

博士（人間科学）学位論文

**在宅介護者におけるソーシャルサポートが
健康感に及ぼす効果**

The Effects of Social Support On
Well-being of Caregivers

2003 年 1 月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

石川 利江

Ishikawa, Rie

第 1 章	序論	1
第 1 節	本研究の意義	1
第 2 節	研究の背景	3
第 1 項	在宅介護者のストレス・健康の評価の問題	3
第 2 項	在宅介護者のストレス・健康に対する影響要因 の問題	6
第 3 項	在宅介護者の健康に影響する要因としての ソーシャルサポート	8
第 2 章	本研究の目的と構成	16
第 1 節	本研究の目的	16
第 2 節	在宅介護者の健康とソーシャルサポート研究 の意義	17
第 3 節	本研究の構成	19
第 4 節	基本的概念と用語の定義	21
第 3 章	[研究 1] 在宅介護者の精神的サポートの支援状況 と必要性の認識に関する検討	23
第 1 節	本研究の問題と目的	23
第 2 節	方法	23
第 3 節	結果	24
第 4 節	考察	27
第 4 章	[研究 2] 在宅介護者のソーシャルサポートの測定 尺度開発の試み	29
第 1 節	本研究の問題と目的	29
第 2 節	方法	29
第 3 節	結果	31
第 4 節	考察	38
第 5 章	[研究 3] 改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度	

の作成	41
第1節 本研究の問題と目的	41
第2節 方法	41
第3節 結果	42
第4節 考察	47
第6章 [研究4] 高齢在宅介護者のソーシャルサポート と主観的健康感の検討：高齢在宅介護者と高齢非介護者 との比較	49
第1節 本研究の問題と目的	49
第2節 方法	49
第3節 結果	51
第4節 考察	59
第7章 [研究5] 在宅介護者の個人的属性からみたソー シャルサポートと介護ストレスの検討	63
第1節 本研究の問題と目的	63
第2節 方法	63
第3節 結果	65
第4節 考察	74
第8章 [研究6] 要介護高齢者の寝たきり度・痴呆レベル が介護者のソーシャルサポートおよび主観的健康感に及 ぼす効果	79
第1節 本研究の問題と目的	79
第2節 方法	79
第3節 結果	81
第4節 考察	85
第9章 [研究7] 在宅介護者ストレスコーピング尺度の	

作成とソーシャルサポートおよび主観的健康感との関連性の検討	87
第1節 本研究の問題と目的	87
第2節 方法	88
第3節 結果	89
第4節 考察	96
第10章 [研究8]在宅介護者の健康感モデルの構築の試み	100
第1節 本研究の問題と目的	100
第2節 因果モデルの設定	100
第3章 方法	100
第4章 結果	103
第5節 考察	108
第11章 [研究9]在宅介護者の健康感改善のための新たなソーシャルサポートシステムによる介入事例研究	112
第1節 本研究の問題と目的	112
第2節 方法	114
第3節 結果	116
第4節 考察	124
第12章 総括的考察	128
第1節 本研究の結果の要約	128
第2節 本研究の総合考察	130
引用文献	139
資料	
・ 全国自治体に対する介護家族のための精神的支援に関する調査用紙	
・ 在宅介護者、高齢者の生活と健康に関する調査用紙	

第 1 章 序論

第 1 節 本研究の意義

高齢者を在宅で介護することは、在宅介護者の精神的、身体的健康や、社会生活、人間関係など、在宅介護者の生活のさまざまな側面に影響を与える。高齢者の介護は、短期間に終わることはほとんどなく、何年もの長期間にわたり、在宅介護者は日常的で慢性的ストレス状態を経験する。在宅介護者が介護から開放されるのは、介護されている高齢者の死亡あるいは施設入所といった場合であり、同じ慢性的ストレスに分類される職業ストレスなどとも異なる、特殊な状況といえる。高齢者を在宅で介護する必要性は、今後ますます増加すると予測されており、在宅介護者が、介護の犠牲とならずに、身体的、精神的に、健康を維持して生活できるような、細やかな援助を考えていくためには、在宅介護者の健康に関連する要因についての詳細な検討が必要となってくる。

これまでの多くの研究では、在宅介護者の健康状態を、在宅介護者の負担感やうつといった特定の側面を評価してきたが、在宅介護者の健康感という場合には、そのような負担感やうつも含めて、心身の状態を総合的に理解する必要がある。本研究では、介護による直接的なストレスを、介護バーンアウトとして評価する。そして、在宅介護者が、介護ストレスも含めた自分の健康についての全体的な評価を、主観的健康感という形で捉える。そうすることによって、在宅介護者を、介護だけに生きる人ではない、その人の人生を生きる人、という総合的な視点に立って、在宅介護者を支援していくことが可能となると思われる。

本研究では、在宅介護者のストレスを軽減し、健康感を向上する要因の中でも、ソーシャルサポートを中心とした検討を行う。これまでの研究では、在宅介護者の健康感への影響要因として、在宅介

護者の性別，年齢，人種，社会経済的地位，在宅介護者のもつ知識，体力，ストレスコーピング，ソーシャルサポートなどが検討されてきた。なかでも，ソーシャルサポートは，ストレス緩衝効果があるとされ，注目されてきた。しかしながら，近年になって，欧米の高齢者のソーシャルサポート研究において，私的な社会的結びつきであるソーシャルサポートは，肯定的な効果を生じると同様に，不満感や負担感といった否定的な効果を生じることが明らかになってきた。在宅介護者に対するソーシャルサポート研究においても，過度なサポートが在宅介護者の自尊心を低め，ストレスを生じさせる可能性のあることが，報告されている。在宅介護におけるソーシャルサポートは，家族構成員の義務感も含むものであり，否定的な関係が生じやすい状況にある。在宅介護者におけるソーシャルサポートを考える場合，一概にソーシャルサポートを増加するのがよいといった単純なものではない。本研究では，これまで日本の在宅介護者のソーシャルサポート研究では，ほとんど研究されてこなかった，ソーシャルサポートの否定的側面を含めて，在宅介護者の健康感に対するソーシャルサポートが影響するメカニズムについての検討を行う。それによって，在宅介護者にとっての適切なソーシャルサポートのあり方を明らかにできる。

在宅介護者のソーシャルサポートは健康感にどのように関連しているのか，そのソーシャルサポートは何によって影響されるのか，ソーシャルサポートの変容を目指した介入によって在宅介護者の健康感はどのように変化するかということについて，性別や続柄などの在宅介護者の個人的要因も含めた総合的検討が求められている。このような在宅介護者の健康感とソーシャルサポートの関連性についての詳しい検討が行われることで，今後の在宅介護者に対する具体的指針が得られるものと考えられる。

第2節 研究の背景

第1項 在宅介護者のストレス・健康感の評価の問題

高齢者の介護の問題が注目されるようになったのは、欧米では1980年代になってからである。在宅介護者の感じる困難や問題は、介護負担感という概念のもとに研究され始め、介護負担感尺度の作成や関連要因の検討が盛んに行われた（Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980; Greene, Smith, Gardiner, & Timbury, 1982; Ploulshock & Deimling, 1984; Morycz, 1985; Fitting, Rabins, Lucas, & Eastham, 1986）。在宅介護者負担感とは、「親族を介護した結果、在宅介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」であると、Zarit et al. (1980)によって最初に定義された。そして、Zarit et al. (1980)は、この定義に基づき、在宅介護者の健康、心理的安定、経済状況、社会生活、要介護高齢者との関係性についての負担感を尋ねる家族在宅介護者の Zarit burden scale を作成し、痴呆高齢者の介護家族の負担感に関する報告を行った。その後も、在宅介護者の抱える問題を評価するために、さまざまな介護者負担感尺度が開発され、在宅介護者の負担の数量的把握が試みられてきた（Greene et al., 1982; Ploulshock & Deimling, 1984; Morycz, 1985）。日本においても、新名・矢富・本間・坂田（1989）による在宅介護者負担感評価尺度や、中谷らの家族介護者の負担感スケール（中谷・東條, 1989）などが開発された。Zarit burden scale (Zarit et al., 1980)や Maslach Bournout Inventory (Maslach & Jackson, 1981)は、日本版としても標準化された（荒井・杉浦, 2000; 中谷, 1992）。しかし、初期のZaritによる介護者負担感の概念では、負担感を引き起こすストレスと結果生じるストレス反応とが区別されず、在宅介護者のストレスの発生機序の理解に役立たない。介護される高齢者の精神・身体的状態や介護上の問題など、第三者にも把握できるものを客観的負担感とし、在宅介護者が負担だと感じる主観的負担感とは

区別すべきであるとする提案もされたが (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985; 冷水, 1989), 今のところ在宅介護者の負担感の概念枠組みでは, 負担感軽減のモデルが構築できていない。

それに代わって, 在宅介護場面における介護者のストレスの理解のために, 現在, 最も用いられているのは, ラザルスらのストレス認知理論である (Lazarus & Folkman, 1984)。ストレス認知理論モデルにおいては, 在宅介護者によってストレスと認知された介護場面におけるさまざまな出来事がストレッサーとなり, 最終的な反応が心理的, 身体的ストレス反応である。主観的な負担感とは, 認知的評価として位置づけられるようになった。このストレス認知理論モデルの中に在宅介護者の負担感を位置づけることは, 在宅介護者のストレスの発生機序を理解し, 在宅介護者のストレス反応を軽減する要因の検討を可能にするため, 在宅介護者の現実的支援に活かすことができるようになると思われる。

ストレス認知理論に基づき, 在宅介護者のストレスを説明するために開発されたのが, Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff (1990) によるストレスプロセスモデルである。このモデルでは, 要介護高齢者の痴呆の程度や日常生活動作能力 (ADL) などの客観的指標と負担過多などの主観的指標は一次ストレッサーであり, それらが家庭や仕事の葛藤や経済的問題などの二次的役割ストレスインに影響を与え, さらに自尊感情や自己喪失などを二次的精神内的ストレスインに影響し, 最終的に在宅介護者の well-being や健康が決定されるとする。そして, それぞれの段階で, コーピングとソーシャルサポートが媒介変数として影響を与える。この Pearlin et al. (1990) のモデルは, 在宅介護者のストレス反応の個人差を説明するものとして, 評価されてきたが, ソーシャルサポートとストレスコーピングは, 媒介変数として扱われ, それらの関係性が十分明らかにされていない。在宅介護者に対する具体的支援を考えていく上で, ソーシャルサポートとストレスコーピングが, 在宅介護者の well-being, 健康感に対してどのように機能するのか, ソーシャル

サポートとストレスコーピング間の関連性を含めた検討が必要となってくる。

ところで，このストレス認知モデルにおいては，介護負担感は認知的評価となり，在宅介護者の精神的健康状態は，うつ尺度や不安尺度などの既存の標準化された尺度の基準得点との比較によって測られるようになった。欧米の研究においては Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Cattanach & Tebes, 1991), Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mandelson, Mock, & Erbaugh, 1961), Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965), General Health Questionnaire などが，評価尺度として多用されてきた。

介護による身体的健康への影響の評価は，体調 (Grafstrom, Fratiglioni, Sandman, & Windblad, 1992), 薬の使用 (Baumgarten, Battista, Infante-Rivard, Hanley, Becker, & Gauthier, 1992; Grafstorm et al., 1992; George, & Gwyther, 1986), 病気の有無 (Baumgraten et al., 1992; Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask, & Glaser, 1991), 病院などの利用回数 (Moritz, Kasl, & Ostfeld, 1992; Vitaliano, Russo, Young, Teri, & Maiuro, 1991), 喫煙や飲酒などの健康行動 (Moritz, et al., 1992; Kiecolt-Glaser et al., 1991), 免疫機能 (Kiecolt- et al., 1991) などの評価が行われてきた。

これらのさまざまな側面からの在宅介護者の健康状態についての研究結果は，必ずしも一致してはいないが，一般には，高齢者の介護は，抑うつ感，疲労感，社会的孤立，経済的負担，家族関係や仕事との葛藤，そして免疫反応の減退といったさまざまな側面において，在宅介護者の健康に悪い影響を与えるとする研究結果が多い (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Coe & Neufeld, 1999)。しかし，介護が在宅介護者の健康に与える影響はあるにしても，それほど大きいものではなく，誇張されていると，Martire & Shultz (2001) は主張している。彼らは，在宅介護者の健康に関する

レビューを行ない，欧米における研究の多くが，調査対象者を介護者サポートグループから選択していることが，このような誇張を起こしているとして，調査対象をより広範に抽出すべきであると述べている。

在宅介護者の抑うつ状態が，介護負担のない者と較べてどの程度かを，より明確に把握するためには，同地域の介護負担のない対象群を設定して，比較検討することが必要である。しかし，そのような対照群を設けた研究は極めて少なく，対照群が設けられている場合でも対象者数が少ないことが多い（Uchino, Kiecolt-Glaser, & Cacioppo, 1992; 横山, 1993; 山田・鈴木 1998; George & Gwyther, 1986）。したがって，在宅介護者のストレス・健康の状態が，実際にどの程度介護による影響を受けているのかについて，一定の対象者数を確保した対照群を設けた検討が必要である。

第 2 項 在宅介護者のストレス・健康に対する影響要因の問題

1. 性別・続柄・年齢の問題

在宅介護者の性によって介護負担感やストレスの程度が異なるのではないかということは，介護負担感の先駆的研究者である Zarit 自身によって当初から指摘されていた（Zarit, Todd & Zarit, 1986）。その後，女性介護者の方が，男性介護者よりも在宅介護者役割と家族内役割との間での葛藤が大きい，抑うつの割合が多いといった女性介護者のストレスの高さを示す結果が報告されてきた（Fitting, et al., 1986; Barusch & Spaid, 1989; Prucno & Resch, 1989）。Miller & Cafasso (1992) は，介護負担感の性差に関する 14 の研究を分析し，女性介護者は男性介護者よりも個人的介護と家事援助をより多くするが，負担感も多く報告するとした。さらに，女性介護者の中でも若いほど介護ストレスが高いとする報告がみられるようになった（Whittich, 1988; Schofield, Murphy, Nankervis, Singh, Herrman, & Bloch, 1997）。

本邦における在宅介護者の性差や年齢を検討した研究でも，同様

の結果が報告されている(手島・岡本・岡村・浅海・佐藤, 1991; 野川・高崎・安田・佐々木・内田・伊藤・河内, 1988; 白井・柳堀, 1999)。手島ら(1991)は, 男性介護者よりも女性介護者の方が, 配偶者よりも子ども介護者の方が抑うつ度は高く, 抑うつ度が最も高いのは娘介護者, ついで妻であり, 夫が最も低いことを見いだしている。また野川ら(1988)も妻や娘に較べ, 嫁介護者が介護に対する犠牲感が高かったことから, 嫁か娘かという要介護高齢者との続柄がストレスに影響する可能性を示唆している。

これらのことから在宅介護者の性や年齢あるいは続柄によって, 負担感やストレスが異なることが予測される。しかし, 介護負担感や介護ストレスに関して, 配偶者, 子ども介護者をそれぞれ別個に検討した研究や, 配偶者と子ども介護者を比較検討した研究は見られるが(Given, Stommel, Collins, King, & Given, 1990; Coen, Swanwick, O'Boyle, & Coakley, 1997; Sparks, Farran, Donner, & Keane-Hagerty, 1998), 嫁や息子を含めて検討した研究は少ない。それは, 欧米では配偶者同士や娘による介護が多く, 息子や嫁による介護はほとんど行われていないためであるが(Horowitz, 1985), 本邦ではいまだに女性高齢者の介護に占める嫁の割合が最も高い(春日, 1997)。しかし, 一方で, 近年の超高齢化, 女性の有職率の増加, 家族の少人数化そして介護観の変化などによって男性介護者も徐々に増加し, 在宅介護者が多様化してきている。このような状況のなかで, 在宅介護者の性や年齢, 要介護高齢者との続柄の問題を考慮した介護問題への対処が必要である。

2. 在宅介護者のストレス・健康感に対するその他の関連要因

在宅介護者の負担感・ストレス・健康感との関連性が検討された要因には, 上記の性別, 続柄, 年齢以外に, 人種, 要介護高齢者の痴呆や機能障害の程度(緒方・橋本・乙坂, 2000), 同居形態, 経済的状況(Pohl, Given, Collins, & Given, 1994), 公的サービス利用度, 介護期間(杉原・杉澤・中谷・柴田, 1998), 職業の有無(Pohl

et al., 1994), 教育水準 (Pohl et al., 1994)などがとりあげられてきた。

在宅介護者のストレスや健康に対するこれらの規定因のなかで、もっとも注目されているのが、ソーシャルサポートである。

そこで、次にこのソーシャルサポートについての研究を概観する。

第3項 在宅介護者の健康に影響する要因としてのソーシャルサポート

1. 在宅介護者のソーシャルサポートの概念

先にも述べたように、在宅介護者の健康の規定因の中で、最も注目されているのがソーシャルサポートである。個人の有するソーシャルサポートが、その人の心身の健康に大きな効果を及ぼすことは、在宅介護者の問題でとりあげられる以前に、多くの研究において報告され注目されてきている (Cohen, Teresi, & Holmes, 1985; Knause, 1986)。しかし、このソーシャルサポートという概念は、確定した定義づけがなく、各研究者の独自の定義に基づいた検討が行われてきた (Barrera & Ainlay, 1983; Sarason, Levine, Bashman, & Sarason, 1983; Tilden, 1987; Norbeck, Kinsey, & Carrieri, 1981; 1983; 久田, 1987)。ソーシャルサポートの先駆的研究である Caplan (1974) はソーシャルサポートを、1) 個人の心理的な資源を動員して情緒的な負担を乗り越えるよう助ける人々、2) その人の抱える仕事を分担する人々、3) 必要なお金や物質、道具、技術を提供したり、実務的な相談にのってくれる人々、の3つで構成されるとした。Cobb (1976) は実際的な援助を除外し、愛情、評価、所属という無形の情報にソーシャルサポートを限定した。その後も多くの研究者によってソーシャルサポートの定義づけが行なわれきているが、明確な定義はいまだなされていない (浦, 1994)。

このようなソーシャルサポートの定義の不一致は同時に測定方法の多様性につながっている。しかし、具体的質問項目や回答方法に違いはあるものの、多くの研究におけるソーシャルサポートの測

定方法は次のような3つのアプローチに大別されている。すなわち，1)個人の持っている人間関係のネットワークの構造を測定する方法，2)社会的結びつきについての個人の知覚的評価を測定する方法，3)重要な他者から実際に援助的行動を受けた実行度を測定する方法である。このうち知覚されたサポートは，その人の健康やwell-beingと最も関連していると言われ，情報提供や物質的，経済的援助を行なう道具的サポートおよび情緒的，精神的に支える情緒的サポートが，2種類のサポートとして測定されている。

このように，ソーシャルサポートは初期に考えられていたような単純なものではなく多面的な要素を含んだ概念であることが明らかになるにつれ，ソーシャルサポートの，どの側面を測定するのかを明確に規定してゆこうという考え方や，ソーシャルサポートを操作的概念として使用しないで，対人関係と人の心身の健康との関連についてのさまざまな研究をソーシャルサポート研究と総称しようとする考え方が出てきた（稲葉，1998）。

2. 在宅介護者のソーシャルサポートの測定

ソーシャルサポートの定義自体の多様性のために，在宅介護者のソーシャルサポート尺度として確立したものはない。ソーシャルサポートの内容として，在宅介護者のネットワーク構造，実施されたサポート（George & Gwyther, 1986），知覚されたサポートのいずれかを測定するか，回答方法として，人数や頻度などの実行度や知覚度，満足度，必要性のいずれか，あるいはそれらをいくつか組み合わせた回答を求める（Stuckey & Smyth, 1997）など，在宅介護者のソーシャルサポート測定方法は研究によって異なっている。欧米では，一般的なソーシャルサポート尺度を用いた研究が多いが，その場合も尺度の一部の抜粋や，他の項目の追加や回答方法の修正などを行って採用されることもある。在宅介護者のソーシャルサポートの測定のために，いくつかの質問項目を作成し検討している研究も多く，本邦の研究では，この測定法が最も採用されている

(Robinson & Austin, 1998; Goodman, 1991; 新名・矢富・本間, 1991)。

宗像と川野(1993)は、情緒的支援と手段的支援に関して、在宅介護者が認知している人物、ネットワークの人数、サポートへの満足度を評価する尺度を作成している。新名ら(1991)は、ソーシャルサポートの測度として、4項目の介護援助者の有無などをたずねることで、ソーシャルサポートの評価としている。

このように、在宅介護者のソーシャルサポートの測度には多様な内容と回答方法が用いられており、研究結果の比較を困難にしている。妥当性と信頼性の確立されたソーシャルサポート尺度が必要とされている。

3. 在宅介護者におけるソーシャルサポートの効果検討の問題

ソーシャルサポートの定義や測定方法の不統一やサンプルの抽出法などの問題があるため、研究結果の一般化は慎重でなければならないが、在宅介護者の健康に対するソーシャルサポートの効果を検討した結果では、ストレス緩衝効果があるとして、ソーシャルサポートの有効性を示す研究結果が多く見られる(Scott, Roberto, & Hutton, 1986; Monahan & Hooker, 1995; Schulz et al., 1995; 新名・矢富・本間, 1991; 松岡, 1997)。親戚の訪問回数が増加するほど在宅介護者の負担感が減少するという Zarit et al.(1980)による研究をはじめとし、実行されたサポートと在宅介護者の健康との関連をみた研究では、実際に人と会う、電話をするといった他者との接触頻度が高いほど、在宅介護者の主観的な健康感も高いという結果が得られている(Brodsky & Hadzi-Palovic, 1990)。

ソーシャルサポートの構造的側面であるソーシャルネットワークと在宅介護者のストレスや健康感との関連性をみた研究では、ネットワークが多いほど、在宅介護者のストレスや負担感は少ないとしている(Miller & McFall, 1991; Dwyer & Miller, 1990;

Montgomery et al., 1985)。しかし，私的ネットワークか公的ネットワークかというネットワークの構造によって，在宅介護者の負担感には違いがあるとされる。

在宅介護者のソーシャルサポートとして，最も多く検討されたのはソーシャルサポートの機能的側面である。そして，在宅介護者のストレスや負担感の低減あるいは健康感や well-being の向上のためには，情緒的サポートが効果的であるとした研究が多い (Given et al., 1990; Quayhagen & Quayhagen, 1988; Schulz, Tompkins, Wood, & Decker, 1987; Pohl et al., 1994)。たとえば，Martire, Stephens, & Townsend(1998)は，夫や上司などからの情緒的サポートが多いと感じているほど，妻や職業人，在宅介護者としての役割制御感や well-being が高くなるという結果を得ている。

しかし，一方でサポートが高いほどストレス度が高いとする研究も報告されている。Marktichuski, Knight, Karlin, & Bell(1997)は，在宅介護者サポートグループに参加している在宅介護者のほうが，参加していない在宅介護者よりも，情緒的サポートを最も多く受けていたにもかかわらず満足しておらず，介護負担感が高いという結果を示している。Hannapel, Calsyn, & Allen(1993)も，痴呆高齢者の在宅介護者を対象として，サポートの効果を検討したところ，予測とは異なり，最も多くのサポートを受けている在宅介護者が最も抑うつ的であるという結果となった。Franks & Stephan(1996)は，ソーシャルサポートの効果は限定的であって，在宅介護者の身体的健康状態は在宅介護者自身へのサポートとは無関係だが，介護されている親へのサポートの多さが在宅介護者の身体的健康を高める効果があったと報告した。また，高ストレス状態のときに，サポートを多く受けるほど否定的感情を起こすという，逆の効果が示された。Stuckey & Smyth(1997)も，具体的な介護支援やその満足度は，在宅介護者の身体的・精神的健康と関連しておらず，知覚されたソーシャルサポートの満足度が重要であるとした。

Vrabec(1997)は，1980年から1995年の間に報告されたソーシャ

ルサポートと在宅介護者負担感に関する 50 の論文についてレビューを行っているが、ソーシャルサポートの説明が不十分なままに使用されていることや、因果関係の逆転がある可能性、調査サンプル数の少なさと抽出方法の問題があると指摘した。

したがって、ソーシャルサポートの効果メカニズムを解明するには、妥当性と信頼性のある方法によって、在宅介護者のソーシャルサポートを評価し、さらにソーシャルサポートの介入研究によって、ソーシャルサポートと健康との因果関係を確かめることが必要とされる。

4. 在宅介護者のソーシャルサポートに影響する要因の問題

在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性を検討した研究のほとんどは、在宅介護者の健康感や負担感を従属変数とし、ソーシャルサポートをその関連要因として検討しており、在宅介護者のソーシャルサポートに対する影響要因を検討した研究は、それほど多くない (Good, Bower, & Einsporn, 1995; George & Gwyther, 1986; Hibbard, Neufeld, & Harrison, 1996; 白井, 1997)。たとえば、Good et al., (1995) は、多重硬化症患者の在宅介護者のソーシャルサポートについて調査し、女性のほうが男性よりも利用できるリソース数が多く、知覚されたサポート量も多いとして、在宅介護者のソーシャルサポートには性差のあることを指摘した。一方、Hibbard et al. (1996) は、女性介護者は、家族数が多く、葛藤をもたらすようなサポートを多く受けていると評価した。さらに、女性介護者のソーシャルネットワークのサイズと、年齢、介護期間、社会経済的状態とは有意な関係性はみられなかったが、男性では若いほど社会経済的立場が高いほど活用できるソーシャルネットワークのサイズが有意に大きかったと報告している。

以上のように、在宅介護者のソーシャルサポートに及ぼす要因として、最も検討されているのが性差であり、そのほかに続柄や社会経済状態、要介護高齢者の痴呆の程度などである。在宅介護者の健

康に対するソーシャルサポートの効果を十分に活かすためには、不適切なソーシャルサポート状態の危険性のある在宅介護者を見分けることが大切であり、ソーシャルサポートの影響要因の検討が必要となる。

5. 在宅介護者に対するストレス軽減を目的としたソーシャルサポート介入研究

在宅介護者の負担感やストレスを軽減のために行われてきた、教育プログラム、サポートプログラム、自助グループ、行動療法、心理療法、休息法などさまざまな介入方法についての効果検証がなされてきた (Gallagher-Tompson, & Devries, 1994; Toseland, Rossiter, Peak, & Smith, 1990; Knight, Lutzky, & Macofsky-Urban, 1993; Zarit & Edward, 1999)。Knight et al.(1993)は、介入研究の効果についてのレビューを行い、個別の心理療法はかなり高い効果があるとしている。一方、グループ介入の効果は低く、休息増加プログラム以外のヘルスサービスにいたっては、ほとんど効果がないとする研究結果をまとめた。

また、在宅介護者に対する新たなソーシャルサポートの方法として、コンピュータネットワークによるサポートが試みられている (Brennan, Moore, & Smyth, 1991; 1995; Gallienne, Moore, & Brennan, 1993; McClendon, Bass, Brennan, & McCarthy, 1998)。Brennan et al.(1991;1995)は、高齢者や女性であってもコンピュータネットワークは利用可能であることを確認し、ネットワークへの参加は在宅介護者の自己決定に役立つとした。しかし、孤立感の低減などの精神的健康への効果は見られなかった。では、タイプライターなどキーボードの操作になれていない本邦の在宅介護者においても、このようなコンピュータを用いたネットワークが可能なのか、そしてその効果はどのようなものなのかを明らかにすることは、今後の高齢化社会におけるサポートのあり方を探る意味でも重要である。

6. 在宅介護者のソーシャルサポートの肯定性と否定性の検討の問題

ソーシャルサポートは、健康の向上やストレス低減などの肯定的効果によって、大きな関心を集めてきた。しかし、人間関係のもつ否定的側面の効果についても検討すべきであることが、近年の高齢者を対象とした研究を中心に指摘され始めている（Krause, 2001; Rook, 1984; 1990; 坂田・Liang・前田, 1992; 野口, 1991b）。ソーシャルサポートとは、そもそも個人のウェル・ビーイングを増進させる意図で交換される心理的・物理的資源として定義されており、ソーシャルサポートの否定的側面は概念的にありえないことになる。しかし、支援する意図で行われた行為や行動であっても、サポートの受け手にとって、重荷や迷惑といった否定的な結果を与えるような場合があるとして、ソーシャルサポートの意図と結果を分離すべきではないかという研究もみられるようになってきた（Antonucci, 1985; Rook, 1990; 坂田 et al., 1992）。

在宅介護者や高齢者の否定的な社会的相互作用を検討した研究のほとんどが、問題のある対人関係や葛藤の多さと、負担感や抑うつとの関連性を確かめている。Rook(1990)は、高齢者に対するインタビューによって、肯定的なサポートが得られるような対人関係、怒りや葛藤の感情をひきこすような問題のある対人関係、これら両者の混在した対人関係について、その名前と頻度を調査したところ、問題のある対人関係や葛藤のある対人関係の方が、その人のwell-beingに与える影響は大きいことを見出した。Suitor & Pillemer(1993)は、痴呆の親を介護する娘のストレスとソーシャルサポートの関連性を検討し、友人やきょうだいなどのネットワークメンバーは、サポート源であると同時に、ストレス源でもあるとしている。野口(1991b)や Fiore, Becker, & Coppel(1983)も、在宅介護者のソーシャルサポートについて考える際には、人間関係の否定的側面にも着目する必要があることを示唆している

そして、これまでのソーシャルサポート研究が、対人関係の肯定的側面ばかりを過大に評価しすぎている可能性が大きいと、これらの研究は指摘している。高齢者の健康や well-being におけるソーシャルサポート研究を概観した Krause(2001)は、高齢期においてソーシャルサポートの否定的側面を考慮しなければならない理由の1つとして、高齢期における子どもとの葛藤を挙げている。それは、高齢者は、年とともにソーシャルネットワークメンバーが子供中心となり、ソーシャルサポート源として家族が非常に重要になってくる。しかし、家族の結びつきは自発的でなく、基本的に義務感に基づき簡単に解消できないため、葛藤も生じやすいのだとしている。対人的結びつきの肯定的側面と同様に否定的側面の徹底的検討が必要だとしている。在宅介護におけるソーシャルサポートも、在宅介護者自身の高齢者であることも多く、家族構成員の義務感も生じやすく、否定的な関係が生じやすい状況にあるといえる。そのため、在宅介護者のソーシャルサポートの研究においては、その肯定的側面と否定的側面を測定できる方法の開発とともに、非効果的サポートの効果を検討し、それらの関連性を説明する概念枠組みを打ち立てる必要がある。

第 2 章 本研究の目的と構成

第 1 節 本研究の目的

第 1 章の検討から、在宅介護者の健康やソーシャルサポートについての多くの研究が行われてきたが、在宅介護者のストレスや健康への影響の測定方法の問題、対象とする在宅介護者のサンプリングの問題、ソーシャルサポートの概念のあいまいさと否定的側面への配慮がなされていないことの問題、他の健康規定因との関連性の検討がなされていない問題などの、多くの問題のあることが明らかになった。これらの問題を踏まえたうえで、本研究においては、ソーシャルサポートが、在宅介護者の健康感に影響するメカニズムを明らかにし、在宅介護者支援のための指針を得ることを目的とする。

本研究では、まず、在宅介護者に対する今後の支援への具体的提言を現実的なものにするために、公的ソーシャルサポートの提供主体である自治体が、在宅介護者の精神的健康のための支援状況と必要性の認識についての現状把握を行うこととした。ついで、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を測定するための質問紙を開発する。そして、その質問紙を用いて、在宅介護者の性別や要介護高齢者との続柄別に、在宅介護者の健康感とソーシャルサポートの状況を明確にする。また、在宅介護者の健康とソーシャルサポートについて、介護していない高齢者との比較を行うことにより、在宅介護者のおかれている状況を明らかにする。要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベルというストレスが、在宅介護者の介護ストレス、ソーシャルサポートに与える影響を予測し、在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性をより明確にしていく。さらに、ストレスコーピングと介護効力感といった規定因も含めた検討を行うことで、在宅介護者の健康にソーシャルサポートが作用するメカニズムを明らかにする。最後に、コンピュータネットワークという新たなソーシャルサポートシステムを構築し、事

例的な介入研究で得られた結果と、横断的な調査研究から明らかにされたソーシャルサポートの効果のメカニズムのモデルを比較し、そのモデルの確認を行う。

以上のように、本研究では、在宅介護者の健康をソーシャルサポートの側面から説明できるモデルを構築し、在宅介護者の健康支援に役立つ知見を明らかにすることを目的とした。

第2節 在宅介護者の健康とソーシャルサポート研究の意義

本研究の意義は、以下のようにまとめることができる。

1. 在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面、否定的側面の両面を評価できる、新たな在宅介護者ソーシャルサポート尺度を開発する。

Krause(2001)や Rook(1990)の指摘にあるように、高齢者や在宅介護者のソーシャルサポート研究においては、ソーシャルサポートの肯定的側面とともに否定的側面を考慮する必要がある。しかし、第1章の検討から明らかのように、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を測定する質問紙は開発されていない。ソーシャルサポートの肯定的側面に関する測定尺度でさえも、尺度としての妥当性や信頼性が確認されないまま、多くの研究で使用されてきた。在宅介護者の健康に対するソーシャルサポートの研究成果を十分に活かすためには、妥当性と信頼性の確認された尺度によって、在宅介護者のソーシャルサポートを評価し、不適切なソーシャルサポート状態にある在宅介護者を弁別することが必要とされる。

したがって、本研究において、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面の両面を測定する質問紙を開発することは、在宅介護者のソーシャルサポート研究を行っていくうえでの意義は大きいといえる。

2 在宅介護者の健康に対するソーシャルサポートの作用するメカニズムの明確化

本邦の在宅介護者のソーシャルサポート研究において、ソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面の両面からの検討はまったく行われてこなかった。しかし、ソーシャルサポートの否定的側面の効果は、非常に大きいものであることが示されてきている（Rook, 1990）。

これまで日本の在宅介護者のソーシャルサポート研究において検討されてこなかった、ソーシャルサポートの否定的側面を含めた在宅介護者の健康に対する効果について検討することは、本研究の大きな特徴といえる。在宅介護者のソーシャルサポートと要介護高齢者の心身の状態や痴呆の程度などのストレス、ストレスコーピング、介護効力感などの媒介要因を含めて検討することで、在宅介護者の健康にソーシャルサポートが影響するメカニズムについての総合的理解を深めることができる。これらのことは、在宅介護者にとっての適切なソーシャルサポートのあり方を示してくれるものであり意義は大きいと考えられる。

3 新たな在宅介護者ソーシャルサポートシステムによる介入の試み

これまでの在宅介護者の健康に対するソーシャルサポートの効果に関する研究結果は、横断的研究によるものであり、実際にソーシャルサポートの提供が、在宅介護者の健康感を改善するのかどうかについての縦断的研究は極めて少ない。そこで、本研究では、実際に在宅介護者に対する新たなソーシャルサポートシステムを構築し、介入を行なった。このような長期的な介入研究を行なうこと、コンピュータネットワークという新たなソーシャルサポートによる在宅介護者支援を試みることは、今後ますます必要とされる在宅介護者への新たなサポートの可能性を拡大するものとして、本研究は大きな意義を持つものと考えられる。

第3節 本研究の構成

本研究の構成について、図示したのが Fig.2-1 である。第1章第2節において、本研究の背景となる在宅介護者の健康とソーシャルサポートに関する研究をレビューし、問題点を明らかにする。本研究の意義と目的を論じた本章を受けて、本研究は以下のような構成で展開される。なお、研究3、研究4、研究6、研究7、研究8における対象者は同じである。

まず、第3章、研究1では、在宅介護者に対する現実的な支援策を考えていく上で必要となる、在宅介護者の公的なソーシャルサポート源である地方自治体が行っている、在宅介護者の精神的健康の維持・改善を目的とした支援の現状と必要性の認識について明らかにする。

第4章、研究2では、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面、否定的側面の両面を評価できる、新たな在宅介護者ソーシャルサポート尺度を開発する。測定されるサポートを、知覚的サポート量、サポート源、実行度、サポート満足度という4つの方法で測定し、それらの関連性について検討を行う。

第5章、研究3では、第4章の研究2を受けて、改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度を作成する。信頼性の向上と、回答方法の簡素化による、回答者への負担軽減をはかる。

第6章、研究4では、第4章と第5章で作成・改定された尺度を用いて、在宅介護者は、介護を行っていない高齢者との比較を通じて、在宅介護者の健康とソーシャルサポートの状況を記述し、それらの関連性が論じられる。

第7章、研究5では、在宅介護者のソーシャルサポートと介護ストレスの関連を説明するべく行われた研究について論じられる。ここでは、在宅介護者の性別や要介護高齢者との続柄の面から検討した結果が論じられる。

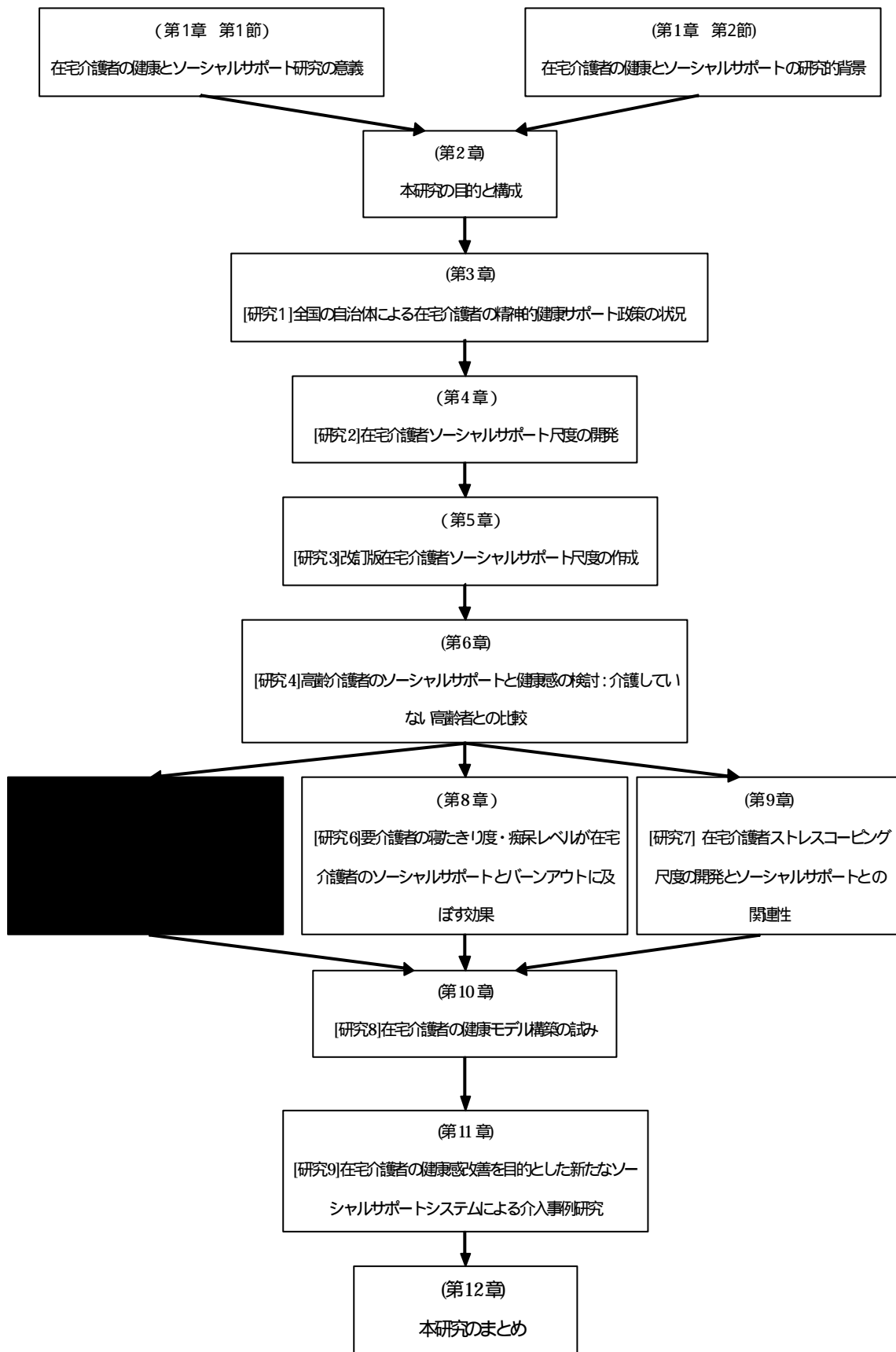


Fig.2-1 本研究の構成

第 8 章 , 研究 6 では , 要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベルといったストレスと , 在宅介護者のソーシャルサポートや介護ストレスとの関連性について検討を加えた研究について論じられる。

第 9 章 , 研究 7 では , 在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性について検証するために必要となる , 在宅介護者ストレスコーピング尺度を作成し , その妥当性と信頼性を確認する。

第 10 章 , 研究 8 では , 第 6 章 , 第 8 章 , 第 9 章を受けて , 在宅介護者の健康を , 要介護高齢者の心身の状態や痴呆の程度などのストレス , ソーシャルサポート , ストレスコーピング , 介護効力感を含めたパス解析を行い , 在宅介護者の健康にソーシャルサポートが影響するメカニズムについて論じる。

第 11 章 , 研究 9 では , 在宅介護者の健康を向上するために , 新たなソーシャルサポートネットワークを構築し , 介入を行った事例によって , 在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性について論じる。

第 12 章では , 本研究の総括的考察を行い , 本研究の健康心理学的示唆について論じられる。

第 4 節 基本的概念と用語の定義

ここで , 本研究で用いられる主な用語と概念の定義を行っておく。

介護とは , 「高齢者で自立の制限があり , 継続した支援を必要とするような身体的 , 精神的 , 情緒的な障害のある高齢者に提供されるケア」として定義する。

要介護高齢者とは , ほとんどの家族介護研究において , 要介護高齢者を 65 歳以上で , 少なくとも ADL あるいは IADL の機能に障害をもつ人と定義されてきた。本研究でも , それらの研究と同様に , 「高齢者の自立の制限があり , 何らかの継続した支援を必要とするような身体的 , 精神的 , 情緒的な障害のある高齢者」を要介護高齢者と

した。

在宅介護者とは、「自立に制限があり、何らかの継続した支援を必要とする身体的、精神的、情緒的な障害のある要介護高齢者に対する援助を主に行っている家族の者」とした。

第2章第3項(1)で述べたように、ソーシャルサポートの概念について確立したものはない。本研究では、「社会的結びつきについての個人の知覚的評価」をソーシャルサポートとして定義する。そして、在宅介護者や高齢者が、結果として肯定的なものとして評価できるような、情緒的な側面の援助については情緒的サポート、介護や家事などの実際的な援助については、実際的サポートとした。提供者が肯定的サポートを意図していると考えられても、受け手である在宅介護者や高齢者にとっては不適切で、否定的なものとして評価するようなサポートは、非効果的サポートと定義する。

介護ストレスとは、「介護の実施に伴って経験する不快な主観的状态」を、介護ストレスとして定義した。本研究では、この介護ストレスは、介護バーンアウト尺度(中谷,1992)によって評価されたものとする。

健康とは、心理的不適応状態でないというものでなく、より積極的なものであり、身体的にも、心理的にも、社会的にも調和のとれた状態である。本研究では、精神的健康を、「在宅介護者や高齢者が、自己の心身の状態や日常生活全般についての主観的評価」とする。そして、この精神的健康を、心理的安定、意欲、体調、生活行動習慣の側面からなる主観的健康感尺度(相馬・春木・野呂・山崎・坂野・根建,1990)によって評価する。

第 3 章

研究 1 在宅介護者の精神的サポートの支援状況と必要性の認識 に関する検討

第 1 節 本研究の問題と目的

在宅介護者のストレス低減や健康の維持・回復にとって、他者からのソーシャルサポートが重要であることは、これまでの研究でも明らかである。このソーシャルサポート源には、在宅介護者の家族や親族、友人、知人など私的な人間関係とともに、保健師や訪問看護師、ホームヘルパー、福祉相談員などの公的な人間関係も含まれる。しかし、このような公的ソーシャルサポート源である地方自治体が、在宅介護者の精神的健康の維持、回復のために、何らかの支援事業を行っているのか、その必要性をどのように認識しているのかについて明らかにされてこなかった。本研究では、在宅介護者のソーシャルサポートの現状を把握し、今後の精神的サポートのあり方を考えることが目的とされた。

第 2 節 方法

1. 調査対象

北海道・東京・埼玉・長野・富山・新潟・兵庫・愛媛・長崎にある無作為に選ばれた 20 市町村の高齢者福祉課あるいは社会福祉協議会の高齢者・在宅介護担当者

2. 調査方法

調査対象者に対しては、はじめ、電話による調査の依頼を行い、その後、質問紙を送付して回答後に返送してもらった。

本章の研究は、石川・井上・中坪（1997）による。

3. 調査内容

調査内容は、高齢者の介護家族に対する福祉サービス担当部署と65歳以上の要介護高齢者数を尋ねた。次に、介護を行っている家族が精神的健康を維持できるようにするための支援サービスについて、実施しているものがあればその内容についての自由な回答を求めた。次に、介護慰労金の有無・受給資格・金額、慰安旅行・平均参加人数、講演会や在宅介護者の集いの実施・回数・参加人数、啓蒙活動の実施、悩み相談の実施、介護ニュースの発行など10項目について、実施しているかどうか、実施している場合の具体的内容についての回答を求めた。さらに、在宅介護者の健康維持のための精神的サポートが必要だと思うか、今後何らかの精神的サポートのための予定があるかについても質問を行った。

第3節 結果

調査を行った20市町村のうち17市町村からの回答が得られた(回収率85%)。高齢者の介護家族の福祉サービスの主体となっている担当は、役所の保健福祉課あるいは高齢者福祉課などが9市町村、社会福祉協議会あるいは介護支援センターなどが3市町村、これらが共同で実施と回答したのが、6市町村であった。

まず、自由回答方式の在宅介護者の精神的サポートの実施内容に関する質問に対しては、ホームヘルパー制度(8件)、訪問看護制度(4件)、デイサービス(3件)、配食サービス(1件)といった要介護高齢者への支援内容をあげることが多く、在宅介護者への支援と分類できるものは、在宅介護者の悩み相談(7件)、介護手当て(5件)、在宅介護者への声かけ運動(1件)、在宅介護者のエクササイズ教室(1件)、家族の会での体操(1件)などがあげられた。

在宅介護者のための10項目の実施の有無に対する結果は、Tab.3-1に示した。介護家族への精神的サポートの実施内容として最も多かったのは、窓口や電話による在宅介護者の悩み相談であり、

17件中14件が実施していると回答した。その主な相談内容は、サービスの利用方法についての問い合わせであり、介護の疲れなどの相談については、ショートステイなどのサービスの利用案内などを行うことで対応されていた。在宅介護者の話をじっくりと聞くということは、担当者も少なく時間的に余裕がなく、ほとんど行われていなかった。

介護講習会や在宅介護者の集い、リフレッシュのための慰安旅行などは、半数以上の自治体が発行していた。介護講習会では、介護の仕方や介護保健の説明、腰痛体操、有識者の講演などの内容で、年に1、2回開催されていた。参加者数は、まちまちであるという回答が多く、多くても全在宅介護者数の1割程度の参加状況であった。また、このような講習会、在宅介護者の集い、旅行などでは、在宅介護者相互の話し合いをする時間を設けたり、会の終了後などの自由な時間に、同じような状況にある在宅介護者同士が、相互に愚痴をいいあったり、慰められたりできるのではないかと担当者は捉えていた。しかし、参加した在宅介護者の数名からの感想は聞いているが、全体的な評価は得ておらず、実際にそのような効果があったかどうかについては把握していなかった。

介護家族を支援するためのボランティア育成などの啓蒙活動を行っているとした7件のうち4件は、社会福祉協議会で行っている一般的なボランティア育成研修やホームヘルパーの研修であった。その他は、一般向けの痴呆高齢者の介護研修会の開催や、関連する会に対する補助金であった。

介護家族のためのレクリエーション活動として、3件は慰安旅行や在宅介護者の集いをあげたが、ハーブ教室やフラワーデザイン教室など一般住民向けの活動を含めた回答があった。

介護ニュースの発行は、福祉センターのガイドブックや支援センター便りとして、情報提供がなされていた。

その他の在宅介護者の精神的健康の促進のためにやっていることの具体的な内容は、家族の会での話し合いによって精神的面での健

Tab.3-1 市町村による在宅介護家族に対する精神的サポートの有無

	あり	なし	不明
慰労金制度	10	3	4
慰安旅行	9	7	1
介護者の集い	12	3	2
家族グループやボランティア育成のための啓蒙活動	7	8	2
介護家族のためのレクリエーション活動	4	10	3
悩み相談	14	2	1
介護ニュースの発行	5	11	1
その他の精神的健康促進事業	9	7	1
現在計画中の精神的健康促進事業	2	13	2
過去にやめた精神的健康促進事業	1	15	0
介護者の会	4	5	8

康を支援する，在宅介護者を温泉に1日招待する，ボランティア育成などが上げられた。今後の予定は，家族の会の発足や在宅介護者教室の開催であった。

過去に中止した事業は，介護家族の会，痴呆家族の会であった。

在宅介護者の会については，本調査に回答した担当者が十分把握できていない場合が多く，介護家族の自主性に任せられており，その地域の介護者に中心になる人がいた場合に家族の会ができていた。今回調査した中には，ボランティアによる在宅介護者の会が自宅を開放して痴呆高齢者をあずかり，在宅介護者同士が話し合う時間をつくる試みを行うという特色ある活動を行っているケースもあったが，自治体はまったく関与していなかった。

このような在宅介護者への精神的健康のための活動の必要性については，「必要」が9件，「わからない」が4件，「不必要」が0件，「不明」が2件であった。

第4節 考察

本調査は，市町村自治体による，高齢者を介護している在宅介護者に対する精神的サポートの実態と認識について明らかにする目的で行われた。その結果を見ると，要介護高齢者に対する支援が在宅介護者への支援と同じであると捉えられていることが明らかになった。ほとんどの自治体では，介護の悩み相談窓口を設置しているが，この窓口等での悩み相談は，在宅介護者の気持ちを支えるといった精神的サポートでなく，情報提供の機能しか果たしていなかった。在宅介護者の悩みや話をじっくり聞ける体制づくりこそが，在宅介護者の精神的サポートの基本であると考えられるにもかかわらず，きわめて貧弱な状況であることが明らかになった。在宅介護者の集いや慰安旅行も，多くの自治体で実施されているが，参加できる在宅介護者は少なく，年数回の行事の中での短時間の在宅介護者同士の話し合いだけでは十分ではない。在宅介護者の精神面で

の援助として介護家族の会は、重要であると認識されているにもかかわらず、ほとんどの自治体において、積極的な働きかけは行われていない。その地域に中心となって活動する人がいるかどうかによって介護家族の会の形成と継続、そして内容も大きく左右されている状況にあるといえる。また、介護ボランティアグループづくりについても、従来から行われてきたボランティア活動として位置づけている自治体がほとんどであり、在宅介護者の精神的サポートは在宅介護者の私的サポート源に依存している状況にあるといえる。介護に関する情報については、実施していると回答しても、行事がある時に他の情報と併せてほんのわずかに掲載するというのがほとんどであった。在宅介護者の必要とする情報を集めて情報を送り蓄積することや、一般への介護に関する啓蒙的な活動を行っているところは、今回の調査ではほとんど見られなかった。介護に関する情報が在宅介護者自身にも一般にも十分送られていない可能性が示された。介護をひとつの家族や在宅介護者個人の責任とするのではなく社会で支えていくためには、在宅介護者の情緒的なサポートをはかると同時に一般にも協力を求め情報を公開してゆくことが必要である。

以上のように、本章では、在宅介護の問題を扱う行政担当者が、在宅介護者に対する精神的サポートを要介護高齢者サポートと混同していることや、在宅介護者のための精神的サポートが機能していないことが明らかになった。在宅介護者の苦しみは、親族だけでは受容が難しいものであり、在宅介護者の悩みを聞くカウンセラーなどの公的サポートが準備される必要もあると言えるだろう。また、社会的にも在宅介護者の状況を知らせるような活動が行われていないことが明らかになった。このような状況のなかで、今後の在宅介護者支援を図るためには、在宅介護者のストレスや心身の健康の状況を正確に把握し、どのようなサポートが有効なのかを明らかにすることが重要であるといえる。

第 4 章

研究 2 在宅介護者のソーシャルサポートの測定尺度開発の試み

第 1 節 本研究の問題と目的

在宅介護者のソーシャルサポートの測定に関しては、第 1 章でも述べたように、肯定的側面と否定的側面の両面を測定するための尺度が作成されていない。そこで、本研究では、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を評価できるような、在宅介護者ソーシャルサポート尺度を作成し、その妥当性と信頼性を検討することを目的とした。在宅介護者のソーシャルサポートについて、サポートを提供してくれる人の存在についてたずねる知覚的サポート量、どのような人からサポートを受けているのかというサポート源、実際に最近サポートを受けるという経験をしたかという実行度、このようなサポートの状況についてどう感じるかというサポート満足度という観点から検討することとした。

第 2 節 方法

1. 項目作成

著者らは在宅介護者の介護状況と健康に関する第 1 回調査を 1997 年に実施した(石川・井上・奥野・池田・岸・佐々木・高橋, 1997)。そこでは在宅介護者のソーシャルサポートを測定するために全 16 項目からなる質問紙を用いた。質問項目は、他の対象者で比較的多く用いられている浦・南・稲葉(1987)のソーシャルサポート尺度を採用し、項目の修正と追加を行った。浦らの 10 項目の中から在宅介護者に対する質問として不適切な 1 項目を除いた 9 項目に、筆

本研究は、石川・井上・多賀谷・岩月・White・池田・奥野(1999)による。

者らが作成した介護に関するサポート7項目を加えた全16項目の在宅介護者サポート調査用紙を作成した。その作成経過および妥当性と信頼性の検討についてはすでに報告されている(石川・井上・White・奥野・池田, 1998)。しかしこの在宅介護者サポート調査用紙では,サポートしてくれる人がどのくらいいるのかを3段階で回答を求めたのみで,サポート源や満足度,実行度については尋ねていなかった。そこで本研究では,第1回在宅介護者サポート調査用紙の中から因子負荷量,生起頻度などの要因を考慮して9項目抽出した。この9項目には,問題解決に直接介入する実際的サポート,愛情や評価,自己表出を助けるような情緒的サポートについて尋ねる項目が含まれた。これらの9項目に,介護や福祉サービスの情報提供のサポートに関する2項目を加えた11項目を,在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面を測定する項目とした。非効果的サポートについては,高齢者のソーシャルサポートの否定的側面を評価した坂田らの質問項目を参考にし,「介護に関してあなたがやっていることに不満をもっている人がいる」「介護の仕方について口出しする人がいる」の2項目を準備し,全部で13の質問項目を作成した。全13項目について,各項目ごとに知覚的サポート量とサポート源を尋ねた。知覚的サポート量については,サポートしてくれる人が「いない」「何人かいる」「たくさんいる」の3件法での選択,サポート源についてはそれが誰かを11の選択肢(複数回答可)から選ぶことを求めた。さらにサポート満足度は,項目11と非効果的サポートに関する2項目を除いた10項目について尋ねた。実行度は質問することが内容にそぐわない項目13を除いた12項目について尋ねた。サポート満足度はそのサポートに対してどの程度満足しているかについて「満足」「やや満足」「やや不満」「不満足」の4件法での選択,実行度については,最近1ヶ月の間に実際そのようなサポートを受けたかどうかについて「ある」「ない」で答えることを求めた。回答の得点化は,択一選択式の回答については最低点を1点とし,肯定的であるほど1点間隔で得点が高

くなるようにした。複数選択式では選択されると1点、選択されないと0点として得点化された。

2. 調査対象者

長野県南部のK市の「在宅療養者台帳」に基づき、要介護高齢者の日常生活自立度が準寝たきり（ランクA：95名）と寝たきり（B：90名，C：81名）および痴呆（26名）であると判定された292名とランク不明者3名をあわせた295名すべてについて、その主たる在宅介護者を対象として調査を実施した。

3. 調査期間

平成10年7月下旬から8月上旬にかけて実施した。

4. 調査方法および手続き

調査方法は郵送と面接の2通りの方法で行われた。面接による調査を併用したのは、選択式の調査用紙では把握するのが困難な在宅介護者自身の言葉で体験を聞くことや家庭での介護の様子をみることによって調査結果を正しく読み取ることができるのではないかと考えたためである。面接の対象者となった40名は、先に述べた要介護高齢者の日常生活自立度の各段階でほぼ同数になるよう名簿からランダムに選択された。面接対象者にはあらかじめ電話で許可をとって訪問した。面接対象者以外の在宅介護者に対しては郵送で調査用紙を送付し、1週間以内に回答し郵送で返送するよう依頼した。

第3節 結果

面接および郵送により回答が得られたのは189名、回収率64.1%であった。

1. 在宅介護者・要介護高齢者の基本的属性

男性 34 名（平均年齢 72.4 才 SD12.69），女性 151 名（平均年齢 62.4 才 SD11.08）であり，全体の平均年齢は 64.3 才（SD 11.98）であった。在宅介護者が在宅で介護していると回答した平均介護期間は 55.7 ヶ月（SD 49.44，Range1-264）であった。要介護高齢者は，男性 70 名（平均年齢 76.63 才 SD8.09），女性 113 名（平均年齢 83.40 SD9.02）であり，全体の平均年齢は 80.8 才（SD 9.25）であった。性別不明者は，在宅介護者 4 名，要介護高齢者 6 名であった。

2. 因子的妥当性および信頼性の検討

通常妥当性検討には構成概念的妥当性および基準関連妥当性の検討が行われるが，今回は既に妥当性の検証されている同種の尺度を見いだせず，後者については検討することができなかった。また信頼性の検討のための再テストについては，対象者が比較的高齢の在宅介護者であり短期間の再試行は負担が大きいと考え実施しなかった。そのため本研究では，構成概念的妥当性について，あらかじめ理論的に構成された尺度の内的構造がデータによって裏付けられるかどうかによって検討することとし，信頼性については，内的整合性を Cronbach の係数によって検討することとした。

まず，在宅介護者ソーシャルサポート尺度の中で知覚的サポート量を尋ねた 13 項目に対する 3 件法の回答をもとに，13×13 次の相関行列を算出した。これをもとに因子分析（主成分解）を行い，Varimax 解（直交解）を求めた結果，3 因子の時に最も因子の特徴を説明できることから 3 因子とした。それらの因子負荷量，共通性，および寄与率を Tab.4-1 に示した。第 1 因子は「いざという時，安心して介護を頼める人がいるか」「福祉サービスの利用の仕方について助言してくれる人はいるか」「人手がいるとき頼める人はいるか」といった介護や直接的なサポートに関する項目で構成され「実際のサポート」と名付けられた。第 2 因子は「気軽におしゃべりす

る人がいるか」「もめ事が起こったとき気安く相談できる人がいるか」という情緒的なサポートを示す項目であり、「情緒的サポート」と名付けられた。第3因子は「介護の仕方について口出しする人はいるか」「介護に関してあなたに不満を持っている人はいるか」という2項目から成り、「非効果的サポート」と名付けられた。因子寄与率は、第1因子 21.0%、第2因子 18.7%、第3因子 11.6%であった。累積寄与率は 51.3%であった。

得点は因子合計得点を用いることとし、各因子の内的整合性を Cronbach の係数によって評価した。13項目全体と各因子の係数および各因子間の相関係数も Tab.4-1 に示した。この結果では、項目全体の係数は 0.75 で十分な値を示した。因子別では第1因子で 0.75、第2因子で 0.65、第3因子で 0.57 であった。第3因子係数が他の因子に比べ低い値を示し、第3因子に関しては内的整合性が十分あるとはいえないものとなった。

3. 在宅介護者ソーシャルサポート質問紙による知覚的サポート量・満足度・実行度の関連性の検討

全在宅介護者の知覚的サポート量、サポート満足度、サポート実行度の回答平均と標準偏差を Tab.4-2、これらの回答間の相関係数を Tab.4-3 に示した。項目 11、12 は満足度を、項目 13 は満足度と実行度を測定しなかったためこの分析からは除外した。全項目において知覚的サポート量とサポート満足度間には正の有意な相関あるいは有意な傾向が見られ、サポート量が増加するほど満足度も増加することがわかった。知覚的サポート量とサポート実行度との間でも、1項目を除き有意な正の相関が見られた。サポート量が多くあると答えた人は最近1ヶ月以内に実際にサポートを受けたと答える場合が多かったことがわかる。一方、サポート満足感と実行度との間の相関では3項目で有意性が認められた。実際におしゃべりをした人、実際に介護を頼んだ人、家事や介護を手伝ってもらった人は、満足度も高かったことがわかる。これらの結果から、サ

Tab.4-1 在宅介護者ソーシャルサポート尺度の因子分析結果 (バリマックス回転)

項目/因子 (全項目Cronbach $\alpha=0.75$)	因子	因子	因子	共通性
因子 : 実際のサポート ($\alpha=0.75$)				
10 人手がいるとき頼める人がいる	.811	-.051	.035	.662
5 いざという時安心して介護を頼める人がいる	.710	-.270	-.237	.633
6 家事や介護を手伝ってくれる人がいる	.699	.225	-.226	.591
9 福祉サービスの利用の仕方について助言してくれる人がいる	.586	.039	-.123	.360
8 お年寄りの状態や病気の変化の仕方に対する対応について役に立つ助言をしてくれる人がいる	.567	.312	-.367	.553
11 あなたのことをほめてくれる人がいる	.452	-.055	-.225	.258
因子 : 情緒的サポート ($\alpha=0.65$)				
2 家族の中でもめ事が起こったとき気安く相談できる人がいる	.066	.121	-.735	.559
1 気軽におしゃべりする人がいる	.094	-.083	-.715	.527
4 自分自身に個人的な心配事や不安があるときにどうすればよいか親身になって助言してくれる人がいる	.169	.003	-.708	.530
7 あなたが話を聞いてほしいとき批判せず聞いてくれる人がいる	.337	.095	-.509	.382
3 経済的に困ったときに援助してくれる人がいる	.214	-.059	-.499	.299
因子 : 非効果的サポート ($\alpha=0.57$)				
13 介護に関してあなたがやっていることに不満をもっている人がいる	.091	.828	.189	.729
12 介護の仕方について口出しする人がいる	-.078	.748	-.174	.595
寄与率 (%)	21.0	18.7	11.9	

Tab.4-2 各ソーシャルサポート項目の知覚量 (知覚的サポート量)・
満足度・実行度の得点

サポート 項目	知覚量 平均値 (SD)	満足度 平均値 (SD)	実行度 平均値 (SD)
1	2.08(0.47)	3.14(0.66)	1.90(0.30)
2	1.85(0.43)	3.04(0.71)	1.34(0.48)
3	1.66(0.49)	3.10(0.76)	1.09(0.29)
4	1.90(0.33)	3.21(0.62)	1.19(0.40)
5	1.73(0.46)	3.02(0.86)	1.36(0.48)
6	1.83(0.38)	3.05(0.80)	1.60(0.49)
7	1.87(0.35)	3.17(0.65)	1.35(0.48)
8	1.87(0.34)	3.19(0.67)	1.46(0.50)
9	1.84(0.38)	3.13(0.72)	1.38(0.49)
10	1.85(0.36)	3.11(0.74)	1.33(0.47)
11	1.81(0.51)	-	1.66(0.48)
12	1.29(0.47)	-	1.18(0.39)
13	1.20(0.43)	-	-

N=178

Tab.4-3 ソーシャルサポートの知覚量 (知覚的サポート量) 満足度、実行度間の相関

(spearman's coefficient)

サポート 項目	知覚量： 満足度	満足度： 実行度	知覚量： 実行度
1	.223 **	.254 **	.234 *
2	.176 *	.113	.124
3	.315 **	-.115	.184 *
4	.233 **	.104	.214 **
5	.494 **	.278 **	.192 *
6	.139 +	.186 *	.435 **
7	.299 **	.010 +	.187 *
8	.202 *	.137	.304 **
9	.305 **	.060	.198 *
10	.273 **	.079	.164 +
11	-	-	.558 **
12	-	-	.512 **

+;p<0.1,*;P<0.05,**;P<0.01 N=167

Tab.4-4 ソーシャルサポートの各項目のサポート満足度を従属変数とした重回帰分析結果

	ソーシャルサポート項目									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
知覚的サポート量	.101	.146	.313 *	.238 **	.492 *	.131	.260 **	.211 *	.340 **	.235
サポート源										
配偶者	-.078	-.026	.079	.137	.154 *	.034	.134	-.050	-.008	-.002
同居家族	.046	.166	.070	-.010	.158	.112	.167	.063	.004	.231 *
別居家族	.017	.027	.092	.114	-.104	.017	.167	.123	.015	.007
親戚	-.129	.119	.103	.006	-.018	.001	-.160	-.145	.046	.059
友人	.195 *	.014	-.002	.043	.086	-.016	-.009	.047	-.068	-.093
近所の人	.130	.219 *	-.004	.157	-.198 *	.025	.019	.102	-.002	.067
介護仲間	.026	-.009		-.024	-.040	-.134	.028	-.085	.108	.078
医師・看護師	.054	.021		.089	-.001	.045	-.017	.083	.057	.071
ヘルパー	-.033	.074		-.113	.056	.061	.067	.107	.257 **	.160
保健師	-.024	-.117		.029	.030	.073	.039	.150	.070	-.021
その他	.082	.097	-.046	.076	.041		.050	.027	.116	-.028
サポート実行度	.198	.110	-.056	.002	.185 *	.160	-.044	.075	.006	-.016
決定係数 (R ²)	.174	.158	.192	.150	.433	.112	.206	.181	.238	.196
重相関係数(R)	.418 **	.397 *	.438 **	.388	.658 **	.335	.454 **	.426 *	.488 **	.442 *

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

ポート量と満足度そして実際にサポートを受けることの関連性は非常に高いといえる。反面，実際にサポートを受けたかどうかという実行度と満足度との関連性は，特定の事柄に限定された。

4. 在宅介護者のサポート満足度に関連する要因の検討

在宅介護者のサポートへの満足感に何が影響しているのかについて，知覚的サポート量や実行度以外に，どのような相手からサポートを受けるかというサポート源も含めてさらに詳細に検討することとした。満足度の評定値を従属変数，知覚的サポート量と実行度，そしてサポート源のそれぞれの種類を説明変数として重回帰分析を行った。その結果を Tab.4-4 に示した。項目 11，12，13 は満足度を測定しなかったためこの分析から除外されている。結果からわかるように，全体として見ると，満足度に対しては知覚的サポート量が重要であることが示された。

その他のサポート源や実行度が有意に関連していた項目について見ると，気軽なおしゃべり（項目 1）については，実際に経験すること，相手は友人であることが説明変数として有効であった。家族のもめ事を気安く相談できるという項目（項目 2）では，近所の人が有意性を示した。いざというとき安心して介護を頼める人という項目（項目 5）ではサポート量以外にも，実行度，その相手が配偶者であることがプラスの有効なサポートであり，相手が近所の人の時にマイナスの有意な説明変数を示した。福祉サービスの利用法の助言（項目 9）ではヘルパーが有効なサポート源であった。最後に人手がいるときに頼める人（項目 10）では同居家族がサポート源として有効であることがわかった。このように在宅介護者のサポート満足度にとって，知覚されたサポート量は全般に重要であるとともに，サポートの内容によって好まれるサポート源が変化することが明らかになった。

第 4 節 考察

在宅介護者のソーシャルサポートを検討するために、多面的な回答を求める在宅介護者ソーシャルサポート尺度の適用を試みた。まず在宅介護者のソーシャルサポートの3つの因子、実際のサポート、情緒的サポート、非効果的サポートは、それぞれ独立した因子として抽出された。項目のまとまりや相関係数などから、この因子構造は構成概念的に妥当であると考えられた。実際のサポート因子の中に「ほめてくれる人がいる」という項目が含まれた以外は、直接的な援助や情報提示などの実際的なサポートに関する項目がまとまった。また、親しみや愛情のような情緒的な側面へのサポートを示す項目は情緒的サポートとしてまとまったが、それ以外に「経済的に困ったときに援助してくれる人」という1項目が含まれた。この2つの因子的まとまりは、これまでのソーシャルサポート研究の多くに共通しており、本研究の概念的枠組みとされたものであり、妥当なものであろう。しかし、一部適当でないと思われる項目が含まれており、これらの項目を削除するなどの検討すべき点が今後の課題として残された。

野口(1991b)や Fiore et al.(1983)は、在宅介護者のソーシャルサポートについて考える際には人間関係の否定的側面にも着目する必要があることを示唆している。我々は当初、サポートの肯定性と否定性を同一の尺度の下位尺度として測定可能であると想定していた。本研究結果によれば非効果的サポートを下位尺度とするには、内的整合性を示す係数がやや低かったが、質問紙全体での内的整合性は保証されていた。したがって、本研究では非効果的サポートに関する項目が少なかったため内的整合性が低くなってしまった可能性が考えられる。今後、本在宅介護者ソーシャルサポート尺度に非効果的サポート項目をさらに加えて、実際のサポートや情緒的サポートとバランスをとることにより、肯定的サポートと非効果的サポートの両面で測定できる尺度を構成できるであろう。

本研究では在宅介護者のソーシャルサポートを多面的に捉えるためにさまざまな回答を求めた。在宅介護者がサポートしてくれる

人について主観的に評定した値はその在宅介護者のサポートへの満足感と深くかかわり、ここ1ヶ月以内に実際にサポートを受けたかどうかにも関連していた。しかし、満足感と実行度の関連は限定的であった。これらの変数の因果関係はここでは明らかではないが、少なくとも知覚的サポート量と満足度はどちらか1つの変数を測定することで、他の変数も同様の傾向を示すことが推測可能であると言えるだろう。しかし、サポート実行度では知覚的なサポート量は推測可能であるが、サポート満足感についての情報はあまり得られないことがわかる。これらの事実は、今後調査対象者の調査負担を減少させるために回答項目を整理して改善できる可能性を示している。

最後に、在宅介護者のサポート満足度に関する要因検討の結果明らかになったことは、満足度には知覚的サポート量が重要であるということである。実際にサポートを最近受けたかどうかではなく、サポートしてくれる人がどのくらいいると思っているかが満足度には重要だということである。Cobb(1976)はソーシャルサポートには主観的認知が重要であることを指摘したが、本研究結果はそのことを支持するものであった。サポートしている人がどんなに存在しても、受ける側がサポートされているとして捉えられなければ、サポートしてくれる人がいないと主観的には評定されるだろう。サポートしてくれる人の数を聞くことは、一見ネットワークの規模を客観的に測定しているように思われるが、実際には主観的なサポート評価を示すと考えられる。

以上のように、在宅介護者ソーシャルサポート尺度は、肯定的側面と否定的側面に関して、多面的回答が得られる尺度として、使用可能な尺度であることが示された。しかし、非効果的サポート項目の追加による信頼性の向上を図り、回答項目を整理することによって、より簡便になると考えられるため、次章では、改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度の作成を試みる。

第 5 章

研究 3 改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度の作成

第 1 節 本研究の問題と目的

先に開発された在宅介護者ソーシャルサポート尺度では、否定的側面を評価するための項目が少なく、信頼性の問題が残された。また、回答方法として、各質問項目に対する知覚的サポート量、満足度、実行度をたずねたが、知覚的サポート量と満足度はいずれか 1 つの変数を測定することで、他の変数も同様の傾向を示すことが推測可能であることが示された(石川・井上・多賀谷・岩月・White・池田・奥野, 1999)。そこで、本研究では、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度を作成し、在宅介護ソーシャルサポート尺度の項目追加を行い、信頼性の改善を図るとともに、回答方法を簡略化し、調査対象者の回答に対する負担の軽減を図ることとした。したがって、本研究の目的は、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度の信頼性と妥当性を確認することである。

第 2 節 方法

1. 対象者

長野県の 2 都市在住の介護保険認定をうけた 65 歳以上の高齢者を自宅で介護する家族を選んだ。それらの家族の中で主に介護を行っている一人を主たる在宅介護者とした。この主たる在宅介護者に対し調査の目的を示し同意の得られた 783 名を調査対象とした。

2. 調査方法

調査都市の事情により、担当の訪問看護師と保健師が直接依頼し郵送で回収する方法と、依頼回収とともに郵送による方法の 2 通りの調査方法が採られた。

3. 調査期間

平成 12 年 2 月上旬？ 3 月下旬

4. 項目作成

先に開発された在宅介護ソーシャルサポート尺度は、情緒的サポート、実際のサポート、非効果的サポートの3因子で構成されることが確認されたが、非効果的サポートに関しては項目数が少なく内的整合性に若干の問題があることがわかった。在宅介護ソーシャルサポート尺度の中で最も因子負荷量が低かった1項目を削除し、否定的側面に関する質問項目を1項目追加した。そのほかの項目についても因子負荷量、生起頻度などの要因を考慮して、表現内容についての修正を行った。回答方法についても、知覚的サポート量について3択式から4択式に修正し、「まったくいない」、「少しいる」、「まあまあいる方だ」、「かなりいる方だ」の4件法でたずねることとした。「まったくいない」を1点とし、1点間隔で得点が高くなり、「かなりいるほうだ」が4点として得点化された。

第3節 結果

1. 調査対象となった在宅介護者・要介護高齢者の基本的属性について

在宅介護者は男性 93 名（平均年齢 68.1 歳 SD 11.42）、女性 431 名（平均年齢 59.5 歳 SD 11.07）であり、全体の平均年齢は 61.0 歳（SD 11.60）であった。在宅介護者の要介護高齢者との続柄は、夫 59 名、妻 130 名、娘 100 名、息子 27 名、嫁 190 名で、その他が 20 名であった。一日の平均介護時間は 5.27 時間（SD 4.85）、介護開始からの期間は平均 5 年 2 ヶ月であった。

要介護高齢者は男性 191 名（平均年齢 77.5 歳 SD 9.50）、女性 333 名（平均年齢 83.3 歳 SD 8.96）であり、要介護高齢者全体の

平均年齢 81.2 歳 (SD 19.57) であった。寝たきり度では J ランク 164 名, A ランク 126 名, B ランク 100 名, C ランク 128 名, 不明 8 名であった。痴呆得点平均は 16.9 点 (SD 4.90) であった。

2. 因子的妥当性および信頼性について

改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度 13 項目に対する 4 件法の回答をもとに, 13×13 次の相関行列を算出した。これをもとに主成分分解の因子分析を行い, コーティマックス回転法解を求めたところ, 在宅介護ソーシャルサポート尺度と同じく 3 因子の時に最も因子の特徴を説明できることからこの因子解を採用した。それらの因子負荷量, 共通性, および寄与率を Tab.5-1 に示した。

第 1 因子は「愚痴を聞いてくれたり話を聞いてくれる人」「気分転換をしてくれる人」「ちょっとしたものの貸し借りができる人」「経済的に困ったときに相談にのってくれる人」「介護上のアドバイスや福祉サービスの利用についてアドバイスをしてくれる人」という 8 項目で, 情緒的なサポートを示す項目が抽出された。第 2 因子は「あなたが行っている介護に対して不満をもっている人」「介護の方法の口出ししてくる人」「あなたのやっていることにあれこれ悪く言う人」という 3 項目からなり, 否定的なサポートを示すものであった。第 3 因子は, 「日ごろ介護や家事を手伝ってくれる人」「いざというとき介護や家事を頼める人」の 2 項目で, 介護に関する実際的サポートを示す項目であった。したがって, 改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度は, 因子構造的には在宅介護ソーシャルサポート尺度と同じく情緒的サポート, 非効果的サポート, 実際的サポートの 3 因子構造であることが確認された。しかし, 両者の因子を構成する項目に, 若干の違いが見られた。在宅介護ソーシャルサポート尺度では, 介護や実際的サポートに関する項目は第 1 因子としてまとめられたのが, 改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度では, 介護に関する項目のみに限定され, 「ちょっとしたものの貸し借りができる人」「介護上のアドバイスや福祉サービスの利用に

Tab. 5-1 在宅介護者ソーシャルサポート尺度の因子分析結果 (ローティマックス回転)

項目/因子 (全項目Cronbach =0.88)	因子	因子	因子	共通性
因子 : 情緒的サポート (=0.92)				
1 気軽におしゃべるする人	-.832	-.069	-.127	.715
2 ねぎらいの言葉や感謝の言葉をかけてくれる人	-.794	-.088	-.036	.640
3 あなたの気分転換をしてくれる人	-.887	.012	-.078	.793
4 ちょっとしたものの貸し借りができる人	-.832	.027	-.086	.701
5 愚痴を聞いてくれたり、話を聞いてくれる人	-.899	.046	-.054	.814
6 経済的にも困ったときに相談にのってくれる人	-.727	-.032	.314	.627
9 あなたに何か心配事があったときに相談にのってくれる人	-.786	-.003	.321	.722
10 介護上のアドバイスや福祉サービスの利用についてアドバイスをしてくれる人	-.658	.043	.304	.527
因子 : 实际的サポート (=0.73)				
7 日頃介護や家事を手伝ってくれる人	-.540	.022	.714	.802
8 いざというとき介護や家事を頼める人	-.499	-.017	.764	.833
因子 : 非効果的サポート (=0.79)				
11 あなたが行っている介護に対して不満をもっている人	.059	.844	-.012	.716
12 介護の方法に口を出してくる人	-.086	.822	.079	.690
13 あなたがやっていることをあれこれ悪く言う人	.098	.869	-.068	.769
寄与率 (%)	44.30	16.60	11.00	
項目合計得点間の相関	因子 : 情緒的サポート			
	因子 : 实际的サポート	.589 ***		
	因子 : 非効果的サポート	-.041	-.013	

ついてアドバイスをしてくれる人」の項目は、情緒的サポート因子の中に含まれる結果となった。ちょっとした援助や情報提供などは、大きな負担が必要とされる介護へのサポートと同じではなく、気持ちを支えるサポートと同じように、在宅介護者に評価されていた。因子寄与率は、第1因子 44.3%、第2因子 16.6%、第3因子 11.0%であった。累積寄与率は 71.9%であった。

信頼性の評価として、各因子の内的整合性を Cronbach の係数によって評価した。13項目全体と各因子の係数および各因子間の相関係数についても、Tab.5-1 に示した。この結果では、項目全体の係数は 0.88 で十分な値を示した。因子別では第1因子で 0.92、第2因子で 0.73、第3因子で 0.79 となり、内的整合性が確認された。

3. 改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度因子得点と福祉サービス利用度・同居家族数・家族の協力度との関連性

在宅介護者のソーシャルサポートの評価に影響するのではないかと考えられる福祉サービス利用度・同居家族数・家族の協力度について、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度の各因子得点とのピアソンの相関係数を算出した。その結果が、Tab.5-2 である。情緒的サポート得点と実際のサポート得点との間に $r=.59(p<.001)$ という高い相関が見られ、家族の協力度との間にも、有意な関連性が見られた ($r=.13, p<.01$)。福祉サービス利用度、同居家族数との有意な相関はみられなかった。実際のサポート得点では、同居家族数 ($r=.21, p<.001$) および家族の協力度 ($r=.30, p<.01$) との間にも有意な相関が見られ、ショートステイの利用度との間に弱い負の相関が見られた。非効果的サポートは、福祉サービス利用度、同居家族数、家族の協力のいずれとも有意な相関は見られなかった。

Tab.5-2 ソーシャルサポートと福祉サービス利用度・家族数・協
 力度との関連

	情緒的サポート	実際のサポート	非効果的サポート
福祉サービス利用度			
ホームヘルパー	-0.02	-0.05	0.03
デイサービス	-0.01	-0.01	0.07
ショートステイ	0.05	-0.10 *	0.03
入浴サービス	0.05	0.01	-0.04
介護用品給付	-0.01	0.01	0.03
同居家族数	0.05	0.21 ***	0.01
家族の協力度	0.13 **	0.30 ***	0.02

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

第 4 節 考察

本研究では、先に作成した在宅介護者ソーシャルサポート尺度の改訂版の作成を試みた。この改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度も、若干の項目内容の変化はあるものの、在宅介護者ソーシャルサポート尺度と同様に、ソーシャルサポートの肯定的側面を示す情緒的なサポート因子と実際のサポート因子、そして、非効果的サポートの3因子構造であることが確認された。構成概念的妥当性があり、信頼性を示す内的整合性を示す Cronbach の係数も高く、信頼性にも問題のないことが確認された。したがって、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を測定する質問紙として、信頼性と妥当性に問題はないことから、ソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面の両面から、在宅介護者の健康感との関連性の検討に適していると考えられる。

ソーシャルサポートと福祉サービスの利用度、および同居家族数と家族の協力との関連性について検討したところ、情緒的サポートは家族の協力度との間に弱い相関が見られた。家族の協力は、在宅介護者の情緒的サポートになっていることがわかる。しかし、実際のサポートと、同居家族数および家族の協力度との相関係数の方が大きく、同居家族は在宅介護者の情緒的サポートよりは、实际的な援助を行うサポート源の機能の方が大きいと考えられる。また、情緒的サポートは、同居家族数との間で、ほとんど関連はみられず、このように現在のところ、同居家族は、在宅介護者の情緒的サポートにはそれほどなっていない可能性が大きい。情緒的サポートが得られるかどうかは、家族の人数ではなく関係の質の問題であるのかもしれない。

非効果的サポートについては、福祉サービスの利用、同居家族数、家族の協力度のいずれとも関連が見られなかった。同居家族が多くとも、過干渉になるわけでもなかった。また、情緒的サポートと実際のサポートとの間では有意な関連が見られたが、これら2つの

肯定的なサポートと非効果的サポート間には、有意な関連性は示されなかった。この結果は、これまでのソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を検討した研究結果と同じである（Rook, 1984; Pagel, Erdly, & Becker, 1987）。Rook(1990)は、ソーシャルサポートの不足が、ソーシャルサポートの否定的な側面ではないとし、ソーシャルサポートの肯定性と否定性には、異なる原因によっておこるのだとしている。この否定的なソーシャルサポートに影響する要因について検討した研究は少なく、高齢者の研究がほとんどである（Krause, 2001; Rook, 1984, 1990; 坂田 et al., 1992; 野口, 1991a）。そして、収入、人種、結婚の有無、健康状態などは関係しないとされているが、性と年代については、異なる結果が出されており、一貫していない。

以上のように、介護の問題は、同居家族が多いから、福祉サービスを利用していても、サポートが十分なわけではない。在宅介護者が、身体的にも精神的にも健康であるために、どのようなソーシャルサポートが重要なのか、考慮していく必要があるといえる。

第6章では、この改訂版ソーシャルサポート尺度を用いて、研究5では、介護をしていない者との比較を通して、在宅介護者のソーシャルサポートと健康感の状況を明らかにする。

第 6 章

研究 4 高齢在宅介護者のソーシャルサポートと主観的健康感 の検討：高齢在宅介護者と高齢非介護者との比較

第 1 節 本研究の問題と目的

前章では、在宅介護者のソーシャルサポートと介護バーンアウトは、要介護高齢者との続柄によって違いのあることが示された。そこで、本研究では、介護を行うことによって、在宅介護者の健康感とソーシャルサポートは、どのような影響をうけているのかについて検討することとした。すなわち、本研究の目的の 1 つは、介護を行っていない高齢者と比較し、高齢在宅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こと、2 つめは、高齢在宅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としていない者の 2 群を設け、多次元の健康感を測定できる主観的健康感尺度と肯定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て比較検討を行うこととした。

第 2 節 方法

1. 調査対象者

在宅介護者は、研究 3 と同じ 783 名であった。高齢非介護者は長野県 1 市 1 村在住の 65 歳以上高齢者のうちある地域の全数 481 名と老人大学参加者の中で調査に同意が得られた 169 名の合計 650 名で、介護を受けたり行ったりしていない者とした。

本研究は？石川・井上・岸・西垣内・小林（2002？）による？

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，保健師や保健指導員が配布回収する方法，保健師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

在宅介護者，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。在宅介護者には要介護高齢者の状態や介護状況に関する質問が追加された。在宅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 et al.(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。在宅介護者については，ソーシャルサポートの測定に，改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度を用いて，介護をしていない高齢者に対しては，介護を行うことになった場合を想定した回答を求めた。

4. 調査期間

平成12年2月～3月

5. 分析方法

本研究では，分析対象者とする在宅介護者について65歳以上の高齢者であり，かつ配偶者を介護している者に限定した。従来の研究によって，要介護高齢者との続柄が在宅介護者の感じるストレスに影響することが示されており(Whittick, 1988; 手島 et al., 1991; Miller & Cafasso, 1992)，本研究では要介護高齢者との続柄が配偶者である在宅介護者に限定して，介護をしていない高齢者と比較することとした。結果は統計ソフト STATISTICA 4.1J for Macintosh を用いて分析を行った。

6. 調査対象者に対する倫理的配慮

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、同意が得られた場合のみ回答してもらった。

第3節 結果

1. 回収率

在宅介護者 564 名からの回答が得られ、回収率は 72.0%であった。そのうち、65 歳以上の高齢在宅介護者は 202 人いたが、65 歳以上で要介護高齢者との続柄が配偶者である高齢在宅介護者は 157 名であった。比較群の高齢非介護者は 558 名の回答が得られ、回収率 85.8%であったが、そのうち年齢が不明であった 42 名を除外した、516 名を分析対象とした。なお、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. 高齢在宅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 歳以上の高齢在宅介護者は男性 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（Tab.6-1）。男性高齢介護者の年齢は他よりもやや高かったが、高齢在宅介護者群、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。同居家族数も高齢在宅介護者平均 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在宅介護者や高齢者がいる一方で、2 人暮らしの高齢在宅介護者や 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、高齢在宅介護者と高齢非介護者に違いが見られ、

Tab.6-1 .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

Tab.6-2 高齢介護者の性別ごとの要介護高齢者の状態と介護状況

	男性高齢介護者 (N=54)	女性高齢介護者 (N=103)	分析結果
要介護者の年齢(SD)	73.0 (5.51)	76.3 (5.93)	t=-3.36 ***
痴呆得点(SD)	15.4 (3.75)	15.9 (4.22)	t=-0.76
介護時間(SD)	6.6 (6.00)	6.6 (5.58)	t= 0.00
介護期間[月](SD)	84.2 (66.28)	66.0 (62.09)	t= 1.66
寝たきり度(度数)	男性高齢介護者	女性高齢介護者	$\chi^2=1.78$ ns
見守り	14	33	
寝たり起きたり	14	29	
ほぼ寝たきり	9	17	
寝たきり	16	21	

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

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. 高齢在宅介護者の性と介護状況

Tab.6-2 は、男女高齢在宅介護者別の要介護高齢者の年齢、寝たきり度、痴呆得点、介護時間、介護期間の平均と標準偏差および分析結果である。要介護高齢者の年齢では、在宅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高齢者の方が、約3歳若かった。要介護高齢者の身体状態や痴呆得点では在宅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、在宅介護者の性による違いはなく、毎日約6時間程度介護のために費やしているとされた。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。以上のように、介護状況では、介護時間や要介護高齢者の状態などに高齢在宅介護者の性による大きな違いはなく、ほぼおなじような介護状況であると言える。

4. 高齢在宅介護者と高齢非介護者の主観的健康感の比較

高齢在宅介護者と高齢非介護者の性別ごとの主観的健康感の比較を行うために、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を算出し、群と性別の2要因の分散分析を行った(Tab.6-3)。下位検定はすべてLSD法を用いた。まず、心理的安定では、群、性の主効果および群と性の交互作用が見られた。高齢在宅介護者群は高齢非介護者よりも心理的安定の得点が低く、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、女性高齢介護者の心理的安定得点が、他に較べ有意に低いことがわかった。意欲では、性の主効果および群と性の交互作用が認められ、女性は男性よりも有意に意欲が低かった。下位

検定の結果，女性高齢介護者の意欲が他に較べ有意に低かった。体調で見ると，群と性それぞれの主効果が認められた。高齢在宅介護者は高齢非介護者よりも有意に体調が悪く，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，女性高齢介護者は男性高齢介護者や高齢非介護者よりも有意に低得点であり，非介護女性高齢者も非介護男性高齢者より低い傾向が見られた。生活行動習慣で性の主効果が認められ，高齢在宅介護者，高齢非介護者ともに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と性の主効果および群と性の交互作用が認められ，高齢在宅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，主観的健康感全体でも，女性高齢介護者の主観的健康感是他よりも有意に低く，女性の高齢非介護者も男性高齢非介護者よりは低い傾向のあることが明らかになった。

以上のように，主観的健康感についてみると，女性高齢介護者は他よりも有意に低いことが明らかになった。しかしながら，女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。

今回の調査対象者は，1人暮らしあるいは2人暮らしの在宅介護者，高齢非介護者が多かったことから，高齢者のみの世帯と子どもなど3人以上の家族と同居している世帯で，高齢在宅介護者と高齢非介護者の健康感に違いがないかどうかを確かめることとした。群と世帯構成の2要因で主観的健康感に対する分散分析を行ったところ，群の効果のみが検出され，世帯構成による相違は認められなかった。

5. 高齢在宅介護者と高齢非介護者のソーシャルサポート

本研究の対象となった介護を行っていない高齢者のソーシャルサポートの得点について，在宅介護者と同様の因子構造を有するかどうか確認したところ，肯定的サポートと非効果的サポートの2因子構造であるこ

Tab6-3 高齢在宅介護者・高齢非介護者の性別にも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)と分散分析結果

	高齢在宅介護者		高齢非介護者		群	分散分析 (F値)	
	男性 (N=54)	女性 (N=103)	男性 (N=205)	女性 (N=311)		性別	交互作用
主観的健康感							
心理的安定	2.8 (.42)	2.5 (.57)	2.8 (.40)	2.7 (.37)	4.25 *	11.52 ***	4.97 *
意欲	2.8 (.52)	2.7 (.46)	2.8 (.46)	2.8 (.46)	1.92	4.57 *	3.99 *
体調	2.6 (.59)	2.4 (.66)	2.6 (.57)	2.6 (.50)	7.18 **	8.01 **	0.99
生活行動習慣	3.1 (.52)	2.9 (.53)	3.1 (.45)	3.0 (.47)	1.28	9.00 **	0.35
主観的健康感合計	2.8 (.38)	2.6 (.44)	2.8 (.39)	2.8 (.33)	6.38 *	12.50 ***	3.98 *
ソーシャルサポート							
効果的サポート	2.4 (.72)	2.4 (.68)	2.7 (.59)	2.8 (.58)	36.51 ***	0.06	0.98
非効果的サポート	1.3 (.40)	1.2 (.39)	1.9 (.71)	1.6 (.63)	62.64 ***	7.47 **	3.81

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

Tab.6-4 高齢在宅介護者・高齢非介護者の主観的健康感を従属変数とした重回帰分析

	高齢在宅介護者		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
性別	-0.191 *	-0.180 *	-0.118 *	-0.068
年齢	-0.080	-0.007	-0.091	-0.067
高齢者世帯	-0.060	0.040	-0.020 ***	-0.036
効果的サポート	0.320 ***	0.333 ***	0.264 ***	0.219 ***
非効果的サポート	-0.144 +	-0.151 *	-0.162 ***	-0.091
R	0.400 ***		0.296	
R ² 乗	0.160		0.087	

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

とがわかった。介護をしていない高齢者にとって、介護に関するサポートと情緒的サポートとが区別されないことから、情緒的サポートと実際のサポートを肯定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。在宅介護者のソーシャルサポートについても同様の得点化を行った。これらのソーシャルサポート得点について、群別、性別の平均値と標準偏差を算出し、群×性の2要因の分散分析を行った(Tab.6-3)。その結果、肯定的サポートで群の効果がみられ、非効果的サポートで群と性の主効果と群と性の交互作用が認められた。肯定的サポートについてみると、高齢在宅介護者は高齢非介護者に較べて有意に低い得点を示した。非効果的サポートについては、高齢在宅介護者は高齢非介護者よりも、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最も高かった。したがって、高齢非介護者は高齢在宅介護者よりも、肯定的、非効果的サポートをともに多く受けていると評価し、非介護男性高齢者においてその傾向が最も高いことがわかった。ソーシャルサポートについても、高齢者世帯かどうかと群の2要因の分散分析を行ったが、世帯構成による効果は認められなかった。

6. 主観的健康感とソーシャルサポートの関連性

高齢在宅介護者および高齢非介護者の主観的健康感とソーシャルサポートの関連性について、高齢在宅介護者の基本的属性を含めた検討を行った。高齢在宅介護者および高齢非介護者の主観的健康感合計点を基準変数とし、性別、年齢、高齢者世帯かどうか、肯定的サポート、非効果的サポートを説明変数とした重回帰分析を行った。高齢在宅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Tab.6-4に示した。高齢在宅介護者では、主観的健康感に対して性別、肯定的サポートの標準偏回帰係数が有意であった。一方、高齢非介護者では、性別、肯定的サポート、非効果的サポートの説明率が有意であった。高齢在宅介護者、高齢非介護者ともに、女性より男性

が、肯定的サポートが増えれば増えるほど、主観的健康感は高くなると言える。主観的健康感に対して肯定的サポートは、高齢在宅介護者と高齢非介護者のいずれにおいて最も大きな効果を持っていた。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、高齢在宅介護者ではその有効性が示されなかった。

第4節 考察

1. 高齢在宅介護者および高齢非介護者の主観的健康感

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し、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、心理的安定、体調の2つの下位尺度と主観的健康感において、介護していない高齢者よりも高齢在宅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の間では、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、女性にとって介護は健康に対する何らかの影響を与える可能性があると言えるだろう。

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歳以上の高齢の在宅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だろう。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歳以上の高齢の在宅介護者には、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在宅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スラ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、在宅介護者の負担感に影響すると思われる要介護高齢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スラ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スラ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スラ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、高齢非介護者において、非介護女性高齢者は、体調、生活行動習慣、そして主観的健康感の合計得点で非介護男性高齢者より低い傾向が見られたことから、考えられうることであろう。すなわち、女性高齢介護者は、介護を行っていない通常の状態でも、ストレスラ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。Martire & 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、在宅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在宅介護者を調査対象としたことから、その地域の在宅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) を用いた東京都の在宅介護者の結果と類似している(手島 et al., 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，女性と男性の在宅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。

2. 高齢在宅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高齢在宅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，肯定的サポート，非効果的サポートのいずれについても高齢在宅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。このことは，介護していない高齢者よりも，高齢在宅介護者は，気持ちを支えてくれたり，実際に家事を手伝ってくれたりする人が少ない，あるいは，干渉する人も少ないと思っていることを意味している。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。

これまでも在宅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 et al., 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，現実には高齢在宅介護者のサポートが少ない可能性もあるだろう。あるいはまた，高齢在宅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高齢在宅介護者の主観的な評価の結果であるのかもしれない。いずれにしても，高齢在宅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，今後高齢の在宅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在宅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、高齢在宅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たりするような肯定的サポートが重要であることが示された。高齢在宅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。このような肯定的なサポートが在宅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 et al., 1991; Miller & Montgomery, 1990; 白井・柳堀, 1999) 65歳以上の高齢の在宅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。

在宅介護者も高齢者も、高齢になるに従い、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)。また、高齢在宅介護者、高齢非介護者は、子どもなどの家族と同居していても、サポート量は変わらなかったが、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。同居家族がいる高齢在宅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、すべての在宅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。

第 7 章

研究 5 在宅介護者の個人的属性からみたソーシャルサポートと 介護ストレスの検討

第 1 節 本研究の問題と目的

本研究では、要介護高齢者と在宅介護者の続柄によって、介護時間や介護期間などの介護状況、在宅介護者のソーシャルサポート、介護バーンアウト尺度によって測られる介護ストレスが異なるかどうかを検討する。介護バーンアウト尺度は、人との関わりによって生じるストレス反応を測定する尺度であり、介護によるストレスを測定する尺度として適切であろうと考えられた。この検討を通し、夫や息子など男性介護者や介護状況、ソーシャルサポート、介護バーンアウトの現状の把握、あるいは女性・若年者としてまとめられてしまう嫁と娘のそれらの相違について明らかにする。さらに、在宅介護者の介護バーンアウトに対するソーシャルサポートの効果が、続柄による違いがあるのかどうか検討することとした。

第 2 節 方法

1. 対象者

研究 3, 4 と同じ長野県の 2 都市在住の介護保険認定をうけた 65 歳以上の高齢者を自宅で介護する在宅介護者で、調査の同意の得られた 783 名を調査対象とした。

2. 調査方法

調査都市の事情により、担当の訪問看護婦と保健師が直接依頼し郵送

本研究は、石川・井上・岸・西垣内（2002）による。

で回収する方法と依頼回収ともに郵送による方法の2通りの調査方法が採られた。

3. 調査期間

平成12年2月上旬?3月下旬

4. 調査内容

在宅介護者の基本的属性として、性、年齢、職業、要介護高齢者との続柄についての回答を求めた。要介護高齢者の性別、年齢、寝たきり度、痴呆の重症度、介護認定レベルが測定された。要介護高齢者の寝たきり度は厚生省による障害老人の日常生活自立度判定基準をもとに、「日常生活はほぼ自立しているが見守りが必要」「寝たり起きたり」「ほぼ寝たきりだが座ることもできる」「一日中寝たきり」の4段階とした。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、本間の分類に基づき、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。介護認定レベルは、介護保険の認定申請で受けた要介護レベルを次のような選択肢の中から選んでもらった。すなわち、自立・要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・不明の8選択肢を示した。それぞれの回答は、自立を1点、要介護5を7点の7段階評定とし、不明は欠損値として処理した。

介護状況としては、毎日平均して介護のために要する時間を一日の介護時間、在宅介護者自身が在宅で高齢者の介護を開始してからの期間を介護期間として回答してもらった。

在宅介護者のソーシャルサポートには、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度が用いられた。

在宅介護者のストレス測定のために本研究では中谷によって作成された在宅介護者バーンアウト尺度を用いた(中谷, 1992)。この尺度は「お世話でくたくたになった気がする」などの情緒的消耗, 「お世話することは価値のあることだと思う」などを尋ねる自己達成感, 「お年寄りのものであるかのように思ってしまう」などの離人化の3因子17項目で構成され, 回答は「その通りだと思う」から「まったくそう思わない」の4段階から選択され, 4点から1点として採点された。在宅介護者バーンアウトも各因子別に項目平均得点が算出された。

調査者への倫理的配慮としては, 参加が自由であること, 無記名であっても構わないこと, 調査結果を学術的研究以外の目的で用いないことが文章で提示された。

第3節 結果

調査を依頼した783名中回答が得られたのは564名(回収率72.0%)であった。そのうち回答項目の半分以上が無回答であった38名の回答は除外し, 526名のデータについて分析を行った。

1. 要介護高齢者との続柄別にみた在宅介護者の基本的属性と介護状況

在宅介護者の要介護高齢者との続柄別内訳は, 妻130名, 夫59名, 娘100名, 息子27名, 嫁190名, 婿2名, その他(妹, 弟, 兄嫁, 義妹, めい, 孫, 息子の交際相手, 同居人など)が18名であった。婿ときょうだいなどのその他に分類された在宅介護者の数は少数であったため, 続柄別検討を行うことが困難であり, 本研究では分析から除外した。その結果, 506名が最終的対象者となった。なお, 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, 各回答項目によって回答者数が異なっている。

要介護高齢者との続柄別にみた在宅介護者の平均年齢，要介護高齢者の性別の構成人数，平均年齢および平均痴呆得点，平均介護時間と介護期間を算出した (Tab.7-1)。さらにこれらの平均値を従属変数として，在宅介護者の続柄による一要因の分散分析を行った。

まず，在宅介護者の構成についてみると，全体の 83.1% が女性介護者，17.0% が男性介護者で圧倒的に女性が多く，その中でも嫁が全体の 37.6% と最も多かった。平均年齢では，全体では 61.2 才 (SD 11.33) であったが，夫介護者の平均年齢が 74.4 歳と最も高齢であり，続柄別の在宅介護者の平均年齢には有意な差が認められた ($F[4, 498]=134.68, p<.001$)。LSD 法による下位検定の結果，夫と妻介護者はそれぞれ，息子，娘，嫁介護者より有意に高齢であった (すべて $p<.001$)。次に要介護高齢者の状態では，要介護高齢者の性別をみると，女性が全体の 63.4%，男性が 36.6% であり，在宅介護者に比べると男性の占める割合が大きかった。また，要介護高齢者の年齢にも続柄による有意性が認められ ($F[4, 498]=88.14, p<.001$)，要介護高齢者の平均年齢は，夫や妻介護者と息子，娘，嫁介護者で 10 歳以上の差があり，息子，娘，嫁の介護する要介護高齢者は有意に高齢であった。要介護高齢者の痴呆得点についても，続柄による有意な違いが認められ ($F[4, 501]=6.40, p<.001$)，嫁と娘，息子の要介護高齢者の得点が，妻や夫に介護される者より痴呆度が高かった。寝たきり度や介護認定レベルでは続柄による有意な差は認められず，ほぼ同じような分布を示した。在宅介護者全体で寝たきり度 J ランクが 154 名，A ランク 124 名，B ランク 97 名，C ランク，123 名であった。介護認定レベルは，自立 29 名，要支援 5 名，要介護 1 が 70 名，2 が 72 名，3 が 71 名，4 が 89 名，そして要介護 5 が 103 名であった。さらに，今回検討を行った，介護時間と介護期間の介護状況においても続柄による有意な差が認められた。平均介護時間では，夫が 1 日平均 6.4 時間，妻が 7 時間と 1 日のほぼ 3 分の 1 を介護に費やしており，息子，娘，嫁介護者は 4 時間から 5 時間くらいで，夫や妻なども配偶者介護者よりも介護時間が短かった ($F[4, 446]=7.10, p<.001$)。平均介護

Tab. 7-1 要介護高齢者との続柄別にみた介護者の年齢、要介護高齢者の状態および介護状況

		全体 N=506	夫 N=59 (11.7%)	息子 N=27 (5.3%)	妻 N=130 (25.7%)	娘 N=100 (19.8%)	嫁 N=190 (37.6%)
介護者	平均年齢[歳] (SD)	61.2(11.33)	74.4 (6.64)	55.8 (6.50)	70.4 (7.72)	54.1 (8.23)	55.3 (8.33)
要介護高齢者	性別 男[人]	186	-	6	130	21	29
	女[人]	320	59	21	-	79	161
	平均年齢[歳](SD)	81.2 (9.53)	72.3 (6.12)	85.6 (5.94)	73.6 (8.11)	84.3 (7.51)	86.7 (7.13)
	痴呆得点 (SD)	16.8 (4.91)	15.3 (3.65)	17.3 (5.80)	15.6 (4.04)	17.3 (4.60)	17.9 (5.50)
介護状況	平均介護時間[時間](SD)	5.3 (4.88)	6.4 (5.56)	4.6 (6.14)	7.0 (5.85)	5.2 (4.36)	4.0 (3.44)
	平均介護期間[月](SD)	63.4(57.49)	86.1(65.45)	49.7(41.01)	67.6(57.11)	59.0(52.46)	58.2(58.41)

Tab.7-2 介護者の続柄別のソーシャルサポートおよびバーンアウトの平均得点と標準偏差

	全体 N=506	夫 N=59	息子 N=27	妻 N=130	娘 N=100	嫁 N=190
ソーシャルサポート						
情緒的サポート(SD)	2.5(0.66)	2.4(0.72)	2.4(0.70)	2.4(0.68)	2.5(0.69)	2.5(0.61)
実際のサポート(SD)	2.1(0.74)	2.3(0.82)	2.5(0.78)	2.2(0.79)	2.0(0.74)	2.1(0.65)
非効果的サポート(SD)	1.3(0.48)	1.3(0.41)	1.5(0.43)	1.2(0.39)	1.2(0.43)	1.4(0.57)
バーンアウト						
情緒的消耗(SD)	2.3(0.67)	2.1(0.59)	1.9(0.50)	2.4(0.71)	2.4(0.65)	2.4(0.66)
自己達成感(SD)	2.9(0.58)	3.1(0.51)	3.1(0.51)	3.0(0.69)	2.9(0.51)	2.8(0.54)
離人化(SD)	1.8(0.52)	1.7(0.51)	1.7(0.52)	1.8(0.53)	1.8(0.51)	1.9(0.53)

期間も夫介護者は7年を越え、娘、息子、嫁介護者は6年以内であった ($F[4, 484]=3.27, p<.001$)。

2 要介護高齢者との続柄別にみた在宅介護者のソーシャルサポート、介護バーンアウトの相違の検討

要介護高齢者との続柄別にソーシャルサポートと介護バーンアウトの各因子得点の平均と標準偏差を算出し (Tab.7-2)、続柄による一要因の分散分析を行ない、続柄による相違を検討した。

ソーシャルサポートの情緒的サポート得点では続柄による有意性はなく、全群ともほぼ同得点であった。しかし、実際のサポート、非効果的サポートの得点には有意な効果が認められた。娘よりも夫介護者の方が、妻、娘、嫁介護者よりも息子介護者は多くの実際のサポートを有していると答えた ($F[4, 493]=3.11, p<.05$)。一方、非効果的サポート得点では、息子は夫、妻、娘介護者よりも有意に高く、嫁も妻や娘介護者よりも有意に高得点だった ($F[4, 485]=5.12, p<.001$)。従って、息子介護者は実際のサポートも多いが、非効果的サポートも多いととらえており、嫁は実際のサポートが少なく、非効果的サポートをよく受けると考えていることが明らかになった。そこで在宅介護者の性と配偶者か子どもかの世代の2要因でソーシャルサポートを従属変数とした分散分析を行ったところ、実際のサポートでは男性介護者が女性よりも有意に多いと評価し ($F[1, 494]=8.19, p<.01$)、非効果的サポートでは子ども介護者の方が配偶者よりも有意に多いと評価していた ($F[1, 486]=8.00, p<.01$)。

介護バーンアウトでは3因子得点のすべてにおいて続柄による主効果が認められた (情緒的消耗: $F[4, 490]=5.28, p<.001$, 自己達成感: $F[4, 488]=5.08, p<.001$, 離人化: $F[4, 488]=2.79, p<.05$)。LSD検定を用いた下位検定の結果、情緒的消耗では夫と息子の得点は、他の女性介護者よりも有意に低かった ($p<.01$)。同様に自己達成感では、夫介護者が娘や嫁介護者よりも有意に高い得点を示し ($p<.01$)、妻や息子も嫁介護者よりは自己達成感が有意に高く ($p<.05$)、離人化では、嫁が娘介護者以

外の 3 群より有意に得点が高かった ($p < .05$)。在宅介護者バーンアウト 3 因子についても在宅介護者の性と世代の 2 要因による分散分析を行った。その結果、バーンアウト 3 因子すべてに性の効果が見られ、男性介護者は女性よりもバーンアウト得点が有意に低かった (情緒的消耗: $F[4, 491] = 20.69$, $p < .001$, 自己達成感: $F[4, 489] = 8.83$, $p < .01$, 離人化: $F[1, 489] = 3.93$, $p < .05$)。世代による効果はいずれにも認められなかった。

以上のように、介護バーンアウトの 3 因子得点を在宅介護者の続柄や性によって比較したところ、統計的には夫介護者の介護バーンアウトが低く、嫁介護者のバーンアウトが高いという結果であった。しかし、このような在宅介護者の続柄による介護バーンアウトに相対的に差があることは明らかになったものの、介護バーンアウトの平均点自体をみると、最も介護バーンアウトが高かった嫁介護者であっても、情緒的消耗 2.4、自己達成感 2.8、離人化 1.9 であり、得点的にはそれほど悪い状態を示すものではなかった。

3 在宅介護者における介護バーンアウトに影響する要因の検討

在宅介護者のバーンアウトに何が影響するのかをみるために、まず各変数間の相関係数を算出した。その結果が Tab.7-3 である。この結果をみると、介護保険で認定された要介護認定レベルは痴呆得点、寝たきり度との間に有意な相関が認められ、特に寝たきり度との相関が非常に高かった。そこで、要介護認定レベルを除外した 8 変数を用いて在宅介護者バーンアウトに対する影響を検討するために重回帰分析を行った。その結果を Tab.7-4 に示した。まず在宅介護者の続柄別のバーンアウトに有意な標準化偏回帰係数についてみていく。

夫介護者では、要介護高齢者の情緒的消耗に対しては、痴呆得点、介護時間、非効果的サポートの 3 変数が有意な正の影響力を持ち、情緒的サポートが負の影響を示した。自己達成感では重相関係数が有意ではなく、これらの変数の影響は小さかった。離人化に対してはソーシャルサ

ポートの3因子がすべて有意な影響力を示した。これらのことから、否定的なバーンアウトを測る2つの因子には、夫介護者の場合、ソーシャルサポートの影響が大きいと言える。

妻介護者の介護バーンアウトについてみると、情緒的消耗に対して、在宅介護者の年齢と介護時間が正の有意な影響力を示した。自己達成感に対しては、介護時間が正の影響、非効果的サポートが負の影響を示したが、これらの有意であった標準化偏回帰係数はやや低く、全体の決定係数も有意であるものの低い値であった。離人化では、介護時間と非効果的サポートが正の影響、実際のサポートが負の影響を示した。妻のバーンアウト3因子すべてに対し介護時間はそれほど大きな値ではないが、有意な効果を持っていた。妻の在宅介護者にとって介護時間の長さは、情緒的消耗や離人化を悪化させるものでもあるが、自己達成感も高めるものであるという矛盾する効果を示した。非効果的サポートは、情緒的消耗との関連はみられなかったものの、バーンアウトを悪化させる可能性が示された。

娘介護者では、情緒的消耗に対し介護時間、非効果的サポートが有意な正の影響を有し、非効果的サポートが自己達成感に対し負の影響、離人化に対して正の影響を示した。娘介護者にとって、非効果的サポートが多いほどバーンアウトが高まることが明らかになった。

嫁介護者におけるバーンアウト関連要因をみると、情緒的消耗に対しては、介護時間と非効果的サポートが正の有意な影響力を示した。自己達成感に対しては、介護時間、在宅介護者の年齢、情緒的サポートが正の影響、痴呆得点が負の影響を示した。離人化では痴呆得点が正の影響を有し、寝たきり度と情緒的サポートが負の影響を示した。嫁介護者にとって要介護高齢者の痴呆が重度であるほどバーンアウトは高まることがわかる。

息子介護者においては、バーンアウト3因子すべてについて回帰式全体の重相関係数が有意とならず、今回投入された変数では息子のバーンアウトを十分に説明できる水準に達しなかった。

Tab. 7-3 諸変数の相関係数

	要介護高齢者年齢		寝たきり度	痴呆得点	介護認定レベル	介護時間	介護期間	情緒的サポート	実際のサポート	非効果的サポート	情緒的消耗	自己達成感
介護者年齢	-0.059											
寝たきり度	.202 ***	.094										
痴呆得点	.294 ***	-.067	.117 *									
介護認定レベル	-.024	.077	.689 ***	.186 ***								
介護時間	-.131 *	.141 **	.145 **	.110 *	.287 ***							
介護期間	-.099	.113 *	.018	-.088	.140 ***	.141 **						
情緒的サポート	.120 *	-.025	-.011	.035	-.032	-.084	-.036					
実際のサポート	.022	.112 *	.011	-.035	.025	-.170 ***	.049	.582				
非効果的サポート	.026	-.031	-.064	.048	-.085	-.020	-.030	-.030	.013			
情緒的消耗	.104 *	.045	.030	.180 ***	.072	.234 ***	-.055	-.107	-.188 ***	.226 ***		
自己達成感	-.033	.273 ***	.111 *	-.127 *	.205 ***	.180 ***	.169 ***	.159	.164 ***	-.181 ***	-.052	
離人化	.015	-.075	-.116 *	.126 *	-.076	-.020	-.092	-.129	-.170 ***	.200 ***	.494 ***	-.199 ***

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

Tab.7- 4 続柄別の介護者バーンアウトに対する重回帰分析結果

	夫介護者			妻介護者			娘介護者			嫁介護者		
	情緒的消耗	自己達成感	離人化	情緒的消耗	自己達成感	離人化	情緒的消耗	自己達成感	離人化	情緒的消耗	自己達成感	離人化
介護者年齢	.231	.016	-.028	.303 **	.181	.145	.051	.168	-.034	.025	.211 **	-.006
寝たきり度	-.181	.140	-.021	-.051	.066	-.066	-.050	.141	-.181	.125	.065	-.162 *
痴呆得点	.312 *	-.203	.073	.027	-.128	-.060	.200	.027	.116	.155	-.222 **	.168 *
介護時間	.383 *	.040	.050	.367 ***	.213 *	.211 *	.327 **	.168	-.030	.224 **	.275 ***	.045
介護期間	-.045	.117	.181	-.064	.107	-.016	-.139	.135	-.119	.023	-.040	-.082
情緒的サポート	-.345 *	.061	-.354 *	-.171	.152	.124	-.030	.011	-.056	-.005	.175 *	-.156
実際のサポート	.113	.184	-.403 **	.108	-.045	-.228 *	-.113	.197	-.197	-.160 **	.044	-.046
非効果的サポート	.366 *	-.206	.568 ***	.177	-.246 *	.331 **	.312 **	-.277 *	.260 *	.277 ***	-.082	.076
重相関係数	.661	.471	.634	.495	.420	.485	.504	.486	.443	.483	.455	.347
決定係数	.437 ***	.221	.402 **	.245 ***	.176 *	.235 **	.254 ***	.236 ***	.196 *	.233 ***	.207 ***	.121 ***

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

第 4 節 考察

本研究の対象となった在宅介護者の続柄別構成をみると、女性の占める割合が 8 割を超え、高齢者介護の多くを女性が担っていることが明らかになった。また、要介護高齢者の性別によって在宅介護者の続柄が異なり、要介護高齢者が男性の場合には妻、女性の場合は嫁が高かった。このような在宅介護者の構成は、従来の本邦における調査結果と類似していることが確認された（春日，2000）。

本研究では要介護高齢者との続柄によって、在宅介護者の介護状況や介護バーンアウトなどに違いがないかどうかの検討を行った。その結果、今回検討された変数では、在宅介護者の年齢、要介護高齢者の状態、介護状況、自己達成感と離人化の介護バーンアウト得点、そしてソーシャルサポート得点の 3 下位得点において、続柄による違いが認められた。在宅介護者の年齢が続柄によって異なるだろうということは、調査対象者が 65 歳以上の高齢者の在宅介護者であることから、当然予測されたことであり、本研究も予測通りであった。さらに、本研究では、要介護高齢者の年齢や痴呆得点や介護状況にも続柄による違いがあることが明らかになった。しかし、下位検定の結果を含めて考えてみると、これらの要介護高齢者の状態と介護状況については、妻や夫あるいは息子、娘といった個々の続柄ではなく、在宅介護者が配偶者あるいは子どもという世代別の続柄としてまとめられる。このような要介護高齢者や介護状況の世代差が生じる原因については、本研究からは明らかできないが、配偶者を介護する夫や妻はともに高齢であるため、要介護高齢者の状態がそれほど悪くない時だけ介護し、余り状態が悪くなると施設入所あるいは子どもによる介護に移行していくのかもしれない。介護時間の違いについても、高齢である配偶者介護者は介護に時間がかかる、あるいは仕事や子育てといった社会的活動などから引退していて介護に時間をかけることができるなどの可能性も考えられる。しかし、これまでの配偶

者と子ども介護者を比較した研究でも，子ども介護者に比べ配偶者介護者は長時間の介護を行っていることが示されており(Barnes, Given, & Given, 1992; Grau, Teresi, & Chandler, 1993) , 配偶者の在宅介護者は自らの介護に責任感が強いのではないかと推測されているが，十分明らかにされていない。今後，配偶者や子どもたちにおける介護の開始，あるいは困難になっていく経緯についても検討していく必要がある。

一方，ソーシャルサポートと介護ストレスについては，在宅介護者の性別で類似性のあることが明らかにされた。夫や息子などの男性介護者は，女性介護者よりも実際のサポートを多く受け，情緒的消耗も少なく充実感に満ちて介護を行なっていると言える。一方，女性介護者全体として男性介護者とは異なるだけでなく，女性介護者内でも介護高齢者との続柄によって相違が見られた。妻と娘介護者とではソーシャルサポートや介護バーンアウトにおいて類似した点が多かったが，嫁介護者には類似点が少なかった。嫁介護者は介護に関して他者からの非効果的サポートを多く受けていると評価し，介護による自己達成感が低く離人化も高く，バーンアウトの程度は全在宅介護者の中で最も高かった。

このような在宅介護者のバーンアウトにおける性差は，介護ストレスや介護負担感には性差があるとしてきた従来の研究結果と一致するものである(Hibbard et al., 1996; Fitting et al., 1986; Barusch & Spaid, 1989 ; Prucno, & Resch, 1989)。介護ストレスの性差は，家事労働の相違(Finley, 1989) , 男女の役割期待(Barusch & Spaid, 1996) , ストレスコーピングの相違であるという説明や，実際に介護ストレスの性差があるのではなく，男性は自分の感情を上手に隠すことを学習している(Davis, Priddy, & Tinklenbeg, 1986) といった説明がされてきた。しかし，これら以外の要因として，本調査対象者となった本邦の在宅介護者の場合，男性介護者と女性介護者では，介護に至る背景に違いがあるのではないかとということが考えられる。本邦の高齢者介護においては女性の介護が当然とされ，介護する女性の家庭内権力レベルは低く，ど

のくらいの介護をするかを自己決定できないことが多く、特に嫁にその傾向が強いとされる(山本, 1995)。これらのことから、介護の開始や介護量を自己決定できる程度が、バーンアウトの性差を生じさせ、最も自己決定が困難な嫁介護者のバーンアウトが高かったとののではないかと考えられる。しかし、この点についても、介護に至った背景も含めた介護状況の理解が今後必要といえる。

続いて、在宅介護者のバーンアウトに影響する要因についての検討結果から、要介護高齢者との続柄による影響要因の違いについて、いくつかの知見が見出された。まず、1つは、高齢の妻介護者にとって長時間の介護は、情緒的消耗や離人化を高めるという否定的影響とともに、介護から得られる自己達成感を高めるという相反する効果を持っていた。これまで介護時間に関する研究では、その否定的効果のみが示されてきたが(山田・鈴木・佐藤・宮崎, 1997)、本研究対象となった高齢の妻介護者にとっては、長時間の介護は充実感のある大切な役割、あるいは生きがいとなっている可能性を示している。したがって、高齢の在宅介護者に対してのサービス利用を勧めて介護時間の短縮を図っていく際には、このような高齢の在宅介護者における長時間介護の意味を十分配慮することが必要といえるだろう。

要介護高齢者の痴呆得点が介護バーンアウトに与える影響についての検討結果では、続柄によって影響力が異なっていた。これまでの痴呆高齢者介護のストレス研究において、痴呆高齢者介護の難しさが指摘されてきた(Borden & Belin, 1990; Cullen, Grayson, & Jorm, 1997)。痴呆高齢者の介護は、日常的介護の必要を満たし病気によっておこる困難な問題行動に対処しつつ、さらに痴呆高齢者との関係性の喪失に対処していかなければならない(Maas & Buckwalter, 1991; Coe & Neufeld, 1999)。このような状況は、痴呆高齢者との同居期間も短く親密性も低いと考えられる嫁介護者にとって、痴呆高齢者との関係性がとりにくくなることによって、否定的感情につながったのではないかと考えられる。また、同じように高齢の妻介護者では、要介護高齢者の痴呆が情緒的消耗感に影

響しなかったのに対し，夫介護者では有意な影響がみられたことから，夫介護者にとって介護される妻からの感謝などの言葉や態度が重要であるのかもしれない。そうであるのならば，痴呆の高齢者からの肯定的フィードバックの不足を補うための周囲の情緒的サポートが嫁や夫には，特に重要と言えるであろう。

一般に寝たきり度が高くなると，介護負担が増え在宅介護者のストレスも高くなるのではないかと考えられる。しかし，本研究の結果はそのような予想と矛盾するものであった。本研究では，嫁介護者にとって要介護高齢者の寝たきり度は肯定的効果を持ち，要介護高齢者の寝たきり度が高くなると離人化が低くなるというものであった。中谷の研究(1992)では要介護高齢者の身体機能の程度が自己達成感喪失との間に負の相関が認められていた。中谷らの身体機能評価と本研究の寝たきり度による評価法は同一のものではないために一概に比較できないが，要介護高齢者の身体機能は低下し寝たきりの度合いが進むことは，在宅介護者のバーンアウトを軽減する可能性を示している。実際の介護場面でも，ある程度動ける要介護高齢者は在宅介護者にとって目の離せない手間のかかる存在であり，寝たきり度が高くなるほど在宅介護者のペースで介護でき楽であると言われることがある。要介護高齢者の身体機能の低下の程度は，在宅介護者のバーンアウトにとってよい効果をもたらすという本研究の結果は，声高に言うことのできない現状を反映するものであるのかもしれない。要介護高齢者の自立を援助し寝たきりにしない努力と，在宅介護者の健康の維持をどう折り合いをつけていくかの難しさを，この結果は示していると言える。

本研究では，これまでの研究から在宅介護者のバーンアウトに対して影響すると予測された要因の効果について検討してきたが，その中でも特に在宅介護者に対する非効果的サポートの重要性が示された。ソーシャルサポートの効果については，これまでの研究でも家族在宅介護者の健康状態に影響することが指摘されてきた (Bass, Noelker, & Rechlin, 1996; Haley, Levine, Brown, & Bartolucci, 1987)。介護によって

生じる人間関係のよしあしが在宅介護者のストレスと大きくかかわっているという報告も見られるが、その多くはソーシャルサポートの肯定的側面を重視してきた（藤野，1995；Barusch & Spaid，1989）。本研究結果を見ると、夫や嫁介護者のバーンアウトの抑制には、肯定的なソーシャルサポートが効果的であることが示されたが、その効果は限定的であった。むしろ、非効果的サポートの影響の大きさが明らかになったといえる。今回、影響要因が確認できなかった息子介護者以外のすべての在宅介護者では、非効果的サポートが介護バーンアウトに大きくかかわっており、他者から不満や口出しを受けることは在宅介護者のバーンアウトを促進することが明らかになった。本研究の肯定的サポート、非効果的サポートは、在宅介護者に対する他者からの働きかけを在宅介護者が援助と感じるか口出しと感じるかという主観的評価であり、良かれと思って与えられる在宅介護者へのアドバイスも、在宅介護者にとって否定的なものとして評価されているのかもしれない。

以上のように、本章では、家族の人間関係が複雑に絡み合う介護の場において、在宅介護者のバーンアウトを理解するためには、在宅介護者に対する関わり合いの肯定的側面だけでなく、否定的側面を考慮していくことの必要性が示された。

第 8 章

研究 6 要介護高齢者の寝たきり度・痴呆レベルが在宅介護者の ソーシャルサポートおよび主観的健康感に及ぼす効果

第 1 節 本研究の問題と目的

研究 4 , 研究 5 では , 在宅介護者の健康感とソーシャルサポートの状況とそれらの関連性が明らかにされたが , 要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベルといったストレスが , 在宅介護者のソーシャルサポートと主観的健康感に対する影響については検討されていない。高齢者介護に関する研究では , 身体疾患のある要介護高齢者の介護よりも , 痴呆の要介護高齢者の介護の方が , ストレスが大きいとされている (Borden , & Belin , 1990 ; Cullen , et al. , 1997)。これは , 痴呆の要介護高齢者の介護は , 日常的な身辺介護の必要を満たしながら , 痴呆という病気によっておこる様々な問題行動に対処しなければならないからである (Maas & Buckwalter , 1991 ; Coe & Neufeld , 1999)。

しかし , これまでの痴呆の要介護高齢者と身体疾患のある要介護高齢者の在宅介護者を比較した研究では , 介護ストレスの相違については検討しているものの , ソーシャルサポートとの関連性については検討されていない。そこで , 本研究では , 要介護高齢者の寝たきり度と痴呆レベルが , 在宅介護者のソーシャルサポートと主観的健康感に対してどのような効果をもっているのかについて検討を行う。

第 2 節 方法

調査対象者は , 研究 3 と同じ 783 名であった。調査内容は , 在宅介護

本研究は、石川・岸・井上・小林（2000）による。

者の基本的属性として、性、年齢、職業、要介護高齢者との続柄についての回答を求めた。要介護高齢者の性別、年齢、寝たきり度、痴呆の重症度、介護認定レベルが測定された。要介護高齢者の寝たきり度は厚生省による障害老人の日常生活自立度判定基準をもとに、「日常生活はほぼ自立しているが見守りが必要（Jランク）」「寝たり起きたり（Aランク）」「ほぼ寝たきりだが座ることもできる（Bランク）」「一日中寝たきり（Cランク）」の4段階とした。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。本調査では介護を受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。そして本間の重症度分類に基づき、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。介護認定レベルは、介護保険の認定申請で受けた要介護レベルを次のような選択肢の中から選んでもらった。すなわち、自立・要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・不明の8選択肢を示した。それぞれの回答は、自立を1点、要介護5を7点の7段階評定とし、不明は欠損値として処理した。

介護状況としては、毎日平均して介護のために要する時間を一日の介護時間、在宅介護者自身が在宅で高齢者の介護を開始してからの期間を介護期間として回答してもらった。

在宅介護者のソーシャルサポートには、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度が用いられ、情緒的サポート、实际的サポート、非効果的サポート、およびその合計点が測定された。

在宅介護者の主観的な健康感を測定するためには、相馬ら(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た。

第3節 結果

調査を依頼した 783 名中回答が得られたのは 564 名（回収率 72.0.%）であった。そのうち回答項目の半分以上が無回答であった 38 名の回答は除外し、526 名のデータについて分析を行った。

1. 在宅介護者の基本的属性と介護状況

在宅介護者は男性 93 名（平均年齢 68.1 歳 SD 11.42）、女性 431 名（平均年齢 59.5 歳 SD 11.07）であり、全体の平均年齢は 61.0 歳（SD 11.60）であった。在宅介護者の要介護高齢者との続柄は、夫 59 名、妻 130 名、娘 100 名、息子 27 名、嫁 190 名で、その他が 20 名であった。一日の平均介護時間は 5.27 時間（SD 4.85）、介護開始からの期間は平均 5 年 2 ヶ月であった。

要介護高齢者は男性 191 名（平均年齢 77.5 歳 SD 9.50）、女性 333 名（平均年齢 83.3 歳 SD 8.96）であり、要介護高齢者全体の平均年齢 81.2 歳（SD 19.57）であった。寝たきり度と痴呆レベル別でみる結果が、Tab.8-1 である。見守りが必要で痴呆なしに属する要介護高齢者数が、98 名と最も多かった、

2. 要介護高齢者の寝たきり度・痴呆レベル別にみた在宅介護者のソーシャルサポート、主観的健康感の相違の検討

要介護高齢者の寝たきり度・痴呆レベル別にみた在宅介護者のソーシャルサポート、主観的健康感の下位因子ごとの項目平均得点と標準偏差を算出した（Tab.8-2. Tab.8-3）。それをもとに、寝たきり度と痴呆レベルの 2 要因の分散分析を行ない、その相違を検討した。

その結果、情緒的サポートには、寝たきり度による有意な効果が見られた（ $F(3, 498)=5.87, p<.001$ ）。寝たきり度 A ランク群と B ランク群の要介護高齢者の在宅介護者の情緒的サポートが、J ランク群と C ランク群の在宅介護者より有意に低かった。実際のサポートに関しては、有

Tab .8-1 寝たきり度と痴呆レベル別の要介護高齢者数(人)

		寝たきり度			
		J	A	B	C
痴呆レベル	なし	93	60	40	53
	軽度	38	19	24	25
	中度	12	16	8	20
	重度	20	29	28	29

Tab. 8-2 要介護者の寝たきり度・痴呆レベル別の介護者のソーシャルサポート

	寝たきり度	痴呆レベル	情緒的サポート (SD)	実際のサポート (SD)	非効果的サポート (SD)
J		なし	2.5 (.68)	2.2 (.81)	1.3 (.50)
		軽度	2.5 (.69)	2.1 (.71)	1.4 (.58)
		中度	2.7 (.75)	2.1 (.86)	1.5 (.63)
		重度	2.6 (.66)	2.1 (.85)	1.2 (.30)
A		なし	2.5 (.66)	2.2 (.76)	1.3 (.44)
		軽度	2.4 (.65)	2.2 (.73)	1.3 (.44)
		中度	2.3 (.57)	1.8 (.52)	1.3 (.34)
		重度	2.5 (.67)	2.3 (.72)	1.5 (.48)
B		なし	2.2 (.61)	2.0 (.71)	1.3 (.55)
		軽度	2.4 (.59)	2.1 (.54)	1.5 (.52)
		中度	2.0 (.47)	1.8 (.65)	1.1 (.35)
		重度	2.4 (.54)	1.9 (.65)	1.3 (.43)
C		なし	2.5 (.72)	2.2 (.85)	1.1 (.33)
		軽度	2.5 (.57)	2.1 (.54)	1.5 (.72)
		中度	2.8 (.66)	2.3 (.88)	1.2 (.37)
		重度	2.7 (.69)	2.2 (.72)	1.3 (.38)

Tab. 8-3 要介護者の寝たきり度・痴呆レベル別の介護者の主観的健康感

寝たきり度	痴呆レベル	心理的安定 (SD)	意欲 (SD)	体調 (SD)	生活行動習慣 (SD)	主観的健康感(SD)
J	なし	2.6 (.43)	2.8 (.43)	2.4 (.63)	2.9 (.49)	2.7 (.36)
	軽度	2.5 (.59)	2.9 (.41)	2.5 (.66)	2.8 (.48)	2.7 (.37)
	中度	2.5 (.68)	2.7 (.37)	2.5 (.64)	2.7 (.51)	2.6 (.45)
	重度	2.5 (.52)	2.7 (.44)	2.6 (.48)	2.9 (.53)	2.6 (.38)
A	なし	2.7 (.46)	2.8 (.41)	2.6 (.62)	3.0 (.50)	2.8 (.40)
	軽度	2.5 (.59)	2.7 (.41)	2.2 (.59)	2.8 (.43)	2.6 (.39)
	中度	2.4 (.61)	2.7 (.49)	2.4 (.52)	2.7 (.54)	2.6 (.47)
	重度	2.6 (.74)	2.7 (.46)	2.4 (.65)	2.8 (.46)	2.6 (.50)
B	なし	2.7 (.44)	2.7 (.47)	2.5 (.56)	2.8 (.47)	2.6 (.38)
	軽度	2.7 (.64)	2.7 (.57)	2.6 (.63)	2.9 (.53)	2.7 (.52)
	中度	2.6 (.31)	2.5 (.46)	2.5 (.68)	2.9 (.38)	2.6 (.30)
	重度	2.5 (.58)	2.7 (.58)	2.4 (.73)	2.8 (.49)	2.6 (.49)
C	なし	2.7 (.52)	2.8 (.45)	2.6 (.64)	2.8 (.48)	2.7 (.40)
	軽度	2.5 (.43)	2.6 (.53)	2.4 (.57)	2.7 (.53)	2.5 (.34)
	中度	2.9 (.66)	2.9 (.47)	2.5 (.66)	2.8 (.68)	2.8 (.53)
	重度	2.7 (.49)	2.8 (.41)	2.5 (.57)	2.8 (.46)	2.7 (.37)

意差は認められなかった。非効果的サポートにおいては、痴呆レベルによる有意な傾向が認められ ($F(3, 488)=2.24, p<.10$)、LSD 法による下位検定の結果、軽度痴呆群の在宅介護者の非効果的サポートの得点が、痴呆なし群よりも有意に高かった ($p<.01$)。以上のように、要介護高齢者の寝たきり度と痴呆レベルが高くなると、サポートが高くなるといった直線的関係ではなく、完全な寝たきりになる前、あるいは軽度の痴呆レベルのとき、在宅介護者のソーシャルサポートは、肯定的サポートが低く、非効果的サポートが高い状態にある。

主観的健康感の寝たきり度と痴呆レベルごとの下位因子ごとの項目平均得点と標準偏差は、Tab.8-3 に示した通りである。寝たきり度と痴呆レベルの2要因の分散分析を行なったところ、心理的安定についてのみ、痴呆なし群が他の3群にくらべ有意に高い傾向が見られた ($F(3, 400)=2.55, p<.10$)。他の意欲、体調、生活行動習慣および主観的健康感全体でも有意な効果は認められなかった。

第4節 考察

本研究では、要介護高齢者の寝たきり度、痴呆レベルによって、在宅介護者のソーシャルサポート、主観的健康感、在宅介護者バーンアウトが異なるかどうかを分散分析による検討を行った。結果に示したとおり、要介護高齢者の寝たきり度によって、在宅介護者の情緒的ソーシャルサポートに違いがみられ、痴呆レベルによって、非効果的サポートが異なっていた。

要介護高齢者が、見守りが必要な状態の時、あるいは完全に寝たきりの時に、要介護高齢者が寝たりおきたりの状態の時よりも、情緒的サポートが多かった。これは、要介護高齢者が見守りの段階では、要介護高齢者のADLは、ほぼ自立しているため、あるいは、まったくの寝たきり状態になると、在宅介護者のペースで、介護を行うことができるようになるため、在宅介護者の社会的関係を阻害することが少ないためではな

いかと考えられる。在宅介護者が自分のペースで介護を行えることで、他者との交流が増し、サポートが得やすいと考えられる。また、重度の寝たきりの人を介護していることにより、他者からの高い評価が、在宅介護者に与えられる可能性を示している。

一方、痴呆レベルの効果は限定的で、痴呆なし群が、軽度痴呆群よりも非効果的サポートが低いというものであった。この結果は、他者からの口出しや干渉が、要介護高齢者の痴呆レベルが軽いときのほうが多いことを示している。要介護高齢者の痴呆が重症化するに従い、配偶者介護者の社会参加が少なくなるとされるが（Bindoff, Clifford, & Young, 1997）、非効果的サポートと痴呆との関連性については検討されていない。したがって、要介護高齢者の痴呆が軽度の時、周囲の人は、要介護高齢者の言動を在宅介護者に問題があるものとしてみるのではないかと、要介護高齢者の痴呆が重度化し明らかになると、在宅介護者への批判は少なくなるのではないかと考えられる。

在宅介護者の主観的健康感についてみると、要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベルによる大きな違いは見られなかった。したがって、介護高齢者の心身の状態として測られるこれらのストレスが、在宅介護者の主観的健康感に対して与える直接的な効果は小さいといえる。むしろ、要介護高齢者のもつストレスを在宅介護者がどのように認知するのかといった認知的評価や、そのような認知的評価に影響を与えるソーシャルサポートやストレスコーピングなどのリソースの重要性を、この結果は示しているといえるだろう。

これらの結果から、ストレス以外の他の媒介変数の検討の必要性が示された。そこで、研究7では、在宅介護者のストレスコーピングについて検討を行うことにする。

第 9 章

研究 7 在宅介護者ストレスコーピング尺度の作成と ソーシャルサポートおよび主観的健康感との関連性の検討

第 1 節 本研究の問題と目的

在宅介護者の健康への影響要因として、ソーシャルサポートとともに重視されるのが、ストレスコーピングである。実際、ストレス認知理論においても、ソーシャルサポートは、ストレス反応への直接的効果とともに、ストレスコーピングのリソースとして位置づけられる。すなわち、ソーシャルサポートは、ストレスを予防し、適切なセルフケアを行うことや、何らかのサービスを利用するといった、コーピングを促進することで、在宅介護者の健康状態を増進すると考えられる (Bass, et al., 1996; Haley, et al., 1987)。したがって、在宅介護者のソーシャルサポートによる支援を考えていく場合、ストレスコーピングとの関連性を含めた検討が必要となってくる。

本研究では、Lazarus & Folkman(1984)のストレスコーピング尺度を参考にして、在宅介護者のストレスコーピングを測定するために作成された在宅介護者ストレスコーピング尺度(石川・井上・奥野・池田・多賀谷・岸・佐々木, 1997)について、その質問内容、因子構造、回答の偏りなどの在宅介護者ストレスコーピング尺度としての妥当性と信頼性について検討をおこなった。さらに、自由記述方式で在宅介護者の用いるストレス対処法についても具体的な調査を行った。それらの結果に基づき、今回 18 項目の介護ストレスコーピング尺度を作成した。この尺度の妥当性、信頼性の確認を行うとともに、在宅介護者の、福祉サービスの利用、ソーシャルサポート、健康感との関連性について検討する。

本研究は、石川・奥野・池田・井上(2001)による。

第 2 節 方法

1．対象者

調査対象者は，研究 3，4，5，6 と同じである。

2．調査方法

調査都市の事情により，担当の訪問看護婦と保健師が直接依頼し郵送で回収する方法と依頼回収ともに郵送による方法の 2 通りの調査方法が採られた。

3．調査期間

平成 12 年 2 月上旬？ 3 月下旬

4．調査内容

介護のストレスコーピングを測定する尺度は，過去 2 回の調査結果に基づき作成された 18 項目の介護ストレスコーピング尺度（CSC）を用いた。CSC では，介護や気持ちを楽しむためにどのくらいそうするかを，各項目に付いて「よくそうする」，「少しそうする」，「余りそうしない」，「全然そうしない」の 4 段階のいずれかを選択するよう求めた。その他，在宅介護者の性，年齢，職業，要介護高齢者との続柄，および要介護高齢者の性別，年齢，寝たきり度（「日常生活はほぼ自立だが見守りが必要」を J ランクから，A ランク B ランク，そして「一日中寝たきり」の C ランクと徐々に身体機能の低下によって分類される），痴呆の重症度（痴呆なし：13？ 14 点，軽度痴呆：15？ 17 点，中度痴呆：18？ 20 点，重度痴呆：21 点以上），介護認定レベルが測定された。また，介護状況としては，毎日平均して介護のために要する時間を一日の介護時間，在宅介護者自身が在宅で高齢者の介護を開始してからの期間を介護期間として回答してもらった。また，調査対象地域で実施されている福祉サービスの利用度について「よく利用する」から「利用したことが

ない」までの4段階尺度で質問した。回答は最低点を1点とし、利用度あがるほど1点間隔で得点が高くなるようにした。さらに、改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度と主観的健康感尺度が用いられた。

第3節 結果

1. 調査対象となった在宅介護者・要介護高齢者の基本的属性

研究6と同じであり、回答が得られた526名の構成は、男性93名(平均年齢68.1歳 SD 11.42)、女性431名(平均年齢59.5歳 SD 11.07)、全体の平均年齢は61.0歳(SD 11.60)であった。

2. 在宅介護者コーピング尺度の構造と因子的妥当性および信頼性の検討

在宅介護者コーピング尺度項目の回答分布をみたところ、回答の大きな偏りは認められなかった。また、本研究では調査対象者の回答の負担を考慮し、基準関連妥当性の検討は行わず因子的妥当性について検討した。因子的妥当性は、あらかじめ理論的に構成された尺度の内的構造がデータによって裏付けられるかどうかによって検討することとし、福祉サービス利用との関連性によってその構成概念の妥当性を検討することとした。信頼性については内的整合性をChronbachの係数によって検討した。

在宅介護者ストレスコーピング尺度18項目に対する4件法の回答をもとに、 13×13 次の相関行列を算出した。これをもとに主成分解の因子分析を行い、直行解によるVarimax解を求めた結果、5因子の時に最も因子の特徴を説明できることからこの因子解を採用した。それらの因子負荷量、共通性、および寄与率をTab.9-1に示した。第1因子は「今の経験はためになると思うことにする」「こんなこともあると思ってあきらめる」といった気持ちの持ち方を変化させようとする4項目で構成され、「認知的対処」と名付けられた。第2因子は「どうすればよいか解決策

Tab.9-1 介護者ストレスコーピング因子分析結果

		=.79		因子負荷量			
質問項目		因子	因子	因子	因子	因子	共通性
因子 認知的対処							
cop. 2	自分で自分を励ます	.661	.037	.030	-.122	.293	.540
cop. 8	こんなこともあると思ってあきらめる	.710	.182	-.081	-.153	-.149	.588
cop. 9	今の経験はためになると思うことにする	.728	.188	.222	-.077	.026	.622
cop. 17	他のもっとつらい人と較べてその人よりは自分はましだと思う	.607	-.082	.310	-.036	.068	.478
因子 問題解決的対処							
cop. 5	公的サービスを積極的に利用する	-.079	.748	.030	-.248	.061	.632
cop. 7	本を読んだり人に聞いたりして情報を集める	.153	.548	.453	.099	.026	.539
cop. 12	どうすればよいか解決策をいろいろ考えてみる	.241	.611	.176	.092	.238	.528
cop. 13	役所の人や医師・看護師などの専門家に相談する	.118	.753	.050	.004	.084	.590
因子 気分転換的対処							
cop. 6	気晴らしや気分転換になることをする	.033	.057	.781	-.039	.138	.634
cop. 10	意識的に自分の時間をもつ	.060	.097	.802	-.120	.025	.670
cop. 11	冗談やしゃれなどを言って笑いに変える	.292	.143	.473	-.110	.020	.342
cop. 16	自分でできる範囲をよく考えて無理をしない	.090	.079	.551	-.228	.117	.384
因子 ソートストップング対処							
cop. 1	先のことはあまり考えないようにする	.143	.027	.103	-.766	.134	.636
cop. 4	たいした問題ではないと考える	.169	.040	.267	-.738	-.010	.656
因子 サポート希求対処							
cop. 3	家族や周りの人に協力してくれるよう頼む	-.043	.216	.073	-.192	.731	.625
cop. 18	お世話にまつわる苦労や気持ちを人に話して聞いてもらう	.150	.074	.148	.113	.718	.577
固有値		3.933	1.579	1.416	1.096	1.018	
寄与率 (%)		13.2	12.3	14.3	8.7	8.1	
累積寄与率 (%)		13.2	25.5	39.8	48.5	56.6	

をいろいろ考えてみる」, 「公的サービスを積極的に利用する」といった積極的行動を試みる4項目で「問題解決的対処」とした。第3因子は「意識的に自分の時間をもつ」「気晴らしや気分転換になることをする」などの気分転換の活用を表す4項目で「気分転換的対処」とした。第4因子は「先のことは余り考えないようにする」「大した問題ではないと考える」の2項目で「ソートストップング対処」と名付けた。第5因子は「家族や周りの人に協力してくれるように頼む」「お世話にまつわる苦労や気持ちを人に話して聞いてもらう」の2項目で構成され「サポート希求対処」とした。項目14「問題を起こした本人に直接感情をぶつける」, 項目15「状況のひどさを人に知られないようにする」という対処項目は複数の因子で因子負荷量が高かったため項目を削除することとした。因子寄与率は, 第1因子 13.2% , 第2因子 12.3% , 第3因子 14.3% , 第4因子 8.7% , 第5因子 8.1% で, 累積寄与率 56.6% であった。

尺度の信頼性は, Chronbach の係数によって尺度の内的一貫性を検討した。第1因子で 0.65 , 第2因子 0.69 , 第3因子 0.67 , 第4因子 0.51 , 第5因子 0.38 であり, 全体では 0.79 という十分高い値を示した。第5因子は若干低い値となったが, これは項目数が2項目と少ないことが大きく関連していると思われる。

3. 関連諸変数との関係

(1) 基本的属性と要介護高齢者の状態

在宅介護者ストレスコーピング尺度の因子別平均得点について在宅介護者の基本的属性である性別, 年齢別, 続柄別, 要介護高齢者の寝たきり度と痴呆重症度別の比較を行った。それぞれの平均点と標準偏差を Tab.9-2, 分散分析結果を Tab.9-3 に示した。性別では「サポート希求的対処」に有意性が認められ, 女性の方がより多くこの対処法を用いることがわかった。年代では「認知的対処」に有意差が認められ, 年代があがるにつれ, 認知的対処を多く用いていることが明らかになった。要介護高齢者との続柄別の検討では有意性が認められなかった。要介護高齢

者の寝たきり度については「サポート希求対処」において有意差が見られ、寝たきり度が低いほど協力を依頼し、話をきいてもらっていることがわかる。最後に要介護高齢者の痴呆重症度別の分析結果では、問題解決的対処において有意差が見られたが、線形の関係ではなく、痴呆軽度と重度の高齢者の在宅介護者はこの対処を多く用いるが、痴呆中度あるいは痴呆がない高齢者の在宅介護者はやや少ないことが明らかになった。

(2) 介護状況と福祉サービス利用

ストレスコーピングの各因子得点別に介護状況を示す介護時間と介護期間との関連について検討した。その結果を Tab.9-4 に示した。介護時間と認知的対処および問題解決的対処とは正の有意な相関、気分転換とは負の相関を示した。介護期間ではサポート希求との間で負の有意な相関係数が得られた。これらの介護状況はいわゆるストレスターと見なされるものであり、介護時間が長い在宅介護者ほど認知的対処や問題解決的対処をせざるを得ないと捉えることができるだろう。また、介護期間が長くなるにつれ、周りの人の協力を頼めない、あるいは話を聞いてもらわないという可能性を示している。

福祉サービス利用度との関連性を見た結果では、認知的対処がショートステイ、介護用品貸与（給付）、タクシー券との間に弱い有意な相関が見られた。問題解決的対処ではホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ、入浴サービス、介護用品貸与（給付）、訪問看護ステーションとの間に有意な正の相関が見られ、問題解決的対処が多くなるほどこれらのサービス利用が多くなることがわかった。気分転換対処はショートステイとの間に有意な関連性がみられ、気分転換対処をする人ほどショートステイを多く利用していることがわかる。ソートストップング対処とサポート希求対処はいずれもショートステイとの正の相関が見られた。これらの結果は、ストレスコーピング下位尺度の妥当性を示すものと言って良いだろう。

(3) ソーシャルサポートとの関連性

ストレスコーピングの因子別得点とソーシャルサポートの相関係数と

Tab.9-2 在宅介護者と要介護高齢者の属性別の介護者ストレスコーピング尺度得点平均および標準偏差

		認知的対処 平均 (SD)	問題解決的対処 平均 (SD)	気分転換対処 平均 (SD)	ソートストップピング 平均 (SD)	サポート希求 平均 (SD)
在宅介護者						
性	男	3.1 (.68)	3.0 (.66)	3.0 (.70)	2.9 (.71)	2.5 (.74)
	女	3.2 (.56)	3.0 (.63)	3.1 (.57)	3.0 (.72)	2.7 (.73)
年代	～54	3.1 (.57)	3.0 (.61)	3.1 (.51)	3.0 (.69)	2.7 (.68)
	55～64	3.2 (.52)	2.9 (.62)	3.1 (.62)	3.0 (.71)	2.6 (.79)
	65～74	3.2 (.59)	3.0 (.64)	3.0 (.63)	3.0 (.70)	2.6 (.70)
	75～	3.4 (.51)	3.1 (.68)	3.0 (.64)	3.0 (.83)	2.7 (.73)
続柄	夫	3.2 (.68)	3.1 (.64)	3.0 (.72)	2.9 (.75)	2.5 (.66)
	妻	3.3 (.59)	3.0 (.67)	3.0 (.64)	3.0 (.74)	2.7 (.79)
	娘	3.2 (.51)	2.9 (.65)	3.1 (.54)	3.1 (.65)	2.6 (.72)
	息子	3.0 (.58)	3.0 (.68)	3.2 (.61)	3.0 (.52)	2.5 (.85)
	嫁	3.2 (.55)	3.0 (.60)	3.1 (.55)	3.0 (.72)	2.6 (.69)
要介護高齢者						
寝たきり度	J	3.2 (.58)	3.0 (.60)	3.1 (.59)	3.0 (.75)	2.7 (.79)
	A	3.2 (.57)	3.0 (.64)	3.1 (.57)	3.1 (.61)	2.7 (.69)
	B	3.1 (.60)	2.8 (.67)	3.0 (.66)	2.9 (.71)	2.5 (.68)
	C	3.2 (.58)	3.0 (.62)	3.1 (.60)	3.0 (.75)	2.5 (.71)
痴呆重症度	なし	3.2 (.62)	2.9 (.65)	3.1 (.63)	2.9 (.71)	2.6 (.76)
	軽度	3.2 (.54)	3.1 (.53)	3.1 (.58)	3.0 (.68)	2.7 (.68)
	中度	3.3 (.51)	2.8 (.70)	3.1 (.53)	3.2 (.75)	2.7 (.78)
	重度	3.1 (.56)	3.0 (.64)	3.0 (.58)	3.0 (.74)	2.7 (.68)

Tab.9-3 介護者コーピング尺度の各因子の得点を従属変数とした分散分析結果

	認知的対処	問題解決的 対処	気分転換対 処	ソートストップ ング	サポート希求 対処	
	自由度	F値	F値	F値	F値	
在宅介護者						
性別	1	1.27	0.81	0.62	2.03	4.73 *
年代	3	5.90	1.62	0.87	0.19	1.34
要介護高齢者						
続柄	4	1.53 ***	0.48	1.35	0.65	1.13
寝たきり度	3	1.77	2.22 +	1.50	1.39	4.13 ***
痴呆重症度	3	1.50	3.96 ***	0.67	1.83	0.97

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

Tab.9-4 介護者ストレスコーピングと介護状況およびサービス利用度との相関係数

	認知的対処	問題解決的対	気分転換対処	ソートストップ	サポート希求対
介護時間	0.14 **	0.11 *	-0.10 *	0.03	-0.01
介護期間	0.09 *	-0.06	0.04	0.04	-0.15 ***
ホームヘルパー	-0.02	0.13 **	-0.09	-0.07	-0.14 **
デイサービス	0.01	0.13 **	0.02	0.07	0.09 *
ショートステイ	0.09 *	0.13 **	0.15 ***	0.11 *	0.02 *
入浴サービス	0.00	0.09 *	0.01	0.02	-0.03
介護用品	0.09 *	0.17 ***	0.06	-0.06	0.04
福祉料	-0.02	0.03	0.00	0.00	-0.03
タクシー券	0.10 *	0.06	0.00	0.02	0.03
訪問看護ステーション	-0.01	0.19 ***	0.07	-0.02	0.05

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

Tab.9-5 介護者ストレスコーピングとソーシャルサポートおよび主観的健康感との相関係数

	認知的対処	問題解決的対	気分転換対処	ソートストップ	サポート希求対
情緒的サポート	.15 ***	.25 ***	.34 ***	.15 ***	.30 ***
実際のサポート	.05	.12 **	.19 ***	.11 *	.20 ***
非効果的サポート	-.02	-.04	-.06	-.12 **	-.04
心理的安定	.10 *	.05	.37 ***	.24 ***	-.07
意欲	.21 ***	.19 ***	.38 ***	.17 ***	.06
体調	.03	.02	.30 ***	.21 ***	.02
生活行動習慣	.14 ***	.15 ***	.24 ***	.13 ***	.07
主観的健康感	.15 ***	.12 **	.41 ***	.25 ***	.02

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

有意水準を Tab.9-5 に示した。認知的対処は，情緒的サポートとの間に有意な相関がみられ ($r=.15, p<.001$)，問題解決的対処は，情緒的サポート ($r=.25, p<.001$) と実際のサポート ($r=.12, p<.01$) との間で有意な相関を示した。同じく，気分転換対処も，情緒的サポート ($r=.34, p<.001$) と実際のサポート ($r=.19, p<.01$) に対する相関が有意であった。ソートストップング対処は，情緒的サポート ($r=.14, p<.001$)，実際のサポート ($r=.11, p<.05$)，非効果的サポート ($r=-.12, p<.01$) のすべてに対し有意な相関を示した。サポート希求対処は，情緒的サポートの関連が有意であった ($r=.30, p<.001$)。

(4) 主観的健康感との関連性

主観的健康感との関連性について検討したところ，心理的安定に対しては，気分転換対処 ($r=.37, p<.001$)，ソートストップング対処 ($r=.24, p<.001$) が有意であった。意欲は，サポート希求対処以外の，認知的対処 ($r=.21, p<.001$)，問題解決的対処 ($r=.19, p<.001$)，気分転換対処 ($r=.38, p<.001$)，ソートストップング対処 ($r=.17, p<.001$) が有意な相関を示した。体調には，気分転換対処 ($r=.30, p<.001$) とソートストップング対処 ($r=.24, p<.001$) が有意であった。生活行動習慣には，認知的対処 ($r=.14, p<.001$)，問題解決的対処 ($r=.15, p<.001$)，気分転換対処 ($r=.24, p<.001$)，ソートストップング対処 ($r=.13, p<.01$) が有意であった。主観的健康感全体では，認知的対処 ($r=.15, p<.001$)，問題解決的対処 ($r=.12, p<.01$)，気分転換対処 ($r=.41, p<.001$)，ソートストップング ($r=.25, p<.001$) が有意な相関係数を示した。

以上のように，主観的健康感の4因子および総合点に対して，サポート希求対処は有意な相関を示さなかったが，気分転換対処とソートストップング対処は，すべてに対して正の有意な相関を示した。

第4節 考察

本研究は，在宅介護者のストレスコーピングスタイルの測定法として，

過去 2 回の調査結果に基づき改訂された介護ストレスコーピング尺度の適用を試みたものである。在宅介護者のストレスコーピングスタイルとして 5 つの因子，認知的対処，問題解決的対処，気分転換対処，ソート ストップング対処，サポート希求対処が，それぞれ独立の因子として抽出された。項目のまとまりや相関係数からこの因子構造は構成概念的妥当性を有するものと考えて良いだろう。内的整合性を示す係数が第 4 因子，第 5 因子でやや低い値を示したが，これらの因子項目数が 2 項目と少なかったことによると考えられ，許容範囲内の水準であると言える。今後これらの因子については項目数を追加するなどして，信頼性の改善を図る必要があるだろう。ところで，これらの因子構造は和気（1993）や Pearlina et al. (1990) などの 3 次元構造とは異なるものであった。また，5 因子構造を示した岡林らの研究結果と因子数では同じであったが（岡林・杉浦・高梨・中谷・柴田，1999），構成概念に相違が見られた。このような相違点の 1 つの要因として，準備されたストレスコーピング項目の違いがあると考えられる。和気の調査項目内容は本研究の項目と類似しているが，我々の調査項目に比べ，彼らの項目内容にはストレス反応と思われる項目が多かったこと，慢性的ストレスに対処する場合に重要と思われる気分転換に関する項目が少なかったことで因子構造が異なるものとなったのではないかと考えられる。また，岡林らの研究では，「意思の疎通を図り， さんの気持ちを尊重する」や「 さんに対してやさしく真心をこめて接する」といった質問項目が準備されたため，これらの項目は，介護役割の積極的受容の因子として抽出されている。しかし，これらは，在宅介護者のストレス場面に対する対処行動というよりは，社会的望ましさを測定している可能性が大きいと思われる。本研究では，事前に行った自由記述式の調査結果でも，このような積極的受容を示す回答は認められなかった。このような社会的に望ましいと思われる内容を含めることが，他の対処項目選択に対して与える影響も含め，因子的構造としての妥当性検討が必要であろう。

今回用いられた介護ストレスコーピング尺度の因子別の得点と在宅介

護者や要介護高齢者の属性との関連を見た結果では、欧米諸国で行われた研究結果と、性差に関して若干異なるものとなった。男性介護者ほど多くのサポートを利用し問題解決的対処を行うといわれているが（Kaye & Applegate, 1990）、本研究結果では問題解決的対処には性による有意性は認められなかった。一方、サポート希求対処においては女性介護者の方が男性に較べ有意に高かった。このサポート希求因子の内容は、感情表現をする相手を求めることや協力を求めることであり、本研究における女性介護者が高得点であることは妥当であろうと思われる。

在宅介護者の年齢とコーピング因子との関連では、認知的対処が高齢の在宅介護者に多く見られた。このような年齢と対処との関連はこれまで多くの研究において検討されてきたが結論がでていないところである（Lazarus & DeLongis, 1983）。そのため、本研究において認められた年齢差については、本邦において一般に認められるものなのかどうか今後さらに検討し確認する必要がある。

これらのストレスコーピングと在宅介護者のソーシャルサポートとの関連性の検討結果では、情緒的サポートは全コーピング因子との間で有意な相関が見られ、実際のサポートも3コーピング因子との相関が有意であった。このことから、これらの肯定的サポートはストレスコーピングのリソースであると考えられるが、非効果的サポートは、ソートストップピングとの間に負の弱い相関が認められただけであり、コーピングのリソースとしての機能は低いと考えることができるだろう。

最後に主観的健康感との関連性についてみてみると、気分転換対処とソートストップピング対処が主観的健康感のすべての側面に対して、比較的高い有意な相関を示しており、これらの対処法は、在宅介護者の主観的健康感にとって重要であるといえる。これらの対処法は、これまで、逃避的対処として、健康に悪影響を与えると考えられてきたものである。そして、これまでの研究において、適切な対処法とされてきた認知的対処や問題解決的対処は、主観的健康感のいくつかの側面との間に有意な相関がみられたものの相関は弱いものだった。

以上のように，これまで不適切なコーピングとされてきた気分転換対処やソートストップング対処が，慢性的ストレス状態といえる在宅介護者にとっては有効な対処法である可能性が高く，また，これらの気分転換対処とソートストップング対処が十分行うためのリソースとして，情緒的サポートが重要であると考えられる。しかし，これらは，個々の相関係数による比較のため，因果関係が不明である。そこで，次の研究 8 において，介護者の主観的健康感に対するソーシャルサポートをはじめとする，これらの要因の関連性を明らかにし，介護者健康感モデルの構築を試みる。

第 10 章

研究 8 在宅介護者の健康感モデルの構築の試み

第 1 節 本研究の問題と目的

第 9 章まで、在宅介護者の健康感とソーシャルサポートの状況と関連性について、さまざまな側面から検討を行ってきた。本研究では、これまでの個々の分析では明らかにできなかった、在宅介護者の健康とソーシャルサポートについての総合的なメカニズムを解明するために、在宅介護者健康感モデルの構築を試みる。この在宅介護者健康感モデルによって、在宅介護者の肯定的、否定的ソーシャルサポートが健康感に対してどのように影響しているのかというメカニズムについて考察を行うことにする。

第 2 節 因果モデルの設定

第 2 章でも述べたように、近年進められたストレス研究において、ストレスは生体と環境の相互作用的な関係の中で、ストレスフルなものとして評価されたストレッサーと、それに対抗しようとする一連の意識的なコーピングの過程であると考えられている。本研究でも、このストレス認知理論に基づき、調査結果から得られる変数を、Fig. 10-1 のような因果モデルに組み込んだ。すなわち、在宅介護者の基本的属性、ストレッサーおよびソーシャルサポートはストレスコーピングの形成に影響する。このストレスコーピングのあり方が今後も介護をしていけるかという介護効力感に影響する。この介護効力感が、介護バーンアウトに影響し、最終的に在宅介護者の全体的な健康感が決定されるとした。この因果モデルにしたがって、パス解析を行い、個々の変数の内生変数への規定力を分析することとした。

本研究は、Ishikawa, Inoue, Nishigauchi, & Ota(2001)による。

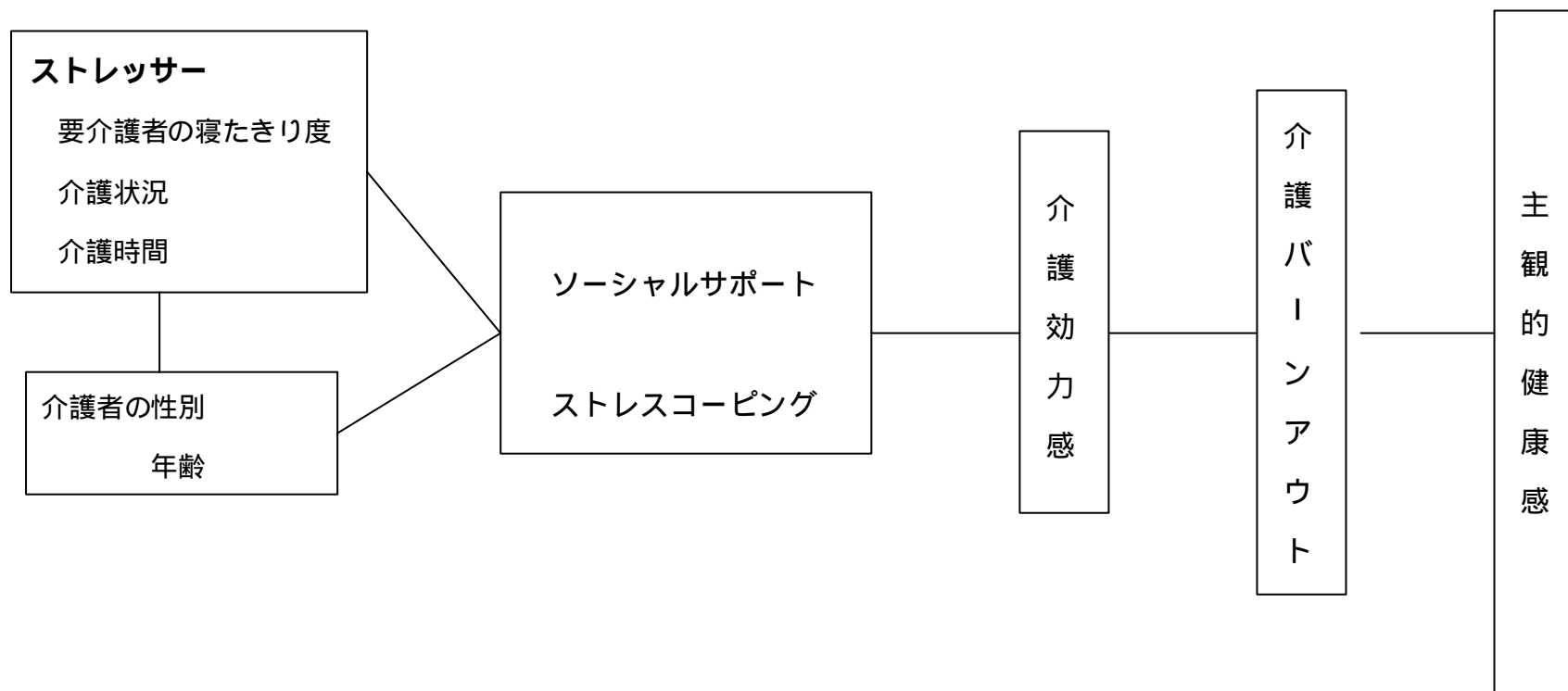


Fig.10-1 介護者健康感の因果モデル

第 3 節 方法

1. 対象者

調査対象者は，研究 3 から 7 と同じである。

2 . 調査方法

調査都市の事情により，担当の訪問看護婦と保健師が直接依頼し郵送で回収する方法と依頼回収ともに郵送による方法の 2 通りの調査方法が採られた。

3 . 調査期間

平成 12 年 2 月上旬？ 3 月下旬

4 . 調査内容

(1)在宅介護者の基本的属性と介護状況

在宅介護者の性，年齢，職業，要介護高齢者との続柄，および要介護高齢者の性別，年齢，寝たきり度，痴呆の重症度，介護認定レベルが測定された。介護状況として，介護時間と介護期間が評価された。

(2)心理的尺度

在宅介護者ストレスコーピングは，研究 7 で開発された，在宅介護者ストレスコーピング尺度を用いた。

在宅介護者のソーシャルサポートは，研究 3 で作成された改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度を用いた。

介護効力感は，「自分のペースを守ってお世話できる」「今後も，在宅で介護を続けていくことができる」といった介護に関する 10 項目の行動をどのくらい確実にできるかについての主観的評価が，4 段階で評価された。10 項目の項目平均得点が介護効力感得点とされる

在宅介護者のストレス測定には、情緒的消耗、自己達成感、離人化に関する 17 項目で構成される在宅介護者バーンアウト尺度が用いられた（中谷、1992）。

主観的健康感は在宅介護者の心理的安定、意欲、体調、生活行動習慣に関する 33 項目の質問によって評価した（相馬 et al., 1990）。

第 4 節 結果

調査を依頼した 783 名中回答が得られたのは 564 名（回収率 72.0%）であった。そのうち欠損値の多かった 38 名の回答は除外し、526 名のデータについて分析を行った。統計的分析は EQS マック版を用いた。

1. 調査対象となった在宅介護者・要介護高齢者の基本的属性

調査対象となった在宅介護者および要介護高齢者の特性は Tab.10-1 および Tab.10-2 の通りである。在宅介護者の性別をみると女性が全体の 8 割を越え、嫁による介護が最も多いことがわかる。男性介護者の平均年齢は 68.1 歳と高く、全体でも 61.0 歳となった。一日の平均介護時間は 5.27 時間と長時間を介護に費やしていた。介護開始からの期間は平均 5 年 2 ヶ月で、最も長期の在宅介護者は 25 年間介護していた。

要介護高齢者の性別割合は、65 歳以上の人口構成比とほぼおなじであった。要介護高齢者全体の平均年齢 81.2 歳であった。痴呆得点平均は 16.9 点で、全体的には軽度痴呆のレベルであった。

情緒的サポートは在宅介護者の性による有意差もなくほぼ同じレベルであった。実際のサポートは男女で有意差があり、男性の方が多くのサポートを有していた。非効果的サポートは要介護高齢者との続柄で有意差が見られ、嫁と息子介護者の非効果的サポートが多かった。

介護効力感および主観的健康感は、在宅介護者の性による有意な差が認められ、いずれも男性介護者の方が高かった。このような介護ストレスの性差については従来多くの研究と一致している。

Tab.10-1 在宅介護者と要介護高齢者の特性

	人数	%
介護者の性別		
男性	93	17.7
女性	431	82.3
要介護高齢者との関係		
夫	59	11.3
妻	130	24.9
息子	27	5.2
娘	100	19.2
嫁	190	36.4
その他	16	3.1
要介護高齢者寝たきり度		
J	164	31.7
A	126	24.3
B	100	19.3
C	128	24.7

Tab. 10-2 在宅介護者の平均年齢、介護状況、要介護者の痴呆度

	平均	(SD)
介護者		
年齢	61	(11.80)
介護状況		
介護時間/日	5.3	(4.85)
介護期間(月)	62.6	(56.94)
要介護高齢者		
痴呆得点	16.9	(4.90)

2. 各変数の相関分析

各変数間の相関係数は、Tab.10-3のマトリックスの通りである。介護効力感は、介護時間とサポート希求コーピング以外の全ての変数が有意な相関を示し、主観的健康感はや介護高齢者の寝たきり度と痴呆レベル、そしてサポート希求コーピング以外の変数との間で有意な相関を示していることがわかる。

3. 在宅介護者のストレスコーピングモデルのパス解析

在宅介護者のストレスコーピングモデルにおける対処スタイルの役割についてパス解析による検討を行なった。その結果、モデルの適合度は、 $BBNFI=0.942$ 、 $\chi^2(81)=86.93$ 、 $p<.31$ であり、モデルの適合度は良好といえる。Fig.10-1に示したのは、パス係数.11以上で有意であったものであり、実線は正のパス係数、波線は負のパス係数として示している。有意であってもパス係数が.10以下のものと、各変数の残差係数は、図に記載せず省略した。

介護効力感に正の有意なパスを示したのは、要介護高齢者の身体状態(.09)、在宅介護者の年齢(.11)、情緒的サポート(.13)、実際のサポート(.19)、気分転換コーピング(.30)であった。逆に有意な負のパス係数を示したのは、要介護高齢者の痴呆レベル(-.16)、在宅介護者の性別(-.11)、非効果的サポート(-.17)、サポート希求コーピング(-.10)である。

介護バーンアウトに対しては、要介護高齢者の痴呆レベル(.11)、在宅介護者の性別(.15)、非効果的サポート(.15)が正の有意なパス係数を示し、介護効力感が(-.56)という負の大きなパスを示した。

在宅介護者の主観的健康感に対しては、情緒的サポート(.14)、気分転換コーピング(.20)、ソートストップコーピング(.10)、介護効力感(.21)が正の有意なパス係数を示し、介護時間(-.10)、サポート希求コーピング(-.10)、介護バーンアウト(-.20)が負の有意なパス係数を示した。

サポート希求に対しては要介護高齢者の身体状態が負のパス係数

Tab.10-3 各変数の相関係数マトリックス

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
A 介護者の性別	1.00															
B 年齢	-0.27 ***	1.00														
C 寝たきり度	-0.02	0.11 *	1.00													
D 痴呆レベル	0.09	-0.05	0.12 *	1.00												
E 介護時間	-0.02	0.16 ***	0.17 ***	0.15 **	1.00											
F 介護期間	-0.06	0.12 *	0.03	-0.08	0.13 **	1.00										
G 情緒的サポート	0.07	-0.05	-0.01	0.02	-0.09	-0.01	1.00									
H 実際のサポート	-0.15 ***	0.10 *	0.01	-0.03	-0.17 ***	0.05	0.58 ***	1.00								
I 非効果的サポート	-0.03	-0.06	-0.08	0.04	-0.05	-0.05	-0.04	0.01	1.00							
J 認知的対処	0.05	0.14 **	-0.03	-0.03	0.13 **	0.08	0.14 **	0.04	0.01	1.00						
K 問題解決の対処	-0.02	0.04	0.01	0.07	0.11 *	-0.04	0.24 ***	0.11 *	-0.05	0.30 ***	1.00					
L 気分転換対処	0.02	-0.07	0.06	-0.02	-0.12 *	0.06	0.34 ***	0.19 ***	-0.06	0.35 ***	0.39 ***	1.00				
M ソートストッピング	0.03	0.04	0.03	0.01	0.05	0.03	0.12 *	0.08	-0.14 **	0.34 ***	0.16 ***	0.37 ***	1.00			
N サポート希求	0.11 *	0.01	-0.15 ***	0.01	-0.02	-0.14 **	0.30 ***	0.19 ***	0.05	0.17 ***	0.31 ***	0.24 ***	0.06	1.00		
O 主観的健康感	-0.13 **	0.05	0.02	-0.07	-0.14 **	0.09	0.31 ***	0.26 ***	-0.16 ***	0.14 **	0.12 **	0.42 ***	0.26 ***	-0.01	1.00	
P 介護バーンアウト	0.25 ***	-0.12 *	-0.07	0.23 ***	0.06	-0.14 **	-0.20 ***	-0.26 ***	0.27 ***	-0.10 *	-0.10 *	-0.29 ***	-0.20 ***	0.07	-0.49 ***	1.00
Q 介護効力感	-0.17 ***	0.16 ***	0.13 **	-0.17 ***	-0.01	0.14 **	0.32 ***	0.34 ***	-0.22 ***	0.17 ***	0.22 ***	0.39 ***	0.25 ***	0.04	0.49 ***	-0.64 ***

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

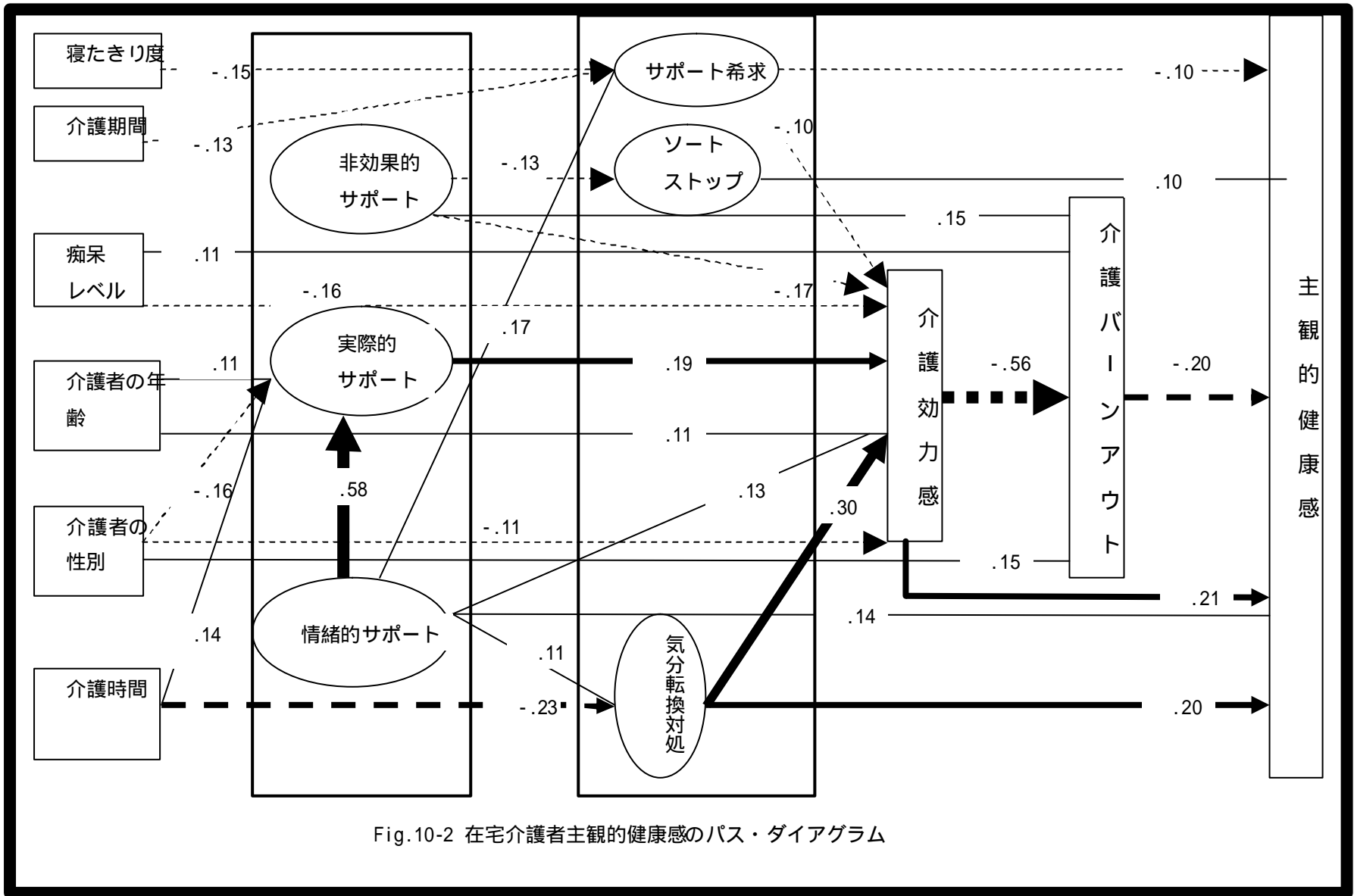


Fig.10-2 在宅介護者主観的健康感のパス・ダイアグラム

(-.15)を示した。気分転換対処に対しては要介護高齢者の身体状態(.10)，介護期間(.08)，情緒的サポート(.11)が有意な正のパス係数，年齢(-.08)と介護時間(-.23)は負のパス係数を示した

ソーシャルサポートに対する有意な影響力を示したものをみると，実際のサポートに対して，在宅介護者の年齢(.11)と情緒的サポート(.58)が正の有意なパス係数を示し，在宅介護者の性別(-.16)と介護時間(-.14)が有意な負のパスを示した。

第5節 考察

本研究では，ストレス認知理論に基づいて高齢者介護における在宅介護者の健康に対するソーシャルサポートとストレスコーピングの役割について検討を行った。本研究では，パス係数.10以上で，有意性を示したものについて考察を加える。まず，ソーシャルサポートが，このモデルの中で，介護バーンアウトおよび主観的健康感に対してどのような効果を示したかについてみることにする。情緒的サポートは，主観的健康感に対する直接的な肯定的効果とともに，気分転換対処と介護効力感に対しても肯定的な効果を示した。この気分転換対処は，介護効力感と健康感に極めて高い肯定的影響をおよぼすことから，情緒的サポートはこの気分転換対処を支えるリソースとして機能していると考えられる。一方，実際のサポートは，介護バーンアウトや主観的健康感に対する有意なパス係数は認められなかったが，介護効力感に対して正の効果を示した。実際のサポートをうけることは，介護効力感を高め，それによって，間接的に介護バーンアウトを抑制し，主観的健康感を高めるといえる。非効果的サポートは，介護バーンアウトに直接影響し，介護効力感と，ソートストップ対処に対して負の効果を示した。このソートストップ対処という，先のことを考えないようにするという対処は，それほど大きな値ではないが，主観的健康感に対して肯定的影響を及ぼしていた。したがって，非効果的サポートは，主観的健康感にとって良い

効果をもたらす，介護効力感やソートストップ対処を抑制してしまうことがわかる。

ところで，研究7からわかるように，在宅介護者のストレスコーピングは，5つの因子的構造をもっていた。しかし，在宅介護者の健康感モデルにおいて，認知的対処と問題解決的対処は，介護バーンアウト，主観的健康感には影響を及ぼしていなかった。在宅介護者の健康感モデルの中で，最も有効な働きを示したのは，気分転換対処であった。気分転換対処は，情緒的サポートをうけて，主観的健康感を高めるような直接的な作用と，介護効力感に大きな規定力を示し，介護バーンアウトを抑制し，主観的健康感を高めることが明らかになった。ソートストップング対処という一見消極的で回避的な対処と思われるが，先の見えない高齢者介護においては在宅介護者の健康には有効な対処である可能性が高いといえる。また，気分転換対処は介護効力感および健康感に極めて有効な対処法であることが示された。したがって，在宅介護者が如何に積極的に気分転換できるようするかという支援策を講じることが特に重要であるといえる。

一方，これまでストレス対処として適切とされてきた問題解決的対処と認知的対処の効果はみられず，介護というストレスには効果的でないことが明らかになった。誰かの助けを求めるというサポート希求対処については，介護効力感と主観的健康感に負の効果のあることが示された。本邦の在宅介護者の介護福祉サービス利用率は極めて低く，自分たち家族だけでやろうとする傾向が強いことがこれまでも多くの研究において指摘されてきた。そのことを考慮すると，誰かの助けを求めるといった対処行動が健康に悪い影響を与えるというのではなく，在宅介護者は，極めてストレスフルな状況になって始めて誰かの助けを求めるといった可能性が大きい。

本研究では，介護効力感を媒介変数としてモデルに組み入れた。ここで測定された介護効力感とは，介護場面における様々な問題に対する対処行動をどの程度うまくできるかという，認知的評価である（Gignac &

Gottlieb, 1996)。この介護効力感は、介護バーンアウトや主観的健康感に対して大きな規定力を示した。これまで在宅介護者における効力感に関してはほとんど検討されてこなかったが、本研究の結果は在宅介護者の効力感を修正することが、在宅介護者のバーンアウトを低下させ、健康感を高める効果を持つ可能性を示している。

最後に、本研究において、在宅介護者健康モデルに組み込まれたストレスナーについて考えてみたい。要介護高齢者が寝たきりになる、介護期間が長期化するといったことは、在宅介護者のストレスを増すのではないかと思われるが、実際には、要介護高齢者の寝たきり度の重症化や介護期間の長期化は、むしろ良い効果が認められた。これらのことは、主観的健康感に悪影響を与えるサポート希求対処を減少させ、介護状況に適応を進めるものといえる。しかし、要在宅介護者の痴呆レベルは、それほど大きな効果ではないにしても、介護バーンアウトに直接影響し、介護効力感を低下させた。日本の介護保険制度では受けられるサービス量は要介護高齢者の身体レベルによってほとんど決定されるが、在宅介護者が健康で介護を継続できるようにするためには、介護サービス受給の認定基準において要介護高齢者の痴呆の程度をむしろ重視すべきと言えるだろう。

在宅介護者の個人的特性、年齢や性別は、実際のサポート、介護効力感介護バーンアウトへの影響がみられた。男性在宅介護者や高齢の在宅介護者は、実際のサポートが多く、介護効力感が高いという結果であった。この結果は、これまでの研究結果を支持するものである(Whittich, 1988; Schofield, et al., 1997)。

以上のように、在宅介護者のソーシャルサポート自体の介護バーンアウトおよび主観的健康感に対する効果は、それほど大きなものではないといえるだろう。しかし、在宅介護者の気分転換対処、ソートストッピング、サポート希求対処といった、在宅介護者のストレスコーピングあるいは介護効力感を介して、在宅介護者のバーンアウトや健康感に影響を与えることが明らかになった。在宅介護者の周りのものが、在宅介護

者を精神面で支え，介護や家事を援助することは，在宅介護者の健康にとって大切なことといえる。

そして，本研究の検討結果の最も重要な点は，在宅介護者の気分転換対処の重要性が示されたことである。高齢者介護という長期に見返りの少ないストレス状況では，介護から適度に距離をとり在宅介護者が自分の時間をもつという気分転換対処は，介護効力感や健康感を高める1つの重要な手段であることが明らかになった。したがって，在宅介護者がこのような気分転換できるような環境を整えることが今後の在宅介護者への支援策にもっと大きく重視されるべき課題と言ってよいだろう。

そこで，次章では，情緒的サポートが，このような気分転換対処を増加させることができるのか，気分転換対処を行うことは，主観的健康感の改善するののかについて，介入事例の中で検討を行う。

第 11 章

研究 9 在宅介護者の健康感改善のための 新たなソーシャルサポートシステムによる介入事例研究

第 1 節 本研究の問題と目的

これまでの研究において、在宅介護者のストレス改善に及ぼすソーシャルサポートの重要性は、ほとんど横断的研究によって確かめられてきた。ソーシャルサポートとストレス反応との正確な因果関係を突き止めるためには、縦断的研究が必要であるとされながら、実際にその効果を縦断的研究に検討した例は少ない。

そこで著者らは、近年一般にも多く用いられるようになったコンピュータネットワーク（メールや電子掲示板）を用いて、在宅介護者に対するソーシャルサポートの効果について縦断的な検討を試みることにした。この縦断的な介入によって得られた結果が、研究 8 で構築された在宅介護者のソーシャルサポートのモデルを支持するかどうかを確認する。

コンピュータネットワークは場所や時間に制限されずに情報獲得やコミュニケーションの手段となるため、介護に拘束されて自由に外出しにくい在宅介護者には、このようなサポートシステムが適するのではないかと考えられた。在宅介護者に対するコンピュータネットワークによるサポートの研究は、アメリカの Brennan らの一連の研究があるものの（Brennan et al., 1991; Gallienne et al., 1993; Brennan et al., 1995; McClendon et al., 1998）、著者らが知る限り本邦での研究報告は見られない。Brennan ら研究では、高齢者や女性であってもコンピュータネットワークは利用可能であることが確かめられ、ネットワークへの参加は在宅介護者の自己決定に役立つとされたが、孤立感の低減などの精神的健康への影響については明らかにされていない。では、タイプライタ

本研究は、Ishikawa, Inoue, Kishi, Nishigauchi, Ota, Sasaki, & Haruki (2002) および石川・井上・奥野・池田・岸 (1999) による。

ーなどキーボードの操作になれていない本邦の在宅介護者においても、このようなコンピュータを用いたネットワークが可能なのか、そしてその効果はどのようなものなのかを、検討する必要があるだろう。これは、今後の高齢化社会におけるサポートのあり方を探る意味でも重要であると言える。

ところで、この在宅介護者コンピュータネットワークの導入を試みた長野県のK市は、福祉サービスをほとんど受けないで長期にわたる在宅介護を、嫁や妻などの女性が行っていくのが当然とされるような地域であった。高齢者の介護は、自分たち家族だけで介護を行うべきで、介護の不満を誰かに言うことは恥であるとされてきた。このような地域において、在宅介護者が同じような悩みを持つ者として話を聞いたり、個々の在宅介護者の持つ知識を共有できるような在宅介護者同士のつながりをつくるのが、在宅介護者の精神的健康に効果的ではないかと考えられた。さらに、ネットワークでの情報提供や情緒的支援を増すために、在宅介護者だけでなく、地域のボランティアや学生、保健師も参加するようなサポートシステムを作ることを試みることにした

そこで、本研究では、在宅介護者ネットワークがどのような効果をもたらすのか検討するために、ネットワーク参加した在宅介護者と参加しなかった在宅介護者に対して行ったネットワーク開始前と開始2年後の2回の調査結果を比較することとした。また、参加した在宅介護者については、それら2回の調査結果だけでなく、参加状況や生活への影響を含めた個別的検討を加えることとした。したがって、本研究の目的は、コンピュータネットワークを用いることで、在宅介護者のソーシャルサポートや健康感の改善、あるいは在宅介護者の社会参加を促すかについて検討することである。さらに、ネットワークに参加することは、在宅介護者の生活にどのような影響を及ぼすのだろうかについての、個別の検討を加えることとした。

第 2 節 方法

1. 対象者

ネットワーク参加在宅介護者群：96年6月の長野県K市の在宅療養者台帳に基づき、要介護高齢者の日常生活自立度が準寝たきりと寝たきり、及び痴呆であると判定された207名を調査対象として行った第1回目の調査に回答した167名の中から、まずランダムに30名を抽出した。その中から、ネットワーク参加の承諾が得られた13名をネットワーク参加在宅介護者とした。2年後の第2回目の調査までに、当初参加した13名の在宅介護者のうち8名は、要介護高齢者が亡くなったなどの理由からネットワークから抜け、残り5名を今回のネットワーク参加在宅介護者として分析対象とした。

2. コンピュータネットワークによる介入

本研究では、在宅介護者のソーシャルサポートネットワークの端末として、ユーザインターフェースが簡単であるマッキントッシュを用いた。ネットワークの構成には、グラフィカルインターフェースを有するBulletin Board System(Application soft :First Class?(Soft ARファーストクラス)を用いた。ネットワーク参加在宅介護者は自宅のコンピュータからファーストクラスを使用して、大学に設置されたサーバーに接続し、情報交換を行うシステムを構築した。

ネットワーク参加在宅介護者の自宅にコンピュータの設置と電話回線の接続を行い、60分程度のコンピュータリテラシー教育を行った。その内容は、電源の入れ方、切り方、マウスの操作方法、文字の入力方法、メールの読み方、送り方であった。これで不十分な対象者には、メールの送受信ができるようになるまで訪問し教えた。

情報の形式は電子メール、電子掲示板であった。電子掲示板には、「介護の部屋」、「料理の部屋」などの参加者の情報支援的な性質の掲示板と、保健、福祉情報を提供する「お知らせ」という掲示板をつくった。

ネットワークには、在宅介護者のほかに、大学の研究者、学生、地域ボランティア、保健師が参加した。彼らの主な役割は、在宅介護者へのコンピュータ使用法の指導、身近な話題についてのメールの交換、情報提供、オフラインでの会合(在宅介護者の集い)への参加などであった。

3. データ収集

データは、約2年の間隔をおいた2回の郵送法による質問紙調査と、約2年ネットワークに継続して参加した在宅介護者に対する自由記述式の調査によって収集した。

1回目の調査は、96年6月に207名の在宅介護者を調査対象とし、167名の在宅介護者からの回答が得られた。この第1回目調査結果をネットワーク開始前の基礎データとした。

2回目の調査は、98年8月に295名の在宅介護者を調査対象とし、189名からの回答が得られた。

3回目の調査は、98年12月に在宅介護者ネットワークに2年間継続して参加した在宅介護者5名に対してネットワークに参加することをどのように捉えているのかについて自由記述式の調査を実施した。

調査に関しては、1回目、2回目調査ともに調査用紙の送付、回収ともに郵送による方法が用いられた。倫理的配慮としては、始めに調査目的を調査対象者に文書で提示し、研究以外には使用しないこと、プライバシーは守られることが約束された。これらのことに同意が得られれば回答し、郵送してくれるよう依頼した。

4. 測度

(1) 基本的属性と介護状況(1, 2回目調査)

在宅介護者の年齢、性別、要介護高齢者との関係性、同居家族数を尋ねた。要介護高齢者の年齢や性別、そして要介護高齢者の寝たきり度(Jランク：日常生活はほぼ自立しているが見守りが必要、Aランク：寝たり起きたり、Bランク：ほぼ寝たきりだが座ることができる、Cランク：

一日中寝たきり),痴呆の有無について回答を求めた。介護状況として,介護を始めてからのおよその介護期間,1日あたりの介護時間をたずねた。

(2)ソーシャルサポート尺度(1,2回目調査)

在宅介護者のソーシャルサポートの評価のためには,「気軽におしゃべりする人」「介護や家事を手伝ってくれる人」など13項目の質問項目に対して,「まったくいない」から「かなりいるほうだ」までの4件法での回答が得られる在宅介護者ソーシャルサポート尺度を用いた。情緒的サポート得点,実際のサポート得点およびそれらを合計したソーシャルサポート得点の項目平均点が算出された。

(3)主観的健康感尺度(1,2回目調査)

在宅介護者の精神的健康の測定には,相馬ら(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。

(4)ネットワーク参加の方法と印象についての自由記述式調査

(第3回目調査)

ネットワークに接続する時の状況,ネットワークに参加しての印象,ネットワーク参加によって変化した事などについて自由に記述,回答してもらった。

第3節 結果

1 対象者の基本的属性および介護状況について

ネットワーク開始前における,ネットワーク参加在宅介護者(これ以後,ネット在宅介護者とする)と非参加在宅介護者の基本的属性と介護状況について,Tab.11-1には要介護高齢者の状況を,Tab.11-2には,在宅介護者の属性と介護状況を示した。同じくTab.11-1,Tab.11-2に示した

Tab. 11-1 ネット参加介護者と非参加介護者の基本的属性と介護状況

	参加介護者 (N=5)		非参加介護者 (N=34)	
	平均 (SD)	N	平均 (SD)	N
性別				
男性		0		8
女性		5		26
要介護高齢者との続柄				
配偶者		0		19
娘		1		2
嫁		4		12
その他		0		1
介護者の年齢	49.4 (8.82)		66.2 (10.66)	
介護時間 (時間/日)	8.0 (8.98)		6.6 (5.92)	
介護期間(月)	55.0 (28.50)		48.8 (38.20)	
同居家族数(人)	4.8 (0.84)		4.5 (1.76)	

Tab.11-2 要介護高齢者の基本的属性と心身の状態

	参加介護者 (N=5)		非参加介護者 (N=34)	
	平均 (SD)	N	平均 (SD)	N
年齢	81.8 (8.64)		80.4 (10.54)	
性別				
男性		1		12
女性		4		22
寝たきり度				
Aランク		2		9
Bランク		3		9
Cランク		1		16
痴呆の有無				
あり		0		0
なし		5		34

ように、ネット在宅介護者と非参加在宅介護者との間で有意な違いがあったのは、在宅介護者の平均年齢であり、ネット在宅介護者は非参加在宅介護者より若かった。これは、96年当時、現在ほどインターネット使用が一般化していなかったため、コンピュータ使用への抵抗が大きく、参加の同意が得られたのは、比較的若い人が多かったことと、要介護高齢者の死亡により高齢の在宅介護者が脱落したことによる。しかし、要介護高齢者の年齢や身体レベル、介護状況などには、有意な差はなく、ほぼ似たような介護状況にあったと言っていよう。

2 ネットワークへの参加状況について

ネット在宅介護者は、コンピュータの設置を含め3、4回の指導で、コンピュータの基本的な操作が可能になった。参加当初3ヶ月間のネットワークに接続したログインの月別平均回数、および96年、97年の月別平均メール送信数をTab.11-3に示した。在宅介護者ネットワークへのログイン状況は、個々のネット在宅介護者によってかなり差があるものの、平均的には、ほぼ毎日ログインしていた。一方、メールの送信は、96年が月平均2通、97年が1通と、それほど多くなかった。ネット在宅介護者は、毎日大体同じ時間にログインしてきており、学生ボランティアの送ったメールを読んでいた。交わされるメールの内容の多くは、天気や季節のできごとなどの身近な出来事に関するものであり、介護に関する話題はほとんど交わされなかった。

なお、ネットワーク上でのメールの交換だけでなく、直接在宅介護者同士が顔を合わせるオフラインでの会合を、年に2回程度開催した。このオフラインの会合は、1回2時間程度行われ、在宅介護者、学生、大学教員など10人？20人くらいが参加した。

3 対象者のソーシャルサポート主観的健康感について

ネットワークに参加することが、在宅介護者のソーシャルサポート得点や主観的健康感得点を向上させることができるかどうかを検討するた

Tab. 11-3 ログインの月別平均回数と月別平均メール送信数

	ログイン (参加当初3ヶ月間)	送信メール数 (1年目)	送信メール数 (2年目)
介護者A	45.3	7.4	2.8
介護者B	34.3	0.5	0.9
介護者C	30.3	2.6	0.6
介護者D	27.7	0.6	1.2
介護者E	17.7	0.9	0.7
平均 (SD)	31.0(10.05)	2.4(2.93)	1.2(0.92)

Tab.11-4 ネットワーク参加介護者と非参加介護者のネット開始前と開始2年後の比較

	ネット参加介護者		非参加介護者	
	ネット開始前 平均 (SD)	ネット開始2年後 平均 (SD)	ネット開始前 平均 (SD)	ネット開始2年後 平均 (SD)
ソーシャルサポート				
情緒的サポート	2.20(0.37)	2.00(0)	2.16(0.47)	1.86(0.37)
実際のサポート	2.11(0.22)	1.93(0.15)	2.03(0.42)	1.82(0.30)
合計	2.15(0.29)	1.97(0.07)	2.10(0.42)	1.83(0.32)
主観的健康感				
心理的安定	2.39(0.36)	2.66(0.44)	2.64(0.73)	2.60(0.56)
意欲	2.39(0.32)	2.74(0.28)	2.73(0.54)	2.75(0.38)
体調	2.13(0.94)	2.47(0.90)	2.48(0.83)	2.26(0.65)
生活行動習慣	2.59(0.38)	2.77(0.43)	3.09(0.62)	2.77(0.58)
合計	2.38(0.33)	2.66(0.43)	2.73(0.50)	2.60(0.43)

めに、ネット開始前と開始2年後における、ネット在宅介護者と非参加在宅介護者別にソーシャルサポートと主観的健康感の項目平均得点とSDを算出し、ネット在宅介護者と非参加在宅介護者の群とネット開始前後の時期による2要因の分散分析を行った(Tab.11-4)。情緒的サポート、実際のサポート、ソーシャルサポート合計のすべてにおいて、ネット在宅介護者、非参加在宅介護者ともに、開始前より開始後に得点が低下し、時期の効果がみられた(情緒的サポート： $F(1, 35)=5.66, p<.05$ 、実際のサポート： $F(1, 35)=4.35, p<.05$ 、ソーシャルサポート合計： $F(1, 35)=6.61, p<.05$)。LSD法による多重比較を行った結果、いずれも非参加在宅介護者のネット開始後の得点の低下が有意だった($p<.001$)。

主観的健康感についてみると、ネット在宅介護者はネット開始前に比べて開始後の平均得点が高かった。しかし、非参加在宅介護者では、意欲は若干上昇したが、他の因子別の平均得点はすべて低下していた。分散分析の結果では、意欲において時期の効果がみられ、ネット開始前よりも開始後は有意に上昇した($F(1, 36)=4.12, p<.05$)。LSD法による多重比較の結果、ネット在宅介護者の開始後の意欲が、開始前より有意に上昇していた($p<.05$)。また、体調と主観的健康感合計では、交互作用が有意であった(体調： $F(1, 36)=5.42, p<.05$ 、主観的健康感合計： $F(1, 36)=7.03, p<.05$)。LSD法による多重比較の結果、ネット在宅介護者の体調と主観的健康感合計が、開始前より開始後に上昇したのに対し(体調： $p<.05$ 、主観的健康感合計： $p<.10$)、非参加在宅介護者は開始後低下していた(主観的健康感合計： $p<.10$)。したがって、在宅介護者ネットワークに参加することは、介護の継続によって生じるソーシャルサポートの低下をある程度抑え、主観的健康感を高める可能性を示しているといえる。

4 ネットワーク参加対象者別の検討

2回の調査に答えたネット在宅介護者は5名だけであり、平均値による検討だけでは十分ではないと考えられたため、さらにネットワーク参加

の背景，ネットワーク参加の捉え方，参加の仕方，日常生活への影響などについて個別的な検討を加えた。各ネット在宅介護者について，2回の調査におけるソーシャルサポート，主観的健康感の得点の変化，3回目の自由記述式の調査結果，2年間のネットワークへの参加状況，ネットワーク以外の日常生活についてみてゆく。

在宅介護者 A は，ネットワーク参加時に60歳で6年以上介護していたが，家族の協力があり，比較的時間の余裕があった。ネットワークへの参加も積極的であり，ログインの記録（Tab.11-4）に示すように，ネット在宅介護者の中で最も多くのログインとメールの送信を行っていた。季節や介護などさまざまな話題についての自発的なメールや，学生や他の在宅介護者からのメールに対する返信メールも多く書いていた。オフラインでの会合にも欠かさず参加し，他の在宅介護者を誘って参加することも多かった。自由記述式の調査に対して，ネットワークに参加することについて「他のものでは得られないような，大きな生きがいになっている」と回答し，ネットワークに参加できて本当によかったと述べていた。Tab.11-5からも分かるように，ネットワーク開始前の主観的健康感尺度の因子得点および合計得点もすべて平均以上を示していたが，参加2年後の調査ではさらに高まっていた。在宅介護者 A は，要介護高齢者が2回目の調査後に死亡したが，「ネットワークに参加できないと寂しい」と述べ，継続して参加することを望み，現在も継続してネットワークに参加している。

在宅介護者 B の場合は，参加当初，指導のための時間が十分とれず，なかなかコンピュータ使用法やネットワークへの接続法をマスターできなかった。そこでコンピュータの使用を希望した小学生の子どもに対する指導を行い，その子どもから教えてもらう方法をとった。その結果，在宅介護者 B は使用をマスターし，メールの送信は少なかったが，管理者の「いいこと教えて」などのメールに対して徐々に返信を書くようになっていった。また，オフラインでの会合には，子どもとともにほとんど出席した。ネットワークに参加することで，「他に多くの在宅介護者

がいることや、自分よりもひどい状態の人がいると知ってびっくりした」
「他のいろいろな人たちと知り合いになれることが楽しい」と捉えていた。ネットワーク参加前の主観的健康感では、心理的安定と意欲の面がやや低かったが、2年後の調査では、体調に若干の低下が見られたものの、各因子の項目平均がすべて2.5以上となり、主観的健康感が向上した (Tab.11-5)。ネットワーク参加以前も以後も、在宅介護者の集いなどの公的な集会には全く参加していないが、ネットワーク内の在宅介護者、学生、教員などとは「メールでどんな人が分かっているので安心」として、忙しい時間を割いて出席していた。

在宅介護者Cは、ネットワーク開始直後は非常に熱心に参加して、料理の話や自分の介護の様子について多くのメールを書いていた。しかし、親族のトラブルなどが重なり、徐々に参加しなくなっていった。主観的健康感の調査結果では、意欲についてはネット参加以前から良好な状態であり、2年後もさらに上昇していたが、心理的安定と体調は変化がみられず、生活行動習慣は低下していた (Tab.11-5)。在宅介護者Cは、要介護高齢者の状態について、介護しやすくなったと述べており、要介護高齢者は、「寝たり起きたり」から「寝たきり」の状態になって、介護時間は3時間から2時間に減少した。在宅介護者Cの場合、ネットワークへの参加は、当初は気分転換や楽しみであったが、大きなストレスに直面し、深い話し合いのできないネットワークでの関わりは、徐々に参加する意味をもたなくなっていったと考えられる。

在宅介護者Dは、ネットワークに参加することで、多様な変化がみられたケースである。在宅介護者の家は、市街地から離れた地域にあり、自動車の運転できない彼女は、介護や内職をしながら家で過ごしており、ほとんど外出できていなかった。ネットワークに参加することになり、「生活にはりができた」とし、「絶え間なく続く日常や介護の区切り」として、ネットワークにほとんど毎日ログインしていた。介護は女の仕事とされており、夫や息子の手伝いはほとんどなく、在宅介護者Dは不満に思いながらも一人で介護を行ってきていた。しかし、オフラインで

Tab. 11-5 ネット参加介護者の主観的健康感の個別的変化

ネット参加介護者		A	B	C	D	E
心理的安定性						
	参加前	2.75	2.33	2.00	2.11	2.78
	参加後	3.11	3.00	2.00	2.56	2.63
意欲						
	参加前	2.82	2.09	2.60	2.36	2.09
	参加後	3.09	2.55	2.98	2.64	2.45
体調						
	参加前	2.83	3.17	1.00	1.33	2.33
	参加後	3.33	3.00	1.00	2.67	2.33
生活行動習慣						
	参加前	2.86	2.71	2.25	3.00	2.14
	参加後	3.14	2.86	2.14	3.14	2.56
主観的健康感合計						
	参加前	2.81	2.58	1.96	2.2	2.34
	参加後	3.17	2.85	2.03	2.75	2.49

参加前：ネットに参加する開始前の調査

参加後：ネットに参加2年後の調査

のネットワークの会合に出席するために、夫に送迎を頼んだり、留守中の介護を家族や介護サービスを頼むことができるようになっていった。さらに、ネットワーク参加がきっかけとなって、他の集まりにも参加するようにもなった。主観的健康感の調査結果をみても、すべての側面で大幅な上昇がみられた。

在宅介護者 E は、ネットワーク参加時に、実の母親をすでに 7 年間介護していた。在宅介護者 E の場合、介護そのものは、それほど負担になっていなかったが、子どもの登校拒否という問題を抱えており、その援助を必要としていた。在宅介護者 E 自身のメールの送信は少なかったが、子どもの書いた絵などが送られてきた。その子どもは、家族以外とは全く話しをしなかったが、在宅介護者ネットの会合にはいつも出席し、わずかではあったが話しをすることもあった。子どもの登校拒否は、2 年間の間に解決しなかったが、学生と交流する中で、お菓子づくりの特技を見出し、自信をつけていった。在宅介護者 E は、ネットワークへの参加を「ストレス解消になる」とし、「話しを聞いてもらえる」と評価していた。主観的健康感、ネットワークの参加前後で、主観的健康観の合計はやや上昇したもののそれほど大きな変化はなかった。

第 4 節 考察

本研究では、高齢者を自宅で介護する在宅介護者に対してコンピュータを用いたソーシャルサポートの可能性を検討した。研究開始当時コンピュータ使用への抵抗が高齢者で特に大きかったため、本研究の対象となった在宅介護者は、アメリカにおける同様の研究対象者よりも若かった。しかし、比較的高齢の女性もネット在宅介護者に含まれており、今まで全くコンピュータを操作したことがない女性でも、何回かの指導でコンピュータの操作とメールの送受信が比較的容易に行えることがわかった。

ソーシャルサポートの得点では、ネット在宅介護者も非参加在宅介護者も、情緒的サポート、実際のサポート、ソーシャルサポート全体の全

てにおいて、ネット開始 2 年後で低下していた。介護の長期化とともに、周囲から在宅介護者に対して多くのサポートが与えられるのではないかと一般には考えられるが、本研究の結果をみると減少する可能性が示された。これまでの研究でも、介護の継続に伴い在宅介護者の社会参加が減少し、孤立感を抱くようになると言われている (Chenoweth, Spencer, & Demetia, 1986; George & Gwyther, 1986)。本研究では、ネット在宅介護者、非参加在宅介護者の両者がともにソーシャルサポート得点が低下したが、非参加在宅介護者の低下がより顕著であり有意差が認められた。ネットワークに参加することは、新たなネットワークの構築であり、ネット在宅介護者のソーシャルサポート得点は高めるのではないかと当初予測されていた。しかし、結果的には、ネットワークへの参加は、ネット在宅介護者のソーシャルサポート得点を上昇させるまでは至らなかったが、介護の継続に伴って減少する情緒的サポートや情報提供を行うことで、在宅介護者のソーシャルサポートの低下を抑制する効果をもっていたと考えることができる。Brennan et al. (1995) の研究でも、1 年間のネットワークへの参加は、在宅介護者の孤立感の改善には効果が確認できなかった。しかし、彼らは、コンピュータネットワークは在宅介護者にとって 1 つのソーシャルサポートとして認識されており、尺度の天井効果により、孤立感の改善が見られなかったのであり、実際には孤立感を改善していたのではないかとしている。これらのことから考えると、コンピュータによる在宅介護者のサポートは、在宅介護者の感じるソーシャルサポート得点を大きく変化させるほどではなく、維持するあるいは少しの改善をもたらす程度の効果をもつのかもしれない。この結果は、コンピュータネットワークによって提供されるサポートの量と質に関係していると考えられ今後検討すべきであろう。

次に、在宅介護者の主観的健康感について検討する。結果に示すように、平均的にみると、ネットワークへの参加は、在宅介護者の主観的健康感得点を高める可能性が示された。開始前のネット在宅介護者の主観的健康感は、非参加在宅介護者よりも低かったが、ネットワークに参加

して2年後には、意欲以外の得点で非参加在宅介護者よりも高くなっていった。得点自体をみても、4段階評定の主観的健康感尺度の中央値2.5点よりも低かった心理的安定、意欲、主観的健康感合計の得点が、2.5点以上となり、良好な状態になったといえる。

このようなネット在宅介護者の主観的健康感の改善は、どうして起こったのか。個々のネット在宅介護者の自由記述調査結果やオフラインでの報告に基づいて考えてみると、ネットワークへの参加は、ネット在宅介護者にとって、介護以外の生活を充実させるストレス解消や気晴らしとなった可能性が大きい。実際に、ネットワーク上のメールやオフラインでの会合（在宅介護者の集い）などで、介護のことは余り話題にされなかった。著者らが、在宅介護者ネットワークをつくる1つの目的は、同じ在宅介護者としての苦しみを分かり合える仲間づくりであった。しかし、在宅介護者にとって、介護はどうしてもやらなくてはならないものであり、むしろ介護から離れる時間を作りたいと考えていた。これまでの一般的なストレス研究においては、苦しい出来事について話すことは健康感改善に役立つとされてきたが、介護という慢性的、日常的ストレスでは、むしろ苦しいことから心的距離のとれるような別のことをする時間を持つことが重要なかもしれない(石川・奥野・池田・井上, 2001)。今後の在宅介護者の健康を考える上で、介護の問題を直接扱う援助だけでなく、介護から心理的に解放されるような援助のあり方が必要になってくるのではないだろうか。

また、在宅介護者Cの場合のように、他の在宅介護者とのやりとりによって、家族の援助を得るスキルを身につけたり、介護サービスを利用することへの抵抗を減少させることができるだろう。このような新たなスキルの獲得は、ほとんど一人で抱えていた介護の負担を減少させ、在宅介護者の主観的健康感の向上をもたらした可能性も考えられる。しかし、非常に限られた在宅介護者における結果であり、今後さらに検討を要する問題である。

ところで、ネット在宅介護者の個別検討の結果では、意欲と主観的健康

康感合計ではネット在宅介護者全員が向上したものの、心理的安定、体調、生活行動習慣では著しい改善を示したネット在宅介護者もみられる一方で、低下したり、変わらなかつたりした在宅介護者もいた。改善しなかつた2名の在宅介護者は、家族問題などの大きなストレスを抱えていた。このような介護以外のストレスの高い在宅介護者を支援するには、本ネットワークの機能では限界があつたといえる。今後、このような高ストレス在宅介護者に対して、どのようなサポートシステムを構成するかについても考えていかなければならない。

以上のように、2年間にわたるコンピュータネットワークによる在宅介護者に対するソーシャルサポートの試みたところ、1つには、新たなネットワークの構築によって介護の長期化に伴って低下しがちな在宅介護者のソーシャルサポートを維持する、2つには、コンピュータネットワークを活用する事で、自分のペースで参加できるため介護からの気分転換となり、在宅介護者の精神的健康を改善する、という2つの可能性が示された。しかし本研究は、地域的にも限定され、最終的にネットワーク参加者が5名という少数の在宅介護者に関する検討結果である。今後、本研究で得られた結果の一般化のためには、被験者の追加を始めとしたさらなる検討が必要である。

第 12 章 総括的考察

第 1 節 本研究の結果の要約

研究 1 では、在宅介護者の精神的健康支援の現状と必要性の認識について明らかにするために、全国 20 市町村に対して調査を行った。その結果、在宅介護者に対する精神的サポートが、要介護高齢者サポートと同じものとして捉えられており、在宅介護者に対する精神的サポートが不十分であることが明らかにされた。

研究 2 では、在宅介護者の健康在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面、否定的側面の両面を評価できる、在宅介護者ソーシャルサポートの質問紙を作成し、その妥当性と信頼性を確認した。多面的回答の得られる質問紙として妥当性の高いものであったが、より簡便なものにするために研究 3 で、改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度を作成した。この改訂版在宅介護者ソーシャルサポート尺度は、妥当性と信頼性の点で問題がなく、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面、否定的側面の両面を評価できる有用性の高いものであることが確認された。

研究 4 では、高齢の在宅介護者のソーシャルサポートと主観的健康感の状況と関連性を明らかにするため、介護を行っていない高齢者との比較を行った。介護バーンアウトと同様に、主観的健康感でも女性高齢介護者の健康感は低いのに対し、男性高齢介護者は高齢非介護者と変わらないことが明らかになった。一方、ソーシャルサポートでは、肯定的サポート、非効果的サポートのいずれについても、在宅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。在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性については、高齢在宅介護者および高齢非介護者ともに、気持ちを支えてくれたり、実際に手伝ってくれたりする肯定的サポートが主観的健康感に影響を与えることが示された。

研究 5 では、在宅介護者のソーシャルサポートと介護ストレスについて、在宅介護者の性別と要介護高齢者との続柄の面から検討した。ソ-

シャルサポートと介護ストレスについては、男性介護者は、女性介護者よりも実際のサポートを多く受け、情緒的消耗も少なく充実感に満ちて介護を行っていた。一方、女性介護者の中でも、嫁介護者は、介護に関して他者からの非効果的サポートを多く受けていると評価し、介護バーンアウトの程度は全在宅介護者の中で最も高かった。さらに、影響要因が確認できなかった息子介護者以外のすべての在宅介護者で、肯定的サポートのストレス緩衝効果より、非効果的サポートの効果の方が大きく、介護バーンアウトを促進することが明らかになった。

研究6では、要介護高齢者の寝たきり度によって、在宅介護者の情緒的ソーシャルサポートが異なり、痴呆レベルによって、非効果的サポートが異なることが明らかになった。要介護高齢者の状態が、見守りという自立度の比較的高い時や、完全に寝たきりになってしまうと、寝たきりおきたりの状態の時よりも、在宅介護者の情緒的サポートが多かった。このことは、在宅介護者が自分のペースで介護を行えることで、他者との交流が増し、サポートが得やすい、あるいは重度の寝たきりの人を介護していることが他者から高い評価を得やすいのではないかと考えられた。また、他者からの口出しや干渉などの非効果的サポートは、要介護高齢者の痴呆レベルが軽いときのほうが多いことから、要介護高齢者の痴呆が軽度の時は、周囲の人にとって、在宅介護者に問題があるように受け取られるのではないかと、痴呆が顕在化すると、在宅介護者への批判も減少する可能性のあることが示された。在宅介護者の主観的健康感についてみると、要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベルによる大きな違いは見られなかった。要介護高齢者の障害の程度は、在宅介護者の主観的健康感と直結しないことが、改めて確認された。

研究7では、在宅介護者の健康とソーシャルサポートの関連性について検証するために必要となる、在宅介護者ストレスコーピング尺度を作成した。在宅介護者のストレスコーピングスタイルとして、認知的対処、問題解決的対処、気分転換対処、ソートストップング対処、サポート希求対処の5因子が抽出された。構成概念的妥当性と信頼性に問題はなか

った。これまで不適切なコーピングとされてきた気分転換対処やソート
ストッピング対処が、慢性的ストレスを抱える在宅介護者にとっては有
効な対処法である可能性が高く、また、これらの気分転換対処とソート
ストッピング対処が十分行うためのリソースとして、情緒的サポートが
有効であることが明らかになった。

研究 8 では、研究 4、研究 6、研究 7 を受けて、在宅介護者の健康を、
要介護高齢者の心身の状態や痴呆の程度などのストレス、ソーシャ
ルサポート、ストレスコーピング、介護効力感を含めたパス解析を行い、
在宅介護者の健康にソーシャルサポートが影響するメカニズムのモデル
化を試みた。情緒的サポートは、在宅介護者の気分転換コーピングや介
護効力感および健康感に対して有意な規定力を示したことから、在宅介
護者の周りのものが、在宅介護者を精神面で支えることは在宅介護者の
健康にとって大いに有効であることが示された。また、非効果的サポ
ートは、介護バーンアウトを促進する可能性が高いことがわかった。また、
気分転換対処は介護効力感および健康感にとって、極めて有効な対処法
であることが明らかになった。

研究 9 では、2 年間にわたるコンピュータネットワークによる在宅介
護者に対するソーシャルサポートの試みの結果を分析した。新たなネッ
トワークの構築によって介護の長期化に伴って低下しがちな在宅介護者
のソーシャルサポートを維持することができること、コンピュータネッ
トワークを活用する事で、自分のペースでネットワークに参加できるた
め介護からの気分転換となり、在宅介護者の精神的健康を改善する、と
いう効果が認められた。また、横断的研究の調査結果の分析から示され
た、在宅介護者の気分転換対処の重要性がここでも確認された。

第 2 節 本研究の総合考察

本研究をまとめるにあたって、これまでの在宅介護者のストレスや健

康とソーシャルサポートに関する研究背景を検討したなかであげられた問題点について、まず、考察を行う。そして、本研究の結果、明らかになった在宅介護者のストレス、健康感の状況について考察する。その後、本研究の主眼であった、在宅介護者の肯定的、否定的ソーシャルサポートが、健康感にどのように影響するのかというメカニズムについて考察を行うことにする。

在宅介護者のストレスと健康という問題を考える上で、調査対象者をどのようにして選択するかという点は、最も基本的な問題であるといえる。Martire & Shultz(2001)が指摘したように、特定のグループから調査対象者の在宅介護者を選択することは、調査結果に影響を与えると考えられる。その点について、本研究では、長野県という限定された地域ではあるが、研究2では、1市における在宅介護者の全件調査、研究3から8までは、1市が全件調査と、もう1市はランダムに選択された複数の地域の在宅介護者についての全件調査が行われた。したがって、1つの地方という限界はあるものの、特定グループ集団からのサンプリングではなく、本研究結果は、地方における在宅介護者の一般的な状況をとらえたものといえる。

次に、これまでの在宅介護者のストレスや健康感に関する研究では、対照群を設けた研究が少なく、対照群があったとしても、非常に少数であることが問題として指摘された。本研究では、研究5で検討したように、在宅介護者と同地域に住み、介護を行っていない高齢者を対照群として設定した。この対照群との比較によって、単なる基準点との比較や在宅介護者だけの比較では得られない在宅介護者の状況がより明確にされた。

また、これまで、信頼性と妥当性をそなえた在宅介護者のソーシャルサポート尺度が作成されていないことが、在宅介護者のソーシャルサポート研究を進める上での大きな障害とされてきた。これに対しても、本研究では、研究2と研究3において、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を測定できる質問紙を作成し、妥当性と信頼

性のある尺度であることが確認された。

以上のように，データ収集に関わる基本的問題は，本研究では解決できたと考えられる。

つぎに，介護を行うことで，在宅介護者は，どのようなストレスや健康感の状態にあるのか。本研究では，介護による直接的なストレスは，介護バーンアウトとして評価され，ストレスも含めた全体的な健康感には，主観的健康感として評価された。その結果明らかになったことは，在宅介護者のバーンアウトおよび主観的健康感には，一般的にみると，それほど悪い状況ではないということである。特に，男性介護者においては，介護を行っていない高齢者よりも，むしろ高い健康感をもち，充実感を持って介護している場合が多いことがわかった。それに較べると，女性の在宅介護者は，低い健康感を示したが，得点自体としては良い健康状態に区分できるものであった。在宅介護者全体としてみると，これまでの研究が示すような，非常に強いストレス状態にあるというのではなく，それなりの健康を保って介護を行っているといえる。Martire & Shultz(2001)のいうように，これまでの在宅介護者のストレスに関する研究結果は，多少誇張されていた可能性がある。

しかしながら，在宅介護者が嫁である場合に，要介護高齢者の痴呆が重症化すると，介護バーンアウトが悪化し，要介護高齢者を「もの」であるかのようにみる傾向があることも明らかにされた。そして，寝たきり度は，むしろ重くなるほうが，嫁介護者の離人化は低くなる傾向を示した。これらのことから，在宅介護者の健康感や介護バーンアウトといった面で，リスクの大きいのは，続柄としては，嫁が在宅介護者になる場合であると言える。痴呆があり，ある程度動ける要介護高齢者の介護を嫁が担っている場合には，嫁の介護バーンアウトや健康感に対する配慮が十分行われる必要があるといえる。日本では，高齢者介護を嫁が担う場合が，いまだに最も多いことから，嫁介護者に対する具体的支援を考えることが重要といえる。

次に，本研究の主眼である，在宅介護者の健康感に対するソーシャル

サポートのメカニズムの明確化を，研究 4，研究 5 における研究結果および研究 8 で構築された在宅介護者健康感モデルに基づき，考察をおこなっていく。

在宅介護者健康モデルにおいて明らかにされた，第一の点は，本研究においてストレスとして設定された，要介護高齢者の寝たきり度や痴呆レベル，介護時間や介護期間が，在宅介護者のソーシャルサポートに対して，有意な影響力を示さなかったことである。実際のサポートに対しては，在宅介護者の性別と年齢が弱い影響を示したが，情緒的サポートと非効果的サポートは，これらの要因も関連性を示さなかった。したがって，在宅介護者のソーシャルサポートは，要介護高齢者の心身の状態や介護状況，そして在宅介護者の性や年齢によっても，ほとんど影響を受けないものであるといえるだろう。Rook(1990)は，高齢者のソーシャルサポートの研究を概観して，高レベルの否定的なソーシャルサポートに関連する要因として，女性であること，前期高齢者であること，そしてソーシャルスキルの問題があるのではないかとしている。本研究における在宅介護者健康感モデルでは，在宅介護者の性別と年齢は，非効果的に効果を持たなかった。在宅介護者のソーシャルスキルの問題は，本研究では検討を行っておらず確認することができなかった。

次に，本研究の最も重要な点である，在宅介護者の主観的健康に対するソーシャルサポートの影響するプロセスについて明らかになったことは，在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面は，異なる機能をもつということである。研究 4 において示されたように，在宅介護者の心理的不適応感を測定する介護バーンアウトに対する肯定的サポートの効果は弱く，それほど大きな効果を持たなかった。それに対し，非効果的サポートの効果は大きく，情緒的消耗感を高め，自己達成感を低下させた。そして，研究 5 では，在宅介護者の積極的な意欲や生活習慣などの心身のバランスのよさを測る主観的健康感に対して，情緒的サポートなどの肯定的サポートの効果が大きいことが示された。

在宅介護者健康感モデルに基づいて検討したところ，情緒的サポート

は、主観的健康感に対して、直接に影響を与えるが、気分転換対処あるいは介護効力感を介して主観的健康感に対して、肯定的な影響を及ぼしていることが明らかになった。実際のサポートは、介護効力感にだけ影響を示した。気分転換対処は、介護効力感と健康感に極めて高い肯定的影響をおよぼすことから、情緒的サポートはこの気分転換対処を支える、リソースとして機能していると考えられる。また、実際のサポートは、介護バーンアウトや主観的健康感への直接的効果はなく、どの対処法に対しても効果が認められなかった。実際のサポートは、介護効力感に影響し、それによって、主観的健康感に影響を与えていた。これは、実際のサポートをうけることは、在宅介護者の介護効力感をあげるうえで強力な効果はあるが、在宅介護者の対処法に影響しないため、在宅介護者の対処行動の獲得・修正は生じにくいと考えられる。したがって、実際のサポートの減少は、介護効力感の低下に直結し、その結果、主観的健康感も低下してしまう可能性を示している。実際のサポートは在宅介護者の一時的な援助法として有効である可能性は大きいですが、さらに在宅介護者の適応的な対処法を獲得するための援助を考えることが必要と思われる。

一方、非効果的サポートは、介護バーンアウトへの直接的効果とともに、ソートストップを抑制し、主観的健康感に否定的な効果をもたらす効果と、介護効力感に対する否定的な効果が示された。このソートストップ対処という、先のことを考えないようにするという対処は、それほど大きな値ではないが、主観的健康感に対して肯定的影響を及ぼしていた。すなわち、非効果的サポートは、主観的健康感にとって良い効果をもたらす、介護効力感やソートストップ対処を抑制してしまう。言い換えれば、人からの否定的な働きかけは、在宅介護者に先々のことを心配させ、介護をやっていけないという気持ちを高めてしまうといえるだろう。

これまでの高齢者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面に関する研究では、ソーシャルサポートの肯定的側面よりも、否定的側面

の効果が大きいとされてきた。要介護高齢者との続柄別に検討した研究4においては、息子以外の在宅介護者において、介護バーンアウトに対する非効果的サポートの効果が大きいことが確認されたが、この在宅介護者健康モデルにおいては、それほど明確な違いにはならなかった。しかし、本研究での在宅介護者の非効果的サポートの平均値は、肯定的サポートに比べ、かなり低いものであったことを、考慮すればその効果は大きいといえるだろう。めったに経験しない、ほんの少数の人からの、否定的な態度や言葉が、在宅介護者のバーンアウトを高め、介護効力感を低下させる可能性を示している。Rook(1997)は、非効果的サポートの衝撃の大きいのは、人は脅威に対して、特に覚醒的になる内的傾向をもっているのだと説明している。Johnson(1996)によっても、要在宅介護者との間の否定的なやりとりが、在宅介護者の「ひと」より「物」であるという感覚、いわゆる離人化と深く関連していることが明らかにされている。

したがって、在宅介護者のソーシャルサポートにおいて、情緒的サポートは、直接的効果とともに、介護効力感および気分転換対処を介して健康感を高める効果を示し、実際のサポートも介護効力感を通じて主観的健康感に影響することが明確になった。また、非効果的サポートは、経験することが少なくとも、その影響は大きく、直接的な介護バーンアウトの促進とともに、ソートストッピングおよび介護効力感を介して、介護バーンアウトを高めることが明らかになった。

次に、在宅介護者の主観的健康感、介護バーンアウトに対して大きな効果をもった介護効力感と対処法について考えてみたい。ここで測定された介護効力感とは、介護場面における様々な問題に対する対処行動をどの程度うまくできるかという、認知的評価である(Gignac & Gottlieb, 1996)。しかし、個人の認知された自己効力感が健康を維持する行動に影響を及ぼす心理的要因として重要な機能を果たしていることが示されており(坂野, 1990)、介護の問題についても適用できると考えられる。この介護効力感とは、介護バーンアウトや主観的健康感に対して大きな規

定力を示した。これまで在宅介護者における効力感に関してはほとんど検討されてこなかったが，本研究の結果は在宅介護者の効力感を修正することが，在宅介護者のバーンアウトを低下させ，在宅介護者の健康感を高める効果を持つ可能性を示している。

在宅介護者の対処法についても，新たな知見が得られた。在宅介護者健康モデルの中で，介護効力感，介護バーンアウト，そして主観的健康感に対して影響したのは，気分転換対処，ソートストッピング，サポート希求対処であり，認知的対処，問題解決的対処はほとんど影響しなかった。この気分転換対処は，欧米の研究では逃避的対処として，むしろストレスを強めるとされてきたものである。しかし，日本の在宅介護者の場合，慢性的ストレスの介護場面への対処法として，気分転換対処は適応的な対処であるといえる。

先のことを考えないという，より逃避的と思われるソートストッピングも，在宅介護者の健康感に対して有効であることが明らかになった。このように慢性的ストレスである介護問題への対処法は，短期的ストレスとは異なる対処法が有効である可能性が示された。一方，これまでストレス対処として適切とされてきた問題解決的対処と認知的対処の効果はみられず，介護というストレスには効果的でないことが明らかになった。誰かの助けを求めるというサポート希求対処については，介護効力感と主観的健康感に負の効果のあることが示された。本邦の在宅介護者の介護福祉サービス利用率は極めて低く，自分たち家族だけでやろうとする傾向が強いことがこれまでも多くの研究において指摘されてきた。そのことを考慮すると，誰かの助けを求めるといった対処行動が健康に悪い影響を与えるというのではなく，在宅介護者極めてストレスフルな状況になって始めて誰かの助けを求めるといった可能性が大きい。

本研究では，コンピュータネットワークによる在宅介護者のサポートシステム構築を行い，上記のような横断的研究による結果が確認されるのかということと，このネットワークへの参加による在宅介護者の健康感に対する効果について検討を行った。このコンピュータネットワーク

への参加は、在宅介護者のソーシャルサポートの得点そのものを上昇させるものではなく、また、高いストレス状況下にある在宅介護者には効果が認められなかったものの、そのほかのネットワーク参加在宅介護者の主観的健康感を高める効果が確認された。在宅介護者に対する新たな介入がない場合、介護の経過とともに、在宅介護者のソーシャルサポートは低下し、それとともに主観的健康感も悪化する傾向がある。また、参加した在宅介護者の行動観察や調査結果を分析したところ、1つのサポートネットワークにおける参加の経験は、他の社会参加を促し、ネットワークに接続することが、気分転換対処となることがわかった。このようなコンピュータネットワークによる介入は、一種のグループ介入といえるだろう。従来の研究では、在宅介護者に対する個別的な介入に比べて、グループ介入の効果は低いとされてきたが（Scott et al., 1986; Knight et al., 1993）、本研究による結果は、グループ介入の1つの方向性を示しているといえるだろう。欧米においてグループ介入の効果が低かった理由として、グループ介入による目標が、問題解決能力の向上がめざされるためとされている。本研究の在宅介護者健康感モデルによる分析結果も、問題解決的対処への介入が効果的でないことを示している。Scott et al. (1986)は、電話によるサポートや友達のような訪問といったサポートプログラムが、在宅介護者の情緒的サポートのニーズに適しているのではないかと提案している。本研究で行われた、メールによるやりとりは、Scott のいう情緒的なサポートプログラムと同様の機能をもち、在宅介護者の情緒的サポートとなったのではないかと考えることができる。

最後に、本研究は、1つの県における在宅介護者の健康とソーシャルサポートについての検討であり、その社会的背景のなかでの結果という限界をもっている。今後、より一般化するための検討が望まれる。

援助する者は、つい、要介護高齢者の痴呆や身体的機能の障害の程度によって、在宅介護者が抱える問題を評価してしまうが、それでは十分ではなく、その人が、どのようなソーシャルサポートを有しているのか

をみることで、大切といえる。在宅介護者のソーシャルサポートに配慮し、在宅介護者が気分転換を行えるような支援策を考えていかなければならない。在宅介護者の気分転換のためのサポートは、ほとんど行われておらず、在宅介護者は、要介護高齢者を残して自分だけの気分転換を行うことに罪悪感を抱きがちでもある。しかし、長期的な介護を、在宅介護者自身が健康に行っていくためには、気分転換対処を積極的に行っていく必要がある。そして、その気分転換対処は、周囲の人の肯定的なサポートがあって実施可能であるといえる。

引用文献

- Antonucci, T.C. 1985 Personal characteristics, social networks and social behavior. In Binstock, H.R. & Shanas, E. (Eds) Handbook of Aging and the Social Sciences (2nd ed.)
- 荒井由美子・杉浦ミドリ 2000 家族介護者のストレスとその評価法 老年精神医学雑誌,11(12),1360-1364.
- Barnes, L. C., Given, A.B., & Given, W.C. 1992 Caregivers of elderly relatives: Spouses and adult children. Health and Social Work, 17(4), 282-289.
- Barrera, M. & Ainlay, L.S. 1983 The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. Journal of Community psychology, 11, 133-143.
- Barusch, S. A. & Spaid, M. W. 1989 Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? The Gerontologist, 29, 667 - 676.
- Barusch, S. A. & Spaid, M. W. 1996 Spouse caregivers and the caregiving experience: Does cognitive impairment make a difference? Journal of Gerontological Social Work, 25, 93 - 105.
- Bass, D. M., Noelker, L.S., & Rechlin, L. R. 1996 The modulating influence of service use on negative caregiving consequences. Journal of Gerontology, Social Sciences, 51B, S121-S131
- Baumgarten, M., Battista, R.N., Infante-Rivard,C., Hanley,J.A., Becker,R., & Gauthier, S. 1992 The Psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. Journal of Clinical Epidemiology, 45, 61-70.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mandelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. 1961 An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

- Bindoff, P.H., Clifford, A.C., & Young, L.J. 1997 Caregivers of family members with dementia and disability: A Comparative study of well-being. *Journal of Family Studies*, 3(2), 183-195.
- Borden, W., & Belin, S. 1990 Gender, coping, and psychological well-being in spouse of older adults with chronic dementia. *American Journal Orthopsychiatry*, 60(4), 603-610.
- Brennan, F.P., Moore, M.S. & Smyth, A.K. 1991 ComputerLink: Electronic support for the home caregiver. *Advanced Nursing Science*, 13(4),14-27.
- Brennan, F.P., Moore, M.S. & Smyth, A.K. 1995 The effect of a special computer network on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Research*, 44(3),166-172.
- Brodaty, H., & Hadzi-Palovic, D. 1990 Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 351-361.
- Brody, M.E. 1981 Women in the middle, *The Gerontologist*, 21,471-480.
- Caplan, G. 1974 Support systems and community mental health. New York : Behavior Publications. (近藤 薔一他訳 地域ぐるみの精神衛生 星和書店, 1979)
- Cattanach,L., & Tebes,J.K. 1991 The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychosocial functioning. *The Gerontologist*, 31, 246-255.
- Chenoweth, B., Spencer, B., & Demetia, Z. 1986 The experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26, 267-272.
- Cobb, S. 1976 Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coe, M. & Neufeld, A. 1999 Male caregivers' use of formal support, *Western Journal of Nursing Research*, 21, 568 - 588.
- Coen, F. R., Swanwick, R. J.G., O'Boyle, A.C., & Coakley, D. 1997 Behavior disturbance and other predictors of carer burden in

- Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 331-336.
- Cohen, C.I., Teresi, J. & Holmes, D. 1985 Social networks and adaptation. *The Gerontologist*, 25(3), 297-304.
- Cullen, S. J., Grayson, A. D., & Jorm, F. A. 1997 Clinical diagnoses and disability of cognitively impaired older persons as predictors of stress in their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1019 - 1028.
- Davis, H., Priddy, J., & Tinklenbeg, J. 1986 Support groups for male caregivers of Alzheimer ' s patients. *Clinical Gerontologist*, 5, 385-395.
- Dwyer, J.W., & Miller, M.K. 1990 Differences in caregiving network by area of residence: Implications for primary caregiver stress and burden. *Family Relations*, 39, 27-37.
- Finley, N. J. 1989 Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 79-86.
- Fiore, J., Becker, J., & Coppel, D.B. 1983 Social network interactions : A buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11(4), 423-239.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., & Eastham, J. 1986 Caregivers for dementia patients; A Comparison of husbands and wives. *The Gerontologist*, 26, 248-252.
- Franks, M.M., & Stephens, P.M. 1996 Social support in the context of caregiving: Husbands ' provision of support to wives involved in parent care. *Journal of Gerontology*, 51B(1), 43-52.
- 藤野真子 1995 在宅痴呆性老人の家族介護者のストレス反応に及ぼすソーシャルサポートの効果 老年精神医学雑誌, 6(5), 575-581.
- Gallagher-Tompson, D., & Devries, M.H. 1994 "Coping with frustration" Classes: Development and preliminary outcomes

- with women who care for relatives with dementia. *The Gerontologist*, 34(4), 548-552.
- Gallienne L., Moore M.S. & Brennan F.P. 1993 Alzheimer's caregivers psychosocial support via computer networks. *Journal of Gerontological Nursing*, 15-22.
- Gallo, J.J. 1990 The effect of social support on depression in caregivers of the elderly. *The Journal of Family Practice*, 30(4) 430-440.
- 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.
- Gianac, A.M.M., & Gottlieb, H.B. 1996 Caregivers' appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychology and Aging*, 11(2), 214-225.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Given, W. C. 1990 Responses of elderly spouse caregivers. *Research in Nursing & Health*, 13, 77 - 85.
- Good, M.D., Bower, A.D., & Einsporn, L.R. 1995 Social support: Gender differences in multiple sclerosis spousal caregivers. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27(5), 305-311.
- Goodman, C.C. 1991 Perceived social support for caregiving: Measuring the benefit of self-help/Support group participation. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3/4), 163-175.
- Grafstrom, M., Fratiglioni, L., Sandman, P.O., & Windblad, B. 1992 health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 861-870.
- Grau, L., Teresi, J., & Chandler, B. 1993 Demoralization among sons, daughters, spouses, and other relatives of nursing home residents. *Research on Aging*, 15(3), 324-345.

- Greene, J.G., Smith, R., Gardiner, M., & Timbury, G.C. 1982
Measuring behavioral disturbance of elderly demented patients
in the community and its effects on relatives: A factor analytic
study. *Age and Ageing*, 11, 121-126.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. 1987
Stress, appraisal, coping and social support as predictors of
adaptation outcome among dementia caregivers. *Psychology and
Aging*, 2(4), 323-330.
- Hannapel, M., Calsyn, J.R., & Allen, G. 1993 Does social support
alleviate the depression of caregivers of dementia patients?
Journal of Gerontological Social Work, 20(1/2), 35-51.
- Harper, S. & Lund, A. D. 1990 Wives, husbands, and daughters caring
for institutionalized and noninstitutionalized dementia
patients: Toward a model of caregiver burden. *International
Journal of Aging and Human Development*, 30, 241 - 262.
- Hibbard, J., Neufeld, A. & Harrison, M.J. 1996 Gender Differences
in the support networks of caregivers. *Journal of Gerontological
Nursing*, 22(9), 15-23.
- 久田満 1987 ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題, *看護研究*
20(2), 170-179.
- 本間昭 1996 第5章 障害の評価法と実態 高齢者の家族介護と介護
サービスニーズ 東京都老人総合研究所社会福祉部門 光生館
- Horowitz, A. 1985 Sons and daughters as caregivers to older parents:
Differences in role performance and consequences. *The
Gerontologist*, 25, 612 - 617.
- 稲葉昭英 1998 ソーシャルサポートの理論モデル 人を支える心の科
学 松井豊・浦光博編 誠信書房
- 石川利江・井上都之・岸太一・西垣内磨留美 2002 在宅介護者の介護
状況、ソーシャルサポートおよび介護バーンアウト：要介護高齢者
との続柄に基づく比較検討 *健康心理学研究* (印刷中)

- 石川利江・井上都之・岸太一・西垣内磨留美・小林理恵子 2002 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 ヒューマンケア研究（印刷中）
Ishikawa,R., Inoue,S., Kishi,T., Nishigauchi,M., Ota,K., Sasaki,Y.,
& Haruki,Y. 2002 An attempt of emotional support of Family
caregivers by computer network. Japanese Health Psychology(修
正採択)
- 石川利江・奥野茂代・池田紀子・井上都之 2001 在宅介護者のストレス
対処に関する縦断的研究 科学研究費補助金（基盤研究C）研究成
果報告書
Ishikawa,R., Inoue,S., Nishigauchi,M., & Ota,K. 2001 A study of
mental health and efficacy in caregiving for the elderly. Paper
presented at ICN 22nd Quadrennial Congress, Copenhagen.
- 石川利江・岸太一・井上都之・小林理恵子 2000 高齢者の痴呆レベル
が介護者のバーンアウトに及ぼす効果の検討 日本健康心理学会大
13回大会発表論文集
- 石川利江・岸太一・春木豊 2000 高齢者を介護する家族の関係性によ
る介護ストレスの検討 日本心理学会第64回大会発表論文集
- 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,1,34-41.
Ishikawa,R., Inoue,S., Tagaya,A., Nishigauchi,M., Ikeda,N., &
Okuno,S. 1999 An attempt of emotional support of Family
caregivers by computer network. Paper presented at ICN
Centennial Conference, London.
- 石川利江・井上都之・奥野茂代・池田紀子・岸太一 1999 コンピュー
タによる在宅介護者に対する情緒的サポートの試み 日本健康心理
学会大12回大会発表論文集
- 石川利江・井上都之・White, M.C.・奥野茂代・池田紀子 1998 在宅
介護者の主観的健康感に及ぼすソーシャルサポートの効果，第11

- 回日本健康心理学会大会発表論文集, 82-83.
- 石川利江・井上都之・中坪美智子 1997 高齢の在宅介護者の精神的健康に関する研究 大同生命第4回地域保健福祉研究助成報告書
- 石川利江・井上都之・奥野茂代・池田紀子・岸太一・佐々木康成・高橋博 1997 在宅介護者の介護状況と心理的ストレス 日本心理学会
- 石川利江・井上都之・奥野茂代・池田紀子・多賀谷昭・岸太一・佐々木康成 1997 在宅介護者の介護上の困難とストレスコーピングとの関連性 日本健康心理学会大10回大会発表論文集
- Johnson, R.J. 1996 Risk factors associated with negative interactions between family caregivers and elderly care-receivers. *International Journal Aging and Human Development*, 43(1), 7-20.
- 春日キスヨ 1997 介護とジェンダー - 男が看取る女が看取る - 家族社
- Kaye, W.L., & Applegate, S.J. 1990 Men as elder caregivers: A response to changing families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 86-95.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Dura, J.R., Speicher, C.E., Trask, J., & Glaser, R. 1991 Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Knouse, N. 1986 Social support, stress and well-being among older adults. *Journal of Gerontology*, 41(4), 512-519.
- Knight, G.B., Lutzky, M.S., & Macofsky-Urban, F. 1993 A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*, 33(2), 240-248.
- Krause, N. 1995 Assessing stress-buffering effects: A cautionary note. *Psychology and Aging*, 10(4) 518-526.
- Krause, N. 2001 Social support. In Binstock, H.R., & George, K.L.

- (Eds.), Handbook of aging and the social sciences (5th ed.) (pp.272-294). Academic Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. 1984 Stress, appraisal and coping, New York:Springer. ストレスの心理学 本明寛・春木豊・織田正美監訳 実務教育出版, 1991
- Lazarus, R.S., & DeLongis, A. 1983 Psychological stress and aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Maas, M., & Buckwalter K. 1991 Alzheimer ' s disease. *Annual Review of Nursing Research*, 9, 19-55.
- Marktichuski, K.D., Knight, K.B. Karlin, J.N., & Bell, A.P. 1997 Correlates of Alzheimer ' s disease caregivers ' support group attendance. *Activities, Adaptation & Aging*, 21(4), 27-40.
- 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.), *Handbook of Health Psychology*, LEA Publishers.
- Martire, M.L., Stephens, AP.M., & Townsend, L.A. 1998 Emotional support and well-being of midlife women: Role-specific mastery as a mediational mechanism. *Psychology and Aging*, 13(3), 396-404.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. 1981 The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- McClendon, J.M., Bass, M.D., Brennan, F.P., & McCarthy C. 1998 A computer network for Alzheimer ' s caregivers and use of support group services. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(4), 403-420.
- Miller, B. & Cafasso, L. 1992 Gender Differences in caregiving: Fact or artifact? *The Gerontologist*, 32, 498 - 507.
- Miller, B. & Montgomery, A. 1990 Family caregivers and limitations in social activities. *Research on Aging*, 12(1), 72-93.

- Miller, B., & McFall, S. 1991 Stability and change in the informal task support network of frail older persons. *The Gerontologist*, 31, 735-745.
- Monahan, J.D. & Hooker, K. 1995 Health of spouse caregivers of dementia patients: The role of personality and social support. *Social work*, 40(3), 305-314.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. 1985 Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Moritz, D.J., Kasl, S.V., & Ostfeld, A.M. 1992 The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse. *Journal of Aging and Health*, 4, 244-267.
- Morycz, R.K. 1985 Caregiving strain and the desire to institutional family members with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 7, 137-152.
- 宗像恒次, 川野雅資編著 1993 第3章 介護する者のメンタルヘルス 高齢者のメンタルヘルス 金剛出版.
- 中谷陽明 1992 在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき” “Maslach Burnout Inventory”適用の試み, *社会老年学*, 36, 15 - 26.
- 中谷陽明・東條光雅 1989 家族介護者の受ける負担：負担感の測定と要因分析 *社会老年学*, 29, 27-36.
- 新名理恵, 矢富直美, 本間昭 1991 痴呆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.
- 新名理恵・矢富直美・本間昭・坂田成輝 1989 痴呆老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究 東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書：老年期痴呆の基礎と臨床, 131-144.
- 野川とも江・高崎絹子・安田美弥子・佐々木明子・内田英子・伊藤景一・河内卓 1988 在宅呆け老人の異常精神症状の関連要因と家族への看護支援に関する研究, *看護研究*, 21(3), 61-74.

- 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 1991 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.
- Norbeck, S.J., Kinsey, M.A. & Carrieri, L.V. 1983 Further development of the Norbeck social support questionnaire : Normative data and validity testing. *Nursing Research*, 32(1), 4-9.
- Norbeck, S.J., Kinsey, M.A. & Carrieri, L.V. 1981 The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- 岡林秀樹・杉浦秀博・高梨薫・中谷陽明・柴田博 1999 高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果, 心理学研究, 69(6), 486-493.
- 緒方泰子・橋本廸生・乙坂佳代 2000 在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担, 日本公衛誌, 47(4), 307-318.
- Pagel, M.D., Erdly, W.W., & Becker, J. 1987 Social networks : We get by with(and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social psychology*, 53, 793-804.
- Pearlin, L. I., Mullan, J., Semple, J., & Skaff, M. 1990 Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Ploulshock, S.W. & Deimling, G.T. 1984 Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230-239.
- Pohl, M.J., Given, W.C., Collins, E.C., & Given, A.B. 1994 Social vulnerability and reactions to caregiving in daughters and daughters-in-law caring for disabled aging parents. *Health Care for Women International*, 15, 385-395.
- Prucno, R., & Resch, N. 1989 Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *The Gerontologist*, 29,

159-165.

- Quayhagen, M.P., & Quayhagen, M. 1988 Alzheimer's stress: Coping with the caregiving role. *The Gerontologist*, 28, 391-398.
- Robinson, K., & Austin, K.J. 1998 Wife caregivers' and supportive others' perceptions of the caregivers' health and social support. *Research in Nursing & Health*, 21, 51-57.
- Rock, D.L., Green, K.E., Wise, B.K., & Rock, R.D. 1984 Social support and social network scales ; A psychometric review. *Research in Nursing and Health*. 7(4), 325-332.
- 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.
- Rook, S.K. 1990 Parallels in the study of social support and social strain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 118-132.
- 坂野雄二 1995 認知行動療法 日本評論社
- 坂田周一・Jersey Liang・前田大作 1992 高齢者における社会的支援のストレス・バッファ効果, *社会老年学*, 31, 80-90.
- Sarason, G.I., Levine, M.H., Bashman, B.R. & Sarason, R.B. 1983 Assessing social support :The social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- 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.
- Schulz, R., Tompkins, C.A., Wood, D., & Decker, S. 1987 The social

- psychology of caregiving: Physical and psychological costs of providing support to the disabled. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 401-428.
- Scott, P.J., Roberto, A.K. & Hutton, T.J. 1986 Families of Alzheimer's victims: Family support to the caregivers. *American Geriatrics Society*, 34, 348-354.
- 冷水豊 1989 痴呆性老人の家族介護に伴う客観的困難の分類, *社会老年学*, 29, 16-26
- 白井英子 1997 在宅障害老人介護者のストレスの認知的評価・ソーシャルサポートと精神的健康に関する研究, *日本保健医療行動科学会年報*, 12, 154-170.
- 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.
- 相馬一郎・春木豊・野呂影勇・山崎勝男・坂野雄二・根建金男 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.
- Sparks, B. M., Farran, J. C., Donner, E., & Keane-Hagerty, E. 1998 Wives, husbands, and daughters of dementia patients: Predictors of caregivers' mental and physical health. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 12, 221 - 234.
- Stuckey, C.J., & Smyth, A.K. 1997 The impact of social resources on the Alzheimer's caregiving experience. *Research on Aging*, 19(4), 433-441.
- 杉原陽子・杉澤秀博・中谷陽明・柴田博 1998 在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響, *日本公衛誌*, 45(4), 320-334.
- Suitor, J.J., & Pillemer, K. 1993 Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journal of Gerontology*, 48(1), S1-S8.

- Tilden, P.V. 著 , 羽山由美子監訳 1987 看護理論構築におけるソーシャル・サポートの概念化および測定に関する若干の論点について (Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory), 看護研究, 20(2), 33-37.
- 手島睦久・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.
- Toseland, W.R., Rossiter, M.C., Peak, T., & Smith, C.G. 1990 Comparative effectiveness of Individual and group Intervention to support family caregivers. *Social Work*, 209-217.
- Uchino, B.N., Kiecolt-Glaser, J.K., & Cacioppo, J.T. 1992 Age-related changes in cardiovascular response as a function of chronic stressor and social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 839-846.
- 浦光博 支えあう人と人, サイエンス社 1994.
- 浦光博, 南隆男, 稲葉昭英 1987 ソーシャルサポート研究; 研究の新しい流れと将来の展望, 社会心理学研究, 4(2), 78-90.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H.M., Teri, L., & Maiuro, R.D. 1991 Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimers' disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Vrabc, J.N. 1997 Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 383-382.
- 和気純子 1993 在宅障害高齢者の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究, 社会老年学, 37, 12-26.
- Whittich, 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・佐藤和佳子・宮崎徳子 1997 要介護高齢者の介護者のライフスタイルと疲労感に関する研究: 介護時間による

- 分析, 日本看護科学会誌, 17(4), 11-19.
- 山田紀代美・鈴木みずえ 1998 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.
- 山本則子 1995 痴呆老人の家族介護に関する研究 - 娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味, 看護研究, 28, 73 - 91.
- 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., & Edward, B. A. 1999 Family caregiving: Research and clinical Intervention. In Woods, T. R. (Ed.), Psychological Problems of Aging: Assessment, Treatment and Care John Wiley & Sons Ltd.
- 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.
- Zarit, H. S., Reever, E.K. & Bach-Peterson, J. 1980 Relatives of the Impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649-655.
- Zung,W.K. 1965 A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

