

在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担

緒方 泰子* ハシモト シチオ 乙坂 佳代^{3*}

目的 訪問看護ステーション（以下ステーション）の利用者（要介護者）を主に介護している者の主観的介護負担感を測定し、主観的介護負担感と要介護高齢者の身体・精神状態、介護者の状況、社会資源等の活用状況、ソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とする。

方法 Kステーションの65歳以上の利用者98人（平成6年12月現在）を対象に、自記式調査票による郵送調査を行った。調査内容は、主観的介護負担感、要介護者の状況、介護者の状況、社会資源等の活用状況、ソーシャルサポートである。介護負担感の項目は中谷らの開発した12項目を用い、「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までの4段階の選択肢を質問文毎に設けた。医療機器装着状況等は看護記録から転記し、訪問看護婦に判断を依頼して医療依存度、詳細なADL、介護者の介護意欲等を把握した。（調査期間：平成6年12月～平成7年3月）

結果 有効回答は73通で、要介護者は男性31人、女性42人、平均年齢81.1(±7.6)歳、主介護者は全員家族であり、男性10人、女性63人であった。介護負担感の合成点数を得るため主成分分析を行った結果、固有値の大きい主成分が2つ存在したため第一主成分を「主観的介護負担感」として分析に用いた。要介護高齢者のADL、介護者の健康状態、ソーシャルサポートの内容等により、主観的介護負担感に有意差がみられた。これらの有意差のみられた項目を独立変数、主観的介護負担感を従属変数として重回帰分析を行った結果、介護者の健康状態、訪問看護婦の判断した介護意欲、夜間の世話への不安の有無によって、主観的介護負担感の33.4%が説明された。

結論 主観的介護負担感は、客観的観察の可能な要介護高齢者の身体・精神状態、介護者の状況、社会資源等の活用、ソーシャルサポートの内容により有意差が認められた。特に介護者に関連する変数のみによって主観的介護負担感が説明され、介護者が不健康であると自覚し、夜間の世話に不安を感じており、訪問看護婦によって介護意欲が低いと判断された場合、主観的介護負担感が高いという関係が明らかになった。主介護者の介護環境そのものではなく、介護環境からの刺激に対する介護者の認識が介護負担感の高低に関連する可能性が示唆された。

Key words : 介護負担, 家族, 要介護高齢者, 訪問看護, 在宅介護

I はじめに

わが国の65歳以上人口の総人口に占める割合は、2000年には17.2%、2050年には32.3%に達すると

* 東京大学大学院医学系研究科保健経済学分野、日本学術振興会特別研究員

^{2*} 国際医療福祉大学保健学部

^{3*} 港北医療センター訪問看護ステーション
連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
東京大学大学院医学系研究科保健経済学分野
緒方泰子

推計されており¹⁾、人口の急激な高齢化に伴う要介護高齢者の増加が予想される。また、医療費抑制策の中で在院日数短縮へ向けた政策的誘導の様相が強まってきていること^{1~4)}や、QOLの観点からも、幅広い年齢層の在宅療養生活者の増加が予想される。しかし、在宅療養を支える社会資源は、質・量ともに十分とは言い難く、在宅療養は主たる介護者である家族に依存している部分が多いのが現状である⁵⁾。この家族介護者が介護負担を強く感じていたり、介護に否定的である場

合、在宅療養の継続はかなり困難であるという指摘もある⁹⁾。

家族介護者の主観的介護負担感と関連している因子が明らかになり、このような因子に働きかけることによって主観的介護負担感を軽減することができれば、在宅療養継続の可能性は高まりうる。このような役割は、在宅ケア提供者、特に家族と接する機会が多い看護職に期待される部分も大きいと考えられる。そのため、訪問看護サービス提供時に客観的に観察できる、要介護者・介護者の状況が、主介護者の主観的介護負担感をどの程度反映しているかを知っておくことは重要である。

そこで本研究では、在宅要介護高齢者を介護している家族の主観的介護負担感を測定し、主観的介護負担感と、要介護者や介護者の状況、社会資源等の活用やソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。

主観的介護負担感には、介護者-要介護者間の「人間関係の要素」も関連すると考えられるが、人間関係の要素は、観察や測定が困難であり個別性が高いため、本研究では、ある程度客観的観察の可能な因子に注目した。

II 研究方法

1. 対象

調査対象は、K訪問看護ステーションの利用者（65歳以上の要介護者）98人の主介護者および担当看護婦である。

2. 調査方法・内容

本研究では、主観的介護負担感に関連する因子を検討するため、要介護者の状況、主介護者の状況、社会資源の活用状況やソーシャルサポートに関する、比較的客観的観察の可能な項目を先行研究をもとに設定した（表1）。要介護者98人の主介護者に対する郵送調査を行い、不足情報を、担

表1 調査内容と調査方法

	調 査 方 法	
	主介護者への郵送調査	訪問看護婦による調査票への記入 記録類からの転記
要介護者の状況	性別、年齢、寝たきり原因、寝たきり期間、家族形態、緊急時の入院先の有無、通院状況、訪問診療の頻度、問題行動の有無等	ADL：寝返り・起座・移行（ベッドから車椅子）・移動（車椅子操作）・歩行（平地・段差）・排尿・排便・食事・衣服の着脱・整容・入浴、移動手段、排尿・排便方法、義歯装着、運動障害の有無、誤嚥や嘔吐の頻度、問題行動の頻度、意識疎通障害の有無、闘病意欲、住居の種類、要介護者専用の部屋の有無、医療依存度等
主介護者の状況	性別、年齢、続柄、健康状態自己評価、疾患の有無、気になる症状、腰痛の有無、夜間・早朝、休日の他者による支援の必要性・不安の有無、就労の有無、お世話の時間帯・内容（17項目）、副介護者の有無、他の要介護者の有無、就労の有無、経済的状況、介護意向、主観的介護負担感、日常生活上の支障（15項目）、家計のゆとり等	介護意欲
社会資源の活用状況…(1) ソーシャルサポート…(2)	(1)過去1年間の利用経験（デイサービス、ショートステイ、給食サービス、入浴サービス、ヘルパー等）、(2)同居親族・別居親族・それ以外の3主体毎の「介護に関する支援内容」	(1)過去の利用経験（デイサービス、ショートステイ、給食サービス、入浴サービス、ヘルパー等）

当看護婦による調査票への記入，記録類からの転記によって補った。

主介護者に対する郵送調査期間は平成6年12月～7年3月である。調査内容は、「主観的介護負担感」をはじめ，表1に示した項目である。

主観的介護負担感の測定には中谷らの作成した12項目⁷⁾を用い，質問文毎に「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までの4段階の選択肢を設けて，介護負担感の軽いものから重いものへ1～4点を与えた。主観的介護負担感に関連する因子として，要介護者の状況，主介護者の状況，社会資源の活用やソーシャルサポートについて尋ねた。ソーシャルサポートとしては，同居親族，別居親族，それ以外の3主体毎に「介護に関する支援内容」について選択肢を設けて複数回答を得た。支援内容として設問した項目は，以下の8項目である。(1. 相談にのってくれる，2. 励ましてくれる，3. 代わりに介護をしてくれる，4. 愚痴を聞いてくれる，5. 介護の手伝いをしてくれる，6. 必要なお金を出してくれる，7. 特に何もしていない，8. その他)

寝たきり度等は看護記録から転記するとともに，より詳細なActivities of Daily Living (ADL)については，Resource Utilization Groups III (RUG III) の分類をもとに項目を設定して利用者毎の調査票を作成し，各利用者の担当訪問看護婦に記入を依頼した。内容は，表1の通りであり，介助不要，監視・誘導，部分介助，全介助の何れに該当するかの判断を得た。ADL以外の項目については，選択肢を設けて回答を得た。また，主介護者の介護への関わり方から，主介護者の介護意欲の程度を，良好・普通・不良の3段階で尋ねた。

主疾患や医療機器装着状況，痴呆の程度等については医師による訪問看護指示書より転記した。医療依存度は，身体状態が安定し計画的訪問でよい(軽度)，変化の可能性はあるが急性期ではない(中度)，ターミナル・急性期等で頻回または不定期な訪問の必要あり(重度)と定義し，管理者に判断を依頼した。

3. 分析方法

介護負担感12項目について主成分分析を行い，項目毎に重み付けされた合成点数(主観的介護負担感)を得た。この合成点数について，要介護者

や介護者の状況，社会資源等の活用，ソーシャルサポートとの関連を分散分析や相関をもとに検討し，さらにこの合成点数を従属変数として重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。分析対象は郵送調査で回答の得られた73人である。

III 結 果

1. 要介護者・主介護者の属性(表2, 3)

要介護者は，平均年齢81.1(±7.6)歳で，男性31人(42.5%)，女性42人(57.5%)，主疾患は脳血管疾患が多く49.3%，寝たきり度は，寝たきり75.3%，軽度以上の痴呆が46.6%であった(表2)。要介護者の装着していた主な医療機器は，胃管8人，吸引器7人，留置カテーテル6人，吸入器3人，気管カニューレ2人であった。主介護者は全員家族であり，男性13.7%，女性86.3%で，65歳未満56.2%，65歳以上43.8%であった。世話の時間は，「一日中」，「時々」を合わせると昼夜関係なく世話をしている者が半数以上を占めた。就労している者は約4分の1であり，「あまりゆとりなし」を含めると経済的にゆとりのない者が約60%であった(表3)。

2. 主観的介護負担感(図1, 表4)

12項目の介護負担感の測定項目について「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までの4段階の回答を図に示した(図1)。この図より，「近所に気兼ね」をし，何らかの負担を感じつつも，大部分の介護者が「最期まで看たい」，「前向きに考える」と答えていることがわかる。

本研究で用いた介護負担感スケール12項目について，介護負担感の合成点数を得るために主成分分析を行った。その結果，固有値の大きい主成分が2つ存在したが，本研究では，第一主成分を「主観的介護負担感」として分析に用いた(表4)。第二主成分は，介護継続意志や介護に多くの時間を割いていることを表す項目が含まれていたため「介護継続意志と客観的負担」と解釈した。

3. 要介護者の状況と主観的介護負担感(表5)

要介護者の状況のうち，表2に示した要介護者の属性では，主観的介護負担感に有意差は認められなかったが，意思疎通障害がある場合，医療機器装着がない場合，食事動作で監視誘導・部分介助が必要な場合の主観的介護負担感が有意に高くなっていった(表5)。食事動作への介助と意思疎

表2 要介護者の主な属性

		人 (%)
平均年齢	81.1(±7.6)歳	
性別	男性	31(42.5)
	女性	42(57.5)
主疾患	脳血管疾患	36(49.3)
	神経系・感覚器の疾患	9(12.3)
	精神障害(痴呆含む)	7(9.6)
	高血圧性の疾患	6(8.2)
	悪性新生物	3(4.1)
	内分泌・代謝疾患(糖尿病含む)	3(4.1)
	損傷・中毒(骨折含む)	3(4.1)
	その他	6(8.2)
寝たきり度 ¹⁾	自立	3(4.1)
	準寝たきり	15(20.6)
	寝たきり	55(75.3)
痴呆 ²⁾	なし	39(53.4)
	軽度	15(20.6)
	中度	13(17.8)
	重度	6(8.2)
問題行動 ³⁾	あり	18(24.7)
医療機器装着	あり	16(21.9)
医療依存度 ⁴⁾	軽度	39(53.4)
	中度	28(38.4)
	重度	6(8.2)
家族形態	独居	3(4.1)
	老人のみ	18(24.7)
	二世帯	27(37.0)
	三世帯	24(32.9)
	その他	1(1.4)

1) 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」(厚生省)により担当看護婦が判断した
 2) 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(厚生省)をもとに主治医が判断した
 軽度=ランクⅠ・Ⅱ, 中度=ランクⅢ,
 重度=ランクⅣ・Ⅴ
 3) 問題行動(徘徊, 怒鳴る・罵る, 他者への暴力, 不潔行為等)が1つ以上観察される者の人数
 4) 管理者が判断した医療依存度
 軽度: 身体状態が安定し, 計画的訪問でよい
 中度: 変化の可能性はあるが急性期ではない
 重度: ターミナル・急性期等で頻回または不定期な訪問の必要あり

表3 主介護者の主な属性

		人 (%)
性別	男性	10(13.7)
	女性	63(86.3)
年齢	65歳未満	41(56.2)
	65-74歳	21(28.7)
	75歳以上	11(15.1)
続柄	夫	8(11.0)
	妻	23(31.5)
	娘	24(32.9)
	嫁	16(21.9)
	その他	2(2.7)
健康状態自己評価 ¹⁾	健康	14(19.2)
	まあ健康	40(54.8)
	やや不健康	14(19.2)
	不健康	4(5.5)
疾患	あり	52(71.2)
世話の時間 ²⁾	一日中	7(9.6)
	おもに昼間	11(15.1)
	おもに夜間	18(24.7)
	時々(昼夜関係なく)	35(47.9)
就労の有無	就労あり	19(26.0)
経済的状況 ²⁾	ゆとりあり	7(9.6)
	ややゆとりあり	22(30.1)
	あまりゆとりなし	33(45.2)
	ゆとりなし	9(12.3)
副介護者	あり	47(64.4)
他の要介護者	あり	8(11.0)

1) 欠損値1 2) 欠損値2

通障害のクロス集計を行った結果, 監視・誘導, 部分介助を要する者に意思疎通障害者が多いという傾向はみられなかった。調査対象者が装着・使用していた医療機器は, 胃管, 吸引器, 膀胱留置カテーテル等であり, 医療機器の種類による主観的介護負担感に有意差は認められなかった。食事動作に全介助が必要な20人のうち8人は経管栄養であった。

4. 主介護者の状況と主観的介護負担感(表6)

主介護者が, 健康状態を不健康と認識していたり, 疾患あり, 症状の数が多し, 腰痛あり, 夜間・早朝に他者による支援が必要, 夜間・休日の世話に不安あり, 施設入所希望, 介護意欲不良の場

図1 介護負担感12項目への回答分布

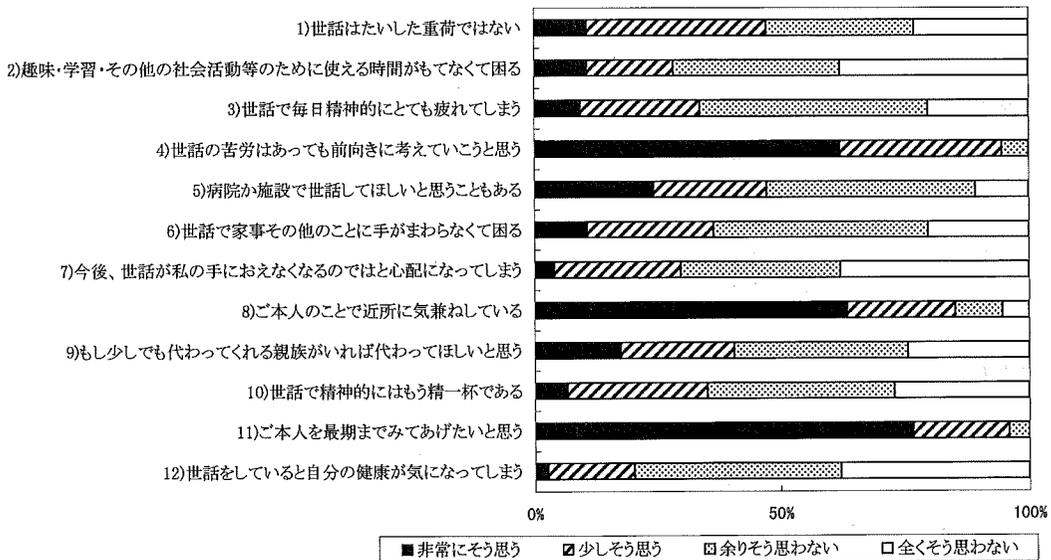


表4 介護負担感12項目の主成分分析結果

	因子負荷量		共通性
	第1主成分	第2主成分	
主観的介護負担感			
5 病院か施設で世話してほしいと思うこともある	0.820	-0.147	0.693
9 もし、少しでも代わってくれる親族がいれば世話を代わってほしいと思う	0.806	-0.180	0.683
7 今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になってしまう	0.767	0.099	0.599
12 世話をしていると自分の健康が気になってしまう	0.706	0.312	0.596
10 世話で精神的にはもう精一杯である	0.696	0.207	0.528
3 世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう	0.656	0.154	0.464
8 ご本人のことで近所に気かねしている	0.465	-0.136	0.235
介護継続意志と客観的負担			
11 ご本人を自分が最期までみてあげたいと思う	0.209	-0.704	0.538
4 世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	-0.142	-0.657	0.452
6 世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る	0.382	0.597	0.503
1 世話はたいした重荷ではない	-0.139	0.471	0.241
2 趣味・学習・その他の社会活動などのために使える時間が持たなくて困る	0.327	0.373	0.246
	固有値	3.97	1.80
	寄与率	33.10	14.97

合に、介護負担感が高くなっていた（表6）。夜間・早朝に他者による支援が必要であることと、主介護者が行っている夜間のお世話内容17項目の間には、有意な関連はみられなかった。緊急時の入院先の有無では介護負担感に有意差はなかった

ものの、緊急時の入院先がないことへの不安がある場合に、不安がない場合よりも主観的介護負担感が高い傾向がみられた（ $P=0.052$ ）。

表3に示した主介護者の主な属性のうち、健康状態自己評価や疾患の有無以外の属性では、主観

表5 主観的介護負担感に有意差のあった要介護者の状況

	(人)	平均値 (±SD)	F 値	P 値
要介護者の状況				
意思疎通障害あり	19	0.388 (±0.908)	4.029	0.049*
〃 なし	54	-0.137 (±1.003)		
医療機器装着あり				
	16	-0.461 (±0.989)	4.561	0.036*
〃 なし	57	0.129 (±0.973)		
食事動作				
介助不要	25	-0.276 (±0.966)	8.084	0.033*
監視・誘導	8	0.355 (±1.024)		
部分介助	20	0.462 (±0.903)		
全介助	20	-0.258 (±0.980)		

* $P < 0.05$

的介護負担感に有意差は認められなかった。

5. 社会資源等の活用、ソーシャル・サポートと主観的介護負担感 (表7)

社会資源の活用では、デイサービス、ショートステイ、入浴サービスの利用経験がある場合に主観的介護負担感が高く、訪問診療頻度では、週1回に比べて、月1回、1~3カ月に1回の方が負担感が高かった。

ソーシャルサポートでは、家族・親族からの支援内容においては有意差がなく、親族以外による支援内容のうち「愚痴を聞いてもらっている」場合に、介護負担感が有意に高くなっていた (表7)。

6. 主観的介護負担感に関連する因子 (表8)

主観的介護負担感の合成点数を従属変数、主観的介護負担感と有意差のみられた変数 (表5-7: 要介護者の状況、介護者の状況、社会資源等の活用やソーシャル・サポート) を独立変数として、ステップワイズ法により重回帰分析を行った。説明力や変数の内容を吟味しながら、最もあてはまりの良いモデルを選択した結果、独立変数として、介護者の健康状態、訪問看護婦の判断した介護意欲、夜間の世話への不安の有無といった、介

護者の状況を表す変数のみが選択された (モデルI)。この3変数で、主観的介護負担感の33.4%が説明された。また、介護者の健康状態と主観的介護負担感との関連をみるため、介護者の健康状態のみを除いた2変数を独立変数として重回帰分析を行った結果 (モデルII)、説明力は17.7%減少した (表8)。

7. 日常生活上の支障と主観的介護負担感 (表9)

「日常生活上の支障」ありの場合に「主観的介護負担感」が有意に高かった項目は、表9に示した4項目である (表9)。なお、日常生活上の支障のうち「お世話自体の負担が大きい」場合、主観的介護負担感が有意に高かった。 ($P < 0.05$)

IV 考 察

1. 要介護者の状況と主観的介護負担感

要介護者の身体・精神症状のうち、痴呆性老人の精神症状⁷⁾や、要介護者の服薬管理の有無、痴呆の有無⁶⁾、要介護者の既往歴⁹⁾、日常生活援助や要介護者とのコミュニケーション障害¹⁰⁾といった項目が、介護者の負担感と関連あるいは影響するという報告がある。しかし、Zarit¹¹⁾は、痴呆性老人の身体・精神症状は負担には影響を及ぼさず、家族・親類の接触度が大きな影響を及ぼすとしており、同様の結果がその後の研究でも報告されている^{5,12)}。要介護者の身体・精神症状が、介護負担感に対してどのような影響を与えるかについては、先行研究では一定の結論は導かれていない。本研究の結果では、要介護者の身体・精神状態の一部、すなわち、食事動作において監視・誘導や部分介助を要する場合、意思疎通障害がある場合に、主観的介護負担感が有意に高いことが確認された。しかし、主観的介護負担感を従属変数とした重回帰分析の結果では、要介護者の状況と主観的介護負担感との関連は確認されなかった。

本研究では、要介護者の主疾患による主観的介護負担感の差を確認することはできなかった。疾患によっては、介護の必要度や内容が異なることが予想され、今後は、疾患とこうした変数との関連についても検討する必要があるかもしれない。例えば、高橋ら¹³⁾は脊髄損傷群と脳卒中群間で介護負担感に関連する因子を比較し、脊損群では Barthel Index Score、脳卒中群ではこのスコアに

表7 主観的介護負担感に有意差のあった社会資源の利用, ソーシャル・サポート

	(人)	平均値 (±SD)	F 値	P 値
訪問診療頻度 ¹⁾				
週1回	7	-0.287 (±1.203)	2.811	0.049*
月1回	19	0.466 (±0.812)		
2-3カ月に1回	6	0.532 (±1.261)		
その他	21	-0.272 (±0.887)		
デイサービス				
利用あり	16	0.510 (±0.927)	5.364	0.023*
利用なし	56	-0.127 (±0.982)		
ショートステイ				
利用あり	30	0.439 (±0.966)	10.525	0.002**
利用なし	42	-0.289 (±0.919)		
入浴サービス				
利用あり	42	0.234 (±0.983)	5.787	0.019*
利用なし	30	-0.317 (±0.948)		
家族以外から				
愚痴を聞いてもらっている	18	0.536 (±0.781)	6.305	0.014*
愚痴を聞いてもらっていない	51	-0.131 (±1.025)		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

には、訪問看護提供者の知識や技術の確保をはじめ、主治医による在宅療養支援機能、機器のメンテナンスや使用する薬剤等の管理、介護者への教育等と同時に、サービス提供者間の連携が不可欠である。調査時のKステーションは開設後約1年半を経過し実人数98人の利用者を抱えていたが、こうした技術の確立や連携システム構築は発展途上の段階にあってと考えられる。

また、統計的有意差はないものの、医療機器装着者の主介護者には在宅での介護意向があり、自覚している健康状態も良い傾向がみられ、介護意欲の高い者が多かった。家族が在宅介護意向を有しており比較的健康であると認識している場合、医療機器装着者が在宅で療養できている現状が支

表8 主観的介護負担感を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)

	標準偏回帰係数 (β)			Adjusted R ²
	介護者の健康状態	介護意欲	夜間の世話への不安あり	
モデルⅠ	0.437**	0.233*	0.248*	0.334…①
モデルⅡ		0.285*	0.334*	0.157…②
				$\Delta 0.177^{1)}$

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

モデルⅠ: ステップワイズ法で選択された3変数(介護者の健康状態, 介護意欲, 夜間の世話への不安あり)を独立変数として投入した場合。

モデルⅡ: 介護者の健康状態以外の2変数を独立変数として投入した場合。

1) ①と②の差

されていると考えられる。今後、在院日数短縮による医療機器装着者の在宅療養の増加が予想され、それに伴い主介護者の状況も本研究とは異なった構成を示し、主観的介護負担感への影響程度も変化すると考えられる。在宅における医療機器装着者の介護者を支え、介護負担感を軽減できるようなマンパワーや社会資源の整備、施設から在宅までを通じた連続したケア計画がますます必要になると考えられる。

また、日常的に行われる食事動作への介助の必要程度によって主観的介護負担感に有意差がみられたが、監視・誘導、部分介助の場合、全介助の場合よりも主観的介護負担感が高いという予想外の結果であった。全介助の場合、介護者のペースで介助が行えるのに対し、監視・誘導や部分介助では要介護者の状態を観察しながら要介護者のペースに応じて介助せねばならないため判断や時間を要し、ストレスがたまりやすいとも解釈できる。また、食事介助で全介助を要す20人の中に胃管装着者8人が含まれていたが、経管栄養の場合、監視・誘導や部分介助よりも介助の手間はかからない可能性がある。しかし、専門職は、胃管の装着状況や介護者による経管栄養の手技の確認、観察事項等の教育を行い、経管栄養法が自宅において適切に実施されるよう支援していく必要がある。介護の負担とは直接結びついてはいないものの、本人の安全の確保と家族の技術習得を支

援する機能は専門職に求められる役割であると考えられる。

食事介助と意思疎通障害のクロス集計を行った結果、監視・誘導、部分介助者に意思疎通障害者が多いという傾向はみられなかった。このことから、あくまでも食事介助の必要程度によって主観的介護負担感に差がみられたと考えられる。つまり、ADLにおいて介護を要するほど介護負担が高い、或いは時間がかかるという関係が成立するとは必ずしも言い切れないという現状が示されたと考えられる。

2. 介護者の状況と主観的介護負担感

本研究では、主観的介護負担感と主介護者の続柄に有意な関連は認められず、先行研究においても一致した見解は出ていない^{14,15)}。また、主観的介護負担感に介護者の就業状況が関連する^{7,14)}という報告もみられるが、本研究では、これらの変数による有意差は認められなかった。世帯の経済状態との関連^{9,15)}については、経済的ゆとりの程度による負担感の差はなかったものの、「経済的負担が大きい」と感じている場合には負担感が高い傾向がみられた(表9)。

主介護者の状況のうち、特に介護者の健康状態に関連する複数の項目間で主観的介護負担感に有意差がみられた。疾患には至らずとも、介護者が何らかの症状を自覚していたり、健康状態を不健康であると認識している場合には、主観的介護負担感には有意に高かった。また、本研究では言及していないが、介護者の精神状態、たとえば抑鬱状態と介護負担感の関連を分析した結果、介護者が抑うつ度が高いほど負担度が高いという報告もある^{5,9)}。

本研究では、主介護者が自宅で要介護者のために行っている行為すべてを表す意味で「お世話の内容」と表現した(表6)。本研究の目的が、主介護者の行っているお世話が看護か介護かという区別をすることではないため、お世話の内容には医療・看護処置的行為も含まれている。また、要介護者の状況には医療機器装着の有無という項目がある(表5)が、装着している医療機器に関するお世話については「お世話の内容」として主介護者の状況に含めた(表6)。これは、医療機器装着に関する介護を介護者がお世話の内容として行っていることと主観的介護負担感との関連の有

表9 日常生活上の支障と主観的介護負担感

	支障あり		支障なし	
	平均値(人)	平均値(人)	平均値(人)	平均値(人)
1 身体的疲労が大きい	0.294(39)	-0.273(32)*		
2 精神的疲労が大きい	0.296(46)	-0.435(25)**		
3 十分な睡眠がとれない	0.179(31)	-0.071(40)		
4 十分に家事ができない	0.244(21)	-0.048(50)		
5 仕事に出られない	0.131(8)	0.026(63)		
6 急用などが足せない	0.063(30)	0.020(41)		
7 家族との団らんが減った	0.489(12)	-0.054(59)		
8 休日には出かけられない	0.161(33)	-0.069(38)		
9 休養がとれない	0.187(39)	-0.144(32)		
10 経済的負担が大きい	0.715(12)	-0.099(59)**		
11 お世話自体の負担が大きい	0.454(23)	-0.161(48)*		
12 症状の変化に対応できず不安	-0.350(16)	0.151(55)		
13 適切な介護の仕方がわからない	0.215(6)	0.022(65)		
14 介護に関する情報が少ない	0.107(3)	0.035(68)		
15 その他	-0.163(3)	0.047(68)		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

無を検討するためである。大部分のお世話の内容では主観的介護負担感に有意差は認められなかったものの、褥瘡処置や体操の有無のみで有意差が認められた。いずれも、お世話を実施している方が主観的介護負担感が低いという結果となっており、予想とは逆の結果であった。お世話の内容については実施の有無のみを尋ねており、その提供頻度や要する時間等によっては、主観的介護負担感が異なる可能性も考えられる。先行研究では、60歳以上の介護者を高年群、60歳未満を若年群として、両群で介護内容毎の負担の差を検討した結果、高年群では、夜中の介護、下の世話、入浴介助が若年群よりも負担になっているという報告もある⁹⁾。また、1日の介護時間によって主観的介護負担感に差がみられたという報告がある⁹⁾が、本研究の結果では介護時間による差はみられなかった。お世話と主観的介護負担感との関連につい

ては今後の検討が必要であると考えられる。

夜間・早朝に付き添う必要性があり、介護を行う際に不安を感じていたり、誰かに支援を希望している場合には主観的介護負担感が高かった。このことより、介護者の夜間・早朝の介護支援の必要性とその内容を確認することによって主介護者による介護負担の兆候を捉えられる可能性が示唆されたと考えられる。本研究では、夜間・早朝に主介護者が他者からの支援を必要としていることと、夜間に介護者が行っているお世話の内容との間に有意な関連はみられず、介護者によって、夜間・早朝に他者からの支援の必要性が感じられている場合、具体的にどのような支援を必要としているのかについては今後の課題として残された。訪問看護提供時には、家族による介護状況の観察やアセスメントを通じて個々のケースへの具体的な支援内容を決定していくと同時に、介護者が具体的にどのような支援を求めているのかについても的確に捉えておく必要があると考えられる。

また、緊急時の入院先がなくても負担感に有意差はないが、このことに家族が不安を感じている場合には負担が高い傾向がみられた。看護職は、介護上の支障の有無を観察し、緊急時の入院先を確保しておくと同時に、介護者がその状況をどのように認識しているかについて十分に注意を払っておく必要があると考えられる。本研究の結果より、客観的に観察可能な現象よりもむしろ、介護者がその現象をどのように認識しているかが介護負担感の高低に関連する可能性が示唆された。中谷ら¹⁶⁾は、家族介護場面での負担を説明するもっとも有力なモデルとして、「ストレス認知理論」を適用している。これは「環境からの刺激を個人が負担であり有害であると評価・認知した際にその刺激はストレスサーとなり、個人に心理的あるいは身体的ストレス反応を引き起こす」と説明され、本研究においてもこのような理論の適用可能性が示唆されたと考えられる。

介護者-要介護者間の二者関係のあり方は介護状況に強い影響力を持つといわれている¹⁷⁾。本研究では、ある程度客観的観察の可能な因子に注目したが、先行研究ではこのような人間関係に関して介護者を通じた得点化を試みたり¹⁸⁾、介入可能な客観的因子の解明と同時に、スムーズに在宅療養が開始できるよう退院前に家族への介入(調整)

を行っているものもある^{19,20)}。

本研究の結果では、「家で介護したい」という調査時点での意向と、主観的介護負担感には関連がみられた。在宅での介護に際し、退院時に家族による十分な準備が必要であり^{20~22)}、在宅での介護意向を確認した上で、家族個々の状況に応じて退院前に十分調整しておく必要がある。Diagnosis Related Groupsを用いた前払い制の試験的導入等、在院期間短縮が予測される現状において、入院時点から、退院後の生活を見通したケア計画が必要であり、本研究の結果から、計画の中に「家族の視点」を入れることの重要性が確認されたと考えられる。

3. 社会資源等の活用、ソーシャル・サポートと主観的介護負担感

本研究では、「『援助』を中心とした機能」といったソーシャルサポートの特徴²³⁾に着目して、同居親族、別居親族、それ以外の者毎に「介護に関する支援内容」について回答を得た。その結果、親族以外による支援内容のうち「愚痴を聞いてくれる」と、介護負担感には有意な関連がみられ、介護負担感の高い介護者が、家族・親族以外に対して愚痴を言っている現状が示されたものと考えられる。

社会資源等の活用では、デイ・サービス、ショート・ステイ、入浴サービスといった社会資源の活用経験があることと、主観的介護負担感が高いことには有意な関連がみられた。本研究では、調査時点から一年以内の社会資源等の活用経験のみを尋ねており、介護負担を強く感じている時期にタイミングよく社会資源を活用できたかについては確認していない。この結果に関して先行研究では、福祉サービス利用の有無では負担感に有意差はないという報告⁹⁾や、介護負担は社会的サービスの定期的利用では低いと利用経験があるという場合には、経験なしよりも介護負担が高いという報告もある¹⁵⁾。後者においては、サービス活用経験がある場合に介護負担が高いというより、むしろ、介護負担が高いためサービスを活用している実態が示されていると考えるのが自然であろう。また、その活用が不定期である場合には、介護負担の軽減につながっていない可能性も考えられる。介護者にとって必要なタイミングを捉えて、社会資源を活用できるような介入や、社会資源の

量的・質的確保が必要であると考えられる。

4. 主観的介護負担感に関連する因子

重回帰分析の結果、主観的介護負担感を説明する因子として、介護者の健康状態、介護意欲、夜間の世話への不安といった、介護者の状況を表す変数のみが選択された。介護者の健康状態への認識が主観的介護負担感と関連するという結果は先行研究と一致し^{6,7,10,15,17)}、家族の介護力に依り在宅療養を継続している現状においては、家族の健康状態を維持・改善するための介入も必要であると考えられる。在宅療養を支える専門職、特に家族と接する機会の多い訪問看護婦には、介護者の健康管理をも視野に入れた看護サービスの提供が期待される。また、介護者のQOLの観点からも、彼らの健康状態の維持は必要であろう。

本研究における「介護意欲」は、各利用者の担当看護婦が、主介護者の介護状況の観察をもとに判断したものであり、担当看護婦が「介護意欲が低い」と判断した場合には、介護者自身が幾分か負担を感じている状況にある可能性が示唆された。このことから、訪問看護婦の介護者に関する観察により、客観的には捉え難い主観的介護負担の存在をある程度推測できると考えられる。介護意欲が低い状況が観察される場合には、その原因を明らかにし、適切な介入を行うことによりその時点で存在する介護負担感の軽減を図っていく必要があり、こうした介入を行うことによって在宅療養継続の可能性が高まると考えられる。在宅療養継続のためには、主観的介護負担が高まらないような予防的介入が必要となるが、将来発生するであろう主観的介護負担を予測する要因は、本研究が断面調査であるため今回の結果からは明らかになっていない。

5. 主観的介護負担感測定尺度について

本研究で主観的介護負担感測定に用いた12項目⁷⁾の合成点数を得る方法には、単純に合計得点を算出するという方法もある^{6,15,24)}。しかし、本研究では、先行研究⁷⁾に準じて、各選択肢の負担感が軽いものから重いものへ各々1, 2, 3, 4点とした上で、各項目毎に重み付けされた点数を得ることを目的に主成分分析を行った。

用いた尺度の妥当性については、「日常生活の支障の有無」に対する回答と、主観的介護負担感点数間の関連を検討した結果、「お世話自体の負

担が大きい」を選択した群が選択していない群よりも主観的介護負担感得点が有意に高く、今回の尺度が介護者の負担感を測定していることを示唆していると考えられる。信頼性の検討は、内的整合性を表すクロンバックの α 係数を算出して行い、12項目全体では0.72、主観的介護負担感を表す第1主成分7項目では0.83であった。このような妥当性・信頼性の検討より、「主観的介護負担感」測定において、今回の測定は妥当なものであったと考えられる。

主成分分析の結果、第2主成分に含まれた5項目のうち、「最期までみてあげたいと思う」、「前向きに考えていこうと思う」は、中谷ら⁷⁾の行った主成分分析における第2主成分「介護継続意志」に該当し、「趣味・学習・その他の社会活動などのために使える時間が持たなくて困る」、「世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る」の2項目は、介護に多くの時間を割いているという客観的な負担を尋ねているとも解釈できる。中谷ら⁷⁾は、この2項目が主観的な負担だけでなく客観的な負担をも測定している可能性があることに注意せねばならないと指摘しており、本研究では主成分分析の結果、これらの項目が第2主成分に含まれた。これら4項目の質問内容から、第2主成分を「介護継続意志と客観的負担」と解釈し、本研究では第1主成分のみを「主観的介護負担感」として分析に用いた。

介護負担という概念を最初に操作的に定義したのは Zarit であり、この定義に基づき Zarit は介護負担尺度を作成した¹¹⁾。日本においても、介護負担感尺度がさまざまな形で開発され^{7,14,25)}、介護負担感が測定されてきた^{6,15,24)}。また、第三者によって観察、測定できる負担、例えば、介護に要する時間や経済的負担などは「客観的負担」であり「主観的負担」とは区別すべきものであるという指摘もある⁷⁾。本研究では、このような指摘をもとに、12項目の質問内容から第1主成分のみに注目し分析を行った。また、国際比較という観点から、諸外国と共通の尺度が必要であり、また、信頼性・妥当性を確認しておくことも必要であるとの指摘もある⁵⁾。今後、的確に介護負担感を把握し、その軽減を図るためにも、より正確に主観的介護負担感を測定できる尺度の開発が必要であると考えられる。

V ま と め

Kステーションを利用している家族の視点から捉えた主観的介護負担感を測定し、それに影響を及ぼしている要因について検討した。重回帰分析の結果、主観的介護負担感と関連している因子として、主介護者の状況に関する変数のみが選択され、不健康であると自覚し、夜間の世話に不安を感じており、訪問看護婦によって介護意欲が低いと判断された介護者の主観的介護負担感は高くなることが明らかにされた。本研究における主介護者は全員家族であり、在宅療養継続に向けて家族を支えることの重要性が示され、介護者との接触頻度が他の医療専門職より比較的多い訪問看護婦の果たす役割の大きさが示唆された。今後は、本研究で明らかになったことをもとに、具体的援助方法を展開していく必要があると考えられる。

稿を終えるにあたり、調査にご協力くださいましたK訪問看護ステーションの看護婦の皆様、利用者のご家族の皆様に深謝いたします。

(受付 1999. 2.10)
(採用 2000. 1.20)

文 献

- 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京: 財団法人厚生統計協会, 1998; 38-40.
- 菅田勝也. 看護と在院日数, 看護学雑誌, 1997; 61: 1018-1022.
- 野村陽子. 平成9年診療報酬改定と今後の流れ. 看護管理 1997; 7: 436-442.
- 社会保険旬報. 動向; 平成10年診療報酬改定のポイント—医療機関・患者・医療内容への影響, 社会保険旬報 1998; 1976: 6-12.
- 荒井由美子, 細川 徹. 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感—日本語版評価尺度の作成—, 第3回「健康文化」研究助成論文集 平成7年度 1997; 1-6.
- 山口弥恵子, 川口貞親, 佐古智美, 他. 介護者の負担感に関する調査研究—老人訪問看護ステーションの立場から, 保健の科学 1996; 38: 489-493.
- 中谷陽明, 東條光雅. 家族介護者の受ける負担—負担感と測定と要因分析, 社会老年学 1989; 29: 27-36.
- 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 1995; 41: 499-505.
- 神田清子, 太田紀久子, 清水裕子, 他. 在宅要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 1994; 3: 28-37.
- 白井みどり, 柳堀朗子, 中山和弘, 他. 在宅要介護高齢者の介護者の健康状態と介護負担, 愛知県立看護大学紀要 1996; 1: 95-102.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired elderly: Correlates of feelings of burden, Gerontologist 1980; 20: 649-655.
- Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study, Gerontologist 1986; 26: 260-266.
- 高橋 洋, 岩城和男, 杉山由美子, 他. 介護負担度評価—Barthel Index Score と試作評価法を用いて, 理学療法学 1991; 18: 121-124.
- 前田大作, 冷水 豊. 障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析, 社会老年学 1984; 19: 3-17.
- 藤田淳子, 綱島ひづる, 種池礼子, 他. 外来通院中の脳卒中患者の介護者の介護負担感に関連する要因の分析, 京府医大医短紀要 1995; 4: 89-97.
- 中谷陽明. 在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき” —“Maslach Burnout Inventory” 適用の試み—, 社会老年学 1992; 36: 15-26.
- 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 1989; 29: 3-15.
- 市川伸一, 中川正宣, 大井 玄, 他. 虚弱老人のための介護者・患者関係アセスメントの試み, 日本公衛誌 1985; 32: 253-257.
- 杉村知子, 森山美知子. 介護負担を抱える家族への看護介入, 臨床看護 1997; 23: 1125-1132.
- 森山美知子, 岩本 晋, 芳原達也, 他. 急性期疾患治療病院に退院調整専門看護婦を設置する効果の研究(その2), 病院管理 1996; 33: 23-32.
- 倉田和枝. 地域へつなげる病院の活動—退院調整専門看護婦の取り組み, 保健婦雑誌 1998; 54: 190-195.
- Paul Peters, Margot Fleuren, Dirk Wijkkel. The Quality of the Discharge Planning Process: The Effects of a Liaison Nurse, International Journal for Quality in Health Care 1997; 9: 283-287.
- 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート—その概念と測定, 社会老年学 1991; 34: 37-48.
- 結城美知子. 在宅要介護高齢者の介護者家族に関する研究—介護者の家族・身内との関わり, 介護負担感および家族機能特性による家族類型—, 保健の科学 1995; 38: 555-560.
- 山岡和枝, 大井 玄, 深山智代, 他. 寝たきり老人の介護人の負担度, 日本公衛誌 1986; 33: 279-284.

SUBJECTIVE BURDENS OF FAMILIES CARING FOR “FRAIL ELDERLY” IN THEIR HOMES

Yasuko OGATA*, Michio HASHIMOTO^{2*}, Kayo OTOSAKA^{3*}

Key words: Burden of caregivers, Family, Frail elderly, Home visit nursing Care, In-home care

The purpose of the study is to measure the subjective burdens of families caring for “frail elderly” in their homes and to clarify the relationships between caregivers’ subjective burdens and the health conditions of the “frail elderly”, the family’s conditions, the use of social services and availability of social supports.

The subjects consisted of caregivers of the elderly who also were using nursing services from K Home Visit Nursing Care Station (K-Station). We mailed subjective burden questionnaires to 98 families among users of K-Station from December of 1994 to March of 1995. We used the 12 items developed by Nakatani as a scale to measure subjective burdens. Each item was stratified into 4 grade levels from “agree” to “disagree”. We asked nurses at K-Station about “frail elderly” ADL conditions in detail, the extent of medical dependency and the will of families to care for the elderly.

A total of 76 questionnaires were returned, of which 73 could be analyzed. The greater part of “frail elderly” were female (n=42). The average age of the “frail elderly” was 81.1(±7.6) years old. All caregivers were members of the family of the “frail elderly” and most of them were women (n=63).

From the result of principal analysis, 2 principles were extracted from the 12 items used to measure subjective burden of caregivers. We analyzed the first principle as “subjective burden of caregivers”. From the result of multiple regression analysis (Stepwise method), “subjective burden of caregivers” was characterized by the caregivers’ conditions only (caregivers’ health status, the will to care for the elderly and anxiety of providing night care). This result suggested that support for the caregivers of the “frail elderly” was important to sustain in-home care.

* University of Tokyo, Graduate School of Medicine, Department of Health Economics
Research fellow of the Japan Society for the Promotion of Science

^{2*} International University of Health & Welfare, School of Health

^{3*} Kohoku Medical Center Home Visit Nursing Care Station