

# 在宅介護における家族介護者の介護負担感と影響要因, およびインフォーマルサポートとの関連

東 清巳・重富寛美\*・池本めぐみ\*\*

## The Feeling of Burden Experienced by At-Home Caregivers, Factors Determining This Feeling and Its Relationship to Informal Support Received

Kiyomi HIGASHI, Hiromi SIGETOMI and Megumi IKEMOTO

(Received September 1, 2000)

The present study was undertaken to investigate the feeling of burden experienced by 35 at-home caregivers and to examine the factors causing this feeling and its relationship to the informal support received.

A questionnaire was conducted and it included the following types of questions: (1) 12 questions probing feelings of burden, using a scale prepared by Nakatani, et al; (2) questions focusing on 18 factors which are either basic attributes of caregivers and persons cared for or have previously been shown to be related to the feeling of burden that is experienced by family caregivers; and (3) the status of available formal and informal support.

The feeling of burden was found to correlate significantly with sex of the persons cared for and the amount of time the caregiver was able to sleep each day. And this feeling can be affected by the human relationship between the persons cared for and family caregiver, relationship with neighbors, and emotional support received from other family members.

**Key words :** The feeling of burden , family caregiver, informal support , home care

### I. はじめに

わが国の高齢化率は、総務庁統計局人口推計によると、平成10年10月1日現在16.2%であり、平成32年には3333万5千人（総人口の26.9%）に達し<sup>1)</sup>、世界のどの国も経験したことのない超高齢社会の到来が予測されている。疾病構造は、従来死因として主要な位置を占めていた結核などの感染症が減少し、悪性新生物や心疾患、脳血管疾患といった慢性疾患が増加している。この人口構造や疾病構造の変化は、今後の社会保障のありかたに影響を及ぼし、とりわけ高齢社会に対応したシステムづくりが求められ、老人保健福祉計画では、特に高齢者のQOL(Quality of life)の確保を中心に、家族および外部からの支援によって、高齢者が住み慣れた家庭や地域社会で療養できるよう整備が進められてきた。

在宅ケアにおいて最も重要なことは、家族介護者を中心とする介護者の存在である。しかし、

---

\* 熊本県倉岳町役場

\*\* 熊本県鹿本町役場

介護の継続は介護者および家族員の生活に何らかの影響を及ぼし、Ory によると、1) 1週間に40時間以上を介護に費やす、2) 慢性疲労やうつ・怒りなどの苦痛を訴える、3) 家族関係が荒れる、4) 健康を損なう、5) 家計が苦しくなる、といった影響が報告されている<sup>2)</sup>。したがって介護負担の軽減は、介護者はもとより、要介護者のQOLの向上にもつながると考えられる。

在宅要介護高齢者に対する福祉対策としては、新ゴールドプランのもと、在宅3本柱と呼ばれるホームヘルプサービスやデイサービス、ショートステイを中心に充実が図られているが、フォーマルサポートには限界も存在する。野川ら(1995)は、在宅介護継続意志に影響を与える因子について、家族・近隣援助などインフォーマルサポートが積極性に強い影響を示したが、訪問看護やショートステイ利用者は消極群が多かったと指摘している<sup>3)</sup>。これは、介護に対して積極的なものほどインフォーマルサポートを受けているものが多く、消極的なものにフォーマルサポートの利用者が多いことを示唆している。以上のことから、今後は介護者-要介護者を取り巻く地域住民により、家事や介護を支援するインフォーマルサポートが重視されてくると思われる。

介護負担に関する先行研究の動向を見ると、中谷ら(1989)、上田ら(1993)、結城ら(1996, 1997)など多くの研究<sup>3)-8)</sup>があるが、インフォーマルサポートとの関連をみたものは水野ら(1991)<sup>9)</sup>、結城ら(1995)<sup>10)</sup>、柴原(1997)<sup>11)</sup>など数編である。

そこで本研究では、在宅介護における家族介護者の介護負担感と影響要因、およびインフォーマルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 用語の定義

福島(1994)<sup>12)</sup>の研究を参考に、操作的にインフォーマルサポートを以下のように定義した。近所に雑談をする相手がいることを雑談相手、介護についての相談をする相手がいることを相談相手、ゴミ出し等ごく身近な生活について協力してもらうことをゴミ出し等の生活周辺援助、おかず等をわけてもらうことを配食、介護者以外に要介護者の観察をしてもらうことを見守りとした。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象

平成9年9月9日現在、K市内の訪問看護ステーションKの利用者87名中、独居・入院による中断を除く66名の主介護者を対象に、郵送留め置き法による質問紙調査を実施し、有効回答が得られた35名である。さらに、介護負担感とインフォーマルサポートとの関連において、特徴的な結果が得られた14名の介護者の中から、訪問看護ステーションKの管理者に依頼し、任意に抽出された5名のうち、同意が得られた4名に対し面接調査を実施した。

### 2. データ収集の手順

対象者への接近は、訪問看護ステーションから情報提供を受け、研究主旨を記した文書と質問紙を送付した。また、面接調査の対象には、事前に電話により、研究に関する説明を行い協力を依頼した。研究協力に同意が得られた対象者には、訪問日時を設定し、自宅訪問を行った。そし

て、質問紙調査の結果をふまえて作成したインタビューガイドに基づいて聞き取り調査を行うとともに、介護状況を観察した。

### 3. 調査内容

- 1) 介護負担感の測定には、中谷らの介護負担尺度 12 項目<sup>13)</sup>を使用した。
- 2) 要介護者の特性：基本属性（年齢・性）、痴呆の程度、ADL（障害老人の日常生活自立度判定基準）、居室の有無、経済的自立度、家族形態、フォーマルサポートの利用状況、インフォーマルサポートを受けている状況とした。
- 3) 介護者の特性：基本属性（年齢・性・続柄）、睡眠時間、介護時間、自由時間、就労の有無、健康状態、介護経験の有無、ストレス解消法の有無、介護上の困難・悩みの有無とした。

### 4. 調査期間

質問紙法：平成9年9月11日～9月30日

面接法：平成9年10月28日～11月6日

### 5. 分析方法

データの分析は以下の手順で行った。まず、主要変数の単純集計を行った。次に $\chi^2$ 検定とt検定を用いて、介護者の介護負担感と影響要因、インフォーマルサポートとの関連を検討した。面接結果の分析に当たっては、研究者間でフィールドノートの記載内容に沿って、面接内容を振り返った。なかでも対象者の言葉に注目し、対象者の表現に解釈を加えずできるだけ忠実に分析するよう心がけた。また、介護負担感の高低の要因について、事例ごとに研究者間で意見交換を行った。

## IV. 結 果

### 1. 対象の概要

要介護者の基本属性は、男性 18 名 (51.4%)、女性 17 名 (48.6%) で平均年齢 73.6 ± 18.7 歳であった。主傷病は脳血管疾患 28 名 (80.0%)、その他（難病、悪性新生物をむ）7 名 (20.0%) であった。痴呆の程度は、なし 19 名 (54.3%)、軽度 5 名 (14.3%)、中等度 7 名 (20.0%)、高度 4 名 (11.4%) であり、厚生省の障害老人の日常生活自立度判定基準による ADL は、自立 (J ランク) 2 名 (5.7%)、準寝たきり (A ランク) 12 名 (34.3%)、寝たきり (B, C ランク) 21 名 (60.0%) であった。家族形態は、夫婦のみ 11 名 (31.4%)、二世帯世帯 15 名 (42.8%)、三世帯世帯 8 名 (22.9%)、その他 1 名 (2.9%) であった。居室の有無は、あり 25 名 (71.4%)、なし 10 名 (28.6%) であった。経済的自立度は、療養にかかる費用が要介護者の収入のみで 100% 賄える 18 名 (50.4%)、半分以上賄える 11 名 (31.4%)、全く賄えない 6 名 (17.1%) であった。

介護者の基本属性は、男性 6 名 (17.1%)、女性 29 名 (82.9%) で平均年齢 60.9 ± 11.7 歳であった。要介護者との続柄は、夫 5 名 (14.3%)、妻 16 名 (45.7%)、娘 7 名 (20.0%)、嫁 4 名 (11.3%)、息子、妹、姪が各 1 名 (2.9%) ずつであった。平均睡眠時間は 6.5 ± 1.1 時間、平均介護時間は 7.3 ± 5.5 時間、平均自由時間は 4.2 ± 4.3 時間であった。就労の有無は、あり 25 名 (37.1%)、なし 22 名 (62.9%) であった。介護上の困難・悩みの有無は、あり 28 名 (80.0%)、なし 7 名

(20.0%)であった。ストレス解消の有無は、あり28名(80.0%)、なし7名(20.0%)であった。介護経験の有無は、あり12名(34.3%)、なし23名(65.7%)であった。健康状態は、健康であると回答した者7名(20.0%)、何らかの健康上の問題を抱えている者は28名(80.0%)であった。

援助内容は、フォーマルサポートのうち、訪問看護は一月平均5.9回、一回の援助時間は82.2 ± 41.8分であった。ホームヘルプサービス18名(51.4%)、デイケア12名(34.3%)、デイサービス11名(31.4%)日常生活用具の給付およびレンタルサービス11名(37.1%)、巡回入浴サービス8名(22.9%)、訪問機能訓練7名(20.0%)、給食の宅配4名(11.4%)、その他14名(40.0%)であった。インフォーマルサポートのうち、相談相手32名(91.4%)、見守り30名(85.7%)、雑談相手26名(73.3%)、ゴミ出し等の生活周位的援助19名(54.2%)、配食14名(40.0%)であった。

## 2. 介護負担感得点

介護負担感を各項目ごとの平均点でみると、①世話は大した重荷ではない2.77 ± 0.96点、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もてなくて困る2.54 ± 0.88点、③世話で毎日精神的にとっても疲れてしまう2.69 ± 0.82点、④世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う1.56 ± 0.77点、⑤病院か施設で世話してほしいと思うこともある2.46 ± 1.02点、⑥世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る2.32 ± 0.72点、⑦今後世話が私の手におえなくなるのではないかと心配になってしまう3.01 ± 0.74点、⑧患者のことで近所に気兼ねしている1.48 ± 0.80点、⑨もう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2.35 ± 1.04点、⑩世話で精神的にはもう精一杯である2.69 ± 1.06点、⑪患者を自分が最期まで見てあげたいと思う1.52 ± 0.69点、⑫世話していると自分の健康のことが心配になってしまう3.09 ± 0.75点であった。全体の平均点は2.42 ± 0.42点であった。

## 3. 介護負担感と影響要因、インフォーマルサポートとの関連(表1-1～1-2)

介護負担感については、規範値が示されていないため、本研究では全体の平均点2.42を境界値として、境界値以上を高負担群、境界値未満を低負担群とする2群に分けて、前述の要介護者側の7要因、介護者側の11要因ならびにインフォーマルサポートとの関連をみた。

その結果、要介護者の性との間で有意差が認められ、要介護者が男性の場合、介護負担感有意に高かった( $\chi^2 = 4.13, P < 0.05$ )。また介護者の睡眠時間との間に有意差が認められ、睡眠時間が少ない者は、介護負担感が有意に高かった( $t = 2.83, < 0.01$ )。その他の要因、インフォーマルサポートとの間に有意差は認められなかった。

## 4. 面接事例の内容と解釈(表2)

4事例のうち、介護負担感が最も高い(3.25)事例2と最も低い(1.75)事例4について詳述する。

### 1) 事例2 <介護者：妻71歳、老夫婦世帯、介護負担感得点3.25 >

夫婦二人で2DKの公営住宅にベッド、車椅子等を利用して仲むつまじく暮らしている。子どもはいない。夫婦二人暮らしのため、介護者が独りで、家事・介護を行っており、「なんもかんも独りでしよるけん」という介護者の言葉が数々の場面で聞かれる。

介護は要介護者の朝の洗面に始まり、朝食、洗濯、排泄介助、入浴または清拭で午前中が終わる。昼食を終え、夕食の買い物に出るまでの2時間程度が、介護者が自由に使える時間である。

しかし、その時間帯も2回/週は訪問看護や訪問機能訓練で自由には使えないという。排泄はベッドの脇のポータブルトイレを使用するが、その時は補装具の着脱や移動に介助を要する。夜間に2~3回排尿介助が必要であり、介護者は睡眠不足による慢性疲労がある。清潔に関しては、訪問看護の際の介助による入浴と、デイサービス(1回/週)時の入浴により、その他の日は介護者が毎日全身清拭を行っており、清潔に保たれている。要介護者-介護者間の関係は良好であるが、介護者には特に趣味もなく、ストレス解消法についても、「ストレスはあるばってん、そがんと考えん。考えよったら生活できん…」と言い、日々の暮らしで精一杯の様子がうかがえる。健康状態は、不整脈や高コレステロール血症があり薬物療法を受けており、要介護者のショートステイ時を利用して通院している。その他にも腰痛・肩こり等の自覚症状がある。

介護代替者は「誰もおらん。どこも家庭持ちだけん…」というように、定期的な代替者はいないが、要介護者の通院介助は甥の嫁が手伝ってくれるようである。しかし、介護者自身の体調が

表1-1 介護負担感別 各要因との関連

| 項目      | カテゴリー | 高負担群 (N=18) | 低負担群 (N=17) |
|---------|-------|-------------|-------------|
| 要介護者の性  | 男     | 12          | 6           |
|         | 女     | 6           | 11          |
| 要介護者の年齢 | 男     | 69.6±9.9    | 74.7±9.6    |
|         | 女     | 81.7±7.3    | 73.5±10.4   |
|         | 全体    | 73.3±10.9   | 73.9±10.1   |
| 主傷病     | 脳血管疾患 | 14          | 14          |
|         | その他   | 4           | 3           |
| 痴呆      | あり    | 7           | 9           |
|         | なし    | 11          | 8           |
| ADL     | ランクJ  | 1           | 1           |
|         | ランクA  | 6           | 6           |
|         | ランクB  | 9           | 6           |
|         | ランクC  | 2           | 4           |
| 訪問看護時間  |       | 79.4±22.2   | 85.2±18.2   |
| 家族成員数   |       | 3.2±1.3     | 3.4±1.4     |
| 家族形態    | 夫婦のみ  | 6           | 5           |
|         | 二世帯世帯 | 7           | 8           |
|         | 三世帯世帯 | 5           | 3           |
|         | その他   | 0           | 1           |
| 居室      | あり    | 12          | 13          |
|         | なし    | 6           | 4           |
| 経済的自立度  | 100%  | 9           | 9           |
|         | 50%   | 7           | 4           |
|         | 0%    | 2           | 4           |

注：表中の数値はそれぞれの項目のカテゴリーに該当したものの実数である。年齢、訪問看護時間、家族成員数、睡眠時間、介護時間および自由時間は平均と標準偏差である。

\*p<0.05, \*\*p<0.01

良くない時には、介護代替者がいてくれればと強く思っているようである。介護について相談する人もいないが、現在要介護者の病状が安定していること、介護相談は主治医が対応してくれること、そして4年半の介護期間を経て介護に慣れてきたこともあり、とりたてての介護相談の希望はないようである。

表1-2 介護負担感別 各要因との関連

| 項目      | カテゴリー | 高負担群 (N=18) | 低負担群 (N=17) |
|---------|-------|-------------|-------------|
| 介護者の性   | 男     | 2           | 4           |
|         | 女     | 16          | 13          |
| 介護者の年齢  | 男     | 80.0±3.0    | 65.5±8.4    |
|         | 女     | 56.6±10.7   | 61.9±10.9   |
|         | 全体    | 59.2±12.5   | 62.8±10.5   |
| 続柄      | 夫     | 2           | 3           |
|         | 妻     | 10          | 6           |
|         | 子ども   | 3           | 5           |
|         | 嫁     | 2           | 2           |
|         | その他   | 1           | 1           |
|         |       |             |             |
| 睡眠時間    |       | 5.8±0.7     | 7.1±1.2**   |
| 介護時間    |       | 8.5±6.6     | 6.3±4.2     |
| 自由時間    |       | 3.3±1.8     | 4.8±5.3     |
| 就労      | あり    | 7           | 6           |
|         | なし    | 14          | 11          |
| ストレス解消法 | あり    | 12          | 16          |
|         | なし    | 6           | 1           |
| 介護上の悩み  | あり    | 17          | 11          |
|         | なし    | 1           | 6           |
| 健康問題    | あり    | 2           | 5           |
|         | なし    | 16          | 12          |
| 介護経験    | あり    | 7           | 5           |
|         | なし    | 11          | 12          |
| 相談相手    | あり    | 14          | 12          |
|         | なし    | 4           | 5           |
| 生活周位的援助 | あり    | 11          | 8           |
|         | なし    | 7           | 9           |
| 配食      | あり    | 8           | 6           |
|         | なし    | 10          | 11          |
| 見守り     | あり    | 15          | 15          |
|         | なし    | 3           | 2           |

注：表中の数値はそれぞれの項目のカテゴリーに該当したものの実数である。年齢、訪問看護時間家族成員数、睡眠時間、介護時間および自由時間は平均と標準偏差である。

\*p<0.05, \*\*p<0.01

フォーマルサポートは前述のように、1回/月(2週間)のショートステイと訪問看護や訪問機能訓練、およびデイケアサービスを積極的に利用しており、介護者自身の息抜きや通院治療、疲労の軽減に役だっている。また要介護者の気分転換にも有効のようである。

インフォーマルサポートは、ゴミ出しは介護者自身で可能であり、現時点では通院の際の介助が主で、「援助はいらない」という。しかし、近隣の人からの声かけや、友人との電話は「気が楽になる」と好意的に受け止めている。親類も温かく見守ってくれ、介護を巡るトラブルはない。

本事例では、子どもがおらず、身近に愚痴などを聞いてくれる相談相手がいないことや、一人で全てをやらねばならないといった犠牲感が、介護負担を高めている要因と考えられる。

2) 事例4 <介護者：妻77歳 老夫婦世帯 介護負担感 1.75 >

夫婦二人で2LDKの公営住宅で暮らしている。子どもは3人おり、娘一家が近くに住んでいる。要介護者は平成5年に脳梗塞を発症し、左半身不全麻痺の後遺症がある。介護者である妻は高血圧症のため内服治療中であるが、自覚症状はなく、血圧のコントロールは良好である。また要介護者も「お母さん(妻のこと)が健康だけん。お母さんのおかげでこがんだん(麻痺はあるものの寝たきりではなく、室内は杖歩行とわずかな介助で日常生活が可能であること)」と、現状が介護者の健康によって保たれていると考えている。

表2 面接事例の概要

| 項目          | 事例1   |                               | 事例2                                 | 事例3                       | 事例4                          |
|-------------|---|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
|             | (1)   | (2)                           |                                     |                           |                              |
| 要介護者        | 83歳・男<br>脳血管疾患<br>重度<br>ランクC                        | 83歳・女<br>脊椎管狭窄症<br>なし<br>ランクA | 73歳・男<br>脳血管疾患<br>なし<br>ランクB        | 77歳・男<br>肺炎<br>重度<br>ランクC | 78歳・男<br>脳血管疾患<br>なし<br>ランクA |
| 介護者         | 6人<br>三世帯世帯   |                               | 2人<br>高齢者世帯                         | 3人<br>高齢者世帯               | 2人<br>高齢者世帯                  |
| 介護者         | 50歳・娘<br>5時間  |                               | 71歳・妻<br>6時間                        | 70歳・妻<br>8時間              | 77歳・妻<br>7時間                 |
| 介護者         | 9時間   | 数時間                           | 6時間                                 | 7時間                       | 5時間                          |
| 介護者         | 2時間   |                               | 2時間                                 | 3時間                       | 3時間                          |
| 介護者         | なし  |                               | なし                                  | なし                        | なし                           |
| 介護者         | 民間療法施術  |                               | なし                                  | 訪問看護婦・<br>友人との会話          | 園芸<br>娘家族との接触                |
| 介護者         | 夜のおむつ交換   |                               | 単独介護                                | なし                        | なし                           |
| 介護者         | 23年前, 祖母  |                               | なし                                  | 11年前, 義母                  | なし                           |
| 介護者         | 3年  |                               | 4年半                                 | 半年                        | 4年半                          |
| フォーマルサポート   | 訪問看護<br>ホームヘルプ<br>サービス<br>訪問機能訓練<br>在宅診療<br>ショートステイ | 訪問看護<br>ホームヘルプ<br>サービス        | 訪問看護<br>訪問機能訓練<br>デイサービス<br>ショートステイ | 訪問看護                      | 訪問看護                         |
| インフォーマルサポート | 生活周辺の援助<br>配食<br>見守り                                |                               | 受診介助                                | 生活周辺の援助<br>配食<br>見守り      | 見守り                          |
| 介護負担感得点     | 3.00  | 2.66                          | 3.25                                | 2.00                      | 1.75                         |

要介護者のADLについては、食事は介護者と同じものを自力で摂取可能であり、清潔は浴室に設置してある手すりを利用しながら介護者の介助で毎日入浴している。排泄は昼間は杖と介助によりトイレで可能であり、夜間もベッドの側のポータブルトイレに自力で可能である。したがって介護者は夜間覚醒することはほとんどないという。

介護代替者は「私がどがんかあるなら（代わって欲しいが）、そがんことはないけん（今のところは代わらなくてよい）」と、特に希望はない。

介護についての相談相手は、訪問看護婦や娘達と答えたが、4年半という介護期間を経て介護が日常化していることもあるのか、今のところ相談することは特にないという。

自由時間は「ほとんどない。でも5時半に起きて庭や花の手入れをするのが楽しみ」というように、介護者なりの楽しみをしっかりと持っている。しかし自分のために外出することはなく、食事の買い物に行く程度であるが、それでも十分にストレス解消になっているという。その他、週末に来る孫と食事や話をしたり、孫が連れてくる犬や猫の世話をすることも楽しみの一つであり、ストレス解消になっているようである。

フォーマルサポートとして、1回/週の訪問看護や4回/週、近医で機能訓練を受けている。機能訓練について要介護者は「病院にはお母さん（妻）と一緒にレクリエーションと行って行く。ずっと二人で家にいると会話もなくなる、病院ではおしゃべりもでき僕も楽しい、ストレス解消になる」と言い、要介護者にも精神機能を高めるなど良い影響を及ぼしている。

インフォーマルサポートは、配食やゴミ出しは介護者が健康であり、支援の必要性は感じていない。しかし介護者が遠出をする際には、孫たちに世話を頼んだりもし、子どもや孫の存在を「心強い」と好意的に受け止めている。介護を巡って、他の家族とのトラブルもなかったという。

さらに要介護者自身が介護者に対して、感謝やねぎらいの言葉を素直に口にし、介護者も要介護者に対して「病気になったのは仕方がないこと、私が看なんと。当たり前のことだから」と笑顔で話す。

本事例では、要介護者のADLが比較的良好で、十分なコミュニケーションが図れることに加えて、介護者－要介護者間の関係が良好であり、子どもや孫など他の家族との頻繁な接触が介護負担感を下げる要因となっていると考えられる。

## V. 考 察

水野らは、介護負担感に影響を及ぼすものには、人間関係、要介護者の性・年齢、ADL、介護時間、介護者の性があると報告している<sup>14)</sup>。また中谷らは介護者の就業の有無との関連をあげている<sup>15)</sup>。本研究では、これら7要因と介護負担感との関連、および今回有意差が認められた、介護者の睡眠時間、インフォーマルサポートとの関連について考察する。

今回の調査で介護負担感と有意差が認められたものは、要介護者の性と介護者の睡眠時間の2項目であった。水野らは、要介護者が男性であることが介護負担感を増大させていたと指摘している<sup>16)</sup>が、本調査でも同様の結果となった。現在、わが国では核家族化や女性の社会進出等の影響を受け、夫・息子などの男性介護者が増加しつつあるものの、依然として「男性は仕事、女性は家庭」といった性別役割分業の影響は根強く、介護を担っている85%は女性である<sup>17)</sup>。つまり要介護者が男性の場合、必然的に配偶者である妻や娘、嫁が介護者になることが多いと推測される。要介護者が男性の場合、体格の大きさなどから身体的ケアにおいてかなりの負担となる。



また性役割に加えて過去の社会体験が心理状態に反映し、男性は「身の回りの世話をやいてもらって当たり前」という意識が強く、介護者への配慮に欠ける面があることは充分考えられる。介護を担っている女性の側から介護状況をみると、介護者が妻の場合、介護者自身も高齢であり健康問題をかかえているものも少なくない。また社会活動への参加も容易ではなく、友人や近隣の人々との交流も希薄になりがちである。事例2,4のような老夫婦世帯に限っていえば、介護者である妻は、家庭において要介護者との接触が多いため、介護者以外の役割を果たしにくく、社会から孤立し、また介護を行うものは自分しかいないと身体的に無理をするため、精神的にも追い込まれがちである。このことを結城らは「介護者役割への没頭」という言葉で表現し、これを防止する必要性を示唆している<sup>18)</sup>。また娘が介護者の場合は、子どもの養育、近隣との付き合いなど、介護以外の役割を期待される年代でもあり、時間や心身にゆとりがなく、介護負担感が高まっている状況がうかがえる。さらに嫁が介護者の場合は、嫁はその家族にとり血のつながらない他人であり、血縁関係にはない遠慮や意見のくい違いが起きる可能性が高いのではないかと思われる。またそのような状況で、嫁は家族からのサポートを受けにくく、家族は介護を全面的に嫁に委ね、嫁も社会の価値観のもと、介護を当然のこととして担っている状況がある。それらが介護負担感を高め、ひいては要介護者の家族介護者による虐待や殺人といった悲劇を生み出している<sup>19)</sup>ともいえる。

本研究では、介護者の就労の有無と介護負担感との関連について有意差は認められなかった。中谷らによれば、介護からの一時的な解放と言う意味での常勤的職業を持っている介護者は、負担感が低い結果となったと報告している<sup>20)</sup>。つまり、主介護者を介護場面に縛りつけるよりも、ある程度介護から解放および社会と接する機会を提供することにより、負担感を軽減できるということである。しかし、本調査では、対象者数が少なく、介護負担感との関連を認めるには至らなかった。

介護者の睡眠時間と介護負担感との間には有意差が認められ、睡眠時間の多い方が介護負担感は低く、少ない方が有意に高かった。一般に疲労の軽減には7~8時間の睡眠時間が必要といわれている。本調査によると、介護負担感の高い介護者の睡眠時間は $5.8 \pm 0.7$ 時間であり、低い介護者の睡眠時間は $7.1 \pm 1.2$ 時間である。面接事例によると、介護負担感が高い事例1,2では、睡眠時間は6~7時間と平均値を下回っていることに加えて、排泄介助のため夜間の睡眠が中断されることが多かった。一方負担感が低い事例3,4では睡眠時間は7~8時間が確保されており、夜間の睡眠の中断もみられなかった。夜間に活動を強いられるという状況は、自然な睡眠と覚醒という人間のサーカディアンリズムに逆らっていることになる。以上のことから、介護負担感軽減には、睡眠の量と質が問われ、連続的で十分な睡眠時間確保のための方策が重要になると思われる。

水野らはコミュニケーションに支障のない要介護者の家族介護者を対象にした介護負担感の研究で、介護する際の負担感を軽減させるために最も重要なことは、介護者と要介護者との人間関係が調整されることであると報告している<sup>21)</sup>。さらに結城らによれば、要介護者と介護者との二者関係が良いことにより、家族・身内は介護状況に関わりやすく介護者はよりサポートを得やすいという<sup>22)</sup>。以上のことを面接事例を通して分析すると、事例4では「病気になったことはどうしようもないし、私が看るのは当たり前のこと」と介護者は述べており、要介護者も「今は(要介護者である)妻を大事にしなくてはいけない」と介護者への感謝やねぎらいを口にし配慮を示す等、人間関係は良好であり、介護負担感の低下に影響を及ぼしていた。

介護時間と介護負担感の間では統計的有意差は認められなかった。しかし数値の上では、介

介護負担感の高いものは  $8.5 \pm 6.6$  時間、低いものが  $6.3 \pm 4.2$  時間と両者間では 2 時間以上の差があり、介護時間は介護負担感になんらかの影響を与えていると考えられる。

ADL および要介護者の年令と介護負担感との間でも関連は認められなかった。これは全症例が高齢者であり、疾患も脳血管疾患が大半を占め、日常生活の障害の程度も似かよっていたという対象者の特徴によるものと思われる。

インフォーマルサポートと介護負担感の間では、全項目で統計的な有意差は認められなかった。しかし、事例の分析によれば、フォーマルサポートが常に導入されているからといって、介護負担感軽減に有効であるとはいいがたい面もある。それは、事例 2 の、週に 2 回ではあるが訪問看護や訪問リハビリがある日は自由時間がなくなる、といった表現からも明らかである。フォーマルサポートは専門的な技術を提供するには有効であるが、その家族が必要としたときに、タイムリーで効果的な支援でなければ、却って負担感を増す場合もある。一方、インフォーマルサポートについては、事例 2 では、甥の嫁が要介護者の通院の際の介助を行ってくれること、また近隣の人が声をかけてくれること、友人と電話で話すことを「気が楽になる」と好意的に受け止めている。しかし、介護代替者については「誰もおらん、そりゃおれば代わってもらいたい…」と語っているように、身近に相談相手がないこと、独りで何もかもしなければならぬという犠牲感がうかがえた。Skaff, M. & Pearlin, L. は、介護によって介護者役割に封じ込みが起こることと、介護者が自己喪失を体験することを明らかにしている<sup>23)</sup>。介護者役割への封じ込みとは、介護者であることで介護活動にのみ追いつまされ他の役割を閉止し、自己の存在に対して外部からの承認や評価が得られなくなり、孤独感が高まっていく状態である<sup>24)</sup> が、事例 2 には、介護者役割への封じこみがみられ、負担感を高めていた。また事例 2 は子どもがいないため、他の家族メンバーからの情緒的サポートが得られず、今後の見通しへの不安もうかがえる。一方、事例 4 では子どもや孫が遊びにくることを心待ちにしており、子どもや孫との接触はストレス解消につながり、その存在は重要なものになっていることがわかる。他の家族メンバーから情緒的サポートを得られること、すなわち介護者が相談したり励ましてもらう対象が家族にあることは、介護者としての役割が評価されていることでもあり、介護を通して介護者自身も生活の張り合いを感じ、家族との結びつきを確認している<sup>25)</sup> というように、事例 2 と事例 4 では、介護者の要介護者以外の家族との精神的な結びつきといった点で、明らかに違いがみられた。以上のことから、インフォーマルサポートは情緒・心理面での負担軽減に有効であることが示唆された。とりわけ子や孫といった近親者からの支援は有効と思われた。

なお、今回の調査対象者は熊本市内の一施設から訪問看護を受けている介護者であり、また対象者数も少ないことから、今後は対象者数を増やして、インフォーマルサポートと介護負担感との関連を検討していきたい。また事例についても対象者数を増やし、さらに詳細な分析をしていきたい。

## VI. 結 論

在宅介護を行っている家族介護者 35 例を対象に介護負担感とその影響要因・インフォーマルサポートとの関連を分析した結果、以下のことが明らかになった。

1. 介護負担感との関連で有意差が認められたものは、要介護者の性と介護者の睡眠時間の 2 要因であった。睡眠時間では、睡眠の量とともに質の確保が重要であった。

2. 介護負担感とインフォーマルサポートとの関連で、特徴的な結果が得られた4事例の介護状況を分析した結果、介護者－要介護者間の人間関係や近隣との関係、他の家族メンバーからの情緒的サポートが負担感に影響を及ぼしており、特に情緒・心理面での負担軽減に有効であることが示唆された。

## Ⅶ. 文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，p39，1999.
- 2) Ory, M, G., Williams, T. F. et al：Families, informal supports, and Alzheimer's disease；Current research and future agendas, *Research on aging*, 7, 623-644, 1985.
- 3) 野川とも江他：在宅寝たきり老人の介護者の介護継続意思に関連する要因の検討，*日本看護科学会誌* 15 (3), p31, 1995.
- 4) 中谷陽明他：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, 27-36, 1989.
- 5) 上田照子他：在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究，*日本公衆衛生雑誌* 41 (6) 499-505, 1994.
- 6) 結城美智子他：在宅老人の介護者における家族・身内との関わりと介護負担感との関連，および家族機能特性，*日本看護科学会誌* 16 (3), p248, 1995.
- 7) 細谷たき子他：在宅ケアにおける家族介護者の介護負担と健康問題に対するケア計画の検討 *日本看護科学会誌* 16 (3), p249, 1995.
- 8) 結城美智子他：在宅高齢者の統柄別介護者における介護負担感と家族特性との関連，*聖路加看護学会誌* 1 (1), 62-63, 1997.
- 9) 水野敏子他：在宅介護における介護者と要介護者の介護役割に対する認知のズレと介護負担感，*日本看護学会誌* 11 (3), p137, 1991.
- 10) 結城美智子他：在宅老人の介護者における家族・身内のサポートと介護負担感との関連，第26回日本看護学会（地域看護）集録集，p106, 1995.
- 11) 柴原君江：在宅要介護高齢者の生活意欲と介護関係，*日本看護科学会誌* 17 (2), 452-453, 1997.
- 12) 福島道子：ボランティアの実像とこれに関するコーディネートの視点，*日本看護科学学会誌* 14 (3), p270, 1994.
- 13) 前掲書 4), p34.
- 14) 前掲書 9), p137.
- 15) 前掲書 4), p34.
- 16) 前掲書 9), p137.
- 17) 厚生省編：厚生白書 平成9年度版，ぎょうせい，1996.
- 18) 前掲書 8), p105.
- 19) 武田京子：老女はなぜ家族に殺されるのか，ミネルヴァ書房，1994.
- 20) 前掲書 4), p34.
- 21) 前掲書 9), p137.
- 22) 前掲書 10), p106.
- 23) Skaff, M. M, Pearlin, L. L.: Caregiving: role engulfment and the loss self, *The Gerontologist*, 32(5), p660, 1992.
- 24) 前掲書 10).
- 25) 前掲書 10).