

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）

大学院医療福祉学研究科博士課程

夫が認知症の妻を介護する過程で直面する介護
課題の克服プロセスとその支援

平成 28 年度

保健医療学専攻・看護学分野・精神看護学領域

学籍番号：14S3051 氏名：根岸 貴子

研究指導教員：佐藤 みつ子教授

副研究指導教員：鈴木 英子教授

夫が認知症の妻を介護する過程で直面する介護課題の克服プロセスとその支援

14S3051 根岸貴子

要旨

本研究の目的は、夫が認知症の妻を介護する過程で直面する介護課題の克服プロセスとその支援を明らかにすることである。夫介護者 18 名とその支援にあたる訪問看護師・ケアマネジャー 11 名に半構造化面接を行い、修正版グランデッドセオリー・アプローチにて分析した。その結果、介護初期は【理由がつかめぬままの妻の異変】【家事の不慣れ】【見定まらない対応策】【受診の遅れ】の課題があり、介護限界を感じるまで 1 から 5 年が経過し【受診の遅れ】が指摘された。介護中期以降は【外部アクセスによる支援活用】【仕事のように介護をマネジメント】して、【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】ことをめざし、【介護スキルの習得】【妻の良き介護者になるための自己調整】に努め、妻のよりよい介護者になるための自分作りをしていくプロセスが明らかになった。訪問看護師・ケアマネジャーは、【時間をかけて関係性を築く】ことを基本に【夫介護者が主体的に介護できる】ことを中心に支援していることが明らかになった。

キーワード：夫介護者，認知症介護，介護課題，克服プロセス

Process of and Support for Elderly Husbands Overcoming Problems arising from Caring for Wives with Dementia

14S3051 Takako Negishi

Abstract

This study aims to determine details of the process of how elderly husbands overcome problems they experience as caregivers to dementia afflicted wives and what kind of support they are in need of. A semi-structured interview was conducted with 18 husbands who have provided care for their wives and also with 11 home visiting nurses and care managers. Data were qualitatively analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. The analysis identified the following categories from the problems husbands experience at early stages of the care: “unexpected changes noted in the wives without understanding the reason”, “inexperienced at housework”, “unresolved matters”, and “lateness of doctor-visits for consultations”. One to five years passed before husbands recognized the limits to their care abilities and the “lateness of doctor-visits for consultations” was mentioned. The analysis also identified the process that husbands make efforts to be better caregivers for their wives at a later of the care: husbands “use support from external resources” and “manage the care by viewing caregiving as work” to “restore peace by maintaining the dignity of their wives” while struggling to “acquire nursing care skills” and “adjusting themselves to become competent caregivers for their wives”. It was also found that home visiting nurses and care managers have mainly provided support to “enable the husband to play the central role as caregivers” by “building a reliable relationship over time.

Keywords: husband as a care giver, dementia care, problems involved in care, overcoming processes,

目 次

はじめに	1
第1章 研究背景と先行研究	2
第1節 研究背景	2
1. 後期高齢者の増加と介護力不足	2
2. 夫婦世帯と男性介護者の増加	2
3. 認知高齢者の増加.....	2
4. 介護政策と認知高齢者対策	2
第2節 先行研究の検討	3
1. 男性介護・認知症介護における研究の推移	3
2. 男性介護研究の変遷.....	3
3. 認知症ケアの変遷.....	5
4. 介護とジェンダー研究	7
第3節 先行研究で残された課題と意義	8
1. 先行研究で残された課題	8
2. 研究の意義	8
第2章 研究目的とデザイン	9
1. 研究目的	9
2. 用語の操作的定義	9
3. 研究デザイン	9
4. 倫理的配慮	10
第3章 研究1「夫が認知症の妻を介護する過程で直面する課題の克服プロセス」	10
1. 研究目的	10
2. 研究方法	10
3. 結果	14
1) 対象者の概要	14
2) 面接の概要.....	16
研究1-1) 「介護初期の介護課題の克服プロセス」	
3) 結果図とストーリーライン	16
4) カテゴリーの詳細.....	18
研究1-2) 「介護中期以降の介護課題の克服プロセス」	

5) 結果図とストーリーライン.....	21
6) カテゴリーの詳細.....	23
4. 考察.....	27
1) 介護初期に夫介護者が直面する介護課題の克服プロセス	27
2) 介護中期以降に夫介護者が直面する介護課題の克服プロセス	28
第4章 研究2	29
「夫介護者の介護課題の克服を支援するための訪問看護師・ケアマネジャーによるアプローチ」	
1. 研究目的	29
2. 研究方法	30
3. 結果	31
1) 対象者の概要.....	31
2) 面接の概要	31
3) 結果図とストーリーライン	32
4) カテゴリーの詳細.....	33
4. 考察.....	35
5. 結果のまとめ（研究1， 2）	36
第5章 総合考察.....	38
第6章 研究の限界と今後の課題	39
第7章 結語.....	39
謝辞.....	40
引用文献	40
資料一覧	46

資料 目次

資料 1	研究説明書：施設管理者用	46
資料 2	承諾書：施設管理者用	47
資料 3	研究説明書：調査協力者	48
資料 4	研究説明書：訪問看護師・ケアマネジャー	49
資料 5	研究協力に関する承諾書	50
資料 6	同意撤回書	51
資料 7	インタビューガイド（夫介護者用）	52
資料 8	1人目・D氏のワークシート	53
資料 9	夫介護者 介護初期のワークシート	55
資料 10	夫介護者 介護中期以降のワークシート	59
資料 11	インタビューガイド（訪問看護師・ケアマネジャー用）	64
資料 12	訪問看護師・ケアマネージャーワークシート	65

はじめに

高齢者の増加と共に認知症高齢者は増加しており、高齢者の4人に1人が認知症または予備軍と言われており、認知症の増加は社会的問題となっている¹⁾。政府は要介護高齢者等ができるかぎり住み慣れた地域での生活が継続できるように、2006年より地域密着型サービスを創設し在宅介護を推進してきた。施設から地域密着型への移行と在宅介護が増加し、認知症高齢者の半数が在宅で家族介護を受けている²⁾。

介護保険による介護の社会化と共に、在宅介護が長期化し家族介護者の介護の重度化が指摘されている³⁾近年、夫婦のみの世帯の増加と共に配偶者間による介護が増え、高齢男性による介護が増加している⁴⁾。

従来、わが国では、「介護は女性の役割」とされてきていたが、男性の役割の変化や介護保険制度による介護の社会化、女性の社会進出などにより、家族介護自体が変化している。男性介護は家事や介護に不慣れで、外部に支援を求めず孤立しやすいという傾向があるといわれている⁴⁾。また介護による心身の負担感、経済的問題等から介護殺人や介護虐待などの諸問題を生じ、家庭内虐待は男性が6割を占め、また、同居において夫の介護虐待が70%との報告もあり、男性が介護していくうえでの問題が浮上している⁵⁾。

さらに、認知症高齢者の介護においては、認知症の症状の「見当識障害」「記憶障害」や「暴言・暴力」「徘徊」などの問題行動が生じ、その対応の困難さや当事者を尊重した個別的なケアは家族介護者の重い負担となっている^{6,7)}。夫介護者の場合、長年生活を共にしてきた妻の変容は理解しがたく、夫婦の絆の確認ができなくなるなど、夫婦ならではの苦悩を感じる^{8,9)}ことも多い。また、これまでの夫婦の関係の変化に加えて、自身の老いと向き合いながら認知症の妻を受け入れ、介護という新たな局面に適応していくことが求められる。

夫が認知症の妻の介護を受け入れ、家庭内での役割の変更をせざるを得ない状況や、高齢の夫が介護をする上で直面する課題にどのように取り組んできたのか、介護初期から介護中期以降において介護をどう乗り越えてきたのか、直面する課題の克服プロセスを把握することは、夫介護者の支援対策を考えるうえで重要なことである。

さらに、認知症の要介護高齢者ができる限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、訪問看護師やケアマネジャーの支援の実態を把握することは、在宅介護の支援体制を整備するうえでも必要なことである。

第1章 研究背景と先行研究

第1節 研究背景

1. 後期高齢者の増加と介護力の不足

高齢者人口は増加の一途をたどり、団塊の世代が65歳になった2015年に過去最高、高齢化率26.0%、4人に1人が高齢者という「超高齢社会」に突入し、特に後期高齢者の増加は顕著で、2017年には前期高齢者を上回ると予測されている¹⁰⁾。後期高齢者は身体虚弱と共に要介護者となる可能性が高く、介護マンパワー不足や医療費高騰などの問題が生じている。要介護認定者数について詳細をみると、前期高齢者は72万人(12.7%)、後期高齢者は497万人(87.3%)と、後期高齢者がほぼ9割を占め、今後も後期高齢者は増加すると推計されている¹¹⁾。

2. 夫婦世帯と男性介護者の増加

高齢者のいる世帯についてみると、2013年世帯数は2,242万世帯と、全世帯の44.7%を占め、2000年より20%増加している。世帯構造別の構成割合では、三世代世帯は減少傾向である一方、親と未婚の子のみの世帯、夫婦のみの世帯、単独世帯は増加傾向にある。2013年では夫婦のみの世帯が一番多く約3割を占めており、単独世帯と合わせると半数を超える状況である。子どもとの同居率をみると、1980年にほぼ7割であったものが、1999年に50%を割り、2012年には40.0%と大幅に減少している¹⁰⁾。要介護者から主な介護者の続柄をみると、6割以上が同居者で、配偶者が26.2%、子が21.8%、子の配偶者が11.2%となっている。また、性別については、同居介護者のうち女性が69.4%を占めるが、男性も30.6%を占め、2001年(23.6%)から10年間で7ポイントと上昇し、男性介護者の割合は近年増加の一途をたどっている¹¹⁾。

3. 認知症高齢者の増加

高齢者人口の増加と共に認知症高齢者の数は急増しており、厚生労働省の推計では認知症高齢者の数は2012年の時点で全国に約462万人と推計されており、2025年には700万人を超え、65歳以上の高齢者のうち5人に1人が認知症と予想されている¹⁾。介護が必要になった主な原因として脳血管疾患につぎ、認知症が2位になっており、認知症高齢者の半数が居宅であることから、在宅における家族介護が増加している²⁾。

4. 介護政策と認知症高齢者対策

1) 介護保険制度と課題

高齢化の急速化、寝たきり・認知症高齢者の増加、社会的入院の増加、老老介護の増加・親扶養価値観の変化などによる介護マンパワー不足の問題を背景に、高齢者の社会全体で支え合う仕組みとして「介護保険制度」が創設された。要介護認定数は当初218万にであったものが、2012年には588万人と2.4倍も伸びている¹²⁾。2015年の介護保険制度では、在宅生活を支援するためのサービスの充実を図るため、介護報酬の引き上げ特別養護施設の入所基準を重症化し、要介護度3以上と取り決めた¹³⁾。さらに診療報酬の改正においても、医療機関の機能分化・強化と在宅

医療の充実を図るものとされた¹³⁾。これらのことについて、齊藤³⁾は、利用限定化は利用者の利用控えなどにつながり、在宅ケアへのシフトがますます家族依存が高まっていると懸念している。介護保険制度は「介護の社会化」と「在宅の介護環境を整備する」というねらいから介護環境が整った反面、在宅介護が長期化し家族介護者の介護は解放されず、むしろ重度化されていることを指摘している¹⁴⁾。介護保険制度は介護の社会化という点では進歩したが、在宅介護にあたる介護者側の問題が浮上しており、介護者・被介護者の両者を社会が支援していくことが課題となっている。

2) 認知症高齢者対策

近年の認知症高齢者の増加に対して、2016年には認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が策定された¹⁵⁾。認知症の人の意思が尊重され、住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けることができるよう住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指している。しかし、策定の最終盤において、精神科病院の役割について「入院も(医療、介護の)循環型の仕組みの一環」「長期的に専門的な医療が必要となることもある」など、精神科病院の業務として「長期的」な役割が含まれ、「後方支援」から「司令塔機能」が加えられた。このことは戦略の当事者の視点を重視するという理念と旧来の『サービス提供者中心』の考え方に矛盾があると指摘している(共同通信社 2015/01/27)。認知症高齢者の長期入院を受け入れている精神科病院の現状をそのまま肯定した内容となっている点が指摘されている¹⁶⁾

また、同年の診療報酬改定では、「認知症ケア加算」が創設され、認知症患者への適切な医療を推進するものとなった。このような現状から、保健医療福祉職は、認知症の人に寄り添いながら共によりよく生きていくことができるよう支援体制を整えることが求められる。

第2節 先行研究の検討

1. 男性介護・認知症介護における研究の推移 (表1に示す)

男性介護・認知症介護における研究推移は、医学中央雑誌にて1990年代に9件あったものが2000～2010年に34件、2010以降52件と最近増加傾向にある。夫介護については2000年以降から件数は少ないが最近増えている。認知症介護においては1980年代から報告があり、1990年代に448件が、2000年になり4798件と10倍以上増え、増加傾向にあり未だに続いている。認知症介護負担についても2000年以降に急に増加している。これは2000年から介護保険が施行され、それまで家庭内で行われていた認知症介護が外部との交流により表面化されたことも要因であるといわれている。認知症介護の介護負担については2000年代から増加し、近年においても上昇傾向にある。そのなかで介護困難・介護ストレスなどについては2000年代に多く、2010年以降若干減少傾向にあるのに対して、介護継続・介護肯定面については2010年以降増加している。夫介護、認知症&男性介護においても同様、近年増加傾向にある。

2. 男性介護研究の変遷

男性介護者に関する統計資料は少ない。介護問題が女性問題として位置づけられてきて、男性

介護者の存在とその実態に十分に光が当てられることが少なかったと述べられている¹⁷⁾。男性介護における研究を概観してみると、わが国では 2000 年代から徐々に取り扱われ、主に男性介護の傾向、女性介護者との比較、介護問題（虐待・殺人）、男性介護の困難などである。

表 1. 男性介護・認知症介護に関連する文献収集数の年次推移と収録総数

	1900-1979	1980-1989	1900-1999	2000-2010	2010-2016	総数
男性介護			9	34	52	95
夫介護				2	6	8
男性介護&認知症				6	23	29
配偶者介護&認知症				3	1	4
夫介護&認知症				1	1	2
夫婦介護&認知症				0	0	0
認知症介護		46	448	4798	4709	10827
認知症介護負担			21	419	498	938
認知症&介護困難			5	19	8	32
認知症&介護スリ			1	14	9	24
認知症&介護肯定				4	9	13
認知症&介護継続			2	14	12	28

1) 男性における介護の特徴

男性介護者の介護の特徴については、男らしさの伝統的規範にしばられ一人で抱え込みやすい^{18,19)} や外部に支援を求めず孤立しやすく²⁰⁾、コミュニケーションの特性も「親密さ」に欠ける²¹⁾ とされ、男性が外部との交流を図りにくいことが述べられている。一方、女性介護者以上に介護を生きがいとして高い価値観は抱いて²²⁾ 介護拘束感が介護継続につながるや²³⁾、仕事役割を介護に適用²⁴⁾²⁵⁾ し、介護によって仕事での自分の足場が危うくなると、新たな介護を仕事として没頭する³⁾ など、男性介護者が介護役割を仕事としてとらえ、介護を一途に生きがいとする傾向が指摘されている。実際の介護においては、主観的健康感が低く、回避型コーピングを取らず、睡眠やストレスの問題を抱えながら介護している²⁶⁾ など、健康問題への影響も報告されている。男介護者の満足感の要因として、健康状態がよく、介護のリズムが規則的、生活の楽しみを持つこととして、自分で介護できる²⁷⁾ や自身の生活のバランスが調整されていると思えることが、達成感や自己効力感につながる²⁸⁾ としている。夫婦関係においては、介護発生によって人間関係の転換が生じる一方²⁹⁾、伝統的な夫婦の勢力関係は維持されており、自分自身を準拠点におき夫主体の介護³⁰⁾ や役割関係の転換は生じて、被介護者の妻が夫に従わなければならない伝統的規範は残っ

ていることも指摘されている。これには、男性介護のモデルとなる規範がないことも一因とされている³⁰⁾。

2) 女性介護者との比較

女性介護者との比較においては、介護負担感やADL介助が多いことなどから女性が高い³¹⁻³²⁾とする報告と介護負担感、満足感などの精神面では差がなく^{33,34)}、配偶者の場合、経年的時間変化においても差がないとしている³²⁾とする報告があり、介護に関する精神面では女性との差は明らかでない。一方、外部支援を求めることに消極的で自らの臨海感の認識も遅い傾向にあり、疲労を感じても表に出さず²⁰⁾、男性は介護ストレスをためやすくその対処が弱い³³⁾とされている。排泄ケアの抵抗感³⁶⁻³⁸⁾や家事の役割遂行困難³⁶⁾家事の不慣れ³⁸⁻⁴⁰⁾食生活の維持の困難⁴¹⁾など、家事介護の不慣れが介護負担となっている。さらに介護方略には性差があり、夫介護者は積極的受容型、妻介護者は問題解決志向型が優先され³²⁾、副介護者や訪問介護利用率が高く、特に情緒的消耗と愁訴において男性介護者の方が少ないとされ⁴²⁾、ストレスを感じながらも積極的な姿勢で介護をしていることが報告されている。

3) 男性介護の問題と対策の必要性

男性介護者については、一般に介護や家事の経験が少なく、地域とのネットワークが十分でない等から、介護を一人で抱え込み苦悩する懸念が大きいといわれている²⁰⁾。男性介護者の半数が身体的精神的に問題があり、特に後期高齢者の健康問題が課題となっている⁴³⁾、男性介護者の量的増加による介護におけるジェンダー的規範の弛緩は、個々の価値観や行動様式まで変化したわけではなく¹⁷⁾、近年、高齢者虐待や介護殺人・介護心中の問題が増えている。高齢者虐待防止法(H19)が制定されて以降、高齢者虐待の件数が増え、家庭内虐待数15,731件(H25年)と前年度より1,467件(6.2%)増加し、続柄は、「息子」が41.0%、夫が19.2%で男性が過半数の6割を占め、同居でみた場合、夫が70.9%と介護虐待は夫に多く¹³⁾、男性が介護していくうえでの問題が浮上している。また、施設において、認知症がある場合は自立度Ⅲ以上が「介護放棄」を受けられることが多いとされている¹³⁾(在宅は調査できないため不明)

紀等⁴⁴⁾は、過去10年間の在宅介護事件に関する新聞記事や報道を調査して、虐待が増加した背景要因を、2006年から高齢者虐待防止法の施行により在宅高齢者の関心が高まったこと、病院から在宅介護への移行の推進、格差社会の拡大による貧困層の増加による生活の行き詰まりなどが介護事件の増加の背景要因と指摘している。介護事件は都市が多いことが示され、都市は夫婦間、地方は親子間が介護事件に発展しやすいことを報告している。羽根⁴⁵⁾は男性介護者が加害者になりやすい要因として「介護への強い動機づけ」と「周囲からの評価の影響」をあげて、自分ひとりで介護をするという決意の貫徹と男性が家事や介護を担うことを称賛されることで一層、相談しにくくさせていると考察している。このように男性高齢者の増加は認知症高齢者と共に、今後も介護虐待が増えることが予測され、対策を講じていく必要がある。

3. 認知症ケアの変遷

認知症のケアは当初、身体介護中心・問題対処型ケアであったが、その後アクティビティ中心

の集団対応型ケアに移行し、近年では認知症の「人」を中心にして支援するというパーソン・センタード・ケアの考え方が浸透し始めている。次に認知症介護の研究の変遷として、介護困難や介護負担などの否定的側面、肯定的側面について検討する。最後に認知症介護と一般的な介護の差異についても検討する。

1) 介護否定面

認知症介護においては、介護困難や介護負担感の否定的側面について 1980 年代から研究が散見され、2000 年台に 10 倍も増加している。これは介護保険導入により、介護が社会化され介護負担感等に注目されたこともあげられる。介護負担感について、介護負担感におけるスケールの開発⁴⁶⁾後、介護負担が多く研究されるようになった。過去の夫婦の関係による負担感の要因²²⁾³⁰⁾や家族関係の負担感や退院困難の要因⁴⁷⁾等があり、いずれも家族関係や病気以前の関係が介護負担感に影響していると報告している。夫介護者については介護認識の概念化を示し、介護する意志のある夫配偶者のみが介護を引き受け介護負担感を低くしている⁴⁸⁾や介護負担感要因が介護継続意志を低下させるわけではなく、むしろ介護による拘束感が継続意志を増加させる方向に影響している²²⁾という報告もある。バーンアウトスケールを用いた研究では、介護者 125 人の 2/3 がバーンアウトに陥ってストレスに対応できず、特にペース配分型と積極的受容型が強く影響していると述べている⁴⁹⁾。

2) 介護肯定面

認知症介護の否定的側面の主に介護負担・困難感を扱った研究が 1990 年代からみられるのに対して、認知症介護の肯定的側面に関する研究は、2000 年代に入ってわずかにみられるようになった。近年認知症の当事者を主体としたパーソン・センタード・ケアに焦点がおかれるようになってきた中、介護者においても介護満足感や充実感など肯定的側面に目が向けられるようになってきている。2010 年から現在（2016 年）までの報告された研究は、認知症介護負担感が 500 件程度に比べて 30 件代とわずかである。介護肯定感はいろいろな意味が含まれ、Kramer⁵⁰⁾は、「介護満足感」「達成感」「自己の成長」「互酬性」「意味づけ」「生活のハリ」などとしている。介護肯定的認識は生きがいや心理的 QOL と関連し続柄で違う⁵¹⁾ことや、介護肯定認識として達成感と一体感の 2 つの要因があり、配偶者と嫁との比較では嫁が介護肯定認識が低いこと⁵²⁾が報告されている。さらに介護肯定感関連要因として、孤立させない、肯定的側面に気づくこと、よりよい介護の経験となる働きかけが必要などとしている⁵³⁾。また、介護者の肯定的側面に目を向け、男性高齢者のよりよく生きる力として、「主体者となる力」「バランスを保つ力」「学習成長する力」の 3 つの概念化を図った報告⁵⁴⁾もある。いずれも介護肯定感との関連や概念化などについて研究されている。自己成長面について、介護者の経験として避けては通れないできごとを引き受け乗り越えて生きる姿勢が自己成長感と結びつく⁵⁴⁾や家族会で自己物語を語ることで自己変容していく²¹⁾など、介護を経験していく中で、否定的感情、戸惑い、肯定的感情への変化があり介護者自身の人間的成長があるとしている。

介護継続は肯定的思考が基盤とする⁵⁶⁻⁵⁷⁾、や家族が介護すべきという意識が介護継続意識を規定して介護拘束感が介護継続意思を増加させている²³⁾という報告がある。さらに介護継続を支援

いくためには、介護負担を軽減する働きかけだけでなく、介護満足感を高めることが必要⁵⁸⁾として、介護継続には肯定的思考だけでなく介護拘束感やストレス対処なども要因となっていることがあげている。介護継続をプロセスとしてみた場合、認知症高齢者の言動との葛藤を繰り返す揺らぎのサイクルを経る中で、介護体制を作り上げていく過程⁵⁹⁾や必ずしも直線的に移行せず、個人差も報告されており、総じて《戸惑い・衝撃・否認》《混乱・怒り》《あきらめ・居直り》《理解・受容》の段階を^{60,61)}を体験すると述べている。さらに「諦め・居直り」は回復の断念によって、ままたらさと肯定的側面の両方を受け止める場合もある⁶²⁾。介護継続は肯定的認識と他の要因が複雑に絡んでプロセスを経ていることがあげられている。

3) 認知症介護と一般介護に関する研究

認知症と一般的な高齢者介護を比較した研究はみあたらない。ここでは認知症特有の介護をみていくことで、一般介護との差異について検討したい。

認知症高齢者の介護は中核症状とされる「見当識障害」「記憶障害」や周辺症状（BPSD）といわれる行動心理症状「暴言・暴力」「徘徊」などの問題行動が生じ、その対応の困難さや当事者を尊重した個別的なケアは家族介護者の重い負担となっている⁶³⁻⁶⁴⁾。さらに日常の介護全般に対する負担に加え、認知症特有の症状や行動障害への対応が介護負担感を重くしている⁶⁵⁾や、心理・行動症状（周辺症状）が有意に影響して⁶⁶⁾、特に徘徊の頻度が高くなるにつれ、介護負担感が高まるとしている⁶⁷⁾。心理面について認知症を持たない要介護者の介護者とは明らかに違った質のつらさ（負担）を抱えている⁶⁸⁾とされ、介護負担感に関しては男女間の差はない⁶⁹⁾という報告もある。永井²⁶⁾はストレス対処様式について、認知症介護は高齢者介護と一部共通性があるが、「情動回避型」における静観や期待の切り下げ、「問題解決型」における予防的対処や方法の考案は認知症介護に特徴的な対処であるとした。認知症の問題行動が介護負担を増強させている質的研究⁷⁴⁰⁾があり、介護全般に対する介護負担と認知症の特有の症状や行動障害に対する負担がとりあげられている。特に認知症初期の対応困難や戸惑いなどが報告されるなど⁷¹⁻⁷³⁾。認知症特有な症状が一般的な介護と質が異なる介護負担があると報告されている。

4. 介護とジェンダー研究

ジェンダーは多くの社会で男性と女性が序列化され、女性は男性より劣る存在として、差別の対象になってきた背景がある⁷⁴⁾。1970年から1980年代にかけて女性問題を多く扱い、問題が深刻するにつれて男性問題が浮上してきた。女性の社会進出、育児介護が社会化するにつれ、1990年代に男性の問題についても研究が扱われるようになり、男性のイデオロギーが根本的にゆらぎはじめ男性の危機と述べられている⁷⁴⁾。江原⁷⁵⁾は「男性性役割は」は経済的役割に特化しており、家族における男性の役割は「経済的に自立」かつ「家族を養うこと」と考えている人が多いが、経済状況や雇用環境の変化によって「男性稼ぎ手型家族」の維持が困難になり、男性たちはアイデンティティの拡散を経験しているとも述べている。

夫婦間で見えた場合、夫は妻より情緒的サポートを受け、自らもサポート源としており、それがないと疎外感を亢進しやすいが⁷³⁾、妻は夫と同様子どもへの依存度高い⁷⁶⁾として、一家の主であった夫が実は配偶者を最も頼り、妻との非対称関係に変わってきているといわれている。斉藤³⁾

はケアにおけるジェンダー平等において、「男性の女性化」が重要な課題となっているが、男性介護者の介護実態からは、「仕事としての介護」に示され、男性が介護を引き受けるということが、男らしさの脱構築には必ずしも連動しないとしている。さらに仕事としての介護は相手へのニーズの配慮より合理性や効率性に傾きやすいことを指摘している。国民基礎調査⁷⁷⁾において、男性介護者は全体の約3割であり、残り約7割を女性介護者が占めて、女性介護者が依然として多い現状である。島原⁷⁸⁾の調査によると、女性は「男性も介護をすべき」と言いながら、身近な男性が介護役割を担うことを免責し、その一方で他の女性が介護者の役割を交替することを期待し、意識上では性別分業を否定しながら、実際は女性たちも従来のジェンダーを維持していることを明らかにしている。特に「男性は外で仕事」として生きてきた男性高齢者は家事や介護をこなすことに不慣れで介護に直面した時に、戸惑い困難が強いことが推察される³⁷⁾。

第3節 先行研究で残された課題と意義

1. 先行研究で残された課題

先行研究により、夫介護者は介護を一人で抱え込み孤立しやすい傾向にあることや夫主体の管理的な介護をしているなど、男性介護の特徴や関係性に焦点をあてた研究はあるものの課題は残されている。既存研究による第1の課題は、家族介護や男性介護を対象にした研究が多く、夫は配偶者として妻と同じような変数として扱われ、夫介護に関する実証研究が少ないことである。家族介護者としての家族員の受け止め方は、夫婦間介護と違いがあり、夫が介護するうえでの立場上のことについては検討されていない。男性介護においても、夫と息子において、介護する対象の違い、介護の受け止め方の違いなどが報告されているが、夫介護の実態については知見が少ない。

第2に認知症介護は、性差、介護負担感、介護ストレス・介護困難など一側面を取り上げた報告が多く、夫の認知症介護の実態に関する実証的研究が少ない点である。さらに夫介護においては、介護に対する対処法や介護困難、介護の受け止め方などについて研究されているが、夫の認知症介護のプロセスとした研究がほとんどない点である。

第3に認知症介護と非認知症介護についての違いが明らかにされていない点である。多くが家族介護において、要介護者の背景として認知症と他の疾患や症状が混在し、認知症介護の特徴はわかりにくい。認知症と非認知症の場合、症状や経過に違いがあり、介護状況も変わってくると考える。認知症介護の特徴を明らかにしていく必要がある。

2. 研究の意義

夫が認知症の妻の介護において直面する介護課題をどのように克服（乗り越え）していったのかについて、そのプロセスを把握することは次のような研究の意義があると考えられる。

1) 夫の認知症介護の実態の把握について貢献できる。

夫が認知症の妻の介護を抱えることはどういう課題があるのか、家庭内役割の適応について把握することは、夫の認知症介護の目指すべき方向性を示すことができる。さらに、介護課題の克服プロセスを示すことで、介護初期から中期へと段階的な問題とその対処の仕方についても提示できる。

2) 在宅における認知症の早期発見に貢献できる。

認知症の初期症状の家族内における対処や受診までのプロセスを提示することで、できるだけ早く認知症を発見するための対処法や対策について情報を提供できる。

3) 保健医療福祉職の支援に貢献

夫における認知症介護の実態を示すことは、支援や介入法の基礎的資料を提供できる。また、夫の支援にあたってきた訪問看護師・ケアマネジャーの関わりを明らかにすることで、夫と専門職双方との関係の持ち方、夫の介護サービスに対するニーズの把握に活用できると考える。

第2章 研究目的と研究デザイン

1. 研究目的

1) 夫が認知症の妻を介護する過程で直面する介護課題の克服プロセスを明らかにする。

2) 夫介護者の介護課題の克服を支援するための訪問看護師・ケアマネジャーによるアプローチについて明らかにする。

2. 用語の操作的定義

1) 介護課題：

介護当事者（夫）が介護をしていく過程で遭遇する問題や介護困難，心身の負担感とする。

2) 克服：

介護当事者（夫）が感じている困難や状況が解決し事態が良い方向に向かうこと，介護者としての役割を果たしているという思いを持てるようになった状態，つまり，努力して困難な問題・状態を解決し乗り越えることと定義する。また，訪問看護師やケアマネジャーから見て，当事者（夫）が介護者としての役目を果たしていると判断された当事者（夫）の状態とする。

3) 介護初期：

認知症の軽度から中等度の症状がある時期で，I-ADL 〈Instrumental Activities of Daily Living〉（手段的日常生活動作）障害がみられる。買い物・料理・金銭管理等の動作の障害があるが，Basic Activity of Daily Living (B-ADL)（基本的日常生活動作の障害）はない。身体的介護は必要としない時期で，介護年数は人により異なる。

4) 介護中期以降：

認知症の中等度から重度の症状があり，食事・排泄・入浴・更衣など Basic Activity of Daily Living 〈B-ADL〉（基本的日常生活動作の障害）があり，身体的介護を必要とする時期である。

3.研究デザイン

本研究は，研究1および研究2として実施し，研究のデザインはいずれも質的記述的研究である。研究1は「夫が認知症の妻を介護する過程で直面する課題の克服プロセス」，研究2は「夫介護者の介護課題の克服を支援するための訪問看護師・ケアマネジャーによるアプローチ」について明らかにする。尚，認知症の進行程度によっては，妻の病状や対応も変化し直面する介護課題も変わるため，1) 介護初期の介護課題の克服プロセス 2) 介護中期以降の介護課題の克服プロセ

スに分けて分析し検討する。

4.倫理的配慮

研究協力者には事前に電話と文書で研究の趣旨，研究方法等を説明した上で，面接の際は，研究の趣旨，自由意思での参加の決定，途中辞退の自由，面接による負担感，個人情報保護，得られたデータは研究以外に使用しない，同意後の撤回の自由，倫理委員会の承認を受けていること，学会等で公表すること等について説明し，同意書を交わした後，面接を実施した．収集したデータの保管・管理は研究担当者の責任において厳重に行い，公開に際しては，個人が特定できない形とし，プライバシーの保護に十分に配慮した．尚，本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 14-Ig-54）を得ている．

第3章

研究1 「夫が認知症の妻を介護する過程で直面する課題の克服プロセス」

1. 研究目的

夫が認知症の妻を介護する過程で直面する介護課題の克服プロセスを明らかにする．

2. 研究方法

- 1) 調査対象者：認知症の人と家族の会・訪問看護ステーションを利用している夫介護者で，認知症の妻を3年以上介護している夫18名である．

対象者の選定を3年以上とした理由は，認知症発症の初期は，認知症と気づかないまま生活をしていることも多く，認知症の症状が潜在化していることもあり診断がつきにくいこと，夫介護者が認知症と認識していない場合，語られる内容が認知症介護について曖昧になると考えた．本研究は介護初期の回顧データとしているため，概ね3年以上になると介護認識をもち，自己の状況を客観的に語るができると考えた．

研究協力の手続きは，本研究者が会員となっている関東圏の県支部で行われている認知症の人と家族の会の世話人に文書と口頭で調査協力の同意を得た後，調査協力者の紹介を受けた．研究者も家族の会に参加し家族の会員と交流後，直接インタビューの依頼をし，後日電話連絡し協力の同意を得た．訪問看護ステーションと地域包括支援センターにおいては，管理者より研究の同意を得た後，看護師が調査協力を依頼し同意を得た．

- 2) 調査方法：半構造化面接法

インタビューガイドを作成（資料7）して個別面接をした．面接時は，自然な語りを重視して無理に聞き出すのではなく，面接は1人あたり40分から60分とした．話される内容がわかりにくい場合にインタビューガイドを活用した．面接を実施するにあたり，研究者と対象者で都合のよい場所と日時を設定した．面接内容の録音の承諾を得て面接を開始した．録音したデータは逐語録化した．

- 3) 調査期間：2014年8月から2015年6月

4) インタビューガイド (資料7に示す)

インタビューの項目は、介護初期から中期以降(現在)まで、介護せざるを得ない状況になった時の「とまどい」「困難感」「悩み」について、介護の当事者としてどのように対応し、適応していったのか、介護者としての心境を表出されるような項目を設けた。

①介護を始めて現在まで状況について(介護のとまどい、困難、悩み)、②介護を引き受けた状況について、③介護中に大変だったこと、④介護以前の夫婦関係、⑤男性が介護することについて、⑥子供との関係、⑦介護中のレスパイト、⑧相談できる人、⑨今後の介護について等である。

・対象者の属性

夫介護者：年齢、介護年数、世帯、子供、健康状態、職業歴、経済状態。

被介護者(妻)：年齢、要介護度、診断名、受診歴、外部サービス

対象者の属性は、面接中に語られなかった場合に最後に質問形式で行った。

5) 分析方法

(1) 分析方法

修正版グランデッド・セオリー・アプローチ(以下、M-GTAとする)^{79,80)}による継続比較分析を行った。M-GTAの特性は、①限定された範囲における人間の行動と多様性を説明できる、②人が直接やりとりをする社会的相互作用にかかわるヒューマンサービス領域、プロセスの研究に適している、③実践への活用を可能とする研究法である。

本研究においてM-GTAを採用した理由は、介護者の複雑な心理を把握できることや、訪問看護師やケアマネジャーが対象の背景や状況設定などあらゆる文脈を汲み取って、対象のニーズに沿った支援をしていると考えられるため、切片化によってデータを一語一句ばらばらにしていくことは、それらの文脈を壊すことになると考えた。M-GTAは、データを切片化せず、現象の大きな流れや、データの中に表現されている文脈の理解を重視する姿勢をとっている。さらにコーディングに分析ワークシートを用いることにより、データと生成された概念との距離を常に一定に保つことができ、よりデータに密着した(grounded on data)分析ができる^{79,80)}。本研究は、夫介護者や訪問看護師やケアマネジャーの語りとその文脈を大切にしたいため、データをばらばらに切片化せず、意味を持ったまとまりとして捉えることを推奨しているM-GTAによる分析方法を採用することにした。

(2) 分析テーマ・分析焦点者の設定

Research Questionは、夫が認知症の妻の介護にどう向き合っているか「夫の介護課題」「夫の考えや行動」に焦点をあてた。そのため、分析テーマは、「認知症の妻を介護する過程で直面する介護課題と克服するプロセス」をあげた。分析焦点者は、「認知症の妻を介護する夫」とした。

(3) 分析手順

対象者18名の録音したデータは逐語録を作成し、次のように分析を進めた。(図1に示す)分析は、逐語録ができあがったものの中から、内容的に豊かなもの(D氏)から開始した(表2)。

M-GTA の概念生成方法に基づいて、データの解釈から直接生成していった。収集したデータから、文章毎または段落ごとに、分析データにそって精読し、対象の認識や行為に関する部分を抜き出して、それを解釈し概念化していった。この作業をしながらアイデアが浮かんだものを理論的メモに記述した。具体的には、まず全体を概観した後、データを繰り返し読んだ。読みながら分析テーマに照らして重要な語りをマーキングし、数行ごとにその部分になぜ着目したのか考えつつ、文脈を考慮しながらデータで語られたことの示す意味やおこっていることをについて解釈し、分析テーマに関連のある部分についてデータの意味を表現する概念名をつけた。分析ワークシートは、概念、定義、具体例、理論的メモを記述できるように作成した（表2に示す）。

1事例目（D氏）については、介護を引き受けようと思ったことの質問に対して、表2の具体例のデータを記述し、そのデータを基に定義を考え、”夫婦の絆“という概念を生成しワークシートを作成した。

表2. 1人目 D氏のワークシートの例

概念	夫婦の絆
定義	妻に対する感謝の気持ち、夫婦二人で生きてきたことから、介護になっても支えあって生きること
（具体例） ヴァリエーション	D:やっぱり、若い時を思い出すんじゃないですかね。その時には結構、自分が苦労かけて、家族を育て守ってくれた大切な人なんだっていう、やっぱり思いです。何十年と一緒に過ごせば、そういうふうになるんだなとそういうふう思うんです。
理論的メモ	介護を引き受ける際の気持ちについて語っている。他に介護を引き受ける際、どのような気持ちがあるのか。 夫婦で共に生きてきたことは、介護になっても支え合うことはできるのか。

このようにして、分析シートは概念と定義から新しい概念を比較検討して分析を進めて、新たな概念が生成した場合に概念ごとに作成し、1人目からは18概念が生成された（資料8に示す）。2事例目から1事例目で出た複数の概念を念頭におきながら、対照比較と類似比較を行いながら、概念生成の作業を続けた。データの解釈を経ていく中で、概念の変更・修正・統合・破棄を続けた。以下、1人目の概念のリストと2人目以降への活用を示す。

1人目D氏の「概念リスト」の生成

- 概念1 夫婦の絆
- 概念2 認知症の診断は予測通り
- 概念3 妻は称賛すべき人
- 概念4 介護状況の記録化
- 概念5 共に暮らすという願い

概念 6 退職せざるを得ない状況

概念 7 時間刻みの介護スケジュール

概念 8 介護するための健康維持

概念 9 気持ちを汲み取る

概念 10 認知症介護について学習

概念 11 妻の安定した状態を作る →【妻の尊厳支え安寧をもたらす】カテゴリーへ修正

理由：最初に生成した概念の中には、後にカテゴリーになりうるものも含まれる（木下,2003.p214）ことを参照した。

概念 12 介護慣れの認識 →修正「介護の慣れによる自信」

理由：介護慣れの認識は介護者としての自己効力感になっていると考え、「介護慣れによる自信」と修正した。

概念 13 行き詰まり → 変更 「一人ではどうしようもできずに八方塞がり」概念へ

理由：行き詰まりの状態をわかりやすく表現するために、上記のように変更した。

概念 14 食事の準備の自立 →変更 「食事の準備の簡略化」

理由：食事に関して自立というより、惣菜などの活用にて簡略化する傾向が男性介護者の特徴と考えた。

概念 15 専門家から承認 → 変更 「介護慣れによる自信」に統合した。

概念 16 介護者としての自分を保つ →変更「気持ちを切り替える工夫」

理由：「介護者としての自分を保つ」がカテゴリーと類似の内容であるため、概念は具体的に表した。

概念 17 子供の支援 →破棄

理由：限定的な夫の語りであったため破棄した。

概念 18 補助具の使用 → 「自分流介護のコツ」に統合

理由：夫の介護のコツの中に「補助具の使用」も含まれると考えたため。

上記のように概念の変更・修正・統合して生成した結果、事例 18 人目で新たな概念が生成されなくなり、理論的飽和化に達したと考えた。最終的に介護初期は 17 概念（図 2 と資料 9 の概念）、介護中期以降は 22 概念（図 3 と資料 10 の概念）が生成された。

さらに概念生成と並行してカテゴリー化の作業も続けた。2つの概念が関係づけられたら、それらに関係する概念を検討し複数の概念からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー間の関係を検討した。カテゴリー間の解釈の妥当性を比較分析する過程で、カテゴリーの修正、破棄、変換し、最終的に介護初期は 7 カテゴリー（図 2 に示す）、介護中期以降は 8 カテゴリー（図 3 に示す）が生成された。カテゴリーの関連性を検討し意味づけして、図式化した。これらの分析過程において、研究指導者から分析結果の確認と解釈の妥当性についてアドバイスを受けた。

上記の分析作業の進め方について、次の図 1 に示した。

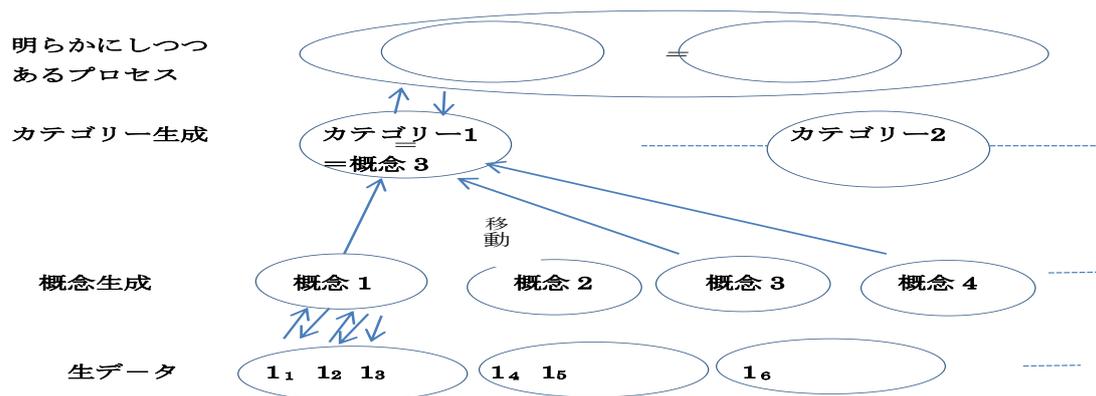


図 1.木下(2003)より p214 図 2-12 分析のまとめ方

3. 結果

1) 対象者の概要 (表 3 に示す)

夫介護者 18 人で、年齢は 63 歳から 83 歳、平均 73 歳であった。介護年数は 3 年から 21 年、平均 7.3 年、世帯は夫婦のみ 15 人、同居 3 人、子供は有が 16 人無しが 2 人、健康状態は普通から良好が 16 人、あまり良くないが 2 人、職業歴は大手企業 4 人、中小企業 4 人、公務員・教師 4 人、自営業 4 人、その他 2 人、経済状態は良いから普通が 15 人、あまり良くないが 3 人であった。

被介護者（妻）の年齢は 64～79 歳平均 70 歳、要介護度は 5 が 9 人、4 が 2 人、3 が 5 人、1 が 2 人、診断名はアルツハイマー型認知症 17 人、他が 1 人、受診歴は 8 ヶ月から約 5 年、平均 2.7 年であった。ここで受診歴の捉え方について説明する。受診歴は介護を始めてからの受診年数を指し、夫介護者の回顧による語りのため、「約〇年」としている。例えば A 氏の場合、介護年数が 8 年で受診歴が約 1 年となっているが、介護を初めて約 1 年後に受診をして 7 年が経過していることを意味している。外部サービスは、デイサービス、訪問看護、訪問リハビリ等を利用し、1 人が利用していなかった。

表 3. 対象者の概要

主介護者(夫)									被介護者(妻)				
ID	年齢	介護年数	世帯	子供	健康状態	職業歴	経済状態	語り時期	年齢	要介護度	診断名	受診歴	外部サービス
A	70代後半	8	夫婦	女2	普通	大手建設	良	初・中期以降	70代前半	5	アルツハイマー型	約1年	デイ3/週 訪看2/週 ショートステイ5日/月
B	70代前半	4	夫婦	男2	良好	自営業	普通	初・中期以降	60代後半	5	アルツハイマー型	約2年	ヘルパー毎日訪看1/週 訪歯科1/週
C	70代前半	7	夫婦	男1	普通	製薬会社	普通	初・中期以降	70代前半	5	アルツハイマー型	約3年	デイ3/週 訪看1/週 訪問リハ2/週
D	60代前半	10	同居,娘1人	女2	良好	公務員	普通	初・中期以降	60代前半	5	アルツハイマー型	1年不明,再4	デイサービス2/週
E	70代前半	20	同居,息子夫婦	男1	普通	製造業	普通	初・中期以降	70代前半	5	アルツハイマー型	約5年	デイサービス3/週 訪問看護1/週
F	70代後半	21	同居,娘1名	女2	良好	家屋調査	普通	初・中期以降	70代後半	5	アルツハイマー型	5年	デイ3/週 訪問入浴1週 ショート5日/月
G	60代後半	3	夫婦	女2	普通	教師	良	初・中期以降	60代後半	4	前頭側頭型	約2年	デイサービス3/週 訪問看護1/週
H	70代後半	5	夫婦	男1 女1	普通	靴職人	普通	初・中期以降	70代前半	4	アルツハイマー型	約1年	デイサービス3/週 ショートステイ6日/月
I	70代前半	8	夫婦	男1 女1	普通	自営業	普通	初・中期以降	60代後半	3	アルツハイマー型	約4年	デイサービス3/週
J	60代後半	7	夫婦	男1 女1	良好	写真家	普通	初・中期以降	60代後半	5	若年性ADH	8カ月	デイサービス3/週 ショートステイ2日/月
K	70代後半	3	夫婦	無	良好	製本会社	あまり	初期	60代後半	1	アルツハイマー型	約4年	デイサービス4/週 訪問看護・リハ1/週
L	70代後半	10	夫婦	男1 女1	普通	公務員	普通	初・中期以降	70代前半	5	アルツハイマー型	約2年	デイサービス4/週
M	70代後半	5	夫婦	男1 女2	普通	消防士	良	初期	70代前半	3	若年性ADH	約3年	デイサービス3/週
N	60代後半	3	夫婦	女1	普通	自営業	あまり	初期	50代後半	3	若年性ADH	約1年	デイサービス3/週 ヘルパー5/週
O	70代後半	3	夫婦	男1 女1	良	電気関係技術	良	初期	60代後半	3	アルツハイマー型	約1年	デイサービス4/週 訪問看護1/週
P	70代後半	3	夫婦	男1 女1	普通	保険会社	良	初期	70代後半	1	アルツハイマー型	約2年	なし
Q	70代後半	4	夫婦	女2	あまり	資材販売	あまり	初期	70代後半	3	アルツハイマー型	約3年	デイサービス2/週
R	60代後半	10	夫婦	無	普通	大学教授	良	初・中期以降	60代前半	5	アルツハイマー型	約2年	デイサービス3/週 ショートステイ2泊/月

*若年性ADH：若年性アルツハイマー型である。

2) 面接の概要

インタビューは一人あたり 40 分から 100 分、平均 65 分であった。

次から「介護初期の介護課題の克服プロセス」のストーリーラインとカテゴリーの詳細を記述し、引き続き「介護中期以降の介護課題の克服プロセス」について記述する。

研究 1-1) 「介護初期の介護課題の克服プロセス」

3) 結果図とストーリーライン 【 】: カテゴリー, 「 」は概念を示す。

介護初期の介護課題の克服プロセスの結果は、図 2 に示すとおりである。結果図は、当事者の語りを分析ワークシートにまとめたものを、カテゴリー間の関連およびプロセスがわかるように示し、ストーリーラインとして述べる。

介護初期は妻の認知症を「歳による物忘れと錯覚」して、「認知症とは思いつかない」や「軽度の症状は生活に支障ない」ため、【理由がつかめぬままの妻の異変】があったが、発症前と同様の生活を続けた。妻に任せていた家事が不十分となり補助的に関わるが、食事の準備など「ワンパターンの食事」となり、【家事の不慣れ】があった。この状況は改善することなく進行し、「妻の起こすトラブルの対応に追われる」や生活の中では「指示が通らず暴言・暴力」するなど、「異常行動に対応できず心身ともに困憊」し、【見定まらない対応策】に追われた。このような状況の中、少数のケースは【早期受診】しており、「専門家に相談」し事態の打開を図っていた。しかし、ほとんどのケースは「一人ではどうしようもできずに八方塞がり」状態となり、事態は深刻化した。受診に対して「認知症を病気として受け止めず」や「妻の受診拒否」にて、介護を初めてから約 1 から 5 年（平均 2.7 年）が経過し、【受診の遅れ】があった。妻の異常行動が増加するにつれて、妻を一人にしておけず「退職せざるを得ない状況」となり、「夫婦の絆」「妻は称賛すべき人」として【夫として妻を守る覚悟】をしていた。ようやく受診して診断がついた時は、「認知症の診断は予測どおり」と受け入れ、夫婦関係が良かったケースは「病気だから仕方がない」と介護することを前向きにとらえ、夫婦関係があまり良くなかったケースは、夫婦規範から「介護を回避できない」と消極的に受け止めていた。両者とも介護を引き受けることについて、人生の中で培ってきた割り切りで【仕方がないと受け入れ】て、気持ちを切り替え介護に臨んでいた。

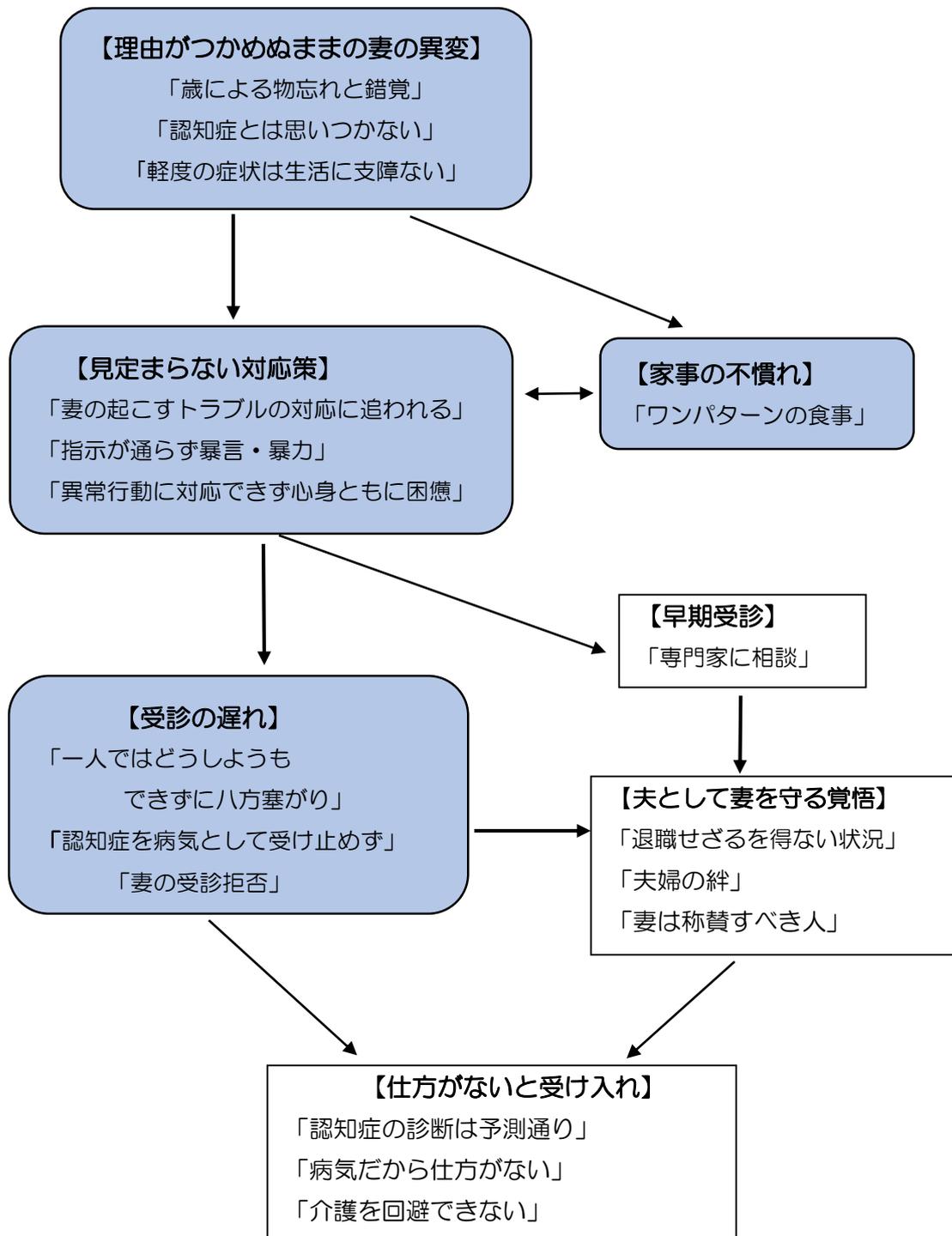


図2.介護初期の介護課題の克服プロセス

:課題
 :克服
 【 】:カテゴリー「
 」:概念
 →:変化の方向
 ↔:相互関係

4) カテゴリーの詳細

次より、カテゴリーを生成している概念の具体的な内容について説明する。表記の仕方は、まずカテゴリーについて概念の構成と解釈を述べ、そして、概念の内容を表している代表的な語りを〇氏：生データとして記述する。1つのカテゴリーにおいて、概念ごとに解釈し、代表的な語りの生データを記述する。この表記法はこの後の介護中期以降、訪問看護師・ケアマネジャーの「カテゴリーの詳細」の項目においても同様の表記法とする。

(1) 【理由がつかめぬままの妻の異変】

構成と解釈：このカテゴリーは、「歳による物忘れと錯覚」「認知症とは思いつかない」「軽度の症状は生活に支障ない」の概念で構成された。介護初期は時々物忘れや行動変化に対して「歳による物忘れと錯覚」して思い過ごすことや年齢的に更年期と勘違いすることもあり「認知症とは思いつかない」状況にあった。

夫の語り：C氏：疑いはね、アルツハイマーとかいうよりも、ちょっとやっぱり更年期障害で鬱状態なのかなって
いうのがあったので。それは根拠のないね、思い込みだったので、それはまずかったですね。

解釈：「軽度の症状は生活上に支障がない」は物忘れや見当識障害があっても、妻は日常生活において発症前と同じような生活をする事ができた。I氏自身も介護初期の段階は特に困ることはないと言っていた。

夫の語り：I氏：単なる、しょうがないな。また始まったなというふうな繰り返しの毎日をただやってきた。

(2) 【家事の不慣れ】

このカテゴリーは、【ワンパターンの食事】の概念であった。家事のなかでは食事の準備に関する内容が多かった。料理経験にかかわらず、同じメニューになってしまうと発言が多かった。

R氏：独身時代長かったから、飯作るのそんなに苦じゃないですけど。ただ、バリエーションがなくて、ワンパターンになるのがね。

さらに料理経験のない夫においては、妻の料理に補助的に関わることから初めて徐々に慣れていくというものであった。

G氏：…そうだね。教わり教わりだね。妻に教わりですね。それまではやっていなかったな。それまでもみていたからな。初めての体験でしたね。それから半年位して買い物も自分でできるようになったですね。

(3) 【見定まらない対応策】

このカテゴリーは、「妻の起こすトラブルの対応に追われる」「指示が通らず暴言・暴力」「異常行動に対応できず心身ともに困憊」の概念で構成された。日を追うごとに認知症が進行し、夫はあらゆる手をつくしながら、窮地に立たされる状況に至る時期であった。家庭外で「妻の起こすトラブルの対応に追われる」ことも生じた。

R氏：ぼやみたいなのを出したりとか。それから車を運転してましたから、帰ってくると、どこかにぶつけて帰ってきたりですね。お宅の奥さんと思われる人が私の車にぶつけたんだよとかなんかで、やっぱりこの部屋に来てもらって、話を聞いて賠償するとか。そういうことがあったわけです。

妻が家事をきちんとしないため、夫が繰り返し伝えるが、言っていることをよく理解できず行動が伴わないことが増えていった。夫はこれまで通りのことを妻に要求し「指示が通らず暴言・暴力」をするようになった。A氏はその時の強い口調になって言ったことを反省しつつ語った。

A氏:あの「駄目じゃないか、しっかりしろ」というようなね。そういうことから始まるわけね。…もう、叱り飛ばしたとかね。何かちよっと物の片付けの話でね。あの「これやとけと」。やってなかったわけですね。だからね、「どうしてやらねえんだ」と。それをまあ1,2回目はいいけど3回目位になったら、まあやっぱり普通だから、相手が普通だと思うからね。強く言っちゃうわけですね。

繰り返す妻の異常行動の対応に迫われ、睡眠がとれないことが続き「異常行動に対応できず心身ともに困憊」に陥っていた。

M氏:徘徊というんですか。実家に帰るといい、夕方になると実家に帰りますとって玄関に行っちゃんですね。そういうことが何回も続いて、夜になると歩き始めるんですね。一回そういう徘徊が始まるとまた繰り返しますから。

(4)【早期受診】

このカテゴリーは「専門家に相談」の概念であった。受診している場合は悩みや困りごとを「専門家に相談」して、事態の打開策をはかっていた。

J:最初の頃は閉じこもりで全然出なかつたので、窓際にねころがっているだけだったので、やっぱり出すためには〇〇さんと〇〇さんの支援センターの助けがあって、私が飛び込んだんですけどね。ネットで探して、そして来てくれたんですよ。

(5)【受診の遅れ】

このカテゴリーは、「一人ではどうしようもできずに八方塞がり」「認知症を病気として受け止めず」「妻の受診拒否」で構成された。受診に至るまで介護を始めてから約1年から5年が経過していた。妻の対応に迫られることが一層顕著になり、夫介護者の心身の疲労は頂点に達し「一人ではどうしようもできずに八方塞がり」の状態になっていた。

O氏:この人はどうなったんだと、これからこの人とどう付き合わなくちゃならないのかと頭が真っ白になりましたね。ひどく乱暴になっているんです。蹴とばしたり殴ったり、それから毎日朝と夜30分位取っ組み合いのけんかですよ。毎日毎日苦しくてどうしようもなかった。

心身の疲労がピークに達し、夫の中には心中を考える者もいた。

L氏:それでね、その間に俺はね、カッターナイフとロープを買ったの。死にたくて。辛くてさ。

これから先、どうしようかな。寝ててやつつけちゃおうかなって思った時もありますよ。そういう事がありました。でも待てよ、やって刑務所へ行ったってなあと思ってさ。いや、もちろん母ちゃん殺してないですよ。

忍耐の限界を感じるようになって外部に目を向け始めた。他者や子供に相談し受診を考えるようになるが、「認知症を病気として受け止めず」の状態が続き、受診に対して積極的ではなかった。

R氏:病院を受診するまで、ちょっとかかって2年ぐらいだと思うんですけども、やっぱりちょっとおかしいなと思って、まあアルツハイマーっていうふうには結び付かないんですよ。

さらに受診が遅れた理由として「妻の受診拒否」をあげていた。

P:もう医者嫌いで、お医者さんなんて行ったことないんです。それで、あんまりあからさまに認知症の疑いがあるから行こうなんて言っても、なんか鼻っ柱の強い女でとても行きそうもない。自分で電話をかけて、「私、嫌です」と言って行かないんです。

(6)【夫として妻を守る覚悟】

このカテゴリーは、「退職せざるを得ない状況」「夫婦の絆」「妻は称賛すべき人」の概念で構成された。妻を守る立場を価値づけることや夫婦として支え合ってきた絆への感謝の気持ちがあった。退職に関しては認知症の進行により仕事と介護の両立が難しくなるものとしてあげられていた。仕事をしている夫にとっては、日中妻を一人にしていることが難しくなり「退職せざるを得ない状況」になっていた。

C氏:うちの家内がね、決まった時間に電話をかけてくれる、そしたらだんだんね、電話をかけるのが家内はできなくなってきたことがわかったんです。これはもう私がずっとついていないといけないなと思って。

夫介護者は夫として病気になった妻の世話をするのは当然のこととして受け止めていた。これまで苦楽を共にしてきた「夫婦の絆」はかけがえのないものだった。

D氏:若い時を思い出すんじゃないですかね。その時には結構、自分が苦勞かけて家族を育て守ってくれた大切な人なんだっていうことをやっぱり思います。何十年と一緒に過ごせば、そういうふうになるんだなと思います。

夫介護者は自分が介護する人を「妻は称賛すべき人」と位置づけ、介護を引き受ける理由として納得していた。

M氏:私一人では大学を二人は出せないですよ。それはおかあちゃんが働いてくれたから。一人の働きだけではやれなかったから。そういうきちんとやった人なんです。

(7)【仕方がないと受け入れ】

「認知症の診断は予測通り」「病気だから仕方がない」「介護を回避できない」の概念で構成された。

受診まで時間がかかったが、子供や専門者の勧めや他の受診と並行してやっと受診に至った。受診後認知症と診断を受けたが、特に驚いたわけではなく、「認知症の診断は予測通り」と受け止めていた。

I氏:僕はたぶんそうだろうと思っていましたから、その頃はお客から頻繁にクレームがきてましたから。家内は店に残せないなーとっていたりしてね。

認知症の診断がつき、「仕方がないと受け入れ」ることで、介護を引き受けることに気持ちを切り替えていた。病気以前に夫婦関係が良かったケースは、「病気だから仕方がない」と介護することを前向きに受け止める傾向があり、本調査のほとんどの夫があてはまった。

R氏:だって病気はしょうがないでしょ.好きでなるわけじゃないし,だって私だってなるわけだし.立場は逆に
なっていれば嫁さんだって,だから諦めてやるしかないですよ.

一方,夫婦関係があまり良くなかった少数のケースは夫婦規範から「介護を回避できない」と消
極的に受け止める傾向にあった.

K氏:結婚って言うたって.別にな未だに別にどうってことはない.紙で繋がっているだけ.愛情なんかわかねえ
しな.こんななったら余計だよな.おる以上はな,しょうがないから面倒みるしかないからね.

研究 1-2)「介護中期以降の介護課題の克服プロセス」

5) 結果図とストーリーライン 【 】: カテゴリー,「 」は概念を示す.(図3)

介護中期以降は「認知症の進行による介護量増大」により「時間刻みの介護スケジュール」と
なり,介護中心の生活となっていた.「排泄ケアの困難感」や「会話にならない孤独感」を感じ,
心身ともに負担が強くなり【進行に伴う介護困難と孤独感】の課題に直面していた.このような
中で「サービス利用にて休息」を得るようにし,「家族会での情報共有」は介護の悩みや相談をす
るなどして,夫介護者の癒やしとなっていた.認知症は病気であるという認識から「妻の認知症
をオープンにして協力を得る」など,【外部アクセスによる支援活用】をしていた.実際の介護は
現役時代の仕事経験を活かし,「仕事姿勢を介護に適用」し効率的に進め,「介護状況の記録化」
「食事の準備の簡略化」などをして【仕事のように介護をマネジメント】していた.さらに認知
症介護の疑問点について,書籍や新聞・テレビ,他家族介護者などから「認知症介護について学
習」して,「自分流介護のコツ」を築き,【介護スキルの習得】をはかっていた.介護中心の生活
をしていく中で,自身の気持ちが疲弊することを感じて,「気持ちを切り替える工夫」や介護に耐え
うる体力が必要として,「介護するための健康維持」に心掛けていた.「介護慣れによる自信」は
自分でもやっていけるという自己効力感となり,介護者としての自分を支える力となっていた.
このようにして介護者としての自分に目を向け,【妻の良き介護者になるための自己調整】をして
いた.認知症介護として当事者主体の介護の学習から「認知症によいことを実践」「気持ちを汲み
取る」などの介護の工夫をして,「妻が喜ぶようにする」ことを通して【妻の尊厳を支え安寧をも
たらす】関わりをめざしていた.介護をしていくなかで妻が自分を頼るなど「夫婦であることの
再認識」をして「共に暮らすという願い」をもつ夫介護者と,一部が「面倒をみるものがない」
からと消極的な姿勢をみせる夫介護者がいた.いずれも予測困難な将来に向かって,【新たな夫婦
の意味づけ】をしていた.一方,認知症の進行と自身の老化による【介護限界の不安】があり,し
かし「施設入所は消極的」であった.不確実な将来に対して未解決の課題と現実の介護が錯綜し
ながら介護をするものであった.【妻の良き介護者になるための自己調整】がコアカテゴリーとし
て生成され,妻の良き介護者としての自分づくりをしていくプロセスが示された.介護課題の克
服プロセスとして,ほとんどの夫介護者が【妻の良き介護者になるための自己調整】していたが,
【介護スキルの習得】と【仕事のように介護をマネジメント】は半数程度にとどまっていた.【介
護限界の不安】は全員が認識していた.

結果図を図3に示す.

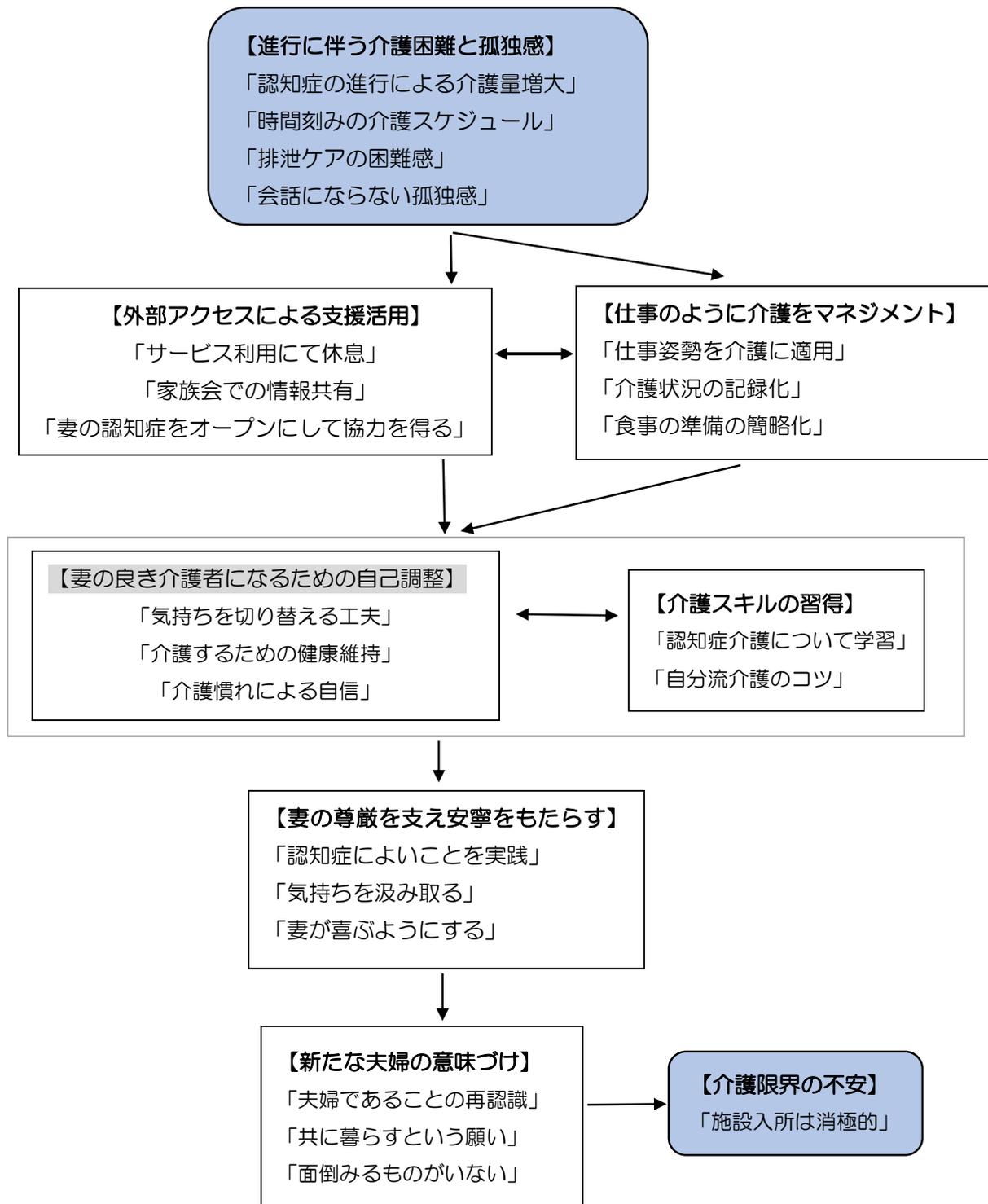


図3. 「介護中期以降の介護課題の克服プロセス」

■ : 課題 □ : 克服 【 】 : カテゴリー 【■】 : コアカテゴリー 「 」 : 概念 → : 変化の方向 ↔ : 相互関係

6) カテゴリーの詳細

(1) 【進行に伴う介護困難と孤独感】

このカテゴリーは、「認知症の進行による介護量増大」「時間刻みの介護スケジュール」「排泄ケアの困難感」「会話にならない孤独感」の概念で構成され、介護を継続していく中で遭遇する課題であった。「認知症の進行による介護量増大」は、徐々に認知機能の低下により、妻が自分でできることが少なくなり介護量が増え、高齢の夫には介護負担となっていた。

H: しょうがないときは女房をひっぱたいでもしましたよ。いうことをきかないんで、「立て」と言っても立たないんでね。オムツ変える時は立たせないと替えられないです。「立て」というと足が丈夫じゃないのでなかなか立たないんですよ。なんとかして力でもやろうとしたんですが、女房が太っているんですよ。

認知症の進行により、身体介護量が増えますますます忙しくなって「時間刻みの介護スケジュール」となった。

F氏:4時に朝起きて新聞のタイトルだけみて、4時半まで仏壇に線香あげて、必ず自分の血圧を測って、準備して家内を5時20分に起こすの。そして6時前後からから食事をさせる。…7時過ぎたら、ここに(車いすの下)もぐってふくらはぎマッサージ200回…8:00にプールにいて、9:50まで泳いで帰りにスーパーによって買い物して帰ってくる…2時から自分の時間。

夫介護者は女性の排泄ケアに慣れていないことや女性の下着を扱うことに「排泄ケアの困難感」があった。B氏にとっては排泄ケアが困り事になっていた。

B氏:やっぱり一番困ったのは、その排泄物の処理がね。皆さんおっしゃられますね。排泄ケアが一番の困りごと。これはあの、もちろん…パンツを履かせたんですが、こう自分で処理をしようとする、どうしても手で触ったりとかね。それをどっちかという壁とか触ったりね。

認知症の進行は言語障害がでてきて、夫を認識せず夫婦の会話ができなくなったことで「会話にならない孤独感」を感じ、夫介護者にとって心理的に辛いことになっていた。

J氏:こっちは困っているよ。会話は通じない。ごはんを作っても「ありがとうございました」と他人の言葉になるんです。他人の言葉なんです。何をやってあげてもそうだし、私のことがわからなくなったんですよ。「だれだっけ」どこの男の人だっけという言葉がでてくる。

(2) 【外部アクセスによる支援活用】

このカテゴリーは、「サービス利用にて休息」「家族会での情報共有」「妻の認知症をオープンにして協力を得る」の概念で構成された。直面する介護課題に対して外部アクセスをしてサービス活用につなげていた。「サービス活用にて休息」は自分のための時間を確保し趣味や好きなことをすることでリフレッシュし、介護を続けていけるというものであった。夫介護者は介護を継続するには自分自身の休息の必要性に気づいていた。

A氏:7時にね、あの預けられればね、僕は日帰りのゴルフができるわけです。自分の遊びも最小限ね。…それじゃなかったら、だってお先真っ暗で、何の希望もない。だから、ただ女房の介護だけが生きがいのじゃちょっと。

「家族会での情報共有」は、同じ立場の介護者同士で悩みや介護について情報を共有する場となっていた。他の介護者の話を聞くことで、自分のいる位置を客観的に知ることもつながっていた。進行している介護者の話を聞き、自分自身を「まだ良い」と位置付けることにより、気持ちを切り替えていた。

1氏:いろいろな家族会にかかわって他の人の生き様を聞かされて、本人と同伴で参加されており、まだまだ進行している方も参加している。そういうことを思ったりするとね、自分の足で通えるというのは恵まれているなと思います。

「妻の認知症をオープンにして協力を得る」は認知症は病気であるという認識からオープンにして、他者に協力を得ようとするものであった。

M氏:私はこの病気が社会に認めてもらうように、誰にでも「女房は認知症になって」と言います。社会に助けてもらわないと生きていけないから。最初からこの病気は隠していてもね。助けを求めないとね。

(3) 【仕事のように介護をマネジメント】

このカテゴリーは、「仕事姿勢を介護に適用」「介護状況を記録化」「食事の準備の簡略化」の概念で構成された。仕事で培った物事の進め方や人間関係の作り方などを介護に適用し、介護を計画的に効率的に進めるようにしていた。C氏は品質保証の仕事のやり方を介護に置き換えて考えることから始めていた。

C氏:あの、品質保証の仕事はこれは徹底的にね、勉強する必要があったので。それであの介護の質って何っていうのを自分の中でね。結局この介護の質を何処に目的を設定して、どんなアプローチをして、どのようなことを準備して、どんなふうにしてそれを始めて、何処でチェックをして、何処で補正をするかって。それを一通り自分で全部描いておいて。

「介護状況を記録」は介護日誌をつけて、妻の介護状態を記録して介護に活用や、将来何かの形に残したいという思いでつけていた。

F氏:どういう介護したか残そうと思って書いてきた。ゆっくり時間がとれるようになったら、介護録でも書こうと思って。…結局排泄ケアと食事口腔ケアが大切なんです。8時40分に失禁なかったと、11時40分にたくさんでてるから次はないと。そうそうこういうふう書いて。

「食事の準備の簡略化」は、男性は家事に不慣れで食事の準備等は大変であるといわれてきたが、本研究の対象は総菜やコンビニエンスストアなどを活用して、食事の準備を効率的に行い、負担が少ないということを語っていた。

A氏:食事の準備はたいしたことない。だって今スーパーに行ったら、もうチンするだけでいろんな美味しい食い物が山ほどある。だからまあ、簡単な料理。それから僕は魚釣りやるから、魚さばくのは昔からやっていたんですよ。料理そのものは億劫じゃないんです。

(4) 【介護スキルの習得】

このカテゴリーは「認知症について学習」「自分流介護のコツ」の概念で構成された。

介護について学習し、問題解決法にて介護技術を高めるようにしていた。「認知症について学習は」はまず介護について知るために書籍やインターネットを活用して、認知症の知識を得るというものだった。仕事経験からも「わからない」ことは調べる姿勢を身に付けていた。このカテゴリーは介護に積極的で、企業や公務員、学歴的に知的活動をする人、前期高齢者が多く、本研究の対象の半数程度の人であった。

D 氏: パーソン・センタード・ケアですよね。あの考え方は、なるほどなって感じですよ。後つい最近、まだ読んでないんですけど、NHK でも紹介された何とかってのは、比較的チェックして大体図書館で借りて、これは良いなと思うと購入するんですよ。付箋が二十箇所ついたら購入しようとか。

「自分流介護のコツ」は介護継続していくなかで、学習したことや他者からの情報提供などにより介護を工夫していた。その成果が介護コツとなり自信となっていた。

H 氏: だから最近是要領がわかってきたから四つんばいにして、手をついてこう立てるようになったんですよ。ああこれでいいやと思って、それをずっとやっているんですけどね。

(5) 【妻の良き介護者になるための自己調整】

このカテゴリーは「気持ちを切り替える工夫」「介護するための健康維持」「介護慣れによる自信」の概念で構成された。妻をできる限り在宅で介護したいというニーズから、妻の良き介護者となり、よいケアを提供したいというものであった。

「気持ちを切り替える工夫」は介護していく中で自分自身の気持ちを安定させ、介護する自分を維持することであった。

J 氏: 週三回火木金、マンションの管理人の仕事をしているんです。それが気分転換になります。何もしないよりはいいです。N 氏: 僕は割と人と接することが多いので、そういうので気持ちを切り替えていきました。

「介護するための健康づくり」は、夫介護者は高齢で身体が虚弱になることも予感しつつ、介護を継続するに、自分自身が健康であることが大事と思い、運動などを取り入れ健康管理をしていた。自己の健康管理についてはほとんどの夫介護者が注意をはらっていた。

L 氏: 自転車のチューブでね、こうやってるの。そう毎日朝夕方と、それからその川ぶち、あの桜並木の所を歩いて、大体三キロか四キロ。それで、どうしてかって言うとな、家の母ちゃんこういうことになってからさ。俺が倒れたら、あれだなって思ってさ。

「介護慣れによる自信」は、時間経過とともに介護のやり方もわかり、自信がついてきたということだった。

J 氏: すごい介護をしているなという気持ちはないです。だんだんできているんで、自分もマンネリ化しているんですよ。

(6) 【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】

このカテゴリーは「認知症に良いことを実践」「気持ちを汲み取る」「妻が喜ぶようにする」の概念で構成された。妻が日常を穏やかに気持ちよく生活することをめざして介護を工夫していた。

「認知症に良いことを実践」は、家族会での情報や書籍・テレビ等で認知症に良いといわれていること意図的に実践して五感を刺激していた

D氏:歩くのは色々な刺激があるので、公園を歩くようにしています。大体、最近では歩ける距離が短くなりましたけど、600メートル位ですかね。…それも本に出ていましたよね。画面で自然の景色を見るんじゃなくて、実際に肌で風を感じて足の裏で。だから、その起伏のある所は砂利がこういうふう埋め込んである所と、土の所と芝生の所とそれのアップダウンのある所と。そこは800メートル位なんですけど。

「気持ちを汲み取る」は、妻が自分のことをうまく表現できないため、認知症介護で学習した当事者に焦点を合わせるパーソン・センタード・ケアを実践していた。

N氏:自分で何もできない。当人はしたいんだろうけど、できないのかなという気持ちで接していますよね。そうね、相手の動きや気持ちを汲み取るしかないかなと思いますね。

「妻が喜ぶようにする」は、自分が行った介護に対して妻が喜んでくれることをやりがいにしており、介護の評価は妻を基準に考えていた。

C氏:そのジャッジメントはね、うちの家内ですよ、うちの家内が美味しいって言えば、それは良かったって思うし。私はあまり判断するんじゃなくて、家内の様子を見て。家内を喜ばせてやろうと思えばいいんです。

(7) 【新たな夫婦の意味づけ】

このカテゴリリーは「夫婦であることの再認識」「共に暮らすという願い」「面倒みるものがない」の概念で構成された。「夫婦であることの再認識」は、妻が自分を必要として、夫婦でいる時間が長くなりこれまでとは違う新しい夫婦の形となり、あらためて夫婦であることを再認識していた。

A氏:もう、僕がトイレ行ってもすぐ呼ぶわけ。だから「なんだよ」って言うと、何も用事ないわけ。自分の傍へ来いってわけ。だからね、逆に言えばね、新婚になったみたい。あの離れるのが嫌なの。それは悪くないですよ。ちょっと煩わしい時もあるけどね。

認知症の妻とあらためて暮らしていくことを決意した夫もいた。

C氏:それで僕はね、第二の結婚ということを決めようとした。認知症の人と結婚したと思う…

初めから認知症の人と結婚したんだから、あの、前の事は全然もうね、比較しないということにした。

「共に暮らすという願い」は、夫婦の形態は変わっても、最後まで夫婦で共に暮らすことが幸せであると願いをもっていた。

I氏:飯にこれがいなくなっただね。それはつまらない暮らしでしょう。こう暮らしていた方がいいでしょう。

H氏:大変は大変だけど、これも預けていないとやっぱ物足りないんです。いた方が自分のためにも精神的にいいんだな—と思います。一人でテレビでもみていると話しかけるときのがあります。だから、いた方がいいんだな—と思っています。

一方、少数の夫介護者が「面倒をみるものがない」からこのまま二人の生活を続けるしかないと言っていた。

K氏:俺も、こんななら別れようかな思ったけど。今ね、親がああいう状態だから、…本当に重荷だ。他に面

倒みるもんないじゃん。だから元気の良い間はね。仕方がないやと思うてな。貧乏くじ引いたと思うしかないね。

(8) 【介護限界の不安】

「介護限界の不安」は全員が感じており「施設入所は消極的」の概念であった。認知症の進行による介護負担と高齢による介護限界の不安があった。自身が介護できる間は在宅で介護をして、将来的には施設入所も視野に入れるということだった。

O氏: 今後はずっと家でみるつもりです。自分で手に負えなくなったら施設にはいってもらわないと。自分でもそれが不安ですね。

さらに経済的理由から施設入所をためらう夫もいた。

H氏: ただ、民間の場合は金額が高いでしょう。長くいれるだけの蓄えもないですから。

4. 考察

1) 介護初期に夫介護者が直面する介護課題の克服プロセス

介護初期は【理由がつかめぬままの妻の異変】【見定まらない対応策】【受診の遅れ】【家事の不慣れ】の課題があり、課題に対して【早期受診】【夫介護者として妻を守る覚悟】【仕方がないと受け入れ】の克服プロセスが見出された。本調査では、介護を始めてから介護限界を感じるまで約1から5年間が経過し、妻の【受診の遅れ】の問題が明らかになった。【受診の遅れ】の原因として、被介護者本人自身の認識のなさ⁸¹⁾や介護者のためらいの影響⁸²⁾が報告されており、本調査においても同様の結果がみられた。しかし、他の要因として、介護限界を感じるまで数年間過ぎてから外部アクセスがされるという特徴が見出された。外部アクセスにおいて、家族介護者の場合は介護初期から解決を求めるが、必要な情報が入らないという「情報アクセス遮断」が介護の阻害要因としてあげられているが⁷⁰⁾、夫介護者の場合は、外部アクセスの時期が介護限界を感じからと遅い傾向にあった。さらに、介護限界感に関して、家族介護者の場合は、外部アクセス後に福祉サービスの利用や家族会の参加などにつながる事⁸³⁾に対して、夫介護者の場合はサービスでなく、まず受診をして診断を受けるという違うプロセスが示された。性差においても女性は積極的に周りの人や友人に私的な支援を求める傾向がある³²⁾が、男性は一人で抱えこんでしまう傾向があり、受診の遅れにつながったと考える。このように本調査では、介護初期から介護限界を感じて外部アクセスするまで約1年から5年間かかり、受診に至るという【受診の遅れ】のプロセスが明らかになった。【受診の遅れ】は、夫介護者のストレスフルの状態を長引かせ、ひいては健康障害まで影響を及ぼしやすいということから、早期の受診対策を促していく必要がある。

次に夫介護者の一人抱え込み現象も問題としてあげられた。忍耐の限界に達した夫介護者の中には暴言・暴力などの介護虐待や介護心中の問題をはらんでおり、重要な課題としてあげられた。家庭内虐待調査において、被虐待の特徴として日常生活能力が低く、興奮・攻撃性が多く、夫介護者に多い⁸⁴⁾と報告されており。本研究においても認知症の症状があり対象が夫介護者という点で、虐待につながりやすい特徴が示唆された。さらに本研究では1事例のみが前頭側頭型認知症で、異常行動が早期から出現して、その対応に疲労困憊する程度が強い傾向にあり、虐待のリスクも高いと考える。アルツハイマー型認知症との症状の違いなど、認知症の種類の違いによって

も検討していく必要がある。

男性介護の課題については、【家事の不慣れ】があげられる。家事スキルは男性介護者が抱える問題の最初の分岐点¹⁶⁾としているが、本研究において、家事スキルの困難が先行研究とやや異なる特徴が示された。家事の不慣れは主に食事の準備困難^{85,86)}が報告されているが、認知症の症状は数ヶ月から年単位とゆるやかに進行していく特徴から、妻の家事においてもゆっくりとしたペースでできなくなる特徴があった。このような状況で夫自身は妻から教わり、不十分なことに対して補助的に関わるということを通して、家事スキルを身に着けていた。家事を全て担い困難に陥るといふこれまでの報告と違い、徐々に家事に慣れていくという点は認知症介護の特徴と考える。特に食事を作ることに於いて、近年手軽に活用できるコンビニエンスストア等の普及もあり、惣菜活やレトルト食品も多量にとり入れ、介護で忙しい夫介護者にとっては一助となっていた。しかし、食事の準備を簡素化する傾向にあり、栄養が偏りやすいことが問題としてあげられた。栄養バランスを考えた食品の選び方や簡単な料理の仕方など指導していく必要がある。さらに夫の栄養面からの健康状態をチェックすることは必要がある。

本研究ではほとんどの夫介護者が介護を引き受けることに対して【仕方がないと受け入れ】ていた。山本⁷⁾は「仕方がない」は解決が困難な場合の認識の修正に効果的であるといっており、本研究の夫介護者においても「仕方がない」と認識の修正をはかることで介護を引き受ける態勢につながっていた。介護の引き受けには、介護以前の夫婦関係が影響する^{22,30)}とされているが、本研究においては、夫婦関係が良かったケースは「病気だから仕方がない」と介護することを前向きに受け止め、あまり良くないケースにおいては、介護することは本意ではないが、夫婦規範から「介護を回避できない」と消極的に受け止める傾向が明らかになった。この受け入れ態勢はその後の介護姿勢においても影響していた。夫婦間で行われる介護を支援する場合、介護以前の夫婦関係のあり様にも目を向けていく必要がある。

2) 介護中期以降に夫介護者が直面する介護課題の克服プロセス

介護中期以降は、【進行に伴う介護困難と孤独感】に対して【外部アクセスによる支援活用】【仕事のように介護をマネジメント】して、【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】をめざし、【介護スキルの習得】と【妻の良き介護者になるための自己調整】「をする克服プロセスが見出された。つまり、夫介護者は夫として妻を介護の全ての責任を自分におき、自己の人生の歩み方を視座しながら、介護スキルの習得、仕事観を活かした介護マネジメント、外部との交流を通して、妻のよりよい介護者としての自分作りをしていくプロセスが明らかになった。妻の良き介護者になるということに関して、認知症介護において妻の世界を理解することや寄り添うことを学習し、積極的に実践していた。例えば、「認知症によいことを実践」「妻の気持ちを汲み取る」は具体的な行動として示され、「妻が喜ぶようにする」は、介護評価を妻主体に考えていた。夫が自分自身を準拠点において介護にしている^{28,29)}という先行研究と異なる結果であった。認知症の場合、当事者主体の介護をしなければ介護の安定化ははかれないことを経験から学び、夫介護者たちの中にも「パーソン・センタード・ケア」（認知症をもつ人を一人の“人”として尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする認知症ケアの考え方）の考え方が浸透してきていると考える。

次に男性介護の特徴として、「介護の抱え込み現象」¹⁷⁻¹⁹⁾「仕事としての介護」^{23,24)}「排泄ケア

の困難」³⁴⁻³⁶⁾の3つの課題があげられる。1つ目の「介護の抱え込み現象」は本調査においてもみられた。この打開策として「家族会での情報共有」は、同じ立場の人との交流ができ、在宅での閉ざされた生活から外部へ目を転じることとなり、気持ちを切り替えることに有効^{59,83)}であるという報告を支持する結果となった。家族の会は悩みや困り事の相談だけでなく、介護を学習する場にもなり、介護抱え込みの解決策として有効であると考えられる。

2つ目の「仕事としての介護」は、本研究において【仕事のように介護をマネジメント】のカテゴリが生成された。家事・介護の進め方において、仕事観を活用し介護スケジュールをたて、家事・介護の効率化を図っていた。齋藤³⁾は、仕事としての介護が相手のニーズの配慮より効率性や合理性に傾きやすいと指摘しているが、本研究においても、家事の進め方やスケジュール通り介護するなど効率性という点では同じような傾向がみられた。しかし、認知症の妻の関わりにおいては、仕事観は適用されず、妻に寄り添い当事者主体の介護を実践していた。つまり、夫介護者における認知症介護は家事・介護の進め方において仕事観を活用し、認知症の妻の関わりにおいては、当事者主体の介護（パーソン・センタード・ケア）の実践と2つに分けて介護していることが明らかになった。

3つ目の「排泄ケアの困難」は、認知症の進行による排泄ケアの難しさがあげられた。女性の排泄ケアの不慣れと複雑な介護技術を必要とすることが困難な理由と考える。夫が介護する場合は介護される妻の抵抗³⁶⁾が問題とされており、特に認知症の場合、本人が抵抗感もうまく表現できないため、専門者は本人を尊重しプライバシーに配慮した排泄ケアの介護技術の指導や、夫が相談できる関係を築いていく必要がある。

夫介護者は自身の生き方として、ジェンダー規範や男性介護の葛藤を乗り越え、介護者のひとりが「第2の結婚」と言ったように、夫婦の形は変わっても妻と共に生きることを信念としていた。すなわち、認知症になっても妻という存在は変わらず、妻と過去の関係性を維持しつつ、「支え合う関係」から「支える関係」へと【新たな夫婦の意味付け】をして、夫婦愛を基盤として共に生きていくという夫の生き方が明らかになった。

一方、一連のプロセスを阻む要因として、【介護限界の不安】があった。夫介護者は老年期にあたり、老化と共に起こる身体能力の低下と健康不安や自らの寿命が先行きの不安となっていた。

「施設入所には消極的」でありながら、介護限界の延長には施設入所を考えていた。老年期の介護は、現在介護できている安心感とともに、将来の介護不安の両価的な気持ちを持ちながら介護していることが明らかになった。

第4章 研究2

「夫介護者の介護課題の克服を支援するための訪問看護師・ケアマネジャーによるアプローチ」

1. 研究目的

夫介護者の介護課題の克服を支援するための訪問看護師・ケアマネジャーによるアプローチについて明らかにする。

2. 研究方法

1) **調査対象者**：夫介護者の支援にあたっている訪問看護師・ケアマネジャー（以下、専門職者と表記する）11名

夫介護者の面接時に担当専門職者の紹介を受け、後日インタビューをすることの承諾を得た。その後、支援にあたっている訪問看護ステーションと地域包括支援センターの管理者宛に調査協力を電話で依頼し、そのあと実際に文書と口頭で研究の依頼をした。管理者より専門職者の紹介を受け、再度電話にて調査協力を依頼した。その後専門職者に文書と口頭で研究の依頼し、同意を得た。インタビュー日時が確定した際、再度夫に電話連絡をした。

専門職者の選定基準は、夫介護者の語りから、継続的に支援している者、介護問題が夫一人では解決することが難しいと思われるケース、語りの中に専門職者のことが多く話されることなど、夫介護者に対する関わりが密接で、夫介護者のことをよく把握できている者と思われる専門職者を選定した。

2) **調査方法**：半構造化面接法

インタビューガイドを作成（資料 11）して個別面接をした。インタビューを実施するにあたり、研究者と対象者で都合のよい場所と日時を設定し面接を行った。面接内容の録音の承諾を得て録音し、録音したデータは逐語録化した。

3) **調査期間**：2015 年 2 月から 2015 年 12 月

4) **インタビューガイド**（資料 11）

①介護支援から今日までの経過と関わり ②夫介護者の介護姿勢と受け止め方 ③夫の健康管理 ④多職種との連携 ⑤夫介護者との関係性を保つための工夫など。

対象者背景のチェックリストとして、年齢、専門職歴、夫介護者の支援期間、支援内容について、最後に質問形式で記入した。

5) **データ分析方法**

(1)修正版グランデッドセオリー・アプローチ（M-GTA）による継続比較分析をする。

研究 1 の分析方法と同様である。

(2)分析テーマと分析焦点者の選定

分析テーマ：「夫介護者の介護課題の克服を支援するためのアプローチ」

分析焦点者：「夫介護者を支援する訪問看護師・ケアマネジャー」

(3)分析手順

研究 1 の分析手順に同様である。面接と並行してデータ分析と概念生成を続けていった。事例 11 人目で、新たな概念が生成されなくなり、理論的飽和化に達したと考えた。

分析ワークシートを資料 12 に示す。

3. 結果

1) 対象者の概要

本研究の夫介護者の支援にあたっている専門職者は11人であった。年齢は40歳代5人、50歳代4人、60歳代2人であり、担当期間は1年から5年間、平均3.2年であった。担当夫介護者は10人であり、専門職者のID6とID7は同一の夫介護者Cに関わっていたため、違う職種立場からインタビューをした。支援内容は主に夫の介護相談、介護サービスの計画調整、夫婦の健康チェックなどであった。対象者の概要は表4に示す。

2) 面接の概要

半構造化面接を用い、インタビューは一人あたり22分から90分、平均32分であった。

表4. 訪問看護師・ケアマネジャーの概要

ID	年齢	専門職歴	担当夫 介護者	担当期間	支援内容
1	40歳代	訪問看護 16年	B	2年 2ヵ月	褥瘡ケア、健康チェック、夫の介護相談
2	40歳代	訪問看護 2年1ヵ月	L	2年	排便コントロール、健康チェック 夫介護者の相談
3	40歳代	ケアマネ8年 看護師26年	A	約5年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
4	40歳代	社会福祉士15年 ケアマネ8年	F	約3年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
5	50歳代	介護福祉士12年 ケアマネ4年	T	3年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
6	50歳代	介護福祉士7年 ケアマネ3年	C	3年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
7	50歳代	看護師25年 ケアマネ10年	C	6年	夫婦の健康チェック、夫の介護相談
8	50歳代	看護師30年 ケアマネ8年	K	1年 1ヵ月	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
9	40歳代	社会福祉・ ケアマネ20年	Q	1年	口腔教室・栄養教室の支援、 担当ケアマネとの連絡調整
10	60歳代	介護福祉20年 ケアマネ15年	J	2年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整
11	60歳代	保健師36年 ケアマネ7年	O	4年	夫の介護相談、介護サービスの計画調整

3) 結果図とストーリーライン (図4に示す) 【 】: カテゴリー, 「 」: 概念をあらわす。

専門職者の夫介護者に対する最初の関わりは、【時間をかけて関係性を築く】という関わりであった。具体的な支援方法は「夫介護者と同じ位置に立ち支える」「夫介護者の SOS にすぐに対応」などであった。介護サービスについては、「介護サービスを徐々に導入」して夫介護者の了解が得られるようにしていた。あくまで夫介護者のペースを大事にし、信頼関係を築くことが土台となっていた。夫介護者の介護の実際に対する支援は、【夫介護者が主体的に介護できる】ように「夫介護者の頑張りを称賛」し、「指摘でなく諭すような伝え方」を工夫して、「多少良くなくても夫介護者のやり方を尊重」するなど夫介護者の主体を尊重する関わり方であった。【夫介護者が主体的に介護できる】はコアカテゴリーであった。また【夫介護者の健康管理】において「夫介護者が休息できるように対策を立てる」「抱え込み現象を把握」などの支援をしていた。さらに【介護不足を協働して補う】として、「介護力不足を査定しサポートする」「ベストなサポートになるよう相性が合う人が対応」「課題に対して医療と福祉職が協働して取り組む」といづれも医療福祉職の連携を図り支援していた。これらの取り組みは【夫介護者の介護生活の安定化】をめざすものであり、夫婦を支援するにあたり「夫婦が在宅生活を続けられるように支援」するとしていた。つまり、専門職者による夫介護者へのアプローチは、【夫介護者の介護生活の安定化】をめざし、【時間をかけて関係性を築く】ことを基に【夫介護者が主体的に介護できる】ように【夫介護者の健康管理】【介護不足を協働して補う】などの支援をするアプローチであった。

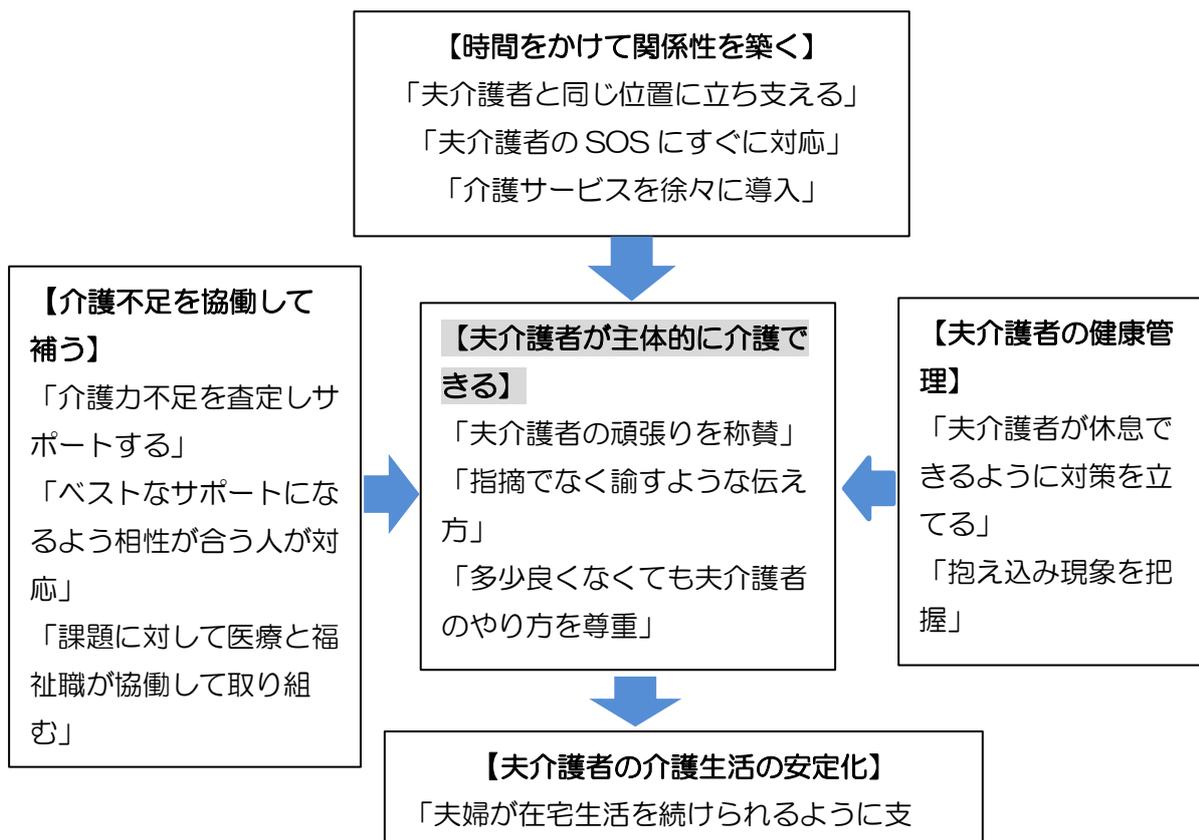


図4. 訪問看護師・ケアマネジャーによる支援

【 】:カテゴリ 【■】:コアカテゴリ 「 」:概念 ➡:支援の方向

4) カテゴリーの詳細

(1) 【時間をかけて関係性を築く】

このカテゴリーは、「夫介護者と同じ位置に立ち支える」「夫介護者の SOS にすぐに対応」「介護サービスを徐々に導入」の概念で構成され、夫介護者との関係ができるまでじっくり時間をかけて関わり、今後の支援がなりたつうえで関係性の構築は極めて重要であった。

「夫介護者と同じ位置に立ち支える」は夫介護者の介護姿勢に寄り添いながら、一緒に妻の介護を支えていくというものだった。同じ立場に立つことに留意しており、次のように語った。

語りデータは訪問看護師・ケアマネジャーを専門者 ID として（専, ID 番号）で示す。

（専,10）:信用というか、いや、心底本当に信用してるかどうかい分かんないんだけど、少なくとも共有して同じ立場に立って、やっぱりご主人の苦しさを共有できないと、B さんの立場に立って「こうです」と言っても全然駄目なことで、ご主人と一緒に「つらいですよね」というところの共有感がないとそれほどできなかったかなと。

「夫介護者の SOS にすぐに対応」は、夫介護者の困りごとにはすぐに相談にのり、緊急時はいつでも連絡取れる体制をとっていた。

（専,7）:転んで大変だといったときに、大変だって電話が来てすぐ飛んでいって、「お父さん、これ痛がってるから救急車呼んで病院に行きましょう」と言ったら、「その判断できなかったからあんたを呼んだ」みたいに言われて、「あ、それじゃすぐ救急車」って即救急車で病院へ行って、そして良くなってきて帰りました。

「介護サービスを徐々に導入」は、必要とする介護サービスをすべて促すのではなく、一つずつ、夫介護者本人の意向を確認しながら導入するというものだった。

（専,4）:ちょっとした時間をご主人もとれたりとか、本人にとってもお家以外のところに出てくるのもいいのかなと思ったので、そういう場所を探したり、あとは入浴なんかは、体力的に落ちてしまうのでデイサービスで入ると。

(2) 【夫介護者が主体的に介護できる】

このカテゴリーは、「夫介護者の頑張りを称賛」「指摘でなく諭すような伝え方」「多少良くなくても夫介護者のやり方を尊重」の概念で構成された。在宅において夫介護者が介護を続けられることを目標に、あくまで夫介護者のやり方を尊重し励まし、専門的な意見・指導はわかるような伝え方をして、夫介護者の主体性を尊重する関わりであった。

「夫介護者の頑張りを称賛」は、夫介護者の頑張りを認める関わりをして励まし、自分の頑張りを認めてほしいニーズをくみ取りねぎらうことをしていた。

（専,7）:奥さんを介護していて認めてもらうこと自体が、自分の生きがいみたいな感じになっているのかなという感じがするので、だから「お父さん頑張っているね」ということを常に訪問の時はお話しさせてもらったりしてます。

「指摘でなく諭すような伝え方」は、問題を指摘するのではなく、本人が受け入れるような説明の仕方に心掛け、専門職としての意見は控えるという姿勢をとっていた。

（専,8）:認知症の場合に怒ってもしょうがないよねとか、教え聞かせるんじゃなくて、本当に雑談というか、普通の会話の中で、向こうが返してきた言葉に対して、「そこで怒ってもね」、「結局病気だから分からないから駄目だよね」みたいな感じのやりとりはあったかなと思うんですけど。

「多少良くなくても夫介護者のやり方を尊重」は、専門的にみるとよいやり方でないが、妻に大きな影響がない限り、在宅で介護を続けられるように、まず夫介護者の介護の仕方を尊重するというものであった。

(専,10):こっちが提案してもご主人のやり方があるから、夜中の1時に無理に起こしてトイレに連れていくという話を聞いたときは、思い切り寝てる時にご主人どうなのかしらねという話もちよつとさせてもらって。うちに泊まった場合は無理に起こさない。本人は尿意があるので起きてはくる、場所は分かんないけど。でも、それとご主人の思いとは別だから、これが正しいですとは言わないんだけど、ご主人も一生懸命やってるしね。

(3) 【夫介護者の健康管理】

このカテゴリーは、「夫介護者が休息できるように対策を立てる」「抱え込み現象を把握」の概念で構成された。夫介護者の抱え込み現象を把握して、休息が得られるように介護オフの時間を作ることを働きかけ、健康管理をするというものであった。

「夫介護者が休息できるように対策を立てる」は、夫介護者が介護だけの生活にならないように、休息できるように夫介護者と話し合い、休息時間を確保していた。

(専,8)・・・ご主人も少し介護から離れて、自分の楽しみとか、そういう時間持つ必要あるよねというところで、ご主人とも話をしたんですね。その参加している中で、「釣りに最近行ってる？」とか言うと、意外と時間つくって行くようになったんですよ。すごい釣り好きで。

「抱え込み現象を把握」は夫介護者の抱え込み現象を把握して対策を講じるというものであった。

(専,2):お父さんやっぱり、愛情が凄くあるんですよ、奥様に対しては凄く愛情深くて。未だに本当にデイサービスも出たくない位、心配です。お父さんが、愛情が凄くあるんですけど、ケアはできなくて。

(4) 【介護不足を協働して補う】

このカテゴリーは「介護力不足を査定しサポートする」「ベストなサポートになるよう相性が合う人が対応」「課題に対して医療と福祉職が協働して取り組む」の概念で構成された。

「介護力不足を査定しサポートする」は、夫介護者の介護を支援していく中で、夫介護者の介護に対する姿勢や妻の状態をみて、介護力を査定し補うというものだった。

(専,9):期待できる介護力が、まだ着替え用意してくれるご家族いればいいですけど、それすらもない、身寄りのない方とかも結構いるので、そうするとしようがないからケアマネさんが気の毒にお洋服買いに行ってくれたり、ヘルパーさんがご自分の時間でついでに買っておいでしてくれたりとか、お金のない方だとご家族で着なくなったものとかも提供して下さったりとか、結構いろいろです。

「ベストなサポートになるよう相性が合う人が対応」は、チームの中で夫介護者が信頼を寄せる人を選び、対応にあたるようにしていた。

(専,7):最初から関わってはいますけど、いろいろな看護師も何人かいるので、今週はAさん、来週はBさんみたいな感じで行くんです。何人かの看護師が関わって、ご主人もこの看護師さんはちよつと奥さんに合わないかなとか、この看護師さんなら話が合っているみたいな、そういうことあるんだと思ひながらやっています。

「課題に対して医療と福祉職が協働して取り組む」は、夫介護者の介護課題に対して、ケアマネジャーを中心にいろいろな職種が協働していた。

(専,4):入所はちょっと受け入れられないんじゃないかと。このまま続くのは本人もつらいし、こっちも大変だし、どうかならないだろうかというのが介護側からくると、私が医療の先生の方と調整して、ケースカンファレンスを持ちます。医療と介護側と議論して、Aの場合はAさんも入れます、その中に、ご主人も入れます。

(5) 【夫介護者の介護生活の安定化】

このカテゴリー「夫婦が在宅生活を続けられるように支援」の概念で構成された。夫介護者の介護生活の安定化には夫婦共に支援していくことが必要であるということであった。

(専,10)ご主人がいろんなことを悩んでいる間は、それがそっくり奥さまの方にも不安がいつちやうわけで、ご主人が安心するところで奥さまも安心してゆったりしてもらわなきゃいけないくて、ご主人も一緒に支援していかなきゃいけないんですよ。

4. 考察

夫介護者が介護継続していくためには、訪問看護師やケアマネジャーなどの専門職者の支援の意義は大きいと考える。以下、専門職者の夫介護者へ必要な支援と役割について考察する。

在宅介護において、特に夫婦間の場合は外部との交流がはかりにくいといわれている。その中で専門職者が支援にあたるには、まず夫介護者が専門職者を信頼し心を開いて相談するようになることが必要とされる。そのため専門職者は夫介護者自身を主体に考え、なじみの関係づくりから始めていた。夫介護者の良き相談者となり悩みや困りごとと一緒に考え、同じ立ち位置で問題を共有するということをしていた。さらに夫介護者が介護者として自立していけるように、夫介護者の介護について称賛し、自己効力感を高めるような関わりをしていた。一瀬²²⁾は介護を継続していくには介護者が自らの介護行為に対して肯定的評価を持つことが必要であると述べている。本研究においても、専門職者が夫介護者のやり方が不十分でも否定せずに見守り諭し、夫介護者の介護を称賛し肯定的なメッセージを伝えていた。このような関わりによって夫介護者が自らの介護に肯定的評価を持つことができ、主体的に介護することにつながったと考える。

健康面のアプローチについては、抱え込みの把握や休息を促す対策など、夫介護者が行き詰らないように事前に対策が講じられていた。山本⁷⁾は、介護者自身が限界を認識できるように、専門職者が身体的健康と心理的健康の両方から選択する必要があるとっており、本研究の対象においても同じような対策が取られていた。

実際の介護については、夫介護者に介護不足を指摘するのではなく、夫介護者自身がサービスを受けて、うまく軌道にのれるよう夫介護者の介護状況を専門的に査定し、介護不足を医療福祉チームで連携する支援体制をとっていた。支援の中でも「ベストなサポートになるよう相性が合う人が対応」というふうに、その状況で最もふさわしい職種を選択し、しかも夫介護者と関係がより築けている人が介護にあたるなど、より個別的に協働体制をとり、パートナー的存在として関わっていた。家族の支援にあたる場合、介護者を支援の対象としてみなすのではなく、ケアのための対等なパートナー的存在として協力体制を作っていくことが必要であると考えられる。

在宅における夫介護者へのアプローチは、介護者との信頼関係を基盤に、夫介護者の主体性を引出すような関わりと健康管理、介護不足に関しては医療福祉チームが連携して支援にあたるという特徴が明らかになった。特に支援の特徴が【夫介護者が主体的に介護できる】はコアカテゴリーとして中心におき、医療福祉チームが後方支援の存在としてあるということが明らかになった。主役の夫介護者が介護者として自立し、介護生活の安定化をめざして、医療福祉チームが連携して取り組んでいく必要がある。

5. 結果のまとめ（研究1・2）図5に示す。

夫介護者の介護課題の克服に対して、専門職者の支援の関係性についてまとめた。本研究の夫介護者を担当した専門職者の関わりは、夫が外部アクセスをして受診について悩む頃から関わりが始まっていた。介護初期の受診の勧めから受診に至り、【仕方がないと受け入れ】の段階では【時間をかけて関係性を築く】ための関わりをして、まず夫介護者との信頼関係を築くことに専念していた。介護中期以降は【認知症の進行による介護負担と孤独感】の介護課題に対して、【外部アクセスによる支援の活用】【仕事のように介護をマネジメント】して、【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】をめざして【妻の良き介護者になるための自己調整】【介護スキルの習得】の段階において、まず【夫介護者が主体的に介護できる】を中心に支援していた。状況をみて【夫介護者の健康管理】【介護不足を協働して補う】など具体的な関わりをしていた。【新たな夫婦の意味づけ】【介護限界の不安】に対しては、【夫介護者の介護生活の安定化】が図れるように関わり、夫介護者が介護課題を克服できるよう支援する関係性が示された。

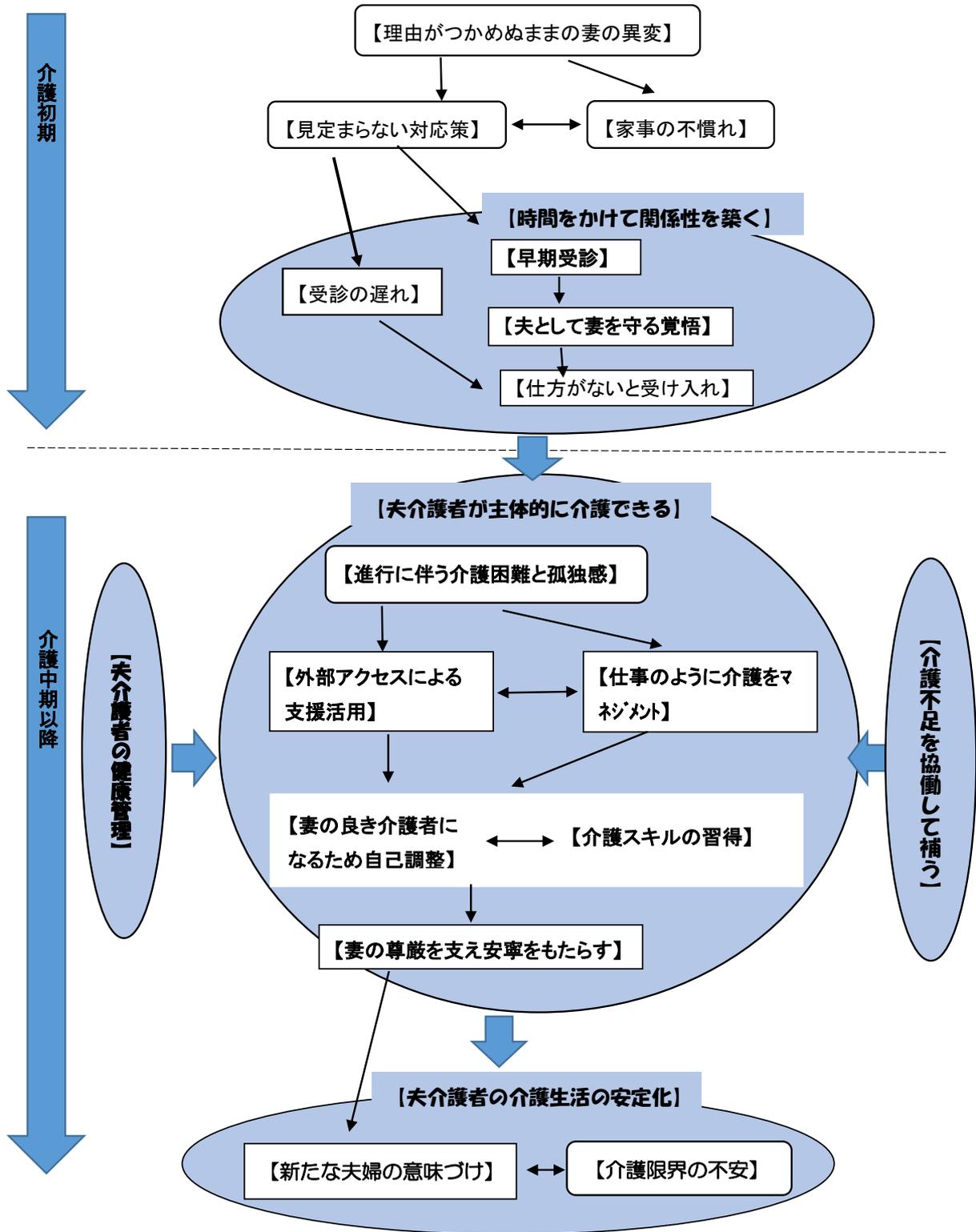


図5. 夫介護者の介護と訪問看護師・ケアマネジャーの支援の関係

【 】: カテゴリ □ : 介護課題 → : 変化の方向 ⇨ : 支援の方向 ○ : 支援の内容

第5章 総合考察

総合考察では、第3章から第4章の知見を踏まえ、夫介護者が直面する介護課題の克服と訪問看護師・ケアマネジャーの支援について考察する。

1. 介護初期の介護課題の克服とその支援

介護初期は【理由がつかめぬままの妻の異変】【家事の不慣れ】【見定まらない対応策】【受診の遅れ】が介護課題として生成され、【夫として妻を守る覚悟】【仕方がないと受け入れ】が克服カテゴリーであった。介護初期は妻の異変に気づき受診に至るまで概ね1年から5年が経過し【受診の遅れ】が問題として明らかになった。受診の遅れは夫介護者が心身共ストレスフルな状況になり、健康障害や介護心中などの問題につながりやすい。専門職者は、地域において抱え込みケースの情報収集や健康チェックなど事態の把握に努めているが、夫介護者の場合、ひとりで抱え込む傾向がみられ、早期に相談を受ける等の対策が必要である。現在、認知症に関しては、自治体の啓発活動やマスコミ等でさかんに紹介され、一般市民にも浸透してきていると思われる。しかし、認知症の病気や症状についての情報提供のみだけでなく、認知症の初期対策や医療福祉機関に相談するなど、介護者になった場合の対処についても情報発信をしていく必要がある。また、認知症の初期段階から介護者・被介護者という関係だけではなく、本人と家族が共にパートナーとして、学習会に参加する機会や話し合いの場を作っていくことも必要である。さらにかかりつけ医と専門外来の連携や地域の相談窓口など、認知症高齢者を抱える介護者が相談しやすい環境づくりや、早期に受診ができる方策をこれまで以上に強化していく必要がある。

夫介護者の家事の不慣れについては、主に食事の準備があり、妻に補助的に関わることによって徐々に家事の不慣れを克服していた。しかし、栄養が偏りやすいことが問題としてあげられ、栄養バランスを考えた食品の選び方や簡単な料理の仕方など、地域の栄養士と連携し具体的な指導していく必要がある。並行して夫介護者の健康状態を把握していくことも必要である。

2. 介護中期以降の介護課題の克服とその支援

介護中期以降は【進行に伴う介護困難と孤独感】の課題に対して、【外部アクセスによる支援活用】【仕事のように介護をマネジメント】、さらに【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】ことをめざして【介護スキルの習得】と【妻の良き介護者になるための自己調整】【新たな夫婦の意味づけ】をして克服していた。認知症の進行と介護者自身の老化による【介護限界の不安】がみられた。

本研究では【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】ことをめざして介護しており、パーソン・センタード・ケアを夫介護者も実施していることがわかった。一方、男性の介護抱え込みについて、本研究では夫介護者の了解を得て徐々に介護サービスを導入し、夫介護者の休息が妻にとっても良い状態となることを伝え、抱え込みから解放していた。専門職者は、高齢者が自身の介護予防だけでなく、介護する側になった時の対応についても、介護以前から指導していく必要がある。近年、外部サービス導入は契約システムにより介護者の意思が尊重されるようになっているが、介護者自身の遠慮やニーズを伝えることが不十分であったりする。専門職者は、介護者が心を開き相談できるようなパートナー的存在となり、夫介護者を支援していかなければならない。

3. 本研究の知見のまとめ

本研究の知見を次のようにまとめた。

- 1) 介護初期から介護限界を感じて外部アクセスするまで、約1年から5年間かかり受診に至るという【受診の遅れ】のプロセスが明らかになった。
- 2) 夫介護者は夫として妻を介護の全ての責任を自分におき、自己の人生の歩み方を視座しながら、介護スキルの習得、仕事観を活かした介護マネジメント、外部との交流を通して、妻のよりよい介護者としての自分作りをしていくプロセスが明らかになった。
- 3) 夫介護者における認知症介護は家事・介護の進め方において仕事観を活用し効率化をはかり、認知症の妻の関わりにおいては当事者主体の介護（パーソン・センタード・ケア）の実践と2つに分けて介護していることが明らかになった。
- 4) 認知症になっても妻という存在は変わらず、妻と過去の関係性を維持しつつ、「支え合う関係」から「支える関係」へと【新たな夫婦の意味付け】をして、夫婦愛を基盤として共に生きていくという夫の生き方が明らかになった。
- 5) 訪問看護師とケアマネジャーの関わりは、夫介護者との信頼関係を築くことを基盤に【夫介護者が主体的に介護できる】ことを中心に、医療福祉チームが後方支援していることが明らかになった。

第6章 研究の限界と今後の課題

1. 本研究の対象は、介護3年以上介護を継続している夫介護者であり、介護が継続できているという点では介護生活を調整できているため、介護を途中で断念したケースや、介護に適応できなかった対象はとりあげていない。本研究は、取り上げた事例が関東圏に在住している夫介護者18名、妻の認知症介護を3年以上継続できている点など、研究の限界がある。介護問題を解明するには介護生活に適応できていない対象まで範囲を広げ、調査していくことが必要である。
2. 本研究のデータは、夫介護者の経験に基づく主観的な語りであるため、夫介護者自身の考えや価値観がデータに反映している。介護年数、都市部、過疎地域、年齢の幅、対象者数を増やし、対象による違い等、追研究していくことが必要である。
3. 本研究は認知症の病気の種類は分けていないが、アルツハイマー型、前頭葉側頭型など、認知症の種類によっては症状も違いや介護も異なるため、病気の種類による介護の違いも検討していくことが必要である。
4. 本研究の対象であった訪問看護師・ケアマネジャーは、夫介護者との関係性がよく信頼が寄せられ、夫介護者とのずれは少なく支援がうまくいっているケースに限られていた。今後支援がうまくいっていないケースまで範囲を広げ、専門職者の支援のあり方について検討することが必要である。

第7章 結語

本研究の夫介護者とその支援にあたっている訪問看護師・ケアマネジャーを対象に半構造化面

接をし、修正版グランデッドセオリー・アプローチ (M-GTA) にて分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. 介護初期は【理由がつかめぬままの妻の異変】【見定まらない対応策】【受診の遅れ】【家事の不慣れ】の課題があり、課題に対して【早期受診】【夫介護者として妻を守る覚悟】【仕方がないと受け入れ】の克服プロセスが見出された。受診まで介護を始めてから約1から5年が経過し、忍耐の限界を感じるまで受診しない【受診の遅れ】の問題が明らかになった。
2. 介護中期以降の介護課題としては、【進行に伴う介護困難と孤独感】があり、課題に対して【外部アクセスによる支援活用】【仕事のように介護をマネジメント】して、【妻の尊厳を支え安寧をもたらす】ことをめざし、【介護のスキルの習得】や【妻の良き介護者になるための自己調整】の克服のプロセスが見出された。つまり、夫における認知症の妻の介護は、夫として妻を介護の全ての責任を自分におき、介護スキルの習得、仕事観を活かした介護マネジメント、外部との交流を通して、妻のよりよい介護者としての自分作りをしていくプロセスとして示された。
3. 夫介護者における認知症介護は家事・介護の進め方において仕事観を活用し、認知症の妻の関わりにおいては当事者主体の介護（パーソン・センタード・ケア）の実践と二通りの方法で介護していることが示された。
4. 認知症になっても妻と過去の関係性を維持しつつ「支え合う関係」から「支える関係」へと【新たな夫婦の意味付け】をする一方、夫介護者全員が【介護限界の不安】を認識していた。
5. 訪問看護師・ケアマネジャーの支援として、【時間をかけて関係性を築く】ことから始めて【夫介護者が主体的に介護できる】ことを中心に、【夫介護者の健康管理】【介護不足を協働して補う】ことを支援して、【夫介護者の介護生活の安定化】を図っていることが明らかになった。

謝辞

本研究の実施にあたり、夫介護者の皆様、認知症の人と家族の会の皆様、訪問看護ステーション・地域包括支援センターのスタッフの皆様に心よりお礼申し上げます。

また、研究の過程において、熱心にご指導をいただきました佐藤みつ子教授を始め、鈴木英子教授、岡崎美智子教授、諸先生方に深く感謝いたします。そして、様々な面でご支援、ご助言をいただきましたゼミ生の皆様にお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 2011. 平成 22 年国民生活基礎調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/> 平成 23 年 7 月 12 日
- 2) 厚生労働省. 2012. 報道発表資料「認知症高齢者数について」.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf> 平成 24 年 8

月 24 日

- 3) 斎藤真緒.特集介護は労働に何を問うのか家族介護とジェンダー平等をめぐる今日的課題 —男性介護者が問いかけるもの.日本労働研究雑誌 2015;658:35-46
- 4) 一瀬貴子.在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題—高齢男性介護者の介護実態に着目して—.家政学研究 2001;48(1):28-27
- 5) 厚生労働省.2013.平成 25 年度 高齢者虐待の防止,高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072782.html> 2015 年 2 月
- 6) 陶山啓子,河野理恵,河野保子.家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析.老年社会科学 2004;(25)4:461-470
- 7) 山本則子.痴呆老人の家族介護に関する研究—嫁および嫁介護者の人生における介護経験の意味.看護研究 1995; 28(3):3-23
- 8) George Siriopoulos,Yvonne Brown.Caregivers of wives diagnosed with Alzheimer's disease Husbands' perspectives. American Journal of Alzheimer's Disease 1999; 14(2):30-39
- 9) Havard knutsen,Maj-Britt Rahlolm. The dialectic movement between suffering and reconciliation. International journal for human caring 2009;13(4):50-56
- 10) 内閣府. 2015.平成 27 年版高齢社会白書 平成 26 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施況.http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html
- 11) 厚生労働省. 2013.平成 25 年度 介護保険事業状況報告 (報告).
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/13/>
- 12) 厚生労働省.2012.介護保険事業状況報告 月報(暫定版) 平成 24 年 2 月分
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m12/1202.html>
- 13) 厚生労働省.2012.平成 27 年度介護報酬改定について (4 月 1 日施行)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html>
- 14) 斎藤真緒.介護者支援の論理とダイナミズム—ケアとジェンダーの新たな地平—.立命館産業社会論集 2010;46(1):155-171
- 15) 厚生労働省. 2015. 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (新オレンジプラン) について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html> 2015 年 1 月
- 16) 高木俊介. 視点 (41) 白雪姫の毒リング, 知らぬが仏の毒みかん : 新オレンジプランと認知症大収容時代の到来. 精神医療 2015;4(80):87-92
- 17) 斎藤真緒. 男が介護するということ—家族・ケア・ジェンダーのインターフェイス.立命館産業社会論集 2009;45(1):171-188
- 18) 斎藤真緒. ケアをめぐるアポリアー『ケア』の理論的系譜.立命館人間科学研究 2003;199-210
- 19) 津止雅俊,斎藤真緒. 家族介護者支援への提言.男性介護者白書.東京:かもがわ出版,2007:1-20
- 20) 一瀬貴子.在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題—高齢男性介護者の介護実態に着目して—.家政学研究 2001;48(1):28-27

- 21)水島洋平.男性介護者の介護役割と男性性.同志社政策科学研究 2010;12(1):61-69
- 22)一瀬貴子.「介護の意味」からみた高齢配偶介護者の介護特性 高齢男性介護者と高齢女性介護者との比較.関西福祉大学研究紀要 2004;7:75-90
- 23)唐沢かおり.家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因.社会心理学研究 2006;22(2): 172-179
- 24)Phyllis Braudy Harris. The misunderstood caregiver a qualitative study of the male caregiver of alzheimer's disease victims. The Gerontologist 1993;33(4):551-556
- 25)Toni Calasanti,Neal King.Taking women's work like a man husbands' :experiences of care work.The Gerontologist 2007;47(4) :516-527
- 26)永井 眞由美 .在宅認知症高齢者の介護者におけるストレス対処様式の構造.家族看護学研究 2011;16(3):178-184
- 27)神前裕子.介護満足感の高い介護とは 男性介護者の事例分析.臨床発達心理学研究 2009;8:45-58
- 28)沖中由美,西田真寿美.在宅介護における高齢者夫介護者婦の「生きる希望」に関連する要因 -妻が夫介護者を介護する夫介護者婦と夫介護者が妻を介護する夫介護者婦における分析 -.日本看護研究学会雑誌 2014 ;37(4):45-53
- 29)宮上 多加子.家族の認知症介護実践力に関する研究--成人の特徴に基づいた生涯学習支援の検討. 高知女子大学紀要 2006;55:1-12
- 30)林葉子.妻を在宅で介護する夫介護者の介護役割形成プロセス.夫介護者婦間介護における適応過程.東京:日本評論社,2010:87-108
- 31)藤原和彦,上城憲司,小池伸一ら. 在宅認知症高齢者の家族介護者における介護負担感とコーピングの性差の検討 男性介護者・女性介護者の特徴.日本作業療法研究学会雑誌 2014;17(1):31-40
- 32)杉浦圭子,伊藤美樹子,九津見雅美ら.在宅介護継続配偶者介護者における介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討.日本公衆衛生雑誌 2010;57(1):3-16
- 33)青木頼子,山田美紀,松元祐美ら.痴呆性高齢者の男性介護者の介護負担感の特徴.北陸公衆衛生学会誌 2003;30(1):6-11
- 34)小林彩.在宅高齢者介護する男性と女性介護者の比較による検討.臨床発達心理学研究 2009;8:27-44
- 35)板橋裕子,別所遊子,上野まり.夫介護者介護者の排便介助の負担感および肯定感 妻介護者との比較から.日本地域看護学会誌 2012;15(1):5-15
- 36)市森明恵,大下真似子,北島麻美ら.男性介護全般が抱く排泄ケアへの抵抗感と排泄ケアの実施を受け入れる思い.日本地域看護学会誌 2004;6(2):28-37
- 37)松井由香.男性介護者の語りにみる「男性ゆえの困難」ーセルフヘルプ・グループに集う夫介護者・息子介護者の事例からー. 家族研究年報 2014;39:55-74
- 38)春日キスヨ.変わる家族と介護.東京: 講談社現代新書,2010 : 113-154
- 39)森泉 保子,小林 和美,川野 雅資.精神臨床看護検討レポート(case7) 認知症の妻を介護する夫介護者の実情夫介護者の『語り』から男性介護者支援を考える.臨床看護 2009;35(11)1689-1694

- 40)長澤 久美子,山村江美子,岩清水伴美.認知症に罹患した妻の介護をする夫介護者介護者が感じている困難.家族看護研究 2015;20(2):117-124
- 41) 新館良雄.男性介護者の介護生活の実態と課題.社会福祉士 2014;21:24-32
- 42) 山田嘉子,杉澤秀博,杉原陽子ら.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. 2006;46(3):16-25
- 43)笹谷春美. ケアをする人々の健康問題と社会的支援策(〈特集〉健康のための社会政策). 社会政策 2012;4(2):53-67
- 44) 紀和江,河野あゆみ,金谷志子. 新聞報道による在宅介護の破綻による介護事件の特徴—地域特性による介護者や被介護者の属性や家族形態の違い.日本在宅ケア学会誌 2011; 14(2):95-103
- 45)羽根文.介護殺人・心中事件にみる家族介護の困難とジェンダー要因—介護者が夫介護者・息子の事例から.家族社会学研究 2006;18:27-39
- 46)荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野 栄二. Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI-8)の作成:その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 2003;40(5):497-503
- 47) 谷垣 静子,宮林 郁子,宮脇 美保子,仁科 祐子ら. 介護者の自己効力感及び介護負担感にかかわる関連要因の検討. 厚生指標 2004;51(4):8-13
- 48) 一瀬貴子.高齢配偶介護者の介護経験の基本的文脈—介護の肯定的価値と介護による否定的影響のパラドックス.家政学研究 2002;49(1):20-28
- 49) 鹿子供宏,上野伸哉,安田肇.アルツハイマー型老年認知症患者を介護する介護の負担に関する研究—介護者の介護負担感,バーンアウトスケールとコーピングの関連を中心に. 老年精神医学雑誌 2008 ; 19(3), :333-341.
- 50) Betty J. Kramer.Differential predictor of strain and gain among husbands caring for wives with dementia.The Gerontologist 1997;37(2): 239-249
- 51)山本 則子,石垣 和子,国吉 緑ら.高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL) 生きがい感および介護継続意思との関連:続柄別の検討,日本公衆衛生雑誌 2002;49(7): 660-671
- 52)梶原弘平,小野ミツ.認知症高齢者の在宅介護者が抱く介護の肯定的な認識と特性に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2012;11(2):487-495
- 53) 右田周平,服部ユカリ.痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因. 日本老年看護学会誌 2001 ;6(1):129-137
- 54) 中村 もとゑ,永井 眞由美,松原 みゆき.認知症高齢者を在宅で介護する向老期・老年期にある男性介護者のよりよく生きる力とそれを育む要因 老年看護学 2011; 16(1): 104-110
- 55)扇澤史子,黒川由紀子. 家族介護者の認知症を受け止める心理プロセスと介護負担感, 介護肯定感との関連性について文献的考察. 上智大学心理学年報 2010;34:73-87
- 56)長澤久美子,飯田澄美子. 男性介護者の継続要因. 家族看護学研究 2008;14(1): 58-67
- 57) 國友香奈,佐古委句子,玉置千恵子ら. 男性介護者の在宅介護継続の基盤となる価値観. 家族看護 2008;6(1):117-126
- 58) 梶原弘平,横山正博. 認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2007;6(1):38-46

- 59) 宮上多加子, 家族介護者の認知症介護に関する認識の変容のプロセス. 高知女子大学紀要社会福祉学部編 2007;56:1-11
- 60) 鈴木亮子. 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 2006;27(4):391-406
- 61) 扇澤史子. 認知症をかかえる家族へのアプローチ. 精神療法 2014 ; 40(5):662-667
- 62) 川崎陽子, 高橋道子. 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. 東京学芸大学紀要総合教育科系 2006;57:115-126.
- 63) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木雄介. 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響. 老年精神医学雑誌 2003;14(4):465-472
- 64) 杉山孝博. 介護を必要とする老人を抱える家族の問題. 痴呆老人の地域ケア. 第1版. 東京: 医学書院, 1995: 40-49
- 65) 本間 昭. 痴呆性老高齢者の介護者にはどのような負担があるのか. 介護支援専門員 2003;5:66-69
- 66) 梶原弘平, 小野ミツ. 認知症高齢者の在宅介護者が抱く介護の肯定的な認識と特性に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2012;11(2): 487-495
- 67) 梶木てる子, 内藤佳津雄他. 在宅における認知症の行動・心理症状と介護への自己評価が介護負担感に及ぼす影響. 日本認知症ケア学会誌 2007;6(1):9-19
- 68) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋. 家族介護者における在宅認知症高齢者の問題行動由来の介護負担の特性. 日本老年医学会雑誌 2007;44(6):717-725
- 69) 青木頼子, 山田美紀, 松元祐美ら. 痴呆性高齢者の男性介護者の介護負担感の特徴 女性介護者の介護負担感と関連要因及び対処行動との関連性を比較分析して. 北陸公衆衛生学会誌; 2003;30(1):6-11
- 70) 宮上多加子. 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 2004;26(3):330-339
- 71) 安武 綾. 認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合. 家族看護学研究 2011; 17(1): 2-12
- 72) 木村 裕美, 神崎 匠世. 初期認知症高齢者家族の混乱期における家族機能障害に関する研究. 日本認知症ケア学会誌 2013 ; 12(2): 397-407
- 73) 柏木恵子, 高橋恵子. 日本の男性の心理学—もう一つのジェンダーの問題. 東京: 有斐閣, 2008: 1-19
- 74) 伊藤公雄. 男性学入門. 東京: 作品社, 1996 ; 88-94.
- 75) 江原由美子. 第2章社会変動と男性性. 揺らぐ男性のジェンダー意識. 東京: 新曜社, 2012: 23-37
- 76) 伊藤裕子, 池田政子, 相良順子. 職業生活と家庭生活が夫介護者婦の心理的健康に及ぼす影響—ジェンダーギャップの視点か. 平成 13~14 年度科学研究費補助金 (基盤 C 研究成果報告書). 2003.
- 77) 厚生労働省 .2013. 平成 25 年 国民生活基礎調査の概況 .
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>
- 78) 島原三枝. 男性介護者の社会問題化とジェンダー 介護の男女共担社会の実現可能性について.

大阪府立大学人間社会学部学位論抄録 2015:1-6

- 79) 木下康仁. グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 東京：弘文堂, 2003:87-246
- 80) 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法修正版グランデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京：弘文堂, 2007:13-230
- 81) 杉原百合子,山田裕子,武地一.認知症高齢者の家族が行う意思決定過程と影響要因に関する研究.日本認知症ケア学会誌 2010;9(1):44-55
- 82)平野圭子.痴呆性老人に対する家族の初期対応と初期サポートニーズの実態. 科学研究費補助金研究報告書 2000:2-54
- 83) 標美奈子.回想的に語られた介護体験プロセス痴呆老人の家族介護者の会役員の場合. 保健医療社会学論集 2001;12:47-57
- 84)北村立,北村真希,関奈緒子ら.家庭内虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴に関する検討.老年精神医学雑誌 2014; 25(9):027-1034
- 85) Richard Russell. In sickness and in health :A qualitative study of elderly men who care for wives with dementia. Journal of Aging studies 2001;15:351-367
- 86)新館良雄.男性介護者の介護生活の実態と課題.社会福祉士 2014;21:24-32

訪問看護ステーション
地域包括支援センター
管理者 様

資料 1 : 研究説明書 施設管理者用

平成 年 月 日
国際医療福祉大学
保健医療学専攻 博士課程
根岸 貴子

調査協力をお願い（ご依頼）

拝啓

時下皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は、国際医療福祉大学医療福祉学研究科で保健医療学を専攻しております、根岸 貴子と申します。

この度は、「**認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル**」に関する研究について、調査のご協力をお願いしたくご連絡させていただきました。

本研究では認知症の妻の介護継続している夫介護者に焦点をあて、夫の介護のプロセスについて継続的な調査を行い、夫介護者の介護継続について解明することを目的としています。さらに夫介護者に関わっている訪問看護師の支援のあり方を検討するとしています。夫介護者が在宅介護するうえでの肯定的側面の要因や介護継続モデルを示すことで、介護負担感の軽減や介護継続につながると考えております。さらに保健医療福祉の職種の支援のあり方についても示唆を得ると考えております。多くの高齢者が認知症になっても住み慣れた地域で長く暮らすことができるための一助となるよう研究を進めて参りたいと思います。

なお、本研究への協力は任意であり、ご協力いただけない場合でも貴殿に対して不利益が生じることはなく、また、ご協力いただいた第三者に情報が漏洩することのないよう、十分配慮いたします。また、本調査では個人や所属施設が特定されることはありません。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、調査への協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

調査対象および研究方法

- 1) 研究デザイン：質的研究（継続調査）
- 2) 調査対象：①認知症の人と家族の会会員と訪問看護ステーション利用の夫介護者 30 名
②夫介護者の妻を訪問看護している訪問看護師 30 名
- 3) 研究方法：半構造化面接法

調査時期：倫理委員会承認から平成 28 年 12 月

場所：施設の会議室等、自宅、喫茶店、調査協力者が希望する場所

<お問い合わせ等の連絡先>

研究者 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程 根岸 貴子 電話：047-382-2017

住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4 階 E-mail：t-negishi@ryotokuji-u.ac.jp

指導教員 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授 鈴木 英子 電話：03-6406-8621

住所：東京都港区南青山 1-3-3 青山一丁目タワー4 階 E-mail：eikosuzuki@iuhw.sc.jp

研究協力に関する承諾書

根岸 貴子 様

私は、「**認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル**」の研究に関して、
(研究者：国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 看護学分野 根岸貴子)
下記の項目について文書による説明を受け、十分に理解し、納得いたしましたので、
本施設利用者が研究に参加することを承諾します。

説明項目

- I 研究課題名
- II 研究目的
- III 研究の概要
- IV 研究の対象および実施場所
- V 研究実施における倫理的配慮
- VI 研究者および指導教員名および連絡先

平成 年 月 日

施設名

役職名

ご芳名

調査協力者様へ

資料 3 : 研究説明書 調査協力者用

国際医療福祉大学 医療福祉学研究科
保健医療学専攻 博士課程 根岸 貴子

「認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル」

に関する調査へのご協力をお願い

本調査は妻を介護されている夫の皆様を対象に介護継続した経緯や介護経験についてお聞きし、介護継続に解明することを目的としております。夫介護者が在宅介護するうえでの肯定的側面の要因や介護継続モデルを提示することで、介護負担感の軽減や介護継続につながると考えております。認知症になっても住み慣れた地域で長く暮らすことができるための一助となるよう調査をすすめて参りたいと思います。皆様の日ごろの介護経験についての貴重なお話をお聞かせいただき、多くの介護をされている方々、支援関係者に情報発信していきたいと思っております。インタビューに何卒ご協力をお願い申し上げます。

協力・中止等に関しては下記の事項をお約束いたします。お話された内容はICレコーダーで録音し無記名でデータ化するので個人が特定されることはございません。また、データは本研究の目的以外のことには使用しませんので、調査協力をお願い申し上げます。

<研究の協力について>

- ☆ 研究に協力されるか否かは、自由意志であり、費用等のご負担も一切ございません。
- ☆ 研究に協力されない場合でも、不利益を被ることはありません。
- ☆ 一度同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合は研究者に口頭で伝え、かつ別紙「同意撤回書」に署名してください。ただし、同意を撤回した時、すでに研究成果が論文などで公表されていた場合やデータが完全に匿名化されて特定できない場合等、廃棄できないこともあります。
- ☆ お話いただいた内容は無記名で行われますので、個人が特定されることはありません。
- ☆ 継続してインタビューさせていただく場合も、途中中断をしても構いません。
- ☆ 録音したデータは厳重に保管し、全てが終了した後、確実に破棄いたします。
- ☆ 研究結果は、国際医療福祉大学大学院博士課程論文の一部としてまとめ、学会または研究論文として発表する予定です。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

<連絡先>

【研究者連絡先】：研究者：根岸 貴子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 精神看護学領域博士課程

連絡先：E-mail:t-negishi@ryotokuji-u.ac.jp 電話：080-3390-3243

【研究指導教員連絡先】：教授 鈴木 英子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 看護学・政策学領域

連絡先： E-mail : eikosuzuki@iuhw.ac.jp 電話：03-6406-8621

「認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル」

に関する調査へのご協力をお願い

本研究では認知症の妻の介護継続している夫介護者に焦点をあて、夫の介護継続について解明することを目的としています。さらに夫の介護継続に関わっておられる訪問看護師・ケアマネジャーの支援のあり方について検討することとしています。訪問看護師・ケアマネジャーは夫の在宅介護の支援はもとより、他の医療福祉職の連携調整などの役割は大きいものと考えます。訪問看護師・ケアマネジャーの皆様が夫の介護支援をどのようにされているかについて、貴重なお話を聞かせていただきたいと思ます。夫による在宅介護の支援について検討したいと思います。お忙しいとは存じますが、インタビューに何卒ご協力をお願い申し上げます。

協力・中止等に関しては下記の事項をお約束いたします。お話された内容はICレコーダーで録音し無記名でデータ化するので個人が特定されることはございません。また、データは本研究の目的以外のことには使用しませんので、調査協力をお願い申し上げます。

<研究の協力について>

- ☆ 研究に協力されるか否かは、自由意志であり、費用等のご負担も一切ございません。
- ☆ 研究に協力されない場合でも、不利益を被ることはありません。
- ☆ 一度同意された場合でも、いつでも撤回することができます。その場合は研究者に口頭で伝え、かつ別紙「同意撤回書」に署名してください。ただし、同意を撤回した時、すでに研究成果が論文などで公表されていた場合やデータが完全に匿名化されて特定できない場合等、廃棄できないこともあります。
- ☆ お話いただいた内容は無記名で行われますので、個人が特定されることはありません。
- ☆ 継続してインタビューさせていただく場合も、途中中断をしても構いません。
- ☆ 録音したデータは厳重に保管し、全てが終了した後、確実に破棄いたします。
- ☆ 研究結果は、国際医療福祉大学大学院博士課程論文の一部としてまとめ、学会または研究論文として発表する予定です。

ご不明な点は下記までご連絡ください。

<連絡先>

【研究者連絡先】：研究者：根岸 貴子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 精神看護学領域博士課程

連絡先：E-mail:t-negishi@ryotokuji-u.ac.jp 電話：080-3390-3243

【研究指導教員連絡先】：教授 鈴木 英子

所属機関：国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻 看護学分野 看護学・政策学領域

連絡先： E-mail : eikosuzuki@iuhw.ac.jp 電話：03-6406-8621

研究協力に関する承諾書

根岸貴子 殿

私は、「認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル」の研究に関して、
(研究者：国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 看護学分野 根岸貴子
下記の説明項目について、文書による説明を受け、十分に理解し、検討した結果を次のように示します。

説明項目

- I 研究課題名
- II 研究目的
- III 研究の概要
- IV 研究の対象および実施場所
- V 研究実施における倫理的配慮
- VI 研究者および指導教員名および連絡先

承諾

拒否

※いずれかに○をおつけください。

平成 年 月 日

住所 _____

連絡先電話 _____

ご氏名 _____

同意撤回書

根岸貴子 殿

私は、「認知症の妻の介護を継続している夫の介護モデル」の研究」の参加に同意し、同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程保健医療学専攻の根岸貴子に伝え、ここに同意撤回書を提出します。

平成 年 月 日

(自署)

研究協力者 (氏名)

【夫介護者のインタビューガイド】

面接調査日 年 月 日

お名前 _____ 様

年齢： 歳

介護年数：

受診までの年数：約（ ）年

世帯

子ども：男性（ ）人 女性（ ）人 孫（ ）人

健康状態：良好 普通 あまり良くない

職業歴：

経済状態：良い 普通 あまり良くない

●被介護者（妻）

年齢：

要介護度：

認知症の診断名

現在利用しているサービスの種類と回数

インタビュー内容（夫介護者用）

- 1) 介護を始めて現在までについて教えてください。
- 2) 介護を引き受けた状況についてお話してください。
- 3) 介護していくうえで困難なことについて、どのようにされてこられましたか。
- 4) 介護していくうえでの戸惑いや悩みはどうでしたか。
- 5) 介護がなるまで夫婦の生活はどのようなでしたか。
- 6) 男性が介護することをどのように思われますか。
- 7) 子どもさんとの関係はどうですか。
- 8) 介護の合間に休憩はとれていますか。どのような気晴らしをしていますか。
- 9) 介護についての相談はできる人はいますか。
- 10) これからの介護についてどのように思われていますか。

資料 8-1)1 人目・D 氏のワークシート

概念	夫婦の絆	認知症の診断は予測どおり	妻は称賛すべき人	介護状況の記録化	共に暮らすという願い	退職せざるを得ない状況
定義	妻に対する感謝の気持ちから介護を引き受ける 長い間の夫婦のつながり	診断がつき、予感していた通りであると自然と受け止めている	自分が介護する人は価値ある人と位置付けている。 大切な人	妻の状態を記録し、ケアへのメッセージとする	認知症になっても夫婦で暮らすことへの願い	認知症の妻を一人にしておけない仕事との両立は難しい
ヴァリエーション (具体例)	D: やっぱ、若い時を思い出さなきゃいけないですね。その時には結構、自分が苦勞かけて、家族を育て守ってくれた大切な人なんだっていう思いです。何十年と一緒に過ごせば、そういうふうになるんだと思うんです。	D: Q: 診断がついた時はどうでしたか？やっぱという感じがしましたね。そうだったんだなって。・・・3 年位経っていたかな。診断がついても、そうですね。	D: 女性らしくないっていうかね、まず群れないですよ。群れない。人の噂をしない。物は欲しがらない。お金の事は言わない。給料が安いとか何とか、なんていうことは言わない。私がどういふポストにつこうか、「あ、そう」と言うだけで。	D: その日の様子はここに書いてあるんですけど、スタッフに聞いて、それからその場の空気でどんな風に過ごしたか、わかるじゃないですか。だから、こちらに用事がない限り送って行く、迎えに行く。スタッフの人に伝わっているかどうかわからないですけど、要は私にとって凄く大切な人なんだっていう事を、少しアピールしているんですよ。	D: 幸い、そんなに疲れるとは感じないですよ。ていうのは、結局きぎですけれど、介護をするっていうんじゃなくて、一緒に過ごしているっていう気持ちだから。自分が嫌な事をやっている訳じゃないですから。	D: 面白っていうか緊張感のある仕事も色々させてもらったので、辞める時にね、こんな自分でも考えた事なかったですけどね、早期退職するなんて。早期退職する破目になったんだという、後悔は全然なかったですね。きっと後悔するんだと思いましたけど。
理論的メモ	介護を引き受ける気持ちを表している、他に介護を引き受ける際、どういう気持ちがあるのか。	不確かな症状のため、診断までの時間がかかっている。	診断がつくことは、これまでの疑問がとけたことになる。診断がつくことはある種の安堵感にもなっている。診断がついても症状が重くないのでそれほど衝撃はないのでは	介護の記録は仕事姿勢からきたものか。	介護と一緒に暮らしていると思えるのは、他の人もそうか、そう思わせるようにしているのか認知症になって、これまでの夫婦関係が変化しても、夫婦であり続けたい願いか	退職して後悔していないのは自分の思う介護ができていいるからか、もしくは仕事をしながらの介護から解放か。

概念	時間刻みの介護スケジュール	介護するための健康維持	気持ちを汲み取る	認知症介護について学習	妻の安定した状態を作る
定義	介護を中心に生活を送り、時間で動いている	健康であれば介護が続けられるという考え	自分でうまくできないことを察してあげる。本人の気持ちを大事する	介護場面での疑問を解決するための学習	妻の安定した状態をめざし、介護の工夫や自分を調整する
ヴァリエーション (具体例)	D: 忙しいですよ。ですから、テレビは朝見ない、新聞も読まない。起きたら動く、と。お昼は食べないっていう時も結構ありますよ。勿体ないから時間が。逆にお昼の時間っていうのは、図書館も一瞬空く時があるので、比較的読みたい雑誌を取り合いしないで読むことができます。	D: 自分が先に逝った時にどういふ対応を、家内の事を中心にどういふ対応を取ってもいいかっていう思いですよ。やっぱり、常にもう意識はしてますよね、心の片隅に。意識して要するに、何時その時が。だっていざとなれば、結構じたばたしちゃうんでしょけど。私が健康で、少しでも長く。・・・ですから、ずっと家でと、考えていますよね。	D: 介護者は良いんです。発言できるから。本人は病が進行していくと、自分のその気持ちっていうのを、表に表現する事はできないんですよ	D: パーソンセンタードケア、ですよ。あの考え方は、なるほどなって感じですよ。後つい最近、まだ読んでないんですけど、NHK でも紹介された何とていうのは、比較的チェックして大体図書館で借りて、これは良いなと思うと購入するんですよ。付箋が二十箇所ついたら購入しようとか。	D: 周辺症状っていうのは本人の訴えがその言葉で表現できないから、表現とか行動で表現するとか、形に出てくると思うんですよ。だから、あの、本人の表情が穏やかになれば自分もくつろげるというか、安心できる。そういう関係を作ってゆくのが一番大切なことじゃないかな。 D: 私は本人にできる範囲なんだけど、本人がどういふ状態を心地良いっていうか、安心できるかっていうのを考えるようにしているんですよ。本人が安心できてゆったりした時間を過ごせれば、私も気持ちが楽になる
理論的メモ	介護中心の生活で介護負担についてどう向き合っているのだろうか	介護者として健康であることは第 1 義であるが、高齢の夫はどのようにしているのだろうか。健康問題はどのようにしているのか。	認知症の関わり方について実践し、パーソンドケアの知識が浸透している。本やネットなどからの知識を得ているか。	介護への探求心からの学習している。	介護に対する基本的な姿勢について、A 氏が数年かけて築きあげた考え方である。これは他の介護者にむけるメッセージともとらえる

資料 8-2) 1 人目・D 氏のワークシート

概念	介護慣れの認識	行き詰まり	食事の準備は自立	専門家からの承認	介護者として自分を保つ
定義	介護に慣れてきて、それほど負担に感じていない。	一人での抱え込みや手を尽くしても事態が打開しないことに行き詰まりを感じている	食事については惣菜などを活用し、調整できている	自分の関わり方について専門家よりほめられ、やる気につながっている	介護者として自分自身を保つことが重要 介護できる自分を維持すること
ヴァリエーション (具体例)	D: 早期退職するとは思っていませんでしたし、まさかこういうふうになるとも思わなかったです。なってみれば、すぐそういうふうになり替えられたわけじゃないですけど。なってみれば、これはこれだね。自然に時間がこういうふうにあれです。よく言うじゃないですか。最初は何かあって最後は受容していきんだって。	D: 辞めてからは、丸 1 年、私全く一人で 24 時間やっていたんですよ。要するに自分だけでも、このままいくと詰んじゃうというかね、きっとそうなるだろうなって	D: 全然大変じゃないですよ。ある材料で、さっきのクックパッドじゃないですけど。後は近くのスーパーが、5 時半から結構値引きするので行って。値引きのあれを見て、これだったら何が出来るなって。 ・・・そういう買い物をして安くて美味しいものができればゲームにね、勝つような感じがですよ。[よし今日はやったぞ] というような。	D: 私の対応なのかわかりませんが、スタッフの人の多少のお世辞もあるのかもしれませんが、私が迎えに行くと私の声を聞くと、凄く奥さんが安心したように感じますよ。あと訪問リハビリとか、訪問の口腔ケアを受けているんですが、そういう専門家の方も最初から殆ど表情は前と同じで、穏やかに生き生きしてますねといってくれます。	D: やっぱ、ずっと最初の 1 年は、ずっと一緒に居ましたから。一緒にいる時にちょっとその、やっぱり相手が詰まっちゃうなっていう時はね、ありますけど。そういう時は、ほんの数分離れてるっていうかね。
理論的メモ	自然淘汰？これは克服とどう関係づけるか	一人で抱え込むことの打開策はどうしているのか。	家事をこなせるようになった自信は介護生活に変化をきたしているか 家事はそれほど負担でないのか、むしろ身体介護が負担であるか。	専門家からの承認は自己効力感になっているか。他の介護者はどうか	息抜きはその場の対応と趣味等の活動がある。良い介護をするために自分の状態を保つのは非常に大切な概念である。介護していきけるように自分をコントロールしていくことが必要で、中心的な概念では

概念	子供の支援	補助具の使用
定義	子供の支援は期待していないが、支援があると助かる	介護補助具を使って介護の合理化
ヴァリエーション (具体例)	D: 負担が増えるんだしたら頼りにしない方がいいなっていう感じになると、今度長女も手伝ってくれたというか。日曜日なんかはね、「お母さんみてるからお父さん図書館に行ってくれば」とか。やっぱり違いますよね。体調が悪い時は私一人ではトイレ介助できない時なんかはね。助かりますよ。後、「体調がちょっとどうかな」と思う時は遅くなくても長女が帰ってきてから、お風呂に入れるようにしている。	D: お風呂は結構好きだったんで、家内は・・・全部私が支えて。色々な補助用具、大した補助用具ではないですけど、それを使って湯船に浸かって。後は訪問入浴に来てもらって。1 年のうちに少なくとも 350 日はお風呂入ってますよね。
理論的メモ	娘と息子の支援は違うのか、	補助具使用は介護効率化になるが、他の介護者も使用しているか

資料9-1) 夫介護者 介護初期のワークシート

概念	歳による物忘れと錯覚	認知症とは思いつかない	軽度の症状は生活に支障ない	ワンパターンの食事
定義	物忘れや行動変化に疑問を持つが、歳よるものと思込む	年齢的に更年期障害と勘違いをして認知症と結びつかないこと	多少の症状は気にせず生活ができた	料理はできないわけではないが、毎日同じような食事で決まったものしか作れない。
ヴァリエーション(具体例)	<p>H:最初の頃は物忘れをしたりして、婦人靴の形を作って仕事を一緒に女房もやっていたんですが、あの仕事がだんだん遅くなってね。これはおかしいなと思っていたら、認知症がそこで出てきたんですよ。</p> <p>C: タイマーするのが、今まではサッサとやっていたのが、あれ？ちょっと時間が効かっているなという感じがする。そういう事がありましたよね。</p> <p>あとそれから、習字をやっていたんですけど、なんか習字に行きたがらなくなってきたなと。</p> <p>F: この人は出歩くことが好きだからそのまま新宿までいちゃったんですよ。仕事に入らなくちゃいけないのに買い物に行ってとんでもないことで、何言ってるんだって。</p> <p>R: なんでこんなもの忘れがひどいのか、なんでぼけてんだらうかというのが、2・3年多分あったんだと思うんです。</p> <p>F: その内、卓球に行っていたのがぼつんと帰ってくるんですよ「どうした」というと、「面白くないから」というんですよ。そういう時は発病していたんでしょうね。</p> <p>G: 翌日洋服を4種類くらいかけるようになったんですよ。ベッドの近くのハンガーにこうかけて、それを毎日始めるようになったんですよ。明日着ていくものなら一つでいいのなこと思いながら。それもおかしいなと思うようになったんですよ。その辺からですね。</p> <p>P: 昨日いっしょに見に行った。「そんなこと私知らない」、なんでそんな馬鹿なことを言うの、そういう忘れ、記憶障害、これはやっぱり異常ですよ。つまりそういう記憶障害から、うちの場合は始まりました。</p>	<p>C:疑いはね、アルツハイマーとかいうよりも、ちょっとやっぱり更年期障害で鬱状態なのかなっていうのがあったので。それは根拠のないね、思い込みだったので、それはまずかったですね。</p> <p>F: 忘れたり、行かなくてはならない所に行かなかったり、そしてまた次の日に言わなくていけないことを言わなかったりと、そういうことがぼちぼち出始めたよ。</p> <p>F: ちょっと激しく言うとおろおろ泣きだして、「もうやめた」とかいうんですよ。おかしいな、今でいうまだらぼけですか。</p> <p>57.8 だから女性の更年期障害かなと思っただけです</p> <p>R: やっぱりちょっとおかしいなと思っても、まあアルツハイマーっていうふうには結び付かないんですよ。なんでこんなもの忘れがひどいのか、なんでぼけてんだらうかというのが、2〜3年多分あったんだと思うんです。</p> <p>G: 二人暮らしになっただけで、なかなかおこずを作らないようになったというかな。</p> <p>H: 最初はね、あんまり認知症かなとわからなかったんですよ。</p>	<p>A: こう、一気におかしくなるわけじゃなくて、所謂、物忘れがひどいから始まるわけ。最初のうちはね、大したことないですよ。物忘れただけだから。同じ事、繰り返すとかね。</p> <p>あの、「自転車をごどこに置いたかわからなくなっちゃった」なんて、電話かかってくる位だったの、最初はね。</p> <p>C: その時の生活はですね、特にね、心配する事はなかったんですよ。現実家事もできました。</p> <p>I: 単なる、しょうがないな。また始まったなという繰り返しの毎日をただやってきた。</p> <p>R: 何とかなっちゃいますのでね、その時期は。要するに、多少忘れっぽいけれども、生活全般できるわけですから。</p> <p>F: まだらぼけなので仕事やれていた。</p>	<p>Q: 台所なんかにはいって来るもんじゃないという年代ですかな、それで何とか見おおう見まねというか、三度三度の食事はですね、カレーライスとかちよとした食事とか、あれぐらいはね、偏ってしまいますね、今は便利なものでかなりコンビニなんかいきますとそう手をかけなくてもいいですからね、そんなに間に合わせて過ごしてきたんですけど。</p> <p>R: 独身時代が長かったから、飯作るのはそんなに苦じゃないんですけど。ただ、パリエーションがなくて、ワンパターンになるのがね。</p> <p>P: 辞めて昼も一緒に食べるようになったんですけど。毎日毎日素うどんなら素うどん。それから今度は「飽きたよ」って言ったら、今度は毎日毎日菓子パン。まるっきり工夫のない食事なんかなんですけども、まあ耐えられました。飯の炊き方ぐらい知ってるんですけど、おこずや何かは自分で買ってきて、作ろうなんてことはないでしょ。男ですもの。出来あいのものを買ってきて食べるだけですから。</p> <p>G: 何を作って食べるかと初めはそれが一番容易ではなかったね。レシピという大変だけど、妻は50種類位あるというんです。調子が良い時に教わった。初めてのことでしたね。そういうことから始まって、もうやるしかないというのが、包丁持たされななし。そうだね、教わり教わりだね。妻に教わりですね。それまではやっていなかったな。それまでもみていたかな。初めての体験でしたね。それから半年位して買い物も自分でできるようになったですね。</p>
理論的メモ	異変に疑問を持ったままにしているのはなぜか。	認知症の知識はあっても、自分の妻が認知症と思えないのは他にも理由があるのではないか。	認知症の初期は妻も自立しており、家事もできるので、これまでの生活ができています。生活においては変化がないということになる。	食事を作ることより、惣菜等で間に合わせており、簡単な食事になっている。食事を作ることの対する抵抗それほど強く訴えない。食事より、妻の対応が困難か。

資料9-2) 夫介護者 介護初期のワークシート

概念	妻のおこすトラブルの対応に追われる	指示が通らず暴言・暴力	異常行動に対応できず心身ともに困憊	専門家に相談
定義	家庭外でトラブルをおこし、その対応に追われる	妻に注意しても行動がとれないことに怒り、時には暴力になったりする。	妻の異常行動に困り果てる 睡眠できないことや繰り返しの異常行動は心身に困憊する。	家族以外の人に相談し、専門職や病院を紹介され、問題の解決につなげている。
ヴァリエーション(具体例)	<p>I: 何度も何度も時間切れのものを売ってしまっ て、お客のところへ誤りに車で遠いところをいっ たりして。そっちの方でへんなおじさんにもかな り脅かされたこともあるし、期限切れのものを売 ってはいけないし、当然のことでそういうことを 重ねていったんです。</p> <p>R: ぼやみたいなのを出したりとか。それから車 を運転してましたから、帰ってくるのと、どこかに ぶつけて帰ってきたりですね。お宅の奥さんと思 われる人が私の車にぶつかったんだよとかなか で、この部屋に来てもらって、話を聞いて賠償す るとか、そういうことがあったわけです。</p> <p>P: 散々待った挙句にやっと来ました。約束の1時 間も遅れてね。地図まで書いて、全部左折の道を たどってこよう来たらしいよと。そこまで段取りし てやってもおかしくなってるんだから、その辺から おかしかったんですね。</p> <p>R: 買い物行っても、自分の財布忘れちゃいます から、盗まれたっていうふうにならざるを得な い。誰か盗んだんだろう。近くのスーパーなんか にも、受付行って、あの人が財布盗んだのよとか なんか言うらしいんです。向こうだって対応しな きゃいけないから、いろいろね。最終的には私 の方に電話がかってきて。</p>	<p>A: あの「駄目じゃないか、しっかりしろ」とい うようなね。そういうことから始まるわけね。誰の話を 聞いてもね、もう叱り飛ばしたとかね。何かちよ っと物の片付けの話でね。あの「これやっけ」と、 やってなかったわけですね。だからね、「どうして やらねえんだ」と。それをまあ1、2回目はいいけ ど3回目位になったら、まあやっぱり普通だから、 相手が普通だと思うからね。強く言っちゃうわけ ですね。</p> <p>M: 最初はなんでこういうことがわからないんだよ とかなかなかね。・・・暴力をふるうこともありまし たよ。</p> <p>I: 家族の場合は対従業員と考え方と違ってね。も う叱ったり怒ったり「またカー」と言ったりしてね。</p> <p>R: ちょっともの忘れがある程度だったら、「どうす んだ、しっかりしろ」って。なんかちよっと激励し たというか、その時は「なんでこんな簡単なことが できないんだよ」ってなっちゃうんですね。</p> <p>G: それから怒りみたいなのですね。「何やってい るんだ」と妻を怒りました</p> <p>G: なんでも通じあえる夫婦でした。そういう仲だ ったからこそ、そのギャップが大きくて、最後はひ っぱばいたり、自分が嫌だったねー。ほんと自分が 嫌だったねー。娘たちから「病氣なんだ」と言われ ているんだけど、わざとやっているように見えるん ですね。だから、ひっぱばいたりどなったり、そう いう修羅場がありましたね。</p>	<p>M: 徘徊というんですか。実家に帰るといい、夕方にな ると「実家に帰ります」といって玄関に行っちゃんです ね。そういうことが何回も続いて、夜になると歩き始め るんですね。一回そういう徘徊が始まるとまた繰り返 しますから。</p> <p>G: 身体を洗ったんだらうかと思う位、短い時間を出 てきたりしたので、「背中だけ流してあげるよ」というと、 石鹸がついていただけで出てきちゃったりするんです ね。その時の力はすごいんですよ。私を振り切ろうとす るんですよ。またお湯をかけてはいるんだよという と、入ろうとしなかったり、出ていこうとして扉をあけよ うとそれは格闘技みたいなものだったんですね。</p> <p>P: この頃たまたま疲れたから入らないとかいうこと があるんで、いやらしい話ですけど、洗濯物なんか、洗 濯も彼女がするんです。だから洗濯籠をのぞいたこと はないんですけど、この1カ月ぐらいですかね、変な不 潔行為してると困ると思っと思って洗濯かごを見たら、下着 がないじゃないですか。</p> <p>Q: 私にはあたりが昼間はあれなんです、休む頃にな るとからんでくるんですよ。ちょっと寝たから自分も 床につくんですけども、そうすると騒ぎ出すんですよ ね。そして時計をみるとまだ1時2時</p> <p>H: 以前はたいへんでした。入院する状態の時一晩中 眠れないこともあったんです。それで私も目のふちに くまが出てた。ほとんど眠れないで</p> <p>K: なんか、もうあれ屁理屈ばかり言うのよ。 おっかあをぶん殴るわけにいかないから、テレビのあ のチャンネル替えるやつを頭にきたから、ぼーんと投 げたのよ。そしたら、傷がこんなのよ。</p>	<p>O: 毎日毎日苦しくてどうしようもなかった。その時は 〇〇さんに相談した。お客さんから地域包括に相談し たらと聞いて、そこに行って相談した。</p> <p>J: 最初の頃は閉じこもりで全然出なかったんで、窓 際におねころがっているだけだったので、やっぱり出す ためには〇〇さんと〇〇さんの支援センターの助け があって、私が飛び込んだんですけどね。ネットで探し て、そして来てくれたんですよ。</p> <p>J: 小規模の看護師さんが年中誘いに来てくれて、体操 とかでなんとかまぐして、体操をやってくれた。やっ と起こして、三人でやっと思い物に出れるようになった。 どのくらいの期間ですか。半年くらいかかったの ではないかなー。</p> <p>P: 病院の奥さんが割合に親しいってんで、何だか知 らないですけど、「この病院に行きなさい」と。これ 日付も入ってましたっけね。私知らなかったんですけ ど、予約なしで週1回ぐらい外来を受け付ける病院が あるんですね。それを持ってこの開業医の先生に行っ て、細かい仕組みは知りませんが、介護1と認定さ れたんです。</p>
理論的メモ	外部でのトラブルは夫にとっては、たいへん苦痛な ことであったらと思うられる。	病氣以前の妻と同じように対応して、正常視しての対 応して戸惑っている。	徐々に事態は深刻化して、一人で対応し疲労困憊して おり、忍耐の限界が考えられる。	専門家に相談するきっかけはどのようにしてできた のだろうか。きっかけがある人、ない人は何が違うの だろうか。

資料9-3) 夫介護者 介護初期のワークシート

概念	一人ではどうしようもできずに八方塞がり	認知症を病気として受け止 めず	妻の受診拒否	退職せざるを得ない状況	夫婦の絆
定義	一人での抱え込みや手を尽くしても事態が解決せず、どうしようもなく病気や介護心中の境地に至っている	異変に気付いても、受診を先延ばしにして受診まで時間がかかっている	受診を進めるが、妻が受診を拒否して時間が立っている。	認知症の妻を一人にしておけないことや仕事との両立が難しく退職せざるを得ない。	妻に対する感謝の気持ちや夫婦で支え合ってきたことから、介護になっても支えあって生きること
事例	<p>D: 辞めてからは、丸1年、私全く一人で24時間やっていたんですよ。要するに自分だけでも、このままいくつまちやうんじゃうというかね、きっとそうなるだろうなって。</p> <p>A: こう、自分は何とかなるだろうと思いつながら、何とかならない。だからそれはもう、諦めの境地ですよ。しょうがない。もうね、どう考えても何をやってもね。</p> <p>R: やっぱし。1度だけですけど、新幹線が来ますから、これ今仮に飛びこんだら、全部終わって楽なんだろうなっていうふうに思ったことがないわけじゃないです。・・・夜起きちゃう時期です。・・・今から思えばってことですね、だからね。その時は結構大変だった感じは確かにあります。</p> <p>F: 私も苦しいものだから胃潰瘍になってしまった。それで2週間入院した。私4階入院していたんですが、その内に「お父さんここで何しているの」と入院していることがわからなかったんです。</p> <p>O: この人はどうなったんだと、これからこの人とどう付き合わなくちゃならないのかと頭が真っ白になりましたね。ひどく乱暴になっているんです。蹴とばしたり殴ったり、それから毎日朝と夜30分位取っ組み合いのけんかですよ。私の顔も随分かわったみたいとお客さんに言われました。あの時はずいぶんひどかったねとなくなってから言われました。毎日毎日苦しくてどうしようもなかった。</p> <p>L: それでね、その間に俺はね、カッターナイフとローブを買ったの。死にたくて。辛くてさ。これから先、どうしようかな。寝てて、やつつけちゃおうかなって思った時もありますよ。</p> <p>そういう事がありました。でも待てよ、やってな、刑務所へ行ったってなあ、と思ってさ。いや、もちろん母ちゃん殺してないですよ。その辺で洒くらって飲んでた。車で轢かれちゃおうかなって</p>	<p>I: いや診断から4年、その前の4年ですから発症からすると8年になります。結果的にどうしても診断にこいざざるをえなくなると。そう思える前から4年前からはじまっていたんだーと、</p> <p>F: 4年ぐらいずるずる、最初からいきなりじゃなく、だんだんいろんなことができてきましたけど。財布を三つばかりしまったり、その財布はあちこち家の中からでてきましたけどね。</p> <p>R: 病院を受診するまで、ちょっとかかって、2年ぐらいだと思わなくてすけれども。やっぱりちょっとおかしいなと思っても、まあアルツハイマーっていうふうには結び付かないんですよ</p> <p>F: 初めて診察を受けたのが5年位たってからかな。</p> <p>R: だから病院に行くまでが、なかなか大変だったんです。どう判断していいかわかんないし。</p>	<p>O: なので何といえますか。その時の直接の動機は、まあ来てるなっていう勘もあったでしょうし。</p> <p>Q: 相談は区役所の方で、看護師の先生の方が「とにかく病院にいきなさい」ということで、しかしいうことを聞かないんですよ。しばらく時間がかかりました。</p> <p>C: ただ、紹介状はちょっと後になってから、1年過ぎてから出してもらったから。実際は1年半は私のミスですね。まあ、うちの家内はそんなの行きたくない。</p> <p>R: じゃあ、いつ病院に行こうか、そのタイミングを図るわけです。そうすると、嫁さんは行く気になりませんから。</p> <p>P: もう医者嫌い、お医者さんなんて行ったことないんです。それで、あんまりあからさまに認知症の疑いがあるから行こうなんて言っても、なんか鼻柱の強い女でとても行きそうもない。自分で電話をかけて、「私、嫌です」と言って行かないんです。</p>	<p>D: 俺は女房の為に、こんな自分でも考えた事なかったですけれどね、早期退職するなんて。早期退職する破目になったんだという後悔は全然なかったです。きつと後悔するんだと思いましたけど。</p> <p>C: うちの家内がね、決まった時間に電話をかけてくれる。そしたらだんだんね、電話かけることが家内はできなくなってきたことがわかったんです。これはもう私がずっとついていないといけななと思って。</p> <p>I: 店の方に出せるわけにはいかない。店をまず閉店しなくては行けない。・・・6ヵ月後に閉店しました。</p> <p>O: あの、5年間勤めたのか。区の職員を5年間やって、また臨時で行ったんですよ。臨時で2ヶ月、3ヶ月かな。こりゃ駄目だって。子供らに面倒みせられないなと思って、そしたら辞めちゃったんですよ。それからずっと私がね、みるようになったんですよ。</p>	<p>D: 若い子育ての大変な時に、「家庭の方が大事でしょ、もっと家庭に振り向いてください。」とかね、という事も言わずにやってくれましたからね。今度は私がやる番かなって感じですよ。ね。</p> <p>D: 若い時を思い出さずにはいかね。その時には結構、自分が苦勞かけて、家族を育て守ってくれた大切な人なんだっていうことをやっぱり思います。何十年も一緒に過ごせば、そういうふうになるんだなと思います</p> <p>I: われわれ夫婦で長いことこの近くでコンビニをやってきました、やはりかけがえのないパートナーの関係で商売をやってきたんです</p> <p>J: 女房が手伝わないと私が一人でやってたんじや、能率があがないんですよ</p> <p>H: いつも二人で仕事をやってきたんです。・・・あんまり離れたことはないです。二人で一緒にいるのは慣れっこです。</p> <p>F: ホント男勝りで現場に行ってくれて。だんだんわかってきますから、よくがんばってくれた。そういうことがあるから、最後まで面倒みようと思うんです。ほんとよくやってくれました。</p> <p>C: 夫婦愛でも何でもなくて、まあ、あのたまたま縁があつて一緒になった人。まあ、僕は共同作業だと思ってるんですけどね。</p> <p>B: 懺悔ではないんですけどね。(笑) やっぱり、申し訳ないっていう気持ち。やっぱり私的には。そのやっぱり、色々苦勞させてしまった。</p>
理論的メモ	介護の危機的状況に陥っており、打開が必要	不確かな症状のため、診断までの時間がかかっている。	妻は認知症と感じており、受診を拒否しているか、もしくは受診の必要がないと思っているのか。人により違う。	再就職後の退職のため、退職することに対してスムーズに受け入れている。	夫婦でともに生きてきたことから、介護になっても支えあうことか。

資料9-4) 夫介護者 介護初期のワークシート

概念	妻は称賛すべき人	認知症の診断は予測どおり	病気だから仕方がない	介護を回避できない
定義	自分が介護する人は価値ある人と位置付けている。大切な人	診断がつき、予感していた通りのことと自然と受け止めている。	認知症を病気として受け止め、仕方がないという割り切りで事態を乗り切ろうとしている。	誰も介護を引き受ける人がいなく、夫の自分が引き受けざるを得ないと自覚している。
ヴァリケーション 具体例	<p>D: 女性らしくないっていうかね、まず群れないですよ。群れない。人の噂をしない。物は欲しがらない。お金の事は言わない。給料が安いとか何とか、なんていうことは言わない。私がどういふポストにつこうか、「あ、そう。」と言うだけで。</p> <p>A: あの、穏やかなね。あの、良い女房ですよ。自分でも言うの変だけどね。従順でね。それで、だけどしっかりしてるしね。なんせ、海外で子供皆育てたしね。</p> <p>J: 元気なところは明るいね。人から好かれるタイプでね。</p> <p>R: いろいろ手伝ってもらったし、もともと中学校の美術の先生なんです。美術の先生というのは、すごい距離感が正しいんです。だから、部屋の中の整理とか、ものの選び方なんかは圧倒的でしたね。なるほどと思いました。</p> <p>M: 私は一人では大学を二人は出せないですよ。それはおかあちゃんが働いてくれたから。一人の働きだけではやれなかったから。そういうきちんとやった人なんです。</p>	<p>D: Q: 診断がついた時はどうでしたか？やっぱりな、という感じがしましたね。そうだったんだなって。・・・三年位経っていたかな。診断がついてもそうですね。</p> <p>A: 診断位の頃は、まあ、そういう事か、やっぱりそうだったかっていう位でね。</p> <p>C: あの、私は割かし事実はそのままで受け止めて、「じゃあどうしたら良いのか」ということを考えます。それで、診断名ついた時も、これは家で介護をしようと思いました。</p> <p>I: 僕はたぶんそうだろうと思っていましたから、そのころはお客から頻りにクレームがきてましたから。家内は残せないなと思っていたりしてね。</p> <p>R: 私のほうは意外に楽観的だったんです。どうなったって、病気はしょうがないんだから。</p> <p>R: 病院に行って、新たにまた言われたところで、じゃあそういうものとして対応していけばいいんだって分かるわけですから、ちょっとある意味気が楽になったね。</p>	<p>A: かわいそうだと思うけど。あの、やる時はやってたんだと思えばね。</p> <p>今は病気なんだから、しょうがないと。</p> <p>まあ、しょうがないという納得の仕方だけどね。</p> <p>N: 切り替えて、うちを出れば仕事、入れば内の事、自分でこうなんだと仕方なく思っています。はっきり言って仕方ないと思ってますよね。みなさんそうだと思うんだけど。やっぱり感情は出ますよね。</p> <p>I: 診断を受けて介護生活にはいるとなったわけですから、もうしょうがないと思ったわけです。</p> <p>H: 結構、苦労したけど、これが自分の定めとあきらめています。やっぱり結婚した以上面倒見なくてはしょうがないですよ。だからこんな状態になってもね。</p> <p>R: だって病気はしょうがないでしょ。好きでなるわけじゃないし、だって私だってなるわけだし。立場は逆になっていけば嫁さんだって、だから諦めてやるしかないですよ。</p>	<p>K: 結婚って言ったって、別に未だに別にどうってことはない。紙で繋がってるだけ。愛情なんかつかかかえしな。こんななったら余計だよな。おる以上はな、しょうがないから面倒みるしかないからね。</p> <p>かなり進んでる。だからね、もう子供だ思ってね面倒見る他ないだろう。かっかきたって、しょうがないだろうと思ってね。</p> <p>M: 気持ちの上では女房だからとあきらめてずっとやってきてますけど。まー私が面倒みなければ誰もみてくれないから、結局自分でやるしかないと思ってね。</p> <p>Q: 仕方ないという感じがあります。片方では別れてもいいんだよ。私なんかどうせ、じゃまになるんだらうからと言うんです。だからね、書類、もしそういうあれならこっちはいいじゃないか。・・・それだけのあれでやっぱりあのう対応があるからには別れるにはそれ相当の費用も必要ですしね。</p>
理論的メモ	介護を受け入れる理由として妻は価値あるということを示したかったのか 介護を受け入れるとしての前提としての理由か。	診断がつくことは、これまでの疑問が解決したことになり、ある種の安堵感にもなっていた。	仕方がないという割り切りは事態を乗り越える力となっているのか。	夫婦というしがらみからぬけられないという気持ちから、介護を引き受けた場合、継続できるのだろうか。

資料10-1) 夫介護者 介護中期以降のワークシート

概念	認知症の進行による介護量増大	時間刻みの介護スケジュール	排泄ケアの困難感	会話にならない孤独感	サービス利用にて休息
定義	認知症の進行とともに介護量が多くなり、負担が多くなることを懸念	24時間介護を中心にまわっており、次々とやることもあり、忙しい。	排泄ケア不慣れや女性のものを扱うという点で抵抗	会話しても意味が通らず、意思疎通がはかれない寂しさ	サービス活用にて、息抜きや休息が得られている
ケアエピソード （具体例）	<p>A: トイレから戻ってきて、新しいあのリハビリパンツ履かせて。それで着替えさせて。で、着替えもあの右足って言ったら左足上げたりするからもう、それから「上げて」って言っても、いつまでたっても上がらないとかね。時間かかるわけね。だから、そのそれで、着替えが終わって、前は洗面所でやったのが、もうよう歩けないし。倒れたら困るから、もう今は座らせて、それで歯を磨くのできないから、とりあえずうがいをして、それから顔を拭いてやって。</p> <p>R: 今は言葉も出ないし、歩行もできないので、一気に重症化しちゃったんですけど。(全面的介護) そうです。朝から寝るまでです。</p> <p>N: もっと進行してくるんだろうと言うことが常に頭にあるから、今はこんなのではないのかなと思って接していますよね。</p> <p>H: しょうがないときは女房をひっぱたいでもしましたよ。いうことをきかないんで、「立て」と言っても立たないんでね。オムツ変える時は立たせないと替えられないです。「立て」というと足が丈夫じゃないのでなかなか立たないんですよ。なんとかして力でもやろうとしたんですが、女房が太っているんですよ。</p> <p>J: もう着替えはできないから、しっかり体を拭いてあげないと着にくいじゃないですか。すっと着れるような絹みたいのがいいんでしょうが、やっぱぬれてきついですよ。足あげて「ここに入れてと言っても」わからないんですよ。</p>	<p>F: 4時に朝起きて新聞のタイトルだけみて、4時半まで仏壇に線香あげて、必ず自分の血圧を測って、準備して家内を5時20分におこすの。そして6時前後からから食事をさせる。起きたらうがい薬をいれて拭いてあげる。朝起きたらミルクセーキを作るんです。</p> <p>7時過ぎたら、ここに(車いすの下)もぐってふくらはぎマッサージ200回、8:00にプールにいった、9:50まで泳いで帰りにスーパーによって買い物して帰ってくる10:40水着を洗って干して、11時半から食事はじめて、1:20からマッサージは始める。1日3回、1:40から寝せる。2時から自分の時間</p> <p>R: だから苦しいって言うより忙しいですから、次のこと、次のことでまたやらなきゃいけませんから。病気がだからしている暇がないわけです、結局、病気がなったら、動きながら治しちゃうぐらいでやっていけないうと。</p> <p>D: 忙しいですよ。ですから、テレビは朝見ない、新聞も読まない。起きたら動くと。お昼は食べないっていう時も結構ありますよ。時間がもったいないから。逆にお昼の時間ってというのは、図書館も一瞬空く時があるので、比較的読みたい雑誌を取り合いしなくて読むことができます。</p> <p>A: 一日のスケジュールはね、だから、デイサービスのある日はね、まあ、なくてもだけども、もう、なんせ時間が効かるわけです。だからデイサービスが8時半に来るためには、大体6時に起きるわけですよ。6時に起きて、まずトイレ行って、で、トイレから戻ってきて、新しいあのリハビリパンツ履かせて。それで着替えさせて。</p>	<p>B: やっぱ一番困ったのは、その、排泄物の処理がね、皆さんおっしゃられますね。排泄ケアが一番の困りごと。これはあの、もちろん…パンツを履かせたんですが、こう、自分で処理をしようとする、どうしても手で触ったりとかね、それをどっかかという壁とか触ったりね。</p> <p>H: 女房の面倒をみることはどうってことはないのですが、下の世話がね、小便だけならいんですけど、下の時がたいへんです。おむつをずっとしています。1日に3回くらいはパットだけとかええます。朝起きると4回分位吸収できるパットをしているんですけど、濡れるときがあるんです。そうすると全部取り替えなくてはならないんです。それがちょっとたいへんです。</p> <p>P: じゃあ下のほうの世話なんかはともできそうもないし、そうになったら施設しかないと思いますけどね。今まだ段階1ぐらいで話した程度じゃあ、施設も入るわけじゃないです。</p> <p>J: 女性として考えると話せないんですが、話せないんですけれどね。一番困っているのは下着の問題、便でもらすこともあるし、そうするとしみがおちないんですよ。それでほっちゃんですよ。結局高いものは買えない</p> <p>I: なんておしっこに行きたいといえないんだろう。そちらがびしゃーと濡れたりとか、あとトイレ自分ではいっても自分で拭くということをしていないでそのままパンツをはいて、はいたあとでペーパーを使っていない。</p> <p>G: トイレを間違えるようになったことですね。これもいやだったな。プラスチックのゴミ箱があるのですが、そこでもんちを始めちゃったんです。それにちょうどお尻にびったりで「おはい」とその時も何やってんだというよりも怒る方が先で、後始末してから自分でしようがないと思います。</p>	<p>J: こっちは困っているよ。会話は通じない。ごはんを作っておあげても「ありがとうございます」と他人の言葉になるんです。他人の言葉なんです。何をやってあげてもそうだし、私のことがわからなくなってきたんですよ。「だれだっけ」どこの男の人だっけという言葉がでてくる。</p> <p>N: (コミュニケーションは)全然ダメ。言っていることは分かると思うんだけど返ってくるのが全然ないから。言っていることはなんとなく分かると思いますよ。</p> <p>N: 気持ちが伝わらないのがすごいストレスになりますよね。伝わっても返ってこない。そこに尽きると思いますよ。</p> <p>H: 本人もしゃべっているんですけどなんかこうろれているという感じが音をはっきりしないんです。だから何を言っているか分からないときが多いですね。時々私も「自分のだんなだ」とわからないみたいです。</p> <p>R: 目の移動がありますから、何かを見てるんですけども、言葉が出ませんから、何とも。</p> <p>G: 笑顔がないのも特徴だね。あんまり笑ったことはなかった。そうだな。ほんと今笑顔がないね。薬のせいですか？</p>	<p>N: デイサービス週3回、サービスは絶対必要ね。自分の気持ちが軽くなった。</p> <p>A氏: 7時にね、あの預けられればね、僕は日帰りのゴルフができるわけです自分の遊びも最小限ね。・・・それじゃなかったら、だってお先真っ暗で、何の希望もない。だから、ただ女房の介護だけが生きがいってのじゃちょっと。</p> <p>J: 週に3回デイサービスについて、ここでショートステイを5泊6日で預かってもらっているんですよ。その時は手をふって釣りにいけるんですよ。</p> <p>F: 1週間くらいショートにあずけても大丈夫とわかっていいたから、だから熊本でゴルフでもやってこうと思って。阿蘇山についてゴルフやってくるでしょう。高校の同窓会毎年やっています。</p> <p>Q: 私は趣味で剣道をやっていますからね。それで少し気を休められたんじゃないかな。あのう下手の横好きとか、・・・我慢してでいて、一時ですが全然忘れますから。</p> <p>K: 週一回病院へリハビリに行くから言うて、送り迎えしてくれてね。だからそれがあるから僕はもう横になってるわけ。福祉にかかっているから。</p>
理論的メモ	進行とともに介護量が多くなること、高齢でどちらもたいへんになる。どう乗り越えたか。	ハードなスケジュールのもと、自分の時間はどう捻出したのか。疲れ対策はどうしたのか。	排泄ケアは男性特有の問題か。	夫自身のことを認識しないことを夫はどう受け止めていったのか。孤独感どう向き合ったのか。	サービスをうまく利用できている人とできない人はどう違うか。趣味がない人はどう過ごしているのか。

資料 10-2) 夫介護者 介護中期以降のワークシート

概念	家族会での情報共有	妻の認知症をオープンにして協力を得る	仕事姿勢を介護に適用	介護状況の記録化	食事の準備の簡略化
定義	悩みや困りごとを相談して情報を共有する。他者の介護の状況を聞いて自分の状況を知る。	病気と理解することで認知症をオープンにして協力を得る	仕事で培った物事の進め方や人間関係の作り方を介護においても適用。	妻の状態を記録し、ケアへのメッセージとする	食事についてはコンビニや惣菜などを活用し、手間をかけていない。
ヴァリキーション 具体例	<p>J:風呂入らなくて困って。それを含めてどうしたらいいんだろうかと話したら一緒に入ればよいと聞き、「はいんなさいよ」ということになって、帰ってきたら一緒に誘い込むと入ってくれる。今は笑いながら楽しく入れるかな。これは家族の会のおかげですよ。</p> <p>E: いろんな家族会にかかわって他の人の生き様を聞かされて、本人と同伴で参加される。まだまだ進行している方も参加している。まだまだおられますからそういうことを思ったりするとね。自分の足で通えるというのは恵まれてるなと思います。</p> <p>J: ひどい人いっぱいいるじゃないですか。そういう意味ではうちはまだいいかなと思って。</p> <p>R: 家族の会っていうのがあって、そこで旅行で、1泊旅行で行って、いろんな人の話を聞いていたら、別に介護だったって、普通の生活の一部だなんていうことね。</p> <p>N: 自分でも時々口に出すと言うことがあるから。そういう点ではまだいいのかなと思います。でももっとひどい人がいると聞いているから、不安は常にありますよね。この先どうなっていくのかなって。</p> <p>E: 11年目のころ家族の会に入会するようになった。人の話を聞くようになってその辺から変わってきました。</p>	<p>A: 家内が病気でプライドもクソもありますか。私は腹痛だとかね、私のはあの心臓が悪いってね、プライド感じます？認知症だって病気だもん。……</p> <p>だから僕は、あの絶対隠さないしね。</p> <p>J: プライドで最初は言えなかったけど回を重ねて、出すようになった。……ひどい人いっぱいいるじゃないですか。そういう意味ではうちはまだいいかなと思って。</p> <p>F: だからプライドとかかないですよ。仕事が忙しいから。最初若年性アルツハイマーと診断された時は、この近所を一緒に回った。</p> <p>M: 私はこの病気が社会に認めてもらうように誰にでも「女房は認知症になって」と言います。社会に助けてもらわないと生きていけないから。最初からこの病気が隠していてもね。助けを求めないとね</p> <p>G: 病気なんだとみんなできれば地域で、知らせながら助けてもらいながらやっていくしかないんだと、少しずつ変わってきましたね。時間の経過とともに。家族の会に教えられた。周りに助けられて、ずいぶん言うようにしました。</p>	<p>D: そういうプラスに捉えようという思いを持つことが多いですよ。何かこういうふうに関係が起きた時に嫌だな。問題ができたなって思うんじゃないって、面白いて思うよう。あ、これ面白くなって。どういう風にやったら、やつつけられるんだろうって。落ち込んでる時はなかなかそういうふうには思えないですけど。そうでない時は、前向きに。……仕事の中でも、できるだけそういうふうになりました。</p> <p>C: あの、品質保証の仕事はこれは徹底的にね、勉強する必要があったので。それであの介護の質って何っていうのを自分の中でね、結局この介護の質を何処に目的を設定して、どんなアプローチをして、どのようなことを準備して、どんなふうにしてそれを始めて、何処でチェックをして、何処で補正をするかって。それを一通り自分で全部描いておいて。</p> <p>B: その専門家の方がね。あのみて頂いて。私も指示を受けながら、こう一緒に介護していくという事ですから。基本的にその物事の進め方っていうのは、変わらないんじゃないですか。仕事してる時も。……時間に追われてね、今日なんかちょっと寝坊しちゃったんだけど、その時間に追われてやる場合があってね、で、その時に段取りをきちっとすることをね、マニュアル化しておけばね、早く終わるんですよ。</p> <p>F: 人対人なんですよ。保険に入っていいやとほっておいたらいい結果はないと思うんです。介護においてもそうです。結局ケアマネジャーさんと最初とよく話をすることです。中に入ってなんでも話をしなさいというんです。介護のことだけでなく、家のこと生い立ちから話して、ケアマネさんは4人とも私はお互いに信頼関係がもてるんですよ。</p>	<p>D: その日の様子はここに書いてあるんですけど、スタッフに聞いたり、それからその場の空気ですんなりに過ごしたか、わかるじゃないですか。だから、こちらに用事がない限り送って行く、迎えに行く。スタッフの人に伝わっているかどうかわからないんですけど、要は私にとって凄く大切な人なんだっていう事を、少しアピールしているんですよ。</p> <p>N: これはだいが、メモ用紙簡単に(段ボール箱) いやただのメモです。失禁したりとか。ある程度年を越したときにこういうことがあったと分かるかなと思ってですね。毎日、とりあえず朝昼晩書いています。</p> <p>F: どういう介護したか残そうと思って書いてきた。ゆっくり時間がとれるようになったら、介護録でも書こうと思って。排泄ケアが大切でしょう。パットを取り換えたら尿が出てると書いています。結局排泄ケアと食事口腔ケアが大切なんです。8時40分に失禁なかったと、11時40分にとくさんでてるから次はいいかな。そうそうこういうふうにして書いて。</p>	<p>D: 全然大変じゃないですよ。ある材料で、さっきのクックパッドじゃないですけど。後は近くのスーパーが、5時半から結構値引きするので行って。値引きのあれを見て、これだったら何が出来るなって。……そういう買い物をして安くて美味しいものが出来ればゲームにね、勝ったような感じですよ。よし、今日はやったぞ、というような。</p> <p>A: 食事の準備はたいしたことない。だって今スーパーに行ったら、もうチンするだけでいろんな美味しい食べ物が山ほどある。だからまあ、簡単な料理。それから僕は魚釣りやるから、魚さばくのは昔からやってたんですよ料理そのものは億劫じゃないんですよ。</p> <p>C: だけど幸いにして、今はもうコンビニから、色々なストアでも、かなり出来上がりの物がありますから。昔みたいなことはないし。いや、私たちの育った頃っていうのは、もう色々なことを覚えてますから。</p> <p>H: 魚釣りが好きで釣った魚は全部きれいに自分で料理するんです。刺身でもなんでも料理はだいたいできたんです。今でも普通の主婦よりは上手じゃないかなーと思うんです。</p> <p>G: 自分の食べる分はやっている。たいへんだから、宅配をたのんでいる。朝はパンと牛乳、昼はましまらだね。御飯だけはちゃんとたいて、みそ汁は夏場つくらないが。後は娘がきてお料理を一つ作って帰るとか</p>
理論的メモ	家族会で他者が自分よりたいへんな状況を知ることで、少し気持ちが楽になっている。外に目を転じてみることは有効である。	認知症をオープンできることは認知症について、きちんと理解できている人	仕事経験知から介護の段取りをたて、計画的に進めたり、専門家との関係の作り方、介護問題の対処も仕事から得たものを活用している。仕事の姿勢は多く出る人は職種に違いがあるようである。	記録に残し、妻の状態をよく知ってもらうための対策か、メモは仕事経験からきたものか記録はどのように役立っているか	家事をこなせるようになった自信は介護生活に変化をきたしているか家事はそれほど負担でないのか、むしろ身体介護が重いのか。

資料 10-3) 介護者 介護中期以降のワークシート

概念	認知症介護について学習	自分流介護のコツ	気持ちを切り替える工夫	介護するための健康維持	介護慣れによる自信
定義	認知症の病気と介護についての疑問点を本や新聞、経験者から学習し。介護に生かそうとしている。	自分で編み出した介護のコツ	自分自身の気持ちを安定させ、介護できる自分を維持するために、気持ちを切り替える工夫をしている。	介護を続けるには健康が大切と体力づくりに励んでいる。	介護に慣れてきて、介護ができて自信
ヴァリエーション(具体例)	<p>D: パーソン・センタードケアですよ。あの考え方は、なるほどなって感じですよ。後いつ最近、まだ読んでないんですけど、NHKでも紹介された何かってのは、比較的チェックして大体図書館で借りて、これは良いと思うと購入するんですよ。付箋が二十箇所ついたら購入しようとか。</p> <p>N: 病院にかかってから本を読みました。でも内容的にみな同じです。対処の仕方も同じで自分なりにやっていかなくてはと思いました。</p> <p>C: 介護する場合にまずその全貌を知らないといかんということで。その全貌を知るためには、まず介護って何?っていうね。</p> <p>C: これを見るときどういうふうにして、後それからね、パーソン・センタードケアも、バリエーションの本も僕買ってますので。勉強しかな。だって、私にとっては未知な分野ですから。</p> <p>M: 最初はなんでこういうことがわからないとなかなかね。認知症の本を読んだり新聞を切りぬいたり、結構本読んでいますよ。新聞に認知症とでたら必ず読んでいますよ。</p>	<p>H: だから最近是要領がわかってきたから四つんばいにして、手をついてこう立てるようになったんですよ。ああこれでいいやと思って、それをずーとやっているんですけどね。</p> <p>A: また、あの3メートル位歩くんですよ。だからね、この、車椅子じゃない、丸椅子をね。その、ベッドからトイレ行くまででも、二箇所位置いてね。それで、「はい、座って。」って。で、1分もしたら、「はい、また歩いて」って。で、また座ってって。</p> <p>F: 朝起きたらミルクセーキを作るんです。卵黄いれてはちみつをいれてミルクセーキをつくって冷やしておくです。氷を3つ4つ入れるうんです。むせないようにいれるんです。冷たいのを入れるとむせない。130位飲むんですよ。</p> <p>F: お風呂なんかつれていってもあがりにくいものですから、下にこれくらいの台がありますから、ケアマネジャーさんと話してふろのふたの代わりに台にして座らせた。こうして自分で考えるんです。</p>	<p>D: やっぱ、ずっと最初の1年は、ずっと一緒にいましたから。一緒にいる時にちょっとその、やっぱり相手が詰まっちゃうなっていう時はね、ありますけど。そういう時は、ほんの数分離れてるっていうか。</p> <p>J: 週三回火木金、マンションの管理人の仕事をしているんです。それが気分転換になります。何もしないよりはいいです。</p> <p>N: 僕は割と人と接することが多いので、そういうので気持ちを切り替えてきました。</p> <p>H: それ以外は釣りにいけないようになったんですよ。私は釣りが好きで釣りをやらせれば何もいらぬ。ずっと昔からやっています。釣り仲間がいるんです。その仲間とあっているときは一番楽しいです。</p> <p>F: くよくよしないこと、プールなんかいっても、「なんでそんなにここにこしているの」と、暗くしてもしようがないじゃない。明るい顔で一日にここにこしているんです。</p>	<p>R: 脚力を維持するような体操ってありますよね。あれしながら、体力維持ですね。</p> <p>F: 自分が体力がないとある程度自分の健康管理も大切、だから3ヵ月おきに内科にいらしています。血圧測定も2冊でしょう。朝起きたらほかっているんですよ。</p> <p>F: (体力をつかっている) だから自分も鍛えている。よく最近寝てくれる。私もプールで鍛えますから、</p> <p>O: 自分が元気でいられるといいですよ。自分が元気でと身体だけ。朝は毎朝自転車に30分位のりま。20から30分やるんです。</p> <p>L: 自転車のチューブでね、こうやっての。そう毎日朝夕方と、それからその川ぶら、あの桜並木の所を歩いて、大体三キロか四キロ。それで、どうしてかって言うかね、家の母ちゃんこういうことになってからさ。俺が倒れたら、あれだなんて思ってさ。</p>	<p>D: 早期退職するとは思っていませんでしたし、まさかこういうふうになるとも思ってなかったです。なってみれば、すぐそういうふうになり替えられたわけじゃないですけど。なってみれば、これはこれでね。自然に時間がこういうふうにあれですよ。よく言うじゃないですか。最初は何かあって最後は受容していくんだって。</p> <p>J: すごい介護をしているなという気持ちはないです。だんだんできているんで、自分もマンネリ化しているんですよ。</p> <p>H: 最初はお尻の拭き取りとかたいへんだってですけど。最近慣れてきたからそれも苦にならなくなりましたね。・・・最近は大変という思いはなくなりました。</p> <p>R: 施設の人に言わせると、私が行くと、よく笑うって言うんですけど、そんな実感はあまりないんですけど</p> <p>M: もう悟ったね。こういうのはダメだとか、あの時はこうなってきたとなぜできないんだと思っても、この病気になったらどうしようもないんだなと、認知症という病気になったらどうしようもないんだなと。こういう過程をふんでいくんだから、言ってもわからないんだからと悟ってきましたね</p>
理論的メモ	疑問について学習する姿勢は男性らしいと思う。職業的経験も影響している。	介護を経験していく中で自分流の介護のコツは大きな自身となり、やりがいにもつながっている。自分のコツはどのようにして編み出したのか。	息抜きはその場の対応と趣味等の活動がある。良い介護をするために自分の状態を保つのは大切な概念である。	介護をするうえで健康が一番、健康に問題がある人は介護をどのようにしているのか。健康づくりは誰もがやっているのか。	自然淘汰?これは克服とどう関係づけるか

資料 10-4) 夫介護者 介護中期以降のワークシート

概念	認知症によいことを実践	気持ちを汲み取る	妻が喜ぶようにする	夫婦であることの再認識
定義	認知症によいことは意図的に実践し、五感に働きかける	自分でうまくできないことを察してあげる。本人の気持ちを大事する	妻に喜んでもらうようにすることで自分も癒される	妻が自分を必要とし、夫婦であることを再認識している新しい形の夫婦に戻れた
ケアリナーション(具体例)	<p>D: 歩くのはね色々な刺激があるので、公園を歩くようにしています。大体、最近歩ける距離が短くなりましたけど、600メートル位ですかね。・・・それも本に出ましたよね。画面で自然の景色を見るんじゃないで、実際に肌で風を感じて、足の裏で。だから、その起伏のある所は砂利がこういう風に埋め込んである所と、土の所と、芝生の所とそれのアップダウンのある所と。そこは 800 メートル位なんですけど。</p> <p>J: スキンシップ大切ですね。ことばではないですね。本当に認識できるようになった。どこの男の人だっけと言われていたけど、お父さんの手というようになった。私のことを認識しているんだよね。前はしていなかったんだけどね</p> <p>A: 話が通じてるということは、ありがたい事だよ。だから、僕もまだね。(話掛けるんですか) そしたら。うん、もう年中ですよ。</p> <p>C: いや、話ましょっちゅうしますけども。表情見て、これはまあ、にっこりすればわかってくれたな、とか。</p> <p>F: ベッドに寝ている時はしょっちゅう声をかけてます。一日家にいたらホント声を出していますよ。</p>	<p>N: 自分で何もできない、当人はしたいんだろうけどできないのかなという気持ちで接していますよね。そうね、相手の動きや気持ちを汲み取るしかないかなと思いますね。</p> <p>D: 介護者は良いんです。発言できるから。本人は病が進行していくと、自分のその気持ちっていうのを、表に表現する事はできないんですよ</p> <p>A: ね、そういうふうに笑ってくれるの。だからね、このいい加減なね、感情を害することはできないってことです。</p> <p>C: 認知症の事を理解すれば、何ができないかって事が分かればですね。結局優しくなりましたよね。</p> <p>E: トイレに行きたいのにそうなったのかな。ロックをかけてからここんとこ寒いからか、本人をいららさせているかもしれないね。</p> <p>I: もっともっと気持ちのうえでは悲痛というかな。つらい思いをしているのは本人もっともっと</p> <p>R: 多分、介護というのは。嫁さんのほうがやっぱり苦しいわけなんです。介護する側はそこまで苦しいです。やっぱり病人が一番苦しいはずなんです。</p> <p>E: 介護されるものはすごく敏感になっているんですよ。自分で自分を卑下しながら介護されているという感じが見えるからね。</p>	<p>J: それからうちは冷蔵庫も体重計も赤です。私のパソコンも赤、トースターも赤、うちの中がそのうちに赤になるんじゃないかな。赤い車で喜んで、赤は認知しやすいということを信じているんですよ。喜んでもらうとうれしいですよ。</p> <p>C: そのジャッジメントはね、うちの家内ですよ。うちの家内が美味いって言えば、それは良かったって思うし。私はあまり判断するんじゃないで、家内の様子を見て、家内を喜ばせてやるうって思えばいいんです。</p> <p>I: 教わって。頻繁に一泊旅行も出歩いて、そういう暮らししています。</p> <p>R: こういうのを食べたらおいしいだろうとか、なんかいろいろ考えながらやって、多少表情に変化があると、報われる感じしますもんね。</p> <p>F: 初めのうちはお母さんと声をかけるとにこーとしていた。今は全然表情ないんです。今でも私の声だけはわかるみたい。</p>	<p>A: もう、僕がトイレ行ってもすぐ呼ぶわけ。だから、「なんだよ」って言うのと、何も用事ないわけ。自分の傍へ来いってわけ。だからね、逆に言えばね、新婚になったみたい。あの離れるのが嫌なの。うん、それは悪くないですよ。ちょっと煩わしい時もあるけどね。</p> <p>N: 夫婦でありながら気持ちがまいてきているから、夫婦という形、また違う夫婦なのかなと思います。一般的に思っている夫婦と違うと思う。</p> <p>R: これまでいろいろ世話になりましたから、嫁さんには。だから、ある意味で新婚さんみたいです。べたべたで。何かの川柳に、「あーんして、昔ラブラブ、今介護」ってあるでしょ。あの状態です。ラブラブの時期なかったから、介護のところ。</p> <p>F: 病院なんかで「お父さん」というのをみるとかわいそうになって、みてたら元気な時を知っているでしょう。それから自分の気持ちも 180 度変わってきました。汚い便もなんとか。出ている時も「よかった、うんちがでた」と手をたたいて喜ぶんです。本人もにこーとするんです。それなりに対応すればいいんですよ。</p> <p>C: それで僕がね、第二の結婚という事を決めようとした。認知症の人と結婚したと思う。そういう事で自分を騙すという。一つのね、大事な事だと。それはもう凄くね。初めから認知症の人と結婚したんだから、あの、前の事は全然もうね、比較しないことにした。</p>
理論的メモ	認知症によいことを取り入れ実践、効果を見ている、書物で得た知識を実践評価している介護スキルにつながる、マネジメントか	認知症ケアについてよく学習した結果の実践と思われる。これができるのは一部の人ののだろうか。	妻が喜んでくれることに介護のやりがいを見出している。妻の喜ぶことが介護の評価としている。	状況は変わっても夫婦の親密性は変わらない。これは介護するうえで重要なことではないかな。

資料 10-5) 夫介護者 介護中期以降のワークシート

概念	共に暮らすという願い	面倒をみるものがない	施設入所は消極的
定義	認知症になっても夫婦で暮らすことの願い	介護することは本意ではないが、他に世話をする人がいないと受け止めている。	介護施設は入れたくないが、将来的にはやむを得ない。
ヴァリエーション 具体例	<p>D: 幸い、そんなに疲れるとは感じないですよ。ていうのは、結局きぎですけど、介護をするっていうんじゃないくて、一緒に過ごしているっていう気持ちだから。自分が嫌な事をやっているわけじゃないですから。</p> <p>I: 仮にこれがいなくなつてね。それはつまらない暮らしでしょう。こう暮らしていた方がいいでしょう</p> <p>H: 大変は大変だけど、これも預けていないとやっぱ物足りないんです。いた方が自分のためにも精神的にいいんだな一と思います。一人でテレビでもみていると話しかけるときがあります。だから、いた方がいいんだな一と思っています。</p> <p>R: まあ生きがいの一つではありますよね。嫁さんがいる、嫁さんに必要とされているっていうんですかね。</p> <p>:</p>	<p>O: 俺としては、早く死んでくれれば良いって俺は思うけどね。そうすれば俺も楽になれるなって思うけどさ、もう死ぬばさ</p> <p>K: 俺も、こんななら別れようかな思ったけど。今ね、親がああいう状態だから、・・・本当に重荷だ。他に面倒見るもんいないじゃん。だから元気の良い間はね。仕方がないや思うてな。貧乏くじ引いたと思うしかないね。</p> <p>Q: 仕方がないという感じがあります。片方で別けてもいいんだよ</p>	<p>A: 後はそういう介護施設に行くかですわな。だけど、そういう所に行ったら、もう、早く悪くなるのはもう目に見えてるからね。</p> <p>J: 地元になんかあるという話で知り合いも入っているけど、すごい選択肢です。うちも入れたんじゃないかな。知り合いが入ったんです。うちはまだ割り切れない。かわいそうで。</p> <p>N: (施設は) こっちが動けなくなったら必要だと思えますね。自分で動ける間は今のデイサービスで、そういう形だと思います。</p> <p>I: 入所できなくできるだけ小規模多機能でかわらせて、その先は考えていないですけど。施設もどんな素晴らしい所でも従業員でやっていますから家族ケア以上にはできないですよ。できるのは家族ケアだから</p> <p>H: ただ、民間の場合は金額が高いでしょう。長くしれておだけの蓄えもないですから。</p> <p>O: 今後は、ずっと家で見るともりです。自分で手に負えなくなったら施設にはいつてもらわないと。自分でもそれが不安ですね。</p>
理論的メモ	介護を一緒に暮らしていると思えるのは、他の人もそうか、そう思わせるようにしているのか 認知症になって、これまでの夫婦関係が変化しても、夫婦であり続けたい願いか	介護する気持ちが消極的な場合は続けられるのか。	施設入所はいずれはそうせざるを得ない現実を予測しながらも、ためらっている。経済的な面におけるためらいもみられる。

訪問看護師・ケアマネジャー 「インタビューガイド」

面接調査日 年 月 日

訪問看護師 () 様

ケアマネジャー () 様

属性

年齢 () 歳代

専門職歴 () 年

対象者の支援期間：

支援内容：

インタビュー内容

- ① 介護支援を始めてから今日までの経過と関わりについて教えてください。
- ② 夫介護者の介護姿勢をどのように受け止めておられますか。
- ③ 夫の健康管理について教えてください。
- ④ 多職種との連携はどのようにされてこられましたか。
- ⑤ 夫介護者との関係性を保つために心がけていることを教えてください。

資料12-1) 訪問看護師・ケアマネジャーのワークシート

概念	夫と同じ位置に立ち支える	夫のSOSにすぐに対応	介護サービスを徐々に導入	夫介護者の頑張りを称賛
定義	夫の介護姿勢に寄り添い、夫の苦しさを同じ位置に立ち共有する	本人からの困りごとや相談にはすぐに対応する体制をとる	夫が納得しそうな介護サービスを時間をかけて徐々に勧める	夫の頑張りを認める関わり 自分の頑張りを認めてほしいニーズをくみ取る。
ヴァリエーション(具体例)	<p>10: 信用というか、いや、心底本当に信用してるかどうかは分からないんだけど、少なくとも共有して同じ立場に立って、やっぱりご主人の苦しさを共有できないと、Bさんの立場に立って「こうです」と言っても全然駄目なことで、ご主人と一緒に「つらいですよ」というところの共有感がないとそれほどできなかったかなと。</p> <p>5.奥さまの介護を本人はとりあえず、ご主人さまが一番と思っていますので、ご主人様がする方向で私たちもそれに寄り添って援助しますよという感じです。</p> <p>7. 効果的というか、病気は治らない病気ですので、「死ぬまで一緒にお供しましょう」というみたいな考えですね。</p> <p>11. 「お父さん」と言わなくなったり、「帰る」とも言わなくなったり、「帰らないで」とも言わなくなったり、非常に無気力な感じになってしまった姿を見て、まだ入れなきゃよかったって他の方たちが来ておっしゃるものだから、やはりAさんが一番近いところにいるので、たぶん悩んでいらっしやると思いますね。</p> <p>5.今日おトイレの方が気付きませんが、ちょっとショーツを汚してしまいましたよ」ってお帰りの時、送迎の時にお伝えすると、「いやいや、それはいいんです、家でもそうですから」というようなお返事とともに、お互いに今のある状態を共有して共感していきましょうねという部分ですかね。なので、助言というよりは今の状態と一緒に把握してという感じです。</p> <p>8. やっぱり同じ位置で、別にへりくだるつもりもないし、自分が上にいくつもりもないし、同じ位置で話をするので、向こうもやっぱり、ただ、自分の中で気を付けているんですよ。</p> <p>7. 私たちは実際手を出しての介護的のところ、でも、Aさんの場合ほとんどご主人がされるので、私たちが手を出して何をするとするのは、最初のときの散歩とか歌を歌って聞いて一緒にとか、あとおむつ交換も全部ご主人がしますし。</p> <p>9 ご家族の介護されている方って、やっぱり段階がありますよね、受け入れから、まさかうちの奥さんがとか、うちの母がというところからスタートして、「何でこんなに」というのから最後連絡されるころまで、もう付き合っていくしかないですよと</p>	<p>10.今日も朝電話かかってきて。今日調子悪くてバジヤマをどうしても脱がないんだと。着たままだから「ちょっと遅刻します」って言って、報告を受けて、こっちで何とか脱がしてというのと、あといつか便のコントロールがうまくいかなくて、ご主人が本当に悩んで、服薬もようやく今パターンができてきて、うちの方でやるって言ったんだけど、いやお漏らし、もしみんなの前でなっちゃったらかわいそうだからって、ずっと家でやっていたのね。話聞くといっぱい、いっぱいですね。</p> <p>5.急に会合があるという時には、「今いいですか」というお電話いただきまして、「大丈夫ですよ。じゃ、2時間ですね」ってお約束をして来ていただく。ただ、2時間といっても、延びてもこちら特段ご飯にかからない限りは大丈夫ですので、「いつでもいいのでお気を付けてお迎えください」ということで、また迎えに来てくださる。</p> <p>8. それでもなおかつ何かがあると、ご主人が時々電話してはきていましたので、タイミングよく私がいる時はもちろん話を聞きながらという感じですかね。</p> <p>4.抜くのはご主人がやって、入れるのだけ看護師さんですね。初めはそれも怖くて、怖いんだって電話がかかってきたんですけど、たぶん失敗はないと思うんですけど、ご主人が怖がってやっても、「奥さんはたぶん安心してから大丈夫だよ」ぐらいのこじかっちは言えないから</p> <p>4. 本当に助けてほしい時は私のところに来るけど、そうじゃない時はお父さんが全部みるんだみたいな感覚はあって、ご主人もその娘さんに頼らなくていいよというところ。</p> <p>7. 転んで大変だといったときに、「大変だって」電話が来て、すぐ飛んでいって、「お父さん、これ痛がってるから救急車呼んで病院に行きましょう」と言ったら、「その判断でできなかったからあんたを呼んだ」みたいに言われて、「あ、それじゃすぐ救急車」って即救急車で病院へ行って、そして良くなってきて帰りました。</p>	<p>10. 小規模でちょっとお預かりして、2人きりの世界から少し、ちょっと社会的なこういう介護保険を使ってやってみませんかって話して、</p> <p>8. 結局、誘うのが、うちのメンバーに言わせると、私はいまいと言われていまして、本当にいろいろ時間かけて、手を変え品を変え、話術で持っていくというか。</p> <p>4.ちょっとした時間がご主人もとれたりと、本人にとってもお家以外のところに出てくるのもいいのかなと思っただので、そういう場所を探したり、あとは入浴なんかは、体力的に落ちてしまうので、デイスサービスで入るようにしています。</p> <p>4. 日帰りショートってちょっとありえないんですけど、ベッドを確保するためには、ショートステイはベッド確保できるじゃないですか、寝かしておきながらお風呂に入るだけのためのショートステイをできないかということも、それもうちの同法人なんですけど、ちょっと相談してみました。</p> <p>3. ここにつながるまでだと思うんですけど、結構長いんですよ、預けるまでも長いし、サービスを使うようになるまでもたぶん、その間が一番なんですけど。</p>	<p>5.その前からそういうお勉強したいという気持ちがあったのか、とても勉強されまして、奥さまの介護に一番いい方法は何か、地域で関わるにはどうしたらいいか、また家族としてはどう関わったらいいかを、私たちより先駆けてというか、たぶん勉強されながら今に至っているんだと思うんですね。</p> <p>3. とにかく本当に頑張ってる、みんなすごいよというふうには言うようにしていますね。だから認めて、認められることがないのが介護者なので、そこは認めるように。</p> <p>5.僕は奥さんこんな状態でも関わってますよというアピールではないんですが、しっかりみられたいというAさんの意識はやっぱり強いのかなと思うんですね。</p> <p>7. 奥さんを介護していて認めてもらうこと自体が、自分の生きがいみたいな感じになっているのかなという感じがするので、だから「お父さん頑張っているね」ということを常に訪問の時はお話しさせてもらったりしています。</p> <p>3. NHKの取材が入るようになって、そのNHKのディレクターの方も〇〇さんすごいって言っていて、その辺からまたモチベーションもガーンと上がる感じでした。</p> <p>4. 中核症状は同じなんですけど、周辺症状がすごく変わるので、奥さんが穏やかでいれたというのは、やっぱりご主人の対応が良かったからということだと思います。</p> <p>4. それを看護師さんが横で、「ちゃんとできている」「できてますよ」、「大丈夫ですよ」と、その言葉がすごく〇〇さんを支えてくれたと思うんですよ。命に直結しているところの人が、「お父さん頑張っているよ。いいよ」と言ってくれることがやっぱり一番のようでした。</p>
メモ論的	夫介護者を支える基本的な姿勢と考える。最初から同じ立ち位置に立てるのだろうか。	夫のSOSに対していつでも応じる体制は信頼につながっているのではないか。	介護サービスの抵抗も考えて、1つずつ導入していつか。これは夫の中でも選択しやすいのではないか。	夫へ肯定的なストロークは夫介護者のやる気を引き出すことにつながっていると思う。夫の自己効力感にもなり、よい関わり方である。

資料1 2-2) 訪問看護師・ケアマネジャーのワークシート

概念	指摘でなく諭すような伝え方	多少よくなっても夫のやり方を尊重	夫介護者が休息できるように対策を立てる	抱え込み現象を把握	介護力不足を査定しサポートする
定義	問題を指摘するのではなく、諭すような伝え方（専門職としての意見は控える）	専門的にはよいやり方でも夫のやり方を尊重	夫が休めるように対策をとることで、夫の状態が改善する	外部サービスを受けず一人で抱えている状況を把握する	介護力が不足していることに対する対策を考え、サポートする
ケアリエーション（具体例）	<p>5.お話の中では「お疲れじゃないですか」とか、あとご利用もうちょっと融通きますので、増やす、増やさないという問題ではなくて、「うまい利用の仕方を考えていただけたいですね」というお話もしているんですね。</p> <p>8. 認知症の場合に怒ってもしようがないよねとか、教え聞かせるんじゃないかって、本当に雑談というか、普通の会話の中で、向こうが返してきた言葉に対して、「そこで怒ってもね」、「結局病気だから分らないから駄目だよね」みたいな感じのやりとりはあったかなと思うんですけど。</p> <p>6. その時は奥さんかわいそうだなという思いがしたので、「つらそうですね」というふうにしかならなかった時に、やっぱりかわいそうなんだというふうにはおっしゃっていて</p> <p>7. それがすごく不安で仕方なくて、通常でしたら発症して 10 年以内には亡くなってしまおうというのがよく言われているんですけども、「食べれなくなったならば、そこが分かれ目だよね」という話をよく私たちなんかはお父さんにしてたんです。</p> <p>8. 実は奥さんも脱水傾向ずっと続いていたんですけど。だから、デイサービスに来たら、まず水分の補給から始めたというところでは、ご主人自身が飲みたいのか、逆にお小水のことを気にして控えているのか、ちょっとまずいんだよねという話があって、そこでやっぱりちゃんとしっかり水分取らなきゃいけないよって、ご主人に言うんじゃないかって、おげんきランチ全体でちょっとした看護師さんの講義みたいなことをやってもらったりしてました。</p>	<p>10. こっちが提案してもご主人のやり方があるから、夜中の 1 時に無理に起こしてトイレに連れていくという話を聞いた時は、思い切り寝る時にご主人どうなのかしらねという話もちよっとさせてもらって。うちに泊まった場合は無理に起こさない。本人は尿意があるので起きてはくる、場所は分かんないけど。でも、それとご主人の思いとは別だから、これが正しいですとは言わないんだけど、ご主人も一生懸命やってるしね。</p> <p>6. 自分の抑制力というか、自分をコントロールする力がすごいんだと思いますが、並の人じゃないんだなというふうにいるんですけど</p> <p>6. どこかでやっぱりご主人が思う方向にちゃんと線路が変わっていく感じはしますね。それはというのは、きっちと奥さんの状況で、ここで切り替える必要だなという時は、「このサービスについてはちょっと見直したい」とか、</p> <p>2. 行った時には褥瘡で、やっぱりちょっと…男の人なのでこういう、変化がね。受け入れられなくて、で、姿勢を直すように、何回も言っても次行く時には、また同じ姿勢をとっていたりして、自分流の…ちょっと、お父さんも固執していることが未だにあるんですけど。固執…ちょっと、独特の考え方。我を強くお持ちで、それが未だに…ケアマネさんとも苦労してたんですけど。</p> <p>2:でも、頼んだんですけど、やっぱり次来るまでに、どんどん悪くなっちゃって。お父さん、体交とも十分できなくて。もう褥瘡悪化して、起こしたので入院したんですよ。市立病院に入院して</p> <p>1. でもまあ、ほぼお父さんが一人でやってらっしゃるので、あんまり私もこう強く、あれをこうした方が良く、これをこうした方が良くってというふうには言っていないですね。</p>	<p>10. 実を言うと、うちは 1 対 1 なんですよ。1 人を 1 人でみての。</p> <p>だから、そこの 2 週間に 1 回は他の人泊められないんですよ。</p> <p>8. そこでやっぱりご主人も少し介護から離れて、自分の楽しみとか、そういう時間持つ必要あるよねというところで、ご主人とも話をしたんですけど、その参加している中で、「釣りに最近行ってる？」とか言うのと、意外と時間つくって行くようになったんですよ。すごい釣り好きで。</p> <p>4. 怒ってもしようがないと思う。そんなに今ストレスがたまっているんだったらちょっとお泊まり行きませんかという感じでサービスをうまく使えていけたら長くいけるのかなというのはいくらも感じてます。</p> <p>10. 泊まったことよって、ご主人ももっと信頼してくれたんだと思う。あれ「うち無理ですよ」ってやってたら絶対無理だし、「うちそんな預かれません」ってやってたら無理なんで、やっぱりそこは預かるという、そうするとご主人の 2 日間はまるっきり自分の時間がとれるんです。</p>	<p>1. 本当にあの、全く本当に一人でやっているの介護を。息子と娘の協力はほとんどないので。</p> <p>2. お父さんやっぱり、愛情が凄くあるんですよ。奥様に対しては凄く愛情深くて。未だに本当にデイサービスも出したくない位、心配です。お父さんが、愛情が凄くあるんですけど、ケアはできなくて。</p> <p>5. 時々お疲れになって、テレビの取材とかもいらっしゃるんですけど、うちのので、かえってご主人が頑張り過ぎてないかという方が最近心配になりました。「一生懸命僕はこうやってるんだよ」ということを示すことで、自分を保っている面もあるのかな。たぶんそこがパタッとなくなって、本当に夫婦だけの静かな生活になったときには、きっと自分ももしかしてちょっと面倒くさくなってしまふかもしれないと思う気持ちを、わざと取材を受けたりとか家族会に出たり、あとカフェも。</p> <p>1. それが、不安で、毎日ないのが不安だっけ言いついて。ちょっと、そういうあの思い込みみたいな…思い込み、そこがどうしても理解できなくて。私は、「バンバンな方が、問題なんですよ」って、「腸閉塞をおこしたり」って、言っているんだけど。「いや、毎日少しずつでも出てれば、それの方が体に良いような気がする」って言います。</p>	<p>2. あの、まあ年相応のまあ、ボケてるって事はないと思うんですけども。あのしっかりはしてらっしゃるかとは思いますが、やっぱり介護っていうものの、そのもの自体をあんまり理解されてないの。</p> <p>1. まあ、こう聞いているうちに、やっぱりあの、まあお父さんもちょっと介護力がいまひとつだなと思いつつ、指導しつつ、いこうかなって思っていたんですけど。</p> <p>8. その中で、ちょっと奥さまがいろいろ大変問題を抱えておられて、それをご主人がずっと一人で介護というの、どちらかというと介護というよりは放任でした。</p> <p>8. 「たまには散歩連れていって」と言うのと、「子どももじゃあるまいし、こんな連れて歩けるかよ」というようなところで、関わっていく中でも、俺も大変なんだよって、俺も大変だからこんな状況でこいつの世話はできないよという発言がかなり多くて、本当に離婚もしたいという方なの。</p> <p>9. 期待できる介護力が、まだ着替え用意してくれらるご家族はいっぱいですけど、それすらもない、身寄りのない方とかも結構いるので、そうするとしようがないからケアマネさんが気の毒にお洋服買いに連れて行ってくれたり、ヘルパーさんがご自分の時間でついでに買っておいでくれたりとか、お金のない方だとご家族で着なくなったものとかも提供して下さったりとか、結構いるんです。</p> <p>4. ご主人ができることはご主人にやらせてもらう中で、ご主人の足りないところと言ったらあれですかね。支援が必要どころだらけうまくサポートしてくれましたので、すごくよかったなと思って。</p>
理論的メモ	本人のやり方を否定してしまうと、夫介護者一人になった場合迷ってしまうことも考えられる。夫自身が自分で気づけるような関わり方である。	指導を聴いてもいかせない人がいる。自分のやり方に固執するというよりいつものやり方になってしまう現実に対して、丹念な関わりが必要である。	夫の健康管理に関して、まず夫が心身ともに休息できることを第一義に考えている。	専門職者として、客観的に抱え込み現象を把握できるのではないかと。しかし、そこからどう抱え込みを開放していくのかが問題である。	夫介護全体を把握して、介護が十分でないことに関しては、保健医療福祉チームがサポートにはいるように調整をしていた。

資料1 2-3) 訪問看護師・ケアマネジャーのワークシート

概念	ベストなサポートになるよう相性が合う人が対応	課題に対して医療と福祉職が協働し取り組む	夫婦が在宅生活を続けられるように支援
定義	チームで最も適任と思われる人が夫をサポートしている。	課題に対して医療福祉職の双方が歩み寄り対応している。	夫婦二人で生活をしたいも望みが叶うように支援する夫の状態を安定させることが妻へ良い影響となる。
ヴァリエーション (具体例)	<p>7.最初から関わってはいまずけど、いろいろな看護師も何人かいるので、今週はAさん、来週はBさんみたいな感じで行くんです。何人かの看護師が関わって、ご主人もこの看護師さんはちょっと奥さんに合わないかなとか、この看護師さんなら話が合っているみたいいな、そういうことあるんだと思いつつやっています。</p> <p>8.とりあえず非常に傾聴のうまいケアマネジャーさんつけてみて。</p> <p>7.「引き続き来てね」って言われて、「はいはい」って。どうなんですかって、こんなだからこうした方がいいですねって、すごい的確なアドバイスをみんながそれぞれするんですね。それがお父さんにも、いろんな人が来てくれてみんながそれぞれ言ってくれるので、1人だけだとだいぶ苦しいと思うんです。</p> <p>10. すばらしい保健師さん、いろいろ悩み聞かせてもらったんだけど、彼女もすごい悩んだみたいね。</p> <p>9.あとお父さんには判断がしきれないからという時、保健師の方がしょっちゅう娘さんと連絡とってたんだけど。だから、地域が支えてるかな。やむを得ず、あとサービスも、事業所さんが、本来ならここまで介護保険の仕事かなと思っちゃうけど、やる人がいないし、制度的にもやむを得なければというところで、ケアマネさんから、ヘルパーさん、デイサービスさん、本当にもう持てる限りの力を発揮して下さってやってくれてるというのはあるかなというのがね。</p>	<p>9 社会福祉協議会の後見センターさんと連携しながら、役所も引っ張り出して何とかという、どんどんやっつけたいと先に進まない方が本当に多くいます。</p> <p>9. 点でつながっているのがあるので、それを介して、していただいているというのがありますね。ご近所と民生委員さんはまさにそれでしたね</p> <p>11. 入所にちょっと受け入れられないんじゃないかと。このまま続くのは本人もつらいし、こっちは大変だし、どうにかならないだろうかというのが介護側から来ると、私が医療の先生の方と調整して、ケースカンファレンス持ちます。</p> <p>医療と介護側と議論して、Aの場合はAさんも入れます、その中に、ご主人も入れます。</p> <p>8. その課題整理をして、順番に対応して行って、ちゃんとしたネットワークというか、道筋ちゃんと立ててあげる必要があるよねとずっと思ってやってきたというところですかね。11月に引っ越してから一度も外に出てないとおっしゃるんですよ。それが後から分かるんですけど、外に出たら家に帰ってこれないんです。</p> <p>4.入所はちょっと受け入れられないんじゃないかと。このまま続くのは本人もつらいし、こっちは大変だし、どうにかならないだろうかというのが介護側からくると、私が医療の先生の方と調整して、ケースカンファレンスを持ちます。医療と介護側と議論して、Aの場合はAさんも入れます、その中に、ご主人も入れます。</p>	<p>10.ご主人がいろんなことを悩んでいる間は、それがそっくり奥さまの方にも不安がいつちやうわけで、ご主人が安心するところで奥さまも安心してゆったりしてもらわなきゃいけないって、ご主人も一緒に支援していかなくちゃいけないですよ。</p> <p>8. 奥さんメインで、ただ、ご主人もいろいろ問題抱えてるところでは、大体行くと私たちはこの人だけじゃなくて家族全体の調整を図るというのも役割としてあるので</p> <p>11. 要は夫婦という枠の中に入れられちゃったから、それを抜けるわけにいかないでしょうって言うんですけど、それがいろんな理由、もちろん罪滅ぼし、恩返しもある。だけど、夫婦という枠というのはガチッと、夫婦という概念の中から人として出るわけにいかないでしょうって、生活保護を受けてる人でも言うんですよ。本当は嫌いだけど</p> <p>6. 夫婦の力かなと思うんですけど、大きいです。</p> <p>4. 一番苦しんでるのは本人じゃないですか、本人がちょっと苦しみから解放されると、ご家族もちょっと楽になるみたいな感じはあるので、ただ、本人が分からなくなったときは、家族中心で支えていかないとつぶれていってしまうので。</p> <p>11. そこにもう1回夫婦の絆を編み直すみたいな作業をやるかどうかというあたりが、認知症と向き合うとき非常に必要なことです。</p>
理論的メモ	ベストな人の選択まで考え対応しているのは、一部だけか、個別的な状況に踏み込んだ対応と考える。	介護者の困りごとに対して、関連職種との調整を図ることが役割、その中に連携の悪いことが調整がうまくいかないことも挙げている。	夫婦ともに生活することを目標に調整している