

認知機能低下を合併する閉塞性肺疾患をもつ高齢患者の高齢介護者の介護負担

中村 陽子¹⁾

要 旨：研究目的 COPD 患者，介護者，そして家族の相互関係において，高齢介護者の介護負担を明らかにした．
デザイン グランデッドセオリー法．**設定** 1 総合病院と 1 老人病院の呼吸器外来，そして 1 訪問看護事業所．**対象者** COPD と COPD 後に低酸素血症による認知機能低下をもつ高齢患者の配偶者 4 名．**結果** COPD 患者の介護負担について，3 つのカテゴリーと 12 のサブカテゴリーを発見した．各カテゴリーは負担プロセスを示し，“ゆらぎ”は負担の強さに関連し，第 II phase の病状の進行に伴い，“ゆらぎ”は拡大したが，家族サポートの拡大で安定していった．一方，家族サポートを得られない介護者は一層介護負担を増強した．最後に，患者と介護者間で依存 vs 過保護の関係となり，介護負担を増強させた．**総括** 家族サポートは介護負担の軽減のコアであるばかりでなく，介護者の価値としての“絆”を再発見したが，それができなかった介護者は孤立した．

【Key words】 COPD 高齢患者，認知機能低下，高齢介護者，介護負担

緒 言

2025(平成 37)年，65 歳以上の高齢者人口は概ね 3,600 万人余りに達し，2042(平成 54)年にそのピークを迎えるといわれている¹⁾．このような超高齢社会において，健康障害をもつ高齢者の増加とそれに伴う介護問題は，今後より深刻さを増すことが予測される．

高齢者の慢性疾患を代表する一つに慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD，以後 COPD)がある．この疾患は，長期的・漸進的に健康減退を与え，致死に至る呼吸器疾患の一つであり，高齢者人口の増加に伴い，COPD 数も増加の一途を辿ると予測される危険な疾病である²⁾．日本における COPD の主因は喫煙であり，長期間(20～30 年以上)の慢性喫煙曝露により肺気道に慢性的炎症の病変をひきおこすと共に，加齢による換気学的変化を伴う．同時に，全身の合併症を伴いやすい．また，COPD に合併する認知機能低下が近年注目されている．特に，記銘力の低下，注意力の低下，抑うつ，実行機能の低下，そして言語機能低下等が報告

されている．認知機能低下をおこす原因の一つに低酸素血症の関与があると言われている³⁾⁴⁾．このような認知機能低下は，治療アドヒアランス，意欲，および理解力やコミュニケーション障害等に影響を与え，介護において大きな負担になる⁵⁾ことも考えられる．

近年の家族構成の変化に伴い，2016 年現在，高齢夫婦のみの世代が 23.6% に達し⁶⁾，今後益々老々介護の傾向が高くなっていく．このように変遷する家族構成の中で，介護者不足が COPD 患者の生活の質や予後を悪化させる可能性が高いと考えられる．さらに，介護者である配偶者も高齢であり，加齢と共に健康障害を有することにより，介護負担が介護者の健康障害の悪化や死に至ることもありうる⁷⁾⁸⁾⁹⁾．一方で，老々介護における高齢介護者の健康下において，最期まで役割遂行や責務を余儀なくされる．よって，COPD 患者の介護は生活者である COPD 患者もさることながら，介護者自身の生活の質にも影響を与えることが考えられる．しかし，COPD と COPD 起因による認知機能低下を合併する患者の介護負担に関する先行研究はほとんどなく，多くは高齢で慢性疾患(糖尿

1) 福井医療大学 保健医療学部看護学科
 (採択日 2017年9月)

病や循環器系)やがんをもつ患者の介護負担に関する報告しかなかった⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。そして、それらすべては量的研究であり、介護負担の内面性を分析する質的研究は皆無であった。しかし、COPDとCOPD起因の認知機能低下をもつ高齢患者の介護負担は、慢性疾患(常に呼吸苦によるQOL低下のため)としての介護のみならず、認知機能低下への対応も求められることで、介護においてよりストレスを伴うと共に高齢夫婦を取り巻く家族関係との関連性が介護負担に影響を与えるのではないかと考えられた。

以上より、COPDと認知機能低下を合併する高齢患者への介護者負担について明らかにした。また、その結果がCOPD高齢患者と介護者への介入や関係作り、および家族看護への一助になると考えられる。

用語の操作的定義

1. 慢性閉塞性肺疾患

(chronic obstructive pulmonary disease : COPD)

慢性に持続する咳・痰、気道閉塞症状があり、徐々に呼吸困難へと進行する呼吸器疾患であり、肺気腫と慢性気管支炎の組み合わせられた疾患である。

2. 介護負担

COPDをもつ高齢患者に対して日常生活の中で介護を行う上で、介護者にとって複合的におきる身体的、精神的、社会的、スピリチュアル、経済的な否定的に捉えられる主観を指す。

3. 高齢介護者(妻/夫)

75歳以上で複数の慢性疾患を抱えている後期高齢者であり、COPD高齢患者の配偶者を指す。

方 法

1. 研究デザイン

質的・帰納的分析法であるグランデッドセオリーアプローチを用いる。

2. 研究対象者・研究施設

- ・研究対象者：COPDの診断後、主観的に健康時と比較し認知機能低下が顕著なCOPD高齢患者の配偶者10名程度。いずれも認知機能低下のない複数の慢性疾患をもつ75歳以上の配偶者。
- ・研究施設：F市の3総合病院でCOPDと診断後、総合病院から紹介を受け、COPD患者の定期健診を行って

いる2地域の病院と在宅療養にて訪問看護サービスを提供している事業所。

3. 研究期間：研究施設の倫理審査委員会の承認を得た日から2ヶ月程度でデータ収集を行う。

4. 調査手順と方法

- (1) 各研究施設の倫理審査委員会の承認を得た後、各施設の看護部の研究担当部署より研究許可を得た。
- (2) 各施設の研究担当者から当該外来(呼吸器内科)の師長を介し、研究内容を口頭と書面にて説明し、了承を得た。
- (3) 当該外来に受診しているCOPD患者の中で、研究主旨に該当するCOPD患者と配偶者を担当医師か外来/事業所看護師による選択とインタビューの同意を依頼した。インタビューに同意した配偶者のインタビュー日時の連絡を外来看護師か研究担当者に依頼した。
- (4) インタビューは半構成的質問紙を用いて実施した。質問内容は以下の通りである。

- ・介護に当たり、どのような事が大変と感じていますか？
- ・ご主人(奥様)には毎日の生活をどのように過ごしていますか？
- ・今後どのように生活していきたいと考えていますか？

- (5) 調査前にプレテストを実施し、質問内容の修正の有無を確認し調査に入った。

5. 分析方法

インタビューで得られたデータは、グランデッドセオリーアプローチ¹¹⁾に準じて実施した。対象者は一名ずつ聞き取りを行い、二人目からは分析結果より仮説をたて、それに基づいてフィールドにて検証を行い、飽和状態になるまで繰り返した。分析方法は、COPDと認知機能低下に伴う介護負担に関する現象を同じ意味をもつものをグルーピングし、そこから意味を構成する要素を抽出しながら理論を構築し、抽象度をあげた。本研究の信憑性を高めるため、フィールドでの仮説検証と、10年以上の臨床経験をもつ呼吸器内科に勤務する看護師と分析結果について検討した。

6. 倫理的配慮

看護研究における倫理的配慮に関して、以下の通りである。

- (1) 研究施設の倫理審査委員会の承認を得た(新倫28-34, 平成28年6月27日)。

- (2) 高齢介護者の負担を鑑み、該当患者の外来日にその配偶者である介護者にインタビューを行った。介護者の体調に留意し、インタビュー時間は1時間以内・1回/1人とした。
- (3) 研究の主旨については、文書と口頭でインフォームド・コンセント(以下 IC)を行い、同意は任意であり、拒否による不利益は被らないことを説明し、紙面にて対象者の署名を得た。
- (4) インタビュー時に IC レコーダーの使用について、拒否時には対象者の眼前でインタビューの記録を実施する旨の許可を得た。
- (5) インタビューを行う場所は、他者に聞こえない場所を確保した(面会室)。各外来の管理者(看護師長)に依頼した。
- (6) データは匿名とし、対象者の守秘義務を遵守する。
- (7) データの保管場所は鍵のかかる場所に保管する。
- (8) 本研究はこの研究のみであり、他の研究に使用しない。
- (9) データ処理については、論文発表後シュレッダーにて処理する。

結 果

1) COPD 患者と高齢介護者(研究対象者)の特徴

COPD 患者は、F 市内の 3 ケ所の総合病院にて COPD と診断され、退院後、自宅から近距離にある 2 ケ所の地域の病院を紹介され、その呼吸器外来に通院している COPD 患者 3 名と残りの 1 名は訪問看護サービスを受けながら近くのクリニックにて診察を受けている高齢者であった。現在、全員在宅療養中であり、4 名共、月 1 回呼吸器内科に定期検診を受けていた。COPD の罹患期間は比較的短期間(平均 3.4 年)であったが、入院中より HOT 療法を受け、現在も継続していた(平均 3.2 年)。COPD 患者の認知機能低下に関しては、客観的テストの結果ではなく、配偶者の主観と気づきによるものであった。

COPD 患者の性別は男性 3 名、女性 1 名であり、平均年齢は 82.8 歳(±0.44)であった。介護者は、79.5 歳(±3.58)であった。COPD 患者の元職業は、自営業 1 名、会社員 2 名、主婦 1 名であり、介護者は主婦 3 名(内 1 名は事務員)と残り 1 名は夫が介護者であった。COPD の経過年数は平均 3.4 年(1.5 年～7 年)であり、酸素療法の投

与無しが 1 名で、投与している患者は 3 名であり、その投与平均は 3.2 年(1.5～5 年)であった。4 名中 1 名は自己管理可であったが、他の 3 名は自己管理不可であった。認知機能低下が COPD と関連しているか否かは不明であったが、1 名は COPD 発症後認知症の治療を受けていた。COPD 以外の既往歴はがん、高血圧、心不全、認知症等であり、複数合併していた。要介護は I～II。一方、介護者の既往歴は、脊椎間狭窄症、変形性膝関節症、肝硬変等であり、複数合併していた。介護の主観的体調では、体調不良を自覚していた。

介護者の認知機能に関しては、主として外来看護師の判断によるもので、社会生活を支障なく行えていることで問題ないとした。家族構成は、全員 3 世帯家族であった。社会資源の利用においては、全く何も利用していないが 1 名であったが、ほとんどは利用していた。サービス内容は、表の通りであった(表 1)。

表 1. 対象者(介護者)と COPD 患者(被介護者)の特徴

対象者(介護者)			COPD 患者(被介護者)		
性別	男性	1 名	性別	男性	3 名
	女性	3 名		女性	1 名
年齢	平均	79.5 歳	年齢	平均	82.8 歳
	中央値	80 歳		中央値	83 歳
	SD	±3.58		SD	±0.44
元職業	主婦	3 名	元職業	自営業	1 名
	会社員	1 名		会社員	2 名
教育歴	中卒	1 名		主婦	1 名
	高卒	3 名	教育歴	中卒	2 名
既往歴	高血圧	1 名		高卒	2 名
	肝硬変	1 名	既往歴	大腸がん	1 名
	脊椎間狭窄症	3 名		前立腺がん	1 名
	変形性膝関節症	2 名		高血圧	2 名
	逆流性食道炎	1 名		心不全	1 名
体調 (自己報告)	よい	1 名		間質性肺炎	1 名
	普通	2 名		糖尿病	1 名
	余り良くない	2 名		認知症	1 名
	悪い	1 名		要介護度	I
	三世帯家族	4 名			II
家族構成				COPD 経過年数	3.4 年
				酸素療法	平均投与年数
			社会資源活用	有	3.2 年
				無	3 名
				デイ/デイケアサービス	1 名
				ショートステイ	3 名
				訪問看護	1 名
				訪問リハビリ	3 名
				食事デリバリー	1 名
				定期健診	1 名

2) 認知機能低下を合併する COPD 患者の高齢介護者の介護負担

本研究は、COPD 発症後に認知機能低下を併発した高齢患者への介護負担についてグランデッドセオリーアプローチにて分析した。分析結果は、3つのカテゴリーと12のサブカテゴリーを発見した。各カテゴリーごとに意味を構成する3つの要素、[不確かさ][忍耐][自分らしさの低下]を抽出した。得られたデータから分析した結果は、以下の通りである。表記に関しては、《 》はカテゴリー、< >はサブカテゴリー、[]は要素とした。

《できるだけ最後まで夫婦間で対処しようとする事への葛藤》

COPD 患者と介護者間において、介護者は患者のデマンド(強い要求:以後デマンド)とケアニードの間で迷い・悩んだ。この矛盾は、介護において正しい答えを見出せなかったからであった。このような状況下で、夫婦間で出来るところは相互で自立し行い、なるべく家族に迷惑をかけないように心がけた。一方で、高齢介護者は COPD の介護自体の[不確かさ]と知識不足からの矛盾と自己の健康管理より患者ケアを優先しなければいけない立場の矛盾を感じた。本カテゴリーには<夫/妻のノンコンプライアンス>に対する折り返しをつける<予防対策><自己の体調不良との調整><気分転換><家族員への配慮>のサブカテゴリーで構成され、[不確かさ]を本カテゴリーの要素とした。

<夫/妻のノンコンプライアンス>に対する折り返しをつける>

医療者の指示に従わない COPD 患者(夫/妻)に対して、COPD 患者のデマンドとケアニードとの間で介護者は妥協を求められた。

A 氏の夫はタクシー会社を経営していたが、2 年前に COPD と診断され、その後引退した。A 氏も夫の会社を手伝っていたが、夫と共に会社を辞めた。A 氏の夫は当初風邪と思い、近医受診したが、F 市の A 総合病院を紹介され、そこで COPD と診断され、即入院となった。退院後、ややもの忘れが表われるようになったが、薬や酸素は自己管理ができていた。

日常生活の中で A 氏の夫の最も強いデマンドは、入浴(長風呂)や飲酒であった。A 氏は夫のわがままなデマンドを夫の体調に合わせて選択(許容か拒否)を余儀なくされた。多くの場合、日常生活にて夫とけんかなく平穩に

過ごすためには、夫のわがままに対してできるだけ許容せざるを得なかった。

・うちの主人はお風呂が好きで、週に 2~3 回位は入りますね。1 時間位湯舟につかるのが好きなんですけどね。勿論、先生からいいなんて言われてないし、本人だっていいはずないことくらい承知しているはずなんですけどね。

・焼酎がね、どうしても止められなくて。タバコを止めたもので、焼酎だけはってことなんだろうが、焼酎のお湯割り 2 杯は必ず毎晩頂いています。それを辞めろってもいえないし、かわいそうで。

晩酌は喫煙の代替として受け入れたが、長風呂と飲酒の両方を禁ずることは、妻である介護者にとって情緒的にかわいそうとの思いで、晩酌を認めた。しかし、許容できる範囲は、あくまでも患者の体調次第であり、病状が悪化しないことであった。この判断は、長年の経験に依るものであった。

<予防対策>

COPD の患者の介護において、風邪対策は最も留意すべきことであった。このことは医療者からの指導のみならず、経験を通して理解していた。しかし、この予防対策が適切なのか、COPD に特化した方法が他にあるかどうかについての確信はなく、日常生活で培った自己流のものであった。

・いつも心がけていることは、外から帰ってきたらうがいと手洗い、それは必ずしますし、歯磨きは朝夕 2 回は必ず行っています。この人は、すぐ肺炎になるので風邪だけはひかないように心がけています。けどこれ位なんですよ、気にかけていることは。

・食事の好き嫌いの激しい人なんで、ぬるっとしたものやお肉などが嫌いなので、おつくりを中心にメニューを考えています。でも、お肉も食べないと力つかんと思うんですけどね。

<自己の体調不良との調整>

介護者の介護負担を強く認知するのは腰痛であった。ほとんどの介護者は脊柱管狭窄症をもっていたため、介護での身体を動かす上でストレスになっていた。そのような状況下でも介護は待つてはくれず、自己の体調との戦いを強いられながら介護の継続を余儀なくされた。B 氏の夫は、外来受診時、実娘が付き添うことが多かった。約 2 年前、風邪かと思い近医を受診した際、F 市の B 総合病院を紹介され、そこで COPD と診断された。認知機能低下は、COPD 後からもの忘れや記憶力障害が顕著に表れた。

・私も腰痛がありますので、本当辛いですよ。私の腰椎は3カ所狭窄しているって言われていましね。今その時作ったコルセットを今も着けてますけど、やっぱり痛い時はじいちゃんの世話なんてできませんしね、騙し、騙しやっていくしかないですよ。

腰痛は、介護を困難にさせたが、完治は望めず、ある程度腰痛が鎮静されれば、家族に迷惑をかけないためにも早期に介護に戻らざるを得ない状況であった。このような健康状態の体調管理が負担を増強させていた。

<気分転換>

日常生活において、ほとんど一日中が介護に占領されている状況下で、社会資源の利用が介護者にとって唯一介護から解放される時間であった。

C氏の夫は、当初C総合病院に受診していたがC氏の自宅より遠かったため、自宅から近い老人病院の呼吸器内科外来に通うようになった。認知機能低下は、記憶障害と実行機能低下がみられた。

- ・デイサービスは、週3回で、月曜はお泊りで、翌朝10時まで預かってもらえます。この時が一番眠れますね。水曜と金曜は日帰りです。私もその時他のデイサービスに通ってましてね、いい気分転換になってます(C氏)。
- ・普段の昼間は夫はデイサービスに行っていますので、昼は私一人なんです。昼は家にあるもので済ませていますが、なんもせんでいいのがいいですね(C氏)。
- ・デイサービスが嫌いなんで、お風呂も家か銭湯のような広い空間のある場所のお風呂を選んでますね。デイサービスを利用できれば、そりゃいいですけど(A氏)。

社会資源の利用は、介護者に心身の休息を与えていた。但し、A氏の夫のように社会資源の利用拒否は、COPD患者の介護者への労わりがないことにより介護者に一層負担を強く認識させた。

<家族員への配慮>

本研究の対象者の家族は全員三世帯家族であったが、同居していてもライフスタイルは高齢者夫婦とその子供家族との間では大きな相違があり、普段は別々に生活を営み、個々に自立していた。よって、COPDの症状が安定し、軽度の認知機能低下の時期は、介護問題は夫婦間で解決し、高齢夫婦自体も相互になるべく迷惑をかけずに自己管理できるよう気遣うことができていた。

・私は、家族全体の家事を引き受けていて、毎日結構忙しくしてます。主人も酸素の管理や器械の水の入れ替えやらの掃除ですか、そんな自分で管理してますし、薬も本人で管理してますので、今の状態でずーっとやってくれればいいなあって思ってますね(A氏)。

・できるだけ最後まで自分の事は自分でやってもらいたいし、この人ならやってくれると思います(A氏)。

本カテゴリーを通して、介護者は、今の状態がいつまで続くのか、または続けられるかの明らかな見通しはたてられず、常に「不確か」な状況の中にいた。また、今行っている介護も正しいかどうかは経験のみで判断し、常に不安を伴う「不確か」な状態であった。一方で、病気の自己管理ができている間は、家族にほとんど迷惑をかけず、むしろ家族の役割を担う普通の生活を営んでいた。

《介護能力の限界を知る》

毎日の介護生活の中で、その多くはCOPDに特化した症状別ケアでもなければ、呼吸困難時の酸素管理や喀痰喀出への技術的操作でもなく、介護の多くは生活する上で必要な食事、入浴、洗濯等のtask(作業)が中心であった。しかし、その日常のtaskと共に進行する認知機能低下への対応を迫られる時、介護能力の限界を知覚し、制限無しの介護生活の中で精神的コントロールを余儀なくされた。本カテゴリーには「息切れ音への嫌悪」<COPDの症状への妻/夫の知覚><認知機能低下への妻/夫の知覚><介護する上でのターニングポイント>のサブカテゴリーで構成され、「忍耐」を本カテゴリーの要素とした。

<息切れ音への嫌悪>

COPD患者にとって、労作時の息切れは常にあり、その息切れ音は夜間も継続するため、介護者である妻/夫はその音が気になり、聞こえない所に逃避した。D氏は妻がCOPD患者であり、定年退職後、妻の介護に専念していた。

- ・夜は一緒に寝ませんね。ヒーヒーという息を聞いていると何ともいわず眠れませんから、隣の部屋で寝ています(D氏)。

妻/夫の息切れ音は介護者に死を意識させ、無意識の中で避ける傾向があった。その逃避は配偶者故の愛情を基本とした葛藤でもあった。しかし、妻/夫の息切れの真の辛さを介護者は理解することはできなかった。

<COPDの症状の高齢介護者の知覚>

COPDの症状に関しての介護者の知覚(感覚から分か

ること)は、息苦しさ、咳嗽や喀痰喀出があった。これらの症状の知覚は今までの経験から得たものであり、自ら積極的に本やインターネットから得た知識ではなかった。

- ・歩いたり、トイレに行っても息苦しくなってヒューヒューいってますよ。でも何にもできんしね、看ているだけですよね(A氏)。
- ・2年前から酸素療養していますけど、今の息苦しさは、その前とは比べもんじゃない位、全然違います(A氏)。
- ・この人、悪くなってから、ちょっとでも動かすと肩で呼吸していますからね。そんな時はなんもできませんがね(B氏)。
- ・この病気は、痰や咳が出ることは知ってますけど、詳しいことは知りません(D氏)。

患者である夫/妻の息切れの変化、呼吸数の増加、そして呼吸変化は入退院の繰り返す毎に増強していくことを理解していた。しかし、その病変への対応については、患者の側で見守るだけで何もできないことや、体の中で何が起きているか理解できないことが辛いと感じた。

＜認知機能低下への妻/夫の知覚＞

認知機能低下に関する症状の介護者の知覚は、COPDの症状より詳細であり、多岐に渡って正確に表現した。

このことは、介護上において手間がかかり、厄介で、かつその行動が理解困難であることが考えられた。

- ・じいちゃんのもの忘れですかね。じいちゃんのもの忘れは、酸素療法が始まる前から急に酷くなりましてね。ゼーんぶ忘れとるんで、いつもおーんなじことの繰り返しでね、あきれるやら、なんやら(B氏)。
- ・家でもシャワーに入っているんです。困ったことに、シャワーのお湯を自分で出せないので、こちらでお湯を確認して入れるようにしていますんです。着物は自分で脱いで入りますけど、終わってもシャワーの栓も閉めませんし、そのまんま寝床に行くんで、廊下が水でベチョベチョになっていましてね。その都度拭き回ってます(B氏)。
- ・病院が嫌いですってね。だから息苦しいことなんかも私等に言ったら県立病院で早よう治療してもらえとったんと違いますかねえ(C氏)。
- ・この人、悪くなってから一日中、寝てばかりで、なーんもせんのですって。動かんしねえ、困ってます(D氏)。

上記の症状は、中核症状とBPSD(認知症の行動・心理症状; behavioral and psychological signs and symptoms of dementia)¹²⁾が相互に関連しあい、加えてコミュニケーション障害(COPD患者が辛さを訴えない)が異常の早期発見への遅延に繋がっていた。また、認知機能低下への介護者の理解困難は、混乱・怒り・焦り等としてみられたが、それを辛抱強く、かつ寛容に関わらなければいけな

かった。

＜介護する上でのターニングポイント＞

COPD患者の病状の進行や認知機能低下が自立から依存へと徐々に移行する分岐点があった。COPDの増悪による息切れは、表現しづらく他者からは分かりづらい症状でもあるため介護者はそれを理解できないことへの申し訳なさもあった。このような状況下で、COPD患者と介護者間で介護に対する違う意味をもつようになっていった。COPD患者は、分かってもらえないことやできなくなっていくことでデマンドが強く表れ、それを介護者が受け入れることで次第に依存へと移行した。一方、介護者側は、分かてやれないことやできなくなったことに“かわいそう”という夫婦としての情緒的反応が表れ、それが過保護となった。また、介護負担要因には、入退院の繰り返しの中で、病院への往復のための交通手段の不足、疾病の進行により介護時間の延長等の物理的要因と、相手を傷つけないよう配慮する、一人での外出抑制等、一日中介護が頭から離れない等の精神的要因があった。

- ・気候の変わり目など、冬に入ると月に1回位は入退院を繰り返しますので、そうなる足がないもので、バスで病院通いするので、それも大変なんです。でもお父さんはもっと辛いと思いますよ(A氏)。
- ・じいちゃんの介護は私の頭から離れません。寝ていてもどっかにありますけど、じいちゃんのはかわいそうやでう(B氏)。
- ・最近では、長時間外出が出来なくなってきましたね。外にいても心配で携帯で確認したりしてますね(D氏)。
- ・この前もデイサービスを体験させようと思ったんですがね。3日程行ったら嫌だって言い出しましてね、それで止めました(D氏)。

妻/夫への情緒的反応(かわいそう)の延長線上に上記の介護負担要因があり、過保護が介護者にプレッシャーを与え、負担を増強させるという悪循環を形成した。

本カテゴリーを通して、病状の進行に伴い、介護量も増加していった。一方、介護者は病気の悪化に気づくも、その真の苦しみを理解できないことへの申し訳なさ、側にも症状への直接的介護ができず、[忍耐]で乗り切った。

《家族と共に最後まで自分らしさを維持する事への困難さ》

COPDの病状の進行に伴い、入退院を繰り返す状況下において、高齢夫婦と家族員との関係は変化していった。三世帯家族という同居生活の中で、COPDの増悪による

突発的な急変時や認知機能低下への対応において、家族は高齢夫婦の精神的支柱となり、“何かあれば助けてくれる”存在になっていた。介護の家族関係は、良好からやや無関心までであった。家族関係の良悪は、高齢夫婦の人生の最終章において、実りある豊かな人生を送れるか否かを決定した。また、高齢夫婦関係においては、結婚生活の質(思いやりや愛情)において、最後まで夫婦として、夫/妻の役割や責任遂行ができるか否かの意味で重要であった。本カテゴリーには<家族機能のゆれ><妻/夫の覚悟><社会資源活用の効果>で構成され、[自分らしさの低下]が本カテゴリーの要素とした。

<家族機能のゆれ>

介護において、家族員が個々の役割を受け持ち、家族全員が同じ視点で働きかける体制が整っているか、否かであった。これは高齢夫婦が遠慮なく必要な時に支援要請ができる関係にあるか、どうかを指す。一方で、家族同居であっても、高齢夫婦の動向に比較的無関心な家族をもつ介護者は現状の介護の孤立感と将来への不安の中で動揺した。

- ・今の病状については息子や嫁が聞いてますけど、詳しいことは知りませんで。私はこのまんまでいいと思ってますし、何かあれば息子も嫁もちゃんとやってくれてますので。心配ですけど、安心して任せてます(C氏)。
- ・娘も仕事がありますし、大変だと思えますけど、必要なときは仕事を休んでやってくれますので、感謝してます。娘の夫は何もいいませんし、仕事でほとんどいません。でもそんな時でも娘がやってくれます(D氏)。
- ・今は元気ですけどね、自分も年なんでいつ悪くなるか分からんし、そんなことを考えると一人で(COPDをもつ夫)ここには(自宅)置けんって思うし、その時は施設に入れるしかないでしょうね(C氏)。

家族員が今起きている介護問題を理解し、協力できる家族は、介護者の介護負担は軽減できていた。一方、家族員が個人の生活を優先し、介護から逃避している家族の介護者は精神的にも時間拘束等の物理的負担が集中し、家族間の価値(親の恩や愛)の共有もなく、家族から孤立していた。

<妻/夫の覚悟>

高齢夫婦の長年の結婚生活において、強い絆(情緒的結びつき)¹³⁾が高齢夫婦の価値や信念であったかもしれない。そのような状況下で、いつか来るであろう患者の死に対して、運命と受け止め受容した。それ故、残された貴重な時間を後悔なく共に生きようとする心構えがで

きていた。

<介護者の社会資源へのアセスメント>

- ・じいちゃんも施設に入れたいなら、入れていいなんて言ってますけど、今何の手続きもしてませんし、私が世話するしかないと思っていますので、先ずはデイサービス通いしながら何とかこれからもやっていくしかないでしょうねえ(B氏)。
- ・この人こんな病気になるなんてね。まさかこの人の面倒みるなんて。昔から私の方が病気がちで弱かったんですよ。そんなに役に立たないかもしれないけど夫婦なんで、しょうがないでしょう(C氏)。
- ・この前、デイサービスに行った時、「私が邪魔なんか。嫌なこと何でやらせるんか」って泣かれたし他人と交わるのが嫌なことも分かったんで、これからはここで(自宅)面倒みようと思いました(D氏)。

長期の介護生活の中で、介護者は社会資源を COPD 患者の生活状況、要介護度および経済状態と照合しながら利用し、在宅療養を支えていた。また、個別ケアとしての訪問看護師や医師との関係においては強い信頼関係があった。

- ・看護師さんが来てくれると風呂に入れてくれるんで助かってます、本当に。それと薬もカレンダーにちゃんと入れておけるんで、それも大助かりです(D氏)。
- ・特別看護師さんやリハビリの人にケアの相談はしてないし、今のところ先生からも胸のレントゲンでは可もなく不可もないって言われ、このままでいきましょうって言われているんで先生の言葉を信じてますので、現在はなんも困ってませんね(D氏)。
- ・デイサービスの費用は、3万5000円程ですかね。以前施設に入っていた時(ショートステイ)20万以上かかったんで、それを考えれば家に居てデイサービスを使っている方がずーっと安いです。1日の半分は預かってちょうだるし(C氏)。

困難な問題に対して、介護者は積極的に専門家への相談や接近をせず曖昧な状態にしていた。このことは、介護者の遠慮なのか、相談の必要がないのか不明であったが、敢えて積極的に現実をみるより曖昧な状態で今だけを見て楽観的に生活した方がむしろ有意義で生活しやすいと考える傾向がみられた。本カテゴリーを通して、介護における家族サポートは高齢夫婦の人生の価値の再発見に寄与し、家族そのものが高齢夫婦の残された人生の中で最も価値があり、その中で生きることが[自分らしさ]に繋がった。一方、家族に価値を見出せず、介護によって孤立した介護者は「自分らしさの低下」に繋がった。

以上の結果より3つのカテゴリーを通して、各カテゴリー間の要素と介護負担プロセスが明らかになった。介

介護負担プロセスは、病状の進行に伴って3 phasesを発見した。第I phaseはCOPDの症状を自己管理できる時期であり、カテゴリーにおいて《できるだけ最後まで夫婦間で対処しようとする事への葛藤》と一致し、要素は「不確かさ」であった。第II phaseは、COPDの症状の不安定期で入退院を繰り返すことで、介護に家族を巻き込む時期でもあり、カテゴリーは《介護能力の限界を知る》であった。このカテゴリーの要素は「忍耐」であった。第III phaseは、夫婦間でCOPDの症状管理ができなくなり家族が積極的に介護に関わる時期であった。このカテゴリーは《家族と共に最後まで自分らしさを維持することへの困難さ》であり、要素は「自分らしさの低下」であった。家族の介護協力の有無で介護者の「自分らしさ」を両極化させた。

この介護負担プロセスから介護負担における精神的側面である“ゆらぎ”の存在を発見した。第I phaseの“ゆらぎ”は、介護者は疾病や介護への「不確かさ」をもちながら患者の体調との折り合いをつけた。このphaseにおいて、介護者の介護の選択において葛藤が生じたが、“ゆらぎ”は妥協する際の感情的小さなうねりであった。

第II phaseでは、患者のできないことに“かわいそう”の夫婦故の情緒的反応が生じ、過保護になる傾向がみられたが、そのことが介護をより圧迫することとなり“ゆらぎ”を拡張させた。第III phaseでは、家族の介護参加の拡大にて介護者の“ゆらぎ”は緩く徐々に安定した。一方、家族協力の得られない介護者は、“ゆらぎ”は拡大し、「自分らしさの低下」に繋がった(図1)。

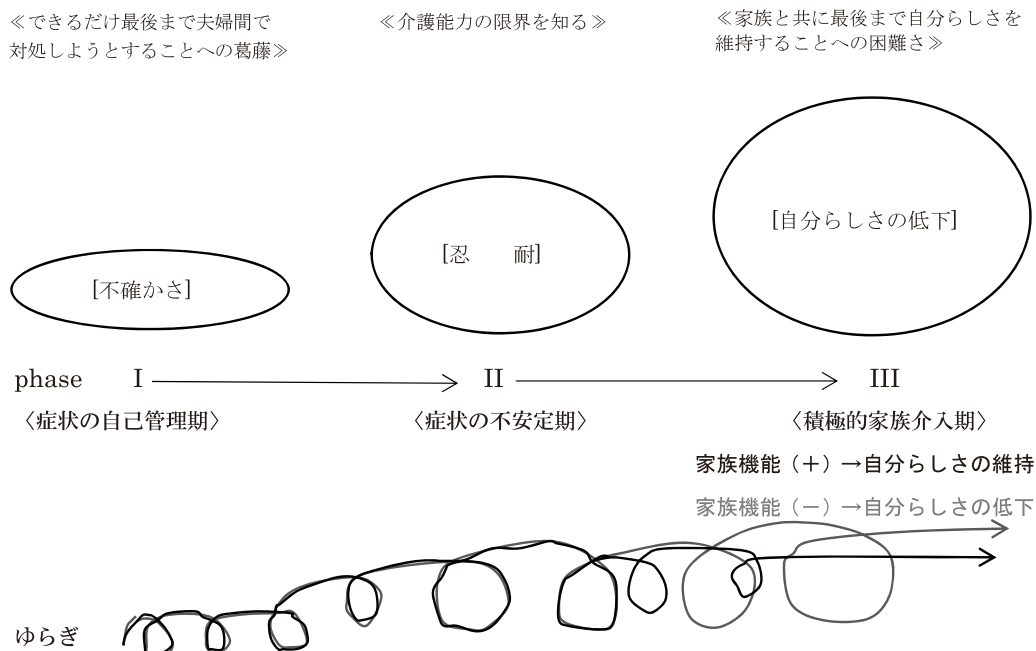


図1. 高齢介護者の介護負担のプロセス

考 察

1) 高齢介護者の介護負担のプロセス

介護負担のプロセスを通して、介護者の精神的負担である“ゆらぎ”の存在が明らかになった。“ゆらぎ”は、負担の拡大と同調したが、一方で家族機能の有無によって振幅の幅や安定性に相違があった。よって、介護の家族参加は介護者の“ゆらぎ”の基礎になっていた。“ゆらぎ”とは、病状の憎悪に伴い精神的バランスを崩し、不

安定な精神状態を指す。このような精神的動きをNewman, M¹⁴⁾は、“ゆらぎ”と定義づけた(訳:手島 1995)。加えて、Mishel, M¹⁵⁾の提唱する慢性疾患やがんの疾病由来に関する理解困難や予測困難な不確かさから起きる動揺のことを指す。よって、結果を正確に予測できない時には無秩序に大きな精神的なうねりとなるが、不確かさをコーピングすることで、“ゆらぎ”はより高いレベルの組織となって規則的になると提唱している¹⁵⁾。本研究における高齢介護者の“ゆらぎ”は、COPDの慢性疾患自

身や低酸素血症由来の認知機能低下に伴う介護負担と一致する。“ゆらぎ”は、介護負担のプロセスを通して継続的に起こり、かつその介護者のコーピングは、各 phase の中で過去や将来への不安をもちながらも今起きている介護問題に対して失敗や成功を体験し得たものであった。

各カテゴリーの要素に関しては、《できるだけ最後まで夫婦間で対処しようとする事への葛藤》の「不確かさ」は Mishel¹⁵⁾の提唱する意味と一致したが、介護者は適切な介護方法が分からず苦慮するが、「うちの主人はお風呂が好きで1時間ぐらい湯舟につかるのですが・・・先生からいいなんていわれたないし、本人だっていいなんて思っていないですけど」等のデータから、介護方法は是非が病状悪化の判断基準になっていたり、病状の見通しがたたないことが「不確かさ」とした。《介護能力の限界を知る》の「忍耐」は、広辞苑で耐え忍ぶこととある。本研究において、積極的に今起きている状態を理解した上で介護できないつらさを隠しつつ、側により添うことに徹した精神的苦悩を意味した。《家族と共に最後まで自分らしさを維持することへの葛藤》の「自分らしさの低下」は、介護を通して、介護者の新たな価値の発見であり、家族と共に生きる事が自分らしさであることを改めて認識することとなった。家族について肯定的データから「娘に感謝です」「何かあれば直ぐに助けてくれる」。一方、否定的な場合は、「一人でここに置いておくわけにいかないでしょう。いずれ施設に預けるしかないでしょう」等のデータから、COPD 高齢患者の介護の何もかもすべてが高齢介護者に任されていた場合、高齢介護者は介護から得られる満足や生きがい等の肯定的認識を得られず、妻としての責務に縛られ「自分らしさの低下」に繋がった。

介護者の負担は、主として日常生活の task が中心であった。この結果は、先行研究と一致した⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾¹⁵⁾。一方、Lidell¹⁵⁾は、介護負担要因を主観的と客観的の二分には明確にはできず、全人的因子として定義づけている。本研究の結果でも介護負担要因は、介護者自身のものと介護実践によって生じた物理的、精神的・心理的負担があった。介護者の個人的負担には、介護者自身のもつ持病によるもの(腰痛、他)や2種類の疾病についての知識不足があった。介護実践による負担要因には、病院通いへの交通手段の不足、介護時間、気遣い、社会資源活用拒否への介護量の増加等であった。加えて、介護実践を介して、病状の増悪と共に息切れの増強への理解困難、認知機能

低下における対応の混乱、介護生活による介護者のライフスタイルの変化等も負担として捉えられた。これらの負担因子が複雑に絡み合い、負担として認知された。

Garlo ら¹⁰⁾は、介護負担は患者の属性(年齢、性別、教育歴、そして婚姻の有無)には直接関連しないが、息切れや重度の ADL 障害の身体的徴候への介護とは直接関連していると述べている。本研究でも高齢患者の息切れ音が死への恐れと相まって介護者の嫌悪となったり、息切れや痰喀出困難時の戸惑い、あるいは無意識の中で呼吸数や咳嗽や痰量の増加、認知機能低下の実行機能低下への対応等と関連していた。一方で、本研究で明らかになった点として、介護者は COPD 高齢患者の真の苦しさを同情はできるが、理解できず逃避していた点であった。この点は症状管理のリスクマネジメントに関与し、介護者の教育・指導において再検討する必要があると考える。

Burton ら⁹⁾は、不安も介護負担と強く関連すると指摘している。本研究において、COPD での急変時の対応や重症への気づきの鈍麻、将来への展望等、不安は“ゆらぎ”に内包して負担プロセス全般に表れた。Kuzuya ら⁸⁾は、家族員内での介護負担の比較において、配偶者負担が一番大きいことを明らかにした。また、介護者の健康状態(well-being)と介護と強い関連があることを示した。本研究の対象者において、各関節疾患や肝硬変のような重症な疾病をもっており、かつ複数合併していた。このような身体状況においても介護活動を行わなければいけない中で、介護者は自己の体調の波とバランスをとりながら介護を行っていた。Well-being とは全人的な健康⁹⁾であるが、介護の機会を通して、夫婦や家族との“絆”(情緒的結びつき)という価値を再発見し、家族と共に生きることの喜びや満足をもつことが介護者の自分らしさであることを再認識し、新たな自己成長を遂げることができた。以上から、本研究の結果より、介護負担要因に影響を与えるものは、2種類の慢性疾患の進行状態、家族機能、結婚の質と強く関連し、それが介護負担に繋がっていた。

2) 介護負担と負担軽減との関係

COPD 患者と介護者を取り巻く環境において、COPD 患者と介護者関係の外枠に家族サポートがあり、そして一番外側に社会サポートがあった。これら両サポートが介護者の負担軽減に繋がっていた。先ず、介護を通して COPD 患者と介護者間の相互作用について、介護には正しい答えのない、[不確か]な中で、介護者は COPD 患者

の呼吸苦や認知機能低下への介護において死への恐れや怒り・混乱を経験し、その後に患者への愛情を内包した“かわいそう”の感情/情緒へと変遷していった。この感情/情緒は、負担プロセスにおいて、A 氏のように第 I phase での折り合いの葛藤中で生じた“かわいそう”と第 II phase の介護者の理解できないこと(息切れの強さや認知機能低下による予期せぬ行動)に対しての患者に対し、感情の“かわいそう”の 2 方向でみられた。高齢 COPD 患者は、分かってもらえない、伝わらない、あるいは喪失感(できない)を強くし、それらが依存へと変化した。依存とは、Stabell¹⁷⁾によれば、身体的・精神的機能低下によりコントロール喪失・抑うつや能力低下と関連し、頼る状態をいう。この依存がプレッシャーとなり負担を形成した。この現象は、《介護能力の限界を知る》の<介護する上でのターニングポイント>においてアセスメントしたように、介護に対して患者と介護者ではデマンドする側と受ける側で真逆の意味となり、依存と過保護の関係が成立した。この結果は、先行研究である Lidell¹⁵⁾の結果と一致した。COPD 患者の強いケアデマンドは、介護者のストレスとなり、特に精神的 distress を高め、負担となった。また、介護者自身については、複数の持病をもちながら介護を優先させなければいけない状況下において、持病の自己管理に苦慮していた。看護師は、介護者の健康管理や悩みの相談相手になったり、症状コントロールへの指導等で働きかけることも必要である。

家族サポートと負担軽減の関係について、それぞれの家族は、無理なく家族の出来ることを役割として高齢夫婦を支えていた。家族状況に鑑み、サポート内容は、食事の準備、外来受診の付き添い、見守りからより積極的に介護の補完として協力するまでであった。個々の家族員が COPD 患者や介護者の状況に応じて、適切な役割を担い、かつ協力体制が整っているかどうか、そこに家族として介護の問題解決ができるかどうかを家族機能とした。加えて、家族機能には家族員として、高齢夫婦への愛情が内包されていた。森山¹³⁾が述べているように、家族システムとして捉えた場合、介護は家族員個々の生活において生活の質に変化を与え、そのことが家族間で軋轢を生じたり、今までの家族としての調和が崩れる問題がある。本研究においても家族にそのような変化はみられたが、個々の家族変化の詳細については介護者側からのデータのみで、家族員側からは聴取できなかった。

た。よって、今後の継続研究となろう。介護者は症状管理ができる時は、なるべく家族に迷惑をかけないよう夫婦間で問題解決をした。しかし、症状の悪化に伴い、家族は徐々に介護に巻き込まれ、家族員の精神面やライフスタイルに変化を与えるようになって(介護者自身も大きな変化があった)、それを介護の肯定的側面(介護を通しての喜びや感謝等)として捉え、個々の自己成長に繋がる家族と、そうでない家族に分かれた。そのような家族をもつ介護者、症状の悪化と同時に介護量も増加していった(日常生活の援助のみでなく入退院に係る世話等)。よって、家族サポートを得られる介護者は、一方で高齢介護者の一人の負担は維持または軽減され、同時に家族に依存する部分が増えた。反面、家族サポートを得られない介護者はその負担は増大し、孤立していった。このような家族に対しては、看護師は両者の意見を聞き、そこから問題点を決定づけ、家族介入を行う家族看護¹³⁾が必要になる。今後、高齢者の増加に伴い、家族問題も増えていくと考えられる。よって、家族介入ができる有能な看護師の指導・育成が急務になると考えられる。

COPD 高齢患者の入退院の繰り返しと同時に認知機能の低下が進行すると、介護者や家族の介護能力を超える対応を迫られる時、在宅介護の限界を知ることとなった。この時、社会サポートをうまく利用する事で介護負担の軽減に繋がり介護者の精神的余裕も獲得できた。先行研究においても家族サポートや社会サポート¹⁸⁾¹⁹⁾は、介護負担軽減においてサポートニードの最も強いものであった。デイサービス/デイケアサービスは介護者負担の軽減を図る手段としてレスパイトケア(休息ケア)があげられるが、介護者をサポートする一役を担っていた。また、社会サポートをうまく活用することで、介護者の健康状態を維持し、自己管理の継続に繋がり、それが介護にフィードバックされるという好循環を得られれば、介護者の自信に繋がる²⁰⁾ことが報告されている。本研究においても類似の結果が得られた。このような self-efficacy をより強くする手段としての情報収集等の行動は、最近ではテレビやインターネットの活用²⁰⁾や認知症指導へのグループや個人指導等²²⁾がある。しかし、本研究では、より積極的に自ら問題点に近づき、それを訪問看護師や主治医に相談したり、質問する姿勢はなく、あくまでも受け身であった。この結果から、医師や訪問看護師への信頼関係、症状悪化に伴う対処困難時(呼吸困難等の緊急対応や治療上の医師からの説明等)に家族サポートが得られる

という条件下にて、曖昧な状態のままで医師や家族へのお任せ行動がみられた。

一方、COPD 患者の中で社会資源の利用を拒否する高

齢者もいた。このことは一層介護者の負担になっていたが、拒否の理由を理解し受容していた。介護負担と負担軽減との関係は図 2 に示した。

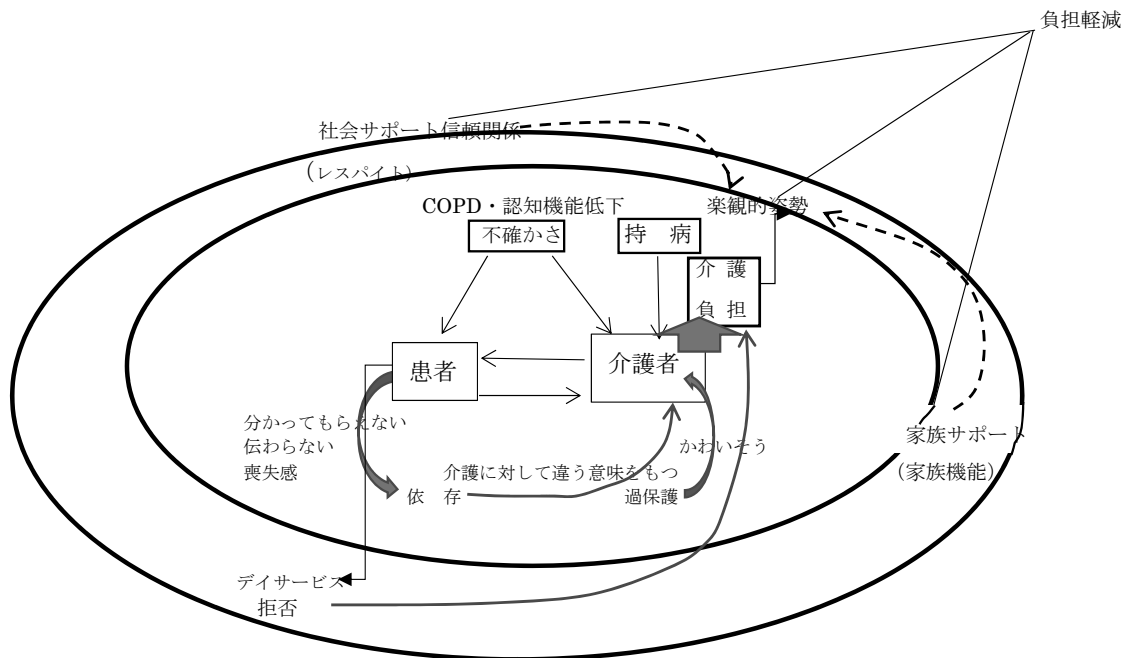


図 2. 介護負担と介護軽減との関係

3) 認知症の受容プロセス

本研究において、COPD 発症後に認知機能低下をひきおこしたかどうかは不明であったが、明らかに COPD 後に認知機能低下の症状を介護者は認知していた。また、介護者は在宅で展開する認知機能進行に対する対応は極めて困難で、介護者の介護能力の限界を知る契機になった。主な症状は、中核症状と BPSD を含めて、もの忘れ、実行機能低下（お湯を出せない、薬剤管理不可）、言語機能障（訴えない、何度も聞き直す）、抑うつ、人格変化、過食、不注意等であった。このような認知機能低下（認知症を含める）をもつ高齢者への家族の受容プロセスを杉山の提唱する「家族のたどる心理的ステップ」²³⁾に照合すると、第 1 ステップの【戸惑い・否定】は本研究の第 I phase 内にあり、介護者は「なんでこんなになったんでしょうね」と健康時の頃と比較して、現在を否定したり戸惑いが見られた。この時期はもの忘れが中心であり、排泄・内服・酸素の自己管理は自立していた。よって、介護者は、戸惑いながらも患者のできることとできないことを明らかにして、できない事を援助した。

第 2 ステップの【混乱・怒り・拒絶】と第 3 ステップ

の【割り切り・あきらめ】は、第 II phase 内にあった。この phase になると認知機能低下への妻/夫の知覚へのデータから COPD の増悪や認知機能の進行に伴い、中核・BPSD 症状が複数表れた。介護者が理解困難や混乱においても、それでも妻/夫であることで、認知機能低下に関してはあきらめ、患者に任せず、全てを管理した。同時に認知症の妻/夫として、最後まで介護することを覚悟した。第 4 ステップは【受容】であり、第 III phase 内にあった。＜妻/夫の覚悟＞のデータから、デイサービスに通わせようとした介護者であったが、患者は他者との交流を拒否したため、デイサービスをあきらめ、患者の能力を理解しつつ、その患者のすべてを受容し、自宅にて愛情を込めて介護を行った（図 3）。

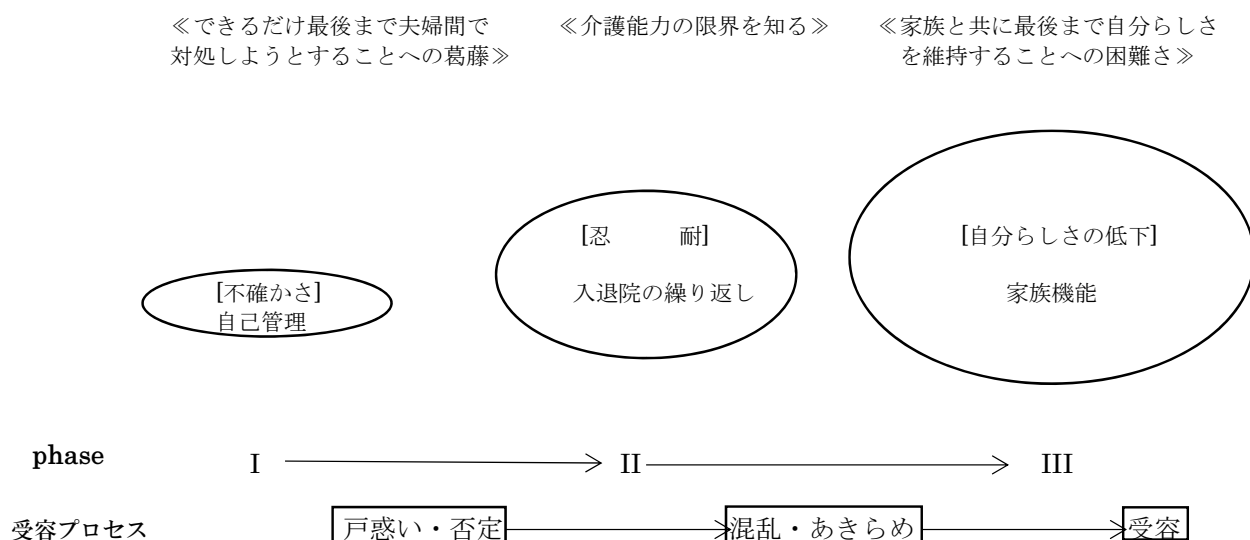


図3. 認知機能低下に関する介護負担の拡大と家族の受容プロセスとの関係

結 論

COPD と認知機能低下をもつ高齢患者の介護負担について、質的・帰納的方法にて分析した結果は以下の通りであった。

1. COPD をもつ高齢患者への介護者の負担には、3つのカテゴリーと12のサブカテゴリーを発見した。各カテゴリーの要素は[不確かさ][忍耐][自分らしさの低下]を出した。
2. 介護者の負担因子には、主として個人的因子と介護実践因子が明らかになった。これらの因子が複雑に絡み、介護者の負担として認知された。
3. 介護負担のプロセスは、第1 phase～第3 phaseがあった。各 phaseを通して、介護負担の1つである精神的“ゆらぎ”が表出され、負担の強さと関連した。家族機能がある介護者は、介護拡大に伴っても“ゆらぎ”は安定し、介護者は家族の絆という価値を再発見し、家族の存在が介護において最も重要であることを認識した一方、家族機能のない高齢介護者は、“ゆらぎ”は拡張し孤独化していった。
4. 患者と介護者間で“かわいそう”をベースに介護の意味に相違があった。依存 vs 過保護との関係において、介護者は介護負担を増強した。

5. 介護負担の中心は日常生活の task(作業)であった。

また、COPD 高齢患者の病状や介護について、受身であり、実存的・楽観的姿勢であった。これは、家族協力と医療者への信頼関係の条件下で、[不確かさ]のコーピングとしてお任せを発見し、介護負担の軽減に影響を与えた。

6. 認知症家族の受容プロセスは、杉山の「家族のたどる心理ステップ」と照合すると、第1ステップの介護者の【戸惑い・否定】は第I phaseで起きていた。第2・3ステップの【混乱・怒り・拒絶】【あきらめ】は、第II phase内で、介護者は患者への期待をあきらめた。第4ステップの【受容】は、第III phase内で、認知症をもつ妻/夫としてすべてを理解し受容した。

著者全員に本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 厚生労働省人口動態ホームページ. 東京：厚生労働省；[2016 Oct].
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/index.html>.

- 2) 佐藤晋, 室繁朗, 三嶋理晃. 若年 COPD と高齢者 COPD について. 日本胸部臨床 2014; 73(8) : 876-884.
- 3) 山本寛. 認知機能の低下を認めた高齢 COPD の 1 症例. Geriatric medicine 2009 ; 47(2) : 215-218.
- 4) 黒澤一, 三嶋理晃, 長瀬隆英ほか. 高齢者 COPD の現状と将来への展望. Geriatric medicine 2009 ; 47(2) : 219-229.
- 5) 鈴木智子. 身体合併症を有する認知症患者の医療とケア. JMC 2013 ; 89,32-35.
- 6) 国民生活基礎調査ホームページ. 東京:厚生労働省; [2016 Oct].
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyyosa/k-tyyosa15/index.html>.
- 7) Hong Son G, Kim H. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. Geriatric nursing 2008 ; 29(4) : 267-274.
- 8) Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J et al. Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients, American journal of psychiatry 2011 ; 119(4) : 382-391.
- 9) Burton M, Allison M, Jessica A et al. Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. Journal pain symptom manage 2012 ; 44(3) : 410-420.
- 10) Garlo K, O' Leary R, John P et al. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. Journal of American geriatric society 2010 ; 58 : 2315-2322.
- 11) 南裕子(監訳), 操華子, 森岡崇ほか. 質的研究の基礎. 東京:医学書院;1999.
- 12) Davison E, Tanya N, Kanvar C et al. A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia : A pilot study. Geriatric nursing 2016 ; 37 : 25-29.
- 13) 森山美知子. 家族看護モデル. 東京:医学書院;1998. 124-132.
- 14) 手島恵(訳). マーガレット・ニューマン看護論. 東京:医学書院;1995. 29-36.
- 15) Merle M. Reconceptulation of the uncertainty in illness theory. Journal of Nursing Scholarship 1990. 22(4) : 256-261.
- 16) Liddle E. Family support-a burden to patients and caregiver. European Journal of Cardiovascular nursing 2002. 1 : 149-152.
- 17) Stabell A, Edie H, Solheim A et al. Nursing home residents' dependence and Independence, Journal of Gerontological. Nursing 2008 ; 43(4) : 32-39.
- 18) Coffman M. Effects of tangible social support and depression on diabetes self-efficacy. Journal of Gerontological Nursing 2008 ; 43(4) : 32-39.
- 19) Gallant M. The influence of social support on chronic illness self-management. A review and directions for research, Health education and behavior 2003 ; 30 : 170-195.
- 20) Bowen G, Pamela J, Olivio L et al. Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. Journal of Gerontological Nursing 2015 ; 41(12) : 21-29.
- 21) Bond G, Burr R, Wolf F et al. The effects of a web-based Intervention on psychosocial well-being among adults aged 60 and older with diabetes educator 2010 ; 36(3) : 447-456.
- 22) Selwood K, Lyketsos C, Katona C et al. Systematic review of effect of psychological intervention on family caregivers of people with dementia. Journal of affective disorder 2007 ; 101 : 75-89.
- 23) 杉山孝博. 認知症の理解と援助. 京都:クリエイツカもが;2008. 52-58.

Burden among Elderly Caregivers of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Complicated with Cognitive Degression

NAKAMURA Yoko

Abstract : **Objectives** To clarify burden on elderly caregivers in terms of caregivers, COPD patients, and family interaction. **Design** Grounded theory approach. **Setting** Respiratory outpatient departments of one general hospital, one geriatrics hospital, and one facility supplying home visiting nursing service. **Participants** 4 spouses of COPD diagnosed elderly patients who degressed cognitive function by hypoxia after COPD. **Results** Burden on caregivers to elderly patients with COPD was discovered in 3 categories and 12 subcategories, and these were mutually related. Each category indicated burden process from the 1st phase to the 3rd phase, and “yuragi” which proved mentally unbalance was shown through the burden process. “Yuragi” related to burden’s strength and it developed with progress of ill conditions in the 2nd phase, and then stabilized it in enlargement of family support. Finally, the relationship between patients and caregivers changed to dependence vs overprotection and increased burden. **Conclusion** Although family support not only was core of decrease of care burden, but also rediscovered “kizuna” of family which is emotional link based on love as value. Those who were not able to gain family support isolated from society.

【Key Words】 COPD elderly patients, cognitive degression, elderly caregiver, care burden