

# St. Luke's International University Repository

## A Study on Reduction in Care Burden of the Family Caregiver of the Bedridden and senile Elderly. -Examination of Subjective Factors about Construction in Care Burden -

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 成木, 弘子, 飯田, 澄美子, 野地, 有子, 佐藤, 玲子, 結城, 美智子, 星野, 明子, 馬庭, 恭子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10285/318">http://hdl.handle.net/10285/318</a>

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 原 著 —

# 後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究

## — 主観的な介護負担感を構成する要素の検討 —

成 木 弘 子<sup>1)</sup>、飯 田 澄美子<sup>2)</sup>、野 地 有 子<sup>3)</sup>、佐 藤 玲 子<sup>4)</sup>、  
結 城 美智子<sup>5)</sup>、星 野 明 子<sup>6)</sup>、馬 庭 恭 子<sup>6)</sup>

### 要 旨

後期高齢者の在宅介護にあたる主介護者が、介護負担を減少して介護に取り組むための初段階として、「介護負担を構成する主観的要素を明らかにする事」を目標として実施した。前報の介護負担調査の結果をふまえ、5事例を対象に訪問看護時の参与観察およびインタビューを実施し分析した結果、以下の様な知見を得た。

1. 主観的な介護負担の構成要素：

- 1) 中心的な負担となる要素は、本人の身体的状況および精神的状況である。
- 2) 影響を与える要素として、(1)介護者の機能、(2)介護補助者の機能、(3)専門職の機能、(4)ケアシステムの機能があげられた。
2. 緩衝帯：1-2)影響を与える要素の中から、介護者の機能以外を緩衝帯と位置づけた。緩衝帯が機能する事によって介護者の対処能力が高まり、その結果、介護負担が軽減すると考えられた。
3. 主観的介護負担感のアセスメントの視点としては、3点が考えられた。

- 1) 本人の身体的・心理的等の状態
- 2) 緩衝帯の有無とその機能の状態
- 3) 介護者の対処能力

家族の介護負担を軽減する為には、負担感を構成する要素や構造を多角的にアセスメントし、介護者が様々な資源を活用し心理的ストレスに効果的に対処出来るように、情報提供や教育する機能が求められる。介護者の対処能力を高める方法に関する専門職の研修の充実が必要である事が示唆された。

#### キーワードズ

後期高齢者 在宅ケア 介護負担感軽減 対処能力 緩衝帯

## I. はじめに

高齢者の増加とともに、要介護老人の増加、特に75

歳以上の要介護率の高くなる後期高齢者の増加は我国の社会問題となって来ている<sup>1)2)</sup>。この事は障害をもった本人のみならず、その介護にあたる家族にも様々な問題を生じさせている。特に要介護老人が後期高齢者である場合は、介護者も高齢の伴侶や高齢の子どもである場合が多く、その介護の負担は大きいものとなっている<sup>3)</sup>。

介護者の介護負担を軽減する為に、様々な方面から介護負担に影響を与える要因の研究が行われたり<sup>4)</sup>、介護負担感を測定する試みがなされたりしている<sup>5)</sup>

- 1) 聖路加看護大学講師 (公衆衛生看護学)
- 2) 聖路加看護大学大学院教授 (地域看護学)
- 3) 聖路加看護大学助教授 (公衆衛生看護学)
- 4) 聖路加看護大学講師 (公衆衛生看護学)
- 5) 聖路加看護大学助手 (公衆衛生看護学)
- 6) 聖路加看護大学大学院修士課程 (地域看護学)

が、様々な要因が複雑に絡み合っている生活状況の中で介護負担感についての統一した見解は出されていない状況である<sup>6)</sup>。介護を担う家族の負担は、老人の心身の障害や家族の介護態勢から生じる客観的ニーズとして把握される場合もある<sup>7)</sup>。一方で、介護負担感を主観的介護負担と客観的介護負担とに分けて考え、主観的介護負担は「客観的な負担状況に対する介護者の主観的解釈」と位置づけている場合もみられる<sup>8)</sup>。

また、Lazarusストレス認知理論<sup>9)</sup>に基づき、新名らを初め介護負担を心理学的ストレス・モデルからとらえる見方が増加している<sup>10)</sup>。この場合は、介護負担感は「潜在的ストレスを介護者が大変な事だ、困った事だ、負担な事だ」と認知的評価をすると、この評価が負担感として生じるとしている。しかし、これらの研究でも介護者の主観的な経験を内側からとらえた研究は少ない現状である。

また、介護負担を軽減する試みは訪問看護の機能としても期待される所であるが、訪問看護の介入効果に関しても統一した尺度が開発されるに至っていない状況である<sup>11-13)</sup>。

「都市在住者の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析：第2報－在宅ねたきり・痴呆高齢者の介護状況と社会資源の活用－(以下前報<sup>14)</sup>)」で示唆されたように、介護負担感を構成する要素のアセスメントを介護者の視点から実施する方策を明らかにする事は、介護負担感を減少させ、効果的な在宅ケアを展開していく上で重要な課題である。

## II. 研究目的

本研究の目的は、在宅ケアを必要としている後期高齢者の介護にあたる主介護者が、介護負担感を軽減して介護に取り組むためには、どの様な援助が必要であるかという点を明らかにする事にある。今回は、その初段階として「介護負担を構成する主観的要素」を明らかにする事を目標とし、以下のような課題を設定した。

- 1 主観的な介護負担感の要素を抽出する。
- 2 上記で抽出した要素の構成を検討する。
- 3 主観的介護負担感をアセスメントする視点を検討をする。

## III. 研究方法

本研究は、因子探索的な事例研究とし、訪問看護の実践における参加観察と半構成的な項目(資料1)を用いたインタビューを実施した。

### 1 地域の概要

中央区の概要は前報<sup>15)16)</sup>に記した通りである。特徴は東京都23区の中央にある商業地域であり、人口は減

少を続けている為、約7万人の夜間人口を約10万人へ増やす過疎対策が区政の課題の一つとなっている。65歳以上の高齢人口の割合は、15.3%(1993年)である。

### 2 研究対象

東京都中央区における前報の調査結果から、1)75歳以上の要介護老人、2)「家族介護MBI<sup>17)</sup>(Maslach Burnout Inventory)が高値である、3)担当保健婦によって介護負担が大きいと判断された、4)研究期間中に入院や入所が予定されていない者の中から、担当保健婦によって要介護老人者本人(以下本人)とその介護者に研究の同意が得られたものを選定し、6事例を対象とした。なお、研究に賛同できた状態を考えると「介護者と本人の関係がある程度良好」「介護の負担が極限までは至っていない状態」「担当保健婦あるいは訪問看護婦との関係が良好」であると推測することが出来る限定した事例である。

### 3 データ収集方法

研究の初期の段階での訪問では、主にケアを実践し事例への接近を計りながら観察を行い、研究の最終段階では半構成的な質問によって面接調査を実施した。また、基礎情報や介護経過に関しては、訪問看護の記録から情報収集を行った。さらに、訪問看護婦や担当保健婦と検討を行いその内容を参考とした。なお、訪問看護時の参与観察は、1事例平均6.6回(所用時間平均約60分)であり、平成6年10月20日から平成7年12月26日の間に実施した。また、インタビューは、平成6年12月下旬に実施した。

### 4 分析方法

#### 1)インタビュー

・各事例の許可を得て、テープに録音し内容を逐語記録し、要約し、各事例毎に介護負担の要素を抽出した。さらに、5事例全体としてまとめた。なお、データ収集及び分析の視点としては、Lazarusストレス認知理論に基づいて考えられた「介護負担の心理学的ストレス・モデル<sup>18)</sup>」を参考とした。

#### 2)訪問看護実践における観察

・研究者が単独あるいは訪問看護婦や担当保健婦と同行して訪問看護を実践したおりに得た情報を記録し、データ分析の参考にした。

#### 3)既存資料及び訪問看護婦・保健婦からの情報

・インタビューによるデータ分析時の参考とした

#### 4)分析結果の統合

・上記1)2)3)の結果を統合し、介護負担の構成要素を図として示した。

### 5 信頼性および妥当性の確保

信頼性と妥当性の確保のために、多角的に情報を収集するとともに、複数の研究者で各事例の分析結果を検討し、さらに保健所保健婦と検討を行った。

表1 事例の概要

No	年齢	性別	寝たきり期間	既往症・現疾患	生活自立度 前報 H5年	生活自立度 今報 H6年	精神的機能低下	改善しない 症状等	主介護者 ・続柄(年齢等) ・本人と同居期間	実質的な介護 代替者	介護状況の特徴
1	85歳	女	約3年間	脳梗塞後遺症 腰椎圧迫骨折 心筋性心肥大症 肺線維症	A	B②	不安やイライラ感の出現	改善しない褥創	次女 (54歳、未婚) 54年間同居 外勤	無し	骨折での入院を契機に寝たきりとなる。別居している長男嫁と長女、ヘルパーが日中の介護を分担しているが、一切の家事は主介護者が担当。
2	87歳	女	約1年間	骨粗しょう症 変形性腰椎症	A	B②	痴呆症状出現 不安やイライラ感の出現	原因不明の足趾の痛み	養女 (71歳、未婚) 43年間同居	無し	エレベーターの無い都営住宅3階に5年前転入。徐々に臥床時間が長くなっていく。介護者は膝関節変形症にて杖歩行だが、一人で介護している。
3	88歳	女	約7年間	脳血管性痴呆 脳血栓後遺症	C②		/		長女 (62歳、既婚) 62年間同居	介護者の娘と夫	7年前の脳血栓発症後意識の無い状態が続いている。フォーレカテーテル管理・褥瘡処置・経管栄養管理等S病院からの訪問看護を受けながら在宅での介護を続けている。
4	89歳	男	約1年間	胃全摘手術後・誤飲性肺炎による身体機能低下	B①	B②	痴呆症状出現	便秘	妻 (83歳、既婚) 65年間同居	無し	H元年胃ガンの手術後肺炎を起こしてから徐々に身体機能が低下。子どもが無く夫婦だけの生活。本年になり痴呆症状が出現している。
5	93歳	女	約2年間	脳梗塞後遺症	B①	C②	特になし	特に無し	一人娘 (70歳、死別) 70年間同居	無し	H4年骨折での入院を契機に寝たきりとなる。高齢で病弱な娘が一人で介護している。孫も同居しているが、介護には加わっていない。

## 6 研究に関する倫理的配慮

研究に関しては、保健所の担当保健婦から説明を行い同意を得た。説明の内容としては「1)通常の訪問看護サービスに加え研究者も訪問看護サービスを提供する事。2)両者のサービスは一貫性が保たれ、研究終了後もサービスの变化は無い事。3)研究に関してはその都度の状況で断る自由が保障されている事」であった。また、インタビューの録音に関しては研究者が説明をした上で同意を得て実施した。

## IV. 結果

6事例の内、研究期間の途中で本人が入院しインタビューが実施出来なかった1事例を除いた5事例が分析の対象となった。

### 1 事例紹介

#### 1)事例の概要(表1参照)

対象とした本人の年齢は86歳から93歳、平均88.6歳であり、男性が1人女性4人である。訪問看護の状況は、4人が保健所から、残り1人はS病院からの定期的な訪問看護を受けていた。身体状況を「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準<sup>20)</sup>(資料2)」からみると、前報調査時では、準寝たきり2人、ランクBの寝たきり1人、ランクCの寝たきり2人であった。

在宅での介護期間は3年間から13年間であり、平均では7.4年間であった。また、寝たきり状態が発生してからは、1年間から7年間であった。訪問看護が導入されてからの期間を見ると、5ヶ月間から7年間、平均では4年8ヶ月間であった。

主介護者は娘が4人、妻が1人で、嫁や夫は見られなかった。また、介護者の年齢は、54歳から83歳であり、結婚あるいは出産等で本人と一緒に住み始めてからは別居した経験がない。その為に本人との同居期間は、43年間から65年間と長期間(平均58.8年間)に渡る特徴が見られた。

#### 2)訪問看護の内容・効果・課題

##### (1)事例 No.1

現在の訪問看護は月4回程度実施され、主に「清拭、仙骨部褥瘡処置」が実施されている。特に、なかなか改善しない仙骨部褥瘡処置は現在の問題である。

平成6年10月末~12月末の2ヶ月間、保健所と連携をとりながら、本学からの訪問も単独あるいは訪問看護婦と同行して月2回程度導入した。主な内容は、褥瘡部の処置、全身状態のアセスメント及び全身緊張状態の除去のためのマッサージ、左上肢の伸展障害に対しての伸展練習を実施した。また、主介護者と2回に渡り介護状況についての話し合いを実施し、介護負担に関するアセスメントを実践した。

#### \*)資料2参照

##### (2)事例 No.2

平成5年12月の調査時のADLで見ると、コミュニケーションに関しては問題がなく、起居や屋内移動に関しては、起き上がりや移動に少し介助する程度にて自力で行われていた。排泄に関しては、昼間は自力にてトイレ使用でき、夜間は安全の為にむつを使用している。入浴に関しては、銭湯まで介助歩行で行き、少し介助すれば入浴可能な状態であった。なお、寝たきり度の判定<sup>21)</sup>でみると「A①(準寝たきり状態)」であった。平成6年12月末現在では、ADLの評価基準に即して見ると移動能力が大きく低下し、介助無しでは移動出来ない状況になってきている。入浴に関しては、転倒の危険があるために平成6年2月から巡回入浴サービスを導入している。また、寝たきり度の判定でみると、「A①」から「B②(介助により車椅子に移動できる程度の寝たきり)」へと大きく機能低下が見られた。

保健所からの訪問看護は、週1回の割合で実施され、身体ケア(耳掃除・口腔ケア・下肢マッサージ)、内服や受診に関する相談、介護者への対応(ヘルパー導入の検討・ショートステイ検討等)、歩行訓練等を実施している。平成6年10月下旬~1月初旬の2ヶ月間、保健所と連携をとりながら、本学からの訪問も単独あるいは訪問看護婦等と同行し実施した。その中で介護者個人への面接を2回実施し、介護状況の把握やニーズのアセスメントを中心に実施した。その結果、現在の中心的不安は転倒であり、安全に日常生活を送る方法を模索している事が明らかとなった。

##### (3)事例 No.3

現在の状況は、四肢関節拘縮の状態ですべての上で過ごしているため体位変換が常時必要である。さらに、褥創処置、フォーレカテーテル管理、経管栄養管理、痰排出時処置が日常的な介護内容になっている。

S病院の訪問看護を受け在宅ケアを進めており、本人の健康状態や変化に対して相談や対処をしてもらえるため、家族の安心感は大きい。状態が悪化し入院退院を繰り返しているが、現在は小康を保ち安定した状態である。保健所の訪問看護は希望せず受けていない。

##### (4)事例 No.4

現在の訪問看護は月4回実施されている。今回の研究期間においては、1994年11月より、月2回の訪問を実施した。開始時、本人・介護者の状態をアセスメントし、介護者の疲労感が高いことを考慮し、デイサービス利用を受けられるよう、介護者への教育・保健婦を通じて関係機関への諸連絡・ホーム職員の家庭訪問等を経て、日本橋に開設された特別養護老人ホームのデイサービスを利用するにいたった。

一方介護者は、本人が通所中の時間の使い方等に戸惑いを感じていた。介護者の介護負担軽減という点か

表2 介護負担感構成要素一覧

		介護負担感要素			事例No				
		大項目	中項目	小項目	1	2	3	4	5
(1) 中心的な負担となる要素	本人の状態	①身体機能低下	・歩行困難へ ・座位保持困難へ	◆	◆		◆	◆	
		②精神機能低下	・不安やイライラ出現 ・痴呆症状出現	◆	◆		◆		
		③改善しない症状や発生した疾患	・改善しない褥瘡 ・原因のわからない足指痛み ・排便コントロール出来ない(便秘、便失禁)	◆	◆		◆	◆	
		④その他	・ショートステイ参加拒否 ・長期のターミナル状態が続いている				◆	◆	
(2) 介護負担感に影響を与える要素	● 負担を増加する要素 ●	1) 介護者の対処能力 ↓ 低下	①身体的の問題	・身体的健康障害がある ・疲労の蓄積(体力の低下)		●		●	●
			②精神的・心理的問題	・本人とコミュニケーションが難しくなった ・夜間の睡眠中断 ・責任を重く感じている、兄弟への過度な期待		●	●	●	●
	2) 実質的な代替者 ↓ いない	①介護者の行動の制限	・旅行に行けない ・急な仕事に対応出来ない、仕事が出来ない ・ゆっくり外出(買い物等)出来ない		●		●	●	●
		②ケア内容の低下	・不必要なおむつの使用 ・寝かせきり状態の発生		●	●			
	3) 専門職の対応 ↓ 不十分	①入院した病院での対応が不十分	・入院中の消極的なリハビリテーション ・不十分な退院指導(介護指導や情報提供)		●				●
		②専門職のケアプランの不備	・訪問看護婦の不十分なアセスメント ・医師の方針が家族と合わない			●			●
		③在宅ケアや介護に関する相談相手がいない	・日常的な相談相手がいない ・ホームドクター(往診を含む)いない		●	●			
		④その他	・ヘルパーの質や提供サービスが不十分 ・入浴サービスの質(提供内容)が不十分		●	●	●	●	
	4) ケアシステム ↓ 不十分	①サービスの質が不十分	・入院・入所したい希望にあう施設がない ・エレベーターの無い共同住宅		●	●	●	●	
		②施設の不足	・近所へサポートの依頼ができない ・近所とのつきあいが無い(社会的孤立)		●	●			
		③ソーシャルサポートの不足	・高額の医療費 ・社会のケアシステム全体の不備				●	●	
		④その他	・見様見真似 ・試行錯誤 ・今までの人生経験を生かす ・様々な情報収集をする			○	○	○	○
○ 負担を軽減する要素 ○	1) 介護者の対処能力 ↓ 適応した行動が見られる	①介護方法の工夫	・見様見真似 ・試行錯誤 ・今までの人生経験を生かす ・様々な情報収集をする			○	○	○	
		②生活を変える	・退職 ・生活のリズムを変える			○		○	
		③その他	・安心の為に定期的に病院受診する		○				
	2) 実質的な代替者 → 存在する	①同居家族	・娘(家族関係良好: 金銭的・精神的サポート)						○
		②別居血族	・兄弟、姉妹、嫁、孫、親戚		○		○		
	3) 専門職の対応 ↓ 効果的に介入	①訪問看護婦による実際のケア提供	・訪問看護婦によるケア提供 ・訪問看護の早期導入 ・訪問看護による医療の提供		○	○		○	○
		②看護職によるケアコーディネート	・相談者としての看護職 ・ケア方法の教育			○		○	○
		③その他	・医師による往診(医療の確保) ・情報提供(保健所、デパート、薬局)						○
	4) ケアシステム ↓ 役立っている	①サービスの導入	・入浴サービスの導入 ・ホームヘルパーによる家事の補助 ・ホームヘルパーからの介護方法、人柄 ・おむつ支給(おむつ、補助おむつ)		○	○		○	○
		②ソーシャルサポート	・友人からの助言 ・介護体験者からの助言 ・近所からの助言				○		○
		③その他	・ラジオの健康情報 ・無償の公的サービス提供				○		○
	(3) 介護負担感の程度	★ 負担大	①将来への不安	・将来への見通しが出来ない不安 ・介護者が倒れる不安、歩けなくなる不安	★		★	★	★
②不満足感			・介護する事への葛藤 ・介護が十分だと思えない		★	★	★		
☆ 負担小		①積極的にとらえる(接近的・認知的)	・介護する事を経験から得ることがある ・その人らしく看取ってあげたい ・死後の生活についてあれこれ考える			☆	☆	☆	
		②ほどほどにとらえる(回避的・情動的)	・他の人に比べればまだ良い方だと思う ・当たり前			☆		☆	

らだけでなく、高齢二人暮らしの者を、いかに地域関係機関を利用しながら支えていくかが今後の課題であろう。

#### (5)事例 No.5

現在の訪問看護は月4回実施され、主な内容は「部分清拭、背部褥創処置（デオアクティブ）、車椅子にて外出等」である。現在の問題は、水分摂取の低下と浮腫の出現である。

平成6年10月末～12月末の2ヶ月間、保健所と連携をとりながら、本学からの訪問も週1回導入された。主な内容は、4ヶ所の褥瘡部の圧迫除去と早めのデオアクティブ貼付で、その悪化を防ぎ症状を軽減した。また、右上肢の伸展制限が観察されたので、マッサージをしながら、伸展練習を行い緊張を取り除き、介護者へ説明して継続してもらい自力で伸展できるようになった。次第に体力低下（食欲低下）が進行してきているため、予測できる変化を介護者に伝えて対応できるように支援した。訪問中には介護者と一緒にケアし、介護者にもみえること、気づいたところを中心に話していった。身体の変化を介護者が整理できるように、一緒に確認していった。

### 2 介護負担感の構成要素

#### 1)構成要素

インタビューの結果から、表2に示すように主観的な介護感の構成要素として、(1)中心的な負担となる要素(本人の状態)、(2)負担に影響を与える(負担を増加する要素・負担を軽減する要素)が抽出された。また、(3)介護感(情緒的な反応)も明らかにされ、負担が大きい場合と負担が少ない場合に整理された。なお、(2)(3)に関して表2では、負担が大きくなっている状況と、負担が減少されている状況に分けて示した。以下に各要素に関して述べ、さらに“介護負担を構成している要素”に関して検討した結果を述べる。

#### (1)「中心的な負担となる要素(要介護者の状態)」

介護で大変だった事に関して語られた中から、本人の状況を「中心的な負担となる要素(要介護者の状態)」として位置づけた。以下の3項目である。

①身体機能の低下：ADLの低下や痴呆症状の出現、身体機能の低下がみられ、特に移動動作に関する低下が著しくみられた。生活自立度判定基準に基づき判断すると、事例1は準寝たきり状態(ランクA)からランクBへ、事例2は準寝たきり状態(ランクA)からランクB(②)の寝たきり状態へ、事例3は最も重症なランクC(②)の寝たきり状態を保ち、事例4はランクB①の寝たきり状態からランクB(②)へ変化し、事例5はランクB(②)からランクC(①)へ機能が低下している。

②精神的機能低下：痴呆症状やイライラした状態な

どの精神的な変化も事例1、2、4では発生している。

③改善しない症状や発生した疾患：なかなか改善しない褥創や便秘などの状況が続く事も大変な事として語られている。

#### (2)「負担を増加させる要素」

ここでは以下の4つの要素が抽出された。

- 1)介護者の対処能力の低下：身体的な疾病を持っていたり高齢者であったり疲労が蓄積されていたりする身体的な側面と、おむつ交換や体位変換のために夜間も睡眠が中断され熟睡出来ない状況が見られた。中には、本人の痴呆症状の出現のためにコミュニケーションが取りにくくなり精神的な負担を感じている事例も見られた。
- 2)実質的な代替者がいない：旅行に行けなかったり日常的な買い物にゆっくり行けなかったりと介護者の行動を制限している状況と、不必要なおむつを使う状況や寝かせきりの状況を発生させてしまう危険を含んでいた。特に、介護者が望んでいる代替者は、公的機関から派遣されるとか肉親であるとかという点が重要なのではなく、実質的に機能して“気軽に代われる”という点が重要な要素として語られていた。
- 3)専門職の対応不十分：入院をきっかけに介護が必要な状況が生じた事例と徐々に介護が必要になった事例が含まれている。前者では、入院した病院の対応が急性期を重視し退院後の生活を見越した介入をしていない状況が、在宅での介護を軌道に乗る事を遅らせ、本人の身体状況の低下を招き、介護負担に影響を及ぼしていた。後者は医師や訪問看護婦のアセスメントが家族に十分受け入れる事ができる内容でないと、家族に取っては負担の一つに転換してしまう状況である事が語られた。また、本人の状態の変化に関して日常的に安心して相談に乗ってくれる相手がいない事も介護者の不安を増加させる要因となっている。

前報の調査で「相談相手有り」とアンケートに答えた事例の中でも、インタビューの中にその名前が浮かび上がる程の認識をされている事例は少ない状況であった。

- 4)ケアシステム不十分：提供されているホームヘルパーや入浴サービスの質に関する要望や、入所したい施設や共同住宅のシステムの不備等ハード面に関する要望、転居後で近所に援助を求められるような知人がいない状況、経済的な支援不足等、システムなどに関する要望から構成されていた。

#### (3)「負担を軽減する要素」

負担を軽減する要素は以下の4要素である。本人の状態が悪化しても、これらの要素が機能する事で介護

負担は軽減していくと思われる。

- 1) 介護者の適応した行動がみられる：見様見真似や試行錯誤、情報収集したり、それまでの生活のリズムを本人に併せて変化させたり、退職し介護に専念したりする事を含んでいる。
- 2) 実質的な副介護者の機能：同居あるいは別居している子供や親族が介護に協力して、金銭的な援助をしたり実際介護を代行したりする事である。
- 3) 専門職の介入効果：訪問看護による介入効果が中心となって語られている。実際のケア提供に関する評価と相談・教育などのコーディネート機能を含んでいる。また、医師による往診も重要であった。
- 4) 役だっている仕組み：入浴サービスやホームヘルパーの導入などのサービスの利用に関する事、友人や知人の助言などのソーシャルサポートに関する事が多く語られていた。

(4)「介護負担感」

介護負担感とは、不安定な心理状態で介護負担が大きいと考えられる状態と、比較的安定した心理状態で介護負担が少ないと考えられる状況が見られた。

前者は“将来への不安”と“現在の介護の不満足感”として表現され、具体的には「見通しが出来ない（半年とか1年とか解っている訳じゃあない……いつまで介護にかかるか解らない……）」「共におれへの不安（私がダメになったらこの人のダメになる）」「葛藤（役割）」であった。

また、後者は“積極的に介護を受けとめている表現”や“ほどほどに介護を受けとめている表現”が含まれている。具体的な表現としては、「まだいほう（平坦で幸せな家庭なんて何処を見てもない）」「介護の経験から学ぶ事がある」「当たり前（今まで良くしてもらったから今度は面倒を見るのは当たり前だと思っている）」「その人らしく看取ってあげたい（ここまできたらこの人らしく死なせてあげたい）」であった。

(5)「介護負担を構成している要素」

上記の(1)から(4)をあわせて更に抽象度を高めると、介護感に関連する要素として、①中心的な負担となる要素（要介護者の状態）、②情緒的な反応（介護負担感）、③負担を左右する要素となった。

また、③は「介護者・介護補助者・専門職・ケアシステムの機能」であり、これらの機能は介護感を減少させる要素となる場合もあるが、うまく機能しないと逆に介護負担感を増加させてしまう場合もあると考えられる。

2) 介護負担感からみたグループの特徴

これまで抽出してきた「介護負担感の構成要素」をもとにさらに検討を加えた結果、「安定した心理状態」の有無と組み合わせる事によって2つのグループ（表

表3：グループ別介護負担感

介護感の要素	グループ	暗申模索型	適応型
		事例1・2	事例3・4・5
・介護負担感を増加する要素		多い	少ない
・安定した心理状態		少ない	多い

3) に分類する事ができた。

すなわち、「介護負担感を増加する要素が多く、かつ安定した心理状況が表現されていない事例」と「介護負担感を和らげる要素が多く、安定した心理状況が表現されている事例」である。前者のグループは、介護状況に適応できず様々な悩みを抱えている事例を含んでいる為に「暗申模索型」とし、後記のグループは安定した心理状態の表現が多く介護に対処している状況が多く見られた事例が含まれる為に「適応型」とした。

V. 考察

1 介護負担感の構成要素

1) 中心的な負担となる要素(本人の状態)

本人の身体・精神的機能の低下、改善しない症状や発生した疾患等を「中心的な負担となる要素(本人の状態)」として位置づけた。

5事例の全てが1年間の間に移動機能の低下あるいはターミナル状態の継続という客観的な負担が増加していた。介護負担の増加を引き起こしていることは改めて言及することもない。さらに、痴呆症状が加わった2事例に関しては、介護者の主観的困難を最も高くするとして前田<sup>20)</sup>によって「ボケ老人や気むずかしい老人を介護する困難」が加わったために介護負担は急増したと推測される。

高齢になるほど障害が増加し、関連要因として加齢に加え脳血管疾患の寄与が大きいことが指摘されている<sup>21)</sup>、その他、過度な安静による寝させきり状態も廃用性の疾患を生みADLの低下を招くために、積極的な取り組みが必要であり、訪問看護の実践により改善した事例も報告されている<sup>22)</sup>。

本研究の対象事例においても、介護マンパワーの不足や住宅環境が悪いために、寝させきりになりADLの低下を招いている場合が4例見られた。寝させきり状態に関するアセスメントを含め、本人の身体的・精神的な状況に関してアセスメントし支援する必要が再確認した。

2) 介護負担感

介護負担感とは、不安定な心理状態で介護負担が大きいと考えられる状態と、比較的安定した心理状態で介護負担が少ないと考えられる状況が見られた。

翠川は家族介護者の対処スタイルに関して、「問題解決型(手助けを頼む等の行動的な対処)」「接近・認知型(世話する事から学ぶ事がある等積極的に考える)」「回避・情動型(当たり前、仕方がない等消極的に考える)」の3点を明らかにし、中でも「接近・認知型」の対処は、ストレスを緩衝する効果がある可能性を示唆している<sup>23)</sup>。

このことから、本研究において抽出された介護負担感の大きい状態は「接近・認知型」「回避・情動型」の対処と一致するものと考えらる。暗中模索型とした事例1、2は「接近・認知型」「回避・情動型」の対処が見られず、介護負担が高い状態を反映している。対処型とした3事例の中の一つは、長期に渡るターミナル状態にもかかわらず、「接近・認知型」の対処をする事によってその状態からのストレスに対処していると考えられた。

研究対象の選定で述べたように、本研究の対象者は研究に賛同できた状態を考えると「介護者と本人の関係がある程度良好」「介護の負担が極限までは至っていない状態」「担当保健婦あるいは訪問看護婦との関係が良好」であるような限定した対象者であった。それにもかかわらず5事例中2事例は、暗中模索型で安定した心理状態が見られなかった。対象地区全体を考えると、より多くの介護者が介護の状況に適応できず重い介護負担感の中にある可能性が考えられる。

### 3) “負担に影響を与える要素”

“負担に影響を与える要素”は①介護者の機能、②介護補助者の機能、③専門職の機能、④ケアシステムの機能であった。これらの機能は介護感を減少させる要素となる場合もあるが、上手く機能されないと逆に介護負担を増加させてしまう場合もあると考えられる。

①介護者の機能は、2つのグループを比較してみても、「介護者がより多様な対処行動を獲得する事によって介護負担は軽減する」という先行研究を支持する結果となった。また、介護者の身体的精神的に問題がある場合は、ストレッサーと位置づけている研究も多く見られる。これらの事から、介護者の機能をアセスメントする視点として、ストレッサーとなる可能性のある「介護者の健康状態・対処機能」の両側面をとらえる必要があると考える。

②介護補助者の機能に関しては、従来より副介護者の有無や介護代替者の有無に関しては注目され、研究されてきた。本研究の対象者の4例が副介護者有りと前報のアンケートで答えていたが、「いつでも・予約無しで・気軽に使える介護補助者」がいない事から生じる負担が多く見られた。

Morycz<sup>24)</sup>は副介護者の有無よりも何かあった時の頼れるサポートの有無が介護負担に影響を与えている

事を明らかにしているが、本研究の結果もこれを支持するものであった。介護補助者(副介護者・介護代替者)の機能をアセスメントするとともに、さらに手軽に活用できる公的なシステム開発の必要が考えられた。

③専門職の介入に関しては、「介入する事は効果のある事」を前提に実施されている為に、多くの課題を残している事が示唆された。特に、在宅にスムーズに移行する為の専門職の介入は重要である。在宅ケアに関する研鑽の為に担当する専門職の研修をより充実していく必要があると考える。

④本研究では、ケアシステムに近隣のサポートや公的な住宅環境までも含めた広い概念としてとらえている。住居環境を例に取ると、老朽化した集合住宅(高齢者が多く住む)のエレベーターのない3階に高齢者を転居させてしまうようなシステムは、閉じ込めり状態を誘発し廃用性症候群を誘発する。住まいの健康に対する影響は明らかにされており、住居のあり方で機能の低下を左右する<sup>25)</sup>。

これらの事から、現在までの介護負担感へ影響する要因の探索では、副介護者の有無、入浴サービスの有無といった側面に注目した研究中心であったが、その機能が有効に働いている否かをアセスメントする必要が明らかになった。特に、本研究で抽出された“負担を左右する要素”に関しては、負担を助長する可能性もあるため注目していく必要がある。

## 2 介護負担感の構造

「介護負担を構成している要素」の各要素を関連づけて検討すると、図1(介護感の構成要素)の様なパターンが考えられた。

「負担を左右する要素」として抽出された4要素の中で「介護者の機能」を除く3要素(介護補助者の機能・専門職の機能・ケアシステムの機能)は、図-3で示すように「介護者の対処能力」と「負担の中心となる要素(本人の状況)」の間に位置し、介護者の対処能力に影響を与えているのである。従って、この要素がうまく機能する事によって介護者の対処能力は高まり、その結果として介護負担感は減少すると考えられた。この事から、この3要素は緩衝帯としての機能として考えられた。

ニューマン<sup>26)</sup>は、個人の平衡状態(自分に取って正常と考えられる適応を維持している状態)を維持する為に、柔軟性のある防衛ラインを持っていると考えており、この防衛ラインはストレッサーの作用を保護的に緩衝すると考えている。本研究で抽出された緩衝帯も同様な作用をすると考えられた。

新名<sup>27)</sup>は介護者の基本属性の特性、介護者の持つ内的・外的リソースを緩衝要因と位置づけている。しか

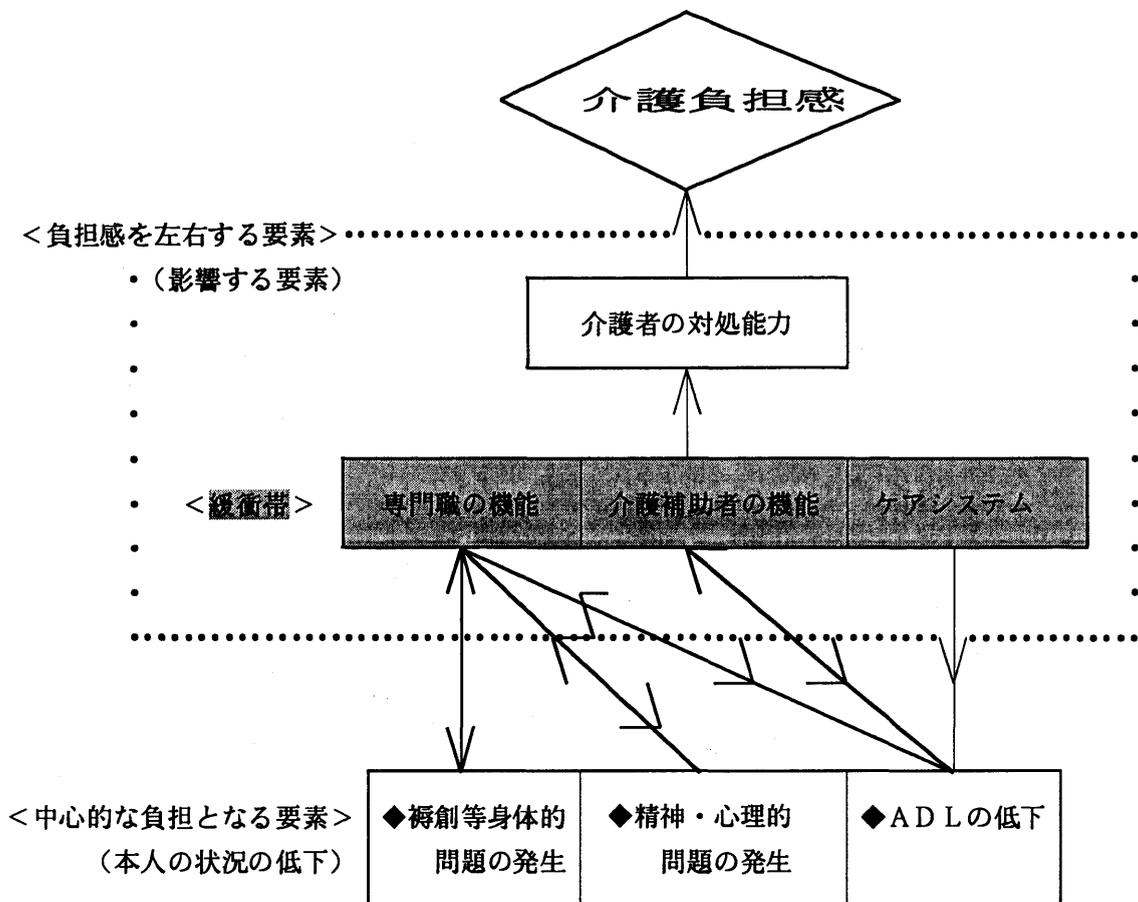


図1 介護負担感構成要素の構造

し、介護負担に影響を与える要因の現段階の研究においては、その要因個々を明らかにしている段階であり、緩衝作用の有無や要因の構造に関しては不明な点が多く残されており、実証的研究が待たれる。

緩衝帯と位置づけた要素に関しては、その有無をとらえるばかりでなく、特にその機能がどのような形で発揮されているのかをアセスメントする事が必要である。

また、看護職は保健医療の専門職として、要介護者の状態を的確に把握し看護計画を立案し展開できる立場にあるため、緩衝的な機能が期待できる。しかし、要介護者の状況の把握等の機能が十分発揮されないと、介護負担感を増す要因となる危険もあるので専門職としての技術を研鑽する必要がある。

### 3 介護負担を軽減へのアセスメントの視点

本研究ではアセスメントの視点として、1)要介護者の身体的・心理的等の状態、2)緩衝帯の有無とその機能の状態、3)介護者の対処能力の3点が重要であると

考えた。特に継続的に看護介入をする場合は、介護状況の変化に即し看護過程を展開していく必要がある。

### 4 提言

前報<sup>28)</sup>においても、家族ケアと社会資源の効果的な組み合わせの必要性が示唆されていたが、本研究においても、日本型在宅ケアの現実的な課題としては、「家族がコーピングしていく能力を高めていく」方策の必要性が考えられた。

また、家族の介護負担感を減少させて行くためには、介護負担感を構成する要素や構造を多角的にアセスメントする事が重要である。そして、介護者が様々な対処資源を活用し、心理的ストレスを効果的に対処出来るように、情報提供したり教育したりする機能が求められている。そのためには、介入できる立場の看護職から実証的研究を進めていく事が有効であると考えられた。今後、家族介護者の対処を促す方法に関する研修の充実が急がれる。

## 5 研究の限界と課題

研究対象が5例と少なく、「介護者と本人の関係がある程度良好」「介護の負担が極限までは至っていない状態」「担当保健婦あるいは訪問看護婦との関係が良好」であると考えられ、また「介護期間が3年～13年」「同居期間が何十年と長い娘あるいは妻が介護者」であるという限定した事例の結果である。しかし、緩衝帯の機能に注目する事に寄って、家族が介護に適応して行く事を支援する事に役立つ可能性があると考えられた。今後は事例の数や対象特性を広げて研究を継続し、一般的化を図っていく必要がある。

## VI. 結論

### 1 主観的な介護負担感の要素

“中心的な負担となる要素(要介護者の状態)”に関しては、寝させきり状態を含め、身体的精神的なアセスメント及び支援の必要性を再確認した。介護負担感に関しては、不安定な心理状態で介護負担が大きいと考えられる状態と、比較的安定した心理状態で介護負担が少ないと考えられる状況が見られた。後者は「接近・認知型」「回避・情動型」の対処が見られた。また、“負担を左右する要素”は‘介護者の機能’‘介護補助者の機能’‘専門職の機能’‘ケアシステムの機能’であり、介護負担感を減少させる要素となる場合と増加させてしまう場合もある事が示唆された。

### 2 要素の構成

本研究では、負担を左右する要素として、介護者の機能・介護補助者の機能・専門職の機能・ケアシステムの機能が抽出されたが、介護者の機能を除く3点は緩衝帯と考えられた。この緩衝帯が充分機能する事に

よって介護者の対処能力は高まり、その結果として介護負担感は減少すると考えられ、緩衝帯の強化が今後の介入には重要である事が示唆された。

### 3 主観的介護負担感のアセスメントの視点

1) 要介護者の身体的・心理的等の状態、2) 緩衝帯の有無とその機能の状態、3) 介護者の対処能力の3点である。緩衝帯にある要素に関してはその有無をとらえるばかりでなく、特にその機能がどの様な形で発揮されているのかをアセスメントする事が必要である。また、継続的に看護介入をする場合は、介護状況の変化に即し看護過程を展開していく必要がある。

これらの結果から家族の介護負担を減少させて行くためには、介護負担を構成する要素や構造を多角的にアセスメントし、介護者が様々な対処資源を活用し心理的ストレスを効果的に対処出来るように、情報提供したり教育したりする機能が求められている。そのためには、実証的研究を進めていく事が有効であると考ええる。あわせて、家族介護者の対処を促す方法に関する専門職に対する研修の充実が示唆された。

## VII. 謝辞

本研究の実施に当たりまして、事例を提供して下さいました東京都中央区中央保健所並びに日本橋保健所の保健婦・看護婦の皆様、対象者の皆様、訪問看護の実施とスーパービジョンをして頂きました紅林みつ子氏に深く感謝致します。

本研究は、平成2年度、3年度および4年度文部省科学研究費(課題番号04404083、研究代表者飯田澄美子)の助成を受けて実施した研究の一部である。

## <引用文献>

- 1) 五島ズほか：老いて病む人への看護、医学書院、13、1986。
- 2) 村嶋幸代ほか：後期高齢者の健康状態と介護状況—都市と都市近郊の比較—、聖路加看護大学紀要、15、28-43、1989。
- 3) 冷水豊ほか：障害老人をかかえる家族における世話の困難とその諸要因、社会老年学、NO8、P12-15、1978。
- 4) 前田大作ほか：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、19、3-17、1984。
- 5) 中谷陽明ほか：家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—、社会老年学、29、1989。
- 6) 太田喜久子：老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向、看護研究、25(6)、516-524、1992。
- 7) 冷水豊ほか：介護サービスに対するニーズの測定と必要サービス量の推計、社会老年学、37、3-15、1993。
- 8) 前掲書5) 30。
- 9) Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan: Stress, appraisal, and coping, Springer Publishing Company, New York, 19, 1984。
- 10) 新名理恵：痴呆老人の家族介護者の負担感とその軽減、老年社会学、14、39-40、1992。
- 11) 竹尾恵子ほか：訪問看護活動とその効果検証、高齢者等の在宅療養支援のための調査・研究報告書、平成3年度長寿社会福祉基金による研究助成事業成果報告書、63-114、1992。

- 12) 野口美和子ほか：高齢在宅療養者の健康問題と訪問看護の効果、高齢者等の在宅療養支援のための調査・研究報告書、平成3年度長寿社会福祉基金による研究助成事業成果報告書、117-164、1992.
- 13) 湯沢布矢子ほか：中都市における訪問指導・訪問看護事業の効果に関する研究、高齢者等の在宅療養支援のための調査・研究報告書、平成3年度長寿社会福祉基金による研究助成事業成果報告書、167-214、1992.
- 14) 野地有子ほか：都市在住の後期高齢者の健康と介護状況の分析-第2報-、聖路加看護大学紀要、21、14-24、1995.
- 15) 佐藤玲子ほか：都市在住の後期高齢者の健康と介護状況の分析-第1報-、聖路加看護大学紀要、21、2・4、1995.
- 16) 前掲書14)、15).
- 17) 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”適応の試み-、社会老年学、36、15-26、1992.
- 18) 前掲書10).
- 19) 厚生省編：国民福祉の動向、第8章老人保健、220、1994.
- 20) 前田大作ほか：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、19、10-11、1984.
- 21) 藤田利治、旗野脩一：地域老人の日常生活動作の障害とその関連要因、日本公衆衛生雑誌、36(2)、76-87、1989.
- 22) 成木弘子ほか：寝たきり状態の要因と改善への課題-積極的に「起こす」試みを行った訪問看護を通して-、日本公衆衛生雑誌、39(10)、823、1992.
- 23) 翠川純子：在宅障害老人の介護者の対処(コーピング)に関する研究、社会老年学、37、16-26、1993.
- 24) Morycz, R.K.; Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease, Research on Aging, 7, 329-361, 1985.
- 25) 萩田秋雄：住まいと健康を考える、保健婦雑誌、(48)7、511-515、1992.
- 26) Berry Neuman: The Neuman Systems Model, APPLETON & LANG, 27, 1995.
- 27) 新名理恵：痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減、社会老年科学、14、40-41、1992.
- 28) 前掲書14)14-24.

資料1 インタビューガイド

1. 今まで、お家でお世話をしてどんな事でお困りになりましたか？
2. その時に、誰が、何が役に立ちましたか？
3. 特にこの1年を振り返って、お家でお世話をして、どの様な事でお困りになりましたか？
4. その時に、誰が、何が、どの様に役に立ちましたか？

資料2 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

ラ ン ク	下 位 項 目
ランクJ(生活自立) : 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	①交通機関等を利用して外出する。 ②隣近所へなら外出する。
ランクA(準寝たきり) : 屋内での生活は概ね自立しているが介助無しには外出できない。	①介助により外出し、日常はほとんどベッドから離れて生活する。 ②外出の頻度が少ない、日常もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。
ランクB(寝たきり) : 屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。	①車椅子に委譲し、食事、排泄はベッドから離れておこなう。 ②介助により車椅子に移乗する。
ランクC(寝たきり) : 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。	①自力で寝返りをうつ。 ②自力では寝返りもうたない。

—英文抄録—

## **A Study on Reduction in Care Burden of the Family caregiver of the Bedridden and senile elderly**

**— Examination of subjective factors about construction in care burden —**

Hiroko Naruki, Sumiko Iida, Ariko Noji,  
Reiko Sato, Michiko Yuki, Akiko Hosino,  
Kyoko Maniwa

The purpose of this study was to develop a supporting system in the community which reduces care burden of the family caregiver members of bedridden elderly age 75 and over. Preliminary study was carried out in order to find out fundamental elements of care burden. Five families were picked up among the families living in Chuo ward in Tokyo who were provided professional nursing care services at home. A nursing intervention was done through home visits and interviews with caregivers and their subjects who need proper care services.

1. fundamental elements of a caregiver's care burden:

- a) main elements are health and mental condition of elders,
- b) influential elements are the function of caregivers, the function of assistant caregivers, the function of professionals and the function of care systems.

2. The line of stress defence:

All the functions except that of caregivers were positioned at the line of stress defense, and in our view the caregiver's coping capability would be increased as the line of stress defense functions and, hence, the care burden might be reduced.

3. Assessment of fundamental elements shall be determined from 3 aspects

- a) health and mental condition of elders,
- b) accessibility to buffers and their quality and
- c) capacity and skill of a care giver.

In order to reduce the care burden of the family caregiver, it is necessary to assess multilaterally the constituents and/or structures of care in the future, and at the same time the additional functions will be required to furnish information and educate the caregivers on how to utilize various social care services, thereby enabling them to cope with psychological stress effectively. These findings suggest that it is also necessary to complete the training of professional concerning feasible means that could promote the caregivers' abilities to cope with the bedridden and senile elderly.

### **KEY WORDS:**

Elderly age 75 and over    Home care    Reduction in Care Burden  
Coping Capability    Line of stress defense