

在宅ケアを提供される高齢者の特性と家族の負担感との関係

近森栄子

神戸市看護大学

Dependent Elderly Persons and their Burden on their Family Caregivers

Eiko CHIKAMORI

Kobe City College of Nursing

Abstract

[Purpose] The goal of this study was to examine the characteristics of dependent elderly persons in the home and their burden on their family caregivers. [Method] This study examines the use of visiting nursing services for functionally impaired, non-institutionalized elderly persons. The responses of 141 clients and their family caregivers were collected by visiting nurses and public health nurses. All clients were registered with the "Kobe Institute for Home Care." The real sample size for this study was 113 families consisting of clients over 65 years of age. [Results] The results were as follows:

1. Concerning age, the ratio of extremely old to old clients was two to one. Women were older than men ($p < .05$; t test).
2. While almost all males had a live spouse (95.8%), less than half of the females did (38.5%).
3. Most clients who had had strokes were men, while most clients with decrepitude/dementia were women.
4. The most frequently prescribed combination service with nursing was to provide help taking a bath at home (50%). This was followed by housework (37.2%).
5. The results of the multiple regression analysis indicated that the factors determining the burden on the family member/caregiver were the following:
 - 1) The client's sex, age, desire to recover, and degree of difficulty in walking;
 - 2) The family member/caregiver's willingness to provide continuous care and the stress caused by it;
 - 3) The relationship between the clients and family members/caregivers; and
 - 4) The amount of medical care required by the clients.

Key words: The elderly (高齢者), Home care (在宅ケア), Family caregiver (介護家族), Caregiver's burden (負担感)

I. はじめに

我が国の人口動態の特徴として、急速な高齢化があり、75歳以上の後期高齢者の割合の増加のために寝たきりや痴呆といった要介護高齢者の数も急速に増加することが予測されている¹⁾。この状況に対して家庭では、女性の社会進出、核家族化、高齢者世帯の増加など、家族機能は弱体化し、要介護状態にある高齢者への対策、つまり家族機能の一つである介護機能の社会化が急がれている。家族福祉は家族に内在している福

祉機能が社会化・社会制度化したときに現実化するものと考えることができ²⁾、介護保険導入は、家族福祉を推進すると期待される。

平成2年に開始された「高齢保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)は、高齢者の保健福祉サービス整備を促進し、我が国の社会的サービスの種類は、高齢者福祉先進国と言われる北欧と同等であるといわれる³⁾。現在、この社会的サービスの利用やどのように適切かつ効率的に提供するかといった議論が、盛んに行われている^{4) 5) 6)}。社会的サービスの質的・量的

充実, 利用者の権利意識あるいは, 介護支援専門員が要介護者をサービスに連結することによって, 社会資源の利用が増加することなどが期待される。その結果, ケアの質の向上が図られ, 高齢者の日常生活動作の向上, 介護家族の負担軽減につながる。

介護保険導入前の在宅ケアを継続する高齢者・介護家族の実態を明確にしておくことは, 今後のサービス評価につながると考えられる。本報は, 神戸市在住の要介護高齢者について, 年齢階層, 性によって高齢者にどのような差があるかを明かにすると同時に, 在宅ケアを継続する家族の看護・介護(ケア)意識について質問紙による訪問面接調査を行った結果を報告する。

II. 調査方法

1. 対象

調査対象は, 神戸市在宅看護制度を利用している家庭183戸と訪問看護婦および保健婦を対象とした。保健婦, 訪問看護婦, 家族による回答が得られたのは141ケースであった。このうち神戸市在宅看護制度の利用者が65歳以上の高齢者, 113ケースについて分析を行った。

2. 調査期間

平成6年9月～10月

家族には, 平成6年9月～10月に訪問看護婦が質問紙を持参し, 介護家族に訪問面接調査を実施した。質問項目が多数にのぼるため, 同時に保健婦・訪問看護婦に, 利用者・家族の状況, 在宅ケアについて回答を求めた。質問紙は, 保健所責任者に提出する方法で回収した。質問紙は, 全てコード化して処理した。

3. 調査内容

1) 保健婦に対する質問内容

1. 在宅高齢者の性別
2. 年齢
3. 配偶者の有無
4. 世帯類型
5. 寝たきり原因
6. 寝たきり期間
7. 介護者の有無
8. 介護者の年齢
9. 介護者の続柄

10. 介護者の職業有無

11. 利用在宅福祉サービス

12. 利用施設サービス

2) 訪問看護婦に対する質問項目

1. 必要看護度
2. 高齢者の精神状態
3. 高齢者の日常生活行動
4. 高齢者の重症度
5. 高齢者のセルフケア能力

3) 家族に対する調査

1. 在宅ケアについての意識
2. 高齢者との関係性についての質問
3. 実施しているケアの内容と頻度

4. 尺度の構成

1) 介護家族の在宅ケア意識の尺度化

介護家族の在宅ケア意識を構成する要因として, 負担感と継続意識を取り上げた。介護者の負担感は「ケアの主体である自分自身とケアの生活全般への影響に対する主観的評価意識」, 継続意識は「在宅でのケア評価意識と終末期ケアの希望意識」とみなし, 尺度化を試みた。

尺度の構成にあたって, 中谷らが作成した12の負担感スケールを参考にした⁷⁾。痴呆性老人の介護家族を対象とした彼らの調査で, 負担感スケールの因子分析の結果, 「負担感」と「介護の継続意志」が抽出されている。本論では, 彼らが抽出した第1主成分の10項目の内容を表現に若干の修正を加えて負担感として取り上げた。また, 中谷らの負担感スケール項目の中には, 介護者自身の心配事を捉える項目がなかったため, 「容態が急に変わらないかと心配になる」「世話をしている高齢者に何かあれば, 自分の責任だと思う」「世話の仕方がわからなくて困る」「もし自分が病気になると, 世話ができなくなると不安に思う」の4項目を追加し, 最終的に14項目とした。

次に継続意識であるが, これは中谷らの負担感スケールの第2主成分として抽出された「おじいちゃん／おばあちゃんを, 自分が最期までみてあげたいと思う」「世話の苦労はあっても, 前向きに考えていこうと思う」という項目を採り入れた。本論では在宅での終末期ケアを射程距離においた質問項目に修正するために, 在宅終末期ケアの希望, およびケアのとらえ方を問う項目を加え, 最終的に7項目とした。以上の負担感と

継続意識を在宅ケア意識に関わる質問紙とし、4段階評価で回答を求めた。尺度の構成と回答率は、表1の通りである。

2) 介護者と高齢者の関係性尺度の構成

介護者・高齢者の関係性について、独自に10項目を考案し尺度を構成し、4段階評価で回答を求めた。尺度の構成と回答率は、表2の通りである。

3) 実施看護度および必要看護度の測定方法

病状観察・医療処置・日常生活援助を3つの柱とした。ここでは、医療処置を家族が行う場合を専門看護と呼ぶ。

項目は、訪問看護の提供内容⁸⁾を参考とし、平成3年西宮市訪問看護ステーションで訪問看護婦が実施した上位25項目を取り上げた。

介護家族に対して、各ケア項目の実施頻度を尋ね、

①全く実施していない ②1～3週間に一度実施 ③

2～3日に一度実施 ④毎日実施 ⑤1日に数回実施の5段階とし、それぞれ1～5点を与えた。

同様に、訪問看護婦に対して必要と考えられる頻度の回答を求め、ケア内容の特性によって以下に示す、日常生活援助・観察・専門看護の3カテゴリーに分類した。

①日常生活援助：食事・排尿・排便・入浴介助、清拭、部分浴、洗髪、整容、寝具交換、マッサージ、機能訓練、移動・着替え・服薬の介助

②観察：血圧・脈拍・呼吸数・呼吸状態・食事摂取量・食欲・食事内容・皮膚・尿・便の観察

③専門看護：褥瘡の処置、膀胱カテーテル管理、膀胱洗浄、経管栄養管理、経管チューブ交換、気管カニューレ管理、気管カニューレ交換、吸引、服薬管理、輸液管理、注射・採血、人工肛門処置、浣腸、導尿

4) 障害程度と痴呆重症度の測定方法

表1. 在宅ケア意識尺度の項目別得点回答率 (%)

No.	項 目	非常に そう思う	そう思う	あまりそう 思わない	まったく そう思わない
1.	世話で、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	21.1	40.3	30.3	8.3
2.	世話で、精神的に疲れてしまう	19.8	55.0	19.8	5.4
3.	世話の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う	21.6	73.0	5.4	0.0
4.	病院か施設で世話してほしいと思う	4.6	23.9	46.8	24.8
5.	世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る	9.9	36.9	44.1	9.0
6.	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る	28.8	45.9	23.4	1.8
7.	家で世話をしている高齢者のことで、近所に気がねに思う	1.8	18.2	39.1	40.9
8.	世話を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	8.1	36.0	43.2	12.6
9.	愛情がなければ世話はできないと思う	45.0	49.5	5.4	0.0
10.	訪問看護が、もっと利用できればよいと思う	13.1	49.5	35.5	1.9
11.	親のめんどうをみるのは、子どもの当然の義務と思う	16.7	59.3	21.3	2.7
12.	世話が大変で、自分が病気にならないか心配になってしまう	26.2	46.8	24.3	2.7
13.	容態が急に変わらないかと心配になってしまう	24.4	47.7	27.0	0.9
14.	自分が家で、最期までみてあげたいと思う	37.8	57.7	4.5	0.0
15.	世話は、重荷と思う	11.0	36.7	45.0	7.3
16.	家で最期を迎える覚悟はできている	22.9	60.6	14.7	1.8
17.	世話をしている高齢者に何かあれば、自分の責任だと思う	2.8	33.9	56.9	6.4
18.	世話の仕方がわからなくて困る	1.8	17.4	64.3	16.5
19.	もし自分が病気になると、世話ができなくなると不安に思う	42.4	45.0	12.6	0.0
20.	病院よりも家の方がよく世話をしとてあげられると思う	30.0	60.0	9.1	0.9
21.	世話で精神的には、精いっぱいである	18.0	55.9	24.3	1.8

表 2. 関係性尺度の項目別得点回答率 (%)

No.	項 目	あてはまる	まあまあ あてはまる	あまり あてはま らない	まったく あてはま らない
1.	あなたに感謝やねぎらいのことばをかけてくれますか	22.3	36.6	22.3	18.8
2.	あなたの注意を素直に聞いてくれますか	25.9	35.7	25.9	12.5
3.	あなたを笑わせたり○喜ばせたりしますか	14.4	35.1	26.1	24.4
4.	一生懸命、仕事や家事をしてきた人ですか	79.6	15.9	3.6	0.9
⑤.	無理だと感じる要求を、あなたにしますか	40.9	36.4	17.3	5.4
⑥.	昔の話をよくしますか	28.2	17.3	19.1	35.5
7.	おじいさん／おばあさんの態度に腹が立つことがありますか	31.4	31.4	24.8	12.4
8.	あなたに遠慮しますか	7.1	30.4	27.7	34.8
9.	家にいることを喜んでいますか	66.1	19.6	8.0	6.3
10.	繰り返し同じことを言うとき、あなたは聞きますか	27.6	44.0	12.8	15.6

(○数字は、関係性尺度から除外した項目)

高齢者の特性を把握するために、日常生活動作・痴呆症の重症度・身体状況の3項目を取り上げた。

日常生活動作・痴呆症状については、西村らによって開発されたN式老年者用日常生活動作能力評価尺度(以下、N-ADL)とN式老年者用精神状態尺度(以下、NMスケール)を使用した⁹⁾。

NMスケールは、行動観察による痴呆状態の評価法として開発された。行動観察によるため、高齢者に拒否されることがなく、意志疎通の困難なケースにも使用できることが特徴である。日常生活での精神機能に関する項目は、①家事・身辺整理、②関心・意欲・交流、③会話、④記銘・記憶、⑤見当識、の5項目からなり、各々7段階0～10点の評価点を与えた合計得点で痴呆症の重症度を判定する。

N-ADLは、NMスケールと同様の方法により、日常生活における基礎的な動作能力である、①歩行・起坐、②生活圏、③着脱衣・入浴、④摂食、⑤排泄、5項目に関して評価点を与えている。5項目の合計点では日常生活動作の自立度がある程度判定されるが、介護の難易度は判定しにくい。N-ADLは、各項目ごとの評価点をみて介護の必要度が考慮されるように工夫されている。

Ⅲ. 結果および考察

1. 高齢者の基本的属性と性差

対象の年齢、配偶関係、寝たきりの原因・期間、重

症度、痴呆重症度、セルフケア能力について分析結果を表3に示した。これらの変数は、家族介護者の負担感との関連性を検討するためにとりあげた独立変数である。性別では、女性の方が男性よりも高齢($p<.05$; t 検定)で、女性の平均年齢は80.9歳、標準偏差は9.45歳であるのに対して、男性の平均年齢は、77.0歳、標準偏差は7.69歳である。前期高齢者(65～74歳)が、31%に対して、後期高齢者(75歳以上)が69%で、約2倍となっている。とりわけ、80歳以上の女性が多く、男性の2倍である。

配偶者関係では、男性のほとんど(95.8%)が有配偶であるのに対して、女性は有配偶が38.5%で、約6割は無配偶である。つまり、男性は9割以上の人が、何らかの形で妻が介護に関わっているが、女性は半数以上が夫を失い、配偶者以外の家族に世話を受けている。

寝たきりとなった原因は、脳血管障害が最も多く、次いで骨折など事故、老衰、痴呆・難病となっている。これは、全国の寝たきりの原因の順位と一致する。男女を比較すると、脳血管障害が男性に多く、老衰・痴呆が女性に多い($p<.05$)。

重症度は、「症状が不安定で生命の危険が高い」、または「わずかなきっかけで悪化する」状況、言い替えば、ケアの上で一般状態や症状に十分な注意の必要な者が52.2%を占めており、生命の危険は少なく慢性の状態にある者と相半している。また、日常的なケアを行う上で困難な要因と考えられる痴呆症は、重症者

表3. 高齢者の基本属性と男女差

項 目		全 体 N = 113 (人) (%)		男 性 N = 48 (人) (%)		女 性 N = 65 (人) (%)		性 差
年 齢	65歳～69歳	17	15.0	7	14.6	10	15.4	*
	70歳～74歳	18	16.0	12	25.0	6	9.2	
	75歳～79歳	21	18.6	11	22.9	10	15.4	
	80歳～84歳	26	23.0	9	18.8	17	26.2	
	85歳～89歳	17	15.0	6	12.5	11	16.9	
	90歳以上	14	12.4	3	6.2	11	16.9	
	平均年齢 (S D)	79.2歳(8.9)		77.0歳(7.69)		80.9歳(9.45)		
配 偶 関 係	有配偶者	71	62.8	46	95.8	25	38.5	***
	無配偶者	42	37.2	2	4.2	40	61.5	
	NA (無答)		0		0		0	
寝たきりの原因	脳血管障害	46	40.7	27	56.2	19	29.2	*
	骨折など事故	20	17.7	9	18.8	11	16.9	
	難 病	9	8.0	3	6.2	6	9.2	
	老 衰	10	8.8	1	2.1	9	13.8	
	痴 呆	9	8.0	1	2.1	8	12.3	
	そ の 他	19	16.8	7	14.6	12	18.5	
	NA (無答)		0		0		0	
寝たきりの期間	寝たきりでない	8	7.1	4	8.3	4	6.2	
	6 ヶ 月 未 満	4	3.5	2	4.2	2	3.2	
	6 ヶ月～1年未満	9	8.0	2	4.2	7	10.8	
	1年～2年未満	13	11.5	3	6.3	10	15.4	
	2年～3年未満	14	12.4	3	6.3	11	16.9	
	3 年 以 上	65	57.5	34	70.8	31	47.7	
	NA (無答)		0		0		0	
重 症 度	症状不安定で生命の危険高い	5	4.4	0	0.0	5	7.7	*
	わずかなきっかけで悪化	54	47.8	28	58.3	26	40.0	
	生命の危険は少ない	54	47.8	20	41.7	34	52.3	
	NA (無答)		0		0		0	
痴 呆 重 症 度	正 常	21	21.0	7	16.7	14	24.1	
	境 界	10	10.0	5	11.9	5	8.6	
	軽 症 痴 呆	14	14.0	5	11.9	9	15.5	
	中 等 症 痴 呆	20	20.0	9	21.4	11	19.0	
	重 症 痴 呆	35	35.0	16	38.1	19	32.8	
	NA (無答)	13	11.5	6	12.5	7	10.8	
セルフケア能力	身の回りのことは自立	7	6.2	1	2.1	6	9.2	*
	部分的介助が必要	30	26.5	18	37.5	12	18.5	
	全てに介助が必要	76	67.3	29	60.4	47	72.3	
	NA (無答)		0		0		0	

***p<.001 *p<.05

が35.0%で中等症痴呆を含めると、約半数となる。訪問看護を受ける高齢者の多くが身体的疾患と同時に精神的問題を抱え、長期にケアが必要であることを示している。

セルフケア能力では、「身の回りのこと全てに介助が必要」な者は、67.3%にあたり、部分的介助が必要な者を合わせると9割を超える。次に、このセルフケア能力を日常生活動作の項目別に内容の内訳を見ている。

2. 高齢者の日常生活動作

日常生活動作(ADL)を項目別にみると(表4)、男女差はなく、寝たきりの者が約7割で、生活圏も狭い範囲にとどまり、屋外に行動範囲が広がる者は、わずか4名(3.6%)にすぎない。着脱衣や入浴行動では、全面介助および、ほぼ全面介助者が65.5%であり、部分介助が何らかの形で必要な者をあわせると、約9割を占める。清潔保持のためにほとんどの者が援助が必要である。

摂食行動では、経口摂取が不能で経管栄養などに頼っている者が7名存在し、挿入されている管の管理など医療依存度の高いケースといえる。また、経口摂取は可能であるが介助が必要な者は、約半数の54.9%である。「配膳がされれば」、ほぼ自立している者が3割である。

排泄行動では、尿意・便意がなく常に失禁状態にある者が31.9%であり、尿意・便意はあるが、常時失禁状態にある者とあわせると、ほぼ半数であった。

3. 社会的資源の活用

訪問看護以外に利用されている、高齢者のための公的な社会的資源を表5に示す。最も利用度が高いのは、日常生活用具給付・貸し付けであり、約7割が利用している。在宅訪問看護制度を利用する家庭は、他の社会資源すなわち公的な社会サービスにアクセスしやすいといえる。次に、前述のごとく高齢者のADLでは、9割が着脱衣・入浴に何らかの介助が必要であり、それを反映する形で訪問入浴サービスの利用が多く、約半数が利用している。また、その他に含まれていた内容に施設入浴サービスがあり、それを加えると入浴サービスを利用しているものは、半数以上となる。前述のとおり、高齢者の重症度は、「症状が不安定で生命の危険が高い」「わずかなきっかけで悪化する」状態の

ものが47.7%であるから、入浴が可能なケースはサービスを利用しているととらえてよい。

次に在宅三本柱の一つであるホームヘルプサービスは、37.2%が利用していた。家族形態別にみると表6のごとく、高齢世帯は、約半数の家庭が利用している。子ども夫婦と同居している場合、娘夫婦はその40%が利用しており、息子夫婦では、11.1%の利用である。対象数が少なく断定はできないが、家事ヘルパーなど専門的な知識のあまり要求されず、性役割分業感すなわち「嫁の役割」と認識されている家事部分について、嫁の立場では支援を受けにくいのではないかと推測される。または、介護者が若く、健康であると考えられ、家庭への他者介入を避けているのかもしれない。冷水¹⁰⁾は、障害老人をかかえる家族の福祉サービス利用希望の規定要因を調査し、有配偶の娘が主に世話をしている場合に、それらのサービス利用希望をもっとも強く規定し、嫁が主に世話をしている場合にはいずれの方向への規定力もはたらいっていないと述べている。この結果は、その微妙な立場を反映しているのかもしれない。岡本は、サービスの認知と利用希望を調査し、ホームヘルプサービスの存在は広く知られているが、市によって利用の態度に差があることを示している¹¹⁾。在宅ケアは、家族の介護力のみでは負担が大きく、また、高齢者にとっても質的な充足が十分といえない場合もある。専門職や家事・介護ヘルパーなどを積極的に利用し、相互補完的に高齢者に関わることが望まれる。したがって、介護する者が誰であるか、地域による規範意識の差などの要因によって社会サービス利用が抑制されるのであれば、その要因を明らかにしていく必要がある。

デイサービス事業は、10.6%の利用率であり、ショートステイ事業は16.8%である。これらのサービスは、家族形態による影響を受けていなかった。高齢者の痴呆重症度と歩行障害と利用在宅支援事業との関連をみると(表7)、デイサービスの利用者は、痴呆症状には関連がなく、歩行障害が軽度の者である($p<.001$)。これは、デイサービス事業が、送迎を原則としているものの、送迎バスの運行地点まで、外出しなければならないためと考えられる。逆に訪問入浴のような、自室までサービスが出向く形態をとるものは、歩行障害・痴呆症ともに重症の者が利用している。ショートステイでは、高齢者の特性と有意な関連はみられないことを考え合わせると、居室から玄関、あるいは送迎車ま

表4. 項目別N-ADL (N式老年者用日常生活動作能力評価尺度) の状況

項 目		全 体		男 性		女 性	
		N = 113		N = 48		N = 65	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
歩 行 ・ 起 座	寝たきり (座位不能)	26	23.0	9	18.8	17	26.2
	寝たきり (座位可能)	54	47.8	23	47.9	31	47.7
	寝たり起きたり	6	5.3	2	4.2	4	6.2
	つたい歩き・階段昇降不能	10	8.8	5	10.4	5	7.7
	杖歩行・階段昇降困難	3	2.7	2	4.2	1	1.5
	短時間の独歩可能	4	3.5	2	4.2	2	3.1
	正常	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	NA	10	8.8	5	10.4	5	7.7
生 活 圏	寝床上 (寝たきり)	53	46.9	20	41.7	33	50.8
	寝床周辺	21	18.6	13	27.1	8	12.3
	室内	15	13.3	5	10.4	10	15.4
	屋内	10	8.8	4	8.3	6	9.2
	屋外	2	1.8	1	2.1	1	1.5
	近隣	2	1.8	0	0.0	2	3.1
	正常	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	NA	10	8.8	5	10.4	5	7.7
着 脱 衣 ・ 入 浴	全面介助	53	46.9	16	33.3	31	47.7
	ほぼ全面介助	21	18.6	14	29.2	20	30.8
	着衣困難・脱衣部分介助	15	13.3	5	10.4	2	3.1
	脱衣可能・着衣部分介助	10	8.8	7	14.6	2	3.1
	遅くて時に不正確	2	1.8	0	0.0	1	1.5
	ほぼ自立 (やや遅い)	2	1.8	1	2.1	3	4.6
	正常	0	0.0	0	0.0	1	1.5
	NA	10	8.8	5	10.4	5	7.7
摂 食	経口摂取不能	7	6.2	4	8.3	3	4.6
	経口全面介助	33	29.2	11	22.9	22	33.8
	介助を多く要する	15	13.3	6	12.5	9	13.8
	部分介助を要する	14	12.4	9	18.8	5	7.7
	ほぼ自立 (配膳不能)	22	19.5	9	18.8	13	20.0
	ほぼ自立 (配膳可能)	7	6.2	3	6.3	4	6.2
	正常	5	4.4	1	2.1	4	6.2
	NA	10	8.8	5	10.4	5	7.7
排 泄	常時大小便失禁 (尿便意無)	36	31.9	15	31.3	21	32.3
	常時大小便失禁 (尿便意有)	13	11.5	3	6.3	10	15.4
	失禁することが多い	9	8.0	4	8.3	5	7.7
	時々失禁する	13	11.5	4	8.3	9	13.8
	ポータブル・しびんなど使用	17	15.0	9	18.8	8	12.3
	トイレで可能 (時に後始末不十分)	10	8.8	6	12.5	4	6.2
	正常	4	3.5	1	2.1	3	4.6
	NA	11	9.7	6	12.5	5	7.7

統計的に有意な男女差はない。

表 5. 社会資源の利用状況

項 目	利用状態	活 用	非活用	計
		実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
ホームヘルプサービス		42(37.2)	71(62.8)	113(100)
デイサービス		12(10.6)	101(89.4)	113(100)
ナイトケア		0(0.0)	113(100)	113(100)
日常生活用具給付・貸し付け		76(67.3)	37(32.7)	113(100)
訪問給食		0(0.0)	113(100)	113(100)
訪問入浴サービス		56(49.6)	57(50.4)	113(100)
移送サービス		3(2.7)	110(97.3)	113(100)
緊急通報		4(3.5)	109(96.5)	113(100)
在宅支援センター		0(0.0)	113(100)	113(100)
訪問リハビリ		14(12.4)	99(87.6)	113(100)
老人保健施設		2(1.8)	111(98.2)	113(100)
ショートステイサービス		19(16.8)	94(83.2)	113(100)
その他		19(16.8)	94(83.2)	113(100)

表 6. 家族形態にみたホームヘルプ利用状況

家族形態	利用	有	無	
		実数 (%)	実数 (%)	実数 (%)
全体		42(37.2)	71(62.8)	113(100)*
高齢者世帯		28(46.7)	32(53.3)	60(100)
未婚子		5(18.5)	22(81.5)	27(100)
娘夫婦		4(4.0)	6(6.0)	10(100)
息子夫婦		1(11.1)	8(88.9)	9(100)
その他		4(57.1)	3(49.9)	7(100)

*p<.05

表 7. 痴呆重症度・歩行障害と利用在宅ケア支援事業利用状況

高齢者の特性		痴 呆 重 症 度				歩 行 障 害			
変 数	基礎統計	N	平均値	標準偏差	F 値	N	平均値	標準偏差	F 値
全 体		100	3.38	1.55		103	3.67	0.72	
ホームヘルプ事業									
有		39	3.28	1.40	0.25 n.s.	40	3.50	0.89	3.75+
無		61	3.44	1.64		63	3.78	0.55	
デイサービス事業									
有		10	3.30	1.49	0.03 n.s.	11	2.82	1.27	20.58***
無		90	3.39	1.55		92	3.78	0.53	
訪問入浴									
有		49	3.76	1.46	5.86*	49	3.90	0.51	10.25**
無		51	3.02	1.54		54	3.46	0.81	
ショートステイ事業									
有		19	3.84	1.31	2.09 n.s.	19	3.90	0.31	2.31 n.s.
無		81	3.27	1.58		84	3.62	0.77	

***p<.001 **p<.01 *p<.05 +p<.10 n.s.有意差なし

での介助を行う人的資源が必要と考えられる。ホームヘルパーの巡回型支援や介助ボランティアの充実が望まれる。

次にナイトケア、訪問給食、在宅支援センターの利用は全くなかったが、これは調査時点でこれらのサービス自体が不足しており、利用意志があっても利用できない状況であったためである。

4. 負担感の関連要因

1) 質問紙の信頼性に関する考察

(1) 在宅ケア意識

在宅ケア意識として採択した21項目よりなる尺度の信頼性(内的整合性)を確認した。測定が繰り返し行わ

れときの得点間の相関係数の推定値であるCronbachの α 係数は、.80で十分に高い値が得られた(表8最下欄参照)。

21項目得点の内部相関行列に対して主成分分解による因子分析をすると、固有値1.0以上の基準は13因子で抽出され、寄与率5%水準の因子は11因子であった。したがって、因子を解釈するための因子軸の回転(バリマックス回転)における初期解の因子数については、主成分分析による固有値が落差を示した因子数を採択し、因子数3で分析を行った。分析過程で、2因子から6因子までの分析を行ったが、2因子での分析では、因子負荷量が分散し、所属が不明の変数が多数でできたこと、4因子以上では因子負荷量.30以上を分析の

表8. 介護感尺度の因子行列(バリマックス回転後)と信頼性

No.	項 目	I	II	III	共通性
1(2).	世話で、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	.60	.13	.03	.38
2(3).	世話で、精神的に疲れてしまう	.74	-.01	-.07	.56
3(6).	世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る	.59	.04	.15	.38
4(9).	世話を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	.47	.12	.02	.23
5(16).	世話は、重荷と思う	.74	-.08	-.08	.56
6(22).	世話で精神的には精いっぱいである	.61	.33	.13	.51
7(5).	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る	.67	.09	.21	.51
8(13).	世話が大変で、自分が病気にならないか心配になってしまう	.72	.22	.18	.60
9(20).	もし自分が病気になると、世話ができなくなると不安に思う	.50	.27	-.01	.32
10(10).	愛情がなければ世話はできないと思う	.16	.63	-.12	.44
11(11).	訪問看護が、もっと利用できればよいと思う	.14	.36	.31	.24
12(12).	親のめんどろをみるのは、子どもの当然の義務と思う	.09	.33	.09	.13
13(4).	世話の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う	.02	.44	-.09	.20
14(15).	自分が家で、最期までみてあげたいと思う	.08	.75	-.04	.57
15(17).	家で最期を迎える覚悟はできている	.14	.60	.01	.37
16(21).	病院よりも家の方がよく世話をしあがられると思う	.02	.56	-.20	.35
17(5).	病院か施設で世話をしたいと思う	-.49	.35	-.03	.37
18(14).	容態が急に変わらないかと心配になってしまう	.32	.26	.33	.28
19(8).	家で世話をしている高齢者のことで、近所に気がねに思う	.13	-.17	.51	.30
20(18).	世話をしている高齢者に何かあれば、自分の責任だと思う	.07	-.01	.45	.21
21(19).	世話の仕方がわからなくて困る	.08	-.28	.59	.43
因子寄与		4.09	2.64	1.22	7.95
寄与率		19.46	12.56	5.79	37.82
Cronbach α 係数		.86	.70	.53	

対象とした場合、複数に負荷量を示す変数が多く、解釈が困難であったため、最終的に3因子とした。これは、尺度を構成した前提にほぼ合致するものである。バリマックス回転を経た結果は、表8に示すとおりである。

因子負荷量.30以上を解釈の対象とすると、第Ⅰ因子は「世話で精神的に疲れてしまう」「世話は、重荷と思う」の2項目に最大の負荷を示し、精神的・身体的疲労、主観的負担感を表しており「介護負担感」と命名した。

第Ⅱ因子は「自分が家で、最期までみてあげたいと思う」に最大の負荷を示している。この因子は、在宅ケア継続を希望し「最期を看取りたい」「世話の苦労はあっても前向きに考えたい」といった意識を反映しており、「在宅ケア継続意識」と命名した。家で終末期を送り、看取ろうとする意識を強く反映した質問となっている。

第Ⅲ因子は「世話の仕方がわからなくて困る」に負荷が高く、ケアを続ける上で心配や不安といった、心情を表している。また、介護者自身ではなく「容態が急に変わらないかと心配になってしまう」といった高齢者に関わる心配が含まれ、「介護不安感」と命名した。

それぞれの下位尺度のCronbachの α 係数は、「負担感」は.86、「在宅ケア継続意識」は.70、「介護不安感」は.53である（表8最下欄参照）。

(2) 高齢者と介護家族関係性尺度

関係性尺度の質問項目全体でのCronbachの α 係数は.53であり、十分な信頼性が得られなかった。そのため、「無理だと感じる要求をあなたにしますか」「昔の話をよくしますか」の2項目を除外した。最終的に採択した8項目のCronbachの α 係数は.71であり、尺度の内的整合性についての信頼性が得られた。質問項目4が、高齢者の過去の人となりをどのように評価しているかという視点に立つ以外、現在の関係性を問う内容となっている。

2) 介護家族の負担感関連要因

従属変数または非説明変数である負担感の得点差に影響（関連）が予測される諸要因について、要因同士の影響を統制して、各要因の純粋な影響力を算出するため、順位尺度以上の定量化ができる変数を投入して重回帰分析を行った（性別はダミー変数）。その結果、介護者の負担感には、高齢者の性別、年齢、高齢者の

回復意欲、歩行障害、看護継続意識、不安感、関係性、実施専門看護量が関連することが見いだされた。基準変数・説明変数の平均値と標準偏差は表9の通りである。重回帰分析の結果、重相関係数は.695に達し、投入された要因で負担感の得点分散の48.2%が説明される（表10）。

負担感をもっとも強く規定する変数は、不安感であり、標準偏回帰係数は.422であった。次いで高齢者の年齢の規定力が高い。年齢は単純相関(r)では統計的に有意と認められなかったが、他の要因を統制すると正の方向に働いている。高齢者の性別は、高齢者が男性の場合、負担感が高く規定されることを示している。家族と高齢者の関係性は、関係性が悪ければ負担

表9. 基準変数・説明変数の平均値と標準偏差

変 数 名	標 本 数	平 均 値	標準偏差
高齢者性	113	1.58	.49
年齢	113	79.25	8.95
痴呆重症度	100	3.38	1.55
回復意欲	110	2.19	.81
歩行障害	103	3.67	.72
介護継続意識	100	24.70	2.89
責任感	108	9.14	1.82
関係性	103	17.19	4.34
実施専門看護量	107	17.19	4.50
負担感	107	25.17	4.83

表10. 負担感への重回帰分析の結果

	β	r
1. 高齢者性	-.215*	-.213*
2. 年 齢	.312**	-.013
3. 回復意欲	-.231*	-.096
4. 痴呆重症度	-.137	.020
5. 歩行障害	-.274**	-.272**
6. 介護継続意識	.181*	.161
7. 不安感	.422***	.302**
8. 関係性	.277**	.207*
9. 実施専門看護	.188+	.168+
重相関係数 (R)	.695***	
決定係数 (R ²)	.482	

β :標準偏回帰係数 r :単純相関係数

***p<.001 **p<.0 *p<.05 +p<.10

感が高まる方向に規定し、規定力も比較的高い。介護者と高齢者の関係が悪く、介護者が負担感を抱きながら在宅ケアを継続することは、高齢者に対する虐待につながりやすい状況といえる。吉川は、介護家族の20%が“相談相手がいない”と回答したことを考察し、都市部でのサポートネットワークを地域ネットワークとして組み立て、サポートシステムとして機能させる重要性を指摘している¹²⁾。

次に規定力を示す歩行障害は、点数が高得点の者が重症である。この標準偏回帰係数 -0.274 は、他の条件が同じであれば、歩行障害が正常・軽度な高齢者よりも、重症で外出が困難な歩行障害を持つ高齢者をケアする方が、負担感が低いということを意味する。高齢者が動くことによって負担感が高いという結果は、次の回復意欲にも同様の傾向がみられる。つまり、回復意欲は、高齢者の意欲を看護婦が判断した3段階評価で、“意欲あり”が1点で、“あまり意欲的といえない”2点、“意欲なし”が3点である。標準偏回帰係数 -0.231 は、他の条件を統制すると、高齢者の回復への意欲が高いと、介護家族の負担感が高くなるという結果を示している。これは、回復意欲が高いことで、リハビリテーションの積極的な実施や寝食分離など介助内容が増加することに起因すると考えられる。坂田は、介護継続意志が負担感とどのような点で異なるのかを検討し、身体的に比較的健康な高齢者を介護している方が介護継続意志が弱く、介護態度が積極的であるほど継続意志が強いことを明らかにしている¹³⁾。一方、宗像らは高齢者の日常生活における行動障害が介護者の心の健康状態と関連が深く、介助の度合いが大きくなればなるほど介護者のストレスが高まることを報告している¹⁴⁾。高齢者の寝たきり状態は、病気そのものよりも、病気をきっかけとして安静を取りすぎることが原因で、日常生活能力を低下させる「寝かせきり老人」が大部分であるといわれる。行動障害の重症度、高齢者の回復意欲によって介護の負担感が高まるのであれば、この部分の支援が必要である。理学療法士の訪問リハビリなどの充実も望まれる。前田らによる介護家族の主観的困難の要因分析において、外出できる障害老人よりも自宅の中だけに限られた生活をしている障害老人を世話する方が困難の度合いが低いことが示されており、本論の結果と一致する。在宅支援において外出介助やリハビリの必要性が示された結果として重要な知見である。

実施専門看護は、正に規定力を持ち、家族の実施量が多ければ負担感が高くなることが示された。この項目は、専門的な知識が必要な医療処置を含み、これらの処置を家族が看護婦に代替して行っていることが負担感を高くしており、例えば24時間訪問看護や訪問回数増加によって看護婦が直接看護を実施する必要性を示した。

在宅ケア継続意識は、単相関では有意な関係は示されなかった。しかし、他の要因を統制すると、 β は 0.181 で統計的に有意であった。規定力の方向は正であるが、その数値はそれほど高くない。しかし、在宅ケア継続意識が負担感を正の方向に規定することは、注目したい。在宅ケアを継続していきたいという思いを持つ家族に対しては、あるべき姿を強制するのではなく、時々家族の負担感や思いを聞き、支援する必要がある。

今回の調査では、痴呆重症度は負担感に有意な規定力を示していない。前田ら¹⁵⁾は、障害老人を介護している家族の主観的困難の規定要因をさぐり、高齢者の精神症状が、もっとも主観的困難を高めると述べている。本調査では、精神症状ではなく、痴呆重症度を変数として投入した。統計的に有意な差がみられなかったのは、痴呆が重度になるにしたがい、行動範囲が狭くなり、寝たきりの状況が促進されること、末期寡黙状態では高齢者自身の精神的活動が低下し、介護者との相互関係が不可能な状況になることによって、逆にケアがしやすくなるなどの要素が影響していると推測できる。本調査の対象が、ねたきりの高齢者であり、徘徊など行動が活発な痴呆症が除外されているため痴呆重症度が有意に関連しなかったことが考えられる。つまり、負担感には、痴呆重症度ではなくその精神症状が影響し、痴呆高齢者の症状によって支援内容を考慮する必要がある。今後、障害を持つ高齢者や慢性疾患・難病・老衰などによりケアが必要な高齢者と痴呆症の要介護高齢者の家族の負担感にどのような差があるかを明かにし、よりきめの細かい支援を考えていくべきと考えられる。

結 論

1. 高齢者の特性と性差。

(1)前期高齢者が後期高齢者の約2倍で性別では、女性の方が男性よりも高齢であった。

(2)男性のほとんどが有配偶であるのに対して、女性の約6割は無配偶であった。

(3)寝たきりの原因は、男性に脳血管障害が、老衰・痴呆が女性に多かった。

(4)社会的資源の使用は、男女差はなかった。日常生活給付について、訪問入浴サービスの利用が多く約半数、次いでホームヘルプサービスの利用が約4割であった。

2. 介護負担感への重回帰分析結果

(1)高齢者の性別、年齢、高齢者の回復意欲、歩行障害、

(2)介護家族の介護継続意識、不安感、

(3)高齢者と家族の関係性、実施専門看護量

が介護家族の介護負担感に関連することが見いだされた。

謝 辞

本調査に快くご協力くださいました、ご家族の皆さまに心よりお礼申し上げます。調査実施にあたって多大な尽力を賜りました、神戸市保健福祉局健康部主幹宮野佳子氏、前神戸市衛生局健康増進課主査内野栄子氏に謝辞を述べさせていただきます。ご多忙にもかかわらず調査にご協力くださいました、保健婦、訪問看護婦の皆様は心より感謝申し上げます。

最後に、本研究を行うにあたり、ご指導、ご助言をいただきました大阪市立大学名誉教授本村汎先生、前大阪市立大学教授藤田弘子先生に感謝の意を表します。

引用文献

- 1) 江口隆裕：高齢者介護と社会保障（石川恒夫・吉田克己・江口隆裕編）高齢者介護と家族，3-31，信山社，東京（1997）。
- 2) 牧里毎治：現代家族の福祉—家族問題への対応（望月嵩，本村汎編）日本の家族福祉の現状，17-41，培風館，東

京（1986）。

- 3) 岡光序治編：老人保険制度解説，1-44，ぎょうせい，東京（1993）。
- 4) 貞本晃一：ケアプランの効果の研究，公衆衛生，61(8)，590-596（1997）。
- 5) 武田順子・川村哲雄・栄美貴子他：老人介護に関わる介護者の現状と在宅介護サービス，厚生の指標，43(10)：17-22（1996）。
- 6) 佐藤秀紀・中島和夫：高齢者における在宅福祉事業に関する情報の利用と満足，日本公衛生誌，45(3)：240-249（1997）。
- 7) 中谷陽明・東條光雅：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）。
- 8) 日本看護協会訪問看護開発室：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，165-172，日本看護協会出版会，東京（1993）。
- 9) 大塚俊男・本間昭：高齢者のための知的機能検査の手引き，ワールドプランニング，71-97，東京（1991）。
- 10) 冷水豊：障害老人をかかえる家族における福祉サービス利用希望の規定要因，社会老年学，16：10-19（1982）。
- 11) 岡本多喜子：高齢者の家族介護と介護サービスニーズ（東京都老人総合研究諸社会福祉部門編）サービスの認知と利用希望，238-260，光生館，東京（1996）。
- 12) 吉川武彦：高齢社会のメンタルヘルス（宗像恒次，川野雅資編）介護者のメンタルヘルス対策，146-154，金剛出版，東京（1994）。
- 13) 宗像恒次，諏訪茂樹他：高齢社会のメンタルヘルス（宗像恒次，川野雅資編）介護者の精神健康に関する心理社会的背景，113-126，金剛出版，東京（1994）。
- 14) 坂田周一：痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志，社会老年学，29：3-15（1989）。
- 15) 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，19：3-19（1984）。

（受付：1998年12月22日；受理：1999年2月17日）