

「自宅退院後の介護負担感に関する研究」

弘前大学大学院保健学研究科保健学専攻

提出者氏名： 村上 正和

所 属： 健康支援科学領域 障害保健学分野

指導教員： 高見 彰淑 先生

目次

<略語一覧>	2
<序 論>	3
<第1章:家族介護者の介護負担感との関連因子についての文献的考察>	5
緒 言	6
方 法	7
結 果	8
考 察	20
<第2章:自宅退院1か月後の介護負担感に関連する因子の検討>	24
緒 言	25
方 法	27
結 果	30
考 察	37
<第3章:家族介護者の予想との差と睡眠時間に関連する因子の検討>	38
緒 言	39
方 法	40
結 果	43
考 察	51
<謝 辞>	55
<引用文献>	56

<略語一覧>

ADL: 日常生活活動(activities of daily living)

BI : バーセルインデックス(Barthel Index)

BPSD : 認知症に伴う行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

CBI : ケアギバーバーデンインベントリ (A Caregiver Burden Inventory)

FBS : ファンクショナルバランス検査(Functional Balance Scale)

FCS: 介護家族負担感尺度(Family Caregiver Burden Scale)

FIM: 機能的自立度表(Functional Independence Measure)

IADL: 手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living)

J-ZBI: 日本語版 Zarit 介護負担感尺度(Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview)

J-ZBI_8: 日本語版 Zarit 介護負担感尺度短縮版(The short version of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview)

MMSE: ミニメンタルステート検査(Mini-mental state Examination)

MTDLP: 生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance)

QOL: 生活の質(Quality of Life)

VIF : 分散拡大係数(Variance Inflation Factor)

ZBI: Zarit 介護負担感尺度(Zarit Caregiver Burden Interview)

<序 論>

近年、我が国では高齢化が進み、65歳以上の要介護認定者は平成13年度には287.7万人であったのに対し、平成24年度には545.7万人にまで増加した¹⁾。そのうち、要介護者と同居している介護者は全体の64.1%に上り¹⁾、介護負担感の増加が懸念されている。このような背景から、在宅生活を送る被介護者とその同居家族を対象として、介護負担感に関する研究が数多く行われている。

しかし、脳卒中や骨折などを発症し、初めて入院治療を必要とした患者を介護する家族介護者を対象に、自宅退院直後の介護負担感の状況について報告した文献は殆ど見当たらない。これは国立情報学研究所のデータベースであるCiNiiにて2016年までに登録された文献で「回復期 and 介護負担感」でキーワード検索した結果抽出された11編の内、閲覧可能で本件について言及しており、且つ論文化されているものが存在しなかったことを受けて判断した。脳卒中などにより、被介護者の能力は発症前比べて短期間で変化していることが予想される。それにより、同居家族は様々な介護を一辺に強いられるだけでなく、長年在宅介護を続けている同居家族に比べ、急激に介護負担感が生じるリスクが高いと考える。

岡本はストレスを生じうる事象に対する予測の有無が心理的ストレスに影響するとしており、ストレスを生じうる事象を予測できている方が、予測できていない場合に比べて心理的ストレスが少ないと報告している²⁾。この考えを介護負担感の発生に当てはめて考えると、自宅退院後初めて介護に直面する家族の場合、事前にどの程度の介護が必要か予測できないことが、介護負担感発生の一因となる可能性があると考ええる。

本研究ではこれらの仮説を検証し、自宅退院1か月後の介護負担感発生のリスクが高いケースについて、その要因を特定することを目的とした。

本研究を進めるにあたり、介護負担感という言葉の定義を確認する。介護負担の概念を最初に定義したのはZarit³⁾とされており、「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状況に関して被った被害の程度」と定義している。Hoeingら⁴⁾は介護負担を客観的負担(objective burden)と主観的負担(subjective burden)に分けてとらえる考え方を提唱した。中谷ら⁵⁾は客観的負担を要介護者の身体

的・精神的な状態や問題行動の出現、介護者の生活や家族の状況の変化や混乱などと定義し、これに対して主観的負担感とは、介護者自身が身体的・精神的あるいは情緒的、社会的、経済的状況におけるストレスの影響が「ストレスフル」であると知覚することと述べている。広瀬⁶⁾によると、実際の調査における同一対象者による記述では、主観的負担と客観的負担とを厳密に区別することは困難であるとされているが、本研究で用いる用語としては中谷らの提唱した主観的負担感を介護者が感じている負担感と捉え、「介護負担感」と記載する。

本研究の結果が、今後介護者や介護される人々にとって、負担感軽減のための手段に繋がるよう展開していきたい。

<第1章:家族介護者の介護負担感との関連因子についての文献的考察>

緒 言

自宅退院直後の介護負担感について調査することに先立ち、在宅要介護者とその家族介護者を対象とした先行研究をレビューすることで、調査の着眼点を得ることが重要と考える。介護負担感についてのレビュー論文としては、広瀬⁷⁾や里宇⁸⁾による報告が挙げられる。広瀬は介護に対する評価を測定する尺度を構成する概念について検討し、介護者の介護に対する肯定的姿勢と否定的姿勢のどちらに対しても誠実に評価し対応する必要性を述べている⁷⁾。また、里宇は「介護負担感はりハ的介入の重要な帰結因子」と述べると同時に、介護負担感と同時測定されている尺度として①被介護者要因、②介護者要因、③介護者－被介護者間関係、④外的要因の4つを挙げている。しかし、その説明因子の検討や介入の方法と効果の検討などに関しては今後の課題と述べている⁸⁾。

本研究では、里宇による報告⁸⁾に則り介護負担感と同時に測定されている因子を4つのカテゴリーに分類し、介護負担との関連性の有無についての詳細を調査することを目的とした。

方 法

対象とする資料収集は、2016年12月30日時点において、国立情報学研究所のデータベースである CiNii 並びに MEDLINE(米国国立医学図書館)より提供されている Pub Med を用いて行った。対象文献の期間枠については制限を設けず検索された文献の全てを調査対象とした。検索ワードは高齢者に対する介護負担感研究及びリハビリテーション分野の介護負担感研究について探ることを意識して選定した。CiNii による検索では、「介護負担 and 高齢者」、「介護負担 and リハビリテーション」、「介護負担 and 作業療法」の2語検索を行った。Pub Med による検索ではより検索精度を高めるため、「caregiver burden」をタイトル検索に固定し「caregiver burden(Title) and elderly(All Field)」、「caregiver burden(Title) and rehabilitation(All Field)」、「caregiver burden(Title) and occupational therapy(All Field)」の2語検索を行った。検索された先行研究の採用基準としては、閲覧が可能であること、高齢者の介護負担感と関連する因子について統計学的に分析されていること、学会抄録でないことの3基準を設け、基準に該当した報告を対象に介護負担感と関連する因子について調査した。また、今後介護負担感に関する調査を実施するうえで、その結果を先行研究と共有するため、調査対象となった論文内で使用されていた介護負担感の評価指標を集計し、その信頼性や妥当性について言及されている論文についても併せて調査した。

結 果

検索結果から調査対象までの除外過程を図 1 及び図 2 に示す. CiNii による検索の結果「介護負担 and 高齢者」では 350 編が検索され最終的に 37 編が対象となった. 「介護負担 and リハビリテーション」では 245 編が検索され最終的に 15 編が対象となった. 「介護負担 and 作業療法」では 58 編が検索され最終的に 9 編が対象となった. Pub Med による検索の結果「caregiver burden(Title) and elderly(All Field)」では 439 編が検索され最終的に 22 編が対象となった. 「caregiver burden(Title) and rehabilitation(All Field)」では 159 編が検索され最終的に 11 編が対象となった. 「caregiver burden(Title) and occupational therapy(All Field)」では 9 編が検索され最終的に 3 編が対象となった. 各検索にて重複していたものを除くと, CiNii による検索では 49 編, Pub Med による検索では 24 編が基準に該当したため, 最終的な対象論文数は 73 編となった(表 1,2).

各報告における統計処理の方法は, 介護負担感と関連因子との相関関係を分析したものや, 介護負担感評価の結果から対象者を群分けし関連因子を比較したもの, 関連因子の評価結果から対象者を群分けし介護負担感を比較したもの, 介護負担感評価を従属変数とした回帰分析などが挙げられた.

緒言に述べたように, 介護負担感と同時に測定されていた因子について①被介護者要因, ②介護者要因, ③介護者－被介護者間関係, ④外的要因の 4 つのカテゴリについて(図 3), 介護負担との関連の有無について報告する.



図1 CiNii における論文抽出過程

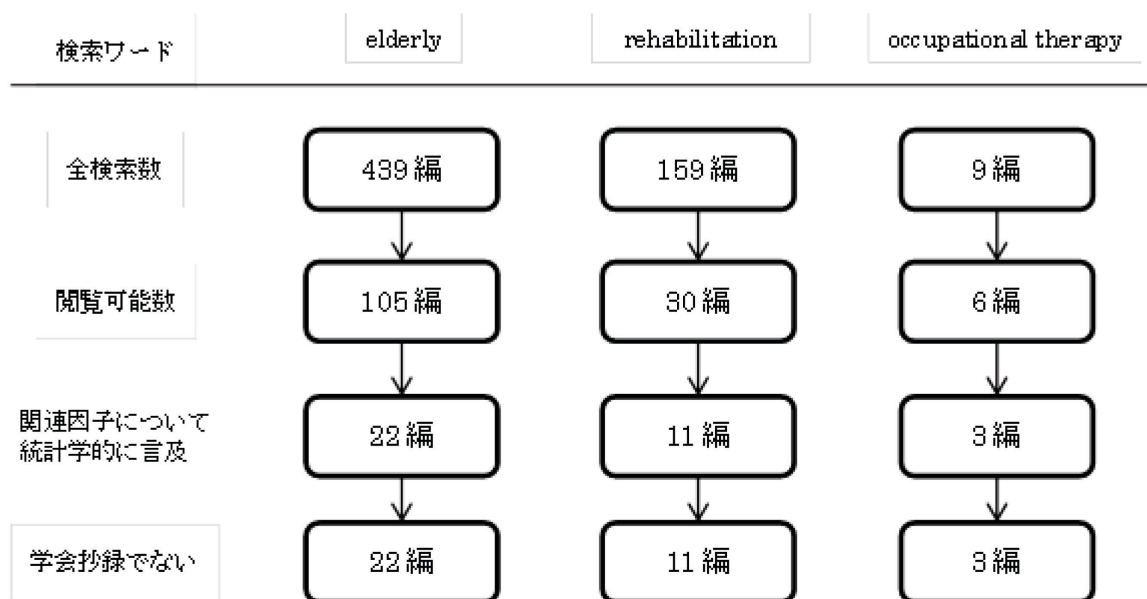


図2 Pub Med による論文抽出過程

表 1 : CiNii による対象論文

番号	タイトル	筆頭著者
1	在宅重度要介護高齢者の介護者における介護負担感への関連 要因：在宅介護期間に着目した実証分析	久保寺 重行
2	在宅で高齢者を介護する家族のソーシャルサポートと介護負 担感の関連性	桐野 匡 史
3	介護者の抑うつ状態や介護負担感と『介護に関する困ったこと や要望』に関する自由記述との関連	松村 香
4	在宅で高齢者を介護する主介護者の介護負担感：排尿介護に焦 点を当てて	井場 ヒ ロ子
5	認知障害高齢者の行動・心理症状に関する検討：在居場面の違 いによる差異	橋立 博 幸
6	在宅要介護高齢者の介護者における介護負担感とその関連要 因--日本と韓国の比較を通じて	金 東善
7	Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)を用いた家族介 護者の負担感分析：介護負担感要因のモデル化	徳永 あ けみ
8	認知症高齢者を介護する家族の介護負担感軽減に関与する介 護保険サービスの検討	坪井 章 雄
9	在宅重度要介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担 に関連する要因	菊池 有 紀
10	在宅認知症高齢者を介護する家族の家族機能と介護負担感の 関連性分析	藤原 和 彦
11	要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感に影響を及ぼ す因子の検討	安田 直 史
12	在宅認知症高齢者の主たる介護者の介護負担感と家族機能と の関係について--家族機能システム評価(FACESKG)を用いて	藤原 和 彦
13	認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の 介護負担感に関する研究	佐伯 あ ゆみ
14	家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討	一原 由 美子
15	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	東野 定 律
16	在宅要援護高齢者の問題行動と主介護者の介護負担感の関係	東野 定 律
17	介護保険制度導入 4 年目における福岡県遠賀地区の要介護高 齢者を介護する家族の介護負担感	大浦 麻 絵
18	北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与 える要因の検討：日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用い て:日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて	鷺尾昌 一
19	痴呆性高齢者の QOL と介護者の介護負担感の関係	木林 身 江子
20	在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と身体機能, 主	松田 明

介護者の介護負担感および介護時間との関連		子
21	介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感：Zarit介護負担尺度日本語版による検討	鷺尾 昌一
22	地域在住高齢者の精神的健康に対する介護の影響に関する調査	川本 龍一
23	介護を要する高齢者とその介護者の健康の保持・増進に関する研究--介護負担感と生活満足度を中心に	黒田 研二
24	続柄別にみた家族介護者の介護負担感と精神的健康の関連性	東野 定律
25	在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究	川本 龍一
26	在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性	桐野 匡史
27	臨牀指針 在宅で要介護高齢者を介護する家族介護者の介護負担	豊島 泰子
28	要介護高齢者の食事形態の別と介護者の負担感との関連について	榎 裕美
29	臨牀指針 在宅要介護高齢者を介護する家族の介護負担感：都市部の訪問看護サービス利用者の調査より	山崎 律子
30	認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因	梶原 弘平
31	訪問看護を利用する要介護高齢者における家族の介護負担感の地域差	倉澤 茂樹
32	Zarit の介護負担評価尺度日本語版を用いた要介護高齢者の主介護者の介護負担に関する研究	桑原裕一
33	公的介護保険の導入と農村部の要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感	鷺尾 昌一
34	在宅脳卒中患者の介護状況と介護者の負担	渡邊 愛記
35	老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因	堀田 和司
36	在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究	牧迫 飛雄馬
37	在宅介護者の介護負担感軽減に関する調査研究(2)：介護サービス利用・問題解決方法と介護負担感の検討	坪井 章雄
38	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	坪井 彰雄
39	在宅高次脳機能障害患者の介護者の精神的健康度と介護負担感を含む関連因子の検討	鈴木 雄介
40	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	上村 さと美
41	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	田中 清

	要因	美
42	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	武政 誠 一
43	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 に与える影響	北浜 伸 介
44	わが国における高齢障害者を介護する家族の介護負担に関する 研究：介護者の介護負担感, 主観的幸福感とコーピングの関連を 中心に	安田 肇
45	在宅脳卒中患者の主介護者の介護負担感に影響を及ぼす介護者 のリソースに関する研究	臼田 滋
46	在宅高齢者の ADL とその家族介護者の QOL・介護負担感の縦断 的な変化に影響を及ぼす要因について	中越 竜 馬
47	通所リハビリテーションサービスを利用している在宅高齢脳卒中片 麻痺者の家族介護者の QOL とその関連要因について	武政 誠 一
48	要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつに影響を及ぼす 因子 の検討	安田 直 史
49	在宅介護における主介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因	高橋 純 平

表 2 : Pub Med による対象論文

番号	タイトル	筆頭著者
1	Effect of diabetes on caregiver burden in an observational study of individuals with Alzheimer's disease.	Lebrec J
2	Caregiver Burden and its Determinants among the Family Members of Patients with Dementia in Iran.	Abdollahpour I
3	Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke.	Bergström AL
4	The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers.	Jones SL
5	Frontal function, disability and caregiver burden in elderly patients with major depressive disorder.	Chen HM
6	Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patient correlates.	Mohamed S
7	Caregiver burden, health utilities, and institutional service costs among community-dwelling patients with Alzheimer disease.	Miller EA
8	Neural correlates of caregiver burden in cortical basal syndrome and frontotemporal dementia.	Knutson KM
9	Declining patient functioning and caregiver burden/health: the Minnesota stroke survey--quality of life after stroke study.	Nelson MM
10	Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia.	Razani J
11	Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers.	Steadman PL
12	Caregiver Burden and Quality of Life of Key Caregivers of Patients with Dementia.	Srivastava G
13	Impact of frontal systems behavioral functioning in dementia on caregiver burden.	Davis JD
14	Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease.	Riedijk SR
15	Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers.	Morimoto T
16	Obtaining Information from Family Caregivers Is Important to Detect Behavioral and Psychological Symptoms and Caregiver Burden in Subjects with Mild Cognitive Impairment.	Yamagami T
17	Theory of mind impairment in patients with behavioural variant fronto-temporal dementia (bv-FTD) increases caregiver burden.	Brioschi GA
18	Correlates of objective and subjective measures of caregiver burden among dementia caregivers: influence of unmet patient and caregiver dementia-related care needs.	Hughes TB
19	Caregiver attributions for late-life depression and their associations with caregiver burden.	Polenick CA
20	Health care utilization among homebound elders: does caregiver	Reckrey JM

	burden play a role?	
21	Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables.	Springate BA
22	Functional dependency of older individuals and caregiver burden.	Gratão AC
23	The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life.	Jeong YG
24	Neuropsychiatric symptoms and executive functioning in patients with mild cognitive impairment: relationship to caregiver burden.	Ryan KA

介護負担感との関連因子

①被介護者要因との関連

被介護者要因として検討されていた因子は、基本属性に関するもの(性別, 年齢, 介護度, 基礎疾患の別など), 日常生活動作(Activities of Daily Living; 以下, ADL)の自立度に関するもの, 認知症に関するもの(認知症の有無, 認知機能障害の程度, 認知症に伴う行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; 以下, BPSD), 認知症による問題行動, 認知症診断名の別など)が多かった. 今回対象とした 73 編中 5 編以上で検討が確認された項目と編数, 及びその項目が介護負担感と関連があると述べている割合は, 性別(17 編, 12%), 年齢(22 編, 23%), 介護度(9 編, 0%), 認知症の有無(9 編, 11%), 認知機能障害の程度(10 編, 80%), 認知症による周辺症状(10 編, 90%), ADL の自立度(24 編, 67%)であった.

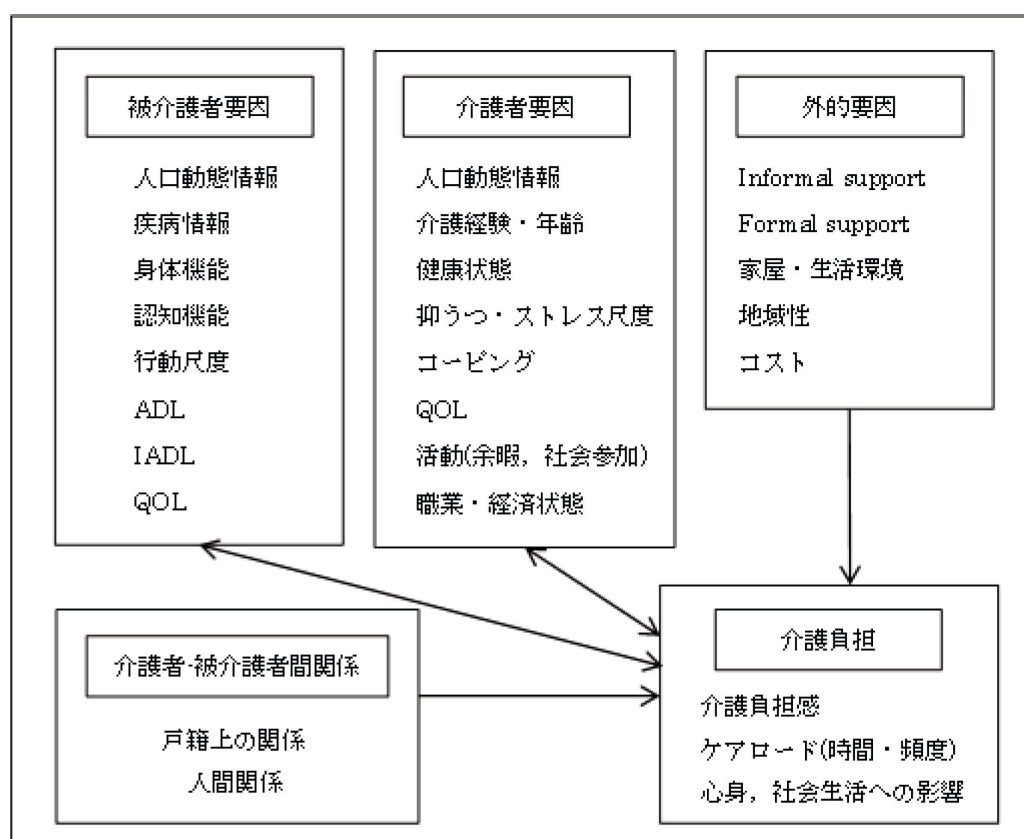


図 3 : 介護負担感と同時に測定されている尺度
参考文献 9: 介護負担感の概念と研究の動向より転載し作図

②介護者要因との関連

介護者要因として検討されていた因子は、基本属性に関するもの(性別, 年齢, 続柄, 仕事の有無, 教育レベル, 経済状況など), 生活の質(Quality of Life; 以下, QOL)に関するもの, 抑うつに関するもの, 介護に関する時間的要素(介護時間, 目の離せない時間, 介護期間, 1人で外出できる時間など)が多かった。今回対象とした73編中5編以上で検討が確認された項目と編数, 及びその項目が介護負担感と関連があると述べている割合は, 性別(24編, 17%), 年齢(29編, 34%), 教育レベル(7編, 43%), 配偶者の有無(11編, 36%), 治療中の疾患の有無(7編, 29%), QOL(8編, 100%), 抑うつ(15編, 67%), 健康状態(7編, 71%), 介護期間(22編, 27%), 1日の介護時間(11編, 18%), 一人での外出(10編, 8%), 目が離せない時間(5編, 80%)であった。

表 3 介護負担に関する評価尺度

尺度	発表者	項目数	介護の対象	掲載紙
The Burden Interview	Zarit SH et al	22	在宅要介護者	Gerontologist, 1980
The Burden Interview(日本語版)	Yumiko Arai et al	22	在宅要介護者	Psychiatry clin. Neurosci, 1997
The Burden Interview(日本語短縮版)	荒井由美子 他	8	在宅要介護者	日本老年医学会雑誌, 2003.
介護家族負担感尺度	坪井章雄 他	10	在宅要介護者	総合リハ, 2005.
A Caregiver Burden Inventory	Novak M et al	24	アルツハイマー型認知症患者	Gerontologist, 1989
The Care Giver Burden Scale	Elmståhl S et al	22	脳卒中患者	Arch Phys Med Rehabil, 1996
Family Caregiver Burden Inventory	東野 他	12	在宅要介護者	厚生の指標, 2004.
介護負担感尺度	中谷 他	10	在宅高齢者	社会老年学, 1989.
介護負担感尺度	吉田 他	10	在宅要介護者	社会医学研究, 1997.
Iranian version of caregiver burden	Abdollahpour I et al	29	認知症患者	Int J Prev Med, 2010
Sense of Competence Questionnaire	Vernooij MJ et al	27	脳卒中患者	Soc Sci Med, 1996

③介護者－被介護者間関係との関連

介護者－被介護者間関係として検討されていた因子は、続柄や介護が必要となる以前の人間関係などが挙げられた。今回対象とした 73 編中 5 編以上で検討が確認された項目と編数、及びその項目が介護負担感と関連があると述べている割合は、続柄(16 編, 25%)であった。

④外的要因との関連

外的要因として検討されていた因子は、Informal support, Formal support, 家屋改修, 福祉用具貸与, 地域性などが挙げられた。今回対象とした 73 編中 5 編以上で検討が確認された項目と編数、及びその項目が介護負担感と関連があると述べている割合は、介護協力者の有無(18 編, 33%), 介護相談者の有無(8 編, 63%), 介護サービスの利用数(6 編, 50%), ショートステイの利用(6 編, 83%), デイサービスの利用(6 編, 33%), ヘルパーの利用(6 編, 0%)であった。

以上をまとめると、5 編以上で検討されており、さらに半数以上の報告で介護負担感との関連が認められた項目は、被介護者要因として①認知機能障害の程度、②認知症の周辺症状、③ADL 自立度、介護者要因として④QOL、⑤抑うつ、⑥健康状態、⑦目が離せない時間、外的要因として⑧介護相談者の有無、⑨介護サービスの利用数、⑩ショートステイの利用であった。

介護負担の評価

今回調査した論文で使用されていた評価尺度を表 3 に示す。使用数が多い順に、Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview(以下, J-ZBI)が 27 編, The Burden Interview(以下, ZBI)が 14 編, The short version of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview(以下, J-ZBI_8)が 8 編, A Caregiver burden inventory(以下, CBI)が 5 編, Family Caregiver Burden Inventory が 4 編, 介護家族負担感尺度(The Family Caregiver Burden Scale; 以下, FCS)が 3 編, 中谷らの介護負

担感尺度が 3 編, Visual Analog scale が 2 編, Iranian version of caregiver burden が 1 編, Sense of Competence Questionnaire が 1 編, The Caregiver Burden scale が 1 編, 吉田らの介護負担感尺度が 1 編であった。また, 確立されていない評価指標として, 4 件法で回答を求めているものが 2 編, 5 件法で回答を求めているものが 1 編存在した。

今回の調査で最も使用が多かった J-ZBI は, Zarit らによって開発された ZBI³⁾の日本版として Arai らによって信頼性と妥当性が検証されている⁹⁾。J-ZBI は在宅要介護高齢者の介護者を対象とした評価であり, 22 の項目が存在しカットオフポイントについては先行研究内で記載されていない。さらに, 荒井らによって短縮版である J-ZBI_8 の信頼性と妥当性も検証されており¹⁰⁾, 従来の 22 項目から 8 項目へと項目数が減少され, 簡便に在宅介護者の介護負担を評価することが可能となった。J-ZBI と J-ZBI_8 は Personal strain と Role strain の 2 因子構造をとっている。Personal strain とは, 介護そのものによって生じる負担であり, Role strain とは, 介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなることにより生じる負担である。J-ZBI_8 と同様に実用性を高める目的で評価項目を少なく簡便にした在宅要介護高齢者の介護者を対象とした尺度として坪井らの介護家族負担感尺度(Family Caregiver Burden Scale; 以下, FCS)がある。FCS においても信頼性と妥当性が検証されており¹¹⁾, 項目数も 10 項目と少なく臨床場面で実用性の高い評価である。また, アルツハイマー型認知症高齢者の介護者を対象とした疾患特異的評価尺度として Novak ら¹²⁾による A Caregiver Burden Inventory(以下, CBI)がある。CBI は 24 項目からなる評価であり信頼性・妥当性の検討がなされている。脳卒中患者の介護者を対象とした疾患特異的評価として Elmstahl ら¹³⁾による 22 項目からなる The Care Giver Burden Scale が使用されており, この評価に関しても信頼性・妥当性が検討されている。

考 察

本研究では、介護負担の関連因子と介護負担の評価について文献学的調査を行った。

被介護者要因との関連について

被介護者要因のうち介護負担感との関連性が認められた項目として、認知機能障害の程度、認知症の周辺症状、ADL 自立度が挙げられ、介護負担感が高いほど、認知機能の症状が重く、認知症の周辺症状が多く、ADL 自立度が低かった。一方で、認知症の有無とは関連性が認められないという報告が多く、介護負担感への影響は、認知症そのものというよりも認知症による問題行動など周辺症状の影響が強いことが考えられる。また、Riedijkらは前頭側頭型認知症患者の介護者とアルツハイマー型認知症患者の介護者の介護負担感を比べると、前頭側頭型認知症患者の介護者の方が介護負担感が高かったと報告している¹⁴⁾。これらのことから、実際に家族への助言場面でも一人一人の症状に応じた対処法を検討することが必要と考える。ADL 自立度に関しては機能的自立度評価表(Functional Independence Measure; 以下、FIM)や Barthel Index の合計点を用いて検討しているものが多かったが、一つ一つの行為の自立度が介護負担感に及ぼす影響について検討したものも存在した。一原らは介護負担と関連のある ADL 項目として、入浴動作介助、トイレ動作介助、食事動作介助、移乗動作介助、歩行介助、体位変換介助を挙げている¹⁵⁾。また、田中らは整容動作介助、入浴動作介助、更衣動作介助を挙げている¹⁶⁾。食形態について言及した報告として、榎らは経管栄養の場合に普通食や特別食よりも介護負担が低い¹⁷⁾と報告している。また、排泄行為について言及した報告として、井場らは尿取パット使用の有無や排泄行為に介助が必要なことが介護負担感と関連する¹⁸⁾と報告している。以上のように ADL と介護負担感との関連については報告数が多いが、一つ一つの行為の介護負担感への影響を見ると、各報告において若干項目の違いが見られるのも事実であり、ADL についても患者一人一人に応じた介助方法や対処方法の助言が必要と考える。被介護者要因においてリハビリテーション従事者として検討すべき今後の課題としては、患者の手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living; 以下、IADL)

の自立度や社会参加, 生活機能向上に向けた意欲などが考えられる. 厚生労働省で提唱されている地域包括ケアシステム¹⁹⁾の中でリハビリテーション従事者の役割を考察すると, 国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health)における活動や参加, 個人因子, 環境因子に焦点を当て自立支援を促し, 共助であるリハビリテーションから自助・互助・公助へと繋げていくことが重要と考える. この考えに基づくと, IADL 能力や社会参加, 意欲などの面と介護負担感との関連は今回の調査では検討数が少なく, 今後リハビリテーション従事者として検討が必要と考える.

介護者要因との関連について

介護者要因のうち介護負担感との関連性が認められた項目としては, QOL, 抑うつ, 健康状態, 目が離せない時間が挙げられた. 介護負担感が高いほど, QOL は低下し, 抑うつになりやすく, 健康状態が阻害され, 目の離せない時間が長かった. QOL, 抑うつ, 健康状態に関しては主観的な評価であり, 介護負担感も同様に主観的な負担感であることからこれらの項目に関連性が認められたと考える. 目の離せない時間に関連が認められた一方で, 1 日の介護時間には関連が認められなかった. これは 1 日の介護時間の定義が曖昧であった可能性がある. 1 日の介護時間と言われると, ADL や基本動作に対する直接的介護をしている時間を想定する場合もあれば, 見守りをしている時間も含めて想定する場合も考えられる. また, 通所系のサービスを利用している場合, 1 週間の平均を評価するのか 1 週間の中の最大値を評価するのか等の定義が不十分であった可能性がある. 目の離せない時間では直接的介護に加えて見守りが必要な時間まで含めた表現になっており, 1 日の介護時間という聞き方に比べ再現性が高かった可能性がある. 時間的要素では介護者の睡眠時間を検討した報告が存在し, 堀田らや鈴木らは 1 日の睡眠時間と介護負担感に関連が認められたと報告している^{20,21)}. 睡眠時間は介護時間よりも通所系サービスなどの影響を受けにくく, どこまでを介護時間に含めるかという議論も回避でき, 定義がなされやすい指標と考える. 臨床場面でも夜中のトイレ介助が辛いという話を家族から聞くことが多く, 夜間の睡眠を妨げられることで介護負担感を感じていることが考えられる. 睡眠時間の定義として夜

間のみか昼寝も含めるのか、連続睡眠時間なのか合計の睡眠時間なのか等の詳細を確認したうえで今後検討が必要と考える。

介護者－介護者間関係との関連について

介護者－被介護者間関係との関連については介護負担感と関連が認められた報告は少ないが、精神的健康と介護負担感の因果関係を統括的に検討した報告として、東野らは高齢女性が介護者の場合、男性介護者と比較してうつ兆候や不安などに対するネガティブな影響が強いことから、介護開始以前に既に精神的健康状態が不良である可能性があり、妻以外の介護者は介護負担感の発生によって精神的健康が阻害されるのに対し、妻では介護開始以前の精神的健康状態の不良が介護負担感に影響する可能性を示唆している²²⁾。また同報告内で指摘されている通り、介護負担感の関連因子についての報告では横断的データを基にした研究が多く、縦断的データを用いて介護負担感を変化させ得る因子について検討することが今後の課題と考える。

外的要因との関連について

外的要因のうち介護負担感との関連性が認められた項目としては、介護相談者の有無、介護サービスの利用数、ショートステイの利用が挙げられ、介護負担が高いほど介護相談者が少なく、介護サービスの利用が多く、ショートステイを利用していた。坪井らによると、ショートステイに関しては介護負担感の高い家族が一時避難的に利用していると述べている²³⁾。また同報告において家族の理解と協力が介護ストレスを軽減させると述べており、介護相談者の有無が介護負担感を軽減させ得ると報告している。平成 28 年度の診療報酬改定において退院後訪問指導料が新設され、退院後に医師や看護師等が自宅へ訪問し在宅療養上での指導を行った場合に、退院後 1 月以内の期間に限り 5 回まで 580 点の算定が可能となった²⁴⁾。この訪問はセラピストが行った場合には報酬を算定できず、施設経営的にセラピストが同行することは難しいことが懸念される。しかし、患者やその家族にとって慣れ親しんだ病院施設のスタッフが訪問することで、介護相談の機会が増え介護負担感軽減の一助となり得ると考え

られる。回復期リハビリテーション病棟では一般病棟に比べ疾患別リハビリテーション料の1日の算定上限単位数が一般病棟では6単位(120分)であるのに比べ、9単位(180分)と長い²⁵⁾ことから担当療法士と患者家族との関係が密接に構築できるという利点があると考えられ、退院後訪問指導時に担当療法士が同行することで介護相談をより充実化できる可能性があり、そのような取り組みを各施設単位で考えていくことが必要と考える。特に、住環境に対するアドバイスや、ADL、IADLに対する動作指導、自宅内で出来るトレーニングメニューの提案などはセラピストの専門分野の一つと考えられるため、医師、看護師等と協同しながら退院後支援を充実させることが重要と考える。外的要因での検討課題としては、先にも述べた通り縦断的データを用いた検討が少ないことが挙げられる。種々の介護サービスを利用することで介護負担感を減少し得るのか、また地域包括ケアシステムにおける自立支援を考えると、介護サービスを停止した後介護負担感が増大しないかといった目線での検討が今後必要と考える。

介護負担の評価について

介護負担の評価についてはZarit³⁾が提唱したZBIの日本語版であるJ-ZBI⁹⁾や、その短縮版であるJ-ZBI_8¹⁰⁾が本邦において頻用されていた。これは、Zaritが介護負担の定義を初めて提唱したことや、いち早く日本語版が作成されたこと、また、短縮版があることから臨床での実用性が高いことなどが影響していると考ええる。しかし、ZBI以外にも多数の評価尺度があるため、リハビリテーション分野でどの尺度を用いるのが適切か、今後の検討課題とされている⁸⁾。

結語

本研究では、介護負担感と関連する要因と介護負担感の評価指標に関して文献的検討を行った。介護負担感との関連因子を被介護者要因、介護者要因、介護者－介護者間関係要因、外的要因に分けて考察し、それぞれで今後の課題が明らかとなった。

＜第 2 章: 自宅退院 1 か月後の介護負担感に関連する因子の検討＞

緒 言

第 1 章の結果から、家族介護者の介護負担感に影響する因子をまとめると、被介護者の ADL 能力、認知機能、介護者の QOL、抑うつ、健康状態、目の離せない時間、外的要因としてサービスの利用状況があげられた。また、検討数は少ないが一部の報告で介護者の睡眠時間が介護負担感に影響することが示唆されていた。しかし、患者が病院に入院中から、退院後の家族介護者の介護負担感の発生予防を目的とした家族支援のあり方については十分に検討されていないという現状も明らかとなった。

介護負担感の発生や対処をモデル化した理論として新名らは「認知症高齢者の家族介護者のストレスモデル」を提唱した²⁶⁾。このモデルは、介護場面で生じる様々な出来事や被介護者の基本属性や特性などを潜在的ストレスターと位置づけ、このストレスターが家族介護者にとってネガティブなものと認知的評価をすることで、心理的・身体的な「ストレス症状」が生じ、これらのストレスターやストレス症状に対してコーピングをとるというものである。一方で、回復期リハビリテーション病棟は元来在宅復帰を目的とした病棟であり、家族指導やリハビリテーションの見学を設けやすく、介護者は被介護者の ADL の能力や認知症による問題行動などの潜在的ストレスターを在宅で介護を始める前にリハビリテーション場面や病棟での生活を観察することで把握することが出来る。そして入院中に得た情報を元に自宅での介護が可能か否かを判断して退院に至る。つまり、退院後の潜在的ストレスターを事前に予測し、その予測に対して認知的評価を行い介護負担感の発生や程度を吟味していると考ええる。加えて序論でも述べたように岡本は、ストレスを生じうる事象に対する予測可能性の有無が心理的ストレスに影響するとしており、ストレスを生じうる事象を予測できている方が、予測できていない場合に比べて心理的ストレスが少ないと報告している²⁾。これらを踏まえると、退院前に介護者が予測した介護量と退院後の実際の介護量との差(以下、予想との差)が介護負担感に影響し、退院後の介護を適切に捉えている家族ほど、介護負担感が低い可能性があると考ええる。このことが確認できれ

ば、介護量の多い被介護者であっても、退院前に家族介護者に適切な介護方法を指導することや、地域の介護支援システムについて情報提供することで、家族介護者が介護のイメージを具体的に予測することが出来れば、介護負担感を最小限に抑え被介護者が住み慣れた地域での生活を長く継続できる可能性が高まると考える。

そこで本研究では、介護負担感の発生を予防するという観点で、当院の回復期リハビリテーション病棟を退院した患者とその家族介護者を対象として、退院 1 か月後の介護負担感に影響を及ぼす要因について検討することを目的とした。調査項目の着眼点は、第 1 章の結果を参考に種々の因子を網羅的に調査しつつ、予想との差に着目することとした。

方 法

1. 倫理上の配慮

本研究は、社会医療法人仁生会西堀病院の倫理委員会の承認(2015-02)を得て実施した。対象者には本研究の目的、意義、実施方法、実施に伴う危険性と万が一の対処方法及び個人情報の保護について説明し同意を得た。

2. 対象者

対象者は、平成 27 年 6 月～平成 28 年 12 月までの間に当院回復期リハビリテーション病棟から自宅へ退院した被介護者とその家族介護者とした。除外基準は被介護者が退院後独居となる場合と介護者が今回退院以前に既に介護を経験していた場合とした。該当した被介護者及び家族介護者には本研究の目的や内容を説明し、同意を得た者を最終的な対象者 25 組 50 名とした。

3. 調査方法及び調査項目

本研究の調査時期は、回復期リハビリテーション病棟退院時及び退院 1 か月後である。退院 1 か月後の調査では入院中のリハビリテーションの担当者が自宅へ訪問した。調査項目を以下に示す。

<退院時の調査項目>

① 被介護者の情報

1) 一般情報及び医学的情報

被介護者の一般情報はカルテより、年齢、性別、介護度、疾患別リハビリテーション区分の情報を収集した。

2) ADL 自立度

ADL の評価は、FIM を用いた。調査はリハビリテーションの担当者が実施した。

3) 認知機能

被介護者の認知機能は Mini-mental state Examination(以下、MMSE)を用いた。調

査はリハビリテーションの担当者が実施した。

② 家族介護者の情報

家族介護者の情報収集は全て退院 1 か月後に実施するため、退院時には調査しない。

<退院 1 か月後の調査項目>

① 被介護者の情報

1) ADL 自立度

ADL の評価は、FIM を用いた。調査はリハビリテーションの担当者が実施した。

② 家族介護者の情報

1) 一般情報

家族介護者の一般情報は調査時の聞き取りにより、年齢、性別、被介護者との続柄を調査した。

2) 介護負担感

被介護者の介護負担感は、Zarit らによって開発された ZBI の日本語短縮版である J-ZBI_8 を用いた。J-ZBI_8 は、ZBI の日本語版として Arai らによって信頼性と妥当性が検証された J-ZBI を元に、作成された評価尺度であり、信頼性と妥当性が検証されている。また、従来の J-ZBI が 22 項目であるのに対し、8 項目と項目数が少なく、臨床場面で実用性のある評価である。

3) 予測した介護量と実際の介護量との差

予測した介護量と実際の介護量との差は「実際の介護は退院前の予想と比べていかがですか?」という質問に対して、1. 非常に楽、2. やや楽、3. やや負担、4. 非常に負担の 4 件法で調査した。

4) 介護に対する時間的要因

介護に対する時間的要因として、1 日に介護に関わっている時間と 1 日の睡眠時間を調査した。これらの項目は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した。

5) 入院中の被介護者との関わり

入院中の関わりとして、入院中の面会頻度とリハビリテーションの見学頻度を調査し

た. これらの項目は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した.

4. 解析手順

統計解析は介護負担感の評価である J-ZBI_8 を基軸とし, 被介護者の年齢, 介護度, MMSE, FIM, 介護者の年齢, 予想との差, 介護時間, 睡眠時間, リハビリテーション見学頻度, 面会頻度との関連性を Spearman の順位相関係数を用いて確認した.

また, 被介護者の性別, 介護者の性別, 続柄に対しては, J-ZBI_8 を中央値で 2 群に分け χ^2 検定を用いて 2 群間の差を確認した.

その後, J-ZBI_8 を従属変数, その他の調査項目の内 J-ZBI_8 と関連の認めた項目を独立変数としたステップワイズ法の重回帰分析を実施した. 多重共線性は Variance Inflation Factor(以下, VIF)統計量にて判断し, VIF が 10 以上でないことを確認した. 統計ソフトは IBM 社製 SPSS22.0 を用い, 危険率 5%未満を有意とした.

結 果

<退院時の調査項目>

① 被介護者の情報

平均年齢は 77.9 ± 11.1 歳, 性別は男性 8 名, 女性 17 名, 介護度は要支援 1 が 1 名, 要支援 2 が 1 名, 要介護 1 が 1 名, 要介護 2 が 8 名, 要介護 3 が 5 名, 要介護 4 が 8 名, 要介護 5 が 1 名であった. MMSE の平均値は 23.4 ± 5.3 点, FIM の平均値は 91.9 ± 25.4 点であった.

<退院 1 か月後の調査項目>

① 被介護者の情報

退院 1 か月後の FIM の平均値は 103.6 ± 20.1 点であった. 被介護者情報の内訳を表 4 に示す.

② 介護者の情報

平均年齢は 62.6 ± 16.0 歳, 性別は男性 6 名, 女性 19 名, 続柄は嫁が 7 名, 娘が 6 名, 妻が 5 名, 夫が 5 名, 息子が 1 名, 母が 1 名であった. J-ZBI_8 の平均点は 7.1 ± 5.6 点であった. 予測した介護量と実際の介護量との差は, 予想より非常に負担が 4 名, やや負担が 12 名, やや楽が 5 名, 非常に楽が 4 名であった. 1 日の介護時間は平均 3.5 ± 4.3 時間, 1 日の睡眠時間は平均 5.6 ± 4.3 時間であった. 1 週間のリハビリテーションの見学頻度は 1.5 ± 1.4 回, 1 週間の面会頻度は 3.1 ± 1.2 回であった. 介護者情報の内訳を表 5 に示す.

表 4 被介護者の特徴

調査項目	結果
平均年齢(歳)	77.6±11.1
性別(名)	男性：8，女性：17
介護度(名)	要支援 1：1，要支援 2：1， 要介護 1：1，要介護 2：8， 要介護 3：5，要介護 4：8， 要介護 5：1
リハビリテーション区分(名)	脳血管：16，運動器：9
MMSE(点)	23.4±5.3
FIM 合計	91.9±25.4，103.6±20.1
FIM 運動項目	62.8±20.2，71.7±18.5
FIM 認知項目	29.0±6.8，31.8±3.9
食事	6.6±0.9，6.8±0.4
整容	5.7±1.5，6.4±1.6
清拭	3.8±2.0，4.6±1.6
上衣更衣	4.8±2.5，6.2±1.5
下衣更衣	4.5±2.5，5.6±2.2
トイレ	5.1±2.1，5.8±2.1
排尿コントロール	5.6±2.2，5.6±2.1
排便コントロール	5.6±2.0，4.7±2.3
ベッド移乗	5.4±1.7，6.2±1.6
トイレ移乗	5.4±1.9，6.1±1.6
浴槽移乗	2.8±2.1，4.5±2.3
移動	4.6±1.8，5.4±2.2
階段昇降	2.7±2.1，3.3±2.5
理解	6.3±1.3，6.8±0.5
表出	6.2±1.4，6.7±0.9
社会的交流	6.1±1.5，6.4±1.2
問題解決	5.2±2.0，6.2±1.1
記憶	5.3±1.9，5.6±1.6

表 5 介護者の特徴

調査項目	結果
平均年齢(歳)	62.6±16.0
性別(名)	男性：6，女性 19
続柄(名)	嫁：7，娘：6，妻：5， 夫：5，息子：1，母：1
J-ZBI_8(点)	7.1±5.6
予測した介護量と 実際の介護量との差(名)	非常に負担：4，やや負担：12 やや楽：5，非常に楽：4
介護時間(h/day)	3.5±4.3
睡眠時間(h/day)	5.6±4.3
リハビリテーション見学頻度 (回/週)	1.5±1.4
面会頻度(回/週)	3.1±1.2

<J-ZBI_8 と各項目との関連>

① 被介護者因子との関連

J-ZBI_8 と被介護者因子との関連を表 6 及び表 7 に示す。被介護者因子において J-ZBI_8 と有意な相関を認めた項目は、退院 1 か月後 FIM 排便コントロール ($r=-0.50$, $P<0.05$), 退院 1 か月後 FIM 記憶($r=-0.61$, $P<0.01$)であった。

表 6 J-ZBI_8 と被介護者の基本属性との関連

項目	相関係数	<i>P</i> value
年齢	0.15	N.S.
性別	-	N.S.
介護度	-0.08	N.S.

表 7 : J-ZBI_8 と被介護者の認知機能及び ADL 自立度との相関

項目	退院時		退院 1 か月後	
	相関係数	<i>P</i> value	相関係数	<i>P</i> value
MMSE	-0.38	N.S.	-	-
FIM 合計点	-0.18	N.S.	-0.16	N.S.
FIM 運動項目	-0.20	N.S.	-0.15	N.S.
FIM 認知項目	-0.07	N.S.	-0.35	N.S.
食事	0.04	N.S.	-0.23	N.S.
整容	0.01	N.S.	0.04	N.S.
清拭	-0.22	N.S.	-0.13	N.S.
上衣更衣	-0.27	N.S.	0.03	N.S.
下衣更衣	-0.29	N.S.	0.19	N.S.
トイレ	-0.20	N.S.	0.11	N.S.
排尿コントロール	-0.09	N.S.	-0.37	N.S.
排便コントロール	-0.08	N.S.	-0.50	<0.05
ベッド移乗	-0.12	N.S.	0.14	N.S.
トイレ移乗	-0.18	N.S.	0.07	N.S.
浴槽移乗	-0.02	N.S.	-0.23	N.S.
移動	0.23	N.S.	0.04	N.S.
階段昇降	0.02	N.S.	-0.05	N.S.
理解	0.10	N.S.	-0.02	N.S.
表出	0.38	N.S.	0.21	N.S.
社会的交流	0.02	N.S.	-0.35	N.S.
問題解決	-0.07	N.S.	-0.26	N.S.
記憶	-0.24	N.S.	-0.61	<0.01

② 介護者因子との関連

J-ZBI_8 と介護者因子との関連を表 8 に示す．介護者因子において J-ZBI_8 と有意な相関を認めた項目は，予測した介護量と実際の介護量との差($r=0.68$, $P<0.01$), 1 日の睡眠時間($r=-0.71$, $P<0.01$)であった．

表 8 : J-ZBI_8 と介護者因子との相関

項目	相関係数	<i>P</i> value
年齢	-0.24	N.S.
性別	-	N.S.
続柄	-	N.S.
予測した介護量と 実際の介護量との差	0.68	<0.01
介護時間	0.29	N.S.
睡眠時間	-0.71	<0.01
リハビリテーション 見学頻度	0.25	N.S.
面会頻度	0.16	N.S.

<J-ZBI_8 を従属変数とした重回帰分析>

先の解析結果より，重回帰分析の独立変数には退院 1 か月後 FIM 排便コントロール，退院 1 か月後 FIM 記憶，予測した介護量と実際の介護量との差，1 日の睡眠時間を投入し，ステップワイズ法の重回帰分析を行った．その結果採択された項目は，1 日の睡眠時間($\beta=-0.47$, $P<0.01$, VIF=1.25)，予測した介護量と実際の介護量との差($\beta=0.46$, $P<0.01$, VIF=1.25)であった(調整済み $R^2=0.57$, $P<0.01$)．重回帰分析の結果を表 9 に示す．

表 9 : J-ZBI_8 を従属変数とした重回帰分析

	<i>B</i>	β	<i>P</i> value	VIF
独立変数				
1 日の睡眠時間	-1.95	-0.47	<0.01	1.25
予想との差	-2.71	-0.46	<0.01	1.25
R^2	0.57		<0.01	

考 察

本研究では、横断的データ及び縦断的データを用い、家族介護者の介護負担感に影響する因子を検討した。重回帰分析の結果選択された項目は、退院 1 か月後の 1 日の睡眠時間と、予想との差であった。

回復期リハビリテーション病棟退院時に予測した介護量と退院後の実際の介護量との差が退院後の介護負担感に影響することについて先行研究で着目されているものではなく、新たな発見となった。被介護者の ADL の自立度が介護負担感に影響するという報告は多数見られ、回復期リハビリテーション病棟においても ADL の改善が目標にされることは多い。しかし、被介護者の原疾患の重症度や種々の合併症や既往歴によって全ての対象者の ADL を自立レベルまで改善することは困難である。本研究の結果、例え被介護者の ADL を自立レベルまで改善できなかったとしても、その介護量を的確に介護者に伝え退院後の介護のイメージを具体的に予測させることで介護負担感の発生を予防できる可能性が示唆されたと考える。

睡眠時間と介護負担感との関連を調査した先行研究として、堀田らや鈴木らは睡眠時間と介護負担感の間に有意な相関がみられたとしており^{20,21)}、本研究結果もこれらの先行研究を支持する結果となった。

次章では、予想との差が生じる原因や、睡眠時間が減少する原因について検討し、より具体的に自宅退院後の介護負担感発生リスクが高いケースを特定する着眼点について検討したい。

< 第 3 章: 家族介護者の予想との差と睡眠時間に関連する因子の検討 >

緒 言

第 2 章では，退院 1 か月後の家族介護者の介護負担感に影響する因子として，予想との差と睡眠時間があげられた．本章では，対象者を増加させ第 2 章を追試的に確認すると同時に，これら 2 因子が悪化しやすい被介護者や介護者の特性，及び入院中の被介護者—介護者間関係を，明らかにすることを目的とした．

方 法

1) 倫理的配慮

本研究は社会医療法人仁生会西堀病院倫理委員会の承認(2015-02)及び弘前大学大学院保健学研究科倫理委員会の承認(2016-056)を得て実施した。当院回復期リハビリテーション病棟退院時に、患者と家族双方に本研究の説明をし、書面にて同意を得た。

2) 対象者

対象者は平成27年6月～平成29年2月までの間に当院回復期リハビリテーション病棟を退院した患者及び家族介護者各31名。除外基準は①退院先が自宅以外の場合、②退院後独居となる場合、③退院1か月以内に患者もしくは家族が自宅で生活をしていない場合、④今回の退院以前に既に介護を経験している場合とした。対象者の一部は第2章と同様である。

3) 調査方法及び調査項目

本研究の調査時期は回復期リハビリテーション病棟退院1か月後である。調査はカルテからの情報収集の他、入院中のリハビリテーションの担当者が自宅へ訪問して実施した。調査項目を以下に示す。

① 被介護者の情報

A) 一般情報及び医学的情報

被介護者の情報は、カルテより年齢、性別、介護度を収集した。

B) ADLの自立度

ADLの評価はFIMを用いた。

② 家族介護者の情報

A) 一般情報

家族介護者の情報は調査時の聞き取りにより年齢、性別、続柄を調査した。

B) 介護負担感

介護者の介護負担感は J-ZBI_8 を用いて評価した.

C) 予想との差

予想との差は「実際の介護は退院前の予想と比べていかがですか?」という質問に対して, 1. 非常に楽, 2. やや楽, 3. やや負担, 4. 非常に負担の 4 件法で聴取した.

③ 介護環境

A) 1 日の睡眠時間

1 日の睡眠時間は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した.

B) 1 日の介護時間

1 日の介護時間は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した.

④ 入院中の被介護者—介護者間関係

A) 入院中の面会頻度

入院中の面会頻度は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した.

B) 入院中のリハビリテーションの見学頻度

入院中の面会頻度は介護者の判断で 1 週間の平均を聴取した.

4) 解析手順

統計解析は、初めに本対象群でも先の睡眠時間と予想との差が改めで選択されるのか、介護負担感を従属変数としたステップワイズ法の重回帰分析を実施した。独立変数は、被介護者及び家族介護者の一般情報、予想との差、介護時間、睡眠時間である。次に、重回帰分析で選択された上記2項目に対して、FIM18項目、入院中の面会頻度、入院中のリハビリテーションの見学頻度との相関関係を Spearman の順位相関係数を用いて確認した。その後初めの重回帰分析で選択された項目を従属変数とし、先の検討でギルフォードの基準に従いやや相関があるとされる相関係数が 0.20 以上であった項目を独立変数としてステップワイズ法の重回帰分析を実施した。同時に、ADL に対する家族指導をより具体的に行うため、FIM の運動項目のみを独立変数としたステップワイズ法の重回帰分析も再度実施した。多重共線性は VIF 統計量にて判断し、VIF が 10 以上でないことを確認した。統計ソフトは IBM 社製 SPSS22.0 を用い、危険率 5%未満を有意とした。

結 果

最終的な調査対象者は被介護者 31 名，家族介護者 31 名であった．

1. 被介護者の情報

被介護者情報を表 10 に示す．被介護者の平均年齢は 76.9 ± 10.4 歳，男性 12 名女性 19 名，介護度は要支援 1 が 1 名，要支援 2 が 2 名，要介護 1 が 1 名，要介護 2 が 10 名，要介護 3 が 7 名，要介護 4 が 9 名，要介護 5 が 1 名であった．

表 10：被介護者の特徴

評価項目	結果 (N=31)
年齢(歳)	76.9±10.4
性別(%)	男性：39, 女性：61
介護度(%)	要支援 1：3 要支援 2：7 要介護 1：3 要介護 2：32 要介護 3：23 要介護 4：29 要介護 5：3
FIM(点)	105.9±19.3
FIM-運動	73.8±17.7
FIM-認知	32.1±3.7
食事	6.8±0.5
整容	6.5±1.1
清拭	4.7±1.7
上衣更衣	6.4±1.4
下衣更衣	5.8±2.1
トイレ	5.8±2.0
排尿コントロール	5.8±2.0
排便コントロール	5.1±2.2
車椅子移乗	6.4±1.4
トイレ移乗	6.2±1.4
浴槽移乗	4.7±2.3
移動	5.5±2.0
階段昇降	3.7±2.5
理解	6.8±0.5
表出	6.7±0.8
社会的交流	6.4±1.1
問題解決	6.4±1.0
記憶	5.7±1.5

家族介護者の情報

家族介護者の情報を表 11 に示す。家族介護者の平均年齢は 63.3 ± 14.8 歳，男性 8 名，女性 23 名，続柄は嫁が 8 名，妻が 8 名，娘が 6 名，夫が 6 名，息子が 2 名，母が 1 名であった。J-ZBI_8 の平均値は 6.5 ± 5.3 点であった。予想との差は非常に楽が 5 名，やや楽が 7 名，やや負担が 15 名，非常に負担が 4 名であり，負担と回答した介護者が半数を占めた。1 日の睡眠時間の平均値は 5.6 ± 1.3 時間であり，入院中の面会頻度の平均値は 3.1 ± 1.2 回/週であった。

表 11：介護者の特徴

評価項目	結果 (N=31)
年齢(歳)	63.4 ± 14.8
性別(%)	男性：26，女性：74
続柄(%)	嫁：26 娘：19 妻：26 夫：19 息子：7 母：3
J-ZBI_8(点)	6.5 ± 5.3
予想との差(%)	非常に負担 13 やや負担 48 やや楽 23 非常に楽 16
睡眠時間(時間/日)	5.6 ± 1.3
面会頻度(回/週)	3.1 ± 1.2

〈J-ZBI_8を従属変数とした重回帰分析〉

選択された変数は、予想との差($\beta=0.47$, $P<0.01$, VIF=1.26), 睡眠時間($\beta=0.40$, $P<0.01$, VIF=1.25), 被介護者の年齢($\beta=0.26$, $P<0.05$, VIF=1.01)であった(調整済み $R^2=0.56$, $P<0.05$) .

対象者の一部が第2章と同様であったこともあるが、先に検証結果とした予想との差と睡眠時間が抽出されることが再確認できた。被介護者の年齢については、高齢化するほど負担感が増加する。この因子は身体的要因、精神的要因、合併症の複合化など種々の要素が考えられるが、2章で述べたように、今後の参照としての位置づけとし、まずは予想との差と睡眠時間の2項目について検討を進めることとした。

〈睡眠時間と各評価項目との関連〉

睡眠時間と各評価項目との関連を表 12 に示す. 相関係数が 0.2 以上の項目は, FIM 排便コントロール, FIM 問題解決, FIM 清拭, FIM 階段昇降, FIM 浴槽移乗, FIM 上衣更衣, FIM 社会的交流, FIM 食事, FIM 移動であった.

表 12 : 介護者の睡眠時間と被介護者及び介護者因子との関連

項目	相関係数	<i>P</i> value
被介護者要因		
年齢	-0.08	N.S.
性別	—	N.S.
介護度	-0.17	N.S.
FIM	0.42	<0.05
FIM-運動	0.42	<0.05
FIM-認知	0.44	<0.05
食事	0.23	N.S.
整容	0.18	N.S.
清拭	0.25	N.S.
上衣更衣	0.11	N.S.
下衣更衣	0.15	N.S.
トイレ	0.34	N.S.
排尿コントロール	0.53	<0.01
排便コントロール	0.67	<0.01
車椅子移乗	0.12	N.S.
トイレ移乗	0.18	N.S.
浴槽移乗	0.26	N.S.
移動	0.20	N.S.
階段昇降	0.29	N.S.
理解	0.01	N.S.
表出	-0.10	N.S.
社会的交流	0.24	N.S.
問題解決	0.38	<0.05
記憶	0.65	<0.01
介護者要因		
年齢	0.10	N.S.
性別	—	N.S.
続柄	—	N.S.
J-ZBI_8	-0.64	<0.01
面会頻度	0.06	N.S.

〈睡眠時間を従属変数とした重回帰分析〉

睡眠時間を従属変数とした重回帰分析の結果を表 13 に示す.

1. 相関係数が 0.2 以上の全ての項目を独立変数とした場合

選択された変数は FIM 記憶($\beta=0.62$, $P<0.01$, VIF=1.00)であった(調整済み $R^2=0.36$, $P<0.01$).

2. 相関係数が 0.2 以上の FIM 運動項目のみを独立変数とした場合

より ADL の内容に焦点を当てた検討のため, FIM の運動項目に独立変数を絞り込んだところ, 選択された変数は FIM 排便コントロール($\beta=0.59$, $P<0.01$, VIF=1.00)であった(調整済み $R^2=0.33$, $P<0.01$).

表 13 : 睡眠時間を従属変数とした重回帰分析

1. 相関係数が 0.20 以上の変数を独立変数とした場合

	β	P value	VIF
独立変数 記憶	0.62	<0.01	1.00
R^2	0.36	<0.01	

2. FIM 運動項目の内, 相関係数が 0.20 以上の変数を独立変数とした場合

	β	P value	VIF
独立変数 排便コントロール	0.59	<0.01	1.00
R^2	0.33	<0.01	

〈予想との差と各項目との関連〉

予想との差と各評価項目との関連を表 14 に示す．相関係数が 0.20 以上の項目は，FIM 記憶，FIM 排便コントロール，FIM 社会的交流，FIM 問題解決，FIM 排尿コントロール，FIM 表出，FIM 食事，FIM 理解，面会頻度であった．

表 14：予想との差と各評価項目との関連

評価項目	相関係数	<i>P</i> value
被介護者要因		
年齢	0.06	N.S.
性別	—	N.S.
介護度	-0.20	N.S.
FIM	0.21	N.S.
FIM-運動	0.20	N.S.
FIM-認知	0.31	N.S.
食事	0.30	N.S.
整容	0.17	N.S.
清拭	0.09	N.S.
上衣更衣	0.07	N.S.
下衣更衣	0.05	N.S.
トイレ	-0.02	N.S.
排尿コントロール	0.33	N.S.
排便コントロール	0.43	<0.05
車椅子移乗	0.12	N.S.
トイレ移乗	0.11	N.S.
浴槽移乗	0.16	N.S.
移動	0.03	N.S.
階段昇降	0.16	N.S.
理解	0.27	N.S.
表出	0.33	N.S.
社会的交流	0.40	<0.05
問題解決	0.35	N.S.
記憶	0.46	<0.01
介護者要因		
年齢	0.16	N.S.
性別	—	N.S.
続柄	—	N.S.
J-ZBI_8	-0.62	<0.01
面会頻度	0.26	N.S.

〈予想との差を従属変数とした重回帰分析〉

睡眠時間を従属変数とした重回帰分析の結果を表 15 に示す。

1. 相関係数が 0.2 以上の全ての項目を独立変数とした場合

選択された変数は FIM 記憶($\beta=0.37, P<0.05, VIF=1.28$), FIM 理解($\beta=0.50, P<0.01, VIF=1.30$), FIM 社会的交流($\beta=0.47, P<0.05, VIF=1.60$), 面会頻度($\beta=0.30, P<0.05, VIF=1.07$)であった(調整済み $R^2=0.46, P<0.05$).

2. 相関係数が 0.2 以上の FIM 運動項目のみを独立変数とした場合

より ADL の内容に焦点を当てた検討のため, FIM の運動項目に独立変数を絞り込んだところ, 選択された変数は FIM 排便コントロール($\beta=0.40, P<0.05, VIF=1.00$)であった(調整済み $R^2=0.13, P<0.05$).

表 15 : 予想との差を従属変数とした重回帰分析

1. 相関係数が 0.20 以上の変数を独立変数とした場合

	β	P value	VIF
独立変数			
記憶	0.37	<0.05	1.28
理解	0.50	<0.01	1.30
社会的交流	0.47	<0.05	1.60
面会頻度	0.30	<0.05	1.07
R^2	0.46	<0.05	

2. FIM 運動項目の内, 相関係数が 0.20 以上の変数を独立変数とした場合

	β	P value	VIF
独立変数			
排便コントロール	0.40	<0.05	1.00
R^2	0.33	<0.01	

考 察

本研究では退院後 1 か月時点での介護負担感との関連要因について介護量に対する予想との差、介護環境などの面から検討し、その後それらの要因に影響する因子を被介護者や介護者の特性、及び入院中の被介護者—介護者間関係の面から検討した。

介護負担感と関連した要因は予想との差、睡眠時間、被介護者の年齢であり、第 2 章と同様の結果となった。

睡眠時間に影響する要因

1 日の睡眠時間に影響する因子としては、全ての独立変数を対象とした場合には FIM 記憶が選択され、独立変数を運動項目に限定した場合、排便コントロールが選択された。FIM における記憶の定義は、『施設または社会現場において日常的な活動を行うときに認知と記憶に関連した技能が含まれる。これは特に言語的、視覚的情報を記憶し再生する能力である。記憶障害は課題の遂行だけでなく学習も障害する』とされており、評価要素となる能力は、①日常で行うことを記憶しているか、②見慣れた人を認識できるか、③他人の依頼、指示を実行できるかの 3 つである²⁷⁾。Tanaka らは FIM 認知項目と認知症のスクリーニング検査である MMSE に相関を認めたことや、FIM 記憶と BPSD の一要因である生活サイクルの乱れや攻撃性に相関を認めたと報告している²⁸⁾。本研究の FIM 記憶低得点者の中にも認知症や BPSD を有する患者が含まれていたことが予想され、中核症状や生活サイクルの乱れなどにより夜間せん妄や夜間覚醒を発症し、介護者はこれらの行動への対応を強いられる事で睡眠時間が減少していることが予想される。このように、FIM 記憶低得点者の家族介護者は睡眠時間が短縮される傾向があることが明らかとなったが、被介護者それぞれの具体的な症状に関しては推測の域を出ず、今後の精査が必要と考える。ADL の中では排便コントロールが選択された。排便コントロールの判断要素は、排便をしてもよい状況で、タイミングよく括約筋を緩めるかどうか、また排便によって衣服

やシーツを汚してしまう頻度や、汚した後に自分で処理をしているかである²⁷⁾。類似した項目としては排尿コントロールが挙げられ、実際に排尿コントロールは運動項目としては排便コントロールに次いで睡眠時間との相関が高かった。この二つの中でも特に排便コントロールが選択された理由としては、排尿はオムツやパットでコントロールができ、清拭も短時間で終了するが、排便では量や形状によってはオムツやパットでのコントロールが困難であり、清拭にも時間がかかることが考えられる。しかし、睡眠時間との相関関係は、排便コントロール($r=0.67$, $P<0.01$)だけでなく、排尿コントロールにも見られた($r=0.53$, $P<0.01$)ことから、尿便問わず失禁の処理で睡眠時間が短縮されている可能性が考えられる。

予想との差に影響する要因

予想との差に影響する因子としては、全ての独立変数を対象とした場合には FIM 理解、FIM 社会的交流、FIM 記憶、入院中の面会頻度が選択された。また、独立変数を運動項目に限定した場合、排便コントロールが選択された。FIM 理解と FIM 社会的交流は FIM 記憶と同じく FIM の認知項目に分類される。FIM における理解の評価要素は相手の発言を聞き取れているかであり、注意散漫や失語症、難聴を合併している対象者で減点されやすい²⁷⁾。社会的交流の判断要素は、他人に迷惑をかけずに周囲と適切に交流ができるかどうかである²⁷⁾。このように、特に認知機能に関する変数が抽出された理由としては、認知機能の変化は身体機能の変化に比べて視覚化しにくく、認知機能の低下による日常生活上の介護を家族介護者が十分に理解しないまま退院を迎えていることで、予想との差が生じていることが考えられる。特に身体機能的に大きく問題がない被介護者が認知機能の低下を呈している場合では、なおさら家族介護者は入院前との変化を察知しづらく、退院後に初めて介護の必要性を理解することで予想したよりも実際の介護量が多いと判断し、介護負担感の増大に繋がっていると考えられる。また、被介護者は入院中では退院という目標のために ADL を出来る限り自立して行う意識が生まれやすいが、いざ退院すると必要以上に介護を

家族に求めている可能性も考えられる。

ADL の中では排便コントロールが選択され、被介護者の排便コントロールが不良な程、予想よりも実際の介護量が大きいと感じていた。オムツの交換は入院中には看護師や介護士などの病棟スタッフが実施することがほとんどであり、家族介護者が実施することや介護の場面を見ることは極めて少なく、介護経験の不足が予想との差に影響した可能性がある。また、病院では介護に慣れたスタッフが実施していることから、退院後に介護が必要であったとしても大きな負担にはならないと考えている可能性も考えられる。

入院中の面会頻度が選択された理由としては、入院中に頻繁に面会に来る家族ほど被介護者の状況を察知しやすいため、予想との差が少なくなっていたと考えられる。

本研究の臨床応用について

本研究の結果、退院 1 か月後に介護負担感が生じやすいケースがある程度特定されたと考える。この結果を、退院前の患者、家族指導に活かしたい。具体的には、夜間を含めた排泄管理の方法や、個々の患者に応じた認知機能低下により日常生活上で起こり得る事象やその対処方法を退院前に情報提供、指導することで介護者の睡眠時間を確保し、予想との差を減らすことが重要と考える。特に本研究の対象群の特徴として、身体能力が高く、認知機能もそれほど低いことが挙げられるので、このような対象者では介護者が入院中の生活を観察するだけでは、退院後に生じうる認知機能低下による事象を予測しきれない可能性があると考え、看護師やセラピストなどの専門職からの情報提供の必要性が高いと考える。本研究を参照し各施設において退院前の患者、家族指導がより充実したものになることを期待したい。

結語

本研究の結果、退院後の介護負担感の発生を予防するためには、睡眠時間の確保と入院中に介護のイメージを具体的に持つことが重要であり、それらを阻

害する因子として、被介護者の排泄コントロールが不良なものと認知機能が低下していること、面会頻度が少ないことが明らかとなった。これらの要因が当てはまる患者、家族は退院後の介護負担感が高くなりやすいリスクがある対象として、退院前から睡眠時間の確保と予想との差を少なくする意識を持ち、退院支援を行うことが重要と考える。

本研究の限界

本研究では認知機能に関して、本研究では FIM の認知項目でのみ検討していたが、結果的に認知機能は介護負担感に大きく影響することが示唆されたため、より詳細な認知機能や BPSD の評価を用いた検討が必要である。

今後、本研究の着眼点をより一般的なものとするためには、対象者の能力別の検討が必要と考える。特に本研究の対象群は比較的 ADL の自立度が高い対象者が多く、多くの FIM 項目は介護負担感と直接関係していなかった。より ADL 能力が低い対象群では先行研究で報告されているように、ADL の自立度が介護負担感と関連していることが予想される。そのような対象群においても介護負担感と予想との差が関連するか検討が必要である。

また、退院前の家族指導がケースバイケースでの対応となっており、どのような内容を指導するかシステムの取り決めがなかった。本研究の結果、退院前指導の着眼点に対する示唆が得られたため、今後は施設における退院前指導の取り決めを作り、それを実践した上での再検討や、中・長期的な介護負担感の推移の確認のため、1 か月以降の追跡調査が必要と考える。

＜謝 辞＞

最後に、本研究にご協力下さった患者様、及びご家族様、並びに調査にご協力下さった西堀病院リハビリテーション課のスタッフ、また、研究に対してご助言いただいた高見彰淑先生、吉田英樹先生、牧野美里先生、論文作成にご協力いただいた Cavan 氏をはじめとする共同研究者の方々に深く感謝いたします。

<引用文献>

- 1) 内閣府：平成 27 年度版高齢社会白書．入手先
〈http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html〉，(参
照 2016-05-15).
- 2) 岡本泰昌：ストレスを感じる前頭葉—ストレス適応破綻の脳内機構—．日薬理誌
126:194-198, 2005.
- 3) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: correlates
of feelings of burden. The Gerontologist 20 (6): 649-655, 1980.
- 4) Hoeing J, Hamilton MW: The schizophrenic patient in the community and his effect
on the household. The int soc Psychiat 12: 165-176, 1996.
- 5) 中谷陽明, 東条光雅: 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—. 生
活科学 29:27-36, 1998.
- 6) 広瀬美千代: 家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究
—測定尺度を構成する概念の検討と「介護評価」概念への着目—. 生活科学研究
誌 5:1-13, 2006.
- 7) 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, 2005.
- 8) 里宇明元: 介護負担感の概念と研究の動向. J Clinical Rehabilitation 10:859-867,
2001.
- 9) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, et al: Reliability and validity of
the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry and Clinical
Neurosciences 51 (5): 281-287, 1997.
- 10) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野英二: Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版
(J-ZBI_8)の作成—その信頼性と妥当性に関する検討—. 日本老年医学会雑誌
40(5):497-503, 2003.
- 11) 坪井章雄, 村上恒二: 介護家族負担感尺度(FCS)の作成. 総合リハ 33:447-454,

2005.

- 12) Novak M, Guest C: Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 29(6): 798-803, 1989.
- 13) Elmståhl 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): 177-82, 1996.
- 14) Riedijk SR, De Vugt ME, Duivenvoorden HJ, Niermeijer MF, Van Swieten JC, et al: Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 22(5-6): 405-412, 2006.
- 15) 一原由美子, 鈴江毅: 家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討. 香川県立保健医療大学紀要 5:39-45, 2008.
- 16) 田中清美, 武政誠一, 嶋田智明: 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. 神戸大学医学部保健学科紀要 23:13-22, 2007.
- 17) 榎裕美, 長谷川潤, 廣瀬貴久, 井口昭久, 葛谷雅文: 要介護高齢者の食事形態の別と介護者の負担感との関連について. 日本未病システム学会雑誌 19(1): 97-101, 2013.
- 18) 井場 ヒロ子, 宮腰 由紀子, 高瀬 美由紀: 在宅で高齢者を介護する主介護者の介護負担感—排尿介護に焦点を当てて—. 広島大学保健学ジャーナル 12(1):1-10, 2014.
- 19) 厚生労働省: 地域包括ケアシステム. 入手先 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c-hiiki-houkatsu/, (参照 2017-1-15).
- 20) 堀田和司, 奥野純子, 深作貴子, 柳久子: 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 33(3):256-265, 2010.
- 21) 鈴木雄介, 本村直靖: 在宅高次脳機能障害患者の介護者の精神的健康度と介護負担感を含む関連因子の検討. 作業療法 28(6):657-668, 2009.
- 22) 東野定律, 中島望, 張英恩, 大野賀政昭, 筒井孝子, 他: 続柄別にみた家族介護

者の介護負担感と精神的健康の関連性. 経営と情報: 静岡県立大学・経営情報学部/学報 22(2):97-110, 2010.

- 23) 坪井章雄, 村木敏明: 在宅介護者の介護負担感軽減に関する調査研究(2): 介護サービス利用・問題解決方法と介護負担感の検討. 作業療法 28(6):680-688, 2009.
- 24) 厚生労働省: 平成 28 年度診療報酬改定説明(医科)その 3. 入手先
〈<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115980.pdf>〉, (参照 2017-1-15).
- 25) 厚生労働省: 平成 28 年度診療報酬改定説明(医科)その 4. 入手先
〈<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115981.pdf>〉, (参照 2017-1-15).
- 26) 新名理恵: 痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減. 社会老年学 14:38-44, 1992.
- 27) 千野直一, 園田茂, 里宇明元, 道免和久: 脳卒中患者の機能評価—SIAS と FIM の実際—. 東京, シュプリンガー・フェアラーク東京, 1997.
- 28) Tanaka N, Nakatsuka M, Ishii H, Nakayama R, Hosaka R, et al: Clinical utility of the Functional Independence Measure for assessment of patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. Psychogeriatrics 13(4): 199-205, 2013.

< Abstract >

FACTORS INFLUENCING THE BURDEN ON CAREGIVERS OF PATIENTS AT
ONE MONTH AFTER DISCHARGE FROM CONVALESCENT WARD

Masakazu Murakami, Doctor course, Hirosaki University Graduate School of Health
Sciences

The purpose of this interdisciplinary and longitudinal study was to clarify the factors influencing the burden on caregivers of patients at one month after their hospitalization in the convalescent ward by first investigating the difference between the expected and actual amount of care provided by family caregivers and then by examining the characteristics of care receivers and caregivers.

Thirty-one pairs of care receivers who lived at home under their family's care and their caregivers participated in this study. Basic characteristics, cognitive function, and activities of daily living (ADL) were evaluated in the care receivers, while characteristics, sleeping hours, frequency of visit, burden, and the difference between the expected and actual amount of care provided at one month after hospitalization were evaluated in caregivers.

The results suggested that the factors affecting caregiver burden are sleeping hours per day, which is consistent with findings in previous studies, and the difference between the expected and actual amount of care provided, which to our knowledge, is reported here for the first time. In addition, the Functional Independence Measure (FIM) items of memory, comprehension, social interaction and bowel management, and the frequency of hospital visits were factors influencing the difference between the expected and actual amount of care provided by family caregivers. And FIM items of memory, bowel management were factors influencing the sleeping hours. This research highlights the importance of discussing how to handle comorbidity and excretion before discharge and

of increasing the frequency of hospital visits by caregivers, which will help create a more realistic image of care after hospitalization, thereby reducing caregiver burden.