

パーキンソン病患者の主介護者における 介護負担感と家族機能に対する認知的評価との関連

ナカ イ タツ ヤ スギヤマ ケイ サワ ヨウイチ
仲井 達哉 * 1 * 4 杉山 京 * 1 澤田 陽一 * 2
キリ ノ マサフミ カシハラ ケンイチ タケモト ヨ シ ヒト
桐野 匡史 * 3 柏原 健一 * 5 竹本 与志人 * 3

目的 本研究の目的は、パーキンソン病患者の在宅療養を支える主介護者を対象に、介護負担感と家族機能に対する認知的評価との関連性を明らかにすることである。

方法 調査対象者は、A病院神経内科外来へ通院するパーキンソン病患者の主介護者492名であり、自記式質問紙ならびに診療録からの診療情報の抽出を行った。調査項目は、患者および主介護者の属性に加え、病状やADLなどの心身機能状態、介護環境等の心理社会的状況で構成した。介護負担感の測定にはCare-Giving Burden Scale (CBS-8) を使用した。CBS-8は、「社会的活動の制限の認知」「否定的感情の認知」の2つの側面から介護負担感を評価する尺度である。家族機能認知の測定には、竹本らの家族機能認知尺度を使用した。家族機能認知尺度は、Olsonの理論を参考に、「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」の3領域で構成されている尺度である。統計解析には、家族機能認知を独立変数、介護負担感を従属変数とした因果関係モデルを構築し、加えて主介護者の属性や患者の心身機能状態等を介護負担感の背景変数として設定し、構造方程式モデリングを用いてモデルの適合度と各変数間の関連性を検討した。

結果 「家族の凝集性」は、「社会的活動の制限の認知」および「否定的感情の認知」と有意な関連性を示した。「家族の適応力」は、「社会的活動の制限の認知」と有意な関連性を示した。特に、「家族の凝集性」は介護負担感の2因子ともに有意な関連を示した。介護負担感に対する説明率は、「社会的活動の制限の認知」が53.9%、「否定的感情の認知」が38.6%であった。

結論 家族機能の認知的評価において、「家族の凝集性」が低いほど「社会的活動の制限の認知」および「否定的感情の認知」が高く、「家族の適応力」が低いほど「社会的活動の制限の認知」が高いことが明らかとなった。「家族の凝集性」は、「社会的活動の制限の認知」および「否定的感情の認知」の双方と有意な関連が認められており、支援策の検討においては家族成員のつながりに着目した介入視点の重要性が推察される。

キーワード パーキンソン病、主介護者、介護負担感、家族機能認知、構造方程式モデリング

I 緒 言

パーキンソン病（以下、PD）は、振戦、筋強剛、無動・寡動、姿勢反射障害の4大運動症状を主症状とし、自律神経症状、精神症状、認

知機能障害などの非運動症状を含む多様な臨床症状を呈する神経変性疾患である¹⁾。その患者数は、2011年の患者調査において14万1千人と推計されている²⁾。PD患者は意思どおりに動けない身体感覚や症状の日内変動、服薬時間の違

* 1 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科 * 2 同助教 * 3 同准教授 * 4 岡山旭東病院医療ソーシャルワーカー
* 5 同神経内科部長

守など、疾病特性から生じる苦悩に加え、確定診断までに時間を要する場合も少なくないことから、特に病気の受容過程において不安や恐怖、不信や期待などが入り交る葛藤状態にあるといわれている³⁾。一方で、PD患者の主介護者においても、多彩な症状や急変時対応などの病状に対する不安^{4)~7)}、進行期での経管栄養法や喀痰吸引等の医療的ケアを要する介護の出現⁶⁾⁷⁾、介護の長期化とそれに伴う経済困窮⁷⁾など、多数の苦悩を抱えていることも報告されている。

家族介護者の介護負担については、1980年代以降、要介護高齢者の増加とともに盛んに研究が進められてきた⁸⁾。広瀬は介護負担感が介護者の精神的健康に関する極めて重要な概念であると位置づけ⁸⁾、また東野らも介護負担感が高まることで介護者の精神的健康が低下することを報告している⁹⁾。とりわけ、PD患者の家族介護者については、一般人口に比して高い割合で抑うつ症状を呈していることが報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。家族介護者の精神的健康の低下が介護者自身の健康障害のみならず、介護継続の断念¹²⁾、虐待¹³⁾、および介護放棄¹⁴⁾など、負の転帰をもたらす可能性を勘案すると、PD患者を支える介護者の介護負担感の低減を目的とした介入が喫緊の課題であるといえる。

これまでの諸外国における研究を概観した総説¹⁵⁾では、PDの病状や症状、障害の程度といった医学的要因が介護負担感の関連要因として多数報告されており、その中でGoldsworthyらは、PD患者と介護者の関係が良好であるほど介護負担感が低くなること、また家族内における関係性が主介護者の介護負担感に関連することを指摘している¹⁶⁾。特に後者の指摘に関しては、佐伯の見解¹⁷⁾と符合しており、介護者にとっての家族を評価する場合、介護者と被介護者の関係や副介護者の有無などの断片的要素のみならず、全体として家族が持つ家族機能に注目する必要性があると思われる。しかし、わが国におけるPD患者の介護負担感に着目した研究は、柴らが日常生活動作（以下、ADL）やPD症状との関連を検証した研究¹⁸⁾¹⁹⁾のみで、ADL以外の介護負担感を高める要因をより精緻な家族機

能との関連において実証的・定量的に精査した研究は極めて少ない。

近年の家族機能と主介護者の介護負担感との関連を検討した研究を概観すると、Heruら²⁰⁾はFamily Assessment Device（以下、FAD）²¹⁾を用いて認知症患者の主介護者の家族機能認知を測定した結果、家族機能認知の障害群は非障害群に比して介護負担感が有意に高かったと報告し、Tremontら²²⁾も主介護者の抑うつや不安、認知症患者の記憶・行動障害を制御しても、介護負担感が高い群は低い群に比して家族機能障害を有意に評価していたと述べている。また、半澤ら²³⁾は統合失調症患者の母親を対象にFADの下位領域であるGeneral Functioning（全般的機能）を用いて介護負担感との関連を検討し、有意な相関があったと報告している。さらに、家族機能が介護負担感を緩衝する要因であるとする研究²⁴⁾や、病因的な家族機能が介護負担感を規定する可能性を指摘した研究²⁵⁾など、家族機能が不良であるほど介護負担感が高まるとの研究結果として報告されている。しかし、多くが認知症高齢者の主介護者を対象とした研究であり、PD患者の介護者を対象とした研究は見当たらない。PD患者の主介護者も家族機能の影響を受けながら介護を行っていることは、臨床場面でも経験的に認められる事実であり、彼らにも視点を向けた研究が求められているといえよう。

なお本論では、家族を形成する構成員を指す用語として「家族成員」と表記し、「家族」とは区別して用いる。

そこで本研究では、PD患者の主介護者における介護負担感と家族機能に対する認知的評価との関連を検証することを目的とした。

Ⅱ 方 法

（１） 調査対象および調査方法

調査対象者は、A病院神経内科外来へ通院するPD患者の主介護者492名とした。調査は、記名自記式の質問紙を用い、受診時に質問紙を手渡し、患者本人および主介護者に研究実施者が

研究趣旨等を説明し、主介護者へ回答を求めた。また、患者の病状等の医療情報については別途診療録より抽出し、追って調査票と照合する方法を採った。調査期間は2012年6月から同年12月であった。

(2) 調査内容

調査内容は、主介護者に関する項目は主介護者の属性（性別、年齢）、患者との続柄、就労の有無、副介護者（介護代替者）の有無、主介護者からみた副介護者の続柄、経済困窮の有無、家族機能の認知的評価（以下、家族機能認知）ならびに介護負担感の項目で構成した。PD患者に関する項目は患者属性（性別、年齢）、罹病期間、Hoehn-Yahr重症度分類²⁶⁾（以下、ヤール重症度）、障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）、Katz Index of Activities of Daily Living²⁷⁾（以下、Katz Index）、Mini-Mental State Examination²⁸⁾（以下、MMSE）、精神症状（抑うつ症状の有無、幻覚症状の有無）、服用薬剤の数量、家庭医（かかりつけ医）の有無で構成した。主介護者の経済困窮の有無は、医療と介護による預貯金の減少の事実について、「あり：1点」「なし：0点」で回答を求めた。Katz Indexは、すべての項目において自立と回答した場合は0点、1項目でも要介護と回答した場合は1点とした。介護負担感の測定には、Gerritsenら²⁹⁾によって開発されたCare-Giving Burden Scaleの8項目版（以下、CBS-8）を用いた。CBS-8は「（介護に伴う介護者自身の）社会的活動の制限の認知」と「（要介護者に対する）否定的感情の認知」の2因子で構成されている。PD患者の介護においては、厳重な服薬管理などの疾患管理に伴う時間的拘束、症状の日内変動などに伴う介護時間の長期化といった「社会的活動の制限」や精神症状への対処などに起因する、患者への「否定的感情」が主介護者の負担となっていることが臨床場面からも指摘されていることから、CBS-8を本研究における介護負担感を測定する尺度を採用した。回答は、「全くない：0点」「たまにある：1点」「ときどきある：2点」「しばしばある：

3点」「いつもある：4点」の5件法で求めた。家族機能認知の測定には、竹本ら³⁰⁾の家族機能認知尺度を用いた。この尺度はFAD²¹⁾の日本語版³¹⁾³²⁾をもとに開発され、Olson³³⁾が先行研究から演繹的に導き出した3つの領域である「家族の凝集性：4項目」「家族の適応力：4項目」「家族のコミュニケーション：4項目」の3因子（計12項目）で構成されている。回答は、「よくあてはまる：1点」「だいたいあてはまる：2点」「あまりあてはまらない：3点」「ほとんどあてはまらない：4点」の4件法で求め、「家族の凝集性」と「家族のコミュニケーション」は逆転項目のため得点化を逆にし、家族機能が良くないと認知しているほど得点が高くなるよう設定した。

(3) 解析方法

統計解析には、回収された341名分の調査票のうち、PD患者と同居している主介護者で、各調査項目に欠損値を有さない253名の資料を用いた。統計解析においては、第一段階として、介護負担感の因子構造について「社会的活動の制限の認知」と「否定的感情の認知」の2因子斜交モデルを設定し、カテゴリカルデータの推定法である重み付け最小二乗法の拡張法³⁴⁾（以下、WLSMV）をパラメータの推定法に確認的因子分析を行い、構成概念妥当性の検証を行った。第二段階として、家族機能認知尺度の構成概念妥当性は、「家族の凝集性」「家族の適応力」「家族のコミュニケーション」を第一次因子とし、その上位概念として「家族機能認知」を第二次因子とする3因子二次因子モデルを設定し、WLSMVをパラメータの推定法に確認的因子分析を行い、構成概念妥当性の検証を行った。第三段階として、Olsonらの理論³⁵⁾に従い、「家族のコミュニケーション」が「家族の凝集性」および「家族の適応力」を規定し、また「家族の凝集性」と「家族の適応力」は無相関とした上で、さらに「家族の凝集性」および「家族の適応力」が介護負担感を規定する因果関係モデルを構築し、WLSMVを推定法にモデルの適合度と各変数間の関連性を検討した（介

護負担感の背景要因として主介護者の属性等を設定した)。以上のモデル検証においては、構造方程式モデリング³⁶⁾を用いた。

適合度の評価には、Comparative Fit Index (以下, CFI), Root Mean Square Error of Approximation (以下, RMSEA)を用いた。これらの適合度指標は一般にはCFIが0.95以上, RMSEAが0.06以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断され³⁴⁾, RMSEAが0.10以上であればそのモデルを採択すべきではないとされている³⁷⁾。また、パス係数の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除した値で判断し、その絶対値が1.96 (5%有意水準) 以上を示したものを統計学的に有意とした。構造方程式モデリングで検証された因子構造を構成する観測変数を測定尺度とみなしたときの信頼性の検討には、Cronbachの α 信頼性係数を算出した。

以上の解析には、統計ソフトIBM SPSS 20 J for WindowsならびにMplus Version 5.2を用いた。

(4) 倫理的配慮

本調査は記名自記式の質問紙を用い、また患者の疾患および病状に関する医療情報を別途診療録より抽出し、追って調査票と照合する方法を採った。そのため倫理的観点より患者本人および主介護者に対し研究実施者が直接対面し、研究趣旨等を説明した上で、調査参加への同意書を交わし、調査の承諾を得る形式を採った。

なお、本研究は、A病院倫理委員会(2012年4月26日)ならびに岡山県立大学倫理委員会(2012年5月23日)の承認を得て実施した。

Ⅲ 結 果

(1) PD患者および主介護者の属性分布

PD患者および主介護者の属性分布は表1に示すとおりであった。主介護者の性別は、男性

表1 パーキンソン病患者および主介護者の属性分布 (n=253)

(単位 名, () 内%)

主介護者		
主介護者の性別	: 男性	86(34.0)
	: 女性	167(66.0)
主介護者の平均年齢	: 65.6歳 (SD: 11.5, 範囲: 28-86)	
患者との続柄	: 配偶者	189(74.7)
	: 子	55(21.7)
	: 子の配偶者	9(3.6)
主介護者の就労状況	: 就労あり	95(37.5)
	: 就労なし	158(62.5)
介護代替者	: あり	111(43.9)
(副介護者)	: なし	142(56.1)
主介護者からみた	: 子	68(26.9)
代替者の続柄	: 配偶者	22(8.7)
(複数回答)	: 兄弟姉妹	15(5.9)
	: 子の配偶者	14(5.5)
	: 親	11(4.3)
	: 孫	7(2.8)
	: 孫の配偶者	1(0.4)
	: その他親族	6(2.4)
	: その他	3(1.2)
経済困窮	: あり	103(40.7)
	: なし	150(59.3)
患者		
患者の性別	: 男性	128(50.6)
	: 女性	125(49.4)
患者の平均年齢	: 73.7歳 (SD: 7.6, 範囲: 53-93)	
罹病期間 (月数)	: 平均54.6か月 (SD: 52.3, 範囲: 1-295)	
服用薬剤の数量	: 平均7.0種類 (SD: 4.2, 範囲: 0-21)	
家庭医	: あり	176(69.6)
(かかりつけ医)	: なし	77(30.4)

注 %は小数点第2位を四捨五入しているため、100%にならない場合がある。
SD: 標準偏差

86名(34.0%)、女性167名(66.0%)であり、平均年齢は65.6歳であった。PD患者との続柄は、配偶者が189名(74.7%)と最も多かった。副介護者(代替者)に関しては、「あり」と回答した人が111名(43.9%)であり、経済困窮については、「あり」と回答した人が103名(40.7%)であった。PDの診断後期間である罹病期間は、平均54.6か月であった。PD治療のための専門医療機関以外にかかりつけ医としての家庭医を有していた人は176名(69.6%)であった。

(2) PD患者の病状および心身機能

PD患者の病状および心身機能については表2に示すとおりであった。PDの重症度を表すヤール重症度は軽度の患者の割合が高く、寝たきり度も軽度の患者の割合が高かった。また、Katz Indexの6項目すべてが自立であった人が150名(59.3%)を占めていた。MMSEは、平均24.6点であり、精神症状では、抑うつ症状を有していた人が28名(11.1%)、幻覚症状を有していた人が55名(21.7%)であった。

表2 パーキンソン病患者の心身機能 (n=253)

(単位 名, () 内%)

Hoehn-Yahr 重症度分類	Stage 1 一側性症状のみ、機能障害はあってもわずか	10(4.0)
	Stage 2 両側性症状または体幹症状あり、平衡障害なし	109(43.1)
	Stage 3 姿勢反射障害あり、軽～中等度の機能障害はあるが日常生活は自立	74(29.2)
	Stage 4 高度機能障害を示すが、支持なしで起立歩行がなんとか可能	42(16.6)
	Stage 5 介助なしでは寝たきり状態	18(7.1)
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	J : 何らかの障害等を有するが、日常生活は自立しており独力で外出する J1 (交通機関等を利用して外出する) J2 (隣近所へなら外出する) A : 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない A1 (介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する) A2 (外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている) B : 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ B1 (車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う) B2 (介助により車椅子に移乗する) C : 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する C1 (自力で寝返りをうつ) C2 (自力では寝返りも出来ない)	43(17.0) 72(28.5) 54(21.3) 35(13.8) 21(8.3) 15(5.9) 9(3.6) 4(1.6)
ADL (Katz Index)	入浴 : 自立 更衣 : 要介護 トイレ移動 : 自立 移乗 : 要介護 排泄 : 自立 食事 : 自立 再掲 (ADL) 6項目(入浴・更衣・トイレ移動・移乗・排泄・食事)すべてが自立 5項目が自立、1項目が要介護 4項目が自立、2項目が要介護 3項目が自立、3項目が要介護 2項目が自立、4項目が要介護 1項目が自立、5項目が要介護 6項目すべてが要介護	176(69.6) 77(30.4) 179(70.8) 74(29.2) 198(78.3) 55(21.7) 206(81.4) 47(18.6) 197(77.9) 56(22.1) 232(91.7) 21(8.3) 150(59.3) 25(9.9) 21(8.3) 13(5.1) 14(5.5) 12(4.7) 18(7.1)
MMSE	平均24.6点/30点 (標準偏差: 5.9, 範囲: 0-30)	
精神症状	抑うつ : あり なし 幻覚 : あり なし	28(11.1) 224(88.9) 55(21.7) 198(78.3)

注 %は小数点第2位を四捨五入しているため、100%にならない場合がある。

(3) 主介護者の介護負担

感に関する回答分布と

因子構造モデルの検討

主介護者の介護負担感

(CBS-8)に関する回答分

布については表3に示すと

おりであった。2因子斜交

モデルの確認的因子分析の

結果は、 $\chi^2(df)=38.772(12)$,

CFI=0.993, RMSEA=0.094

であり、統計学的な許容水

準を満たしていた。 α 信頼

性係数は「社会的活動の制

限の認知」が 0.938 , 「否定的感情の認知」が 0.876 で

あった。

(4) 主介護者の家族機能

認知に関する回答分布

と因子構造モデルの検

討

主介護者の家族機能認知

に関する回答分布について

は表4に示すとおりであっ

た。3因子二次因子モデル

の確認的因子分析の結果は、

 $\chi^2(df)=56.274(20)$, CFI =

0.983, RMSEA = 0.085で

表3 主介護者の介護負担感に関する回答分布 (n=253)

(単位 名, () 内%)

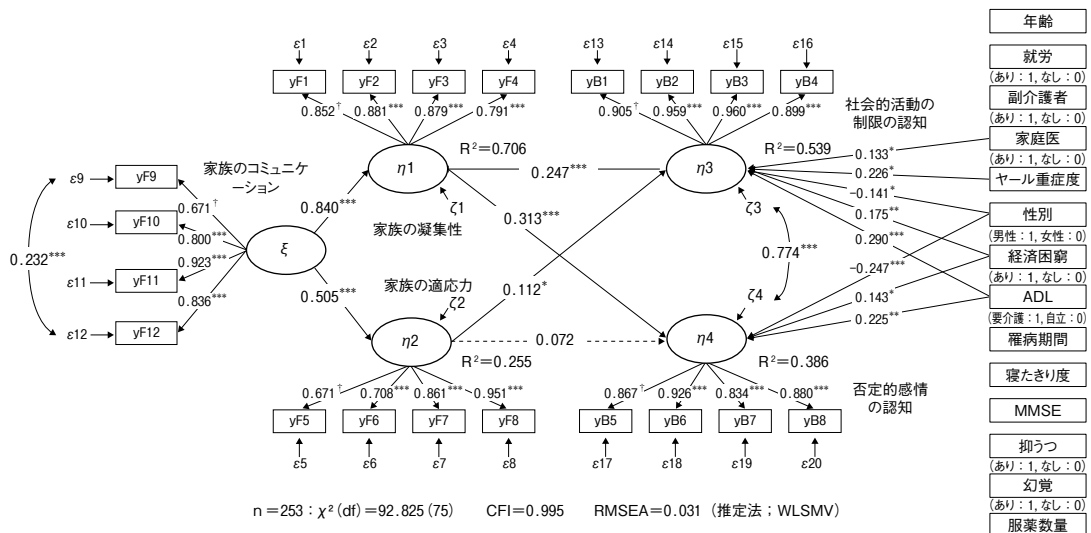
	全くない (0点)	たまにある (1点)	ときどきある (2点)	しばしばある (3点)	いつもある (4点)
「社会的活動制限の認知」に関する項目 : 平均5.2点 (標準偏差4.4, 範囲0-16)					
yB1 患者さんの介護への協力のために、かなり自由が制限されて いると感じることがありますか	58(22.9)	72(28.5)	53(20.9)	46(18.2)	24(9.5)
yB2 家事や仕事と比べて、患者さんの介護への協力が重荷に なっていると感じることがありますか	82(32.4)	74(29.2)	55(21.7)	26(10.3)	16(6.3)
yB3 患者さんの介護への協力のため、自分の生活がなと感じ ることがありますか	97(38.3)	81(32.0)	41(16.2)	24(9.5)	10(4.0)
yB4 患者さんの介護への協力のため、趣味や社会活動などに支 障をきたしていると感じることがありますか	92(36.4)	73(28.9)	51(20.2)	24(9.5)	13(5.1)
「否定的感情の認知」に関する項目 : 平均4.0点 (標準偏差3.3, 範囲0-15)					
yB5 患者さんの介護への協力のことで、腹を立てることがありますか	59(23.3)	110(43.5)	48(19.0)	29(11.5)	7(2.8)
yB6 患者さんの介護に協力していて、報われないと感じることがありますか	115(45.5)	85(33.6)	30(11.9)	18(7.1)	5(2.0)
yB7 患者さんの言動で、どうしても理解に苦しむことがありますか	65(25.7)	100(39.5)	58(22.9)	22(8.7)	8(3.2)
yB8 患者さんの介護に協力していて、我を忘れてしまうほど カッと頭に血が上ることがありますか	134(53.0)	87(34.4)	20(7.9)	11(4.3)	1(0.4)

表4 主介護者の家族機能認知に関する回答分布 (n=253)

(単位 名, () 内%)

	よくあてはまる (4点)	だいたい あてはまる(3点)	あまりあて はまらない(2点)	ほとんどあて はまらない(1点)
「家族の凝集性」に関する項目 ：平均7.7点(標準偏差2.8, 範囲4-16)				
yF1 私のうちでは、皆があまりにも自己中心的だ	15(5.9)	68(26.9)	99(39.1)	71(28.1)
yF2 私のうちでは、何か自分の興味を引くときしか、お互いに関わりあわない	10(4.0)	65(25.7)	94(37.2)	84(33.2)
yF3 私の家族は、自分に何か得るものがないければ、お互いに興味を示さない	9(3.6)	35(13.8)	106(41.9)	103(40.7)
yF4 私のうちでは、ルールやきまりがあっても、それが守られない	9(3.6)	28(11.1)	110(43.5)	106(41.9)
「家族の適応力」に関する項目 ：平均8.8点(標準偏差2.5, 範囲4-16)				
yF5 私の家族は皆、緊急事態にどうすればいいかを知っている	44(17.4)	122(48.2)	65(25.7)	22(8.7)
yF6 私のうちでは皆、それぞれ義務と責任を負っている	37(14.6)	148(58.5)	55(21.7)	13(5.1)
yF7 私のうちでは、問題をどのように解決するか、決めることができる	45(17.8)	145(57.3)	53(20.9)	10(4.0)
yF8 私のうちでは、感情的な問題も正面から扱うことができる	29(11.5)	133(52.6)	79(31.2)	12(4.7)
「家族のコミュニケーション」に関する項目 ：平均8.6点(標準偏差2.8, 範囲4-15)				
yF9 私のうちでは、お互いに愛情表現をしつづけている	18(7.1)	99(39.1)	99(39.1)	37(14.6)
yF10 私のうちでは、恐れていることや心配ごとについて、話しあうのを避けている	9(3.6)	70(27.7)	110(43.5)	64(25.3)
yF11 私のうちでは、やさしい気持ちについて話しあうことはむずかしい	13(5.1)	53(20.9)	114(45.1)	73(28.9)
yF12 私のうちでは、お互いに愛情を示さない	14(5.5)	61(24.1)	119(47.0)	59(23.3)

図1 パーキンソン病患者の主介護者の介護負担感と家族機能の認知的評価との関連(標準化解)

注 1) ξ は外生変数, η は潜在変数, ζ と ε は誤差変数, γ はモデル識別のために制約を加えた。2) ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$ 。

3) 統制変数からのパスは、有意なもののみを表示した。

4) 破線は有意ではないパスである。

5) 家族機能認知を構成する3つの下位領域はOlsonらの理論(1982)に従って「家族のコミュニケーション」が「家族の凝集性」および「家族の適応力」を規定する因果関係モデルを描定した。

あり、統計学的な許容水準を満たしていた。 α 信頼性係数は、「家族の凝集性」が0.870,「家族の適応力」が0.828,「家族のコミュニケー

ション」が0.863,「家族機能認知」全体では0.887であった。

(5) 主介護者の介護負担感と家族機能の認知の評価との関連性の検討

家族機能認知が介護負担感を規定するとした因果関係モデルのデータに対する適合度は、図1のとおり $\chi^2(df) = 92.825(75)$, $CFI = 0.995$, $RMSEA = 0.031$ と統計学的な許容水準を満たしていた。パスの推定値およびその有意検定の結果、「家族の凝集性」は「社会的活動の制限の認知 ($\beta = 0.247$)」「否定的感情の認知 ($\beta = 0.313$)」に対して有意な関連が確認された。「家族の適応力」は「社会的活動の制限の認知 ($\beta = 0.112$)」に対して有意な関連が確認されたが、「否定的感情の認知」に対しては有意な関連が確認されなかった。「社会的活動の制限の認知」に対して有意な関連が確認された背景要因は主介護者の性別 ($\beta = -0.141$)、ヤール重症度 ($\beta = 0.226$)、ADL ($\beta = 0.290$)、家庭医 ($\beta = 0.133$)、経済困窮 ($\beta = 0.175$)であった。「否定的感情の認知」に対して有意な関連が確認された背景要因は主介護者の性別 ($\beta = -0.247$)、ADL ($\beta = 0.225$)、経済困窮 ($\beta = 0.143$)であった。各潜在変数に対する説明率は、「家族の凝集性」が70.6%、「家族の適応力」が25.5%、介護負担感の「社会的活動の制限の認知」が53.9%、「否定的感情の認知」が38.6%であった。

Ⅳ 考 察

(1) 本研究におけるPD患者の主介護者の介護負担感と先行研究との比較

PD患者の主介護者における介護負担感の特徴を確認するため、本研究と同様にCBS-8を使用している齋藤ら³⁸⁾の在宅脳卒中患者の主介護者の研究と比較を行った。「全くない」と回答した割合に着目したところ、「yB1: 患者さんの介護への協力のために、かなり自由が制限されていると感じることがありますか」はPD患者の主介護者の方が「全くない」と回答する割合が高かったが、「yB7: 患者さんの言動で、どうしても理解に苦しむことがありますか」では、PD患者の主介護者の方が「全くない」と

回答する割合が低かった。他の6項目では、ほぼ同割合であった。在宅脳卒中患者もPD患者も同様に身体介護を伴うことから、主介護者の介護負担感の回答分布がほぼ同割合となったものと推察される。また、香川ら³⁹⁾による認知症高齢者の主介護者を対象とした研究と比較を行ったところ、香川らの研究では、「社会的活動の制限の認知」が平均8.0点、「否定的感情の認知」が平均4.8点であり、「社会的活動の制限の認知」において本研究の平均得点が大きく下回った。これは疾患特性による差異等が影響しているものと推察されるが、香川らの研究の対象者は、中等度の認知症が大半を占めており、重症度が介護負担感に影響を及ぼしていたものと推察される。

(2) 主介護者の介護負担感と家族機能認知との関連性

「家族の凝集性」は家族成員が互いに持つ感情的なつながり³⁵⁾であり、家族間の親密性を意味している。認知症患者の主介護者を対象にFADを用いて検証したHeruら²⁰⁾は、「情緒的関与」の障害群と非障害群との間で介護負担感の有意差が認められたと報告している。FADの下位領域である「情緒的関与」についてOlsonら³³⁾は、「家族の凝集性」に分類されると述べており、「家族の凝集性」と介護負担感の関連が示唆されている。一方で、PD患者の主介護者においては、家族機能認知と介護負担感の関連性についての研究は見当たらないが、主介護者の結婚満足感と介護負担感との関連を指摘した報告⁴⁰⁾がある。Satir⁴¹⁾は夫婦間の強固な関係性と「家族の凝集性」には強い関連性があると述べており、それを踏まえるならば、PD患者の主介護者においても「家族の凝集性」の捉え方について評価する意義があると思われる。「家族の凝集性」の低下は、すなわち家族成員間の感情的なつながりや親密性の低下であるため、主介護者を情緒的に支え補完する体制が家族内で形成し難く、主介護者の孤立を招く可能性が推察される。臨床現場においても、家族成員の一体感や感情的なつながりが良好であるほ

ど、主介護者の介護への意欲の高まりや介護継続の促進など、家族の有する介護力を補完している場面をしばしば経験する。一方で、主介護者が家族のまとまりを認知できず、介護を断念したり、介護破綻を来したりする例も垣間見られる。これらを踏まえると、本研究において「家族の凝集性」が介護負担感の2因子ともに関連が認められたことは、先行研究ならびに臨床的解釈においても支持できる結果であったといえる。援助者は、実際の家族機能の評価は重要であるが、介護負担感の軽減という視点に立つならば、主介護者の認知している「家族の凝集性」すなわち感情的なつながりや親密性に目を向けることが求められるといえる。

「家族の適応力」は状況的・発達のストレス（危機的状況）に対して家族システムの権力構造や役割関係、規則などを変化させる能力³⁵⁾である。本研究では、「社会的活動の制限の認知」に対してのみ、有意な関連が確認された。Heruら²⁰⁾は認知症患者の主介護者を対象にFADを用いて検討した結果、家族機能認知の下位領域のうち、「行動統制」のみが家族機能障害群と非障害群との間で介護負担感に有意差が認められなかったと報告し、またTremontら²²⁾も認知症患者の主介護者を対象に、介護負担感の高群と低群と比較したところ、FADの「問題解決」において有意差が見いだせなかったと報告している。Olsonら³³⁾はFADの下位領域「行動統制」「問題解決」は「家族の適応力」に分類されると述べており、本研究では先行研究と異なる結果が得られたといえる。Minuchin⁴²⁾は、家族内にストレスが生じることにより家族に変化の必要性をもたらすと指摘している。本研究の対象者はADL障害や重症度はやや軽度であるものの、PDの診断後期間としての罹病期間は比較的短い病初期の患者の割合が多いといえる。主介護者においては、家族の一員が進行性神経難病に罹患したこと、またそれに伴う患者および家族成員の予後と生活不安から生じる状況的ストレスを抱える混乱期にあると推察される。このような状況下で「家族の適応力」が低下している場合、家族内の役割変化や家族成員

間での相互補完が十分に機能せず、主介護者へのサポートが得られ難いと考えられる。また、主介護者自身も「家族の適応力」が不良であると認知しているために、ストレス状況下でも家族成員へ役割変化や協働を期待せず、結果的に主介護者のみが介護役割や疾患管理を担ってしまう場合も推察される。臨床場面でも、家族内の役割変更や共有、また新たな役割創出も含め、家族成員が協働し、主介護者にかかる介護負担を軽減する例を垣間見ており、「家族の適応力」と主介護者の介護負担感の関連性を支持できると考える。「家族の適応力」は危機状況下での家族システムの崩壊を防ぐため、家族内の役割や勢力構造を変化させ安定させる機能であることから、援助者は特に危機状況下での「家族の適応力」に目を向ける必要がある。援助者は主介護者が危機状況下における家族の適応力に対してどのような認識を持っているのか、その認識は家族のどのような変化に対して生じたものなのかについて評価し、介護負担感を軽減するための意図的な介入が求められる。

（3）主介護者の介護負担感と背景変数との関連性

主介護者の性別に関しては、PD患者の介護者の研究では性差に言及した報告は見当たらなかった。他の疾患領域においては、広瀬⁸⁾が介護負担感の関連要因として女性を挙げており、また竹本ら⁴³⁾が血液透析患者の主介護者を対象に検証した結果、男性に比して女性の方が「否定的感情の認知」が高いことを報告しており、本研究の結果を支持するものであった。ヤール重症度は、重症度が増すごとに障害程度も進行し、日常生活における介護頻度が高まることもあり、Anetteら⁴⁰⁾、Carterら⁴⁴⁾、Razaliら⁴⁵⁾など、多くの先行研究で介護負担感との関連が指摘されている。同様にADLも多くの先行研究^{16) 18) 40) 46)}において介護負担感との正の関連が指摘されており、PD患者の主介護者の介護負担感を評価する際の重要な観点であるといえる。家庭医に関しては、身近な通院先として、また訪問診療など在宅療養支援において重要な社会資源と位

置づけられ、とりわけ進行期のPD患者の疾患管理には極めて有用であるといえる。一方で、日常的な家庭医との密接な関わりから生じる介護者の時間的拘束や社会的活動の制限という負の一面が本結果に影響している可能性が考えられる。経済困窮に関しては、Kimら⁴⁷⁾がPD患者の主介護者を対象とした研究の中で、高額な医療費の自己負担と介護負担感の関連を指摘している。臨床場面においても、療養生活における経済的安定は介護支援体制の基盤を成す優先的課題であり、主介護者の心理的支援に有用な知見が得られたといえる。

(4) 家族の凝集性および家族の適応力と家族のコミュニケーションとの関連

Olsonら³⁵⁾は、「家族のコミュニケーション」を「家族の凝集性」と「家族の適応力」の促進次元として位置づけている。本研究では、「家族の凝集性」が「社会的活動の制限の認知」「否定的感情の認知」と、「家族の適応力」が「社会的活動の制限の認知」とそれぞれ有意な関連が認められ、臨床的介入に向けては「家族のコミュニケーション」の評価と介入が起点となると考えられる。どのような家族内のコミュニケーションに対して主介護者が否定的に捉えているかを評価する必要があるといえる。コミュニケーションの不足や不良な場合には、良好なコミュニケーションへと転換できるよう主介護者または家族成員をも含め、調整的かつ促進的な介入を図ることが援助者に求められる重要な役割であるといえる。

V 結 語

臨床介入においては、家族構成や介護者と被介護者の関係、副介護者の有無などの断片的要素にとどまらず、主介護者の認知する家族機能に着目する必要性が確認された。とくに介護負担感と有意な関連を認めた「家族の凝集性」を注視し、主介護者が家族成員のつながりをどのように認知しているかを評価し、介護負担感の軽減、心理的支援を目指した相談援助を展開す

ることが求められる。

文 献

- 1) 日本神経学会監修. パーキンソン病治療ガイドライン. 医学書院, 2011.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 平成23年患者調査の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo>) 2013.12.16.
- 3) 出村佳美, 岩田浩子. 中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験. 日本看護研究学会雑誌 2012; 35(2): 103-12.
- 4) 佐藤友佳, 飯野矢住子, 加悦美恵. パーキンソン病療養者とその夫の夜間における生活の様相. 日本難病看護学会誌 2009; 13(3): 199-203.
- 5) 関口由佳里, 牛久保美津子. 老老介護における在宅パーキンソン病長期療養者の療養と介護の軌跡. 日本難病看護学会誌 2007; 11(3): 219-24.
- 6) 尺土佳子, 宮本沙季, 水野ルミ子, 他. 在宅療養に移行した神経難病患者とその家族の生活の実態. 医療 2007; 61(1): 52-6.
- 7) 米田かおり, 河村鈴子, 山下光恵, 他. 神経難病患者の在宅介護者が経験する介護上のストレスとその対処行動. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 2002; 33: 66-8.
- 8) 広瀬美千代. 家族介護者のアンビバレントな世界—エビデンスとナラティブからのアプローチ—. 京都: ミネルヴァ書房, 2010.
- 9) 東野定律, 柳漢守, 桐野匡史, 他. 要援護高齢者の主介護者における介護負担感と精神的健康の関係. 日本保健科学学会誌 2005; 8(3): 147-53.
- 10) Jolyon M, Eurian M, Peter H. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. Age Ageing 1999; 28(1): 35-8.
- 11) Washio M, Inoue N, Arai Y, et al. Depression among caregivers of patients with Parkinson disease. International Medical Journal 2002; 9(4): 265-69.
- 12) 三田寺裕治. 要援護高齢者の在宅介護継続を規定する要因—家族介護者の主観的要因を中心に—. 淑徳短期大学研究紀要 2003; 42: 87-101.
- 13) 新鞍真理子, 荒木晴美, 炭谷靖子. 家族介護者の要介護高齢者に対する身体的および心理的虐待の切迫感に関連する要因. 老年社会科学 2009; 31(1): 21-31.
- 14) 桐野匡史, 中島望, 松本啓子, 他. 在宅家族介護者の介護関連デイリー・ハッスルと介護放任傾向との関係. 日本保健科学学会誌 2012; 15(2): 71-80.
- 15) 仲井達哉. パーキンソン病患者の家族介護者における介護負担感に関する要因の文献的検討. 日本在宅ケア学会誌 2013; 17(1): 33-40.
- 16) Goldsworthy B, & Knowles S. Caregiving for Parkinson's Disease Patients: An Exploration of a Stress-Appraisal Model for Quality of life and Burden. Journal of Gerontology. Psychological Sciences 2008; 63B(6): 372-6.

- 17) 佐伯あゆみ, 認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響. 日本赤十字九州国際看護大学IRR 2006 ; 5 : 55-62.
- 18) 柴喜崇, 地域在住パーキンソン病介護者の基本的日常生活活動領域における介護負担感の特徴～持続的な在宅生活を阻害する介護負担感の探究～. 在宅医療助成 勇美記念財団 調査研究報告書 2008.
- 19) 柴喜崇, 荻野裕, パーキンソン病患者の主たる介護者の介護負担に影響を与える基本的日常生活活動領域における因子に関する研究～持続可能な在宅生活に必要な介護方略の探索～. 在宅医療助成 勇美記念財団 調査研究報告書 2009.
- 20) Heru, A.M., Ryan, C.E., & Iqbal, A., Family Functioning in the Caregivers of Patients with Dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry 2004 ; 19(6) : 533-7.
- 21) Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S., The McMaster Family Assessment Device. Journal Marital and Family Therapy 1983 ; 9 : 171-80.
- 22) Tremont, G., Davis, J.D., & Bishop, D.S., Unique Contribution of Family Functioning in Caregivers of Patients with Mild to Moderate Dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2006 ; 21(3) : 170-4.
- 23) 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博, 他. 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因－家族内外の支援状況と家族機能の関連－. 日本社会精神医学会雑誌 2008 ; 16(3) : 263-74.
- 24) Mitrani VB, Lewis JE, Feaster DJ, et al. The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers : a Structural Family Framework. The Gerontologist 2006 ; 46(1) : 97-105.
- 25) 竹本与志人, 専門職支援における老人性認知症センターのソーシャルワーカーの役割と課題. 医療と福祉 2008 ; 83 : 38-44.
- 26) 疾病対策研究会, 難病の診断と治療指針 1 (3訂版). 東京 : 東京六法出版 (株), 2005.
- 27) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of Illness in the Aged : the Index of ADL. Journal of the American Medical Association 1963 ; 185 : 914-9.
- 28) Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry research 1975 ; 12 : 189-98.
- 29) Gerritsen, J.C., & Van Der Ende, P.C., The Development of a Care-Giving Burden Scale. Age and Aging 1994 ; 23 : 483-91.
- 30) 竹本与志人, 香川幸次郎, 血液透析患者を対象とした家族機能の認知構造の検討. メンタルヘルスの社会学 2005 ; 11 : 30-40.
- 31) 佐伯俊成, 飛鳥井望, 三宅由子, 他. Family Assessment Device (FAD) の日本語版の信頼性と妥当性. 季刊精神科診断学 1997 ; 8(2) : 181-92.
- 32) 佐伯俊成, 横山剛, 佐伯真由美, 他. Family Assessment Device (FAD) の日本語版における回答反応－Social desirabilityの影響と家族成員間のスコアの相違－. 季刊精神科診断学 1999 ; 10(1) : 75-82.
- 33) Olson, D.H. Circumplex Model VII : Validation Studies and FACESIII. Family Process 1986 ; 25 : 337-51.
- 34) Muthen LK, Muthen BO. Mplus User's Guide, Fifth Edition. Los Angeles : Muthen & Muthen, 2007.
- 35) Olson, D.H., & McCubbin, H.I. Circumplex Model of Marital and Family Systems V : Application to Family Stress and Crisis Intervention. In McCubbin, H.I., Cauble, A.E., Patterson, J.M.(Eds.). Family Stress, Coping, and Social Support 1982 : 48-68. Springfield, IL : Thomas.
- 36) 豊田秀樹. 共分散構造分析 [入門編]－構造方程式モデリング. 東京 : 朝倉書房, 1998.
- 37) 山本嘉一郎, 小野寺孝義. Amosによる共分散構造分析と解析事例. 京都 : ナカニシヤ出版, 1999 : 16-7.
- 38) 齋藤圭介, 原田和宏, 武本祐子, 他. 在宅脳卒中患者の介護者における負担感尺度の構成概念妥当性に関する検討. メンタルヘルスの社会学 2001 ; 7 : 45-52.
- 39) 香川幸次郎, 武本祐子. 痴呆性高齢者を介護する家族の介護ストレスに関する調査研究報告書. 岡山県立大学 2001.
- 40) Anette S, Anna H, David M, et al. Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. Parkinsonism and Related Disorders 2006 ; 12 : 35-41.
- 41) Satir V. Conjoint Family Therapy. Palo Alto, CA : Science and Behavior Books, 1964.
- 42) Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1974.
- 43) 竹本与志人, 香川幸次郎. 血液透析患者の家族における療養負担感と療養継続困難感との関連性. 社会福祉学 2008 ; 49(1) : 87-97.
- 44) Carter JH, Stewart BJ, Archbold PG, et al. Living With a Person Who Has Parkinson's Disease : The Spouse's Perspective by Stage of Disease. Movement Disorders 1998 ; 13(1) : 20-8.
- 45) Razali R, Ahmad F, Rahman FN, et al. Burden of care among caregivers of patients with Parkinson disease : A cross-sectional study. Clinical Neurology and Neurosurgery 2011 ; 113 : 639-43.
- 46) Aarsland D, Larsen JP, Karlsen K, et al. Mental Symptoms in Parkinson's Disease are Important Contributors to Caregiver Distress. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY 1999 ; 14 : 866-74.
- 47) Kim K S, Kim B J, Kim KH, et al. Subjective and Objective Caregiver Burden in Parkinson's Disease. Journal of Korean Academy of Nursing 2007 ; 37(2) : 242-8.