

脳血管障害患者の介護者の
役割認識と介護負担感・介護肯定感の
関係についての考察

指導教官 清水 一 教授

平成 16 年度入学 D043745

山根伸吾

目次

I. 序章

研究課題	1
背景	2
研究の目的	3
研究の意義	3
研究の構成	3

II. 研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析

はじめに	4
文献レビュー	4
研究目的と意義	6
研究方法	7
結果	10
考察	17
小活	20

III. 研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感・介護肯定感の関係についての分析

はじめに	21
文献レビュー	21
研究目的と意義	23
研究方法	23
結果	28
考察	56
小活	67

IV. まとめ

引用文献	70
------	----

主 論 文

I. 序章

研究課題

アメリカ作業療法協会の指針¹⁾によると、作業療法サービスのクライアントとは、個人 (individuals)、グループ (groups)、住民 (populations) とされており、個人には、介護者、教師、親、雇い主、配偶者といった、障害を有する方の生活に関係し、援助し、間接的に支える他者も含むとされている。

臨床現場においても、障害者と生活の基盤を共にしている家族を、クライアントとして捉え、包括的に支援することは、日常的に行われていると思われる。このことは、作業療法士が生活という個人に特有な領域に関わる職種であるため、作業療法アプローチを展開する際に、障害者のみではなく、障害者の家族や関係者への関わりが生じることは、必然的なことと思われる。

筆者は、脳血管障害患者（以下、CVA 患者）を対象とした回復期病棟に作業療法士として勤務していた経験があるが、家族の介護に対する思いや、状況に配慮してアプローチを行って初めて本人や家族からの協力が得られることを実感しており、また、そういった関わりができた時に、臨床家としての手ごたえやアプローチの効果を感じ取れていた。

障害者の家族を対象とした研究としては、介護負担の研究が多く、介護負担の評価尺度も多数存在する。しかしながら、筆者は、それらの評価尺度は「介護者がどのような事に負担を感じているか」という観点で作成されており、実際に支援していく際の方向性を検討するためには不十分であると感じた。また、作業療法士として、障害者の家族との関わりの中で感じているものを、それらの評価尺度の項目が、十分表わしてはいるとは思えなかった。

また、作業療法がどのような観点で在宅介護者を支援していくのかについて、文献を検討したところ、京極²⁾ は、介護保険制度においては、作業療法は、住宅改修や福祉用具の指導等、在宅の日常生活を専門的に支援する役割を發揮することがよいと述べている。また、村井³⁾ は、訪問作業療法の役割として、生活に障害があっても、その人らしい生活を獲得していく為には、その人自身が大切にしている活動、またはしたいと思っている活動、心を占有する活動つまり occupation をともに探し、そして遂行できるように支援していく事が重要であると述べている。しかし、これらは、在宅介護者への支援というよりも、障害者と介護者の介護活動に対する支援であり、介護者を作業療法のクライアントとして捉えて、支援するという視点には至っていないと思われた。また、いずれも総説であり、研究論文として、在宅介護者への作業療法としての支援の在り方を検討したものは見当たらなかった。

また、大熊⁴⁾ は、介護と作業療法に関する特集記事において、作業療法士は、対象者の

心身機能を評価するために観察や面接を行うが、今まで家族を評価する為の観察や面接の方法を学ぶ事が少なく、家族の評価を行う事はまれであったと述べている。作業療法においては、在宅介護者のどのような側面を評価し、支援をしていくのか、十分な検討が為されていないと考える。

これらより、筆者は、在宅で介護をされている方の介護経験を、改めて検討し、新たな側面で捉えることを試みる必要があるのではないかと考えた。特に、作業療法として有用な情報とするために、介護者の生活そして、活動という側面で捉えて検討したいと考えた。そして、介護経験を作業療法の視点で捉えることにより、作業療法の在宅介護者への支援の在り方を検討できるのではないかと考えた。

背景

近年わが国では、急激に高齢化が進み、介護を必要とする方も増加している。平成 20 年 4 月に総務省統計局が示したデータ⁵⁾によると、平成 19 年 10 月の時点で、老年人口 (65 歳以上) は 2746 万人で、総人口に占める割合は 21.5%となっており、前年 (2657 万人、20.8%) と比べると、87 万人、0.7 ポイント増となり、人口、割合とも過去最高を更新し続けている。

平成 15 年度の高齢者介護に関する世論調査⁶⁾において、仮に自分自身が老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思うか聞いたところ、「可能な限り自宅で介護を受けたい」と答えた者の割合が 44.7%、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい」と答えた者の割合が 33.3%、「介護付きの有料老人ホームや認知症性高齢者グループホーム (認知症の高齢者が共同生活を営む住居) などに住み替えて介護を受けたい」と答えた者の割合が 9.0%であった。また、「可能な限り自宅で介護を受けたい」と答えた者に、その理由を聞いたところ、「住みなれた自宅で生活を続けたいから」を挙げた者の割合が 85.6%と最も高く、以下、「施設で他人の世話になるのはいやだから」(21.8%)、「他人との共同生活はしたくないから」(21.7%)、「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」(21.6%)、「施設では自由な生活ができないから」(21.3%) などの順となっていた。

一方、仮に家族が寝たきりや認知症になり、自分が介護する立場になったら、どこで介護を受けさせたいと思うか聞いたところ、「可能な限り自宅 (実家又は自分の家) で介護を受けさせたい」と答えた者が 57.7%、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所させたい」と答えた者の割合が 23.9%、「介護付きの有料老人ホームや認知症性高齢者グループホーム (認知症の高齢者が共同生活を営む住居) などに住み替えて介護を受けさせたい」と答えた者の割合が 5.0%であった。

2000 年 4 月に在宅介護者の介護負担の軽減を目的に介護保険制度が始まり、介護の問題

が身近になり、当事者たちの得られる情報や選択肢も増えてきており、「ホームヘルパーなど外部の者の介護を中心とし、あわせて家族による介護を受けたい」という要望も増加している⁹⁾。しかし、介護保険制度のサービスがいくら充足したとしても、在宅介護における、家族の役割が重要であることは、間違いないと思われる。

障害者とその家族が、在宅での生活を継続できるように支援していくことは社会的なニーズでもあると考える。その支援の中で、作業療法士はどのような側面で介護者をとらえ、どのような支援をしていくのかを示していく必要があると思われる。

研究の目的

本研究の目的は、作業療法士が医療現場において最も多く関わっているCVA患者を対象として、その家族の介護経験を新たな側面で捉えることを検討することである。また、そのような側面があれば、それが一般化できることであるのかを確認すること、そして、その側面が、介護者の介護経験にどのような作用をもっているのかを探索することである。

研究の意義

介護経験を新たな側面で捉えることにより、在宅における介護者を支援するための視点が増やすことができるとと思われる。

またその側面が介護者の介護経験にどのような作用をもたらすかを明らかにすることで、その側面への働きかけがどのような効果を持つか、理解したうえで臨床的に活用できると考える。

また、作業療法としての介護者への支援の在り方を検討することができるとと思われる。

研究の構成

本研究は、「研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析」と「研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感の関係についての分析」から成る。

「研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析」では、CVA患者の主介護者1例へのインタビューを材料に、質的な検討を行い、介護経験を新たな側面で捉えることを検討した。

「研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感・介護肯定感の関係についての分析」では、研究Ⅰで見出した側面が、一般的に見られる側面であるかを確認し、その側面が在宅における介護者の介護経験に、どのような作用をもっているのかを探索した。

Ⅱ. 研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析

はじめに

CVA 患者の多くは、入院生活を送った後、発症前とは異なった状態で自宅へと退院することが少なくない。CVA 患者が、新たな生活で問題に直面することは予想できるが、一方で、CVA 患者の家族は彼らと共に生活をする中で、どのような思いを抱いているのだろうか。また、CVA 患者を支えている介護者の介護経験は、作業療法として、どのように捉えることができるのであろうか。

豊島⁷⁾は「患者が障害を抱える事は、家族内の役割に変化を来たし、退院後は介護役割も背負う事が予測され、患者・家族とも退院後の生活には様々な戸惑いが生じる」と述べている。2000年4月より介護保険制度により各種サービスが提供されているが、在宅での介護は家族が担っているのが現状である。CVA 患者の在宅での生活を維持するためには、介護者自身を、作業療法のクライアントとして捉え、心身ともに健康な状態であるように支援していく必要があると思われる。

文献レビュー

障害者の家族に関する研究では、介護負担についての研究が多く行われている⁸⁾⁹⁾。Zaritら⁸⁾は、介護負担を「親族を介護した結果として、介護者が彼らの情緒的又は身体的健康、社会生活および経済状況に関して苦悩と感ずる程度」と定義した。また、介護負担を客観的負担と主観的負担（介護負担感）に分けて捉えようとする事が、一般的とされている。客観的負担とは、疾患の結果として起こる介護者への観察可能な実体のあるコストであり、介護者に求められる行動、又は患者の行動が介護者に引き起こす破綻と定義される。一方、主観的負担とは、介護状況に関する介護者の個人的な評価および介護者が負担と感ずる程度と定義される¹⁰⁾。

介護負担の研究としては、看護、精神科、公衆衛生、老年科の領域で行われていることが多く、リハビリテーションの立場からの研究は遅れていると言われている¹¹⁾。また、その研究の内容としては、介護負担感とその他の要因との関連を研究する相関研究と、介護負担感を予測する因子の同定や、施設入所などの帰結を予想する予測研究が多い¹¹⁾。また、横断的なデータ収集による研究が多く、縦断的に介護の経過を追って十分に検討が加えられたものはなかった。

また、介護負担の尺度も多数作成されている（表Ⅱ-1 参照）。ただし、信頼性や妥当性の検討は為されているが、実用性について検討が為されたものは少ない。

表II-1 主な介護負担感尺度

	尺度	開発者	質問項目数	選択項目数	発表年度
1	Zarit介護負担尺度	Zarit SH ら	22	5	1980
2	Caregiver Strain Index	Robinson	13	2	1983
3	在宅寝たきり老人介護負担評価尺度	山岡和枝	30	4	1987
4	Caregiver Burden Inventory	Novak ら	24	5	1989
5	介護負担感スケール	中谷陽明	10	4	1989
6	Cost of Care Index	Kosberg J ら	20	4	1990
7	The Screen for Caregiving Burden	Vitaliano ら	25	5	1991
8	A Care-giving Burden Scale	J. C. Gerritsen	13	5	1994
9	Cost of Care Index (日本語版)	溝口環 ら	20	4	1995
10	The Caregiver Burden Scale	Elmstahl S ら	22	4	1996
11	The Sense of Competence Questionnaire	W. J. M Scholte op Reimer	27	4	1998
12	Zarit介護負担尺度日本語版	荒井由美子 ら	22	5	1998
13	介護に関わる社会・家庭的負担評価票	木之下明美 ら	5	4	1999
14	The Subjective Burden Scale	Osamu Matsuda	14	5	1999
15	日本語版Zarit介護負担尺度短縮版	荒井由美子 ら	8	5	2004
16	介護家族負担感尺度	坪井章雄 ら	10	4	2005

新名¹²⁾は、多くの研究が理論なしに行われてきたと述べ、Lazarusらのライフストレス理論¹³⁾に基づいた介護負担の捉え方を提唱している。これは、介護場面で起こる出来事(ストレッサー)を、介護者がネガティブな負担感と評価すると(認知的評価)、心理的・身体的症状(ストレス症状)が生じ、これらのストレッサーとストレス症状に対し、対応(コーピング)を行うとするものである¹²⁾。このモデルは負担感やストレス症状を予測し、介護者のコーピングのサポートをするという点で有用とされている¹¹⁾。しかし、この理論を参照した研究においても、分析に使用された概念が一致していないとの指摘もある¹⁴⁾。

また、介護経験には多様な側面があると考えられ、介護経験の肯定的認識の介護負担への影響についての研究もなされている¹⁵⁻¹⁷⁾。その中で、介護者を理解するためには、負担だけに注目するのではなく、肯定的側面も含めた広い視野をもつことが重要であると指摘されている。海外では、満足感、報酬、獲得物、精神的高揚等の概念を用いて、検討されており、その中で、介護の肯定的認識は必ずしも負担感の裏返しではなく、独立した概念として介護者の健康に関連している事、介護の肯定的側面は複数の領域から構成されていることが述べられている¹⁵⁾。家族による介護を伝統的に重んじてきたわが国においても、家族の介護経験は否定的概念だけでは捉えきれないとされている¹⁵⁾。櫻井¹⁶⁾は、満足感や自己成長感という肯定的評価が、限界感という介護負担を軽減する事を述べている。また、楯本ら¹⁷⁾は、家族満足度という介護支援に対する肯定的認識が、介護負担感に影響することを示した。さらに、山本ら¹⁵⁾は、肯定的認識が、心理的QOLに対し、続柄によって異なって影響する事を述べている。介護肯定感の尺度は櫻井や山本が作成しているが、まだ広く周知され一般的に用いられているものは少ない。

これまでの研究により、介護経験に関連する幾つかの側面が明らかになり、その関連性についても検討がなされてきている。また新名¹²⁾の提言により、介護経験に関連する側面の捉え方が整理されてきたと思われる。しかし、筆者は、介護経験を改めて検討することにより、作業療法士が、臨床的に扱える形で捉える事が出来ないかと考えた。

研究目的と意義

本研究では「CVA患者と生活を共にする家族がどのような事を感じながら介護を行っているのか」をインタビューのテーマとして、継続的にインタビューを行い、質的な分析を通して、介護経験を新たな側面で捉えることを目的とした。

本研究の意義は、家族の介護経験の新たな側面で捉える事により、作業療法としての家族支援のあり方を検討する事である。

研究方法

1. 対象

本研究では、臨床において経験する頻度が高いと思われる、CVA 患者の夫と介護者の妻という組合せを対象とした。また、CVA 患者は、屋内歩行に介助又は監視が必要なレベルとした。これは介助者が共に生活をする上で、最も多岐に渡る関わりを必要とするレベルであると考えた為である。

対象者選定の手順は以下の通りである。N 病院に脳血管障害の診断にて入院中の者から、①自宅退院予定である事、②屋内歩行が介助又は監視が必要なレベルである事、③CVA 患者の夫と介護者の妻という組合せである事、④研究の同意が得られる事、の基準を設けた。すべての条件に該当する者は3名であった。その中から、筆者との関係が良好で、言語的な表出も得られやすく、情報収集に適切であると思われた1夫婦を選択し、主介護者であるAさんをインタビューの対象者とした。CVA患者と対象者の概要を表II-2に示す。

表II-2 CVA患者と対象者の概要

CVA 患者	
年 齢	: 60 代前半
性 別	: 男性
診 断 名	: 脳梗塞、右片麻痺、失語症
経 過	: 急性期病院に約1ヶ月入院後、N病院の回復期病棟に転院。 5ヶ月経過後、自宅に退院
退院時のADL	: 入浴を除き基本的ADLは車椅子使用にて自立。 歩行は4点杖と短下肢装具を用いて監視レベル。
高次脳機能障害	: 軽度注意障害
要介護認定度	: 要介護2の認定を受けていた。サービス内容としては2週に1回の外来リハビリテーションと、週に1回の訪問リハビリテーションを受けていた。また、週に2回の訪問介護を受けていた。
対象者Aさん	
年 齢	: 50 代後半
性 別	: 女性
職 業	: 非常勤で手芸の先生をしている。
社会的背景	: 家屋は持ち家で、2人暮らしであった。 車椅子移動ができるように改修済みであった。
※インタビュー期間を通して、新たな疾患の罹患やADLの大きな変化は見られてなかった。 家族構成や環境、収入など、社会的・経済的な変化は見られなかった。	

2. 手続き

1) 半構成的インタビューの実施

CVA 患者と対象者は N 病院の外来リハビリテーションに通院中の為、N 病院に来院された際に、半構成的インタビューを行った。インタビューの観点は「CVA 患者と共に生活する中で、感じている事、困っている事」とした。インタビューの内容は了承を得て録音した。退院直後に一回目のインタビューを行い、その後 3 ヶ月毎に計 3 回行った。

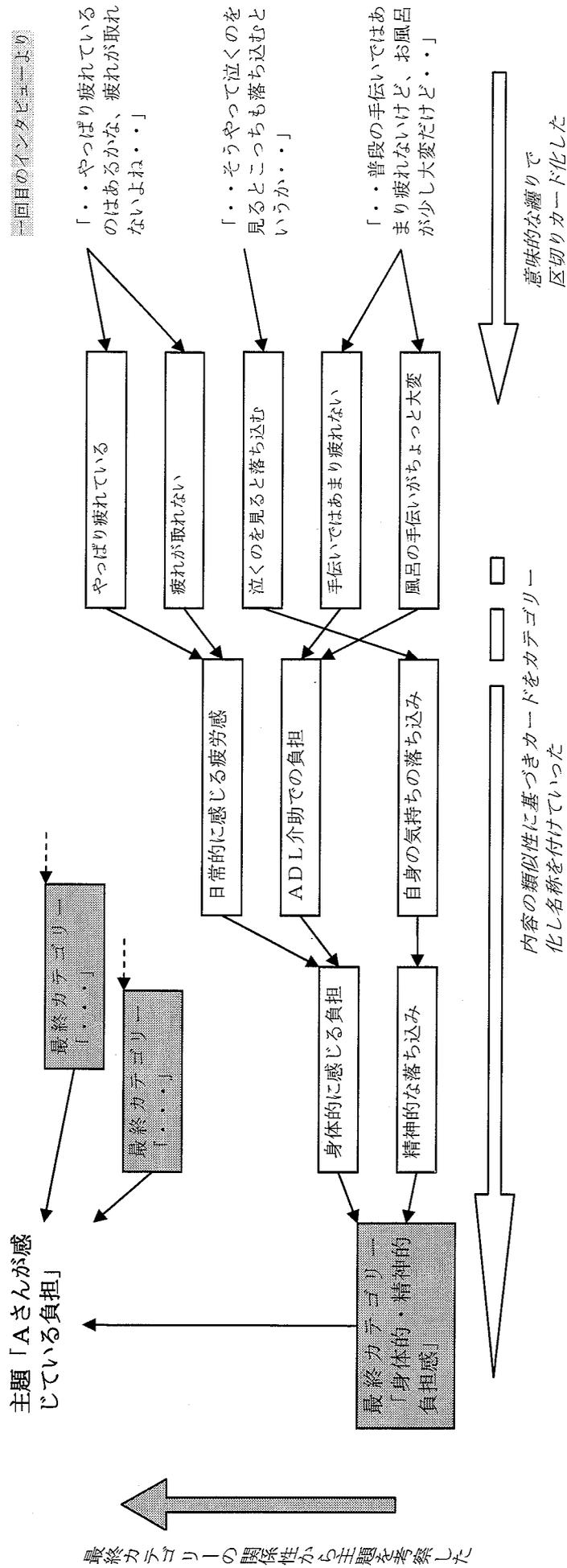
2) データの分析

インタビューにて述べられた A さんの発言全てを分析対象とした。分析は、質的研究の手法にて行った。各インタビューの内容は全て文章に書き起こし、文章を意味的な纏まりごとに区切り、それぞれを一枚のカードに文章で転記した。そしてカードの内容の類似性に基づき分類し、カテゴリー化し、名称を付けた。これを繰り返し、最終カテゴリーを抽出した。その後、全てのインタビューから得られた最終カテゴリーのもつ意味の関係性から、対象者の介護経験の主題を導いた。その手続きの 1 部を図 II-1 に示す。

3. 倫理、個人情報への配慮について

研究の内容について、本人と A さんに説明を行い、研究同意書にご署名いただいた。またインタビューで得られた情報は本研究のみに使用すること、また個人の特定がなされるような標記は行わない事を説明した。

また、N 病院の倫理審査委員会において、医学研究実施許可を得た。



図Ⅱ-1 インタビュー内容から介護経験の主題を抽出する手続きについて

結果

1. 一回目のインタビュー（退院直後）の分析結果

インタビューの時間は17分58秒であった。総カード数は117であり、以下の12の最終カテゴリーに集約された。

1) 「本人との生活の見通し」

本人の生活スタイルとサービスの折合いがつくか、食事時間をどう設定するかといった、本人の生活への関わり方について述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

2) 「生活上の工夫」

部屋の環境を整えた事や、気分転換も兼ね、毎日買い物に行き、本人が好きな魚屋を見ている間に買い物を済ませている事を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

3) 「本人のADL状況」

トイレの洗面台で歯磨きをしている事について、「洗面所で立つのは不安だと思う」と述べた。更衣について「急ぐ時は手伝うけど、普段は一人でしてる」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

4) 「サービスの感想」

「安心して任せてる。(サービス中はそばには居ないで、)他にしないといけないことをしている。そうしないと、何もできないでしょ?」と、サービスへの肯定的な評価や感謝の言葉を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

5) 「本人の心理面への解釈と対応」

本人の「死にたい」という発言について述べた。言語能力の低下について「これまで言いたい事を言ってきた人だからストレスが大きい」と述べた。「好きな物を食べられるのは良い」「違うスーパーに行って気分転換をさせる」と話され、入院中より心理的に落ち着いたと述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

6) 「自分と本人の相性」

本人の性格と自分の性格、そしてその相性について述べた。「気にしすぎるのよ、私はチャランポランだから丁度いいんじゃない?」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

7) 「外出の模索」

「ヘルパーが居る時に、少し出る程度」と、ヘルパーが居る時は、安心して外出できるが、本人を一人残して外出することは難しいと述べた。それでも、なお本人が電話を使えば、仕事や、趣味のために外出できるのではないかと検討していると述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

8) 「落ち着かない生活」

サービスの手続きや、自宅への人の出入りが多く、「落ち着かない」「頭がパーになる」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

9) 「本人への期待と不満」

「練習で歩くものだと思ってる」「日常で歩かない」「(廊下が)直線で歩き易いと思う」と述べた。入浴について「一人で出来ると思うのに、怖がるの」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

10) 「本人の機能低下に対する不安」

本人へのマッサージについて「プロじゃないし」「硬くなった気がする」と機能低下の心配を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

11) 「本人への責任」

帰宅が遅れた際に、「(本人が)「どうしたんか」って、すごい剣幕で」「私に何かあったらこの人はどうなるのかと思うと怖かった」と、本人の生活と命の責任を持っている事を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

12) 「身体的・精神的負担感」

ADL 介助では「お風呂が少し大変だけど、そうでもない」と述べた。また、「疲れている」と身体的疲労を述べた。また「(本人が)泣くのを見るとこっちも落ち込む」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

2. 二回目のインタビュー(退院3ヵ月後)の分析結果

インタビューの時間は14分50秒であった。総カード数は76であり、以下の9つの最終カテゴリに集約された。

1) 「自分が関われるリハビリテーション」

外出や、他者との交流を促す事がリハビリテーションになると述べた。また、本人に「もっと付いて、練習すれば良いんだけど、殆どくっ付いてない」と述べ、時間をとって関わる事は出来ないと述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

2) 「周囲のサポートへの信頼と依頼」

急用で親族にサポートを受けた事や、訪問リハビリテーション(以下訪問リハ)やヘルパーで助かっていると述べた。また、スタッフと本人の関係も良く、「任せられるので安心」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

3) 「本人の性質」

「痛いとすぐ顔に出て、痛いーって、叫ぶ」と本人が痛みに弱いと述べた。また、「毎日排便しないと、すぐ気になる」と本人が体調に対して過敏である事や「すごい文句の多い人でしょう」と、要求の多い人である事を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリとした。

4) 「本人の能力に対する認識」

「歩けば良いのに怖い」と、本人が歩く事に不安を持っている事を述べた。また歩き方が良くなったとも述べた。また、「物事は良くわかってて、頭の中にはある」「違う事を言っちゃうけど」と述べ、本人の能力をどう捉えているかが話された。また「だから、まあ良いかな」とそれに対する思いを述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

5) 「自分の生活とペースの尊重」

「別の部屋にいたら、寂しいの」と、本人が側に居たがる事と「ずっと付いていたら何も出来ない」「私はふっと切るのが」とその対応について述べた。また、「見たいテレビも違う」「一日の終わりには自分の時間がほしい」「一緒に部屋ではしたくない」と、自分のペースで行いたい活動があると述べた。また、サービスを利用して外出する事も出来てきたと述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

6) 「身体的疲労」

「買物して、お風呂も入れて、料理して、私も疲れ果てる」と身体的疲労を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

7) 「気分転換の必要性」

サービスの利用について、「私の気分転換にもなる」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

8) 「自分のための時間の不足」

「私だけの事をする日が無い」「とろいから時間が掛かる」と話され、時間的余裕がないと述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

9) 「本人と離れる時間についての思い」

「最近感じない、慣れてきたのかも」と話され、本人と離れて過ごす事に過度な責任は感じないと述べた。また「皆良い人だから任せられる」とスタッフへの信頼を述べた。一方「どうしてもまだ心のどこかに残ってて」「自分の事だけに専念するまで行けない」と述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

3. 三回目のインタビュー（退院6ヵ月後）の分析結果

インタビューの時間は13分56秒であった。総カード数は106であり、以下の7つの最終カテゴリーに集約された。

1) 「本人の生活の調整」

「野菜ジュースで通じを良くする」「意識がそこから離れたら、他に気持ちが向くと思う」と本人の心身の状態について述べた。また、「お風呂は一緒に入る」「着替えは予め置いておく」と本人のADLへの働きかけについて述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

2) 「サービスとの関係とやり取り」

「その人が気に入らなくて、別の人が2回になった」と、サービス内容の調整を行った事

を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

3) 「今後のリハビリテーションに関わりたい事」

「専門の人が一番と思ってたけど、日常に話す中で増えるのと、プロの人に見てもらおうのと両方で」と言語療法への思いを述べた。また、「時間を掛けたら書ける」「宿題は書く事」とリハビリテーションへの自分の関わりを述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

4) 「本人と生活を続けるための接し方」

「寝巻きなんて着なかった」「入院中に着替えてたのは、格好つけ」と、元々の本人の生活習慣について述べ「着替えるように言うと、喧嘩になる」「(本人に) 優しくないと思われる」と本人に合わせて対応をしている事を述べた。また、「死にたいって言うのに、リハビリ頑張って、おかしいって笑うの」と本人の心理面の対応について述べた。また、「葬式はしないって言うから、それを遺言って、紙に書かせてる」と、本人の考えや訴えを尊重している事を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

5) 「本人との生活の中での喜び」

発症から一年が過ぎ、「お祝いをしたの」と述べた。また、「感謝って書いてて、びっくり」「少しずつ育ってくれたら嬉しい」と本人の言語能力の改善や「一人で歩く練習してる」「やろうって意識はある」と本人の意欲について述べた。また、自分の仕事を少しだが行えている喜びも話した。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

6) 「介護における疲労」

「出かけるのはちょっと」「なかなか、字の練習が出来ない」と、時間の不足について述べた。また、「私もしんどいから」と身体的疲労や、「手伝ってもらおうものと思ってる」「そういう意識になってる」「すぐ、くそって、言う」と本人に対する不満を述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

7) 「本人への介護に対する戸惑い」

「着替えも全介助」「ヘルパーの時も全介助」とADL介助量の増加について述べた。「こっちが悪いんでしょうけど」「つい時間が掛かるから手が出ちゃう」と自身の介護の振り返りを述べた。これらの内容を、上記最終カテゴリーとした。

4. 最終カテゴリーによって導かれたAさんの介護経験の主題について

3回のインタビューにより得られた最終カテゴリーの関係性から、Aさんの介護経験の主題が3つ導かれた(図Ⅱ-2参照)。

1) 本人との生活の中でAさんが模索し発展させた役割

一回目のインタビューで述べた「本人との生活の見通し」「生活上の工夫」からは、本人との生活を開始するに当たって、サービスや環境の調整等の役割を担っていた事が伺えた。

二回目のインタビューで述べた「自分が関われるリハビリテーション」「周囲のサポートへの信頼と依頼」からは周囲からのサポートを認め、その他に自分が本人の為にできる役割を考えている事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「本人の生活の調整」「サービスとの関係とやり取り」「今後のリハビリテーションに関わりたい事」からは、本人の生活や健康等の調整について、より具体的な内容で役割を果たしている事や、その役割を自覚している事も聞かれた。さらにサービスとの役割分担について、Aさんの中で一定の枠組みが出来ている事が伺えた。

これらの内容から共通する概念は、本人との生活の中で模索し、発展させた役割であった。この事より上記主題に集約させた。

2) 本人の生活と自分の生活との折合い

一回目のインタビューで述べた「本人のADL状況」「サービスの感想」「本人の心理面への解釈と対応」「自分と本人の相性」「外出の模索」からは、本人の状態や在宅で始まったサービスの状況を整理し、確認しようとしている事が伺えた。その中で、自分がこれまで行っていた仕事や趣味といった活動を継続する為に外出するには、本人との生活をどう作り出せばよいか考えている事が伺えた。

二回目のインタビューで述べた「本人の性質」「本人の能力に対する認識」「自分の生活とペースの尊重」からは、本人の生活とペースは、自分のそれとは異なると認識している事が見出された。そして、Aさんは行いたい活動を、自分のペースで行うことを重視していることが伺えた。また、本人の生活や能力への認識も進んでいる事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「本人と生活を続けるための接し方」「本人との生活の中での喜び」からは、本人と生活する中で、本人の能力の改善や情緒的な交流から喜びを感じ、また自分の仕事を少しでも行えていることに満足感を得ている事が伺えた。また、介護について迷いもあり、一定のあきらめや妥協という思いもある事が伺えた。

これらの内容から共通する概念は、本人を支えるための介護者としての役割と自分の生活を構成しているそのほかの役割とを見比べ、共に生活を営む為に、優先順位をつけたり、折合いを付ける事であった。この事より上記主題に集約させた。

3) Aさんが感じている負担

一回目のインタビューで述べた「落ち着かない生活」「本人への期待と不満」「本人の機能低下に対する不安」「本人への責任」「身体的・精神的負担感」からは、生活の慌しさ、新奇な課題、本人への戸惑いなどから、精神的に混乱し、困惑した状況であった事が伺えた。また、自分の身に何かあったら、本人はどうなるのかと自分が対応できる内容以上の、過剰な責任感を述べる事もあり、大きなストレスを抱えていた事が伺えた。

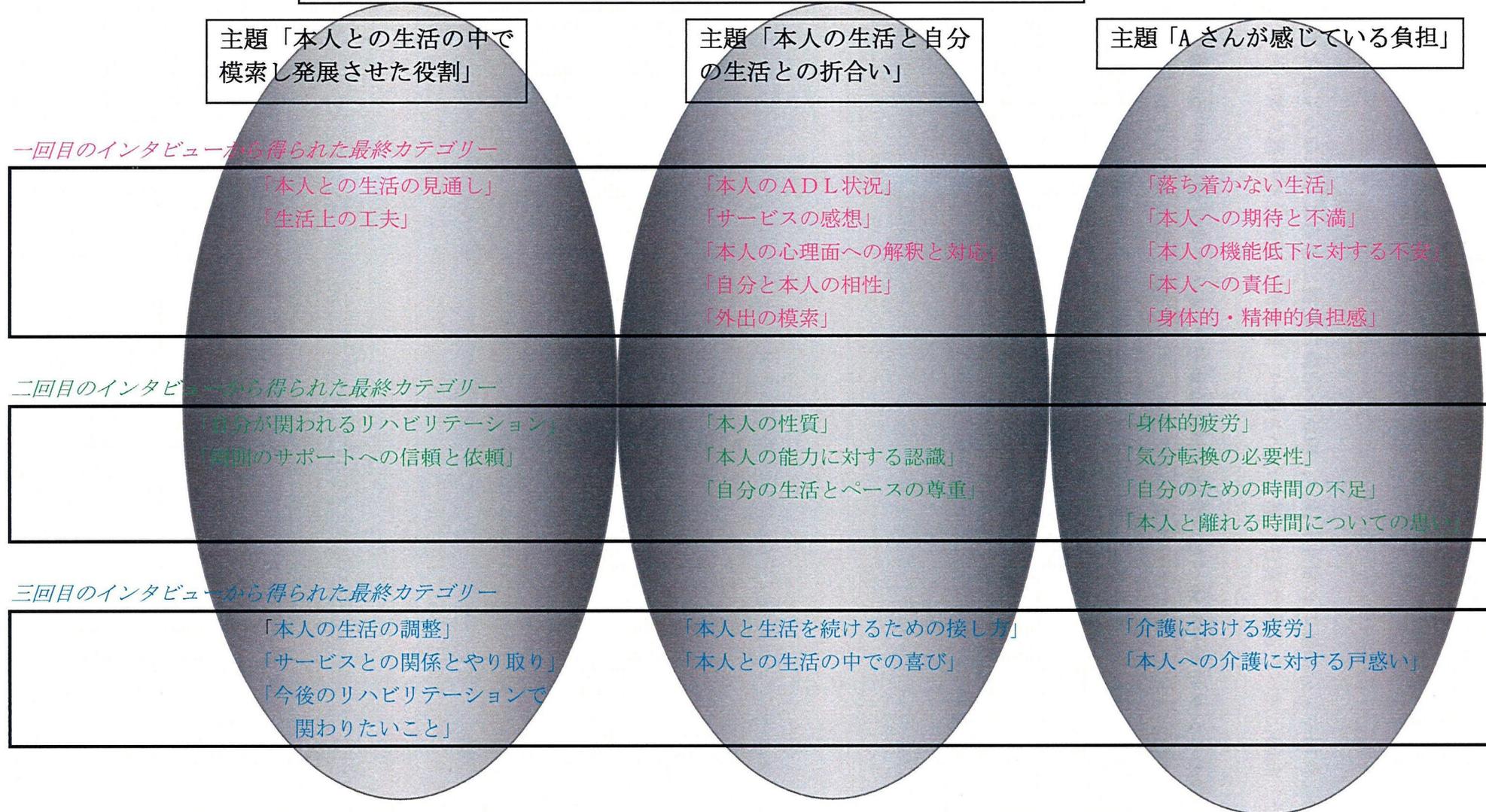
二回目のインタビューで述べた「介護での疲労」「気分転換の必要性」「自分のための時間の不足」「本人と離れる時間についての思い」からは、身体的疲労や、時間的な問題など、

具体的な負担や気分転換の必要性を述べ、現状を冷静に把握できるようになってきた事が伺えた。前回に述べた過剰な責任は感じないと述べ、精神的な混乱はやや落ち着いた事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「介護における疲労」「本人への介護に対する戸惑い」からは、身体的負担や、時間的な拘束は依然残存している事や、本人のADLにおける介助量が増えている事から、それまでに築いてきた本人への関わり方や介護の方法に対しての振り返りをする事がみられた。

これらの内容から共通する概念は、本人と生活をする中で、Aさんが感じている負担感であった。この事より上記主題に集約させた。

最終カテゴリーによって導かれたAさんの介護経験の主題



図Ⅱ-2 Aさんの介護経験の主題と、各インタビューにより得られた最終カテゴリーとの関係について

考察

1. 役割という視点について

介護負担感に関する研究において、介護者の役割の認識という面に触れたものは少ない¹⁸⁾。藤田¹⁹⁾は、在宅療養への移行を控えている要介護高齢者の主介護者へのインタビューから、介護の役割をどのように果たしていこうか、役割に伴う責任をどのように果たしていこうかと悩むような主介護者の内面を読み取ることができたと述べている。

今回のインタビューを通して、Aさんから、本人に対して自分が行える役割は何かを考えている事が、いずれのインタビューにおいても聞かれた。さらに、その役割の内容は、最初はサービスとのやり取りといった事務的な手続きや在宅生活の準備という段階の役割から、戸惑いを感じながらも、リハビリテーション、生活の中での役割へと、より具体的に個別化したものへと発展していった。また、役割の認識においても、手探りの状態から、確固とした認識となっていく過程がみられた。作業療法において役割といった場合、社会交流の仕方の枠組みを与える認識的側面と、特定の作業との関連を示す作業的役割があるとされる²⁰⁾。Aさんの場合、本人との生活のやり繰りという作業的側面としての役割を果たす中で、認識的側面としての役割が確立されていったと考えられる。介護者が、介護者としての役割をどう認識しているかという視点は、作業療法士がアプローチをする上で、有用な情報を提供するのではないかと考えた。

また、Aさんに見られた介護役割の認識の変化は、家族の発症により、介護の役割を不意に突きつけられ、在宅生活の開始という急激な環境の変化に応じた、CVA患者の介護者の特性である可能性もある。しかし、これは、他疾患を有する方の介護者や、他の時期にある介護者への調査を通して確認する必要があると思われる。

また、介護者としての役割のみではなく、その他の仕事や趣味といった役割を行うことを、Aさんは大事にしていた。その役割を行うために、外出する方法を模索し、介護者としてしなければならない事を周囲のサポートと役割分担し、最後のインタビューでは、少しであるが満足感を得られていることを話した。「(本人は一緒にいて欲しいみたいだけど)ずっと付いていたら何も出来ない」「私にもやりたいことがある」「一日の終わりには自分の時間がほしい」と、介護者役割と自分が行いたい役割との間で揺れている様子も見られたが、自分が行いたい仕事や趣味の役割を実際に行える状態に辿り着いたことが、Aさんにとって本人との生活の喜びや満足感に繋がっていると感じられた。

林²¹⁾は、順調に在宅介護を継続している介護者に対してグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて研究を行い、妻の介護役割の受け入れプロセスは、夫婦関係や、自分自身の気持ちの調整をして、それら全てを生活として受けとめ介護役割を越える積極的な生活感覚を持つようになるプロセスであると述べている。

「全てを生活として受け止め介護役割を越える積極的な生活感覚を持つ」とは、つまり、

さまざまな介護経験を自身の生活の一部として感じ取れるようになる事であると思われる。そう考えると、支援をする側としては、介護者を単に、「介護を行っている者」としてではなく、「介護を含めた様々な活動や役割を持つ生活者」そして「担わざる得ない新たな役割のために、生活上の問題が生じている可能性のあるクライアント」として捉えていく必要があるのではないかと考える。

「介護者の日々行っている様々な役割」という側面は、本研究で得られた介護経験の新たな捉え方ではないかと思われる。介護者が行っている介護役割以外の役割について検討した文献は、筆者が調べたところ、作業療法の分野では見つけることは出来なかった。しかしながら、臨床を振り返ってみると、介護者が介護役割以外に行いたい役割を持っており、それを実施していることで、CVA 患者との生活を前向きに営んでいるケースを幾例か思い起こすことができた。介護指導などを行う際に、介護者がどのような役割を持っているか、また、それによる介護者の生活のパターンはどのようなものを把握し、現実的に可能な指導を行うことは、作業療法士であれば、当然行っていることであると思う。しかしながら、介護者が行っている介護以外の役割が介護者本人にとってどのような意味を持っているのか、介護経験においてどのような作用があるのかという観点で検討したものは、文献においてもみられず、臨床においても深めていく必要があるのではないかと考えた。

2. Aさんの対処スタイルについて

Aさんはまず、本人の状態やサービスの内容など、生活全般を認識する事を行い、次に自分の生活と照らし合わせて検討し、本人と折合いの付く関わり方を、戸惑いはありつつも選んでいったようである。和気ら²²⁾は、坂田のコーピング尺度を用いた主成分分析の結果、家族介護の対処スタイルを「問題解決型」「接近・認知型」「回避・情動型」に分けている。Aさんの一回目、二回目のインタビューの時期は、思う・考えるという対処で、前向きに介護を捉えて乗り切っていこうとするとされる「接近・認知型」に対応し、三回目のインタビューの時期は、介護に対して消極的な態度をもって現実に妥協する一方、その不満を発散して解決していこうとするとされる「回避・情動型」に対応するように思われる。このように、対処スタイルの変化がある事は、臨床では感じ取られている事であるが、研究として示したものはない。いずれの対処スタイルが、良好な介護状況をもたらすのか、どういった要因が対処スタイルの変化をもたらすのかについては、議論されるべき課題ではあるが、対処スタイルに変化がみられたという事は、アプローチの余地のある事を示唆していると思われる。作業療法士は対処スタイルの変化に対して、より鋭敏になり、介護状況との関連性を評価していく必要があると思われる。

3. 負担感について

一回目、二回目のインタビューでは、本人の能力や介助方法などの模索が進んでいたが、

三回目のインタビューではAさんの捉えている本人の能力と介助量との不一致という問題に対して、妥協や消極的な発言がみられた。介助者にとって、納得のいかない介護というものは非常にストレスフルであると思われる。Aさんの場合、入院中は自立であった更衣を本人に促したが、本人の協力が得られず、喧嘩になったというエピソードがあった。結果、お互いのストレスを軽減する為に、介助という方略が選ばれていた。これは、個人のコントロールを超えた変容不可能なストレスに対しては回避的情動的な対処が優先するという指摘¹⁷⁾に合致すると思われる。また、和才ら²³⁾は家庭生活において介護者が患者の満足度を十分に把握できていない可能性を指摘している。このような家族と本人との間の認識の不一致といった問題には、第三者の介入が有効であると思われる。作業療法士は、クライアントの作業遂行に関して、実行技能や実行のパターン、背景状況などを参照する事ができる為、介入する上で最も適した専門職であると考えられる。例えば、Aさん夫婦の場合、病前から自宅で過ごす際は更衣を殆ど行わなかったという実行のパターンや、自立ではあるが時間を要するという実行技能から、本人の更衣に対する認識を評価し、Aさんに伝えることができると思われる。

また、身体的負担感はインタビューを通して聞かれ、負担感の増減の評価は行っていないが、減少していない事は確かである。Aさんは比較的若く、健康上の問題が無かったが、訪問介護等を非常に頼りにしていた。「現実問題として、ある」とAさんが話したように、在宅介護を維持する為には、現実直面する身体的負担の軽減の為に、手段的支援が持続的に提供される必要があると考えられた。

また、Aさんは本人の退院当初、状況の慌しさに混乱を示し、「もし、私に何かあったらこの人はどうなるんだろう。すごく怖かった」といった過剰な責任感を示す事もみられた。しかしながら、時間を経るにつれ、「そんな事言ってた？」と述べるほどとなった。サービスが決まり、日常生活の状況が整理されてくると共に、本人を理解しようとする「接近・認知型」の対処スタイルも有効に働いた為と思われるが、周囲のサポートの影響も大きかったと考えられる。中谷²⁴⁾は、日常的な副介護者の有無より、一時的な介護の代替者の有無が介護負担感と関連があると述べている。Aさんの場合、2人暮らしだが、緊急時に親族に介護を依頼したというエピソードが聞かれた。このような経験から「皆が助けてくれる。一人では無理」という現実的な発言へと変化していったと思われる。先に述べた適切な手段的な支援を受けながら、介護者が情緒的な支援をも感じ取れるようなサポート体制が重要であると考えられた。

また、社会的・経済的な問題も介護負担感に影響すると言われている²⁵⁾。Aさんの場合、経済面で大きな問題がなく、親族のサポートがあった事は、利点であったと思われる。

4. 本研究の限界

本研究では、質的な研究手法を用いて、介護経験を、「介護者の日々行っている様々な

役割」という側面で捉えることの可能性を示した。ただし、この側面が、在宅介護者一般に見られる側面であるかについては検討を要する。また、調査期間は退院後半年間であり、一般的に介護はより長期に渡る為、期間を延長しての検討も必要と考える。また、対象者は研究同意が得られ、学歴も高く、自身に対する認識能力・言語能力も高かったと考えられる。他の事例において、役割という概念を自己認識しているか否かについても検討が必要である。

小活

回復期病棟から自宅に退院した CVA 患者の妻、A さんに対し、退院直後から半年の間、計 3 回のインタビューを行った。

質的な研究手法により分析を行った結果、A さんの介護経験からは「本人との生活の中で模索し発展させた役割」「本人の生活と自分の生活との折り合い」「感じている負担」という 3 つの主題が見出された。時間を経ることで、担っている役割、本人との生活で生じた問題に対する対処スタイル、主観的負担感のそれぞれにおいて質的な変化が見られた。

本研究の目的は、介護経験を新たな側面で捉えることを目的とした。対象者 A さんは介護者としての役割のみではなく、その他の仕事や趣味といった役割を行うことを、大事にしており、その事が、本人との生活の喜びや満足感に繋がっていると感じられた。この点は、臨床において、筆者も強く感じていたことであり、作業療法の介護経験の捉え方の一つではないかと思われた。

そして、介護者が行っている介護以外の役割が、介護経験においてどのような作用をもつのか検討する必要があるのではないかと考えた。

Ⅲ. 研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感・介護肯定感の関係についての分析

はじめに

「研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析」において、筆者は、介護者が被介護者に対する自身の役割を認識し、積極的な姿勢で受け入れている事が、介護負担感や介護肯定感に影響を及ぼしているのではないかと考えた。また、介護以外に行いたい役割を持っており、それを行っている事で、介護者の中で役割のバランスが整い、介護の役割を肯定的に捉えられるのではないかと考えた。

そこで、「研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感・介護肯定感の関係についての分析」では、介護者の役割認識が介護経験にどのような影響を与えているか、そして、介護役割以外の役割が介護経験においてどのような作用をしているかについて検討した。

また、「研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析」では、質的な研究手法を用いて、1例のみを取り扱った。そこで、「研究Ⅱ 脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感・介護肯定感の関係についての分析」では、アンケート手法を用いて、量的な分析を行い、「研究Ⅰ 在宅における介護者の介護経験の縦断的分析」にて得られた内容が、一般化できるか検討した。

文献レビュー

文献検索

医学中央雑誌とMEDLINEにて過去20年間の「役割」「脳卒中」「作業療法」「介護負担」を組み合わせ検索を行った。介護役割という単語は幾つかの文献で使用されているが、その役割の認識と介護負担感との関連性について検討したものは存在しなかった。また、介護者が日々行っている役割と介護経験との関係について検討したものは見られなかった。

役割について

社会心理学における古典的役割理論は、個人的・一性役割、家族的・社会的役割、職業的役割という3つのタイプを明らかにしている²⁶⁾。これらの中で、作業療法士は学生、勤労者、主婦、そして退職者といった職業的役割を強調してきたとされる²⁷⁾。

作業療法の観点では、役割とは、個人同一性をもたらし、遂行を求める社会的期待を伝え、時間の使い方の組織化をもたらし、社会構造の中に個人を位置づけるものであり、これらによって生

産的行動の組織化を援助するとされている。また、その特性には、役割を担っているという自覚、作業役割の経歴、役割バランス、および役割に対する価値づけがあるとされる²⁷⁾。

また、吉川ら²⁰⁾によると、作業療法において役割といった場合、社会交流の仕方の枠組みを与え、認識的側面と、特定の作業との関連を示す作業的役割があるとされる。本研究のアンケートによって収集するのは、主に認識的側面としての役割であると思われる。

これらより、役割という概念は、作業療法がこれまで扱ってきた中核的な概念の一つであるが、あいまいな部分も多く、これを取り扱った文献としては概説などが多く、研究論文は少ないことがわかった。

介護負担感に関するアンケート調査の項目について

介護者に対するアンケート調査は多くの研究で行われている^{9) 16) 17)}。

Bull ら²⁸⁾は介護負担感へ影響する要因として、性別、年齢、健康状態、被介護者との関係といった介護者要因、身体障害や認知障害の程度などの被介護者要因、サービスの利用や副介護者の有無などの介護状況要因を挙げている。また、里宇¹¹⁾によると介護負担の尺度を検討し、介護負担を説明する変数として、被介護者要因、介護者要因、外的要因、介護者—被介護者関係、介護負担という因子があると述べた。被介護者要因は、疾病情報、身体機能、ADL などを含み、介護者要因は介護経験、健康状態、職業・経済状態などを含む。また、外的要因は家屋・生活環境や地域性などを含み、介護者—被介護者関係は人間関係や戸籍上の関係を含み、介護負担は介護負担感や心身・社会生活への影響などを含むとした。しかし、これらの要因の介護負担への影響についての先行研究の結果は一致していないことも多い。介護者が配偶者である場合や、年齢が低いほど介護負担感が高いという報告²⁹⁾がある一方で、関係性や年齢の影響は見られなかったという報告³⁰⁾もある。また、被介護者のADL能力の介護負担感への影響についても相反する結果を示す研究もある^{29) 30)}。

Lazarus らのライフストレス理論⁹⁾に基づいてアンケート調査を行っている研究もある。中谷らは²⁴⁾ ストレッサーとして、高齢者の身体機能の程度や認知症の程度、介護期間や介護程度を、認知的評価として負担感を、ストレス反応としてMaslach Burnout Inventory を、リソースとして、主介護者の年齢、健康状態、就労状況や副介護者や代理介護者の有無やソーシャルサポートを挙げて、調査を行っている。

このように、介護負担感に関係するとされる事柄は非常に多岐に渡っており、それに対応して先行研究で用いられているアンケート項目も様々である。

本研究は、介護者の役割認識と介護負担感、介護肯定感の関連について調査するものである。よ

って、先行研究に用いられているアンケートを参考に、介護者の役割認識に影響があると思われる項目と基礎的な情報として必要な項目を、アンケート項目に選択した。

研究目的

本研究の目的は、在宅で生活している CVA 患者の介護者に関して、以下の 3 点を調査することである。①介護者という役割をどの程度の者が、またどのように自己認識しているかを調査する。また介護者の役割がどのような特性を持っているのかを明らかにする。②介護の役割と介護負担感、介護肯定感との関連を調査する。③介護者が行っている生活の中の様々な役割が介護肯定感、介護負担感にどのような作用しているかを探索する。

研究意義

CVA 患者の主介護者に対し、役割認識と介護負担感・介護肯定感との関係を考慮してサポートすることの必要性の根拠となる。また、介護者が日々行っている様々な役割が介護者にとってどのような意味を持つのかを調査することで、介護者をサポートするための知見を得ることができる。

研究方法

1. 対象者

①平成 20 年 8 月の時点において、N 病院回復期病棟を退院し、在宅生活を半年～一年程度営んでいる CVA 患者の主介護者。

②研究に対する説明を文書（資料 1）にて行い、アンケートの返信をもって研究の協力が得られた者。

以上の①②を満たすものをアンケート郵送の対象者とした。

また、CVA 患者が、日常生活において著しく影響するような認知症、整形疾患を合併している場合は対象者から除外した。

本研究においては、CVA 患者の主介護者をアンケート郵送の対象とした。これまでの介護負担に関する研究の対象は、認知症患者の介護者や高齢障害者の介護者、あるいは要介護認定者としていくことが多く、疾患を限定して調査を行っているものは多くない。しかしながら、疾患が異なれば、

本人の症状や家族の介護での経験が異なっているであろうことは、予想に容易い。認知症の介護者や左片麻痺患者の介護者を対象とした先行研究³¹⁾においても、個々で介護負担感の特徴などが見られることが示されており、研究の前提として、疾患を限定して検討を行う必要があると考えた。筆者は臨床において、CVA患者と関わる事が多かった為、今回はCVA患者の主介護者をアンケートの対象とした。前述した理由から、CVA患者が、脳血管障害以外にも大きく在宅生活に影響すると思われる重度の認知症や、整形疾患を有する場合は、対象者から除外した。

本研究では、N病院回復期病棟を退院し、在宅生活を半年～1年程度営んでいるCVA患者の主介護者をアンケート郵送の対象者とした。この期間の設定の背景としては、研究Iにおいて、対象者が、退院直後の時期においては、生活の適応に混乱を示していた事から、他の対象者においても多様性が大きいのではないかと思われたためである。一方、退院から期間をおくと対象者との連絡が付きにくくなる事からも、上限を一年程度とした。

2. アンケートの内容 (資料2)

1) 介護者の一般情報

介護者の性別、年齢、被介護者との続柄、世帯構成、在宅での介護期間、週の平均介護日数、一日の平均介護時間、副介護者の有無とその状況への満足度、急用時の代理介護者の有無とその状況への満足度、そして、身体的健康度と精神的健康度を質問した。副介護者は、アンケートにおいて「普段、介護を手伝ってくださる方」と説明した。また代理介護者は、アンケートにおいて「急用ができた時に代わりに介護を任せられる方」と説明した。

2) CVA患者の一般情報

性別、年齢、介護保険制度における要支援・要介護度、サービス利用状況とその満足度、そして日中の活動範囲を、介護者に質問した。

また、CVA患者のADLの尺度として、北島ら³²⁾の作成した日常生活動作能力簡易スケール-基本的介護必要度-を使用した。このスケールは、内部一貫性と妥当性が確認されており、食事、排泄、入浴、移動に関して4件法で回答を求めるものである。非常に簡易でアンケートとしても回答しやすく、本研究におけるADLの尺度として適切と考えた。

CVA患者の認知機能の評価は、今回はアンケートに含めなかった。これは、今回のアンケートの回答者が認知機能に関して特別な知識を有する者ではない為、信頼性が期待できないこと、またアンケートの負担を少なくすることも考慮したためである。先のADL評価や要介護度などから、ある程度の認知機能の類推は出来ると考えた。

3) 介護負担感の尺度

「Zarit 介護負担尺度日本語版」(以下、介護負担感尺度)を用いた。この尺度は先に述べた介護負担の定義に基づき、Zarit⁸⁾が1980年に作成したもので、1998年に荒井³³⁾により日本語化されたものである。在宅で要介護高齢者を介護するなかで身体的負担、心理的負担、経済的負担などを総括して介護負担として測定するものであり、22項目からなり、0~4点までの5件法で介護者に回答を求めるものである。信頼性・妥当性が確認されており、広く使用されており、国際比較研究に応用が可能とされている。以上のことより、本研究の介護負担感の尺度として、適切と考えた。

4) 介護肯定感の尺度

櫻井¹⁶⁾の作成した肯定的評価尺度(以下、介護肯定感尺度)を用いた。これは14項目からなり、1~4点までの4件法で介護者に回答を求めるものである。信頼性の検討のためクローンバックの α 係数を算出し、各下位尺度とも.70以上の内部一貫性が見られている。介護状況への満足感、自己成長感、介護継続意志という項目を含み、本研究の介護肯定感の尺度として適切と考えた。

5) 役割の尺度

役割の尺度は、幾つかあるが、多くは時間のかかるインタビューである事が多く、その信頼性や妥当性は報告されていない。信頼性、妥当性が検討された役割の評価としては、役割チェックリストがある。これは、作業療法の概念的実践モデルの一つである人間作業モデルに準拠してOakleyら³⁴⁾によって作成され、山田ら³⁵⁾により日本語版が作成されたものである。このチェックリストはクライアントが、人生を通して作業役割への参加に関する自分自身の認識、及びそれらの作業役割に自分が置く価値に関する情報を得る為に開発された。

人間作業モデルは、Gary Kielhofner³⁶⁾によって1980年に発表された理論である。わが国では山田らにより、第3版が2007年に邦訳されている。人間作業モデルでは、人間は、意思、習慣化、遂行能力という3つの相互に関係する構成要素からなると概念化している。意志とは作業を求める動機をさし、習慣化とは、作業がパターンやルーチンへと組織化される過程をさす。また遂行能力とはうまい作業遂行の根底を成す身体的能力と精神的能力を指す。さらに、これらに環境が関与する事も認めている。

役割チェックリストを介護者に使用した研究は今まで見られていないが、その妥当性については以下のように考えられる。アメリカ作業療法協会の指針によると¹⁾、作業療法における、作業療法サービスのクライアントとは、個人(individuals)、グループ(groups)、住民(populations)とされており、個人には、介護者、教師、親、雇い主、配偶者といった、彼らの生活に関係し、援助し、間接的に支える他者をも含むとされている。障害者と生活の基盤を共にしている家族を、クラ

イベントとして捉え、包括的に支援することは、臨床においても日常的に行われている。これらを基にすると、在宅におけるCVA患者の介護者は、作業療法サービスのクライアントと捉える事ができ、役割チェックリストの対象とも成り得ると考えた。そこで、本研究では、介護者の役割の認識を評価する為に、役割チェックリストを用いる事とした。今回は、以下の修正を行って用いた。

i 役割の項目に「介護者」という項目を増やし、他の役割の説明文に準じて、「介護の必要な方への介護に少なくとも週に一回は責任を持つ」との説明文を付記した。

ii 本来の役割チェックリストの第1部では、「過去に行っていた」、「現在行っている」、「これから行おうとしている」役割にチェックをするものであるが、本研究では「現在行っている」役割にチェックをする事を求めた。この結果を「役割の習慣」を示す値とした。

iii 役割チェックリストの第2部における「全く価値がない」「少し価値がある」「非常に価値がある」という3件法を、アンケート調査ということを考慮して「全く価値がない」「あまり価値がない」「まあまあ価値がある」「とても価値がある」の4件法へと変更した。この結果を「役割の価値」を示す値とした。

iv 役割チェックリストの第3部として新たに役割遂行への願望に関する質問を追加した。形式は役割チェックリストの第2部に準じた。この結果を「役割の願望」を示す値とした。

v アンケート調査ということを考慮して、質問の意図を変更しないように配慮しつつ、文章表現を専門知識のない回答者でも分かり易いものへと変更した。

3. 分析方法

1) 研究の対象者の特性を確認するために、アンケートから得られた介護者と被介護者の情報を用いて記述統計を行った。また、役割チェックリスト第1部「役割の習慣」にて、介護役割を「行っている」と回答し、介護役割を自己認識している者の割合を確認した。

2) アンケート項目をより少ない説明概念で表現できるかを確かめるために、役割チェックリスト第2部「役割への価値」と第3部「役割への願望」の回答結果について、それぞれ因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。また介護肯定感尺度と介護負担尺度の回答結果について、それぞれ因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行った。これは、これらの尺度の作成者らが、自らの尺度に対して因子分析を行い、尺度にはいくつかの因子が含まれていることを示していることに倣って行った。

3) 介護者の役割と介護肯定感、介護負担感の関係をみるために、役割チェックリスト第1部「役割

の習慣」の回答結果を用いて、介護役割を行っていると回答した群（以下、介護役割を認識している群）と、行っていると回答しなかった群（以下、介護役割を認識していない群）にわけ、両群の属性の違いを χ^2 独立性の検定（あるいはFisher の正確確率検定）と Mann-Whitney の U 検定を用いて検討した。

また、役割チェックリスト第2部「役割への価値」の回答結果を用いて、介護役割への価値の程度と介護肯定感尺度の総点との相関、そして介護役割への価値の程度と介護負担感尺度の総点との相関（Spearman の順位相関係数）を調べた。また、役割チェックリスト第3部「役割への願望」の回答結果を用いて、介護役割への願望の程度と介護肯定感尺度の総点、そして介護役割への願望の程度と介護負担感尺度の総点との相関（Spearman の順位相関係数）を調べた。

さらに、分析方法 2) の介護肯定感、介護負担感の因子分析の結果を用いて、それぞれの各因子と介護役割への価値の程度との相関、そして各因子と介護役割への願望の程度との相関（Spearman の順位相関係数）を調べた。

4) 役割チェックリストで収集した 11 の役割が、介護肯定感・介護負担感に果たす概念構造を探索するために、重回帰分析を用いて検討した。これには分析方法 2) の役割チェックリスト第2部「役割への価値」と第3部「役割への願望」の因子分析の結果を利用した。

統計用の処理ソフトとして、SPSS for Windows 16.0J、Excel 統計 Statcel を用いた。有意水準は 5%とした。

4. 倫理、個人情報への配慮について

研究の説明文書（資料1）をアンケートとともに送付し、アンケートの返送を研究への同意とみなした。研究の説明文書において、アンケートで得られた情報は本研究のみに使用すること、また、個人の特定がなされるような標記は行わない事を説明した。

また、研究データの収集に協力いただいたN病院の倫理審査委員会において、医学研究実施許可を得た（資料3）。

結果

1. 本研究の対象者の記述統計結果

1) 概要

N 病院回復期病棟から自宅に退院し、平成 20 年 8 月の時点において在宅生活を 6 カ月～一年間営んでいる CVA 患者は 160 名であった。その内、確認する事が出来た範囲で、退院後に施設に入所された方や死去された方、日常生活に影響を及ぼすと思われる認知症や整形疾患を合併している方を除いた 148 名の主介護者へ対し、アンケートを郵送した。49 名から、研究の協力が得られ（回収率 33.2%）、アンケート用紙が返送された（回収率 33.1%）。このうち、アンケート項目に欠損のない 40 名を有効回答者として、分析の対象とした（資料 4）。

2) 介護者についてのデータの記述的統計結果

介護者の属性を表Ⅲ-1 に示す。表Ⅲ-1 より対象者の特徴を示すと、介護者の性別は「女性」が 80%を占めていた。平均年齢は 60.95 歳で、50 歳以上の者が 85%を占めていた。

被介護者との関係は、「妻」が最も多く 50%を占めており、次いで夫が 20%であり、配偶者の関係が 70%を占めていた。また、介護者の夫と被介護者の妻という 8 ケースを除き、介護者は全員女性であった。つまり、男性が介護者と担っていたのは全て妻を介護しているケースであった。

同居者の人数としては、「2 人」と回答した者が最も多く 55%を占めており、「3 人」までを含めると 82.5%に至った。平均は 2.56 人であった。

在宅での介護期間は、アンケートの郵送の対象者選出の条件でもあったため、6 か月から 14 か月の範囲に留まり、平均 8.9 か月であった。

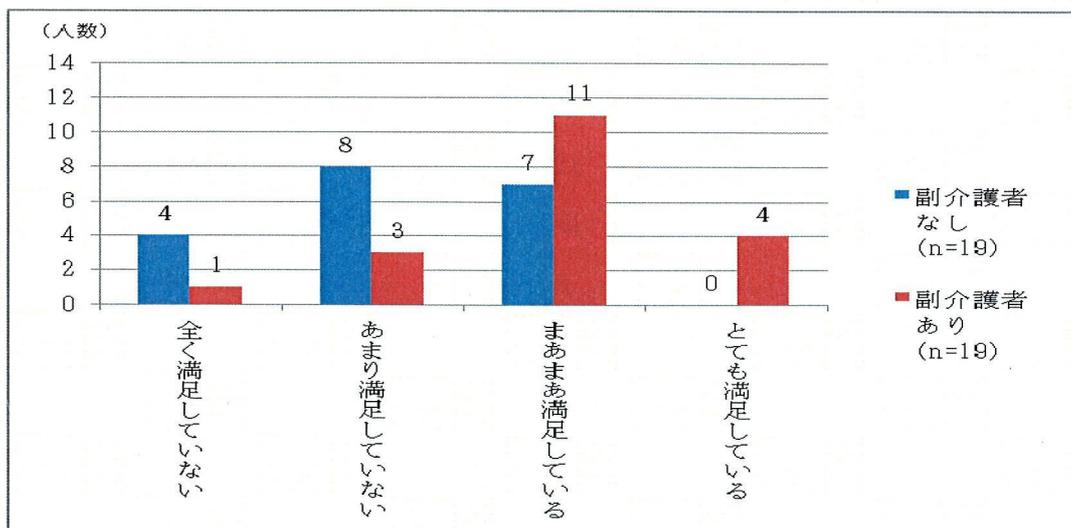
週に介護を行っている日数は、「7 日」と答えたのが 75%を占めていた。一方で週の半分程度の 3 日あるいは 4 日と答えた者は 12.5%いた。

一日の平均介護時間については「8 時間以上」と答えたのが最も多く 30%を占めた。一方「0～2 時間」と「2～4 時間」と答えた者は合せて 42.5%であった。

表III-1 介護者の属性と介護実施状況

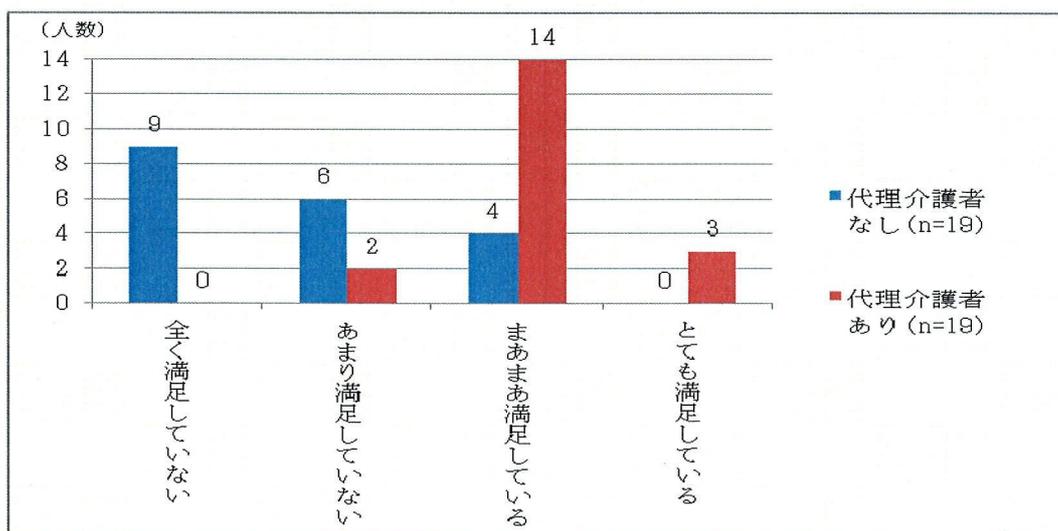
介護者性別	男性	8	在宅での介護期間	6か月	7	
	女性	32		7か月	8	
介護者年齢 (a)	a<40	2		8か月	3	
	40≤a<50	4		9か月	5	
	50≤a<60	11		10か月	9	
	60≤a<70	15		11か月	1	
	70≤a<80	6		12か月	5	
	80≤a	2		14か月	2	
	平均	60.95		平均値	8.90	
SD	12.25	標準偏差		2.29		
続柄	介護者	被介護者		介護日数/週	1日	0
	妻	夫		2日	0	
	夫	妻		3日	4	
	娘	実母		4日	1	
	娘	実父	5日	2		
	嫁	義母	6日	0		
	嫁	義父	7日	30		
	叔母	甥	無回答	3		
同居者の人数	1人	0	平均介護時間/日	0~2時間	7	
	2人	22		2~4時間	10	
	3人	11		4~6時間	4	
	4人	2		6~8時間	1	
	5人	2		8時間以上	12	
	無回答	3		無回答	6	
	平均	2.56		数字は人数		
標準偏差	0.83					

副介護者の有無とその状況への満足度について図Ⅲ-1 に示した。「居ない」と答えたのが 21 名 (52.5%) で、「居る」と答えたのが 19 名 (47.5%) であった。また、副介護者が「居ない」と答えた者は、副介護者が「居る」と答えた者と比べて満足度が低くなっていた ($p=0.006$)。



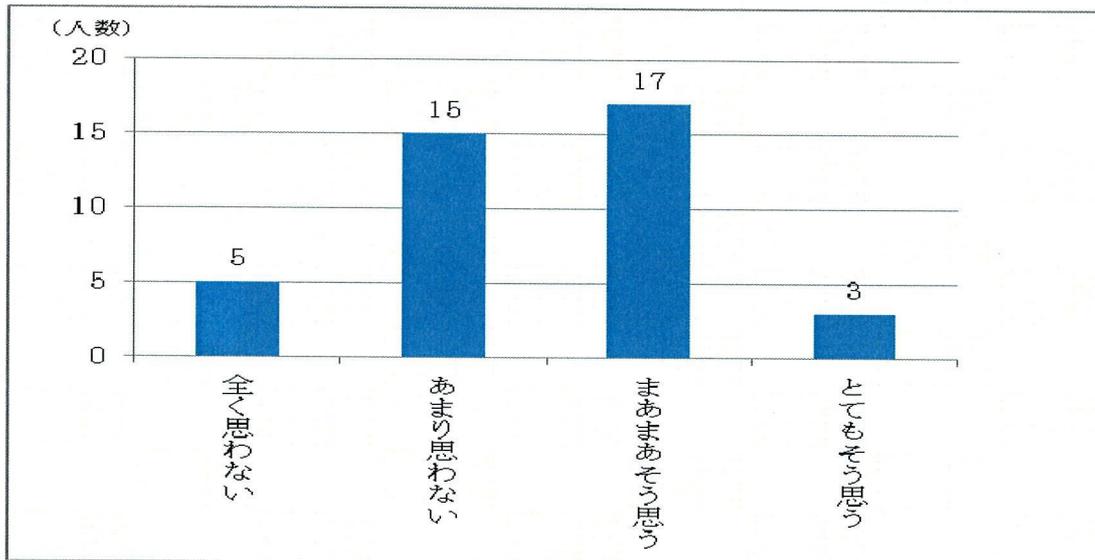
図Ⅲ-1 副介護者の有無ごとのその状況への満足度

急用などの際の代理介護者の有無とその状況への満足度について、図Ⅲ-2 に示した。「居ない」と答えたのが 20 名 (50%) で、「居る」と答えたのが 20 名 (50%) であった。代理介護者が「居ない」と答えた者は、代理介護者が「居る」と答えた者と比べて満足度が低くなっていた ($p=0.00001$)。



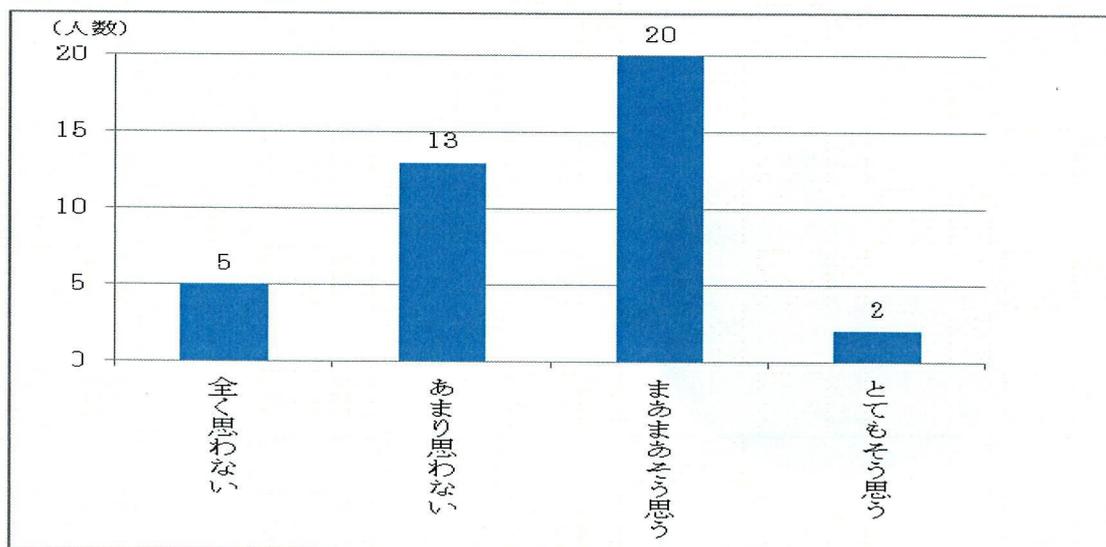
図Ⅲ-2 代理介護者の有無ごとのその状況への満足度

介護を行うにあたって、自身の身体的健康が十分であるかについては図Ⅲ-3 に示した。「まあまあ（十分だと）思う」が42.5%、「あまり（十分だと）思わない」が37.5%であり、中央に集中した分布となった。



図Ⅲ-3 「介護を行うために身体的に十分健康だと思いますか」への回答 (n=40)

介護を行うにあたって、自身の精神的健康が十分であるか、については図Ⅲ-4 に示した。「まあまあ（十分だと）思う」が50%、「あまり（十分だと）思わない」が32.5%であり、中央に集中した分布となった。



図Ⅲ-4 「介護を行うために精神的に十分健康だと思いますか」への回答 (n=40)

3) 被介護者についてのデータの記述的統計結果

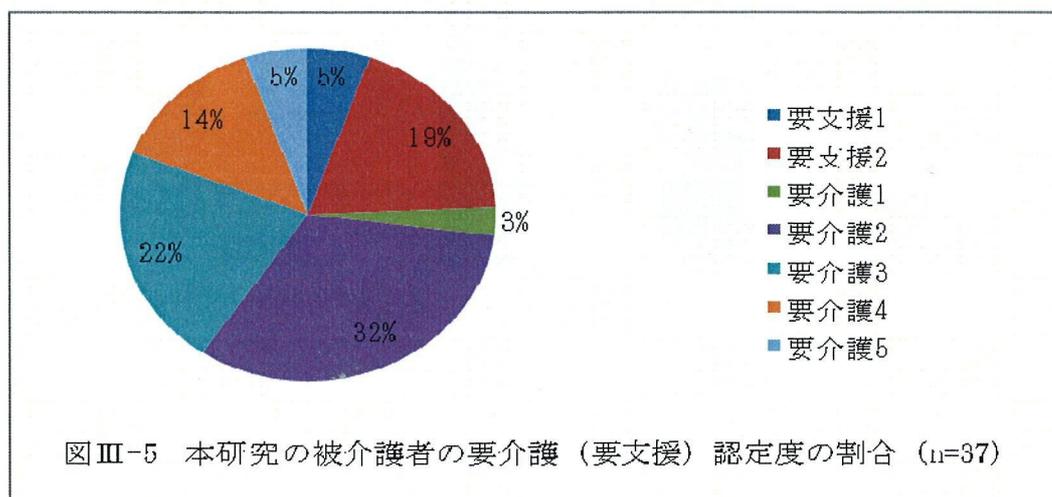
被介護者の属性について、表Ⅲ-2に示す。被介護者の診断名は脳出血が18名、脳梗塞が22名であり、性別は、「男性」が多く60%であり、50歳以上の者が95%を占めていた。また、被介護者の平均年齢は69.2歳であり、介護者の平均年齢60.95歳を上回っていた。介護保険制度における要支援・要介護度について図Ⅲ-5に示す。「要介護2」が32%と最も多く、「要介護3」が22%、「要支援2」が19%と続いた。介護保険制度によるサービスを受けていると回答した者は82.5%であった。

表Ⅲ-2 被介護者の属性

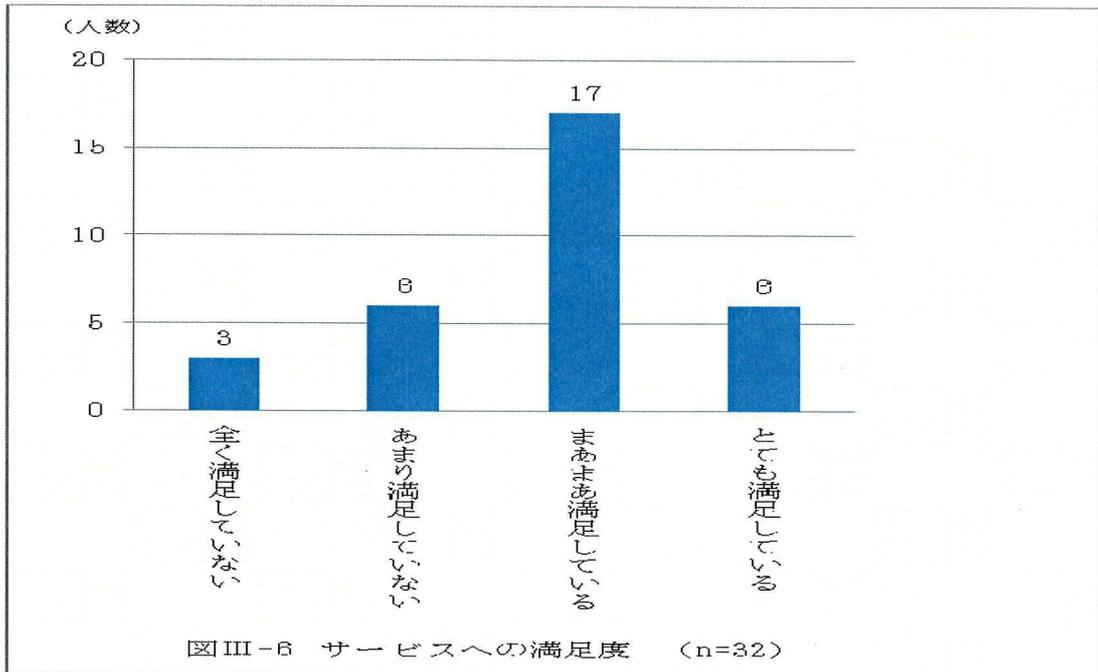
診断名	脳出血	18
	脳梗塞	22
被介護者の年齢 (a)	a<40	1
	40≤a<50	1
	50≤a<60	7
	60≤a<70	10
	70≤a<80	15
	80≤a<90	4
	90≤a	2
	平均	69
SD	12	

被介護者の性別	男性	24
	女性	16
サービス利用の有無	利用している	33
	利用していない	6
	非該当	1

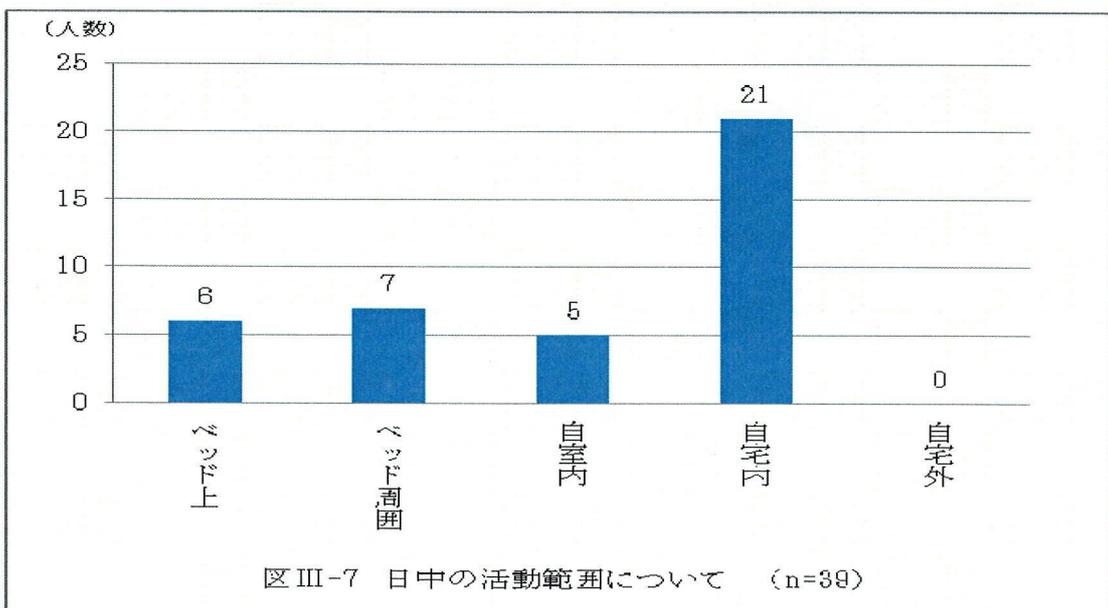
数字は人数



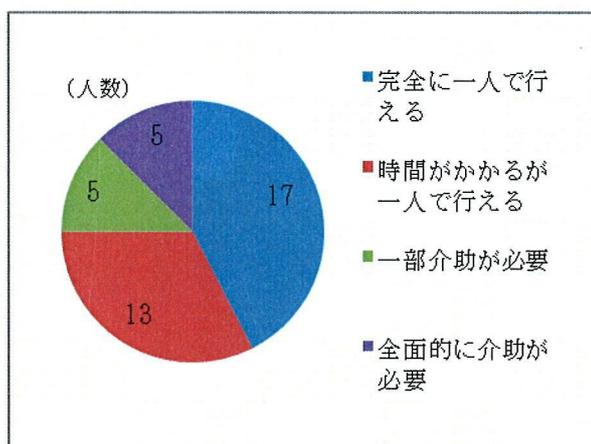
サービスへの満足度について図III-6に示す。「まあまあ満足している」が17名、「とても満足している」が6名と、71%が肯定的な回答を示したが、「全く満足していない」と回答した者も3名存在した。



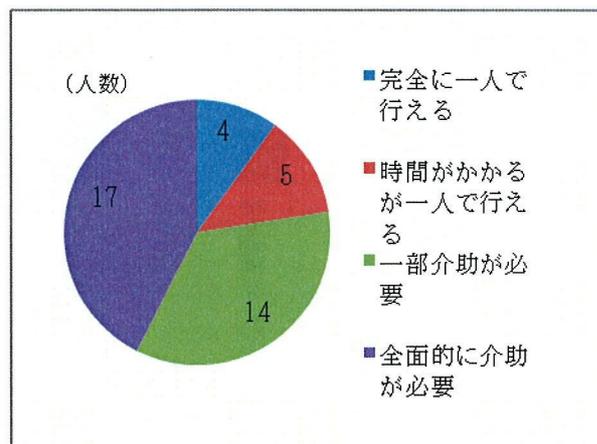
日中どこで過ごすことが多いかを聞いたところ、「自宅内」が21名で52.5%を占めた。活動範囲の広い印象を一見受けるが、「自宅外」と回答した者は一名も存在せず、「ベッド上」と答えた者が6名、「ベッド周囲」と答えた者が7名で、合わせると32.5%にもなった(図III-7)。



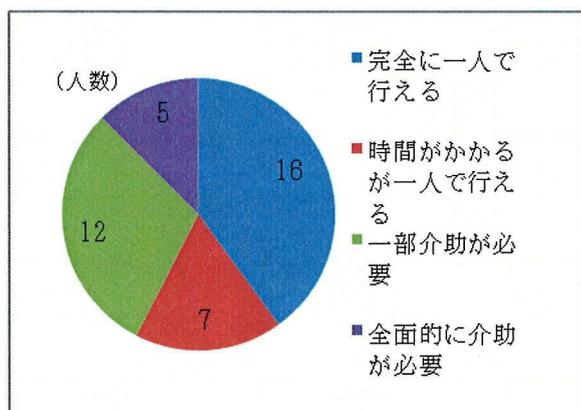
被介護者のADL状況については図Ⅲ-8-1～Ⅲ-8-4に示した。「食事」では、「完全に一人で行える」が最も多く、42.5%をしめた。「時間がかかるが一人で行える」を合わせると、75%となった。「入浴」では、「全面的に介助が必要」が最も多く、42.5%をしめた。「完全に一人で行える」は10%のみであった。「排泄」では、「完全に一人で行える」が40%と最も多く、次いで「一部に介助が必要」の30%が多かった。「移動」では、「時間がかかるが一人で行える」が最も多く42.5%であった。次いで「一部に介助が必要」が30%と多かった。



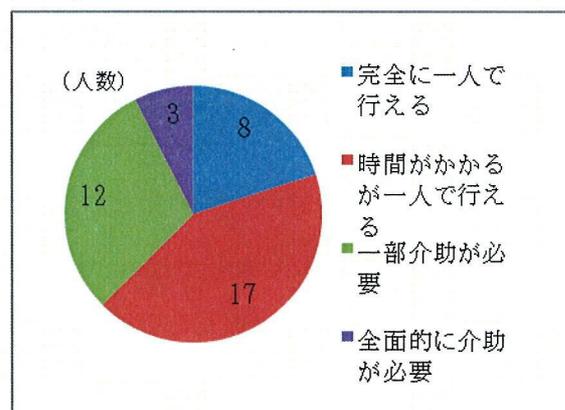
図Ⅲ-8-1 被介護者のADL状況(食事)について (n=40)



図Ⅲ-8-2 被介護者のADL状況(入浴)について (n=40)



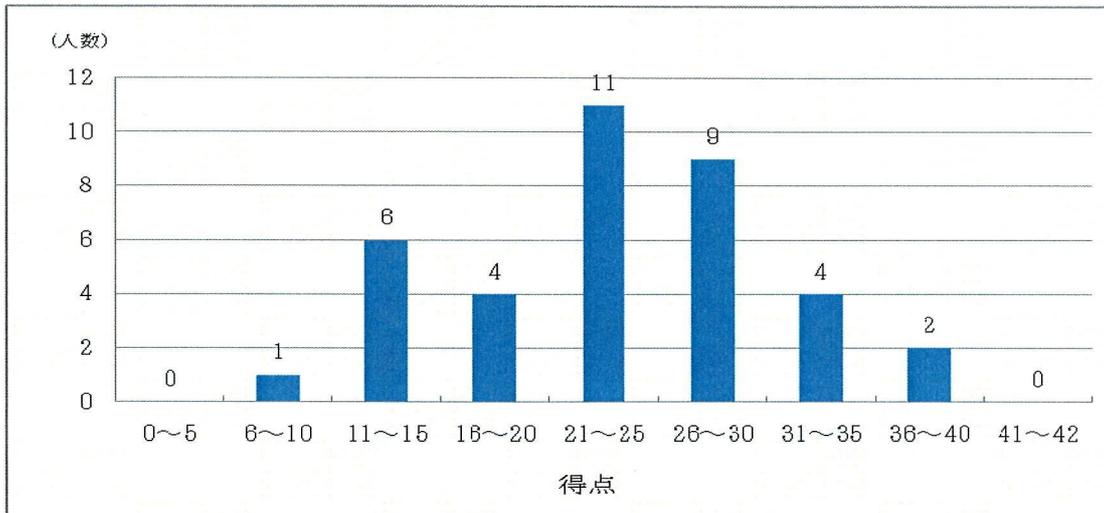
図Ⅲ-8-3 被介護者のADL状況(排泄)について (n=40)



図Ⅲ-8-4 被介護者のADL状況(移動)について (n=40)

4) 介護肯定感についての記述統計結果

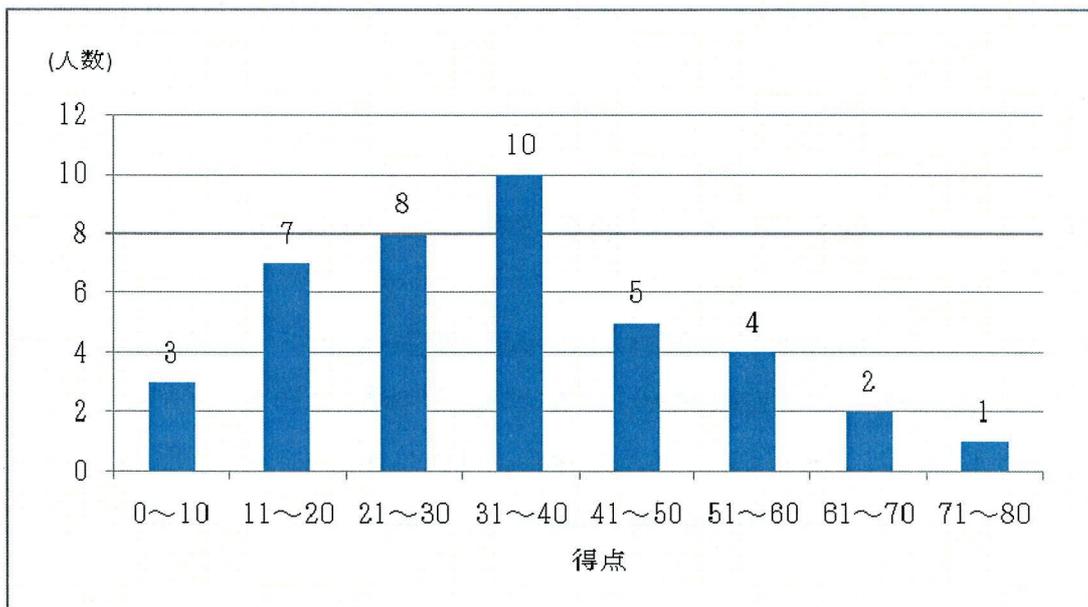
介護肯定感尺度の総点の分布を図Ⅲ-9に示す。平均は23.66、標準偏差7.12、中央値が24であった。また、最小値は10、最大値は37であった（得点可能範囲：0～42）。



図Ⅲ-9 介護肯定感尺度の総点の分布 (n=40)

5) 介護負担感尺度についての記述統計結果

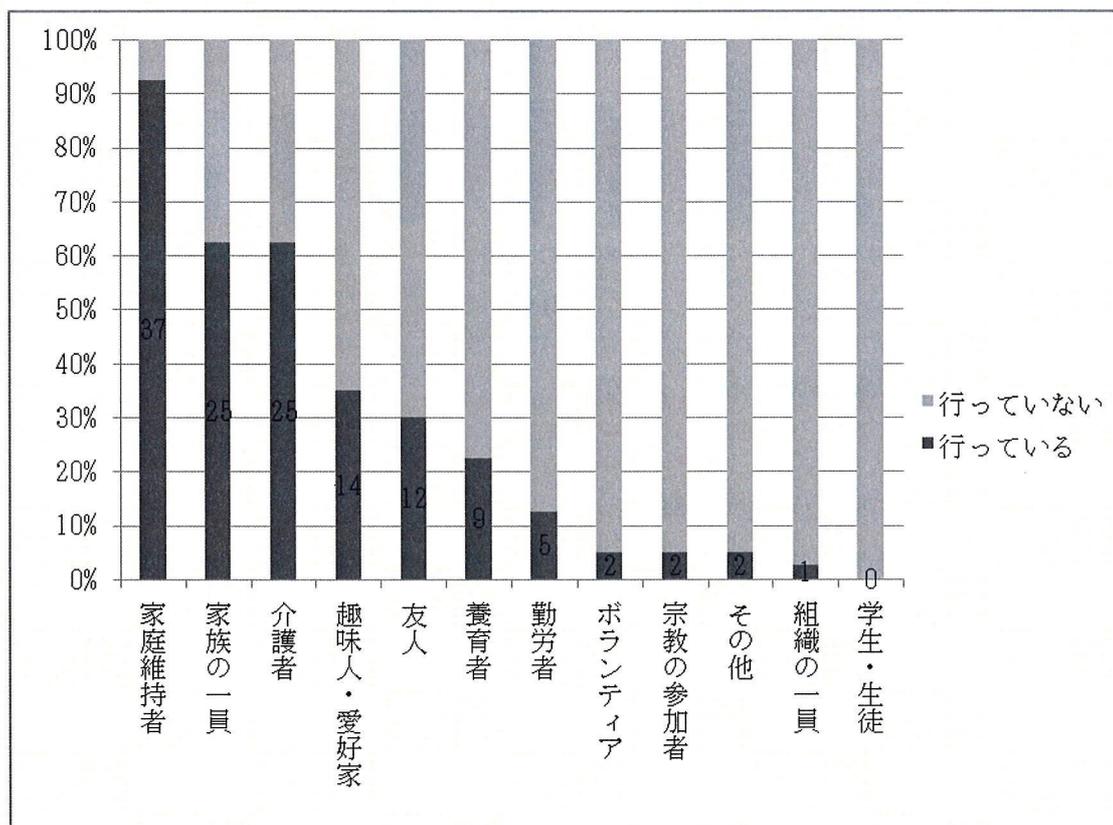
介護負担感尺度の総点の分布を図Ⅲ-10に示す。平均33.6、標準偏差17.0、中央値が34であった。また、最小値は1、最大値は73であった（得点可能範囲：0～88）。



図Ⅲ-10 介護負担感尺度の総点の分布 (n=40)

6) 役割についての記述統計結果

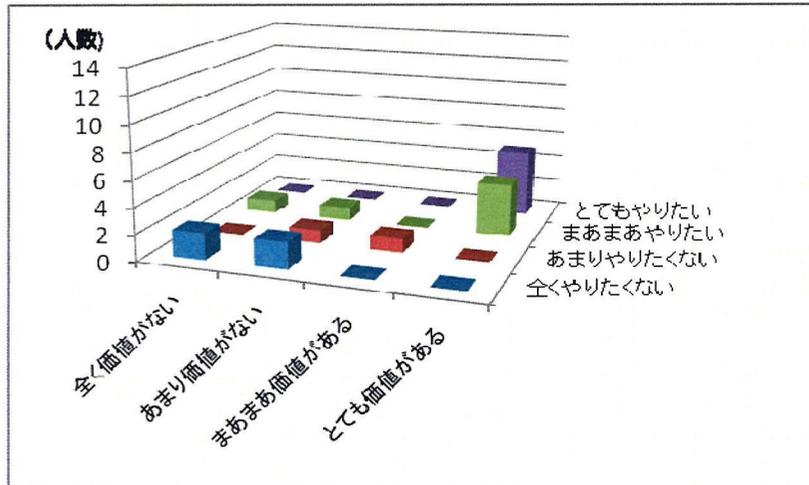
役割チェックリストの第1部「役割の習慣」の結果を図III-11に示す。「行っている」と回答した者が多い役割項目は、家庭維持者、家族の一員、介護者の順で、これら3つの役割は60%以上の者が行っていた。一方、「行っている」と回答した物が少ない役割項目は、学生・生徒、組織の一員、宗教への参加者、勤労者であった。



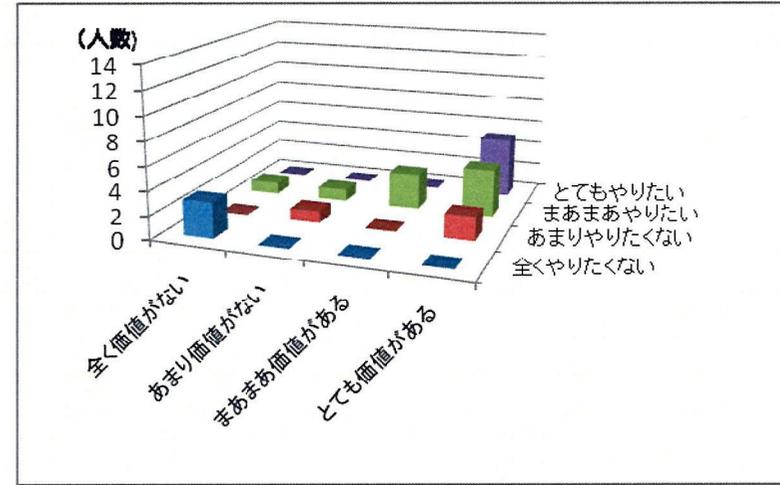
図III-11 役割チェックリスト 第1部の結果 役割の習慣について (n=40)

役割チェックリストの第2部と第3部において、価値と願望を訊ねたが、その回答率には、役割項目によって違いがあった。家庭維持者では34名(85%)、介護者では29名(72.5%)、趣味・愛好家では28名(70%)、友人では26名(65%)、家族の一員では26名(65%)と回答率が高かったが、学生、ボランティアでは17名(42.5%)、組織の一員、宗教への参加者では18名(45%)と回答率が低かった。

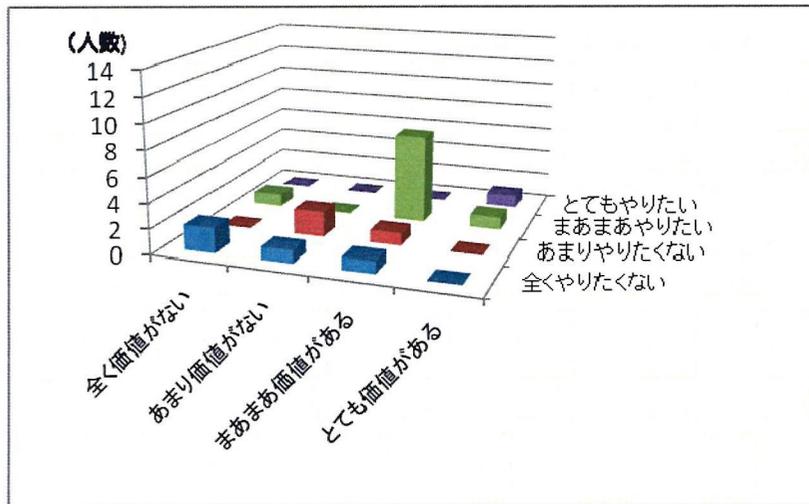
図III-12-1~III-12-12にそれぞれの役割の分布を示す。



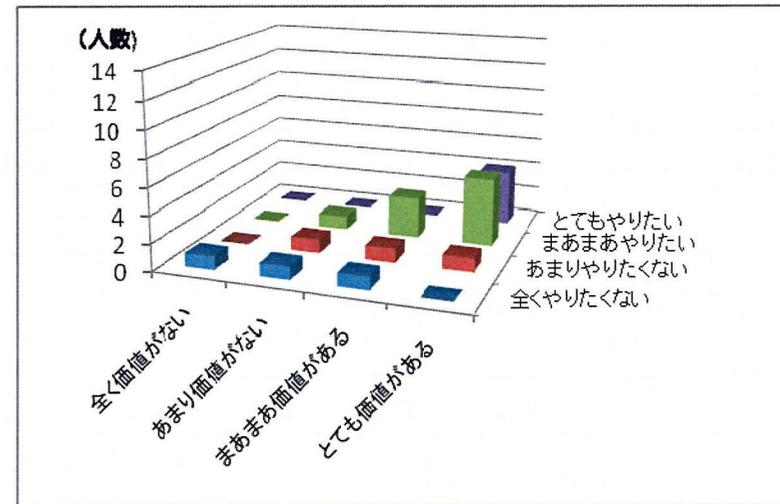
図III-12-1 学生・生徒役割への価値と願望について (n=17)



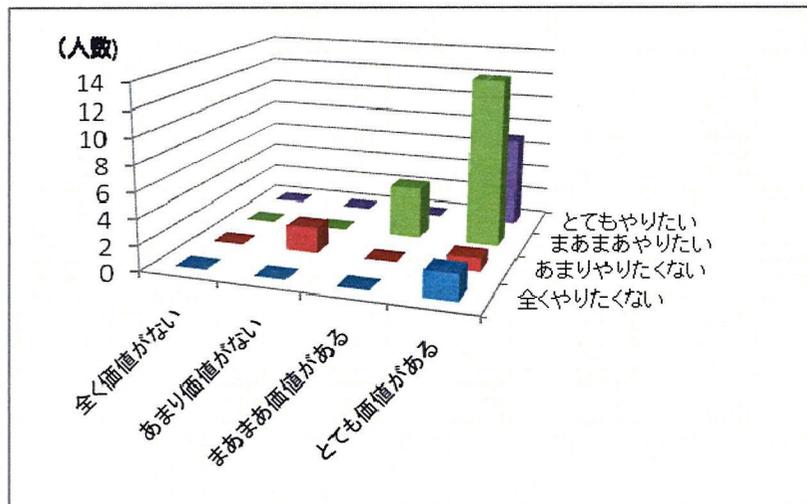
図III-12-2 勤労者役割への価値と願望について (n=20)



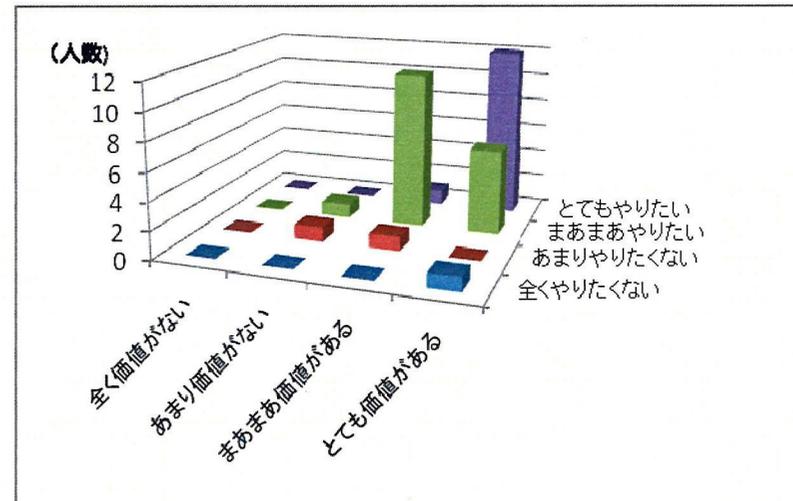
図III-12-3 ボランティア役割への価値と願望について (n=17)



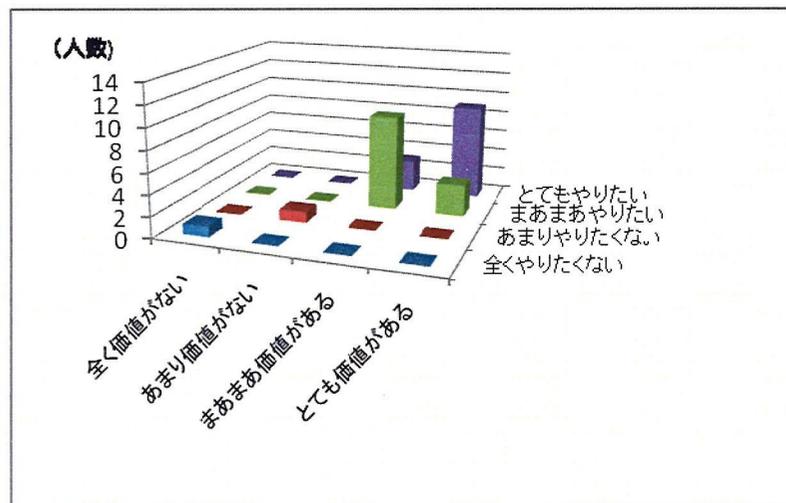
図III-12-4 養育者役割への価値と願望について (n=19)



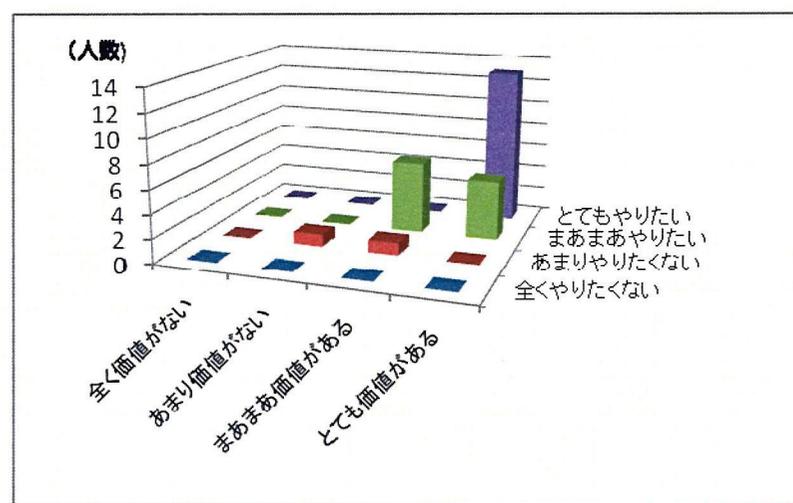
図III-12-5 介護者役割への価値と願望について (n=29)



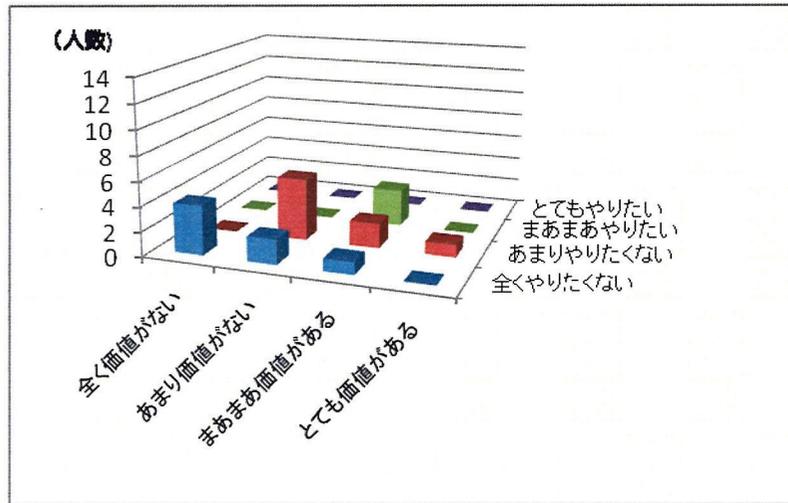
図III-12-6 家庭維持者役割への価値と願望について (n=34)



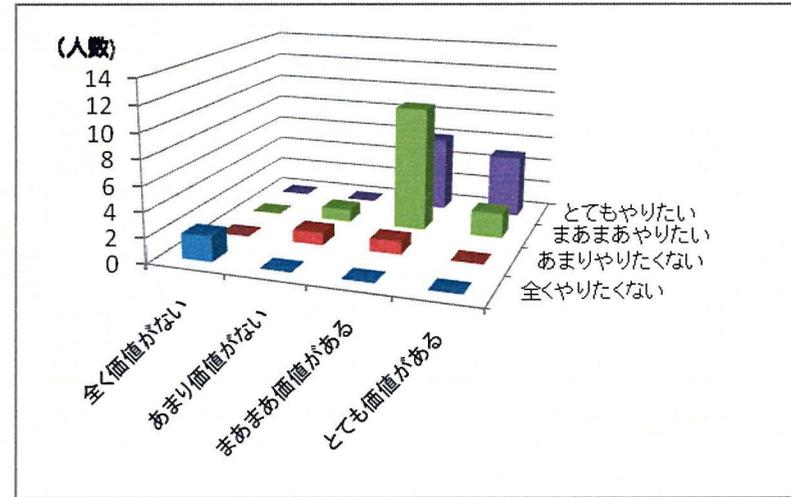
図III-12-7 友人役割への価値と願望について (n=26)



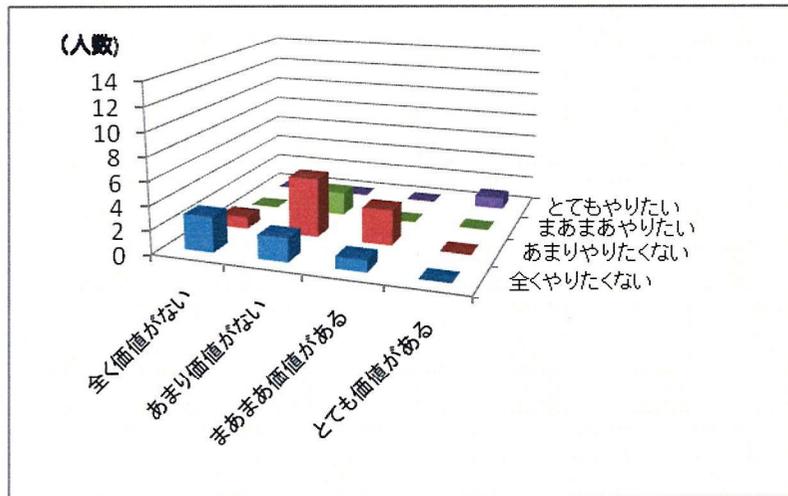
図III-12-8 家族の一員役割への価値と願望について (n=26)



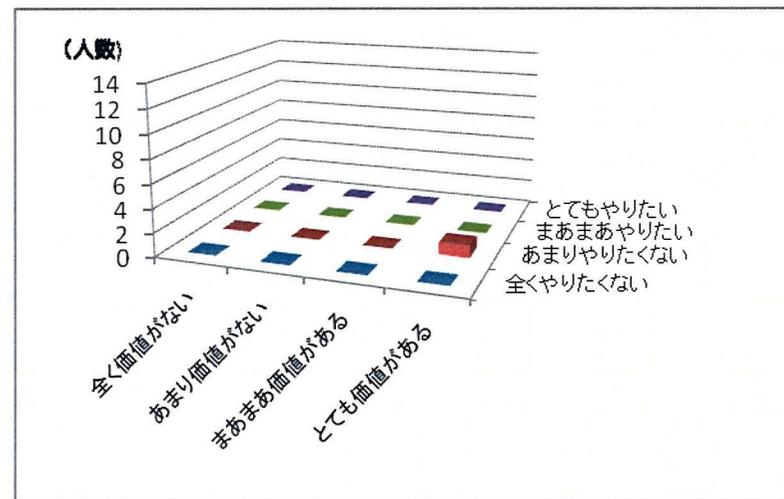
図III-12-9 宗教への参加者役割への価値と願望について (n=18)



図III-12-10 趣味人・愛好家役割への価値と願望について (n=28)



図III-12-11 組織の一員役割への価値と願望について (n=18)



図III-12-12 その他役割への価値と願望について (n=1)

2. 役割チェックリスト第2部「役割への価値」、第3部「役割への願望」ならびに介護肯定感尺度、介護負担尺度の因子分析の結果

1) 役割チェックリスト第2部「役割の価値」と第3部「役割への願望」の因子分析の結果

役割チェックリスト第2部の役割の価値に関する回答結果を因子分析した結果を表Ⅲ-3に示す(因子負荷量が0.60以上のものにマーキングをしている)。因子を「社会役割への価値」「家庭役割への価値」と名付けた。また第3部の役割への願望に関する回答結果を因子分析した結果をⅢ-4に示す(因子負荷量が0.60以上のものにマーキングをしている)。因子を「社会役割への願望」「家庭役割への願望」と名付けた。

表Ⅲ-3 役割チェックリスト第2部 役割割への価値に関する回答結果の因子分析結果

	因子1 社会役割への価値	因子2 家庭役割への価値	共通性
どの程度価値があると感じるか: ボランティア	0.88	0.35	0.89
どの程度価値があると感じるか: 組織の一員	0.85	0.33	0.84
どの程度価値があると感じるか: 宗教への参加者	0.83	0.19	0.73
どの程度価値があると感じるか: 学生・生徒	0.78	0.42	0.79
どの程度価値があると感じるか: 養育者	0.75	0.33	0.66
どの程度価値があると感じるか: 勤労者	0.68	0.14	0.48
どの程度価値があると感じるか: 家庭維持者	0.08	0.76	0.59
どの程度価値があると感じるか: 介護者	0.24	0.64	0.47
どの程度価値があると感じるか: 家族の一員	0.24	0.64	0.46
どの程度価値があると感じるか: 友人	0.34	0.56	0.43
どの程度価値があると感じるか: 趣味人・愛好家	0.29	0.46	0.29
因子寄与	4.14	2.50	6.64
寄与率 (%)	0.38	0.23	0.60
累積寄与率	0.38	0.38	

因子抽出法: 主因子法(反復解法) 回転法: バリマックス法

表Ⅲ-4 役割チェックリスト第2部 役割への願望に関する回答結果の因子分析結果

	因子1		共通性
	社会役割への願望	因子2 家庭役割への願望	
やりたいと感じるか: ボランティア	0.95	0.26	0.97
やりたいと感じるか: 学生・生徒	0.91	0.31	0.92
やりたいと感じるか: 養育者	0.79	0.39	0.77
やりたいと感じるか: 宗教への参加者	0.71	0.35	0.62
やりたいと感じるか: 組織の一員	0.71	0.42	0.68
やりたいと感じるか: 勤労者	0.69	0.03	0.47
やりたいと感じるか: 家族の一員	0.25	0.90	0.88
やりたいと感じるか: 介護者	0.20	0.80	0.67
やりたいと感じるか: 家庭維持者	0.12	0.70	0.50
やりたいと感じるか: 友人	0.40	0.49	0.40
やりたいと感じるか: 趣味人・愛好家	0.26	0.49	0.31
因子寄与	4.16	3.04	7.19
寄与率(%)	0.38	0.28	0.65
累積寄与率	0.38	0.38	

因子抽出法: 主因子法(反復解法) 回転法: ハリマックス法

2) 介護肯定感尺度・介護負担感尺度の因子分析

介護肯定感尺度の因子分析の結果を表Ⅲ-5に示す(因子負荷量が0.50以上のものにマーキングをしている)。因子を「喜楽激励」「自己成長」「状況受容」と名付けた。また、介護負担感尺度の因子分析の結果を表Ⅲ-6に示す(因子負荷量が0.50以上のものにマーキングをしている)。因子を「状況としての負担感」「情緒的負担感」と名付けた。

表III-5 介護肯定感尺度の因子分析

	因子1 喜楽激励	因子2 自己成長	因子3 状況受容	共通性
本人さんといえるのが楽しいと感じる	0.80	0.10	-0.01	0.65
介護をするのが、自分の生きがいになっている	0.78	0.12	0.21	0.67
介護することによって、満足感が得られる	0.72	0.12	0.25	0.60
本人さんが何か小さなことに喜ぶのを見て、嬉しくなる	0.60	0.28	0.29	0.53
介護を義務感から出なく、望んでしている	0.55	0.27	-0.01	0.38
本人さんが介護に感謝したり、喜んでしていると感じる	0.53	0.13	0.31	0.39
介護をしていて、逆に自分が元氣付けられたり、励まされたりする	0.60	0.61	0.06	0.73
介護のおかげで人間として成長したと思う	0.15	0.80	0.07	0.67
介護のおかげで難しい状況に対処する力など、自信がついた	0.36	0.72	0.02	0.65
介護をすることで学ぶことがたくさんある	-0.19	0.68	0.34	0.61
介護することで、本人さんと親密になつたように感じる	0.49	0.59	0.32	0.68
介護することは自分の老後の為になると思う	0.32	0.52	0.06	0.38
本人さんを自分が最後までみてあげようと思う	0.18	0.00	0.87	0.80
介護の苦勞はあっても、前向きに考えていこうと思う	0.23	0.37	0.70	0.68
因子寄与	3.69	2.94	1.77	8.41
寄与率 (%)	0.26	0.21	0.13	0.60
累積寄与率	0.26	0.47	0.60	

因子抽出法: 主因子法 回転法: バリマックス法

表Ⅲ-6 介護負担感尺度の因子分析

	因子 1		因子 2	共通性
	状況としての負担感	情緒的負担感		
介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0.86	0.20	0.79	
本人さんはあなたに頼っていると思いますか	0.82	-0.17	0.70	
介護のために自分の時間が十分に取れないと思いますか	0.74	0.06	0.56	
介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思う事がありますか	0.72	0.34	0.64	
介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなりましたか	0.69	0.35	0.61	
介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思う事がありますか	0.69	0.41	0.64	
本人さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか	0.68	-0.08	0.46	
本人さんが、将来どうなるのか不安になる事がありますか	0.63	0.31	0.49	
介護のために、体調を崩したと思った事がありますか	0.56	0.29	0.39	
本人さんが家にいるので、友人を自宅に呼びたくも呼べないと思った事がありますか	0.51	0.36	0.39	
介護にこれ以上の時間はさけないと思っ事がありますか	0.60	0.50	0.61	
介護を誰かにまかせてしまいたいと思っ事がありますか	0.57	0.51	0.58	
本人さんのそばにいと、気が休まらなと思っ事がありますか	0.55	0.51	0.57	
本人さんのそばにいと腹が立つ事がありますか	0.42	0.67	0.62	
本人さんに対して、どうしていいかわからないと思っ事がありますか	0.28	0.62	0.46	
本人さんの行動に対し、困ってしまうと思っ事がありますか	0.37	0.52	0.41	
介護があるので自分のプライバシーを保つ事が出来なと思っ事がありますか	0.46	0.52	0.49	
本人さんは必要以上に世話を求めてくると思っ事がありますか	0.36	0.10	0.14	
今の暮らしを考えれば、介護にかける金銭的な余裕はないと思っ事がありますか	0.25	0.46	0.27	
本当は自分ももっとうまく介護できるのになあと思っ事がありますか	-0.18	0.38	0.18	
自分は今以上にもっと頑張って介護すべきだと思っ事がありますか	-0.09	0.36	0.14	
因子寄与	6.69	3.43	10.13	
寄与率(%)	0.32	0.16	0.48	
累積寄与率	0.32	0.48		
因子抽出法: 主因子法	回転法: バリマックス法			

3. 介護者の役割と介護肯定感、介護負担感の関係について

1) 介護役割を認識していない群と認識している群の比較の結果

役割チェックリスト第1部「役割の習慣」の回答結果より、介護役割を認識している群と、介護役割を認識していない群にわけ、群間で比較を行った。その結果を表Ⅲ-7-1～表Ⅲ-7-3に示す。代理介護者の有無、代理介護者の有無への満足度、介護に対する精神的健康度、被介護者性別に有意な差がみられた。

表Ⅲ-7-1 介護役割を認識していない群と認識している群の比較

		介護役割を認識していない 群	介護役割を認識している 群	P値
介護者性別	男性	2人	6人	NS
	女性	13人	19人	
介護者年齢	平均	63歳	59.72歳	NS
	標準偏差	10.52	12.80	
介護者との関係	配偶者	14人	14人	NS
	実父	0人	2人	
	実母	1人	4人	
	義父	0人	1人	
	義母	0人	3人	
	その他	0人	1人	
同居者人数	平均	2.47人	2.32人	NS
	標準偏差	1.09	1.01	
介護期間	平均	8.07ヵ月	9.40ヵ月	NS
	標準偏差	2.02	2.26	
平均介護日数/週	平均	6.38日	6.08日	NS
	標準偏差	1.44	1.92	

Mann-Whitney のU検定、 χ^2 独立性の検定 (Fisher の正確確率検定)

NS: not significant

表III-7-2 介護役割を認識していない群と認識している群の比較

		介護役割を認識してい	介護役割を認識して	P 値
		ない群	いる群	
平均介護時間/日	0~2 時間	3 人	4 人	NS
	2~4 時間	4 人	6 人	
	4~6 時間	0 人	4 人	
	6~8 時間	1 人	0 人	
	8 時間以上	4 人	8 人	
副介護者の有無	居る	5 人	14 人	NS
	居ない	10 人	11 人	
副介護者の有無への満足度	平均	2.53 点	2.36 点	NS
	標準偏差	0.81	1.09	
代理介護者の有無	居る	4 人	16 人	0.02
	居ない	11 人	9 人	
代理介護者の有無への満足度	平均	1.8 点	2.56 点	0.03
	標準偏差	0.98	0.98	
介護に対する身体的健康度	平均	2.13 点	2.64 点	NS
	標準偏差	0.81	0.74	
介護に対する精神的健康度	平均	2.00 点	2.76 点	0.01
	標準偏差	0.89	0.51	
被介護者性別	男性	12 人	12 人	0.05
	女性	3 人	13 人	
被介護者年齢	平均	66.93 歳	70.48 歳	NS
	標準偏差	9.03	12.42	

Mann-Whitney の U 検定、 χ^2 独立性の検定 (Fisher の正確確率検定)

NS: not significant

表Ⅲ-7-3 介護役割を認識していない群と認識している群の比較

		介護役割を認識していな い群	介護役割を認識して いる群	P値
要支援・要介護度	要支援1	0人	2人	NS
	要支援2	2人	5人	
	要介護1	0人	1人	
	要介護2	5人	7人	
	要介護3	4人	4人	
	要介護4	2人	3人	
	要介護5	2人	0人	
サービス利用	在り	12人	22人	NS
	なし	3人	3人	
サービスへの満足度	平均	2.75点	2.59点	NS
	標準偏差	0.72	1.19	
活動範囲	ベッド上	4人	2人	NS
	ベッド周囲	1人	6人	
	自室内	1人	4人	
	自宅内	9人	12人	
	屋外	0人	0人	
食事	平均	2.07点	1.88点	NS
	標準偏差	1.00	1.03	
入浴	平均	3.53点	2.84点	NS
	標準偏差	0.62	1.05	
排泄	平均	2.33点	2.04点	NS
	標準偏差	1.07	1.08	
移動	平均	2.33点	2.20点	NS
	標準偏差	0.87	0.85	

Mann-Whitney の U 検定、 χ^2 独立性の検定 (Fisher の正確確率検定)

NS: not significant

2) 介護役割への価値・願望と介護肯定感・介護負担感との相関分析の結果

役割チェックリスト第2部の「介護役割への価値」の程度と介護肯定感尺度の総点、介護負担感尺度の総点との相関について表Ⅲ-8 示す。「介護役割への価値」の程度と介護肯定感尺度の総点には、相関係数は大きくないが、有意な相関が見られた。一方、「介護役割への価値」の程度と介護負担感尺度の総点との相関は見られなかった。

また役割チェックリスト第3部の「介護役割への願望」の程度と介護肯定感尺度の総点、介護負担感尺度の総点との相関について表Ⅲ-9 に示す。「介護役割への願望」の程度と介護肯定感尺度の総点には、相関係数は大きくないが、有意な相関が見られた。一方、「介護役割への願望」の程度と介護負担感尺度の総点との相関は見られなかった。

表Ⅲ-8 介護役割への価値と介護肯定感・介護負担感との相関

		Spearman の相関係数	
		介護肯定感合計	介護負担感合計
価値があるか	相関係数	0.37	0.06
	有意確率 (両側)	0.04	0.74
	総数 (人)	29	31

表Ⅲ-9 介護役割への願望と介護肯定感・介護負担感との相関

		Spearman の相関係数	
		介護肯定感合計	介護負担感合計
やりたいか	相関係数	0.50	-0.25
	有意確率 (両側)	0.01	0.18
	総数 (人)	28	29

3) 介護肯定感・介護負担感の各因子と介護役割への価値・願望との相関分析の結果

介護肯定感の各因子（表Ⅲ-5）と「介護役割への価値」の程度、そして「介護役割への願望」の程度と相関（Spearman の順位相関係数）を調べた（表Ⅲ-10、Ⅲ-11）。「介護役割への価値」の程度と介護肯定感の因子である「状況受容」は、相関係数は大きくないが、有意な相関を認めた。また、「介護役割への願望」の程度と介護肯定感の因子である「自己成長」は、相関係数は大きくないが、有意な相関を認めた。

表Ⅲ-10 介護役割への価値と介護肯定感各因子との相関

		Spearman の相関係数		
		喜楽激励	自己成長	状況受容
価値があるか	相関係数	0.30	0.32	0.39
	有意確率（両側）	0.12	0.08	0.03
	総数（人）	29	31	31

表Ⅲ-11 介護役割への願望と介護肯定感各因子との相関

		Spearman の相関係数		
		喜楽激励	自己成長	状況受容
やりたいか	相関係数	0.36	0.47	0.26
	有意確率（両側）	0.06	0.01	0.17
	総数（人）	28	29	29

また、介護負担感の各因子（表Ⅲ-6）と「介護役割への価値」の程度、そして「介護役割への願望」の程度との相関（Spearman の順位相関係数）を調べた（表Ⅲ-12、Ⅲ-13）。いずれにおいても有意な相関は認められなかった。

表Ⅲ-12 介護役割への価値と介護負担感各因子との相関

Spearman の相関係数			
		状況的負担	情緒的負担
価値があるか	相関係数	0.14	-0.15
	有意確率（両側）	0.45	0.43
	総数（人）	31	31

表Ⅲ-13 介護役割への願望と介護負担感各因子との相関

Spearman の相関係数			
		状況的負担	情緒的負担
やりたいか	相関係数	-0.23	-0.18
	有意確率（両側）	0.23	0.34
	総数（人）	29	29

4. 役割を説明変数、介護肯定感・介護負担感を目的変数とした重回帰分析の結果

役割チェックリストで収集した役割が、介護肯定感・介護負担感に果たす作用を探索するために、重回帰分析を用いて検討した。

まず、「役割への価値」の因子負荷量（表Ⅲ-3）と役割の習慣の有無（有り：1、無し：0）から、以下の計算式を用いて各対象者の指数を算出した。

$$\text{社会役割への価値指数} = \Sigma [(\text{社会役割への価値の因子負荷量}) \times (\text{習慣の有無})]$$

$$\text{家庭役割への価値指数} = \Sigma [(\text{家庭役割への価値の因子負荷量}) \times (\text{習慣の有無})]$$

また同様に、「役割への願望」の因子負荷量（表Ⅲ-4）と役割の習慣の有無（有り：1、無し：0）から、以下の計算式を用いて各対象者の指数を算出した。

$$\text{社会役割への願望指数} = \Sigma [(\text{社会役割への願望の因子負荷量}) \times (\text{習慣の有無})]$$

$$\text{家庭役割への願望指数} = \Sigma [(\text{家庭役割への願望の因子負荷量}) \times (\text{習慣の有無})]$$

これらの結果を表Ⅲ-14に示す。

これらの役割の指数を説明変数とし、介護肯定感、介護負担感の各因子得点を目的変数として重回帰分析を行った。その結果、介護肯定感の因子である「喜楽激励」は「社会役割への願望指数」から説明できた（ $R=0.49$ ）（表Ⅲ-15）。また、介護負担感の因子である「状況としての負担感」は「社会役割への価値指数」と「社会役割への願望指数」から説明できた（ $R=0.51$ ）（表Ⅲ-16）。そのほかの介護肯定感、介護負担感の因子については説明できなかった。

表Ⅲ-14 役割の価値、願望と習慣から算出した指数

対象者No.	社会役割への願望指数	家族役割への願望指数	社会役割への願望指数	家族役割への願望指数
4	0.32	1.40	0.32	1.49
8	1.07	2.04	0.58	2.40
11	1.49	2.85	1.78	3.15
14	1.05	1.36	1.06	1.22
16	0.38	1.22	0.38	1.19
26	1.07	2.04	0.58	2.40
29	0.32	2.04	0.58	2.40
32	1.90	1.60	1.03	1.84
33	0.68	0.14	0.69	0.03
35	0.32	1.40	0.32	1.49
36	1.36	2.50	0.84	2.89
40	0.32	2.04	0.58	2.40
41	1.18	2.37	1.28	2.82
42	0.61	2.50	0.84	2.89
47	1.07	2.04	0.58	2.40
56	0.38	1.22	0.38	1.19
62	0.61	1.86	0.58	1.99
70	0.08	1.40	0.37	1.60
72	1.63	3.20	1.92	3.41
81	0.71	1.78	0.78	1.68
85	0.76	0.90	0.81	0.73
86	0.00	0.64	0.25	0.90
88	0.66	2.61	0.98	2.88
92	0.08	0.76	0.12	0.70
96	1.40	1.97	0.72	1.98
97	0.42	1.33	0.52	1.19
99	0.95	3.06	1.23	3.38
101	0.42	1.96	0.77	2.09
106	0.57	1.84	0.86	2.19
107	2.52	3.26	1.94	3.72
111	0.61	2.50	0.84	2.89
119	0.08	0.76	0.12	0.70
120	0.61	2.50	0.84	2.89
121	0.08	1.40	0.37	1.60
125	2.28	2.96	1.92	3.15
128	0.08	0.76	0.12	0.70
129	1.75	2.18	1.26	2.42
130	0.42	1.96	0.77	2.09
133	0.32	2.04	0.58	2.40
137	0.95	3.06	1.23	3.38

表Ⅲ-15 介護肯定感因子 喜楽激励を目的変数とした重回帰分析の結果

重回帰分析

データ数	40
重相関係数R	0.49
決定係数R ²	0.24
自由度修正済み決定係数	0.16
Y評価値の標準誤差	0.86
ダービン・ワトソン比	2.92

分散分析表

要因	偏差平方和	自由度	不偏分散	F値	P値
回帰	8.25	4.00	2.06	2.80	0.04
残差	25.80	35.00	0.74		
計	34.05	39.00			

回帰係数の有意性の検定と信頼区間

定数項	回帰係数	標準回帰係数	t値	P値	95%下限	95%上限
社会役割への価値指数	-0.04	-0.04	-0.10	0.92	-0.88	0.80
家族役割への価値指数	-0.82	-0.54	-1.95	0.06	-1.68	0.04
社会役割への願望指数	-2.54	-2.08	-1.82	0.08	-5.39	0.30
家族役割への願望指数	2.09	1.08	2.97	0.01	0.66	3.52
社会役割への願望指数	1.85	1.80	1.70	0.10	-0.36	4.06

表Ⅲ-16 介護負担感因子：状況としての負担感を目的変数とした重回帰分析の結果

重回帰分析

データ数	40
重相関係数R	0.51
決定係数R ²	0.26
自由度修正済み決定係数	0.18
Y評価値の標準誤差	0.87
ダービン・ワトソン比	2.05

分散分析表

要因	偏差平方和	自由度	不偏分散	F値	P値
回帰	9.51	4.00	2.38	3.11	0.03
残差	26.76	35.00	0.76		
計	36.28	39.00			

回帰係数の有意性の検定と信頼区間

定数項	回帰係数	標準回帰係数	t値	P値	95%下限	95%上限
社会役割への価値指数	0.57	0.57	1.35	0.19	-0.29	1.42
家族役割への価値指数	0.92	0.59	2.13	0.04	0.04	1.79
社会役割への願望指数	0.94	0.75	0.66	0.51	-1.95	3.84
家族役割への願望指数	-1.94	-0.97	-2.70	0.01	-3.40	-0.48
家族役割への願望指数	-0.74	-0.70	-0.67	0.51	-2.99	1.51

考察

1. データのサンプリングに関する検討

坪井ら⁹⁾による在宅介護家族を対象にした介護負担感に関する調査では、対象者のうち女性が80.1%を占め、平均年齢は58.5歳であった。また、楯本ら¹⁰⁾による在宅介護サービス利用者の主介護者を対象とした介護負担感に関する調査では、女性が83.2%で、平均年齢60.7歳であった。本研究の対象者は、女性が80%を占めており、平均年齢は60.95歳と先行研究のデータと同程度と考えられた。アンケート調査における協力者には女性が多いことも影響していると思われた。

楯本ら¹⁰⁾による調査では、男性が全体の32.4%で、平均年齢82.1歳であり、坪井ら⁹⁾による調査では、被介護者の平均年齢は81.2歳であった。本研究の被介護者は、これらと比較すると男性が60%と多く、平均年齢は69.15歳と低かった。また、対象者と被介護者との関係については、坪井ら⁹⁾、楯本ら¹⁰⁾の調査では、それぞれ親が69.1%、68.7%と最も多く、配偶者は23.7%、29.6%であった。本研究では被介護者との関係は、配偶者の関係が70%を占めており、親は27.5%と順位が逆転していた。これらは、本研究では対象をCVA患者の主介護者に限定したが、先行研究には認知症などの脳血管障害以外の疾患の方も含まれているであろうことが影響していると思われた。

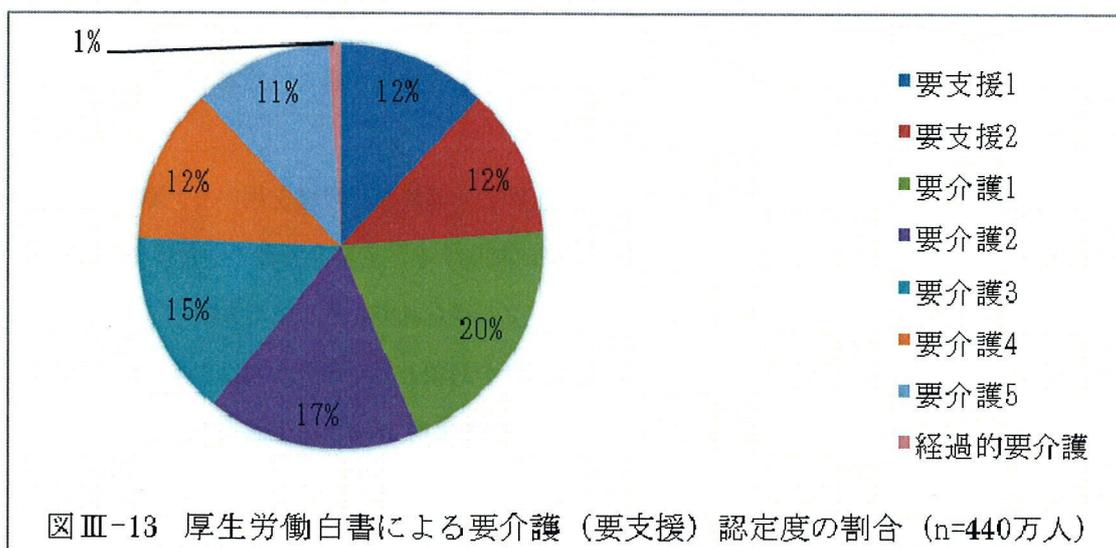
平成20年度の厚生労働白書³⁰⁾によると、2006年度の核家族世帯（夫婦のみの世帯、夫婦と未婚の子のみの世帯、ひとり親と未婚の子のみの世帯）は全体の59%であり、平均世帯人数も2.65人であった。本研究の対象者の同居者の人数は、「2名」と回答した者が55%を占めており、「3名」までを含めると82.5%となり、平均は2.56人であった。本研究の対象者の世帯構成人数はやや少ないようであるが、それは対象者の年代が高いことも影響していると考えられる。また地域性の影響もあると予測されるが、それは今回のデータからは検討できなかった。

副介護者の有無と代理介護者の有無については、いずれの項目でも、ほぼ半数ずつの割合となった。その状況に対する満足度を聞いたところ、当然であるが、副介護者が居ない、あるいは代理介護者が居ないと答えた群は、いると答えた群と比べて満足度が低かった（Mann-whitneyのU検定）。また、記述的統計により、副介護者よりも代理介護者のほうが、その有無による満足度への影響が大きいことが確認できる。これは、中谷³⁰⁾の介護代替者の有無のほうが負担感と関連があるという結果と同様であった。また、週に介護を行っている日数については7割以上の者が「7日」が回答しており、一日の介護時間を8時間以上と回答した者が最も多かったことから、代理介護者の存在が満足度に影響することもうなづける。

身体的健康と精神的健康については、いずれの項目も、「まあまあ思う」と「あまりそう思わ

ない」に回答が集まり、介護という活動を、まずまず自身の状態と見合った活動であるとみなしているように思えた。これは、在宅での介護を半年以上、継続することができた者が対象者となっていることが影響していると思われる。

また、平成20年度の厚生労働白書³⁹⁾による2007年4月の時点での介護保険制度における要介護(要支援)認定者の認定度の割合を図Ⅲ-13に示す。



平成20年度の厚生労働白書による介護保険制度における要介護(要支援)認定者と、本研究の被介護者との間で、認定度ごとに人数を調べたところ、有意な差が見られた ($p=0.024$)。本研究の被介護者は要介護2、要介護3の割合が多く、要介護1、要支援1、要介護5の割合が少なくなっていた。これは本研究の被介護者をCVA患者に限定したことが影響しているのではないかと考えられた。つまり、認知症の方やいわゆる虚弱高齢者を含まなかったことで、要支援1のものが少なくなったと思われる。また脳血管障害者の特徴的な問題である、車椅子の使用などの移動能力の低下によって、要介護1ではなく要介護2の認定を受けた被介護者が多かったのではないかと考えられた。また「自宅で生活を行っていること」という本研究における対象者の選定があったため、要介護5の者が少なかったと考えられた。

介護保険制度によるサービスは82.5%の多くの者が利用しており、サービスへの満足度についても大半が肯定的に受け止めていた。このことも、在宅での介護を半年以上、継続することができた者が対象者となっていることが影響していると思われる。

被介護者の活動性やADL能力については、要介護度とも考え併せると、過半数以上が日中は「自宅内」で過ごし、食事、排泄、移動については、時間は掛ってもどうにか一人で行えるが、入浴は援

助を要するといった状態であると思われた。一方で、食事、排泄、移動、入浴とも全面的に介助が必要で、主にベッド上で生活をしている被介護者も含まれていると思われた。

介護肯定感については、同尺度を用いた研究が少ないため、本研究の対象者が示した得点が一般的に高い水準にあるのか、低い水準にあるのかを判断することは難しい。しかし、質問項目 14 項目、得点範囲 0~3 で、最小値 10、最大値 37、平均 23.66、中央値 24、最頻値 24 という値を考えると、肯定感は概ね高い対象者であるのではないかと思われた。これは、対象者が、在宅での介護を半年以上、継続することができた者であることや、本研究に対して協力が得られた者であることから窺うことができる。

一方、介護負担感については、斎藤ら³⁰が本研究と同じ介護負担感尺度を用いて、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準のランク B と C に該当する在宅要介護者の主介護者 42 名を対象に研究した結果、平均 29.6 標準偏差 14.0 とのデータが得られている。また大西ら（文献 51）の居宅支援事業所でケアプランを作成している者の介護者を対象とした研究からは平均 34.3、標準偏差 13.8 とのデータが得られている。これらから、本研究の平均 33.6、標準偏差 17.0 という値は、一般的な水準であると考えられた。

2. 介護者という役割の認識と介護役割の特性について

1) 介護者の「役割の習慣」とその認識の差について

役割チェックリスト第 1 部「役割の習慣」における介護者の役割の説明文は「介護の必要な方への介護に少なくとも週に一回は責任を持つ」である。これは介護者の役割認識を問う質問である。

役割チェックリスト第 1 部「役割の習慣」において、25 名（62.5%）の者が介護者の役割を行っている」と回答しており、他の役割と比較すると「行っている」と回答した者の割合は高い役割であった（図Ⅲ-11）。

しかしながら、主介護者を対象として、アンケートの記入を依頼していることを考慮すると、介護の役割を「行っている」と回答しなかった者が 15 名（37.5%）も存在していたことに疑問を感じた。この 15 名は他の役割に対しては「行っている」と回答しており、単なる記入ミスとも考えにくい。

そこで、介護の役割を「行っている」と回答しなかった者の特性を検討した。介護役割を認識している群と介護役割を認識していない群において、群間で比較を行ったところ（表Ⅲ-7）、介護役割を認識していない群は、代理介護者の居るものが少なく（ $p=0.02$ ）、代理介護者の有無に関する満足度が低く（ $p=0.034$ ）、介護を行うに対して自身の精神的健康度を低くみており（ $p=0.007$ ）、

被介護者が男性であることが多かった ($p=0.046$)。

また、表Ⅲ-17 に介護役割を認識していない群のデータを示す。週の介護日数には、73%が7日介護を行っているという回答し、一日の介護時間に関する質問には、8時間以上介護を行っているという回答した者も存在した。要支援・要介護度や被介護者の活動範囲やADL状況を見ても、被介護者に介護の必要がないという理由でもないと思われた。

これらより、介護役割を「行っている」と回答しなかった群は、生活時間の一部を用いて介護を実際に行っているにも関わらず、代理介護者不在という十分な満足が得られない状況下や、介護に対する自身の精神的健康の不十分さなどから、介護において責任感を持ってない群と考えることができる。

また、本研究の対象者は、夫を介護している妻が多く、笹谷³⁹⁾が、妻による夫の介護を「包括型」と分析し、夫への介護は、家族の歴史のなかで母として、妻として、子育てをし、夫の世話をしてきたその延長で捉えていると述べているように、介護者の役割認識が見られなかったのは、このことが関係していたとも考えられる。

いずれにせよ、生活時間の一部を用いて介護を実際に行っていることと、本研究で定義した介護役割の認識とは必ずしも一致していなかった。つまり、介護者という活動に従事していても、介護者としての心構えができていないかどうかは、別の問題なのではないかと考えた。

表Ⅲ-17 介護役割を認識していない群のデータ

No.	介護者 性別	介護者 年齢	配偶者 年齢	平均介護日 数/週	平均介護時 間/日	代理介護者	副介護者	同居者数	介護に対する身体的健康度	介護に対する精神的健康度	サービス利用	活動範囲	要支援・要介護度	食事	入浴	排泄	移動
121	女性	50	配偶者	7	8時間以上	あり	なし	5	まあまあ(1分だど)思う	あまり(1分だど)思わない	なし	自宅内	要支援2	1	3	1	2
14	女性	62	配偶者	7	8時間以上	あり	あり	2	あまり(1分だど)思わない	あまり(1分だど)思わない	あり	自宅内	要介護2	2	4	2	2
128	女性	67	配偶者	7	8時間以上	なし	なし	2	全く(1分だど)思わない	全く(1分だど)思わない	あり	自宅内	要介護1	3	4	3	3
86	女性	46	配偶者	7	8時間以上	なし	あり	4	あまり(1分だど)思わない	あまり(1分だど)思わない	あり	ベッド上	要介護1	2	4	3	3
81	男性	82	配偶者	7	6~8時間	なし	なし	2	あまり(1分だど)思わない	あまり(1分だど)思わない	あり	ベッド上	要介護3	2	3	3	3
16	女性	63	配偶者	7	2~4時間	なし	なし	2	あまり(1分だど)思わない	まあまあ(1分だど)思う	なし	自宅内	要介護3	1	4	2	3
97	男性	74	配偶者	7	2~4時間	なし	なし	0	あまり(1分だど)思わない	あまり(1分だど)思わない	あり	自宅内	要介護3	2	4	3	3
101	女性	78	配偶者	7	0~2時間	あり	あり	3	あまり(1分だど)思わない	あまり(1分だど)思わない	あり	ベッド周囲	要介護2	4	3	3	2
85	女性	49	配偶者	7	0~2時間	なし	あり	3	まあまあ(1分だど)思う	まあまあ(1分だど)思う	あり	自宅内	要介護2	2	4	1	2
56	女性	69	配偶者	7	無回答	あり	なし	3	全く(1分だど)思わない	全く(1分だど)思わない	なし	自宅内	要介護2	1	3	1	1
70	女性	57	実母	7	無回答	なし	なし	2	あまり(1分だど)思わない	全く(1分だど)思わない	あり	ベッド上	要介護5	4	4	4	4
119	女性	61	配偶者	3	2~4時間	なし	なし	2	あまり(1分だど)思わない	全く(1分だど)思わない	あり	自宅内	要介護2	2	3	1	1
130	女性	56	配偶者	3	0~2時間	なし	なし	3	とても(1分だど)思う	とても(1分だど)思う	あり	自宅内	要支援2	1	2	1	1
33	女性	57	配偶者	無回答	2~4時間	なし	なし	2	まあまあ(1分だど)思う	まあまあ(1分だど)思う	あり	自宅内	要介護3	1	4	3	2
92	女性	74	配偶者	無回答	無回答	なし	あり	2	全く(1分だど)思わない	全く(1分だど)思わない	あり	ベッド上	要介護5	3	4	4	3

ADL項目

- 1: 完全に一人で行える
- 2: 時間がかかるが一人で行える
- 3: 一部介助が必要
- 4: 全的に介助が必要

2) 介護者という役割の特性について

役割チェックリストの第1部において、60%以上の者が「行っている」と回答した役割項目は、家庭維持者、家族の一員、介護者であり、「行っている」と回答した者が少ない役割項目は学生・生徒、組織の一員、勤労者であった。これは対象者の属性が、80%が女性であり、平均年齢60.95歳という観点からも妥当な結果であると思われた。一方、家庭維持者、家族の一員、介護者3つの役割以外は個別性が高い役割であると考えられた。

役割チェックリスト第2部と第3部の分布(図Ⅲ-12)を視覚的に比較すると、i 価値、願望とも高いレベルに回答が集中している家庭維持者、家族の一員、介護者、友人、ii 価値、願望がともに高いレベルから価値・願望がともに低いレベルにかけて、なだらかな山になっている学生、勤労者、養育者、iii 価値、願望とも低いレベルに回答が集中している宗教への参加者、組織の一員、iv これらに分類できなかったボランティア、趣味人・愛好家、その他、に分類できると考えられた。

また、役割チェックリスト第2部の役割への価値と、第3部の役割への願望に関する回答結果を用いて、因子分析した結果(表Ⅲ-3、Ⅲ-4)によると、介護役割は家庭維持者、家族の一員と同じ因子に収まった。これらの因子はそれぞれ「家庭役割への価値」、「家庭役割への願望」と名付けた。

これらから、価値・願望に関して、介護者は、家庭維持者、家族の一員といった役割と近い傾向をもっていると思われ、これらの役割の類似した機能は、家庭内あるいは身近な者との交流を含むことではないかと思われた。

また、宮前ら⁴⁰⁾によると役割とは、すなわち習慣化した作業であると述べている。本研究の対象者の属性から考えると、家庭維持者や家族の一員という役割は、習慣化した作業であったと予測することができる。また、介護者の役割は、家庭維持者、家族の一員と同様に、実施頻度の高い役割でもあった。これらより、介護者という役割は、対象者にとって、日常的に行っている習慣化した作業であり、比較的高い水準で価値と願望を保っている役割であったと考えられた。

3. 介護役割と介護負担感・介護肯定感との関係について

介護役割を、習慣の有無の観点から介護負担感尺度の総点、そして介護肯定感尺度の総点について検討したが、有意差は認められなかった(表Ⅲ-7)。

介護役割への価値の程度と介護肯定感尺度の総点とは相関係数は大きくないが($r=0.37$)、有意な相関($p=0.04$)が見られた(表Ⅲ-8)。また、介護役割への願望の程度と介護肯定感尺度の総点とも相関係数は大きくないが($r=0.50$)、有意な相関($p=0.006$)が見られた(表Ⅲ-9)。一方、介護役割への価値の程度と介護負担感尺度の総点、そして介護役割への願望の程度と介護負担感尺

度の総点との有意な相関は見られなかった(表Ⅲ-8, Ⅲ-9)。これらより、介護役割への価値・願望は介護肯定感との関連性が高いと考えられた。

そこで、介護肯定感尺度に対し因子分析を行い、各因子の推定された得点と介護役割への価値・願望と相関を調べた。

まず、「介護役割への価値」と「状況受容」において、相関係数は大きくないが($r=0.38$)、有意な相関($p=0.03$)を認めた(表Ⅲ-10)。

介護者の「役割への価値」が、「本人さんを自分が最後までみてあげようと思う」や「介護の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う」に特色づけられると「状況受容」と関連していたことについては、介護者にとって、介護に価値があると感じ取れていることが、状況を受け止め、これからも前向きに考えていこうということに関連しているのではないかと思われた。

山本⁴⁰⁾は、社会規範や介護者への愛着からくる価値が、介護継続の主たる動機付けであると述べている。また、広瀬ら⁴¹⁾は、夜間介護の必要のあることが、「介護役割充足感」と関連した事を示し、夜間介護により責任感が生じ、介護を適切に行えているという介護役割の意義を見出したのではないかと述べている。広瀬らの述べた介護役割の意義とは、本研究における介護役割の価値と同様のことを示していると考えられる。

また、「介護役割への願望」と「自己成長」においても、相関係数は大きくないが($r=0.47$)、有意な相関($p=0.009$)を認めた(表Ⅲ-11)。

介護者の「役割への願望」が、「介護することで、本人さんと親密になったように感じる」「介護をしていて、逆に自分が元気付けられたり、励まされたりする」「介護のおかげで難しい状況に対処する力など、自信がついた」「介護をすることで学ぶことがたくさんある」「介護をすることは自分の老後の為になると思う」「介護のおかげで人間として成長したと思う」に特色づけられる「自己成長」と関連があったことについては、介護者自身にとって、何らかの利得があると感じられていることがやりたいという「願望」に結びついていると考えられた。

斎藤ら⁴²⁾は、介護者が介護を通じて、何らかの報酬を得ていると確認できれば、介護者役割を軽減できる可能性があるとして述べている。また、片山ら⁴³⁾は、在宅介護に対する動機が強い者は、療育者に積極的に関わろうとする対処行動につながり、介護の成果に関連し、介護肯定感の高さにつながっていると述べている。ここで言われている、「動機」と「介護の成果」は、それぞれ本研究における「願望」と「自己成長」に近いものと考えられた。

また、櫻井⁴⁴⁾によると、「自己成長感」は、介護上の喜びというより、介護者自身の信念や人生の目標の次元と関わる要素をもつと述べている。このことを考えると、本研究において「自己成長感」

と介護役割の願望に関連があった事は、対象者がCVA患者の介護者という、比較的若く、今後、自分が介護を受ける可能性を感じつつある世代であった事も関係していると考えられる。また、認知症の介護者などと比べると、急に介護を担う必要に迫られ、様々なことを学習し、成長している過程であったことも影響していたかと考えられる。

4. 介護肯定感への社会的役割の作用について

重回帰分析をおこなった結果、「社会役割への願望指数」から介護肯定感の因子である「喜楽激励」が説明できた ($R=0.49$) (表Ⅲ-15)。「社会役割への願望指数」は、「学生・生徒」「勤労者」「ボランティア」「養育者」「宗教への参加者」「組織の一員」などの社会役割を、願望をもって、かつ習慣的に行えていることを示している。この特性が「介護を義務感から出なく、望んでしている」「本人さんというのが楽しいと感じる」「介護をするのが、自分の生きがいにしている」「介護することによって、満足感が得られる」「本人さんが何か小さなことに喜ぶのを見て、嬉しくなる」「本人さんが介護に感謝したり、喜んでいて感じる」に特色づけられる「喜楽激励」を説明していた。社会的な役割を「やりたい」と望んで、日々行えていることが介護者にとってリフレッシュとなり、介護者とのやり取りに喜楽を伴うことができているのではないかと考えた。

5. 介護負担感への社会的役割の作用について

重回帰分析をおこなった結果、「社会役割への価値指数」と「社会役割への願望指数」から介護負担感の因子である「状況としての負担感」が説明できた ($R=0.51$) (表Ⅲ-16)。「社会役割への価値指数」は、「学生・生徒」「勤労者」「ボランティア」「養育者」「宗教への参加者」「組織の一員」などの社会役割を、価値があると感じており、かつ習慣的に行っていることを示している。この特性が、「介護のために自分の時間が十分に取れないと思いますか」「介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思う事がありますか」「介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか」「本人さんが、将来どうなるのか不安になる事がありますか」「本人さんはあなたに頼っていると思いますか」「介護のために、体調を崩したと思った事がありますか」「介護があるので、自分のプライバシーを保つ事が出来ないと思いますか」「本人さんが家にいるので、友人を自宅に呼びたくても呼べないと思った事がありますか」「本人さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか」「介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思う事がありますか」に特色づけられる「状況としての負担感」を説明していた。

山崎ら⁴⁴⁾は、CVA患者の介護者の介護負担感を調査した事例検討において、介護負担を左右する

要因として介護時間があげられるが、単純に本人の介護に要する時間だけではなく、発症前後での役割遂行に要する時間の増大を含めて考えなければならないと述べている。また、小野ら⁴⁵⁾は、要介護高齢者の主介護者55名を調査し、介護者が負担に思うこととして、家事、育児、外出の支障があるなど、日常生活の役割制限に対するものが強く、日常生活への支援の拡充が必要であると述べている。

介護者の多くは、介護という役割を新たに持ち、これまで担っていた役割や日常生活が少なからず影響を受けているはずである。社会的な役割を価値のあるものとみなし、だからこそ日々行わないといけない状況が、介護を行う上の時間的、状況的な遣り繰りに関連した負担感として介護者に押し掛かっているのではないかと考えられた。

また、「社会役割への願望指数」は「状況としての負担感」を負の関係で説明していた。つまり、社会的な役割を「やりたい」と望んで、習慣的に行えていることが介護者にとって、介護負担感を軽減する可能性があると考えられた。

先行研究をみると、広瀬ら²⁸⁾は、介護者が仕事を持っている事が、認知的介護評価の下位尺度である「社会活動制限感」と負の関係を示した事から、介護者が仕事を持つ事で、社会や他者との接点を持ち、生活に張りを持たせることに否定的評価を軽減する可能性があるとして述べている。また、中谷ら⁴⁶⁾も、介護者の仕事が、低い負担感と関連していた事から、ある程度の介護からの解放と社会と接する機会の提供が負担感軽減につながると述べている。

本研究では、介護負担感と社会役割への価値指数は正の関係があること、社会役割への願望指数は負の関係があることを示した。今後、より詳細な調査を通して、介護者の社会役割への認識と、介護経験との関係を調査していく必要があると考える。

6. 介護者の役割と作業療法について

役割という概念は作業療法士が長年扱ってきた事柄であると思う。Oakley³⁰⁾らによると役割という概念は作業行動を組織だてるものであり、日常生活の中での作業行動の重要な次元であると述べている。作業療法の臨床においても、患者自身がどのような役割を持っているか、そして、介護者が介護役割をどのように感じて、本人に関わっているかという観点は、多くの作業療法士が用いている観点であると思う。しかし、研究論文として、介護者の役割について検討されたものは少なく、介護者の介護者以外の役割について検討した研究は、他に見ることができなかった。

本研究の結果は、作業療法士が扱ってきた役割という概念が、介護負担感や介護肯定感に対して、有効なアプローチをするための重要な視点であることを示したといえる。介護者をクライアントと

して捉え、介護者という役割のみならず、彼らが日常的に行っている役割に目を向けてアプローチすることは、作業療法士ならではのアプローチになるのではないだろうか。宮前ら¹⁰⁾によると個人が価値をおくことのできる一つあるいは複数の役割を長期的に維持できれば、自我は充足され、安定した自我状態を長期に保つことができると述べている。このことは、長期にわたる介護という役割の継続をサポートしていくための多くの事を示唆していると思われる。

また、Lawton ら¹¹⁾は、介護者の精神的側面における 2 つの要因として、肯定・否定の両側面が異なる性質を持ち、否定的感情は、主に介護者の健康や抑うつなどの内面の特性と強く関連し、肯定的感情は、活動や社会的行為など外的なイベントの質と関連すると述べている。後半の部分は、本研究で示した内容とほぼ同様であると考えられる。そして、介護者の社会的活動の参加とその質が、介護肯定感と関連するのであれば、作業療法士が、その専門職としての知識と技術をもって寄与できる領域であると考えられる。

7. 研究結果の臨床への利用について

本研究において、介護者が社会的な役割を「やりたい」という願望を持ち、習慣的に行えていることが、介護者の介護肯定感を向上させ、介護負担感を軽減させる可能性があることが分かった。臨床的において、筆者は、在宅で介護をしている方に対して、「気分転換も必要ですよ」「一人で抱え込まないでくださいね」などといった、アドバイスをすることがあったが、感覚的なアドバイスであり根拠のないアドバイスであった。本研究の結果より、介護者に「やりたい」を感じられる社会的な役割を実施してもらうように促すことで、介護経験を介護者にとって肯定的な活動としても感じてもらえる可能性があることと思われる。

また、介護役割への価値や願望が高いことが、介護肯定感と関連があることが分かった。このことにより、介護者への介護教室などにおいて、介護技術だけではなく、介護者の担っている役割の重要性などを盛り込むことで、介護肯定感を高めることができる可能性があると思われた。さらに、介護者の役割の価値を向上させていくような社会全体としての取り組みも必要ではないかと思われた。

また、臨床において、介護者となる予定の方を評価する際に、介護者を捉える際に、向き不向きを漠然と感じることがあった。本研究において、介護者という役割の特性として、価値や願望に関して家庭維持者や家族の一員といった役割と近い傾向があることがわかった。このことから、作業療法士が介護者となる予定の方を評価する際に、その方の経験してきた役割やその価値や願望などに着目することで、介護者としての適性を予測することができると考えた。

8. 本研究の限界

本研究は一施設から自宅へ退院され、半年から1年程度経過したCVA患者の主介護者40名を対象とした。対象者の属性を厚生労働白書や先行研究と、比較を行ってはいるが、人数も多いとはいえ、研究協力施設の特性が影響している可能性もあると考える。また、アンケートに協力して下さった方みのデータである。さらに、在宅で介護を行っている方には、もっと長い年月を経ている方も多と思われる。そのため、本研究の結果を、在宅生活を送っているCVA患者の主介護者一般にあてはめることは、適当ではないと考える。

また、アンケート項目のうち、特に役割チェックリストへの回答率が少なく、対象者にとって回答が難しかった可能性がある。今回は、筆者が一人であること、時間的な制約などから、郵送法を用いたが、対象者と面接するといった方法が適切であったとも考える。

また、統計の結果においても、相関係数などの値も十分とはいえず、可能性を示す程度に留まったと考える。

さらに、今回はCVA患者の主介護者に限定して調査を行ったが、他疾患の主介護者に対する役割に関する先行研究も少なく、比較検討することができず、その特性を具体的に描写することはできなかった。今後は、他疾患においても検討し、それぞれの疾患の主介護者の特性を調査していく必要があると思われる。

小活

在宅で生活している CVA 患者の介護者に関してアンケート調査を行い、回答が得られた 40 名のデータに基づき、役割と介護肯定感・介護負担感について考察した。

その結果、対象者のうち介護者という役割を 6 割程度の者が、習慣的に行っている事と見なし、その役割認識を持っていた。一方、介護者の役割を認識していない者の特性として、代理介護者の不在、精神健康度の低さなどがみられた。

また、介護者という役割は、価値や願望という側面において、家庭維持者、家族の一員といった役割と近い傾向をもっていると思われた。そして、介護者の役割への価値や願望は、介護肯定感との関連があることが分かった。

また、介護者が社会的役割を願望をともない習慣的に行っていることが、介護肯定感に寄与し、介護負担感を軽減する可能性を示した。一方、介護者が社会的役割を、価値をともない習慣的に行っていることが、ともすると介護負担感を高めてしまう可能性も示した。これらの介護役割のみではなく、介護者が日々行っている社会的役割が、介護者の介護経験に影響していることを示せたことが本研究にとっての独自性であると考えられる。

IV. まとめ

本研究の発端は、臨床にて作業療法を行うにあたって、家族を支援することを日々、当然のように行っているにも関わらず、その具体的な方略や視点も十分なものが確立されていないと感じていたことからであった。

本研究では、研究Ⅰにて、質的研究手法により「役割」という作業療法士が長年扱ってきた概念が介護者の介護経験に関係しているのではないかという知見を得た。対象者は1例であったので、対象者を増やして検討することも考えられたが、研究Ⅰから得られた内容は、筆者にとって臨床で感じていたことを適切に表しており、一般化できる可能性があると考えたため、研究Ⅱの量的な検討へ進んだ。

研究Ⅱにおいて、「社会的役割への願望」を用いて介護肯定感の「喜楽激励」を、そして「社会的役割への価値」を用いて介護負担感の「状況としての負担感」を説明し、介護者が日々行っている役割を用いて介護経験に関して一定の説明ができる可能性を示した。

これにより、作業療法が、在宅の介護者への支援をする際の視点を広げることができたと考える。作業療法では、クライアントに対して、役割獲得に向けて社会の中に出て行くことを促してきた。それでは、作業療法サービスのクライアントである介護者に対しても、そのアプローチを行うべきではないだろうか。介護者の多くは、介護という役割を新たに持ち、これまで担っていた社会的役割が少なからず影響を受けているはずである。これらの影響を、十分に捉えて、介護者が、より健康的に日々の生活を営めるように支援していく必要があると考える。本研究により得られた視点は、作業療法士にとって、利用しやすい視点ではないかと考える。

また、本研究において、介護者が社会的な役割を実行できていることが、介護経験を肯定的に認識している事と関連している事を示した。このことは介護サービスが介護者にとって、良好に機能しているどうかを検討する事にも関連していると思われる。介護保険制度のサービスのチームにおいて、作業療法士は、介護者の置かれている状況や感じていることを、介護者の日々の生活と関連付けた形で総合的に捉え、チームに情報を提供できると考える。

本研究では、役割という概念を用いた。役割は本来、類型が困難なものであり、介護者の役割といっても、その捉え方は個人によって異なる可能性もある。たとえば愛護的に関わるのが、介護者の役割と捉えている方もいるであろうし、リハビリテーションに参加を叱咤激励することが介護者の役割と捉えている方もいるであろう。これは、研究Ⅰの結果として現れたが、研究Ⅱの検討からは除いた「対処スタイル」と関連があるのではないかと考えている。さらなる細かな調査を行い、

介護者の役割の多様性と、それによる介護経験への影響を明らかにしたいと考える。

稿を終えるにあたり、本研究に、協力いただいた、対象者の皆様、N リハビリテーション病院のスタッフの皆様に深謝致します。また、論文の指導を頂いた広島大学大学院保健学研究科心身機能生活制御科学講座 清水一教授に心から感謝いたします。

引用文献

- 1) アメリカ作業療法士協会ホームページ : <http://www.aota.org/> 2009年2月1日
- 2) 京極高宣 : 介護サービスの発展と作業療法. OT ジャーナル 40(5) : 388-391, 2006.
- 3) 村井千賀 : 訪問作業療法の役割と効果. OT ジャーナル 38(4) : 252-257, 2004.
- 4) 大熊明 : 家族介護における作業療法士の役割. OT ジャーナル 40(5) : 388-391, 2006.
- 5) 総務省 統計局ホームページ : <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/2007-2.pdf> 2009年2月1日
- 6) 内閣府 ホームページ : <http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-kourei/index.html>
2009年2月1日
- 7) 豊島由樹子 : 脳血管障害患者・家族の初回外泊における体験内容. 日本看護研究学会雑誌 25:71-85, 2002.
- 8) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. The Gerontologist 20:649-655, 1980.
- 9) 坪井章雄, 村上恒二 : 在宅介護家族の主観的介護負担感に影響を与える要因-介護家族負担感尺度(FCS)を用いて-. 作業療法 25:220-229, 2006.
- 10) Jones SL: The association between objective and subjective caregiver burden. Arch Psychiat Nursing 10:77-84, 1996.
- 11) 里宇明元 : 介護負担感の概念と研究の動向. Journal of Clinical Rehabilitation 10:859-867, 2001.
- 12) 新名理恵 : 在宅痴呆性老人の介護者負担-研究の問題点と今後の展望-. 老年精神医学 2:754-762, 1991.
- 13) Lazarus RS, Folkman S: Transactional Theory and research on emotions and coping. Eur J Persl:141-169, 1987.
- 14) 松岡英子 : 在宅要介護老人の介護者のストレス. 家族社会学研究 5:101-112, 1993.
- 15) 山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 河原(前川)宣子, 長谷川喜代美, 林邦彦他 : 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連: 統柄別の検討. 日本公衛誌 49:660-671, 2002.
- 16) 櫻井成美 : 介護肯定感がもつ負担軽減効果. 心理学研究 70 : 203-210, 1999.
- 17) 梶本知子, 佐々木実, 坪井章雄, 村上恒二 : 主介護者要因, 被介護者要因, 介護状況要因, および

- 介護支援に関する肯定的認識が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響. 人間環境学研究 2:57-62, 2004.
- 1 8) 片山陽子, 陶山啓子:在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会雑誌 28:43-52, 2005.
- 1 9) 藤田冬子:介護負担感を持つ主介護者の「介護に対する見方」に関する研究. 老年看護学 8 (1):61-69, 2003.
- 2 0) 吉川ひろみ, 宮前珠子, 水流聡子, 石橋陽子, 近藤敏:作業療法における役割概念. 作業療法 19:305-314, 2000.
- 2 1) 林葉子:夫を在宅で介護する妻の介護役割受け入れプロセスにおける夫婦関係の変容—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる 33 事例の分析—. 老年社会科学 27(1):43-54, 2005.
- 2 2) 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明, 冷水豊:在宅障害老人の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究(2)—規定要因と効果モデルの検討:社会福祉援助への示唆と課題—. 社会老年学 39:23-34, 1994.
- 2 3) 和才慎二, 田中正一:脳卒中患者と介護者の QOL. 作業療法 15:156-164, 1996.
- 2 4) 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” 適用の試み-. 社会老年学 36:15-26, 1991.
- 2 5) 朝田隆:痴呆患者の在宅介護破綻に関する検討:問題行動と介護者の負担を中心に. 精神神経誌 93:403-433, 1991.
- 2 6) Thomas E:Problems of disability from the perspective of role theory. Journal of Health and Human Behavior 1:2-14, 1966.
- 2 7) Matsutsuyu J:Occupational behavior.a perspective on work and play.AJOT 25:291-294, 1971.
- 2 8) Bull, M. J., & Jervis, L. L. :Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughter in management posthospital care. Journal of advanced Nursing 25:541-547, 1997.
- 2 9) Chang, B. L. , Brecht, M. L. , & Carter, P. A. :Predictors of social support and caregiving outcomes. Women and Health 33:39-61, 2001.
- 3 0) 浅川典子, 高崎絹子, 旭俊臣ら:在宅痴呆性老人の主介護者の介護負担感の関連要因—日常生活問題となる行動との関連を中心として—. 日本在宅ケア学会誌 2:32-40, 1999.

- 3 1) 高畑進一, 太田篤志, 石附智奈美ら: 左半側無視のある患者を介護する主介護者の「困り事」.
作業療法 22 : 545-559, 2003.
- 3 2) 北島英治, 小山秀夫, 藤林慶子: 老人の「日常生活動作能力 (ADL)」と「基本的介護必要度」
に関する簡易スケールの作成. 社会老年学 38 : 58-63, 1994.
- 3 3) 荒井由美子: Zarit 介護負担スケール日本語版の応用. 医学のあゆみ 186 (13) :
930-931, 1998.
- 3 4) Frances Oakley, Gary Kielhofner, Roann Barris : The Role checklist: development and
empirical assessment of reliability. Occupational Therapy Journal of Research
6(3) : 157-170, 1986.
- 3 5) 山田孝, 竹原敦 (訳) : 興味チェックリスト : 開発と信頼性の経験的評価. 作業行動研究 6
(2) : 111-117, 2002.
- 3 6) Kielhofner, G: A Model of Human Occupation: Theory and Application. Williams &
Wilkins, Baltimore, 1985.
- 3 7) 厚生労働省ホームページ : <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/> 2009年2月1日
- 3 8) 斎藤恵美子, 国崎ちはる, 金川克子: 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関
する検討. 日本公衛誌 48 (3) : 180-189, 2001.
- 3 9) 笹谷晴美: 家族ケアリングをめぐるジェンダー関係. 講座社会学 14 ジェンダー : 213-248,
1999.
- 4 0) 宮前珠子, 水流聡子, 吉川ひろみ: 自我と三次元モデルによる作業と役割の理解. 作業療法
16 (5) : 330-334, 1997.
- 4 1) 山本則子: 痴呆老人の家族介護に関する研究-娘および嫁介護者の人生における介護経験
の意味-2. 価値と困難のパラドックス. 看護研究 28 : 313-333, 1995.
- 4 2) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和: 家族介護者の介護に対する認知的評価に関連する要因
—介護に対する肯定・否定両側面からの検討—. 社会福祉学 47(3) : 3-15, 2006.
- 4 3) 櫻井成美: 在宅要介護老人の介護者の介護経験—負担感、肯定感とその関連要因の検討.
学校教育学研究論集創刊号 : 21-30, 1998.
- 4 4) 山崎文子, 高塚美貴, 山口加代子: 高次脳機能障害家族の介護負担感に影響する要因-事
例による検討-. リハビリテーション紀要 17 : 23-28, 2007.
- 4 5) 小野ミツ, 木村裕美: 介護保険導入後の介護者の負担感に関する意識調査-介護保険制度
の導入前と後の介護状況の変化-. 高齢者のケアと行動科学 9 (1) : 75-83, 2003.

- 4 6) 中谷陽明, 東條光雄: 家族介護者の受ける負担感—負担感の測定と要因分析. 社会老年学
29 : 27-36, 1989.
- 4 7) Lawton, M. P., Moss, M. and Kleban : A two-factor model of caregiving appraisal and
psychological well being. Journal of Gerontology : Psychological Sciences 46(4) :
181-189, 1991.

資料一覧

資料 1 研究依頼文書

資料 2 アンケート用紙

資料 3 医学研究実施許可書

資料 4 分析対象者 40 名のデータ

拝啓

私は、朋和会 西広島リハビリテーション病院に作業療法士として勤務しております山根伸吾と申します。本来であれば、直接お願いにあがるべきところ、お手紙にて失礼致します。

私は「脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感の関係についての分析」というテーマで研究に取り組んでおり、この度はアンケートによる研究の協力をご依頼させて頂きました。今回は、西広島リハビリテーション病院を退院された方にお手紙を送らせて頂いております。

宜しければ、裏面の「研究協力のお願い」を御一読頂き、御検討頂きたく存じます。

敬具

〒731-5143 広島市佐伯区三宅6-265

朋和会 西広島リハビリテーション病院

作業療法士 山根伸吾

TEL : 082-921-3230

研究協力をお願い

【研究の目的】

作業療法では、病気になられた方のみでなく、その御家族の援助も必要な事と考えられています。私は、病気になられた方を介護されている方が、本人様と生活をされていて、どのような事を感じておられるのかを調査しています。それにより、作業療法士がどのような援助を行えるかを検討したいと考えています。

【研究の方法】

主に介護を行われている方で本研究に同意して頂ける方に無記名で、同封致しましたアンケートに回答して頂きます。その内容を統計学的手法を用いて分析し、介護をされている方がどのような事を感じておられるのかを検討します。

【個人情報の取り扱いについて】

得られた情報は、研究のみに利用します。個人が特定されるような記載は行いません。研究への同意を頂いた後、その同意を取り消す事も可能です。そのような場合でも不利益を受ける事はありません。

【返信について】

返信用封筒を同封しております。研究に同意して頂けましたら、アンケートに記入頂き、平成20年8月末日までに返送をお願いします。個人情報の取り扱い上、アンケート及び返信用封筒は無記名でお願いします。宜しくお願いします。

【問合せ先】〒731-5143 広島市佐伯区三宅6-265

朋和会 西広島リハビリテーション病院 TEL: 082-921-3230

作業療法士 山根伸吾 白岡幸子

研究同意書

私は「脳血管障害患者の介護者の役割認識と介護負担感の関係についての分析」の研究に関して、その目的・方法などについて説明を受けました。そこでこの研究への協力を同意いたします。

なお、この同意はいつでも撤回する事ができ、そのような場合でも不利益を受ける事がない事を確認しています。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

(アンケートに回答される方が御記入下さい)

◇介護を主にされている方にアンケートをお願いします。

選ぶ項目にはいずれか1つにチェックをして下さい。カッコには記入をお願いします。

あなたの事について教えてください。

- 1 あなたの性別を教えてください 男性 女性
- 2 あなたの年齢を教えてください ()才
- 3 あなたから見た介護を受けている方との関係を教えてください 配偶者 実父 実母 義父 義母 子供 その他()
- 4 同居されている家族の人数を教えてください 2人 3人 4人 5人 6人以上
- 5 お家で介護をされて、どの位の期間がたちましたか ()年()ヶ月
- 6 あなたは、週に何日、介護を行っていますか 0日 1日 2日 3日 4日 5日 6日 7日
- 7 あなたは、一日、平均してどの位の時間を介護に使っていますか 0～2時間 2～4時間 4～6時間 6～8時間 8時間以上
- 8 普段、介護を手伝ってくださる方がいらっしゃいますか はい いいえ
- 9 質問8で回答された状況に、あなたは満足されていますか
全く満足していない あまり満足していない まあまあ満足している とても満足している
- 10 あなたに急用などが出来た時に、かわりに介護を任せられる方がいらっしゃいますか はい いいえ
- 11 質問10で回答された状況に、あなたは満足されていますか
全く満足していない あまり満足していない まあまあ満足している とても満足している
- 12 あなたは、介護を行うために、身体的に十分に健康だと思いますか 全く思わない あまり思わない まあまあそう思う とてもそう思う
- 13 あなたは、介護を行うために、精神的に十分に健康だと思いますか 全く思わない あまり思わない まあまあそう思う とてもそう思う

資料2 アンケート用紙

◇介護を主にされている方にアンケートをお願いします。

選ぶ項目にはいずれか1つにチェックをして下さい。カッコには記入をお願いします。

本人さん(介護を受けていらっしゃる方)について教えてください。

1 本人さんの性別を教えてください 男性 女性

2 本人さんの年齢を教えてください ()才

3 本人さんの要介護認定を教えてください

受けていない 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

4 本人さんは訪問リハビリやショートステイなど、介護保険のサービスを利用されていますか はい いいえ

5 あなたは、それらのサービスに対して満足されていますか

全く満足していない あまり満足していない まあまあ満足している とても満足している

6 本人さんは、日中どこで過ごす事が多いか教えてください ベッド上 ベッド周囲 自室内 自宅内 屋外

7 本人さんが身の回りの事にどの程度のお手伝いが必要か教えてください。番号に○を付けてください。

	完全に一人で行える	少し時間が掛かっても一人で行える	一部の手伝いが必要	全面的に手伝いが必要
食事	1	2	3	4
入浴	1	2	3	4
排泄	1	2	3	4
移動(杖、車椅子を使用しても構いません)	1	2	3	4

役目のチェックリスト

このチェックリストの目的は、あなたの主な役目を教えていただくことです。
このチェックリストは3部に分かれています。

第1部「現在の役目の実施状況」について

この一週間で、あなたが役目として行っていたものに、丸を付けて下さい。

役目		チェック欄
学生・生徒	パートタイムやフルタイムで学校などで学ぶ	
勤労者	パートや常勤で賃金が支払われる仕事に就く	
ボランティア	病院、学校、地域、政治活動などに対して、少なくとも週に1回は責任を持つ	
養育者	子供、配偶者、親戚、友人など他人の養育に少なくとも週に1回は責任を持つ	
介護者	介護の必要な方への介護に少なくとも週に1回は責任を持つ	
家庭維持者	家の掃除や庭仕事といった家庭を快適に保つ事に少なくとも週に1回は責任を持つ	
友人	少なくとも週に1回は友人と何かをしたり、一緒に時間を過ごす	
家族の一員	少なくとも週に1回は配偶者、子供、親などの家族と何かをしたり、一緒に時間を過ごす	
宗教への参加者	自分の信仰する宗教や活動や団体に少なくとも週に1回は参加する	
趣味人/愛好家	裁縫、楽器演奏、木工、スポーツ、観劇、クラブやチームなど、趣味やアマチュアとしての活動に少なくとも週に1回は参加する	
組織の一員	生活協同組合、農業協同組合などの組織に少なくとも週に1回は参加する	
その他:	_____ 上に挙げられていない役目で行っている事があれば、 線上に書いて、欄にチェックしてください	

役目チェックリスト

第2部 「役目を、どの程度、大事と感じておられるか」について

その役目を、あなたがどの程度、大事なことと感じているか、該当する欄にチェックしてください。
例えば、あなたが学生としての役目をとても大事と感じていたら、「学生・生徒」の「とても大事である」の欄にチェックをすることになります。

現在、あなたがその役目を行っていないくても、どの程度大事と思うか、想像してチェックしてください。

役目		全く大事ではない	あまり大事ではない	まあまあ大事である	とても大事である
学生・生徒	パートタイムやフルタイムで学校などで学ぶ				
勤労者	パートや常勤で賃金が支払われる仕事に就く				
ボランティア	病院、学校、地域、政治活動などに対して、少なくとも週に1回は責任を持つ				
養育者	子供、配偶者、親戚、友人など他人の養育に少なくとも週に1回は責任を持つ				
介護者	介護の必要な方への介護に少なくとも週に1回は責任を持つ				
家庭維持者	家の掃除や庭仕事といった家庭を快適に保つ事に少なくとも週に1回は責任を持つ				
友人	少なくとも週に1回は友人と何かをしたり、一緒に時間を過ごす				
家族の一員	少なくとも週に1回は配偶者、子供、親などの家族と何かをしたり、一緒に時間を過ごす				
宗教への参加者	自分の信仰する宗教や活動や団体に少なくとも週に1回は参加する				
趣味人/愛好家	裁縫、楽器演奏、木工、スポーツ、観劇、クラブやチームなど、趣味やアマチュアとしての活動に少なくとも週に1回は参加する				
組織の一員	生活協同組合、農業協同組合などの組織に少なくとも週に1回は参加する				
その他:	_____上に挙げられていない役目で行っている事があれば、線上に書いて、欄にチェックしてください				

役目チェックリスト

第3部 「役目を、やりたいと感じておられるかどうか」について

今度は、その役目を、あなたがどの程度やりたいと感じているか、該当する欄にチェックしてください。
例えば、あなたが学生としての役目をとてもやりたいと感じていたら、「学生・生徒」の「とてもやりたい」の欄にチェックをすることになります。

現在、あなたがその役目を行っていないか、どの程度やりたいと思うか、想像してチェックしてください。

役目		全くやりたくない	あまりやりたくない	まあまあやりたい	とてもやりたい
学生・生徒	パートタイムやフルタイムで学校などで学ぶ				
勤労者	パートや常勤で賃金が支払われる仕事に就く				
ボランティア	病院、学校、地域、政治活動などに対して、少なくとも週に1回は責任を持つ				
養育者	子供、配偶者、親戚、友人など他人の養育に少なくとも週に1回は責任を持つ				
介護者	介護の必要な方への介護に少なくとも週に1回は責任を持つ				
家庭維持者	家の掃除や庭仕事といった家庭を快適に保つ事に少なくとも週に1回は責任を持つ				
友人	少なくとも週に1回は友人と何かをしたり、一緒に時間を過ごす				
家族の一員	少なくとも週に1回は配偶者、子供、親などの家族と何かをしたり、一緒に時間を過ごす				
宗教への参加者	自分の信仰する宗教や活動や団体に少なくとも週に1回は参加する				
趣味人/愛好家	裁縫、楽器演奏、木工、スポーツ、観劇、クラブやチームなど、趣味やアマチュアとしての活動に少なくとも週に1回は参加する				
組織の一員	生活協同組合、農業協同組合などの組織に少なくとも週に1回は参加する				
その他:	_____上に挙げられていない役目で行っている事があれば、線上に書いて、欄にチェックしてください				

介護経験について

介護の経験から感じていることについてお聞きます。このリストは2部に分かれています。

第1部 各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください

	全くそう思わない	あまりそう思わない	ややそう思う	非常にそう思う
1 介護を義務感から出なく、望んでしている	0	1	2	3
2 本人さんといるのが楽しいと感じる	0	1	2	3
3 介護をするのが、自分の生きがいになっている	0	1	2	3
4 介護することによって、満足感が得られる	0	1	2	3
5 介護することで、本人さんと親密になったように感じる	0	1	2	3
6 本人さんが何か小さなことに喜ぶのを見て、嬉しくなる	0	1	2	3
7 介護をしていて、逆に自分が元気付けられたり、励まされたりする	0	1	2	3
8 本人さんが介護に感謝したり、喜んでいると感じる	0	1	2	3
9 介護のおかげで難しい状況に対処する力など、自信がついた	0	1	2	3
10 介護をすることで学ぶことがたくさんある	0	1	2	3
11 介護をすることは自分の老後の為になると思う	0	1	2	3
12 介護のおかげで人間として成長したと思う	0	1	2	3
13 本人さんを自分が最後までみてあげようと思う	0	1	2	3
14 介護の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う	0	1	2	3

介護経験について

介護の経験から感じていることについてお聞きします。このリストは2部に分かれています。

第2部 各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください

	思わない	たまに思う	時どき思う	よく思う	いつも思う
1 本人さんは必要以上に世話を求めてくると思いますか	0	1	2	3	4
2 介護のために自分の時間が十分に取れないと思いますか	0	1	2	3	4
3 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思う事がありますか	0	1	2	3	4
4 本人さんの行動に対し、困ってしまうと思う事がありますか	0	1	2	3	4
5 本人さんのそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
6 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
7 本人さんが、将来どうなるのか不安になる事がありますか	0	1	2	3	4
8 本人さんはあなたに頼っていると思いますか	0	1	2	3	4
9 本人さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
10 介護のために、体調を崩したと思った事がありますか	0	1	2	3	4
11 介護があるので自分のプライバシーを保つ事が出来ないと考えますか	0	1	2	3	4
12 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思う事がありますか	0	1	2	3	4
13 本人さんが家にいるので、友人を自宅に呼びたくても呼べないと思った事がありますか	0	1	2	3	4
14 本人さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか	0	1	2	3	4
15 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思う事がありますか	0	1	2	3	4
16 介護にこれ以上の時間はさけないと思う事がありますか	0	1	2	3	4
17 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思う事がありますか	0	1	2	3	4
18 介護を誰かにまかせてしまいたいと思う事がありますか	0	1	2	3	4
19 本人さんに対して、どうしていいかわからないと思う事がありますか	0	1	2	3	4
20 自分は今以上にもっと頑張って介護すべきだと思う事がありますか	0	1	2	3	4
21 本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思う事がありますか	0	1	2	3	4
	全く負担 ではない	多少負担 に思う	世間並みの 負担だと思う	かなり負担 だと思う	非常に大きな 負担である
22 全体を通してみると、介護をするということはどういう自分の負担になっていると思いますか	0	1	2	3	4

医学研究実施許可書

研究者： リハビリ部 OT 山 根 伸 吾

テーマ： 脳血管障害患者の介護者の
役割認識と介護負担感の関係についての分析

あなたが、平成20年6月18日付けで申請した医学研究については、患者等の人権を侵害せず、倫理規範に抵触せず、医学の進歩に寄与するものであることを確認したので、これを実施することを許可します。

平成20年6月24日

西広島リハビリテーション病院
倫理審査委員会委員長

病院長 真 鍋 武 聡



資料4 分析対象者40名のデータ

No.	性別	被介護者性別	被介護者年齢	続柄	同居人数	介護期間(月)	介護日数	介護時間	副介護者の有無	副介護者満足度	代替介護者の有無	代替介護者満足度	身体的健康	精神的健康
4	男	女性	64	配偶者	2	14	7	8時間以上	無し	あまり満足していない	有り	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
8	男	女性	62	その他	3	12	7		有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
11	男	女性	65	配偶者	2	14	7	4~6時間	無し	あまり満足していない	無し	あまり満足していない	あまり思わない	あまり思わない
14	男	女性	62	配偶者	2	12	7	8時間以上	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	あまり思わない
16	男	女性	63	配偶者	2	12	7	2~4時間	無し	あまり満足していない	無し	あまり満足していない	あまり思わない	まあまあそう思う
26	男	女性	50	義父		10	7	2~4時間	有り	まあまあ満足している	無し	あまり満足していない	まあまあそう思う	まあまあそう思う
29	男	女性	48	実父	2	10	7	8時間以上	有り	とても満足している	有り	とても満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
32	女	女性	52	実母	4	11	5	2~4時間	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	あまり思わない
33	男	女性	57	配偶者	2	9		2~4時間	無し	まあまあ満足している	無し	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
35	男	女性	62	配偶者	2	12	3	4~6時間	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	まあまあそう思う
36	女	女性	55	実母	2	10	3	8時間以上	無し	全く満足していない	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	あまり思わない
40	女	男性	68	配偶者	2	10	7	8時間以上	無し		無し		まあまあそう思う	まあまあそう思う
41	女	男性	66	配偶者	2	12	7	2~4時間	無し		無し	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
42	男	女性	88	配偶者	3	40	7	2~4時間	無し	まあまあ満足している	無し	あまり満足していない	全く思わない	あまり思わない
47	女	男性	78	配偶者	2	9	7	8時間以上	無し	あまり満足していない	無し	全く満足していない	あまり思わない	まあまあそう思う
56	男	女性	69	配偶者	3	10	7		無し	まあまあ満足している	有り		全く思わない	全く思わない
62	男	女性	66	配偶者	2	7	7	8時間以上	有り	全く満足していない	無し	全く満足していない	まあまあそう思う	まあまあそう思う
70	女	女性	57	実母	2		7		無し	全く満足していない	無し	全く満足していない	あまり思わない	全く思わない
72	女	女性	38	実母	2	10	4	0~2時間	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	とてもそう思う	とてもそう思う
81	女	男性	82	配偶者	2	6	7	6~8時間	無し	あまり満足していない	無し	全く満足していない	あまり思わない	あまり思わない
85	男	女性	49	配偶者	3	8	7	0~2時間	有り	とても満足している	無し	あまり満足していない	まあまあそう思う	まあまあそう思う
86	男	女性	46	配偶者	4	6	7	8時間以上	有り	まあまあ満足している	無し	全く満足していない	あまり思わない	あまり思わない
88	男	女性	57	実父		9			有り	あまり満足していない	有り	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
92	男	女性	74	配偶者	2	12			有り	まあまあ満足している	無し	あまり満足していない	全く思わない	全く思わない
96	女	女性	53	義母	3	12	7	0~2時間	有り	とても満足している	有り	とても満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
97	女	男性	74	配偶者		62	7	2~4時間	無し	あまり満足していない	無し	全く満足していない	あまり思わない	あまり思わない
99	女	男性	60	配偶者	2	7	7	4~6時間	無し	まあまあ満足している	無し	まあまあ満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
101	男	女性	78	配偶者	3	12	7	0~2時間	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	あまり思わない
106	女	女性	61	義母	3	4	7	8時間以上	有り	あまり満足していない	有り	あまり満足していない	まあまあそう思う	まあまあそう思う
107	女	男性	77	配偶者	2	8	7	8時間以上	無し	あまり満足していない	有り	あまり満足していない	まあまあそう思う	まあまあそう思う
111	男	女性	52	配偶者	2	20	7		有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	全く思わない	あまり思わない
119	男	女性	61	配偶者	2	6	3	2~4時間	無し	あまり満足していない	無し	全く満足していない	あまり思わない	全く思わない
120	女	女性	25	実母	3	7	7	0~2時間	有り	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	とてもそう思う	まあまあそう思う
121	男	女性	50	配偶者	5	12	7	8時間以上	無し	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	まあまあそう思う	あまり思わない
125	女	女性	49	義母	3	6	7	4~6時間	有り	あまり満足していない	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	あまり思わない
128	男	女性	67	配偶者	2	7	7	8時間以上	無し	全く満足していない	無し	全く満足していない	全く思わない	全く思わない
129	女	男性	57	配偶者	3	6	5	0~2時間	有り	とても満足している	有り	とても満足している	まあまあそう思う	まあまあそう思う
130	男	女性	56	配偶者	3	6	3	0~2時間	無し	まあまあ満足している	無し	まあまあ満足している	とてもそう思う	とてもそう思う
133	男	女性	73	配偶者	5	10	7	2~4時間	無し	全く満足していない	無し	全く満足していない	まあまあそう思う	あまり思わない
137	男	女性	67	配偶者	2	7	7	2~4時間	無し	まあまあ満足している	有り	まあまあ満足している	あまり思わない	まあまあそう思う

資料4

No.	介護者性別	介護者年齢	要介護度	サービス利用の有無	サービス満足度	活動範囲	食事	入浴	排泄	移動	介護肯定感尺度1
4	男性	64	要介護2	有り	まあまあ満足している	ベッド上	一部介助	全面的介助	一部介助	一部介助	1
8	男性	39		有り		ベッド周囲	一部介助	全面的介助	全面的介助	全面的介助	2
11	男性	72	要介護2	有り	まあまあ満足している	自室内	時間が掛かるが行える	一部介助	一部介助	一部介助	1
14	男性	64	要介護2	有り	まあまあ満足している	自室内	時間が掛かるが行える	全面的介助	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	2
16	男性	63	要介護3	無し		自宅内	完全に一人で行える	全面的介助	時間が掛かるが行える	一部介助	1
26	男性	83	要介護1	有り			完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	1
29	男性	76	要介護3	有り	とても満足している	ベッド周囲	全面的介助	一部介助	一部介助	完全に一人で行える	1
32	女性	77	要介護4	有り	まあまあ満足している	自室内	時間が掛かるが行える	全面的介助	一部介助	一部介助	1
33	男性	59	要介護3	有り	まあまあ満足している	自宅内	完全に一人で行える	全面的介助	一部介助	時間が掛かるが行える	2
35	男性	63		有り	全く満足していない	自宅内	完全に一人で行える	一部介助	完全に一人で行える	一部介助	0
36	女性	79	要介護4	有り	まあまあ満足している	自宅内	一部介助	全面的介助	全面的介助	全面的介助	2
40	女性	67	要介護4	有り	まあまあ満足している	ベッド周囲	時間が掛かるが行える	全面的介助	一部介助	時間が掛かるが行える	
41	女性	59	要介護2	有り	とても満足している	自宅内	完全に一人で行える	全面的介助	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	2
42	男性	92	要介護2	有り	とても満足している	自宅内	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	1
47	女性	72	要介護3	有り	まあまあ満足している	自宅内	完全に一人で行える	一部介助	全面的介助	時間が掛かるが行える	2
56	男性	73	要介護2	無し		自宅内	完全に一人で行える	一部介助	完全に一人で行える	完全に一人で行える	0
62	男性	68	要介護2	有り	全く満足していない	自室内	全面的介助	一部介助	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	3
70	女性	78	要介護5	有り	まあまあ満足している	ベッド上	全面的介助	全面的介助	全面的介助	全面的介助	2
72	女性	64	要支援2	無し		自宅内	時間が掛かるが行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	3
81	女性	80	要介護3	有り	まあまあ満足している	ベッド上	時間が掛かるが行える	一部介助	一部介助	一部介助	1
85	男性	59	要介護2	有り	まあまあ満足している	自宅内	時間が掛かるが行える	全面的介助	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	2
86	男性	49	要介護4	有り	あまり満足していない	ベッド上	時間が掛かるが行える	全面的介助	一部介助	一部介助	2
88	男性	92	要介護2	有り	あまり満足していない	自宅内	完全に一人で行える	一部介助	完全に一人で行える	完全に一人で行える	3
92	男性	77	要介護5	有り	まあまあ満足している	ベッド上	一部介助	全面的介助	全面的介助	一部介助	1
96	女性	80	要支援1	有り	とても満足している	自室内	完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	1
97	女性	72	要介護3	有り	まあまあ満足している	自宅内	時間が掛かるが行える	全面的介助	一部介助	一部介助	2
99	女性	60	要支援2	無し		自宅内	完全に一人で行える	一部介助	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	1
101	男性	78	要介護2	有り	あまり満足していない	ベッド周囲	全面的介助	一部介助	一部介助	時間が掛かるが行える	1
106	女性	87	要介護3	有り	あまり満足していない	自宅内	時間が掛かるが行える	全面的介助	一部介助	時間が掛かるが行える	2
107	女性	77		有り	とても満足している	ベッド周囲	完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	2
111	男性	57	要支援2	有り	まあまあ満足している	自宅内	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	一部介助	3
119	男性	60	要介護2	有り	まあまあ満足している	自宅内	時間が掛かるが行える	一部介助	完全に一人で行える	完全に一人で行える	2
120	女性	56	要支援2	有り	まあまあ満足している	自宅内	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	2
121	男性	61	要支援2	無し	全く満足していない	自宅内	完全に一人で行える	一部介助	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	
125	女性	79	要介護2	有り	あまり満足していない	ベッド周囲	全面的介助	全面的介助	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	0
128	男性	72	要介護4	有り	全く満足していない	自宅内	一部介助	全面的介助	一部介助	一部介助	0
129	女性	52	要支援2	有り	あまり満足していない	ベッド周囲	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	2
130	男性	59	要支援2	有り	とても満足している	自宅内	完全に一人で行える	時間が掛かるが行える	完全に一人で行える	完全に一人で行える	2
133	男性	74	要支援1	無し		ベッド上	完全に一人で行える	一部介助	時間が掛かるが行える	時間が掛かるが行える	2
137	男性	73	要介護3	有り	まあまあ満足している	自宅内	時間が掛かるが行える	一部介助	完全に一人で行える	一部介助	2

資料4

No.	介護肯定感尺度2	介護肯定感尺度3	介護肯定感尺度4	介護肯定感尺度5	介護肯定感尺度6	介護肯定感尺度7	介護肯定感尺度8	介護肯定感尺度9	介護肯定感尺度10	介護肯定感尺度11
4	1	0	0	2	1	3	2	3	3	3
8	2	1	1	2	3	1	1	1	2	1
11	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
14	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
26	1	0	1	2	1	1	2	1	2	2
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1
33	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2
35	1	0	1	1	2	0	2	0	2	2
36	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2
40		1	1	1	3	1	3	1	3	0
41	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2
42	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
47	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1
56	0	0	0	1	0	0	2	1	2	0
62	3	2	1	1	3	1	3	1	1	1
70	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2
72	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1
81	1	1	1	2	2	1	2	1	3	1
85	2	0	1	2	2	2	2	1	3	2
86	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1
88	1	1	2	3	3	2	2	2	3	1
92	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1
96	1	0	1	1	0	0	0	1	3	0
97	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
99	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1
101	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2
106	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
107	1	1	0	0	1	1	1	1	3	1
111	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3
119	0	0	0	2	2	0	0	2	3	2
120	2	1	1	3	3	2	2	3	3	2
121	2	1	1	2	2	1	1	2	3	2
125	1	0	1	1	1	0	2	0	1	1
128	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
129	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2
130	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1
133	1	1	2	2	1	1	2	2	3	2
137	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2

資料4

No.	介護肯定感尺度12	介護肯定感尺度13	介護肯定感尺度14	介護負担感尺度1	介護負担感尺度2	介護負担感尺度3	介護負担感尺度4	介護負担感尺度5	介護負担感尺度6	介護負担感尺度7
4	3	2	3	2	4	4	4	2	4	3
8	1	3	3	0	1	0	1	1	2	2
11	2	3	3	1	2	2	1	2	0	2
14	2	3	3	1	4	4	2	1	2	1
16	1	2	3	4	4	1	3	2	1	1
26	1	3	3	2	1	2	1	1	0	3
29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1
32	1	1	2	3	4	3	3	3	3	2
33	2	3	3	0	1	1	0	0	0	2
35	1	2	2	1	4	3	0	1	4	4
36	1	2	2	0	4	4	0	0	4	4
40	2	3	3	2	2	1	0	0	1	2
41	2	3	3	3	4	2	1	0	2	2
42	1	3	2	1	1	1	2	0	0	0
47	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3
56	0	3	2	2	1	3	1	3	4	4
62	1	3	3	3	4	3	2	0	4	4
70	1	3	2	2	3	3	2	1	1	0
72	2	3	3	0	0	1	0	0	0	0
81	2	3	3	2	3	3	1	2	3	4
85	2	2	3	0	1	3	0	0	0	1
86	2	2	2	1	3	3	2	2	2	3
88	3	3	3	2	2	2	2	1	0	3
92	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3
96	1	2	1	1	1	2	2	1	2	3
97	2	2	2	1	2	2	0	0	2	3
99	1	3	3	0	1	1	0	0	0	1
101	2	2	2	0	1	2	3	2	2	3
106	2	2	2	0	1	0	1	1	0	0
107	2	2	2	0	3	3	3	2	2	1
111	3	3	3	0	0	2	2	1	0	1
119	3	3	3	1	1	4	3	3	3	4
120	3	0	2	1	2	2	1	1	1	1
121	2	3	3	4	2	1	3	1	0	1
125	2	2	2	4	4	3	3	2	2	1
128	1	1	2	1	4	4	4	2	4	4
129	2	3	3	0	0	0	0	0	0	2
130	2	2	2	2	1	0	1	0	1	1
133	2	3	3	3	4	4	3	3	4	4
137	2	3	3	1	2	1	2	1	2	1

資料4

No.	介護負担感尺度8	介護負担感尺度9	介護負担感尺度10	介護負担感尺度11	介護負担感尺度12	介護負担感尺度13	介護負担感尺度14	介護負担感尺度15	介護負担感尺度16	介護負担感尺度17
4	4	2	2	2	3	0	4	3	3	4
8	3	1	1	0	0	0	3	0	0	2
11	2	0	1	1	1	0	2	2	2	3
14	1	2	2	0	0	0	3	2	1	1
16	4	2	1	0	1	1	2	2	2	3
26	3	1	0	0	1	0	2	0	1	3
29	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
32	4	3	2	2	2	2	3	2	2	3
33	3	0	1	0	0	0	3	0	0	0
35	4	2	2	1	2	3	4	1	1	4
36	4	0	4	0	3		1	0	4	4
40	4	0	0	0	1	2	3	0	1	4
41	4	1	1	0	1	1	3	0	0	0
42	1	0	2	0	1	0	2	0	0	1
47	2	1	2	1	1	0	1	2	1	2
56	4	3	1	4	1	4	3	1	2	4
62	4	0	1	0	4	1	4	0	1	3
70	2	1	0	1	4	1	2	2	1	3
72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	3	2	2	2	3	1	4	2	1	4
85	1	0	0	0	0	1	0	3	1	1
86	3	1	1	2	2	1	1	3	2	1
88	0	0	1	2	2	4	0	2	3	3
92	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3
96	11	2	0	0	1	0	0	0	0	2
97	3	0	0	0	3	3	4	4	2	2
99	3	0	0	0	0	0	4	0	1	1
101	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3
106	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
107	4	2	1	2	1	1	3	0	0	2
111	3	1	3	0	0	0	2	0	0	0
119	3	4	3	0	3	3	3	1	3	4
120	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1
121	3	2	1	0	0	0	2	4	0	1
125	3	3	1	1	1	0	2	1	2	2
128	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4
129	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
130	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1
133	4	3	2	2	3	4	4	1	2	3
137	2	1	1	0	1	2	4	0	1	1

資料4

No.	介護負担感尺度18	介護負担感尺度19	介護負担感尺度20	介護負担感尺度21	介護負担感尺度22	学生・生徒	勤労者	ボランティア	養育者	介護者	家庭維持者	友人	家族の一員	宗教への参加者
4	4	1	0	0	4					○	○			
8	1	0	0	0	1				○	○	○		○	
11	2	2	3	2	2			○		○	○		○	
14	0	2	0	0	4		○				○			
16	0	0	0	1	4						○			
26	2	0	0	0	2				○	○	○		○	
29	1	1	0	0	1					○	○		○	
32	2	2	1	1	3				○	○	○			○
33	0	1	0	0	1		○							
35	2	1	0	0						○	○			
36	2	1	0	0	3				○	○	○		○	
40	1	0	0	0	3					○	○		○	
41	0	1	2	0	2					○	○		○	
42	0	0	0	0	2					○	○		○	
47	1	0	1	0	2				○	○	○		○	
56	0	1	0	0	2						○			
62	2	2	0	0	3					○	○			
70	1	2	1	0	3						○		○	
72	0	0	0	0	0		○			○	○	○	○	
81	2	3	4	1	3						○	○		
85	0	0	1	0	1		○				○			
86	1	1	2	1	3								○	
88	1	2	1	2	3					○	○	○	○	
92	4	2	0	0	4						○			
96	1	3	3	0	2				○	○	○	○		
97	1	0	3	0	2						○	○		
99	0	0	2	2	1					○	○	○	○	
101	2	2	2	1	1						○	○	○	
106	0	0	0	0	0					○		○	○	
107	2	0	3	0	4				○	○	○	○	○	○
111	0	2	0	1	3					○	○		○	
119	4	4	3	2	3						○			
120	1	1	2	2	2					○	○		○	
121	2	0	1	1	1						○		○	
125	1	1	0	0	2			○	○	○	○	○	○	
128	4	4	1	0	3						○			
129	0	1	2	0	0		○		○	○	○		○	
130	0	1	2	3	2						○	○	○	
133	1	1	2	2	2					○	○		○	
137	0	0	1	0	1					○	○	○	○	

資料4

No.	宗教への参加者	趣味人/愛好家	組織の一員	その他
4	あまりやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
8	あまりやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
11	全くやりたくない	あまりやりたくない	全くやりたくない	
14				
16		まあまあやりたい		
26	全くやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
29	全くやりたくない	全くやりたくない	全くやりたくない	
32	あまりやりたくない			あまりやりたくない
33				
35		とてもやりたい		
36	全くやりたくない	とてもやりたい	全くやりたくない	
40	全くやりたくない	とてもやりたい	全くやりたくない	
41		まあまあやりたい	まあまあやりたい	
42	まあまあやりたい	とてもやりたい	あまりやりたくない	
47				
56	あまりやりたくない	とてもやりたい	あまりやりたくない	
62		まあまあやりたい		
70	あまりやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
72		とてもやりたい		
81		とてもやりたい		
85				
86				
88	全くやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
92	あまりやりたくない	あまりやりたくない	あまりやりたくない	
96	全くやりたくない	とてもやりたい	全くやりたくない	
97				
99		まあまあやりたい		
101	あまりやりたくない	全くやりたくない	全くやりたくない	
106	まあまあやりたい	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
107	あまりやりたくない	まあまあやりたい		
111	まあまあやりたい	とてもやりたい	とてもやりたい	
119				
120		とてもやりたい		
121				
125	あまりやりたくない	まあまあやりたい	あまりやりたくない	
128		まあまあやりたい		
129	まあまあやりたい	まあまあやりたい	まあまあやりたい	
130				
133				
137		とてもやりたい		

参 考 论 文

参考論文 1

脳血管障害患者と生活を共にする家族の思いの縦断的分析

著者名：山根伸吾、花岡秀明、清水一

所属：広島大学大学院保健学研究科

はじめに

脳血管障害患者（以下 CVA 患者）の多くは入院生活を送った後、発症前とは異なった状態で自宅へと退院する。CVA 患者が、新たな生活で問題に直面することは予想できるが、一方で、CVA 患者の家族は彼らと共に生活をする中で、どのような思いを抱いているのだろうか。豊島¹⁾は「患者が障害を抱える事は、家族内の役割に変化を来たし、退院後は介護役割も背負う事が予測され、患者・家族とも退院後の生活には様々な戸惑いが生じる」と述べている。介護保険制度により各種サービスが提供されているが、在宅での介護は家族が担っているのが現状である。筆者も、CVA 患者の在宅生活において、家族の果たす役割は、多岐に渡り、彼らの生活に大きく影響を及ぼしていると感じている。

障害者の家族に関する研究では、介護負担についての研究が多く行われている^{2) 3)}。

Zarit²⁾は介護負担を「親族を介護した結

果として、介護者が彼らの情緒的又は身体的健康、社会生活および経済状況に関して苦悩と感ずる程度」と定義した。介護負担の研究としては、介護負担感とその他の要因との相関研究、介護負担感を予測する因子を同定しようとする予想研究が多い⁴⁾。

しかし、新名⁵⁾は、多くの研究が理論なしに行われてきたと述べ、Lazarusらのライフストレス理論⁶⁾に基づいた介護負担の捉え方を提唱している。これは、介護場面で起こる出来事(ストレッサー)を、介護者がネガティブな負担感と評価すると(認知的評価)、心理的・身体的症状(ストレス症状)が生じ、これらのストレッサーとストレス症状に対し、対応(コーピング)を行うとするものである⁵⁾。このモデルは負担感やストレス症状を予測し、介護者のコーピングのサポートをするという点で有用とされている⁴⁾。しかし、この理論を参照した研究においても分析に使用された概念が一致していないとの指摘もある⁷⁾。

また、介護経験には多様な側面があると考えられ、介護の肯定的認識の介護負担への影響についての研究がなされている⁸⁻¹⁰⁾。家族による介護を伝統的に重んじてきたわが国において、家族の介護経験は否定的概念だけでは捉えきれないとされている⁸⁾。

これまでの研究により、介護経験における幾つかの要素が明らかになり、各要素の関連性についても検討がなされてきた。また新名の¹⁾の提言により、介護経験に関する要素の捉え方が整理されてきたと思われる。しかし、筆者は介護経験に関連する要素はまだ抽出しきれていないのではないかと考えた。当事者の生の声をデータとして蓄積し検討するという面からも、質的な研究の必要性があると考えた。また、これまでの研究は横断的なデータ収集による研究が多く、介護の経過を追って十分に検討が加えられたものはなかった。

そこで、本研究ではCVA患者と生活を共にする家族がどのような事を感じながら、生活

を構築していくのかを研究疑問として、継続的なインタビューから、質的な分析を行った。

本研究の意義は、家族の介護経験の新たな要素を見出す事、それにより作業療法としての家族支援のあり方を検討する事である。

研究方法

1. 対象

本研究では、臨床において経験する頻度が高いと思われる、CVA患者の夫と介護者の妻という組合せを対象とした。また、CVA患者は、屋内歩行に介助又は監視が必要なレベルとした。これは介助者が共に生活をの上で、最も多岐に渡る関わりを必要とするレベルであると考えた為である。

対象者選定の手順は以下の通りである。N病院に脳血管障害の診断にて入院中の者から、①自宅退院予定である事、②屋内歩行が介助又は監視が必要なレベルである事、③CVA患者の夫と介護者の妻という組合せである事、

④ 研究の同意が得られる事、の基準を設け、
全てを満たす1夫婦を選択し、主介護者であ
るAさんをインタビューの対象者とした。CVA
患者と対象者の概要を表1に示す。

表1 CVA患者と対象者の概要

CVA患者

年齢 : 60代前半 性別 : 男性

診断名 : 脳梗塞、右片麻痺、失語症

経過 : 急性期病院に約一ヶ月入院後、N病院の回復期病棟に転院。5ヶ月経過後、自宅に退院

退院時のADL : 入浴を除き基本的ADLは車椅子使用にて自立、歩行は4点杖と短下肢装具を用いて監視レベル。

高次脳機能障害 : 軽度注意障害

対象者

年齢 : 50代後半 性別 : 女性

社会的背景 : 家屋は持ち家で、2人暮らしであった。車椅子移動ができるように改修済みであった。インタビュー期間を通して、新たな疾患の罹患や

ADLの大きな変化は見られていない。家族構成や環境、収入など、社会的・経済的な変化は見られなかった。

2 . 手 続 き

1) 半 構 成 的 イ ン タ ビ ュ ー の 実 施

外 来 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン の 為 、 N 病 院 に 来 院 さ れ た 際 に 、 半 構 成 的 イ ン タ ビ ュ ー を 行 っ た 。 イ ン タ ビ ュ ー の 観 点 は 「 C V A 患 者 と 共 に 生 活 す る 中 で 、 感 じ て い る 事 、 困 っ て い る 事 」 と し た 。 イ ン タ ビ ュ ー の 内 容 は 了 承 を 得 て 録 音 し た 。 退 院 直 後 に 一 回 目 の イ ン タ ビ ュ ー を 行 い 、 そ の 後 3 ヶ 月 毎 に 計 3 回 行 っ た 。

2) デ ー タ の 分 析

イ ン タ ビ ュ ー に て 述 べ ら れ た A さ ん の 発 言 全 て を 分 析 対 象 と し た 。 分 析 は 、 質 的 研 究 の 手 法 に て 行 っ た 。 イ ン タ ビ ュ ー 内 容 は 全 て 文 章 に 書 き 起 こ し 、 文 章 を 意 味 的 な 纏 ま り ご と に 区 切 り 、 そ れ ぞ れ を 一 枚 の カ ー ド に 転 記 し た 。 そ し て カ ー ド の 内 容 の 類 似 性 に 基 づ き 分 類 し 、 カ テ ゴ リ ー 化 し 、 名 称 を 付 け た 。 こ れ を 繰 り 返 し 、 主 題 を 抽 出 し た 。 そ の 後 、 主 題 の も つ 意 味 の 関 係 性 か ら 、 対 象 者 の 介 護 経 験 の 要 素 を 考 察 し た 。 そ の 手 続 き の 一 部 を 図 1

に示す。

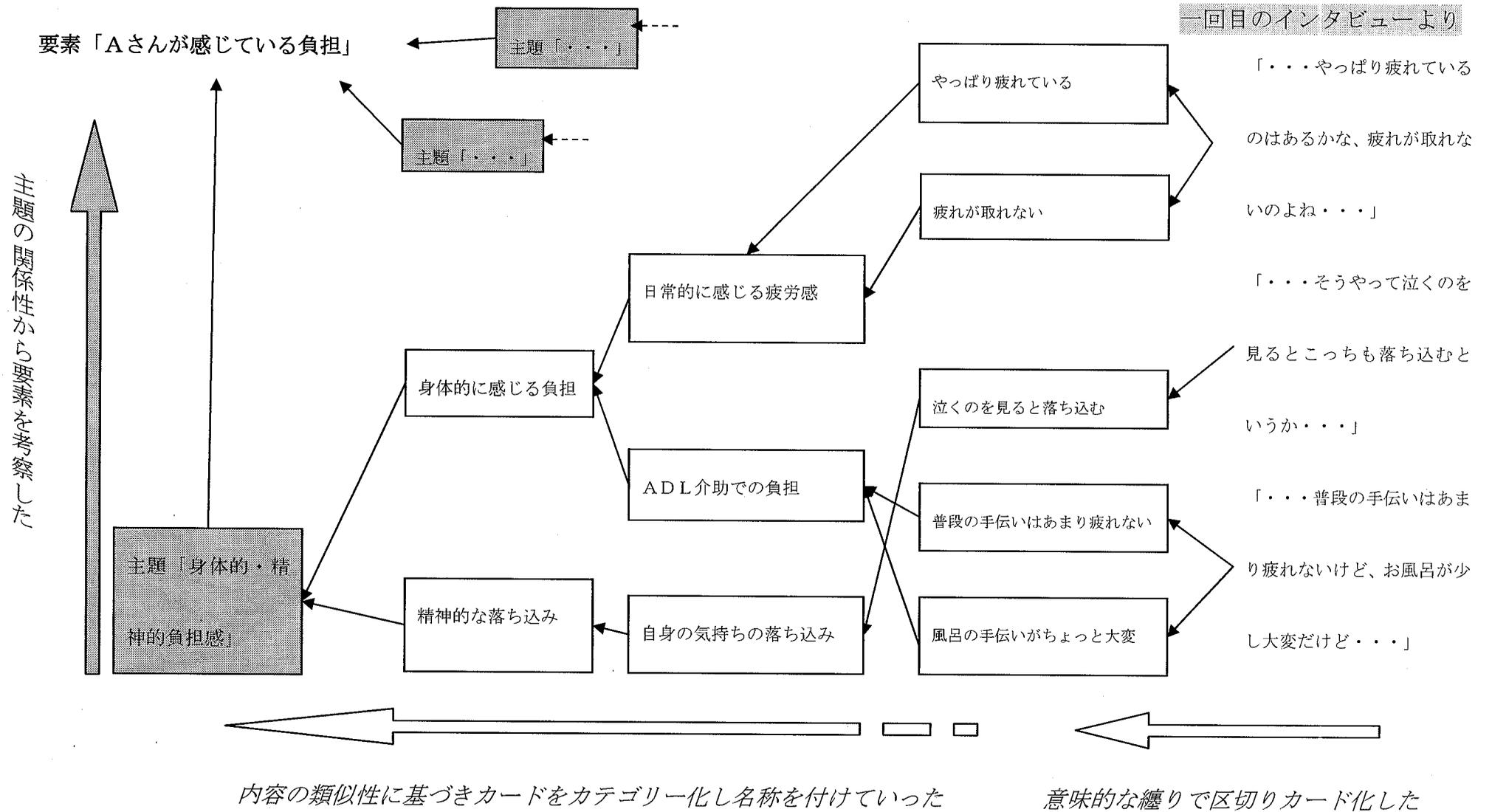


図1 インタビュー内容から介護経験の要素を抽出する手続きについて

結果

1. 一回目のインタビュー（退院直後）の分析

結果

インタビューの時間は17分58秒であった。
総カード数は117であり、以下の12の主題に
集約された。

1) 「本人との生活の見通し」

本人の生活スタイルとサービスの折合い
がつくか、食事時間をどう設定するかといっ
た、本人の生活への関わり方について述べた。
これらの内容を上記主題とした。

2) 「生活上の工夫」

部屋の環境を整えたことや、気分転換も兼ね、
毎日買い物に行き、本人が好きなの魚屋を見て
いる間に買い物を済ませている事を述べた。
これらの内容を上記主題とした。

3) 「本人のADL状況」

トイレの洗面台で歯磨きをしている事につ
いて、「洗面所で立つのは不安だと思う」と
述べた。更衣について「急ぐ時は手伝うけど、

普段は一人でしてる」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

4) 「サービスの感想」

サービスへの肯定的な評価や感謝の言葉を述べた。これらの内容を上記主題とした。

5) 「本人の心理面への解釈と対応」

本人の「死にたい」という発言について述べた。言語能力の低下について「これまで言いたい事を言ってきた人だからストレスが大きい」と述べた。「好きな物を食べられるのは良い」「違うスーパーに行って気分転換をさせる」と話され、入院中より心理的に落ち着いたと述べた。これらの内容を上記主題とした。

6) 「自分と本人の相性」

本人の性格と自分の性格、そしてその相性について述べた。「気にしすぎるのよ、私はチャランポランだから丁度いいんじゃない？」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

7) 「外出の模索」

「ヘルパーが居る時に、少し出る程度」と、

本人を一人残して外出は難しい事を述べた。

また、本人が電話を使えないか検討していると述べた。これらの内容を上記主題とした。

8) 「落ち着かない生活」

サービスの手続きや、自宅への人の出入りが多く、「落ち着かない」「頭がパーになる」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

9) 「本人への期待と不満」

「練習で歩くものだと思ってる」「日常で歩かない」「(廊下が)直線で歩き易いと思う」と述べた。入浴について「一人で出来ると思うのに、怖がるの」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

10) 「本人の機能低下に対する不安」

本人へのマッサージについて「プロじゃないし」「硬くなった気がする」と機能低下の心配を述べた。これらの内容を上記主題とした。

11) 「本人への責任」

帰宅が遅れた際に、「(本人が)「どうしたんか」って、すごい剣幕で」「私に何かあった

らこの人はどうなるのかと思うと怖かった」と、本人の生活と命の責任を持っている事を述べた。これらの内容を上記主題とした。

12) 「身体的・精神的負担感」

ADL 介助では「お風呂が少し大変だけど、それでもない」と述べた。また、「疲れている」と身体的疲労を述べた。また「(本人が)泣くのを見るとこっちも落ち込む」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

2. 二回目のインタビュー(退院3ヵ月後)の分析結果

インタビューの時間は14分50秒であった。総カード数は76であり、以下の9つの主題に集約された。

1) 「自分が関われるリハビリテーション」

外出や、他者との交流を促す事がリハビリテーションになると述べた。また、本人に「もっと付いて、練習すれば良いんだけど、殆どくっ付いてない」と述べ、時間をとって関わ

る事は出来ない」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

2) 「周囲のサポートへの信頼と依頼」

急用で親族にサポートを受けた事や、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）やヘルパーで助かっていると述べた。また、スタッフと本人の関係も良く、「任せられるので安心」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

3) 「本人の性質」

「痛いとすぐ顔に出て、痛い一って、叫ぶ」と本人が痛みに弱いと述べた。また、「毎日排便しないと、すぐ気になる」と本人が体調に対して過敏である事や「すごい文句の多い人でしょう」と、要求の多い人である事を述べた。これらの内容を上記主題とした。

4) 「本人の能力に対する認識」

「歩けば良いのに怖い」と、本人が歩く事に不安を持っている事を述べた。また歩き方が良くなったとも述べた。また、「物事は良くわかってて、頭の中にはある」「違う事を言

っ ち ゃ う け ど 」 と 述 べ 、 本 人 の 能 力 を ど う 捉
え て い る か が 話 さ れ た 。 ま た 「 だ か ら 、 ま あ
良 い か な 」 と そ れ に 対 す る 思 い を 述 べ た 。 こ
れ ら の 内 容 を 上 記 主 題 と し た 。

5) 「 自 分 の 生 活 と ペ ー ス の 尊 重 」

「 別 の 部 屋 に い た ら 、 寂 し い の 」 と 、 本 人
が 側 に 居 た が る 事 と 「 ず っ と 付 い て い た ら 何
も 出 来 な い 」 「 私 は ふ っ と 切 る の 」 と そ の 対 応
に つ い て 述 べ た 。 ま た 、 「 見 た い テ レ ビ も 違 う 」
「 一 日 の 終 わ り に は 自 分 の 時 間 が ほ し い 」 「 一
緒 の 部 屋 で は し た く な い 」 と 、 自 分 の ペ ー ス
で 行 い た い 活 動 が あ る と 述 べ た 。 ま た 、 サ ー
ビ ス を 利 用 し て 外 出 す る 事 も 出 来 て き た と 述
べ た 。 こ れ ら の 内 容 を 上 記 主 題 と し た 。

6) 「 身 体 的 疲 労 」

「 買 物 し て 、 お 風 呂 も 入 れ て 、 料 理 し て 、
私 も 疲 れ 果 て る 」 と 身 体 的 疲 労 を 述 べ た 。 こ
れ ら の 内 容 を 上 記 主 題 と し た 。

7) 「 気 分 転 換 の 必 要 性 」

サ ー ビ ス の 利 用 に つ い て 、 「 私 の 気 分 転 換

にもなる」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

8) 「自分のための時間の不足」

「私だけの事をする日が無い」「とろいから時間が掛かる」と話され、時間的余裕がないと述べた。これらの内容を上記主題とした。

9) 「本人と離れる時間についての思い」

「最近感じない、慣れてきたのかも」と話され、本人と離れて過ごす事に過度な責任は感じないと述べた。また「皆良い人だから任せられる」とスタッフへの信頼を述べた。一方「どうしてもまだ心のどこかに残ってて」「自分の事だけに専念するまで行けない」と述べた。これらの内容を上記主題とした。

3. 三回目のインタビュー（退院6ヵ月後）の分析結果

インタビューの時間は13分56秒であった。総カード数は106であり、以下の7つの主題に集約された。

1) 「本人の生活の調整」

「野菜ジュースで通じを良くする」「意識がそこから離れたら、他に気持ちが向くと思う」と本人の心身の状態について述べた。また、「お風呂は一緒に入る」「着替えは予め置いておく」と本人のADLへの働きかけについて述べた。これらの内容を上記主題とした。

2) 「サービスとの関係とやり取り」

「その人が気に入らなくて、別の人が2回になった」と、サービス内容の調整を行った事を述べた。これらの内容を上記主題とした。

3) 「今後のリハビリテーションで関わりたい事」

「専門の人が一番とってたけど、日常に話す中で増えるのと、プロの人に見てもらおうのと両方で」と言語療法への思いを述べた。また、「時間を掛けたら書ける」「宿題は書く事」とリハビリテーションへの自分の関わりを述べた。これらの内容を上記主題とした。

4) 「本人と生活を続けるための接し方」

「寝巻きなんて着なかった」「入院中に着替えてたのは、格好つけ」と、元々の本人の生活習慣について述べ「着替えるように言うと、喧嘩になる」「(本人に)優しくないと思われる」と本人に合わせて対応をしている事を述べた。また、「死にたいって言うのに、リハビリ頑張って、おかしいって笑うの」と本人の心理面の対応について述べた。また、「葬式はしないって言うから、それを遺言って、紙に書かせてる」と、本人の考えや訴えを尊重している事を述べた。これらの内容を上記主題とした。

5) 「本人との生活の中での喜び」

発症から一年が過ぎ、「お祝いをしたの」と述べた。また、「感謝って書いてて、びっくり」「少しずつ育ってくれたら嬉しい」と本人の言語能力の改善や「一人で歩く練習してる」「やろうって意識はある」と本人の意欲について述べた。これらの内容を上記主題とした。

6) 「介護における疲労」

「出かけるのはちょっと」「なかなか、字の練習が出来ない」と、時間の不足について述べた。また、「私もしんどいから」と身体的疲労や、「手伝ってもらおうものと思ってる」「そういう意識になってる」「すぐ、くそって、言う」と本人に対する不満を述べた。これらの内容を上記主題とした。

7) 「本人への介護に対する戸惑い」

「着替えも全介助」「ヘルパーの時も全介助」とADL介助量の増加について述べた。「こっちが悪いんでしょうけど」「つい時間が掛かるから手が出ちゃう」と自身の介護の振り返りを述べた。これらの内容を上記主題とした。

4. 主題によって導かれたAさんの介護経験の要素について

3回のインタビューにより得られた主題の関係性から、Aさんの介護経験の要素が3つ導かれた（図2参照）。

主題によって導かれたAさんの介護経験の要素

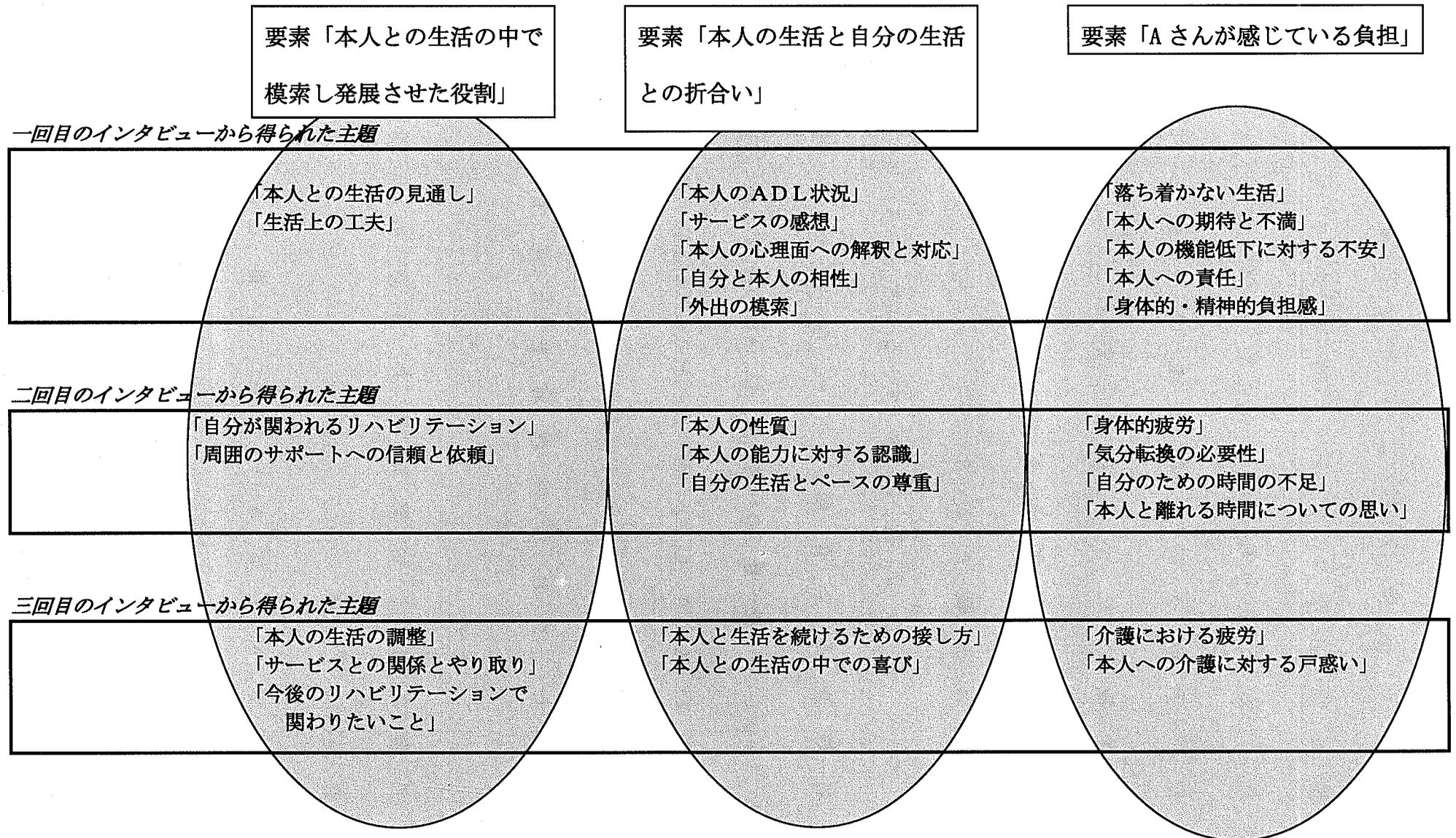


図2 Aさんの介護経験の要素と、各インタビューにより得られた主題との関係性について

1) 本人との生活の中で A さんが模索し発展させた役割

一回目のインタビューで述べた「本人との生活の見通し」「生活上の工夫」からは、本人との生活を開始するに当たって、サービスや環境の調整等の役割を担っていた事が伺えた。

二回目のインタビューで述べた「自分が関われるリハビリテーション」「周囲のサポートへの信頼と依頼」からは周囲からのサポートを認め、その他に自分が本人の為にできる役割を考えている事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「本人の生活の調整」「サービスとの関係とやり取り」「今後のリハビリテーションで関わりたい事」からは、本人の生活や健康等の調整について、より具体的な内容で役割を果たしている事や、その役割を自覚している事も聞かれた。さらにサービスとの役割分担について、A さんの中で一定の枠組みが出来ている事が伺えた。

これらの内容から共通する概念は、本人と

の生活の中で模索し、発展させた役割であった。この事より上記要素に集約させた。

2) 本人の生活と自分の生活との折合い

一回目のインタビューで述べた「本人のADL状況」「サービスの感想」「本人の心理面への解釈と対応」「自分と本人の相性」「外出の模索」からは、本人やサービス状況を確認している事が伺えた。その中で、自分の為の外出など、本人との生活をどう作り出せばよいか考えている事が伺えた。

二回目のインタビューで述べた「本人の性質」「本人の能力に対する認識」「自分の生活とペースの尊重」からは、本人の生活とペースは、自分のそれとは異なると認識している事が見出された。また、本人の生活や能力への認識も進んでいる事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「本人と生活を続けるための接し方」「本人との生活の中での喜び」からは、本人と生活する中で、喜びや満足感も得ている事が伺えた。また、介

護について迷いもあり、一定のあきらめや妥協という思いもある事が伺えた。

これらの内容から共通する概念は、本人との生活と自分の生活とを見比べ、共に生活を営む為の折合いを付ける事であった。この事より上記要素に集約させた。

3) Aさんが感じている負担

一回目のインタビューで述べた「落ち着かない生活」「本人への期待と不満」「本人の機能低下に対する不安」「本人への責任」「身体的・精神的負担感」からは、生活の慌しさ、新奇な課題、本人への戸惑いなどから、精神的に混乱し、困惑した状況であった事が伺えた。また、自分の身に何かあったら、本人はどうなるのかと自分が対応できる内容以上の、過剰な責任感を述べる事もあり、大きなストレスを抱えていた事が伺えた。

二回目のインタビューで述べた「介護での疲労」「気分転換の必要性」「自分のための時

間の不足」「本人と離れる時間についての思い」からは、身体的疲労や、時間的な問題など、具体的な負担や気分転換の必要性を述べ、現状を冷静に把握できるようになってきた事が伺えた。前回に述べた過剰な責任は感じないと述べ、精神的な混乱はやや落ち着いた事が伺えた。

三回目のインタビューで述べた「介護における疲労」「本人への介護に対する戸惑い」からは、身体的負担や、時間的な拘束は依然残存している事や、本人のADLにおける介助量が増えている事から、それまでに築いてきた本人への関わり方や介護の方法に対しての振り返りをする事がみられた。

これらの内容から共通する概念は、本人と生活をする中で、Aさんが感じている負担感であった。この事より上記要素に集約させた。

考察

1. 役割という視点について

介護負担感に関する研究において、介護者の役割の認識という面に触れたものは少ない¹¹⁾。今回のインタビューを通して、Aさんから、本人に対して自分が行える事は何かを考えている事が、いずれのインタビューにおいても聞かれた。さらに、その役割の内容は、最初は事務的な手続きや準備という段階の役割から、リハビリテーション、生活の中での役割と、より具体的で個別化したものへと発展していった。また、役割の認識においても、手探りの状態から、確固とした認識となっていく過程がみられた。作業療法において役割といった場合、社会交流の仕方の枠組みを与える認識的側面と、特定の作業との関連を示す作業的役割があるとされる¹²⁾。Aさんの場合、本人との生活のやり繰りという作業的側面としての役割を果たす中で、認識的側面としての役割が確立されていったと考えられる。役割の概念は曖昧な面も多いが、作業療法士の関心事である事は確かである。役割という

視点で介護者を捉え、アプローチする事は、作業療法士が専門職として発展させるべき関わりであると考ええる。介護者の役割の認識に応じて、アプローチ方法やその方向性を変更する技術を持つことが必要と考ええる。

2. Aさんの対処スタイルについて

Aさんはまず、本人の状態やサービスの内容など、生活全般を認識する事を行い、次に自分の生活と照らし合わせて検討し、本人と折合いの付く関わり方を、戸惑いはありつつも選んでいったようである。和気ら⁽¹⁾は、坂田のコーピング尺度を用いた主成分分析の結果、家族介護の対処スタイルを「問題解決型」「接近・認知型」「回避・情動型」に分けている。Aさんの一回目、二回目のインタビューの時期は、思う・考えるという対処で、前向きに介護を捉えて乗り切っていこうとするとされる「接近・認知型」に対応し、三回目のインタビューの時期は、介護に対して消極的

な態度をもって現実に妥協する一方、その不満を発散して解決していかうとするとされる「回避・情動型」に対応するように思われる。

このように、対処スタイルの変化がある事は、臨床では感じ取られている事であるが、研究として示したものはない。いずれの対処スタイルが、良好な介護状況をもたらすのか、どういった要因が対処スタイルの変化をもたらすのかについては、議論されるべき課題ではあるが、対処スタイルに変化がみられたという事は、アプローチの余地のある事を示唆していると思われる。作業療法士は対処スタイルの変化に対して、より鋭敏になり、介護状況との関連性を評価していく必要があると思われる。

3. 負担感について

一回目、二回目のインタビューでは、本人の能力や介助方法などの模索が進んでいたが、三回目のインタビューではAさんの捉えてい

る本人の能力と介助量との不一致という問題に対して、妥協や消極的な発言がみられた。介助者にとって、納得のいかない介護というものは非常にストレスフルであると思われる。Aさんの場合、入院中は自立であった更衣を本人に促したが、本人の協力が得られず、喧嘩になったというエピソードがあった。結果、お互いのストレスを軽減する為に、介助という方略が選ばれていた。これは、個人のコントロールを超えた変容不可能なストレスに対しては回避的情動的な対処が優先するという指摘¹³⁾に合致すると思われた。また、和才ら¹⁴⁾は家庭生活において介護者が患者の満足度を十分に把握できていない可能性を指摘している。このような家族と本人との間の認識の不一致といった問題には、第三者の介入が有効であると思われる。作業療法士は、クライアントの作業遂行に関して、実行技能や実行のパターン、背景状況などを参照する事ができる為、介入する上で最も適した専門職

であると考えられる。例えば、Aさん夫婦の場合、病前から自宅で過ごす際は更衣を殆ど行わなかったという実行のパターンや、自立ではあるが時間を要するという実行技能から、本人の更衣に対する認識を評価し、Aさんに伝えることができると思われる。

また、身体的負担感はいんたビューを通して聞かれ、負担感の増減の評価は行っていないが、減少していない事は確かである。Aさんは比較的若く、健康上の問題が無かったが、訪問介護等を非常に頼りにしていた。「現実問題として、ある」とAさんが話したように、在宅介護を維持する為には、現実に直面する身体的負担の軽減の為に、手段的支援が持続的に提供される必要があると考えられた。

また、Aさんは本人の退院当初、状況の慌しさに混乱を示し、「もし、私に何かあったらこの人はどうなるんだろう。すごく怖かった」といった過剰な責任感を示す事もみられた。しかしながら、時間を経るにつれ、「そんな事

言っただ？」と述べるほどとなった。サービスが決まり、日常生活の状況が整理されてくると共に、本人を理解しようとする「接近・認知型」の対処スタイルも有効に働いた為と思われるが、周囲のサポートの影響も大きかったと考えられる。中谷¹⁵⁾は、日常的な副介護者の有無より、一時的な介護の代替者の有無が介護負担感と関連があると述べている。Aさんの場合、2人暮らしだが、緊急時に親族に介護を依頼したというエピソードが聞かれた。このような経験から「皆が助けてくれる。一人では無理」という現実的な発言へと変化していったと思われる。先に述べた適切な手段的な支援を受けながら、介護者が情緒的な支援をも感じ取れるようなサポート体制が重要であると考えられた。

また、社会的・経済的な問題も介護負担感に影響すると言われている¹⁶⁾。Aさんの場合、経済面で大きな問題がなく、親族のサポートがあった事は、利点であったと思われる。

4 . C V A 患 者 と の 生 活 に お け る 家 族 の 適 応 状 態 の 尺 度 と し て

本 研 究 に お い て 、 介 護 経 験 に お け る 役 割 、 対 処 ス タ イ ル 、 負 担 感 と い う 要 素 が 見 出 さ れ 、 こ れ ら が 時 間 と 共 に 質 的 に 変 化 し て い る 事 が 分 か っ た 。 ま た 、 こ れ ら は 互 い に 関 連 し て い る と 考 え ら れ る 。 役 割 の 認 識 に よ り 、 対 処 ス タ イ ル の 枠 組 み が 作 ら れ る で あ ろ う し 、 対 処 を 行 う う ち に 役 割 が 構 築 さ れ る 事 も 考 え ら れ る 。 ま た 、 対 処 の 良 し 悪 し や 、 役 割 を 介 護 者 が ど う 認 識 し て い る か に よ り 、 負 担 感 に 影 響 が あ る で あ ろ う 。 こ れ ら 3 つ の 要 素 は 、 C V A 患 者 と の 生 活 に お け る 家 族 の 適 応 状 況 を 捉 え る 尺 度 の 作 成 に 用 い ら れ う る と 考 え た 。

5 . 本 研 究 の 限 界

研 究 対 象 は 一 例 で あ り 、 得 ら れ た 内 容 が 他 の 事 例 に 適 用 で き る か 否 か は 検 討 を 要 す る 。 ま た 、 調 査 期 間 は 退 院 後 半 年 間 で あ り 、 一 般

的に介護はより長期に渡る為、期間を延長しての検討が必要である。また、対象者は研究同意が得られ、学歴も高く、自身に対する認識能力・言語能力も高かったと考えられる。他の事例において、役割という概念を自己認識しているか否かについても検討が必要である。

文献

- 1) 豊島由樹子：脳血管障害患者・家族の初回外泊における体験内容．日本看護研究学会雑誌 25：71-85，2002．
- 2) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J：Relatives of Impaired Elderly：Correlates of Feelings of Burden．The Gerontologist 20：649-655，1980．
- 3) 坪井章雄，村上恒二：在宅介護家族の主観的介護負担感に影響を与える要因 - 介護家族負担感尺度（FCS）を用いて - ．作業療法 25：220-229，2006．

- 4) 里 宇 明 元 : 介 護 負 担 感 の 概 念 と 研 究 の 動
向 . Journal of Clinical Rehabilit
ation 10 : 859 - 867 , 2001 .
- 5) 新 名 理 恵 : 在 宅 痴 呆 性 老 人 の 介 護 者 負 担
- 研 究 の 問 題 点 と 今 後 の 展 望 - . 老 年 精 神
医 学 2 : 754 - 762 , 1991 .
- 6) Lazarus RS . Folkman S : Transactional
Theory and research on emotions and
coping . Eur J Persl : 141 - 169 , 1987
- 7) 松 岡 英 子 : 在 宅 要 介 護 老 人 の 介 護 者 の ス
ト レ ス . 家 族 社 会 学 研 究
5 : 101 - 112 , 1993 .
- 8) 山 本 則 子 , 石 垣 和 子 , 国 吉 緑 , 河 原 (前 川)
宣 子 , 長 谷 川 喜 代 美 , 林 邦 彦 他 : 高 齡 者 の
家 族 に お け る 介 護 の 肯 定 的 認 識 と 生 活
の 質 (QOL) , 生 き が い 感 お よ び 介 護 継 続
意 思 と の 関 連 : 続 柄 別 の 検 討 . 日 本 公 衛
誌 49 : 660 - 671 , 2002 .
- 9) 櫻 井 成 美 : 介 護 肯 定 感 が も つ 負 担 軽 減 効
果 . 心 理 学 研 究 70 : 203 - 210 , 1999 .

- 1 0) 楯本知子，佐々木実，坪井章雄，村上恒二：主介護者要因，被介護者要因，介護状況要因，および介護支援に関する肯定的認識が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響．人間環境学研究 2：57-62，2004．
- 1 1) 片山陽子，陶山啓子：在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析．日本看護研究学会雑誌 28：43-52，2005．
- 1 2) 吉川ひろみ，宮前珠子，水流聡子，石橋陽子，近藤敏：作業療法における役割概念．作業療法 19：305-314，2000．
- 1 3) 和氣純子，矢富直美，中谷陽明，冷水豊：在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究（2）-規定要因と効果モデルの検討：社会福祉援助への示唆と課題 - ．社会老年学 39：23-34，1994．
- 1 4) 和才慎二，田中正一：脳卒中患者と介

護者のQOL.作業療法 15:156-164,1996.

15) 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”適用の試み-.社会老年学
36:15-26,1991.

16) 朝田隆:痴呆患者の在宅介護破綻に
関する検討:問題行動と介護者の負担を
中心に.精神経誌 93:403-433,1991