

〔報 告〕

認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と 主介護者の介護負担感に関する研究

佐伯あゆみ¹⁾ 大坪 靖直²⁾

要 旨

本研究の目的は、認知症高齢者を介護する主介護者の介護負担感に関連する要因と、家族機能が主介護者の介護負担感に及ぼす影響を検討し、介護家族支援のための示唆を得ることである。介護負担感、家族機能、介護状況に関する各項目からなる質問紙を用いて調査を実施し、有効回答が得られた主介護者99名のデータを分析した。その結果、以下のことが明らかになった。

1) 認知症高齢者を介護する主介護者の介護負担感は、被介護者の認知症重症度、BPSD（認知症による行動・心理症状）数、主介護者の健康状態、介護時間に有意な関連がみられた。2) 認知症高齢者を介護する家族システムは、「バランス型」10家族（12.8%）、「中間型」34家族（43.6%）、「極端型」34家族（43.6%）と極端型の占める割合が多かった。3) 家族システム評価尺度（FACESKG IV-16）により評価された家族システムと、主介護者の介護負担感に関連はなかった。4) 介護家族の家族員同士の交流は、認知症の重症化に伴い増大する主介護者の介護負担感を抑制する効果があった。

これらのことから、認知症高齢者の介護家族支援のためには、認知症高齢者の疾病の進行、症状に対するマネジメント、主介護者と介護にかかわる家族員の交流を促進することが重要であると考えられた。

キーワード：家族機能、介護負担感、認知症高齢者、主介護者

1. 緒 言

厚生労働省が平成14年に発表した要介護認定者における痴呆性高齢者の将来推計¹⁾によれば、「何らかの介護・支援を必要とする痴呆がある高齢者」（痴呆性自立度Ⅱ以上）は、2015年までに250万人に達すると見込まれている。また、認知症高齢者は認知機能障害に加え、多彩な認知症による行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological symptoms）が生じるために、介護者に多大な精神的・肉体的な疲労を強いることになり、介護者の日常生活に大きな影響を及ぼす²⁾。家族介護者に対する支援は、ますます重要な課題になると考えられる。

一般的な要介護高齢者を介護する家族の負担感に

についての研究は、家族介護者の介護負担感を増大させる要因を究明しようとするものと、家族介護者の介護負担感の増大を抑制する要因を究明しようとするものに大別できる。その理論的背景としてLazarusら³⁾のストレス対処理論が用いられることが多い。

ストレス対処理論によれば、ある出来事がストレスになるかどうかは個人の出来事に対する認知的評価により決定される。また、ストレスへの適応は個人がさまざまな資源を有効に活用し適切に処理しようとする行為的努力によるとされている。

家族介護者の介護負担感を増大させる要因を究明しようとした研究では、次のような報告がなされている。介護者要因に関しては、介護者の年齢が低く、また、介護者が女性である場合や被介護者が配偶者である場合に介護負担感が高いと報告されている⁴⁾。被介護者要因については、被介護者を高齢者に限定

1)日本赤十字九州国際看護大学

2)福岡教育大学

した調査では、日常生活動作のレベルが低く、また、認知症高齢者においては、認知症による行動・心理症状（BPSD）の出現が多いほど、家族介護者の介護負担は高いという報告がある⁵⁾。その一方で、被介護者の日常生活自立度（ADL：Activities of Daily Living）やBPSDが介護負担感を直接増強させるのではなく、それらによって介護時間が長くなるために介護負担感が増強する⁶⁾という指摘もある。つまり、一日の介護時間の長さという介護状況要因の存在が指摘されている。しかし、これらの報告において認知症高齢者を介護する家族を対象を絞った報告は少ない。

また、家族介護者の負担感の増大を抑制する要因を究明しようとした研究では、次のような報告がなされている。介護者と被介護者の続柄、相談者の有無が家族介護者の介護負担感に関連している⁷⁾。また、手段的支援ネットワークや精神的支援ネットワークが強いほど家族介護者の主観的幸福感は大きいといった報告がある⁸⁾。さらにこれらのサポートの供給源として、家族介護者にとって最も身近な同居家族からのサポートの重要性が指摘されている⁹⁾。

ソーシャルサポートネットワークとして家族を考えるならば、副介護者の有無や続柄といった断片的な要素ではなく、全体として家族がもつ家族機能に注目する必要がある。認知症高齢者を介護する家族の介護負担に関する研究においては、家族機能という視点をもって検討した報告は少ない。家族の機能を凝集性、適応性という2次元からとらえると両次元とも極端にある家族は、ライフサイクルを通じて問題が多いと報告されている¹⁰⁾。認知症高齢者の介護に関しても同様のことが言えるであろう。個々の家族がもつ家族機能は、認知症高齢者の介護を行う主介護者の介護負担感に少なからず影響を及ぼしていることが考えられる。

渡辺¹¹⁾は、介護家族の機能を評価する重要な視点として、家族の境界、凝集性、役割配置をあげている。家族の境界とは、家族内の主介護者、被介護者と他の家族員との境界、または、家族と家族を取り

巻く親戚、近隣、行政との境界のことをいう。凝集性とは、家族のまとまりぐあいである。役割配置とは、介護に関する家族内役割の変化に対する対応のことである。これらの家族の特性と、介護を円滑に行う家族機能との関連を指摘している。

そこで、本研究では、家族介護者にとって最も身近なソーシャルサポートである家族に注目し、認知症高齢者を介護する主介護者の負担感に関連する要因と、家族機能が主介護者の介護負担感に及ぼす影響を検討する。家族機能の評価は、立木らがOlson¹²⁾の円環モデルに基づいて開発した、FACESKG IV-16 (Family Adaptability and Cohesion and Evaluation Scale at Kwansai gakuin IV-16)¹³⁾を用いた。FACESKG IV-16では家族のきずなとかじとりの組み合わせで家族システムを分類できる。きずなは家族メンバーが互いにもつ情緒的結合であり、かじとりは、家族の状況的・発達のストレスに応じて家族の勢力構造や役割関係、関係規範を変化させる能力である。これらは、渡辺がいう家族の凝集性、家族内役割の変化と共通する概念であると考えた。さらに、介護家族の境界といった視点から、家族員同士、また、地域・親族、専門職者との交流が、主介護者の介護負担感に及ぼす影響も検討することとした。

これらの介護家族機能として重要と思われる側面は、ストレス要因によって生じる主介護者の介護負担感の増大を抑制する効果をもつと考える。

II. 研究の目的

本研究の目的は、認知症高齢者を介護する主介護者の介護負担感に関連する要因と、家族機能が主介護者の介護負担感に及ぼす影響を検討することにより、介護家族支援の方向性について示唆を得ることである。

III. 用語の定義

本研究では、介護負担感をZaritら¹⁴⁾の「家族を介

護したために、介護者自身の心身の健康や社会的生
活、経済状態が損なわれたと感じる程度」とする。
家族とは「同居の有無にかかわらず、主介護者が家
族であると認識している個人の集合体」とする。さ
らに、家族機能は「家族メンバーのもつ相互作用の
結果作り出された家族全体がもつ機能」とし、家族
のきずな、かじとり、境界の柔軟性で構成されると
定義する。

IV. 研究方法

1. 研究の枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示した。ストレス認
知理論のモデルの中で、軽減要因は、(a) 環境上の刺
激や出来事がストレスフルであるかという評価過程に
影響する、(b) ストレスが疾病を引き起こすか否かに
影響する、という2つの段階があるとされているが、
本研究では、軽減要因は、(a) 環境上の刺激や出来事
がストレスフルであるかという評価過程に影響する
という段階に研究の焦点をおく。すなわち、家族機能が
主介護者の介護負担感（評価過程）に及ぼす影響、い
わゆる、バッファ効果について検討する。

2. 調査対象

F県のF市とM市で、認知症専門のデイケアを受け
ている、または、認知症の診断で精神科外来通院中
の、認知症高齢者を在宅で介護している主介護者

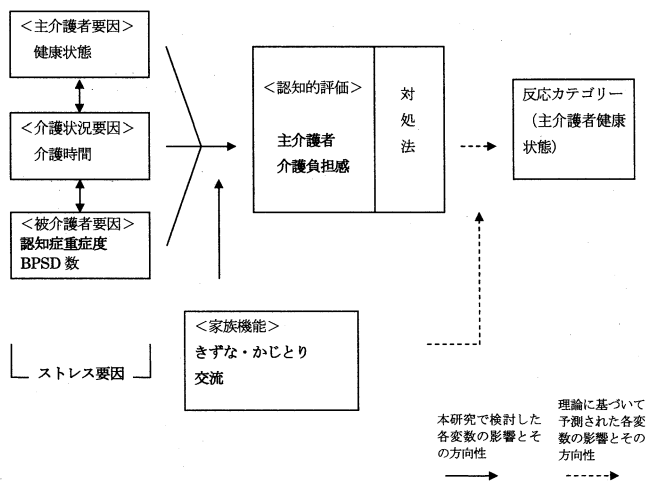


図1. ストレス対処理論に基づいた研究の枠組み

158名を対象とした。

3. 調査期間

2005年8月初旬～9月下旬

4. 調査方法

自記式質問紙調査法を実施した。デイケアを利用
している対象者には、各施設に質問紙の配布を依頼
し、直接回収、または郵送により回収を行った。外
来通院を行っている対象者には、郵送により、研究
協力依頼書と質問紙を送り、回収を行った。

5. 調査内容

1) 基本属性

(1) 主介護者要因

年齢、性別、被介護者との続柄、健康状態から、
主介護者の基本属性を把握した。健康状態につい
ては、「とても良い」(1点)～「良くない」(5点)ま
での5段階の順序尺度を用いて測定した。

(2) 被介護者要因

年齢、性別、認知症重症度、BPSD数、要介護度か
ら、被介護者の基本属性を把握した。被介護者の認
知症重症度については、CDR (Clinical Dementia
Rating) を回答しやすいように一部改定した尺度を
用いた。記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適
応、趣味・関心、日常生活介護状況の6項目で構成
される。

(3) 介護状況

介護家族の家族類型、同居家族以外に介護に協力
してくれる親族の有無、介護期間、1日の見守りも
含めた介護時間、利用しているサービス数から介護
状況を把握した。

2) 介護負担感

Zarit介護負担感尺度 (Zarit Burden Interview,
ZBI)¹⁵⁾22項目のうち、2つの下位尺度得点 (介護そ
のものにより生ずる負担感、及び介護を始めたため
にこれまでの生活が出来なくなったことによる生じ
る負担感) の算出に用いられる21項目を採用した。
「思わない」「たまに思う」「時々思う」「よく思う」
「いつも思う」の5件法で回答を求め、0～4点で
得点化を行った。得点が高いと介護負担が高いこと

を示す。

3) 家族機能

(1) 家族システムについて

FACESKG IV-16を使用して家族システムを測定した。スケールは家族のきずな、かじとりを各8項目にて測定するサーストーン法であり、得点範囲は-8~8である。家族システム円環モデルでは、きずなとかじとりの組み合わせで家族システムを「バランス型」「極端型」「中間型」に分類できる。きずな、かじとりがともに中程度にある状態を家族システムのバランス型と定義し、家族が機能的であるとされる。さらに、介護を行うようになってからの家族のきずな、かじとりの変化を調べた。

(2) 家族の交流について

家族の交流については、家族内の家族員同士の交流、家族外に地域や他の親族、専門職者（看護師、ヘルパー）との交流の有無を調べた。

6. 分析方法

1) 主介護者および被介護者要因、介護状況要因の各変数と主介護者の介護負担感との関係をスピアマンの順位相関係数を用いて分析した。

2) 介護負担感を従属変数とし、認知症重症度と家族機能を組み合わせた2要因の分散分析を行った。統計処理にはSPSS13.0J for windowsを使用した。

7. 倫理的配慮

各医療施設、サービス事業所の管理者に研究の主旨を説明した。デイケアを利用している対象者には、研究の主旨、調査への協力の有無において不利益を被らないこと、データを研究以外に使用しないこと、プライバシーの保護について文書で説明を行った。調査に同意が得られた対象にアンケートを配布し、回収した。外来通院を行っている対象者には同様の説明書とアンケートを同時に郵送し、アンケートの返送があったものを研究に同意を得たものとして取り扱った。

V. 結果

1. 分析対象者数

アンケート配布総数は、158名であり、102名より返送があった（回収率64.6%）。そのうち有効な回答が得られた99名を分析の対象とした（有効回答率62.7%）。

2. 対象の属性

主介護者および被介護者の属性を表1に示した。主介護者の平均年齢は59.5歳（SD=14.1）であり、性別は、男性20名（20.4%）女性78名（79.6%）であった。主介護者の健康状態得点の平均値は、2.9（SD=1.1）であった。

被介護者の平均年齢は、80.25歳（SD=7.1）であった。性別は、男性29名（29.3%）女性70名（70.7%）であった。認知症重症度得点の平均値は、18.18（SD=4.50）であった。CDRによる重症度の分類は、CDR0.5（認知症の疑い）から、CDR2（中等度認知症）に分類されるものが80名で、全体の95.3%を占めた。CDR測定尺度のCronbachの α 係数は0.823であった。また、被介護者にみられるBPSD数の平均値は3.2（SD=2.0）であった。

3. 介護状況

介護状況を表2に示した。介護を行っている家族の類型は、核家族が40世帯（41.2%）であり、拡大家族が57世帯（58.8%）であった。家族人数平均は3.2人（SD=1.2）であった。介護家族と被介護者は92世帯（93.9%）が同居であった。同居家族以外の協力親族ありは、40名（41.7%）、協力親族なしは、56名（58.3%）であった。

介護を行っている期間は、介護開始から5年未満のものが81名で全体の83.5%を占めた。見守りを含めた1日の平均介護時間は、9.5時間（SD=6.1）であった。

公的利用サービスは、利用なし12名（12.4%）、単独利用45名（46.4%）、複数利用40名（41.2%）であった。

表1. 主介護者と被介護者の属性

		(N=99)		
項目	平均値 (SD)	度数 (%)	欠損	
主介護者				
年齢	59.5 (14.1)	96	3	
性別				
男性		20 (20.4)		
女性		78 (79.6)	1	
被介護者との続柄				
配偶者		32 (32.3)		
実親		38 (38.4)		
姑		23 (23.2)		
兄弟		1 (1.0)		
その他		5 (5.1)	0	
健康状態				
とても良い (1点)	2.9 (1.1)	7 (7.1)		
良い (2点)		34 (34.7)		
どちらともいえない (3点)		23 (23.5)		
あまり良くない (4点)		27 (27.6)		
良くない (5点)		7 (7.1)	1	
被介護者				
年齢	80.25 (7.1)	99	0	
性別				
男性		29 (29.3)		
女性		70 (70.7)		
認知症重症度	18.18 (4.5)			
CDRO.5 (認知症の疑い)		24 (28.6)		
CDR1 (軽度認知症)		26 (31.0)		
CDR2 (中等度認知症)		30 (35.7)		
CDR3 (重度認知症)		4 (4.8)	15	
BPSD数	3.2 (2.0)			
要介護度		97	2	
要支援		11 (11.2)		
要介護1		29 (29.5)		
要介護2		21 (21.4)		
要介護3		15 (15.3)		
要介護4		3 (3.1)		
要介護5		5 (5.1)		
未申請		14 (14.3)	1	

表2. 介護状況

		(N=99)		
項目	平均値 (SD)	度数 (%)	欠損	
家族形態				
核家族		40 (41.2)		
拡大家族		57 (58.8)	2	
同居家族人数	3.2 (1.2)	97	2	
被介護者との居住形態				
同居		92 (93.9)		
別居		6 (6.1)	1	
介護期間				
6ヶ月未満		7 (7.2)		
6ヶ月以上1年未満		12 (12.4)		
1年以上3年未満		38 (39.2)		
3年以上5年未満		24 (24.7)		
5年以上9年未満		13 (13.4)		
9年以上12年未満		2 (2.1)		
12年以上		1 (1.0)		
1日平均介護時間		87	2	
公的利用サービス	9.5 (6.1)		12	
利用なし		12 (12.4)		
単独利用		45 (46.4)		
複数利用		40 (41.2)		
被介護者の定期受診			2	
有		93 (93.9)		
無		6 (6.1)	0	

4. 介護負担感

ZBI (21項目) を用いて測定した主介護者の介護負担感合計点を図2に示した。平均値は、32.6 (SD=16.0) であった。調査に使用したZBI (21項目) の

Cronbachのα係数は0.922であった。

5. 家族機能及び家族システム

1) 家族システムの分類

FACESKG IV-16で判定された家族システムの類型

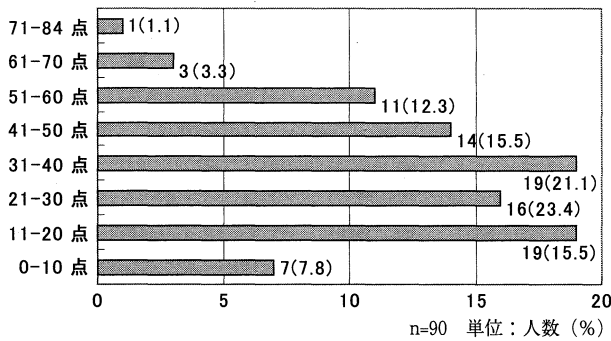


図2. 介護負担感得点

は、「バランス型」が10例 (12.8%) 「中間型」が34例 (43.6%), 「極端型」が34例 (43.6%)であった。

2) 家族システム評価尺度 (FACESKG zr-16) 下位尺度の内訳

きずな次元では、「べったり」が58例 (69.9%), 「ぴったり」が15例 (18.1%), 「ばらばら」が9例 (10.1%), 「さらり」が1例 (1.2%)であった。

かじとり次元は、「てんやわんや」が34例 (41.5%), 「柔軟」が31例 (37.8%), 「融通なし」が11例 (13.4%), 「きっちり」が6例 (7.3%)であった。

3) 家族システムの変化

介護を行うようになって家族のきずな (結びつき) やかじとり (物事の決め方) に「変化がある」と回答した主介護者は, 42名 (46.2%), 「変化がない」と回答した主介護者は, 49名 (53.8%)であった。

4) 家族の交流

介護にかかわる家族員同士の交流があると回答した者は70名 (70.7%)であった。家族としての交流が地域, 他の親族とあると回答した者は53名 (53.5%)であった。訪問看護師やヘルパーなどの専門職者との交流があると回答した者は65名 (65.7%)であった。

6. 介護負担感に関連する要因

主介護者及び被介護者の属性, 介護状況に関する各変数と, 介護負担感との相関係数を表3に示した。介護負担感と有意な関連がみられたのは, 認知症重症得点, BPSD数, 主介護者の健康状態, 見守りも含めた1日あたりの介護時間であった。

7. 家族機能と介護負担感の関連

1) 家族システムと主介護者の介護負担感の関連

家族機能については, 前述したように家族システムを「バランス型」「中間型」「極端型」に分類した。認知症重症度については, CDRを用いて測定した認知症重症度得点の中央値を境に2群に分けた。介護負担感合計点について, 2 (認知症重症度: 高群, 低群) × 3 (家族機能: バランス型, 中間型, 極端型) の平均値を算出し, 図3に示した。分散分析を行ったところ, 認知症重症度の主効果が有意な傾向であり ($F_{(2, 59)} = 2.992$ $P = 0.089$), 認知症重症度高群の方の介護負担感が高かった。

2) 交流と介護負担感の関連

①家族員同士の交流と介護負担感の関連

家族員同士の交流を尋ねた質問に対し, 「交流あり」と答えた群と「交流なし」と答えた群の2群に分けた。介護負担感合計得点について, 2 (認知症重症度: 高群, 低群) × 2 (家族員同士の交流: あり群, なし群) の平均値を算出し, 図4に示した。分散分析を行った結果は, 認知症重症度の主効果が有意であり ($F_{(1, 70)} = 12.718$ $P < 0.01$) 認知症重症度高群の方の介護負担感が高かった。

表3. 介護負担感得点と各変数間の相関係数

	負担感	介護時間	主介護者健康状態	利用サービス数	BPSD数	認知症重症得点
負担感	1.000					
介護時間	0.528**	1.000				
主介護者健康状態	0.531**	0.466**	1.000			
利用サービス数	0.216*	0.126	0.068	1.000		
BPSD数	0.464**	0.354**	0.193	0.193	1.000	
認知症重症得点	0.414**	0.439**	0.393**	0.131	0.585**	1.000

注) 介護負担感得点と有意な相関がみられたもののみ示す。 * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

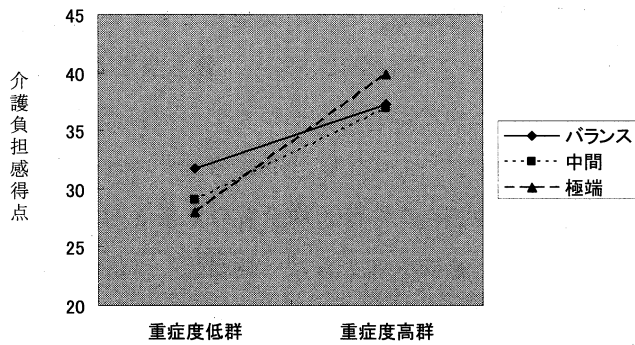


図3. 家族システムと介護負担感

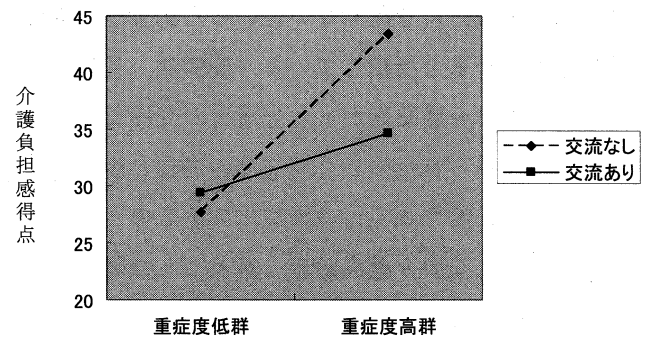


図5. 地域・親族との交流と介護負担感

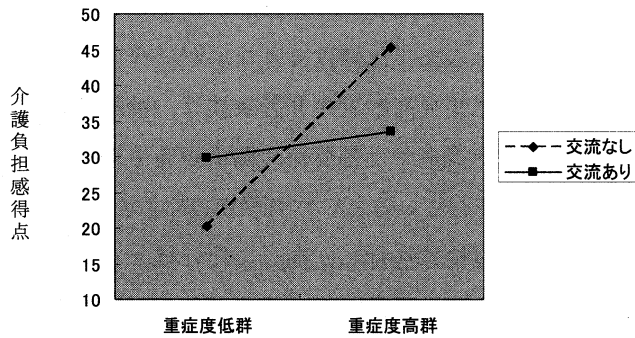


図4. 家族員同士の交流と介護負担感

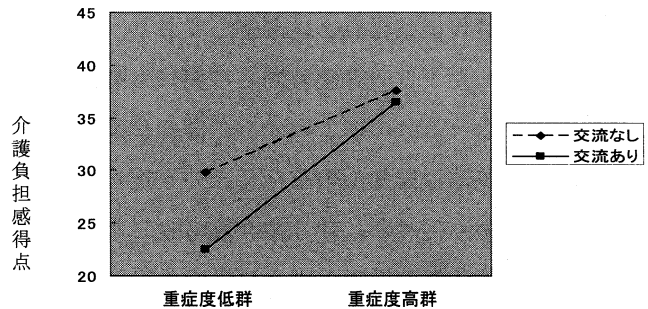


図6. 専門職者との交流と介護負担感

また、認知症重症度と家族員同士の交流の交互作用が有意であったため ($F_{(1, 70)}=7.089$ $P=0.01$), 各水準について単純主効果の検定を行った。その結果、認知症重症度高群において、交流の単純主効果が有意であり ($F_{(1, 34)}=5.617$ $P<0.05$), 認知症重症度高群の方の介護負担感が高かった。そして、交流がない群において、認知症重症度の単純主効果が有意であった ($F_{(1, 18)}=22.168$ $P<0.01$)。

②地域・親族との交流と介護負担感の関連

地域・親族との家族ぐるみの交流を尋ねた質問に対し、「交流あり」と答えた群と「交流なし」と答えた群の2群に分けた。介護負担感合計得点について、2 (認知症重症度：高群, 低群) × 2 (地域・親族との交流：あり群, なし群) の平均値を算出し、図5に示した。分散分析を行った結果、認知症重症度の主効果が有意であり ($F_{(1, 70)}=8.870$ $P<0.01$), 認知症重症度高群の方の介護負担感が高かった。

③専門職者との交流と介護負担感の関連

専門職者 (訪問看護師, ヘルパーなど) との交流を尋ねた質問に対し、「交流あり」と答えた群と「交流なし」と答えた群の2群に分けた。介護負担

感合計得点について、2 (認知症重症度：高群, 低群) × 2 (専門職者との交流：あり群, なし群) の平均値を算出し、図6に示した。分散分析を行った結果は、認知症重症度の主効果が有意であり ($F_{(1, 70)}=6.902$ $P<0.05$), 認知症重症度高群の方の介護負担感が高かった。

VI. 考察

1. 介護負担感に関連する要因について

本研究では、ストレスモデルを理論的枠組みとして応用し、介護負担感に及ぼす介護者要因と被介護者要因、および、介護状況要因の影響を検討した。その結果、主介護者の健康状態や、被介護者の認知症重症度、また、介護状況要因として、見守りも含めた1日の介護時間、利用サービス数の影響を確認した。

本研究の対象者が介護する高齢者は、「認知症の疑い」から「中程度の認知症」が95.3%を占めた。これらの段階では、認知症の進行に伴う多様な症状が高齢者に出現する。大西ら¹⁶⁾は認知症高齢者の介

介護においては、目を離せないといった拘束感が介護負担感を高めると指摘している。BPSD数、見守りも含めた1日の介護時間が、主介護者の介護負担感と正の相関がみられたのも、認知症の進行と症状に関連した介護に要する労力の増加によるものと考えられる。一般的な要介護高齢者を対象とした調査においては、日常生活動作能力と介護負担感との間に関連がなかったこと¹⁶⁾も報告されているが、本研究においては認知症による障害の程度を表す認知症重症度得点と介護負担感得点とは関連しており、さらに見守りも含めた1日の介護時間との間にも有意な関連をみとめた。これらのことから、認知症高齢者の介護負担の要因は認知症の重症化という疾病に関連する要因があり、それに伴う被介護者の日常生活能力の低下、BPSD数の増加が、1日あたりの介護時間の増加をまねき、主介護者にとって強いストレス要因となっていると考えられる。

主介護者が自覚する健康状態と介護負担感との関連は、双方向の解釈が可能である。すなわち、主介護者に健康不安があると介護負担感が高くなるということと、介護負担感の増加に対するストレス反応として健康状態が悪化するという2つの解釈である。また、利用している公的サービス数と介護負担感に正の相関がみられたのは、主介護者の介護負担感が高いと、公的サービスを多く利用する傾向があると考えられた。

これらの結果をふまえて、本研究においては、認知症高齢者の在宅介護における根本的なストレス要因は認知症の重症化にあると仮定し、以下の考察を行った。

2. 家族機能および家族システムと介護負担感の関連

認知症の重症化に伴い上昇する主介護者の介護負担感に対して家族システムの影響は見られなかった。理由として、介護プロセスに伴う家族システムの変化が断面調査のノイズとなって、家族システムと介護負担感の関連を取り出すことを困難にしているということが考えられた。

今回調査した認知症高齢者を介護する家族の家族

システムは「極端型」と「中間型」とともに43.6%と多く、「バランス型」が12.8%と、最も少なかった。また、かじとりでは「てんやわんや」が41.5%、きずなにおいて、「べったり」が69.9%という特徴がみられた。生田ら¹⁸⁾の糖尿病患者の家族を対象とした調査では、家族システムは「極端型」が22.3%、「中間型」が56.0%、「バランス型」が21.4%であった。きずなは「べったり」が57.0%、かじとりは「柔軟」が47.0%であったと報告されている。これらの結果をそのまま比較はできないが、今回、調査対象とした認知症高齢者の介護家族は、情緒的結合が強く、勢力構造や役割関係、関係規範を変化させる能力が低下しているという特徴がみられた。

認知症は慢性に進行し、進行に伴い様々な「認知症の行動面及び心理面での症状」がみられる。介護家族は、家族の一員の思いもかけない変化に強くともどい、その対応に疲労困憊する。危機的状況に直面しているともいえよう。本研究においても、調査対象の半数は介護を行うようになって、家族の結びつきや物事の決め方に変化があると回答していた。認知症高齢者の介護という状況的ストレスに対応するために、家族内の情緒的なつながり、役割関係、家族の規則が変化していることが推測された。武田ら¹⁹⁾は、家族のきずなではバランスのとれた家族が常に中庸であるとは限らず、必要とあれば、極端な関係になりうることも述べている。円環モデルにおける「べったり」は、家族メンバーが互いに強く結びつき、過度に巻き込まれた状態とされているが、介護家族の場合必ずしもそうではなく、情緒的結合を強めることで、家族の一員が認知症に罹患するという危機的状況を乗り越えようとしている反応とも考えることができる。これらのことから、家族機能が主介護者の介護負担感に及ぼす影響をみるためには、介護のプロセスをとおして家族の情緒的結合、勢力構造や役割関係、関係規範の変化を注意深くみる長期的な視点が重要であると考えられる。

3. 交流と介護負担感の関連

介護家族の家族員同士の交流は、認知症の重症化

に伴い増大する主介護者の介護負担感を抑制する効果がみられた。田中ら²⁰⁾は、在宅介護者のソーシャルサポートネットワークにおいては「心配事や愚痴を聴き、励ましてくれる」といった情緒的サポート、「代わって介護・留守番をしてくれる」といった直接的道具サポートの提供者は他の家族員に集中しているといっている。認知症高齢者の介護のストレス要因は、認知症の進行、症状に伴う介護時間の長さ、それらに伴う拘束感であるとすれば、家族員からのこうしたサポートは、介護負担感の軽減に有効であると考えられる。また、家族員同士の交流は、介護負担感に対し交互作用効果がみられたことから、介護によるストレスが主介護者の処理能力を超えた場合、柔軟に家族のサポートが提供されているものと推測された。主介護者の介護によるストレス反応の悪化を防ぐためにも、主介護者と、介護にかかわる家族員の交流を促進することは重要であると考えられる。

一方、専門職者、地域、親族といった対象との交流と、主介護者の介護負担感には関連がみられなかった。介護家族のサポートネットワークにおいては、「趣味や興味のあることを一緒に話して気分転換させてくれる」といった交友的サポートでは、近所、友人、「介護や福祉に関する情報を提供してくれる」といった情動的サポートは専門職者という、役割に応じたサポートの提供が見られたという指摘がある²¹⁾。他の親族、地域、専門職者との交流により得られるサポートは、家族員により得られるサポートとは異なり、主介護者の介護負担感に直接働きかけるサポートではないのかもしれない。しかし、認知症高齢者の介護のストレス要因に対し、たとえば、BPSDに対する対応や、環境の調整といったサポートを専門職者が担うことができれば、介護負担感を軽減するサポートになりうる可能性も考えられる。さらに交流の対象と、交流により得られるサポートの量・質において詳細な検討を重ね、介護家族支援の方向性を探る必要がある。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象は、2施設のデイケア、または、精神科外来を利用している介護家族を対象としているため、対象層に偏りがあり、結果の一般化には限界がある。また、横断的方法をとったため、介護家族を一時的、横断的にとらえている。認知症高齢者の介護は、数年から十数年という長い経過をたどる。それぞれの時期、段階により、介護家族の家族機能も変化していくものと思われる。介護プロセスによる家族機能の変化と介護負担感の関連を明らかにしていくことが必要である。また、本研究においては介護家族の境界を測定する指標として家族の交流を測定した。しかし、交流の有無といった量的な視点のみでは家族の境界の柔軟性を測定する一指標に過ぎない。介護家族の境界については、その概念をより深い視点で捉えて、介護負担との関連を検討していく必要がある。

VIII. 結論

1. 認知症高齢者の介護を行う主介護者の介護負担感は、認知症重症度、BPSD数、介護時間、主介護者の健康状態との関連が有意であった。
2. 認知症高齢者の介護を行う家族の家族システムは、「極端型」「中間型」とともに43.6%と多く、「バランス型」が12.8%と最も少なかった。また、かじとりでは「てんやわんや」が41.5%、きずなは「べったり」が69.9%と家族システムの情緒的つながりが強く、状況的ストレスに応じて家族の勢力構造や役割関係、関係規範を変化させる能力が低下しているという特徴がみられた。
3. 認知症高齢者の介護を行う家族の、家族システム評価尺度 (FACESKGIV-16) により測定された家族システムと主介護者の介護負担感には関連がみられなかった。介護プロセスにおける家族システムの変化が、断面調査による家族システムの評価に影響し

ていると考えられた。

4. 認知症高齢者の介護を行う家族の、家族員同士の交流は、認知症の重症化に伴い増大する主介護者の介護負担感を抑制する効果がみられた。介護家族の家族員同士の交流を促進する重要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました認知症高齢者のご家族様、並びに関連施設の方に深く感謝いたします。なお、本研究は、福岡教育大学大学院に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり、研究の一部を第13回日本家族看護学会で発表した。

〔 受付 '06.12.30
採用 '07.12.22 〕

引用文献

- 1) 厚生労働省：高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－, 2003
- 2) 博野信次, 小林弘子：痴呆患者の介護負担日本語版Zarit Caregiver Interviewによる検討, 脳と神経, 50 (6) : 561-567, 1998
- 3) Richard, S Lazarus Susan Folkman, : ストレスの心理学, 本間寛, 春木豊, 織田正美監訳, 29-51, 実務教育出版, 東京, 1991
- 4) Chang, B. L. , Brecht, M. L. , & Carter, P. A. : Predictors of social support and caregivers outcomes. Womens and Health, 33 : 39-61, 2001
- 5) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木雄介, 他：痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響, 老年精神医学雑誌, 14(4) : 465-472, 2003
- 6) Edwards, N. E. , & Scheetz, P. S. : Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson, s disease. Journal of Neuroscience Nursing, 34:184-189, 2002
- 7) 本間昭：痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか, 老年精神医学雑誌, 10 (7) : 787-793, 1999
- 8) 緒方泰子, 橋本迪生, 乙坂佳代：在宅介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担感, 日本公衆衛生学雑誌, 47 : 307-319, 1994
- 9) 田中共子, 兵藤好美, 田中宏二：在宅介護者のソーシャルサポートネットワークの機能－家族・友人・近所・専門職に関する検討－, 社会心理学研究, 18(1) : 39-50, 2002
- 10) 草田寿子：日本語版FACESⅢの信頼性と妥当性の検討, カウンセリング研究, 28(2) : 24-32, 1995
- 11) 渡辺俊之編：介護家族という新しい家族, 現代のエスプリ, 437 : 138-140, 2003
- 12) Olson, D. H. , C. S, Sprenkele, D. H. , Russell, C. S. : Circumplex model of material and family systems: Cohesion and adaptability dimension, family types, and clinical applications, Family processes, 18 : 3-28, 1979
- 13) 立木茂雄：家族システム評価尺度, 2002
<http://tatsuki-lab.doshisha.ac.jp/~statsuki/FACESKG/FACESindex.html> (2004.2.5)
- 14) Zarit, S.H. , Reeve, K.E. , Bach-Peterson, J. : Relatives of the impaired elderly Correlates of feelings of burden, Gerontologist, 20:649-655, 1980
- 15) 前掲14)
- 16) 前掲5)
- 17) 桑原裕一, 鷲尾昌一, 新井由美子, 他：要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因：福岡県京筑地区における介護保険制度発足前後の比較, J. Natl. Inst. Public Health, 51(3):154-167, 2002
- 18) 生田美智子, 佐藤栄子, 中山和弘, 他：糖尿病患者の負担感に影響を及ぼす対処スタイル－家族機能及び家族システムについての検討－, 日本糖尿病教育看護学会誌, 8 (1) : 35-46, 2004
- 19) 武田丈, 立木茂雄：家族システム評価のための基礎概念－オルソンの円環モデルを中心として－, 関西学院大学紀要, (60) : 73-97, 1989
- 20) 前掲9)
- 21) 前掲9)

The relationship between family functions and primary caregiver burden in home care of an elderly family member with dementia

Ayumi Saeki¹⁾ Yasunao Otsubo²⁾

1)The Japanese Red Cross Kyushu international College of Nursing

2)Fukuoka University of Education

Key words: family functions, caregiver burden, elderly with dementia, primary caregiver

Our aim was review to factor of caregiver burden of primary caregiver in a home care setting for an elderly family member with dementia. We examined the related factors by evaluating family characteristics and functions. A questionnaire survey was administered to 158 subjects. The survey included items on: the characteristics of family, caregiver burden for the primary caregiver, and family functions. Of the 102 responses received, 99 were analyzed and the following results were obtained:

1) Factors related to burden of primary caregiver included: the number of behavioral and psychological symptoms, the health of the primary caregiver, amount of time per day required for care, and staging of dementia of the elderly family member. 2) Family Systems of elderly with dementia in home care was revealed to be the extreme type in 43.6%, the middle type in 43.6%, and well being type in 12.8%. 3) There was no relationship between the caregiver burden and the family system. This was evaluated using the characteristics of family adaptability and cohesion based on the evaluation scale of Kwansai Gakuin IV-16 (FACES KGIV-16). 4) Factors moderating the effects of caregiver burden included mutual communication among family members.

These results suggested the importance of management of behavioral and psychological symptoms of dementia and promoting mutual communication among family members.
