

St. Luke's International University Repository

A Study on the Relationship Between a Patient at Home in Need of Family Support and his/her Caregiver/Family.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 今井, 裕美, 飯田, 澄美子, 松下, 和子, 村嶋, 幸代, 藤村, 真弓, 佐貫, 淳子, 花沢, 和枝, 日野原, 重明 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/199

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



在宅要介護老人をとりまく 介護者・家族関係に関する研究

今井裕美* 飯田澄美子*
松下和子** 村嶋 幸代*
藤村真弓** 佐貫 淳子**
花沢和枝*** 日野原重明*

I はじめに

急速な高齢化社会に伴って、心身の障害をもっている老人も増加しつつあり、65歳以上の6ヶ月以上ねたきり老人36万6千人のうち、入院は27%で、残り73%が同居家族の中で介護されている¹⁾。そして、不十分な福祉対策と老人医療費の増大や財政危機のために、国がすべての社会的責任を負うことには無理があるということで、むしろ家族の責任と役割が強調されてきている現状がある。

しかし、核家族化がすすみ、介護を期待されることの多い女性が職業を持ち、個人生活志向が高まる中で、家族介護機能は弱体化してきている。そして、要介護老人をとりまく人々の間で、誰が、どのように扶養して介護するのか、問題がおこった時にどのように対処するのか、等ということが問題となり、それに対して家族としての解決をせまられることになる。さらに、実際に介護援助を期待されている介護者は、自分としての生き方をどのように維持するのかという問題も生じる可能性をもっている。つまり、要介護老人が家族の中にいるということは、介護者自身をはじめ家族の絆や家族機能全体が問われ、老人の存在が家族へ及ぼす影響が大きいものと考えられる。

本研究では、在宅要介護老人を対象として、まず老人を身体・精神面から5つのグループに分類した。その各グループの老人をとりまく介護者・家族関係を3段階で評価し、どのような状況で良好な人間関係が保たれ、逆にどのような状況で人間関係が歪んでいくのかを分析することを目的とし、4側面から事例検討した。4側面とは、1. 医療とのつながり、2. 介護者自身の状況、3. 同居家族内の介護ヘルプ、4. 社会的資源の活用である。そのことで、今後、老人と介護者・家族関係へ有効な介入援助をするための枠組をつくる一助としたいと考えた。

II 研究方法と対象

昭和61、62年度に、東京都中央区の3地区で75歳以上の家族と同居している老人3294名に対して、郵送による質問紙調査(1次調査)を行い、その中から心身に問題があると思われる老人206名に対して家庭訪問による面接調査(2次調査)を行った。次に、本研究にあたって、老人を、身体・精神を含めた日常生活状態から6つのグループに分類した。

グループ分けに際しては、身体状況は、1次と2次調査の身体の状態、日常生活動作能力、介護状況の項目をもとに分類し、ぼけについては、1次調査の精神症状と、2次調査で実施した柄沢、MSQ、長谷川スケールと問題行動を総合的に含めて分類した。

6つのグループは以下である。

1. ねたきり 24例(全面介助を要し、ねたきりであるが、ぼけはない)
2. ぼけ 27事例(精神症状や痴呆問題行動が中等度以上のレベルであるが、歩行に不自由はない)
3. ねたきりとぼけ 32事例(ねたきりで、中等度以上のぼけもある)
4. ねたりおきたり 49事例(部分介助を要し、ねたりおきたりの生活をしている。ぼけはない)
5. ねたりおきたりとぼけ 38事例(ねたりおきたりの生活で、中等度以上のぼけもある)
6. 自立 36事例(1次調査紙上では心身に問題があると思われたが、2次面接調査の結果、単独外出ができて、日常生活がほぼ自立していたもの)
尚、今回は自立を除いた5つのグループを対象として分析、検討した。

まず、各グループ毎に、老人と介護者・家族関係を①特に問題なくよい関係②お互いに摩擦や問題のある関係③お互いに拒否的な関係の3段階に評価した。

評価の指標には家族介護力評価表²⁾を参考にして、1次調査と2次調査で面接調査員が各事例についてまとめた記録を読み、全体的にとらえた。

さらに、上記の介護者・家族関係に影響を及ぼしていると考えられる4側面を表1のように定めた。着目

* 聖路加看護大学
** 聖路加国際病院
*** 元聖路加看護大学

表1 介護者・家族関係に影響していると思われる4側面

側面1	医療：ぼけについては精神科医受療状況を含む (往診, 通院にかかわらず, 何らかの形で医療を受けているか)
側面2	介護者の状況 ① 主な介護者 (直接・介護を行っている人) ② 職業 (自営やパートタイムを含めた職業) ③ 気晴し (趣味や気晴しなど介護から離れられる時間) ④ 老人と別居住空間 (ビルの別階や2世帯住居等で老人介護から離れられる居住空間) ⑤ 介護上困っていること (介護者が主観で訴えていること)
側面3	同居内からの介護ヘルプ (同居(同じ敷地内居住)の人のサポートや介護ヘルプ)
側面4	社会的資源 ① 血縁・近隣からの援助 (別居の血縁・近隣・友人等からの援助) ② 専門家：医師・看護職の介入援助 (介護者や家族にとって頼りと思われている専門家の介入援助) ③ 介護代替サービス (家政婦, ヘルパー, 入浴サービス, ショートステイ等のサービス援助) ④ 物的サービス (年金や手当, 紙おむつの支給, 物品, 貸与等のサービス援助)

した背景としては、以下のようである。

側面1. 医療

対象とした要介護老人は、当然のことながら心身に問題をもっている。医療をどのように受けているのか、特にぼけに対して治療が行われているかどうかは、老人の心身状況を安定させるためにも重要な鍵となる。

側面2. 介護者の状況

介護者は老人扶養の責任を負っているかどうかにかかわらず、その家族の中に老人を位置づける重要な人である。介護者が有職である場合、介護に十分な時間がとれず、介護負担をより重く認識するかもしれないし、逆に、仕事が介護者の生活リズムをつくり、介護者自身のための時間としてとらえられるかもしれない。つまり、介護者が介護負担をどう認識し、介護を行っている自分自身の生き方をどのように考えて維持しているのかを考察したいと考え、同様の意味で、気晴し等老人から離れられる時間や、居住空間があるかどうかに着目した。

側面3. 同居者からの介護ヘルプ

同居者からの介護ヘルプは、その家族を構成する成員の役割や、力関係や、問題へ対して家族が一致した姿勢でまとまることのできるかどうかという、家族としての力をみることができると考えた。

側面4. 社会的資源

社会的資源は、介護者の負担を分散し、在宅介護を長続きさせるためにも大切である。しかし、家族は外からのサポートやヘルプを受け入れたがらないことが多い。どのような家族が受け入れ、そうすることによって、どのような効果があるのか、家族関係にどう影響するのかをみたいと考えた。

III 研究結果

老人の身体・精神の状況毎に5グループに分類し、老人と介護者・家族関係をみたのが表2である。これを事例の記録を中心にしてまとめてみると、表3のような状況がうかがえる。

「ねたきり」や「ねたりおきたり」は、介護者や家族の負担は大きくても老人を大切にしながらやかな関係が保たれているのが多く、お互いに拒否的な関係の事例はない。しかし「ねたきりとぼけ」や「ねたりおきたりとぼけ」、「ぼけ」の中等度以上のぼけ症状を伴っている事例では、お互いに拒否的な関係を示している事例がある。

良好な関係を保てる事例と、そうでない事例では何が違うかについて、各グループ毎にそれぞれの状況をまとめてみた。

表2 事例分類基礎表

地区	日本橋				京橋				月島				計
	よい	摩擦問題	拒否的	計	よい	摩擦問題	拒否的	計	よい	摩擦問題	拒否的	計	
老人と介護者 家族関係 老人のグループ分類	(+)	(±)	(-)		(+)	(±)	(-)		(+)	(±)	(-)		
1. ねたきり	6	0	0	6	7	1	0	8	9	1	0	10	24 (11.7)
2. ぼけ	5	2	3	10	4	0	4	8	7	1	1	9	27 (13.1)
3. ねたきりと ぼけ	9	0	1	10	6	0	3	9	8	0	5	13	32 (15.5)
4. ねたりおきたり	18	2	0	20	15	1	0	16	12	1	0	13	49 (23.8)
5. ねたりおきたりと ぼけ	7	0	2	9	9	0	3	12	12	1	4	17	38 (18.4)
小計	45	4	6	55	41	2	10	53	48	4	10	62	170 (82.5)
6. 自立				17				10				9	36 (17.5)
計				72 (35.0)				63 (30.6)				71 (34.5)	206 (100.0)

表3 老人と介護者・家族関係

()内事例数

ぼけ 症状	関係 老人の分類	特に問題なくよい関係 (134)	摩擦や問題のある関係 (10)	老人に対して拒否的な関係 (26)
なし 及び 軽度	1. ねたきり (24)	介護者・家族の負担は大きい が在宅を当然と思 い、老人を大切に して、なごやか。 (22)	老人は汚く、介護不 十分で家族との親 密さが薄い。老 人が在宅を望む ので仕方なく。 (2)	
	4. ねたりおきたり (49)	介護負担はあまり 苦にならない状 況と介護負担を 強く感じている 状況がある。し かし、家族内外 で支えあって関 係はよい。 (45)	介護負担が大きく、 老人が家族を信 用せず、やりき れなくなるこ ともある。し かし、在宅で 介護していこう と思う。 (4)	
中等	3. ねたきりと ぼけ (32)	身体の全面介助 と痴呆の対処に 疲れながらも、 介護者を中心に 家族が支えあ って暖かさがあ る。 (23)		老人と家族は不 仲。必要最低 限の関わりで、 会話がほとん どない。介護 にがんばって きたが限界。 収入も減り 関係が否む。 (9)
以上	5. ねたりおきたり とぼけ (38)	介護負担は重 く、痴呆症状 の対処に困り ながらも、家 族で助けあ って老人との 関係はよい。 (28)	介護は必死だ が、経済的に 不安定で入院 ができず、な んとか在宅 でみている。 (1)	必死に介護を 行っているも 、老人にふり まわされ、一 時も目が離 せない。手が つけられない 老人に疲れ、 老人を閉じこ めている。 (9)
あり	2. ぼけ (27)	介護者・家族 は老人の痴呆 症状に気が休 まることか ないといいな がら老人を いたわり、家 族で支えあ っている。 (16)	痴呆症状に ふりまわされ て対処に困 るが、他に みる人もな く、義理で 世話をして いる。 (3)	老人の痴呆に 気が安まる ことがない。 老人を嫌っ たり、し かりつけ たり必要最 低限の関 わりしか ない。もう 限界と拒 否的であ る。 (8)

1. ねたきり老人 (表4 24事例)

①特に問題なくよい関係(22) ()内事例数

医療については、ほとんど(21)が何らかの形で受療している。受療形態は往診が多く、特に京橋地区は定期的往診を行う医師に家族が支えられている。

介護者で職業をもっている(6)うち、日本橋地区では代々継いできた店等を守っている人が多く、京橋地区はビルやホテル等の経営者が多い。下町である月島地区は有職者がいない。介護者の気晴しは、パチンコや老人が嫌っている猫をかわいがる程度である。老人と別の居住空間があるのは(4)、京橋地区だけで、同ビルの別階に居住して介護者の空間を保っている。

同居内ヘルプについてみると、ヘルプを求めようにも介護者以外に介護の手がない事例(斜線/5)を除くと、残りの約半分(7)が助けあっている。状況としては、介護者の配偶者や子供が、入浴や移動等に手を貸して精神的支えにもなっている。

社会的資源で血縁からのヘルプ(7)としては、生活費を支えたり、入浴介助や話し相手、曜日介護を分担する等である。中には週5日介護に訪れる嫁に対して、老人が報酬を支払っている事例がある。専門家の介入がなされているのは7事例で、具体的には、家族に頼られている医師や看護職者が家族の支えになっている。代替サービスは8事例が利用していてその内訳は入浴サービスやヘルパーの利用等である。物的サービスは多く(10)が利用している。その内容は年金や手当の支給や紙おむつ、車椅子の貸与等である。

そして、どの事例も何らかの社会的資源を利用して、それに支えられていることに注目したい。介護負担は重くても老人を大切に、なごやかな関係を保っている。

②お互いに摩擦や問題のある関係(2)

介護者は市場卸店へ雇われたり、外へ出かけて働いて、介護のための時間のゆとりがない。

そのうえ同居内ヘルプもなく、医療放置(1)もあり、専門家や家族外からの援助は何もない。老人を入院させたい(1)と思っても老人が納得しなかったり、急に老人が転り込む形で同居となって4年目(1)ということもある。しかし、それでも在宅を続けていくつもりであるという状況である。

2. ぼけ老人 (表5 27事例)

①特に問題なくよい関係(16)

医療受療は、身体面については、必要時に内科等へ

表4 1. ねたきり老人

関係	地区	事例No.	医療	介護者の状況					同居内ヘルプ				社会的資源			
				介護者	職業	気晴し	別空間	困ること	血縁	専門家	代替サービス	物的サービス	サ	ー	ビ	ス
よ	日	1	○	嫁	○	○	○	○	○						○	
		2	○	娘					○						○	
		3	○	妻					○	/					○	
		4	○	夫		○			○	/	○	○			○	
		5	○	妻	○				○	/					○	
		6	○	妻					○	/	○					
	京	7	○	娘	○		○	○			○				○	
		8	○	妻					○		○		○	○	○	
		9	○	娘	○		○	○			○				○	
		10	○	嫁	○				○				○	○	○	
		11	○	娘	○		○	○	○		○				○	
		12	○	嫁			○	○							○	
	橋	13	○	妻					○		○		○	○	○	
		14	○	嫁					○	/					○	
		15	○	夫					○	/	○	○				
		16	○	嫁					○	○			○	○	○	
		17	○	娘					○	○	○	○			○	
		18	○	嫁					○				○			
	島	19	○	嫁					○			○			○	
		20	○	妻					○			○				
		21		娘					○		○					
		22	○	妻					○	○	○				○	
摩	京	1	○	娘	○									○		
		2		嫁	○				○					○		

※ 斜線 (/) は、老人と介護者のみの世帯で同居内ヘルプを求めたくても得られないもの

通院する形でつながりがあるが、ぼけについて精神科を受診したことのある事例はない。

介護者で有職(6)の場合は、自営の店やピアノ教師等、自宅で常に目の届く所で老人をみたり、仕事へ出たりしながら世話をしている。住居で老人と別空間があるのは1事例のみで、介護者自身の時間が全くないし、常に老人を見ている精神的拘束が大きい。そして暴力や徘徊、被害妄想等へどう対応したらよいのか困っている状況である。

同居内ヘルプは、人手があって可能な場合のほとん

表5 2. ぼけ老人

関係	地区	事例No	医療 精神科	介護者の状況					同居内ヘルプ				社会的資源			
				介護者	職業	気晴し	別空間	困ること	血縁	専門家	代替サービス	物的サービス				
よ い 関 係	本 橋	1	○	娘				○	○	○	○				○	
		2	○	妻				○	/			○				
		3	○	嫁					○							
		4	○	嫁	○			○	○		○	○				
		5	○	妻				○	/	○					○	
	京 橋	6	○	娘	○		○	○	○			○	○			
		7	○	娘	○			○	○						○	
		8	○	嫁	○			○	○						○	
	月 島	9	○	妻					○							
		10	○	妻				○	/	○	○				○	
		11	○	娘				○	/		○	○				
		12	○	娘		○		○	○	○					○	
		13	○	息子	○			○	○							
		14	○	嫁												
		15	○	娘	○			○	/						○	
		16	○	嫁	○				○							
摩 擦	日 月	1	○	嫁				○	○						○	
		2	○	嫁			○	○	○	○						
		3	○	一回 娘	○			○	/							
拒 否 的	日 京	1	○	家政婦	/	/	/	/	/							
		2	○	嫁				○								
		3	○	嫁			○	○							○	
		4	○	娘				○							○	
	月	5	○	嫁	○			○								
		6	○	一回 妹	○			○							○	
		7	○	妻	○			○								
		8	○	同居人				○	/							

ど(11中9)が介護者を中心に家族で助けあっているのが特徴的である。

家族外の血縁も支え、家政婦を雇って代替ヘルプを得ている事例(3)もある。往診して親身になってくれる医師や、民生委員等の専門家が支えている事例はあるが、デイケアに継続して参加している事例はなく、物

的サービスも「ねたきり」に比べると利用している事例は少ない(9)。

家族が支えあい、社会的資源を利用していることで老人をいたわるゆとりが保たれているのかもしれない。

②お互いに摩擦や問題のある関係(3)

介護者、家族は老人の痴呆症状にふりまわされて疲れている。カバン製造の仕事を手伝ったり(1)、仕事はせずに介護していても(2)気晴しがない。症状が悪化すると情けなく悲しくなる。ただ救いがあり、孫が老人と添寝してくれたり、頼りになる医師が往診してくれることでなんとか関係が保たれているという。

③お互いに拒否的關係(8)

介護に必死になったが、気が休まることなく、老人に冷たくなり、必要最低限の関りしかできない状況である。中には家族が全く老人に関らずに家政婦まかせの事例もある。

このように痴呆症状に困っているのに、精神科医の定期治療を受けている事例はない。

同居内ヘルプがある事例は全くなく、社会的資源もわずかに(3)物的サービスを利用している他には何も無い。家族内で老人を嫌い、かといって外へ社会的資源も求めず、求めても利用できる社会的資源も不十分である。介護家族が孤立している状況がうかがえる。

3. ねたきりとぼけ老人(表6 32事例)

①特に問題なくよい関係(23)

医療はほとんど(21)が往診を中心にして受けている。介護者のうち有職者(9)は、家業の店を手伝っていることが多い。気晴しを兼ねて時々パートの仕事へ出る事例もある。介護の息抜きとしては、ゴルフと山歩きが楽しみという事例以外にはなく、老人と別居住空間があるのはわずか2事例である。

同居内ヘルプをみると、老夫婦のみで他に介護ヘルプの手がない事例を除くと、多くが同居内で介護を手伝って支えあっている。

社会的資源も、血縁者が交代で介護を手伝ったり、介護者の留守中の介護を代替しており、昼間のみ家政婦を雇っている事例もある。専門家(医師や保健婦、訪問看護婦等)からサポートを得ているのも6事例あり、物的サービスも多く(18)が利用している。

②お互いに拒否的關係(9)

介護者は疲れて、限界に近づきつつある状況である。有職者(3)は自営の薬局、寿司店、とうふ屋で生計を支

表6 3. ねたきりとぼけ老人

関係区	事例No.	医療 精神科	介護者の状況					同居内ヘルプ	社会的資源			
			介護者	職業	気晴し	別空間	困ること		血縁	専門家	代替サービス	物的サービス
よ	1	○	嫁	○			○	○			○	○
	2	○	妻				○	○			○	○
	3	○	妻				○	○				○
	4	○	嫁	○			○	○				○
	5	○	娘		○		○	○		○		○
	6	○	息子	○	○		○	○				○
	7	○	娘	○		○	○	○				○
	8	○	嫁	○			○	○				
	9	○	妻	○			○	○				
い	10	○	娘		○	○	○	○				○
	11	○	娘				○	○				○
	12	○	同居人				○	○				○
	13	○	娘				○	○	○	○		
	14	○	嫁				○	○	○	○	○	○
	15	○	嫁				○	○				○
	16	○	娘				○	○				○
	17	○	娘	○			○	○		○	○	○
	18	○	娘				○	○				○
島	19	○	娘	○			○	○		○		
	20	○	妻				○	○		○		
	21	○	嫁	○			○	○				○
	22	○	娘				○	○		○	○	○
	23	○	嫁				○	○	○	○	○	○
拒否的	1	○	養子				○					○
	2	○	息子	○			○	○				○
	3	○	嫁	○			○					
	4	○	嫁				○	○		○	○	○
	5	○	娘				○	○		○	○	○
	6	○	嫁				○					○
	7	○	娘	○			○	○		○		○
	8	○	嫁	○			○	○				○
	9	○	娘				○					○

えながら働いていて、介護と仕事に追われている。気晴しはおしゃべり位で、老人と別居住空間はない。

同居内ヘルプがある(3)事例でも、ぼけ症状が悪化すると手をつけられなくなるという。

社会的資源をみると、血縁からのヘルプは全くない。訪問看護を不定期に受けている事例はあるが、なかなか関係の改善までには至っていない。入浴サービスの利用や物的サービスの利用は8事例にみられる。

老人との関係が歪んだ背景には、家族の中に老人以外に介護を要する病人がいたり、老人が騒ぐ声で店の収入が減るという状況もみられた。

4. ねたりおきたり老人 (表7 49事例)

①特に問題なくよい関係(45)

医療は必要時通院しながら受けている。介護者のうち有職は26事例で、自営の店を手伝ったり、外へ通勤している。介護以外の楽しみとして、旅行や自分のための時間を確保している事例もある。別居住空間が確保できているのは6事例で、そのうち4事例が京橋地区のビル住いである。介護者には介護負担を強く感じながらも老人を支えようとする事例(35)と、介護上困っていることはないと答え、明るくなごやかな事例(10)の両方がみられた。

同居内ヘルプがある事例(18)では、入浴や夜間の介護を分担したり、精神的に支えあっている状況がみられる。

また、血縁関係では、夜間交代で泊り込んだり、食事を配んだり、入浴の手伝いや、老人の話し相手になる等、細かに介護の手足となって、それぞれができることで助け合っている。その上、近所の人に親切に支えてもらい、物的サービス(25)を利用している。専門家の介入はわずか3事例である。

②お互いに摩擦や問題のある関係(4)

医療は通院で受けている。介護者のうち有職(2)は自営の店を手伝っていて時間のゆとりがなく、別居住空間もない。

同居内ヘルプがある2事例でも、老人が支配的であったり、同居家族内に他にも病人がいて家族がいらいらしている、なごやかさがなく状況である。

社会的資源は、血縁や専門家等のサポートはなく、単に物的サービスを受けているのみである。

表7 4. ねたりおきたり老人

関係	地区	事例No.	医療	介護者の状況					社会的資源					
				介護者	職業	気晴し	別空間	困ること	同居内ヘルプ	血縁	専門家	代替サービス	物的サービス	
よ	日	1	○	娘	○		○							○
		2	○	嫁	○			○	○					
		3	○	嫁				○	○					
		4		妻				○	○					○
		5	○	家政婦	/	/	/	○	○					
		6	○	嫁	○			○						
		7	○	娘	○			○	/					○
		8	○	妻	○			○	○	○				○
		9	○	嫁				○	○					
		10	○	娘	○			○	/	○				○
		11	○	妻	○			○	/					○
		12	○	娘	○			○	/					
		13	○	息子	○			○	/	○				○
		14		妻	○			○	○	○				○
		15	○	嫁	○			○	○					
		16	○	嫁	○			○	○					
		17	○	娘	○			○	○	○				
		18		嫁	○			○						
		19	○	嫁	○			○	/	○	○			
		20	○	息子	○			○	/	○				○
		21		娘			○	/	/					○
		22	○	妻			○	/	○	○	○			
		23	○	嫁	○									
		24	○	妻			○		○					○
		25	○	娘	○			○	/	○				
よ	京	26	○	妻			○	/	○					
		27		嫁	○			○						
		28	○	娘	○			○	/				○	
		29	○	息子	○			○	/	○			○	
		30	○	妻			○	/	○					
		31	○	嫁	○			○				○	○	
		32	○	妻			○	○	○				○	
		33	○	妻									○	
		34	○	娘	○			○	/				○	
		35	○	嫁				○	○				○	
		36	○	嫁				○	○				○	
		37	○	娘				○	/	○				
		38	○	嫁			○	○	○			○		
		39	○	夫				○	○	○			○	
		40	○	嫁				○	○					
		41	○	嫁			○	○	/	○	○	○	○	
		42	○	娘	○				/	○			○	
		43	○	娘	○				○				○	
		44	○	嫁	○				○					
		45	○	嫁	○				○	○	○		○	
よ	日	1	○	息子	○			○					○	
		2	○	嫁	○			○					○	
		3	○	嫁				○					○	
		4	○	嫁				○						
よ	橋	1	○	息子	○			○					○	
		2	○	嫁	○			○					○	
		3	○	嫁				○					○	
		4	○	嫁				○						
よ	島	1	○	息子	○			○					○	
		2	○	嫁	○			○					○	
		3	○	嫁				○					○	
		4	○	嫁				○						

5. ねたりおきたりとぼけ老人 (表 8 38 事例)

①特に問題なくよい関係(28)

医療は、必要時内科等へ通院しているのがほとんど(26)であるが、中に一事例のみではあるが、定期的に精神科を受療している。

介護者のうち有職は11事例で、介護を離れられる時間を確保しているのは2事例のみ、老人と別居住空間があるのは1事例のみである。介護者は外出もできず、老人の食事や排泄を介助する一方、痴呆へどう対応したらよいかに困っているが、回りのヘルプを得ることで関係を保っているのである。

同居内ヘルプについては、同居内で介護を行える家族成員がいる場合の多くが(23中18)助け合っている。

血縁も経済的に支えたり、食事や入浴を交代で負担したり、10日毎に遊びに来る、等のことで支えている。保健婦が介入している事例が2つあり、入浴サービスやヘルパーの利用もあり、1事例であるがショートステイの利用もみられた。また、物的サービスは18事例が利用している。

②お互いに摩擦や問題のある関係(1)

高齢の妻が夫の介護を行い、同居の嫁が手伝っている。しかし、介護者や家族は介護負担に疲れはじめて、入院させたいと思うようになった。だが経済的に不安定なために入院させることもできず、疲れを抱いたまま、在宅でがんばっている状況である。

③お互いに拒否的な関係(9)

医療放置が3事例あり、精神科医の治療を受けている事例は全くない。

介護者のうち有職は5事例で、特に気晴しもなく、老人と別居住空間があるのは1事例のみである。介護者は老人の不潔行為や徘徊等にふりまわされ、外出もできず、疲れて、老人を暖く見守ることができなくなっている状況である。

同居内ヘルプとしては、入浴を手伝っているのが3事例のみである。血縁者も時々老人を預ったり、毎日泊り込んだり必死であるがなかなか楽にはならない。そして、このような状況であるのに専門家の介入を受けているのは1事例もないし、物的サービスを受けているのも3事例にすぎない。

IV 考 察

結果より、老人の身体状況の低下の程度、つまり「ねたりおきたり」や「ねたきり」になっても、老人と介護者、家族関係は良好に保たれるが、「ぼけ」がある場合は、その関係に歪みがおこりやすいと考えられる。

大井³⁾らの研究でも、中度知力が低下(中等度のぼけ)している場合は、介護者一患者関係を示すCPRスコアの低い群と高い群(よい関係とそうでない関係)の差が明らかであることを示しており、介護者一患者関係は異常精神疾患発症へ影響するとしても、ADLは独立した因子であると述べている。またPeter V.⁴⁾らは、痴呆が家族に対して著しい情緒的障害を与えていて、怒りや悲しみ抑うつ、疲労感などの感情を区別できない程混乱した状態をひきおこしていることを示している。

これは「ぼけ」は家族にとって理解しがたいことが多く、世間にも難治で年とってぼけるのは当然で、医療の必要もないという偏見があり、その上「ぼけ」であることに使える社会的資源があまりにも少く不十分であるという状況が背後にあるからであろう。そして、中島⁵⁾も述べているように、家庭が老人にとって最もよい場所であるという規範に縛られて家族が誰からもヘルプやサポートを得ることなく、孤立無縁の中で介護をしなければならないことになり、家族内で対処しようとはがき、ますます深みに落ちてしまうことも考えられる。

また、同じ状況であっても、その老人を扶養している「家族のもてる力」の大きさによって老人と家族・介護者の関係が良好に保てたり、歪みが生じると考えられる。

この「家族のもてる力」を考える際に、老人に最も身近でケアをしている介護者が自分の価値感や適性を見出し、社会的役割を果し、アイデンティティの維持⁶⁾、すなわち自己独自の生き方を明確にして、老人と関っているか、が、老人と介護者・家族との関係に影響を及ぼしているものと考えられる。

奥川⁷⁾は老人がどのような人間関係の財産をもっているか、特に老人に対して、あたまとこころとてを使ってくれる人の存在が老人の生活の質を決定する。しかし、介護という行為は、介護にあたる人の人生の持ち時間を喰うという側面があるといい、Carolは⁸⁾介護者が介護に燃えつきることなく、バランスを保てるように援助することが必要である、と述べている。

介護者で職業を持っている事例をみると仕事を介護から離れられる時間として生活に組み入れている場合や、自営の店やビル経営で、老人の状況に合わせて時間のやりくりができる場合には、有職がプラス要因に

表 8 5. ねたりおきたりとぼけ老人

関係区	事例No.	医療 精神科	介護者の状況				同居内ヘルプ	社会的資源			
			介護者	職業	気晴し	別空間		困ること	血縁	専門家	代替サービス
関係区	よ	○	娘	○		○	/				○
			娘				○				
			嫁				○	○			○
			娘	○		○	○	○			○
			妻				○	○			
			娘	○			○	○			
			嫁	○			○	○			
	い	○	娘	○		○	/	○			○
			娘			○	/	○			
			息子			○	○	○			○
	京	○	息子	○		○	/	○	○		○
			夫				○	○			○
			家政婦	/	/	/	○	○			
			嫁				○	○			○
			娘	○			○				○
			嫁	○			○	○		○	○
			娘				○				○
	橋	○	娘	○		○					○
			嫁			○	○		○	○	○
月	○	娘	○		○					○	
		妻			○					○	
島	○	嫁	○		○		○			○	
		嫁			○	/	○		○	○	
関係区	よ	○	嫁			○	/				○
			娘				○				○
			娘				○				○
			娘				○				○
			妻				○				○
			嫁	○			○	○			
			娘	○			○	○			
			娘				○	○			○
	い	○	妻				○	○			○
			娘	○			○				○
			娘	○			○	○			○
			嫁	○			○	○			○
	摩	○	妻				○	○			○
			妻				○	○			○
	拒	○	嫁	○		○	○				
			娘	○			○				
			嫁				○	○			○
			嫁	○			○	/	○		○
			嫁				○	○			
嫁			○			○	○				
妻						○					
妻						○					
息子			○			○	/	○		○	

なっている。しかし、雇用労働者や、自営でも生計を立てることを期待されている有職者の場合は、時間的に制約されてマイナス要因になっていることが多い。

また、趣味や旅行等の楽しみは、明らかに介護者の息抜きになっている。また、この息抜きができるということは、それを許せる家族関係と家族の力があり、介護の代替があることを意味している。

老人と別居住空間があるのは、老人との関係を情緒的に安定して維持できることを示している。望月⁹⁾は、老人を扶養する際に、常に老人に関心を持って十分なコミュニケーションを保つためには、完全な同居よりも、否定的感情が生じた時に冷却期間をおくことができる近居がよいと言っている。京橋地区にみられたように、同ビル内別階に住んでいる事例や、2世帯住居に住んでいる事例に良好な関係が保たれているのは、このような意味があるように思われる。反感や憎しみの感情が起った時には、完全な同居ではその感情を処理しきれずに、より対立した状態になることがある。

また、介護を自分の生活の一部に組み入れ介護者としての存在を認められる場合は関係を維持しやすい。ねたきり老人は、自由に動けないために、介護者が自分のペースで介護を行うことができ、老人とコミュニケーションがとりやすい。それに対して、ぼけがあると予期せずに問題行動がおこり、介護者はそれをコントロールすることがむずかしい。しかも、介護者の生活パターンを乱し、介護者を疑ったり、なじったりして、介護者が自分の生き方として維持してきたものを保てなくする。

R. ヒル¹⁰⁾は、「家族のもてる力」を以下のように示した。家族は、出来事へ対する家族の資源（危機対応能力で、個人的資源、家族内資源、社会的資源の3側面から成る）と、出来事へ対する家族の意味づけ（認識）によって危機となったり、ならなかったりすると述べている。

確かに、老人へ対して同居家族内で協力しあっている事例は、家族が力を合わせて一致して解決に努力していて、関係は良好に保たれている。老人の機能が低下し、より介護負担が重くなっても、少々のことに耐えてがんばっていけるのは、家族成員がある程度の自律性を維持しながら、役割をゆずりあって協力し、一体化するためである。

このような家族は、別居の血縁からもヘルプを得て、家族の力を増強して危機へ対応しようと努力しているし、社会的サービスも活用しようとしている。

それに対して、お互いに摩擦や問題があるとか、お互いに拒否的な関係の事例では、一体感がなく、介護者と老人との関係そのものが成り立たなかったり、家族内でいがみあったりしている。そして、危機を乗り

越えようとする努力をしようともしていない。社会的資源があったとしても、それを求めて家族の力を維持、強化するのは家族なのである。

では、このような家族に対しては、どのような介入ができるのであろうか。家族はまず自らの力で関係を良好に保とうとする。しかし、家族の力だけでは不十分であるかもしれない。特に、「ぼけ」のある老人を抱えた家族は、良好な関係を保つのがむづかしく、岡本¹¹⁾らの研究でも、ねたきりでなく、徘徊や問題行動のある老人に在宅介護を中断することが多いと示されている。

Bergmann¹²⁾らは、自宅で痴呆老人を介護していく上で、「家族への支持」が大きな影響因子となることを述べた。前掲のPeterらは家族への援助と教育、患者への援助、社会的資源の活用、薬物療法などを含んだケアプランを立案した。そして、Carolも家族へのサポートと医師のアドバイスを益をもたらすと述べている。

在宅要介護老人が増加している今、家族関係を保つために、家族の力が増して、その状況に立ち向う勇気がわくように、家族関係へ介入できる力をもった専門家が期待されている時代であるともいえる。保健婦や看護婦は在宅要介護老人に援助する専門家として、老人と家族を含めた単位で総合的に判断し、その関係に注目していくことが重要であると考えられる。

V 総括

在宅要介護老人をとりまく介護者・家族関係を、良好なものとお互いに摩擦や問題のあるものとお互いに拒否的なものに評価して、その関係に影響を及ぼしていると思われる4つの側面から、各事例を検討した。

その結果、老人に中等度以上のぼけがある場合には関係に歪みが生じることが多く、老人と介護者・家族関係を保つためには、介護者が自分の生き方としての介護を認識して、社会的資源を得て家族の力を増強させることが大切であることが明らかになった。

また、家族が家族としての力を発揮できるためには、医療、保健、福祉関係者の関りが必要であり、特に保健婦や看護婦の家族に対する援助能力がより期待されている。

文 献

- 1) 厚生統計協会編：国民の福祉の動向，昭和62年。
- 2) 木下由美子：家族を単位とした看護の展開，看護，Vol 37, No 14, 12—21, 1985.
- 3) 大井玄他：寝たきり老人の異常精神症状発現の要因—知力低下と介護者との人間関係，老年社会科学，Vol 6, No 2, 124—138, 1984.
- 4) Peter V. Rabins, et al: The Impact of Dementia on the Family, The Journal of The American Medical Association, Vol 248, July, 333—335, 1982.
- 5) 中島紀恵子：呆けの老人と家族が求める地域看護，看護学雑誌，Vol 48, No 10, 1107—1114, 1984.
- 6) 岡堂哲雄編：社会心理用語事典，至文堂，1987.
- 7) 奥川幸子：家族をとおしてみた老と死—寝たきりやボケ老人をかかえた家族の問題—老年社会科学，Vol 6, No 1, 188—203, 1984.
- 8) Carol Hutner Winograd, et al: Physician Management of the Demented Patient, The Journal of American Geriatrics Society, Vol 34, No 4, 295—308, 1986.
- 9) 望月嵩：老年期の家族，こころの科学，No 9, 145—151, 1986.
- 10) 望月嵩：家族生活の危機，こころの科学 No 10, 163—168, 1986.
- 11) 岡本多喜子：老年期痴呆の老人に対する介護の中断および継続の要因，社会老年学，No 25, 67—80, 1987.
- 12) Bergmann K, et al: Management of the demented elderly in the community. Br J of Psychiatry Vol 132, 441—449, 1978.
- 13) Bahmanyar, S. et al: The Stream of The Etiological and Pathological Studies on Dementia of the alzheimer Type. Science, 237: 77, 1987.
- 14) Cohen, G.D (1987) Alzheimer's disease, In G.L. Maddex (Ed.), The encyclopedia of aging (pp; 27—30), New York: Springer Publishing Company.
- 15) 厚生省，笹川医学研究財団共催，International Symposium on Senile Dementia, 1987.
- 16) 冷水豊他：障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因，社会老年学，No 8, 3—18, 1978.
- 17) 冷水豊：障害老人をかかえる家族における福祉サービス利用希望の規定要因，社会老年学，No 16, 10—19, 1982.
- 18) 尾谷正孝他：老人の疾病に伴う家族の看護機能の研究，社会老年学，No 17, 83—96, 1983.
- 19) 鎌田ケイ子他：在宅ねたきり老人の療養過程における諸問題，社会老年学，No 17, 97—107, 1983.
- 20) 根本博司：老人ケースワーク論(1)，社会老年学，No 8, 19—32, 1978.
- 21) 飯田澄美子他：痴呆老人等の長期ケアの実態とその対策，聖路加看護大学紀要，Vol 13, 22—35, 1987.

— 欧文抄録 —

A study on the relationship between a patient at home in
need of family support and his/her caregiver/family

Hiromi Imai et. al.

Through the observation of the relationship between patients living with family, who were unable to function properly, and their caregivers/family members, three types of relationship can be identified :

1) smooth ; 2) frictional ; and 3) conflicting.

Pursuing the processes leading present relationships, including favorable and unfavorable, we found it necessary to review each case more closely, keeping in mind four points assumed to indicate important causes.

As a result, it becomes evident that the friction between a patient and his/her caregiver mostly arises when the patient has dementia exceeding the level of mild degree. To improve their relationship and sustain it, the caregiver should try to accept the current situation and cope with the patient's level of functioning and treat him/her with sympathy. While doing so, the caregiver should seek for social resources available and make use of them without hesitation, which will, at the same time, help encourage the family members' involvement.

Moreover, providing support of those engaging in medicine, health care, and welfare is another important aspect to help families cope with the day-to-day problems of living with the aged with dementia. Especially, health workers and nurses are expected to be able to help caregivers greatly with their expertise.