

原著：秋田大学医学部保健学科紀要11(2)：111-118, 2003

在宅ターミナルにおける家族介護者の QOL の特徴 —満足度と QOL の関連—

原 田 真里子¹⁾ 中 村 美知子²⁾

要 旨

本研究の目的は、在宅でターミナル期にある患者を介護している家族介護者の QOL の状況を明らかにし、QOL の構造と関連要因を明らかにすることである。在宅群の家族21名、病院群の家族18名を対象とし、CQOLC と SF-36 の2つの QOL 評価尺度を用いて面接調査を行った。その結果、在宅における家族介護者の特徴として、精神的な負担が少なく、経済的な問題を抱えていなかったことが明らかになった。また QOL の関連要因は、主に介護者自身の健康状態や家族間での協力体制であり、介護者の自分自身の存在意義や役割意識の有無が精神面の支えに関与していた。

I. はじめに

WHO は、1990年に緩和ケアの目標を「患者・家族のために、できる限り可能な最高の QOL (Quality of Life, 以下 QOL と略す) を達成すること」と提言した。家族の QOL も緩和ケアの目標となっているのである。また、ターミナル期にある患者の QOL は家族の援護により飛躍的に向上するといわれているが¹⁾、家族の QOL が維持・向上されてこそ、患者の QOL の維持・向上も叶えられるのではないかと考える。今後、ターミナル期患者のケアを含めた在宅医療が推進され、家族には患者のよりよき死に資することができるような役割が求められるため、医療者には家族の QOL が維持・向上できるような援助が課題となってくる。

本研究は、在宅でターミナル期にある患者を介護している家族介護者と病院に入院中の患者の家族介護者の QOL を比較することによって、在宅における家族介護者の生活状況とそれに伴う思いの特徴や、QOL の構造および関連要因を明らかにすることである。さらにその結果をもとに、自らの健康管理も担う在宅での家族介護者の QOL を維持・向上させるための支援

について示唆することを目的とした。

II. 用語の操作的定義

1. QOL：生活（身体的・精神的・社会的・スピリチュアル^{※1)}の4つの側面からなる）に対する主観的な満足感
2. ターミナル期：悪性疾患や難病などにおいて、あらゆる療法を考慮しても治癒が望めず、近い将来死を免れないと医師が判断している状態をさす。余命については明確に規定しない。
3. 介護者：主に患者のケアを行っている家族。同居・別居の別は問わず、相互に家族と認識している場合をさす。

※1) スピリチュアルとは「人間存在の根源をなすものと関連し、生きる意味・目的・価値にかかわるもの²⁾」をさす。

III. 概念枠組

QOL の構成要素を、身体・精神・社会・スピリチュアルの4つの側面にとらえる。介護している家族にとつての QOL を、近い将来患者を失うことを前提として

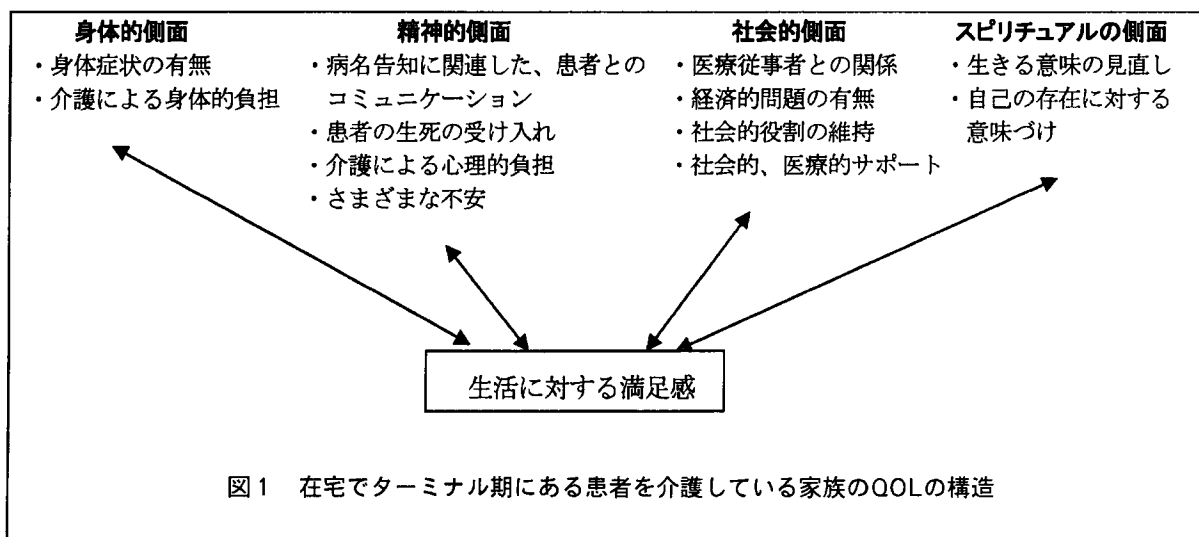
1) 秋田大学医学部保健学科看護学専攻

2) 山梨大学医学部看護学科

Key Words: QOL

家族

在宅ターミナル



の「生活」全体に対する満足感とする。QOLの構成概念(要素)の概略図を図1に示す。本研究では、介護している家族のQOLは生活に対して持っている主観的指標、すなわち満足感であり、QOLの4つの側面はそれぞれが生活全体に対する満足感と相互に関連しあっているととらえる。

IV. 研究方法

1. 対象

1) 在宅でターミナル期にある患者を介護している家族21名(Y県訪問看護ステーション10施設の利用者。うち3名は、被介護者の死亡後約1ヶ月半を経過した遺族)。以下、「在宅群」と略す。

2) 大中規模病院に入院しているターミナル期にある患者を介護している家族18名(Y県の3施設)を比較群とした。以下、「病院群」と略す。

対象者の選定にあたり、患者がターミナル期にあることを医師から伝えられている介護者であること、看護者側が主介護者であると認識している介護者であること、を基準とした。

2. 調査方法

本研究方法は、質問紙を用いた半構成面接法である。以下に調査内容を記す。

1) QOLの測定(評価尺度)

(1) CQOLC (Caregiver Quality of Life Index-Cancer)

1999年にアメリカのMichaelらによって開発された³⁾、がん患者の家族介護者のQOL評価尺度である。5段階スケール(0～4に点数化される)で35項目から構成されている。最高得点は140で高いほどQOLは高い。信頼係数(α)は0.95、内部整合性は0.91であり、家族介護者の情緒的な苦痛などの測定に関して

は妥当性が証明されているが($r=0.50\sim 0.65$)、SF-36(次項参照)の身体的健康因子との相関は低い(ため($r=0.04\sim 0.30$))、介護者の身体的な健康問題は含まれていないとされている⁴⁾。

原作者の許可を得て、筆者が英文の質問項目を和文に翻訳し、Y大学英語教員が逆翻訳を行い、両者の整合性を確認した。翻訳の際、原作者の指示により内容を変えずに忠実に訳したため、この日本語版の質問紙における信頼性・妥当性はほぼ原文と同様であると判断した。がん患者の家族介護者を対象としているが、内容はがん患者に限らず広くターミナル期にある患者の家族介護者に適用できるものと考え、この評価尺度を本研究において使用することとした。

(2) SF-36 (The MOS Short Form 36)

SF-36は包括的Health Related QOL尺度で、主観的健康度の指標となるものである⁵⁾。本人の健康に基づく機能状態とこれに起因する日常生活・社会機能の変化を行動面から測定するもので、国際的に汎用されており、日本語版も完成されている。信頼性・妥当性も確認されている。

SF-36は全部で36項目からなり、8つの下位概念で構成されている。その内容は「PF; physical functioning (身体機能)」「RP; limitation of role-physical (身体機能の変化による役割制限)」「BP; bodily pain (からだの痛み)」「GHP; general health perception (全体的健康感)」「VT; vitality (活力)」「SF; social functioning (社会機能)」「RE; limitation of role-emotional (精神状態の変化による役割機能)」「MH; mental health (精神的健康)」である。各項目は5～6段階リカートで、各下位尺度の最高得点は100点である。得点が多いほどQOLは高い。身体的な健康や機能を評価するためにこの尺度

を使用した。

2) 生活全体に対する満足感

主介護者の現在の生活全体に対する満足感を、5段階 (Visual Analogue Scale) で評価した。

3. 研究における倫理的配慮

各施設の責任者に調査を依頼し、対象となる家族を紹介してもらった。内諾の得られた家族に対し、文書を用いて守秘義務やデータの匿名性などを説明し、同意書を得た。研究結果を知りたいと希望のあった家族に調査結果を報告した。また各施設の責任者およびスタッフに対しても、守秘義務の遂行を約束し、調査結果を文書にしてまとめ、報告した。

4. 調査期間

平成12年7月～8月

5. 分析方法

各尺度の得点の在宅群と病院群の差の検定には t 検定を、満足感や CQOLC の各項目の中央値の差の検定には Mann-Whitney の U 検定を使用した。また、各尺度の相関関係の検定には Pearson の積率相関係数を、属性や満足感と各尺度との相関関係の検定には Spearman の順位相関係数を使用した。また、面接時家族との会話から得られた介護に関連した情報は、考察の際に裏づけとして活用した。

V. 結果

1. 介護者および被介護者の背景

1) 介護者

介護者の背景を表1に示す。在宅群における介護者の平均年齢は約58歳で、女性が圧倒的に多かった。また、嫁や娘が多く介護している傾向にあり、病院群に

おける配偶者が多く介護している傾向とは相違があった。また、半数以上が何らかの健康障害をもっていた。

2) 被介護者

被介護者の背景を表2に示す。在宅群においては平均年齢が約82歳と高齢で、病院群に比べ20歳ほど高かった。基礎疾患は悪性疾患とそれ以外が半々でみられ、悪性疾患以外は何らかの基礎疾患を有している老衰の人が多くという特徴がみられた。行動レベル (ADL) としては、ほぼ自立している人は10%くらいであり、他の大多数は「ベッドの生活が主体で、何らかのあるいはほとんど全ての介助を要する」状態であった。

2. CQOLC

CQOLC の35項目ごとに中央値および平均値を算出

表1 介護者の背景

	在宅群%(n=21)	病院群%(n=18)
年齢(歳)	58.2±8.8	58.3±12.8
性別/男性	3(14)	2(11)
女性	18(86)	16(89)
続柄/配偶者	5(24)	12(67)
その他	16(76)	6(33)
嫁	8	0
婿	1	0
娘	5	3
息子	2	1
母親	0	2
職業/有	6(29)	8(44)
パート	5(24)	2(11)
無	10(47)	8(44)
健康障害/有	15(71)	9(50)
無	6(29)	9(50)

年齢の数値は mean±SD

表2 被介護者の背景

	在宅群%(n=21)	病院群%(n=18)
年齢(歳)	82.2±10.5	63.8±16.2 **
基礎疾患/悪性	11(52)	13(72)
その他	10(48)	5(28)
告知/有	5(24)	8(44)
無	16(76)	10(56)
ADL/1	1(5)	1(6)
注2) 2	1(5)	1(6)
3	5(24)	7(38)
4	14(66)	9(50)

t検定
年齢の数値は mean±SD

注2)ADL のレベル(厚生省・「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」を参照)

1:何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており、独立で外出する(一部自立)

2:屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない(一部自立)

3:屋内での生活は、何らかの介助を要し、日中もベッドの生活が主体であるが、座位を保つ(寝たきり1)

4:1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する(寝たきり2)

表 3 CQOLC の各項目の中央値と平均値

	在宅群		病院群		p 値
	中央値	平均値	中央値	平均値	
経済的見通し	3	3.10±1.18	2.5	2.17±1.29	.013*
集中力の限界	3	3.10±1.00	2	2.33±1.24	.049*
社会的サポート	2	2.05±1.69	4	3.28±1.33	.022*
罪の意識	4	3.38±1.24	2	2.00±1.53	.003*
神経質	3	2.62±1.36	1	1.56±1.38	.023*
家族への病気の影響	3	2.76±1.41	2	1.72±1.53	.032*
治療の不利益な影響	4	3.43±1.08	3	2.29±1.83	.045*
患者の痛みの管理	3	2.95±1.28	3	2.00±1.58	.050*
介護に対する家族の興味	4	3.48±0.81	4	3.94±0.24	.017*

Mann-Whitney U 検定

し、在宅群と病院群とで比較してみた結果、有意差のみられた項目のみを表 3 に示す。有意差がみられたのは、35項目中 9 項目であった。特徴的なこととしてあげられるのは、より病院群の方が罪の意識を抱えていること、また在宅群のほうがより経済的な見通しは安定しており、神経質になっていなく、家族への影響を心配していないなどであった。また、病院群の方がより友人や近所の人のサポートが得られており、家族が介護に興味を示さないことを嫌と感じていない状況がみられていた。

3. SF-36

主観的な健康状態を示す SF-36 の 8 つの下位概念ごとの平均値を在宅群と病院群とで比較してみたが、いずれの下位概念においても有意差はなかった。

4. 介護者の生活全体に対する満足感

介護者が現在の生活に対する満足感を「満足している、やや満足している、どちらともいえない、やや満足していない、満足していない」の 5 段階で自己評価した結果が図 2 である。両群とも傾向はほぼ同じで、満足している方が多い傾向にあった。中央値 (Mann-Whitney U 検定) は在宅群が 4.00、病院群が 4.17 であり、有意な差はなかった。また在宅群において「満足していない」人が 2 名いた。

表 4 満足感と各属性との関係 (r_s = 順位相関係数, p = 有意確率)

		在宅群 (n=21)		病院群 (n=18)	
		r_s	p	r_s	p
介護者	年齢	.346	.125	.050	.843
	性別	.096	.680	.000	1.000
	職業の有無	-.187	.417	-.207	.410
	患者との続柄	-.111	.633	.373	.128
	健康障害の有無	.463*	.034	.023	.929
被介護者	年齢	.097	.675	.046	.856
	基礎疾患	.251	.272	.051	.842
	告知の有無	-.039	.866	-.046	.857
	ADL	.090	.699	.065	.797

Spearman 検定

5. 生活全体に対する満足感と属性および各評価尺度との関係

前述の満足感に關係する介護者の生活状況を明らかにするため、介護者および被介護者の属性、また 2 つの評価尺度との相関關係を示す。

1) 各属性との関係

満足感と介護者および被介護者の属性との相関關係の結果は表 4 の通りである。有意の相関がみられたのは 1 つのみであり、在宅群において介護者自身に健康障害がある場合、満足感が低いことがわかった。

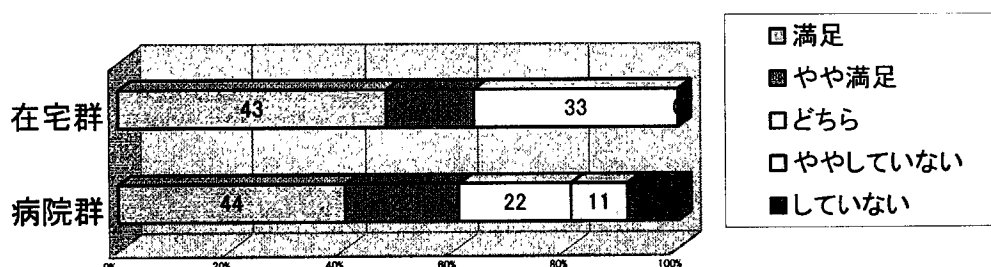


図 2 生活の満足度の比較

2) CQOLC の各項目との関係

相関関係の強さから、満足感と CQOLC の各項目との関係性を在宅群と病院群で比較すると (表 5)、在宅群の方が満足しているほど「日常生活が変更していることを嫌と思わない」「日常生活を負担と感じていない」「ストレスや心配が増えていない」「集中力に限界があるのを嫌と思わない」「家族への影響を心配していない」「自分の優先事項が変わっているのを嫌と思わない」「家族が介護に興味を示さないことを嫌と感じない」「家族からの援助に満足している」という状況がみられた。この傾向は、介護によって日常生活が変更するのを苦痛と感じていないほど満足している様子がうかがえる。また、「経済的負担がない」「保険

表 5 満足感と CQOLC の各項目との関係

(r_s=順位相関係数, p=有意確率)

	在宅群(n=21)		病院群(n=18)	
	r _s	p	r _s	p
1. 日常生活の変更	.557**	.009	-.120	.635
2. 睡眠	-.103	.656	-.273	.273
3. 日常生活の負担	.396	.076	-.065	.797
4. 余暇活動の維持	.185	.421	.012	.961
5. 経済的負担	.452*	.040	.375	.125
6. 保険に関する心配	.436*	.048	.302	.223
7. 経済的見通し	.510*	.018	.628**	.005
8. 患者の死の恐れ	-.129	.587	.056	.832
9. 前向きな人生観	.296	.192	.002	.993
10. ストレスの増強	.614**	.003	.186	.461
11. 霊的なこと	.239	.297	.358	.145
12. 集中力の限界	.693**	.000	.209	.406
13. 悲哀	.132	.569	.118	.641
14. 精神的負担	.087	.709	-.163	.517
15. 社会的サポート	.119	.606	.050	.844
16. 罪の意識	-.036	.878	-.130	.608
17. 神経質	.201	.382	-.184	.465
18. 家族への病気の影響	.408	.067	-.200	.426
19. 患者の食習慣の変更	.390	.081	-.504*	.033
20. 患者との関係	.324	.152	.243	.330
21. 病気に対する情報	.241	.292	.203	.419
22. 輸送機関	.085	.713	-.156	.536
23. 治療の不利益な影響	.271	.234	-.012	.964
24. 患者のケアに対する責任	-.004	.987	-.111	.662
25. 介護の焦点	.427	.054	.124	.635
26. 家族のコミュニケーション	.334	.138	.428	.077
27. 優先事項の変化	.577**	.006	.109	.668
28. 患者の保護	.292	.200	-.021	.935
29. 患者の状態の悪化	.226	.324	-.224	.372
30. 患者の痛みの管理	.286	.209	.211	.415
31. 欲求不満	.312	.169	-.259	.300
32. 将来の見通し	-.059	.798	.265	.287
33. 家族のサポート	.486*	.026	.048	.850
34. 介護に対する家族の興味	.768**	.000	.396	.104
35. 性的機能における満足	-.005	.984	.548*	.018

Spearman 検定

表 6 満足感と SF-36 の下位概念との関係

(r_s=順位相関係数, p=有意確率)

	在宅群(n=21)		病院群(n=18)	
	r _s	p	r _s	p
PF(身体機能)	.150	.516	.191	.448
RP(身体・役割機能)	.123	.596	-.079	.755
BP(痛み)	.361	.108	.176	.486
GHP(全体的健康感)	.436*	.048	.233	.353
VT(活力)	.204	.375	-.522*	.026
SF(社会機能)	.367	.102	-.447	.063
RE(精神・役割機能)	.042	.856	-.318	.198
MH(精神的健康)	.387	.083	-.350	.155

Spearman 検定

による補填がある」「経済的見通しは安定している」に関しては、在宅群・病院群ともに満足感と相関している傾向にあった。

3) SF-36 との関係

満足度と主観的健康状態を示す SF-36 の 8 つの下位概念との関係においては、「全体的健康感」と「活力」に在宅群・病院群間で有意な相関関係が認められた (表 6)。

VI. 考 察

得られた結果から、QOL の 4 つの側面、すなわち身体、精神、社会、スピリチュアルの側面に沿って、在宅でターミナル期にある患者を介護している介護者の QOL の特徴を考察し、さらに QOL を高めるためのケアへの活用と課題を検討する。

1. 身体的側面

本研究の被介護者の 90% はベッド上の生活が主体であり、程度に差はあるものの何らかの介護を必要とする状況であった。しかし、そのような状況は家族介護者の QOL に影響を与えてはいなかった。CQOLC の原作者による在宅ホスピスにおける家族の QOL の研究においても本研究と同様の結果を示しているが、その理由を「家族介護者は患者の ADL が低下していくのに適応できるだけの時間を有しているだろうし、ホスピスチームからのサポートを受けているからだろう」と述べている⁹⁾。家族介護者の QOL に影響を与えていたのは被介護者の ADL の状況よりも、むしろ介護者自身の健康障害の有無であり、身体的に健康であると感じているかどうかであった。つまり介護者自身が身体的に健康な方が QOL が高いことを示しており、このことは身体的側面が QOL の構成要素の一つであることを証明していると思われる。鈴木らは、介護者がすでに慢性疾患を抱えている場合には介護者の健康問題が一層深刻になると述べている⁹⁾。本研究におい

でも、約半数は何らかの健康障害を有していた。従って、医療者は介護者の健康状態にも配慮する必要がある。特に介護保険が導入されてから、契約している時間の中では患者のケアに手一杯で、家族介護者の健康状態までは気を配ることができないという声がきかれる。主介護者に健康障害がある場合、家族内で介護を交代するなどの家族の対処能力を促すためのケア⁶⁾、あるいはディサービスや短期入所などのレスパイトケア（同じサービス内容であっても、介護者を休ませることが目的となる場合をさす）のための調整を図るなどの援助の必要性が示唆されたと考える。

2. 精神的側面

ターミナル期にある患者の介護者に、予期的悲嘆やそれに伴ううつ症状、不安などの精神的負担が多いことは、さまざまな文献で述べられている^{6,7)}。長期にわたって介護を必要とする患者を在宅で介護している家族のQOLの研究においても、情緒面における負担の強さを述べている⁸⁾。本研究においては、患者の病気そのものや治療が及ぼす精神的負担は、在宅の介護者の方が病院の介護者よりも少なかった。また在宅においては負担感などのマイナス的な側面ばかりではなく、悲しく感じておらず、ストレスや心配事が増えていないという特徴もみられていた。その背景には、在宅の患者の平均年齢が82歳という状況や介護者は娘や嫁が多いということ、そしてその死を受け入れ、患者が安らかに死を迎えることができるために介護をしているという状況があることが考えられる。また患者にできるだけのことを精一杯してやりたいと思っていた介護者も多く、そのような場合少しでも食べられるように食事形態の工夫をすることが介護者の喜びともなっており、負担になってはいなかったのである。清水らも、患者が高齢の場合、患者自身も家族も自然な成り行きとして死をとらえ、それほど大きな不安を抱くことなく、静かに見守ろうとする気持ちが強い状況にあることを述べている⁹⁾。

介護者によっては日常生活が変更するのを苦痛と思わないほど負担は少なく、満足感が得られていた。患者にとってターミナル期を在宅で過ごす意義の一つに日常性の維持があげられているが¹⁰⁾、介護者にとっては日常生活を変更することを受け入れられることがQOLを維持できる要因と考えられる。介護によって日常生活が負担になったり、普段どおりの趣味や優先したいことができない場合QOLが低くなるといえる。介護者にとって日常生活が負担になっていると思われた場合、気分転換を図ったり趣味が継続できる時間が確保されるためにも、身体的側面に対する援助と同様、ディサービスや短期入所などのレスパイトケアのため

の調整を図ることが必要と思われる。また、訪問看護師などの援助者は介護者に声をかけ、負担感の軽減を図ることも必要と考える。本調査時の面接終了後に「随分楽になりました」と言っていた介護者もあり、負担感が軽減した様子もみられていた。介護者が一人で抱え込まないためにも、介護者に傾聴・共感できる専門職者の存在は重要なものと考えられる。

鈴木らは、病名告知に伴う介護者の精神的負担を述べている⁶⁾。今回の調査では、介護者のQOLと病名告知との関連は見出せなかった。被介護者の基礎疾患が悪性疾患や老衰などさまざまであったことや、悪性疾患の11例のうち告知していた場合は4名と少なく、関係性を見出すことは不可能であったとも考える。しかしながら、告知の有無による介護者の精神的苦悩ははかりしれないものがあると考えられるため、今後追跡調査が必要である。

3. 社会的側面

厚生省の調査によると、国民の多くは病気に罹患してもできる限り住み慣れた地域・家庭において、その家族とともに生活することを希望しているが、49%の国民は自宅における在宅医療の実現は困難であると答えている¹¹⁾。その理由として、「経済的負担が大きい」(43%)という回答が最も多くあげられていた。この調査はターミナル期に限ったものではないが、ターミナル期においても共通しているものと考えられるのである。久保田も、経済的な負担は家族のQOLに影響を及ぼす一因と考えられると述べているが¹²⁾、本研究においても経済的側面において問題のない方がQOLが高く、満足感が得られていた。現在は末期在宅医療に対する保険制度が改善されているため療養に伴う医療費は在宅の方が少ない傾向にある。経済的な負担が原因で希望する在宅療養が叶えられないと思っている患者・家族に対しては、医療費に関する情報の提供が必要と思われる。

本調査では在宅における介護者は他の家族からの援助を受け、協力体制がとられていることが満足感と関連していることから、家族間の協力が主介護者を支えていると思われる。例えば、夜間排尿介助や吸引のために数回起きなければならないなど介護が大変でも、他の家族の交代などの協力が得られていると介護者は満足していたのである。家族の協力は介護者のQOLの鍵となっていると思われ、家族関係の調整も看護の重要な役割と考えられる。在宅ターミナル患者を抱える家族間で、力を結束していけるような家族のセルフケア機能の促進⁹⁾の必要性が示唆された。

4. スピリチュアルの側面

本調査において、満足感と CQOLC の中のスピリチュアルに関する項目とには有意な関係はみられなかった。しかし、在宅群は CQOLC の項目の中の「霊的な高まりがある」や「罪の意識がない」において5段階スケールの中央値が最高点であり、病院群より罪の意識がない傾向にあった。これには介護している自分の存在に対する意味を非常に肯定的にとらえていたり、介護者としての役割意識をもっていることが関与していると考えられる。例えば、在宅群での面接の際に、「患者の要求を叶えさせることができている」「孫の面倒をみてもらったから、その恩返しをしている」「退職後生活のはりをなくしていたが、義母の介護によって自分の役割を見出すことができている」などを指摘していた。一方、被介護者が“嫁が面倒をみるのは当然”ととらえ介護者に感謝している様子がない場合や、介護者が親の介護を“宿命”ととらえている場合などは、介護者は自分の存在意義を見出すことができずにいて満足感も得られていなかった。

また、介護者の中には「罪」と意識していなくても、「悔い」「後悔」という表現があった。その内容は、「自分のせいで病気の発見が遅れてしまった」「病気になったのは、市販薬や民間療法を与えてしまったせいではないか」「寝たきりになったのは、自分が手を出しすぎたせいではないか」などである。このような後悔を強烈に罪責感として引きずってしまった場合、病的な悲嘆を招く可能性があるため⁷⁾、介護者への精神面の支えも重要なものと考えられる。具体的な内容としては、介護者が悔いとして抱えている気持ちを表出することができ、その状況を受け止め、何らかの意味づけができるようなかわりなどである。例えば、「母が寝たきりになったのは、自分が手を出しすぎたせいではないか」と後悔していた介護者は、最終的には「母は働きづめだったので、きっと神様が『こころへんで休みなさい、娘に面倒をみてもらいなさい』って言っていたのかもしれないね。あれはあれでよかったんですね」と受け止めることができている。このような受け止めができることが、悔いを残さずに介護をしたという満足感や達成感を得ることにとも関与すると思われる。

VII. 結 語

本研究はターミナル期にある患者を介護している家族の QOL について調査を行い、以下のような結論を得た。

1. 在宅における介護者（以下、在宅群）の QOL は介護者自身の健康状態が関与していた。そのため

介護者に健康障害がある場合、介護者に対する看護援助の必要性が示唆された。

2. 在宅群は日常生活を変更することや優先事項の変更を苦痛と感ぜないほど満足感が得られていた。また、在宅群の方が介護による精神的負担感が少なく、精神面でプラスの反応も生じている。これは老親の死を受け入れ、安らかに死を迎えることができるために介護していることによると思われる。
3. 在宅群は経済的側面において問題のない方が QOL が高く、満足感が得られていた。また他の家族からの援助を受け、協力体制が整っていることが介護者を支える要因ともなっていた。
4. 在宅群の多くは、何らかの形で自分の存在意義や介護に対する役割意識をもっていた。それが精神面での支えとなっていた。
5. すなわち、ターミナル患者の家族介護者の QOL（身体的・精神的・社会的・スピリチュアルの4側面）とその関連要因は、介護者自身の健康状態、日常生活の変更の受け入れ、経済性の安定、家族間での協力体制、介護に対する役割意識に基づく精神的支えであることが明らかになった。

(謝辞)

本研究は多くの方たちの協力によって成り立ちました。調査にご協力してくださった対象者であるご家族の皆様、そしてご家族の方を紹介してくださった、10の訪問看護ステーションおよび3病院の関係者の方たちに心から感謝いたします。CQOLC 尺度の翻訳においては山梨医科大学及川賢助教授に、また統計処理においては同校比江島欣慎助教授にご指導いただきました。ここに深く感謝の意を表します。

文 献

- 1) 久保田彰：がん治療（ターミナルケア）における家族の役割。看護実践の科学21(5)：90-94, 1999
- 2) 鶴若麻理, 岡安大仁：スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向。生命倫理11(1)：91-96, 2001
- 3) Michael A ..Weitzner：The caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale：development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. Quality of Life Research 8：55-63,1999
- 4) Michael A ..Weitzner：The caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale：Revalidation in a Home Hospice Setting. JOURNAL of Palliative Care 15(2)：13-20,1999
- 5) 古瀬みどり, 鈴鴨よしみ・他：在宅介護者の Health

(20)

原田真里子／在宅ターミナルにおける家族介護者の QOL の特徴

- Related QOL の測定. 看護研究32(6) : 45-50, 1999
- 6) 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学. 日本看護協会出版会, 1995
- 7) 恒藤暁: VII家族のケア, 緩和医療入門. 最新医学 54 (2) : 101-114, 1999
- 8) 小橋紀之, 飯田紀彦・他: 長期在宅患者とその介護家族のクオリティ・オブ・ライフ (QOL). 臨床リハビリテーション 4 : 284-287, 1995
- 9) 清水マキ, 清水節子・他: ターミナルステージを在宅で過ごす老人患者と家族の介護状況と看護. ターミナルケア 8(1) : 44-52, 1998
- 10) 酒井忠昭: インフォームド・コンセントと自宅で最期を迎える自己決定. プライマリ・ケア21 : 234-237, 1998
- 11) 厚生省健康政策局総務課監修: 21世紀の末期医療. 中央法規, 2000
- 12) 久保田健之: 高齢患者とその家族の QOL. 全人的医療 2(1) : 41-47, 1996

Research into Quality of Life of Family Caregivers Nursing Terminal Patients at Home — The Relationship between Satisfaction and QOL —

Mariko HARATA¹⁾ Michiko NAKAMURA²⁾

1) Course of Nursing, School of Health Sciences, Akita University

2) School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamanashi University

The purpose of this research was to reveal the QOL of family caregivers nursing terminal patients at home, and to clarify the constituent factors of and influences on QOL. The investigation was carried out using two QOL questionnaires, the CQOLC and the SF-36. The sample data came from 21 home caregivers and 18 hospital caregivers. The results showed that family caregivers at home are under little mental strain, nor suffering economic hardship. Factors influencing QOL were largely those relating to the caregiver's own health or the cooperative structure within the family. The caregivers' consciousness of their role and the significance of their existence is also a factor influencing their mental strength.