

高齢者の在宅介護者の認知的成長段階に関する一考察

田中共子 岡山大学文学部 Tomoko Tanaka Faculty of Letters, Okayama University
兵藤好美 岡山大学医学部 Yoshimi Hyodo Faculty of Medicine, Okayama University
田中宏二 岡山大学教育学部 Koji Tanaka Faculty of Education, Okayama University

要約

高齢者を在宅介護する6人の主介護者を対象として、半構造的面接を行い、質問紙を併用して、介護体験による認知的成長段階について調査を行った。本研究における仮説として、介護に関わる認知が段階的に変化するものと考えた。介護者の認知的反応はおおむね、Ⅰ困惑的反応、Ⅱ否定的反応、Ⅲ肯定的反応の順に現れるとみて、こうした変化に即した認知的な段階として、(1) 衝撃、(2) 否認、(3) 怒り、(4) 自閉、(5) 認容、(6) 統合の6段階を想定した。各介護者においてこれらの段階が実際にみられるかどうか、もしみられるとしたらどのような順に現れるのかを調べた。また段階の経験の仕方からケースの分類を試み、それぞれの認知が現れる文脈について検討した。そして社会心理学と看護学の接点の関心として、介護者の認知的段階と精神的健康との関連性を探り、最後に今回の知見の持つ、健康心理学的な応用の可能性について考察した。

キーワード 在宅介護者、高齢者、認知的成長段階

Title

Cognitive developmental stages of family caregivers for elderly people.

Abstract

Semi-structured interviews and surveys were conducted with 6 family caregivers for elderly people. Their cognitive developmental stages were investigated. The hypothesis was that their cognition should change in phases in the order: 1) embarrassment response, 2) negative response and 3) positive response. We then assumed 6 cognitive stages: 1. shock, 2. denial, 3. anger, 4. withdrawal, 5. acceptance and 6. integration. We examined the appearance and order of the 6 stages, the classification of these cases and context of these stages. The relationships between cognitive stages and mental health were examined, which have implications for social psychology and nursing. The possible application to health psychology was also discussed.

Key words

family caregiver, elderly, cognitive developmental stage

問題

世界一の高齢化社会である日本では、虚弱な高齢者も増え続けている。要介護の高齢者を誰がどのようにみるのかは、いまや大きな社会的問題である。少子核家族化により介護の家庭内労働力は不足し、介護の社会化政策が進められているが、一方で同居志向や在宅介護への志向性は依然として高い。そして医療の高度化に伴って、寝たきり期間は長期化し、困難度の高い介護労働が求められるようになっていく。

介護者の負担は長く大きくなったものの、戦後世代の家族観はもはや夫婦中心の一代家族に移行し、長男とその配偶者が集中的に老親を扶養する規範意識は希薄になってきている。そのため高齢者の介護責任を担う人は、時にはその役割に抵抗を感じながら介護に携わる。また高齢者世帯が増えたために、高齢者の配偶者が主介護者となる場合も増え、こうした場合は介護労働の負担が介護者の体力や能力などと鑑みて問題となりやすい。

在宅介護は高ストレス事象であるために、ストレス反応も著しく、高い負担感を生じたり高い燃え尽き率を示したり、心身の健康を害したりしているとの報告は多い (Olshevski, Katz & Knight, 1999)。しかし一方で、介護は「災難でしかない体験」ではないと思われる。世の中に出版されている介護の体験談を読むと、はじめは迷ったりとまどったり、混乱したりしても、最終的には困難を乗り越えて昇華したり、悟りのような心境で心の平安に至っている人もいようである。従来のストレス研究の枠組みでは、こうした人々を説明しきれないと思われる。高低ストレス反応群に分けて、痴呆度などその関連要因を探る研究も盛んに行われたが、静止的な分類枠で影響要因を示すスタンスでは、変化の起き方を十分説明していないように思われる。介護が高ストレス事象であったとしても、もの見方や対応の仕方が不変とは限らない。むしろ人間は次第に変化し成長すると考えて、変化の「プロセス」の視点を導入してみたいと考える。介護にあたって心の状態が変化するという漠然とした経験知はあっても、研究としてそれをきちんと裏付け、さらにその先の影

響要因や促進要因などの分析までも完成させたものはまだない。我々は今後の展望として、そのレベルまでを考えていきたいと思っている。

受け入れ困難な事象に見舞われたときに、人間の心理的な反応が変化の過程を示すことは、例えば異文化適応や (Adler, 1975)、死の受容段階 (ロス, 1971) の仮説に表現されている。異文化適応では、接触 (異文化に興奮)、自己崩壊 (カルチャーショック)、自己再統合 (怒りと拒絶)、自律 (差異の認識と柔軟性)、独立 (創造的な自己実現) という段階的变化を想定している。死や喪失の受容では、衝撃、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容、解脱を想定している。両者に共通するのはまず、初期に興奮、驚愕、とまどいなどの困惑や混乱の時期があることである。次いで怒りや攻撃などの発散、あるいは抑うつや引きこもりなどの内向きで自滅的な姿勢といった、内外へ向けての総じて否定的な反応を示すことであろう。やがて、否定していたできごとをありのままに見つめ、受け入れようとする気持ちが起き、最後には物事に煩わされることのない、どこか絶対的な姿勢を確立する段階が訪れている。その表現のされ方についても、拒絶やあがき、八つ当たりなどの一見歓迎されざる反応は、一連の過程をたどるための不可欠の段階であるから、それなりに意味があるのだという見方も、両者に共通している。介護状況におきかえてみると、在宅介護を担うことになった人が、考え方や行動の仕方を前向きにしながら、何とかやり方を見つけて乗り切る努力をするという意味では、喪失より適応をモチーフにした Adler の考え方により近いだろう。

看護学の領域では、病気からの回復にも、衝撃から否認、怒り、抑うつを経てから健康に至るプロセスを当てはめており、回復モデルあるいは危機理論と呼んでいる (小島, 1986)。環境移行、喪失体験、危機経験を含めて、人が困難な物事を受け入れる心理的過程には、案外と共通性があるように思われる。ぼう然とした後に拒絶があり、やがて外部や内部のせいにしてから、やっと現象を直視して現実的な評価を始める。その後には、透徹したものの見方を完成させる能力を備えているように思われる。

ただロス (1971) は、過程が途中までしか進まなかったり、重なったり入り乱れたり、後戻りもすると

指摘している。過程が想定できていても進行が想定通りでない場合は、過程というより反応の様々な型にしかみえないかもしれない。これは「過程」か「類型」かという研究仮説の妥当性の問題に還元されようが、まずは事象を丹念に探ることから手がかりが得られよう。

看護領域では痴呆性老人の介護の研究は多く行われているが、対人的コミュニケーションの視点からは、介護者と痴呆性老人の相互作用には時間的変化が認められることが指摘されており、それをもって痴呆症状の受容とみなしている（太田，1994；太田，1996；諏訪・湯浅・正木・野口，1996）。意志疎通に限らず介護者の心理にも何らかの変化過程を想定するのは、あながち不自然ではないだろう。本研究では、高齢者の在宅介護者の認知に焦点を当てて、介護の担い手になるという事態に見舞われたとき、何らかの一連の過程を経てから事態への適応が起きているのではないかと考えてみたい。望ましい方向への変化という意味で、これを成長と捉えることとする。そのため、介護事態に直面した主介護者が、認知的な成長段階を示すという仮説を立てる。その段階はおおよそ、困惑的反応（衝撃、否認）、否定的反応（外向的な怒り、内向的な自閉）、肯定的反応（認容、統合）といった経過を想定することとする。そして各段階の特徴と思われる様子が順を追って示されるかどうかを、またそれらの段階にどのような特徴がみられるのかを、面接と質問紙を併用した事例研究によって探索することを目的とする。

方 法

調査方法

O市にある高齢者の介護者の会（セルフヘルプグループ）参加者15名のうち、調査への協力が得られた7名。訪問による聞き取り調査を行い、有効回答6名を得た。平均年齢62.7歳、SD=9.9。調査は半構造的な面接を中心に、質問紙を併用した。内容はその場でメモし、後に補足して記録とした。質問紙は介護状況を確認する項目と、精神的健康指標を評価する項目、介護への態度を尋ねる項目、および介護への認知的な段

階を想定した項目とからなる。面接では設定した項目に答えてもらいながら、それを手がかりにして、認知的段階を中心に、介護への思いや苦労なども自由に語ってもらった。

調査項目

質問項目1は、介護者と被介護者の基本的な属性を尋ねたもの。項目2～7は、高齢者のエイジングストレス（兵藤・田中・田中，1998）および介護者の介護ストレス（兵藤・田中・田中，投稿中）の先行研究から引用または改変したもの。項目8～10は、本研究で独自に設定した。

1. **属性と介護の状態**：被介護者の年齢、性別、症状。介護者の年齢、性別、介護年数、職業の有無、介護による退職の有無、一日の介護時間、介護による睡眠の中断の有無、健康状態。

2. **被介護者の介助度**：日常生活での介助の程度。食事、排泄、床の出入り、着替え、歩行、身繕い、入浴の6項目に、介助なし=0、一部介助=1、全介助=2の得点を与えて合計。藤田・旗野（1989）の身体的ADL尺度を参考にしたもので、高得点ほど介助度が高いことを意味する。

3. **被介護者の痴呆度**：柄澤（1983）に基づく、チェックリスト方式の老人ぼけの臨床的判断基準。判定は以下の6段階に分かれる。1=全く問題なし、2=問題はいくらかあるが介助不要、3=時に介助要、4=しばしば介助要、5=常時介助要、6=常時介助要で自分の名前や家族すら分らない。

4. **介護者負担感**：新名・矢富・本間（1991）の介護者負担感評価尺度（CBS）を使用。負担に思う程度を4段階評定し、評定値を合計。高得点ほど負担感が高い。日常生活の援助、痴呆の症状への対応、将来の心配、人間関係の問題、個人的・社会的活動の拘束、社会的サービスの不足、身体的健康の問題、精神的健康の問題、経済的コストに関するもの。

5. **精神的健康度**：メンタルヘルスの一般的な尺度の一つ、日本語版 GHQ 精神的健康調査票（中川・大坊, 1985）。高得点ほど精神的に不健康であることを表す。

6. **利用サービス**：公的サービスの利用状況。内容、頻度、効果などを書き込み欄に記述。

7. **ソーシャルサポート**：介護を支えてくれる人の様子。関係、性別、年齢、内容、助けてもらう程度を、書き込み欄に記述。

8. **介護に関する認知**：過去～現在にわたって、どのような考えを持ったりどのような気持ちを体験したかを尋ねた。想定した介護に対する認知の進展プロセスに即して、おおむね3種類の反応、合計6段階を仮説とする。当初の混乱を表す『I 困惑的反応』の中に、介護状態の発生にショックを受ける「衝撃」と、認めたくないと思う「否認」の段階を想定する。次に『II 否定的反応』として、外部に葛藤の矛先を向ける「怒り」と、内に向けて煮詰まる「自閉」の段階を想定する。最後に『III 肯定的反応』として、事態を直視して受け入れを始める「認容」段階と、体験をふまえて自分の生き方や目標が新たに芽生える「統合」の段階を想定する。それぞれ近い内容を表すと思われる文章1～2個を、手がかりとして用意した。その際、我々が介護者の会で聞いた話、体験手記などの出版物、介護者の語り（岡本, 1997）などを参考にした。そしてこれらやそれに近いことを何か感じたことがあるかどうか、あるとしたらいつごろ感じたかを尋ねた。後で、経験の有無と時期について整理した。用意した項目は以下の通り。

(1) **衝撃**：要介護者の老いや状態の変化（病気・痴呆など）にショックを受けた。

(2) **否認**：要介護者の老いていく姿や症状を、認めなくなかった。

(3) **怒り**：回復の兆しがなく、ごまかしきれない症状がはっきりと現れたとき、要介護者や家族・親類に怒りを感じた。

(4) **自閉**：a. 今後の見通しが全く立たず、絶望で自分自身、押しつぶされそうになった。b. 家の中で

介護することが限界に達し、要介護者を施設に預けたいと思った。

(5) **認容**：a. あきらめ、要介護者の状態を受け入れられるようになった。b. 介護の経験は「私に人生を教えてくれている」と感じた。

(6) **統合**：a. 介護を自分の「大切な仕事」とし、そのような自分の生き方を認められるようになった。b. 「献身的に生きる」という自分の目標が生まれたり、他の人々にも経験を役立てたいと思った。

9. **介護に対する態度**：現在の介護に対する態度を知るため、Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) を日本語に訳して用いた。家族の病気に縛られていると思う、他ではできない体験ができた、など11項目を4段階で評価。得点が高いほどその態度が強いことを示す。

10. **介護への思い**：どんな思いで介護をしているか、何が大変かなどを、自由に述べてもらった。内容は後で、「困っていることや大変なこと」、「介護への思い」、「被介護者への思い」、「介護の支え」に分けて整理し、介護のとらえ方を知る手がかりとした。

結果と考察

1 介護状況

事例ごとの基本的な介護状況を、表1に示した。40～50代の嫁と、60～70代の妻が主介護者となって、60～80代の高齢者を介護している。介護期間は3～10年だが、最長の10年と答えたBの被介護者は30年前から事故で身体が不自由であったという。痴呆が全くない被介護者はABの二人のみで、残るCDEFの被介護者には軽度から重度の痴呆がある。介護度はBCFで比較的高い。

現在は全員が、職業を持たない専任の介護者である。BEFは、介護のために仕事を辞めた。周囲の私的サポートによる介護支援は0～3人である。ACEFは公的サポートをいくらか利用しているが、BDは利用

表1 介護状況

	項目	介護者					
		A	B	C	D	E	F
被介護者	年齢	73	67	81	87	78	87
	性別	男	男	男	女	女	男
	症状	脳梗塞	転落・麻痺	脳卒中	心不全, 痴呆	心臓病	転落・脳障害
	介助度	7	12	10	5	6	14
	痴呆度	1	1	3	4	4	6
	介護者	年齢	67	63	74	56	47
	性別	女	女	女	女	女	女
	被介護者との続柄	妻	妻	妻	嫁	嫁	嫁
	介護年数	4	10	6	3	6	3
	職業	なし	なし	なし	なし	なし	なし
	介護による退職	なし	あり	なし	なし	あり	あり
	介護時間/日	10	24	17	16	24	24
	介護での睡眠中断	あり	あり	あり	なし	あり	あり
	介護を支えてくれる人数	3	0	1	1	1	2
	: 続柄	娘, 親族, ヘルパー	—	嫁	夫	夫	義母・夫
	公的サービス利用						
	: デイケア	2回/週	—	4回/週	—	4回/週	ヘルパー
	: ショートステイ	—	—	—	—	+	—
	: ホームヘルパー	3回/週	—	—	—	—	—
	: ガイドヘルパー	1~2回/週	—	—	—	—	—
	: 訪問看護	—	—	—	—	—	+
	健康問題	十二指腸潰瘍	腰痛	膝・腰痛	自律神経失調症	なし	関節・腰痛
	負担感総点 (0~84)	17	34	10	60	18	78
	GHQ 総点 (0~84)	30	38	32	55	40	36

利用なし・該当なし -, 利用あり +, カッコ内数値は最小~最大値

しておらず, Bは単独, Dは夫と二人で介護を担っている。夜中に起こされたり, 24時間介護から開放されない人もおり, E以外は介護者自身も健康の問題を抱えている。GHQ52以上は神経症群とみなせるので, Dの不健康度はかなり高いといえるが, 他は差が少ない。ただし負担感評定にはかなりの開きがみられ, ACEで低くDFで高めである。特にFはGHQはさほど高くないが, 負担感がかなり高い。ただし負担感尺度は判定基準を持ったものではないので, ここでは介護者間の相対的評価の手がかりとして解するのが適当である。

2 介護に関する認知

介護に対するこれまでの認知プロセスを, 表2にまとめた。経験した認知段階に, ほぼ仮説通りの順序性が認められるのは, 介護者Cの事例である。(1) 衝撃から(4) a 自閉が最初の半年, (4) b 自閉が3年目まで, (5) a の認容と(6) ab の統合が5年目である。(5) b の経験がない以外, 各段階の時間的な発生の際は, 想定に即している。ただしCの記憶の中では, 隣り合う段階はある程度一緒になって, およそ同時期として報告されている。想起法の限界もあるので, その期間中の現れ方, 例えば強弱の変化や相対的な強さの

表2 介護に関する認知

想定段階	内容	介護者					
		A	B	C	D	E	F
(1)衝撃	家族の老いや状態の変化にショックを受けた	○:3年	○:10年	○:半年	○: 1年半	×	○: 14日目
(2)否認	家族の老いていく姿や症状を否認しようとした	×	○:半年	○:半年	×	×	×
(3)怒り	回復の兆しがなく、ごまかしきれない症状がはっきりと現れたとき、家族・親類・病院等に怒りを感じた	○:1年	×	○:半年	—	×	○: 3ヶ月
(4)自閉 a	今後の見通しが全く立たず、絶望で自分自身が押しつぶされそうになった	×	×	○:半年	—	×	○: 3ヶ月
(4)自閉 b	家の中で介護することが限界に達し、家族を施設に預けたいと思った	×	×	○:3年	○:半年	×	○:1年
(5)認容 a	あきらめ、家族の状態を受け入れられるようになり、プラス思考で考えられるようになった	○:半年	×	○:5年	×	○:6年	×
(5)認容 b	寝たきり、要介護でも「私に人生を教えてくれている」と感じた	—	×	×	×	○:6年	×
(6)統合 a	介護を自分の「大切な仕事」とし、自分の生き方を認められるようになった	○:2年	○:半年	○:5年	×	○:6年	×
(6)統合 b	「献身的に生きる」という自分の目標が生まれたり、他の人々にも体験を役立てたいと思った	○:2年	○:半年	○:5年	×	○:6年	×
介護年数		4年	10年	6年	3年	6年	3年

○=経験あり, :数字=発病後何年ぐらいいまでに経験したか, ×=経験なし, —=回答なし

交代などについては、さらに細かい変化があるのかもしれない。

我々は、(1) 衝撃をごく初期のものと想定したが、Cおよび(1)の経験がないとしたEを除く、残るABDFでは、後の段階よりも(1)が時期的に長引いていた。この理由として、症状が進行したり症状に多様性があったり、あるいは日常生活における意外性に遭遇したりすれば、その都度ショックと受け止められるためではないかと思われた。つまり要介護という状態の出現ではなく、要介護者の示す様々な症状の出現への衝撃が報告されたのではないかと思われる。Aは「車椅子を押すことにショックを感じた」と述べており、この違和感が長く消えなかったと思われる。

Bは「10年くらい。ただしすぐ気持ちを切り替えた」としており、当初の驚きと長引く衝撃的な思いはいくらか分離できるように思われる。

そこで(2)以降に注目し、経験ありとされた項目の経験時期をたどると、Aは、(3)(5)aが逆だが、(6)abは最後に来ている。Fは(3)(4)aの後に、(4)bがある。Fは当初の「2週間くらい」が衝撃の時期で、怒りは「3ヶ月で退院勧告されて、病院に怒りを覚えた」と述べており、さらに見通しの立たない絶望感を「退院時に感じた」という。家庭では介護しきれないので施設に頼りたい、との思いは「1年ほど」続いたが、結局在宅介護をしながら「ショートステイを利用した」という。介護の外的な環境条件と関

連しながら、(3)～(4) b が起きていることが分かる。なおFは「認容」のプラス思考については、「思わない」とはっきり否定している。Bは(2)(6) abが同時であり、Eは(5) a～(6) b が同時期だと述べた。Dは(4) b のみを報告している。Dに「怒り」に関して尋ねると、「本人も親類も病気だと考えていないために、治療への協力もない」とのことで、怒るというより、それ以前の認識のずれと捉えていた。この意味では見通しは立ちにくい、絶望感に打ちひしがれる感じではない。またプラス思考があるかという問いに対して、「理性では分かっているけども苦しい毎日」といっており、前向きにならねばと思っても情情的にはなりきれないようであった。人生を教えてくれているという思いも、「私はこのようになりたくない。反面教師のような感じで教えられている」とのことなので、認容が成立しているとはみなさなかった。

総じて(1)～(6) b まで全ての段階を経験した人はいないが、全員が経験しなかった段階もなく、人によって違う段階を選択的に経験していることが分かる。経験の種類が少ない場合は順序性の確認が困難だが、ある程度多様な経験を報告する場合は、(2)～(6) b の間でわりと想定に従った発生順が確認できる。特に(2)～(4) b までと、(5) a～(6) b までの間では、後者の方が比較的、時間的に後にあったと報告されている。

各段階の経験の有無は、(2)～(6) b においてそれぞれ1～4人の幅がある。想定した反応区分ごとに一つでも経験がある場合を、その反応ありとみなした場合は、Ⅰ困惑的反応5人、Ⅱ否定的反応4人、Ⅲ肯定的反応4人となって、小段階を単位とするよりは経験率が高まる。ただしⅠ～Ⅲ全てを経験したのはCのみで、他はⅠ・ⅢのみがA、Ⅰ・ⅡのみがB、ⅡのみがDF、ⅢのみがEと、選択パターンが分散する。

段階を正確に反映する項目設定ができたかどうかは反省すべき点であるが、総じて時間的順序性は緩やかに存在し、経験される段階の選択にかなり個人差があるように思われる。ほぼ想定通りの現象を認めうる事例Cが見いだされているため、理想的な段階設定が存在しないとの結論も早計と思われる。むしろ段階は本能的には存在するとしても、それを想定通りにたどることに様々な障害があって、何らかの選択肢が働いて

いく結果、経験段階にバリエーションが表現されるとみた方がよいと思われる。これは一見「類型」にみえるが、丹念にみればその中で反応の「過程」が見いだせるという意味にもなる。

諏訪ら(1996)は、家族と痴呆性老人との相互作用の変化過程について、まず痴呆の存在に気づき、常識的対応を試みるが失敗して、コミュニケーションは無理だとあきらめていくのが前半の過程だという。そして痴呆性老人なりの情動があり、非言語的コミュニケーションが可能であることを見いだして、意志疎通の努力をしていくまでが後半で、計7段階にまとまるという。逆行はなく、おおむね順行はするが、段階を一つずつたどる者と、いくつかの段階を同時に体験する者、段階をとばしてたどっていく者がいると述べている。今回の場合も、「段階をとばしはするがおおむね順行」という点では、類似性が認められる。

3 介護への関わり方

現在の介護への態度を表3にまとめた。ABCDEは介護意欲が高いが、CDFは介護からわりと逃避的で、介護による獲得感も少ない。ABDは介護を「他ではできない体験」と意味づける意識が高い。

介護について思うことを総合的に聞き取った結果について、表4にまとめた。ABCには、被介護者との心理的一体感のある介護の世界が伺える。Aは介護を「夫婦だから必然」と捉え、Bは「人に頼らない」、Cは「夫と一緒にできることを探す」と、介護を介した介護者・被介護者の二人の世界を持っている。そして、A「良くなってほしい」、C「私の介護の力で良くなってほしい」、B「私に頼る夫に伝える介護をした」と、回復への願いを込めた献身がみられる。

一方DEFでは、介護者と被介護者の世界は途切れがちで、苦痛や苦悩の表現が目立つ。D「徘徊・猜疑にも疲弊」「どう対応していいかわからず、混乱し疲労」、E「いらいら感」、F「訴えが多く大変」などである。切り離したような言い方もみられ、D「あのようになりたくないと思う」、E「あちらはあちら」「自分でやってもらう」、F「理解することは困難」「介護は痴呆老人を集めて公でやってほしい」などと述べている。特にEは面接場面でも反応や視点ががわりとク

表3 介護への態度

	態 度	介 護 者					
		A	B	C	D	E	F
介護からの逃避	自分自身の生活ができたらいのと思う	2	2	3	3	1	3
	家族の病気に縛られていると思う	2	1	2	3	1	3
	この場から逃げ出すことができたと思う	1	1	1	3	1	3
介護の自信	介護技術を十分習得したという自信がある	1	1	1	1	1	3
	全般的に私はよい技術者だと思う	2	2	0	1	2	0
介護による獲得	自分の内にある強さに気づくようになった	2	2	0	0	2	1
	自分への自信が増した	1	3	0	0	2	3
	人間として成長した	1	2	0	—	2	1
介護の意欲	他ではできない体験ができた	3	3	1	3	2	0
	世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	3	3	3	2	3	1
	被介護者を最後まで見てあげようと思う	—	—	3	1	3	1

0=全くそう思わない, 1=あまりそう思わない, 2=少しそう思う, 3=非常にそう思う, —=回答なし

ールで、被介護者との心理的距離感が強かった。認容について尋ねたときも、「同居によってあきらめた」と述べており、受容したというより、やむを得ないと割り切った結果のあきらめのように思われた。

またこれらの介護者には、家族・親族関係の悩みが顕著で、C「小姑に理解してもらえず」、D「親族には分かってもらえない」、F「親類は嫁として当然という態度で、理解がない」などと述べている。介護で家族に亀裂が入ることはアメリカの研究でもしばしば指摘される場所であるが、アメリカでは兄弟間の葛藤や介護者と子供との関係が注目されるのに対して（例えば Harris, 1998; Brody, 1985）、日本では家制度を残す文化的特徴を反映して、嫁と親族との葛藤が現れやすいといえよう。

4 総合考察

認知的成長段階の過程は緩やかに存在するようであるが、どの段階を経験しているかは介護者によって異なっていた。認知的段階の観点からは、今回の介護者はおよそ次の二つに分かれるように思われる。一つは「衝撃・否認・怒り・自閉」といった比較的ネガティブな感情や認知に留まったDF、もう一つはこれらがあった後に、「認容・統合」を加えたABCである。想定された段階をどこまで進んだかによって分けるの

は、過程を類型として捉えたものともいえる。ABCは肯定的な反応の時期以前に、困惑や否定的反応に属するネガティブな反応を報告している。Eは肯定的反応にあたる認容・統合のみが報告されていて、(4)以前が全く報告されていない。一見DFよりABCに近いように思われるが、面接におけるEにはクールなスタンスが目立ち、反応性や回答の質がやや独特であるため、単純に後者とは言い難い。Eは心理的距離感の確保によって混乱を抜け出したようにみえる、擬似的な後者ではないかと思われる。つまり大まかにI・IIにあたる前期と、IIIにあたる後期とに分離してみるなら、想定した変化過程のまだ早期の段階にとどまっている者と、その経験後に後期まで到達した者、すなわち「前期滞留者」DFと「後期到達者」ABCという典型に分けられる。

限られた例数ではあるが、何がDFとABCを分けていったのかを、基本的な介護状況や、抱いてきた介護への思い、現在の介護への態度など、今回聞き取れた範囲で考えてみよう。聞き取りの内容は現在の介護への関わり方や到達段階を表現しながらも、過去から現在に至る関係性のあり方を含むものと思われる。まず介護年数が長い方が後期段階に到達しやすい傾向はあるが、DFは3年、Aは4年と僅差であり、年数の単なる長さのみでは到達段階の差は説明しにくいように思われる。2群を分けるのはむしろ続柄、介護者

表4 介護について思うこと

	介護者		
	A	B	C
介護への思い	介護は必然的である。夫婦だから。	人に頼らない。期待はずれに怒りを覚えるから。	夫の病状がだんだん悪化していくのが心配。夫の世話はできるだけ自分でする。リハビリを兼ねて夫と一緒にできることを探す。
被介護者への思い	大変だけど、介護するしかない。良くなってほしい。このぐらいですんでよかったと思っている。	夫も私を頼っているし、それに応える介護をしていきたい。	長年連れ添ってきた夫であり、私の介護の力で良くなってほしい。
困っていること、大変なこと	—	これまで舅・姑・夫の3人の介護をしたが、小姑の協力は無い。	—
介護の支え	近所の友人の世話になること。趣味を続けること。ヘルパーがいてくれること。	自分の健康、楽天主義。くよくよしない。自分自身がまいつてしまうから。	介護に関する講演会で聞いた、自分の手で介護する大切さの話。

	介護者		
	D	E	F
介護への思い	要介護者を見て、あのようになりたくないと思う。反面教師のようなもの。	介護をしながらだと、パートも難しい。被介護者のデイケア参加などで、許された時間の中で、できることをする。	50代の人生を楽しみたい。せめて美しい物を見たい。趣味で気を紛らわせている。ヘルパーの資格取得を考えている。介護は痴呆老人を集めて公でやってほしい。
被介護者への思い	介護の必要のため、3年前県外から転居してきた。被介護者の精神症状にどう対応して良いかわからず、混乱し、疲労している。	デイケアには被介護者が自分で行く。あちらはあちらなので、別に何もかもしなくてもいいと思う。自分でやってもらう。	親類から嫁として介護は当然のこと、と一方的に押しつけられることには不満がある。二度と帰らない時間が費やされることに、焦りと怒りを覚える。「離婚をとるか、介護をとるか」という思いになることもある。
困っていること、大変なこと	被介護者の痴呆症状を小姑に理解してもらえない。本人にも親戚にも、病気への理解や協力が得られない。被介護者とは会話が通じず拒否されるし、徘徊や猜疑（通帳を盗ったとか）にも疲弊している。本人が治療を拒否するので受診も大変。	精神面が大変。失禁等にいろいろ感あり。周りの親族には、分かってもらえない。	介護中の義父よりも、義母の方が体調の訴えが多くて大変なので、結局二人の世話が重要だ。義母を理解することは困難だ。義父は覚醒時に声を出すし、おしめ交換でも睡眠が中断される。親類は、介護は嫁として当然という態度で、理解はない。
介護の支え	介護されるより、介護する方がいいと思うこと。	被介護者の過去の思い出。孫を大切にしてくれた。感謝の念を思い出す。	趣味や旅行のこと。

の年齢、および痴呆の程度ではないかと考えられる。一般に介護者は痴呆性老人には敵意を抱きやすく、親密さや敬愛の情感が乏しく、関係の満足度も低いといわれる（太田，1996）。こうした困難な被介護者の特徴に加えて、続柄と年齢という介護者側の要因が重なって、今回の状況が生じているのではないと思われる。

る。

A B Cは60～70歳代の「被介護者の妻」である。「夫と一緒にできることを考える」など、総じて「人生の共有」の一環として、介護を受け止めている。痴呆もなかったり軽かったりして、コミュニケーションが成り立ちやすい。周りの助けを得たり、他の人の介

護の話を支えにしたりしながら、介護を自らの問題として受け止め、主体的に関わっていく覚悟がみられ、頼られる手応えや回復への意欲も認められる。

ところがD Fは40～50歳代の嫁で、被介護者の痴呆度も比較的高い。両者は介護負担感が大変高い。D Fともに介護を逃れたい思いが強く、総じて「人生を奪われた」ことへの憤りがみられる。

Fは介護のために仕事を辞め、人生の大きな変更を余儀なくされている。面接では、壮年期の時間が介護に費やされることへの焦りが述べられ、介護を通して得られるものが少ないという認識が認められた。役割拘束される不満感や抑うつ感が高い。被介護者への否定感情や拒否感が強く、前向きに最後まで見てあげたいという思いも低かった。負担感尺度の下位項目をたどってみると、痴呆への対応に最も負担感が高く、次いで将来不安、日常生活の援助、人間関係、個人的社会的活動への拘束を、強く負担としていた。

Dも介護のために都会から地方へ転居しており、中途同居による人生の変更が大きい。被介護者からは通帳を盗ったなど猜疑の目を向けられ、コミュニケーションも成り立ちにくい。親類もそれが病气故の症状だとなかなか認めてくれないという。精神的健康の状態も悪く、負担感もFと同じ下位項目で高かった。

これらの文脈は、以下のように解釈できる。介護者が被介護者の「配偶者」の場合、被介護者とすでに長く一緒に過ごしているため、十分な愛着や心理的なつながりが存在し、一体感も強い。本人も高齢者で同じような人生のステージにおり、要介護状態を加齢に伴う必然的な現象と受け止めやすい。支え合って生きてきたことから介護に使命感すら生じ、受容までの過程が比較的スムーズである。しかし要介護事態になってから子供世代と同居し、息子の「嫁」が主介護となった場合は、嫁の役割としての介護になりやすい。嫁の役割が揺らいでいる現代、介護が必然と受け止められるとは限らない。自分自身の人生の変更に対する拘束感や、投じる大きな労力への否定的反応が発生しやすく、対人的なつながりが比較的希薄なうえに痴呆度も高ければ、人間対人間としてのコミュニケーションが成り立ちにくく、同居後の交流も難しく、心理的な距離が縮まりにくい。要介護者のために介護に積極的に関わる意義を見だしにくく、介護労働の受容には至

りにくい。こうして「共有される人生」としての介護か、「奪われた人生」としての介護かという点に、今回の解釈上の質的相違が凝縮されているように思われる。

広く介護一般について考えれば、配偶者が否定的になったり、嫁が肯定的になったりする事例もあり得るだろう。今回の続柄は、ここでの関係性を象徴した分類枠に過ぎない。その中身は一つには、上記に述べたような二者間に成立しえた関係や、心理的つながりの濃さという還元軸であろう。そしてもう一つは、介護者の生涯発達過程への影響軸であろうと思われる。つまり介護者自身が、現在人生のどの段階にいるかによって何をしたいのか、何ができなくなるのか、どんな目標や人生観と相反するのかが異なってくる。それが介護の人生への影響や人生への意味といった、解釈的な認知に投影されよう。

なおストレス理論に基づけば、否定的な認知はストレスラーの認知的解釈を修飾し、ストレス反応を増幅させるものと思われるが、今回は認知と精神的健康度とのつながりは明らかではなかった。この点では、ストレスコーピングや緩和要因などを含めて丹念に、ストレス反応発現までの道筋をたどる必要があるかもしれない。

子育て中の母親は、子供の世話を通じて成長するのだから、高齢者の世話でも成長があるという考えがある(岡本, 1997)。介護体験による成長を示唆する知見として、Archbold (1986)は、介護によって自己や老人に関して理解を深めることができるという。例えば老人の孤独感が分かるようになったとか、ケアによって自尊心が高まるなどを、面接調査からの帰納的結論としている。諏訪ら(1996)も、痴呆性老人を介護していくうちに、生きていくうえで何が大切かを教えられたという介護者の声を報告している。こうした意味の発見は、介護の認知の中にどう統合されていくのか。本研究では、介護という課題的事態を統合する認知に焦点を当て、その認知の形成をもって成長概念とした。「介護から学ぶものがある」という認知は最終段階では人生観や生きる意味と結びつき、自分なりの確信を伴った人生への態度に統合されていた。避けて通れないできごとを引き受け、乗り越えて生きる姿勢を形成することを「成長」とみるなら、介護は含

蓄に富んだ成長の体験となりうるように思われる。こうしてみると、介護の負担や燃え尽きなど否定的反応を研究する臨床的視点のみならず、介護体験から得られる意味の研究がもっと行われてもよいのではないかと思われる。それは一時的な満足感や幸福感の反応尺度に還元できるものばかりでなく、より長い目で人生の過程に蓄積されるような現象にも目を向ける必要がある。

ただし今回も語られているように、介護の苦悩は看過できない事実として存在し、それは援助策の不備や福祉制度の混乱という社会の負の側面を持っている。すなわち、物理的・制度的な援助を整えることで解決しうる部分がある。その努力と平行して、個人を対象に、統合を視野に入れた心理的援助を考えていくべきであろう。

今回は反応類型を聞き取りながらも、その実態やそこに至る心理的過程について文脈や詳細を明らかにする点には、まだ課題を残したと思われる。影響要因のみならず、段階の順序性の検討や、たどるパターンの違い、省略や短縮などの現象について、より多くの対象者を得ての解析が必要と思われる。モデルとしては、認知段階の発生とそのパターンに対し、類型モデルと過程モデルを統合する、いわば過程選択的類型モデルなども想定できるかもしれない。各段階の発生機序や誘因が把握されれば、どんな条件がそろえば次段階に進むのか、あるいは次段階が省略されるのか、そして全体の選択パターンが定まるのかが示唆できるだろう。個人の内的要因としては、介護状況発生以前に時間軸をのばして介護に至る経緯から心の準備や動機付けを考慮したり、外的要因としては周囲の対人関係やイベントなどを幅広く把握することが考えられる。また今回は要介護状況の発生を一義的な区切りとしたが、介護状況の詳細をみるならば、症状の緩慢な進行や断続的発生、繰り返しなどによる介護状況の変化も考慮の対象となる。これらは、今回発見された一定の方向性で想定段階が進行するという基本原理に重ねて、バリエーションの出方を解明することを意味する。

対象者の選択については、今回は配偶者と嫁という関係年月の長短両極を取り上げたが、関係年月がこれらの中に該当する続柄である、配偶者の子供の事例を含んでいない。子供の介護者をみることで、被介護

者との心理的つながりが良好な（あるいは不良な形であった）場合にも、生涯発達過程から鑑みて拘束感が募る世代として特徴的な反応がみられるのかどうかを、明らかにすることができよう。それぞれの続柄の中での反応の下位分類と、その分岐条件も検討する必要がある。なお過去を振り返って述べてもらうという、想起法の部分を多く含む今回の方法には、時期的記憶が曖昧になっている可能性が残る。5～10年程度の縦断的研究や、精密な日記研究などの工夫ができれば効果的であろう。

受け入れがたい事態に遭遇した人間の心理的な変化過程は、他の現象にも共通してみられるのだろうか。その視点を発展させていくこともまた、興味深い問題設定であろう。またこうした認知的変化を、「成長」あるいは「適応」という価値判断をまとった視点で突き詰めていくなら、成長の促進要因を環境調整として整えたり、意味を見だし前向きに行動する適応過程への介入方略を検討するなど、健康心理学的な成果を得ることも期待できるだろう。

引用文献

- Adler, P.S. 1975 The transitional experience: An alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15, 13-23.
- Archbold, P. 1986 家族のケア提供と帰納的研究法 看護研究 19(1), 83-115.
- Brody, M. 1985 Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.
- 藤田利一・旗野脩一 1989 地域老人の日常生活動作の障害とその関連要因 日本公衛誌, 36(2), 76-87.
- Harris, P.B. 1998 Listening to caregiving sons: Misunderstood reality. *The Gerontologist*, 38, 342-350.
- 兵藤好美・田中宏二・田中共子 1998 エイジングストレスサポートモデルによる高齢者の精神的健康に関する実証的研究 健康心理学研究 11(1), 1-15.
- 兵藤好美・田中共子・田中宏二 投稿中 介護ストレスサポートモデルの検討
- 柄澤昭秀 1983 老人のぼけの臨床 医学書院
- 小島操子 1986 悲嘆と喪失——危機のプロセスと看護の働きかけ 看護学雑誌 50(10), 1110.
- 中川泰彬・大坊郁夫 1985 日本語版 GHQ 精神的健康調査票・手引き 日本文化科学社
- 新名理恵・矢富直美・本間 昭 1991 痴呆性老人の負担

感に対するソーシャルサポートの緩衝効果 老年精神医学雑誌 5, 655-663.

太田喜久子 1994 痴呆性老人と主たる介護者との家庭における相互作用の特徴——痴呆性老人の「確かさ」へのこだわりを中心に焦点を当てて 日本看護科学学会誌 14(4), 29-37.

太田喜久子 1996 痴呆性老人と主たる介護者との家庭における相互作用に関する研究と課題 看護研究 29(4), 271-276.

岡本祐子 1997 中年からのアイデンティティ発達の心理学：成人期・老年期の発達と共に生きることの意味 ナカニシヤ出版

Olshewski, J.L., Katz, A.D., & Knight, B.G. 1999 Stress and Coping Models of Caregivers Distress. In J.L. Olshewski, A.D. Katz, & B.G. Knight (Eds.), *Stress Reduction for Caregivers*. Philadelphia, PA: Brunner/ Mazel.

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. 1990 Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontological Society of America*, 30(5), 583-594.

Power, P.W. 1988 The family and the rehabilitation process: counselor roles and functions. In Rubin, N.M. (Eds.), *Contemporary Changes to the Rehabilitation Counseling Profession*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Pub.

ロス, E・キューブラー 1971 川口正吉訳 死ぬ瞬間 読売新聞社

諏訪さゆり・湯浅美千代・正木治恵・野口美和子 1996 痴呆性老人の家族看護の発展過程 看護研究 29(3), 203-214.

謝 辞

調査にご協力くださいました「介護者の会」の会員の方、社会福祉協議会の方々に深く感謝いたします。

(2001.4.10 受稿, 2001.11.7 受理)

註

- 1 本研究は、1999年 Third Conference of the Asian Association of Social Psychology. Taipei. (アジア社会心理学会第3回大会・於台北)において、Psychological process of caregivers in Japanese families - Case study. として発表された。
- 2 本研究は、平成 10-12 年度科学研究費補助金基盤研究 (C)(2)10610119 「高齢者の在宅介護に関するソーシャルサポート介入に関する基礎的研究」(代表者・田中宏二)を受けた。