

琉球大学学術リポジトリ

[原著] 初発脳卒中患者を抱える主介護者の負担感と
関連要因の検討：急性期,亜急性期における比較

メタデータ	言語: 出版者: 琉球医学会 公開日: 2010-07-02 キーワード (Ja): キーワード (En): Stroke, Caregiver, Psychological burden, Social support, Acute and subacute stage 作成者: 玉城, 智美, 砂川, 洋子, 照屋, 典子, Tamaki, Satomi, Sunagawa, Yoko, Teruya, Noriko メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/0002016202

初発脳卒中患者を抱える主介護者の負担感と関連要因の検討 —急性期・亜急性期における比較—

玉城智美¹⁾, 砂川洋子²⁾, 照屋典子²⁾

¹⁾仁愛会浦添総合病院 キャリア開発室

²⁾琉球大学医学部保健学科成人看護学教室

(2004年5月21日受付, 2004年9月21日受理)

A study of psychological stress factors of primary caregivers for patients with a first time stroke: A correlation analysis of psychological stress factors and stages of care - acute care and subacute

Satomi Tamaki¹⁾, Yoko Sunagawa²⁾ and Noriko Teruya²⁾

¹⁾Department of Carrier Development Urasoe General Hospital

²⁾Department of Adult Nursing, School of Health Sciences University of the Ryukyus, Okinawa, Japan

ABSTRACT

The purposes of this longitudinal study are to examine psychological stress factors (burdens) of family members of patients who had stroke and to determine the correlations between the psychological stress factors and stages of care - acute and subacute. This sample includes 45 primary caregivers (response rate, 83.3%) of patients who were admitted to acute care general hospitals due to first time strokes. Questionnaires were used to identify stress factors, patients' conditions, as well as primary care support. The questionnaires included the Japan Personal Resource Questionnaire 85 Part 2, the Japan Stroke Scale, the Berthal Index, and the FUTANKAN scale that was partially modified the "FUTANKAN Scale" developed by Nakatani et al. The sample answered the questionnaires a week after admission (acute stage), and later in the subacute stage. Finally, a factor analysis was performed five stress factors/burden were identified: 1) the burden of his/her role change, 2) anxiety about the future, 3) anxiety about self health, 4) negative thinking about care, 5) release of care. Scores of these factors, especially anxiety about the future and negative thinking about care, were higher in the subacute stage than in the acute stage. The factor analysis identified that the social support score was negatively correlated to the burden in the acute stage, and that the seriousness of patients' conditions was highly correlated to the anxiety about future. This study suggests the need of early nursing intervention with accurate assessment, diagnosis and care plans. It also suggests the necessity of psychological supports for family members by giving them information on the patient's care in a timely manner and showing them the future perspective of the patient if needed. *Ryukyu Med. J.*, 23(3) 97~103, 2004

Key words: Stroke, Caregiver, Psychological burden, Social support, Acute and subacute stage

はじめに

我が国における平成13年の脳血管障害による死亡者数は13万1856人と前年に比べ、減少傾向にあるが、日本

の死亡原因の第3位で死亡総数の13.6%を占めている現状にある¹⁾。しかし、脳卒中は一般に死を免れても後遺症として障害を生じ、療養時の長期臥床などがきっかけとなり寝たきりに陥る割合が高く、平成9年の調査では、

寝たきり原因の約40%を占めていることが報告されている²⁾。平成11年の患者調査によれば、推計総患者数は147万人であり、昭和62年の調査に比べ、約30万人も増加しており²⁾、死亡者数に反して患者数は増加傾向にあることが推測できる。

脳卒中疾患は突然の発症であることが多く、発症部位によりその機能障害の程度も異なり、回復の過程も様々である。また、身体的な機能障害ばかりでなく、意識障害や高次機能障害など複雑な障害を伴うこともしばしばみられる³⁾。これらの障害を持った患者を抱える家族は、入院による社会的制約や経済的負担、障害による日常生活の援助、治療や予後の受容等、患者を取り巻く大部分の役割を担わなければならない、家族の抱えるストレスや負担は多大なものとして推測される。特に病者にとって家族は身体的・精神的・経済的な支えであり、患者ケアを実践するにあたっては、看護の対象に家族も含めた家族看護の考え方や実践が試みられ、欧米においては、家族が患者の回復に影響を与えるという報告も増加してきている⁴⁾。しかし、我が国の特に急性期医療ケアにおいては、患者の生命維持機能のみに重点が置かれ、患者を取り巻く家族の心理的側面にまで看護的視点が向けられている現状とはいいい難い。臨床の現場のなかで、早期から病者を抱える家族への介入の必要性が認識されてきているが、家族への関わりに苦慮しており、また、実態についても明らかにされていないのが現状である。

ところで、従来までの家族の実態を明らかにする研究としては、患者の発症というストレスが家族にもたらす反応（ストレス反応）に着目したものが多く、特に家族（主介護者）の事態をストレス反応である健康障害や負担感として調査した報告が多くみられる⁵⁻⁹⁾。水野ら⁹⁾は要介護者の性別、ADL、介護時間、主介護者の年齢と負担感との関係を明らかにし、山田ら⁵⁾は負担感によって身体的不調や抑うつ感、生活満足度の低下がみられたことを明らかにしている。また、Schulzら¹⁰⁾のコホート調査においては、負担感の内容は時間の経過とともに変化がみられ影響を受けることが報告されている。我が国における入院患者を抱える主介護者の研究としては、井上ら¹¹⁾による入院2週間と1ヵ月における調査報告はあるが、発症直後の急性期からの家族員（主介護者）のストレスや負担感の実態を明らかにした報告はほとんどみられないのが現状である。

そこで、脳卒中発症まもない患者を抱える家族が何を感ず、不安はどのようなものか、どのような介入を必要としているのか、急性期と同様に亜急性期においても不安や思いに変化があるかなど、急性期および亜急性期における家族の負担感を明らかにすることで、今後の看護介入の示唆を得ることを本研究の目的とした。

1. 用語の定義

1) 急性期および亜急性期

脳卒中の一般的治療基準を参考に、発症1週間以内を急性期、発症から1ヵ月以上3ヵ月未満を亜急性期と規定した。

2) 主介護者

入院中の患者の身体的サポートだけでなく、精神的なサポートを含む存在で、治療上のキーパーソンという役割だけに限らず、一番身近に患者に関わっている存在とした。

3) 負担感

直接的な介護行為からのものだけでなく、入院患者を抱えることでの面会や世話などによる重荷などで、介護によって生じる主介護者の負担感とした。

2. 対象と方法

沖縄県内の総合病院4施設において初回発症の脳卒中患者を抱える主介護者のうち、調査の主旨を説明し同意の得られた54名を対象にアンケート調査を実施し、有効回答者45名（有効回答率83.3%）を急性期の対象とした。急性期の対象のうち、亜急性期（発症1ヵ月以降3ヵ月未満）においても入院加療中の対象者で、追跡可能であった20名の主介護者に再度アンケート調査を行い、有効回答が得られた20名を亜急性期の対象とした。

調査期間は、平成13年6月から10月までの約4ヵ月間である。

調査方法は、各施設より初発脳卒中患者の入院の連絡を受け、患者の容態が落ち着いた状態になった段階で主介護者に調査の主旨を説明し、同意を得ることおよび負担であれば中断可能であることなどの倫理的配慮を行った。調査内容は、基本的属性、介護に対する負担感、ソーシャル・サポートなどの項目より構成されている。介護に対する負担感には中谷らの負担感スケール¹²⁾を一部修正したものをを用いた。また、ソーシャル・サポートの測定にはWeissによって開発され、筒井ら¹³⁾によって邦訳されたソーシャル・サポート尺度を用いた。一方、患者情報は、基本的属性、脳卒中重症度スケール（Japan Stroke Scale）¹⁴⁾、日常生活レベル（Berthel Index）¹⁵⁾をカルテより調査者自身が収集した。

なお、分析には統計パッケージStatview 5.0を用い、負担感の因子の抽出には主成分分析を行い、2群間の有意差の検定にはt検定を用い、尺度間の関連は相関係数を用いた。p値が5%以下を有意差有りとした。

1) 負担感スケール（中谷らの負担感スケールを一部修正）

中谷¹²⁾によって開発された家族介護者の受ける負担感に関するスケールの中から本研究の対象である入院患者に適応しない1項目を除いた11項目の質

Table 1 Basic Attributes of Primary Caregivers

		n(%)	
		Acute(n=45)	Subacute(n=20)
Sex	male	10(22.2)	4(20.0)
	female	35(77.8)	16(80.0)
Age		49.1±12.8	45.8±12.6
Occupation	employed	27(60.0)	9(45.0)
	unemployed	17(37.8)	11(55.0)
	leave absent	1(2.2)	0(0.0)
Last education	elementary or junior high school	8(17.8)	3(15.0)
	high school or academic school	27(60.0)	4(20.0)
	college or university	10(22.2)	4(20.0)
Relation	spouse	20(44.4)	5(25.0)
	family	16(35.6)	13(65.0)
	others	9(20.0)	2(10.0)
Family	live alone	6(13.3)	3(15.0)
	nuclear family	34(75.6)	15(75.0)
	third generation	5(11.1)	2(10.0)
Economy	fair	23(51.1)	5(25.0)
	poor	22(48.9)	15(75.0)
Visiting time	everyday	39(86.7)	8(40.0)
	twice or three times a week	6(13.3)	12(60.0)

問項目を使用した。「非常にそう思う」4点、「まったくそう思わない」1点の4件法で算出し、得点が高いほど負担感が高いことを示す(Cronbach's Alpha 係数 .82)

2) ソーシャル・サポート 得点 (日本語版 Personal Resource Questionnaire 85) Part 2

Weissにより開発され、筒井¹³⁾によって日本語版が開発されたスケールで、25項目より構成されている。「いつもある」から「まったくない」までの7段階のリカート法により得点化され、得点が高いほどソーシャル・サポートが高いことを示す(Cronbach's Alpha 係数 .89)

3) 脳卒中重症度スケール (Japan Stroke Scale)

1997年日本脳卒中学会¹⁴⁾によって開発された脳卒中重症度尺度で、意識や言語、運動系等10項目より構成され、評価項目によって重みづけがされている。重症度が高いほど得点が大きく、重症度スコアは-0.38~26.95の範囲である。

4) 日常生活レベル (Berhtal Index)

Cranger CVら¹⁵⁾によって開発された日常生活レベルの評価のための尺度を用いた。この指標は食事、入浴、整容、更衣、排泄などの10項目で構成され、ADLが自立しているものを100とし、0~100の間で半定量的に点数化し用いる。

3. 結果

1) 主介護者の基本的属性

急性期における主介護者は、男性10名(22.2%)、女性35名(77.8%)であり、平均年齢は49.1±12.8歳であった。職業有りが6割を占め、1名は休職中であった。患者との続柄は配偶者が20名(44.4%)と最も多く、次いで親子の16名(35.6%)の順であった。現在の経済状態は入院前と変わりなく現状維持と回答した者が約半数であった。面会回数は約9割の者が毎日面会に訪れていた。

亜急性期における主介護者の性別は、女性が16名(80.0%)、男性4名(20.0%)であり、平均年齢は45.8±12.6歳であった。職業については、無しが約半数を占め、経済状態としては、15名(75.0%)が困っていると回答していた。面会の回数は2~3回/週と急性期に比べ減少していた(Table 1)。

2) 患者の基本的属性

急性期の患者の基本的属性は、男性23名(51.1%)、女性22名(48.8%)で、平均年齢は62.9±15.9歳であった。疾患は脳出血が44.4%を占め、次いで脳梗塞37.7%の順で、手術の有無に関しては約3割の者が手術を受けていた。入院病棟は一般病棟が68.6%と最も多かった。

亜急性期の患者の基本的属性は、男性11名(55.0%)、女性9名(45.0%)であり、平均年齢は65.8±13.2歳であった。入院施設は、急性期同様、病院が9割を占め、2名(10.0%)はリハビリ病院などの関連施設へ転院していた(Table 2)。

3) 主介護者の抱える負担感の因子分析結果

主介護者の抱える負担感の因子分析の結果より5つの因子が抽出された。因子1は「世話や面会は精一杯である」「世話や面会で家事やその他のことに手がまわらな

Table 2 Basic Attributes of Patients

		n(%)	
		Acute(n=45)	Subacute(n=20)
Sex	male	23(11.1)	11(55.0)
	female	22(48.9)	9(45.0)
Age		62.9±15.9	65.8±13.2
Disease	cerebral hemorrhage	20(44.4)	10(50.0)
	cerebral infarction	17(37.8)	7(35.0)
	subarachnoidal hemorrhage	7(15.6)	3(15.0)
	others	1(2.2)	0(0.0)
Length of admission operation		5.9±3.4	40.1±7.6
	Yes	11(22.4)	11(55.0)
	No	34(75.6)	9(45.0)
Care Unit	ICU	14(30.0)	0(0.0)
	general unit	31(68.9)	20(100)
Institution	acute Hospital	45(100)	18(90.0)
	rehabilitation Hospital	0(0.0)	2(10.0)

Table 3 Rotation factor matrix of psychological stress (burden)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Q 9	.785	-.194	.061	.210	-.339
Q 8	.679	-.078	.170	.081	.000
Q 2	.647	-.083	-.035	-.341	.106
Q 7	.553	.180	.000	-.008	.306
Q 1	.516	.034	-.127	.041	.374
Q 6	.061	.835	.328	-.111	-.184
Q 10	.061	.722	-.312	.503	.141
Q 11	.014	.118	.725	.325	.154
Q 3	.299	.030	.515	-.240	.070
Q 4	-.076	.031	.130	.893	-.070
Q 5	-.019	-.098	.145	-.010	.803
Factor contribution	3.663	1.144	1.144	1.781	2.893
% of variance	33.3%	10.4%	10.4%	19.6%	26.3%

Principal component analysis, Varimax rotation

The contents of questionnaires; Q9: I can't do home works for caring and looking for patient. Q8: It is hard for me to take care the patient. Q2: I have no time for hobby and another activities. Q7: I want to change for patient cares. Q1: I don't think burdens for patient cares. Q6: I worry about patient conditions in the future. Q10: I want to care. Q11: I take care the patient, worry about health of myself. Q3: I am tired from taking care the patient everyday. Q4: I will see what I can do against difficulty of care. Q5: I think hospital has everything care of the patient.

くなる」などの5項目からなる『役割負担』, 因子2は「今後患者の世話が手に負えなくなるか心配だ」などの2項目よりなる『将来への不安』, 因子3は「世話や面会をしていると自分自身の健康のことが心配だ」などの2項目よりなる『健康不安』, 因子4は「世話や面会の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う」の負担感に対する逆転項目で、『消極的思考』, 因子5は「病院で世話してほしいと思うことがある」の『役割解放』と解釈した (Table3).

上述した負担感を用い, 急性期における主介護者の負担感を得点化すると, 因子1の『役割負担』が最も高く,

次いで因子4の『消極的思考』, 因子2の『将来への不安』の順であった。

一方, 亜急性期における主介護者の負担感は, 急性期と同様、『役割負担』が最も高く, 次いで因子3の『健康不安』, 因子5の『役割開放』の順であった。

急性期・亜急性期における負担感を比較した結果, 負担感の全因子において, 急性期に比べ亜急性期の負担感スコアは上昇していた。特に, 因子2の『将来への不安』, 因子3の『健康不安』のスコアは, 有意に上昇していた ($p<0.01$, Table4)。

4) 主介護者の負担感に関連する要因

Table 4 Changes in scores in patients' status and caregivers' burden in acute and subacute stages

		M±SD	
		Acute(45)	Subacute(20)
Patient	(JSS)	26.07± 4.48	26.58± 3.26
	ADL(BI)	40.50±24.27	38.00±18.66
Main Caregiver	Burden		
	Factor 1(burden of her/his role change)	2.27± 0.07	3.15± 0.65
	Factor 2(anxiety about future)	2.00± 0.58	1.95± 0.58
	Factor 3(anxiety about the health of themselves)	1.97± 0.75	3.10± 0.70
	Factor 4(negative thinking about care)	1.38± 0.76	2.10± 1.17
	Factor 5(release of care)	2.12± 1.07	2.70± 1.00
	Social support(JPRQ)	104.41±17.00	110.90± 7.62
		t test	***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

Table 5 Correlations between psychological burden factors in caregivers and patients' physical assessments or social supports in acute and subacute stages

	Patient	Patient				Care Giver	
		Japan Stroke Scale		Barthel Index		Social Support(JPRQ)	
		Acute	Subacute	Acute	Subacute	Acute	Subacute
Patient	Factor 1(burden of her/his role change)	.051	.340	-.124	.096	-.516**	.060
	Factor 2(anxiety about future)	.152	.560*	-.130	-.130	-.367*	.211
	Factor 3(anxiety about the health of themselves)	.025	.230	-.009	.433	-.301*	-.002
	Factor 4(negative thinking about care)	.268	.196	-.179	.000	.238	.084
	Factor 5(release of care)	-.143	-.046	.090	.201	-.306*	-.288
							Product moment correlation **p<0.01 *p<0.05

急性期における主介護者の負担感と諸要因との関係では、患者の重症度や日常生活レベルとの関連は認められなかったが、主介護者のソーシャル・サポートとの間には負の相関が認められ、ソーシャル・サポートが高いほど、負担感は低かった (p<0.01)。

一方、亜急性期では、患者の重症度と主介護者の負担感である『将来への不安』との間に正の相関が認められ、その他の負担感の因子においても、患者の重症度が高いほど負担感が強い傾向がみられた (p<0.05)。急性期で負担感との関連性のみられたソーシャル・サポートは亜急性期においては、関連性が認められなかった (Table5)。

4. 考 察

1) 主介護者における負担感の現状

(1) 急性期における負担感

脳卒中は突然の発症で、何らかの障害を伴う場合が多いことから、急性期には、様々な負担感が存在すると予測される。FigleyとMcCubbin¹⁰⁾は、病気や外傷が家族に与える影響因子について、準備を整えるために使えた時間の長さ、同様の過去の体験の有無、家族を支援する資源の有用性、有病率や有発率、喪失(生命や身体の一部、収入など)の大きさ、家族崩壊の程度や変化を挙げている。本調査においても、脳卒中の発症は突然の発

症で予測できるものではなく、準備を整えるために使えた時間がほとんどないこと、本調査は初発患者に限定しており過去の経験がなく、初めて体験する事柄であり、さらには麻痺等により身体の一部の喪失感や時には生命の危機をも脅かしかねないことなどから、家族に与える影響は多大なものと考えられる。このような急性期の負担感の実態として『役割負担』の因子が最も高かった理由としては、突然の発症により生じた介護という役割に関する事項やそれに伴う家事やその他の事柄、患者が障害を伴っている場合、患者がこれまで担っていた役割の変更など様々な事柄が家族に課せられることになる。本調査における患者属性では、急性期の日常生活レベル(Berthel Index) 得点は低く、全体の約9割が何らかの日常生活に援助を必要としていることより、介護者の『役割負担』の得点が高くなっていると考えられる。また、『将来への不安』は、脳卒中の発症パターンが突然であること、本調査の対象である主介護者の抱える患者の脳卒中発症が初発であり、かつ障害を伴っている割合が高いことなどから、患者の状態や家族の生活など、これから先の今後に関する見通しが予測できないことに関する思いが抽出されたと考えられる。

病者を抱えるという状況は家族に様々な負担を課せる事柄である。ましてや脳卒中のように患者が何らかの障害を伴う場合における家族の負担は計りえないものと考え

えられる。特に、介護に付随した役割負担や、患者の今後の状態に関する不安は急性期の特徴と考えられる。

(2) 亜急性期における負担感

亜急性期の負担感で最も高かった項目は、急性期同様『役割負担』であった。このことは、急性期と同様に病者を抱えるということにより生じる介護役割や患者が担っていた役割の負担が継続していることが要因の一つと考えられる。井上ら¹¹⁾の研究においても入院患者を抱える負担で最も高かったのは、家族の入院により生じる生活習慣の変化や家族の役割負担の調整を行うことで、環境の変化に適応する難しさを挙げており、同様の結果であった。次いで高かった項目としては、介護を行うことで自分自身の健康が脅かされていると感じる『健康不安』であった。このことは本調査における調査期間の平均が40日前後であることから、様々な役割変化が1ヵ月以上も持続していること、継続した介護が必要であるばかりに、時間の経過とともに主介護者自身も健康面で何らかの不安を抱えている結果と考えられる。

また、今回の急性期から亜急性期に至るまでの追跡調査の結果より、脳卒中患者を抱える主介護者の負担感スコアは、どの項目においても亜急性期で高くなる傾向にあった。本調査のように、急性期から亜急性期にかけての脳卒中患者を抱える家族を対象に縦断的にみた経時的報告はほとんどなく、本調査の対象である初発脳卒中患者を抱える主介護者の場合、全対象が突然の発症であり、かつ初発で、重症度得点も高く、日常生活レベルも低いこと、患者の平均年齢が60代前半であることなどは、身体面・心理社会面での喪失感が大きく、家族の役割変化も余儀無くされていることなどからも負担感が高くなっていると考えられる。

また、亜急性期における負担感の内容も急性期とは異なっており、特に患者の今後の状態（回復の見通しや社会復帰など）などに関する『将来への不安』や自分自身の健康面に関する不安を示す『健康不安』において有意に上昇していた。亜急性期は、治療的側面が終了し、家族が患者に接する機会が急性期に比べ増え、直接的に患者の障害や症状、日常生活の状況を目の当たりにする時期である。特に、障害の重い患者は、急性期治療が完了した亜急性期の時点で次の施設への転院を余儀無くされる。渡辺ら¹⁷⁾は障害患者を抱える家族の様々な問題は、退院が近づいてきた時に顕在化することが多いと述べている。病院からの退院（転院）の時期は、完全に機能の回復していない患者の状態に更に不安を感じ、患者ケアを病院が全面的に引き受けていた状況から少しずつ障害を目の当たりにするなど、急性期の時期に感じた生命の危機感や喪失感とは異なった不安を感じていると考えられる。本調査においても発症から約1ヵ月が経過するなかで、重症度および日常生活レベルはほとんど改善がみられず、今後の不安や負担が蓄積され、改善の兆しの見えない時期に、更に不安を増強させていると考えられる。

亜急性期の負担感の特徴は、蓄積する不安や負担によって、負担感は急性期に比べ亜急性期に更に強く、特に今後のことや自分自身の健康面に関する不安など、介護者の精神的・身体的健康面をも脅かす時期であることが明らかとなった。

2) 負担感と諸要因との関連

急性期における負担感と諸要因との関連では、患者の重症度や日常生活レベルの面から関連が認められなかった。このことは、急性期における負担感の重症度や日常生活レベルなどの状態によって差があるものではなく、脳卒中の発症自体が、主介護者を含めた家族にとって、負担となっていることが考えられる。一方、負担感と関連性がみられた要因としては、様々な負担感とソーシャル・サポートとの間には負の相関が認められ、ソーシャル・サポートが高いほど、負担感は低かった。この結果は、負担感軽減の一因としてのソーシャル・サポートの存在を明らかにし、家族の負担を軽減する因子としてのソーシャル・サポートの重要性を示すものである。在宅における介護者を対象としたRebeccaら¹⁸⁾や筒井、安梅、藤田ら¹⁹⁻²¹⁾の結果でもソーシャル・サポートが介護負担を軽減すると報告がされており今回の結果と同様であった。ソーシャル・サポートは、当人、重要他者（家族、友人、同僚、専門家など）から得られる様々な形の援助であり、Caplan²²⁾は援助機能をその人自身が持っている心理的資源を動員して精神的重荷を乗り越えるのを助け、置かれた状況にうまく対処していくために必要なお金、物質、技術、認知的ガイダンスを提供することであるとしている。また、家族同様、医療従事者もソーシャル・サポートを担う一員でもある。脳卒中患者を抱える家族の場合、発症や機能障害、時には生命の危機など急性期に受けるストレスは多大なものがある。発症直後から、発症時の患者の状態に関わらず、突然の発症であることに十分に配慮し、患者にどのようなことが起こっているか、患者の経過や転機、回復の可能性を個々に応じた理解できる説明を行うこと、患者に最善の医療を受けていることを説明し、ケアの質を保証することが重要と考えられる。つまり、患者・家族に寄り添い、情報提供を行い、快適さ、希望を保証することが大切と考えられる。同時に、家族の持っている心理的資源や病状説明などの認知レベルをアセスメントし、家族資源を強化し、その出来事に対する主観的な認識を修正できるよう適切な認知ガイダンスを提供することがソーシャル・サポートの援助として重要である²³⁻²⁵⁾。患者と可能な限り頻回に会えるなどの面会の配慮や、患者・家族の情報交換の支援等、お互いの相互作用を保証することが、ひいては家族の抱える負担の軽減につながる事が考えられる。

次に、亜急性期の負担感と諸要因との関係では、患者の重症度が高い場合、負担感も全体的に高い傾向にあり、特に『将来への不安』との間に正の相関が認められた。

本調査にける亜急性期の対象は、急性期・亜急性期間で患者の重症度の平均値に差は見られず、発症1ヵ月を迎える時期においても意識障害や機能障害など重症度の回復はみられていない状況であった。その結果、重症度の高い患者を抱える家族は、患者の状態に対する不安や将来に対する目標設定ができず、自分自身の今後の生活など予測のつかない今後に関する今後に関する不安が関連すると考えられる。一方、急性期の負担感に関連がみられたソーシャル・サポートは、亜急性期では関連性はみられなかった。このことは、急性期から亜急性期における負担感の増加に比べ、ソーシャル・サポート得点はほとんど変化がないことも原因と考えられ、今後の課題と考えられる。仮に、亜急性期にソーシャル・サポートの強化が行われれば、先行研究⁵⁻⁹⁾や急性期の結果同様の結果が得られたと考えられる。亜急性期の時期は、発症からの負担やストレスが時間の経過とともに増大し、経済的・人的資源が枯渇しはじめると家族間の不安やストレス、時に衝突などが一層顕著になる危険性を引き起こすことが考えられる。亜急性期の主介護者の負担感を軽減するには、急性期から亜急性期ひいては慢性期に至るまでの継続した関わりに加え、患者のみならず家族の精神面の状態もアセスメントし、医師や看護師、理学・作業・言語聴覚士、栄養士、薬剤師など様々な専門家による継続したケアを提供し保障することで、主介護者の負担感やストレスは軽減され、ひいては患者の回復に向けての一助となると考えられる。

本研究の一部は平成13年度琉球大学大学院保健学研究科修士論文として公表した。

参考文献

- 1) 厚生統計協会: 国民衛生の動向. 49.47-52.2002.
- 2) 厚生統計協会: 国民衛生の動向. 49.92-93.2002.
- 3) 河原加代子: 脳血管障害と家族介護者を対象とした支援プログラムの開発のための文献検討, 看護研究, 32(6), 509-518, 1999.
- 4) King K. B., Reiss H. T., Porter L. A. & Norsen L. H.: Social support and long term recovery from coronary artery surgery. *Health Psychology*, 12, 56-63, 1993.
- 5) 山田紀代美: 要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究, 日本看護科学会誌, 17(4), 11-19, 1997.
- 6) 臼田 茂: 脳卒中患者の主介護者における介護負担感および主観的健康度とその関連要因, 日本公衆衛生誌, 43, 854-863, 1997.
- 7) 石川りみ子: 脳卒中後遺症をもつ患者の退院・転院6ヵ月時点での自宅復帰に関連する要因, 日本看護科学会誌, 18, 11-19, 1998.
- 8) 深谷安子: 在宅片麻痺老人のADL変化に関する要因の分析, 日本看護科学会誌, 11, 44-54, 1991.
- 9) 水野敏子: 介護者と要介護者との介護役割認知のズレと介護負担感, 日本看護科学会誌, 12, 17-29, 1992.
- 10) Schulz R, Tompkins CA. and Rau MT.: A longitudinal Study of Psychosocial Impact of Stroke on Primary Support Person. *Psychology and Aging*, 3(2), 131-141, 1988.
- 11) 井上勤子: 入院患者を抱える家族の負担に関する調査, 成人看護II, 26, 1995.
- 12) 中谷陽明: 家族介護者の受ける負担感, 社会老年学, 29.
- 13) 筒井真由実: 日本語版Personal Resource Questionnaire 85 (JPRQ 85) Part 2の妥当性と信頼性, 日本看護科学会誌, 15, 38-44, 1995.
- 14) 日本脳卒中学会Stroke Scale 委員会: 日本脳卒中学会・脳卒中重症度スケール(急性期) -Japan Stroke Scale (JSS) -, 脳卒中, 19, 1-5, 1997.
- 15) Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC. and Barrett JE.: Stroke Rehabilitation Analysis of Repeated Barthel Index Measures: *Arch Phys Med Rehabil*, 60, 14-17, 1993.
- 16) Figley, C. R., and McCubbin, H. I.: *Stress and the family*, New York: Bunner/Mazel, 1983.
- 17) 渡辺俊之部: リハビリテーション患者の心理とケア, 医学書院, 2000.
- 18) Rebecca J. Sisk: Caregiver burden and health promotion, *International Journal of Nursing Studies*, 37, 37-43, 2000.
- 19) 筒井孝子: 在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意志に関連する要因の検討, 総合リハ, 21, 129-134, 1993.
- 20) 安梅勅江: 高齢障害者の介護負担感からみた在宅ケア支援のあり方に関する保健福祉学的研究, 国立リハビリテーションセンター紀要, 11, 1-7, 1991.
- 21) 藤田利治: 要老人の在宅介護継続の阻害因子についてのケース・コントロール研究, 日本公衆衛生誌, 39, 687-695, 1992.
- 22) Caplan G.: *Support systems and community mental health*, New York: Behavioral Publications, 1974.
- 23) Hill R.: *Families under stress*. New York. Harper & Brothers. 1949.
- 24) Burr W. R.: *Families under stress*. In H. I. McCubbin, A. E. Cauble, & J. M. Patterson, *Family stress, coping-and social support*. Springfield, IL, Charles C. Thomas, 1982.
- 25) 久田 満: ソーシャル・サポートの研究の動向と今後の課題, 看護研究, 20, 170-179, 1987.