

認知症高齢者を介護する家族の ストレス対処能力(SOC)と介護環境との関連

依田純子¹⁾ 須田由紀¹⁾ 松下裕子²⁾

要 旨

在宅で認知症高齢者を介護している家族介護者 50 名を対象に、ストレス対処能力(SOC)と介護環境との関連を明らかにするために訪問面接調査を実施した。分析は、SOC 得点を平均値で二分し介護環境の各項目との関連について単変量解析を行い、さらに SOC を従属変数として多重ロジスティック回帰分析を行った。

その結果、SOC との有意な関連がみられたのは、「内服の有無」と「介護以外の悩み事の有無」であった。SOC の構成要素別にみると、把握可能感については、「内服の有無」「介護以外の悩み事の有無」の 2 項目、有意味感については「内服の有無」「介護以外の悩み事の有無」「手段的ソーシャル・サポート」の 3 項目が関連しており、処理可能感については関連する項目はなかった。

キーワード：ストレス対処能力(SOC) 認知症高齢者 介護環境 家族介護者

I 緒言

わが国の認知症高齢者数は増加しており、「何らかの介護支援を要する認知症高齢者」(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)の数は、2012 年で 305 万人と推計されている。認知症高齢者は居宅、介護施設、医療機関等で暮らしており、在宅で生活している人が約半数と最も多くなっている¹⁾。

2012 年 6 月に公表された厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームの「今後の認知症施策の方向性について」によると、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す」という基本方針と市町村の取り組みを強化する方向性が示された。しかし、在宅の認知症高齢者の現状は十分に把握されているとは言い難く、その介護を担う家族は、認知症の行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)による介護負担²⁾³⁾のみならず、家族関係⁴⁾や家事など

の生活困難⁵⁾にもかかわるストレスに直面しながら生活している。平松らは、家族介護者の介護負担感の関連因子の研究において、介護者のストレス対処能力や情緒的サポートなどの介護者の主観を反映する因子の関連性が大きいことを報告しており⁶⁾、家族介護者の介護負担感軽減には、家族介護者自身もつ対処能力が重要な鍵になると考える。

アーロン・アントノフスキーは、多くのストレス下においても健康を保持し続けている人々の特徴を、SOC(Sense of Coherence・首尾一貫感覚)と名づけ、この SOC が、健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させる重要な決定因子であるとしている。アントノフスキーの SOC 理論は、なぜ人は健康でいられるのかという健康の起源に焦点を当てた健康生成思考(salutogenic orientation)をとり、健康を維持・増進させる要因に着目している。SOC は、把握可能感(comprehensibility)、処理可能感(manageability)、

(所 属)

1) 山梨県立大学看護学部 地域看護学領域

2) 順天堂大学 ストレスケア研究会 (元山梨県立大学看護学部)

有意味感(meaningfulness)という 3 つの構成概念からなり、これらの感覚の強弱が、健康状態を左右する要因になるため、「ストレス対処能力」「健康保持能力」とも呼ばれている⁷⁾。

これまでの SOC 研究は国内外で行われており、看護に関連する SOC 研究としては、国外では、患者(児)・市民を中心に看護師・患者家族等を対象としているが、国内においては、看護職や看護学生を対象としている研究が多く、その他妊産婦や健康な成人・学生等であり、介護者の SOC 研究についてはほとんど見当たらない⁸⁾。

近年の国内の SOC 研究において、SOC の高い人の特徴として、精神的健康を保持しやすい⁹⁾、主観的健康観が良い者やうつ状態・うつ傾向に該当しない者の割合が高い、ストレスフルなライフイベントがあってもうつ状態の割合が増加しない¹⁰⁾、ストレス対処方略における情報収集、計画立案、肯定的解釈、気晴らしの方略をとっている¹¹⁾¹²⁾、ストレスに応じて家族の勢力構造や役割を変化させる家族システム能力が高い¹³⁾、生活習慣や社会関係をより良好になる方向で関連している¹⁴⁾、他者からの理解や、仕事のやりがい、継続意欲につながる¹⁵⁾、等が明らかになっている。また、豊かな「20 歳までの経済状態」が SOC を低下させ、「緊張処理の体験」が SOC を強化し¹⁶⁾、社会経済的地位が高い者ほど SOC が高くなる¹⁷⁾ 等が報告されている。

SOC は、これまでの人生経験の中で培われるものであり、一貫性のある経験の中で強化され成人期にある程度固定化するとされているが、その後の新たな人生経験によって、その人の生活世界の一貫性や負荷のバランスが崩れ、SOC が変動することも示されている¹⁸⁾¹⁹⁾。認知症高齢者の介護は、家族介護者にとって SOC に影響するライフイベントとも考えられる。そのため、本研究では、認知症高齢者を介護する家族のストレス対処能力(SOC)と介護環境との関連を探ることで、介護者の SOC を考慮した支援方策の検討に向けた基礎資料を得ることができるものと考え、調査を実施した。

II 研究目的

認知症高齢者を介護する家族のストレス対処能力 SOC(sense of coherence)と介護環境との関連を明らかにする。

III 研究方法

1 対象者

認知症高齢者を在宅で介護している家族の主介護者で A 県内の介護保険サービス事業所 1 か所及び「認知症の人と家族の会 A 県支部」から紹介を受け、調査協力の同意が得られた 50 名を対象とした。

2 調査期間 2007 年 10 月～2008 年 1 月

3 調査項目

- 1) 介護環境下における対象者のストレス対処能力をみるために、山崎らの「ストレス対処能力(SOC)日本語縮約版」13 項目 7 件法²⁰⁾を用いた (本研究における Cronbach の α 係数 0.65)。
- 2) 対象者のストレス対処能力(SOC)との関連をみるために、介護環境として以下の項目を調査した。
 - ①主介護者の基本属性として、性別、年齢構成、職業の有無、家族構成、家族数、被介護高齢者との続柄とした。
 - ②被介護者の基本属性と介護状況として、認知症の程度は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」を用い、その他、要介護度、介護期間、1 日の平均介護時間、介護経験の有無、同時期の複数介護の有無、経済的問題の有無、日々の介護を共に担っている副介護者の有無、1 週間ほど介護を引き受けてくれる介護代替者の有無、現在利用している公的サービスとした。
 - ③主介護者の対処行動として、和気の「在宅障害高齢者の家族介護者の対処スタイル」15 項目版²¹⁾ および野口の「ソーシャル・サポート」尺度²²⁾を用いた。前者は、

主要 3 因子からなり、第 1 因子は問題解決型 6 項目〈情報収集〉〈相互支援〉〈専門援助の依頼〉〈気晴らし〉〈私的援助の依頼〉〈注意切り替え・価値の切り上げ〉、第 2 因子は認知変容型 6 項目〈努力〉〈価値の切り下げ〉〈諦め・開き直り〉〈自己制御〉〈静観・待機〉〈計画・再検討〉、第 3 因子は回避情動型 3 項目〈被支持〉〈感情表出〉〈思考回避・逃避〉である。後者は、野口の「ソーシャル・サポート」尺度²²⁾の情緒的サポート、手段的サポート、ネガティブ・サポートのうち、具体的なストレス対処の資源に絞り前者の 2 種を用い、「同居家族」、「別居親族」、「友人・知人・近隣者」についてサポート提供者の有無をみた(本研究における Cronbach の α 係数は、前者は 0.53、後者は 0.78)。

- ④主介護者のストレス状況として、病気の有無、内服の有無、蓄積的疲労兆候 15 項目、唾液中コルチゾール濃度、精神的健康調査票 GHQ(General Health Questionnaire)12 項目版(GHQ12)²³⁾、健康習慣指標 HPI(Health practice Index)²⁴⁾、及び介護以外の悩み事の有無をみた。そのうち、蓄積的疲労兆候は、蓄積的疲労兆候尺度の原型(7 次元 81 項目)を基にして、中谷が作成した家族介護者の身体的負荷や身体不調の 15 項目²⁵⁾であり、対象者の身体的状態をみるために用いた(本研究における Cronbach の α 係数 0.80)。唾液中コルチゾール濃度は、対象者のストレス反応をみるための生理学的指標として用いた。精神的健康調査票 GHQ12 は、D.P.Goldberg の GHQ の日本語縮約版であり、対象者の精神的健康度を測定するために用いた(本研究における Cronbach の α 係数 0.79)。健康習慣指標 HPI(Health practice Index)は、森本がブレスローの 7 つの健康習慣をもとに日本人向けに改変した 8 つの健康習慣指標²⁶⁾であり、対象者の生活習慣をみるために用いた。

4 調査方法

調査票を用いて面接による聞き取り調査を実施した。調査実施までの手順は、以下の通りである。

- 1) 作成した調査票について認知症介護の経験者 2 名を対象にプレテストを行い、回答しにくい内容を修正した。
- 2) 調査用のガイドラインを作成し、それに沿ってデモンストレーションを行い 4 名の調査者が統一した調査ができるように準備をした。
- 3) 調査面接は、対象者の都合にあわせた日時に対象の自宅あるいは指定する場所に出向き調査を行った。
- 4) 唾液の採取は食直後を避け、アンケート調査の前あるいは後に、専用の唾液採取キット Sarstedt 社の Salivette を用いて、対象者の舌下に脱脂綿を 1-2 分程度入れて十分唾液を浸みこませたところで採取した。その後は保冷し 1-2 時間のうちに検査機関に渡し、コルチゾール濃度を測定した。

5 倫理的配慮

対象者には、研究目的と内容について文書及び口頭で説明した。その際、研究への協力は本人の自由意思であり中断も可能であること、利用している介護サービス等に何ら影響がないこと、データの集計においては、統計的に処理し個人を特定できないようにすることを伝え、同意の意思を確認した。なお、本研究は、山梨県立大学看護学部の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

6 分析方法

対象者の属性と介護状況及び心身の健康状態について単純集計を行い、対象者のストレス反応の出現状況や対処状況を概観した。次に、対象者のストレス対処能力(SOC)得点の平均値を出し、先行研究のデータと比較した。SOC との関連項目を検討するために、対象者の SOC 得点を平均値で二分し「SOC 高群」及び「SOC 低群」

として、各項目に関して、 χ^2 検定及びt検定を用いてその差異を検討した。さらにSOCを従属変数とし、単変量解析の結果で有意差がみられた変数及び先行研究においてSOCとの関連が示されている変数として、職業、経済問題、健康習慣指標(HPI)、精神的健康度(GHQ12)、情緒的ソーシャル・サポート、手段的ソーシャル・サポートの6項目を独立変数として投入し、多重ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。

IV 結果

面接調査の協力を得られた対象者のうち、すべての項目に回答があった49名を分析対象とした。

1 主介護者及び被介護者の基本属性と介護状況

対象者は女性が多く、年齢構成は60歳以上が57.1%を占めていた。40.8%の対象者が職業を持っていた。家族構成は、二世帯世帯が38.8%であり、ついで夫婦のみの世帯が30.6%となっており、家族数は被介護者を含めて2~4人が多かった。被介護者との続柄は、嫁が40.8%、次いで配偶者、実子となっていた(表1)。

被介護者の認知症の程度は、誰かが注意している程度の支援を必要とする「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」Ⅱが34.7%で、その他、介護を必要とするⅢ以上が63.2%であり、要介護度は3以上が60%を超えていた。介護期間は、3年未満が22.5%、3年以上が67.5%であり、対象者は、3年以上の長い介護生活を続けている状況が多かった。1日の平均介護時間は、6時間以上が38.8%で、2時間未満が28.6%と様々であった。対象者のこれまでの介護経験については、79.6%が今回初めての介護であり、同時に複数介護している状況の対象者が18.4%で、経済的問題を感じている対象者は、20.4%であった。日々の介護を共に担っている副介護者がいるのは65.3%、1週間程度介護を代わりにしてくれる介護代替者がいるのは16.3%であった。介護サービスを利用している人は89.8%で、そ

表1 対象者の基本属性 n=49

項目	カテゴリー	n	%
性別	男	6	12.2
	女	43	87.8
年齢構成	40~49歳	2	4.1
	50~59歳	19	38.8
	60~69歳	17	34.7
	70歳以上	11	22.4
職業	あり:パート勤務含む	20	40.8
	なし	29	59.2
家族構成	夫婦のみの世帯	15	30.6
	二世帯世帯	19	38.8
	三世帯世帯	3	6.1
	複合家族世帯	12	24.5
家族数	2人	14	28.6
	3人	13	26.5
	4人	11	22.4
	5人	6	12.2
	6人	4	8.2
	7人	1	2.0
	8人	1	2.0
	9人以上	1	2.0
被介護者との続柄	嫁	20	40.8
	配偶者(夫・妻)	16	32.7
	実子(息子・娘)	13	26.5

表2 被介護者の基本属性と介護環境 n=49

項目	カテゴリー	n	%
認知症の程度	I	1	2.0
	II	17	34.7
	III	15	30.6
	IV	13	26.5
	M	3	6.1
要介護度	未認定	3	6.1
	要支援1・2	7	14.3
	要介護1・2	9	18.4
	要介護3	10	20.4
	要介護4	10	20.4
介護期間	要介護5	10	20.4
	1年未満	5	10.2
	1-3年未満	6	12.2
	3-5年未満	18	36.7
	5-10年未満	15	30.6
1日の平均介護時間	10年以上	5	10.2
	2時間未満	14	28.6
	2~6時間	16	32.7
介護経験の有無	6時間以上	19	38.8
	経験あり	10	20.4
	経験なし	39	79.6
同時期介護の有無	他に介護している	9	18.4
	他に介護していない	40	81.6
経済的問題の有無	あり	10	20.4
	なし	39	79.6
副介護者の有無	いる	32	65.3
	いない	17	34.7
介護代替者の有無	いる	8	16.3
	いない	41	83.7
現在利用しているサービス	あり	44	89.8
	なし	5	10.2

の内容は、デイサービスが 77.3%、次いで、ショートステイ 34.1%、訪問介護 29.5%、訪問看護 25.0%等の順であった(表 2)。

2 主介護者のストレス対処能力(SOC)得点

対象者のストレス対処能力(SOC)得点の平均値(標準偏差)は、63.6(9.3)点であった。また、SOCを構成要素別にみると、把握可能感は 24.2(5.2)点、処理可能感は 19.1(3.6)点、有意味感は 20.1(3.5)点であった(表 3)。

表3 対象者のストレス対処能力(SOC)得点 n=49

項目(得点範囲)	平均値(標準偏差)
SOC総得点(13-91)	63.6(9.3)
把握可能感得点(5-35)	24.2(5.2)
処理可能感得点(4-28)	19.1(3.6)
有意味感得点(4-28)	20.4(3.5)

3 主介護者の対処行動

対象者のストレス対処スタイル得点の平均値(標準偏差)は、32.9(3.8)点であり、問題解決型対処スタイルは 12.4(2.0)点、認知変容型対処スタイルは 14.0(2.1)点、回避情動型対処スタイルは、6.4(1.3)点であった。これは、和気²⁷⁾の実施した 3 地域の在宅要介護高齢者の家族介護者の結果と比較すると、問題解決型対処スタイル得点が低く、認知変容型ストレス対処スタイルの得点が高かった。また、ソーシャル・サポートの平均値(標準偏差)は、情緒的ソーシャル・サポートは 6.7(2.9)、手段的ソーシャル・サポートは、4.2(2.2)であり、野口²⁸⁾が実施した一般の 65 歳以上男女の結果と比較すると、情緒的および手段的ソーシャル・サポート得点のいずれも高かった(表 4)。

表4 対象者のストレス対処スタイル得点 n=49

項目(得点範囲)	平均値(標準偏差)
対処スタイル総得点(9-45)	32.9(3.8)
問題解決型対処スタイル(3-18)	12.4(2.0)
認知変容型対処スタイル(3-18)	14.0(2.1)
回避情動型対処スタイル(3-9)	6.4(1.3)
情緒的ソーシャル・サポート得点(0-12)	6.7(2.9)
手段的ソーシャル・サポート得点(0-12)	4.2(2.2)

4 主介護者のストレス状況

対象者は、治療を受けている病気がある人が 33 人(67.3%)で、内服している人は、27 人(55.1%)であった。また、蓄積的疲労兆候によって、対象者の体の疲れや不調をみると、「肩こり」、「腰痛」が各 29 人(59.2%)、「疲れやすい」「目が疲れる」が各 26 人(53.1%)であり、これらの症状は、先行研究²⁹⁾で報告されている主介護者の身体的不調と同程度の割合であった。さらに「頭が痛い・頭が重い」「足がだるい」「眠りが浅い」「立ったり・座ったりが辛い」「体のふしふしが痛い」「胃腸の調子が悪い」「寝つきが悪い」もそれぞれ 30%以上あり、85%の対象者がこれらの複数の症状を持っており、自らの健康に不調を感じながら介護をしている状況であった。しかし、対象者の治療および内服の有無で「蓄積的疲労徴候数」の平均に有意差はなかった($p=0.24, p=0.30$)。

ストレスの生理的反応として、対象者の唾液中コルチゾール濃度の平均値(標準偏差)は 0.43(0.24) $\mu\text{g}/\text{dl}$ であった。成人でストレスが低い場合、日中のコルチゾール濃度は比較的低値(0.3 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下程度)を保つ³⁰⁾ことが報告されていることから、生理的ストレス反応があらわれている状況であった。対象者の精神的健康度(GHQ12)について、精神的な健康問題が疑われる³¹⁾4 点以上は 25 人(51.0%)であるが、平均点(標準偏差)は 3.6(3.0)点であり、深刻な精神的不健康状態の者は比較的少なかった。健康習慣指標(HPI)の平均点(標準偏差)は 5.4(1.5)であり、森本の分類³²⁾によると、「良好」(7-8 点)が 11 人(22.4%)、「中庸」(5-6 点)が 23 人(46.9%)、「不良」(4 点以下)が 15 人(30.6%)であった。また、26 人(53.1%)の対象者が「介護以外の悩み事」を抱えていた。

5 主介護者のストレス対処能力(SOC)との関連項目

対象者のストレス対処能力(SOC)得点の平均値を基準に「SOC 高群」及び「SOC 低群」の 2 群に分け、各変数との関連について χ^2 検定及

表5 SOC高群・SOC低群別にみた家族介護者のストレス関連項目 n=49

			SOC平均		p値
			SOC高群 (n=22)	SOC低群 (n=27)	
対象者の基本属性	性別	男性	4(18.2%)	2(7.4%)	
		女性	18(81.8%)	25(92.6%)	
	年齢	70歳未満	16(72.7%)	22(81.5%)	
		70歳以上	6(27.3%)	5(18.5%)	
	家族構成	夫婦のみの世帯	7(31.8%)	5(18.5%)	
		その他の世帯	15(69.2%)	22(81.5%)	
	職業の有無	なし	15(69.2%)	14(51.9%)	
		あり	7(31.8%)	13(48.1%)	
	被介護者との続柄	実子(息子・娘)	5(22.7%)	8(29.6%)	
		配偶者(夫・妻)	9(40.9%)	7(25.9%)	
嫁		8(36.4%)	12(44.4%)		
被介護者の基本属性と 介護環境	認知症の程度	I・II(軽度)	7(31.8%)	11(40.7%)	
		III・IV・M(中等度～重度)	15(68.2%)	16(59.3%)	
	要介護度(注1)	要支援1～要介護2	5(25.0%)	11(42.3%)	
		要介護3～要介護5	15(75.0%)	15(57.7%)	
	介護期間	1年未満	0(0%)	5(18.5%)	
		1年以上5年未満	11(50.0%)	13(48.1%)	
		5年以上	11(50.0%)	9(33.3%)	
	1日の平均介護時間	2時間未満	4(18.2%)	10(37%)	
		2時間以上6時間未満	8(36.4%)	8(29.6%)	
		6時間以上	10(45.5%)	9(33.3%)	
副介護者の有無	あり	15(68.2%)	17(63%)		
	なし	7(31.8%)	10(37%)		
介護代替者の有無	あり	3(13.6%)	5(18.5%)		
	なし	19(86.4%)	22(81.5%)		
介護経験の有無	あり	7(31.8%)	3(11.1%)		
	なし	15(68.2%)	24(88.9%)		
同時介護の有無	あり	4(18.2%)	5(18.5%)		
	なし	19(81.8%)	22(81.5%)		
経済的な問題の有無	あり	3(13.6%)	7(25.9%)		
	なし	19(86.4%)	20(74.1%)		
利用しているサービス	あり	20(90.9%)	24(88.9%)		
	なし	2(9.1%)	3(11.1%)		
対象者の ストレス反応	病気の有無	あり	12(54.5%)	21(77.8%)	
		なし	10(45.5%)	6(22.2%)	
	内服の有無	あり	8(36.4%)	19(70.4%)	*
		なし	14(63.6%)	8(29.6%)	
	蓄積的疲労兆候数(1-15症状)		5.0±3.3	5.4±3.7	
	生理学的指標: コルチゾール値(μ g/dl)		0.46±0.25	0.40±0.23	
	精神的健康度GHQ得点(0-12点)		2.7±2.6	4.3±3.2	
	健康習慣指標HPI得点(0-8点)		5.8±1.4	5.0±1.6	
	介護以外の悩み事の有無	あり	6(27.3%)	20(74.1%)	**
		なし	16(72.7%)	7(25.9%)	
対象者の ストレス対処行動	ストレス対処スタイル総得点		33.3±3.8	32.5±3.8	
	問題解決型得点(6-18点)		12.9±1.9	12.0±1.9	
	認知変容型得点(6-18点)		14.2±2.0	13.9±2.1	
	回避情動型得点(3-9点)		6.1±1.4	6.6±1.3	
	ソーシャル・サポート	情緒的サポート得点	7.5±3.2	6.1±2.5	
		手段的サポート得点	4.6±2.2	3.8±2.2	

t検定, χ^2 検定

*:P<0.05, **:P<0.01

注1: 要介護度は、未認定の3人を除いた46人である。

表6 ストレス対処能力 (SOC) に関連する要因 n=49

		SOC得点			SOC構成要素別得点								
					把握可能感			処理可能感			有意味感		
		調整OR	95%CI	P値	調整OR	95%CI	P値	調整OR	95%CI	P値	調整OR	95%CI	P値
職業の有無	あり	0.2	0.02-1.4	0.91	0.8	0.1-5.1	0.82	0.7	0.2-3.4	0.7	1.1	0.2-7.4	0.94
	なし	1			1			1			1		
内服の有無	あり	0.03	0.002-0.5	0.01**	0.1	0.01-0.8	0.03*	1.2	0.3-5.1	0.85	0.02	0.001-0.3	0.003**
	なし	1			1			1			1		
健康習慣指標 (HPI)		0.9	0.5-1.9	0.83	0.9	0.4-1.7	0.65	1.1	0.6-1.8	0.86	0.8	0.4-1.5	0.48
精神的健康度 (GHQ)		1	0.7-1.4	0.84	1	0.7-1.4	0.82	0.9	0.7-1.2	0.54	1	0.7-1.4	0.84
情緒的 ソーシャル・サポート		1.2	0.9-1.7	0.29	1	0.7-1.4	0.96	1.3	0.9-1.7	0.11	1.4	0.98-2.1	0.07
手段的 ソーシャル・サポート		0.61	0.3-1.2	0.15	0.9	0.5-1.6	0.69	0.8	0.6-1.3	0.42	0.4	0.2-0.96	0.04*
経済的な問題 の有無	あり	0.25	0.03-2.2	0.21	0.1	0.01-1.3	0.08	0.3	0.1-1.7	0.18	0.3	0.03-3.8	0.36
	なし	1			1			1			1		
介護以外の悩み 事の有無	あり	0.03	0.002-0.4	0.009**	0.03	0.003-0.3	0.005**	0.4	0.1-1.7	0.21	0.02	0.001-0.4	0.01**
	なし	1			1			1			1		

多重ロジスティック回帰分析 *P<0.05, **P<0.01

び t 検定を行った結果、有意差がみられたのは、「内服の有無」(P=0.023)と「介護以外の悩み事の有無」(P=0.002)の2項目であった(表5)。

さらに、多重ロジスティック回帰分析を行った結果、SOC得点との関連がみられたのは、「内服の有無」(OR:0.03, 95%CI:0.002-0.04)、「介護以外の悩み事の有無」(OR:0.03, 95%CI:0.002-0.05)の2項目であった。SOCの構成要素別では、把握可能感については、「内服の有無」(OR:0.1, 95%CI:0.01-0.8)、「介護以外の悩み事の有無」(OR:0.03, 95%CI:0.003-0.3)の2項目が、有意味感については、「内服の有無」(OR:0.02, 95%CI:0.001-0.3)、「手段的ソーシャル・サポート」(OR:0.4, 95%CI:0.2-0.96)、「介護以外の悩み事の有無」(OR:0.02, 95%CI:0.001-0.4)の3項目と有意な関連がみられた。処理可能感については、有意な関連項目はみられなかった(表6)。

V 考察

1 主介護者がおかれている介護状況

在宅の認知症高齢者およびその主介護者の実態はいまだ十分明らかにされていない。しかし、本研究における認知症高齢者の主介護者は女性

が多く、年齢も50~70歳代が多く、被介護者の認知症の程度は軽度~重度であり、介護期間も1年以上の者が8~9割程度であることなどが、認知症高齢者の主介護者を対象にした先行研究結果^{32)~34)}とほぼ一致しているため、多くの在宅の認知症高齢者の主介護者の状況と概ね同様の基本属性と介護状況であると推測できる。

2 主介護者のストレス対処能力(SOC)の特徴

対象者のSOCの平均点(標準偏差)は63.6(9.3)点であり、これは一般成人の57(13)点³⁵⁾よりも高く、吉井ら³⁶⁾が報告しているAGES(愛知老年学的評価研究)Projectデータの一般高齢者の63.2(12.5)点とほぼ同程度であった。本研究の対象者の4割程度は60歳以下であるが、認知症の介護を含めた様々なライフイベントの中でSOCがやや高い状況になっているとも考えられる。

3 主介護者のSOCと介護環境との関連

1) 主介護者のSOCと基本属性および介護状況との関連

本研究では、対象者のSOCと基本属性や介護状況との関連はみられなかった。先行研

究³⁷⁾で SOC との関連が示されている社会関係については、本研究では家庭内の状況に絞り「家族構成」や対象者と認知症高齢者の「続柄」から、また社会経済的地位については、「職業」や対象者が認知する「経済的問題」の有無から検討したが、有意な関連はみられなかった。これらの項目は、主介護者が認知症高齢者の介護を行う以前から比較的状况の変化が少なく、在宅介護が継続できている状況であることから、主介護者の SOC との関連がみられなかったと考える。

2) 主介護者の SOC と対処行動との関連

対象者のストレス対処スタイルの「問題解決型」・「認知変容型」・「回避情動型」のいずれも主介護者の SOC との関連はみられなかった。先行研究で SOC の高さに関連がみられた対処方略は、本研究の問題解決型対処スタイルと類似している。しかし、本研究の対象者は認知変容型対処スタイルを多くとっていることから、SOC との関連がみられなかったと考える。またソーシャル・サポートの情緒的・手段的ソーシャル・サポートのいずれも先行研究より高めの得点であり、既に周囲からのサポートを比較的受けている状況であることから、主介護者の SOC との関連はみられなかったと考える。

3) 主介護者の SOC とストレス状況との関連

対象者の SOC と「蓄積的疲労徴候数」や「病気の有無」との関連はみられなかった。先行研究³⁸⁾では、SOC 低群ほど健診を未受診であるという報告があるが、本研究の対象者の 8 割強は、「肩こり」、「腰痛」、「疲れやすい」「目が疲れる」等の身体的不調を感じており、7 割弱が受診を必要とする病気をもっており、介護を行っている環境の中でも受診行動をとる者もあることから、これらの項目と SOC との関連はなかったと考える。

また、対象者の「精神的健康(GHQ12)」やストレスの「生理学的指標(唾液コルチゾール

濃度)」と SOC との関連はみられなかった。先行研究³⁹⁾では、SOC が高いほど精神的健康度が保たれやすい、SOC 低群ほど主観的健康感がよくない者やうつ状態の割合が有意に高いとされている。本研究の対象者は、生理学的ストレス反応があらわれている状況であったが、深刻な精神的不健康状態の者は比較的少なく、SOC との関連がなかったと考える。また、先行研究では、SOC が高いほど良好な生活習慣を持つとされているが、「生活習慣指標(HPI)」と SOC との関連はみられなかった。本研究の対象者は、「中庸」な生活習慣の者が 5 割程度であることから、SOC との関連がみられなかったと考える。

「内服の有無」については SOC との関連がみられ、SOC の高さと内服している者の少なさの関連が示されていた。対象者の内服の有無別の「蓄積的疲労徴候数」の平均に差がないことから、SOC が高い者は、身体的不調がありながらも内服をあまり必要とせず、あるいは他の対症療法も含めて自己コントロールできている状態であると考えられる。

また「介護以外の悩み事」が SOC と関連しており、SOC の高さと介護以外の悩み事の少なさの関連が示されていた。家族の日々の生活においては、認知症高齢者の介護だけでなく、その他の悩み事が生じることは当然のことともいえる。しかし、その悩みが多くなる、あるいは深刻になると、家族介護者の生活世界の一貫性や過少負荷と過大負荷のバランスを崩しやすい。本研究においてもその結果が表れており、SOC が低い場合にストレスフルな生活出来事による影響を受けるといふ先行研究⁴⁰⁾⁴¹⁾の結果とも一致していた。

4) SOC の構成要素別にみた関連項目

SOC の構成要素の把握可能感(comprehensibility)と関連がみられたのは、「内服」および「介護以外の悩み事」の有無であった。把握可能感とは、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられ、予測と説明が可能である

という確信であり、これまでの人生経験において、一貫性のある経験を継続することで、物質的にも社会的にも絶えず変化するものではなく頼れるものという感覚を持つことができる⁴²⁾とされている。本研究の対象者は、この確信の高さと内服の少なさ、介護以外の悩み事の少なさが関連しており、内服に頼りきらずに健康状態を維持できる、あるいは、生活を混乱させる悩みが少なく秩序のある生活が維持できるなど、自身の健康や生活環境の安定を予測・説明可能なものと感じられているといえる。

有意味感(meaningfulness)は、自身の内外で起こる環境刺激から要求されることは、自身の挑戦であり、心身を投入して関わるに値するという確信⁴³⁾とされ、この確信の高さと「内服」の少なさ、「介護以外の悩み事」の少なさ、「手段的ソーシャル・サポート」の多さが関連していた。前者の2項目は、主介護者が自らを投入して、内服が少ない程度に自身の健康を保持し生活の中での悩みを調整できていることに意味を見いだしていると考えられる。また、先行研究⁴⁴⁾では、SOC 低群ほど別居家族や友人との交流が少なく、サポートの授受がない者の割合が高いと報告されており、本研究においても、主介護者が家族・友人・知人から手段的ソーシャル・サポートを活用できるほど有意味感が高く、ストレスへ柔軟に対応しているものと考えられた。

処理可能感(manageability)は、環境刺激がもたらす要求に対応する資源はいつでも得られるという確信⁴⁵⁾であるが、本研究の結果では、その確信と有意に関連する項目はなく、認知症高齢者の主介護者が、自身の健康や生活において資源の確保を確信できる状況ではないことが推測された。

以上のことから、認知症高齢者の主介護者のストレス対処能力(SOC)は、自らの健康を調整する内服状況や介護以外の悩み事に関連しており、その予測や説明が可能であり自ら取り組むことに確信を持てること、また手

段的なソーシャル・サポート資源の活用に意味を見いだせることとの関連が明らかになった。

VI 研究の限界と強み

本研究は、在宅で認知症高齢者の介護を担う家族への個別訪問調査であったため、地域が限定され対象者数も少ないことから、一般化に関しては限界がある。また、これまでの SOC 研究においては、介護者を扱ったものが非常に少なく、認知症高齢者の家族介護者を対象とした研究は見あたらなかったため、先行研究との比較検討にも限界がある。さらに、研究のデザインが横断研究であり因果関係については言及できないため、今後は縦断研究の検討が必要である。

しかし、ほとんど取り組まれていない認知症高齢者の主介護者の SOC 研究に着手したこと、主介護者の持つ強みや弱みの理解につながる看護への示唆を得られたことは本研究の強みと考える。

VII 結論

認知症高齢者を介護する家族を対象として、家族のストレス対処能力(SOC)の介護環境との関連について検討を行い、以下の結果を得た。主介護者の SOC との有意な関連がみられたのは、「内服の有無」と「介護以外の悩み事の有無」であった。また、SOC の構成要素にみると、把握可能感については、「内服の有無」「介護以外の悩み事の有無」の2項目、有意味感については「内服の有無」「介護以外の悩み事の有無」「手段的ソーシャル・サポート」の3項目が関連しており、処理可能感については関連する項目はなかった。

認知症高齢者を在宅で介護している家族の支援においては、介護者自身の健康管理や生活維持に介護者のストレス対処能力(SOC)と、内服状況・介護以外の悩み、ソーシャル・サポートの活用との関連があることを考慮して支援方を検討する必要が示唆された。

VIII 謝辞

本研究にご協力頂きました家族介護者の皆様に心より感謝申し上げます。また、対象者への依頼と紹介にご協力頂いた A 県認知症の人と家族の会の皆様、ならびに B 居宅サービス事業所の皆様に深謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 認知症高齢者について 厚生労働省報道発表資料, 2012.8.24, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>
- 2) 遠藤忠, 蝦名直美, 望月正哉他:要支援ならびに要介護高齢者を居宅で介護している家族介護者の介護負担と主観的 QOL の関する検討 要介護度別と認知症の有無による違いについて, 厚生 の 指 標 6(15),34-41,2009
- 3) 梶原弘平, 辰巳俊見, 山本洋子:認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因, 老年精神医学雑誌 23(2),221-226,2012
- 4) 小澤芳子:家族介護者の続柄別にみた介護評価の研究, 日本認知症ケア学会誌 5(1),27-34,2006
- 5) 金東善:在宅要介護高齢者の介護者における介護負担感とその関連要因, 日本と韓国の比較を通じて, 厚生 の 指 標 58(11),14-20,2011
- 6) 平松誠, 近藤克則, 梅原健一他:家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究(第 2 報)マッチドペア法による介入可能な因子の探索, 厚生 の 指 標 53(13), 8-13,2006
- 7) Antonovsky A:Unraveling The Mystery of Health: How people Manage Stress and Stay Well, Jossey -Bass Publishers, Sun Francisco, 1987 / 山崎喜比古, 吉井清子(訳), 健康の謎を解く. ストレス対処と健康保持のメカニズム, 有信堂, 2001
- 8) 戸ヶ里泰典:看護領域における SOC 研究の動向と課題, 看護研究 42(7),491-503,2009
- 9) 畑山知子, 本城薫子, 平野裕子, 他:地域住民の精神的健康と首尾一貫感覚, 厚生 の 指 標, 55(8),29-34,2008
- 10) 吉井清子, 近藤克則, 平井寛, 他:日本の高齢者一介護予防に向けた社会疫学的大規模調査・10 ストレス対処能力 SOC(sense of coherence)と社会経済的地位と心身健康, 公衆衛生 69(10),825-829,2005
- 11) 江上千代美:看護学生の首尾一貫感覚と精神的健康との関連, 心身健康科学 4(2),111-116,2008
- 12) 榎本智子, 佐久間佐織, 越本貴子他:看護短大生の首尾一貫感覚(Sense of Coherence;SOC)と TAC-24 を用いたストレスコーピング方略に関する検討. 愛知きわみ看護短期大学紀要 4,101-106,2008
- 13) 清水準一:看護学生における SOC 形成と家族機能, 思春期学 9(4),348-352,2011
- 14) 前掲書 10)
- 15) 望月宗一郎, 小澤結香, 村松照美, 他:介護療養型医療施設の退院調整に関わる看護師・医療ソーシャルワーカーの業務に関する認識とストレス対処能力(SOC)との関連, 山梨大学看護学会誌, 8(2),21-29, 2010
- 16) 田中小百合, 榎本妙子, 堀井節子他:地域住民の健康保持能力(SOC)の強化に関する縦断的検討, 日本看護研究会雑誌 33(5),75-82,2010
- 17) 前掲書 10)
- 18) 前掲書 7)138-148
- 19) 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, 他:ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚(Sense of Coherence: SOC)と精神健康に及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌 46(11),965-976,1999
- 20) 前掲書 7)
- 21) 和気純子: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 37,16-26,1993
- 22) 野口裕二: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 34,37-48,1991
- 23) 福西勇夫:日本版 General Health Questionnaire(GHQ) の cut-off Point. 心理臨床 3,228-234,1990
- 24) 森本兼曩:ライフスタイルと健康, 日本衛生学雑誌 54,572-591,2000
- 25) 中谷陽明:家族介護者の負担感, 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ第 10 章, 東京都老人総合研究所社会福祉部門編, 276-295m, 1996
- 26) 森本兼曩:ストレス対処危機の予防医学, 日本放送協会出版会, 143-144, 2000
- 27) 和気純子:在宅要介護高齢者の家族介護者の対処スタイル 対処スタイルの地域差-在宅介護状況の調査とその分析-高齢者を介護する家族 エンパワーメント・アプローチに向けて 第 2 章 第 5 節, 101-110, 1998
- 28) 前掲書 22)
- 29) 前掲書 26)
- 30) 前掲書 23)
- 31) 前掲書 24)
- 32) 土井由利子, 尾方克巳:痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 49(1),32-46,2000
- 33) 梶原弘平, 横山正博:認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究, 日本認知症ケア学会誌, 6(1),38-46,2007
- 34) 前掲書 3)
- 35) 山崎喜比古他:健康生成論と保健活動, 地域保健 30(3),72-79,1999
- 36) 前掲書 12)
- 37) 前掲書 10)
- 38) 前掲書 10)
- 39) 前掲書 10)

- 40) 高山智子他：ストレスフルな生活出来事が首尾一貫
感覚(Sense of Coherence: SOC)と精神健康に及ぼす
影響,日本公衆衛生雑誌 46(11),965-976,1999
- 41) 山崎喜比古：ストレス対処力 SOC (sense of coher
ence) の概念と定義,看護研究,42(7),479-490,2009
- 42) 前掲書 41)
- 43) 前掲書 41)
- 44) 前掲書 10)
- 45) 前掲書 41)

Relationship between Environment and Family's SOC to Care for the Elderly with Dementia

YODA Junko, SUDA Yuki, MATSUSHITA Hiroko

key words: sense of coherence, elderly with dementia, family caregivers, environment