

〔報 告〕

高次脳機能障害を呈する障害者を介護する家族の介護負担の特徴

河原加代子¹⁾ 飯田澄美子²⁾

要 旨

本研究の目的は、在宅における脳血管障害者を介護する家族の介護場面から高次脳機能障害に特徴的にみられる介護負担を明らかにし、専門職の効果的な援助を検討することである。対象は東京郊外の1都市に在住する脳卒中の家族会に所属する介護者6名であり、調査方法は面接調査を実施した。結果として以下のことが明らかになった。1) 脳血管疾患による高次脳機能障害を残した障害者を介護する介護者は、退院直後から一日の大半を障害者の介護に当てなくてはならないという心身両面からの介護負担が大きい。2) 高次脳機能障害を呈する障害者を介護する介護者は、疾患や機能障害についてよくわからない、先の見通しがたたないという精神的な介護負担が大きい。このことから、脳血管障害者(特に高次脳機能障害)を介護する介護者への援助は、1) 介護者が脳血管疾患による高次脳機能障害、能力障害について十分理解することにより、介護者が自分の行っている介護を意味づけ、介護者が肯定的な対処行動がとれるように働きかけることが重要である。また2) 疾患や高次脳機能障害について十分理解することにより、介護者自身の置かれている状況を介護者が客観的に把握し、先の見通しがもてるように働きかけることが重要である。

キーワード：脳血管障害者、高次脳機能障害、家族介護者、介護負担

1. はじめに

脳血管疾患は死亡率は減少傾向にあるものの、その受療率は依然として高く、日常生活に影響のある疾患の第2位となっている¹⁾。そのため脳血管障害者が急性期の治療とリハビリテーションを経た後も、何らかの機能障害を残し、退院後の在宅介護を必要とすることが少なくない。脳血管障害者が家族とともに在宅で自らの生活を再構築していくためには、在宅介護に関わる専門職は、障害者だけでなく介護者を中心とする家族を援助していく必要がある²⁾。

脳血管疾患はその機能障害のレベルが様々であり³⁾、特に高次脳機能障害を呈する場合は、介護場面

における障害者と家族介護者の間に疾患特有の障害から引き起こされる混乱や葛藤がある⁴⁾。日常生活の介護場面における障害者と介護者の相互作用が脳血管障害のリスク管理に関して有意に関連があり⁵⁾、両者の関係が抑うつに強く影響することが明らかにされている⁶⁾。高次脳機能障害を残した障害者の介護は、基本的な日常生活の多くの部分で介助を必要とし、展開される介護場面の多くに障害者—介護者関係が介在する。そのため脳血管疾患やその障害、特に高次脳機能障害の特徴を十分に把握した上で、介入する時期、介入方法を検討する必要がある⁷⁾。本研究の目的は、在宅における脳血管障害者を介護する家族の介護場面から脳血管障害(特に高次脳機能障害)に特徴的にみられる介護負担を明らかにし、専門職の効果的な援助を検討することである。

1) 聖路加看護大学大学院博士後期課程

2) 聖隷クリストファー看護大学；前聖路加看護大学

II. 対象及び方法

1. 対象者

東京郊外の1都市に在住する脳卒中の家族会に所属する介護者87名の中から、以下の基準に該当する者13名に協力を依頼し、そのうち高次脳機能障害を呈する障害者の介護者6名を対象とした。

1) 脳血管疾患の最初の発作による機能障害が出現した障害者で、現在介護を継続している者。

2) 在宅介護の経験がはじめての者。

3) 脳血管障害は、発症部位により機能障害にかなり違いがあるため、発症部位に偏りが無いよう選出する。少なくとも、前頭葉症状、左半球症状、右半球症状、大脳基底核～内包、視床、小脳、脳幹等の部位など。

2. 調査期間

1997年9月～10月。

3. 調査方法

家庭訪問による面接調査を実施した。1件の面接時間は、1時間から1時間半を要した。障害者が同席しては不都合な場合は、障害者の不在の時間あるいは、別の場所で行った。内容は、発症当時から在宅療養に移行する時期、特に退院後1年間くらいを中心にしたどのような介護を必要としたかについて、日常生活の具体的な行動を通してできるだけ率直に答えてもらった。なお、内容は対象者の同意を得てテープに録音した。

4. 分析方法

1) 分析の枠組み

本研究では分析の枠組みとして2つの考え方を採用している。

「運動行動の階層性」

人間の活動を運動行動の階層性⁹⁾から分析する考え方である。

人間の活動を、階層的に運動 (movement)、動作 (motion)、行為 (act, conduct) の3つの側面から考える。すなわち、運動は姿勢(体位と構え)が時間的

に連続して変化したもので、身体軸と重力の関係(体位: position)、身体の動きの方向、身体の各部分の相対的な位置関係(構え: attitude)の変化として説明できる。動作は運動によって具体的に行われる仕事、課題との関係で行動の分析を行うときの単位となる。行動をその社会的意味や意図との関連で扱うとき、行為が分析の単位となる。本研究の対象者である高次脳機能障害を呈する障害者は、基本的な生活行為全般にわたり介護を必要とする場合が多い。そのような介護場面における人間活動を、機能障害・能力障害を理解した上で共通の視点で分析するために運動行動の階層性は有効である。

「生活行為」

生活行為という概念は、生活動作の獲得が前提にある。脳血管疾患による機能障害は機能レベルが様々に異なるため、生活行為の単位で援助をすることを目標に、障害者の機能レベルに応じて運動、動作、行為の各単位を用いる。本研究では、生活行為の獲得を目指した障害者及び介護者の関わりを「食事」「排泄」「入浴」「更衣」「整容」「健康管理」「余暇活動」「コミュニケーション」の各介護場面として分析した。「移動」は動作として扱った。

2) 分析手順

個々の逐語記録から、(1)日常生活場面において、障害者及び介護者の行動あるいは活動を選出する。(2)その行動を構成している諸活動を運動の階層性(運動、動作、行為)の各レベルで抽出する。(3)生活行為(あるいは動作)の単位で介護場面を選出し、展開場面の数をカウントする。場面の数をカウントすることで、介護場面におけるどの生活行為に介護者の訴えが多いかを把握する。(4)選出された介護場面から高次脳機能障害を呈する障害者の介護に特徴的にみられる介護負担を介護者の語った言葉により分析する。

III. 結果

1. 対象者の属性

表1は、介護者と障害者の現在の年齢、発症時の年齢、障害者の病名と主な障害名、そして介護役割を担う介護者の立場を示したものである。介護者は女4人、男2人、平均年齢61.0歳であり、介護期間の平均年数は5.0年、介護者の立場は妻である場合が4事例、夫が2事例であった。障害者は男2人、女4人、平均年齢62.0歳であり、発症時の診断名は「脳出血」(2人)、「脳梗塞」(2人)、「くも膜下出血」(2人)であった。脳血管疾患の背景疾患である高血圧、糖尿病、高脂血症などの既往をもつ者は4人、そのうち2人は未治療であった。住宅は持ち家が多く、経済的に安定している事例が多かった。

2. 介護者が語った介護場面(数)とその内容

表2に各事例ごとに生活行為(あるいは動作)の単位で選出した介護場面の展開数と内容を示した。内容は大きく5つに分けられ、内容が重なって含まれている場合は無理に分類せず、場面の実数に()を付して示した。

1) 「介護状況」は主に①「介護者の健康状態」②「障害者の状態・変化」③「介護に関する情報」④「介護者の心理的な負担」に関する内容であった。うち最も多く介護場面に展開された内容は「障害者の状態・変化」であった。特に「失語症」が重度である事例Aと前頭葉症状による「見当識障害」等が重度の事例Hに多かった。「介護者の健康状態」についても場面数は多く、特に「病識失認」等の右半球症状を呈した事例Cに多くみられた。「介護に関する情報」では介護過程におけるタイムリーで有効な情報はほとんどなかったという内容が大部分を占めた(事例B)。「介護者の心理的な負担」は「介護者の健康状態」に強い危機感が生じていた事例Cに多かった。

2) 「疾患に関する情報」は事例C及び事例Eに多く展開された。主として医師からの説明に対し、情報が不十分であるといった内容であった。

3) 「介護上の助け」は現在提供されているサービスについては「介護状況」の各場面に含まれる場合が多かったため「介護状況」に分類し、サービスは現在

ないが将来あつたほうがよいと思う介護上の助けについては「希望する助け」として取り上げた(事例A, G, H)。

4) 「障害者—介護者関係の変化」は主に①「家族との関係」②「障害者に対する思い」に関する内容であった。本研究の対象者は核家族である場合が多く、介護役割をとる者がほとんどの介護を担っていたが、家族(対象者の子供)のサポートは比較的良好で家族が団結して介護にあたるといった場面がみられた(事例A, B, E, G, H)。特に障害者—介護者間の関係が介護場面に現れている場合は、新たに5) 「介護場面に現れた障害者—介護者関係」として扱った(事例B, C, E, G, H)。

3. 高次脳機能障害を呈する障害者の介護負担の特徴

A. 前頭葉症状を呈する障害者の事例

(1) Eさん 女, 62歳(発症時年齢: 54歳)「くも膜下出血」

この事例は、くも膜下出血にて入院中に2回、退院後再入院により3回目のシャントの手術を受けて自宅退院となった。前頭葉症状による自発性の低下が重度であり、発語もほとんどなく無表情。排泄はオムツを使用し、すべての生活行為は全介助を要した。介護場面は、「何から何まで大変」であり、夜間を含めた2時間おきの体位交換を前後に挟み「次から次ぎへと」介護に追われた生活の中で睡眠がとれない状態が続いた([介護者の健康状態](1) - ①)。

また発語がほとんどなく、痛い等の訴えもない状況において、試行錯誤の介護を繰り返す時間の経過の中で最も精神的な負担となったことは「本人の状態がわからない不安」であった。「全く見通しがない」状態で「四苦八苦している」介護者は、反応のない障害者の介護をしながら「何を考えているんだろうかとか、どこまでそのこと(介護者の介護を)感じているのか、全然わかんない」といった障害に対する不安や生活に見通しのつかない不安が強かったと語った([障害者の状態・変化](1) - ②)。

(2) Hさん 男, 63歳(発症時年齢: 59歳)「くも

表 1. 高次脳機能障害を呈する6事例の概要

<p>【事例E】 障害者：女性 年齢：現在62歳 発症時54歳 介護者：夫 年齢：現在68歳 発症時59歳</p>	<p>〈病名〉くも膜下出血 〈障害名〉前頭葉症状、廃用性症状重度、右片麻痺、運動失調 〈現病歴〉くも膜下出血にて某病院にて手術施行（LPシャント術1回目）。8ヶ月後、リハビリのために転院するも、さらに半年後シャントが詰まり、2回目の手術施行。一時は退院するも再々度シャント不良のため3回目の手術施行。その後はシャントの機能良好にて、自宅退院となる。 〈既往歴〉頭痛の訴えは発症1年前より続いていたが、受診せず。 〈退院時〉前頭葉症状により、自発性低下重度で、無表情。自発語もほとんどない。生活行為は、全介助を要した。排泄は、おむつ使用。 〈住宅状況〉持ち家</p>	<p>〈家族状況〉 </p>
<p>【事例H】 障害者：男性 年齢：現在63歳 発症時59歳 介護者：妻 年齢：現在59歳 発症時55歳</p>	<p>〈病名〉くも膜下出血 〈障害名〉前頭葉症状 〈現病歴〉くも膜下出血にて某病院に入院。手術施行（術式不明）。2ヶ月経過の後、リハビリ目的で転院。さらに4ヶ月間、リハビリを行って自宅退院となる。 〈既往歴〉特になし。 〈退院時〉見当識、記憶力障害が中～重度、軽度の左片麻痺が残る。排泄はトイレへの誘導、介助を要した。歩行可。作話、病室の間違い、徘徊がみられた。 〈住宅状況〉持ち家</p>	<p>〈家族状況〉 </p>
<p>【事例A】 障害者：男性 年齢：現在65歳 発症時62歳 介護者：妻 年齢：現在63歳 発症時60歳</p>	<p>〈病名〉脳出血 〈障害名〉左半球症状、失語、失行、右片麻痺、運動失調 〈現病歴〉脳出血にて某病院入院。2ヶ月治療経過をたどり転院。8カ月間リハビリを行って目的で自宅退院となる。 〈既往歴〉高脂血症、アルコール性肝炎。 〈退院時〉失語重度、失行、右片麻痺にて歩行は軽介助～監視が必要。見当識、記憶力障害が中程度。 〈住宅状況〉持ち家</p>	<p>〈家族状況〉 </p>
<p>【事例B】 障害者：女性 年齢：現在64歳 発症時60歳 介護者：夫 年齢：現在69歳 発症時65歳</p>	<p>〈病名〉脳幹部の梗塞 〈障害名〉右片麻痺、運動失調、構音障害、嚥下障害、失語 〈現病歴〉脳梗塞にて某病院に入院。手術施行（術式不明）。2ヶ月後リハビリのため転院。さらに6ヶ月間リハビリを行って自宅退院となる。 〈既往歴〉高血圧症、メニエール氏病 〈退院時〉車椅子による座位保持は可能。体幹の支持性、弱い。食事は、食べこぼしあり。排泄はおむつを使用。構音障害のため、伝達手段に困難がある。 〈住宅状況〉公営団地（1階）</p>	<p>〈家族状況〉 </p>
<p>【事例G】 障害者：男性 年齢：現在56歳 発症時53歳 介護者：妻 年齢：現在52歳 発症時49歳</p>	<p>〈病名〉脳出血 〈障害名〉左半球症状、失語、失行、右片麻痺、運動障害 〈現病歴〉脳出血にて某病院に入院。9ヶ月間治療およびリハビリを行い自宅退院となる。 〈既往歴〉特になし 〈退院時〉失語は重度。日常会話不可。右片麻痺重度にて、生活行為はすべてにおいて全介助を要した。寝返り不可、座位保持不可、排泄はおむつ使用、失禁が続いていた（尿意の訴えなし）。 〈住宅状況〉持ち家</p>	<p>〈家族状況〉 </p>
<p>【事例C】 障害者：男性 年齢：現在62歳 発症時54歳 介護者：妻 年齢：50代後半 発症時46歳</p>	<p>〈病名〉脳梗塞 〈障害名〉右半球症状、左半側空間無視、左半側身体失認、運動失調 〈現病歴〉仕事先で脳梗塞で倒れ、某病院入院。3ヶ月治療経過を見て、転院。A病院、B病院と転院して、13ヶ月あまりリハビリを行い、自宅退院となる。 〈既往歴〉心房細動 〈退院時〉車椅子使用で移動を行う。歩行は杖を使用し、介助があれば室内数歩は可能。 〈住宅状況〉持ち家</p>	<p>〈家族状況〉 </p>

表2. 介護者が語った主な介護場面(数)とその内容

内容	事例	A	B	C	E	G	H
1) 介護状況					(21)	(26)	(18)
① 介護者の健康状態		6	9	18			6
② 障害者の状態・変化		21	10	10	8	8	15
③ 介護に関する情報		1	11	5			
④ 介護者の心理的な負担		1	1	5		2	
2) 疾患に関する情報		(5)	(3)	(12)	(13)	(9)	(6)
3) 介護上の助け							
① 希望する助け		(2)				(6)	(1)
4) 障害者-介護者の関係の変化		(14)	(7)		(5)	(11)	(11)
① 家族との関係							
② 障害者に対する思い							
5) 介護場面に現れた障害者と介護者の関係			13	10	3	8	2

注) 実数は分類確定済み, () 付き実数は分類不可の場面の数を示す

膜下出血

この事例は、くも膜下出血にて入院、手術を受け2カ月経過の後、4カ月間リハビリを行って自宅退院となった。麻痺は軽度であっても前頭葉症状の特徴である「見当識障害」「記銘力低下」が重度であり、障害者本人の突発的な行為が混乱や危険を招く場合があった。介護場面では、介護者は常に目が離せない状態が続いた。「急性心筋梗塞で入院1ヵ月、絶対安静」と医師より告げられた時にも「うち、お父さんがこれこれと説明して」当直医より「自分のこと考えなさいって」言われたと語った。このような介護の過程で介護者の健康はたびたび損なわれた〔介護者の健康状態〕(1) - ①)。

B. 左半球症状を呈する障害者の事例

(1) Aさん 男, 65歳 (発症時年齢: 62歳)「脳出血」

この事例は、脳出血にて入院、2ヵ月治療経過の後8ヵ月間リハビリを行って自宅退院となった。介護場面では、左半球症状の特徴である「失語」「失行」が重度であり、また「見当識」「記銘力」障害も中程度であったため、介護者は意志の疎通がなかなかとれず、「一緒にいる時間」が「ともかく疲れた」と繰り返し語った。介護者自身も入院を余儀なくされる程、何度も肺炎を起こしたり、介護過程における介護者の心理的な負担は特に大きかった〔介護者の健康状態〕(1) - ①)。

また「失行」などの認知機能障害についてほとんど

よくわからないままに介護を継続していたため、精神的な不安が常にあった。「水道栓だと思ってガスの栓を出しっぱなしにしたり」する事故があったりするからと医師に説明され、さらに不安が増強された。〔障害者の状態・変化〕(1) - ②)

(2) Bさん 女, 64歳 (発症時年齢: 60歳)「脳幹部の梗塞」

この事例は、脳梗塞にて入院、手術施行。その後リハビリのため転院、6ヵ月間リハビリを行って自宅退院となった。右片麻痺による運動失調、車椅子による座位保持は可能。失語・構音障害のため、伝達手段に困難があった。仕事を辞め、生活行為のすべてに渡って介護をしていた夫は、介護に「かかりつきりになる」ということが「一番大変」だと応えた。「この人(妻)が居たら出かけられないという気持ちのほうが大変」であり、その気持ちに「圧倒される」思いを語った〔介護者の心理的な負担〕(1) - ④)。

「いろんなことを考えながら」「試行錯誤、試行錯誤」の毎日を送る中で、「これからどうなるんだろうという、見通し」がつかない不安と「この中(頭)の問題だからね・・・全くわからない」という脳に後遺症を残した障害者に対する不安があった〔障害者の状態・変化〕(1) - ②)。

(3) Gさん 男, 56歳 (発症時年齢: 53歳)「脳出血」

この事例は、脳出血にて入院。9ヵ月間治療及びリハビリを行い、自宅退院となった。左半球症状にみられる失語が重度であり日常会話は不可。右片麻痺重度にて、生活行為はすべてにおいて全介助を要した。寝返り不可、座位保持不可、排泄はおむつ使用で失禁が続いていた。介護場面では、毎日の介護状況における身体的な負担に加えて、精神面の障害に対する不安が強かった。「(主人が)すごく喜ぶから」散歩に出かけても家に帰ってくれば散歩に行った記憶がないことに、介護者である妻は、「ドドーと疲れが出ちゃって」、「だんだん馬鹿らしくなる」と訴えた。それでも「私の代わりはいない」のだと思いつくと「追いつめられる気持ち」になり「一種の危機感」を常に感

じていた。〔介護者の心理的な負担〕(1) - ④)

障害の身体面、精神面の「両方の不安」を抱えて介護者は、血管がもろいという医師の説明に「それこそ、腫れ物にさわるといふような」気持ちで障害を残した夫の介護を行っていた。「傷と違ってゆうのと違って見えないもんだから、いったいどうなっているのだろうか」と、「具体的にみえてこないところが」さらに不安を増したと語った(〔障害者の状態・変化〕(1) - ②)。

C. 右半球症状を呈する障害者の事例

Cさん 男, 62歳 (発症時年齢: 54歳)「脳梗塞」

この事例は、出張先で脳梗塞で倒れ入院。3ヵ月治療経過をみて転院し13ヵ月あまりリハビリを行い自宅退院となった。右半球症状の代表的な「失認」や「左半側空間無視」の症状を合併していた。自分の障害に対する認識が欠けるため、できると思い込んで行動することが原因で起こる事故も多かった。「病識失認」のため、介護者が注意をうながしても障害者が受け止めて聞かないため、介護場面において障害者と介護者の言い争う場面がたびたび起こった。そのため身体的負担に加えて心理的な葛藤も大きかった。慢性的な睡眠不足に「どうのこうのしてくれじゃなくて、夜だけぐっすり寝かせて一っで感じ」だったと訴えた。(介護で)頸椎のずれによるひどい肩こりに悩まされながら、「眼が網膜剝離一步手前」だと指摘され緊急手術を受けたり、「心臓も不整脈、完全に出てしまっ」て「薬が離せない」程、健康を障害した(〔介護者の健康状態〕(1) - ①)。

IV. 考 察

1. 高次脳機能障害を呈する障害者を介護する家族の介護負担の特徴

各事例からわかることは、高次脳機能障害を残した障害者を介護する介護者は、退院直後から一日の大半を障害者の介護に当てなくてはならないという心身両面からの介護負担が大きいことである。事例Bや事例E, G, Hのように、ほぼ24時間つきっきり

の介護は介護負担をさらに増加させる。介護負担を強める要因として「介護時間」特に「夜間介護の有無」やその結果「自分の時間がもてない」という要因が有意に関連するという報告⁹⁾もあり、事例Eの介護者が訴えるように「何から何まで」大変であり、その介護は「次から次へと」目の前に常にある状態が継続する。退院前の準備段階で、個々の機能障害のレベルに応じた対応の仕方を生活行為の単位で具体的に体験し、障害者だけでなく、家族介護者を中心とした家族が在宅介護の生活をイメージし、少し先の見通しがもてるような働きかけをすることが重要である。

高次脳機能障害を呈する障害者を介護する介護者は、疾患や機能障害についてよくわからない、先の見通しがたたないという精神的な介護負担が大きいことである。ほとんどの事例に共通した訴えは、身体的にも心理的にも精一杯の介護状況において、障害者がどのように感じているか、どこまでわかっているのかといった疾患や障害がよくわからないことから生じる不安が強いことである。こうした見通しの利かない場合の介護者の不安(anxiety)はさらに強まる¹⁰⁾ことが報告されている。

また障害者の認知障害から引き起こされる心理的な負担も大きい。「病識失認」があり「記憶力」が低下しているために起こる障害者—介護者間の意志の疎通が図れないことから生じる介護者の葛藤は特に強い。介護者の不安に関連する要因として最も重要なものが、否定的な情緒的反応であり、否定的な情緒反応が強ければ不安は強まる¹¹⁾。疾患が同じ機能障害であつても右半球症状の場合は、伝達手段の言語は「失語」や「構音障害」のような左半球症状と異なり、言葉を発した会話は一見成立しているようにみえるため、認知機能が低下しておこる現象であることがわかっていないと、介護者と障害者との間で否定的な感情がたびたび生じ、不安や葛藤がさらに強まる。介護負担は、食事や排泄等の介助しなければならないといった介護者がやらなければならない義務(task)として求められる大変さよりも、身体的介助は軽度であつても介護者自身が個人的に大変だと感

じている大変さのほうがより大きな負担となっている¹²⁾。介護者には介護サービスの提供と同時に脳血管障害(特に高次脳機能障害)について十分な情報を提供し、介護に関わる問題についてカウンセリングなどの心理的サポートが必要¹³⁾である。そして実施している介護に意味をもたせることによつて介護者が肯定的な対処行動がとれるように働きかけることが重要¹⁴⁾である。

2. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は6事例と少ないため、今後、さらに追試をしていく必要がある。またデータ収集は過去に遡った介護経験であり時間的な影響によるデータの偏りがある。今後は退院時からの縦断的な前向き調査が必要である。

V. 結 論

在宅における脳血管障害者を介護する家族の介護場面から脳血管障害(特に高次脳機能障害)に特徴的にみられる介護負担を明らかにし、専門職の効果的な援助を検討した結果、以下の点が明らかになった。

1. 高次脳機能障害を呈する障害者を介護する介護者は、退院直後から一日の大半を障害者の介護に当てなくてはならないという心身両面からの介護負担が大きい。

2. 高次脳機能障害を呈する障害者を介護する介護者は、疾患や機能障害についてよくわからない、先の見通しがたたないという精神的な介護負担が大きい。

3. 脳血管障害者を介護する介護者への援助は、介護者が脳血管疾患による機能障害、能力障害について十分理解することにより、介護者が自分の行っている介護を意味づけ、介護者が肯定的な対処行動がとれるように働きかけることが重要である。

4. 脳血管疾患による機能障害・能力障害について十分理解することにより、介護者自身の置かれている状況を介護者が客観的に把握し、先の見通しがもてるように働きかけることが重要である。

今後の課題として、脳血管疾患や障害についての十分な情報提供と心理的サポートを取り入れた教育的支援方法の必要性が示唆された。

〔受付 '99.5.26〕
〔採用 '99.8.25〕

文 献

- 1) 平成7年国民生活基礎調査, 第2巻, 全国編, 厚生統計協会, 平成8年
- 2) 河原加代子, 飯田澄美子: 在宅脳血管障害者の障害に対する受け止め方とその取り組みのプロセス, 保健の科学, 39:220—225, 1997
- 3) 長谷川幹(編): 脳卒中者のリハビリテーション(第2版), 9—21, 日本医事新報社, 東京, 1995
- 4) 河原加代子, 伊藤まゆみ: 脳血管障害の発症部位別による日常生活上の困難とその支援方法の検討, 北関東医学, 第49巻第4号, 261—268, 1999
- 5) Evans RL, Bishop DS, et al: Family Interaction and Treatment Adherence after Stroke, Arch Phys Med Rehabil, 68: 513—517, 1987
- 6) Schulz R, Tompkins CA, Rau MT: A Longitudinal Study of the Psychosocial Impact of Stroke on Primary Support Persons, Psychol Aging, 3(2): 131—141, 1988
- 7) Haan R, Aaronson N, Limburg M, et al: Measuring Quality of Life in Stroke, Stroke, 24: 2, 1993
- 8) 中村隆一(編): 入門リハビリテーション概論(第2版), 38—40, 医歯薬出版, 東京, 1992
- 9) 臼田 滋, 他: 脳卒中患者の主介護者における介護負担感および主観的健康度とその関連要因, 日本公衆衛生, 43(9): 854—863, 1996
- 10) Grant JS, Davis LL, Living with Loss: The Stroke Family Caregiver, Journal of Family Nursing, 3(1): 36—56, 1997
- 11) Schults CL, Smyrnios KX, Carrafa GP, et al: Predictors of Anxiety in Family Caregivers, Australian Occupational Therapy Journal, 41: 153—161, 1994
- 12) Wallhagen MI: Caregiving Demands: Their Difficulty and Effects on the Well-Being of Elderly Caregivers, Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 6(2): 111—127, 1992
- 13) Mclean J, Roper-Hall A, Mayer P, et al: Service Needs of Stroke Survivors and Their Informal Carers: A Pilot Study, Journal of Advanced Nursing, 16: 559—564, 1991
- 14) Farran CJ, Keane-Hagerty E, Salloway S, et al: Finding Meaning: An Alternative paradigm for Alzheimer's Disease Family Caregivers, The Gerontologist, 31: 483—489, 1991

Characteristics of Care Burden for Families Taking Care of Stroke Patients with Higher Brain Impairment

Kayoko Kawahara¹⁾, Sumiko Iida²⁾

1) St. Luke's College of Nursing

2) St. Luke's College of Nursing ; Seirei Christopher College of Nursing

Key words : cerebrovascular disabilities, higher brain impairment, family caregiver, care burden

The purpose of this study is to identify the care burden characteristics of families taking care of stroke patients with higher brain impairment at home, and seek out effective support by professionals. The subjects were six family caregivers living in a suburb of Tokyo who belong to the Stroke Family Group. The survey was conducted through interviews.

The results were : 1) Care givers for patients with a disability of the higher brain feel the physical and psychological burden strongly, since they have to spend most of the day taking care of the patient right after he or she is discharged. 2) Those who are taking care of patients with a disability of the higher brain have a mental burden, since they do not have much knowledge about the disorder and impairment and do not have much outlook for the future.

The types of professional support needed, therefore, are : 1) Provision of knowledge and information on impairment and disability caused by cerebrovascular diseases so that caregivers can understand the significance of their care and cope positively, and 2) Provision of knowledge about the disorder and disability so that caregivers can understand their role objectively and have a future outlook.
