ヒューマン・ケア研究　第3号
2002年10月　38-47頁

Journal of Human Care Studies, Vol.3
October 2002, pp.38-47

原　著

在宅で介護する高齢者の主観的健康感とソーシャルサポートの検討

── 高齢介護者と高齢非介護者との比較 ──

石川　利江*・井上　都之**・岸　太　一***・
西垣内磨留美**・小林理恵子**

Aged Family Caregivers' Subjective Feeling of Health and Social Support: A Comparative Study of Caregivers and Non-caregivers.

Rie ISHIKAWA *, Satoshi INOUE **, Taichi KISHI ***, Marumi NISHIGAUCHI **, and Rieko KOBAYASHI **

Abstract

This study focused on the aged caregivers caring for their spouses. Its purpose is to throw light on their feeling of health and the situation of social support, comparing them with the people about their age who do not give care. 157 caregivers and 516 non-caregivers, 65 years and over, were examined. The result showed that the women caregivers made the lowest scores in all items of the subjective feeling of health, implying that caregiving caused heavier stress. It, however, can be said that they had the good feeling of health, since they were among the good in the average scores of the caregivers. As for social support, the caregivers made a lower score of helpful support significantly relevant to the subjective feeling of health than the non-caregivers. It will be necessary to develop support the benefits of which the aged caregivers could recognize, as the helpful support had relevance to the subjective feeling of health of the caregivers and non-caregivers.

キーワード：(Key words)　介護者(Caregiver)，高齢者(Elderly)，主観的健康感(Subjective Feeling of Health)，ソーシャルサポート (Social Support)

Ⅰ　はじめに

近年の急激な高齢化により、何らかの支援や介護を必要とする高齢者が増加するとともに、彼らを介護する家族も高齢化している。平成4年には全介護者のうち60歳以上の介護者が49%、70歳以上では22%であったのが（厚生白書；1996）、平成7年には60歳以上が52.5%、70歳以上では24.2%となった（厚生白書；1997）。このような高齢の介護者の増加傾向は、今後もすすむと考えられるが、高齢の介護者が、どのようなストレス状態にあるのか十分明らかにされていない。

一般に、高齢者の介護は介護者の心身の健康を阻害するとされる（Zarit, Todd & Zarit; 1986 / Schulz, O'brien, Bookwala & Fleissner;1995）。介護は、抑うつ感や孤立感などの精神的健康を悪化させ、薬の使用や通院回数の増加、家族や仕事との葛藤の増大といった身体的、社会的な側面にも大きな影響を

* 桜美林大学大学院国際学部（Graduate School of International Studies, Obirin University）
** 長野県看護大学看護学部（School or Nuresing, Nagano College of Nursing）
*** 東邦大学医学部（School of Medicine, Toho University）
2002年7月13日 受稿／2002年8月26日 受理

与えるとされている（Coe & Neufeld; 1999）。また、高齢の介護者には、このような介護負担に加え、高齢化に伴う身体的疾病の増加や社会的役割の喪失が生じることによる健康感の悪化が考えられる。介護者の健康に効果があるとされるソーシャルサポートも、高齢者は定年や友人との死別などにより減少していくと言われる（野口；1991a）。これらのことを考え併せると、介護による負担は、高齢期にある介護者の心身の健康にとって、極めて深刻な状況を引き起こすのではないかと予測される。しかしながら、高齢介護者と若年介護者の介護者同士の心身の健康状態をストレス反応や健康感によって比較した研究では、高齢介護者の健康状態が悪いという一貫した結果は出されてはおらず、若年介護者のストレスの方が大きいという研究結果の方が多い（Whittick; 1988 / Schofield, Murphy, Nankervis, Singh, Herrman & Bloch; 1997）。この理由として、若年介護者の場合、介護者が女性である事が多く、仕事や子育て、家事などとの役割荷重によりバーンアウトになりやすいからではないかと考えられている（Schofield et al.; 1997 / Brody; 1981）。このような介護者のストレスや健康感の年代による比較は、若年介護者と較べた高齢の介護者の相対的位置づけを可能とするものであるが、高齢介護者が同年代の介護していない人たちと較べてどのような健康状態にあるのかについては明らかにはしてくれない。そこで標準化されたうつ尺度や疲労感尺度などを用いて、その基準値との比較から、介護者がどの程度ストレス状態にあるのかが評価されてきた（手島・岡本・岡村ら；1991 / Almberg, Grafstrom & Winblad; 1997）。このような標準化された尺度を用いることは、対象となる介護者に対する調査だけで、介護による介護者の健康への影響を把握できるという利点がある。しかし、高齢者の基準値が設定されている尺度は少なく、そのために評価される側面が、うつや疲労感といったネガティブな状態に限定されてしまいがちである。在宅介護は日常生活の場で行われるものであり、介護する家族の心身の様々な側面に影響を与えるものであることを考えれば、抑うつや身体的徴候にだけ限定した把握では十分ではない。高齢の介護者に対する影響を幅広く測定できる尺度を用いた検討が必要である。

高齢介護者の健康感を評価するためのもう1つの方法は、介護していない高齢者との比較を行うことである（横山；1993/ 山田・鈴木；1993/ George & Gwyther; 1986）。この評価方法を用いると、文化的にも地域的にも類似性の高い高齢者の健康の様々な側面について検討できるが、多くの対象者を必要とするため研究例は少ない。山田ら（1993）は、介護者19名と非介護者38名に対して健康度と生活習慣について比較したが、うつ得点で男性高齢介護者に有意に高い傾向が見られた以外に、有意な差は認められなかったと報告している。しかし、サンプル数も少なく、ソーシャルサポートを測定するための尺度も任意に選ばれた4項目であるなどの問題がある。また、横山（1993）は、蓄積的疲労調査を用いて、20代から80代までの介護者と非介護者の比較を行っている。その結果、60代以上の介護者の慢性疲労が有意に高いという結果が得られている。しかし、調査内容が介護による疲労感に限定されており、その他の側面が検討されていない。

以上のことから、本研究では、介護による影響を抑うつなどの1つの側面に限定せずに、対象者自身が主観的に捉えた心身の健康や生活習慣を測定できる尺度を用いて、高齢介護者の健康を評価することとした。また、文化的背景や介護に関する考え方に類似性が高いと考えられる同県内、同年代の高齢者で、介護を行っていない者を対照群として設け、両群を比較することで、介護が高齢者に与える影響を評価することを試みた。同時に介護者の介護ストレスを緩衝するとされるソーシャルサポートについても検討することとした。ソーシャルサポートの評価に関しては、助けになると感じる効果的で肯定的側面と、過剰あるいは不足したりしていると感じる非効果的な否定的側面の両方

を評価できる尺度を用いる事とした。それは高齢者や在宅介護のソーシャルサポートを検討するとき、同時にその否定的側面にも考慮する必要があると言われるためである（野口；1991a,1991b / Rook; 1984）。Krause（1995）はソーシャルサポートのストレス緩衝効果を検討する中で、高齢者にとって情緒的サポートは最初効果的だが, 過度になると、むしろ心理的落ち込みを増加させると述べている。実際に介護者は他者からの介護への口出しに不満を持つことも多く、高齢者は子どもなどからの過干渉を不満とすることも多い。

そこで、本研究では、サポートの授受に影響すると予測される同居形態別にみた介護者の健康とソーシャルサポートについて検討することとした。本研究の目的は、1 つは介護を行っていない高齢者と比較し、高齢介護者の健康感とソーシャルサポートの現状を把握する、2 つめは、高齢介護者や高齢非介護者の健康感とソーシャルサポートの関連性を明らかにする、という 2 点を検討することである。そのために65歳以上の高齢者で在宅介護している者を、高齢介護者とし、要介護者との 2 人暮らしか、他の家族も同居する 3 人以上の同居かにより、2 人暮らし群と 3 人以上同居群の 2 群に分けた。介護していない高齢者については、同居形態が介護者とは異なり、独居、2 人暮らし、3 人以上同居という 3 群にわけた。この同居形態と介護者かどうかを組みあわせた 5 群について、多次元の健康感を測定できる主観的健康感尺度と効果的サポートと非効果的サポートが測定可能なソーシャルサポート尺度を用いた比較検討を行うこととした。

Ⅱ　方法

1．調査対象者

長野県の 2 都市のある地域に在住する介護保険認定をうけた65歳以上の高齢者を自宅で介護している家族の中で、主に介護をおこなっている者を主たる介護者とした。本研究では、その主たる介護者のうち、65 歳以上で配偶者を介護する者を高齢介護者と設定した。配偶者の介護者に限定したのは、従来の研究によって、要介護者との続柄が介護者の感じるストレスに影響することが示されているためである（Whittick; 1988/ 手島；1991/ Miller & Cafasso; 1992）。調査の目的に同意し、回答してくれた564名の主たる介護者のうち、65歳以上、配偶者という要件に合致したのは 157 名であった。高齢非介護者は長野県 1 市 1 村在住の65歳以上の高齢者で、ある地域の全数と老人大学参加者の中で調査に同意が得られた516名で、介護を受けたり行ったりしていない者とした。

調査対象者に対する倫理的配慮としては、調査対象者には研究の目的とプライバシーは保護されること、無記名で良いこと、研究結果は学術的研究以外に使用しないことを書面で示した。

2．調査方法

質問紙の配布、回収については、協力を得た自治体の都合により、ともに郵送による方法、保健婦や保健指導員が配布回収する方法、保健婦が配布し回収は郵送か設置された回収箱に投函する方法が用いられた。

3．調査内容

介護者、高齢非介護者ともに回答したのは、性、年齢、職業、同居家族形態と同居人数、主観的健康感、ソーシャルサポートであった。介護者には要介護者の状態や介護状況に関する質問が追加された。痴呆の重症度は、本間の「痴呆性高齢者のスクリーニングおよび重症度評価のためのチェックリスト」（本間，1996）16 項目を用いた。本調査では介護をうける高齢者に子供のいない場合に回答不可能な 3 項目を除外し、13 項目の尺度として使用した。回答は、「かなりある」「時々ある」「ない」の 3 択式とし、それぞれの回答に対し 3 点、2 点、1 点として得点化した。そして 13 項目の合計点が 13 ～ 14

点を「痴呆なし」、15～17点を「軽度痴呆」、18～20点を「中度痴呆」、21点以上を「重度痴呆」とした。介護者と高齢者の主観的な健康感を測定するためには、相馬（1990）の作成した4件法、33項目の主観的健康感尺度を用いた。この尺度は心理的安定、意欲、体調、生活行動習慣の4つの側面が測定され、それらの合計が主観的健康感として評価される。ソーシャルサポートは、13項目4件法の介護者ソーシャルサポート尺度によって測定した（石川・井上ら；1999）。気持ちを分かってくれるなどの情緒的な側面のサポートと介護や家事などの介護サポートの項目平均を効果的サポートとして評価し、口出しや干渉をするなどの否定的なサポートの項目平均を非効果的サポートとして評価した。

4．調査期間

平成12年2月～3月

Ⅲ　結果

1．結果の処理

調査結果は、Excel 2001 for Macおよび統計ソフトSTATISTICA 4.1 J for Macintoshを用いて分析を行った。無回答の項目については、その項目のみを欠損値として分析から除外したため、各回答項目で有効回答者数が異なっている。

2．高齢介護者と高齢非介護者の基本的属性

配偶者を介護する65歳以上の高齢介護者は男性54名（平均年齢75.4歳）、女性103名（平均年齢73.3歳）であり、高齢非介護者は男性205名（平均年齢73.5歳）、女性311名（平均年齢73.6歳）であった（Table 1）。男性高齢介護者の年齢は他よりもやや高かったが、高齢介護者群、高齢非介護者群でみると、ほぼ同じような平均年齢となった。同居家族数も高齢介護者平均3.7人（範囲2 - 8人）、高齢非介護者平均3.6人（範囲1 - 9人）で、有意な差はなかった。しかし、8人や9人という多数の家族と同居する介護者や高齢者がいる一方で、2人暮らしの高齢介護者や1人暮らしと2人暮らしの高齢非介護者も半数近くいた。職業では、高齢介護者と高齢非介護者に違いが見られ、男性高齢介護者は無職と答えた者が最も多く、女性高齢介護者は専業主婦が最も多かった。男性の高齢非介護者は農業が多く、無職という回答は少なかった。女性の高齢非介護者は無職、農業、専業主婦という回答が多かった。

3．高齢介護者の性と介護状況

Table 2は、男女高齢介護者別の要介護者の年齢、身体状況、痴呆得点、介護時間、介護期間の平均と標準偏差である。この結果に基づき、同居形態群と性別の2要因の分散分析をおこなった。要介護者

Table 1　高齢介護者および高齢非介護者の基本的属性

		高齢介護者		高齢非介護者	
		男性 ((N=54)	女性 (N=103)	男性 (N=205)	女性 (N=311)
平均年齢(SD)		75.4 (5.77)	73.3 (5.26)	73.5 (5.30)	73.6 (5.90)
同居家族	平均人数(SD)	3.3 (1.76)	3.8 (1.77)	3.6 (2.03)	3.5 (1.98)
	1人暮らし			7	29
	2人暮らし	27	38	93	121
	３人以上同居	25	64	102	155
	不明	2	1	3	6
職業	正社員	0	0	8	4
	パート	2	2	7	11
	専業主婦（夫）	6	45	0	64
	農業	17	19	120	85
	自営	2	1	13	11
	無職	25	34	45	101
	その他、不明	2	2	12	35

の年齢では、介護者の性による違いがみられ、男性の介護を受けている要介護者の方が、約 3 歳若かった（F（1 , 144）=11.4, p<.001）。要介護者の身体状態や痴呆得点では、同居形態や介護者の性による違いは認められず、中度痴呆に分類された。介護時間をみると、同居形態による差が認められ、2 人暮らし介護者のほうが、約 2.5 時間長く介護を行っていた（F（1 , 131）=6.57, p<.05）。平均介護期間では、男性高齢介護者の平均介護期間が84ヶ月、女性高齢介護者が 66ヶ月であり、男性高齢介護者の方が長い傾向が見られた（F(1 , 144)=3.59, p<.10）。

以上のように、介護状況の分析では、介護者の同居形態によって介護時間の差が見られたほかは、要介護者の状態などに大きな違いはなかった。

4. 高齢介護者と高齢非介護者の主観的健康感の比較

高齢介護者と高齢非介護者の家族との同居形態と性別によって、主観的健康感に相違があるかどうかの比較を行った。群別、性別の主観的健康感 4 下位尺度得点と合計点の平均値および標準偏差が、Table 3 である。この得点に基づき、群と性別によ

Table 2　高齢介護者の同居形態と性別ごとの要介護者の状態と介護状況

	２人暮らし		3人以上同居	
	男性高齢介護者 (N=27)	女性高齢介護者 (N=38)	男性高齢介護者 (N=23)	女性高齢介護者 (N=64)
要介護者の平均年齢(SD	72.4 (6.11)	76.5 (5.15)	73.3 (5.12)	73.3 (6.43)
平均痴呆得点(SD)	14.8 (3.16)	16.0 (4.85)	16.0 (4.42)	15.8 (3.86)
平均介護時間(SD)	7.8 (6.82)	8.3 (6.82)	5.7 (5.22)	5.3 (3.75)
平均介護期間[月](SD)	84.5 (63.64)	55.4 (55.30)	81.5 (71.80)	69.1 (60.50)
寝たきり度（度数）				
見守り	9	12	5	21
寝たり起きたり	8	11	5	18
ほぼ寝たきり	4	9	4	7
寝たきり	6	5	9	16

Table 3　高齢介護者・非介護高齢者の世帯別および性別にみた主観的健康感とソーシャルサポートの項目平均得点（ＳＤ）

	高齢介護者			
	2人暮らし		3人以上同居	
	男性(N=27)	女性(N=38)	男性(N=23)	女性(N=64)
主観的健康感				
心理的安定	2.8 (.38)	2.6 (.66)	2.7 (.48)	2.5 (.51)
意欲	2.9 (.48)	2.6 (.47)	2.7 (.56)	2.6 (.46)
体調	2.6 (.64)	2.3 (.74)	2.4 (.52)	2.4 (.61)
生活行動習慣	3.1 (.56)	2.8 (.59)	3.1 (.51)	3.0 (.48)
主観的健康感合計	2.9 (.37)	2.6 (.51)	2.7 (.38)	2.6 (.40)
ソーシャルサポート				
効果的サポート	2.4 (.68)	2.2 (.54)	2.4 (.82)	2.4 (.74)
非効果的サポート	1.3 (.42)	1.3 (.46)	1.2 (.37)	1.2 (.35)

	高齢非介護者					
	独居		2人暮らし		3人以上同居	
	男性(N=7)	女性(N=29)	男性(N=90)	女性(N=118)	男性(N=100)	女性(N=149)
主観的健康感						
心理的安定	2.5 (.69)	2.8 (.38)	2.8 (.37)	2.7 (.54)	2.8 (.41)	2.7 (.34)
意欲	2.7 (.29)	3.0 (.47)	2.9 (.45)	2.8 (.46)	2.8 (.49)	2.8 (.45)
体調	2.6 (.12)	2.8 (.36)	2.7 (.57)	2.6 (.47)	2.6 (.59)	2.5 (.54)
生活行動習慣	3.0 (.25)	3.0 (.50)	3.1 (.50)	3.0 (.45)	3.1 (.41)	3.0 (.49)
主観的健康感合計	2.5 (.68)	2.9 (.31)	2.9 (.35)	2.8 (.32)	2.8 (.39)	2.8 (.34)
ソーシャルサポート						
効果的サポート	2.8 (.52)	3.0 (.77)	2.7 (.64)	2.7 (.55)	2.7 (.55)	2.8 (.53)
非効果的サポート	1.8 (.29)	1.2 (.37)	1.9 (.79)	1.5 (.52)	1.9 (.63)	1.7 (.69)

***:p<.001, **:p<.01, *:p<.05

る 2 要因の分散分析を行った。下位検定はすべてLSD法を用いた。心理的安定では、群、性の主効果および交互作用のいずれも有意な効果は見られなかった。意欲では群と性の交互作用が認められた（F（4 , 624）=2.42, p<.05）。下位検定の結果、2 人暮らし、あるいは 3 人以上同居の女性高齢介護者の意欲は、2 人暮らし男性高齢介護者、独居女性高齢非介護者、2 人暮らし男女高齢非介護者、3 人以上同居女性高齢非介護者に較べ有意に低かった。3 人以上同居の男性高齢介護者は、独居の女性高齢非介護者よりも低く、3 人以上同居の男性高齢非介護者は 2 人暮らしの男性高齢非介護者よりも有意に低い得点を示した。体調で見ると、群の主効果が認められた（F（4 , 624）=3.07, p<.05）。2 人暮らしの男性高齢介護者は、3 人以上同居の男女高齢介護者より得点が高かったが、2 人暮らしの女性高齢介護者は、3 人以上同居の男女高齢介護者と独居男性高齢非介護者よりも有意に体調得点が低かった。生活行動習慣では、性の主効果が認められ（F（1 , 627）= 4.18, p<.05）、女性の方が低い得点を示した。そして主観的健康感全体では群の主効果（F（4 , 625）= 2.56, p<.05）と群と性の交互作用（F（4 , 625）= 3.25, p<.05）が認められ、高齢介護者は高齢非介護者よりも低く、そして女性は男性よりも有意に得点が低かった。下位検定を行ったところ、2 人暮らし男性高齢介護者は、2 人暮らしおよび 3 人以上同居の女性高齢介護者や、独居男性高齢非介護者よりも得点が高かったが、2 人暮らしの女性高齢介護者は、独居女性高齢非介護者、2 人暮らし男女高齢非介護者、3 人以上同居男女高齢非介護者の主観的健康感よりも有意に低かった。3 人以上同居女性高齢介護者は独居男性高齢非介護者以外の高齢非介護者よりも得点が低かった。独居男性高齢非介護者は他の高齢非介護者の間に有意差および傾向差が認められた。

以上のように、主観的健康感についてみると、女性高齢介護者の得点が低いのに対し、2 人暮らしの男性高齢介護者の得点が高いことが明らかになった。また、同じ男性介護者であっても、3 人以上同居男性高齢介護者のほうが、全体に低得点を示した。しかしながら、女性高齢介護者あるいは 3 人以上同居男性高齢介護者の平均得点そのものをみると、体調以外は 4 段階尺度の 2.5 点以上あり、絶対評価の観点からみればそれほど悪い状態ではないという結果であった。

5. 高齢介護者と高齢非介護者のソーシャルサポート

ソーシャルサポートについても、主観的健康感と同様に、同居形態と介護者かどうかによる群別、性別ごとの平均値と標準偏差を算出し（Table 3）、群×性の 2 要因の分散分析を行った。その結果、効果的サポートで群の効果がみられ（F（4 , 6 3 5）=9.04, p<.001）、非効果的サポートで群と性の主効果が認められた（群 : F（4, 581）=15.94, p<.001 ; 性別 : F（1,581）=7.51, p<.01）。効果的サポートについてみると、2 人暮らし、3 人同居の両高齢介護者群は、他のすべての高齢非介護者に較べて有意に低い得点を示した。効果的サポート得点が最も高かったのは、独居の女性高齢非介護者で、最も低低かったのは 2 人暮らしの女性高齢介護者であった。非効果的サポートについても、同居形態にかかわらず高齢介護者は高齢非介護者よりも有意に低く、女性は男性よりも、有意に低得点であった。非効果的サポート得点は、男性の高齢非介護者で高かった。したがって、高齢非介護者は高齢介護者よりも、効果的、非効果的サポートをともに多く受けていると評価していることがわかった。

6. 主観的健康感とソーシャルサポートの関連性

同居形態と介護者かどうかによって、高齢介護者および高齢非介護者の主観的健康感に対してソーシャルサポートがどの程度影響するのか検討するために、群別に重回帰分析を行った。各群の主観的健康感合計点を基準変数とし、高齢介護者の場合は、介護者の年齢、効果的サポート、非効果的

サポート、要介護者の痴呆得点、介護時間を説明変数とした。高齢非介護者では、介護者の年齢、効果的サポート、非効果的サポートを説明変数とした。高齢介護者および高齢非介護者の主観的健康感と各変数の相関係数と標準偏回帰係数、そして有意性をTable 4 に示した。2 人暮らしの高齢介護者では、主観的健康感に対して、効果的サポートが正の有意傾向を示し、痴呆得点と介護時間が負の有意傾向を示した。 3 人以上同居の高齢介護者の主観的健康感には、効果的サポートだけが有意な説明率を示した。一方、高齢非介護者では、独居高齢非介護者の主観的健康感に対しては効果的サポートが正の効果を、非効果的サポートが負の効果を示した。 2 人暮らし高齢非介護者の主観的健康感に対しては効果的サポートの標準偏回帰係数が有意であった。3 人以上同居高齢非介護者は、効果的サポートと非効果的サポートの両方が有意な説明率を示した。効果的サポートの効果は、要介護高齢者との 2 人暮らしの高齢介護者と独居高齢非介護者では、それほど大きな値ではなかったが、他の高齢介護者や高齢非介護者に対する効果は大きかった。非効果的サポートは、高齢非介護者の主観的健康感に対して有意な説明率を示したが、高齢介護者ではその有効性が示されなかった。

Ⅳ　考察

1．介護者・高齢者の主観的健康感

本研究では在宅介護を行っている高齢者の健康感とソーシャルサポートの状況を把握と、その関連性について検討するために、同県内に住む介護していない高齢者との比較を行った。その結果、体

Table 4　高齢介護者・非介護高齢者の主観的健康感を従属変数とした重回帰分析

	2人暮らしの高齢介護者		3人以上同居の高齢介護者	
	標準偏回帰係数	相関係数	標準偏回帰係数	
年齢	-0.18	-0.14	0.05	
効果的サポート	0.22 +	0.25 +	0.46 ***	
非効果的サポー	-0.18	-0.20	-0.10	
痴呆得点	-0.25 +	-0.29 *	0.03	
介護時間	-0.24 +	-0.32 *	-0.03	
R	0.515 ***		0.475 **	
R2乗	0.265		0.225	

	独居高齢非介護者			
	相関係数	標準偏回帰係数	相関係数	
年齢	0.07	-0.19	-0.06	
効果的サポート	0.46 ***	0.32 +	0.29	
非効果的サポー	-0.05	-0.46 *	-0.40 *	
痴呆得点	0.06			
介護時間	-0.140 +			
R		0.536 *		
R2乗		0.287		

	2人暮らしの高齢非介護者		3人以上同居の高齢非介護者	
	標準偏回帰係数	相関係数	標準偏回帰係数	相関係数
年齢	-0.05	-0.02	-0.08	-0.06
効果的サポート	0.26 ***	0.25 ***	0.24 ***	0.20 **
非効果的サポー	-0.04	0.04	-0.19 **	-0.15 *
痴呆得点				
介護時間				
R	0.253 **		0.29 ***	
R2乗	0.063		0.084	

***:p<.001,**:p<.01, *:p<.05, +:p<.10

調と主観的健康感において、同居形態にかかわらず、介護していない高齢者よりも介護者は有意に低い得点を示し、健康感が低いことが明らかになった。この結果は、女性高齢介護者の主観的健康感の低さによるものであり、男性高齢介護者は高齢非介護者間との差は見られなかった。このことは女性高齢介護者の健康感は他の高齢者に較べて良くないことを示すものであり、女性にとって介護の健康に与える影響は大きい可能性を示している。

女性高齢介護者が介護負担感や健康感の悪さを男性より大きく報告することは、女性高齢介護者の年代を限定せずに検討したこれまでの多くの研究でも見いだされてきたことである（Whittick; 1988 / Miller & Cafasso; 1992）。本研究により、65歳以上の高齢の介護者においても同様の傾向があることが確かめられたと言える。しかしながら、従来の研究では、女性の高い介護ストレスの原因を、仕事や子育て、家事などの役割過重であると解釈されることが多かったが（Schofield et al.; 1997 / Brody; 1981）、仕事や子育てなどの必要性がほとんどないと思われる65歳以上の高齢の介護者には、そのような解釈はあてはまらない。では本調査対象となった高齢介護者の主観的健康感に、なぜ性差が生じたのか。１つの可能性として、女性高齢介護者はストレッサーが実際に多いという可能性が考えられる。

そこで本研究では、介護者の負担感に影響すると思われる要介護者の寝たきり度や痴呆度、介護時間などの介護状況について比較を行ったが、女性高齢介護者が特にストレッサーが多いという結果は得られなかった。しかし、本研究で検討した介護に関するストレッサーに有意な違いがなくとも、女性高齢介護者が介護以外のストレッサーが多いために主観的健康感が低いという可能性も考えられる。このことは、女性の高齢非介護者において、独居高齢非介護者以外は、体調、生活行動習慣において男性高齢非介護者より低い傾向が見られたことからも、考えられうることであろう。したがって、女性高齢介護者は、介護を行っていない通常の状態でも、ストレッサーが多く健康感が低い傾向がある。そして介護を行うことで、さらに健康感を低下させてしまうという可能性が考えられるだろう。この点については今後さらに検討する必要がある。

ところで、女性高齢介護者が男性高齢介護者や高齢非介護者と較べて相対的に低い得点を示してはいるが、実際の項目平均得点としてみれば2.5点以上であり、決して悪い状態を示すものではなかった。Maetine と Shultz（2001）は、欧米における多くの研究において、介護サポートグループから調査対象者を選択していることが、介護者の負担感を実際よりも高く誇張していると指摘し、調査対象をより広範に抽出すべきであると述べている。その意味で、本研究の対象者は、その地域のほぼ全員の介護者を調査対象としたことから、その地域の介護者の一般的な健康感を捉えているのではないかと思われる。したがって、女性高齢介護者は介護していない高齢者や男性高齢介護者よりも、平均的にみれば健康感は低いものの、極めて劣悪な状況ではなく、ある程度健康感を保って実施していると言って良いのではないだろうか。この結果は手島らの自己評定式抑うつ尺度（Self-Rating Depression Scale: SDS）を用いた東京都の介護者の結果と類似している（手島ら；1991）。しかしまたこの結果は、限られた地域で行われた結果であるため、一般化のための検討が必要となろう。今後は、介護の背景となる、地域や年代などの違いから生じる介護観なども考慮する必要があるだろうし、女性と男性の介護者における介護以外の家事量の違いなどについても検討する必要がある。

本研究では、高齢介護者の健康感について検討することが目的であったが、介護をおこなっていない高齢者の同居形態による分析によって、興味ある結果が示された。独居高齢非介護者の男性と女性の健康感がまったく異なっていたのである。介護者であろうと非介護者であろうと男性は一般

に高い得点を示したが、1 人暮らしの男性高齢非介護者の健康感だけが低かった。一方、女性高齢非介護者の健康感は、他の女性の高齢介護者や高齢非介護者が低かったのに比べ、高い得点を示した。今回、独居高齢者数が非常に少ないため、断定はできないが、1 人暮らしの女性高齢者は、意欲に満ち元気であり、1 人暮らしの男性高齢者はそうではない可能性がある。男性の独居高齢者に対する対処の必要性が示唆された。

2．高齢介護者のソーシャルサポート

介護を行っていない高齢者と介護者のソーシャルサポートについて比較した結果では、効果的サポート、非効果的サポートのいずれについても介護者は受け取っているサポートを低く評価していることがわかった。高齢者が介護を行っている場合、周囲から多くのサポートが与えられるのではないかと考えられるが、本研究の結果はその予測に反するものであった。

これまでも介護者は時間的にも拘束されることが多く自由に外出するなどの社会的活動が少ないことが示されている（Whittick; 1988 / Hibbard, Neufeld & Harrison; 1996）。本研究対象者のような配偶者を介護する場合、一般的に重要なサポート源となる配偶者からのサポートが得られないということであり、現実に介護者のサポートが少ない可能性もあるだろう。2 人暮らしの介護者のほうが、より効果的サポートが少なかったことからも、その可能性は大きい。あるいは、高齢介護者は自分の提供しているサポート量に較べて受け取っているサポートが少ないという介護者の主観的な評価の結果である可能性も考えられる。いずれにしても、高齢介護者は介護していない高齢者より自己へのソーシャルサポートを低く評価していることは明らかであり、今後高齢の介護者が孤立感を深めないような援助を考えていくことが必要と思われる。

3．主観的健康感とソーシャルサポートの関連性

では、このようなソーシャルサポートが高齢介護者や高齢非介護者の主観的健康感とどの程度関連しているのか。本研究では、重回帰分析によってその効果を検討したが、高齢介護者および高齢非介護者にとって、気持ちを支えてくれたり、実際に手伝ってくれるような効果的サポートが重要であることが示された。高齢介護者や高齢非介護者は、ちょっとしたおしゃべりをする人、話を聞いてくれる人がいると思えることは、彼らの気持ちを安定させ、様々なことに対する意欲を高め、体調や生活習慣も良い感じさせることがわかる。このような効果的なサポートが介護者や高齢者の健康感に良い効果をもつということは、これまでも多くの研究に於いて確かめられてきた事であるが（新名・矢富・本間；1991 / Miller & Montgomery; 1990 / 白井・柳堀；1999）65歳以上の高齢の介護者にとっても大切な要因である事が明らかとなった。

介護者も高齢者も、高齢になるにしたがい、人との関わりが減少していく傾向があるとされる（野口, 1991a）。本研究の対象となった高齢非介護者では、2 人暮らしや 3 人以上の家族と同居している高齢非介護者よりも、男女ともに独居高齢非介護者が最も効果的サポートが高かったことから、同居家族が肯定的関わりをすることは、意外に難しいのかもしれない。同居家族がいる介護者や高齢者には、他からのサポートが余り必要ないと思われがちであろう。高齢者世帯ばかりでなく、すべての介護者や高齢者に対して、暖かな人間関係が保持され、そして新たに作り出していけるような援助を考えていく必要があるだろう。

文　献

Almberg, B., Grafstrom, M. & Winblad, B. 1997 Caring for a demented elderly person - Burden and burnout among caregiving relatives, *Journal of Advanced Nursing,* 25, 109-116.

Brody, M. E. 1981 Women in the middle, *The Gerontologist,* 21, 471-480.

Coe, M. & Neufeld, A. 1999 Male caregivers' use of formal support, *Western Journal of Nursing Research,* 21, 568-588, 1999.

George, K. L. & Gwyther, P. L. 1986 Caregiver well-being : A multidimensional examination of family caregivers of demented adults, *The Gerontologist,* 26(3), 253-259.

Hibbard, J., Neufeld, A. & Harrison, M. J. 1996 Gender differences In the support networks of caregivers, *Journal of Gerontological Nursing,* 22(9), 15-23.

石川利江・井上都之・多賀谷昭・岩月和彦・Caroline M. White・池田紀子・奥野茂代 1999 在宅介護者ソーシャルサポート : 測定尺度開発の試み. 長野県看護大学紀要 , 1 ,35-43.

厚生省編 平成 8 年度版厚生白書 1996

厚生省編 平成 9 年度版厚生白書 1997

Krause, N. 1995 Assessing stress-buffering effects: A cautionary note, *Psychology and Aging,* 10(4), 518-526.

Miller, B. & Cafasso, L. 1992 Gender Differences in caregiving: Fact or artifact? *The Gerontologist,* 32, 498-507.

Martire, M. L. & Schulz, R. 2001 Informal caregiving to older adults ; Health effects of providing and receiving care, In Baum A, Revenson, A. T. & Singer, E. J. (Eds.), *Hand book of Health Psychology,* LEA Publishers.

Miller, B. & Montgomery, A. 1990 Family caregivers and limitations in social activities, *Research on Aging,* 12 (1), 72-93.

野口裕二 1991a 高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート－友人・近隣・親戚関係の世帯類型別分析 . 老年社会学 , 13, 89-105.

野口裕二 1991b 高齢者のソーシャルサポート:その概念と測定 . 社会老年学 , 34, 17-36.

Rook, K. S. 1984 The negative side of social interaction; Impact on psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology,* 46(5), 1097-1108.

Schofield, L.H., Murphy, B., Nankervis, J., Singh, B., Herrman, E.H. & Bloch, S. 1997 Family cares : Women and men, adult offspring, partners, and parents, *Journal of Family Studies,* 3 , 149-168.

Schulz, R., O'brien, T. A., Bookwala, J. & Fleissner, K. 1995 Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving : Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist,* 35(6), 771-791.

新名理恵・矢富直美・本間昭 1991 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャルサポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌 , 2(5), 655-663.

相馬一郎 1990 健康にかかわる心理学諸要因の分析 . 平成元年度科学研究費補助金（一般研究 B）研究成果報告書

白井みどり・柳堀朗子 1999 在宅要介護高齢者の女性介護者における主観的健康状態への関連要因の検討. *Health Sciences,* 15, 24-32.

手島陸久・岡本多喜子・岡村清子・浅海奈津美・佐藤路子 1991 在宅脳血管障害患者の介護者の抑うつ状態とその規定要因 . 社会老年学 , 33, 26-37.

Whittick, J. E. 1988 Dementia and mental handicap : Emotional distress in carers, *British Journal of Clinical Psychology,* 27,167-172.

山田紀代美・鈴木みずえ 1993 地域における高齢の介護者の健康度と生活習慣 . 老年看護学 3 (1), 43-51.

横山美江 1993 在宅要介護老人の介護者における疲労感の計量研究 . 看護研究 , 26(5), 31-37.

Zarit, H. S., Todd, A. P. & Zarit, M. J. 1986 Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A Longitudinal Study, *The Gerontologist,* 26, 260-266.