

家族介護者の介護適応を促す協同的ケアモデルに関する研究
—家族介護者の介護力向上のために必要な看護支援の検討—

Research on Cooperative Care Models to Support Adaptation of
Family Caregivers to Caregiving:
Study of Nursing Support Required to Raise Caregiving Competence
of Family Caregivers

2015年3月

北九州市立大学大学院社会システム研究科

博士（学術）学位請求論文

櫟 直美

要旨

第1章では、我が国の家族介護者を取り巻く状況について厳しい実態を示し、2つの課題を明らかにした。1つは、在宅介護を継続するためには家族介護者自身のもつ『介護力』を引き出すことで、2つ目はこの『介護力』を獲得し効果的に活用するために、新たな看護支援を開発し、多職種が連携した協同的ケアが必要なことである。

そこで本研究では、『介護力』とは何かを明らかにし、家族介護者への総合的支援について様々な要因を検討することで、家族介護者の実態に即した看護支援を含む多職種連携での支援方法を提案することを目的とした。

第2章では、家族介護者の『介護力』を明らかにすることであり、国内外の文献検討及び家族介護者へのインタビュー内容を質的帰納的に分析することにより介護力の構成要素を明らかにした。文献検討では、エンパワメントの原理や自己効力による動機づけパワー、介護家族のキャリア発達の視点から『介護力』の要素を述べ、加えて介護を乗り越えた家族介護者へのインタビューより『介護力』の要素として11のカテゴリーを抽出した。このカテゴリーにより、『介護力』の構成要素として38項目を設定し、第4章で実施する調査のための『介護力』についての質問項目とした。

第3章では、要介護者とその家族介護者を取り巻く社会資源を最大限に活用していくための多職種連携の在り方についての協同的ケアモデルの概念を提起した。そこではまず、現状のケアマネジメントの課題として、家族介護者の『介護力』の強化を図るようなインフォーマルサポートを組み込む必要性を述べ、その上で、協同的な支援関係を構築し、ケアの必要性にそった支援を行うための人的・物的な資源の量や内容の調整といった役割をもつケアコーディネーションの機能を含める協同的ケアシステムの概念図を作成した。

第4章では、第2章で導き出された『介護力』の質問項目を用いて、在宅で介護を継続する家族介護者を対象に調査を実施した。方法は、在宅で介護をしている家族介護者1200人を対象に自記式質問紙調査を2012年5月～8月に実施した。アンケート調査票の回収数は678、有効回収数は661（有効回収率55.1%）であった。

第5章では、調査内容を基に『介護力』について因子構造を明らかにし、介護力と介護負担感との関連要因を検討した。介護力は【介護を肯定的にとらえる力】【介護ケア実践力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【周囲の援助活用力】【介護に対する負の感情表出力】の6因子から構

成されていた。これらの介護力因子が介護負担感に影響する要因については、以下のことが示唆された。【介護を肯定的に捉える力】、【介護生活からの転換力】を高めることは、介護負担感を軽減させる効果があり、特に【介護を肯定的に捉える力】は介護力の動機づけパワーとなり高めていくことが重要である。しかし、【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】は高くなることで、介護負担感も高まることから、介護を積極的に受容することで燃え尽きに繋がっていないか、高まる要因に介入するような支援が必要である。

第6章では、具体的な支援を導き出すために、『介護力』に関連する介護関連ニーズの特徴から“看護師に対するニーズ”を導きだし、どのような看護支援が必要であるか検討を行った。その結果、1【介護を肯定的に捉える力】を高めるためには、看護と介護が連携して要介護者の状態にそったより良い介護の工夫について情報提供や、実践方法を獲得するための学習会等の教育的支援が有効である。2【介護生活からの転換力】を高めるためには、地域住民や当事者同士による相互支援、あるいはボランティアによる要介護者の生活支援等が必要である。3【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】を適切に保つためには、看護や介護の経験者でのボランティア介入により、迅速に相談・援助ができる体制づくりが求められる。またケアマネジャーと連携したレスパイトケアも活用していく。4【自己の健康管理力】と【周囲の援助活用力】については、地域の健康指導や健康教室への参加を促し、健康づくりや仲間づくりを促すことが効果的であるが、男性や孤立した家族介護者へは、自治体が主体となって地域全体で支援していく仕組みづくりが必要である。

第7章では、第5、6章の支援を組み込んだ多職種連携での協同的ケアの方向性について検討した。具体的には、通所系サービスでの専門職によるインフォーマルサポートや家族会の機能が『介護力』向上へどのような効果をもたらすかを検証しつつ、自治体のケアコーディネーションの役割に言及している。

第8章では、まとめと課題として、限られた社会資源の活用には、家族介護者の持つ『介護力』を引き出し、獲得することが重要である。介護力の要素にそって、高めていくべき支援と、高まり過ぎる要因への介入により予防的に関わっていく支援とを見極め、看護師の役割を明確にした上で、多職種が協同したケアの構築が必要である。

Abstract

Chapter 1 describes the severity of the current situation of family caregivers in Japan and clarifies two issues. The first is the need to draw out the “caregiving competence” of family caregivers in order to maintain home-based care, and to develop new nursing support, and the second is the need for coordinated multi-professional cooperative care for improving this “caregiving competence” and enabling its effective use.

The aims of this chapter are to clarify the meaning of “caregiving competence” and, through examination of various factors related to general support for family caregivers, to propose methods of support appropriate to their current situation that can be provided through multi-professional coordination.

Chapter 2 aims to clarify the “caregiving competence” of family caregivers, ascertaining constituent elements through the review of Japanese and international literature and qualitative inductive analysis of interviews with family caregivers. The literature review describes “caregiving competence” elements from the perspectives of caregiver family career development, principles of empowerment, and motivating power derived from self-efficacy. This review is supplemented by interviews with family caregivers who have survived caregiving, which led to the creation of 11 categories for “caregiving competence” elements. From these categories, 38 items were established as constituent elements of “caregiving competence”, and are to be used as question items for administering the survey on “caregiving competence”, which will be described in Chapter 4.

In Chapter 3, the concept of a cooperative care model, focusing on modality of multi-professional coordination, which maximizes the use of social resources surrounding family caregivers and the person who requires care is presented. First, the need to embed informal support that strengthens the “caregiving competence” of family caregivers is discussed as an issue of current care management. Based on this discussion, cooperative support relationships are constructed, and a conceptual diagram of a cooperative care system, which includes roles of care coordination functions that allow for organization of human and physical resource loads and content, is created to provide support according to care requirements.

In Chapter 4, question items on “caregiving competence” that were elicited in Chapter 2 are used in a survey on family caregivers providing continuing care at home, and multi-perspective analyses of both “caregiving competence” and nursing support is carried out in accordance with this competence.

The survey was a self-administered questionnaire distributed to 1200 family

caregivers engaged in home-based care between May and August 2012. A total of 661 valid responses (valid response rate: 55.1%) were obtained.

In Chapter 5, we elucidated the factor structure of “caregiving competence” based on the survey contents, and investigated the factors related to caregiving competence and sense of burden of caregiving.

First, exploratory factor analysis for “caregiving competence” elicited the following 6 factors: “ability to perceive caregiving positively”; “ability to engage in caregiving”; “ability to manage own health”; “ability to switch off from caregiving mode of living”; “ability to use assistance available in surroundings”; and “ability to express negative emotions about caregiving”.

Next, the impact of these caregiving competence factors on sense of burden of caregiving was examined, suggesting the following. Raising “ability to perceive caregiving positively” and “ability to switch off from caregiving mode of living” is effective in reducing the sense of burden of caregiving, and is particularly important for raising “ability to perceive caregiving positively”, as this becomes the motivating power for caregiving competence. However, when “ability to engage in caregiving” and “ability to express negative emotions about caregiving” are higher, the sense of burden of caregiving also increases, suggesting both that positive acceptance of caregiving may lead to burnout, and that support for intervention may be needed when these factors are higher.

In Chapter 6, we identified “needs toward nurses” from the characteristics of care-related needs related to “caregiving competence” in order to identify specific support methods, and investigated the types of nursing support that were necessary.

Results of this process show the following: (1) to raise “ability to perceive caregiving positively”, coordinating nursing and caregiving to elicit information on how best to provide care based on individual situations is needed, and educational support, such as study meetings, is also effective for obtaining practice methods; (2) to raise “ability to switch off from caregiving mode of living”, mutual support between community residents and the caregivers is necessary, as is volunteer support in the daily life of the person requiring care; (3) to maintain appropriate levels of “ability to engage in caregiving” and “ability to express negative emotions about caregiving”, a system that provides prompt advice and assistance through intervention of volunteers with caregiving and nursing experience must be created; the use of respite care organized through coordination with care managers is also an option; and (4) concerning “ability to manage own health” and “ability to use assistance available in surroundings”, promotion both of participation in community health guidance and health workshops and of attention to health and friends are effective, but it is necessary

for local government to take the initiative in order to create structures that provide support for men and isolated family caregivers from the community as a whole.

Chapter 7 examines directions in coordinated multi-professional cooperative care embedded in support, as described in Chapter 5 and Chapter 6. Specifically, ways in which specialists at day care services are able to facilitate informal support and family meeting functions to achieve results in improving “caregiving competence” are examined; reference to the role of local government in care coordination is also made.

In Chapter 8, drawing out and securing “caregiving competence” among family caregivers using limited social resources is important. To do so, multi-professional cooperative care that works in line with caregiving competence elements must be built, distinguishing between support for raising factors that need to be raised and support for preventative intervention for factors that become too high.

本文目次

序章	1
第1章 問題の所在と研究の背景	3
第1節 家族介護者の在宅での介護実態	3
第2節 家族介護者が抱える問題の所在	6
1. 家族介護者を取り巻く在宅福祉政策の変遷と介護システムにおける課題	6
2. 家族介護者の苦悩の実態	7
3. 背景から見えてきた家族介護者の介護適応の課題	9
4. 家族介護者への看護支援の意義	11
第3節 研究の経緯と目的	12
1. 研究の経緯	12
2. 研究の目的	13
第2章 介護力を構成する要素	15
第1節 介護力の要素としての動機づけパワー	15
1. エンパワメントの原理による動機づけパワーの獲得	16
2. セルフ・エフィカシーによる動機づけパワー	17
3. 動機づけパワーとしての介護肯定感	17
第2節 介護力の要素としての対処する力	19
1. 家族介護者のキャリア発達の視点からみた対処行動	19
2. ストレス対処理論から捉えた家族介護者の対処行動	20
3. 介護力の要素としての対処行動とは	22
第3節 家族介護者へのインタビューによる介護力構成要素の検討	24
1. インタビューの方法	24
2. 介護肯定感のカテゴリー化	25
3. 抽出されたカテゴリーの妥当性の検討	26
第4節 家族介護者の介護力の構成要素	27
第3章 協同的ケアの概念	31
第1節 多職種連携による地域包括ケア概念の変遷	31
第2節 保健医療福祉の連携と統合	32
第3節 ケアコーディネーションの機能	33
第4節 ケアマネジメントの機能とその課題	34
第5節 家族支援を組み見込んだ協同的ケアシステム	36

第4章 家族介護者の介護力への関連要因と必要な看護支援の調査	38
第1節 本研究の分析枠組み	38
1. 分析枠組み	38
2. 調査の対象と方法	40
3. 調査内容	42
1) 家族介護者の特性	42
2) 要介護者の特性	42
3) 介護状況	42
4) 介護力	43
5) 介護関連ニーズ	43
第2節 基本属性と介護状況	44
1. 家族介護者の特性	45
2. 要介護者の特性	46
3. 要介護者の困った行動（BPSD）の状況	47
4. 介護状況	48
5. 介護継続意思	51
6. 介護負担感	52
第5章 家族介護者の介護力と介護負担感との関連	53
第1節 介護力の因子構造	53
1. 介護力因子の抽出	53
2. 介護力の因子構造の検討	56
第2節 介護力の関連要因とその支援方法	57
1. 介護力因子に関連する要因の分析結果	57
2. 関連要因から検討した介護力を獲得するための支援	58
1) 介護力に関連する家族介護者の要因	58
2) 介護力に関連する要介護者の要因	59
3) 介護力に関連する介護状況の要因	60
第3節 介護負担感に関連する要因	60
1. 介護負担感に関連する要因	61
1) 重回帰分析の結果	61
2) 分析結果による要因の検討	64
2. 介護継続意思が介護力および介護負担感に及ぼす影響	65
3. 介護負担感と認知症との関連	67

第6章 “看護師に対するニーズ”の関連要因と看護支援の検討	69
第1節 介護関連ニーズのカテゴリーの特徴	69
第2節 “看護師に対するニーズ”に関連する要因	74
第3節 “看護師に対するニーズ”に関連する要因から捉えた看護支援	77
第4節 介護力の違いによる介護関連ニーズの特徴から捉えた看護支援	78
1. 介護を肯定的に捉える力の特徴	78
2. 介護を肯定的に捉える力への看護支援	79
3. 介護ケア実践力の特徴	81
4. 介護ケア実践力への看護支援	83
5. 自己の健康管理力の特徴	84
6. 自己の健康管理力への看護支援	84
7. 介護生活からの転換力の特徴と看護支援	85
8. 周囲の援助活用力の特徴	85
9. 周囲の援助活用力への看護支援	86
10. 介護に対する負の感情表出力の特徴	86
11. 介護に対する負の感情表出力への看護支援	88
第5節 介護力を獲得するための看護支援	88
第7章 看護支援を組み込んだ協同的ケアモデルの検討	93
第1節 家族介護者の介護力を高めるためのインフォーマルサポート	93
1. 家族介護者支援のためのインフォーマルサポートの実際	93
2. 家族介護者の介護力を獲得するための多職種連携の在り方	95
第2節 ケアコーディネーションがなされた協同的ケアの提示	100
第8章 まとめと今後の課題	104
第1節 介護力を構成する因子についての課題	104
第2節 介護力を獲得していくための看護支援の課題	107
第3節 多職種による協同的ケアシステム構築の課題	109
おわりに	111
謝辞	111
参考文献一覧	112

資料目次

調査協力依頼書(対象施設用)	I ~ II
調査説明書(研究協力者保存用)	III ~ IV
調査説明書(研究者保存用)	V ~ VI
調査協力依頼書(家族介護者用)	VII
調査紙	VIII ~ XVII

序章

我が国は、世界でも類を見ない高齢化率の急速な進展により、どの国よりも先駆けて超高齢社会に突入した。それに伴い、将来、誰もが介護し介護される立場になりうるものが人々に意識化されてきた。春日¹によると、介護は大多数の人にとって重大な生活問題とは見なされず、研究対象となることも少なかったが、「寝たきり老人問題」などが社会問題化するようになって以降注目された。経済的発展、医療技術の進歩によってもたらされたのが、介護という新しい生活領域だったのである。

ではこの「介護」の意味について改めて考えてみると、広辞苑²では「高齢者・病人などを介抱し、日常生活を助けること」とある。さらに、「介抱」とは「後見として世話をすること。傷病者などの世話をすること。看病」とあり、介護の内容を示す言葉に「世話」という意味が含まれている。一般的に世話は「ケア care」という言葉に置き換えられる。このケアの概念を包括的に取り上げたミルトン・メイヤロフ³の『ケアの本質』のなかで、「ケアをするとは、その人が成長すること、自己実現をすることを助けることである」。そして「ケアは一つの過程であり、展開を内にはらみつつ人に関与するあり方であり、相互信頼と、深まり質的に変わっていく関係をとおして成長するものである」。さらに「他の人々をケアすることをとおして、他の人々の役立つことによって、その人は自身の生の真の意味を生きているのである」。すなわちケアしケアされているという、ケアをとおしての well-being をその特質として指摘している。また「ケアリング」を看護理論として発展させた J・ワトソン⁴は、ケア提供者である看護者と受けるクライアントとは、彼らが自身の人間性と傷つきやすさのレベルで関係を持ち、そして、お互いから学び取るのである。ケアは「偉大な力、すなわち愛にも似た原始的で普遍的な精神エネルギーを与えてくれる。このエネルギーは心と身体、霊的精神の一体感を生みだし、それが実際に自己治癒の転機を可能にすることができる」源である。また人が人に手を差し伸べ、全人的な触れ合いを交わし、その人のために何かをしてあげたいと思い行動化してゆくことは、看護に限らず、人間の在りようそのものであると述べている。

筆者はこのケアの価値について述べられているように、家族介護者にとっての介護はただ辛い、大変というだけでなく、その経験の中で人と人との相互作用により自己の成長を見出し自己実現につながる機会であると信じている。なぜなら、人間は誰もが心の痛みを自分で癒す力、問題を解決する力を持っており、現実には辛い介護生活に直面したときも周囲の情緒的交流やインフォーマルサポートによりそれを乗り越え、再び自信と笑顔を取り戻す家族介護者の姿を幾度となく目にしてきたからである。しかし残念ながら

¹ 春日キスヨ. 介護—愛の労働—『成熟と老いの社会学』, 岩波講座 (1997).

² 新村出編. 広辞苑, 第5版. 岩波書店 (1998).

³ メイヤロフ, M. (田村真ほか訳): ケアの本質, ゆみる出版, 17-32 (1997).

⁴ Watson, J.: ワトソン 21 世紀の看護論, 川野雅資/長谷川浩訳. 日本看護協会出版会, 291 (2005) (原著 1999).

ら、介護を最後までつらく苦しく孤独であると感じ、介護生活の破綻による虐待や殺人が後を絶たないのもまた現実である。介護には一つとして同じ状況があるわけではないが、もしその状況において何らかの支援があれば救われた命なのかもしれないと思うことがある。2000年に新たに創設された介護保険法は、孤立した介護者を生み出さないよう介護の社会化という展開の上に介護保障を第一義的に考えられ、利用者の主体性および選択制を保証するシステムとして大きな転換を図るものであった⁵。しかしこの介護サービスだけでは充足されない介護者には多様なニーズがあり、インフォーマルサポートを含めた包括的な支援がなければ、介護者の自己実現は困難であると考えられる。

したがって、「介護＝負担や困難」であるとネガティブな視点から一面的に捉えるのではなく、家族介護者の本来持つ力を引き出すことで、介護を価値ある行為として認識し、在宅での介護継続意思が高く持ち続けられるようにするための実践的支援方法が開発される必要があると考えた。

そこで、本研究の目的は、家族介護者のケア(介護)する力を構成する要素は何かを明らかにし、その力を引き出し、獲得していくために保健・医療・福祉資源を有効に活用していく多職種連携でのケアの方向性について提示したいと考えた。特に多職種連携において医療と介護の円滑な橋渡しを可能とする看護職の役割は大きく、まずは看護師として介入可能な具体的看護支援について検討を行った。

第1章では、問題の所在を明らかにするために、我が国の家族介護者を取り巻く状況および介護生活の実態について事例を提起し現状の課題を示した。

第2章では、内在する家族介護者の問題を解決し自己実現していくための介護力の構成要素を当事者のインタビューおよび文献検討より導きだした。

第3章では、要介護者とその家族介護者を取り巻く社会資源を最大限に活用していくための多職種連携の在り方についての協同的ケアモデルの概念を提起した。

第4章では、第2章で導き出された内容を基に家族介護者の介護力を測定する質問紙を作成し、在宅で介護を継続する家族介護者を対象に調査を実施した。

第5章では、第4章での調査内容をもとに家族介護者の介護力の因子構造を明らかにした。さらに介護力因子が介護負担感に関連する要因を明らかにすることで、介護負担感を軽減するための支援方法について検討を行った。

第6章では、介護力に関連した介護関連ニーズの特徴から“看護師に対するニーズ”を導き出し、介護力を獲得するための看護支援について多角的に分析を行い検討した。

第7章では、2025年を目途に推し進められている地域包括ケアシステム構築という社会システム全体の中で、家族介護者の位置づけを考え、その上で、フォーマルサービスのみならずインフォーマルサポートを組み込んだ多職種連携でのケアの方向性について考えた。

第8章では、本論文において明らかになった点と今後の課題について提起した。

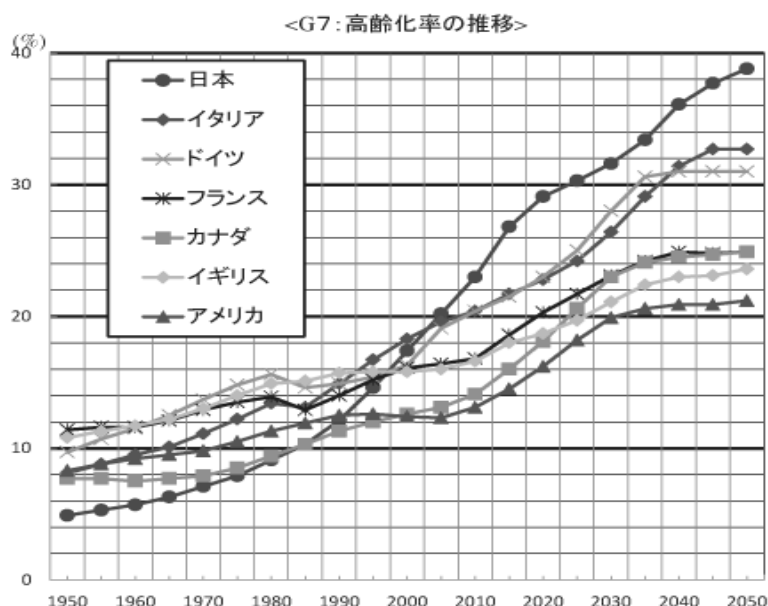
⁵ 品田充儀. 介護保険契約の法的性格とその規制. 神戸外大論叢 51 (2), 75 (2000).

第1章 問題の所在と研究の背景

第1節 家族介護者の在宅での介護実態

ここでは、国の調査や実例をもとに、家族介護者の実態を捉えることとする。

国立社会保障・人口問題研究所の推計⁶によれば、日本の人口は、2000年の国勢調査からは1億2,700万人前後で推移していたが、2020年には1億2,410万人、2030年には1億1,662万人となり、2050年には1億人を、2060年には9,000万人をも割り込むことが予想されている。一方、高齢化率は上昇することが見込まれており、2025年には約30%、2060年には約40%に達すると予測されることから、世界に類を見ないスピードで高齢化が進展している（図1）。したがって高齢者対策は喫緊の課題であり、しかも高齢者の平均寿命の延長により、後期高齢者の増加に伴う寝たきり高齢者の問題が急速に表面化してきた。



(出典) 総務省「ICT 超高齢社会構想会議報告書」（国際連合“World Population Prospects:The 2012 Revision”より）

図1 先進諸国の高齢化率の推移

図2によれば、平成12（2000）年からの10年間で要介護者は218万人から469万人に増加し、予想をはるかに上回るスピードで介護状態の高齢者が増加している。また、65歳以上の高齢者のいる世帯は、平成23（2011）年、世帯数は1,942万世帯であり、全世帯（4,668万世帯）の41.6%を占め、夫婦のみ世帯が一番多く3割を占めていることから、配偶者が要介護状態となった場合には老老介護となる状況がうかがえる。実

⁶ 国立社会保障・人口問題研究所の将来推人口（2014）
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mainmenu.asp>

際に図3を見ると、要介護者を介護する家族介護者は配偶者が最も多くそのうち3割は高齢の夫が妻の介護をする状況である。今後も平均寿命が延びることにより要介護者も増加の一途をたどり、寝たきり高齢者も同様に増加していくと推測できる。

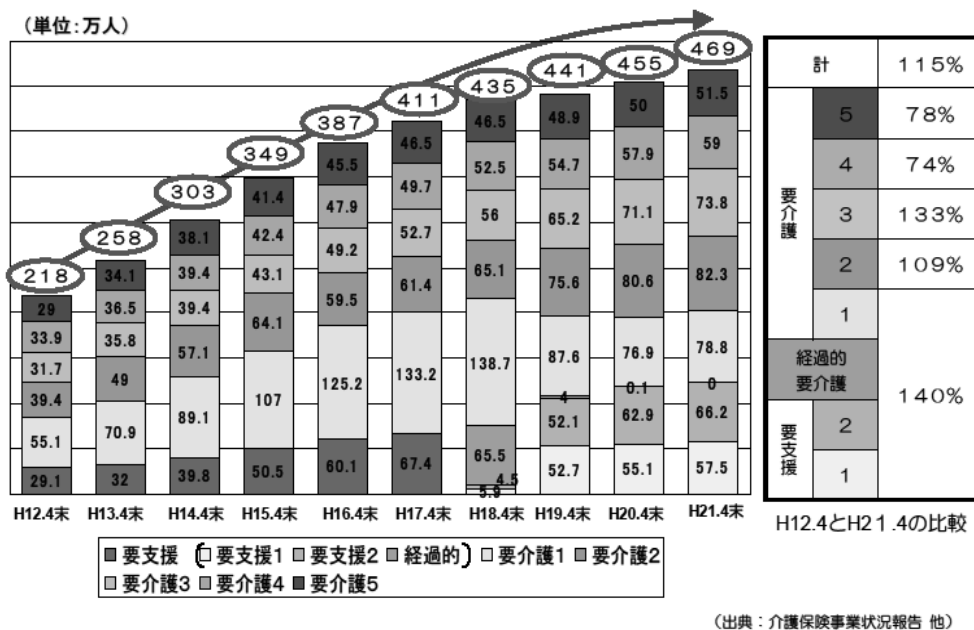
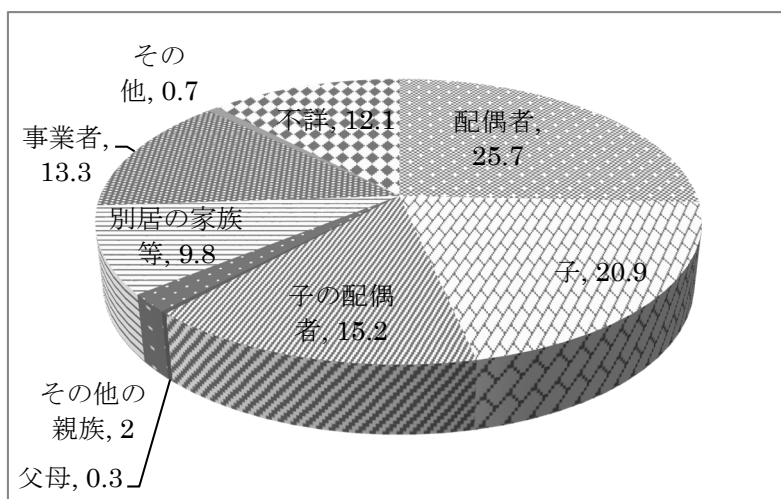


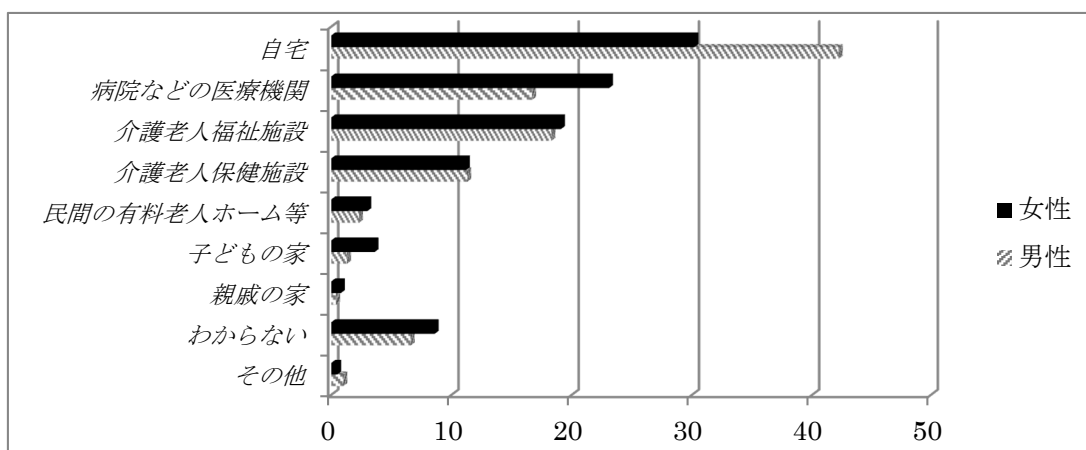
図2 要介護度別認定者数の推移



出典: 総務省「ITC 超高齢社会構想会議報告書」(厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成22年)より筆者が作成)

図3 要介護者との続柄

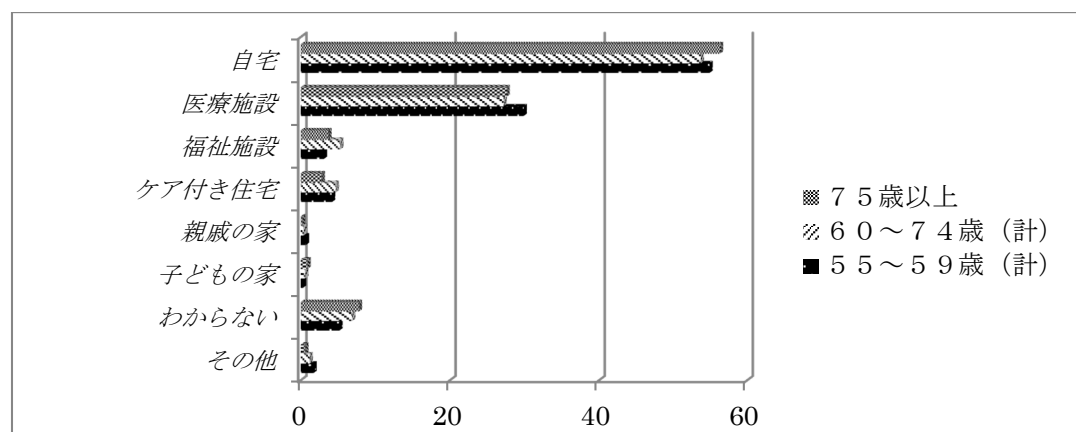
このような老夫婦のみの状況においても、平成 24（2012）年度の厚生労働省の調査（図 4、5）では、「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」についてみると、男女とも「自宅で介護してほしい」人が最も多いが、男性は 42.2%，女性は 30.2%と、男性の方が自宅での介護を希望する割合が高くなっている。自宅以外では、「介護老人福祉施設に入所したい」（男性 18.3%，女性 19.1%）、「病院などの医療機関に入院したい」（男性 16.7%，女性 23.1%）、「介護老人保健施設を利用したい」（男性 11.3%，女性 11.2%）が多い。また「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についてみると、「自宅」が 54.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が 27.7%となっている。



出典：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成 24 年)より筆者が作成

(注)対象は、全国 60 歳以上の男女

図 4 介護を受けたい場所



出典：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成 24 年)より筆者が作成

(注)対象は、全国 55 歳以上の男女

図 5 最期を迎えたい場所

この結果からも、介護を担う介護者が高齢の配偶者のみであっても、自宅での介護や看取りを望んでいることがうかがえる。

第2節 家族介護者が抱える問題の所在

1. 家族介護者を取り巻く在宅福祉政策の変遷と介護システムにおける課題

日本の介護の歴史の中で、介護は家庭内の仕事であり、女性が行うもので、家族が高齢者を手厚く世話することが当たり前であった。すなわち家族介護は私的介護という方式で家族に依存し、社会サービスは家族介護の補足支援であった。この当時、老人福祉法が制定される以前の我が国の老人福祉は主として貧困と虚弱等の状態にある高齢者を施設に入所させ、保護することであった。

しかし、高齢人口の増加、核家族化の進行、社会経済状況の急激な変化により、老人福祉の向上を図る試作の総合的な推進のため、1963年に老人福祉法が制定された。この法的根拠により高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)が策定された。これにより在宅サービスの充実や寝たきり老人ゼロ作戦等の取り組みがはじめられた。さらに1994年に新・高齢者保健福祉推進10か年戦略(新ゴールドプラン)の策定により在宅介護の充実にさらに重点を置くため、各種高齢者保健福祉サービスの整備目標が引き上げられた。ホームヘルパーの確保や訪問看護ステーションの充実等、我が国の取り組むべき施策の基本的枠組みが示された。

しかし、在宅介護に重点を置く方向性の中で、家族介護者の位置づけはどのようになっていたのか。「高齢者介護・自立支援システム研究会報告(1994年12月)」⁷では次のように述べている。「在宅ケアにおける家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることであり、そのためには高齢者と家族との間で良好な人間関係が維持されていることが当然必要となる。家族が心身ともに介護に疲れ果て、高齢者にとってそれが精神的な負担となるような状況では、在宅ケアを成り立たせることは困難である。したがって、現在大きく立ち遅れている在宅サービスを大幅に拡充し、在宅の高齢者が必要な時に必要なサービスを適切に利用できる体制作りを早急に進めていく必要がある。そして、一人暮らしや高齢者のみの世帯であっても、希望に応じ可能な限り在宅生活ができるよう支援していくべきである。」つまり高齢者の自立のための支援を柱とし家族の社会的支援を従とすることを示している。

1999年度に新ゴールドプランは終了し、介護保険法の施行を受けて2000年4月からの新たなプランとして5か年間の高齢者保健福祉施策の方向としてゴールドプラン21が策定された。ここでは、介護サービスの基盤整備に加えて介護予防や生活支援などを推進することにより、高齢者の尊厳の確保と自立支援を図り、できる限り多くの高齢者が健康で生きがいを持ち、社会参加できる社会づくりを支援するものであった。さらに

⁷ 高齢者介護・自立支援システム研究会報告

<http://www.yuki-enishi.com/siryoku/siryoku199412-00.html> (1994).

ホームヘルパーや訪問看護ステーション、特別養護老人ホームなどの目標値が引き上げられた。このように様々な在宅サービスの充実を図る施策を継続的に施行してきたが、我が国の高齢化は予想をはるかに超え、寝たきり高齢者や認知症高齢者が急速に増加した。その反面、核家族化の進展により家族介護力の低下や、介護のために女性が仕事を辞めるなどの高齢者の介護問題は社会問題へとなっていった。

そこで介護の社会化という展開の上に、高齢者の介護保障を社会保険方式で保障するシステムへと大きな転換を図り、2000年に介護保険法が施行された。高齢者介護は行政から与えられるサービスとしての措置から、自らの選択に基づき契約によりサービスを利用する仕組みへと変化し、保健医療福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できるような仕組みになった。この医療と福祉が一元的に提供できる介護保険制度について一定の評価はなされている。しかし、狭義の介護負担の軽減ではなく国民の最も切実な不安である寝たきりや認知症などの疾病や障害をもった際の総合的な介護支援体制の構築については多くの課題が残されている。

介護保険法による在宅サービスのメニューとして、訪問看護や介護、リハビリ、住居に関するサービスが24時間提供できるようなサービス体系となっているが24時間365日要介護者を介護する家族介護者に対する生活者としての生活の質の保障については現在の専門分化した保健医療福祉施策には限界がある。家族介護者が生活者として自己の人生を生きることを支援するためには、専門職各人の専門性を発揮し各々の役割認識を形成したうえで、多職種連携によるフォーマル・インフォーマルサポートを含めた包括的な地域支援が不可欠である。

2. 家族介護者の苦悩の実態

上記で述べた様々な制度が施行されてもなお高齢者の家族介護者が抱える問題は多く深刻さを増しつつある。ここでは、介護生活の破綻による高齢者の虐待、自殺、殺人事件を取り上げ、その実態から浮かぶ家族介護者の介護の限界に至った要因について探り、問題の所在を明確にする。

まず、高齢者虐待に関する調査は2003年に厚生労働省が初めての全国規模の実態調査に乗り出した。高齢者虐待の全国的調査「家庭内における高齢者虐待に関する調査」の分析内容の結果、虐待の内容では、「世話の放棄、拒否」が57%近くと高く、次いで「身体的虐待」が42%、「心理的虐待」が32%、「経済的虐待」が31%であった。加害者は息子が最も多く32%でついで嫁が21%、夫12%、妻9%と続いていた。虐待の原因は「介護の精神的ストレスと介護疲れ」、「要介護者との人間関係の不和」が最も多かった。虐待のうち生命の危険に関わる事例は11%で身体に悪影響を及ぼす内容は51%にも上った。続柄として息子が多かったことには、男性は周囲に助けを求めることができずにぎりぎりまで我慢して一人で頑張るケースが多く、また家事も苦手であるため介護によるストレスが非常に大きいと推測できる。さらに離職するケースも多く経済的な

困窮状況も重なることが多いと指摘されている。近年では年金や資産の搾取による経済的虐待が急増しており、長引く景気低迷や老老介護による年金に頼る世帯が増えてきたことが背景にはある。高齢者虐待防止法が 2006 年に施行されて以降、虐待が疑わしい場合には通報の義務付けがされたことにより、在宅介護サービスを利用することで密室での虐待が表面化してきた。しかし介護サービスを利用しない家庭内だけの密室の介護の場合には気付かれないケースが多い。

2003 年の全国調査より 10 年経過した 2013 年度の厚生労働省の調査⁸では、全国の自治体が高齢者虐待防止法(2006 年施行)に基づき通報を受けて虐待と判断した件数は、1 万 6764 件であった。虐待が最も多かったのは「家庭内」で 1 万 6599 件、加害者の 6 割が息子か夫であり、依然として息子の割合が高かった。虐待の内訳は、複数回答で身体的虐待が 65%、心理的虐待は 37%、経済的虐待が 25%、介護放棄 25%などであった。虐待で亡くなったのは 21 人に上った。

法律が整備されても高齢者虐待の末、殺人や心中に至るケースも後を絶たない。家族介護者の苦悩を把握し、救済するには法律や施策には限界がある。筆者は介護保険制度施行後の 2000 年から 2015 年までの全国 85 紙の新聞記事から切り抜いた速報をもとに以下の“事例”のような 48 件の介護心中、殺人事件の実態から事件の背景となっている家族介護者の特徴や要介護者との関係における要因を分析した。

事例)

木津川市で 2009 年 11 月、老老介護の末に無理心中を図り、寝たきり状態の夫(当時 82 歳)を殺害したとして殺人罪に問われた妻の被告(81 歳)の裁判の判決が、京都地裁であり、裁判長は「命を奪った結果は重大だが、十分に同情すべき余地があるとして懲役 3 年、執行猶予 5 年を言い渡した。妻に頼る夫と、介護を背負い込んだ妻。二人でたどり着いた悲しい結末が、裁判を通じて浮かび上がった。事件の 10 日前、被告は夫の 82 歳の誕生日を二人で祝おうとケーキを買った。夫は流動食が中心だったが自分の誕生日だからと少し飲み込んだ。毎晩、10 回前後のトイレ介助が必要で、睡眠は 2 時間できたらいい。自分の体力にも限界を感じ、事件直前に夫に施設入所を勧めた。「そんなところに行きたくない」と返ってきた。「私が倒れたらどうなるのだろう」。やがて心中を決意し、夫に殺虫剤を飲ませた後、隣に横たわり自らも飲んだ。

朝日(東京)・朝刊 2012 年 12 月 28 日(金)より抜粋

その結果次のような特徴がみられた。

特徴の第 1 は、老老介護での事件が 7 割以上を占め、そのうち夫が加害者となっている場合が 6 割を超えていることである。しかも、夫の年齢は全数が 65 歳以上であり、

⁸ 厚生労働省監修。厚生労働白書。高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果(2014)。

後期高齢者の75歳以上が7割を占めていた。老老介護と呼ばれる状況において男性は孤立しやすく、不慣れな家事や共倒れするのではないかという先の不安も強く介護破綻をきたしやすい状況にある。老老介護や男性介護者への重点的な支援体制が必要である。

第2には、事件の動機として要介護者が認知症を患っていることが7割以上を占め、徘徊や妄想による付きっきりの介護に家族介護者は精神的にも肉体的にも疲れ果て犯行に及んでいるケースが多かったことである。高齢者が介護する場合には自らの健康を損ないながら必死に介護しているが、長期におよび限界に達してしまうことを示している。しかも息子や娘が別世帯の場合が多く迷惑をかけたくないと、子供に助けを求めず家族介護者一人が一手に介護を担っている状況がうかがえる。認知症が発症した場合には、高齢者は孤立したままで子供や親せきなどの協力体制が組めずに、介護が高齢者の家族介護者に集中し破綻してしまうケースが多いと指摘できる。まず危機的状況に気づくシステムの構築と介護の社会化および専門職者と地域によるネットワークづくりが重要である。

第3には、介護サービスによる家族介護者の負担感軽減が困難であったことも指摘できる。例えば在宅サービスでも要介護者はデイサービスやデイケアの介護サービスは利用していたが、通所サービスのため専門職員が家族介護者の異変には気付きにくかった。また施設に入所させたくても本人が拒否したり、胃ろうや透析をしている場合は施設から入所拒否されることも少なくない。また経済的負担も大きく在宅で要介護度5の要介護者を介護する場合、支給限度額を使い切っても不足するため全額負担でサービスを受けて月50万円かかるケースも珍しくはない。離職して介護をせざるを得ない状況になった家族介護者は自分の人生を犠牲にしていると自暴自棄に陥ることも多い。

高齢者虐待防止法では、虐待を受ける高齢者の救済のみならず、虐待の加害者救済に重点を置き養護者に対する支援を盛り込んだことが特徴であった。しかし、家族介護者に対する具体的支援はこの状況から読み取れなかった。

3. 背景から見えてきた家族介護者の介護適応の課題

家族介護者の置かれた介護に関する諸制度やサポートの体制の背景から、家族介護者が介護にいかに対応し、在宅で介護を継続していくのかが大きな課題であることが伺い知れる。現在認知症高齢者の数は推定460万人とされている。今後も急速な高齢化に伴い認知症高齢者も急増していくと考えられている。この状況において介護保険制度も含めて多様な高齢者対策が検討されなければならない。池田⁹は介護保険制度を含む地域ケアシステムのあり方として、介護保険制度と市町村の一般施策の組み合わせ、市町村の単独事業によるサービスの上乗せ、さらに介護保険制度の外に位置する住民互助型事業やボランティア活動を掘り起こし、地域の福祉資源を掘り起こし、地域の福祉資源を

⁹ 池田省三. 社会福祉政策を転換する介護保険. ジュリスト 1131号, 34 (1998年).

総動員して、その地域の実情に応じた最適のケア・システムを創り上げることが期待されているとしている。しかし、介護保険制度が導入されて以降、自治体は単なる財政管理者にとどまり、地域のケアシステムへの影響力が脆弱化したことが指摘されている¹⁰。また介護保険制度の要でもある介護支援専門員の課題として、医療との連携の難しさや多職種協同が十分に機能していない点、インフォーマルサービスのコーディネート、地域のネットワーク化が十分できていない点が挙げられている¹¹。このような課題山積する中、厚生労働省は団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年を目途に地域ごとに介護や医療を在宅で提供する「地域包括ケアシステム」の構築を目指そうとしている。これにより今まで要支援1, 2の予防給付によるサービスは介護保険制度から外され自治体での運営にすることにより、人員基準や運営基準がなくなり市町村裁量になる。すなわち、市町村格差が生じることは間違いなく、介護サービスの制限や経済的な負担等々今まで以上に家族介護者の介護負担は増すと考えられ在宅介護の継続は非常に厳しい局面を迎える。したがって在宅で介護を継続するためには、家族介護者が介護にどのように向き合い介護適応していくかが重要な要素となり、そのための支援が不可欠である。その支援で重要なのは次の2点と考える。

まず1つ目は、家族介護者自身のもつ介護力を引き出し活用することである。白澤¹²は、インフォーマルサポートやフォーマルサポートのような社会資源や高齢者自身の内的資源も活用して、ケアマネジメントが進められるべきであると述べている。また広瀬¹³も、要介護高齢者やその家族介護者を支援するには、介護者の資源を含めたこのような資源の効果的な活用が今後一層望まれると述べている。ではこの家族介護者の持つ内的資源、すなわち“介護力”とはどのようなものなのかを明らかにしなければならない。

次の点は、この介護力を効果的に活用するための協同的ケアの必要性である。従来の在宅ケア支援では、前述したように多職種連携が不十分なため相互の連携やネットワークは脆弱であり目標を共有するには至っていない。また諸々のサービスが点在して単発的に個々の目的を達成するレベルにとどまり、フォーマルサービスのうち自社のサービスを中心にケア計画に組み込む傾向が強く、経済的な負担やサービスの質の低下を招くおそれが指摘されている。そこで協同的ケアとは、当事者や家族同士、そして保健医療福祉の専門職によるインフォーマルサポートを包括したケアのコーディネーションがなされて一体的に提供されるケアサポートシステムを意味している。社会資源は限られており、これからの超高齢社会において重度化長期化する介護を担う家族介護者の自己

¹⁰ 榎直美. 介護保険制度による市町村の公的責任-介護サービスの質を保障する視点から-. 北九州市立大学大学院紀要, 20, 128-132 (2007).

¹¹ 厚生労働省. 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会. 2013/12/27 参照, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rz0x.html> (2013).

¹² 白澤正和. ケースマネジメントの理論と実際. 中央法規出版, 東京, 110-125 (1992).

¹³ 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を測定する尺度の構造 - 肯定, 否定の両側面に焦点をあてて -. 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 52-57 (2005).

実現には介護者の持つ「介護力」をうまく活用する「協同的ケア」を構築することが喫緊の課題であると考ええる。

4. 家族介護者への看護支援の意義

前述の課題を背景にして、在宅で療養する高齢者は疾病や障害などの健康問題を多く持つことが考えられるため、看護職の果たす役割はますます重要になってくるといえる。しかし、ここでなぜ家族の介護問題に看護職の支援が必要と考えたのか、本論での「介護」と「看護」の用語の定義についても整理しておく必要がある。

まず、「介護」と「看護」は辞書でみる限りほとんど同意であるが、これを専門とする職業においては、介護と看護の視点の違いについて様々な議論がなされている。ただ介護職であれ看護職であれ、どちらも対象者の自立を目指した日常生活の援助を行うという点においては共通している。そこで本論で扱う「介護」とは、それを専門とした職業とはとらえず、行為および活動であるとした。すなわち、家族介護者が要介護者との関係性の上に成り立つ介護行為そのものであり、在宅で生活したいと願う高齢者が心身の不自由が生じ自分自身で身の回りのことができなくなった時、家族がそれを助け補い支援する活動であるとした。したがって「介護」に従事する職業や介護サービスという捉え方ではなく、用語のもともとの意味として使用されていた看病や介抱といった家族機能としての行為・活動であると考えた。そしてその家族の介護という行為・活動を促し継続していくために必要な支援を提供する専門職として看護職を位置づけた。ではなぜ看護職である必要があるのか、それは支援するとは単に家族介護者という対象者の手伝いや手助けをするのではなく、本来持つ力を引き出すために心身の状態を十分に把握する能力が求められると考えたからである。なぜなら金井¹⁴は、看護職は「身体を見つめる視点」が介護職より明確でなければならないと述べているように、健康状態をアセスメントしながら生活援助の方法を考え実践できることが強みといえる。したがって、家族介護者の介護継続のための心身の健康支援という視点から看護職の役割について検討すべきであると考えた。

そこであらためて看護職の機能について法制度を鑑み、確認しておく必要がある。まず看護師の職務としては、1948年7月に「保健師助産師看護師法」が成立し、2001年12月に改正された「保健師助産師看護師法」第5条には以下のように定めている。

「看護師とは厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者もしくははじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者をいう」。そしてこの第5条は、第31条「看護師業務の制限」において、看護師の「業務独占」が保障されている。これに基づき、日本看護協会¹⁵は「看護業務基準」に、「療養の場の拡大」及び「多職種との連携と看護の専門性の発揮」について述べている。「療養の場の拡大」については、看護職

¹⁴ 金井一薫. ケアの原形論—看護と福祉の接点とその本質 (第1版). 現代社, 20-28 (1998).

¹⁵ 日本看護協会編. 日本看護協会看護業務基準集 2007年改訂版. 日本看護協会出版会, 6 (2007).

は介護保険施行後、訪問看護ステーションを中心として、サービス提供や、介護支援専門員、制度担当者等の在宅医療の担い手として重要な役割を担ってきたとしている。また病院や施設から在宅への移行が進められる中、デイサービスやデイケア等の通所系サービスが医療依存度の高い在宅療養者や認知症高齢者の新たな受け皿となり、ここでの看護師の役割の重要性も述べている。しかし、一方で訪問看護の人材難や経営の難しさの問題も明らかになり、医療依存度の高い患者や認知症患者の療養環境の整備を喫緊の課題としている。

「多職種との連携と看護の専門性の発揮」については、近年の様々な職種が連携する実効性のあるチーム医療とは、各職種の役割分担や責務を明確にし、各職種の専門性を発揮できる自立性が求められる。このようなチーム医療の中で、看護の専門性を発揮するためには、看護職は責務を明確にし、常に療養生活支援の専門家として看護の判断に基づく看護の主體的な意見を述べる能力が求められるとしている。筆者は在宅療養生活を送る療養者とその家族を支援するための看護の専門性とは、療養者とその家族の状況をアセスメントし、健康問題の予測と予防、それに対処するために持てる力を引き出していくことだと考える。そのためには、看護職はこれまで築いてきた様々な地域保健医療活動を基盤に健康問題を持つ療養者とその家族個々への関わりが求められ、地域での保健師の活動や在宅の訪問看護だけでなく、通所系サービスにおける家族介護者へのインフォーマルサポート等を含め新たな看護支援の取組が必要となる。

そのためには、要介護高齢者の家族介護者が介護上のようなニーズをもち、認識しているのか、またそのニーズを充足するための介護者自身の介護力をどれほど持ち得ているのかを捉えたうえで、看護職として介入可能な“看護師に対するニーズ”を基軸に的を絞り掘り下げて検討し、具体的支援を見出すことが重要であると考えられる。

第3節 研究の経緯と目的

1. 研究の経緯

介護保険法が施行されて15年、市町村はこれまでの単なるサービス提供主体から、民間を含む多様なサービス提供主体を調整し、地域全体を住民の権利擁護の立場からコーディネートする、いわば地域全体を福祉的に経営する立場へとその役割を変更することが求められておりその公的責任は大きい¹⁶。高齢者に対する福祉行政主体としての責任は介護保険制度導入後も変わりはないはずであり、今後の高齢者率の急速な進行に伴い保健医療福祉の総合的な支援が一体的に提供されるような体制づくりが喫緊の課題となっている。

筆者は、国の施策である「施設から在宅へ、医療から介護へ」という方向性において、病気や障害を持つ高齢者の在宅生活を継続するために重要な家族介護者の介護適応を促すための看護支援を検討する目的で本研究において調査を行った。すなわち介護をめ

¹⁶ 櫛直美. 前掲書 (10), 99-105.

ぐっての家族介護者の支援の必要性とそのニーズに適応した適切なケアサポートが可能となるシステム構築のための課題を浮き彫りにするために、在宅で介護を行っている家族介護者を対象に調査を行い、家族介護者を支援するための保健医療福祉の包括的ケアシステム構築に資することを目的とした研究である。

序章で述べたとおり、家族介護者には潜在的な介護力が秘められていると考えられるが、それを引き出すための支援システムは構築されていない。介護には様々な負担がつきものだが、そこから何を学び感じ取るかによって家族介護者の人生の意味づけが大きく違ってくることを筆者は経験的に感じている。たとえ介護期間が長期にわたることになったとしても、継続による介護適応や介護キャリアの形成によって、介護継続意思を持ち続けられる家族介護者も少なくはない。ただそのために必要な支援が何であるかは漠然としていた。それは、個々のケースに合わせての単発的なかわりや支援が多く、またその支援方法を総合的に検討した文献も見当たらなかった。したがって在宅で介護を行っている家族介護者が介護適応し介護継続意思を持ち続けるための総合的支援について検討するにあたり、まずは家族介護者の実態に即した看護支援方法を明らかにする必要があると考えた。

その結果をもとに、家族介護者を取り巻く地域において、多職種の専門職者や地域住民が「顔の見える」関係性を築き支援をしていくという協同的ケアの方法を地域包括ケアシステムに組み込むことが重要であると考えた。

2. 研究の目的

研究の目的とそのプロセスについて、図6に示した。

研究の目的は、病気や障がいをもつ高齢者を介護する家族介護者が長期にわたり在宅介護を継続していくための看護支援について検討し、その支援を有効に活用するための多職種連携の在り方について開発することである。そのためにはまず、家族介護者に必要な介護力を明らかにすることが必要であり、文献検討及び家族介護者へのインタビュー内容を質的帰納的に分析することにより介護力の構成要素を明らかにする。そしてその介護力に関連する要因は何か、また介護力は家族介護者の介護負担感にどのように影響を及ぼしているのかを検証していくために、在宅で介護している家族介護者を対象に質問紙調査を行う。その結果を多角的に分析した上で、必要とする“看護師に対するニーズ”にそって看護師の地域での新たな役割と具体的看護支援方法について検討し、さらに看護支援を協同的ケアに位置付けたモデルについて提示したいと考えた。

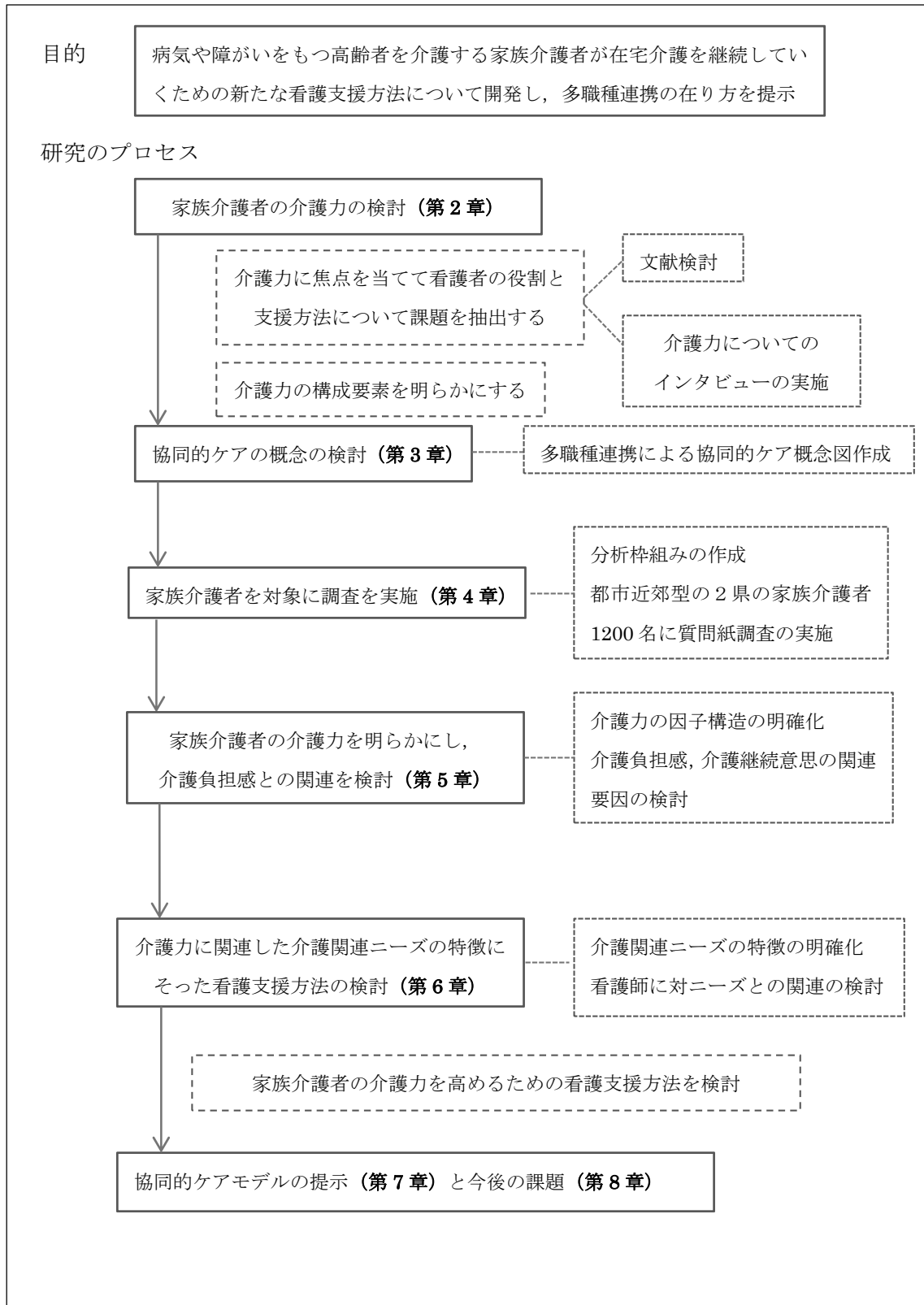


図6 研究の目的とプロセス

第2章 介護力を構成する要素

前述したように、まずは家族介護者の持つ“介護力”を構成する要素を明らかにしたいと考えた。

介護力という言葉は介護場面において頻繁に使われているが、これまでの介護力に関しての先行研究では、介護力について単に要介護者の世話をする能力として扱われていることがほとんどであった。それは家族介護者のみならず、介護従事者における介護力も同様に考えられていた。したがって、介護をするための知識や技術、そしてそれを獲得するための方法や手段を持ち得ているか、そのための介護環境の調整能力という点において評価されていた。具体的には介護の判断、介護行動の選択、介護の実践、介護の学習という視点である。しかし、家族が介護を担う場合に必要な介護力とは介護を仕事とする介護従事者のそれとは異なると考えた。要介護者との長い歴史の上に成り立つ介護生活において、最も重要な点は要介護者との相互関係により築かれ成長していく力ではないかと考えた。おそらくそれは、自己の成長を実感できることや、要介護者への愛情や絆の深まりといった家族介護者自らの自己実現への欲求が満たされていくことではないだろうか。したがって、家族介護者に必要な介護力とは、介護の知識・技術といった実践的能力、及び介護を通して自己実現していくための力が必要であると考えた。

そこで家族介護者が介護を通して自己の人生の目標を見出しつつ自己実現していく力とは何かを明らかにした上で、介護を継続していくために必要な“介護力”を構成する要素について検討したい。

第1節 介護力の要素としての動機づけパワー

介護力の「介護」とは「ケア」することであり、介護する力とはケアする力ともいえる。序章で述べたように、メイヤロフは『ケアの本質』において、「ケア」とはケアをする者にとっての成長であり、相互作用により自己実現できると考えている。さらに他の人をケアするということは、自分自身のなかの成長しようという欲求にこたえて、自分自身をケアすることでもある¹⁷、と述べている。自分自身に対するケアということは、“ケアすること”という属 (genus) の中の種 (species) の一つなのであり、自分自身に無関心であったり、自分自身を物体のように取り扱うのではなく、ケアに必要な特性はそのまま自分自身をケアすることに当てはまるのである。

したがって介護する力とはただ単に病人を世話するだけの能力ではなく、いかに自分自身をも同時にケアできるかという力であると考えられる。介護という大変な役割を遂行する中で、自分自身のケアで重要な点は、介護することで成長できたことを実感したり、要介護者に感謝されていると感じ介護をしてよかったと意味づけできることであり、そこに介護の意味づけをし、さらには自分自身の人生の価値を見出すことである。家族介護者の状況は様々であるが、本来人は自分自身を癒したり、問題解決をする内なる力を

¹⁷ 前掲書 (3), 103-105.

秘めており、介護という困難な状況においても相互援助や他者との相互作用によってこそ、その力を獲得できるものであると考える。この考えに基づき、この章では、ケアする人とケアされる人が共に自己実現していくための介護力にはどのような要素を含むのかを、エンパワメントの原理や自己効力による動機づけパワー、介護家族のキャリア発達の視点から述べることとする。

1. エンパワメントの原理による動機づけパワーの獲得

人は皆生まれながらにさまざまな素晴らしい力（パワー）を持っている、という信念から出発した考え方がエンパワメントであり、この考えに立脚すれば、介護という未知の経験に直面した際に家族介護者は、それを何とか解決しようとする力を潜在的に持ち得ているということである。しかし現代社会において、家族の社会的役割機能の脆弱化や家族の問題を解決する能力が弱体化する中で、実際の問題の真ただ中に立たされてしまうと自分の力に気づく心の余裕はなくなってしまう。では介護においてエンパワメントしていく潜在的な力とは具体的にどのようなものかを検討する。

このエンパワメントの視点において、家族介護者の潜在能力と可能性を引き出し、well-being 実現に向け力づける環境づくりは、あらゆる社会資源を再検討し条件を整備していくダイナミックな考え方である。ここでエンパワメントの理論的な流れをみると、Conger & Kanungo¹⁸は、エンパワメントには「関係」と「動機づけ」の2つの捉え方のあることを指摘している。そして安梅¹⁹は、同じ「力をつける」という意味でも、社会学的なパワーとしての「関係」と、心理学的なパワーとしての「動機づけ」の視点があるとしている。人間の内部にある力とした考えは、「動機づけパワー」であり、自らの心のエネルギーを高める重要性を強調した。この動機づけとは、介護場面において日々の介護実践の中でちょっとした工夫やコツをつかみ「うまくできた」や「要介護者も喜んでくれた」といった「やればできる」という思いではないだろうか。この動機づける力こそ、家族介護者の潜在的な力を最大限に引き出すための重要な働きかけであり、これを自己有用感や自己効力と捉えることもできる。

自己効力（self-efficacy）という概念は、Bandura²⁰により体系化された。人間の認知に注目し、「将来どうなりたいのか」という認知能力によって行動が左右されるとした理論である。Banduraはこの認知能力には「結果期待」と「効力期待」がありself-efficacyはこのうち効力期待を意味するものとしている。「結果期待」とは、ある行動がある結果を生み出すという個人の評価のことで、「効力期待」とは、個人があ

¹⁸ Conger, J. A., Kanungo, R. N.: The empowerment process: Integration theory and practice. *Academy of Management Review*, 13, 471-482 (1988) .

¹⁹ 安梅勅江. エンパワメントのケア科学, 当事者主体チームワーク・ケアの技法. 医歯薬出版, 22-18 (2004).

²⁰ Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147 (1997) .

る結果を生み出すのに必要な行動をうまくとることができるかどうかの確信の度合いのことである。つまり、「自分はやればできるという本人の確信」を高めることがエンパワメントに繋がる。これらの考え方は、エンパワメントの動機づけパワーを考える際に重なる部分が多い。では self-efficacy は、いったいどのようにして獲得されるのだろうか。

2. セルフ・エフィカシーによる動機づけパワー

Bandura によれば、self-efficacy が変化する情報源には、遂行行動の達成、代理的経験、言語的説得、情緒的喚起があるという²¹。遂行行動の達成とは、ふるまいを実際に行い、成功体験を持つことであり、個人の効力感に強固な信念をつくり上げる。介護場面での成功体験の積み重ねは介護継続への大きな原動力となっている。代理的経験とは、他人の行っているさまを観察することによって、「これなら自分にもできそうだと感じることであり、self-efficacy に影響を及ぼす源になっている。例えば未体験の介護という問題において、同じく家族介護者により実践されている体験談を聞いたり、見たりすることによりうまいやり方をイメージでき、自分もできそうだという自信ができる。また言葉を用いての自己暗示や他者からの説得的な暗示である言語的説得も代理的経験に補助的に付加することにより self-efficacy を上げ下げすることができる。情動的喚起とは、行動を行う前に自分の情動状態が落ち着いていることを内部知覚することによって、「これならばできる」という気持ちが高まっていくことであり、自己の生理状態を知覚することが、self-efficacy の変動の源になっている。

したがって、self-efficacy は、自然発生的に生じてくるものではなく、上に述べたような情報源をとおして獲得されるものである。そして self-efficacy を強く認知すればするほど、行動変容の要因として機能していると指摘されている。したがって、self-efficacy が変化することによって、実際に行動変容が可能であるということは、たとえ介護場面でさまざまな問題が生じたとしても self-efficacy を強く認知できるような情報源が得られることで、長期的に介護継続していくための行動変容ができると考えられる。この情報源がまさに動機づけパワーといえる。

3. 動機づけパワーとしての介護肯定感

家族介護者にとって介護を継続していくための行動変容をおこす「動機づけパワー」とは介護に対する肯定的な感情であると考えられる。そこで、この介護肯定感についての具体的な感情や思いとは何か、またその思いを形成していくプロセスについて先行研究より概観してみる。

介護者の肯定的な感情や思いといった精神的側面に関する研究が散見されるようになったのは 1990 年代以降である。それまでは家族介護者の介護負担感に関する研究が

²¹ 坂野雄二，前田基成．セルフ・エフィカシーの臨床心理学．北大路書房，4-23（2002）．

多くなされ、1980年代に入ってから介護を担う家族介護者の「burden」(負担感)、ストレスなどの否定的な精神的側面を測定する尺度の研究が続いた(Zarit, et al²²;中谷, 東城²³;Lawton, et al²⁴;新名ら²⁵;櫻井²⁶;安倍²⁷)。しかし介護者の精神的側面の支援に対する課題を解決するためには介護者の負担感軽減という視点だけでは限界があると指摘されてきた。そこで介護の肯定感を形成できるような支援について議論されるようになり、Kramer²⁸は、介護の肯定的評価は否定的評価の裏返しの概念ではなく独立した概念として介護者の精神的健康に関連していると述べている。そして介護の肯定的側面を探求する重要性について、第1に、肯定的評価は自己価値を高め、要介護者との深い親近感等の意味づけをしていく能力における自信につながることで、第2に肯定的側面を理解することで臨床家や実践家は介護者と援助過程の中で効果的に働くことができること、第3に、高齢者へのケアの質を決定するのに重要であること、第4に、介護者の介護への適応と心理学的幸福についての理論拡大に向けての情報を提供できることの4点をあげている。このように、介護の肯定的評価について意味づけすることは、自らの心のエネルギーを高め介護に前向きに取り組む最も重要な原動力なる。この介護の肯定的評価について、櫻井は介護肯定感と表し介護肯定感尺度を開発し、信頼性と妥当性については基準関連妥当性と信頼性係数による内の一貫性が確認されている。

この介護肯定感尺度に含まれる感情や思いは介護に伴うストレスを軽減する効果がある。特に介護の限界感である「介護をやめたい」、「介護を代わってほしい」といった介護者が心身ともに追いつめられることを防ぐ効果があることが明らかになった。以下、表1に示したこの介護の肯定的評価は介護の動機づけパワーとして介護力の重要な要素となると考えた。

²² Zarit, S. H., Reever, K. E., Back-Peterson, J. :Relatives of the impaired elderly:Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655 (1980) .

²³ 中谷陽明, 東城光雅. 家族介護者の受ける負担:負担感の測定と要因分析. *社会老年学*, 29, 27-36 (1989) .

²⁴ Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Moss, M., Glicksman, A., Rovine, M., Miriam, M. :A Two-factor Model of caregiving Appraisal and Psychological Well-being. *Journal of Gerontology:Psychological Sciences*, 46(4), 181-189(1991).

²⁵ 新名理恵, 矢富直美, 本間昭, 坂田成輝. 痴呆老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学研究, 東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書. 東京都老人総合研究所, 33-144 (1989).

²⁶ 櫻井成美. 介護肯定感がもつ負担感軽減効果. *心理学研究*, 70 (3) , 203-210 (1999).

²⁷ 安倍幸志. 介護マイスターの構造と精神的健康に与える影響. *健康心理学研究*, 15 (2), 12-20 (2002).

²⁸ Kramer, B. J. :Gain in the Caregiving Experience;Where are We? What Next? *The Gerontologist*, 37(2), 218-232 (1997).

表 1 櫻井による介護肯定感尺度

第 1 因子：介護状況への満足感

1. お年寄りの世話を義務感からでなく、望んでしている
2. お年寄りといるのが楽しいと感じる
3. お年寄りの世話をするのが自分の生きがいになっている
4. お年寄りの世話をすることによって満足感が得られる
5. 世話をすることでお年寄りと親密になったように感じる
6. お年寄りが何か小さなことに喜ぶのを見て嬉しくなる
7. お年寄りを世話していて、逆に自分が元気づけられたり、励まされたりする
8. お年寄りの世話に感謝したり、喜んでいと感じる
9. 介護のおかげで難しい状況に対処するなど自信がついた

第 2 因子：自己成長感

10. お年寄りの世話をすることで、学ぶことがたくさんある
11. 介護をすることは、自分の老後のためになると思う
12. 介護のおかげで人間として成長したと思う

第 3 因子：介護継続意思

13. お年寄りを自分が最期まで見てあげようと思う
 14. 世話の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う
-

第 2 節 介護力の要素としての対処する力

1. 家族介護者のキャリア発達の視点からみた対処行動

介護による自己実現という点において野川²⁹は、家族介護者が行う介護は、専門職業的なキャリア発達過程ではないという制約はあるが、家族の介護役割の継続性はキャリア発達の過程にみられる自己認識、達成感、満足感などの同様の過程ではないかという視点から論ずるならば、モチベーションの違いはあるが、同様の発達過程が存在する、と述べている。例えば介護に関連する職業の教育プログラムでは、新人教育プログラムとして知識と技術を身に付けるための内容が組み込まれている。そこには、人は、状況に対する十分な知識とそれに対応する技術を持っていれば、問題によりよく対応できるという前提が存在する。したがって、家族介護者の準備状況として病気や介護状況に関する知識を得たり、介護の実践方法や自分自身のストレスに対処するための技術を身に付けておくことは介護役割を獲得し継続するための重要な要素となる。

そこで、介護力の要素としても重要である「介護に対処していく力」とは具体的にど

²⁹ 野川とも江. 家族介護の QOL - 介護家族の QOL を支える地域ケアシステムの構築を目指して -. 中央法規出版, 41-44 (2000).

のような行動を起こし、実践していくのかを検討してみる。

2. ストレス対処理論から捉えた家族介護者の対処行動

家族介護者がさまざまな資源やスキルを駆使して困難に能動的に働きかける「対処行動」とはどのような行動であろうか。この点について検討する前に、「対処」の概念が提起されたストレス認知理論について言及したい。

ストレス認知理論では、ストレスフルな刺激であるストレッサーがストレス反応を生む過程には、刺激がその個人にとって脅威、喪失、挑戦となるかどうかを判断する評価過程が介在し、これがストレス状況への対応における個人差を生む多くの媒体変数が組み込まれ、その一つとして、ストレス状況に対向する個人の能動的態度・行動である「対処」の概念が提起されている³⁰。

在宅介護の場面における家族介護者の対処行動は、主として上述したストレス認知理論を取り入れながら、以下の代表的なモデルに依拠して展開されてきた³¹。

(1) 心理学的ストレス—対処モデル

多くの実証研究が依拠してきた枠組みは Lazarus & Folkman³²によって提唱された心理学的なストレス認知理論を基礎とするものである。このモデルによれば、個人は日常生活に起こる問題や困難といった内的・外的要請に対して、それが自身にとって負担、脅威、挑戦のいずれかであると評価された場合に、この要請に応えるための様々な対処行動を起こす。Lazarus & Folkman は、こうした対処行動を把握するために「対処様式測定法（改訂版）」と呼ばれる尺度を開発している。

Marshall, G. & Dunkel-Schetter³³は、対処行動を、6つの共通カテゴリーに整理し、後に坂田³⁴は、それら6つの因子のうち、脅威的で破壊的な状況や関係を改善するためにとられる対処は、「問題の解明」、「援助の依頼」、「肯定的側面の強調」という対処様式であり、それらは「問題解決志向型対処」と呼んだ。一方、そうした状況や関係がもたらす否定的感情やストレス反応を発散、軽減、除去するためには、「脅威の過小評価」、「逃避・回避」、「自責」といった情緒的対応が行われることになり、それらは「情緒志向型対処」と総称されている。個人は、立場や状況によってこれらの対処様式を使い分けながら、その都度対処による事態の改善の結果や可能性を評価（2次評価）し、対処の方法を改めていくことになる。また、この評価の過程では対処するための資源につい

³⁰ 本明寛. Lazarus のコーピング(対処)理論. 看護研究, 21(3), 17 - 22(1988).

³¹ Kramer, B. J. & Vitaliano, P. P. : Coping: a review of the theoretical framework and the measures used among caregivers of individuals with dementia, *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 151-174 (1994) .

³² Lazarus, R. S. & Folkman, S. : An analysis of coping in middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239(1980).

³³ Marshall, G. & Dunkel-Schetter, C. : Conceptual and methodological issues in the study of coping, Dimensionality of coping. Paper presented at the 95th Annual Meetings of the APA, New York City(1987).

³⁴ 坂田成輝. 心理的ストレスに関する一研究—コーピング尺度(SCS)の作成の試み—. 早稲田大学教育学部学術研究, 教育・社会教育・教育心理・体育編, 38, 61-72 (1989).

での評価も同時に行われ、必要かつ入手可能な資源が事態の改善にむけて活用されることになる。ただし、資源不足、あるいは資源の利用に際して障害があれば、当然の帰結として必要な資源の動員は不可能となり、対処行動の形成は阻害され、その効果は半減する。介護場面において、中谷、東條³⁵は、身体的あるいは認知的な障害で自立が困難となった要介護高齢者の在宅介護は、介護者の生活を拘束し、さらに長期間にわたる介護ストレスへの暴露は介護者の精神的・肉体的健康を損なわせると述べている。翠川³⁶においても介護場面における家族介護者の対処はストレスサーに規定され、健康とリソースの影響をうけるとともに、ストレス反応と強い正の相関を示し、ストレス認知モデルと一定の整合性を保つと考えられた。そこで介護を在宅で継続するためには和気³⁷は、介護者が介護に拘束されすぎることなく、心身の健康を維持していくためには介護に対する外部資源の拡充とともに、介護者の対処の在り方が重要であると述べている。

(2) 家族ストレス対処理論における二重 ABCX モデル

家族ストレス対処理論では、家族がさまざまなストレスに対してどのように対処していくのかを明らかにしている。Hill³⁸は、危機に対する家族の適応過程を表すジェットコースター・モデルと家族危機の発生を構造化した ABCX モデルを提示した。この Hill の研究発表の後、McCubbin, H. I.³⁹は家族ストレス理論を集大成し、より長期的な視野に立って家族ストレスを分析する二重 ABCX モデルを提示した。そして家族対処の概念を「危機状況に直面した家族による家族機能のバランスを達成しようとしてなされる資源、認知そして行動的対処の相互作用である」と規定した。また、その定義を「ストレス源を除去し、状況の困難性を処理し、家族内部の紛争や緊張の解決、あるいはまた、家族適応を促進すべく必要とされる社会的、心理的、物的な資源を獲得したり、開発するような家族メンバー個人の、または家族単位としての行動的反応を指す」としている。家族は努力の結果、より適応状態を達成できた場合、家族メンバーは各自の能力を最大限に発揮し、家族システムが機能し、ニーズを満たすようになると述べている。これらの家族のストレス対処の過程を理解することによって、家族介護の実践において、家族がどのような対処の過程をたどり、現在どのような対処状況であるかといったアセスメントが可能となると考える。

³⁵ 前掲書 (22). 27-36.

³⁶ 翠川純子. 在宅障害老人の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究. 社会老年学, 7, 16-26 (1993).

³⁷ 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明, 冷水豊. 在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究 (2) —規定要因と効果モデルの検討, 社会福祉援助への示唆と課題—. 社会老年学, 39, 23-34 (1994).

³⁸ Hill, Reuben. *Families Under Stress*. Harper (1949).

³⁹ McCubbin, Hamilton. "Family stress theory : The ABCX and double ABCX models", in McCubbin and Patterson, J. M., (eds.), *Systematic Assessment of Family Stress, Resource, and Coping*, University of Minnesota (1981).

3. 介護力の要素としての対処行動とは

前述の理論枠組みより、家族介護者が介護を継続していくための対処として、介護肯定感を形成することができる行動であること、周囲の援助や資源を活用して介護との距離をおきつつ没入しない行動をとることが必要であることが明らかになってきた。そこで介護肯定感形成のための対処行動について検討すると、Kramer⁴⁰は介護に対する肯定的な認識に関する研究の結果、介護に対して肯定的な認識を利得 (gain) とし、介護成果の評価と位置づけ、介護者の適応に関する概念モデルを示した。すなわち、介護役割の評価 (burden と gain) は、介護者の背景や介護の文脈そして、介護を行った成果の影響を受け、介護者の Well-being を規定する要因となることを示している。また専門家への相談やサービスの利用といった介護のサポートを積極的に受ける行動は、介護負担を軽減するだけでなく介護肯定感の形成に有効であるという結果が得られている。広瀬⁴¹もまた家族介護者は介護を通して、新たな役割を獲得し自分自身の人生についても肯定的な感情や態度を抱くまでに成長する機会ともなり得るとし、介護負担感の肯定的評価のような内的資源によっても自らをエンパワーできることを示唆している。斉藤ら⁴²においては、介護の肯定感を高めるための行動として、介護を回避したり、距離をあける行動は、気分転換や自分の時間を持つという行動が有効であるとしている。この行動は岡林らの研究における「ペース配分」や「気分転換」という対処方略と一致していた。燃えつきを防ぐための対処として岡林ら⁴³は、気分転換をして介護拘束度を減らすことが有効であるが、介護に拘束される時間を減らすことができない場合にはペース配分を行うことが重要であると指摘している。また介護にあえて没入していく接近型の対処方略である介護役割の積極的受容は介護拘束を介して燃えつきに結びつき、介護者の精神的健康を悪化させることが見出され、介護という長期間続くみ返りの少ないストレス事態は主介護者が精神的に頑張ることだけでは乗り切れないことが示唆された。すなわち介護に適応していく対処行動には、介護と距離をおき燃え尽きしないような行動と介護肯定感を形成していくための行動が重要であると示唆された。この岡林の対処方略をもとに陶山ら⁴⁴は介護肯定感を形成するための「介護に対するストレス対処行動」の構造を明らかにした(表 2)。

⁴⁰ 前掲書 (30), 160-162.

⁴¹ 前掲書 (13), 55-57.

⁴² 斎藤恵美子, 国崎ちはる, 金川克己. 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. 日本公衆衛生誌, 48 (3), 180-189 (2001).

⁴³ 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薫, 中谷陽明, 柴田博. 在宅高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃え尽きの効果. 心理学研究, 69(6), 486-491(1999).

⁴⁴ 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会学, 25(4), 461-469 (2004).

表2 陶山の介護に対するストレス対処行動の構造

回避型

1. 友人と会ったり自分の好きなことをして気分転換をする
2. お世話を振り回されず意識的に自分自身の時間を持つ
3. 希望を捨てずに毎日を明るく過ごす
4. 気晴らしや気分転換に役立つことをする

問題解決型

5. お世話を役立つ情報を集める
6. 役所や医師・看護師などの専門家に相談する
7. 在宅サービスを積極的に利用する
8. お年寄りの状態が急変した場合に備えて対応策をたてる
9. 介護に対する考え方ややり方を変えられるようになった
10. お年寄りを世話する体験から学ぶことがあると思う

接近型

11. お年寄りに対してやさしく真心を込めて接する
 12. 意思の疎通を図りお年寄りの気持ちを尊重する
 13. お年寄りに頼まれたことは後回しにせずすぐに実行してあげる
 14. お年寄りの状態や変化をよくみて、対応を考える
 15. お年寄りの世話をすることは自分の役割だと思う
 16. お年寄りも頑張っていると思う
-

この構造は3つの因子より構成されており、第1因子は「回避型」であり、身体的・心理的に介護に適度の距離を保とうとする行動であった。第2因子は「問題解決型」であり、介護労働や介護拘束など介護負担の原因を直接軽減しようとする行動であった。第3因子は「接近型」であり、積極的に介護に取り組み高齢者との関係をよくすることで状況をよりよくしようと努力する行動であった。3因子の行動はいずれも自己成長感につながっていた。また問題解決型と接近型は高齢者との一体感を高めるのに効果があり、接近型については介護状況に対する充実感も得られるという結果が導き出された。これらの介護に対する対処行動は、介護を乗り越えるための介護力の重要な要素になると考えた。

第3節 家族介護者へのインタビューによる介護力構成要素の検討

第1節、第2節では、先行研究から介護力の要素として、動機づけパワーとなる介護肯定感、および介護に対するストレス対処行動の2つを検討した。本節では、家族介護者のもつ介護力について、実際に在宅において介護を実践している家族介護者を対象に個別インタビュー、グループフォーカスインタビューを実施し、その具体的内容より介護力の要素を抽出しようと試みた。

対象者は高齢者の家族介護者であり、介護肯定感を形成できた方とした。個別インタビューでは「介護肯定感形成における家族介護者の対処行動の特徴」を捉えるため、半構成面接ガイドを用いて“介護状況で困難だと感じたこと”“介護で嬉しいと感じたこと”“介護の困難を乗り越えるためにどのような考えや行動をとったのか”と言った内容でインタビューを行った。グループインタビューでは「介護力獲得に関連する要因」として“介護生活を支えてくれたものが何か”“介護がうまく行くようになったと感じたのはなぜか”という内容で自由に語り合ってもらった。どちらもインタビュー内容を録音し、逐語録に書き起こした後、文節単位でコード化し、質的帰納的分析によりカテゴリー化をおこなった。この結果から介護力の構成要素を導き出した。

1. インタビューの方法

- 1) 対象者：北九州市の家族会の会員で在宅介護の経験があり、在宅介護をしてよかったと思うことができるようになった方を20名選定していただいた。
内訳は、男性6名、女性14名であった。年齢は66歳～82歳で平均年齢は74.8±2.3歳であった。要介護者の主な疾患は、認知症、脳卒中、癌、心疾患など複数の慢性疾患を抱えていた。要介護者との続柄は、配偶者が10名、親9名、その他1名であった。介護中の家族介護者の健康状態は、健康であると感じているのは13名、あまり健康でないと感じているが7名であった。
- 2) 実施期間：H23年5月～6月
- 3) 調査方法：同意が得られた家族介護者20名について、個別インタビュー4名とグループフォーカスインタビュー16名の2回にわけて半構成面接ガイドに基づき実施。インタビュー内容は録音し、逐語録を作成。
- 4) 半構成面接ガイドの内容：療養者をお世話するうえでこれまでに困ったことや辛いと感じたときどのようにして乗り越えたのか。またお世話をしてきて良かったと感じたことやできごと。など
- 5) 倫理的配慮：福岡県立大学研究倫理委員会で承認を得た後に開始した(承認番号:69)。
- 6) 分析方法：質的帰納的方法により分析。

2. 介護肯定感のカテゴリー化

インタビューの内容より介護力の獲得に関連する要因として「介護生活を乗り越えられた要因，介護をしてよかったと感じた要因」となる部分を抽出した（表3）。

表3 介護力を構成する要素

カテゴリー	サブカテゴリー
介護生活との折り合い	自分のために時間の確保
	自分自身のための行動
感情の発散	怒りの感情からの開放
	涙を流すことによる負の感情の表出
介護役割遂行意識の変容	自己のできる限界を見極める
	無理や我慢をしない工夫
	それぞれの役割の再確認
介護に関する知識と技術の獲得	介護に関する技術の習得
	介護に関する知識や情報の収集
社会資源活用	介護サービスの活用
	インフォーマルサポートの理解
要介護者との情緒的かかわり	要介護者への愛情
	感動と感謝
	要介護者と家族の絆の深まり
病気（認知症）への理解	病気についての関心の高まり
	認知症を理解する
自己成長感の認識	自分自身の精神的成長
	要介護者への愛情
家族機能の成長	家族内での役割獲得
	家族の絆の深まり
周囲の人との関係性の構築	共感できる者や家族会の存在
	地域の見守り
自己の健康意識の向上	自分自身の健康の大切さへの気づき
	自己の健康管理への実践

その結果，375のコードより24のサブカテゴリーが抽出され，さらに抽象化することにより＜介護生活との折り合い＞，＜感情の発散＞，＜介護役割遂行意識の変容＞，

＜介護に関する知識と技術の獲得＞，＜社会資源活用＞，＜要介護者との情緒的かかわり＞，＜病気（認知症）への理解＞，＜自己成長感の認識＞，＜家族機能の成長＞，＜周囲の人との関係性の構築＞，＜自己の健康意識の向上＞という 11 のカテゴリーを導き出した(表 3)。

3. 抽出されたカテゴリーの妥当性の検討

抽出された 11 のカテゴリーは，介護を肯定的に捉えることができるようになった要因と考えられる。そこには介護を乗り越えるために発現した行動として＜介護生活との折り合い＞＜感情の発散＞＜介護役割遂行意識の変容＞＜介護に関する知識と技術の獲得＞＜社会資源活用＞が抽出された。

＜介護生活との折り合い＞と＜感情の発散＞＜介護役割遂行意識の変容＞の因子は，岡林ら⁴⁵の介護の燃えつきを軽減する行動と一致していた。その行動は「回避型」と呼ばれ，この行動には「介護におけるペース配分」と「気分転換」から構成されていた。つまり，介護による燃え尽きを防ぐためには，気分転換をして介護拘束度を減らすことが有効であるが，介護に拘束される時間を減らすことができない場合にはペース配分を行うことが重要であることを明らかにしている。すなわち＜介護生活との折り合い＞では，自分のための時間を確保することや自分自身のためだけの行動をとるといった，介護生活から適度に距離をおく行動が介護に拘束されて精神的に消耗することを防ぐ重要な手段である。また＜介護役割遂行意識の変容＞では自分の限界を認知して無理や我慢をしないことが介護には必要であるという考えを持つことも重要な対処行動であると示唆された。また，＜介護生活との折り合い＞および＜介護役割遂行意識の変容＞という行動は，陶山らの自己成長感という介護肯定感形成に関連している「回避型」の対処行動とほぼ一致していた。

＜介護に関する知識と技術の獲得＞と＜社会資源活用＞は岡林（1999）の「支援追求型」の下位因子である「公的支援追求」とほぼ一致した。この対処行動は介護に関する情報収集や計画立案が含まれ，陶山ら⁴⁶の「問題解決型」と対応していた。「問題解決型」の対処行動は，介護肯定感のなかでも自己成長感と関連していた。これは，介護負担が大きいことや介護に不慣れといった介護者が困難状況におかれたときに，専門家への相談やサービスの利用，介護方法の変更などの対処行動をとることは，実際の介護量を軽減することに繋がり，そのことが自己成長感の形成に有効であることが示唆された。

＜要介護者との情緒的かかわり＞や＜病気（認知症）への理解＞においては陶山らの「接近型」という対処行動と一致しており，この行動は「高齢者との一体感」というような要介護者が感謝してくれている，あるいは介護することで逆に感動したり，元気づけられるといった介護肯定感と一致していた。とくに＜要介護者との情緒的かかわり＞

⁴⁵ 前掲書（34），490-493.

⁴⁶ 前掲書（35），464-466.

は、櫻井による介護肯定感尺度で最も重要な「介護状況への満足感」とも一致しており、これは介護を通して要介護者との相互関係で築かれていく介護の意味づけや、介護者自身の人生のより高い価値を見出すことに他ならない。このことは、介護の初期では要介護者の状況がつかめずに混乱し、怒りや拒絶といった感情が湧くことも多々あるが、病気を理解していくことで、要介護者の苦しみや辛さも理解できるようになるのである。そして、要介護者との長い歴史のなかで培った絆や愛情を再び取り戻すことができたとき、さらに強い愛情や感謝といった感情が芽生えることになるのだと考えられる。

<自己成長感の認識><家族機能の成長><周囲の人との関係性の構築>はまさに介護を通しての喜びや充実感といった介護肯定感にはかならない。<自己の健康意識の向上>は、自分自身のケアへの意識が高まることで、やはり自己成長感につながると考える。

以上より、抽出された11のカテゴリーは、櫻井の介護肯定感尺度および陶山の介護肯定感形成のための対処行動の両者が網羅されていることから“介護力”を構成する要素となる。

第4節 家族介護者の介護力の構成要素

前節より、“介護力”とは、家族介護者が介護問題に直面した際にすぐに発揮できるような力ではない。いまだかつて経験のない介護の対応方法に苦慮しながらも、試行錯誤のうちに要介護者への効果的ケアや創造的介護を実践することで、介護に意味づけや価値を見出し、介護を通しての自己成長感を実感しつつ自己実現を促進していく力であると考えられる。例えば介護の初期段階においては、男性介護者に特有の課題、すなわち介護家事の遂行をめぐる役割獲得や妻への状態への対応方法がわからないことから不安と混乱で閉鎖的な孤独に陥ることがある。しかしそうした孤独と闘いながら、仕事の再開、そして仕事と並行して介護を創造的に創意工夫しつつ介護キャリアとして発達させ、さらにはそのキャリアを仲間や社会にも還元するような可能性がもてるようになることが自己実現であり、それを促進した力がいわゆる“介護力”である。介護を経験したからこそ自分の生きる人生により高い価値を見出した家族介護者は少なくない。

介護の受容過程において、障害受容の概念⁴⁷がよく用いられる。障害受容のプロセスにおいて、第1段階はショックの時期であり、第2段階から第3段階には否認と悲しみや怒りの時期と考えられている。同じく介護の受容過程においても、第1段階、第2段階において受容の葛藤が生じて混乱や困惑、拒絶といった行動がよくみられる。この段階において介護を継続していこうと覚悟し、介護に対する考えを変容していくためには介護肯定感を得られるような動機づけパワーが重要であると考えられる。そこには介護する

⁴⁷ 障害の分野では、ナンシー・コーンがステージ・モデルを提唱している。これは障害後の心理的回復過程にステージ理論を提唱し、その段階を【ショック】【回復への期待】【悲哀】【防衛】【適用】の五段階とした。

者への情緒的かかわりの中で愛情や信頼、自信といった肯定感が何よりも重要であり、それを得るために家族介護者は介護の方法を創造し実践していくのではないだろうか。

したがって、“介護力”を構成する要素として発現する行動のみならず、認知や情意のレベルにまで広げて検討した結果、介護力を構成する 11 カテゴリーから介護力を測定する質問項目を次のように考え導き出した（表 4）。質問項目の表現については、櫻井の介護肯定感尺度および陶山のストレス対処行動の構造を参考に、また家族介護者のインタビューで語られた言葉を引用した。

まず「介護生活との折り合い」では自分のための行動や時間をとることであり、具体的には楽しみや気分転換を自分なりにやっていることとして、質問項目の 1, 2, 3 とした。

「感情の発散」では介護に対する怒りや負の感情をうまく表出することで、自分の感情をコントロールするという意味があり、和気の対処カテゴリーにある自己制御のための“自分で自分を励ましながらお世話をする”と同様の項目を含めた。そのため泣いたり、怒ったりという負の感情表出と自己制御のためのストレス解消法及び自分を誉める行動として、質問項目の 4, 5, 6 とした。

「介護役割遂行意識の変容」には介護役割での限界を認知し、無理をせずできる範囲で介護を行うという意識に変容していく内容のため、重複する内容は一項目にまとめ、質問項目 7, 8 とした。

「介護に関する知識と技術の獲得」では、介護知識や技術の習得のみならず今後予測できる事象に対処するための方法までも含めて質問項目 9～13 とした。

「社会資源の活用」ではフォーマルサポートとインフォーマルサポートについて具体的に示し、質問項目 14, 15 とした。

「要介護者との情緒的かかわり」では、要介護者に対しての肯定的感情について櫻井の介護肯定感尺度および陶山のストレス対処行動の接近型を参考に具体的内容を設定し、質問項目 16～22 とした。

「病気（認知症）への理解」では、病気や認知症について理解できているかを家族介護者自身が評価することは難しいと考えられる。大切な点は、それを理解するための行動を起こし継続しているかが重要であると考え、専門家への相談や学習会参加について、質問項目 23, 24 とした。

「自己成長感の認識」では、要介護者に対して肯定的感情が抱けるようになることも自己成長として捉えられるが、「要介護者との情緒的かかわり」との質問項目と重複するため、自分自身を振り返って自己の成長に焦点を当てた項目を設定し、櫻井の尺度を参考に質問項目 25～28 とした。

「家族機能の成長」の中には、家族内での役割獲得が含まれるが、社会資源の活用でのインフォーマルサポートと重複する内容は含めなかった。また家族介護者へのインタビューでは、家族機能として主要な点は家族構成メンバーの役割や繋がりであったが、

家族生活力量モデル⁴⁸において家族機能に住環境整備力が含まれていることから、家族の生活の基盤となる住まいに関連した項目を追加し、質問項目 29～32 とした。

「周囲の人との関係性の構築」では、当事者同士あるいは近隣に理解者がいるかについて質問項目 33, 34 とした。

「自己の健康意識の向上」では家族介護者自身の健康の重要性を意識し、そのための行動がとれているかについて、具体的な内容を示し、質問項目 35～38 とした。

導き出した 38 の質問項目について、家族介護者 4 名に 3 回にわたりプレテストを行い、意見を参考に表現の修正を行った。3 回目には表現や内容について問題がなかった。

表 4 介護力についての質問項目

質問項目	介護力カテゴリー
1 自分の好きなことをして気分転換をしている	介護生活との折り合い
2 介護以外の楽しみの時間が持てる	
3 私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している	
4 辛いときは、泣いたり怒ったりしている	感情の発散
5 ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている	
6 自分で自分を誉めたり励ましたりしている	
7 できる範囲で無理をしないで介護するようにしている	介護役割遂行意識の変容
8 先のことについてあまり深く考えないようにしている	
9 介護に役立つ情報を集める	介護に関する知識と技術の獲得
10 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察する	
11 要介護者の食事や排泄等の介護の仕方はわかっている	
12 要介護者の急変時の対応策を考えている	
13 要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している	社会資源活用
14 介護保険サービスを積極的に利用している	
15 家族や親戚、近所の人が介護を手伝ってくれる	要介護者との情緒的にかかわり
16 要介護者も頑張っている	
17 介護をすることによって満足感が得られる	
18 要介護者といるのが楽しいと感じる	

⁴⁸ 家族生活力量モデルとは、家族ケア研究会が開発した家族の生活力量を明らかにするモデルであり、家族が健康生活を営むための統合された力と定義されている。
 家族ケア研究会. 家族生活力量モデル—アセスメントスケールの活用法—. 5, 医学書院(2002).

19 要介護者を尊重する気持ちが持てる	
20 介護をしてよかった	
21 要介護者が介護に感謝したり、喜んでいると感じる	
22 これからもできれば介護していきたい	
23 役所や医師、看護師などの専門家に相談する	病気(認知症)への理解
24 介護に関する学習会などに参加している	
25 介護のおかげで人間として成長した	自己成長感の認識
26 介護の経験から学ぶことがある	
27 介護がうまくなった	
28 要介護者の状態や変化に合わせて対応している	家族機能の成長
29 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらう	
30 一人で何でもやろうとしないで周りの人(家族)に協力を頼む	
31 介護をしていても経済的ゆとりがある	
32 住宅の構造は介護に適している	周囲の人との関係性の構築
33 介護をしている人同士で励ましあう	
34 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる	自己の健康意識の向上
35 自分自身の健康意識が高まった	
36 自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている	
37 私はほぼ規則的な生活をしている	
38 希望を捨てずに毎日明るく過ごすように心がけている	

第3章 協同的ケアの概念

そもそも“協同”するとはどういうことか、協働、共同、共働のように医療福祉専門職の間では様々に使われている。協働、共働とは辞書的には協力して働くことを意味している。そして協同とは、ともに心と力をあわせ、助け合って仕事をする事、と示されているように、単に協力することにとどまらず、理念やビジョンに向けてどのように互いの専門性を生かして力を発揮することが効果的なのかを共に考えつつ気持ちを高め、力を合わせていくことであると考え。職種の違いにより視点や専門性が異なると当然であるが、そこに共通言語を用いて「顔の見える」関係性を築くことにより、限られた社会資源を有機的に活用できるシステムが生み出されるのではないだろうか。

第1節 多職種連携による地域包括ケア概念の変遷

ここでは、施設ケアから在宅ケア、さらには包括的な地域ケアへと我が国が推進する変遷過程の中で、多職種での連携した地域ケアの必要性が高まり、そのシステムの構築が求められるようになったという視点から、いわゆる「地域包括的ケア改革」に焦点を当てて筆者が提案したい協同的ケアの概念について考える。

まず従来の地域ケアにはどのような課題があったのか、その変遷についてまず検討してみたい。

現代におけるわが国の保健医療福祉制度は、病院や施設整備を中心とした治療や措置を目的とした施設内収容型として発展してきた。したがって、人々が生活し働き活動する場である居宅や地域社会は制度の活動の枠外にあったといえる。そのような社会理念と諸活動のなかで、地域ケアとして公的な活動体系がつくられていたのが、1937年の保健所法に基づいた公衆衛生・地域保健活動である。保健相談や訪問事業等の対策が行われるようになり、この事業に参加する訓練を受けた人を要求する社会的条件が高まり、1941年に保健婦規則が制定された経緯がある。したがって、保健婦は地域看護婦として、地域を活動の基盤に家族を単位としてライフサイクルのあらゆる段階の人々を包括する健康のプロモーションと予防的な活動を展開してきた⁴⁹。

1970年ころには、慢性疾患・高齢者の増加に伴い、包括医療のもとに包括看護の理念が打ち出されそれを実体化する動きがみられるようになった。それは生活の場である家庭をはじめとした、地域社会を基盤に人間の健康生活を援助することで看護の役割を果たすべきであるという考え方が強まった⁵⁰。しかしながら、その役割は、寝たきり高齢者や痴呆性(認知症)高齢者、難病対策として、従来の保健婦が行っていた役割にとどまらず、地域で生活する全ての人々の健康問題に対応し予防的活動をする役割へと地域看護活動の期待は増大した。このような社会的背景の中で、地域を基盤にした医療保健活動において、医療保健専門職の活動の変革を迫られ、機能や役割の見直しはもちろん、

⁴⁹ 奥山則子, 松田正己, 斉藤恵美子. 地域看護学概論, 医学書院, 14-23 (2011).

⁵⁰ 前掲書 (40), 55-72.

質的な転換が図られ、新たな役割や活動の再構築が求められている。法制度においても老人保健法の制定やその後の改正，社会福祉八法の改正，そして保健所法の改正による地域保健法の制定および関連法の改正などの動きへと連関している。

したがって、地域を基盤とした地域ケアの推進は社会的な課題であり、保健医療福祉をはじめ多くの部署と協同して、個々のニーズに適合したきめ細かい支援と適切な社会サービスの活用の調整開発などのいわゆるコーディネーションシステムの開発が急がれている。

以上のように、現代は歴史的に見ても変革期であり、地域包括ケアの推進へと大きく活動の枠組みが変遷し、地域ケアの活動主体も多様化している。ここで改めて、地域ケアの推進の変遷過程に焦点を当てて保健医療福祉等の多職種連携した協同的ケアとその活動の基盤となるシステムの重要性について考察する意義があると考えられる。

第2節 保健医療福祉の連携と統合

保健福祉分野で地域ケアがとりあげられた経緯をみると、1970年代ころより地域を基盤に在宅及び通所系サービスと入所サービスの両方を包括し、統合するサービスの体系をコミュニティケアとして位置づけ、通所サービスや在宅サービスが増加していった経緯がある⁵¹。

同様に保健医療の分野でも1977年の老人保健問題懇談会による「今後の老人保健医療対策の在り方」で老人医療対策の見直しとして、総合的な保健医療対策の整備が答申され、現状の問題点として、医療保障への偏重と健康維持増進対策の軽視、保健医療サービスの一貫性の欠如等が指摘された⁵²。そして主な基本的方向性として①総合的の老人医療対策の確立、②地域保健医療推進、③老人保健医療対策と老人福祉対策の有機的連携が提唱された⁵³。その実施主体は市町村とし、その理由としては、老人保健サービスと福祉対策を一体的にしかも地域の保健医療体制と密接な関係がもてるようにという点を考慮していた。

その後、1978年の国民健康づくり計画や1982年の老人保健法の成立がなされた。このころ世界的にも包括ケアが重要視され、1978年のプライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議が開催され、アルマ・アタ宣言が行われた。この基本的精神は、人々が生活し労働する場所にできるだけ近接して、ヘルスケアを提供する保健システムの継続的なヘルスケア過程の第1段階として、地域社会を基盤とする人間中心の包括医療であり、コミュニティの自決・自助や主体的な住民参加を原則としている。

わが国においてもこのプライマリ・ヘルス・ケア推進のために次のような取り組みを

⁵¹ コミュニティ形成と社会福祉（答申）昭和46年12月11日。中央社会福祉審議会
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakaifukushi/62.pdf>

⁵² 国立社会保障・人口問題研究所老人保健医療問題懇談会。「今後の老人保健医療対策の在り方」（1977）。

⁵³ 保健医療社会学研究会。保健医療と福祉の統合をめざして。垣内出版（1994）。

行った。まず第1には、細分化・専門化しすぎた医療体制を、包括的に診療できる、かかりつけ家庭医の確保を提唱した。第2には、国民健康づくり計画として市町村保健センターを置き、健康づくりの啓発や普及とセルフケアを重視した自ら生涯を通じる健康づくりを推進した。第3には、地域医療計画により医療圏の設定やベッド数を制限し、医療が必要となる前の予防的ケアの必要性を重要視した。第4に、住民の自助組織やその活動の活発化などであり、専門職に限らず地域の人々が自助や互助によって健康を維持増進していくことを狙いとした。この取り組みは、生活習慣病や虚弱高齢者の増加により医療費の占める割合が財政を逼迫するといった課題もあり、病院・施設収容型から包括的な地域ケアの充実へと保健医療体系をシフトするための整備とも考えられる。

現在わが国が2025年を目途に推進している「地域包括ケアシステム」は従来の地域ケア以上に、保健・医療・介護・福祉の連携が求められ、高齢者が病気や障がいがあっても尊厳・個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を支援することを目指すことを目的に掲げている。これを実現可能にしていくためには、高齢者とその家族、あるいは地域住民の主体性を尊重した参加型の支援システムの形成が必要であり、専門職と地域住民の人的・協同的な支援関係・環境づくりが課題と考える。

第3節 ケアコーディネーションの機能

前述した協同的な支援関係・環境づくりには、ケアの必要性和それにそった支援を行うための人的・物的な資源の量や内容の調整といった役割が重要となってくる。この件について、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(1994年12月)⁵⁴には、ケアコーディネーションの機能の充実と包括的な保健・医療・福祉のシステムの構築が示されている。さらに、1997年度からの地域保健法の完全実施に合わせて「ケアコーディネーションの機能に関する研究」報告書⁵⁵では、ケアコーディネーションの概念・機能・基盤整備・マンパワーの充実が示され、市町村が行うケアコーディネーションの具体的な内容と実施方法が明らかにされた。すなわち「ケアコーディネーションは、全住民を対象にし、予防的視点を持ち、住民及び関係機関と協働して進めていく」という特徴を明らかにした。そのための基盤整備の充実の方法をあげ、ケアコーディネーションの体制の整備を図り、実績を踏むことで、介護保険制度の導入後には要介護高齢者に対するケアコーディネーションを、介護保険制度におけるケアマネジメントにつなげ発展させることになる旨を指摘している。そして、ケアコーディネーションの進め方の例を示し、地域の実情に即したケアコーディネーションの充実・推進を提言している。

そこでは、ケアコーディネーションの目的を次のように定めている。「ケアコーディネ

⁵⁴ 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 (1994) .

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/10/tp1030-2.html>

⁵⁵ 平成8年度厚生科学研究. 「ケアコーディネーションの機能に関する研究」報告書. 委員長: 北川定謙 (1997).

ネーションとは住民が自らの健康問題を主体的に解決できるように個々の住民に最適なサービスの種類・程度を判断し、様々な提供主体によるサービスを調整し、適切な時期に総合的に提供されるようにすることである」。その対象は、年齢を問わず、健康のレベル、障がいの程度に寄らず、調整された各種サービスによる支援を必要とする全ての住民であるとしている。また、ケアコーディネーションは支援の過程で得られた情報を基に既存のサービスを改善し、地域に必要なサービスを開発すること等、地域の包括的な保健・医療・福祉のシステムと密接に関連すると強調している。さらに、地域の包括的なシステムが構築されなければ、ケアコーディネーションの機能は十分に発揮されないとし、全ての住民を対象にした地域の包括的なシステムの構築の重要性を指摘した。

ケアコーディネーションの基本的考え方は、実施にあたってサービスの受け手の立場を尊重し、保健・医療・福祉が連携した支援の提供、住民が主体的にサービスを選択できるように以下の点を重視して行うとしている。

- ① 将来を見通した対応を重視する。
- ② 本人の意思決定を尊重する。
- ③ QOL (Quality of Life) の向上や自立することを尊重する。本人や家族の持つ力を見極め、自立支援する。
- ④ 住民・関係者が参加することを尊重する。

この4点の基本的考え方のなかに、予防的視点、家族的視点、本人・家族のQOLと自立の視点、参加の視点が含まれていることが特徴といえる。またケアコーディネーションを行うものとして調整担当者としているが、どの職種であるかなどは限定していない。しかしケアコーディネーションの機能として、対象の把握、問題・課題の明確化、ケア計画作成、ケア計画に基づくサービスの実施、モニタリング(経過の監視)、評価の過程があるとしており、身体的、精神的な健康問題のみならず家族関係や対人関係の持ち方、家事や介護、就労、社会参加等の社会的な問題を含めた生活全般について総合的に把握できることが求められている。

介護保険制度では要介護高齢者とその家族のケアコーディネーションをする役割として介護支援専門員(以後ケアマネジャーと記す)のケアマネジメントが位置付けられているが、前述のケアコーディネーションの機能を果たすためには多くの課題が残されていると考える。そこで、これらの課題を整理し、筆者が考える協同的ケアの概念について考案してみたい。

第4節 ケアマネジメントの機能とその課題

新たな介護システムのなかで、ケアマネジメントの機能としては「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」の報告書⁵⁶(1994年)によれば、利用者の選択に基づきサ

⁵⁶ 厚生省;高齢者介護・自立支援システム研究会報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」(1994年)

ービスが提示される必要があるという視点から、以下の4点をあげている。

- ① サービス利用者に対して、高齢者や家族の相談に応じ専門的な立場から助言
- ② 介護の必要な高齢者や家族のニーズを把握し、そのニーズや介護の必要度に応じ、関係者が一緒になって、ケアの基本方針とケアの内容を定めたケアプランを作成すること
- ③ そのプランを踏まえて実際のサービス利用に結び付けること
- ④ 高齢者のニーズやサービス提供状況を把握しながら適切なサービス利用を継続的に確保すること

以上より、ケアマネジメントは、高齢者やその家族がもつ複数のニーズと社会的資源を結びつける一連の過程に関する技法であり、前述したケアコーディネーションの概念における調整・支援・開発機能のうち、調整機能の役割を重視しているにとどまる表現になっている。その後2000年に導入された介護保険制度においてケアマネジメントを担う専門職としてケアマネジャーが資格化されたが、介護サービス事業所に所属する場合やバックグラウンドの違い等から、多くの課題が指摘されている⁵⁷。

その課題について前述したケアコーディネーションの概念に鑑みれば、まず予防的視点が含まれにくい点である。予防的視点とは対象者の心身の健康状態についてアセスメントする高い能力を必要とし、そのためには対象者のもつ力に着目し対象者の生活感や価値観をより健康な方向に向けていく支援が求められる。しかし介護保険制度では、予防的な支援には介護報酬が低く設定され、事業所の利益には結びつきにくい。また要介護度の改善に対する評価システムが構築されていないことが要因として考えられる。

次に家族介護者のQOLを含めた視点が十分でない点である。家族介護者にとってのレスパイトケアはサービスに含まれるが、家族介護者の直接的ケアは制度設計されていないため、民間の介護サービス事業者ではケアプランに含むことが困難である。そして、地域社会を基盤としたフォーマル、インフォーマルサービスをコーディネートすることや、新たな社会資源の開発という機能には限界がある。本来「ケア」には個々人が地域で生活を継続できるように必要なものをすべて含んでいることであるが、フォーマルサービスのみを組み込む傾向や、特定の事業所のサービスに偏る場合が問題とされている。

そこで、現状のケアをパッケージする場合、ケアマネジャーによるケアマネジメントをケアマネジメント実践と位置づける。そして、その実践過程が目的とする要介護者とその家族の生活の質の保障を達成できるためには、組織内外の地域を基盤としたフォーマル・インフォーマル要因を包括したシステムが必要となる。このシステムが多職種の協同が効率的に図れる仕組みである。このシステムにおいては、要介護者のみならず家族介護者の支援を組み込むことが可能となる。確かにケアマネジメントの対象者は要介護者とその家族であるが、現状では介護保険制度に位置付けられるサービスの対象はあ

⁵⁷ 日本看護協会編. 介護保険とケアマネジャー. 日本看護協会出版会, 13-22 (1997).

くまでも要介護者であり、家族介護者に直接的な支援は含まれてはいない。今後は高齢者夫婦のみの世帯の増加などからもケアマネジメントにおいて、家族の持つ力をはじめインフォーマルサポートを強化および統合するシステムは重要であると考えられる。すなわち家族支援を長期的、継続的に行い、家族のQOLの観点を考慮しつつ、可能な範囲で家族の介護力の強化を図るようなインフォーマルサポートを組み込んだケアマネジメントシステムが必要になってくると考える。

第5節 家族支援を組み込んだ協同的ケアシステム

これまで述べてきた協同的ケアの現状と課題を踏まえ、筆者の考える協同的ケアシステムについて概念図を作成した（図7）。

この図では、家族介護者または要介護者が受けるサポートを、フォーマルなサポートとインフォーマルなサポートに分けて示している。要介護者は、従来の介護保険制度に位置づけられたフォーマルサポートが提供される。一方、家族介護者に対するサポートは、インフォーマルなサポートとなる。インフォーマルサポートには、図に示したように、地域の見守りや自治会の事業、ボランティア、NPOだけでなく当事者同士による家族会等が含まれ、そのサポートの提供は、単発的ではなく、多職種の専門職が連携してケアコーディネーションがなされ提供されることが特徴である。

インフォーマルサポートの概念としては、家族や近隣の住民といった専門職ではない者のサポートといった意味合いが強いが、窪田⁵⁸は、ソーシャルワークの分野では、インフォーマルサポートとして、専門家の持つ知識技術のみによっては創出しえない、専門家の共感による癒しと相互支援の場が必要であると述べている。またジャーメイン⁵⁹はインフォーマルサポートにみられる特徴を関係性としている。関係性「愛着理論」から引用された概念で、インフォーマルサポートにみられる人間の相互依存性とそれによる発展可能性を意味している。と述べている。したがってインフォーマルサポートに専門職による相互支援を組み込むことが特徴的な点であると考えられる。

このようにインフォーマルサポートは、日常生活圏域を単位としてネットワークが構築され、そこでコーディネーションされたサポートが提供されることにより、家族介護者の介護力が引き出される。さらに、インフォーマルサポートにおいてコーディネーションを行う専門職は、フォーマルサポートにおいて定期的実施される担当者によるケア会議に参加するため、図に示したように、インフォーマルサポートとの情報共有が可能となり、早期に援助を必要とする家族介護者を把握できる。また、ボランティアの量と質の確保から育成や研修までも、専門職の連携により長期的に継続していくシステム

⁵⁸ 窪田暁子. 精神障害者からの復帰とクラブハウスモデル—患者役割からの脱出とスタッフ・メンバーの共働的相互関係. 東洋大学社会学部紀要, 32 (1), 49-66 (1994).

⁵⁹ Germain, C.B. An ecological perspective in casework practice, *Social Casework*, 4, 323-330 (1973).

を構築する。そうすることで、保健医療福祉そして行政の専門職の果たす役割が、それぞれの専門性をもって連携することができ、地域資源の開発や全体のサービスの調整、システム化、政策化の機能をもち中枢的な役割となる。

この概念が、本論でいう地域包括ケアにおける協同的ケアシステムを意味している。こうして構築された協同的ケアシステムでは、家族介護者は、その介護力も含めた社会資源を有機的に活用でき、長く続く在宅介護で疲弊することなく介護継続意思を維持していくことが可能となる。

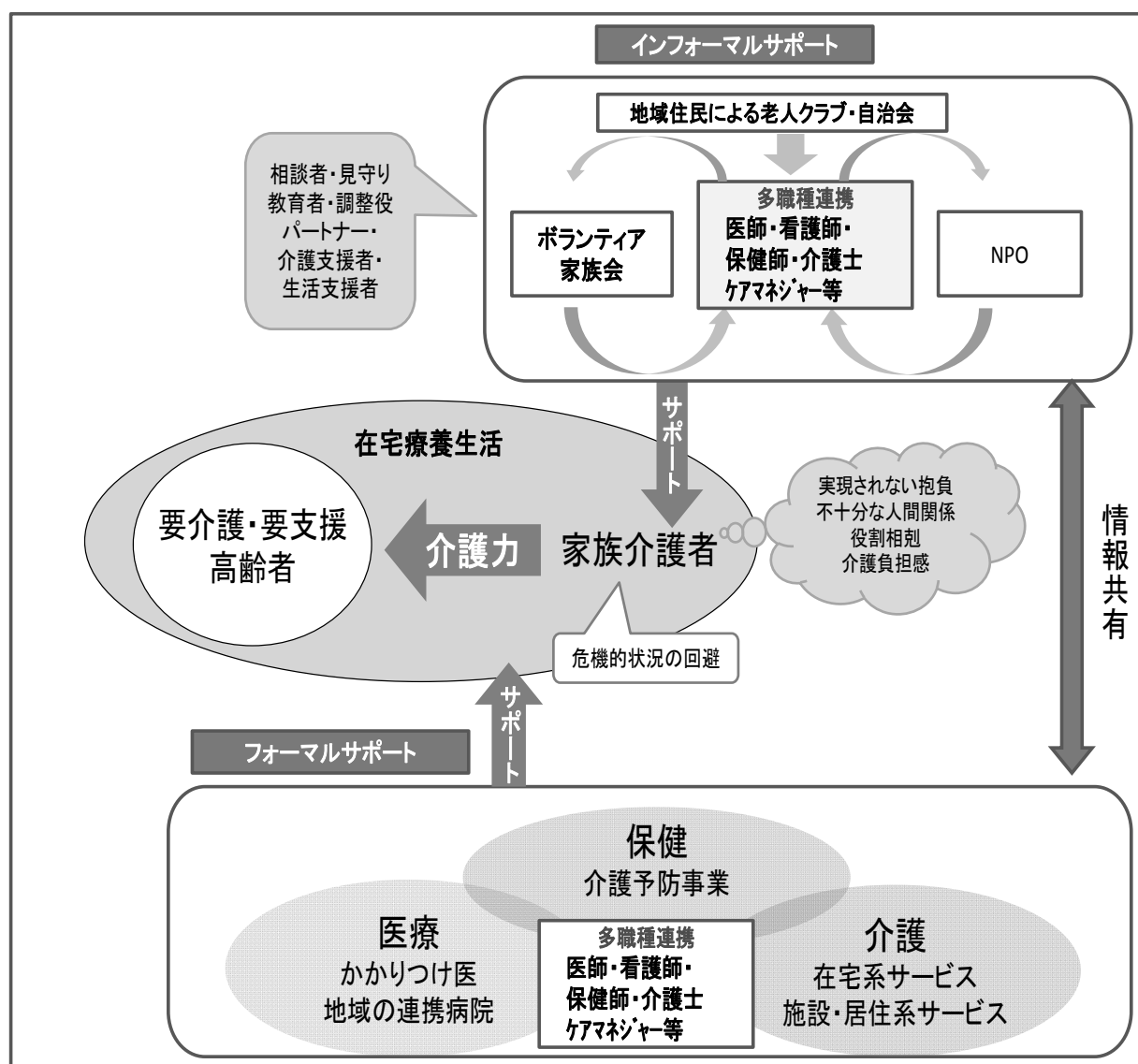


図7 協同的ケア概念図

第4章 家族介護者の介護力への関連要因と必要な看護支援の調査

第3章での協同的ケアシステムの構築においてインフォーマルサポートの重要性を述べてきた。しかしインフォーマルサポートは全体的に確保が難しい状況であり、ボランティアの育成や研修、専門職者によるネットワークづくり等も今後段階的に進めていく必要がある。

では今現在も継続している在宅での介護で、要介護者や家族介護者への支援として実現可能と考えられるのは、家族機能の強化である。ただし強化とは、家族介護者の持つ潜在的な内的資源を引き出し、有機的に活用させていくことを意味し、そのことにより少しでも長く介護の継続意思を維持していくことである。

そこで、家族介護者の内的資源でもある“介護力”にいかに関わりアプローチして獲得していくかが重要であると考え、第2章で導き出された介護力の質問項目を用いて、在宅介護を行っている家族介護者への調査を実施し、介護力の因子構造を明らかにする。それを踏まえて介護力の因子の違いが介護負担感にどのように影響を及ぼしているのかを検討することにより、家族介護者の介護力を獲得するために必要な介護関連ニーズにおいて“看護師に対するニーズ”が抽出され、それにより具体的支援が明らかになると考えた。

第1節 本研究の分析枠組み

本章では、第2章で作成した介護力測定の問題項目を用いて、介護力の関連要因と必要な看護支援を明らかにしていくために、実施した調査について述べる。

1. 分析枠組み

まず介護力の規定要因を明らかにするために、要介護者の特性においては年齢、性別のほかには要介護度や認知症、それに伴う対応困難行動、そして家族介護者の特性においては、要介護者との続柄や主体的健康観、仕事の有無や介護知識について、また介護状況では介護期間や介護時間、介護相談者や支援者の有無、住居形態、介護継続意思を変数として設定した。その理由は介護負担感と介護力には密接な関連があると考え、介護の対処行動としての物理的距離の確保は、家族構成や住居様式からも比較検討ができると思ったからである。この要因が介護力とどのように関連しているかを分析し、さらに介護力を含めた要因が介護負担感にどのように影響しているかを検討した。また介護力の状況によって必要とするケアに違いがあるのか、その違いから適切なケアを提供するために介護力と“看護師に対するニーズ”との関連を検討した。

以下、分析枠組みにそって数量的な分析方法について説明する（図8）。

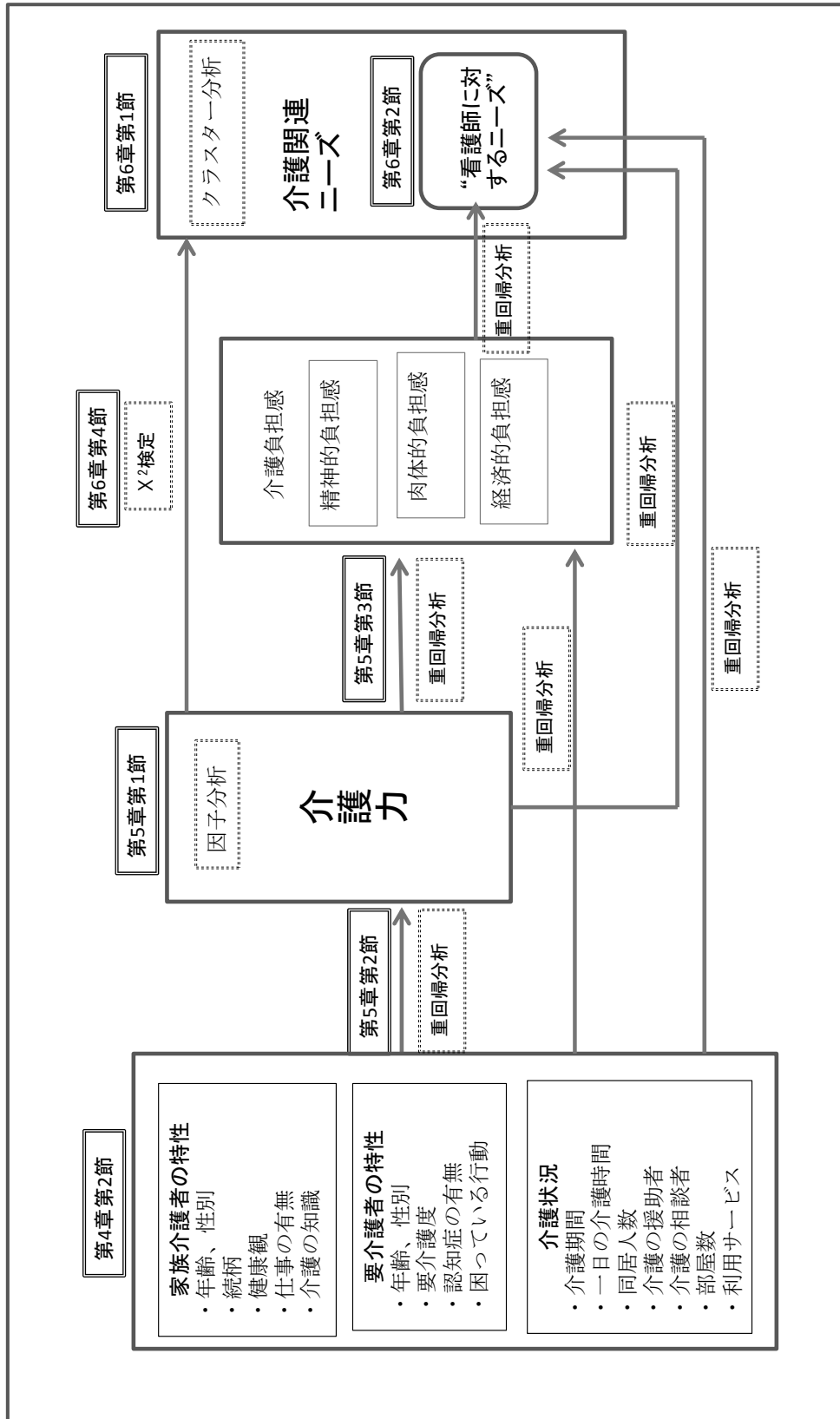


図8 分析枠組み

家族介護者の介護力は介護者、要介護者の特性および介護サービスを含めた介護状況に規定されると考え、まず、それらの特性及び介護状況を把握する（第4章第2節）。そして、その介護力は介護負担感という介護評価に影響を及ぼし、そこから様々な介護関連ニーズが生じていると考える。

以上の分析枠組みを以下のような流れで分析を行う。介護力については探索的因子分析による介護力の構成因子を抽出する（第5章第1節）。この因子に関連する要因を明らかにするために、家族介護者、要介護者の特性および介護状況の要因を独立変数、介護力因子を従属変数として重回帰分析を行う（第5章第2節）。

次に介護負担感に関連する要因を検討するために、家族介護者、要介護者の特性および介護状況、介護力因子を独立変数に、介護負担感の精神的負担感、肉体的負担感、経済的負担感を従属変数として重回帰分析を行う（第5章第3節）。

さらに介護関連ニーズについては、「ケアをだれに依頼したいか」の特徴で、クラスター分析によりカテゴリー化をおこなう（第6章第1節）。カテゴリー化された各々の介護関連ニーズの特徴を明らかにするとともに、“看護師に対するニーズ”に関連する要因を検討するために、家族介護者、要介護者の特性および介護状況、介護力、介護負担感を独立変数、“看護師に対するニーズ”を従属変数として重回帰分析を行う（第6章第2節）。加えて、介護力因子の高低による介護関連ニーズの特徴を明らかにするために、介護力因子ごとに χ^2 検定を行い、さらに残差分析を行う（第6章第4節）。

2. 調査の対象と方法

調査期間は2012年5月～8月であった。

調査対象は、全国政令都市で最も高齢化率の高い北九州市が位置する福岡県（2013年6月現在人口5,090千人、高齢者人口1,230千人（24.2%）と隣接する佐賀県（2013年6月現在人口840千人、高齢者人口219千人（26.1%））に居住している要支援・要介護者を在宅で介護している家族介護者を対象にした調査である。以下に調査対象都市の概要⁶⁰を表5に示す。

表5 調査対象都市の概要

都市	要支援1	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数	単位（人）			
								認定者のうち前期高齢者数	認定者のうち後期高齢者数	居宅サービス受給者数	要介護認定者の受給者率
福岡県	65,903	44,516	36,740	27,347	26,148	21,020	221,674	26,819	188,903	135,455	61.10%
佐賀県	11,631	8,747	6,340	5,719	4,571	3,884	40,972	3,681	36,218	24,869	60.70%

出典：内閣府「平成23年介護保険事業状況報告（暫定）」より筆者が作成

⁶⁰ 厚生労働省、介護保険事業状況報告（暫定）（平成23年）。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom12/1204.html>

福岡県では高齢者の 18.0%にあたる 222,674 人が要介護認定を受けており、そのうち 6 割が居宅介護サービスを受給している。佐賀県では高齢者の 18.7%にあたる 40,972 人が要介護認定を受けており、そのうち約 6 割が居宅介護サービスを受給している。どちらの県も、要介護認定者のうち要支援、要介護 1、要介護 2 の比較的軽い要介護者の占める割合が多く、そのうち半数以上の 6 割にあたる要介護高齢者が在宅を基盤として介護が行われている対象者と考えた。この要介護高齢者のうち 65 歳以上の高齢者世帯で独居老人を除いた全国平均 75%が家族介護者による介護が行われていると考え、その数約 12 万人と算出した。そのうちの 1%にあたる 1200 名を選定するために介護支援専門員連絡協議会を通して、ケアマネジャーに依頼し要介護認定の偏りがないよう要支援 1、2～要介護 5 までの対象者の抽出を行い、居宅サービス等のフォーマルサービスを受けて、かつ調査の趣旨や内容について承諾を得られた家族介護者とした。フォーマルサービスを受けている家族介護者を選定した理由として、現在フォーマルサービスを利用しても、そのみでは充足されないニーズをとらえる必要があったためである。またケアマネジャーを通すことで、研究の趣旨説明を行い、同意を得るといった倫理的配慮が十分に行えるためとした。

倫理的に十分に配慮する必要性があるため、まず対象施設の施設管理者に対して、研究の概要、今回の研究協力にあたって協力の可否により職務上の不利益を起ささないように配慮して頂きたいこと、結果の公表にあたり施設が特定されないことを文書で説明し文書で同意を得た。対象者には、施設スタッフより研究の概要、結果の公表方法、回答は自由意志であり協力の可否により施設利用において不利益がないこと、協力する場合も答えたくない質問には答えなくてよいこと、調査は無記名であり個人は特定されないこと、データは統計的に処理すること、調査紙の記入と提出を持って研究への参加承諾を得られたとすることを文書と口頭で説明した。本研究は、福岡県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て開始した（承認番号 69）。

調査紙の配布方法として、福岡県、佐賀県の介護支援専門員連絡協議会を訪問し、調査の趣旨を口頭書面で行った。電話にて調査協力の説明の機会を得られた施設（包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所）に直接訪問して研究の説明を口頭と書面で行ない、同意を得られた施設（居宅介護支援事業所、通所サービス、地域包括支援センター）28 ヶ所を対象とした。同意を得られた施設の当該サービスを利用している家族介護者 1200 名にケアマネジャーより研究の趣旨を説明したうえで、直接配布し、回収方法は、全て無記名とし返信用封筒に厳封して郵送により回収した。

特に倫理的配慮として、研究の参加は自由意志であること、施設側からの強制力が加わらない等を十分に理解できるよう工夫を図った。回答が困難と判断した場合はケアマネジャーより聞き取りにて調査を実施した。

3. 調査内容

質問紙は A4 サイズで 9 頁にわたり、大項目としてⅠ. 家族介護者の特性、Ⅱ. 要介護者の特性、Ⅲ 介護状況、Ⅳ. 介護関連ニーズ、Ⅴ. 介護力について自由記述と選択肢で構成し、最後に意見や要望等の自由記述欄を設けた（資料 8）。

1) 家族介護者の特性

年齢、性別、健康観、続柄、仕事の有無、介護知識の 6 項目とした。回答について、健康観は「健康である」：4 点、「まあまあ健康である」：3 点、「あまり健康でない」：2 点、「健康でない」：1 点の 4 件法とした。仕事の有無について、「仕事をしている」、「仕事をしていない」の選択肢とし、仕事をしている場合は週の回数と時間数を記述とした。介護知識については、「よく知っている」：1～「全く知らない」：6 の 6 件法としたが、分析においては、「よく知っている」6 点～「全く知らない」1 点と逆転させた。

2) 要介護者の特性

年齢、性別、要介護度、認知症の有無、認知症の周辺症状の 5 項目とした。回答について要介護度は、要支援 1～要介護 5 までの 7 段階とした。認知症については、「ある」：1 点、「少しある」：2 点、「ない」：3 点の 3 件法とした。また認知症の周辺症状については「要介護者の方の困ると思う行動について」選択肢を 13 項目設け、複数回答とした。この 13 項目に関しては BPSD に関する文献検討に家族介護者のインタビュー内容より抽出した内容を含め設定した。その他の行動として自由記述を加えた。

3) 介護状況

介護期間、1 日のうちの介護時間、同居人数、介護援助者の有無、介護相談者の有無、住居の部屋数、利用している介護保険サービス、介護継続意思、介護（肉体的・精神的・経済的）負担感の 11 項目とした。回答について介護時間は、「4 時間以内（一日の生活の中で時々介護している）」：1 点、「4 時間から 8 時間くらい（日中、介護とそれ以外の時間がほぼ同程度である）」：2 点、「8 時間から 16 時間くらい（ほぼ介護に携わっているが、寝る時間はある）」：3 点、「16 時間以上（ほぼ一日中介護をして寝る時間もない）」：4 点の 4 件法とした。介護時間及び同居する家族の人数、住居の部屋数については記述とし、介護を手伝ってくれる人、あるいは介護の相談できる人についてはその有無と関係について尋ねた。利用しているサービスは 10 種類の介護保険サービスより複数回答で選択とした。在宅介護の継続意思については、「最期まで在宅介護したい」：1、「できるかぎり在宅介護したい」：2、「仕方なく在宅介護している」：3、「今すぐ在宅介護をやめたい」：4 の 4 件法としたが、分析においては、「今すぐ在宅介護をやめたい」：1 点、「仕方なく在宅介護している」：2 点、「できるかぎり在宅介護したい」：3 点、「最期まで在宅介護したい」：4 点と逆転させた。介護負担感については、精神的負担感、肉

体的負担感，経済的負担感について「非常に大きい」：1～「ほとんどない」：5までの5件法としたが，分析においては，「ほとんどない」：1点から「非常に大きい」：5点までと逆転させた。

本研究での介護状況の質問項目は，野川⁶¹の介護環境要因の項目及び家族生活力量アセスメントスケール⁶²を参考とした。野川によれば，介護環境要因には心理的，物理的距離について住宅問題や介護相談者，協力者が含まれているとし，そのことが介護継続意思に深く関連しているとの報告がなされている。住宅問題では，物理的距離を保つための部屋の広さより，個室の数に関連していることが示唆されていたため，今回の介護状況の質問として部屋数を加えた。

4) 介護力

第2章，第4節の表2で示した介護力の38項目について，「よくそう思う」：4点，「どちらかといえばそう思う」：3点，「どちらかといえば思わない」：2点，「ほとんどそう思わない」：1点の4件法とした。

5) 介護関連ニーズ

介護関連ニーズ項目の設定として，文献（後藤，岩松⁶³；松本⁶⁴；原田，山岸⁶⁵；厚生労働省⁶⁶；木村，神崎⁶⁷）より介護に関連するニーズを参考に，実践的技術の提供のみならず知識や情報の提供，心理的援助等のケアに対する欲求や要望を含む29項目を設定した。その項目について現場の主任ケアマネジャー1名，訪問看護師3名，ソーシャルワーカー1名，保健師1名，介護福祉士1名の計7名にオピニオンコメントを依頼し，コメントを参考に測定項目を配置した。さらに4回にわたるプレテストを家族介護者に実施し，高齢者対象に理解できるか等について意見交換を行ない質問項目の修正を行った。最終的に29の質問項目を設定した（表6）。そこでこの29項目のケアを，誰に頼みたいと思うかについて「ぜひ看護師にしてほしい」，「できれば看護師にしてほしい」，「ケアマネや介護士などの看護師以外にしてほしい」，「家族又は自分（要介護者自身）でできる」，「誰でもよい」，「必要ない」の選択肢より一つを選択することとした。

⁶¹ 前掲書（23），66-73。

⁶² 家族ケア研究会．家族生活力量モデル—アセスメントスケールの活用法．医学書院，79-80（2002）。

⁶³ 後藤真澄，岩松利昭．ホームヘルプサービスの有効性に関する研究，利用者満足度とホームヘルパーの自己評価の比較から．社会福祉学，41（2），49-58（2001）。

⁶⁴ 松本啓子．在宅認知症高齢者の家族介護者における医療ニーズ測定尺度の開発．老年看護学，12（1），63-69（2007）。

⁶⁵ 原田光子，山岸春江．訪問看護活動における高齢療養者と家族のニーズに対する他職種との連携．日本地域看護学会誌，（2），61-69（2003）。

⁶⁶ 厚生労働省監修．厚生労働白書（平成17年度版）．251（2005）。

⁶⁷ 木村裕美，神崎匠代．重度要介護状態の在宅療養者における介護家族のケアニーズ．家族看護学研究，17（3），159-169（2012）。

表 6 介護関連ニーズ

1 排泄介助の方法を教えてください
2 要介護者の排泄を手伝ってほしい
3 安全な食事介助の方法を教えてください
4 食事介助を手伝ってほしい
5 適切な口腔ケアの方法を教えてください
6 適切な口腔ケアをしてほしい
7 危険の少ない移動動作について教えてください
8 要介護者の移動や歩行に付き添ってほしい
9 安全な入浴介助の方法を教えてください
10 要介護者の入浴を手伝ってほしい
11 安全で確実な薬の飲ませ方を教えてください
12 薬の効果や副作用についておしえてほしい
13 要介護者の身体の状態を観察し、家族に報告してほしい
14 家での応急手当の仕方についておしえてほしい
15 吸引の方法についておしえてほしい
16 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい
17 床ずれなどの皮膚の観察をしてもらいたい
18 胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のとき助言してほしい
19 看取りの方法をおしえてほしい
20 看取りのときに一緒にいてほしい
21 認知症についておしえてほしい
22 認知症の状態を観察し、家族に報告してほしい
23 徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい
24 家族の悩みを聞いてほしい
25 家族の身体チェック(血圧や脈拍など)をしてほしい
26 家族の健康状態について相談にのってほしい
27 介護する家族の生活の指導や助言をしてほしい
28 介護保険やサービスの利用などを教えてください
29 要介護者や周囲との関係を調整してほしい

第2節 基本属性と介護状況

アンケート調査票の回収数は678、有効回収数は661(有効回収率55.1%)であった。

基本属性と介護状況に関する質問項目の回答の各度数を以下に示した。ただし、有効回収数のうち、欠損値の取り扱いとして項目ごとに除外したため、それぞれのn数に違いがある。

介護力に関連する要因として設定した、家族介護者の特性、要介護者の特性、介護状況の項目について、基本的統計量を求めた。

1. 家族介護者の特性（表7）

性別は男性130人（20.0%）、女性520人（80.0%）で、年齢は平均64.1（SD 11.2）歳であった。要介護者との続柄は夫131人（20.1%）、妻85人（13.0%）、親361人（55.4%）、祖父母11人（1.7%）、親戚4人（0.6%）であった。

表7 家族介護者の特性

		人数	割合(%)
年齢	Mean±SD (min-max)	n=645 64.1±11.2(35-94)	
性別		n=650	
	男	130	20.2
	女	520	80.0
続柄		n=652	
	夫	131	20.1
	妻	85	13.0
	親	361	55.4
	祖父母	11	1.7
	親戚	4	0.6
	その他	60	9.2
健康観		n=639	
	健康である	130	20.3
	まあまあ健康である	336	52.6
	あまり健康でない	145	22.7
	健康でない	28	4.4
仕事		n=651	
	している	288	
	していない	363	
介護知識		n=648	
	よく知っている	52	8.0
	まあまあ知っている	193	29.8
	少しは知っている	237	36.6
	あまり知らない	122	18.8
	ほとんど知らない	35	5.4
	全く知らない	9	1.4

[注] nは欠損値を除いた数

家族介護者の健康状態については、「健康である」、「まあまあ健康である」を合わせて466人(72.9%)、「あまり健康でない」、「健康でない」を合わせて173人(27.1%)であった。仕事の有無については、「介護以外に仕事をしている」のは288人(44.2%)、「仕事をしていない」のは363人(55.8%)であった。

介護知識については、「よく知っている」は52人(8.0%)、「まあまあ知っている」が193人(29.8%)、「少しは知っている」は237人(36.6%)で、7割以上が介護知識を持っていると評価している。また「あまり知らない」は122人(18.8%)、「ほとんど知らない」は35人(5.4%)、「全く知らない」は9人(1.4%)であった。

2. 要介護者の特性 (表8)

表 8 要介護者の特性

		人数	割合
年齢		n=643	
	Mean・SD (min-max)	83.0±8.5 (42-104)	
性別		n=635	
	男	208	32.8
	女	427	67.2
要介護		n=638	
	要支援1	60	9.4
	要支援2	75	11.8
	要介護1	164	25.7
	要介護2	109	17.1
	要介護3	114	17.9
	要介護4	72	11.3
	要介護5	44	6.9
認知症		n=646	
	ある	179	27.7
	少しある	217	33.6
	ない	214	33.1
	わからない	29	4.5
	不明	7	1.1

[注] nは欠損値を除いた数

性別は男性208人 (32.7%)，女性427人 (67.1%) で，年齢は平均83.0 (SD 8.5) 歳であった。要介護度別に，要支援1は60人 (9.4%)，要支援2は75人 (11.8%)，要介護1は164人 (25.7%)，要介護2は109人 (17.1%)，要介護3は114人 (17.9%)，要介護4は72人 (11.3%)，要介護5は44人 (6.9%) となり，要介護1が最も多かった。認知症が「ある」は，179人 (27.7%)，認知症が「少しある」が217人 (33.6%) で，「ある」と「少しある」を合わせて343人 (56.0%) であった。認知症は「ない」は214人 (33.1%) であった。

3. 要介護者の困った行動 (BPSD) の状況 (表9)

火の始末ができないが最も多い346人 (54.6%) にのぼった。次いで尿便失禁あると少しある，を合わせて343人 (56.0%) であり，家族介護者が在宅において尿便失禁で困っている状況がうかがえた。認知症の初期症状としての徘徊や一人で外に出たがるという行動は比較的少なかった。

表 9 要介護者の困る行動

BPSD	人数	割合 (%)
一人で外に出たがる	n=610	
	ある	43 7.0
	時々ある	87 14.3
	ない	480 78.7
徘徊する	n=609	
	ある	16 2.6
	時々ある	47 7.7
夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある	n=617	
	ある	71 11.5
	時々ある	181 29.3
	ない	365 59.2
暴言や大声を出す	n=617	
	ある	35 5.7
	時々ある	125 19.1
たたいたり殴りかかるなどの暴力をふるう	n=611	
	ある	6 1.0
	時々ある	37 6.1
	ない	568 93.0
尿便失禁をする	n=611	

	ある	142	23.2
	時々ある	201	32.9
	ない	268	43.9
泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる			n=612
	ある	38	6.2
	時々ある	129	21.1
	ない	445	72.7
やたらとものを隠す			n=614
	ある	27	4.4
	時々ある	94	15.3
	ない	493	80.3
ものを盗まれたなどと被害的になる			n=615
	ある	31	5.0
	時々ある	71	11.5
	ない	513	83.4
作り話をして周囲に言いふらす			n=613
	ある	20	3.3
	時々ある	50	8.2
	ない	543	88.6
食べ物でないものを口に入れる			n=611
	ある	10	1.6
	時々ある	23	3.8
	ない	578	94.6
お世話しようとする と抵抗する			n=614
	ある	23	3.7
	時々ある	133	21.7
	ない	458	74.6
火の始末や火元の管理			n=600
	できない	328	54.7
	時々できない	84	14.0
	できる	188	31.3

[注] nは欠損値を除いた数

4. 介護状況（表 10）

介護期間は平均5.04（SD 4.7）年，最長35年で，介護時間については，1日の生活の中で介護が4時間以内の場合が334人（55.9%）で半数を占めている．4時間から8時間くらいが122人（20.4%），8時間から16時間が120人（20.1%），ほぼ一日中16時間以上で寝る時間もないと回答した家族介護者も22人（3.7%）であった．

表 10 介護状況

	人数	割合 (%)
介護期間		n=592
	Mean・SD (min-max)	5.04±4.72 (0-35)
介護時間		n=598
	4 時間以内	334 55.9
	4 時間から 8 時間くらい	122 20.4
	8 時間から 16 時間くらい	120 20.1
	16 時間以上	22 3.7
同居人数		n=643
	Mean・SD (min-max)	2.96±1.52 (1-9)
介護援助者		n=648
	いる	394 60.8
	いない	216 33.3
	どちらともいえない	38 5.9
介護相談者		n=641
	いる	542 84.6
	いない	62 9.7
	どちらともいえない	37 5.8
部屋数		n=64
	Mean・SD (min-max)	5.24±1.85(1-13)
サービス		n=222
	訪問介護	9 4.1
	訪問入浴介護	2 0.9
	訪問看護	2 0.9
	訪問リハビリテーション	48 21.6
	デイサービス	126 56.8
	デイケア	6 2.7
	ショートステイ	2 0.9
	グループホーム	16 7.2
	福祉用具	3 1.4
	住宅改修	8 3.6
	その他	

同居人数は平均2.96 (SD1.56) 人で、二人暮らしでは夫婦が最も多く、次いで親子となっている。3人以下の核家族で7割を占める (図9)。

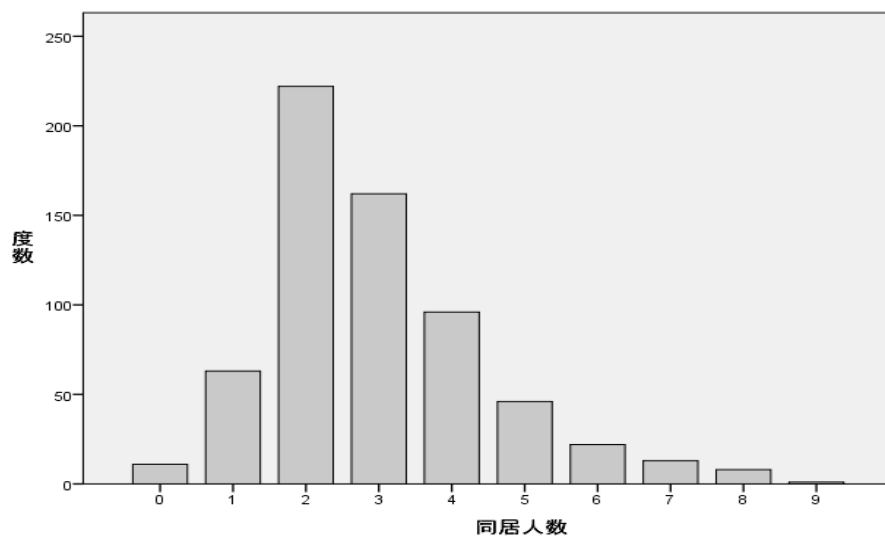


図9 同居人数

介護援助者については、介護を手伝ってくれる人がいるのは、390人 (60.3%)、いない人が218人 (33.7%) であった。介護の相談ができる人がいるのは542人 (84.4%) で、いない人が62人 (9.7%) で直接介護を手伝ってくれる人はいないが8割以上の家族介護者は相談相手がいるということである。相談相手で最も多かったのがケアマネジャーであった。部屋数については、平均5.24 (SD1.86) 部屋で、4~6部屋ある家庭が全体の62%を占めた (図10)。

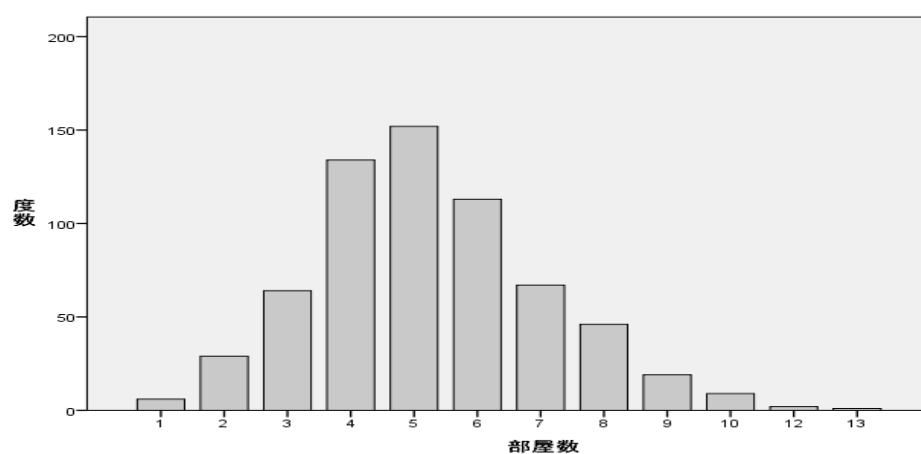


図10 部屋数

利用しているサービスで最も多いのは圧倒的にデイサービスであり、次いでデイケアサービスであった。デイサービスを利用している人のうち要支援1、要支援2、要介護1が占める割合は77%で123人であった（図11）。

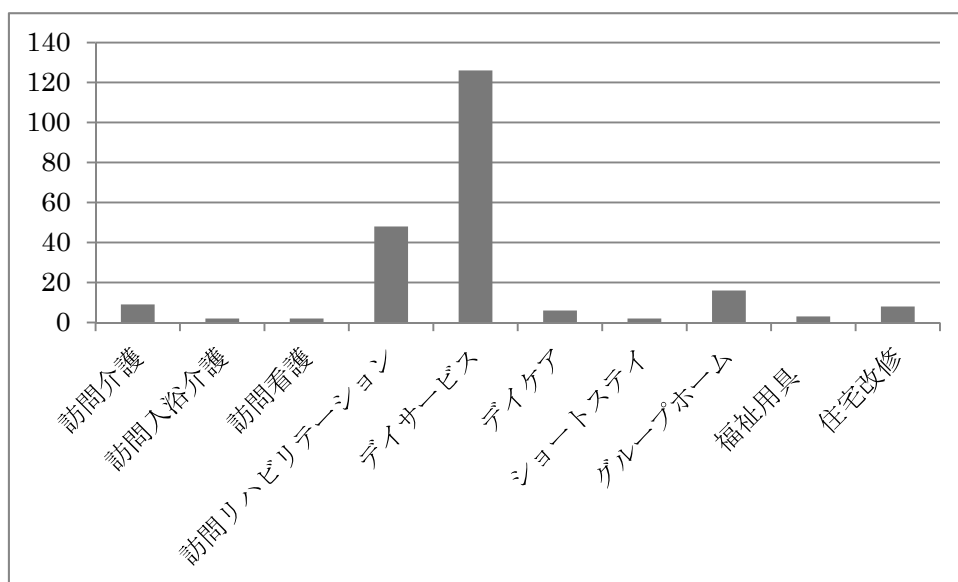


図11 介護サービスの種類

5. 介護継続意思（表11）

「最期まで在宅で介護したい」のは114人（19.4%）で、「できるかぎり在宅介護したい」と考えている人は最も多く408人（69.3%）であった。「仕方なく介護している」は57人（9.7%）で、「今すぐ在宅介護をやめたい」と思っている人は10人（1.7%）いた。

表11 介護継続意思

	人数	割合(%)	
介護継続意思		n=589	
最期まで在宅介護したい	114	19.4	
できるかぎり在宅介護したい	408	69.3	
仕方なく在宅介護している	57	9.7	
今すぐ在宅介護をやめたい	10	1.7	
その他	29	4.4	

[注] nは欠損値を除いた数

6. 介護負担感（表12）

精神的負担感については「非常に大きい」と「大きい」を合わせて431人（66.7%）で、肉体的負担感は、「非常に大きい」と「大きい」を合わせて351人（54.4%）、経済的負担感は「非常に大きい」と「大きい」を合わせて253人（39.2%）であった。

表 12 介護負担感

	人数	割合(%)
精神的負担		
		n=646
非常に大きい	137	21.2
大きい	294	45.5
どちらでもない	99	15.3
あまりない	88	13.6
ほとんどない	28	4.3
肉体的負担		
		n=645
非常に大きい	105	16.3
大きい	246	38.1
どちらでもない	142	22
あまりない	122	18.9
ほとんどない	30	4.7
経済的負担		
		n=646
非常に大きい	62	9.6
大きい	191	29.6
どちらでもない	186	28.8
あまりない	162	25.1
ほとんどない	45	7

[注] nは欠損値を除いた数

第5章 家族介護者の介護力と介護負担感との関連

この章では、第4章で得られた調査結果をもとに家族介護者の内的資源として重要な介護力について因子構造を明らかにする。さらにその介護力因子に関連する要因及び介護負担感との関連を明らかにすることで、家族介護者の介護負担感を軽減するために必要な介護力獲得の具体的支援について検討を行う。

第1節 介護力の因子構造

1. 介護力因子の抽出

介護力の因子構造を明らかにするために、因子分析の手法を用いた。まず、介護力の38の質問項目についてデータの分布を確認するためにShapiro-Wilk検定にて正規性の検定を行い、回答分布が正規分布より大きく外れて偏りのみられる項目がないかを確認した。削除した項目は、欠損値の多い1項目（項目番号8、以下番号のみ表示）、続いて項目間の相関の高さから3項目（13、28、29）を削除した。その結果、分析対象は34項目となり、その項目について重み無最小二乗法により因子を抽出し、プロマックス回転を用いて因子分析を行い、因子負荷量0.40未満の4項目（17、27、37、38）と3因子以上の因子に因子負荷量0.4以上を示した2項目（20、15）を削除した。

最終的に38項目のうち計10項目を削除した28項目で再度因子分析を行い、スクリー法や解釈可能性を検討した上で固有値1.00以上の基準で6因子を抽出した（表13）。

また6つの因子間の相関係数は $r = 0.25 \sim 0.64$ と正の相関を示した（表14）。

第1因子は「要介護者も頑張っている」「介護をすることによって満足感が得られる」「要介護者といるのが楽しいと感じる」「要介護者を尊重する気持ちが持てる」「介護をしてよかった」「要介護者が世話に感謝したり、喜んでいと感じる」「これからもできれば介護していきたい」の7項目より構成され、要介護者への親近感や愛情を感じるとともに介護を通して自己成長していこうと介護の肯定的側面に目を向けることによつて、介護を継続しようと考えられることから、【介護を肯定的にとらえる力】の因子とした。

第2因子は「介護に役立つ情報を集めている」「発熱や脱水などの健康問題の発見が遅れないように観察している」「要介護者の食事や排せつ等の介護の仕方はわかっている」「要介護者の急変時の対応策を考えている」「要介護者の状態や変化にあわせて対応をしている」「役所や医師、看護師などの専門家に相談している」「要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している」の7項目から構成され、介護に関する知識や技術の習得などから【介護ケア実践力】の因子とした。

表 13 介護力の各因子とその負荷量

項目	因子					
	1	2	3	4	5	6
第 1 因子 介護を肯定的に捉える力						
32) 要介護者といるのが楽しいと感じる	.866	-.056	-.034	-.021	-.055	.070
34) 介護をしてよかった	.843	.013	-.118	.018	.016	.015
36) これからもできれば介護していきたい	.835	.020	-.025	-.005	.010	-.096
33) 要介護者を尊重する気持ちが持てる	.812	.053	-.012	.030	.031	-.055
35) 要介護者が世話に感謝したり、喜んでいて感じる	.761	-.008	.010	-.016	.014	.032
31) 介護をすることによって満足感が得られる	.699	.003	.063	-.065	.025	.152
30) 要介護者も頑張っている	.685	.009	.099	.044	-.042	-.056
第 2 因子 介護ケア実践力						
4) 要介護者の急変時の対応策を考えている	-.059	.850	-.082	.044	-.024	-.015
5) 要介護者の状態や変化にあわせて対応をしている	.013	.823	.064	.065	-.079	-.143
3) 要介護者の食事や排せつなどの介護の仕方はわかっている	.013	.748	-.031	.056	-.040	-.077
2) 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察している	.025	.718	.037	-.077	-.101	.118
6) 役所や医師、看護師などの専門家に相談している	-.023	.597	.024	.023	.109	-.027
7) 要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している	.085	.579	.135	-.004	.020	-.178
1) 介護に役立つ情報を集めている	.012	.424	-.142	-.076	.111	.251
第 3 因子 自己の健康管理力						
25) 自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている	-.018	.006	.889	-.229	-.031	.171
26) ほぼ規則的な生活をしている	-.079	-.010	.753	.049	-.119	-.012
22) できる範囲で無理をしないで介護するようにしている	.009	-.026	.605	.134	.217	-.246
23) 私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している	.081	-.004	.536	.317	-.035	-.073
24) 自分自身の健康意識が高まった	.107	.106	.531	-.114	.038	.148
第 4 因子 介護生活からの転換力						
9) 自分の好きなことをして気分転換をしている	-.024	.003	-.046	.831	-.081	.100
10) ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている	.043	.100	-.096	.876	-.020	.140
21) 介護以外の楽しみの時間が持てる	.013	-.221	.214	.556	.211	-.012
第 5 因子 周囲の援助活用力						
19) 家族や親戚、近所の人が介護を手伝ってくれている	.005	-.037	-.110	-.065	.875	-.121
18) 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼んでいる	.009	-.013	-.097	.121	.704	-.076
16) 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる	.065	.019	-.122	.058	.401	.180
第 6 因子 介護に対する負の感情表出力						
12) 辛いときは、泣いたり怒ったりしている	.059	-.049	-.098	.116	-.122	.607
11) 自分で自分を誉めたり励ましたりしている	.014	-.199	.236	.275	-.121	.588
14) 介護をしている人同士で励ましあっている	-.049	.000	.005	-.003	.368	.409
α 係数	.92	.85	.81	.86	.68	.62

表 14 因子間相関

因子	1	2	3	4	5	6
1	1.000	.56	.56	.40	.47	.25
2		1.000	.44	.32	.43	.42
3			1.000	.64	.45	.31
4				1.000	.49	.34
5					1.000	.41
6						1.000

第3因子は「できる範囲で無理をしないで介護するようにしている」「私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している」「自分自身の健康意識が高まった」「自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている」「ほぼ規則的な生活をしている」の5項目より構成され、家族介護者自身が自分の健康に気を配っていることから【自己の健康管理力】の因子とした。

第4因子は「自分の好きなことをして気分転換をしている」「ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている」「介護以外の楽しみの時間が持てる」の3項目より構成され、介護生活を切り離し、介護に距離を置いたり、時間配分がうまくでき自分だけの時間を持つことができることから【介護生活からの転換力】の因子とした。

第5因子は「介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる」「一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼んでいる」「家族や親戚、近所の方が介護を手伝ってくれている」の3項目より構成され、他者との関係性において介護を援助してもらうことから【周囲の援助活用力】の因子とした。

第6因子は「自分で自分を誉めたり励ましたりしている」「辛いときは、泣いたり怒ったりしている」「介護をしている人同士で励ましあっている」の3項目より構成され、家族介護者自身の感情を表出し精神的安定をはかるための方法などから【介護に対する負の感情表出力】の因子とした。

各因子の下位尺度得点の平均は、第1因子が2.72 (SD 0.75)、第2因子が2.93 (SD 0.61)、第3因子が2.96 (SD 0.62)、第4因子が2.80 (SD 0.82)、第5因子が2.64 (SD 0.75)、第6因子が2.36 (SD 0.76)であった。

因子の信頼性については、内的一貫性を信頼性係数 (Cronbach α) によって検討した。28項目全体の Cronbach α 係数は 0.92 であり高い値が得られた。さらに下位次元ごとに検討を行うと、第1因子 0.92、第2因子 0.85、第3因子 0.81、第4因子 0.86、第5因子 0.68、第6因子 0.62 となり、高い値が得られ信頼性は担保された。

2. 介護力の因子構造の検討

次に介護力の因子構造について検討すると、第1因子の【介護を肯定的にとらえる力】は介護力の中で最も重要な因子となっている。この因子は「要介護者といえるのが楽しいと感じる」や「要介護者を尊重する気持ちが持てる」といった要介護者との関係性における介護肯定感の項目から構成されている。第2章での介護力カテゴリーの「要介護者との情緒的かかわり」の内容にほぼ一致しており、また櫻井⁶⁸の介護肯定感尺度のなかでも「介護状況に対する充実感」および「高齢者との一体感」というような、介護している相手を慈しむ思いや絆に似た構成である。第2章の『ケアの本質』で述べたように、介護する力とはいかに自分自身をも同時にケアできるかという力であるように、家族の一員である要介護者が喜んでいて、あるいは感謝していると感じることで、家族介護者自身も癒されケアされているのではないだろうか。それゆえ大変な介護という役割を継続していくことができると考え、いかにこの力を引き出し向上させていくかが家族介護者支援の重要な鍵となる。

第2因子の【介護ケア実践力】は、介護力カテゴリーの「介護に関する知識と技術の獲得」や「病気（認知症）への理解」、「自己成長感に認識」といった、介護していくうえで必要な技術や知識を習得し実践する力やその力が身に付くことによる自己成長感の項目から構成されている。この因子は Bandura⁶⁹のその結果を生ずるのに必要な行動をうまく行うことができるといった「効力期待（自己効力）」に合致する内容である。すなわち、家族介護者が在宅で要介護者を介護するための知識や技術を単に知っているだけではなく、おそらくこれを実践すれば介護できるだろうという期待である。介護することが良い結果を生むとわかっているにもかかわらず、必要とされる行動をうまく実行できる自信が得られない場合があり、介護ができそうにないなどの効力期待が低い場合には介護の継続に影響を及ぼすと考えられる。しかし反面、自信があるからこそ、他者に頼らず自分の力で遂行しようという介護に積極的な行動となり、和気⁷⁰や岡林⁷¹の「問題解決型」の対処行動に類似することからも、自己の限界を超え頑張ることでのバーンアウトの危険性も示唆される。

第3因子の【自己の健康管理力】は、介護カテゴリーの「介護役割遂行意識の変容」及び「自己の健康意識の向上」の自分の健康を維持していく必要性を理解して、自分のできる範囲で無理なく介護するといった項目から構成されている。このことは、岡林らの「ペース配分型」や永井⁷²の「自己管理能力」に類似する内容であり、家族介護者の自分自身をケアするといった介護力の重要な要素である。特に介護の初期では自分のこ

⁶⁸ 前掲書(25), 203-210.

⁶⁹ 前掲書(14), 47-55.

⁷⁰ 前掲書(31), 490-492.

⁷¹ 和気純子. 高齢者を介護する家族—エンパワメント・アプローチの展開に向けて. 川島書店, 83-89 (1998).

⁷² 永井真由美. 認知症高齢者の家族介護力評価とその関連要因. 老年看護, 10(1), 34-40 (2005).

とを考えあがる余裕のない中、介護に没頭し自分自身の身体を壊してしまい、将来を悲観し介護継続ができなくなるケースが多く、この意識付けや支援は介護継続には重要である。

第4因子の【介護生活からの転換力】は介護カテゴリーの「介護との折り合い」の項目から構成されており、岡林の「回避型」のように介護負担感を軽減するためには、介護に物理的、心理的に距離をおきストレスを回避する行動と同様であり、この介護力は介護者の介護負担感を軽減し肯定的な認識を持つうえで効果的な行動であると考えられる。

第5因子の【周囲の援助活用力】は「介護カテゴリーの「社会資源の活用」および「周囲との関係性の構築」, 「家族機能の成長」の項目から構成されており、家族や親せき、近所の方、そして当事者同士の支援についてインフォーマルサポートとして社会資源に位置付けている。和気はその当事者をとりまくソーシャルサポートといったインフォーマルな資源は、当事者のもつ潜在的な力を引き出し、強化していくエンパワメントに重要な役割を果たしていると述べている。したがって、家族介護者は自分自身の力だけでなく、周囲の力をうまく活用していく力が介護には必要である。

第6因子の【介護に対する負の感情表出力】は介護カテゴリーの「感情の発散」と「周囲との関係性の構築」の項目から構成されている。この因子は介護肯定感形成のための対処行動や、ストレス対処行動においては見当たらない項目である。むしろ介護負担感尺度において負の感情として取り扱われている。しかし、介護は肯定的な感情と否定的な感情が常に交差しているため、介護が辛い、大変で苦しい、といった負の感情を表出し、発散することで心のバランスをとり、間接的に介護肯定感が形成されると考えられる。

以上の検討より、介護力を構成する因子構造の妥当性は備えていることが確認できた。

第2節 介護力の関連要因とその支援方法

1. 介護力因子に関連する要因の分析結果

介護力6因子の下位尺度得点を従属変数に家族介護者及び要介護者の特性、介護状況の17項目を独立変数として重回帰分析を実施し、標準偏回帰係数を求めた(表15)。またその関連について図7に示した。

分析結果より介護力の6因子に関連している要因について、以下の点が明らかとなった。

【介護を肯定的に捉える力】には介護知識と介護継続意思が関連していた。介護知識を多く持っているほど【介護を肯定的に捉える力】は高く($p<0.05$)、在宅でできる限り介護したいという介護継続意思も高かった($p<0.001$)。

【介護ケア実践力】には介護知識、要介護度、介護期間、介護継続意思が関連していた。介護ケア実践力は、介護知識を多く持っているほど高く($p<0.001$)、介護継続意思

についても強くなるほど高かった ($p<0.05$)。また、要介護度が高いほど介護ケア実践力は高く ($p<0.01$)、介護期間が長くなるにつれて高かった ($p<0.05$)。

【自己の健康管理力】には年齢、介護知識、介護時間、介護継続意思が関連していた。

【自己の健康管理力】は年齢が高いほど高く ($p<0.01$)、介護知識を多く持つほど高かった ($p<0.01$)。また一日の介護時間が短いほど高く ($p<0.01$)、介護継続意思が強いほど高かった ($p<0.01$)。

【介護生活からの転換力】については、介護知識、介護時間、介護相談者の有無、介護継続意思が関連していた。【介護生活からの転換力】は介護知識が多いほど高く ($p<0.01$)、一日の介護時間が短いほど高かった ($p<0.01$)。また介護相談者がいる方が高く ($p<0.01$)、介護継続意思が強いほど高かった ($p<0.01$)。

【周囲の援助活用力】については、性別、家族介護者の健康観、介護期間、介護援助者の有無が関連していた。【周囲の援助活用力】は女性の方が高く ($p<0.01$)、健康観が高いほど高かった ($p<0.01$)。また介護期間が短いほど高く ($p<0.05$)、介護援助者がいる方が高かった ($p<0.001$)。

【介護に対する負の感情表出力】については、性別、介護知識、認知症の有無、介護相談者の有無が関連していた。【介護に対する負の感情表出力】は女性の方が高く ($p<0.05$)、介護知識が多いほど高かった ($p<0.05$)。認知症は値が小さいほど認知症があることを示しており、【介護に対する負の感情表出力】は認知症がある方が高く ($p<0.05$)、介護相談者がいる方が高かった ($p<0.01$)。

【介護力得点合計】には介護知識、介護相談者の有無、介護継続意思が関連していた。「介護力得点合計」は介護知識が多いほど高く ($p<0.001$)、介護相談者がいる方が高かった ($p<0.05$)。また介護継続意思が強いほど高かった ($p<0.001$)。

2. 関連要因から検討した介護力を獲得するための支援

介護力因子ごとに規定要因を明らかにしたが、その規定要因を家族介護者の特性、要介護者の特性、及び介護状況に分けて、介護力を獲得するための支援について検討する。

1) 介護力に関連する家族介護者の要因

まず、家族介護者の要因として、次の4点を指摘できる。

1つ目は、家族介護者の年齢が高くなるほど、【自己の健康管理力】が高かったという特徴を示している点である。高齢者の介護者の場合は、老老介護による共倒れや将来の不安が大きいと考えられる。そのため高齢の家族介護者ほど自分の健康管理をすることで介護を全うしようという意識が高かったと考えられる。そこで意識が高い場合は実践に繋がりやすいため年齢に応じた健康管理の具体的方法について提案していくことが必要である。

2 つ目は、家族介護者の要因として、男性は女性に比べて周囲の援助活用力が低く、また介護に対する負の感情表出力が低かった。これは、男性介護者は周囲との関係性を構築したり、周囲に弱音を吐くことが苦手であり、村山⁷³が指摘しているように、介護の危機的状況にあっても、男性介護者は介護に関連するニーズを表出しない傾向にあり、そのことが高齢者の虐待につながる可能性があるためである。高齢者虐待に息子や夫の割合が多いのも、こうした背景があると考えられ、性差により介入方法を変えることが必要である。

3 つ目は、家族介護者の主観的健康観が低い家族介護者は周囲の援助活用力も低かったことである。自分自身が健康でないと感じている場合には周囲に支援を求めにくく、介護のストレスを抱え込んでしまう傾向があるといえる。介護している家族介護者の主観的健康観を高く維持するためにも、周囲への相談や支援を求められる環境が重要である。和氣⁷⁴は、介護者は問題に対処する生活者であり、問題の解決にあたっては、当事者の最も身近にあり、最も活用しやすい家族や友人、当事者同士といったインフォーマルサポートが重要であり、専門職者にも共感による癒しと相互支援という協同関係を築き、双方向的態度が必要であると述べている。このような当事者同士、あるいは専門職者によるインフォーマルサポートが容易に可能となる環境を整えることが必要である。

4 つめは、介護知識が介護力の 5 因子と関連しており介護力を獲得するための重要な要素となっている点である。病気や介護方法の知識を十分持つことは、要介護者を理解し介護肯定感を形成するためにも必要であり、また介護の不安を軽減させ、自信を持って介護を実践できることで自己成長感にもつながると考えられる。Bandura の「うまくいく結果を生み出すために必要な行動をうまくとることができるかどうかの確信」という効力期待を高めるためにも、まず必要な行動とは何かを考えるための知識が重要となる。そのためには、必要な知識を状況に応じて提供していくシステムづくりが必要である。

2) 介護力に関連する要介護者の要因

ここで検討すべきことは、要介護者の特性として要介護度と認知症が関連していたことである。要介護度が重度になるほど、介護の様々な技術も身に付き実践力が高かった。しかし認知症がある場合は【介護に対する負の感情表出力】に関連していた。【介護に対する負の感情表出力】は要介護度には関連していないが、認知症の有無とは関連し、さらに【介護に対する負の感情表出力】が高くなれば、精神的負担も高まったことから、認知症の場合とは分けて考える必要がある。なぜなら、後述しているように認知症の行

⁷³ 村山紀子. 認知症高齢者を介護する男性がもつニーズ特性の検討-高齢者虐待を防止する支援委むけて-. 2009 年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団成果報告書, 1-9 (2011).

⁷⁴ 前掲書 (31), 16-19.

動障害⁷⁵は家族介護者にとって大きなストレスとなり精神的負担感を増す要因となる。そのため負の感情が増大することで感情を表出せざるを得ない状況にあることが考えられる。したがって認知症を介護する場合の【介護に対する負の感情表出力】が高い状況においては、精神的健康の悪化を予防するような支援が必要である。

3) 介護力に関連する介護状況の要因

介護状況の要因としては、介護期間、介護時間、介護援助者、介護相談者との関連が明らかになった。

介護期間が長い方が【介護ケア実践力】は高かったが【周囲の援助活用力】は低かった。これは長期になれば互いに年齢が上がり、認知の変容によって介護を全うしようとする介護者が多くなると推測できる。和気⁷⁶は高齢者夫婦の場合、特に介護を全うしたいという気持ちが強まると述べ、その背景には、我が国において老親扶養をめぐる世代間の価値観が大きく異なっていること、また要介護高齢者との関係において配偶者がきわめて近い関係にあり、介護についても一定の役割意識を持っていることに起因していると考えられる。役割意識が高まり、体験による介護の実践方法を身に付けていくという、一見介護力が高まっているようにプラスにみえる反面、周囲の援助を活用する力が低下するということは一人で頑張る傾向が強まり、結果的には心身ともに疲弊していく危険性があるため、バランスが重要となってくる。また介護時間が増えることで、【自己の健康管理力】と【介護生活からの転換力】が低下するのは当然であり、自分自身のことを考え労わる余裕すらなくなっていくという結果からも介護時間は介護力のマイナス要因と考えられる。介護援助者とは物理的に介護を助けてくれる人であり【周囲の援助活用力】は高まったが、【自己の健康管理力】や【介護生活からの転換力】には関連がない。しかし介護相談者がいる家族介護者は【介護に対する負の感情表出力】が高まったと同時に【介護生活からの転換力】も高まったことから、誰かに相談できる環境は精神的な支えとなりプラスの要因である。

第3節 介護負担感に関連する要因

介護負担感を従属変数に、家族介護者及び要介護者の特性、介護状況の17項目と介護力6因子の下位尺度得点を独立変数として強制投入法による順次重回帰分析を実施し標準偏回帰係数を求めた(表15, 図12)。また、介護負担感には介護継続意思や認知症と深く関連することが考えられるため、介護継続意思と介護負担感との関連、及び認知症と介護負担感、介護継続意思との関連については、さらに一元配置分散分析と多重比較で検討をした。

⁷⁵ 長谷川和夫. 認知症のケア. 永井書店, 48-49 (2008). 「行動障害とは、認知症のある人が、自分を取り巻く様々な環境に適応しにくく、その時の心理症状が行動障害として現れる」.

⁷⁶ 前掲書 (31), 138-153 .

1. 介護負担感に関連する要因

1) 重回帰分析の結果

まず、精神的負担感には、介護時間、介護継続意思、介護力の【介護を肯定的に捉える力】、【介護ケア実践力】、【介護生活からの転換力】、【介護に対する負の感情表出力】が関連していた。精神的負担感は、値が大きいほど負担感が高いことを示すため、一日に占める介護時間が長くなるほど、介護継続意思が低くなるほど、精神的負担感が高かった ($p<0.01$)。また【介護を肯定的に捉える力】及び【介護生活からの転換力】が高くなるほど精神的負担感は低かった ($p<0.001$, $p<0.01$)。【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】が高くなれば精神的負担感も高かった ($p<0.01$)。

次に、肉体的負担感には、家族介護者の健康観、要介護度、介護時間、介護力の【介護を肯定的に捉える力】、【介護ケア実践力】、【介護生活からの転換力】、【介護に対する負の感情表出力】が関連していた。肉体的負担感は、値が大きいほど負担感が高いことを示すため、家族介護者の健康観が高いと肉体的負担感は低くなり ($p<0.01$)、要介護度が高いと肉体的負担感は高かった ($p<0.001$)。

介護力の【介護を肯定的に捉える力】及び【介護生活からの転換力】が高いと、肉体的負担感は低くなった ($p<0.001$, $p<0.05$)。反対に【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】が高いと肉体的負担感が高かった ($p<0.001$, $p<0.01$)。

経済的負担感には要介護度、【介護を肯定的に捉える力】、【介護ケア実践力】、【介護生活からの転換力】、【介護に対する負の感情表出力】が関連していた。経済的負担感は、値が大きいほど負担感が高いことを示すため、要介護度が高いと経済的負担感が高かった ($p<0.01$)。介護力の【介護を肯定的に捉える力】及び【介護生活からの転換力】が高いと、経済的負担感は低かった ($p<0.01$)。反対に【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】が高いと肉体的負担感が高かった ($p<0.05$, $p<0.01$)。

表15 介護力に関連する要因 重回帰分析の結果(標準偏帰係数)

説明変数	介護力因子構造									
	肯定的に捉える力	介護ケア実践力	自己の健康管理力	介護生活からの広識力	周囲の援助活用力	負の感情表出力	介護力合計	精神的負担感	肉体的負担感	経済的負担感
年齢	0.137	-0.047	0.239 **	-0.013	0.118	-0.057	0.076	-0.009	0.063	0.077
性別	-0.024	-0.006	0.025	-0.026	0.169 **	0.139 *	0.024	-0.011	0.067	0.058
続柄	0.037	-0.003	0.006	-0.061	0.185	0.052	0.038	0.007	0.083	0.078
健康観	0.044	-0.013	0.072	0.105	0.148 **	0.092	0.056	-0.002	-0.164 **	-0.052
仕事の有無	0.016	0.094	0.051	0.074	0.063	0.015	0.080	0.033	0.003	0.080
介護の知識	0.128 *	0.322 ***	0.160 **	0.145 **	0.059	0.118 *	0.262 ***	-0.091	-0.031	-0.044
年齢	-0.038	0.038	-0.025	0.092	-0.057	0.036	0.026	0.028	-0.072	-0.026
性別	0.045	-0.033	-0.005	0.062	-0.027	-0.051	0.000	-0.062	0.009	-0.029
要介護度	0.099	0.174 **	0.001	-0.030	0.011	-0.027	0.092	0.085	0.201 ***	0.189
認知症	-0.019	0.070	-0.038	-0.018	0.019	0.107 *	-0.049	-0.089	-0.028	-0.049
介護期間	-0.061	0.116 *	-0.008	0.024	-0.100 *	0.053	-0.093	0.022	0.011	0.063
介護時間	0.062	0.084	-0.162 **	-0.161 **	-0.040	0.079	-0.028	0.198 **	0.186 **	0.116
同居人数	-0.006	0.016	0.040	-0.028	0.007	0.043	-0.008	-0.022	-0.037	-0.034
介護援助者	0.023	-0.045	0.010	0.050	0.322 ***	-0.057	0.053	-0.042	0.007	-0.001
介護相談者	0.041	0.061	0.088	0.182 **	0.096	0.190 **	0.139 *	0.066	0.050	0.044
部屋数	-0.059	-0.042	-0.008	0.045	0.010	0.088	-0.010	-0.013	-0.035	0.099
介護継続意思	0.337 ***	0.107 *	0.134 **	0.153 **	0.054	0.035	0.202 ***	-0.156 **	-0.085	-0.003
肯定的に捉える力								-0.344 ***	-0.265 ***	-0.247 ***
介護ケア実践力								0.205 **	0.267 ***	0.164 **
自己の健康管理力								-0.038	-0.045	-0.021
転換力								-0.173 **	-0.145 *	-0.216 ***
援助活用力								0.028	0.017	0.007
感情表出力								0.212 **	0.166 **	0.185 **
重相関係数(R)	0.453 ***	0.463 ***	0.364 ***	0.371 ***	0.482 ***	0.369 ***	0.426 ***	0.579 ***	0.597 ***	0.494
R ²	0.206	0.215	0.133	0.138	0.233	0.136	0.181	0.336	0.357	0.244
F値	5.496	5.760	3.353	3.504	6.670	3.346	4.255	7.055	7.740	4.459

*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

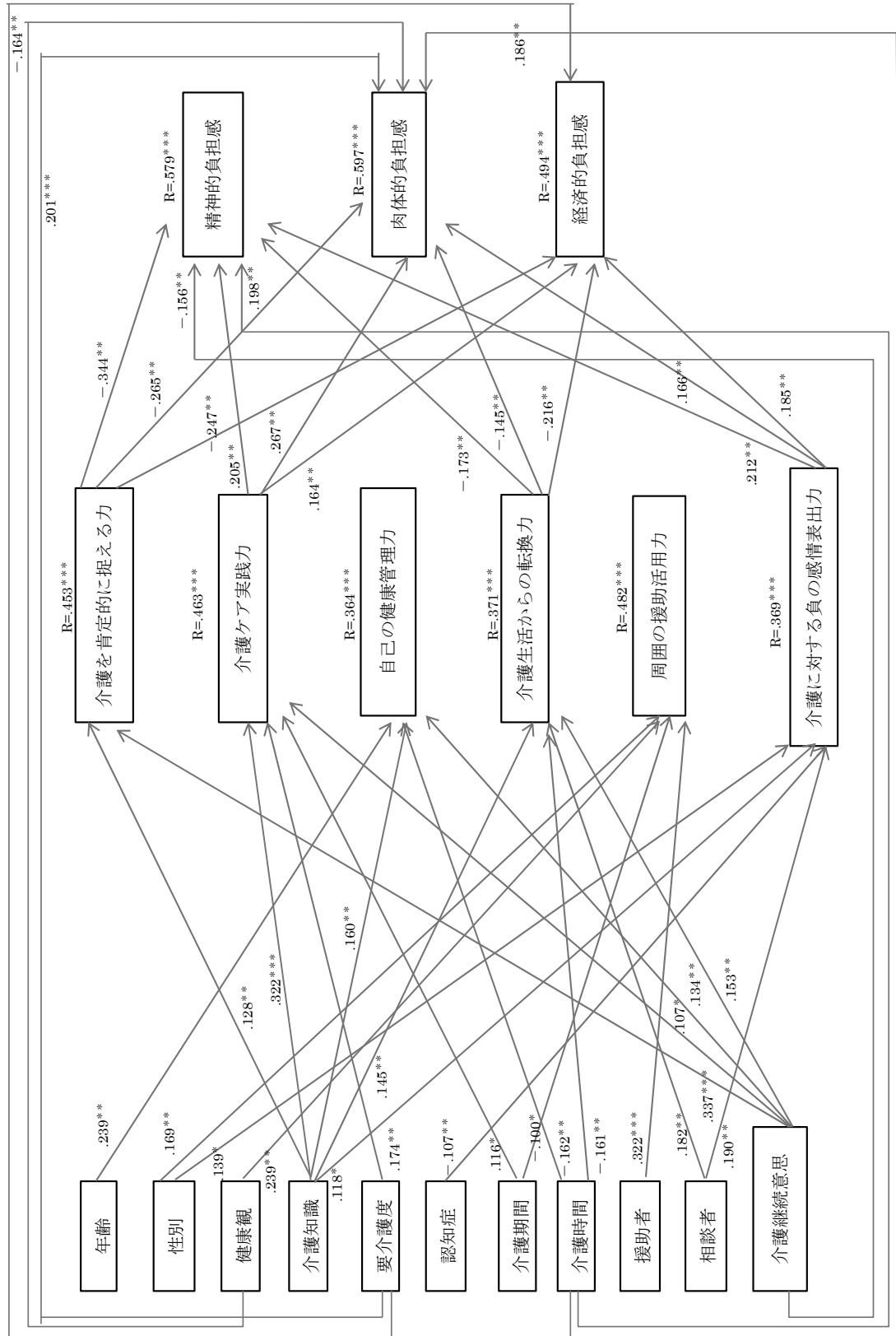


図 12 家族介護者の介護力及び介護負担感との関連図 註:変数の年齢は高くなるると自己の健康管理力は高まった。性別は女性の方が周囲の援助活用力、介護に対する感情表出力は高まった。

2) 分析結果による要因の検討

以上の結果から、介護力と介護負担感との関連が明らかになった。また家族介護者の特性では健康観、要介護者の特性では要介護度、介護状況では介護時間との関連についても明らかになった。そして次の3点について指摘できる。

1つ目は、介護による負担感は精神的負担感の割合が最も高く、約7割の家族介護者が実感しており、肉体的負担感や経済的負担感よりも多かった点である。この精神的負担感は、多くの先行研究において介護負担感のなかで共通に含まれる尺度であり、家族介護者の介護継続意思や健康観に大きく影響を及ぼすものとされている（岡林ら⁷⁷；櫻井⁷⁸；陶山ら⁷⁹）。中谷ら⁸⁰も、精神的負担感と主観的幸福感やQOLは密接に関連していると指摘している。そしてこの精神的負担感には介護力の多くの因子や介護時間と関連しており、精神的負担感のほとんどない家族介護者は、負担感が非常に大きい家族介護者よりも介護力合計得点が有意に高かった。この結果は、Kramer⁸¹の、家族介護者の精神的負担感には介護適応に大きく影響を及ぼし、精神的負担感が高い家族介護者は低い場合より介護適応を困難とするという内容と一致している。また精神的負担感が低いほど、介護者の能力における自信につながり、自己価値を高めていくという陶山らの結果とも同様であった。この点からも、精神的負担感には介護力をみるうえでも重要な要素と考えられる。

そして、精神的及び肉体的負担感が介護期間より介護時間に関連していたことから、介護ストレスが、一日のなかで介護者自身の自由な時間の確保が難しい場合ほど拘束感が増し、その積み重ねにより精神的健康を悪化させることになると考えられる。岡林らは介護ストレスを軽減するために気分転換をして介護拘束度を減らすことが有効であるが、介護に拘束される時間を減らすことができない場合にはペース配分を行うことが重要であると述べている。すなわち、一日のうちどれほど自分自身の時間を確保できるかが、介護負担感の増減に影響を及ぼしているといえる。

2つ目は、介護力の構成因子でみていくと【介護を肯定的に捉える力】、【介護生活からの転換力】を高めることは、精神的、肉体的、経済的負担感のいずれも軽減させる効果があった点である。【介護を肯定的に捉える力】は介護力の最も重要な動機づけパワーであり、介護肯定感においても重要な要素であった。この介護力を高めるための家族介護者の支援には、まず要介護者の病気や症状を理解する知識の提供が必要である。要介護者自身も病気のため辛い思いをし、葛藤していることが認識できることにより、要介護者の状況を理解することができる。理解することで共に前向きに頑張ってい

77 前掲書 (34), 486-491.

78 前掲書 (20), 203-210.

79 前掲書 (35), 461-469 .

80 前掲書 (29), 27-36.

81 前掲書 (25), 151-174.

く気持ちを持てる。また、【介護生活からの転換力】には、Kramer⁸²の示す介護の対処行動や岡林ら⁸³の介護対処行動が含まれており、介護を肯定的に捉えることに繋がり、介護負担感が軽減できると考えられる。広瀬⁸⁴は、「否定的評価が高い状況にあっても、介護状況に肯定的な解釈や評価をし得る介護者は危機的状況に陥っているとはいえない」と述べている。すなわち否定的評価が高い場合でも、肯定的評価を高めることで家族介護者は介護に価値を見出し、介護状況に適応していくことができることを示唆しており、介護を通して自己実現していくためには、介護肯定感を高めるような介護力を引き出し向上させていくことが何よりも重要不可欠であると考えられる。

3つ目は、【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】が高くなることで、介護の精神的・肉体的・経済的負担感はいずれも高まることである。これは要介護度や介護期間とも相関関係にあり、介護が重度化、長期化することで、介護の知識や技術も身に付き、実践力も高まっていくと考えられる。しかし介護の実践力が高まりすぎていくと、介護役割の積極的受容は介護拘束を介して燃え尽きに結びつくという岡林らの指摘や、役割遂行意識が高く介護を頑張る介護者や要介護者と密着する介護者の介護ケア能力は高いが、反面、身体的な限界は予知できず共倒れしてしまうという櫻井⁸⁵の指摘と同様な状況になると考えられる。したがって、介護実践力が高い家族介護者は、介護を積極的に受容することで燃え尽きに繋がっていないか、バランスに注意し、介護を長続きさせるためにも周囲の援助や社会資源をうまく活用し、介護との距離をとりながら、介護から離れた時間がとれるように支援していくことが必要である。

2. 介護継続意思が介護力および介護負担感に及ぼす影響

では、介護負担感と介護継続意思とどのように関連があるのかについて明らかにするため、介護(精神的・肉体的・経済的)負担感の比較について介護負担感を従属変数とし、介護継続意思を独立変数として一元配置分散分析を行った。一元配置分散分析では Levene 検定を用いて等分散を確認し、多重比較法は Tukey 検定を行った(表 16)。また介護力との関連については表 13 の重回帰分析の結果に基づいて検討を行った。なお、介護継続意思の尺度得点は、「今すぐ介護をやめたい」の 1 点から、「最期まで介護したい」の 4 点へと、継続意思が高まるにしたがって得点が高くなっている。介護負担感の尺度得点は「ほとんどない」の 1 点から「非常に大きい」の 5 点まで、負担感が高くなるにしたがって得点は高くなる。

⁸² 前掲書(27), 218-232.

⁸³ 前掲書(42), 486-491.

⁸⁴ 前掲書(13), 52-57.

⁸⁵ 前掲書(25), 203-210.

表 16 介護継続意思による介護負担感の比較

項目	精神的負担感				
	n	平均値		SD	
介護継続意思	最期まで在宅で介護したい	114	1.44	a	1.27
	できるかぎり在宅介護したい	406	1.89	b	1.12
	仕方なく在宅介護している	57	2.36	c	0.66
	今すぐ在宅介護やめたい	10	2.80	bc	0.53

項目	肉体的負担感				
	n	平均値		SD	
介護継続意思	最期まで在宅で介護したい	114	1.42	a	1.09
	できるかぎり在宅介護したい	406	1.61	ab	1.02
	仕方なく在宅介護している	57	2.46	b	1.01
	今すぐ在宅介護やめたい	10	2.88	ab	0.89

項目	経済的負担感				
	n	平均値		SD	
介護継続意思	最期まで在宅で介護したい	114	2.10	a	1.12
	できるかぎり在宅介護したい	406	2.08	a	1.1
	仕方なく在宅介護している	57	2.36	a	1.05
	今すぐ在宅介護やめたい	10	2.97	a	0.82

精神的負担感は、「最期までしたい人」の方が「できるかぎりしたい人」より有意に低かった ($p<0.01$)。また、「仕方なくしている人」は「最期までしたい人」より精神的負担感は無意に高かった ($p<0.001$)。「今すぐやめたい人」も「最期までしたい人」より精神的負担感は無意に高かった ($p<0.01$)。「仕方なくしている人」は、「できるかぎりしたい人」より精神的負担感は無意に高かった ($p<0.001$)。肉体的負担感は、仕方なくしている人は最期までしたい人より有意に高かった ($p<0.05$)。経済的負担感は無意に高かった。また、表 16 より介護継続意思は、【介護を肯定的に捉える力】、【介護ケア実践力】、【自己の健康管理力】、【介護生活からの転換力】との関連も明らかになった。特に【介護を肯定的に捉える力】とは強い正の相関関係にあり、介護の継続意思が高い家族介護者は精神的・肉体的負担感について低いと感じていることが明らかとなった。

この結果は、野川⁸⁶の介護継続意思の規定要因の研究結果と一致している。野川は、介護継続の積極的群と消極的群とに分けて規定要因を検討した結果、介護継続意思は介護者の悩み「自分の時間がない」、「精神的負担」、「外出できない」などの生活の支障との関連を明らかにしている。この結果と同様に、自分の時間が持てないことによる【介護生活からの転換力】や【自己の健康管理力】が低下すれば、介護継続意思も低下するという関係にあった。

つまり介護継続意思を維持していくためには、介護を肯定的捉える力を引き出す支援と介護に拘束されないための工夫が必要である。

3. 介護負担感と認知症との関連

要介護者に認知症があった場合は、特に精神的負担感が高まると考えられるため、認知症の有無と介護負担感、介護継続意思との関連について、精神的負担感及び介護継続意思を従属変数とし、認知症を独立変数として一元配置分散分析を行った。一元配置分散分析では Levene 検定を用いて等分散を確認し、多重比較法は Tukey 検定を行った(表 17, 表 18)。なお認知症の尺度得点は、「ある」1点から、「少しある」2点、「ない」3点へと認知症がないにしたがって得点が高くなっている。

表 17 認知症の程度による介護負担感の比較

項目	精神的負担感				
	n	平均値		SD	
認知症の程度	認知症がある	178	2.97	a	0.98
	認知症が少しある	213	2.81	a	0.98
	ない	210	2.24	b	1.17

項目	肉体的負担感				
	n	平均値		SD	
認知症の程度	認知症がある	177	2.88	a	1.07
	認知症が少しある	21	2.67	a	1.04
	ない	211	2.14	b	1.16

項目	経済的負担感				
	n	平均値		SD	
認知症の程度	認知症がある	177	2.20	a	1.13
	認知症が少しある	213	2.18	a	1.11
	ない	211	2.02	a	1.06

⁸⁶ 前掲書 (23) , 72-89.

表 18 認知症の程度による介護継続意思の比較

項目	介護継続意思				
	n	平均値		SD	
認知症の程度	認知症がある	164	1.92	a	0.71
	認知症が少しある	198	1.98	ab	0.60
	ない	192	2.21	b	0.53

精神的負担感は、認知症のない人よりある人は有意に高かった ($p < 0.001$)。認知症の少しある人はない人より有意に高かった ($p < 0.001$)。肉体的負担感は、認知症のない人よりある人の方が有意に高かった ($p < 0.01$)。認知症のない人より少しある人の方が有意に高かった ($p < 0.05$)。経済的負担感については認知症の程度に有意な差はなかった。このことは、認知症がある場合、永井⁸⁷の認知症高齢者の介護者の精神的健康度は低いとの結果に一致し、認知症があることによって要介護者の行動や言動が理解できずに苛立ちやストレスが増大し、精神的にも肉体的にも負担感が高くなることが考えられる。

介護継続意思についても、認知症がある場合は、ない場合より介護継続意思が低かった ($p < 0.05$)。認知症は特に精神的負担感を増強させる要因となり、そのために在宅介護が困難であると考えるのは当然の結果である。岡林ら⁸⁸は認知障害の程度は、ADL障害以上に介護負担感を直接的に増加させるとともに、介護量が増加することによって間接的にも介護負担感を増大させること、そして介護負担感の増大は最終的に精神的健康を悪化させることを明らかにしている。

認知症は治癒できない病気であるが、そのことによる行動障害が、家族介護者にとっては困惑と不安、負担の要因となる。特に表9に示したように、認知症の場合の困る行動として尿便失禁や火の始末ができないことをあげており、慣れない介護の中で、これらの行動は一層介護者の精神的負担感を増すことになる。そのため、認知症という病気について正しく理解ができるよう、知識や情報の提供を行っていくとともに、時間的経過による行動の変容について適宜相談できる環境を整え、適切な対処方法を習得できるよう専門職による支援が重要となってくる。

⁸⁷ 前掲書 (71), 34-40.

⁸⁸ 前掲書 (34), 491-492.

第6章 “看護師に対するニーズ”の関連要因と看護支援の検討

第5章では家族介護者に必要な介護力を獲得していくための支援として、家族介護者の特性及び要介護者の特性、介護状況の要因を分析し、そのことより検討を行った。ここではその支援方法をより具現化していくために、家族介護者の介護関連ニーズの特徴を捉えて、“看護師に対するニーズ”を明らかにし、看護師が実践可能な介入方法について提案したい。

そのために、まず家族介護者が認識している専門職を基に、ニーズをカテゴリー化し、その特徴を捉える。そして、それらのカテゴリーに対し、どのような要因が影響を与えるかを分析し、それを踏まえ、具体的に分析を行い看護職者の介入方法について検討を加える。

第1節 介護関連ニーズのカテゴリーの特徴

まず表6で作成した介護関連ニーズ29項目について、“ケアを頼みたいと思う人”の特徴により分類するために、クラスタ分析を行った。変数は「ぜひ看護師」、「できれば看護師」、「ケアマネや介護士などの看護師以外」、「家族または自分」、「誰でもよい」、「必要ない」の6通りとし、それぞれの度数を求めた。

次に、クラスタ化の方法はWard法とし、測定方法は平方ユークリッド距離での間隔を用いて階層クラスタ分析を行った。その結果をデンドログラムで示し、Rescaled Distance Cluster Combineが3程度のところで区切り、6つのクラスタとした(図13)。

クラスタされた6つのグループの特徴として看護師必要項目群の特徴は、「できれば看護師にしてほしい」、「家族または自分でできる」が高く、介護関連ニーズの内容としては、口腔ケアと薬の飲ませ方(項目番号5, 6, 11, 以下番号のみ表示)であった。専門職重要項目群の特徴として、「できれば看護師」、「ケアマネや介護士」が高く、「必要ない」は低かった。介護関連ニーズ内容は、要介護者の認知症及び身体の観察と家族への報告(13, 21, 22)であった。専門職以外必要項目群の特徴は「家族にしてほしい又は自分自身でできる」と「誰でもよい」が高く、「看護師にしてほしい」が低かった。介護関連ニーズの内容としては、排泄や食事、移動の手伝い(1, 2, 3, 4, 8)であった。介護士重要項目群の特徴は、「ケアマネや介護士」および「誰でもよい」が高く、「ぜひ、できれば看護師」は低かった。介護関連ニーズ内容としては、安全な移動・入浴方法の指導・困ったときの対応の助言や指導、家族の悩みや人間関係の調整・入浴の手伝い等の日常生活の援助(7, 9, 23, 27, 10, 24, 29)であった。ケアマネ重要項目群の特徴は、圧倒的に「ケアマネや介護士」が高く、「看護師」および「必要ない」が低かった。介護関連ニーズ内容は介護保険の活用法であった。看護師重要項目群の特徴は、圧倒的に「ぜひ、できれば看護師」が高く、「ケアマネや介護士」および

「誰でもよい」が低かった。介護関連ニーズ内容としては、医療的処置や看取り方の指導、看取りをしてほしい、薬の副作用、応急手当・家族の健康チェックや健康相談（15, 16, 17, 18, 19, 12, 14, 20, 25, 26）であった（表19）。

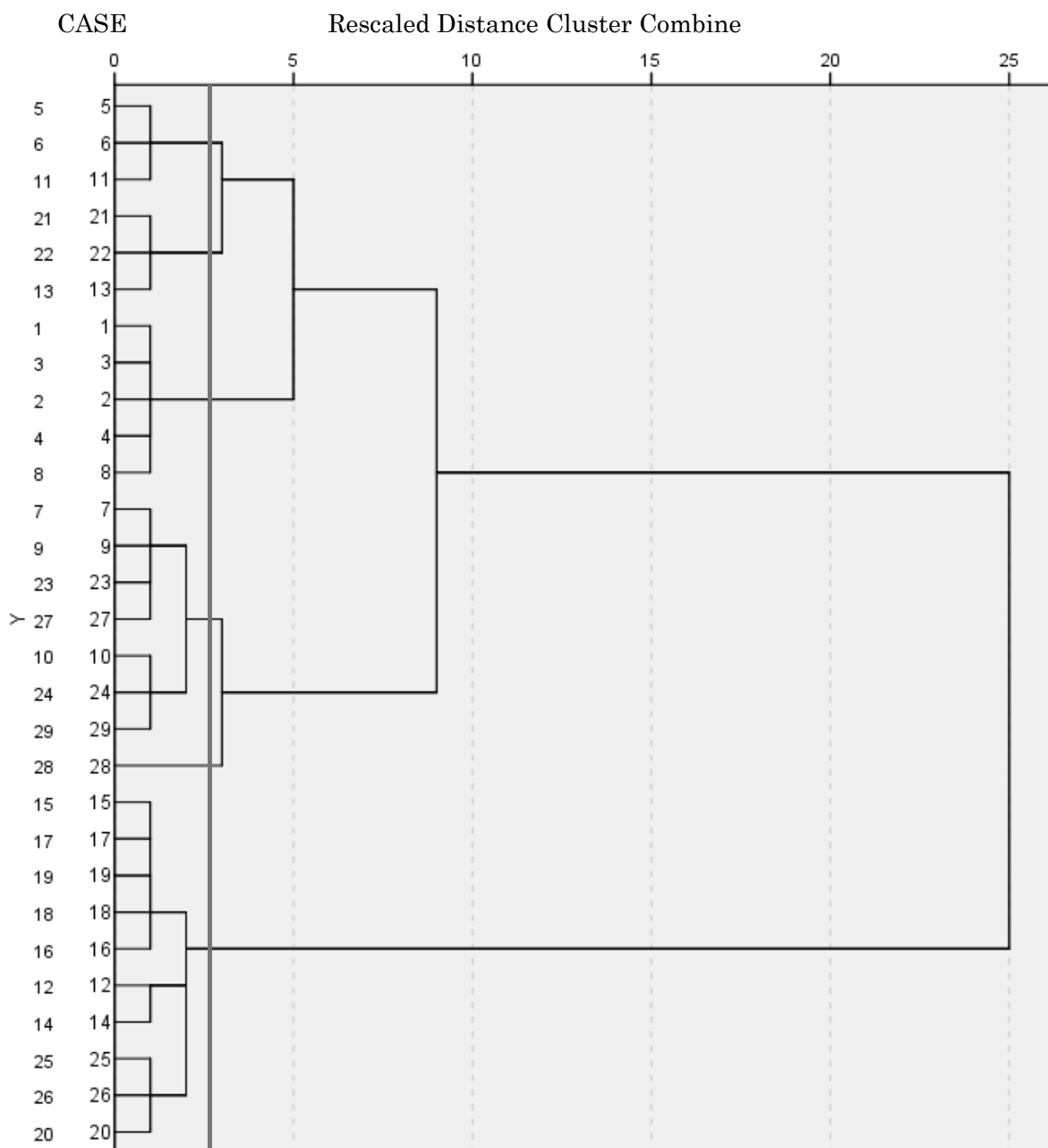


図 13 Ward 法を使用するデンドログラム 再調整された距離クラスタ結合

表19 介護関連ニーズ

カテゴリー	項目	特徴	介護関連ニーズの内容
看護師必要 項目群	5, 6, 11	「できれば看護師にしてほしい」、「家族または自分でできる」が多い	口腔ケアと薬の飲ませ方
専門職重要 項目群	21, 22, 13	「できれば看護師にしてほしい」、「ケアマネや介護士にしてほしい」が高く、「必要ない」が低い	要介護者の認知症及び身体の観察と家族への報告
専門職以外 必要項目群	1, 3, 2, 4, 8	「家族又は自分自身でできる」、「だれでもよい」が高く、「看護師にしてほしい」が低い	排泄や食事, 移動の手伝い
介護士重要 項目群	7, 9, 23, 27, 10, 24, 29	「ケアマネや介護士にしてほしい」、「誰でもよい」が高く、「看護師にしてほしい」が低い	安全な移動・入浴方法の指導・困ったときの対応の助言や指導 家族の悩みや人間関係の調整・入浴の手伝い
ケアマネ重要 項目群	28	「ケアマネや介護士」にしてほしい」が高く、「看護師にしてほしい」は低い	介護保険の活用法
看護師重要 項目群	15,17,19,1 8,16 12,14, 25,26,20	「ぜひ看護師にしてほしい」が多く、「ケアマネや介護士」、「誰でもよい」が低い	医療的処置や看取り方の指導, 看取りをしてほしい 薬の副作用, 応急手当・家族の健康チェックや健康相談

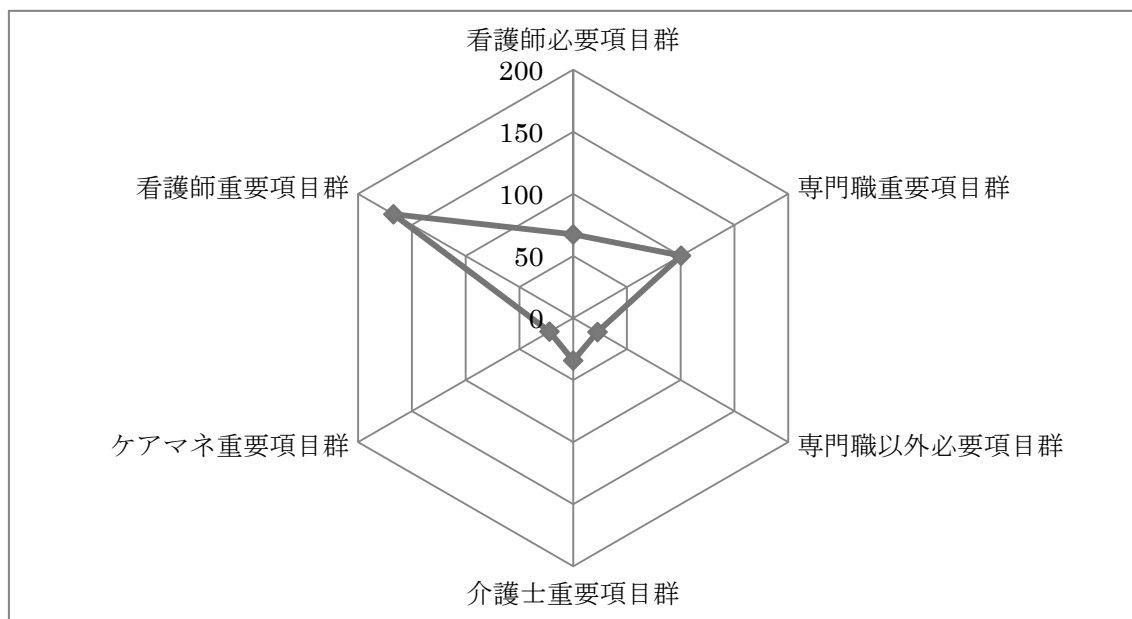


図14 「ぜひ看護師にしてほしい」の平均値

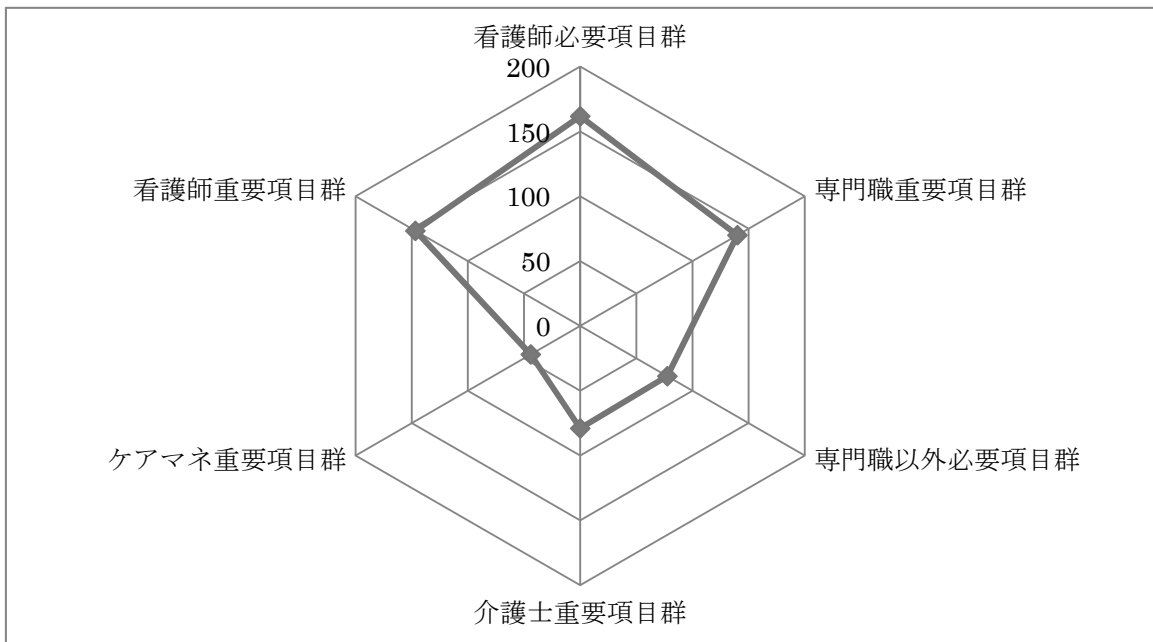


図 15 「できれば看護師にしてほしい」の平均値

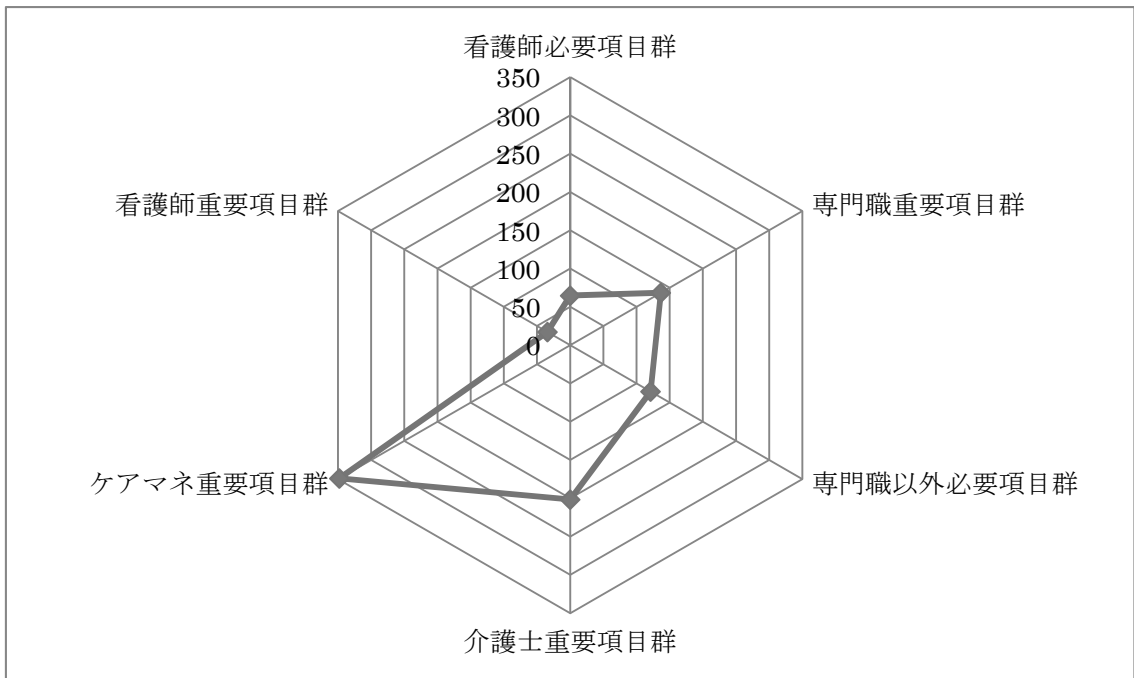


図 16 「ケアマネや介護士にしてほしい」の平均値

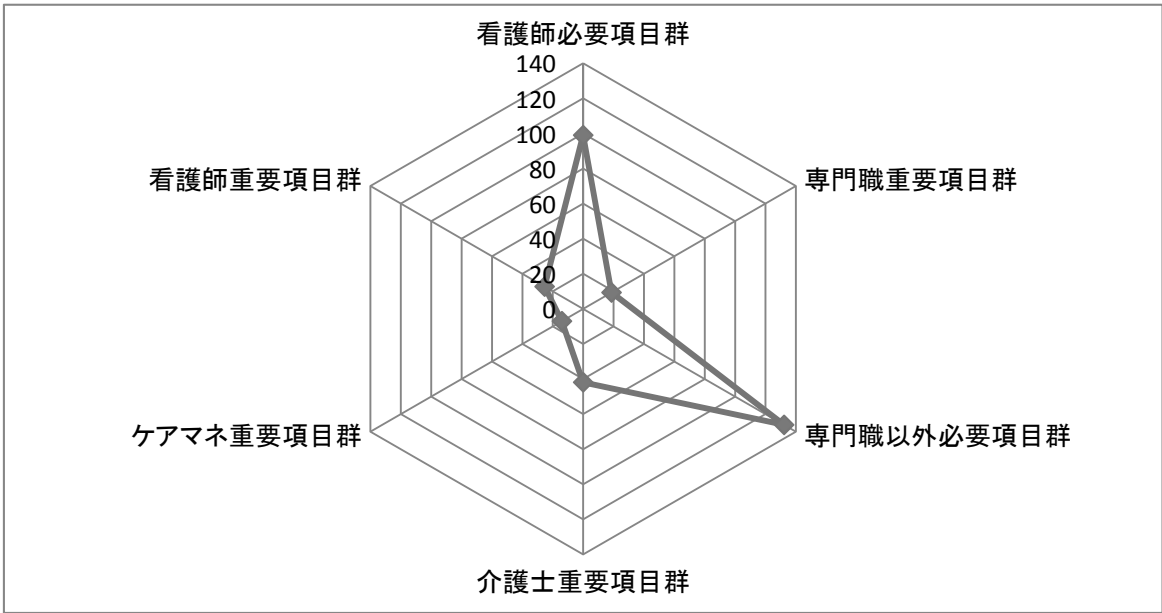


図 17 「家族又は自分自身でできる」の平均値

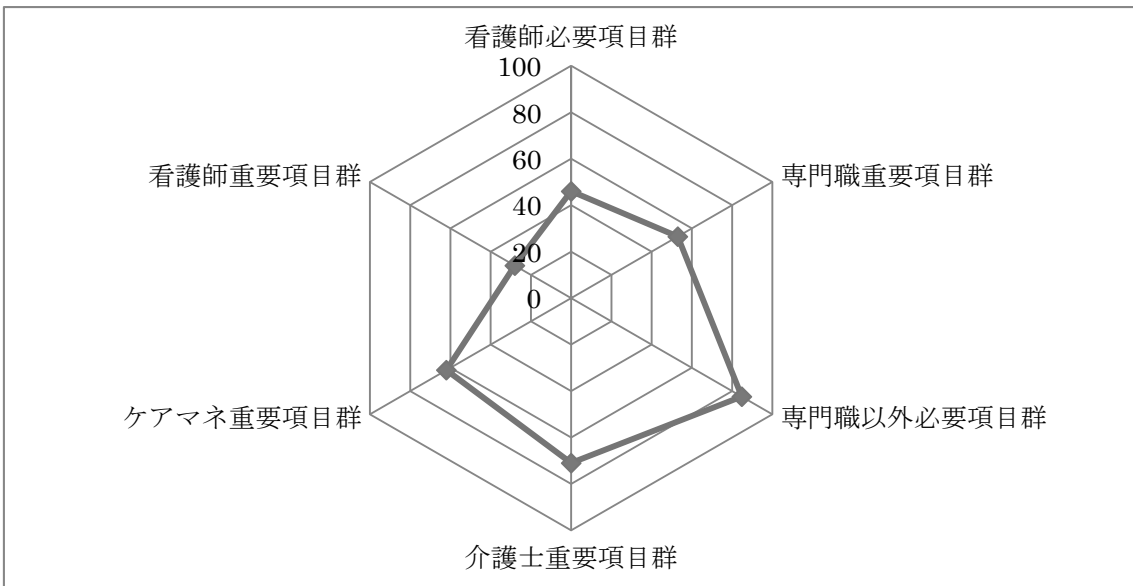


図 18 「誰でもよい」の平均値

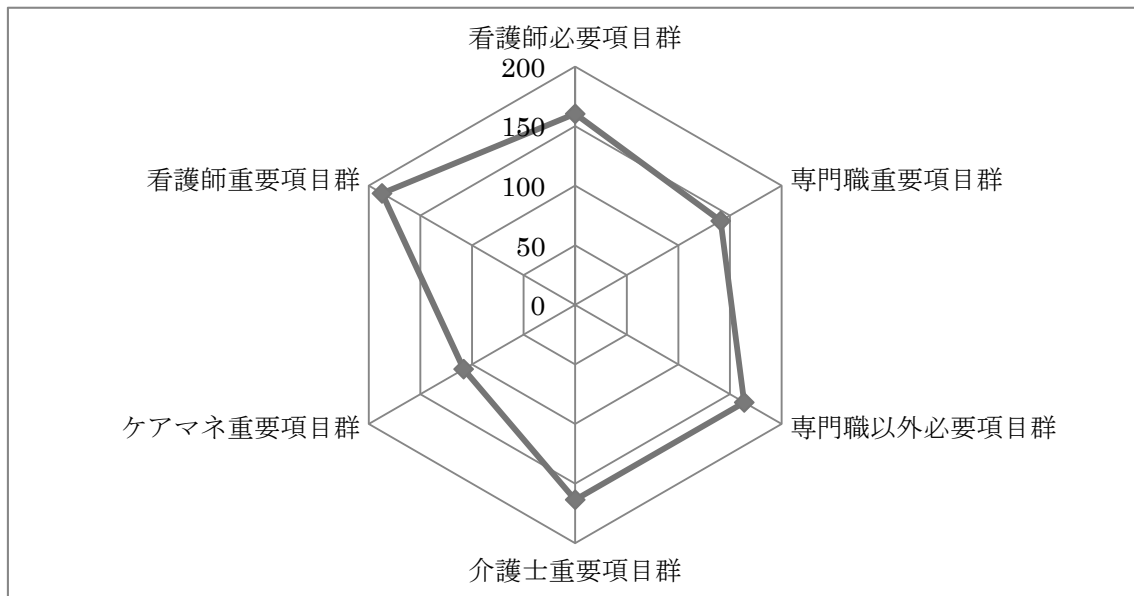


図 19 「必要ない」の平均値

第 2 節 “看護師に対するニーズ”に関連する要因

第1段階の分析として、看護師にしてほしいと望むケアに焦点を当て、関連要因を検討するために、介護関連ニーズ29項目について得点化した。得点化の方法として「ぜひ看護師」：3点、「できれば看護師」：2点、「誰でもよい」：1点を与え、その他の看護師以外に該当する「ケアマネや介護士などの看護師以外」及び「家族または自分でできる」，「必要ない」を0点に置換した。その得点を、カテゴリー化された「看護師必要項目群」，「専門職重要項目群」，「専門職以外必要項目群」，「介護士重要項目群」，「ケアマネ重要項目群」，「看護師重要項目群」ごとに平均点を算出し、それを“看護師に対するニーズ”得点として表した。次に“看護師に対するニーズ”得点を従属変数に家族介護者及び要介護者の特性，介護状況の17項目と介護力6因子の下位尺度得点および介護負担感を独立変数として強制投入法による回帰分析を実施し標準偏回帰係数を求めた（表20）。

〈分析結果〉

介護関連ニーズの6つのクラスタでの“看護師に対するニーズ”に関連する要因は、以下の通りである。

まず、看護や介護の特定の専門職にしてほしい項目としてクラスタ化された全ての項目群（看護師必要項目群、専門職重要項目群、専門職以外必要項目群、介護士重要項目群、ケアマネ重要項目群、看護師重要項目群）において、介護知識が関連していた。介護知識は値が大きくなる方が、知識を多く持つことを示しているため、介護知識が少ない方が、“看護師に対するニーズ”は高かった（ $p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.001$ ）。

次に、看護師必要項目群及び介護士重要項目群、看護師重要項目群では以下の同様の要因が関連していた。介護力因子の【介護ケア実践力】が関連しており、介護ケア実践力が高いと、“看護師に対するニーズ”も高かった（ $p < 0.05$, $p < 0.01$ ）。要介護者の要因及び介護状況には関連する要因との関連はみられなかった。

一方、専門職以外必要項目群とケアマネ重要項目群においても、比較的同様の要因が関連していた。家族介護者の要因としては、続柄、介護知識、介護力では【介護に対する負の感情表出力】、肉体的負担感とも関連していた。続柄が親の介護では“看護師に対するニーズ”も高く（ $p < 0.05$ ）、介護力の【介護に対する負の感情表出力】は高いと、“看護師に対するニーズ”も高かった（ $p < 0.05$ ）。肉体的介護負担感、値が大きくなると負担感が高まることを示しているため、肉体的負担感が高いと“看護師に対するニーズ”も高かった（ $p < 0.05$ ）。

上記以外に、専門職以外必要項目群では仕事の有無とも関連しており、仕事をしている方が“看護師に対するニーズ”は高かった（ $p < 0.05$ ）。ケアマネ重要項目群では、要介護度とも関連しており、要介護度が高いと“看護師に対するニーズ”も高かった（ $p < 0.05$ ）。

“看護師に対するニーズ”に最も関連している要因が多かったのが、専門職重要項目群であった。家族介護者の要因としては、性別と介護知識と関連しており、要介護者の要因では年齢と関連していた。また介護状況では住居の部屋数と関連があり、介護力では、【介護ケア実践力】及び【周囲の援助活用力】と関連していた。また介護負担感では、肉体的負担感とも関連していた。性別は男性の方が“看護師に対するニーズ”は高く（ $p < 0.05$ ）、年齢は高い方が“看護師に対するニーズ”は高かった（ $p < 0.05$ ）。部屋数は増えれば“看護師に対するニーズ”も高かった（ $p < 0.01$ ）。【介護ケア実践力】が高い方が“看護師に対するニーズ”は高く（ $p < 0.01$ ）、【周囲の援助活用力】は反対に低い方が“看護師に対するニーズ”は高かった（ $p < 0.01$ ）。また肉体的介護負担感が高い方が“看護師に対するニーズ”は高かった（ $p < 0.01$ ）。

第3節 “看護師に対するニーズ”に関連する要因から捉えた看護支援

“看護師に対するニーズ”の特徴から次の5点が示唆できる。

1つ目は、介護知識がクラスタ化されたすべての群に関連していることである。介護知識が乏しいと感じている家族介護者ほど、“看護師に対するニーズ”が高かった。このことは、知識は介護力を高めることにも関連しているように、知識が乏しいと感じる家族介護者自身では積極的に介護に対処できないことが推察できる。しかし必要な知識はその状況ごとに異なっているため、具体的にどのような知識を必要としているのかを見極め、その介護知識を自ら積極的に得ていくといったエンパワメントのための支援体制が必要である。

2つ目は、看護師必要項目群と専門職重要項目群、介護士重要項目群及び看護師重要項目群では介護ケア実践力と関連が高かったことである。すでに介護ケア実践力は第5章第2節で要介護度と関連していたことが明らかであり、重度化していく過程での介護経験の積み重ねにより、介護実践力や介護知識も増え、どの専門職に頼むことが効果的なのかという知識も高まり、より具体的に看護師なのか、介護士なのかという違いも認識できてくるということではないかと考えられる。単に専門職ではなく、例えば日常生活の援助は介護士の専門性が有効であり、口腔ケアや薬の服用については疾患や身体的状況と関連が深く、比較的看護師の専門性が有効であるというような、それぞれの専門性や役割を理解した上での活用は、限られた社会資源の有機的活用において重要である。

3つ目は、専門職重要項目群で多くの要因が関連していた点である。専門職重要項目群に含まれる項目は、要介護者及び認知症の観察や対応と家族への報告等である。性別と援助活用力による違いでは、男性介護者は女性より認知症についての理解や対応方法を教えてほしいとのニーズが高かった。男性介護者は、周囲への援助活用力が低いことにも関連しているが、周囲への相談が苦手としている傾向があることから、認知症の症状に対応できていないことが推察される。菅沼⁸⁹は、認知症や症状に対応できない家族介護者に関連する要因として性別をあげており、男性は相談相手がないことから認知症への対応が困難としている傾向が強いという結果と同様であった。特に身近に相談者のいない男性介護者には、認知症の症状への対応の仕方や、支援者の紹介、情報提供や相談できる場の提供の必要である。また要介護者の年齢が高齢になれば、要介護度が重度化し、認知症も増えていくため、家族介護者の介護ケア実践力は高くなるが、同時に肉体的負担感も当然高まる。しかし、【周囲の援助活用力】が低いと、介護関連ニーズは高まったことから、認知症高齢者の介護の場合、周囲の理解が得られない、あるいは近隣には知られたくないといった心情が働くことも考えられる。そのため、介護保険のサービスだけでなく認知症への近隣や地域の理解を深める活動や認知症の対応方法等の専門職によるインフォーマルサポートを組み合わせたケアが必要である。

⁸⁹ 菅沼真由美. 認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法. 日本看護研究学会雑誌, 34(5), 41-49. 2011.

4つ目は、専門職以外必要項目群とケアマネ重要項目群で、介護に対する負の感情表出力に関連していたことである。介護に対する負の感情表出力は高いと、介護負担感も高まったことが既に明らかとなっており、毎日繰り返される日常生活の援助や介護保険の活用において、“看護師に対するニーズ”が高まっていることから、介護の方法や要介護者の対応に苦慮していることが考えられる。そのため、日々のケアにおいて、うまく対応できる方法を看護や介護の専門より指導・助言を受ける機会を設けることや、ストレス軽減のための介護保険を活用したレスパイトケアを取り入れた支援が必要である。

5つ目は、専門職以外必要項目群とケアマネ重要項目群で続柄において親の介護が関連しており、さらに専門職以外必要項目群では仕事の有無に関連していた点である。親を介護する子供の年齢では仕事を持っていることが多いと考えられ、そのため毎日複数回必要である排泄や食事といった日常生活の援助を看護師や介護士等の専門職でなくても誰でもよいからやってほしいというニーズを示していると考えられる。近年未婚の息子が親を介護するケースが増え、介護を理由とした離職率が高くなる傾向にある。経済的にも仕事を続けたいと思っても介護サービスだけでは介護との両立は厳しいのが現状であり、肉体的にも負担感を強く感じていることがうかがえる。日常生活の援助を介護サービスだけでなく、インフォーマルサポートによっても支援できる仕組みが必要である。

第4節 介護力の違いによる介護関連ニーズの特徴から捉えた看護支援

前述では、介護関連ニーズにおいて、“看護師に対するニーズ”の特徴を捉えて、関連する要因にも違いがあることを想定し、そこから看護支援について検討を行った。ここでは、介護関連ニーズが家族介護者の持つ介護力に特に影響を受けていると考えられるため、6つの介護力因子の高低による介護関連ニーズの特徴を捉えた。またその特徴より具体的な看護支援について検討を行った。

分析の方法として、介護力の6因子について下位尺度得点の平均点により高い家族介護者と低い家族介護者とに分け、さらに介護関連ニーズは「頼みたい対象者」について名義尺度として29項目ごとにクロス集計を行い、 χ^2 検定を実施した。さらにその介護関連ニーズの特徴を把握するために残差分析を行い、階層クラスタでの6つのクラスタごとにまとめ、それを踏まえて介護力向上への支援について検討を行った。

1. 【介護を肯定的に捉える力】の特徴（表 21）

【介護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者は高い家族介護者に比べて、看護師必要項目群（1項目）、および看護師重要項目群（5項目）では「看護師にしてほしい」の回答が有意に少なかった（5： χ^2 値=11.331, $p<0.05$, 15： χ^2 値=12.709, $p<0.05$, 16： χ^2 値=12.961, $p<0.05$, 18： χ^2 値=19.915, $p<0.01$, 19： χ^2 値=12.227, $p<0.05$,

20: χ^2 値=17.441, $p<0.05$). また専門職重要項目群 (1 項目) でも「看護師や介護士の専門職にしてほしい」の回答が有意に少なかった (4: χ^2 値=13.946, $p<0.05$). しかし, 介護士重要項目群 (6 項目) では, 「介護士やケアマネにしてほしい」の回答が【介護を肯定的に捉える力】の高い家族介護者より有意に多く (24: χ^2 値=17.093, $p<0.05$, 27: χ^2 値=16.110, $p<0.05$), また「看護師にしてほしい」の回答が有意に少なかった (7: χ^2 値=14.958, $p<0.05$, 9: χ^2 値=13.239, $p<0.05$, 10: χ^2 値=12.158, $p<0.05$, 23: χ^2 値=20.028, $p<0.01$).

2. 【介護を肯定的に捉える力】への看護支援

【介護を肯定的に捉える力】は, 家族介護者の動機づけパワーとして最も重要な要素であり, これを高めるための看護支援を介護関連ニーズの視点から検討をおこなった.

看護師必要項目群で有意差がみられた口腔ケアや服薬指導については, 心身の状況に大きく影響を及ぼすケアであり, しかも要介護者自身が理解できない場合は拒否をされやすく, 比較的専門性の高いケアである. 特に口腔ケアは日々のケアのなかでも見過ごされやすいが, 高齢者の QOL の維持・向上には大変意味のあるケアである. そのため自分で行うことができない場合は, 看護師の指導や助言を受けることで身体機能の改善につながることも少なくない. 【介護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者の場合, 「ぜひ看護師にしてほしい」が有意に低かったため, このケアの重要性やケアに期待できる効果について指導や助言ができる機会がもてるよう, 場所や時間の工夫が必要である.

また【介護を肯定的に捉える力】の高い家族介護者は, 専門職以外必要項目群及び介護士重要項目群では「看護師に依頼したい」割合が高いが, 低い家族介護者は, 「看護師にしてほしい」割合が低く, 「介護士やケアマネにしてほしい」割合が高かった. すなわち【介護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者は, 要介護者の日常生活の援助は介護士にしてほしいと考えていることがうかがえる. この援助は, 要介護者にとっては様々な心身の課題が多く, 変化する容体のなかでは戸惑いの大きいケアである. 毎日欠かさず行わなければならないため, 家族介護者も日々その対応の変化を必要とする. この介護力の低い家族介護者への支援として, 日常生活援助の専門職としての介護士からの日々の対応の相談やケアの工夫について助言していくことが効果的であり, 要介護者の状況に応じて介護士と看護師とのケアの連携や情報共有が求められる.

看護師重要項目群は医療的ケアや看取りといった, 技術的にも専門性が高く看護師免許が必要であるケアも含まれる. しかし【介護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者は看護師にしてほしいという割合が低かった.

表21 介護を肯定的に捉える力（因子1）の高低による介護関連ニーズの比較： χ^2 検定

		介護を肯定的に捉える力						
		低			高			
		度数	割合(%)	残差分析	度数	割合(%)	残差分析	
看護師必要 項目群	5 適切な口腔ケアをしてほしい	ぜひ看護師	15	5.6	-3 *	36	13.1	3 *
		できれば看護師	73	27.2	0.2	73	26.5	-0.2
		介護士やケアマネ	36	13.4	0.1	36	13.1	-0.1
		家族又は自分	44	16.4	0.6	40	14.5	-0.6
		誰でもよい	29	10.8	1.8	18	6.5	-1.8
		必要ない	71	26.5	0.1	72	26.2	-0.1
専門職以外 必要項目群	4 食事介助を手伝ってほしい	ぜひ看護師	1	0.4	-2.7 *	10	3.6	2.7 *
		できれば看護師	29	10.8	1.6	19	6.9	-1.6
		介護士やケアマネ	42	15.7	-2.1 *	63	22.8	2.1 *
		家族又は自分	73	27.2	0.5	70	25.4	-0.5
		誰でもよい	36	13.4	0.4	34	12.3	-0.4
		必要ない	87	32.5	0.9	80	29	-0.9
介護士重要 項目群	7 要介護者の移動や歩行に付き添ってほしい	ぜひ看護師	5	1.9	-3.7 *	25	9.2	3.7 *
		できれば看護師	47	17.9	0.3	46	17	-0.3
		介護士やケアマネ	83	31.6	0.7	78	28.8	-0.7
		家族又は自分	35	13.3	-0.6	41	15.1	0.6
		誰でもよい	31	11.8	1.1	24	8.9	-1.1
		必要ない	62	23.3	0.7	57	21	-0.7
	9 要介護者の入浴を手伝ってほしい	ぜひ看護師	7	2.7	-2.3 *	19	7	2.3 *
		できれば看護師	51	19.5	0.6	47	17.3	-0.6
		介護士やケアマネ	82	31.3	0.5	79	29.2	-0.5
		家族又は自分	16	6.1	-2.4 *	33	12.2	2.4 *
		誰でもよい	35	13.4	1.5	25	9.2	-1.5
		必要ない	71	27.1	0.5	68	25.1	-0.5
	10 安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい	ぜひ看護師	4	1.5	-2.7 *	16	5.9	2.7 *
		できれば看護師	41	15.5	0.5	38	14	-0.5
		介護士やケアマネ	102	38.6	1	94	34.6	-1
		家族又は自分	18	6.8	-1.8	31	11.4	1.8
		誰でもよい	41	15.5	1.3	32	11.8	-1.3
		必要ない	58	22	-0.1	61	22.4	0.1
	23 徘徊や暴言などの困った行動をすときにいてほしい	ぜひ看護師	14	5.4	-2.7 **	33	12.1	2.7 **
		できれば看護師	44	16.9	2.5 **	26	9.5	-2.5 **
		介護士やケアマネ	77	29.6	1.3	67	24.5	-1.3
		家族又は自分	14	5.4	-0.4	17	6.2	0.4
		誰でもよい	33	12.8	1.8	22	8.1	-1.8
		必要ない	78	29.3	-2.3 **	108	39.6	2.3 **
24 家族の悩みを聞いてほしい	ぜひ看護師	8	3.1	-2.7 **	24	8.7	2.7 **	
	できれば看護師	22	8.5	-0.1	24	8.7	0.1	
	介護士やケアマネ	114	44.2	2.6 **	92	33.3	-2.6 **	
	家族又は自分	6	2.3	-2.2 **	17	6.2	2.2 **	
	誰でもよい	54	20.9	0.8	50	18.1	-0.8	
	必要ない	54	20.9	-2.2	69	25	1.1	
27 介護する家族の生活の指導や助言をしてほしい	ぜひ看護師	15	5.7	-2.7 *	34	12.4	2.7 *	
	できれば看護師	41	15.6	1.2	33	12	-1.2	
	介護士やケアマネ	106	40.3	2.3 *	84	30.7	-2.3 *	
	家族又は自分	5	1.9	-1.4	11	4	1.4	
	誰でもよい	28	10.6	0.9	23	8.4	-0.9	
	必要ない	68	25.9	-1.7	89	32.5	1.7	
看護師重要 項目群	15 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい	ぜひ看護師	73	27.8	-2.8 *	107	39.2	2.8 *
		できれば看護師	70	26.6	0.8	64	23.4	-0.8
		介護士やケアマネ	9	3.4	1.5	4	1.5	-1.5
		家族又は自分	5	1.9	-1.2	10	3.7	1.2
		誰でもよい	10	3.8	1.4	5	1.8	-1.4
		必要ない	96	36.5	1.5	83	30.4	-1.5
	16 床ずれなどの皮膚の観察をしてもらいたい	ぜひ看護師	75	28.6	-2.1 *	101	37	2.1 *
		できれば看護師	47	17.9	0.3	46	16.8	-0.3
		介護士やケアマネ	7	2.7	1.3	3	1.1	-1.3
		家族又は自分	4	1.5	0.9	2	0.7	-0.9
		誰でもよい	10	3.8	1.7	4	1.5	-1.7
		必要ない	119	45.5	0.6	117	42.9	-0.6
	18 胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のとき助言してほしい	ぜひ看護師	83	31.9	-3.1 **	121	45	3.1 **
		できれば看護師	64	24.6	2.8 **	40	14.9	-2.8 **
		介護士やケアマネ	12	4.6	1.2	7	2.6	-1.2
		家族又は自分	4	1.5	-0.3	5	1.9	0.3
		誰でもよい	14	5.4	2.5 **	4	1.5	-2.5 **
		必要ない	83	31.9	-0.6	92	34.2	0.6
19 看取りの方法をおしえてほしい	ぜひ看護師	55	21.7	-3.4 *	94	35.3	3.4 *	
	できれば看護師	68	26.8	1.4	57	21.4	-1.4	
	介護士やケアマネ	20	7.9	0.5	18	6.8	-0.5	
	家族又は自分	5	2	0.4	4	1.5	-0.4	
	誰でもよい	20	7.9	1	15	5.6	-1	
	必要ない	86	33.9	0.4	78	29.3	-1.1	
20 看取りのときに一緒にいてほしい	ぜひ看護師	45	17.9	-3.9 **	87	32.7	3.9 **	
	できれば看護師	55	21.9	2.3 **	38	14.3	-2.3 **	
	介護士やケアマネ	19	7.6	1.3	13	4.9	-1.3	
	家族又は自分	30	12	0.02	32	12	0.02	
	誰でもよい	21	8.4	0.5	19	7.1	-0.5	
	必要ない	81	32.3	0.8	77	28.9	-0.8	

* P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

医療的ケアや看取りについて松本⁹⁰は、主家族介護者の多くは、医療処置への不安を感じたり、イライラするなど、身体的精神的負担は大きいと述べている。そのため現状では必要ないケアであっても将来的には必要となるため、誰にどのように相談、支援をしていくのかを初期の段階で具体的に提供して少しでも見通しをつけておくことで、精神的負担感が軽減され、【介護を肯定的に捉える力】の向上にもつながると考えられる。

3. 【介護ケア実践力】の特徴（表 22）

【介護ケア実践力】の高い家族介護者は、看護師必要項目群および看護師重要項目群では9項目で「看護師にしてほしい」の回答が有意に多く、「必要ない」の回答が有意に少なかった（6： χ^2 値=14.286, $p<0.05$, 12： χ^2 値=14.007, $p<0.05$, 15： χ^2 値=14.591, $p<0.05$, 16： χ^2 値=13.194, $p<0.05$, 17： χ^2 値=19.539, $p<0.01$, 18： χ^2 値=26.171, $p<0.001$, 19： χ^2 値=17.673, $p<0.01$, 20： χ^2 値=16.52, $p<0.01$, 26： χ^2 値=11.347, $p<0.05$ ）。

また、専門職重要項目群や専門職以外必要項目群においても、【介護ケア実践力】の高い家族介護者は、低い家族介護者に比べて「看護師にしてほしい」の回答が有意に多く、「必要ない」の回答が有意に少なかった（13： χ^2 値=27.562, $p<0.001$, 21： χ^2 値=14.813, $p<0.05$, 22： χ^2 値=13.722, $p<0.05$, 8： χ^2 値=13.257, $p<0.05$ ）。

介護士重要項目群では、【介護ケア実践力】の高い家族介護者は、低い家族介護者に比べて、介護士ではなく「看護師にしてほしい」の回答が有意に多く、「必要ない」の回答が有意に少なかった（9： χ^2 値=13.784, $p<0.05$, 10： χ^2 値=21.048, $p<0.01$, 23： χ^2 値=11.172, $p<0.05$, 24： χ^2 値=19.506, $p<0.01$ ）。

ケアマネ重要項目群の介護保険の活用法については、【介護ケア実践力】の高低に有意差はみられず、どちらも「ケアマネにしてほしい」が高かった。

⁹⁰ 松本啓子. 在宅認知症高齢者の家族介護者における医療ニーズ測定尺度の開発. 老年看護学 12(1), 63-71 (2007) .

表22 介護ケア実践力(因子2)の高低による介護関連ニーズの比較: χ^2 検定

		介護ケア実践力						
		低			高			
		度数	割合(%)	残差分析	度数	割合(%)	残差分析	
看護師必要 項目群	6 危険の少ない移動動作についておしえてほしい	ぜひ看護師	15	5.9	-2.1 *	32	11	2.1 *
		できれば看護師	56	22	-1.8	83	28.6	1.8
		介護士やケアマネ	43	16.9	1.3	38	13.1	-1.3
		家族又は自分	37	14.6	-1.2	53	18.3	1.2
		誰でもよい	27	10.6	0.9	24	8.3	-0.9
		必要ない	76	29.9	2.5 *	60	20.7	-2.5 *
専門職重要 項目群	13 家での応急手当の仕方についておしえてほしい	ぜひ看護師	42	16.7	-2.5 ***	74	25.5	2.5 ***
		できれば看護師	59	23.4	-2.7 ***	98	33.8	2.7 ***
		介護士やケアマネ	62	24.6	1.4	57	19.7	-1.4
		家族又は自分	13	5.2	2 ***	6	2.1	-2 ***
		誰でもよい	16	6.3	-0.6	22	7.6	0.6
		必要ない	60	23.8	3.8 ***	33	11.4	-3.8 ***
	21 認知症についておしえてほしい	ぜひ看護師	32	13.2	-2.4 *	61	21.2	2.4 *
		できれば看護師	41	16.9	-1.8	67	23.3	1.8
		介護士やケアマネ	67	27.6	2.5 *	53	18.4	-2.5 *
		家族又は自分	9	3.7	0.6	8	2.8	-0.6
		誰でもよい	31	12.8	1.5	25	8.7	-1.5
		必要ない	63	25.9	0.1	74	25.7	-0.1
22 認知症の状態を観察し、家族に報告してほしい	ぜひ看護師	23	9.2	-3 *	53	18.4	3 *	
	できれば看護師	48	19.3	-0.7	63	21.9	0.7	
	介護士やケアマネ	80	32.1	2	70	24.3	-2	
	家族又は自分	7	2.8	1.5	3	1	-1.5	
	誰でもよい	27	10.8	0.2	30	10.4	-0.2	
	必要ない	64	25.7	0.5	69	24	-0.5	
専門職以外 必要項目群	8 安全な入浴介助の方法をおしえてほしい	ぜひ看護師	6	2.4	-1.1	12	4.2	1.1
		できれば看護師	11	4.4	-3.2 *	35	12.1	3.2 *
		介護士やケアマネ	79	31.3	1.2	77	26.6	-1.2
		家族又は自分	56	22.2	-0.3	67	23.2	0.3
		誰でもよい	45	17.9	0.5	47	16.3	-0.5
		必要ない	55	21.8	1.2	51	17.6	-1.2
介護士重要 項目群	9 要介護者の入浴を手伝ってほしい	ぜひ看護師	7	2.8	-2.2 *	20	7	2.2 *
		できれば看護師	33	13.2	-2.6 *	62	21.7	2.6 *
		介護士やケアマネ	81	32.4	1	81	28.3	-1
		家族又は自分	22	8.8	-0.1	26	9.1	0.1
		誰でもよい	30	12	0.6	30	10.5	-0.6
		必要ない	77	30.8	1.9	67	23.4	-1.9
	10 安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい	ぜひ看護師	6	2.4	-1.9	16	5.6	1.9
		できれば看護師	22	8.8	-3.4 **	54	18.9	3.4 **
		介護士やケアマネ	97	38.6	0.5	104	36.4	-0.5
		家族又は自分	21	8.4	-0.4	27	9.4	0.4
		誰でもよい	36	14.3	0.4	38	13.3	-0.4
		必要ない	69	27.5	3.1 **	47	16.4	-3.1 **
	23 徘徊や暴言などの困った行動をすときにいてほしい	ぜひ看護師	15	6	-2.4 *	35	12.1	2.4 *
		できれば看護師	26	10.4	-1.6	43	14.9	1.6
		介護士やケアマネ	81	32.4	2.1 *	70	24.2	-2.1 *
		家族又は自分	14	5.6	0	16	5.5	0
		誰でもよい	30	12	0.7	29	10	-0.7
		必要ない	84	33.6	0.1	96	33.2	-0.1
24 家族の悩みを聞いてほしい	ぜひ看護師	7	2.8	-2.8 **	25	8.7	2.8 **	
	できれば看護師	13	5.2	-2.3 **	31	10.7	2.3 **	
	介護士やケアマネ	107	43.1	1.9	102	35.3	-1.9	
	家族又は自分	8	3.2	-1.1	15	5.2	1.1	
	誰でもよい	49	19.8	-0.6	63	21.8	0.6	
	必要ない	64	25.8	2.1 **	53	18.3	-2.1 **	
看護師重要 項目群	12 薬の効果や副作用についておしえてほしい	ぜひ看護師	60	24.2	-2.8 **	102	35.4	2.8 **
		できれば看護師	69	27.8	-0.5	86	29.9	0.5
		介護士やケアマネ	8	3.2	-0.8	13	4.5	0.8
		家族又は自分	21	8.5	1.2	17	5.9	-1.2
		誰でもよい	13	5.2	0.8	11	3.8	-0.8
		必要ない	77	31	2.8 *	59	20.5	-2.8 *
	15 要介護者の身体の状態を観察し、家族に報告してほしい	ぜひ看護師	65	26	-3.7 **	118	41	3.7 **
		できれば看護師	68	27.2	0.8	70	24.3	-0.8
		介護士やケアマネ	8	3.2	0	6	2.1	-0.8
		家族又は自分	7	2.8	0	8	2.8	0
		誰でもよい	7	2.8	0.3	7	2.4	-0.3
		必要ない	95	38	2.6 *	79	27.4	-2.6 *
	16 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい	ぜひ看護師	69	27.5	-2.8 **	112	38.8	2.8 **
		できれば看護師	47	18.7	0.3	51	17.6	-0.3
		介護士やケアマネ	9	3.6	2.4 *	2	0.7	-2.4 *
		家族又は自分	2	0.8	-0.6	4	1.4	0.6
		誰でもよい	8	3.2	0.8	6	2.1	-0.8
		必要ない	116	46.2	1.6	114	39.4	-1.6
	17 床ずれなどの皮膚の観察をしてもらいたい	ぜひ看護師	61	24.3	-3.6 **	113	38.8	3.6 **
		できれば看護師	65	25.9	-0.5	81	27.8	0.5
		介護士やケアマネ	16	6.4	0.6	15	5.2	-0.6
		家族又は自分	6	2.4	-0.3	8	2.7	0.3
		誰でもよい	9	3.6	1.1	6	2.1	-1.1
		必要ない	94	37.5	3.6 **	68	23.4	-3.6 **
18 胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のとき助言してほしい	ぜひ看護師	72	28.7	-4.7 ***	138	48.6	4.7 ***	
	できれば看護師	57	22.7	1.7	48	16.9	-1.7	
	介護士やケアマネ	13	5.2	1.7	7	2.5	-1.7	
	家族又は自分	4	1.6	-0.4	6	2.1	0.4	
	誰でもよい	13	5.2	2.2 ***	5	1.8	-2.2 ***	
	必要ない	92	36.7	2.1 ***	80	28.2	-2.1 ***	
19 看取りの方法をおしえてほしい	ぜひ看護師	51	20.9	-3.7 **	100	35.6	3.7 **	
	できれば看護師	60	24.6	0	69	24.6	0	
	介護士やケアマネ	21	8.6	1.1	17	6	-1.1	
	家族又は自分	3	1.2	-0.8	6	2.1	0.8	
	誰でもよい	18	7.4	0.6	17	25.6	-0.6	
	必要ない	91	37.3	2.9 **	72	6	-2.9 **	
20 看取りのときに一緒にいてほしい	ぜひ看護師	48	19.9	-2.7 *	84	30.2	2.7 *	
	できれば看護師	42	17.4	-0.9	57	20.5	0.9	
	介護士やケアマネ	20	8.3	1.9	12	4.3	-1.9	
	家族又は自分	28	11.6	-0.1	33	11.9	0.1	
	誰でもよい	16	6.6	-1	25	9	1	
	必要ない	87	36.1	3 *	67	24.1	-3 *	
26 家族の健康状態について相談にのってほしい	ぜひ看護師	49	29.6	-0.4	61	21	0.4	
	できれば看護師	51	20.4	-2 *	81	27.9	2 *	
	介護士やケアマネ	33	13.2	-0.7	44	15.2	0.7	
	家族又は自分	7	2.8	-0.2	9	3.1	0.2	
	誰でもよい	13	5.2	-0.8	20	6.9	0.8	
	必要ない	97	38.8	3.2 *	75	25.9	-3.2 *	

* P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

4. 【介護ケア実践力】への看護支援

【介護ケア実践力】は第4章第5節で述べたように、介護負担感及び要介護度と相関関係にある。つまり高くなる過ぎることは、肉体的負担感を増して燃え尽きに繋がる可能性が示唆されているため、バランスが重要な介護力であり、【介護ケア実践力】の高い家族介護者への支援も重要である。

【介護ケア実践力】の高低からみた特徴は、6因子の介護力のうち高い家族介護者と低い家族介護者とで回答に有意差がある項目が最も多かったことである。特に「看護師重要項目群」の項目においては8項目あり、すべて介護実践力が高い家族介護者は「看護師にしてほしい」が多かったことである。また【介護ケア実践力】の高い家族介護者は、専門職重要項目群及び介護士重要項目群においても、「看護師にしてほしい」が多く、「必要ない」、あるいは福祉専門職である「介護士やケアマネにしてほしい」が少なかったことも特徴である。【介護ケア実践力】は、要介護度と関連していたことから、【介護ケア実践力】の高い家族介護者は、要介護者が実際に訪問看護師の医療的ケアを受けている可能性が高い。また認知症の対応方法についてもケアマネや介護士より看護師に頼みたいという割合が高かったことは、認知症の対応が難しいと感じていたり、心身の状態の把握に困っていることが考えられる。さらには医療選択や意思決定において高い割合を示していることは、延命処置や看取りの方法の選択といった意思決定の不安が大きいことも考えられる。齊田、小泉⁹¹は、意思確認が困難な終末期高齢患者の医療選択の決定において、家族は様々な迷いや葛藤を抱くと述べているように、胃ろうや気管切開といった延命処置の意思決定の際に代弁者となる家族介護者の精神的負担は非常に大きい。そのため、できる限り要介護者の自己決定を促すことを支援し、その時期や方法について具体的に示していく必要がある。また実際に吸引や吸入などの医療的ケアを家族が担う場合は、経済的負担も多きいと考えられるため、介護サービスのみならずインフォーマルでの看護師の相談援助や見守りといった支援が介護負担感を軽減できると考える。

また、【介護ケア実践力】が低い家族介護者の特徴は、医療的ケアについて必要ないと考えている項目が多かったということである。このことは現在必要ないのか、あるいはどの専門職に依頼すればよいのかが認識できていない可能性が考えられる。今後必要となってくるケアであること、その時にどのように対処していくのか、事前に必要な技術や知識を身に付ける機会を提供しておくことも、実践力を高めるために効果的であると考えられる。

⁹¹ 齊田綾子，小泉美佐子．意思確認が困難な終末期高齢者の看護一家族との話し合いによりその人らしさを看護に取り入れることを目指した終末期看護支援手順導入の効果一．老年看護学 14(1)，42-50 (2010)．

5. 【自己の健康管理力】の特徴（表 23）

“徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい”と“胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のときに助言してほしい”の項目についてのみ有意差がみられ，“徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい”では，【自己の健康管理力】の低い家族介護者は高い家族介護者に比べて，「誰でもよい」の回答が有意に多かった（23: χ^2 値=11.154, $p<0.05$ ）．“胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のときに助言してほしい”では，【自己の健康管理力】の低い家族介護者は「誰でもよい」の回答が有意に多く，【自己の健康管理力】の高い家族介護者は「ぜひ看護師にしてほしい」の回答が有意に多かった（18: χ^2 値=16.778, $p<0.01$ ）．

表23 自己の健康管理力（因子3）の高低による介護関連ニーズの比較： χ^2 検定

				自己の健康管理力					
				低			高		
				度数	割合(%)	残差分析	度数	割合(%)	残差分析
介護士重要項目群	23	徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい	ぜひ看護師	15	6.6	-1.5	35	10.4	1.5
			できれば看護師	25	11	-1.2	49	14.5	1.2
			介護士やケアマネ	66	29.1	0.8	88	26	-0.8
			家族又は自分	17	7.5	1.5	15	4.4	-1.5
			誰でもよい	31	13.7	2.2 *	27	8	-2.2 *
			必要ない	73	32.2	-1.1	124	36.7	1.1
看護師重要項目群	18	胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のときに助言してほしい	ぜひ看護師	73	32.6	-2.5 **	145	43.2	2.5 **
			できれば看護師	52	23.2	1.8	57	17	-1.8
			介護士やケアマネ	5	2.2	-1.4	15	4.5	1.4
			家族又は自分	6	2.7	1.3	4	1.2	-1.3
			誰でもよい	12	5.4	2.6 **	5	1.5	-2.6 **
			必要ない	76	33.9	0.3	110	32.7	-0.3
				* P<0.05	**P<0.01	***P<0.001			

6. 【自己の健康管理力】への看護支援

【自己の健康管理力】は，高低によっては依頼したい対象者にほとんど差はなかったが，差のあった2項目は，介護を継続していくうえで迷いや戸惑い，不安の大きい内容であり，「誰でもよい」において有意差があったことには注目すべき点であり，細やかな支援を行うための重要な要素であると考えられる。

【自己の健康管理力】の低い家族介護者は，認知症や医療的ケアなどの専門性の高いケアにおいて「誰でもよい」と考えている割合が多かった．実際の割合としては，看護師や介護士という専門職に依頼したい割合はほぼ半数で，必要ない場合は3割程度で【自己の健康管理力】の高い家族介護者と顕著な差はなかった．しかし，「誰でもよい」とは，必要ではあるが，誰に依頼すべきか知らない，または迷っているとも考えられる．例えば，家族介護者の健康管理として，定期的な健康診断や受療行動の際にも，認知症の介護の場合は目が離せないといった場合が多い．健康上の悩みを抱えていても家を留守にできない場合には，誰かに認知症要介護者を見ていてほしい，と思うのかもしれない．また，医療選択の意思決定の際にも，誰でもよいから相談したいと切羽詰まってい

るのかもしれない。この点については今後さらに明らかにする必要があるが、少なくとも、迷ったり困ったときに誰に相談したらよいのかを事前に知っておくことは、家族介護者の精神的負担感の軽減につながり、自己の健康維持にも効果が期待できると考えられる。

また、今回の家族介護者の平均年齢は 64 歳を超えている。高齢者の保健行動の検討では、睡眠時間や運動の頻度などが直接生命予後と有意に関連しており⁹²、高齢化している家族介護者が保健行動と直接結びつく可能性の高い自己の健康管理力に対するニーズは高いと考えられる。この介護力も年齢と正の相関関係にあることから、高齢の家族介護者ほど自己の健康管理の意識も高まるということである。したがってこの点からもこの自己の健康を維持するために必要な知識や保健行動を適宜助言し実践可能となることが重要である。専門職による問題の予測と、その対応について考えておく必要がある。そのためにも家族介護者の健康をアセスメントできる専門職であることが望まれる。看護師は身心に生じる問題を予測し、予防的ケアを行うことを重要な役割とし、ケアマネや介護士は認知症の BPSD に対応し家族介護者に寄り添うことができるため、家族介護者の健康管理力を高めるための専門職の役割は大きいと考えられる。

7. 【介護生活からの転換力】の特徴と看護支援

【介護生活からの転換力】の高低による介護関連ニーズの有意差はなく、また特定の介護関連ニーズには関連していなかった。この【介護生活からの転換力】は、自分自身の時間を確保し、介護と物理的・心理的な距離をとることで、介護負担感軽減の効果があることは既に明らかとなっている重要な力である。これを高めるためには、相談者や支援者が必要であるが、この結果からもそれが特定の専門職や看護師である必要はなく、むしろ何時でもかかわりが持てる友人や知人、地域の住民などのインフォーマルな関係が必要であると考え、その仕組みを構築しておくことが重要である。

8. 【周囲の援助活用力】の特徴（表 24）

“安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい”と“透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい”の項目についてのみ有意差がみられ、“安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい”では、【周囲の援助活用力】の低い家族介護者は高い家族介護者に比べて、「必要ない」の回答が有意に多く、【周囲の援助活用力】の高い家族介護者は「できれば看護師にしてほしい」の回答が有意に多かった（10: χ^2 値 = 18.465, $p < 0.01$ ）。“透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい”では、【周囲の援助活用力】の低い家族介護者は、「誰でもよい」と「必要ない」の回答が有意に多かった（15: χ^2 値 = 18.465, $p < 0.01$ ）。

⁹² 杉澤秀博, 柴田博. 前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会的資源と精神的健康との関連. 日本公衆衛生雑誌, 47 (7), 589-601 (2001).

9. 【周囲の援助活用力】への看護支援

【周囲の援助活用力】の高低での有意差は2項目で、【自己の健康管理力】の高低での特徴に類似している点がある。しかし、前述したように【周囲の援助活用力】は、専門職重要項目群と負の相関関係にあることから、看護支援に限るのではなく、むしろ専門職としてのケアマネジャーや介護士の専門性を活かし、看護と連携した支援を必要としている。

表24 周囲の援助活用力（因子5）の高低による介護関連ニーズの比較： χ^2 検定

		周囲の援助活用力											
		低			高								
		度数	割合(%)	残差分析	度数	割合(%)	残差分析						
介護士重要項目群	10 安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい	ぜひ看護師	8	3.7	-0.2	14	4.1	0.2					
		できれば看護師	20	9.1	-2.9 *	62	18	2.9 *					
		介護士やケアマネ	80	36.5	0	125	36.3	0					
		家族又は自分	17	7.8	-0.7	33	9.6	0.7					
		誰でもよい	34	15.5	0.8	45	13.1	-0.8					
	必要ない	60	27.4	2.4 *	65	18.9	-2.4 *						
看護師重要項目群	15 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい	ぜひ看護師	65	29.7	-1.6	124	36	1.6					
		できれば看護師	47	21.5	-1.9	98	28.5	1.9					
		介護士やケアマネ	7	3.2	1.1	6	1.7	-1.1					
		家族又は自分	3	1.4	-1.5	12	3.5	1.5					
		誰でもよい	10	4.6	2.5 **	4	1.2	-2.5 **					
	必要ない	87	39.7	2.6 **	100	29.1	-2.6 **						
				*P<0.05			**P<0.01						
							***P<0.001						

10. 【介護に対する負の感情表出力】の特徴（表25）

【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は、看護師必要項目群および看護師重要項目群では9項目で「看護師にしてほしい」の回答が有意に多く、「必要ない」の回答が有意に少なかった（6： χ^2 値=11.284, $p<0.05$, 11： χ^2 値=12.06, $p<0.05$, 12： χ^2 値=13.914, $p<0.05$, 15： χ^2 値=14.281, $p<0.05$, 16： χ^2 値=21.264, $p<0.01$, 18： χ^2 値=14.785, $p<0.05$, 19： χ^2 値=23.178, $p<0.001$, 20： χ^2 値=17.782, $p<0.01$, 25： χ^2 値=15.971, $p<0.01$ ）。

また、専門職重要項目群や専門職以外必要項目群、介護士重要項目群においても、【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は、低い家族介護者に比べて「看護師にしてほしい」の回答が有意に多く、「必要ない」の回答が有意に少なかった（21： χ^2 値=16.476, $p<0.01$, 22： χ^2 値=15.278, $p<0.01$, 4： χ^2 値=11.362, $p<0.05$, 8： χ^2 値=22.209, $p<0.001$, 10： χ^2 値=15.466, $p<0.01$, 23： χ^2 値=14.668, $p<0.05$, 27： χ^2 値=16.160, $p<0.01$, 29： χ^2 値=12.751, $p<0.05$ ）。

ケアマネ重要項目群の介護保険の活用法については、【介護ケア実践力】の高低に有意差はみられず、どちらも「ケアマネにしてほしい」が高かった。

表25 介護に対する負の感情表出力（因子6）の高低による介護関連ニーズの比較： χ^2 検定

			介護に対する負の感情表出力					
			低			高		
			度数	割合(%)	残差分析	度数	割合(%)	残差分析
看護師必要 項目群	6 危険の少ない移動動作についておしえてほしい	ぜひ看護師	13	5.4	-2.6 *	37	11.8	2.6 *
		できれば看護師	58	24.1	-0.7	84	26.8	0.7
		介護士やケアマネ	31	12.9	-0.9	49	15.6	0.9
		家族又は自分	43	17.8	1.1	45	14.3	-1.1
		誰でもよい	24	10	0.4	28	8.9	-0.4
		必要ない	72	29.9	1.9	71	22.6	-1.9
11 薬の効果や副作用についておしえてほしい	ぜひ看護師	33	13.8	-1.5	58	18.6	1.5	
	できれば看護師	59	24.6	-2.2 *	104	33.3	2.2 *	
	介護士やケアマネ	13	5.4	0.3	15	4.8	-0.3	
	家族又は自分	44	18.3	0.5	52	16.7	-0.5	
	誰でもよい	13	5.4	0.2	16	5.1	-0.2	
	必要ない	78	32.5	2.9 *	67	21.5	-2.9 *	
専門職重要 項目群	21 認知症についておしえてほしい	ぜひ看護師	32	13.9	-2.1 **	64	20.8	2.1 **
		できれば看護師	36	15.6	-2.4 **	74	24	2.4 **
		介護士やケアマネ	51	22.1	0	68	22.1	0
		家族又は自分	8	3.5	0.4	9	2.9	-0.4
		誰でもよい	28	12.1	1.1	28	9.1	-1.1
		必要ない	76	32.9	3.1 **	65	21.1	-3.1 **
22 認知症の状態を観察し、家族に報告してほしい	ぜひ看護師	22	9.3	-2.8 **	55	17.8	2.8 **	
	できれば看護師	46	19.5	-0.7	68	22	0.7	
	介護士やケアマネ	62	26.3	-0.5	87	28.2	0.5	
	家族又は自分	7	3	1.4	4	1.3	-1.4	
	誰でもよい	24	10.2	0.2	30	9.7	-0.2	
	必要ない	75	31.8	2.8 **	65	21	-2.8 **	
専門職以外 必要項目群	4 食事介助を手伝ってほしい	ぜひ看護師	5	2.1	-0.3	8	2.5	0.3
		できれば看護師	19	7.9	-0.6	30	9.5	0.6
		介護士やケアマネ	34	14.2	-2.6 *	72	22.8	2.6 *
		家族又は自分	60	25	-0.1	80	25.3	0.1
		誰でもよい	32	13.3	-0.1	43	13.6	0.1
		必要ない	90	37.5	2.8 *	83	26.3	-2.8 *
8 安全な入浴介助の方法をおしえてほしい	ぜひ看護師	3	1.2	-2.5 ***	16	5.2	2.5 ***	
	できれば看護師	12	5	-2.6 ***	35	11.3	2.6 ***	
	介護士やケアマネ	62	25.8	-1.2	95	30.6	1.2	
	家族又は自分	56	23.3	0.8	64	20.6	-0.8	
	誰でもよい	43	17.9	0.4	52	16.8	-0.4	
	必要ない	64	26.7	3.2 ***	48	15.5	-3.2 ***	
10 安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい	ぜひ看護師	6	2.6	-1.5	16	5.1	1.5	
	できれば看護師	23	9.8	-2.5 **	54	17.3	2.5 **	
	介護士やケアマネ	85	36.3	-0.1	114	36.5	0.1	
	家族又は自分	17	7.3	-1	30	9.6	1	
	誰でもよい	36	15.4	0.6	42	13.5	-0.6	
	必要ない	67	28.6	3 **	56	17.9	-3 **	
23 徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい	ぜひ看護師	13	5.4	-2.6 *	37	11.9	2.6 *	
	できれば看護師	31	13	-0.2	42	13.5	0.2	
	介護士やケアマネ	57	23.8	-1.5	92	29.7	1.5	
	家族又は自分	17	7.1	1.3	14	4.5	-1.3	
	誰でもよい	24	10	-0.3	34	11	0.3	
	必要ない	97	40.6	2.7 *	91	29.4	-2.7 *	
27 介護する家族の生活の指導や助言をしてほしい	ぜひ看護師	17	7.2	-1.2	32	10.2	1.2	
	できれば看護師	31	13.1	-0.9	50	15.9	0.9	
	介護士やケアマネ	76	32.2	-1.4	119	37.9	1.4	
	家族又は自分	8	3.4	0.4	9	2.9	-0.4	
	誰でもよい	17	7.2	-1.6	35	11.1	1.6	
	必要ない	87	36.9	3.8 **	69	22	-3.8 **	
29 要介護者や周囲との関係を調整してほしい	ぜひ看護師	4	1.6	-1.5	12	3.9	1.5	
	できれば看護師	12	4.9	-0.6	19	6.1	0.6	
	介護士やケアマネ	99	40.7	-1.9	152	49	1.9	
	家族又は自分	14	5.8	1.2	11	3.5	-1.2	
	誰でもよい	18	7.4	-0.9	30	9.7	0.9	
	必要ない	96	39.5	2.9 *	86	27.7	-2.9 *	
12 要介護者の身体の状態を観察し、家族に報告してほしい	ぜひ看護師	56	23.9	-2.6 *	107	34.3	2.6 *	
	できれば看護師	65	27.8	-0.7	95	30.4	0.7	
	介護士やケアマネ	7	3	-0.7	13	4.2	0.7	
	家族又は自分	21	9	1.9	15	4.8	-1.9	
	誰でもよい	13	5.6	1.4	10	3.2	-1.4	
	必要ない	72	30.8	2 *	72	23.1	-2 *	
15 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい	ぜひ看護師	63	26.5	-3.1 *	122	39.2	3.1 *	
	できれば看護師	59	24.8	-0.2	80	25.7	0.2	
	介護士やケアマネ	5	2.1	-0.1	7	2.3	0.1	
	家族又は自分	6	2.5	0.2	7	2.3	-0.2	
	誰でもよい	9	3.8	1.6	5	1.6	-1.6	
	必要ない	96	40.3	2.8 *	90	28.9	-2.8 *	
16 床ずれなどの皮膚の観察をしてもらいたい	ぜひ看護師	64	27.1	-2.5 **	116	37.2	2.5 **	
	できれば看護師	34	14.4	-2	66	21.2	2 **	
	介護士やケアマネ	6	2.5	1.1	4	1.3	-1.1	
	家族又は自分	5	2.1	2 **	1	0.3	-2 **	
	誰でもよい	9	3.8	2.3 **	3	1	-2.3 **	
	必要ない	118	50	2.5 **	122	39.1	-2.5 **	
18 胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のとき助言してほしい	ぜひ看護師	77	32.5	-2.7 **	134	43.8	2.7 **	
	できれば看護師	42	17.7	-1	65	21.2	1	
	介護士やケアマネ	10	4.2	0.6	10	3.3	-0.6	
	家族又は自分	5	2.1	0.4	5	1.6	-0.4	
	誰でもよい	12	5.1	2.3 *	5	1.6	-2.3 *	
	必要ない	91	38.4	2.5 *	87	28.4	-2.5 *	
19 看取りの方法をおしえてほしい	ぜひ看護師	49	21.6	-3.1 ***	104	33.8	3.1 ***	
	できれば看護師	54	23.8	-0.4	78	25.3	0.4	
	介護士やケアマネ	11	4.8	-1.5	25	8.1	1.5	
	家族又は自分	7	3.1	2.2 ***	2	0.6	-2.2 ***	
	誰でもよい	14	6.2	-0.3	21	6.8	0.3 ***	
	必要ない	92	40.5	3.7 ***	78	25.3	-3.7 ***	
20 看取りのときに一緒にいてほしい	ぜひ看護師	45	19.7	-2.7 **	90	29.9	2.7 **	
	できれば看護師	39	17	-1	62	20.6	1	
	介護士やケアマネ	10	4.4	-1.4	22	7.3	1.4	
	家族又は自分	32	14	1.3	31	10.3	-1.3	
	誰でもよい	16	7	-0.3	23	7.6	0.3	
	必要ない	87	38	3.4 **	73	24.3	-3.4 **	
25 家族の身体チェック(血圧や脈拍など)をしてほしい	ぜひ看護師	44	18.4	-1.6	76	24.1	1.6	
	できれば看護師	58	24.3	-1.9	100	31.7	1.9	
	介護士やケアマネ	13	5.4	-1.2	25	7.9	1.2	
	家族又は自分	10	4.2	-0.5	16	5.1	0.5	
	誰でもよい	17	7.1	1.4	14	4.4	-1.4	
	必要ない	97	40.6	3.5 **	84	26.7	-3.5 **	

*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

11. 【介護に対する負の感情表出力】への看護支援

前節より【介護に対する負の感情表出力】は高くなることで精神的・肉体的・経済的負担感も高くなっていることが明らかであり、特に認知症の介護との関連があった。認知症高齢者を介護することでの負の感情が増幅する可能性が示唆されていることから、【介護ケア実践力】と同様に【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者への支援が必要である。

専門職重要項目群や専門職以外必要項目群、介護士重要項目群といった看護師以外に必要としている特徴の項目においても、【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は低い家族介護者に比べて“看護師にしてほしい”の回答が有意に高く、“必要ない”の回答が有意に低かったことが特徴であり、特に医療的ケアや認知症についての項目は、“ぜひ看護師にしてほしい”割合が高かった。医療的ケアは看護師の役割として重要であるが、専門職重要項目群や専門職以外必要項目群の項目においても看護師の支援を求めていることから、日々の介護の対応に困難さを感じ、負の感情が高まっている可能性が考えられる。家族介護者の多くは、介護に対する負の感情も抱えながらも、介護を継続したいという意思を持っているため、介護に対する負の感情を理解した上で、具体的な解決策を提供していくことが重要である。例えば、項目の多くに危険の回避や安全性といった内容が含まれるため、実践にそって病気や障がいに合わせた安全で安楽な介護方法について具体的な助言や指導を行うことができると考えられる。

また、認知症の介護の苦勞については、なかなか周囲に理解されにくい面があるため、当事者同士または認知症の専門職者による支援は有効である。和気は、専門職の役割について、介護者の状態のアセスメントによって積極的にグループへの紹介や送致を行い、その効果をモニターしていくことであると述べている。したがって、介護相談会の紹介や参加への促し、参加による家族介護者の健康アセスメントやその効果等を確認していくことが看護支援として期待できる。

第5節 介護力を獲得するための看護支援

本論文で述べる介護力の構成因子のうち【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】については、高くなることで、家族介護者の介護負担感も高くなるといった正の相関関係にあり、【介護ケア実践力】と【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者に対しての看護支援の必要性も示唆された。その結果は、先行研究において永井⁹³;松本、西中⁹⁴;浜井、野末⁹⁵が述べている「介護力得点の高い介護者は介護負担感

⁹³ 永井眞由美. 認知症高齢者の家族介護力評価とその関連要因. 日本老年看護学, 10(1), 34-40 (2005).

⁹⁴ 松本泰子, 西中利恵. 在宅介護に向けた家族介護力評価表の検討-I 事例を通して-. 第30回日本看護学会論文集(地域看護), 38-40 (1999).

⁹⁵ 浜井貴代美, 野末緑. 在宅介護に向けての家族援助-家族介護力評価表を用いた看護介入の有効性-. 第33回日本看護学会論文集(地域看護), 9-11 (2002).

が低く、健康度が高いため介護継続意思も高い。反対に介護力得点の低い介護者は介護負担感が高く、QOLは低い傾向」とされてきた結果とは異なった。このことは、介護力とは家族介護者の持つ力には違いないが、構成する要素や因子によって、介護負担感や必要とするニーズが異なるということを示している。介護力のトータルではなく、そのバランスと介護力因子相互の関連が重要であり、そこから必要なニーズを見極め介入していく能力が、家族介護者を支援していく専門職者には必要であると考えられる。

そこで、前述の「“看護師に対するニーズ”に関連する要因から捉えた支援」及び「介護力の高低による介護関連ニーズの特徴から捉えた支援」から介護力を引き出し、獲得する看護支援を検討してみたい。

在宅での家族介護者に必要な支援とは、介護肯定感を高め、介護負担感を軽減する支援である。広瀬ら⁹⁶が述べているように、否定的評価が高いという状況が、危機的な状況である場合も考えられるが、否定的評価が高い状況においても、介護状況に肯定的な解釈や評価をし得る介護者は、介護状況に適応していることが考えられる。そして、高齢者への親近感や介護の充足感といった肯定的評価は否定的評価を緩衝する効果があるとも指摘している。つまり、危機的な状況にある場合、介護負担感を軽減することは勿論、介護を肯定的に捉える力を高める支援が重要である。したがって、第5章第2節で述べたように、介護力を構成する6因子のうち、最も重要な【介護を肯定的に捉える力】、そして介護負担感を軽減する効果のある【介護生活からの転換力】を高める看護支援が必要である。同時に介護負担感を軽減するために、【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】が高まる要因を明らかにし、これらが高まりすぎる傾向を予防する看護支援が必要であり、その具体的内容について以下に述べる。

まず、第1に【介護を肯定的に捉える力】を高める看護支援として、特定の介護関連ニーズのカテゴリーとは関連はみられなかった。そこで【介護を肯定的に捉える力】の高低で多くの項目において有意差がみられた「介護士重要項目群」及び「看護師重要項目群」に注目してみる。「介護士重要項目群」において【介護を肯定的に捉える力】の高い家族介護者は看護師にしてほしいという割合が高かった。その内容には、家族介護者の生活指導や、要介護者の移動や入浴といった日常生活の援助が含まれている。看護と介護の専門性や役割の違いについてはわかりにくい点があるが、看護は医療的ケアについてのみ必要であると一般には理解されることが多い。しかし、看護はもともと、あらゆる人の日常生活を助けるところにあり、要介護者の病気や障がいの悪化を予防する視点で入浴や食事を援助していくという実践力を有し、家族介護者の保健行動に導く助言や指導も可能であると考えられる。また、【介護を肯定的に捉える力】には家族介護者の知識とも深く関連があるため、実践だけでなく知識も必要である。したがって、【介

⁹⁶ 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を測定する尺度の構造 - 肯定，否定の両側面に焦点をあてて - ．日本在宅ケア学会誌，9（1），52-57（2005）．

護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者には、高い家族介護者が必要としている看護職の介入による効果が期待できると考えた。具体的には、日常生活のより良い工夫をしていく介護士や相談を受けるケアマネと看護師が連携をとり、情報を共有しつつ、要介護者の状態にあった情報を家族介護者へ提供していくことや、実践方法を獲得するための学習会等の教育的支援の機会をつくることが必要と考えられる。

「看護師重要項目群」については、医療的ケアや看取り等の医療の専門性が高いため、訪問医療が適切に受けられるよう、かかりつけ医を中心に看護と介護が連携できるシステムが重要となってくる。看取りにおいては、【介護を肯定的に捉える力】の低い家族介護者は特に「看護師にしてほしい」が有意に低かった。在宅で介護をしている場合、最期をどのように迎えるかの選択や意思決定が必ず必要な時がくる。家族介護者が、その際の心構えや、誰にどのように支援を受けることを望むかの個々の状況に応じた相談や教育的指導を通して、要介護者を受け入れ慈しむ気持ちが芽生えていくことも少なくない。

以上から、【介護を肯定的に捉える力】を高めるための支援として、「看護師重要項目群」「介護士重要項目群」は看護と介護の専門性の高いケアが含まれているため、できる限り介護初期の段階で、看護と介護の専門職による家族介護者への接触や介入が必要と考えられる。特に介護の開始初期の混乱期をどう乗り越えるかによって、長期介護の過程で介護の意味づけや介護の価値認識が高まると考えられる。しかし、現状の介護サービスでは、看護師が家族介護者に介入する時期は、訪問看護師が必要となった段階が多く、介護初期の段階で家族介護者に介入していくことは難しい。そこで、かかりつけ医との連携を図り、医療と介護の合同での家族介護者対象の学習会等を開催し、専門職に気軽に相談できる「顔の見える」関係を築いておくことが必要であると考えられる。これら専門職によるインフォーマルサポートにより、家族介護者への医療的ケアや看取りについての情報提供や相談活動が可能となり、さらにそこで得られた情報を多職種で共有することで、必要に応じてフォーマルサポートにつなげていくことが期待できる。

第2に、介護負担感の軽減に関連している【介護生活からの転換力】では、特定の介護関連ニーズの分類とは関連せず、【介護生活からの転換力】の高低においても差はみられなかったことから、【介護生活からの転換力】を高めるためには、特に看護師等の専門職を必要としていないと考えられる、むしろ介護と心理的距離をおくためにも、介護以外の共通の趣味仲間や、個人で没頭できる楽しみや場所の提供が必要になってくる。そこで重要な点は、【介護生活からの転換力】の関連要因となっていた介護相談者や介護時間への支援をいかに提供できるかである。この支援については専門的な知識や技術の支援ではなく、身近な地域住民や当事者同士による相互支援、あるいはボランティアによる要介護者の生活支援等が効果的であると考えられる。具体的には家族の会などを利用した当事者同士の助け合いや、仲間づくりの援助である。また介護時間の短縮については、フォーマルサポートを活用したレスパイトケアをうまく取り入れるよう、ケア

マネジャーの役割は重要となってくる。

第3は、【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】が高い家族介護者の問題である。これらの家族介護者は、介護負担感も高いことが第5章第3節で明らかとなっており、“看護師に対するニーズ”の特徴が類似している。したがって、【介護ケア実践力】と【介護に対する負の感情表出力】の要因が何かを明らかにし、その要因の軽減と高まり過ぎないための予防が必要である。

【介護ケア実践力】は、介護関連ニーズの「看護師必要項目群」、「専門職重要項目群」、「介護士必要群」、「看護師重要項目群」と関連しているだけでなく、【介護ケア実践力】の高低で有意差のある項目も多い。第5章第3節で述べているように【介護ケア実践力】は備えておくことは重要であるが、高まりすぎることはバーンアウトに結びつく。実際、介護実践力が高くなると介護関連ニーズも高く、しかも看護師にしてほしい割合が高くなったことより、【介護ケア実践力】が高いと、家族介護者にはフォーマル・インフォーマルを組み合わせた看護職の介入が必要となる。ここでの看護職に求められる役割は、家族介護者の状況をアセスメントする能力である。この介護力には関連要因として在宅での介護期間が長期にわたり、要介護度が重度化していくことが既に明らかとなっている。そのため長期的な介護で、介護のキャリア形成がなされ家族者自身の役割遂行意識も高まっていくことも考えられる。まずは、要介護者や介護環境より介護実践力が高まる要因をアセスメントし、備えておくべき知識や実践力と、力を抜くべき点を見極め、教育的指導を行うことが必要である。特に介護士重要項目群には入浴の手伝いや、認知症高齢者のBPSDの対応、家族の相談が含まれていることから、要介護者の行動や症状にうまく対応できていないことが推察される。認知症高齢者のBPSDは、病気の理解やその対応方法の細やかな助言と指導が必要で、家族介護者は目を離せない、家を空けられない状況が多いため、認知症相談の連絡がいつでもでき、それを受けた時に適切に専門職につなげ在宅を個別訪問できる支援が重要である。その支援は専門性が高く、しかも人的資源が不足している状況がある。看護や介護専門職経験者でのボランティア育成により、できる限り迅速にかつ個々に対応できる体制づくりが必要である。

次に、【介護に対する負の感情表出力】は介護関連ニーズでは専門職以外必要項目群とケアマネ重要項目群に関連していた。【介護に対する負の感情表出力】の高低での有意差においてケアマネ重要項目群以外のすべてにみられた。【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は「看護師やケアマネ・介護士の専門職にしてほしい」という傾向が高く、「家族または自分でできる」及び「必要ない」が低かったことから、介護に戸惑いや不安が大きく自分たちだけでは対応困難な状況が推察できる。特に専門職以外必要項目群の要介護者の食事や入浴といった日常生活の援助においても、自分自身や家族では困難な状況が多く、看護や介護の専門職による対応を必要としていることがうかがえる。

また、【介護に対する負の感情表出力】に関連しているケアマネ重要項目群は介護保険の活用法についてであり、これは【介護に対する負の感情表出力】の高低に有意差はなかったことから、ケアマネに依頼したいことが明らかである。フォーマルサポートである介護保険では、ショートステイや通所サービスによる家族介護者のレスパイトケアが期待できる。認知症高齢者の介護には、精神的負担が大きく一日中目が離せない状況や気が休まらないといったケースが多く、介護保険を上限まで活用しても介護負担が大きい場合も少なくない。したがって、【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は、認知症高齢者の介護に疲弊していることを想定して、病気の理解やそれに伴う症状への対応について助言や指導を行うとともに、介護に対する負の感情を十分に受容し表出できる環境を提供することが重要である。具体的には、専門職のボランティアの個別訪問の導入や介護保険でのレスパイトケアの効果的活用の継続、介護者同士の家族会等での負の感情を共有できる場への参加を促すことが有効であると考えられる。

第4に、介護負担感とは関連がみられなかった【自己の健康管理力】と【周囲の援助活用力】を高める看護支援について検討する。【自己の健康管理力】は直接的には介護負担感とは関連していないが、長く続く介護を継続するためにも、自己の健康への意識を高めることは重要である。そのために、家族介護者が実践可能な自己の健康づくりを身に付けられるよう運動支援者等の活用により継続できることが必要である。前述したように高齢の家族介護者ほど健康意識が高くなるので、身近な地域での個別健康指導や集団健康教室への参加を促し、介護の合間の時間で効果が実感できるような健康づくりや笑える仲間づくりを工夫する必要がある。それに加えて、家族介護者の不在時に要介護者の一時的見守りができるような体制づくりも求められる。

【周囲の援助活用力】は介護関連ニーズの専門職重要項目群と負の相関があった。これは、おそらく周囲の援助や協力をうまく活用できていない家族介護者は、個人の力では認知症高齢者の対応や介護生活との折り合いをつけることが難しく、家族や親族、近隣の身近な支援を求めにくい状況であることが推察できる。この点について介護関連ニーズが高まると考え、家族介護者をとりまく近隣や地域に働きかけ、認知症を地域全体で支援していく仕組みづくりが必要であり、そこには自治体との連携が不可欠である。

以上、介護力を高めるための看護支援として具体的に家族介護者が求めている介護関連ニーズをもとに、支援する方法や内容についてインフォーマル・フォーマルサポートを含めて家族介護者の実態に即した看護支援方法の検討を行った。

第7章 看護支援を組み込んだ協同的ケアモデルの検討

協同的ケアシステム概念については、第3章で述べたように「インフォーマルシステムが十分機能し、かつケアコーディネーションされたサポートにより、限られた貴重な保健医療福祉資源を有機的に活用することで、家族介護者の持つ資源や潜在的な強さを引き出し、疲弊することなく在宅介護が継続できるシステム」であると考えられる。従来の在宅介護を支援するシステムにおいては在宅福祉施策における福祉サービスの視点から論じられることが多く、看護支援の位置づけとしては訪問看護サービスに限定される傾向が強かった。しかし、家族介護者のエンパワメントや自己実現といった目的において、看護師の果たすべき役割は未だ十分に掘り起こされていないと考えられたため、あえて看護支援に絞り込むことで、その支援の糸口が見出すことができた。

本章では、看護支援を組み込んだ協同的ケアモデルを提案するが、我が国が推進している「地域包括ケアシステム」はフォーマルサポートと組み合わせた地域全体のシステムであるため、この章では第6章で分析した看護支援を含むインフォーマルサポートを組み込んだ日常生活圏を単位とした家族介護者個人の生活を支える直接的なケアサポート体制としての協同的ケアモデルを提示したい。

第1節 家族介護者の介護力を高めるためのインフォーマルサポート

1. 家族介護者支援のためのインフォーマルサポートの実際

ボランティアや家族会の存在は家族介護者の自己効力感を高め、エンパワメントするための重要な役割を果たしている。また複数の高齢者施設においては家族介護者との交流を図りレスパイトケアの役割だけでなく、積極的に家族介護者への支援にも取り組んでいる。しかし、その支援は単独で実施されていることが多く、そこでの情報は介護保険制度に位置付けられたケアマネジャーや専門職者には共有されることが難しい。つまり、ケアコーディネーションが十分になされていない。そのため継続的かつシームレスな支援とはならず、家族介護者の資源を引き出し活用していくには至っていないと考えられる。そこでインフォーマルサポートにおける家族介護者への実際についてまずは先進的な取り組みを行っている老健施設でのデイケアとその地域での家族会の2事例を参考に、単発的なインフォーマルサポートがコーディネーションされ、一体的、包括的に提供されていくシステムについて検討を行いたい。

<事例1>

—K市のS介護老人保健施設デイケア—

今回の家族介護者の調査を実施したK市にある、S老健施設のデイケアでは、1987年より家族介護者を対象としたインフォーマルサポートを実施している。その取り組みの特徴は、デイケアを単なる家族へのレスパイトケアとして捉えず、家族介護者の支援をデイケアの重要な機能の一つとして位置づけ、要介護高齢者のためのデイケアと並行し

て家族介護者への支援についてプログラム化を図ってきたところにある。また全国の施設や病院から研修生を受け入れ、要介護高齢者とその家族介護者の援助にあたるスタッフの養成を手掛けてきた。長谷川⁹⁷は、これについて、「痴呆性高齢者のデイケアは、単に高齢者だけでなく、ともに生活して介護を続ける家族への具体的で個別的な援助を持続していくことが重要なポイントである」と述べ、さらに痴呆性高齢者とその家族、そして支援に関わるスタッフの三者の相互の力動的なかかわりを、デイケアという場を通じて実践することの重要性を指摘している。

ここでは、S老健施設のデイケアにおける家族介護者へのプログラムの実際について述べる。S老健施設のデイケアは、4か月で1クールを構成し、週1回実施される。デイケアを利用している要介護高齢者の家族介護者への支援プログラムは以下の内容である。

- ① 要介護高齢者の認知症や疾患に関する医学的教育（担当：医師）
- ② 要介護高齢者の状況に応じた介護方法の指導（担当：看護師）
- ③ 介護用品の紹介（担当：ケアマネジャー）
- ④ 社会福祉サービスの利用に指導（担当：デイケアスタッフ）
- ⑤ 要介護高齢者の栄養指導（担当：栄養士）
- ⑥ 家族会の紹介（担当：ケアマネジャー）
- ⑦ 家族相談（担当：デイケアスタッフ）

補助的なプログラムとして

- ⑧ 要介護高齢者の様子を観察室からの観察
- ⑨ 連絡ノートを活用
- ⑩ 体験デイケアの実施

①～⑤までは、この順で1つのプログラムが実施される。プログラムの効果を高めるため、実施するプログラムの順番についても留意される。たとえば、介護方法の指導は病気の説明の後に行われ、介護用品の紹介や社会福祉サービスの利用の指導は、認知症や病気の説明や介護方法の指導の後に行われる。⑥、⑦の家族会の紹介と家族相談は①～⑤までのプログラムと並行して実施される。さらに補助的なプログラムとして、⑧～⑩がある。観察室からの要介護者の観察は、デイケアルームの隣にある部屋から家族介護者が要介護高齢者の様子を観察することによって、日常の生活ではみられない要介護高齢者のあらたな一面を見出すとともに、家族相談の際にスタッフと具体的な行動や場面について話をすることを可能にする。連絡ノートは、デイケアの活動の様子や質問、感想などについてスタッフと家族介護者がコミュニケーションをとるのに有用である。最後に体験デイケアでは、介護者にデイケア・プログラムを体験してもらうのと同時に、要介護高齢者と家族介護者との関係をスタッフが観察することを目的の一つとしている。

⁹⁷ 長谷川和夫，今井幸充，下垣光（編）．痴呆性老人のデイケア．医学書院，71－91（1995）．

上述のプログラムのうち①～⑤は家族介護者の教育的なプログラムであり、⑥及び⑦は介護者援助的プログラムとされている。

ところで、S 老健施設の事例にみられるような家族支援プログラムは、欧米では「心理社会教育的なアプローチ⁹⁸」(psychosocial-educational approach)と呼ばれている内容に近いものである。このアプローチは、病気に関する客観的な理解を促し、誤解や偏見を取り除くとともに、適切な介護の技術や方法を身に付け、介護用品や社会福祉サービスなどの社会資源の積極的、効果的な利用を促し、介護負担の軽減を目指すものである。また、こうした現実的なスキルの習得と並行して、家族介護者個々人の疑問や悩みに対するカウンセリングを随時行いながら、当事者同士が悩みや問題を分かち合い、情緒的なサポートを相互に行う機会を提供して、側面的な支援を行っていくのである。

<事例 2>

—K 市の N 家族介護者の会—

同じく K 市で活動を行っている N 家族介護者の会は、1994 年にあるデイサービスの利用を契機に要介護高齢者を抱える家族同士により会を発足した。それから 20 年、様々な支援の取り組みを行ってきた。当初は家族同士の組織（セルフヘルプグループ）として、互いに悩みを語り合い、苦労を共有し、それぞれの経験から助言を行うなど、活動は月に 1 回と定期的に場所と日程を決めて行われていた。参加者は口コミや知り合いからの紹介といったことでこの会の存在を知り、広報活動は特別行っていなかったが、徐々に参加者数は増加していった。さらに参加したくてもできない家族介護者のために毎月会報を印刷し、情報提供や悩みの共有をおこなうことで、家族介護者の精神的負担感の軽減を図ってきた。そこにこの活動に賛同した医療・福祉の専門職が協力するようになり、相談活動や教育的指導、介護情報の提供がされるようになっていった。20 年が経過した現在では、400 名の家族介護者を抱える会へと発展し、さらには自治体との協同により、介護相談会、電話相談、家族交流会、認知症学習会等の様々な事業を継続的に展開している。自治体主導での介護の質向上のための推進会議等では、積極的に家族介護者の意見が反映されるシステムが構築されつつある。

2. 家族介護者の介護力を獲得するための多職種連携の在り方

2 つの事例を参考に、第 6 章で述べた看護支援を組み込んだ多職種連携によるインフォーマルでの家族介護力獲得プログラムを検討してみることにする。

まず、多職種が連携をとりやすいデイサービスやデイケアといった通所系サービスの利用は、在宅サービスの中で最も利用率は高く、本調査においてもデイサービス・デイケアの利用者は 6 割となっており、K 市での在宅での要介護高齢者の約半数が利用して

⁹⁸ 加藤伸司. 老年期における新しい精神科治療と家族支援—老年期における家族への教育・支援—. 精神科治療学, 18 (5), 563-569 (2003).

いる⁹⁹。このような通所系サービスは要介護者のみならず、家族介護者が医療・福祉の専門職と定期的に接触できる機会を持つことができるだけでなく、地域に開放することで、当該施設利用者以外にも支援の拡大が期待できる。そこで、インフォーマルサポートにおいて多職種が連携する場として、日常生活圏域を単位とした通所系サービスを利用し、介護力の構成要素である、【介護を肯定的にとらえる力】【介護ケア実践力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【周囲の援助活用力】【介護に対する負の感情表出力】を引き出し、獲得するための具体的支援として次の4点をあげる。

1点目は、家族介護者へのカウンセリングによる支援である。

家族介護者へのカウンセリングでは、要介護者の介護をめぐって起きる様々な葛藤の解決や、家族介護者の抱える不安、焦燥、罪悪感、怒りといった感情への対応、孤立化しやすい家族介護者の精神的負担の理解と受容などを通して、家族介護者のエンパワメントを図ることを目指している。この支援では、まず【介護に対する負の感情表出力】が高まる要因を具体的に確認し、負の感情の受け止め方や意識の変容を促すよう支援していくことである。その確認作業において、専門職の役割は、専門的な考えを押し付けたり、指示するのではなく、家族介護者の思いを受容し共感することから家族介護者自身の気づきや語りを促すことである。このことは、第4章第4節で、介護相談者がいることで【介護に対する負の感情表出力】が高まるという結果からも、単に介護の辛さを相談するだけではかえってストレスがたまり逆効果になることも考えられる。大切なことは、思いを共感し、そこから家族介護者自らが気づき、負の感情の受け止め方を変容していくことである。したがって、ここでは専門職と家族介護者とは従属的な関係ではなく、パートナーシップとして家族介護者と協同していくことが重要となる。【介護に対する負の感情表出力】の具体的要因を明らかにしたうえで、要介護者の疾患や行動の意味について理解を深めていくことで、介護に最も重要な【介護を肯定的にとらえる力】を引き出し、高めていくことができると考えられる。

このカウンセリング支援は個々の家族介護者の状況の変化に応じて、継続していくことが必要であり、要介護者が通所系サービスの利用時に定期的に家族介護者へのカウンセリングを実施していくことが求められる。また、カウンセリングには施設のソーシャルワーカーや指導員、相談員が主として携わることになるが、心の問題は身体問題として現れることが多いため、内容に応じて看護師と連携をとり、情報共有や知識提供などを密接に行っていくことが可能であると考えられる。

2点目は、家族介護者への教育的支援である。

家族介護者への教育的支援では、介護知識が介護力の6つの構成要素に大きく影響していることから、認知や行動の変容を図ることを目指して、指導や教育を行っていくことが必要である。留意したいのは、一般的な知識のみの提供は行動変容につながりに

⁹⁹ 北九州市保健福祉局。在宅高齢者・家族調査実施「認知症に関する意識及び実態調査の結果について」報告書。(2012)。

くいため、個々の家族介護者の介護に関するニーズを把握した具体的な支援でなければならない。特に【介護ケア実践力】や【介護に対する負の感情表出力】の高い家族介護者は介護負担感が高く、介護関連ニーズも高いという結果が得られていることから、前述の家族介護者へのカウンセリングと組み合わせて、その要因やニーズを明らかにすることで家族介護者が「これなら自分にもできる」と自信をもち自己効力感を高められるような支援が必要であると考え。【介護ケア実践力】が高まり過ぎないように、看護師や介護士からの介護者自身が楽に介護できるコツや、力を抜く介護方法等も組み込むことで効果が上がると考える。また介護保険に関する情報はケアマネジャーの専門より行う。

このような教育的支援は介護者教室や講習会、各種メディアを利用して広報することで、当該施設を利用していない地域の家族介護者にも参加し活用していくことができる。参加者の情報については厳重に管理するとともに、多職種で共有していく。以下に介護力を引き出し、活用するための、医療や介護の専門職で実施する具体的内容をあげた。

①<介護知識と技術への支援>

介護知識は、【介護を肯定的にとらえる力】【介護ケア実践力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【介護に対する負の感情表出力】と関連していた。要介護者及び家族介護者自身の身体の状態の把握と、症状に応じた対応について理解することは、【介護を肯定的にとらえる力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】を高めることに効果がある。

医師・看護師により要介護者と家族介護者の心身の状況の把握と対応についての知識提供を行う。その知識で得られた介護の工夫やコツを身に付けるため、看護師や介護士の指導により体験的に実施することで【介護ケア実践力】【介護に対する負の感情表出力】が高まり過ぎるのを予防することに繋がる。

[具体的内容]

- ・ 疾病や障がいの特徴
- ・ 疾病や障がいをもたらす問題や今後の見通し
- ・ 認知症の病気の特徴と今後の変化について
- ・ 看取りにおけるの選択方法や心構えについて
- ・ ケアや医学的処置の方法
- ・ 自分自身の健康を管理する方法
- ・ かかりつけ医との関わり方

②<社会資源活用への支援>

限られた社会資源を最大限に活用することで、介護との心理的・物理的な距離を置くことが可能となり【周囲の援助活用力】【介護生活からの転換力】を高め、そのことが【自己の健康管理力】を高めることにも繋がる。

介護保険制度に精通したケアマネジャー及び福祉の相談者としてのソーシャルワーカーが連携して、社会資源の活用法について支援する。

[具体的内容]

- ・必要なインフォーマル・フォーマルサポートを受けるための手続きや方法
- ・介護保険の上手な活用法
- ・体系的な問題解決の技法
- ・保健・医療・福祉の専門職とのかかわり方

③<家族関係調整のための支援>

円滑な家族関係を築くことは、介護を在宅で継続するためには重要であり、【介護を肯定的にとらえる力】を高め、介護の役割分担により無理のない【介護ケア実践力】を維持することができる。

看護師及びケアマネジャーは要介護者と家族介護者双方の状況についてアセスメントを行い、家族関係が円滑となるよう助言や調整を行う。

[具体的内容]

- ・家族ダイナミックスの理解
- ・要介護者とのコミュニケーションの図り方
- ・他の家族や親族とのコミュニケーションの図り方

④<家族介護者の自己実現にむけての支援>

家族介護者が介護を通して自己成長感や、充実感を実感し、自己実現に向けて介護を肯定的に捉えることができることを支援することは、介護継続に最も重要な【介護を肯定的にとらえる力】を高めていくことになる。

看護師及びケアマネジャーは家族介護者の気持ちを受容した上で、課題を明確にすることが必要である。そしてソーシャルワーカーやケアマネジャーは、家族介護者が課題解決に積極的に取り組めるよう社会資源の活用法や環境整備についての支援を行う。

[具体的内容]

- ・介護にかかわる問題の客観的把握と社会的視点の導入
- ・社会的介護にかかわる認知の変容
- ・家族介護者自身の介護に関する考えや希望の明確化

以上、家族介護者への教育的支援は、介護力の高低によって異なるニーズを持つことを前提に、適した専門職の介入による個別あるいはグループでの方法について考えていくことが望まれる。

3点目は、通所系サービスでの家族会等の相互支援の促進である。

家族会などを利用した相互支援による援助方法は、グループの持つダイナミックスを

利用し、体験や感情の共有や共感を通して、情緒的支援や対処力の強化などが行われる比較的新しい援助方法である¹⁰⁰。事例のように、病院や施設といった専門機関を拠点として、初めは専門職のリーダーシップで組織化や運営が図られ、そこから家族介護者の自主的な運営へと発展する場合と、専門職の関与がほとんど見られないセルフヘルプ・グループとに大別される。この当事者同士による相互支援の効果について、Gartner, Alan / Riessman, Frank¹⁰¹ はヘルパー・セラピー原則として、次のように述べている。当事者組織内で、自らが他のメンバーを援助することによって、自分自身に効果が生まれる。援助の役割をとる人が利益を得るとして、その効果は①依存的であることが少なくなる。②自らの問題に距離をおいてみる機会が与えられる。③社会的に役立っているという実感をもつ。④自らの問題を克服し、態度や状態などを獲得する。⑤他の人のモデルになることにより、新たな自己を見つめ、新たな役割を獲得する。⑥他の人の人生に影響を与え、その問題を軽減するという報酬を得る。⑦他の人の問題に関わることによって、自らの問題への過度の関心をまぎらわす。この、ヘルパー・セラピーの原則は、他者を援助することによる自己の客観化と役割を持つことによる意識変容をもたらすという点において重要である。

この相互支援の効果は、家族介護者自身が抱く不安や焦りの共有を図り、明確にすることが期待できる。また同様の経験をもつ家族介護者ならでは、介護に対する負の側面のみならず肯定的側面においても共感ができ、介護に対する負の感情表出ができると同時に【介護を肯定的に捉える力】を高める機会となりえる。また当事者同士による介護の工夫や今後の見通しからも【周囲の援助活用力】を高める機会を得て、介護を通しての新たな仲間やネットワークを創出し、【介護生活からの転換力】を高めることにも効果があると考えられる。

このような家族会の効果について、筆者の経験上から、専門職者がパートナーシップやオブザーバーとして介入することは、ヘルパー・セラピー原則においてより有効であると感じている。特に、複雑な介護問題についてはソーシャルワーカーやケアマネジャー、看護師等の専門職の知識や判断が大いに参考となり、見通しをつけやすくなる。また通所系サービスで築かれた家族会はやがて拡大、発展していき、それぞれの地域で主体的に活動を行うことが期待できる。そこでは、相互支援のほか、専門家への紹介や専門職との連携が容易である。このように通所系サービスにおける家族会の設立の意義は大きい。

しかし、この家族会での支援は、地域の家族介護者への周知が難しい。また、家族会によって目的や機能も多様であり、参加の意思があっても体力的や物理的な問題から参加できない家族介護者への支援について課題が残されている。

¹⁰⁰ 松村ちづか、川越博美。在宅痴呆性老人家族介護者にとっての家族会の意味—家族介護者の人生観・介護観・家族会へのニーズとの関連—。聖路加看護学会誌、5(1)、1-8 (2001)。

¹⁰¹ Gartner, Alan., Riessman, Frank.: 久保紘章監訳。セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際—人間としての自立と連帯へのアプローチ—。川島書店 (1985)。

4点目は、ボランティアの育成と活用により、家族介護者への介護負担の軽減を図ることである。

インフォーマルサポートの代表的なものとして、ボランティアのサポートがあげられる。地域の社会福祉協議会等で登録されているボランティアの活用もあるが、ボランティアとは名乗らない、近隣や地域住民による支援もある。ボランティア活動の基本的注意点は、活動の内容、役割、活動の意味（本人及び家族に関わる意義）がきちんと説明されていることである¹⁰²。このボランティアの動機づけが曖昧であったり、活動が負担になれば活動の継続が困難となり、かえってマイナス効果になりかねない。

その点を踏まえて、ボランティアの人材育成や研修は重要であり、フォーマルサポートに限界がある中、ボランティア活動は家族介護者の支援にとって欠かせないサポートである。特に【介護ケア実践力】の高い家族介護者や男性介護者は気軽に周囲に援助を求めにくく、介護関連ニーズも高いことが考えられたため、専門職を通して適切なボランティアの介入を図ることが望ましい。例えば、男性介護者は料理や掃除といった家事が得意でなく負担が大きいことが考えられ、その場合、家事援助を中心に行うボランティアの戸別訪問を行う。また、【介護ケア実践力】が高い家族介護者への要介護者の見守りが必要な場合は、看護や介護の専門職の経験を有するボランティアによる介護援助を行うことが可能である。

【介護生活からの転換力】及び【自己の健康管理力】には、介護から心理的、物理的な距離が必要となる。しかし認知症高齢者や重度の要介護高齢者の介護は一日中そばを離れることができない、入浴や睡眠も十分にとれないといった状況がみられ、介護サービスのみでは家族介護者自身の時間を確保することは難しい。したがって、ボランティアによる家事援助や介護援助は家族介護者の【介護生活からの転換力】、【自己の健康管理力】を高めるために重要な役割を果たすと考えられる。

そのためにはボランティアの育成や研修に、施設の多職種が連携して計画的に関与し、一定の知識や技術を身につける必要がある。しかし、そのためには施設の専門職では人的資源に限界があり、インフォーマルサポートへの人材育成には自治体の関与が不可欠である。

第2節 ケアコーディネーションがなされた協同的ケアの提示

最後に第3章第3節で述べた、ケアコーディネーションの機能を組み込み、第7章第1節で述べた専門職を含むインフォーマルサポートが効果的に活用できるため、自治体の役割を生かした協同的ケアの仕組みについて提示したい（図20）。

前述の「ケアコーディネーションの機能に関する研究」報告書では、ケアコーディネーションの概念・機能・基盤整備・マンパワーの充実が示され、市町村が行うケアコー

¹⁰² 小野敏明. 保健健康増進等事業による研究報告書：ケアプランとサービス提供の留意点. 日本社会事業大学社会事業研究所老人, 93-99 (1997).

ディネーションの方法が明らかにされた。しかし、20年近く経過した現在において決して十分機能しているとはいえない。それを困難にしているのは、以下の点が考えられる。まず従来の保健婦の活動の中心が、集団を対象とした健康診査や健康教育といった衛生教育であり、個別訪問や家庭訪問の時間確保ができなかったことである（保健婦活動実績報告：平成5年）。次に、ケアコーディネーションには、対象者の把握や課題の明確化、ケア計画の立案におけるアセスメントが必要であり、そこには身体的、精神的な健康問題のみではなく、家族関係や社会的な問題も含めた生活全般にわたるため、個々人によって一つとして同じ状況ではないことである。さらに、介護保険制度導入後は多様な職種の創設によりケアの内容も細分化されてきた。そのことにより、他の職種の専門性の認識不足や自己の役割意識の希薄化より、多職種での連携が一層複雑化したことも要因と考える。それに加え、急速な高齢化により在宅ケアを担うマンパワー不足である。介護現場では人員不足が常態化しており、介護従事者の養成や資質向上のための教育が追いついていないため肉体的・精神的な疲弊感から離職率も高い。

これら多くの問題を抱えながらも国の推進する「地域包括ケア」に求められているのは、身近で相互に密接な関連をもった自治体が主体となって、地域の関連機関と協力し、個々のニーズに応じて総合的に提供していくためのフォーマルな資源とインフォーマルな資源とが有機的結合された一貫性、連続性のある包括的なサポートを提供することである。これを実現するための協同的ケアモデルでの自治体のケアコーディネーションの役割は、専門職のインフォーマルサポートによる集団的なアプローチ、及び家族会やボランティア支援、地域住民の活動を統合的に調整し、家族介護者にニーズに沿って提供していくことであると考えられる。そのためには、それぞれの専門性を活かしたアセスメント能力を統括し、その能力を活用したボランティアの育成を促進していくといった有機的連携を図る能力が求められる。

そこで、自治体がケアコーディネーションを実現していくための基盤整備を、次に6点提案する。

- 1) 対象者の家族介護者を把握するための基盤整備—①家族介護者の日常生活圏内における戸別訪問活動としての地区活動、各種相談活動、教育活動等の強化、②住民組織やボランティア等の連携による情報網の整備、③地域組織の育成、④広報活動
- 2) ボランティアの育成と研修
- 3) 家族介護者の相談窓口の設置と収集した情報の整備
- 4) ケース検討の場の確保—地域ケア会議の企画・運営
- 5) システム検討の場の確保—①関係機関情報システムの充実、②情報の集約と共有、③共通認識、④ケアコーディネーションの評価
- 6) 情報の管理（集約した個人情報の管理について）

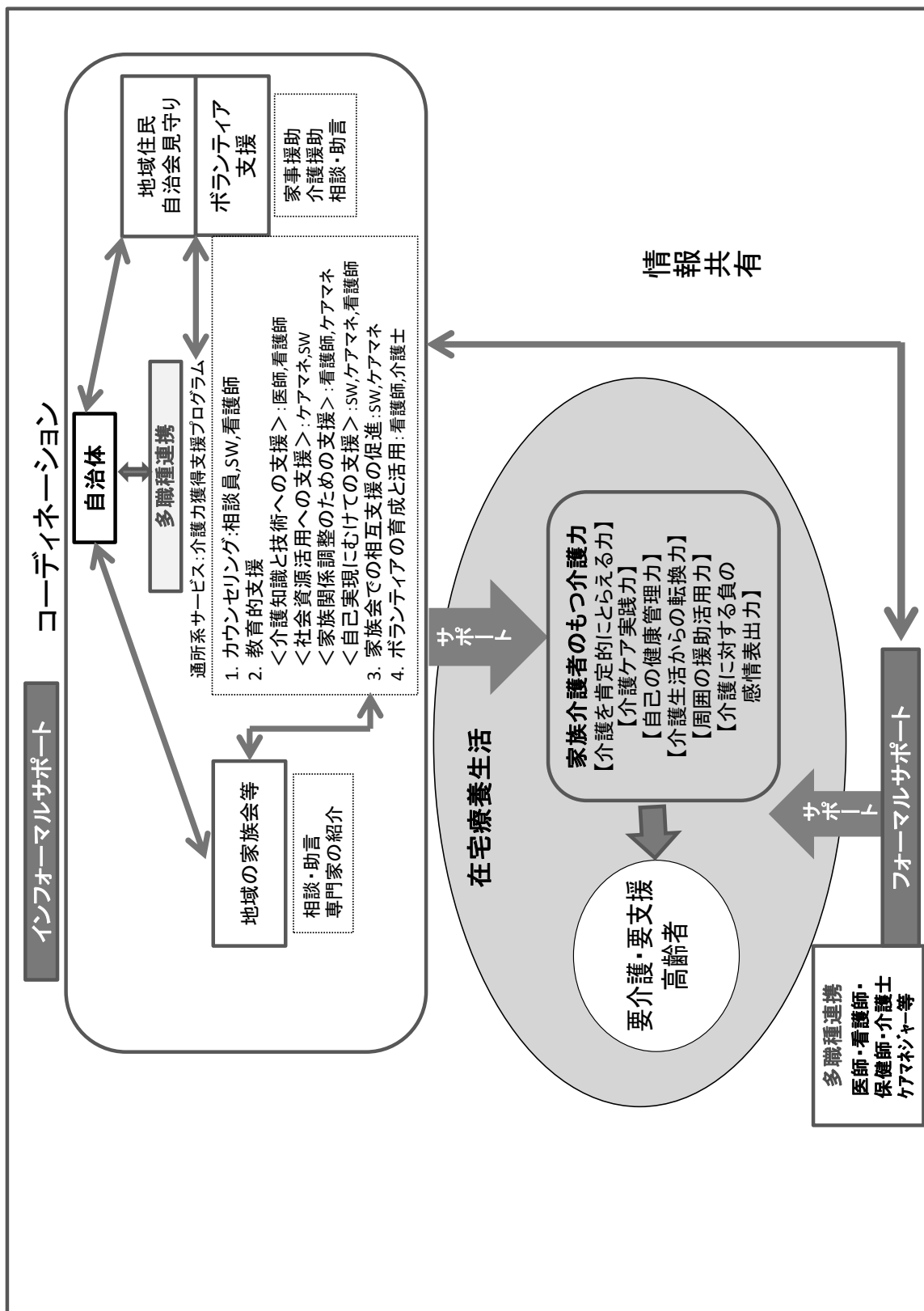


図20 協同的ケアモデル

ここで、ケアコーディネーションされた協同的ケアモデルに関しての課題を2点あげておきたい。

1つ目は、従来自治体が行ってきた地域ケアコーディネーションの重要な役割としての保健活動との連携・統合である。保健活動では健康なコミュニティづくりとして、一般の高齢者を対象に、将来の健康の不安にむけてヘルスプロモーションしていくことを活動としている。そこでは、セルフケア教育を中心とした効果的な予防活動の重視と健康教育のプログラム等の開発が求められている。また地域包括支援センターにおいては、虚弱高齢者のスクリーニングによる把握や介護予防が進められている。この保健活動の連携や統合においては、家族介護者の捉え方、活動の位置づけについて明確にしていくことが必要であろう。

2つ目は、介護保険制度に位置付けられたケアマネジメントとの連携である。ケアマネジメントは公的介護保険制度対象者のみが対象者とされており、ケアコーディネーションはケアを必要としているすべてにかかわる対象への活動である。しかしケアコーディネーションがケアマネジメントも包括しているのではなく、別のケアマネジメント過程を展開している点では、相互の関連性と地域の包括的な協同的ケアシステムを構築するうえで、障壁となる可能性がある。したがってフォーマルサポートである介護保険制度のケアマネジメントとケアコーディネーションとが連携していくためには、共通なケアコーディネーション過程の開発が必要であると考えられる。

第8章 まとめと今後の課題

第1節 介護力を構成する因子についての課題

本論文は、家族介護者が介護を通して自己の成長を見出し自己実現につながる機会となり得るための支援モデルを模索する試みについて論述したものである。この支援モデルのもとでは家族介護者は自らの問題の解決にあたるための「家族介護者自身の持つ力」、すなわち『介護力』をもち、これを最大限に活用していくための介護の協同者になり得るとしている。そこで、『介護力』を単なる病人を世話する能力とはとらえず、家族介護者自身も同時に癒されケアされて自己実現を可能としていく力であると考え、『介護力』の構成因子を明らかにすることを研究の第一の目的とした、そしてこの『介護力』を活用した家族介護者への支援について様々な要因を検討することで、まず家族介護者の実態に即した看護支援の方法を明らかにし、その看護支援を活用するための多職種連携の在り方を提案することを研究の第二の目的とした。

そこで、第一の目的である、『介護力』の構成因子についての課題を整理したい。

まず明らかになった点は、『介護力』の構成因子とその特徴である。『介護力』は【介護を肯定的に捉える力】【介護ケア実践力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【周囲の援助活用力】【介護に対する負の感情表出力】の6つの因子から構成されていた。そして構成因子のうち【介護を肯定的に捉える力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【周囲の援助活用力】の4つの因子は高めることが必要であるが、【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】については、高くなることで、家族介護者の介護負担感も高くなるといった関係にあり、【介護ケア実践力】と【介護に対する負の感情表出力】は、むしろ高い家族介護者に対して看護支援の必要性が示唆された。このことから、『介護力』とは家族介護者の持つ力には違いないが、構成する因子によって、介護負担感や必要とするニーズが異なるということを示しており、『介護力』のトータルではなく、そのバランスと介護力因子相互の関連が重要であると考えられる。

そこで構成因子についてそれぞれ検討した結果、介護の動機づけパワーとなり介護継続のために最も重要な因子は、【介護を肯定的に捉える力】であった。この因子は要介護者との関係性において介護している相手を慈しむ思いや絆のような介護肯定感から構成されていた。すなわち【介護を肯定的に捉える力】は、良好なケアリング関係の上に成り立つ、まさに家族介護者自身が癒され自己成長を遂げる力であると考えられた。しかし長きにわたる介護生活の中で、いつまで続くか知れない不透明感、孤立無援の孤独感、自分の健康への不安、介護負担の疲労、周囲の無理解等から、良好なケアリング関係を維持することは容易ではない。未知の経験である介護において家族介護者は素人であり、この先何が起こるのか、要介護者の状況がどのように変化するのか想像することは困難である。したがって家族介護者はケアが必要となる前の家庭生活と、ケアが必要となった生活との様々な価値観のずれが葛藤を生むことになる。またケアされる側も

心身の不快や不自由さから、ケアされながらの生活全体への欲求もあり具体的なケアへの期待がある。あるべきケアをめぐり、ケアする側とされる側との価値観のずれが意見の食い違いとなり、その積み重ねが互いの深い溝となっていく。実際、国際長寿センターが厚生労働省補助事業として2000年10月より行っている「介護支え合い相談・研究事業」の報告書（2006年度版）の掲載された内容では、年間4328件の電話相談で最も多かったのが、介護の悩みや施設への苦情ではなく、介護する側とされる側との人間関係のトラブルであった。まさしくケアに対する価値観のズレがそれまで良好であった人間関係を崩壊させていくのである。そこで要介護者との良好なケアリング関係を築き、“要介護者への肯定的な思い”を抱くことができるまでの過程には周囲の支援が不可欠であり、特に家族介護者の苦労を理解してくれる、あるいは理解しようとしてくれる専門職が介護初期の段階からパートナーシップとして関わる支援が重要である。看護師の具体的支援としては、要介護者の状態にあった情報を家族介護者へ提供していくことや、実践方法を獲得するための学習会等の教育的支援の機会をつくるなどである。このような専門職のインフォーマルな関わりから、家族介護者自身が大切にされ受容されていることを実感できることで、家族介護者に要介護者を受け入れ慈しむ気持ちが芽生えていくことも少なくない。

また【介護生活からの転換力】【自己の健康管理力】【周囲の援助活用力】は、いずれも介護との物理的、心理的距離をおくことにつながり、長く続く介護生活には不可欠であるが、この支援については、医療・福祉の専門職より家族会や地域住民、ボランティア等による支援の必要性が示唆された。

一方で【介護ケア実践力】【介護に対する負の感情表出力】は高まることで介護負担感も高まっていることが明らかとなった。【介護ケア実践力】が高まる要因として、要介護度の重度化や、長期化が関連しており、介護の経験を積めば実践力も高まることは当然の結果と考えるが、同時に介護負担感が高まることはバーンアウトに繋がる深刻な問題である。このことは【周囲の援助活用力】が介護期間と関連して、長期化するほど【周囲の援助活用力】が低下したことから、介護の長期化は家族介護者の役割遂行意識を高め、周囲に頼れない状況になっていることが考えられる。また、【介護に対する負の感情表出力】も介護相談者と関連があり、相談者がいることは【介護に対する負の感情表出力】は高まるが、単に介護の苦しさや辛さを吐露するのみでは精神的ストレスを抑えることにつながるものではないと考えられる。したがって【介護ケア実践力】及び【介護に対する負の感情表出力】に対する支援として、高まる要因を見極め、予防的視点での介入が必要となる。ここでの看護師に求められる役割は家族介護者の状況をアセスメントし、必要な支援へとつなげていくことである。

次に課題となる点は、『介護力』を構成する6つの要因の妥当性の問題である。介護力という言い方をしたときに、『介護力』が高くなることが介護者にとって望ましいことだと考えられる。しかし、本研究で明らかにされた6つの因子のうち、【介護ケア実

践力】と【介護に対する負の感情表出力】は、必ずしも高くなることが望ましいわけではなかった。この【介護ケア実践力】と【介護に対する負の感情表出力】が高まる具体的要因については明らかにすることができなかった。以下、【介護ケア実践力】と【介護に対する負の感情表出力】の要因の問題点について整理を行った。

【介護ケア実践力】については要介護度や介護期間が関連していたため、介護の肉体的負担感も高まることが推測されるが、問題となるのは精神的負担感が高まり、さらに介護継続意思も同時に高まっている点である。ある程度の介護実践力は在宅介護において備えておくべき能力ではあるが、自分の限界を超えて無理をすることが介護生活の破綻をまねくことに繋がる。この調査結果からも介護を在宅で継続するためには周囲の援助は不可欠であるにもかかわらず、介護期間の長期化に伴い周囲に頼らなくなる傾向があるということは、備えるべき介護実践力の限界を超えて孤立していることも考えられる。また精神的負担感も高まっていることから、「自分しかいないから仕方なく頑張る」といった切羽詰まった状況にあるとも考えられる。

適切な介護力としての【介護ケア実践力】を明らかにするためには、介護の責任についてどのような意識を家族介護者がもっているかについても明らかにする必要がある。例えば同じ女性の家族介護者であっても、介護する立場が配偶者か子どもか、嫁なのかでは意識が異なる。本人の希望をかなえてあげたいといった「愛情」からなのか、「自分しかいない」という責任感からなのか、「嫁であるから当たり前」あるいは世間体といった日本の伝統的な役割規範から介護を引き受けているのかでは、精神的負担感は大きく異なると考えられる。仕方なく介護を継続し、介護実践力を身に付けたとしてもそれは適切な介護力とはならない。むしろ家族介護者の心身の健康を悪化させてしまう。家族が介護をするということは決して在宅で継続することのみを指すのではなく、短期入所や泊まり介護を組み入れることも、また施設入所であっても家族介護者の介護継続は可能である。重要なことは家族介護者の心身の健康をできる限り維持することで、再び在宅介護を選択する可能性を残すこと、介護に希望を持つことである。今後の調査において、さらに介護意識と【介護ケア実践力】の関連を明らかにしていくことが必要であると考える。

【介護に対する負の感情表出力】については、介護負担感と正の関連がみられたことから、家族介護者の精神的健康が悪化している人ほど負の感情表出が必要であるというような因果関係の方向が逆転している可能性が示唆された。調査項目において「辛い時は、泣いたり怒ったりしている」とは、このような状況が多く生じていること、また「介護している人同士で励まし合っている」を求める家族介護者は切羽詰まっている状況が多いことから、【介護に対する負の感情表出力】は自己の感情をコントロールする力とは異なると考えられる。感情とは非常に主観的であるため、客観的な介護状況には共通性があっても訴える感情にはかなり個人差がある。そのため「辛いとき」がどのような状況を指すのか、また「泣く」「怒る」のみでなく、感情表出の方法について十分な選

択肢が必要であると考え、さらにストレス状況に対処する個人の能動的機能であるコーピングについても、その方法によって介護負担感との関連が異なってくる。今後は精神的負担感を軽減するためのストレスコーピングについての項目をさらに検討したうえで調査を行い、支援の評価については追跡調査も併せて実施していく必要があると考えられる。

第2節 介護力を獲得していくための看護支援の課題

この節では、家族介護者が介護を継続するために重要な『介護力』を獲得していくための看護支援についての課題を整理したい。第6章より実効性の高い看護支援として、【介護を肯定的に捉える力】及び【介護ケア実践力】を獲得するための介入方法について提案した。

まず、【介護を肯定的に捉える力】獲得のためには、家族介護者が要介護者の疾病や身心の状態について正しく理解することであり、特に認知症高齢者の行動についてはストレスを抱えることが多いため、知識が必要である。看護師の早期介入は、要介護者の身心の状態や今後の見通しについてアセスメントすることで、適切な情報を家族介護者へ提供できることである。そのことにより、今後必要なケアや医療的処置についても心構えや専門職への支援準備を促すことが可能と考える。また身心の状態によって必要な日常生活の援助を介護士やケアマネジャーと積極的に連携を図ることにより、社会資源の有効活用も可能となる。この介入はできるだけ介護初期の段階から必要と考え、看護師がインフォーマルに介入するために、利用率の高い通所系サービスを活用した“介護力獲得支援プログラム”を提案した。看護師は通所系サービスのソーシャルワーカーやケアマネジャー、介護スタッフと率先して連携をとり家族介護者へレスパイトケアの提供だけでなく、積極的に介入することで家族介護者の【介護を肯定的に捉える力】を獲得させていくことができると考えた。

そのための課題として、家族介護者を支援する看護師には問題思考からの脱却と対象者の内在する力を引き出すためのスキルの獲得が求められる。なぜなら看護師の多くはまず臨床看護師として従事することで医療的ケアのスキルを身に付けることとなり、ここでは医学モデル中心の問題思考が培われる。具体的には、まず「患者の看護上の問題は何か」から出発する思考がそのまま家族介護者のアセスメントにも反映され、「～できない」と否定的な側面ばかりに目を向けることになる。そこからは家族介護者に内在する力は見えてはこない。要介護者の状態を家族介護者に提供する際にも、客観的情報は必要であるが、肯定的な側面に目を向け要介護者のもつ力に着目した情報提供が望まれる。それにより家族介護者が変化の可能性や希望を見出せることが重要であり、【介護を肯定的に捉える力】の獲得にもつながると考える。このような意識の変容がまず必要である。次に内在する力を見極めていくスキルが看護師には必要であり、そのためには自己の価値観から離れて柔軟な視点で家族介護者の力を見極めていく能力が求めら

れる。家族介護者のもともとの生活や介護に対する姿勢や思い、行動は極めて多様であり、家族介護者にとって何が大切なことなのか、何に価値を置いているのかによって表れる生活実態や行動は異なるからである。しかし看護師は対象者の背景や生活史、価値観や物の見方等、一見治療に関係ない情報は軽視の傾向にあるが、この情報こそが生活を基盤とする在宅介護では重要となることが多い。つまり、あるがままの家族介護者を受容し、その家族介護者なりの工夫や努力を肯定的にフィードバックすることが、家族介護者をエンパワメントしていき、介護を肯定的に捉え介護継続していく力に成りえるということである。ここに気づきそのスキルを身に付けるためには、看護理論ばかりではなく心理学やコーチング理論等の家族介護者の力を引き出すための方法論を学び、家族支援の場面で活用する力を身につけることが必要である。

次に【介護ケア実践力】についてであるが、高まりすぎるとバーンアウトに結びつく可能性があることから、看護支援としては高まっている要因を明らかにし、備えておくべき知識や実践力と、力を抜くべき点を見極め教育的指導の介入が可能であるとした。ここでの教育的指導とは、看護師と患者という関係性ではなく、家族介護者と協同するパートナーという関係性を築き、課題解決の促進者あるいは支援者であることを認識しておく。その上で、要介護者および家族介護者の内在する力や環境要因をアセスメントすることで、家族介護者の心身の状態を把握し適切な介護ケア実践力であるかを見極めていく。特に認知症高齢者や重度の要介護者を介護する場合、BPSDの対応や介護のコツを身につけるために積極的に介入していくことが効果的である。そこで“介護力獲得支援プログラム”では介護に必要な知識のみならず、介護の工夫やコツを体験的に実施することで適切な【介護ケア実践力】が身につけられると考えた。また体験することで【介護ケア実践力】が高まりすぎるとを予防し、必要に応じて他の専門職やフォーマルサービスにつなげていくことも可能と考えた。

そこで課題となる点は、看護師は医療と介護をつなぎ、多職種連携を調整する重要な役割を担っていることへの再認識と、そのためのコミュニケーションスキルの獲得である。看護の本質的な機能について、看護業務基準において「看護の対象者は看護職と接触することによって、健康に関心を持ち、健康の重要性を認識し、健康問題が発生したときに的確に判断し、それを実践できるというような能力が高まるような支援でなければならない。特に在宅療養生活の継続的な支援においては、看護者は、チームの支援体制を活用し、患者・家族の生活の安定を図り、患者と家族が積極的に社会参加できるように支援を行う¹⁰³」とされている。しかし渡辺ら¹⁰⁴は、介護現場に従事する看護師は、日常生活援助や基本的な看護技術についての自己評価は高いものの、他機関との連携、社会資源活用、家族支援に関する看護業務に自信がないことを指摘し、この点への教育

¹⁰³ 前掲書(14), 149.

¹⁰⁴ 渡邊みどり, 征矢野あや子, 白鳥さつき, 松澤有夏. 老人保健施設看護職者の教育ニーズと教育プログラムの検討. 身体教育医学研究, 7, 1-6(2006).

の必要性を述べている。すなわち多職種を連携させていく役割は、看護の本質的機能であるにもかかわらず、率先して連携を図ることを躊躇している場合が多々ある。多職種での共通言語や共通ツールは開発の途上であり、汎用されていない現状では、医療用語や介護機能が十分に理解できる看護師の連携の役割は重要である。介護現場に従事する看護師は自らの役割を再認識するとともに、他職種の専門性を学ぶ必要がある。特に調整機能においてケアマネジャーとの連携は要となる。ケアマネジャーのバックグラウンドは多様であるため、その専門性を尊重しつつ互いの役割が理解できるよう関わることが重要であり、そのために必要なコミュニケーションスキルを磨くことである。今回提案した通所系サービスでの“介護力獲得支援プログラム”を実践していくためにも、看護師の多職種の調整・連携能力は不可欠であり、この能力育成に向けての課題が筆者の次なる課題である。

第3節 多職種による協同的ケアシステム構築の課題

第2節での看護支援の課題を踏まえて、最後に多職種による協同的ケアシステム構築の課題を整理したい。

まず協同的ケアシステムの有用性は、『介護力』の構成因子の特徴にそって看護師の具体的支援が可能であり、その支援を活用するためにも多職種が連携できる点にある。そこで筆者が提示した多職種による協同的ケアモデルでは、看護師を含めた多職種が家族介護者に介護初期より関わる事が可能な通所系サービスを利用した“介護力獲得支援プログラム”である。また支援の対象者は当該施設を利用する家族介護者のみならず、地域に開放することで、日常生活圏内の地域の家族介護者にも支援の拡大が期待できると考えた。この支援の特徴は、多職種がそれぞれの専門性を活かした役割を担い、情報を共有することで家族介護者が心身の健康悪化をきたす前に早期発見し、ケアの方法を検討することができることである。しかしながら、地域住民やボランティア等のインフォーマルサポートを含めた総合的支援を行うためには、自治体のケアコーディネーションの役割が不可欠である。その役割とは、専門職のインフォーマルサポートによる集団的なアプローチ、及び家族会やボランティア支援、地域住民の活動を統合的に調整し、専門性を活かしたアセスメント能力を統括し、その能力を活用したボランティアの育成を促進していくといった有機的連携を図る調整能力が求められる。

しかし、現実的にこの協同的ケアシステムを構築していくためには取り組むべき多くの課題があると考えられる。まずはその困難性である。自治体がケアコーディネーションの役割を担い、多職種の専門性を統合しケアを調整していくことは現実的には多くの困難があると考えられる。なぜなら医療や福祉を担う専門職の交流は介護保険制度でのケアプラン作成においても協同しているとされているが、その分野の全てを正しく理解することは難しく、未だ共通言語や共通のツールが存在しないことも要因となっている。おそらくその必要性はどの職種も感じているが、それを困難にしているのは、専門職は自分の

専門分野を持ちそれを発展させていくことを課題としてきたからだと考える。しかし協同するとは、お互いを尊重し合い、協力し重なり合う守備範囲を認め権限を分け合うこと、そして一緒に働くことが求められる。

また在宅介護の特徴ならではの課題があげられる。在宅では病気や障がいを抱えた状態でどう生きるかということ課題にしているが、医療と福祉の専門職では支援の目的が異なる場合が少なくない。そのための情報の共有においても、情報の価値が職種の間で等しくなく、いかなる情報がどの程度の精度で必要なのかという共通認識が必ずしもできていないことがあげられる。各職種の専門性が異なる以上、違いがあつて当然であり、それを認識したうえで、自己の葛藤をコントロールし、個々の意識変革の必要がある。

そして自治体による多職種のコーディネイトの課題が、最も難しいと考えられる。なぜなら、同一機関内であれば相互の関係性も築きやすく、他者の役割や専門性も認識できていることから比較的容易であるが、多機関によるメンバーの間ではそれは難しい。ましてや煩雑な本来の業務を遂行しながらコーディネイトの役割を推し進めていくことは物理的にも心理的にもかなり厳しい。そこで自治体には、まずコーディネーターとは多職種の意見をまとめる役割、世話人の役割としての位置づけから始め、職種が異なってもメンバーひとりひとりが“平等感”をもち、互いの意見や思いを自由に発言できる場を提供していくといった役割を果たすことが求められる。

最後に、多職種による協同的ケアの実現を目指すための提案をあげる。1つは、多職種のメンバーの集まりは同じ対象者のニーズを充足するための集団であり、アプローチの方法は異なっても目指すべき目標は同じである協同体として捉えること。2つ目は、同一対象者のニーズを充足するという課題を達成するためには、目標をあげ役割分担をしなければならない。その際には他職種の専門性や仕事内容を、互いに明確に理解しあっていなければならない。そのためには自分の仕事について説明し理解を得るように努力をしなければならない。また互いに期待し合い依存し合うことも生じるが、その時には自分の役割を拡大し技術を磨く機会ととらえ積極的に検討していくことが必要であること。3つ目は、多職種間でのコミュニケーションの促進である。多職種間では意見の不一致は当然のようにあるが、多職種数が多ければ問題解決方法も多くなるという調査報告¹⁰⁵もあることからコミュニケーションの促進を図ることが重要である。本音で語る、疑問に思った際にタイムリーに尋ねることができるという関係を築くことが何よりも必要であり、そのためには他職種の研修会や交流会に参加し相手を知る機会を積極的につくり互いに理解を深めていくことである。

¹⁰⁵ 道下進. 地域保健とケア・コーディネーション - 保健婦活動に求められるもの -. 保健婦雑誌, 50 (10), 778-783 (1994).

おわりに

国は 2025 年をめどに、誰もが安心して、住み慣れた家庭や地域の中で生活できるような、いわゆるコミュニケアやノーマライゼーションを具現化するための保健、医療、福祉を包括した「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。しかし保健・医療・福祉の社会資源には限りがあり、病院・施設から在宅へのシフトが加速していくなかで身近で療養者を介護する家族介護者の介護負担はますます重くなると推察される。その状況においても、誰もが願う“最期まで自分らしく生きたい”と思う気持ちを実現可能としていくために、本論文での課題をさらに探求し、要介護者とその家族介護者が在宅や地域で安心して生活できるための支援について、今後も示唆を得ていきたいと考える。

謝辞

本論文をまとめるにあたり、指導教授である松尾太加志教授に心よりお礼申し上げます。松尾教授にはこの論文指導をとおして大変多くのご示唆をいただき、今後の研究活動への励みとなりました。また副指導教授をお引き受けいただいた石塚優教授、大学院担当の諸先生、大学関係者、折にふれ励ましを頂いた学友の皆様に、この場を借りて厚くお礼申し上げます。

さらに、本論文での調査に理解を示して下さい、多大なるご協力を頂いた“老いを支える北九州家族の会”の高田会長をはじめ会員の皆様方、介護施設の職員様、社会福祉協議会の職員様、介護支援事業所のケアマネジャー様、そして調査に快く応じてくださいました家族介護者の皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献一覧

- 荒井由美子. 介護負担度の評価. 総合リハビリテーション, 30 (11), 1005-1009 (2002).
- 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).
- 新津ふみ子. ケア・コーディネーション入門. 医学書院 (1997).
- 浅川典子, 高崎絹子, 旭俊臣. 在宅痴呆性老人の主介護者の介護負担感の関連要因—日常問題となる行動との関連を中心として. 日本在宅ケア学会誌, 2 (1), 2 - 40 (1999).
- Chang, B., Brecht, M. L., Carter, P. A. Predictors of social support and caregiver outcomes. Women and Health, 33(2), 39-61 (2001).
- 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).
- 服部万里子. 介護保険のしくみ. 日本実業出版社, 146 - 176 (2008).
- 早川操. デューイの探究教育哲学—相互成長をめざす人間形成論再考—, 名古屋大学出版会 (2001).
- 樋口キエ子, 丸山英二, 田城孝雄. 重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味. 家族看護学研究, 13(1), 29-36(2007).
- 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を測定する尺度の構造 - 肯定, 否定の両側面に焦点をあてて -. 日本在宅ケア学会誌, 9 (1), 52-57 (2005).
- 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. 大阪市立大学生活科学研究誌, 5, 1-13(2006).
- 星野順子, 堀容子, 清水律子. 女性介護者における心身の健康的特性. 日本公衆衛生誌, 56 (2), 75-86 (2009).
- 藤原和彦, 上城憲司, 小池伸一, 山本隆司, 原口健三. 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. 柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要, 7, 22-27 (2011).
- 古谷野亘, 柴田博, 芳賀博, 須山靖男. 生活満足度尺度の構造 - 因子構造の不変性 -. 老年社会科学, 12, 102-116(1990).
- 櫛直美, 尾形由起子, 田淵康子, 横尾美智代. 介護肯定感形成における家族介護者の対処行動の特徴. 第16回日本在宅ケア学会抄録集, 24(2012).
- 伊藤利之, 鎌倉矩子編. ADL とその周辺—評価・指導・介護の実際—. 医学書院(2010).
- 伊藤周平. 検証介護保険. 青木書店, 122-153 (2000).
- 神崎初美, 沼本教子. デイケアサービスセンターに通う高齢者の主介護者における介護

- 負担感と主観的健康観との関連. 老年看護学, 15 (1), 156-163(2000).
- 片山陽子, 陶山啓子. 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会誌, 28(4), 43-51 (2005).
- 春日キスヨ. 介護問題の社会学. 岩波書店 (2001) .
- 春日キスヨ. 介護とジェンダー男が看とる女が看とる. 家族社, 179 (1997) .
- 北浜伸介, 武政誠一, 嶋田智明. 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. 神戸大学医学部保健学科紀要, 19, 15-24 (2003) .
- 北泰子. 要介護高齢者家族の在宅介護プロセス. 日本看護科学学会誌, 21(4), 33-43 (2002).
- 木村麻紀, 谷口さゆり, 和泉とみ代, 岡野初枝. 高齢の夫が在宅で妻の介護を継続する要因. 吉備国際大学紀要, 22, 15-25 (2012) .
- 厚生労働省. 介護保険事業状況報告. 2009/1/21 参照, <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom08/0809.html> (2008).
- 厚生労働省監修. 厚生労働白書 - 平成 19 年度版 - . 60-69 (2008).
- Kramer, B. J. Gain in the Caregiving Experience, Where are We? What Next? The Gerontologist, 37(2), 218-232(1997).
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Moss, M., Glicksman, A., Rovine, M., Miriam, M. A Two-Factor Model of Caregiving appraisal and Psychological Well-Being. Psychological Sciences, 46(4), 181-189(1991).
- 松原由美, 成行貴之, 北村利光, 古谷野亘. デイサービスに対する介護者の希望と満足. 老年社会科学, 22(3), 405-410(2000).
- 松本啓子. 在宅認知症高齢者の家族介護者における医療ニーズ測定尺度の開発. 老年看護学, 12 (1), 63-71 (2007).
- 松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 朔義亮, 井手三郎. 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) .
- 翠川純子. 在宅障害老人の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究. 社会老年学, 37, 16-26(1993).
- 水尻強志. 通所ケアの効果. 総合リハビリテーション, 30 (9), 799-804 (2002).
- 三谷健, 小松泰喜, 上内哲男, 田中尚喜, 田村邦彦, 富樫早美. 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(2), 84 (2003) .
- 森千佐子. 在宅介護における主介護者の生活習慣と精神的健康に関する研究. 日本在宅ケア学会誌, 10(2), 51-56(2007).
- 永井真由美. 認知症高齢者の家族介護力評価とその関連要因. 老年看護学, 10 (1), 34-40 (2005).

- 永田久美子. 認知症の人の地域包括ケア—多職種で取り組むステージ・アプローチ—. 日本看護協会出版会 (2006) .
- 内閣府編集. 平成 25 年度版高齢社会白書 (2013) .
- 中谷陽明, 東條光雅. 家族介護者の受ける負担 - 負担感の測定と要因分析 -. 社会老年学, 29, 27-36 (1989) .
- 成木弘子, 飯田澄美子, 野地有子, 佐藤玲子, 結城美智子, 星野明子, 馬庭恭子. 後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究 - 主観的な介護負担感を構成する要素の検討. 聖路加看護大学紀要, 22, 1-11 (1996).
- 野村美千江, 大名門裕子. 農村に暮らす初期痴呆高齢者と配偶者の生活特性とその全体像. 日本看護研究学会誌, 28 (1), 91-100 (2005).
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薫, 中谷陽明, 柴田博. 在宅高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃え尽きの効果. 心理学研究, 69(6), 486-493(1999).
- 大槻優子, 樋口キエ子. 家族介護者の負担感に関する研究—性差による相違—. 女性心身医学, 16 (3) , 306-314 (2012) .
- 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大学, IRR 第 5 号, 55-62(2006).
- 坂野雄二, 前田基成編著. セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 北大路書房 (2002) .
- 櫻井成美. 介護肯定感をもつ負担感軽減効果. 心理学研究, 70(3), 203-210 (1999).
- 佐々木明子. 在宅高齢者と家族の QOL と自立した生活を支える地域ケア. 日本在宅ケア学会誌, 12(1), 3-9(2008).
- 斎藤恵美子, 国崎ちはる, 金川克己. 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. 日本公衆衛生誌, 48 (3) , 180-189 (2001) .
- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋. 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. 日本公衆衛生誌, 51 (4) , 240-251 (2004) .
- 住居広士. 介護保険総合研究『介護モデルの倫理と実践』, 大学教育出版 (1998) .
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会学, 25(4), 461-469 (2004).
- 高崎絹子, 水谷信子, 水野敏子, 高山成子. 最新老年看護学. 日本看護協会出版会, 299-317 (2006).
- 高室成幸. 図解でわかる『地域支援コーディネーターマニュアル』. 法研 (2002) .
- 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) .
- 渡辺美鈴, 河野公一, 谷岡穰, 織田行雄, 土手友太郎, 吉田康久. 在宅要介護老人の心身および生活状況に及ぼすデイサービスセンターの効果について. 日本衛生学雑誌, 49, 861-868(1994).
- 安田肇, 近藤和泉, 佐藤能啓. わが国における高齢障害者を介護する家族の介護負担感

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—
リハビリテーション医学，38（6），481-489（2001）.

吉尾千世子，三村洋美，富田真佐子．要介護高齢者の生きる力の構成要素．日本在宅ケア学会，14（1），31-38（2010）.

Zarit, S. H. , Reever, K. E. , Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly:
Correlates of feeling of burden. The Gerontologist, 20（6）, 649-655（1980） .

資 料

平成 24 年 6 月 5 日

施設管理者様

福岡県立大学看護学部
棟直美

調査協力をお願いについて

拝啓 陽春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、貴施設をご利用のご家族様にアンケート調査のご協力をお願いしたいと存じます。施設の皆様におかれましては日々運営などでお忙しい折に、このような調査の協力をお願いするのは誠に恐縮ではございますが、私どもは以下のような研究に取り組んでおります。研究の趣旨をご理解のうえ、ご協力を何卒宜しくお願いいたします。

記

1. 調査の目的

この調査は、在宅介護を担う家族の介護力を向上するための看護支援について明らかにするために行うものです。

介護保険法施行より 10 年が過ぎ様々な介護サービスが充実してきていますが、日々の家族の抱える不安や負担はなかなか軽減されないのが現状ではないでしょうか。要介護高齢者が在宅での療養生活を続けるためには、介護する家族もできるだけ負担を少なくし、余裕を持って介護にあたることだと考えます。

現在、家族介護者を支援するために様々な専門職者が活動しています。しかし在宅において家族介護者の方が、看護職者の役割や専門性を実感できる機会はそれほど多くはないと感じています。

そこで貴施設におきまして、ご利用されているご家族の介護への思いを知ると共に、家族が持つ介護力を向上させ、介護を肯定的にとらえて継続できるための看護支援について明らかにしたいと考えています。

なお、本研究は平成 23 - 25 年度科学研究費助成事業、学術研究助成基金基盤研究 (C) (No23593465) (日本学術振興会) による研究助成を受けて行なっており、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て開始しています。

2. 調査の方法

- ・対象者：当該施設のサービスを利用している家族介護者の方全員とします。但し、事業所が回答困難と判断した家族介護者は除外してください。
- ・調査内容：無記名での自記式質問紙（A4 両面 5 枚 10 頁）
- ・配布方法：施設職員より家族介護者へ研究説明書および自記式質問紙を直接手渡していただき、その際、自由意志での参加であることを伝えていただきます。
- ・回収方法：無記名での回答後 1 ヶ月以内に返信用封筒に厳封し研究代表者へ返送していただきます。

3. 倫理的配慮

- ・プライバシーの保護には細心の注意を払い、お答えいただいた内容はすべて統計的に処理し、調査結果からご協力いただいた方のお名前や施設名が特定されることは一切ありません。この調査のご回答をもって同意をいただけたものとさせていただきますので、答えたくない質問にはご記入いただかなくても構いません。それにより施設や皆様に不利益が及ぶことは一切ありません。
- ・本調査結果につきましては、看護関連の雑誌や学術的発表での報告を予定していません。

4. 問い合わせ等の連絡先

○研究代表者

福岡県立大学看護学部 准教授 榎 直美

電話：0947-42-1992 住所：福岡県田川市伊田 4395 番地

E-mail:ichiki@fukuoka-pu.ac.jp

以上

(研究協力者保存用)

『家族介護者の介護適応を促す協同的ケアモデルの開発
—家族介護者の介護力向上のために必要な看護支援の検討—』に関する説明書

この説明書は、このテーマの研究内容についてわかりやすく説明したものです。この研究について十分理解された上で、研究協力者として研究に参加していただけるかどうかを決めてください。

また、この研究に参加されなくても不利益を受けることは一切ありませんのでご安心ください。もしおわかりになりにくいことがありましたら、どうぞ遠慮なく担当者にお尋ねください。

1. 研究の背景・目的・方法

介護保険制度が実施されてから10年が経過しました。この介護保険法では高齢者の自立支援を重要な目的としていますが、同時に在宅で介護する家族の負担も軽減できることを期待していました。しかし要介護状態の重度化・長期化により家族の抱える不安や介護の負担は増す一方で、介護保険の実施により介護負担が軽減しているとはいえない状況ではないでしょうか。要介護高齢者が在宅での療養生活を続けるための条件は、介護する家族もできるだけ負担を少なくし、余裕を持って介護にあたることだと考えます。

そこで、家族の介護への不安や悩みを軽減すると共に、家族が持つ介護力を向上させ、介護を肯定的にとらえて継続できるための支援について、家族と一緒に考えていこうと考えております。

今回の調査の目的は、要介護高齢者を介護しているご家族の介護力を引き出すための支援について明らかにすることです。

つきましては、必要な内容をアンケートの回答をもって、教えていただきたくよろしくお願ひ申し上げます。

2. アンケートによる回答内容

この調査では、「家族介護者の介護に対する評価と看護支援に関するアンケート」に全て無記名でご回答をお願いしたいと考えています。

アンケートでご回答いただきました内容は、研究終了後に廃棄いたします。

3. この研究に参加することにより予想される利益、不利益、危険性

あなたがこの研究に参加することによる利益は、在宅での介護について、できている点やできそうな点などを客観的に評価していくことで、あらためて介護生活を振り返り、その大変さや介護問題あるいは介護のやりがいについて考え、思いを表出する機会になると考えます。

また負担は、アンケートを記入する際に 20～30 分程度の時間を必要としますことを、ご了承ください。またアンケートの回答は自由であり、お答えにならない場合でもそれによって不利益になることは決してありません。

4. プライバシーおよび個人情報の保護

無記名での回答のため、個人を特定することはありません。またアンケートにて知りました内容や施設情報が、外部に漏れることは絶対にないよう十分留意するとともに、プライバシーおよび個人情報の保護について細心の注意を払います。

5. 研究結果のお知らせ

この研究の結果については文書にてお知らせいたします。また関係する学会や研究論文等の学術的発表において成果を公表いたします。但し結果がわかるまでには数ヶ月を要することが考えられます。

内容についておわかりになりにくい点がありましたら、遠慮なく担当者にお尋ねください。

6. 費用

この研究に必要な費用は、あなたが負担することは一切ありません。

7. 同意

アンケートの返送をもって、研究協力者としての同意が得られたものとします。

〈問い合わせ等の連絡先〉

○研究代表者

福岡県立大学看護学部 講師 榎 直美

電話：0947-42-1992

住所：福岡県田川市伊田 4395 番地

(研究者保存用)

『家族介護者の介護適応を促す協同的ケアモデルの開発
—家族介護者の介護力向上のために必要な看護支援の検討—』に関する説明書

この説明書は、このテーマの研究内容についてわかりやすく説明したものです。この研究について十分理解された上で、研究協力者として研究に参加していただけるかどうかを決めてください。

また、この研究に参加されなくても不利益を受けることは一切ありませんのでご安心ください。もしおわかりになりにくいことがありましたら、どうぞ遠慮なく担当者にお尋ねください。

1. 研究の背景・目的・方法

介護保険制度が実施されてから10年が経過しました。この介護保険法では高齢者の自立支援を重要な目的としていますが、同時に在宅で介護する家族の負担も軽減できることを期待していました。しかし要介護状態の重度化・長期化により家族の抱える不安や介護の負担は増す一方で、介護保険の実施により介護負担が軽減しているとはいえない状況ではないでしょうか。要介護高齢者が在宅での療養生活を続けるための条件は、介護する家族もできるだけ負担を少なくし、余裕を持って介護にあたることだと考えます。

そこで、家族の介護への不安や悩みを軽減すると共に、家族が持つ介護力を向上させ、介護を肯定的にとらえて継続できるための支援について、家族と一緒に考えていこうと考えております。

今回の調査の目的は、要介護高齢者を介護しているご家族の介護力を引き出すための支援について明らかにすることです。

つきましては、必要な内容をアンケートの回答をもって、教えていただきたくよろしくお願ひ申し上げます。

2. アンケートによる回答内容

この調査では、「家族介護者の介護に対する評価と看護支援に関するアンケート」に全て無記名でご回答をお願いしたいと考えています。

アンケートでご回答いただきました内容は、研究終了後に廃棄いたします。

3. この研究に参加することにより予想される利益、不利益、危険性

あなたがこの研究に参加することによる利益は、在宅での介護について、できている点やできそうな点などを客観的に評価していくことで、あらためて介護生活を振り返り、その大変さや介護問題あるいは介護のやりがいについて考え、思いを表出する機会になると考えます。

また負担は、アンケートを記入する際に 20～30 分程度の時間を必要としますことを、ご了承ください。またアンケートの回答は自由であり、お答えにならない場合でもそれによって不利益になることは決してありません。

4. プライバシーおよび個人情報の保護

無記名での回答のため、個人を特定することはありません。またアンケートにて知りました内容や施設情報が、外部に漏れることは絶対にないよう十分留意するとともに、プライバシーおよび個人情報の保護について細心の注意を払います。

5. 研究結果のお知らせ

この研究の結果については文書にてお知らせいたします。また関係する学会や研究論文等の学術的発表において成果を公表いたします。但し結果がわかるまでには数ヶ月を要することが考えられます。

内容についておわかりになりにくい点がありましたら、遠慮なく担当者にお尋ねください。

6. 費用

この研究に必要な費用は、あなたが負担することは一切ありません。

7. 同意

アンケートの返送をもって、研究協力者としての同意が得られたものとします。

〈問い合わせ等の連絡先〉

○研究代表者

福岡県立大学看護学部 講師 榎 直美

電話：0947-42-1992

住所：福岡県田川市伊田 4395 番地

在宅で介護されているご家族様へ

この度は、介護で大変な毎日の皆様に、このような調査のお願いをいたしますのは大変心苦しく恐縮いたしますが、私どもの調査の目的をご理解いただき、ぜひ調査へのご協力をお願いいたします。

◆調査の目的：

在宅で介護しているご家族を支援するために、医師や看護師、介護福祉士、ケアマネージャーなどさまざまな職種の人が活動しています。しかし病院以外の場においては看護師の支援について実感できる機会が少なく感じています。介護が重度化、長期化していくなかで、看護職者としてなんとか要介護者とその家族の支援を継続していくことができないかと模索しています。

そこでご家族のみなさんは看護職にどのような支援を期待されているか、そのニーズや希望を知り看護活動に反映させることを目的としています。

◆調査の方法：アンケートにお名前を必要ありません。

お答えいただけるところだけで構いませんので、安心してありのままをお答え下さい

ご回答後は、お手数ですが**8月20日**までにご投函下さい。

◆連絡先：ご質問やご不明な点につきましては、下記までご連絡ください。

研究代表者 いちき 櫛 直美 [福岡県立大学看護学部]

住所：〒825 - 8585 福岡県田川市伊田 4395 番地

電話：0947-42-1992

メール：ichiki@fukuoka-pu.ac.jp

家族介護者への看護支援に関するアンケート

研究へのご協力をお願いします。

◇ 記入上のお願い ◇

- ・在宅で主として介護をされている方にご回答をお願いいたします。
- ・あてはまる番号に○をつけ、必要に応じて 内にご記入下さい。
- ・回答の済んだアンケート用紙は、返信用の封筒に入れ、郵便ポストにご投函下さい。

Ⅱ. 介護している要介護者の方についてお尋ねします。

問1 要介護者の年齢は 歳、性別には○を（ 1. 男性 2. 女性 ）

問2 要介護度について当てはまる番号に○をつけてください。

1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2
5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. その他（ ）

問3 認知症について当てはまる番号に○をつけてください。

1. ある 2. 少しある 3. ない 4. わからない 5. その他（ ）

問4 要介護者の方の困ると思う行動について該当する番号に○をつけてください。

- 1) 一人で外に出たがる..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
2) 徘徊する..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
3) 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある 1 ある 2 時々ある 3 ない
4) 暴言や大声を出す..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
5) たたいたり殴りかかるなどの暴力をふるう..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
6) 尿便失禁をする..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
7) 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる... 1 ある 2 時々ある 3 ない
8) やたらとものを隠す..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
9) ものを盗まれたなどと被害的になる..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
10) 作り話をして、周囲に言いふらす..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
11) 食べ物ではないものを口に入れる..... 1 ある 2 時々ある 3 ない
12) お世話しようとする と抵抗する 1 ある 2 時々ある 3 ない
13) 火の始末や火元の管理..... 1 できない 2 時々できない 3 できる
14) その他

IV. 以下のケアを、現在または将来に受ける場合に、ケアを頼みたい

(してほしい) と思う人の番号に一つ○をつけて下さい。どの番号に

も当てはまらない場合は、最も近いものを選んで下さい。

	1 ぜひ看護師	2 できれば看護師	3 ケアマネや介護士な どの看護師以外	4 家族又は自分(要介 護者自身)でできる	5 誰でもよい	6 必要ない
例：要介護者の爪切をしてほしい	1	②	3	4	5	6
1 排泄介助の方法をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
2 要介護者の排泄を手伝ってほしい	1	2	3	4	5	6
3 安全な食事介助の方法をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
4 食事介助を手伝ってほしい	1	2	3	4	5	6
5 適切な口腔ケアの方法をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
6 適切な口腔ケアをしてほしい	1	2	3	4	5	6
7 危険の少ない移動動作についておしえてほしい	1	2	3	4	5	6
8 要介護者の移動や歩行に付き添ってほしい	1	2	3	4	5	6
9 安全な入浴介助の方法をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
10 要介護者の入浴を手伝ってほしい	1	2	3	4	5	6
11 安全で確実な薬の飲ませ方をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
12 薬の効果や副作用についておしえてほしい	1	2	3	4	5	6
13 要介護者の身体の状態を観察し、家族に報告 してほしい	1	2	3	4	5	6
14 家での応急手当の仕方についておしえてほしい	1	2	3	4	5	6
15 吸引の方法について教えてほしい	1	2	3	4	5	6

	1 ぜひ看護師	2 できれば看護師	3 ケアマネや介護士な どの看護師以外	4 家族又は自分（要介 護者自身）でできる	5 誰でもよい	6 必要ない
16 透析や経管栄養などの医療的ケアに関わってもらいたい	1	2	3	4	5	6
17 床ずれなどの皮膚の観察をしてもらいたい	1	2	3	4	5	6
18 胃ろうや気管切開などの医療選択や意思決定のとき助言してほしい	1	2	3	4	5	6
19 看取りの方法をおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
20 看取りのときに一緒にいてほしい	1	2	3	4	5	6
21 認知症についておしえてほしい	1	2	3	4	5	6
22 認知症の状態を観察し、家族に報告してほしい	1	2	3	4	5	6
23 徘徊や暴言などの困った行動をするときにいてほしい	1	2	3	4	5	6
24 家族の悩みを聞いてほしい	1	2	3	4	5	6
25 家族の身体のチェック（血圧や脈拍など）をしてほしい	1	2	3	4	5	6
26 家族の健康状態について相談にのってほしい	1	2	3	4	5	6
27 介護する家族の生活の指導や助言をしてほしい	1	2	3	4	5	6
28 介護保険やサービスの利用などをおしえてほしい	1	2	3	4	5	6
29 要介護者や周囲との関係を調整してほしい	1	2	3	4	5	6

V. 介護への対応について、当てはまる番号に一つ○をつけて下さい。

どの番号にも当てはまらない場合は、最も近いものを選んで下さい。

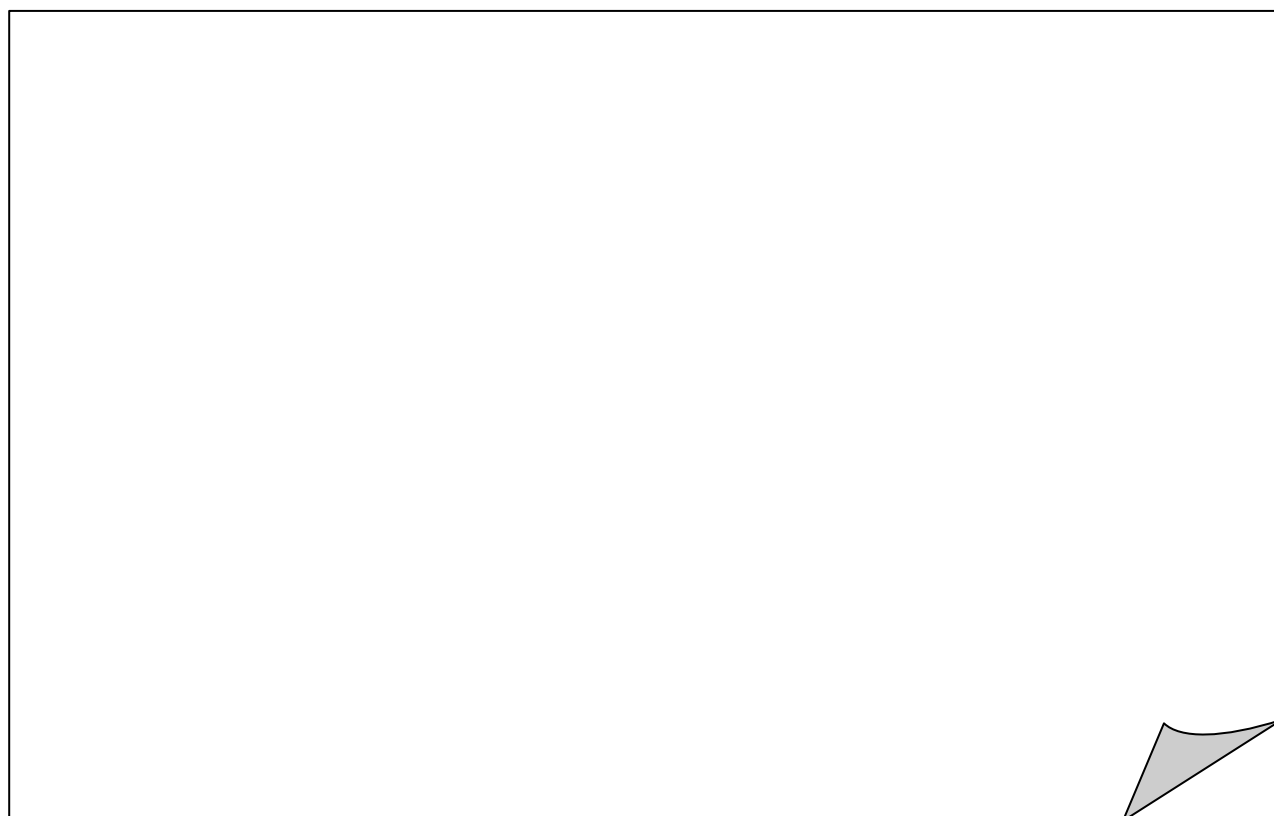
	1 よく そう 思う	2 どちら かとい えば そう 思う	3 どちら かとい えば 思わ ない	4 ほと んど そう 思わ ない
例 介護の時間配分をうまくやっている	1	②	3	4
1 介護に役立つ情報を集めている	1	2	3	4
2 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察している	1	2	3	4
3 要介護者の食事や排泄等の介護の仕方はわかっている	1	2	3	4
4 要介護者の急変時の対応策を考えている	1	2	3	4
5 要介護者の状態や変化にあわせて対応をしている	1	2	3	4
6 役所や医師、看護師などの専門家に相談している	1	2	3	4
7 要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している	1	2	3	4
8 介護に関する学習会などに参加している	1	2	3	4
9 自分の好きなことをして気分転換をしている	1	2	3	4
10 ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている	1	2	3	4
11 自分で自分を誉めたり励ましたりしている	1	2	3	4
12 辛いときは、泣いたり怒ったりしている	1	2	3	4
13 希望を捨てずに毎日明るく過ごすよう心がけている	1	2	3	4
14 介護をしている人同士で励ましあっている	1	2	3	4
15 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらっている	1	2	3	4
16 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる	1	2	3	4
17 先のことについてあまり深く考えないようにしている	1	2	3	4

	1 よくそう思う	2 どちらかといえばそう思う	3 どちらかといえば思わない	4 ほとんどそう思わない
18 一人で何でもやろうとしないで周りの人に協力を頼んでいる	1	2	3	4
19 家族や親戚、近所の人介護を手伝ってくれている	1	2	3	4
20 介護保険サービスを積極的に利用している	1	2	3	4
21 介護以外の楽しみの時間が持てる	1	2	3	4
22 できる範囲で無理をしないで介護するようにしている	1	2	3	4
23 私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している	1	2	3	4
24 自分自身の健康意識が高まった	1	2	3	4
25 自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている	1	2	3	4
26 ほぼ規則的な生活をしている	1	2	3	4
27 介護の経験から学ぶことがある	1	2	3	4
28 介護のおかげで人間として成長した	1	2	3	4
29 介護の仕方がうまくなった	1	2	3	4
30 要介護者も頑張っている	1	2	3	4
31 介護をすることによって満足感が得られる	1	2	3	4
32 要介護者といえるのが楽しいと感じる	1	2	3	4
33 要介護者を尊重する気持ちが持てる	1	2	3	4
34 介護をしてよかった	1	2	3	4
35 要介護者が世話に感謝したり、喜んでいると感じる	1	2	3	4
36 これからもできれば介護していきたい	1	2	3	4
37 介護をしても経済的ゆとりがある	1	2	3	4
38 住宅の構造は介護に適している	1	2	3	4

★最後に裏のページをお願いします。————→

自由記述欄

最後に、これまでの介護を通してのご苦労や、医療者への意見・要望など
どのようなことでも構いませんので、日ごろあなたがお感じになっておられる
ことをぜひお書き下さい。



たくさんの質問にお答えいただき、本当にありがとうございました。

ご協力に深く感謝いたします。

同封の返信用封筒をお使いになり、ポストにご投函くださいますよう
お願いいたします。末筆ながら、皆様のご健康を心からお祈り申し上げます。

