

総説

男性介護者の健康に関連する社会的決定要因と支援の方向性

彦 聖美^{1§}, 大木秀一¹

概要

男性介護者は女性介護者と比較して、介護生活が破綻しやすいハイリスク集団である。増加する男性介護者が性別特徴による課題を有する集団として注目されたのは最近のことである。男性介護者の健康支援を考える場合には、社会学等で先行する多くの知見を加味する必要がある。男性介護者の健康は、個人レベルでは、性差、婚姻、経済状況、就業、生活習慣、心理状態、社会的サポート、社会的ネットワークなど、集団レベルでは、ジェンダー、性別役割、家族形態の変化、ワーク・ライフ・バランス、介護保険制度、ソーシャル・キャピタル、地域差などの様々な社会的要因が関与する。今回、これらの要因について現在までに得られている知見をまとめた。男性介護者に対する個人レベル・集団レベルでの包括的な健康支援は、介護者全体を取り巻くより本質的な問題の解決につながり、その結果、性別を問わず、介護者全体が健康に暮らせるような社会につながる可能性が期待できる。

キーワード 男性介護者、健康、社会的決定要因、支援、性差

1. はじめに

人口学的要因や社会的要因の変化により、介護者は多様化し、支援もきめ細かな対応が求められている。中でも、これまで主たる介護者ではなかった男性介護者の増加は、介護者支援全般に対するパラダイムシフトを牽引している¹⁾。男性介護者とは妻を介護する夫あるいは親を介護する息子などの総称である。男性介護者支援に対する研究は¹⁻³⁾、介護知識や技術全般の支援に加え、家事支援、仕事との両立、虐待防止などの様々な視点から議論されている。筆者らも公衆衛生学的視点を基に、男性介護者の実態調査^{4,5)}、性差に着目した心理的調査⁶⁾、介護と仕事の両立に関する調査⁷⁾等を実施してきた。その多くは、男性介護者に対する支援の充実は、介護しやすい社会の実現を促進する力として期待できると結論付けられた¹⁻³⁾。

在宅介護を継続するためには、男性介護者自身の身体的・精神的・社会的「健康」が必須となる。しかし、男性介護者の健康の維持に対する支援は、狭い意味での医療だけで対応できる課題ではない。男性介護者は自身の生物学的な背景と共に、個人レベル・集団レベルでの様々な社会経済的要因の影響を受けている。男性介護者の健康支援に向けた課題設定においては、多様な学問領域の知見を加味し、これらを丁寧に相互補完していく

ことが望まれる。

本稿では、男性介護者の健康に注目し、主に社会学での議論を基に、個人レベルでの要因と集団レベルでの要因についてまとめた。同時に、男性介護者に対する健康の維持・増進支援がもたらす介護者全般への波及効果を探った。

2. 日本の介護者支援の動向

2.1 介護者に対する支援

日本の介護保険制度の手本となったドイツでは、介護者に対する公的介護保険が明確に組み込まれている⁸⁾。また、介護者支援の先進国イギリスでは、2000年に介護者法によって介護者のアセスメント権を強化し、仕事をはじめめる・再開する機会の拡大を保障した。介護者にケアの継続だけを求めるのではなく、介護者をケア以外の活動と人間関係を持つ独自の存在として捉え、支援している⁹⁾。しかし日本の介護保険制度は、本人と保険者の二者関係として設計され、介護者の状況に影響されない制度として進められてきた⁹⁾。このような背景から、介護者自身の人権や生き方や暮らしの尊厳という点は零れ落ちてきたため、日本の介護者支援は立ち遅れているといえる。

2010年6月、本格的に介護者支援を目指す「一般社団法人日本ケアラー連盟」が発足した。日本ケアラー連盟は、介護される人、介護する人の両当事者が共に尊重され、無理なく介護を続けるこ

¹ 石川県立看護大学 [§] コレスポンディングオーサー

とができる環境の醸成を目指す¹⁰⁾。併せて、介護者支援のための立法提言を含む政策立案・提言活動として、「介護者支援法を実現する市民の会」を立ち上げ、介護者に対する支援の充実、介護者支援法（仮称）の制定を目指している。

2014年から取り組みが始まっている新オレンジプランでは、認知症の人を単に支えられる側と捉えるのではなく、認知症の人が認知症と共によりよく生きていくことができる環境を整備することが主眼となっている¹¹⁾。その中で、認知症の人を介護する家族に対する支援も明確に打ち出された。各地で認知症カフェが開設され、認知症の人と家族を支える心のよりどころ、地域の人が直接認知症の人と交流できる場所としての役割が期待されている。これまで立ち遅れてきた介護者に対する支援の先駆けとして、このような集いの場、憩いの場の推進は、認知症介護以外の介護者支援へと波及することが期待できる。

2.2 男性介護者支援の動向

国民生活基礎調査によると、介護者全体に占める男性介護者の割合は2001年度の23.6%から、2013年度の31.3%へと増加している¹²⁾。また、被虐待高齢者からみた虐待者の続柄は、「息子」が41.0%で最も多く、次いで「夫」19.2%、「娘」16.4%、「息子の配偶者（嫁）」5.7%と報告されている¹³⁾。男性介護者に対して、無条件に虐待加害者になりやすいと言うレッテルを貼ることは避けるべきだが、様々な理由により、結果的に虐待加害者となる場合があるという事実から目を背ける訳にはいかない。

このような状況を受け、男性介護者支援は本格化している。男性介護者の孤立の防止、居場所づくり、知識・技術の向上を目指して全国各地に男性介護者を支援する会が増加している。男性介護者の会の効果について津止¹⁴⁾は、「自分の体験を語り、他の体験者の語りを聞くことを通じて悩みを共有する取り組みは、自分自身の経験を相対化し、自分だけではないという連帯感を生む」と述べている。しかし、当事者の会は得られる情報や活動の限界、リーダー育成や後継者不足、活動資金不足などの課題がある。2009年に「男性介護者と支援者の全国ネットワーク（男性介護ネット）」が誕生した。この会は、男性介護者と支援者の全国的なネットワークづくりを進めている。この会では、相互の交流促進や情報交換、男性介護者の孤立の解消と地域を基盤とした相互の支え

合いの仕組みづくりを支援している¹⁵⁾。さらに、男性介護者の声、介護体験記を公表する活動も推進している。男性介護者各自の経験的知識である「暗黙知」を広く共有できる形で「形式知」に変換する作業として、このナラティブアプローチの有効性の検証が期待される。

3. 男性介護者の健康

3.1 男性介護者の目指す健康

健康とは「身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態」¹⁶⁾である。男性介護者の健康を考える場合にも、身体的・精神的な健康だけでなく、健康の社会的側面をも考慮する必要がある。

その一つの例として、渡辺¹⁷⁾は、「比較的うまく機能している介護家族」の定義として、①介護という援助機能が円滑に機能している、②社会との密接な関係を維持している、③役割を分担して円滑に機能している、④家族間でのコミュニケーションが円滑である、⑤互いの感情について十分に理解し合っている、⑥メンバーそれぞれの自己同一性（アイデンティティ）が保持されている、と述べている。この定義を参考にすれば、介護を継続できている男性介護者とは、①介護という援助機能を円滑に果たしている、②社会との関係を持っている、③家族成員、公的および私的サービスと介護役割が分担できている、④家族間、地域住民間、友人・知人、行政、サービス提供者とのコミュニケーションが円滑である、⑤被介護者を含めて、関わる人々と互いの感情が理解し合っている、⑥一人の人間としての尊厳と価値が認められている、と考えられ、こうした条件を整えることが、社会的に良好な状態につながるといえるだろう。

3.2 健康の社会的決定要因と健康への2種類のアプローチ法

社会を階層別に捉え、その社会構造が健康に与える影響因子が、健康の社会的決定要因である¹⁸⁾。この中には政治・経済・文化・教育など様々な要因が含まれる。健康の決定因子は、階層構造を持つと考えられており、大きく「生物レベルでの要因」、「個人レベルでの要因」、「集団レベルでの要因」の3つの階層に分けられる¹⁹⁾。男性介護者支援で特に問題となるのは、個人レベル・集団レベルでの社会的決定要因である。「個人レベルでの社会的決定要因」では、個体の健康は個人レベルでの社会経済的因子の影響を受けていると

捉える。例えば、喫煙・飲酒・運動・食生活などの生活習慣、あるいは個人レベルでの教育・職業・収入（社会経済的地位）などが当てはまる。さらに、婚姻状態だけでなく、個人レベルでの社会参加、社会的ネットワーク、社会サポートなどが当てはまる。「集団レベルでの社会的決定要因」では、健康は「集団レベルでの社会環境」が持つ特性の影響を個人が受けていると捉える。教育水準、社会の経済状況、社会での就業構造、労働環境、利用できる保健医療制度、環境整備などが当てはまる¹⁹⁾。個人の健康は個人の努力だけでは維持できないといえる。

人々の健康改善には、疾患発症リスクの高い個人を対象とするハイリスクアプローチと、集団全体を対象にリスクの低下を目指す集団アプローチがある²⁰⁾。男性介護者に対する支援においても、健康破綻、そこから惹き起こされる介護破綻のリスクを多く抱えた男性介護者に対するハイリスクアプローチと同時に、男性介護者全体の介護状況の改善を視野に入れた集団アプローチが必須である。

以下では、男性介護者の健康に関連する「個人レベルでの社会的決定要因」と「集団レベルでの社会的決定要因」について、それぞれが男性介護者にもたらす課題と望まれる支援についてまとめる。両者は完全に独立したのではなく相互に重なり合う部分も多い。

4. 個人レベルでの社会的決定要因

4.1 性差

性は、「人種・民族と並んで個人の力で獲得・変更が不可能な生得的特性を基礎におく、優劣とは無関係な社会的カテゴリー」である²¹⁾。生物学的に女性と男性には性差がある。身体的特徴として生殖機能の違いなどの差は生来的なものである。加えて、ホルモンや脳の構造、機能の性差についても議論される²²⁾。生態学的な性差に加え、生活習慣などの環境因子の影響を受けて、疾患頻度には性差がある。例えば、アルコール性肝硬変や肺がんなどの生活習慣に起因する疾病は、男性が圧倒的に多い。また、男性の方が周囲の人との格差を気に病み、そのストレスによる健康への影響が強い可能性があるとの報告¹⁹⁾がある。このことから、同じ介護者であっても、男性と女性では生物学的差異による体力的な点に加え、介護に対するヤストレスの感じ方が異なる可能性も考えられる。性差を踏まえた疾病予防対策や、メンタ

ルヘルスへの支援が必要である。

4.2 婚姻

男性介護者は大きく分けて、夫介護者と息子介護者に大別される。さらに、息子介護者は、既婚者と未婚者に分けられる。この既婚の息子介護者も、妻が直接的もしくは間接的に協力して介護するタイプと、妻が介護に全く協力しないタイプに分けられる。このように介護生活においては副介護者の存在として婚姻の影響は大きく、男性介護者の介護生活を特徴づける。未婚の息子介護者は、未婚化、晩婚化の影響を受けて、今後さらに増加すると予想される⁴⁾。50歳時点で一度も結婚したことがない人の割合である生涯未婚率は上昇しており、現状では男性の4人に1人が未婚である。将来予測では、2030年には3人に1人が未婚となる^{23, 24)}。シングル男性介護者の課題は、経済的困窮、仕事との両立困難、閉塞感、孤立、孤独、自己崩壊の危機など²⁵⁾である。息子介護者は親の年金で生活することが多く、周囲からは寄生している息子という誤解を受けやすく、周囲の目を気にするあまり、さらに孤立する危険がある²⁶⁾。

男性の場合、支援を受け入れるひとつの条件として、自律の感覚（自分のコントロールを失わないと感じられること）が保たれることが重要である²⁷⁾。自律の感覚が脅かされる場合、介入を拒否する傾向が強いと指摘される²⁸⁾。その意味では、サービス導入を躊躇し、一人で抱え込む状況に陥りやすいといえる。これまで民生委員などの地域の見守り活動の対象者は「独居高齢者」と「高齢者夫婦」であり、息子が仕事のため日中不在となり、実質的に日中は独居となる高齢者、被介護者は見守りの対象からは漏れ、就業している息子は社会的にも健康だと捉えられてしまう可能性がある。「息子と同居しているから安心」、「独居、高齢者夫婦以外は地域の見守り活動の対象ではない」というこれまでの認識を転換し、誤解のない見守りの目をシングルの息子介護者家庭にも向ける必要がある。

4.3 経済状況

介護者を抱えながら生活をするためには、経済的基盤が確保されることが不可欠である。経済状況と介護サービスの利用に関する調査では、サービスの過小利用と経済格差の関連を示す報告²⁸⁾がある。経済的負担感の中には、顕在化している負担感と、起こりえるかもしれないことに対する

将来的な不安が含まれる。介護の期間は、明確なターミナル期を除き、多くは期間の目安がつくものではなく、10年以上という場合も多く、長期にわたる経済的負担が続く。特に、養っていかなければならない妻や子のいないシングル男性介護者は、責任感から離職を選びやすく、その先には再就職が困難な状況、貧困が待ち受けるといわれる²⁹⁾。

国民生活基礎調査における「性別にみた同居の主な介護者の悩みやストレスの原因」として、男性介護者では収入・家計・借金等、自分の仕事、家族との人間関係の3項目を選択する割合が高かった¹²⁾。男性介護者の方が、女性介護者よりも経済的な負担があるという調査結果はないが、今後、長期的なスパンで「介護が個人の経済状況に与える影響」についての性差やその内容に関する研究とそれに対応した支援が望まれる。

4.4 就業

総務省の実施した就業構造基本調査³⁰⁾によれば、「過去5年間に介護・看護のため前職を離職した者」のうち、女性は約8割を占めている。2002年から2012年の11年間で、現在無職者のうち介護・看護による離職者の増加率は、女性でマイナス11.2%であるのに対し、男性では38.7%の増加を示しており、退職した男性の半数が40～50代と報告されている³⁰⁾。2013年労働力調査年報によると、役員を除く正規雇用者は、男性約69%、女性約31%であり、日本企業の労働力は男性中心の構造である³¹⁾。今後、男性介護者が増え、離職が増えていく場合、日本全体の経済に与える影響が出てくる可能性がある。また、男性にとって仕事の意味は、「男らしさ」と関連がある。そのため、離職による経済的な負担と共に、生きがいや喪失感、同世代の仲間に対する引け目を感じやすい^{26), 29)}。男性介護者が真に望むのは、「介護が出来る制度」ではなく、介護と共に「今まで通りに仕事出来る制度」である²⁷⁾。介護と仕事の両立支援に向けた対策は、生きがいの関連も考慮すべき課題である。

働き盛りの男性の介護による離職は増えていくだろうが、介護はどこか他人事であると指摘される²⁷⁾。筆者らが実施した調査³²⁾では、家族介護に関心を持つ者が7割強であったが、実際に介護の準備をしている者は4割弱であった。従って、就労男性の、介護への準備は不足している状態と結論した。就労男性が段階的に必要な制度や手続

きを学ぶ場や介護スキルの準備を進めるなど、介護による離職、生活の破綻を防ぐための予防的な関りが必要である。

4.5 生活習慣・生き方

男女問わず介護者が健康の維持と慢性疾患を予防するために、個人に適した生活習慣を持つことが求められている^{33), 34)}。介護度、受けている介護サービスによっては、介護者の十分な栄養や休養、自由な時間の確保も難しい。生活習慣の中でも、特に食生活（食事）は健康維持の基本である。主介護者は「介護のためゆっくり食べられない」、「介護疲労により栄養バランスがとれない」といった問題を抱えている³⁵⁾。また、筆者らが男性介護者支援として継続している料理教室においても、予備的調査の結果からは男性介護者の摂取カロリー不足や栄養バランスの悪さが示唆されている。家事が苦手な傾向のある男性介護者が、自身の健康に関心を寄せ、健康の維持・増進ができるように、食生活への支援が必要である。

2006年「少子化と男女共同参画に関する意識調査」³⁶⁾における、生活の中で仕事や家事・育児・プライベートな時間の優先度調査によると、有業、既婚の男性のうち、「仕事優先」を希望する者が2.3%であるのに対して、現実には「仕事優先」になっている者が51.2%と最も多く、男性の希望と現実の乖離が大きい。生き方は、個人の価値・信念に準拠し、性別役割規範とも深く関わる。男性介護者は女性介護者に比べ、息抜きが下手であり、社会性の確保が難しい³⁷⁾。仕事と家庭、趣味のバランスをとり、社交性に富む男性も居るが、多くの男性は仕事中心の生活の中で、個人の付き合いが少なく、地域でのかかわり合いが薄い^{26), 37)}。介護生活を送っているかどうかに関わらず、性別役割規範の固定観念を取り払い、男性介護者の望む生活と現実との乖離を縮小させていくことが、将来的に男性介護者の健康につながると考える。

4.6 心理状態

心理的要因は必ずしも社会的要因とは言えないが、ここでは個人レベルでの要因として述べることにする。介護者の感情には、否定的感情と肯定的感情がある。否定的感情とは、「孤立感」、「不安」、「負担感」、「被害感」、「無力感」、「罪悪感」、「悲しみ」である¹⁷⁾。これらの感情がうまく処理されないと、ストレス状態に陥る。介護のストレスは、

介護者の疲労を高め、さらなる否定的感情を生み、身体症状や精神症状を発現させる。一方、肯定的感情は、「自己評価の高まり」、「自己感覚の拡大」である。自己評価の感情は自尊感情である。自己感覚とは、自分の身体的能力・知識・社会性などがどの程度あるのかという感覚である¹⁷⁾。介護はマイナスなことばかりではなく、介護を通じて知識や技能を習得し、忍耐力を増すなど、体験を積み重ねる中で介護者も成長する。実際、筆者らは、支援する当事者グループや家族交流会で生き生きと介護技術の向上や感謝の体験を語る男性介護者に多く出会ってきた。男性介護者の手記の中でも、介護に対する肯定的感情の記述は多い^{38, 39)}。しかし、この感情に至るまでには、いくつもの否定的感情の体験を経ている。渡辺は¹⁷⁾介護者の心のケアとして、失われていくもの（被介護者の機能や家族の役割）に対する悲しみ、怒りなどの否定的感情を理解し、感情の整理を援助することを挙げている。特に男性介護者は「感情」の表出が不得手である³⁷⁾ため、否定的感情を誰にも伝えられず、孤立しやすい。心理学、社会学などと協働して男性介護者特有の否定的感情の測定用具の開発や、感情の安定に向けた支援、その効果の評価などの対策と研究が望まれる。

4.7 社会的ネットワーク

良好な社会関係は良い健康に貢献する。逆に、健康でなければ社会参加はできない⁴⁰⁾。社会的ネットワークとは、個人が持つ人間関係の量的な評価であり、その人数と親密性で評価される¹⁹⁾。夫婦のネットワークについて安田⁴¹⁾は、子育て期間は世帯外ネットワークからは疎遠なうえに、新しいネットワークの構築もできない状況になると述べている。家族介護者においても同様と考えられる。また、子育ては一時的に疎遠な状態に陥っても、子供の成長発達と共に、社会的ネットワークの拡大が期待できる。しかし介護者は、期間の延長と共に、被介護者の状態の悪化、介護負担の増大、介護者自身の加齢によって、さらに社会的ネットワークが小さくなることが考えられる。加えて、男性介護者は同僚や近所の人に、自分が介護を引き受けていることを隠し続けるだけでなく、身近な専門職や他の家族にすら弱音を吐けない⁹⁾。孤立や孤独な状態、閉じこもりは、うつ状態に陥るリスクがあり、虐待につながる危険がある。男性介護者の社会的ネットワークの拡大に向けた支援が重要となる。

4.8 社会的サポート

社会的ネットワークが人間関係の状態を量的に評価したものとすると、社会的サポートとは、質的な側面、機能的な側面に着目した評価である¹⁹⁾。社会的サポートは、その下位概念からは、情緒的サポート（傾聴や共感など）、手段的サポート（介護や金銭的援助など）、情動的サポート（会報、イベント情報など）^{19, 42)}に分けられる。ストレス源にさらされている場合、主として社会的サポートがその影響を緩和する効果を持っている¹⁹⁾。一般高齢者の社会的サポートの分析によると、男性に比べ女性の社会的サポートは豊かであった。高齢男性は会話が苦手であり、情緒面のサポートについてはその授受が難しいことが示唆されている⁴³⁾。男性介護者の社会的サポートに関係するのは、家族、被介護者、ケアマネジャー、サービス提供機関やサービス提供者等である。さらに、男性介護者同士が支え合う場である当事者の会や、地域住民、ボランティア、学生とのふれあいの場も、会話が苦手、情緒面のサポートの授受が難しい男性介護者が自然にエンパワーメントされる機会として、大きな社会的サポートとなる。しかし、男性介護者が必要な社会的サポートを得ることは、自然発生、自助努力だけでは限界がある。必要な社会的サポートが自律の感覚を保って選択できるように、情報の提供、出会いの場の創出等の支援が求められる。

5. 集団レベルでの社会的決定要因

5.1 ジェンダー

ジェンダーとは「社会的・文化的・心理的に形成され、区分された性差」である⁴⁴⁾。社会の仕組みの変化と共に変化するものである⁴⁴⁾。「ジェンダー」は社会学、心理学、教育学、歴史学、法学、経済学に至るまで、広範な学問分野における研究のキーワードになっている。これまで、性差は純粋に生物学的なものであり、ジェンダーは社会的・文化的なものとして捉えられ、まったく別次元の問題として扱われてきたことが多かった。しかし、性差とジェンダーは不可分な概念でありその複雑でダイナミックな相互関係を理解しないかぎり、人間の社会や文化の理解は不可能であることが明らかとなっている⁴⁰⁾。男性介護者の健康に関連する社会的決定要因として、性差とジェンダーを捉える際は、単純に二元論として捉えるのではなく、身体的・精神的・社会的・文化的な背景、その発達のプロセスまで広く、深く捉える必

要がある。

5.2 性別役割

性差による行動や役割の規定は、特定の社会の構造と文化が育み、固定化してきた。男女に関する「期待された役割」ともいえる⁴⁴⁾。「積極性」、「理性的」、「リーダーシップ」などは男性に期待される性別役割特性の中核であり、それらが男性の一家の大黒柱・稼ぎ手としての社会からの期待や規範につながっている⁴⁵⁾。この男性の「稼ぎ手役割」により、女性は家庭に留まり、家事、育児、介護を担う役割者として特化されたといわれる。悩みや問題を抱えたとしても、男性は「男は強くなくてははいけない」と考え、「男らしく」しようと努め、周囲に心配をかけまいと自分一人で悩み続ける³⁸⁾。このように、男性は「男らしさ」に固執するあまりに、課題を一人で抱える、弱音を吐けない状況に追い込まれやすいといえる^{26, 29)}。

男性介護者の特徴として、一人で抱え込み悩みを相談できない、弱音を吐けない、精神的に追い込まれていることが多いなどの、性別役割や男らしさとの関連が多く指摘されている^{46, 47)}。男性介護者の健康を考える上で、「性別役割」、「男らしさ」の過剰な意識からの解放が、男性介護者の健康につながると考える。

この性別役割規範を転換する取り組みは、育児で先行している⁴⁸⁾。仕事と育児の両立は、すでに女性問題としてだけでなく男性問題として認知され、男性と育児休業は社員のニーズであり、会社のメリットであるとまで言われる⁴⁹⁾。しかし、育児と介護は、行為としての類似性があるが、担い手の多様性とそれに関わる困難、準備期の有無、介護期間の長期化と不確実性という違いがある⁹⁾。育児と介護の相違を踏まえたうえで、男性の育児支援における知見を活かしていくことは可能と考える。

5.3 家族形態・世帯構造の変化

現代の日本では「家族」に多様化が進んでいる。世帯構成の変化を1920年と2010年で比較すると、核家族世帯は大きな変化がないが、三世同居世帯は激減し、単独世帯がほぼ5倍になっている。世帯人数も、1920年の平均世帯人員数が約5人だったのに対し、2010年には約2.5人とほぼ半減している⁵⁰⁾。世帯の縮小化と、世帯人員の減少は、家族介護力が期待できない小さな家族が増えていることを意味しており、被介護者の生

活そのものや、介護者の健康を阻害する大きな要因になるといえる。

家族形態の変化は、①家族の社会的機能が十分に果たされない状態（社会的機能不全）、②家族の個人的機能が十分に果たされない状態（個人的機能不全）、③家族に関する価値が実現されない状態（価値観の不適合）という問題を招いている²³⁾。多様な家族モデルは、男性介護者の中にも、同居しないで介護する遠距離介護者や孫世代の介護者、両親を一人で介護する介護者、夫婦分業の介護者の登場などを生んでいる。家族モデルの変化に伴う、介護者モデルに対する理解と支援の多様性が求められている。

5.4 職場環境・ワーク・ライフ・バランス

2010年に改正育児休業制度が施行され、「ワーク・ライフ・バランス」に関する新規施策が始まり、育児の分野ではようやく具体性を伴ってきている⁵¹⁾。しかし、介護離職者は増加し続けており、具体的な両立のための取り組みは遅れている。筆者らの実施した調査でも、多くの企業は、介護休業の利用実態がほとんどない。そのため、性差による課題の認識もまだ薄く、育児に比べて介護との両立の課題は、リアリティを持って捉えられていなかった⁷⁾。

また、介護保険法改正により、2015年度から特別養護老人ホームの入所基準が原則として要介護3以上に限定された。これにより、介護の課題に直面した人の多くは、施設介護からではなく、在宅介護からスタートすることが予想される。男性介護者は企業や同僚に自分が介護者であることを隠している場合もあり、顕在化していない男性介護者も相当数存在すると予想される。企業には、国が進める「快適職場づくり」の一環として、社員が仕事と介護を両立できる職場環境づくり、必要な情報や介護休業制度に関する正しい知識の普及に取り組むことが求められる。

5.5 介護保険制度

介護保険制度がスタートしてから15年が経過し、制度としての認知度、利用率は高まり、介護保険制度は社会に根付いたといえる。その中で、介護保険導入時に目指した「介護の社会化」により介護者の現実がむしろ見えなくなったという指摘がある^{3, 26)}。男性介護者は家事スキルが乏しいことが多い⁵²⁾が、同居家族がいるために家事支援が受けられないという事態を招いており、現実

に即したサービスとはいえない。また、男性介護者は姉や妹などの協力が得られない、協力を頼まない場合も多く^{26, 27)}、状況に即した家事支援サービスの導入という柔軟性が求められる。

放置すれば介護破綻に向かうかもしれない孤立した男性介護者にとって、介護サービスの利用は、社会的ネットワークを再構築することにつながる。介護保険制度によるサービスの利用は、介護負担の軽減という目的と同時に、男性介護者と社会をつなぐ役割を持つ。男性介護者を担当するケアマネジャーは、男性介護者の孤立防止も含めた予防的かつ現実的なマネジメントが望まれる。

5.6 ソーシャル・キャピタル

ソーシャル・キャピタルとは、「社会関係」に関連する概念であり、社会関係の資源的な側面の概念化である。近年、ソーシャル・キャピタルの豊かさが健康の決定因子として注目される⁵³⁾。個人レベル・集団レベルのいずれも正の効果と負の効果があるが、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域ほど、住民の主観的健康観が高く、死亡率が低いことが報告されている⁵³⁾。家族介護者を取り巻くソーシャル・キャピタルとしては、居住する地域や職場などに町内会・壮年会・老人会・高齢者地域サロン・趣味等のサークルやグループ・スポーツクラブなど様々なグループがある。

退職後の男性がいきなり地域グループの中で活発な交流をできるかといえば、対人関係能力やコミュニケーション力という個人レベルの資質が影響する^{29, 37)}。子育て世代から地域での活動に参加してきた女性に比べて、仕事中心の生活を続けてきた男性は圧倒的にこれらのグループとの関りが少ない。親を介護する男性の中でも、シングル介護者は特にソーシャル・キャピタルが乏しい²⁴⁾。このような背景から、男性介護者は、地域でも、職場でも社会的「孤立」のハイリスク集団であり、予防が必要な対象と捉えて支援する必要があるだろう。家族介護者の会あるいは男性介護者の会は、ソーシャル・キャピタルを豊かにする。しかし、男性介護者がこのような会になかなか参加しない現状がある。自律性を保ち、自らが選択して、当事者グループへのアクセスが可能となるような仕掛けが重要である。

5.7 コミュニティ・地域差

人と人の関係性から見ると、コミュニティは①農村型コミュニティと②都市型コミュニティに分

類される⁵⁴⁾。広井⁵⁴⁾は、「日本は集団の中では過剰なほどに周りに気を遣い、同調的な行動を求められる一方、一步その集団を離れると誰も助けてくれる人がいないという『ウチとソト』との落差が大きな社会である」と指摘する。農村型コミュニティ、都市型コミュニティにも、それぞれにつながる対象によっては正と負の効果がある。例えば、認知症の家族を自宅で介護する者にとって、徘徊が激しい時期には農村型コミュニティのような強いつながりに拠る見守りの支援が大きなサポートとなる場合がある。反面、認知症の家族が居ることをオープンにできなかつたり、徘徊や問題行動に関して必要以上に申し訳なく思ったりなどの負の状況も考えられる。都市型コミュニティでは、個人のプライバシーが守られ、周囲に気兼ねしないで生活ができる一方で、隣人への無関心、独立性の過大評価を招き、孤独死や心中事件、虐待などへの予防的介入ができないことが考えられる。特に男性介護者は、真面目で熱心に介護に邁進している反面、地域とのつながりが薄く、自律の感覚が侵されないような支援を求める傾向がある²⁷⁾。男性介護者には、日ごろから関心を寄せつつ、緩やかな関係性を保ち、支援を求められた場合には即座に対応できるような距離感を意識した地域の見守り体制が必要といえる。

国内には多くの「地域差」が存在する。人口学的要因はもとより、地域の経済、交通、インフラ整備などの格差、介護に関連するサービス提供機関、サービス提供者、人的資源などの格差もある⁵⁵⁾。特に高齢化と人口減少が進行する過疎地域においては、その地域の存続すら危ういといわれる。少ない資源を補うためには、インフォーマルな支援の掘り起しが重要である。男性介護者を取り巻く人間関係は、専門職が圧倒的な存在感を示す一方で、職場や近隣関係、友人の存在がますます見えにくくなっている¹⁾。男性介護者と地域住民たちが、「ウチとソト」の意識を無くし、隣人に緩やかな関心を寄せるような社会の再構築が必要と考える。男性介護者の課題について地域差を検討した報告は見られず、今後の研究課題といえる。

6. 男性介護者に対する健康の維持・増進支援がもたらす介護者支援全般への波及効果

男性介護者支援が介護者支援全体にもたらす波及効果として、性別やジェンダーを意識しつつも、男性介護者支援を社会全体の問題として捉えるこ

とにより、介護者全体が介護しやすい社会へ転換していくことが期待できる。これは、筆者らが先行して実施・理論化してきた多胎家庭に対する支援活動⁴²⁾の経験からの示唆が大きい。多胎育児支援における医療・研究の専門家らは、多胎児の出産・育児に優しい社会は、多様なニーズを持つ親子に優しい社会につながる⁴²⁾と述べている。つまり、健康課題の多い集団が生活しやすくなるということは、誰にとっても生活しやすい社会の実現につながるという考えである。

個人へのハイリスクアプローチの限界を踏まえ、社会的決定要因を意識した集団アプローチは、人々の健康全体の向上に対する効果が期待できる¹⁹⁾。男性介護者というハイリスク集団に対して、個人レベルでの社会的決定要因だけでなく、集団レベルでの社会的決定要因を意識することで、階層的なアプローチが様々な展開される。単に個別支援に終わるのではなく、男性介護者を取り巻くより大きな背景要因を捉えて課題解決に向けた支援をすることが重要である。男性介護者に対する健康の維持・増進支援は、介護者全体を取り巻くより本質的な問題の解決につながり、その結果、性別を問わず、介護者全体が健康に暮らせるような社会へと変革することが期待できる。

7. おわりに

男性介護者の健康に関連する社会的決定要因についてまとめた。多くの学問領域での知見を、本稿だけですべてを網羅できたとは言いきれないが、男性介護者に対する健康の維持・増進支援における主要な知見は整理された。男性介護者に対する心理的な側面、社会的ネットワークや社会的サポートの側面、ソーシャル・キャピタル、ワーク・ライフ・バランス、地域差など、今後の研究課題も多い。また、本稿では男性介護者に対する健康維持・増進支援がもたらす介護者支援全体への波及効果についての可能性も探った。性差やジェンダーをマイナスに捉えるのではなく、むしろプラスに捉え、介護される人も介護する人も両者が尊重され、希望する場所で無理なく暮らしていける環境を醸成・整備するような社会の変革につなげていくことが望まれる。

利益相反

なし

謝辞

本研究は、「高齢期の妻や親を介護する男性介護者に対する地域特性に基づく支援のあり方」(平成25-27年度科学研究費基盤研究C, 課題番号25463564, 彦・大木)の助成を受けている。

引用文献

- 1) 津止正敏, 斎藤真緒: 男性介護者白書-家族介護支援への提言-. かもがわ出版, 7-109, 2008.
- 2) 斎藤真緒: 男が介護するということ-家族・ケア・ジェンダーのインターフェイス-. 立命館産業社会論, 45, 71-88, 2009.
- 3) 湯原悦子: 男性介護者による高齢者虐待先行研究の到達点. 高齢者虐待防止研究, 6 (1), 8-12, 2010.
- 4) 彦 聖美, 鈴木祐恵, 大木秀一, 他2名: 高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査-石川県における介護支援専門員に対する質問紙調査-. 石川看護雑誌, 10, 37-46, 2012.
- 5) 鈴木 祐恵, 彦 聖美, 金川克子, 他2名: 訪問看護ステーション利用者を介護している石川県下の男性介護者の実態と介護に対する意識-自記式質問紙調査から. 石川看護雑誌, 10, 65-75, 2013.
- 6) 彦 聖美, 鈴木祐恵: 自宅で家族を介護する者のストレス対処能力の性差にみた特徴. 日本在宅ケア学会誌, 17 (2), 7-18, 2014.
- 7) 彦 聖美, 大木秀一: 改正育児・介護休業法の整備と実績調査-男性の仕事と介護の両立支援の検討-. 石川看護雑誌, 12, 25-33, 2015.
- 8) 齋藤香里: ドイツの介護者支援. 海外社会保障研究, 184, 16-29, 2013.
- 9) 斎藤真緒: 家族介護とジェンダー平等をめぐる今日的課題. 日本労働研究雑誌, No.658, 35-46, 2015.
- 10) 日本ケアラー連盟: <http://carersjapan.com/index.html>. access 2015/ 9/20.
- 11) 厚生労働省: 「認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~(新オレンジプラン)」。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>. access 2015/ 9/20.
- 12) 厚生労働省統計情報・白書: 平成25年度国民生活基礎調査. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html>. access 2015/ 9/20.
- 13) 厚生労働省: 平成25年度 高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072782.html>. access 2015/ 9/20.

- 14) 齊藤真緒, 津止正敏, 小木曾由佳, 他1名:介護と仕事の両立をめぐる課題-ワーク・ライフ・ケア・バランスの実現に向けた予備的考察-. 立命館産業社会論集, 49(4), 119-137,2014.
- 15) 男性介護者と支援者の全国ネットワーク(男性介護ネット): <http://dansei-kaigo.jp/>. access 2015/9/20.
- 16) WHO (World Health Organization), http://www.who.int/kobe_centre/about/en/, access 2015/9/20.
- 17) 渡辺俊之:介護者と家族の心のケア 介護家族カウンセリングの理論と実践. 金剛出版, 15-72,2005.
- 18) マイケル・マーモット, リチャード・G・ウィルキンソン著, 西 三郎総監修, 鏡森定信監修:21世紀の健康づくり 10の提言 社会環境と健康問題. 日本医療企画, 1-38,2002.
- 19) 近藤克則:健康格差社会 何が健康を蝕むのか. 医学書院, 1-82,132-160,2009.
- 20) 水嶋春朔:地域間後診断のすすめ方 第2版. 医学書院, 68-85,2007.
- 21) 柏木恵子:性役割をめぐって. 家政学雑誌, 35(12), 903-907,1984.
- 22) 山村 卓:ジェンダー発達研究の生物学的アプローチ-研究成果とその位置づけについて-. 早稲田大学大学院教育学研究科紀要, 別冊 11-1,133-142,2013.
- 23) 山田昌弘:迷走する家族 戦後家族モデルの形成と解体. 有斐閣, 1-88,180-215,2009.
- 24) 山田昌弘:家族難民 生涯未婚率25%の衝撃. 朝日新聞出版, 10-156,2014.
- 25) 羽根文:介護殺人・心中事件にみる家族介護の困難とジェンダー要因-介護者が夫・息子の事例から. 家族社会学研究, 18, 27-39,2006.
- 26) 春日キスヨ:変わる家族と介護 「無縁社会」時代の介護を考える. 講談社現代新書, 18-74,126-170,2010.
- 27) 平山 亮:迫りくる「息子介護」の時代 28人の現場から. 光文社, 84-282,2014.
- 28) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子, 他3名:介護保険制度における在宅介護サービスの過小利用の要因. 日本公衆衛生雑誌, 49(5), 425-436,2002.
- 29) 奥田祥子:男性漂流. 講談社+α新書, 100-140,2015.
- 30) 総務省:平成24年就業構造基本調査. <http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2012/>. access 2015/9/20.
- 31) 総務省統計局:2013年労働力調査年報. <http://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2013/index.htm>. access 2015/9/20.
- 32) 彦 聖美, 鈴木祐恵, 大木秀一:就労男性の家族介護に対する関心と準備に関する予備的な調査. 北陸公衆衛生雑誌, 40(2), 17-25,2014.
- 33) 山崎喜比古, 朝倉隆司:生き方としての健康科学 第5版. 有信社, 1-14,117-129,2011.
- 34) 厚生労働省:健康日本21(第二次). http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html. access 2015/9/20.
- 35) 鈴木洋子, 星野純子, 堀 容子:主介護者の食品群別摂取量と介護疲労感との関連-半定量食物摂取頻度調査法を用いて-. 栄養学雑誌, 67(4), 168-177,2009.
- 36) 内閣府:「少子化と男女共同参画に関する意識調査. 2006. <http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/syosika/pdf/g-work.pdf>. access 2015/9/20.
- 37) 田中俊之:男がづらいよ 絶望の時代の希望の男性学. 中経出版, 25-69,2015.
- 38) 中村和仁:男の介護 認知症で困っているあなたに. 新泉社, 35-127,2010.
- 39) 吉田利康:男の介護 失敗という名のほころび. 日本評論社, 23-113,2010.
- 40) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己編:社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京大学出版会, 157-173,209-232,2015.
- 41) 安田雪:ネットワーク分析 何が行為を決定する. 新曜社, 141-148,2005.
- 42) 大木秀一:多胎児家庭支援の地域保健アプローチ. ビネバル出版, 161-225,2008.
- 43) 近藤克則編:検証 健康格差社会. 医学書院, 83-97,2009.
- 44) 岩上真珠:ライフコースとジェンダーで読む家族 第3版. 有斐閣コンパクト, 1-28,2013.
- 45) 柏木恵子, 高橋恵子編:日本の男性の心理学 もう1つのジェンダー問題. 有斐閣, 1-73,97-152,253-296,2008.
- 46) 馬庭恭子:男性介護者の現状と今後のあり方. 保健の科学, 38, 538-541, 1996.
- 47) 一瀬貴子:在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題 - 高齢男性介護者の介護実態に着目して -. 家政学研究, 8, 28-37,2001.
- 48) 大和礼子, 芹出節子, 木脇奈智子編:男の育児の育児 家族社会学からのアプローチ. 昭和堂, 20-70,2014.
- 49) 佐藤博樹, 武石恵美子:男性の育児休業. 中公新書,

- 25-44,162-205,2014.
- 50) 政府統計の総合窓口 (e-Stat):平成 22 年国勢調査.
<http://www.e-stat.go.jp/estat/html/kokusei/NewList-000001039448.html>. access 2015/ 9/20.
- 51) 斎藤真緒, 津止正敏: 家族介護者支援の論理 - 男性介護者の介護実態と支援の課題 -. 報告書 4, 文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業報告書. 3-10, www.ritsumeihuman.com/cpsic/model4/3_10.pdf. access 2015/ 9/20.
- 52) 長澤久美子, 飯田澄美子: 男性介護者の介護継続要因. 家族看護学研究, 14 (1), 28-67,2008.
- 53) イチロー・カワチ, S.V. スブラマニアン, ダニエル・キム著, 藤澤良和, 高尾総司, 濱野 強訳: ソーシャル・キャピタルと健康. 日本評論社, 1-14,2010.
- 54) 広井良典: コミュニティを問いなおすつながり・都市・日本社会の未来. ちくま書房, 9-27,2010.
- 55) 橋木敏詔, 浦川邦夫: 日本の地域間格差 東京一極集中型から八ヶ岳方式へ. 日本評論社, 1-184,2012.

Social Determinants of Male Caregivers' Health and the Direction of Providing Support

Kiyomi HIKO, Syuichi OOKI

Abstract

Compared to female caregivers, male caregivers are considered as a high-risk group as their lives of caregiving are likely to fail. It is recently that attention has been paid to increasing male caregivers as a group who has gender-differentiated issues. In considering giving support to male caregivers, it is necessary to include much knowledge that pre-exists in the fields of sociology and other studies. With regard to male caregivers' health, various social determinants such as sex difference, marriage, financial situations, work, lifestyles, states of mind, social support, social networks, etc. come into play at an individual level. At a group level, factors such as gender, gender roles, structural changes of families, balance between work and private life, the long-term care insurance system, social capital, regional difference, etc. are responsible. In this study, findings that have been known so far regarding these determinants are compiled. Providing comprehensive support for male caregivers at both individual and group levels can lead to resolution of more fundamental issues surrounding all caregivers. As result, it can be expected that this could further lead to the realization of society in which all caregivers can live in good health regardless of sex.

Keywords male caregivers, health, social determinants, support, sex difference