

〔研究報告〕

妻の認知症発症から受診にいたるまでの夫介護者の体験と課題

根岸 貴子¹⁾

要 旨

本研究の目的は、妻が認知症を発症し受診にいたるまでの夫介護者の体験と課題を明らかにすることである。認知症の妻を3年以上介護している夫介護者18名に半構成的面接を行い、修正版グランデッド・セオリー・アプローチに基づいて分析した。その結果、初期の頃は、【妻の異変に疑問をもちながら黙視する】生活を送る。認知症が徐々に進行し妻の家事が不十分となると、補助的に関わるが【家事の不慣れ】があった。事態は深刻化し妻がトラブルを起こし指示に従わないなど、夫は窮地に立たされ【見定まらない対応策に追われる】日々を送る。妻を一人にしておけないと【夫介護者として妻を守る覚悟】をしていた。少数のケースは【早期受診】したが、ほとんどが【受診の遅れ】があり、認知症の診断がつくと【仕方がないと受け入れ】る夫介護者の体験が明らかになった。介護限界まで外部アクセスしない『一人で抱えこみ対処』と発症から約1~5年と【受診の遅れ】の課題があった。【家事の不慣れによる】食事の簡素化は支援の必要性があった。

キーワード：男性介護，認知症介護，夫介護，介護体験

1. 緒 言

高齢化の進展に伴う認知高齢者の増加や高齢者夫婦のみの世帯の増加を背景に、男性介護者は増加の一途をたどっている。同居介護者のうち男性は34.0%、その中でも60歳以上の高齢者は7割（内閣府，2019）を占め、高齢男性による老々介護が問題となっている。従来「介護は女性の役割」とされてきたジェンダー規範が介護保険制度による介護の社会化や女性の社会進出により、男性介護は着実に家族介護モデルの変容をきたしている。

男性介護の特徴については、外部に支援を求めず孤立しやすいこと（一瀬，2001）や、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傾向（斎藤，2009；津止，斎藤，2007）、主観的健康感が低くストレスを抱えながら介護している（永井，堀，

星野他，2011）など、男性特有の問題が指摘されている。さらに排泄ケアの抵抗感や家事の役割遂行困難（市森，2004；松井，2014）、家事の不慣れ（春日，2010）、食生活の維持の困難（新館，2014）など、介護と共に発生する家事が負担となっている。また、女性介護者以上に介護を生きがいとして高い価値観を抱いている（一瀬，2004）など、肯定的な介護の姿勢もうかがえる。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、伝統的な夫婦の勢力関係は維持されており、自分自身を中心におき夫主体の介護をしているとの報告がある（林，2010）。

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、高齢者虐待の件数は男性が6割を占め、同居者でみた場合、息子について夫が多く（厚労省，2018）、男性が介護していくうえでの問題が浮上している。羽根（2006）は、男性介護者が加害者にな

1) 東京家政大学健康科学部看護学科

りやすい要因として、ひとりで介護する決意の貫徹と男性が家事や介護を担うことを称賛することで、一層相談しにくくさせていることも要因としている。今後も介護虐待が増えることが予想され、対策を講じていく必要がある。

さらに、認知症高齢者も増加しており、高齢者の5人に1人が認知症、または予備軍といわれており、認知症の増加は社会問題となっている（内閣府、2017）。政府は要介護高齢者ができるかぎり住み慣れた地域で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により在宅介護が増加し、認知症高齢者の多くが在宅で介護を受けている。認知症高齢者の介護においては、「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（鹿子、上野、安田、2008）。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（George, Yvonne, 1999; Harvard, Maj Britt, 2009）ことも多い。また、これまでの夫婦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。

これまで夫介護者は、一人で抱え込みやすく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が、課題は残されている。既存研究による課題は、家族介護や男性介護を対象にした研究が多く、夫介護や夫婦間における認知症介護に関する知見が少ない。また、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。夫が認知症の妻の介護を受け入れ、家庭内での役割を変更せざるを得ない状況で、介護をどのように体験したのか、直面する課題を把握することは、夫の認知症介護を支援するうえで重要である。

本研究は、妻が認知症を発症し受診にいたるまで

の夫介護者の体験と課題を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 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とした。対象者の選定を3年以上としたのは、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、A県の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会員と交流後、インタビューの依頼をし、後日電話連絡にて協力の同意を得た。同じくA県の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、夫介護者を担当している保健師・看護師が調査協力の依頼をした。調査協力の同意を得た後、面接時は担当保健師・看護師が同行し、同意書を交わして面接を実施した。

2. データ収集方法

インタビューガイドによる半構成的面接とし、面接時間は1人あたり40～60分とした。面接は録音の承諾を得て開始した。データ収集期間は2014年8月から2015年6月であった。インタビューの内容は、①介護を始めてから現在までの状況、②介護を引き受けた状況、③介護中大変だったこと、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、とした。

3. 分析方法

データ分析は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）（木下、2003、2007）による継続比較分析とした。分析テーマは、「認知症発症から受診にいたるまでの夫介護者の体

験と課題」として、分析焦点者は「認知症の妻を介護する夫」とした。録音したデータは逐語録を作成し、分析データにそって対象の認識や行為に関する部分を抜き出し、解釈し概念化した。概念と定義から新しい概念を生成し、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。並行してカテゴリ化の作業を続け複数の概念からなるカテゴリを生成し、カテゴリ間の関係を検討した。

概念の生成とカテゴリ間の比較検討した結果、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17概念、7カテゴリ、1コアカテゴリが抽出された(図1)。これらの分析過程において、老年看護に関して経験豊富な研究者から、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。

4. 倫理的配慮

研究対象者に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、研究の内容、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、個人情報保護の保護、得られたデータは研究以外に使用しないこと、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、面接を開始した。尚、本研究は所属大学院の倫理審査委員会の承認(承認番号14-Ig-54)を得て実施した。

III. 結果

1. 対象者の概要(表1に示す)

夫介護者18人で、年齢は60代前半1人、60代後半4人、70代前半4人、70代後半8人、80代前半1人であった。被介護者(妻)の年齢は50代後半1人、60代前半2人、60代後半6人、70代前半6人、70代後半3人、要介護度はⅤが9人、Ⅳが2人、Ⅲが5人、Ⅰが2人、診断名はアルツハイマー型認知症が17人、他が1人であった。

2. ストーリーラインと結果図

認知症の妻が受診にいたるまでの夫介護者の体験について、17概念から7カテゴリ、1コアカテゴリが生成された。

次に結果図(図1)にそって、カテゴリごとにカテゴリ間の関連およびプロセスを示し、ストーリーラインとして述べる。

『 』: コアカテゴリ、【 】: カテゴリ、〈 〉: 概念、語り: 対象者の語りを示す。

介護初期から受診にいたるまで、『一人で抱え込み対処』の日々で展開された。介護初期は妻の普段と違う行動を〈歳による物忘れと錯覚〉して、〈認知症と思いつかない〉ことや〈軽度の症状は生活に支障ない〉ため、【妻の異変に疑問をもちながら黙視する】ようにして、発症前と同様の生活を続けた。妻の家事が不十分となり、〈妻の補助をしながら調理に慣れる〉や食事の準備は〈ワンパターンの食事〉が多く、〈コンビニエンスストアや惣菜活用〉など、【家事の不慣れ】に戸惑う日々であった。事態は徐々に悪化し、〈妻が起こすトラブルの対応に追われる〉や〈指示が通らず暴言・暴力〉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る】日々であった。このような状況の中、少数のケースは、〈専門家に相談〉して【早期受診】をしており、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〉となり、事態は深刻化した。妻の異常行動が増加するにつれて、妻を一人にしておかず〈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。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。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、夫婦関係が良いケースは〈病気だから仕方がない〉と介護を前向きにとらえ、良くないケースは、夫婦規範から〈介護を回避できない〉

表1. 対象者の概要

主介護者(夫)							被介護者(妻)				
ID	年齢	介護期間	世帯	子供	健康状態	経済状態	年齢	要介護	診断名	受診歴	外部サービス
A	70代後半	8	夫婦	女2	普通	良	70代前半	V	ADH	約1年	あり
B	70代前半	4	夫婦	男2	良好	普通	60代後半	V	ADH	約2年	あり
C	70代前半	7	夫婦	男1	普通	普通	70代前半	V	ADH	約3年	あり
D	60代前半	10	同居	女2	良好	普通	60代前半	V	ADH	1年不明	あり
E	70代前半	20	同居	男1	普通	普通	70代前半	V	ADH	約5年	あり
F	80代前半	21	同居	女2	良好	普通	70代後半	V	ADH	5年	あり
G	60代後半	3	夫婦	女2	普通	良	60代後半	IV	FTLD	約2年	あり
H	70代後半	5	夫婦	男1女1	普通	普通	70代前半	IV	ADH	約1年	あり
I	70代前半	8	夫婦	男1女1	普通	普通	60代後半	III	ADH	約4年	あり
J	60代後半	7	夫婦	男1女1	良好	普通	60代後半	V	若年ADH	8カ月	あり
K	70代後半	3	夫婦	無	良好	あまり	60代後半	I	ADH	約4年	あり
L	70代後半	10	夫婦	男1女1	普通	普通	70代前半	V	ADH	約2年	あり
M	70代後半	5	夫婦	男1女2	普通	良	70代前半	III	若年ADH	約3年	あり
N	60代後半	3	夫婦	女1	普通	あまり	50代後半	III	若年ADH	約1年	あり
O	70代後半	3	夫婦	男1	良	良	60代後半	III	ADH	約1年	あり
P	70代後半	3	夫婦	男1女1	普通	良	70代後半	I	ADH	約2年	なし
Q	70代後半	4	夫婦	女2	あまり	あまり	70代後半	III	ADH	約3年	あり
R	60代後半	10	夫婦	無	普通	良	60代前半	V	ADH	約2年	あり

*あまり：あまり健康に自信がない

*ADH：アルツハイマー型

*FTLD：前頭側頭変性症

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】、気持ちを切り替え臨んでいた。

3. 介護体験を構成する要素

生成されたプロセスにそって、構成要素である概念、カテゴリーを説明する。

1) 【妻の異変に疑問をもちながら黙視する】

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。介護初期は時々の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。認知症と疑問があっても、正常な状況が錯綜す

るため、夫は否定したい気持ちと自分の思い過ぎしと思うことがあり、それ以上深く考えないようにしていた。

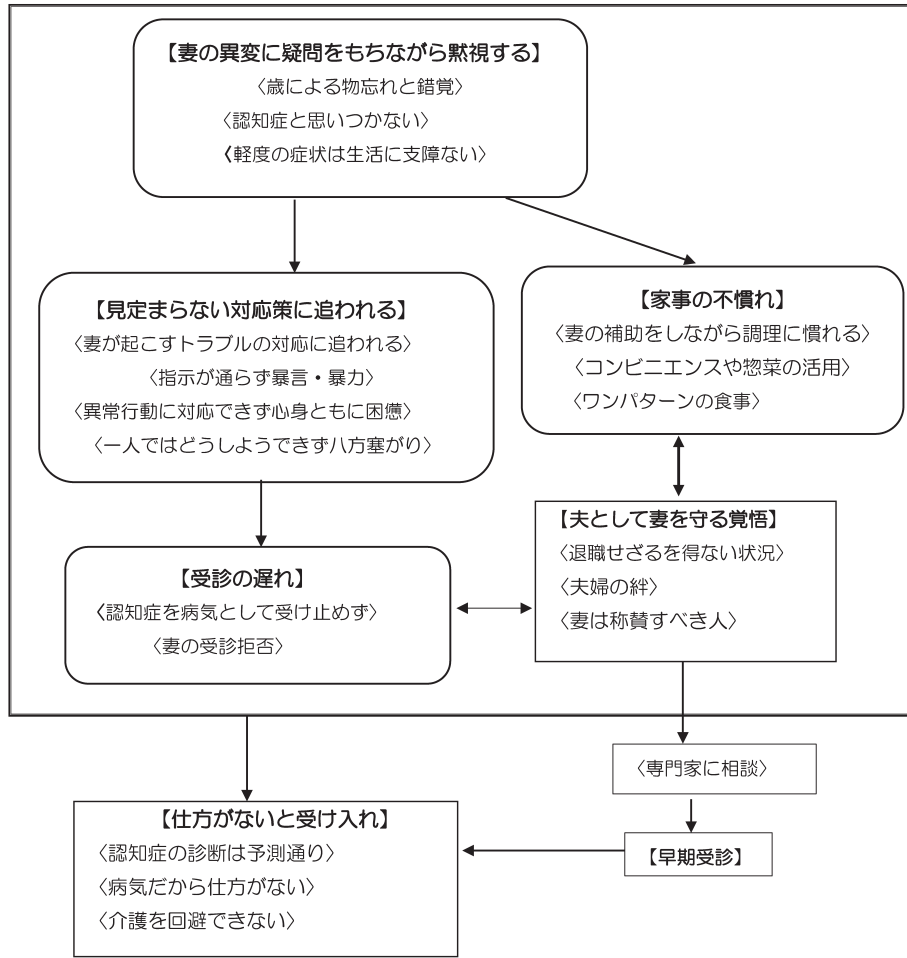
C氏：疑いはね、アルツハイマーとかいうよりも、ちょっとやっぱり更年期障害で鬱状態なのかなってというのがあったので、それは根拠のないね、思い込みだったので、それはまずかったですね。

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ていたため、〈軽度の症状は生活上に支障がない〉として、日々を過ごしていた。

2) 【家事の不慣れ】

このカテゴリーは、〈妻の補助をしながら調理に慣れる〉〈コンビニエンスや惣菜の活用〉〈ワンパター

『一人で抱え込み対処』



□: 課題 ○: 克服 『』: コアカテゴリー 【】: カテゴリー 〈 〉: 概念 →: 変化の方向

図1. 妻が認知症を発症し診断にいたるまでの夫介護者の体験と課題の推移

の食事)の概念が生成され、家事の中でも食事に関する内容が多かった。調理経験の有無にかかわらず、同じメニューになってしまう発言が多かった。

R氏：独身時代が長かったから、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、〈妻の補助をしながら調理に慣れる〉と徐々に時間をかける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からなー。それまでもみていたからなー。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。

家事は不慣れであるが、妻の不十分な点を補うこ

とから家事を始めているので、一人でできるようになるまでの準備期間があったというものだった。しかし、高齢になってからの家事の習得であるため、不慣れ感が強いというものであった。一方〈コンビニエンスや惣菜の活用〉をして、調理の手間を省くという者もいた。

P氏：飯の炊き方ぐらいは知っているんですけど、おかずや何かは自分で買ってきて作ろうなんていうことはないでしょ。男ですもの、出来合いのものを買ってきて食べるだけですから。

家事の不慣れに対して、それぞれに当座をしのぐための工夫をしているが、発症前のような満足する食生活ではなかった。

3) 【見定まらない対応策に追われる】

このカテゴリーは、〈妻が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)〈一人ではどうしようもできず八方塞がり〉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、窮地に立たされる時期であった。家庭外で〈妻が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。

妻はトラブルを起こしても認識しておらず、そのことをわかってもらおうと叱責するがわからず、ストレスがたまる日々であった。妻の家事が中途半端なため、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たことを反省しつつ語った。

A氏：「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。何かちょっと物の片付けの話でね。「これやっつけ」といったら、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追われ、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。寝てやっつけ

ちゃおうかなって思った時もありますよ。

介護者は一人で行う介護に限界を感じていた。妻の対応に追わ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。

妻の対応をどうにもできず、一人で介護することの限界を感じ始めていた。健康障害を出現して心の中で考える夫もいて、一人介護の危機的状態となっていた。

4) 【早期受診】

少数の夫介護者の中には、周囲の勧めもあり〈専門家に相談〉し、受診にいたったケースもあった。介護の悩みや困りごとを〈専門家に相談〉するなどして、事態の打開策をはかっていた。

5) 【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)にいたっていた。

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。

妻を守る覚悟はこれまでの生活の背景があり、自分で守っていこうと決意がうかがえた。そこには妻に対する感謝の気持ちがあった。

6) 【受診の遅れ】

このカテゴリーは、〈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。受診にいたるまで、介護を始めてから約1から5年が経過していた。受診が遅れた理由として〈妻の受診拒否〉をあげていた。

P氏：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。

7) 【仕方がないと受け入れ】

このカテゴリーは、〈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。子供や専門者の勧めなどがあり、他の受診と並行してやっと受診にいたった。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りにクレームがきてまし

たから、家内は店に残せないな—と思っていたりしてね。

認知症の診断がつき、〈仕方がないと受け入れ〉することで、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：結婚っていったって、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。こう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。妻が認知症と診断がついたことで、認知症の妻の介護を引き受け、生活をしていくことを決意していた。

IV. 考 察

1. 夫介護者の体験と課題

妻の認知症発症から受診にいたるまで【妻の異変に疑問をもちながら黙視する】【家事の不慣れ】【見定まらない対応策に追われる】【夫介護者として妻を守る覚悟】があり、少数は【早期受診】したが、ほとんどが【受診の遅れ】の経過をたどり、認知症の診断がつくと、【仕方がないと受け入れ】と介護を引き受ける体験をしていた。本調査では、介護を始めてから介護限界にいたるまで約1から5年（平均2.7年）が経過しており、【受診の遅れ】が明らかになった。【受診の遅れ】の原因として、夫婦の認識のなさ（杉原、伊藤、久津見、2010）や介護者のためらい（平野、2000）が報告されており、本調査

においても同様であった。しかし、他の要因として、夫介護者の場合、介護限界に達してから受診・外部へアクセスするという特徴が見出された。家族介護者（女性が多い）の場合、認知症の診断後、介護混乱を経験（宮上，2004）しているが、夫介護者は介護混乱・介護限界を経験してから、受診するという特徴があった。これは、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（杉浦他，2010）があるのに対して、男性は一人で抱え込みやすいことが理由としてあげられる。つまり、両者とも認知症の介護混乱・限界を経験するが、家族介護者は診断後に、夫介護者は診断前に経験するという違いがみられた。

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から5年がかかり、受診にいたるという【受診の遅れ】が課題であった。【受診の遅れ】は、夫介護者のストレスフルな状態を長引かせ、ひいては健康障害まで影響を及ぼすことから、早期の受診対策が必要である。

次に夫介護者の『一人で抱え込み対処』も問題としてあげられる。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、被虐待者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（北村，北村，関，2014）と報告されており、本研究においても認知症の症状や夫が介護者という点で、虐待につながりやすい特徴があった。

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（高木，2015）としているが、本研究では先行研究とは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（Richard，2001；新館，2014）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ことから、夫自身は妻から教わり補助的に関わることを通して、徐々に家事スキルを身に着けていた。家事の全てを担い困難に陥るといったこれまでの報告とは違

い、徐々に家事に慣れることは認知症介護の特徴のひとつと考える。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があり、惣菜活用やレトルト食品を多くとり入れ、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、栄養の偏り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を指導していく必要がある。さらに夫介護者の健康状態を栄養面からチェックすることが必要である。

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（1995）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（一瀬，2004；林，2010）としている。本研究において、夫婦関係が良いケースは〈病気だから仕方がない〉と前向きに受け止め、あまり良くないケースは、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。この受け入れ姿勢はその後の介護においても影響していた。夫婦間の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. 介護初期の支援

介護初期は、妻の異変に気づき受診にいたるまで概ね1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となり、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『一人で抱え込み対処』傾向がみられ、早期に相談できる対策が必要である。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設け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作りや、早期受診の方策をこれまで以上に強化していく必要がある。

3. 研究の限界と今後の課題

1) 本研究の対象は、3年以上介護を継続している夫介護者であり、介護生活が調整できていた。介護を途中で断念したケースや適応できなかった対象はとりあげていない。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、研究を継続していく必要がある。

V. 結 論

1. 妻の認知症発症から受診にいたるまで【妻の異変に疑問をもちながら黙視する】【家事の不慣れ】【見定まらない対応策に追われる】【夫介護者として妻を守る覚悟】があり、少数は【早期受診】したが、ほとんどが【受診の遅れ】があり、認知症の診断がついて、【仕方がないと受け入れ】と介護を引き受ける体験をしていた。

2. 課題として、介護限界まで外部アクセスしない『一人抱えこみ対処』や、介護を始めてから約1から5年の期間を要した【受診の遅れ】、家事の不慣れによる食事の簡素化が明らかになった。

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。

著者の貢献

TNは研究の構想、デザイン、データ収集、データ分析・解釈、論文作成の研究プロセスの全てに貢献した。

〔受付 '20.06.26〕
〔採用 '20.10.08〕

文 献

- 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，21: 24-32, 2014
- George Siriopoulos, Yvonne Brown: Caregivers of wives diagnosed with Alzheimer's disease Husbands' perspectives, American Journal of Alzheimer's Disease, 14(2): 30-39, 1999
- Havard Knutsen, Maj Britt Raholm: The dialectic movement between suffering and reconciliation, International journal for human caring, 13(4): 50-56, 2009
- 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，18: 27-39, 2006
- 林 葉子：妻を在宅で介護する夫の介護役割形成プロセス 夫婦間介護における適応過程，87-108, 日本評論社，東京，2010
- 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：2-54, 2000
- 市森明恵，大下真似子，北島麻美，他：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，6(2): 28-37, 2004
- 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，48(1): 28-27, 2001
- 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7: 75-90, 2004
- 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，19(3): 333-341, 2008
- 春日キスヨ：変わる家族と介護，113-154, 講談社現代新書，東京，2010
- 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，87-246, 弘文堂，東京，2003
- 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，13-230, 弘文

- 堂, 東京, 2007
- 北村 立, 北村真希, 関 奈緒子, 他: 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, 25(9): 1027-1034, 2014
- 厚生労働省: 平成30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. 2018 https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989_00002.html. 2020年5月3日
- 松井由香: 男性介護者の語りにみる「男性ゆえの困難」—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—, 家族研究年報, 39: 55-74, 2014
- 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, 26(3): 330-339, 2004
- 内閣府: 平成29年版高齢社会白書 第1章 高齢化の状況 第2節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 (3) 3 高齢者の健康・福祉, 2017 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html. 2020年5月20日取得
- 内閣府: 令和元年版高齢社会白書 (全体版) (PDF版), 平成30年度 高齢化の状況および高齢社会対策の実施状況, 2 健康・福祉, 34, 2018 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s2s_02_02.pdf. 2020年6月4日取得
- 永井邦芳, 堀 容子, 星野純子, 他: 男性家族介護者の心身の主観的健康特性, 日本公衆衛生雑誌58: 606-616, 2011
- Richard Russell: In sickness and in health, A qualitative study of elderly men who care for wives with dementia, Journal of Aging studies, 15: 351-367, 2001
- 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45(1): 171-188, 2009
- 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, 9(1): 44-55, 2010
- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 九津見雅美, 他: 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, 57(1): 3-16, 2010
- 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, 4(80): 87-92, 2015
- 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, 1-20, かもがわ出版, 東京, 2007
- 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, 28(3): 3-23, 1995

Husband Caregiving Experience and Issues from the Onset of Dementia Symptoms in Wives till Medical Consultations

Takako Negishi¹⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Tokyo Kasei University

Key words: male caregivers, caregiving for dementia, caregiving by husband, caregiving experience

This study aims to elucidate details of the task of caregiving by husbands and issues in the period when wives develop dementia till medical consultations. Semi-structured interviews were conducted with 18 husband caregivers who had been taking care of wives with dementia for 3 years or longer, and the interview data were analyzed based on a modified grounded theory approach. The results showed that in earlier days, caregivers lived a life of [observing the wives questioning the changes]. As dementia progressed and the wives became unable to do housework adequately, husbands helped with the housework but were [inexperience in housework]. As the situation became more serious, wives experienced trouble and did not follow instructions, the husbands were troubled and became [busy countering unacceptable situations everyday]. Thinking that they cannot leave the wives alone, husbands [determined to take over the care as the caregiver]. There were some husbands where the wives [soon had medical consultation], but for most it was [delayed consultation], and when wives were diagnosed with dementia, the husbands [accepted the situation and prepared themselves for the eventuality having to take care of the wives]. This process suggests issues such as the tendency not to seek external help but just struggle with the situation alone till the limits of caregiving were reached, and the [delayed consultation] at 1-5 years after the onset of symptoms. It is necessary to support husbands to simplify meal preparation because of the [inexperience in housework].