

要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向と課題

岡崎 素子*

Literature review on the family caregiving for frail elderlyies

Motoko Okazaki, The Japanese Red Cross College of Nursing

The purpose of this paper is to review the literature on the family caregiving for frail elderlyies and to discuss the future directions for the research. Although most literature suggests the need for more research focusing on the whole family as a unit, little research has dealt with the phenomenon of the whole family including frail elderly. One of the reasons is that there still is no general consensus on the conceptualization of the whole family and its health. This paper indicates that the whole family and its health will be appropriately conceptualized from the systematic perspective. Finally, the implications for future research are discussed.

キーワード

家族介護 family caregiving

高齢者 elderly

家族システム family system

家族の健康 family health

*日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程

I はじめに

わが国の高齢化は急速に進展している。1997年度の人口統計では、65歳以上の高齢者は約1976万人で、その総人口に対する割合は15.3%に及ぶ（厚生統計協会、1998）。この高齢者人口は、団塊の世代の高齢化に伴ってさらに増加し、2018年頃から約2倍の3300万人前後で推移する。また、その比率も上昇を続け、2025年には27.4%，2050年には32.3%に達すると予想されている（厚生省1997）。

急速に進む高齢化とあいまって、寝たきりや痴呆、虚弱のために介護や支援を必要とする高齢者（以下、要介護高齢者と略す）は、1998年の約200万人から2000年には280万人、さらに2025年には520万人へと増加するといわれる（厚生省、1998）。近年わが国では、医療費の増大による財政圧迫を背景として、急性期治療が終了した高齢者の療養の場は、施設から在宅へと移行しており、要介護高齢者が在宅療養する数は増え続けていくと考えられる。

一方、在宅療養する要介護高齢者の介護は家族に大きく依存している（厚生省、1998）。家族の介護機能は女性の社会進出や介護者の高齢化によって低下しており、介護する家族の負担は深刻な社会問題となっている。そのため住宅療養を支える社会的基盤整備と並行して、在宅療養にかかる保健・医療・看護・福祉専門職者には、要介護高齢者を抱える家族全体の健康を支える援助が求められている。

このような背景のもと、援助の方向性を見出す手がかりとして、家族全体の視点から、家族介護の実態究明を目指した研究の蓄積が必要となっている。そこで本稿では、要介護高齢者の介護家族をとらえていくうえでの問題点と、今後の要介護高齢者の介護家族に関する研究の方向性を検討すること目的とした。

本稿の構成は次に示すとおりである。まず、要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向を概観した。次に、要介護高齢者の介護家族全体を視野に入れた

研究に絞って、コンセンサスの得られていないと思われた家族の概念と家族の健康の概念を検討し、その概念化の方向性を示した。最後に、まとめとして要介護高齢者の介護家族に関する研究の課題をあげた。

II 要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向

1985年から1999年の14年間にわたって family relation, family, elderly をキーワードに、医学中央雑誌、最新看護索引、MEDLINE、CINAHL を使用して検索した。さらにそのうち高齢者あるいは要介護高齢者と家族、介護者と家族、他の家族成員と家族に言及する文献に絞って検討を加えた。

検討の対象となった文献は、①要介護高齢者の主たる介護者に焦点を合わせ、介護負担感等の否定的影響を定量化し、その規定要因を探究する研究、②要介護高齢者自身に焦点を合わせ、その生活の自立や精神的安寧に関連する要因を探究する研究、③介護者の体験の意味づけを質的研究によって探究する研究、④介護家族全体を視野に入れた研究に分けられた。またその数は、①要介護高齢者の主たる介護者に焦点を合わせた研究が最も多く、④介護家族全体を視野に入れた研究は数が最も少なかった。

要介護状態となった高齢者に焦点を合わせ、高齢者の日常生活行動（以下、ADL と略す）に影響する要因を探究した研究では、その要因の一つとして、家族介護者のかかわり方があげられている。すなわち、家族介護者の過剰介護あるいは介護不足という不適切な介護行動は高齢者の ADL の低下を進行させ、介護負担の増大を招くとされている。また、高齢者の意欲が低下した場合、介護者の介護意欲までも喪失させ、その結果高齢者の ADL が低下するという悪循環も報告されている（深谷・他、1991；野口・深谷、1995）。

さらに、高齢者に対する家族のかかわりや家族内の人間関係が、高齢者の心理社会的側面の安寧を左右するという報告もある。Silverstein と Bengtson (1994) は、健康状態の悪化と 1 人暮らしであることが高齢者の安寧の低下と関連しており、その高齢者の安寧は子どもからの援助によって高められること

要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向と課題

を明らかにした。わが国でも、息子や娘、なかでも遠方に居住する娘は、老親と強い情緒的なつながりをもって密接な関係を保持しており、手段的サポートを老親と相互的に行っていると報告されている（古谷野・他, 1995）。このような頻繁に交流のある別居子が少ない高齢者は孤独感が強く（長谷川・他, 1994），家族関係に対する満足度が低い者で抑うつ得点が高い（太田・他, 1993）とされる。このように、高齢者を中心としてみた場合、同居・別居を問わず家族のかかわりの有無や家族関係が、高齢者本人の日常生活行動や社会心理的安寧を左右することが明らかにされている。

一方、介護する家族介護者を中心にしてみた場合にもまた、介護者、要介護者、他の家族成員を含めた家族全体の人間関係の重要性が明らかにされている。介護者は慢性疲労に陥りやすく、疲労感の大きい者ほど病的状態となりやすい（横山, 1993）。また、介護による家族介護者の疲労や負担から、高齢者の在宅療養が破綻することもある（山田・他, 1995）。このような問題状況への対応を図るために、要介護高齢者の主たる介護者の疲労感・負担感あるいは抑うつ状態などを定量化して客観的に把握し、その規定要因を探究する研究が多くなされてきている。それらによれば、要介護者の基礎疾患による ADL の低下（後藤・鈴木, 1993；横田・他, 1998；佐藤, 1995），介護時間の長さ（神田・他, 1994）あるいは介護期間の長さ（上田・他, 1994），介護者自身の健康状態の悪化（上田・他, 1994），介護者の介護上直面している困難の有無（神田・他, 1994）等が規定要因としてあげられている。これらに加え、要介護高齢者との人間関係（佐藤, 1995），実際の介護行為に対する要介護者との認知のズレ（水野・他, 1992），それまでの高齢者との相互作用のあり方（Phillips, et al., 1995）等、介護者と要介護高齢者との相互作用が介護者のストレスや負担感に関連すると報告する研究もある。また、介護協力者や同居する家族成員の少なさ（上田・他, 1994），介護者が遭遇するストレスフルな日常生活上の出来事（Phillips, et al., 1995），家族全体の適応性（Majerovitz, 1995），介護者の家族や身内ののかかわりに対する認知（結城, 1996）を介護負担感への影響因子としてあげ、介護者の負担感が家族全体の文脈のなかで規定されることを示唆する研究もみられた。

またさらに、介護者は負担感や疲労感を抱える一方で、みずからの体験を意味づけ、介護に対する満足感や生きがい感を見出して介護を続けており、その介護者の体験の意味づけに、他の家族員や公的なサポート体制が重要な影響を及ぼしていることも示唆されている (Lewis, et al., 1995 ; Coleman, et al., 1994 ; 横田・他, 1998 ; 山本, 1995)。

以上みてきたことは、要介護高齢者の介護家族に対する援助実践や研究において、特定の個人に視野を限定せず、複数の関係性からなる全体的文脈、すなわち家族全体から現象を見渡す視点が必要であることを示しているといえよう。

III 要介護高齢者の介護家族全体を視野に入れた研究

要介護高齢者の家族介護という現象を、家族全体の視点から明らかにする研究は少ない。1983-1986年の間に看護学の分野で行われた家族研究をレビューした Gilliss ら (1989) は、家族に方向づけられた76文献のうち、90%が特定の個人の家族役割や家族内の二者関係に焦点を合わせていたことを報告している。また、家族に方向づけられた研究は母子関係に関するものが多く、高齢者と介護者に関する研究は3文献と少なかった。しかもその3文献はどれも特定の介護者と高齢者の二者関係に焦点を合わせたものであったとも報告している。

今回の文献検討でも、介護という現象を家族全体を視野に入れてとらえようとする研究は少なかった。高齢者を介護する子どもの家族システムの安寧と緊張に関連する要因を、家族資源、家族デマンドという変数から探究する研究 (Fink, 1995), 家族システムの適応性と介護者の抑うつ度との関係を明らかにする研究 (Majerovitz, 1995), 家族内の成員間の関係性を規定する状況を探究する研究 (今井・他, 1988), 介護者の家族や身内のかかわりに対する認知と、介護負担感の関係性を探究する研究 (結城, 1996), 家族全体の関係性のダイナミクスから介護者の介護受容過程を明らかにする研究 (高崎, 1989) の5文献に絞られた (表1)。

以下ではこれら5文献を検討した結果、コンセンサスが得られていないと思

われた家族の定義と家族の健康の概念について検討し、要介護高齢者の介護家族全体を視野に入れた研究の課題を概観する。

1. 家族概念の多義性

家族という言葉は多義的である（山根, 1986）。家族という言葉そのものは、ラテン語の *familia*, 英語の *family* という語の訳語として、明治時代から一般に用いられるようになった（山根・他, 1996）。*family* は、元は召し使いを意味していたが、後に両親とその子女や召し使い、下宿人をも含めて一つ屋根の下に住んでいる人の集団、あるいは同・別居を問わず血縁や婚姻関係によって強く結びつけられた人々で形成される統一体を意味するようになった（Simpson & Weiner, 1989）。その1人1人の成員は複数形である *families* で表される。また *family* という用語は共通の祖先をもつ家系や家柄、共通の特徴をもつ群や種族を指して用いられることがある。日本語の家族は、一般に夫婦の配偶関係や親子・兄弟姉妹などの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団であると定義されている（新村, 1991）。しかし実際には家族という言葉は、様々な文脈のなかで、異なった意味合いで用いられている。たとえば、「Aさんにとって子どもであるBさんは家族である」というように、2人の関係性を意味する場合もあるし、同居して生活を共にする集団を意味することもある。また、同居していない成員も含めた血縁関係集団を家族という言葉で指示示す場合もある。

さらに学問的には、家族はその研究者の依拠する理論により、「相互作用しあう複数のパーソナリティの統合体」「集団」「ソーシャル・ネットワーク」「ライフスタイル」等と様々に定義される（山根・他, 1996）。このように家族という言葉で表される現象や対象は、多様な意味を同時に内包している。

要介護高齢者の介護家族全体を視野に入れた文献に絞っても、家族は様々に概念化されていた。5文献中2文献は、家族社会学の領域でABC-Xモデルを提唱し家族ストレス論を発展させた Hill (1949) や、その流れをくんで二重ABC-Xモデルを提唱した McCubbin と Tompson (1987), 家族システム論

表1 介護家族全体を視野に入れた研究

第一著者(年)	研究目的	家族の定義/研究対象	研究方法・前提となる理論・家族全体をとらえる概念と尺度等	結果
今井(1988)	在宅要介護高齢者を介護する家族の人間関係を規定する状況を探求する。	心身に問題がある75歳以上の高齢者とその同居家族170事例。	家庭訪問による面接調査。 事例分析。 高齢者の身体・精神状態の程度から6グループに分類。 高齢者を取り巻く介護者・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、の三段階に評価して分類。 三段階に分類した家族関係を、①医療受診状況、②介護者の状況(高齢者との関係、職業の有無、介護から離れる時間の有無、高齢者との別居住空間の有無、介護上の困難の有無)、③同居家族からの介護ヘルプ、④社会的資源からのサポート状況、の四側面から分析。	高齢者に中等度以上のぼけがある場合には関係にゆがみが生じることが多い。 同居家族内で協力し合っている事例は、関係性が良好に保たれている。 関係性が良好に保たれている家族は、別居の血縁からもヘルプを得ており、社会的サービスも活用している。
高崎(1989)	家族全体の関係性のダイナミズムのなかで、介護者がどのように介護を受容していくか。	家族：高齢者の同居家族を意味する場合と、高齢者の別居子女との関係性までを含む場合がある。 対象：痴呆性高齢者の6家族。	事例分析。 介護の受容過程と家族関係(高齢者の別居子女を含めた家族関係)との関連を分析。 分析枠組み：Ackermanの家族療法モデル：家族同一性的概念。	介護の受容過程には個人レベル、複数のメンバーレベル、家族全体のレベルでの同一性の確立が重要であり、その確立への働きかけが必要。
Fink(1995)	家族の安寧(family well-being)に影響を与える要因を検討する。	60歳以上の親を介護している介護者の2人以上からなる同居家族。	相関関係検証研究。 前提となる理論：家族ストレス理論。 <家族の安寧> ・家族ユニットの機能に対する満足度：Family APGAR。 ・対象によつて主観的に認知された家族ユニットの健要介護高齢者との同居度：perceived family health。 ・対象者自身の健康度：perceived individual health。	家族内資源とソーシャルサポートが家族の安寧を高めている。 家族の発達的・状況的要請(demands)と介護者の負担感が家族緊張を強めている。

<p>65家族、 対象：介護者とその パートナー。</p> <p>Majorovitz (1995)</p>	<p>・対象者自身の安寧度：Brandburn Affect Balance Scale。 ・<家族緊張> ・家族成員間の葛藤・未解決の問題・未完結の仕事：</p> <p>Family Strain Index.</p>	<p>痴呆患者を介護する 配偶者の夫婦ダイア ド。</p> <p>対象：痴呆患者の配偶者54名。</p> <p>Family Adaptability and Cohesion Scale, couple version (FACES III).</p>	<p>相関関係検証型研究。 前提となる理論：Olsonの家族システム理論。 <家族の適応性></p> <p>状況的・発達的ニーズに応じて、力構造・役割関係・ 役割法則を変更する婚姻システムの能力。</p>	<p>家族適応性の低い場合、長時間の ケアを提供している介護者は抑 うつ度が高い。 家族適応性の高い場合、長時間の ケア提供は介護者の抑うつ度に関 連していない。 家族適応性が介護者のストレスと 抑うつ度を和らげる役割を果たし ている。</p>	<p>介護者が認知するサポートは肯定 的に受け入れる「家族・身内のサ ポート」と、否定的なサポートと 認知している「家族・身内との不 一致」が同時に存在する。 「家族・身内との不一致」は「介 護負担感」と関連している。</p>
		<p>結城 (1996)</p>	<p>介護者の家族や身内 とのかかわりに対する 認知と介護負担感 の関係を明らかにする。</p> <p>家族：60歳以上の要 介護高齢者と介護者 およびその他の家族 メンバーを含む3人 以上の同居。</p> <p>家族：55家族。 注) 別居子を含む親 族は「身内」と定義。</p> <p>対象：介護者とその 家族メンバー1名。</p>	<p>相関関係検証型研究。 <家族・身内とのかかわり></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ポジティブなサポートとしての「家族・身内のサ ポート」：高齢者のソーシャルサポート尺度。 ・ネガティブなサポートとしての「家族・身内との不 一致」 Family Conflict 尺度。 <p><介護負担感></p> <p>介護者の主観的介護負担感尺度。 <家族に対する認知></p> <p>家族環境尺度 (FES) : 野口等日本語版。</p>	

者である Olson (1991) に依拠して、家族をシステムと概念化している (Fink, 1995 ; Majerovitz, 1995)。また 1 文献は家族臨床心理学の領域で家族療法モデルを展開した Ackerman (1958[1967]) をよりどころとし、家族を個人内心理の複合ユニットと概念化していた(高崎1989)。残る 2 文献は、家族は同居する生活集団としてとらえられていた (今井・他, 1988 ; 結城, 1996)。またさらに、家族という言葉を用いてとらえられている範囲も、要介護状態となった高齢者と同居する集団に限られて意味されていたり、別居して介護する子どもを含めて意味されていたりと様々であった。

このように、同じように家族という言葉が使われていても、家族のとらえ方も、家族という言葉が示す実体も異なっていた。研究から得られた知見が総括され、実践への手がかりが示されていくには、それぞれの研究のなかで家族をどのようにとらえて、どう概念規定していくのか明確に提示される必要があるだろう。

次に、要介護高齢者の介護家族全体を包括的にとらえ、概念化していくうえで有効であると思われる家族システムの概念について述べる。

2. 要介護高齢者の介護家族の概念化

家族をシステムという概念でとらえると、要介護高齢者の介護家族全体に起る現象を包括的にとらえることが可能となる。家族をシステムとして全体的に把握する動向は、1950年代に始まり、社会学では家族理論として、また臨床心理学さらには看護学を含めた分野では家族療法モデルとして発展し定着している (岡堂, 1991 ; Jones & Dimond 1982[1989])。家族をひとつのシステムとしてとらえる理論は社会学における家族理論、臨床心理学における家族療法モデル、さらにはこの 2 つの領域のなかでもその理論やモデルを提唱する学者ごとにその強調点は様々である。しかしながら、これらには次に述べるような家族をシステムとしてとらえるある共通の前提がある。

システムとしての家族は、相互に密接に作用し合い、依存し合っている個人からなる小集団であり、全体としての家族の機能や目標を志向しているととら

えられる。家族は主に2つの機能、すなわち経済・保護・保健・愛情など家族成員のニーズを満たすことと、家族が属している社会のニーズを満たすことを担っている。この家族システムは、個人、そして配偶者や親子・同胞等関係のサブシステムから形成される。家族システム内で各家族成員は複雑に結びついており、一部で生じる変化は必然的に家族システム全体に変化をもたらす。また、家族システムは物質、エネルギー、情報を環境と交換している開放システムと見なされている。家族は開放システムであるがゆえに、常に環境との相互作用を通して変化し、成長している動的な実体であるととらえる。家族システムは環境との間に境界をもつ。この境界は家族境界と呼ばれ、家族のニーズに応じて拡大されたり引き締められたりすることで、環境からのインプットや環境へのアウトプットの量を調整するとされている。家族はこの家族境界の機能によって、環境との間で情報や物質、エネルギーを選択的にやりとりすることで、ある程度の自立性をもって存続し成長していくと説明されている（岡堂、1991；Friedman, 1986[1993]）。

要介護状態となった高齢者を家族で介護する場合、それは高齢者本人およびその主たる介護者を越えて、家族全体の健康にまで影響が及ぶ。そして家族内の個人レベルで、また要介護者と主たる介護者という二者関係レベルで、さらに家族全体レベルでの変化が要請される。またその変化の際には、家族はホームヘルプサービス等の福祉サービスや訪問看護等、家族外からの支援を必要に応じて利用する。このような家族全体の実態は、家族システムという概念を用いることによって包括的にとらえることができるものと考えられる。

3. 家族システムとその境界

要介護高齢者の介護家族全体をシステムという概念でとらえようとするとき、まず誰を中心として、そしてどこまでの範囲を家族システムとしてとらえていくのか、ということが問題となる。Fink (1995) は老親を介護する子どもを中心として、その子どもの同居生活集団を家族システムとしてとらえている。この場合このシステム内には高齢者は必ずしも含まれていない。また Majerovitz

(1995)は要介護者を中心として、その要介護者と同居する配偶者との二者関係を家族システムとしてとらえている。このような家族システムの境界づけは、夫婦2人の核家族世帯が多い欧米（森岡、1983）の文化・社会的状況を背景としていると思われる。

一方、今井ら（1988）、高崎（1989）、結城（1996）は要介護高齢者を中心とし、子世代を含む同居生活集団を家族としてとらえている。わが国では、65歳以上の子どもとの同居率は1997年で52.2%と依然と高く、ことに要介護状態となりやすい80歳以上で同居率は67.6%と上昇する傾向がある（三浦、1999）。介護する家族を、要介護高齢者を中心とし、子世代を含む同居生活集団からとらえることは、このように日本では高齢者が子どもの家族と同居する直系家族的形態が現在でも多いことによるものと考えられる。

しかしながら、居住および、あるいは生計を共にする生活単位を意味する「世帯」の概念と「家族」の概念は必ずしも一致しないとし、当事者同士の家族意識によってはじめて家族が成立するともいわれている（上野、1994）。高齢者と別居子の間には依然として深い感情的融合に基づいた親密な関係があると報告されており（古谷野・他、1995），家族意識を維持している場合もある。高齢者の家族を同居家族に限ってしまうと、現代日本の家族内存在としての高齢者の重要な側面を見落とすことになるという指摘もある（森岡、1993）。要介護高齢者を介護する家族システムの境界を設定していくうえでは、高齢者を中心として同居家族成員に限らず、親密な関係性を維持している別居子も含めていく視点が必要であろう。

4. 家族の健康のとらえにくさ

要介護高齢者の介護家族を援助する専門職の目標は、これまでみてきたように家族全体の健康維持あるいは向上におかれることが望まれる。そのためには目指される家族の健康が明確に概念化されることが重要である。しかしながら家族の健康は、きわめて曖昧にしかとらえられていないと指摘されている（Friedman, 1986[1993]；Johnson, 1984）。

実際に、要介護高齢者の介護家族全体を視野に入れていると思われる研究文献を調べてみても、家族の健康は、家族個人の健康によってとらえようとされたり、家族内の関係性の善し悪しによってとらえられたりと、曖昧にとらえられている。たとえば Fink (1995) は、家族の安寧 (family well-being) と家族緊張 (family strains) という概念で家族の健康度をとらえている。家族の安寧は、家族成員の家族システム機能に対する満足度と、家族メンバーの健康感および安寧度と操作的に定義されている。また家族緊張はメンバー間の葛藤・家族内の未解決の問題・未完結の仕事として定義されている。一方、Majerovitz (1995) は、家族適応性 (family adaptability) という概念を用いて家族システムの健康度をとらえている。家族適応性は、介護ストレスに対する家族システムの対処戦略であり、その時々でのニーズに応じて、力構造・役割関係・役割法則を変更する家族システム能力と定義されている。わが国で行われた研究では、3文献ともが家族の健康度を家族内の関係性からとらえていた。その家族内の関係性は、介護者からみた他の家族成員の家族・身内のサポート、家族・身内との介護に対する考え方や態度の不一致からとらえられたり（結城, 1996）、問題のあるなし（今井・他, 1988）、家族同一性（高崎, 1989）によってとらえられたりと様々であった。

健康の概念はそもそも個人の状態を記述、説明する概念であるため、それを家族という集団にかかわる現象を説明するように発展させていくことは難しい（野嶋, 1989）。しかし、家族への援助を行っていくうえで、要介護高齢者の家族の健康をある程度の一貫性をもって明確に概念規定していくことが必要であり、家族の健康をどう概念化していくことができるかが今後の大きな課題である。

5. 家族の健康の概念化に向けて

家族全体を包括的にとらえていくために、システムとして概念化することによって、家族の健康の概念化にも方向性が示される。家族システムの健康は、著者のなかでも学問分野や採択する理論的見解によって様々に定義される

(Friedman 1986[1993]) が、主として家族機能あるいは家族適応という概念を用いて説明されている。

Olson は、家族システムの健康を良好な機能状態とし、機能的な家族システムの特徴として、適度な家族凝集性 (family cohesion) と家族適応性 (family adaptability) をあげている (岡堂, 1991)。家族凝集性とは家族成員を結びつけている絆を、家族適応性とは家族が直面する状況的あるいは発達的な危機(ストレス)に対する適応・変化の能力を意味している。また、家族療法家である Minuchin も家族システムの健康をその機能状態からとらえており、その機能状態を家族システムを構成するサブシステムの境界すなわち家族システムの構造の明確性から評価している。Minuchin は家族システム内の構造変化を強調し、セラピストの目標は家族システムの再構造化を図り、よりよく機能させることであるとしている (岡堂, 1991; Jones & Dimond, 1982[1989])。このような Olson と Minuchin の家族システムの健康のとらえ方は、適応あるいは再構造化の結果としての家族の機能状態という側面を強調してとらえているといえる。

一方、家族の健康を、適応プロセスという側面を強調してとらえる著者もある。Friedman は一般システム論、Parsons の社会システム理論、家族療法における家族システム理論の 3 理論を統合し、看護学の分野で家族システムを概念化している。健康な家族は、順応性があり、自由に変化成長し、新しい刺激に対して敏感であり、現状を志向していないとしている (Friedman, 1986 [1993])。家族の健康を、家族適応すなわち家族と家族成員が状況に伴って派生してくる要請に応じて、家族成員間の相互作用や家族外の環境との相互作用の仕方を修正し、成長変化していくプロセスとしてとらえる意味合いが強い。

このようにみてみると要介護高齢者の介護家族の健康は、家族をシステムとして概念化することによって、状態としての健康すなわちその時々での家族システムの機能状態と、プロセスとしての健康すなわち家族システムの適応あるいは再構造化のプロセスという、2 側面からとらえていくことが可能であると考えられる。

IV まとめ

要介護高齢者の介護家族に対する援助実践や、その方向性を見出すことを目的とする研究においては、家族全体から現象を見渡す視点が必要である。しかし、要介護高齢者の介護家族に関連する文献を概観してみると、高齢者本人あるいは特定の家族介護者に焦点を合わせた研究がその多くを占め、家族全体を視野に入れたものは少なかった。その理由の一つとして、家族の概念および家族の健康の概念が一貫していないことがあげられる。要介護高齢者の介護家族全体に起こる実態究明を目指すうえでの第一の課題は、家族の概念とその家族の健康を明瞭に、一貫性をもって概念化していくことだろう。

本稿ではシステムの概念を取り上げて、その概念化の方向性を示した。すなわち、要介護高齢者の介護家族をシステムとして概念化すると、家族の健康は、その時々のシステムの機能状態と、家族システムの適応あるいは再構造化のプロセスからとらえられることを示した。

しかしながら、家族システムの機能状態は、それ自体まだ抽象度の高い概念である。効果的な援助を導く評価指標として、より具体的に操作化されていく必要がある。またさらに他の対象で開発された既存の家族機能尺度を参考に、尺度化が図られていいくことも必要であろう。

一方、家族システムのプロセスは、要介護高齢者の痴呆の程度や、介護者の負担感、家族外部からのソーシャルサポート等、家族システムの健康を規定する要因から、その一部が明らかにされている。しかし、要介護高齢者の介護家族システムの健康がどのような状況で、どのように変化していくのかを量的に検証していくことには限界がある。今後は質的研究方法を用いた探索的・発見的な研究が必要であろう。

家族システム論では、家族システムは選択的に環境との間で情報や物質、エネルギーをやりとりし、存続し成長していくと説明されている。この選択的な環境とのやりとりには、家族が介護や介護にまつわる出来事に対してどのように

な定義づけを行い、意味づけをするかということが重要な役割を果たしている。家族システムの健康を、プロセスからとらえていくうえで、家族システムレベルでの介護に対する意味づけを質的研究方法を用いて明らかにしていくことも重要な研究課題であると思われる。

引用文献

- 1) Ackerman, N.W. (1958), 小此木啓吾・石原潔訳(1967), 家族関係の理論と診断：家族生活の精神力学（上）。岩崎学術出版社。
- 2) Albert, S.M. (1992), Psychometric investigation of a belief system : caregiving to the chronically ill parent. *Social Science and Medicine*, 35 (5) : 699-709.
- 3) Beach,D.L. (1997), Family caregiving : The positive impact on adolescent relationships. *The Gerontologist*, 37 (2) : 233-238.
- 4) Bertalanffy, L. (1968), 長野敬・太田邦昌訳(1972), 一般システム理論。みすず書房。
- 5) Buckley, W. (1967), 新睦人・中野秀一郎訳(1980), 一般社会システム論。誠信書房。
- 6) Coleman,C.K., Piles,C.L. & Poggenpoel,M. (1994), Influence of caregiving on families of older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (11) : 40-49.
- 7) Davis, L.L. & Grant, J.S. (1994), Constructing the reality of recovery: Family home care management strategies. *Advances in Nursing Science*, 17 (2) : 66-76.
- 8) Fink,S.V. (1995), The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. *Nursing Research*, 44 (3) : 139-146.
- 9) Friedman, M.M. (1986), 野嶋佐由美監訳(1993), 家族看護学：理論とアセスメント。へるす出版。
- 10) 深谷安子・村嶋幸代・飯田澄美子(1991), 在宅片麻痺老人患者のADL変化に関する要因の分析：患者及び家族の日常生活に焦点をあてて。 日本看護科学会誌, 11 (2) : 44-54.
- 11) Gilliss,C.L., Highley, B.L., Roberts,B.M. & Martionson, I.M. (1989), *Toward Science of Family Nursing*. Melon Park: Addison-Wesley.
- 12) Given,B.A. & Given,C.W. (1992), Family caregiving for elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 10 : 77-101.

- 13) 後藤裕一郎・鈴木庄亮(1993), 脳血管障害患者の介護者における鬱状態について. 日本公衆衛生雑誌, 41 (9): 945.
- 14) 長谷川万希子・岡村清子・安藤孝敏・児玉好信・古屋野亘(1994), 在宅老人における孤独感の関連要因. 老年社会学, 16 (1): 46-51.
- 15) Hill, R.(1949), *Families under stress*. New York : Harper and Row.
- 16) 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(1988), 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. 聖路加看護大学紀要, 14 (3): 54-65.
- 17) Johnson, R.(1984), Promoting the Health of Families in the Community. In Stanhope, M. & Lancaster, J.(eds.), *Community Health Nursing*, St. Louis : Mosby, p.330-360.
- 18) Jones, S.L. & Dimond, M. (1982), 神戸恵子(1989), 家族理論モデルと家族療法モデル: 看護実践への適応に関する比較検討. 看護研究, 22 (3): 252-262.
- 19) 神田清子・太田紀久子・清水裕子・瀬戸正子(1994), 在宅介護老人の介護者の抑うつ度と負担度の関連に関する研究. 日本看護学会誌, 3 (1): 28-37.
- 20) Kantor, D. & Lehr, W. (1975), 野々山久也訳(1990), 家族の内側: 家族システム理論入門. 垣内出版株式会社.
- 21) 厚生省編(1997), 平成9年版 厚生白書. 財団法人厚生問題研究会.
- 22) 厚生省監(1998), 平成10年版 厚生白書. ぎょうせい.
- 23) 厚生統計協会編(1998), 国民衛生の動向. 厚生の指標, 45 (9).
- 24) 古谷野亘・岡村清子・安藤孝敏・長谷川万希子・浅川達人(1995), 親子関係に影響する子供側の要因. 老年社会学, 16 (2): 136-145.
- 25) Lewis, M.N., Curtis, M.P. & Lundy,K.S. (1995), "He calls me his Angel of Mercy":The experience of caring for elderly parents in the home. *Holistic Nursing Practice*, 9 (4): 54-65.
- 26) Majerovitz, S.D. (1995), Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patients with dementia. *Psychology and Aging*, 10(3): 447-457.
- 27) McCubbin, H. & Thompson,A.(1987), *Family assessment inventories for research and practice*. Madison,WI: University of Wisconsin-Madison.
- 28) 三浦文夫編(1999), 図説高齢者白書1999. 全国社会福祉協議会.
- 29) 水野敏子・村嶋幸代・飯田澄美子(1992), 介護者と要介護者との介護役割認知のズレと介護負担感. 日本看護科学会誌, 12 (2): 17-29.

- 30) 森岡清美編(1983), 家族社会学(新版). 有斐閣.
- 31) 森岡清美(1993), シリーズ現代社会と家族②: 現代家族変動論. ミネルヴァ書房.
- 32) 中村正(1998), 家族のゆくえ: 新しい家族社会学. 人文書院.
- 33) 新村出編(1991), 広辞苑第4版. 岩波書店.
- 34) 野口多恵子・深谷安子(1995), 要介護老人の「できるADL」と「しているADL」の差に影響する心理・社会的要因について. 日本看護科学会誌, 15(2): 49-57.
- 35) 野嶋佐由美(1989), 家族看護学への展望: アメリカ合衆国のファミリーナーシングの動向を通して. 看護研究, 22(5): 378-385.
- 36) 野々山久也・渡辺秀樹編著(1999), 家族社会学研究シリーズ1: 家族社会学入門 家族研究の理論と技法. 文化書房博文社.
- 37) 岡堂哲雄(1976), 心理学的家族関係学. 光生館.
- 38) 岡堂哲雄(1991), 家族心理学講義. 金子書房.
- 39) Olson, D.H.(1991), Family types and response to stress. *Journal of Marriage and the Family*, 53: 786-798.
- 40) 太田喜久子(1992), 老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向. 看護研究, 25(6): 12-20.
- 41) 太田紀久子・神田清子・大野絢子・伊藤まゆみ・土屋純(1993), 在宅健康老人の抑うつ度とその関連要因についての研究. 群馬大学医療短期大学部紀要, 14: 39-43.
- 42) 太田喜久子(1994), 痴呆性老人と主たる介護者との家庭における相互作用の特徴: 痴呆性老人の「確かさ」へのこだわりに焦点をあてて. 日本看護科学会誌, 14(4): 28-3.
- 43) Phillips,L.R., Morrison,E., Steffl,B., Chae,Y.M., Cromwell,S.L. & Russell,C.K. (1995), Effects of the situational and interactional process on the quality of family caregiving. *Research in Nursing & Health*, 18: 205-216.
- 44) 佐藤敏子(1995), 在宅片麻痺患者および主介護者のストレス・対処行動について. 帝京平成短期大学紀要, 5(3): 19-25.
- 45) Scott, C.B. (1993), Circular Victimization in the Caregiving Relationship. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2): 230-245.
- 46) Shyu, Y. I. L., Archbold, P.A. & Imle, M. (1998), Finding a Balance Point: A process central to understanding family caregiving in Taiwanese families. *Research in Nursing & Health*, 21: 261-270.
- 47) Silverstein,M. & Bengston, V.L. (1994), Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of

- declining health and widowhood. *Social Science and Medicine*, 38 (7) : 943-957.
- 48) 島内節(1989), 看護における家族分析・援助のための枠組みの検討：演繹的・帰納的アプローチを試みて. 看護研究, 22 (5) : 403-419.
- 49) Simpson,J.A. & Weiner,E.S.C.(1989), *The Oxford English Dictionaryaly*. Oxford: Oxford University Press.
- 50) 高崎絹子(1989), 家族援助における看護の視点. 看護研究, 22 (5) : 420-437.
- 51) 田宮菜奈子・荒記俊一・横山和仁・永見宏幸・日置則子(1990), 在宅脳血管障害患者の日常生活動作の改善に影響を及ぼす要因. 日本公衆衛生雑誌, 37(5) : 315-320.
- 52) 上田照子・橋本美知子・高橋祐夫・後藤博文・来嶋安子・大塩まゆみ・水無瀬文子・青木信雄・中園直樹(1994), 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 41 (6) : 499-505.
- 53) 上野千鶴子(1994), 近代家族の成立と終焉. 岩波書店.
- 54) 山田紀代美・鈴木みずえ・土屋滋(1995), 在宅要介護老人の介護者の疲労感と在宅介護の継続・中断に関する調査研究：ADL・精神症状からの検討. 日本看護科学会誌, 14 (1) : 2-10.
- 55) 山田ゆかり・石橋智昭・西村昌記・堀田陽一・若林健市・古谷野亘(1998), 高齢者在宅サービスの利用に対する態度に関連する要因. 老年社会科学, 19 (1) : 22-28.
- 56) 山本則子(1995), 痴呆性老人の家族介護に関する研究. 看護研究, 28 (3) : 2-23.
- 57) 山本則子(1996), 老人専門看護の展望：家族への援助の重要性に注目して. 保健の科学, 38 (11) : 732-735.
- 58) 山本則子・杉下知子(1998), 老人病院通院患者家族の介護支援利用パターンとその要因. 老年社会科学, 19 (2) : 129-136.
- 59) 山根常男(1986), 家族と人格：家族の力動理論を目指して. 家政教育社.
- 60) 山根常男・玉井美知子・石川雅信編著(1996), わかりやすい家族関係学. ミネルヴァ書房.
- 61) 横田良子・榎本香織・下村裕子(1998), 在宅要介護高齢者介護継続に関する研究. 慶應義塾大学看護短期大学紀要, 8 : 77-87.
- 62) 横山美江(1993), 在宅要介護老人の介護者における疲労感の計量研究. 看護研究, 26 (5) : 427-433.
- 63) 結城美智子(1996), 在宅要介護高齢者の介護者家族に関する研究. 保健の科学, 38 (8) : 555-560.