

家族介護者の適応に関する質的研究

—娘・嫁・配偶者の介護の物語に焦点を当てて—

江副 文美

目次

第1章 家族介護の歴史的変遷と介護研究の概観および課題	5
第1節 家族介護の歴史的変遷	5
1. 家族介護の動向	5
2. 介護をめぐる社会政策	7
第2節 家族介護者の体験に関する先行研究の概要	9
1. 介護負担感に関する検討	9
2. 介護肯定感に関する検討	12
3. 認知症患者を介護する家族の体験過程に関する検討	13
第3節 家族介護者への心理的支援に関する取り組み	15
1. 家族介護者への心理教育	15
2. 自助グループとしての家族会	16
3. 家族介護者へのカウンセリング	18
4. 介入効果の検証	18
第4節 問題の所在と本論文の目的	20
1. 問題の所在	20
2. 本論文の目的	21
第2章 高齢の母親を介護する娘介護者の適応にかかわる要因の検討（研究1）	23
第1節 問題と目的	23
1. 母娘関係における介護の問題と研究課題	23
2. 本研究の目的	24
第2節 方法	24
1. 調査協力者	24
2. 調査の手続き	24
3. 倫理的配慮	25
4. 分析の手続き	26
第3節 結果	27
1. 生成されたカテゴリ	27

2. 適応による事例の分類	27
3. 各グループの特徴と適応にかかわる要因の検討	27
4. 母親の介護における娘介護者の適応過程	29
第4節 考察	32
1. 適応を困難にする【母娘関係にかかわるわだかまり】	32
2. 適応を左右する母親およびきょうだいとの関係の良好さ	33
3. 女性の発達を支える【人生の指針となる信念】	34
第3章 高齢の義父母を介護する嫁介護者の適応過程（研究2）	35
第1節 問題と目的	35
1. 嫁介護者が直面する困難と研究課題	35
2. 本研究の目的	35
第2節 方法	36
1. 調査協力者	36
2. 調査の手続き	36
3. 倫理的配慮	37
4. 分析の手続き	37
第3節 結果	38
1. 生成されたカテゴリ	38
2. 嫁介護者の適応過程	39
第4節 考察	43
1. 前向きに介護に励む嫁介護者	44
2. トラブルに冷静に対処する嫁介護者	44
3. 適応が困難に陥る場合	45
第4章 配偶者介護における適応過程（研究3）	46
第1節 問題と目的	46
1. 配偶者介護の特徴と研究課題	46
2. 本研究の目的	47

第2節 方法	47
1. 調査協力者	47
2. 調査の手続き	47
3. 倫理的配慮	48
4. 分析の手続き	48
第3節 結果	49
1. 生成されたカテゴリ	49
2. 配偶者介護における適応過程	49
第4節 考察	55
1. 配偶者介護における適応過程	55
2. 【余裕】のある介護生活を維持し配偶者を支える介護者の力	56
3. 夫婦関係を支える【精神的支柱】	57
第5章 総合考察	58
第1節 研究結果のまとめ	58
1. 高齢の母親を介護する娘介護者の適応にかかわる要因の検討（研究1）	58
2. 高齢の義父母を介護する嫁介護者の適応過程（研究2）	59
3. 配偶者介護における適応過程（研究3）	59
第2節 本論文の意義	60
1. 家族介護への適応がもたらす人間発達と家族の成長	60
2. 家族介護者への心理的支援に有用な続柄ごとの特徴	61
3. 母親を介護する娘介護者への心理的支援に有効な視点	62
4. データとの対話に基づいた柔軟な研究姿勢の重要性	63
第3節 本論文の限界と課題	65
1. 本論文で得られた知見の検証	65
2. 家族介護に関する対象を広げた知見の蓄積	65
第4節 今後の展望	66
1. 家族介護者への心理的支援において心理臨床家が果たすべき役割の重要性	66
2. 介護予備軍への支援の必要性	67
3. 介護問題に強い心理臨床家育成の必要性	68

おわりに	70
謝辞	72
引用文献	74

第1章

家族介護の歴史の変遷と介護研究の概観および課題

本章では、まず家族介護の歴史の変遷について整理する。次に、家族介護者の体験に関する先行研究について、主要なアプローチに焦点を当てて概観する。さらに、家族介護者への心理的支援に関する主要な取り組みを概説する。以上を踏まえて、問題の所在と本論文の目的を示す。

第1節 家族介護の歴史の変遷

本節では、戦前から現代に至るまでの家族介護の動向と社会政策の変遷について整理する。家制度に基づく家族の中では、高齢者は長男夫婦によって安定的な介護を約束されてきたが、社会の変動に伴い高齢者介護を取り巻く状況は大きく変化している。

1. 家族介護の動向

1) 家制度と介護

戦前の日本の家族は、1898年施行の明治民法に規定された家制度に基づいて形成されていた。家制度とは、封建的な家父長的家族制度である。戸主を統率者とし、長男の家督相続が定められており、個人尊重の思想は弱く、男女不平等の制度であった(中川, 2003)。那須(1978)によれば、当時のイデオロギーでは、親を養う子の義務の方が、子を養う親の義務より重要視され、そのような社会的責任が、家族形成の慣習の中に躰としてうたわれていた。戸主は還暦を迎えると赤いちゃんちゃんこと赤頭巾を着用して親族を招き、成人した長男に家督を譲るセレモニーが行われた。早くから、老いゆく親を扶養する跡取りの存在が予定されており、親は隠居後も家の伝承者として十分な尊敬を受けた。女性の場合は嫁としての地位はきわめて低かったが、子の母としての役割は重視され、老年期になれば息子の嫁に対して家の伝統を伝える権威的存在であった。したがって、戦前的高齢者は大家族の中で十分な扶養を受けていて、高齢者問題など存在しなかったということになる(白石, 1990)。介護は、家制度の一部としての老親扶養規範において、長男による相続・同居と一体となった形で位置づけられており(中西, 2009)、女性が夫の親を介護することが前提とされていた。

2) 現代家族と介護

敗戦を迎えた日本は、ポツダム宣言受諾により民主化の義務を負うことになった。日本国憲法24条の個人の尊厳と男女平等の原則に照らして、1947年に明治民法の家族法が根

本的に改められ、現行の家族法が成立した。女性が嫁として夫の家に入るというそれまでの家制度に基づく家族から、婚姻によって新しい家族が形成される婚姻家族へと大きく転換した。そして、高度経済成長期に突入し、工業化、都市化が進み、核家族化が急速に進んだ。1968年の厚生白書においても、すでに高齢者世帯の著増と世帯の高齢化の問題が指摘されている。

1969年の厚生白書に初めて「寝たきり老人」という言葉が登場し、1970年には高齢化率が7%を超え、高齢化社会が到来した。1972年発表の有吉佐和子の小説『恍惚の人』は、日本の平均寿命が男性70.5歳、女性75.9歳であったときに、いち早く認知症高齢者介護を取り上げた先駆的な作品で、人々の関心を集めた。そして、その後の急速な高齢化により、高齢者介護は誰にとっても避けられない問題となった。一方、核家族化が進んでいたとはいえ、戦前からの伝統的な老親扶養規範は根強く残っていた。その頃はまだ、65歳以上の高齢者の約8割が子どもと同居しており、福祉施設で生活する高齢者は1%に過ぎなかった(厚生省, 1970)。介護者は、子の配偶者(ほとんどが嫁)が49%超とほぼ半数を占め、次が配偶者(大部分が妻)で26%、3番目が娘で14%であり、介護する人は「若くて体力もあり、家事も介護も難なくこなし、介護に専念する時間も十分にあって、何より家族の介護を担うことを自然と受け入れている」というような同居女性、とりわけ専業主婦をモデル化したものだった(津止, 2017)。

その後、介護を取り巻く状況は急激な変化を遂げた。総務省の調査(総務省統計局, 2020)によれば、現在、日本の高齢化率は世界で最も高い28.7%に達している。そして、夫婦共働き家庭の増加により、専業主婦の嫁が介護を担うという前提は成立しなくなった。国民生活基礎調査(厚生労働省, 2017)によれば、2016年時点で要介護高齢者と同居して介護を担う家族は6割を切った。内訳としては配偶者が25.2%で最も多く、次いで子が21.8%、子の配偶者が9.7%であり、女性が66%、男性が34%であった。別居して通いながら介護する家族は12.2%、事業者は13%、不詳は15.2%であった。なお同居の場合、介護者、要介護者ともに65歳以上である老老介護の割合は54.7%と増加しており、介護者と要介護者の高齢化が指摘されている。伝統的な老親扶養規範が揺らぎ、しかし高齢者介護のニーズは高まる状況において、介護の動機づけは親子の情緒的つながりに求められるようになり、情緒・愛情によって促される現代的な老親扶養の典型として、娘による介護が注目されているという報告もある(中西, 2009)。

総人口が減少する中、特に75歳以上の高齢者が占める割合は増加を続けることが予測されており、介護の担い手と受け皿の不足により高齢者介護をめぐる問題は今後ますます深刻になっていくと考えられる。国は地域包括ケアシステムと銘打ち、介護と看取りの中心を病院や施設から高齢者が住み慣れた自宅に移行させるシステムの構築を目指している。2000年の介護保険法施行以降、介護サービスの整備は進んでいるものの、介護職は常に人手不足で、家族の介護力に頼らざるを得ない状況が続いている。

2. 介護をめぐる社会政策

1) 介護保険法制定以前の状況

戦前の公的高齢者対策は、身寄りのない低所得の高齢者を対象とした救護法の養老院であった(北場, 2005)。養老院は、戦後1946年制定の旧生活保護法のもとに養老施設に名称を変え、入所は生活保護の被保護者のみに限定、福祉事務所を通しての措置という形を取っていた(加藤, 1995)。そして、翌1947年に家制度が廃止され、家督相続から均分相続に変わったことから、徐々に高齢者扶養問題に関心が集まるようになる。1962年訪問介護(ホームヘルプサービス)事業創設、1963年には世界に先駆けて老人福祉法が制定され、これが現代に至る高齢者福祉政策の始まりとなった。同法では、養老施設が生活保護の対象から外され、老人ホームと名称を変えた。その中で、低所得で家庭上や住宅上の問題をもつ高齢者は養護老人ホームに、心身の障害のために常時介護を必要とする高齢者は特別養護老人ホームに措置されることになった(加藤, 1995)。

1970年代に入ると、高度経済成長期の終焉と高齢化の進行により、国は施設対策から在宅および地域福祉の充実を目指すようになる。1972年、厚生省は「老人居室整備資金貸付制度について」通知を行った。60歳以上の高齢者と同居する者が、その専用室のために増改築する際、低利の貸付を受けることができる制度であった。次いで1976年には「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」通知を行い、ホームヘルパー派遣、日常生活用具給付、ショートステイ、デイサービスを事業内容とした(加藤, 1995)。1980年前後からは、有償対人サービスや市場機構を通じて提供されるサービスの導入を検討すべきという見解が示されるようになる。特別に措置された人に対する社会福祉ではなく、一般の人が利用できる社会サービスのニーズが高まったといえる。なお医療費に関しては、1972年の老人福祉法改正により老人医療費支給制度が創設され、翌年から無料化が実施されたが、高齢者の受診率、入院率、病床占有率そして医療費の増大を招き、1982年に制定された老人保健法により老人医療費一定額自己負担の導入がなされた。

1989年、厚生省、大蔵省、自治省の三省合意として、ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進10か年戦略)が策定された。ゴールドプランでは、同年に導入された消費税の1割にあたる6兆円強を2000年までの10年間に投じ、在宅介護支援センターなどの在宅福祉対策、施設対策、地域での機能訓練の実施、寝たきりの予防策を計画的に進めることが盛り込まれた。年度ごとに具体的な目標値を掲げ、最終的にはホームヘルパー10万人、ショートステイ5万ベッド、デイサービスセンター1万か所、特別養護老人ホーム24万ベッド、老人保健施設28万ベッド、ケアハウス10万人分などの設置の実現を目指すものであった(加藤, 1995; 北場, 2005)。翌1990年には、老人福祉法、老人保健法を含む社会福祉関係八法が大きく改正された。在宅福祉サービスの推進、福祉サービスの市町村への一元化、市町村と都道府県の老人保健福祉計画策定義務化が行われた画期的な年という意味で、福祉改革元年ともいわれている。

高齢化はゴールドプラン策定当初の予想を超えて急速に進み、1994年に新ゴールドプラン（高齢者保健福祉5ヵ年計画）に全面改定がなされた。その頃には、従来の老人福祉と老人保健・医療の2つの異なる制度による対応には限界があるとして、高齢者介護を社会全体で支え合う介護保険制度を創設することになっており（1997年介護保険法成立、2000年施行）、新ゴールドプランでは2000年4月の介護保険制度導入による需要増加に対応するため、ホームヘルパー17万人確保、訪問看護ステーション5000箇所設置などを掲げた。1999年度で新ゴールドプランは終了し、ゴールドプラン21が新たに策定された。基本的目標として「活力ある高齢者像の構築」、「高齢者の尊厳の確保と自立支援」、「支え合う地域社会の形成」、「利用者から信頼される介護サービスの確立」の4点が、具体的施策として「いつでもどこでも介護サービス」、「高齢者が尊厳を保ちながら暮らせる社会づくり」、「ヤング・オールド作戦の推進」、「支え合うあたたかな地域づくり」、「安心して選べるサービスづくり」、「保健福祉を支える基礎づくり」の6点が掲げられた（厚生労働省、1999）。

2) 介護保険法施行以降の状況

2000年4月に施行された介護保険法は、老人福祉と老人保健・医療に分かれていた従来の制度の再構築を図り、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で介護を支える新たな仕組みとして介護保険制度を創設することを趣旨としている。介護保険制度は、利用者の選択により、保健・医療・福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できる仕組みを創設するものであり、また、従来、市町村自ら又はその委託を受けた者に限られてきた福祉サービスの提供主体を広く多様な主体に広げることにより、サービスの質の向上と地域の実情に応じた介護サービス基盤の拡充を図ろうとするものである。さらに、社会保険制度とすることにより、給付と負担の関係について国民の理解を得ながら、今後増加が見込まれる介護費用を支えていこうとするものである（厚生省、1997）。

介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられる。第1号被保険者は、原因を問わずに要介護認定または要支援認定を受けたときに、介護サービスを受けることができる。第2号被保険者は、加齢に起因する特定疾病が原因で要介護（要支援）認定を受けたときに、介護サービスを受けることができる。介護保険料の支払い義務は、満40歳になる日が属する月から発生し、所得にかかわらず利用者1割負担で介護サービスを受けることができる。介護保険制度は3年ごとに見直しが行われる。2006年4月には1回目の大改正が実施され、介護予防などの新システムが制度改正の大きな目玉となった（結城、2015）。2011年には地域包括ケアの推進が、2014年には地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など）が盛り込まれた。

介護の社会化を目指した介護保険制度であったが、制度開始以来、高齢化の進行により要介護認定者数や総費用、保険料は上昇を続けており、国は制度維持のため給付の削減と合理化を進めてきた。相次ぐ改正により制度開始前に掲げられた必要なサービスを自由に

選べる、家族の負担軽減などの理念は大きく揺らいでいる（『中日新聞』2020.3.18 朝刊）。2015 年には要支援者の生活援助を含む訪問介護とデイサービスを保険給付から外し市区町村の事業に移したが、自治体の財政力による地域格差が生まれている。施設サービスでも 2005 年から居住費や食費が自己負担となり、2015 年から特別養護老人ホームへの入居は原則要介護 3 以上になった。また、2015 年に一定以上の所得のある利用者の自己負担が 2 割に引上げられ、2018 年には特に所得の高い利用者の自己負担が 3 割に引き上げられた。在宅介護職の求人倍率は 13 倍を超え慢性的な人手不足で、特別養護老人ホームの待機者も全国で約 32 万人と数年待ちの地域もある。介護離職者数は年間 10 万人程度おり、現行の介護保険制度は家族による介護を前提としており、介護の社会化とは程遠い現状にある（『中日新聞』2020.4.5 サンデー版）。

第 2 節 家族介護者の体験に関する先行研究の概要

本節では、家族介護者の体験に関する先行研究の 3 つの主要なアプローチ、介護負担感に関する検討、介護肯定感に関する検討、認知症患者を介護する家族の体験過程に関する検討について概観する。中でも介護負担感に関する研究は最も歴史が古く、多くの研究者が携わってきた先行研究のメインストリームである。

1. 介護負担感に関する検討

高齢化が進行していた欧米において、1970 年代終わりから高齢者を介護する家族が受ける負担についての関心が高まり、負担を測定する尺度の開発が行われるようになった。その後、欧米を上回るスピードで急速に高齢化が進行した日本においても、1980 年代初めから主に社会学や看護学の領域において徐々に研究が行われるようになった。用語としては一般的に *burden* が用いられているが、*strain*, *stress*, *impact*, *cost* など同様の意味で用いられている。日本では介護負担感と呼ばれることが多い。

ここで、欧米で開発された主要な尺度と研究動向について概観する。初期の尺度は、介護者が感じている負担を一次元で測定しようとするものであった。*Caregiver Strain Index (CSI)* は最初に開発された尺度で、該当するストレスラーの数でスクリーニングを行うものである。尺度を構成するストレスラーは、高齢の親を介護する子どもを対象とした面接調査により抽出された。具体的には、介護にかかる時間や遠距離介護のための不便さ、自由の拘束、日課の変更やプライバシーの消失といった家庭生活の変化、仕事や余暇といった個人の計画の変更、家族間での要求の増加や感情の衝突、要介護者の問題行動や変わり果てた姿に対する動揺、仕事への支障、困惑、睡眠の障害、身体的負担、経済的負担から成る (Robinson, 1983; Robinson & Thurnher, 1979)。*Zarit Burden Interview (ZBI)* は最もよく知られている介護負担感尺度である。介護者が被ったと感じている心身の健康や社会生活

および経済状態に関する損失の程度を測定する尺度であり (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980) , 邦訳版 J-ZBI (Arai, Kudo, Hosokawa, Washio, Miura, & Hisamichi, 1997) も作成されている。

続いて、介護負担感の因子を把握しようとする試みが台頭し、多因子構造の尺度が作成された。Relatives' Stress Scale (RS Scale) は、要介護者との関係における苦痛、生活への支障、要介護者への否定的感情の3因子から構成される尺度である。認知症による気分行動障害の程度を測定する Behavioural and Mood Disturbance Scale (BMD Scale) とともに使用することで、認知症高齢者介護に当たる家族の負担感を多面的に把握することができる (Greene, Smith, Gardiner, & Timbury, 1982) 。Cost of Care Index (CCI) は、専門家のケースマネジメントツールとして用いられることを想定して作成されており、個人および社会生活上の制限、心身の健康、価値、介護虐待を引き起こしかねない要介護者の性格や特徴上の問題、経済的負担の5領域の問題を見立てることができる (Kosberg & Cairl, 1986) 。CCIを邦訳した溝口・飯島・新野・折茂 (1995) は、介護者としての家族の適性および家族が現在または将来受ける影響や困難を分析する上で、高い信頼性と妥当性を有する評価法であると述べている。Caregiver Burden Inventory (CBI) も、専門家による診断ツールとしての活用を目的とした尺度である。CBIは既存の複数の尺度から選定された項目で構成されており、時間にかかわる負担 (時間とエネルギーの消耗)、発達にかかわる負担 (人生の頓挫)、身体的負担 (慢性疲労、健康へのダメージ)、社会的負担 (役割葛藤)、感情的負担 (要介護者の予測のつかない奇妙な行動に起因するネガティブな感情) の5因子が抽出されている (Novak & Guest, 1989) 。

並行して、介護負担感の概念整理を行う必要性が指摘されるようになった。例えば Poulshock & Deimling (1984) は、既存の尺度を整理し、要介護者の日常生活動作と社会性・行動・認知の障害によって直接規定される *burden* と、要介護者やその他の家族との関係の悪化と介護者の自由や社会活動の制限を示す *impact* を区別して捉えることを推奨している。他にも、プライバシー、時間、自由といった介護者の生活が支障を受けた程度を客観的負担として、ZBIが測定する介護負担感に該当する介護に対する態度や感情を示す主観的負担とは区別して捉えることが推奨されている (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) 。

さらに、介護負担感が生じるメカニズムについても注目されるようになった。例えば Morycz (1985) は、要介護者、介護者、環境それぞれの特徴の相互作用によって介護者の感情や認知としての介護負担感が生じるというモデルを提示し、Family Strain Scale を作成している。特に、Lazarus & Folkman (1984) のストレスモデルを適用し介護負担感を潜在的ストレスラーに対する認知的評価と捉えた Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman (1989) や Kinney & Stephens (1989) は、日本の研究にも影響を与えている。Lawton et al. (1989) は、介護負担感だけでなく介護者のコーピング能力をも包含する *caregiving appraisal* という用

語を採用して包括的な検討を行い、Kinney & Stephens (1989) は、ストレッサーである hassles とともに、uplifts と呼ばれる喜びや満足について注目している。どちらも介護のポジティブな側面にも光を当てた先駆的な研究の一つとしての役割を果たしている点で意義深い。

日本における介護負担感尺度の始まりは、1982年の東京都老人総合研究所社会学部による調査(報告書は1983年に刊行)で使用された「障害老人を介護する家族の困難表明」に関する12の質問項目である。この質問項目によって測定されたデータを分析した結果、「ボケ老人や気難しい老人を介護する上での困難」と「世話する人の人手不足、仕事にかかわる支障、経済的負担にかかわる困難」の2因子が抽出されている。そして、要介護者の精神症状が5つ以上であること、主介護者が職業をもっていること、低所得世帯、介護者の年齢が低く子育てと重なる場合、要介護者の対人交流が不活発であることが介護負担感を高めることが報告されている(前田・冷水, 1984)。

以降、日本においても介護負担感の概念整理が行われるようになった。中谷・東條(1989)は、負担を心理的圧迫と社会・経済的困難と定義し、客観的負担を第三者によって測定可能な負担、主観的負担を客観的な負担状況に対する介護者の主観的解釈つまり介護負担感として位置づけ、介護負担感スケールを作成した。介護負担感スケールはよく知られており、介護負担感の定義を明確にしている点で、後に続く研究者が使用しやすい尺度であることが窺われる。主介護者の健康状態が良好であること、介護からの一時的解放という意味での常勤職を有していること、副介護者がいることが介護負担感を軽減し、要介護者の精神症状のうち、妄想・幻覚状態、不安・うつ状態、攻撃的行動が介護負担感を高めることが報告されている。また、吉田・南・黒田(1997)は、介護負担感をいらいらや不安、苦痛などの精神的な反応に限定して捉え、精神的介護負担感尺度を作成した。全面的な介助より部分的な介助を要する場合に介護負担感が高く、認知症に伴う症状や問題行動、介護者をサポートする人間関係の欠如も、介護負担感を高めることが報告されている。

介護者負担感評価尺度は、Lazarus & Folkman(1984)のストレスモデルに基づいた尺度である。欧米の先行研究と同様に、介護負担感には潜在的ストレスに対する認知的評価であり、介護負担感がストレス症状を引き起すとされている。介護者負担感評価尺度は、日常生活の援助、認知症の症状への対応、将来の心配、人間関係の問題、個人的・社会的活動の拘束、社会的サービスの不足、経済的負担の7因子で構成されている。そして、認知症の症状への対応、将来の心配、人間関係の問題が心身のストレス症状の発現の予測に重要であることが報告されている(新名・矢富・本間, 1992)。主観的介護ストレス評価尺度も同様にストレスモデルに基づいた尺度で、介護者の社会的な孤立感や介護に時間を束縛されることによる社会生活そのものへの影響を示す社会的拘束感因子、介護により健康が悪化したという内容を示す身体的消耗感因子の2因子で構成されている。社会資源の拡充により、介護者が要介護者の日常生活動作の低下や認知障害などをそれほどストレスフル

ではないと評価できれば、うつ状態に陥る危険性は低くなることが示唆されている (安部, 2001)。

以上のように、各研究者が独自性を求めて介護負担感尺度の開発を進めてきたが、今日でも国内外問わず調査研究や臨床現場で最も頻用される尺度は ZBI である。ZBI は早期に開発されたことで馴染み深く、また簡便で使い勝手の良い尺度であることが窺われる。なお、飯島・吉野 (2003) は、家族の介護能力は介護技術ばかりでなく、時間的・体力的・経済的余裕や介護に対する意欲によって規定されるため、ケアプラン作成時に介護負担感を測定することを推奨している。

2. 介護肯定感に関する検討

1980 年代に入ると、介護負担感という介護のネガティブな側面に加えて、ポジティブな側面に焦点を当て、介護者の体験を包括的に捉えようとする試みがなされるようになった。なぜなら、ポジティブな側面にも注目しないと、介護の経験を偏って理解することになり、家族介護者の適応を支える上で限界が生じてしまうからである (Kramer, 1997)。研究者によって *satisfaction*, *gratification*, *benefit*, *uplift* などのさまざまな用語が用いられ、在宅介護継続意欲あるいは *well-being* を左右する要因として検討されてきた。欧米、日本ともに用語の統一がなされていないため、本節では総称として櫻井 (1999) の介護肯定感を用いることとする。

まず、介護肯定感が低下すると在宅介護継続意欲が減退し、在宅介護を諦めて施設介護を選択する可能性が高まることが知られている。例えば、介護や要介護者との関係から喜びや満足が得られること、要介護者との関係の良好さを実感できること、要介護者の存在に感謝できること、介護に価値や人生の意味を見いだせることが在宅介護継続意欲の維持につながるということが報告されている (Hirschfeld, 1983; Orbell, Hopkins, & Gillies, 1993; Pruncho, Michaels, & Potashnik, 1990)。介護によって得られる喜びや満足の程度を測定する尺度としては、*Caregiver Satisfaction Scale (CS scale)* があり、CS 得点は要介護者の社会生活の障害の影響を受けることが報告されている (Worcester & Quayhagen, 1983)。

介護肯定感は介護負担感とは反対に、介護者の *well-being* にポジティブな影響を及ぼすことが知られている。Lazarus & Folkman (1984) のストレスモデルを適用した研究では、ストレスに対する認知的評価をポジティブ・ネガティブ両側面から測定する尺度が作成され、ポジティブな評価である喜びや満足が抑うつを直接的に軽減する、あるいは抑うつと関連のある介護負担感を軽減することが報告されている (Kinney & Stephens, 1989; Lawton et al. 1989; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991)。

さらに、要介護者との関係や介護に対する評価や反応をポジティブ・ネガティブ両側面から検討し、*well-being* との関連について報告した知見は多く見られる。例えば、要介護者に対する愛情や介護に対する喜びや満足が感じられるほど、フラストレーションや抑うつ、

孤立感、怒りなどのネガティブな感情や介護役割に対する不満が生じにくいこと、要介護者との良好な関係にある介護者は、介護に本質的な価値を見だしやすいため、介護負担感を感じにくいことが報告されている (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990; 井上, 1996; Sheehan & Nuttall, 1988)。また、互恵性や愛情に基づく介護は喜びや満足を得やすく、well-being にポジティブな影響を及ぼす一方で、義務感に基づく介護は喜びや満足を得にくいことも報告されている (Motenko, 1989)。

ただし、介護負担感が強いからといって介護肯定感が得られない訳ではなく、介護肯定感と介護負担感は両立するという報告もなされている (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1992; 井上, 1996; Miller, 1989; 中谷・東條, 1989; 坂田, 1989)。Miller (1989) は、Lazarus & Folkman (1984) の認知的評価に影響を与えるコミットメントに関する考え方に則り、介護へのコミットメントが高まると、介護肯定感と介護負担感の両方が高まる可能性があるとして述べている。

他にも、competence, self-gain, mastery, self-esteem という介護者としての自己評価によって介護肯定感の検討を試みた研究もある。例えば、competence は困難な状況にも対処できるようになったという介護者としての自信であり、self-gain は介護によって得られた自己成長感である (Skaff & Pearlin, 1992)。Mastery は Pearlin & Schooler (1978) のストレスモデルにおけるコーピング能力の一つであり、介護の文脈では介護者としての能力や行動に対する肯定的評価と捉えられている (Lawton et al. 1989; Skaff & Pearlin, 1992)。Self-esteem は、介護を楽しみ、自身にとって有益なものと感じられているという介護者としての自信である (Given, Given, Stommel, Collins, King, & Franklin, 1992)。さまざまな困難を前向きに捉えることができる介護者の力である meaning と self-esteem との関連も報告されている (Farran, 1997; Farran, Graham, & Loukissa, 2000; Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer, & Wilken, 1991; Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999; Noonan & Tennstedt, 1997)。

日本においても、2000 年前後から介護肯定感に関する尺度作成を目的とした研究や、介護肯定感と在宅介護継続意欲あるいは well-being との関連を検討する研究が散見されるようになった。その多くが Lawton et al. (1989) や Skaff & Pearlin (1992) などの作成した項目を用いている (安部, 2002; 広瀬・岡田・白澤, 2005; 西村・須田・Campbell・出雲・西田・高橋, 2005; 斉藤・國崎・金川, 2001; 櫻井, 1999)。また、欧米や日本の既存の尺度を参考に、介護者の介護に対する認識をポジティブ・ネガティブの両面から包括的に把握するための簡便な尺度も開発されている (橋本, 2005)。

3. 認知症患者を介護する家族の体験過程に関する検討

認知症は高齢者介護における一大トピックである。2012 年時点で 65 歳以上の高齢者の約 7 人に 1 人が認知症に罹患しており、2025 年には約 5 人に 1 人になると予測されている (内閣府, 2017)。認知症は中核症状としての認知機能の障害に加え、行動や心理状態にも

問題を呈する。高齢者の認知機能の障害や行動上の問題は、家族介護者との良好な関係を脅かすことが確認されており (Deimling & Bass, 1986; Kinney & Stephens, 1989; Walker, Martin, & Jones, 1992; Townsend & Franks, 1995; Lawrence, Tennstedt, & Assmann, 1998) , 認知症患者を介護する家族の体験は特別な注目を集めてきた。

認知症患者やその家族と接してきた医師の臨床経験に基づく知見が中核となり、認知症患者を介護する家族の体験過程について検討が行われてきた。「認知症の人と家族の会 (旧 呆け老人をかかえる家族の会)」発足当時から活動を支えている杉山 (1992) は、在宅医療および認知症医療の第一人者として知られており、自身の臨床経験から介護者が辿る「1. とまどい・否定」、「2. 混乱・怒り・拒絶」、「3. あきらめ」、「4. 受容」のプロセスを提示している。家族や支援職のケア、高齢者虐待防止にも熱心に取り組んでいる松本 (2009) によれば、介護する家族にとって患者からの何度も繰り返される質問や事実無根の疑いは耐え難い苦痛であり、家族は日々繰り返される心の傷 (対象喪失) と向き合いながらケアを続けている。そして、「1. 驚愕」、「2. 否認」、「3. 怒り」、「4. 適応」のプロセスを辿り、看取り終えた後、傷ついた心が「5. 再起」するとしている。怒りについては、医療や看護、福祉、行政への外向きの怒りと、介護者自身に向かう内向きの怒りがあり、特に内向きの怒りを抑えた後の抑うつによって、介護生活の破綻や虐待が起きることが危惧されている。また、一度適応できても新たな症状に出会うことで、喪失のプロセスは繰り返されることが指摘されている。

臨床心理学的観点からも、認知症患者を介護する家族の心理は、対象喪失に伴う悲哀の過程であると説明されている。進行性かつ不治の疾患である認知症は、患者を死に至らしめる病ではないが、健忘から始まる認知機能の全般的な障害、人格の崩壊は、患者を段階的に精神的な死に至らしめる病といえる。家族は、健康であった親や配偶者が認知症により人格が崩壊し変化していく過程に立ち会うことで、喪失体験を経験していくことになる。そして、認知症により変わりゆく患者をあるがままに受容することを、その介護過程で求められるのである (小野寺・下垣, 1998)。

Kübler-Ross (1969 鈴木訳 1998) の死の受容のプロセスに則った知見もある。患者本人の視点に立ち、若年性認知症を含む認知症の治療と支援に尽力している宮永 (2006) によれば、認知症罹患初期の患者本人および家族は「1. 疑惑」、「2. 困惑」を示し、認知症の診断後に「1. 否認と孤立」、「2. 怒り」、「3. 取引」、「4. 抑うつ」、「5. 受容」という死の受容のプロセスと同様の反応を示す。そして、松本 (2009) と同様に、認知症の進行が緩徐で安定しているときには受容できている介護者も、症状の変化によって、再度、否認や抑うつが繰り返されることが危惧されている。死の受容のプロセスに基づく他の検討では、「1. 否認期」、「2. 適応期」、「3. 疲弊期」、「4. 膠着期」という介護疲れや燃え尽きを強調したプロセスが提示されており、適応期における介護役割への過剰適応が危惧されている (鶴田, 1995)。

家族会の活動に端を発して、認知症介護における家族の体験過程に関する、より詳細な検討も行われている。家族会は既存のプロセスに独自の検討を加え、「1. まさかそんなはずはない、どうしよう（否定、驚愕・戸惑い）」、「2. ゆとりがなく追い詰められる（①混乱、②怒り・拒絶・抑うつ）」、「3. なるようにしかならない（①あきらめ、②開き直り、③適応）」、「4. 認知症の人の世界を認めることができる（理解）」、「5. 受容」のプロセスを提示し、ピアカウンセリングや介護者のエンパワメントを基本とした活動に役立てている（尾之内、2004）。宮上（2004）は家族会の参加者を対象にインタビュー調査を実施し、初期の「1. 混乱の段階」では介護者は直面している課題を解決しようと手がかりを模索するが、適切な情報の入手が難しく家族関係にも支障が出ること、「2. 介護する体制を築く段階」では体験を共有する場として家族会が支えになること、「3. 介護が質的に向上する段階」では介護者自身のそれまでの職業や生活経験から身につけた知識や技術も応用しながら介護内容を工夫すること、「4. 介護実践力の向上を自覚する段階」では介護経験の意味づけや社会に対する発信が可能となることを報告している。

プロセスの移行にかかわる要因に焦点を当てた検討もなされており、そこでは既存のプロセスとは異なる道筋も提示されている。鈴木（2006）によれば、認知症の診断後に介護者は既存のプロセスにおける衝撃・否認段階を経るとは限らず、衝撃・否認段階を経る場合には「過去と現在の埋められないギャップ」が影響していた。また、「他の介護者の存在への意識」と「エネルギー源」が介護役割の受容を支える一方で、「症状の進行」が否定的感情を再燃させていた。介護者は「（要介護者との）つながりの再確認」が得られる場合には要介護者の受容に至ることができるが、介護に対する積極的な姿勢に対して抵抗感が強い場合には要介護者の受容に至らず、介護者役割の受容にとどまっていた。

第3節 家族介護者への心理的支援に関する取り組み

本節では、家族介護者への心理的支援に関する主要な取り組みを概説する。認知症患者を介護する家族への心理教育と認知症の家族会は、日本で最も盛んに行われている取り組みである。介入効果の検証については今後の知見の蓄積が期待される。

1. 家族介護者への心理教育

心理教育は統合失調症患者の家族の感情表出（Expressed Emotion: EE）研究から発展し、1990年代には高齢者介護領域でも用いられるようになった。特に認知症患者を介護する家族を対象とした実践は全国に広がっており、家族が要介護者の疾患や障害の特徴を正しく理解し適切に対応するための知識や情報の提供がなされている。三野・米倉・何・周防（2009）によれば、認知症患者の認知機能の低下と問題行動、家族の認知症に関する適切な情報の不足、不十分なソーシャルサポートが家族の高 EE につながり、患者への批判や不

適切なケア、極端な場合には虐待に至り、BPSD（認知症に伴う精神症状や行動障害：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の悪化を招く。適切な情報提供によって家族の認知症の理解とソーシャルサポートの利用が促進され、患者へのゆとりのある態度と適切なケアが可能となり、BPSD の悪化も予防できる。家族が知識・情報を得て安心して介護することが、患者の症状を安定させる（松本，2001）。宮永（2007）は先行知見に基づき、認知症介護に関する心理教育の具体的内容を、①認知症の知識（症状、経過、治療内容、介護方法など）、②BPSD の原因と対処法、③通常時の相談窓口、④介護制度の知識、利用可能な施設の知識（公的サービスを含め、患者や家族を支えるシステムの知識）、⑤社会制度、生命保険、住宅ローン、成年後見制度などの知識、⑥虐待の知識の6項目に整理している。認知症は進行性の経過を辿り、病期によって臨床症状が異なることから、家族の反応やニーズに合わせた介入が求められる（松田，2006；宮永，2007）。また、認知症介護予備軍への心理教育も行われている。高橋（2007）は認知症に対する誤解や偏見をなくすため市民への啓発・相談活動を行っており、「ぼけても笑顔で暮らせる町づくり」を目指している。

心理教育を行う専門家には、家族をエンパワメントする姿勢が求められる。つまり、心理教育は“治す”“助ける”といった視点からの援助ではなく、要介護者や介護に疲れた家族の中に依然として備わっている当事者の力を評価し、その力を引き出すことで介護により良い結果が出るように力づけることが目的なのである（松本，2001）。すべての家族には強さがあり、学習できる存在であるという前提のもとに（加藤，2003）、何らかの状況によって生じた問題を要介護者とその家族自身が解決するのを、あくまで支援するというスタンスでかかわる必要がある（無藤，2008a）。自治体や医療機関主催の家族介護教室も増えているが、単なる知識の獲得ではなく、要介護者と家族が疾患とともにあってもどこか安心できる情報の共有が望まれる（松本，2006）。無藤（2008b）は家族介護者へのアサーション・トレーニングを推奨している。介護の過程では、要介護者との間だけでなく関係する多くの人々との調整も必要となる。家族介護のシステムづくりとそのスムーズな進行には、介護者自身の望みについての自己理解と高度なコミュニケーションスキルが求められる。コミュニケーションスキルの向上によって介護者はソーシャルサポートを得やすくなり、すでに得ているサポートも有用なものにできる。アサーション・トレーニングは自己理解、自己表現、自己信頼を促進することを意図しており、介護者自身のエンパワメントを創り出すことができる。

2. 自助グループとしての家族会

日本では1960年頃、統合失調症患者の家族が中心となって、病院や地域で家族会が誕生した。以来、家族会は精神医療の歴史の中で大きな役割を果たしてきた。高齢者介護の現場においても、公的支援が乏しかった時代から介護者自らが互いに助け合い、介護の困難

に立ち向かおうとする自助グループとしての家族会が活動を行っている。代表的なグループは、現在 47 都道府県に支部を擁する一大組織「認知症の人と家族の会」である。1980 年の発足当初は認知症に対する社会的な理解度が低く、医療・福祉の支援も乏しかった。在宅医療および認知症医療の草分けである早川一光らが、悩みを話せる場もなく孤立を余儀なくされていた家族介護者にいち早く注目し、同じ悩みをもつ者同士集まろう、集まって語り合おうと呼びかけたのが活動の原点となっている（田部井, 2010）。主な活動内容は、家族のつどい、家族支援講座、電話相談である。家族のつどいが活動の柱となっている。同じ境遇にある人々が出会い、共感を得ることは、介護者を何よりも勇気づけることができる。特に、配偶者・嫁・娘など同じ立場で介護している者同士のもたらす力は非常に大きい。家族支援講座は、仲間とともに認知症について理解を深め、具体的な解決策やサービスの有用性を知ることが目的としている。電話相談は、介護経験者が中心となって相談を受けることが特徴で、傾聴を基本としている。介護者が話したいと思ったときに電話をかけることができ、介護者の孤立を予防している。支部によってはスタッフからの声かけ電話も行っており、会員の安心感をもたらしている。さらに認知症サポーター養成講座も開講されており、受講した介護者は他の家族を励ます役割を担うこともできる（尾之内, 2004；田部井, 2010）。

専門家による心理教育では得られない家族会ならではの効果を以下に示す。まず、同じ境遇の介護者同士が心境を語り合うことによる癒しの効果である。介護者の孤立感は専門家の説明を聞くだけでは解消されない。介護者同士の自由な交流を通じて共感を得ることで抑うつなどの反応が和らぎ、自分自身も他の介護者を支援することによって自信を回復することができる。そして、他の介護者からの助言や体験談によって対処技能や介護技術が向上することで、介護に余裕がもたらされる。専門家からは得られない経験者ならではの情報を、介護者同士で具体的に学ぶことができる。また、疾患の偏見を是正するための活動、同じ境遇の仲間が集う場を拡大するための情報発信、既存の公的サービスで補えない部分を自ら運営するなどによって、介護者は人々に理解を訴える主体的な立場へと飛躍できる（松本, 2001；宮永, 2006, 2007；佐分・黒木, 2007；田部井, 2010）。さらに無藤(2012)は臨床心理学的立場から以下の効果を指摘している。介護者は家族会に参加することによって、介護に距離が取りやすくなり、自分を取り戻し、自分のケアにも目が向くようになる。また、他の介護者との心の交流を通じて、自分の存在が承認されるとともに、別の視点をもつこともできる。そして、仲間意識・絆・コミュニティ感覚が形成され、家族会に参加できない時期でも継続して存在する場が力となって、介護者を支えることができる。なお、自治体や医療機関主催の家族介護教室においても、介護者同士が交流する自助的な相互支援の場が設けられていることが一般的であり、グループのもつ力動を利用し体験や感情の共有を媒介として情緒的支援や対処力の強化が行われている（松本, 2001；和気, 1998）。

3. 家族介護者へのカウンセリング

家族介護者へのカウンセリングは、介護者の困難に寄り添い、心理的問題の解決を目指す個別の介入援助である。家族介護における問題解決のためには、介護者のみならず家族システムをはじめとする介護者を取り巻くシステムへのアプローチが必要となる。したがって、専門家には幅広いアセスメント力、関係調整などのマネジメント力、連携力が求められる。介護者あるいは介護家族全体を対象に、精神療法と家族療法を複合したカウンセリング実践を積み重ねてきた渡辺 (2005) は、介護者の心理的問題、介護家族の構造と機能、家族と地域専門職との連携の3点を意識した介入について述べている。具体的には、まず介護者に対して知識や情報を提供する教育的アプローチ、否定的感情への対応、ストレス緩和の方法やコミュニケーション能力といったセルフケア能力を高めるための援助を行う。そして、要介護者の疾患や障害、介護についての理解を家族で共有させるための教育的アプローチ、家族を支配している否定的感情の緩和、家族のコミュニケーションの改善、介護をめぐる家族役割の再構築のための援助を行う。さらに、医療・福祉・自治体が連携を深め、地域サポートネットワークの構築を行う。

医療機関を拠点にした医師が実施するカウンセリング以外にも、自治体に属する心理職やソーシャルワーカーなどが主体となるカウンセリングも実施されている。自治体のカウンセリング事業は高齢者虐待対策でもあるが、実践はまだ乏しいのが実情である。無藤 (2012) は、心理職によるカウンセリング実践の具体的内容を示している。カウンセリングでは、介護者との面接、必要や希望に応じて介護家族の相談（主介護者以外の家族メンバーが同席）、関係専門職（例えば、自治体の窓口や地域ケア担当の保健師、地域包括支援センターの職員、ケアマネージャー、施設職員）との必要に応じた連携、協働、コンサルテーションなどを行う。実務的なサービス利用に関する手配が効果的な場合が多いため、必要に応じて諸資源につなぐこともカウンセリングの重要な機能の一つである。介護者の現在の心のあり様を整理し改善するという中心的な目的に加え、介護者が自分自身をエンパワーでき、要介護者をはじめ周囲へ影響を及ぼし得る存在であるという前提のもとに、家族内ケア機能のバランスを模索する必要がある。そして、介護者および介護家族の理解と支援のために、心理アセスメントの重要性が今後さらに高まると指摘している（無藤, 2013）。

4. 介入効果の検証

家族介護者への心理的支援を目的とした介入プログラムの効果検証については、欧米を中心に報告がなされている。メタ分析による検証では、介護負担感、抑うつ、well-being、能力や知識、ソーシャルサポートや要介護者との関係、生活の質といった社会的側面、要介護者の症状で改善が認められ、介護負担感や抑うつよりも well-being での効果が大きかった (Chien, Chu, Guo, Liao, Chang, Chen, & Chou, 2011; Sörensen, Pinquart, & Duberstein, 2002;

Yin, Zhou, & Bashford, 2002)。なお、効果検証されている介入プログラムの大半は認知症介護に関する心理教育である。心理教育の効果について2年間追跡した研究では、要介護者の問題行動への対処方略に関するプログラムのみ実施したグループで心身の健康度が悪化し抑うつリスクが高まったが、介護者自身のストレスコーピングに関するプログラムも併せて実施したグループではいずれも悪化は確認されなかった (Burns, Nichols, Martindale-Adams, Graney, & Lummus, 2003)。心理教育と介護者同士のピアサポートを組み合わせた専門家主導のサポートグループに関する報告もなされている。サポートグループと個別カウンセリングの効果を比較した研究では、どちらも介護にかかわる知識、態度、行動に改善が認められ、サポートグループではソーシャルサポートの充実に、個別カウンセリングでは精神症状の改善により効果が認められた (Toseland, Rossiter, Peak, & Smith, 1990)。初期の認知症患者とその家族への個別カウンセリング (Early Diagnosis Dyadic Intervention: EDDI) では、病状進行に関する知識やコミュニケーションスキルの習得、価値の探索を通じて患者と家族が互いを理解し絆を強めることで、長期戦となる認知症に立ち向かえると支持を得ている (Whitlatch, Judge, Zarit, & Femia, 2006)。

日本では先行研究が非常に乏しく、心理教育やピアサポートプログラムによる介入効果に関する報告が僅かにあるだけである。まず心理教育とピアサポートプログラムを組み合わせたサポートグループに関しては、その効果として仲間からの情緒的支援とアドバイスや情報の獲得を挙げる参加者が最も多かったと報告されている (櫻井, 2006)。また、バーンアウトを増幅させる回避・情動型対処の頻度が減り、問題解決型対処が増加すること、ストレス緩衝効果をもつソーシャルサポートが拡大することが報告されている (和気, 1998)。さらに、介護負担感への効果は認められなかったが、介護肯定感の維持・向上および知識の増加が見られたと報告されている (田所・山口・小野寺・新妻・伊藤・森嶋・松尾・高澤・川合・荻野・関野・渡辺・青葉, 2005)。介護者の希望に合わせて介護に関する情報提供や助言を行うという個別の心理教育による介入でも、介護負担感への効果は認められなかったが、well-being は低下することなく維持されたと報告されている (牧迫・阿部・大沼・島田・古名・中村, 2009)。介入効果として欧米で認められた介護負担感の低減が確認されていないことが興味深く、今後の知見の蓄積が期待される。

第4節 問題の所在と本論文の目的

以上を踏まえて、本節では問題の所在と本論文の目的を示す。

1. 問題の所在

家族介護者の体験に関する先行研究の主要なアプローチは、介護負担感、介護肯定感、認知症患者を介護する家族の体験過程に関する検討の3つであった。中でも介護負担感については、概念整理と尺度の開発が盛んに行われきた。介護負担感尺度はスクリーニングやアセスメントで活用されており、研究知見が家族介護支援の現場に生かされているといえる。しかし、ZBIをはじめとする簡便な一次元の古典的な尺度が活用されている一方で、ZBI以降に開発が進められてきた多因子構造の尺度は普及まで至っていない。家族介護支援の現場では、家族関係を含めさまざまな背景要因に注目して問題を詳細にアセスメントするという発想は乏しく、要介護者の老いや病、あるいはその介護によって負担を被る介護者という単純な図式で問題が捉えられている。介護肯定感に関しては、介護負担感という介護のネガティブな側面だけでなくポジティブな側面にも光を当てたという意味では意義があるが、介護肯定感の捉え方は介護負担感以上に統一されていない。また、介護負担感および介護肯定感に関する研究は、介護者の体験の中でポジティブな部分とネガティブな部分をそれぞれ量的に測定しようという試みであり、そもそも介護者の体験がもつ個別性は念頭に置かれていない。介護者それぞれの背景要因を考慮せず、また介護者の体験がもつ個別性を念頭に置くことなく、介護者の体験の実態を捉えることは不可能であるため、介護負担感および介護肯定感というアプローチには限界があると考えられる。

認知症患者を介護する家族の体験過程は、家族介護領域の質的研究において最も取り上げられてきたテーマである。現場の医師により臨床経験に基づいた整理が行われ、その知見は心理教育や自助グループといった心理的支援に活用されてきた。認知症患者を介護する家族の体験過程は、対象喪失や死の受容に関する既知のプロセスと同様の道筋を辿るといえる理解がなされている。しかし、介護者の体験がもつ個別性については十分に議論がなされておらず、認知症の受容に至るまでの段階についての提示にとどまっている。また、体験過程の検討が認知症介護に特化して行われてきたために、進行性かつ不治の疾患である認知症の特徴に規定された理解となっている。したがって、認知症介護に限らない家族介護者の体験過程について、広く検討を進める必要があると考えられる。

以上より、介護者それぞれの背景要因を考慮し、かつ個別性を損なうことなく介護者の体験を理解することが、介護者への心理的支援を発展させるために必要な研究課題であると考えられる。中でも、家族関係は最も考慮すべき要因の一つであると考えられる。既存の心理的支援に関する取り組みの大部分は、認知症患者を介護する家族を対象とした疾患についての心理教育であった。介護者の背景にある家族関係を考慮した上での心理的支援は、

精神科医や心理臨床家による個別のカウンセリングにおいて実践されているにとどまっておき (e.g., 無藤, 2012, 2013; 渡辺, 2005), 介護家族に精通し, かつ熟達したアセスメント力と介入力が求められる。Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff (1990) が家族介護における背景要因として続柄を考慮することが必要であると述べているように, 続柄ごとに異なる家族の中での介護者の境遇や立ち位置, 要介護者との関係によって, 介護の動機や直面する困難など, 体験にさまざまな違いがあらわれることが予想される。したがって, 介護者の適応を支える心理的支援を検討する上で, 家族関係を特徴づける重要な要因として続柄の違いに着目し, 家族介護者の体験を理解することが必要であると考えられる。

先行研究では続柄の違いは重要視されず, 続柄を基軸とする関係性の問題から介護を捉えようとする視点は乏しいといえる。続柄による体験の違いは, 既存の物語の中に読み取ることができる。例えば有吉佐和子著『恍惚の人』と真野さよ著『黄昏期』は, いずれも認知症高齢者介護を取り上げた小説だが, 嫁と義父の介護の物語である前者と娘と母親の介護の物語である後者には明らかな違いがある。前者では, 献身的な嫁の奮闘の日々が克明に描かれている。一方, 後者では, 変わりゆく母親の姿と若かりし日の母親の姿が時系列を前後して映し出され, 母親の現在の姿に愕然している部分と母親の一生を俯瞰して捉えている部分と老いと死を自分事として突きつけられている部分が複雑に交錯した娘の心のあり様が象徴的に描かれている。この2つの小説には, 続柄による体験の違いの真理が現れているように思われる。

2. 本論文の目的

家族の介護は, 人生の危機と位置づけられる。岡本 (2007) によると, 危機はこれまでの自分の生き方, あり方, 人間関係の持ち方, ものごとへの取り組み方など, これまでの自分では, もはややっていけないという感覚として体験される。渡辺 (2005) は, 介護は喪失との出会いであると述べており, 要介護者の心身の機能の低下を目の当りにすることによる悲しみに加え, 介護のために自分の時間, 空間, 社会的役割が失われる可能性を指摘している。また, 介護は心・感情を使って相手に情緒的なケア・配慮を提供する際限のない労働であるため, 介護者自身の生活や人生と介護との間に境界がなくなり, 心身の疲弊を招く可能性が指摘されている (無藤, 2008b)。一方で本来危機とは, 心がさらに成長, 発達していくか, 逆に後戻り, 退行していくかの岐路であり (岡本, 2007), 介護への適応は, 介護者自身の人生を豊かにする可能性を秘めていると考えられる。

ところで適応とは, 個人と環境との調和を表す概念である。佐々木 (1992) によると, 適応とは, 生体が環境からの要請に応じると同時に, 自分自身の要求をも充足しながら, 環境との調和した関係を保つことをいう。適応は, 生体の側からの環境に対する積極的な働きかけの意味を含んでいる。環境との調和した関係を得るために, 生体が環境に働きかけ, 環境を変えていくことも適応といえる。ただし, 対象となる環境によって, 適応の意

味するところは微妙に異なってくる。例えば子どもたちの学校における適応は、学校適応 (school adjustment) という一つ概念として成立しており、研究者間で定義は一貫していないものの、主に学業達成、対人関係、問題行動が指標として用いられている (大対・大竹・松見, 2007)。学校適応と類似しているものとして職場における適応がある。いずれも、個人には所属する集団や組織との調和が求められ、adjustment という単語が law や right を意味するラテン語の jus に向かわせる動きを示すように、個人は固定された環境に合わせていく受動的な立ち位置にあるといえる。

一方、家族介護における適応の場合、対象となる環境の中心は要介護者であり、介護者は自身と要介護者を取り囲む家族や介護医療サービスの関係者などと協力して介護という危機を乗り越えることになる。要介護者の様態や人格の変化によっては介護者の中にある要介護者その人のイメージまでもが崩れてしまう場合もあり、介護者は新たに相手と出会い直し、関係性を再構築していく課題に直面する。喪失の問題を孕む介護は子育てとは一見対照的なものようであるが、両者における適応は類似する側面があると考えられる。氏家・高濱 (1994) は、子ども誕生後の母親の適応過程 (adaptation to motherhood) を、個人と環境の相互作用を意味するトランザクションプロセスと捉え、個人は環境とのトランザクションの中で自ら目標を設定し行動する能動的な存在であると想定している。そして、母親になるプロセスは、ストレスによる一時的な混乱とそれへの適応という単に一時的現象ではなく、もっと持続的で積極的な発達の意味をもつと考えている。Adaptation という単語が fit を意味するラテン語の aptus に向かわせる動きを示すように、子育てにおける適応は、子どもを中心とした変化する環境に対して能動的に働きかけ、親自身も成長していく過程であると考えられる。介護の文脈においても、環境は固定ではなく、個人は受動的な立ち位置ではない。私的で変化に富む家族介護における適応もまた、子育てと同様に adaptation と捉えることが適切であると考えられる。

本論文は、家族関係の特徴づける重要な要因として続柄の違いに着目し、主介護者の役割を担っている娘・嫁・配偶者の介護の物語に焦点を当て、一人ひとりの体験の変遷を辿り、介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのか、その過程を描き出し、続柄ごとの特徴を明らかにすることを目的とする。続柄ごとの適応にかかわる要因と介護者の有する力を明らかにすることで、家族介護者への心理的支援に向けた新たな知見の提供を目指す。続柄ごとの介護の特徴が広く理解されることで、熟達した専門家のみならず、介護者の背景にある家族関係を考慮した精度の高いアセスメントが可能となり、介護者それぞれの心情に寄り添い、適応を支える心理的支援が促進されることが考えられる。

第2章

高齢の母親を介護する娘介護者の 適応にかかわる要因の検討（研究1*）

第1節 問題と目的

1. 母娘関係における介護の問題と研究課題

中年期以降、多くの人々が高齢の親の介護に直面する。娘が母親を介護する場合には、母娘関係における情緒的結びつきの強さと親密さが、介護への動機づけとなる。例えば山本 (1995a) は、“愛”“甘える”“慕う”“なつく”などの言葉で表現される母親との強い情緒的結びつきが、娘介護者にとって介護継続の強い動機づけとなることを指摘している。その背景には、親密な関係が生涯にわたって続く、母娘特有の関係があると考えられる。一般的に青年期以降の親子関係においては、子どもの自立の側面が強調されるが、娘にとって同性である母親は、さまざまなライフイベントにおいて体験を共有できるため、青年期以降も継続して重要な他者として位置づけられる。成人期の親子関係において、健康な母親は、娘にとって情緒的にも物理的にも重要なサポート源であり続けることが繰り返し指摘されている (北村・無藤, 2001 ; 藤原・伊藤, 2007 ; 水本・山根, 2010, 2011)。

しかし、母親との間に維持されてきた情緒的結びつきの強さと親密さは、要介護者となった母親に対する複雑な心情を喚起し、娘介護者の適応を困難に陥らせる危険性を孕んでいる。介護は親の死去という外的対象の喪失に向かって、日々目の当りにする親の症状や老いによる変化を内的対象の喪失として体験する事態である。鈴木 (2006) は、認知症による行動の変化は介護者を含めた周囲の者に今までのその人ではなくなってしまう感覚を与え、過去と現在の埋められないギャップに直面させることを明らかにした。山本 (1995a) は、娘介護者にとって母親に起こるさまざまな変化が愛する母親の喪失として体験され、介護における困難となることを指摘している。さらに Ungerson (1987 平岡・平岡訳 1999) は、娘が母親を介護する場合、役割の逆転に伴う緊張が生じやすいことを明らかにした。また天谷・大塚・島田・星野・青木 (2002) は、介護行動が母親の意に沿わない場合に、母親から理解されない悲しみや苦痛が引き起こされることや、母親に対する子ども時代のコンプレックスが再出現することを指摘している。

* 研究1は、江副 (2020a) および江副 (2018) を加筆・修正したものである。

ところで、高齢者介護に関する先行研究のほとんどは、母親に限らないすべての要介護者に対する家族を対象としており (e.g., Zarit et al., 1980) , 母親の介護に焦点を当てた研究は乏しく、対象事例から困難の一部を抽出したにとどまっている (山本, 1995a ; Ungerson, 1987 平岡・平岡訳 1999 ; 天谷ら, 2002) 。母親の介護が、娘介護者をいかなる困難に直面させ適応を脅かすのか、何が適応を支えるのかについては、いまだ十分に明らかにされていない。また、要介護となった母親の状態、介護開始以前からの母親との関係のあり様、有するサポート資源は一様ではない。したがって、個別性を損なうことなく、娘介護者一人ひとりの母親介護の体験を辿ることが重要であると考えられる。

2. 本研究の目的

本研究は、母親を介護する娘介護者の適応にかかわる要因について探索的に検討を行うことを目的とした。佐々木 (1992) によると、適応とは、生体が環境からの要請に応じると同時に、自分自身の要求をも充足しながら、環境との調和した関係を保つことをいう。不適応とは、生体が満足を覚え、環境との調和も保てず、さらに心身の問題が生じている状態をいう。本研究では、佐々木 (1992) の定義にしたがい、適応を心身の健康状態が損なわれていないことと捉え、検討を行った。

第2節 方法

1. 調査協力者

高齢の母親の介護を担っている、あるいは母親を看取り終えた女性7名であった(表1)。介護開始時の母親の年齢はほぼ80歳以上であった。著者の親族の知人を通じて、縁故法によって調査協力者を募集した。著者はいずれの調査協力者とも面識がなかった。

2. 調査の手続き

調査期間は2013年4～9月であった。調査協力者に対し研究の主旨について「ご家族が介護にどのように向き合ってきたのかを伺い、今後求められる家族支援のあり方について検討したい」と伝え、約2時間の半構造化面接を実施した。介護に至った経緯、ならびに介護開始以降の体験の中から、衝撃的な事件や変化が起きたとき、ターニングポイントなどの印象に残っているさまざまな出来事について、時系列に沿って順に語ってもらった。調査協力者の心情、行動、心身の状態、置かれた状況、母親や周囲の人々との関係について、表2に示した質問を適宜行うことにより、語りの不明瞭な点を補い、調査協力者の体験を追体験し理解することを心がけた。著者の意図によって調査協力者の語り誘導されることがないように配慮し、可能な限り中立的な聴取に努めた。調査協力者のプロフィールを把握するため、調査協力者の年齢、職業、要介護者である母親の年齢、診断名、症状や

状態，要介護度，介護年数，要介護者である母親との居住形態，調査協力者のきょうだいの有無を尋ねた。

表 1 調査協力者のプロフィール

事例	年齢	職業	要介護者				介護年数	居住形態	きょうだい	
			続柄	年齢	診断名	症状, 状態				
1	65	パート	母	没年90	脳梗塞	歩行障害, 排泄障害, 介護抵抗	要介護4	3年10カ月	同居	弟・妹(別居)
2	60	家事専業	母	没年87	胃癌末期	介護抵抗	無し	2年	別居→病院	姉2人(別居)
3	59	ホームヘルパー	母	87	認知症	記憶・見当識障害, 睡眠障害, 歩行障害, 排泄障害	要介護2	5年	別居	無し
4	62	美容師	母	没年97	老衰	記憶・見当識・実行機能障害, 睡眠障害, 介護抵抗, 歩行障害, 排泄障害	要介護5	5年	同居	姉・兄(別居)
5	62	自営	母	93	胃癌末期	記憶・実行機能障害, 介護抵抗	要介護2	10年	同居	姉・兄(別居)
6	57	教師	母	85	認知症	記憶・見当識・実行機能障害, 失認, 睡眠障害, 介護抵抗, 暴力, 不安・焦燥, 常同行動, 排泄障害, 排泄にかかわる奇行, 最終的に寝たきり	要介護5	5年10カ月	別居→病院	妹(別居)
7	57	教師	母	82	老人性うつ病	記憶・実行機能障害, 介護抵抗, 抑うつ, 不安・焦燥, 妄想, 幻覚	要支援2	3年	別居→施設	妹2人(別居)

表 2 質問項目

○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの

調査協力者の心情，行動，心身の状態について

- ・「ご自身は介護中状況が変化する度に何を感じましたか？何を考えましたか？」
- ・「ご自身はどのような行動を取ったのですか？なぜそのような行動したのですか？」
- ・「ご自身の体調や心の負担はいかがでしたか？」

○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの

調査協力者が置かれていた状況および母親や周囲の人々との関係について

- ・「当時のお母さまの様子や状態を詳しく教えてくださいませんか？」
- ・「お母さまとはお互いにどのように接していましたか？」
- ・「あなたやお母さまの周囲にはどのような他者がおり，彼らとどのようにかかわっていましたか？(例えば，家族，友人，介護医療サービスの関係者など，介護する中で関係のあった人々とのかかわりについて)」
- ・「お母さまの介護以外ではどのように過ごしていらっしゃいましたか？(例えば，母親以外の家族との生活や職業，気分転換などのプライベートな時間の過ごし方など)」

*母親や周囲の人々との関係，介護以外の生活については，適宜介護開始前に遡って聴取した。

3. 倫理的配慮

調査実施前に研究の主旨，調査内容の取扱い，協力中止の自由，録音許可について口頭および文書で説明し，調査協力への承諾を得た。なお，本研究に関する倫理的配慮については，名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理委員会の承認を得た（承認番号 12-219）。

4. 分析の手続き

以下の手順で分析を行った。分析は著者が行った。

4-1. フローチャートの作成

各調査協力者の体験の内容をフローチャートで表した。フローチャートは、事例ごとに以下の手順で作成した。

4-1-1. 逐語データをエピソードごとのまとまりに区切り、時系列に沿って並べた。

4-1-2. 各エピソードの語りを、状況、調査協力者の心情、行動、心身の状態の4要素に分割した。分割されて出来上がった要素の中に複数の内容が含まれている場合には、さらに分割し各要素に1つの内容のみ含まれるようにした。

4-1-3. 各エピソードにおいて要素がどのように連なり体験が構成されているのか記述するため、要素同士の関係を語りの文脈にしたがい、順接（後の要素が前の要素の順当な結果となっている場合）、逆接（後の要素が前の要素と反する結果となっている場合）、矛盾・対立（2つの辻褃の合わない要素、あるいは2つの相容れない要素が拮抗している場合）のいずれかで示した。

4-2. カテゴリの生成

調査協力者の心情、行動、心身の状態ごとに、事例間共通のカテゴリを生成した。カテゴリ生成の手続きは、Coffey & Atkinson (1996) のコーディングに依拠した。Coffey & Atkinson (1996) は、質的データにおける要素間の意味の共通性を探索し、カテゴリにまとめるコーディングを行うことにより、データとの対話が進み、新たな問いや理論、枠組みが創造的に生み出されるとしている。具体的な手続きとしては、逐語データの各要素について、その内容を的確に表すコードと呼ばれる名称をつける。続いてコード間で類似したもの同士を統合し、カテゴリを生成する。生成されたカテゴリを、再度逐語データと照らし合わせ検討することにより最適化していく。

4-3. カテゴリ版フローチャートの作成

フローチャートの各要素の記述をカテゴリで置き換え、カテゴリ版フローチャートを作成した。なお、各エピソードの文脈を維持するため、調査協力者の心情、行動、心身の状態の背景として位置づけられる状況についてはカテゴリを生成することなく要約するに留めた。

4-4. 適応にかかわる要因の検討

事例ごとに作成されたカテゴリ版フローチャートを事例間で比較し、適応にかかわる要因を検討した。

第3節 結果

1. 生成されたカテゴリ

心情、行動、心身の状態のカテゴリ名、カテゴリの定義と具体例を表3に示した。生成されたカテゴリはポジティブな意味を有するものとネガティブな意味を有するものに二分された。以降、カテゴリを【 】で表記する。

2. 適応による事例の分類

事例1, 2, 3では、ネガティブな心身の状態カテゴリである【精神的疲労】や【身体的疲労, 身体化症状】が生起していた。よって、適応の困難を示していたと判断した。また、事例1, 2, 3では、矛盾・対立が生起していた。矛盾・対立は相反する2つの心情間の葛藤として体験されており、適応の困難につながる停滞状態と判断した。矛盾・対立(葛藤)の詳細を図1に示した。

事例4, 5では、【精神的疲労】や【身体的疲労, 身体化症状】が生起しておらず、かつフローチャートの終点がすべてポジティブなカテゴリで構成されていた。よって、特に適応が良好であったと判断した。事例6, 7では、フローチャートの終점에ネガティブなカテゴリが含まれるが、【精神的疲労】や【身体的疲労, 身体化症状】が生起していなかった。よって、適応を示していたと判断した。適応の困難を示した群をグループA、特に適応が良好であった群をグループB、適応を示した群をグループCとした。

3. 各グループの特徴と適応にかかわる要因の検討

グループAの特徴は、【母娘関係にかかわるわだかまり】が介護開始前から生起しており、介護開始以降もたびたび確認されたことであった。グループBの特徴は、【人生の指針となる信念】が介護開始前から生起していたことであった。グループCの特徴は、【きょうだいと協力】が生起していたことであった。

以上より、母親の介護における娘介護者の適応にかかわる要因として、【母娘関係にかかわるわだかまり】、【人生の指針となる信念】、【きょうだいと協力】が抽出された。

表3 カテゴリー一覧表

	カテゴリ名	定義, 具体例
ポジティブ	母親を受容	母親への理解が深まり、抱いていた不満や不信が弱まっている。 「母も私たちのことを全然見てなかった訳じゃない、母も家族の幸せを思っって信仰してたんだろ」(事例1)
	母親の症状や老いを受容	母親の症状や老いを客観的に理解し、受け入れることができる。 「性格的なものでなく、脳の病気。きっと母もジレンマを感じてる」(事例6)
	母親への思いやり	母親のために何かしてあげたいという思い。 「いっぱいケアしてあげたい。先が決まってるんだったら毎日行ってあげた方がいい」(事例2)
	母親の症状改善に対する期待	母親に元気な頃の状態に戻ってほしいという前向きな願い。 「奇跡の1日。それが続いて治っていくんじゃないか」(事例6)
	人生の指針となる信念	介護開始前に他者との関係の中で見出した自分の生き方や行動の指針となる考え。 「母は母、私は私、子どもは子ども。個の思いが強い。それぞれのシナリオを受け入れたい」(事例5)
	きょうだいや家族の支え	きょうだいや自分の家族(夫や子ども)が支えになってくれているという思い。 「三姉妹仲が良く、夫たちも仲が良い。それが本当にありがたい」(事例7)
	サービスに対するポジティブな評価	介護医療サービスのサポートに対するポジティブな評価。 「ヘルパーさんをお願いして時間を殺取りしてもらえれば私がいなくてもどうってことない、便利」(事例4)
行動	積極的姿勢	母親のために積極的に行動する。 「毎日3度、仕事の合間に通う。おだてながら寝たきりにならないよう本人の力をサポート」(事例3)
	母親の思いを尊重	母親の思いを尊重した言動や決断。 「母に無理強いしない」(事例5)
	きょうだいと協力	きょうだいで協力して介護仕事にあたる、決断をする。 「三姉妹交代で訪問。常に3人で共有・話し合い」(事例7)
ネガティブ	母娘関係にかかわるわだかまり	介護開始前から心の中で解消されずに残っている母親への不満や不信、叶わない思い。 「母が嫌い。母は考えが狭い、母と私は考え方が正反対」(事例3)
	症状や老いに起因する母親の状態や行動に対する嫌悪感	症状や老いに起因する母親の状態や行動に対する受け入れがたい思い、腹立たしい思い。 「もういっ加減にして！母からは答えが返ってこない。母の症状を見てこっちがイライラするだけ」(事例6)
	症状を呈する母親への哀情	つらく悲しい思いを抱えながら症状を呈する母親に心を寄せている。 「もういっぺん元気な母に戻ってほしい。なんとか元気になるってほしい。それが一番つらい」(事例7)
	母親の症状に対するショック	症状を呈する母親を目の当たりにしたときの呆然、困惑。 「明らかに様子がおかしい。そんなこと言う人じゃなかったのに」(事例7)
	母親への自分の言動に対する自責	母親に優しくできなかった、母親を傷つけたと自分を責める思い。 「どうしてあのときもっと優しく人間らしく接してやれなかったのか(涙)」(事例1)
	自分の対応への後悔	より良い対応ができたのではないかと悔やむ思い。 「しまった。(母の変化に)気づけなかった、(対応が)間に合わなかった」(事例7)
	きょうだいへの不満	実質的な介護にかかわろうとしないきょうだいへの不満。 「いつも私ばかり。3姉妹なのに3等分じゃない！」(事例2)
行動	自分なりの判断	母親を思っっての行動だが、母親が望んでいるかわからない行動。 「病名・余命を隠した」(事例2)
	我慢	母親や介護に対するネガティブな思いを押し殺して平然と介護をこなそうとする。 「(母に怒らないように)深呼吸しながら10秒数えて自分に言い聞かせる」(事例3)
	母親に対するネガティブな態度	母親に対し強く注意したり怒ったり、優しくない態度を取る。 「舌打ちしながら、事務的にササーッと片付けて掃除」(事例1)
心身の状態	精神的疲労	介護のしんどさ、気持ちの余裕のなさ。 「気持ちの余裕がない、いっぱいいっぱい。すごく心の負担」(事例2)
	身体的疲労, 身体化症状	介護に伴う身体の疲労、精神的疲労が引き起こす身体化症状。 「帯状疱疹が出て、円形脱毛症にもなった」(事例2)

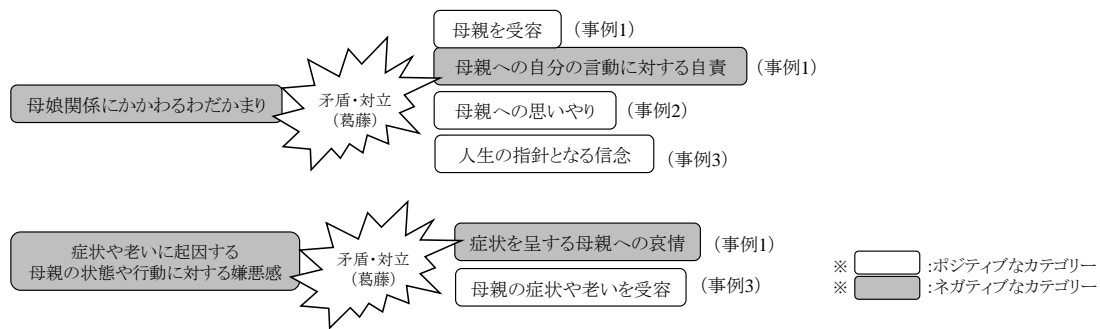


図1 矛盾・対立（葛藤）の詳細

4. 母親の介護における娘介護者の適応過程

適応にかかわる要因として抽出された【母娘関係にかかわるわだかまり】，【人生の指針となる信念】，【きょうだいと協力】に関する適応過程を図2に示した。

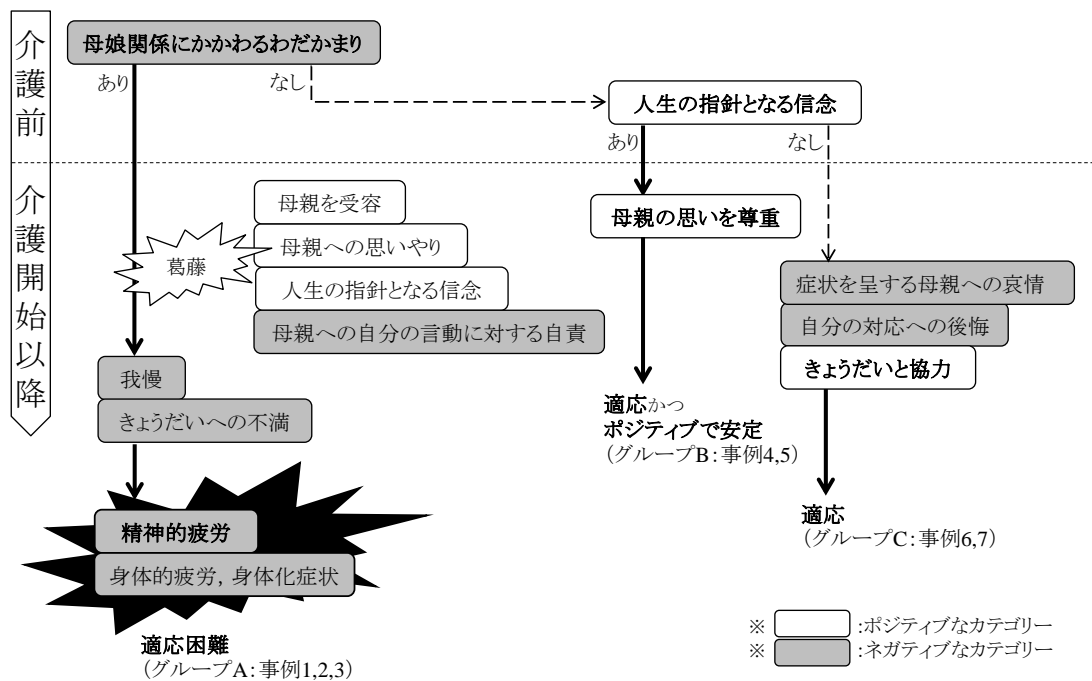


図2 母親の介護における娘介護者の適応過程

適応過程の詳細について、事例の語りを交え、以下に記述した。以降、逐語データからの引用を「 」で表記する。

4-1-1. 【母娘関係にかかわるわだかまり】から【精神的疲労】，【身体的疲労，身体化症状】に至る過程

【母娘関係にかかわるわだかまり】を抱えたまま介護を一手に引き受けることで、葛藤、

【我慢】、【きょうだいへの不満】が生起し、【精神的疲労】や【身体的疲労，身体化症状】に至っていた。

事例1は、【母娘関係にかかわるわだかまり】を抱えていた中で、弟と妹が介護を拒否した結果、「消去法みたいな感じで決まった」と述べ、【きょうだいへの不満】を抱きながら介護を引き受けることとなった。汚物の不始末を見つけるたびに「腹立たしい」気持ちになる一方で、「介護される母が一番悲しい」のではないかと述べ、【症状や老いに起因する母親の状態や行動に対する嫌悪感】と【症状を呈する母親への哀情】で葛藤していた。「妹は母とおしゃべりして帰っちゃう、後始末は私」と【きょうだいへの不満】が強まり、「事務的に掃除する」などして、【我慢】して対処していた。母親を責めると「母にとってはつらい」と述べる一方で、「一言ありがとうと言えないのか」と、【母親への自分の言動に対する自責】と【母娘関係にかかわるわだかまり】で葛藤していた。威張っていた母親の弱い姿に「母への不満が薄れていく」と述べた。同時に「反省の弁を今さら言わないでよ！」と述べ、【母親を受容】と【母娘関係にかかわるわだかまり】との間で葛藤していた。また、「こんなのいつまでやるのかと思ひ、自分が見張られているようでつらい」と【精神的疲労】を呈していた。

事例2は、「いっぱいケアしてあげたい」と述べた一方で、「母が依存してくるのが嫌」と、【母親への思いやり】と【母娘関係にかかわるわだかまり】との間で葛藤していた。懸命の介護にも「うれしいと言ってくれず、わがまを言う母が情けなかった」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】が募っていた。姉たちは時々訪れるだけで、「いつも私ばかり！」と【きょうだいへの不満】を抱いていた。「すごく心の負担」、「带状疱疹，円形脱毛症にもなった」と述べ、【精神的疲労】と【身体的疲労，身体化症状】を呈していた。

事例3は、「母を含め人前ではとにかく笑って振舞う」一方で、胸中では「母が嫌い」とも述べ、【人生の指針となる信念】と【母娘関係にかかわるわだかまり】との間で葛藤していた。母親の言動に対しては「病気だからしょうがない」と自分に言い聞かせる一方、「自分の気持ちが収まらない」と述べ、【母親の症状や老いを受容】と【症状や老いに起因する母親の状態や行動に対する嫌悪感】との間で葛藤していた。「私は女優！第三者のヘルパーを演じ」、【我慢】して対処していたが、「母に当たることなく抑え過ぎて、しんどくなり」、「頭痛がひどくふらつく」と、【精神的疲労】と【身体的疲労，身体化症状】を呈していた。

4-1-2. 【母娘関係にかかわるわだかまり】が生起し、介護によって喚起される過程

【母娘関係にかかわるわだかまり】は、幼少期に母親から顧みられなかったことや、思春期に意思を尊重されず行動を制限されたことに起因し、生起していた。

事例1は、幼少期から母親が宗教にのめり込み、「子どもより宗教の方が大事なんだと思った」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】が生起していた。事例2は、年の離れた末っ子として母親から格別の思い入れを受けて育ち、思春期以降も「自分の考えを押し付け、過剰に世話を焼く母が不満で重圧だった」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】

が生起していた。事例3は、「友達とスケートに行くことすら許されず、すべて否定する母が嫌いだった」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】が生起していた。いずれの事例も、母親との関係が好転することはなく、【母娘関係にかかわるわだかまり】を抱えたまま母親とかかわっていた。

介護が始まり母親との接触頻度が高まると、介護開始前には顕在化しなかった【母娘関係にかかわるわだかまり】が喚起された。

事例1は、「母の中ではいつまでも私は子どもで、お説教ばかり」、「母が宗教仲間に私の愚痴を言ったことにすごく腹が立った」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】が喚起されていた。事例2は、「不満をぶつけてくる母に、こんなにやってあげてるのに！」と、【母娘関係にかかわるわだかまり】が喚起されていた。事例3は、「真夜中の呼び出し」などの認知症に起因する問題行動と易怒性の高まった母親の言動に対し、「深呼吸しながら10秒数えて自分に言い聞かせ」、【我慢】して対処していたが、「本当の自分を正直に出した親子関係が築きたかった」と述べ、【母娘関係にかかわるわだかまり】が喚起されていた。

4-2. 【人生の指針となる信念】がポジティブで安定した介護生活をもたらす過程

【人生の指針となる信念】は、親元を離れ、就労後の厳しい修行の中で、あるいは紆余曲折する人生の中で獲得され、ポジティブで安定した介護生活をもたらしていた。

事例4は、上下関係の厳しい美容師の世界で揉まれることで、「助け合いが必要、合わん人とだって何か自分の中で変えられるものはないかと近づいていこう」という【人生の指針となる信念】が獲得された。事例5は、「母にとっての良い子をやめてしまった」思春期以降、さまざまな自己啓発セミナーに参加するなどして生き方を模索した結果、「自分が変わらなければ何も変わらない」という【人生の指針となる信念】が獲得された。「自分のことは自分で決めると腹を据え」、シングルマザーとなり、周囲の助けを借りて子育てと仕事を両立させていた。

【人生の指針となる信念】は、【母親の思いを尊重】した介護を促していた。例えば事例5は、「(母、自分、息子)それぞれのシナリオを受け入れたい」と述べ、「個の思い」を重視する【人生の指針となる信念】のもと、「末期癌の母が一生を全うできるよう自宅で看取る」ことに決め、「母に無理強いはいらない」【母親の思いを尊重】した介護に取り組んでいた。

また、きょうだいの協力が得られなくとも、介護医療サービスを積極的に利用し、自分自身の息抜きを大事にしていた。例えば事例4は、「きょうだいで私くらい母を看てもいい」、「ヘルパーさんをお願いして時間を段取りしてもらえばどうってことない」、「介護に何も苦痛を感じなかった」と述べ、終始明るく介護に取り組んでいた。

4-3. 【きょうだいと協力】が【精神的疲労】や【身体的疲労、身体化症状】を防ぐ過程

【きょうだいと協力】は、【精神的疲労】や【身体的疲労、身体化症状】に陥ることを防いでいた。【きょうだいと協力】の背景には、母親やきょうだいとの良好な関係があった。

事例6は「控えめで几帳面、頭の良い」母親を、事例7は「がんばり屋さんで我慢強い」母親を慕っており、親元を離れた後も互いを気遣い合う関係が維持されていた。いずれの事例もきょうだい仲が良く、母親に異変が起きると協力して介護に取り組んでいた。

一方で、大好きな母親が病に侵されていくと、【症状を呈する母親への哀情】と【自分の対応への後悔】が生起した。

事例6は、母親の認知機能回復のために「漢字や計算ドリル、散歩を一緒にやろうと無理強い」するなど、【自分なりの判断】で懸命に介護に取り組むも、症状は悪化の一途を辿った。「かわいそう、治せる薬があればいいのに」と述べ、【症状を呈する母親への哀情】が生起していた。事例7は、母親が老人性うつ病の薬物療法を拒否し、症状は悪化の一途を辿った。「なんとか元気になってほしい、それが一番つらい」と述べ、【症状を呈する母親への哀情】が生起していた。また、事例6は「早く違う病院に連れて行けばよかった」、事例7は母親の異変に「気づけなかった」と述べ、【自分の対応への後悔】が生起していた。

このように、【症状を呈する母親への哀情】に苦悩し、【自分の対応への後悔】を抱いていたが、心情を共有できる【きょうだいと協力】することが支えとなり、【精神的疲労】や【身体的疲労、身体化症状】の生起には至らなかった。例えば事例7は、「3姉妹で常に情報を共有し、話し合い」をするなど、【きょうだいと協力】して介護に取り組み、「三姉妹が仲が良く本当にありがたい」と述べ、終始【きょうだいや家族の支え】を実感していた。

第4節 考察

本研究は、中年期以降の女性が直面する母親の介護において、【母娘関係にかかわるわだかまり】が適応を困難にする要因であることを明らかにした。さらに、【人生の指針となる信念】が適応を促進しポジティブで安定した介護生活をもたらす要因であり、【きょうだいと協力】が適応を支える要因であることが明らかになった。

1. 適応を困難にする【母娘関係にかかわるわだかまり】

【母娘関係にかかわるわだかまり】は、娘介護者の適応を困難にする最大の要因であることが明らかになった。【母娘関係にかかわるわだかまり】は、天谷ら(2002)が娘介護者の直面する問題の一つとして挙げた子ども時代のコンプレックスの再出現に相当する。天谷ら(2002)が指摘した介護行動が母親から理解されない場合に引き起こされる悲しみや苦痛は、【母娘関係にかかわるわだかまり】を喚起するものと捉えることができる。【母娘関係にかかわるわだかまり】は、その他の問題と並列に位置づけられるのではなく、Ungerson(1987 平岡・平岡訳 1999)が指摘した娘が母親を介護する場合の役割逆転に伴う緊張も相まって、葛藤、【我慢】、【きょうだいへの不満】というネガティブな反応を引き起こし、【精神的疲労】に至らせる元凶であった。このように本研究では、【母娘関係にかか

わるわだかまり】が娘介護者の適応を困難にする悪循環が明らかになった。

また注目すべき点は、【母娘関係におけるわだかまり】を抱えた女性が母親と決別することなく、心理的距離の近いかかわりを維持したまま介護に至っていることである。母娘関係においては、母親との相互依存的な関係への変化が肯定的に捉えられ(中西, 2009), 結婚・出産を経ても娘の母親への依存が続くとされる(北村・無藤, 2001; 藤原・伊藤, 2007)。一方で主に臨床事例において、母親との心理的距離の近い関係から抜け出すことができない女性の苦悩が指摘されている。例えば信田(2008, 2016)は、母親が娘に対し境界なく接し自分の思い通りにコントロールし、娘も母親を傷つけまいと母親の期待に応え、母親に理解されたいと願っているために、いびつな母娘関係が維持されていく過程を臨床事例から指摘している。心理的距離の近い母娘関係が継続する場合、介護開始までに【母娘関係におけるわだかまり】を解消する機会を逸する危険がある。

母親との適度な距離感をつかめないまま介護に突入した女性は、母親と笑い合いながら過ごしたいという願いとは裏腹に、母親から発せられるネガティブな態度や言動に巻き込まれることとなっていた。事例2では、「母に言われたことは完璧にやらなければ」と介護開始前から重圧を抱えていたが、介護開始後の母親とのかかわりによって、「どうしてわかってくれないの!?こんなにやってあげてるのに!」と母親に対する不満が爆発していた。このように、主に臨床事例において指摘される心理的距離の近い母娘関係の問題が、一般の介護事例においても生じ、娘介護者の適応の困難を引き起こしていることが明らかになった。

2. 適応を左右する母親およびきょうだいとの関係の良好さ

【きょうだいと協力】して介護に取り組むことが娘介護者の適応を支えるのに対して、【母娘関係にかかわるわだかまり】は連鎖的に【きょうだいへの不満】を引き起こし、適応を困難にすることが新たに明らかになった。上山・田場・守本(2016)も、娘介護者の支えの一つとして、親の元気だった頃の姿と現在の姿の両方を共有できるきょうだいの存在、そして、きょうだい間の介護体制を挙げている。一方で、きょうだいは原家族に対する責任や幼少期からのライフイベントを共有しているものの、成人期以降は特に生活をともにすることなく、それぞれが個別の人生を歩んでおり、つながりが曖昧な場合が多い。きょうだいは共通の親のもとに生涯に渡る結びつきを有しながら、それぞれの自発性に任された関係であるという矛盾をはらんでいる(Connidis, 2005)。この矛盾は、きょうだい間の共通の責任でありながら、関与については各自の善意に任せられている介護において際立ち、きょうだい間で介護への関与度のばらつきが生じやすい。この場合、主介護者はきょうだいと自分との境遇の不平等さに不満を抱き、きょうだいの存在が悩みの種になる(Strawbridge & Wallhagen, 1991; Suito & Pillemer, 1993; Merrill, 1996; Ingersoll-Dayton, Neal, Ha, & Hammer, 2003)。さらに、Suito & Pillemer(1993)は、解消されずに潜在していたき

ようだい間の対立が、親の介護によって悪化する可能性を示唆している。

以上のように、先行研究においても【きょうだいと協力】の重要性が指摘される一方で、それを得ることが難しいという問題が確認されている。本研究ではさらに、【母娘関係にかかわるわだかまり】が生起している場合に【きょうだいへの不満】が引き起こされていることが明らかになった。つまり、母親との関係ときょうだいとの関係による影響はそれぞれ独立ではなく相互に影響を及ぼし合っており、原家族全体の関係の質が娘介護者の適応にかかわる要因であることが明らかになった。

3. 女性の発達を支える【人生の指針となる信念】

【人生の指針となる信念】が、中年期以降の女性の発達を支えることが示唆された。水本・山根 (2011) は、成人生成期における女性の適応的な発達として、母親との信頼関係を基盤にして心理的に分離し自立していく過程を提示している。中年期においては青年期のアイデンティティと同様に、斉一性、連続性のある安定した基盤を有していることに加え、状況の変化に応じて自己定義を変化させる力が一層必要となるといわれている (清水, 2008)。自分の時間や労力を費やさざるを得ない介護は、ともすれば女性の生活における最優先事項となり、要介護者となった母親との関係に埋没していく可能性がある。

【人生の指針となる信念】は、家族などのさまざまな枠組みを超えた個人としての生き方の支柱であり、この支柱があることによって、周囲のサポートを積極的に利用しながら自分のペースで主体的に介護に取り組むことができると考えられる。Ryff(1995) によれば、well-being の核となる側面のうち、人生の意味と個人の成長は中年期以降衰退していく。

【人生の指針となる信念】を有していることは、人生の意味や個人の成長という well-being の重要な側面が衰退することなく維持されていることを意味している。自分と母親それぞれの個人としての人生を尊重することが、娘介護者の適応を促進し彼らの発達を支えらるると考えられる。

第3章

高齢の義父母を介護する嫁介護者の適応過程（研究2*）

第1節 問題と目的

1. 嫁介護者が直面する困難と研究課題

嫁介護者に関しては、実子や配偶者による介護とは異なる困難さが指摘されている。嫁介護者特有の問題点は、直接的に要介護者と血縁関係がないため、愛情や絆という情緒的な側面を持ちにくいことから介護を否定的に捉える（小澤，2006），義父母から子育てや家事のサポートを得られにくいために、介護に費やす労力ばかりを感じざるを得ない（Ingersoll-Dayton, Starrels, & Dowler, 1996）といった、義父母との情緒的なつながりの希薄さによって介護の体験を良好に捉えにくい点が挙げられる。日本においては、伝統的に嫁に課せられてきた役割規範が存在しており、情緒的なつながりよりも役割規範が先行して介護に臨む嫁介護者が現代においても存続している。具体的には、親孝行の規範的实践、夫に代わって親の恩に報いる間接的報恩が嫁介護者によく見られ、介護の勤めを立派に果たすことは嫁の評価基準になるという社会規範が存在している（山本，1995a）。高齢者を介護する家族に関しては、ポジティブ・ネガティブ両側面から検討がなされてきたが（e.g., 広瀬・岡田・白澤，2007；櫻井，1999），嫁介護者は他の続柄と比較して、介護によるバーンアウトの程度が最も高い（石川・井上・岸・西垣内，2003），充実感が低く、介護に対して満足しにくい状況にある（新鞍・荒木・岸谷，2008），介護による喜びや得られるものが乏しい（Pinquart & Sörensen, 2011），要介護者への愛着や介護からの学びなどによる満足感が最も低い（山本，2001）といったネガティブな報告がなされている。

しかし、嫁介護者の体験の実態については、いまだ十分に明らかにされていない。山本（1995a；1995b）と木立（2004）は、嫁介護者が介護しなければならない現実とどのように折り合うのかに焦点を当て検討しているが、対象事例から介護開始および継続に対する動機や困難を抽出したにとどまっており、嫁介護者の力については捉えられていない。

2. 本研究の目的

本研究の目的は、嫁介護者が義父母の介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのかについて、一人ひとりの体験の変遷を辿り、その過程を明らか

* 研究2は、江副（2020b）を加筆・修正したものである。

にすることである。佐々木 (1992) によると、適応とは、生体が環境からの要請に応じると同時に、自分自身の要求をも充足しながら、環境との調和した関係を保つことをいう。不適応とは、生体が満足を覚え、環境との調和も保てず、さらに心身の問題が生じている状態をいう。本研究では、佐々木 (1992) の定義にしたがい、適応を嫁介護者が心身の健康とやりがいを充足しながら、義父母や周囲の人々との調和を保ち、嫁介護者自身にとって介護が有意義な体験として受け止められていることと捉え、検討を行った。なお嫁という語は、旧来の家制度や性役割意識のもとに舅姑に仕えるという従属的な意味や女性が家を守るといった意味をも包含した言葉であり、現在では慎重に使用すべきといえる。一方で本研究では、調査協力者が婚家における自らを嫁と呼称していた。また先述のように、伝統的に女性に課せられてきた嫁としての役割規範は介護と切り離せない問題である。したがって、本論文ではデータに即した嫁介護者という表現を使用している。

第2節 方法

1. 調査協力者

高齢の義父母の介護を担っている、あるいは義父母を看取り終えた女性 10 名であった (表 4)。著者の親族の知人を通じて、縁故法によって調査協力者を募集した。著者はいずれの調査協力者とも面識がなかった。

2. 調査の手続き

調査期間は 2013 年 4～9 月であった。調査協力者に対し研究の主旨について「ご家族が介護にどのように向き合ってきたのかを伺い、今後求められる家族支援のあり方について検討したい」と伝え、約 2 時間の半構造化面接を実施した。介護に至った経緯、ならびに介護開始以降の体験の中から、衝撃的な事件や変化が起きたとき、ターニングポイントなどの印象に残っているさまざまな出来事について、時系列に沿って順に語ってもらった。調査協力者の心情、行動、心身の状態、置かれた状況、義父母や周囲の人々との関係について、表 5 に示した質問を適宜行うことにより、語りの不明瞭な点を補い、調査協力者の体験を追体験し理解することを心がけた。著者の意図によって調査協力者の語りが誘導されることがないように配慮し、可能な限り中立的な聴取に努めた。調査協力者のプロフィールを把握するため、調査協力者の年齢、職業、要介護者の続柄、年齢、診断名、症状や状態、要介護度、介護年数、要介護者との居住形態、夫の出生順位を尋ねた。

表 4 調査協力者のプロフィール

	年齢	職業	要介護者				介護年数	居住形態
			続柄	年齢	診断名	症状、状態		
A	56	教師	義母	83	パーキンソン病	歩行障害	要介護2	5年5カ月 同居
B	62	会社員	義母	93	無し	記憶・見当識・実行機能障害、隣人トラブル、排泄障害	要介護3	7年9カ月 同居
C	57	家事専業	義父	85	認知症	記憶・見当識・実行機能障害、幻覚、妄想、自殺企図、排泄障害	要介護2	1年2カ月 同居→施設
D	49	家事専業	義父	没年83	脳梗塞	歩行障害、最終的に寝たきり	要介護5	10年 同居→施設
			義母	80	認知症	記憶・見当識・実行機能障害、介護抵抗、暴力、排泄障害	要介護4	
E	65	パート	義母	91	大腿骨骨折	寝たきり、記憶・見当識・実行機能障害、介護抵抗	要介護5	2年7カ月 同居→施設
F	56	自営、パート	義母	没年88	くも膜下出血	寝たきり、コミュニケーション困難	要介護5	20年 同居→施設
G	55	家事専業	義母	没年92	認知症	記憶・見当識・実行機能障害、詐欺被害、排泄障害	要介護2	9カ月 別居→同居
H	69	家事専業	義父	没年83	脳梗塞	歩行障害	無し	4年 別居→同居
			義母	94	不整脈	介護抵抗	要支援2	
I	68	家事専業	義父	没年100	老衰	詐欺被害、最終的に寝たきり	要介護5	11年 別居→同居→施設
			義母	没年97	認知症	記憶・見当識・実行機能障害、徘徊	要介護5	
J	60	家事専業	義母	没年86	認知症	記憶・見当識・実行機能障害、徘徊	要介護4	10年 別居→施設

表 5 質問項目

<p>○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの調査協力者の心情、行動、心身の状態について</p> <p>・「ご自身は介護中状況が変化する度に何を感じましたか？何を考えましたか？」</p> <p>・「ご自身はどのような行動を取ったのですか？なぜそのように行動したのですか？」</p> <p>・「ご自身の体調や心の負担はいかがでしたか？」</p>
<p>○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの調査協力者が置かれていた状況および義父母や周囲の人々との関係について</p> <p>・「当時の義父母さまの様子や状態を詳しく教えていただけますか？」</p> <p>・「義父母さまとはお互いどのように接していましたか？」</p> <p>・「あなたや義父母さまの周囲にはどのような他者がおり、彼らとどのようにかかわっていましたか？（例えば、家族、友人、介護医療サービスの関係者など、介護する中で関係のあった人々とのかわりについて）」</p> <p>・「義父母さまの介護以外ではどのように過ごしていらっしゃいましたか？（例えば、義父母以外の家族との生活や職業、気分転換などのプライベートな時間の過ごし方など）」</p> <p>* 義父母や周囲の人々との関係、介護以外の生活については、適宜介護開始前に遊んで聴取した。</p>

3. 倫理的配慮

調査実施前に研究の主旨、調査内容の取扱い、協力中止の自由、録音許可について口頭および文書で説明し、調査協力への承諾を得た。なお、本研究に関する倫理的配慮については、名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理委員会の承認を得た（承認番号12-219）。

4. 分析の手続き

分析方法には、複線径路等至性モデリング（Trajectory Equifinality Modeling: 以下、TEM）を選択した。安田・サトウ（2012）によると、TEMとは、人間の発達や人生径路の多様性を描く質的研究法である。非可逆的時間の流れの中で人間が辿る径路は複数存在するが、ある定常状態に等しく辿り着くポイント、つまり等至点に収束するという理解に

基づいている。等至点の他にも、分岐点、必須通過点、両極化した等至点、社会的方向づけ、社会的助勢といった概念がある。分岐点は、径路が枝分かれするポイントである。必須通過点は、ある地点に移動するために必ず通るべきポイントである。本来大きな自由度をもち得るはずの人間の経験が、必須通過点によって一定の点に収束している状態が描かれる。分岐点や必須通過点は、それまでの経験の意味が変わった変容ポイントと捉えることができる。両極化した等至点は、等至点と価値的に背反する事象として定めることが推奨されており、研究者による価値の絶対化や誤読を防ぎ、認識を広げる役割を果たす。社会的方向づけは、分岐点にかかり、等至点に近づくことを妨害する力である。社会的助勢は、分岐点にかかり、等至点に近づくことをサポートする力である。本研究は、適応を等至点として設定し、時間的流れを捨象することなく個々人の体験の変遷を追う TEM を援用し、嫁介護者の適応過程を描き出すことを目指した。

以下の手順に沿って、著者が分析を行った。

手順①：事例ごとに、状況の変化に沿って、心情および心身の状態を抽出し、時系列に並べた。心情および心身の状態として抽出されたデータについて、意味のまとまりごとに切片化を行った。

手順②：切片化されたデータについて事例間共通のカテゴリを生成した。カテゴリ生成の手続きは、Coffey & Atkinson (1996) のコーディングに依拠した。Coffey & Atkinson (1996) は、質的データにおける要素間の意味の共通性を探索し、カテゴリにまとめるコーディングを行うことにより、データとの対話が進み、新たな問いや理論、枠組みが創造的に生み出されるとしている。具体的な手続きとしては、逐語データの各要素について、その内容を的確に表すコードと呼ばれる名称をつける。続いてコード間で類似したもの同士を統合し、カテゴリを生成する。生成されたカテゴリを、再度逐語データと照らし合わせ検討することにより最適化していく。

手順③：手順①で時系列に並べたデータをカテゴリに置き換えた。荒川・安田・サトウ (2012) の同じような経験を同じ列に揃え、それと相互に排他的な経験も同じ列に並べるという TEM 図の描き方を参考にして、時間経過に沿って同じカテゴリと相反するカテゴリを配置した。配置されたカテゴリを俯瞰し、等至点、分岐点、必須通過点、両極化した等至点を設定した。径路を矢印で示すとともに、社会的方向づけおよび社会的助勢についても検討を行い、TEM 図を完成させた。

第3節 結果

1. 生成されたカテゴリ

生成された心情および心身の状態のカテゴリを、定義と具体例とともに表 6 に示した。以降、カテゴリを【 】で表記する。

表6 カテゴリー一覧表

カテゴリ	定義, 具体例
【嫁の義務】	嫁として自分がすべきと考えていること。 「主人は長男なので当たり前」(H)
【介護を受容】	介護を引き受けること。 「自分の母を看さしてもらったから、こちらのお母さんもちゃんと看よう」(E)
【義父母との絆】	義父母との間に信頼関係が構築されていると感じること。 「義母が慕ってくれる」(G)
【義父母に感謝】	義父母から恩を受け、ありがたいと感じること。 「義母がうちの子を育ててくれた」(A)
【義父母とのかかわりにおける喜び】	義父母の反応に対し、喜びを感じること。 「義父はいつもありがとよと言ってくれた」(D)
【義父母への不満】	親しく接してくれない義父母に対して不満を持つこと。 「義妹の方の孫ばかりかわいがっている」(D)
【義父母とのかかわりにおける傷つき】	義父母の言動に対して悲しみを感じること。 「嫌がらせをされている気分、やっぱり私のことが憎いのかな」(D)
【困惑】	予期しない事態に直面し、動揺すること。 「どう対応したらよいかわからない。あんなしっかりした人だったのに」(C)
【義父母の言動に対する不快感】	義父母の言動を受け入れられないこと。 「気持ち的に受け入れがたい」(C)
【客観的理解】	自分の感情にとらわれず、状況を理解すること。 「認知症が原因であることはわかっている」(C)
【諦め】	満足のいかない事態を仕方がないこととして受け止めること。 「怒ってもしようがない」(D)
【義父母の症状を受容】	義父母の症状を拒否せず受け入れること。 「義母のぼけに腹が立たない、嫌じゃなかった」(G)
【義父母に共感】	老いや病に直面している義父母の立場を理解し、義父母の心情に思いを馳せること。 「寝たきりの義母はどんなにつらいだろう」(F)
【介護の肯定的意味】	介護が自分の人生に有意義なものをもたらしたと感じること。 「介護によって学べたこと、出会いがあり、新しい世界を知ることができた」(A)
【満足】	介護から達成感を得ること。 「息子夫婦として十分やれた」(D)
【親族への不満】	家族や親戚の態度や言動が気に入らないこと。 「実の娘が少しでも来てやってあげれば、義母もすぐうれいだろうに」(E)
【第三者への不満】	介護医療スタッフ、友人、隣人の態度や言動に失望すること。 「わかってこないっていう気持ちがすごく募った」(D)
【精神的疲労】	精神的に消耗し、介護を重荷に感じる。身体化症状を呈する場合もある。 「24時間気が休まるときがない」(D)

2. 嫁介護者の適応過程

作成した TEM 図を図 3 に示した。本研究では、あらかじめ適応を等至点として設定していたが、実際のデータに即して改めて等至点を検討した。適応の定義に添い、かつほぼ全員の体験が収束していた【介護の肯定的意味】と【満足】を等至点とした。一方、この等至点に収束しなかった事例は【義父母とのかかわりにおける傷つき】に収束していたため、これを両極化した等至点とした。また、全員の体験の始点となっていた【嫁の義務】と、続いて全員が通っていた【介護を受容】を必須通過点とした。さらに、【介護の肯定的意味】と【満足】に収束した事例が必ず通っていた【義父母とのかかわりにおける喜び】を必須通過点とした。等至点と両極化した等至点へと径路が分かれる点となっていた【客

観的理解】および【諦め】を分岐点とした。等至点に収束する事例には見られなかった義父母からの拒否的な態度を社会的方向づけとした。等至点に収束する事例に見られた義父母からの信頼や感謝および両極化した等至点に収束する事例には見られなかった家族の協力を社会的助勢とした。

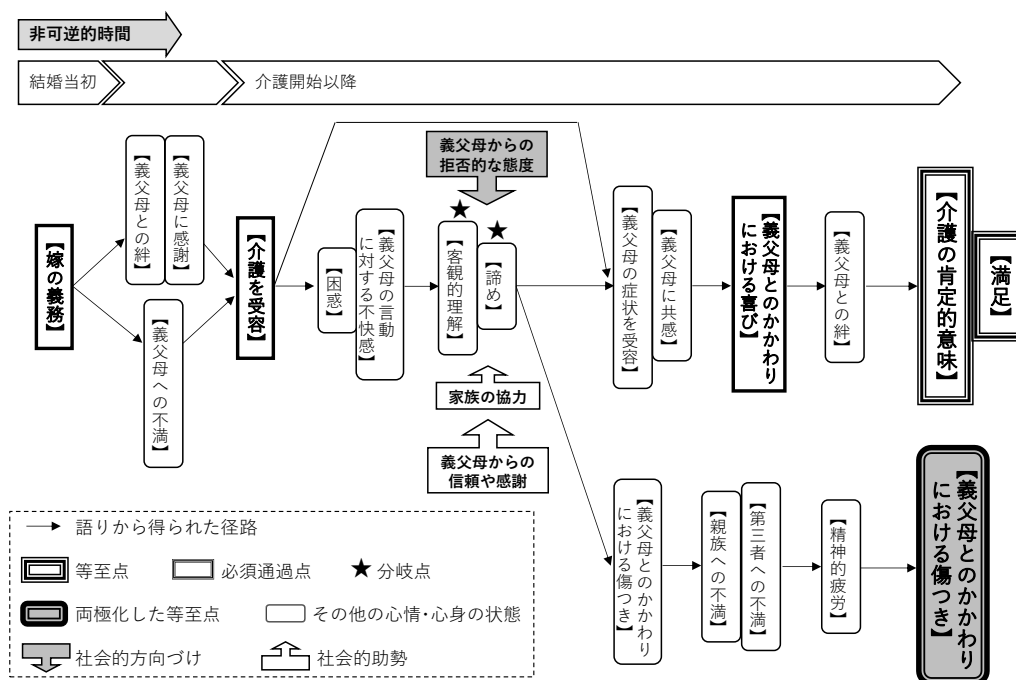


図3 嫁介護者の適応過程

TEM図によって示された適応過程の詳細について、事例の語りを交え、以下に記述した。以降、逐語データからの引用を「」で表記する。

2-1. 嫁介護者が【介護を受容】するまで

嫁介護者は、結婚当初から【嫁の義務】として義父母の介護を予期していた。調査協力者はすべて長男の嫁であり、義父母の介護を【嫁の義務】と捉えていた。Eは「自分は長男の嫁だからやらなきゃいけない」と述べ、Hも「主人は長男なので当たり前」と述べた。このように、将来自分が義父母の介護を担うことについて、結婚当初から予期していた。そして、義父母の老いや病に直面すると【介護を受容】していた。Aは義母が転倒し圧迫骨折をしたことを機に「25年勤めることができた、もうその先はいいや」と、常勤教師を辞任して介護を優先することを決意した。Gは義母が脱水症状を起こしたことを機に、「このまま独りで生活させることが不安、何かあったときの責任が重い」と、義母を自宅に引き取り介護する決意をした。

2-2. 【義父母の症状を受容】および【義父母に共感】に至るまで

嫁介護者は、【義父母との絆】や【義父母に感謝】が生起していることにより、【義父母の症状を受容】し【義父母に共感】することができていた。【義父母との絆】は、義父母から家族として認められていると実感することにより生起した。Cは介護生活を見越して自宅の建て替えを機に義父と同居し、互いに配慮を欠かさずに適度な距離感でかかわっていた。「絶えず一緒にいることで信頼関係ができた」、「義父とは相容れない部分も理性でやっていける」と述べ、【義父母との絆】が生起していた。Gは若い頃は義母との折り合いが悪く苦勞したが、義母は老いとともに生活のさまざまな事柄に関して、嫁である自分を頼りにするようになった。「義母が慕ってくれる」、「立場が変わったことで気分的に非常に楽になった」と述べ、【義父母との絆】が生起していた。

【義父母に感謝】は、義父母から家事や育児のサポートを受けることにより生起した。Aにとって特別支援学校の教師は自分の天職であった。長年の勤続は「義母のおかげ」、「義母がうちの子を育ててくれた」と述べ、【義父母に感謝】が生起していた。Fは家業の商店を継いだ夫に嫁ぎ、結婚当初から夫婦で商店の切り盛りに追われ、家計を補うためパートの仕事もした。「商店を盛り立て、家事と子育てを全面的にサポートしてくれた義母は家族の柱のような存在だった」、「一緒に暮らした時間がありがたかった」と述べ、【義父母に感謝】が生起していた。

介護開始時、すでに【義父母との絆】や【義父母に感謝】が生起していることにより、嫁介護者は【義父母の症状を受容】し、【義父母に共感】することができていた。Gは「義母のぼけに腹が立たない、嫌じゃなかった」と述べ、【義父母の症状を受容】していた。Fは「寝たきりの義母はどんなにつらいだろう」と絶えず【義父母に共感】し、「自分は何ができるのか」と無力感に襲われるほど自問自答を繰り返していた。

2-3. 【介護の肯定的意味】および【満足】に至るまで

嫁介護者は、【義父母とのかかわりにおける喜び】から【介護の肯定的意味】や【満足】を得ることができていた。【義父母とのかかわりにおける喜び】は、介護開始以前からの【義父母との絆】や【義父母に感謝】が基盤となって生起した。Fは施設入所が不可避となった義母を定期的に自宅へ外泊させた。「家族とのつながりを大事にして義母への刺激にしたい」という【義父母との絆】がFの原動力となっていた。「主人も子どもたちも私が大変なことはわかっているから、みんなが集まって義母を迎えていた」、「力の要ることは主人がしてくれていた」と述べ、夫をはじめとする家族の協力を得ていた。「義母が自宅に帰ってくる日は家族にとって特別な日」、「義母が話していることが聞こえるとうれしい」と述べ、【義父母とのかかわりにおける喜び】を見いだしていた。「義母が家族に幸せな時間をくれた」、「義母のペースに合わせることで世界が広がった」と述べ、【義父母とのかかわりにおける喜び】に満ちた日々により、【介護の肯定的意味】が生起していた。

また、たとえ介護開始前に【義父母への不満】が生起していても、介護が転機となり義

父母からの信頼や感謝を得ることで【義父母とのかかわりにおける喜び】が生起する場合もあった。Dは義父母からの冷たい対応に「寂しくて悲しくてずっと悩んでいた」と述べ、【義父母への不満】を抱えていたが、義母が認知症を発症し介護生活に突入した。義父は身体面の介助を要したが、義母の介護に苦悩する自分にとって一番の理解者となった。「義父はいつもありがとうと言ってくれた」、「義父の存在が何より支えだった」と述べ、【義父母とのかかわりにおける喜び】に加え、【義父母との絆】が生起していた。「長いこと介護をするってことがなかったら、義父から感謝されたり褒めてもらう機会はなかった」、「息子夫婦として十分やれた」と述べ、【介護の肯定的意味】と【満足】が生起していた。

2-4. 【客観的理解】および【諦め】という対処

嫁介護者は、義父母の症状によるトラブルを、【客観的理解】や【諦め】という対処により冷静に受け止め、乗り切ろうとしていた。嫁介護者は義父母の不可解な言動や突然の発病に対し【困惑】し、【義父母の言動に対する不快感】を抱いていた。Cは認知症の義父に対し「どう対応したらよいかわからない」と【困惑】していた。義父が物盗られ妄想により家族を責めることに対し「腹が立つ」、「責められると義父のせいであることを理詰めで理解させたくなくなってしまう」と述べ、【義父母の言動に対する不快感】が生起していた。一方で、「認知症が原因であることはわかっている」、「怒ってもどうしようもない」と述べ、【客観的理解】をし【諦め】、努めて平静に戻り介護を継続していた。Iは認知症の義母の予測のつかない行動に対し【困惑】し、「手がかからないようにしたいという思いが絶えずあった」、「おおらかに受け止められない」と述べ、【義父母の言動に対する不快感】が生起していた。一方で、「私のわからない頭の中ではいろんなことが起きちゃうのかも」、「しょうがない」と述べ、【客観的理解】をし【諦め】、「こっちが穏やかだと相手も穏やか」、「大丈夫が一番安心させる言葉」と認知症の義母とのかかわり方を見いだしていた。

2-5. 【義父母とのかかわりにおける傷つき】で終わる過程

【義父母とのかかわりにおける傷つき】は【親族への不満】や【第三者への不満】につながり、【精神的疲労】を強めていた。【義父母とのかかわりにおける傷つき】は、介護開始以前からの【義父母への不満】が基盤となって生起した。【義父母への不満】は、義父母からの心無い言動によって、自分が家族として認められていないと感じることにより生起した。Dは「私は大家族で大きくなったから、同居するならおじいちゃんおばあちゃんと毎日食事をするような環境の方が子どもの教育上もプラスになるって思っていたけど、義父母から距離を置いてくれと言われ、ずっと葛藤していた」と述べ、義父母から親密なかわりを拒否され、孫との交流も避けられたことで、「同居した意味が見いだせない」、「義妹の方の孫ばかりかわいがっている」と【義父母への不満】が生起していた。Eは「主人は長男だけど母親とそりが合わず、嫁姑の間を取り持つことができない」と述べ、嫁ぐ前から婚家の家族関係が良好でなく、結婚当初から義母との折り合いは著しく悪かった。「義母がすごく強いから、言いたいことが言えない」と述べ、【義父母への不満】が生起してい

た。

【義父母とのかかわりにおける傷つき】は介護開始後の義父母からの拒否的な態度によって生じた。【客観的理解】や【諦め】によって義父母の症状によるトラブルに対処しようと努めたが、介護開始以前から【義父母への不満】があったため冷静に受け止めることができず、さらに介護により義父母へのコミットが強まっているため【義父母とのかかわりにおける傷つき】という痛手を心に負うこととなった。Dは食事したことを忘れてごはんを食べさせてもらっていないと隣人に言いふらす義母に対し、Eは寝たきりになってもおむつ替えの介助さえ拒否する義母に対し、「嫌がらせをされている気分、やっぱり私のことが憎いのかな」、「やっぱり私のことが嫌いだからだろうか」と述べ、両者ともに【義父母とのかかわりにおける傷つき】が生起していた。

【義父母とのかかわりにおける傷つき】を抱えた嫁介護者は、窮状を理解しサポートしてくれる他者を必要としているため、それが得られないことで【親族への不満】や【第三者への不満】が生起し、【精神的疲労】を強めていった。Dは受け入れがたい義母の言動について友人に愚痴をこぼしても、「それはお病気がしていることだから悪く思っちゃいけないわねと言われ、すごくつらかった」、「わかってくれないっていう気持ちがすごく募った」、「理不尽なことにも必ず肯定し付き合うというのが介護の教科書の王道だけど、そんなことをしていたら死んでしまう」と述べ、【第三者に対する不満】が生起していた。Eは義母にとってお気に入りの義妹が寄りつかないことに対し、「実の娘が少しでも来てやってあげれば、義母もすごくうれいだろうに」と述べ、【親族への不満】が生起していた。両者ともに「イライラが治まらない」、「24時間気が休まるときがない」、「寝つけず深く眠れない」といった日々の中で突発性難聴になり、【精神的疲労】はピークに達していた。そして、【義父母とのかかわりにおける傷つき】を抱えたまま介護を終えていた。

第4節 考察

本研究は、嫁介護者が義父母の介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのかについて、その過程を明らかにした。嫁介護者にとって介護の始まりは、先行研究が示す伝統的な役割規範に規定されたものであったが、嫁介護者の介護への取り組みは決して受動的なものではなかった。【義父母との絆】、【義父母に感謝】、【義父母とのかかわりにおける喜び】の生起に表れているように、嫁介護者は義父母との間に築いた良好な関係に価値を見だし、それを原動力にして前向きに介護に取り組んでいた。本研究では10名中8名の嫁介護者が【介護の肯定的意味】、【満足】に終着しており、嫁介護者自身にとって有意義な体験として介護が受け止められていたことが明らかになった。このように、本研究では、先行研究とは異なる嫁介護者のポジティブな姿が浮かび上がった。

1. 前向きに介護に励む嫁介護者

嫁介護者は、【義父母とのかかわりにおける喜び】を見いだし、【介護の肯定的意味】や【満足】に至ることが明らかになった。【義父母とのかかわりにおける喜び】は、介護開始以前からの【義父母との絆】や【義父母に感謝】を基盤として生起する場合がほとんどであったが、介護開始後に義父母からの信頼や感謝を得ることで生起していた事例もあった。このように、嫁介護者は義父母との良好な関係を礎にして、介護をポジティブに捉えていた。要介護者との良好な関係の重要性は、先行研究においても指摘されている。片山・陶山 (2005) によると、家族介護者の介護肯定感、要介護者への愛情や尊厳の気持ち、要介護者との深い絆に支えられている。Farran et al. (2000) も、家族介護者は、要介護者とのかかわりにおいて信頼や愛情、感謝といった価値を見いだすことによって、自分の人生に肯定的意味をもたらす体験として介護を捉えることができるとしている。

一方、嫁介護者に関しては、義父母との情緒的なつながりが希薄であり (Ingersoll-Dayton et al., 1996; 小澤, 2006)、義父母との希薄な人間関係に強く困難を感じていると報告されている (山本, 2001)。また、嫁介護者はバーンアウトの程度が高く、充実感や満足感が低く、喜びや得られるものが乏しいことが指摘されてきた (石川ら, 2003; 新鞍ら, 2008; Pinquart & Sörensen, 2011; 山本, 2001)。本研究では、義父母との良好な関係を構築して前向きに介護に励んでいる嫁介護者の存在が明らかになった。嫁介護者は必ずしも嫌々介護を引き受けている訳ではなかった。さらに、介護は義父母との関係改善の転機となる可能性があることも確認された。これは、嫁介護者が有する適応力を捉えた新たな知見といえる。これまで嫁介護者の体験は非常に辛いものとしてネガティブな側面ばかりが指摘されてきたのに対し、本研究では10名中8名の嫁介護者が【介護の肯定的意味】や【満足】に終着していた。嫁介護者にとって、義父母の介護は自身の成長につながる体験として、受け止められる側面もあることが示された。

2. トラブルに冷静に対処する嫁介護者

嫁介護者は、義父母の認知症などの症状によるトラブルに際し、抵抗なく【客観的理解】や【諦め】を用いて、冷静に対処できることが示唆された。先行研究では、家族介護者が時間をかけて認知症を理解し、仕方なく諦め、要介護者の現状を受け入れていく過程が示されてきた。例えば山本 (1995b) は、要介護者の認知症を徐々に認識し理解する過程を経て、介護者は人間の老いとそれに伴う依存状態の不可避性を諦めていくと述べている。杉山 (1992) は、“あきらめ”を、肉体的にも精神的にも疲れきって、絶望的になった次に辿り着く一種の悟りの境地であると説明している。

本研究における嫁介護者は、先行研究で示された過程を経ることなく、容易に【客観的理解】や【諦め】に到達していた。これは嫁介護者ならではの長長であると考えられる。廣瀬・生田 (2010) は、認知症を発症した親を受け止めることができず諦めきれない夫と

は異なり、「私は血が繋がっていないので、もうこれは病気だからしょうがないと思う」という嫁介護者の語りを報告している。このように、義理の関係であることで実子よりも要介護者を受け止めやすい介護場面があると考えられる。Ungerson (1987 平岡・平岡訳 1999)によれば、義理の親子の関係の場合には、子どもから疑似的な親、もしくは親から疑似的な子どもへの急激な地位の変化の問題はそれほど深刻ではない。というのも、介護する者と介護される者は、当初から大人として、また他人として出会っているからである。したがって、嫁介護者には、義父母を個人として冷静に受け止めることができる側面があると示唆された。

3. 適応が困難に陥る場合

嫁介護者は、【義父母とのかかわりにおける傷つき】によって適応の困難に陥ることが明らかになった。本研究における嫁介護者は、介護開始前に【義父母への不満】が生起していても【介護を受容】し【嫁の義務】を果たそうとしていたことから、介護開始時点には介護を前向きに捉えていることが窺われ、介護への適応の兆しが見受けられた。しかし、いくら嫁介護者が【介護を受容】し積極的に介護に取り組んでも、義父母が好意的な態度を示さなければ嫁介護者の努力は報われない。田中・兵藤・田中 (2002) は嫁介護者について、自分の人生の変更に対する拘束感や、投じる大きな労力への否定的反応が発生しやすく、義父母のために介護に積極的にかかわる意義を見いだしにくいと述べている。特に、義父母から介護を拒まれる場合には、自分が家族として認められていないと感じた過去の【義父母への不満】が基盤となって、【義父母とのかかわりにおける傷つき】が生起していた。山本 (1995a) は、要介護者が否定的な態度を取ると、それが認知症のためと認識できても、介護者の介護意欲は喪失されると指摘している。本来、嫁介護者は【客観的理解】や【諦め】によって、義父母の症状によるトラブルに冷静に対処できると考えられるが、義父母からの拒否的な態度により【義父母とのかかわりにおける傷つき】が生起することで、対処困難に陥っていた。木立 (2004) は、嫁-要介護者の二者関係は特に、過去の鬱積した不満を再帰しやすい環境になりがちで、周囲の支持的なサポートが求められると述べているが、それが得られないことで【親族への不満】や【第三者への不満】が生起し、【精神的疲労】が強まっていた。嫁介護者が適応の困難に陥る場合、夫や夫のきょうだいは介護を避ける傾向にあった。したがって、孤軍奮闘している嫁介護者の心情に寄り添い、家族関係の相談に応じたり積極的な介護医療サービスの利用につなげる支援が必要であると考えられる。

第4章

配偶者介護における適応過程（研究3*）

第1節 問題と目的

1. 配偶者介護の特徴と研究課題

配偶者介護の場合、配偶者の存在の大きさゆえに、終点に死別が待ち受ける介護の過程は、さまざまな苦悩を伴うことが予想される。渡邊・岡本 (2005) は、成人期以降において配偶者の存在は実父母以上に大きいものであり、その死は自己を揺るがす大きな危機的場面であると予測している。Pinquart & Sörensen (2011) によれば、配偶者は最も重要な愛着対象であるために介護者が直面する喪失のダメージが大きい。加えて夫婦はともに過ごす時間が長いと、介護者役割からの息抜きがしにくく、他の続柄による介護と比較して心身の負担が大きい。さらに、配偶者介護では全責任を負って介護者役割を努める傾向があり、介護者のセルフケアがおろそかになる (Connell, 1994)。ショートステイの利用が介護者の罪悪感を引き起こす場合があり、施設の安全とサービスの質の良さが伴わない場合には、介護者の休息につながりにくいという報告もある (Berglund & Johansson, 2013)。

しかし、配偶者介護において介護者が具体的にどのような体験の変遷を辿るのか、その過程についてはいまだ十分に明らかにされていない。Beach, Schulz, Yee, & Jackson (2000) は、配偶者介護は心身の健康を害するストレスフルな体験であると同時に、介護者のメンタルヘルスに有益な側面もある複雑な事象であると指摘しているが、特に配偶者介護のポジティブな側面については検討が進んでいないのが実情である。田中ら (2002) は、夫を介護する妻を含む家族介護者の認知的成長段階について検討しているが、その実態やそこに至る心理的過程について文脈や詳細を明らかにする点には課題を残したと述べている。したがって、介護者が直面する困難について検討するとともに、いかに対処し適応していくのか、その過程を描き出し、介護者の有する力と介護者の適応にかかわる要因について探索することが必要であると考えられる。認知症配偶者介護では、予測のつかない行動や感情の波に振り回され、疲弊していくことが知られているが (Potgieter & Heyns, 2006)、身体機能の障害を伴う疾患による重度要介護の配偶者介護については、知見が乏しい。身体機能の障害により生活の自立度が大幅に損なわれた配偶者を全面的に介護する場合の困難は、認知機能の障害や周辺症状に起因する認知症介護における困難とは質が異なることが予想される。

* 研究3は、江副 (投稿中) を加筆・修正したものである。

2. 本研究の目的

本研究の目的は、夫あるいは妻が配偶者の介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのかについて、一人ひとりの体験の変遷を辿り、その過程を明らかにすることである。本研究では、検討が進んでいない身体機能の障害を伴う疾患発症を契機とする重度要介護の配偶者介護に焦点を当て、詳細な質的検討を行う。そして、認知症配偶者介護に関する先行知見と併せて配偶者介護の特徴について整理し、適応を支える要因について明らかにする。佐々木 (1992) によると、適応とは、生体が環境からの要請に応じると同時に、自分自身の要求をも充足しながら、環境との調和した関係を保つことをいう。不適応とは、生体が満足を覚え、環境との調和も保てず、さらに心身の問題が生じている状態をいう。本研究では、佐々木 (1992) の定義にしたがい、適応を介護者が心身の健康とやりがいを充足しながら、配偶者や周囲の人々との調和を保ち、介護者自身にとって介護が有意義な体験として受け止められていることと捉え、検討を行った。

第2節 方法

1. 調査協力者

配偶者介護の経験者4名であった(表7)。配偶者は身体機能の障害を伴う疾患を発症し、全面的な介護を必要とする要介護度4以上の認定を受けており、認知症に罹患していなかった。著者の親族の知人を通じて縁故法によって募集し、著者はいずれの調査協力者とも面識がなかった。

2. 調査の手続き

調査期間は2019年11月であった。調査協力者に研究の主旨について「ご家族が介護にどのように向き合ってきたのかを伺い、今後求められる家族支援のあり方について検討したい」と伝え、約2時間の半構造化面接を実施した。介護に至った経緯、ならびに介護開始以降の体験の中から、印象に残っている出来事について、時系列に沿って順に語ってもらった。調査協力者の心情、行動、心身の状態、置かれた状況、要介護者である配偶者や周囲の人々との関係について、表8に示した質問を適宜行うことにより、語りの不明瞭な点を補い、調査協力者の体験を追体験し理解することを心がけた。著者の意図によって調査協力者の語りが誘導されないよう中立的な聴取に努めた。調査協力者のプロフィールを把握するため、調査協力者の年齢、職業、要介護者の続柄、年齢、診断名、要介護度、介護年数、介護形態、同居家族を尋ねた。

表7 調査協力者のプロフィール

	年齢	職業	要介護者			介護年数	介護形態	同居家族	
			続柄	年齢	診断名				要介護度
A	67	専業主婦	夫	没年69	脳出血（右半身麻痺）	要介護5	9年	病院→在宅	娘夫婦と孫
B	74	専業主婦	夫	没年85	脳梗塞（四肢麻痺）	要介護5	16年	病院→在宅→施設	無
C	54	会社員	妻	51	筋萎縮性側索硬化症	要介護5	14年	在宅	息子
D	73	会社員	夫	没年64	糖尿病, 胃癌, 尿毒症, 肩・大腿骨骨折, 心筋梗塞	要介護4	7年	在宅→施設	無

表8 質問項目

<p>○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの調査協力者の心情, 行動, 心身の状態について</p> <p>・「ご自身は介護中状況が変化する度に何を感じましたか? 何を考えましたか?」</p> <p>・「ご自身はどのような行動を取ったのですか? なぜそのように行動したのですか?」</p> <p>・「ご自身の体調や心の負担はいかがでしたか?」</p>
<p>○介護開始以降の印象に残っている出来事が起きたときの調査協力者が置かれていた状況および要介護者である配偶者や周囲の人々との関係について</p> <p>・「当時のご主人・奥さまの様子や状態を詳しく教えていただけますか?」</p> <p>・「ご主人・奥さまとはお互いどのように接していましたか?」</p> <p>・「あなたやご主人・奥さまの周囲にはどのような他者がおり, 彼らとどのようにかかわっていましたか? (例えば, 家族, 友人, 介護医療サービスの関係者など, 介護する中で関係のあった人々とのかかわりについて)」</p> <p>・「ご主人・奥さまの介護以外ではどのように過ごしていらっしゃいましたか? (例えば要介護者以外の家族との生活や職業, 気分転換などのプライベートな時間の過ごし方など)」</p> <p>* 要介護者や周囲の人々との関係, 介護以外の生活については, 適宜介護開始前に遡って聴取した。</p>

3. 倫理的配慮

調査実施前に研究の主旨, 調査内容の取扱い, 協力中止の自由, 録音許可について口頭および文書で説明し, 調査協力への承諾を得た。本研究に関する倫理的配慮については, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理委員会の承認を得た (承認番号 19-1356)。

4. 分析の手続き

分析方法は, 研究2と同じく複線径路等至性モデリング (Trajectory Equifinality Modeling: 以下, TEM) を用い, 時間的流れを捨象することなく個々人の体験の変遷を追い, 介護者の適応過程を描き出すことを目指した。安田・サトウ (2012) によれば, TEM とは, 人間の発達や人生径路の多様性を描く質的研究法である。なお, 調査協力者数4名は TEM で経験の多様性を描くことができる人数として推奨されている。TEM には等至点, 分岐点, 必須通過点, 両極化した等至点, 社会的助勢, 社会的方向づけという概念がある。等至点は, 非可逆的時間の流れの中で, 人間が等しく辿り着くポイントであり, TEM の中心的概念である。分岐点は, 径路が枝分かれするポイントである。必須通過点は, ある地点に移動するために必ず通るべきポイントである。分岐点や必須通過点は, それまでの経験の意味が変わった変容ポイントである。両極化した等至点は, 等至点と価値的に背反する事象

として定めることが推奨されており，研究者による価値の絶対化や誤読を防ぎ，認識を広げる役割を果たす。社会的助勢は，分岐点にかかり，等至点に近づくことをサポートする力である。社会的方向づけは，分岐点にかかり，等至点に近づくことを妨害する力である。

以下の手順に沿って著者が分析を行った。

手順①：事例ごとに，状況の変化に沿って，調査協力者の心情，行動，心身の状態を抽出し，時系列に並べた。抽出されたデータについて，意味のまとまりごとに切片化を行った。

手順②：切片化されたデータについて事例間共通のカテゴリを生成した。カテゴリ生成の手続きは，Coffey & Atkinson (1996) のコーディングに依拠した。Coffey & Atkinson (1996) は，質的データにおける要素間の意味の共通性を探索し，カテゴリにまとめるコーディングを行うことにより，データとの対話が進み，新たな問いや理論，枠組みが創造的に生み出されるとしている。具体的な手続きとしては，逐語データの各要素について，その内容を的確に表すコードと呼ばれる名称をつける。続いてコード間で類似したもの同士を統合し，カテゴリを生成する。生成されたカテゴリを，再度逐語データと照らし合わせ検討することにより最適化していく。

手順③：手順①で時系列に並べたデータをカテゴリに置き換えた。荒川ら (2012) の同じような経験を同じ列に揃え，それと相互に排他的な経験も同じ列に並べるという TEM 図の描き方を参考にして，時間経過に沿って同じカテゴリと相反するカテゴリを配置した。配置されたカテゴリを俯瞰し，等至点，分岐点，必須通過点，両極化した等至点を設定した。径路を矢印で示すとともに，社会的助勢および社会的方向づけについても検討を行い，TEM 図を完成させた。

第3節 結果

1. 生成されたカテゴリ

生成されたカテゴリの定義と具体例を表9に示した。以降，カテゴリを【 】で表記する。

2. 配偶者介護における適応過程

作成した TEM 図を図4に示した。本研究では，あらかじめ適応を等至点として設定していた。実際のデータに即し，適応を示す点である【余裕】，【運命を受容】，【安らぎ】を改めて等至点とした。【安らぎ】に至らなかった場合に収束していた【心残り】，【喪失感】を両極化した等至点とした。【余裕】に至った介護者が経験した【夫婦の絆】，【介護を受容】，【療養環境を肯定的に評価】，【比較】，および【運命を受容】に至った介護者が経験した【達成感】，【自己成長感】を必須通過点とした。径路が分かれる点となっていた【心身の負担】，【余裕】，【別れを受容】を分岐点とした。介護の契機であった発症も径路が分かれる点と

なっていたため、分岐点に加えた。経験、子育て・仕事、【周囲の支え】は、適応に向けて促進的に働く社会的助勢とした。重症、介護を囲い込む傾向、不測の事態は、適応に向けて抑制的に働く社会的方向づけとした。

表9 カテゴリー一覧表

カテゴリ名	定義・具体例
【困惑】	突然の発症に衝撃を受け、戸惑うこと。 「晴天の霹靂、どうしてこんなことになっちゃったんだろう」(A)
【客観的理解】	状況を冷静に受け止めること。 「悩んだってしょうがない、なるようにしかならん、おたおたしない」(D)
【夫婦の絆】	配偶者との生涯にわたる強い結びつきを感じる事。 「この人がいてくれるから私が今ここにあると思った」(A)
【周囲の支え】	家族、友人、同僚などの支えを感じる事。 「息子たちが足繁く通ってくれることがすごうれしかった、子どもに支えられて」(A)
【療養環境を肯定的に評価】	介護医療サービスの充実などによる介護しやすい環境に満足していること。 「訪問看護師さんたちは夫の口の悪さも許してくださった、精神的にすごく安定した感じ」(B)
【快復を期待】	配偶者の快復を信じる事。 「良くなるんだわこの人はという気持ちでいるから毎日夫の元に行くのが楽しくて」(A)
【介護を受容】	自分の務めとして介護を受け入れること。 「私の主人だから、当然だと思ってしたこと」(B)
【積極的姿勢】	闘病や介護に前向きに取り組むこと。 「不自由っていうのは本当にいけないけどこうなったらこうなった生活を楽しむってことを考えないと」(A)
【障害に対する抵抗感】	配偶者の負った障害を受け入れがたいこと。 「(杖を買う)あぁもう歩けなくなっちゃうのかな、介助のものを買うときってすごい抵抗感がある」(C)
【心身の負担】	介護によって心身の負担を感じる事。 「気持ちの上でも体力的にも大変、全部やらないといけない」(C)
【介護による犠牲】	介護による家族や生活への犠牲を感じる事。 「急に私が彼と2人の1個体になったもんだから母を孤立させた」(A)
【精神的支柱】	介護以外のすべきことが自分の支えになっていると感じること。 「自分が仕事をもってたのが良かった」(D)
【余裕】	介護による疲弊を感じないこと。 「ストレスが溜まってどうしようもないかと思ったことない」(B)
【達成感】	介護生活の中で成し遂げたことに喜びを感じる事。 「子どもも大学に行ってくれたしー安心して、親としての役割を果たしつつある」(C)
【自己成長感】	介護に取り組むことによって自分が成長できたと感じる事。 「会社生活の中で相談を受ける介護と子育ての両方がわかるんでアドバイスもできる」(C)
【運命を受容】	介護にかかわるすべてを受け入れること。 「完治は難しい病気だから静かに自分の運命を受け入れていくしかない」(C)
【比較】	他と比べて自分の置かれた状況が恵まれていると感じること。 「壊すとか暴言を吐くとか徘徊する人の方が大変、うちの奥さんの病気くらいならまだかわいい」(C)
【サポートを活用】	自分のメンタルヘルスを維持するために介護医療サービスなどの他者の助けを積極的に利用すること。 「疲れちゃって夫婦関係悪くなるのもおかしな話、制度を使って肉体的にも精神的にも楽に」(C)
【介護医療サービスに対する不満】	介護医療サービスの対応に満足できないこと。 「(ヘルパーの不手際)頭に來る！後始末は私全部一人でやりました」(B)
【在宅介護を断念】	在宅介護継続を諦めること。 「私がつぶれると若い人たちに迷惑かかる、これ以上は自分の我を通すことは無理なんだ」(B)
【施設入所の不安】	施設に入所した配偶者を心配する気持ち。 「主人がどうしてるのかわからないということで負担はかなりありました」(B)
【別れを受容】	配偶者との死別を受け入れること。 「穏やかに逝けた、本当にありがとうって気持ちで送り出せました」(A)
【安らぎ】	配偶者を見送った後の満たされた気持ち。 「やるだけのことはやってきたから何も後悔はない」(D)
【喪失感】	配偶者との死別後の消えることのない悲しみ。 「自分の額を主人の額に当てましたら本当に冷たかった、ここまで冷たくなくなつてね」(B)
【心残り】	思い描いていた介護や看取りが叶わず、残念な気持ち。 「家で最期を迎えさせてあげたいと思っていたけど、叶わなくて主人には本当に申し訳なかった」(B)

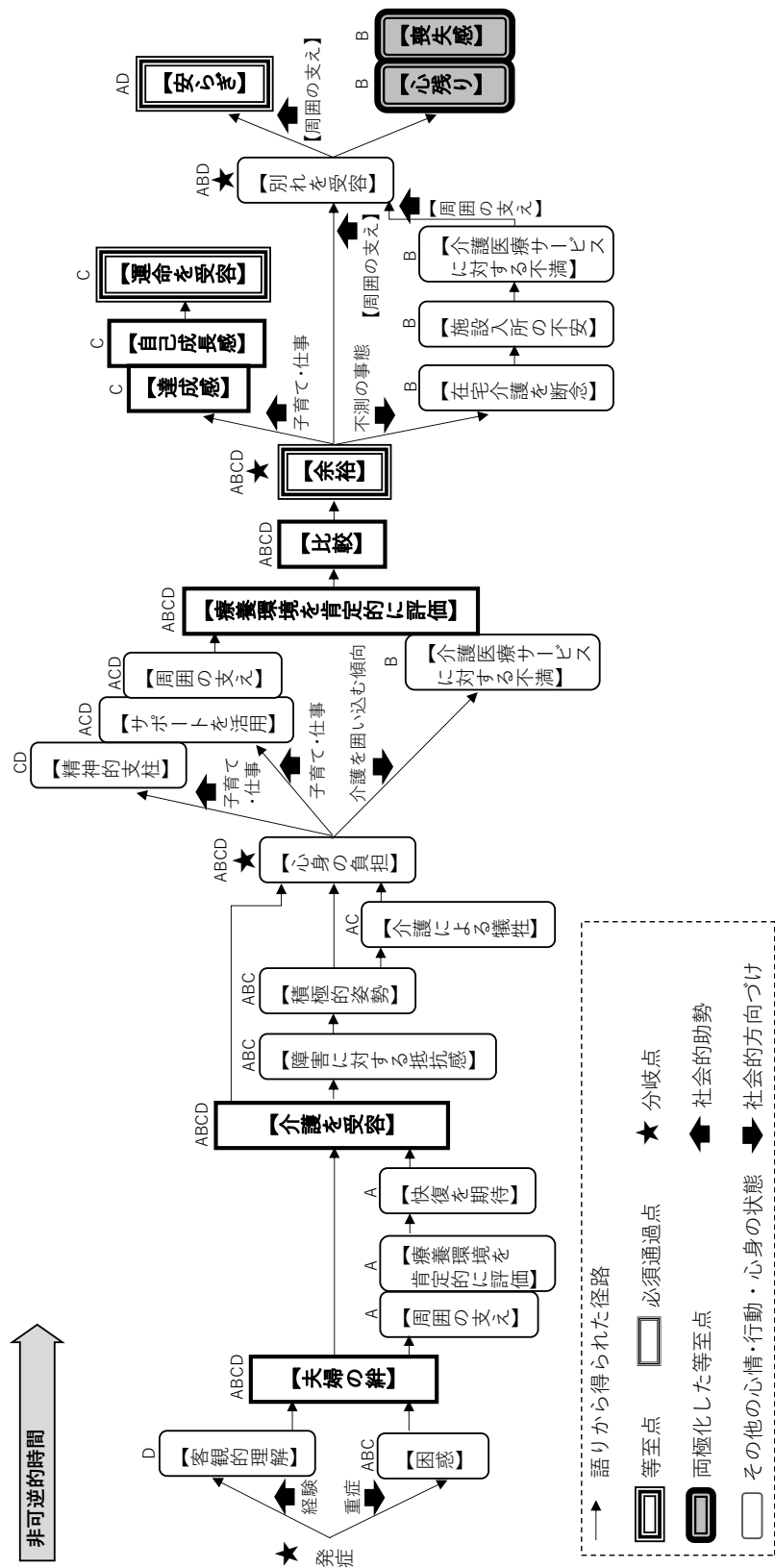


図 4 配偶者介護における適応過程

TEM 図によって示された適応過程の詳細について、事例の語りを交え、以下に記述した。以降、逐語データからの引用を「 」で表記する。

2-1. 【介護を受容】および【積極的姿勢】に至るまで

発症直後の径路には介護の契機となる疾患の違いが影響していた。A, B, C は、配偶者が突然直接生死にかかわる疾患を発症したことにより【困惑】に陥るも、【夫婦の絆】を実感することで【介護を受容】し、【積極的姿勢】で介護に取り組んでいた。A の夫は定年退職後間もなく脳出血を起こした。重症のため命を落とす危険があると医師から説明を受け、「晴天の霹靂、どうしてこんなことになっちゃったんだろう」と述べ、【困惑】に陥っていた。一命をとりとめ、「この人がいてくれるから私が今ここにあると思った」と【夫婦の絆】が生起していた。「子どもや家族に励まされていた」、「(医師や看護師と) 家族みたいになれて、病院の生活がとても良かった」と述べ、【周囲の支え】を感じ、入院中の【療養環境を肯定的に評価】しながら、【快復を期待】するようになった。8 か月の入院生活の後、「先生(主治医)に私やってけるかしらと話したら、あなたがやらんでどうするんだと言われて、先生の前で泣いてしまって吹っ切れて、私しかない」、「これは私がやるべきことだと思った」と【介護を受容】し、在宅介護が始まった。当初は車椅子で外出することに「すごく抵抗があった、恥ずかしいし大変ねって言われるのも癪」と述べ、【障害に対する抵抗感】が生起していたが、「彼(夫)のことを一番に考えて一緒に生活を楽しむ」、「病人扱いせず毅然と普通の生活をさせる」と【積極的姿勢】で介護に取り組んでいた。

一方で、D は介護の契機となった最初の疾患は他の3 事例ほど重篤ではなかったが、その後複数の疾患が重なったことによって重度要介護となったケースであり、自身の経験の蓄積から【客観的理解】を行い、配偶者の発症を【困惑】することなく受け止めていた。D は子どもがなく夫婦2 人の生活の中で【夫婦の絆】が構築されていた。「頼る人がいないから、自分で解決する癖を自然に身につけた」、病弱だった実父がよく入院していたため「病気慣れしている」という自負を経験から獲得していた。夫のさまざまな疾患に直面したが、「悩んだってしょうがない、なるようにしかならん、おたおたしない」と述べ、【客観的理解】を行い、【介護を受容】していた。

2-2. 【療養環境を肯定的に評価】するまで

介護は【心身の負担】や場合によっては【介護による犠牲】を生起させるが、介護者は【療養環境を肯定的に評価】していた。C は長男誕生後間もなく、妻が筋萎縮性側索硬化症を発症した。子育て、仕事、妻の介護という3 つの重責を担い、「気持ちの上でも体力的にも大変」と述べ、【心身の負担】が生起していた。さらに、「子どもが甘えられないのがかわいそうでつらかった」と述べ、【介護による犠牲】が生起していた。一方で、「自分が滅入らないようにサービスをフルに活用していかないと」と【サポートを活用】し、「いろんな人に助けられている」、「子どもが大きな存在だった」と【周囲の支え】を実感していた。さらに、介護の他に子育てと仕事に没頭できることが、介護生活における【精神的支

柱】となっていた。介護保険サービスが利用可能な40歳以降は「ほぼすべてのサービスが受けられるようになり大分楽になった」と述べ、【療養環境を肯定的に評価】していた。

また、介護を囲い込む傾向は【介護医療サービスに対する不満】を生起させていたが、【療養環境を肯定的に評価】に至っていた。Bは夫が心地よく過ごせるよう献身的に介護に取り組んでいた。介護サービスの利用は受動的で、ヘルパーの不手際に対して「頭に来る！後始末は私全部一人でやりました」と【介護医療サービスに対する不満】が生起していた。それでも夫の介護のために必要なサービスは利用し、「訪問看護師さんたちは夫の口の悪さも許してくださった」と述べ、自分の満足するサービスが得られれば【療養環境を肯定的に評価】が生起していた。

2-3. 【余裕】を有するまで

介護者は【療養環境を肯定的に評価】し、満足のいく介護を継続できることに感謝しており、さらに【比較】により自分の置かれた状況の優位性を見いだすことで、【余裕】を感じながら介護を継続していた。Aは「右麻痺の人は慎重になるので家族にとって良い」、「夫じゃなく私がお世話する方で良かった」、Bは「働き盛りで発症された方は気の毒、うちは70越えてましたから」、Cは「壊すとか暴言を吐くとか徘徊する人の方が大変、うちの奥さんの病気くらいならまだかわいい」、Dは「寝たきりの人を看ることを考えたらなんて幸せだろう」と述べ、【比較】をすることで状況を前向きに捉えることができていた。そして、Aは「物理的に大変なことってあんまりなかった」、Bは「ストレスが溜まってどうしようもないとか思ったことない」、Cは「自然体でずっと来ている、つらいついて思うことはあんまりない」、Dは「苦労したってことはない、たいしてえらくなかった」と述べ、【余裕】を感じながら介護を継続していた。

2-4. 【運命を受容】に至るまで

介護と並行して取り組んだ子育てと仕事が【達成感】と【自己成長感】をもたらし、介護者は改めて病を患う配偶者とともに生きる【運命を受容】していた。Cは妻の発症当初、5年以内で亡くなる場合が多いと聞いていたが、長男の大学入学を夫婦で無事に見届けることができ、「子どもも大学に行ってくれたしー安心している、親としての役割を果たしつつある」と【達成感】を感じていた。また、「会社生活の中で相談を受ける介護と子育ての両方がわかるんでアドバイスもできる」と述べ、【自己成長感】も生起していた。「コミュニケーションが取れないことがつらい、でも意思伝達装置は受け入れたくない」と病状の進行に心を痛めながら、「僕がいなかったら彼女も生きていけない、自分がやらざるを得ない」、「完治は難しい病気だから静かに自分の運命を受け入れていくしかない」、「人間はいつか死ぬし介助が必要になって死ぬ、自分はたまたま早いうちに経験しているだけ」と述べ、難病を患う妻とともに生きていく【運命を受容】していた。

2-5. 【在宅介護を断念】する場合

介護者が不測の事態により【在宅介護を断念】せざるを得ない場合、【施設入所の不安】

と【介護医療サービスに対する不満】が生起していた。介護を囲い込む傾向のある B は自身が圧迫骨折をするという不測の事態により、夫の介護を継続することが困難となった。別居の息子たちに頼ることは良しとせず、「私がつぶれると若い人たちに迷惑かかる、これ以上は自分の我を通すことは無理なんだ」と【在宅介護を断念】し、施設入所を決断した。自身も入院を余儀なくされ、夫の面会に行くことができず、「主人がどうしてるのかわからないということで負担はかなりありました」と述べ、【施設入所の不安】が生起していた。褥瘡の一つも作らないようにと最善を尽くしていた在宅介護と比べ、施設での介護の質は B にとって満足のいくものではなかった。「おむつが2つも3つも重ねてある、寝てる人は大変、こんなことがわからないのかな介護の人なのに」などの【介護医療サービスに対する不満】が生起していた。

2-6. 【別れを受容】に至るまで

介護者は【周囲の支え】があり、配偶者との【別れを受容】していた。A は夫の最期に子どもたちも駆けつけ、病室で夫の好きだった歌を口ずさみ見送った。主治医から「彼(夫)はよくがんばったんだよって言われたときに、なんかふっとああその通りだと思って、別れがつらくなかった」、「もっと一緒にいられたらって思うけど、これ以上は彼には年を取るからかわいそうなんだ」、「穏やかに逝けた、本当にありがたいという気持ちで送り出せました」と述べ、【周囲の支え】があり、夫との【別れを受容】していた。B の夫は老衰により死期が近づいていた。医師の長男が父親に喀痰吸引を行うなど手を尽くしたが、その後、様態が急変し救急搬送された。長男が搬送先の病院に、B が到着するまで心臓マッサージを続けてくれるよう頼み、「せめても薄目を開けてくれていたから、耳元で一生懸命呼んで、聞こえてるだろうなと思いましたけどね、そんなに苦しそうな顔ではなかった」と述べ、【周囲の支え】があり、夫との【別れを受容】していた。

2-7. 【安らぎ】が得られる場合と得られない場合

【周囲の支え】は【安らぎ】を生起させていた。A は「風が吹くと孫たちがじいじって言うの、だからいつもここら辺にいるような気がしている」と述べ、同居している孫たちが【周囲の支え】として機能していた。そして、「あまりにもつらい病気なんだけど悪い顔をしてる写真がない、だから私たちの9年間はずらくなかった」と述べ、【安らぎ】が生起していた。D は夫を亡くしてすぐに上司から「家でくよくよしたってしょうがないから出てこいって言われてそれで気が紛れた、本当に私はあんまり落ち込まなかった」と述べ、職場の人間関係が【周囲の支え】として機能していた。そして、「(療養期間が)長かったし、やるだけのことはやってあげたから何も後悔はない」と述べ、【安らぎ】が生起していた。

一方で、【周囲の支え】が乏しい場合には、【心残り】と【喪失感】に終着しており、【安らぎ】の生起には至っていなかった。別居の息子たちには極力頼らず、「私一人しかいませんので、もう自分のことはいいやと思って」と、夫に尽くすことが生活のすべてを占めて

いたBは、夫を看取り終えた後も【周囲の支え】とのつながりが弱かった。「家で最期を迎えさせてあげたいと思っていたけど、叶わなくて主人には本当に申し訳なかった」、涙ながらに「自分の額を主人の額に当てましたら本当に冷たかった、ここまで冷たくしなくたってね」と述べ、最愛の夫に先立たれ一人暮らしを続ける中で、【心残り】と【喪失感】に終着しており、【安らぎ】の生起には至っていなかった。

第4節 考察

本研究は、身体機能の障害を伴う疾患発症を契機とする重度要介護の配偶者介護に焦点を当て、夫あるいは妻が配偶者の介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのかについて、その過程を明らかにした。介護者は配偶者の突然の発症により【困惑】するものの、【夫婦の絆】を実感することで【介護を受容】し、【積極的姿勢】で介護に取り組んでいた。【心身の負担】や【介護による犠牲】に留まることなく、状況をポジティブに捉え、【余裕】を実感しながら介護生活を送っていた。

1. 配偶者介護における適応過程

本研究では、介護の契機となる配偶者の突然の発症こそが、介護者の直面する最大の困難となっていた。配偶者との死別につながりかねない発症によって、介護者は渡邊・岡本(2005)やPinquart & Sörensen(2011)が指摘する配偶者喪失の危機に直面していたといえる。また第3章において、義父母を介護する嫁介護者が、結婚当初から嫁の義務として介護を予期しており、客観的理解や諦めを用いてトラブルに対処し、義父母を個人として冷静に受け止めることができる強みを有していたのとは対照的に、配偶者介護の場合、同世代で人生を共に歩んできたパートナーが突然要介護となることを予期していない。介護の契機となる配偶者の発症が直接生死にかかわるものでない場合には、それまでの人生経験によって【困惑】ではなく【客観的理解】に径路が展開するものの、突然の重篤な疾患発症の場合、配偶者の存在の大きさゆえに、事態を客観的に捉えることは難しいと考えられる。しかし、介護者は配偶者の発症によって奈落の底に突き落とされるように【困惑】に陥るも、【夫婦の絆】を実感することで【介護を受容】し、【積極的姿勢】で介護に取り組んでいた。このように、介護者が配偶者の突然の発症という最大の困難から立ち直り、前向きに介護に取り組む過程が明らかになった。

本研究で明らかになった配偶者介護における適応過程は、伴侶性によって支えられていたと考えられる。井上・高橋(1988)によれば、伴侶性とは相互の人格を認め合いながら生活目標を共有し、生活全般にわたる行動の共同性もしくは協調性をもつことである。Aが「しゃべれなくてもありがたいと言いつつ合っていた」、「病気のおかげで二人三脚ができると感じた」と【夫婦の絆】を実感していたように、介護者は身体機能の障害を負った重度要

介護の配偶者との精神的なつながりを保持し、ともに困難に向き合い、喜びを分かち合っていると感じていた。先行研究においても、妻は夫を介護するというよりは、夫とともに生きるという姿勢で介護役割を受け入れているという報告や、夫との心理的一体感があり、人生の共有の一環として介護を受け止めているという報告がある（林，2005；田中ら，2002）。また、病という一つの体験が夫婦の相互性や親密性の再認識につながる可能性が指摘されている（池添，2002）。本研究における【夫婦の絆】を含め、いずれも介護者側の視点ではあるが、井上・高橋（1988）の伴侶性に相当するものといえる。一方、認知症配偶者介護の場合、コミュニケーションの障害や人格の変化によって介護者の大多数が夫婦の親密さの崩壊を経験しており（Boylstein & Hayes, 2012），配偶者との精神的なつながりが損なわれ、伴侶性の危機に直面する可能性が高いと考えられる。本研究のように、身体機能の障害を負った配偶者を介護する場合には、認知症の場合とは異なり配偶者との精神的なつながりが損なわれにくいために、伴侶性は介護者を支え、介護によってさらに強化されることが示唆された。

2. 【余裕】のある介護生活を維持し配偶者を支える介護者の力

【余裕】のある介護生活を維持するためには、【サポートを活用】と【周囲の支え】を生かす介護者自身のマネジメント力が不可欠であることが明らかになった。先行研究では配偶者介護への拘束が招く介護者の疲労が指摘されていたが（Berglund & Johansson, 2013; Connell, 1994; Pinguart & Sørensen, 2011），本研究では先行研究とは異なり、介護者は【心身の負担】や【介護による犠牲】に留まることはなく、【療養環境を肯定的に評価】し、【比較】により自分の置かれた状況の優位性を見いだすことで、【余裕】を実感することができていた。夫婦のちょっとしたほのぼのとした時間が、つらい闘病や介護疲れを癒してくれていたと報告されているように（東，2009），配偶者介護には介護者が伴侶性を拠り所にして要介護者に対して献身の価値を見だしやすいというポジティブな側面があると考えられる。しかしその反面、ともすれば介護への犠牲的な没入につながる恐れがある。身体機能の障害を伴う疾患発症による重度要介護の配偶者介護では、配偶者の生命維持のために介護にのめり込み、破綻するまで自分の限界に気づきにくいという困難があると考えられる。Bは夫への献身に高い価値を見だし【余裕】を実感していたが、介護を囲い込む傾向があり、不測の事態に対して脆弱であった。二人暮らしという環境の中で共倒れにならないためには、自己犠牲的に介護を行うのではなく、負担をいかに軽減するかが大切である（高橋・井上・児玉，2006）。以上のように、介護者が【余裕】を維持し良好な介護生活を送るための鍵は、介護を囲い込まず【サポートを活用】と【周囲の支え】を生かすマネジメント力であることが示唆された。

3. 夫婦関係を支える【精神的支柱】

子育てや仕事といった介護以外の役割が、夫婦関係を支える【精神的支柱】となっていた。一方で、介護と仕事の両立の難しさは、就業構造基本調査結果（総務省統計局，2018）に見られる昨今の介護離職の多さからも明らかである。Zuba & Schneider (2013) は、家族介護者には高レベルのワーク・ファミリー・コンフリクトが認められたと報告している。また、配偶者介護と仕事の両立が抑うつを引き起こし、さらに妻を介護する夫は敵意が高まるという問題も指摘されている (Marks, 1998)。このように、介護を含む複数の役割を同時に担うことは少なからず負担を伴うことが予想されるが、配偶者介護に関して指摘されている介護者役割からの息抜きがしにくいという問題 (Pinquart & Sörensen, 2011) は、介護だけに集中せず複数の役割を並行して担うことで回避される可能性があると考えられる。そして、介護の他に子育てや仕事をこなすため、必然的に【サポートを活用】と【周囲の支え】が重視されると考えられる。さらに、働き盛りで子育てと妻の介護を背負った C では、徐々に身体機能が低下していく妻との喪失の色合いの濃い日常において、子どもの成長は夫婦に【達成感】をもたらし、介護と子育ての経験が【自己成長感】につながっていた。仕事を有していた D は介護の質が多少落ちても仕事と介護の両立を優先することで、介護に追い込まれることなく夫との良好な関係を維持していた。このように、介護者役割以外の子育てや仕事を通じて得られるやりがい、介護者自身のメンタルヘルスおよび良好な夫婦関係を支えるという好循環が生まれることが示唆された。

第5章

総合考察

本論文の目的は、娘・嫁・配偶者の介護の物語に焦点を当て、一人ひとりの体験の変遷を辿り、介護にどのように対処し適応していくのか、あるいは適応の困難に陥るのか、その過程を描き出し、続柄ごとの特徴を明らかにすることであった。本章では、研究1, 2, 3で得られた知見を整理した上で、本論文の意義、限界と課題を示し、最後に今後の展望を述べる。

第1節 研究結果のまとめ

研究1では娘介護者に、研究2では嫁介護者に、研究3では配偶者介護に焦点を当て、それぞれの適応過程を描き出し、適応にかかわる要因について検討を行った。その結果、介護者の適応の困難は、調査協力者のプロフィール中の要介護度などにあらわれる行為としての介護の大変さではなく、介護者と要介護者との関係性の問題に起因することが明らかになった。本節では、研究1, 2, 3で得られた知見を整理する。

1. 高齢の母親を介護する娘介護者の適応にかかわる要因の検討（研究1）

研究1の目的は、高齢の母親を介護する娘介護者の適応にかかわる要因を明らかにすることであった。7名の娘介護者を対象に半構造化面接を実施し、調査協力者の介護の体験を時系列に沿って聴取した。各調査協力者の体験を描き出すフローチャートを作成し、事例間の共通性と相違点について検討を行った。

【母娘関係にかかわるわだかまり】は、娘介護者の適応を困難にする最大の要因であることが明らかになった。【母娘関係にかかわるわだかまり】は幼少期あるいは思春期に生起し、介護が始まり母親との接触頻度が高まることで顕在化した。【母娘関係におけるわだかまり】を抱えた娘介護者は、母親と決別することなく心理的距離の近いかわりを維持したまま介護に至っていた。また【母娘関係にかかわるわだかまり】は、連鎖的に【きょうだいへの不満】を引き起こしており、原家族全体の関係の質が娘介護者の適応に影響を及ぼすことが明らかになった。一方、娘介護者の適応を助ける要因として、【人生の指針となる信念】と【きょうだいと協力】が抽出された。【人生の指針となる信念】を有している娘介護者は、周囲のサポートを利用しながら自分のペースで主体的に介護に取り組むことができていた。

以上より、心理的距離の近い母娘関係が継続する場合には介護開始までに【母娘関係に

おけるわだかまり】を解消する機会を逸し娘介護者の適応が困難に陥る危険があること、自分と母親それぞれの個人としての人生を尊重することが娘介護者の適応を促進することが示唆された。

2. 高齢の義父母を介護する嫁介護者の適応過程（研究2）

研究2の目的は、嫁介護者が義父母の介護にどのように対処し適応していくのか、その過程を明らかにすることであった。10名の嫁介護者を対象に半構造化面接を実施し、調査協力者の介護の体験を時系列に沿って聴取した。複線径路等至性モデリングを用いて分析を行った。

嫁介護者は結婚当初から【嫁の義務】として介護を予期していた。そして、義父母の老いや病に直面すると【介護を受容】していた。【義父母との絆】や【義父母に感謝】が生起していることにより【義父母の症状を受容】し【義父母に共感】することができ、【義父母とのかかわりにおける喜び】から【介護の肯定的意味】や【満足】を得ることができていた。また【客観的理解】や【諦め】によって、義父母の症状によるトラブルに対処していた。一方、【義父母とのかかわりにおける傷つき】は【精神的疲労】を強めていた。

以上より、義父母との良好な関係に価値を見いだすことで前向きに介護に取り組み、自身の成長につながる体験として介護を受け止めているポジティブな嫁介護者像が明らかになった。さらに、嫁介護者は義理の関係であることで、実子よりも要介護者を個人として受け止めやすく、認知症などの症状によるトラブルに際し冷静に対処できる強みを有していることが示唆された。

3. 配偶者介護における適応過程（研究3）

研究3の目的は、配偶者介護における適応過程を明らかにすることであった。配偶者介護の経験者4名を対象に半構造化面接を実施した。配偶者は身体機能の障害を伴う疾患を発症し、全面的な介護を必要としていた。認知症には罹患していなかった。調査協力者の介護の体験を時系列に沿って聴取し、複線径路等至性モデリングを用いて分析を行った。

介護者は配偶者の発症によって【困惑】に陥るが、【夫婦の絆】を実感することで【介護を受容】し、【積極的姿勢】で介護に取り組んでいることが明らかになった。さらに、介護者は【心身の負担】や【介護による犠牲】に留まることはなく、【サポートを活用】し【周囲の支え】を実感することで【療養環境を肯定的に評価】し、【比較】により自分の置かれた状況の優位性を見いだすことで、【余裕】を実感することができていた。また、子育てや仕事といった介護以外の役割が夫婦関係を支える【精神的支柱】となっていた。

以上より、研究3で明らかになった配偶者介護における適応過程は、【夫婦の絆】つまり伴侶性によって支えられていることが示唆された。そして、介護者が【余裕】を維持し良好な介護生活を送るための鍵は、介護を囲い込まず【サポートを活用】と【周囲の支え】

を生かすマネジメント力であることが明らかになった。なお認知症配偶者介護に関しては、コミュニケーションの障害や人格の変化によって介護者の大多数が夫婦の親密さの崩壊を経験していると報告されており (Boylstein & Hayes, 2012) , 配偶者との精神的なつながりが損なわれることで伴侶性の危機に直面する可能性が高いと考えられる。

第2節 本論文の意義

本節では、研究1, 2, 3で得られた知見を踏まえて、本論文の意義を示す。

1. 家族介護への適応がもたらす人間発達と家族の成長

本論文では、家族介護が人間発達において重要な役割を果たすことが示唆された。娘介護者の母親介護の適応過程は、情緒的にも物理的にも重要なサポート源であり続けていた母親 (北村・無藤, 2001; 藤原・伊藤, 2007; 水本・山根, 2010, 2011) からの自立の過程と捉えることができると考えられる。水本 (2019) は、少なくとも成人生成期の間には、娘たちは、自立のプロセスにおいて母親に愛情を与えながらも、母親に依存し続けており、親子間の立場の逆転と言えるような変化は生じていないと考えられると述べている。本論文では、成人生成期以降も母娘間の関係性に変化が生じることなく、介護を迎える場合が多いことが窺われた。介護では母娘間の依存関係の完全な逆転が起きてしまうため (Ungerson, 1987 平岡・平岡訳 1999) , 急激な関係性の変化に直面することになる。そして、老いた母親を受け入れ、過去と現在の母親像を統合しなければならない。先行研究においても、健康的な母親イメージの喪失に伴う葛藤 (天谷ら, 2002) , 母親の現状を受け止める難しさ (上山ら, 2016) , 受け入れがたさの中での葛藤 (馬場, 2019) について指摘されてきた。本論文においても、娘介護者の多くが母親の症状や老いによる変化に苦悩していた。以上のように、娘介護者は、先行研究で指摘されている依存関係の完全な逆転 (Ungerson, 1987 平岡・平岡訳 1999) や母親の症状や老いによる変化に伴う困難 (天谷ら, 2002; 馬場, 2019; 上山ら, 2016) に加えて、【母娘関係におけるわだかまり】という持ち越された関係性の問題を抱えながら、介護を通して大人である個人として母親と出会い直し、関係性を再構築するという課題に取り組んでいることが明らかになった。本論文は、これまで検討が進んでいなかった中年期以降の母娘関係における女性の発達に関する新たな知見を示したといえる。

嫁介護者に関しては、義父母の介護を自身の成長につながる体験として受け止めていることが明らかになった。また介護が転機となり、義父母からの信頼や感謝を得ることで、義父母との関係が改善される可能性があることも確認された。夫や子どもと協力して一丸となって介護に取り組んでいる家族もあった。配偶者介護においては、伴侶性が介護によってさらに強化されることが示唆された。また、子どもや孫が配偶者介護におけるさまざま

まな困難を乗り越えるための支えとして機能している家族もあった。家族介護は、Erikson (1982 村瀬・近藤訳 1989) や Josselson (1994) の人間発達論における重要なテーマであるケアに該当する。氏家・高濱 (1994) は、子ども誕生後の母親の適応過程は Erikson (1982 村瀬・近藤訳 1989) の漸成図式と非常によく一致しており、成人発達の良い例であると述べている。岡本 (2007) は、看護学の Mayeroff (1971 田村・向野訳 1997) の思想を心理学的視点から捉え直し、ケアしケアされるという関係性の中で、人間は本来もっているポジティブな人間性が発現し、ケアされる側もケアする側も、自己実現を遂げていくことができると述べている。しかし、家族介護に関する先行研究では、介護者の自己成長感 (川崎・高橋, 2006 ; 櫻井, 1999 ; Skaff & Pearlin, 1992) についての検討にとどまっていた。本論文では、家族介護というケアの営みによって、介護者と要介護者そして家族の関係が深まり、介護者個人の成長にとどまらず家族が互いに成長し合うことが示唆された。

2. 家族介護者への心理的支援に有用な統柄ごとの特徴

娘介護者、嫁介護者、配偶者介護について明らかになったそれぞれの特徴は、介護者の心情に寄り添い、介護者の力を引き出す効果的な心理的支援に有用であると考えられる。娘介護者の適応を困難にする最大の要因は、幼少期あるいは思春期から持ち越された【母娘関係にかかわるわだかまり】であった。先行研究において指摘されてきた依存関係の完全な逆転 (Ungerson, 1987 平岡・平岡訳 1999) や母親の症状や老いによる変化に伴う困難 (天谷ら, 2002 ; 馬場, 2019 ; 上山ら, 2016) といった母親が要介護となったことに起因する困難に対して、介護開始前から持ち越された母娘関係の問題の大きさを指摘した点で、意義があると考えられる。「(母と) 気持ちが近かった、良い娘をやりたくて無理し過ぎていた、自分をもっと楽にすればよかった」という調査協力者の語りに見られるように、【母娘関係にかかわるわだかまり】を抱えた娘介護者は、意図せず母親との関係の修復のために介護に献身し、疲弊していく危険があると考えられる。横瀬 (2009) も、かねてからの母に対する娘の思いが、介護の取り組みへの偏りとして現れ、母の関心を得たい、愛されたいと願っていた娘ほど、無理な介護にのめり込む傾向が見られたと報告している。したがって、娘介護者に対しては、母親との関係性の問題を客観的に受け止められるようサポートし、介護への没入を防ぐ必要があると考えられる。さらに【母娘関係にかかわるわだかまり】がある場合、原家族全体の問題を孕んでおり、きょうだいの協力が得られないため、主介護者一人に負担が集中しないよう、家族間での負担の調整と介護医療サービスの積極的な利用につなげるサポートが求められる。

嫁介護者は伝統的な役割規範に規定された【嫁の義務】から介護が始まるものの、義父母との良好な関係を原動力にして、前向きに介護に励んでいることが明らかになった。さらに嫁介護者は、一般的に受け入れることが難しいとされる認知症 (杉山, 1992 ; 山本, 1995b) などの症状によるトラブルに際し、抵抗なく【客観的理解】や【諦め】を用いて、

冷静に対処できる力を有していることが示唆された。先行研究において、要介護者との情緒的なつながりよりも伝統的な役割規範が強く、バーンアウトの程度が高く、充実感や満足感が低く、喜びや得られるものが乏しいという嫁介護者のネガティブな側面が強調されてきた (Ingersoll-Dayton et al., 1996 ; 石川ら, 2003 ; 新鞍ら, 2008 ; 小澤, 2006 ; Pinquart & Sörensen, 2011 ; 山本, 2001) のに対して、嫁介護者のポジティブな側面を新たに示した点で、意義があると考えられる。また、嫁介護者は【義父母とのかかわりにおける傷つき】を抱えながら介護に孤軍奮闘することで、適応の困難に陥ることが明らかになった。この場合、夫や夫のきょうだいは介護を避ける傾向にあり、嫁介護者が嫁ぐ前からすでに、義父母と夫や夫のきょうだいの家族関係に問題があったことが窺われた。したがって、介護医療サービスの積極的利用につなげるサポートに加えて、実子である夫や夫のきょうだいをはじめとする家族全体が介護に関与し、一丸となって介護に取り組む協力体制の構築に導くサポートが求められる。

配偶者介護において介護者が直面する最大の困難は、配偶者の突然の発症であった。介護者は疾患によって配偶者との精神的なつながりが損なわれない限り、結婚生活の中で構築された【夫婦の絆】つまり伴侶性を支えにして、最大の困難を乗り越えていた。そして、伴侶性は介護によってさらに強化されることが示唆された。子世代が親の介護を予期しているのとは異なり、最愛の配偶者が突然の発症によって要介護となることは、世代が同じ介護者にとって想定外の危機的事態であると考えられる。一方で、配偶者介護は基本的に夫婦関係は破綻をきたしていないことが前提にあるため、介護開始前に端を発する要介護者との関係性の問題によって適応が脅かされる子世代による親の介護とは全く異なる体験であるといえる。先行研究においても、配偶者介護は人生の共有の一環であり、夫婦の相互性や親密性の再認識につながる可能性があるといった報告があり (林, 2005 ; 池添, 2002 ; 田中ら, 2002) , 夫婦ならではの伴侶性が配偶者介護を特徴づける重要な要因であることを指摘した点で、意義があると考えられる。ただし、伴侶性は要介護者となった配偶者への献身につながる一方で、ともすれば介護への犠牲的な没入を引き起こす恐れがあることに留意する必要がある。また、症状の内容によって配偶者との精神的なつながりが損なわれる場合には、伴侶性の危機に直面する介護者への心理的支援が求められる。

3. 母親を介護する娘介護者への心理的支援に有効な視点

母親を介護する娘介護者への心理的支援には、介護を女性の発達の過程の中で捉える視点が有効であると考えられる。娘介護者の適応を困難にする最大の要因であった【母娘関係にかかわるわだかまり】は、介護開始までに母親との親子関係の問題に対処できなかったことを意味している。一方、娘介護者の適応を促進していた【人生の指針となる信念】は、思春期前後にいびつな家族関係に対して疑問や反発心を抱いたことをきっかけに、青年期以降、親からの自立の過程を歩む中で獲得された生き方の支柱である。【人生の指針と

なる信念】の獲得は、自分と母親それぞれの個人としての人生を尊重するポジティブで安定した介護生活の土台が、介護開始以前の発達の過程の中ですでに構築されていたことを意味している。【きょうだいと協力】して介護に適応していた娘介護者は、【母娘関係にかかわるわだかまり】がなく母親を尊敬しているがゆえに、症状を呈する前の母親を取り戻そうと躍起になり、それが叶わず落胆していた。母親は要介護となるまで娘に頼ることに遠慮がちで、娘は母親の異変に気づきにくい状況になっており、母親の側も娘の側も互いのイメージやかかわり方を変えることなく介護に至ったといえる。先行研究では、主に母親が要介護となったことに起因する困難が注目されてきたが（天谷ら，2002；馬場，2019；上山ら，2016；Ungerson, 1987 平岡・平岡訳 1999），本論文では、介護開始までに女性が個人としてどのような人生を歩んできたか、母親との関係をいかに見直し再構築してきたかという発達の過程そのものに注目することの重要性が明らかになった。

それぞれの続柄で介護の困難は異なり単純に比較はできないものの、本論文の中で最も問題の根深さを印象づけたのは、娘介護者が適応の困難に陥った場合であり、看取り終えた後も解消されない【母娘関係にかかわるわだかまり】の存在であった。介護開始前に端を発する要介護者との関係性の問題によって適応の困難に陥っていたのは、嫁介護者も同様であった。しかし、嫁介護者においては介護が転機となって義父母との関係が改善された場合も確認され、嫁介護者と義父母は実の母娘関係よりも柔軟性のある関係といえるだろう。Ungerson (1987 平岡・平岡訳 1999) は、親子関係の長い歴史の影響を受けざるを得ない実子による介護の難しさを指摘しており、両親の介護を行う（care for）ためには、両親のことを気遣う（care about）ことをやめた方がずっとやりやすいと述べるほど、実の親を介護する女性たちが抱く苦しさやつらさを伴った感情について危惧している。また、その感情は他の続柄の介護者の場合と比較して最も強く複雑であると述べており、本論文で得られた実感を支持するものといえる。

娘介護者が直面する困難は、それまでの親子関係の歴史に影響を受けた根深いものであるがゆえに、介護が始まってからの問題解消は難しい。実際、【母娘関係にかかわるわだかまり】を抱えていた調査協力者の一人は、母親を看取り終えた後もなお、母親との問題を客観的に捉えることができるようになるまでにはずいぶん時間を要していた。したがって、母親の人生の終焉をともに心地よく豊かに過ごすためには、成人し自分自身の人生を歩んでいく娘と母親が個人対個人として尊重し合い、年齢に伴いケアシケアされる割合が変化していくことを互いに受け入れ、関係性をゆるやかに再構築していくことが必要であると考える。

4. データとの対話に基づいた柔軟な研究姿勢の重要性

本論文では、非可逆的時間と文脈を重視して分析を行った。嫁介護者および配偶者介護の物語については TEM を用いて分析を行うことで、適応という等至点あるいは適応の困

難という両極化した等至点に収束する径路が描き出された。他の質的研究法としてよく知られているグラウンデッド・セオリー・アプローチ（GTA）は、カテゴリ（概念）同士の関係を明らかにして、理論を作り上げることを目指している（戈木クレイグヒル, 2013）。また KJ 法は、データ間の多様な連関を帰納的に発見することを目指している（川喜田・松沢・やまだ, 2003）。いずれも一般的な秩序や共通性が志向されるため（能智, 2008）、データは個々の事例から切り離され、データを扱う最初の時点で時間は捨象されてしまっている（サトウ, 2009）。そして、GTA においてデータを細分化して分析することには、質的研究の弱点といえる客観性を補完するという利点はあるものの、データは事例それぞれの文脈から切り離されてしまう。非可逆的時間を捨象しない TEM は、GTA や KJ 法といったそれまでの主要な質的研究法が重視してこなかった非可逆的時間および文脈に基づいて分析を行うことで、個々人の経験の多様性を描き出すことを目指している。研究 2 および研究 3 の目的は、一人ひとりの体験の変遷を辿り、介護者の適応過程を明らかにすることであったため、時間経過における変化プロセスを捉えることができる TEM（安田, 2009）を採用した。その結果、事例それぞれの文脈を損なうことのない分析が可能となり、介護者の体験の個別性と共通性の両方を明らかにすることができたと考えられる。

娘介護者の介護の物語については、独自の方法で分析を行った。娘介護者が母親を介護する際の体験は、同時期に調査を行った嫁介護者の体験とは明らかに異なることが調査時に実感できるほど、非常に複雑で、かつ事例間のばらつきが大きいものであった。娘介護者に見られた適応の困難は、2つの相反する心情がぶつかり合う、あるいは同じパターンが繰り返され前に進むことができないという様相を呈しており、非可逆的時間の流れに沿って前進する径路が描かれる TEM が分析方法として適当であるとは考えられなかった。カテゴリ生成のためのコーディングは分析の最初に行われることが一般的であるが、研究 1 では、コーディングによるカテゴリ生成の前に、調査協力者それぞれの体験の内容を表すフローチャートを作成した。語りの文脈にしたがってエピソードごとの体験をフローチャートで表すことで、エピソードの連なりによって構成されている一人ひとりの物語を丁寧に理解することが可能となったと考える。この独自の方法は、娘介護者の介護の物語との対話を粘り強く繰り返す中で考案されたものであった。そして、この方法の要といえるフローチャートの作成自体も、物語との対話そのものと考えられる。質的研究では、研究者の主観を排除することが難しいという弱点を補完するため、研究計画の段階で既存の質的研究法を選択している場合が多い。特に初学者にとって、明確なプロセスに基づいて研究を行うことは安心かつ安全ではあるが、方法がデータから独り歩きしてしまう危険があると考えられる。能智（2011）は、固定的な枠組みで現実にアプローチするのではなく、データとの対話の中で方法もまた再考して、これまで拾い上げられなかった面に光を当てていくのも、質的研究の一つの特徴であると述べており、研究 1 はまさにその実践であったといえる。このように、データとの対話を重ね、特徴を丁寧に記述するためのアプローチ

を模索する柔軟な研究姿勢は、充実した質的研究のために不可欠であると考えられる。

第3節 本論文の限界と課題

本節では、本論文の限界と課題を述べる。

1. 本論文で得られた知見の検証

本論文で得られた知見の検証のために、より多くの対象者に調査を実施し、検討を重ねる必要があると考える。その際、多様な背景の対象者を抽出することが求められる。配偶者介護に関しては、夫が妻を介護する場合の方がサポートを得やすいという報告もあり(上野, 2013; 山田・杉澤・杉原・深谷・中谷, 2006), 夫と妻のジェンダーによる介護の体験の違いに関する検討が必要であると考えられる。併せて、さまざまな条件を統制した大規模な量的研究も求められる。

また本論文では、家族の介護に対処し適応していく過程は、心の発達をもたらすことが示唆された。したがって、介護への適応の結果、介護者の心にどのようなポジティブな変容が起きるのかについて、看取り終了後の介護経験者に追跡的な調査を行い、検討することが望まれる。

2. 家族介護に関する対象を広げた知見の蓄積

本論文では、現代的な老親扶養の典型として注目されている娘(中西, 2009), 伝統的な老親扶養の典型であった嫁, そして最も割合の多い配偶者による介護を対象とした。娘介護者については、組み合わせとして多く、かつ独特の難しさを内包していると考えられる母親介護を対象とした。他の続柄の組み合わせによる介護についても検討を行い、続柄ごとの介護の特徴について、さらに理解を深めていく必要があると考える。中でも、少子化や核家族化を背景として今後の増加が予想される、息子が母親あるいは父親を介護する場合についての検討が強く求められる。また、娘が父親を介護する場合には、母親を介護する場合とは異なる困難があると予想されるため、両者の特徴を比較検討し、娘介護者の体験についての理解を深めることで、有効な心理的支援につながると考えられる。

また本論文では主介護者のみを対象としたが、要介護者の体験に関しても理解を進めることができれば、介護をする側とされる側双方の well-being を支える支援が可能となると考える。渡辺(2005)が提唱する介護家族カウンセリングでは、家族の介護機能を高め介護者および要介護者の QOL を高めるために、介護者個人の心理的問題(個人システム)、介護家族の構造と機能(家族システム)、家族と地域専門職との連携(地域システム)という3つのシステムへの働きかけが想定されている。しかし、これまでの介護研究のほとんどが主介護者個人を対象としており、家族システムや地域システムまで対象を広げた検討

は行われていない。したがって、主介護者個人から家族システムを対象とした研究に発展させていくこと、家族を取り巻く地域や社会とのかかわりまでを含め、家族介護という事象を包括的に理解していくことが、これからの研究課題となると考えられる。

第4節 今後の展望

本節では、以上を踏まえて、家族介護者への心理的支援の発展に向けた提言を述べる。

1. 家族介護者への心理的支援において心理臨床家が果たすべき役割の重要性

介護において支援の中心に位置づけられるのは要介護者であり、その家族は要介護者の最も重要な支援者である。現在は、ホームヘルパー、デイサービスなどにおける介護スタッフ、ケアマネージャー、医師や看護師など、主に福祉や看護、医学の専門家によって、要介護者への適切なケアに主眼を置いた支援がなされている。彼らは、介護の負担を軽減するための物理的なサポートや、介護中のトラブルへの効果的な対処を教示するといったサポートを行っている。

しかし、このような既存の支援だけでは、ともすれば家族介護者を追い詰めてしまう場合もあると考えられる。例えば、本論文における子世代の介護者の適応の困難は、要介護者との関係性の問題に起因しており、原家族あるいは婚家の家族は非協力的で介護家族としての機能を果たしていなかった。このような場合、要介護者を支援の中心とする既存の枠組みでは介護者の苦悩を掬い取ることは難しく、介護者の反発や不信感、孤立につながってしまうおそれがある。実際に嫁介護者の場合、【第三者への不満】として介護医療スタッフに対する不満が生じていた。渡辺(2010)は介護で壊れる家族の特性として、凝集性つまり家族の団結力が弱いこと、および家族の境界が機能しないことを挙げている。本論文においても、凝集性の弱い家族は主介護者一人に負担が集中してしまっていた。また、境界の機能不全については、境界が硬直化し外界との交流が低下する場合と、境界が脆弱で家族外への情報の流出と不必要な物や情報が流れ込み、家族が不安定になる場合が紹介されている。本論文において配偶者が介護を困り込む傾向は、介護サービスの有効な活用を妨げ【介護医療サービスに対する不満】を引き起こしていたが、これは境界の硬直化に相当するケースである。家族の境界の機能不全は、介護医療スタッフが支援者としての機能を発揮する上で支障をきたすと考えられる。

要介護者の支援チームとして家族と介護医療スタッフが一丸となって機能するためには、上記のような適応の困難に陥っている介護者や介護家族へのサポートが不可欠である。特に、家族介護が破綻をきたさないためには介護者の well-being を支える必要があり、介護者が自分自身の生活や人生を大事にしながら介護に取り組み、介護によって発達が促進されることを目標とした支援が求められる。心の専門家である心理臨床家は、要介護者を支

援の中心とする既存の枠組みとは異なる中立的かつ俯瞰的な見方によって、背景にある家族の関係性のアセスメントを行い、介護者個人の心情に寄り添うことで、介護者および介護家族全体をエンパワメントすることができると考えられる。さらに、心理臨床家が介護医療スタッフ同士の多職種連携における橋渡しの役割を果たすことで、支援チームが円滑に機能することを助けることができると考える。

2. 介護予備軍への支援の必要性

介護保険制度によって介護の社会化を目指してきた日本は、高齢化の急速な進行により財政的にも人手不足の面からも家族の介護力に頼らざるを得ない状況が続いている。しかし、できることなら介護を避けたいと考えている家族が多い印象を受ける。親の介護に関して子ども側はかかわりたくないと考え、親側も子どもにも迷惑をかけたくないと考えている場合は少なくない。生命保険会社による介護に関する親と子の意識調査では、介護経験のない40代・50代の子どもが親に介護を受けてほしい場所は、介護施設が1位(38.4%)、親の自宅が2位(32.4%)、医療施設が3位(8.4%)であり、60代・70代の親が介護を受けたい場所は、自宅が1位(36.4%)、介護施設が2位(34%)、医療施設が3位(13.4%)であった。子どもが考える親の介護の担い手は、自分自身が1位(57.4%)、介護サービスの職員が2位(36%)、自分の兄弟姉妹が3位(30.4%)であり、親が希望する自身の介護の担い手は、介護サービスの職員が1位(49.6%)、配偶者が2位(41.2%)、子どもが3位(24.6%)であった(アクサ生命, 2019)。親の介護を自分の役割と考える子どもは半数を超えてはいるものの、子ども側の多くが親の介護を自分の当然の役割として受け止めている訳ではないことが窺われる。高校生を対象とした意識調査では、親の老後の世話について、どんなことをしてでも自分の親の世話をしたいという割合は4割を切っている(国立青少年教育振興機構, 2015)。家族の介護離れの傾向によって、人手不足の介護職に負担が集中してしまう恐れや、きょうだいの中で誰か一人に、あるいは嫁介護者に介護役割が集中する恐れがある。また、配偶者介護の場合には子どもが介護にかかわらないことで、夫婦の孤立を招く恐れがある。したがって、本論文で明らかになった孤軍奮闘する介護者が適応の困難に陥ってしまう場合には、このような社会的背景が強く影響していると考えられる。

もし家族が皆で力を補完し合って介護に取り組むことができれば、超高齢社会日本を支える大きな力となるであろう。そこで、以上のような社会的背景を改善し家族介護者の適応を支えるために、介護予備軍への支援が必要であると考えられる。介護は老いや死に直結する問題であるため、親子間で率直に話し合いにくい性質がある。2009年に生まれた“終活”という言葉に代表されるように、シニア層にとっては自分自身の人生の終焉について考えることが自然なことになってきたと思われるが、介護について親子間で話し合い現実的な準備を進めているケースは少ない。実子が介護する場合には、親子関係の積み残された問

題が介護の負担と重なることで介護者自身の心に大きな傷を残す危険があり、親の介護に直面する前に親に対する複雑な思いの整理を進めておくこと、親を含めた家族間で介護について話し合い家族の協力体制を整えておくことが望ましいと考えられる。したがって、介護が始まった人を対象とした既存の相談窓口だけではなく、将来介護にかかわる予備軍に対して、介護する側も介護される側も介護について気軽に考えられる機会の提供や、介護について考えることで生じるさまざまな不安に寄り添う相談窓口が求められる。さらに、若い世代が介護を身近な問題として捉えられるように、学校教育の中での啓発活動を検討していく必要がある。

介護予備軍への支援には、下支えとなる社会環境の改善が不可欠であるとする。まず、介護する家族が決して孤立しない地域コミュニティを構築することが急務である。ご近所さんや警察の助けを借りることで要介護者の徘徊などに対処していた調査協力者もあり、地方ならではの親しい地域コミュニティの中で要介護者への自然な見守りが機能していたモデルケースであったと考えられる。要介護者の困り行動を特異なもの、恥ずかしいものと捉えず、家族以外の他者の助けを借りることを苦にすることのないような地域づくりは、誰もが安心して家族介護を選択できる社会の実現につながると考える。また、介護離職者が出る社会からの脱却を目指した雇用環境の整備は不可欠である。調査協力者の一人は、妻の介護と幼い息子の子育てを担い仕事を続けながら家族を支えていた。子育てと仕事は介護生活における【精神的支柱】となり、介護と子育ての経験が【自己成長感】となって仕事にポジティブな影響をもたらしていた。介護がキャリア発達においてポジティブな意味を有することを考慮して、安定した雇用により、介護と仕事を両立できる環境を整備することは、調査協力者のように他の従業員の人生に共感し組織にポジティブな影響を与える人材育成につながると考えられる。

3. 介護問題に強い心理臨床家育成の必要性

心理臨床家は、今後の介護分野において活躍が期待されている。心理臨床実践の現場で遭遇するさまざまな家族の問題が直接的に、あるいは間接的に介護にかかわっている場合も少なくない。成人のクライアントから、親やきょうだいとの関係、配偶者との関係や婚家の家族関係に関する悩みを相談されることは多く、介護を主訴とするケースや、介護を主訴としないケースにおいてもカウンセリングを続ける中でクライアントが親の介護や看取りの課題に直面していく場合がある。介護には、介護者と要介護者との現在および過去の関係にとどまらず、彼らを取り巻く家族や介護医療スタッフをはじめとするさまざまな人間関係、社会環境が複雑にかかわっている。そのような複雑な文脈に思いを馳せ、介護者あるいは介護予備軍のクライアントの心情に寄り添い、彼らの発達を支える心理的支援を行うために、心理臨床家は介護や介護にかかわる成人期以降の家族関係について十分な理解を持ち合わせていることが求められる。

しかし、成人期以降の発達研究では母親や子育てに焦点を当てた研究が大半で、成人した子どもと親との関係、きょうだい関係、夫婦関係、婚家の家族関係など、介護にかかわる可能性が高い成人期・老年期の家族の問題に関する知見は圧倒的に少ない。臨床心理学を専攻する学生にとって青年期以前の子どもとその家族の問題は、臨床実践・研究ともに学ぶ機会が充実しているのに対して、成人期以降の個人あるいは家族の発達について触れる機会は少ない。また、臨床心理学を学ぶ大学生や大学院生の多くは自分自身の青年期の課題に直面しており、実生活の中で触れることがない限り、自分より上の世代が向き合っている発達の課題や介護の問題について考える機会は乏しい。そこで、臨床心理学領域における介護に関する知見の蓄積と成人期以降の家族関係や発達に関する研究の推進によって、介護やその周辺に内在する問題を明らかにし、介護および関連する問題への理解を深める学習の機会を充実させていくことが不可欠であると考え。介護問題の見識を持ち合わせた心理臨床家の育成が急務である。

おわりに

私は、父方祖母との三世代同居の家庭に生まれ育った。祖母は、私が生まれたときにはすでに 80 歳を目前に控えており、母は、幼稚園児だった私を抱えながら、老いにより心身の不調をきたし始めた祖母の世話をしていた。私自身、物心つく頃には、祖母は私に愛情を存分にそそいでくれる存在であると同時に、私が気につく頃には、助ける存在でもあった。祖母は、脳梗塞、老人性うつ病、骨折などを経て徐々に衰え、90 歳半ばには全面的な介助が必要となっていた。ホームヘルパー、訪問看護師や医師の助けを借りながら、母が中心となって在宅介護を続けていたが、気の抜けない介護生活に家族全体が疲弊していった。また、主介護者であった母も精神疾患を患っていたため、私は子どもの頃から、主に母の情緒的サポートの役割を担っていた。ヤングケアラーという言葉を目にしたとき、自分の生い立ちを客観的に説明してもらった心地がして、合点がいったことを覚えている。このように、家族による介護やより広い意味でのケアが幼い頃から日常生活の一部であった私にとって、特に学部生の頃は祖母の介護が大変だったこともあり、家族介護および高齢者介護を研究テーマに選ぶことは必然であったと感じている。

調査協力者によって紡ぎ出される介護の物語には、幸福、悲しみ、葛藤といったさまざまな心情、困難に対処する強さ、人生、家族の歴史、そして何よりも家族の愛が込められており、インタビューをしながら思わずともに涙する瞬間もあり、まるで心の旅に同行させていただいているような貴重な体験であった。調査協力者の一人の女性は、自身の物語を語ることで、介護中の母親との苦悩に満ちた体験が幼少期からの母親との関係性の歪みに起因していることに気づくことができたこと、インタビューを終えた後、晴れ晴れとした表情で語った。調査としてのインタビューが、その方の心の整理のお手伝いにつながっていたことを知り、純粹にうれしかった。しかし、私は、介護とそこに凝集されて顕在化する家族関係の問題に引き付けられる一方で、自分にとってあまりにも身近なテーマであったために心が揺さぶられ、客観的にデータと対峙することが難しい場面が多々あり、研究は難航を極めることとなった。

そんな中、転機が訪れた。心理臨床家としての研鑽を通じて、自分自身についての理解を深めるうちに、母との衝突が起爆剤となり、悲しみを抱えたヤングケアラーであった幼い私と出会い直すことができたのである。突飛な行動であったが、東京に住む兄のもとに衝動的に転がり込み、その勢いで兄の信頼する友人宅に泊まり込み、一晩中そして翌日も第三者に私の物語を真剣に聴いてもらう体験を得た。語っているうちに、身体の奥底から湧き上がる驚くべきエネルギーに後押しされて、堰を切ったように大声で泣いた。それは、ケアの役割をごく自然に担っていたはずの私自身が、本当は誰かにずっと聴いてほしかった心の声であり、私にとって神秘的ともいえる不思議な体験であった。なぜ臨床心理学を志したのか、なぜ介護を研究テーマに選んだのかと自問自答するたびに、家族に運命を左

右されてきたように感じていたが、本当は私が、私自身のために選んだ道であったのだと気づき、勇気が湧いた。心のつかえがとれて身軽になり、家族との絆が再構築されるきっかけとなった。特に、その一連の出来事の中で、早くに家を出て別々に暮らしてきた兄との絆が修復されたことは、今後の私の人生において支えとなり続けるだろう。

この自己治癒の過程を経ることにより、心理臨床家として、クライアントの悲しみに怖がらずに触れることができるようになり、自分と相手の力をより強く信じられるようになった。そして、研究者として、より純粹に客観的に、調査協力者の介護の物語と対峙できるようになった。やがて、心理臨床家としてカウンセリングを行う中で得られる実感や学びと、研究者として家族介護について検討していく中で得られる理解が、しっかりと噛み合うようになり、両方が深まっていくことを感じる事ができた。

クライアントの一人の女性は、老いていく母親との積み残された問題をカウンセリングの中で整理し、不器用に母親に思いをぶつけながらも、余命いくばくもない母親に献身的に尽くし、母親を看取り終えた。そして、一周忌が過ぎた頃、「これでやっと母からの卒業だと思えます」と、涙ながらに語った。介護予備軍であったクライアントが母親との根深い問題に気づき、介護が始まっていく中で母親との問題の修復に試行錯誤し、母親を看取り終え、母親のいない世界に足を踏み出していく、それは深い悲しみの中での胎動といえる過程であった。カウンセリングを通して彼女の歩みに寄り添う体験は、私自身に心が震えるほどの感動と希望を与えてくれた。

このような紆余曲折を経て、ようやく本論文執筆に至ることができた。私は、介護を通して過ごす大切な家族との最期の時間は、その後の人生を豊かにできる可能性を秘めていると考えている。本論文が家族介護者の心情に寄り添った心理的支援の一助となることを、切に願っている。

謝辞

まず、貴重な介護の体験をお話していただいた調査協力者のみなさまに、心より御礼申し上げます。本論文を書き終えた今、みなさまから生きた物語を直に受け取ることができたことがどれだけ幸せでありがたいことであったかを改めて実感しております。みなさまの物語は、研究を超えて私自身の心に深く刻まれております。

そして、幸運なことに私には最高の師と仰ぐ先生が3人おられます。それは、本論文の主査であり論文執筆を全面的にバックアップして下さった金子一史教授、私の研究者としての礎を築いて下さった氏家達夫名誉教授、臨床家としての私を導いて下さった安田道子名誉教授です。

金子先生は、氏家先生ご退職後の指導教員を快く引き受けてくださいました。それは、ちょうど私自身のさまざまな心の整理がついた後で、学位を取得することを真に決意した時期でもありました。先生は論文の書き方をゼロから徹底的にトレーニングしてくださいました。文章にアウトプットしていくことによって、自分自身の主張がどんどん明確化されていくことが楽しく、論文を書くことの面白さを学ばせていただきました。毎週毎週研究室に伺っても嫌な顔一つせず、熱心に丁寧に教えてくださいました。メールではわがままを言ってしまったこともあったと思いますが、いつもあたたかく応対してくださいました。先生の面倒見の良さとトレーニングの賜物で、論文を書くスピードも加速していきました。また学会誌に投稿する際は、先生がいつも味方でいてくださるので心強く、がんばることができます。先生にご指導いただけていなかったから、博士は夢のまた夢だったと思います。

氏家先生は、学部生時代から指導教員として、寄り道してばかりの私を時に心配しながら、いつもあたたかく優しく見守り続けてくださいました。直観力を信じ、自分が面白いと感じることを研究していくことの重要性を教えてくださいました。視野を広く、そして深く思考していく力、そして質的なデータと対話を重ねていく力を根付かせてくださいました。アウトプットはインプットなしには成立しません。先生が、研究者としての礎となるインプットの部分を徹底的にトレーニングして下さったおかげで、学位取得を決意してから止まることなく突き進むことができたのだと思います。名古屋大学をご退職されてからも、困ったことがあると研究室を訪ねる私に、快く教え諭して下さり、久しぶりにお会いしても先生は私の考えをお見通しなので、いつも驚いてしまいます。

安田先生は、日々の臨床で思い悩んでいた私をスーパーヴァイザーとして教え導いてくださいました。スーパーヴィジョンを受けて帰ると、その内容を書き留めるのが私の習慣でした。あたたかさや冷静さの共存する強い心をもった先生の教えがぎっしり詰まった2冊のノートは私の宝物です。先生は私の個性である感受性の強さを肯定し、感じたことを言葉にすることの大切さを教えてください、臨床家として私らしく歩んでいく自信を授け

てくださいました。博士後期課程進学後の3年間、研究を進めることができなかつた私を、臨床と研究と時期を分けることは決して悪いことではない、クライアントに向き合い続けた3年間は臨床家として生きていくのに必要な時間だったのだと励ましてくださいました。先生にどれだけ救われたかわかりません。

また、本論文の副査を務めてくださった平石賢二教授と永田雅子教授には、的確なご指摘をいただきました。関心をもって本論文を読んでくださり、あたたかい励ましのお言葉をかけていただいたことをとてもうれしく思いました。学部生時代からお慕いしていたお二人の先生にご指導を賜ることができ、光栄に存じます。

最後に、これまで臨床の現場でかかわらせていただいたクライアントのみなさまに厚く御礼申し上げます。研究者としての私には臨床家としての私が不可欠であり、みなさまとのかけがえのない出会いが私の支えになっています。

以上のように、多くのみなさまに支えられ、本論文執筆を成し遂げることができました。みなさまのあたたかい支えを胸に、これからも臨床家として研究者として精進して参ります。

2021年7月

江副文美

引用文献

- 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スサーおよびうつ気分との関連について 老年社会科学, 23, 40-49.
- 安部 幸志 (2002). 介護マスタリーの構造と精神的健康に与える影響 健康心理学研究, 15(2), 12-20.
- アクサ生命 (2019). 介護に関する親と子の意識調査 2019
Retrieved from <https://www2.axa.co.jp/info/news/2019/pdf/190809.pdf>
- 天谷 真奈美・大塚 眞理子・島田 広美・星野 純子・青木 由美恵 (2002). 痴呆性高齢者を介護する娘介護者の危機 埼玉県立大学紀要, 4, 87-93.
- Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H., & Hisamichi, S. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 281-287.
- 荒川 歩・安田 裕子・サトウ タツヤ (2012). 複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例 立命館人間科学研究, 25, 95-107.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384.
- Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T. (1992). The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregivers to frail older people. In S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne, & R.A. Wiese (Eds.), *Key aspects of elder care: managing falls, incontinence, and cognitive impairment* (pp. 328-339). New York: Springer.
- 有吉 佐和子 (1972). 恍惚の人 新潮社
- 馬場 絢子 (2019). 老いゆく母親を介護する娘の意味づけに関する質的研究 心理臨床学研究, 37, 249-259.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and Aging*, 15, 259-271.
- Berglund, A. L. & Johansson, I. S. (2013). Family caregivers' daily life caring for a spouse and utilizing respite care in the community. *Vård i Norden*, 33, 30-34.
- Boylstein, C. & Hayes, J. (2012). Reconstructing marital closeness while caring for a spouse with Alzheimer's. *Journal of Family Issues*, 33, 584-612.
- Burns, R., Nichols, L. O., Martindale-Adams, J., Graney, M. J., Lummus, A. (2003). Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study. *The Gerontologist*, 43, 547-555.
- Chien, L., Chu, H., Guo, J., Liao, Y., Chang, L., Chen, C., & Chou, K. (2011). Caregiver support

- groups in patients with dementia: A meta-analysis. *International journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1089-1098.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 9, 26-36.
- Connidis, I. A. (2005). Sibling ties across time: The middle and later years. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp.429-436). Cambridge: Cambridge University Press.
- Deimling, G. T. & Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
(エリクソン, E. H. 村瀬 孝雄・近藤 邦夫 (訳) (1989). ライフサイクル, その完結みすず書房)
- 江副 文美 (2018). 親の加齢への適応 氏家 達夫 (監) 島 義弘・西野 泰代 (編) 個と関係性の発達心理学—社会的存在としての人間の発達— (pp. 217-218) 北大路書房
- 江副 文美 (2020a). 高齢の母親を介護する女性の適応にかかわる要因の検討 家族心理学研究, 33, 59-72.
- 江副 文美 (2020b). 高齢の義父母を介護する嫁介護者の適応過程 心理臨床学研究, 38, 388-399.
- 江副 文美 (投稿中). 配偶者介護における適応過程—複線径路等至性モデリング (TEM) による検討—
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist*, 37, 250-257.
- Farran, C.J., Graham, K.L., & Loukissa, D. (2000). Finding meaning in caregivers of persons with Alzheimer's disease: African American and white caregivers' perspectives. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 139-156). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Farran, C. J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., Wilken, C. S. (1991). Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *The Gerontologist*, 31, 483-489.
- Farran, C.J., Miller, B.H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregiver of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1107-1125.

- 藤原 あやの・伊藤 裕子 (2007). 青年期後期から成人期初期にかけての母娘関係 青年心理学研究, 19, 69-82.
- Given, C. W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15, 271-283.
- Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M., & Timbury, G.C. (1982). Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age and Ageing*, 11, 121-126.
- 橋本 栄里子 (2005). 家族介護者の束縛感・孤立感・充実感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検証 病院管理, 42, 7-18.
- 林 葉子 (2005). 夫を在宅で介護する妻の介護役割受け入れプロセスにおける夫婦関係の変容—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる 33 事例の分析— 老年社会科学, 27, 43-54.
- 東 清巳 (2009). 高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の生活世界—高齢期における配偶者介護の意味— 家族看護学研究, 15, 99-106.
- 廣瀬 春次・生田 奈美可 (2010). 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究 日本看護研究学会雑誌, 33 (1), 45-56.
- 広瀬 美千代・岡田 進一・白澤 政和 (2005). 家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造—肯定・否定の両側面に焦点をあてて— 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 52-60.
- 広瀬 美千代・岡田 進一・白澤 政和 (2007). 家族介護者の介護に対する認知的評価のタイプの特徴—関連要因と対処スタイルからの検討— 老年社会科学, 29 (1), 3-12.
- Hirschfeld, M. (1983). Homecare versus institutionalization: Family caregiving and senile brain disease. *International Journal of Nursing Studies*, 20, 23-32.
- 飯島 節・吉野 貴子 (2003). 介護負担の評価 鳥羽 研二 (監修) 高齢者総合的機能評価ガイドライン (pp.176-178) 厚生科学研究所
- 池添 志乃 (2002). 脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵 日本看護科学会誌, 22 (4), 44-54.
- Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B., Ha, J., & Hammer, L. B. (2003). Redressing inequity in parent care among siblings. *Journal of Marriage and Family*, 65, 201-212.
- Ingersoll-Dayton, B. Starrels, M. E., & Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? *The Gerontologist*, 36, 483-491.
- 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, 189-202.
- 井上 勝也・高橋 正人 (1988). 高齢化社会の夫婦関係 平木典子 (編) 講座家族心理学 2: 夫と妻—その親密化と破綻— (pp. 220-237) 金子書房

- 石川 利江・井上 都之・岸 太一・西垣内 磨留美 (2003). 在宅介護者の介護状況, ソーシャルサポート, および介護バーンアウト—要介護高齢者との続柄に基づく比較検討— 健康心理学研究, *16*, 43-53.
- Josselson, R. (1994). Identity and relatedness in the life cycle. In H. A. Bosma, T. L. G. Graafsma, H.D. Grotevant, & D. J. de Levita (Eds.), *Identity and development: An interdisciplinary approach* (pp.81-102). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- 上山 千恵子・田場 真理・守本 とも子 (2016). 認知症高齢者を介護する娘介護者の体験—介護生活の中で体験する困難と, 介護生活の支えとなるもの— 奈良学園大学紀要, *5*, 67-79.
- 片山 陽子・陶山 啓子 (2005). 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析 日本看護研究学会雑誌, *28* (4), 43-52.
- 加藤 博史 (1995). 老人福祉のあゆみ 大塚 保信・加藤 博史・北村 由美・斉藤 千鶴・杉本 敏夫・中田 智恵海 (著) 改訂版老人福祉論—豊かな交流を求めて— (pp.63-76) 晃洋書房
- 加藤 伸司 (2003). 老年期における家族への教育・支援 精神科治療学, *18*, 563-569.
- 川喜田 二郎・松沢 哲郎・やまだ ようこ (2003). KJ法の原点と核心を語る—川喜田二郎さんインタビュー— 質的心理学研究, *2*, 6-28.
- 川崎 陽子・高橋 道子 (2006). 高齢者介護を通しての家族介護者の発達に関する一考察—自己成長感の形成から— 東京学芸大学総合教育科学系紀要, *57*, 115-126.
- 木立 るり子 (2004). 嫁介護者の語りからみた社会規範意識と介護継続の条件 日本看護研究学会雑誌, *27* (1), 73-81.
- Kinney, J. M. & Stephens, M. A. P. (1989). Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, *4*, 402-408.
- 北場 勉 (2005). 老人福祉 国立社会保障・人口問題研究所所内研究報告 日本社会保障資料IV (1980-2000)
Retrieved from <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/16.html>
- 北村 琴美・無藤 隆 (2001). 成人の娘の心理的適応と母娘関係—娘の結婚・出産というライフイベントに着目して— 発達心理学研究, *12*, 46-57.
- 国立青少年教育振興機構 (2015). 高校性の生活と意識に関する調査報告書—日本・米国・中国・韓国の比較—
- Kosberg, J. I. & Cairl, R. E. (1986). The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *The Gerontologist*, *26*, 273-278.
- 厚生省 (1968). 厚生白書昭和 43 年版—広がる障害とその克服—
- 厚生省 (1969). 厚生白書昭和 44 年版—繁栄への基礎条件—
- 厚生省 (1970). 厚生白書昭和 45 年版

- 厚生省 (1997). 厚生省発老第 103 号 各都道府県知事あて厚生事務次官通知 介護保険法の施行について
- 厚生省 (1999). 報道発表資料 今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向—ゴールドプラン 21— Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1112/h1221-2_17.html
- 厚生労働省 (2017). 平成 28 年国民生活基礎調査結果
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218-232.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Simon & Schuster.
(キューブラー・ロス, E. 鈴木晶 (訳) (1998). 死ぬ瞬間—死とその過程について— 読売新聞社)
- Lawrence, R. H., Tennstedt, S. L., & Assmann, S.F. (1998). Quality of the caregiver-care recipient relationship: Does it offset negative consequences of caregiving for family caregivers? *Psychology and Aging*, 13, 150-158.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M. & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, 61-71.
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46, 181-189.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- 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, 3-17.
- 牧迫 飛雄馬・阿部 勉・大沼 剛・島田 裕之・古名 丈人・中村 好男 (2009). 家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介護負担感および心理状態へ及ぼす効果—層化無作為割り付けによる比較対照試験— 老年社会科学, 31, 12-20.
- 真野さよ (1981). 黄昏期 ミネルヴァ書房
- Marks, N.F. (1998). Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 951-966.
- 松田 修 (2006). 高齢者の認知症とサイコエデュケーション 老年精神医学雑誌, 17, 302-306.
- 松本 一生 (2001). 痴呆性老人と心理教育 臨床精神医学, 30, 477-482.
- 松本 一生 (2006). 高齢者の家族療法 家族療法研究, 23, 159-162.
- 松本 一生 (2009). 認知症の人と家族を支えるということ 松本 一生 (編) 現代のエスプリ 認知症の人と家族を支援する (pp.5-24) 至文堂
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row.
(メイヤロフ, M. 田村 真・向野 宜之 (訳) (1997). ケアの本質—生きることの意味— ゆみる出版)

- Merrill, D. M. (1996). Conflict and cooperation among adult siblings during the transition to the role of filial caregiver. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 399-413.
- Miller, B. (1989). Adult children's perceptions of caregiver stress and satisfaction. *Journal of Applied Gerontology*, 8, 275-293.
- 三野 善央・米倉 裕希子・何 玲・周防 美智子 (2009). 認知症の家族心理教育—感情表出 (EE) 研究の立場から— 松本 一生 (編) 現代のエスプリ 認知症の人と家族を支援する (pp.72-84) 至文堂
- 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 & Dementia*, 5, 118-122.
- 宮永 和夫 (2007). 認知症への非薬物療法—家族療法・家族教育— 老年精神医学雑誌, 18, 1123-1131.
- 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, 330-339.
- 溝口 環・飯島 節・新野 直明・折茂 肇 (1995). Cost of Care Index を用いた老年患者の介護負担度の検討 日本老年医学会雑誌, 32, 403-409.
- 水本 深喜 (2019). 青年期から成人期への移行期にある女性の母親との関係の発達的变化—精神的自立と親密性の観点から— 青年心理学研究, 30, 115-129.
- 水本 深喜・山根 律子 (2010). 青年期から成人期への移行期の女性における母親との距離の意味—精神的自立・精神的適応との関連性から— 発達心理学研究, 21, 254-265.
- 水本 深喜・山根 律子 (2011). 青年期から成人期への移行期における母娘関係—「母子関係における精神的自立尺度」の作成および「母子関係の4類型モデル」の検討— 教育心理学研究, 59, 462-473.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyma, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Morycz, R. K. (1985). Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease: Possible predictors and model development. *Research on Aging*, 7, 329-361.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 29, 166-172.
- 無藤 清子 (2008a). 老年期の家族—老いを迎える家族— 中釜 洋子・野末 武義・布柴 靖枝・無藤 清子 (著) 家族心理学—家族システムの発達と臨床的援助— (pp.131-151) 有斐閣
- 無藤 清子 (2008b). 家族介護者支援とアサーション・トレーニング 平木 典子 (編) アサーション・トレーニング—自分も相手も大切にする自己表現— (pp.93-102) 至文堂
- 無藤 清子 (2012). 高齢者の家族介護者への支援—介護者カウンセリングと地域による支

- 援システム— 日本家族心理学会 (編) 家族心理学年報 30 周年記念特別号 災害支援と家族再生 (pp.106-120) 金子書房
- 無藤 清子 (2013). 介護家族の理解と支援における心理アセスメントの役割 老年精神医学雑誌, 24, 666-676.
- 内閣府 (2017). 平成 29 年版高齢社会白書
- 中川 淳 (2003). 日本家族法の歩んだ道—敗戦後の立法を中心に— 立命館法学, 292, 1834-1849.
- 中西 泰子 (2009). 若者の介護意識—親子関係とジェンダー不均衡— 勁草書房
- 中谷 陽明・東條 光雅 (1989). 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析— 社会老年学, 29, 27-36.
- 那須 宗一 (1978). 老人扶養研究の現代的意義 那須 宗一・湯沢 雍彦 (編) 老人扶養の研究—老人家族の社会学 (pp.1-17) 垣内出版
- 新鞍 真理子・荒木 晴美・炭谷 靖子 (2008). 家族介護者の続柄別にみた介護に対する意識の特徴 老年社会科学, 30, 415-425.
- 新名 理恵・矢富 直美・本間 昭 (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 心身医学, 32, 323-329.
- 西村 昌記・須田 木綿子・Campbell, R.・出雲 祐二・西田 真寿美・高橋 龍太郎 (2005). 介護充実感尺度の開発—家族介護者における介護体験への肯定的認知評価の測定— 厚生生の指標, 52(7), 8-13.
- 信田 さよ子 (2008). 母が重くてたまらない—墓守娘の嘆き— 春秋社
- 信田 さよ子 (2016). 母からの解放—娘たちの声は届くのか— ホーム社
- Noonan, A. E. & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785-794.
- 能智 正博 (2008). 質的分析法 下山 晴彦・能智 正博 (編) 臨床心理学研究法 1: 心理学の実践的研究法を学ぶ (pp.225-240) 新曜社
- 能智 正博 (2011). 臨床心理学をまなぶ 6: 質的研究法 東京大学出版社
- Novak, M. & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist*, 29, 798-803.
- 岡本 祐子 (2007). アイデンティティ生涯発達論の展開 ミネルヴァ書房
- 小野寺 敦志・下垣 光 (1998). 痴呆性老人の家族カウンセリングに関する研究—介護上の問題点へのストラテジー— 心理臨床学研究, 16, 36-45.
- 尾之内 直美 (2004). 痴呆介護の負担軽減に向けたシステムの検討—呆け老人をかかえる家族の会愛知県支部の活動から— 老年精神医学雑誌, 15, 949-955.
- Orbell, S., Hopkins, N., & Gillies, B. (1993). Measuring the impact of informal caring. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, 149-163.

- 大対 香奈子・大竹 恵子・松見 淳子 (2007). 学校適応アセスメントのための三水準モデル構築の試み 教育心理学研究, 55, 135-151.
- 小澤 芳子 (2006). 家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究 日本認知症ケア学会誌, 5, 27-34.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26, 1-14.
- Potgieter, J. C. & Heyns, P. M. (2006). Caring for a spouse with Alzheimer's disease: Stressors and strengths. *South African Journal of Psychology*, 36, 547-563.
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.
- Pruchno, R. A., Michaels, J. E., & Potashnik, S. L. (1990). Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontology*, 45, S259-S266.
- Robinson, B. C. (1983). Validation of Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38, 344-348.
- Robinson, B. & Thurnher, M. (1979). Taking care of aged parents: A family cycle of transition. *The Gerontologist*, 19, 586-593.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- 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, 80-88.
- 戈木クレイグヒル 滋子 (2013). グラウンデッド・セオリー・アプローチ入門 小児保健研究, 72, 194-197.
- 斉藤 恵美子・國崎 ちはる・金川 克子 (2001). 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討 日本公衆衛生雑誌, 48, 180-189.
- 坂田 周一 (1989). 在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志 社会老年学, 29, 37-43.
- 櫻井 成美 (1999). 介護肯定感をもつ負担軽減効果 心理学研究, 70, 203-210.
- 櫻井 成美 (2006). 高齢者を介護する家族のためのサポートグループの効果についての研究 こころの健康, 21, 31-41.
- 佐々木 正宏 (1992). 適応の基礎 大貫 敬一・佐々木 正宏 (編) 心の健康と適応—パーソナリティの心理— (pp.123-144) 福村出版
- サトウ タツヤ (編著) (2009). TEM ではじめる質的研究—時間とプロセスを扱う研究をめざして— 誠信書房

- Sheehan, N. W. & Nuttall, P. (1988). Conflict, emotion, and personal strain among family caregivers. *Family Relations*, 37, 92-98.
- 清水 紀子 (2008). 中年期のアイデンティティ発達研究：アイデンティティ・ステイタス研究の限界と今後の展望 発達心理学研究, 19, 305-315.
- 白石 玲子 (1990). 近代日本の家族法・家族政策における老人の位置—扶養制度を中心に— 利谷 信義・大藤 修・清水 浩昭 (編) シリーズ家族史 5: 老いの比較家族史 (pp.205-226) 三省堂
- Skaff, M. M. & Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32, 656-664.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with Caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356-372.
- 総務省統計局 (2018). 平成 29 年就業構造基本調査結果
- 総務省統計局 (2020). 統計トピックス No.126 統計からみた我が国の高齢者—「敬老の日」にちなんで—
- Strawbridge, W. J. & Wallhagen, M.I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31, 770-777.
- 杉山 孝博 (1992). ぼけ—受け止め方・考え方— 家の光協会
- Suitor, J. J. & Pillemer, K. (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journal of Gerontology*, 48, S1-S8.
- 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, 391-406.
- 田部井 康夫 (2010). 介護者の会を利用する 渡辺 俊之 (編) 現代のエスプリ 介護はなぜストレスになるのか (pp.181-189) 至文堂
- 田所 正典・山口 登・小野寺 敦志・新妻 加奈子・伊藤 幸恵・森嶋 友紀子・松尾 素子・高澤 みゆき・川合 嘉子・荻野 あずみ・関野 敬子・渡辺 廣行・青葉 安里 (2005). アルツハイマー型痴呆患者ならびに主介護者の生活支援を目的とした非薬物療法的介入の試み—「もの忘れケア教室」の 6 か月後の有用性 老年精神医学雑誌, 16, 479-487.
- 高橋 甲枝・井上 範江・児玉 有子 (2006). 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素—介護する配偶者の内的心情を中心に— 日本看護科学会誌, 26(3), 58-66.
- 高橋 幸男 (2007). 認知症への非薬物療法—心理教育 (サイコエデュケーション) — 老年精神医学雑誌, 18, 1005-1010.
- 田中 共子・兵藤 好美・田中 宏二 (2002). 高齢者の在宅介護者の認知的成長段階に関する一考察 質的心理学研究, 1, 5-16.

- 東京都老人総合研究所社会学部 (1983). 在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニードに関する調査研究 3: 東京の下町の場合
- Toseland, R. W., Rossiter, C. M., Peak, T., & Smith, G. C. (1990). Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work, 35*, 209–217.
- Townsend, A. L. & Franks, M. M. (1995). Binding ties: Closeness and conflict in adult children's caregiving relationships. *Psychology and Aging, 10*, 343-351.
- 津止 正敏 (2017). 「大介護時代」の到来にふさわしい処方箋はあるか
産経新聞社 iRONNA Retrieved from <https://ironna.jp/article/7656>
- 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, 737-753.
- 上野 千鶴子 (2013). 介護の家族戦略—規範・選好・資源— 家族社会学研究, 25 (1), 30-42.
- 氏家 達夫・高濱 裕子 (1994). 3人の母親—その適応過程についての追跡的研究— 発達心理学研究, 5, 123-136.
- Ungerson, C. (1987). *Policy is personal: Sex gender and informal care*. London: Tavistock Publications.
- (アンガーソン, C. 平岡 公一・平岡 佐智子 (訳)(1999). ジェンダーと家族介護—政府の政策と個人の生活— 光生館)
- 和気 純子 (1998). 高齢者を介護する家族—エンパワーメント・アプローチの展開にむけて— 川島書店
- Walker, A. J., Martin, S. S. K., & Jones, L. L. (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology, 47*, S130-S139.
- 渡邊 照美・岡本 祐子 (2005). 死別経験による人格的発達とケア体験との関連 発達心理学研究, 16, 247-256.
- 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). 介護で壊れる家族 渡辺 俊之 (編) 現代のエスプリ 介護はなぜストレスになるのか (pp.145-154) 至文堂
- Whitlatch, C. J., Judge, K., Zarit, S. H., & Femia, E. (2006). Dyadic intervention for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *The Gerontologist, 46*, 688-694.
- Worcester, M. I. & Quayhagen, M. P. (1983). Correlates of caregiving satisfaction: Prerequisites to elder home care. *Research in Nursing & Health, 6*, 61-67.
- 山田 嘉子・杉澤 秀博・杉原 陽子・深谷 太郎・中谷 陽明 (2006). 配偶者としての高齢者介護ストレス—性差への着目— 社会福祉学, 46 (3), 16-27.
- 山本 則子 (1995a). 痴呆老人の家族介護に関する研究—娘および嫁介護者の人生における

- る介護経験の意味 2: 価値と困難のパラドックス— 看護研究, 28, 313-333.
- 山本 則子 (1995b). 痴呆老人の家族介護に関する研究—娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味 3: 介護量引き下げの意思決定過程— 看護研究, 28, 409-427.
- 山本 則子 (2001). 家族介護とジェンダー— 家族看護学研究, 6, 158-163.
- 安田 裕子 (2009). 不妊治療経験者の子どもを望む思いの変化プロセス—不妊治療では子どもをもつことができなかった女性の選択岐路から— サトウ タツヤ (編) TEM ではじめる質的研究—時間とプロセスを扱う研究をめざして— (pp.17-32) 誠信書房
- 安田 裕子・サトウ タツヤ (編著) (2012). TEM でわかる人生の径路—質的研究の新展開— 誠信書房
- Yin, T., Zhou, Q., & Bashford, C. (2002). Burden on family members: Caring for frail elderly: A meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51, 199-208.
- 横瀬 利枝子 (2009). 介護施設利用に到るプロセスへの一考察—認知症の母親と娘の関係性の視点から— 生命倫理, 19, 60-70.
- 吉田 久美子・南 好子・黒田 研二 (1997). 要介護高齢者の介護者の負担感とその関連要因— 社会医学研究, 15, 7-13.
- 結城 康博 (2015). 在宅介護—「自分で選ぶ」視点から— 岩波新書
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zuba, M. & Schneider, U. (2013). What helps working informal caregivers? The role of workplace characteristics in balancing work and adult-care responsibilities. *Journal of Family and Economic Issues*, 34,460-469.