

タイの伝統的ケアの播らぎ ——高齢者ケアを担う家族に対する質的分析——

渡 辺 長*, オンチュダ・クンポン**, ヌアンパン・ピムピサン***

Transformation of Traditional Care in Northern Thailand: Qualitative Analysis of Family Caregivers for the Elderly

WATANABE Osamu*, Onchuda KUMPORN** and Nuanpan PIMPISAN***

Abstract

Thailand is experiencing demographic changes owing to an increase in its older population. In this study we focus on the northeastern part of Thailand, where community ties are strong, to elucidate the relationship between caregivers and care recipients in the provision and reception of effective support. The aim of this study is to clarify the sharing of care among relatives and communities, and to describe their burden focusing on both negative and positive aspects, through semi-structured interviews in order to establish an innovative and cultural approach to alleviating the burden.

Qualitative interviews were conducted with 16 primary caregivers in October 2018. The Grounded Theory Approach (GTA) was employed to stratify their narrative related to caregiving. The family caregiver burden consists of four parts: psychological burden, physical burden, time constraint, and economic burden. The process of determining the caregiving burden takes into account not only the nature of the long-term care provided, but also the three mediator factors of sense of mission as a family, the benefit of providing care, and the Buddhist faith. In addition, the moderator factor of sharing care among family members and relatives alleviates the caregiver burden.

Based on the study results, it was concluded that positive feelings toward care provision lead to motivation to continue quality care. Therefore, in long-term care support policy, it is necessary not only to reduce the burden of long-term care but also to take into consideration Thai culture and Buddhist beliefs, and to find support that makes nursing care worthwhile and meaningful.

* 帝京科学大学医療科学部理学療法学科 ; Department of Physical Therapy, Teikyo University of Sciences, 2525 Yatsuzawa Uenohara, Yamanashi 409-0193, Japan

Corresponding author's e-mail: o-watanabe@ntu.ac.jp

** RN, Golden Jubilee Medical Center, Mahidol University, 2 Wanglang Road, Siriraj, Bangkok noi, Bangkok 10700, Thailand

*** Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Changpheuk Road, Naimuang Subdistrict, Muang District, Nakhonratchasima Province 30000, Thailand

DOI: 10.20495/tak.59.2_235

Keywords: caregiver burden, traditional community care, Buddhist beliefs

キーワード：介護者負担，伝統的コミュニティケア，仏教信仰

I 緒 言

多くの東南アジア諸国では、今後数十年にわたり若年層の割合が比較的高い状況で推移する一方、タイはこの傾向から逸脱することが予測されている。東南アジア諸国においてインドネシアに次ぐ第2位の経済規模を誇るタイでは、平均余命の延伸と出生率の低下の両面から著しく高齢化が進んでいる。2015年におけるタイの平均寿命は75.0歳、人口の15.8%が60歳以上であり、この割合は2030年までに26.9%、2050年には37.1%まで急増すると推定されている[Population Division 2015; Rattanamongkagul *et al.* 2012]。しかし平均寿命が延伸することは、そのまま健康寿命もが延伸することを意味しない。近年、マラリア及び下痢症などの感染症が減少する一方、生活習慣病に起因する慢性疾患に罹患する高齢者数が急増しており、罹患率・死亡率のトップランクは既に糖尿病、高血圧症、心臓血管疾患という慢性疾患で占められている[Aekplakorn *et al.* 2006; Lorga *et al.* 2013; Porapakham *et al.* 2008]。こうした老齢に伴う疾患とActivities of Daily Living (ADL, 日常生活活動)の低下により、要介護状態に陥るリスクの増加とそれを支える在宅ケアの担い手の確保が喫緊の課題となっている。

ケアの担い手について落合 [2013] は、タイの人口ボーナス期(1970-2015)は、経済発展に有利だけでなく、家族形成期にある人々の兄弟姉妹が多く親族ネットワークの援助を受けられやすいという好条件にあったことを指摘している。しかし人口オナーズ期に突入以後、タイは核家族化や出生率の低下に加え、若年者の進学率の上昇や就労による大都市への人口流出などにより、親類の在宅ケアを担える若者が減少の一途を辿っている[Knodel and Chayovan 2008; Nijboer *et al.* 1998]。

タイは伝統的に「家族圏」社会であり、子供と共に祖父母や伯父(叔父)、伯母(叔母)といった親族もケアの担い手となる拡大家族主義であった。また、タイを始めとする東南アジア社会におけるコミュニティ生成の議論では先進諸国のような個人主義でも集団主義でもなく、二者関係の自由な人間関係の構築が有力視されてきた。具体的には、日常的な養育などケアの担い手が血縁に限定されず、コミュニティで個々人が形成する親戚や友人とのネットワークが、担い手の代替として相互扶助の役割を果たすことを指す。こうした東南アジアの伝統的関係構築の原理は、これまでタイ東北部の農村部ドーン・デーン村の研究をした水野 [1981] による「間柄の論理」、マレー半島南部の民族オラン・フルやマレー人の研究をした立本 [2000] による「親密圏」、世界の民族誌研究に携わったCarsten [2000] による「関係の文化」といった概念で表されてきた。開発独裁時代の東南アジアではこうした「アジア的家族」が称揚されてき

たが、現在の高齢化に対する政策の中では、この家族が危機にあるという言説が強調されつつある [速水 2019]。

韓国の社会学者である Chang [1999; 2010] が提唱した「圧縮された近代」とは、ヨーロッパ諸国では 1880 年頃から緩やかに近代化が進み、それに伴い経済的・政治的・文化的な発展と共に福祉国家としての機能を成熟させた一方、東アジア諸国では、こうした多角的変動が国家的体制の追い付かない状態で急速に進んだことを指す。タイはまさにこの「圧縮された近代」の下で、福祉国家を構築する十分な時間や富の蓄積が得られないまま少子高齢化社会に突入しているといえる。事実、タイ政府は第二次国家長期行動計画（2002–21）において「高齢者が何らかの理由で介助が必要な状況に陥った場合、第一義的に家族ケア・コミュニティケア・社会的ケアが実施されるべきであり、政府は補完する位置に留まる」という補足性の原理の立場を明示しており、家族主義への依存は政治的イデオロギーを帯びて一層高まっているといえる。

実際にケアの実態を解明するため筆者らが行ったタイ東北部における高齢者ボランティアへの量的研究では、トイレ・入浴介助、清拭など家族介護者の介護負担と相関のある身体介護は全て家族が担っていること、また既にケアを担う家族の「介護疲れ」や「介護うつ」が地域で拡大していることが明らかになっている [Watanabe *et al.* 2014]。同地区の家族介護者への介護負担尺度を用いた量的研究では、年齢中央値が既に 55 歳と高齢であり、家族構成も核家族が約 6 割を占め、約 4 割もの家族介護者が高介護負担を抱えていたことも判明している [Watanabe *et al.* 2019]。介護負担の上昇は介護者自身の健康状態に悪影響を及ぼすだけでなく、提供している介護の質の低下や要介護者へのネグレクトや虐待などにも繋がるリスクを包摂している。

過去 20 年間、家族介護者の心理的動向に関する 400 以上の実証的研究が発表されている [Clyburn *et al.* 2000; Haley *et al.* 2003; Pinguart and Sörensen 2003]。その多くは、既に介護者支援政策が確立されている欧米諸国の認知症やうつ病の高齢者ケアに関する負担に焦点が当てられている。一方、家族の責任やケアに資する社会的資源の認識に大きな違いがある東南アジア諸国、中でも高齢化が顕著なタイにおける家族介護者の質的研究はごく限られている。そこで本研究では、家族介護者へのインタビューを通じ、親族やコミュニティ間におけるケアの分散と彼らが抱える介護負担感を肯定的側面にも着目しながら語りの分析を通じて明らかにすることによって、伝統的なケアの変容によって生じた問題点・課題を明らかにした。また、その結果を基に介護者支援政策の構築及び負担軽減に向けた方策を考察したのでここに報告する。

II 方 法

II-1 対象

タイの高齢化は特に東北部において顕著であるが、ナコンラチャシマ県はその中で最も高齢者人口が多く [Siriphanich and Jitapunkul 2009]、なかでもムアン郡の自治体は高齢者施策に積極的で外国からの研究者の受け入れにも柔軟であったため、本研究の実施に至った。

研究協力者は在宅で60歳以上の要介護高齢者の介護に1年以上携わっている一次介護者（平均年齢 57.3 ± 12.6 歳）とした。タイ東北部ナコンラチャシマ県ムアン郡に位置するヘルスプロモーション病院の協力を得て当該地区における介護者16名（男性5名、女性11名）の紹介を受け、1件ずつ訪問しインタビューを実施した。

研究協力依頼の手続きは当該地区のヘルスプロモーション病院の所長に文書と口頭で研究協力への同意を得た後、所長から対象となる家族介護者の紹介を受け、通訳者でもある共同研究者が、タイ語にて研究趣旨を文書と口頭で対象者に説明し同意を得た。対象者の選定においては家族構成や性別などに偏りが無いよう配慮した（表1）。

16名の要介護者の内訳は男性9名、女性7名であり平均年齢は 74.7 ± 11.0 歳であった。Barthel Index（以下BI）によるADLスコアでは11名のスコアが部分自立と介助の分岐点である60点 [Patricia 2003] 以下であり、うち5名が完全な寝たきり状況だった。疾患は全員に廃用があり、7名が脳卒中、5名が認知症であった。周辺症状では不眠症が5名、感情失禁を始めとする認知症の周辺症状を呈していたのが7名であった（表1）。

II-2 調査の概要

インタビューは1) 家族介護者がどのようなことを負担と感じているか、2) そこにどう折り合いをつけケアの提供を維持しているのか、3) 介護を親族間でどう役割分担しているのか、といった内容に焦点をあてつつ、対象者の会話の流れ、発言を尊重し、自由に柔軟に語ることができるよう半構成的面接法を実施した。一人当たりの面接時間は通訳時間を含み約1時間とし、面接内容は同意を得て録音し、語られた内容や観察記録を逐語化しデータとした。なお、調査期間は2018年10月に実施し、通訳は家族介護者の意図を正確に読み取れるよう現地で長年、在宅看護に携わっている共同研究者に依頼した。

またフィールドワークとして、地域の実情を理解するため当該地区の保健センターでのヘルスボランティアや訪問看護師への聞き取り、家庭訪問による介護者との対談、高齢者が集まる寺院への視察も事前に実施した。

表1 研究対象者（一次介護者）と要介護者の基礎情報

研究対象者（一次介護者）										要介護者			
介護者	年齢	性別	婚姻関係	最終学歴	職業	月額世帯 収入 (バーツ)	要介護者 からみたる 関係	同居家族	介護提供 歴(年) 時間(日)	健康問題	ADL(BI) 60 ≤ 部分 自立	健康問題	周辺症状
A	80	男性	既婚	小学校	無職	9,800	夫	家族	8	12	80	服用, 関節痛	なし
B	35	男性	既婚	小学校	従業員	6,000	息子	家族と親戚	1	24	40	服用, 関節痛, 中	うつ傾向, 感情失禁, 不眠症
C	62	男性	既婚	小学校	従業員	6,700	夫	家族	3	5	70	服用, 褥瘡	うつ傾向, 感情失禁
D	61	女性	既婚	小学校	従業員	6,000	義理の娘	家族	5	24	0	障害, 認知症	視覚 妄想, 依存性
E	44	女性	既婚	小学校	公務員	6,000	娘	家族と親戚	6	4	65	服用, 認知症, 中	脳卒 感情失禁, 質問復唱, 幻覚
F	72	女性	内縁	小学校	無職	3,000	妻	配偶者	1	24	70	服用, 胃潰瘍,	なし
G	78	女性	既婚	小学校	無職	5,000	妻	家族	20	24	55	服用, 褥, 脳卒中	不眠症
H	37	男性	既婚	大学	公務員	30,000	息子	家族	3	5	55	服用, 脳卒中, 胃潰瘍	骨折, なし
I	52	女性	既婚	職業校	無職	20,000	娘	家族	1	8	80	服用, 糖尿病, 障害	視覚 服薬拒否
J	55	男性	既婚	小学校	従業員	6,000	夫	配偶者	3	24	0	服用, 脳卒中, 障害	関節 不眠症
K	52	女性	既婚	中学校	公務員	10,000	娘	家族	7	24	5	服用, 関節炎, 褥瘡	骨折, 不眠症, 質問復唱
L	62	女性	既婚	小学校	無職	4,000	娘	別居(夜間 介護)	8	12	80	服用, 認知症, 症, 視覚障害	不眠 質問復唱, 易怒性, 物忘れ妄想, 依存 性, 感情失禁
M	66	女性	既婚	小学校	農業	20,000	妹	家族と親戚	6	6	30	服用, 認知症, 病, 盲目	糖尿 物隠し, 依存性, 幻 覚, 礼数え
N	60	女性	既婚	小学校	自営業	3,000	妻	家族	4	4	40	服用, 認知症, 患, 褥	心疾 不眠症, 易怒性, 服 薬拒否
O	53	女性	既婚	小学校	無職	20,000	妻	配偶者	1	24	45	服用, 脳卒中, 傾向	うつ 不眠症
P	48	女性	未婚	小学校	無職	6,000	娘	配偶者	6	24	5	服用, 脳卒中, 炎	関節 なし

II-3 分析方法

インタビュー内容から介護負担に係る状況を整理するため、介護負担を取り巻く要因、介護に対する動機付け、介護の内容と役割分担について項目毎に発言をまとめた。特に、家族の想いや経験の受け止め、解釈などが表出しているところに着目した。データの文脈に留意しつつ家族の介護負担に関わっていると思われる語りを抽出し、意味の解釈とコード化を図った。そして、各々の内容の共通性と相違性を検討しながら、類似するものをまとめ、抽象度を高めながら階層化によるカテゴリーを生成した。

II-4 信頼性と妥当性の確保

研究者は研究対象者が十分に話す内容を語ったと判断した時点で面接を終了した。面接終了時に語られた内容が研究者の解釈したものと相違がないかを筆者が通訳を介して対象者に確認し、適宜修正を受けることによりデータの信頼性を高めた。さらに妥当性を確保するため、分析過程において質的分析を専門とする研究者とも検討を重ねた。またGlaserの理論コードを参考にカテゴリー間の文脈、条件、原因の関連を検討し図式化した。

II-5 倫理的配慮

研究者が紹介を受けた主家族介護者に研究の趣旨、研究参加の自由意志と途中辞退の自由、プライバシーと個人情報の保護、結果公表における匿名性の遵守について文書と口頭にて説明し、署名による同意を得た。なお、本研究の実施にあたり、大阪大学倫理審査委員会(OUKS1646: 2017/0216)及びMaharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB: 070/2017)より倫理的承認を得た。

III 結 果

III-1 介護提供内容と頻度

生活介護において全員が介護者からの買い物、食事準備、部屋の掃除の支援を受けており、身体介護ではほとんどの要介護者が中等介助を要する状態であるため座位保持、移乗、歩行、着替え、入浴、トイレ、食事の動作において支援を受けていた。生活／身体介護全般に介助を要する要介護者が多く介護者の負担は大きいことが伺えた(表2)。

III-2 介護負担を取り巻く要因分析

家族介護者の介護負担の語りとして【介護による心理的負担】【介護による身体的負担】【介護による時間的制約】【介護による経済的負担】の4つのカテゴリーが抽出された(表3)。以下、

表2 介護提供内容

介護内容	生活介護											身体介護							
	買い物	食事準備	掃除	散歩	通院	服薬管理	精神的支援	座位保持	移乗	歩行	着替え	入浴	トイレ	食事	整容	運動	マッサージ	オムツ交換	褥瘡管理
A	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
B	毎回	毎回	時々	なし	なし	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
C	毎回	時々	時々	なし	時々	なし	毎回	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
D	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
E	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
F	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	なし
G	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし	毎回	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	時々	なし
H	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
I	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
J	毎回	毎回	毎回	時々	時々	時々	時々	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
K	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
L	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
M	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	時々	時々	時々	時々	なし
N	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
O	毎回	毎回	毎回	時々	時々	時々	時々	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし
P	毎回	毎回	毎回	毎回	時々	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	毎回	なし

これらのカテゴリー説明を代表的な語りをを用いて説明する。なお、サブカテゴリーは『 』、コードは「 」で示し、()内に該当者を加えた。アルファベットは研究対象者を指す(表3)。

1) 介護による心理的負担

「威厳があり厳しかった父が脳梗塞で要介護になったことにショックを受けている (B)」と突如として健康であった家族の状態が悪化したことや、「自分以外に介護者がいない。寝たきりの父を毎日入浴させ、日に4回オムツを交換し疲れ切っている (P)」と家族間でも実質的介護協力が中々得られないこと、「妻が脳卒中になったとき、どうケアをしたらよいか分からず毎日大声で泣いた (A)」と自ら主介護者として慣れない介護を提供し始めた頃に要介護者の生活を一人で担わなければならないという責任の重さから、不眠症に陥るなど精神的に不安定な時期を経験していた。また「夫が脳梗塞になったことで感情的に不安定で私に対してすぐに大声で怒鳴るようになった (O)」というように要介護者自身も身体能力が低下したことによるストレスから攻撃的言動を繰り返すようになり、介護者との関係が徐々に悪化している要介護者もいた。

家族介護者の心理的負担は主に脳梗塞のように突如として要介護となったケースで当事者と家族の双方の戸惑いがある中、家族はそれを受容する間もなく重い身体介護という現実を突然突きつけられるということや、生産年齢人口の低下と出稼ぎ現象に伴う家族構成の変化から介護を分担できる同居家族が他におらず一人で抱え込んでいるという現実が明らかとなった。心理的負担は『介護経験不足』という介護者自身の問題、『要介護状態の受容困難』という初期介護に伴う介護者の受容問題、『介護分担困難』という家族間の問題、そして『家族関係の不調和』という要介護者の気質の問題の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

2) 介護による身体的負担

「夜間のオムツ交換で睡眠サイクルが崩れて日中も眠気が続いている (B)」, 「母に物盗られ妄想があり、いつも夜中に起きて騒ぎ出す。電気をつけてクローゼットの服をひっくり返して探し回るため不眠症になった (L)」や「真夜中に突然大きな声や音を立てたりするので、毎日2時間位しか寝られない (J)」といった要介護者の排泄介助や認知症の不穏行動に伴う『睡眠障害』と、「介護に追われ食事を味わったり楽しんだりする時間もなく、食事を摂る気がしない (J)」や「ストレスで食欲はなく今は1日1回のみ。介護が始まった当初は水だけで過ごしていた (O)」といった常時介護に追われ休息時間が持てないことによる『食思低下』という生活習慣への影響、及び「寝たきりの母を移動する時に腰が痛い (K)」や「夫をベッドから床に降ろすのが大変で膝が痛くなった (F)」といった不適切な介護動作に伴う『腰痛/膝痛/股関節痛』という3つの身体症状で構成されていた。

表3 介護負担を取り巻く要因分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
介護による心理的負担	介護経験不足	寝たきり高齢者介護の経験がなく不安で不眠症になった。(A) 妻が脳卒中になったとき、どうケアしたら良いか分からず毎日大声で泣いた。(A)
	家族関係の不調和	夫が脳梗塞になったことで感情的に不安で私に対してすぐに大声で怒鳴るようになった。夫のために介護や機能訓練などあらゆる努力をしているのに私のいう事は全く聞いてくれず、ストレスで私が先に死んでしまいかもしれない。(O)
介護による身体的負担	要介護状態の受容困難	威厳があり厳しかった父が脳梗塞となり介護が必要となったことにショックを受けている。(B) 母が病気になるたときオムツ交換、食事介助、体位交換、入浴介助全てひとりで行わなければならず、身体的にも精神的にも辛かった。(I)
	介護分担困難	母が妹に介護されるのを嫌がるので全て自分がやらなくてはいいけない。(L) 自分以外に介護者がいない。寝たきりの父を毎日入浴させ、日に4回オムツ交換をしているので疲れている。(P)
介護による身体的負担	睡眠障害／食思低下	夜間のオムツ交換で睡眠サイクルが崩れて日中も眠気が続いている。(B) 真夜中に突然大きな声や音をたてたりするので、毎日2時間位しか寝られない。(J) 母に物盗られ妄想があり、いつも夜中に起きて騒ぎ出す。電気をつけてクローゼットの中の服をひっくり返して探し回るため、不眠症になった。(L) 介護に追われ食事を味わったり楽しんだりする時間もなくなり、食事を摂る気がしない。(J) ストレスで食欲なく今は1日1回のみ。介護が始まった当初は水だけで過ごしていた。(O)
	腰痛／膝痛／股関節痛	介助で妻の移乗や体位交換で腰が痛くなった。(C) ひとりで介護をおこなっているのが股関節と腰が非常に痛い。(E) 高齢でかつ盲目の妻である私が体の大きい夫を介護しなければならず、慢性的な腰痛がある。(F) 夫をベッドから床に降ろすのが大変で膝が痛くなった。(H) 寝たきりの母の腰が痛い。(K)
介護による時間的制約	休息時間の消失	村に住む自分の母も具合が悪いので会いに行きたいけど時間が無い。(C) 自宅には家族の朝食を作りに戻るだけで、日中は実家の母の介護に携わるため家族との時間が持てない。(B) 介護の日々で時々自分の時間が欲しいと思うが持てない。(I) 私の唯一の楽しみは森や自然のあるところを訪れたいけど、介護の日々でそれが叶わないこと (I)
	労働機会損失に伴う経済的困窮	家計を支えているのは私だけ。でも介護で働く時間が持てない。家族で支えあわなかったら誰が面倒みるの？ (B) 日に300バーツの収入しかなく金銭の心配が一番大きい。息子を学校にいかせるお金もない。自分の眼の手術も受けたいが、入院すると妻の介護をする人がいないし、家族を養えない。(C) 自治体からの金銭的補助は月に100-200バーツのみで介護生活を続けるのは苦しい。(J) オムツを買うお金がないので、床ずれがあっても日に2回だけしか変えられない。(K) 介護をしているので働けないし、お金がなくて何もできなない。長く家族旅行にも行けていない。(N)

3) 介護による時間的制約

「村に住む自分の母も具合が悪いので会いに行きたいけど時間がない (C)」, 「自宅には家族の朝食を作りに戻るだけで、日中は実家の母の介護に携わるため家族との時間が持てない (E)」, 「私の唯一の悩みは森や自然のあるところを訪れたいけど、介護の日々でそれが叶わないこと (I)」, と終わりの見えない介護による『休息時間の消失』が、介護負担の上昇に繋がっていた。

4) 介護による経済的負担

「オムツを買うお金がないので、床ずれがあっても日に2回だけしか変えられない (K)」, 「自治体からの補助は月100-200パーツのみで介護生活を続けるのは苦しい (J)」と介護を続けるためにはオムツを始めとする消耗品代、食費、薬代、通院費、送迎費など経費がかかることに加え、公的機関からの補助金も少なく、「介護をしているので働けないし、お金がなくて何もできない。長く家族旅行にも行けていない (N)」, 「家計を支えているのは私だけ。でも介護で働く時間が持てない (B)」ことによる『労働機会損失に伴う経済的困窮』という二重苦により経済的困窮化に陥っていた。そして、その弊害として「日に300パーツの収入しかなく金銭の心配が一番大きい。息子を学校にいかせるお金もない。自分の眼の手術も受けたいが、入院すると妻の介護をする人がいないし、家族を養えない (C)」といった介護者の負担だけでなく家族全体が窮状化している現状があった。

III-3 介護に対する動機付け

介護に対する動機付けは主に伝統規範や結婚制度に基づく義務感、子としての責任感、介護分担できる者がいないという【家族への使命感】、一方で介護に従事する中で得られる喜びや、絆が強まった家族、自身の気持ちに折り合いをつけ、前向きに介護に向き合おうとする【介護の恩恵】、そして現状を前世からの業(カルマ)として受容したり、仏教に帰依したりすることで現状をありのままに受け入れようとする【仏教信仰】という3つのカテゴリーが抽出された(表4)。以下それぞれについて詳細を示す。

1) 使命感による介護

「介護を担えるのは自分しかいない (A)」といった家族構成の変化に伴う介護者の『代替困難』, 「結婚しているから、私が介護しなければいけない (C)」, 「タイは伝統的に末娘が母(両親)をケアすることになっているから (E)」という末娘の役割に紐づけられた妻方居住の『伝統的規範』に基づく介護、また「父が脳卒中で苦しんでいるのを知っていたし、何もしないことへの罪悪感があるから (H)」, 「介護の負担はとても大きい。介護に自分のプライベートの大

表4 介護に対する動機付け

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族への使命感	代替困難	介護を担えるのは自分しかない。(A) もし家族で支えあわなかったら誰がケアをするのか。(B) 私以外に父を介護する者はいません。以前は義理の娘がしていましたでしたが、彼女は介護を放棄したので私が介護することを決意しました。(P)
	伝統的規範	結婚しているから、私が介護しなければいけない。(C) タイでは伝統的に未婚が母(両親)の面倒をみることになってるから。(E)
介護の恩恵	責任感	父が脳卒中で苦しんでいるのを知っていたし、何もしないことへの罪悪感があるから。(H) 母は私にとってかけがえのない存在。たとえどんなに介護疲れがあっても、母を放っておけない。(I) 介護の負担はとてもし大きい。介護に自分のプライベートルームの大半を費やし疲れ切っている。しかし、敬愛する妻である以上、今後も可能な限り続けなければならない。(J)
	連帯感の強化	この介護を通じて私たち家族の絆が強まった。(B)
仏教信仰	奉仕の喜び	私にとって父の介護は喜び。たとえ深夜のオムツ交換で睡眠不足になっても、大変とは思わない。(E) 母の介護を行っていることを誇りに思う。時々ストレスが溜まるけど最終的には気持ちに折り合いをつけている。(K) 母の介護は喜んでやっています。母が認知症によって部屋を汚したり物を隠したり可笑しなことを沢山するのでこれ以上には愛おしく感じます。ただ認知症が益々進行していくことが心配。(L) たとえ長期の介護に及んでいても喜んでやっています。夫に褥瘡になって欲しくない。夫の痛みなど気持ちに共感もできます。それが家族です。人生の浮き沈みを共に歩んでいくものです。(O)
	カルマ/運命	仏教の教えが現状を受け入れるよう私の感情を導いてくれる。(F) 前世からの業がりによって、今の夫と結ばれている。過去のカルマによって今があるのです、辛いことも夫婦で乗り越えていかなければと思っています。(F) 運命の出会いによって私たちは夫婦になった以上、夫がなくなるとしても介護するのは私の責任だと思っている。(G)
	恩の応酬性	母はかけがえのない存在。誰もが善い行い(介護)によってこれまで受けた恩に報いるべきだと思う。(L)

半を費やし疲れ切っている。しかし、敬愛する妻である以上、今後も可能な限り続けなければならない (J)」、「母は私にとってかけがえのない存在。たとえどんなに介護疲れがあっても、母を放っておけない (I)」といった血縁者としての『責任感』という3つのサブカテゴリーから構成されていた。

2) 恩恵に基づく介護

「この介護を通じて家族の絆が強まった (B)」といった家族全員で介護に向き合ったことによる『連帯感の強化』や、「母の介護を行っていることを誇りに思う (K)」、「母が認知症によって部屋を汚したり物を隠したり可笑しなことを沢山するのでこれまで以上に愛おしく感じます (L)」、「たとえ長期の介護に及んでも、喜んでやっている。夫に褥瘡になって欲しくない。夫の痛みなど気持ちに共感もできます。それが家族ですので。人生の浮き沈みを共に歩いていくものです (O)」といった病前の要介護者との信頼関係を基礎とし、他者から必要とされることで得られる『奉仕の喜び』に動機付けられていた。

3) 仏教信仰に基づく介護

「仏教の教えが現状を受け入れるよう私の感情を導いてくれる (F)」、「前世からの繋がりによって今の夫と結ばれている。過去のカルマによって今があるので、辛いことも夫婦で乗り越えていかなければと思っている (F)」といった仏教の教えが心の支えとなる『カルマ／運命』としての受け止め方、また「母はかけがえのない存在。誰もが善い行い (介護) によって受けた恩恵に報いるべきだと思う (L)」といった『恩の応酬性』に基づく信仰から構成されていた。なお、タイ語にはこの恩の応酬性を意味する กตัญญูกตัญญู (Ka-tun-you) という単語があり、これを使って表現している。

III-4 介護内容と役割分担

表5に16名の介護内容と役割分担の一覧を示す。一次介護者が日々の身体介護／生活介護を共に行っているケースが多数(11名)であり、二次介護者以下は生活介護、病院送迎、経済支援など補助的な役割が主であった。実質的な介護負担に繋がりやすい身体介護はほぼ一次介護者が担っていた。また介護者として最も多かったのは一次介護者で娘と妻、二次介護者でも娘と姉妹であり、先行研究での指摘[速水 2019; 木曾 2014]と同様に女性家族によるケアの実践が多くみられた一方で、少数ながらも夫や息子がケアの担い手として要介護家族を支えている事例も散見された。一次介護者は1名を除き、配偶者か子供が担っており、二次介護者では姉妹、子供、甥、隣人が担っていた。一次介護者では男女ともにオムツ交換、トイレ介助、入浴介助、食事介助など身体介護と家事を中心とした生活介護を担っていた。

表5 介護の役割分担

要介護者	一次介護者	介護内容	二次介護者	介護内容	三介護者	介護内容	補足
A	夫	身体介護	娘	生活介護, 通院, 経済支援	なし	通院送迎	母親：血洗い
B	長男	身体介護/生活介護	娘	服薬管理	娘		
C	夫	生活介護	姉	生活介護	なし		
D	義理の娘	身体介護/生活介護	息子	通院送迎, 薬局	なし		
E	娘	身体介護/生活介護	娘	年に1度だけ2カ月間の介護代替	息子	通院送迎	近所：外出時見守
F	妻	身体介護/生活介護	近隣者	毎日の食事提供	なし	通院送迎	息子：ひきこもり
G	妻	身体介護/生活介護	息子の嫁	生活介護	ヘルスプロモーション 病院スタッフ	通院送迎	息子：経済支援
H	息子	生活介護/経済支援	娘	トイレ/浴室までの歩行介助	ヘルスプロモーション 病院スタッフ	通院送迎	
I	娘	生活介護	甥	通院同行	なし		
J	夫	身体介護/生活介護	妹	時々同居の甥の世話	なし		
K	娘	身体介護/生活介護	近隣者	ベッドからの移乗, 入浴, 更衣	なし		
L	娘	生活介護	甥	通院送迎, ごくたまたに介護の手伝い	なし		娘：非協力的
M	妹	身体介護/生活介護	妹の夫	薬の受け取り	なし		
N	妻	身体介護/生活介護	息子	病院送迎 (尿カテーテル交換)	ボランティア	血圧測定	
O	妻	身体介護/生活介護	なし		なし		
P	娘	身体介護/生活介護	妹	月1万バーツ支援 (家賃支払)	なし		兄弟：非協力的

二次介護者では女性家族が生活介護全般を担っていた一方、男性家族は通院の送迎や薬局での薬の受け取り等を担っており、男女間での役割分担がなされていた。血縁者を除く介護者としては2名(F, K)を除くと、ヘルスボランティアによる血圧測定、及びヘルスプロモーション病院のスタッフによるデイサービスへの送迎であった。なお、要介護者(K)のケースでは、一次介護者が日中、菓子工場で働きながらヘルスボランティアもしており、家には寝たきりの母だけとなるため、長く親交のある近隣者が二次介護者として、ベッドからの移乗、入浴、更衣を実施していた。また元僧侶である要介護者(F)のケースでは、一次介護者は盲目であり、病前に寺院に通っていた近隣者が二次介護者として無償でほぼ毎日食事を家に運んできていた。本調査において一次介護、二次介護とも、多くの要介護高齢者のケアが血縁者によって支えられている。一方で、身近に頼れる親族がない事例(F・K)において、近隣者が二次介護者として物理的・精神的に一次介護者を支える関係性が観察された点は、コミュニティの伝統的な相互扶助の在り方として特筆すべき点である。

IV 考 察

IV-1 介護者の状況

タイの高齢者ケアに対する代表的な公的支援の一つとしてヘルスボランティアの存在が挙げられる。このボランティアが提供する介護については、家事を中心とする生活援助が主であり、トイレや入浴介助など介護負担に直結しうる身体介護はほとんど実施されていないことが報告されている[Watanabe *et al.* 2014]。また訪問日数も月1~2回であるケースが多く、本研究でも示されている通り実質的な身体介護の多くは家族介護者が背負っているといえる。一方、タイでは伝統的に女性を主体とした家族介護が望ましいとする家族介護意識が強い[速水 2019; 木曾 2014]。この社会的規範は家族が自ら介護を行っていくという意志と責任を強化する反面、介護負担を抱え込む要因にもなることが指摘されており、特に子以外の配偶者や義理の娘などの続柄にあたる者が介護にあたる場合、個人の介護に対する強い義務感が、却って介護ストレスの増大と関連することが指摘されている[唐沢 2006]。

また鷺尾ら[2005a]は、日々の終わりの見えない介護実践が多くの介護者の健康面に悪影響を及ぼし、家事・仕事・介護の質にも支障をきたしていると述べている。また立松[2013]は介護期間が1-3年の場合に精神的負担が強く、4-5年の場合に身体的負担が強かったという結果から、介護期間の違いが介護負担内容にも影響を与えることを明らかにしている。本研究においても多くが老々介護の状況にあり、様々な心身状態の不調をきたしており、中でも身体介護に伴う睡眠障害や食思低下、腰痛や膝痛を抱える介護者が多く、在宅で介護している家族は日々介護に追われ自分の健康管理さえ難しい状況にあり、介護力が低下してきている状況が

伺えた。そのため、将来的に女性家族がケアを担えなくなった場合に、近隣者が介護を担う事例（F, K）でみられたようなコミュニティ相互扶助の基盤が機能するかどうかは鍵となる。そして、関係に基づく支援の質は決して一律ではなく、要介護者の社会的地位や要介護に至るまでに構築された相互関係などが密接に関わることが示唆された。

IV-2 介護負担の決定プロセス

図1に示した通り、介護負担の決定には提供している介護内容だけでなく、Mediator 要因として介護者の介護に対する動機付けと Moderator 要因として家族間での介護分担の介在によって介護負担が決定されていることが示唆された。Plant and Sanders [2007] による介護ストレスモデルでも介護者ストレスの結果に与える要因として、Mediator 要因として認知的評価、Moderator 要因として家族支援、専門家による支援、ポジティブコーピングスキルを挙げており、介護負担の決定には介護動機付けという介護者の仏教思想を含む主観的解釈と家族からの支援レベルが介護負担の決定に影響を及ぼしていることが考えられた。また介護動機付けの前提として「恩の応酬性 (Ka-tun-you)」というタイの言葉が表すように病前の要介護者との関係性が強く関係しており家族の介護に対するコミットメントは、そこに至るまでの信頼関係に比例していることが考えられる。またこの両者の信頼関係は、双方の主観的 QOL にも関連していることが明らかにされている [渡邊ら 2014]。

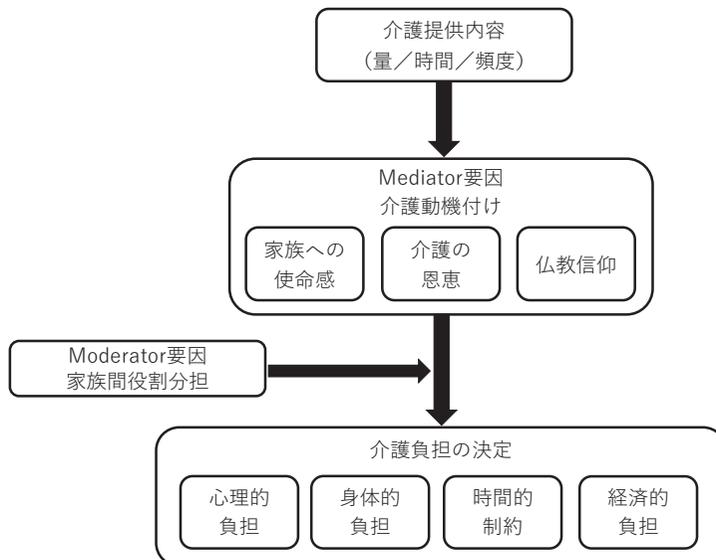


図1 介護負担決定プロセス

なお、介護負担の構成には心理的負担、身体的負担、時間的制約、経済的負担の4つの要因が明らかとなった。筆者らが同地区で実施した介護負担決定要因の量的研究の結果においても、一日8時間以上の介護従事による「時間的制約」は介護負担と最も強い関連が認められた [Watanabe *et al.* 2019]。タイや他国における介護負担研究の中でも長時間介護の時間的犠牲を強いられることが介護負担上昇に結び付くことが報告されており [Liang *et al.* 2018; Muangpaisan *et al.* 2010]、休息時間の短縮が睡眠の質や食生活、生活習慣の悪化といった介護者の健康への影響、労働機会損失による家計の悪化、心理的ストレスの増悪に結び付いていることが示唆された。

IV-3 介護に関する肯定評価と否定評価

これまで家族介護者の介護評価については主に否定的な側面からの研究に焦点があてられてきた [Schulz and Sherwood 2008]。介護による介護者の家族関係の悪化や、介護うつなど精神的な負担が報告されており [渡邊ら 2013]、これらの否定的な評価には「女性であること」、「高齢であること」、「認知症に伴う問題が多いこと」、「拘束時間が長いこと」、「主観的健康度が低いこと」といった要因が関連することも明らかにされている [鷺尾ら 2005b; 広瀬ら 2006]。本研究においても、介護経験不足、家族関係の不調和、介護分担の困難といった心理的負担、睡眠障害や食思低下、腰痛／膝痛など身体的負担、休息時間の消失といった時間的制約、労働機会損失に伴う経済的困窮という多くのカテゴリーが介護負担として語られた。この要因として、平均年齢が既に57歳であること、一次・二次介護者とも娘が担っているケースが多く、更に介護を家族や近隣間で共有できているケースは稀であり、介護の大部分が一次介護者によって施されていることが挙げられる。

重度要介護者の家族介護者は介護初期に不安な気持ちを抱きながら、処置に慣れ自然と介護を実施できる生活を構築する過程で「処置に慣れるまでは緊張と疲労の蓄積を経験する準備期」から「専門職・家族の支援を受けて介護継続の自信を得ていく導入期」そして「療養生活を守る介護者としての責任を感じる適応期」へと移行していく [樋口ら 2007]。介護者はこうした過程を経て要介護者の状態に合わせた自分の役割を正しく理解していくことによって見通しが持てるようになり、不安や混乱に陥ることなく介護を行うことが可能となり、その結果、満足感や成長感なども高まるものと考えられる。本研究の中でも初期に「寝たきり高齢者の介護経験がなく不安で不眠症になった (A)」、「妻が脳卒中になったとき、どうケアしたらよいか分からず毎日泣いた (A)」という経験をしている介護者がいたが、社会的支援としての介護研修等を経験している者は皆無であった。家族介護者は身体介護から生活介護まで幅広い知識と技術が求められるため、自治体がケアに関する研修を提供していくことは持続性の観点からも重要である。

一方で介護評価には、楽しみや満足、生きがい、喜びといった肯定的な側面も存在している [樋口ら 2009]。介護に対する肯定的評価は介護継続意志との関連を示し、介護継続意志が高い介護者は介護態度が積極的であり社会サービスの利用意向も高いことが報告されている [斉藤ら 2001]。また要介護者の意向を尊重したり、介護役割を積極的に担ったりしている介護者は、介護を通じた喜びや満足感、学びが高かったことが明らかになっている [菅沼・佐藤 2011]。更に主観的健康度や肯定的評価、社会的活動が介護者の介護継続不安感を軽減したことも報告されている [広瀬ら 2007]。その他、介護者の介護継続意志を支える要素として「やりがい」、「被介護者への愛着」、「慈愛の気持ち」、「被介護者への恩義」、「気晴らしがあること」、「負担に思わないこと」などが挙げられている [高橋ら 2006]。

本研究における動機付けは、【家族への使命感】、【介護の恩恵】、【仏教信仰】の3つで構成されていた。肯定的評価である【介護の恩恵】には「介護を通じて家族の絆が強まった」ことによる『連帯感の強化』、「介護は誇りや喜びである」という『奉仕の喜び』の2つで構成され、更に『カルマ／運命』、『恩の応酬性』で構成される【仏教信仰】が、介護者の介護負担の軽減と肯定評価に寄与していることが考えられる。なお、こうした信仰に基づく肯定作用は、医療・福祉現場でも観察される。たとえばヘルスプロモーション病院のヘルスポランテアの研究は寺院の境内が会場になる場合が多い。これは、寺院がコミュニティセンターとして日常的に機能しているからである。また、病院には瞑想室が設けられていたり、僧侶が患者訪問をしたりすることもある。

また「私にとって父の介護は喜び。たとえ深夜のオムツ交換で睡眠不足になっても大変とは思わない (E)」、「母の介護は喜んでやっている。母が認知症によって部屋を汚したり物を隠したり可笑しなことを沢山するのでこれまで以上に愛おしく感じます (L)」というように肯定的評価が高い介護者ほど介護負担が低く、介護継続意志が高いことが伺える。なお、肯定評価には「たとえ長期の介護に及んでも喜んでやっている。夫に褥瘡になって欲しくない。夫の痛みなど気持ちに共感もできます。それが家族ですので。人生の浮き沈みを共に歩いていくものです (O)」という思いがあるように、要介護者との病前の信頼関係がケアに対する動機付けに資することも示唆された。

IV-4 介護者支援政策の在り方

タイの要介護高齢者を取り巻く社会保障制度は1) 30パーツ医療の利用、2) 貧困高齢者に対する助成、3) ヘルスポランテアによる介護補助、4) 地域におけるヘルスプロモーション病院を中心とした医療チームの訪問サービスでありフォーマルケアという側面からみると、これらは全て補足性の原理に留まる。介護負担に繋がりやすい身体介護の一切は家族介護者が担っていることが明らかになっているが、この点から実質的な介護は家族介護者に集中しやす

く、政府による家族支援介入は急務な状況である。特にケアが血縁女性に収斂されるというタイの伝統的規範から、周囲の援助が得られにくい介護者の場合、負担を抱え込みやすく、それを表出する機会も乏しい状況にあることを考慮しなければならない。

介護者支援政策の在り方については、介護に関する肯定的評価が介護継続意欲を高めることから、介護負担を軽減するような介入だけでなく、仏教信仰を軸に介護に対する肯定的意味付けを提示し、新たな観点から介護にやりがいや意義を見出し、精神的充足感を高める取り組みを行っていくことが重要である。

IV-5 研究の限界と今後の課題

本研究は介護者の介護負担に係る語りから意味の解釈とコード化を図り、Glaserの理論コードを基にカテゴリー間の文脈、条件、原因の関連を検討し介護負担生成の理論構築を目指したものである。これによって介護負担の構成要因や生成プロセスが明らかとなり、介護継続意欲に資する方策の示唆を得ることができた。一方、個々の家族介護者の語りから、二次介護者とされる男性や、コミュニティ成員の日常における関わりが介護負担にどう影響を与えているのか、そこに信頼関係の涵養がどの程度関与しているのかについては詳細な議論を加えることができなかつた。こうした関係の広がりや介護負担の関連を詳らかにするためには、エスノグラフィックな記述と分析による検討が不可欠である。

V 結 語

タイのナコンラチャシマ県ムアン郡の家族介護者の介護負担は【心理的負担】、【身体的負担】、【時間的制約】、【経済的負担】という4つで構成されていた。この決定には提供している介護内容だけでなく、Mediator 要因として【家族への使命感】、【介護の恩恵】、【仏教信仰】という3つの介護に対する動機付け及び、Moderator 要因として【家族間役割分担】の介在が影響を与えていることが示唆された。介護者による肯定的介護評価は介護継続意欲の向上との関連も認められているため、介護支援者政策には介護負担の軽減だけでなく、タイの文化的背景も考慮し仏教信仰を軸とした肯定的意味付けを提示し、介護に対するやりがいや意義を見出す支援が求められる。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいたムアン郡ヘルスプロモーション病院のヘルスボランティアの皆様、並びにインタビューに応じて下さった家族介護者の皆様に厚く御礼申し上げます。

本稿は京都大学東南アジア地域研究研究所の共同利用・共同研究拠点「東南アジア研究の国際共同研究拠点」による研究成果です。記して御礼申し上げます。

参考文献

英語文献

- Aekplakorn, Wichai *et al.* 2006. A Risk Score for Predicting Incident Diabetes in the Thai Population. *Diabetes Care* 29(8): 1872–1877.
- Carsten, Janet. 2000. *Cultures of Relatedness: New Approaches to the Study of Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chang, Kyung-Sup. 1999. Compressed Modernity and Its Discontents: South Korean Society in Transition. *Economy and Society* 28(1): 30–55.
- . 2010. The Second Modern Condition? Compressed Modernity as Internalized Reflexive Cosmopolitization. *The British J. of Sociology* 61(3): 444–464.
- Clyburn, Leah D. *et al.* 2000. Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. *J. of Gerontology Social Sciences* 55B(1): s2–13.
- Haley, William E. *et al.* 2003. Predictors of Depression and Life Satisfaction among Spousal Caregivers in Hospice: Application of a Stress Process Model. *J. of Palliative Medicine* 6(2): 215–224.
- Knodel, John; and Chayovan, Napaporn. 2008. *Population Aging and the Well-Being of Older Person in Thailand*. Bangkok: UNFPA.
- Liang, Yao-Dan *et al.* 2018. Caregiving Burden and Depression in Paid Caregivers of Hospitalized Patients: A Pilot Study in China. *BMC Public Health* 18(53): 1–7.
- Lorga, Thaworn *et al.* 2013. Knowledge of Communicable and Noncommunicable Diseases among Karen Ethnic High School Students in Rural Thasongyang, the Far Northwest of Thailand. *Int. J. Gen Med* 6: 519–526.
- Muangpaisan, Weerasak *et al.* 2010. Caregiver Burden and Needs of Dementia Caregivers in Thailand: A Cross-Sectional Study. *J. of Medical Association of Thailand* (93) 5: 601–607.
- Nijboer, Chris *et al.* 1998. Cancer and Caregiving: The Impact on the Caregiver's Health. *Psycho-Oncology* 7(1): 3–13.
- Patricia, P. Katz. 2003. Measures of Adult General Functional Status. *Arthritis & Rheumatism* 49(5S): s15–27.
- Pinquart, Martin; and Sörensen, Silvia. 2003. Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis. *J. of Gerontology: Psychological Sciences* 58B(2): 112–128.
- Plant, K. M.; and Sanders, M. R. 2007. Predictors of Care-Giver Stress in Families of Preschool-Aged Children with Developmental Disabilities. *J. of Intellectual Disability Research* 51(2): 109–124.
- Population Division, Department of Economic and Social Affairs. 2015. *World Population Ageing 2015*. New York: United Nation.
- Porapakkham, Y.; Pattaraarchachai, J.; and Aekplakorn, W. 2008. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension and Diabetes Mellitus among the Elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. *Singapore Med. J.* 49(11): 868–873.
- Rattanamongkagul, Duangduan; Sritanyarat, Wanapa; and Manderson, Lenore. 2012. Preparing for Aging among Older Villagers in Northeastern Thailand. *Nurs Health Sci.* 14(4): 446–451.
- Schulz, Richard; and Sherwood, Paula R. 2008. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American J. of Nursing* 108(9): 23–27.
- Siriphanich, Banloo; and Jitapunkul, Sutthichai. 2009. *Situation of the Thai Elderly*. Bangkok: TQP Ltd.
- Watanabe, O. *et al.* 2014. Performances of Village Health Volunteers in Elderly Care in Muang District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *J. of Public Health and Development* 12(2): 21–33.
- Watanabe, O. *et al.* 2019. Predictors of Family Caregiver Burden in Caring for Older People in the Urban District of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. *J. of Int. Health* 34(4): 217–288.

日本語文献

- 速水洋子 (編). 2019. 『東南アジアにおけるケアの潜在力——生のつながりの実践』 京都：京都大学学術出版会.
- 樋口キエ子；丸井英二；田城孝雄. 2007. 「重度要介護者の家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味」『家族看護学研究』13(1): 29–36.
- 樋口京子；梅原健一；久世淳子；城ヶ端初子. 2009. 「家族介護者の『介護に対する評価』の構造に関する

- 研究』『日本福祉大学健康科学論集』12: 39-47.
- 広瀬美千代；岡田進一；白澤政和. 2006. 「家族介護者の介護に対する認知的評価に関連する要因——介護に対する肯定・否定両側面からの検討」『社会福祉学』47(3): 3-15.
- . 2007. 「家族介護者の介護への否定的評価に対する資源による緩衝効果」『日本在宅ケア学会誌』10(2): 24-32.
- 唐沢かおり. 2006. 「家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因」『社会心理学研究』22(2): 172-179.
- 木曾恵子. 2014. 「ケアをするのは『誰』か——東北タイ農村における女性血縁ネットワーク」『多民族社会における宗教と文化：共同研究』18: 3-16.
- 水野浩一. 1981. 『タイ農村の社会組織』東京：創文社.
- 落合恵美子（編）. 2013. 『親密圏と公共圏の再編成——アジア近代からの問い』京都：京都大学学術出版会.
- 斉藤恵美子；國崎ちはる；金川克子. 2001. 「家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討」『日本公衆衛生雑誌』48(3): 180-189.
- 菅沼真由美；佐藤みつ子. 2011. 「認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法」『日本看護研究学会雑誌』34(5): 41-49.
- 立本成文（編）. 2000. 『家族圏と地域研究』京都：京都大学学術出版会.
- 高橋（松鶴）甲枝；井上範江；児玉有子. 2006. 「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——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(3): 58-66.
- 立松麻衣子. 2013. 「家族介護者の介護負担感からみたショートステイの方策——要介護高齢者の地域居住を支える介護事業所のあり方に関する研究」『日本家政学会誌』64(9): 577-590.
- 鷺尾昌一；荒井由美子；大浦麻絵；山崎律子；井手三郎；和泉比佐子；森 満. 2005a. 「介護保険導入後の介護負担と介護者の抑うつ——導入前から5年後までの訪問看護サービス利用者を対象とした調査から」『臨牀と研究』82(8): 1366-1370.
- 鷺尾昌一；斎藤重幸；荒井由美子. 2005b. 「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(2): 221-228.
- 渡邊愛記；長山洋史；川口敬之；福田倫也；阿久津二夫；神田 直. 2013. 「介護保険導入前後における在宅脳卒中患者の介護状況と介護負担感」『理学療法科学』28(4): 511-516.
- 渡邊知子；藤田あけみ；中村令子. 2014. 「回復期リハビリテーション病棟から在宅移行する脳血管障害患者と介護者の主観的 QOL の特徴」『秋田大学保健学専攻紀要』22(2): 101-111.

(2021年7月6日 掲載決定)