

男性家族介護者の心身の主観的健康特性

ナガイ 永井 邦芳* クニヨシ 堀 容子^{2*} ホシノ 星野 純子^{2*,3*} ジュンコ 浜本 律子^{4*} ハマモト 鈴木 洋子^{5*}
 スギヤマ 杉山 晃子^{4*} アキコ 新實夕香理^{2*} ニイミユカリ 近藤 高明^{2*} タカアキ 玉腰 浩二^{2*} コウジ 榎原 久孝^{2*}

目的 要介護者人口の増加と社会構造の変化により、介護の役割を担う男性は年々増加傾向にあり、これからの家族介護者の支援については性差を踏まえた上での検討が大切だと思われる。本研究は、男性の非介護者との比較から、男性家族介護者の心身の健康についての特性を明らかにすることを目的としている。

方法 対象は、在宅で要介護3相当以上もしくは要介護3未満でも認知症の者を介護している男性家族介護者52人（介護者群）で、平均年齢と標準偏差は69.3±10.9歳であった。調査は、家族介護者の自宅を2人の調査員が訪問して行った。対照群は、対象の性と10歳階級ごとの年齢を1:1対応でマッチングさせたK市の一般住民健診を受診した52人で、平均年齢は、69.2±11.1歳であった。調査期間は、2005年12月から2007年4月であった。使用した質問項目は、QOL、心理的ストレス関連項目、コーピング、生活習慣等を自記式質問紙にて調査した。

結果 要介護者平均年齢は75.7±9.5歳であった。居住世帯は、要介護者との2人暮らしが28人（53.8%）と半数以上を占め、老老介護の実態が示唆された。健康関連QOL（SF-8）からは身体的健康領域では、「全体的健康感」と「体の痛み」で介護者群の得点が有意に低く、介護者群は「体の痛み」を自覚しながら生活している傾向があることが明らかとなった。また、精神的健康領域では「心の健康」及び精神的健康サマリースコアの得点が有意に低かった。さらにストレス関連項目においても、介護者群は対照群に比べストレス知覚者が多く精神的心理的に問題を抱えていることが伺われた。生活習慣においては睡眠の量、質ともに対象群に比べ介護者群の方が良くないことが示され、コーピングは「回避的思考」と「気晴らし」の2項目で介護者群の得点が有意に低く、回避型のコーピングをとらない傾向が示された。

結論 男性介護者は心身の健康に対して主観的な健康感が低く、睡眠やストレス知覚についても問題を抱えながら介護のある生活を送っていることがわかった。また、回避型のコーピングをとらない傾向にあることが示され、包括的な支援の必要性が示唆された。

Key words : 男性家族介護者, 老老介護, QOL, ストレス, 睡眠障害, コーピング

I はじめに

介護保険制度が導入されたことにより保健、医療、福祉にわたる介護サービスの総合的な利用が可能となり、サービス受給者の増加など一定の成果が報告されている。しかし、家庭介護における主役は家族であることには変わりがなく、家族の担う役割やそれに伴う負担は依然として大きい。また、社会

構造の変化も介護を取り巻く状況に大きな影響を与えている。平成16年度国民生活基礎調査によれば80歳以上の男女比率が1:2と女性高齢者の比率が高くなっていること¹⁾の他、核家族化に伴う同居率の低下や女性の社会進出、性別役割意識の変化などを背景に、介護者の高齢化や男性介護者の増加が顕著²⁾であることが報告されている。これまでの、「介護は女性の役目」という考え方は過去のものになりつつあり、今後、在宅介護および医療の維持、発展のためにも男性家族介護者の支援はますます重要となってくる。

これまでの介護者研究の多くは、介護の主役を担っていた女性介護者を対象として、介護負担感やストレスに焦点が当てられ、介護状況やQOLとの関

* 豊橋創造大学保健医療学科

^{2*} 名古屋大学医学部保健学科

^{3*} 椋山女学園

^{4*} 名古屋大学医学系研究科博士前期課程

^{5*} 前名古屋大学医学系研究科博士前期課程

連絡先：〒440-8511 愛知県豊橋市牛川町松下20-1

豊橋創造大学保健医療学科 永井邦芳

連、コーピングやソーシャルサポートなどが与える影響について検討されてきた^{3~5)}ものも多く、男性介護者を対象としたものは少ない。Jenniferら⁶⁾は介護者の性差についての研究のレビューによって、抑うつ、不安などの精神障害罹患率は男性より女性のほうが高いと結論付けており、本邦においても、杉浦ら⁷⁾が、同様に抑うつや介護負担感は女性のほうが高いことを報告している。しかし、介護負担感について性差はないとした報告もあり⁸⁾、一致した見解には至っていない。性別役割が比較的明確であった我が国において高齢者世代の男性が介護者となった時、慣れない家事労働や夜間介護などでそれまでの生活習慣を大きく変化させている可能性が高く、こうした介護による生活の変化は心身の健康に何らかの影響を与えていることが予想される。男性介護者の特徴として孤立しやすく、健康的問題を多く抱えているといった報告²⁾もあり、仮に男性介護者の抑うつや介護負担感といったストレスが女性介護者より低いとしても、同性の非介護者と比較した場合はわからない。したがって、男性の非介護者との比較によって男性介護者の心身の健康に関する相違を検討することにより得られる情報は男性介護者の支援に対するエビデンスを構築していく基礎となると考えられる。以上のことから、本研究は、質問紙を用いて、一般住民健診受診者との比較により男性家族介護者の心身の主観的健康特性を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 研究の概要

本研究は、2005年12月から2007年4月に実施された「主介護者の健康支援システムの構築に関する研究」(以下研究プロジェクトと称する)で収集されたデータの一部を使用したものである。研究プロジェクトの詳しい研究方法は、「女性介護者における心身の健康的特性⁹⁾」に掲載しているため、以下は概要を述べる。この研究プロジェクトは、在宅で要介護3相当以上もしくは要介護3未満でも認知症の者を介護している主介護者と介護していない者を対象としており、介護者に対しては、主に、愛知県、岐阜県、滋賀県内の居宅介護支援事業所など61施設から家族介護者に被験者募集のちらしと調査申込書を約1,701枚配布した。大学へ郵送により回答した介護者の数は550人(回収率32.3%)であったが、調査申込者のうち途中で辞退した者や主介護者でなかった者などを除外した結果、最終的に有効回答者数は213人(男性52人、女性161人)となった。対照群は、愛知県K市の一般住民健診を受診し、本調

査に書面による同意が得られた一般住民477人であった。

2. 本研究における解析対象

本研究の解析対象は研究プロジェクト参加者のうち、在宅で要介護3以上もしくは要介護3未満でも認知症の者を介護している男性介護者(介護者群)とした。本条件を満たした対象者は52人であった。対照群は、対象の性と10歳階級ごとの年齢を1:1でマッチングさせた愛知県K市の介護をしていない一般住民52人とした。なお研究プロジェクトにおける被験者募集の状況と解析対象の選定については(図1)に示した。

3. 調査方法

本調査は研究プロジェクトで収集したデータのうち、自記式質問紙から得られた項目について分析した。質問紙は、調査員が被験者宅を訪問する前に郵送し、調査員が訪問時に回収した。対照群に対する調査も介護に関する部分を除いたうえで一般住民健診を受診する前に郵送し、受診時に回収した。

4. 倫理的配慮

被験者募集のためのちらしには、調査の目的、方法、内容、注意事項について明記した。ちらしに対する返答のあった者に対し、調査員によって説明文書を用いて研究目的、調査内容、プライバシーの保護、研究への自由参加、研究成果の公表等に関する説明を行い、書面による同意を得た者のみに調査を実施した。調査によって得られたデータは、個人情報漏洩を防ぐため、匿名化の上、生年月日などを削除してデータベース化した。

本研究プロジェクトは、平成17年度名古屋大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号314、承認年月日平成17年11月19日)。

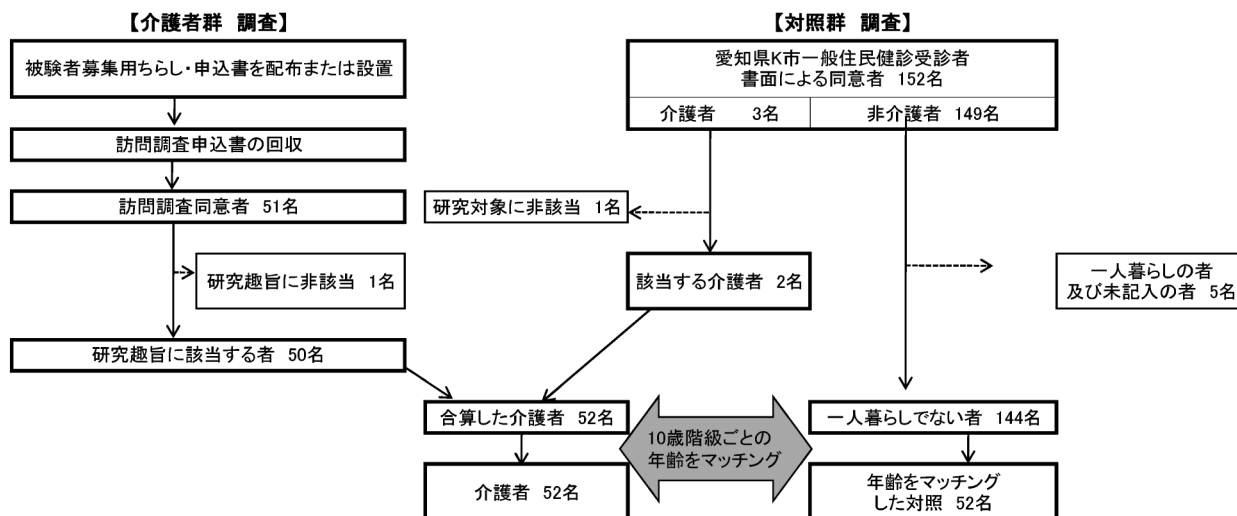
5. 検討項目

本研究では基本属性の他、男性介護者の心身の主観的健康特性を検討する項目として健康関連QOLを取り上げ、その他、心身の健康に深く関わり、また介護による影響が大きいと考えられた生活習慣、心理的ストレス関連、コーピングを取り上げた。

健康関連QOLの比較にはSF-8日本語版¹⁰⁾を使用した。健康関連QOLは「個人や集団の主観的な心身の健康」と定義され、心身の健康状態を包括的に評価する指標のひとつとして広く用いられている¹¹⁾。SF-8はSF-36の短縮版として開発されたもので、8つの健康次元をそれぞれ1項目ずつ測定するように構成されており、それぞれ過去1か月における状態について、5ないし6段階で回答を行う。質問項目は「全体的健康感」、「身体機能」、「日常役割機能(身体)」、「体の痛み」、「活力」、「社会生活

図1 被験者募集の状況と対象の選定

本研究では介護者群と対照群はそれぞれ別の方法でリクルートしている。介護者群は被験者募集案内に応募した男性介護者52名。対照群は一般住民健診参加者に対して研究依頼を行い同意を得た144名のうち10歳ごとの年齢段階別に介護者群と同じ数だけ無作為に抽出した52名。



機能」,「心の健康」,「日常役割機能(精神)」の8項目であり,「全体的健康感」と「体の痛み」は6段階で回答し,その他の項目は5段階で回答する。SF-8の8つの健康次元はSF-36のversion 2の8つの下位尺度に対応している。SF-8の各項目は,比較解釈ができるように2002年に行ったSF-36調査の国民一般標準値(国民平均値を50,標準偏差10とする)をもとにしたスコアリング方法に基づいてスコア化されておりスコアが高いほどQOLが高いことを示す。また各項目に対し重み付け係数を掛けたものを加算することにより,各項目と同じく国民一般標準値(国民平均値50,標準偏差10)を基準とした身体的サマリースコアと精神的サマリースコアを算出することができる。なお,身体的サマリースコアへの影響の大きい(重み付け係数の大きい)項目は「全体的健康感」,「身体機能」,「日常役割機能(身体)」,「体の痛み」の4項目であり,精神的サマリーへの影響の大きい項目は「活力」,「社会生活機能」,「心の健康」,「日常役割機能(精神)」の4項目である。

心理的ストレス関連項目としてストレスと生活上の精神的問題を取り上げた。ストレスに関しては「この1ヶ月ストレスを感じましたか」の質問に対し,「おおいに感じた」,「多少感じた」,「あまり感じなかった」,「全く感じなかった」から選択,「おおいに感じた」,「多少感じた」と回答したものを「最近のストレス知覚あり」とし,「あまり感じなかった」,「全く感じなかった」と回答した者を「最近のストレス知覚なし」とした。また「おおいに感じ

た」,「多少感じた」と回答し,ストレスの原因として「自分の健康・病気」もしくは「自分の老後の介護」もしくは「将来・老後の収入」を選択した者を「健康・老後に関するストレスあり」とし,それに該当しない者を「健康・老後に関するストレスなし」と分類した。またストレスの原因として「要介護者もしくは家族,家族以外との人間関係」を選択した者を「人間関係に関するストレスあり」とし,それに該当しない者を「人間関係に関するストレスなし」と分類した。生活上の精神的問題については,最近の気になる症状について尋ねた項目の中から精神面に関連すると考えられる「なかなかやる気が出ない」,「人付き合いがおっくうである」,「憂鬱な気分である」,「なんとなくイライラする」に一つでも回答した者を「生活上の精神的問題あり」とし,それに該当しない者を,「生活上の精神的問題なし」と分類した。

生活習慣に関しては,喫煙習慣,飲酒習慣,運動習慣,睡眠障害,睡眠時間について尋ねた。喫煙と飲酒に関しては,現在の喫煙および飲酒習慣について尋ね,過去には嗜んでいたが,現在はやめていると回答した者については,「なし」に含めた。運動習慣は,「一日30分以上,週2回程度の運動をしていますか」の質問に対して「している」,「していない」の回答を得て分類した。睡眠の質に関しては,土井ら¹²⁾が作成したピッツバーグ睡眠質問票日本語版(以下PSQI)を用いて測定した。PSQIは18項目の自己評価質問と5項目の同じ寝床あるいは同室で就寝する者による評価質問から構成される。自己

評価質問項目は7つのコンポーネントスコアとして集約され合計6点以上が睡眠障害として判断される。本研究はこの自己評価質問項目得点を用いた。

コーピングは、コーピング尺度 (TAC-24)¹³⁾を用い測定した。TAC-24はその分類として①「問題焦点—情動焦点」軸, ②「接近—回避」軸, ③「反応系」(機能は認知か行動か) 軸の3軸で構成される8空間(象限)に分けられておりスコアが高いほどその種の対処方法をとっていることが示される。

SF-8, PSQI, TAC-24の各尺度は、信頼性妥当性について十分に検討されている。

その他、要介護者の基本的属性や介護の状況として、要介護者の年齢、性別、続柄、病名、要介護度、介護期間、一日の介護時間、日常的な副介護者の有無を尋ねた。

解析にはSPSS 15.0 J for Windowsを使用した。質問への回答のないものは分析ごとに除外し、割合については欠損値を除いて算出した。検討方法は、陽性率には χ^2 検定、平均値にはStudentのt検定、中央値にはMann-WhitneyのU検定を用いた。有意水準は5%未満とした。

III 結 果

対象の概要を表1に示す。介護者群の平均年齢および標準偏差は69.3±10.9歳で、対照群は69.2±11.1歳であった。同居家族数は、介護者群では両群とも2人暮らしが最も多かった。就労状況は両群ともに就労していない者が多かった。こうした基本属性について対照群との間に統計学的な有意差は認め

られなかった。

要介護者の、平均年齢と標準偏差は75.7±9.5歳で介護者よりも高かった。要介護者の性別は男性4人、女性47人で、要介護者との関係は配偶者が37人(71.2%)と最も多く、次いで自分の親が14人(26.9%)であった。要介護者の病名は脳梗塞13人(25.0%)、脳出血・くも膜下出血・脳動脈瘤12人(23.1%)と脳血管障害が多く、その他認知症がほぼ同数の12人(23.1%)であった。要介護者の状況については、要介護者の要介護度は要介護3・4・5がそれぞれ30%弱を占めほぼ同割合であったが、要介護3未満で認知症を患う者も6人(12.8%)存在した。介護者の介護期間は、3年以上の占める割合が全体の66%を占めた。一日の介護時間については、「ほとんど終日」と回答する者が23人(44.2%)と全体の半数近くを占めた(表2)。

健康関連QOLおよび心理的ストレス関連の結果を表3に示す。SF-8では、「体の痛み」(介護者群 vs 対照群: 47.3±8.7 vs 52.3±8.1, $P<0.01$), 「全体的健康感」(介護者群 vs 対照群: 47.0±6.9 vs 50.3±7.3, $P<0.05$), 「社会生活機能」(介護者群 vs 対照群: 46.3±10.3 vs 50.5±6.7, $P<0.05$), 「心の健康」(介護者群 vs 対照群: 48.0±7.6 vs 51.9±6.1, $P<0.01$)の4項目で、いずれも対照群と比較して介護者群の得点が有意に低く、精神的サマリースコアでも介護者群が有意に低かった(介護者群 vs 対照群: 47.6±7.5 vs 50.6±5.9, $P<0.05$)。

心理的ストレス関連項目では、最近のストレス知覚について、介護者群は34人(65.4%)が、「お

表1 介護者群と対照群の概要

	介護者群 (n=52)	対照群 (n=52)	t 値 ¹⁾	有意水準
	n (%), mean ± SD	n (%), mean ± SD	χ^2 (df) 値 ²⁾	
年齢 (歳) ¹⁾	69.3±10.9	69.2±11.1	0.045	n.s
同居家族 (本人含む) ²⁾				
2人	28(53.8)	26(54.2)	1.045(4)	n.s
3人	9(17.3)	11(22.9)		
4人	7(13.5)	4(8.3)		
5人	5(9.6)	4(8.3)		
6人以上	3(5.8)	3(6.3)		
就労状況 ²⁾				
常勤	8(16.0)	15(30.6)	0.988(2)	n.s
パートおよび非常勤	4(8.0)	3(6.1)		
就労無し	38(76.0)	31(63.3)		

1) Student's t test

2) χ^2 test

n.s = not significant

不明回答不記載

表2 要介護者および介護の状況

		n (%), mean ± SD
要介護者の状況		
平均年齢 (歳)		75.7 ± 9.5
性別	男性	4 (7.8)
	女性	47 (92.2)
要介護者との続柄	配偶者	37 (71.2)
	自分の親	14 (26.9)
	配偶者の親	1 (1.9)
要介護者の病名*	脳梗塞	13 (25.0)
	脳出血・くも膜下出血・脳動脈瘤	12 (23.1)
	認知症	12 (23.1)
	パーキンソン病	6 (11.5)
	大腿骨頸部骨折	5 (9.6)
	その他	12 (23.1)
要介護度	認知症の要介護者かつ3未満	6 (12.8)
	3	14 (29.8)
	4	14 (29.8)
	5	13 (27.7)

介護の状況		
介護期間	1年未満	4 (7.8)
	1年以上3年未満	13 (25.5)
	3年以上5年未満	9 (17.6)
	5年以上7年未満	10 (19.6)
	7年以上10年未満	7 (13.7)
	10年以上	8 (15.7)
一日の介護時間	ほとんど終日	23 (44.2)
	半日程度	9 (17.3)
	2-3時間程度	2 (3.8)
	必要な時手を貸す程度	17 (32.7)
	見守る程度	1 (1.9)
日常的な副介護者	あり	23 (44.2)
	なし	29 (55.8)

*: 複数回答あり (n数に対しての%を示す)
不明回答不記載

おいに感じた」あるいは「多少感じた」と回答しており対照群の20人 (38.5%) に比べ有意に高い割合を示した ($P < 0.01$)。「健康・老後に関するストレス」, 「人間関係に関するストレス」には有意差を認めなかった。「生活上の精神的問題あり」の者は介護者群で24人 (46.2%) と半数におよび対照群12人 (23.1%) に比して有意に高い割合を示した ($P < 0.05$)。

生活習慣に関する特性を表4に示す。喫煙, 飲酒, 運動習慣については, 両群に有意差を認めなかった。睡眠障害と判断される PSQI 6点以上の者の割合については, 介護者群が24人 (50.0%), 対照

群は10人 (20.0%) であり介護者群の方が有意に多い割合を示した ($P < 0.01$)。

睡眠状況の特性を表5に示す。睡眠時間, PSQI 得点ともに有意差が認められ, 対照群と比較して介護者群のほうが, 睡眠時間が短く, PSQI 得点が高かった。(睡眠時間; 介護者群 vs 対照群: $< 25\%$ タイル値-中央値-75%タイル値) 360-420-450 vs 390-420-490, $P < 0.05$, PSQI; 介護者群 vs 対照群: 3.0-5.5-8.8 vs 2.8-4.0-5.0, $P < 0.01$)。

図表には示していないが, 介護者群の睡眠について, 介護にかかる時間が睡眠に及ぼす影響を検討するために睡眠時間と PSQI 得点の各々について介護にかかる時間が, 「ほとんど終日」の群 ($n = 23$) と「必要なときに手を貸す程度」の群 ($n = 17$) との差を検定したところ, 睡眠時間については有意差を認めなかったものの, PSQI 得点については, 「ほとんど終日」の群の得点が有意に高かった (ほとんど終日の群 vs 必要なときに手を貸す程度の群: 4.75-7.0-10.25 vs 2.0-4.0-7.0, $P < 0.05$)。

また介護者群において, 睡眠障害の有無と健康関連 QOL の関連を検討したところ, 「日常役割機能 (身体)」(睡眠障害あり群 vs 睡眠障害なし群: 47.3 ± 8.7 vs 52.3 ± 8.1 , $P < 0.01$), 「心の健康」(睡眠障害あり群 vs 睡眠障害なし群: 45.7 ± 8.1 vs 50.5 ± 6.9 , $P < 0.05$), 「日常役割機能 (精神)」(睡眠障害あり群 vs 睡眠障害なし群: 45.0 ± 9.0 vs 50.0 ± 5.5 , $P < 0.05$) の3項目と精神的サマリースコア (睡眠障害あり群 vs 睡眠障害なし群: 45.2 ± 7.9 vs 49.7 ± 7.0 , $P < 0.05$) は「睡眠障害あり」群の得点が有意に低かった。

コーピング尺度 (TAC-24) の8項目の得点については「回避的思考」と「気晴らし」の2項目で, いずれも対照群と比較して介護者群の得点が有意に低く (「回避的思考」; 介護者群 vs 対照群: 4.0-7.0-9.0 vs 4.0-8.0-12.0, $P < 0.05$, 「気晴らし」; 介護者群 vs 対照群: 4.0-5.0-8.75 vs 4.0-7.0-10.0, $P < 0.05$), また図2に示すように介護者群のコーピング得点は「回避的思考」と「気晴らし」の他, 有意差はなかったものの「放棄・諦め」, 「肯定的解釈」, 「計画立案」, 「カタルシス」の4項目において対照群に比べ介護者の群の中央値得点が低値に偏っていた。

さらに, 介護者群のコーピングについて, 一日の介護時間が, 「ほとんど終日」の群 ($n = 23$) と「必要なときに手を貸す程度」の群 ($n = 17$) との差を検定したところ, すべてのコーピングとも, 両群の得点に有意差は認めなかった。また日常的な副介護者の有無との関連も, すべてのコーピングおい

表3 健康関連 QOL・心理的ストレスに関する特性

	介護者群 (n=52)		対照群 (n=52)		t 値 ¹⁾ χ^2 (df) 値 ²⁾	有意水準
	n (%)	mean ± SD	n (%)	mean ± SD		
健康関連 QOL (SF-8) ¹⁾						
身体機能		46.7 ± 5.9		47.9 ± 9.2	-0.757	n.s
日常役割機能 (身体)		47.3 ± 7.4		49.1 ± 7.8	-1.154	n.s
体の痛み		47.3 ± 8.7		52.3 ± 8.1	-2.997	**
全体的健康感		47.0 ± 6.9		50.3 ± 7.3	-1.428	*
活力		48.9 ± 7.5		49.9 ± 8.4	-0.687	n.s
社会生活機能		46.3 ± 10.3		50.5 ± 6.7	-2.387	*
日常役割機能 (精神)		47.8 ± 7.7		49.7 ± 6.6	-1.324	n.s
心の健康		48.0 ± 7.6		51.9 ± 6.1	-2.874	**
身体的サマリースコア		45.8 ± 6.2		47.7 ± 7.3	-1.437	n.s
精神的サマリースコア		47.6 ± 7.5		50.6 ± 5.9	-2.173	*
心理的ストレス関連項目 ²⁾						
最近のストレス知覚	あり	34(65.4)		20(38.5)	7.550(1)	**
	なし	18(34.6)		32(61.5)		
健康・老後に関するストレス	あり	17(32.7)		10(19.2)	2.451(1)	†
	なし	35(67.3)		42(80.8)		
人間関係に関するストレス	あり	12(23.1)		8(15.4)	0.990(1)	n.s
	なし	40(76.9)		44(84.6)		
生活上の精神的問題	あり	24(46.2)		12(23.1)	6.118(1)	*
	なし	28(53.8)		40(76.9)		

1) Student's t test

2) χ^2 test† $P < 0.1$ * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ n.s = not significant
不明回答不記載

表4 生活習慣に関する特性

		介護者群	対照群	χ^2 (df) 値	有意水準
		(n=52)	(n=52)		
		n (%)	n (%)		
生活習慣					
喫煙	あり	16(31.4)	15(28.8)	0.078(1)	n.s
	なし	35(68.6)	37(71.2)		
飲酒	あり	24(46.2)	32(61.5)	2.476(1)	n.s
	なし	28(53.8)	20(38.5)		
運動習慣	あり	24(46.2)	26(50.0)	0.154(1)	n.s
	なし	28(53.8)	26(50.0)		
睡眠障害 ^{注)}	あり	24(50.0)	10(20.0)	9.728(1)	**
	なし	24(50.0)	40(80.0)		

 χ^2 test** $P < 0.01$ n.s = not significant注) 睡眠障害ありは PSQI 得点 6 点以上の者
不明回答不記載

て有意差は認められなかった。しかし介護者群の「最近のストレス知覚あり」の群と「ストレス知覚なし」の群におけるコーピング得点の比較では、あ

り群の「回避的思考」の得点が有意に高いという結果が示され、他にも「放棄・諦め」や「責任転嫁」といった回避型コーピングについても同様の結果（「回避的思考」；知覚あり群 vs 知覚なし群：5.5-7.0-10.0 vs 3.0-4.5-7.0, $P < 0.05$, 「放棄・諦め」；知覚あり群 vs 知覚なし群：3.5-6.0-7.0 vs 3.0-3.0-4.0, $P < 0.01$, 「責任転嫁」；知覚あり群 vs 知覚なし群：3.0-3.0-5.0 vs 3.0-3.0-3.0, $P < 0.05$) が認められた。

IV 考 察

本研究は、男性介護者の心身の主観的健康特性を明らかにするために、同性非介護者との比較から健康関連 QOL, 心理的ストレス関連項目, コーピング, 生活習慣について検討したものである。その結果、男性介護者は、介護をしていない男性に比べ健康関連 QOL が低く、最近のストレス知覚や生活上の精神的な問題といった面で問題を知覚している者が多いこと、生活習慣上の問題としては睡眠障害の割合が高いなどの結果が示され心身の主観的健康上いくつかの問題を抱えていることが明らかとなっ

表5 睡眠状況の特性

睡眠状況	介護者群 (n=52)			対照群 (n=52)			u 値	有意水準
	25%タイル値	中央値	75%タイル値	25%タイル値	中央値	75%タイル値		
睡眠時間 (min)	360	420	450	390	420	490	798.0	*
PSQI 得点	3.0	5.5	8.8	2.8	4.0	5.0	1,045.0	**

Mann-Whitney's U test

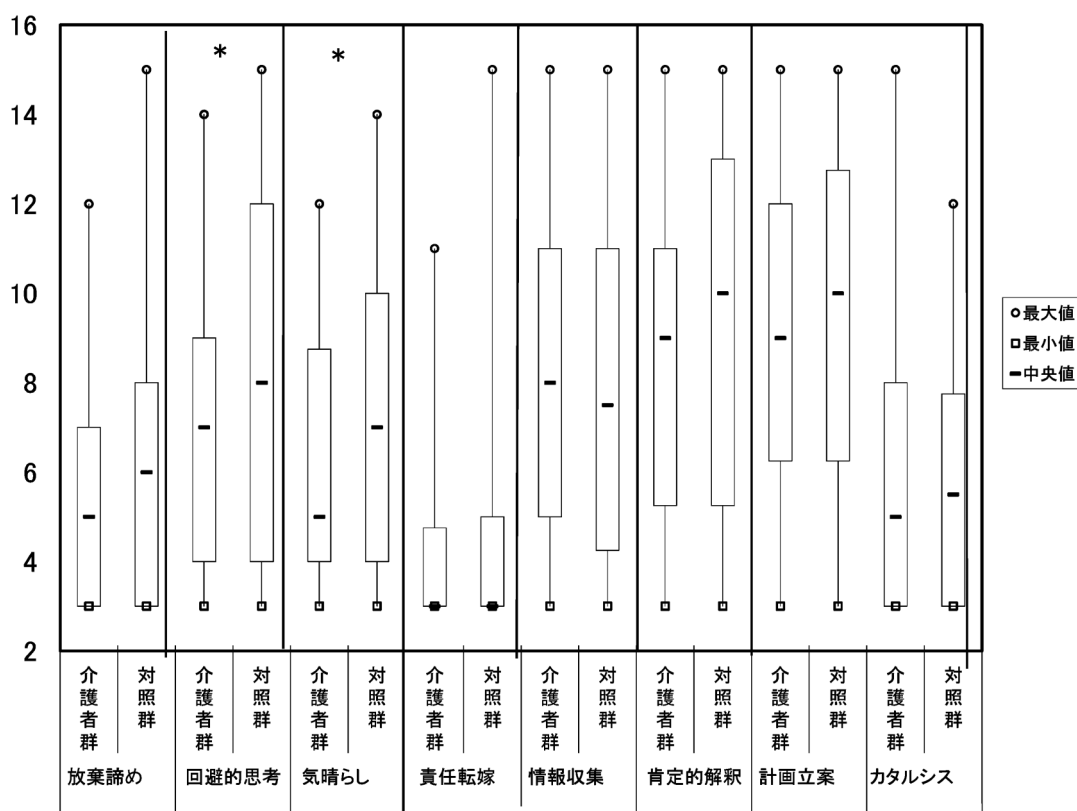
* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

不明回答不記載

図2 コーピング8空間別の得点分布及び比較

コーピング尺度 (TAC-24) のコーピング8空間得点の分布を示した箱ひげ図。

箱ひげ図：軸の下端の□は最小値，軸の最上端の○は最大値，箱の下端は25%タイル値，箱の上端は75%タイル値，箱中の線は中央値



検定方法：Mann-Whitney's U test * : $P < 0.05$

た。またコーピングについても一定の特徴が認められた。

なお、対象となった52人の介護者群の平均年齢は69.3±10.9歳で、65歳以上の割合は34人(65.4%)であった。介護者との関係は配偶者が最も多く37人(71.2%)を占めた。平成16年度国民生活基礎調査¹⁾による男性介護者の属性の報告では男性介護者のうち60歳以上の占める割合は63.1%、要介護者との関係は配偶者が68.9%と報告されており、概ね全国調査と同様の結果から男性介護者母集団との間に大きな乖離はないと判断された。また今回の調査では要

介護者の年齢は75.7歳±9.5歳であり、これらのことから、男性介護者の多くは配偶者間介護、老老介護状態であることが示されたが、こういった特性も津止ら¹⁴⁾の行った「男性介護者全国調査」で示された男性介護者の属性と同様の結果を示しており、対象数は少ないものの男性介護者一般を代表するサンプルとしての基準をある程度満たしていると考えた。

心身の健康の指標とした、健康関連 QOL (SF-8) では4項目に有意差が認められ、その全てが介護者群の得点が低いことが明らかとなった。SF-8で測定する健康の8次元は、身体的健康面と精神的

健康面の2つに大別されるが身体的健康面では身体的サマリースコアへ関与の大きい、「全体的健康感」と「体の痛み」で有意に低いという結果がみられ、男性介護者自身は自己の身体的健康について「痛み」という具体的な問題を自覚しながら介護を行っている傾向にあることや自身の健康を低く見積もっていることが明らかとなった。先行研究ではSF-36によるものであるが、介護者の「体の痛み」と要介護者のADL自立度における排泄コントロール、移乗、移動との間には有意な相関がみられる¹⁵⁾ことが報告されており、今回の結果も介護による影響である可能性が考えられた。

精神的健康面については、精神的サマリースコアの有意差が認められ、「過去1ヵ月間に、心理的な問題に、どのくらい悩まされましたか。」という質問による「心の健康」についても介護者群の得点が有意に低いという結果が示された。さらにSF-8以外にもストレスや生活上の心理的な問題について男性介護者の割合が高いという結果が示されたことにより、これまで介護者の精神的心理的な問題は、女性介護者の問題として取り扱われがちであったが、介護を行っていない男性との比較を行ったことにより男性介護者も女性介護者と同様に問題が存在することが明らかになった。今回は非介護者との比較であったため、介護行為そのものが直接ストレス因となっているかについてはわからない。少なくとも「健康・老後に関するストレス」と「人間関係におけるストレス」の項目については対照群との間に有意差がなかったことから、これらのストレスは介護の有無によっては影響されない項目であると考えられた。

介護者の精神的健康の問題については、これまでも非介護者との比較を行ったものはみられた^{16,17)}が、これらは年齢や性差を考慮しておらず、男性介護者の精神的健康の特性については明らかにならなかった。今回の結果により、男性介護者は健康関連QOLの精神的サマリースコアの低さやストレス知覚などの精神的心理的な面において問題を自覚していることが示され、介護者支援において精神的健康問題への対処は性別に関わらず重要な項目であることが明らかとなった。

生活習慣に関しては、介護者群の睡眠の質、量ともに対照群よりも良くないという結果が示された。また、介護者群においては、一日の介護時間が、「ほとんど終日」の群と「必要なときに手を貸す程度」の群では、「ほとんど終日の群」のPSQI得点が有意に高かったことから睡眠に対して介護が影響を与えている可能性が示唆された。女性介護者を対

象とした研究でも介護行為による中途覚醒などにより慢性的に睡眠不足の状態にあること¹⁸⁾が報告されているが、男性介護者においても睡眠の問題の存在が示されたことにより、介護がもたらす睡眠への影響は、性差を問わないものであり、SF-8の「日常役割機能(身体)」、「心の健康」、「日常役割機能(精神)」の3項目と精神的サマリースコアで、睡眠障害ありの得点が睡眠障害なしに比べ有意に低かったことから、男性介護者にとって睡眠の問題は主観的な心身の健康との関連も示唆された。先行研究においても夜間介護による睡眠の中断は、介護負担感や精神的健康に関連する¹⁹⁾だけでなく睡眠周期のリズムの乱れや疲労の蓄積²⁰⁾にも関連することが報告されている。2人暮らし世帯の占める割合が多い男性介護者にとって夜間睡眠時間の確保を始めとして、介護が睡眠に与える影響を最小限にとどめるための支援について検討を積み重ねていく必要がある。

男性介護者のコーピングに関しては「回避的思考」と「気晴らし」の2項目の得点が有意に低いという結果が示され、また、その他「放棄・諦め」、「肯定的解釈」、「計画立案」、「カタルシス」の4項目についても中央値得点の分布が低得点側へ偏っているという特徴がみられたことにより、男性介護者は全体的にストレスコーピングが少ないと考えられた。また介護者の得点が有意に低かった「回避的思考」と「気晴らし」の2項目は回避型コーピングであるという点で共通しており、男性介護者は特に回避型のコーピングを選択しない傾向にあると言える。しかし我々の行った先行研究⁹⁾では、女性介護者と女性非介護者の比較において女性介護者の「気晴らし」得点も今回同様に対照群に比べ有意に低かったことから、「気晴らし」の少なさは介護者全般としての傾向であることが考えられた。

岡林ら²¹⁾は、在宅主介護者の介護場面での対処方略と介護拘束度の関連について、気分転換と介護拘束度には負の関連があり、介護役割の積極的受容と介護拘束度には正の関連があることを報告している。しかし今回の調査では介護者の「気晴らし」得点には有意に低かったものの、介護に関わる時間や日常的な副介護者の有無によっては差が認められず、これらの結果とは一致しなかった。むしろ今回の結果からは、単に介護による物理的な拘束が「気晴らし」コーピングを低くさせているのではないことが示されたとも言える。今回対象となった男性介護者の多くは配偶者介護、核家族、老老介護という背景があったが、年齢的な問題や介護者としての役割意識が物理的な拘束は無い状況でも心理的な拘束につながり「気晴らし」を有意に低くしているのかもしれない。

れない。また、介護者の生活習慣を調査した森²²⁾は、「気晴らし」機会が週2回未満の者は週2回以上のものよりも抑うつ得点や介護負担感が高いことを報告しているが、こうした精神的健康感の低さが「気晴らし」行動をしようとする意識を減らし、「気晴らし」行動の少なさがさらに精神的健康を悪化させるという負のスパイラルに陥るリスクも考えられる。しかし、これらの考えは推測の域を出ないため、今後は男性介護者の「気晴らし」に関連する要因を検討していく必要がある。

回避型コーピングについては、燃え尽きを増大させるという報告²³⁾と介護拘束度や燃え尽きを減少させる肯定的効果²¹⁾の相反する結果が報告されており、必ずしも一致していないが、今回の調査では介護者群において、最近のストレス知覚あり群の「放棄・諦め」、「回避的思考」、「責任転嫁」、といった回避型コーピングの得点が有意に高かった。今回の結果からは、男性介護者がストレス下においてこれらの回避型コーピングを選択するのか、あるいは回避型コーピングがストレスを強くするのかについては因果関係が不明であるが介護のような長期に及ぶ慢性ストレス下にある状況において適度に心理的・物理的な距離をとることは疲労回復やストレス緩和の面の両面で大切である。介護者支援の視点からは、介護者の回避型コーピングについて、どのような方法がどのくらいとられているかを把握するとともに、介護者自身の自尊感情や介護意志を低下させないような適切適度な回避的コーピングが取れるような環境整備の必要があると思われる。

ここで本研究における限界と課題について述べる。まず、研究サンプリングの問題として、本研究は、研究の趣旨に賛同の得られた主介護者をサンプルとしていることから、ボランティアバイアスが考えられる。つまり今回の研究対象となった男性介護者は、比較的自身の健康を意識している存在であることや調査に参加できる余力のある者の集団であるとも言えるため、示された結果の発生率は本来目的母集団の中に存在するものよりも低い可能性がある。また、今回の結果は横断研究でありこれらが介護による影響であると結論づけるには検討の余地が残る。今後は、有意差のあった項目についてのそれぞれの関連を踏まえ検討していくとともに因果関係を明らかにするため縦断的調査も行っていく必要がある。

しかし、対象数や方法論に検討の余地は残すものの、これまで男性介護者に焦点を当てた研究は少なく、あっても男性介護者のみを対象にしたものか性差によって検討したものがほとんどであり、本研究

は非介護者との比較検討を行ったという点と、今回の調査により、男性介護者は同性の非介護者に比べ身体的、精神的両面において健康上の問題が存在する可能性が示唆され、女性介護者と同様に男性介護者に対しても健康支援の重要性が明らかとなったことは意義があると考えられる。

V 結 語

本研究は、在宅で要介護3以上あるいは要介護3未満でも認知症の者を介護している男性介護者の心身の主観的健康についてQOL、ストレス知覚、コーピング、生活習慣などの面から検討したものである。その結果、男性介護者はストレスや心の健康に対して問題を自覚しながら生活していることや睡眠の質、量ともに不十分であることが示された。さらにストレスコーピングとして回避型のコーピングをとらない傾向にあり支援の必要性が示唆された。今後は、これらの関連要因や介護状況による影響を明らかにし、男性介護者の特性についてさらに検討をしていく必要があると考える。

(受付 2010.11. 8)
(採用 2011. 6.21)

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会. 平成16年国民生活基礎調査の概況. 2004. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/index.html> (2010年12月1日アクセス可能)
- 2) 奥山則子. 文献から見た在宅での男性介護者の介護. 東京都立医療技術短期大学紀要 1997; 10: 267-272.
- 3) Higashino S, Yu H, Kirino M, et al. The relationship between mental health and care burden in the primary caregivers of seniors requiring support care. The Journal of Japan Academy of Health Sciences 2005; 8(3): 147-153.
- 4) 大山直美, 鈴木みずえ, 山田紀代美. 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析. 老年看護学 2001; 6(1): 58-66.
- 5) 岡本和土, 原澤優子. 在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討. 厚生指標 2008; 55(4): 21-25.
- 6) Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. The Gerontologist 2000; 40(2): 147-164.
- 7) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋. 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(4): 240-251.
- 8) Hirakawa Y, Kuzuya M, Masuda Y, et al. Evaluation of gender differences in caregiver burden in home care: Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-

- FE). *Psychogeriatrics* 2006; 6(3): 91-99.
- 9) 星野純子, 堀 容子, 近藤高明, 他. 女性介護者における心身の健康的特性. *日本公衆衛生雑誌* 2009; 56(2): 75-86.
 - 10) 福原俊一, 鈴鴨よしみ. SF-8 日本語マニュアル. 京都: NPO 健康医療評価研究機構, 2004.
 - 11) 安永明智, 青柳幸利. 高齢者の健康関連 QOL に及ぼす日常生活活動の影響に関する前向き研究: 中之条研究. 第21回健康医科学研究助成論文集 2006; 114-119.
 - 12) 土井由利子, 箕輪眞澄, 内山 真, 他. ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成. *精神科治療学* 1998; 13(6): 755-763.
 - 13) 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 他. 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. *教育相談研究* 1995; 33: 41-47.
 - 14) 津止正敏, 斉藤真緒. 男性介護者白書: 家族介護者支援への提言. 東京: 榊もがわ出版, 2007.
 - 15) 武政誠一, 出川瑞枝, 杉元雅晴, 他. 在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因について. *神戸大学保健学科紀要* 2005; 21: 23-30.
 - 16) 菅崎弘之. 在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究. *老年精神医学雑誌* 1994; 5(5): 565-575.
 - 17) 神田清子, 太田紀久子, 清水裕子, 他. 在宅要介護老人の介護者の抑うつ度と負担度の関連に関する研究. *日本看護学会誌* 1994; 3(1): 28-37.
 - 18) 山田紀代美, 鈴木みずえ, 佐藤和佳子, 他. 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. *日本看護科学学会誌* 1997; 17(4): 11-19.
 - 19) 永井真由美, 小西美智子. 在宅ケアにおける介護者の生活行動と日常生活の問題. *日本看護科学学会誌* 2000; 20(1): 19-27.
 - 20) 菅田勝也, 佐藤鈴子, 永田朝子. 夜間介護のための睡眠中断が介護者の睡眠に及ぼす影響: 一脳波測定. *日本看護科学学会誌* 1997; 17(1): 75-81.
 - 21) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 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; 69(6): 486-493.
 - 22) 森千佐子. 在宅介護における主介護者の生活習慣と精神的健康に関する研究. *日本在宅ケア学会誌* 2007; 10(2): 51-58.
 - 23) 島津明人, 小杉正太郎. 職場不適應に関するコーピング方略の検討. *産業ストレス研究* 1998; 5(3): 160-164.
-

Subjective physical and mental health characteristics of male family caregivers

Kuniyoshi NAGAI^{*}, Yoko HORI^{2*}, Junko HOSHINO^{2*,3*}, Rituko HAMAMOTO^{4*},
Yoko SUZUKI^{5*}, Akiko SUGIYAMA^{4*}, Yukari NIIMI^{2*}, Takaaki KONDO^{2*},
Koji TAMAKOSHI^{2*} and Hisataka SAKAKIBARA^{2*}

Key words : male family caregivers, elder to elder care, QOL, stress, sleep disorders, coping

Objectives Due to the increased population of elderly people requiring care and assisted living care, as well as changes in the social structure, the number of males playing a role in home care has therefore been increasing each year. The purpose of this study was to clarify characteristics related to subjective mental and physical health of male family caregivers based on a comparison with male non-caregivers.

Methods The subjects comprised 52 male family caregivers (caregiver group) who provide care for those requiring at-home care at level 3 or above, or who provided care for people with dementia in cases at a level below 3, with an average age and standard deviation of 69.3 ± 10.9 years old. The comparison group comprised 52 people who underwent regular health checkups in K city, whose gender and ages, by 10-year age group, were matched to the subjects on a 1 : 1 basis, and whose average age and standard deviation were 69.2 ± 11.1 years old. The research was conducted over the period from December 2005 to April 2007. The survey was conducted with a self-answering format, and subjects were asked questions about such matters as lifestyle, QOL, psychosocial stress and coping with stress.

Results The average age of people requiring care was 75.7 ± 9.5 years old, and it became apparent that elderly caregivers generally provide care for other elderly people. In a health-related QOL (SF-8), care-giver group were significantly low in “General Health” and “Bodily Pain” in the physical health domain. In the mental health domain, “Mental Health” and mental health summary score of the care-giver group were significantly low.

Regarding lifestyle, it was apparent that the care-giver group had significantly fewer sleeping hours than the control group and the PSQI score was also lower. Coping scores were significantly low for the caregiver group regarding 2 items, “Evasive Thinking” and “Recreation”, and this indicated a tendency toward not adopting an evasive type of coping.

Conclusion It became clear that male caregivers have low subjective health and experience problems about sleep and stress. In addition, they tended not to take coping of evasion type and a need of comprehensive support was suggested.

* Toyohashi Sozo University

^{2*} Nagoya University School of Health Sciences

^{3*} Sugiyama Jogakuen

^{4*} Nagoya University Graduate School of Medicine Master Course

^{5*} Former Nagoya University Graduate School of Medicine Master Course