

在宅認知高齢者家族の生活力量と介護家族の QOL との関連

木村 裕美

佐賀大学医学部看護学科地域・国際保健看護学講座在宅・家族看護学分野 准教授

【スライド-1】

本研究に助成していただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に御礼申し上げます。そしてこのような場をお与えいただき、感謝申し上げます。

スライド-1

在宅認知症高齢者の家族生活力量と介護家族のQOLに関する研究

佐賀大学医学部
木村 裕美

【スライド-2】

研究の背景です。

2012年には認知症高齢者は300万人と報告され、MCI、いわゆる軽度認知症者は400万人と推定されました。65歳以上の4人に1人が認知症または予備軍と言われています。その介護者は6割が60歳以上であり、今は老老介護から認認介護へと移行しつつあります。

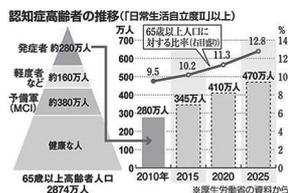
【スライド-3】

介護家族は慢性的なストレス、心理的な苦痛、精神的、身体的な健康問題を抱えていることが明らかになっています。介護は長期にわたるものが多く、介護負担から家族のQOLの低下が認められています。家族のQOLは抑うつ感やバーンアウトといった、主観的経験と強く関係していることが報告されています。

スライド-2

研究の背景

- ▶ 厚労省は、2012年に認知症高齢者数は305万人と報告し、軽度認知障害(MCI)は400万人と推測され、65歳以上の4人に1名が認知症とその予備軍となる。
- ▶ 国は、早急に介護体制の整備や支援策を充実させる必要を報告している。
- ▶ 介護者は6割以上が同居家族で、60.9%が60歳以上であり、「老老介護」も多いことが推測される。



スライド-3

- ▶ 介護家族の社会的、心理的、経済的負担の問題は大きい。慢性的なストレスや心理的苦痛、精神のおよび身体的な健康問題を抱えていることが、明らかになっている
- ▶ 介護は長期にわたるものが多く、介護負担から、家族のQOLの低下が認められている。
- ▶ 北村ら(2006)は、認知症介護家族のQOLは、抑うつ感やバーンアウトといった、主観的経験と強く関連していたと報告している。



スライド-4

研究目的

認知症高齢者の家族の精神的混乱は、心身の健康およびQOLに大きく影響することが予想される。
本研究では、在宅認知症高齢者介護家族の生活力量と家族のQOLを明らかにすることを目的とした。



スライド-5

研究方法

【対象】S県在住の在宅認知症高齢者の主介護者200名
【方法】面接による質問紙調査
【調査内容】基本属性
生活力量: 日本語版Family Adaptability&Cohesion Evaluation Scales II (以下FACES II) 家族生活の質スケール 在宅介護者ソーシャルサポート尺度 日本語版Zarit Burden Inventory
【解析方法】回答の欠損等を除く158名を有効回答とした。FACES IIによる生活力量で家族のタイプ別に、各尺度得点を比較検討した。すべての統計解析にはWindows版SPSS20.0を用いて、統計学的有意水準を5%未満とした。
【倫理的配慮】対象者と家族には研究の趣旨と内容を説明し協力を求めた。研究参加は自由意志で参加しない場合も不利益にならないこと、匿名の保持を書面と口頭で十分に説明した。

【スライド-4】

本研究の目的です。

認知症高齢者の家族の精神的混乱は、心身の健康およびQOLに大きく影響することが予想されます。在宅認知症高齢者、介護家族の生活力量と家族QOLを明らかにすることを目的としました。

【スライド-5】

研究方法ですが、佐賀県在住の在宅認知症高齢者の主介護者200名に、面接により質問紙調査を行いました。生活力量として、FACE IIを活用しました。それと家族生活の質スケール、それからソーシャルサポート尺度、介護負担尺度としてZarit日本語版を活用しました。

解析は、回答の欠損等を除く150名を有効回答として、FACE IIによる生活力量で、家族のタイプ別に各尺度得点を比較しました。

【スライド-6】

介護者の基本属性です。

平均年齢61.7歳、男性が32名、女性が126名。職業は無職が75名、有職が30名。続柄としては、妻、娘、嫁などが多くなっていました。

被介護者の状況ですが、平均年齢は84.8歳、男性が52名、女性が105名。介護度は、要支援が35名、要介護が49名などになっていました。

スライド-6

介護者の基本属性				被介護者の状況			
性別	平均年齢	61.7歳SD12.78(29~89歳)		性別・平均年齢	84.8歳SD8.56(60~102歳)		
男性	65.5歳(94~87歳)	32名	20.3%	男性	52名	32.9%	
女性	60.8歳(32~87歳)	126	79.7%	女性	105	66.5%	
職業				無回答	1	0.6%	
無職	75	47.5%		療養期間	58ヶ月SD49.2(6~252ヶ月)		
有職	30	52.5%		介護度			
続柄				要支援1	12	7.6%	
夫	11	7.0%		要支援2	35	22.2%	
妻	30	19.0%		要介護1	49	31.0%	
息子	21	13.3%		要介護2	23	14.6%	
娘	40	25.3%		要介護3	23	14.6%	
嫁	46	29.1%		要介護4	7	4.4%	
その他	10	6.3%		要介護5	6	3.8%	
同居				無回答	10	6.3%	
あり	137	86.7%		平均介護期間	59.3か月SD67.2(3~420か月)		
なし	21	13.3%					
副介護者				その他	3	1.9%	
あり	136	86.1%					
なし	12	7.6%					
無回答	10	6.3%					

【スライド-7】

家族の凝集性タイプ別尺度得点比較です。

家族の凝集性ですが、Aの遊離領域に当たる家族が114名と最も多く、その次が分離領域という状況でした。家族生活の質に関しては、遊離領域が最も低く115.8点、やはり分離領域、結合領域が高くなっていました。Zaritの得点ですが、遊離領域が32.8点と最も高く、介護負担を感じていました。

【スライド-8】

家族の適応性タイプ別の尺度得点比較です。

これも家族の生活の質に関しては、Eの硬直領域が112.9点、構造領域、柔軟領域が129点、148点と高くなっており、ソーシャルサポートに関しても硬直領域が最も低く、Zaritの介護負担尺度も硬直領域が最も高く、負担感を感じていました。

【スライド-9】

FACES IIの家族のタイプ別をプロットしたものです。

分離、結合、それから柔軟構造です。この薄いほうのグレー地の所が、家族としてバランスの取れた、生活力量を持った家族ということになりますが、今回の研究では、特に一番バランスの良くない遊離、硬直という所に集中してました。

【スライド-10】

在宅認知症高齢者の介護家族の凝集性および適応性についてです。

凝集性得点は低く、遊離領域の家族が7割を占めていました。適応性得点は低く、硬直領域の家族が6割を占めていました。「規律」、「話し合い」、「役割」で得点が低く見られていました。家族介護は、凝集性が遊離領域であり、適応性が硬直である家族が多く見られました。介護家族の特徴は、家族間での結び付きが弱く、日常生活の時間の中で接点が少ないことが考えられます。介護家族は

スライド-7

家族の凝集性タイプ別尺度得点比較

家族の凝集性 (FACES II)	平均得点(SD)				一元配置分散分析 p値	Bonferroni
	A 遊離領域 (52点以下) n=114	B 分離領域 (53~60点) n=40	C 結合領域 (61~68点) n=4	D 遊離領域 (69点以上) n=0		
家族生活の質に関する質問(41項目205点)	115.8(18.9)	137.1(16.2)	164.3(7.5)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
円満さ(6項目30点)	16.9(3.9)	21.6(3.0)	27.3(2.5)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
安寧さ(5項目25点)	13.7(1.8)	14.6(2.6)	18.0(3.2)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
家族価値(7項目25点)	22.3(3.9)	27.1(3.9)	34.3(1.5)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
積極的関わり(6項目30点)	17.1(3.5)	20.6(3.9)	26.0(2.4)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
ゆとり(3項目15点)	7.0(2.1)	8.7(3.0)	7.8(1.0)	-	p < 0.00	A<B*
ゆとり(3項目15点)	8.9(1.9)	8.8(1.6)	10.8(1.5)	-	p < 0.00	A<B*
社会参加(2項目10点)	5.5(1.8)	6.6(1.5)	8.5(3.0)	-	p < 0.00	A<B, C<B, C<C
親戚関係(5項目25点)	14.2(3.8)	16.4(3.1)	17.0(2.9)	-	p < 0.00	A<B*
ソーシャルサポート(4項目20点)	10.3(3.0)	11.7(2.3)	14.8(3.8)	-	p < 0.00	A<B*, A<C*
在宅介護ソーシャルサポート測定					p < 0.00	
情緒的サポート(22点満点)	20.3(4.3)	21.7(4.4)	27.3(3.0)	-	p < 0.00	A<C*, B<C*
実質的サポート(8点満点)	5.3(1.2)	5.9(1.2)	7.5(1.0)	-	p < 0.00	A<B*, A<C*, B<C*
非効果的サポート(12点満点)	5.3(1.8)	5.2(1.7)	5.3(1.0)	-	0.91	
Zarit得点(22項目88点)	32.8(15.9)	25.4(13.3)	28.3(18.2)	-	0.03	A>B*
Personal strain factor(11項目44点)	17.0(6.1)	13.7(6.9)	15.5(9.9)	-	0.08	
Role strain factor(7項目28点)	9.1(5.7)	6.7(4.0)	7.0(4.7)	-	0.04	A>B*

一元配置分散分析 群間比較: Bonferroni * *: p<0.05 ** *: p<0.01 *** *: p<0.005

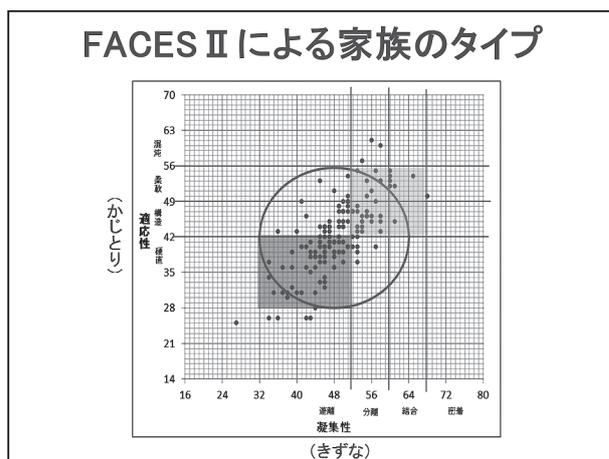
スライド-8

家族の適応性タイプ別尺度得点比較

家族の適応性 (FACES II)	平均得点(SD)				一元配置分散分析 p値	Bonferroni
	E 硬直領域 (43点以下) n=90	F 構造領域 (44~49点) n=47	G 柔軟領域 (50~56点) n=18	H 混雑領域 (57点以上) n=3		
家族生活の質に関する質問(41項目205点)	112.9(19.1)	129.4(13.7)	148.1(17.0)	114.8(22.8)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
円満さ(6項目30点)	16.5(4.1)	19.9(3.5)	22.7(4.4)	25.7(4.9)	p < 0.00	E<F<G<H, E<G, F<H
安寧さ(5項目25点)	13.6(1.9)	14.2(2.3)	15.7(2.9)	16.0(1.0)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
家族価値(7項目25点)	22.0(4.0)	25.1(3.9)	28.7(4.5)	30.0(7.0)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
積極的関わり(6項目30点)	16.7(3.6)	19.3(3.1)	23.1(3.5)	19.7(7.2)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
ゆとり(3項目15点)	6.7(2.1)	8.3(1.6)	9.2(1.7)	7.7(2.1)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
ゆとり(3項目15点)	8.38(1.9)	9.4(1.4)	10.0(1.8)	11.3(3.1)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
社会参加(2項目10点)	5.3(1.8)	6.2(1.4)	7.7(2.0)	6.7(2.2)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
親戚関係(5項目25点)	13.7(3.9)	15.9(3.0)	17.2(2.9)	17.7(2.1)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
ソーシャルサポート(4項目20点)	9.9(3.0)	11.2(2.3)	13.4(2.5)	13.7(3.5)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
在宅介護ソーシャルサポート測定					p < 0.00	
情緒的サポート(22点満点)	19.7(4.5)	21.8(4.0)	23.9(3.5)	21.3(2.3)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
実質的サポート(8点満点)	5.2(1.2)	5.8(1.1)	6.4(1.0)	4.7(1.2)	p < 0.00	E<F<G<H, E<H, F<H
非効果的サポート(12点満点)	5.3(1.8)	5.6(1.8)	4.7(1.4)	5.3(2.1)	0.40	
Zarit得点(22項目88点)	32.7(15.6)	29.4(15.8)	26.4(14.9)	24.0(12.8)	0.30	
Personal strain factor(11項目44点)	16.8(8.0)	15.5(8.2)	14.8(7.4)	14.7(6.7)	0.63	
Role strain factor(7項目28点)	9.1(5.7)	7.9(5.3)	8.9(4.8)	4.7(4.7)	0.19	

一元配置分散分析 群間比較: Bonferroni * *: p<0.05 ** *: p<0.01 *** *: p<0.005

スライド-9



お互いに関心を持たずに、家族内に起きた重大な問題に対して話し合わず、役割分担ができにくいことが推察されます。

【スライド-11】

凝集性および適応性の家族タイプ別によるQOLの特性ですが、凝集性、いわゆる「きづな」や、適応性、いわゆる「かじ取り」の適度なバランスで、家族間の関係性を保つことができると考えます。介護家族が困難な介護役割の遂行で、家族員の持つ価値観や社会性に支障をきたし、家族生活が円滑に営めなくなることが考えられます。家族生活を大切にし、健康を気遣い見守る安心感で、将来の家族の姿を話し合い、決断することが重要であり、そうすることでQOLに大きく影響することが考えられます。

【スライド-12】

そして、介護負担の特性ですが、凝集性が遊離領域であることと介護負担感が高くあることで、介護を否定的に捉えることが考えられます。凝集性は介護の受け入れを肯定的に捉えるか否定的に捉えるかに影響しており、介護の役割を遂行することに影響すると考えられます。介護は家族のヘルスケア機能でもありますので、結び付きが弱いと、家族機能も低下することが推測されます。

【スライド-13】

結語としまして、認知症高齢者の介護家族は生活が困窮し、家族機能までも障害し、生活の質に大きく影響を及ぼすことが考えられます。

凝集性と適応性の両者がバランスよく保たれている状態が、健康的な家族が機能することだと考えています。

スライド-10

在宅認知症高齢者介護家族の凝集性および適応性について

- ◆凝集性得点は低く、遊離領域の家族が7割を占めていた。「家族の境界」、「時間」で得点が低かった。
- ◆適応性得点は低く、硬直領域の家族が6割を占めていた。「規律」、「話し合い」、「役割」で得点が低かった。
- ◆介護家族は凝集性が遊離領域であり、適応性が硬直領域である家族が多かった。
- ◆介護家族の特徴は、家族間での結びつきが弱く、日常生活の時間のなかでの接点が少ない。
- ◆介護家族は、お互いに関心を持たず家族内に起きた重大な問題に対して話し合わず、役割分担ができにくいことが推測された。

スライド-11

凝集性および適応性の家族タイプ別によるQOLの特性

- ◆家族の凝集性:「きづな」や適応性:「かじ取り」の適度なバランスで、家族間の関係性を保つことができる。
- ◆介護家族は、困難な介護役割の遂行で、家族員が持つ価値観や社会生活に支障をきたし、家族生活が円滑に営めなくなる。
- ◆介護家族は、家族生活を大切にし、助け合い、お互いの健康を気遣い、いつも見守る安心感で、将来の家族の姿を話し合い、団結することが重要であり、これらが家族のQOLに大きく影響する。

スライド-12

凝集性および適応性の家族タイプ別による介護負担の特性

- ◆介護家族は、凝集性が遊離領域であると介護負担感が高く介護を否定的に捉えていることが考えられた。
- ◆適応性が4タイプのいずれであっても介護負担感に影響は認められなかった。
- ◆家族の凝集性は、介護の受け入れを肯定的に捉えるか否定的に捉えるかに影響し、介護の役割を遂行に影響する。
- ◆介護は家族のヘルスケア機能でもあり、家族の結びつきが弱いと、家族機能も低下していることが推測された。

介護家族のQOLを向上させるためには、家族員が情緒的なきずなを強め、家族への愛着を持ち、介護によるストレスに応じて役割関係を柔軟に変化させることが重要です。

認知症高齢者の介護を在宅で実施するには、家族の生活力量をプライマリーに支援するソーシャルネットワークが重要であると考えています。

スライド-13

結 語

1. 認知症高齢者の介護家族は生活が困窮し、家族機能までも障害し、生活の質に大きく影響を及ぼす。
2. 凝集性と適応力は両者がバランスよく保たれている状態が健康的に家族が機能する。
3. 介護家族のQOLを向上させるには、家族員の情緒的なきずなを強め、家族への愛着もち、介護によるストレスに応じて、役割関係を柔軟に変化させることが重要である。
4. 認知症高齢者の介護を在宅で実践するには、家族の生活力量をプライマリーに支援するソーシャルネットワークが重要である。

質疑応答

会場： 私の祖父は79歳までずっとお医者さんで、6カ月ぐらい介護が必要になって亡くなったのですが、そういう「社会で活躍している」ということによって、ある意味、ネットワークとか会話も増えたと思うのです。最後まで私と普通に会話することができたし、彼も何か家族の中でネットワークを広げるという意味で、貢献できたと思うのです。これからの認知高齢者の家族の中で、高齢者の方が何か家族とか社会に役割があるとしたら、どうお考えになられますでしょうか。教えていただけると嬉しいです。

木村： とても大切なことだと思うのです。高齢者が主体的に家族の中で、または社会の中で役割を持ち続けるということは、健康寿命を延ばす一つでもあると考えています。しかし、今の家族形態を考えますと、核家族が最も多くて、それがどんどん高齢化して、2人とも高齢のままで生活が続いていくことになっていきますので、その中でどうしても老老介護や、そのうち今度は1人が亡くなって、独居という形が考えられます。

ですので、それをどのように問題解決していくかというのは、今後の課題でもあると思いますが、今後、前期高齢者、後期高齢者、そしてこういうふうに介護が必要な状況になることに向かっていく方々が、社会や家族の中での役割を持ち続けるという主体性を持つことが、最も重要ではないかと考えています。