

通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因 Psychosocial Factors Associated with Self-Rated Health for Day-Care Users

池田晋平

(株式会社日本在宅ケア教育研究所)

内田恵美子

(株式会社日本在宅ケア教育研究所)

芳賀博

(桜美林大学大学院老年学研究科)

要旨

本研究の目的は在宅要介護者の主観的健康感に関連する要因を心理・社会的要因から明らかにすることである。調査対象は東京都内の通所リハビリテーションを利用する在宅要介護者で、認知機能がFunctional Assessment Staging (FAST) で正常～軽度低下に該当する83名にアンケート調査を実施し、61名(73.5%)から回答が得られた。ロジスティック回帰分析の結果、「居宅介護サービス提供者に心配事・悩み事を聞いてくれる人がいる」「家事(料理, 食事の配膳・片づけ, 掃除, 洗濯を一つ以上)の役割を担っている」の要因が主観的健康感に関連していた。主観的健康感と要介護度との関連はみられなかった。居宅介護サービス提供者は在宅要介護者の主観的健康感を増進するうえで、情緒的サポートを提供すること、家事の役割・習慣が担えるよう支援することが重要と考えられた。

キーワード：主観的健康感, 在宅要介護者, 情緒的サポート, フォーマルサポート, 家庭内役割

1. 緒言

高齢者が日ごろ感じている心配事や悩み事は、2011年度高齢社会白書によると第一位が「自分の健康のこと」、第二位が「生活費など経済的なこと」である¹⁾。自分の健康に対する不安は50歳代になると約半数の者が自覚し、60歳代、70歳代になるにつれてその割合は増加する²⁾。このことから高齢者のみならず高齢期を迎える人々においても健康への関心が高いことがわかる。わが国の高齢化は類をみない速さで進み、それに伴い要介護者が急速に増加している¹⁾。健康を損なう病気や日常生活の障害をもつ要介護者にとって健康は最大の関心事であり、日々の生活を健康に過ごせることは切なる願いである。そこで要介護者の健康のあり方について再考する必要がある。健康はWHOの定義によると「病気でないとか弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にもそして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」とさ

れている³⁾。このことから身体、心理、社会の3つの側面から要介護者の健康を増進していく必要がある。主観的健康感とは自分の健康状態を自らが評価するもので、個人が感じる健康のこと^{4,5)}である。主観的健康感は医学的検査など客観的評価と関連し、慢性疾患、通院、基本的日常生活動作など身体的要因と、さらに主観的幸福感、社会参加など心理的・社会的要因からも影響を受けることが明らかになっている^{6,7,8,9)}。このことから主観的健康感とはWHOが定義する健康の3つの側面を反映した総合的な健康指標と捉えることができる。

要支援・要介護者の主観的健康感に関連する要因は、早坂ら(2002)の在宅要介護高齢者を対象にした調査によると、「通院がないこと」が主観的健康感に最も影響し、続いて「自営職」「たいていのことは自分で判断して決める」であったと報告している¹⁰⁾。村田ら(2004)は要支援から要介護3の高齢者を対象に歩行速度、基本的・手段の日常生活動作、疲労感など身体的健康との関連を検討し、「睡眠状況」が主観的健康感に影響を及ぼすと報告している¹¹⁾。長谷川ら(2011)も要支援高齢者の調査で現病歴、身体機能の低下・症状、転倒など身体的健康との関連を検討し、「睡眠による休息」「うつ」「外出頻度」の影響を指摘している¹²⁾。このように先行研究では主に身体的健康との関連について検討がされている。しかし要介護状態になると心身の老化とともに複数の慢性疾患や障害をもち、回復力や予備力の低下から身体的健康は悪化しやすく¹³⁾、川越(2003)は要介護認定者の介護度の変化を調査した結果、2年間で介護度が改善した者はわずか7.8%で、重度化・死亡は52.3%であったと報告している¹⁴⁾。このことから要介護者の健康を増進していくためには、身体的側面のみならず心理・社会的側面から高めていくことが重要といえる。主観的健康感と心理・社会的要因を検討した報告は中尾ら(2006)の報告のみで、独居生活を送る要支援から要介護2の高齢者を対象に調査した結果、「近所づきあいの満足度」が主観的健康感に影響していたと報告している¹⁵⁾。しかしどのような社会関係を築けば満足度につながるかは言及されていない。

以上のように当該領域の研究は緒についたばかりで、要介護者の主観的健康感と心理・社会的要因の関連については十分な知見が得られていない。そこで本研究は、在宅要介護者の主観的健康感と関連する要因を心理・社会的要因に焦点を当て明らかにすることを目的とした。本研究の仮説は、①日ごろ楽しみをもっていること、②家族や居宅介護サービス提供者と情緒的なつながりを有していること、③家庭内で役割を担っていること、④地域の活動に参加していること、が主観的健康感と関連していると仮定した。

村田ら(2006)は要支援から要介護者1の後期高齢女性の調査で、主観的健康感が高いことが家庭内役割を促進することを指摘している¹⁶⁾。また和泉ら(2012)も要支援から要介護1の高齢者で主観的健康感が高い者は5年後の要介護度の悪化が少ないことを指摘している¹⁷⁾。このように近年、在宅要介護者で主観的健康感が良好なことは役割を担うことに寄与すること、さらに要介護度の重度化の予防に寄与することが明らかになってきている。したがって本研究にて在宅要介護者の主観的健康感に関連する心理・社会的要因を明らかにすることは意義があるといえる。

2. 方法

1) 調査対象者と調査方法

対象者は東京都の通所リハビリテーション（以下デイケア）Aを利用する在宅要介護者である。調査開始時（平成24年9月1日現在）にデイケアAに登録している利用者約150名から、以下の選択除外基準をもとに調査対象者83名を抽出した。調査はアンケートを用いた自記式調査を実施し、対象者に研究の趣旨を書面・口頭で説明し協力を依頼し、その上でアンケートを配布した。協力が得られる場合には自宅でアンケートを記入し、後日通所する際に提出するよう重ねて依頼した。アンケートには依頼書を添付し家族の理解と協力を得られるようにし、自記が困難な場合は家族が代筆してもよいことを記載した。アンケートの設問数は最小限に留め、回答は選択式にした。基本的な情報とADL自立度については調査協力者がカルテ等から情報を転記するなど対象者の負担に配慮した。

アンケートの配布・回収期間は、平成24年9月24日～11月10日であった。

対象者の選択除外基準

選択基準

要介護1～5に該当する者（第2号被保険者を含む）

除外基準

- 1) 認知症重症度評価Functional Assessment Staging (FAST)¹⁸⁾でStage5～7（中等度～高度の認知機能低下）に該当する者
- 2) 機能的自立度評価表Functional Independence Measure (FIM)¹⁹⁾のコミュニケーションの理解・表出が3点以下に該当する者
- 3) 基本的な欲求や生活状況（心身の状況、食事・排泄・睡眠など）を認知していない者
- 4) 視覚、聴覚の障害あるいは失語等により調査が困難と判断される者
- 5) その他、デイケアAの責任者が不相当と判断した者

2) 調査内容

調査内容は、主観的健康感、基本属性、身体的要因、心理・社会的要因である。調査の具体的内容を以下に記した。

(1) 主観的健康感

主観的健康感は「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか」という質問に対し「とても健康である」「まあまあ健康である」「あまり健康ではない」「健康ではない」の選択肢から一つを選択させた。

(2) 基本属性

性別、年齢、世帯構成、教育年数、暮らし向き、要介護度、居宅介護サービス利用状況について調査した。

(3) 身体的要因

主たる疾患とその数, 自覚している心身の症状とその数, バーサルインデックス²⁰⁾で日常生活動作 (Activities of Daily Living, 以下ADL) の自立度について調査した。

(4) 心理・社会的要因

日ごろの楽しみの数, 情緒的サポートの受領, 家庭内役割の実施状況, 地域活動の参加状況について調査した。

日ごろの楽しみの数は「あなたは日ごろの生活で楽しみにしていることはいくつありますか」の問いに「まったくない」「1か2つある」「3か4つある」「それ以上ある」から一つを選択させた。要介護者が日ごろ楽しみを持ち生活を送ることは、生きるうえでの目標や張り合いにつながると考え、この項目を心理的要因とした。

情緒的サポートの受領は、野口²¹⁾のソーシャルサポートを参考にした。サポート源は家族、親戚、友人、近所の人を「インフォーマルサポート」、また居宅介護サービス提供者であるケアマネジャー、ヘルパー、介護士、看護師、リハビリ職員等を「フォーマルサポート」とした。インフォーマルサポート、フォーマルサポートそれぞれの受領について「あなたの心配事や悩み事を聞いてくれる人はいますか」「あなたに気を配ったり思いやったりしてくれる人はいますか」「あなたを元気づけてくれる人はいますか」「あなたをくつろいだ気分にしてくれる人はいますか」の4つを問い、それぞれ「はい」か「いいえ」のどちらかを選択させた。在宅要介護者は居宅介護サービスを利用しながら在宅生活を送っているが、居宅介護サービスを利用することで新たにサービス提供者との人間関係が生じる。この居宅介護サービス提供者は手段的サポートのみならず情緒的サポートを提供していることが指摘されていることから²²⁾、情緒的サポートを心理的かつ社会的要因とした。

家庭内役割の実施状況は、先行研究を参考に家庭内役割18項目を7分類し^{23,24)}、それぞれ実施の有無を尋ねた。例えば「家事の役割」については下位項目の料理、食事の配膳・片づけ、掃除、洗濯の一つでも実施している場合に「家事の役割」を担っているとした。以下同様に「家の維持管理の役割」はゴミ捨て・ゴミ処理、新聞・郵便を取りにいく、買い物とした。続いて「経済に対する役割」は家計の管理、家業の手伝い、契約等の手続き、「家族や先祖に対する役割」は家族の話し相手、孫やひ孫の世話、神棚・仏壇の管理、「近隣との交流の役割」は近所づき合い、訪問者の対応、「電話番・留守番の役割」は1項目のみ、「動植物の世話の役割」は植物の世話、ペットの世話とした。本研究では、これらの活動は家族という社会的な枠組みにおいて行われる個人の役割すなわち家庭内役割と捉え社会的要因とした。

地域活動の参加状況は、橋本ら²⁵⁾、尾島ら²⁶⁾の「社会活動指標」を参考にした。本研究では要介護者でも比較的参加しやすいと思われる地域活動に限定し「社会参加・奉仕活動」を社会的要因とした。内容は「お祭り・盆踊りなど地域行事」「町内会や自治会活動」「老人会(高齢者クラブ)活動」「趣味の会など仲間うちの活動」「奉仕(ボランティア)活動」「特技や趣味や経験を他者に伝える活動」の6項目で、それぞれ参加の有無を尋ねた。

3) 分析方法

はじめに主観的健康感と心理・社会的要因の各項目の関連を確認するため、単変量解析を実施した。主観的健康感は「健康群」「非健康群」の2群に分類し、心理・社会的要因の項目で連続量はマン・ホイットニーのU検定、離散量は2群に分類しカイ二乗検定（一部Fisherの直接確率法による検定）を実施した。

次に本研究の仮説を検証するため、モデル1、モデル2のプロセスで分析を行った。モデル1は心理・社会的要因が主観的健康感に影響しているかを検討するため、主観的健康感を従属変数また単変量解析にて関連がみられた心理・社会的要因の項目を独立変数とするロジスティック回帰分析（強制投入法）を実施した。モデル2ではモデル1の独立変数に性別、年齢、要介護度の基本属性を調整変数としたロジスティック回帰分析（強制投入法）を実施し、心理・社会的要因が主観的健康感に独自に影響しているかを検討した。

以上の統計処理はIBM SPSS for Windows ver.21を用いて行い、統計的有意水準は5%未満とし、有意確率が5%以上10%未満についてはその傾向ありと設定した。

4) 倫理的配慮

本研究は桜美林大学研究倫理委員会の承認（No.12019）を得て実施した。対象者には研究への参加は任意であること、参加を拒否しても不利益は生じないこと、データは匿名化され研究目的のみ使用されることを口頭・書面で説明した。アンケートの提出をもってこれらの同意が得られたとみなした。また個人情報の保護を厳守するため、調査対象者の抽出、氏名とIDの付記、アンケートの配布はダイケアAの調査協力者が実施した。アンケートにはIDを付記し無記名で回収した。回収できた者のみ調査協力者がカルテ等から基本的な情報、ADL自立度の情報を転記した。

3. 結果

1) 対象者の特性と主観的健康感の実態

調査対象者83名から回収できたアンケートは61通（回収率73.5%）で、未記入のもの2通、欠損値が著しく目立つもの2通を除外した計57名について分析を行った。

対象者の男女比は男性63.2%、女性36.8%であった。年齢の平均値±SDは76.5±7.8歳であった。世帯構成は一人暮らしが14.0%、同居は86.0%であった。教育年数は45.6%の者が13年以上の教育を受けていた。暮らし向きは73.2%が「ゆとりあり」に該当した。要介護度別の割合は「要介護1」17.5%、「要介護2」43.9%、「要介護3」19.3%、「要介護4」14.0%、「要介護5」5.3%であった。居宅介護サービス利用状況は「訪問介護」40.4%、「訪問看護」10.5%、「訪問リハビリテーション」8.8%、「通所介護」26.3%であった（表1）。

対象者の主観的健康感の内訳は「とても健康である」3.5%、「まあまあ健康である」56.1%、「あまり健康ではない」24.6%、「健康ではない」15.8%で、約6割が「健康群」に該当した。

表1. 対象とした在宅要介護者の特性

項目	人数 (%)	項目	人数 (%)		
性別	男	36 (63.2)	要介護度	要介護1	10 (17.5)
	女	21 (36.8)		要介護2	25 (43.9)
年齢	平均値±SD	76.5 (7.8)		要介護3	11 (19.3)
	世帯構成	一人暮らし		8 (14.0)	要介護4
	同居	49 (86.0)		要介護5	3 (5.3)
教育年数	13年以上	26 (45.6)	在宅介護サービス 利用状況	訪問介護	23 (40.4)
	12年以下	31 (54.4)		訪問看護	6 (10.5)
暮らし向き (n=56)	ゆとりあり	41 (73.2)	訪問リハビリ	5 (8.8)	
	ゆとりなし	15 (26.8)	通所介護	15 (26.3)	

2) 身体的要因の実態

対象者の主たる疾患は「高血圧症」50.9%が最も多く、続いて「脳梗塞」35.1%、「骨折」31.6%、「脳出血」26.3%、「糖尿病」21.1%、「高脂血症」19.3%であった。一人当たりの疾患数の平均値±SDは3.1±1.5であった。自覚している心身の症状は「手や足が動かしづらい」71.9%が最も多く、続いて「腰が痛む」47.4%、「物忘れがある」45.6%、「手や足がしびれる」42.1%、「便秘をする」40.4%、「尿の回数が多い」38.6%、「関節が痛む」35.1%であった。一人当たりの自覚症状数の平均値±SDは6.0±3.5であった。ADL自立度はバーサルインデックス得点の平均値±SDは83.5±18.9点であった。「食事」「車椅子からベッドへの移乗」「整容」「トイレ動作」について約8割の者が自立していたが、「入浴」や「階段昇降」は約半数が非自立であった。

3) 心理・社会的要因の実態

日ごろの楽しみの数は「全くない」と回答した者は7.0%で、「1つか2つある」57.9%、「3つか4つある」29.8%、「それ以上ある」5.3%であった。情緒的サポートは、インフォーマルサポートからの受領は「心配事・悩み事を聞いてくれる人がいる」89.3%、「気を配ったり思いやったりする人がいる」92.9%、「元気づけてくれる人がいる」85.7%、「くつろいだ気分にしてくれる人がいる」78.6%であった。フォーマルサポートからの受領は「心配事・悩み事を聞いてくれる人がいる」89.3%、「気を配ったり思いやったりする人がいる」96.4%、「元気づけてくれる人がいる」89.3%、「くつろいだ気分にしてくれる人がいる」82.1%であった。家庭内役割の実施状況は「電話番号・留守番の役割」47.4%が最も多く、続いて「家族や先祖に対する役割」42.1%、「家の維持管理の役割」40.4%、「家事の役割」31.6%、「経済に対する役割」29.8%、「近隣との交流の役割」29.8%、「動植物の世話の役割」15.8%であった。一人当たりの家庭内役割数の平均値±SDは3.2±3.3個であった。地域活動の参加状況は「趣味の会・仲間うちの活動」20.0%が最も多く、続いて「老人会（高齢者クラブ）活動」12.7%、「お祭り・盆踊

りなど地域行事」7.3%、「特技や趣味や経験を他者に伝える活動」7.3%であったが、一人当たりの地域活動参加数の平均値±SDは0.5±0.9でほとんどの者が参加をしていなかった。

4) 主観的健康感に関連する心理・社会的要因

単変量解析で主観的健康感と心理・社会的要因の各項目の関連を確認した。カイ二乗検定にて2値の変数に変換すると片方にn数が偏る項目があったため、分析対象者の10%に相当するn=6未満の変数は分析を実施しなかった。分析の結果、家庭内役割の「経済に対する役割」が有意に関連していた。「日ごろの楽しみの数」、情緒的サポートの受領の「フォーマルサポートで心配事・悩み事を聞いてくれる人」、家庭内役割の「家事の役割」「近隣との交流の役割」「一人当たりの家庭内役割数」は有意確率10%未満で有意水準に至らなかったが関連する傾向が認められた(表2, 3, 4)。

表2. 日ごろの楽しみの数と主観的健康感の関連

カテゴリー	健康群		非健康群		p値	
	n	%	n	%		
日ごろの楽しみの数	3つ以上	15	75.0	5	25.0	†
	2つ以下	19	51.4	18	48.6	

† p<0.1

表3. 情緒的サポートの受領と主観的健康感の関連

項目	カテゴリー	健康群		非健康群		p値
		n	%	n	%	
インフォーマルサポート (n=56)						
心配事・悩み事を聞いてくれる人	いる	30	60.0	20	40.0	n.s.
	いない	3	50.0	3	50.0	
元気づけてくれる人	いる	28	58.3	20	41.7	n.s.
	いない	5	62.5	3	37.5	
くつろいだ気分にしてくれる人	いる	27	61.4	17	38.6	n.s.
	いない	6	50.0	6	50.0	
フォーマルサポート (n=56)						
心配事・悩み事を聞いてくれる人	いる	32	64.0	18	36.0	†
	いない	1	16.7	5	83.3	
元気づけてくれる人	いる	31	62.0	19	38.0	n.s.
	いない	2	33.3	4	66.7	
くつろいだ気分にしてくれる人	いる	29	63.0	17	37.0	n.s.
	いない	4	40.0	6	60.0	

Fisherの直接確率法による検定, † p<0.1, n.s.: not significant

表4. 家庭内役割・地域活動と主観的健康感の関連

項目	カテゴリー	健康群		非健康群		p値
		n	%	n	%	
家庭内役割						
家事の役割	担っている	14	77.8	4	22.2	†
	担っていない	20	51.3	19	48.7	
家の維持管理の役割	担っている	16	69.6	7	30.4	n.s.
	担っていない	18	52.9	16	47.1	
経済に対する役割	担っている	14	82.4	3	17.6	*
	担っていない	20	50.0	20	50.0	
家族や先祖に対する役割	担っている	14	58.3	10	41.7	n.s.
	担っていない	20	60.6	13	39.4	
近隣との交流の役割	担っている	13	76.5	4	23.5	†
	担っていない	21	52.5	19	47.5	
電話番・留守番の役割	担っている	17	63.0	10	37.0	n.s.
	担っていない	17	56.7	13	43.3	
動植物の世話の役割 ¹⁾	担っている	7	77.8	2	22.2	n.s.
	担っていない	27	56.2	21	43.8	
一人当たりの家庭内役割数	平均値±SD	3.9 ± 3.9		2.1 ± 2.0		†
地域活動 (n=55)						
老人会 (高齢者クラブ) 活動 ¹⁾	している	4	57.1	3	42.9	n.s.
	していない	29	60.4	19	39.6	
趣味の会など仲間うちの活動 ¹⁾	している	7	63.6	4	36.4	n.s.
	していない	26	59.1	18	40.9	
一人当たりの地域活動参加数	平均値±SD	0.6 ± 1.0		0.6 ± 1.0		n.s.

¹⁾ Fisherの直接確率法による検定, † p<0.1 *p<0.05, n.s.: not significant

5) 在宅要介護者の主観的健康感に影響する心理・社会的要因

本研究の仮説を検証するためモデル1, モデル2のプロセスで分析を行った (表5)。

モデル1の分析では単変量解析で有意に関連またその傾向が認められた心理・社会的要因について主観的健康感を従属変数とするロジスティック回帰分析を実施した。分析の前に変数間の相関関係を確認したところ, 「一人当たりの家庭内役割数」が「家事の役割」「経済に対する役割」「近隣との交流の役割」とそれぞれ相関がみられたため「一人当たりの家庭内役割数」は独立変数から除外した (相関係数0.6以上, p<0.01)。したがってモデル1は「日ごろの楽しみの数」「フォーマルサポートで心配事・悩み事を聞いてくれる人」「家事の役割」「経済に対する役割」「近隣との交流の役割」の5項目を独立変数として投入し分析を実施した。その結果, 主観的健康感に影響する心理・社会的要因の項目は「フォーマルサポートで心配事・悩み事を聞いてくれる人 (いる)」が有意水準に至らなかったが有意確率10%未満で関連する傾向が認めら

れた。

モデル2ではさらに「性別」「年齢」「要介護度」の基本属性3項目を調整変数として投入し、ロジスティック回帰分析を実施した。その結果、主観的健康感に影響する心理・社会的要因の項目は「フォーマルサポートで心配事・悩み事を聞いてくれる人(いる)」「家事の役割(担っている)」が有意水準に至らなかったが有意確率10%未満で関連する傾向が認められた。

表5. 主観的健康感を従属変数とするロジスティック回帰分析

項目	カテゴリー	モデル1		モデル2		
		OR	95% CI	OR	95% CI	
心理・社会的要因	日ごろの楽しみの数	2つ以下	1.00	1.00		
		3つ以上	2.40	0.62-9.68	2.44	0.57-10.37
	フォーマルサポートで心配事・悩み事を聞いてくれる人	いない	1.00		1.00	
		いる	7.93	0.75-83.62 [†]	12.18	0.76-195.90 [†]
	家事の役割	担っていない	1.00		1.00	
		担っている	3.53	0.72-17.35	4.98	0.86-28.94 [†]
	経済に対する役割	担っていない	1.00		1.00	
		担っている	1.24	0.22-7.13	1.58	0.23-10.75
近隣との交流の役割	担っていない	1.00		1.00		
	担っている	2.04	0.45-9.26	2.52	0.44-14.53	
基本属性	性別	男性		1.00		
		女性		0.30	0.06-1.38	
	年齢			1.00		
				1.04	0.94-1.15	
要介護度			1.00			
			1.20	0.62-2.32		
適合度	モデルカイ二乗検定		p<0.05		p<0.05	
	Hosmer-Lemeshow検定		p=0.82		p=0.24	
	判別の中率		69.6%		69.6%	

[†] p<0.1

4. 考察

在宅要介護者を対象とした主観的健康感に関連する要因を探る研究は、主に身体的健康との関連が検討されてきた。本研究は心理・社会的要因に焦点を当て検討していることが特徴である。要介護状態であってもその個人が住み慣れた地域で暮らしてきた「生活」というものがある。本研究は、生活の楽しみ、家族や友人ばかりでなく居宅介護サービス提供者との関係、地域や近隣の人との結びつき、家庭における役割を心理・社会的要因として捉え、これらの要因が主観的健康感に影響していると仮説を立て検証した。居宅介護サービス提供者には、在宅要

介護者がよりよい「生活」を送れるよう支援することが求められる^{27,28)}。したがって本研究で主観的健康感に関連する心理・社会的要因を明らかにすることは、より質の高い居宅介護サービスの支援内容を検討するうえで貴重な資料になる。

本研究の対象となった在宅要介護者の6割は、主観的健康感を「健康である」「まあまあ健康である」と回答した健康群であった。長谷川らの要支援高齢者を対象にした調査では健康群の割合は3割で¹²⁾、それと比べると本研究の対象者は身体的健康を反映する要介護度が重度であるのにもかかわらず健康群の占める割合が多かった。これは本研究の対象者がデイケアを利用している者で身体を動かす健康志向が高い者が含まれていることが影響していると考えられる。一方で、先行研究では要介護度が主観的健康感を低下させる要因ではないことが指摘され^{10,12,15)}、本研究のモデル2の分析においても要介護度と主観的健康感の関連は認められなかった。このことは要介護度が重度であっても主観的健康感を高く維持できることを示唆している。

モデル2の分析結果から、「居宅介護サービス提供者（ケアマネジャー、ヘルパー、介護士、看護師、リハビリ職員）に心配事・悩み事を聞いてくれる人がいる」、そして「家事の役割（料理、食事の配膳・片づけ、掃除、洗濯を一つ以上）を担っている」の心理・社会的要因が、統計的有意水準に至らなかったものの主観的健康感と関連している傾向が認められた。増地ら²⁹⁾は情緒的サポートにはストレスの悪影響を和らげる緩衝効果があると述べている。このことから居宅介護サービス提供者が在宅要介護者の心配事・悩み事に耳を傾け共感するという情緒的なケアを提供することで、在宅要介護者のストレスを軽減させ主観的健康感を増進させることができるかもしれない。増地ら²⁹⁾はヘルパーや看護師などのフォーマルサポートの有効性について検討が必要と指摘しており、これに対し本研究は居宅介護サービス提供者の情緒的サポートが主観的健康感を高める可能性が考えられた。家事の役割については、本研究では家事を料理、食事の配膳・片づけ、掃除、洗濯としているが、これらは衣食住にかかわる内容でほぼ毎日規則的に行われる習慣的なものである。要介護者がこれらの役割を担うことは適度な身体活動になり、そして家族関係という社会における役割を果たす³⁰⁾ことになる。Kielhofner³¹⁾は役割や習慣の喪失は否定的感情を強くさせると指摘していることから、家事の役割・習慣を担えるよう自立支援や援助をすることは主観的健康感を増進するうえで重要といえるかもしれない。以上、本研究の結果から居宅介護サービス提供者が在宅要介護者に対して①心配事・悩み事に耳を傾け共感する情緒的サポートを提供すること、②家事の役割・習慣を担えるよう自立支援や援助をすることで主観的健康感を高めることができると考えられる。

最後に本研究の限界について述べる。本研究の分析対象者は57名と少なく、単変量解析で有意確率10%未満の変数についても多変量解析で分析を実施しているため、本研究で明らかになった心理・社会的要因については、主観的健康感と関連する傾向があると認識を留める必要がある。対象者数を増やしさらなる検証をしていく必要がある。また分析対象者は全国の介護保険受給者^{1,32)}と比較すると男性が多く年齢は若い傾向があったため、今後デイサービスや訪問サービスの利用者を対象に含めるなど基本属性に偏りが無いよう調査する必要がある。先

行研究では主観的健康感とうつ傾向の関連も指摘されている¹²⁾。うつ傾向についても影響を考慮して分析する必要がある。今後の研究の課題として、主観的健康感を増進させる心理・社会的要因の具体的な支援方策については、介入研究を通して明らかにしていく必要がある。

謝辞

今回の調査に快くご協力を頂いたデイケアAのご利用者様、多くの時間を割いて頂いた職員の方々に深く感謝致します。重ねて本研究を進めるに当たり多くのご助言を頂いた人間総合科学大学保健医療学部看護学科花里陽子先生に感謝致します。

本研究は公益財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団より平成24年度研究助成金を受けて実施した。

文献

- 1) 内閣府：平成24年版高齢社会白書
(<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html,2011.1.1>) (2011)
- 2) エイジング総合研究センター基礎資料編纂委員会：国民生活に関する世論調査2010年6月調査。高齢社会基礎調査資料12～13年版，中央法規出版 東京 (2012)
- 3) 社団法人日本WHO協会：健康の定義について
(<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html,2013.9.23>) (1948)
- 4) 杉澤秀博，杉澤あつ子：健康度自己評価に関する研究の展開：米国での研究を中心に。日本公衆衛生雑誌，42 (6)：366-378 (1995)
- 5) 星旦二：高齢者の健康づくりにおける主観的健康感のすすめ。生きがい研究，12：46-72 (2006)
- 6) 芳賀博，七田恵子，永井晴美ほか：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因。社会老年学，20：15-23 (1984)
- 7) 芳賀博，柴田博，上野満雄ほか：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後。日本公衆衛生雑誌，38 (10)：783-789 (1991)
- 8) Larson R：Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. Journal of Gerontology，33：109-125 (1978)
- 9) 中村好一，金子勇，河村優子ほか：在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子。日本公衆衛生雑誌，49 (5)：409-416 (2002)
- 10) 早坂信哉，多治見守泰，大木いずみほか：在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子。厚生指針，49 (15)：22-27 (2002)
- 11) 村田伸，津田彰，稲谷ふみ枝：在宅障害高齢者の主観的健康感に及ぼすADLならびにライフスタイルの影響。行動科学，43 (2)：51-57 (2004)
- 12) 長谷川直人，佐藤和佳子：要支援高齢者の主観的健康感の関連要因。日本看護科学会誌，31 (2)：13-23 (2011)
- 13) 渡辺修一郎：高齢者の疾病－主として身体的－。老年学テキスト (柴田博，長田久雄，杉澤秀博編)，初版，87-97。建帛社 東京 (2007)
- 14) 厚生労働省：第2回社会保障審議会介護保険部会 (資料1認定状況等について)
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0707-4b5.html#top,2013.9.23>) (2003)

- 15) 中尾寛子, 平松正臣: 訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康感に影響する社会関係要因とその独居年数による相違. 厚生の指標, 53 (13): 20-27 (2006)
- 16) 村田伸, 津田彰: 在宅障害後期高齢者の家庭内役割とQOLとの関連. 行動医学研究, 12 (1): 8-14 (2006)
- 17) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪: 「軽度要介護認定」高齢者の5年後の要介護度の推移の状況とその要因. 老年社会科学, 33 (4): 538-554 (2012)
- 18) Reisberg B, Ferris S H, Anand R, et al.: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Annals of the New York Academy of Sciences, 435: 481-483 (1984)
- 19) 千野直一: FIM医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き原書 (慶應義塾大学医学部リハビリテーション科編著), 第3版, 慶應義塾大学医学部リハビリテーション科 東京 (1991)
- 20) Mahoney F I, Barthel D: Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14: 56-61 (1965)
- 21) 野口祐二: 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)
- 22) 島内晶, 佐藤眞一, 権藤恭之ほか: 百寿者介護へのソーシャル・サポート—三者モデルによる考察—. 高齢者のケアと行動科学, 15: 34-47 (2010)
- 23) 高橋和子, 安村誠司, 矢部順子ほか: 東北地方の在宅高齢者における地域・家庭での役割の実態と関連要因の検討. 厚生指標, 54 (1): 9-16 (2007)
- 24) 佐藤美由紀: 地域高齢者における介護認定状況別家庭内役割の検討—要支援・要介護者に焦点を当てて—. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 16: 91-97 (2009)
- 25) 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子ほか: 高齢者における社会活動指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 44: 760-768 (1997)
- 26) 尾島俊之, 柴崎智美, 橋本修二ほか: いきいき社会活動チェック表の開発. 公衆衛生, 62: 894-899 (1998)
- 27) 新版社会福祉学習双書編集委員会編: ケアマネジメント論 (新版・社会福祉学習双書編). 第4版, 9-20, 全国社会福祉協議会 東京 (2006)
- 28) 竹内孝仁: ケアマネジメント—TAKEUCHI実践ケア学—. 初版, 11-20, 医歯薬出版株式会社, 東京 (1996)
- 29) 増地あゆみ, 岸玲子: 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—. 日本公衆衛生雑誌, 48 (6): 435-448 (2001)
- 30) 森岡清美, 望月嵩: 新しい家族社会学. 第4版, 89-100, 培風館 東京 (1997)
- 31) Kielhofner G: 人間作業モデル—理論と応用— (山田孝監訳). 第2版, 協同医書出版社 東京 (1999)
- 32) 厚生労働省: 平成22年国民生活基礎調査の概況
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/index.html,2011.1.1>) (2010)

Psychosocial Factors Associated with Self-Rated Health for Day-Care Users

Shinpei Ikeda

(Japan Home Care Institute of Education and Research)

Emiko Uchida

(Japan Home Care Institute of Education and Research)

Hiroshi Haga

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

Keywords: Self-rated health, Disabled people, Emotional support, Formal support, Domestic roles

The purpose of this study was to investigate the psychosocial factors associated with self-rated health (SRH) for disabled people. The participants were 57 community resident disabled people in Tokyo (36 men and 21 women; mean age=76.5 ± 7.8) who required long-term care at home and day-care services for rehabilitation. They were all cognitively intact, as none were beyond stage V of the Functional Assessment Staging criteria (Reisberg, et al., 1984). We assessed their basic attributes, physical factors, psychosocial factors (e.g., domestic roles, community involvement, and emotional support) and the SRH (i.e., “How would you rate your general health—very good, good, poor, and very poor?”). A multiple logistic regression analysis revealed that the SRH was positively correlated with emotional support by health-care providers and ability to perform daily house-work. In order to promote the SRH, it is important for professionals to realize that disabled people have emotional connections with their health-care providers and maintain contributing roles in family dynamics. It is thus recommend that health-care providers focus on improving not only physical factors, but also psychosocial factors.