

もの忘れ外来患者の配偶者におけるアルツハイマー病 (またはその疑い)の受け入れに関する質的研究

金海 藍加* 山崎 久美子**

Wives Acceptance of Caring for Husbands with Alzheimer's Disease at Memory Clinic

*Aika Kaneumi **Kumiko Yamazaki

*Department of Neurology Fukuoka University

**Waseda University, Faculty of Human Sciences

Dementia progresses slowly, and the patients with dementia need care from other people. Most of all, the cause of Alzheimer's disease is not yet known, and its effective treatment have not established yet. Therefore, the caregivers' psychological burden is serious, so that the importance of their psychological care is stated.

The caregivers' problem in giving care to patients is often reported to become serious when the patient is at initial stage of dementia, and/or caregiver is elder, a spouse, and a woman. However, the psychological process and the change as time goes by have not investigated enough qualitatively.

The purpose of this study is to investigate the process that wife accepts the fact such as her husband's disease, symptoms, diagnosis, changes, and prognosis at the initial stage when he got AD.

The interview data was analyzed by using the modified grounded theory approach. As results, 14 categories were created by 40 concepts, and those relationships were shown in the figure. The clarified process includes findings gained by the precede researches, and suggests that wife's experiences and thoughts are changing continuously between the process which she pauses and thins, and the process which she begins to accept as she understands current circumstances. Moreover, from the process of analysis, the importance of followings were suggested; approach from different view point, information supply, cooperation with care service, and the person who pay attention to their story. These can contribute to further research to investigate the direction for intervention and the care.

* 福岡大学医学部神経内科学教室

** 早稲田大学人間科学学術院

キーワード

アルツハイマー病 Alzheimer's disease

配偶者 spouse

もの忘れ外来 memory clinic

受け入れ acceptance

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ modified grounded theory approach

I. 問題と目的

「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで日常生活・社会生活を営めない状態」と定義される認知症は、概して徐々に進行し、患者は周囲の介護が必要不可欠な生活を送る¹⁾。中でもその原因疾患の50%以上を占めるアルツハイマー病 (Alzheimer's Disease : AD) は、認知機能障害を中核に行動・心理症状や身体機能障害を伴い、慢性かつ緩慢進行性の経過をたどることが知られている²⁾が、現在病因は解明されておらず、有効な治療法、治療薬も確立されていない。そのため、介護者の身体的、社会的負担に加えて心理的負担は大きく、介護者への心理的ケアの重要性が指摘される。

介護者は、介護の否定的側面と肯定的側面の両面的側面を経験しながら、日々患者の介護に向かっている^{3)~6)}。その際彼らが抱える問題は、患者の症状の進行に伴い継続的に増大するというより病期の初期段階に最も強く^{6) 7)}、また介護者の属性や性別によって本質的に異なり^{7) 8)}、特に介護者が高齢、配偶者、女性である場合に事態がより深刻であることが報告されている^{9)~14)}。しかし、介護者の心理過程や時間経過に伴う変化について、これらの側面に注目した質的な検討は十分には行われていない。

本研究では、夫がADを発症した初期の段階において、その配偶者である妻の心理状態に焦点を当て、妻がどのような経験や思いを抱えながらその事実と向き合っているのか、すなわち夫の病氣、症状、診断名、変化、予後などを受け入れていくプロセスを、もの忘れ外来の診療過程に沿って探索的に検討することを目的とした。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、もの忘れ外来を受診しAD（またはその疑い）と診断された男性患者の配偶者で、研究の趣旨に賛同・協力が得られた4名であった。対象の選択は外来担当医師が行い、患者はAD（またはその疑い）と診断されること、記憶障害が主訴であること、行動障害や精神病様症状をもたないこと、認知障害以外に本研究を行う上で支障となる疾患が現在はないこと、また対象者は特別な介護技術経験をもたないことを条件とした。詳細はTable 1の通りである。

Table 1：対象，患者に関する情報

対象者	年齢	診断	主訴	夫の診療情報	心理検査			
				臨床症状	HDS-R	MMSE	RCPM	WMS-R※
A	75歳	アルツハイマー病	健忘	短期記憶障害（強） 時間の失見当 現在ではせん妄なし 睡眠障害，RBD，うつ状態なし	16 / 30	17 / 30	31 / 36	56-77-61-90-50
B	72歳	①アルツハイマー病疑い ②陈旧性脳梗塞	健忘	近時記憶障害 時間の失見当	18 / 30	21 / 30	25 / 36	83-88-82-94-79
C	73歳	①アルツハイマー病 ②脳の虚血性変化	健忘	短期記憶障害（日常生活に支障） 人格変化（怒りっぽい） 妄想なし	26 / 30	25 / 30	23 / 36	61-56-57-79-62
D	74歳	①アルツハイマー病 ②DM ③高血圧 ④右脚ブロック	健忘	記憶障害 失見当 夜中覚醒	20 / 30	23 / 30	33 / 36	87-91-86-99-73

※言語記憶，視覚記憶，一般的記憶，注意／集中度，遅延再生

2. 調査方法および分析方法

もの忘れ外来の診療過程に沿って一人2回，初診（医師による問診，簡易スクリーニング検査，脳画像検査の実施）後と再診（神経心理学的検査，特殊脳画像検査の結果とAD診断の報告，今後の治療方針の説明）直後に半構造化面接を実施した。この間は平均2ヶ月を要した。データ収集時期は2006年7月から12月，所要時間はそれぞれ30～70分であった。

面接では，夫との日々の関わりや出来事に関して感じていること，考えていること，気持ちや思いを中心に，夫の症状に気づいてから現在に至るまでの心理状態やその変化，背景にある要因について質問し，自由に語ってもらった。この内容を逐語録にし，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（modified grounded theory approach：M-GTA）法^{15) 16)}を用いて分析した。

3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、データ管理とプライバシーの保護に関しては十分に配慮し、関連機関における倫理委員会の承認を得て行った。

Ⅲ. 結果

1. 分析テーマの確定

最終的な分析テーマは「妻が夫との日々の生活における出来事や経験をどのように受け止め、そこからどのように考えたり対応したりしながら新しい次のステップを踏み出す、すなわち受け入れに向かっていくのか、その変化のプロセスを明らかにすること」とした。

2. 概念とカテゴリーの生成

M-GTA法による分析から、夫のAD受け入れに関する40の概念を生成し、14のカテゴリーにまとめた。さらにこれらの相互関係を、1つの中心となるカテゴリーおよび2つのコアカテゴリーと、それぞれを構成するカテゴリーとその上位カテゴリーにまとめ、ストーリーラインと結果図 (Fig.1) を作成した。以下、中心カテゴリーを下線、コアカテゴリーを【】、カテゴリーを下線、その上位カテゴリーを下線の記号を用いて表記する。概念〈〉と定義¹⁾についてはTable 2の通りである。

1) 今の状態を把握する

面接の中で最も頻繁に語られたのは、夫がどのようなことができなくなりどのようなことはできているのかというその時々で、妻は夫の今の状態を繰り返し確認し直すことで、併せて自分自身が置かれている状況を把握し、夫に向き合う姿勢を整えていると解釈した。これは妻の判断や評価の基本となり、その後の姿勢を左右する重要なポイントであると考えられた。

2) 【立ち止まって考える】

今の状態を把握するから始まる左側の円環に入るカテゴリーと概念を包括するコアカテゴリーを【立ち止まって考える】とした。今の状態を把握するの中で、変化・受診・AD診断をきっかけにさまざまな疑問や不安を抱えながらも何をすればよいのかと考

えるようになることで、再び今の状態を把握するようになる一連の流れであった。夫の病気に向かい合うという方向性を得ており、さまざまな思いを抱えながらもじっくり考え、その後の行動の第一歩を踏み出す前段階にあると解釈した。

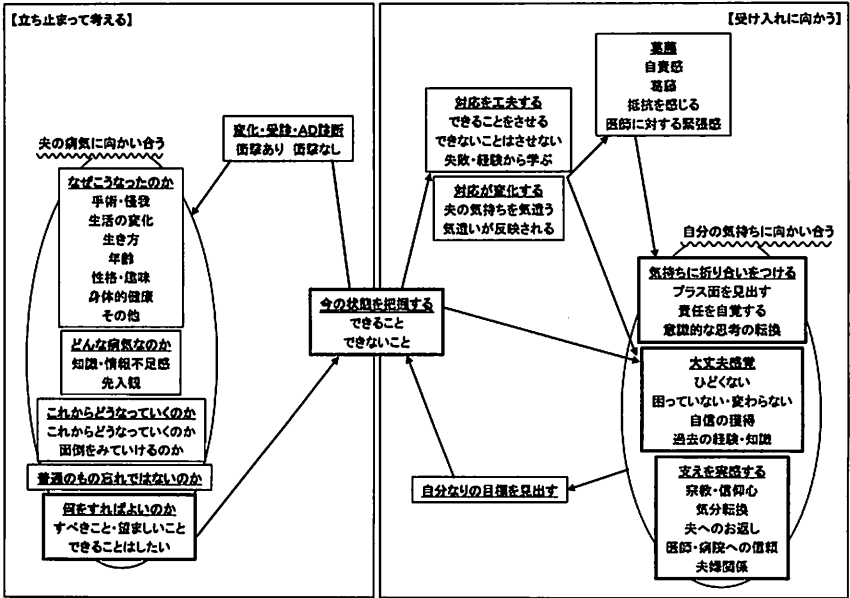
a) 変化・受診・AD診断

今の状態から夫の変化を実感することは専門外来の受診につながり、夫がADと診断されると、妻は予測や覚悟がない場合ほど強くショックや驚きを感じていた。

b) 夫の病気に向かい合う

夫の変化に気づき受診してAD診断を受けたことに衝撃の有無や強弱によらず何らかの感情を抱いたことで、妻は夫の病気に関する原因や今後について考えるようになっていた。これは妻が夫の病気に向かい合って考えていこうとする姿勢を意味していると解釈し、同様に解釈された概念やカテゴリーを上位カテゴリーにまとめた。

Fig. 1 結果図



i) なぜこうなったのか

夫の変化を実感したり、受診しAD診断を受けた際、妻はなぜこうなったのかという疑問に直面し、夫の異変、発病のきっかけ、関連する出来事などにつ

いてそれぞれに考えやすく納得しやすい形で解釈を行っていた。

ii) どんな病気なのか

またこのとき、妻はADとは一体どんな病気なのかという疑問に直面しており、正しい知識がもともとない、調べても満足する情報が得られない、あるいはもとの知識が誤っている場合と過去の経験や情報からある程度できあがった先入観の影響を受けている場合があったが、共通してADについての正確な理解はできていなかった。

iii) 普通のもの忘れではないか

一方で、夫の変化に直面しAD診断を受けていながらも、妻は夫が病気ではないという思いを抱いていた。夫を気遣いかばう気持ちと、病気を認めたくない気持ちが錯綜していると考えられた。

iv) これからどうなっていくのか

また、夫の変化を実感したり、受診しAD診断を受けたことから、妻は自身自身の高齢、持病があること、他に頼れる人がないといった現在の状況のマイナス面を再認識したり、あるいは夫の症状の進行、自分が健康を損ねるといった今はうまくいっている状況が今後悪くなる可能性を想定して不安になっていた。

v) 何をすればよいのか

しかし、夫の変化を実感したり、受診しAD診断を受けたことから、次第に妻は自分にできることやすべきことは何か、どうあるべきかを考え、できることはしてあげたいという気持ちが起こっており、これは今の状況を把握する基本の判断に返り、さらなるステップとしての受け入れに向かう段階へつなげるポイントと考えられた。

3) 【受け入れに向かう】

今の状態を把握するから始まる右側の円環に入るカテゴリーと概念を包括するコアカテゴリーを【受け入れに向かう】とした。今の状態を把握する中で、【立ち止まって考える】段階から一歩踏みだし試行錯誤を重ねる中で自分の気持ちに向かい合い、そこから自分なりの目標を見出すことで、再び今の状態を把握するようになる一連の流れであった。自分の気持ちに向かい合うという方向性を得ており、さまざまな思いを抱えながらもそれらを受け入れていく段階であると解釈した。

Table 2：概念と定義

(できないこと)	“夫ができなくなっていること、苦手なこと、性格の変化を把握し、それが夫の病 気や症状の影響であることと実感している”	(夫の気持ちを気遣う)	“診断を受けたり、できないことが増えている夫自身のショックやもどかしい気持 ちを考え、気遣っている”
(できること)	“夫ができなくなっていることや忘れのぼさを感じているが、それ以上にできるこ とがあることを認識している”	(気遣いが反映される)	“夫のものを忘れの原因が病気のせいだとはっきりしたことで、妻の受け止め方が 寛大し、それによって夫がショックを感じるような関わりを避ける。言葉遣いが優 しくなるなど、夫への対応がこれまでとは違う。思いやりの感情が反映されたも のになっている”
(困難あり)	“夫の変化に直面したり、受診してADという病名を医師から告げられたことに、 ショック、驚き、信じられないなどの衝撃を感じ、なかなか実感として受け入れら れないという気持ちでいる”	(自責感)	“現実を受け入れられないことや理想とは違う自分自身を振り返って、自分が悪 いのかもかもしれないと罪悪感を感じたり、自分を責めたりしている”
(困難なし)	“夫の変化やAD診断に驚きや困難は感じておらず、仕方のないこと、特には何 も感じないなど程度の差はあるが、事実として受け止められている”	(高認)	“思い強く対応とのズレやわき起こってくるネガティブな感情と、それをよくないも のと認識する気持ちが同時に混在し、やり場のない気持ちの間に葛藤している”
(手術・事故)	“過去に手術を受けたり、あるいはその治療過程での心理的・身体的影響や、大 きな怪我をした経験が、夫がものを忘れをする原因やきっかけになったと解釈して いる”	(抵抗を感じる)	“夫がADの診断を受けたことが周囲に広まったり、それによってよくない評判を 得るかもしれないことに抵抗を感じており、そのためにごまかしたり、本当のこと を伝えなかったり、夫がADだと伝える対象に敵意になったりしている”
(生活の変化)	“生活が急に変わったことが、夫がものを忘れをする原因やきっかけになったと解 釈している”	(医師に対する緊張感)	“医師との関係の中で、緊張や遠慮を感じている”
(生き方)	“これまでの人生における仕事や家庭での生き方の中でどの無理や抑圧が、夫が ものを忘れをする原因やきっかけになったと解釈している”	(プラス面を見出す)	“現在に至るまでを振り返って、これまでの状況やその推移に関わることの中で プラスに解釈できるポイントを見つげ出したり、あるいは他の病気や状況、過去の 経験や他者の姿と比較してそれよりはよいと感じるなど、現在に至るまで の状況にプラスの側面を見出すこと”
(年齢)	“高齢であることが、夫がものを忘れをする原因やきっかけになったと解釈して いる”	(責任を自覚する)	“夫との関わりにおける自分自身の責任やその重さを認識し、改めて自覚するこ と”
(性格・趣味)	“夫の性格傾向や趣味がないことが、夫がものを忘れをする原因であると解釈して いる”	(堅固的な思考の転換)	“どうしようもない、自分の方ではどうにもできないと納得するなど、意図的に考 え方を変えること”
(身体的困難)	“夫がものを忘れをする原因やきっかけを考えたととき、夫は身体的に困難であるこ とが、解釈における違和感として浮かび上がっている”	(ひどくない)	“夫の病気の程度はまだひどくないと認識している”
(その他)	“夫がものを忘れをする原因やきっかけを考えているが、はっきりとは解釈を見出 せていない、あるいは何かしらの理由や対象を見出しているが他の概念にはま とめられない解釈を行っている”	(困っていない・寛わらない)	“夫のものを忘れやADであること、あるいは夫の困憊をみることによって、生活に おいて不都合さやマイナスの変化、ネガティブな感情を現在感じていない”
(知識・情報不足感)	“ADに関する正しい知識や情報、免疫がもともとない、あるいは国でも満足す る十分な情報は得られないために、ADがどのような病気なのかわからないとい う認識でいる”	(自信の獲得)	“AD診断直後の混乱が落ち着いた後、夫への対応の工夫が活きたり、傾けてき たことによって、気持ちや対応上の不都合感が軽減し、やっつけられるという感覚 を実感することで、安心や自信を獲得している”
(先入観)	“ADに関する先入観がある程度でき上がっており、それによって不安な気持ち が喚起されたり、判断に影響が及んだりしており、ADがどのような病気なのかわ からないという認識でいる”	(過去の経験・知見)	“過去の経験があり、それより予備知識や予測可能性があるために、戸惑い などはなく、自分はやっつけられるだろうという感覚をもっている”
言語のものを忘れではない か	“夫のものを忘れに気づいてはいるが、夫ができなくなっていることに対して、自分 も同じような経験があったりわからなくはないと共感することで、病気という認識 や違和感が弱められている”	(宗教・信仰心)	“宗教の教えやそれを信仰する心が、妻の気持ちを支える力や考え方の方向性 を示す助けになっている”
(これからどうなっていく のか)	“夫はADと診断され、これからどんな症状がでて、どの程度進行していくのかと 不安に思う気持ち”	(気分転換)	“ストレスを発散したり、気分転換できる場所や方法が妻の中で自立・自保さ れていることが、つらくないときでも自分は大丈夫という感覚につながっている”
(面倒をみていけるのか)	“この先自分は夫の面倒を見ていけるのかと不安に思う気持ち”	(夫へのお返し)	“これまでの夫婦生活における夫への感謝の気持ちから、今度は夫に対してお 返しをする旨だという気持ちをもっている”
(すべきこと・望ましいこと)	“今自分が何をすべきで、何をするのが望ましいかを知りたいと思う気持ち”	(医師・病院への信頼)	“医師への信頼や専門の病院であることが、治療における信頼や感謝の気持ち につながり、また今後の医療の進歩への期待があって、それらが判断の根拠力 になったり、安心感につながったり、今の状況をプラスに捉えるのに加担したりし ている”
(できることはしたい)	“できることがあればよいと思い、できることならば何でもしてあげたいという気 持ち”	(夫婦関係)	“これまでの夫との関係が、夫がADになったことへの感じ方や受け止め、対応の 際にも活きている”
(できることをさせる)	“夫ができることや得意なことは、なるべく譲けて行わせるようにする”	自分なりの目標を見出す	“最終的に自分が向かおうべき目標や方向性を見出している”
(できないことはさせない)	“夫ができなくなっていることや苦手なことは妻が補佐する、やらせなくて済むよ うにするなど、対応を切り換えている”		
(失敗や経験から学ぶ)	“過去の失敗や成功から、対応上夫にとってよくないこと、そうしない方がいいこ と、うまくい方法を経験的に学んでいる”		

a) 対応を工夫する

夫の状態によって、妻はできることは積極的にやらせる一方で苦手なことはやらなくて済むようにする、失敗や経験からより良い対応を見出すなど、対応を工夫するようになっていた。妻自身のあり方を模索し、受け入れに向かう段階の第一歩と考えられた。

b) 対応が変化する

これと同時に、妻は夫の心理状態に配慮し気遣うようになっていた。思いやりの気持ちは夫に対する見方や対応に反映されて次第に対応が変化し、これは受け入れに向かう段階の第一歩で生じる妻の実際の変化と考えられた。

c) 葛藤

夫への対応を工夫し変化する中で、妻は状況を思うように受け入れられない、思い通りに接することができない状態に直面していた。夫との関わりや状況に困難や不満を感じると、同時にそれはよくないことという認識が混在して葛藤していた。根底に前向きな気持ちや姿勢があるが故の苦しい状態で、受け入れに向かうプロセスの一環と解釈した。

d) 自分の気持ちに向かい合う

夫との関わりにおける試行錯誤を重ねる中で、妻はさまざまな感情に自分なりに納得するようになっていた。自分自身の気持ちと向き合うことで夫に対する態勢を整え、受け入れに向かう段階におけるさらなるステップを踏み出す力を得たことを意味していると解釈し、同様に解釈された概念やカテゴリーを上位カテゴリーにまとめた。

i) 気持ちに折り合いをつける

夫との関わりにおいて葛藤しながらも、妻は自分なりに納得できるポイントを見出したり、悩むより自分の責任の重さを実感したり、意識的に考え方や受け止め方を変えることで気持ちを切り替えるというさまざまな方法で、自分の気持ちに折り合いをつけるようになっていた。

ii) 大丈夫感覚

夫の状態はADといえひどくなく対応上困ることも生活が変わることもないと実感したり、不都合が軽減し自信を獲得したり、自分はやっつけられるという感覚を実感することで、妻は大丈夫という感覚を得ていた。この感覚は、夫の

できることが強く認識されていれば直接、できないことが認識されていても対応の工夫や変化によって次第に得られ、妻の精神的余裕をうみだすと考えられた。

iii) 支えを実感する

これまでの人生における宗教や信仰の影響、今度は夫へお返しをするという気持ち、気分転換できる時間や場所が担保されている実感、医師や病院の専門性への信頼、これまでの夫婦関係の中で築かれてきたものから、妻は自分自身の支えや基盤の存在を実感していた。

e) 自分なりの目標を見出す

自分の気持ちに向かい合う過程を経ると、その後妻は自分なりに目指すものを明らかにする、あるいはもともとはっきりあった目指すべき姿に向かう態勢を整えるという次のステップへ踏み出していた。これは一息ついて先へ向かう体制を整え、再び今の状況を把握する基本の段階に戻ることを意味していると考えられた。

3. ストーリーライン

妻たちは、その時々において今の状態を把握する中で夫の変化・受診・AD診断をきっかけとし病気に向かい合うようになる。その際なぜこうなったのか、どんな病気なのか、普通のものの忘れではないか、これからどうなっていくのかという疑問や不安を抱えながらも、そこから自分は何をすればよいのかを考えるようになることで再び今の状態を把握するようになる。

このとき、何をすればよいのかという気持ちは、再び今の状況を把握することで【立ち止まって考える】段階を抜け、その先にある【受け入れに向かう】段階へつながっていく。

そして、その中で対応を工夫し、対応を変化する過程を経て自分の気持ちに向かい合うようになり、葛藤しながらも気持ちに折り合いをつけ、夫の（できること）の認識や対応の工夫や変化から大丈夫感覚を獲得し、自分の支えを実感し、これらから自分なりの目標を見出すことで、再びその時における今の状態を把握するようになっていく。

IV. 考察

夫がADを発症した際の妻の経験や思いは、常にその時々における今の状態を把握

しながら、立ち止まって考える過程から受け入れに向かう過程へと流動的に変化していることが示唆された。明らかになったこのプロセスは「夫のもの忘れに気づき受診を経てAD診断を受けたことにさまざまな思いを抱えながらも、その事実に向かい合い何をすべきか考える中で、自分なりに納得したり、解釈したり、自信をつけたり、支えを認識しながら、すなわち自分の中のさまざまな気持ちに向かい合って対処しながら、夫との関わりをもち続けていくこと」と考えられ、先行研究における介護者の心理状態に関する知見との整合性を再検討していくことが有効となる。

また、プロセスの検討過程で受け入れを前進させる契機となるカテゴリーが存在し、介入やケアの視点を探るポイントと考えられた4点について以下に検討を加えたい。

1. 視点を変換するアプローチ

今の状態を把握するカテゴリーにおいて、妻の判断の基準は夫に対する主観的評価であった。これは介護負担感などの評価が介護者の主観により左右されるとする先行研究^{12) 17) 18)}と一致していた。面接で衝撃を受けていると語った妻は、夫のマイナス変化ばかりに目が向き、逆に衝撃を感じないか覚悟はできていたと語った妻は、夫の姿のマイナス面に気づいていながらそれを払拭するかのようにプラス面を強調する傾向が顕著であった。評価の基準が主体的であるということは、夫の失われる機能や変わりゆく姿に目が向けば落ち込みや不安が助長され、逆に目が向かなければそれは病気を認められない否認¹⁹⁾や変な言動の意味でも正常な部分があることで拡大して説明する正常視反応の拡大化²⁰⁾に相当し、誤った解釈や介護に対する責任感に後押しされ、いわゆる抱え込み状態につながる危険性を含んでいる。ADと診断されても維持機能が比較的ある初期段階においては、夫が失いつつある機能を確認しつつも維持できている機能に目を向ける視点の変換を促すアプローチが、妻の受け入れを促進する契機となる効果的な介入の糸口になる可能性が示唆された。

2. 情報提供

夫の病気に向かい合うカテゴリーにおいて、さまざまな不安や疑問の中から自分が何をすべきかと考えることが受け入れへ前進する契機となった。面接で混乱や不安が語られる際、妻が求めていたのは正確かつ適当な情報を気軽に入手できる場所や存在であった。介護者が認知症の予備知識をもっていると、症状が軽い時期から病気を理解し、介護行動を積極的に進め、戸惑いや変化を受け入れられない時期を短縮あるいは

は省略することができる²⁰⁾。また、早期における介護者の心理面への介入の意義¹⁹⁾や情報提供の重要性²¹⁾も指摘されている。病気や介護に関する情報や経験の不足は介護者が介護経験を積むことで次第に解消されるが、本研究の対象者はこれから本格的な介護に向かう前段階にあった。介護の初期段階において情報を提供する場所や人といったサポート資源が担保されることが、その後の受け入れに向かうステップを踏む手助けとなる可能性が示唆された。

3. 介護サービスとの連携

介護を生活に取り込み安定に至る過程で自らをコントロールするという妻自身の調整が行われることは、介護生活をよい方向に導く原動力となる¹⁴⁾。また、介護の大変さの中で自分を客観的に見直し再確認する作業は、介護に向かう新たなエネルギーや対処方法を見出すことを可能にする²⁰⁾。これらは自分の気持ちに向かい合うカテゴリにおいて、今後の考え方や対応は自分次第で変えられるという実感が感情や状況を整理する力となっていたこと、自分ではどうしようもない側面について変えられない現実であると実感することが思考を意識的にポジティブに転換し、前向きさや余裕をうみだすきっかけとなっていたことに相当する。しかし一方で、介護者がその役割をこなすため否定的な感情に押しつぶされないよう自分自身の調整を図る段階とは、介護者の負荷が高く、より援助が必要な時期と重なる²²⁾のである。したがって、ここでのサポートとして介護者が自分自身の気持ちに向かい合う時間や場所を提供することが考えられる。自分の時間をもつのに役立つのは、具体的には、気持ちを転換する場や共有する場の提供としての介護サービスの活用²²⁾や、体験を共有する場や心理的サポート機能をもつ場としての家族会の存在²³⁾であり、これらの社会資源とのスムーズな連携がなされることが重要であろう。

4. 語りを聴く役割の存在

最後に、筆者が面接を行い対象者から日々の経験や思いを聴く全体の過程から、語りを聴く役割をもつ存在の重要性が示唆された。最初の面接で不安な気持ちを誰かに聞いて欲しいが自分には安心して相談できる存在がないと語った妻は、2回目の面接の開始時に「こうやってかわいい孫みたいな人にお話聞いていただけるから、なんだか今日が待ち遠しくて、もう楽しみにしてたんです。」と話し、「知っている方にお会いできてほっとしています。」と安心した気持ちを語った。また「こうやってこち

らに伺わせていただいてね、安心してね、お話がさせていただけますので、ありがたかったですよね。」と語って面接を終了した妻もあった。介護者が自分の経験を他者に話す経験は、患者への対処や生活、さらに自分自身を見直す機会となる²⁰⁾。さまざまな経験や思いを聴かせてもらう今回の面接は診療とは独立した場で行われたが、関わりを持ちながら関係性を築き、気軽に話を聴いてもらえる人がいること、そのような機会が用意されていることは介護者にとって重要な意味をもつと考えられた。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、夫がADを発症した初期段階でもの忘れ外来を受診した妻を対象に、夫のAD受け入れの様相を明らかにしようとする探索型の質的研究であった。分析によって、カテゴリーの抽出のみにとどまらずその相互関係を図示することが可能となった。M-GTA法は研究テーマと対象に関して限定された範囲において優れた説明力を有する¹⁶⁾とされるが、本研究において得られた結果は限られた時間と対象者から得られたデータであることの限界について言及する必要がある。今後は、施設や介護者の性別を広げて対象者を拡大し、概念やカテゴリーの再検討および結果図について妥当性の検討を行い、さらにはAD介護者へのケアやカウンセリングの指針を提言することを視野に含めて研究を重ねていきたい。

謝 辞

本論文の執筆にあたりご指導いただいた早稲田大学人間科学学術院の山崎久美子先生に厚く御礼申し上げます。また症例をご紹介いただき、医学的な見地からご助言を賜った国立精神・神経センター武蔵病院の有馬邦正先生、東京都老人総合研究所の村山繁雄先生にこの場を借りて深謝いたします。

そして何より研究にご協力いただき貴重なお話を聞かせてくださった被験者の方々に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 朝田隆：認知症とは、精神科，7（3）：185-188，2005
- 2) 古田伸夫，三村將：初期アルツハイマー病の認知機能障害，老年精神医学雑誌，17（4）：385-392，2006
- 3) 櫻井成美：介護肯定感をもつ負担軽減効果，心理学研究，70（3）：203-220，

1999

- 4) 三宅貴夫：患者・家族が医師に求めるもの―「家族の会」の活動から―，第125回日本医学シンポジウム，68-73，2004
- 5) 右田周平，服部ユカリ：痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因，老年看護学，6（1）：129-137，2001
- 6) 竹内志保美，鈴木みずえ，矢富直美，福岡欣治，大山直美：痴呆専門外来患者の家族の介護と痴呆の受容，老年精神医学雑誌，15（5）：527-537，2004
- 7) Margareta G（堀口淳訳）：スウェーデン 在宅痴呆老人のケア―近親者の態度と負担感―，老年精神医学雑誌，9（2）：128-132，1998
- 8) Michel B, Rylee K, Lori C, D.William M, Sacha D, and Judith A. L: Understanding burden differences between men and women caregivers:the contribution of care-recipient problem behaviors, International Psychogeriatrics, 17（1）：99-118, 2005
- 9) Cantor M. H: Strain among Caregivers: A Study of Experience in the United States, The Gerontologist, 23（6）：597-604, 1983
- 10) Mary L. M. G: Senil dementia: Factors associated with caregiver's preference for institutional care, British Journal of Medical Psychological Society, 59: 165-171, 1986
- 11) 太田保之，勝野久美子：中高齢者の精神的健康に関する研究：身体・心理・社会的要因の影響について（第1報：標準的な生活者を対象として），臨床精神医学，20（8）：1227-1233，1991
- 12) 太田保之，勝野久美子：中高齢者の精神的健康に関する研究（第2報：男女別に見た身体・心理・社会的要因の影響について），臨床精神医学，21（2）：255-261，1992
- 13) 佐藤豊道：痴呆性老人の特徴と家族介護に関する基礎的分析―特集への序論―，社会老年学，29：3-15，1989
- 14) 林葉子：夫を在宅で介護する妻の介護役割受け入れプロセスにおける夫婦関係の変容―修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる33事例の分析―，老年社会科学，27（1）：43-54，2005
- 15) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生，弘文堂，東京，1999

- 16) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い，弘文堂，東京，2003
- 17) 菅崎弘之：在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究，老年精神医学雑誌，5（5）：565-575，1995
- 18) 仲秋秀太郎：アルツハイマー型痴呆における介護者のsocial supportと介護負担について，老年精神医学雑誌，15（増）：95-101，2004
- 19) 鶴田聡：老年期痴呆患者の在宅介護に対する介護者の心理的態度的変化，老年精神医学雑誌，6（6）：737-753，1995
- 20) 標美奈子：回想的に語られた介護体験プロセス：痴呆性老人の家族介護者の会役員の場合，保健医療社会学論集，12：47-57，2001
- 21) 鹿野由利子，花上憲司，木村哲郎，本間昭：痴呆の早期発見はなぜ難しいのかー家族からみた障壁要因と情報提供の必要性ー，日本痴呆ケア学会誌，2（2）：158-181，2003
- 22) 鈴木亮子：認知症患者の介護者の心理状態の移行と関連する要因についてー心理的援助の視点からみた介護経験ー，老年社会科学，27（4）：391-406，2006
- 23) 宮上多加子：家族の痴呆介護実践力の構成要素と変化のプロセス，老年社会科学，26（3）：330-339，2004