.1	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
③ 理の母に相談	N	%	④兄弟に相談	N	%
無	112	92.6	無	64	52.9
有	4	3.3	有	52	43
合計	116	95.9	合計	116	95.9
無回答	5	4.1	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
④ 理の兄弟に相談	N	%	⑥子どもに相談	N	%
無	111	91.7	無	81	66.9

有	5	4.1	有	35	28.9
合計	116	95.9	合計	116	95.9
無回答	5	4.1	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑥ 子どもの配偶者に相談	N	%	⑧ その他の親戚に相談	N	%
無	106	87.6	無	107	88.4
有	10	8.3	有	9	7.4
合計	116	95.9	合計	116	95.9
無回答	5	4.1	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑨ 所の人に相談	N	%	⑩ 専門機関に相談	N	%
無	103	85.1	無	71	58.7
有	13	10.7	有	45	37.2
合計	116	95.9	合計	116	95.9
無回答	5	4.1	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑩ も話す人がいない	N	%			
無	111	91.7			
有	5	4.1			
合計	116	95.9			
無回答	5	4.1			
合計	121	100			

3) 介護後の介護者と被介護者の関係

二者間の関係	N	%
昔も今も良好	71	58.7
昔は良かったが今はうまくいっていない	12	9.9
昔も今もうまくいっていない	3	2.5
昔は悪かったが今は良好	24	19.8
合計	110	90.9
無回答	11	9.1
合計	121	100

(5) 家族介護者の親密性

初期			現在		
① 喜び、悲しみなど感情を共有していた	N	%	① 喜び、悲しみなどの感情を共有している	N	%
無	62	51.2	無	85	70.2
有	55	45.5	有	31	25.6
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
② 欠点も含めてお互い受け入れ許していた	N	%	② 欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	N	%
無	62	51.2	無	86	71.1
有	55	45.5	有	30	24.8
合計	117	96.7	合計	116	95.9

無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
③ 互いの欠点を率直に言えた	N	%	③お互いの欠点を率直に言える	N	%
無	88	72.7	無	109	90.1
有	29	24	有	7	5.8
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
④ がつながっていた	N	%	④心がつながっている	N	%
無	70	57.9	無	82	67.8
有	47	38.8	有	34	28.1
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑤ 敬していた	N	%	⑤尊敬している	N	%
無	77	63.6	無	84	69.4
有	40	33.1	有	32	26.4
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑥ くの時間を共有していた	N	%	⑥多くの時間を共有している	N	%
無	67	55.4	無	73	60.3
有	50	41.3	有	43	35.5
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑦お互いに刺激し合って人間性を高めていた	N	%	⑦互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	N	%
無	95	78.5	無	107	88.4
有	22	18.2	有	9	7.4
合計	117	96.7	合計	116	95.9
無回答	4	3.3	無回答	5	4.1
合計	121	100	合計	121	100
⑧相手が落ち込んでいると私も落ち込んでいた	N	%	⑧相手が落ち込んでいると、私も落ち込む	N	%
無	97	80.2	無	89	73.6
有	21	17.4	有	28	23.1
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑨お互いに何も言わなくても気持ちを察していた	N	%	⑨互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	N	%
無	82	67.8	無	97	80.2
有	36	29.8	有	20	16.5
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100

⑩いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれた	N	%	⑩いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	N	%
無	89	73.6	無	110	90.9
有	29	24	有	7	5.8
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑪相手を喜ばせることは人生の目標の1つだった	N	%	⑪相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだ	N	%
無	93	76.9	無	78	64.5
有	25	20.7	有	39	32.2
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑪手に頼りにされたい	N	%	⑫相手に頼りにされたい	N	%
無	100	82.6	無	91	75.2
有	18	14.9	有	26	21.5
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑬相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	N	%	⑬相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	N	%
無	74	61.2	無	95	78.5
有	44	36.4	有	22	18.2
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑭相手の敵は私の敵のような気がした	N	%	⑭相手の敵は私の敵のような気がする	N	%
無	102	84.3	無	104	86
有	16	13.2	有	13	10.7
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑮私が何をしても相手は最後にはわかってくれていた	N	%	⑮私が何をしても、相手は最後にはわかってくれる	N	%
無	82	67.8	無	103	85.1
有	36	29.8	有	14	11.6
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑯私は相手の考えていることが大体わかっていた	N	%	⑯私は相手の考えていることがだいたいわかる	N	%
無	66	54.5	無	80	66.1
有	52	43	有	37	30.6
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3

合計	121	100	合計	121	100
⑰相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした	N	%	⑰相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする	N	%
無	62	51.2	無	64	52.9
有	56	46.3	有	53	43.8
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100
⑱相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとした	N	%	⑱相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとする	N	%
無	90	74.4	無	113	93.4
有	28	23.1	有	4	3.3
合計	118	97.5	合計	117	96.7
無回答	3	2.5	無回答	4	3.3
合計	121	100	合計	121	100

(6) 支援の時期と内容の記述回答

家族のための支援と時期に対する意見と他の意見	N	%
無	16	13.2
有	105	86.8
合計	121	100

【資料2】 家族介護者の調査 2

1. 調査 2 の 調査票

あなたについて							
問 1. あなたの性別はどちらですか？							
1. 女性	2. 男性						
問 2. あなたはおいくつですか？							
【該当する元号に○をつけ、□に数字をお書きください】							
大正	昭和	平成	□	年	生まれ	□	歳
問 3-1. あなたは現在、仕事に従事していますか？している方は、どのような仕事ですか？							
【○は一つだけ】							
1. 自営業	2. 会社員	3. 無職（専業主婦を除く）	4. 無職（専業主婦）				
5. その他()						
3-2. 仕事をしている人は、①一日もしくは、②一週間の仕事の時間はどのくらいですか？							
【数字をお書き下さい】							
① 日 時間	② 週 時間						
3-3. 介護をするために仕事に変化がありましたか？							
<input type="text"/>							
問 4. あなたの①介護年月数と、②一日平均介護時間はどのくらいですか？							
【数字をお書き下さい】							
① 年 月	② 時間						
介護を受けている方について							
問 5. <u>現在</u> 、あなたが介護をしている方は、何人ですか？							
<input type="text"/> 人							
【以下の質問は、あなたが最も重点的に介護をしている方についてお答えください】							
問 6. 介護を受けている方の性別はどちらですか？							
1. 女性	2. 男性						
問 7. 介護を受けている方はおいくつですか？							
【該当する元号に○をつけ、□に数字をお書きください。】							
明治	大正	昭和	□	年	生まれ	□	歳
問 8. 介護を受けている方はあなたからみて、どなたですか？【○は一つだけ】							
1. 実父	2. 実母	3. 夫	4. 妻	5. 夫の父	6. 夫の母		

7. 妻の父 8. 妻の母 9. 祖父 10. 祖母 11. その他 ()

問9. 介護を受けている方の要介護度は次のうちどちらですか？【○は一つだけ】

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 8. 認定は受けていない

問10-1. 介護を受けている方は認知症の症状がありますか？【○は一つだけ】

1. 認知症の症状がある 2. 認知症の症状はない

問10-2. 介護を受けている方の認知症度はどのくらいですか？【○は一つだけ】

1. 軽度 2. 中度 3. 重度

家族の構成について

問11. あなたの家族の構成は次のうちどれですか？【○は一つだけ】

1. 夫婦 2. 親と子 3. 親と子夫婦 4. 3・4世代 5. その他 ()

問12-1. 介護を受けている方との居住形態は次のうちどれですか？【○は一つだけ】

1. 同居 2. 別居

問12-2. 別居と答えた人は、どのくらいの距離に住んでいますか？【○は一つだけ】

1. 徒歩又は自転車15分以内 2. 徒歩又は自転車30分以内 3. 車等で30分以内
4. 車等で1時間以内 5. 車等で1時間以上 7. その他 ()

問13. 介護のために転居したことがありますか？【○は一つだけ】

1. 転居したことがない 2. 一人で転居 3. 家族と一緒に転居
4. 介護を受けている方が転居 5. その他 ()

サービス利用について

問14-1. 利用しているサービスはどれですか？該当する番号に○をつけてください。

【○はいくつでも】

1. ホームヘルパー 2. デイサービス(デイケア) 3. 訪問看護
4. ショートステイ 5. 小規模多機能型居宅介護 6. 有料サービス(社協・民間)
7. その他 ()

問14-2. なぜそのサービスを利用しようと思ったのですか？

--

問14-3. 1、2、3のサービスに○をつけた方は一週間に何時間くらい利用していますか？

【数字をお書き下さい】

一週間	時間
-----	----

問14-4. 4のサービスに○をつけた方は一ヶ月に何日くらい利用していますか？

【数字をお書き下さい】

	日
--	---

問15. サービスの利用はどちらの希望で利用し始めましたか？【○はいくつでも】

1. 介護を受けている方の希望 2. あなたの希望

4. ショートステイ 5. 小規模多機能型居宅介護 6. その他 ()

18-4-4. どのような点が効果的でしたか？【効果的な点についてご記入ください】

問 19 今後の介護生活に対し、不安に思う事はありますか？あるとすればどのようなものですか？

あなたと介護を受けている方の関係について

問 20. 現在、あなたの健康状態はどうですか？【○はいくつでも】

- 1. 健康
- 2. 病床にはないが精神的に不安
- 3. 病床にはないが身体的に不安
- 4. 病気の治療を受けている

問 21. あなたは介護の不安や悩みについて誰と相談していますか？【○はいくつでも】

- 1. 配偶者
- 2. 親
- 3. 義理の親
- 4. きょうだい
- 5. 義理のきょうだい
- 6. 子ども
- 7. 子どもの配偶者
- 8. その他の親戚
- 9. 友人・同僚
- 10. 近所の人
- 11. ケアマネジャー
- 12. 家族の会
- 13. 誰も話す人がいない

問 22-1. 介護をする以前、あなたと介護を受けている方との関係はどうでしたか？

【○は一つだけ】

【回答基準】 1: とてもそう思う 2: そう思う 3: どちらでもない 4: そう思わない 5: まったくそう思わない	回 答
1. 喜び、悲しみなどの感情を共有していた	1—2—3—4—5
2. 欠点も含めて、お互い受け入れ、許していた	1—2—3—4—5
3. お互いの欠点を率直に言えた	1—2—3—4—5
4. 心がつながっていた	1—2—3—4—5
5. 尊敬していた	1—2—3—4—5
6. 多くの時間を共有していた	1—2—3—4—5
7. 互いに刺激しあって、人間性を高め合っていた	1—2—3—4—5
8. 相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいた	1—2—3—4—5
9. 互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察していた	1—2—3—4—5
10. いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれた	1—2—3—4—5
11. 相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだった	1—2—3—4—5
12. 相手に頼りにされたかった	1—2—3—4—5
13. 相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	1—2—3—4—5
14. 相手の敵は私の敵のような気がした	1—2—3—4—5
15. 私が何をしても、相手は最後にはわかってくれていた	1—2—3—4—5
16. 私は相手の考えていることがだいたい分かっていた	1—2—3—4—5
17. 相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした	1—2—3—4—5
18. 相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとした	1—2—3—4—5

問 22-2. 現在、あなたと介護を受けている方との関係はどうか？【○は一つだけ】

【回答基準】 1: とてもそう思う 2: そう思う 3: どちらでもない 4: そう思わない 5: まったくそう思わない	回 答
1. 喜び、悲しみなどの感情を共有している	1—2—3—4—5
2. 欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	1—2—3—4—5
3. お互いの欠点を率直に言える	1—2—3—4—5
4. 心がつながっている	1—2—3—4—5
5. 尊敬している	1—2—3—4—5
6. 多くの時間を共有している	1—2—3—4—5
7. 互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	1—2—3—4—5
8. 相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいる	1—2—3—4—5
9. 互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	1—2—3—4—5
10. いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	1—2—3—4—5
11. 相手を喜ばせることは、人生の目標の1つである	1—2—3—4—5
12. 相手に頼りにされたいと思う	1—2—3—4—5
13. 相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	1—2—3—4—5
14. 相手の敵は私の敵のような気がする	1—2—3—4—5
15. 私が何をしても、相手は最後にはわかってくれている	1—2—3—4—5
16. 私は相手の考えていることがだいたい分かっている	1—2—3—4—5
17. 相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする	1—2—3—4—5
18. 相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする	1—2—3—4—5

問 23. あなたは介護をするにあたって現在、どのようなお気持ちですか？【○は一つだけ】

【回答基準】 1: とてもそう思う 2: そう思う 3: どちらでもない 4: そう思わない 5: まったくそう思わない	回 答
1. 私は、自分のことを二の次にして、家族や高齢者の世話をやく	1—2—3—4—5
2. 私は、家族や高齢者の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	1—2—3—4—5
3. 私は、人に頼まれたり誘われたりしたときはっきりと断れない	1—2—3—4—5
4. 私は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	1—2—3—4—5
5. 私は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がる	1—2—3—4—5
6. 私は、ひとりになったとき、非常に寂しい気持ちになる	1—2—3—4—5
7. 私は、自分の本音を他人に知られるのを怖がる	1—2—3—4—5
8. 私は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていない	1—2—3—4—5
9. 私は、敗北者だと思ふ事がよくある	1—2—3—4—5
10. 他人は、私に失望していると感じることがある	1—2—3—4—5
11. 私は、人生において本当に何をしたいのか決めることができない	1—2—3—4—5
12. 私は、自分から進んで友達を作ることが少ない	1—2—3—4—5
13. 他人は、私のことを「物」のように扱うと感じることがある	1—2—3—4—5
14. 私は、世話焼きだと言われることがある	1—2—3—4—5
15. 私は、とても寂しいと感じることがある	1—2—3—4—5
16. 私は、いつも人の顔色をうかがっている	1—2—3—4—5
17. 私は、いつも生きにくさを感じる	1—2—3—4—5
18. 私は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になる	1—2—3—4—5

2. 調査2の結果

(1) サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

1) 認知症高齢者及び家族介護者の状況

<調査2>における家族介護者の属性は、女性 74 (72.5%) 人、男性 28 (27.5%) 人、平均年齢は 65.28 (SD12.59) 歳で、平均介護年数は 5.79 (SD5.31) 年、一日平均介護時間は 9.04 (SD7.31) 時間であった。居住形態は同居 92 (92.0%) 人、別居 8 (8.0%) 人という回答で、家族構成は夫婦のみの世帯 (40.4%)、親と子の世帯 (32.3%)、3・4 世代 (17.2)、親と子夫婦 (8.1%)、その他 (2.0%) の順であった。被介護者の属性は、女性 71 (70.3%) 人、男性 30 (29.7%) 人で、平均年齢 85.02 (SD7.12) 歳であった。要介護度は要介護 3 (26.0%)、要介護 1 (24.0%)、要介護 2 (21.0%)、要介護 4 (15.0%)、要介護 5 (12.0%)、要支援 1 (2.0%) の順に多く、認知症状の程度は中度 (52.1%)、軽度 (33.3%)、重度 (14.6%) の順であった。被介護者の続柄は実の親が 46 (46.0%) 人、配偶者 33 (33.0%) 人、配偶者の親 18 (18.0%)、その他 (2.0%)、祖父母 (1.0%) の順であった (表 3-1-1-2)。

表 3-1-1-2 <調査2>対象者の基本属性・・・第3章、第1節の1に掲載 (本文 p.155)

2) 家族介護者のサービス利用状況

① 現在の利用サービス

<調査2>における被介護者の続柄と現在の利用サービスは、回答率が最も多かった「実の親」をはじめ、全ての続柄において通所介護の利用率が高く、短期入所介護、訪問介護、訪問看護の順に高い結果であった。被介護者の続柄との有意は、短期入所介護 ($\chi^2 = 12.966$ (4) $p < .05$) に有意が認められた。被介護者の要介護度と現在の利用サービスにおいても、通所介護の利用率が高く、短期入所介護、訪問介護、訪問看護の順に高い結果であった。要介護度の回答率が高かった「要介護3」をはじめ全ての要介護度も通所介護の利用率が高い結果であった。被介護者の要介護度との有意は、訪問介護 ($\chi^2 = 11.426$ (5) $p < .05$)、訪問看護 ($\chi^2 = 25.771$ (5) $p < .05$)、短期入所介護 ($\chi^2 = 22.327$ (5) $p < .05$) に有意が認められた (表 3-1-1-4)。

表 3-1-1-4 <調査2>被介護者の続柄及び要介護度とサービス利用状況の χ^2 検定

・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載 (本文 p.156)

② 訪問・通所型介護の1週間平均利用時間

<調査2>における被介護者の続柄と訪問・通所型介護の1週間平均利用時間は、12～24時間未満の利用が多く、24～48時間未満、12時間未満、48時間以上の順に利用している結果であった。しかし、続柄の回答率が高かった「実の親」は24～48時間未満の利用率が多く、12～24時間未満、12時間未満の順であった。被介護者の続柄との有意は認められなかった。被介護者の要介護度と訪問・通所型介護の1週間平均利用時間においても、12

～24 時間未満の利用が多く、24～48 時間未満、12 時間未満、48 時間以上の順に利用している結果であった。しかし、要介護度の回答率が高かった「要介護 3」は 24 時間～48 時間未満の利用率が多く、12～24 時間未満、12 時間未満の順で、次に回答率が高かった「要介護 1」は 12～24 時間未満の利用が多く、12 時間未満、24～48 時間未満の順であった。被介護者の要介護度との有意は認められなかった（表 3-1-1-6）

表 3-1-1-6 <調査 2>被介護者の続柄及び要介護度と訪問・通所型介護 1 週間平均利用時間の χ^2 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.157）

③ 短期入所介護の 1 年間平均利用日数

<調査 2>における被介護者の続柄と短期入所介護の 1 ヶ月間平均利用日数（日）は、8 日以上の利用が高い結果で、次に 3 日～4 日・5 日～7 日、1 日～2 日の順であった。各続柄においても同様の結果であった。被介護者の続柄との有意は認められなかった。

被介護者の要介護度と短期入所介護の 1 ヶ月間平均利用日数（日）においても、8 日以上の利用が高く、3 日～4 日、5 日～7 日、1 日～2 日の順に利用が多い結果であった。要介護度の回答率が高かった「要介護 5」では 1 日～2 日の利用が高い結果で、被介護者の要介護度との有意は認められなかった（表 3-1-1-8）。

表 3-1-1-8 <調査 2>被介護者の続柄及び要介護度と短期入所介護 1 ヶ月間平均利用日数（日）の χ^2 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.159）

3) 家族介護者の心理的変容とその時期

① 族介護者の心理的変容

<調査 2>における家族介護者の心理的変容についてみると、初期の心理的ステップは心理的第 4 ステップ「受容」の回答率が高く、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第 3 ステップ「割り切り」の順であった。現在の心理的ステップにおいても心理的第 4 ステップ「受容」の回答率が最も高く、次に心理的第 3 ステップ「割り切り」、心理的第 2 ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」の順に高い結果であった。心理的ステップの有意は、心理的第 1 ステップ「戸惑い・否定」($t=4.36, p<.001$)、心理的第 3 ステップ「割り切り」($t=4.41, p<.001$)、心理的第 4 ステップ「受容」($t=2.80, p<.001$)に有意が認められた(図 3-1-1-2、表 3-1-1-10)。

図 3-1-1-2 <調査 2>家族介護者の心理的変容・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.160）

表 3-1-1-10 <調査 2>家族介護者の初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの対応のある t 検定・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 1 に掲載（本文 p.161）

③ 理的変容の時期

<調査 2>における認知症高齢者を支える家族介護者の介護を始めてから各心理的ステップになった時期をみると、心理的ステップの回答率が最も高かった心理的第 4 ステップ「受容」は 3 年～5 年未満及び 1 年～2 年未満の回答が多く、次に心理的第 2 ステップ「混

乱・怒り・拒絶」は1年～2年未満の回答が多い結果で、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」は1年～2年未満、回答が少なかった心理的第3ステップ「割り切り」は半年～1年未満であった。心理的ステップになった時期の有意は、認められなかった（表3-1-1-12）。

表 3-1-1-12 <調査 2>介護を始めてから各心理的ステップになった時期と心理的ステップの χ^2 検定・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載（本文 p.162）

4) 家族介護者の心理的変容と利用サービスの内容

① 心理的変容と利用サービスの内容

<調査 2>の認知症高齢者を支える家族介護者の初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスをみると、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護>訪問看護>その他]の順で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>その他]の順であった。心理的第3ステップ「割り切り」では、[通所介護>訪問介護>短期入所介護>訪問看護=その他]の順で、心理的第4ステップ「受容」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>訪問看護>その他]の順で、全ての心理的ステップに通所介護の利用率が高い結果であった。

初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスに対する有意は、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、訪問看護 ($\chi^2=8.53$, $p<.01$)、短期入所介護 ($\chi^2=6.53$, $p<.05$)、その他 ($\chi^2=10.80$, $p<.001$) に有意が認められた。心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問介護 ($\chi^2=5.23$, $p<.05$)、通所介護 ($\chi^2=8.39$, $p<.01$) に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、通所介護 ($\chi^2=7.20$, $p<.01$)、短期入所介護 ($\chi^2=5.00$, $p<.05$)、その他 ($\chi^2=9.80$, $p<.01$) に有意が認められ、心理的第4ステップ「受容」では有意が認められなかった。

また、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスにおいても、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、[通所介護>訪問介護=短期入所介護>訪問看護>その他]の順で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>訪問看護=その他]の順であった。心理的第3ステップ「割り切り」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護=その他]の順で、心理的第4ステップ「受容」では、[通所介護>短期入所介護>訪問介護>訪問看護>その他]の順で、全ての心理的ステップに通所介護が効果のある結果であった。

初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスに対する有意関係をみると、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、通所介護 ($\chi^2=4.80$, $p<.05$)、短期入所介護 ($\chi^2=8.53$, $p<.01$)、その他 ($\chi^2=8.53$, $p<.01$) に有意が認められた。心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問介護 ($\chi^2=4.33$, $p<.05$)、通所介護 ($\chi^2=4.33$, $p<.05$) に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、通所介護 ($\chi^2=8.91$, $p<.01$)、短期入所介護 ($\chi^2=8.91$, $p<.01$) に有意が認められて、心理的第4ステップ「受容」では、その他 ($\chi^2=10.89$, $p<.001$) に有意が認められた<表3-1-1-14>。

表 3-1-1-14 <調査 2>初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があった

② 心理的変容と利用サービスの関係性

<調査 2>における現在の心理的ステップについて、すべての利用サービスのモデル χ^2 検定から有意が認められた心理的ステップは、心理的第4ステップ($\chi^2=12.038$ 、 $p<.05$)で、全体の因果関係に有意が認められた。他の心理的ステップにおいてはモデル χ^2 検定による全体の因果関係に有意は認められなかったが、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップに影響している結果であった。

心理的ステップごとのExp(B)による「オッズ比」から強い影響力を示した利用サービスをみると、第1ステップは「その他」で、第2ステップは「訪問看護」、第3ステップ及び第4ステップは「訪問介護」の利用サービスが心理的ステップに最も影響している結果であった(表 3-1-1-16)。

表 3-1-1-16 <調査 2>現在の心理的ステップと利用サービスのロジスティック回帰分析・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の1に掲載(本文 p.165)

(2) 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係

1) 家族介護者の親密性

① 家族介護者の親密性に関する意識

<調査 2>の認知症高齢者を支える家族介護者の親密性について、<そう思う(＜とてもそう思う＞を含む)>と<そう思わない(＜全くそう思わない＞を含む)>の回答率が高かった上位5つの項目をみると、介護前の親密性における<そう思う(＜とてもそう思う＞を含む)>は、「17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした」、「2.欠点も含めてお互い受け入れ許していた」、「1.喜び、悲しみなど感情を共有していた」、「16.私は相手の考えていることが大体わかっていた」、「4.心がつながっていた」の順で、<そう思わない(＜全くそう思わない＞を含む)>は、「14.相手の敵は私の敵のような気がした」、「7.お互いに刺激し合って人間性を高めていた」、「8.相手が落ち込んでいると私も落ち込んでいた」、「10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれた」、「13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った」の結果であった(表 2-1)。

現在の親密性における<そう思う(＜とてもそう思う＞を含む)>は、「17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとした」、「6.多くの時間を共有している」、「16.私は相手の考えていることが大体わかっていた」、「11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つである」、「2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許している」の順で、<そう思わない(＜全くそう思わない＞を含む)>は、「10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれた」、「18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする」、「7.お互いに刺激し合って人間性を高めていた」、「14.相手の敵は私の敵のような気がした」、「15.私が何をしても、相手は最後にはわかってくれている」の結果であった(表 2-2)。

表 2-1 <調査 2>介護前の親密性に関する意識

	とても そう思う	そう 思う	どちらで もない	そう思 わない	全くそう 思わない
1.喜び、悲しみなどの感情を共有していた	15(15.8)	44(46.3)	22(23.2)	7(7.4)	7(7.4)
2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許していた	15(16.0)	44(46.8)	23(24.5)	7(7.4)	5(5.3)
3.お互いの欠点を率直に言えた	11(11.7)	37(39.4)	26(27.7)	7(7.4)	13(13.8)
4.心がつながっていた	17(18.1)	38(40.4)	24(25.5)	9(9.6)	6(6.4)
5.尊敬していた	12(12.9)	33(35.5)	32(34.4)	8(8.6)	8(8.6)
6.多くの時間を共有していた	9(9.8)	31(33.7)	27(29.3)	15(16.3)	10(10.9)
7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っていた	6(6.6)	18(19.8)	34(37.4)	22(24.2)	11(12.1)
8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいた	4(4.3)	23(25)	32(34.8)	22(23.9)	11(12.1)
9.互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察していた	11(12.0)	31(33.7)	29(31.5)	13(14.1)	8(8.7)
10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれた	9(9.8)	24(26.1)	29(31.5)	18(19.6)	12(13.0)
11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだった	10(10.9)	28(30.4)	31(33.7)	18(19.6)	5(5.4)
12.相手に頼りにされたかった	6(6.6)	23(25.3)	39(42.9)	18(19.8)	5(5.5)
13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	16(17.4)	21(22.8)	28(30.4)	18(19.6)	9(9.8)
14.相手の敵は私の敵のような気がした	3(3.3)	12(13.2)	36(39.6)	23(25.3)	17(18.7)
15.私が何をしても、相手は最後にはわかってくれていた	10(11.0)	25(27.5)	32(35.2)	17(18.7)	7(7.7)
16.私は相手の考えていることがだいたい分かっていた	9(9.9)	46(50.5)	29(31.9)	3(3.3)	4(4.4)
17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとした	14(15.2)	52(56.5)	22(23.9)	2(2.2)	2(2.2)
18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとした	15(16.3)	27(29.3)	28(30.4)	13(14.1)	9(9.8)

データは人数 (%) を表す

表 2-2 <調査 2>現在の親密性に関する意識

	とても そう思う	そう 思う	どちらで もない	そう思 わない	全くそう 思わない
1.喜び、悲しみなどの感情を共有している	10(10.9)	30(32.6)	29(31.5)	11(12.0)	12(13.0)
2.欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	8(8.7)	36(39.1)	28(30.4)	11(12.0)	9(9.8)
3.お互いの欠点を率直に言える	7(7.8)	23(25.6)	33(36.7)	12(13.3)	15(16.7)
4.心がつながっている	10(10.8)	27(29.0)	37(39.8)	10(10.8)	9(9.7)
5.尊敬している	7(7.8)	25(27.8)	32(35.6)	14(15.6)	12(13.3)
6.多くの時間を共有している	19(20.9)	33(36.3)	26(28.6)	9(9.9)	4(4.4)
7.互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	4(4.4)	15(16.7)	29(32.2)	24(26.7)	18(20.0)
8.相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいる	7(7.9)	26(29.2)	29(32.6)	15(16.9)	12(13.5)
9.互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	6(6.7)	23(25.6)	27(30.0)	19(21.1)	15(16.7)
10.いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	5(5.6)	10(11.1)	30(33.3)	26(28.9)	19(21.1)
11.相手を喜ばせることは、人生の目標の1つである	11(12.2)	33(36.7)	29(32.2)	10(11.1)	7(7.8)
12.相手に頼りにされたいと思う	10(11.2)	28(31.5)	30(33.7)	12(13.5)	9(10.1)
13.相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	11(12.2)	19(21.1)	31(34.4)	18(20.0)	11(12.2)
14.相手の敵は私の敵のような気がする	3(3.4)	11(12.4)	38(42.7)	21(23.6)	16(18.0)
15.私が何をしても、相手は最後にはわかってくれている	5(5.6)	19(21.1)	30(33.3)	22(24.4)	14(15.6)
16.私は相手の考えていることがだいたい分かっている	7(8.0)	41(46.6)	24(27.3)	9(10.2)	7(8.0)
17.相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとする	16(17.8)	50(55.6)	18(20.0)	5(5.6)	1(1.1)
18.相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとする	4(4.4)	15(16.7)	26(28.9)	27(30.0)	18(20.0)

データは人数 (%) を表す

②家族介護者の親密性

<調査 2>における認知症高齢者を支える家族介護者の親密性についてみると、介護前の親密性と現在の親密性ともに 18 項目すべての尺度項目が採択された。介護前の親密性について、第 1 因子は 9 項目で構成されて、相手の困ったことを積極的に助けようとする、相手に頼りにされるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「理想化」因子と命名した。第 2 因子は 6 項目で構成されて、お互いに受け入れ、許し、感情を共有するなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「相互依存」因子と命名した。第 3 因子は 3 項目で構成されて、自分の幸せより相手の幸せを願う、相手のために犠牲するなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「情愛」因子と命名した。

現在の親密性について第 1 因子は 7 項目で構成されて、お互いに受け入れ、許し、感情を共有するなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「相互依存」因子と命名した。第 2 因子は 5 項目で構成されて、お互いの気持ちを言わなくても分かってくれて、気持ち

を察しているなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「理想化」因子と命名した。第3因子は6項目で構成されて、自分の幸せより相手の幸せを願う、人生の目標と一つが相手を喜ばせるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「情愛」因子と命名した。

Cronbachの α 係数による信頼性について、介護前の親密性及び現在の親密性ともに項目全体が「 $\alpha=.98$ 」で非常に高い信頼性を示した。介護前の親密性から見いだされた第1～3因子ではそれぞれ「 $\alpha=.96$ 」、「 $\alpha=.96$ 」、「 $\alpha=.96$ 」で、現在の親密性から見いだされた第1～3因子ではそれぞれ「 $\alpha=.94$ 」、「 $\alpha=.97$ 」、「 $\alpha=.95$ 」に内的一貫性は有すると判断した(表3-1-2-3)。

また、因子分析の結果からみいだされた下位尺度の因子間相互相関をみると、介護前の親密性と現在の親密性の全ての因子について有意な相関がみられた(表3-1-2-4)。

表3-1-2-3 <調査2>介護前と現在の親密性に対する因子分析

・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載(本文p.172)

表3-1-2-4 <調査2>介護前と現在における親密性の因子間相互相関

・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載(本文p.173)

③家族介護者の親密性に対する因子構造モデルの妥当性

<調査2>の因子分析の結果から見いだされた3因子構造が妥当であるか確かめるために確認的因子分析を行ったところ、介護前の親密性について、適合度指標は $\chi^2=266.88$ 、 $df=132$ 、 $p<.001$ で、 $GFI=0.78$ 、 $AGFI=0.71$ 、 $CFI=0.94$ 、 $RMSEA=0.10$ 、 $AIC=344.88$ の結果であった。パス係数及び共分散はいずれも有意が認められた(図3-1-2-3)。

現在の親密性について、適合度指標は $\chi^2=313.65$ 、 $df=132$ 、 $p<.001$ で、 $RMR=0.09$ 、 $GFI=0.75$ 、 $AGFI=0.68$ 、 $CFI=0.92$ 、 $RMSEA=0.12$ 、 $AIC=391.65$ の結果であった。パス係数及び共分散はいずれも有意が認められた(図3-1-2-4)。

図3-1-2-3 <調査2>介護前の親密性に対する因子構造モデル

・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載(本文p.173)

図3-1-2-4 <調査2>現在の親密性に対する因子構造モデル

・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の2に掲載(本文p.174)

2) 家族介護者の共依存

①家族介護者の共依存に関する意識

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存について、<そう思う(＜とてもそう思う＞を含む)>は、「1.私は、自分のことを二の次にして、家族や高齢者の世話をやく」、「4.私は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う」、「14.私は、世話焼きだと言われることがある」、「3.私は、人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れない」、「2.私は、家族や高齢者の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い」の順で、<そう思わない(＜全くそう思わない＞を含む)>は、「13.他人は、私のことを物のように扱うと覚えることがある」、「9.私は、敗北者だと思ふ事がよくある」、「11.私は、人

生において本当に何をしたいのか決めることができない」、「12.私は、自分から進んで友達を作ることが少ない」、「8.私は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていない」の結果であった（表 2-3）。

表 2-3 家族介護者の共依存に関する意識

	とても そう思う	そう思う	どちらで もない	そう 思わない	全くそう 思わない
1.私は、自分のことを二の次にして、家族や高齢者の世話をやく	11(11.7)	39(41.5)	35(37.2)	7(7.4)	2(2.1)
2.私は、家族や高齢者の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	1(1.1)	27(29.3)	31(33.7)	25(27.2)	8(8.7)
3.私は、人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れない	5(5.5)	24(26.4)	31(34.1)	24(26.4)	7(7.7)
4.私は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	6(6.5)	41(44.6)	33(35.9)	6(6.5)	6(6.5)
5.私は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がる	4(4.3)	19(20.4)	35(37.6)	27(29)	8(8.6)
6.私は、ひとりになったとき、非常に寂しい気持ちになる	5(5.4)	15(16.3)	35(38)	23(25)	14(15.2)
7.私は、自分の本音を他人に知られるのを怖がる	3(3.3)	9(9.8)	36(39.1)	32(34.8)	12(13)
8.私は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていない	2(2.2)	11(11.8)	28(30.1)	38(40.9)	14(15.1)
9.私は、敗北者だと思う事がよくある	2(2.2)	4(4.3)	24(25.8)	37(39.8)	26(28)
10.他人は、私に失望していると感じることがある	3(3.2)	10(10.8)	29(31.2)	32(34.4)	19(20.4)
11.私は、人生において本当に何をしたいのか決めることができない	1(1.1)	8(8.6)	26(28)	33(35.5)	25(26.9)
12.私は、自分から進んで友達を作ることが少ない	4(4.3)	12(13)	23(25)	37(40.2)	16(17.4)
13.他人は、私のことを「物」のように扱うと感じることがある	2(2.2)	2(2.2)	16(17.2)	42(45.2)	31(33.3)
14.私は世話焼きだと言われることがある	7(7.5)	25(26.9)	35(37.6)	22(23.7)	4(4.3)
15.私はとても寂しいと感じることがある	3(3.3)	14(15.4)	32(35.2)	25(27.5)	17(18.7)
16.私はいつも人の顔色をうかがっている	3(3.2)	23(24.7)	16(17.2)	37(39.8)	14(15.1)
17.私は、いつも生きにくさを感じる	4(4.3)	10(10.8)	27(29)	35(37.6)	17(18.3)
18.私は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になる	2(2.2)	16(17.2)	30(32.3)	26(28)	19(20.4)

データは人数 (%) を表す

②家族介護者の共依存

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存についてみると、家族介護者の共依存は 18 項目が採択された。第 1 因子は 6 項目で構成されて、人生において本当に何をしたいのか決

めない、敗北者だと思ふ、必要なものや望んでいることをはっきりわかっていないなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「嗜癖 と心身の障害」因子と命名した。第 2 因子は 6 項目で構成されて、他人の顔色をうかがう、生きにくさを感じるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「否定的エンメッシュ」因子と命名した。第 3 因子は 6 項目で構成されて、人に頼まれたり、誘われたりしたとき断れない、他人の問題を自分のことのように思うなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「親密性からの逃避」因子と命名した。

Cronbach の α 係数による信頼性は、項目全体が「 $\alpha=.96$ 」で高い信頼性を示した。因子分析から見いだされた第 1~3 因子ではそれぞれ「 $\alpha=.91$ 」、「 $\alpha=.94$ 」、「 $\alpha=.89$ 」に内的一貫性は有すると判断した（表 3-1-2-5）。

また、因子分析の結果からみいだされた下位尺度の因子間相互相関は、すべての因子について有意な相関がみられた（表 3-1-2-6）。

表 3-1-2-5 共依存に対する因子分析・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.176）

表 3-1-2-6 家族介護者の共依存に関する因子間相互相関

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.176）

③家族介護者の共依存に対する因子構造モデルの妥当性

因子分析の結果から見いだされた 3 因子構造が妥当であるか確かめるために確認的因子分析を行ったところ、適合度指標は $\chi^2=361.91$ 、 $df=132$ 、 $p<.001$ で、 $GFI=0.72$ 、 $AGFI=0.64$ 、 $CFI=0.86$ 、 $RMSEA=0.13$ 、 $AIC=439.91$ の結果であった。パス係数及び共分散はいずれも有意が認められた（図 3-1-4-5）。

図 3-1-2-5 家族介護者の共依存に対する因子構造モデル

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.177）

3) 家族介護者における親密性の変容

<調査 2>における家族介護者の親密性の変容を因子分析から見いだされた介護前の親密性と現在の親密性の下位尺度について対応のある t 検定を行ったところ、すべての親密性の下位尺度に変容が見られた。1 因子（相互依存・理想化）と 2 因子（情愛・情愛）は介護前の親密性より現在の親密性が低くなっているのに対し、3 因子（理想化・相互依存）は介護前の親密性より現在の親密性が高くなっていた。有意関係をみると、「1 因子（相互依存・理想化）」（ $t=9.28$ 、 $p<.001$ ）、「2 因子（情愛・情愛）」（ $t=12.96$ 、 $p<.001$ ）、「3 因子（理想化・相互依存）」（ $t=-15.27$ 、 $p<.001$ ）の 3 つの因子すべてに有意が認められた（図 3-1-2-7、表 2-4）。

図 3-1-2-7 <調査 2>家族介護者の親密性の変容

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.178）

表 2-4 <調査 2>介護前と現在の親密性の変容に対する対応のある t 検定

n=104

	介護前の親密性		現在の親密性		t 値	p
	M	SD	M	SD		
1 因子 (相互依存・理想化)	22.79	9.86	17.24	7.92	9.28	***
2 因子 (情愛・情愛)	16.09	6.86	9.69	5.53	12.96	***
3 因子 (理想化・相互依存)	6.64	3.44	14.21	6.93	-15.27	***

***.p<.001

4) 家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性

①家族介護者の心理的変容と親密性

<調査 2>の心理的変容と親密性についてロジスティック回帰分析を行った結果、モデル χ^2 検定に有意が認められて全体の因果関係が認められた心理的ステップは、心理的第 1 ステップ ($\chi^2=31.12$, $p<.01$)、心理的第 2 ステップ ($\chi^2=33.73$, $p<.01$) であった。

また、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップごとに強い影響力を示した親密性の項目は、心理的第 1 ステップの「私が何をしても相手は最後にはわかってくれる」、心理的第 2 ステップの「相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとする」、心理的第 3 ステップの「私が何をしても相手は最後にはわかってくれる」、心理的第 4 ステップの「相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする」の項目が強い影響力を示した。

さらに、有意が認められた親密性の項目は、心理的第 3 ステップの「お互いに何も言わなくても気持ちを察している ($p<.05$)」、「相手の敵は私の敵のような気がする ($p<.05$)」と、心理的第 4 ステップの「相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする ($p<.05$)」に有意が認められた (表 2-5)。

②家族介護者の心理的変容と共依存

心理的変容と家族介護者の共依存についてロジスティック回帰分析を行った結果、モデル χ^2 検定に有意が認められて全体の因果関係が認められた心理的ステップは、心理的第 1 ステップ ($\chi^2=31.34$, $p<.05$)、心理的第 2 ステップ ($\chi^2=30.46$, $p<.05$)、心理的第 4 ステップ ($\chi^2=33.26$, $p<.05$) であった。

また、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップごとに強い影響力を示した親密性の項目は、心理的第 1 ステップの「私は、世話焼きだと言われることがある」、心理的第 2 ステップの「私は、自分の本音を他人に知られるのを怖がる」、心理的第 3 ステップの「私は、いつも人の顔色をうかがっている」、心理的第 4 ステップの「私は、自分のことを二の次にして家族や高齢者の世話をやく」の項目が強い影響力を示した。

さらに、有意が認められた親密性の項目は、心理的第 2 ステップの「私は、自分から進んで友達を作ることが少ない ($p<.05$)」、心理的第 3 ステップの「私は、いつも人の顔色をうかがっている ($p<.05$)」、「私は、いつも生きにくさを感じる ($p<.05$)」、心理的第 4 ステップの「私は、自分のことを二の次にして家族や高齢者の世話をやく ($p<.01$)」、「私

は、ひとりになったとき、非常に寂しい気持ちになる ($p<.05$)」に有意が認められた (表 2-6)。

表 2-5 <調査 2> 心理的ステップと親密性のロジスティック回帰分析

$n=72$

		心理的 第 1 ステップ ^o	心理的 第 2 ステップ ^o	心理的 第 3 ステップ ^o	心理的 第 4 ステップ ^o
1.喜び、悲しみなど感情を共有する	B	-54.32	-0.42	-0.31	0.79
	Exp(B)	0.00	0.66	0.73	2.20
2.欠点も含めてお互い受け入れ許してくれる	B	24.93	-1.54	0.19	-0.33
	Exp(B)	67101983307.98	0.21	1.21	0.72
3.お互いの欠点を率直に言える	B	24.42	0.65	-0.78	0.48
	Exp(B)	40462213269.35	1.92	0.46	1.62
4.心がつながっている	B	-20.28	-1.41	0.46	-0.28
	Exp(B)	0.00	0.24	1.58	0.76
5.尊敬する	B	42.30	0.36	0.04	0.53
	Exp(B)	23451142766 45310000.00	1.44	1.04	1.69
6.多くの時間を共有する	B	7.42	0.47	0.06	-0.23
	Exp(B)	1672.67	1.60	1.06	0.80
7.お互いに刺激し合って人間性を高め合う	B	20.89	0.75	0.42	-0.80
	Exp(B)	1182525350.10	2.12	1.52	0.45
8.相手が落ち込んでいると私も落ち込む	B	17.47	-0.46	0.15	0.48
	Exp(B)	38722147.94	0.63	1.16	1.61
9.お互いに何も言わなくても気持ちを察している	B	-43.20	-0.68	-1.24*	0.42
	Exp(B)	0.00	0.51	0.29	1.52
10.いちいち言わなくても私の気持ちをわかってくれる	B	-5.78	0.83	0.05	0.14
	Exp(B)	0.00	2.30	1.05	1.15
11.相手を喜ばせることは人生の目標の 1 つだ	B	-29.25	0.98	0.15	-0.42
	Exp(B)	0.00	2.67	1.16	0.66
12.相手に頼りにされたい	B	-4.17	0.63	0.32	0.18
	Exp(B)	0.02	1.88	1.38	1.19
13.相手は相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思う	B	-21.89	-1.25	0.20	-0.06
	Exp(B)	0.00	0.29	1.22	0.94
14.相手の敵は私の敵のような気がする	B	-11.55	-0.35	-1.16*	-0.07
	Exp(B)	0.00	0.70	0.31	0.93
15.私が何をしても相手は最後にはわかってくれる	B	44.22	-1.17	0.67	-0.07
	Exp(B)	159642375478 14000000.00	0.31	1.96	0.93
16.私は相手の考えていることが大体わかる	B	31.77	-0.71	0.13	0.03
	Exp(B)	62613086 118054.00	0.49	1.14	1.03
17.相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとする	B	-12.86	0.29	0.32	1.17*
	Exp(B)	0.00	1.34	1.38	3.22
18.相手は自分を犠牲にしても私の希望をかなえようとする	B	13.66	1.33	0.48	-0.31
	Exp(B)	859902.58	3.78	1.61	0.73
定数	B	-136.74	3.09	-1.69	-5.75
	Exp(B)	0.00	22.03	0.18	0.00
-2 対数尤度		0.00	40.88	80.67	78.53
カイ 2 乗		31.12*	33.73**	17.50	23.57

n は欠損値を除いた数、*. $p<.05$ 、**. $p<.01$ 、***. $p<.001$

表 2-6 心理的ステップと共依存のロジスティック回帰分析

n=72

		心理的 第 1 ステップ	心理的 第 2 ステップ	心理的 第 3 ステップ	心理的 第 4 ステップ
1.私は、自分のことを二の次に して家族や高齢者の世話をやく	B Exp(B)	-359.62 0.00	-1.27 0.28	-0.31 0.74	1.34** 3.81
2.私は、家族や高齢者の考え方 や振る舞いに干渉し、それをた だそうとすることが多い	B Exp(B)	-291.44 0.00	0.46 1.58	0.05 1.05	-0.81 0.45
3.私は、人に頼まれたり、誘わ れたりしたとき、はっきりと断 れない	B Exp(B)	-795.20 0.00	0.61 1.84	-0.54 0.58	-0.09 0.91
4.私は、ときどき他人の問題を 自分のことのように思う	B Exp(B)	-34.56 0.00	0.14 1.15	0.34 1.40	0.73 2.07
5.私は、自分の悲しみや怒りを その場で、表現するのを怖がる	B Exp(B)	661.73 2.42	0.02 1.02	0.55 1.73	-0.50 0.60
6.私は、ひとりになったとき、 非常に寂しい気持ちになる	B Exp(B)	-408.30 0.00	-1.69 0.18	0.23 1.26	1.31* 3.70
7.私は、自分の本音を他人に知 られるのを怖がる	B Exp(B)	154.86 1.79	2.29 9.89	0.37 1.44	-1.00 0.37
8.私は、自分に必要なものや、 自分が本当に望んでいることを はっきりわかっていない	B Exp(B)	850.68 n.s.	-1.93 0.14	0.04 1.04	0.14 1.15
9.私は、敗北者だと思う事がよ くある	B Exp(B)	16.48 14333585 .15	-0.20 0.82	-0.36 0.70	-0.44 0.64
10.他人は、私に失望していると 感じることもある	B Exp(B)	-739.43 0.00	-0.07 0.94	-0.42 0.65	-0.34 0.71
11.私は、人生において本当に何 をしたいのか決めることができ ない	B Exp(B)	-19.33 0.00	0.49 1.63	-0.58 0.56	0.79 2.21
12.私は、自分から進んで友達を 作ることが少ない	B Exp(B)	-477.42 0.00	1.63* 5.09	-0.27 0.76	0.02 1.02
13.他人は、私のことを「物」の ように扱うと感じることもある	B Exp(B)	-520.64 0.00	0.79 2.20	1.03 2.80	-0.27 0.77
14.私は、世話焼きだと言われる ことがある	B Exp(B)	36.45 6793682724 599620.00	-1.39 0.25	-0.36 0.70	-0.51 0.60
15 私は、とても寂しいと感じる ことがある	B Exp(B)	-33.41 0.00	2.20 9.02	-0.24 0.79	-0.42 0.66
16.私は、いつも人の顔色をうか がっている	B Exp(B)	-849.45 0.00	1.41 4.09	1.61* 4.98	-0.65 0.52
17.私は、いつも生きにくさを感じ る	B Exp(B)	1301.87 n.s.	-0.66 0.52	-1.69* 0.18	1.04 2.82
18.私は、他人が自分のことをどう 思っているのかとても気になる	B Exp(B)	573.76 1.52	-0.93 0.39	0.66 1.94	-0.10 0.91
定数	B Exp(B)	1541.15 n.s.	-6.19 0.00	-0.96 0.38	-1.54 0.21
-2 対数尤度		0.00	45.04	79.01	71.26
カイ 2 乗		31.34*	30.46*	19.88	33.26*

n は欠損値を除いた数、*.p<.05、**.p<.01、***.p<.001

②家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存

<調査 2>における家族介護者の介護前の親密性及び現在の親密性と初期の心理的変容及び現在の心理的変容との因果関係について共分散構造分析によるパス解析を行ったところ、適合度指標は $\chi^2=33.11$ 、 $df=33$ 、 $p<.462$ で、 $GFI=0.94$ 、 $AGFI=0.90$ 、 $CFI=1.00$ 、 $RMSEA=0.01$ 、 $AIC=77.11$ で、パス係数は家族介護者の親密性に有意が認められ、心理的第 2 ステップの「混乱・怒り・拒絶」と心理的第 4 ステップの「受容」にも有意が認められた(図 3-1-2-9)。

<調査 2>における家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の下位因子について影響関係を検討するため重回帰分析を行ったところ、親密性については、親密性と心理的変容の「心理的第 4 ステップ」の決定係数(R^2)に有意が認められた。また、共依存については、共依存の「親密性からの逃避」と心理的変容の「心理的第 2 ステップ」の標準編回帰係数(β)のみに有意が認められた(表 3-1-2-18)。

図 3-1-2-9 <調査 2>家族介護者の親密性と心理的変容の因子構造モデル

..... 第 3 章、第 1 節の 2 に掲載(本文 p.180)

表 3-1-2-8 <調査 2>心理的ステップと親密性及び共依存の重回帰分析

..... 第 3 章、第 1 節の 2 に掲載(本文 p.181)

(3) 自由記述から読みとる家族介護者の支援の時期及び内容

1) 自由記述に回答した家族介護者の概要

<調査 2>の家族介護者の概要は、女性 66 人(74.2%)、男性 23 人(25.8)で、平均年齢は 65.56 歳(SD 12.15)で、平均介護年数は 5.91 年(SD 5.34)であった(表 3-1-3-1)。

表 3-1-3-1 自由記述に回答した家族介護者の概要

..... 第 3 章、第 1 節の 3 に掲載(本文 p.183)

2) 家族介護者の支援の時期及び内容に対する意識

<調査 2>においても、《支援の内容》と《支援の時期》の 2 つのコアカテゴリーが導き出された。《支援の内容》には、【対象者側面】、【現実的側面】、【心理的側面】、【サービス側面】の 4 つのカテゴリーが導き出されて、《支援の時期》には【支援の時期】の 1 つのカテゴリーが導き出された。

各カテゴリーについてサブカテゴリーの詳細を見ると、《支援の内容》の【対象者側面】は、〈認知症高齢者の認定の簡素化〉、〈認知症高齢者の残存機能の保護できる支援〉、〈認知症に関する教育〉の 3 つで構成されて、【現実的側面】は、〈仕事の継続を支援〉、〈政策的改善〉、〈認知症への理解〉、〈認知症に関する情報〉の 4 つで構成された。【心理的側面】は、〈介護者への傾聴と相談のアウトリーチ〉、〈介護負担や介護問題になる前の精神的支援〉、〈認知症や介護に対する受容を促す働き掛け〉、〈専門職の支え〉、〈介護者のリフレッシュを支える〉、〈介護者同士の交流〉の 6 つで構成されて、【サービス側面】は、〈入所サービスの改善・拡大〉、〈在宅サービスの改善・拡大〉、〈新たなサービスの実施〉、〈介護サービ

スのアウトリーチ支援)、〈医療と福祉の包括ケア〉の5つで構成された。また、《支援の時期》のサブカテゴリーには【心理的第1ステップ】のみで、〈初期の状況に応じた支援〉に対する意見であった(表3-1-3-4)。

さらに、概念の記録単位数を見ると、《支援の内容》の中で最も意見が述べられているカテゴリーは【サービス側面】が66.0%で、その中でも〈入所サービスの改善・拡大〉に対する意見が多く、次に【心理的側面】が20.2%で、その中でも〈専門職の支え〉に対する意見が多い結果であった。次に【現実的側面】が9.6%で、その中でも〈政策的改善〉に対する意見が多い結果で、【対象者側面】は3.2%で、意見が低い結果であった。《支援の時期》のカテゴリーは【心理的第1ステップ】ののみに1.1%で、〈初期の状況に応じた支援〉に対する意見であった(表3-1-3-5)。

表3-1-3-4 <調査2>家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の3に掲載(本文 p.187)

表3-1-3-5 <調査2>家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・第3章、第1節の3に掲載(本文 p.188)

3. 調査2の単純集計結果

(1) 調査対象の概要

1) 介護者の概要

①介護者の性別	N	%	②介護者の年齢	N	%
女性	74	71.2	40歳未満	3	2.9
男性	28	26.9	40~64歳	48	46.2
合計	102	98.1	65~74歳	21	20.2
無回答	2	1.9	75歳以上	30	28.8
合計	104	100	合計	102	98.1
③事の有无	N	%	無回答	2	1.9
自営業	14	13.5	合計	104	100
会社員	13	12.5	平均年齢±SD 65.28±12.59		
無職（専業主婦を除く）	19	18.3	④介護年数	N	%
無職（専業主婦）	39	37.5	1年未満	4	3.8
その他	15	14.4	1~3年未満	23	22.1
合計	100	96.2	3~5年未満	14	13.5
無回答	4	3.8	5~10年未満	28	26.9
合計	104	100	10年以上	18	17.3
④日平均介護時間	N	%	合計	87	83.7
6時間未満	27	26	無回答	17	16.3
6~12時間未満	24	23.1	合計	104	100
12~18時間未満	7	6.7	平均介護年数±SD 5.79±5.31		
18~24時間以下	12	11.5	⑥現在の介護人数	N	%
合計	70	67.3	1人	85	81.7
無回答	34	32.7	2人	9	8.7
合計	104	100	3人	1	1
平均介護時間±SD 9.04±7.31			4人	1	1
			合計	96	92.3
			無回答	8	7.7
			合計	104	100

2) 被介護者の概要

①被介護者の性別	N	%	②被介護者の年齢	N	%
女性	71	68.3	65歳未満	1	1
男性	30	28.8	65~74歳	8	7.7
合計	101	97.1	75歳以上	92	88.5
無回答	3	2.9	合計	101	97.1
合計	104	100	無回答	3	2.9
③介護者の続柄	N	%	合計	104	100
実の親	46	44.2	平均年齢±SD 85.02±7.12		
配偶者	33	31.7	④被介護者の要介護度	N	%

配偶者の親	18	17.3	要支援 1	2	1.9
祖父母	1	1	要支援 2	0	0
その他	2	1.9	要介護 1	24	23.1
合計	100	96.2	要介護 2	21	20.2
無回答	4	3.8	要介護 3	26	25
合計	104	100	要介護 4	15	14.4
④ 知症の症状度	N	%	要介護 5	12	11.5
軽度	32	30.8	合計	100	96.2
中度	50	48.1	無回答	4	3.8
重度	14	13.5	合計	104	100
合計	96	92.3			
無回答	8	7.7			
合計	104	100			

3) 家族状況

①家族構成	N	%	③介護のための転居状況	N	%
夫婦	40	38.5	転居したことがない	73	70.2
親と子	32	30.8	一人で転居	2	1.9
親と子夫婦	8	7.7	家族と一緒に転居	4	3.8
3・4世代	17	16.3	被介護者が転居	12	11.5
その他	2	1.9	その他	2	1.9
合計	99	95.2	合計	93	89.4
無回答	5	4.8	無回答	11	10.6
合計	104	100	合計	104	100
②同居の有無	N	%			
同居	92	88.5			
別居	8	7.7			
合計	100	96.2			
無回答	4	3.8			
合計	104	100			

(2) サービスの利用状況

1) 現在の利用サービス

①訪問介護	N	%	②通所介護	N	%
無	70	67.3	無	15	14.4
有	33	31.7	有	88	84.6
合計	103	99	合計	103	99
無回答	1	1	無回答	1	1
合計	104	100	合計	104	100
③ 間看護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	85	81.7	無	55	52.9
有	18	17.3	有	48	46.2
合計	103	99	合計	103	99
無回答	1	1	無回答	1	1
合計	104	100	合計	104	100
④ の他サービス	N	%			

無	88	84.6			
有	15	14.4			
合計	103	99			
無回答	1	1			
合計	104	100			
⑥訪問・通所型 1 週間 平均利用時間	N	%	⑦短期入所介護 1 年間平 均利用日数 (時間)	N	%
12 時間未満	20	19.2	1 日~2 日	3	2.9
12~24 時間未満	39	37.5	3 日~4 日	13	12.5
24~48 時間未満	35	33.7	5 日~7 日	12	11.5
48 時間以上	3	2.9	8 日以上	35	33.7
合計	97	93.3	合計	63	60.6
無回答	7	6.7	無回答	41	39.4
合計	104	100	合計	104	100
平均時間±SD	20.86±12.56		平均時間±SD	9.41 日±6.13	

2) サービス利用の希望

①被介護者の希望	N	%	②介護者の希望	N	%
無	80	76.9	無	14	13.5
有	22	21.2	有	88	84.6
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
③ の家族の希望	N	%	④その他	N	%
無	79	76	無	92	88.5
有	23	22.1	有	10	9.6
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100

3) 利用サービスの紹介経路

①他の家族の紹介	N	%	②友人・同僚	N	%
無	87	83.7	無	98	94.2
有	15	14.4	有	4	3.8
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
④ 人・近隣	N	%	④地域包括支援センター	N	%
無	91	87.5	無	77	74
有	11	10.6	有	25	24
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑤ 会福祉協議会	N	%	⑥行政	N	%
無	98	94.2	無	95	91.3
有	4	3.8	有	7	6.7
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9

合計	104	100	合計	104	100
⑥ 族会	N	%	⑧ ケアマネジャー	N	%
無	102	98.1	無	45	43.3
有	0	0	有	57	54.8
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑨ その他	N	%			
無	91	87.5			
有	11	10.6			
合計	102	98.1			
無回答	2	1.9			
合計	104	100			

(3) 心理的変容 (心理的ステップ)

1) 初期の心理的ステップ及び現在の心理的ステップ

初期の心理的ステップ			現在の心理的ステップ		
① 理的第1ステップ	N	%	① 初期と変容なし	N	%
無	71	68.3	無	74	71.2
有	25	24	有	17	16.3
合計	96	92.3	合計	91	87.5
無回答	8	7.7	無回答	13	12.5
合計	104	100	合計	104	100
② 理的第2ステップ	N	%	② 心理的第1ステップ	N	%
無	72	69.2	無	86	82.7
有	24	23.1	有	5	4.8
合計	96	92.3	合計	91	87.5
無回答	8	7.7	無回答	13	12.5
合計	104	100	合計	104	100
③ 理的第3ステップ	N	%	③ 心理的第2ステップ	N	%
無	81	77.9	無	74	71.2
有	15	14.4	有	17	16.3
合計	96	92.3	合計	91	87.5
無回答	8	7.7	無回答	13	12.5
合計	104	100	合計	104	100
④ 理的第4ステップ	N	%	④ 心理的第3ステップ	N	%
無	64	61.5	無	56	53.8
有	32	30.8	有	35	33.7
合計	96	92.3	合計	91	87.5
無回答	8	7.7	無回答	13	12.5
合計	104	100	合計	104	100
			⑤ 心理的第4ステップ	N	%
			無	43	41.3
			有	48	46.2
			合計	91	87.5
			無回答	13	12.5
			合計	104	100

2) 初期の心理的ステップになった時期

①心理的第1ステップ	N	%	②心理的第2ステップ	N	%
介護開始とともに	0	0	介護開始とともに	0	0
半年未満	3	2.9	半年未満	3	2.9
半年~1年未満	4	3.8	半年~1年未満	1	1
1年~2年未満	5	4.8	1年~2年未満	6	5.8
2年~3年未満	1	1	2年~3年未満	2	1.9
3年~5年未満	2	1.9	3年~5年未満	3	2.9
5年~10年未満	1	1	5年~10年未満	4	3.8
10年以上	1	1	10年以上	1	1
合計	17	16.3	合計	20	19.2
無回答	87	83.7	無回答	84	80.8
合計	104	100	合計	104	100
③心理的第3ステップ	N	%	④心理的第4ステップ	N	%
介護開始とともに	0	0	介護開始とともに	0	0
半年未満	1	1	半年未満	5	4.8
半年~1年未満	6	5.8	半年~1年未満	4	3.8
1年~2年未満	3	2.9	1年~2年未満	6	5.8
2年~3年未満	1	1	2年~3年未満	4	3.8
3年~5年未満	1	1	3年~5年未満	6	5.8
5年~10年未満	2	1.9	5年~10年未満	5	4.8
10年以上	0	0	10年以上	0	0
合計	14	13.5	合計	30	28.8
無回答	90	86.5	無回答	74	71.2
合計	104	100	合計	104	100

3) 初期の各心理的ステップに利用し始めたサービス

心理的ステップ1に利用し始めたサービス			心理的ステップ2に利用し始めたサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	17	16.3	無	20	19.2
有	8	7.7	有	4	3.8
合計	25	24	合計	24	23.1
無回答	79	76	無回答	80	76.9
合計	104	100	合計	104	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	4	3.8	無	2	1.9
有	21	20.2	有	22	21.2
合計	25	24	合計	24	23.1
無回答	79	76	無回答	80	76.9
合計	104	100	合計	104	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	22	21.2	無	24	23.1
有	3	2.9	有	0	0
合計	25	24	合計	24	23.1
無回答	79	76	無回答	80	76.9
合計	104	100	合計	104	100

④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	20	19.2	無	16	15.4
有	5	4.8	有	8	7.7
合計	25	24	合計	24	23.1
無回答	79	76	無回答	80	76.9
合計	104	100	合計	104	100
⑤ の他	N	%	⑤その他	N	%
無	24	23.1	無	23	22.1
有	1	1	有	1	1
合計	25	24	合計	24	23.1
無回答	79	76	無回答	80	76.9
合計	104	100	合計	104	100
心理的ステップ3に利用し始めたサービス			心理的ステップ4に利用し始めたサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	10	9.6	無	22	21.2
有	5	4.8	有	11	10.6
合計	15	14.4	合計	33	31.7
無回答	89	85.6	無回答	71	68.3
合計	104	100	合計	104	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	2	1.9	無	6	5.8
有	13	12.5	有	27	26
合計	15	14.4	合計	33	31.7
無回答	89	85.6	無回答	71	68.3
合計	104	100	合計	104	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	14	13.5	無	27	26
有	1	1	有	6	5.8
合計	15	14.4	合計	33	31.7
無回答	89	85.6	無回答	71	68.3
合計	104	100	合計	104	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	11	10.6	無	21	20.2
有	4	3.8	有	12	11.5
合計	15	14.4	合計	33	31.7
無回答	89	85.6	無回答	71	68.3
合計	104	100	合計	104	100
⑤ の他	N	%	⑤その他	N	%
無	14	13.5	無	32	30.8
有	1	1	有	1	1
合計	15	14.4	合計	33	31.7
無回答	89	85.6	無回答	71	68.3
合計	104	100	合計	104	100

4) 初期の各心理的ステップで効果的だったサービス

心理的ステップ1に効果的だったサービス			心理的ステップ2に効果的だったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	18	17.3	無	19	18.3
有	6	5.8	有	2	1.9

合計	24	23.1	合計	21	20.2
無回答	80	76.9	無回答	83	79.8
合計	104	100	合計	104	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	4	3.8	無	2	1.9
有	20	19.2	有	19	18.3
合計	24	23.1	合計	21	20.2
無回答	80	76.9	無回答	83	79.8
合計	104	100	合計	104	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	21	20.2	無	20	19.2
有	3	2.9	有	1	1
合計	24	23.1	合計	21	20.2
無回答	80	76.9	無回答	83	79.8
合計	104	100	合計	104	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	18	17.3	無	14	13.5
有	6	5.8	有	7	6.7
合計	24	23.1	合計	21	20.2
無回答	80	76.9	無回答	83	79.8
合計	104	100	合計	104	100
⑤ の他	N	%	⑤その他	N	%
無	22	21.2	無	20	19.2
有	2	1.9	有	1	1
合計	24	23.1	合計	21	20.2
無回答	80	76.9	無回答	83	79.8
合計	104	100	合計	104	100
心理的ステップ3に効果的だったサービス			心理的ステップ4に効果的だったサービス		
① 問介護	N	%	①訪問介護	N	%
無	14	13.5	無	21	20.2
有	1	1	有	7	6.7
合計	15	14.4	合計	28	26.9
無回答	89	85.6	無回答	76	73.1
合計	104	100	合計	104	100
② 所介護	N	%	②通所介護	N	%
無	3	2.9	無	5	4.8
有	12	11.5	有	23	22.1
合計	15	14.4	合計	28	26.9
無回答	89	85.6	無回答	76	73.1
合計	104	100	合計	104	100
③ 問看護	N	%	③訪問看護	N	%
無	15	14.4	無	24	23.1
有	0	0	有	4	3.8
合計	15	14.4	合計	28	26.9
無回答	89	85.6	無回答	76	73.1
合計	104	100	合計	104	100
④ 期入所介護	N	%	④短期入所介護	N	%
無	12	11.5	無	19	18.3
有	3	2.9	有	9	8.7

合計	15	14.4	合計	28	26.9
無回答	89	85.6	無回答	76	73.1
合計	104	100	合計	104	100
⑤ その他	N	%	⑤その他	N	%
無	14	13.5	無	27	26
有	1	1	有	1	1
合計	15	14.4	合計	28	26.9
無回答	89	85.6	無回答	76	73.1
合計	104	100	合計	104	100

(4) その他

1) 介護者の健康状態

①健康	N	%	②精神的不安	N	%
無	66	63.5	無	62	59.6
有	36	34.6	有	40	38.5
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
④ 体的に不安	N	%	④治療中	N	%
無	71	68.3	無	66	63.5
有	31	29.8	有	36	34.6
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100

2) 介護不安や悩みの相談相手

①配偶者に相談	N	%	②親に相談	N	%
無	58	55.8	無	99	95.2
有	44	42.3	有	3	2.9
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
③ 理の母に相談	N	%	④兄弟に相談	N	%
無	101	97.1	無	78	75
有	1	1	有	24	23.1
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
④ 理の兄弟に相談	N	%	⑥子どもに相談	N	%
無	93	89.4	無	59	56.7
有	9	8.7	有	43	41.3
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑥ 子どもの配偶者に相談	N	%	⑧その他の親戚に相談	N	%
無	97	93.3	無	95	91.3

有	5	4.8	有	7	6.7
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑨友人・同僚	N	%	⑩近所の人に相談	N	%
無	73	70.2	無	94	90.4
有	29	27.9	有	8	7.7
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑫アマネジャーに相談	N	%	⑫家族の会に相談	N	%
無	34	32.7	無	101	97.1
有	68	65.4	有	1	1
合計	102	98.1	合計	102	98.1
無回答	2	1.9	無回答	2	1.9
合計	104	100	合計	104	100
⑬も話す人がいない	N	%			
無	98	94.2			
有	4	3.8			
合計	102	98.1			
無回答	2	1.9			
合計	104	100			

(5) 家族介護者の親密性

初期		とても 思う う	そう 思う	どちら でもない	そう わない	全く そう わない	合計	無 回 答	合計
①喜び、悲しみなどの感情を共有していた	N %	15 14.4	44 42.3	22 21.2	7 6.7	7 6.7	95 91.3	9 8.7	104 100
②欠点も含めて、お互い受け入れ、許していた	N %	15 14.4	44 42.3	23 22.1	7 6.7	5 4.8	94 90.4	10 9.6	104 100
③ 互いの欠点を率直に言えた	N %	11 10.6	37 35.6	26 25	7 6.7	13 12.5	94 90.4	10 9.6	104 100
④ がつながっていた	N %	17 16.3	38 36.5	24 23.1	9 8.7	6 5.8	94 90.4	10 9.6	104 100
⑤ 敬していた	N %	12 11.5	33 31.7	32 30.8	8 7.7	8 7.7	93 89.4	11 10.6	104 100
⑥ くの時間を共有していた	N %	9 8.7	31 29.8	27 26	15 14.4	10 9.6	92 88.5	12 11.5	104 100
⑦互いに刺激しあって、人間性を高め合っていた	N %	6 5.8	18 17.3	34 32.7	22 21.2	11 10.6	91 87.5	13 12.5	104 100
⑧相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいた	N %	4 3.8	23 22.1	32 30.8	22 21.2	11 10.6	92 88.5	12 11.5	104 100
⑨互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察していた	N %	11 10.6	31 29.8	29 27.9	13 12.5	8 7.7	92 88.5	12 11.5	104 100
⑩いちいち言わなくても、私	N	9	24	29	18	12	92	12	104

の気持ちを分かってくれた	%	8.7	23.1	27.9	17.3	11.5	88.5	11.5	100
⑪相手を喜ばせることは、人生の目標の1つだった	N %	10 9.6	28 26.9	31 29.8	18 17.3	5 4.8	92 88.5	12 11.5	104 100
⑫相手に頼りにされたかった	N %	6 5.8	23 22.1	39 37.5	18 17.3	5 4.8	91 87.5	13 12.5	104 100
⑬相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思った	N %	16 15.4	21 20.2	28 26.9	18 17.3	9 8.7	92 88.5	12 11.5	104 100
⑭相手の敵は私の敵のような気がした	N %	3 2.9	12 11.5	36 34.6	23 22.1	17 16.3	91 87.5	13 12.5	104 100
⑮私が何をしても、相手は最後にはわかってくれていた	N %	10 9.6	25 24	32 30.8	17 16.3	7 6.7	91 87.5	13 12.5	104 100
⑯私は相手の考えていることがだいたい分かっていた	N %	9 8.7	46 44.2	29 27.9	3 2.9	4 3.8	91 87.5	13 12.5	104 100
⑰相手が困っていたら、頼まれなくても積極的に助けようとした	N %	14 13.5	52 50	22 21.2	2 1.9	2 1.9	92 88.5	12 11.5	104 100
⑱相手は自分を犠牲にしても、私の希望をかなえようとした	N %	15 14.4	27 26	28 26.9	13 12.5	9 8.7	92 88.5	12 11.5	104 100
現在		とても そう 思う	そう 思う	どちら でもない	そう 思わ ない	全く そう 思わ ない	合計	無 回 答	合計
①喜び、悲しみなどの感情を共有している	N %	10 9.6	30 28.8	29 27.9	11 10.6	12 11.5	92 88.5	12 11.5	104 100
②欠点も含めて、お互い受け入れ、許している	N %	8 7.7	36 34.6	28 26.9	11 10.6	9 8.7	92 88.5	12 11.5	104 100
③ 互いの欠点を率直に言える	N %	7 6.7	23 22.1	33 31.7	12 11.5	15 14.4	90 86.5	14 13.5	104 100
④ がつながっている	N %	10 9.6	27 26	37 35.6	10 9.6	9 8.7	93 89.4	11 10.6	104 100
⑤ 敬している	N %	7 6.7	25 24	32 30.8	14 13.5	12 11.5	90 86.5	14 13.5	104 100
⑥ くの時間を共有している	N %	19 18.3	33 31.7	26 25	9 8.7	4 3.8	91 87.5	13 12.5	104 100
⑦互いに刺激しあって、人間性を高め合っている	N %	4 3.8	15 14.4	29 27.9	24 23.1	18 17.3	90 86.5	14 13.5	104 100
⑧相手が落ち込んでいると、私も落ち込んでいる	N %	7 6.7	26 25	29 27.9	15 14.4	12 11.5	89 85.6	15 14.4	104 100
⑨互いに何も言わなくても、互いの気持ちを察している	N %	6 5.8	23 22.1	27 26	19 18.3	15 14.4	90 86.5	14 13.5	104 100
⑩いちいち言わなくても、私の気持ちを分かってくれる	N %	5 4.8	10 9.6	30 28.8	26 25	19 18.3	90 86.5	14 13.5	104 100
⑪相手を喜ばせることは、人生の目標の1つである	N %	11 10.6	33 31.7	29 27.9	10 9.6	7 6.7	90 86.5	14 13.5	104 100
⑫相手に頼りにされたいと思う	N %	10 9.6	28 26.9	30 28.8	12 11.5	9 8.7	89 85.6	15 14.4	104 100
⑬相手は、相手の幸せよりも私の幸せを願っていると思	N %	11 10.6	19 18.3	31 29.8	18 17.3	11 10.6	90 86.5	14 13.5	104 100

う									
⑭相手の敵は私の敵のよう な気がする	N %	3 2.9	11 10.6	38 36.5	21 20.2	16 15.4	89 85.6	15 14.4	104 100
⑮私が何をしても、相手は最 後にはわかってくれている	N %	5 4.8	19 18.3	30 28.8	22 21.2	14 13.5	90 86.5	14 13.5	104 100
⑯私は相手の考えているこ とがだいたい分かっている	N %	7 6.7	41 39.4	24 23.1	9 8.7	7 6.7	88 84.6	16 15.4	104 100
⑰相手が困っていたら、頼ま れなくても積極的に助けよ うとする	N %	16 15.4	50 48.1	18 17.3	5 4.8	1 1	90 86.5	14 13.5	104 100
⑱相手は自分を犠牲にして も、私の希望をかなえよう とする	N %	4 3.8	15 14.4	26 25	27 26	18 17.3	90 86.5	14 13.5	104 100

(6) 家族介護者の共依存

現在		と も う う	そ う 思 う	ど ち ら で な い	そ う 思 わ ない	全 く そ う 思 わ ない	合 計	無 回 答	合 計
①私は、自分のことを二の次 にして、家族や高齢者の世話 をやく	N %	11 10.6	39 37.5	35 33.7	7 6.7	2 1.9	94 90.4	10 9.6	104 100
②私は、家族や高齢者の考え 方や振る舞いに干渉し、それ をただそうとすることが多い	N %	1 1	27 26	31 29.8	25 24	8 7.7	92 88.5	12 11.5	104 100
③私は、人に頼まれたり、誘 われたりしたとき、はっきり と断れない	N %	5 4.8	24 23.1	31 29.8	24 23.1	7 6.7	91 87.5	13 12.5	104 100
④私は、ときどき他人の問題 を自分のことのように思う	N %	6 5.8	41 39.4	33 31.7	6 5.8	6 5.8	92 88.5	12 11.5	104 100
⑤私は、自分の悲しみや怒り をその場で、表現するのを怖 がる	N %	4 3.8	19 18.3	35 33.7	27 26	8 7.7	93 89.4	11 10.6	104 100
⑥私は、ひとりになったと き、非常に寂しい気持ちにな る	N %	5 4.8	15 14.4	35 33.7	23 22.1	14 13.5	92 88.5	12 11.5	104 100
⑦私は、自分の本音を他人に 知られるのを怖がる	N %	3 2.9	9 8.7	36 34.6	32 30.8	12 11.5	92 88.5	12 11.5	104 100
⑧私は、自分に必要なもの や、自分が本当に望んでいる ことをはっきりわかっている ない	N %	2 1.9	11 10.6	28 26.9	38 36.5	14 13.5	93 89.4	11 10.6	104 100
⑨私は、敗北者だと思ふ事が よくある	N %	2 1.9	4 3.8	24 23.1	37 35.6	26 25	93 89.4	11 10.6	104 100
⑩他人は、私に失望している と感じることがある	N %	3 2.9	10 9.6	29 27.9	32 30.8	19 18.3	93 89.4	11 10.6	104 100
⑪私は、人生において本当に 何をしたいのか決めること	N %	1 1	8 7.7	26 25	33 31.7	25 24	93 89.4	11 10.6	104 100

ができない									
⑫私は、自分から進んで友達を作ることが少ない	N	4	12	23	37	16	92	12	104
	%	3.8	11.5	22.1	35.6	15.4	88.5	11.5	100
⑬他人は、私のことを「物」のように扱うと感ずることがある	N	2	2	16	42	31	93	11	104
	%	1.9	1.9	15.4	40.4	29.8	89.4	10.6	100
⑭私は、世話焼きだと言われることがある	N	7	25	35	22	4	93	11	104
	%	6.7	24	33.7	21.2	3.8	89.4	10.6	100
⑮私は、とても寂しいと感ずることがある	N	3	14	32	25	17	91	13	104
	%	2.9	13.5	30.8	24	16.3	87.5	12.5	100
⑯私は、いつも人の顔色をうかがっている	N	3	23	16	37	14	93	11	104
	%	2.9	22.1	15.4	35.6	13.5	89.4	10.6	100
⑰ は、いつも生きにくさを感じる	N	4	10	27	35	17	93	11	104
	%	3.8	9.6	26	33.7	16.3	89.4	10.6	100
⑱私は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になる	N	2	16	30	26	19	93	11	104
	%	1.9	15.4	28.8	25	18.3	89.4	10.6	100

(7) 介護生活の不安な事の記述回答

介護生活の不安な事	N	%
無	16	15.4
有	86	82.7
合計	102	98.1
無回答	2	1.9
合計	104	100

(8) 支援の時期と内容の記述回答

家族のための支援と時期に対する意見と他の意見	N	%
無	34	32.7
有	70	67.3
合計	104	100

問 3. 2012年3月現在、担当している利用者の基礎情報とサービスの利用状況についてご記入ください。【この設問から問 5、問 6 まではケースごとでお答えください】

例：1の利用者はこの後の問 6 まで 1 番で固定

番号	基礎情報				サービスの利用状況			
	性別	年齢	自立度の区分	要介護状態の区分(要支援は『+』、要介護は『-』と表記)	*家族構成	*利用サービス	*利用希望	*紹介経路
					①独居 (近居家族無) ②独居 (近居家族有) ③夫婦二人暮らし ④娘と二人暮らし ⑤息子と二人暮らし ⑥娘世帯と同居 ⑦ 子世帯と同居 ⑧その他	①訪問型サービス (介護・看護・入浴・リハビリ) ②通所型サービス(介護・リハビリ) ③短期入所介護 ④小規模多機能 ⑤有料サービス(社協・民間) ⑥その他	①本人 ②家族 ③親戚 ④友人・同僚 ⑤知人・近隣 ⑥その他 (最初に利用したサービスについて)	①あなた本人 ②友人・同僚 ③知人・近隣 ④他包括・居宅 ⑤社協 ⑥行政 ⑦家族の会 ⑧その他 (最初に利用したサービスについて)
例	男女	79	Ⅱ	-2	③ 1つだけ)	①③④ (いくつでも)	① (いくつでも)	① (いくつでも)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
その他を ご記入ください。								

欄が足りない場合は別紙を利用してください

問 4. 担当している認知症利用者を介護している家族の現在の心理的時期ははいつくらいですか？【○は1つだけ】（認知症状がない時期だった場合は未記入で構いません）

番号	介護者の心理的ステップ			
	とまどい・否定の時期	混乱・怒り・拒絶の時期	割り切りの時期	受容の時期
	異常な言動にとまどい、否定しようとしたり、他の家族にうち明けられずに悩んだりしていた時期	認知症への理解の不十分さからどう対応してよいか分からず混乱し、ささいなことに腹を立てたり叱ったりする。また、精神的・身体的に疲労困憊、拒絶感・絶望感に陥りもっともつらかった時期	怒ったり、イライラしたりしても何もメリットはないと思いはじめ、割り切るようになった時期	認知症に対する理解が深まって、認知症の人の心理を介護者自身が考えなくてもわかるまでになって、認知症がある人の家族としてあるがまま受け入れられるようになった時期
例	○	○		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

欄が足りない場合は別紙を利用してください

問 5. 担当している認知症利用者のサービス利用についてご記入ください。

【該当時期に該当する項目の数字をいくつでもご記入ください】

番号	利用し始めたサービス				効果的だったと思うサービス			
	①訪問型サービス(介護・看護・入浴・リハビリ) ②通所型サービス(介護・リハビリ) ③短期入所介護 ④小規模多機能 ④ 料サービス(社協・民間) ⑥その他				①訪問型サービス(介護・看護・入浴・リハビリ) ②通所型サービス(介護・リハビリ) ③短期入所介護 ④小規模多機能 ⑤有料サービス(社協・民間) ⑥その他			
	とまどい・否 定の時期	混乱・怒り・ 拒絶の時期	割り切り の時期	受容の 時期	とまどい・否 定の時期	混乱・怒 り・拒絶の 時期	割り切り の時期	受容の 時期
例	⑤	⑥	①②	⑥	①③	④	①②	⑥
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
その他	*サービスについてご記入ください				*効果的だった点をご記入ください			

欄が足りない場合は別紙を利用してください

問 6. 客観的に介護者と認知症高齢者との関係について該当すると思われる項目にお答えください。この質問はケースごとではなく、総合してお答えください。【○は一つだけ】

【回答基準】 1: とてもそう思う 2: そう思う 3: どちらでもない 4: そう思わない 5: まったくそう思わない	回 答
1.介護者と認知症高齢者は喜び、悲しみなどの感情を共有していると思う	1-2-3-4-5
2.介護者と認知症高齢者は、欠点も含めて、お互い受け入れ、許していると思う	1-2-3-4-5
3.介護者と認知症高齢者は、お互いの欠点を率直に言えると思う	1-2-3-4-5
4.介護者と認知症高齢者は、心がつながっていると思う	1-2-3-4-5
5.介護者は、認知症高齢者を尊敬していると思う	1-2-3-4-5
6.介護者と認知症高齢者は、多くの時間を共有していると思う	1-2-3-4-5
7.介護者と認知症高齢者は、互いに刺激しあって、人間性を高め合っていると思う	1-2-3-4-5
8.認知症高齢者が落ち込んでいると、介護者も落ち込むと思う	1-2-3-4-5
9.介護者と認知症高齢者は、互いに何も言わなくても、気持ちを察していると思う	1-2-3-4-5
10.介護者はいちいち言わなくても認知症高齢者の気持ちを分かってくれる	1-2-3-4-5
11.認知症高齢者を喜ばせることは、介護者人生の目標の1つだと思う	1-2-3-4-5
12.介護者は、認知症高齢者に頼りにされたいと思っていると感じる	1-2-3-4-5
13.介護者は、自分の幸せよりも認知症高齢者の幸せを願っていると感じる	1-2-3-4-5
14.介護者は、認知症高齢者の敵を自分の敵のように察していると感じる	1-2-3-4-5
15.介護者は、何をしても、認知症高齢者がわかってくれると思っていると感じる	1-2-3-4-5
16.介護者は、認知症高齢者の考えていることがだいたい分かっていると感じる	1-2-3-4-5
17.認知症高齢者が困っていたら、介護者は頼まれなくても積極的に助けようとすると思う	1-2-3-4-5
18.介護者は、自分を犠牲にしても認知症高齢者の希望をかなえようとすると思う	1-2-3-4-5
19.介護者は、自分のことを二の次にして、家族や他人の世話をやくと思う	1-2-3-4-5
20.介護者は、家族や他人の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	1-2-3-4-5
21.介護者は、人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れないと思う	1-2-3-4-5
22.介護者は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	1-2-3-4-5
23.介護者は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がると思う	1-2-3-4-5
24.介護者は、ひとりになったとき、非常に寂しくなると思う	1-2-3-4-5
25.介護者は、自分の本音を他人に知られるのを怖がると思う	1-2-3-4-5
26.介護者は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていないと思う	1-2-3-4-5
27.介護者は、敗北者だと思ふ事がよくある	1-2-3-4-5
28.他人は、介護者に失望していると思ふ事がある	1-2-3-4-5
29.介護者は、人生において本当に何をしたいのか決めることができないと思う	1-2-3-4-5
30.介護者は、自分から進んで友達を作ることが少ないと思う	1-2-3-4-5
31.他人は、介護者のことを「物」のように扱うと感じる	1-2-3-4-5
32.介護者は、世話焼きだと言われることがあると感じる	1-2-3-4-5
33.介護者は、とても寂しいと思う	1-2-3-4-5
34.介護者は、いつも人の顔色をうかがっていると感じる	1-2-3-4-5
35.介護者は、いつも生きにくさを感じると思う	1-2-3-4-5
36.介護者は他人が自分のことをどう思っているのかとても気になると思う	1-2-3-4-5

問 7. 認知症高齢者と家族への支援の際、支援の介入時期と方法を意識していますか？

【○は一つだけ】

1. 意識して介入している

2. 意識しないで介入している

7-1. 意識して介入していると答えた方は、何を意識して介入していますか？ご記入ください。

問 8. 認知症高齢者を介護している家族のためにどのような時期に、どのような支援があれば良いかご意見を聴かせて下さい。

問 9. 専門職の立場から客観的に在宅での生活はそろそろ限界ではないか、と思うときはありますか？それはどのような時ですか？

以上で質問は終わりです。

お忙しいところご協力いただき、誠にありがとうございました。

2. 専門職の調査結果

(1) サービスの利用と心理的変容から読みとる支援の時期と内容

1) 支援者の専門職と利用者の認知症高齢者の現状

専門職の属性は、女性 13 (76.5%) 人、男性 4 (23.5%) 人、平均年齢は 47.35 (SD9.29) 歳、平均従事年数は 4.44 (SD2.27) 年で、保持資格は介護福祉士 17 (48.6%)、社会福祉士 10 (28.6%)、ホームヘルパー6 (17.1%)、その他 2 (5.7%) の順であった。

利用者の属性は、女性 154 (70.3%) 人、男性 65 (29.7%) 人で、平均年齢は 82.14 (SD9.39) 歳であった。要介護度は、要介護 1 (34.7%)、要介護 2 (24.2%)、要介護 3 (15.5%)、要介護 4 (11.9%)、要介護 5 (10.5%)、未認定 (5.9%)、要支援 2 (2.3%)、要支援 1 (0.9%) の順で、家族構成は夫婦 2 人 (23.3%)、息子世帯と同居 (21.0%)、娘世帯と同居 (14.6%)、その他 (11.9%)、独居 (近居家族無) (11.4%)、独居 (近居家族有) (8.2%)、娘と 2 人 (5.0%)、息子と 2 人 (4.6%) の順に回答が多い結果であった (表 4-1-1)。

表 4-1-1 対象者の基本属性・・・・・・・・・・第 4 章、第 1 節の 1 に掲載 (本文 p.214)

2) 客観的観点からみた家族介護者のサービスの利用状況

利用サービスの状況を利用者の家族構成と要介護度からみると、全ての家族構成に通所型サービスの利用が多く、要介護度も要介護 5 以外の要介護度において通所型サービスの利用が多い結果であった。

利用者の家族構成と現在の利用サービスについて、「独居 (近居家族無)」のみ訪問型の利用率が高く、回答率が最も高かった「夫婦 2 人」をはじめ、他の家族構成においても通所型の利用率が高い結果であった。利用者の家族構成と現在の利用サービスの有意は、訪問型 ($\chi^2 = 26.687$ (7) $p < .001$)、通所型 ($\chi^2 = 17.459$ (7) $p < .05$) に有意が認められた。

利用者の要介護度と現在の利用サービスについても、「要介護 5」のみ訪問型の利用率が高く、回答率が最も高かった「要介護 1」をはじめ、他の要介護度においても通所型の利用率が高い結果であった。利用者の要介護度と現在の利用サービスの有意は、訪問型 ($\chi^2 = 15.978$ (6) $p < .05$)、短期入所介護 ($\chi^2 = 34.987$ (6) $p < .001$)、その他 ($\chi^2 = 22.859$ (6) $p < .001$) に有意が認められた (表 4-1-2)。

表 4-1-2 認知症高齢者の家族構成及び要介護度と利用サービスの χ^2 検定

・・・・・・・・・・第 4 章、第 1 節の 1 に掲載 (本文 p.215)

3) 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容とサービスの利用

① 家族介護者の心理的変容

専門職の客観的観点からみた認知症高齢者を支える家族介護者の心理的変容について心理的ステップを切り口にみたところ、初期の心理的ステップは、心理的第 1 ステップ「戸

惑い・否定」の回答率が僅かであるが一番高く、心理的第3ステップ「割り切り」、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第4ステップ「受容」の順であった。現在の心理的ステップも、初期の心理的ステップは、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」の回答率が僅かであるが一番高く、心理的第3ステップ「割り切り」、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」、心理的第4ステップ「受容」の順の結果であった。

心理的ステップの有意関係は、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」($t=3.60, p<.001$)、心理的第3ステップ「割り切り」($t=2.59, p<.01$)の心理的ステップに有意が認められた(図4-1-1、表4-1-3)。

図4-1-1 家族介護者の心理的変容・・・第4章、第1節の1に掲載(本文 p.215)

表4-1 家族介護者の初期の心理的ステップと現在の心理的ステップの対応のあるt検定

		初期の心理的ステップ 【複数回答】 n=215		現在の心理的ステップ 【複数回答】 n=215		t 値
		M	SD	M	SD	
心理的 ステップ	第1ステップ	0.33	0.47	0.35	0.48	-1.34
	第2ステップ	0.27	0.45	0.21	0.41	3.60***
	第3ステップ	0.32	0.47	0.26	0.44	2.59**
	第4ステップ	0.20	0.40	0.18	0.39	1.16

nは無回答及び欠損値を除いた数、**. $p<.01$ 、***. $p<.001$

② 心理的変容の時期及び利用サービスの内容

認知症高齢者を支える家族介護者の初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスをみたところ、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」及び心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」は訪問型サービスの利用率が一番高く、心理的第3ステップ「割り切り」と心理的第4ステップ「受容」は、短期入所介護の利用率が高い結果であった。

また、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスは、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」はその他のサービスの効果があるという結果で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」と心理的第3ステップ「割り切り」、心理的第4ステップ「受容」は、短期入所介護の効果があるという回答率が高い結果であった。

初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスに対する有意は、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、訪問型介護($\chi^2=63.72, p<.001$)、通所型介護($\chi^2=127.14, p<.001$)、短期入所介護($\chi^2=9.56, p<.05$)、その他($\chi^2=33.06, p<.001$)に有意が認められ、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問型介護($\chi^2=39.03, p<.001$)、通所型介護($\chi^2=168.69, p<.001$)、短期入所介護($\chi^2=15.90, p<.001$)、その他($\chi^2=28.59, p<.001$)に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、訪問型介護($\chi^2=40.01, p<.001$)、通所型介護($\chi^2=129.91, p<.001$)、短期入所介護($\chi^2=21.13, p<.001$)、その他($\chi^2=16.47, p<.001$)に有意が認められ、心理的第4ステップ「受容」では、訪問型介護($\chi^2=76.79, p<.001$)、通所型介護($\chi^2=144.89, p<.001$)、短期入所介護($\chi^2=15.49, p<.001$)、その他($\chi^2=22.64, p<.001$)に有意が認められた。

また、初期の心理的ステップごとに利用し始めて効果があったサービスに対する有意は、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」では、訪問型介護 ($\chi^2=46.67$, $p<.001$)、通所型介護 ($\chi^2=89.72$, $p<.001$)、短期入所介護 ($\chi^2=9.56$, $p<.05$)、その他 ($\chi^2=12.44$, $p<.01$) に有意が認められ、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」では、訪問型介護 ($\chi^2=22.62$, $p<.001$)、通所型介護 ($\chi^2=87.26$, $p<.001$)、短期入所介護 ($\chi^2=17.07$, $p<.001$)、その他 ($\chi^2=13.64$, $p<.01$) に有意が認められた。心理的第3ステップ「割り切り」では、訪問型介護 ($\chi^2=17.11$, $p<.001$)、通所型介護 ($\chi^2=71.92$, $p<.001$)、短期入所介護 ($\chi^2=17.02$, $p<.001$) に有意が認められ、心理的第4ステップ「受容」では、訪問型介護 ($\chi^2=38.20$, $p<.001$)、通所型介護 ($\chi^2=63.05$, $p<.001$)、短期入所介護 ($\chi^2=9.41$, $p<.05$)、その他 ($\chi^2=11.00$, $p<.05$) に有意が認められた (表 4-1-3)。

表 4-1-3 初期の心理的ステップごとに利用し始めたサービスと効果があったサービスの χ^2 検定【複数回答】・・・・・・・・・・第4章、第1節の1に掲載 (本文 p.216)

③ 心理的変容と利用サービスの関係性

初期の心理的ステップについて、すべての利用サービスにモデル χ^2 検定による全体の因果関係に有意は認められなかったが、Exp(B)に示された「オッズ比」から、心理的ステップに影響している結果であった。心理的ステップごとの Exp(B)による「オッズ比」から、最も影響力を示した利用サービスをみると、心理的第1ステップ「戸惑い・否定」は「その他」で、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」は「短期入所介護」、心理的第3ステップ「割り切り」は「短期入所介護」、心理的第4ステップ「受容」は「短期入所介護」の利用サービスが心理的ステップに最も影響している結果であった。有意関係は、心理的第2ステップ「混乱・怒り・拒絶」と通所型介護 ($p<.05$) 及び短期入所介護 ($p<.05$) に有意が認められて、心理的第4ステップ「受容」とその他 ($p<.05$) に有意が認められた (表 4-1-4)。

表 4-1-4 初期の心理的ステップと現在の利用サービスのロジスティック回帰分析・・・・・・・・・・第4章、第1節の1に掲載 (本文 p.216)

(2) 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存

1) 客観的観点からみた家族介護者の親密性

① 家族介護者の親密性に関する意識

認知症高齢者を支える家族介護者の親密性について、〈そう思う〉と〈そう思わない〉の回答率が高かった項目をみると、介護前の親密性における〈そう思う〉は、「8 認知症高齢者が落ち込んでいると、介護者も落ち込むと思う」で、〈そう思わない〉は、「15 介護者は、何をしても、認知症高齢者がわかってくれると思っていると感じる」の結果であった (表 4-2)。

表 4-2 専門職の立場からみた家族介護者の親密性に関する意識

	そう思う	どちらでもない	そう思わない
1 介護者と認知症高齢者は、喜び、悲しみなどの感情を共有していると思う	2(20.0)	7(70.0)	1(10.0)
2 介護者と認知症高齢者は、欠点も含めて、お互い受け入れ、許していると思う	0(0.0)	8(80.0)	2(20.0)
3 介護者と認知症高齢者はお互いの欠点を率直に言えると思う	0(0.0)	8(80.0)	2(20.0)
4 介護者と認知症高齢者は、心がつながっていると思う	2(20.0)	8(80.0)	0(0.0)
5 介護者は、認知症高齢者を尊敬していると思う	2(20.0)	7(70.0)	1(10.0)
6 介護者と認知症高齢者は、多くの時間を共有していると思う	5(50.0)	2(20.0)	3(30.0)
7 介護者と認知症高齢者は、互いに刺激しあって、人間性を高め合っていると思う	0(0.0)	7(70.0)	3(30.0)
8 認知症高齢者が落ち込んでいると、介護者も落ち込むと思う	8(80.0)	1(10.0)	1(10.0)
9 介護者と認知症高齢者は、互いに何も言わなくても、気持ちを察していると思う	2(20.0)	5(50.0)	3(30.0)
10 介護者はいちいち言わなくても認知症高齢者の気持ちを分かってくれた	2(20.0)	1(10.0)	7(70.0)
11 認知症高齢者を喜ばせることは、介護者人生の目標の 1 つだと思う	7(70.0)	2(20.0)	1(10.0)
12 介護者は、認知症高齢者に頼りにされたいと思っていると感じる	6(60.0)	4(40.0)	0(0.0)
13 介護者は、自分の幸せよりも 認知症高齢者の幸せを願っていると感じる	2(20.0)	5(50.0)	3(30.0)
14 介護者は、認知症高齢者の敵を自分の敵のように察していると感じる	2(20.0)	4(40.0)	4(40.0)
15 介護者は、何をしても、認知症高齢者がわかってくれると思っていると感じる	0(0.0)	1(10.0)	9(90.0)
16 介護者は、認知症高齢者の考えていることがだいたい分かっていると感じる	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)
17 認知症高齢者が困っていたら、介護者は頼まれなくても積極的に助けようとすると思う	3(30.0)	6(60.0)	1(10.0)
18 介護者は、自分を犠牲にしても認知症高齢者の希望をかなえようとすると思う	1(10.0)	7(70.0)	2(20.0)

データは人数 (%) を表す

② 家族介護者の親密性

家族介護者の親密性は 18 項目のすべての項目が採択された。第 1 因子は 14 項目に構成されて、自分の幸せより相手の幸せを願う、相手が困っていたら頼まれなくても積極的に助けようとするなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「情愛」因子と命名した。第 2 因子は 2 項目に構成されて、認知症高齢者が落ち込むと、介護者も落ち込む、喜び、悲しみなど感情を共有するなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「相互依存」因子と命名した。第 3 因子は 2 項目で構成されて、多くの時間を共有している、認知症高齢者の喜びは、介護者人生の目標の 1 つだなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「理想化」因子と命名した。

Cronbach の α 係数による信頼性について、親密性項目全体は「 $\alpha=.99$ 」に高い信頼性を示した。親密性から見いだされた第 1~3 因子ではそれぞれ「 $\alpha=.99$ 」、「 $\alpha=.97$ 」、「 $\alpha=.95$ 」に内的一貫性は有すると判断した (表 4-1-5)。

また、因子分析の結果からみいだされた下位尺度の因子間相互相関をみると、親密性の

全ての因子について有意な相関がみられた（表 4-1-6）。

表 4-1-5 親密性に対する因子分析・・・第 4 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.218）

表 4-1-6 親密性の因子間相互相関・・・第 4 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.219）

3) 客観的観点からみた家族介護者の共依存

① 家族介護者の共依存に関する意識

認知症高齢者を支える家族介護者の共依存について、〈そう思う〉と〈そう思わない〉の回答率が高かった項目をみると、介護前の親密性における〈そう思う〉は、「6 介護者は、ひとりになったとき、非常に寂しくなると思う」で、〈そう思わない〉は、「9 介護者は、敗北者だと思ふ事がよくある」の結果であった（表 4-3）。

表 4-3 専門職の立場からみた家族介護者の共依存に関する意識

	そう思う	どちらでもない	そう思わない
1 介護者は、自分のことを二の次にして、家族や他人の世話をやくと思う	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)
2 介護者は、家族や他人の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)
3 介護者は、人に頼まれたり、誘われたりしたとき、はっきりと断れないと思う	1(10.0)	7(70.0)	2(20.0)
4 介護者は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	1(10.0)	7(70.0)	2(20.0)
5 介護者は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がると思う	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)
6 介護者は、ひとりになったとき、非常に寂しくなると思う	5(50.0)	3(30.0)	2(20.0)
7 介護者は、自分の本音を他人に知られるのを怖がると思う	4(44.4)	3(33.3)	2(22.3)
8 介護者は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていないと思う	3(30.0)	5(50.0)	2(20.0)
9 介護者は、敗北者だと思ふ事がよくある	1(10.0)	2(20.0)	7(70.0)
10 他人は、介護者に失望していると思ふ事がある	1(10.0)	3(30.0)	6(60.0)
11 介護者は、人生において本当に何をしたいのか決めることができないと思う	2(20.0)	3(30.0)	5(50.0)
12 介護者は、自分から進んで友達を作ることが少ないと思う	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)
13 他人は、介護者のことを「物」のように扱うと感じる	1(10.0)	3(30.0)	6(60.0)
14 介護者は、世話焼きだと言われることがあると感じる	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)
15 介護者は、とても寂しいと思う	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)
16 介護者は、いつも人の顔色をうかがっていると感じる	0(0.0)	4(40.0)	6(60.0)
17 介護者は、いつも生きにくさを感じると思う	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)
18 介護者は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になると思う	3(30.0)	3(30.0)	4(40.0)

データは人数 (%) を表す

② 家族介護者の共依存

共依存について 18 項目のすべてが採択され、第 1 因子は 10 項目で構成されて、自分から進んで友達を作ることが少ない、本当に何をしたいのか決めることができないなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「嗜癖 と心身の障害」因子と命名した。第 2 因子は 6 項目で構成されて、悲しみや怒りをその場で表現するのを怖がる、世話焼きだと言われる

ことがあるなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「否定的エンメッシュ」因子と命名した。第3因子は2項目で構成されて、自分の本音を他人に知られるのを怖がる、自分に必要なものや望んでいることをはっきりわかっていないなどを表す項目が高い負荷量を示していたため「親密性からの逃避」因子と命名した。

Cronbachの α 係数による信頼性は、項目全体が「 $\alpha=.99$ 」で高い信頼性を示した。因子分析から見いだされた第1~3因子ではそれぞれ「 $\alpha=.99$ 」、「 $\alpha=.98$ 」、「 $\alpha=.96$ 」に内的一貫性は有すると判断した(表4-1-7)。

また、因子分析の結果からみいだされた下位尺度の因子間相互相関は、すべての因子について有意な相関がみられた(表4-1-8)。

表4-1-7 共依存に対する因子分析・・・・・・・・第4章、第1節の2に掲載(本文p.219)

表4-1-8 家族介護者の共依存に関する因子間相互相関

・・・・・・・・第4章、第1節の2に掲載(本文p.220)

③ 客観的観点からみた家族介護者の心理的変容と親密性及び共依存の関係性

家族介護者の親密性と心理的変容の因果関係について心理的ステップを切り口に共分散構造分析によるパス解析を行ったところ、適合度指標は $\chi^2=485.65$ 、 $df=14$ 、 $p<.001$ で、RMR=0.03、GFI=0.84、AGFI=0.69、CFI=0.72、RMSEA=0.39、AIC=513.65で、パス係数は共依存のすべてに有意が認められた(図4-1-2)。

図4-1-2 家族介護者の親密性及び共依存と心理的変容の因子構造モデル

・・・・・・・・第4章、第1節の2に掲載(本文p.220)

(3) 専門職の自由記述から読みとる家族介護者の支援の時期及び内容

専門職の客観的観点からみた家族介護者の自由記述回答の分析の結果、「支援の内容」と「支援の時期」の2つのコアカテゴリーが導き出された。「支援の内容」には、【現実的側面】、【心理的側面】、【サービス側面】の4つのカテゴリーが導き出されて、「支援の時期」にも【心理的第1ステップ】、【心理的第2ステップ】、【心理的第3ステップ】、【心理的第4ステップ】の4つのカテゴリーが導き出された。

各カテゴリーについてサブカテゴリーの詳細を見ると、「支援の内容」の【現実的側面】は、「政策的改善」、「認知症への理解」、「認知症に関する情報」の3つで構成され、【心理的側面】は、「介護者への傾聴と相談のアプローチ」、「介護負担や介護問題になる前の精神的支援」、「専門職の支え」、「介護者のリフレッシュを支える」、「介護者同士の交流」の5つで構成された。【サービス側面】は、「入所サービスの改善・拡大」、「在宅サービスの改善・拡大」、「介護サービスの情報」、「医療と福祉の包括ケア」、「早期発見・支援サービス」の5つで構成された。また、「支援の時期」の【心理的第1ステップ】は、「初期の状況に応じた支援」で構成され、【心理的第2ステップ】は、「症状に対応できる支援」、「介護者へ休養を促す」の2つで構成された。【心理的第3ステップ】は、「介護負担を軽減できる支援」で、【心理的第4ステップ】は、「家族介護者の意志確認」で構成された(表4-1-9)。

さらに、概念の記録単位数を見ると、《支援の内容》の中で最も意見が述べられているカテゴリーは【心理的側面】が 40.0%で、その中でも〈介護者への傾聴と相談のアプローチ〉に対する意見が多く、次に【サービス側面】が 22.9%で、その中でも〈入所サービスの改善・拡大〉に対する意見が多い結果であった。次は【現実的側面】が 14.3%であった。《支援の時期》の中で最も意見が述べられているカテゴリーは【心理的第 1 ステップ】が 11.4%で、〈初期の状況に応じた支援〉に対する意見があつて、【心理的第 2 ステップ】は、5.7%で、【心理的第 3 ステップ】、【心理的第 4 ステップ】のカテゴリーは、それぞれ 2.9%、2.9%の結果であった（表 4-1-10）。

表 4-1-9 専門職の客観的観点からみた家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見・・・・・・・・・・第 4 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.223）

表 4-1-10 専門職の客観的観点からみた家族介護者の支援の時期及び内容に対する意見の分布・・・・・・・・・・第 4 章、第 1 節の 2 に掲載（本文 p.224）

3. 単純集計結果

(1) 調査対象の概要

1) 専門職の概要

①専門職の性別	N	%	⑤ アマネジャー以外の保持資格	
女性	13	76.5	i 介護福祉士	N %
男性	4	23.5	無	0 0
合計	17	100	有	17 100
②専門職の年齢			合計	17 100
30代	4	23.5	iii ホームヘルパー	N %
40代	6	35.3	無	11 64.7
50代	6	35.3	有	6 35.3
60代	1	5.9	合計	17 100
合計	17	100	v その他	N %
平均年齢±SD 47.35±9.29			無	15 88.2
③ 事年数			有	2 11.8
1年~3年未満	3	17.6	合計	17 100
3年~5年未満	6	35.3	ii 社会福祉士	N %
5年以上	8	47.1	無	7 41.2
合計	17	100	有	10 58.8
平均年齢±SD 4.43±2.27			合計	17 100
④ 週間平均仕事時間			iv 看護師	N %
8時間	1	5.9	無	17 100
9時間	1	5.9	有	0 0
22時間	1	5.9	合計	17 100
40時間	14	82.4		
合計	17	100		

2) 被介護者の概要

①被介護者の性別	N	%	②被介護者の年齢	N	%
女性	154	70.3	65歳未満	10	4.6
男性	65	29.7	65~74歳	25	11.4
合計	219	100	75歳以上	182	83.1
⑤ 介護者の自立度			合計	217	99.1
自立	4	1.8	無回答	2	0.9
I	5	2.3	合計	219	100
II	48	21.9	平均年齢±SD 85.02±7.12		
IIa	38	17.4	③被介護者の要介護度		
IIb	43	19.6	要支援1	2	0.9
III	20	9.1	要支援2	5	2.3
IIIa	30	13.7	要介護1	76	34.7
IIIb	6	2.7	要介護2	53	24.2
IV	11	5	要介護3	34	15.5
M	4	1.8	要介護4	26	11.9
J2	2	0.9	要介護5	23	10.5
A1	4	1.8	合計	219	100

A2	3	1.4	
C2	1	0.5	
合計	219	100	

3) 家族構成

	N	%
独居(近居家族無)	25	11.4
独居(近居家族有)	18	8.2
夫婦2人	51	23.3
娘と2人	11	5
息子と2人	10	4.6
娘世帯と同居	32	14.6
息子世帯と同居	46	21
その他	26	11.9
合計	219	100

(2) サービスの利用状況

1) 現在の利用サービス

①訪問型介護	N	%	②通所型介護	N	%
無	114	52.1	無	47	21.5
有	105	47.9	有	172	78.5
合計	219	100	合計	219	100
③期入所介護	N	%	④その他サービス	N	%
無	153	69.9	無	135	61.6
有	66	30.1	有	84	38.4
合計	219	100	合計	219	100

2) サービス利用の希望

①高齢者本人の希望	N	%	②家族の希望	N	%
無	189	86.3	無	22	10
有	23	10.5	有	190	86.8
合計	212	96.8	合計	212	96.8
無回答	7	3.2	無回答	7	3.2
合計	219	100	合計	219	100
④ 戚の希望	N	%	④友人・同僚の希望	N	%
無	209	95.4	無	211	96.3
有	3	1.4	有	1	0.5
合計	212	96.8	合計	212	96.8
無回答	7	3.2	無回答	7	3.2
合計	219	100	合計	219	100
⑤ 人・近隣の希望	N	%	⑥その他の希望	N	%
無	210	95.9	無	203	92.7
有	2	0.9	有	9	4.1
合計	212	96.8	合計	212	96.8
無回答	7	3.2	無回答	7	3.2
合計	219	100	合計	219	100

3) 利用サービスの紹介経路

①回答者本人が紹介	N	%	②友人・同僚	N	%
無	133	60.7	無	165	75.3
有	66	30.1	有	33	15.1
合計	199	90.9	合計	198	90.4
無回答	20	9.1	無回答	21	9.6
合計	219	100	合計	219	100
③ 人・近隣	N	%	④他地域包括支援センター・居宅介護支援事業所	N	%
無	192	87.7	無	127	58
有	6	2.7	有	71	32.4
合計	198	90.4	合計	198	90.4
無回答	21	9.6	無回答	21	9.6
合計	219	100	合計	219	100
④ 会福祉協議会	N	%	⑥行政	N	%
無	198	90.4	無	194	88.6
有	0	0	有	4	1.8
合計	198	90.4	合計	198	90.4
無回答	21	9.6	無回答	21	9.6
合計	219	100	合計	219	100
⑥ 族会	N	%	⑧その他	N	%
無	198	90.4	無	174	79.5
有	0	0	有	24	11
合計	198	90.4	合計	198	90.4
無回答	21	9.6	無回答	21	9.6
合計	219	100	合計	219	100

(3) 心理的変容 (心理的ステップ)

1) 現在の心理的ステップ

①心理的第1ステップ	N	%	②心理的第2ステップ	N	%
無	141	64.4	無	170	77.6
有	75	34.2	有	46	21
合計	216	98.6	合計	216	98.6
無回答	3	1.4	無回答	3	1.4
合計	219	100	合計	219	100
③ 理的第3ステップ	N	%	④心理的第4ステップ	N	%
無	160	73.1	無	177	80.8
有	56	25.6	有	39	17.8
合計	216	98.6	合計	216	98.6
無回答	3	1.4	無回答	3	1.4
合計	219	100	合計	219	100

2) 初期の心理的ステップ

①心理的第1ステップ			②心理的第2ステップ		
	N	%		N	%
無	143	65.3	無	156	71.2
有	72	32.9	有	59	26.9
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
④心理的第3ステップ			④心理的第4ステップ		
	N	%		N	%
無	147	67.1	無	172	78.5
有	68	31.1	有	43	19.6
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100

3) 初期の各心理的ステップに利用し始めたサービス

心理的ステップ1に利用し始めたサービス			心理的ステップ2に利用し始めたサービス		
	N	%		N	%
① 問型介護			①訪問型介護		
無	183	83.6	無	197	90
有	32	14.6	有	18	8.2
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
② 所型介護			②通所型介護		
無	161	73.5	無	174	79.5
有	54	24.7	有	41	18.7
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
③ 期入所介護			③短期入所介護		
無	210	95.9	無	198	90.4
有	5	2.3	有	17	7.8
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
④ その他サービス			④その他サービス		
無	196	89.5	無	200	91.3
有	19	8.7	有	15	6.8
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
心理的ステップ3に利用し始めたサービス			心理的ステップ4に利用し始めたサービス		
	N	%		N	%
① 問型介護			①訪問型介護		
無	195	89	無	195	89
有	20	9.1	有	20	9.1
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
② 所型介護			②通所型介護		
	N	%		N	%

無	173	79	無	185	84.5
有	42	19.2	有	30	13.7
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
③ 期入所介護	N	%	③短期入所介護	N	%
無	194	88.6	無	201	91.8
有	21	9.6	有	14	6.4
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
④ の他	N	%	④その他	N	%
無	195	89	無	208	95
有	20	9.1	有	7	3.2
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100

4) 初期の各心理的ステップで効果的だったサービス

心理的ステップ1に効果的だったサービス			心理的ステップ2に効果的だったサービス		
① 問型介護	N	%	①訪問型介護	N	%
無	190	86.8	無	195	89
有	25	11.4	有	20	9.1
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
② 所型介護	N	%	②通所型介護	N	%
無	171	78.1	無	173	79
有	44	20.1	有	42	19.2
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
③ 期入所介護	N	%	③短期入所介護	N	%
無	210	95.9	無	202	92.2
有	5	2.3	有	13	5.9
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
④ の他サービス	N	%	④その他サービス	N	%
無	206	94.1	無	201	91.8
有	9	4.1	有	14	6.4
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
心理的ステップ3に効果的だったサービス			心理的ステップ4に効果的だったサービス		
① 問型介護	N	%	①訪問型介護	N	%
無	192	87.7	無	189	86.3
有	23	10.5	有	26	11.9
合計	215	98.2	合計	215	98.2

無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
② 所型介護	N	%	②通所型介護	N	%
無	164	74.9	無	165	75.3
有	51	23.3	有	50	22.8
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
③ 期入所介護	N	%	③短期入所介護	N	%
無	194	88.6	無	197	90
有	21	9.6	有	18	8.2
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100
④ の他サービス	N	%	④その他サービス	N	%
無	198	90.4	無	204	93.2
有	17	7.8	有	11	5
合計	215	98.2	合計	215	98.2
無回答	4	1.8	無回答	4	1.8
合計	219	100	合計	219	100

(4) 家族介護者の親密性

		と	そ	ど	そ	全	合	無	回	合
		も	そ	ち	う	く	計	回	答	計
		う	う	ら	思	そ		答		
		う	思	で	わ	う				
			う	な	な	思				
				い	い	わ				
						な				
①介護者と認知症高齢者は、喜び、悲しみなどの感情を共有していると思う	N %	0 0	2 0.9	7 3.2	1 0.5	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	
②介護者と認知症高齢者は、欠点も含めて、お互い受け入れ、許していると思う	N %	0 0	0 0	8 3.7	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	
③介護者と認知症高齢者は、お互いの欠点を率直に言えると思う	N %	0 0	0 0	8 3.7	1 0.5	1 0.5	10 4.6	209 95.4	219 100	
④介護者と認知症高齢者は、心がつながっていると思う	N %	0 0	2 0.9	8 3.7	0 0	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	
⑤介護者は、認知症高齢者を尊敬していると思う	N %	0 0	2 0.9	7 3.2	1 0.5	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	
⑥介護者と認知症高齢者は、多くの時間を共有していると思う	N %	1 0.5	4 1.8	2 0.9	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	
⑦介護者と認知症高齢者は、互いに刺激ああって、人間性を高め合っていると思う	N %	0 0	0 0	7 3.2	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100	

⑧認知症高齢者が落ち込んでいると、介護者も落ち込むと思う	N %	0 0	8 3.7	1 0.5	1 0.5	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑨介護者と認知症高齢者は、互いに何も言わなくても、気持ちを察していると思う	N %	0 0	2 0.9	5 2.3	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑩認知症高齢者はいちいち言わなくても介護者の気持ちを分かってくれた	N %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
⑪認知症高齢者を喜ばせることは、介護者人生の目標の1つだと思う	N %	0 0	7 3.2	2 0.9	1 0.5	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑫介護者は、認知症高齢者に頼りにされたいと思っていると感じる	N %	0 0	6 2.7	4 1.8	0 0	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑬認知症高齢者は、自分の幸せよりも介護者の幸せを願っていると感じる	N %	0 0	2 0.9	5 2.3	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑭介護者は、認知症高齢者の敵を自分の敵のように察していると感じる	N %	0 0	2 0.9	4 1.8	2 0.9	2 0.9	10 4.6	209 95.4	219 100
⑮介護者は、何をしても、認知症高齢者がわかってくれらると思っていると感じる	N %	0 0	0 0	1 0.5	9 4.1	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑯介護者は、認知症高齢者の考えていることがだいたい分かっていると感じる	N %	0 0	1 0.5	6 2.7	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑰認知症高齢者が困っていたら、介護者は頼まれなくても積極的に助けようと思う	N %	0 0	3 1.4	6 2.7	1 0.5	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑱介護者は、自分を犠牲にしても認知症高齢者の希望をかなえようと思う	N %	0 0	1 0.5	7 3.2	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100

(5) 家族介護者の共依存

		とて もそ う思 う	そ う 思 う	ど ち ら で な い	そ う わ な い	全 く そ う わ な い	合 計	無 回 答	合 計
①介護者は、自分のことを二の次にして、家族や他人の世話をやと思う	N %	0 0	2 0.9	6 2.7	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
②介護者は、家族や他人の考え方や振る舞いに干渉し、それをただそうとすることが多い	N %	0 0	1 0.5	6 2.7	3 1.4	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
③介護者は、人に頼まれた	N	0	1	7	2	0	10	209	219

り、誘われたりしたとき、はっきりと断れないと思う	%	0	0.5	3.2	0.9	0	4.6	95.4	100
④介護者は、ときどき他人の問題を自分のことのように思う	N %	0 0	1 0.5	7 3.2	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑤介護者は、自分の悲しみや怒りをその場で、表現するのを怖がると思う	N %	0 0	1 0.5	5 2.3	4 1.8	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑥介護者は、ひとりになったとき、非常に寂しくなると思う	N %	1 0.5	4 1.8	3 1.4	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑦介護者は、自分の本音を他人に知られるのを怖がると思う	N %	0 0	4 1.8	3 1.4	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑧介護者は、自分に必要なものや、自分が本当に望んでいることをはっきりわかっていないと思う	N %	0 0	3 1.4	5 2.3	2 0.9	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑨介護者は、敗北者だと思う事がよくある	N %	0 0	1 0.5	2 0.9	4 1.8	3 1.4	10 4.6	209 95.4	219 100
⑩他人は、介護者に失望していると思う事がある	N %	0 0	1 0.5	3 1.4	3 1.4	3 1.4	10 4.6	209 95.4	219 100
⑪介護者は、人生において本当に何をしたいのか決めることができないと思う	N %	0 0	2 0.9	3 1.4	4 1.8	1 0.5	10 4.6	209 95.4	219 100
⑫介護者は、自分から進んで友達を作ることが少ないと思う	N %	0 0	3 1.4	2 0.9	4 1.8	1 0.5	10 4.6	209 95.4	219 100
⑬他人は、介護者のことを「物」のように扱うと感じる	N %	0 0	1 0.5	3 1.4	3 1.4	3 1.4	10 4.6	209 95.4	219 100
⑭介護者は、世話焼きだと言われることがあると感じる	N %	0 0	1 0.5	5 2.3	3 1.4	1 0.5	10 4.6	209 95.4	219 100
⑭介護者は、とても寂しいと思う	N %	0 0	3 1.4	2 0.9	5 2.3	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑯介護者は、いつも人の顔色をうかがっていると感じる	N %	0 0	0 0	4 1.8	5 2.3	1 0.5	10 4.6	209 95.4	219 100
⑰介護者は、いつも生きにくさを感じると思う	N %	0 0	3 1.4	2 0.9	5 2.3	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100
⑱介護者は、他人が自分のことをどう思っているのかとても気になると思う	N %	0 0	3 1.4	3 1.4	4 1.8	0 0	10 4.6	209 95.4	219 100

(6) 利用者支援の課題に対する記述回答

利用者支援の課題	N	%
無	0	0
有	17	100
合計	17	100

(7) 支援の介入に対する記述回答

介入時期・方法を意識	N	%
無	2	11.8
有	8	47.1
無回答	7	41.2
合計	17	100

(8) 支援の時期と内容に対する記述回答

家族のための支援と時期に対する意見	N	%
無	0	0
有	10	58.8
無回答	7	41.2
合計	17	100

(9) 在宅生活の限界の記述回答

在宅生活の限界と思う時	N	%
無	0	0
有	10	58.8
無回答	7	41.2
合計	17	100

【資料4】質的研究の結果

1. 家族介護者の結果

(1) 対象者の属性

家族介護者の概要は、女性 15 (100%) 人で、平均年齢は 61.20 (SD11.24) 歳、平均介護年数は 4.37 (SD3.44) 年であった。被介護者の概要は、女性 9 (60.0%) 人、男性 6 (40.0%) 人で、平均年齢は 82.87 (SD7.47) 歳であった。また、被介護者の要介護度は要介護 2、要介護 4、要介護 3、要介護 1、要介護 5 の順に回答率が高くて、被介護者との続柄は、実の親、配偶者、配偶者の親の順に回答率が高い結果であった。さらに、サービスの利用は、短期入所を多く利用しており、次に訪問型及び通所型、小規模多機能型居宅介護の順で、要介護認定は受けているものの本人の拒否で利用していないという回答もあった。介護状況は在宅介護が 10 (66.7%) 人で、入居か死亡は 5 (33.3%) 人であった (表 3-2-2)。

表 3-2-2 対象者の属性・・・・・・・・・・・・・・・・第 3 章、第 2 節に掲載 (本文 p.193)

2. 専門職の結果

(1) 対象者の属性

専門職による利用者の概要をみると女性の割合が高く、被介護者は、男性の割合も高く、1 人を除いて 70 代以上で、利用サービスは、介護サービスの 3 柱といわれる通所型サービスと短期入所介護、訪問型サービスに、調査対象が小規模の管理者であることから、小規模の利用者 6 (24.0%) 人であった。一方、介護者は女性介護者と男性介護者がほぼ同じの人数で、年代も 60 代以下がほぼ 4 割であった (表 4-2-2)。

表 4-2-2 対象者の属性・・・・・・・・・・・・・・・・第 4 章、第 2 節に掲載 (本文 p.227)

謝辞

本論文をまとめるにあたり、多くの方々に大変お世話になりました。ここに心から感謝の意を表します。特に研究活動全般に当たり終始暖かい激励とご指導、ご鞭撻を頂いた立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科森本佳樹教授に深く感謝申し上げます。森本佳樹教授には、私の立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科の修士課程から現在に至るまで研究全般に関するご指導をいただきました。健康上の問題で危機に直面した時も研究を進めるための多大な応援と環境を整備いただき、本論文を書き終えることができたことは感謝に堪えません。心からお礼申し上げます。

また、本論文を何度もご精読頂き貴重なご指導とご助言をくださいました本学三本松政之教授、松山真教授、大石和男教授、聖隷クリストファー大学の太田貞司教授に深謝致します。私が曲がりなりにも博士論文をまとめることができたのは、私のゆっくりとした成長を、温かく見守り、辛抱強くお付き合い下さったからにほかなりません。さらに、貴重なご教示を賜りました本学橋本正明元教授(現、社会福祉法人至誠学舎立川理事長)と福山清蔵名誉教授、服部万里子元教授、長倉真寿美准教授に心より感謝申し上げます。

本論文を完成させるにあたり、多くの研究助成金と奨学金のお蔭で、研究に専念できました。ユニバーサル財団研究助成金、立教大学学術推進特別重点資金(立教SFR)、立教大学コミュニティ福祉研究所学術研究推進資金と、三菱商事外国人留学生奨学金、ロータリー米山記念奨学金、坂本政明奨学金等に感謝の意を表します。さらに、留学生である私に日本の現場で経験できるように機会を与えてくださった、社会福祉法人至誠学舎立川至誠ホーム・至誠キートス、立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科森本佳樹研究室、立教大学コミュニティ福祉研究所、(株)地域・高齢社会開発研究所の吉野望代表に深甚の謝意を表します。

そして何よりも本論文の調査研究にご協力くださいました、公益社団法人認知症の人と家族の会東京支部の家族介護者及び世話人の皆様、社会福祉法人至誠学舎立川の在宅サービスを利用している家族介護者及び専門職の皆様に感謝申し上げます。インタビュー調査においても、貴重な時間を割愛し快く依頼を受け入れてくださった家族介護者の皆様及び専門職の皆様に心よりお礼申し上げます。また、本研究の前段階では韓国での調査も実施しました。個別のインタビュー調査に快くご協力くださった社会福祉法人幸福創造の金玄勲院長と家族介護者の皆様にも謝意を表します。

留学生活の中では幸いにも多数の友人たちとの出会いに恵まれ、大いなる刺激ややる気を提供していただきました。博士課程を共に過ごし、明るく支えてくださった同期や先輩、後輩の方々の多大な応援と励ましのお蔭でここに至ることができました。深く感謝の意を表します。ともに過ごした日々が有意義であったと、将来を語り合うことを楽しみにしております。全員の名前を挙げてお礼を申し上げるべきところですが、特に、日本での生活をしていく上で心の支えとなり、本稿最終執筆においては日本語のご助言とご指導を下さった佐藤暁美氏には、心からお礼申し上げます。

最後に、日本という他国で長年にわたって勉学に励むにあたり、ありとあらゆる場面で私を無条件の愛で応援し、温かく見守り続けてくれた家族に深く感謝したいと思います。

本研究が皆様のご期待に沿うものかどうか甚だ疑問ではありますが、多くの方々のご指導、ご協力に対し重ねて謝意を表し、謝辞といたします。

2016年 1月
任 賢 宰
イム ヒョンジェ