

脳卒中患者の主介護者における介護負担感および 主観的健康度とその関連要因

白田 滋* 茂木 信介^{2*}
富田 敦子^{2*} 鈴木 庄亮^{3*}

老人デイケア通所中の脳卒中患者とその女性主介護者32人を対象に、主介護者の介護負担感とその関連要因、および主介護者の主観的健康度との関連性を検討した。主観的健康度は東大式健康調査票（THI）で把握した。

介護負担感の主介護者の40.6%に認められ、介護負担感を強める要因としては、経済状況（普通以下）、介護時間（2時間以上）、夜間介護（あり）、退院後の変化（不変または低下）、将来の不安（あり）、患者の排泄、移乗動作、移動能力（要介助）であった。

主介護者の THI 平均尺度得点を地域女性住民の結果と年代別に比較した結果、すべての尺度で大きな差は認められなかった。また、THI 平均尺度得点を介護負担感の有無で比較した結果、有意な差は認められなかった。

今回の対象は比較的良好な条件にあったと考えられ、一般の在宅脳卒中患者の介護者では、介護負担感はより高く、心身の訴えもより多いであろうと推測された。

Key words : 介護負担感, 主観的健康度, 脳卒中

I はじめに

本邦での脳卒中による死亡率は、昭和45年の175.8（人口10万対）をピークに低下し、死亡順位は悪性新生物、心疾患に次いで第3位となっている。しかし、受療率では昭和58年度をピークにほぼ横ばいであり、患者数としては減少していない。また、いわゆる「寝たきり老人」のうち、脳卒中による者は37.1%と、原因疾患の第1位（平成4年度）である¹⁾。そのため、障害老人に対する医療・福祉を推進する上では、脳卒中患者とその介護者に対する支援が重要な課題である。

一般に、介護者に関しては、主介護者が障害者の配偶者である場合が多く、近年の人口の流動化、核家族化と一人暮らしの増加、介護者自身の高齢化などに伴い、その介護力が低下しつつあ

る。そのような中で、在宅での介護を継続するためには、介護者の介護負担の軽減と介護者の健康維持が重要な要因である。

この介護負担は、一般に客観的負担と主観的負担に分けられる。客観的負担とは、介護時間、介護量、介護による時間的、経済的束縛などで把握され、その客観的負担に対する介護者の評価・表現として主観的負担、つまり介護負担感が位置づけられる。介護負担感に影響する要因としては、要介護者の疾病や障害の程度、介護・家庭環境、介護者の健康状態や性格特性などが重要であり、さらに、介護負担感により介護者の幸福感や心身の健康状態などが影響される^{2~5)}。これまでに、介護負担感とは、痴呆患者⁶⁾やデイサービス利用者^{7,8)}、在宅要介護者の介護者^{9,10)}を対象に報告されているが、多くの報告では、その対象者にさまざまな原因疾患を含んでいるため、疾患の特性による介護負担感の影響の程度は明らかではない。特に、脳卒中のように急性発症し、その障害が永続する疾患の場合には、疾患の特性や患者の障害の程度が介護負担感へ及ぼす影響が大きいものと推測される。

* 群馬大学医療技術短期大学部理学療法学科

^{2*} 日高病院リハビリテーション科

^{3*} 群馬大学医学部公衆衛生学教室

連絡先：〒371 群馬県前橋市昭和町 3-39-15

群馬大学医療技術短期大学部理学療法学科

白田 滋

調査対象を脳卒中患者の介護者に限定した報告は少ないが、介護負担感については Shulz ら¹¹⁾の縦断的研究がある。脳卒中発症から縦断的に介護者の抑鬱度、介護負担感とその関連要因を分析した結果、短期的には患者の重症度、介護に対する不安の有無が、長期的には健康状態、収入、年齢などが関連し、発症からの期間によって関連要因が異なることを指摘している。しかし、介護負担感には介護者の主観的要因であるため、その程度は文化・社会的背景による影響を少なからず受けるものと考えられ、本邦の介護者に直接当てはめることはできない。

本研究の目的は、脳卒中患者の日常生活動作能力 (ADL, Activity of Daily Living) と、その主介護者における介護状況、介護負担感を調査し、介護負担感とその関連要因について分析することである。また、同時に、東大式健康調査票 (THI, The Todai Health Index) を用いた主介護者の主観的健康度を調査し、介護負担感と主観的健康度との関連性を検討することである。

II 対象と方法

1. 調査対象

H 病院 (群馬県高崎市、病床数170床) 老人デイケア通所中の患者とその主介護者各68人を対象とした。

H 病院老人デイケアはリハビリテーション・センターに併設し、スタッフは作業療法士1人、看護婦2人、介護福祉士2人、その他4人で構成される。病院は、基本的に自宅と病院間のバス送迎サービスを行い、デイケアへの通所、入浴サービスと並行し、必要に応じて外来での理学療法・作業療法・言語療法の治療も行っている。

2. 調査方法

主介護者に対するアンケート調査は、基本属性、生活状況や介護状況、介護負担感などの項目からなる介護調査と THI を自記式で施行した。

介護負担感とは、主介護者本人が感じている現在の状況を、「大変である」、「大変でない」の二者択一で回答を得た。介護調査に含まれる介護上困ることの項目は平成2年度厚生省保健福祉動向調査¹²⁾の14項目をあげ、複数回答可とした。

THI は130の質問項目からなり、心身の主観的健康度が12の尺度で構成され、各尺度についてそ

の得点によって1つの側面を数量的に把握でき¹³⁾、これまでにその妥当性と信頼性は十分検討されており、職場の健康管理などに活用されている^{14,15)}。

また、アンケート調査とは別に患者の ADL を Functional Independence Measure (以下、FIM) の項目とその判定基準¹⁶⁾を用いて、患者または主介護者と面接し、実際に行っている自立度を調査した。

3. 分析対象

調査対象のうち、患者の主病名が脳出血または脳梗塞である患者とその主介護者をまず抽出したが、その主介護者に男性が少なかったため、主介護者が女性である患者と主介護者各32人を分析の対象とした。

脳卒中患者の内訳は男性20人、女性12人であり、平均年齢は76.1±4.7歳 (平均±標準偏差)、平均罹病期間は5.2±3.1年であった。原因疾患は脳出血10人、脳梗塞22人で、障害名は右片麻痺17人、左片麻痺13人、その他2人であり、軽度の失語症と構音障害を6人に認め、著明な痴呆症状を示す患者は含んでいない。

主介護者の平均年齢は61.4±14.1歳であり、その年齢分布は40代10人、50代2人、60代9人、70代11人であった。患者との続柄は、妻20人、娘5人、嫁5人、その他2人であり、その介護期間は全例とも2年以上で、平均5.0±3.6年であった。

今回の分析対象者は、患者がデイケア通所中であること、主介護者が女性のみであること、介護期間が全例2年以上であること、患者の障害が身体障害が中心であることなどから特殊性をもつものであり、在宅脳卒中患者の介護者の代表としてはみなせないが、この点については考察にて検討する。

4. 分析方法

各調査項目について、各カテゴリーに含まれる例数を考慮してカテゴリーに区分し分析を行った。

主介護者の基本属性は、年齢、続柄、健康状態、持病の有無、睡眠時間、同居者、住居地域、職業の有無、気晴らしの有無、経済状況、生活充実感の項目とした。

介護状況は、介護期間、介護時間、副介護者・夜間介護の有無、退院後および最近1年間の患者の変化、将来の不安・家屋改造・福祉機器利用の

有無の項目とした。

介護上困ることは、各項目の訴えの有無とした。

患者のADLは、セルフケア6項目、排泄コントロール2項目、移乗動作3項目、移動2項目、コミュニケーション2項目、社会的認知3項目の計18項目とし、各項目とも自立か要介助（部分介助および全介助）かとした。

THI尺度得点はそのままの粗点を用いた。

解析方法は、介護負担感の有無について、主介護者の基本属性、介護状況、介護上困ること、ADLの各要因をPearsonの χ^2 検定をYatesの補正を行い検定した。なお、各セルの期待値が5以下の場合にはFisherの直接確率法を使用した。

また、THI尺度得点は、12の尺度の平均値を求め、佐藤ら¹⁷⁾の地域女性住民の結果と年代別に

比較した。また、主介護者の介護負担感の有無による差を平均値の差の検定にて検定した。

なお、統計学的検定の有意水準は0.05とした。

Ⅲ 結 果

1. 介護負担感の有無と関連する要因の検討

主介護者の介護負担感は、ありが13人(40.6%)、なしが19人(59.4%)であった。

主介護者の基本属性と介護負担感の有無との関連は表1に示した通りである。介護負担感の有無と有意な関連を認めた項目は経済状況であり、余裕ありの32.1%で介護負担感を認めたが、普通以下では全例に認めた。主介護者の年齢、続柄、健康状態、持病の有無、睡眠時間、同居者、住居地域、職業・気晴らしの有無、生活充実感の項目では有意差が認められなかった。

介護状況と介護負担感との関連は表2に示した通りである。介護時間、夜間介護の有無、退院後の変化、将来の不安の有無の項目で介護負担感の

表1 主介護者の基本属性と介護負担感の有無との関連

要 因	カテゴリー	例数	負担感あり (%*)	p 値
年齢	～60歳	12	3(25.0)	n.s.
	60歳～70歳	9	4(44.4)	
	70歳～	11	6(54.5)	
続柄	配偶者	20	11(55.0)	n.s.
	その他	12	2(16.7)	
健康状態	良好	28	10(35.7)	n.s.
	不良	4	3(75.0)	
持病の有無	あり	20	10(50.0)	n.s.
	なし	12	3(25.0)	
睡眠時間	7時間未満	16	5(31.3)	n.s.
	7時間以上	16	8(50.0)	
同居者	二人世帯	8	2(25.0)	n.s.
	三人以上	24	11(45.8)	
住居地域	市街地	13	5(38.5)	n.s.
	郊外	19	8(42.1)	
職業	あり	11	5(45.5)	n.s.
	なし	21	8(38.1)	
気晴らし	あり	23	8(34.8)	n.s.
	なし	9	5(55.6)	
経済状況	余裕あり	28	9(32.1)	p<0.05
	普通以下	4	4(100.0)	
生活充実感	充実	9	2(22.2)	n.s.
	普通以下	23	11(47.8)	

*: 各カテゴリーに含まれる対象のうち、介護負担感を認めた者の割合
n.s.: not significant

表2 主介護者の介護状況と介護負担感の有無との関連

要 因	カテゴリー	例数	負担感あり (%*)	p 値
介護期間	4年未満	16	4(25.0)	n.s.
	4年以上	16	9(56.3)	
副介護者	あり	17	7(41.2)	n.s.
	なし	15	6(40.0)	
介護時間	2時間未満	16	3(18.8)	p<0.05
	2時間以上	16	10(62.5)	
夜間介護	あり	8	6(75.0)	p<0.05
	なし	24	7(29.2)	
退院後の変化	改善	17	4(23.5)	p<0.05
	不変または低下	15	9(60.0)	
最近1年間の変化	改善	14	3(21.4)	n.s.
	不変または低下	18	10(55.6)	
将来の不安	あり	14	10(71.4)	p<0.01
	なし	18	3(16.7)	
家屋改造	あり	22	11(50.0)	n.s.
	なし	10	2(20.0)	
福祉機器の利用	あり	16	8(50.0)	n.s.
	なし	16	5(31.3)	

*: 各カテゴリーに含まれる対象のうち、介護負担感を認めた者の割合
n.s.: not significant

表 3 介護上困ることの訴えの率

項 目	訴えの率(%)
適切な介護の仕方がわからない	1(3.1)
介護に関するサービスの情報が少ない	1(3.1)
介護する部屋がない	1(3.1)
介護に要する経済的負担が大きい	1(3.1)
食事や排泄, 入浴等の世話の負担が大きい	5(15.6)
介護の手助けをしてくれる者がいない	3(9.4)
家を留守にできない	12(37.5)
仕事に出られない	4(12.5)
自分の時間がもてない	6(18.8)
十分な睡眠がとれない	5(15.6)
ストレスや精神的負担が大きい	11(34.4)
症状の変化に対応できず不安である	1(3.1)
相談できる医療関係者がいない	2(6.3)
緊急時に入院させてくれるかかりつけの病院がない	3(9.4)

有無と有意な関連を認めた。介護時間では 2 時間未満の 18.8% に対し, 2 時間以上では 62.5% に介護負担感を認めた。夜間介護ではありで 75.0%, なしで 29.2% であった。退院後の変化では改善を認める例では 23.5% であるのに対し, 不変または低下では 60.0% で介護負担感を認めた。将来の不安ではありで 71.4%, なしで 16.7% であった。介護期間, 副介護者の有無, 最近 1 年間の変化, 家屋改造・福祉機器の利用の有無の項目では有意差が認められなかった。

主介護者の介護上困ることについてそれぞれの訴えの率を表 3 に示した。最も訴えの多かった項目は「家を留守にできない」(37.5%) であり, 以下「ストレスや精神的負担が大きい」(34.4%), 「自分の時間がもてない」(18.8%), 「食事や排泄, 入浴等の世話の負担が大きい」(15.6%), 「十分な睡眠がとれない」(15.6%), 「仕事にでられない」(12.5%) の順で訴えが多かった。以上の訴えの率が比較的高かった 6 項目と介護負担感の有無との関連は表 4 に示した通りである。「自分の時間がもてない」と訴えた主介護者のうち 83.3% で介護負担感を認め, 有意な関連が認められた。他の項目においてもその半数以上の主介護者で介護負担感を認めたが, 有意な関連は認められなかった。

患者の ADL 自立度と主介護者の介護負担感の

表 4 主介護者の介護上困ることの訴えと介護負担感の有無との関連

項 目	例数	負担感あり (%) [*]	p 値
食事や排泄, 入浴等の世話の負担が大きい	5	4(80.0)	n.s.
家を留守にできない	12	7(58.3)	n.s.
仕事に出られない	4	3(75.0)	n.s.
自分の時間がもてない	6	5(83.3)	p<0.05
十分な睡眠がとれない	5	3(60.0)	n.s.
ストレスや精神的負担が大きい	11	6(54.5)	n.s.

*: 各項目を訴えた対象のうち, 介護負担感を認めた者の割合

n.s.: not significant

有無との関連を表 5 に示した。ADL 18 項目の中で自立の割合が高かった項目は, 排便 (自立者 32 人), 食事 (30 人), ベッド・椅子への移乗, 理解, 社会的交流 (各々 29 人), 歩行・車椅子での移動 (28 人) 等であった。逆に要介助の割合が高かった項目は, 清拭 (要介助者 19 人), 浴槽への移乗 (18 人), 階段 (16 人), 問題解決 (13 人), 更衣 (10 人) であったが, 介護負担感と有意な関連を認めた項目は, セルフケアでの排泄, 移乗動作でのベッド・椅子, トイレ, 移動での歩行・車椅子の項目であり, いずれの項目においても要介助の全例で介護負担感を認めた。これらはすべて運動面の項目であり, コミュニケーション, 社会的認知の認知面の項目では有意な関連を認めた項目はなかった。

2. THI 尺度得点について

THI の 12 尺度の平均尺度得点を表 6 に示した。この平均尺度得点を佐藤ら¹⁷⁾の地域女性住民の結果と年代別に比較すると図 1 のようであった。全体的にはすべての尺度において地域女性住民とはほぼ同等であったが, 特に 60 代では, 多愁訴尺度, 情緒不安定性尺度, 抑鬱性尺度, 生活不規則性尺度において比較的低い値であった。

平均尺度得点を介護負担感の有無で比較すると表 6 のようであった。多愁訴尺度において介護負担感ありで平均 32.6, なしで 30.8, 情緒不安定性尺度で 25.2, 21.4, 抑鬱性尺度で 15.3, 13.5 と, 介護負担感を有する主介護者では, これらの尺度でやや得点が高くなる傾向を認めたが, すべての尺

表5 患者の日常生活動作自立度と主介護者の介護負担感との関連

項	目	カテゴリー	例数	負担感あり(%*)	p値
セルフケア	食事	自立	30	12(40.0)	n.s.
		要介助	2	1(50.0)	
	整容	自立	23	7(30.4)	n.s.
		要介助	9	6(66.7)	
	清拭	自立	13	3(23.1)	n.s.
		要介助	19	10(52.6)	
	更衣(上半身)	自立	22	7(31.8)	n.s.
		要介助	10	6(60.0)	
	更衣(下半身)	自立	22	7(31.8)	n.s.
		要介助	10	6(60.0)	
	排泄	自立	26	7(26.9)	p<0.01
		要介助	6	6(100.0)	
排泄コントロール	排尿	自立	26	9(34.6)	n.s.
		要介助	6	4(66.7)	
	排便	自立	32	13(40.6)	n.s.
移乗	ベッド, 椅子	自立	29	10(34.5)	p<0.05
		要介助	3	3(100.0)	
	トイレ	自立	27	8(29.6)	p<0.01
移動	浴槽	自立	5	5(100.0)	n.s.
		要介助	14	3(21.4)	
	歩行, 車椅子	自立	18	10(55.6)	p<0.05
コミュニケーション	階段	自立	28	9(32.1)	p<0.05
		要介助	4	4(100.0)	
	理解	自立	16	6(37.5)	n.s.
社会的認知	理解	自立	16	7(43.8)	n.s.
		要介助	3	1(33.3)	
	表出	自立	26	11(42.3)	n.s.
社会的認知	社会的交流	自立	6	2(33.3)	n.s.
		要介助	29	11(37.9)	
	問題解決	自立	3	2(66.7)	n.s.
		要介助	19	6(31.6)	
記憶	自立	13	7(53.8)	n.s.	
	要介助	26	10(38.5)		
		要介助	6	3(50.0)	

*: 各カテゴリーに含まれる対象のうち、介護負担感を認めた者の割合

n.s.: not significant

度で有意な差は認められなかった。

IV 考 察

1. 介護負担感の有無と関連する要因について
介護負担感とその関連要因の検討の結果、介護負担感を強める要因は、経済状況(普通以下)、介護時間(2時間以上)、夜間介護(あり)、退院

後の変化(不変または低下)、将来の不安(あり)、患者の排泄、移乗動作、移動能力(要介助)であった。また、介護上困ることでは、「自分の時間がもてない」と訴えた主介護者で介護負担感を多く認めた。

これらの関連要因の中で、経済状況、将来の不安については、Shultzら¹¹⁾の縦断的研究において

図 1 介護者と地域女性住民の年代別の THI 平均尺度得点
地域女性住民の値は佐藤ら¹⁷⁾の結果を用いた。介護者の平均値は40代を40-44に、60代を60-64に、70代を70-74に示し、50代は介護者数が少なかったため除外した。

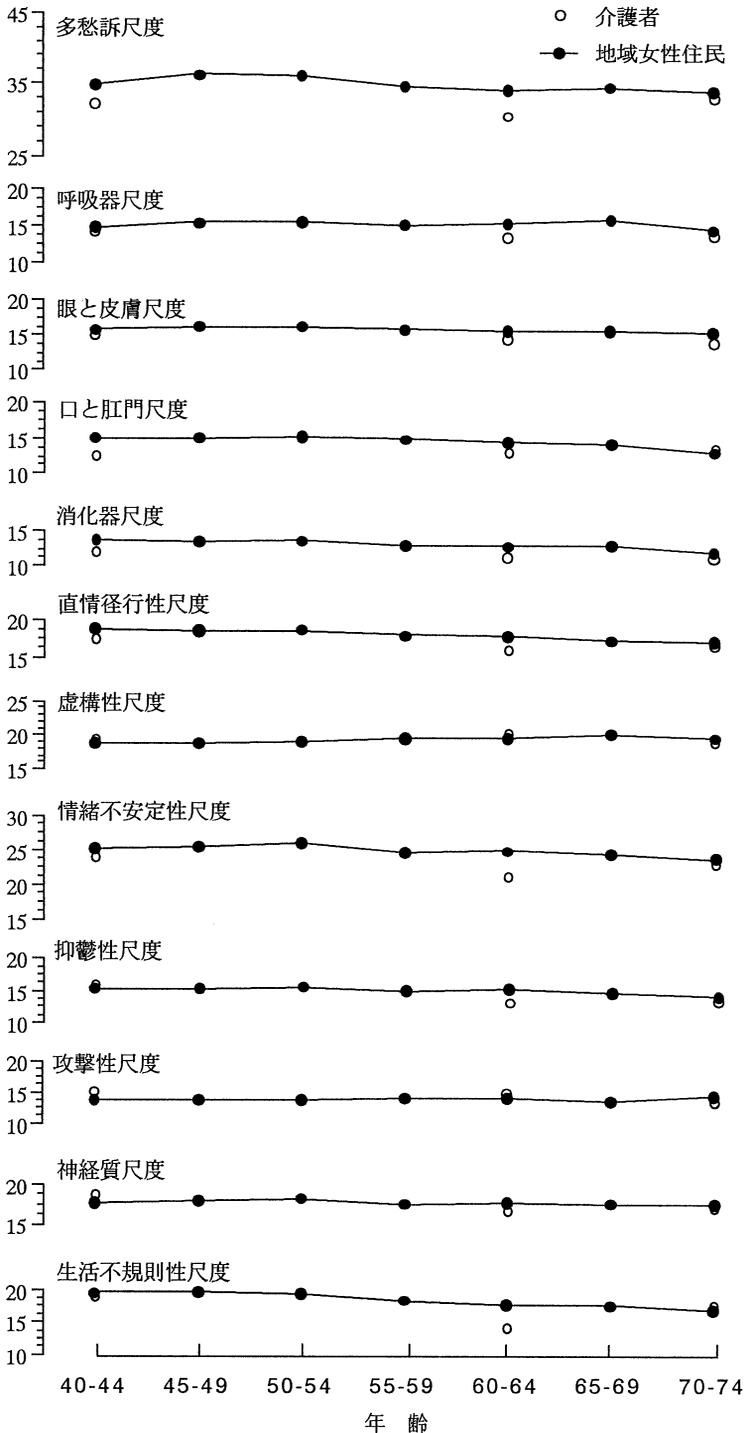


表6 主介護者の THI 平均尺度得点と介護負担感の有無による平均値の差の検定結果 (平均±標準偏差)

尺度名	平均尺度得点	介護負担感の有無		p 値
		あり (n=13)	なし (n=19)	
多愁訴尺度	31.5±6.0	32.6±7.4	30.8±5.0	n.s.
呼吸器尺度	13.5±3.1	14.1±2.9	13.2±3.2	n.s.
眼と皮膚尺度	14.3±3.2	15.0±3.6	13.8±3.0	n.s.
口と肛門尺度	12.9±2.5	13.5±2.8	12.4±2.5	n.s.
消化器尺度	11.7±2.6	10.9±1.9	12.2±2.9	n.s.
直情径行性尺度	16.9±3.9	18.2±4.0	16.0±3.7	n.s.
虚構性尺度	19.7±3.7	18.8±3.5	20.4±3.8	n.s.
情緒不安定性尺度	22.9±5.8	25.2±6.1	21.±5.2	n.s.
抑鬱性尺度	14.3±3.5	15.3±4.6	13.5±2.4	n.s.
攻撃性尺度	14.5±2.3	13.8±2.4	15.0±2.2	n.s.
神経質尺度	17.5±2.6	17.8±2.7	17.4±2.6	n.s.
生活不規則性尺度	17.0±3.5	17.5±4.5	16.7±2.7	n.s.

n.s.: not significant

も、特に脳卒中発症からの経過に伴い、介護者の介護負担感と強い関連を認めている。経済状況については、患者本人の収入の減少、介護費用負担、および介護により介護者が就労できなくなることによる収入の減少が関係すると考えられる。また、将来の不安については、今後の要介護者の身体機能・ADL能力や介護者自身の健康状態などの変化、経済状況などの家庭生活に関するなどが含まれる。また、今後変化が生じた場合の相談相手、対処方法などが不明確であることも一因となると考えられる。しかし、介護上困ることに対する回答において、「症状の変化に対応できず不安である」や「相談できる医療関係者がいない」の項目を訴えた主介護者は非常に少なく、今回の結果では、介護者自身の健康状態の変化や、要介護者を含む家庭生活に対する不安と推測される。

次に関連が認められた要因は、介護時間、夜間介護の有無、患者の排泄、移乗、移動のADLであり、いずれも客観的な介護量、介護時間に関連した要因であった。このように、患者のADLや介護量が介護負担感と強い関連を示すことは、これまでの筒井ら⁷⁾、安梅ら⁹⁾、藤田ら¹⁸⁾などの報告とおおむね一致していた。ADLについてみる

と、脳卒中患者のADLについて林ら¹⁹⁾は、発症約2年後の生存者を対象に調査した結果、「屋内移動なし」のいわゆる寝たきりは全体の約1割と比較的少なく、他のADL項目でも入浴動作以外のほとんどの項目で自立者が多かったと報告している。このことは脳卒中片麻痺患者の場合には、健側上下肢による代償の結果、ADLが自立する者が多いという臨床上の経験とも一致している。つまり、移動動作が要介助である患者は、脳卒中患者の中でも身体機能がかなり低い患者を意味している。そして、今回有意な関連の認められた排泄に関しても、排泄コントロールとは有意な関連が認められないことから、排泄動作に関連した上肢機能や移乗動作・立位能力などの身体機能の低下ととらえられる。そのため、これらのADL項目が要介助の場合には、直接的な介護量(作業量)が大きいものと考えられる。また、実際の自立度においては介助者の多かった入浴関連動作と更衣動作は介護負担感との関連性が認められなかった。入浴に関しては入浴サービスを利用している者が多いと考えられることや、自宅で行っている場合においてもその頻度が少ないこと、更衣動作に関しては、介助に要する時間的・身体的負担が少ないことなどがその理由と推測される。

また、介護による時間的束縛を意味する「自分の時間がもてない」の訴えに関しては、客観的な時間の不足の要因と、1日の過ごし方に対する主介護者の主観的な認識度が影響しているものと推測される。

以上より、介護者の介護負担感を軽減するためには、介護者の経済状況や将来の不安に対する支援の必要性が大きいことが示唆された。さらに、患者のADLの自立(特に、排泄、移乗、移動動作)を促すことや、ホームヘルパー・デイサービスの利用等により介護時間を減少させることで、ある程度介護負担感を軽減できることが示唆された。

2. 主観的健康度について

THIの平均尺度得点は、地域女性住民と年代別に比較すると、全体的にはほぼ同等か比較的低い結果であった。介護者の健康状態に関して横山ら²¹⁾は、在宅要介護老人の介護者の3/4に健康上の問題を認めているが、今回の対象ではその半数に持病を認めるものの、健康状態を不良と回答し

た者は4人(全体の12.5%)と少なく、心身の健康状態が比較的維持されていたと考えられ、平均尺度得点の傾向はほぼ妥当な結果と考えられる。また、脳卒中発症による介護を生活環境の変化ととらえると、その変化から調査時点までの期間も重要な要因である。生活環境変化のTHI尺度得点に及ぼす影響について、岩尾ら²⁰⁾は海外駐在日本人を対象に分析を行い、現地滞在3~6ヵ月で尺度得点が高く、以後生活に適応することで徐々に減少すると報告している。今回の対象の介護期間は全例2年以上であり、介護を行う生活に適応した状況であったため、平均尺度得点が比較的低値となったものと考えられる。さらに、心身の健康状態が著しく損なわれた介護者では介護継続自体が困難となり、今回の対象に含まれてこなかった可能性も否定できない。

つぎに、介護負担感の有無で各平均尺度得点を比較すると、介護負担感を有する主介護者では、多愁訴尺度、情緒不安定性尺度、抑鬱性尺度でやや平均尺度得点が高くなる傾向を認めるものの、有意差は認められなかった。

多愁訴尺度は、手足や体がだるい、頭が重い、肩がこる、腰痛、横になって体みたくなるなどの不定愁訴の訴えを表す尺度であり、また、情緒不安定性尺度はくよくよする、落ちつきがない、気疲れする、ちょっとしたことが気になるなどの訴えを、抑鬱性尺度は悲しく希望が持てない、自分の生き方は間違っていたと思う、自信がないなどの訴えを表す心理的尺度である。これらの尺度では、介護による身体的・精神的ストレスや、将来の生活に対する不安などにより得点が高くなることが考えられるが、今回の分析ではその結果は明らかではなかった。

3. 本研究の限界について

前述したように、今回の分析対象者はその特殊性から在宅脳卒中患者の介護者の代表とはみなせないため、今回の結果の解釈には慎重な検討が必要である。

今回対象とした脳卒中患者の機能障害は、重度なコミュニケーション障害、認知障害、痴呆症状などを認める患者を含んでいないことから、主に身体面の障害が問題であり、問題行動や情緒問題などに対する対処から生じる精神的負担は少ないものと推測される。

また、主介護者の性別は今回女性のみであり、男性の場合と介護者となることでの生活に及ぼす影響が異なると考えられる。日本の地域都市における一般的な生活では、職業を有する女性は増えているが、家事の中心はまだ女性であり、このような女性に比して男性が介護者となることによる日常生活への影響は大きいと考えられる。

介護期間は全例2年以上であり、この時点は、患者が発症し自宅退院後、家庭内での患者の位置づけや、他の家族との関係、家庭状況もほぼ安定している時期と推測される。したがって、退院後まもない時点においては、今回の結果よりも介護者の訴えがより多くなるかもしれない。

さらに、今回の対象は老人デイケアを利用している。本デイケアにおいては、利用者は送迎サービスと入浴サービスを受けることができ、さらに、必要に応じた医学的リハビリテーションを受けている。そのため、介護上必要な医学的・社会的情報も提供され、介護状況はある程度整っているものと考えられるため、在宅のみで生活している患者に比較すると、介護状況はより良好な条件にあるといえる。

以上より、今回対象とした患者および介護者の状況は比較的良好な条件であり、一般の在宅脳卒中患者の介護者では、介護負担感はより高く、心身の訴えもより多いであろうと推測される。したがって、今回の結果から、脳卒中患者とその介護者に対する支援を推進する場合に、多面的な評価が必要であるが、少なくとも経済状況と介護者の将来の生活に対する不安を経時的に把握することが必要であり、特に、患者のADL能力が低い場合に重要であることを提言できると思われる。

本報告の要旨は第54回日本公衆衛生学会で発表した。

(受付 '95.12.25)
(採用 '96.6.19)

文 献

- 1) 厚生統計協会. 厚生 の 指 標 ・ 国 民 衛 生 の 動 向 1995; 42 (9): 120.
- 2) 中谷陽明, 東條光雅. 家族介護者の受ける負担. 社会老年学 1989; 29: 27-36.
- 3) Zarit SH, Reever KE, Peterson JB. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist 1980; 20 (6): 649-655.

- 4) Browning JS, Scheirian PM. Spousal Caregivers' Burden: Impact of Care Recipient Health Problems and Mental Status. *J of Gerontological Nursing* 1994; 20 (3): 17-22.
 - 5) Hadjistavropoulos T, Taylor S, Tuokko H, et al. Neuropsychological Deficits, Caregivers' Perception of Deficits and Caregiver Burden. *JAGS* 1994; 42: 308-314.
 - 6) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontologist* 1986; 26 (3): 260-266.
 - 7) 筒井孝子, 新田 収. 在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因の検討. *総合リハ* 1993; 21 (2): 129-134.
 - 8) 上田照子, 橋本美知子, 高坂祐夫, 他. 在宅障害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. *日本公衛誌* 1993; 40 (12): 1101-1110.
 - 9) 安梅勅江, 高山忠雄. 高齢障害者の介護負担感からみた在宅ケア支援のあり方に関する保健福祉学的研究. *国立障害者リハビリテーションセンター研究紀要* 1991; 11: 1-7.
 - 10) 上田照子, 橋本美知子, 高橋祐夫, 他. 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. *日本公衛誌* 1994; 41 (6): 499-505.
 - 11) Schulz R, Tompkins CA, Rau MT. A Longitudinal Study of the Psychosocial Impact of Stroke on Primary Support Persons. *Psychology and Aging* 1988; 3 (2): 131-141.
 - 12) 厚生省大臣官房統計情報部編. 平成2年保健福祉動向調査 (老後の介護と医療). 東京: 厚生統計協会, 1991; 18-19.
 - 13) 鈴木庄亮, 柳井晴夫, 青木繁伸. 新しい質問紙調査票 (THI) の紹介. *医学のあゆみ* 1976; 99: 217-225.
 - 14) 青木繁伸. 健康調査票 THI の妥当性の検討 第1報 性・年齢別自覚症状の量的・質的な差, THI ハンドブック. 東京: 篠原出版, 1989; 138-152.
 - 15) Suzuki S, Roberts RE (eds). *Methods and Applications in Mental Health Survey*. Tokyo: Univ. of Tokyo Press, 1991.
 - 16) 千野直一監訳. *FIM 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き*. 東京: 慶應義塾大学医学部リハビリテーション科, 1990.
 - 17) 佐藤泰一, 青木繁伸, 鈴木庄亮, 東谷圭子. 自覚症状などの加齢による変化—THIによる成人女性集団の断面調査から—. *民族衛生* 1990; 56 (1): 26-46.
 - 18) 藤田利治, 石原伸哉, 増田典子, 他. 要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究. *日本公衛誌* 1992; 39 (9): 687-695.
 - 19) 林 博史, 阿彦忠之, 安村誠司. 山形県における脳卒中発症者の予後, ならびに生活全体の満足度とその関連要因. *日本公衛誌* 1995; 42 (1): 19-30.
 - 20) 岩尾総一郎, 鈴木庄亮, 近藤東郎. 海外駐在日本人の生活と適応—アメリカ合衆国ヒューストン市での事例から—. *日本公衛誌* 1981; 28 (1): 69-80.
 - 21) 横山美江, 清水忠彦, 早川和生, 他. 在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因. *日本公衛誌* 1992; 39 (10): 777-783.
 - 22) 杉澤秀博, 中村律子, 中野いずみ, 他. 要介護老人の介護者における主観的健康観および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究. *日本公衛誌* 1992; 39 (1): 23-32.
-

CAREGIVER BURDEN AND SUBJECTIVE HEALTH LEVEL IN PRIMARY CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

Shigeru USUDA^{*}, Shinsuke MOGI^{2*}, Atsuko TOMITA^{2*}, Shosuke SUZUKI^{3*}

Key words: Burden of caregivers, Subjective health level, Stroke

The purpose of this study was to provide information on the burden and subjective health level experienced by caregivers of stroke patients. We assessed 32 patient/caregiver units attending a day care center, and investigated the characteristics and burden of caregivers. Subjective health level of caregivers was assessed using the Todai Health Index (THI). The functional level of patients was measured according to the Functional Independence Measure (FIM).

Of the caregivers, 40.6% expressed a perception of being burdened. The burden of caregivers was associated with economic status, concern for future ability to provide care, and functional levels (ability of toileting, transfer, locomotion) of patients.

Mean scale scores of THI did not differ significantly from scores for community women, and was not related to the perception of burden of caregivers.

The situation of care for the subjects in this study can be considered to be relatively good. However, for the general caregiver of stroke patients, perception of burden and subjective health level may be affected to a greater extent than seen in this study.

* Department of Physical Therapy, College of Medical Care and Technology, Gunma University

^{2*} Department of Rehabilitation Medicine, Hidaka Hospital

^{3*} Department of Public Health, Gunma University School of Medicine