

要援護高齢者を介護する家族介護者の 介護ストレスに関する研究

三田寺 裕治

(2001年10月16日受理)

【キーワード】 在宅介護，家族介護者，ストレス，ソーシャル・サポート
コーピング，エンパワーメント

はじめに

介護保険法は1997年（平成9年）12月に国会で成立し、2000年（平成12年）4月から施行された。この制度は、高齢者介護が老人福祉と老人医療に分立していた従来の制度を再編成し、社会保険方式を導入することによって、福祉サービスも保健医療サービスも同様の利用手続き、利用者負担で、利用者の選択により、総合的に利用できる仕組みを構築しようとするものである¹⁾。

ところで、介護保険制度の特徴の一つに、全国一律の客観的な認定基準によって介護給付額を決定する「要介護認定」があげられる。要介護認定は、介護サービスの必要度を判断するものであり、実際の認定にあたっては、調査員による高齢者等の心身の状況に関する基本調査に基づく一次判定（コンピュータ判定）の結果、同じく調査員による特記事項、および主治医の意見書等を参考にして、保健・医療・福祉の専門職からなる介護認定審査会における二次判定によって決定される。これまでも、障害老人の日常生活自立度判定基準や痴呆性老人の日常生活自立度判定基準など、高齢者の状態像を分類するための基準が存在したが、それらは高齢者の状態像を把握するものであり、介護サービスの必要度を判断するものではなかった。そのため、介護保険制度の実施とともに導入された「要介護認定システム」は、これまで評価が困難であった介護の分野に新たな「ルール」を持ち込む契機となっている²⁾。

しかしながら、要介護認定システムは、あくまでも本人の身体状況に照らした客観的介護量（給付額）の判定を行うものであり、実生活のリアリティとは一定の格差が存在することに注目する必要があるだろう。なぜならば、実生活においては、家族状況や経済的条件、住宅条件、地域社会の資源状況等の客観的要因とともに、本人及び介護者の主観的な関係性が付加されて複雑な福祉ニーズを形成しているからである。

「全国一律の客観的な」要介護判定が必要であるという保険方式の要請を前提とすれば、この点は、ケアマネジメントを含む他の方式で補うほかはない³⁾。そのため、

ケアマネジメントの過程においては、高齢者本人の心身状況の把握のみならず、在宅介護を支える家族の生活全般の問題や住宅の構造など個々の環境に考慮し、高齢者介護者双方の自立とQOLに視点をおいたアセスメント、居宅サービス計画の作成が重要となるだろう。

本研究は、上記の問題意識に立脚し、要介護認定にあらわれない在宅生活のリアリティの一側面に焦点をあてて考察することを目的とする。具体的には、日々の在宅介護を支える家族介護者の介護ストレスに注目し、要介護高齢者を抱える家族介護者の介護ストレスの状況および介護ストレスの関連要因の分析をおこなう。そして、その結果から、レスパイトケアや介護者のエンパワーメントなど、家族支援のあり方について様々な角度から考案を行う。

1 介護ストレスに関する先行研究

介護者の受ける負担については、精神障害者を自宅で介護する家族の受ける負担に関する研究が先行して行われてきたが、1970年代後半から、特に高齢者を介護する家族の受ける負担についての関心が高まり、負担を測定するスケールの開発あるいは負担に影響を与える要因の探索を目的とした研究がいくつか行われた⁴⁾。

特に、Zaritらによる「負担感尺度」⁵⁾の開発以後、それを修正、短縮した尺度の開発がおこなわれ、それらを用いた負担感の測定や規定要因の分析が数多く報告されている。我が国でも、新名理恵らが、介護者を対象とした負担感尺度CBS (Caregiver Burden Scale) の開発をおこなっている⁶⁾。また中谷らも、介護者の受ける負担感について先駆的な研究を行っている⁷⁾。中谷らは、負担について「心理的圧迫と社会・経済的困難」と定義し、客観的負担とは「第三者によって測定可能な負担」そして主観的負担とは「客観的な負担状況に対する介護者の主観的な解釈」であるとしている。「客観的負担」の測定には、痴呆性老人の身体状況・精神症状・介護者の年齢・健康状態・就業状況・介護を手伝ってくれる人間の存在等をあげている。他方「主観的負担」については、新たに負担感スケールを作成し、測定を試みている。そして、調査結果から、健康状態が良好で、介護からの一時的解放という意味での常勤的職業をもち、そして副介護者がいる主介護者は負担感が低くなることを明らかにしている。

また、中谷は、家族介護場面におけるストレス反応尺度として燃え尽き症候群尺度の適応を試み、介護者のバーンアウトについて明らかにしている⁸⁾。在宅介護老人を介護する家族介護者の負担をストレス認知理論モデルに基づいてとらえ、ストレス反応の測定に、燃え尽き症候群の尺度のひとつであるMBI (Maslach's Burnout Inventory) の修正版として家族介護MBIを作成し、適用している。家族介護MBIの3つのサブスケールの中で情緒的サブスケールのみが、尺度として信頼性・妥当性を満たした。離人化と自己達成感低下サブスケールはその概念設定に疑問が残る結果となっ

たが、関連諸変数との関係から、将来的には尺度として使用できる可能性を示唆している。

ペアリン (Pearlin, L.I.) らは、ケアストレス研究に、社会学的視点を導入し、包括的な痴呆性老人の介護者のストレスモデルを提起している点で注目される⁹⁾。このモデルは、背景・文脈要因にはじまり、1次ストレッサー、2次的役割負担、2次的精神的負担、ストレス反応の順で引き起こされ、各要因が相互に影響を与えあってプロセス進行する。また、ソーシャルサポートや対処も媒介要因としてプロセスのあらゆる時点で、影響を与えることを示している。このモデルの興味深い点は、介護に伴う直接的な心身の負担だけにとどまらず、介護を遂行する上で生じる、家族内葛藤、仕事と介護間の葛藤、社会的生活の制限など2次的な役割負担について言及していることである。さらに、そのような2次的役割負担が自尊心の低下、自己喪失、役割拘束等の2次的精神的負担を生起させるとしている点でも興味深い。また、介護者の背景・文脈要因について深く言及している点で、我が国の研究と違いがみられる。背景・文脈要因とは、社会経済的地位の特性やプログラムの利用可能性、家族およびネットワークの構成等であり、社会的地位が、ストレッサーを対処するための個人的、社会的資源に影響を与え、それらがストレスの進行に影響することや、プログラムの利用可能性として、プログラムへの交通手段の有無、一日のうちにプログラムが機能する時間、料金の地域差をあげ、それらが、介護者のストレスに強く関係していることを指摘している。

南山は「負担」を従来「客観的負担」と呼ばれたもの限定し、「主観的負担」を「負担」に対するストレス反応として整理し、ケア提供者の負担を、「ケア提供者によって判断される、実生活上の具体的側面において、ケア提供者が受けている困難の程度」とし、ケア提供者のストレスを、要介護者を抱えるという状況下で「受けている諸困難によって引き起こされるケア提供者の抑鬱・不安・不満足などの心理的反応」と定義している¹⁰⁾。負担の操作的指標としては、「生活困難感尺度」を、ストレス反応の操作的指標にはSDSを使用している。この研究は、ケア提供者の負担がどのようなディメンジョンに区別され、各ディメンジョンの負担がどのような背景に基づくものであるのか、そして、ケア提供者のどのようなディメンジョンの負担とストレス反応がどのように関係しているのかが研究の中心的課題とされている。そして、ケア提供者の負担は、日常的なケア提供に関係した「ケア負担」と、日常的なケアに直接関係しない「ケア代償負担」「ケア継続過程負担」「家族・社会関係負担」の四つの次元に区分され、各下位負担ともにストレス反応と強い関連性があるとし、特に家族・社会関係負担の関係が大きいことを明らかにしている。

ここで使われている困難感尺度は、介護に伴う直接的な困難感のみならず、「仕事・家事困難」「家族関係悪化」「将来の見通しがたてられない」など、介護に伴う2次的な負担についても言及している点で興味深く、要介護老人の介護ストレス研究にも有効な示唆を与えるものである。

和気らは、在宅障害老人の家族介護者を調査し、介護者が生活困難に取り組み、解決していこうとするダイナミックスをストレス認知理論の対処（コーピング）概念を導入して、実証的に明らかにしている¹¹⁾。和気らの研究は、我が国の「対処行動」に焦点をあてた研究として先駆的なものであり、非常に興味深い知見を調査から導出している。この研究は、ストレス認知理論に依拠しているため、事態をストレスフルであると認知することと、その結果として生じる反応とが区別され、前者に比較的認知要素の強い負担感を、後者に介護疲労の結果ストレス反応として発現するバーンアウトを位置づけている。

このように、近年の介護ストレス研究は、在宅介護のキーパーソンである主介護者に焦点をあて、介護による身体的・精神的負担についてさまざまな角度から検討されていることがわかる。しかしながら、ストレスを分析するために使用される概念の定義が不明確であったり、研究の背景となる理論が統一されていないために、必ずしも一致した知見が得られていないことも事実である。そのため、近年では、概念の混乱が少なく、横断的調査に適しているストレス認知理論に基づいた研究が多く見受けられる。本研究においても、これまで多くの実証研究が依拠してきたストレス認知理論をベースに、負担感（認知的評価）を「介護をおこなう上で生起する諸困難ならびに困難の程度」、ストレス反応を「諸困難によって引き起こされる介護者の心理的反応」と定義し、要援護高齢者を介護する家族介護者の介護ストレスとその関連要因について様々な角度から考察を行う。

II 研究の方法

1. 概念の操作化

本研究では高齢者を介護する介護者のストレスを分析するために、ストレッサー、資源、負担感（認知的評価）、対処（コーピング）、ストレス反応の5つの概念を用いる。5つの概念についてそれぞれ説明すると、まずストレッサーとはストレス反応をもたらす刺激要因である。具体的項目としては、要援護高齢者の要介護度、障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度、介護時間などである。資源はストレスの軽減が期待できる問題解決の手段であり、個人、家族、親族などの能力・特性・援助を指すものである¹²⁾。本研究では家族からの情緒的サポートを資源要因として設定した。具体的には、「日常の介護をする上での心配事や愚痴を話したいとき、どの程度聞いてくれるか」という設問により測定した。この設問に対して「同居家族」「別居家族」「友人・知人・職場の人」「近所の人」の4つの主体別にその程度を「非常に良く聞いてくれる」「ある程度聞いてくれる」「あまり聞いてくれない」「全く聞いてくれない」「聞いてもらおうと思わない」「あてはまらない」の6つの選択肢を用いて測定した。負担感は、介護に関連したストレッサーに対するネガティブな認知的評価であり、「介護をおこなう上で生起する諸困難ならびに困難の程度」とし、負担感の操作的指標としては、「介護者負担感評価尺度」を使用した。この尺度は、精神

科医用のsemi-structured interview方式の質問紙であり、負担感を多面的に評価するために、9つの領域（日常生活の援助、痴呆の症状への対応、将来の心配、家族・親族間のトラブル、個人的・社会的活動の拘束、身体的健康と精神的健康の問題、経済的コスト、社会的サービスの不足）を仮定し、各領域におけるストレスを記述するように作成されている¹³⁾。本研究では、この中から4つの領域を選択し一部ワーディングを修正し使用した。回答は「非常に困っている」「かなり困っている」「少し困っている」「困っていない・あてはまらない」の4件法とした。

コーピング（対処）は、個人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された、特定の内的、外的要請を処理しようとして絶え間なく変動する認知的、行動的努力である¹⁴⁾。コーピング（対処）の操作的指標としては、岡林らが作成した対処方略の項目¹⁵⁾の中から6項目を抜粋して用いた。また、一部ワーディングを修正した。

ストレス反応は、「諸困難によって引き起こされる介護者の心理的反応」とし、操作的指標としては、ZungのSelf-Rated Depression Scale (SDS)¹⁶⁾の更井らによる日本語訳改訂版から、回答者の負担を考慮し5項目を抜粋し用いた。

2. 調査対象

調査地域は千葉県K市で、調査対象は調査時点において、寝たきり老人世帯票記載者、在宅福祉サービス利用者など、K市高齢者福祉課が把握する要援護高齢者465ケースである。調査方法は訪問面接悉皆調査である。統計解析にはSPSS for Windows 7.5J及び8.0J Base System / Professional Statistics / Advanced Statistics を使用した。

III. 分析結果と考察

1. 調査対象者の属性に関する分析

(1) 高齢者の基本属性

表1をもとに、本研究の分析の対象となる高齢者の基本属性についてみていきたい。性別では「女性」が62.2%と男性より若干多くなっている。年齢構成をみると、最も多いのは80～84歳で19.4%、続いて85～89歳が16.2%となっている。75歳以上の後期高齢者は全体の約6割を占めている。次に、家族構成をみると、「親と子どもと孫の三世帯世帯」が最も多く32.8%で、「親と子どもの二世帯世帯」が31.9%と続いている。同居の理由についてみると「以前からいっしょに住んでいる」が61.1%と最も多くなっているが、「介護が必要となり同居した」とするものも約2割を占め、老年期になってから同居する「晩年型同居」の実態が明らかとなった。

(2) 家族介護者の基本属性

次に、本研究の分析の対象となる家族介護者の基本属性についてみていきたい。性別では「女性」が圧倒的に多く全体の約8割を占めている。年齢構成をみると、最も

多いのは50～59歳で28.3%、続いて60～69歳が27.3%となっている。全体でみると60歳以上の介護者が5割を占め、介護者自身も多くが高齢者であることが指摘できる。

表1 高齢者の基本属性

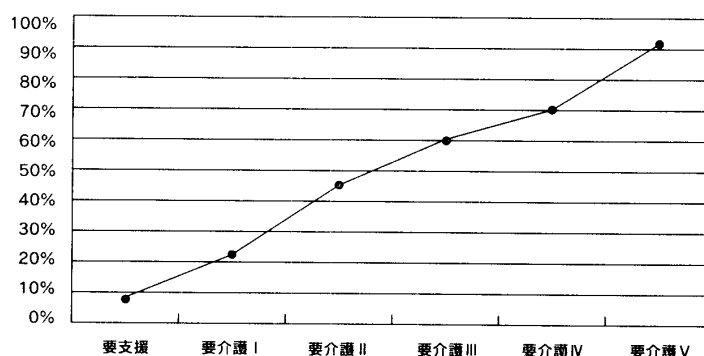
		N	%
年齢	65歳未満	61	13.2
	65～69歳	61	13.2
	70～74歳	70	15.1
	75～79歳	60	13.0
	80～84歳	90	19.4
	85～89歳	75	16.2
	90～99歳	45	9.7
	100歳以上	1	0.2
性別	男	171	37.8
	女	281	62.2
家族構成	一人暮らし	49	10.7
	夫婦のみ(自分と配偶者)	90	19.7
	親と子どもの二世帯世帯	146	31.9
	親と子どもと孫の三世帯世帯	150	32.8
	祖父母と親と子どもと孫の四世帯世帯	11	2.4
	その他	12	2.6
暮らし向き	大変ゆとりがある	13	2.8
	まあ、ゆとりがある	192	41.9
	あまりゆとりがない	158	34.5
	ゆとりがない	95	20.7
要介護度	自立	73	15.9
	要支援	78	17.0
	要介護Ⅰ	129	28.0
	要介護Ⅱ	90	19.6
	要介護Ⅲ	45	9.8
	要介護Ⅳ	32	7.0
	要介護Ⅴ	13	2.8
障害老人の日常生活	J-1	74	16.8
	J-2	100	22.7
	A-1	80	18.1
	A-2	67	15.2
	B-1	51	11.6
	B-2	22	5.0
	C-1	25	5.7
	C-2	22	5.0
痴呆性老人の日常	痴呆なし	337	73.4
	I	46	10.0
	Ⅱ-a	13	2.8
	Ⅱ-b	32	7.0
	Ⅲ-a	16	3.5
	Ⅲ-b	2	0.4
	Ⅳ	10	2.2
	M	3	0.7
離床時間	昼間は寢床を離れて生活している	277	60.2
	寝たり起きたり	107	23.3
	ほとんど寝たきり	47	10.2
	まったくの寝たきり	29	6.3
外出頻度	週3～5日外出する	157	34.3
	週1～2日外出する	112	24.5
	月2～3日外出する	65	14.2
	月に1日程度外出する	46	10.0
	年に数回外出する	24	5.2
	まったく外出しない	54	11.8
専用個室の有無	個室なし	20	4.4
	4畳半以下の個室がある	28	6.1
	6畳の個室がある	241	52.5
	8畳の個室がある	103	22.4
	それ以上の畳数や個室がある	67	14.6
同居理由	以前からいっしょに住んでいる	192	61.1
	配偶者や親が死亡	15	4.8
	介護が必要となり、別居していた家族が今の家に同居	18	5.7
	介護が必要となり、要援護者が別居家族の家に同居	42	13.4
	その他	25	15.0

表2 介護者の基本属性

		N	%
性別	男	90	22.9
	女	303	77.1
介護者の続柄	本人の配偶者	183	46.1
	子	109	27.5
	子の配偶者	92	23.2
	兄弟・姉妹	3	0.8
	孫	2	0.5
	孫の配偶者	3	0.8
	その他の家族	5	1.3
年齢	40歳未満	22	5.6
	40～49歳	52	13.3
	50～59歳	111	28.3
	60～69歳	107	27.3
	70～79歳	78	19.9
	80歳以上	22	5.6
健康状態	良い	96	24.0
	普通	185	46.3
	良くない	119	29.8
他要援護者の有無	いる	48	12.2
	いない	346	87.8
就業状況	仕事をしている	142	36.5
	仕事をしていない	247	63.5
就業形態	常勤の仕事	47	32.6
	パート	58	40.3
	自営業、自営業の手伝い	39	27.1
介護時間	昼夜を通して	121	36.4
	夜のみ	11	3.3
	昼間はずっと	42	12.7
	半日程度	42	12.7
	1～2時間	116	34.9
副介護者の有無	いる	265	69.4
	いない	117	30.6
介護期間	1～3年	149	34.9
	4～5年	78	18.3
	6～9年	59	13.8
	10年以上	141	33.0

続柄では、「本人の配偶者」が最も多く全体の約半数を占めている。続いて「子」27.5%、「子の配偶者」23.2%となっている。次に、健康状態についてみると、「普通」と回答するものが全体の約半数を占めているが、「よくない」と回答するものも約3割存在し、介護者自身も健康上の不安を抱きながら、在宅介護を継続している現状があきらかとなっている。次に、「介護時間」についてみると、最も多いのは「昼夜を通して一日中」の36.4%で、全体の約4割を占めている。要介護度別に、介護時間をみると、要介護度に比例して一日中介護している介護者の割合は増加し、要介護Vの高齢者を介護する介護者の9割が「昼夜を通して一日中」介護していると回答している(図1)。

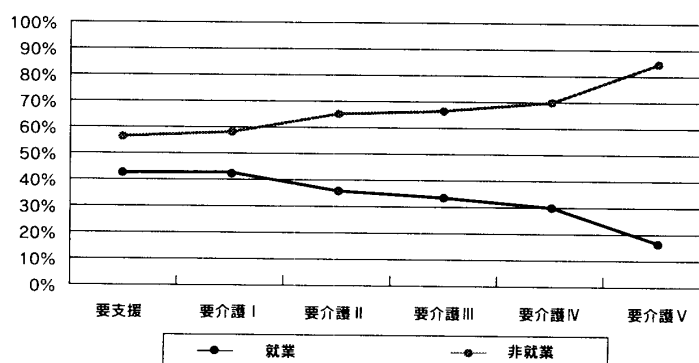
図1 要介護度と一日中介護をおこなっている介護者の割合 (N=387)



次に、介護期間についてみると、最も多いのは「1年～3年」で34.9%であるが、「10年以上」とする介護者も全体の33.0%に達しており、介護の長期化が指摘できる。

次に介護者の就業状況についてみると、「仕事をしている」介護者は36.5%で、就業形態別では、「パート」が最も多く40.3%、続いて「常勤」32.6%、「自営業・自営業手伝い」27.1%となっている。要介護度別に介護者の就業の状況をみると、要介護Ⅱを境に就業率が低下していることがわかる。特に要介護Ⅴの高齢者を介護する主介護者の就業率は低く、15.4%にとどまっている(図2)。

図2 要介護度と主介護者の就業 (N=387)



2. ストレッサーとストレス反応

(1) 介護者のストレス反応(抑うつ)の状況

まず、単純集計の結果から家族介護者のストレス反応(抑うつ)の状況についてみていきたい。回答は「いつもある」「ときどきある」「ほとんどない」の3件法とし、「ほとんどない」を1点、「ときどきある」を2点、「いつもある」を3点とし、5項目の合計点を、ストレス症状を示す抑うつスコアとした(最大値15 最小値5 $\alpha = .83$ 平均値=8.34 標準偏差=2.56)。

「ほとんどない」を1点、「ときどきある」を2点、「いつもある」を3点とし、各項目の平均値に着目して、抑うつをみると、「なんとなく疲れる」が一番高く、続いて「気分がいらいらする」が高くなっている。「なんとなく疲れる」ことが「いつもある」と回答したものは全体の約25%であり、介護者の4人に1人は慢性疲労を訴えていることが明らかになった。「気分がいらいらする」についても、14.0%の介護者が「いつもある」と回答している(表3)。

表3 家族介護者の抑うつ度 単純集計 人(%)

	いつもある	ときどきある	ほとんどない	計	平均値
気分が沈んで憂うつになる	43(11.4)	161(42.6)	174(46.0)	378(100.0)	1.66
夜よく眠れない	40(10.6)	139(36.7)	200(52.8)	379(100.0)	1.58
食欲がないこと	20(5.3)	88(23.4)	268(71.3)	376(100.0)	1.35
なんとなく疲れる(慢性疲労)	94(24.9)	178(47.2)	105(27.9)	377(100.0)	1.98
気分がいらいらする	53(14.0)	205(54.2)	120(31.7)	378(100.0)	1.83

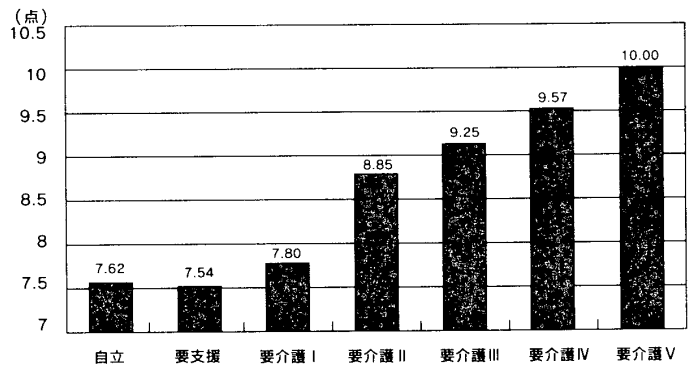
(2) ストレッサーとストレス反応(抑うつ)との関連性

次に要介護度、痴呆程度、介護者の介護拘束時間を家族介護者の抑うつを規定する関連項目として設定し、ストレス反応(抑うつ)との関係性についてみていく。

① 要介護度との関係

図3が示すように、自立、要支援、要介護Ⅰなど、比較的介護の必要性が低い高齢者を抱えている介護者の場合、抑うつ点数は低く抑えられている。しかしながら、「立ち上がり」「座位保持」「排尿・排便後の後始末」「薬の服薬」

図3 要介護度と家族介護者の抑うつ得点



等にも間接的・直接的な介助を要すると想定されている要介護Ⅱを境に、介護者の抑うつ点数は上昇し、要介護Ⅱで8.85点・要介護Ⅲは9.25・要介護Ⅳは9.57・要介護Ⅴは10.0と抑うつ点数が高くなっている ($F_{(6,369)} = 6.11, p < .001$)。

② 痴呆との関係

8

独立変数に要介護者の痴呆の有無を加え分析をおこなったところ「痴呆あり」の群は、要介護度が低い場合でも、家族介護者の抑うつ度が高くなっている(図4)。さらに、痴呆性老人の日常生活自立度を独立変数に加え分析をおこなったところ、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどきみられ、介護を要する」とされているⅢを境に家族介護者の抑うつ得点は高くなっており、Ⅳ・Ⅴでは要介護度が低い場合でも家族介護者の抑うつ得点が著しく高くなっている(図5)。

③介護時間との関係

介護時間との関係についてみると、「1～2 時間程度」の介護に携わっている者は、抑うつ点数が低いが、「昼間はずっと」「半日程度」「昼夜を通して」など、長時間介護に携わっている介護者の抑うつ点数は有意に高くなっている ($F_{(3,369)} = 20.09 \quad p < .001$)。「1～2 時間程度」と「昼夜を通して」とを比較すると、2 点以上の差が確認される。長時間にわたる介護拘束は、介護者個人の生活を奪い介護者のQOLを低下させる可能性がある。一定時間介護から開放させ、自由な時間をもてるようなケア・パッケージの作成が課題となる。

図4 要介護度と痴呆の有無が介護者の抑うつ得点に及ぼす効果

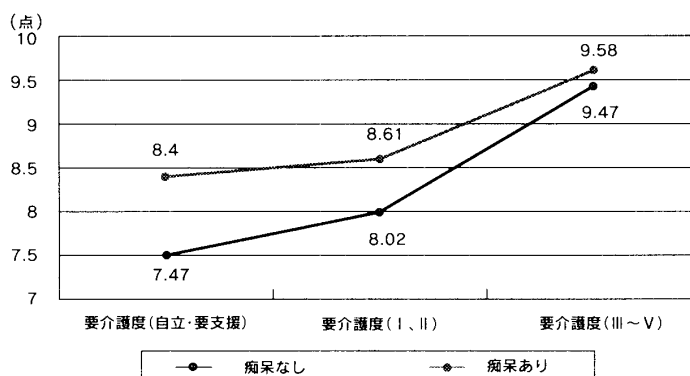
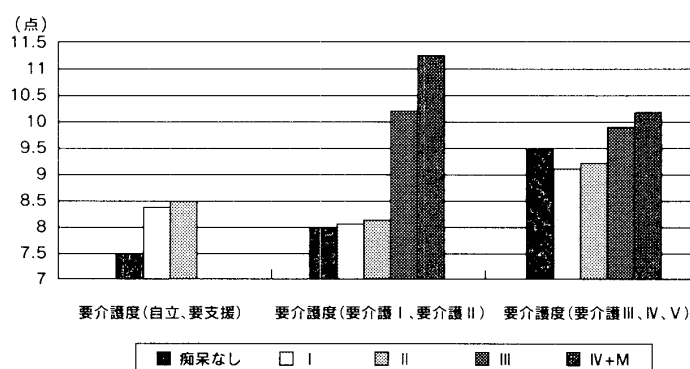


図5 要介護度と痴呆程度が家族介護者の抑うつ得点に及ぼす効果



3. 負担感（認知的評価）とストレス反応

(1) 家族介護者の負担感の状況

まず、単純集計の結果から介護者の負担感の状況についてみていきたい。「非常に困っている・かなり困っている」と回答している割合が最も多かったのは、「この先、お世話をしている方の状態や病気がどうなるかわからないこと」で30.2%、次いで「自由になる時間、自分の時間がないこと」が22.2%と続いている（表4）。

(2) 家族介護者の負担感とストレス反応（抑うつ）との関連性

次に介護困難感とストレス症状との関係についてみていくと、「家族や親戚が自分の気持ちをわかってくれないこと」について「非常に困っている・かなり困っている」と回答しているものは、抑うつ点数が極めて高くなっている ($F_{(2,368)} = 58.66 \quad p < .001$)。また、「要支援者の状態がこの先どうなるかわからないこと」 ($F_{(2,360)} = 83.55 \quad p < .001$)、「自由になる時間、自分の時間がないこと」 ($F_{(2,370)} = 110.72 \quad p < .001$)、「痴呆での問題行動に対応すること」 ($F_{(2,367)} = 20.16 \quad p < .001$)、「痴呆のため、時間や場所、人の顔が分からないこと」 ($F_{(2,365)} = 21.06 \quad p < .001$)、「家事や他の家族の世話・自分の仕事に支障をきたすこと」 ($F_{(2,369)} = 75.54 \quad p < .001$) に対

表4 介護者の介護負担感

人 (%)

	非常に困っている	かなり困っている	少し困っている	困っていない・あてはまらない	計
痴呆での問題行動に対応すること	14 (3.8)	18 (4.9)	68 (18.3)	271(73.0)	371(100.0)
痴呆のため、時間や場所、人の顔が分からないこと	13 (3.5)	15 (4.1)	63 (17.1)	278(75.3)	369(100.0)
自由になる時間・自分の時間がないこと	40(10.7)	43(11.5)	119(31.8)	172(46.0)	374(100.0)
家事やほかの家族の世話・自分の仕事に支障をきたすこと	25 (6.7)	41(11.0)	119(32.0)	187(50.3)	372(100.0)
この先、お世話をしている方の状態や病気がどうなるか	45(12.4)	65(17.9)	148(40.7)	106(29.1)	364(100.0)
家族や親戚が自分の気持ちをわかってくれないこと	20 (5.4)	28 (7.5)	98 (26.3)	226(60.8)	372(100.0)

して困難を訴えているものも、「困っていない・あてはまらない」と回答しているものに比して抑うつ度が有意に高くなっている。

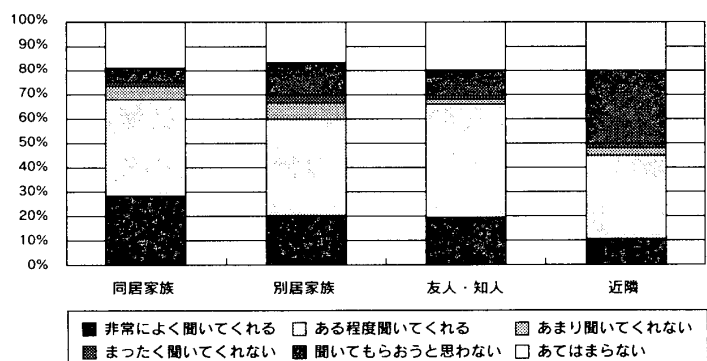
家族・親戚が介護者に対して理解がなかったり、長期間介護に拘束され介護の終りが見えないという状況、さらには家事や自分の仕事に支障をきたすような状況は、介護者にとって極めてストレスフルなものだといえるだろう。

4. 資源のストレス軽減効果

(1) インフォーマル・サポートの状況

単純集計の結果からインフォーマル・サポートの状況についてみていくと、「日常の介護をする上での心配事や愚痴を話したいとき、どの程度聞いてくれるか」という設問に対し、同居家族が「非常によく聞いてくれる」と回答しているものは27.7%、「ある程度聞いてくれる」が39.8%となっている。一方、6.7%の介護者が、同居家族が心配事や愚痴を「あまり聞いてくれない」「まったく聞いてくれない」と回答している。親族以外のインフォーマルなネットワークに対しては、介護に伴う心配事や愚痴について「聞いてもらおうとは思わない」と回答しているものが多く、「友人・知人」で18.9%、近隣に対しては、32.1%が情緒的サポートを期待していないことが明らかとなった。友人・知人、近隣に対しては、介護に関する愚痴を話すような関係ではなく、互いに楽しみを共有しあう相

図6 家族介護者のインフォーマルサポートの状況



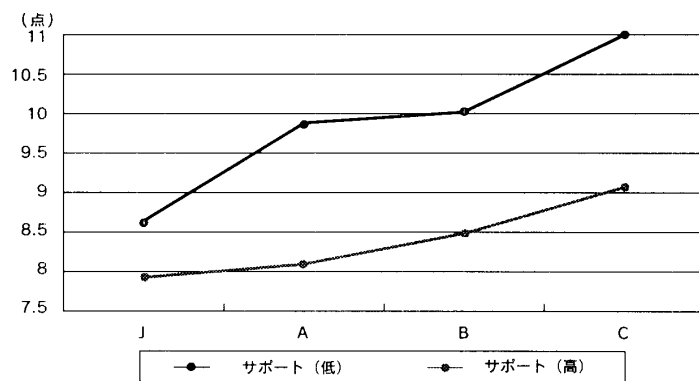
互関係、つまり世間話や気分転換など、日常のなにげないつきあいのなかで生まれてくる情緒的な関係を望んでいると言えるのかもしれない。

(2) インフォーマル・サポートのストレス軽減効果

次に、同居家族からの情緒的サポートが介護者のストレス反応にあたえる影響について明らかにしていく。「非常によく聞いてくれる」「ある程度聞いてくれる」を高サポート群、「あまり聞いてくれない」「全く聞いてくれない」を低サポート群と設定し、日常生活自立度と同居家族からのサポートを独立変数、ストレス症状である抑うつを従属変数として2元配置分散分析をおこない、情緒的サポートがストレス症状にあたえる影響を検討した。

図7が示すように、同居家族から情緒的サポートをあまり受けていないと回答している群は受けていると回答している群と比して抑うつ度が高く、家族の中に介護に関する愚痴や心配後ごを相談できる環境にあるものは、ストレス症状の生起する割合が少ないといえる。このことは、在宅で介護を継続していく上で、家族成員の理解と協力が重要であることが指摘できよう。

図7 家族介護者の抑うつ点数に対する日常生活自立度と情緒的サポート(同居家族)の効果



しかしながら、同居家族が介護に関する理解がない場合や、家族から情緒的なサポートを期待できない介護者に対しては、家族以外の別の関係をつくることによって、介護者のストレスの緩和、孤立感、孤独感の解消を計る必要がある。具体的には、寝たきり老人・痴呆性老人を抱える家族の会などの自助グループ、デイサービス・センター利用の家族の会、ホームヘルパーや訪問看護婦等のフォーマルセクターから情緒的サポートを得るよう働きかける必要があるだろう。

5. 家族介護者の対処(コーピング)とストレス反応

(1) 家族介護者の対処(コーピング)の状況

はじめに、家族介護者のコーピングの回答分布から、全体的な傾向を把握しておきたい。図8が示す通り、「よくできている」と回答している割合が最も多かったのは「できる範囲で無理をしないで世話する」で38.0%、続いて「自分の健康管理に気をつける」が34.6%となっている。「同じように介護している人同士で話し合う」は「よくできている」と回答しているものはわずか10.2%であり、セルフヘルプグループ等の相互支援による援助があまりおこなわれていないことが明らかになった。

(2) 対処 (コーピング) と抑うつとの関連性

次に、コーピング (対処) とストレス反応との関係性についてみていきたい。介護者の抑うつ度に対して有意な効果が認められたものは、「できる範囲で無理をしないでお世話をする」($F_{(3,363)} = 23.04$ $p < .001$) 「自分の健康管理に気をつける」($F_{(3,367)} = 17.20$ $p < .001$) 「家族やまわりの人に協力を頼む」($F_{(3,372)} = 9.61$ $p < .001$) 「時には気分転換をする」($F_{(3,373)} = 18.95$ $p < .001$) である。それぞれ、積極的なコーピング (対処) をおこなっている介護者ほど、抑うつ度は低く抑えられている (図9)。

このことは、介護者が主体的に適切なコーピング (対処) をおこなうことによって、ストレス症状が極限まで達してしまうことを阻止できる可能性を我々に示している。つまり、専門職によるエンパワーメント・アプローチの有効性と必要性を示している。

具体的方法としては、介護者自身の健康管理の方法や介護方法等の教育的支援、家族の会などを利用した相互支援による援助等が考えられる。こうした専門職によるエンパワーメント・アプローチは、勿論、それら介護者の心理的なニーズとしてのストレス症状の把握、アセスメントからモニタリング、再アセスメントへとつなげるケアマネジメントシステムの整備が前提となり、あわせて介護保険給付で提供されるサービスとは別に、市町村独自の保健福祉事業の充実をはかっていくことも大きな課題となろう。

図8 家族介護者のコーピング (対処) の状況

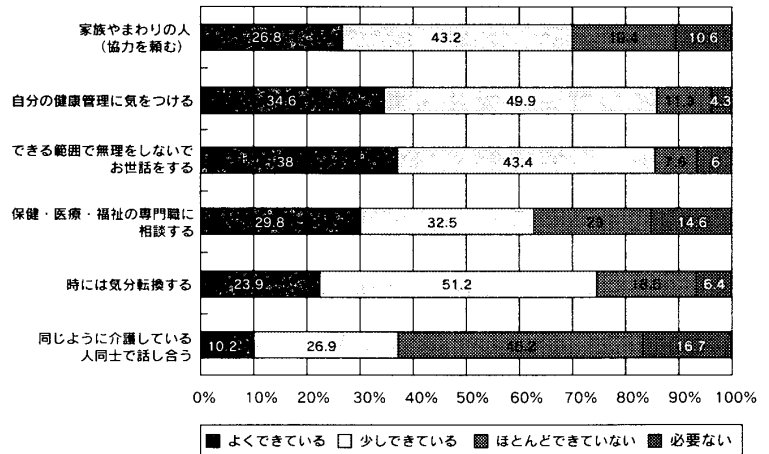
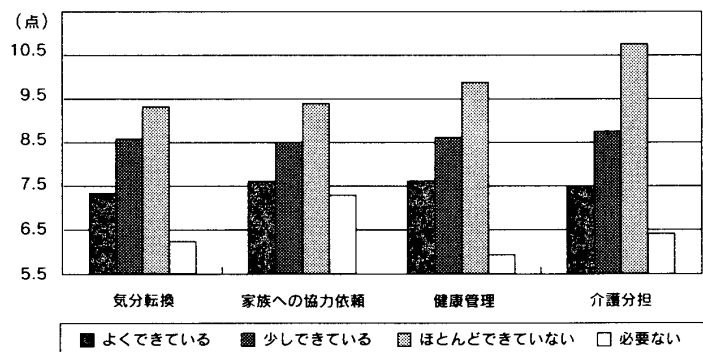


図9 家族介護者のコーピング (対処) の状況



12 おわりに

本研究ではストレッサー、資源、負担感 (認知的評価)、対処 (コーピング)、ストレス反応の5つの概念を用いて、要援護高齢者を介護する介護者のストレスの状況、及びストレスに関連する要因の検討をおこなった。分析から得られた知見を要約する

と、ストレッサーとストレス反応との関連では、ストレッサーとして設定して3つの変数すべてが統計的有意水準に達し、ストレス反応（抑うつ）を高める規定要因であることが明らかとなった。また、負担感（認知的評価）とストレス反応との関連においても、すべての変数が統計的有意水準に達し、ストレス反応に強い関係を示した。資源とストレス反応との関連では、家族の情緒的サポートが介護者のストレス反応（抑うつ）に大きく影響していることが示され、在宅介護の継続という側面においてインフォーマル・サポートは重要な資源であることが改めて示唆された。

対処（コーピング）とストレス反応との関連では、4つの変数が統計的有意水準に達し、気分転換や家族への協力依頼など積極的なコーピング（対処）をおこなっている介護者ほど、ストレス反応（抑うつ）が低く抑えられていることが明らかになった。このことは、介護者が主体的に適切なコーピング（対処）をおこなうことによって、ストレス症状が極限まで達してしまうことを阻止できる可能性を示唆している。介護者の精神的負担軽減を考える上では、在宅福祉サービス等の物理的環境の整備とともに、介護者自身のエンパワーメントをどう専門職が醸成できるかが大きな課題となろう。

以上のように、本稿では要介護高齢者を介護する介護者のストレスの状況、及びストレスに関連する要因の検討から、家族支援のあり方について言及してきたが、近年、介護経験には負担以外にも多様な側面があり、介護者を理解するためには負担だけに注目するのではなく、肯定的側面も含めた広い視点をもつことが重要であるとの指摘がなされている¹⁷⁾。また、介護をただ単に負担だと考えるのではなく、介護をしながらうまく自分の時間を確保し、楽しみや喜び、生きがいにつなげていけるのではないかという新たな機軸となる枠組みが提示されつつある¹⁸⁾。今後は、こうした介護の肯定的側面にも着目し、家族支援のあり方について言及していきたい。

付記

本研究は、ユニバーサル財団助成研究「在宅要介護高齢者の家族介護者の介護ストレスとその対処行動に関する研究」の成果の一部である。

本研究の実施およびまとめにあたっては、法政大学の早坂聡久氏より貴重なご助言をいただきましたことを深謝いたします。また、調査の実施にあたってご尽力頂いた関係市町村担当者および民生委員の方々にもこの場を借りて御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 介護支援専門員テキスト編集委員会編『介護支援専門員基本テキスト』2001：20
- 2) 筒井孝子「要介護認定システムの考え方」『介護保険システムのマネジメント』1999：144-165
- 3) 小林良二「要介護認定とケアマネジメント」『季刊・社会保障研究』2000；36（2）：167-175
- 4) 中谷陽明・東條光雅「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』1989；29：27-36
- 5) Zarit,S.H.,Reever, K.E., & Bach-Peterson,J. Relatives of The Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden, Gerontologist,20, 1980：649-655.
- 6) 新名理恵・矢富直美・本間昭「痴呆性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 老年性痴呆の基礎と臨床』1989：131-144
- 7) 中谷陽明・東條光雅 前掲論文 1989；29：27-36
- 8) 中谷陽明「在宅障害老人を介護する家族の燃え尽き」『社会老年学』1992；36：15-26.
- 9) Pearlin,L.L., Mullan,J.T., Semple,S.J., & Skaff,M.Md, Caregiving and Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures, Gerontologist,1990；30：.583-594
- 10) 南山浩二「ケア提供者の負担の構造」『家族社会学研究』1995；7：81-92.
- 11) 和気純子「在宅障害老人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』1993；37：16-26.
和気純子・矢富直美・中谷陽明・冷水豊「在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究（2）」『社会老年学』1994；39：23-34
- 12) 松岡英子「在宅要介護老人の介護者のストレス」『家族社会学研究』1993；5：101-112.
- 13) 新名理恵・矢富直美・本間昭 前掲書 1989：131-144
- 14) Lazarus, R.S. & Folkman, S., Stress, Appraisal, and Coping, Springer, New York, 1984
- 15) 岡林秀樹 他「在宅障害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』1999；6：487-493
岡林秀樹 他「在宅介護ストレスに対するコーピングの構造－確証的因子分析を用いて－」『日本老年社会科学会第39回大会報告要旨集』1997：138
- 16) Zung,W.W.K. (1965) A self-rating depression scale, Archives of General Psychiatry,12：63-70
- 17) 櫻井成美「介護肯定感がもつ負担軽減効果」『心理学研究』1999；70（3）：203-210
- 18) 日本社会事業大学社会事業研究所『高齢化社会における家族の介護負担の軽減に関する研究』1995：7