

家族介護者の介護認知に影響をおよぼす要因 在宅療養者の医療処置・管理と肯定的認知における検討

Factors to influence caring recognition of family caregiver ; Review on medical procedure/management and positive recognition of home care client

渡部洋子

Hiroko Watanabe

要 旨

家族介護者が感じる介護に対する認知の肯定的側面と医療処置・管理の関連を検討するため、継続的な医療処置・管理を受ける必要のある65歳以上の高齢者を介護している同居家族に対し、質問紙調査を実施した。在宅で家族が実施している主な医療処置として、医療器具の管理（人工呼吸器、在宅酸素、膀胱留置カテーテル、経管栄養法、在宅中心静脈栄養法など）、医療処置の実施（褥創処置、吸引、インシュリン注射、創部の消毒など）、服薬などの医療処置・管理を挙げ、山本ら（2002）¹⁾が開発した「肯定的認識尺度」（PAG：Positive Appraisal of Care）を参考に、医療処置と肯定的認知の関連をみた。

調査結果では、療養者の医療処置のなかでも吸引のある介護者は、困難と認知せず肯定的認知との関連が明らかとなった。また、介護の長期化にあって、肯定的認知の影響要因として療養者との関係性が良いこと、専門家のサポートなどが、関連していることが明らかとなった。

キーワード(Key words)：在宅療養者 (home care client), 家族介護者 (family caregiver), 肯定的介護認知 (positive caring recognition), 医療処置・管理 (medical procedure/management)

I 研究背景

超高齢社会と介護保険制度、医療保障制度などの制度改革は、在宅療養を推進すべく模索している現状である。特に、在宅医療を推進する施策の中、医療処置や管理を必要とする状態で在宅療養へと移行するケースは多く、2012年4月に介護保険でも医療依存度の高まりに対応した介護報酬改定がされたところである。介護保険制度が施行されてからは、ケアマネジャーが、療養者と各種サービス事業との調整を図るとはいえ、医療処置・管理の

ほとんどは療養者および家族が実施せざるを得ない状況にある。医療処置・管理を必要とする療養者・家族の多くは介護サービスを利用しながらも各個人の努力により介護を継続しているのが現状である。

介護継続に関する研究は、日本においては、中谷ら（1989）²⁾ および坂田（1989）³⁾ は、介護継続意欲の視点から、杉澤ら（1992）⁴⁾ は、介護者における生活の満足の視点から介護の肯定的な側面を提示している。また、斎藤ら（2001）⁵⁾ は、介護継続意向と肯定的側面およ

び否定的側面について検討し、介護継続意向には肯定的側面が関連していること、介護継続意向群では介護態度が積極的であり社会サービスの利用意向も高いと報告している。このように、介護者は、介護の負担感を感じつつも介護を継続しているのが現実であるとともに、介護の肯定的側面が介護者の継続に関係していることがわかってきている。また、山本ら（2002）¹⁾は、介護者の肯定認識と生活の質、介護の継続意思との関連について調査し、介護の継続を予測するには肯定的認識の把握が必要であると報告している。このように介護の継続には介護の肯定的認知が影響していると考えられる。

介護の肯定的認知に関する研究は、まだ少なく、Lawton ら（1991）⁶⁾は、介護評価として主観的介護負担、介護の影響、介護の満足を概念化し、介護によって得られる喜びや満足感（Caregiving Satisfaction）が介護負担やストレス症状の軽減に及ぼす効果について検討している。Hinrichsen ら（1992）⁷⁾やArchboldら（1990）⁸⁾は、“rewards”という概念を用いて肯定的な側面について検討している。特にArchbold ら（1990）⁸⁾は、介護を通じて得られる学びとしての報酬と、介護を通じて得られる意義としての報酬という2つの概念を開発した。これは、介護者が介護者役割を遂行する中で得た学びや見いだした自分自身にとっての意義や意味などが含まれている。Skaff ら（1990）⁹⁾は、“caregiver competence”で介護役割の満足感を測定し、“selfgain”という言葉で介護を通して経験した個人的成長を測定している。

また、介護の肯定的認知に影響する要因として、Worcester（1990）¹⁰⁾は、介護の主観的側面に影響する因子として、介護者の特性、

ケアを受ける人の状況、介護者の健康への影響、家族生活への影響の4項目を挙げている。また、医療処置があることによる影響は、家族の在宅受け入れ困難な理由としてあげられているが¹¹⁾¹²⁾、在宅療養中の医療処置・管理が家族介護者にとってどのような影響をもたらしているのかを調査した研究報告はほとんどみられない。

このように、先行研究によれば、介護認知には肯定的側面があり、この介護認知が介護の継続意志に影響すると考えられる。そして、介護認知の肯定的側面として、報酬（学び、意義、他者からの報酬）、介護に対する満足感（満足感、熟練度）、自己成長が挙げられる。在宅介護を選択し、それぞれの介護の課題に対する達成や価値を見出すことが、介護を継続させる動機要因としてとらえることができる。

以上のことから、介護者による医療処置・管理が介護の肯定的認知に影響しているか調査検討することは、医療処置・管理のある療養者と介護者の在宅療養継続支援に有用な資料となるものと考えられる。

II 研究目的

本研究は、介護者の肯定的介護認知と医療処置・管理との関係を明らかにし、介護継続支援のための資料を得ることを目的とし、下位概念として以下の関係を検討する。

- 1、医療処置・管理のある長期在宅療養者を介護している介護者の基本属性と療養者の基本属性を明らかにする。
- 2、家族の介護認知（肯定的側面）と医療処置・管理を必要とする要介護高齢者の介護にはどのような関係があるか。
- 3、家族の介護認知（肯定的側面）と介護態

勢 (家族構成, ソーシャルサポート, 経済面) にはどのような関係があるか。

Ⅲ 用語の定義

介護認知: 家族介護者が感じる介護に対する主観的側面である。この介護認知は、肯定的側面と否定的側面から構成される。本研究では、肯定的側面として、愛着、自己成長、介護についての自信・学び、恩恵、価値、報酬、精神的高揚とした。以下、介護認知の肯定的側面を肯定的介護認知とする。

医療処置・管理: 介護認知の影響要因の一つであり、客観的側面である。療養者の障害の中に含まれ医療器具の管理 (人工呼吸器, 在宅酸素, 膀胱留置カテーテル, 経管栄養, 在宅中心静脈栄養など), 医療処置の実施 (褥創処置, 吸引, インシュリン注射, 創部の消毒など), 服薬, をさす。本研究では、家族介護者が実施するものとして捉えた。

Ⅳ 研究方法

1, 調査対象: 本研究の対象は、協力の得られた訪問看護ステーション7施設 (神奈川県1, 沖縄県1, 宮崎県1, 宮城県1, 埼玉県1, 千葉県2) と、病院の訪問看護 (神奈川県) 1施設の計8施設。各事業所の責任者を通じて、本研究の趣旨を口頭および文書で伝え、対象者の選択を依頼した。対象者の選択においては、在宅で65歳以上の高齢者 (加齢に伴う身体上的変化あるいは疾患により、日常生活を送る上で他者からの手助けや配慮を必要とし、医療処置や継続的な医療を受ける必要のある者) を介護している同居家族とし、家族のうち最も介護活動に従事している者一人とした。対象者の選択に関しては、事業所毎の対象者数に対し全数調査を依頼し、訪問

する看護師が各自担当する対象の中から協力の得られた対象を選択した。悪性腫瘍によるターミナル期の療養者は除いた。調査開始日において、調査対象の基準を満たす介護者は8施設で120人であり、そのうち21人が調査拒否などで除外され98人の対象者から回答を得た。(回収率81.7%)

2, 調査方法: 質問紙調査とし、質問は選択肢質問法で、対象者は与えられた選択肢から回答を選ぶ方法とした。

3, 調査手続

調査にあたっては、まず通常の訪問看護時に看護師が調査依頼の説明文書を用いて対象者に調査について説明し、協力を依頼した。承諾が得られた場合は調査表を配布し、記入を依頼した。調査票は無記名とし、次の訪問時に回収した。調査期間は2006年6月1日から8月31日までである。

4, 調査項目

1) 基礎的属性 (16項目)

(1) **介護者背景:** ①性別, ②年齢, ③続柄, ④就労の有無, ⑤健康状態: 「1. 健康である」「2. おおむね健康である」「3. やや健康に不安がある」「4. 健康に不安がある」「5. 健康状態はよくない」の5段階選択。⑥療養者との関係: 病気になる前と現在の関係についてそれぞれ, 「1. 非常によい」「2. まあまあよい」「3. 普通」「4. あまりよくない」「5. まったくよくない」の5段階選択。⑦介護期間, ⑧家族構成, ⑨副介護者の有無, ⑩介護費用負担の程度: 「1. 非常に負担である」「2. 少し負担である」「3. あまり負担ではない」「4. 全く負担でない」の4段階選択。⑪ソーシャルサポート (6項目): Patrick Reilly, (1988)¹³⁾ ソーシャルサポートの4

因子である、相談による支援、情緒による支援、身辺介助による支援、経済的支援を参考にし、a.介護のことで相談する友人が近くにいる。b.外出する時に介護を交代してくれる人がある。c.家族は介護に関する心配事や悩みを聞いてくれる。d.家族が思いやりや励ましの言葉を示してくれる。e.介護について専門家や相談機関に相談している。f.経済的に困ったときに援助してくれる人がある。について、「3. いつも」「2. 時々」「1. 全くない」の3段階選択とした。

(2) 療養者の背景：①年齢，②性別，③続柄，④要介護度（要支援，要介護1～5）⑤障害の程度：障害の程度をADL評価（黒田1992）¹⁴⁾により，食事，入浴，更衣，排泄，移動について評価する方法を用いる。（ADL評価（5項目）：食事，入浴，更衣，排泄，移動について自立，1点，部分介助2点，全介助3点と評価し，その合計点で重度（14～15点），中等度（9～13点），軽度（5～8点）とする。

2) 介護認知（20項目）

介護意識に関しては，肯定的尺度についての研究は，独立した項目としてはまだ開発されていないが，山本ほか（2002）¹⁾が開発したPAG（Positive Appraisal of Care）を参考にした。PAGは介護から得られる喜びや満足の認識を把握する目的として開発された尺度であり，「被介護者への愛着」「介護についての自信」「介護からの学び」「規範の実践」の4領域からなり項目数21である。この項目を参考に本研究の介護認知尺度は，介護認知の合成得点を得るために主成分分析を行った。その結果，固有値の大きな6つの主成分が存在した。「愛着」「自己成長，介護についての自信・学び」「恩恵」「価値」「報酬」「精

神的高揚」の6つに解釈した。特に「恩恵」<当たり前だと思う>，<私のつとめだと思う>，<恩返し>などは日本人独特の受け止め方であるといわれており¹⁵⁾，追加した。本調査では，「愛着」「自己成長，介護についての自信・学び」「恩恵」「価値」「報酬」「精神的高揚」の6領域として20項目とした。設問には，「4. 非常に思う」「3. 少し思う」「2. あまり思わない」「全く思わない」の4段階選択とした。

3) 医療処置・管理項目

(1) 療養者の健康状態：「1. 非常によい」「2. まあまあよい」「3. 普通」「4. あまりよくない」「5. 全くよくない」の5段階選択とした。

(2) 行動障害：要介護認定調査の問題行動項目を参考¹⁶⁾にし，①徘徊，②薬や食事を拒否する，③大声を出す，④暴言・暴力，⑤夜中に騒いだり人を起こす，の5項目とし「ある」，「なし」の選択とした。

(3) 介護者が実施している医療処置・管理

①医療機器・器具の管理：在宅療養指導管理料を算定している医学的管理の必要な項目を参考にした。本研究では，悪性腫瘍によるターミナル期の療養者は対象としないため，疼痛管理の注射は除いた。「在宅酸素」，「人工呼吸器」，「尿道留置カテーテル」，「経管栄養」，「在宅中心静脈栄養」，「腹膜灌流（CAPD）」，「インシュリン注射」の7項目とし，「ある」，「なし」の選択とした。

②医療処置の実施については，医療行為であり医師・看護師等の指導管理のもと在宅で家族が実施しているものとし，「吸引」，「吸入」，「気管カニューレ・気管切開部の処置」，「褥創の処置」，「人工肛門（ストーマ）装具交換」，「内服薬の管理」，「座薬や湿布

の実施」の7項目とし、「ある」、「なし」の選択とした。

③介護していて困難な医療処置：医療器具の管理として、「在宅酸素」、「人工呼吸器」、「尿道留置カテーテル」、「経管栄養」、「在宅中心静脈栄養」、「腹膜灌流(CAPD)」、「インシュリン注射」の7項目、医療処置の実施「吸引」、「吸入」、「気管カニューレ・気管切開部の処置」、「褥創の処置」、「人工肛門(ストマ)装具交換」、「内服薬の管理」、「座薬や湿布の実施」の7項目の計14項目について、「4. 非常に思う」「3. 少し思う」「2. あまり思わない」「1. 全く思わない」の4段階選択とした。

5. 分析方法

各設問の単純集計に次いで介護者の基本属性と療養者の基本属性の基本統計量計算を行った後、分析は以下のようにおこなった。

1) 介護認知と介護者属性、療養者属性との関係の検討

介護の肯定的認知に関して、介護認知の20項目について、合計得点(20点~80点)の中央値を基準として20~54点を「低い群」、55~80点を「高い群」とした。この介護認知の高低を分析用変数として、比較グループ変数に介護者の属性の、性別、年齢、健康状態、家族構成、就労の有無、介護費用負担、介護期間、続柄、療養者との関係(介護前、現在)、副介護者の有無、ソーシャルサポートの有無、療養者の属性として、性別、年齢、要介護度別、ADL評価得点とした。これらの関係について、Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis 検定により比較検討した。

2) 介護認知と医療処置との関係の検討

介護認知の高低と医療処置、医療管理項目の14項目との関係についてKruskal-Wallis

検定によって比較検討した。また、医療処置の困難の程度については、「非常に思う(4点)」「少し思う(3点)」を困難あり群、「あまり思わない(2点)」「全く思わない(1点)」を困難なし群とし、Kruskal-Wallis 検定によって比較検討した。

3) 介護認知の各カテゴリーと各要因との検討

上記1)2)の結果で得られた有意な関連のある項目について、介護認知の各カテゴリー別による検討を行った。介護認知の各カテゴリーは、愛着「高い群=7~12点」「低い群=3~6点」、自己成長・自信・学び「高い群=11~20点」「低い群=5~10点」、恩恵「高い群=7~12点」「低い群=3~6点」、価値「高い群=5~8点」「低い群=2~4点」、報酬「高い群=7~12点」「低い群=3~6点」、精神的高揚「高い群=9~16点」「低い群=4~8点」とし、Kruskal-Willis 検定によって比較検討した。

また、すべての統計結果において有意差が認められた場合は、グループ間での対比較を実施した。すべての統計処理に統計ソフトHALBAU 7を使用した。

6. 信頼性と妥当性

当該集団の介護者25名において、質問紙内容の予備テストを行った。本調査での介護認知の肯定的認識尺度のクロンバッハの α 信頼性係数は0.94であった。

7. 倫理的配慮

研究参加者に対し、研究に関する目的、方法、自由意志の尊重、利益、不利益、途中辞退の自由とその際には一切の不利益が生じないこと、プライバシーの保持、匿名性の保持、データは研究以外に使用しない旨を明記した文書を配布した。同意書として調査者の氏名を記載した書類を2枚用意し、参加者氏名、

住所を記入してもらった。1枚を参加者控え、1枚を研究者控えとした。

V 結果

1, 療養者および介護者の概要

1) 介護者の属性

介護者の属性は、表1に示す。介護者の性別は女性が74.4%で、50歳代から70歳代が多くなっており、介護者平均年齢は65.0±12.0歳で、そのうち女性介護者の平均年齢は62.6歳、男性介護者の平均年齢は71.9歳であった。続柄は、配偶者が53.1%、次いで娘が25.5%であった。就労の有無については、多くが就労にしておらず86.6%が介護に専念している。介護期間は3年以上の長期に及んでいるものが77.3%であり、平均介護期間は約5.0年となっている。費用負担については、負担であるとしているものが58.5%と半数以上であった。健康状態は、健康、概ね健康であるが半数を占めているものの、健康状態に不安がある、健康状態が悪い者も43.3%であった。家族構成は、療養者との2人暮らしは35.7%であり、多くは療養者を含む3人以上の複数構成員となっている。

介護者の状況として、平均年齢65歳で5年近くの介護を継続しており、複数構成の家族にあって、主に配偶者が介護にあたっていることが明らかになった。

表1 介護者の属性

項目		人数	(%)
性別 n=98	女性	73	74.4
	男性	25	25.6
年齢 n=98	30~39	3	3.1
	40~49	6	6.1
	50~59	24	24.5
	60~69	29	29.6
	70~79	24	24.5
	80~89	12	12.2
	平均65.0 SD12.0		
続柄 n=95	配偶者	52	53.1
	嫁	12	12.2
	娘	25	25.5
	息子	5	5.1
	その他	4	4.1
就労 n=97	就労している	13	13.4
	就労していない	84	86.6
介護期間 n=97	3年未満	22	22.7
	3年以上	75	77.3
	平均4.96 SD3.59		
副介護者 n=98	あり	57	58.2
	なし	41	41.8
費用負担 n=94	負担である	55	58.5
	負担でない	39	41.8
健康状態 n=97	健康である	13	13.4
	概ね健康である	42	43.3
	やや健康に不安がある	28	28.9
	健康に不安がある	8	8.2
	健康状態はよくない	6	6.2
家族構成	療養者と2人暮らし	35	35.7
	療養者を含め家族構成3人以上	63	64.3

2) 療養者の属性

療養者の属性は、表2に示す。療養者の性別は、男性、女性ともほぼ半数ずつであり、80歳以上の療養者が半数を占めている。要介護度5が63.8%と一番多く、そのためADL評価も重度の療養者が78.7%となっている。

表2 療養者の属性

項目		人数	(%)
年齢 n=90	65~69	9	10.0
	70~74	8	8.9
	75~79	21	23.3
	80~84	14	15.6
	85~	38	42.2
	平均79.3 SD10.26		
要介護度 n=91	要支援	0	
	要介護度1	8	8.5
	要介護度2	4	4.3
	要介護度3	3	3.2
	要介護度4	16	17.0
	要介護度5	60	63.8
性別 n=98	女性	53	54.1
	男性	45	45.9
ADL評価 n=94	重度 (13~15点)	74	78.7
	中等度 (9~13点)	14	14.9
	軽度 (5~8点)	6	6.4

2, 医療処置・管理の概要

療養者の医療処置・管理の状況を表3に示す。療養者の健康状態は、「病状が安定しているか」の設問に対し、「安定している」が39人(40.2%)、「普通」と回答したものが38人(39.2%)である。「普通」および「安定している」と回答したものが8割近くとなっており、在宅介護で病状が安定している状況にあることがわかる。問題行動は、なしと答えたものが7割となっている。

表3 療養者の医療処置・管理の状況

項目		人数	(%)
療養者の健康状態 n=97	よい	39	40.2
	普通	38	39.2
	よくない	20	20.6
問題行動 n=94	あり	26	27.7
	なし	68	72.3
医療処置の有無 複数回答 n=98	在宅酸素	13	13.3
	呼吸器	7	7.1
	膀胱留置カテーテル	32	32.7
	経管栄養	54	55.1
	I V H	2	2.0
	気管カニューレ	6	6.1
	吸引	38	38.8
	吸入	9	9.2
	床ずれ	22	22.4
	インシュリン	7	7.1
	内服管理	74	75.5
	座薬挿入	23	23.5
	腹膜灌流	0	0
ストマ	6	6.1	
医療処置等の複数 管理の状況 n=96	処置・管理1つ	13	13.5
	処置・管理2つ	24	25.0
	処置・管理3つ以上	59	61.4

医療処置で多いのは、内服管理、ついで経管栄養、吸引、膀胱留置カテーテルの順であった。多くの療養者が複数の医療処置を行っているのが現状である。医療処置・管理が3つ以上あるものが6割を超えている。逆に、腹膜灌流の実施は0となっており、在宅での受入れが普及していない現状が明らかになった。

医療処置・管理を行う中で、介護者が経験して困難であったかどうかの設問に対する結果を表4に示す。吸引の困難度が高く、次いで、呼吸器、床ずれの処置の順となっている。

表4 療養者の医療処置と困難の程度

項目	総人数 (%)	非常に困難(4点)～ 少し困難(3点)	あまり困難でない(2点)～ まったく困難でない(1点)
在宅酸素	9 (100)	1 (11.1)	8 (88.9)
呼吸器	7 (100)	4 (57.1)	3 (42.9)
膀胱留置カテーテル	30 (100)	13 (43.3)	17 (56.7)
経管栄養	48 (100)	11 (22.9)	37 (77.1)
I V H	3 (100)	0	3 (100)
気管カニューレ	5 (100)	1 (20.0)	3 (80.0)
吸引	37 (100)	24 (64.9)	13 (35.1)
吸入	7 (100)	2 (28.6)	5 (71.4)
床ずれ	20 (100)	11 (55.0)	9 (45.0)
インシュリン	6 (100)	3 (50.0)	3 (50.0)
内服管理	55 (100)	11 (20.0)	44 (80.0)
座薬挿入	15 (100)	1 (6.7)	14 (93.3)
腹膜灌流	0		
ストマ	1 (100)	0	1 (100)

3. 肯定的介護認知に影響する要因

1) 介護者および療養者の属性と肯定的介護認知の関連

介護認知と介護者の属性との関係を表5に示す。介護認知と介護者の属性との関係は、療養者との関係(介護前)、療養者との関係(現在)の2つの項目で関連がみられた。介護認知と介護者の性別、年齢、続柄別の関連および、療養者の属性と介護認知との関連はみられなかった。

2) 医療処置・管理と介護認知の関連

医療依存の状況として、療養者の病状安定、問題行動の有無、各医療機器管理、医療処置の有無と、介護認知との関連はみられなかった。医療処置・管理14項目の有無についても介護認知との関連はみられなかった。

医療処置・管理(14項目)が困難であったという経験と介護認知との関係を表6に示す。吸引の項目で、介護認知が高い群において吸引の困難の有無で有意差が認められた。

3) 肯定的介護認知と介護態勢(家族構成、ソーシャルサポート、経済面)の関連

介護サービスと医療サービスの利用状況を表7に示す。訪問看護はほぼすべての療養者に対して導入されており、週2回平均の利用となっている。介護サービス、医療サービスの利用と介護認知には特に関係はみられなかったが、医療器具の管理や医療処置があることで、医師の訪問診療が月2回平均となっている。

ソーシャルサポートと介護認知の関係を表8に示す。ソーシャルサポートの項目については、相談相手がいる、家族からの言葉かけがある、専門家に相談している、の3つの項目において、介護認知の高い群と有意差が認められた。

表5 介護認知の高低と介護者属性との比較

介護者属性		合計数 (%)	肯定的介護認知		検定
			高い群 (55~80) 数 (%)	低い群 (20~54) 数 (%)	
性別	女性	71 (100)	46 (64.8)	25 (35.2)	ns
	男性	21 (100)	14 (66.7)	7 (33.3)	
年齢	64歳以下	50 (100)	28 (56.0)	22 (44.0)	ns
	65歳以上	42 (100)	32 (76.2)	10 (23.8)	
結婚	既婚	74 (100)	47 (63.5)	27 (36.5)	ns
	未婚	18 (100)	13 (72.2)	5 (27.8)	
健康状態	健康	52 (100)	34 (65.4)	18 (34.6)	ns
	不安がある	39 (100)	25 (64.1)	14 (35.9)	
家族構成	療養者と2人	29 (100)	23 (79.3)	6 (20.7)	ns
	家族3人以上	62 (100)	36 (58.1)	26 (41.9)	
就労	仕事をしている	13 (100)	7 (53.8)	6 (46.2)	ns
	なし	78 (100)	52 (66.7)	26 (33.3)	
費用負担	負担である	52 (100)	35 (67.3)	17 (32.7)	ns
	負担ではない	36 (100)	22 (61.1)	14 (38.9)	
介護期間	3年未満	29 (100)	21 (72.4)	8 (28.6)	ns
	3年以上	62 (100)	38 (61.3)	24 (38.7)	
続柄	息子	5 (100)	3 (60.0)	2 (40.0)	ns
	夫・妻	48 (100)	35 (72.9)	13 (27.1)	
	娘	24 (100)	14 (58.3)	10 (41.7)	
	嫁	12 (100)	7 (58.3)	5 (41.7)	
(介護前) 療養者との関係	良い	46 (100)	37 (80.4)	9 (19.6)	* *
	普通	44 (100)	22 (50.0)	22 (50.0)	
	よくない	2 (100)	1 (50.0)	1 (50.0)	
(現在) 療養者との関係	良い	55 (100)	44 (80.0)	11 (20.0)	*
	普通	36 (100)	16 (44.4)	20 (55.6)	
	よくない	1 (100)	0	1 (100)	
副介護者の有無	1人	38 (100)	24 (63.2)	14 (36.8)	ns
	2人以上	17 (100)	12 (70.6)	5 (29.4)	
	なし	37 (100)	24 (65.0)	13 (35.1)	

Kruskal-Wallis検定 有意水準 * p<0.05 ** P<0.01

表6 介護認知の高低と医療処置・管理の困難度との比較

医療処置・管理		介護認知			
		高い群 (55~80) 数 (%)	検定	低い群 (20~54) 数 (%)	検定
膀胱留置カテーテル	困難である	9 (69.2)	ns	4 (30.8)	ns
	困難でない	9 (52.9)		8 (47.1)	
経管栄養	困難である	7 (63.6)	ns	4 (36.4)	ns
	困難でない	25 (67.6)		12 (32.4)	
吸引	困難である	13 (56.5)	平均順位 (11.03)	10 (43.5)	ns
	困難でない	11 (84.6)		平均順位 (19.1)	
床ずれ	困難である	7 (63.6)	ns	4 (17.4)	ns
	困難でない	7 (87.5)		1 (12.5)	
内服薬	困難である	7 (63.6)	ns	4 (36.4)	ns
	困難でない	26 (59.1)		18 (40.1)	

1) Mann-Whitney 検定

2) 有意水準 *p<0.01 対比較 Scheffe P値 0.00968

表7 サービス利用状況

サービス内容	n	月間利用平均	標準偏差 (SD)
訪問看護	91	7.96	5.98
訪問介護	47	12.94	7.96
訪問リハビリ	25	4.04	3.09
デイサービス	28	9.71	4.59
訪問入浴	47	5.68	2.30
ショートステイ	21	6.62	
福祉用具貸与	59		
住宅改修	18		
訪問診療	68	2.15	0.88
薬の処方	85	1.31	0.53
服薬指導	16	1.31	0.46
栄養指導	8	1.0	
歯科往診	6	2.0	

表8 ソーシャルサポートと介護認知の関係

項目	有無	介護認知			
		高い群 (55~80) 数 (%)	検定	低い群 (20~54) 数 (%)	検定
相談相手	あり	59 (89.4)	*	7 (10.6)	ns
	なし	23 (100)		0	
交代	あり	40 (62.5)	ns	24 (37.5)	ns
	なし	19 (73.1)		7 (26.9)	
悩み	あり	27 (60.0)	ns	18 (40.1)	ns
	なし	32 (72.7)		12 (27.2)	
言葉掛け	あり	33 (60.0)	*	22 (40.0)	ns
	なし	26 (74.3)		9 (25.7)	
専門家	あり	25 (52.1)	*	23 (47.9)	ns
	なし	33 (80.5)		8 (19.5)	
経済面	あり	41 (67.2)	ns	20 (32.8)	ns
	なし	14 (60.9)		9 (39.1)	

- 1) Kruskal-Wallis検定
2) 有意水準 * p < 0.05

4) 介護認知の各カテゴリーと各要因との比較

上記の分析1) 2) 3) の結果で得られた、有意関連のある項目について、介護認知の各カテゴリーとの検討を行った。表9に示す。吸引の困難なし群と介護認知の<自己成長・自信・学び><恩恵><報酬><価値><精神的高揚>とのカテゴリーで有意差が認められた。

VI 考察

1. 医療処置・管理と肯定的介護認知の関連

今回の調査の対象者は、介護期間3年以上の者が8割を占めていることから、ある程度介護に慣れてきている状況と考える。医療処置や医療器具の管理における困難の程度は、吸引が一番高く、次いで人工呼吸器、床ずれ処置の順であった。レスピレーターは対象が少ないが、吸引と経管栄養は約半数の対象者が実施している処置であり、困難ではあるものの、介護者が実施しなければならない行為であり、介護者の役割は大きい。医療処置・管理と介護認知の関係の特徴として、肯定的介護認知が高い介護者は、吸引の困難度が低いことがわかった。特に肯定的介護認知の<自己成長・自信・学び><恩恵><報酬><精神的高揚>との関連が認められた。課題

表9 関連因子と介護認知各カテゴリーとの比較

項目	介護認知検定結果					
	愛着	自己成長・自信・学び	恩恵	価値	報酬	精神的高揚
療養者との関係 (介護前)	良い	**P0.002		*P0.033	**P0.009	*P0.027
療養者との関係 (現在)	良い	*P0.003	*P0.013	*P0.046	*P0.008	*P0.018
医療処置の困難の程度：吸引	困難なし		*P0.018	**P0.001	*P0.028	**P0.009
相談できる友人がいる	あり	*P0.022		*P0.016	*P0.014	
家族からの励ましや言葉かけ	あり	*P0.05				*P0.031
専門家に相談している	している		*P0.041	**P0.010	*P0.019	

- 1) Kruskal-Wallis検定
2) 有意水準 * p < 0.05 ** p < 0.01

を自分の力でこなしていくに従って、有能感が高まるとともに、能力が発達していく¹⁷⁾と思われ、吸引の手技だけでなく吸引を必要とする療養者の継続的な介護は、介護者のモチベーションを高める行為となっていると考えられる。また、今回の対象者の平均介護期間は長期化しているが、介護の時間的経過のプロセスにおいて、介護者の介護技術の獲得が介護の自信につながっているものと考えられる。吸引の項目のみであったが、介護認知が高い群との関連が見られたことは、必ずしも医療処置・管理は介護負担としての捉え方だけでなく、介護の肯定的側面が存在しているものとして捉えることができる。

吸引や経管栄養などは困難度が高いと考えられる医療処置であるが、病院や施設から在宅移行の時点で、介護者が在宅介護の意欲がなくては始まらない。過去の清水(1996)¹⁸⁾による在宅介護の適応過程についての調査では、退院時に介護者に面接して、在宅介護を決定した時のストレスコーピングについて調査した結果では、退院に対する肯定的な感情と否定的な感情とが混在しており、介護への負担をもちつつ退院を喜ぶ気持ちと面倒をみてあげたいという気持ちがある。肯定的認知が増加している介護者の多くは個人的、社会的拘束による負担を軽減するために社会との接触を求めていることがわかっている。山本¹⁹⁾は、日本人介護者の特徴として、一旦介護者役割を「仕方ない」と受け入れることができれば、介護しなければならない現実と折り合いをつけ、できる範囲の最善を尽くすと認識を変化させることができるとしている。消極的ではあるが否定的ではなく、日本人特有の受け止め方であり、介護の肯定的認知の重要な要素といえる。今回の対象者が、在宅

介護の決定時にどのような介護認知が働いていたかは不明ではあるが、介護認知については縦断的研究も今後していくことにより明らかにしていく必要がある。

在宅療養では、医療処置・管理があることで病院、施設からの退院支援は、困難となるケースが多いのも事実である¹¹⁾¹²⁾。自信や精神的な高揚などの意欲につなげるためには、在宅療養移行にむけて早い時期からの医療処置・管理の指導を実施していくとともに、介護者役割の認識を持つことができるように支援していくことも大切と考える。

2. 肯定的介護認知に影響する要因

介護の実態として、まず介護の中心になっているのは配偶者であり、過去の文献²⁰⁾などと同様の結果となっている。家族構成では、療養者と介護者の2人暮らしと3人以上の構成員で分類し関係をみたが、特に関係は認められなかった。療養者と介護者の関係では、介護前の関係、現在との関係の両方に、介護認知との関係($P<0.05$)が認められている。家族構成と続柄との関係は認められなかったが、家族システムとして、続柄や家族構成だけでなく、療養者と介護者の関係が良好なことが大きな要素となっていることが示唆された。

介護のソーシャルサポートでは、介護認知の高低群との比較検討で、悩みを聞いてくれる友人がいる、家族の励ましや言葉かけがある、専門家に相談している、の3つの項目で、介護認知の高い群との関係が認められた。今回の調査結果では、副介護者と介護認知との関連は認められなかったが、ソーシャルサポートによる支援の有無と介護認知との関連が認められた。

ソーシャルサポートをインフォーマルなものとして、家族の機能面から捉えてみると、

中島 (1990)²¹⁾ は、家族にとっては、介護という特別の出来事に対する自決・自助の過程は、過去の経験や家族観（性役割観、結婚観、夫婦観）に基づく家族役割の交換や変更、家族内の資源（経済力、愛情、コミュニケーションなど）、ならびに家族外資源（親族、友人、職場、行政などの援助のネットワーク）の確認、探索、合意、試し、評価などの複合的な迷い行動の過程であるとした。これは、介護している家族の自助行動がとりやすいかどうかの問題だと提起している。この自助行動を、介護者の主体的対処過程として捉え、家族内の感謝や評価が介護の動機づけにつながっていることを、質的調査で明らかにしている（井口、2001）²²⁾ 研究もある。本研究結果においても、介護認知の高低群との比較検討で、悩みを聞いてくれる友人がいる、専門家に相談している、の2つの項目と、〈報酬〉カテゴリー、また家族からの励ましや言葉かけと〈精神的高揚〉のカテゴリーに有意な関係が認められた。家族介護の場合、賃金の発生を伴わない場合がほとんどである。介護において、家族内の感謝や評価は家族介護者にとって介護の継続に影響を与えるものだといえる。

また、専門家への相談と介護認知の〈自己成長〉〈価値〉〈報酬〉の3つのカテゴリーとの関連がみられた。医療処置・管理等があることで、専門家や相談機関があることは重要な要素といえる。しかし、介護を交代してくれる人がいると介護認知との関連は見られなかった。家族構成の変化などによる、家族のサポートがない状態でも、専門家や相談機関があれば在宅介護への意欲につながっている現状があるものといえる。

医療処置の管理として、医師の訪問診療を6割が受けていることと、訪問看護はほぼ全

員が受けている。今回の対象者の選定において、訪問看護ステーションを通じて調査を実施しているための結果と考えられる。しかし、医療処置があることで、医療系のサービスを多く受けている状況がある。厚生労働省：介護給付実態調査月報²³⁾との比較でも、訪問看護は大きく上回っていることから、医療処置、医療器具の管理等の医療依存が高い療養者は医療系サービスの需要が高いことがいえる。専門家への相談システムが整っていることは、介護認知に影響する要因のひとつであることがわかった。医療系サービスが相談機関の役割を担っているといえるだろう。医療処置、医療器具の管理のある要介護高齢者の介護者にとって、相談機関を含めた専門家への相談できるシステムの存在が介護認知に影響を与えるものであり、医療依存の高い療養者と介護者を支援する在宅ケア体制の確立が重要と考える。

本研究の限界

本研究の目的は、医療処置・管理のある療養者を介護する家族の介護認知の特徴と、介護認知に何が関係しているのかその関連を検討することである。本研究にはいくつかの限界がある。

- 1、調査施設・対象ともに無作為抽出でなく、横断研究であり因果関係を特定できない。
- 2、在宅療養者が4.96年と長期介護になっており、分析結果はそれに留意して理解する必要がある。
- 3、介護者属性については、夫と妻を配偶者としてひとつにして分析しているが、夫と妻では状況や認識の違いが想定され、別個に分析する必要がある。
- 4、医療処置・管理項目については、対象数

をコントロールしていないため、有意水準だけで介護認知との比較をすることは注意が必要である。

- 5, 本研究に用いた「介護の肯定的認識尺度」については、山本ほか (2002)¹⁾ によって開発されたものであるが、縦断的研究による経時的変化やサービス利用状況などとの関連も検討していくことで尺度の有用性が確認できると考える。

VII 結論

医療処置・管理のある訪問看護を利用中の在宅療養者の家族介護者を対象に、介護認知に関する質問紙調査を実施して、以下の結果を得た。

- 1, 吸引の項目と、肯定的介護認知が高い群との関連が見られたことは、医療処置・管理は介護負担としての捉え方だけでなく、介護の肯定的認知側面が存在しているものとして捉えることができる。
- 2, ソーシャルサポート項目のうち、相談相手がいる、家族からの言葉かけがある、専門家に相談している、の3つの項目において、介護認知の高い群と有意差が認められた。訪問看護、訪問診療などの医療系サービスが相談機関の役割を担っているものと考えられる。医療処置・管理のある要介護高齢者の介護者にとって、医療機関を含め専門家と相談できるシステムの存在が肯定的介護認知に影響を与えるものであり、医療依存の高い療養者と介護者を支援する在宅ケア体制の確立が重要と考える。

引用文献

- 1) 山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 河原宣子, 長谷川喜代美, 林邦彦, 杉下知子: 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: 続柄別の検討, 日本公衆衛生紙, 49(7): 660~670, 2002.
- 2) 中谷陽明, 東條光雄: 家族介護者の受ける負担, 負担の測定と要因分析, 老年社会学, 29: 27-36, 1989.
- 3) 坂田周一: 在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志, 社会老年学, 29: 37-43, 1989.
- 4) 杉澤秀博, 中村律子, 中野いずみ, 杉澤あつ子: 要介護老人の介護者における主観的健康感および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 39(1): 23-31, 1992.
- 5) 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, 日本公衆衛生雑誌, 48(3): 180-188, 2001.
- 6) Lawton M P, Moss M and Kleban, M H, "A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being" *Journal of Gerontology*, 46, 181-189, 1991.
- 7) Hinrichsen, G A. et al, "Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult" *The Gerontologist*, 32, 486 - 492, 1992.
- 8) Archbold P D and Stewart B. J, "Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain" *Research in Nursing & Health*, 13, 375-384, 1990.
- 9) Skaff, M.M. and Pealin L., "Caregiving

- and stress process: An overview of concepts and their measures” *The Gerontologist*, 30, 583-594, 1990.
- 10) Worcester Martha Iles, “Family coping : Caring for the elderly in home care” *Care Services Quarterly*, 11(1) : 121-185, 1990.
- 11) 澤田和美, 小笠原保子, 長井浜絵, 篠聡子, 猪熊京子, 有賀悦子 : 在宅療養患者と介護者にハイテク医療の及ぼす影響, 第7回健康文化研究助成論文集, 35-40, 2001.
- 12) 社団法人日本医師会 : 療養病床の再編に関する緊急調査, 報告, 2006.
- 13) PThe Gerontologist, 29, 793-803, 1988.
- 14) 黒田研 : 在宅介護老人, 病院長期入院老人, 特別養護老人ホーム入所の特性に関する比較研究, 日本公衆衛生誌, 39, 215-222, 1992.
- 15) 樋口京子, 梅原健一, 久世淳子, 城ヶ端初子 : 家族介護者の「介護に対する評価」の構造に関する研究 : 日本福祉大学健康科学論集, 12, 39-46, 2009.
- 16) 社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会, 介護保険制度における要介護認定のしくみ, 2000.
- 17) 上淵寿編 : 動機付け研究の最前線, 北大路書房, 2004.
- 18) 清水洋子 : 在宅介護における介護者援助の検討, 第25回日本看護学会収録, 169-171, 1996.
- 19) 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, 介護量の引き下げの意思決定過程, 看護研究28 (5), 409-480, 1995.
- 20) 辻 彼南雄 : 老年者の在宅医療の現状と課題, 治療学, 32(7) : 909-912, 1998.
- 21) 中島紀恵子 : 老人の家族の問題と援助, 保健婦雑誌, 46(6) : 470-477, 1990.
- 22) 井口高志 : 家族介護者の困難経験についての一考察, 介護者の主体的対処過程に注目して, 年報社会学編集, 関東社会学会, 14 : 39-50, 2001.
- 23) 厚生労働省, 介護給付費実体調査月報 (平成23年12月審査分), 2012.