

妻や嫁による痴呆性高齢者の介護特性

山口 豊子

はじめに

痴呆は積極的な医療の効果はあまり期待できず、痴呆の原因究明や治療の確立は今後に委ねるところである。このような状況の下で、痴呆性高齢者は生活上の困難への対処が中心であり、介護が果たす役割は大きい。一般的に、援助関係は介護を受けるものと介護を提供するものとの相互関係において成り立つ。お互いの生活や価値観等を要介護状態という変化に応じて再適応する力が双方に必要である。しかし、痴呆性高齢者の認知機能障害があるため、介護者と要介護者との関係性は乏しく、介護者からの一方的な関係となりやすい。まさに、介護は身体的にも精神的にも大変な重労働であり、社会的にもさまざまな問題を生じている。反面、介護することにより人間の本質に触れたり、介護経験をとおしての学び、気づき、喜び、満足感を多少とも経験すると思われる。

従来からの家族機能である介護は、「嫁」の立場の介護が「家」的家族観に支えられて「当たり前」とされてきた。現在、高齢者介護はほとんど女性が担っている。これは各種の調査で共通しており、主な介護者は嫁が一番多く、ついで配偶者（妻）、子となっている。このような状況の中で、最近の傾向として、統計上では、「嫁」より「配偶者」や「娘」を看とり手として選択する意向が強まっている¹⁾。つまり、老いた夫婦のうち先に倒れたものを一人が看するという老夫婦間介護（現実としては、圧倒的に妻による夫の介護）、親への「愛情」に基づいた娘の介護といえる。

先行研究では、要介護者の痴呆の重症化や身体状況悪化が介護者への負担増強となり、その結果、介護拒否の誘因を引き起こし、また、人間関係からの介護負担感、介護者のストレスといった介護の否定的な側面を示すものが

多かった。在宅の介護者が一番困っていることには、介護技術に関するものは少なく、家を留守に出来ない、ストレスや精神的負担が大きい、自分の時間がとれない等であった²⁾。つまり、日常生活動作(Activities of Daily Living)や痴呆の程度が重症ほど介護負担感が大きい。また、社会的サポートを受けていても介護の軽減までには至らない³⁾。単に、痴呆の状態だけを介護上の問題の原因としただけでは、介護問題の解決の糸口がない。介護者にとっての介護上の困難や日常生活への影響について明らかにし、対処していく必要性に気づいた。また、最近の動向として、介護状況を全体として把握すると、否定的な側面ばかりでなく、肯定的な側面を示した研究⁴⁾も報告されているが、介護者の続柄の違いによる介護負担感、肯定感に関する報告はみられなかった。

以上のことを踏まえ、本研究では、痴呆性高齢者の介護を行い、家族関係を有する「妻」と「嫁」の介護者に焦点を当て、介護上の困難とともに介護者の日常生活への影響を明らかにする。さらに、介護家族を支援するために、ケアを担う専門職として、痴呆性老人の家族介護者への援助の方策の一助とすることを目的に検討を行った。

I. 地域の特性

調査地域の2町が属するT郡の概略について⁵⁾は、県の北西部で琵琶湖の北西部に位置している。京阪神地域との交通網の整備により、通勤圏が広がりベッドタウン化している。平成10年のT郡人口は約55,000人（高齢化率21.2%）、最近では京阪神地域からの人口流入もみられる。同時に、65歳以上の高齢者がいる世帯は年々増加し、平成7年の国勢調査では全世帯数の47.5%であり、高齢化率は19.2%であった。

地域の産業は林野田畑が多く、第一次産業（主に兼業）に占める割合が高く、また、従来から、織物、扇骨などの家内手工芸等の地場産業も存続しており零細企業が多い。介護保険事業計画策定にかかる実態調査報告書⁶⁾では、持ち家率は平成7年では全体の83.2%であった。さらに、65歳以上の高齢者

のいる世帯の持ち家率は95.5%と高率であった。居住継続意向（できればいつまでも住み続けたい）では91.2%の回答であった。長男が後継ぎで家を守る家族意識の強い傾向がみられた。また、在宅の介護者に対して、介護上の相談相手として最も多かったのは「家族・親戚」と答え63.3%を占めていた。持ち家率、居住継続意向ともに9割を超え、介護の相談相手は家族・親戚に限られている傾向が強い。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

S県T郡の2町で在宅訪問活動を行っている保健婦および訪問介護員に事前に依頼し、調査に同意した家族介護者20名（在宅介護者16名、施設入所者4名）であった。

2. 調査期間と方法

1999年3月から9月までの6か月間。1986年実施の実態調査を参考に筆者が作成した質問紙をもとに半構成面接調査を行った。面接は約1時間から2時間程度であり、延べ13日間であった。

3. 調査内容

質問紙による主な調査内容は次のとおりである。①痴呆性高齢者の特性（年齢、性別、問題行動、精神症状、痴呆の程度については柄澤式スケールを用いた）、②介護者の特性（年齢、性別、続柄、介護期間、職業）、③保健・福祉サービスの利用、④介護上の困難（痴呆性高齢者に対するもの、介護者自身への日常生活上の影響）、⑤介護のプラス面等である。なお、回答の意志のない設問に関しては回答なしも選択可能であることを事前に伝えた。

4. 分析方法

20名の家族介護者の続柄のうち、妻5名と嫁6名についての痴呆の程度、介護上の困難およびプラス面、介護者の日常生活への影響等の関連性についての分析を行った。

Ⅲ. 研究の枠組み

閉鎖的な傾向の強い農山村地域において、家族を取り巻く周囲の人々も、また、家族介護者も家族が看るべきであるという社会的規範の認識をもっている。このように家族介護者は自分自身に半ば諦めがちに言いきかせながらも「なぜ私一人が看なければならないのか」という想いと葛藤しながら介護の現実と直面している。この傾向は「妻」より「嫁」強くみられるのではないか。この葛藤に影響を与えるものとして、①痴呆性老人の要因(精神症状、問題行動、視力障害、聴力障害、身体症状等)、②家族介護者の要因(健康状態、介護負担感・肯定感、痴呆性高齢者への愛着)等が相互に関連していると考える。「妻」と「嫁」の介護上の困難、介護による日常生活への影響の特性をみる。

Ⅳ. 結果

1. 妻や嫁の家族介護者と痴呆性高齢者の特性

1) 妻や嫁の家族介護者と痴呆性高齢者の特性

表1に示すように、妻(5名)の平均年齢は72.4歳(年齢範囲62~82歳)

表1 対象者の属性と特徴 (n=20)

介護者の特性						高齢者の特性			在宅での 介護期間	これまでの 要介護者の状況	
対象者	年齢	性	就業の有無	要介護者と続柄	家族数	年齢	性	柄澤式 ²⁾ 痴呆スケール			稼動状況
A	82	女	無	妻	7	88	男	最高度	歩行	2年	在宅→入院→在宅
B ¹⁾	76	男	無	夫	5	76	女	軽度	ねたきり	5ヶ月	長期入院→在宅
C	42	女	有	孫嫁	7	93	女	高度	歩行	3年	在宅
D	79	男	有	夫	6	77	女	中等度	ねたきり	4年	長期入院→在宅
E	62	女	有	妻	5	77	男	最高度	つたい歩き	6年	在宅
F	71	女	無	長女	2	92	女	高度	歩行	5年	在宅
G	77	女	有	妻	3	80	男	高度	歩行	7年	在宅
H	51	女	有	長男の嫁	3	81	女	中等度	歩行	4年	在宅
I	69	男	有	夫	3	67	女	中等度	杖歩行	6ヶ月	在宅
J	64	女	有	長男の嫁	6	95	女	中等度	ねたきり	6年	在宅→骨折にて入院中
K	45	女	有	長男の嫁	6	78	女	最高度	歩行	3年	在宅→入院(終末期)
L	74	男	無	夫	2	72	女	最高度	歩行	4年	在宅→特別養護老人ホーム
M	51	女	無	長男の嫁	6	88	女	最高度	歩行	7年	在宅(ショートステイ継続で施設待ち)
N	57	女	無	長男の嫁	3	82	女	最高度	歩行	9年	在宅→特別養護老人ホーム
O	43	女	有	長女	7	88	男	中等度	ねたきり	3年	在宅→入院→ショートステイ継続(近ぢか特養)
P	37	女	有	孫	5	89	女	中等度	ねたきり	8年	在宅→特別養護老人ホーム
Q	42	女	有	長男の嫁	6	78	女	軽度	歩行	4年	在宅
R	65	女	有	妻	6	67	男	高度	ねたきり	1年	入院→老人保健施設→在宅
S	76	女	無	妻	2	82	男	高度	歩行	19年	在宅
T	48	女	有	長女	7	72	女	高度	歩行	5ヶ月	入院→老人保健施設

1) 副介護者女有長男の嫁

2) 施設入所者および入院者は、入所時点および入院時点の判断とした

家族介護者の平均年齢60.6(±15.3)歳、年齢範囲37~82歳

高齢者の平均年齢81.1(±8.2)歳、年齢範囲67~95歳

であった。嫁（6名）の平均年齢は51.7歳（年齢範囲42～64歳）であった。就業「有」は、妻3名、嫁4名であった。妻はすべて農業を含む自営業であり、嫁は勤務3名、自営業1名であった。介護期間をみると、妻は平均7年、嫁は平均5.2年であった。

2) 痴呆性高齢者の症状や問題行動と介護上の困難

表2に示すように、妻や嫁に共通して多く訴えのあった痴呆性高齢者の症状は、「ひどい物忘れ」「つじつまが合わない」「ぼんやり過ごす」等であった。このことは、痴呆の症状である認知障害によるものである。他に、痴呆の重症化との関連が深い「家族が誰かわからない」であった。

表2 痴呆高齢者の症状や問題行動等（複数回答）

	全体(N=20)	妻(N=5)	嫁(N=6)
ひどい物忘れ	15	3	6
つじつまが合わない	12	3	4
ぼんやり過ごす	10	3	4
家族が誰かわからない	8	3	3
妄想	8	1	3
幻視・幻聴	6	1	2
夜さわぐ	7	1	3
外出したがる	6	1	2
興奮・大声	7	1	3
悲しむ・泣く	4	1	1
攻撃的・乱暴	6	1	2
元気がない	4	2	0
視力障害	5	1	2
聴力障害	5	3	1
その他	2	0	1
一人あたりの平均	5.3	5.0	6.2
その他：収集癖等			

嫁の訴えに多くみられた痴呆性高齢者の症状には、「妄想」「幻視・幻覚」「興奮・大声」「攻撃的・乱暴」等の精神症状であった。物がなくなる、盗られたと思う被害妄想の対象は嫁に多くみられた。精神症状についての訴えは妻より嫁に多くみられた。

表3に示す本論での介護上の困難とは主観・客観を問わず介護状況におい

て介護者が辛い、困ることや苦しいと思わせる問題を操作的に取り上げた。その他は介護者自身が夫々に感じている事についてインタビューを行った内容である。多い傾向がみられたのは、妻では「移動」、嫁では「くりかえし話を聞く」「排泄」「着脱」「清潔」「興奮」「罪をさせられる」であった。

表3 介護上の困難（複数回答）

	全体(N=20)	妻(N=5)	嫁(N=6)
くりかえし話を聞く	12	2	5
排泄	9	1	4
着脱	9	2	4
興奮	8	2	3
清潔	6	0	3
移動	6	3	1
罪をさせられる	6	0	3
食事	5	1	2
徘徊	5	0	2
暴力・攻撃	4	1	1
介護の手助け（少）ない	1	0	1
その他	5	1	3
一人あたりの平均	3.8	2.6	5.3
その他：痴呆のため意思疎通困難等			

事例Nについては、繰り返しの質問にいいかげんに答えると返って怒り出し、排泄・着脱・入浴の拒否時には対応によっては興奮を引き起こすこともあった。嫁については、前述の痴呆性高齢者の症状や問題行動の結果と一致した。

さらに、表2より痴呆性高齢者の症状や問題行動等についての介護者一人あたりの訴え数は妻が5.0、嫁が6.2であり、嫁に1.2ポイント高い。また、介護上の困難については妻が2.6、嫁は5.3であった。嫁は妻に比べて2.7ポイント高く、約2倍強の介護上の困難をかかえていることがわかった。症状や問題行動、介護上の困難ともに訴え数は嫁に多かった。

調査時の聞き取りの内容をみると、介護上困難な症状では、妻や嫁に共通してみられたのは、“同じことを何度もきかれること” “興奮、大声、暴力、暴言の対応”であった。妻では“受診時の交通機関利用時や待ち時間

に関するもの”と“一生懸命に（介護）しているのにわからはらへん”であった。嫁では被害妄想の対象が嫁と言われたという“罪をきせられる”“排泄（失禁）の世話”“服薬しない”等であった。多くが認知機能障害による症状に起因していた。

2. 介護者の日常生活への影響

表4は介護による介護者自身の日常生活への影響をまとめたものである。

表4 介護者の日常生活への影響（複数回答）

	全体(N=20)	妻(N=5)	嫁(N=6)
<身体的>			
介護者の病弱	7	3	2
睡眠時間の減少	10	4	3
一人あたりの平均	0.8	1.4	0.8
<精神的>			
一人でさびしい	10	1	4
介護ノイローゼに共感	10	3	4
おもしろくない	9	1	3
張り合いがない	8	0	3
だめになりそう	7	2	2
頭から離れない、イライラ	9	2	4
張り合いがある	8	1	3
充実感あり	7	0	3
人間的に成長	11	3	3
一人当りの平均：負担感	2.6	1.8	3.3
一人当りの平均：プラス感	1.3	0.8	1.5
<社会的>			
外出できない	17	3	5
自分の時間がない	11	2	3
仕事への影響	10	2	3
家事への影響	6	1	2
したいことができない	9	1	1
能力が出しきれない	8	1	3
視野が狭い	7	2	1
世間に遅れる	6	0	1
家族団らんが減る	3	1	1
近所づきあいが減る	2	1	1
能力を出す機会	7	0	3
一人当りの平均：負担感	4.0	2.8	3.5
一人当りの平均：プラス感	0.3	0.0	0.5

「睡眠時間の減少」は身体的にも精神的にも関連はあるが、今回はまず身体的な影響が大きいと考え、＜身体的＞の項目に加えた。

妻や嫁に共通してみられたのは「介護によるノイローゼに共感する」「(少しは)人間的に成長したと思う」であった。

妻についてみると、身体的項目の「介護者の病弱」「睡眠時間の減少」などが多かった。高齢期の身体的変化のみられる時期であり、介護者自身の健康状態、つまり、身体的要因が日常生活への影響として強い。嫁については、「一人でさびしい」「おもしろくない」「頭からはなれない、イライラする」等の精神的負担感が多くみられるとともに、「張り合いがある」「充実感あり」等の精神的充実感もみられた。

社会的要因では、妻、嫁ともに多くみられたのは「外出できない」「仕事への影響」であった。家庭生活や職場、地域社会等のさまざまな発達課題をもつ壮年期の嫁は「外出できない」のほか、「自分の時間がない」「能力を出しきれない」等の生活への影響がみられた。反面、「能力を出す機会」として捉えようとしていることも今回見受けられた。

生活への影響を全般的に見ると、一人あたりの介護負担感の訴えは妻6.0、嫁7.6と嫁の介護負担の訴えは妻より多かった。また、表4では介護によるプラス感は妻0.8、嫁2.0と嫁に多くみられた。

聞き取り調査内容をまとめてみると、介護者の日常生活への影響は表5のとおりであった。妻は老化現象である身体症状とともに腰痛、膝関節炎や変形性関節症等による歩行困難の症状をもっており、介護者自身の行動上にも何らかの制限がみられた。また、疲労の蓄積などによる抵抗力、回復力の低下、夜間に起こされること等もあり、睡眠時間の減少がみられた。いつまで看れるのか介護者自身の健康状態についての不安をもちながらの精神的疲労感が大きいと答えていた。事例Eはなかでもイライラ感は1～2年が特に大変であった。当初気になっていた「くりかえし話を聞く」についても徐々に気にならなくなった。時間的経過とともに介護者の生活ペースがつかめたと

いうように生活上の変化として介護の日常化がみられた。自分の時間がなく、旅行などの外出ができないなどリフレッシュする機会も少ない状況であった。

嫁は身体症状として生活習慣病やストレス性の疾患でもある高血圧症や診断名がつくほどではないが体調不良の主訴がみられた。前述の妻と同様に睡眠時間の減少や精神的疲労感の訴えは強く、強度のストレスとなっていた。妻との相違点は、家事をしていても集中できず、いつも頭にのしかかっている等精神的疲労感は強い。このイライラした精神状態を子どもに見せたくない、やさしく出来ないという自己嫌悪など様々な家庭生活での葛藤を抱えた介護状況が見受けられた。自分の時間がなく、夫婦で外出できない、実家にも帰れない、やりたいことができない、仕事を辞めざるを得ないなど、行動や活動での制限が数多くみられた。

表5 「妻」や「嫁」の日常生活への影響

項 目	妻	嫁
①身体症状	・腰痛 ・歩行困難 ・感冒治りにくい	・高血圧 ・体調不良
②睡眠時間	・減少	・減少
③痴呆進行の不安からくる介護継続不安	・あり	・あり
④精神的負担感と家族への影響	・精神的疲労 大 ・イライラ…特に1～2年は大変 (以後、介護者のペース)	・いつも頭にのしかかっている ・目離しならない ・何していても集中できない ・うっとうしい、かなん ・イライラ…子どもに見せたくない。→思いやりの気持ちが消えるのでは。
⑤サービス利用の際の親戚、近所の目		・周囲から介護者が“楽しんでいる”と思われる
⑥行動や活動の制限	・自分の時間がない ・外出(旅行)できない	・自分の時間がない ・夫婦で外出できない ・したいことができない ・仕事を辞めた
⑦その他		・必死なので困難殆ど感じない ・介護におわれている

3. 介護によるプラス感

表4の介護による介護者の日常生活への影響のなかで、介護によるプラス感は介護負担感と同様に嫁の方に多くみられた。介護のプラス面の聞き取り調査の内容では、妻は工夫してうまく介護できるようになった、ちょっとぐらいは成長したかもしれない、こんなお世話ができて良かった等であった。嫁では介護方法の理解（問題行動時の対応）、介護経験により現在の介護にゆとりをもってできる、自分の老後について考える機会となった、家族の協力と夫の支えにより介護できる、ホームヘルパーが頼れる職種であることを理解した、職場の人間関係など人への思いやり等であった。その他に、プラス面・肯定感については「ない」「死なはらへんとわからない」等の意見が聞かれたが、このことは現実の今の介護を否定的でなく、必死の状況として肯定的に捉えていることが伺えた。

5. 保健福祉サービスの利用状況

保健福祉サービスの利用状況は表6のとおりである。妻や嫁に共通して多く利用しているサービスは「デイサービス」であった。嫁の利用の多い傾向のみられるものは「ショートステイ」「特別養護老人ホーム」であった。利用に至るまでの経緯に妻と嫁では相違がみられた。

表6 保健福祉サービスの利用（複数回答）

	全体(N=20)	妻(N=5)	嫁(N=6)
<在宅サービス>			
デイサービス	17	3	3
ショートステイ	7	1	3
ホームヘルプ	7	1	1
往診	3	1	0
訪問看護	4	2	2
訪問指導	2	0	0
その他	3	0	2
一人あたりの平均	2.2	1.6	1.9
<施設サービス>			
老人保健施設	3	1	0
特別養護老人ホーム	3	0	2
一人あたりの平均	0.3	0.2	0.3

事例Gの妻では、サービス利用に関して子（介護者からの続柄）が中心に動き、介護者である妻に利用をすすめる傾向が見られた。嫁では、事例Kや事例Mにおいては、介護者である嫁がまずサービス利用希望の意志表示を夫（介護者からみた続柄）に行い、夫の同意を得て、その上で夫の兄弟姉妹に了解をもらいサービス利用の申請となることが一般的である。つまり、実際の介護は嫁であるにもかかわらず、サービス利用の決定権は夫が握っていることが明らかになった。

また、事例Mの嫁は、ショートステイ利用後、「身体的および精神的疲労感は減少した。」「家にいはるというだけで、神経が休まらない、頭から離れない。」という回答であった。夫と二人介助で行っていた入浴介護を介護者の腰痛のため夫ひとりでは出来ず、ホームヘルプサービスを受ける事となった。希望時いつでもすぐにホームヘルプサービスを受けられた事は介護者にとって心の拠り所となっていた。事例Eの妻は、デイサービス利用時は隣町まで行って気晴らししていた。ショートステイ、デイサービスおよびホームヘルプサービスの利用は介護者にとって重要なサービスであった。

V. 考察

1. 妻や嫁のかかえる介護困難

妻や嫁が痴呆性高齢者の症状や問題行動と思っていることと、介護上の困難との関連のある傾向がみられた。特に「嫁」の訴えた介護上の困難では、「くりかえし話を聞く」「失禁などの排泄」「着脱」「清潔」「興奮」「罪をきせられる」「ひどい物忘れ」であった。「興奮」時の対応にどう対処してよいか困った、「くりかえし話を聞く」にいい加減に答えると怒るやまちがいや訂正しなければと思い、指摘するとさらに興奮するなどであった。また、嫁に対して「お金がない、物が盗られた」等の「罪をきせられる」は病気によるものと冷静なときは頭では理解していても、生活のなかでは“一番困った”と受け入れ難くこれからの痴呆性高齢者との介護関係に悪い影響を及ぼすものとなっていた。オムツをはずす、尿臭が気になる、衣服の着脱

や入浴の拒否などがさらに興奮状態を引き起こしさまざまなケアが悪循環となり、さらに介護上の困難を生じやすい。つまり、これらは認知機能障害に基づく状況判断やコミュニケーション障害によるものが殆どであり、身の回りの日常生活における直接的な介護全般にわたる介護困難であった。

妻に多くみられた介護困難は「移動」「受診時の交通機関利用や待ち時間」であった。妻自身も高齢であるため、身体的な理由によるものと思われる。平均年齢72.4歳の妻自身もつ身体的老化の影響を受けている。

また、妻および嫁に共通してみられたコミュニケーションの障害は、生活リズムを狂わし心身の困難を起こしやすいと報告している⁷⁾。今回の調査からも事例Eの妻は“一生懸命（介護）しているのにわからはらへん”という痴呆症状によるコミュニケーション障害は介護上大きな負担感を増加させている傾向がみられた。事例Aの妻は、「くりかえし話をきく」について、介護当初は“（痴呆性高齢者が）難聴があり、話のやりとりが出来ず、またか”と負担に思ったが、“時間が経つ（1～2年）と苦にならなくなった”というように同じ状態においても介護負担感としては低下した。介護の実際において、虚しい現実と向き合いながらも、長年ともにすごしてきた痴呆性高齢者をどう理解するか、受け入れるかという妻の心理的状況がみられた。家のために、家族のために夫婦で協力してきた今までの生活過程が妻と痴呆性高齢者との人間関係に強く影響していると考えられる。また、同様に、痴呆性高齢者への愛着としても現れている。妻の場合、今まで培ってきた痴呆性高齢者との人間関係上での特徴でもある。このことが介護者の属性の違いによる介護困難の捉え方に大きく影響していると考えられる。つまり、介護上の困難が継続するか拡大するか、時間的な経過とともに困難性が低下するかは介護者の属性の違いも一つの要因であると考ええる。

2. 介護負担に影響する要因

身体面では、妻や嫁ともに睡眠時間の減少や病弱等の身体的負担がみられた。介護者の負担度は介護者自身の健康状態が良くないほど大きかった⁸⁾と

同傾向を示した。さらに、介護者の続柄についてみると嫁より妻に強くみられた。これは、高齢期の特徴としての老化と病気によるものである。しかし、嫁も更年期であり、病気以前の不定愁訴や体調不良の主訴があったことも見逃せない。

精神面では、妻や嫁に共通してみられた「介護によるノイローゼに共感する」は、家族介護の大変さを物語っている。その背景には、介護者自身の困り事として精神的負担や束縛感が上位をしめていたことがあげられる⁹⁾。さらに、介護者の属性でみると孤立感や痴呆性高齢者が頭から離れずイライラする、何をしても集中できない等の嫁の精神的負担感は強い。また、精神的プラス感も嫁の方に妻よりやや高い傾向がみられた。嫁はストレスが高い傾向にあり、精神的負担感・疲労感が極めて強く、そのような状況の中で精神的肯定感を見つけながら介護している一面もみられた。続柄からみた介護負担の相違に関する先行研究は少なく、年齢別の特徴についての報告では、殆どの介護者は身体的不調、心理的不安があり生活上の困難を感じており、60歳未満の介護者の方が60歳以上の者より有意に生活上の困難を感じていた¹⁰⁾。大まかではあるが、主に60歳以上を高齢者の妻、60歳未満を嫁とみると、嫁の方が介護困難の訴え数とともに日常生活への影響も大きく、本調査結果と同傾向がみられた。

「外出できない」「仕事への影響」の社会的要因は妻や嫁ともに多くみられた。妻は高齢者の楽しみの一つでもある老人クラブの旅行に出かけられない、生きがいでもある仕事（主に自営業）へも影響を及ぼす等社会関係の縮小といえる。同様に、嫁も夫婦で出かけられない、仕事を辞めざるを得ない、上司や同僚の理解で勤務を何とか継続などであった。

介護負担は身体的・精神的・社会的要因との相互作用の影響を受けて変化しやすいことを示している。身体的要因については社会サービスの導入が必要となり、社会的要因では痴呆性高齢者を含む家族にとって社会関係の維持や促進が図れるよう支援していくことが求められている。さらに、社会サービスで担いきれない家族機能の一つである情緒機能にも好影響を及ぼす等精

神的要因への波及が考えられる。

3. ケアマネジメントでの活用

妻では“よそで見てもらうのはかわいそう”、ショートステイの利用が少ない等は痴呆症状の夫に対する不憫さと愛情が感じられる。毎日24時間の介護では身体的負担感が蓄積し今後の自分自身の老後の不安といつまで介護が続けられるかという不安とをもっている。痴呆からくるコミュニケーションの乏しさが介護意欲の低下の可能性もある。身体的負担を優先とした支援がまず必要である。

嫁では、痴呆の程度に関係なく、介護上の困難、日常生活上の困難の訴えが多い。精神的にも社会的にも満たされない部分があり、それに対応した精神的ケアおよび介護者が孤立しないケアプランが重要である。家族介護の最大の義務は精神的扶養であり、介護などの実際の扶養から開放されることにより、精神的扶養に集中でき家族関係も良くなる¹¹⁾。家族にしかできない役割は、痴呆性高齢者に対して家族が言葉かけをしたり、笑顔で接することであると思われる。介護者自身が言葉かけや笑顔を痴呆性高齢者に向けられるように、妻や嫁の介護負担の特徴を考慮した支援を強調したい。

さまざまな社会的サービスは介護負担を軽減するうえで重要な力である。しかし、現状では、痴呆性高齢者の症状や問題行動の特徴を踏まえた利用がなされているとは言い難い。要介護度に沿った利用限度内での利用可能なサービスメニューを立案することがケアマネジメントではない。痴呆性高齢者と介護者の特性を理解したうえでサービスに関する情報提供が介護の専門家の役割であると考えられる。

4. 今後の課題

本研究の対象者が少ないため、今後、さらに縦断的な前向き調査が必要である。介護困難、介護者への日常生活への影響は痴呆性高齢者や家族等の環境要因と大いに関与すると考えられる。介護期間と介護者の続柄の違いによ

る介護特性について明らかにすることが今後の課題である。

VI. 結論

痴呆の状態だけを介護上の問題としただけでは、介護問題への糸口がない。介護者の続柄の違い（妻：5名、平均年齢72.4歳、嫁：6名、平均年齢51.7歳）による介護上の困難や日常生活への影響について明らかにし、専門職の効果的な援助を検討した結果、以下の点が明らかになった。

1. 痴呆性高齢者の症状や問題行動については、被害妄想の対象にされるなど妻より嫁に介護上の困難の訴えが多くみられた。
2. 妻のかかえる介護上の困難は、「移動」「受診時の交通機関利用や待ち時間」であり、日常生活への影響は「病弱」「睡眠時間の減少」等であった。このことは高齢期の身体的負担によるものである。
3. 嫁の精神的負担感、疲労感は極めて強い。このような状況下で介護肯定感をみつけながらの介護にあたっている一面がみられた。
4. 家族介護者が痴呆性高齢者に対して言葉かけや笑顔を向けられるように、妻や嫁の介護負担や日常生活への影響の特徴を考慮したケアマネージメントを行うことが専門職の重要な役割である。

以上のことから、痴呆性高齢者への介護上の困難や肯定感、日常生活への影響は介護者の続柄と関連しており、痴呆性高齢者やその介護者への支援を行う際には続柄による介護特性を見きわめることが重要であると示唆された。

おわりに

本調査にご協力いただきました介護者、保健婦および訪問介護員の皆様に深く感謝いたします。また、ご指導いただきました滋賀医科大学看護学科宮田久枝助教授に深謝いたします。

引用文献

- 1) 春日キスヨ、介護とジェンダー、家族社、1997

- 2) 金子史代 他、在宅要介護者の介護における社会的サポートの効果に関する研究、日本看護学会収録 地域看護、28 57-59、1997
- 3) 長谷川和夫 他、老年痴呆とは何か、日本看護協会出版会、1990
- 4) 井上 郁、認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状、看護研究、29(3)、17-30、1996
- 5) 湖西広域介護保険事業計画、4-11、高島郡湖西広域連合、2000
- 6) 介護保険事業計画策定にかかる実態調査報告書、高島郡町村会、1999
- 7) 中島紀恵子、痴呆患者の自立、看護研究、29(3)、174-187、1996
- 8) 川本龍一 他、在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究、36(1)、35-39、1999
- 9) 高野真由美 他、在宅痴呆老人介護状況実態調査、厚生指標、46(7)、12-16、1999
- 10) 在宅介護が介護者に及ぼす影響と介護ニーズ、山梨医科大学紀要、13、23-27、1996
- 11) 奥村芳孝、新スウェーデンの高齢者福祉最前線、筒井書房、2000

参考文献

- 1) 浅川典子 他、在宅痴呆性老人の主介護者の介護負担感の関連要因、日本在宅ケア学会誌、12(1)、1999
- 2) 太田喜久子、痴呆性老人と介護者の相互作用に関する研究と課題、看護研究、29(4)、1996
- 3) 河原加代子、高次脳機能障害を呈する障害者を介護する家族の介護負担の特徴、家族看護学研究、5(1)、1999
- 4) 澤田信子、今、あなたに求められる介護、中央法規、1998
- 5) 本間 昭、痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか、老年精神医学雑誌、10(7)、1999
- 6) 宮原慎二、老いを支える医療福祉第2版、三輪書店、2000
- 7) 森村 修、ケアの倫理、大修館、2000
- 8) 安田美弥子、家族の誰かが呆けたとき、太陽出版、1994