

平成 21 年度 勇美記念財団助成金

最終報告書

武蔵野大学 看護学部 看護学科

難波貴代

目 次

第1章 序論

I. 緒言	P1
II. 研究目的	P1
III. 研究方法	P2
IV. 用語の操作的定義	P3
V. 概念枠組み	P4

第2章 結果

1. 事例概要	P5
2. 事例の虐待分類	P6
3. インタビュー分析	P9
4. インタビュー結果からの看護介入モデル案	P14

第3章 考察

1. 主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係に基づく嗜癖的介護パターン	P17
2. 主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係に対する看護介入	P17
3. 看護介入モデル案	P19

第4章 結論

I. 結論	P21
II. 研究の限界と今後の課題	P22

謝辞	P23
----	-----

文献P24

資料

- 資料1. 研究協力に関するお願い
- 資料2. 訪問看護師への説明書
- 資料3. 訪問看護師への同意書
- 資料4. インタビューガイド

第1章 序論

I. 緒言

近年、高齢者虐待が大きな注目を浴びており、数多くの研究がなされている。しかし、どの研究も介護者が介護を受ける高齢者(以下、被介護高齢者)に虐待をしているという研究が^{1)~5)}ほとんどであり、被介護高齢者と介護者間における共依存関係による虐待という研究は、海外においても日本においてもまったく研究がなされていないのが現状である。上田らの報告からも、虐待は単純ではなく、性格や生育歴、長い間に形成された人間関係、社会的な支援の未熟さ等によって起きるとされている⁶⁾。というように多側面からも高齢者虐待をとらえていく必要があると考える。また前述の共依存関係をベースにした高齢者虐待に関する研究は、2009年現在においても日本、そして海外でもほとんど研究がなされていない。共依存は自己中心的に考え、他者をコントロールするという行動を特徴とし、介護の場面においては、一見献身的な介護とみえるが、その介護方法は不適切であり、まったく被介護高齢者の全身状態を鑑みない介護が行われている。このように被介護高齢者の全身状態を鑑みない介護が続けられることで、建前ではリハビリという介護なのだが、過剰なりハビリによって身体にあざをつくったり、転倒をして骨折をしたりする。また被介護高齢者も病気役割を担うようになり、介護者と被介護高齢者との共依存関係が成立していくのである。橋本らによれば、虐待をしない介護者より虐待している介護者に、共依存関係にあるものが2.5倍高く認められる⁷⁾。このように共依存関係にある介護者と被介護高齢者間で繰り広げられる介護場面では、訪問看護師が介護の助言をしても介護者が受け入れないまま自己流の介護を続けてしまうこと、訪問看護師と介護者間での信頼関係形成が成立しない、介護者は専門職をもコントロールしようとするため、どのように看護介入をしていけば介護者が被介護高齢者に対し適切な介護を行うようになるか訪問看護師は困惑している。

そこで本研究は、被介護高齢者と介護者間における共依存関係から引き起される不適切な介護が、適切な介護へと導くための看護介入モデルを提案することを目的とした。

II. 研究目的

本研究は、被介護高齢者と介護者間における共依存関係から引き起される不適切な介護が、適切な介護へと導くための看護介入モデルを提案することを目的とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査対象者：高齢者虐待を引き起こしている 1 組の共依存関係にある主介護者と被介護高齢者の受け持ち訪問看護師 12 名であり、インタビュー事例は 11 組の共依存関係にある主介護者と被介護高齢者である。

2. 調査期間：2008 年 8 月 1 日～2009 年 7 月 31 日

3. 方法：共依存関係にある特定の家族背景および家族文化に対して、どのように対応すればよいのか、看護現象から詳細な記録、記述、説明に焦点をあて、実践的な介入モデルの開発を探究するためにエスノメソドロジーを用いた。概要は以下の通りである。

1) インタビュー：受け持ち訪問看護師 12 名にインタビューを行った。インタビューは、研究者があらかじめ該当項目を決定しておき、その該当項目に 1 つでも当てはまる事例をインタビュー事例とし、選定した。

2) 参加観察：研究者として主介護者と被介護高齢者・訪問看護師を専ら観察し、また訪問看護師として主介護者と被介護高齢者の援助を行いながら観察した。

3) 諸記録など：初回訪問記録、訪問経過記録、訪問看護指示書、訪問看護報告書、居宅支援介護記録を用いた。

4. データ収集

1) 受け持ち訪問看護師へのインタビュー：主介護者が被介護高齢者に対する「関係性」「介護状況」「不適切な介護内容」、不適切な介護場面に対する訪問看護師の「介入内容」を把握した。

2) 参加観察：主介護者と被介護高齢者への「介護を側面にした対応」をデータとした。

3) 諸記録：年齢、性別、主介護者、要介護度、日常生活状況、認知程度、診断名、提供サービス、転帰、訪問経過記録、訪問看護報告書について把握した。

5. 分析方法

1) インタビューと参加観察した内容および諸記録などから逐語録にし、コード・サブカテゴリ・カテゴリを抽出した。

2) 50%以上であったサブカテゴリとカテゴリの妥当性について訪問看護師 12 名と検討した。

3) コード・サブカテゴリ・カテゴリから「適切な看護介入モデル」を開発した。

6. 真実性の検討

1) コード・サブカテゴリ・カテゴリの各段階の分類が正確か否か訪問看護師

に確認を求めた。

- 2) カテゴリから導き出した「適切な看護介入」が適切か否かについて、訪問看護師と検討した。
 - 3) スーパーバイザーには、抽出されたパターン[コード→サブカテゴリ→カテゴリ]が基礎データから一連の過程として導きだされているか、カテゴリから看護介入モデルまでの段階が一貫しているか否かスーパーバイズを求めた。
 - 4) 著者は訪問看護の臨床経験 12 年、教育歴 9 年であり、訪問看護師の語りを十分理解し深めることができる立場にある。
7. 倫理的配慮：主介護者と被介護高齢者が特定されないよう一部事例属性について加筆修正した。訪問看護師に対しては、インタビュー中に研究への参加拒否、研究途中の中止の申し出が可能であることを口頭および書面で説明した。了解が得られた場合、同意書に署名し調査の協力を依頼した。A 訪問看護ステーションの上部組織に研究の承諾を得る。主介護者および被介護高齢者に訪問看護記録の開示に対して同意を得た。また、参加観察を行うため主介護者および被介護高齢者に対しては、同行訪問について、研究の目的、研究への参加拒否・研究途中の中止の申し出を保証すること、研究者からの研究中断の可能性があること等を口頭および書面で説明し同意を得た。収集されたデータは、特定の関係者以外は見ることができないよう配慮した。研究終了時には、収集されたデータを速やかに消去破棄する。上記の倫理的配慮は、平成 19 年 10 月 24 日に武蔵野大学倫理委員会の承認(#1904)を得ている。なお、主介護者および被介護高齢者に対して、高齢者虐待の研究であるということを説明はできないが、よりよい看護のあり方について考えるために研究する旨を伝え、不利益にならないように配慮した。

IV. 用語の操作的定義

1. 不適切な介護：「心身状態を考慮しないで行うため、結果として被介護高齢者の QOL を低下させるような主介護者の被介護高齢者に対する世話・働きかけ」と定義した。特に強迫的な行為を伴う不適切な介護を嗜癖的介護とした。
2. 高齢者虐待：介護場面における主介護者と被介護高齢者間で引き起される「傷害、不条理な拘束、脅迫、品性をおとしめる言動、不適切な介護等を意図の如何にかかわらず反復的・継続的に行うことによって、身体的及び精神的苦痛を与える行為」と定義した。
3. 共依存関係：「献身的に介護することで、被介護高齢者をコントロールする主介護者と、被介護高齢者のニーズとは関係なく主介護者の欲求を引き受け

る役割を担って必要以上に依存的になってしまう被介護高齢者との閉鎖的な二者関係性」と定義した。

V. 概念枠組み

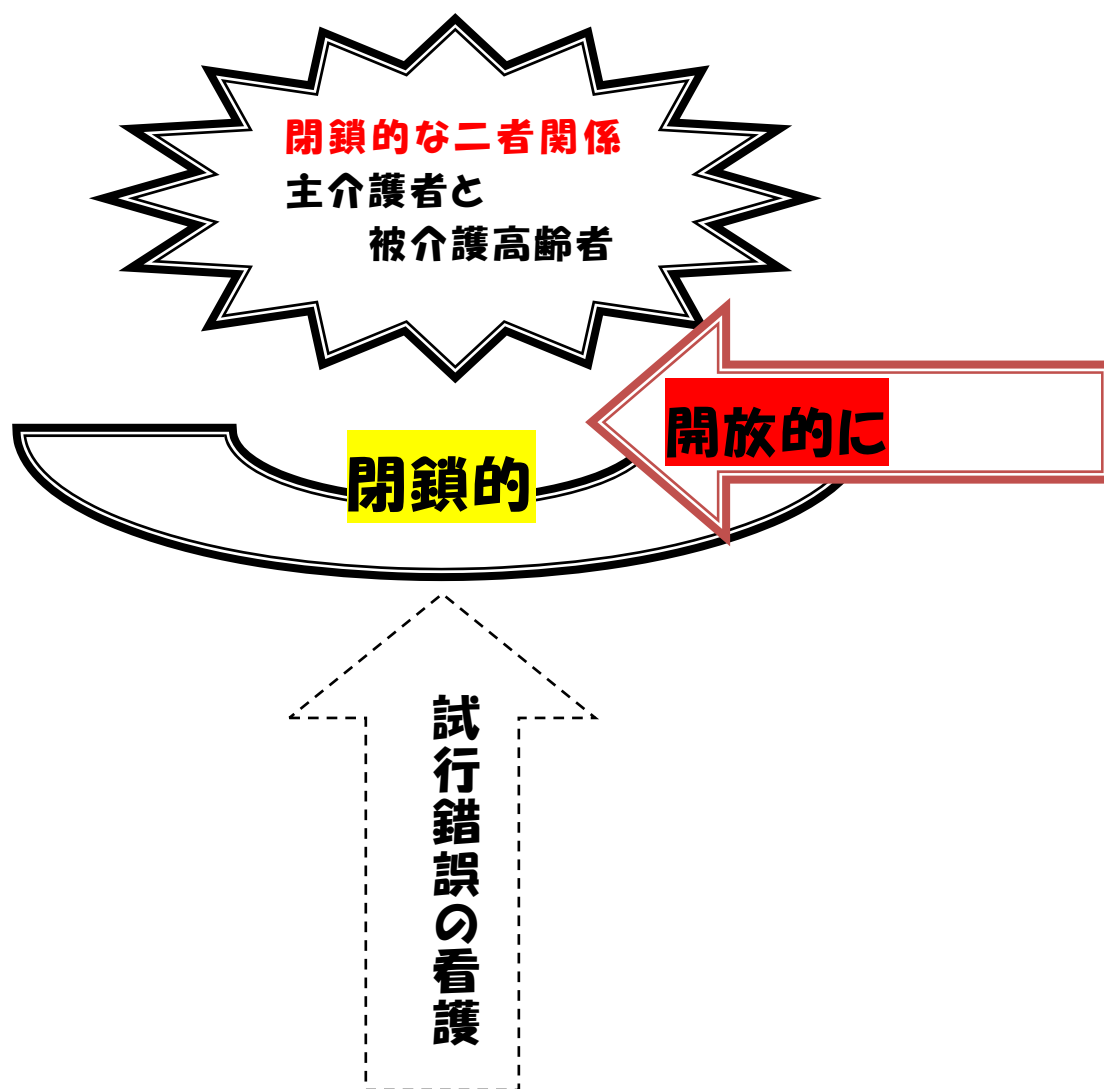


図1 主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的二者関係に関わる訪問看護

図1は、主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係に訪問看護が試行錯誤に関わる現象を図式化したものである。主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係という関係性を理解することである。そして閉鎖的な二者関係から開放的な二者関係へと変化させていくことが必要である。

第 2 章 結果

1. 事例概要（表 1）

事例	性別・年齢	疾患名	要介護度	主介護者 年齢	利用サービス
1	女性・80 歳代	パーキンソン症候群	要介護度 5	長男 50 歳代	訪問看護 短期入所 訪問診療
2	女性・90 歳代	両変形性膝関節症	要介護度 4	長男 60 歳代	訪問入浴 訪問看護
3	女性・80 歳代	多発性脳梗塞	要介護度 3	長男 50 歳代	通所介護 訪問看護 訪問診療
4	女性・80 歳代	左下肢麻痺	要介護度 5	娘 50 歳代	通所介護 訪問入浴 訪問看護
5	女性・80 歳代	胸椎圧迫骨折	要支援 2	実弟 70 歳代	訪問看護 訪問リハビリ
6	女性・80 歳代	変形性脊椎症	要介護度 3	長男 40 歳代	訪問介護 訪問看護
7	男性・80 歳代	パーキンソン症候群	要介護度 4	長男 50 歳代	訪問入浴 訪問介護 訪問看護
8	男性・70 歳代	糖尿病	要介護度 2	長男 40 歳代	通所介護 訪問介護 訪問看護
9	女性・60 歳代	心筋梗塞	要介護度 1	長男 40 歳代	通所介護 訪問介護 訪問看護
10	女性・60 歳代	若年性アルツハイマー	要介護度 5	夫 60 歳代	通所介護 訪問看護
11	女性・80 歳代	大腿骨頸部骨折	要介護度 4	長男 50 歳代	訪問介護 訪問看護

表 1 は、被介護高齢者の 11 事例中 9 事例が女性、80 歳代以上である。また疾患名は、多発性脳梗塞および神経難病などが多かった。認知症の診断名がある事例は 1 事例のみであった。しかし 11 事例中 2 名は、訪問看護を提供している際に認知症の症状が出現した事例が 2 名いた。

主介護者は、11 事例とも長男・長女であり、年齢的には 40 歳代以上であった。1 事例が夫婦であり、1 事例が姉、弟であった。主介護者は、11 事例中 8 組が息子との 2 人暮らしであり、1 組が姉・弟、1 組が夫と息子 2 人、1 組が次女との 2 人暮らしであった。11 事例が 2 人暮らしであった。

居宅介護サービス利用に関しては、11 事例とも何らかの居宅介護サービスを受けていた。

2. 事例の虐待分類

表 2 は、虐待分類である。身体的虐待は 11 事例/2 組、心理的虐待は…。虐待の内容として身体的虐待は、単にたたいたり・殴ったりすることだけでなく、介護を建前に身体的虐待を行っているということがわかった。また虐待を起こしているという認識があるため、専門職から被介護高齢者にできた痣などを指摘されると「嘘をつく」などの行為があった。ネグレクトは、自ら受診ができない被介護高齢者に対し、主介護者の判断で受診しなかったり、主介護者の生活パターンを優先する傾向にあることがわかった。11 事例中 2 組の主介護者は、介護を理由に仕事を辞職しており、被介護高齢者の年金で生活をしている。

表 2 事例の虐待分類

事例	虐待種類	転帰
1	<p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 何度も尿汚染されたオムツを長時間されている状態である。 ■ 利用者本人に使用する必要な物品が見当たらない。家族に出しておいていただくようノートに記載するが、出されていない。何度もこのような状況があり、そのたびごとに訪問看護師が探さなければならず、結局、見当たらないと必要なケアもできない。 	訪問継続 中
2	<p>ネグレクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 夜間は一人でポータブルトイレに移動している。息子はまったくタッチをしていない。 ■ 1 回、散歩に行くと癖になるから散歩に行っていない。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人、食欲があまりないということで小茶碗 1 杯を 1 日をかけて介護者である息子が食べさせる。 ■ エンシュアの量も増やすことなく、依然として半分/日であった。 	訪問継続 中
3	<p>身体的虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ デイサービスから全身にあざが認められたとの連絡があった。息子に 	訪問継続 中

	<p>確認すると室内で一度転倒したとのことである。</p> <p>心理的虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 子ども(息子)におもらしするって怒られる。もう生きたくないね。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 日中、便を失敗すると1日中汚染したままで赤くなってしまったこともあり、デイサービス見学が始まる。 ■ 喘鳴ずっとあるが、煙草をやめない。息子も勧める。 	
4	<p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ やけどを起こす可能性が高いため、スリッパ、ブランケットに入っているホカロンの使用を工夫することを話すが、まったく聞き入れず再度、スリッパ、ブランケットに入れており、やけどを起こしている。 	訪問継続中
5	<p>ネグレクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 両上肢下肢にしびれとむくみがある(特に右が強い)。ものをつかんだり、自力での歩行が困難である。自力でイスからの立ち上がりが困難なため、椅子に座っていることが長時間続き、褥創ができてしまった。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 下からの立ち上がりはまったくできないが、蒲団から無理やり立たせ、本人は痛い、痛いと言うが夜間4回も行っている。昼間はリビングにある木の固いイスに座らせっぱなしである。 	訪問継続中
6	<p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ほぼ1日中、市販のベッド上に足をおろしたままの状態でごろごろしている。ハイハイで台所まで移動し、冷蔵庫内の物やカップ麺をそのままかじってしまうが、息子は対策を考えるつもりは一切ない。 ■ 室内は、手すりが一応とりつけられているが、全く片づけられていない 	死亡 (朝、ホームヘルパーが死亡しているのを発見)
7	<p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 息子は、安易に食べているから大丈夫である。 ■ 息子さんが食事の準備をしており、時々、嚥下困難のある利用者本人にインスタントラーメンを食べさせている。 ■ 食事前後に吸痰するようにノートに記載するが、なかなか実行していない。 	死亡 (ベッドから転落し、心肺停止の状態搬送される)
8	<p>ネグレクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 訪問看護師が訪問すると息子さん不在のことが多くなった。 	訪問継続中

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 息子さん一度トイレに起きてくるが、再び、部屋に戻り入眠する。 ■ デイサービス 3 回/週は、疲労感あり。明日はキャンセルしたと息子。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ゴキブリガ数匹死んだまま放置してあり、ごはんも昨日の変色、異臭のある物、息子に確認する)が問題ないとのこと。 	
9	<p>ネグレクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 訪問すると利用者本人が不在のことがある。息子に聞くがわからないとのこと。無断キャンセルが頻回に発生している。定期訪問しても利用者本人および息子も不在のことが多々ある。ケアマネにもキャンセルの事、連絡しておらず。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ゴキブリガ数匹死んだまま放置してあり、ごはんも昨日の変色、異臭のある物、息子に確認する)が問題ないとのこと。 	訪問継続 中
10	<p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 時間 30 分かけて食事を口から食べさせている。嚥下困難があるから食事の形態を考えたり、吸引器を促して見せたりするが、1 時間 30 分かかけられれば食べられるから大丈夫だという反応である。その後、誤嚥性肺炎を起こしたが、嚥下困難であるからだとは思っていない。 	訪問継続 中
11	<p>身体的虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 浴室にお母さんを閉じ込めていた。「あんまりうるさいんで、頭がおかしくなっちゃうと思ってお風呂場にいれた」と。同じ時期に左上腕部に内出血があった。それで怪しいと思ってきた。 ■ 便をこねたので何回も叩いてしまった。 <p>心理的虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ お母さんが柵をカンカン鳴らしたりすると息子はイライラする。そのときに「死んでしまえ」と言ってしまう。 <p>経済的虐待</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ お母さんの年金で食べている。その辺があって入所をするのに躊躇していたのではないか。 <p>不適切な介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ベッド導入には、自分が何かを片付けなくてはいけない。だから導入できないと言っていた。 ■ ショートステイでも早い段階から話をしている、入所するとお母さんが悪くなるからって、なかなか導入できない。デイサービスについても結局、利用しなかった。 	特別養護 老人ホーム 入所

3. インタビューの分析

個人の病理に焦点をあてているのではなく、関係性の病理に焦点をあてて分析をしている。

カテゴリとして、主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係により、主介護者の両価的感情が高じ、そこから嗜癖的介護パターンが顕在化してくる。ついにはこれが高齢者虐待へ向かわせる要因となる。【 】はカテゴリ、『 』はサブカテゴリ、[] はコードをあらわし、コードに付随する提示ケースは共通番号で示した。不適切な介護には、必ず嗜癖的介護が認められる。

{主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係に基づく嗜癖的介護パターン}

1) 『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性であるため、ひとりで介護に専念しなければならない状況にあり、『近隣との消極的な交流』にある。

主介護者は、被介護高齢者と長年 2 人暮らしを続けた。『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という特徴的な関係性が目立つ。2 人暮らしのために主介護者が一人で介護に専念しなければならない。介護に専念するために生活を支える「仕事を介護のために辞職するー [コード①]、[コード②]」

以上のように辞職したものの、「近隣との交流はないー [コード③]」ため、地域の中で孤立した形で介護をしなければならなくなる。主介護者が孤立するような状況を自ら作り出しているのである。

① 事例 11：主介護者は仕事をしておらず、介護をやめた。社交的な感じではない。

② 事例 3：主介護者は、介護に専念するために仕事を辞職した。

③ 事例 6：近所回りの人との付き合いは全然ないため、地域では孤立していると思います。地域でも問題になっている家族です。

2) 主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性により、被介護高齢者の身体状態の変化に伴い嗜癖的介護が顕在化し、高齢者虐待として顕在化してくる。

「布団からの立ち上がりはまったくできないのに布団でずっと寝かせているー [コード①]」「福祉用具の必要性はわかっていると口で言うが導入せずー [コード②]」「被介護高齢者に 1 日かけ小茶碗 1 杯を食べさせるー [コード③]」など被介護高齢者のためにしていると正当化することである。そして嗜癖的介護とは、主介護者の介護の不合理性を自覚していながら専門職の助言を聞きいれず不

適切な介護を繰り返すのである。「木の固い椅子に座らせる－ [コード④]」ことにより褥創ができやすくなるため、木の固い椅子ではない方がよいのではという助言や「食事量が少なくなってきたも、エンシュアの量はそのままである－ [コード⑤]」など食事量が少なくなることによりさまざまなリスクが出現する可能性があるとして助言、「喘鳴をうつから来ると思い薬を増量させ服薬させる－ [コード⑥]」が喘鳴についても喘息用に処方されている薬の効果について説明をしても、うつから来ると思い込み、主介護者が上記のような嗜癖的介護を繰り返すのである。

主介護者は、被介護高齢者にリハビリをしたとしても、ひとりで歩くのは無理な身体状態であるにもかかわらず、「訪問リハビリ開始により歩けた－ [コード⑦]」「吸い込みでむせるが、とろみにしなくても大丈夫－ [コード⑧]」など不適切な介護の矮小化により、被介護高齢者の身体状態を正確に判断することができずに不適切な介護が継続されていくのである。

被介護高齢者の精神状態、いわゆる認知症が出現の有無によって主介護者の許容が異なってくる。

認知症が出現し「被介護高齢者が主介護者の言うことを聞かないと顔を平手でたたく－ [コード⑨]」、「被介護高齢者が便をこねたため、何回も顔をたたく－ [コード⑩]」。認知症が出現しなかったときは、被介護高齢者も主介護者の思い通りのままに行動することができていたが、認知症の出現により主介護者の思い通りに行動することができず、被介護高齢者独自の行動になってしまう。そのために、主介護者の精神的ストレスがピークに達し、身体的虐待を起こしてしまうのである。介護開始当初から虐待が出現してきたのではなく、介護を継続していく中で被介護高齢者の身体状態の変化によって、変化に対応することができず、主介護者の許容範囲を超えたときに高齢者虐待が出現するのである。

- ① 事例 5：布団からの立ち上がりはまったくできないが、布団から無理やり立たせ、本人は痛い、ずっと布団で寝かせられている。
- ② 事例 5：必要性はわかっていると口では言うが、片付いていないからちょっとまって。いつできますかと訪問看護師が聞くと、やれない理由を「確定申告があるから 2 月 16 日はだめ」待つて待つてという。
- ③ 事例 2：本人、食欲があまりないということで小茶碗 1 杯を 1 日かけて介護者である息子が食べさせる。
- ④ 事例 5：布団からの立ち上がりは痛い。しかし昼間はリビングにある木の固い椅子に座らせっぱなしである。
- ⑤ 事例 2：下肢の浮腫も強くなっており、食事量も少なくなっているため、ミキサー食を

すすめるが少量で作ってもとも乗り気でない様子。エンシュアの量を増やすことなく、依然として半分/日であった。

- ⑥ 事例 3：ここ 2～3 日寝ていない。ぜえぜえうるさくって。うつだと思います。薬はいつもの半分を飲ませているんですけど、寝ないともう半分飲ませています。
- ⑦ 事例 3：訪問リハビリが始まってから、歩けるようになってよかったと主介護者。本当は、歩けたわけではないんですが…。
- ⑧ 事例 2：吸い込みでむせることが多いため、とろみについて説明するが「まだ大丈夫」と聞きいれず。
- ⑨ 事例 3：布団をちぎったり、爪のまわりの甘皮をむしったり、寝たり、起きたり、動きっぱなしなので、どうしようもなくなって、顔を平手でぶってしまった。
- ⑩ 事例 14：便をこねたので何回も顔をぐうでなぐった。

3) 主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性で長年生活してきたため、『被介護高齢者の存在が重要』であり、『被介護高齢者に対する過度な身体的能力改善への期待』がある。

被介護高齢者を大切にしたいという思いと身体状態が思うとおりに改善しないことや認知症などで主介護者の思い通りの介護ができなくなったときに両価的感情が嵩じ、嗜癖的介護が繰り返され、高齢者虐待へと顕在化するのである。

被介護高齢者を大切にしたいと思うために「犬を飼う－[コード①]」などしている。しかし、被介護高齢者の認知症が出現したことにより「入院のために認知症になり、母親をなぐる－[コード②]」と「アルツハイマーと診断されても、お母さんは理解している－[コード③]」という被介護高齢者を大切にしたいという思いと、「お母さんが柵をカンカン鳴らし、息子を呼ぶ－[コード④]」など、主介護者と被介護高齢者間において、被介護高齢者の身体状態の変化に伴い二者関係が崩壊する。その反面、「被介護高齢者はあと 10 年生きる－[コード⑤]」、「被介護高齢者は嘘を言っている－[コード⑥]」などの言動から被介護高齢者の身体状態の変化を否認し、依然として主介護者は不適切な介護を行い、順応しなくなった被介護高齢者に対し、嗜癖的介護が顕在化され、高齢者虐待へとエスカレートが発生する。

- ① 事例 3：チワワを購入する。最近、被介護高齢者がさみしいということが多く、うつがでてきたから犬を飼えばうつが治ると思って飼った。
- ② 事例 3：主介護者である息子から診療所へ電話があり、「入院したせいで認知症にさせられ、今、母親をなぐり顔がぼこぼこにはれあがった。これも入院させたせいだ。」と

攻撃的な電話があった。

- ③ 事例 11：被介護高齢者はアルツハイマーと診断されていたが、主介護者である息子は「お母さんはもうちょっとわかっているところもある」と診断名には理解を示していなかった。
- ④ 事例 11：被介護高齢者が柵をカンカン鳴らしたりすると主介護者はイライラする。逃げ場がなかった。
- ⑤ 事例 2：主介護者は「あと 10 年は生きるな」と本人を目の前にして言う。高齢者は悪くなるときは一気に悪くなることが多いと説明すると「そうなの？」と淡々と話し、依然から腰上げはできなかったが、主介護者は訪問看護を導入しているのは、ヒップアップ、足踏みなど筋肉トレーニングを希望している。
- ⑥ 事例 3：主介護者である息子は、被介護高齢者が嘘をついて具合が悪いと言っていると思う。本当は歩けるんです。甘えているだけなんですと。

4) 主介護者と『被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係』という関係性から主介護者は『自己判断力が欠如』し、『孤立感』を味わうことになる。

主介護者は理性的判断ができないにもかかわらず、訪問看護師が具体的なケアの提案をしても受け入れない「必要な福祉用具が決定できないー [コード①]」、「医療的な判断は積極的、医療的な処置の実施は消極的ー [コード②]」、「頻回の訪問看護ステーションへの電話ー [コード③]」、「訪問看護師の指示への理解不足ー [コード④]」、「新しい事象が入らないー [コード⑤]」ということがある。そのために「近隣との交流はないー [コード⑥]」ため、地域の中で孤立した形で介護をしなければならなくなる。主介護者が孤立するような状況を自ら作り出しているのである。

- ① 事例 11：福祉用具を決めるにも、こっちとこっちがあるんだけど、両方もっていくと細部にわたって検討してしまい、投げかけてから決定するのに 3~4 か月かかってしまう。その間、どうしようかという感じになって聞くと「考えている」という返答で、なかなか決められない。
- ② 事例 10：主介護者である夫は、医療的な処置はやりたくないようである。医学的な判断はするが、医療処置はやりたくないようである。医療的な管理ができるかと思っていたら「僕はできないから」とひいてしまった。
- ③ 事例 7：しょっちゅう何かあると訪問看護ステーションに電話をかけてくるが、何度、返答しても判断ができずに再度、電話してくる。
- ④ 事例 8：訪問看護師が指示をしたことを理解しておらず、主介護者の息子と訪問看護師

間で理解の違いがある。

⑤ 事例 5：主介護者は、新しいことが入らないし、決断力がない。

⑥ 事例 6：近所回りの人との付き合いは全然ないため、地域では孤立していると思います。地域でも問題になっている家族です。

5) 主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性により、嗜癖的介護が顕在化し、その背後には『主介護者への自滅的な行動』が存在する。

主介護者は被介護高齢者の身体状態が悪化するのではないかという不安や身体状態が悪化しているという事実を否認し、体力の限界まで強迫的な介護を繰り返す行為である。「お姫様だっこで簡易風呂で入浴－[コード①]」、「おんぶして階段昇降－[コード②]」という事実があった。

① 事例 2：簡易風呂で主介護者の息子が入浴させている。お姫様だっこで入浴させている。息子も腰痛という病気をもっているのにもかかわらず、無理やり行っている。

② 事例 4：主介護者である次女がおんぶして階段昇降をしている。

6) 主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』である関係性のために『提供サービス機関に対する疑心暗鬼を持つ』

主介護者は、被介護高齢者との関係性が閉鎖的であるために、第三者である居宅サービス機関に対して疑心暗鬼を抱いていることはもちろんである。そのために福祉用具を導入しようとしても導入することができなかつたりするのである。とくに居宅サービス機関であるデイサービスに対してもつ疑心暗鬼は普通ではない。「デイサービスの導入にめんどくさがる－[コード①]」、「デイサービス突然の中止－[コード②]」、そして「うつになる－[コード③]」と言って、デイサービスの導入を中止へと運ばせ、さらに訪問介護に対しても「ヘルパーへの不信－[コード④]」があるなど居宅サービス機関に対して疑心暗鬼をもつ。

① 事例 2：デイサービスの導入を伝えると、耳が聞こえないから駄目だよ。めんどくさいなあとの返事がくる。デイサービスをすすめても体験するのをめんどくさがって、主介護者である息子の気はすすまず。

② 事例 8：主介護者である息子は、デイサービスはしばらく中止すると突然、理由もなく訪問看護師に伝える。

③ 事例 3：デイサービスは人との関係がつかれないからうつになってしまうと拒否あり。

あ〜いうところは疲れるから家にいるほうが良いとのこと。

④ 事例 3：ヘルパーノートに母の携帯を勝手に使用していると記載してあった。

- 7) 主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性のために、『被介護高齢者を思い通りにすることができる』と考えており、ときに虐待分類のひとつである『ネグレクト』という行動が行われている。

『被介護高齢者を思い通りにすることができる』ということは、主介護者が中心であることを意味する。前項にも示したように主介護者が必要だと判断しなければどのような援助も拒否したり、主介護者の生活パターン「主介護者の希望が清拭、陰部洗浄－[コード①]」とおったり、「主介護者の不在－[コード②、コード③]」により被介護高齢者の状態変化に主介護者が気付かないという状況があった。

① 事例 2：主介護者である息子の希望により清拭をいきなり言われたり、陰部洗浄をポータブルトイレで行ってもらいことを希望される。

② 事例 8：訪問看護師が訪問すると主介護者の不在が多くなった。さらに主介護者は一度トイレに起きてきても、再び、部屋に戻り入眠してしまう。

③ 事例 6：朝、ヘルパーが行くと死亡しているのを発見した。主介護者である息子は、出勤の時に、まったく被介護高齢者のことを看なかった。

8) インタビュー結果からの看護介入モデル案

主介護者は『被介護高齢者と閉鎖的な二者関係』という関係性が焦点であるため、主介護者が居宅サービスを導入しようと試みていない「訪問介護の導入に拒否－[コード①]」のであれば、訪問看護師は積極的に導入しようと試みず、様子観察が必要である。ただし訪問介護が導入した時点で閉鎖的な二者関係から少し開放的な関係性をとることができるようになっている。

居宅サービス機関のひとつとして、信頼関係を確立していくことが必要である。そのためには「主介護者の希望を取り入れる－[コード②]」ことである。また何かをしなければならぬという思いにとらわれることなく、傾聴することも必要となる。傾聴だけでも主介護者は「主介護者の辛さ、過去の栄光を他者が認める－[コード③]」ことによって、不適切な介護をしたとしても嗜癖的介護へとエスカレートする機会を逸することになるかもしれない。傾聴だけにとどめ、訪問看護師が焦らないことである。

さらに主介護者が被介護高齢者の看取りについて、「尊厳死－[コード④]」と

決めているのであれば、尊重することも必要である。

不適切な介護も嗜癖的介護へとエスカレートしないように援助していくということが重要となる。主介護者が安楽に介護できるよう「楽な移動方法を伝達－[コード⑤]」していくことである。そのためには理学療法士の導入も必要である。

主介護者は、被介護高齢者と閉鎖的な二者関係を長年続けてきたため、まずそれを否定しないことである。その関係性のために知識や技術を提案しても、不適切な介護が変化することがないのが、共依存関係にある主介護者と被介護高齢者である。そのため「必要性を説明しても理解を示さない－[コード⑥、⑦、⑧]」としても、理解させようと試みないことである。訪問看護師が導入されていることだけでも主介護者と被介護高齢者間には開放的な流れになってきているということを理解し、段階を追って援助をすすめていくことである。

在宅療養が長くなれば、主介護者の身体状態も変化してくる。だからこそ「主介護者の身体状態変化－[コード⑨、⑩]」を見逃さずに被介護高齢者を特別養護老人ホームなどの施設サービスを利用するなどしていくことである。主介護者が「ショート利用を考える－[コード⑪]」状況にあったら、タイミングを見計らって導入していくべきである。

主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係であるため、「ケアマネジャーが頼り－[コード⑫]」であったり、「専門職間で役割を決め、嫌われ役は直接ケアに関わらない職員が担う－[コード⑬]」ことにより、開放的な関係性を外部に確立しておくことが必要である。そうすることにより閉鎖的な二者関係を崩していくことが高齢者虐待を防止することができるのである。

① 事例 5：訪問介護を導入しようとするが、知らない人を家にいれるわけにはいかない。

② 事例 5：主介護者の希望は「●●訪問看護師さんの言うとおりで。訪問看護が入って、リハビリもしてもらいたい」

③ 事例 5：自分の辛さと過去の栄光を他者に認めてもらいたい。

④ 事例 2：主介護者の意向は「尊厳死」であると訪問看護師に話をしている。

⑤ 事例 2：ポータブルトイレ移動が困難となってきたため、ポータブルトイレを一段あげてみるように主介護者に伝えるとトイレからベッドへの移動が楽になった。

⑥ 車椅子を 14,000 円で買ったと。2 年使えば元がとれると。しかし被介護高齢者の身体状態が変わるとそれに合わせた車いすが必要であることを説明するが、まったく理解は示さず。体の機能は変わらないと思う、認知だけが進んで胃腸は大丈夫だから…。あと 5 年は大丈夫だからと。

⑦ 口腔ケアのプリントは 1 回やったきり、それっきりやらない。必要性を説明しても理

解していない。

- ⑧ 被介護高齢者を寝かせたら寝かせっぱなしである。福祉用具も導入するが、ほとんど使用しない。
- ⑨ 事例 8：主介護者睡眠も浅く、悪夢を見るという。
- ⑩ 事例 8：主介護者は、被介護高齢者の空腹時血糖測定が負担になっている。
- ⑪ 事例 4：ショートステイを利用してみようかと考えている。
- ⑫ 事例 6：主介護者は、サービスを導入するときだけケアマネジャーを頼りにする。
- ⑬ 事例 11：サービス担当者会議で役割を決める。サービスが中止されないよう、嫌われ役を地域包括支援センターが担うことになる。

9) その他

事例 11 の内、事例 10 は、他の事例と違って、夫が主介護者であり、息子が 2 人いる。閉鎖的な二者関係である 2 人暮らしではない。しかし、インタビュー結果から下記のような分類ができた。この事例のみ、他の事例と同じ側面もあるが、違う側面もあるため、結果に記載しておく。

この主介護者は、被介護者の妻に対し「赤ちゃんことばで接する－[コード①]」また主介護者のみが家庭内にいるのでなく、「30 代の息子 2 人も居住－[コード②]」している。「近隣との消極的な交流－[コード③]」があるが、他者に認められたい願望が強い「毎日、1km の距離を車椅子で来院－[コード④]」。

- ① 事例 10：おかあさんに対して赤ちゃん言葉「なになにでちゅかあ」で接する。お母さんは無反応である。
- ② 事例 10：30 歳代の未婚の息子がいるが、介護をしなければならないせいもあり、普通に働きにいけないでいる。訪問看護師からみると働ける身体状態にはある。
- ③ 事例 10：近所付き合いもなく、マンションの 1 階に住んでいるため他者の目を気にすることは無い。
- ④ 事例 10：毎日、1km くらいの距離を車椅子で皮膚科の処置に来る。介護タクシーは利用しない。

第3章 考察

1. 主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係に基づく嗜癖的介護パターン

共依存関係にある主介護者と被介護高齢者間の焦点は、閉鎖的な二者関係であるということ、それは長年の家族の関係性から成立しているということが病理としてある。だからこそこの研究は、個人の病理に焦点をあてているのではなく、主介護者と被介護高齢者間の関係性の病理に焦点をあてているということがオリジナリティのある研究であるということを示唆している。

主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係に基づく嗜癖的介護パターンは、主介護者が被介護高齢者を大切にしたい、被介護高齢者が存在することの重要性という思い、そして身体状態が思いとおりに改善しないこと、さらに認知症などによって主介護者の思い通りの介護ができなくなったときに両価的感情が嵩じ、嗜癖的介護が繰り返され、高齢者虐待へと顕在化するのである。これらは、いずれも主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係という関係性が問題となるのである。この二者関係の閉鎖性が地域の中でも孤立した形で介護をしてしまうのである。だからこそ第三者である居宅サービス機関が導入されることによって、閉鎖的な関係性から開放的な関係性へと変化させることが重要になってくるのである。だが閉鎖的な関係性であるがゆえに、居宅サービス機関に対しても疑心暗鬼を抱くのである。福祉用具を導入しようとしても導入することができなかったり、デイサービスに対して疑心暗鬼を抱いたりするのである。

2. 主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係に対する看護介入

通常、嗜癖的介護をしていない利用者であれば、訪問看護師が知識や技術を提案すれば、利用者や主介護者が変化する可能性がある。しかし、嗜癖的介護をしている利用者や主介護者は知識や技術を訪問看護師が助言しても、不適切な介護に変化はなく、依然として嗜癖的介護を繰り返すのである。

外見的には閉鎖的な二者関係にしか見えないが、長年培われたメンタルな病理が潜んでいるということに訪問看護師は気付かなければならない。

主介護者と被介護高齢者間における閉鎖的な二者関係により、不適切な介護から嗜癖的介護へとエスカレートし、被介護高齢者が認知症などになり主介護者の思い通りに被介護高齢者がならないと高齢者虐待へと発展するのは、この閉鎖的な二者関係という関係性から説明がつく。しかし、主介護者は問題の原因の一端が自分の共依存傾向にあるという考えには至らないのがこの関係性なのである⁸⁾。浜崎は、認知症への理解と対処方法を習得するまでは虐待行為の危険性は残

っていると述べている⁹⁾が、認知症への理解し対処方法を習得することができないのが、共依存関係の主介護者と被介護高齢者なのである。

そのため訪問看護師として共依存関係にあるかどうか見極めるためには、最初の看護介入で、まず知識や技術を助言しても、改善するかしないかということを見極めることである。

さらにタイムリーに今、何を利用者や主介護者は必要としているのか、もし傾聴してもらいたいだけのニーズだけであったならば、それに徹する覚悟が必要である。共依存関係にある主介護者は、被介護高齢者の存在が重要であるために「希望」を必ず専門職に伝える。そのような時には、それをニーズととらえ「希望」に沿った援助を行うことである。そうすれば信頼関係確立の一端を担うことになるであろう。

時に訪問看護師は、何かをしなければならぬと考えがちであるが、そうではなく「今、何を求めているのか」ということに徹し、看護を行っていくことが必要なのである。訪問看護は費用がかかるが、そこに費用がからむら、訪問看護の時間を短縮しようなどとは考えないことである。さらに訪問看護師は、多様な関係を築けるように訓練をしておくことが必要である。ただし、心理的距離は維持した上で看護介入をしていくことは、とても大切なことである。

上記のように主介護者と被介護高齢者における閉鎖的な二者関係に第三者が関わることは、閉鎖的な関係から開放的な関係になるために、いずれにしても高齢者虐待への予防への第一歩となるのは間違いない。しかし、訪問看護師が主介護者の不適切な介護にばかり気がいきすぎて、主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係に焦点を置かないで、一方的に通常の利用者と同様の援助を行うことは、最終的に高齢者虐待へとエスカレートさせてしまうのである。

さらに今回、事例 10 では、主介護者である夫退行して妻に「～ちゃん、なになにでちゅか？」とあかちゃん言葉を使って話しているのは、主介護者である夫自体が退行し、主介護者の夫の実母の気持ちを代弁しているために赤ちゃん言葉になっていると考えられる。被介護者である妻に赤ちゃん言葉を使い、子ども扱いした言葉を使っているのは、妻を自分であると置き換え、夫にとっては、妻でなく小さいころの自分として声掛けをしている。まさに夫が小さいころからの育だち直しをしようと一生けん命にしている行為だと考えられる。だからこの主介護者である夫は、情緒で動いているため、このような主介護者に対しては訪問看護師は小さいころの話を聞き、どういうふうに自分がしてほしかったのかということを傾聴することが重要なことになる。

3. 看護介入モデル案



図2 主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な二者関係から開放的なサービス導入

看護介入モデル案として、上記の結果と考察を踏まえて

訪問看護師は

1. 主介護者と被介護高齢者間における閉鎖的な二者関係を焦点に考える。
2. 訪問看護師は積極的に居宅サービスを導入しようと試みず、様子観察が必要(これはケアマネジャーにも必要な技量のひとつである)
3. 訪問看護は居宅サービス機関のひとつとして、信頼関係を確立していく
信頼関係を確立していくために
 - 1) 主介護者が今、被介護高齢者に対し何をしてもらいたいのかニーズを確認する
 - 2) 訪問看護師は、指示的な指導はせず、傾聴だけにとどめる。
 - 3) 訪問看護師は、何か援助をしなければならないなどと焦らないことである。
 - 4) 訪問看護師は、主介護者のペースに巻き込まれず、落ち着いて様子を観察することである。
 - 5) 主介護者が被介護高齢者の看取りについて、「尊厳死－ [コード④] 」と決めているのであれば、尊重することも必要である。
 - 6) 主介護者の身体状態が安楽になるような介護方法を提案する。訪問看護師には理学的な指導も必要となる。
4. 訪問看護師が導入されていることだけでも主介護者と被介護高齢者間では開放的な流れになっているということを理解する。
5. 主介護者の身体状態変化を見逃さず、タイミングを見計らいながら施設サービスを導入していくようにする。
 - 1) ケアマネジャーなど他職種と協力していく。
 - 2) 訪問看護師単独では行わない。
6. 他職種が関わっている場合は、直接ケアをしている専門職は否定的な助言などを避け、地域包括支援センターなど直接ケアにはかかわらない職種が否定的な助言をすることを担う。

第4章 結論

I. 結論

本研究は、主介護者と被介護高齢者間における共依存関係によって引き起こされる不適切な介護パターンを明らかにし、看護介入モデルを構築することを目的とし、以下の知見を得た。

1. 主介護者は被介護高齢者との閉鎖的な二者関係という関係性を基盤に嗜癖的介護パターンが抽出された。
2. 主介護者は、被介護高齢者が認知症などになり思い通りにならないと嗜癖的介護が顕在化し、高齢者虐待へと発展する。この原因の一端が主介護者自身の共依存傾向にあるという考えには至らないのがこの関係性なのである。
3. 主介護者は、被介護高齢者の認知症を理解し対処方法を習得することが通常の主介護者と違いできないのが、共依存関係の主介護者と被介護高齢者である。
4. 訪問看護師は、主介護者と被介護高齢者を外見的に閉鎖的な二者関係にしか見えない。しかし長年つちかわられた精神的な病理が潜んでいるということ気付かなければならない。
5. 訪問看護師は、初回訪問で、主介護者に知識や技術を助言しても、改善するか、しないかということを見極めることにより共依存関係にある利用者かどうか判断できる。
6. 訪問看護師は、今、何を主介護者と被介護高齢者は必要としているのか。「今、何を求めているのか」ということを主介護者と被介護高齢者の言動からとらえ、看護を行っていく。必要でない看護であったとしても、訂正しようと試みない。
7. 訪問看護師は、多様な関係を築けるように訓練をしていく必要がある。
8. 訪問看護師は、心理的距離は維持した上で看護介入する。
9. 訪問看護師など第三者が関わることは、主介護者と被介護高齢者間の閉鎖的な関係が開放的な関係へと変化するために、高齢者虐待への予防への第一歩となる。

Ⅱ．研究の限界と今後の課題

1．主介護者と被介護高齢者が閉鎖的な二者関係を送ってきた生活歴などから必要な情報収集を意識的にとっていく

共依存関係にある主介護者や被介護高齢者は、閉鎖的な二者関係で長年生活してきた。そのため子どものときからどのような生活パターンで生きてきたかという情報を知ることが重要である。

2．主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係が被介護高齢者の身体状態の変化によって嗜癖的介護が顕在化し、高齢者虐待へと発展する。

今回の11事例により、被介護高齢者の身体状態の変化により、主介護者が思い通りに介護ができなくなることがわかった。身体状態の変化を早急に把握し、注意深く観察していくことによって、高齢者虐待が予防できるため、今後はターニングポイントについて明らかにし、訪問看護師の看護介入を明確にしていくことが必要である。

3．医師やケアマネジャーなどの理解と対応能力の向上

臨床現場の医師および訪問看護師、居宅介護支援計画書作成の中心となるケアマネジャーが共依存について十分理解していない現状がある。また訪問看護師が共依存に対する知識があれば、ケアマネジャーや医師に主介護者や被介護高齢者の関係性を説明することができる。そのことによって共依存関係における高齢者虐待の予防、早期発見および早期援助のあり方に示唆を得ることができるであろう。

4．専門職間の情報共有のあり方

専門職間において情報共有は円滑に行なわれているにもかかわらず、主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係において、試行錯誤による対応しかできていなかった。そのため、今後は共依存関係にある主介護者と被介護高齢者の閉鎖的な二者関係性や介護状況について、報告書やサービス担当者会議の開催を通して情報共有をはかるとともに、専門職間で肯定的な助言や否定的な助言を行う役割を明確にしていく必要がある。

5. 訪問看護師自身のセルフコントロール・セルフマネジメントのあり方

訪問看護者自身が自分の傾向を知り、それが対象者との関係に与えている影響をその都度アセスメントし、意識化して、専門的援助の行動・対応などをしていくことが必要である。

6. 看護介入モデルの検証等の調査研究の推進

どの訪問看護ステーションでも共依存に関する調査研究ができるというものではない。共依存に関する視点と知識と経験がなければ正確な事例が選択できず、調査機関も限定される。そのために専門職への共依存に関する啓発や訪問看護師などへの教育研修プログラムの開発が不可欠と思われる。

謝辞

調査のご協力をいただきました主介護者と被介護高齢者の皆様および訪問看護師の皆様には、大変深謝いたします。また、長野県看護大学健康保健学の北山秋雄教授には、データの真実性から報告書作成まで、丁寧にご助言やご指導をいただき深謝いたします。

本研究が主介護者や被介護高齢者に還元でき、さらに訪問看護師らが臨床現場で効果的な看護介入の一助となるよう願っています。

主介護者および被介護高齢者、訪問看護師の皆様、北山秋雄教授ありがとうございました。

文献

1. 小林篤子(2004) : *高齢者虐待*, 中央公論新社, 東京. p 6-9.
2. 小野ミツ, 堀みゆき(2005) : 全国高齢者虐待の比較からみた広島県 A 区における高齢者虐待の現状と課題, *第 2 回 日本高齢者虐待防止学会御茶ノ水(東京)大会 抄録集*, 4
3. 多々良紀夫(2005) : 家庭内における高齢者虐待に関する調査 ; 全国調査(機関調査)の結果の概要, *高齢者虐待防止研究*, 1(1) : 46-59.
4. 津村智恵子(2004) : 日本の高齢者虐待の実態と特徴, *月刊 総合ケア*, 14(3) : 17-20
5. 津村智恵子(2005) : 高齢者虐待の課題と今後の在宅支援, *高齢者虐待防止研究*, 1(1) : 7-10.
6. 上田照子(1993) : 在宅要介護老人の施設入所に関する介護家族の希望とその関連要因. *日本公衆衛生雑誌*, 40 : 1101-1110.
7. 橋本えみ子, 難波貴代, 溝口和佳子他(2004) : 高齢者虐待における被介護者と介護者の共依存について. *看護研究集録[11] 財団法人 木村看護教育振興財団*, 75-88.
8. 狩野亜朗, 杉野健二(1997) : 一般人の妻の共依存、嗜癖行動への気づきについて、*アクションと家族*. 14(3) : 345-358.
9. 浜崎優子, 堂田俊樹(2009) : 高齢者虐待における家族の関係性から見た介入・支援方法の検討 地域包括支援センターで関わった対応困難事例の分析、*家族看護*. 7(9) : 130-138.
10. Forward, S. (1999) / 玉置悟訳(1999) : *毒になる親*, 毎日新聞社, p 38. P19.