

報告

高次脳機能障害者の主介護者が抱える介護負担感についての事例考察ーリハビリテーション専門職の立場からー

壹岐伸弥^{1*}, 平田康介¹, 知花朝恒¹, 石垣智也^{2,1}, 尾川達也³, 川口琢也¹¹川口脳神経外科リハビリクリニック²名古屋学院大学 リハビリテーション学部 理学療法学科³西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション部

要旨

本報告の目的は、高次脳機能障害者の主介護者が抱える介護負担感に対して、リハビリテーション専門職としての関わり方の違いがどのように影響するのかを事例を通して考察すること。

対象は脳塞栓症後の80歳代の男性。日常生活は自立可能な心身機能であったが、高次脳機能障害により自宅生活での誤判断を認め、介護肯定感の高い主介護者である妻の支援に対して易怒的であった。妻の介護負担感が高い状態にあり、病前より夫は亭主関白であった。高次脳機能障害の機能改善を主とした関わり（機能的介入）と、主介護者である妻への介護教育を主とした介入（介護教育的介入）経過により示された介護負担感や介護肯定感の変化を考察した。

機能的介入では、介護負担感は軽減したが介護への肯定感が低下した。一方、介護教育的介入では、介護への肯定感が向上したが、介護負担感は再び増加した。

結論として、夫婦間で生じる介護負担感への介護教育は、元来の関係性に配慮した関わり方を選択しなければ、介護負担感を増加させてしまう可能性が示唆された。

受付日 2021年4月21日

採択日 2021年9月9日

*責任著者

壹岐伸弥, PT

川口脳神経外科リハビリクリニック

E-mail:

namidaryuuseigun923@gmail.com

キーワード

通所リハビリテーション,
高次脳機能障害, 介護負担感

はじめに

高次脳機能障害を有する者は在宅生活で介護者の援助が必要であることが多く、本人の在宅生活の継続だけではなく介助者の生活の質(Quality of Life; 以下, QOL)の視点からも、介護負担感に配慮することが重要となる。介護負担感は「親族を介護した結果、介護者の情緒的、身体的健康、社会生活および経済的狀態に関して被った苦痛の程度」と定義されており¹⁾、高い介護負担感は、介護者の死亡、体重減少、不十分なセルフケア・健康管理、睡眠不足、うつ、社会的孤立や社会活動の減少、不安、自殺、経済的負担、離職や雇用形態の変化へのリスク因子となる²⁾。また、介護状況の悪化による被介護者への苦痛³⁾、施設入所による在宅生活の中止にも影響するため³⁾、介護者・被介護者ともに多様な問題を招くものである。

先行研究では、高次脳機能障害を含む脳卒中患者の家族介護者への心理的健康に対して、看護師による認知行動療法および対処スキルトレーニングによる介護教育的介入が介護者の抑うつや不安、介護負担感の軽減に効

果的⁴⁾とされている。また、介護負担感への短期的な効果として、心理士による介入が有効とされる⁵⁾。一方、長期的には介護サービスを増やし、レスパイトケアを行うことが有効とされている^{6,7)}。さらに、強い介護負担感のある家族介護者へは教育的介入効果が乏しい⁸⁾と介護負担感に対する見解は様々であり、脳卒中患者の家族介護者への介入効果も十分に明らかになっていない⁹⁾。この背景には、どのような対象者に、どのように関わることで、介護負担感を構成する多様な要因のどのような指標に変化をもたらすのかが十分に整理されていないことが原因のひとつと考えられる。特に、脳卒中後の高次脳機能障害は症状が多様であることからケアが複雑となるため、介護負担を感じやすい要因の一つとされている^{10,11)}。さらに、種々ある高次脳機能障害のなかでも、易怒性は介護者が常に警戒して生活することから、介護負担感の増加を招きやすい症状とされている¹²⁾。

今回、高次脳機能障害を有する通所リハビリテーション(以下、リハビリ)利用者の主介護者から介護負担感の増大の訴えがあり、サービス担当者会議の開催に至つ

た。その後の経過の中で、通所リハビリでは高次脳機能障害の改善を直接的に図る機能的介入と、対処的戦略として家族への介護教育的介入の 2 つの方法を実施する経験を得た。

本報告では、高次脳機能障害を有する事例を介護する主介護者の介護負担感に対して、機能的介入と介護教育的介入によるリハビリ専門職としての関わり方の違いが、どのように介護負担感に影響するのかを事例を通して考察することを目的とする。

対象

対象は通所リハビリを利用している 80 歳前半の男性である。世帯構成は 70 歳後半の妻と 2 人暮らしであり、他県に次女、同一都道府県内に長女が在住している。要介護区分は要介護 2 で、介護保険サービスは当院短時間型の通所リハビリ週 3 回と、他事業所 1 日型デイサービスを週 3 回利用している状況であった。この期間の通所リハビリの内容に関して、身体機能向上を目的とした集団リハビリと認知機能向上を目的とした漢字の読み書きを行う等の個別リハビリを実施していた。現病歴は、X 日（通所リハビリ利用開始）-5 ヶ月に中大脳動脈領域の脳塞栓症を発症。頭部 CT 画像所見において、右側頭葉から頭頂葉にかけて広範囲の低吸収域像を認め

(Figure 1: 発症後 6 ヶ月の頭部 CT)、発症時より軽度の左片麻痺、左半側空間無視、構成障害、認知機能低下が継続していた。日常生活動作の評価には、日常生活動作の評価である Barthel Index と応用的日常生活動作の評価である Frenchay Activities Index (以下, FAI) を用いた。FAI は応用的日常生活動作に関する 15 項目から 5 つの下位項目を構成し、それぞれ 0~15 点 (屋内家事), 0~9 点 (屋外家事), 0~12 点 (戸外活動), 0~6 点 (趣味), 0~3 点 (仕事) の合計 45 点で評価する指標であり、得点が高いほど応用的日常生活動作が行えていることを意味する。通所リハビリ利用開始時の Barthel Index は 100 点, FAI は合計 21 点と同性同年代の標準値である平均 20.9±標準偏差 11.5 点以上¹³⁾, Mini-Mental State Examination (以下, MMSE) 25 点 (減点項目: 数字の逆算, 遅延記憶, 聴覚的理解) であり、日常生活は自立できる程度の身体機能と認知機能を有していた。しかし、日常生活から全般的な認知機能を簡便に評価することが出来る全 6 項目、各項目 1~5 点

(低値ほど認知行動に問題を有する) の認知関連行動アセスメント (Cognitive-related Behavioral Assessment: 以下, CBA)¹⁴⁾ では、意識 3 点, 感情 4 点, 注意 3 点, 記憶 3 点, 判断 2 点, 病識 2 点と、特に判断能力と病識の低下がみられていた。高次脳機能障害の特徴として、事例は情報処理能力 (遂行機能) の低下を自覚しており、高次脳機能障害の改善に対する通所リハビリに意欲的な態度を示していた。しかし、生活場面では更衣動作の失敗や 1 人でできる外出範囲の判断に誤りを認め、それらに対して介護者である妻が援助する際に易怒性が現

れていた。介護者 (妻) から、「本人の希望にはなるべく添いたい。本人は頑張っているようだけど、私が本人にどのように対応したらいいのかが分からない。身だしなみや 1 人での外出を注意すると怒り、それを機に喧嘩になってしまう。」という訴えを認め、妻も症例を尊重した思いはあるものの、適切に援助できていない状況であった。なお、夫婦間の関係性は病前より亭主関白であったと妻より聴取した。

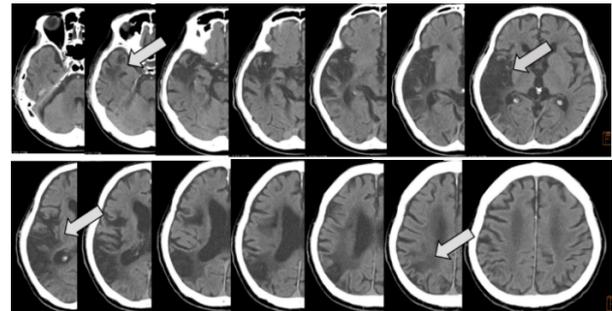


Figure 1 発症後 6 ヶ月時の頭部 CT 画像所見
右中大脳動脈領域の脳塞栓症により右側頭葉から頭頂葉にかけて広範囲に低吸収域を認める。

方法

介護者の介護負担感の評価

介護負担感が多様な要素で構成されていることから、否定的側面と肯定的側面を含む以下の評価を実施した。介護負担感を測定するために多次元介護負担尺度 (Burden index of caregiver; 以下, BIC-11)¹⁵⁾ を用いた。また、介護に対する肯定的側面を介護肯定感尺度¹⁶⁾、介護に対する習熟度を介護への主観的習熟度尺度 (以下, 介護マスタリー)¹⁷⁾、健康に関連する生活の質 (健康関連 Quality of life; 以下, 健康関連 QOL) を SF-8™ Health Survey (以下, SF-8)¹⁸⁾ を用いて評価した。BIC-11 は介護者の介護負担感に関する 6 つの下位項目 (時間的, 精神的, 実存的, 身体的, サービスへの抵抗) を各 0~8 点, 全体的負担感のみ 0~4 点の合計 44 点満点で評価するものであり、得点が高いほど介護負担が高いことを意味する。介護肯定感尺度は介護者の介護に対する肯定感に関する 3 つの下位項目, 介護満足度 (8~32 点), 自己成長感 (4~16 点), 介護継続意志 (2~8 点) の合計 56 点満点, 介護マスタリーは介護者の介護に対する習熟度に関する 2 つの下位項目 (介護役割への達成感, 介護に対する対処効力感) を各 0~15 点, 合計 30 点満点の指標であり、いずれも得点が高いほど介護に対する肯定的評価が高いことを意味するものである。SF-8 は健康に関連する生活の質を 8 つの質問項目と下位尺度 (身体機能, 日常役割機能 (身体), 身体の痛み, 全体的健康感, 活力, 社会生活機能, 日常生活役割機能 (精神), 心の健康) を基に、それぞれ身体的サマリースコアと精神的サマリースコアを算出した。日本国民標準値は 50.0 であり、高値ほど健康に関連する生活の質が

高いことを意味する。各評価の合計点の結果、介護負担感は 28 点、介護肯定感 34 点、介護マスターリー15 点、SF-8 の身体的サマリースコア 23.17、精神的サマリースコア 42.32 であった (Table 1 : 介護者の初期評価)。下位尺度において、介護負担感では時間的、実存的、身体的負担感の項目が高く、介護肯定感では、介護満足度と自己成長感、介護継続意志は高かった。介護マスターリーでは、介護役割への達成感はあるものの、介護に対する対処効力感が低かった。健康関連 QOL では身体的な生活の質が低値を示した。つまり、これらの評価結果から、介護肯定感が高いものの、介護に対する対処効力感が低下していることから、介護負担感の増加ならびに低い健康関連 QOL を示している状態と推察された。すなわち、初期評価時の介護者の介護負担感の特性として、目を離せないことで時間が取られ、自身も高齢であることも影響して自分自身の健康ケアが不十分となり、本人のためと思って関わっても怒られるという時間的、身体的、実存的な介護負担感の高い状態であった。一方、介護に対する肯定感が高く、本人のためと思って介護するも報われない介護負担における否定的な側面と肯定的な側面が混在している状態であった。

結果

本事例の初期評価時、機能的介入後、介護教育的介入後の各評価項目の結果と介入経過を図表に示す (Table 1、

Figure 2)。

1) 機能的介入後の経過

約 3 ヶ月の 1 回の頻度にて、ケアマネジャーが作成したケアプランの内容を各サービスの担当者が集まって検討しあう会議 (以下、サービス担当者会議) において、介護者による機能的介入の希望から、X 日+7 ヶ月後より、高次脳機能障害の機能改善を主とした関わりを 3 ヶ月間、週 3 回各 60 分の計 28 回実施した。具体的には、通所リハビリ特有の集団での認知機能トレーニングや体操に加えて、個別リハビリでの半側空間無視や構成障害に対する左方への注意喚起、模倣課題、パズルやブロック並べ、更衣動作訓練、漢字や計算等の宿題の配布を実施した。しかしながら、事例の機能面に著明な変化を認めず、自宅生活での問題行動も変化を示さなかった。一方、介護者の介護負担感に関する評価 (BIC-11) では、介護負担感が 24 点へと減少し、健康関連 QOL (SF-8) の身体的サマリースコア 41.52、精神的サマリースコア 43.75 へ向上したものの、介護肯定感の介護満足度 17 点、介護マスターリーに対する達成感が 7 点、介護に対する対処効力感が 4 点へと低下した。また、症例の身だしなみや 1 人での外出範囲の問題に対する介護者の介護負担感に関する訴えにも変化を認めなかった。一方で、妻よりリハビリ職に対して、「何でも任せてばかりで申し訳ない」との発言を多く認めた。

これらより、介護満足感が問題行動に起因する介護負

Table 1 主介護者である妻の介護負担感の経過

	初期評価	機能的介入後	介護教育的介入後	
	X日 (通所リハ利用開始) +7ヶ月	X日+10ヶ月	X日+13ヶ月	
() は点数表記				
多次元介護負担感尺度 (Burden index of caregiver ; BIC-11)	時間 (0-8)	8	5	7
	精神 (0-8)	3	5	6
	実存 (0-8)	7	4	7
	身体 (0-8)	5	4	7
	サービス関連 (0-8)	3	4	4
	全体 (0-4)	2	2	3
	合計 (0-44)	28	24	34
介護肯定感尺度	満足感 (8-32)	19	17	20
	自己成長感 (4-16)	9	10	10
	介護継続意志 (2-8)	6	6	6
	合計 (14-56)	34	33	36
介護への主観的習熟度尺度 (介護マスターリー)	介護役割への達成感 (0-15)	9	7	6
	介護に対する対処効力感 (0-15)	6	4	9
	合計 (0-30)	15	11	15
健康に関連する生活の質の尺度 (SF-8™ Health survey)	身体的サマリースコア	23.17	41.52	36.66
	精神的サマリースコア	42.32	43.75	38.72

機能的介入後は、多次元介護負担感尺度の介護負担感が減少したものの、介護肯定感の満足感、介護マスターリーの介護役割への達成感・介護に対する対処効力感が低下した。介護教育的介入後は、介護肯定感の満足感、介護マスターリーの介護に対する対処効力感の向上を認める一方で、介護マスターリーの介護役割への達成感は低下し、多次元介護負担感尺度の介護負担感が増加した。

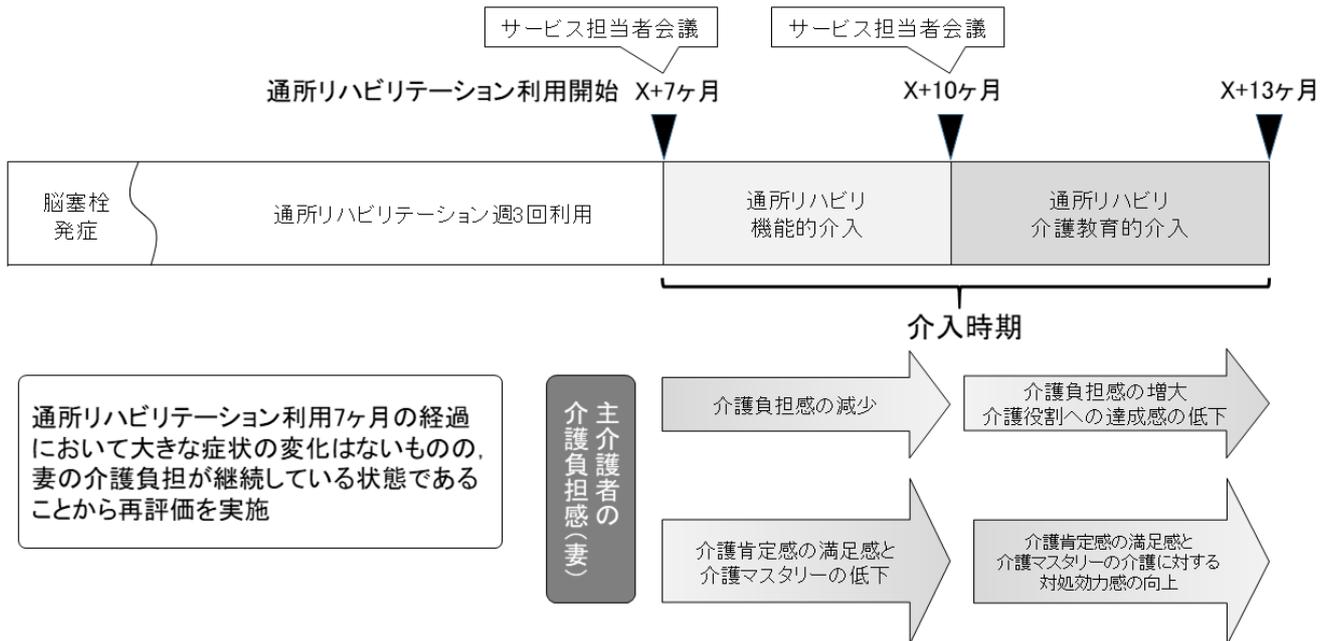


Figure 2 介入経過

脳塞栓を発症し、通所リハビリテーション利用 7 ヶ月の経過において大きな症状の変化はないものの、妻の介護負担が継続している状態であることから再評価を実施した。X+7 ヶ月、X+10 ヶ月時のサービス担当者会議の開催において、主介護者の同意のもと通所リハビリにて機能的介入と介護教育的介入を実施した。

担感を減少させ¹⁶⁾、さらには、介護マスターが介護者の不安や抑うつを減少させる¹⁹⁾との報告があることから、通所リハビリと並行して介護教育的介入を行い、介護肯定感や習熟感の向上を図ることで介護負担感の更なる軽減を図る必要があるのではないかと考えた。妻からも 3 ヶ月後に再び開催されたサービス担当者会議において、自宅に対処可能な介護教育指導の希望があった。このための介護教育的介入として、望月ら²⁰⁾の通所サービスでの介入を参考に、高次脳機能障害への理解と対応を記載した資料配布を行い、電話や直接の面接にて生活状況を確認しながら症状の説明と、それに対する介護方法の提案を 3 ヶ月間、週 1 回各 10 分計 10 回の頻度にて実施した。なお、事例への通所リハビリでの通常の介入は継続して実施した。

2) 介護教育的介入後の経過

X+10 ヶ月後より、3 ヶ月間、週 3 回 60 分の計 20 回の通所リハビリを実施した。介護教育的介入後も、介入経過の中で症例の MMSE や CBA に変化はなく、身体機能と高次脳機能、生活行動に大きな変化を認めなかった。介護者の介護負担感に関する評価 (BIC-11) では介護負担感 34 点、介護肯定感 36 点、介護マスター 15 点、SF-8 の身体的サマリースコア 36.66、精神的サマリースコア 38.72 と、介護肯定感の介護満足度と介護マスターの介護に対する対処効力感の向上を認めたが、介護に対する自己達成感は低下し、介護負担感が増加し、健康関連 QOL も初期評価ほどではないが低下した。介護者からは、「口で注意するよりも字に書いた方が効果ありますね」、「ゆっくり話

すようにしていますけど、どうしても伝わらないときは時間を空けてからもう一度話すようにしています」、「本人がイライラしているときには、娘が主人と電話してくれるので助かります。最近主人から電話を掛けています」、「娘やリハビリの方のことはよく聞きますね」と述べる一方で、「そう思って接するも私と他の人では反応が違う」と関わる者の違いによって、事例の反応に違いがあることへの不満が述べられた。実際に、娘や通所リハビリ職員から受ける介護に対して易怒性が少なかったことを聴取した。

考察

今回、高次脳機能障害により生活行動の誤判断と病識の低下を呈する通所リハビリ症例の主介護者に対して、事例への機能的介入と主介護者である妻への介護教育的介入による関わり方の違いがどのように介護負担感の変化に影響するのかを事例経過から考察する。主たる経過の特徴としては、機能的介入後は介護負担感が軽減し健康関連 QOL が向上したにも関わらず、介護肯定感および介護マスターが低下した。一方、介護教育的介入後は再び介護肯定感と介護マスターが向上したものの、介護負担感が増大し、初期評価時ほどではないが健康関連 QOL が低下した。

機能的介入にて介護負担感が改善し、健康関連 QOL が向上した変化では、本人の機能や問題行動が改善していないが、通所リハビリのサービス利用によるレスパイトケアの効果により、妻の介護機会の軽減に作用したと考える。一方、介護肯定感と介護マスターが低下した

ことについて、介護の責任は介護者自身にあるとの価値観から、介護を他者に任せてしまうことで申し訳なさを感じてしまっていると解釈でき、介護負担の視点では適切であるものの、家族の想いを尊重した上での介護という視点では十分でない可能性がある。

介護教育的介入による介護負担感の変化では、高次脳機能障害に対する理解やそれに関連した介護マスタリーや介護肯定感が向上すれば、仮説的には介護負担感も低下するはずも、本事例では異なる結果を示した。これは、病前からの介護肯定感の高さと被介護者と介護者の元からの関係性が影響している可能性がある。高齢者を介護する配偶者のストレスとその性差について検討した報告によれば、介護する配偶者が男女とも情緒的サポートと介護マスタリーが介護負担を低下させ、精神的健康感に寄与し、女性にのみ介護マスタリーが直接的に精神的健康感に寄与するとされている²¹⁾。そのため、今回、介護者（妻）の介護マスタリーが向上したものの、介護負担感が増大し健康関連 QOL が低下したのは、介護マスタリーと介護負担感や健康関連 QOL との関係ではない別の要因が影響した可能性が考えられる。そのひとつに、病前からの夫婦間の関係性（亭主関白）が影響した可能性がある。家族介護者の多くは配偶者やその子であるが、高齢夫婦間での介護も多く存在する。家族機能の円環モデル²²⁾では、家族機能を「かじとり」と「きずな」の二次元に分類している。この家族機能評価の二次元において極端群に分類される認知症家族介護者は特に介護負担感への介入が必要である²³⁾とのことから、介護負担感を考察する際、夫婦という特有の関係に配慮する必要がある可能性がある。介護のストレスモデルでは、客観的ストレス（事例と介護者の特徴）と主観的ストレス（介護の要求に続く問題と困難さ）が関連要因として概念化されている²⁴⁾ため、今回は、主観的ストレスによる人間関係への配慮が不十分であった可能性があると考えられる。海外の主観的ストレスに関する報告では、被介護者と介護者の関係における生活のゴールや期待についての合意形成や協同関係が不良であると介護負担は高くなることが報告されている²⁵⁾。今回、病前からの夫婦関係を十分に考慮できていない状態で介護教育的介入を実施したことから、さらに介護に時間が取られ、関わると怒られるという構造を有する介護負担感の特徴があるペア（介護者—事例）に対して、妻から夫への関わりを求めるものとなってしまっていた。さらに、高次脳機能障害への理解や対処スキルの向上は得られたものの、他者の方が自分（妻）より言うことを聞くという、介護者の努力量の増加に対して得られる見返りが少ないという不一致を明示することで、介護への自己効力感を低下させるものとなった可能性がある。これらは、「すべての関係において与えることと受け取ることの間にはバランスがある」と仮定する衡平理論²⁶⁾から説明出来る可能性がある。夫婦間の関係性から介護負担を考えた際に、脳卒中生存者とその介護者はケアの提供

と受け方の不均衡のために不平等を経験する可能性が高くなり、この不平等が介護負担を招くという考え方である。この理論を第三者まで拡張すると、最も夫の介護に投資をしているはずの自分よりも、娘やスタッフの方が言うことを聞くという不平等を顕在化させたと捉えられる。今回、これらの二つの理由によって介護肯定感や介護マスタリーは向上したものの、介護負担感が増大したと考えられる。また、本邦における高齢夫婦のみ世帯において認知症高齢者を介護する配偶者の経験として、義務と恩返し、翻弄と当惑、新たな関係作り、模索と獲得、悲嘆と適応、孤独と支え、世界観の広がり²⁷⁾の7つの要素が報告されている。また、高齢者夫婦のみ世帯での介護継続の意思を支える要素と妨げる要素として、介護者は夫婦二人暮らしの中で、諦めの気持ちから生じたやらざるを得ない気持ちと献身的な思いとのせめぎあいの中で介護を行っていることも示されている²⁸⁾。すなわち、夫婦という特別な関係性における介護負担感を解釈する場合には、肯定的な側面と否定的な側面が強く混在した状態にあることを前提とすべきといえる。本事例への関わりを省みた場合、両者の協力関係を得ることが出来れば良いが、事例は高次脳機能障害や病前からの亭主関白もあるため、協力関係の新規構築は難しい可能性が高い。そのため、通所サービス利用によるレスパイトケアを行いつつも、妻が有している介護により得られる報酬の期待値を下方修正しつつ、適切な理解や対処スキルを身につけていくことで介護肯定感や介護マスタリーを向上させる。そして、介護負担感には、他の介護者やサービスを含めたソーシャルサポートが重要な要因となる可能性がある^{29,30)}ため、一人で介護するという認識から、社会や関係者全体で介護するという認識への変容へと導いていくことが適切であった可能性があり、娘のサポートによる働きかけも必要であったかもしれない。そのため、家族や支援に関わるスタッフという単位での易怒性などの問題行動の評価、介護負担を評価、解釈し、関わりに対する考察を加えていく必要があるという課題が明確になった。

一方、介護教育的介入後に健康関連 QOL が初期評価時よりも低値を示さなかった理由として、介護による影響以外に介護者の身体的および精神的状況の影響を受けた可能性がある。つまり、今後は事例に対する介護負担感だけでなく、健康関連 QOL についても聴取し、多角的に介護者の健康状態を考察していく必要がある。また、通所リハビリでの課題として、実際の生活場面を想定した介護教育的介入が行いにくいことと、電話連絡等で通所リハビリ時間以外に時間を要すことから、通所リハビリの状況に適した現実的な手段とは言えなかった。このような場合には、訪問リハビリによる関わりを検討すべきであったと考えられ、実際、訪問リハビリで介護者を対象とした教育的介入を行うと主観的幸福感の向上が認められるという報告もなされている³¹⁾。

結論として、夫婦間で生じる介護負担感への介護教育

は、元来の関係性に配慮した関わり方を選択しなければ、介護負担感を増加させてしまう可能性が示唆された。主介護者である妻の介護負担感という視点でみた場合に、事例の高次脳障害に対する機能改善の余地を検証し、機能改善が得にくいことに関して家族の価値観やニーズを把握、協議したうえで、通所リハビリの継続も含めたレスパイトケアを中心とした関わりに重きをおくのか、介護教育主体の関わりにシフトしていくのかについて、介護者の介護負担感と健康関連 QOL に加えて、夫婦間の関係性に配慮しながら共同的に意思決定していく必要性が示された。

利益相反

開示すべき利益相反はない。

倫理的配慮、説明と同意

本報告に対して、対象者とその家族には十分な説明を行い、書面にて同意を得ている。

文献

- 1) Zarit SH, Reever KE, Peterson JB: Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist* 20: 649-655, 1980
- 2) Adelman AD, Tmanova L, Delgado D, et al.: Caregiver burden: a clinical review. *JAMA* 311: 1052-1060, 2014
- 3) Yaffe K, Fox P, Newcomer R, et al.: Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *JAMA* 287: 2090-2097, 2002
- 4) Kalra L, Evans A, Perez I, et al.: Training cares of stroke patients: randomized controlled trial. *Bmj* 328: 1099, 2004
- 5) Banigan SM, Smith VA, Lindquist JH, et al.: Identifying treatment effects of an informal caregiver education intervention to increase days in the community and decrease caregiver distress: a machine-learning secondary analysis of subgroup effects in the HI-FIVES randomized clinical trial. *Trials* 21: 1-10, 2020
- 6) Panzeri A, Ferrario SR, Vidotto G: Interventions for Psychological Health of Stroke Caregivers: A Systematic Review 10: 2045, 2019
- 7) Silvia S, Martin P, Paul D: How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The gerontologist* 42: 356-372, 2002
- 8) Arai Y, Kumamoto K, Washio M, et al. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the long-term care insurance system. *Psychiatry and clinical neurosciences* 58: 396-402, 2004
- 9) 杉田翔, 藤本修平, 小向佳奈子・他: 脳卒中者を持つ家族の介護負担感に対するリハビリテーション職による介入の効果: ランダム化比較試験のシステマティックレビュー. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 42: 15-25, 2019
- 10) Tooth L, McKenna K, Barnett A, et al.: Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Injury* 19: 963-974, 2005
- 11) 鷲尾晶一, 斎藤重幸, 荒井由美子・他: 北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討: 日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて. *日本老年医学会雑誌* 42: 221-228, 2005
- 12) Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, et al.: Problems family caregivers encounter in home care of patients with frontotemporal lobar degeneration. *Psychogeriatrics* 4: 33-39, 2004
- 13) 蜂須賀研二, 千坂洋巳, 河津隆三・他. 応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅中高年齢者の Frenchay Activities Index 標準値. *リハビリテーション医学* 38: 287-295, 2001
- 14) 森田明子, 石川誠, 金井香 他: 認知機能を行動から評価するための「認知関連行動アセスメント」の開発. *総合リハビリテーション* 42: 877-884, 2014
- 15) Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, et al.: Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health and quality of life outcomes. Psychogeriatrics* 4: 52, 2006
- 16) 櫻井成美: 介護肯定感をもつ負担軽減効果. *心理学研究* 70: 203-210, 1999
- 17) 安部幸志: 介護マスターリーの構造と精神的健康に与える影響. *健康心理学研究* 15: 12-20, 2002
- 18) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: 健康関連 QOL 尺度-SF-8 と SF-36. *医学の歩み* 213: 133-136, 2005
- 19) Chan EY, Glass G, Ali N, et al.: Relationship between mastery and caregiving competence in protecting against burden, anxiety and depression among caregivers of frail older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 22: 1238-1245, 2018
- 20) 望月紀子, 新田静江, 清水祐子: 通所サービス利用高齢者の家族介護者に対する情緒教育的支援の介護負担感にみられる効果. *山梨大学看護学会誌* 3: 27-32, 2005
- 21) 西村昌記: 夫婦間介護におけるストレスプロセス. *家族社会学研究* 24: 165-176, 2012
- 22) Place M, Hulsmeier J, Brownringg A, et al.: The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation? . *Psychiatric Bulletin* 29: 215-218, 2005
- 23) 藤原和彦, 上城憲司, 小松洋平・他: 在宅認知症高齢者の主たる介護者の介護負担感と家族機能との関係について—家族機能システム評価 (FACESKG) を用



- いてー. West Kyushu of Journal Rehabilitation Sciences 4: 1-5, 2011
- 24) Pearlin LI, Mullan JT, Skaff MM, et al.: Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. The gerontologist 30: 583-594, 1990
- 25) Wu CY, Skidmore ER, Rodakowski J, et al.: Relationship Consensus and Caregiver Burden in Adults with Cognitive Impairments 6 Months Following Stroke. PM&R 11: 597-603, 2019
- 26) Walker AJ, Pratt CC, Oppy NC, et al.: Perceived Reciprocity in Family Caregiving. Family Relations 41: 82-85, 1992
- 27) 小林紗織, 白谷佳恵, 田高悦子・他: 高齢夫婦のみ世帯において認知症高齢者を介護する配偶者の経験. 日本地域看護学会誌 21: 32-39, 2018
- 28) 高橋甲枝, 井上範江, 児玉有子・他: 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続の意思を支える要素と妨げる要素ー介護する配偶者の内的心情を中心に. 日本看護科学会誌 26: 58-66, 2006
- 29) 桐明あゆみ, 森山美知子: 認知症を有する人を介護する家族介護者のパートナーシップを築く力の向上を目指した教育プログラムの効果の検討. 日本看護科学会誌 36: 1-8, 2016
- 30) Otero P, Torres AJ, Vazquez FL, et al.: Does the Disease of the Person Receiving Care Affect the Emotional State of Non-professional Caregivers?. Frontiers in psychology 10: 1144, 2019
- 31) 牧迫飛雄馬, 阿部勉, 大沼剛・他: 家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介護負担感および心理状況へ及ぼす効果ー層化無作為割り付けによる比較対照試験ー. 老年社会科学 31: 12-20, 2009



Report

A case report about how to support on burden of family caregivers caring patient with cognitive impairment. -From the standpoint of rehabilitation professional-

Shinya Iki^{1*}, Kosuke Hirata¹, Tomohisa Chibana¹, Tomoya Ishigaki², Tatsuya Ogawa³ Takuya Kawaguchi¹

¹ Department of Rehabilitation, Kawaguchi Neurosurger Rehabilitation Clinic

² Department of Physical Therapy, Faculty of Rehabilitation, Nagoya Gakuin University

³ Department of Rehabilitation, Nishiyamato Rehabilitation Hospital

ABSTRACT

Objective is to examine, through a case report, how differences in the way rehabilitation professionals interact with families of persons with higher brain dysfunction affect their sense of caregivers burden.

The case is a man in his 80's after a cerebral embolism. Although his physical and mental functions were independent in daily life, he had misjudgments in his home life due to higher brain dysfunction, and was easily offended by his wife's support as the primary caregiver with high affirmation of care. The wife's sense of burden in caring for him was high, and the husband had been a husband before his illness. In this study, we examined the changes in the sense of caregivers burden and the sense of affirmation of caregiving shown by the course of the intervention that mainly improved the function of higher brain dysfunction (functional intervention) and the intervention that mainly educated the family about caregiving (caregiver education intervention).

In the functional intervention, Rehabilitation specialists, we must be careful to educate the families of higher brain dysfunction cases on caring for their care burden. The sense of burden of caregiving was reduced, but the positive sense of caregiving decreased. On the other hand, the caregiving education intervention improved the sense of affirmation toward caregiving, but the sense of caregiving burden increased again.

Conclusions, Caregiving education for the sense of caregiving burden that arises between couples may increase the sense of caregiving burden if the method of involvement is not chosen in consideration of the original relationship.

Key words: day care rehabilitation center, Higher brain dysfunction, Caregivers burden