

続柄別にみた家族介護者の介護負担感と精神的健康の関連性

東野 定律¹⁾ 中島 望²⁾ 張 英恩³⁾ 大夙賀政昭⁴⁾
筒井 孝子⁵⁾ 中嶋 和夫⁶⁾ 小山 秀夫¹⁾

【目的】本研究は、家族介護者に対する専門的支援に関する指針を得ることをねらいとして、在宅要介護高齢者の主介護者を対象に、彼らの介護負担感と精神的健康との関連性について続柄別に検討することを目的とした。【方法】統計解析に必要なデータは、S県O市で実施された「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート」から抜粋し、初回調査及び追跡調査の両調査に回答している689名のうち、調査項目に欠損値を有さない620名を集計対象とした。両調査からの抜粋内容は、要介護高齢者の基本的属性（性、年齢）、要介護度ならびに家族介護者の基本的属性（性、年齢）、続柄、介護期間、介護負担感、精神的健康とした。介護負担感は「Family Caregiver Burden Inventory」、精神的健康は「GHQ-12」（福西訳）で測定した。統計解析は、初回調査及び追跡調査の2時点における介護負担感と精神的健康の双方向の関係を検討するために、クロス・ラグド・イフェクツ・モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いて、そのデータへの適合度ならびに要素間の関連性について解析した。【結果】解析の結果、GFIが0.962、CFIが0.993、RMSEAが0.018であり、各適合度指標は統計学的な許容水準を満たすものであった。取り上げた5つの続柄においては、主介護者が妻である場合を除いて、精神的健康から介護負担感へのパス係数のみが統計学的に有意な水準を満たしておらず、介護負担感が精神的健康に影響を持っていることが認められた。【考察】取り上げた全ての続柄において、介護に対する負担感が高いほど精神的健康が低下していることが明らかとなった。このことにより、介護負担感に影響を与えている要因に着目し、介護負担感を軽減させるための専門的な援助を今後より積極的に進めていくことが望まれるものと推察された。

キーワード：介護者、介護負担感、精神的健康

I. 緒言

日本の高齢化率は、2009年度版高齢社会白書によれば、2008年10月現在で22.1%、2015年には26.9%、2055年には40.5%に達すると指摘され、さらに要支援・要介護認定を受けた者は2006年度末で425.1万人を超え、その7割近くが在宅で生活していることが指摘されている¹⁾。高齢者自身が可能な限り地域社会で家族との生活を望んでいる²⁾ものの、一方では、核家族化の進展や女性の社会進出、夫婦のみの世帯の増加、介護者の高齢化等

による家庭の介護力低下という環境変化によって、家族介護による家族員のストレス問題が深刻化していることが知られている^{3,4)}。従来の研究によれば、「介護負担 (burden)」は、「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活及び経済状態に関して被った被害の程度」と定義され⁵⁾、また、介護によって健康を損なった家族は「隠れた患者 (hidden patient)」と総称できるほど深刻なインパクトを受けている⁶⁾とされている。24時間休むことなく家族で介護に終始するケースも少なくない⁷⁾。そのため、要介護高齢

1) 静岡県立大学経営情報学部 2) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士前期課程
3) 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士後期課程 4) 立教大学コミュニティ福祉学研究科博士後期課程
5) 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 6) 岡山県立大学保健福祉学部

者を介護する家族の精神的健康に着目するなら、抑うつ（depression）の有病率は介護を行っていない同年代のサンプルと比較して2倍強観察されたという報告⁸⁾、さらには身体的虐待と介護者の精神的健康状態との間に強い相関を認めたという報告⁹⁾も認められる。このような状況の中でも、介護者が自身の健康を損なうことなく健康であることは、介護の質を向上させるだけではなく、介護者の虐待や自殺を予防するという点においても非常に重要な意味を持つとされている¹⁰⁾。それゆえ、家族の介護負担感軽減や精神的・身体的健康維持のために、これまで多くの研究が展開されてきた^{7,9,11)}。しかし、従来の研究には、横断的データを基礎とした介護負担感と精神的健康の強さ及びその要因に関するものが多く^{11,12)}、介護負担感が精神的健康に影響を与えているのか、精神的健康が介護負担感の上昇要因となっているのかは、研究により見解が異なっており^{7,13)}、しかも縦断的データを用いて、介護負担感と精神的健康の双方向の関係を明らかにしている研究はほとんど見られない^{7,12)}。また、従来の研究において、続柄の相違が介護負担感の上昇や精神的健康の悪化の要因となるとされているものの¹⁴⁾、介護者と要介護者との関係において介護負担感と精神的健康の関係を整理した研究はほとんど見当たらない¹⁵⁾。続柄別に介護負担感と精神的健康の双方向の関係を明らかにすることは、要介護高齢者の増加と重度化¹⁾、在宅重視の傾向が一層強まると予想され、今後の家族への効果的な介入方法について検討していく上で重要な知見をもたらすものと推察される。

そこで本研究は、家族介護者に対する専門的支援についての指針を得ることをねらいとし、在宅要介護高齢者の主介護者の縦断的なデータを基礎に、彼らの介護負担感と精神的健康との因果の方向性について検討することを目的とした。

II. 方法

統計解析に必要なデータは、著者等が平成15年と平成16年に連続して実施した「高齢者を介護す

る家族の健康と生活の質に関するアンケート調査」から抜粋した。調査対象者の選定には、S県内に設置された委員会において、当該研究に係る審議を経て名簿を入手し、平成14年4月1日現在、S県O市内に居住し、かつ要支援・要介護と認定されていた65歳以上の高齢者（第1号被保険者）の家族介護者5,189名に調査協力の有無についての事前調査を実施した。初回（平成15年）調査は、調査協力の同意書が得られた1,141名に実施した。追跡（平成16年）調査は、初回調査協力者を対象に実施し、689名から回答を得た。調査員は、同市内の介護保険事業所に所属する保健師ならびに介護支援専門員のうち、同市の保健師ならびに同市で開催された調査説明会に出席した介護支援専門員とした。調査票は、調査員により家族介護者に個別に配布し、その後、回答者が秘密保持のための厳封したものを調査員が回収した。

本研究では、両調査から、要介護高齢者の基本的属性（性、年齢、要介護度）ならびに家族介護者の基本的属性（性、年齢、続柄）、介護期間、介護負担感、精神的健康度を解析資料とした。

主介護者の介護に関連した負担感は、東野らが開発した「Family Caregiver Burden Inventory (FCBI)¹⁶⁾」を用いて測定されている。この尺度は「社会活動に関する制限感」「要介護高齢者に対する拒否感情」「経済的逼迫感」の3領域計12項目で構成されている。いずれの項目も「ここ1ヶ月間行っているあなたの介護に対する負担感についてお尋ねします。」に対する回答となっている。各質問項目に対する回答は、「0点：まったくない」「1点：ときどきある」「2点：しばしばある」の3件法で求められている。従って、得点が高いほど、介護負担感が高いことを意味する。

精神的健康は、Goldbergが開発した「General Health Questionnaire 12項目短縮版」（福西ら¹⁷⁾翻訳。以下、「GHQ-12」）で測定されている。いずれの項目も「ここ数週間のあなたの生活についてお尋ねします。」に対する回答となっている。回答はリカート4件法で求められており、得点化にあたっては、GHQ採点法（4選択肢の

左から0-0-1-1点、12点満点)によって求めた。従って、得点が高いほど、精神的な健康状態が悪化していることを意味する。

統計解析にあたっては、介護負担感と精神的健康との双方向の関係を検討するために、初回調査時と追跡調査時の2時点における上記の観測変数の相関行列をもとに、独立変数を「社会活動に関する制限感」と「要介護高齢者に対する拒否感情」ならびに「経済的逼迫感」で構成し、GHQ-12の得点を従属変数として、その関連性をクロス・ラッグド・イフェクツ・モデルによって分析した¹⁸⁾。モデルの適合度は、説明力の程度として比較適合度指標「Goodness of Fit Index (GFI)」 「Com-parative Fit Index (CFI)」ならびに「Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)」を採用した¹⁹⁾。一般的に、GFI及びCFIは0.9以上、RMSEAは0.08以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断される¹⁹⁾。なお、標準化係数(パス係数)の有意性は、棄却比(C.R値)で評価し、その絶対値が1.96以上(有意水準5%)を示したものを¹⁸⁾を統計学的に有意とした。以上の解析には、統計ソフトSPSS

12.0 JならびにAmos 5.0を使用した。

本研究においては、回収された調査票で、要介護者の基本的属性(性、年齢、要介護度)、家族介護者の基本的属性(性、年齢、続柄)、介護期間、FCBI、GHQ-12のすべての項目に欠損値を有さない620名を解析対象とした。

III. 結果

1. 対象者の属性等の分布

初回調査時の家族介護者の平均年齢は60.8歳、標準偏差は11.2、範囲は29-90歳であった。性別分布は男性が154名(24.8%)、女性が466名(75.2%)で、要介護高齢者との続柄は、「息子の嫁」が最も多く182名(29.4%)であり、続いて、「娘」が152名(24.5%)、「妻」が122名(19.7%)、「息子」が79名(12.7%)、「夫」が74名(11.9%)の順に多かった。初回調査時における介護期間は、平均が48.5ヶ月、標準偏差52.7、範囲0-492ヶ月であった。要介護高齢者の初回調査時の平均年齢は82.1歳、標準偏差は7.7、範囲は65-101歳であり、性別分布は男性が189名(30.5%)、女性が431名

表1. 初回調査時の対象者の属性等の分布

カテゴリー		n	(%)
要介護高齢者	性別	男性	189 (30.5)
		女性	431 (69.5)
	年齢	平均値 82.1 SD 7.7	範囲 65-101
	要介護度	要支援	46 (7.4)
		要介護度1	195 (31.5)
		要介護度2	164 (26.5)
		要介護度3	96 (15.5)
		要介護度4	63 (10.2)
		要介護度5	56 (9.0)
	家族介護者	性別	男性
女性			466 (75.2)
年齢		平均値 60.8 SD 11.2	範囲 29-90
続柄		配偶者(夫)	74 (11.9)
		配偶者(妻)	122 (19.7)
		息子	79 (12.7)
		息子の嫁	182 (29.4)
		娘	152 (24.5)
		娘の婿	11 (1.8)
		介護期間(月数)	平均値 48.5 SD 52.7

単位:名(%)

(69.5%)であった。なお、初回調査時の要介護度の分布は、「要支援」が46名(7.4%)、「要介護度1」が195名(31.5%)、「要介護度2」が164名(26.5%)、「要介護度3」が96名(15.5%)、「要介護度4」が63名(10.2%)、「要介護度5」が56名(9.0%)で、追跡調査時においては、その分布は「要支援」が46名(7.4%)、「要介護度1」が197名(31.8%)、「要介護度2」が161名(26.0%)、「要介護度3」が96名(15.5%)、「要介護度4」が64名(10.3%)、「要介護度5」が56名(9.0%)となっていた。

2. 介護負担感の回答傾向

介護負担感に関する回答分布は表2に示した。初回調査時の介護負担感の総合得点は平均6.9点(標準偏差4.8、範囲0-23点)で、追跡調査時のそれは平均7.4点(標準偏差5.0、範囲0-24点)であった。

続柄別にみると、初回調査時の夫の介護負担感

の総合得点は平均5.8点(標準偏差4.7、範囲0-17点)で、追跡調査時のそれは平均5.7点(標準偏差4.6、範囲0-21点)であった。また、初回調査時の妻の介護負担感の総合得点は平均7.2点(標準偏差4.9、範囲0-22点)で、追跡調査時のそれは平均7.8点(標準偏差5.2、範囲0-24点)であった。初回調査時の息子の介護負担感の総合得点は平均6.2点(標準偏差4.7、範囲0-23点)で、追跡調査時のそれは平均6.8点(標準偏差5.0、範囲0-24点)であった。初回調査時の息子の嫁の介護負担感の総合得点は平均7.5点(標準偏差4.6、範囲0-21点)で、追跡調査時のそれは平均8.0点(標準偏差4.8、範囲0-22点)であった。初回調査時の娘の介護負担感の総合得点は平均6.8点(標準偏差4.9、範囲0-22点)、追跡調査時のそれは平均7.4点(標準偏差5.2、範囲0-23点)であった。

表2 Family Caregiver Burden Inventoryの回答分布 (n=620)

質問項目	回答(T1)			回答(T2)		
	まったくない	ときどきある	しばしばある	まったくない	ときどきある	しばしばある
社会活動に関する制限感						
X1 介護のために、趣味や学習などの個人的な活動に支障をきたしている	167 (26.9)	308 (49.7)	145 (23.4)	159 (25.6)	303 (48.9)	158 (25.5)
X2 介護のために、社会的な役割が果たせず、不安になる	324 (52.9)	261 (42.1)	31 (5.0)	310 (50.0)	259 (41.8)	51 (8.2)
X3 介護に追われ、家族や友人との関係がだんだん疎遠になると感じる	369 (59.5)	203 (32.7)	48 (7.7)	324 (52.3)	289 (38.5)	57 (9.2)
X4 介護のために、自分自身の自由な時間が取れない 要介護高齢者に対する拒否感情	153 (24.7)	334 (53.9)	133 (21.5)	141 (22.7)	343 (55.3)	136 (21.9)
X5 適切に介護しているにも関わらず、要介護者から感謝されていないと感じる	293 (47.3)	254 (41.0)	73 (11.8)	289 (46.6)	246 (39.7)	85 (13.7)
X6 要介護者を見ているだけでイライラする	294 (47.4)	287 (46.3)	39 (6.3)	293 (47.3)	278 (44.8)	49 (7.9)
X7 要介護者に対して、我を忘れてしまうほど頭に血が上るときがある	406 (65.5)	185 (29.8)	29 (4.7)	394 (63.5)	186 (30.0)	40 (6.5)
X8 要介護者の言動に、どうしても理解に苦しむときがある 経済的逼迫感	257 (41.5)	284 (45.8)	79 (12.7)	234 (37.7)	303 (48.9)	83 (13.4)
X9 介護に必要な費用が家計を圧迫していると感じる	387 (62.4)	198 (31.9)	35 (5.6)	379 (61.1)	201 (32.4)	40 (6.5)
X10 介護に関わる出費のために、余裕のある生活が出来なくなったと感じる	430 (69.4)	157 (25.3)	79 (12.7)	393 (63.4)	189 (30.5)	38 (6.1)
X11 要介護者の介護には費用がかかりすぎると感じる	379 (61.1)	195 (31.5)	36 (7.4)	352 (56.8)	231 (37.3)	37 (6.0)
X12 介護のために、貯蓄していたお金までも使い、将来の生活に不安を感じる	433 (69.8)	145 (23.4)	42 (6.8)	408 (65.8)	156 (25.2)	56 (9.0)

単位:名(%)

表3 精神的健康調査票「GHQ-12」の回答分布 (n=620)

質問事項	T1				T2			
	回答1	回答2	回答3	回答4	回答1	回答2	回答3	回答4
X1 何かをするときいつも集中して	43 (6.9)	404(65.2)	151 (24.4)	22 (3.5)	35 (5.6)	428 (69.0)	133 (21.5)	24 (3.9)
X2 心配事がある、よく眠れないことは	83 (13.4)	278 (44.8)	188 (30.3)	71(11.5)	75 (12.1)	301 (48.5)	180 (29.0)	64 (10.3)
X3 いつもより自分のしていることに生きがいを感じる	61 (9.8)	384 (61.9)	146 (23.5)	29 (4.7)	43 (6.9)	426 (68.7)	116 (18.7)	35 (5.6)
X4 いつもより容易にものごとを決めることが	53 (8.5)	447 (72.1)	110 (17.7)	10 (1.6)	51 (8.2)	446 (71.9)	114 (18.4)	9 (1.5)
X5 いつもストレスを感じたことが	42 (6.8)	240 (38.7)	253 (40.5)	85 (13.7)	32 (5.2)	251 (40.5)	247 (39.8)	90 (14.5)
X6 問題を解決できなくて困ったことが	99 (16.0)	344 (55.5)	141 (22.7)	36 (5.8)	99 (16.0)	344 (55.5)	135 (21.8)	42 (6.8)
X7 いつもより問題があったときに積極的に解決しようとする	72 (11.6)	422 (68.1)	116 (18.9)	10 (1.6)	72 (11.6)	427 (68.9)	112 (18.1)	9 (1.5)
X8 いつもより気が重く、憂うつになることは	64 (10.3)	276 (44.5)	222 (35.8)	58 (9.4)	71 (11.5)	284 (45.8)	206 (33.2)	59 (9.5)
X9 自信を失ったことは	122 (19.7)	327 (52.7)	137 (22.1)	34 (5.5)	111 (17.9)	318 (51.3)	150 (24.2)	41 (6.6)
X10 自分は役に立たない人間だと考えたことは	230 (37.1)	310 (50.0)	63 (10.2)	17 (2.7)	211 (34.0)	327 (52.7)	65 (10.5)	17 (2.7)
X11 いつもより日常生活を楽しく送ることが	31 (5.0)	185 (29.8)	365 (58.9)	39 (6.3)	27 (4.4)	166 (26.8)	381 (61.5)	46 (7.4)
X12 ノイロゼ気味で何もすることができないと考えたことは	311 (50.2)	228 (36.8)	67 (10.8)	14 (2.3)	298 (48.1)	243 (39.2)	64 (10.3)	15 (2.4)

単位:名(%)

項目1:「回答1:できた」「回答2:いつもと変わらなかった」「回答3:できなかった」「回答4:まったくできなかった」
 項目2:5.6.10.12:「回答1:まったくなかった」「回答2:あまりなかった」「回答3:あった」「回答4:たびたびあった」
 項目3:「回答1:あった」「回答2:いつもと変わらなかった」「回答3:なかった」「回答4:まったくなかった」
 項目4:7.11:「回答1:できた」「回答2:いつもと変わらなかった」「回答3:できなかった」「回答4:まったくできなかった」
 項目8:「回答1:まったくなかった」「回答2:いつもと変わらなかった」「回答3:あった」「回答4:たびたびあった」

3. 精神的健康に関する回答傾向

「GHQ-12」で測定された精神的健康についての回答分布は表3に示した。初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均3.9点、標準偏差3.4、範囲0-12点であった。追跡調査時は平均3.8点、標準偏差3.4、範囲0-12点であった。

続柄別にみると、夫の初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均2.7点（標準偏差3.7、範囲0-9点）で、追跡調査時のそれは平均2.6点（標準偏差3.6、範囲0-9点）であった。妻の初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均3.7点（標準偏差3.9、範囲0-10点）で、追跡調査時のそれは平均3.9点（標準偏差4.0、範囲0-11点）であった。息子の初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均2.7点（標準偏差3.7、範囲0-10点）で、追跡調査時のそれは平均3.0点（標準偏差3.8、範囲0-10点）であった。息子の嫁の初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均4.7点（標準偏差3.5、範囲1-11点）で、追跡調査時のそれは平均4.3点（標準偏差3.8、範囲0-11点）であった。娘の初回調査時の「GHQ-12」の得点は平均4.2点（標準偏差3.4、範囲0-9点）で、追跡調査時のそれは平均4.2点（標準偏差3.8、範囲0-11点）であった。

4. 介護負担感と精神的健康との関係

介護負担感と精神的健康との関連性を明らかにすることをねらいに、クロス・ラグッド・イフェクト・モデル（図1-図5）を構築し、そのデータへの適合度および関連性を多母集団同時分析で検討した。その結果、前記モデルのデータへの適合度は、GFIが0.962、CFIが0.993、RMSEAが0.018であった。

パス係数の方向性とその値に着目するなら、夫においては、精神的健康から介護負担感へのパス係数を除いて、他のすべてのパス係数の絶対値は有意水準5%を意味する1.96以上であった。妻においては、すべてのパス係数の絶対値が、有意水準5%を意味する1.96以上であった。息子においては、精神的健康から介護負担感へのパス係数を除いて、他のすべてのパス係数の絶対値が、有意水準5%を意味する1.96以上となっていた。この

傾向は、息子の嫁、娘において同様の傾向を示していた。

なお、介護負担感から精神的健康へ向かうパス係数に着目すると、夫は0.32、妻は0.20、息子は0.22、息子の嫁は0.24、娘は0.19となっていた。

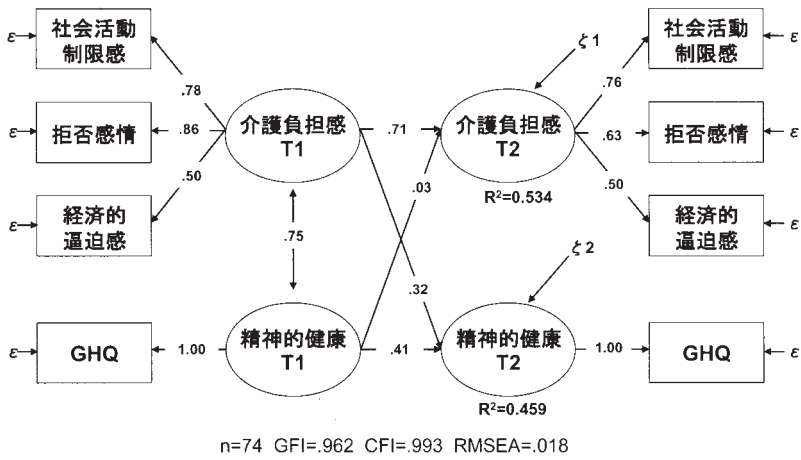


図 1. 夫における介護負担感と精神的健康の関連性

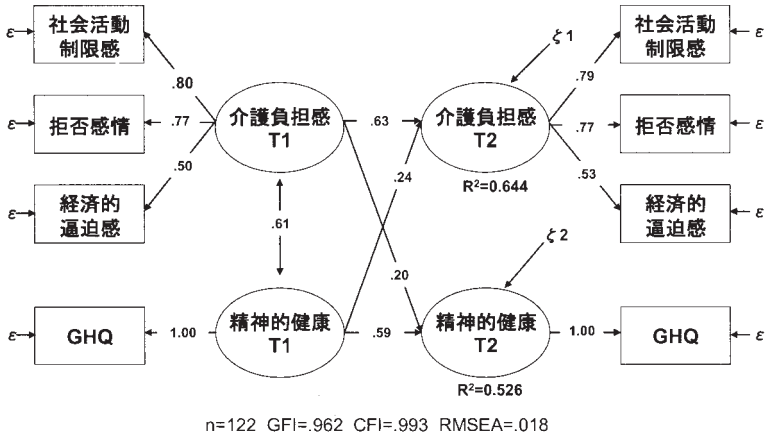


図 2. 妻における介護負担感と精神的健康の関連性

続柄別にみた家族介護者の介護負担感と精神的健康の関連性

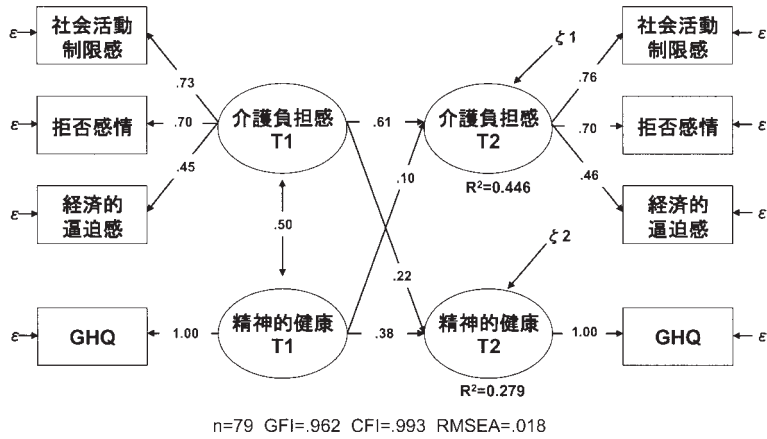


図 3. 息子における介護負担感と精神的健康の関連性

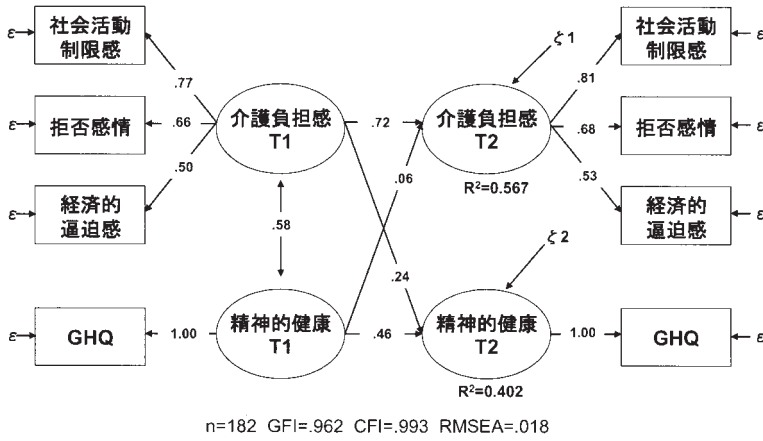


図 4. 息子の嫁における介護負担感と精神的健康の関連性

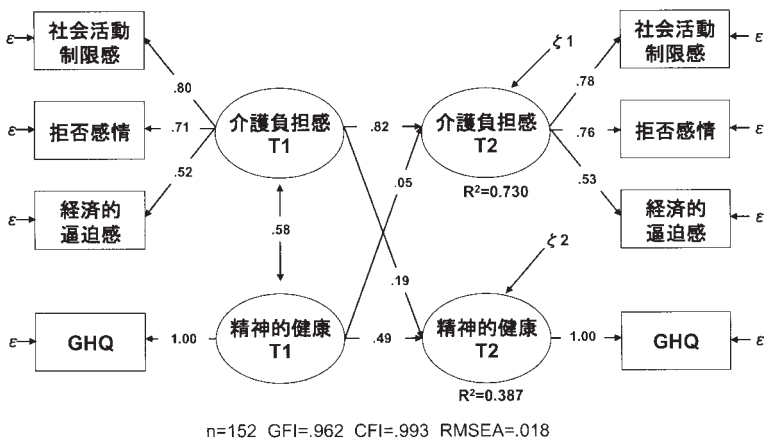


図 5. 娘における介護負担感と精神的健康の関連性

IV. 考察

本研究は、在宅要介護高齢者の主介護者を対象に、家族介護者に対する専門的支援についての指針を得ることをねらいとして、縦断的なデータを基礎に、彼らの介護負担感と精神的健康との関連性を縦断的データを用いて検討することを目的に行った。解析対象は、S県O市で実施された「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート」から抜粋し、初回調査及び追跡調査の両調査に回答している要介護認定を受けた第1号被保険者の主介護者689名のうち、調査項目に欠損値を有さない620名とした。この標本は構造方程式モデリングを用いた統計解析にとって有効な標本数である。なお、前記調査では、介護負担感の測定には「FCBI」、精神的健康の測定には「GHQ-12」を用いており、これらの尺度はすでに信頼性・妥当性が確認されていることから、本研究においても有効な資料を利用できたものと言えよう。以上のことを踏まえ、本研究では、初回調査時の介護負担感と精神的健康の2変数の値が、初回調査から追跡調査の間における両変数の変化に及ぼす影響を検討するために、クロス・ラグド・イフェクツ・モデルを構築し、その実際のデータへの適合度と関連性について検討した。統計解析においては、構造方程式モデリングを使用した。構造方程式モデリングは、潜在変数や観測変数に誤差分散や誤差相関を仮定でき、それらを考慮した上で潜在変数間の関係を検討することができ、縦断データにおいては、2時点における同一の観測変数の誤差相関もモデルに組み込むことができるという特徴がある¹⁹⁾。従って、本研究において統計手段として用いたことは妥当な選択であったと言えよう。

その結果、本研究で取り上げた5つの続柄のうち、主介護者が妻である場合は、介護負担感と精神的健康へのパス係数が双方向で統計学的に有意な水準を満たしていた。ただし、他の続柄においては、精神的健康から介護負担感へのパス係数は統計学的に有意な水準を満たしておらず、介護負担感から精神的健康へ向かうパス係数のみが統計

学的に有意な水準を示していた。なお、介護負担感から精神的健康へ向かうパス係数の大きさは、妻は0.20、夫は0.32、息子は0.22、息子の嫁は0.24、娘は0.19の順であった。以上のことから、介護者の多くの続柄において、介護負担感を強く感じているほど精神的健康は低下するという因果関係が成立し、介護負担感が専門的な介入によって解決されるなら、結果的に介護者の精神的健康を良好に維持させる可能性があることが示唆された。ただし、妻においては、精神的健康から介護負担感への影響が示唆されたことから、精神的健康への専門的な介入によって介護負担感が軽減される可能性も否定できないものと推察された。従来の研究においては、思春期から青年期にかけての抑うつ症状の発現頻度は成人より高く、年齢とともに低下するが、高齢者ではまた高くなることが指摘されている¹⁰⁾。加えて、女性介護者は男性介護者と比較して、うつ兆候や不安などの精神面に対するネガティブな影響が強いこと¹⁹⁾が指摘されている。このことから、高齢女性である妻は、他者と比べ介護開始以前の精神的健康状態がすでに不良な状況にあり、介護負担感が加われば健康状態が悪化する危険性が高まることが想定される。また、介護を継続して行わない中で、介護を自分の役割として捉え、積極的に行うようになるため、介護負担感は軽減するとされており²⁰⁾、これは配偶者介護である場合、介護者が女性で比較的高齢である場合により多く見られると報告²⁰⁾されている。このことから、本研究における妻が介護者の場合、介護経験を積み上げてきたことで、介護を肯定的に捉えるようになり、介護を負担と感じなくなってきている者が他の続柄に比べて多かったものと推測され、従って本研究が妻のみが他の続柄と異なり、精神的健康から介護負担感へ影響するという結果を示したものと思慮した。

以上、本研究の結果は、従来における、介護負担感が精神的健康に影響を持ち、介護負担感の軽減が精神的健康の維持・増進に有効であるという知見を支持するものと解釈できた。介護者が良好な健康状態を維持し、在宅介護を継続させていくためには、介護負担感に影響を与えている

要因に着目し、介護負担感軽減を目的とした専門的支援が必要であると考えられる。ソーシャルワーカーとして、介入可能な方略は、ソーシャル・サポート等の外的資源とコーピング等の内的資源の活用が考えられるため、本研究におけるFCBIの結果をもとに、続柄による特徴を踏まえ、以下、その点について考察する。

まず、介護者が妻である場合には、これまでの夫婦関係が継続している家庭の中では、要介護者が依存的になり、負担が大きくなることが指摘²¹⁾されている。しかし、配偶者の介護は自分の役目と考える者が多く²⁰⁾、介護を継続して行うことで、自己達成感が高まるという報告²⁰⁾もされている。本研究においても、妻のみに「社会活動に関する制限感」の項目で初回調査時よりも低下しており、このことは介護経験を適切に積み上げていくことにより、介護上の問題の解決能力などが増し、介護を自分の役割として捉えるようになったものと推察された。換言するなら、介護時間短縮のための支援を行う際には、長時間介護の意味を理解するとともに、介護を介護者自身が肯定的に評価できるよう援助することが必要と言えよう。その一方で、「経済的逼迫感」の項目では発現率が増加していたため、経済的な支援が必要であると推測される。

次いで、夫の場合は、「経済的逼迫感」の得点が高く、介護を継続していくうちに、経済的な負担を強く感じるようになることが推測された。また、「社会活動に関する制限感」に関しては、一部の項目で発現率の低下が見られ、家族と疎遠になることに不安を感じるようになるが、趣味など自分の自由になる時間がないことへの負担は、時間経過により減少していくということが示唆された。これら夫の結果については、妻と同様の傾向にあるといえ、介護者が高齢であるほど、経済的サポートの必要性が高くなるものと推測される。

なお、息子の場合には、他の続柄に比べて「要介護高齢者に対する拒否感情」の項目で発現率が高くなっていた。男性介護者は、要介護者の問題行動に耐えることが難しく¹⁹⁾、要介護者の認知機能が低下してくると介護役割を辞めてしまうこ

と¹⁹⁾が指摘されている。さらに、女性介護者に比べて、介護知識が少ないことが指摘されている¹⁹⁾。これらを踏まえると、息子が介護者である場合には、介護について学ぶ機会を設けるなどして知識・技術の修得を促す支援や介護を肯定的に評価できるよう援助することが必要であると推察された。また、息子の嫁の場合は、「社会活動に関する制限感」の発現率が高くなっており、特に自分の自由時間を確保することが必要であると言えよう。これは、義理の親の介護は納得がいけないと考える人が比較的多いという報告²²⁾もあり、必ずしも自発的に介護を行っているのではないために、自分の時間が持てないことから被害者意識が強くなっていくものと推測された。加えて、「要介護高齢者に対する拒否感情」の項目でも発現率の増加が見られたことから、社会規範によって容易に発言できない環境にある嫁²²⁾の日ごろ感じている思いの表出を促進させるなど、情緒的サポートによって精神的な負担を取り除くような支援が必要であると考えられる。最後に、娘の場合には、息子の嫁と同様に、「社会活動に関する制限感」の項目で発現率が高くなっていたが、家族との関係が疎遠になることへの不安が最も増していることから、自分の自由時間の確保以上に家族と過ごす時間を必要としているものと推測された。従来の研究において、実親の介護は自然に受け止めることができるかと報告²³⁾されているが、娘の場合には、自分の家庭を持っている者が多いため、夫や子どもなど家族の理解や協力を得ることが重要と言えよう。

以上、初回調査から追跡調査における介護負担感の変化について、続柄別に特徴を述べた。ただし、全ての続柄に共通して、発現率が最も高かったのは「社会活動に関する制限感」の項目であり、介護者が最も負担を感じる要因として、生活の制限や拘束といった内容が挙げられるという従来の研究²³⁾と同様の傾向が認められ、介護者が介護から解放される時間を確保するなどの支援が優先的に行われる必要があると推察された。これまでに、サービス利用によって負担感、心配事、抑うつ、不安が減少することが明らかにされている²⁴⁾。これに対し、介護負担感の軽減に役立つと報告され

ているソーシャル・サポートは、家族のサポートや少数の介護者グループに専門職が加わって話し合いをするプログラムへの参加等情緒的サポートの場合が多いという報告もされている²⁵⁾。本研究の結果からも、続柄により、情緒的サポートや介護意欲を高める必要性が高いことが示唆されている。

Lazarusらが提唱した「ストレス認知理論」²⁶⁾によると、介護に伴う種々の潜在的ストレスは、個人的変数と環境の変数というふたつの側面に分類された先行条件によって認知・評価され、それによって選択されたコーピングを経て、長期的効果であるストレス反応に影響を生じるものと想定されている。このことは、介護者が家族や周囲に対する協力依頼や専門職への相談など積極的なコーピングを行うことによって、ストレス症状が極限まで達することを阻止できる可能性を示唆していると言えよう。さらに、コーピングは介護肯定感を高める要因となること²⁷⁾が報告されている。上述したように、介護を肯定的に捉えることで介護負担感の軽減がなされることから、介護者に成長と適応をもたらすような介護者のコーピング能力を高める必要があると考えられる。したがって、要介護者の状態や介護に関する知識、介護に耐え得る体力や自信、社会資源を使っていく力等の内的資源へ着目し、介護肯定感を高めるための支援が必要であると言えよう。具体的には、介護に関する相談ができる環境にある者は、ストレス症状の生起割合が少ないこと²⁸⁾や家族会から受ける満足度の高いサポートは、介護肯定感を高めるのに役立つとされていること²⁷⁾から、ピア・カウンセリングや家族会への参加を促し、介護者の孤立感、孤独感の解消や介護に関する知識等の修得を図るなどの支援が挙げられよう。そして、補完的に手段的、情緒的、経済的なサポート等の外的資源を、先述した続柄別による特徴を考慮して、提供していくことが望ましいと考える。しかしながら、現在家族介護者に対する専門職としての介入は不十分な状況にある。その背景には、専門職の当事者に対する理解不足による、一方的なサービス提供が指摘されている。今後、保健福祉サービスの強

化を図るためには、まず、専門職自身が、要介護者との人間関係や家族関係を考慮するなど当事者に対する理解を深めることが最優先と考えられる。そして、家族介護者がさまざまな資源を活用して、ストレスに対して効果的に対処し、介護を肯定的に捉えることができるよう支援していく機能が求められると言えよう。

文 献

- 1) 内閣府 (2009). 高齢社会白書 (平成21年度版). ぎょうせい.
- 2) 溝口環 (2001). 痴呆性疾患における介護負担. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, 10 (10) :891-896.
- 3) 横山美江・清水忠彦・早川和生・由良晶子 (1992). 在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因. 日本公衛誌, 39 (10) :777-783.
- 4) 室伏君士 (1997). 痴呆性老人の介護者のストレスとその対処. 労働の科学, 52 (12) :17-20.
- 5) Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relative of the impaired elderly ; Correlates of feelings of burden. Gerontologist, 20 : 649-655.
- 6) Fengler, A.P., Goodrich, N. (1979). Wives of elderly disabled men ; the hidden patients. Gerontologist, 19:175-183.
- 7) 谷垣静子・宮林郁子・宮脇美保子・仁科祐子 (2004). 介護者の自己効力感および介護負担感にかかわる関連要因の検討. 厚生指標, 51 (4) :8-13
- 8) Tennstedt, S., Cafferate, G.L., Sullivan, L. (1992). Depression among caregivers of impaired elders. J Aging Health, 4 (1) :58-76.
- 9) 土井由利子・尾方克巳 (2000). 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 47 (1) :32-45.
- 10) 東野定律・筒井澄栄・矢嶋裕樹・桐野匡史・筒井孝子・中嶋和夫 (2006). 要介護高齢者の

- 主介護者における精神的健康、厚生 の指標、53 (1) :27-31.
- 11) 新名理恵 (1991). 在宅痴呆老人の介護者負担感－研究の問題点と今後の展望－. 老年精神医学雑誌、2 (6) :754-762.
- 12) 里字明元 (2001). 介護負担感の概念と研究の動向. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION、10 (10) :859-867.
- 13) 中谷陽明・東條光雄 (1989). 家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－. 社会老年学、29:27－36.
- 14) 東野定律・柳漢守・桐野匡史・矢嶋裕樹・筒井澄栄・筒井孝子・中嶋和夫 (2005). 要援護高齢者の主介護者における介護負担感と精神的健康の関係 (The Relationship between Mental Health and Care Burden in the Primary Caregivers of Seniors requiring Support Care). 日本保健科学学会誌、8 (3): 147-153.
- 15) 佐藤敏子・清水裕子 (2005). 女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態と介護継続関連要因. 日本在宅ケア学会誌、9 (10) :46-50
- 16) 東野定律・桐野匡史・種子田綾・矢嶋祐樹・筒井孝子・中嶋和夫 (2004). 要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定. 厚生 の指標、51 (4) :19-23.
- 17) 福西勇夫 (1990). 日本版General Health Questionnaire (GHQ) cut-off point.心理臨床、3 (3) :228-324.
- 18) 豊田秀樹編 (1998). 共分散構造分析[事例編]－構造方程式モデリング－. 北大路書房.
- 19) 杉浦圭子・伊藤美樹子・三上洋 (2004). 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、51 (4) : 240－249.
- 20) 石川利江 (2004). 在宅介護者のソーシャルサポートと介護バーンアウト. ヘルスサイコロジスト、33.
- 21) Cantor,Marjorie H. (1983). Strain among caregivers-A study of experience in the United States.The Gerontologist, 23 (6) :597-604.
- 22) 山本則子 (1995). 痴呆老人の家族介護者に関する研究-娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味-. 看護研究、28 (4) :313-333.
- 23) 東野定律 (2005). 在宅要介護高齢者の問題行動と主介護者の介護負担感の関係. 日保学誌、7 (4) :250-256.
- 24) Zarit, SH., Stephens, M.A.P., Townsend,A., Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers:Effects of day care use. Journal of Gerontology:Social Sciences,53 B:267-277.
- 25) 新名理恵・矢富直美・本間昭 (1992). 痴呆性老人の在宅介護者の負担感とストレス症状の関係. 心身医学、32 (4) :323-329
- 26) 本明寛 (1998). Lazarusのコーピング (対処) 理論. 看護研究、21:17-21.
- 27) 陶山啓子・河野理恵・河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. 老年社会科学、25 (4) :461-470.
- 28) 緒方泰子・橋本妣生・乙坂佳代 (2000). 在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担感. 日本公衆衛生雑誌、47 (4) :307-318.

The Relationship between mental health and care burden of the primary caregivers of Seniors requiring Support Care.

—Analysis by caregiver's characteristics—

Sadanori HIGASHINO, Nozomi NAKASHIMA, Chang Young-Eun,
Masaaki OTAGA, Takako TSUTSUI, Kazuo NAKAJIMA, Hideo KOYAMA

Purpose: The purpose of this study was to examine the Relationship between mental health and care burden in the primary caregiver's characteristics.

Method: Study subjects were 620 primary caregivers for the older persons who selected from 5,189 class 1 insured persons in the long-term care (LTC) insurance (April 1, 2002).

The structural model was used to analyze the gender, age, and care level provided to the senior requiring care; the gender and age of the main caregiver; the period of time over which care has been provided; the relationship between the caregiver and the elderly person requiring care; mental health ; and care burden. This analysis used Cross-Lagged Effects Model.

Results : Structural Equation Modeling result showed that care burden was significantly associated with factor of mental health. However, it became clear for the relations of care burden and mental health that there were peculiarity by caregiver's characteristics.

This finding suggests the importance of providing family caregivers with supports focusing on mental health in order to reduce care burden.

Key Words.. family caregiver, care burden, mental heal