

〈研究ノート〉

## 介護負担感に影響を与える要因

——ADL の視点から——

西井正樹\*, 出田めぐみ\*\*, 祐野修\*\*\*,  
由利禄巳\*\*\*\*, 鼓美紀\*\*\*

### Factors Affecting the Sense of Caregiver Burden

——From the Perspective of ADL——

Masaki Nishii, Megumi Izuta, Osamu Sukeno, Yoshimi Yuri and Miki Tsuzumi

**要旨**：家族が提供する介護の質は、高齢者の生活の質に大きな影響を与えるため、家族を支えることは在宅介護にとって重要である。しかし、介護をする家族としての機能は低下し、介護の負担は増加している現状がある。

今回の研究では、アンケート調査から要介護者の日常生活と介護者の介護負担感の関連性を検証した。その結果、セルフケアへの介護を行うこと、また介護者の参加や役割に制約が生じることが介護負担感を増加させることが分かった。また、介護者の属性などとの関連性は示されず、介護負担感には色々な要因が重なって影響していることが示唆された。家族の介護負担感を軽減する方法には原則はなく、個別の実践を積み上げて検証していくことが重要であると考えられる。

**Abstract** : The quality of nursing provided by the family has a big influence on the senior citizen's quality of life, therefore it is very important to provide support for the family's daily life. However, when a senior citizen needing care lives at home, the burden on the family is very large.

In this research study, we conducted a questionnaire survey. The objective was to verify how the daily living of persons requiring long-term care influenced the sense of burden felt by caregivers. The results showed that caregivers felt the burden in providing self-care nursing. Moreover, it was found that the family felt an increased burden due to restrictions on caregiver participation and roles. On the other hand, regardless of the individual characteristics of the caregiver a number of elements came together to induce a feeling of nursing burden. We conclude that there is no one method for reducing a family's sense of burden and that it is necessary to learn from individual cases.

**Key words** : 介護負担感 caregiver burden 家族介護者 family caregiver 介護負担感評価 caregiver burden assessment 日常生活活動 activities of daily living

---

\*関西福祉科学大学 保健医療学部 助教

\*\*関西福祉科学大学 保健医療学部 講師

\*\*\*関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科 臨床福祉学専攻 学生

\*\*\*\*関西医療技術専門学校 教員

## はじめに

わが国は、世界一の長寿を手に入れたが、それと引き換えに要介護高齢者数の増加への対応が社会的な課題となった。その課題に対応するために、介護保険が導入されるなど、介護・看護サービスが拡充されている。現在では、地域包括ケアシステムが導入され、「病院から在宅へ」の方針のもとに、家庭での介護・看護が進められている。しかし、サービス供給の絶対量の不足、介護保険使用枠の制限など、家族が満足する介護サービスを受けることができない現状がある。その結果、依然として在宅要介護者の介護の主たる担い手は家族であり、在宅で要介護高齢者が生活する場合には、介護する家族の負担は増加している。現実として、齊藤<sup>1)</sup>は在宅介護が破綻する原因として、介護者の心理的負担の増加による「介護疲れ」を述べている。また、上田<sup>2)</sup>は「介護保険制度開始後においても家族の介護による疲労は高く、在宅介護が家族の介護力に依存している部分大きい」と述べている。このことから在宅介護を家族で支えることも限界にきているといえる。しかし、家族が提供する介護の質は、要介護高齢者の生活の質 (Quality of Life: QOL) に大きな影響を与えており、要介護高齢者の在宅生活を維持していく上で家族介護者の生活を支えることは、非常に重要であるといえる。

筆者は作業療法士としての活動を通して、リハビリテーションが家族の介護負担感軽減に有効であった症例を多く経験した。それを検証することは、これからの高齢化社会を支えていくために有用であると考えられる。以前筆者は、リハビリテーションにおける介護負担感の動向を探った<sup>3)</sup>。その中で、里宇<sup>4)</sup>のまとめた4つの介護負担感に関する要因「被介護者要因」「介護者要因」「介護者・被介護者関係」「外的要因」を各々「要介護者の日常生活活動 (Activities of Daily Living: ADL) との関連」「家族介護者 QOL との関連」「介護者の役割との関連」

「介護サービスとの関連」にわけ、文献から分析を行った。

そこで、今回の研究では、「要介護者 ADL との関連」に注目し、要介護者の ADL が、主介護者の介護負担感に関連があることを検証するためのアンケート調査を実施した。そして、主介護者が、生活動作のどの部分の介護に介護負担を感じているのか分析を行った。その結果から、家族の介護負担感を軽減するための作業療法士の役割について検討した。

## I 要介護者の ADL と介護負担感の関係

### 1. 先行研究からみる介護負担の要因

介護負担感についての研究は、Grad<sup>ら</sup><sup>5)</sup>が1963年に英国ではじめて実施したといわれており、その後、老年学・精神医学・看護学などの分野を中心に、多くの研究が報告されてきた。リハビリテーション領域では、今日までの介護負担感研究の中で、ADLの自立度と介護負担感の関係性が大きく取り上げられてきたが、「介護負担感とADLに関係がある」ことを示した文献と「介護負担感とADLに関係がない」という文献の2種類の結果が見られた<sup>6)</sup>。

#### (1) 介護負担感とADLに関係がある事を示した研究

藤田<sup>ら</sup><sup>7)</sup>は「ADLの自立度が低くなると、介護負担感が高くなる。排泄・入浴の介護は体力的な負担であり、更衣の介助は手間がかかり、介護者の介護負担感が高まる」と述べている。また、広瀬<sup>8)</sup>は「排泄・入浴・更衣が主に負担感と関連し、全面介助である方が自立よりも負担感が有意に高かった」と述べている。田中<sup>ら</sup><sup>9)</sup>は、「ADLの各項目でみると、整容・入浴・更衣・排便・排泄といったセルフケアの自立度が介護負担感に影響を及ぼしていた」と述べている。以上の文献からセルフケアの中でも、排泄・入浴・更衣が主として介護負担感の要因であることが考えられる。さらに、三浦<sup>ら</sup><sup>10)</sup>は、「セルフケアや外出などの介助が重度

であると、今までの生活ができなかったことに対する負担を感じている。」と述べている。三谷ら<sup>11)</sup>は、「移乗・移動動作能力低下により、介護負担感は強くなり、身体的負担が大きくなる」と述べている。北浜ら<sup>12)</sup>は「ADL 評価(Functional independence measure : FIM) と介護者の介護負担感との関係においては、対象者の身体機能面が高い値を示す自立度が高いほど、介護負担感は軽減したという相関関係を認めた。」と述べている。

## (2) 介護負担感と ADL に関係がない事を示した研究

武政ら<sup>13)</sup>は、「在宅高齢脳卒中片麻痺者に対する家族介護者において、介護負担感と ADL 自立度との間には関連はなかった」と述べている。また、上村<sup>14)</sup>は、訪問リハビリテーションを利用している脳血管障害を既往した 22 名の調査をもとに、「心身機能および日常生活動作能力の維持改善は、必ずしも介護負担感の軽減を図る要因ではない」と述べている。同じく、Elmstahl ら<sup>15)</sup>の文献では、「脳卒中患者の ADL が向上したことが、必ずしも介護負担感の軽減には結びついていない」と述べられている。また、Chang<sup>16)</sup>は、「ADL と手段的日常生活活動 (Instrumental Activity of Daily Living : IADL) のどれについても介護負担感との関連が見られなかった」と述べている。以上の研究の被介護者はすべて脳血管障害であり、疾患の特性とも考えられる。その他にも ADL と介護負担感には、関係がないと述べられた研究が多くあった。

## 2. 本研究の焦点

以上の研究を参考にし、今回のアンケートでは、介護負担感と大きく関係があると考えられる食事・整容・排泄・入浴・更衣・外出 (移動) の 6 項目について調査を行うこととした。

セルフケア (食事、入浴、排泄、更衣、整容) は毎日繰り返し行われる、人間が生きていくための活動である。これらの動作に介護の必

### 概念

ADL とは、ひとりの人間が独立して生活をするために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体的動作群をいう。この動作群は、食事、排泄等の目的をもった各作業 (目的動作) に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される。リハビリテーションの過程や、ゴール決定にあたって、これらの動作は健常者と量的、質的に比較され、記録される。

図 1 ADL の概念および註<sup>18)</sup>  
(日本リハビリテーション医学会 1975)

要が生じると介護者の介護に要する時間や回数が必然的に多くなるであろうと推測される。これらの ADL に介護が必要なとき、介護負担を感じることも多いと考える。さらに、ADL の概念<sup>17)</sup> (図 1) では、食事などの目的動作を細目動作に還元し、評価や治療することができる。各目的動作の中でもどのような細目動作に介護負担感を感じているのかを知ることが、介護負担感と ADL の関係を詳細に分析し、介護者に対する家族指導の一助になると考えた。以上 2 つに焦点を絞ることとした。

## II 調査方法

### 1. 調査方法と対象

対象は、「2011 年 1 月現在、要介護認定を受けている在宅高齢者」の介護をしている家族とし、方法はアンケート調査による分析とした。大阪府下の通所介護施設 1 施設と奈良県下の通所介護施設 1 施設、通所リハビリテーション施設 1 施設の合計 3 施設を利用する高齢者の家族 135 名に対してアンケートを配布した。回収したアンケートは 96 通 (回収率 71.1%) であった。うち 8 通に関しては欠損データがあったため除外し、合計 88 通を対象にした。アンケートの内容は、基本調査、ADL 別介護負担感調査表、Zarit 介護負担感尺度とした。アンケー

ト調査期間は、2011 年 2 月 15 日から 3 月 21 日の約 1 ヶ月である。倫理的配慮として、本研究の目的を説明した文章、および中止の自由を記述した文章を同封した上、施設職員から直接介護者へ手渡しをする形をとった。回収も、施設職員を通じて同様の手続きをとった。アンケート用紙は閉錠可能なロッカーで厳重に保管した。

2. 質問紙の構成

(1) アンケート基本調査表

アンケート基本調査表の項目は、主介護者・要介護者に関するものでその内容は、介護者に関するものが性別・年齢・要介護者との関係・同居人数・介護期間・介護時間・介護の手伝いの有無・身体的健康感・精神的健康感の 9 項目、要介護者に関するものが、要介護者の日中の居場所・認定介護度・利用しているサービスの 3 項目、合計 12 項目である。

(2) ADL 別介護負担感調査表

ADL 別の介護負担感を評価するために、大項目 6 項目「食事動作・入浴動作・整容動作・更衣動作・排泄動作・移動（外出）動作」で調査表を作成した。この 6 項目を伊藤ら<sup>19)</sup>の「ADL 評価表の項目」を参考に作成した。小項目は、「食事セッティングの介助」などの食事動作 5 項目、「洗体の介助」などの入浴動作 5 項目、「便器への移乗動作の介助」などの排泄動作 7 項目、「上衣の介助」などの更衣動作 5 項目、「移動の介助」などの移動（外出）動作 4 項目の 36 項目から構成される。各項目についてそれぞれ、「介助を大変負担に思う」「介助を負担に思う」「介助を少し負担に思う」「介助を負担に思わない」「介助をしていない」の 5 段階で負担感を問うた。【表 1 参照】

(3) Zarit 介護負担尺度日本語版

介護負担感の評価スケールとして、Zarit 介護負担感尺度を使用した<sup>20)</sup>。この評価尺度は、当初、アルツハイマー型認知症患者の介護負担

表 1 ADL 別介護負担感調査表

		大変負担に思う	介助を負担に思う	少し負担に思う	負担に思わない	介助していない
食事動作	移動の介助	4	3	2	1	0
	配膳・下膳の介助	4	3	2	1	0
	セッティングの介助	4	3	2	1	0
	食事介助	4	3	2	1	0
	食事時間が長い	4	3	2	1	0
入浴動作	移動・移乗の介助	4	3	2	1	0
	服の着脱の介助	4	3	2	1	0
	洗体の介助	4	3	2	1	0
	浴槽への出入り	4	3	2	1	0
	入浴時間が長い	4	3	2	1	0
排泄動作	移動の介助	4	3	2	1	0
	便器への移乗の介助	4	3	2	1	0
	服の着脱の介助	4	3	2	1	0
	後始末	4	3	2	1	0
	オムツの介助	4	3	2	1	0
	排泄介助の回数が多い	4	3	2	1	0
	夜間排泄の介助	4	3	2	1	0
更衣動作	姿勢保持介助	4	3	2	1	0
	上衣介助	4	3	2	1	0
	下衣介助	4	3	2	1	0
	靴・靴下介助	4	3	2	1	0
	装具・補助具介助	4	3	2	1	0
整容動作	移動介助	4	3	2	1	0
	移乗の介助	4	3	2	1	0
	歯磨きの準備・片付け	4	3	2	1	0
	歯磨きの介助	4	3	2	1	0
	洗顔の準備・片付け	4	3	2	1	0
	洗顔の介助	4	3	2	1	0
	髭剃り・化粧の準備・片付け	4	3	2	1	0
	髭剃り・化粧の介助	4	3	2	1	0
	整髪の準備・片付け	4	3	2	1	0
	整髪の介助	4	3	2	1	0
外出	移動の介助	4	3	2	1	0
	移乗の介助	4	3	2	1	0
	更衣の介助	4	3	2	1	0
	水分補給の介助	4	3	2	1	0

\*筆者が作成

を評価する目的で、Zarit により開発、作成されている。現在では、脳血管性認知症や知的障害児の介護者等さまざまな介護者を評価するために用いられている。この評価には、下位尺度が含まれており、介護そのものから生じる負担感を示す Personal Strain（以下 PS 尺度）（設問 1, 4, 5, 8, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21）と介護を始めたことで、今までの生活が出来なくなったことから生じる介護負担感を示す Role Strain（以下 RS 尺度）（設問 2, 3, 6, 11, 12, 13）がある。日本語版は、荒井によって邦訳され、信頼性と妥当性が明らかにされている<sup>21)22)</sup>。

### 3. 分析方法

分析方法として、Zarit 介護負担尺度を 2 分位に分け、介護負担感高値を高負担群とし、介護負担感低値を低負担群として、アンケート基本調査表の 12 項目及び ADL 別介護負担感調査表の 6 つの大項目を 2 分位に分け、高得点群と低得点群として、 $\chi^2$  検定を用いて分析を行った。つぎに、ADL 別介護負担感調査表の 36 項目すべてについて、介護負担感尺度の結果を、高得点群と低得点群に分け、それぞれの点数について、Mann-Whitney の U 検定にて分析した。データの集計及び分析に関しては、統計解析ソフト「SPSS Statistics 17.0」を用いた。

## Ⅲ 調査結果

### 1. 基本属性の結果と介護負担感

#### (1) 介護者の基本属性について

アンケート回答者（介護者）のうち、男性は 24 名（27.3%）、女性は 64 名（72.7%）であった。介護者の年齢は、60 歳代、70 歳代がともに高く、各々 23 人（26.1%）であった。要介護者との関係は、配偶者が一番多く 31 人（35.2%）、続いて実母 26 人（29.5%）であった。同居人数は、2 人で暮らしている世帯が一番多く、35 人（39.8%）、続いて 3 人で暮らしている世帯が 22 人（25.0%）であった。介護期間は、平均 58.5 か月で、最長介護期間は 336 ヶ

月であった。1 週間の介護日数は、毎日介護している介護者が一番多く 51 人（58.0%）であった。介護の手伝いの有無に関しては、「いる」と答えた介護者は 51 人（58.0%）、「いない」と答えた介護者は 38 人（42.0%）であった。介護を続けるために身体的・精神的に十分に健康だと思うか（以下身体的健康度・精神的健康度）については、「全く思わない」「あまり思わない」「まあまあ思う」「とてもそう思う」の 4 件法で調査した結果、「まあまあ思う」が身体的健康度・精神的健康度ともに 47 人（53.4%）で一番多かった。【表 2 参照】

介護負担感の低負担群と高負担群の比較において、年齢・性別・要介護者との関係・同居人数・1 週間の介護日数・1 日の介護時間・介護者の手伝いの有無・身体的健康度の 8 項目に関しては両群間で有意差が認められなかった。一方、精神的健康度に関しては、1% 未満の水準

表 2 介護者の基本属性

性別	
女性	64 人 (72.7%)
男性	24 人 (27.3%)
介護者年齢	
20 代	1 人 (1.1%)
30 代	1 人 (1.1%)
40 代	7 人 (8.0%)
50 代	15 人 (17.1%)
60 代	23 人 (26.1%)
70 代	23 人 (26.1%)
80 代以上	18 人 (20.5%)
要介護者との関係	
配偶者	31 人 (35.2%)
実母	26 人 (29.5%)
義父	4 人 (4.6%)
義母	17 人 (19.3%)
子供	8 人 (9.1%)
その他	2 人 (2.3%)
同居人数	
2 人世帯	35 人 (39.8%)
3 人世帯	22 人 (25.0%)
4 人世帯	12 人 (13.6%)
5 人世帯	5 人 (5.7%)
6 人以上世帯	13 人 (14.8%)

1 週間における介護日数

0 日	1 人 ( 1.1%)
1 日	4 人 ( 4.5%)
2 日	8 人 ( 9.1%)
3 日	5 人 ( 5.7%)
4 日	3 人 ( 3.4%)
5 日	6 人 ( 6.8%)
6 日	8 人 ( 9.1%)
7 日	51 人 (58.0%)

1 日の介護時間

0～2 時間	19 人 (21.6%)
2～4 時間	19 人 (21.6%)
4～6 時間	20 人 (22.7%)
6～8 時間	8 人 ( 9.1%)
8 時間以上	22 人 (25.0%)

介護者の手伝いの有無

いる	51 人 (58.0%)
いない	37 人 (42.0%)

身体的健康度

全く思わない	9 人 (10.2%)
あまり思わない	29 人 (33.0%)
まあまあ思う	47 人 (53.4%)
とてもそう思う	3 人 ( 3.4%)

精神的健康度

全く思わない	9 人 (10.2%)
あまり思わない	29 人 (33.0%)
まあまあ思う	47 人 (53.4%)
とてもそう思う	3 人 ( 3.4%)

\*筆者が作成

で有意差が認められた。

(2) 要介護者の基本属性について

要介護者の基本属性として、認定介護度に関しては、要介護 2 が一番多く 19 名 (21.6%)、続いて要介護 3 が 18 名 (20.5%)、要介護 1 が 16 名 (18.2%)、要支援 2 が 14 名 (15.9%)、要介護 4 が 13 名 (14.8%)、要介護 5 が 6 名 (6.8%)、要支援 1 が 2 名 (2.3%) となった。日中の主として過ごす場所については、自宅内が一番多く 48 名 (54.5%)、続いて自室内 19 名 (21.9%)、ベッド上 14 名 (15.9%)、ベッド周り 7 名 (8.0%) であった。利用している介護サービスについて (複数回答可) は、今回アンケート調査の対象としたサービスである通所

表 3 要介護者の基本属性

要介護者の介護度	
要支援 1	2 人 ( 2.3%)
要支援 2	14 人 (15.9%)
要介護 1	16 人 (18.2%)
要介護 2	19 人 (21.6%)
要介護 3	18 人 (20.5%)
要介護 4	13 人 (14.8%)
要介護 5	6 人 ( 6.8%)
要介護者の日中の居場所	
ベッド上	14 人 (15.9%)
ベッド周囲	7 人 ( 8.0%)
自室内	18 人 (20.5%)
自宅内	48 人 (54.6%)
屋外	0 人 ( 0%)
利用している介護サービス	
通所介護	66 人
通所リハビリテーション	35 人
ショートステイ	24 人
訪問リハビリテーション	13 人
訪問介護	10 人
訪問看護	6 人
訪問入浴	2 人
その他	4 人

\*筆者が作成

介護と通所リハビリテーションを除くと、ショートステイが 24 人、訪問リハビリテーション 13 人、訪問介護 13 人であった。【表 3 参照】

介護負担感の低負担群と高負担群の比較において、要介護者の介護度、日中の居場所、利用している介護サービスは、両群間で有意差は認められなかった。

2. ADL 動作 (大項目) と Zarit 介護負担感尺度の結果

Zarit 介護負担感尺度は、総得点で  $34.4 \pm 16.3$  であった。これは、合計得点を基準とした場合に 39.1% であった。下位尺度である PS 尺度の平均得点は  $18.85 \pm 8.55$  であり、PS 尺度の合計得点を基準とした場合、39.3% であった。RS 尺度の平均得点は  $9.14 \pm 5.34$  であり、RS 尺度の合計得点を基準とした場合、38.1% であった。設問毎にみても、Zarit 介護負担感

表4 Zarit 介護負担感尺度の内容の結果

内容	よく・いつも思う	平均点
1 本人は、必要以上に世話を求めてくると思いますか	17.0%	1.16
2 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか	29.5%	1.83
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」と思います	30.7%	1.89
4 本人の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	30.7%	1.82
5 本人のそばにしていると腹が立つことがありますか	19.3%	1.41
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	30.7%	1.70
7 本人が将来どうなるのか不安になることがありますか	35.6%	2.07
8 本人があなたに頼っていると思いますか	70.5%	2.97
9 本人のそばにしていると、気が休まらないと思いますか	20.5%	1.49
10 介護のために、体調を崩したと思うことがありますか	10.2%	1.13
11 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか	11.4%	0.84
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ことがありますか	31.8%	1.69
13 本人が家に居るので、友人を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか	20.5%	1.18
14 本人は「あなただけが頼り」というふうに見えますか	60.2%	2.63
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ことがありますか	26.1%	1.32
16 介護にこれ以上時間はさけないと思うことがありますか	21.6%	1.51
17 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思いますか	30.7%	1.80
18 介護を誰かに任せてしまいたいと思うことがありますか	13.6%	1.14
19 本人に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	14.8%	1.31
20 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか	11.4%	0.93
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ことがありますか	6.8%	0.70
22 全体を通してみると、介護をするということとはどれくらい自分の負担になっていますか	34.1%	1.97

表5 ADL と介護負担感の結果

	低得点群	29(33.0%)	15(17.1%)	44	
食事*	高得点群	17(19.3%)	27(30.7%)	44	88
	低得点群	25(28.4%)	19(21.6%)	44	
入浴	高得点群	21(23.9%)	23(26.1%)	44	88
	低得点群	30(34.1%)	14(15.9%)	44	
排泄*	高得点群	15(17.1%)	29(33.0%)	44	88
	低得点群	30(34.1%)	14(15.9%)	44	
更衣*	高得点群	13(14.8%)	31(35.2%)	44	88
	低得点群	29(33.0%)	15(17.1%)	44	
整容*	高得点群	16(18.2%)	28(31.8%)	44	88
	低得点群	34(38.6%)	10(11.4%)	44	
外出*	高得点群	11(12.5%)	33(37.5%)	44	88

\*1%水準で有意(両側)

尺度の内容では、「よく思う・いつも思う」の項目で高い割合を占めたのは、設問8(70.5%)と設問14(60.2%)であった。30%を越す割

合を示したものは、設問3・4・6・7・12・17であった。【表4参照】

Zarit 介護負担感尺度の得点を2分位(Zarit 低負担群・Zarit 高負担群)ならびに各ADL動作(高得点群・低得点群)の2分位について、 $\chi^2$ 検定を行った。その結果、食事動作・排泄動作・更衣動作・整容動作・外出動作に有意に差が見られた( $p<0.01$ )。入浴動作に関しては、有意な差が見られなかった。【表5参照】

### 3. ADL 細目動作(小項目)からみた介護負担感調査表の結果

ADL別の介護負担感調査表の結果を、大項目別に見ると、全く介護をしていない介護者は、調査対象の88名中、食事動作で4名、入浴動作で35名、排泄動作で19名、更衣動作で23名、整容動作で22名、外出動作で12名であった。

Zarit の高負担群と低負担群をそれぞれ ADL 別介護負担感調査表の小項目に基づいて、Mann-Whitney の U 検定を用いて分析を行った。その結果、食事動作では、「食事場所への移動の介助」「食事のセッティングの介助」「食事の介助」「食事時間の長さ」に関して、5% 未満の水準で有意であった。「食事の配膳・下膳」に関して有意差はみられなかった。入浴動作では、「入浴時の移動」「服の着脱の介助」「洗体の介助」「浴槽への出入り」「入浴時間の長さ」のすべてにおいて、有意差はみられなかった。排泄動作では、「服の着脱の介助」「後始末の介助」「オムツの介助」「排泄回数が多い」は 1% 未満の水準で、「夜間排泄の介助」は 5% 未満の水準で有意であった。「排泄移動の介助」「便器への移乗の介助」に関しては、有意差はみられなかった。更衣動作では、「姿勢保持の介助」「上衣介助」「下位介助」「靴・靴下の介助」は 1% 未満の水準で、「装具・補装具の介助」に関しては、5% 未満の水準で有意であった。整容動作では、「移動の介助」「移乗の介助」「歯磨きの介助」「洗顔の準備・片付け」「整髪の介助」は、1% 未満の水準で、「歯磨きの準備・片付け」「洗顔の介助」「髭剃り・化粧の準備・片付け」「髭剃り・化粧の介助」「整髪の準備・片付け」は、5% 未満の水準で有意であった。外出動作では、「移動の介助」「移乗の介助」「更衣の介助」「水分補給の介助」のすべての項目において、1% 未満の水準で有意であった。

#### IV 考 察

##### 1. 介護負担感に関連する要因

これまでの介護負担感に関する研究では、要介護者の身体機能や生活機能との介護負担感との関連に関する見解は一致していない。本研究では、要介護認定を受け、通所リハビリテーションや通所介護に通う要介護者とその家族を対象とし、Zarit 介護負担感尺度から介護負担の低負担群と高負担群に分けて比較をおこなっ

た。特に在宅要介護者の生活機能に着目し、主介護者の介護負担感に関連する要因を検討した。今回の調査における Zarit 介護負担感尺度の平均点は、34.4 点であった。斎藤ら<sup>23)</sup>の報告では、29.6 点や荒井ら<sup>24)</sup>の報告では、38.7 点、武政ら<sup>25)</sup>は 34.4 点であり、それぞれの調査と近い値であり、介護負担感について考察することは妥当性があると考えられる。本研究の課題として、Zarit の得点から中央値を参照に便宜的に低負担群 (33 点未満) と高負担群 (33 点以上) に分けた分析結果であるため、カットオフに関する根拠が不十分であることは、考慮する必要のある部分である。また、今回使用した「ADL 別介護負担感調査表」は信頼性と妥当性を検証するまでに至らなかったことも、今後の研究の課題である。

##### (1) Zarit 介護負担感尺度の設問からの分析

Zarit 介護負担感尺度の総得点から、介護負担感の程度を客観的に確認できるが、介護負担感について、より詳細に理解していくには、各設問を分析していくことが有用である。基本属性のうち関連があるのは、精神的健康度と介護負担感であり、介護負担感との間には関連が認められなかった。これは松鶴<sup>26)</sup>らや上村<sup>27)</sup>の報告と同様の結果である。各設問と介護負担感についてさらに詳しく分析すると、本研究では PS 尺度の中の設問項目 8 の「患者さんはあなたに頼っていると思いますか」や設問 14 の「患者さんはあなただけが頼りというふうに見えますか」は平均点が高値であった。このことから、要介護者に主介護者が頼られていると思うことが、介護者の責任感を増強させているのではないかと考える。今回、要介護 2 から 5 レベルの介護者が全体の約 63% を占め、設問に対する要介護度の低群 (要支援 1 から要介護 1) と高群 (要介護 2 から要介護 5) の間に介護負担感に関して有意差があった ( $P < 0.05$ )。介護度が高くなるほど、主介護者が目の離せない状態も多くなり、「頼りにされてしんどい」という思いが強くなったのではないだろうか。

また、設問12の「介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか」や、設問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」と思いますか」や、設問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」も高値である。これらの設問は、介護を始めたことにより、今までの生活が出来なくなったことから生じる介護負担感を示すRS尺度である。主介護者にとって、家事などの生活の維持のために必要な活動が制約されることや、趣味や娯楽などの余暇活動や職業などの社会生活が制限されることが、介護負担感に多くの影響を与えているのだろう。先行研究<sup>28)</sup>に、趣味・娯楽がある場合や外出が可能な場合には、介護負担感は減少するとの報告や、趣味を有している介護者の介護負担感は有意に低いとの報告もあることから、前述の「頼りにされている」と感じる負担感に合わせて、介護にとる時間が、主介護者の家庭内や社会生活における役割の遂行を制限したうえに、介護を同時に行わなければならない環境が、RS尺度に影響を与えたと考える。

このように、介護負担感は性別や年齢などだけでは理解しにくく、様々な要因が複雑に重なり合って生じていると考えられる。特に、介護者の生活や家庭内の役割活動さらに社会参加の状況などは重要な要素である。しかし、主介護者を取り巻く環境は様々であるため、多くの環境因子の評価が必要になってくる。

## (2) ADL 別介護負担感からの分析

ADLの小項目では、介護負担感と関連が見られた項目と見られなかった項目の2種類が見られた。それぞれの動作にそって考察する。

食事動作は、今回調査対象の88名中84名が介護に関わっており、ほとんどの主介護者が関わるADLであった。食事動作の小項目のうち「配膳・下膳の準備」以外は全て介護負担感との関連が認められた。「配膳・下膳の準備」とそれ以外の項目との違いは、直接的介護か間接

的介護の違いであると考えられる。直接的介護は、主介護者のペースではなく、要介護者のペースで介護が行われる。それに対し間接的介護は、主介護者のペースで行うことができる。つまり、要介護者に対する主介護者の時間的な束縛が、大きく介護負担感に影響を与えるのではないかと考えられる。

入浴動作に関しては、全ての項目において介護負担感との関連が認められなかった。入浴動作は、浴室への移動、衣服の着脱、洗体・洗髪、浴槽への出入りといった手間のかかる動作が多いのが特徴である。今回の調査対象が通所介護や通所リハビリテーションに通う要介護者であったため、入浴は通所施設で行っているものがほとんどであると考えられる。実際に、入浴について全く介助をしていない介護者は、35名とADL項目の中では、多かった。入浴は介護サービスとしても比較的整備されているサービスでもあることから、介護負担に直接影響しなかったのではないかと考える。

排泄動作に関しては、移動・移乗の項目に介護負担感との関連が認められなかった。排泄動作において全く介助していない介護者が22名であった。日中は排泄介助しているが、夜間の排泄介助をせず、オムツをつけている要介護者は30名いた。オムツをつけている要介護者は、夜間の介助がいらないため、移動・移乗の項目に影響を与えない。このため移動・移乗項目に有意差が認められなかったと考える。

外出動作では、全ての項目で介護負担感と関連が見られた。外出するという事は、単に移動や移乗だけでなく、それに伴う更衣、整容、排泄、水分補給など多くの介護が行われる。今回の要介護者は、通所介護や通所リハビリテーションに通っているため、最低週に1回は外出の機会がある。外出の準備は、どのような要介護者であっても、多くの介護工程と時間的制約を含むため、要介護度が高ければ高いほど、介護負担は重くのしかかってくる。その結果、負担感との関連が見られたのではないだろうか。

## 2. 介護者の負担感軽減の視点から見た作業療法士の役割

筆者は介護負担感とその要因、考え方について、先行研究の分析を行い、作業療法士の視点<sup>29)</sup>から以下のように考察した。

- ①個人の生活はそれぞれ方法に違いがあり、ADL の介護度が高いからといって、介護負担感が高くなるとはいえない。
- ②介護者の QOL が低下しないことが、介護者の健康を維持していくことにつながる。それが要介護者の ADL 自立度を維持していくための介助につながる。このサイクルが介護者の QOL 向上につながる。
- ③介護者にとって、介護から離れることのできる自由時間が必要であり、その時間を趣味や余暇活動に充てられるようにすることが重要である。
- ④要介護者とその家族に支援をするときには、介護サービスの内容を考え、また介護時間を短縮させるような提供体制が有用である。
- ⑤家族を含めた、本人周囲の人的環境に対しても有効な介入をしたり介入の効果を測定したりすることは、本人の ADL だけでなく介護者の介護負担感をとらえるためにも重要である。
- ⑥多面的に家族の介護力を評価し、適切な方法で介護支援を図っていく必要がある。
- ⑦介護者に対して支援や介護指導を行うこと、また介護者の話を聞き問題の解決を図ることは要介護者の在宅生活を継続する上で重要である。
- ⑧国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) を有効に活用し、要介護者に対する働きかけだけでなく、介護者の介護負担感を軽減させるようなりハビリテーションアプローチが重要である。

前節の考察で述べたように、今回の研究からも、先行研究とほとんど同じ様な結果が得ら

れ、筆者の作業療法士としての考察についてその妥当性が確認できた。ここでさらに、その考察をもとに在宅生活を支えるための作業療法の役割と介護負担感について考えてみる。

作業療法の対象は、心身諸機能の障害をもつ者、活動の制限や参加に制約のある者、あるいはそれらが生じる可能性のある健康な人たちである。さらに、対象者を取り巻く家族やその他のひとたちも対象と考えている。また、作業療法は、障害の発生を予防する時期から、人生の終末期に至るそれぞれの時期において、対象者に関わっていく。これらの対象者に作業療法を実施する際には、対象者本人やその家族等と連携しながら、対象者の評価を行い、その評価結果に基づいて治療・指導・援助の計画を立案し、実行する。このとき、作業療法の内容は、対象者の生活機能と障害の各要因、および背景因子の相互関係について十分に吟味したうえで決定されている。この背景因子というのは、ICF である人的環境、物理的環境、社会資源、サービス、制度などの環境因子と性別、ライフスタイル、生育歴、家族、職歴、経験などの個人因子である。

作業療法士の特性については、日本作業療法士協会<sup>30)</sup>が、「作業療法ができること・目的」として 11 項目を挙げている (表 6)。その中で、「対象者やその家族・介護者等に指導・教育すること」や「作業活動、すなわち日常生活活動 (ADL)、仕事・生産的活動、遊び・余暇活動等に関する技能を獲得・改善・維持すること」は、生活を支える援助である。この内容によって、介護者の負担感が左右される。これは対象者に直接アプローチし、ADL の自立度をあげることで、介護負担感を軽減する方法と対象者を取り巻く家族などの個人因子に関わるためのアプローチを行い、人的環境・物的環境を調整することで介護負担を軽減する方法に分けられる。つまり、作業療法士が行う介護指導や環境整備の支援などにより、介護者の介護量や介護時間が軽減され、介護負担感が低下するこ

表6 作業療法士の主な援助内容<sup>31)</sup>

作業療法の主な援助内容
1. 対象者にとって有意義であり、かつ目的に適応した作業活動を使用すること
2. 対象者が有意義で価値ある作業活動に関与できるような働きかけを行うこと
3. 活動への関与を通じて、障害を予防し、健康を促進すること
4. 対象者の能力に適した作業活動の難易度を設定すること
5. 対象者が周囲の環境に適応できるように福祉用具の適応や住環境の整備などを行うこと
6. 対象者やその家族・介護者等に指導・教育すること
7. 作業活動、すなわち日常生活活動（ADL）、仕事・生産的活動、遊び、余暇活動等に関する技能を獲得・改善・維持すること
8. 作業活動を遂行するために必要な各要素、すなわち運動的、感覚・知覚的、認知・心理的などの各要素を獲得・改善・維持すること
9. 自助具、装具等のデザインや作成を行い、実際の適合や使用訓練を行うこと
10. 作業活動の準備として、各種治療器具の使用や徒手的治療を行うこと
11. 対象者が地域で豊かな生活が送れるよう、地域の社会資源を調整、活用を行うこと

とが考える。

さらに在宅介護家族の支援方法の1つとして、直接主介護者の介護負担を軽減するための対応も考えられる。作業療法士などの専門的な介入によって、解決される可能性がある介護者の精神的健康度の改善を目指し、相談や指導を行う中で、傾聴することや受容することで、介護者が支援することへの満足感が向上していく。このことが、介護負担感を軽減する上で重要であると考えられる。

#### 終わりに

本研究結果から、要介護者のADLへの直接的介護の有無、精神的健康感や要介護者に頼られていると感じること、参加や役割に制約が生じることなどが主介護者の介護負担感に影響を与える可能性があることが示唆された。これらは、先行研究と照らし合わせてみても、妥当なものであると考えられる。

少子化や高齢化といった社会環境の変化から核家族化が進み、それにより高齢者のみの世帯が増加していることや、女性の社会進出により、介護の担い手の減少が家族の介護力の低下を招くことにもつながり、介護負担感を増大する原因となっている。しかし、「病院から在宅へ」の介護の方向性は変わることなく今後も続くであろう。

作業療法士は、要介護者の生活を支えること

を大きな目的にし、ADLの改善とQOLの充実を大きな支援目標とする職種である。ADLの改善やQOLを充実することは、要介護者だけでなく、主介護者を中心とする家族の問題である。要介護者の生活を充実させることは、一方では主介護者の負担を大きくし、生活の意欲を低下させる場合もある。作業療法を含むリハビリテーション関連職種は、家族を「障害者のADL、QOLを支えるための家族」として求めてしまうが、介護者の生活を考えた場合「障害者を含めた1つの機能としての家族」としてとらえることが求められる。

主介護者は、身体的側面以上に精神的側面に負担を感じている。主介護者を介護指導の対象と見るだけでなく、介護者に対しても本人に対すると同様に、介護上の健康不安に対する相談といったような精神的なアプローチが必要になる。作業療法士は対象者のその人らしい生活に注目し、心身両面から個別のアプローチを進めていく。要介護者とともに、介護者を一人の人間として理解し支えていくというアプローチは、作業療法士の基本的な機能であるといえる。さらに、介護者の負担軽減も視野に入れたうえでの介護サービス利用体制の構築も必要になってくるであろう。

現在、通所リハビリテーションや通所介護で働く作業療法士は、(社)日本作業療法士協会に所属している作業療法士39241人(組織率

82.2%)の中でも、各々2468人(6.3%)、407人(1.0%)に過ぎない(2010年3月現在)<sup>32)</sup>。しかし、医療や福祉、病院から在宅まで幅広い知識と生活を中心とした介入を行うことが作業療法士の仕事である。在宅生活を支援していく職種として、作業療法士が重要であることが社会的に認知されるためにも、今後もこの種の研究が必要であり、一人一人の症例を通して、介護負担感軽減に有効な介入方法を検証していく必要がある。

#### 引用文献

- 1) 齊藤正彦：東京都区部の在宅老人の介護の実態と介護者の負担. 老年社会科学 9: 188-189 1987
- 2) 上田照子：介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担 流通科学大学論集 人間・社会・自然編 16(3): 175-180 2004
- 3) 西井正樹：リハビリテーションにおける介護負担感研究の動向 総合福祉科学研究第2号: 125-136 2011
- 4) 里守明元：介護負担感の概念と研究の動向 Journal of Clinical Rehabilitation: 859-867 2001
- 5) Grad I, Sainsbury P: Mental illness and the family. Lancet 1: 544-547 1963
- 6) 西井正樹：前掲書 3)
- 7) 藤田淳子・編島ひづる他：外来通院中の脳卒中患者の介護者の介護負担感に関連する要因の分析 京都府立医大医療短期大学部紀要 4(2): 89-97 1995
- 8) 広瀬美千代・岡田進一他：家族介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者のADLとの関係-介護に対する肯定・否定両側面からの検討- 生活科学研究誌 3: 227-236 2004
- 9) 田中清美・武政誠一：在宅要介護高齢者を介護する家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因 神大保健紀要 第23巻: 13-22 2007
- 10) 三浦宏子・荒井由美子他：在宅要介護高齢者ならびにその家族介護者における主観的言語コミュニケーション満足度の関連要因 日老医誌 43: 328-334 2005
- 11) 三谷健・小松泰喜ら：通所リハビリテーション利用者の居宅訪問の必要性について-介護負担の観点より- 理学療法学 30: 84 2003
- 12) 北浜伸介・武政誠一他：公的介護保険が患者の身体・心理面および介護者の介護負担度と与える影響 神大保健紀要 第19巻: 15-24 2003
- 13) 武政誠一・出川瑞枝他：在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因について 神大保健紀要 第21巻: 23-30 2005
- 14) 上村さと美・秋山純和：Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)を用いた家族介護者の介護負担感評価 理学療法科学 22(1): 61-65 2007
- 15) Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L.: Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil 77(2): 177-182 1996
- 16) Chang B, L Brecht et al: Predictors of social support and caregiver outcomes. Women and Health 33: 39-61 2001
- 17) 伊藤利之・鎌倉矩子編：ADLとその周辺-評価・指導・介護の実際-: 3 2010 医学書院
- 18) 伊藤利之・鎌倉矩子編：前掲書 18)
- 19) 伊藤利之・江藤文夫：新版 日常生活活動(ADL)-評価と支援の実際-: 43-59 2010
- 20) Zarit S. H. et al: Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. Gerontologist 20: 649-655 1980
- 21) 荒井由美子：介護負担度の評価. 総合リハ 30巻 11号: 1005-1009 2002
- 22) 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: 930-931 1998
- 23) 斎藤恵美子・国崎ちはる他：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: 180-189 2001
- 24) 荒井由美子・細川徹他：在宅高齢者・障害者を介護するものの負担感-日本語評価尺度の作成- 第3回「健康文化」研究助成論文集: 1-6 1997
- 25) 武政誠一・出川瑞枝他：在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因について 神大保健紀要 21: 23-30 2005
- 26) 松鶴甲枝・鷲尾昌一他：訪問看護サービスを利用している在宅要介護の主介護者の介護負担-福岡県南部の都市部の調査より- 臨床と研究 80(9): 109-112 2003
- 27) 上村さと美：前掲書 15)
- 28) 松浦瑞枝・武政誠一：訪問リハビリテーションにおける理学療法士の役割について-在宅障害者及び介護者の身体・精神機能面とQOLか

西井正樹他：介護負担感に影響を与える要因

- らの分析－神大保健紀要 20：61-72 2004
- 29) 社団法人 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン実践指針（2008年度版）. 3-4
- 30) 社団法人 日本作業療法士協会：前掲書 29)
- 31) 社団法人 日本作業療法士協会：前掲書 29)
- 32) 社団法人 日本作業療法士協会：2009年度日本作業療法士協会会員統計資料 作業療法 29 巻 4号 527-544 2010