
高齢者の家族介護ストレス理論の分析

——新たな理論の提案——

浅井 正行

抄録

本研究は、高齢者を介護する家族介護者が抱える「ストレス」を研究する上で重要な「家族介護ストレス理論」を、Joel Fischerの理論分析フレームワークの基準に従って分析し、社会福祉分野におけるその有用性を確かめたものである。まず初めに、介護と介護ストレスの概念を含む2つのメタ理論が選定された。メタ理論とは、複数の理論を概念的フレームワークによって包括する上位理論を言う。本研究では、筆者によって、2つのメタ理論が「家族ストレス・メタ理論」および「介護者ストレス・メタ理論」と名付けられた。選定に関しては、家族介護の文献における2つのメタ理論の重要性に基づいて行われた。分析の結果は、両方のメタ理論とも、介護ストレスの発生要因を予測し、家族介護者がストレスをこうむる過程を理解するのに役立つ能力があることを示した。介護者ストレス・メタ理論は、家族ストレス・メタ理論に比べ、「人間の尊厳と個性」に、より重点を置いているという結果が表れたが、双方のメタ理論とも、「社会福祉分野のための理論の要素を選択している」という基準を満たしているため、「社会福祉」に適用できることが示された。本論では、これらの分析結果を考察すると共に、筆者考案の新たな理論が提案された。

I. はじめに

ストレスを引き起こす原因となる「ストレッサー」は、大きく2つに分類することができる。イベント・ストレッサーとクロニック（慢性的）・ストレッサーである。何の前触れもなく、突然身に起こる外傷性イベントといったものが、イベント・ストレッサーの一例である（Wheaton, 1994）。こうしたライフイベントは、短期的なものであるため、いずれは収まる。他方、クロニック・ストレッサーは、イベント・ストレッサーに典型的なライフイベントと比べて、時間的に限定されたものではない。クロニック・ストレッサーの概念は、単なる「イベント」といった捉え方を超えて、ストレッサーを明確化していくことの必要性を唱えた覚醒理論から生まれたものである（Wheaton, 1994）。この理論で重要となるものは、ストレッサーの発生とその継続期間の定義づ

けである。すなわち、覚醒理論によると、ストレッサーの発生が突然ではあるけれども、発生後はその度合いが急激に低下するイベント・ストレッサーとは異なり、クロニク・ストレッサーは、問題となる状況が継続的に増大し、問題の発生から収束までに長期間を要する。さらに、慢性的(クロニク)ストレスは、介護からくる客観的負担や(介護の)役割り要求だけに留まらず、過度の混乱、不安、争いごとや、(献身的な介護が報われない)過小評価も含まれる(Wheaton, 1994)。家族介護者が苦しむ介護ストレスというものは、クロニク・ストレッサーの定義に当てはまる、終わりの見えない問題であり争いごとである。従って、介護ストレスは、その発生が緩やかで段階的なクロニク・ストレッサーの一例と言える。その過程は、長期間に及び、明確な時間設定や期待できる解決方法がないまま継続化しているのである。

II. 研究の目的

本研究は、家族介護者に関する既存のストレス・モデルを概念構造に沿って2分類し、包括的なメタ理論として定め、社会福祉分野におけるそれらのメタ理論の有用性を、理論分析フレームワークを使用して分析したものである。本論では、筆者によって、介護と介護ストレスの概念を含む2つのメタ理論が選定され、それぞれ「家族ストレス・メタ理論」、「介護者ストレス・メタ理論」と名付けられた。本研究の目的は、高齢者を介護する家族介護者における、介護ストレスの発生過程と要因を予測するのに有効な理論を明らかにすることによって、家族介護者へのより効果的な支援方法の確立に寄与することを目指したものである。

メタ理論を構成するストレス・モデルの選定は、家族介護に関する文献におけるモデルとしての重要性に基づいて行われた。さまざまな研究者によって、これまで多くのストレス・モデルが提案・開発されてきているが、介護ストレス分野の研究においては、以下の6つのストレス・モデルのいずれかが理論的基盤となっていると言える。すなわち、さまざまなストレス・モデルが研究者たちによって生み出され、進化してきているが、元を辿ると、これら6つの古典的モデルに行きつく。

家族ストレス・メタ理論と介護者ストレス・メタ理論に分類された6つのストレス・モデルは、以下の通りである：

■ 家族ストレス・メタ理論

- ・ ABCX モデル
- ・ 二重 ABCX モデル
- ・ ABCD - XYZ モデル

■ 介護者ストレス・メタ理論

- ・ ストレッサー・ストレス・プロセス・モデル
- ・ ストレス査定モデル
- ・ ストレス処置モデル

メタ理論を分析するにあたっては、その評価基準として、Joel Fischer(1971)の理論分析フレームワークを使用した。Fischerは、アメリカの社会福祉学界で、最も引用される件数の多い学者の一人である。Fischerによると、社会福祉分野の「統合的特質」が、この分野における独自の知識構築のプロセスにおいて長所(他分野から、知識を柔軟に採用できる)であり、短所(社会福祉分野における学術研究に対しての、または他分野からの知識の採用に際しての、適切な指標となる判断基準の欠如)でもあるという。社会福祉分野を「学問」として成り立たせるべく、こうした曖昧な状況を改善するために作られたものが、Fischerの理論分析フレームワークである。本研究で選定されたストレス・モデルも、他分野である心理学的ストレス研究から発生したものである(和気、1998)。従って、家族介護ストレスという社会福祉分野における重要課題に関して、これらのストレス理論を社会福祉の見地から分析することは意義のあることである。

Ⅲ. 家族ストレス・メタ理論

家族ストレス・メタ理論は、ABCXモデル、二重ABCXモデル、そしてABCX-XYZモデルといった3つのモデルによって、最も的確に説明され得る。

1. ABCXモデル

ABCXモデルは、Hill(1949)によって初めて開発された(図1)。このモデルは、家族体系におけるストレスの影響について描写することによって、3つの要因の相互作用を捉えている。これらの要因は、(A) ストレッサー、(B) ストレスに対処するための家族のリソース、(C) 家族におけるストレスの認知である。これら3つの要因が、(X) 家族の「危機」、もしくは成功した家族の「適応」を導き出す。この家族ストレスモデルでは、出来事(イベント)やそれに関連する苦難(このモデルのA要因)は、家族そのものの外側に位置するとされ、イベントそれ自体の特性が含まれる。この視点に従えば、外的な出来事(A)は、その出来事に対する家族の対処能力(B)、そしてストレッサーに対する家族の認知(C)と相互作用する。この相互作用が、危機そして精神的健康被害といった結果(X)を生むのである。Biegel、Sales、そしてSchulz(1991)は、モデルにおけるこれら4つの構成要因それぞれを示す因子の例を挙げている。彼らの論考によると、介護ストレッサー(A)には、被介護者の健康状態、認知機能、ADL状況、病状、そしてその他の日常的出来事が含まれる。介護者の持つリソース(B)は、これらストレッサーへの対処を促進することができる。こうしたリソースには、介護者の社会経済的地位、健康状態、対処技術、そして親友、援助(家族成員からの)感謝といった社会的・家族のリソースの利用可能度、そしてまた、家族成員や友人の数とつながりが含まれる。介護状況やストレスの認知(C)は、負担感、罪悪感、役割過労(Role Strain)、そして精神的 high 揚といった項目で測られる。これら3つの要因が結合することによって、精神的・身体的な健康危機(X)が生み出される。

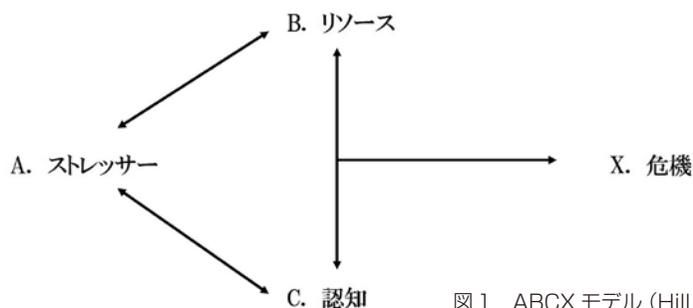


図1 ABCXモデル (Hill, 1949)

2. 二重 ABCX モデル

最も初期段階の家族ストレスモデル (ABCX モデル) では、家族の定義は、「第1次査定」と呼ばれるストレスラー・イベント (ストレスを引き起こす出来事) へのみ焦点が当てられていた (Patterson & Garwick, 1994)。この ABCX モデルは、McCubbin と Patterson (1982) によって修正が加えられ、ライフコースにおいてストレスラーを予測して、それに積極的に対処する家族の努力が考慮されることとなった (図2)。

二重 ABCX モデルでは、最初に起きたストレスラー・イベントに対する家族の「認知」が拡大され、その他のストレスラーと過労への家族の「認知」、そして家族のリソースに対する「認知」を含むようになった。この追加された「認知」が「第2次査定」を呼ばれるものである (Patterson & Garwick, 1994)。Rankin、Haul、そして Keefover (1992) によると、一つの発達段階における適応失敗や困難は、長い時間をかけてストレスラーの積み重ね (aA) という結果となり、その後の家族のリソース (bB)、認知 (cC)、そして危機のレベル (xX) に影響を与えることとなる。このモデルは、家族ストレスを概念化するための発達の認知といった長期的プロセスに重点を置いている (Redburn & McNamara, 1998)。そのため、認知症の人たちへの介護における、その慢性的な特性や多様な危機という状況は、長期的観測に焦点を当てた二

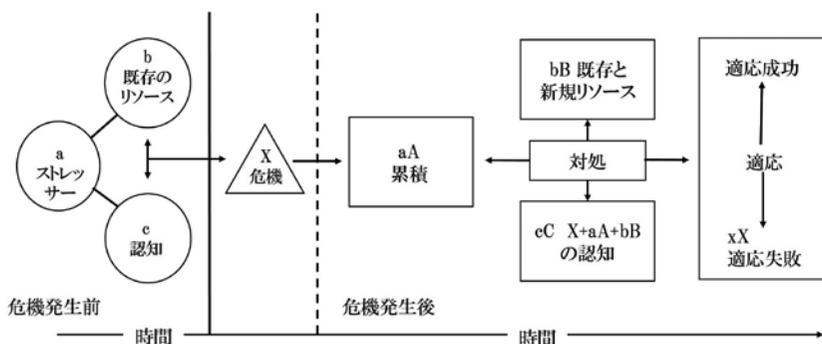


図2 二重 ABCX モデル (McCubbin & Patterson, 1982)

重 ABCX モデルにしっかりと合致する。

Rankin ら (1992) は、介護者ストレスと心理的過労の個人的および体系的決定要因として以下のものを挙げている。個人そして家族のストレッサー (aA) として、被介護者の身体機能状況、被介護者の記憶および行動障害、介護活動、そして家族のライフイベント。個人そして家族のリソース (bB) として、個人の介護熟達度、夫婦間の会話、夫婦の親密度と適合性、家族のサポート、そして家族の対処方法。介護者の認知的査定 (cC) として、全体的な介護ストレス、そして介護の影響度。最後に、介護者の過労 (xX) として、介護者の抑うつ、および家族の満足度を考慮している。

3. ABCD - XYZ モデル

Dollahite(1991) は、二重 ABCX モデルを応用して、ABCD - XYZ モデルを開発した (図3)。この ABCD - XYZ モデルでは、「個人」と「家族」が、歴史的、経済的、技術的、文化的、法律的、政治的、宗教的そして自然環境的な状況の中に位置づけられ、そして、ストレッサー刺激に関する知覚、判断、行動といった概念が含まれている。このモデルは、要求 (D)、対処 (Y)、そして適応行動 (Z) の概念が、独立した要素として ABCX モデルに加えられたものである。このモデルの第1段階は、危機やストレスを引き起こす刺激もしくはストレッサー (A) が、個人や家族体系に入り込んだ時に始まる。第2段階では、対処 (B) に役立つリソースの程度 (多さ) を知覚し、そしてまた、その程度 (多さ) を状況的要求 (D) と比較する、「個人」と「家族」が含まれている。この比較が、状況 (C) の定義づけに影響し、そしてそれが、知覚された危機やストレス (X) の存在に影響を与えることとなる。

Y 要素 (対処、判断) は、認知的対処とマネジメントを意味する。ストレッサー (A)、リソース (B)、要求 (D)、状況 (C) の定義づけ、そして危機/ストレス (X) のレベルが知覚された後に、人は認知的対処と危機/ストレスマネジメントにおける判断を

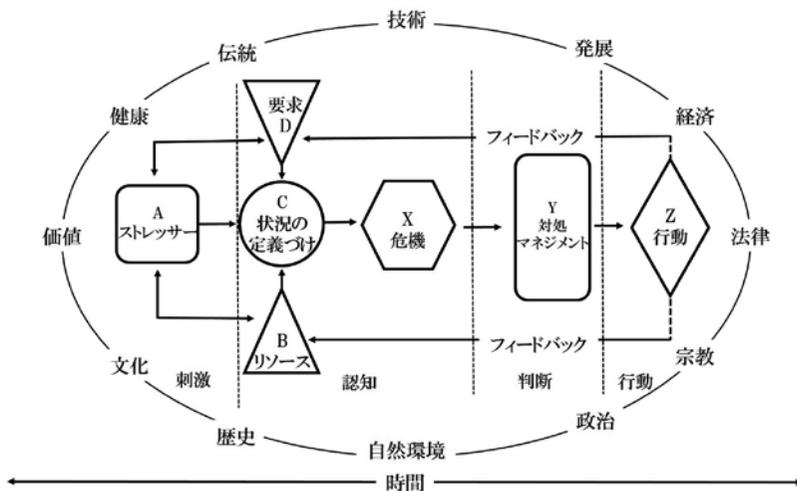


図3 ABCD - XYZ モデル (Dollahite, 1991)

行う。この要素は、ストレス・マネジメントの過程において中心をなすものである。なぜなら、個人や家族が、ストレス状況に対してどのように適応していくかといった重要な決断が下されるのがこの段階だからである。この段階では、危機/ストレス状況を把握したり、感情的な距離を保ったり、または、ソーシャルサポートを使用することを選んだりといった、決断や反応が含まれる。このモデルの最終のプロセスは、行動 (Z) である。最終段階では、認知的対処方法とマネジメント方法といった決定された事柄に対して、実際に行動する (Z) こととなる。

IV. 介護者ストレス・メタ理論

介護者ストレス・メタ理論は、ストレス・プロセス・モデル、ストレス査定モデル、そしてストレス処置モデルといった3つのモデルによって、最も的確に説明され得る。

1. ストレッサー・ストレス・プロセス・モデル

ストレッサー・ストレス・プロセス・モデルは、4つの特質で構成されている (図4)。すなわち、ストレスの背景と状況、ストレッサー、ストレス調停要因、そしてストレスの結果もしくは顕在化である (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990)。ストレスの背景と内容は、介護者の性別、年齢、社会経済的地位といった特質から成り立っている。介護者と被介護者の関係、夫か妻か、息子から娘か、そして病気発症前の関係の質といった介護歴の要素も考慮される。その他の特質として、被介護者や介護者、もしくは双方を支援するために作られたコミュニティーをベースとした資源やプログラムへのアクセス度や利用度が挙げられる。

このモデルでは、ストレス過程の中心部分であるストレッサーが、第1次もしくは第2次という形で捉えられている。Pearlin ら (1990) は、第1次ストレッサーの客観的指標として、次の3つを挙げている：日常的依存 (被介護者の ADL)、問題行動 (安全を脅かす行動や社会的に不適切な行動)、そして認知状態 (被介護者の劣化した認知機能)。第2次ストレッサーは、第1次ストレッサーによって引き起こされた役割

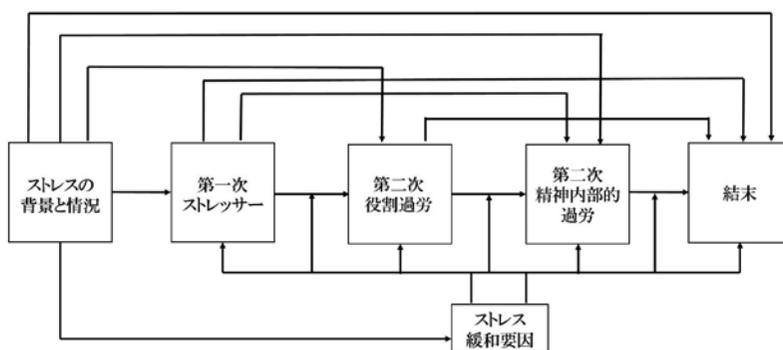


図4 ストレッサー・ストレス・プロセス・モデル (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990)

過労や精神内部的過労であり、以下のものが挙げられる：家族の理解の欠如からくる過労、経済的過労、仕事と介護の両立からくる過労、そして抑うつ等の精神的過労。

アルツハイマー病を患った家族の介護のケースでは、第1次ストレスは、アルツハイマー病患者の ADL ニーズ、そして患者のニーズ・機能低下・行動の悪化から必要とされるケアの内容と度合いによって引き起こされる (Mohide, 1993)。第2次ストレスは、介護の必要度に起因する。例えば、役割過労は、アルツハイマー病患者に対して介護を行うこと以外の責任、役割、そして行動に関して発生する。こうした過労は特に、成人した娘が、子どもの世話といった自分自身の家庭での役割を持ちつつ、病気の両親も世話をしなければならないケースに顕著である。ストレス調停要因は、第1次そして第2次ストレスの影響を緩和する要素である。コーピング(対処)とソーシャルサポートは、重要な2つの緩和要因である。コーピングは、個人が自分自身で行う行動と実践のことを言う。最後に、ストレスの結果は、介護者の安寧、身体的・精神的健康、そして社会的役割を維持する彼ら自身の能力に影響を与えるものである。この最終段階では、まず感情的疲労が表面化し、もしもこの状態が続くことになると、結果的に身体的安寧に支障をきたすこととなる。

2. ストレス査定モデル

ストレス査定モデルは、客観的な介護の状態と、その状態に対する介護者の継続的な査定・再査定との関係に焦点を当てている (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989)。このモデルは、主観的因子と状況判断因子の双方を一緒に、「査定」のカテゴリーに含め、そして、この査定要素をストレス・プロセス・モデルの基本的要素に加えている。Yates ら (1999) は、ストレス・プロセス・モデルの長所を組み入れて、このモデルを進化させた (図5)。この進化モデルでは、第1次ストレスは、障害の度合いと種類で構成される。Pearlin らのモデルと異なり、介護をすることは第1次ストレスのカテゴリーには含まれず、査定と見なされている。そうすることによって、患者の障害の度合い (ストレス) と、障害に対する介護者の反応 (査定) とを区別することができる。このモデルでは、高齢者の実際の障害ではなく、高齢者の介護ニーズの主観的査定が、提供されるケアの量を決定するとされている。なぜなら、同じような客観的介護ニーズを持つ患者に対して提供される

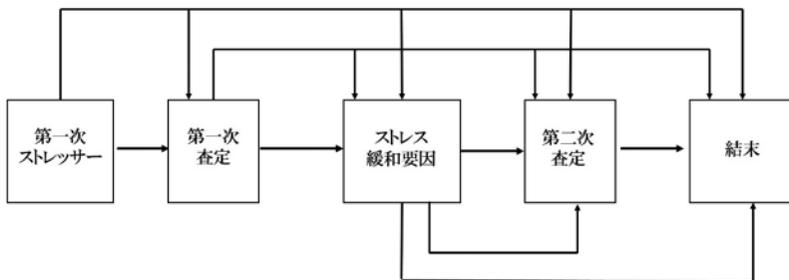


図5 ストレス査定モデル (Yates, Tennstedt, & Chang, 1999)

ケアの量は、介護者によって異なるからである。

このモデルの主な要素は以下の通りである：(1) ストレスや被介護者の多様な介護ニーズ、(2) 介護ニーズに対する介護者の（第1次）査定、(3) 介護者の心理的安寧に対するストレスの影響を左右する調停要因、(4) 介護状況（負担）に対する介護者の（第2次）査定、(5) 介護者の心理的安寧への結果。従って、高齢者の介護ニーズは、介護者によって提供される介護の時間に影響を与える。その後、介護時間は、仲裁要因と共に、重責感や介護の負担感へとつながっていく。そして、こうした介護者の負担感が、介護者のストレスへと導かれるのである。

3. ストレス処置モデル

初期のストレス処置モデルは、第1次査定そして第2次査定の2段階の心理的プロセスを持つ（Lazarus & Folkman, 1984）。第1次査定では、人は危害や脅威が存在するかどうかや、ストレスを難題と見なすかどうかを判断する。第2次査定では、人は利用可能な対処資源を確かめてみるることとなる。ストレスは、知覚された危害や脅威が重大に感じられ、活用できる対処能力が乏しく思われる場合に起こる。このモデルでは、「問題に焦点を合わせた対処」と「感情に焦点を合わせた対処」といった2種類の対処方法が明らかにされている。ストレス状態に直面する個人は通常、問題に焦点を合わせた対処（個人と個人を取り巻く環境との有害な関係を改めるために行動を起こすこと）と、感情に焦点を合わせた対処（個人と環境との関係から生じた感情的疲労に対処するために処置をとること）を組み合わせる（Lazarus & Folkman, 1984）。

Kramer(1993) は、ストレス・プロセル・モデルを用いて、このモデルを応用させた（図6）。新たなモデルでは、調停条件として、介護者個人の資源と介護者の対処が挙げられている。前者（介護者個人の資源）には、身体的、経済的、そして社会的資源が含まれる。社会的資源は、ソーシャルサポートの量的・質的規模の両面から測られる。量的規模は、介護者が利用可能な社会的関係の存在を指す。そして、質的規模は、社会的関係と行動の有用性に対する介護者の満足感や認知度を意味する。後者（介護者の対処）には、Lazarus の提唱した問題に焦点を合わせた対処と感情に焦点を合わせた対処の2つの対処方法に加えて、もう1つの方法である「関

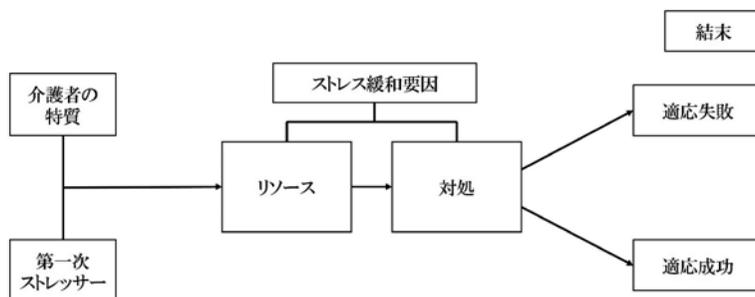


図6 ストレス処置モデル (Kramer, 1993)

係に焦点を合わせた対処」が含まれる。「問題に焦点を合わせた対処」は、情報の収集、直接の行動、そして計画された問題解決といったような、疲労を引き起こす問題を処理したり、変更したりすることを目的としている。「感情に焦点を合わせた対処」は、感情を統制したり、拒絶・願望・回避・自己批判・肯定的な再査定といった感情的疲労を和らげたりすることを目的とした考えや行動を言う。これらの対処法は、精神内部的な調節過程を通して行われる (Kramer, 1993)。対照的に、「関係に焦点を合わせた対処」では、社会的関係を確立したり、または維持したりすることを目的とした個人間 (Interpersonal) の調節過程が重要となる。この対処法には、他の人たちと交渉したり、歩み寄ったり、個人の限界を考慮したり、そしてまた、共感的になったりすることが含まれる。

V. 理論分析のフレームワーク

Fischer のフレームワークは、5つのカテゴリーで構成されるが、今回は介護ストレスの理論の分析に有効な4つのカテゴリーを使用することとし、その中から特に、ストレス理論を総合的に評価するのに最も適した10個の基準が選ばれた。1つ目のカテゴリーは、理論の構造的性質である (下記、基準1、2、3、4)。2つ目のカテゴリーは、理論の実証的状况である (同、基準5)。3つ目のカテゴリーは、仮定条件と倫理的含意である (同、基準6)。そして、4つ目は、社会福祉への適用性である (同、基準7、8、9、10)。(なお、5つ目のカテゴリーは、“セラピー理論としての特徴”であり、今回のようなストレスの発生要因を説明するストレス理論の分析には適さなかったため、除外することとした。)

それぞれの基準の定義は、次の表の通りである。

1	説明力	関連する知識の明確かつ論理的な配列、および関連性のある要因間の関係の明示に基づいて、その理論が説明しようと試みる範囲の理解を促進するその能力
2	明瞭性	理論にとつての主要な関心領域に関して、概念と提議が論理的に関連し、そしてまた明確に定式化されているその度合い
3	操作性	予測を引き起こすことを可能とする機能
4	観察可能なものへの焦点	推論的な構造物の使用を通してではなく、観察可能な現象を通して概念に焦点が合わされているその度合い
5	実証的検査の重要性	研究調査が理論の概念と予測を確認できるその度合い
6	人間の尊厳と個性性に置かれた第一の価値	理論提案者が、人間の尊厳と個性性に第一の価値を置いているかどうか、もしくは、その他の論点と比べて、二次的なものであるかどうか
7	課題となる現象との関連性	理論が、社会福祉の懸念するところの現象に対して関連性を持つその度合い

8	価値の共通性	理論の価値が、社会福祉専門職の価値と共通するその度合い
9	発見的解決法（ヒューリスティック）としての価値	理論が、実証的調査を導き、関連する知識を順序づけ、そして複雑な現象の理解を促進させるための手段としての役割を担うその度合い
10	有用性	理論の極めて重要な要素が識別可能であり、操作もしやすいその度合い、そしてまた、理論が行動・実行のための明確な方法を提供しているその度合い

VI. 分析の考察

1. 説明力

家族ストレス・メタ理論と介護者ストレス・メタ理論は双方とも、関連性のある要因間の関係、そしてこれらの要因の論理的な配列に関して明確である。両方のメタ理論とも、介護の複雑な特性に対する理解を促進している。これら2つのメタ理論を構成するストレス・モデルは、関係要因がどのように論理的に繋がり、お互い影響し合っているのかを詳しく説明している。例えば、Pearlinのストレッサー・ストレス・プロセス・モデルでは、3つのストレッサー（日常的依存、問題行動、認知状態）とその他2つの要素（役割過労、精神内部的疲労）が、介護ストレスの要因として認識されている。

2. 明瞭性

両方のメタ理論における概念は、介護ストレスという、理論にとっての主要な関心領域に関して、論理的に関連し、また明確に定式化されている。これら2つのメタ理論におけるストレス発生過程は、どのように要素がストレスを生じさせる要因として関係しているのかを明確に表している。例えば、DollahiteのABCD - XYZモデルでは、7つの要素が確認され、それらの要素1つ1つにまた、それぞれいくつかの要因が含まれている。このモデルはまず、個人と家族を歴史的、経済的、技術的、文化的、法律的、政治的、宗教的、そして自然的環境の枠組みの中に置く。その後、この枠組みは、ストレッサーに対する認知、判断、そして行動という概念で考察される。これらの過程と相互作用はすべて、明確に、また論理的に描かれている。

3. 操作性

両方のメタ理論とも、モデル内の要素を通して、介護者に起こり得るストレスを予測することや、ストレス発生に関する知識を確立することの出来る可能性を持っている。例えば、Pearlinのストレス・モデルでは、第1次と第2次という2種類のストレッサーを割り出している。第1次ストレッサーは、高齢者のADL ニーズ、問題行動、そして認知状態を含んだ客観的、主観的指標の双方を考慮する。第2次ストレッサーは、第1次ストレッサーによって引き起こされた役割過労と精神内部的過労の両方を考察

する。これらさまざまなストレッサーを割り出すことによって、ストレス・モデルは、家族介護者のストレスの状態を予測する手段を十分に備えている。

4. 観察可能なものへの焦点

両方のメタ理論は、推論的な構造物ではなく、観察可能な現象に焦点を当てた構成要素を持っている。ABCXモデルの最初の2つの要素AとBは、観察可能である。例えば、ストレス(A要素)の度合いと、家族内・外からの援助(B要素)の度合いを調査する多くの信頼性と妥当性を兼ね備えた尺度が存在する。具体的に、次のような尺度上げられる：Center for Epidemiological Studies Depression (CES-SD) Scale、Caregiver Hassles Scale、Hamilton Rating Scale、Zarit Burden Inventory、Bradburn Affect Balance Scale、Brief Symptom Inventory、Multi-Dimensional Functional Assessment、Direct Assessment of Functional Status、Katz ADL Measures。介護者ストレス・メタ理論のモデルでは、介護の背景、ストレッサー、そしてストレス緩和要因が観察可能である。介護の背景は、介護者の社会経済的地位レベル、家族構成、または介護実施日数によって確認できる。ストレッサーとストレス緩和要因は、ABCXモデルのA要素・B要素と同様に割り出し可能である。筆者が2002年に開発した「世間体スケール」も、家族介護者におけるストレス(ストレッサー)の度合いを、多角的視点で捉えるための尺度である(Asai, 2002; Asai & Kameoka, 2007)。

5. 実証的検査の重要性

両方のメタ理論とも、実証的に検査そして証明が可能である。事実、これら2つのメタ理論が研究の概念的フレームワークとして数多く使用され、理論で示された要素同士の関係性と相互作用の分析が行われている。例えば、Rankinら(1992)は、2重ABCXモデルを使用して、認知症患者の家族介護者に対する臨床研究を行った。McDonaldら(1999)は、介護者ストレス研究においてABCXモデルを用い、このモデルの中で示された要素が介護者のストレスと深く関係していることを見出した。また、家族介護者のストレス軽減の研究でZaritら(1998)は、ストレッサー・ストレス・プロセス・モデルを使用し、このモデルがストレス発生過程として提示したように、デイケアセンターの利用が、介護者の介護ストレッサーに対するネガティブな査定を減少させ、その結果、介護者の心理的安寧を増加させるという結果を導き出した。

6. 人間の尊厳と個性に置かれた第一の価値

介護者ストレス・メタ理論の方が、家族ストレス・メタ理論よりも「価値」に関する点を、より重要なものと位置付けている。介護者はそれぞれ異なる度合いのストレスを感じているため、これらのメタ理論は第一の(主要な)価値を、介護者の尊厳と個性に置いている。介護者ストレス・メタ理論のモデルは特に、この個性性を強調している。例えば、ストレッサー・ストレス・プロセス・モデルは、ストレス緩和要因によって介護者の介護に対する捉え方が異なるという視点から、このストレス緩和

要因の度合いを考慮している。更に、ストレス査定モデルは、高齢者のケアニーズに対する介護者の主観的査定が、実際に提供されるケアの量を正確に測定するという視点から、高齢者の疾病よりも、この介護者による主観的査定を強調している。

7. 課題となる現象との関連性

両方のメタ理論とも、社会福祉の懸念するところの現象に対して関連性を持つ。これらの理論は、ストレス発生過程に焦点を当てながら、人間-環境アプローチを使用している。この人間-環境アプローチは、社会福祉分野の総合的・統合的性質と一致する。更に、今後ますます全人口における高齢者人口比率の高い社会へと推移していく中、「介護ストレス」や「介護ストレス対処」は、社会福祉にとってとても重要な課題である。

8. 価値の共通性

両方のメタ理論の価値は、社会福祉の価値と一致する。これらのメタ理論は、介護者の苦境に焦点を当てている。2つのメタ理論の目的は、介護者が安寧を取り戻せるようにストレスを取り除いたり、少なくとも和らげるための手助けをすることである。これはまさに、社会福祉分野が目指しているところのものである。

9. 発見的解決法（ヒューリスティック）としての価値

両方のメタ理論とも、実証的調査および関連理論の創出の面で、多くの研究を導き出している。例えば、家族ストレス・メタ理論のABCXモデルはすでに、2重ABCXモデルとABCX-XYZモデルを創り出している。YatesらとKramerの2つのモデルも、それぞれストレス査定、ストレス処置モデルを進化させたものである。

10. 有用性

両方のメタ理論は、さまざまな介護状況に適合するように対応できている。これらのメタ理論はまた、行動・実行のための明確な方法を提供している。例えば、これらメタ理論のストレス・モデルでは、ストレスやリソースに対応するために具体的な方策が施されるよう、ストレスとリソースの度合いを測定することが可能となっている。

VII. 結論

今回のメタ理論分析研究の結果は、家族ストレス・メタ理論そして介護者ストレス・メタ理論ともに、介護ストレスの要因を予測する理論として成り立つということを示している。これら2つのメタ理論は、介護者のストレス発生過程の理解を促進するのに適したモデルを提示している。これらのメタ理論で見出された概念や要素は、家族介護者における介護ストレスの発生を研究者が予測出来るように、論理的に関連・定型化し、そして実証的に検証することを可能にしている。更に、これらのメタ理論は、

社会福祉分野への適用性・活用性にも優れている。なぜなら、これら2つの理論の重要な目的は、理論の中で示されるような課題や問題に対処すべく、現場のワーカーが支援・サービスを提供することができるよう、介護者のストレス発生過程と要因を明らかにすることにあるからである。

介護者の尊厳と個性に関しては、介護者ストレス・メタ理論の方が、より強く重点を置いている。この理論では、介護者が高齢者に対応する際、介護の任務と状況を主観的にどのように判断するかといった介護者自身の認知を最も明確に表す手段として、より多くの「要素」が見出されている。しかし、家族ストレス・メタ理論では、介護者の個性への強調が、介護者ストレス・メタ理論ほどは顕著ではない。例えば、介護者ストレス・メタ理論では、介護に対する介護者の捉え方を反映する要素をいくつか含んでいるのに対して、家族ストレス・メタ理論のABCXモデルでは、2つの要素（A：ストレッサー、B：認知）しか持たない。更に、この理論の中で確認される要素がより少数のため、実証的調査へ導く力は（実証的に検査可能ではあるが）介護者ストレス・メタ理論よりも劣る。必然的に、家族ストレス・メタ理論の発見解決法（ヒューリスティック）としての価値（第9基準）も低下してしまう。

今回の理論分析では、介護者ストレス・メタ理論の方がより強く、ストレス理論として成立するという結論が出た。今後の新しい理論開発においては、介護者ストレス・メタ理論と家族ストレス・メタ理論の統合の可能性を考慮すべきである。それぞれのメタ理論の長所を活かしたモデルの創出である。

Ⅳ. 新たなストレス理論の提案

最後に、上述の2つのメタ理論のそれぞれのメリットを考慮して筆者が開発した「介護者ストレス理論（モデル）」（図7、図8）を紹介する。図7が基本となる、新たに提案する介護者ストレス・モデルである。そして、図8が、図7の基本モデルを使用して、「家族介護者による高齢者虐待の発生」をモデル化したものである。

図7では、「介護者」と「被介護者」が、「背景」と一体となっている。図8で示すように、介護者および被介護者の「特質」も、「背景」としてストレス発生に影響を与えるからである。こうした特質等を背景にしたところに、ストレスを引き起こす「ストレッサー」が発生する。実際の介護の提供に伴う身体的、精神的、経済的ストレス要因である。これらのストレッサーを軽減・回避するために、「リソース」を活用するわけであるが、そうした支援（ストレス緩和要因）の利用具合により、「適応成功」といった「結末」を迎えられることにも、また「適応失敗」といった「結末」を迎えることにもなるのである。

図8は、具体例として、高齢者虐待の発生過程を示したものである。まず、「介護者」と「高齢者」には、それぞれ「特質」が加えられている。介護者には、「健康状態」、「SES（社会経済的地位）」、そして「介護歴」が含まれる。高齢者には、「健康状態」、「認知機能状態」、「ADL状態」、そして「病状」が含まれる。「背景」の左隣りに半円で囲まれた特質は、介護者と高齢者双方に共通するもの、もしくは相互作用からくるものとなっ

ている。

ストレッサーは、上記のように、介護からくる「身体的ストレス」、「精神的ストレス」、そして「経済的ストレス」要因である。緩和要因である「リソース」には、フォーマルサポート（サービス）と、友人・親族・近所等からの支援を含めたインフォーマルサポート（サービス）となっている。リソースの次にくるのが、「結末」であるが、「適応」に成功すれば、「介護を乗り切る」ことにつながる。「不適応」であれば、「介護乗り切れず」となり、「バーンアウト」や「うつ病」を発症させる危険性がある。その危険性の後に発生するのが「高齢者虐待」である。

以上、家族介護者が、介護ストレスを経て、高齢者虐待へと陥ってしまう、その流れ（プロセス）を表したのが図8である。家族介護者は日々、献身的に家族メンバーに対して介護を行っている。要介護度3、4、5といった要介護者の在宅介護には、想像を超える苦悩・過労がつきまとう。例えば、24時間介護という状況では、家族介護者にとっては、息抜きのための外出もままならない。食事・排泄介助は絶え間なく続いているのである。さらに、認知症を患っている要介護者の場合は、夜間の徘徊といった危険も伴う。その場合も、家族介護者は、夜も安心して眠ることが出来ない。慢性的な睡眠不足に悩まされることになってしまうのである。アメリカで出版された書籍に、「1日36時間」というタイトルの付いたものがある。これは、家族介護者の過酷な暮らしを描いた本である。1日は24時間であるが、果てしなく続く介護を行っている家族介護者にとっては、1日が36時間くらいの長さになってしまうほど、日常の生活に苦悩しているのである。このような中、家族に対する思いや責任感の強い介護者ほど、その一生懸命さが、仇となってしまうことがある。献身的な家族介護者が、日々提供する介護に少しずつストレスを感じ始め、そのストレスを緩和してくれるであろうリソースにも巡り合えずに、いつしか家族介護者のストレスが最高潮に達してしまう。そして、バーンアウトやうつ状態に陥ってしまった家族介護者は、最終的に「高齢者虐待」という最悪の結末へと導かれていってしまうのである。家族介護者（そして被介護者）を支援するソーシャルワーカーや現任者は、「介護者ストレス・モデル」で示された、こうした一連の流れを考慮しながら、その時々で求められる最善の対応策・支援を提供することが望まれる。

本論では、最終章で、筆者開発による新たなストレス理論（モデル）を提案させていただいた。上述の2つのメタ理論を熟慮した上で、双方の理論に共通する要因を抽出し、最も簡潔にストレスの発生過程をモデル化したものである。筆者のモデルでは、家族介護者が介護ストレスに陥ったり、バーンアウトしてしまったりする際にたどるストレスの「発生過程」に影響を与える「根本的」要因・要素のみを採用した。従って、「家族介護者」を主な対象とした「ストレス・モデル」の基本（根本）モデルとなるものである。今後の研究者による、社会福祉分野における、家族介護者ストレス・モデルの改良と進化に期待するところである。

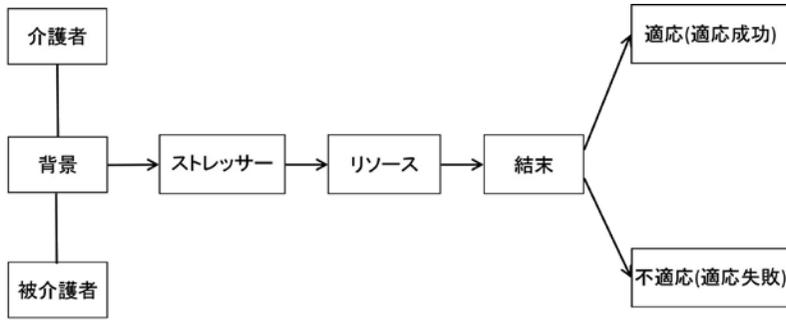


図7 浅井介護者ストレスモデル

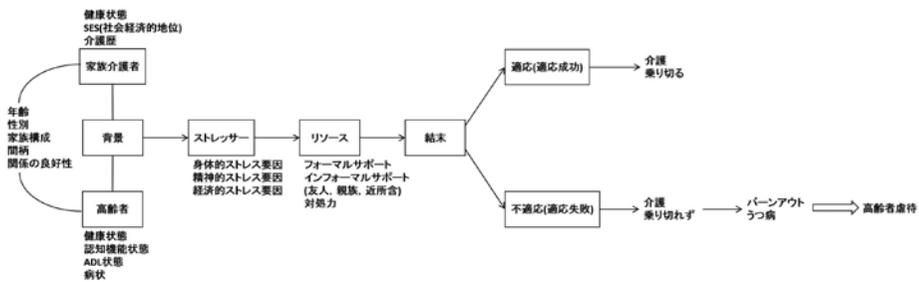


図8 浅井介護者ストレスモデル (例：家族介護者による高齢者虐待の発生)

参考文献

Asai, M.O. (2002) 「Sekentei and family caregiving of elders among Japanese : Development and evaluation of the Sekentei Scale」Ph.D. Dissertation. University of Hawaii, Manoa.

Asai, M.O. & Kameoka, V.A. (2007) 「Sekentei and family caregiving of elders among the Japanese: Development and psychometric evaluation of the sekentei scale」『*Journal of Gerontology*』62, 179-183.

Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991) 「Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke」Newbury Park, CA: Sage.

Dollahite, D. C. (1991) 「Family resource management and family stress theories: Toward a conceptual integration」『*Lifestyles: Family and Economic Issues*』12, 361-377.

Hill, R. (1949) 「Families under stress」Westport,CT: Greenwood Press.

Fischer, J. (1971) 「A framework for the analysis and comparison of clinical theories of induced change」『*Social Service Review*』45, 440-454.

Kramer, B. J. (1993) 「Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies」『*Family Relations*』42, 383-391.

Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989) 「Measuring caregiving appraisal」『*Journal of Gerontology*』44, 61-71.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) 「Stress, appraisal, and coping」New York: Springer Publishing.

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1982) 「Family adaptation to crises」In H. I. McCubbin, A. E. Cauble & J. M. Patterson (Eds.) 『*Family stress coping, and social support*』 (pp. 26-47).

- Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- McDonald, T. P., Poertner, J., & Pierpont, J. (1999) 「Predicting caregiver stress: An ecological perspective」 『*American Journal of Orthopsychiatry*』 69, 100-109.
- Mohide, E. A. (1993) 「Informal care of communitydwelling patients with Alzheimer's disease: Focus of the family caregiver」 『*Neurology*』 43, 16-19.
- Patterson, J. M., & Garwick, A. W. (1994) 「Levels of meaning in family stress theory」 『*Family Process*』 287-304.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990) 「Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures」 『*Gerontologist*』 30, 583-594.
- Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (1992) 「Clinical assessment of family caregivers in dementia」 『*Gerontologist*』 32, 813-821.
- Redburn, D. E., & McNamara, R. P. (1998) 「Social Gerontology」 Westport: Auburn House.
- 和気純子 (1998) 「高齢者を介護する家族:エンパワーメント アプローチの展開にむけて」 川島書房
- Wheaton, B. (1994) 「Sampling the stress universe」 In W. R. Avison & I. G. Gotlib (Eds.) 『*Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*』 (pp. 77-114). New York: Springer.
- Yates, M. E., Tennstedt, S., & Chang, B. H. (1999) 「Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers」 『*Journal of Gerontology*』 54, 12-22.
- Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., & Greene, R. (1998) 「Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use」 『*Journal of Gerontology*』 53B, 267-277.

Abstract

The purpose of this article is to analyze caregiving theories utilizing the criteria from Joel Fischer's (1971) framework for theory analysis. Two meta-theories (overarching conceptual frameworks including several theories) that contain the concepts of caregiving and caregiving stress are selected for analysis: these are Family Stress Meta-Theory and Caregiver Stress Meta-Theory. Selection was based on the importance of the two meta-theories in the caregiving literature. The result of this analysis indicates that both meta-theories have the ability to predict causes of caregiving stress and facilitate the understanding of the caregiver stress process. Although the Caregiver Stress Meta-Theory more strongly places emphasis on "man's dignity and individuality" than does the Family Stress Meta-Theory, both theories also are applicable for social work, satisfying criteria for selecting aspects of a theory for social work. Explanations for these results are discussed, and then, a new Caregiver Stress Theory developed by the author is introduced.