

# 在宅介護導入を決定する要因と介護者のストレスとの関連性

平松喜美子

Kimiko HIRAMATSU

The relationship between the decisive factor of calling in a home carer  
and the degree of strain on a domestic tender

医療技術の進歩等により、平均寿命が延長しつつある現代においては、定年退職後の残りの平均20年間にける人生の意味づけが重要視されている。この問題は、過度の医療行為により、無意味な人生を過ごす結果を招来し、さらに、脳死の定義や臓器移植の正否なども含んだ、きわめて現代的課題である。つまり、現代は『人間の本質』とは何かをあらためて問う時代といえる。高齢者の医療問題は、医療内の議論にとどまらず、経済・社会、あるいは哲学、宗教の問題までを包括して議論すべきである。具体的に言えば、ノーマライゼーションの理念として語られるように、誰もが同じ環境のもとで、あたりまえに暮らせる地域社会を目指すための、保健・医療・福祉の充実を図る模索が始まったといえる。

日本における高齢者医療における特徴は、介護者も要介護者も共に高齢であること、社会規範に縛られた、『家族による介護』<sup>1)~3)</sup> であることである。しかし、現代社会においては、家族構造・家族機能の変化、家族構成員の個人化、女性の社会進出等により、家族の私化、コミュニティー希薄な貧弱な、外部資源等々の現象が表出しており、『家族による介護』だけに頼るのは限界に達していると思われる。現在散発している老人虐待などの家族病理現象等はその事を浮き彫りにしている例と考えられる。

この研究の目的は、在宅介護導入を決定する要因<sup>4)</sup>は何か、また、介護者のストレスを回避し、McCubbin<sup>5)</sup>が提唱している適応過程を促すための方法について調査し、在宅介護のあり方について考察を加えた。

上位理由	中位理由	下位理由	項目
要介護者	身体的	属性	Q1: 年齢 Q2: 性別
		ADL	Q3: 日常生活の中でどの程度動く事ができますか Q4: どのような医療処置が行なわれていますか
	心理的		
介護者	身体的	属性	Q5: 年齢 Q6: 性別 Q7: 職業 Q8: あなたの性格についてどのように思いますか
	介護力	介護内容	Q9: 介護が必要となった期間 Q10: 介護に要する時間
	心理的	ストレス	Q11: 要介護者のどんなところがストレスと感じますか Q12: そのストレスに対してどのように感じましたか Q13: 辛い期間はいつでしたか Q14: 辛い思いはどんな事に対してですか Q15: 辛い期間から立ち直れた時期はいつですか Q16: 辛い時期から立ち直れた理由は何ですか Q17: 現在の生活をどのように感じていますか Q18: 介護の気持ち Q19: ストレススケール
環境要因	家族	家族機能 家族構造	Q20: 一緒に生活しておられる方はだれですか Q21: 近くに娘夫婦、息子夫婦が住んでおられますか
		規範	Q22: 在宅看護、施設入所を決められたのは誰の希望ですか Q23: できればどのような介護を望みますか、その理由 Q24: 介護をするのは誰が適しているか、その理由
		家族関係	Q25: あなたを支えてくれる人がいますか、誰ですか、援助内容は Q26: 家族関係はどのようにですか
	生活行動	経済	
		地域環境 社会資源	Q27: 地域活動に参加するほうですか Q28: どのような社会資源を受けていますか Q29: 訪問看護を受けてどのくらい経ちますか Q30: 訪問看護を受けた動機 Q31: 訪問看護を受けた結果は怎么样了か Q32: 今後も訪問看護を利用しますか Q33: どのような社会資源を知っていますか

図 1 介護適応過程要因

## 対象と方法

対象者は訪問看護を受けながら、在宅介護をおこなっている介護者25名としアンケート調査をした。アンケート項目については、McCubbinによる介護適応過程要因を概念別に分類し(図1)、Greene<sup>6)</sup>による介護ストレス測定尺度を用いて介護ストレス評価図を作成し(図2)、

1) 現実に対処していけないと感じていますか (一度も感じない あまりない 時々ある よくある いつも感じる)
2) 介護が必要ですか (必要でない あまり必要でない 時々必要 まあまあ必要 絶対必要)
3) 現状のために憂鬱になっていますか (一度も憂鬱でない あまりない 時々ある よくある いつも憂鬱である)
4) あなた自身の健康は大丈夫ですか (健康である 少し不安 時々不安 健康に不安 病気である)
5) 事故が起こりはしないか心配ですか (全く心配ない あまりない 時々心配 よく心配 いつも心配)
6) 現状におわりがないと感じていますか (有ると感じる 時々有る 時々無いと感じる 無いと感じる 永遠に続くと感じる)
7) 休日でも解放されませんか (いつも解放されている 少しある 時々ある あまりない まったくない)
8) 世間との付き合いに、どの程度支障をきたしていますか (全く支障がない あまりない 時々ある よくある いつもある)
9) 家事にはどの程度支障をきたしていますか (全く支障がない あまりない 時々ある よくある いつもある)
10) 睡眠が妨げられますか  (全く支障がない あまりない 時々ある よくある いつもある)
11) 生活水準が落ちましたか (全く変わりがない あまりない 時々ある よくある いつもある)
12) 途方に暮れていますか (全くない あまりない 時々ある よくある いつも途方に暮れる)
13) 客を招く事ができませんか (全く支障がない あまりない 時々ある よくある いつもできない)
14) 老人に対してむくれたり、立腹しますか (一度もない あまりない 時々ある よくある いつもある)
15) しばしば老人との折衝に欲求不満を感じますか (一度も感じない あまりない 時々ある よくある いつも感じる)

図2 Greneの介護ストレス評価表

ストレス負担度は5段階評価とした。アンケートの配布は、訪問看護婦から、対象者に直接手渡した。アンケートの回収は所属施設に後日郵送する、留め置き郵送法とした。データ解析は、統計解析システムSutat Viewにより、有意差5%の検定を行なった。

結果と考察

1. 介護者の属性：表1に総括した。
2. 要介護者の属性：表1に総括した。
3. 介護者と要介護者の年齢差の関連

図3のように、介護者の年齢は60~70才が50%であるのに対し、要介護者の年齢は70才~80才代が77%であり、従って概算すれば両者の年齢層には10才程度の年齢差があることが判る。具体例においては、介護者は妻であり、要介護者は夫であることを物語っており、これには結婚時の年齢差と男女における平均寿命の差が関連していると思われる。

4. 訪問看護導入時期

表1 介護者・要介護者の属性

	介護者	要介護者
性別	男性：40% 女性：60%	男性：64% 女性：36%
年齢構成	60才未満：18% 70才未満：32% 80才未満：36% 80才以上：14%	60才未満：9% 70才未満：14% 80才未満：32% 80才以上：45%
ADL	自立：9% 時々介助：32% 全面介助：59%	
続柄	配偶者：81% 娘：14% 息子：5%	
訪問看護開始時期	すぐ：44% 家に帰ってしばらく経過：56%	
訪問看護期間	1ヶ月未満：5% 3~6ヶ月未満：50% 1年以上：45%	
要介護者の状態	麻痺：60% 褥創：15% 言語障害：40% 呼吸器使用：10%	尿管カテーテル使用：10% 痴呆：40% IVH：0%
要介護者の経過	3ヶ月未満：0% 6ヶ月未満：0% 1年未満：5%	3年未満：41% 5年未満：32% 5年以上：23%

訪問看護の導入の時期を分析すると、一度は家族介護それが困難であると認識してから訪問看護を導入した例は少なく、家族介護初段階から積極的に訪問看護を導入している例が多い。これは、家族介護の限界性をあらかじめ査定し、社会資源活用によって家族機能を維持しようとした結果、適応に至ったものと思われる。

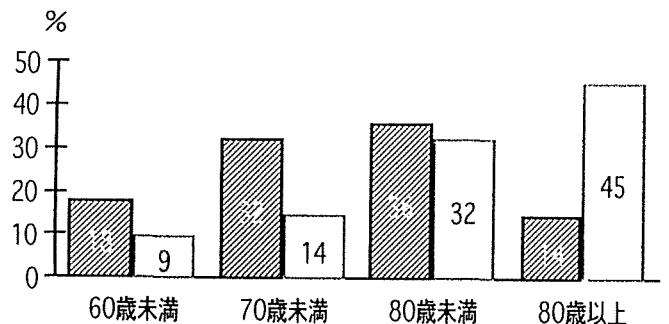
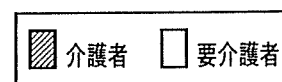


図3 介護者と要介護者との年齢分布



5. 要介護者のADL (日常生活行動) について

ADLの分析によれば、対象者の60%は全面介助である(図4)。疾患名によって分類すると、対象者の60%は麻痺患者、40%は痴呆患者である(図5)。この際、痴呆例については徘徊、昼夜逆転行動のような状況はなく、全面介助によって、ようやく在宅介護が可能であると思

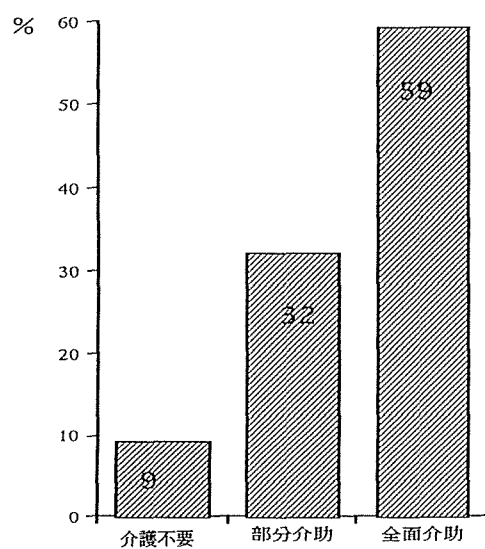


図4 要介護者のADL

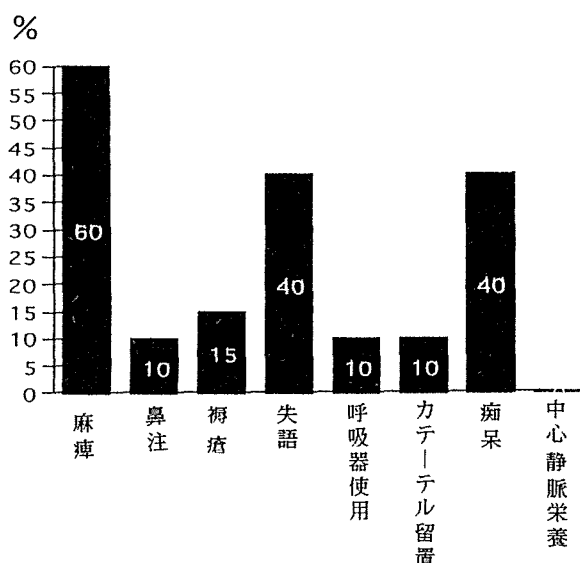


図5 患者の疾患状況  
(数値は対象者の疾患率を表し、複数の疾患名をもつ)

われる。これらの分析結果からは、在宅介護を可能とする要因とADLの自立との間にはあまり関連性は少ないといえる。

#### 6. 介護者のストレス得点分布

介護者に在宅看護に伴うストレスの内容をアンケートし、ストレス項目別に分類したところ、図6のように、ストレス7項目の、「休日でも介護から解放されない」および、ストレス2項目の「休養を必要とする」という項目が最も多く、両方とも3.7点であった。

本調査とは独立して同様のアンケートを老人保健施設

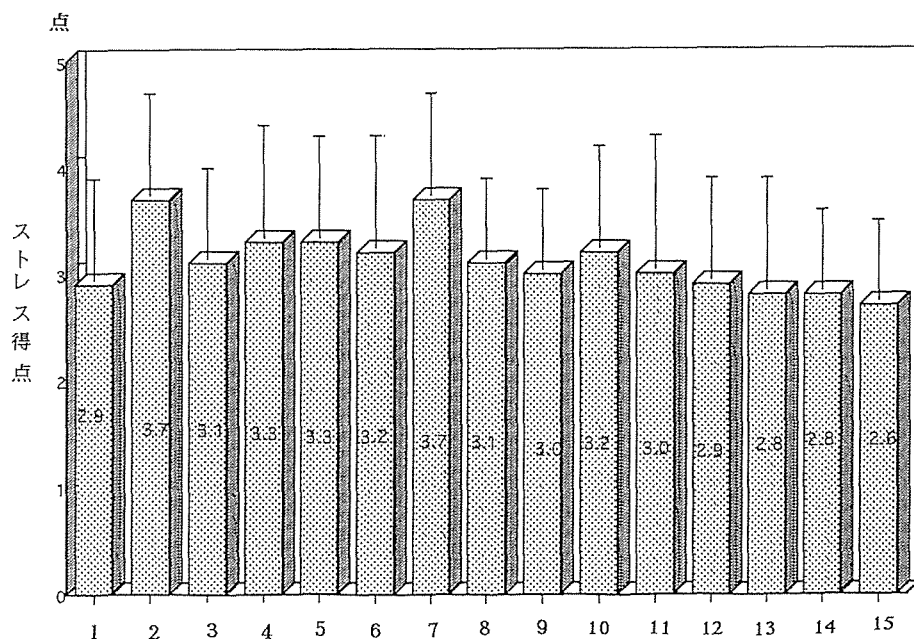


図6 介護者のストレス得点

入所者の家族に調査したところでは、ストレス6項目の「この状況には終わりが無いと感ずる」が最も多く、4.0点であった(データ省略)。従って、在宅介護者は直接要介護者に関与しているため、間接的な認知項目よりも、直接的、身体的反応項目がとりあげられたと思われる。

山本氏<sup>7)</sup>は、介護における忍耐限界感から回避する対処法として2種類示唆している。一つには介護者自身の介護量を低減する方法であり、そのためには、外部資源の利用や自己の忍耐の限界の認知能力を必要とする。他は、忍耐限界感の程度を自分自身によって押し上げることである。しかしながら、忍耐限界感の程度を自身で押し上げる事は、どの程度が介護者の忍耐限界であるかを認識して初めて可能であるため、実際には自己の無力、喪失感などを伴って初めて忍耐限界を認識するのである。さらに、家族や他者は介護者以外の介護者が身体的障害を具体的に呈しなれば介護から解放することを認めない現状といえる。その際、介護の忍耐限界に時間的制限があり、それが明らかであれば別であるが、果てしなく継続することを予想する介護においては、介護意欲は低下し、-distressの要因となると思われる。

このことから私は、家族介護には忍耐限界期間を3ヶ月とみなし、それまでに対処されなければ、介護者のディストレスを生む可能性を指摘する。従って、その後は積極的に社会資源を活用し、他者と介護量を分担する必要があると考えている。

7. 介護者の意識型

介護をおこなう意識について分類すると、一般的には、家族型、愛情型、精神化型、償い型となり、図7に型別に分類した。対象の52%に相当する家族は介護者に困り、しかたがないなどの否定的な気持ちで介護をおこなっており、これは家族型に分類される。このように家族型の多い理由としては、介護者の実際の年齢からみても、戦前の教育思想の一つである親に孝行する精神的教育を受けて成人に至った年代である。そのため、介護に際しては当然嫁の役割・女性の役割として規範されており、それをしなければ他者に認めてもらえず、介護をすることにより自分の地位を確立していったと思われる。本研究においても、お世話になったから・報いたいなどの理由が38%あり（データ省略）、つまるところ、「恩」がなければ介護は不可能という交換理論が立証できたことになる。

現代における社会規範は、不定なものであり、介護規範についても、家族構成やジェンダー（性的役割差異）<sup>8)</sup>、出生順位によるものが一般的にあるとしても、現在の介護規範は完成に至る過渡期の段階であると思われる。しかしながら社会機能の変化などにより、今後はこのような一定の規範に縛られる事なく、性別による役割意識の喪失から役割分担へ移行すると思われ、また、具体的には社会資源を活用したり、男性による介護が導

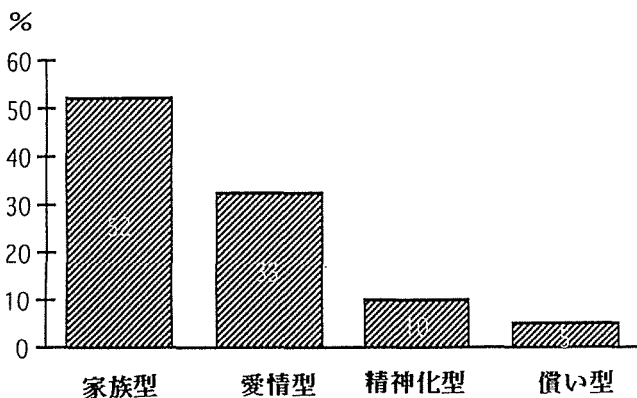


図7 介護者の意識型

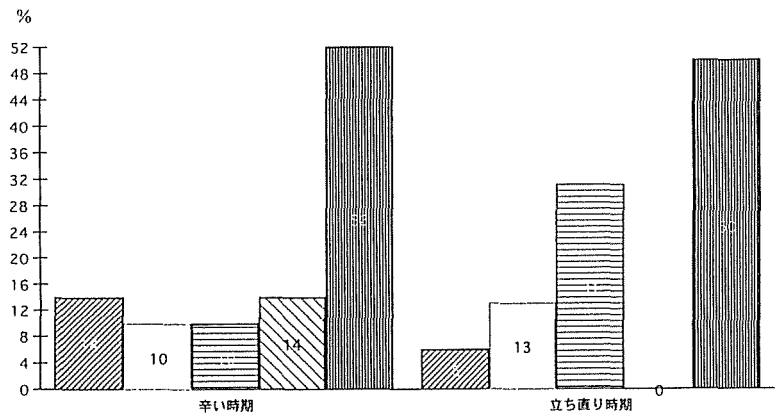


図8 介護における疲労と回復時期との関連性

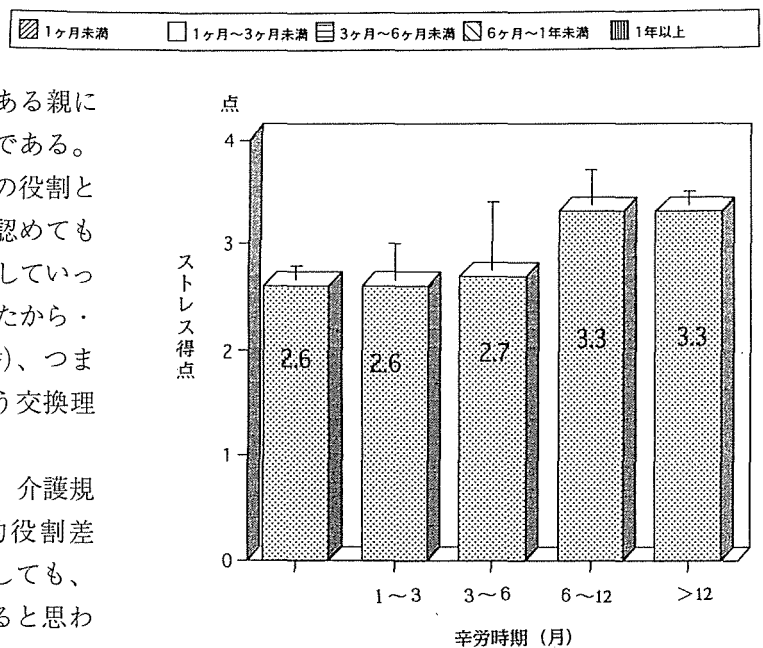


図9 介護における辛勞時期とストレス度 (P<0.36)

入されるのが当然となってくる。

8. 介護における辛勞時期、ストレスおよび辛勞からの回復時期

アンケート分析から、介護者の辛勞を覚える時期およびそれからの回復を覚える時期についてまとめた結果を図8に示した。52%の介護者は1年以上辛勞時期にあることを物語っており、訪問看護を付加する事により介護者の32%は約6ヶ月経過してから辛勞からの回復を覚えたことを物語っている。従って、介護によるストレス<sup>9)</sup>およびそれからの回復については介護が必要となった直後とかの短期間の出来事ではなく、長期的なスパーンで捉える問題であると思われる。また、介護における辛勞時期とストレス得点との関係についてみると、辛勞時期

が6ヶ月未満に比して、6ヶ月以上との間にはストレス得点に段階差があるように感じられ、辛勞時期が長い程ストレス度も強いようであるが、有意差としては認められなかった ( $P < 0.36$ )。

McCubinn<sup>1)5)</sup>は介護適応段階について順応期と適応期の順に分類しているが、それらの期間の長さについては明確にしていない。私は介護開始から6ヶ月までを順応期と捉え、ほとんどの介護者は、この期間に介護の実態に順応していくが、この期間に順応できなかった事象については、蓄積され続けて増大し、その結果としてディストレスを引き起こしていく。このディストレスを解決するためには、多くの社会資源を導入することによって、介護開始から1年程度経過して適応段階に達すると考えている。

9. 家族構成とストレス度

要介護者にとっては、娘夫婦との同居が一般的に理想と言われているが、家族構成と介護者のストレス得点の関連を検討したところ、最もストレス得点が高値であったのは下記の家族構成であった(図10)。娘夫婦は自分達の子育て時期と介護時期が重複し、特に女性については娘・母親・妻などの多重役割をこなしていく結果、他の家族構成例に比して増大していると推論される。

10. 在宅介護の導入決定者

介護者の70%が在宅看護導入を決定し、要介護者による決定は少ない(図11)。また、在宅介護導入決定者と

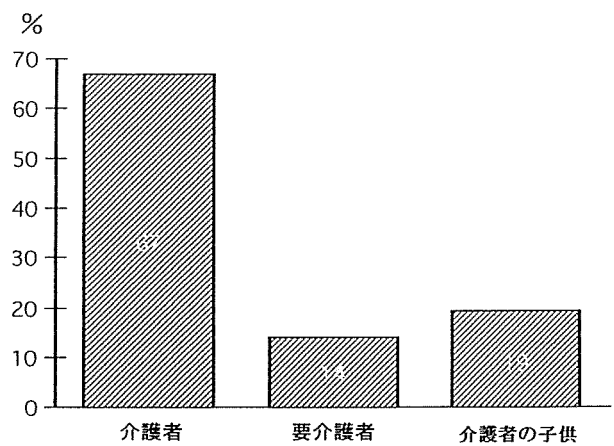


図11 在宅介護導入決定者

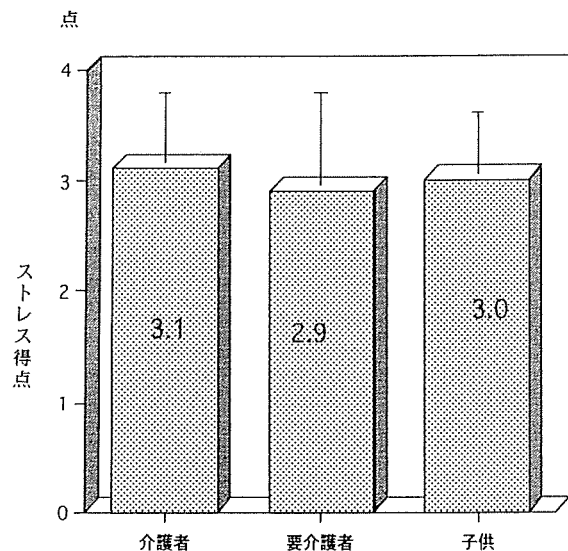


図12 介護決定者とストレス度 (P < 0.9)

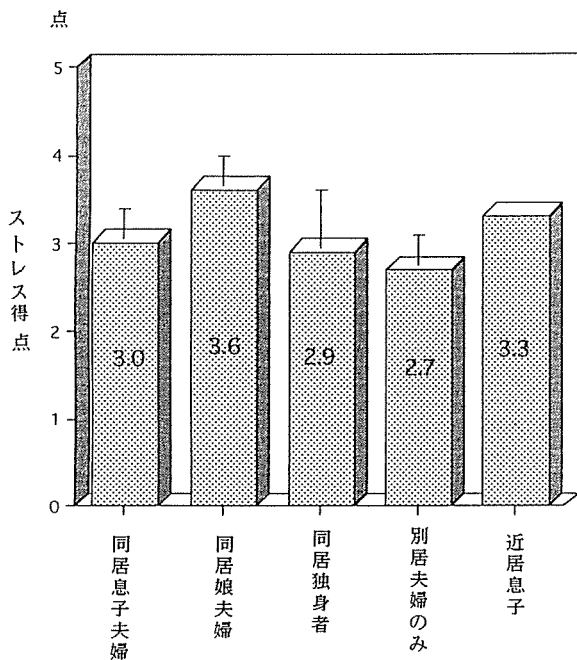


図10 家族構成とストレス度 (P < 0.1)

介護者のストレス得点の関係をみたとき、有意差 ( $P < 0.9$ ) は認められなかった(図12)。また、介護者自身が在宅介護導入を決定したにも関わらず、45%が負担感を述べている(図13)。しかしながら、在宅介護により負担感が残在するにも関わらず、社会資源活用には肯定的である(図14)。私は、当初、直系家族制度による「親の権威」や「家族規範」が脆弱している場合には、介護者やその子供が在宅介護導入を決定し、ストレス得点は低値となり、要介護者が在宅介護導入を決定した場合は高値となることを仮説したが立証できなかった。この成績は、現段階においては従来の家族システムは維持されていることを推測できる。しかし、今後は、家族機能・家族構造・価値感の変容により、介護者と要介護者間に「介護を受ける場」において不本意な差異を呈した

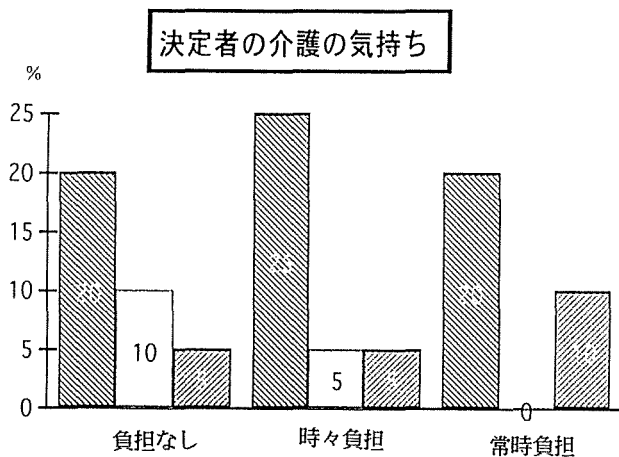


図13 在宅介護導入決定者別にみた介護者の負担

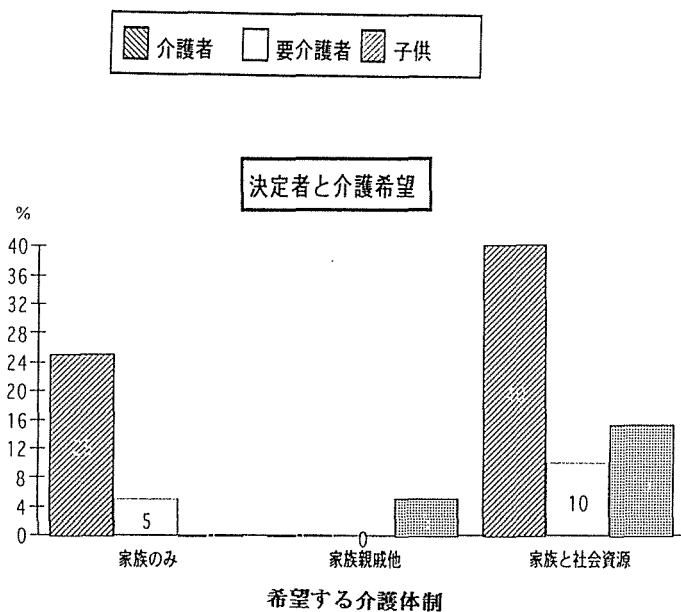


図14 在宅介護導入決定者別にみた在宅介護実施後に希望する介護体制

時、介護者には義務感・負担感のみが現われ、その結果、老人虐待などの諸問題が生じてくると思われる。そのため、看護の役割としてアドボガジー（人権擁護）<sup>10)</sup>の必要性が生じてくると思われる。

## 要 約

訪問看護を受けている家族の介護者25名に対し、在宅介護を可能とする要因についてアンケート調査をした。

1. 在宅介護の導入を決定するのは介護者の価値観による。

2. 介護者の高値ストレス内容は「休日でも解放されない」、「休養が必要」であり、介護者の身体的負担度が依然として高く、訪問看護体制が介護者を支援していない。
3. 介護者のストレス得点と家族構造・介護導入決定者・辛労時期との相関は認められなかった。
4. 介護者の介護に伴う負担の軽減には、6ヶ月を目安とし、その後もストレスが持続する場合は積極的に社会資源の活用を行なう。
5. 介護者の真の介護希望は社会資源を活用しながら家族介護を継続することにある。

## 参考文献

- 1) 石原邦雄, 家族生活とストレス, 垣内出版 PP364-387, 1989.
- 2) 木下康仁, 老人ケアの社会学, 第1版, 第4刷, 医学書院, 1996.
- 3) 森岡清美, 家族社会学の展開, 培風館, 1993.
- 4) 川越博美他, 在宅ケアを支える家族・介護者のストレス, ストレス・マネジメント, ナースプラスワン, 11, 180-183, 1992.
- 5) Friedman MM, 野嶋佐由美訳, 家族看護学・理論とアセスメント, へるす出版, 1993.
- 6) 小泉美佐子, 自治医大看護短大紀要, 5, 15-26, 1997.
- 7) 山本則子, 看護研究, 28, 67-87, 1995.
- 8) 井上俊・上野千鶴子他, ジェンダーの社会学, 現代社会学, 第2刷, 1996.
- 9) 宗像恒次, 日本人のストレス対処の特徴, ストレス・マネジメント, ナースプラスワン, 11, 28-35, 1992.
- 10) 中島紀恵子, Quality Nursing, 3, 38-43, 1997.

## Summary

We sent out a questionnaire concerning a number of factors in which we nurse a sick person or an old person to 25 families with visiting nurse care.

According to the questionnaire sent back to us, we found that:

- 1) The necessity of nursing at home depends on the judgement of the family, especially the person who nurses in a key role in the family with a sick person or an old person;
- 2) The most notable point is that even if the day is a holiday, the person who nurses a sick person or an old person at home is released from the duty to nurse, and the second point is that it is necessary to rest. A person nursing a sick person or an old person see home care as a physical burden, so we don't think the visiting nurse care system supports the person nursing a sick person or an old person;
- 3) There is no causal relationship between the scores of the points we have made in the assessment and family members, i.e. the persons who decides to nurse a sick person or an old person at home and the period of hardship;
- 4) It is at half a year when a person nursing a sick person or an old person has reached the stress limit accompanied by home care. Therefore, a person nursing a sick person or an old person at home should make use of public assistance and the official supporting system;
- 5) With a person nursing at home utilizing public assistance such as visiting nurse care or official support, to continue to nurse a sick person or an old person at home is the ardent hope of a person nursing a sick person or an old person.