

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における 予期悲嘆とレジリエンスの検討

白水 孝子[†]

Examination of Anticipatory Grief and Resilience in the Psychological Transition Process of Family Caregivers of Dementia Patients

Takako Shirouzu

1. 研究の目的

1.1 研究の背景

超高齢社会に突入した我が国の高齢化率は、2025年には30%を超えると予測されている。65歳以上のMCI（軽度認知障害）を含める認知症発症率は4人に1人と言われて、高齢になるほど罹患率は上がっている。対策として、2006年の介護保険制度の改訂では、病院・施設介護から在宅介護に重点が移行された。また、国は認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を掲げて、地域包括ケアシステムを推進している。そこでは、地域医療関係者と介護福祉関係者が連携して、認知症患者や家族の視点を重視した援助が行われている。

認知症は、中核症状として記憶障害や見当識障害、実行機能障害などがあり、さらにBPSD（行動・心理症状）として、徘徊、不安焦燥、暴力暴言などが現れる。患者本人への症状進行に合わせた支援とともに、介護負担が徐々に大きくなると言われる家族に対する援助が必要とされる。

医療分野では、認知症疾患医療センター指定病院とかかりつけ医の連携により、認知症に関する相談や診断、支援が行われている。福祉分野では、市町村に地域包括支援センターが設置され、介護予防や介護保険福祉サービスの利用に関する相談などが行われている。具体的には担当ケアマネージャーが個々の相談に応じ、患者本人や家族に適した介護サービスをコーディネートしている。終末期ケアも含めて、認知症患者は住み慣れた地域で安心して暮らすことが可能となってきた。

介護問題の解決に向かって社会制度の拡充やサービス深化が行われる一方で、近年コロナ禍と相まって、高齢者虐

待や介護苦による事件が起きている。介護する家族が置かれている現状と課題、人生の危機といわれる大切な家族との別れにおける心理的葛藤について、今まさに究明が望まれる。

1.2 先行研究から

これまで、認知症患者を介護する家族の心理移行過程の研究は数多くなされてきた。鈴木（2006）は、心理状態のモデルを4段階で示した。第1段階は、それまでと違った行動へ困惑・衝撃・否認などの感情を抱く段階であり、第2段階は、時間的経過とともに症状が進行し、否定的感情と調整的感情の行き来する心理状態である。第3段階は、患者の受け入れと、介護だけで終わることへの葛藤の心理状態であり、第4段階は、患者との別れを経験することで人生における介護経験全体の受け入れの段階である。

予期悲嘆とは、大切な人の死が確実に避けられない状況での家族の悲嘆である。Marwit & Meuser（2002）は、認知症患者の家族介護者の予期悲嘆に注目し、悲嘆評価尺度（MM-CGI-SF）を作成した。また、大村他（2014）は、Marwit & Meuser（2002）の研究をもとに、悲嘆評価尺度（MM-CGI-SF）の日本語版を作成し、「個人的犠牲の負担」「深い悲しみと心配」「孤独」「認知症者を前にしたときの喪失感」の4つの因子を見出した。廣瀬他（2010）は、患者の大切な特性の喪失を「非死喪失」とし、その反応として狭義の「予期悲嘆」があるとしている。本研究では、大村他の研究を参考に、予期悲嘆を4つの因子で捉えていく。

さらに、鈴木（2006）は、介護における心理状態の移行の中で、状況に肯定的な影響を与える要因として、「他の介護者の存在意識」と「エネルギー源（介護サービスの利用、生活の張り等）」などの獲得を挙げている。廣瀬他（2010）は、適応への課題として「認知症を受け入れる」

[†]2021年度修了（臨床心理学プログラム）

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における
予期悲嘆とレジリエンスの検討

「愛情と関心を持ち続ける」「認知症患者に合わせる」「喪失の中から意味を見出す」を挙げ、その促進には「認知症患者との関係性」と「社会的支援の認知」が関係するとした。

一般的にレジリエンスとは「困難で驚異的な状態にさらされることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、それを乗り越え、精神的病理を示さず、よく適応している状態」を指す(小塩他, 2002)。認知症患者の介護に伴う肉体的精神的ストレスによって、介護者の脆弱性が脅かされるが、介護者は自ら、様々な資源や対処パターンを使って適応し問題を乗り越える。介護による負担感や非死喪失などの予期悲嘆に対し、介護者が肯定的な影響を求めて思考し、適応を図ることをレジリエンスと捉えることができる。

1.3 研究目的

家族介護者が認知症患者の症状をどのように捉え、何をきっかけにしてレジリエンスを発揮していくかを明らかにした研究はまだ数少ない。そこで本研究では、認知症患者の家族の心理移行過程における予期悲嘆とレジリエンスの特徴を明らかにすることを目的とする。さらに、それを踏まえて人に本来備わっているレジリエンスが発揮でき、高められる援助的視点について検討することを目的とするものである。

2. 研究の方法

2.1 対象者(研究協力者)

研究協力者の選定基準は、要介護1以上の認定を受け、患者を1年以上介護している家族とした。父母、配偶者の介護者から選定し、介護を終えた段階の介護経験者も対象とした。A県B町の認知症デイケア主催者及び認知症カフェ主催者より紹介を受けた7名であった。協力者の属性は表1の通りであった。

表1 研究協力者の属性

	性別	年齢層	職業	被介護者			介護年数	居住形態
				続柄	年齢層	診断名		
A	女性	60代	家事 専業	実母	90代	認知症 (DAT)	記憶障害 歩行障害	4 同居
B	女性	70代	家事 専業	夫	80代	脳内出血 認知症	右半身麻痺 うつの症状	10 入院→施設 →同居
C	女性	70代	家事 専業	夫	70代	認知症 (DAT)	記憶障害 睡眠障害	5 同居
D	男性	60代	無職	実母	90代	脳梗塞 認知症	記憶障害	5 別居→同居
E	女性	60代	家事 専業	義父	90代	誤嚥性肺炎	記憶障害 嚥下障害	2 同居→入院 →同居
F	女性	60代	会社 員	実母 実父	90代 90代	舌癌 誤嚥性肺炎	歩行障害	2 同居 同居→入院
G	女性	40代	会社 員	実父	80代	認知症 (DAT)	記憶障害 睡眠障害	21 同居→入院 →同居

質問票として、介護負担評価表(Zarit介護負担尺度改編)、日本語版Marwit-Meuser悲嘆評価尺度(大村他2014)を用いて、研究協力者の介護負担による抑うつ感や悲嘆の

程度を測定した。さらに、認知症介護肯定感尺度(藤生他2015)を使って介護への肯定的側面も把握した。

2.2 調査手続きと倫理的配慮

調査実施にあたり研究計画書を放送大学研究倫理委員会に提出し承認を受けた(通知番号2020-58)。その後、研究協力者に質問票を配布し、認知症患者を在宅で介護する家族の負担感、予期悲嘆に関わる体験と、それをどのように考え対処したかという経験について、インタビューガイド(表2)に従いながら半構造化面接を行った。面接では同意を得てICレコーダーにより録音し、必要時に応じてメモをとった。面接時間は1時間~1.5時間とし、面接場所は研究協力者のプライバシーが保たれるよう、地域福祉センターの会議室を利用した。調査時期は2021年4月~8月まで行い、対象者一人あたり3回の面接を行った。

表2 インタビューガイド

段階	質問項目	症状と介護者の思い・行動に関する質問
1	異変の気づき	Q 初めどんな異変に気づき、どう思われましたか。
2	認知症症状	Q どのような症状が見られましたか。それに対してどのように対応されましたか。
	生活の変化	Q 介護することによって、ご自分の生活で変わったことをお聞かせください。
3	認知症の進行	Q 一番大変だったことは何ですか。それに対してどのように対応されましたか。
	介護者の心情	Q 昔と変わったことについて、どのようなお気持ちを抱かれましたか。介護者の体調や心の負担はいかがでしたか。
	支援促進・阻害	Q 介護支援を促進するもの、阻害するものは、どんなものがありましたか。
	介護の継続	Q 在宅介護の継続について、どのように考えておられますか。
4	介護を終えて	Q 介護を終えて、ご自分の介護についてどう思われましたか。

面接での語りをもとに家族介護者の行動と思考を時間的経過に沿ってまとめたTEM図を作成した。TEM図を用いる利点として一人一人の経験を描くライフストーリーとして用いることができることや促進的事象や、阻害や抑制の力を捉えることができることが挙げられた。TEM図は、「在宅介護をする」、「在宅介護を受容し継続する」を等時点とし、行動や思考の流れを記述した。

日本語版Marwit-Meuser悲嘆評価尺度は、作成者である大村裕紀子氏に使用許可を得た。本研究では、「個人的犠牲の負担」は、社会的拘束感、身体的消耗感、情緒的孤立感、患者を前に喪失感、社会的拘束感、身体的消耗感、「孤独」は社会的孤立感、情緒的孤立感に分け4因子7項目(図1)の視点で予期悲嘆を捉えていった。



図1 予期悲嘆の下位項目

2.3 分析方法

インタビューの内容から作成したトランスクリプトと研究協力者と作成したTEM図を分析対象とし、次の順で予期悲嘆とレジリエンスの変容を明らかにしていった。

初めに、個人のトランスクリプトを読み返し、文脈分けをして予期悲嘆とレジリエンスに関するものを抽出した。また、語り手の様相や分析者の気づき、疑問点なども記録した。抽出した予期悲嘆を4因子7項目に分類し、全体的傾向と時間的経過による縦断的变化を分析した。さらに高まった予期悲嘆に対して、家族介護者はどのようなきっかけで、どう考え行動して適応したかをレジリエンスとみなし横断的に分析した。次に、研究協力者の個人TEM図を照合しながら全体としての必須通過点や等至点、分岐点を見出し、複線経路を示した統合TEM図を作成した。介護をしていく中での、社会的促進要因や阻害要因も明らかにした。最後に語られた全員分のレジリエンスをM-GTAの手法で分析し、カテゴリを抽出して一貫性・体系性を明らかにした。

3. 研究結果及び考察

3.1 個人の予期悲嘆とレジリエンスの分析

家族介護者の各尺度の結果について、介護負担評価表は軽度負担感3名、やや中等度負担感3名、中等度負担感1名であった。悲嘆評価尺度は、平均値より2SD範囲で悲嘆程度が低い2名、1SD範囲で低い3名、1SD範囲で悲嘆程度が高い2名であった。介護肯定感尺度は、中程度3名、高程度3名、非常に高い1名であった。家族介護者は皆、認知症発症時から心配や悲しみといった予期悲嘆を感じながらも、患者との関係において起こってくる問題に主体的に関わっていた。心理移行段階によって予期悲嘆は変化しながら継続し、それが高まる場合、怒りや不眠などの精神症状や、胃腸疾患、皮膚疾患など身体症状として現れる家族介護者が4名いた。特にBPSDが現れそれまでの介護の仕方では立ち行かぬ場合や、被介護者および介護協力者との人間関係に支障が生じた場合に身体的消耗感や社会的孤立感が生じていた。家族介護者は社会的サポートを利用する機会を広げる一方で、地域や職場における認知症への偏見や無理解が心理的な圧迫となり予期悲嘆となることもあった。介護のために退職した家族介護者は4名、就労を継続している家族介護者は1名であった。介護から離れストレスコーピングする時間が十分に取れている場合は、社会的拘束感や身体的消耗感が低く、家族や友人、福祉専門家など相談しやすい人間関係を身近に築けている場合は、社会的孤立感や情緒的孤立感が低かった。

3.2 統合TEM図から観る予期悲嘆とレジリエンス

複線経路等至性モデリングは、人間の発達や人生経路の多様性を描く質的研究法である。安田・サトウ(2012)による「非可逆的時間の流れの中で人間が辿る経路は複数存

在するが、ある定常状態に等しく辿り着くポイント、つまり等至点に収束する」という理解に基づいている。等至点の他に、分岐点、必須通過点、両極化した等至点、社会的方向づけ(阻害要因)、社会的ガイド(促進要因)といった概念がある。研究協力者7人の個別TEM図から、介護者の行動や思考を認知症症状の進行に合わせて並べて、荒川他(2012)の述べている「同じような経験を同じ列に揃えそれと相互に排他的な経験も同じ列に並べる」というTEM図の描き方を参考に、統合型TEM図にまとめた(図2)。

3.2.1 各段階の予期悲嘆とレジリエンス

以下、統合型TEM図を用いて、各段階の介護の現状を説明する。

第1段階：これまでと異なる感覚を持ちながら介護するは、被介護者がそれまでできていたのに、できなくなっていると気づくことから始まった。夫の運転する車に同乗していた妻は、夫が慣れた道順を何度も訊いてくることから記憶障害に気づいた。まだら症状が続くことで不確定な時間が続き、症状を認めたくない心情もあった。その兆候が確かなものとして捉えられるようになると、不安になって認知症について情報を集めるようになった。家族介護者は雑誌や書籍、インターネット検索などから情報を得ていた。具体的症状の理解とその対応の仕方について主体的に学びたいという思いがあった。問題意識を持ち、情報を得ることはレジリエンスの第一歩となった。認知症診断と介護認定を受けやほりと思うとは、介護支援を充実させる上で必須通過点であり、現実を認識してショックを受け予期悲嘆を明確に感じることであった。治療薬がないという事実は、家族に困惑・衝撃・否認の感情を抱かせた。働き盛り世代の家族介護者は、仕事の継続と介護の両立について悩んだ。介護のために離職する決断には大きな葛藤があった。

第2段階：仕事を辞めて介護する、仕事を調整して介護するは、どちらも介護が本格的となる時期であった。デイサービスを利用しながら仕事を継続し、仕事帰りに父を迎えに行くという家族介護者は、残業は不可、被介護者の急病時の休暇取得などの時間的制約が大きかった。被介護者の希望や経済的問題が障壁となり施設入所せず在宅介護が長期に渡って継続していた。ヤングケアラー世代には、仕事との両立、そして恋愛や結婚など自らの人生を生きるという面で負担が大きいと考えられた。被介護者の不可解な行動に戸惑うは、物取られ妄想や早朝覚醒、夕暮れの不安焦燥などの行動が見られるようになり、症状を理解できず戸惑い、心配や怒りを感じることであった。被介護者に言葉で行動を制止しようとしたが伝わらないことに気づき、否定的感情と調整的感情の行き来する葛藤が生まれた。ある家族介護者は新居を準備し同居を始めた時期、被介護者が慣れない生活環境から「生きていても仕方がない」と口にするのを度々聞かされた。新環境でゆっくり幸せな老後を送ってもらいたいという思いが伝わるには時間を要した。介護サービスが始まりデイケア通所で安定するが、症状進

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における
予期悲嘆とレジリエンスの検討

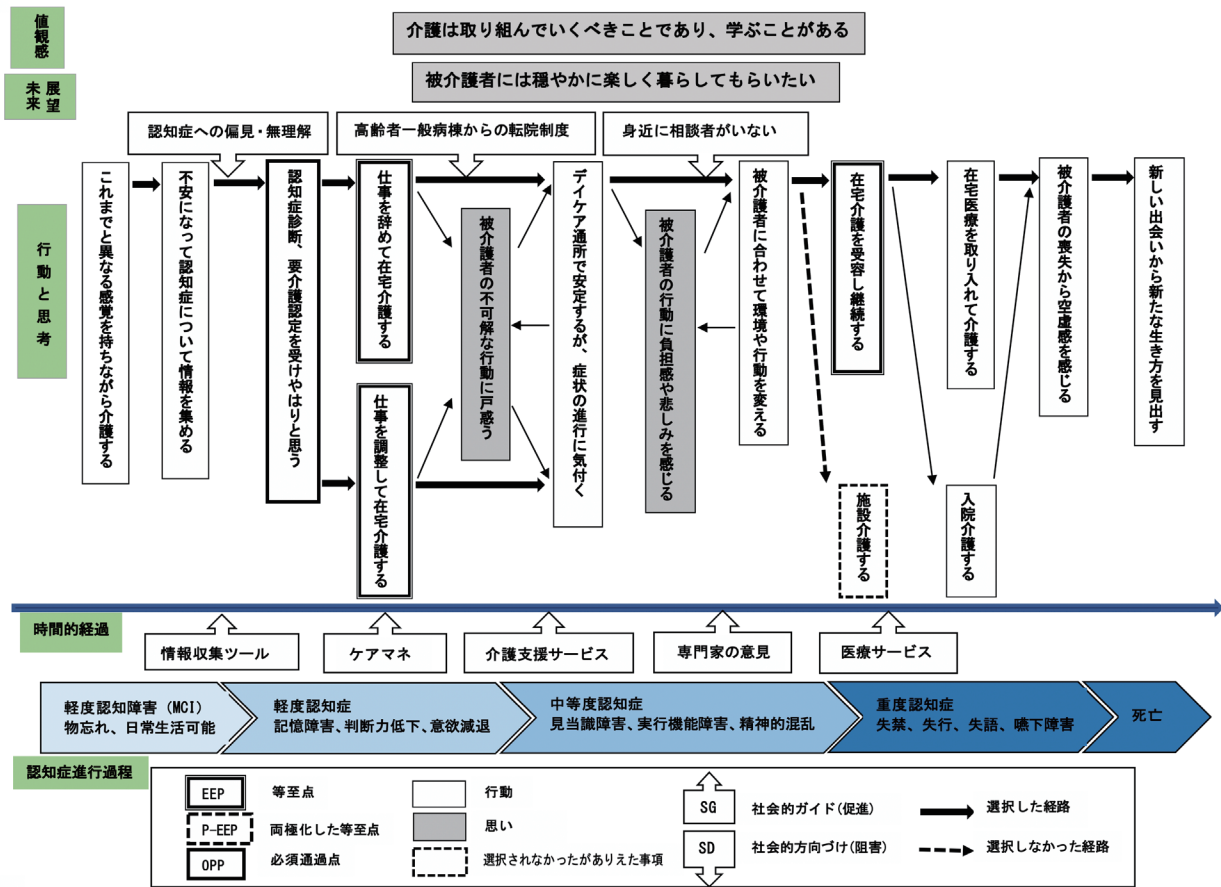


図2 統合型 TEM 図

行に気付くというアンバランスな状況となった。デイサービス通所により、被介護者の社会性が一時的に回復し安定したが、認知症の中核症状は進行していた。ある家族介護者は被介護者が家族の集まりで決まって機嫌が悪くなることについて介護福祉士に相談した。そこで、相貌失認により知らない人が家の中で親しく話しているに見えることや会話に入れない苛立ちを説明された。不安やもどかしさを想像すると被介護者の行動を受容でき対応策が浮かんだ。

第3段階：認知症がさらに進行すると、記憶機能の低下、見当識障害、実行機能障害により、BPSDとして精神的混乱が見られるようになった。被介護者の行動に負担感や悲しみを感じるは家族介護者が、予期していなかった行動に驚き、悲しみや心配、将来への不安など予期悲嘆を強く抱くことであった。ある家族介護者は被介護者の暴言暴力が激しくなると、自身も感情的になり相対してしまうことがあった。そこでレスパイトのためにショートステイを使い、親しい友人と語り合う時間を持った。多様なストレスコーピングの方法をもつことは重要だった。被介護者が日中デイ施設から行方不明となり、夜間発見されるという出来事を経験した家族介護者がいた。徘徊高齢者搜索のための事前登録をしていたことで、迅速に警察や消防、地域の協力を得ることができた。被介護者は、デイ施設を出て家に帰る途中で道が思い出せなくなったのだと想像ができた。その後も徘徊が続き、在宅介護の限界と施設介護への移行についてケアマネージャーと一緒に考えるようになって

た。この時期、家族介護者は社会的拘束感や身体的消耗感が増し、患者の受け入れと介護だけで終わることへ葛藤が高まる時期であった。被介護者に合わせて環境や行動を変えるとは被介護者の症状を受容し、状況に合わせた環境をつくり、介護者の働きかけ方を変えることである。被介護者が階段の上り下りを拒むようになり、2階の寝室を1階に移した家族介護者がいた。機能低下を考え危険性回避を優先した。被介護者の認知機能、身体機能の水準を見極めることは重要であった。それは家族として予期悲嘆を伴うことであったが、その都度、被介護者の状況に対応しながら介護していくことが在宅介護を受けし継続するであった。

第4段階：嚥下障害で一度入院していた被介護者を、在宅介護すると決断した家族介護者がいた。柔らかな介護食の提供について、病院に通い食事内容や食事介助の方法を学んだ。一日3回の食事提供は負担感が大きかったが、レシポノートを作って日々を乗り越えた。在宅医療を取り入れ介護するは、医療行為を在宅で受けることである。医行為について医師や訪問看護師に教えを請う家族介護者もいた。嚥下が落ちてくる被介護者への食事介助や医行為を継続するのは、介護者にとって大きなエネルギーが必要である。最期の時期を共に生活することは、精神的にも肉体的にも重圧がかかった。しかし、住み慣れたところで最期を迎えたいと希望する被介護者にとって、幸せな時間になると考えられた。被介護者の喪失から空虚感を感じるは、介護を終えて、大きな喪失感や空虚感を感じることであった。

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における
予期悲嘆とレジリエンスの検討

目の前の光景が変わり、生活リズムも調子が抜けてしまった。それまでのようなエネルギーが湧かず、どうしてよい分からなくなった。涙がこみ上げる、食事が食べられないなどの症状もあったが、家族や仲間のサポートで社会生活に少しずつ戻ることができた。ある家族介護者は、介護経験を生かして在宅ホスピスボランティアの会に入会し活動していた。「喪の仕事」を終え、徐々に一歩ずつ踏み出したのであった。新しい出会いから、新しい生き方を見出すは、介護経験の全てを受け入れ、空虚だった心に新しいものが入ってくることであった。

3.2.2 社会的ガイドと社会的方向づけ

社会的ガイド（促進要因）は、認知症患者の在宅介護を支え援助してくれたものとして5項目挙げられた。情報収集ツールは、ニーズに合わせた豊富な情報コンテンツが存在し、認知症患者の介護情報を集めることができるようになっていた。知識や技能を得るだけでなく、介護で苦勞しているのは自分だけでないという思いを持つことができ社会的孤立感を和らげた。ケアマネ（ケアマネージャー）は、被介護者の状況に合わせてサービス内容を決めていく。訪問時に被介護者や介護者の要望や意見を聞き迅速に対応していたが、家族介護者が感じる予期悲嘆や生き方の悩みなど心理的な相談をするには至っていなかった。介護支援サービスの専門的な介護やリハビリを通して、認知症患者のBPSDは改善され安定した。家族介護者も被介護者の安定により、また介護から離れる時間の確保により生活の落ち着きを取り戻した。家族介護者は、どうしても対応できない

問題や葛藤を抱いた時、専門家の意見を聞いていた。介護福祉士や社会福祉士は介護者の話を聴き、改善の方法を提示した。そのことで家族介護者は、問題解決的に介護に向かうことができた。医療サービスは、かかりつけ医や歯科医、看護師、薬剤師など、地域医療が連携し診断や投薬、健康管理の支援サポートを行うことであった。終末期の在宅医療では、終末期ケアチームがつくられ、医療と介護が連携して援助していた。社会的方向づけ（阻害要因）として、介護を阻害すると考えられる要因が3項目挙げられた。認知症への偏見・無理解は、様々な生活場面で見られた。職場での休暇取得の困難や地域行事の際、認知症患者への冷ややかな視線を感じて、もどかしい心情を味わうことがあった。高齢者の一般病棟からの転院制度は、入院期限があり療養型病棟への転院を強いられることである。転院先を探すために家族介護者自ら病院を回ることもあった。病院コーディネーター機能が、より細やかに実動することが望まれた。身近に相談者がいないは、家族介護者が、重要な局面で孤独な決断を求められ強く感じたことであった。医療や福祉関係者に抱えている悲しみや葛藤を話せないという現実があり、心理的サポートが必要と考えられた。

3.3 レジリエンスのM-GTA分析

悲嘆に関わるレジリエンスの語りを拾い上げ、まとめながらカテゴリ化していった。分析が偏ったものに陥らないよう、分析の過程を指導教官に見てもらい指導を受けた。分析の結果、26概念を生成し、5つの概念カテゴリを見出した（表3）。また、5つの概念カテゴリのプロセス関係を

表3 家族介護者のレジリエンスのカテゴリと概念、およびその具体例

カテゴリ名	概念名	定義	具体例
1 問題解決過程	① 人生で得た問題解決法	人生で問題に遭遇した時、乗り越えてきた方法から適応できると考える。	悪いところを掘り下げるのでなく、現実の幸せな所に目を向ける方法で自分を立て直す。
	② 介護者の内省	自らの行動や内的な思いを振り返り、反省・自問自答して新たな方向性を見出す。	今日はやさしくできた、何で今日は冷たく当たったのかと、自分で怒ったりすることがある。
	③ 受容する	被介護者の病状や症状をそのまま受け入れる。しかたないこととあきらめる。	自分で看ると決めた時、人間としての知恵が働きパワーに満ち溢れていた。
	④ 自ら情報収集	TV、書籍、インターネットなどで、介護の具体的方法など自発的に情報を集める。	介護講座が3、4回あり参加した。体験できるステップアップ講座があれば参加したい。
	⑤ 環境調整	被介護者が生活しやすくなるために生活パターン、環境の工夫を行う。	母だけでなく私の生活パターンと心を整えること、二つの環境を整えることが大事。
	⑥ 介護福祉制度の利用	公的な介護福祉制度を積極的に利用することによって、介護負担を軽減していく。	義父はショートステイを嫌がっていた。でも出かけると言うと分かってくれた。
	⑦ 介護者の行動変容	認知症症状や身体機能の低下など、被介護者に合わせて介護者が行動を変える。	忘れたいという意識があることは嬉しい。母が何度聞いて来ても喜んで答える。
2 人間関係構築	⑧ 被介護者の気持ち	目の前にいる被介護者の気持ちを想像し病状を理解し、負担は軽いものとする。	尿をとる機械を使う訓練はつらかったみたい。私も、もうやめようかと言いながらも介護が楽になるからと夫は頑張ってくれた。
	⑨ 被介護者との信頼関係	元氣な時から築いてきた信頼関係を土台として変わらない部分を見出す。	夫はよく頑張ってくれていた。病気になるなら色々なことができたと思う。
	⑩ 人間関係づくり	家族や友人、医療・福祉関係者など人的環境に働きかけ信頼関係を築く。	家族の存在、それとやっぱり友達。友達と会って義父の事を聞いてもらったりした。
	⑪ 専門家の意見	重要な時点で、信頼する介護専門家からの情報を能動的に活用し、決断に生かす。	やっぱり専門家に相談すると知らない方法が一杯提案されるんです。
	⑫ 介護問題解決の理論	介護する中で起きる問題に、自分なりの問題解決法を考え、理論を見出ししている。	ぶつかっていけないといけな。これからは全く初めてのことなので。どこまで自分ができるのか考えていく。
3 生活基盤	⑬ 経済的支援	被介護者、兄弟など親族関係者からの経済的支援は、生活の安定を支える。	弟から父の介護費を送ってもらった。それがなかったら仕事ができない。
	⑭ 気分転換	自由な時間を使って、気分を転換するため自分らしい世界や生き方を保持する。	全く考えが違ふ世界のものを取り入れると、気持ちが楽になる。
	⑮ 日記・手紙の作成	気持ちを紙に伝える。自らの気持ちを日記や介護記録で客観的に振り返る。	いつまで経つのか、何を食べさせたらいいのかトイレでもらした時のことも書いている。
	⑯ 笑うこと	被介護者も介護者も笑顔になる場面を見出し、生きる喜びを味わう。	ランドセル買ったよと孫の動画がきて、父は笑顔で喜んでる。私も嬉しい。
	⑰ 介護者の健康管理	心身共に健康で介護できるように健康管理を行う。持病に気を付ける。	まず私が元気でいること。健康でいることが大事。そうでないと介護をやっていけない。
	⑱ 夢・希望・目標	介護中は困難でも、将来やってみたいことを考え、やれることを実行する。	一つやってみようと思うことがある。友達から教えてもらって資格試験を受けようかな。
	⑲ 怒りの行動	介護のどうにも我慢できない怒りへの対応、怒りの行動として表出する。	会話が通じなくて、こんなはずじゃなかったとか、大きな声を出すこともある。
4 時空間・過去	⑳ 生命への畏敬の念	人間の命を見つめ、人の一生を限りあるものとして尊重する。	介護をするのと死の問題を避けて通れない。いつかは来るので、それは常々思っている。
	㉑ 祖先・宗教観	祖先や亡くなった家族の思いを受け継ぎ、宗教観も含めて、介護を見直す。	亡くなった父と兄、仏さまにいつも感謝している。この瞬間を長く過ごしていきたい。
	㉒ 健康時の人格	被介護者の健康時の人柄や苦勞を思い、生き方や受けた恩から、介護を見直す。	母がやってきたことは、本当に子育てと畑仕事だった。父によく任せ苦勞してきた。
5 時空間・別れ	㉓ 看取り後の悲嘆	喪失感や空虚感、後悔、環境の変化への戸惑いなどにより、抑うつ感を抱く。	やっぱり、落ち込むこと、ボーッとしたり、ついうっかりとしたりが続いた。
	㉔ 看取り後の再出発	看取り後の喪失感、空虚感から脱却し、新しい希望をもって人生を踏み出す。	今私は、困っている人、不安な人に「なんで不安に思っているの」と聴いてあげたい。
	㉕ 最期の予感と別れの時	最期にしておかななくてはならないことに気づき素直に従うことは大切。	小春日和の日、母の調子もよく父の病院に連れて行き会わせただけが最期の機会だった。
	㉖ 介護の価値を見出す	介護経験から価値を見出し、介護をする運命をプラス思考で解釈している。	生きること老いることが分かる。私達に教えてくれた。両親のよさがよく分かった。

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における
予期悲嘆とレジリエンスの検討

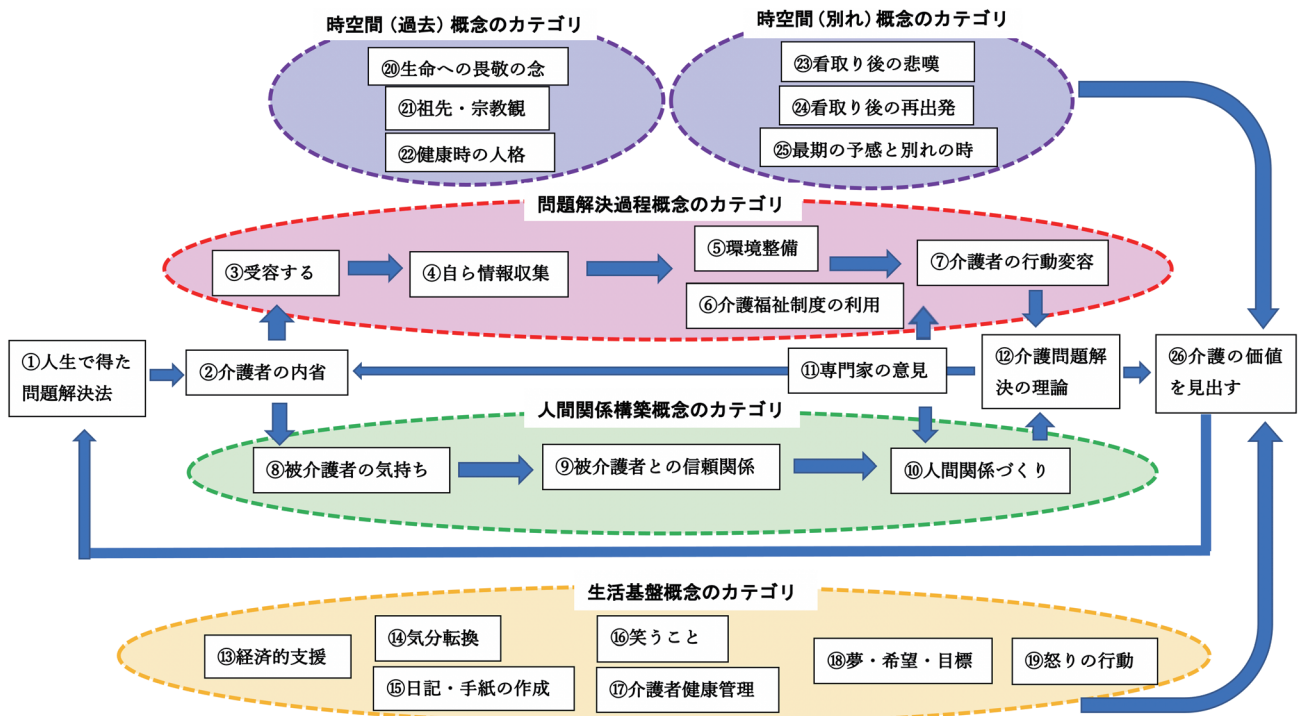


図3 レジリエンス概念関係モデル図

示すモデル図を作成した(図3)。

第一は、問題解決過程の概念カテゴリであった。レジリエンスとして、それまでの<①人生で得た問題解決法>をもとに介護の問題も何とかやっていけるという見通しをもつことであった。日々の介護でうまくいかないことが続くくと<②介護者の内省>により納得したり問題視したりするが、どうにもできない被介護者の症状については、葛藤しながらも<③受容する>のであった。一旦、被介護者の今の姿を受け入れ、認め、納得することで、次への思考と行動が生まれた。家族介護者は、それまでより真剣に様々なツールを使って<④自ら情報収集>した。新しい知識を得て、生活リズムや生活様式など、被介護者と介護者の双方にとっての<⑤環境調整>を行った。また、介護度に合わせて<⑥介護福祉制度の利用>をケアマネジャーと相談して進めた。デイケア通所やショートステイ利用で、社会的拘束感や身体的消耗感が緩和された。被介護者に合わせた<⑦介護者の行動変容>は、日常生活の中で試行錯誤しながら実行してきた行動様式であり、被介護者の状態に合わせた適応的な変化であった。

第二は、人間関係構築の概念カテゴリである。認知症の症状が進行し、驚きや不安を抱く中で<⑧被介護者の気持ち>を想像することは困難であった。しかし、病気の特性を理解することで感情や行動を受け止め、被介護者の真意を推測することが可能となると介護がしやすくなった。そのことで<⑨被介護者との信頼関係>が生まれ、被介護者のよさを発見していくことができた。また、家族や友人、介護に関わる人々との<⑩人間関係づくり>は、組織的に介護問題に取り組んでいくことにつながった。家族

介護者の社会的孤立感、情緒的孤立感を和らげることは、困難な状況に向かうレジリエンス発揮の大きな力となった。

第一第二の概念カテゴリの両方で<⑪専門家の意見>は、大変重要なものとなった。それが自発的に求めたものでも受動的なものでも機を得たものであるとき、家族介護者の心に届き、問題解決へ一気に向かった。経験を経て自身の<⑫介護問題解決の理論>となった。これら二つのプロセスは循環していた。

第三は、生活基盤概念カテゴリであった。まず、被介護者自身の年金、家族からの<⑬経済的支援>によって、経済的に安定することで生活費や介護支援サービス費が保障された。また、家族介護者は適度にコーピングを行って<⑭気分転換>をし、介護から離れる時間をつくっていた。<⑮日記・手紙の作成>は自らの心情を言語化し、客観視することで心の安定を図ることである。被介護者も介護者も一緒に<⑯笑うこと>ができる時間を大切にしており、意図的に楽しむ時間を工夫していた。さらに<⑰介護者の健康管理>を怠らず、健やかな心身を保つため適切な栄養や睡眠、運動に配慮していた。<⑱夢・希望・目標>は家族介護者にとって、現実を乗り越える力となっていた。やってみたいこと、勉強したいことを抱くことは元気のバロメーターとなった。介護中でも無理なくできるものを探し実行する遅しさがあつた。<⑲怒りの行動>はコントロール下での怒り表出である。様々な困難を抱える中では、神経症性不安を防衛する働きがあると考えられた。侵襲性のない表出方法をそれぞれ工夫していた。

第四は時空間・過去カテゴリである。命あるものは必ず死を迎える、だからこそ一日一日を大切に過ごすという<⑳生命への畏敬の念>を実感していた。また、<㉑祖先・

宗教観>は、先祖や亡き家族を想い手を合わせて祈ることや、生と死の意味について説く宗教を紐解くなどの機会での心の安定を得ていた。<②健康時の人格>とは、過去の被介護者と一緒に過ごした思い出や受けた愛情を想い絶対的エネルギーを見出すものであった。

第五は時空間・別れカテゴリである。家族介護者は被介護者との別れから<③看取り後の悲嘆>を経験していた。一変した現実の中で喪失感や空虚感を感じていた。後悔や罪悪感にとらわれることもあった。「喪の仕事」を経験し自分自身の生活を見直していった。<④看取り後の再出発>は、現実を受け入れ、さらなる目標を見出しそれに向かって行動していくことであった。<⑤最期の予感と別れの時>は看取り後、コンステレートされた被介護者との思い出を受け入れ、死は忌むものではなく自然なものとして取り入れた。これら介護経験全体を自らの人生の一部と考え<⑥介護の価値を見出す>と考えられた。

4. 全体考察

4.1 予期悲嘆、悲嘆とレジリエンス

予期悲嘆は、家族介護者が介護の各段階で抱くものであり、その後の行動決断を促し行動変容へとつながるものになっていた。情動の進化論的研究においては、人間にとって感情は生活の中の危険を回避したり克服したりするための準備態勢を整える環境適応システムと考えられている。梅田他（2020）は、ジェームズの情動に関する理論を取り上げ、「情動とは生体が外部から刺激を受け取り、身体の内部に何らかの変化が生じ、それが原因で生体に行動を起こさせる心的状態となる」としている。その点から見ると予期悲嘆は家族介護者に、被介護者の変化を受け入れ、対応する心の準備を促すものであると考えられる。予期悲嘆をネガティブな反芻とするのではなく、適切に制御してポジティブに受け入れていくことで、レジリエンスが発揮され、被介護者と介護者双方の生活を支えるものとなると考えられる。さらに、看取りを終えた家族介護者は、喪失感や空虚感、罪悪感や後悔、環境の変化への戸惑い、生きることへの失望感など様々な喪失の痛みを経験していた。「喪の仕事」として、①無感覚・情緒危機の段階②思慕と探究・怒りと否認の段階③断念・絶望の段階④離脱・再建の段階が挙げられている。遺族は、喪失によって自分の一部を失ってしまうが、そこに新しいアイデンティティを再構築していくのである。本研究の家族介護者は時間をかけて現実を受け入れ、新たな人間関係の中で、利他的な生き方を見出していた。喪失の痛みである悲嘆は、人生のはかなさ知ることであり、最重要事項は何か考えさせものであったと考えられる。

4.2 レジリエンスの系統性

本研究においては、問題解決過程や人間関係構築のレジリエンスに加えて、家族介護者の生活基盤を確かなものと

し、過去や別れの時空間を超えた思考の概念がレジリエンスとなることが示された。これは介護を人生の中での危機と捉えながらも、家族として継承される生命を見つめる重要な機会と捉え直すレジリエンスと考えられる。

アメリカ心理学会は困難や脅威に直面している状況下での「レジリエンスを構築する10の方法」（2014）を提案している。①親戚や友人らと良好な関係を維持する ②危機的な状態を克服できない問題と捉えることを避ける ③変化を生活上での一部として受け入れる ④現実的な目標を立てそれに向かって進む ⑤不利な状況でも決断し行動する ⑥自己発見のための機会を探す ⑦自信を深める ⑧物事の捉え方について展望をもつ ⑨希望的な見通しを維持し希望を視覚化する ⑩心と体を大事にして運動やリラックスして楽しむことをする である。本研究における家族介護者は認知症になったことを克服できない課題とは捉えず、患者の変化を受け入れ問題解決に向かって決断し取り組んでいた。認知症の進行や人格の形骸化に対して、予期悲嘆や複雑な葛藤を持ちながらも家族や友人、介護関係者など良好な関係を維持して援助を受け乗り越えていた。また、家族介護者は、大切な家族が認知症になっても生きぬく姿を目の当たりにすることによって、生命の尊さを学び自ら老年期を迎える意義や展望を深めていた。そして明るく希望をもち健康的に生活することを心掛けていた。自己のエネルギーや適応力を信じることで、レジリエンス発揮へとつながることを本能的に認識していたと考えられる。

4.3 レジリエンスを発揮し高める援助的視点

4.3.1 予期悲嘆、悲嘆のコントロールを支援する

予期悲嘆や悲嘆は、抱え込みすぎるとコントロールできなくなり怒りや絶望感など否定的感情となり、精神身体疾患へとつながる。認知症患者に人格の形骸化が起こると身体的には存在しているが、心理的には存在していない状況となる。ポーリン・ボス（2015）はそのような状況を「あまいな喪失」と名付け、あまいさは両価的な感情を引き起こすとしている。それは「否定的で自責の念を呼び起こす場合、特に自分にとって恐ろしくて受け入れがたいもの（例えば、被介護者が死んでくれたらいいのに）のような場合がある。そのような両価的感情の破壊的な一面は、しばしば抑圧される」としている。さらに、「葛藤する感情は個人において、関係者との間において、レジリエンスを蝕んでしまう」としている。そのような場合の援助の視点として、介護者の様々な感情に寄り添い、共感しながら語りを聴くことが挙げられる。渡辺（2005）は、介護者の感情に向き合う援助者は、負担感、孤独感、罪悪感、喪失感など否定的感情を言語化することで感情を対象化させ、それが何に由来しているのか一緒に考えるという姿勢が必要としている。両価的感情について、それは正常なものとして捉え、人は両価性と共に生きていけるという認識へつながりが必要がある。葛藤を抱く人のそばに居て語りを聴くことは

認知症患者を介護する家族の心理移行過程における
予期悲嘆とレジリエンスの検討

簡単なことではない。それは、自分自身の中に湧き起こる感情処理が課題となるからである。望ましい傾聴方法について介護に関わる全ての者で共有できるように臨床心理学の専門的立場として援助することが必要と考えられる。

4.3.2 レジリエンス発揮の過程を援助する

家族介護者が本来もっているレジリエンスを発揮し、問題解決する過程を見守り、必要に応じて援助することが大切である。渡辺（2005）は、援助の視点として介護者のもっている知識と技術の把握を挙げている。それは、介護者のもっている問題解決過程のレジリエンス力を見極めることである。介護に関わる専門家は、家族介護者に可能な選択範囲を示し決断は任せることで、自発的な問題解決を可能とする。さらに、家族や関係者から協力を得ることができず孤独感に苛まれている介護者には、関係を構築する機会をつくり団結して介護を担えるよう促すことも重要である。

家族介護者が複雑な葛藤で深く悩み、レジリエンスの発揮が滞っている場合は、心理的援助につながりが必要がある。現在、地域包括ケアシステムの中に心理職は配置されていない。システムの中に専門的心理相談の体制がつけられ、支援の手が差し伸べられることが望まれる。

4.3.3 家族介護者を取り巻く環境を援助する

環境に働きかける援助の一例として、認知症カフェへの援助が考えられる。認知症カフェは、認知症の人のもつ価値や本来の力に気が付き、認知症ケアの家族力・地域力を高める目的で各地の地域包括が運営している。武地（2017）は、認知症に対する偏見を取り除き、共に問題を乗り越えていく実践の場として、認知症患者や家族介護者、ボランティアなど地域一体でのカフェを運営の在り方を述べている。認知症患者同士のみならず家族介護者やボランティアの交流を中心に、リラックスして情報交流できる場、専門的な知識を正しく理解する場としての活動プログラムが実践されている。そのような場で、傾聴をはじめストレスとレジリエンスの関係について臨床心理学的な援助を行い、参加者をエンパワメントすることが考えられる。

4.4 今後の課題

本研究は、予期悲嘆の程度が比較的低い研究協力者を対象とし、レジリエンスが発揮される過程を研究したが、レジリエンス発揮が著しく滞る場合があると考えられる。介護者のパーソナリティ特性と社会性がレジリエンス発揮とどのように関係するか、特に、両価的な感情を正常なものに見なす情動の統制とレジリエンスはどのように関係するかを明らかにする必要があると考えられる。このことは介護者がレジリエンスを発揮しポジティブな成長を遂げる上で必要であると考えられる。また、看取り後の悲嘆は「喪の仕事」として様々な研究が行われているが、看取り後のレジリエンス発揮の要因を明らかにする必要があると考えられる。

謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました家族介護者の皆様さらに日本語版Marwit-Meuser悲嘆評価尺度の使用を許可していただいた大村裕紀子先生、ご指導くださいました福岡大学教授吉岡久美子先生、放送大学准教授佐藤仁美先生に深く感謝申し上げます。

文 献

- 荒川歩・安田裕子・サトウタツヤ（2012）. 複線経路・等至性モデルのTEM図の描き方の一例. 立命館人間科学研究, 25, 95-107.
- 藤生大我・田部井康夫・島村まつ代・山上徹也（2015）. 認知症高齢者を介護する家族が認識する介護肯定感の構成因子の検討—認知症介護肯定感尺度開発へ向けた予備的研究. 高崎健康福祉大学総合福祉研究所紀要, 12 (1), 1-14.
- 廣瀬春次・生田奈美可（2010）. 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究. 日本看護研究学会雑誌, 33 (1), 45-56.
- 木下康仁（2007）. ライブ講義M-GTA実践的質的研究法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史・他（2002）. ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成. カウンセリング研究, 35 (1), 57-65.
- 大村裕紀子・井藤佳恵・栗田主一・深津亮（2014）. 日本語版Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版（MM-CGI-SF-J）の作成ならびにその信頼性と妥当性の検討. 老年精神医学雑誌, 25 (8), 905-915.
- ポーリン・ボス（2015）. あいまいな喪失とトラウマからの回復—家族とコミュニティのレジリエンス. 第7章, 誠信書房.
- 鈴木亮子（2006）. 認知症患者の介護者の心理状態の移行と関係する要因について—心理的援助の視点からみた介護経験. 老年社会科学, 27 (4), 391-406.
- 武地一（2017）. ようこそ認知症カフェへ—未来を創る地域包括ケアのかたち. 第1章, ミネルヴァ書房.
- 梅田聡・小嶋祥三（監修）（2020）. 感情—ジューズ／キャンソン／ダマシオ. 34-38, 岩波書店.
- 渡辺俊之（2005）. 介護者の家族の心のケア—介護家族カウンセリングの理論と実践. 第7章, 金剛出版.
- アメリカ心理学会 <https://The American psychological Association>. “The Road to Resilience on-line” 2014 <http://helping.apa.org/topics/resilience> (2021年8月1日アクセス)
- 介護負担評価表（Zarit介護負担尺度改編） http://daybook.jp/image/download_sozai/201803/201803-6.pdf (2021年2月1日アクセス)