

介護予防サービス利用者の自律性と ソーシャルサポートとの関連

マツイ ミホ
松井 美帆*

目的 本研究は、介護予防サービス利用者の自律性とソーシャルサポートとの関連を明らかにすることを目的とした。

方法 介護予防サービス利用者149名、老人クラブ会員220名を対象に質問紙調査を行った。調査内容は基本属性として年齢、性別、健康状況、PEA日本語版短縮版、高齢者用ソーシャルサポート尺度についてであった。

結果 対象者の平均年齢は介護予防サービス利用者80.8±6.3歳、老人クラブ会員74.2±6.2歳、性別は女性が同73.6%、32.3%であった。自律性のPEA総得点について両群で有意差は認められなかった。自律性とソーシャルサポートとの関連については、介護予防サービス利用者ではPEA総得点およびすべての下位尺度においてと友人・近隣からの手段的サポートと軽度の相関を認めた。また、重回帰分析の結果、両群において自律性と健康状況が関連しており、さらに介護予防サービス利用者ではソーシャルサポートとの関連が認められた。

結論 介護予防サービス利用者の自律性については、友人・近隣からの手段的サポートが高齢者の一人暮らしが増加する中で今後重要である。

キーワード 自律性、介護予防サービス、ソーシャルサポート、一人暮らし高齢者

I 緒 言

介護保険の基本理念である自立支援を徹底するため、2005年の改正介護保険法では新たな予防給付の再編が行われ、予防重視型システムへの転換が図られてきた。このような中、自立、自律は生活満足感や自己決定にも関わるといわれており、介護予防サービスを利用する高齢者の自律性についても評価していくことが求められている。サービス利用者の視点や満足に関する研究において、高齢者自身の表明として、自律性は良いQuality of life (QOL) にとって重要であるとした報告がみられる¹⁾²⁾。また、近年、医療や介護サービスにおける利用者の自己決定が求められており³⁾⁴⁾、介護予防サービスにお

いても利用者の意向に沿ったケアの提供に向けて、自律性を評価していくことは重要と考えられる。

わが国における高齢者を対象とした自律性に関する研究報告では、過疎化農村地帯に住む一人暮らしの高齢者の思いを明らかにすることを目的に半構成的インタビューを行った結果、「自律した生活をしないと」「気にかけてもらっている」といった思いが報告されている⁵⁾。また、在宅要介護高齢者を対象に精神的自立性と生活満足感の関連を検討した調査では、自覚的健康度が低い、友人・近隣ネットワーク数が少ないことが低い精神的自立性と関連していた一方で、精神的自立性と生活機能および生活満足感のあいだに中等度の正の相関がみられたとしている⁶⁾。さらに、要介護高齢者にとって心豊かな生活を規定する要因についてケアマネ

* 防衛医科大学校教授

ジャーを対象に検証した調査では、因子分析の結果、3因子の1つとして「自己決定」が抽出されていた⁷⁾。

他方、諸外国における報告では高齢者の自律性の関連要因として、社会的な個人特性について年齢、婚姻状況、教育歴、居住場所の他、主観的健康状態、日常生活行動、対処能力、自己イメージ、ソーシャルサポート、個人の人生に対する態度などが指摘されている⁸⁾。自律とは、外部からの支配や制御から脱して、自身の立てた規範に従って行動すること、自立とは、他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすることであるが、自律性の定義の1つとして、自律性とは自己決定や選択できる能力であるとするものとされ⁹⁾、また、Hertzはセルフケア行動は、個人のニーズや目標と一致して、自由に行動を選択できる能力を感じ、認識する状態であるとし、自律性の測定尺度として3つの特性である自発性、個性、自主独往からなるPerceived Enactment of Autonomy (PEA) 尺度を開発している¹⁰⁾。PEAは内的・外的両方のセルフケア資源から影響を受けるとされ、内的資源として年齢、日常生活動作、外的資源としてソーシャルサポートやコミュニティサービスの利用などが挙げられている¹¹⁾。

以上のことから、介護予防サービス利用者（以下、介護予防利用者）の自律性について、外的資源であるソーシャルサポートにも考慮した上で評価を行うことは、介護予防利用者の自立支援を図る上で重要と考えられる。そこで本研究では、Hertzの定義を用いて介護予防利用者の自律性とソーシャルサポートとの関連について明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 対象とデータ収集方法

対象者は、北海道、東京、長崎、沖縄において要支援1、2と認定された介護予防利用者149名と福岡、広島における老人クラブ会員400名である。これらの対象者に対して質問紙調査を行った。データ収集方法は介護予防利用者に

ついては、地域包括支援センター、介護予防サービス事業所の職員から利用者へ質問紙の配布・回収を依頼した。地域包括支援センターについては要支援1、2と認定され、介護予防ケアマネジメントを行っている対象者、介護予防サービス事業所については、介護予防訪問介護、介護予防通所介護の利用者を対象とした。老人クラブ会員については、単位地区の役員から自記式質問紙調査への回答が可能である会員へ質問紙への配布・回収を依頼した。

(2) 調査内容

基本属性として年齢、性別、婚姻状況、世帯構成、教育歴、健康状況、PEA日本語版短縮版、高齢者用ソーシャルサポート尺度についてであった。PEA日本語版短縮版は3因子13項目からなり、各因子は自発性4項目、個性5項目、自主独往4項目で、「非常にそう思う」～「全くそう思わない」の4段階評価を行い、得点が高い程、自律性が高いことを示す¹²⁾。PEA尺度の3因子の自発性とは「強制によらない決定や行動、情報や他の資源へのアクセス、抑制されない思考や動作」、個性とは「顕著な特性があること、人間的に唯一の存在であること、明確な自主性があること」、自主独往とは「自ら決定した目標に向かって進むこと、自分自身の運命を導き、コントロールすること」とされている¹⁰⁾。本研究の対象者である介護予防利用者におけるPEA日本語版短縮版のCronbach α 係数は $\alpha = 0.881$ 、3つの下位尺度の自発性、個性、自主独往については順に $\alpha = 0.72$ 、 0.79 、 0.78 であり、老人クラブ会員ではCronbachの α 係数は $\alpha = 0.922$ 、自発性、個性、自主独往については順に $\alpha = 0.79$ 、 0.82 、 0.80 であり、いずれも内的整合性の基準とされる0.7以上を示していた。

高齢者用ソーシャルサポート尺度は情緒的サポート4項目「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り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」、手

段的サポート4項目「もし仮に、あなたが病気で数日間寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人はいますか」「もし仮に、あなたが病気で1カ月くらい寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人はいますか」「もし仮に、まとまったお金が必要となった時に、貸してくれる人はいますか」「留守の時やちょっとした用事を頼める人はいますか」について、3種類の対人関係「配偶者以外の同居家族」「別居の子どもまたは親戚」「友人・知人・近隣の人など」からのサポートについて測定を行った。各項目についてサポート提供者が「いる」場合を1点、「いない」場合を0点とし、各サポート源の下位尺度別に合計点を算出した¹³⁾。調査期間は介護予防利用者が2009年9～10月、老人クラブ会員が2008年3～4月であった。

(3) 分析方法

介護予防利用者と老人クラブ会員の2群間におけるPEA、ソーシャルサポートの得点を比較するためt検定を行った。また、PEAに関連する要因を検討するため、Pearsonの積率相

関係数、t検定、一元配置分散分析を行った。さらに、PEAを従属変数として基本属性、ソーシャルサポートを独立変数とし、介護予防サービス利用者、一般高齢者別に重回帰分析を行った。なお、ソーシャルサポートについては、単変量解析でPEAと相関のみられた因子を独立変数とした。

(4) 倫理的配慮

本調査は長崎大学医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認(承認番号07092075)を得て行った。対象者には文書を用いて研究目的、調査内容を説明し、調査への協力は自由であり、調査へ参加しなくても不利益を被ることがないこと、質問紙は無記名であり、統計的処理により個人が特定されないことを明記し、調査への回答をもって同意を得たものとした。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の属性

介護予防利用者は149名(100.0%)、老人クラブ会員は回答の得られた290名(72.5%)のうち有効回答の得られた220名(55.0%)を分析対象者とした。分析対象者の属性は表1に示すとおりである。平均年齢は介護予防利用者80.8±6.3歳、老人クラブ会員74.2±6.2歳、性別は女性が介護予防利用者73.6%、老人クラブ会員32.3%であった。婚姻状況は、介護予防利用者では死別64.8%、世帯構成では一人暮らし

表1 対象者の属性 (N=369)

(単位 名, () 内%)

	介護予防利用者 (n=149)	老人クラブ会員 (n=220)
年齢(平均±標準偏差)	80.8±6.3歳	74.2±6.2歳
性別	(n=148)	
男性	39(26.4)	149(67.7)
女性	109(73.6)	71(32.3)
婚姻状況	(n=145)	(n=211)
既婚	40(27.6)	162(76.8)
死別	94(64.8)	45(21.3)
離別・離婚	6(4.1)	3(1.4)
その他	5(3.4)	1(0.5)
世帯構成	(n=147)	(n=213)
夫婦のみ	28(19.0)	126(59.2)
一人暮らし	87(59.2)	27(12.7)
二・三世帯	25(17.0)	40(18.8)
その他	7(4.8)	20(9.4)
教育歴	(n=142)	(n=206)
小学校卒	35(24.6)	5(2.3)
中学校卒	51(35.9)	33(16.0)
高校卒	45(31.7)	109(52.9)
短大・大学	11(7.7)	59(28.6)
健康状況	(n=148)	(n=214)
大変よい	-(-)	12(5.6)
まあまあよい	36(24.3)	66(30.8)
ふつう	35(23.6)	102(47.7)
やや悪い	67(45.3)	33(15.4)
大変悪い	10(6.8)	1(0.5)

表2 PEA得点の2群間での比較 (N=369)

	介護予防利用者 (n=149)	老人クラブ会員 (n=220)	p値
PEA総得点	35.2±8.6	35.3±7.2	0.869
自発性	10.1±3.1	10.8±2.6	0.041*
個性	13.0±4.2	12.8±3.2	0.634
自主独往	12.0±2.8	11.7±2.4	0.303
ソーシャルサポート			
情緒的			
同居家族	0.87±1.5	1.61±1.6	<0.001**
別居子・親族	2.98±1.3	2.32±1.6	<0.001**
友人・近隣	2.25±1.6	1.96±1.7	0.096
手段的			
同居家族	0.83±1.5	1.49±1.6	<0.001**
別居子・親族	2.17±1.6	1.96±1.6	0.194
友人・近隣	0.70±1.0	1.09±1.3	0.001**

注 1) t検定
2) *p<0.05, **p<0.01

表3 自律性とソーシャルサポートの相関係数 (N=369)

	介護予防利用者 (n = 149)				老人クラブ会員 (n = 220)				
	PEA総得点	自発性	個性	自主独往	PEA総得点	自発性	個性	自主独往	
ソーシャルサポート 情緒的	同居家族	0.101	0.211**	0.010	0.060	-0.029	0.057	-0.015	-0.121
	別居子・親族	-0.049	0.045	-0.111	-0.034	0.147	0.155*	0.119	0.082
	友人・近隣	0.131	0.109	0.112	0.112	0.108	0.176*	0.112	0.089
手段的	同居家族	0.109	0.203*	0.028	0.045	-0.084	0.002	-0.030	-0.221**
	別居子・親族	0.109	0.232**	0.002	0.078	0.191*	0.177*	0.138	0.116
	友人・近隣	0.202*	0.171*	0.174*	0.170*	-0.030	0.044	0.009	0.017

注 1) Pearsonの積率相関係数
2) *P<0.05, **P<0.01

が59.2%と最も多かった。健康状況については介護予防利用者では「まあまあよい」24.3%、「ふつう」23.6%、「やや悪い・大変悪い」52.0%、老人クラブ会員「大変良い・まあまあよい」36.4%、「ふつう」47.7%、「やや悪い・大変悪い」15.9%であった。

(2) 自律性の得点とソーシャルサポートとの関連

PEA, ソーシャルサポートの2群間の得点比較を表2に示す。PEAについては、下位尺度の自発性において老人クラブ会員が有意に高かった。

PEA総得点の平均値は、有意差は認められなかったが老人クラブ会員でわずかに高かった一方、個性、自主独往は介護予防利用者で平均得点が高い傾向にあった。ソーシャルサポートについては、両群とも配偶者以外の同居家族からの情緒的、手段的サポートの得点は低く、別居の子どもまたは親戚からのサポートが高かった。また、2群間比較では介護予防利用者で別居子・親族からの情緒的サポートが有意に高かったのに対して、同居家族からの情緒的、手段的サポート、友人・近隣からの手段的サポートは老人クラブ会員で有意に高かった(表2)。

自律性とソーシャルサポートとの関連については表3のとおりであった。介護予防利用者ではPEA総得点と友人・近隣からの手段的サポートをはじめ、すべての下位尺度において友人・近隣からの手段的サポートと軽度の相関を認めた。一方、老人クラブ会員では、PEA総得点

表4 自律性に関連する要因 (N=369)

	介護予防利用者 (n = 149)		老人クラブ会員 (n = 220)	
	β	P値	β	P値
年齢	-0.119	0.180	0.023	0.745
性別	0.000	0.999	0.122	0.131
婚姻状況	-0.031	0.735	-0.025	0.762
世帯構成	-0.037	0.693	0.069	0.350
教育歴	0.057	0.504	0.137	0.051
健康状況	-0.231	0.008**	-0.347	<0.001**
ソーシャルサポート ²⁾	0.180	0.040*	0.096	0.166
R ²	0.319		0.416	
調整済みR ²	0.052		0.141	

注 1) 従属変数: PEA総得点, 重回帰分析: 強制投入法, β: 標準化偏回帰係数
2) 介護予防利用者は友人・近隣からの手段的サポート, 老人クラブ会員は別居子・親戚からの手段的サポート
3) *P<0.05, **P<0.01

と別居子・親戚からの手段的サポートで軽度の相関を認めた他、同居家族からの手段的サポートと自主独往において負の相関がみられた。また、両群において自発性と情緒的・手段的サポートの一部で相関が認められた。

自律性に関連する要因を検討するため重回帰分析を行った。ソーシャルサポートについては、表3の結果からPEA総得点に相関のみられた因子として、介護予防利用者では友人・近隣からの手段的サポート、老人クラブ会員では別居子・親戚からの手段的サポートを独立変数として投入した。その結果、健康状況が介護予防利用者(β = -0.231, P = 0.008), 老人クラブ会員(β = -0.347, P < 0.001)共に有意に関連しており、健康状況が良い程、自律性が高かった。また、介護予防利用者においてソーシャルサポートとして、友人・近隣からの手段的サポートが有意に関連(β = 0.180, P =

0.040) していた(表4)。

Ⅳ 考 察

本研究では、介護予防サービス利用者の自律性とソーシャルサポートとの関連について、老人クラブ会員と比較検討を行った。対象者の属性として、介護予防利用者では平均年齢が高く、女性が多く、配偶者とは死別し、一人暮らしが多かった。しかし、健康状況については、介護予防利用者の約半数が「まあまあよい」または「ふつう」と回答しており、要介護状態にあっても主観的健康状態は比較的よいとした回答が多かったといえる。

自律性については、PEA総得点について介護予防利用者と老人クラブ会員で有意差は認められなかった。PEA尺度は自律性を「自分自身のために、自分のニーズや目標に向けて自由に行動や行為の過程を選択する能力を感じ、認識する状態」とし、これは依存と独立の両方のニーズを満たすための行為を選択することを意味しており¹⁰⁾、介護予防利用者においても、必ずしも自律性が低下することなく、自己決定ができていたことを示す結果であった。

また、個性、自主独往についても、両群で有意差は認められなかった。個性とは「顕著な特性があること、人間的に唯一の存在であること、明確な自主性があること」、自主独往とは「自ら決定した目標に向かって進むこと、自分自身の運命を導き、コントロールすること」とされ¹⁰⁾、介護予防利用者においてこれらが老人クラブ会員と変わらなかったことは、要介護状態にあっても自律性が保たれていることを示す、意義深い結果であったといえる。

一方で、自発性については老人クラブ会員に比較して介護予防利用者で有意に低かったが、自発性が「強制によらない決定や行動、情報や他の資源へのアクセス、抑制されない思考や動作」を意味することから¹⁰⁾、介護予防利用者では老人クラブ会員に比較して、これらの自発性に関して低下しやすいことが懸念された。

重回帰分析の結果では両群において健康状況

が自律性に関連していた。本研究では介護予防利用者の主観的健康状態は決してすべての対象者が悪いと感じているわけではなく、先行研究においてもPEAを用いて施設に入所していない高齢者の自律性と関連要因を検討した調査において、主観的健康状態がよいと自律性が高いと報告されていることから¹⁴⁾、高齢者全般において健康状態が悪いと自律性が低下すると考えられた。

さらに自律性とソーシャルサポートとの関連については、米国や台湾におけるシニアセンターの高齢者を対象としてPEAを用いて評価した先行研究においても報告されており、周囲からのソーシャルサポートやその満足感が自律性に関連していたことが指摘されている⁸⁾¹¹⁾。本研究において介護予防利用者で情緒的サポートよりもむしろ手段的サポートがPEA総得点に関連していたことは、病気になった時の看病や世話、ちょっとした用事を頼めるなど、利用者にとって必要な援助などの手段的サポートと自律性の関わりが示唆された結果であった。また、家族、親族よりも友人・近隣からのサポートが関連していたことは、介護予防利用者の属性として配偶者と死別し、一人暮らしの者が多かったことも一因と推測される。今後は高齢者の単独世帯が増えることから、家族以外からのフォーマル、インフォーマルなサポートは高齢者の自律性においても重要である。一人暮らしの高齢者においても医療、介護が必要となっても在宅で自律的に生活できるよう、これら的高齢者を対象とした自律性と提供者別にみたソーシャルサポートに関するさらなる研究が望まれる。

文 献

- 1) Edwards C, & Staniszweska S. Accessing the user's perspective. *Health and Social Care in the Community* 2000 ; 8 (6) : 417-24.
- 2) Edwards C, Staniszweska S, Crichton N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health & Illness* 2004 ; 26 (2) : 159-

- 83.
- 3) Davies S, Kaker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice : a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1997 ; 26 : 408-17.
 - 4) Takimoto Y, Maeda S, Slingsby BT, et al. A template for informed consent forms in medical examination and treatment : an intervention study. *Medical Science Monitor* 2007 ; 3 (8) : PH15-8.
 - 5) 高橋由美, 家子敦子. 超高齢地域に暮らす高齢者が自律した在宅生活を継続するための看護職による健康支援活動. *日本ルーラルナース学会誌* 2012 ; 7 : 57-63.
 - 6) 矢庭さゆり, 矢嶋裕樹. 在宅要援護高齢者における精神的自立性と生活満足感の関連. *新見公立大学紀要* 2012 ; 33 : 93-7.
 - 7) 濱吉美穂, 神谷良子. 要介護高齢者にとって心豊かな生活の要因分析. *ケアマネジメント学* 2009 ; 8 : 75-81.
 - 8) Hwang H, Lin H, Tung Y. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home : a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Study* 2006 ; 43 (4) : 429-37.
 - 9) Atkinson J. Autonomy and mental health. In *Ethical Issues in Mental Health*. London : Chapman and Hall, 1991 ; 103-26.
 - 10) Hertz JEG. The perceived enactment of autonomy scale : measuring the potential for self-care action in the elderly. University of Texas, Austin, Texas : Unpublished PhD thesis, 1993.
 - 11) Matsui M, Capezuti E. Perceived autonomy and self-care resources among senior center users. *Geriatric Nursing* 2008 ; 29 (2) : 141-7.
 - 12) 松井美帆. 介護予防サービス利用者における自律性の評価に関する研究. 科学研究費補助金成果報告書, 若手研究B 2009.
 - 13) 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* 1991 ; 34 : 37-48.
 - 14) Hwang HL, Lin HS. Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 2004 ; 20 (4) : 166-73.