

〔資 料〕

## 認知症高齢者を介護する家族の家族生活力量における 介護体験の質的検討

神崎 匠世<sup>1)</sup> 木村 裕美<sup>1)</sup>

### 要 旨

本研究では、認知症高齢者を抱える家族の家族生活力量の評価を行い、さらに介護体験を質的に検討することで、その特徴を明らかにし、認知症高齢者を介護する家族への支援方法を検討することとした。対象は在宅で認知症高齢者を介護する10家族である。介護の体験について半構造的インタビューを行った。家族生活力量は簡易版家族生活力量アセスメントスケールによる評価を行い、その充足度(%)をもとにタイプ別に分類した。「星型」家族では、【認知症介護による精神的苦痛】があり、【認知症介護支援体制の不備】、【役割責務による孤独感】を感じ、【社会資源への期待】を持っていた。「箱型」家族では、【認知症介護による精神的葛藤】があり、【認知症高齢者への対応の困難さ】を抱え、【家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する】が【認知症介護や家事への協力体制の不足】が見られた。そして【社会資源への依存を否定したい】と想っていた。「満月型」家族では、【認知症高齢者へのいたわり】の気持ちが見られ、【認知症介護や家事への協力体制の充実】によって【家族の心の安寧】があり、【社会資源活用による介護負担の軽減】につながっていた。看護職者はそれぞれの家族関係を十分理解しながら、家族が主体的に関係調整し役割分担が行えるよう支援し、家族の生活力量の向上を目指した介入を行う必要があると考える。

キーワード： 認知症高齢者、家族生活力量、介護体験

### 1. はじめに

わが国は超高齢社会を迎え、高齢化率23.1%<sup>1)</sup>に達している。要介護認定者の介護が必要となった主な原因を見ると、脳血管疾患が21.5%と最も多く、次いで認知症15.3%となっている<sup>2)</sup>。厚生労働省が平成14年に発表した将来推計<sup>3)</sup>によると、何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者は、2015年までにおよそ250万人に達すると見込まれている。認知症高齢者が在宅で療養する場合、介護を担う家族にとって、日常生活の中に介護が存在することは、仕事や家事、社会活動、余暇への制限など家族の生活に変化が生じることや、家族の健康への影

響が考えられる。これまでに、在宅で認知症高齢者を介護する家族の介護負担に関する報告<sup>4)-6)</sup>は多数行われている。今後、高齢化率の上昇とともに認知症高齢者の人口増加も予測され、在宅で認知症高齢者を介護する家族の介護負担の増大は、大きな社会的問題に発展することが懸念される。このような家族の介護負担の増大を最小限に止めるための支援を行ううえで、家族の生活能力に注目する必要がある。近年、核家族化、女性の社会進出、離婚の増加など、家族の形態は大きく変化した。それとともに在宅での介護のあり方も様変わりし、家族の介護能力の低下も指摘されている<sup>7)</sup>。先行研究において、介護と家族機能<sup>8)</sup>および家族システム<sup>9)</sup>、家族介護力評価<sup>10)</sup>との関連についての調査はいくつか行われている。家族生活力量モデルは、福島ら<sup>11)</sup>に

1) 佐賀大学医学部

よって、健康問題をもつ家族に対してアセスメント内容を抽出し、構造化された概念である。家族生活力量とは、家族が健康生活を営むための知識、技術、態度、対人関係、行動、情動が統合されたものと定義されている。退院支援に家族生活力量モデルを活用したもの<sup>12)13)</sup>、男性介護者への支援の検討<sup>14)</sup>など、家族生活力量モデルを活用した研究報告はなされているが、認知症高齢者を介護する家族を対象に、家族生活力量を評価し、介護体験について検討を行ったものはまだ少ない。そこで、本研究では、認知症高齢者を介護する家族の家族生活力量をアセスメントする。さらに在宅で行う介護を振り返り、家族の介護体験がどのようなものであるか質的に検討を行い、その特徴を明らかにし、認知症高齢者を介護する家族の支援方法への示唆を得ることを目的とする。

## II. 用語の定義

家族：本研究では、同居の有無にかかわらず、主介護者が家族であると認識している個人の集団とする。

介護体験：認知症高齢者を介護するなかで生じる経験のこと。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。

### 2. 対象

訪問看護ステーションまたは通所リハビリテーションを利用している認知症高齢者を介護する家族で、主に介護を担っている家族員を対象とする。訪問看護ステーションの所長および通所リハビリテーションの施設長に研究の目的を説明し、同意を得たところで対象者の紹介をお願いした。

### 3. データ収集

2009年10月から2010年2月までの4か月間に、

介護の体験について半構造的インタビューを行った。具体的なインタビューガイドは、「最初に気づいた症状をどのように受け止めているか」、「要介護者本人の変化にどのように対応してきたか」、「他の家族員はどのように受け止めているか」、「他の家族の協力とそれぞれの役割がどのように変化してきたか」、「現在困っていることは何か」などとした。また家族生活力量は、家族ケア研究会が開発した簡易版家族生活力量アセスメントスケール<sup>15)</sup>を用いて、インタビューとともに評価を行った。インタビューは、紹介された対象者に事前にアポイントを取り、研究の主旨、60分程度のインタビューを予定していることを口頭で説明し、了解を得たところで対象者の希望する場所で行った。インタビュー内容は、対象の許可を得たうえで録音した。認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度などにかかわる情報は、対象からの情報と、さらに対象の了解と訪問看護ステーションおよび通所リハビリテーションの協力を得て必要事項を収集した。

### 4. データ分析

簡易版家族生活力量アセスメントスケール<sup>15)</sup>は、常に変動を繰り返している家族生活力量を9領域60項目の質問項目でアセスメントするスケールである。家族生活力量の各指標を代表する項目を平易な質問文で設定し、評価者の差異なく家族の生活力量を客観化できるようにされている。質問項目による得点は指標ごとに合計し、「指標別到達率の早見表」をもとに得点数の該当する充足度(%)を算出する。その充足度を100%レーダーチャートに記入しレーダー図を作成する。そのレーダー図の形状から、家族生活力量のタイプには「げんこつ型」、「星型」、「箱型」、「満月型」の4タイプがあると考えられている。一般的に、在宅介護が安定し充足度が高い場合には「満月型」である。しかし重複した健康問題などがあれば「箱型」、その状態が悪化すれば「星型」へ変化する。さらに、各領域の充足度が低い場合には、しぼんで小さくなり「げんこつ型」となる<sup>14)15)</sup>。研究者間でそれぞれのタイプに分類し、

表1. 対象者の概要

ケース	主介護者の概要				認知症高齢者の概要				家族構成
	性別	年齢	認知症高齢者との続柄	職業の有無	性別	年齢	介護区分	認知症高齢者の日常生活自立度	
1	女性	48	嫁	無	女性	89	要介護1	IIa	認知症高齢者, 長男夫婦, 孫2人の5人家族
2	女性	62	嫁	無	女性	91	要介護2	IIa	認知症高齢者, 長男夫婦の3人家族
3	女性	75	妻	有	男性	81	要介護2	IIIa	認知症高齢者と妻, 長男夫婦, 孫2人の6人家族
4	女性	52	娘	有	女性	82	要介護1	IIb	認知症高齢者, 娘, 孫2人の4人家族 県内に娘3人, 県外に娘2人在住
5	女性	61	娘	有	女性	95	要介護1	IIb	認知症高齢者, 長女夫婦, 孫夫婦, 曾孫1人の6人家族 近隣に次女夫婦在住
6	女性	53	嫁	有	女性	87	要介護1	IIb	認知症高齢者, 長男夫婦, 孫1人の4人家族 市内に長女夫婦在住
7	女性	61	嫁	無	女性	85	要介護1	I	認知症高齢者と夫, 長男夫婦, 孫1人の5人家族
8	女性	60	娘	無	女性	86	要支援2	I	認知症高齢者, 次女夫婦の3人家族 県外に娘2人在住
9	男性	86	夫	無	女性	86	要介護2	IIb	認知症高齢者と夫の2人家族 近隣に義弟, 県外に長男夫婦在住
10	男性	81	夫	有	女性	81	要支援1	I	認知症高齢者と夫の2人家族 近隣に長男夫婦在住

家族生活力量のタイプ別に介護の体験を質的に検討した。

インタビューにより収集したデータから逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読むうえで、介護の体験を表していると思われる現象を抽出しコード化した。サブカテゴリーとして、データの文脈の意味を確認しながらコードをまとめた。さらに共通しているサブカテゴリーを抽象度のレベルを揃えてネーミングし、カテゴリー化を行った。

なお、分析内容については、家族看護学領域の専門家より定期的に指導および助言を受けながら検討を行い、研究の信頼性と妥当性の確保に努めた。

### 5. 倫理的配慮

対象者には、研究目的、匿名性、守秘義務の遵守、データは研究以外に使用しないこと、調査協力への任意性と撤回の自由、調査に協力しない場合でも不利益は生じないこと、を口頭と文書にて説明し、文書による同意を得て確認した。なお、本研究は研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の概要

対象は、在宅で認知症高齢者を介護する10家族であり、概要を表1に示す。主たる介護者の年齢は48～86歳であり、男性2名、女性8名であった。認知症高齢者との続柄は、嫁4名、娘3名、夫2名、妻1名であった。認知症高齢者の年齢は81～95歳であり、男性1名、女性9名であった。認知症高齢者の日常生活自立度判定では、I：3名、IIa：2名、IIb：4名、IIIa：1名であった。インタビューに要した平均時間は、約70分であった。

### 2. 家族生活力量のタイプと指標別充足度

家族生活力量の指標別充足度から、家族生活力量のタイプを分類した。それぞれのケースの家族生活力量の指標別充足度は表2に示す。その結果、「星型」1例、「箱型」4例、「満月型」5例であり、「げんこつ型」は見られなかった。家族生活力量タイプ別における認知症高齢者の日常生活自立度の分布は、「星型」は認知症高齢者の日常生活自立度I：1名であった。「箱型」はI：1名、IIb：2名、IIIa：1名、「満月型」はI：1名、IIa：2名、IIb：2名で

表2. 家族生活力量アセスメントの結果

ケース	家族生活力量指標別充足度 (%)									家族生活力量タイプ
	健康維持力	健康問題対処力	介護力	社会資源の活用力	家事運営力	役割再配分・補完力	関係調整・統合力	住環境調整力	経済・家計管理力	
1	70	100	91.7	100	100	80	100	100	100	満月型
2	80	100	83.3	100	100	80	100	100	100	満月型
3	60	50	91.7	100	100	80	100	100	100	箱型
4	100	62.5	83.3	100	80	80	40	100	100	箱型
5	70	87.5	100	100	100	100	100	100	100	満月型
6	80	62.5	75	60	80	40	20	100	100	箱型
7	60	62.5	75	100	100	60	40	100	100	箱型
8	60	87.5	41.7	100	60	40	20	100	100	星型
9	70	100	83.3	100	100	80	100	100	100	満月型
10	60	75	75	100	100	100	100	100	100	満月型

表3. 家族生活力量タイプ別における認知症高齢者の日常生活自立度の分布 (人)

家族生活力量タイプ	認知症高齢者の日常生活自立度			
	I	IIa	IIb	IIIa
星型	1	0	0	0
箱型	1	0	2	1
満月型	1	2	2	0

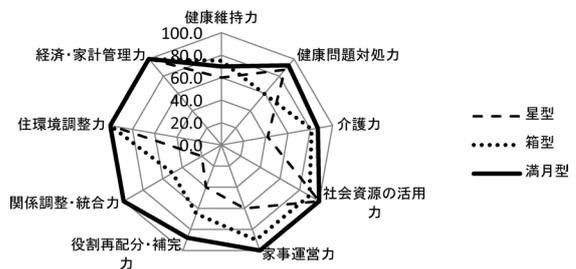


図1. 家族生活力量タイプによる指標別充足度

あった(表3)。9指標別の平均充足度のうち「健康維持力」の平均充足度は、「星型」60.0%、「箱型」75.0%、「満月型」70.0%であった。「健康問題対処力」の平均充足度は、「星型」87.5%、「箱型」59.4%、「満月型」92.5%であり、「介護力」の平均充足度は、「星型」41.7%、「箱型」81.3%、「満月型」86.7%であった。「社会資源の活用力」の平均充足度は、「星型」100.0%、「箱型」90.0%、「満月型」100.0%であり、「家事運営力」の平均充足度は、「星型」60.0%、「箱型」90.0%、「満月型」100.0%であった。「役割再配分・補完力」の平均充足度は、「星型」40.0%、「箱型」65.0%、「満月型」88.0%であり、「関係調整・統合力」の平均充足度は、「星型」20.0%、「箱型」50.0%、「満月型」100.0%であった。「住環境調整力」および「経済・家計管理力」の平均充足度は、「星型」, 「箱型」, 「満月型」ともに100.0%であった(図1)。

「星型」家族は、体調不良が見られ、家事や介護ともに主介護者のみで行われ自由な時間がもてず、「健康維持力」, 「介護力」, 「家事運営力」, 「役割再配分・補完力」, 「関係調整・統合力」の充足度は

60%以下と低く、問題が重複し悪化傾向が見られた。「箱型」家族では、認知症の症状を理解しない家族員の存在や介護について話し合う場がないなど重複した問題があり、「健康問題対処力」, 「関係調整・統合力」の充足度が低い傾向であった。「満月型」家族は、すべての指標において充足度は70%以上であり高い結果だったことから、在宅介護が安定していることを示した。

### 3. 家族生活力量タイプによる介護体験(表4)

#### 1) 「星型」家族における介護体験

分析の結果、「星型」家族の介護の体験では、【認知症介護による精神的苦痛】、【認知症介護支援体制の不備】、【役割責務による孤独感】、【社会資源への期待】の4つのカテゴリーが抽出された。本文中の【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、“ ”はデータ、( )は調査者による補足を示す。

【認知症介護による精神的苦痛】は、2つのサブカテゴリーから構成されていた。“家の中に居る時も(認知症高齢者が)私を探し回って”、“趣味の時間も取れず買い物にも行けない”と〈介護による束

表4. 家族生活力量タイプにおける介護体験の特徴

タイプ	カテゴリー	サブカテゴリー
星型	認知症介護による精神的苦痛	介護による束縛感がある 認知症高齢者の認知症状によるストレスがある
	認知症介護支援体制の不備	介護の苦労を家族が理解しないため話す気も失せる 介護協力者がいない 介護について家族間で協議する関係がもてない
	役割責務による孤独感	私以外に介護をするものはいない 私以外に家事をするものはいない
	社会資源への期待	介護スタッフの存在は大きな助けであり励みになる 気兼ねすることなく、もっと社会資源を活用したい
箱型	認知症介護による精神的葛藤	介護による社会活動の制限 介護の苦労を家族に理解されない苛立ちがある 自分だけが大変だという不満がある 介護・家事・仕事の両立による疲労がある ストレスがたまらないようにしている
	認知症高齢者への対応の困難さ	排泄の世話が必要である 認知症高齢者の認知症状に対して困惑する 家族の認知症高齢者への苛立ち
	認知症介護や家事への協力体制の不足	家族による協力はあがるが介護は主に一人で行っている 家族による家事協力がある 介護について家族間の協議の場をもたない 家族による認知症高齢者に対する拒否的態度 介護における嫁姑関係上の遠慮がある
	家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する	認知症高齢者への対応が家族の介入によりスムーズになる 家族による認知症高齢者を気遣う気持ち 介護の役割のため体力を保持しなければならない
	社会資源への依存を否定したい	社会資源活用における家族の肯定的な反応 社会資源活用における近所や家族への気兼ね 介護スタッフから家庭で手を抜いていると思われたくない
満月型	認知症高齢者へのいたわり	認知症高齢者への感謝の念を抱く 認知症高齢者とお互い様という気持ちがわく 認知症高齢者の自立を尊重する 認知症高齢者とのコミュニケーションを大切にしている
	認知症介護や家事への協力体制の充実	家族による介護協力がある 家族による家事協力がある 介護における家族間の協議を行う 家族の存在が要介護者に良好な刺激を与えている
	家族の心の安寧	家族による主介護者を気遣う気持ち 介護における主介護者と家族の相互理解がある 家族の支援による安心感がある
	社会資源活用による介護負担の軽減	社会資源活用によって時間のゆとりがもてる 社会資源活用における家族の積極的な同意がある 社会資源活用による満足感がある

縛感がある)ことがあった。そして、〈認知症高齢者の認知症状によるストレスがある〉では、“認知症高齢者の言動でストレスを感じて、きつい”と思い“ストレスで動悸がする”とも語った。【認知症介護支援体制の不備】は3つのサブカテゴリーより

構成され、“認知症高齢者の認知症状を妹がわかってくれない”ことや、“認知症状のことを説明しても共感してもらえない”ことで〈介護の苦労を家族が理解しないため話す気も失せる〉という気持ちをもっていた。また、“姉妹は見舞には来るけど当て

にはできない”存在であり，“ちょっと代わってほしくても頼む人はいない”という〈介護協力者がいない〉状況にあった。さらには，“介護について家族とは話さない”ことや“姉妹には（介護のことを）話してもわからないからもう頼まない”と語り、〈介護について家族間で協議する関係が持てない〉ととらえていた。【役割責務による孤独感】は2つのサブカテゴリーから構成され、“（主介護者が）寝込んだとしても代わりになる人はいない”や、“姉妹には（介護を）頼めないで自分の役目と知っている”と語り、〈私以外に介護をするものはいない〉ととらえていた。家事について、“誰も料理を手伝ってくれない”と語り“夫に頼むのも億劫である”と感じ、〈私以外に家事をするものはいない〉と判断していた。【社会資源への期待】は2つのサブカテゴリーから構成された。〈介護スタッフの存在は大きな助けであり励みになる〉では、“介護スタッフは助けてくれる人”と認識し、“自分の相談に乗ってくれる人がこんなにもいる、励みになる”ということに気づいていた。“認知症高齢者のみならず、自分のことも気遣ってくれる”ことに感謝の念をも抱き、“家族でなく、介護スタッフに相談しようと思う”と、家族よりも介護スタッフへの絶大なる信頼を持っていた。“サービスを増やしたいけれど、認知症高齢者の手前言いにくい”が、〈気兼ねすることなく、もっと社会資源を活用したい〉と希望していた。

## 2) 「箱型」家族における介護体験

「箱型」家族の介護の体験では、【認知症介護による精神的葛藤】、【認知症高齢者への対応の困難さ】、【認知症介護や家事への協力体制の不足】、【家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する】、【社会資源への依存を否定したい】の5つのカテゴリーが抽出された。

【認知症介護による精神的葛藤】は5つのサブカテゴリーで構成されていた。“私はどこにも外出できない”ことや“仕事に遅刻することが多い”ことから、〈介護による社会活動の制限〉が生じていた。

“本当に認知症なのか？”と（信じてもらえないことがある）、わからない人にはわからない”という語りから〈介護の苦労を家族に理解されない苛立ちがある〉ために、〈自分だけが大変だという不満がある〉ことにつながり、“自分だけが…（大変だ）と思う”ようになった。“家事をするのは疲れる”ため“ホッと休んでうたた寝をする”こともあり、〈介護・家事・仕事の両立による疲労がある〉ことから、“（認知症高齢者の）言うとおりにせず、たまには口答えもする”、“イライラするときもあるが気にしないようにしてる”など、家族は〈ストレスがたまらないようにしている〉という行動をとっていた。【認知症高齢者への対応の困難さ】は3つのサブカテゴリーから構成されていた。〈排泄の世話が必要である〉場合、“排泄の世話がもっと必要になったらどうしよう”と介護の負担への不安があり、“食べかけを鍋に戻したりする”や“ガス屋に電話したりする”といった他人への迷惑行為につながる問題行動が伴うと、〈認知症高齢者の認知症状に対して困惑する〉ことがあり、“夫も私もイライラする”といった〈家族の認知症高齢者への苛立ち〉が見られた。【認知症介護や家事への協力体制の不足】は5つのサブカテゴリーで構成されていた。“家族が炊事はしてくれる”、“（家族が）買い物に行ってくれたりする”など〈家族による家事協力がある〉が、“（認知症高齢者の）相手をしたり家族の協力はあがるが、介護の役割は自分（主介護者）が担っている”との語りから〈家族による協力はあがるが介護は主に一人で行っている〉と感じていた。そして、〈介護について家族間の協議の場をもたない〉では“特別話し合う必要はない”と考えており、“（姉妹は）要介護者の認知症状を見たがらない”と〈家族による認知症高齢者に対する拒否的態度〉が見られたり、“夫の介護は嫁にはさせられない”など〈介護における嫁姑関係上の遠慮がある〉と感じていた。【家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する】は3つのサブカテゴリーで構成されていた。“孫が心配し、認知症高齢者の面倒をみるよう

に主介護者に頼んで行く”ことから〈家族による認知症高齢者を気遣う気持ち〉があると思われる。また、“自分（主介護者）の声かけでは拒否されるが、孫だと（認知症高齢者は）素直に受け入れる”ため、〈認知症高齢者への対応が家族の介入によりスムーズになる〉ことがある。さらに、“認知症高齢者の介護があるうちは自分（主介護者）が強くなければならない”と日々思い、〈介護の役割のため体力を保持しなければならない〉と考えていた。【社会資源への依存を否定したい】は、3つのサブカテゴリーから構成されていた。“やれる（活用できる）ならいいのではとされている”など〈社会資源活用における家族の肯定的な反応〉が見られるなか、“施設に預けるとなったら（他家族員から）何か言われるんじゃないかならうか…”と〈社会資源活用における近所や家族への気兼ね〉があった。さらには、“（介護スタッフから）指摘を受けないように気をつけている”ことや“家族は何をしているのか、人任せて思われるのでは”と〈介護スタッフから家庭で手を抜いていると思われたくない〉と家族は感じていた。

### 3) 「満月型」家族における介護体験

「満月型」家族の介護の体験では、【認知症高齢者へのいたわり】、【認知症介護や家事への協力体制の充実】、【家族の心の安寧】、【社会資源活用による介護負担の軽減】の4つのカテゴリーが抽出された。

【認知症高齢者へのいたわり】は、4つのサブカテゴリーから構成されていた。〈認知症高齢者への感謝の念を抱く〉では“自分の退職まで元気でいてくれたことに感謝している”との語りがあり、“お互い寄っかかりながらともに歩いているようなもの”と〈認知症高齢者とお互い様という気持ちがわく〉ことを感じていた。また、“認知症高齢者を一人にしないように心がけている”など〈認知症高齢者とのコミュニケーションを大切にす〉時間を持つようにしており、“認知症高齢者ができるうちは手を出さないようにしている”と〈認知症高齢者の自立を尊重する〉ことを大切にしていた。【認知症

介護や家事への協力体制の充実】は4つのサブカテゴリーから構成されていた。“近くに住む妹が認知症高齢者の対応をしてくれる”など〈家族による介護協力がある〉ことと、“子供が配膳を手伝ってくれる”など〈家族による家事協力がある〉と協力体制の充実を認識していた。そして“認知症高齢者への対応について夫と話し合う”など〈介護における家族間の協議を行う〉場を設けており、〈家族の存在が認知症高齢者に良好な刺激を与えている〉として“孫・曾孫の同居により認知症状が進まない”と感じていた。【家族の心の安寧】は3つのサブカテゴリーから構成された。“孫は薬の飲み忘れや体調を心配してくれる”など〈家族による主介護者を気遣う気持ち〉が表れていた。さらに、〈介護における主介護者と家族の相互理解がある〉では“家族とは日々の会話のなかでお互い理解している”と認識しており、“いざというときはすぐに駆けつけてくれるから安心”と〈家族の支援による安心感がある〉と感じていた。【社会資源活用による介護負担の軽減】は3つのサブカテゴリーで構成された。“主介護者の負担軽減のため（社会資源を）利用してほしいと（家族から）言われる”ことから、〈社会資源活用における家族の積極的な同意がある〉もとで、“デイケア利用で（家族の）時間ができた”と〈社会資源活用によって時間のゆとりがもてる〉状況にあった。そして“スタッフのおかげで助かっている、心強い”と〈社会資源活用による満足感がある〉と感じることができていた。

## V. 考 察

### 1. 「星型」家族における介護体験の特徴

「星型」家族は、【認知症介護による精神的苦痛】があり、家族生活力量の指標である「健康維持力」が低いことが明らかとなった。緒方ら<sup>5)</sup>は、自身の不健康を認識している介護者は高い介護負担感を感じていると述べている。認知症高齢者の介護によるストレスが積み重なり、趣味の時間や友人との交流

の時間が制限され、束縛感を感じる家族には健康的な生活を維持することが困難になると考えられる。また、家族生活力量の「介護力」、「家事運営力」、「役割再配分・補完力」、「関係調整・統合力」の低下とともに【認知症介護支援体制の不備】が見られ、【役割責務による孤独感】が存在していた。認知症状のある高齢者を介護することについて、家族間で協議する機会をもたないことや介護協力者がいないことは、家族のなかで偏った負担が生じることが予想され、家族役割分担の均衡を失い、介護継続に支障をきたす恐れがある。家族支援者および親戚や友人などの支援者の存在が在宅での介護継続を高める<sup>16)</sup>との報告にあるように、特定の家族が介護や家事を一人で担うことなく、家族間の柔軟な役割交代や互いに補完しようとする調整能力が必要であると考えられる。しかし家族間での協力体制が整っていない「星型」家族では、【社会資源への期待】が大きく、介護スタッフは頼みの綱という存在であり、介護についての相談は家族でなく介護スタッフを対象としていたことが明らかとなった。

## 2. 「箱型」家族における介護体験の特徴

「箱型」家族は、家族生活力量の「健康問題対処力」が低下し、【認知症高齢者への対応の困難さ】を感じ【認知症介護による精神的葛藤】が見られた。家族の保健にかかわる問題が生じたとき対処しようとする能力が充足していないと、認知症高齢者の認知症状に困惑し対応の困難さを抱えてしまう。さらには介護による社会活動への制限が生じ、介護や家事による疲労とともにストレスを感じながらストレスが蓄積しないように心がけていたと思われる。大山ら<sup>6)</sup>も、健康問題があり介護負担が高い介護者は仕事や日常生活活動に制限を感じていると述べている。また、【家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する】が、【認知症介護や家事への協力体制の不足】が見られ、家族生活力量の「関係調整・統合力」は低下していた。家族がそれぞれの可能なあり方で、介護や家事に協力を行うが、認知症高齢者に拒否的な態度をとる家族の存在や介護にお

ける嫁姑関係上の遠慮などがあり、介護や家事への協力体制が全くないわけではないが十分ではないと認識していたことが明らかとなった。安武<sup>17)</sup>は、認知症を介護する家族はソーシャルサポートを獲得することで介護量を調整するきっかけになるとともに、家族自身の内省を通して感情を再構成していく必要があると報告している。「箱型」家族は、社会資源を活用する側面で、活用することによる家族や近所への気兼ねを感じ、介護スタッフに対して家庭で手を抜いていると思われたくないという【社会資源への依存を否定したい】と感じていた。このことから、社会資源を活用することは他者への依存とは異なることを意味し、家族の立場で認知症介護を実践していたことが示唆された。

## 3. 「満月型」家族における介護体験の特徴

「満月型」家族の生活力量はすべての項目で高い充足度を示しており、【認知症介護や家事への協力体制の充実】があり【家族の心の安寧】が見られた。先行研究<sup>18)</sup>にて、家族による役割分担という労力の支えと精神的な支えは、家族の時間や楽しみをもつことができ介護継続につながると報告されている。家族間で介護についての協議を行う機会をもち介護や家事の協力が整っていることで、家族が互いに理解し合い、安心感を得ていたと考える。さらには、【認知症高齢者へのいたわり】の気持ちがあり、認知症高齢者に対して感謝の念すら抱えていることが明らかとなった。岡本<sup>18)</sup>は、家族は要介護者との生活のなかで敬う精神や恩を育み、その気持ちが介護継続につながっていると述べている。認知症高齢者が自立している部分にありがたみを感じ、認知症高齢者と互いに助け合い今までの人生を過ごしてきたことなどを実感しながら、認知症高齢者を尊重し今後とともに歩んでいきたいという気持ちを、家族は強く抱いていると推察される。これらの体験は、家族生活力量の各指標が高く充足していること、介護や家事への協力体制が充実していることなど、家族が互いに信頼し安心感を得ていることで介護にゆとりをもつことにより、認知症高齢者へ

のいたわりにつながっていたものと考えられた。社会資源活用において、家族の積極的な同意とともに満足を感じ、【社会資源活用による介護負担の軽減】が見られることが明らかとなった。介護者の介護負担感が高いと社会資源を多く利用する傾向にある<sup>9)</sup>との指摘もあるが、むしろ「満月型」家族では、社会資源を利用することによって家族の時間の確保となり、満足につながっていることが示唆された。また、家族が社会資源活用に対して積極的に同意していることもあり、安心した介護実践が可能となり、介護負担の軽減になっていると考えられた。

家族生活力量タイプ別における認知症高齢者の日常生活自立度の分布を見ると、「満月型」家族では、認知症高齢者の日常生活自立度がほかのタイプのなかでも比較的低かった。これは家族の生活力量が高いことから、自立度の低い認知症高齢者の介護を在宅で実践することができていたのではないかと考えられる。

#### 4. 看護実践への示唆

今回の調査により、家族生活力量のタイプにおける介護体験の特徴が明らかとなった。「星型」家族に見られるように、介護する家族が健康問題を抱えていたり、家族間の調整や役割分担が円滑に行われないなどの重複した問題がさらに悪化した場合、介護支援体制は整わず、介護負担はより大きくなることが予想される。また、「箱型」家族のように家族が認知症高齢者への対応の困難さを感じると、社会活動との両立に精神的葛藤をもつことが懸念される。社会資源を活用しても、家族や近所への気兼ねとともに介護スタッフにまで気遣いがあるとすれば、介護負担の軽減にはつながらない。

看護職者は、家族の健康を把握しながら、家族が認知症状を理解し対応への困難さをきたさないよう知識を提供する必要がある。また、それぞれの家族関係を十分理解しながら、家族が主体的に関係調整し役割分担が行えるよう支援し、家族の生活力量の向上を目指した介入が行われるべきであると考えられる。

## VI. 本研究の結論と限界

本研究において、家族生活力量のタイプにおける介護体験の特徴が明らかとなった。「星型」家族では、【認知症介護による精神的苦痛】があり、【認知症介護支援体制の不備】、【役割責務による孤独感】を感じ、【社会資源への期待】をもっていた。「箱型」家族では、【認知症介護による精神的葛藤】があり、【認知症高齢者への対応の困難さ】を抱え、【家族がそれぞれの立場で認知症介護に参加する】が【認知症介護や家事への協力体制の不足】が見られた。そして【社会資源への依存を否定したい】と思っていた。「満月型」家族では、【認知症高齢者へのいたわり】の気持ちが見られ、【認知症介護や家事への協力体制の充実】によって【家族の心の安寧】があり、【社会資源活用による介護負担の軽減】につながっていた。

本調査における対象者は、同市内に居住する家族10例であり、また「星型」家族においては1例であったことから、認知症高齢者を介護する家族の家族生活力量における介護体験として一般化するには限界がある。今後は、対象地域や調査協力者の拡大を図り、さらなる検討が必要である。

（受付 '12.09.10）  
（採用 '13.08.12）

## 文 献

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 増刊号, 58(9): 40, 2011
- 2) 厚生労働省：平成22年国民生活基礎調査の概況, 2011. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>
- 3) 厚生労働省：高齢者介護研究会報告書2015年の高齢者介護, 2003. <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200701/img/fb1.2.1.11.gif>
- 4) 土井由利子, 尾形克己：痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 47(1): 32-46, 2000
- 5) 緒方泰子, 橋本迪生, 乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担, 日本公衆衛生雑誌, 47(4): 307-319, 2000

- 6) 大山直美, 鈴木みづえ, 山田紀代美: 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析, 老年看護学, 6(1): 58-66, 2001
- 7) 木下由美子: 新版 在宅看護論 第1版, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2009
- 8) 前久保恵, 岡本絹子, 橋本真紀: 要介護高齢者の介護が家族機能におよぼす影響 (第1報), 吉備国際大学保健科学部紀要, 10: 37-41, 2005
- 9) 佐伯あゆみ, 大坪靖直: 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究, 家族看護学研究, 13(3): 132-142, 2008
- 10) 永井真由美: 認知症高齢者の家族介護力評価とその関連要因, 老年看護学, 10(1): 34-40, 2005
- 11) 福島道子, 島内節, 亀井智子, 他: 家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標の開発, 日本看護科学会誌, 17(4): 29-36, 1997
- 12) 福島道子: 退院に向けた家族アセスメント, 家族看護, 3: 31-36, 2004
- 13) 佐藤百恵, 野田幸恵, 秋田真由美: 家族生活力量モデルを活用した退院支援, 日本看護学会論文集 地域看護, 38: 85-87, 2007
- 14) 川野英子, 平野美穂, 鳥居央子, 他: 男性が主介護者である家族への生活力量向上を目指した支援, 家族看護学研究, 13(3): 150-156, 2008
- 15) 家族ケア研究会: 家族生活力量モデル—アセスメントスケールの活用法— 第1版, 医学書院, 東京, 2002
- 16) 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, 6(1): 38-46, 2007
- 17) 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, 17(1): 2-12, 2011
- 18) 岡本明子: 介護負担のある家族が家族内介護を継続する理由と背景, 日本赤十字看護学会誌, 8(1): 60-67, 2008

## A Qualitative Assessment of Care Experience in Family Healthy Life Ability of Families Caring for Older Adults with Dementia

Naruyo Kanzaki<sup>1)</sup> Hiromi Kimura<sup>1)</sup>

1) Faculty of Medicine, Saga University

**Key words:** Older adults with dementia, Family healthy life ability, Care experience

The authors examined family healthy life ability of families caring for older adults with dementia and assessed their care experience qualitatively. We aimed at clarifying their characteristics and discussing how to support families caring for older adults with dementia. We employed ten such families for this study. The families were semi-structured interviewed for care experience. Family healthy life ability was assessed with brief version family healthy life ability assessment scales and classified into types based on sufficiency levels (%). 「Star type」 families suffered from [psychological stress from dementia care] and felt [There are not enough dementia care support systems] and [isolated due to responsibility]. They also had [expectations for social resources]. 「Box type」 families had [mental conflict on dementia care] and felt [difficulty with treating dementia patients]. They thought [family members joined dementia care in their own ways], but felt [their help with care and housework was insufficient]. They also had a wish to [deny that they relied on social resources]. 「Full moon type」 families had [consideration for older adults with dementia]. These families obtained [peace of mind] by [sufficient help with dementia care and housework], which resulted in [reduced burden by the active use of social resources]. Nursing staff need to intervene for improving families' family healthy life ability by supporting families, fully understanding on each family relationship to voluntarily coordinate their relationship and share their roles.