

2016 年度聖路加国際大学大学院博士論文

家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり
生活を再構築するプロセス

The Process of Family caregivers Creating Co-existent Relationships with
Older Family members as They Restructure their Lifestyles

学生番号 06DN002

氏 名 酒 井 昌 子

目 次

	頁
第Ⅰ章 序章	
1. 研究の背景	1
2. 研究の目的	3
3. 研究の意義	4
4. 用語の定義	5
第Ⅱ章 文献の検討	
1. 健康の定義	6
2. 家族介護者の健康	14
第Ⅲ章 予備研究	
1. 研究目的	19
2. 研究方法	20
1) データ収集	
2) データ分析	
3) 倫理的配慮	
4) 結果	
3. 考察および本研究への示唆	29
1) 家族介護者の健康の認識の特徴	
2) 家族介護者の健康行動と活動の特徴	
3) 家族介護者の研究参加者の選定基準及びデータ収集方法	
第Ⅳ章 研究方法	
1. 本研究の理論的前提	33
2. グラウンデッド・セオリーアプローチを用いる根拠	35
3. 研究デザイン	36
4. 研究方法	36
1) 研究参加者	
2) 研究参加者のリクルート方法	
3) データ収集の場	
4) データ取集期間	
5) データ収集方法	
6) 分析方法	

7) 研究の厳密性	
8) 倫理的配慮	
第V章 結果	45
第1部 本研究におけるデータ収集手順および研究参加者の特性	48
第2部 [1段階] 家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階	51
第3部 [2段階] 家族介護者が要介護者との相互の関係に気づく段階	64
第4部 [3段階] 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階	74
第5部 [4段階] 家族介護者が要介護者とお穏やかな生活を継続する段階	86
第6部 家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス	90
第VI章 考察	93
I. 前提としての要介護者との相互関係	93
II. 要介護者と「ともにある」関係	96
III. 要介護者と「ともにある」関係と健康	98
IV. 看護への示唆	100
V. 本研究の限界と今後の課題	103
第VII章 結論	104
謝辞	
引用文献	
付録・資料	
資料1 インタビューガイド	
資料2 研究参加者紹介の依頼（訪問看護ステーション）	
資料3 研究参加者紹介の依頼（居宅介護支援事業所）	
資料4 研究参加の説明	
資料5 研究同意書	
資料6 研究協力断り書	

図目次：表目次

図目次

図-1 家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築 するプロセス(カテゴリ図)	4 6
図-2 [1段階] 家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階	6 3
図-3 [2段階] 家族介護者が要介護者との相互の関係に気づく段階	7 3
図-4 [3段階] 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を 立て直す段階	8 5
図-5 [4段階] 家族介護者が要介護者とお穏やかな生活を継続する段階	8 9
図-6 家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築 するプロセス (全体図)	9 2

表目次

表-1 予備調査研究者の概要	2 3
表-2 家族介護者の健康の認識と健康行動	2 4
表-3 家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築 するプロセス(カテゴリ表)	4 7
表-4 本調査参加者一覧	5 0
表-5 一人介護に奮闘する	5 1
表-6 介護の限界にある自分に気づく	5 8
表-7 自分の取り組みを見直す	6 4
表-8 要介護者の気遣いを知る	6 7
表-9 要介護者の能動的な関わりを知る	7 0
表-10 要介護者を介護の共同者と捉える	7 4
表-11 互いの存在を尊重した生活をつくる	7 7
表-12 穏やかな生活の継続を確信する	8 6

第 I 章 序章

1. 研究の背景

わが国における 65 歳以上の老年人口は、2016 年 9 月の時点で 3,461 万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）は 27.3% の高齢社会となった。今後、さらに高齢化率は上昇し、2060 年には 39.9% に達し、国民の 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている。

高齢者人口の増加は介護を必要とする人の数を増加し、介護家族の増加にもつながる。介護保険制度における要介護者と要支援者は、平成 25（2013）年度末で 569.1 万人となっており、10 年前に比べ 198.7 万人増加し高齢者の要介護者数は急速に増加しており、とくに 75 歳以上で割合が高くなっている。介護者に視点を向けると、介護者の続柄で多いのは配偶者であり 26.2 %、子が 21.8%、子の配偶者が 11.2 % と女性が多いことから高齢者夫婦による「老老介護」が相当数存在している。今日の小家族化を受けて家族の介護のための離職者は 1 年間で約 10 万人であり、そのうち 8 割が女性であった。介護保険制度による介護サービスの利用は在宅サービスを中心に増加しており、利用介護サービスの内訳では約 73% が居宅サービスを利用している。家族による介護状況では、「要介護 3」以上では「ほとんど終日」介護時間となり、家族介護者の 6 割は、「家族の病気や介護」の他に「自分の病気や介護」や「収入・家計」、「自分の仕事」など日常生活での悩みやストレスを抱えている。

しかしながら、このようなストレスを抱えている家族介護者は、家族介護者にある程度まとまった休息が期待できる「短期入所サービス」の利用は 1 割以下と少なく、今日の多様な家族形態の変化も相まって一層、家族介護の問題を深刻にしている。

高齢化の進む諸外国においても介護者の問題は大きく、ケアを必要とする家族に対して無償でケアを提供しているケアラー（家族介護者）への支援の必要性が指摘されている。先駆的なケアラーへの支援を国の政策として取り組む英国では、“Cares (Equal and Opportunity) Act”が制定され、ケアラーの権利を法的に保障し、それに基づく多様なサービスを展開している（松澤，2011）。しかしながらわが国においては、介護高齢者の介護の増加に比べ、高齢者の家族を支援する社会的サービスはまだ充分とはいえず、結果的に家族による介護に大きく依存する形になっている。これまで家族介護者は”hidden patient”（Martin, 2007）といわ

れていることから、介護による介護者の心身の健康への影響が多く報告されてきた。家族介護者の研究においては介護負担感や不健康等な介護者のネガティブな側面に着目した研究が多い（平松，2006；緒方，2000；Yates，1999；吉田，1997）。しかし、一方では肯定的な側面の研究（Kramer，1997；斉藤，2001；山本，2002）があり、それらは主観的健康や幸福感を主要変数として捉え、それらは広義の健康と捉えることができる。家族介護者にとって介護生活は、負担感や不健康等のネガティブな影響だけでなく、ポジティブな影響を与えることが示されている。

健康の定義は、1946年WHO（世界保健機構）の提唱した「完全あるいは完璧な健康」から「健康とは全く病気がない状態をいうのではなく、たとえ病気や障害があっても、自己実現に向けて前向きに生きる状態を健康という」に変わり、健康増進は「個人の生活習慣や健康等に影響している環境整備を合わせたもの」として理解され1986年オタワにて新しい健康観と健康増進の考え方として「ヘルスプロモーション」が採択された。このなかで、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義され（大西，2007）、この考えが今日の地域保健の礎となり「健康日本21」や「健康増進法」の施行など国家的政策から行政において様々な展開が行われている。

地域で暮らす要介護高齢者の家族介護者は、壮年期、向老期にあり、その世代の取り組むべき健康課題は、高齢期に向けて社会的立場の変化への対応や、老化や生活習慣病などの予防や病状の健康管理である。しかし、家族介護者は、介護によって心身へのネガティブな影響を受けているだけでなく、服薬の飲み忘れが多く必要な治療の受診が低いことや（Martin，2007）、睡眠や食事等の生活習慣が乱れる（Gayle，2002）など健康リスクを高める不健康なライフスタイルを呈している。このように家族介護者は健康ニーズが高いことから、介護者の健康を維持改善するための支援が必須である。

そこで、本研究では、介護によって健康を害しやすい家族介護者への健康支援について看護実践の示唆を得るために、家族介護者が、介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのか、そのプロセス（ヘルスプロモーションの構造）を記述することとする。長寿社会となり人々の健康志向は高まり、健康活動に参加する人々も多い。しかし、在宅介護をしている家族介護者は時間的に空間的に介護から離れにくく、健康活動に参加しにくい状況にある。一方、訪問看護師を含め、在宅ケアの専門職は、家族介護者を含めた家族の生活を各専門職の視点から支援する。要介護高齢者の在宅療養は長期化、重症化の傾向にあり、要介護者を介護する家族介護者の生活や健康を支えなければ、要介護者の在宅

生活の継続は困難になる。長期化する介護生活において、家族介護者が、どのように介護者自身の健康に取り組むのかを記述することによって、保健医療福祉の専門職は、家族介護者のニーズに応じた支援を行うことが可能になり、家族介護者と要介護者がともにある生活を維持し継続することができると思う。

2. 本研究の目的

本研究は、家族介護者が、介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのか、そのプロセス（ヘルスプロモーションの構造）を記述し、理論化することである。

それらから、本研究の研究目標を以下に設定する。

1. 家族介護者は介護をどのように捉えているかを記述する。
2. 家族介護者は自らの健康をどのように捉えているかを記述する。
3. 家族介護者は自分の健康の維持や改善のために介護と自分の行為をどのように調整をしているかを記述する。
4. 介護生活における家族介護者の健康改善のプロセスを構成する概念と概念関連を記述し理論化する。

本研究で構築する理論は、在宅で介護をしている家族介護者が、介護のある生活のなかで、どのように介護者自身の健康を改善していくかという特定の状況にある当事者の認識文脈についての具体理論である。家族介護者が介護を行う自分の健康と健康の維持することや改善していくことをどのように受け止め、意味づけしているのかという介護者の介護のある生活の経験に根ざした理論である。そのために「家族介護者が、介護生活のなかでどのように介護と自分の健康を捉え、介護者の健康を改善していくのか」という現象に局限された状況を、経験者の語りから帰納的に語りの言葉を生かしながら、概念を生成し、その概念自体がその現象を説明する。

3. 本研究の意義

要介護高齢者を介護する者は、大抵は壮年期や向老期にある人々である。この時期にある人は社会的な地位や役割の変化に伴い、これまで歩んできた人生を、改めて自分とは何であったのか振り返り、人生の締めくくりとなる高齢期を生きていくために、アイデンティティの統合と再編成を行う時期である。一方、身体機能の衰えによる身体変化や生活習慣病やがんによる健康問題も多く、自分の生活や人生の再構築のための健康は必須の資源である。

同じ人生の課題をもつ同世代の家族介護者において、介護によって時間的に空間的にも制約のある介護の生活のなかで、自らの健康を維持し高めていくことは、より困難な問題である。

従来の家族介護者研究では、介護者の健康は、身体的、精神的、社会的健康として介護を継続する家族介護者側の一要素・一変数、または、介護者の介護評価として捉えられ研究されてきた。しかし、これらの研究は横断的研究であり、介護者の健康状態は一時点の状態を示すしかない。介護がどのように家族介護者の健康や生活に影響し、そして家族介護者は、介護体験のプロセスのなかで、どのように自分の健康への取り組みをしているかは捉えられていない。

本研究は家族介護者の介護を体験プロセスと捉え、家族介護者の健康を害していくか、介護者は介護を行いながら、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するかを記述することで、家族介護者自身の健康の認識を明確にすることになる。このことは、在宅療養にある人々を支援する医療機関の関係者や地域で支援するさまざまな専門職にとって、家族介護者を含む介護家族としてのケアプランや調整など介護家族の生活に適切なサービスの提供を可能にする高齢者介護家族のケアマネジメントの基盤資料となる。

また、家族介護者自身の健康の認識や取り組みを明らかにすることは、介護者としての支援だけでなくではなく、その人の生活にあった支援とは何かを家族介護者と専門職で共有した支援が可能になる。同時に、専門職に、生活の場で療養する家族としての視点や支援のあり方を提供するだろう。

さらに、今日の長寿社会においては、多くの人が家族を介護することや反対に介護されることが普通のこととしてライフイベントになる。介護のなかで自らの健康の改善に取り組む家族介護者の経験は、これから在宅で介護を始める家族介護者にとって介護にどのように取り組めばいいのか、在宅療養生活のイメージを持つことができ、介護への負の先入観である負担感や困難感、孤独感を軽減する。また、介護の開始に予測的に対応し家族介護者の健康を予防するとともに、介護の継続を可能にすることができると思う。

4. 用語の操作的定義

本研究では以下のように、用語を定義する。

健康活動：家族介護者が本人の健康のため行っている活動や行動。体操、散歩などの身体運動に限らず、趣味教室やボランティア、カラオケなど社会的活動も含む。

健康：身体的、精神的、社会的に良好な状態であり、また、生活上の満足やポジティブな感情、本人にとってうまくいっていると感じる主観的な状態。

要介護者：要介護認定を受けた在宅で介護を必要とする者または 65 歳以上の高齢者。

家族介護者：要介護者の介護を主に行う同居している家族構成員。

第Ⅱ章 文献の検討

ここでは、家族介護者の健康を理解するために健康の概念と家族介護者の健康に関する文献を検討する。

1. 健康の概念

1) 健康の定義

WHO は 1946 年「完全な身体的、精神的、社会的に良好な状態といい、単に疾病あるいは病弱でないということではない」と提唱し、この定義は従来の「健康は疾患がない状態」という考えを転換し、人間を総体的にとらえ、社会的な側面を取り入れた画期的な概念として注目を引いた。

個人の健康を、ルネ・デュボスの「個人の環境への適応を可能にする状態や状況」の定義にみる安定性としての健康と、目的をもった活動を通して人間の可能性を実現する実現性としての健康、そしてウーの「健康とは良好な状態(well-being)と感ずること、自分の能力を最大限に発揮できる力量、および人間のサブシステムや環境からつくられる様々な状況に適応し調整できる柔軟性」の定義にみる安定性と実現性を混合した健康の定義に分け、実現性と安定性を組み入れた健康の定義を提示している（ノンデフェルト，1987）。

ウェルフェアの視点からは、人間を単なる生物個体としてではなく社会的な関係に組み入れた行為者としてとらえ、健康とは「ひとが容認状況での最重要目標の充足すること」としている（木村，2009）。ここでの容認状況とは自分で妥当であると見なした状況であり、最重要目標とは最小限の長期の幸福を実現するために必要とされている事態のことを指している。

医療の場にいる患者や家族はどのような状況の中においても、より良い健康を求めている。病気でありながらも健康であることを説明するために「人間の健やかさ」（森，2007）という概念を用いた。この健やかさは単に「からだが達者なさま。心が強く正しいさま」などの辞書的な定義ではなく、身体や心理の次元を超えたもの、いわば「人間」の「存在としての次元」を意味する概念である。

健康は、全人的な体験であり、ポジティブで包括的なものである。社会の価値観と規範の多

様化が進み健康観も多角的になっているため、健康の定義は、依然としてあいまいであることから、看護としての健康の定義を開発していく必要がある（アーロン、1987）。

2) 調和としての健康

ポジティブ指向の健康の考え方として、アントノフスキーの健康生成論がある（アントノフスキー、1987）。イスラエルの社会学者アーロン・アントノフスキーは1979年に健康生成論を唱えた。この理論の発想のきっかけは、イスラエルの女性たちの更年期への適応に関する健康調査を実施した際に過去の過酷な強制収容所の経験をしていても良好な健康状態を保っていることに着目したことからであった。健康生成論は、疾病がある原因によって生成される疾病生成論に対し、同じ条件、リスクにありながらも健康獲得を可能にする要因があることを見出し、健康を保持増進させようとする考え方に基づく（榎本、2000）。健康生成論では、健康と病気を区別できるような対立した状態としてではなく、「健康・病気の連続体」と捉え、健康と病気の連続体上で病気側に押し流す原因となり得る数々のリスクファクターを「ストレッサー」とする。ストレス自体は何ら病的なものではなく、主体側の緊張処理によって病気にも、中立的にも、あるいは健康増進にもつながると考える。健康獲得は、ストレスの回避や撲滅でなくストレスとそれを引き起こす緊張の処理の質をどう高め、人々を健康軸へ押し上げる健康増進的な資源をどう強化するかという考え方である。

健康増進的な資源として『特定でなく多様なストレッサーに対応するための種々の資源（汎抵抗資源）』と、『これらを駆使してストレッサーを処理していく感覚（調和の感覚 SOC: Sense of coherence）』の2つを挙げている。「汎抵抗資源」とは、経済力、エゴ・ストレングス、文化の安定度、社会的支援など物理的、認知的なもの、社会的なものに至る広範囲なものが列挙されている。そして、この理論のポイントとして、これらの資源がストレッサーに対しうまく動員されるためには、調和の感覚（SOC、以下SOCとする）が重要であり、対処はこのSOCの強さに依ると説明している（山崎、2009）。

SOCとは「SOCとは、その人に浸みわたる、動的ではあるが持続的な次の確信からなる、その人の生活世界全般に対する志向性である。」（アントノフスキー、1987）と定義し、具体的には、「自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられ、予測と説明が可能なものであるという確信と、最後にそうした要求は挑戦である、心身を投入し関わるに値するという確信からなる」としている。

定義で述べられている把握可能感 (comprehensibility) とは、自分の環境で出会う出来事には秩序があり、予測可能だという確信を意味し、処理可能感(manageability)とは、ストレスに適切に対処するための資源を自由に用いることができ、それによってうまく乗り越えることができるという確信を意味する。有意味感(meaningfulness)は、ストレスの対処を有意義なものとして、また負担としてではなくチャレンジの対象としてとらえ、実際の対処行動へと人を乗り出させる動機づけを意味している。

これらから SOC とは、単なるコーピングスキルとしてではなく、包括的な「生きる力」であり、自己と世界への基本的な信頼感の上に成り立っている。SOC はアントノフスキーによりスケール化され、内容一貫性、信頼性、妥当性が検証されている。このスケールを用いた実証研究は 1995 年までに 100 本を超えていると言われているがわが国においてはまだ数が少ない (山崎, 2009)。

SOC と同じ健康の向上に関する概念である自尊感情、自己効力感や統御感(sense of control, sense of mastery)などの概念は、周囲の人々や環境に対峙する自己として、自分の存在や能力は優位にあるという確信や自分への信頼を説明するのに対し、SOC は、周囲の人々や環境とともにある自己として、その人の生活世界を構成する自分と周囲の人々や環境への信頼のもとに自分は生きていける確認を説明する。そのため、自尊感情や統御感では、他者への信頼や依存や安心は、依存的としてマイナスに評価されるが、SOC ではむしろプラスに評価される。

SOC の構成概念は、ヘルスプロモーションの目的指向や能動的依存の考え方や人の生かされている体験への意味づけも含む包括的な健康であり、病気や障害のある人や介護などの心理社会的ストレスにある人の健康の理解に有効である。

アントノフスキー (1987) は、ストレスは、ある人にとって何が「ストレス」となり、それを対処するためにどういう選択肢がありうるかは、その人の携えている背景の意味と関心によって事実上決まってくると現象学的な観点から捉えるべきと述べる。健康増進は、医学的モデルより広い文脈で考察すべきであるとし、完全な安寧という健康観や社会的役割を果たす能力としての健康観、潜在的な能力としての健康観を批判している。

健康観として主張しているのは、調和 (coherence) としての健康観である。調和の感覚とは、人が特定の社会的文化的な集団に帰属して、それが提供する [背景的] 意味を自分の内に統合し、自分自身の関心として生き抜くことから生じてくる感覚である。そして人の生き抜く体験としての健康を、安らぎ (well-being) の言葉を使う。安らぎは人の持つ可能性と実際の

実践と生き抜いている意味の3つの適合である。人の健康、つまり、安らぎは、その人が身を置く状況や取り組んでいる諸関係の中で捉えられるもので、ひとが自分の置かれた状況の下で、自分に可能なことを見出して実行できる時、その人は安らかであり、健康であるといえる。

3) ヘルスプロモーションの概念

平均余命も格段に長くなり、人々は、多くの疾病と共存しながら自分なりの生命の質を模索しながら、生きていかなければならなくなった。そのようななかで、自分の健康を専門職任せでなく、自らが進んで獲得していく動きとしてヘルスプロモーションという健康思想は今後必要とされている事柄である。家族介護者の健康課題の一つに、介護のために時間的空間的に制約され、保健や医療のアクセスが少ないことが上げられる。そのため、家族介護者は、自らの健康に関して関心を持ち自らの健康の維持や改善を行うことが必要であり、まさにそれはヘルスプロモーションの概念に通ずることである。

WHOの完全な健康の定義は、慢性疾患などの増加などから「完全に良好な状態」は現実的でないということから、「健康とは全く病気がない状態ではなく、病気や障害があっても、自己実現に向けて前向きに生きる状態」に変わり、「健康増進」が「個人の生活習慣の改善だけでなく、個人の生活習慣や健康等に影響している環境整備を合わせたもの」と理解された。1986年オタワ会議でこの新しい健康観と健康増進の考え方が採択された。

このなかで、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善ができるようにするプロセスである」と定義され、ここでは、健康は「毎日の生活のための資源と見なされるものであり、人生の目的ではなく、健康とは身体的能力だけでなく、社会的、個人的な面での資源であることを強調する積極的な概念である」としている(中山, 2008)。すなわち、個人が健康生活を送ることができるスキルや能力を高めることを個人だけに要求するのではなく、それをサポートできる環境を社会的、経済的、政治的に作り出すことが強調されている(湯浅, 2006) この考えはコミュニティにおけるヘルスケアのあり方に大きく影響を与え、現在もその潮流に乗った政策は進化し続けている。

ヘルスプロモーションを構成する基礎的概念は「包括的健康観」、「健康に対する自律統制」、「公的責任と自己責任の調査」、「他者との脱比較論」、「目的指向とポジティブ指向」、「能動的依存」、「非役割的参加」の6つからなる(Lynne, 2001)。そのうち、「他者との脱比較論」、

「能動的依存」と「非役割的参加」の3つは、健康を統御するとは何かを説明する。自律とは、外部からの支配や制御から脱して、自身の立てた規範に従って行動することであるという（広辞苑引用）ことから、「他者との脱比較論」とは、健康を他者あるいは標準や平均との比較で優劣を評するのではなく、自身の基準に従って健康を捉えることである。つまり、人が生活を通して、健康に関する態度や知識、行動を獲得し内面化していくことを意味する。「能動的依存」は、自律的統御を可能にするには「能動的依存」を高めることである。これは逆説的に思えるが、ここでの依存は、他人任せの「受動的依存」ではなく、自ら進んで計画的に他者に接近する「能動的依存」である。「非役割的参加」は、社会学者パーソンズの社会構造論による社会に期待される役割を果たす健康の考え方に対し、仲間と一緒にいるだけでも、ある人にとっては自身の喜びや平安となり、精神的あるいは社会的健康を享受していることもあると主張しており、社会的役割をどうとらえるかによって見解は違ってくるが、このような「非役割的参加」も健康を向上させる要因になりうるとしている。

ハートリックは、健康は他者との関係を通して構築される経験であるという人間の実存的視点から、ヘルスプロモーションの中核は、関係的“存在のあり様 (way of being)”にあるという。この関係的“存在のあり様 (way of being)”によって、例えば、患者と医療者の伝統的な関係は、平等や参加型の協働に変わる。ヘルスプロモーションを促進する実践は関係性にあり、健康の向上の支援は、関係的实践を再構成することであると論じている（森, 2007）。

ペンダー（1987）は、ヘルスプロテクションとは、病気や障害というマイナスな状態を回避する努力に焦点があり、病気の予防と捉える。一方、ヘルスプロモーションは、個人や集団の健康状態のレベルの引き上げと自己実現をめざし、プラスの状態に近づく努力に焦点がある。ポジティブアプローチと区別したが、これらは互いに補完し合うことで人々の QOL に影響する。

ヘルスプロモーションは個人から、家族、地域、社会にわたり展開されるもので、個人レベルで行うヘルスプロモーションは、その人の意思決定と保健行動を向上させる。

これまでの家族介護者の健康に関する研究の多くは、介護ストレスの個人差を説明する R. Lazarus と S.Folkman によるストレス認知理論(1984)を適用している。ストレス認知理論は、ストレスを個人と環境のある特定の関係としてとらえ、その関係からくる要請が個人の資源より過重である場合に、ストレス関係となる。進行する個人と環境のやりとりの1つが危害、脅威、挑戦として個人が認知評価されたときにそれがストレス単位となる。そして個人がストレスフルとして認知評価すると、対処過程が不調和を起こした個人と環境をマネージする

ように働き出し、その過程が個人の次の認知評価（二次評価）とストレス反応（コーピング）の種類と強度に影響してくる。

ストレス認知理論では、ストレッサーを唐突な生活事件（life event）としてではなく、環境と個人の相互関係で生じる認知された不調和としての日常的困り事（daily hassles）であり、ストレスを環境との個人の絶えざるやりとり（transaction）のプロセスとして捉えている。そのため、介護においては、ストレッサーとしての介護がどのように介護者の不調和をもたらしているか、どのようなことが不調和を調整し調和の状態に回復していくかそのプロセスを明らかにするために、この理論が用いられる。

しかし、このストレス認知理論においては、ストレッサーによる刺激状況を「危うくなっているかどうか」、「おびやかされているかどうか」という否定的な認知評価を前提にしており、その対処もストレスフルな刺激によって、生じた情動の処理やその状況において生じている問題を解決し、ストレスを減じ自己の維持に努めるといふ、いわば不調和を回復し維持をめざす対処として説明されている。それに対してヘルスプロモーションは、個人や集団の健康状態のレベルの引き上げと、自己実現をめざしプラスの状態に近づく努力に焦点があることから、個体がこれまででない適応力のあるシステムに成長することを指している。つまり、形態維持ではなく、形態生成という積極的な発展的な過程として捉える。また、ストレス認知理論では、ストレッサーを日常的困り事（daily hassles）としている。それは、介護を生活上の小さな波として捉えその反応と影響に着目だけすることになる。

先行研究では、介護経験は介護者に生きがいや使命感など自己実現やプラスをもたらす経験として明らかにされていることから、介護のストレスは個体を大きくゆさぶる大きな波としてのダイナミックさに着目する視点や個人の人生、生き方全体から介護経験を捉える必要がある。このようにヘルスプロモーションとストレス認知理論は、介護のストレスの認知とその対応の過程の捉え方に違いがあるといえる。

個人レベルのヘルスプロモーションは健康行動と活動の変容を期待される。ヘルスプロモーション実践に関する理論の合理的行為論では、人が行動する上でもっとも重要な要因は行動の意図であり、さらに行動に対する態度や主観的規範によって行動が起こるとしている。さらに、計画的行動理論では、行動が思い通りになるか否かの行動のコントロール感がそこに関与して行動が起こるとしている。また、行動の変容は時間の経過とともに現れるとして、変容のステージを示している（佐田，2001）。いずれにしても、行動化には動機や意図が伴い、段階があることは理解できる。しかし、これら健康行動と活動の諸理論は、喫煙、肥満など取り組

むべき健康課題が明確なものへの適用であった。家族介護者の場合は、健康課題を認識していても介護をすることや要介護者との関係など複雑な要因が絡み、健康行動と活動の意図に影響すると考えられる。

行為を左右する要因には、〈手段としての有効性〉、〈価値の一貫性〉、〈欲求充足の適切性〉の3つがあるという。人が行為に至るには、これらの要因の選択過程に価値が生じ、行為は価値の選択との関連で起こるとされる（島内，2006）。つまり、ある行為の背景には、他の事柄を排除したり、犠牲にするなど価値の判断と選択が行われている。

家族介護者が、健康活動や行動を行うことは、介護や生活などの様々な要件の中で、介護者が価値の選択過程を通して健康活動や行動が実行されると考えられる。価値判断は、その人の生きてきた過程や以前の経験に依拠する個人的なものである。そのため、健康行動と活動を行う介護者の背景を理解することが必要である。

健康は多元的で複雑であり、変化している概念である。健康課題を持ちながら生きる人々にとっての健康とは何かを考えると、哲学的な健康の観点が求められる。病気や障害がある人にとって全体性や社会的役割や機能遂行力を健康とするならば、健康は不可能なものとなるからである。病気や障害があっても、与えられた状況の中で、その人が生き抜いている意味を自分の内に了解することを健康とする観点が必要である。身体的、精神的、社会的な健康課題を抱える家族介護者においても同様である。

これまでの家族介護者研究は、介護ストレスの関連要因の探求が多く行われてきた。それはいわば、健康を因果関係でみる疾病中心の見方である。家族介護者の健康の侵襲要因を把握することに意味はあるが、家族介護者の健康の全体をとらえることはできない。なぜなら、人の健康は、それまでの生きてきた過程やそれに伴う価値観、社会との関わりすべてを含むその人の生活世界から生じているからである。したがって、家族介護者の健康を捉えるために、家族介護者の健康をその人の人生という文脈からとらえることが重要である。アントノフスキーは健康を「生きる力」としているように実存としての健康のあり方は、介護者の生き方、人生そのものに通ずる概念ともいえるため、介護者の健康を捉えるとき、生き方としての健康と手段としての健康なのか、捉えようとする健康の概念を明確にする必要があるだろう。また、人によって、また状況により健康のイメージは異なり多様である。介護者の表現する健康のイメージに捉われず、その人の経験全体の文脈から健康を捉えることが必要である。

これまでの家族介護者に関する研究のほとんどは、介護による否定的影響や介護者の介護経験の意味に関するものであった。家族介護者の健康に焦点をあてることは、介護者としてのそ

の人でなく、健康を通してその人の全体、その人の経験している生活世界を捉えることを可能にする。

2. 家族介護者の健康

1) 介護負担感

高齢者の介護は困難でストレスフルな役割であり、家族介護者に精神的、身体的な負担を課す作業である。これまでの家族介護者の研究の多くは、介護ストレスの個人差を説明するストレス認知理論 (Lazarus&Folkman,1984) を適用し、それぞれの要因間や影響要因との関連を明らかにし、介護負担の軽減のために、介護負担感にどのような要因が影響を及ぼすかを明らかにしてきた (緒方, 2000 ; Yates, 1999 ; Chang, 2001)。介護負担感の影響要因には、介護者要因、被介護者要因と介護状況要因が挙げられる。介護者要因に関しては、介護者の年齢が低くなるほど、女性である場合に介護負担感は高く (Edward, 2002)、被介護者要因については、日常生活動作(activities of daily living: ADL)のレベルが低い、徘徊などの問題行動の出現が多いほど家族介護者の介護負担感は高い (杉原, 1998)。

一方では、被介護者の ADL の低さや問題行動は介護負担感を直接増強させるのではなく、それらによって介護時間が長くなるために介護負担感が増強するという指摘もある (斉藤, 2001)。介護状況要因の緩衝の側面として、ソーシャルサポートによる緩衝効果 (新名, 1991)、特に家族や親しい友人によるインフォーマルサポートが介護負担感を緩衝することが示されている (Miller, 1996)。しかし、有意な関連がみられなかったとする結果 (Martin, 2007) もあり、これら介護負担感に関する研究は、多様な尺度が使われていることから一貫した結果は得られていない。

介護負担の研究の多くは、介護者の認知的な健康の側面をアウトカムとしており、家族介護者の身体的健康として、治療中の疾患数や服薬、受診や入院の有無や主要な症状の有無などに関する報告は少ない。介護者の身体的健康に関する 176 文献のメタ分析の結果 (Pinquart, 2003) では、介護者の身体的健康は、要介護者の ADL 障害や介護量が多いことにより、問題行動のある要介護者の介護の方が、介護者の身体的健康は悪い。また、家族介護者の年齢が高く、収入が低い、インフォーマルなサポートが少ないほど身体的健康が悪かった。介護者の抑うつは身体的健康に強く関連していた。非介護者との比較では、介護者は非介護者に比べて、免疫機能の低下 (Martin, 2007)、罹患率 (Richard, 1990) や死亡率が高い (Richard, 1999) との報告がある。

介護の身体的健康への影響の大きさは、介護の心理的健康への影響より小さいとするもので

あったが、介護による身体的影響を把握することで介護者への疾病予防につながる。

介護負担感に関する調査のサンプリングを指摘した大規模調査 (J, Robinson, 2009) によると、家族介護者の方が介護をしていない家族者より健康感が高く、抑うつや孤立感は認められなかった。要介護者との同居や低収入、家族介護者へのサービスがない場合は、家族介護者の方が、非介護者より不健康感や失業、社会的孤立感が高かった。認知症の要介護者や要介護者との人間関係の要因は介護負担感に関連してなかった。

わが国においても、先行研究のサンプルの偏りや異なる尺度の利用、交絡因子によるバイアスによりすべての因子において結果が一致していない理由から 3,149 人の介護者の対象を分析した。その結果、介護負担感には介護者が女性で、高齢、続柄は妻、障害の重い群、及び介護時間が長い群が高くなる傾向を確認した。また、同じ対象に対してマッチドペア法を用いて、介護負担感と関連する介入が可能な因子を検討した結果、介護負担感が低い群には、情緒的、手段的サポートや介護情報があり、介護者が趣味や気晴らしの活動をしているもの、またストレス対処能力 (SOC ; Sense of Coherence; 首尾一貫性) が高く、抑うつが低いものが有意に多かった (平松, 2006)。さらに、これまで介護負担感との関連因子であったソーシャルサポートとの関連は小さく、むしろ、ストレス対処能力 (SOC) やうつ状態など介護者の主観的な側面の因子との関連が大きかった (平松, 2006)。

このことは、介護負担感の軽減に向けて客観的状況を変える支援だけではなく、認知や主観への介入も検討すべきことを示唆している。ストレス認知理論に基づいた家族介護者研究の負担の発生機序や軽減要因の検討は、介護者の介護動機や続柄を考慮していないため、要介護以前からの現在までのプロセスとして、介護を捉えていく視点や、介護者と被介護者との関係性から介護を捉えていく視点の必要性を指摘している (篠崎, 2004)。

これらの介護負担感に関する文献は量的研究の横断的調査による介護者の健康状態は一時点の状態である。家族介護者の健康は、介護態勢や周囲を含む介護体験のプロセスによって影響を受けることから、介護者の社会的背景としての文脈から介護体験の全容を把握していく必要がある。

2) 介護者の介護の肯定的側面

一方、介護に対する肯定的な認識が、介護満足感 (Lawton, 1989)、自己成長や自尊感情の向上など介護から得た報酬と満足感を含む介護の利得 (gain) (Kramer, 1997)、精神的な高揚

(uplifts) (Lawton, 1991)、報酬 (reward) (Stephens, 1994) 等の概念を用いて検討されており、その中で介護の肯定感は、必ずしも負担感の裏返しでなく、独立した概念として介護者の健康に関連していること、介護の肯定的側面は複数の領域から構成されていることが指摘されている。さらに、介護者の肯定的認識は要介護者との関係性 (斉藤, 2001) のよさや介護の継続意思に関連している (Farran, 1991 ; 山本, 2002)。肯定的認識が介護者の心身の健康や介護の転帰に関連を与える可能性が高い。これらの肯定的認識の喜びや満足、楽しみの感覚は、広義の健康の概念と捉えることができる。

3) 家族介護者のライフスタイル

介護者の健康管理や生活習慣に関して、介護者は食事時間の不規則、途中覚醒や不眠があり、自由時間が少なく、健康管理については、服薬の忘れや介護者の受診の低下、精神的健康が不良な傾向にあった (森, 2007)。ライフスタイル (HPLP; Health-promoting Lifestyle Questionnaire II*) を用いた研究では、家族介護者は非家族介護者に比べ運動、栄養、ストレスマネジメントなど全般にわたり有意に低く、またライフスタイルの行動変容につながる自己効力感については、非介護者に比べ低く、健康活動の障害の認識は高く、介護ストレスがライフスタイルにネガティブに関連していた (Gayle, 2002)。

春日井 (2009) は、ライフコース論を視点に、個人化の進行により、人々が各々の個人的選考を主張するようになり、しかも介護責任が曖昧になってきている現代において、「要介護者の意思」を尊重しつつ、介護関与者それぞれの「主体性の尊重」や「自己実現」を図ることを目標として、介護関与者同士の交渉がおこなわれ、その合意にもとづいて決定される「介護ライフスタイル」の出現を主張している。

「介護ライフスタイル」には「力動性」、「境界性」、「創造性」という特性を示す。介護ライフスタイルの実証調査によると、介護を主体的選択した者に責任が集中し、選択した者自身が傷つきやすい立場におかれる「自発性のパラドックス」に陥る危険性があり、介護ライフスタイルを形成するには、介護関与者同士の動機の調整を課題としている。

介護の長期化においては、介護関与者は、要介護者の身体的衰弱と引き替えに、精神的落ち着きを取り戻す安定期になると、一旦壊された関係性の再定義を行い、要介護者にとっても、介護者にとっても、介護が一つのライフイベントとして認識されていく。

近年、増えている配偶者間介護においては、「介護ライフスタイル」が出現しにくい状況が見

られた。配偶者間介護において介護ライフスタイル化が進行しない理由として「夫婦間系システムの閉鎖性」と「配偶者間介護における情緒的相克性」に寄与しているとしている。介護ライフスタイルの形成において、介護関与者間に「緊密な一体化した関係性」ではなく、「適度に距離をおいた関係性」を築く必要を述べている。

4) 家族介護者支援のプログラム

家族介護者は介護によって精神的、身体的影響のほかに、介護者の生活やライフスタイルに影響を与えている。家族介護者の介護負担の軽減をはかる効果的な看護介入に関する研究では、家族介護者への教育プログラムやトレーニング、電話的相談を介入としているものが一般的であった。アウトカムとして、多くは介護負担感や抑うつ状態などの健康状態や生活の質を中心としたものを評価としている (Dellasega, 2002 ; Ostwald, 2003)。

RCT の手法を用いた 300 人の脳血管障害の高齢者の家族介護者に対して、介護の方法、サービスの利用方法のトレーニングを介入として評価した結果、家族介護者はトレーニングによって、介護負担感、うつ、不安が低下し、高い QOL を保持した (Kalra, 2004)。

高齢者の家族介護者 132 人の介入群に対して、自宅訪問し問題行動への対応指導や介護計画の個別教育、その後に電話相談を実施した結果、介入群には、気分と抑うつ状態が対照群に比べ低く、家族介護者の情緒反応に効果がみられた (Buckwalter, 1999)。さらに、対象を追跡した縦断研究 (Sorensen, 2002) では、要介護者の問題行動に対する家族介護者の反応の改善はみられたが、ADL に対する反応への効果はなかった。

対照群のある 78 研究のメタ分析の結果 (平松, 2006) では、心理教育的介入、カウンセリングによる介入は、実施直後に効果がみられ、訪問やトレーニング、社会資源利用などを盛り込んだ複合的な介入は、介護負担感、抑うつ状態、主観的健康観、知識と技術、要介護者の健康状態など効果が認められた。特に、介護者の知識・技術は、介護負担感の軽減より効果が大きかった。これらの介入は、多様な実施方法のためにさらなる検証が求められるが、専門職による介護者への直接的支援は、介護者の知識・技術の向上のみならず、介護者の健康の向上に有効であることが示されている。

いずれにしても、家族介護者の健康状態に関する量的研究においては、家族介護者の健康状態として、介護の影響によるライフスタイルや主観的な健康感に関するものがほとんどであり、家族介護者自身が自らの健康をどのように認識し、健康への取り組みをしているか、また、そ

れは介護生活によって家族介護者の健康や健康への取り組みは、どのように影響をうけているかを明らかにした研究はみられなかった。

第Ⅲ章 予備研究

文献検討の結果、家族介護者の健康の認識や、健康のための行動や活動に関する先行研究は見当たらなかったこと、また、これまでの家族介護者の健康に関する研究の多くは、介護者や介護状況に影響する要因に焦点があてられており、家族介護の当事者の視点からの健康について明らかにされてこなかった。これらから、家族介護者は介護生活のなかで、どのように健康を認識し、自らの健康のための健康行動や活動を行っているのか、また、健康への行動や活動はどのように行われてきたのかを記述することを目的に、予備研究を行った。

予備研究では、本研究の目的とする介護プロセスにおける家族介護者の健康活動の構造とプロセスの記述の可能性および研究参加者の選定条件やデータ収集方法を検討し、本研究に向けての示唆を得ることを目的とする。

本章では、予備研究の概要と本研究への示唆について述べる。

1. 研究目的

本研究の目的は、在宅で主に介護をしている家族介護者が介護生活における自分の健康についての認識と健康行動と活動の内容やその実施について記述することである。

用語の定義

予備研究では、以下のように用語を定義した。

健康：身体的症状の有無ではなく、生活上の満足やポジティブな感情、本人にとってうまくいっていると感じる主観的な健康状態。身体的、精神的、社会的に良好な状態。

健康行動と活動：家族介護者が自分の健康のために行っている行動や活動。

活動は行動とは、ある事を行うこと、無意識的動作を含むもの」であり、「活動は、活気をもって、または積極的な働くこと」(広辞苑)から、生活のなかの満足なポジティブな感情を獲得する行動やそのための積極的な行動をいう。

2. 研究方法

家族介護者の自らの健康と健康のために行う活動を捉えるために、半構成的インタビュー法を用いた質的記述的研究を行った。

1) データ収集方法

(1) 研究参加者

東海地方の A 市内の同系列訪問看護ステーションの管理者に研究協力を依頼し、研究協力の候補となる利用者家族の紹介を受け、同意の得られた家族介護者を研究協力とした。研究協力者の家族介護者は、介護の期間が 6 ヶ月以上を經過しており、要介護者と同居し主に介護を行っている者とし、年齢、性別、利用者の病状、利用者との続柄を限定しないこととした。ただし、がん患者等のターミナル期ある家族介護者は、被介護者の病状から自分の健康への対応より被介護者の介護に専念する時期と考えられるため研究協力者から除いた。

介護期間の 6 カ月以上とした条件の根拠は、米国の在宅ケアのアウトカムでは、在宅ケア開始時期のケアアウトカムの評価時期を開始後 2 カ月目とし、その後は在宅ケア安定期と定めている(島内、2002)を参考に、在宅介護において、被介護者の病状及び介護者の介護技術や知識、経験が未熟なことによって不安定な介護時期として介護開始からの 2 か月を除き、介護者が介護生活に慣れる頃を考慮し、介護開始後 6 カ月以降を基準とした。承諾が得られた最終的な研究参加者は 15 名であった。

(2) データ収集期間

2008 年 11 月～2009 年 1 月

(3) データ収集

データ収集は、「家族介護者は自分の健康をどのように思っているか」、「介護生活のなかで自分の健康のために、どのような健康活動や行動を行っているか、どのように行うことができたか」また、「介護生活のなかで、健康のための活動や行動を家族介護者はどのように思うか」などを問いかけ、家族介護者の介護生活の中での健康活動への思いを自由に語ってもらう、半構成的インタビュー法を用いた。

インタビューの場所は、参加者の自宅、病院の面会室など、研究参加者が指定した場所で60分から90分程度行った。インタビューの内容は、本人の了承を得てICレコーダーに録音し、逐語を書き起こした。

2) データ分析

インタビュー逐語録データの語られた文脈を重視し、「自分の健康の思いや考え」「健康行動と活動の考えや思い」「介護生活のなかで健康活動や行動を行うこと」について、語りの中から、文章の意味が読み取れる最小単位の言葉や文節をコードとして取り出した。その後、意味を解釈し、それらの類似性と相違性の観点から継続的に比較し関連性を検討した。

3) 倫理的配慮

本研究は、現在、在宅で介護をしている家族介護者に研究参加を依頼するため、研究協力機関から、研究参加の意思と研究者に連絡先を伝えてよいという確認が得られた研究参加者の紹介をしてもらい、研究者が連絡する方法をとった。面接当日に、研究の趣旨、プライバシーの保護について説明し同意書を得ることとした。なお、本研究は聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。

4) 結果

(1) 研究参加者の特性 (表-1)

研究参加者の概要を(表-1)に示した。本研究の研究参加者の選定は、在宅療養が落ち着くと思われる6カ月以上経た家族介護者で年齢、性別、要介護者との続柄、要介護者の介護度や年齢などの条件はつけずに多様な背景が含まれるようにした。その結果、家族介護者の平均年齢は62.8(SD12.6)歳で、38歳から82歳までの幅があった。

家族介護者は、妻、娘など女性の家族介護者がほとんどであり、男性の家族介護者は3名であった。介護期間は在宅療養を始めてから6カ月から十数年と長期間介護の家族介護者もいた。要介護者の主な疾患は、脳血管障害や脳神経疾患がほとんどであり、要介護度は4から5と重く、寝たきりの状態者が多かった。多くの要介護者は簡単な意思疎通はとれる状況であった。

(2) 分析結果 (表-2)

家族介護者の健康活動の体験は、6つのカテゴリーと20のサブカテゴリーで構成された。

家族介護者は、専門職の自分が行う介護技術ができている評価から自信を得て、介護技術の体験を重ねて被介護者の状態を予測した介護ができるなど《安心して介護を提供できる》ようになった。また、被介護者の状態の変化にいつでも対応してくれる医療者や介護を一時交代して行うことができる家族を確保するなど自分の《介護態勢を整え》、介護者自身の介護力の向上と介護環境の整備を介護者自身が主体的に行っていた。介護者の介護について、自分でできる範囲で行うことや他者に頼ることなど自分の《介護の考え方が柔軟になる》。このように、介護者は、介護体験を通して介護への対応が変化していた。

介護者の健康活動の行動は、介護者が介護にゆとりを感じたことによって、介護から離れられる時、被介護者がケアで不在の時、または被介護者と一緒に行うなど介護の《制約の中に自分の時間を見出》し、健康活動を行っていた。

家族介護者が介護のなかで健康活動を行うきっかけは、介護者自身の介護技術の向上と介護態勢の確保によるゆとりが得られたことや、体力の低下を自覚したこと、専門職や家族からレスパイトを勧められたこと、介護以前の健康活動の効果を知っていることなどによって《介護による健康課題の軽減のために健康活動を行って》いた。

家族介護者が行っていた活動は、運動や趣味教室や仲間との交流などの社会的活動であり、被介護者がケアのために不在である時や、見守りながらなど介護の合間を利用することで自分の健康活動を行っていた(表1)。

家族介護者は、実施した健康活動について、要介護者の関わり方を穏やかするなど介護に反映されることや、介護前の健康活動の再開は、介護者にとって、介護生活の安定としての目安として受け止めていた。介護者が地域とのつながりを持てることや健康活動の目標をもつことが介護者自身の健康を高めていると活動を意味づけていた。

分析の結果、家族介護者にとっての健康は、介護による健康への不安として語られ、健康活動は、介護者としての健康の不安や介護ストレスの軽減を動機として行っていた。

介護のなかで介護者が健康活動を遂行するためには、介護者の介護力の向上や介護者を支える介護態勢が整備されることが前提にあった。そして健康活動の遂行は、被介護者がケアのために家に不在な時、または被介護者と一緒に行うこともあった。介護者が意図的に健康活動の時間を確保していた。専門職や家族の助言が、介護者の健康活動への誘因になっていた。

表-1 予備研究参加者の概要

家族介護者の特性					要介護者の特性	
	続柄	年齢	介護者が行っていた健康活動			要介護度
1	A	夫	64	介護の合間に介護のデータづくり・庭いじり	妻	5
2	B	娘	52	被介護者のリハビリを一緒に考え楽しむ・ショートステイ時のウォーキングや野球観戦・折り紙講師	母	5
3	C	妻	67	息子夫婦に交代して、編み物教室に参加(月2回)	夫	5
4	D	息子	64	被介護者がデイサービスの不在時に地域のイベント司会やカラオケ	母	5
5	E	息子	67	ウォーキング・自らの健康に関する情報のファイリングの作成	母	4
6	F	母	38	おしゃれをすること、患児(吸引機を乳母車に乗せて)を連れての外出、買い物	長男	
7	G	妻	77	介護の合間の家庭菜園	夫	5
8	H	娘	64	ベッドサイドで体操やマッサージ通い	母	5
9	I	妻	77	被介護者がデイサービスの不在時にフィットネスジムでの筋肉トレーニングや体操・水泳	夫	4
10	J	妻	72	同居家族がいる時に、バレーボールチームの練習・ゲートボールの参加、同窓会出席の旅行(年1回)	夫	5
11	K	母	41	子供(特別支援学校)の在校中の母親仲間との食事会	二女	
12	L	妻	82	携帯電話やメールによる親友との交流	夫	4
13	M	妻	62	被介護者がデイサービス中の不在時のフラダンス教室・水泳教室参加	夫	4
14	N	娘	52	被介護者を見ながら室内運動器による運動・ショートステイ時のウインドーショッピング	母	5
15	O	孫娘	64	つり雛教室・庭いじり	祖母	5

表-2 家族介護者の健康の認識と健康行動

カテゴリー	サブカテゴリー
制約の中に自分の時間を見出す	攪乱した生活からゆとりを感じる生活になる 一時介護から解放される時を得る 要介護者のリハビリやケアの中に楽しみを見出す 要介護者のケアプランに介護者の計画を入れ込む
安心した介護を提供できる	専門職に介護技術を評価してもらう 状況を見通した介護ができる
介護態勢を整える	いつでも相談できる医療者を確保する 介護交代ができる家族をつくる 予防的にサービスを利用する
介護の考え方を柔軟にする	自分できる範囲でよいとすることができる 他者に依存することを了解する 生活の仕事としての介護になる
介護による健康課題解決のために健康活動をする	介護を通して体力の低下を自覚する 専門職や家族にレスパイトを後押しされる 介護ストレスを予防的に解消する 介護前の健康活動の体験がある
健康の取り組みを意味づける	介護前の要介護者とのライフスタイルを尊重する 介護者の健康は要介護者を豊かにする 一市民として社会に参加する これからの生活の目標や希望をもつ

以後カテゴリーを示す際は《 》、サブカテゴリーは< >、参加者のことばは「 」を用いて引用しながら各カテゴリーを説明する。

① 《制約の中に自分の時間を見出す》

制約の中に自分の時間を見出す》は、<攪乱した生活からゆとりを感じる生活になる>、<一時介護から解放される時を得>、<ケアプランに家族介護者の活動計画を入れ込む>の4つのサブカテゴリーから導かれた。

家族介護者は、規範から自発的に主介護者となることを引き受け、介護を担う責任の中心は自分にあると自覚し、他の家族成員に頼らないよう配慮していた。しかし、介護を始めたころは、どの家族介護者も介護のやり方に戸惑い、要介護者から目を離すことはができず、寝食に構うことができないほど混乱した生活であった。時間の経過とともに、次第に介護のやり方の要領をえて<攪乱した生活にゆとりを感じる生活>に変化する。

時間と空間に縛られた生活の中で、要介護者が入眠し、落ち着いている間は自分が自由になれる時間と気づき、その間に要介護者から少し離れ<一時介護から解放される時を得>て、庭木の手入れや畑仕事、犬の散歩を楽しむ。

日々の介護の中で自分の時間がとれない家族介護者は、要介護者のケア方法を工夫したり、リハビリのためのゲームを考えたり、一緒にリハビリをしたり歌を一緒に歌うことを通して<一時介護から解放される時を得る>。

介護保険制度では、家族介護者の休息や緊急時の対応を目的とする短期入所サービスがある。短期入所サービスを使い始めた頃は、日頃の介護疲労の養生のために休むだけの過ごし方であったが、野球観戦や孫との日帰り旅行やコミュニティ講師を引き受けるなど<ケアプランに家族介護者の活動計画を入れ込む>。介護者は主体的に利用の仕方に変化していった。

これらの経験から介護者は、楽しみや満足などの健康感を得て、次回の活動を計画する動機づけになっていた。介護者は、制約のある介護生活にあっても時間を作り調整し自分の健康行動や活動を行っていた。《制約の中に自分の時間や自由を見出す》は介護者の健康行動や活動の変化において要点と思われる。自分の時間や空間の獲得の感覚は、介護者の主体的な活動を生み出している。

② 《安心して介護が提供できる》

《制約の中に自分の時間や自由を見出す》介護者の主体的な健康行動と活動の変化は、介護が成長する過程の中で現れていた。《安心して介護が提供できる》は、<専門職に介護技術を評価してもらう>、<状況を見通した介護ができる>の 2 つのサブカテゴリーから導かれた。

家族介護者は、胃管や吸引などの医療的ケアを実践しなければならない。しかし在宅で要介護者に医療的なケアを実施することは、大変な緊張を伴い疲労感を増強させる。技術の一

連を実施できてもこれで十分かどうか判断できない不安があった。

＜専門職に介護技術を評価してもらう＞ことで、ようやく介護者は自分の介護の知識や技術を自分でも認めることができ、それが自信となり、介護の緊張や不安を軽減させた。日々の介護の積み重ねから判断力が養われ、＜状況を見通した介護ができる＞ようになる。介護状況を見通すことが可能になり、介護者の介護は計画的な実践のしかたになる。

それにより不意な吸引の必要やおむつ交換など予定外の介護ケアに振り回されることが少なくなり、家族介護者は介護に精神的なゆとりが生まれ《安心して介護を提供できる》自信をもつ。このように安心して介護ができるようになってはじめて、自分の生活のあり様に関心を向けることが可能になる。

③ 《介護態勢を整える》

《介護態勢を整える》のカテゴリーも《制約の中に自分の時間や自由を見出す》介護者の健康行動と活動の変化に関するカテゴリーと考えられる。

《介護態勢を整える》は、＜いつでも相談できる医療者を確保する＞、＜介護交代ができる家族をつくる＞、＜予防的にサービス利用する＞の3つのサブカテゴリーから導かれ、要介護者を中心に専門職、同居家族、同居していない家族員までを含む介護態勢の層がつくられていた。

この介護態勢は、結果として介護者が認識しているものであったが、介護のプロセスの中で、介護者は調整や交渉して主体的につくっていた。

要介護者の変調や急変が生じたら＜いつでも相談できる医療者を確保する＞は、一人で介護を担う介護者に安心を与える。四六時中、介護者一人で介護を担うことの限界や介護者の急病等により介護を行えない緊急事態の備えの必要を感じ、時々手を貸してくれる他の家族員に吸引や体位交換、おむつ交換の介護技術を伝え、必要時＜介護交代ができる家族をつくる＞。

または、将来の緊急時の備えとして＜予防的にサービス利用する＞ことによって《介護態勢を整える》。家族介護者は、介護者の健康のための活動のために、主体的に確保した介護態勢要員である家族員と調整や交渉を行い、介護の交代を確保し、健康行動や活動を実行していた。

④ 《介護の考え方を柔軟にする》

《介護の考え方が柔軟になる》とは<自分でできる範囲でよいとすることができる><他者に依存することを了解する><生活の仕事としての介護>の3つのサブカテゴリーが導かれた。

この介護との格闘する中で次第に介護者は<自分でできる範囲でよいとすることができる>。この《介護の考え方を柔軟にする》の介護の認識の変化が介護者の健康行動と活動を導いていると考えられる。介護量の範囲の判断は、<いつでも相談できる医療者の確保することや部分的に<専門職に介護技術を評価してもらう>ことや<状況を見通した介護ができる>ことは、介護の成長の過程で表れていた。短期入所や他者に介護を依頼することは、介護の放棄や罪責感をもつものではなく、介護者が介護を継続していくために必須なものとしての認識に変わり、<他者に依存することを了解する>。介護を引き受けたことは介護者一人が介護の全責任を担うことではなく、周囲の支援をうまく利用し、調整し、介護を続ける責任としての認識に変化していた。このように介護の生活から、生活に介護をうまく調整している表れとして、育児や家事、健康のための活動など日常生活を構成している事柄のように<生活の仕事としての介護になる>認識されていた。

⑤ 《介護の健康課題解決のために健康活動を行う》

人が行動を起こすには、動機や意図が関与する。《介護の健康課題解決のために健康活動をする》とは、健康活動の動機である<介護を通して体力の低下を自覚する><専門職や家族からのレスパイトの後押しされる><介護ストレスを予防的に解消する><介護前の健康活動の体験がある>の4つのサブカテゴリーが導かれた。

家族介護者は、介護の中で<介護を通して体力の低下を自覚する>ことが多くなり、自分の健康が介護の中断につながっては困るという健康活動の動機を持っていた。また介護者は、毎日の介護の中で短時間の自家菜園の手入れや要介護者の横で体操を行うなど<介護ストレスを予防的に解消する>ことが、介護をしながら体得した自分なりの健康方法としていた。自分の健康に問題意識がないまたは関心が向いていない介護者は<専門職や家族からのレスパイトの後押しされる>ことから介護者は健康行動や活動を始めていた。介護者の健康行動や活動には<介護前の健康活動の体験>を再開する介護者が多く、活動の仲

間に再会し、活動による開放感とともに介護者自身の楽しみや満足につながっていた。介護者は、一旦、介護生活のなかで自分の健康活動を実施し、その成果を体感したことで次の活動への動機につながっていった。

⑥ 《健康の取り組みを意味づける》

《健康の取り組みを意味づける》は<介護前の要介護者とのライフスタイルを尊重する><家族介護者の健康は要介護者に豊かにする><一市民として社会に参加する><これからの生活の目標や希望をもつ>の4つのサブカテゴリーから導かれた。

当初、介護の中断につながる体力の低下の不安から始まった家族介護者の健康行動と活動は、活動による爽快感や介護生活の解放感から、自分ための健康としての活動になり、さらに介護者の活動の体験を要介護者に伝えるなど要介護者とともに健康を享受するものに変化していった。介護者の活動は、介護者が介護前に親しんでいたものが多く、その活動を再び始めることは、<介護前の要介護者とのライフスタイルを尊重>し、継続していく意味でもあった。

活動での出来事を話題に昔を思い出す時は、要介護者との関係を確認する時でもあり、それが介護生活を続ける力となっていた。

健康行動と活動による健康の経験は、家族介護者に安寧をもたらし、それが要介護者とのコミュニケーションを強め<家族介護者の健康は要介護者を豊かにする>ものになる。社会から孤立しがちな家族介護者にとって、健康行動と活動は地域社会との交流の機会となり、介護者としてではなく、<一市民としての社会に参加する>自己実現をめざす機会としても意味づけていた。

3. 考察および本研究への示唆

予備調査は、家族介護者の介護生活における介護者の健康の認識と健康行動や活動の特徴を記述することを目的に行った。結果から、介護生活における介護者の健康の認識や健康行動と活動にはどのような特徴があるかについて述べ、最後に本研究における研究参加者の選定基準およびデータ収集方法について検討する。

1) 家族介護者の健康の認識の特徴

予備調査では、介護者の介護生活における健康の認識を明らかにすることを1つの目的とした。介護者は、介護当初の食事や睡眠など<攪乱した(介護)生活>の中で<介護を通して体力の低下を自覚する>が、介護のために健康を損なうことはできないと捉えていた。これは、介護者として役割が果たせない社会役割としての健康であった。介護者としての健康の確保を理由に始められた健康行動と活動の中で、介護者はそう快感や楽しみ、や喜びを得て、健康は主観的なものとして認識されていった。

一方、そのような健康は要介護者の健康状況にも影響される相対的な健康でもあった。しかし、介護生活のプロセスを通して介護者の健康を捉えると、介護者にとって健康行動と活動は、自分が主体となる時であり場であり、介護生活の中で自分を取り戻す機会であった。その機会を得るために、介護者は、介護の様々な状況と調整や交渉を行い、うまくいくように望み、うまくいっている状態に満足していた。

このように介護者が、うまくいくように望み、そして活動を楽しみ、喜び、うまくいっている状態が介護者の健康の認識であり、特徴といえるのではないか。

さらに、介護者の健康は、介護と自分の活動との調整の過程をとうして得られていた。この過程は、主体的な活動であり、まさに、それは健康の改善を主体的に行う健康活動といえる。

今日、健康の考え方は、介護者の健康支援をする専門職にとって、また、介護者においても当事者本人が、自らの健康に責任を持つことが求められる。そのために、その当事者が健康をどのように捉えるかを理解することは、支援する専門職者にとって、基本的な重要なことである。本研究では、健康とは何かの本質を踏まえ、介護者の語りの中から、介護経験者における健康の概念をさらに探求する必要がある。

2) 家族介護者の健康行動と活動の特徴

家族介護者が介護生活の中で自らの健康行動と活動を行うには、《安心して介護を提供できる》介護実践の向上と同時に、介護を一人で背負い込む弊害を感じて、介護の範囲を決め、他者への依存を受け入れるなど《介護の考え方を柔軟にする》ことや《介護態勢を整える》介護の成長のプロセスを通して、介護生活の《制約の中に自分の時間や自由を見出し》ていた。しかもそれは、介護者一人の介護経験として行われるのではなく、要介護者の介護や他の家族や専門職との関わりから《動機づけられ》ていた。また《介護態勢を整える》状況や他者との調整や交渉をする介護者の主体的な関わりがあった。

このように、介護生活における介護者の健康行動や活動の特徴は、他者との相互作用の中で意味づけられた行為であった。そして、介護者の健康行動や活動の体験は要介護者との関係性を深める行動や活動に発展していた。

さらに、先行研究では、介護者にとって、介護経験は介護の現実と折り合いをつけ生活の再構築のプロセスとして捉えられているが、介護生活における家族介護者の健康行動と活動は、介護と自分の行動や活動との調整により可能な行動や活動として起こることから、折り合いのついた介護生活の表れとして捉えることができるのではないかと考えられた。

予備研究の研究協力者は、要介護者ががん患者等のターミナル期にある場合を除き、6カ月以上の介護期間を経ている要介護者と同居している者とし、年齢、性別、利用者の状況、利用者の続柄を限定しなかった。すべての研究協力者には、介護の上達、他者との関わり、健康不調の自覚や体験を通して、介護者の健康行動や活動が行われた過程が認められた。

しかし、対象であるすべての家族介護者は、介護することを自発的に選択した者であったことから、介護の動機や責任が強いことが予測され、そのことによって、介護の向上や自らの健康の行動や活動をもたらしたともいえる。

また、対象者の要介護者は、多くは介護度が重く医療的ケアを有していたが、要介護者の病状は、比較的安定していたため、介護者のペースで介護を行える状況にあったことから、研究対象者に偏りがあったことは否めない。

また、在宅療養児を支える療育者は母親であった。このような宅療養児の家族は、要介護高齢者に比べて利用できるサービスは少ない。療育児の母親についても、上述したように療養者の母親も、養育のしかたの成長過程を経て健康行動や活動を行っていた。しかし、その健康行動や活動の取り組みは、母親一個人の健康改善の目的ではなく、小児の療育をするた

めの健康維持改善であった。また、同世代の母親のように家族のようにおしゃれを楽しみ、地域のイベントに療養児とともに参加することは、療養が必要な小児を抱える家族としての健康や成長を目的としていた。

在宅療養児の家族も含む介護者は、介護生活の健康行動と活動の過程は、介護一色の「介護生活」から「介護のある生活」の日常としてなり、＜生活の仕事の1つとしての介護＞となった。それは、介護者の主体的な生活へと変化した表れであり、家族介護者の健康行動と活動は、介護者に介護することと自分の行為の調和のとれた生活を生起するものであった。

しかし、介護者によっては、自分の介護の範囲を決められず、介護の上達がみられても、うまくいっているという満足や納得が得られず＜自分の時間を見出す＞しくゆとりを感じる生活になる＞ことに時間がかかった介護者もいた。そのため、予備研究から抽出された6つの健康行動と活動の側面が存在するのか、介護者の健康および健康行動と活動の概念としての代表性やバリエーションをもって明確に説明することができないため、本研究でさらに探求していく必要がある。

健康支援の大事な点は、個々人がそれぞれの健康を獲得するため「個人の努力」と「専門職の指導」という個別的な面に焦点をあてるのではなく、むしろ「そのための環境づくり」をし、健康を獲得すべく個人の自らの能力を引き出せるような、周囲のサポートの重要性を強調している。

予備調査では、健康状態が良くないとされる家族介護者への健康支援の必要から、介護者の視点で健康の事象を明らかにすることを目的とした。

介護者は、健康行動と活動のために、家族や専門職など自分を取り巻く周囲との交渉や調整を主体的に行い、介護者の健康の活動を支援する周囲との関わりの中で行われていた。そして、介護者は健康行動や活動を通して、幸福感や満足という主観的な健康を体験し、その活動を生活の中で継続しながら介護生活をおくっていた。

3) 家族介護者の研究参加者の選定基準及びデータ収集方法

介護負担感への関連要因に関する先行研究においては、家族介護者の背景要因としての対象を限定していた性別、年齢、続柄、要介護者の健康状態、介護サービスの利用状況が挙げられていたが、予備研究では性別、年齢、要介護者の健康状態、介護サービスの利用状況において、家族介護者の健康の認識と自らの健康のための行動や活動に違いは見られなか

った。続柄については、近年の家族介護者の傾向を反映して、すべて配偶者か血縁関係のある介護者であったが、予備研究において両者に明確な違いは見られなかった。要介護高齢者の介護者の続柄の中で 3 番目に多いのは嫁であるが、予備研究から、続柄よりもむしろ介護者となる選択のあり方が影響すると思われたため、介護の選択のあり方に着目する。

在宅療養児の療育者については、対象が少ないこと、利用できるサービスが異なること、介護者にとって自分の健康より児の成長発達に関することが優先し、要介護高齢者の家族介護と状況が異なることから、本研究では、要介護高齢者の家族介護者とする。その理由として、要介護高齢者の介護は、核家族化に伴いより介護負担が大きい上に、高齢社会のわが国にとって、今後、ますます要介護高齢者の家族介護者が増えることが予測されるからである。また、介護者の多くは壮年期、向老期世代であるため、生活習慣病や老化に伴う健康ニーズが高い時期にあること、介護中にあっても、介護者自身が自らの健康の改善を努めることで、健康の向上をもたらす介護予防や健康寿命の延伸につながると考えるからである。

これらの予備研究の結果を踏まえ、要介護高齢者の家族介護者の性別、年齢、要介護高齢者との続柄、要介護者の健康状態、介護サービスの利用状況は限定しないとする。

ただし、要介護高齢者のうち、終末期は、病状が不安定で悪化しやすく家族の介護ニーズが高く、家族が看取りのための重要な家族介護の時期である。在宅終末期がん患者については、在宅療養期間が平均 3 か月と急速な病状悪化をきたすことが多く、高齢者のターミナル期と同様に、家族による介護ニーズが高いために、対象としないこととする。

予備研究における要介護高齢者の研究参加者は、介護と自分の行為の調整を行いながら、主体的な健康生活を共通のテーマとして語っていたことから、家族介護者の健康経験や介護への動機や続柄、利用するサービス内容を含む介護経験に影響する条件や状況を探索しながら、家族介護者のサンプリングを行う必要性が示唆された。

データ収集方法は、要介護高齢者の家族介護者を対象とするため、介護保険制度の居宅サービス利用している要介護高齢者のほとんどであることから、在宅サービスの 1 つである訪問看護ステーションまたは居宅介護支援事業所において研究対象者のリクルートを行う。これらの事業所は本研究の実施予定地の中核市に所在しており、研究対象者のサンプリングに極端な偏りはないと思われる。

第IV章 研究方法

本章では、研究の理論的前提としたシンボリック相互作用論について述べ、次に分析でも用いるグラウンデッド・セオリーアプローチについて述べる。最後に、本研究の方法論として研究参加者、データ収集方法、データ分析方法、研究の厳密性（信頼性と妥当性）、倫理的配慮について述べる。

1. 本研究の理論的前提

本研究では、家族介護者が介護者として、要介護者や介護関与者、そして要介護者の介護状態の多くの状況に対応しながら、その中で自らの健康をどのように認識し、また介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのかそのプロセスに焦点をあてている。そこで、介護者とりまく周囲、社会との相互作用についてその経験的世界を当事者本人の解釈でとらえることができる理論的見地が必要である。

シンボリック相互作用は、積極的、主体的人間と社会の相互作用とその変化に焦点を当て、「人間の行動（pragma）を考察の中心におき、そうした行動との関わりにおいて物事の意味や真理性、知性や思考の働きを捉えようとする点にある」（船津，2006）「経験的世界の性質を尊重しその尊重を反映するような方法論的スタンスを作り出す」そのため、本研究の理論的前提とする。

シンボリック相互作用論（ブルーマ，1969）は、アメリカ・プラグマティズムの哲学者 Mead G.H(1934)の考え方をもとに 20 世紀初頭から主にシカゴ大学で展開された社会心理学の一理論である。言葉を中心とするシンボルに媒介される人間の相互作用に焦点をおき、人間が社会的相互作用を通じて、人間の行為や意味解釈を通じて形成されると考える。それは人間の主観的側面を重視し、シンボル、意味、解釈を主として問題とし行為者の内的世界を行為者の立場に立って探り、人間の主体的あり方を解明する。その基本的見地はなによりも環境への適応や問題解決の活動としての人間を考察の中心におき、そうした行動との関わりにおいて物事の意味や真理性、知性や思考の働きを捉えようとする点にある。

ブルーマーのシンボリック相互作用論は 3 つの前提に立脚している。「第 1 の前提は、人間は、物事に対してもつ意味にのっとなって、そのものごとに対して行為するというものであ

る。」「第2の前提は、このようなものごとの意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生するということであり、第3の前提は、このような意味は、個人が、自分に出会ったものごとに対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されるものである」（船津，2006）。

シンボリック相互作用論では、人間を「行為する生命体」ととらえる。すなわち「自分に対して作用したなんらかの要因への反応を単に解放するだけでなく、自分が考慮したものごとに立脚して行為を作り出していく生命体」であり、積極的で主体的な存在である（船津，2006）。自分が考慮したものごと、つまり意味にのっとった行為としての意味は、人々の相互作用の過程で生じるものであり、行為者の解釈の過程をどうして行われる。解釈の過程には、自分に対しての指示 *indicate* として自分自身との相互作用による内在化された過程とそれを表現する自分とのコミュニケーションの過程を通して行為をもたらす。このようにシンボリック相互作用論では、行為は、ものごとが自分に対して持つ「意味」にもとづいて行為者自身によって形成されると考える。

「自分自身に指示を行うことによって自分の行為を方向づける」人間観を持つブルーマーは、「行為が形成される過程、個人が自分の行為を形成していく定義の過程こそが重要なのである」と主張し、「行為の研究は、行為者の立場から行われなくてはならない。

行為というものは、行為者が知覚し解釈しそして判断したもののなかから、行為者によって作り上げられる。そこで起きている状況を、行為者がそれを見るように見なくてはならない。行為者と同じように対象を知覚し、行為者にとっての意味に即してその対象の意味を特定化し、行為のやり方に即してその行動の方向を追跡しなくてはならない。」としている（船津，2006）。

プラグマティズム社会学のトーマスは、人間行動を社会の側での「価値」と個人の側での「態度」が出会い、関連し合う「状況」において展開する過程ととらえた。「価値」という社会の側の客観的要因と「態度」という個人の側の主観的要因との絡み合いを視野に収めつつ、人間行動が実際に展開する過程において諸個人の内省作用（*reflection*）が果たす役割を「状況の定義(規定)」概念によって捉えた。「状況の定義」とは、実際の行動に先立ち「価値」と自らの「態度」の「吟味と熟考の段階」により方針を決定することである。この「状況の定義」が重要となるのは、社会的状況が対立や矛盾をはらむ場合であり、個人が状況を再定義できるとトーマスのいう「創造的な人間」として、「より上位の社会的価値の新たな規範を創造することによって、自己の新しい経験の願望と社会の安定への願望を調和させ

る」ことができる。

本研究が目指すのは、介護生活における家族介護者のヘルスプロモーションを記述することである。介護者が介護の様々な状況が絡み合うその状況をどのように解釈し、介護と自分の行為をどのように調整しているのか、介護者の語りから、すなわち、介護者の解釈からとらえることが必要である。行為は、物事が自分に対して持つ意味に基づいて、行為者自身によって形成され、吟味の熟考段階により形成される。単に要因に反応してある種の行為や行動が形成されるのではないと考えるシンボリック相互作用論の立場は、家族介護者の内面的な変化が、自身の健康のための行動を導くと考える本研究を矛盾なく説明するものである。行為者である家族介護者の見地から、その語りを分析するにあたり、家族介護者の経験的世界を解釈し、再規定するための視座を与えるものとして理論的前提にシンボリック相互作用論をおいた。

2. グラウンデッド・セオリーアプローチを用いる根拠

グラウンデッド・セオリーアプローチとは、社会現象や心理現象の理解を深める解釈理論を生み出すことを目的に質的なデータを収集し分析するための高度に体系化された研究方法であり、シンボリック相互作用論の人間行動の見方を応用した研究方法である。

シンボリック相互作用論の視点を応用することで複雑な状況下の人間の行動を概念として示すことを可能にする。グラウンデッド・セオリーの目的は、現象に根ざした抽象概念(カテゴリー)を生成し、その関係性を詳細に説明することにより理論を構築することである。

この研究が行われる領域は、その領域において現象を説明する、あるいは現象を構成する概念や要素は研究されつくしていない状況であることが前提である(湯浅, 2006)。

本研究でグラウンデッド・セオリーアプローチを用いる理由の1つは、第II章でも述べたとおり、家族介護者の当事者の視点からの健康の改善のための行動化のプロセスに関する研究は見あたらないことから、実際に何が起きているか生活世界を必要性があることである。2つめには、予備研究において介護者の健康への行動は、介護生活のプロセスの中で自らの健康を問題として生起する行為であり、また、家族や要介護者など介護関与者とのかわりから生起した行為であったことから、シンボリック相互作用論における人間とは、問題状況に対する積極的な役割を取る行為者であること、介護という現象や人間の行為の複雑性と可能性、人間は意味という当事者の解釈から行為するというシンボリック相互

作用論を理論的基盤とする方法論であるからである。3つめは、グラウンデッド・セオリーアプローチはプロセスを概念化するための体系的な方法が示されているからである。介護者の健康への改善のための行動は、介護と自分の行為の調整のプロセスを通して健康を高めるための行動や活動が生起していたことから、健康改善のための行動や活動はプロセスの特性をもつ概念である。

グラウンデッド・セオリーアプローチでは、プロセスを「時間と空間の中でおこり、状況や文脈に応じて変化したり、それまでと同じように対応する、一連の行為/相互行為の連続体」(W,C チェニッツ, 1986) としてとらえる。コード化による現象の概念化の組織化は、行為/相互行為の文脈としての構造や条件の変化を捉え、プロセスの段階や位相を明確にしながら一連のプロセスとしての構造の記述を可能にする。

以上の理由から介護の様々な状況と調整しながら介護者自身の健康改善へのプロセスを記述するためにグラウンデッド・セオリーが適切な方法論と判断した。

3. 研究デザイン

本研究方法は、グラウンデッド・セオリーアプローチを用いた質的因子探索型研究デザインとする。

4. 研究方法

1) 研究参加者

本研究の家族介護者が介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのかそのプロセスを記述するために、本研究の研究参加者は、今後、家族介護者の急増が見込まれ、発達課題の上からも自身の健康ニーズが高くなる要介護高齢者の家族介護者に焦点をおくものとする。

介護ストレス及び介護負担感との関連に関する先行研究において、家族介護者の影響する背景要因として、妻の続柄、要介護者の認知症等の問題行動、介護者の高齢、介護量を示す介護時間の長さが指摘されているが、予備研究における家族介護者の背景要因については、介護者の性別、年齢、介護量による違いはなかった。しかし、予備研究のすべての対象者は、介護の動機が高い配偶者および要介護者の子という続柄、要介護者の介護度は重度で

あったが、認知症などによる問題行動の介護の対応困難さはなかったことから、介護者の続柄および要介護者の状態に偏りの中での結果であった。

家族介護者の背景要因については、本研究の分析によるサンプリングの条件として加える。ただし、要介護者の状態のうち、終末期は、家族介護者の介護ニーズが高い時期であるため、予備研究と同様に、その介護時期にある家族介護者は研究対象から除く。介護時期については、予備研究では、在宅療養開始後数カ月から数年間と幅があったが、介護生活における健康行動や活動の語りに違いはなかったため、予備研究と同様の介護期間を条件とする。在宅療養児の家族療育者は、対象が少ないこと、および家族の発達課題上の違いから研究対象から除くとする。

よって、対象者は、次の条件を満たしている家族介護者とする。

- (1) 居宅サービスを利用している要介護者の家族介護者。
- (2) 現在の要介護者の在宅介護が6か月以上経過している家族介護者。

ただし、終末期にある要介護高齢者の家族介護者は除く。

研究参加者の条件は、分析の結果、必要に応じて、家族介護者の性別、年齢、続柄、要介護者の健康状態、介護サービスの利用状況など、サンプリングの条件として加えていくこととする。データ収集と分析を行いながら、15～20名程度を予定している。

2) 研究参加者のリクルート方法

研究参加者のリクルートは、以下の手順で行う。

- (1) 予備研究の結果、研究参加者は、居宅サービスを利用している要介護者の家族介護者とするため、政令市における居宅介護支援事業所ならびに訪問看護ステーションに協力を依頼する。
- (2) 研究者は、A市内の居宅介護支援事業所の管理者並びに訪問看護事業所管理者が集まる会議などで管理者に向けた研究依頼文書を配布し、会議の場で説明する時間をもらい研究協力を依頼する。
- (3) 上記の会議等で研究協力の承諾が得られた居宅介護支援事業所並びに訪問看護ステーション管理者へ依頼文書を送付し、管理者から研究協力の有無に関する返事を得る研究協力依頼文書とともに研究者を紹介していただき連絡していか依頼する。
- (4) 居宅介護支援事業所並びに訪問看護ステーション管理者から研究協力について検

討していただける回答が得られた時点で研究者は居宅介護支援事業所並びに訪問看護ステーションに出向き、直接、管理者へ研究の趣旨を説明し協力依頼をし、研究協力に伴う手続き（管理者から研究協力の有無に関する返事を得え連絡してもいいか）の承諾を得る。 ＜資料 2, 3＞

- (5) 研究協力が得られた居宅介護支援事業所並びに訪問看護ステーションで、上記の条件に合った研究参加者を抽出してもらい研究参加の候補者として、研究者へ連絡を伝えてもよいという許可を得た上で、研究参加者の紹介を受ける。
- (6) 研究者は、居宅介護支援事業所並びに訪問看護ステーションから情報提供を受けた連絡先に指示された方法で研究参加候補者に連絡し、研究参加の承諾を受ける。承諾された場合は、指定された日時及び場所での面接を依頼する。

3) データ収集の場

データ収集は、研究参加者が自由に語れる場を最も重要な場とする。本研究の研究参加者は、自宅において要介護者がいる場合は介護が気になり自由な語りができないことも考えられる。データ収集の場は、自宅とは限らず、研究者参加者の自由な語りができ場を研究参加者と相談して設定する。

4) データ収集期間

2012年5月～9月

5) データ収集方法

半構成的インタビュー法を主として行う。本研究は、家族介護者が介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのかそのプロセスを記述するため、家族介護者が自由に自分の考えや気持ちを表現し語れることが求められる。それゆえ、インタビューは構造化されていないオープンな質問で行い、必要に応じて内容を確認し、追加の質問をしながら、概念、データとの関連性、カテゴリーの特性や次元の広がりをつまえていくように意図的に行う。

家族介護者の健康の改善のプロセスを記述するには、要介護者のための介護を行わなければならない中で、自分のための行為をするためには、家族介護者はどのようにその状況や事柄を解釈し、どのような行為/相互行為をし、そしてまた、その状況を介護者はどのよう

に解釈しているのかが語りに組み込まれた豊かなデータとなるインタビューが重要である。

<資料 1>

インタビュー時には、家族介護者の非言語的な反応を観察し表情や姿勢、身振りなどフィールドノートとして記録する。本研究は、家族介護者の介護生活における行為/相互行為に着目するため、介護生活が直接感じ取れる場が望まれる。自宅でのインタビューが可能な場合は、インタビューを補うデータ収集として研究参加者の許可が得られた場合のみ、生活のなかの活動の工夫や場などを具体的に示してもらいフィールドノートに記載する。

データ収集は以下の手順で行う。

- (1) 研究者は、研究目的や意義、研究における守秘義務、情報の管理及び公表方法について説明し、研究参加者及び研究者が署名を行い双方で文書を保管する。

<資料 4、5>

- (2) インタビューの場は、家族介護者の自由意思で選択する。自宅できない場合は必要に応じて研究協力施設の面接室など使用許可をとり、研究者の自由な語りが得られる場を確保する。
- (3) 自宅でのインタビューは、家族介護者が気持ちを楽しんでできるような場所で行い、要介護者がいる場合、話の内容がわからないように配慮する。面接は、要介護者がサービスを受け入れている時、状態が落ち着いている時など介護から離れられる時間を設定する。
- (4) インタビューの内容は、自由な語りを得るためにインタビューガイドを作成し、話の糸口の問いかけに用意し活用する。インタビューが進むにつれ、参加者の話をさえぎらないように留意し分析やコード化の過程でカテゴリーとの整合を確認するための情報を新たな質問を加えていくこととする。
- (5) インタビューの内容は許可を得て IC レコーダーにて録音する。
- (6) インタビューの時間は 60 分から 90 分とし、家族介護者の経験や語りをさえぎらないように進めるとともに時間的拘束による疲労を最小にするように配慮する。
- (7) インタビューは一人 1 回を基本とするが、追加の質問や確認の必要が生じた場合、複数回インタビューをする場合もあるとする。
- (8) データの収集は、概念や構造、条件のアイデアを確かめるために行い、分析に応じて順次増やしていき 15~20 名を予定している。

6) 分析方法

録音したインタビュー内容をインタビュー後できるだけ速やかに逐語録に起こす。逐語録には、フィールドノートの記録を併記する。

データの分析は、グラウンデッド・セオリーアプローチの分析方法に基づいて行う。グラウンデッド・セオリーによるデータ分析は、生のデータから概念を組み立てていく。このプロセスはコーディングから始まり、カテゴリー化へと進展する。最終的には複数のカテゴリーを統合して1つの理論を構築する (Anselm, 1988)。

分析は、3つのタイプのコード化、すなわち、オープンコード化、軸足コード化、選択コード化から構成される。実際には各分析手順は、順に独立して行われるものではなく、交互に行われたり、行きつ戻りつしながら行われるものである。

本研究は、家族介護者が介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのか、そのプロセスを記述することである。事象の意味を把握するには、プロセスと構造を関係づける必要がある。プロセスとは、時間の経過の中で表れてくる、1つの現象に関連した行為/相互行為のつながりであり、構造は、現象 (カテゴリー) が位置している、ある条件を持った文脈である。ゆえに、その現象を明らかにするには、現象の文脈である構造と現象の人の行為/相互行為のつながりであるプロセスを統合させることが必要である。そのためには、コード化におけるオープンコード化から特に軸足コード化の過程が特に重要としている。それには、問いを発することと、比較することの2つの標準化された手順が分析の根幹である。プロセスを明らかにするためには、概念 (カテゴリー) の特性や次元の分析だけでなく、行為/相互行為に着目し、動き、連動、変化に注意をむけ、同時に文脈や条件に対して行為/相互行為がどのように応答しているのか (変化するのか、そのままなの) に注意を向け、プロセスの構造を明らかにしていく (Anselm, 1988)。

条件とは、その現象に関係ある事柄、あるいはその現象が表れる状況を創り上げているものである。現象を特定化する制約である。プロセスは、行為/相互行為が持つダイナミックで、発達し続ける性質をもつ。そして、プロセスは、理論の道筋や中核となるカテゴリーになりうるものである。

さらにプロセスの中で条件、行為者の反応、結果として生じた帰結捉えることが重要である。そのために分析の中でマトリックスを用いる。マトリックスの記述は文脈における構造や帰結と行為/相互行為の間の複雑性を整理し、概念のバリエーション与えるツールである。このように介護生活における介護者のヘルスプロモーションの複雑な事象に対して、グラ

ンデッド・セオリーのコード化の体系的なプロセスに基づき分析を行い、その構造を明らかにする。

(1) オープンコード化

オープンコード化とは、「データから概念およびその特性・次元を発見する分析プロセス」と定義されている。理論の建設ブロックである概念をその特性・次元という観点から詳細に形成していくプロセスである。後にできるだけ説明力の高い概念を作り上げるために、いろいろな可能性に対して視野をできるだけ広くするようにする。そのため、一語一語丹念にコードを付けたり「出来事と出来事を比較することによって同様な現象が同じ名前のもとにくられる」ようにコード化する。こうして数多くの概念のラベルのうち、同じ現象に属するように見える概念を分売し、カテゴリー化する。そして各カテゴリーの特性と次元上での位置を明らかにする。

(3) 軸足コード化

軸足コード化とは、オープンコード化の後で、「カテゴリーをサブカテゴリーに関連づける作業である。カテゴリーの軸に沿ってコーディングが起これ、それによって複数のカテゴリーをそれらの特性とその次元のレベルに結びつけるためにこのように呼ばれる。」サブカテゴリーとは、「カテゴリーに属する概念であり、カテゴリーをさらに明確にしていく。」原因となる条件、現象、文脈、介在する条件、行為/相互行為の戦略、帰結というコード化のパラダイムを用いることによって行う。

(4) 選択的コード化

選択的コード化は、研究プロセスの後期に用いる分析手法で「理論の統合・洗練のプロセス」と説明されている。「中核となるカテゴリーを選び、他のカテゴリーと体系的に関係づけ、それらの関係が妥当なものかを確認していく。選択的コーディングにはいくつかのステップがある。研究の中心となる現象に関して記述されたストーリー、全体の概要を概念レベルで表現する。そしてここに表れる中核となるカテゴリーと他のカテゴリーを関係づけていく。次に、パターンを形成するために、次元レベルで諸カテゴリーを関係づけていく。そしてデータと照らし合わせながら、カテゴリーの関係について妥当性の検討を行う。最後のステップとして、カテゴリーに立ち戻り見落とししてしまった点を理論的サンプリングとデ

ータ収集を行って補足したりして埋めていく。

中核コアカテゴリーは、すべてのカテゴリーに結びつく主要なカテゴリーである。これによって研究におけるストーリーラインを提供される。これは研究の本質を発見し出現した理論要素すべてを統合することを意味する。

グラウンデッド・セオリーは「データ収集とデータ分析はしっかりと関係づけられたプロセスであり、分析はデータのサンプリングを方向づけもの」とされているため、データ収集、分析と分析結果の検証は平行して行われる。ある時点までのデータ分析の結果によって、その後が続く対象者の選択とインタビューの方向が決定される (Anselm, 1988)。

グラウンデッド・セオリーの特徴的な分析方法は、継続比較分析方法である。すべてのデータがコーディングされカテゴリー化されるプロセスから主要な概念や形成される類似点と相違点をみつけるためにデータ同士を比較する。これは、研究者自身が必ずしも意識していない自分の中の前提を打ち破り、新たな見方ができるようにするための分析方法である。

7) 研究の厳密性 (信頼性と妥当性) の確保

質的研究は、真実性を確立することによって研究の厳密性であることを示す。研究者はほかの研究者の全過程をたどることができるよう「決定に至るあしあと (decision trail)」 (Sandelowski, 1986) を示す必要がある。研究の厳密性さを真実性と決定に至るあしあとから確保することである。」リンカーンとヒューバ (ウヴ・フェリック, 2007) は質的研究の評価基準として信用性、信憑性、確実性、転用可能性、確認可能性を提唱している。

データ収集と分析の信頼性と妥当性を高めるために以下のことを行う。

- (1) インタビューは、聞き手である研究者の思い込みや判断を排除するために語り手が用いた言葉の意味や意図を確認しながら進める。
- (2) 録音したインタビューを逐語におこす段階からデータに関連して思い浮かんだ様々な考えをデータのそばに書き留める。このことは終盤に分析結果を書き上げる段階まで続け、逐語データを読み返す時には傍らのメモにも目を通すようにする。
- (3) オープンコーディングの段階でカテゴリーに名前をつける際には、名前は「通常その名前が表わしているデータと最も論理的に関連していると思われるものであり、その名前が指し示していることをすぐ目の前に思い浮かべられるもの」であるように留意する。
- (4) 軸足コーディングと選択コーディングの段階で諸概念を関係づけていく際、必ず個々

の概念を導き出したものとのデータのレベルで関係性を吟味するように留意する。一旦生成された概念がデータから離れて机上で一人歩きしてしまわないようにする。

- (5) データ収集と分析の過程において、在宅看護の専門家と質的研究方法の専門家のスーパーヴィジョンを受ける。
- (6) 現実への適合性を得るために、分析結果を研究参加者に確認するというメンバーチェックを行う。家族介護者にとって、似たような体験であるのか、どの部分が異なるか確認する。
- (7) 生成された内容は理解しやすいか、在宅看護領域の専門職らに分析結果としてダイアグラムやストーリーラインを用いて説明し理解できるか新たな視点があるか意見をもたせよう。またその領域の当事者がその生成された内容をもとにある程度、状況の予測や状況を説明できるものであるかを確認する。

8) 倫理的配慮

(1) 研究参加者のリクルートの方法と同意の手続きについて

- ① 本研究の対象者は、研究参加の承諾を得ることに、介護者家族の強制にならないように、まず、事業所のスタッフから研究対象者に、研究者からの研究説明を受けてもよいかどうかについて依頼してもらう。そして介護者の説明の意向をうけてから、研究者が連絡し改めて別時に研究の説明と同意を行う。〈資料 2, 3〉
- ② 研究への協力を依頼する際、研究者は、対象者に対して文書と口頭によって説明を行う。説明はわかり易い表現で具体的におこない、対象者が十分理解できるように配慮する。対象者から承諾が得られたら、研究への同意書に署名をもらう。研究への同意書は 2 部作成し、研究者、対象者がそれぞれ一部ずつ持つようにする。

(2) 研究参加および研究結果確認の研究協力は同意をもって実施する。

インタビューの前に研究者より、研究の趣旨を説明し、データの管理と廃棄などの扱い方、情報に関する守秘義務、プライバシーの保護について保障する旨を説明し了解（同意書）を得る。 〈資料 4, 5〉

研究対象者は、壮年から高齢者が予想される。対象者が十分理解できる平易でわかり易い文書を用いて説明する。

(3) 研究参加および研究結果確認の研究協力の自由意思を保障する。

研究参加は、本人の同意があつて実施する。研究に協力するか否かは対象者の自由意思で選択できることを説明する。対象者に、研究と介護サービスを受けることに関係がないことを話し、研究の協力を断つたとしても不利益がないことを説明する。研究参加者は、研究を承諾した後も、いつでもいかなる理由によつても、承諾を撤回でき、そのことによつて不利益の被らないことを説明する。

研究の説明時に、一旦研究に参加することに同意した後でも、いつでも辞められること伝えておくとともに、その方法「協力のお断り文書」を予め渡す。 <資料 6>

(4) 研究対象者の匿名性、個人情報の保護

資料分析上必要でない個人情報は収集しない。資料には個人名の記載はせず符号化する。符号を照合できる資料は研究者の鍵付の引き出しに保管する。要介護者の事業所名や研究対象者の住所は、個人が同定しやすいので符号化する。

個人情報が含まれる録音データや電子データの資料は、施錠のある場所に保管し、研究者のみが使用できるようにする。また、資料が入ったノートパソコンやフラッシュメモリー等は紛失や盗難の危険を避けるために、持ち歩かないように一定の場所で使用し、使用时以外は施錠のある場所に保管する。

個人情報が含まれる資料は研究終了後に裁断、消去する旨を研究対象者への説明書に明記し説明する。

研究結果の公表のために収集したデータのうち、個人情報を匿名化したものは、研究結果を再現できるように一定期間（3年間）施錠のある場所に保管をする。

本研究は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会の審査において承認された。

（聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：11-084）

第V章 結果

本研究は、家族介護者が介護によって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのか、そのプロセス（ヘルスプロモーションの構造）を記述することを目的とし、家族介護者 25 名のインタビューにより、家族介護者の経験の語りを得てグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて概念をまとめた。

分析の結果、家族介護者の介護と自分のための行動を調整し健康を改善するプロセスとは、「家族介護者が介護において要介護者とともにある関係づくり生活を再構築するプロセス」であった。このプロセスは家族介護者が、一人で介護に奮闘し、健康を害したことを契機に、一人で行う介護から要介護者とともに行う介護へと要介護者との関係の認識が変化した。要介護者とともにある関係への認識の変化によって、介護者は生活を楽しむ活動が可能になり、要介護者との穏やかな生活の継続を確信することができるようになっていた。要介護者とともにある関係によって、介護者の介護による健康障害の健康改善のための活動は、生活そのものを楽しみ自己を拓げる活動になっていた。

従来の家族介護者研究では、介護者の健康は、身体的、精神的、社会的健康として介護を継続する家族介護者側の一要素・一変数として捉えられ研究されてきた。しかしながら、本研究の結果では、介護者のヘルスプロモーション、すなわち、介護と自分のための行動を調整し健康を改善するプロセスは、「家族介護者が介護において要介護者とともにある関係性」に気づき、それに基づいて生活をつくりなおすという、「要介護者との関係性」について介護者の認識の変換と、それに基づき生活そのものを再構築するプロセスとして記述された。

「家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス」は、家族介護者と要介護者の関係性の認識の変化に基づき、4つの段階が見られた(図-1)。1段階は、“家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階”であり、2段階は“家族介護者が要介護者との相互の関係に気づく段階”、そして3段階は“家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階”4段階は“要介護者との穏やかな生活の継続する段階”である。表-3に各段階のプロセスを構成するカテゴリとサブカテゴリを示す。本章では、第1部において、本研究のデータ収集手順と研究参加者の特性を述べてから、「家族介護者が介護において要介護者とともにある関係を再構築するプロセス」の1段階から4段階を、第2部から第5部までで述べる。

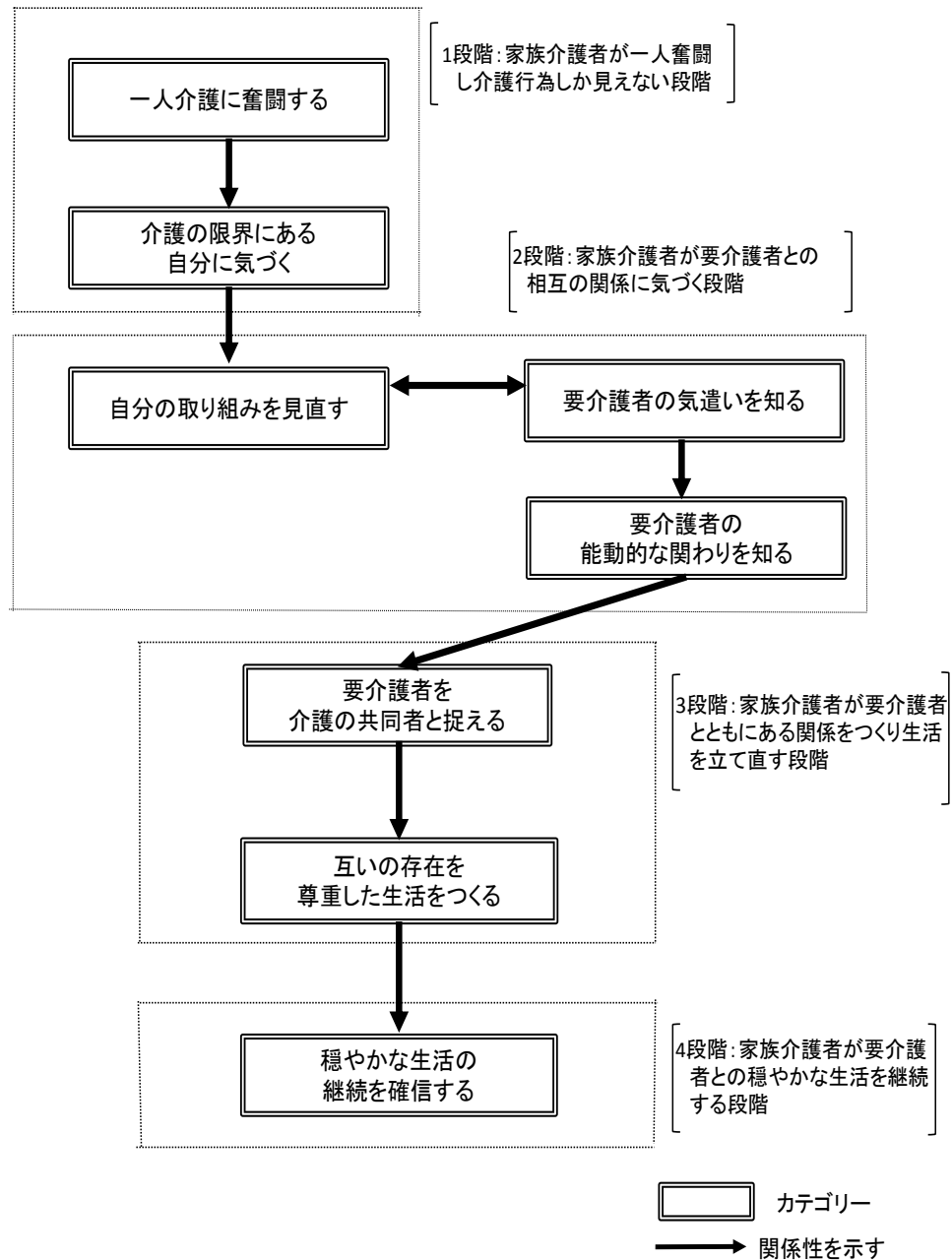


図-1 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス

表-3 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス

カテゴリー	サブカテゴリー
〔1 段階〕 家族介護者が一人奮闘し、介護行為しか見えない段階	
一人介護に奮闘する	一人で介護する決意をする 一人で介護と生活を担う 一人介護に振り回される 他者に任せられない
介護の限界にある自分に気づく	否定的な感情にある自分に気づく 体力の限界にある自分に気づく 他者に指摘されて気づく
〔2 段階〕 家族介護者が、要介護者との相互の関係に気づく段階	
自分の取り組みを見直す	介護継続の取り組みを考える 健康のための活動を考える
要介護者の介護者への気遣いを知る	要介護者の介護者への労いを知る 要介護者の介護者への信頼に気づく
要介護者の能動的な関わりを知る	要介護者の病の体験がわかる 要介護者の介護の協力を知る
〔3 段階〕 家族介護者が、要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階	
要介護者を介護の共同者と捉える	要介護者の意向を確認する 要介護者と調整し合う
互いの存在を尊重した生活をつくる	自分の時間をつくり出す 介護環境から離れ自身の生活を楽しむ 要介護者の生活に合わせた介護を行う 要介護者との生活を楽しむ
〔4 段階〕 家族介護者が要介護者との生活を継続する段階	
穏やかな生活の継続を確信する	介護が家事の1つとなる生活を得る その時を覚悟し今を生きる

第1部 本研究におけるデータ収集手順、および研究参加者の特性

1. データ収集の手順

本研究には、東海圏中部地方 A 県 B 市内に存する C 同系列訪問看護ステーション及び居宅介護支援事業所から協力が得られた。訪問看護事業所管理者会議および居宅介護事業所所長会議において研究の趣旨を説明し研究協力を依頼した。その結果、6カ所の訪問看護ステーションの研究協力から同意を得た。訪問看護ステーション管理者は、利用者の中から、適格基準を満たす研究参加者の選定を行った。研究者は、管理者から家族介護者の概要を聞いた上で条件に合うことを確認し、予め、研究者に連絡先を伝えても良いと同意を得た方に連絡をとった。

2. 協力施設概要

紹介を受けた C 同系列訪問看護事業所 8カ所は、B 市内に広域に設置されている。事業所の規模は、常勤換算にて 12名～20名程度の中・大規模事業所であった。スタッフは訪問看護師に理学療法士、作業療法士、事務員の構成であった。C 同系列訪問看護事業所は、利用者は小児から高齢者まで幅広い。また、同系列の総合病院を有していることから、医療的依存度の高い利用者や終末期にある利用者も多い。

3. 研究参加した家族介護者の背景

本研究の参加者は、介護保険を利用し、在宅療養を開始後 6か月以上経た家族介護者を、適格基準を満たす条件とした。その結果、研究参加者は 25名となった。(表-4)。

家族介護者 25名の基本情報を表-4に示す。

内訳は、妻 15名 (60.0%) 息子または娘 8名、親 1名、嫁 1名であった。性別では、男性 3名 (12.0%)、女性 22名 (88.0%) で女性の家族介護者が多かった。家族介護者の年齢は 30～82歳に分布し、要介護者の年齢は 32歳～100歳までであった。介護期間は、6か月から 16年であった。要介護高齢者の要介護度は、要介護度 4～5で ADL において歩行や言語に障害がある利用者がほとんどであった。デイサービス、ディケア、ショートステイ、訪問リハビリテーション、訪問介護、訪問看護のサービスを利用していた。

家族介護者の職業は、専業主婦 18名、4名が自営業であった。定年または無職は 3名であった。自営業の内訳は、農業、配管設備会社、飲食店であり、家族介護者は介護の合間や、

他の家族員との調整によって業務や作業を行っていた。

4. インビューの場と方法

インタビューは、2014年6月～2015年12月にかけて、A県B市で行った。家族介護者が研究参加に同意した時点でインタビューの日時と場所を決定した。インタビューは家族介護者の自宅あるいは研究者の勤務先の研究参加者のプライバシーを配慮した研究室で行った。25名の家族介護者（以下家族介護者とする）に対して25回のインタビューを行った。

インタビューの場は、家族介護者の希望した場所で行った結果、3名が研究者の研究室に来室し、22名は研究者が研究参加者の自宅に訪問して行った。インタビュー開始前に質問の趣旨について再度説明し、研究参加者の同意を確認し同意書の署名を交わした。インタビューは、当初のインタビューガイドに沿って概ね実施したが、研究参加者の自由な語りを促し、研究参加者に特有な背景や条件に合わせて新たな質問を加えた。

表-4 本調査参加者一覧

	家族介護者		要介護者		主な疾患	要介護度	他の同居家族
	続柄	年齢	続柄	年齢			
1	A	母	娘	32	脊髄損傷	—	—
2	B	長女	母	78	パーキンソン	4	夫、娘
3	C	妻	夫	70	パーキンソン	5	—
4	D	長男	母	86	脳梗塞	5	妹
5	E	長男	母	89	認知症	4	妻
6	F	妻	夫	79	パーキンソン・くも膜下出血	5	—
7	G	嫁	義母	80	認知症	5	夫
8	H	娘	母	85	脳梗塞	5	夫・息子
9	I	長女	母	60	レビー小体型認知症	3	父
10	J	妻	夫	75	脳血管障害	5	息子家族
11	K	妻	夫	67	パーキンソン	5	—
12	L	妻	夫	86	脳血管障害	4	息子夫婦
13	M	妻	夫	76	脳出血後遺症	4	母・弟家族
14	N	妻	夫	74	脳出血・大腸がん	5	娘夫婦
15	O	妻	夫	63	パーキンソン	4	娘
16	P	夫	妻	62	進行性難病（死亡）	5	娘
17	Q	妻	夫	65	くも膜下出血	4	—
18	R	長女	母	76	認知症	5	夫
19	S	妻	夫	75	脊髄損傷	4	娘家族
20	T	妻	夫	72	脳出血後遺症	5	息子家族
21	U	長男	母	88	老衰	—	妻、息子
22	V	孫娘	祖母	100	老衰	5	母
23	W	妻	夫	78	脳出血後遺症	4	—
24	X	妻	夫	80	脳梗塞	5	息子
25	Y	娘	母	78	脳梗塞	5	夫・息子・娘

第2部 [1段階] 家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階

「家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階」とは、家族介護者が眼前の介護行為や生活を行うことに追われ、要介護者の存在と要介護者との関係が認識できない段階である。

家族介護者は、要介護者との二人の関係の中で、介護者が一人で介護することを自分で決意した。介護者には、要介護者に代わり家業や他の家族の世話など介護とともに生活を担う者もあり、介護と生活の対応に追われる状態であった。さらに、介護者として一人で介護を行うという決意が、介護者自身に重責を課すことになり、他の家族に介護を任せたり、介護サービスを利用するなど、他者に任せることができない状況であった。そのために介護者の介護量は増え、時間的に精神的に余裕がなくなり、ただ必要な介護行為を行うという状態であった。このような状態では、家族介護者は要介護者の思いや状態を配慮した介護を行うことはできず、介護者の関心は、目の前の介護行為を行うことにあり、そこには要介護者の存在は見えない。この段階での家族介護者の要介護者との関係の認識は、要介護者は介護者の介護行為を受ける対象であり、介護者からの一方向の関係であった。

そして介護者は《一人介護に奮闘する》を続け、ついに、介護者自身の健康を害して《介護の限界にある自分に気づく》。介護者は、健康を害し介護の限界を自覚して、はじめて介護に追われていた余裕のない自分の介護状況を客観的に捉えることができるのであった。

カテゴリー《 》サブカテゴリー〈 〉で示し、データの引用は小文字も用いて表記する。

1) 《一人介護に奮闘する》

表-5 一人介護に奮闘する

カテゴリー	サブカテゴリー
一人介護に奮闘する	一人で介護する決意をする
	一人で介護と生活を担う
	一人介護に振り回される
	他者に任せられない

《一人介護に奮闘する》とは、家族介護者が〈一人で介護する決意〉によって始めた介護は、一人の介護態勢であったために、介護者は、要介護者に代わって〈一人で介護と生活を担う〉。介護者は〈一人で介護する決意〉責任の強さから介護を〈他者に任せられない〉、また介護技術や経験がまだ十分でないために要介護者の状態がつかめず〈一人介護に振り回され〉時間的、精神的に余裕のない家族介護者の介護状態である（表-5）。

家族介護者は、自分が介護者になることを家族間の相談や協議によって決めてはいなかった。自分一人で介護者になる決意をした。家族介護者の介護者になる動機にはいくつかあった。次の語りは、家族介護者の介護者となる決意は、身内への介護の後悔や要介護者への償いからであった。

私は（夫を在宅で）看ようと思ったの。なぜかという、母が軽い認知症だったんですけど、兄たちと住んでいたんだけど、施設に入れちゃったのね。…（施設に）入れて、時々行くと、1週間ぐらいでだめになりましたね。認知症が進んじゃって。面会へ行ったって、病室へ入れるわけでもなかったから。いろいろ好きなものを持っていっても、持ってこないでくれとか言われるわけ。

（Nさん）

（要介護者は）心療内科に何年も通っていて、たくさん薬を出されて飲んでいても、眠れないって言ってた。その間は、結構私も父親もノータッチだったんですよ。…気持ち次第で治るもんだっていうふうに軽く見ている。今、私も父親も、母親の面倒を見ざるを得ない状況っていうのは、それは私たちのせいだと思っていて、あの時もっとほっとかずに、ちゃんと見てあげてたらと思って。

（Iさん）

“ここまで何度も段階を踏んできた”と要介護者の進行に合わせて闘病生活を支えてきた家族介護者は、いずれは要介護者に介護が必要になることを予期しており介護者になることを引き受けていた。

また、家族介護者が親孝行の家族規範に従って、また配偶者の場合は妻が夫を介護すべきとする伝統的性役割に従って、自分が家族介護者となることを当然の役割として決意していた家族介護者もいた。家族介護者は、家族としての義務感というより、親や夫への尊敬や誇りから介護者になることを引き受けていた。

昔から長男というはね、最後まで親を面倒みようっていうような感じで、うちの親父のほうの教訓があてっね。うちの親父というのは8人兄弟の一番末っ子だもんで、一番末っ子がね、兄弟の衆の面倒は良く見たね。

(Dさん)

仕事を持っていた家族介護者の介護者になる決意は、苦渋の末の強い決意であった。介護者になることは決めていたが、介護と仕事の両立は自分が満足できないと判断し、仕事を捨て“自分をゼロにして、いやマイナスからの出発”と覚悟し介護を選択した。仕事をやめることを選択した家族介護者は、自分の意志で自分で決めたことが、介護者となる上で大事であると強調していた。

今後どうするのかとか、私はどうしたらいいのかとかという結論が、自分の中で出すまでがやっぱり大変だった。だから仕事を続けるとか、でも自分の名前の看板でずっと仕事をしてきますから、代わりがないわけですよ、…どうしたらこの人が、安心していただける状況をつくってあげられるのかなというのは、もちろんいっぱい考えましたけど、でも最終的に決めたのは私が、自分がどうしたいかだったと思います、私はこの人に寄り添うべきだと最終的に（決めた）。

(Mさん)

要介護者と家族介護者の二人関係においては、世話の責任の所在は、一方の家族員になることは明らかであるが、家族介護者は、これらの介護の動機から、自らが一人でも介護者になると主体的に決めていた。そしてその決意には介護者が一人であることへの不安や躊躇は、語られていなかった。

〈一人で介護と生活を担う〉とは、家族介護者が介護に加えて他の家族の世話や家計のための就業や家業を担い、介護以外の生活に関する多くの役割を引き受けている状態である。

昨今の小家族の家族形態を反映し、家族介護者には、親や配偶者の介護と他の家族員の世話というダブルケアにある家族介護者もいた。家族介護者は、子育てと要介護者の介護に追われる困難さを語っていた。

子供たちは、上の娘が高校生、長男も高校生、次男は中学生。受験の真ただ中で、とても大変なときに入院してしまいました。母は入院中に、おうちに帰りたいので、点滴は抜いてしまう

し、やっぱり付き添ってくださいと言われて、家のことをざっとやると病院に行って、付き添って、夜、簡易ベッドで泊まって、朝5時に帰ってきて、家のことをざっとやって、また病院に行く生活でした。

(Yさん)

家族介護者は、要介護者が要介護状態になる直前まで営んでいた会社や農業を、介護によって要介護者に代わり引き継ぐことになった。家族介護者には、要介護者が築いた会社の廃業手続きを介護のなかで2年間かけて行った。家族介護者は、その2年間で“何をどうしたのか覚えていない”と語ったが、要介護者の自営主としての責任を全うでき“一区切りできた”と満足感とともに、廃業は家族の歴史の1つの終わりとして寂しさも感じていた。

自営でやっていて、突然、倒れたから、いろいろいろいろありまして、会社を閉めるにも手続きがいろいろありましたから、2年間は何をやっていたか、わかりません。いろいろやってもらっている人たちのこともあって、やり方を何も知らなかったからね。2年かかって閉めました。それを終えて一区切りができた。やるのが次から次で、自分のことなんて振り返る余裕はなかったですね。

(Nさん)

介護のなかで農作業を続けていた家族介護者は、介護以前と同じように毎日のように朝早くから農作業を行い、作物の成長や出荷状況を要介護者に伝えていた。家族介護者が一人で作業するには広すぎる農地は、二人で荒地から開墾してきたものであった。作物を作り続けることは、二人で開拓した農地を守ることであり、家族として存続する願いでもあった。

前はね。(要介護者は)仕事(農業)のことばかり言ったけどね。このごろは、だんだん薄れてきて。前は、動けんくなっても、さあ、仕事に行くだとか(言っていた)。今も、出荷したり、草(取り)やったりね。草は夏にはようはえるもんで、子供らはやめよって言うだよ。目の前にあるとね。荒らしたくもないし、何とかやれるうちは(続けたい)……。 (Xさん)

家族介護者が一人で引き受けていた家族の世話や家業は、他に交代者がいない理由だけでなかった。家族介護者は、これまで要介護者や先代が築き上げてきた土地や家に対する要介護者の思いを受けとめ、自分が引き継ぐことを家族の役割として認識していた。このように要介護者と介護者の二人関係にある家族介護者にとって、介護と生活は、二者択一できる

ものではなく、両方とも家族の役割として認識し担っていた。

〈一人介護に振り回される〉とは、家族介護者が、目の前の介護の状況に対して、どうしたらよいか、「介護対処の方法がわからない」ことや、何が起きているのか、「要介護者の状態がつかめない」ことによって、介護に手間取り介護や生活のコントロール感を失っている状態である。

家族介護者は、移乗や食事など日常の介護についても病院や施設の指導の通りにはいかない現実に困惑していた。

教わったけど、全然違うんです。マニュアルどおりにしか教えてくれないから、この人に対してマニュアルは通じないわけ。一応、マニュアルは教わっているから、ああ、こうするのかと思って、やるけど、だめだから、どうすればいいかなと試行錯誤してやって。(Nさん)

当初口から入れて食べてもらえない、困っちゃった、体重は減っちゃった、さあ困った、これからどうしましょうね、もう仕事はとて手につかない、汚したのは汚れちゃう、洗濯もせなならん、これじゃとてじゃないけど俺の仕事も当然できなくなっちゃうし、俺はこれからどういう生活をするのかなっていうことでね、やっぱりそれは最初1ヶ月間はものすごく自分なりに落ち込んだというか、悩んだね。(Dさん)

介護者は、感情の変化が激しい要介護者の介護に困惑していた。

それが一番つらいかもしれないですね。大声でもうすごい外まで聞こえるぐらいに、人が変わっちゃったように叫び続けるというか。そういうのが結構1日に1回ぐらいシーズンによってはあるので。もう何を言ってもだめなんですよ。何も聞こえない状態なので。もうおさまるまで待つしかないというか。(Iさん)

家族介護者は、対応が困難な介護のトラブルが発生しても専門職の助けを求められないでいた。

やっぱり、今でもたまに尿漏れとか、漏るともうほんとうに、ええーって思いますもんね。もう全部脱がして。訪問看護さんはいつでも呼んでよって言うんだけど、尿漏れとかね、それ

と夜寝る時の9時、10時ごろだと、自分で何とかやんなきゃみたいなところが出てきちゃうもんで、そういうときはちょっと勘弁してよみたいになっちゃうけど。(Aさん)

家族介護者は、介護の対処方法がわからないことや要介護者の状態がつかめないことによって、要介護者の状態への不安が増し、介護者から離れられることができず、介護に時間をとられていった。それが、夜間に及べば不眠になり、次第に介護生活は乱れ、生活の規則性とコントロールを失い、家族介護者は〈一人介護に振り回される〉感覚になっていた。

夜起こされるでしょ。トイレに移動するのも大変で、夜は(薬効が)切れてるから、トイレに移動するのも大変で。で、トイレに座ったから出るもんでもないんですよね。座ったはいいけど(要介護者が)全然まだって言ってて、1時間もトイレに座ってたりすると、そこで私は眠りは中断されるし…。

〈他者に任せられない〉とは、「他者の介護に満足できない」または他の家族など「他者に負担をかけたくない」考えから他者に介護を任せない状態である。

家族介護者は、要介護者の意向に添ってサービス利用を拒んだり、介護者と同じ介護ができないことに我慢できない理由から、他者に任せられないでいた。

以下は、介護行為しか見えていない家族介護者が、要介護者の意向に添うためにサービスを利用しない状況である。

すごく嫌がるんですね、デイサービスとか。(笑)。まだそういう年じゃないって本人は思っているみたいなので、前、すごく嫌がったことがあったので、それを見ているとかわいそうだなって思っちゃうんで。(Iさん)

訪問看護を頼むって言ったら、本人はいい、いいとかって。お風呂入るが大変と思ったので、頼むか言ったら、いい、吊り下げて入れられるのはいいとかって言うもんだから、全部(施設介護を)見てるから。やっぱりお薬なんかでもまとめてご飯の中に入れてくれちゃったりを見てるから。(Tさん)

一方、家族介護者は、介護技術を高め、要介護者の状態を把握できるようになると、サー

ビスの必要性を自ら判断して、サービスの利用を主体的に決めるようになっていた。

この人の朝食は6時なの。それはずっと決めてあって、体温をはかって、血圧をはかって、それで胃ろうを入れるわけ。胃ろうが終わって、全部、清拭して、ひげをそって、下も全部やって、それで（デイケアに）送り出すわけじゃないですか。どんなケアプランか関係なしに、もうやることないし、今、落ちついてますから、（訪問看護）週1回でいいです、30分でいいですって切ったの。何で（訪問看護）使っているかという、急変したときをお願いしたいから使っている。（Nさん）

〈他者に任せられない〉には、要介護者への愛情が強い家族介護者が、自分が一番介護のことを理解しているという思いから、自分と同じようにできない他者に介護を任せられないでいた。

娘に頼むと、このくらいで許しておこうとか、そういう感じで見てもらうことはあるけれども100%任せるということは、毎日やっていないと無理かなと。やっぱり母の表情とかを酌み取れない。（Yさん）

また、家族介護者には、同居家族の生活を尊重するという考えから、同居家族としての他者に任せていないこともあった。

（同居家族には）一切お願いしていないの。ちょっと様子がおかしいからっていつて救急車を頼んだりするときはお願いするけど、そうでなきゃ、全部、私がやっています。だって、みんな働きにいますからね。昼間働いて、夜手伝いなんて、かわいそうじゃないですか。（Nさん）

このように、他者に任せられない介護は、家族介護者の〈一人介護する決意〉による介護の責任の強さが影響していた。そして、他者に任せられない状況は、介護者の介護量を増やし《一人介護に奮闘する》状態を増長させていた。

2) 《介護の限界にある自分に気づく》

表-6 介護の限界にある自分に気づく

カテゴリー	サブカテゴリー
介護の限界にある自分に気づく	否定的な感情にある自分に気づく 体力の限界にある自分に気づく 他者に指摘されて気づく

《介護の限界にある自分に気づく》とは、家族介護者が、《一人介護に奮闘する》なかで介護の負担感が増して〈否定的な感情にある自分〉や〈体力の限界にある自分〉を知り、または〈他者に指摘されて〉知り、介護を継続していくことの不安と今の状況を問題として認識する状態である（表-6）。

〈否定的な感情にある自分に気づく〉とは、介護者が、介護者の気持ちや要求が、要介護者に伝わらないことから発する怒りや被害意識などの否定的感情を、要介護者に言動として表出したことに、介護者自身が驚き、介護の限界を感じる状態である。

介護者は自分の楽しみの時間を、要介護者の介護の要望で中断されたことに、怒りの感情を押しさえられず要介護者に暴言を吐いてしまった。

夜ですよ。ちょっと私が（お酒を）飲んじゃうと、どうしてもちょっと当たっちゃうじゃないけど、細かいことをぐだぐだ言われると、もうね、うるさいなっていう感じになっちゃって。

(Aさん)

要介護者への感情的な対応は、要介護者の心を傷つただけでなく、感情的な対応をしてしまったことに介護者自身も傷ついていた。

仕事をしてるときのほうが余裕がないから、怒っちゃったんですよ。だからすごい怒っちゃって、その後、自分がすごい嫌なんです。何でこんなこと言っちゃったのかなとか。おどしちゃうとか、私は仕事行かなきゃいけないんだから、それどころじゃないよという感じで言っちゃったりとか。

(Oさん)

家族介護者は、暴力的な介護行為を再び起こしてしまうのではないかという再発への不安と怖さを感じていた。

一人でずっと見てるとね、やっぱりこう、何ていうのか、一生懸命になるじゃないですか。こうしてやらなきゃ、ああしてやらなきゃと。だんだん言う言葉も荒くなるし。やることがね、自分じゃ気がつかんだけど。誰かが言ってくれんとだめだね。 (Uさん)

ずうっと寝られなくて、母の部屋につきっきりで、ベッドの横にイスに座って…ウトウトしてくれて、ああ、ちょっと寝たで何か用事をと、戸をちょっと動かしただけで(母が)パッと目が開いてしまって、それでほんとに外に丸聞こえの大きな声で「ウワーッ」と始まるので…母のことでは怒れて手を挙げてしまった。で、すぐに(自分が)怖くて悲しくてケアマネさんに電話して来てもらって話を聞いてもらった。 (Rさん)

家族介護者の否定的感情には、先の見えない介護生活によって自分の自由や人生を奪われてしまった被害感や将来への失望感を感じていた。

我慢することなく(生活している)とは言えませんがね、やっぱり。つき合いもあって出かけたなと思っても、その日はだめなときはだめだし。やっぱりヘルパーさんがいない日は、夜は出られないじゃないですか。…気ままな生活ではないなって感じで。いつになったら慣れるだろうなあと思いながら。 (Aさん)

このように、家族介護者になることを主体的に決意した家族介護者である自分に否定的感情を抱いたことに驚きとショックを感じていた。

〈体力の限界にある自分に気づく〉とは、家族介護者が、「日常的に体力の低下」を感じることや、介護による「睡眠不足で蓄積する疲労」や一人で行う介護の状況では「やりようがない介助時の身体の負荷」から、体力の限界を自覚し、介護を継続のための体力に不安をもつ状態である。

家族介護者は、一人で24時間、365日介護を担い、それは今後も続く。家族介護者は、

1日数回の移乗や体位交換の身体に負荷のかかる介護のなかで自分の体力の低下を感じていた。家族介護者も高齢者が多く、腰痛や高血圧などの持病があり、介助時には、腰痛の再発など一抹の不安を感じて介護を行っていた。そして、家族介護者は、自分の体力の低下と要介護者の機能低下の進行によって、介助の身体的負担が増えていくことを心配し、一人で介護を続けていくために体力維持の必要を認識した。

以下は、介護する体力の低下に不安を感じている家族介護者の語りである。

今まではね。ちょっと支えれば、自分でもこういうふうに入力してつかまえて支えたのが、それが・・・足がこうなってくるもので、私の力で全部こういうふうにしたまきやいけないようになったものだからね。いつごろまで自分の体力がね。それが今は心配。 (Nさん)

(背骨の圧迫骨折の)違和感があって、使い過ぎるともう、自分の体が支えられないのがよくわかるという感じ。よくしっかりした棒とかああいうのも、一度折れて、バンドでくっつけてテープで巻いても、何か強度が足りないですね。あんな感じ。 (Oさん)

介護継続のための体力の不安が、介護者の健康活動の動機となる一方で、家族介護者は、体腰痛や肩関節痛などの身体苦痛のために思うように介護ができないことに苛立ちを感じ、それが介護の否定的感情にもつながっていた。

去年ぐらいまでは、ほんとに頑張れたんです。で、一気にもう疲れがドツと出て、そしたら今度精神的なもんですよね。今まで我慢できたことができなくなった途端に、今度すごいイライラしたりして、思うように自分が(膝、肩関節痛のため)動けないから余計に怒れるんですよ。で、イライラしたりして、歯がゆさというのもあるし。 (Rさん)

一人の介護態勢では、介護による睡眠不足は、避けられない問題であり、またその問題を解消することも難しい。睡眠不足による疲労は、家族介護者の否定的感情や体力の低下を招き、介護の限界の自覚に大きく影響していた。

朝2時間半のケアをして、(仕事に)出かけて、帰ってきて2時間、寝るまでのケアをして、また夜中だつて向きを変えたり、脱臼どめをしたりとか、そういうのがあったから、そこが必

死でしたよね。だから、もう自分がぼろぼろだったんです。もう限界、もう限界っていつも思
ってて。

(Oさん)

万年疲労というか、万年寝不足という感は抜けていないんです。だから、なるべく休養をとら
ないと、思考回路が回っていかない。

(Yさん)

〈他者に指摘されて気づく〉とは、《一人介護に奮闘》し、自分が介護の限界にあること
に気づいていない状態で、他者から指摘されてはじめて気づくことである。一人介護に奮闘
し介護行為しか見えないこの段階は、「ガラスに映った疲れ切った姿を自分と知り驚いた」
ように、自分の限界がわからないほど自己を犠牲にしての介護状態であった。

幼なじみが、どうしちゃったの?というくらい、もう身なりも構わず、…病院へ薬をもらいに
一人で行ったときに、病院の大きなガラスに自分が映っているんだけど、向こうからくたび
れたおばあちゃんに来て、かわいそうにと思ったら、私だったの。それでびっくりして。

(Yさん)

私ね、鏡って、母が具合悪くなってから、ほとんど鏡って見たこともなかったの。「たまには
鏡見てね、髪の毛もとかしたほうがいいよ」と(ヘルパーに)言われたの。で、鏡見て、で、ウ
ワーッとって、あのときにショックだった。お風呂も入れないし今日でもう10日になるか、な
んて言うの、しょっちゅうだったし、白髪も汚れてくると黄色くなってくるの。で、顔だって、
ひげを1年以上も剃ったことがなくて、ひげは生え、真っ黒。で、白髪は黄色くなり、髪の毛は
伸ばし放題。あれ見たときには、もう悲しかったね。鏡見て、アーンって、私ってこんなだ
ったんだと思って。

(Rさん)

家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階は(図-2)、《一介護に奮闘する》し、
余裕のない介護や自己を犠牲にした介護によって健康を害し《介護の限界にある自分に気
づく》段階であった。家族介護者はこの段階を“どう乗り越えてきたのかその時のことは
覚えていない”“空白だった”と話し、ある介護者は日の自分の容姿の変貌ぶりに驚くなど
《一人介護に奮闘する》は、自分が見えていない介護の状況だった。自分がみえていない介
護の状況は、他者の違いもわからないことということであり、家族介護者は要介護者の人
としての存在の認識はなかった。介護行為を提供する対象としての認識であった。介護者は、

否定的な感情を愛情のある要介護者に表出してしまった。そこには、介護者の無意識のうちに、「ケアする/される」というケアの非対称な関係が生まれ、つまり、介護者が無意識のうちに、優位になり、要介護者を支配してしまったことから起こってしまった。一人で介護を担う決意の強さが、一人で行う介護を困難にさせ、介護者は介護することに追われ、自分と要介護者の存在を見失っていた状況を招いた。自分と要介護者の存在を見失っていた介護を続けたことによって、介護者は健康を害し否定的な感情を抱く介護の限界に至った。

そして、介護者は、要介護者に向けた自分の否定的な言動や体力の限界を自覚して自分に気づく。介護者の中には、他者に指摘されてまたは鏡など物理的に自分を見て、自分に気づく介護者もいた。

この段階の介護者の要介護者との関係の認識は、介護者は要介護者を介護の受け手として認識し、介護行為を提供する一方向の関係であった。介護行為しか見えない状態は、介護者の介護の責任感から介護行為が行われ、要介護者のニーズに応じた介護者との相互行為による介護行為は行われていない状態である。要介護者を見ていない介護行為は様々なトラブルを生み、次第に介護者は介護に振り回され介護の主体性を失い、それが介護の負担感や否定的感情につながっていった。

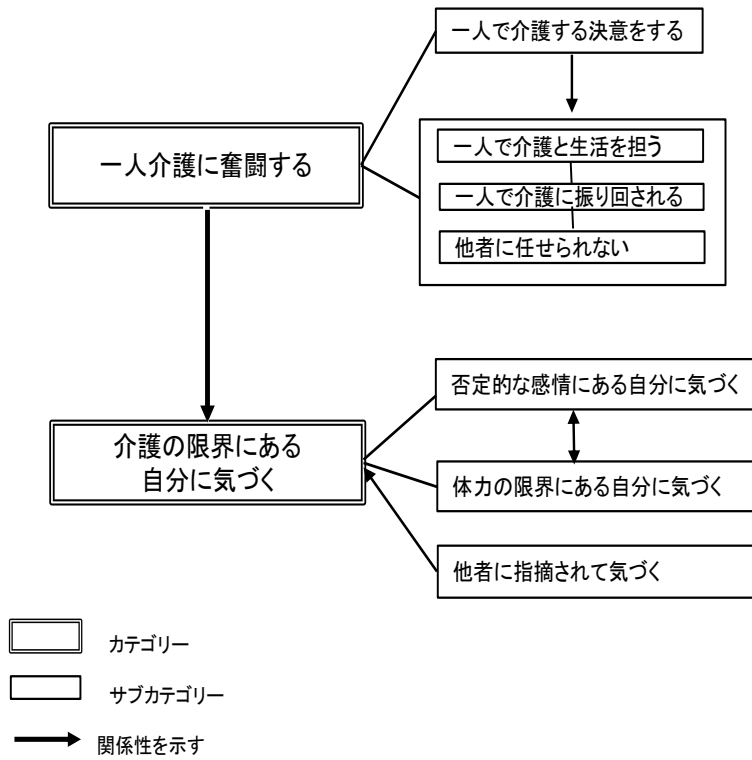


図-2 [1段階] 家族介護者が一人介護に奮闘し介護行為しか見えない段階

第3部 [2段階] 家族介護者が要介護者との相互の関係に気づく段階

「家族介護者が要介護者の相互の関係に気づく段階」とは、1 前段階の《介護の限界にある自分に気づく》家族介護者が、介護者が自分一人であり交代ができないことと介護は中断できないという現実を再認識し《自分の取り組みを見直し》しをする。自分の見直しによって介護者が自分の存在を認識し、要介護者の存在も《要介護者の家族介護者への気遣い》として認識する。さらに《要介護者の能動的な関わりであることを知る》ことから介護者と要介護者が相互に関わり合う関係として認識する段階である。この段階では、家族介護者は、1 段階の家族介護者の介護行為の受け手としての一方向の関係から、自分と要介護者の存在を認識し、要介護者と相互に関わりあう関係としての認識に変わる。

1) 《自分の取り組みを見直す》

表-7 自分の取り組みを見直す

カテゴリー	サブカテゴリー
自分の取り組みを見直す	介護継続のための取り組みを考える
	健康のための活動を考える

《自分の取り組みを見直す》とは、《一人介護に奮闘し》、《介護の限界にある自分に気づく》家族介護者が、介護の交代がない現実を再認識し〈介護継続のための取り組みを考える〉。健康を害したことから介護継続のために、家族介護者自身の〈健康のための活動を考える〉状態である（表-7）。

〈介護継続のための取り組みを考える〉とは、家族介護者の一人介護態勢には、介護の交代がないことを再認識し、介護の継続を最優先とした介護者の介護や生活の取り組みを見直すことである。

家族介護者は、一人介護する決意のもとに介護に奮闘した結果、健康を害し限界である自分と介護の状況に気づく。しかし、介護者の介護には介護の交代者はいないまたは交代はできないという現実である。そこで、家族介護者は、自分の責任として介護の継続を優

先することを再認識し、自分の取り組み方を見直す。介護者は、介護の見直しとして、介護の達成目標を下げたり、体力の配分を考えるなど、介護のしかたを切り替え、生活全般を見直していた。

次は介護者の見直しの1つとして、介護の到達目標を下げた語りである。

専門職の助言や自らの試行錯誤の経験から介護の到達目標を下げていた。それは介護者の自分が期待している介護と実際の介護とのギャップから生じる介護者の葛藤を和らげた。

もし倒れたら何もならないから、ほどほど。7割できればいいからと言われてきたものですから。あ、7割でいいんだと思うことがすごく楽でしたね。100%やれと言われてたらできないですものね、やっぱり。 (Tさん)

ストレスの塊になるから、自分で自分の時間をつくって、介護も最低をやるだけです。余分なことはしません。余分なことをやると、こっちが疲れる。それも学びました。(Nさん)

介護者は、介護への体力の配分を考えるなど介護者自身の健康を気にかけるようになった。

体気をつけながらみんなだね。大事だなと思うのよね、長く続くには。先に見えてて、いつまでやりやいいって言うならね。ちっとは無理しても。先が見えないもんだで、いつどういなるかわからんもんだから、その点だけはね。世話できんようになっちゃいかんなど。それだけは。 (Xさん)

介護者は、在宅での介護の継続を優先に考えて、仕事を辞める判断をした。

(腰椎圧迫骨折のため) 何か月か休んで復帰したんだけど、くっついたとはいいいながら、やっぱり仕事柄、曲げたり、何なりが多いですよ。で、私はそういうのは無理ですなんて言えないし、それで結局は、どこかで仕事はやめたほうがいいという声が、自分の中で誰かがそう言っているような気がして、自分の体も大事だから、これでぼろぼろにしちゃったら、自分の

これからだって、自分が介護を受けるようになってっちゃう。これはもう続かないしというので、もう仕事はやめたんです。 (Oさん)

〈健康のための活動を考える〉とは、介護を継続するために、健康の回復と維持のために健康活動を行うことを計画することである。介護者は、健康の回復は、介護者の責任として介護の継続のためでなく、介護者自身の人生のためにも健康回復と維持が必要と考えていた。

やっぱりいつまでも健康で面倒見てられなきゃ困る、本人が困るし。だから、ストレスたままないように好きなこともやらせてもらって、なおかつ健康でいつまでもいなきゃだめだなって思いますね。 (Aさん)

介護者は、介護の継続のために健康活動の必要性を認識し、具体的な健康活動の実施を検討していた。要介護者がデイサービスに参加し不在の時間を介護者の活動時間として計画していた。

とにかく何十年続くか分からないから、今よりよくなるとは思うんですけども、でも、現状維持の場合もあるじゃない。だから、そのために私が看病できるように、体だけはしっかり動かさなきゃまずいなと思って、主人がデイサービスに行って運動している間に、私もプールへ行って運動をするようにしようと、やっとそういう気持ちになりましたからね。

(Qさん)

介護者は、健康を害して、自分の健康は介護の継続のためだけでなく、自分の人生の充実のためにも必要と考えていた。

ちょうど骨折して、たまたま何かニュースで、今の日本人の女性の健康寿命が75歳って、あと15年しかないと思ったんですよ。あと15年をどういうふうに生きるかという、健康で生きたいなと思ってて…、 (Oさん)

介一人で行う介護者は、自分の介護が相対化しにくいいため、介護者は自分の介護にこれでいいのかと迷い続けていた。自ら介護の到達目標を下げるには、介護の限界になるまで

の困難な介護や介護者の葛藤があった。介護の到達目標を下げることは、介護者の介護の葛藤を和らげた。介護者が健康活動を求める理由は、介護の継続のためだけでなく、自分の人生のためにであった。

《自分の取り組みを見直す》は、介護継続を可能にする介護の軌道修正の機会であるとともに、介護者の介護や介護者自身を認める機会でもあった。そして、自分を認めることができた介護者は、要介護者の存在に気づいていく。

2) 《要介護者の介護者への気遣いを知る》

表-8 要介護者の介護者への気遣いを知る

カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の介護者への気遣いを知る	要介護者の介護者への労いを知る 要介護者の介護者への信頼に気づく

《要介護者の家族介護者への気遣いを知る》とは、家族介護者が、これまでの要介護者との生活や介護の関わりの要介護者の言動から〈家族介護者への労いを知り〉、〈家族介護者への信頼に気づく〉と認識した状態である（表-8）。

〈要介護者の介護者への労いを知る〉とは、家族介護者が、これまでの要介護者と生活や介護の関わりのなかで、要介護者の言動を、家族介護者の介護の負担や介護の不安への配慮と認識することである。

《自分の取り組みを見直し》自己の存在に気づいた介護者は要介護者の存在に気づく。要介護者は、家族介護者とともに暮らし、家族の歴史を共有する間柄である。家族介護者は、毎日の介護の関わりの中で、要介護者の言動から、かつての要介護者との思い出やその人らしさを感じとる。

介護者は、自分の介護の見直しの理由に要介護者の介護や介護者への思いを語った。

もうちょっと調子が良い時に、主人は、介護はほどほどでいいからねってよく言ってました。

病気があるけど優しい人なんですわね。

(Oさん)

要介護者にデイサービスの意向を聞くと、利用は、介護者の介護負担への気遣いと知る。

(デイサービスで) おやつとかも出してくださるみたいだからいつもお荷物の中に入っているんだけど、本人は食べられるわけでもなく、それでは「何のために(デイサービスに)行くのかわからないわね」と思って聞いてみたのね。「行くの楽しい?」と言ったら、「楽しくない」と言っただけ。じゃあどうして行くのって、本人が行くと言いだしたからね。「じゃあどうして行くの」と言ったら、「ママが大変だからと言うから」って。(Mさん)

家族介護者は、病によって発語が困難な要介護者が“大丈夫だよ”とはっきりした声で返答があったことを要介護者のがんばりであり、また介護者を安心させようとする気遣いと感じていた。

お父さんって偉いんだねって言って、病気にね。いつかは、殺してくれ、死にたいって言ってたときもあるんだけど、でも「大丈夫だよ」とかって言うから「お父さんって強いんだね、偉いんだね」って言って。なるべく褒めるようにしてあげてるんですよ。「お父さんいないと私は寂しいから、お父さん、絶対長生きしてね」とかって言って、声はかけるようにしてて。(Oさん)

家族介護者は、日々、認知症のために要介護者の感情や思いがつかめず苦勞していたが、介護の関わりのなかで、要介護者が発する言葉やしぐさから、介護者への思いやりとして感じていた。

やっぱり表現が難しいので。やっぱり時期によってはすごく怒って、責められたりもするので、そんなふうに思っていないとか、思っていないのかと思ってたんですけど、時々やっぱり申しわけないというような言葉を出したりとかするのはするので。わかりづらさだけであって、私にほんとうに悪いなと思っているのは思っているみたいです。(Iさん)

家族介護者は、介護の関わりのなかで、介護以前の要介護者のその人らしさを感じとり、

要介護者の介護者への気遣いと認識していた。それは、要介護者を一人の人としての存在を認識したからであり、家族介護者は、今の介護生活は自分一人ではなく、要介護者と二人で生活していることを再認識した。

〈要介護者の介護者への信頼に気づく〉とは、家族介護者が、要介護者が家族介護者に意思決定を任せることや要介護者の穏やかな表情を示すことを介護者への信頼として認識することである。

介護者は、要介護者が意思決定を任せることを要介護者からの信頼と受け止めていた。

私が判断して私が責任を負うというふうに、…だから今はあまり、ぐずぐずあんまり考えてない、できないことはできないから我慢してねと言うし、本人もいいよと言うし。

(Mさん)

要介護者の信頼を感じて、介護の方針を決めることができている

たまたますごく頭に残っているのが、全然こういう前兆があるわけではなかったときに、もし俺が入院でもしたら私に毎日来てくれるよと言ったんですよ。

(Zさん)

要介護者の穏やかな表情も介護者への信頼として捉えていた。家族介護者は、ショートステイから帰ってきた要介護者が、次第に穏やかな表情になることを、家族介護者は、要介護者の安心と信頼として認識していた。

あのね、表情がね、私らから見るとね、それこそショートステイ行ってね、帰って来たときにはね、もう本当に天井をこうやって見ておって、その表情が硬いんですよ。それでしばらくして「じいじ、お帰りなさい」って言って、それで段々わかってくるとうんと表情が変わってくるんですよ。やっぱしそれでね、うちというのは安心できるんでしょうね。

(Fさん)

介護者は、介護のなかの要介護者の言動を、これまでの生活を共にしてきた要介護者との関わりや出来事との文脈として捉え、要介護者が一人の人として介護者に関与していると認識していた。

3) 《要介護者の能動的な関わりを知る》

表-9 要介護者の能動的な関わりを知る

カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者の能動的な関わりを知る	要介護者の病の体験がわかる 要介護者の介護の協力を知る

《要介護者の能動的な関わりを知る》とは、家族介護者が自らの健康を害した経験から〈要介護者の病の体験がわかり〉要介護者の理解を深め、〈要介護者の介護の協力を知る〉状態である。要介護者の能動的な関わりとは、要介護者の介護に関する介護者や介護への協力として認識する関わりである（表-9）。

〈要介護者の病の体験がわかる〉とは、家族介護者が、自分の体験から要介護者の病の恐怖や孤独、機能を失っていく悲しみや無念さを深く理解する状態である。

家族介護者は、健康を害し一人で臥床している時に、要介護者の恐怖や孤独感を感じ、要介護者の闘病に思いをはせる。徐々に機能低下が起こり、仕事を辞めざるを得なかった悲しみやみじめな思い、それを家族に見せることもなかったこと、震える手で必死に医者に呼吸の苦しさを伝えていたこと、医師に新薬の治験者としての申し出の手紙を渡していたことなど、要介護者の病の体験を理解し、病と向き合っている要介護者を改めて尊重する。

ひとり暮らしの人のところに訪問すること多いんですけど、そんなに察することはできなかつたんですけど、1人で病気を抱えている人の恐怖感というのが、すごいわかつたんですよね。

-家族介護者が圧迫骨折のために、一人家で療養中の経験から- (Oさん)

パソコンとかも使わなきゃいけないし、指が震えて打てない。で、だんだん仕事も結局、どんどんパソコンでやらなきゃいけない時代になってきちゃってるから、入力できないし、大変になったと思います。会社にいてもきっと、ほんとに大変だったなと思います

(Oさん)

介護者の病の体験だけでなく、要介護者の役割を体験して、要介護者の病の理解を深めた介護者もいた。要介護者に代わり会社の廃業手続きを終え、病によって廃業となってし

まったことの思いを理解していた。

(会社の整理が) 廃業届が全部済んで、ああ、これで一区切りついたって。だから、(要介護者には) 閉めたことも何も言っていないんです。わかっていると思いますけど。つらいところもあると思うから… (Nさん)

〈要介護者の介護の協力を知る〉とは、家族介護者が、状態の安定やレスパイトケアの承認を要介護者の協力として捉えることである。

家族介護者が、要介護者はその病状から、介護を同じように行っている、たびたび熱発や肺炎症状、下痢などを起こす。病状が安定し、介護が順調に進むことを、介護者は要介護者が介護に協力し努力していると認識する。

頑張っているというか熱も出ないし、ほんとうに順調に来ているという中では、私もやれば向こうも答えてくれるんだなと思ったりもしていますね。 (Tさん)

最初は、お迎えが来て、泊まりにいくと、もう次の日にお熱が出ました、病院にかかってくださいということがしょっちゅうあったし、お泊まり中にちょっとこういう変化があったんですという電話をもらったり、うちにいても、電話が鳴るたびにもうどきどきしてしまう。それが10年ぐらいたったら、徐々に減ったので。 (Yさん)

多くの介護者は介護者のレスパイトとしてのサービス利用について罪責感を抱くことが多い。要介護者が、レスパイトのためのショートステイやデイサービスを拒まず参加することは、家族介護者の罪責感を軽減させ、介護者は要介護者の介護への協力として認識する。

どこへでも行きたいとこあったら行きなさいって言ってくれるんですよ。行っちゃだめとか、ショート行きたくないって言わないから、今日はどこ行けばいい？ 今日どこ行くの？という感じ。 (Oさん)

もともとうちにほとんどいなかった人だから、ありがたいこと、そういう機能だけは残っているみたいで、とにかく出るのが好きというか、デイサービス行くのが嫌だとか、ショートへ行くのが嫌だと、まだそこまでの気持ちがないのかもしれないけれども、全然嫌がらないんですよ。 (Qさん)

家族介護者が要介護者の相互の関係に気づく段階は(図-3)、家族介護者が1段階の《介護の限界にある自分に気づく》ことから始まった。家族介護者は、介護の代わりがない現実から逃げるわけにはいかない。家族介護者は、一人で介護をする現実と対峙し解決を考える。介護者は、介護継続を優先し、介護の達成目標を下げ、そして自分の健康のための健康活動や生活全般を見直した。介護の達成目標を下げることは、介護を一人で担うことの重責感を軽減させた。

《自分の取り組みを見直し》自己を再認識した介護者は、要介護者の存在に気づき、要介護者の言動を要介護者の介護者への気遣いとして認識する。そして要介護者が重い病や障害がありながら、状態の安定やケアプランが順調に進むことを要介護者の介護の能動的な関わりとして認識する。この段階で、家族介護者は、要介護者を介護の受け手としての関係から、介護において相互に関わり合う関係として認識するようになる。

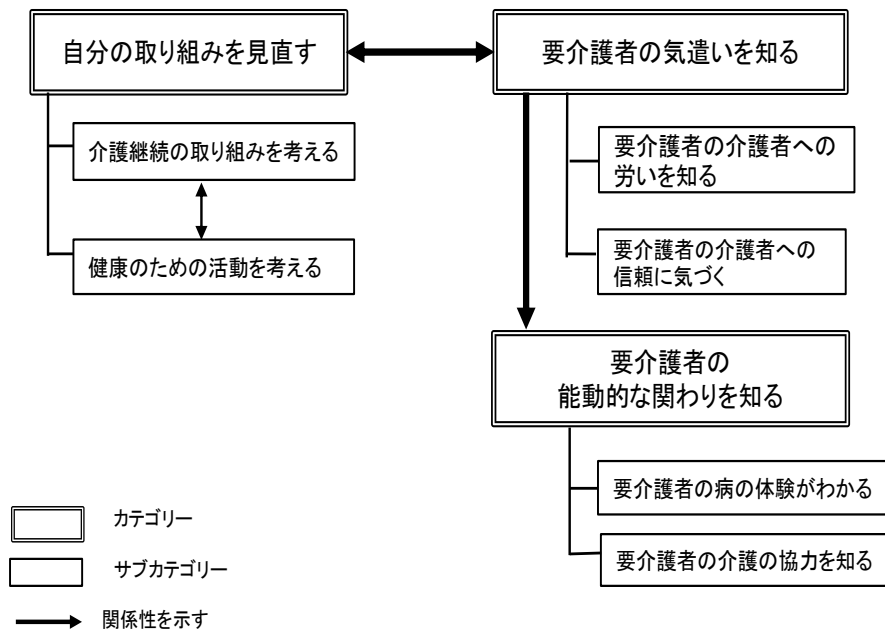


図-3 [2段階] 家族介護者が要介護者との相互の関係に気づく段階

第4部 [3段階] 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階

家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階とは、2段階で互いの存在を認めた家族介護者が、介護の継続のために要介護者を《介護に協力する共同者と捉える》、《互いの存在を尊重した生活をつくる》という「ともにある関係」へと認識を変化させ、それに基づき生活を再構築するプロセスを指す。家族介護者は、要介護者を《介護に協力する共同者と捉え》、〈要介護者の意向を確認し〉介護や生活について〈要介護者と調整し合う〉。介護者が要介護者とともにある存在と認識するということは、要介護者と介護者は互いに別個の人格を持った一人の人間として捉えることであり、介護者自身が自身の存在とその生活について認識することでもある。《互いの存在を尊重した生活をつくる》によって、介護者は〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉〈要介護者との生活を楽しむ〉だけでなく、〈自分の時間をつくり出し〉、〈介護から離れ自身の健康活動を行い、生活を楽しむ〉ことができるようになる。このように、介護者と要介護者は《互いの存在を尊重した生活をつくる》ために、互いの存在が尊重され互いの生活を楽しむことを通して、介護生活からその家族らしい生活に立て直していく。

《互いの存在を尊重した生活をつくる》において介護者が行った活動とは、介護者自身の生活や人生を豊かにする、生活そのものを楽しむ活動であった。《介護の限界にある自分に気づく》時、介護者は、健康を害して、筋力や体力を高める健康回復や増進のためにウォーキングや水泳の活動を始めた。この要介護者と「ともにある関係」において、介護者は、自分のための活動に期待することは、体力の向上だけではなく、生活そのものを楽しみ、生活のための活力や満足を得ることに変わっていた。

1) 《要介護者を介護の共同者と捉える》

表-10 要介護者を介護の共同者と捉える

カテゴリー	サブカテゴリー
要介護者を介護の共同者と捉える	要介護者の意向を確認する 要介護者と調整し合う

《要介護者を介護の共同者と捉える》とは、介護者が、要介護者とともに介護に取り組む共

同者として認識する状態である。介護の共同者としての関係は支配的な関係ではなく、互いを尊重した対等な関係である。介護者は〈要介護者の意向を確認し〉、介護と生活について〈要介護者と調整し合〉っていた（表-10）。

〈要介護者の意向を確認する〉とは、家族介護者が、二人でともに介護に臨む決意を表明し、また表明ができない要介護者に代わって、要介護者の思いや意向を代弁して、ともに介護に臨む意思表示をする状態である。

家族介護者は、語りの中で介護する主体を“私たち”“二人で”と話し、要介護者とともに介護する共同者として認識していた。

いつまでやるんだろうとかやっぱり考えてしまうときもあります、それは。あるんですけど、でもそんなことを考えていてもあれだから、とにかく頑張らな、2人で頑張って。

(Tさん)

全部別に生活しているのに。頼らないから。自分たちは自分たちで生活しようと思っているから。

(Nさん)

家族介護者は、言語障害や意識障害がある要介護者でも、要介護者に話しかけ、要介護者の様子から、要介護者の思いや考えを察し代弁しながら二人の意思表示としていた。

あと何日で帰れるよという、もううれしそうな感じがするんですね。やっぱり待ち遠しい？という手をこういうふうにやったりするものですから、ああ、やっぱりうちへ帰りたいんだ、それは帰りたいんだよねと思ったりしながら。息子はそれは大変だと思うでしょうね。(息子には)やっぱり躊躇しましたね、やっぱり。その中で私たちが何とかやってみるからいいと言って。

(Tさん)

〈要介護者と調整し合う〉とは、要介護者を介護の共同者と捉えるために、具体的な介護の方法や介護生活を調整し合うことである。介護者が調整が困難な場合は、専門職の支援を得て、具体的に介護生活の調整をし合う。そして、調整し、互いに了解した結果をケアプランに反映させ、二人の生活プランとすることである。

介護や生活について、介護者は自分の意向を表明するが、要介護者と交渉し、合意をとる。それは、介護者が要介護者を対等な関係として捉えている証でもある。

介護者は、自分の意向を要介護者に表明し、要介護者と調整と合意を繰り返していた。調整と合意は、要介護者を対等な立場として捉えることであり、要介護者の主体性を引き出す機会でもあった。

私も私の人生があるんだからってということで、年に二、三回は出かけるよって。私が（被介護者が元気な頃）前から行ってたのは知ってますし。行くと1週間ぐらい大体海外行っちゃうもんですから、それも知ってるもんで、だから私は本人が（身体障害者施設から）うちに帰ってきて、自分の生活を犠牲にはできないよということはあるんですけど。それでもいいって言って（本人が在宅を決めた）。今年はやうやく10月にね、（本人に）もう言ってるし。（了解しショートステイ調整中）
(Aさん)

要介護者と介護の調整をし合うことにおいて、日々の具体的な介護の中で、小さな行き違いや意思の疎通がとれないことの積み重ねが介護負担感や介護ストレスになっていく。介護において〈要介護者と調整し合う〉ためには、専門職による具体的な支援が必要である。

以下の語りは、要介護者と調整し合うことに専門職の支援の必要を示している。

訪問看護さんが、主人に言ってくれたんですよね。奥さんのことを思うんだしたら、おむつで（排泄を）するというのも、1つの奥さんに対する愛情の表現だというようなことを。そうやって言ってくれて、本人もそこをある程度受け入れて、寝る時リハビリパンツはいて寝てという感じで、結構その一言、きいたみたいなんですよね。（ヘルパーの仕事柄）私もそこまで言えなかった。そこまで思いつかないというか、家族として。トイレ行きたいならしょうがないというところもあるし、それが（介護の考え方が変わる）きっかけになったかもしれないですね。
(Oさん)

看護師が要介護者に、夜間おむつ装着を要介護者の介護者への協力、思いやりの行為として助言したことで、要介護者と介護者二人の介護の向かい方が変わっていった。

〈要介護者と調整し合う〉には、介護者の生活を、要介護者と調整し合うことも含まれる。

介護者は、ケアプランに自分の生活についての意向を表明し、要介護者の了解を得て、ケアプランに反映させる。それによって、ケアプランは介護者と要介護者の二人の生活プランになる。

以下は、要介護者の入院機会に、自分の生活を楽しみを合わせた介護者の積極的なく要介護者と調整し合う>である。

(要介護者は) すごい食えることとか話すこととか好きだったものなんです。どっちかできるんだったら、話すことはちょっともうむずかしいので、先生にお話をしたら、(気管分離手術) とんとん拍子に話が進んで。私が春休みに先生ちょっと入院させてください、お願いしますと言って。実はちょっと孫とディズニーに行くのが夢なものですから、その間に連れて。

(Tさん)

2) 《互いの存在を尊重した生活をつくる》

表-11 互いの存在を尊重した生活をつくる

カテゴリー	サブカテゴリー
互いの存在を尊重した生活をつくる	自分の時間をつくり出す
	介護環境から離れ自身の生活を楽しむ
	要介護の生活に合わせた介護を行う
	要介護者との生活を楽しむ

《要介護者を介護の共同者と捉える》ことは、介護者が、介護者と要介護者を互いが別個の人格を持った存在として認識することを意味することから、《互いの存在を尊重した生活をつくる》の「互いを尊重する」とは、互いの存在と生活を尊重する介護者と要介護者の「ともにある関係」を示すものである。介護者が要介護者を「ともにある存在」と認識するということは、一方で、介護者自身が自身の存在とその生活について認識することでもある。要介護者の存在と生活を尊重するだけでなく、介護者自身の存在と生活を尊重する。

《互いの存在を尊重した生活をつくる》の「生活をつくる」とは、互いに尊重して自分らしい生活をつくるということであり、介護者は〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉〈要介護者との生活を楽しむ〉だけでなく、介護者は、〈自分の時間をつくり出〉し、〈介護から離れ自分の生活を楽しむ〉ことができるようになっていた(表-11)。

〈自分の時間をつくり出す〉とは、家族介護者が、介護を手際よく行い、自身の健康活動のために主体的に時間をつくり出すことである。さらに、介護によって自分の生活の時間が制約されているなかで、自分のための時間を作り出すには、要介護者のケアなどで不在の時間を使う、事前にケアプランと調整し計画的に時間をつくることを行っていた。また、介護状態は不確実性が伴うため、介護者は、常に活動の機会を探し、いつでも自分のための活動ができるよう身支度を整えていた。

介護者が、介護の中で自分の時間をつくるためには、ケアプランなどサービスに依存するだけでなく、介護者の主体性が大事であると語った。

任せられないじゃなくて、自分ができるんだけど、自分は5分でできるのに、来てくれた人が10分だの15分だの、同じことをやったりすると、無駄だと思うんです。…自分で時間をつくらないと。振り回されていたら、できません。こっちで振り回さないと。…とにかく自分で自分の時間をつくる。本人がそう思わないとだめ。

(Nさん)

また、手際よく介護を行い、時間をつくり出すには、介護技術力だけでなく、要介護者の介護ニーズの観察力とケアの必要性を判断する力が必要であった。

体温をはかって、血圧をはかって、それで胃ろうを入れるわけ。胃ろうが終わって、全部、清拭して、ひげをそって、下も全部やって、それで送り出すわけじゃないですか。…だから、来てもね。どんなケアプランか関係なしに、もうやることないし、今、落ちついていますから、(訪問看護) 週1回でいいです、30分でいいですって切ったの。

(Nさん)

介護者が、自分の存在と生活への尊重の認識がないと、時間があっても、介護者の主体的な活動につながらなかった。しかし、一旦、活動の開放感を得ると次の活動につながっていた。

最初は休むばっか、疲れているから、(ショートステイに) 行っている間はあんまりどこへも出掛けなくて、それではつまらなくて、社会参加じゃないですけど何もなくなってしまって、今は割と出掛けるようにね。歩いて。ただ歩くだけとかですけども。あと大阪に主人の父が1人暮らししておりますので、私、阪神ファンなんです。(笑) 一緒に遊びに行くということで。うん。

それも楽しみで、月1回遊びに行ってます。

(Bさん)

(ケアマネさんが)リフレッシュをするようにと行ってくださったの。主人が倒れたばかりで、ちょっと早すぎるかしらと自分では思ったんですけども、でも、そのおかげで、日帰り旅行なんかも、なるたけ歩く回数が多いところがいいと選んで。極力行く場所を、同じ選ぶにしてもそのようにしていますけどもね。

(Qさん)

家族介護者は、介護の状況下で、自分のための活動の機会を見逃さないように、広報などで参加できるイベントや教室を常に探し、また、思い立った行動できるように、いつでも外出できる身支度をしていた。

オカリナを始めたんですよ。それが去年の10月。いつも何かやりたいなと思って、ずっと(新聞や広報など)見てたけど、大体いつも主人がいるから出られないと思ってたら、たまたま体験コースというのがあって、その日が全部、主人がショートステイの日だったんですよ、偶然。3日間もそんなこと、めったにない。今までは。

(Oさん)

野鳥の観察会でも、「1人だしな」とか思わずに、とりあえず違うところ出してみようと思うと、自分の気持ちの中で、ちょっと変わるのかなって。自分である程度(精神衛生)コントロールしていかなきゃいけないところがありますよね。

(Oさん)

自分も必ず家にいても、化粧はするようにしてるんですよ。自分はお化粧もすっぴんだと思うと、出るのも行きたくなくなりますよね。「ま、いっか」とか思っちゃうけど、朝ちゃんとしてれば、そのままどこでも思いついたら行かれるから。

(Oさん)

また、家族介護者は、介護と自分のための活動が両立し継続できるように経済面も見直していた。

大体ここ何年間の生活ベースというのを、それまでは井勘定だったけど、このベースならとりあえず10年はいけるのかなってこういう感じでやっていけるのかなっていうところまで考えてはいた。

(Nさん)

〈介護環境から離れ自分の生活を楽しむ〉とは、家族介護者が、介護環境から離れて、自分

の生活や人生のための活動を行い、楽しむことである。

介護者は、介護の限界を自覚してから、介護ストレスを溜めないよう自分の健康管理に心がけていた。短い時間であっても、要介護者がショートステイのために不在であっても、庭いじりや草取り、絵を描くなど、要介護者のベッドのある空間から離れること、そして、何かに集中して介護を忘れ心理的に介護から離れることが、自分のための健康の活動として大切であることを語った。

それをどういう形でリセットするかというのは、手近なところで雑草取りとか、車を洗うとか、無心になれること。ずっと同じ環境にい続けてしまうと、切りかえができないというか、オンのままになってしまうので、だめですね。夢中になれるというか、母のことが頭からぼっと抜ける。抜けないと回復しないですよ。(Yさん)

毎日行くもんだから野菜もたまったもんじゃないですよ。それこそその間に大きくならんやいかんもんだから。(笑)それがもうとにかく私の健康法ですね。病人ばっかし見ておったらきつとおそらく自分にも神経がおかしくなっちゃうと思いますけどね。(Fさん)

おじが亡くなって、一人で汽車に乗って山形まで行くことになって、誰も声をかけないし、景色は変わるし、そうしたら、お葬式なのに、何かすごく元気になってしまった。もうすっかりリセットされて、元気に帰ってきた。行ってくること自体は疲れることなんだけれども、精神的にはよかった。だから、(介護から離れること)気がついた、違う場所にね。(Yさん)

苦渋の末、仕事をやめ介護者となった介護者は、仕事で培った能力を活かせる機会を得て介護者でない本来の自分でいられる場と時間を得た喜びを語った。

学校があって今度そこで講演会をやるんですけど来ませんかとお誘いいただいて行ったら…後日、遊びに来ませんかと言われて行ったら講師をお願いできないかと言われて、ある意味、気分転換という気持ちもあって…少し自分でいられる時間ができるかなとも思って。(Mさん)

そして、ある家族介護者は自分の楽しみの活動として、活動を再開し、活動の楽しさと

ともに自己の発見や成長が次の活動への挑戦になっていた。また、介護者は、自分の楽しみのための活動の再開によって、介護以前の自分のライフスタイルに少し戻れたことに満足感を得ていた。

仮名書道は20年やっていました。これじゃいけないと思って。むしろ自分が外へ出ないとだめだなと思って、それでまた3年目ぐらいのときね。(再始した)日本画もやりたくて、この人が倒れる前に、日本画を少し半年ぐらいやって、倒れてからだめになったから、それで、SBSとかNHKのカルチャーを見ていて、曜日が合わないわけ。探したんです。デイへ行っている間に。もう一つ行ってみよう。(Nさん)

全部忘れまじ、町なかへ出ていきますし、来る人たちも、皆さんそれぞれ元気だし、年上の人、80、90歳の人たちも元気に通ってきているから、見習うことがいっぱいあるからね。(Nさん)

〈介護環境から離れ自分の生活を楽しむ〉は、要介護者への気兼ねなく自分のために楽しむことである。それは要介護者と「ともにある」関係による互いへの尊重が基盤になれば自分のために楽しむことはできない。〈介護環境から離れ自身の生活を楽しむ〉ことによって、介護者は、解放感や満足感、そして、自己の発見や成長を感じていた。それは、介護者が主体的に調整を行い、健康を改善し健康を獲得したといえる。

〈要介護者の生活に合わせた介護を行う〉とは、介護者が、要介護者の思いと生活を尊重した介護を行う状態である。

そのために、要介護者の満足の高い介護をするために、介護者は、介護を他者に委ねることを受け入れる。他者に委ねることを受け入れることや要介護者の状態やペースに合わせる介護は、要介護者の生活を尊重することにつながる。

うちで見るということは変わらず、母の気持ちは私にしかわからないから、うちで見るのが一番ということがあったので、自分がちょっとつらくても続けましたけれども、続けるのは、介護保険制度を使わないと自分が無理というのが徐々にわかってきたので、お願いしても気持ち的に苦しくなるということだんだん薄れてはきました。(Yさん)

介護の始めでは、介護者は、目前の介護に追われ介護行為に埋没していたが、要介護者を共同者と捉えることで介護者の介護のしかたは変化した。介護者は、要介護者のペースを見計らいながら介護を進め、要介護者の主体性を尊重する介護を行っていた。他者に委ねることを認めたり、要介護者のペースに合わせる介護は、介護者の介護負担の軽減につながり、それは介護者の生活を尊重することでもあった。

以下は、要介護者の状態をよく見ながら要介護者の主体性を尊重して介護していることがわかる語りである。

おむつ交換したり、着がえをして、車椅子に移すという感じですね。それで、薬が効いてくるまでにかなり時間がかかるもんですから、様子を見ながら、そのままちょっと見てます。その日によっていろいろなんですけど、自分（要介護者）で何かちょっと動きがあったり、テレビのリモコン、ちょっとしたりとかすると、オンになったかなと思って、（私は）食事を介助するという感じですかね。

（Oさん）

介護者は、介護以前の要介護者の人柄を思い出しながら、介護の場の雰囲気をもくし、要介護者が気持ちよくケアに参加できるよう配慮するなど、要介護者と介護者が互いに朗らかな気持ちでいられることを大切にしていた。それは介護者の互いの存在を尊重することによる行為であった。

（失語症のため）すごい社交的だったから。おしゃべりが好きな人だった。だから看護婦さんと来ると、ずっとしゃべっていると、ちょっとうるさい？という、うるさいって。（笑）そういう中でものすごいぎやかでいつもやっていますので。だからリハビリの方が来てもナースさんが来ても、大体（要介護者のケア時に介護者がそばに）ついてますね。もうずっとついて（おしゃべりして楽しくする）。

（Tさん）

看病しながらも「じいじ、今日は何々あっただよ」もう話をするんですよ。で、動かん手でも「じいじ、握手しようか」って手を握ってね、リハビリとコミュニケーションをとるためにいいかなと思って、そういうのを毎日何回かやっちゃね、ときどき笑い顔見せるときがあるんですよ。何でそんな笑うの、笑わんどいて」って言っちゃね、いろいろ話をしてやるんですよ。

（Fさん）

<要介護者との生活を楽しむ>とは、介護者が、生活そのものの楽しみを要介護者と共有する状態である。

介護者は、要介護者の病気の回復や機能の向上だけを目指して介護するのではなかった。介護者は、要介護者が、家族員として回復し家族の生活に参加できるように、家族としての行事と一緒に楽しみ、地域の行事への参加を目標として要介護者と生活の楽しむのであった。

次は家族介護者が生活の場を活かし、要介護者とともに生活を楽しむことを通し家族としての回復を願い介護していることが語られた。

それとちよつと秋なんかもお天気がいいと（障がい者使用の自家用車で）ガーデンパークへ連れて行ってやりたいからという、次男も呼んで一緒に行ってみたり。雨戸を出す音がすると何となく目があくという感じがするんですね、やっぱり。そういう中で、普通の日常生活のことが少しずつ頭によみがえってくるんじゃないかなって思うんですけどね。（Tさん）

春が楽しみでね。主人とも「お父さん、お花見にみんなと行くからね、歩けるように頑張らないとね」とか言っているんですけどもね。（Qさん）

家族介護者は、体験してきた活動を要介護者に伝え、要介護者と楽しいひと時を持つとともに、その喜びを次の介護者の活動の動機としていた。

毎日コンサートしてるんですよ、聞いてもらうというところがね。成果を聞いてもらう。このごろは、ショート行くときも「オカリナのCD入れて」とかって言うから。（夫は）音楽は好きなんで、とにかくいつも音楽かけてるんで、いるときは。私が10月に始めたら、娘は11月からギターを始めて。（笑）去年のクリスマスは、クリスマスソングと一緒に弾いたんですね。（Oさん）

家族介護者は、要介護者が社会と接点をもてるように周囲への働きかけていた。

デイサービスに時々行くのもね。必要だね。お任せしちゃったらいかんと思うよ、こんにちは、お世話になってますねっていうことでみんなの顔見ると、あー、こんにちは、こんにちはって、みんな知らない衆も手を振ってくれてね。朝も迎えに来たときにね、行ってらっしゃい

ねって手を振るとね、全然関係ないおじいちゃんもおばあちゃんもみんな手を振ってくれるのね。やっぱり気持ちでね、1日楽しくいてくれるというのは安いもんだね。(Dさん)

介護者は、活動性の低い要介護者の生活や社会を広げるために、孫や親戚と接する機会を大切にし、介護者も身なりに気を使い、一社会人として要介護者の前に立つように配慮していた。

孫は、もう中学生とか女の子でなかなか病院についてこなくなってきた、そういう中で退院してきたら、必ず行ってきますって、帰ってただいまって顔を出していくということが、ああ、よかったかなと思って。だからなるべくげっそりとか、やつれた顔を見せるとやっぱり本人はわかると思うので、またなるべく派手にして。(笑) (Tさん)

孫が、主人がトイレなんか行くと、よく3歳の孫がそこんそこ行って、「おじいちゃん、オーライ。オーライ」とかね。居眠りしていれば「おじいちゃん、寝ちゃ駄目」とか、「よだれ垂れてる。はい。ティッシュ」とかしてね。子どもの声って聞き取りいいんじゃないですか。それがかなり刺激になったんだと思うんですよ。(Qさん)

このような介護者の意図した関わりによって、要介護者との生活に変化が生まれ、介護者と要介護者がともに生活の楽しみやゆとりを感じるようになっていた。

家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階とは(図-4;上図)、要介護者を《介護に協力する共同者と捉え》、介護において対等な関係をつくるために、要介護者と調整をし合う。一方、ともにある関係は、互いに別個の人格を持った一人の人間として存在により成り立つことから、《互いの存在を尊重した生活をつくる》。そのために、介護者は〈要介護者の生活に合わせた介護〉〈要介護者との生活を楽しむ〉ことと、自分自身の生活や人生のために〈自分の時間をつくり出〉、〈介護から離れ自身の生活を楽しむ〉。

このような「ともにある関係」による互いの存在が尊重され互いの生活を楽しむを通して、介護者と要介護者との生活は、介護の生活から二人の家族生活に立て直しされる。

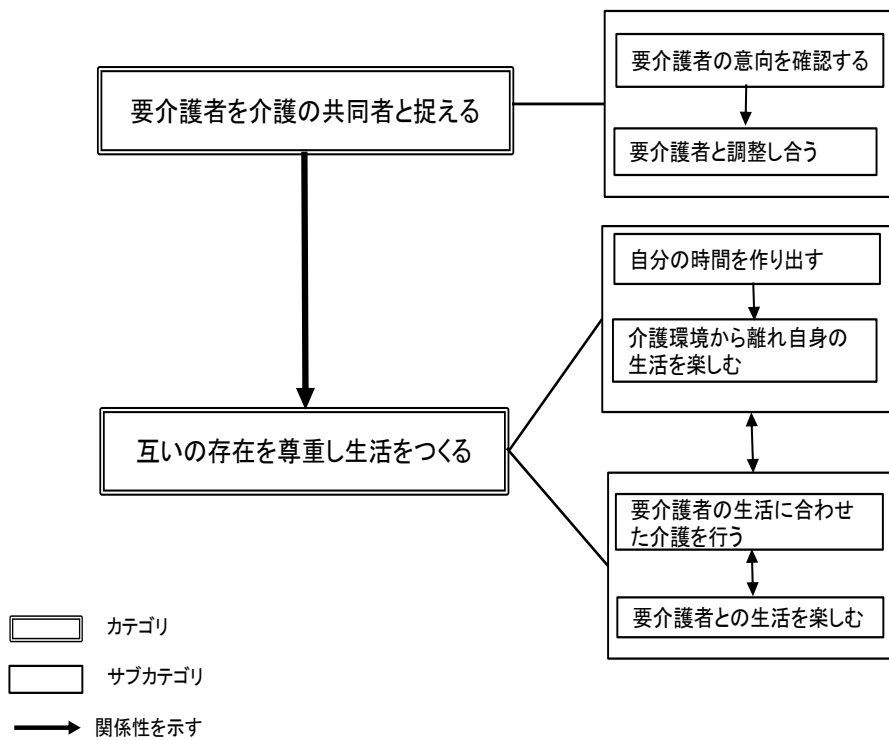


図-4 [3段階] 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直す段階

第5部 「4段階」 家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階

家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階とは、3段階までの「家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を再構築する」プロセスの帰結の段階である。介護という問題を抱えた生活ではなく、以前の家族の生活のような穏やかな日常の営みの継続を示すものであり、これまで様々な介護の困難を経てきた介護者だからこそ、このような生活を続けられるという確信のある状態である。

1) 《穏やかな生活の継続を確信する》

表-12 穏やかな生活の継続を確信する

カテゴリー	サブカテゴリー
穏やかな生活の継続を確信する	介護が家事の1つとなる生活を得る その時を覚悟し今を生きる

《穏やかな生活の継続を確信する》とは、要介護者とともにある関係により生活を立て直し、介護が安定し〈介護が家事の1つとなる生活を得〉ながらも、今後、要介護者の状態の悪化や最期の別れという〈その時を覚悟し今を生きる〉状態である（表-12）。

〈介護が家事の1つになる生活を得る〉とは、要介護者とともにある関係により介護から、1日の生活時間の中で介護がスムーズに行われ、互いの生活に支障がない状態である。介護者は、これまでの様々な困難を経て、今を“普通の生活”と表現し、要介護者との生活が、雰囲気として介護以前の関係性や家族生活にたどり着いたことに満足していた。

今はもうほんとうに何ていうの、ほんとうに日常、普通の生活を送れているなという感じがしています。もう私のやることが使命というか仕事だと思って。家事の1つのようなもの。何かすごくがむしゃらにやってきたときもあったし、もちろん山もあったし谷もあったし、いろいろなことがあって、で、ちょっと何かどこかに到達するべきところに到達したなという気持ち、何となくそんな感じがあるので。 (Tさん)

家族介護者は、生活を楽しむゆとりのある毎日に幸福感や満足感を得ていた。要介護者に庭のお花をとってきたり、野菜をみせてあげるなどの小さな出来事が要介護者との生活の豊かさであり、求めていた日常であると介護者は認識していた。介護者は、自分が生活を楽しむ姿は、要介護者の申し訳ない気持ちを楽にさせると認識していた。

私が好きなことをしてるなって思えば、主人も、申しわけないなという気持ちもきつとなくなるなっていう感じも思った。だから、結構楽しそうにしているというか、自分も楽しいんですけど。で、お花をとってきたりとか、庭のお花を摘んでとか、野菜でこんなにできたよとかって、とれた野菜を見せてあげたりとか、そういうことが楽しみ。最近そういうふうな気持ちになれるという、余裕なんですかね。ゆとりなんですかね、多分。自分の気持ちの中にゆとりがあるから、反対にそういうゆとりがもらえて、今は幸せだなって思うんですよ (Oさん)

〈その時を覚悟し今を生きる〉とは、介護者はこれまでの介護生活から、家族としての成長を感じつつも、今後、要介護者の状態が悪くなることも承知している。しかし、これまでのことから、その時を乗り越えられると信じて今を大切に思う状態である。

家族介護者は、要介護者の病状の急変、機能低下があることを理解しており今の穏やかな日常に限りがあることを覚悟していた。その時の悲しみや不安はあっても、これまで要介護者とともに何度も苦境を乗り越えてきた力を信じて、これまで共に行ってきた介護の満足から、その時を後悔しないという確信を持っていた。それが、家族介護者の覚悟であった。

だんだん自分も衰えていくので、できることも少なくなってくるかもしれないですけど。でも、それでも何かお互いにお互いがいることが普通というか、当たり前存在しているということが、何かどんな状況であってもね。それが一番大事なかなと思います。 (Mさん)

今日1日が元気に過ごせればいい。楽しみも見つけて。だって、過去を振り返ったって、戻ってこないじゃないですか。今から先のことだけ考えて。同じようなことがあったら、あのときはこうだったから、今度はこうしようと思うだけ。 (Nさん)

私が主人の介護をすることによってようやくちゃんと夫婦になれた。東京で二十何年間の私がしてきたことというのは全て主人が起点で始まっていること、だから私も頑張ったし、彼も頑張ったから。(いつ何があっても) 覚悟しているし、後悔はしない。(Mさん)

介護者は、要介護者との介護を意味づけ、そこから生き方を学んだという語りである。

私はやっぱり、今は主人に何かやってあげることで、私の生きがいになっているという。多分そうなんです。これが自分の好きなことだけやっていたら楽しくないですね。だから、せめて主人のためにやってあげていることが、結局自分のためになっているということに気づいた。

(Oさん)

この人が倒れなかったら、いろいろなことを知りませんもん。今日が楽しけりゃ、それでいいじゃないですか。何でもありがとうと言う。今日1日、無事過ごせてありがとうねって言って、で、(要介護者に) お休みって言って寝るの。それで、朝起きて、今日も無事、起きれたって言って、今日も1日、楽しいこうと思って。(Nさん)

家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階とは(図-4; 下図)、「家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を再構築する」プロセスの帰結の段階である。

介護者は、要介護者とともにある関係をつくり、互いの存在を尊重した生活をつくることによって、要介護者との生活に、穏やかな生活という安寧が得られた。このプロセスによって、家族は、介護という問題を持つ家族ではなく”普通の生活”の家族になった。介護家族にとって、生活の再構築とは、新しい生活になることではない。ともにある関係の認識によって、介護者も要介護者も、一人の別個の人格をもつものとして自身の生活を楽しみ、介護以前の二人の関わりやライフスタイルを感じる以前の生活なのである。

そして、ともにある関係によって、介護のある家族は穏やかな生活として安寧を得ることができた。そして、これまで様々な介護の困難を乗り越え、要介護者とともにある関係から、介護者は、今の穏やかな生活を続けられる確信をもち、また、これから訪れる要介護者との別れの時についても“後悔はしない”という覚悟をもち、今の要介護者との「ともにある関係」を楽しみ、大切にしていた。

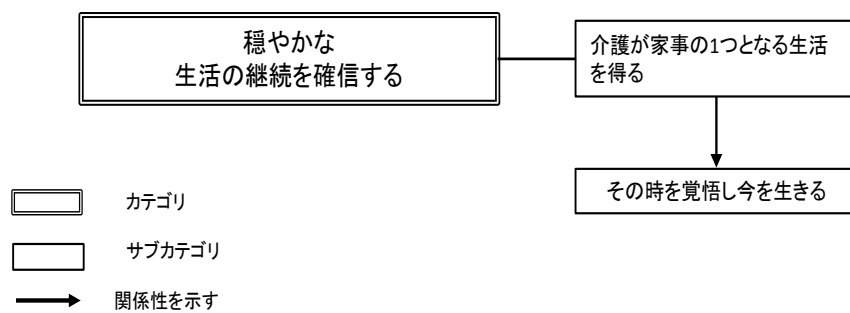


図-5 [4段階] 家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階

第 6 部 家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス

家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を再構築するプロセスとは、家族介護者が、介護において「要介護者とともにある関係」に気づき、それに基づいて介護生活をつくり直すという、「要介護者との関係性」についての介護者の認識の変化とそれに基づく介護生活を再構築するプロセスであった。家族介護者は、介護によって健康を害し介護の限界にあって、要介護者や専門職の対応から、自分に期待されていることを再認識し自己を意識する。そして、要介護者の言動を介護者への能動的な関わりと解釈することで共同的な介護を行い、また、共同者として互いに尊重し合う存在として認識し、介護者は自身の生活を楽しむ活動を行い、要介護者との生活に満足と安寧をもたらした。家族介護者の要介護者と「ともにある関係」としての認識の変化は、介護を共同という相互行為に変え、「ともにある関係」の基盤にある互いの尊重が、介護者自身の生活のための活動と要介護者との生活をつくり出すという変化をもたらした。

この家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセスは、家族介護者と要介護者の関係性の認識の変化に基づき、4つの段階を経ていた。

1段階は“家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階”、2段階は“家族介護者が要介護者との相互関係に気づく段階”そして3段階は“家族介護者と要介護者がともにある関係をつくり生活を立て直す段階”そして、4段階は、このプロセスの帰結として“家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階”から記述された(図-2)。

以下、カテゴリー《 》、サブカテゴリー〈 〉で示す。

第1段階の“家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階”は、要介護者と家族介護者の二人関係のなかで、家族介護者が〈一人で介護する決意〉し介護に臨むが〈他者に任せられない〉、要介護者に代わり〈一人で介護と生活を担い〉《一人介護に奮闘する》が、〈一人介護に振り回され〉主体性を失い、ただ目の前の介護をすることに追われていた状態であった。そして否定的な感情や体力の限界を自覚し、または〈他者に指摘されて〉《介護の限界にある自分に気づく》。

第2段階の“家族介護者が要介護者との相互関係に気づく段階”では、《介護の限界にある自分に気づく》介護者は、介護の交代がない現実を再認識し《自分の取り組みを見直す》。自分を見直すことから自己を取り戻し、自己を意識した介護者は、要介護者の言動を《要介

護者の介護者への気遣い》や介護の《要介護者の能動的な関わり》として解釈することで、要介護者の存在を認識し、要介護者との相互の関係に気づく。

3段階の“家族介護者と要介護者がともにある関係をつくり生活を立て直す段階”において、互いの存在を認識した家族介護者は、〈要介護者の意向を確認〉し〈要介護者と調整し合う〉ことを通し《要介護者を介護の共同者と捉える》。《要介護者を介護の共同者と捉える》ことは、互いが別個の人格を持った存在として認識することを意味することから、《互いの存在を尊重した生活をつくる》。介護者が〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉〈要介護者との生活を楽しむ〉それだけでなく、介護者は〈自分の時間をつくり出〉し、〈介護から離れ自身の生活を楽しむ〉ことができるようになる。このように介護者は、要介護者と「ともにある存在」として認識し、二人の生活を立て直していく。

そして、介護者は、3段階の《互いの存在を尊重した生活をつくる》から、4段階の“家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階”において、介護者は〈介護が家事の1つとなる生活を得る〉生活の安寧を得るとともに要介護者との限りある〈その時を覚悟し今を生き〉つつ《穏やかな生活の継続を確信する》。

家族介護者が介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を再構築するプロセスにおいて、介護者の要介護者とともにある存在として認識の変化から、互いの生活を楽しむ行為を生み、健康な生活を獲得していった。

以上のように、家族介護者が、介護と自分のための行動を調整し健康を改善するプロセスは、家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を再構築するプロセスとして示すことができた。

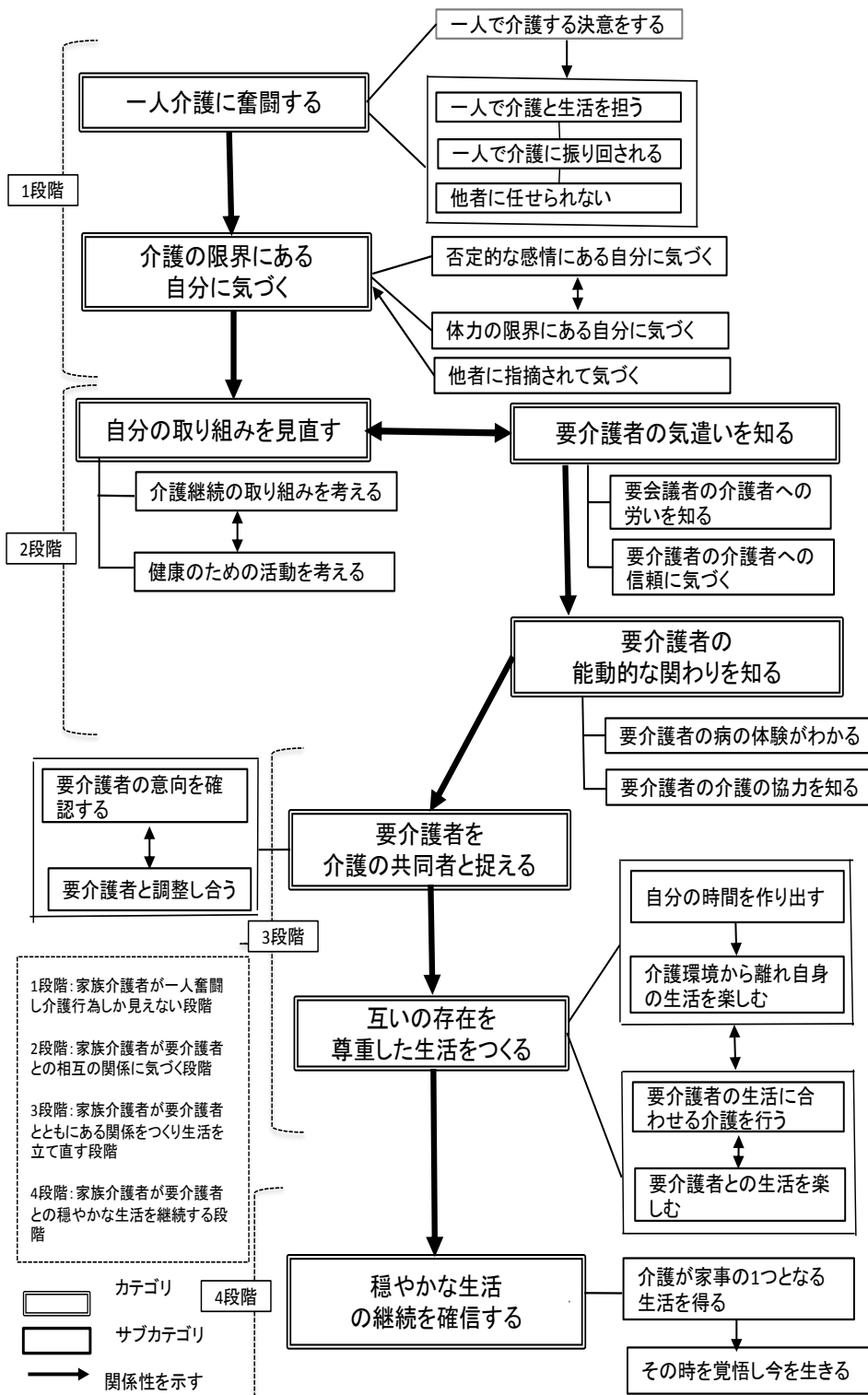


図-6 家族介護者が要介護者とともにある関係をつくり生活を再構築するプロセス

第VI章 考察

本研究は、シンボリック相互作用論を理論的前提として、家族介護者が介護者を自宅で介護することによって健康を害してから、いかに介護と自分のための行動を調整し健康を改善するのか、そのプロセス（ヘルスプロモーションの構造）を記述することを目的に行った。

その結果、家族介護者が介護しながらの生活の中で自分のための行動を調整し、自らの健康を改善するプロセスとは、家族介護者が介護において、「要介護者とともにある関係性」に気づき、それに基づいて生活をつくりなおすプロセスとして記述することができた。

本章では、このプロセスの中心としての介護における「ともにある」関係の考察を中心にⅠ. 前提としての要介護者との相互関係、Ⅱ. 要介護者と「ともにある」関係、Ⅲ. 要介護者と「ともにある」関係と健康、Ⅳ. 看護への示唆、Ⅴ. 本研究の限界と今後の課題について述べる。

Ⅰ. 前提としての要介護者との相互関係

1) 自分の取り組みを見直すことの意味

本研究の参加者である家族介護は、要介護者以外の同居家族がいても、その者には頼らず介護保険サービス（以下サービス）を利用しながら、要介護者と家族介護者の二人の間で介護を行っていた。また本研究の参加者の6割が配偶者間介護であった。家族介護者は介護に対する強い動機と介護者になる決意を介護者一人で決めていたことが特徴としてあった。

これらのことから、本研究で扱った家族介護者は、介護者自身の介護役割の使命感や責任感が強いことが推測される。それでもなお、一人で介護と生活も担うという重責と慣れない介護から、ついには健康を害し《介護の限界にある自分に気づく》状況に至った。しかしその経験から自らの健康を取り戻すために、家族介護者は、介護の代わりがない現実や介護の継続への責任を再認識し、介護の継続のために《自分の取り組みを見直し》た。介護者の取り組みの見直しの一つは、介護者の介護のしかたと生活についてであり、もう一つは、介護者自身の健康の回復と維持のための健康の活動を考えることであった。介護者の介護と

生活を見直しは、介護の到達目標を下げ、介護の継続を優先基準としてサービス利用を認めたり、また反対に、経済性を検討し、家族介護者からみて要介護者と介護者にとって効果が少ないサービスの利用はやめることや自らの就労形態を見直すなど生活全般の見直しであった。一方、健康のための活動は、介護者は疲労したら要介護者の横で休むことや介護と農作業の労力配分を考えるなど自分の健康を考慮するようになり、要介護者がデイサービスの不在の時に、ウォーキングやトレーニングジムに通う計画など介護者は自らの健康に関心をもち、介護との調整をはじめていった。このように、介護者は自分の置かれている状況を認識したことから、介護者として期待される役割である介護の継続のために、介護者が主体的に介護と生活を見直すとともに、自らの健康への取り組みをも可能にすることができた。このようなことから、介護者という新たな役割取得を期待される状況では自己を見失う状況に陥りやすい。自己を認識するが主体的な行為となることから、介護者の自己や介護への認識を注視していくことが必要である。

家族介護者が一人で介護を担う決意は、介護者としての自己イメージを高め、それが現実の介護との間に乖離を生み、介護者の自己意識は揺らぎ次第に主体性を失い、介護者は自己を対象化できない状況であったと考えられる。自己を見失った介護者は、体力気力の減弱の自覚や否定的感情を要介護者に表出してしまった介護の限界に、対処しなければならないことを認識したことによって自己を対象化できたと考えられる。

介護者の介護認識のプロセスに関する先行研究においても、初期の介護の段階で「混乱・否定・戸惑い」を経験（布元，2010）していた。《心身のしんどさ》や《自分の時間の縮小》など介護者自身の自覚から《心理的拘束の引き下げ》や《介護のペースを掴む》（大宮，2011）などの対処を行っていた。人は、自我（自己意識）を持つことによって自分自身との相互作用を行うことができ自分に向かって行為することができる（ブルーマー，p79）ことから、先行研究や本研究と同様に、介護自身の状況の自覚を通して、《自分の取り組みの見直す》行為は、自己を対象化したと捉えることができる。介護者が《自分の取り組みを見直す》ことは、介護者が自己意識をもち、主体的な行為を生み出すことにつながる。

そして、自己意識は他者の役割期待としての評価をについて想像を通じて形成されることから、介護者の《自分の取り組みを見直す》行為は、他者としての要介護者の存在の認識を可能にすることである。それは《要介護者の介護者の気遣いを知る》や《要介護者の能動的な関わりを知る》から要介護者の存在を認識したと捉えることができる。

山本（1995）のいう家族介護者の介護量の引き下げの意思決定のプロセスでは、介護者の

介護量の引き下げは、「外部資源の利用可能性」、「介護者の家族内権力レベル」、「自己の限界の認可可能性」の3項目を介護者が注意深く検討することによって介護量を引き下げていると説明する。ここでの「自己の限界の認可可能性」は、本研究で見出した介護者の介護到達目標と捉えることができる。介護者が介護量を引き下げるには、必要な外部資源が利用可能で、他の家族と介護量の引き下げの交渉ができ、自分の限界を自分自身で認可できた時のみ可能であった。山本の介護者の介護量引き下げの項目と本研究の家族介護者の見直しを照らし合わせると、本研究の家族介護者は、「外部資源の利用可能性」や他家族の介護分担となる「介護者の家族内権力レベル」は選択しない傾向があった。そのため、「自己の限界の認可可能性」として介護者は自分の介護の到達目標を下げることを選択した。むしろ、介護の到達目標を下げる選択しか現状の介護を乗り越える方略がなかったともいえる。家族介護者が介護の到達目標を下げることは、専門職の助言や介護者自身が試行錯誤の末に導いた対応であった。一人で介護する状況は、家族介護者にとってどこまでやればよいか、これでよいのかという自分の介護について相対化しにくい状況にある。そのため、やり過ぎに気がつかないことが多い。特に、本研究の対象者のうち家族介護者が、要介護者の子の場合は、介護者としての責任が強いことから、他者に任せることやサービスの利用は、家族介護者の介護の到達目標を下げることになり、そこに葛藤を生じていた。このように、家族介護力不足している家族は一律に外部資源のニーズがあるのではなく、家族介護者の介護の認識によって支援のニーズは様々であることがわかった。

2) 要介護者との相互の関係に気づくことの意味

介護者が介護の到達目標を下げる見直しに続いて、家族介護者は要介護者との関係性が変化することを経験した。それは、孤独であることからともにあることへの変化であった。この変化について以下に説明する。

介護の限界の自覚から自己を対象化した家族介護者は、要介護者の存在に気づく。家族介護者が、要介護者と「ともにある」関係の認識は、要介護者との相互の関係に気づくことからだった。家族介護者は〈要介護者の介護者への労いを知る〉、〈要介護者の介護者の信頼に気づく〉、〈要介護者の能動的な関わりを知る〉から要介護者を相互に関係する対象として捉えていった。

介護者は、要介護者が介護者の負担軽減のためにサービスを利用していることや介護は

手加減してよいという要介護者の言葉を思い出し、また介護者の不安に対して気丈に応える要介護者の対応を、要介護者の介護者への労いとして捉えた。また、要介護者が治療や療養方針について介護者の提案に同意することや施設とは違う穏やかな表情を介護者に見せることを介護者への信頼と捉えた。このような要介護者の介護者への労いや信頼を、自分を自分への気遣いと捉え、要介護者のためのサービスを見直し、一人で頑張ろうとする介護の到達目標を「七割できればいい」、「余分なことはしない」など引き下げ、それによってサービスの利用を受け入れることが可能になった。介護の到達目標は、実際に家族介護者が行う介護行為の質や介護行為の量を下げることではない。家族介護者が考える介護の到達目標を下げることでありそれは、一人で取り組むことの重責感の軽減になっていた。

また、介護者は、健康を害した経験から要介護者の病の体験を理解し、病状や障害が重い状態にある要介護者の病状が安定していることやレスパイトケアを了承することを要介護者の介護への協力として解釈し、これによって介護者は、《要介護者を介護の共同者と捉え》、要介護者の意向と調整し合うなどの介護行為を修正していくのである。

このように、家族介護者は、言語障害や認知機能障害がある要介護者であっても、その言葉や表情、あるいは要介護者が元気だった頃の思い出や人柄を、空間的かつ時間的に拡大してき、自らが置かれている立場に引き寄せてその意味を解釈し、新たな関係として受け入れていた。それによって、介護者は、孤独な介護生活から、要介護者を相互に関係する対象として認識し、さらに、介護の対等な関係をもつ共同者として捉えることが可能になり、要介護者との調整し合う介護の相互行為につながったと考える。

II. 要介護者と「ともにある」関係

1) 介護の共同者としての対等な関係

要介護者と「ともにある」関係の1は、要介護者を介護の共同者と捉える対等な関係である。介護者の《要介護者を介護の共同者と捉える》は、介護者が介護において積極的な役割形成 (role making) を展開し、要介護者との相互の関係において既存の役割期待を超えた新しい人間行為を生み出す役割変容「役割変容 (role change)」を生じたと考えられる。

要介護者を介護の共同者とする対等な関係として、介護者は、要介護者と共に介護に臨むことの表明や要介護者の意向を代弁し介護行為やケアプランを調整し合うことを行っている。

た。そこでは介護者は、介護の対等な関係にある要介護者の立場に立ち、要介護者の意向を推測し解釈して引き出し、介護者の意向と調整を行っていた。要介護者と調整した内容は、日々の日常的なケアからケアプランまでと幅広かった。要介護者との調整は、ケアプランなどのスケジュールの調整は互いに了承が得やすかったが、日々の日常的な介護の場面では、互いの調整に困難がみられた。家族介護者は、要介護者の排泄介助に対して調整ができず、むしろ調整するという考えも介護者にはなく、葛藤や疲労を生じていた。それに対して専門職による具体的な助言が二人の調整を可能にし、家族介護者は、そのことから要介護者との共同的な介護を考えるようになった。

2) 互いの存在や生活を尊重する関係

「ともにある」関係における介護者と要介護者の互いの尊重は、介護から生活へと広がる。「ともにある」関係は、互いの存在や生活を尊重する関係でもある。それは、互いがそれぞれに楽しみのある生活をつくり出すという能動的で生成的、発展的な関係である。

互いの存在や生活を尊重する関係において、介護者は〈自分の時間をつくり出し〉〈介護環境から離れ自身の生活を楽しむ〉とともに、要介護者に対しても〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉〈要介護者との生活を楽しむ〉という生活をつくる行為を生み出していた。

家族介護者は、介護のなかで〈自分の時間をつくり出し〉ために、必要なサービスのみを自ら判断して利用し、段取りよく介護を行い、自分の時間を捻出していた。また、いつでも外出できる身支度をするなど介護者は能動的に主体的に介護環境から離れる活動を行っていた。しかし、そのような介護者でも当初は、要介護者が不在で介護の必要がなくても、要介護者への気がかりや罪責感が生じ、精神的に介護から離れることができなかった。しかし、介護において要介護者の介護者への関わりを認識することで《要介護者を介護の共同者と捉え》、互いの意向の表明や調整をする共同者としての対等な介護の関わりから、互いへの信頼や尊重が生じると考える。

介護者は、自分の〈介護環境から離れ自身の生活を楽しむ〉活動を要介護者の介護者への尊重や信頼によって承認されていると捉えていた。また、要介護者に合わせた介護をすることや介護から離れた活動で得た楽しみを要介護者と共有し、家族や地域の行事への参加など生活者としての関わりを要介護者への尊重として、また要介護者の介護者への信頼として要介護者は捉えるだろうと介護者は認識していた。このような「ともにある」関係の介護

の相互行為から生じる互いへの尊重と信頼によって、精神的、物理的に介護から離れて自分のための生活を楽しむことはできるのである。

横山(2014)は、自分らしい生き方を支える要因として【育っていく自分を自覚】と【自分流の介護の獲得】をあげ、【自分流の介護の獲得】に介護者としての距離感、心休まる自分の場所、隙間の有効活用をあげている。本研究では、介護者が自ら楽しむ活動を可能にするのは、介護者の認識である距離感ではなく、物理的に精神的に介護環境から離れることが必要であり、それによって介護者が自ら生活を楽しむ活動を行い、かつさらに活動を継続していく能動的な面もみられた。さらに介護者の自分の楽しみを要介護者と共有することなど先行研究とは異なる知見であった。

介護者の存在と生活を尊重することについて、社会の個人化の進行を反映し、個としての高齢者の視点を重視する高齢期家族学(安達, p20)や個人のライフスタイルと介護の調和としての「介護ライフスタイル」(春日井, 2009)においても、介護者である個人の生活尊重の重要性が強調されている。さらに、配偶者間介護において「夫婦間系システムの閉鎖性」と「配偶者間介護における情緒的相克性」が関与し、個人のライフスタイルと調和した介護は進行しにくいと指摘し、介護関与者間には「緊密な一体化した関係性」ではなく「適度に距離をおいた関係性」の築く必要を述べている(春日井, 2009)。

また、互いの存在や生活を尊重する関係は、介護者が、要介護者の主体性を尊重した介護の実施として〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉、介護者が外で楽しんできたことを要介護者と共有し、家族としての〈要介護者との生活を楽しむ〉生活をつくり出していた。先行研究では介護者個人のその人らしい生活を支える要因など記述されているが、本研究においては、要介護者と「ともにある」関係にある互いの存在や生活を尊重する関係によって、介護者と要介護者それぞれの個人の生活の充実や満足とともに、介護者と要介護者が共同で生活をつくり出すことが示されたといえる。

Ⅲ. 要介護者と「ともにある」関係と健康

要介護者と「ともにある」関係は《互いの存在を尊重した生活をつくる》ことから、介護者は〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉〈要介護者との生活を楽しむ〉とともに、〈自分の時間をつくり出〉し、〈介護から離れ自分の生活を楽しむ〉ことができるようになってい

た。

介護者は介護のために健康を害し、介護の継続のための健康回復のための運動から始まり、要介護者の「ともにある」関係の形成によって、介護者自身の生活を楽しむ活動に広がっていった。介護者の健康活動は、自分の発見や成長を感じるものや仲間との交流や地域の貢献など自分らしさをつくり広げていく活動になっていた。しかも自らの介護を行いながら生活する方法を主体的な行動によって調整し、その結果、自らの健康感を獲得していた。そしてそのことは、要介護者の状態の安定にもつながっていくのである。

要介護者と「ともにある」関係は、健康を高めた介護者は、獲得した自分の楽しみを要介護者と共有し、要介護者に生活の楽しみを提供していた。また、要介護者が社会との接点となる生活リハビリとしても捉えていた。このように「ともにある」関係としての互いの存在と生活を尊重する関係は、家族介護者に要介護者との生活（環境）に主体的に働きかける力をもたらした。

要介護者と「ともにある」関係を築いた介護者は、自分が楽しく過ごすことは、介護を任せた他者に対する申し訳なさではなく、自分が自分らしい時間を過ごすことで明るくないことにつながり、それが要介護者に一人の人として尊重された介護として認識されると考えていた。介護者のよりよい健康は、要介護者との介護の関係をよりよい関係にするのである。

結果に記述しきれなかったが、家族介護者は今の平穏な生活に至るまで「アップダウンをたくさん超えて今ようやく行き着くところに来た」、「訳がわからないが涙が止まない夜がある」、長期になる介護の経済性を考え「これでいいと考える。振り返らない」と一人背負う介護の重みを語ったり、「(要介護者の最期があることを思い) ここまで来ることができたことを支えに一日を楽しむ」ことなどから、家族介護者は、要介護者と「ともにある」関係のプロセスは容易には経過していない。家族介護者が、要介護者の関係性の認識を変化させてきたように、介護者はこれまで遭遇してきた様々な介護の事柄を切り替え、思い切り苦しい対処を選択して「ともにある」関係に至っていることを強く認識していた。

要介護者と「ともにある」関係に基づく《互いの存在を尊重した生活をつくる》ことから、家族介護者は、〈要介護者との生活を楽しむ〉生活をつくり出していった。そして、介護が生活に組み込まれ〈介護が家事の1つとなる生活〉に平穏な日常やゆとり感や幸福感を感じていた。要介護者と「ともにある」関係は、家族介護者の主観的健康感を高めていた。家族介護者にとって、介護の生活から「普通の生活」としての平穏さが得られたことで生活の継

続の確信を得ていた。また、家族介護者は、要介護者の状態から最期が来ることを覚悟しながらもこれまでのともに乗り越えてきた経過からその時を覚悟していた。このような家族介護者は、アントノフスキーのどのようなストレスも対応可能な調和としての健康観(SOC; sense of coherence)を獲得しているといえるだろう。これらから、要介護者と「ともにある」関係は、《互いの存在を尊重した生活をつくる》り、家族介護者の健康の向上とともに家族にも健康としての安寧 (well-being) をもたらすものであった。

IV. 看護への示唆

1) 家族介護者と要介護者の関係性への支援

本研究は、介護によって健康を脅かされる介護者が自らの健康を改善するプロセスを記述することであった。その根底には、介護者の健康への支援サービスが少ない現状において、介護者自身が自身の健康や生活を高めることができる支援の必要があった。

本研究として見出された知見は、家族介護者が、介護において要介護者と「ともにある」関係に気づき、互いの存在や生活を尊重しつつ、介護の生活をつくり直すということであった。「要介護者との関係性」の介護者の認識は4つの段階に変化していた。このプロセスは要介護者と「ともにある」関係を通して、要介護者の介護や二人の生活を楽しむことを保証し、家族の生活に安寧をもたらした。そのため、介護者の要介護者との関係の認識の変化に着目する有用性が示唆された。

「ともにある関係」をつくる前提として2段階の要介護者と相互の関係に気づく段階において、家族介護者の要介護者との関係についての認識をアセスメントすることが重要になる。家族介護者の要介護者との社会的相互作用に基づく解釈によるため、家族介護者の介護や要介護者への思いや考えなどの語りから引き出しアセスメントすることが重要である。

また、介護者による要介護者の解釈は、これまでの要介護者との関係性やさらに家族の歴史や規範に結びつけ解釈されるため、個人ではなく家族を一つの纏まりとして対象アセスメントすることが重要である。また、要介護者との関係性の認識に変化を起こすために、看護師は、要介護者の介護者への思いや関わりを代弁し、介護者が要介護者の示すシンボルに気づくよう関わることも看護として意味があるのではないだろうか。

2) 要介護者が介護の共同者となるための支援

家族介護者は、要介護者の意向を確認することや要介護者と調整し合うことを通して介護者は、要介護者を介護の共同者として対等な関係を認識する。調整し合うことについて特に、日々のケアは要介護者の生理的ニードに依るところが多ことから、家族介護者はその介護の調整やコントロールは困難と捉えがちであるが、その毎回の互いの不満や負担の蓄積が介護負担につながる。このような日常のケアについて介護者と要介護者の不満や負担は、専門職にとっては見えにくいため、専門職は日々のケアにおいて調整が困難なケアを見出し、介護者と要介護者に対して、具体的に調整をする支援が必要であろう。

ケアの関係は容易に「ケアする・される」という非対称の権力関係になりやすい（上野，2008）。介護者と要介護者という二人関係の閉鎖的な場では、これまで要介護者の関係性を述べてきたように、家族介護者の要介護者の解釈に依ることになるため、第三者が要介護者の「ともにある」関係の調整の過程や内容を把握していくことも重要である。

3) 家族介護者の健康のための支援

介護者が自分の時間を楽しむことは、介護のある生活を続けるためには重要な要素の一つであるが、それは「家族の介護負担」という看護課題のレッテルをはり、その対応策として「レスパイト目的のショートステイ」といったサービス調整をするだけでは意味がない。家族介護者と要介護者の双方の関係性の中で、互いの存在を尊重し、信頼し合っているからこそ、要介護者にとっては嫌なサービスでも受け入れることができるし、介護者にとっては大変な介護ではあるが、自分が引き受けることの意味があることを自覚し、新たに介護する力を充てんすることにもつながるのである。したがって、介護する人とされる人の関係性を十分に理解したうえで、必要な支援体制の在り方を注意深く検討することが家族をささえるための重要な支援の視点となるのである。

介護者は、要介護者との「ともにある」関係から、介護者自身が楽しむことを可能にし、それが介護者に健康感をもたらした。介護者が介護者自身の生活を楽しむ活動の参加や実施は家族介護者の健康状態のアセスメントとして捉えることができる。関係性への支援のアウトカム指標の1つとしても考えることができる。

家族介護者の介護における健康課題は多くその実態を研究されてはいるが、介護者の健康や介護者個人の生活を尊重する支援についてはこれからという段階である。本研究より

見出された要介護者とともにある関係性が、家族介護者自身を主体的に、生活に楽しむことを可能にしたことから、家族介護者の介護の認識や要介護者との関係性を研究し家族介護者の健康や生活への支援を明らかにしていく必要がある。

本研究を通し、専門職で認識したことは、家族介護者が求める支援ニーズと専門職が認識している支援ニーズにズレがあることであった。家族介護者は、重い介護量を理由に支援を求めていることや経済的な理由からサービス利用を控える選択をしていることなど、家族介護者のニーズは専門職が必要と考えている支援とは異なりズレがある。専門職は、介護力が不足している家族や要介護者が重度であると、家族介護者の介護負担を予測しサービスの利用や介入を開始するが、そうではなく、家族介護者と要介護者の関係性がどの段階にあるかを見極めることから支援の糸口をつかむことで、この「ズレ」を小さくすることができるのではないかと考えた。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者の選定において、研究参加を依頼しやすい、介護に対して肯定的な姿勢を持った意欲的な参加者が選ばれた可能性が高い。研究の方法では、インタビューは会話できることが条件となるため、話をする時間をつくれる方が前提となり、その結果、介護に肯定的で情緒的に安定している研究参加者や自己への意識が高く、言語化できる方が選ばれた可能性が高いと考える。

このような研究参加者の特徴は、本研究の結果においても影響していると考えられる。参加者は介護のある生活が介入する以前から、既に自分たちのライフスタイルを有し、家族生活の中でうまく健康状態で生活していた家族像を代表している可能性がある。

本研究の参加者は、ほとんどが、介護から離れ自分の生活を楽しむ活動を行い、配偶者間介護では春日井（2009）とは異なる結果であり、研究参加者として健康な家族介護者の偏りがあったといえる。

しかし、ほとんどの配偶者間介護の家族介護者は、介護以前からそれぞれ主体的に趣味や運動などの社会的活動の習慣を有し個人のライフスタイルを獲得し、夫婦のなかでそれぞれのライフスタイルを尊重し合う生活をしてきた。そして介護者は、介護の「ともにある」関係がつけられると、以前の活動を再開し自らの生活を楽しむことが可能であった。介護における介護者自身の生活の獲得には、個人のライフスタイルのあり様が影響するといえる。今後、配偶者間の介護の増加が指摘されているなかで、介護力不足の家族の介護者が個人としての生活を楽しむことが可能な介護の視点はますます重要になるであろう。

「ほぼ在宅、ときどき入院」をスローガンとして地域包括ケアシステムの構築が急がれている。介護のある生活をしているそれぞれの家族が、どのようにしてその生活を続けていくことに立ち向かい、大変な中にも健康的な生き方を選択していくことができるのか、今後さらに家族の多様性に注目して、考察を深めていく必要がある。

第Ⅶ章 結 論

家族介護者は、介護のなかでどのように自らの健康のための活動を行い、穏やかな日常と生活の継続を創りだしているかを記述し、理論構築することを目的にシンボリック相互作用論を理論的前提に、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて理論化した。在宅の療養を始めてから、6ヶ月以上経った安定した療養生活にある家族介護者25名の研究参加を得た。半構成インタビュー法を用いて、介護経験と健康活動の語りを分析した結果、以下のことが記述できた。

1. 家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を構築するプロセスとは、家族介護者が、介護において要介護者と「ともにある」関係に気づき、それに基づいて介護生活をつくり直すという、「要介護者との関係性」についての介護者の認識の変化とそれに基づく介護生活を再構築するプロセスであった。
2. 家族介護者が、介護において要介護者とともにある関係をつくり、生活を構築するプロセスは、家族介護者と要介護者の関係性の認識の変化に基づき、4つの段階から構成された。
3. 1段階は“家族介護者が一人奮闘し介護行為しか見えない段階”、2段階は“家族介護者が要介護者との相互関係に気づく段階”そして3段階は“家族介護者と要介護者がともにある関係をつくり生活を立て直す段階”4段階は、このプロセスの帰結としての“家族介護者が要介護者との穏やかな生活を継続する段階”として記述された。
4. 介護者は、《要介護者の介護者への気遣い》や介護の中で《要介護者の能動的な関わりを知る》ことで、他者である要介護者の存在を認識し、介護において《要介護者を介護の共同者と捉え》、「ともにある」関係として、ともに介護に臨む認識を持つようになる。
5. 介護者が要介護者を「ともにある」関係と認識するということは、要介護者と介護者

は互いに別個の人格を持った一人の人間として捉えること、尊重することであり、介護者自身が自身の存在とその生活について認識することでもある。

6. 介護者は《互いの存在を尊重した生活をつくる》ことにおいて、〈要介護者の生活に合わせた介護を行い〉、〈要介護者との生活を楽しむ〉だけでなく、〈自分の時間をつくり出し〉、〈介護から離れ自身の生活を楽しむ〉という生活の立て直しを行っていた。
7. 要介護者とともにある関係と生活の立て直しによって、介護者は、穏やかな生活の継続を確信する。家族介護者は、要介護者とともにある関係をつくり生活を立て直すことから生活に安寧を得ることができた。
8. 家族介護者の介護における健康改善の看護実践の示唆として、家族介護者と要介護者の関係性に着目し、要介護者とともにある関係形成による介護者自身の生活を楽しむ活動の遂行を目標とする支援の必要が示された。さらに、家族介護者の要介護者との関係の認識の変化や家族介護者の生活を楽しむ活動の遂行は在宅ケアのアウトカム指標として位置づけられる可能性が示された。

謝辞

本研究の最後にあたり、研究参加者の皆様とともに調査にご協力くださった皆様に心より感謝申し上げます。研究参加者の皆様には、自分たちの経験が役に立てるならと介護の合間に時間を割いてくださいました。お訪ねしたお宅ではご家族の写真や可愛らしいお花などが飾られ穏やかな生活が推察されて感心したことを思い出します。お話しから、家族への愛情や家族を守る強さとやさしさ、そして、人として生きることの大切さなど、皆様から看護の本質や人としての生き方など実に多くのことを教えていただきました。このような皆様のご協力をいただきながら、研究の遂行に時間がかかってしまったことをお詫びするとともに、皆様のご協力に心から感謝いたします。

また、研究参加者の皆様を引き合わせ、調査の体制を調整いただき訪問看護ステーションの管理者、スタッフの皆様に厚くお礼申し上げます。研究参加者の皆様がこの研究に賛同くださったのも、皆様の日ごろの家族の立場に立った看護支援によるものと研究参加者を通して知ることができました。多忙な毎日でありながら、いつも教育や研究のために快く協力下さり、また、日頃の活動の問題意識を話し合う中で、多くの示唆をいただきこの研究の意義を確認することができました。

そして、指導教官の麻原きよみ教授には、計画性のない無謀な私を受け入れてくださり、ほんとうに辛抱強くご指導頂きました。麻原先生のご指導に応えられず、また研究参加者の真実を研究に十分にまとめ上げることができず大変申し訳なく思っております。しかし、麻原先生のご指導のおかげで研究を通して自分と対峙し、教員として、人として真摯に生きることを学びました。心から感謝申し上げます。伊藤和弘先生には、年末差し迫った時、体調が優れない時にもご指導頂きました。メールの“you can do it”に何度励まされたことでしょうか。混乱した研究の糸口を見出して頂き、また質的研究の要点を厳しくご指摘下さいました。山田雅子先生には、最後の最後までご指導いただきました。在宅看護の現象を多角的に捉える姿勢と多くの実践の知見からご助言を頂き考察を深めることができました。亀井智子先生には、研究の視点と一貫性、論理性など研究としての基本を厳しくご指摘いただき学ぶことができました。審査の先生方には、何度も審査の機会を頂き論文化のために沢山のご支援をいただきました。既に長いこと教員である私ですが、先生方の熱心なご指導を受けて、指導するとはどういうことかを深く学ぶことができました。この論文作成にあたり、支えて下さった方々、全ての皆様に感謝申し上げます。