

ソーシャルサポートが介護負担度に及ぼす影響

—若年の高次脳機能障害者家族の場合—

アカマツ 赤松 アキラ 昭*1 オザワ 小澤 アツシ 温*2 シラサワ 白澤 マサカズ 政和*3

目的 Zaritらが開発した介護負担度測定尺度を用いて若年の高次脳機能障害者家族の介護負担の構造を明らかにすることと、その介護負担と介護家族に関わるソーシャルサポートの関係を検討することを目的とする。

方法 脳損傷者介護家族会の会員499人を調査対象として、1999年9月上旬に自記式調査票を発送。有効回答数は311人で、有効回答率は62.3%となった。このうち、「遷延性意識障害者」を介護する家族からの回答を除いた229人を分析対象とした。

調査項目は本人及び介護者の基本属性。介護者に関わるソーシャルサポートとして、「いつでも相談できる専門職の有無」、「いつでも相談できる親戚・知人の多少」、及び「介護を手伝う親戚・知人の多少」「介護を手伝う家族の有無」を設定した。介護負担度測定尺度は「The Burden Interview」(Zarit; 1980; 以下「BI尺度」)を用いた。分析方法はBI尺度の信頼性を検討し、同時に介護負担の構造を明らかにするために、因子分析を行って因子の抽出を行う。さらに、介護負担度とソーシャルサポートの関連を探るため、各ソーシャルサポートの程度を独立変数とし、BI尺度の各因子を従属変数とするT検定、または一元配置の分散分析を行う。

結果 因子分析の結果、高次脳機能障害者家族の介護負担の構造は、「本人への否定的な感情」「日常生活への支障感」「本人から受ける情緒的圧迫感」の3つの側面で構成されていることが明らかになった。また、各因子の信頼性係数(クロンバックの α)はいずれも高い値を示し、また、全体的負担度を尋ねる質問項目の得点と負担度の合計得点との間にも強い相関が示された。さらに、介護負担度とソーシャルサポートとの関連について、「いつでも相談できる専門職の有無」は「本人への否定的感情」との間で、「いつでも相談できる親戚・知人の多少」は3つの負担すべてとの間で、「介護を手伝う家族の有無」と「介護を手伝う親戚・知人の多少」は「日常生活への支障感」との間で有意な関連がみられ、いずれの場合も関わりがある場合の方が介護負担度が低くなった。

結論 本研究において修正したBI尺度は、脳損傷後の高次脳機能障害者家族の介護負担度を測定するにあたって、信頼性と妥当性を有していることが示された。さらに、ソーシャルサポートと介護負担度との間に関連がみられ、ソーシャルサポートの提供主体の違い、及び提供内容の違いによって介護負担の各側面に与える影響が異なってくることが示唆された。福祉・保健に関わる援助専門職はこうした各ソーシャルサポートの特性に留意しつつ、手段的サポートの提供とともに、情報、情緒的サポートの提供にも十分配慮した援助活動を行っていくことが求められる。

キーワード 高次脳機能障害、ソーシャルサポート、介護負担度、The Burden Interview

* 1 大阪市立大学大学院生活科学研究科博士課程院生 * 2 同助教授 * 3 同教授

I はじめに

近年、脳損傷による高次脳機能障害が本人と家族にもたらす影響が、福祉・保健・医療に関わる専門職の注目を集めている。いわゆる「制度の狭間」、あるいは「福祉の谷間」とも呼ばれている問題で、最近ではマスコミでも頻繁に取り上げられる等、社会的な関心も集めている。しかしながら、この領域を対象とした調査研究は少ないのが現状である。特に、その特有の神経心理学的障害のために家族が心身両面にわたってさらされる介護負担の大きさについては、これまで再三指摘されているところであるが、その負担の構造や負担と関係する要因についての研究はわが国では非常に少ない。これに対し、海外の研究では、脳損傷後の高次脳機能障害者家族の介護負担に及ぼす要因について多くの研究蓄積がある。その中では介護負担とソーシャルサポートに関する研究も行われており、その結果、ソーシャルサポートと介護者の抑うつ感の軽減や家族機能に関連があることが報告されている^{1)~4)}。一方、わが国では、痴呆性高齢者家族の介護負担に関わる研究で、介護家族に関わるソーシャルサポートが介護負担度を軽減する効果をもつことが明らかにされているが⁵⁾⁶⁾、同様の研究は脳損傷による高次脳機能障害者家族を対象には行われていない。

以上のような背景をふまえて本研究の目的を、Zaritらが開発した介護負担度測定尺度を用いて若年の高次脳機能障害者家族の介護負担の構造を明らかにすることと、その介護負担と介護家族に関わるソーシャルサポートの関係を検討することとする。

ここで高次脳機能障害の障害特性について解説を付しておく。「高次脳機能障害」とは、交通事故等による脳外傷や脳疾患等の脳損傷を起因として、記憶、認知等の機能に永続的な神経心理学的ダメージが発生している状態を指す。この脳損傷後の高次脳機能障害の診断については、画像診断及び行動観察、知能テスト等による神経心理学的評価を基に確定するが、脳の損傷部

位によって臨床症状は非常に多様であり、これらの方法をもってしても確定診断は容易でないとされている。したがって、現在、わが国においては標準的な診断基準は確立されていない。そのため、平成13年度から国立身体障害者リハビリテーションセンターを中核施設として進められている「高次脳機能障害支援モデル事業」は、高次脳機能障害の標準的な診断・評価基準の確立をその目的のひとつとしている。また、こうした診断・評価の難しさは、身体障害者手帳の交付及び労働災害保険、その他民間保険における障害認定の際にも不利をもたらすことから、特に若年の高次脳機能障害者とその家族は社会制度上でも大きな困難に直面させられているのが現状である。

II 研究方法

(1) 対象者と調査方法

調査対象は、1999年9月現在、日本で活動していた脳損傷者介護家族の当事者組織のうち、調査協力が得られた5つの組織に属する会員499人である。1999年9月上旬に各組織ごとに自記式調査票を一括して発送し、各会員への配布を委託した。介護者以外が回答した場合と他障害だったものを除いた有効回答数は311人で、有効回答率は62.3%となった。このうち、本人が意志疎通困難な「遷延性意識障害者」を介護する家族からの回答を除いた229人を分析対象とした。

(2) 調査項目

1) 独立変数

① 基本属性

本人及び介護者の基本属性を表1に示す。本人の性別は8割近くを男性が占め、また年齢も40歳未満が全体の8割強を占め、その多くを若年層が占めている(平均年齢 31.86 ± 11.97 歳)。一方、介護者はその9割が女性であり、年代も40歳代から60歳代が9割を占めた(平均年齢 53.00 ± 9.08 歳)。本人との続柄では、その多くを母親が占めている。

② ソーシャルサポート

ソーシャルサポートには受領と提供の2つの側面があるが、本研究では受領サポートに着目した。すなわち、介護家族に関わるソーシャルサポートとして、「いつでも相談できる専門職の有無」(情報的サポート)、「いつでも相談できる親戚・知人の多少(3段階)」(情緒的サポート)、及び「介護を手伝う親戚・知人の多少(3段階)」「介護を手伝う家族の有無」(以上「手段的サポート」)を設定した。

2) 従属変数

本研究では高次脳機能障害者家族の介護負担度を測定するにあたって、アメリカのZaritらが1980年に公表した「The Burden Interview」(以下「BI」尺度)⁷⁾を用いることとした。本尺度は、痴呆性高齢者の介護家族をフィールドとして開発されたものであるが、年齢を別にすれば、その障害特性が本調査の対象である者と比較的類似しており、さらに本尺度はわが国において

表1 基礎属性 (n=229)

(単位 人、()内%)

本	人		
性	別		
男	性	180	(78.6)
女	性	49	(21.4)
年	代		
10歳未	満	1	(0.4)
10歳代		22	(9.6)
20歳代		92	(40.2)
30歳代		69	(30.1)
40歳代		19	(8.3)
50歳代		15	(6.6)
60歳代	以上	11	(4.8)
介	者		
性	別		
男	性	22	(9.6)
女	性	207	(90.4)
年	代		
20歳代		4	(1.7)
30歳代		15	(6.6)
40歳代		60	(26.2)
50歳代		97	(42.4)
60歳代		49	(21.4)
70歳代		4	(1.7)
続	柄		
母	親	158	(69.0)
父	親	17	(7.4)
配	偶	40	(17.5)
子	者	6	(2.6)
兄	弟	6	(2.6)
姉	妹	1	(0.4)
祖	父	1	(0.4)
母	他	1	(0.4)

も邦訳され、看護、保健領域等でよく用いられている。したがって、妥当性、信頼性が確立された高次脳機能障害者介護家族の介護負担度測定尺度がわが国にない現状にあっては、対象とする年齢層が違ふものの、この尺度を本調査に用いることは差し支えないと判断した。なお、本研究では荒井の邦訳版BI尺度⁸⁾を用いたが、その際「お年寄り」を「ご本人」に、また、高次脳機能障害者の介護は身体的ケアに限らないことから「介護」を「介護(見守り)」とする文言の改変を加えた。

(3) 分析方法

まず、本研究におけるBI尺度の信頼性を検討し、同時に介護負担の構造を明らかにするため、同尺度の全体的負担度を尋ねる1項目を除いた21項目について因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行って因子の抽出を行い、さらに因子ごとのクロンバックの α 係数を算出する。次に、同尺度の妥当性を検討するため、BI尺度の中の全体的負担度を尋ねる1項目と負担度の合計得点との相関係数を算出する。さらに、介護負担度とソーシャルサポートの関連を探るため、各ソーシャルサポートの程度を独立変数とし、抽出されたBI尺度の各因子を従属変数とするT検定または一元配置の分散分析を行う。

III 結 果

(1) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの程度についての単純集計の結果を表2に示す。本人の介護(見守り)に関していつでも相談できる専門職がいると回答した者が72.9%、いないと回答した者が27.1%となった。本人の介護(見守り)に関して相談できる親戚・知人の多少に関しては「少しはある」と答えた者が最も多く67.0%、全くいないと答えた者が21.6%となった。次に、日常的に介護(見守り)を手伝う家族の有無については、9割以上の者がいると回答し、一方、同じように日常的に介護(見守り)を手伝う親戚・知人の多少については、「全くいない」と答えた

者が55.4%と最も多かった。以上、ソーシャルサポートに関する単純集計の結果からは、専門職による情動的サポート、親戚知人による情緒的サポートについてはある程度その提供を受けているものの、日常の介護の手伝いといった手段的サポートについては、その提供者は家族に主体が置かれていることが明らかとなった。

(2) 介護負担の構造

因子分析の結果、最初の分析で負荷量がどの因子に対しても0.5%未満となった4項目、「今

の暮らしを考えれば介護にかかる金銭的余裕はない」「本人が将来どうなるか不安」「介護にこれ以上の時間をさけない」「家事、仕事をストレスと感じる」を取り除き、残りの17項目を対象に再度分析を行ったところ、表3に示す4つの因子が抽出された。因子①は、「本人のそばにいると気が休まらない」「本人に腹がたつ」等、6つの項目と正の負荷量を示したことから、この因子を『本人への否定的感情』と名付けた。因子②は、「社会参加できない」「友だちを家に呼べない」等、5つの項目と正の負荷量を示したことから、この因子を『日常生活への支障感』と名付けた。因子③は、「本人はあなたに依存している」「本人はあなただけが頼りと思う」等、4つの項目と正の負荷量を示したことから、この因子を『本人からの情緒的圧迫感』と名付けた。因子④は、「自分をもっと頑張らなくて介護すべきである」「自分をもっとうまく介護できると思う」の2つの項目と正の負荷量を示したが、因子寄与率、信頼性係数とも低い値であったことから、以後、この因子についてはソーシャルサポートとの関連の検討からは除く。

表2 ソーシャルサポート単純集計

	度数 (%)
いつでも相談できる専門職の有無	145(72.9)
い な い	54(27.1)
いつでも相談できる親戚・知人の多少	22(11.3)
た く さ ん い る	130(67.0)
少 し は い る	42(21.6)
全 く い な い	4(2.2)
介護を手伝う親戚・知人の多少	79(42.5)
た く さ ん い る	103(55.4)
少 し は い る	209(94.1)
全 く い な い	13(5.8)
介護を手伝う家族の有無	
い な い	

表3 因子分析結果

負担度の項目	因子負荷量			
	因子① (本人への 否定的感情)	因子② (日常生活への 支 障 感)	因子③ (本人からの 情緒的圧迫感)	因子④
気が休まらない	0.711	0.340	0.225	0.104
本人の行動に困惑	0.686	0.230	0.323	0.156
本人に腹が立つ	0.686	0.158	0.177	0.011
どうしていいかわからない	0.670	0.201	0.186	0.274
誰かに介護をまかせたい	0.549	0.389	0.023	0.073
体調を崩した	0.537	0.440	0.194	0.041
社会参加できない	0.159	0.783	0.275	0.246
友だちを家に呼べない	0.359	0.624	0.120	0.029
プライバシーを保てない	0.436	0.580	0.212	-0.031
人との付き合いができない	0.467	0.571	0.260	0.203
思い通りの生活ができない	0.410	0.566	0.296	0.203
本人はあなたに依存している	0.211	0.091	0.814	0.050
本人はあなただけが頼りに見える	0.146	0.204	0.765	0.102
本人は必要以上の介護を要求する	0.170	0.196	0.572	0.136
介護に時間をとられる	0.286	0.462	0.535	0.153
自分をもっと頑張らなくて介護すべきである	0.155	0.037	0.058	0.819
自分をもっとうまく介護できる	0.056	0.154	0.155	0.610
寄与率	20.119	17.005	14.342	7.966
クロンバック α	0.88	0.87	0.82	0.67

(3) 本研究におけるBI尺度の信頼性・妥当性の検討

因子④を除いた各因子の信頼性係数(クロンバックの α)はいずれも0.82以上と高い値を示した。さらに、全体的負担度を尋ねる質問項目の得点と負担度の合計得点との間に、0.73と強い相関が示されたことから、本研究において修正したZaritの介護負担度測定尺度は、脳損傷後の高次脳機能障害者家族の介護負担度を測定するにあたって、ある程度の信頼性と妥当性を有しているものと考えられる。したがって以降、この

尺度を使って行う分析の結果も有効であると考えられる。

(4) 介護負担度とソーシャルサポートとの関連

分析の結果、「いつでも相談できる専門職の有無」は因子①の本人への否定的感情との間で、「いつでも相談できる親戚・知人の多少」は因子①、因子②の日常生活への支障感、さらに③の本人から受ける情緒的圧迫感との間で、「介護を手伝う親戚・知人の多少」と「介護を手伝う家族の有無」は因子②との間で有意な関連がみられ、いずれの場合も関わりがある場合の方が介護負担度が低くなった(表4)。

IV 考 察

最初に介護負担の構造について考察を加える。BI尺度の因子分析の結果、高次脳機能障害者家族の介護負担の構造は、「本人への否定的な感情」「日常生活への支障感」「本人から受ける情緒的圧迫感」の3つの側面で構成されていることが明らかになった。これは、脳損傷患者に対する家族の負担度に最も影響する要因として、行動、人格、感情に関する障害が関係しているが、本人の知的能力、コミュニケーション能力、及び身体的機能の障害が及ぼす影響は小さい、という海外の一連の研究報告⁹⁾⁻¹³⁾と考え合わせると理解が可能である。すなわち、高次脳機能障害は介護者の心理面から生活面まで全般的な側面にわたって負担をもたらすが、とりわけ本人との直接的関わりから生ずる情動反応が否定的な感情となって介護負担の大きな一面を構成している(本人への否定的感情)。次に、本人の行動が予測できないために終日見守りを必要とすることから、介護者の日常生活に支障をきたすために生じる負担がこれに続き(日常生活への支障感)、さらに、本人の知的機能と身体機能の低下による介護者への依存的傾向が介護者の心理的な圧迫感を高めるために負担が生じている(本人から受ける情緒的圧迫感)、と考えられ

表4 分析の結果

独立変数	①本人への否定的感情	②日常生活への支障感	③本人からの情緒的圧迫感
いつでも相談できる専門職の有無	t= 2.619*	n.s	n.s
いつでも相談できる親戚・知人の多少	f= 10.549***	f= 8.538***	f= 3.853*
介護を手伝う親戚・知人の多少	n.s	f= 5.305**	n.s
介護を手伝う家族の有無	n.s	t= 2.853**	n.s

注 * < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001

るのである。

次に、介護負担度とソーシャルサポートの関連について考察を加える。いつでも相談できる専門職がいることは、障害についての情報が家族に与えられることによって本人の言動への理解がすすみ、否定的感情を和らげる効果をもつと考えられる(情動的サポート)。また、いつでも相談できる親戚・知人がいることは、第三者のアドバイスによって日常生活への支障感が和らぐこと(情動的サポート)、及び介護に関わる体験を共感的に理解してもらうことで本人への否定的感情が和らぐこと(情緒的サポート)、そして介護態勢に関わる相談にのってもらうことで一身に介護を背負う重圧感が和らぐこと(手段的サポート)、という3つの側面から、介護負担度を和らげる効果をもつと考えられる。一方、介護の手伝いという手段のみに限定した場合(手段的サポート)は、日常生活面での介護負担度を和らげる効果をもつが、それ以外の負担度の側面については影響を及ぼさないと考えられる。このように高次脳機能障害者家族の場合、ソーシャルサポートといってもその提供主体の違い(フォーマルサポート、インフォーマルサポート)、及び提供内容の違い(情報、手段、情緒)によって介護者の介護負担度を与える影響が異なってくるのが本研究の結果から示唆された。

V おわりに

ソーシャルサポートの提供主体によって、介護負担度の各側面への影響も異なることは非常に興味深い所見だと言える。福祉・保健に関わる援助専門職はこうした各ソーシャルサポートの特性に留意しつつ、特に若年の高次脳機能障

害者家族の場合は手段的サポートの提供とともに、情動的、情緒的サポートの提供にも十分配慮した援助活動を行っていく必要があると考えられる。

最後に、以上の研究結果をふまえて、高次脳機能障害者家族の介護負担軽減に関する援助専門職の役割について簡単な提言を行いたい。まず、情動的サポートの提供として、家族の不安感情を受け止めながら高次脳機能障害の障害特性についての適切な情報提供を行い、こうした感情の緩和に努める。次に、ソーシャルサポートの機能的側面に留意しながら、家族・親族関係への介入と調整を行う。そして、日常体験に根ざした情動的、情緒的サポートの提供が必要であると判断したときは、脳損傷者家族の当事者団体を紹介する等によりソーシャルサポートネットワークの構築を促進する。以上のような取り組みが、高次脳機能障害者家族の介護負担の軽減にあたって、有効な支援方法のひとつと考えられる。

謝 辞

本研究にあたって多くの当事者組織の方々、及び関係する専門職の方々のご協力をいただいた。ここに記して御礼申し上げます。

なお、本研究は、平成11年度厚生科学研究費補助金「重度障害者リハビリテーションとノーマライゼーションに関する研究」の一部として実施された。

文 献

- 1) Douglas JM, Spellacy FJ. Indicators of long-term family functioning following severe traumatic brain injury in adults. *Brain Injury* 1996; 10(11): 819-39.
- 2) Sander AM, High WM, Hannay HJ, Sheer M. Predictors of psychological health in caregivers of patients with closed head injury. *Brain Injury* 1997; 11(4): 235-49.
- 3) Douglas JM, Spellacy FJ. Correlates of depression in adults with severe traumatic brain injury and their carers. *Brain Injury* 2000; 14(1): 71-88.
- 4) Ergh TC, Rapport LJ, Coleman RD, Hanks RA. Predictors of Caregiver and family functioning following traumatic brain injury: Social support moderates caregiver distress. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2002; 17(2): 155-74.
- 5) 新名理恵, 矢富直美, 本間昭. 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果. *老年精神医学雑誌* 1991; 2(5): 655-63.
- 6) 藤野真子. 在宅痴呆性老人の家族介護者のストレス反応に及ぼすソーシャル・サポートの効果. *老年精神医学雑誌* 1995; 6(5): 575-81.
- 7) Zarit SH, Reever KH, Bach PJ. Relatives of the impaired elderly; correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980; 20: 649-55.
- 8) 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* 1998; 186(13): 930-1.
- 9) Thomsen IV. The Patient with severe head injury and his family. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1974; 6: 180-3.
- 10) Oddy M, Humphrey M, Uttley D. Stress upon the relatives of head-injured patients. *British journal of Psychiatry* 1978; 133: 507-13.
- 11) Mckinlay WW, Brooks DN, Bond MR, et al. The short-term outcome of severe blunt head injury as reported by relatives of the injured persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1981; 44: 527-33.
- 12) Thomsen IV. Late outcome of severe blunt head trauma: A 10-15 year second follow up. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1984; 47: 260-8.
- 13) Livingston MG, Brooks DN, Bond MR. Three months after severe head injury: psychiatric and social impact on relatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1985; 48: 870-5.