

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

白井英子*

An Investigation of the Stress Appraisal, Social Support and Mental Health of the Caregivers of Elders Needing Care Living at Home

Eiko Shirai : Tenshi Junior College

Abstract

This investigation was carried out to apply the Lazarus Stress Appraisal Coping Theory for the caregivers selected from different 113 cities in Hokkaido to study their stress appraisal, social support, and mental health. Public health nurses from these cities interviewed the caregivers by using a questionnaire. The content of the survey was based on the care problems, daily hassles, stress-coping behaviors, and the image of the elders to observe the stress appraisal variation. Social support and mental health variations were analyzed according to Munakata scale (1994) and The General Health Questionnaire-30 items (GHQ), respectively.

About 34.1% of the investigated 267 caregivers population of the elders needing care suffered from minor psychiatric complaints. Both personal and environmental factors such as age, disease, their inter-relationships, and caring period, demential symptoms, age of the elders, and occupational status, respectively, affected the variation of mental health, care problems and the daily hassles of the caregivers. There is a mutual correlation between daily hassles and the social support together with mental health, and their fluctuations showed an inefficient structural circulation. Eliminating the worst portion of the circulation can reduce the stress of caregivers and can improve their mental health. In this report, I would like to suggest the following conclusions, 1) necessary control measures for the caregivers daily hassles, 2) progressive social-support system, in order to improve the mental health of the caregivers.

* 天使女子短期大学

キーワード

介護者 caregiver

在宅障害老人 the elder needing care

ストレスの認知的評価 stress appraisal

ソーシャルサポート social support

精神的健康 mental health

I はじめに

寝たきり老人や痴呆老人の増加は介護される老人の生活の質のみでなく、必然的に老人を取り巻く家族や地域社会に問題を投げかけ、特に在宅ケアの問題は1つの社会問題となっている。山本(1995)は、「介護の基本的な文脈は『親孝行』の社会規範と被介護者への愛着による介護の高い価値と介護に伴う様々な困難との間で恒常的なパラドックスとして説明される」と述べている。「介護」に随伴するストレス状況の特徴は、かなり長期にわたる慢性的ストレスであり、介護者の生活環境と密接な関連性があり、介護者の健康に及ぼす影響は大きい。

介護ストレスと介護者の健康との関連性は、ストレス認知(新名1991, 中谷1992, 宗像・川野1994, 翠川1993, 和氣1994), 介護意識(斎藤1987, 松岡1993), ソーシャルサポート(坂田1992, 松岡1994, 峯本1988, 宗像・川野1994)の観点から研究してきた。これらの報告では、介護者のストレスは障害老人の痴呆症、介護者の健康状態、対処行動、ソーシャルサポートなど多くの因子の影響を受けていることを明らかにしている。しかし、介護者のストレスの認知的評価とソーシャルサポートおよび精神的健康の3つの変数の関連性を明らかにしている研究は少ない。本研究の目的は、介護者のストレスの認知的評価、ソーシャルサポート、精神的健康を規定する要因とこれらの要因の因果関係を横断的・数量的に明らかにすることである。介護者の個人的要因と環境的(状況)要因およびソーシャルサポートがストレスの認知的評価に及ぼす影響、さらに

ストレスの長期的効果としての精神的健康を規定する要因を明らかにし、介護者のストレスフルな介護状況を改善するための方向と戦略を導き出すことである。

II 研究の概念枠組み

本研究は、ラザルス（1990）のストレス、対処と適応に関する理論的枠組みを基盤にして在宅障害老人介護者のストレスの認知的評価とソーシャルサポートおよび精神的健康の関連性を明らかにしようとするものである。ストレスと情動過程（Lazarus 1990）に関与している変数として、個人的、環境的、ストレス認知的評価、対処行動、ソーシャルサポート、精神的健康の6つの変数を設定した。ラザルスの理論に基づくならば、介護状況をストレスフルであると認知するかどうかは、ある人とある人の環境との関係で規定され、それはプロセス志向的なものである。このようなストレスの認知的評価や対処はかなり個人差のあるものであり、個人的要因と状況のいかんによると説明している。

本研究では、介護者自身の内在的要件である年齢・性別・続柄・病気等を個人的要因、介護期間・代替者・障害老人の年齢等の介護者を取り巻く要件を環境的要因の変数として区分した。介護者のストレスの認知的評価には、障害老人のイメージ、介護上の困難な出来事、日常いらだち事の3つの変数を設定した。また、ラザルス（1990）はソーシャルサポートを対処行動のなかに含めて考えているが、本研究では介護者への援助戦略を導き出すために、ソーシャルサポートを1つの変数としておき、情緒的・手段的サポートの種類と満足感から測定することとした。個人的要因、環境的要因、ストレスの認知的評価、対処行動、ソーシャルサポート、精神的健康の6つの変数の関連を図1に示した。

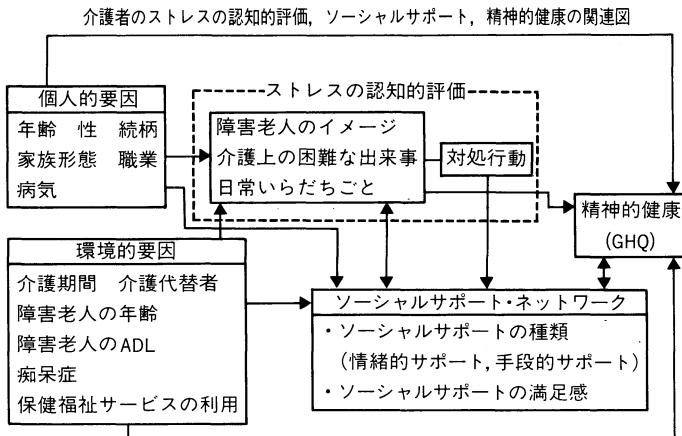


図1 本研究の概念枠組み

III 方 法

1. 調査対象者

対象者は、65歳以上（1995年6月末日現在）の障害老人を在宅で介護している主たる介護者であり、さらに市町村自治体に勤務する保健婦・看護婦が訪問している事例である。障害老人の定義は厚生省「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」判定基準検討会のランク J・A・B・Cとした。対象地域は、北海道内の14支庁113の市町村である。対象者の抽出は、該当施設の保健婦に依頼した。質問紙は、各市町村の保健婦設置数に対応し総数336部配布した。回収率81.8%（275人）、有効回答率97.1%（267人）である。

2. 調査方法

1) 本調査を行うに先立って、予備調査を2回実施した。

本調査は1995年6月27日から8月6日に実施した。該当市町村（113）の市役所または役場に勤務する保健婦に郵送で質問紙を送付し、家庭訪問または機能

訓練教室開催時に介護者を対象にした面接調査を依頼した。さらに、対象者への倫理的配慮として、介護者に研究目的、調査内容、プライバシーの保護の確約について口頭で説明し承諾を得てから質問紙的回答を求めるよう保健婦に書面で依頼した。

2) 質問紙の構成

質問紙の内容は、介護者のストレスの認知的評価、対処行動、ソーシャルサポート、精神的健康度に関して介護者自身の認知について回答を求めるものである。

(1)個人的要因に関する内容

- ①介護者の性別、②年齢、③続柄、④居住形態、⑤職業、⑥病気。

(2)環境的要因

①介護期間、②介護代替者、③障害老人の年齢、④痴呆症、⑤障害老人の日常生活動作(activities of daily living, 以下 ADL と述べる)、⑥保健福祉サービスの利用状況。

(3)ストレスの認知的評価に関する測定尺度

①介護上の困難な出来事尺度

宗像ら(1994)が作成した「介護上での困る出来事スケール(3件法、14項目)」を使用した。

②日常いらだち事尺度

宗像ら(1986)が、ラザルスらの daily hassles を参考に日本の文化社会を考慮し、日本人成人が自記式で用いることができるよう開発した日常いらだち事尺度(3件法、25項目、老人介護者用)を使用した。

③老人のイメージ尺度

保坂(1988)らの SD 法(Demantic Differential 法)は、50の形容詞対を選定し 7 段階評定で測定し 6 因子抽出されている。本調査では、因子負荷量0.458以上の形容詞対を各因子から大きい順に 2 項目抽出し、計12の形容詞対尺度を 5 件法に修正した尺度を使用した。

④対処行動尺度

坂田（1989）のコーピング尺度（SCS）を使用した。これは、Folkman & Lazarus（1980）のWay of Copingを活用し、19カテゴリー、44項目で構成され2件法で回答を求めている。本調査では、信頼性係数（.56以下）の低い3つのカテゴリー（静観・自己制御・正当化）を除外し、16カテゴリーの中から項目間の相関係数の高い項目を16抽出し対処行動尺度とした。

⑤ソーシャルサポート尺度

宗像ら（1994）のソーシャルサポート測定尺度を使用した。これは、情緒的支援ネットワーク（8項目）・手段的支援ネットワーク（5項目）で構成されている。本調査では、これらの13項目に関して、介護者が認知している人物、ネットワークの人数、今のサポート状態に対する満足度について回答を求めた。

⑥精神的健康

GHQ（General Health Questionnaire）日本語版一般健康調査30項目短縮版（大坊・中野1987）を用いた。これは、英国の Goldberg, D.P. によって開発されオリジナルは60項目であるが、これとほぼ同等の信頼性および妥当性が確認されている。

3. 分析方法

統計解析は、PC-SAS を用いた。各測定尺度の得点化と分析方法は以下のとおりである。

(1)「GHQ」は、30項目に対して「まったくなかった」「あまりなかった」「あった」「たびたびあった」の評価得点は0—0—1—1（GHQ採点法）として加算し得点化した。得点分布を基にして加算した合計点が2点以下を低群（N=78）、3—8点以下を中群（N=98）、9点以上を高群（N=91）と分類した。GHQの得点が高いほど精神的健康度は低い。

(2)「日常いらだち事」は、25項目の選択肢のうち「大いにそうである」「まあまあそうである」と答えた場合を1点とし、「そうでない」を0点として加算し得点化した。

(3)「介護上の困難な出来事（以下、介護上の困難と述べる）」は、14項目につ

いての選択肢のうち「大変困っている」「困っている」を1点とし、「あてはまらない、あっても困らない」を0点として加算し得点化した。

(4)「障害老人のイメージ」は、13項目の形容詞対の逆転配置項目を調整し、すべての形容詞対を肯定的感情から否定的感情に配置し5段階評定で、5—4—3—2—1の評価得点として各得点を加算した。

(5)対処行動は、16項目について「はい」「いいえ」の2件法で回答を求めた。問題中心対処行動6項目、情動中心対処行動10項目であり、「はい」を1点として加算した。

(6)「ソーシャルサポート」は、ネットワークの選択肢を「特にいない」「1人」「4—7人」「8人以上」とし、評価得点を1—2—3—4とした。また、満足度は「とても満足している」「少し満足している」「少し不満である」「とても不満である」の回答の評価得点を4—3—2—1とした。ソーシャルサポート得点は、(ネットワーク×満足度)の総和(13項目)である。

全体のサポート得点の最大値={13×(4×4)}=208

(7)「ADL」は、8項目の中から食事・排泄・着替の項目について、3項目とも「全面介助を要する」場合はCランク、3項目の中のいずれかの項目において「一部分介助を要する」場合はBランク、3項目とも「介助なしに行える」場合はJ・Aランクとして区分した。

(8)「在宅福祉サービスの利用」は、15種類のサービスのうち、4—9種類利用は「サービス利用高群」、0—3種類利用は「サービス利用低群」として区分した。

IV 結 果

1. 対象者の人口学的特徴

本研究の分析対象者は、65歳以上の障害老人を在宅で介護している介護者267名であり、性別は女性88.3%、男性11.7%、年齢構成は、60—69歳が最も多く
160

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
33.6%，次いで70歳以上が28.3%であり介護者の高齢化がみられた。続柄では、妻が最も多く43.2%を占め、嫁28.2%，実子16.9%，夫9.4%，家族形態は夫婦のみの一世代家族が39.5%，二世帯同居23.3%，就労状況は、無職73.6%，定職あり14.7%，医師から診断された病気を有する者73.4%であった。GHQ高群に属するものが34.1%であった。障害老人の性別は、男性54.3%，女性45.7%で、年齢は、後期高齢者が65.3%占めており、痴呆症あり47.7%，食事・排泄・着替のいずれにおいても介護者の援助をかなり必要としている「寝たきり」老人（B・Cランク）が80%以上を占めていた。介護期間は3年末満31.4%，5年以上46.8%と長期化の傾向がみられた。在宅福祉サービスの利用状況は、平均約3種類のサービスを利用していた。

2. 精神的健康、ストレスの認知的評価、ソーシャルサポートに影響する個人的・環境的要因—数量化理論I類による分析

林の数量化I類の分析は、連続量を目的の従属変数として、その程度をカテゴリカル変数によって説明する特殊な重回帰分析の一種である。従属変数はGHQ得点、介護上の困難、日常いらだち事、障害老人のイメージ、ソーシャルサポートであり、アイテムは個人的要因と環境的要因の全項目（13項目）を用いて分析した。各変数における偏相関係数を表1に示した。

1) 精神的健康に影響する個人的・環境的要因

個人的要因の偏相関係数をみると、続柄>介護者の病気>介護者の年齢の順に影響力が大きかった($p < .01$)。カテゴリーウエイトをみると、介護者の病気では「あり」のほうが、続柄では夫>嫁>実子>妻の順に精神的健康度が低かった。環境的要因では、介護期間が最大であり($p < .01$)、次いで障害老人の年齢がGHQに影響力を有していた。カテゴリーウエイトをみると、介護期間では3年末満>10年以上>3—5年末満>5—10年末満の順に精神的健康度が低かった。障害老人の年齢では70—74歳>65—69歳>75—79歳>85歳以上>80—84歳の順に精神的健康度が低かった。

2) 介護上の困難に影響する個人的・環境的要因

表 1 数量化理論 I 類の分析結果

従属変数 アイテム	精神的健康 (GHQ)		ソーシャル サポート		介護上の困難		日常いらだち事		障害老人 イメージ	
	レンジ	偏相関係数	レンジ	偏相関係数	レンジ	偏相関係数	レンジ	偏相関係数	レンジ	偏相関係数
<個人的要因>										
介護者性別	2.82	0.12	0.70	0.01	0.39	0.07	0.30	0.02	3.11	0.15
介護者年齢	2.82	0.14	11.17	0.11	1.17	0.23	1.72	0.13	3.93	0.19
病気有無	2.29	0.15	2.78	0.04	0.17	0.06	0.98	0.13	2.72	0.18
続柄	4.16	0.16	23.99	0.18	0.96	0.14	2.46	0.19	4.32	0.17
家族形態	1.16	0.08	16.87	0.20	0.25	0.07	0.58	0.07	2.38	0.15
職業	1.55	0.10	11.05	0.09	0.41	0.09	1.31	0.10	2.99	0.17
<環境的要因>										
介護期間	2.51	0.16	9.05	0.09	0.30	0.09	1.60	0.20	2.94	0.18
障害老人性別	0.29	0.02	12.23	0.12	0.36	0.10	0.86	0.09	1.26	0.07
障害老人年齢	2.70	0.14	21.04	0.21	0.79	0.19	1.18	0.12	3.83	0.20
ADL レベル	0.61	0.04	16.28	0.17	0.57	0.15	0.76	0.08	1.16	0.06
痴呆症有無	0.34	0.03	0.16	0.00	0.64	0.24	0.42	0.07	2.01	0.16
代替者有無	1.59	0.12	10.51	0.15	0.24	0.09	1.06	0.16	1.79	0.14
保健福祉サービス利用	5.20	0.07	0.36	0.01	1.31	0.10	4.28	0.16	0.15	0.01
重相関係数(R ²)	0.42		0.40		0.44		0.49		0.52	

個人的要因では、介護者の年齢($p < .01$)の影響力が大きく、カテゴリーエイトをみると、49歳以下>50—59歳>60—69歳>70歳以上の順に困難度が高く、年齢が低くなるにつれて困難度が高くなる傾向がみられた。環境的要因では、痴呆症と障害老人の年齢 ($p < .01$)の影響力が大きく、カテゴリーエイトをみると、痴呆症「あり」のほうが、年齢では80—84歳が最も困難度が高く、70—74歳が最も低かった。

3) 日常いらだち事に影響する個人的・環境的要因

個人的要因では、続柄($p < .01$)の影響力が大きく、カテゴリーエイトをみると、嫁>実子>夫>妻の順に日常いらだち度が高かった。環境的要因では、介護期間($p < .01$)と保健福祉サービスの利用($p < .01$)と代替者($p < .05$)の影響力が大きかった。カテゴリーエイトをみると、介護期間では3年未満>3—

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
5年未満>10年以上>5—10年未満の順に、代替者では「なし」のほうが、サービスの利用では「高群」が日常いらだち度が高かった。

4) 障害老人のイメージに影響する個人的・環境的要因

個人的要因では、介護者の年齢($p < .01$)、病気($p < .01$)、職業($p < .01$)、続柄($p < .01$)の影響力が大きかった。カテゴリーイエイトをみると、病気ありと職業なしは否定的イメージであった。介護者の年齢は、49歳以下>50—59歳>60—69歳>70歳以上の順にイメージが否定的になる傾向がみられた。続柄では、実子>夫>嫁の順に否定的傾向であり、妻のみが「正」のイメージであった。環境的要因では、障害老人の年齢と痴呆症の影響力が大きかった。カテゴリーイエイトをみると、痴呆症ありのほうが、障害老人の年齢では70—74歳>80—84歳>65—69歳>75—79歳>85歳以上の順に否定的イメージであった。

5) ソーシャルサポートに影響する個人的要因と環境的要因

個人的要因では、家族形態($p < .01$)が最大であり、次いで続柄($p < .01$)の影響力が大きかった。カテゴリーイエイトをみると、夫婦のみ世帯が最も高く、続柄では、妻>嫁>夫>実子の順にサポートが高かった。環境的要因では、障害老人の年齢($p < .01$)が最大であり、次いでADL($p < .01$)、代替者であった。カテゴリーイエイトをみると、障害老人の年齢では、85歳以上が最も高く70—74歳が最も低い関係にあった。ADLレベルにおいて、A・Jランクが低く、Bランクのほうがソーシャルサポートは高かった。

3. ストレスの認知的評価とソーシャルサポートと精神的健康との因果関係

GHQ、ソーシャルサポート、障害老人のイメージ、日常いらだち事、介護上の困難の関連性を明らかにするためにパス分析法を行った。分析モデルは、6つの変数のうちGHQ、ソーシャルサポート、日常いらだち事、対処行動は内生変数であり、障害老人のイメージと介護上の困難は外生変数である。6つの変数の平均値の分布を表2に、GHQ、ソーシャルサポート、障害老人のイメージ、介護上の困難、日常いらだち事の相関関係の分割を表3に示した。なお、パスダイアグラムではパス係数0.05以下を削除した。(図2)

表2 変数の分布(平均値)

変 数	平均値	標準偏差
GHQ	7.34	6.66
ソーシャルサポート	98.88	33.86
障害老人のイメージ	37.80	6.88
介護上の困難な出来事	3.34	3.18
日常いらだち事	6.21	5.45

表3 GHQ・ソーシャルサポート・障害老人のイメージ・介護上の困難・日常いらだち事の相関関係の分割

従属変数	独立変数	直接効果	間接効果	総効果	相関係数
GHQ	ソーシャルサポート	-0.20	—	-0.20	-0.33
	障害老人のイメージ	-0.07	-0.14	-0.21	-0.31
	介護上の困難	0.07	0.10	0.17	0.21
	日常いらだち事	0.42	0.01	0.44	0.50
ソーシャルサポート	GHQ	-0.23	-0.04	-0.27	-0.33
	障害老人のイメージ	0.26	0.04	0.34	0.33
	介護上困難	0.13	-0.17	-0.04	-0.03
	日常いらだち事	-0.10	-0.10	-0.19	-0.23
	問題中心対処行動	0.25	-0.02	0.23	0.18
日常いらだち事	GHQ	0.39	—	0.39	0.50
	ソーシャルサポート	—	-0.08	-0.08	-0.23
	障害老人のイメージ	-0.19	-0.03	-0.22	-0.34
	介護上の困難	0.23	-0.03	0.20	0.32

1) GHQ に影響する直接的要因と間接的要因

GHQ に及ぼす直接的効果は、ソーシャルサポート (−), 障害老人のイメージ (−), 介護上の困難, 日常いらだち事の変数であった。間接的効果は、①障害老人のイメージ→ソーシャルサポート→GHQ, ②介護上の困難→日常いらだち事→ソーシャルサポート→GHQ, ③日常いらだち事→ソーシャルサポート→GHQ の 3 つの経路を得て影響力を及ぼしていた。変数のなかでも直接的影響力の強いものは日常いらだち事であり, 間接効果では障害老人のイメージの影響力が大きかった。総効果は, 日常いらだち事 > 障害老人のイメージ (−) >

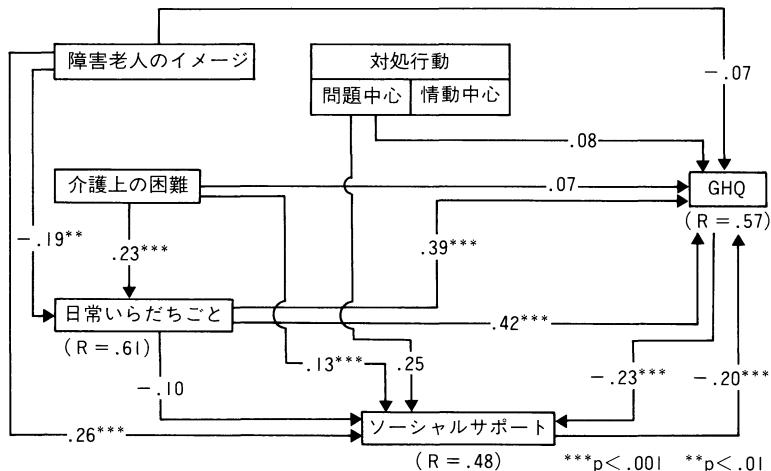


図2 ストレスの認知的評価、ソーシャルサポートと精神的健康との関連性のパス・ダイアグラム

ソーシャルサポート > 介護上の困難の順に影響力が大きかった。

2) ソーシャルサポートに影響する直接的要因と間接的要因

ソーシャルサポートに及ぼす直接的効果は、GHQ(−), 障害老人のイメージ, 介護上の困難, 日常いらだち事(−), 問題中心対処行動のすべての変数が影響力を有していた。間接的効果は、①障害老人のイメージ→GHQ→日常いらだち事→ソーシャルサポート, ②障害老人のイメージ→日常いらだち事→ソーシャルサポート, ③介護上の困難→GHQ→ソーシャルサポート, ④日常いらだち事→GHQ→ソーシャルサポート, ⑤障害老人のイメージ→GHQ→ソーシャルサポート, ⑥問題中心対処行動→GHQ→ソーシャルサポート, ⑦問題中心対処行動→GHQ→日常いらだち事→ソーシャルサポートの7つの経路を得て影響力を及ぼしていた。総効果では、障害老人のイメージ>GHQ(−)>問題中心対処行動>日常いらだち事(−)>介護上の困難の順に影響力が大きかった。

3) 日常いらだち事に影響する直接的要因と間接的要因

日常いらだち事に及ぼす直接的効果は、GHQ, 障害老人のイメージ, 介護上の困難の3つの変数であった。なかでも GHQ の影響力が最も大きかった。間接的効果は、①ソーシャルサポート→GHQ→日常いらだち事, ②介護上の困難→

GHQ→生活いらだち事, ③障害老人のイメージ→ソーシャルサポート→GHQ
→日常いらだち事の3つの経路を得て影響力を及ぼしていた。総効果では,
GHQ>障害老人のイメージ(+)>介護上の困難>ソーシャルサポート(+)の
順に影響力が大きかった。

V 考 察

1. 介護者のストレス軽減と精神的健康の維持へ向けての戦略

ラザルスは、ストレスの認知的評価に影響する人的要因はその人のコミットメントと信念であり、状況的要因では新奇性、予測性、出来事の不確実性、ストレスに関する時間的な要因、あいまいさ、ライフサイクルとストレスフルな出来事のタイミングを挙げている。これらの人的要因と状況的要因が相互に影響し合ってストレスフルな状態をもたらし、長期的にはその不適応状況が健康に影響をもたらすとしている。

本結果では、精神的健康度の低い介護者は34.1%であり、宗像(1994)の19.4%が神経症圏に相当する強い神経症・うつ症状を示したとした報告よりも比率が高かった。この背景には、調査対象者が保健婦の訪問事例であるため、介護上の問題をもった重症度の高い対象者が抽出された可能性がある。介護者の精神的健康を規定していた変数は、障害老人のイメージ、介護上の困難、生活いらだち事のすべての変数であった。また、日常いらだち事とソーシャルサポートの変数は精神的健康と相互に影響し合い悪循環を呈していることが明らかになった。介護者のストレス軽減と精神的健康の向上を図るためにには、この循環の鎖をどこかで断ち切ることが求められている。本研究の結果から導き出された循環の現象は、図3に示すようなシーソーにたとえたモデルで提示できる。つまり、介護者の精神的健康と日常いらだち事がシーソーの両端に位置し、日常いらだち度が高くなると精神的健康度は低くなり、また、その反対に精神的健康度が高くなると日常いらだち度が低くなる、いわゆる「シーソー」の原理

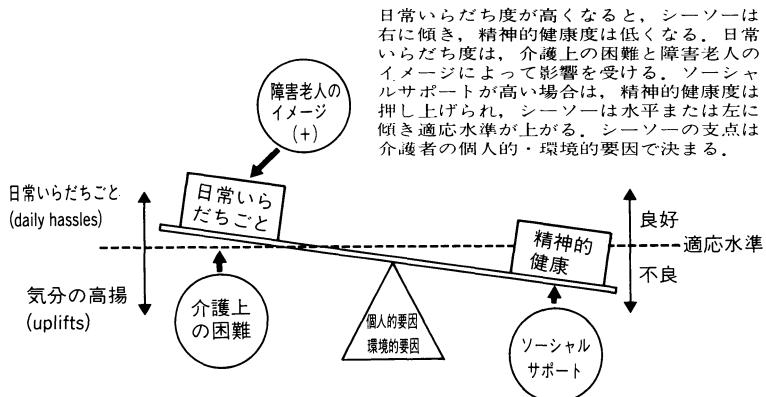


図3 介護者のストレスの認知的評価・ソーシャルサポートと精神的健康のシーソーモデル

である。

シーソーのバランスは日常いらだち事に影響する力と精神的健康に影響する力によって決定する。すなわち、日常いらだち度に影響する力は、介護上の困難度と障害老人のイメージであり介護上の困難度が高く、障害老人のイメージが否定的である場合は、シーソーは右に傾く。もう1つは、精神的健康度に影響する力としてソーシャルサポートがある。ソーシャルサポートが高い場合には、精神的健康度を押し上げ、シーソーは水平になるか、または左に傾く。このシーソーのバランスを介護者がうまく調整できれば介護者のストレスフルな生活状態を軽減できるとするモデルである。介護者への援助はこの2つの方向性から提供することが重要になる。そのために、1つは日常いらだち事に影響する要因である介護上の困難と障害老人のイメージに対する戦略が必要になる。もう1つは、ソーシャルサポートの力を強化する戦略である。すなわち、第1の戦略は日常いらだち事を調整する方向である。介護者のストレスフルな状態は、介護という役割を放棄することができず、物理的にも、身体的・精神的にも障害老人との関係に縛られ、コントロール可能な条件下ないことによってもたらされている。介護上の困難と障害老人イメージ(感情)の領域に対して介護者のコントロール条件域をいかに拡大するかが苦痛の軽減に関連する。

介護上の困難と障害老人のイメージに影響する要因には、痴呆症への対応の難しさと続柄および介護者の年齢が関与していた。続柄では、嫁と姑（舅）との人間関係の問題が推察できる。また、年齢では若い介護者ほど介護上の困難や障害老人のイメージが否定的傾向であった。発達課題との関連から考えると、若い介護者ほど母親・妻・介護者の3つの役割が競合しているであろう。これらの課題が家庭内において重要であるとコミットメントしていればいるほどストレスフルと認知される。さらに、介護者の73.4%は病気をもち、これらの介護者は精神的健康度が低かった。介護者が効果的な対処行動や介護上の困難、老人に対する感情を処理するためには、その根底にある介護者自身の病気の回復を促進させる援助が重要である。第2の戦略は、ソーシャルサポートを高め精神的健康維持の方向である。本研究結果から示唆されたことは、ソーシャルサポートは、すべての変数によって規定され、かつ精神的健康を規定する関係にあった。代替者のいる介護者は精神的健康度が高く、代替者の存在が日常いらだち事に影響を及ぼしていた。日常いらだち事と精神的健康との悪循環の鎖を遮断するためには、ソーシャルサポートを強化する必要がある。フォーマルサポートの提供者である保健・福祉の専門職者に求められている課題は、特に、痴呆症老人、嫁と娘介護者、介護期間が比較的短い、代替者がいないなどの条件を有している介護者に焦点を当てた支援のあり方を検討する必要がある。在宅ケアを支えている看護婦・保健婦は、介護者が困難とした「痴呆症への対応」「日常生活動作の援助」に関しては専門性を発揮できる立場にいる。介護者がこれらの介護に対応でき、自己のコントロール条件域を拡大できれば、介護している老人のイメージ（感情）と日常いらだち事に変化をもたらすことが可能になる。さらに、2つの戦略に対応した地域のサービスシステムをつくり出す課題が保健医療福祉の専門職者に課せられている。

VI ま と め

本研究の分析対象である在宅障害老人介護者267名中、34.1%（91名）はいわゆ

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
る神経症圈に相当する精神的健康状態にあった。個人的要因である介護者の年
齢と続柄は、精神的健康、介護上の困難、日常いらだち事、障害老人のイメー
ジ、ソーシャルサポートのすべての変数に影響を及ぼす因子であった。また、
環境的要因では介護期間は日常いらだち事と障害老人のイメージに、痴呆症は
介護上の困難に、障害老人の年齢はソーシャルサポートと障害老人のイメージ
に影響を及ぼす因子であった。

さらに、日常いらだち事とソーシャルサポートの変数は精神的健康と相互に
規定し合う関係にあり悪循環を呈している構図が明らかになった。介護者のス
トレスを軽減して精神的健康度を高めるためには、この悪循環のサイクルを遮
断することが必要である。そのために、1つは日常いらだち事を調整する方向
の戦略、もう1つは、ソーシャルサポートを強化する方向の戦略が必要である。

謝 辞

本稿は平成7年度北星学園大学大学院に提出した修士論文の一部を抜粋し加筆、修
正したものである。本研究にあたりご指導くださいました北星学園大学大坊郁夫教授
に深謝いたします。また、調査にご協力くださいました保健婦と介護者の皆様、北星
学園大学大学院の佐藤靖子さんに心からお礼申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 浦満博・南隆男・稻葉昭英 (1989), 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.
- 2) 太田喜久子 (1992), 老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向, 看護研究, 25(6) : 12-20.
- 3) 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) : 2-11.
- 4) 斎藤千鶴(1987), 老人に対する家族の介護意識とその規定要因, 老人問題研究, 8 : 46-54.
- 5) 坂田周一・Jersey Liang・前田大作 (1992), 高齢社会における社会支援のスト
レス・バッファ効果, 社会老年学, 31 : 80-90.
- 6) 笹森貞子 (1992), 痴呆性老人を抱える介護者の心理 <長谷川和夫監：痴呆性老
人の心理学, 中央法規出版, 180-199.>
- 7) 新名理恵 (1992), 痴呆症老人の在宅介護とストレス <長谷川和夫監：痴呆性老
人の心理学, 中央法規出版, 200-218.>

- 8) 大坊郁夫・中野星(1987), 日本版 GHQ 短縮版の有効性, 日本心理学会第51回大会発表論文集, 737.
- 9) 中川泰彬・大坊郁夫訳著編 (1981), 質問紙法による精神・神経症症状の把握の理論と臨床応用, 国立精神研究所.
- 10) 中谷陽明・東条光雄 (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.
- 11) 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 の適用の試み), 社会老年学, 36 : 15-26.
- 12) 成木弘子・飯田澄子・野地有子・佐藤玲子・結城美智子 (1995), 後期高齢者の主介護者における介護負担軽減への因子探索的研究, 日本看護科学会誌, 15(3) : 114.
- 13) 野口裕二 (1991), 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一, 老年社会学, 13 : 89-105.
- 14) 保坂久美子・袖井孝子 (1988), 大学生の老人イメージ—SD 法による分析, 社会老年学, 27 : 22-33.
- 15) 松岡英子(1993), 在宅要介護老人の介護者のストレス, 家族社会学研究, 5 : 101-112.
- 16) 松岡英子(1994), 在宅老人介護者のストレスに対する資源の緩衝効果, 家族社会学研究, 6 : 81-95.
- 17) 峯本佳代子・浅野仁 (1988), 要介護老人のためのサポートに関する調査研究, 老人問題研究, 8 : 24-44.
- 18) 宗像恒次・川野雅資編 (1994), 高齢社会のメンタルヘルス, 金剛出版.
- 19) 翠川純子 (1993), 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, 37 : 16-26.
- 20) 横山美江 (1993), 在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候と介護環境要因, 日本看護研究学会雑誌, 16(3) : 23-31.
- 21) 山本則子(1995), 痴呆老人の家族介護に関する研究, 看護研究, 28(3) 2-23, (4) : 67-87, (5) : 73-91.
- 22) Argyle,M.(1994), The Psychology of HAPPINESS(石田梅男訳, 幸福の心理学, 誠信書房.)
- 23) Depner,C.E. & Wethington,E. & Dayton,B.I.(1984) Social Support : Methodological Issues in Design and Measurment Journal of Social Issues, 40 : 37-54.
- 24) Folkman,S.(1984) : Personal Control and Stress and Coping Process : A Theoretical Analysis. (黒田裕子・中西睦子訳 (1988), パーソナル・コントロール, ストレス, コーピング・プロセス : 理論的分析, 看護研究, 21(3) : 243-260.)
- 25) Lazarus,R.(1990) : Measuring Stress to Predict Health Outcome. (林峻一郎編訳 (1990), ストレスとコーピング, 星和書店.)