



[原著]

在宅介護者が受ける介護ストレスの要因分析

諏訪律子 1)、樺澤一之 2)

1) 大東文化大学 スポーツ：健康科学部 看護学科

2) 順天堂大学医療看護学部（非常勤講師）

要旨

医療の現場は病院から家庭へと移行しており、自宅での療養や看取りを希望している患者が多く在宅介護の必要性が高まると予想される。介護者はストレスを受けやすく身体的・精神的な健康状態を如何に保持するかが重要な問題となる。本研究はストレスを客観的に測定して、介護者個人属性、療養者の病態、社会的支援環境などとの関連を分析した。目的は、介護者の持つストレスは介護にどのような影響を与えているかを調査・分析し、今後の在宅介護に必要なとされる支援の基礎資料とすることである。埼玉県内の訪問看護ステーションを利用している15名からアンケートにより在宅介護の現状と全国老人保健施設協会が作成したストレスチェックシートによりストレスデータを収集し、統計的手法によりストレスと介護者個人属性、意識などとの関係を分析した。その結果、療養者が認知症で低年齢の介護者はストレスを多く受けていた。「療養者の希望がかなって自宅で自分らしく過している、自分（介護者）の時間が使いやすくなった」と感じている介護者はストレスがなく、身体的・精神的負担があると感じている介護者はストレスを多く受けていた。経済的な負担感がある介護者は、ストレスがあるが「介護の継続、自分らしく過ごせる」との意識を保持していた。ストレスは在宅介護に環境によって多少の差があるが少なからず影響していることが示唆された。今後の在宅介護に必要な事として、行政の経済的サポート、訪問看護ステーションによる疾患（特に認知症）のフォロー、精神的・身体的負担感への対応などストレスを軽減するための支援が求められる。

キーワード：在宅医療、介護ストレス、介護の継続、その人らしさ、家族支援

1.はじめに

日本は少子高齢化が進んでおり、内閣府ホームページ(1)から2025年には後期高齢者(75歳以上)の人口が約2,200万人になると予想され、国民の4人に1人が75歳以上になる計算である。いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者の年齢(75歳)に達し、医療や介護などの社会保障費用が急増することなどが懸念される「2025年問題」は、

大きな社会問題となっており、若い現役世代は多くの高齢者を支えていかなければならず、時間の制約や身体的な負担だけでなく、経済的な負担も大きくのしかかるなど、解決しなければならない問題は多い(2)-(5)。

介護の分野において考えられる具体的な問題としては、介護サービスの利用を必要とする高齢者が増えることで、特別養護老

連絡先：諏訪 律子

〒355-8501 埼玉県東松山市岩殿560
大東文化大学 スポーツ・健康科学部 看護学科
e-mail: rsuwa@ic.daito.ac.jp

2022年12月17日受付
2023年5月24日受理

人ホームの需要が高まり、入所待機者が増大し、更には行き場をなくす高齢者が増加することなど現実化している(6)。また、老々介護問題や介護疲れによる虐待など、すでに様々な問題が起こっているのが現状である(7)。花岡(7)は「介護負担の増大は、高齢者虐待や無理心中などの事件に発展する要因となることが明らかになり、家族介護者に関する調査も量的な調査だけでなく、個々のケースを検証する質的な調査の必要性が高まっている」と述べている。

医療の現場は病院から家庭へと移行し、斎田綾子(8)や厚生労働省,人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(9)によると、自宅での療養や看取りを希望している患者が多いことが判明している。このことから、在宅や家族介護の必要性がますます高まると予想される。在宅や家族介護は少子高齢化・核家族社会の現状を踏まえるとその普及は難しいと推測される。さらに、厚生労働省,人口ピラミッドの変化(10)によると日本は2040年に高齢化率世界一位となる。厚生労働省,市町村・地域包括支援センターによる家族介護支援マニュアル(3)で、2050年まで世界で最も急進する高齢社会を地域全体で支えるために在宅医療・在宅看取りの推進が進められているとしている。加賀谷紀子(11)によると、現状のままでは、2025年推定死亡者数160万人に対し医療機関における病床数の現状維持、介護施設は現在の2倍に整備、自宅死亡1.5倍が見込めたとしても47万人の終末期ケアの提供が困難であると推計され地域格差も問題とされている。今後の在宅看取り対策として、医療と介護の連携を強化し、地域全体での看取り体制の構築が必要不可欠であるという文脈で進められているが、核家族が多い現状の介護負担については、今後も議論が続くと考えられる。

在宅や家族介護の実現を推進するためには、現状の把握、問題や課題の指摘・分析を行う必要がある。森本雪子(12)も述べているが、在宅介護を取り巻く因子には、療養者の病態・状態、介護者の状態、住宅、社会的支援環境などがありこれらが単独あ

るいは交絡して介護の現状を構成している。介護の中心となるのは介護者であり、良好な介護を行うためには介護者の身体的、精神的健康を第一に考慮する必要があると思われる。森本雪子ら(12)が述べているように介護者はストレスを強く受ける傾向があり精神的な健康状態を如何に保持するかが重要な問題となる。厚生労働省,人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(9)にも同様な報告がある。

介護に問題に関しては、これまでに多くの研究が行われており(13)-(21)各自の視点で成果を報告している。これらは、研究介護力を獲得するための支援についての示唆、介護負担感と要介護者ADLの関連、ストレスへの認知の変化がストレスの質的变化をもたらす可能性の研究であり有意な示唆をしている。介護者が客観的・具体的にどのようなストレスを持っているか、またそのストレスと介護者個人属性、療養者の病態、家族環境、社会的支援環境などの多因子との関連に関して言及していないことから本研究ではこれらを明らかにすることとした。在宅療養者家庭から介護者記載によるアンケートによりデータ(介護関連データ、ストレスチェックデータ)を収集した。ストレスチェックデータの収集は、社団法人全国老人保健施設協会の「長続きする介護のコツとストレスチェックシート」を用いた。介護者の持つストレスは介護にどのような影響を与えているかを調査・分析し、今後の在宅介護に必要なとされる支援の基礎資料とすることを目的とした。

2. 対象と方法

対象者は、埼玉県内の訪問看護ステーションを利用している、在宅療養者の家族9名、同じく同県内別途訪問看護ステーションを利用する在宅療養者の家族6名、計15名とした。介護を受けている人(以後、療養者と記す)と介護している人(以後、介護者と記す)の個人属性、介護の現状と介護者の介護に関して思っていること・感じていることを独自に作成したアンケート用紙で調査した。療養者へのアンケートは行わず、介護者に記載してもらった。アンケートの内容は施設、性別、介護者の

年齢、仕事の有無・内容、世帯人数、子供数、介護者と療養者の関係（自分の父母、配偶者の父母など）、介護期間、介護度、療養者の年齢、手伝ってくれる人の有無・内容（複数回答）、地域の人との交流の有無・内容（複数回答）、在宅を選択したきっかけ（複数回答）、在宅で介護して良かったと思う事の有無・内容、在宅介護を行うことで、大変だと感じたことの有無・内容、訪問看護に来てくれる医療従事者に求めることの有無・内容（自由記載）、今後の訪問看護ステーションや行政に求めることの有無・内容（自由記載）、療養者が病院や施設よりも自分らしく過ごせると思うかの有無、在宅介護について思うことや提案など（自由記載）である。以後、介護者アンケートと記す。介護者のストレスは、社団法人全国老人保健施設協会の「長続きする介護のコツとストレスチェックシート」を用いてアンケート調査を行った。ストレスチェックシートは全国老人保健施設協会の承認を受けて使用した。ストレスチェックは「介護や世話をすることについてどのような考えを持っている」かについて「はい、いいえ、わからない」で答えるものであり14項目からなる。回答から「ストレスがない」、「あなた自身が気づいていないストレスがあるかもしれませんが、どこかで無理をしていませんか、介護サービスの専門家に相談してみてください（ストレスが少しある）」、「相当なストレスがたまっているようです、介護サービスの専門家に相談するとともに、介護の方法を見直してみましよう（ストレスがある）」、「悩みが3つ以上あるばあいは、その解決策を、一人でなく誰かと相談して考えてみましょう（悩みがある）」を判定する。

調査期間は2019年5月～6月、2020年6月～7月で、調査方法は、①研究者と面識のある埼玉県内にある、訪問看護ステーションの施設長とスタッフ（以後、訪問看護師と記す）に研究の趣旨を説明。②訪問看護師により在宅療養者の家族へ研究説明用紙、アンケート用紙の配布と回収の実施。③回収後は訪問看護管理者から研究者にアンケートを受け取った。アンケート配

布先は、訪問看護ステーションの方で無作為に抽出した。コロナ流行期間であるが配布先は影響の無い家庭であった。

ストレスの有無（「ストレスがない」、「悩みがある」、「ストレスが少しある」、「ストレスがある」）と介護者アンケート内容（項目）の関係を明らかにするためSPSS Ver. 22により統計分析を行った。統計分析の内容は、クロス集計（独立性の χ^2 検定）、平均値の差の検定（t検定）、相関分析である。介護者アンケート項目の年齢、世帯数、子供数が量的変数、介護状態・環境項目（介護度、介護期間、手伝いの有無、相談者の有無、ストレスの有無など）は質的変数（順序尺度）であることと、正規性の仮定ができないのでノンパラメトリック分析を行った。クロス集計分析でストレスの有無と介護者アンケート項目と関係があるか独立性の検定を行った。検定はデータ数が少ないため正確確率を用いた。また、ストレスと介護者アンケート項目の関係の有無・強弱を把握するため相関分析を行った。いずれの変数も順序尺度であることにより相関係数の検定はノンパラメトリックのスピアマンの順位相関係数を用いた。

3.倫理的配慮

本研究は大東文化大学倫理委員会の承認（承認番号：DHR18-026）を得て実施した。訪問看護ステーション及び全対象者に本研究の趣旨や内容を説明し、アンケートには氏名、住所は含まれず個人を特定することはできないことを説明し研究に対する同意（同意書）を得た施設・人へののみ実施した。収集したアンケートの内容及びデータは全て個人が特定されないように統計的に処理され、アンケート用紙は、研究終了後シュレッダー処理を行い廃棄する。

4.結果

「ストレスがない」、「悩みがある」、「気づいていないストレスあるかもしれない」、「相当なストレスが溜まっている」（以後、ストレスの有無・4群とする）の度数は1名、6名、6名、2名であった。「ストレスがない」と「悩みがある」を合併し

表1 介護者、療養者の基本属性

項目(変数)	ストレスの有無別割合(%)		変数の内容の割合(%)
	ストレスがない	ストレスがある	
性別			
男	67	33	40
女	33	67	60
年齢区分			
64歳以下	33	67	20
前期高齢者	50	50	53
後期高齢者	50	50	27
仕事の有無			
無しか主婦	42	58	80
有り	67	33	20
介護度			
要支援	50	50	27
要介護	45	55	73
病名			
認知症	25	75	31
その他	56	44	69
療養者の年齢区分			
前期高齢者	33	67	20
後期高齢者	50	50	80
平均値			
項目(変数)	ストレスがない	ストレスがある	合計
介護者の年齢	72.14	70.88	71.47
標準偏差	11.23	7.99	9.30
世帯数	2.29	2.88	2.60
標準偏差	0.76	1.13	0.99
子供数	1.29	1.50	1.40
標準偏差	1.11	0.93	0.99
療養者の年齢	78.00	83.00	80.67
標準偏差	5.94	8.57	7.65
介護をしている期間	4.07	2.85	3.42
標準偏差	1.27	1.85	2.77

表2 平均値の差の検定

項目(変数)	ストレスの有無	度数	平均値	平均値の差	標準偏差	有意確率
介護者の年齢	ストレスがないか悩みがある	7	72.14	-1.26	11.231	0.803
	ストレスがある	8	70.88			
療養者の年齢	ストレスがないか悩みがある	7	78.00	5.00	5.944	0.219
	ストレスがある	8	83.00			
世帯人数	ストレスがないか悩みがある	7	2.29	0.59	.756	0.263
	ストレスがある	8	2.88			
子供数	ストレスがないか悩みがある	7	1.29	0.21	1.113	0.690
	ストレスがある	8	1.50			
介護をしている期間	ストレスがないか悩みがある	7	4.07	-1.22	1.272	0.415
	ストレスがある	8	2.85			

「ストレスがないか悩みがある」とした場合の度数は7名、「気づいていないストレスあるかもしれない」、「相当なストレスが溜まっている」を合併し「ストレスがある」とした場合の度数は8名となる。以後、「ストレスがないか悩みがある」、「ストレスがある」をストレスの有無・2群とする。4群、2群と分けた理由は、主として4群は順序尺度として相関分析に適用し、2群はクロス集計 (χ^2 検定) に適用した。

ストレスが個人属性、介護の状況・環境、介護者が感じていること・思っている事とどのような関係があるか、ストレスの要因は何かを明らかにするため分析を行った結果を以下に示す。

最初に、介護者、療養者の基本属性を

表1に示す。介護者の平均年齢は71.47歳、平均世帯数は2.6人、平均子供数は1.4人、療養者の平均年齢は80.57歳であった。介護者の男女割合は「男性40%、女性60%」、年齢区分の割合は「64歳以下20%、前期高齢者53%、後期高齢者27%」、仕事の有無の割合は「無し・主婦80%、仕事有り20%」、介護度の割合は「要支援27%、要介護73%」、療養者の病名の割合は「認知症31%、その他の疾患69%」、療養者の年齢区分割合は「前期高齢者20%、後期高齢者80%」であった。

次に、量的変数(介護者の年齢、療養者の年齢、世帯人数、子供数、介護期間)がストレスに関係があるかをストレスの有無・2群について平均値の差の検定を行った結果を表2で示す。「介護者の年齢、療養者の年齢、介護期間」はKolmogorov-Smirnovの正規性の検定により正規性が確認されたので、t検定、「世帯人数、子供数」は正規性が確認されなかったの

でMann-Whitney検定を行ったが共に有意の差は認められなかった。ただ、ストレスの有無別に平均値を比較すると「ストレスの無し/有りの平均年齢 = 72.14歳 / 70.88歳、介護期間 = 4.07年 / 2.85年、療養者の年齢 = 78歳 / 83歳、世帯数 = 2.29人 / 2.88人、子供数 = 1.29人 / 1.5人」であり、若干の相違が見られた。

「性別、仕事の有無、療養者の介護度、病名、介護を手伝ってくれる人はいるか、在宅で介護して良かった事があるか、在宅介護での大変さがあるか、医療従事者に求めることはあるか、訪問看護ステーションや行政に求めることはあるか、在宅介護は自分らしく過ごせると思うか、経済的負担感、これからも今までのような介護や世話をしていこうと思うか」は名義尺度、順序尺度であり、ストレスの有無に関係性があるかについてクロス集計の χ^2 検定を行った。度数に5未満がある場合の検定

表3 クロス表とPearson のカイ 2 乗

項目 (変数)		ストレスがない か悩みがある	ストレスがあ る	合計	正確有 意確率 (両側)
性別	男	4	2	6	0.315
	女	3	6	9	
仕事の有無	無し、主婦	5	7	12	0.569
	有り	2	1	3	
療養者の介護度	要支援	2	2	4	1.000
	要介護	5	6	11	
病名	認知症	1	3	4	0.559
	その他	5	4	9	
介護を手伝ってくれる人	いる	3	4	7	1.000
	いない	4	4	8	
在宅で介護して良かった事があるか	ある	4	3	7	1.000
	ない	1	1	2	
在宅介護での大変さがあるか	無い	4	2	6	0.315
	有る	3	6	9	
医療従事者に求めること	特にない	6	8	14	0.467
	あり	1	0	1	
訪問看護ステーションや行政に求めること	特にない	6	6	12	1.000
	あり	1	2	3	
在宅介護が自分らしく過ごせるか	思う	7	6	13	1.000
	思わない	0	1	1	
これからも今までのような介護や世話をしたいと思うか	分からない	0	2	2	0.467
	はい	7	6	13	

の差が大の変数でストレスが有りの割合は「男性で 33%、女性で 62%」、「仕事で主婦・無しが 58%、有りが 33%」、「疾患は認知症が 75%、その他の疾患が 44%」、「在宅介護は大変とっていない人は 33%、思っている人は 67%」、「自分らしく過ごせると思っている人は 46%、思っていない人は 100%、経済的負担感が有る人は 75%、無い人は 29%」であった。また「ストレスが無い人で介護の継続を希望している人は 100%、ストレスが有る人で介護の継続の希望者は 75%」であった。

「ストレスの有無」と「個人属性、介護の現状と介護者の介護に関して思っていること・感じている」こととの関係の大きさと正負を見るために相関分析を行った。変数に順序尺度、間隔尺度が混在しているので分析にはスピアマンの順位相関係数 (Spearman の ρ) を用いた。その結果は表 4 で示す。「世帯人数と療養者の希望が叶って良かった」が $p < 0.05$ で相関値の有意差があった。また、「在宅になって時間が使いやすくなった、体力的に大変になった、精神的に大変になった、在宅介護の方が病院や施設よりも自分らしく過ごせる」は $p < 0.1$ で有意傾向があった。

在宅介護において介護の継続は重要であり継続とストレス、療養者の自分らしく過ごしているかについて分析した結果を以下に示す。介護期間は、半年以内 6.7%、1 年以内 13.3%、2 年以内 20%、3 年以内 20%、5 年以内 13.3%、6 年以上 26.7%であり、6 年以上が最も多かった。「これからも今までの

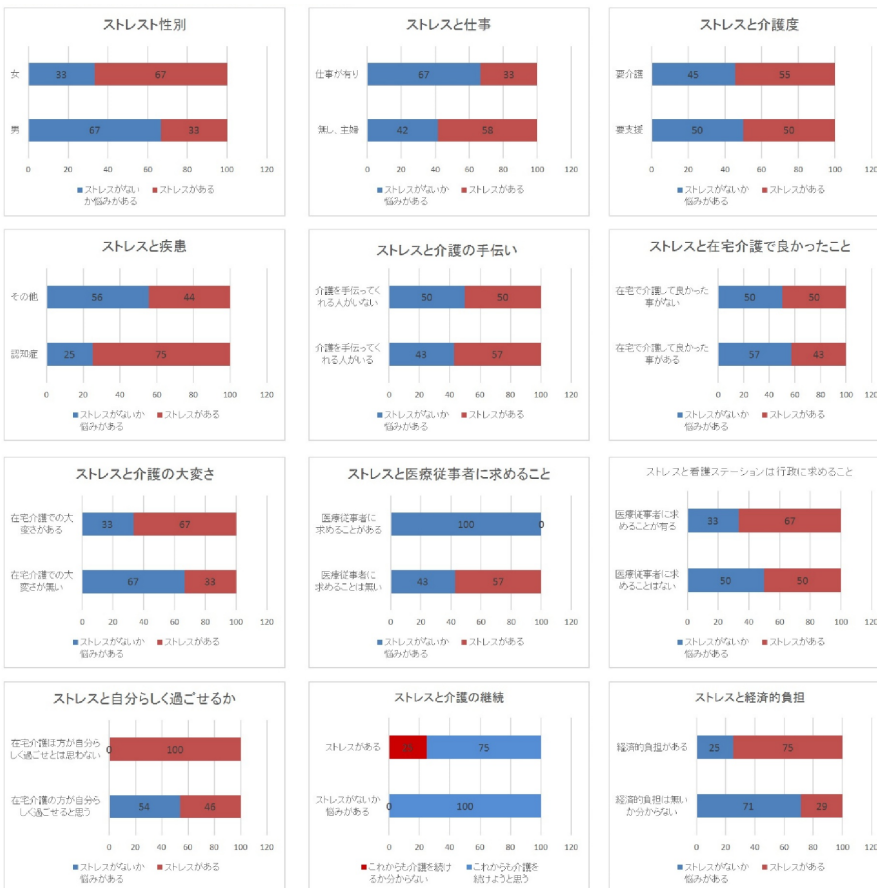


図1 性別、仕事、病名、在宅看護で思っていることとストレスとの関係

は Fisher の正確確率を用いた。結果を表 3 で示すが、いずれの変数もストレスとの関連性は認められなかった。表の度数を比率 (%) に変換して積み上げ横棒グラフ (図 1) で示した。ストレスの有無で比率

表4 相関分析 (ストレスとの相関)、Spearmanの ρ

項目 (変数)	相関係数	有意確率 (両側)	度数
年齢	-0.247	0.374	15
世帯数 *	0.528	0.043	15
子供数	0.014	0.962	15
介護をしている期間	-0.480	0.070	15
療養者の年齢	0.266	0.338	15
在宅の方が気が楽になった	0.256	0.357	15
在宅になって時間が使いやすくなった	0.462	0.083	15
療養者と一緒にいる時間が増えた	0.413	0.126	15
療養者の希望が叶って良かった *	0.593	0.020	15
家族との連携が強くなり、絆が深まった	-0.009	0.975	15
近所の方に相談することで、地域性が深まりよかった	0.297	0.282	15
在宅で介護して良かった事・合計	0.366	0.180	15
在宅で介護して良かった事	0.397	0.143	15
自分の時間がなくなった	0.293	0.288	15
他の家族との時間のバランスを取るのが大変だった	0.293	0.289	15
医療従事者との関係性を築くのが大変だった	-0.168	0.549	15
住居環境を整えるのが大変だった	0.287	0.300	15
体力的に大変になった	0.453	0.090	15
精神的に大変になった	0.466	0.080	15
在宅介護での大変さ・合計	0.452	0.091	15
在宅介護での大変さ	0.256	0.357	15
在宅介護の方が病院や施設よりも自分らしく過ごせる	0.511	0.052	15

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

ような介護や世話をしたいこうと思いませんか」の質問に 86.7%が「はい」と答えている。ストレスの有無では、ストレスがある人で介護の継続を望んでいる人は 75%、介護の継続を望んでいない人は 25%であった。ストレスがない人で介護の継続を望んでいる人は 100%、介護の継続を望んでいない人は 0%であった。在宅介護の継続希望者は、介護を受けている人が病院や施設よりも自分らしく過ごせると思っている人は 100%であった。

在宅介護を選択する場合、その経済的負担も考慮する必要がある。そこで、在宅介護者の介護の経済的負担感について分析した。「介護や世話のための出費が経済的な負担となっていますか」の質問で「はい」と答えている介護者は 53.3%、「いいえ」は 46.7%であった。ストレスのある人で経済的な負担となっている人は 75%、なっていない人は 25%であった。ストレスのない人で経済的な負担となっている人は 29%、なっていない人は 71%であった。しかし、「経済的な負担となっている」人が「これからも今までのような介護や世話をしていく」と思っている人が 88%、「在宅介護は療養者が自分らしく過ごせる」思っている人も 86%であった。介護の継続の希望者は療養者が自宅で自分らしく過ご

していると思っている割合は 100%で、介護を継続したくないと思っている介護者の 100%が自宅で自分らしく過ごしていないと思っている。

5.考察

本研究では次の理由で量的分析 (研究) を行った。質的研究は客観化が難しくサンプルの収集を特定の集団から各研究者が面接・観察によって実施することが多く、得られた結果を一般化する (客観性を担保すること) が困難である。質問と質問者の聞き方によっても左右され、回答者に偏り (潜在的なバイアス) がある場合はデータに影響を及ぼす可能性がある。質的研究を

行う場合の調査ではデータを各研究者が面接 (構成的面接法、半構成的面接法、非構成的面接法) を実施し必要な情報を得ることが必要となる。面接では必要に応じて ICレコーダーでの記録やビデオ録画を行うことが多く、回答者に対する十分な倫理的配慮が必要になる。本研究の対象者は在宅介護における介護者であり面接によるデータ収集は倫理面での問題また承諾を得る困難さなどがあることからアンケートによる量的研究を行うこととした。調査で十分なサンプル数が得られなかったことから、15 サンプルでも統計的検定が可能な 2 変量での分析を行った。

ストレスと個人属性、在宅介護をしようの思い・感じていること、医療従事者、行政・看護ステーションに求めること、経済的負担についての分析結果から今後の在宅介護に必要とされる支援内容について先行研究を考慮して考察する。

個人属性とストレスに関して表 1、表 2 からは有意差が無かったが「介護者の年齢が低く、世帯人数が多く、介護期間が短く、世帯数・子供数が多い」場合にストレスを受けている傾向があった。表 3、図 1 からは「女性、仕事なしか主婦、認知症、在宅介護は大変と思っている、自分らしく過ご

せると思っていない」場合にストレスを受けている傾向があった。また、ストレスが無い人で介護の継続を希望している人は100%、ストレスが有る人で介護の継続の希望者は75%であった。介護者の全体の女性比率は60%であり、過去のデータと比較し、女性の介護率は緩和しているが、本分析では女性介護者のストレスは高値であった。日本では女性が家事や育児といった風習が根強くあり、介護負担は女性に強いことが示された。家族全員が介護を担うことが可能であれば、女性は精神的にも開放され、時間の使い方も変化していくと考えられるが、世帯数が多い家庭では、女性が介護を担うことが多く、更に家族が多いと家事も負担となっていると考えられる。杉浦圭子ら(22)は「女性介護者は介護負担感が男性より高い」との報告しており本結果と一致する。介護期間と介護負担感の関係は杉原陽子ら(23)が報告しており、介護期間が長いと負担感が増加するが、うつ病自己評価尺度と介護期間の関係は有意の差が無かったとしている。また、Macchi ZA et al(24)によると「一般的に、介護負担感に影響をもたらす要因として介護者の年齢、介護期間がある」としている。介護期間の解釈は本結果と一致しない。しかし、介護負担感とストレスの尺度及びサンプル数が異なることから相違がある可能性がある。従って、本結果は否定できないが今後の検討課題である。

介護を行う家族の年齢が低い場合はストレスを受けている傾向があるが、介護に慣れてなく療養者への食事、入浴、処置などと看護ステーション・行政への対応の戸惑い、不安などでストレスを受けているのではないかと推測される。年齢区分をみると、前期高齢者が多くを占めており(64歳以下=20%、前期高齢者=53%、後期高齢者=27%)、老々介護が示唆される。療養者は、自身の母が31%、自身の配偶者が69%であり、両親を介護する時代から自分の配偶者を含む介護の時代に突入していることが想定される。仕事をしている主婦の場合は、職場あるいは仕事でストレスが発散できているのではないかと思われる。

本研究の対象者となる療養者には、認知機能に何らかの問題が生じる疾患が多く、療養者が認知症の場合介護者のストレスは増える傾向があった。療養者の疾患は多重回答で「認知症 31.6%、パーキンソン病 15.8%、脳梗塞 10.5%、脊髄梗塞後対マヒ 5.3%、筋ジストロフィー 5.3%」であり、認知症が多くを占めた。資料(25)から訪問診療の対象患者割合は認知症が循環器疾患について多く52%程を占めている。他の疾患と比較して、認知症の場合、身体的なケアの負担だけでなくコミュニケーションの難しさがストレスの原因になっている。また認知症療養者の身体機能が比較的自立している場合には、身の回りの世話だけでなく、徘徊などで目が離せないなどの問題がストレスの要因にもなっている。認知症の介護にあたる家族の介護負担やストレスは大きく、家族介護者の半数以上にうつ状態が認められるという報告 Cohen D. et al(26)もある。さらに、認知症とストレスについて佐伯ら(13)は「認知症高齢者の介護負担の要因は認知度の重症化という疾病に関連する要因があり、それに伴う被介護者の日常生活機能の低下、BPSDの増加が、1日あたりの介護時間の増加をまねき、主介護者にとって強いストレス要因となっている」と述べており本結果と一致する。

次に介護者の感じている事や思いについて以下のことが示唆された。「療養者の希望が叶って良かった、在宅介護は介護を受けている人が自分らしく過ごせる、在宅になって時間が使いやすくなった(在宅肯定感)」と感じている人はストレスが少なく、「体力的に大変になった、精神的に大変になった」と感じている人はストレスを受けていた。在宅肯定感のある人はストレスが少なく、療養者は希望をした場所で自分らしく過ごしており、介護者は時間的余裕が増え、療養者の尊厳の保持と自立生活・住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることを実現させようとする意識が高くそれに向かって努力をしているのではないかと推測される。「在宅になって時間が使いやすくなった」と思っている人は「家族との連携が強くなり・絆が深まっ

た、近所の方に相談することで地域性が深まった、在宅介護で気が楽になった」とも感じている。介護施設などでの介護よりも時間的な余裕ができた（思っている）場合には家族・地域連携が深まり（結果、協力・支援が得られる）、介護負担感緩和（精神的なリラクゼーション、ストレスの減少）につながることを推測される。

介護の継続とストレスに関しては以下のことが考察される。ストレスがある人で介護の継続を望んでいる人が75%、ない人の介護の継続は100%という結果であったことから、ストレスが介護の継続に影響していることは否定できない。先行研究として平野明美(27)があり「介護を継続しなければいけない現状があることが介護負担感を増加させる要因になりうると予測する」と述べており、ストレスと介護継続の関連を指摘している。

介護を希望するかと介護期間の平均値の差の検定（継続を希望する=3.87年、希望しないか分からない=0.5年）では有意差（ $p<0.01$ ）があり、継続を希望する場合、長期介護者が多かった。介護期間とストレスは、ストレスがある場合2.85年、無い場合4.07年であり、長期介護者はストレスが低かった。長期介護者はストレスが低く介護を継続するという意識に関係していると推測される。先行研究として今福恵子ら(28)があり、介護の継続と関連要因の分析で、介護の継続に「介護年数、訪問看護師の情緒的サポート、親戚・療養者の情緒的サポート、介護負担感」が関連しており、介護期間が長く、介護負担感が大きい場合は継続意志を阻害すると述べている。介護期間が長い場合本研究と一致しないが、前述したように介護負担感とストレスの尺度の差異やサンプル数に起因すると推測され本研究の結果は否定できないと考える。

しかし、ストレスの有無にかかわらず、介護継続希望者の療養者は自宅で自分らしく過ごせると100%感じているという結果が示され、ストレスを抱えながらも介護に充実感を感じており継続したいと意思・意向があることが示唆された。

医療従事者については93%が求めるこ

とは無いと回答しており、行政・看護ステーションについても80%が求めることは無いという結果から、支援については満足していた。ストレスと医療従事者支援関連も低かった。

在宅介護を選択する場合、その経済的負担はかなりのものになる。各自治体が財務状況に合わせて現金を支給（自治体によって異なり、ほぼ年額10万円~12万円程度）である。また、訪問介護などを受ける場合には介護保険の対象となるが、限度額を超えてからの介護サービス代や保険外の介護タクシー、家事代行のサービスといったものはすべて自費となる。介護における自己負担額は月々3万円~5万円と言われており、実際に介護をしてもらう期間は平均するとだいたい5年程度というデータがあり、毎月5万円ほど、これが5年間続くと仮定した場合、介護費用として300万円近くかかることになる。これから、在宅介護を行う場合は介護における経費も念頭に置かなければならない。結果から、介護や世話のための出費とストレスは関係があり、介護や世話のための出費が、経済的な負担となっている介護者はストレスを感じている。櫛直美ら(17)は「介護を肯定的にとらえる力および介護生活からの転換力が高いほうが精神的、肉体的、経済的負担感のいずれも低く、逆に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いと、いずれも高かった」と報告している。介護に対する負の感情表出力をストレスと解釈すると本結果と一致している。

しかし、ストレスを感じながら「これからも今までのような介護や世話をしていく」、「在宅介護は療養者が自分らしく過ごせる」思っている介護者が90%程度であり、経済的負担感がストレスにはなっているが、介護の継続、療養者が自分らしく過ごしていることへの妨げにはなっていない。介護の継続の希望者は、療養者が自宅で自分らしく過ごしていると思っている割合が100%であり、療養者が自宅で自分らしく過ごせるかは介護の継続に強く影響している。介護の継続はストレスと関係がありストレスを受けないことが自宅で過ごせる

かの有無に重要な因子となっている。介護を継続するため、また療養者が自分らしく過ごせると感じて介護をするためにはストレスを受けないような対策を講じることが重要となる。

ストレスに対して個人属性では療養者の疾患が影響しており、特に療養者が認知症の場合悪化を防ぐ対応・対策が必要になる。認知症への対応については医学・看護・介護の多方面か研究が進められており実施されているが、認知症に関する在宅介護の先行研究として守本とも子ら(29)、加賀谷紀子(11)などある。加賀谷紀子(11)は看護の視点から認知症の在宅看護を論じている。認知症支援の三要素として「より良い介護環境、暖かい気持ちでの適切なケア、薬による治療」を挙げている。守本とも子ら(29)は「介護者は加齢による機能低下から起こる現象と認知症という疾患を理解し、認知症高齢者の奇異な行動にも意味があることの意味を理解することが、介護者の精神的な介護負担軽減に有用である」としている。このような認知症の所見や対応を意識し療養者と接することが重要であるとともに訪問看護ステーションの医師・看護師の支援を積極的に受けることが必要であろう。介護ストレスへの対応に関する先行研究としては服部万里子(30)があり「精神的ストレスへの対応（孤立感への対応、介護者自身の介護感をゆるめる）、身体的ストレスへの対応（介護の身体的負担を減らす、施設やケア付き住宅なども介護の種類として活用する）」を挙げている。本結果でも「体力的に大変になった、精神的に大変になった」はストレスと関係がありその負担感を減らすことがストレス軽減の対策の一つであろう。

6. 結論

介護者アンケートとストレス調査データの解析により以下の結果が得られた。療養者が認知症で低年齢の介護者はストレスを多く受けていた。「療養者の希望がなくなって自宅で自分らしく過している、自分（介護者）の時間が使いやすくなった」と感じている介護者はストレスが少なく、身体的

・精神的・経済的負担があると感じている介護者はストレスを多く受けていた。介護の継続はストレスの有無にかかわらず希望しており、経済的な負担感がある介護者でも、ストレスがあるが「介護の継続、自分らしく過ごせる」との意識を保持していた。

以上のことから、ストレスは在宅介護に環境によって多少の差があるが少なからず影響していることが認められた。しかし、介護者は介護に関する意識は高く強度のストレス環境においても継続や療養者の満足感を感じている。

今後の在宅介護に必要とされることとして、行政の経済的サポート、訪問看護ステーションによる疾患（特に認知症）のフォロー、精神的・身体的負担感への対応などストレスを軽減するための支援が求められる。

7. 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、今回の研究における調査データは15件で少なく統計的所見を得るには必ずしも十分とは言えない。従って、看護ステーションなどの関連施設に協力を求め新たな調査を実施しデータ数を増やすことが今後の課題である。

[謝辞]

アンケートの遂行にあたり、多忙な業務をこなす日々であるのに関わらず本研究に興味・理解を示しデータ収集にご協力を頂いた訪問看護ステーションの看護師の方々、看護学校同期であり友人の横田幸恵さんに心より感謝の意を表したい。

8. 引用文献

- (1)内閣府ホームページ.将来推計人口でみる50年後の日本.平成24年版.高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2012/zenbun/s>
- (2)厚生労働.統計情報・白書.第1部 令和2年度版厚生労働白書令和時代の社会保障と働き方を考える.第1章 平成の30年間と、2040年にかけての社会の変容(参照 p1-14) <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdata/>

- index.html
- (3)厚生労働省.市町村・地域包括支援センターによる家族介護支援マニュアル. 2017. 000307003.pdf
- (4)厚生労働省. 短期入所生活介護におけるレスパイトケアのあり方及び在宅生活の継続に資するサービス提供の在り方に関する調査研究事業. 2015 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou/12300000/Roukenkyoku/0000140269.pdf>
- (5)厚生労働省介. 介護認定はどのように行われるか. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo2.html>
- (6)加藤剛平, 倉知洋輔. 地域在住前期高齢者に対する運動プログラムの転倒予防に焦点をあてた費用対効果分析. 理学療法学. 2020. 第 47 巻. 第 5 号, p. 420-430.
- (7)花岡三賀. 家族介護者に関する研究動向と今後の展望-わが国の高齢者介護に焦点を当てて-. 教育方法の探究. 京都大学学術情報リポジトリ紅. 2007, 10, p. 65-72.
- (8)斎田綾子, 小泉美佐子. 意思確認が困難な終末期高齢者の看護-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出した終末期支援手順の効果-. 老年看護学. 2010, 14(1), p. 15-21.
- (9)厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 平成 30 年 3 月. 2017.
- (10)厚生労働省. 人口ピラミッドの変化. 2020. <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdata/02-01-01-01.html>
- (11)加賀谷紀子. 認知症の在宅における家族の介護と看護の役割. 八戸学院短期大学研究紀要. 2016, 42, p. 81~89.
- (12)森本雪子, 土肥真奈, 青木律子他. 在宅で高齢者を介護する家族のアサーティブネスと介護負担感の関連. 日健医誌. 2016, 25 (1), p. 52-57.
- (13)左伯あゆみ, 大坪晴直. 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究. 家族看護学研究. 2008, 13(3), p. 132-142.
- (14)西尾美紀, 成瀬優知. 家族介護の介護に対する肯定・否定的認知評価とそれに関わる要因の検討. 日本地域看護学会. 2007, 10(1), p. 59-65.
- (15)陶山敬子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会科. 2004, 25(4), p. 461-470.
- (16)高橋純平, 鈴木幸氏. 在宅介護における主介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因. 東北文化学園大学リハビリテーション学科紀要. 2011, 7(1), p. 31-36.
- (17)櫛直美, 尾形由起子, 江上史子. 家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響. 日本看護研究学会雑誌. 2019, 42(1), p. 111-122.
- (18)西井正樹, 出田めぐみ, 他. 介護負担感に影響を与える要因-ADLの視点から-. 関西福祉科学大学紀要. 2011, 15, p. 93-105.
- (19)末田啓二. 在宅介護ストレスへの新たな視点-ストレスの二面性に着目して-. 甲子園短期大学紀要. 2021, 39, p. 15-21.
- (20)牧迫飛雄馬, 阿部勉, 他. 在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究. 日本老年医学会雑誌. 2008, 45(1), p. 59-67.
- (21)木村裕美, 西尾美登里, 古賀佳代子, 久木原博子. 在宅認知症高齢者の介護者の対人信頼感による介護負担感への影響と要因. 日農医誌. 2020. 69(2), p. 111-120.
- (22)杉浦圭子他. 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. 日本公衆誌. 2004, 51(4), p. 240-251.
- (23)杉原陽子他. 在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響. 日本公衆誌. 1998, 45(4), p.

320-335.

- (24)Macchi ZA, Koljack CE, Miyasaki JM, Katz M, Galifianakis N, Prizer LP, Sillau SH, Kluger BM. Patient and caregiver characteristics associated with caregiver burden in Parkinson's disease. a palliative care approach. *Ann Palliat Med*9 (Suppl 1) . 2020,S24-S33.
- (25)中医協. 総一6 27.2.18
- (26)Cohen D. and Eisdorfer C. Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *J. Geriatr. Soc.* 1986, 36, p.885-889.
- (27)平野明美. 慢性疾患を持つ患者の介護者におけるストレス要因に関する研究. *修文大学紀要*.2022, No. 14, pp. 25-34.
- (28)今福恵子他. 家族介護者の介護に対する継続意欲と関連要因の分析. *静岡県立大学短期大学部特別研究報告書* (13・14年度) -19. 2003,p.1-7.
- (29)守本とも子他. 認知症高齢者と家族の生活支援への検討ー認知症高齢者の気になる行動の分析よりー. *医療福祉情報行動科学研究*. 2019,Vol.6,p. 55-62. (2019)
- (30)服部万里子. 高齢社会における介護ストレスとその対策. *ストレス科学研究*. 2011,Vol.26,P.1-7.

Factor analysis of nursing care stress experienced by home caregivers

Ritsuko Suwa¹⁾, Kazuyuki Kabasawa²⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Sports and Health Science, Daito Bunka University

2) Faculty of Healthcare and Nursing, Juntendo University

Abstract

Healthcare is shifting from the hospital to the home, and many patients expect in-home care and end-of-life care; therefore, the need for home care is expected to increase. Caregivers are vulnerable to stress, making it difficult to maintain their physical and mental health conditions. This study objectively measured stress and analyzed its relationship with individual characteristics of caregivers, disease conditions of patients, and social support environments with the aim of determining caregiving from the family's perspective and making recommendations for caregiving and nursing support. Stress data were collected from 15 users of visiting nurse stations in Saitama Prefecture using a questionnaire and a stress check sheet created by the Japan Association of Geriatric Health Services Facilities. The relationship between stress, caregiver characteristics, and caregivers' attitudes was analyzed using statistical methods. The analysis revealed higher levels of stress in caregivers of older patients with dementia. Caregivers who felt that "the patient lived their own lifestyle at home as they desired and that they (caregivers) had control over their own time" had no stress, while those who felt the physical and mental burden of caregiving were under a lot of stress. Caregivers who felt financially burdened experienced stress but maintained the belief that they "could continue providing caregiving and live their own lifestyle." The analysis suggested that active interventions by the government and staff of caregiving and nursing services (nurses and caregivers), government financial support, and physical and mental support provided by caregiving and nursing services were required in order for home caregivers to continue caregiving without stress.

Keywords: home medical care, caregiving stress, continuation of caregiving, personality, family support