

老老介護の現状分析

羽 生 正 宗

要 旨

高齢社会のなかで高齢者介護は深刻な社会問題となっている。特に「老老介護」は介護者の負担が大きく、介護疲れによる自殺や介護殺人といった悲劇を引き起こす場合がある。

本研究では、老老介護の実態と介護疲れの状況及び要因を明らかにするとともに、介護者とうつとの関係を分析し、うつ傾向度に影響を及ぼす要因を探り、介護者と介護システムにおける検討課題を提示した。

Elderly care is one of the most serious issues of the day. The conditions of 'care by the elderly for the elderly' are so severe that there are some cases in which caregivers commit suicide or kill their care receiver.

This study aims to provide evidence of the factors in caregiver fatigue and influences on the degree of depression by way of analyzing the relationship between the actual circumstances of caregivers and depression. Several measures to produce elderly care systems which are effective for caregivers are proposed in the conclusion.

I. はじめに

我々は今、高齢社会の中にあり、21世紀半ばには3人に1人が65歳以上の高齢者という時代を迎えようとしている。先進諸国の高齢化率と比較してみても、日本は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、21世紀初頭には最も高い水準となり、他に例をみない速度で進行している。我国は将来、世界のどの国も経験したことのない高齢社会になると見込まれている。

こうした高齢者の増加や平均寿命の延伸に伴い社会に生じた問題の一つに、多くの家庭が要介護高齢者を抱えるようになったことが挙げられる。生活水準の向上や医学の進歩等により、高齢化人口の推移は年々増加し、少なくとも5分の1は何らかの形で介護を必要とする状況にある。介護は誰もが直

面する問題となってきたのである。

人手を借りなければ日常生活の維持が困難になった要介護高齢者は、自分の思うこと、意図することが自分自身では出来ず、自身が不幸であることは勿論だが、加えて介護者となる家族は四六時中気が抜けず、介護の疲労も重なって、その重圧により家庭の団欒は失われ、家族の暮らし向きそのものを変えてしまう場合もある。

健康を損ない、何らかの介護が必要となった場合、誰がどこで介護してくれるのか、また、どこに相談に行けばよいのか、日常生活を支えてくれるようなサービスが受けられるのかなど、高齢者が抱えている不安は多い。

介護サービス整備の立ち遅れに加え、家族介護を巡る状況や地域社会の変貌により、できる限り住み慣れた家庭・地域で暮らしたいという願いはかなえられにくい状況にある。

そうした中でも、心温まる介護を続け高齢者を支えている家族は多いが、同時に、家族の心身の負担は非常に重くなってきている。介護の必要な高齢者数の増加、介護内容の困難化、介護期間の長期化、介護者自身の高齢化などのいずれをとっても、昔とは比較にならないほど事態は深刻化している。

このような高齢社会の中、介護システムを如何に構築してゆくかが、我々に問われている課題である。

1. 老老介護の現状

「老老介護」とは、介護する者、介護される者ともに高齢者で、老人が老人を介護するという意味で表現される言葉である。65歳以上の高齢者が高齢者（65歳以上）を介護することと定義されているが、厳密に65歳という年齢で線引きをせず、65歳以下であっても病気や加齢によって心身に負担を抱えながら高齢者を世話するケースでも、使われる場合がある。ほとんどの場合が、高齢化した子どもがより高齢化した親を介護するケースか、二人暮らしの老夫婦のケースである。

高齢者である介護者が疲れ果て、ストレスからうつ病の発症や被介護者へ

の虐待の増加、最悪の場合殺害してしまうという事態も起こっており、社会的に大きな問題となっている。

高齢者世帯の場合は、地域との交流がなく、孤立していることが多い。そのためこうした高齢者達のニーズの発見が遅れると同時に、情報不足から福祉サービスや介護機器の活用も充分に出来ず、介護負担が増大して介護不足に結びついてしまう結果にもなる。また、高齢であることから、病状に対する正しい理解がもてずに、適切な手当てが行なわれず、病状の悪化に結びつき、その結果介護負担量が増大するといった場面にもなる。

現在、老老介護の問題の解決策として期待されているのは介護保険であるが、「人様に迷惑はかけられない」という道徳的観点、あるいは「お金の負担をかけられない」という経済的観点から利用されていないケースが目立つ。

また要介護認定では介護者の事情までは考慮されないために、上限までサービスを使っても老老介護から解放されない家族もある。

中には「介護は私の仕事である」「責任を果たさなければ娘(嫁)失格」といった思い込みから無理を重ねた結果、うつに陥り、自殺、介護殺人へとつながっていくケースもある。

2. 「老老介護」文献研究

在宅介護への社会的関心が益々高まる中、被介護者のみならず、それを介護する家族介護者が注目されるようになった。介護者に関する初期の研究では、介護状況や介護による負担感に焦点が当てられていた。その後、介護者の精神的負担、精神的健康度に影響を及ぼす要因に関する研究が盛んに行われるようになり、「老老介護」の問題が大きく浮上し、社会的に浸透してきたのである。

そこで、本項は、系統的に抽出した、うつに関する研究を中心に「老老介護」にまつわる文献を概観し、本領域における課題を検討することを目的とした。

(1) データベースと検索方法

「老老介護」にまつわる文献検索に用いたデータベース（以下、DB）は、以下の5つである。医学系文献の代表的なDBとしてメディカルオンライン、医中誌Web(Ver.4)、JMED Plus、学術論文全般を対象とするCiNii、さらに雑誌記事を中心に収録しているMagazine Plusを使用した。

対象期間は、介護保険制度が実施された2000年の前後10年にあたる1991年～2010年6月末とした。キーワードには「老老介護」「介護難民」、それらを背景とした事件やその検証にまつわる文献を目的として「介護&殺人」「介護&心中」「介護&自殺」を採用した。

また、これらの問題の要因として介護者の環境や心理状態について記された文献を目的とし「介護&うつ&高齢者」「介護&ストレス&高齢者」を採用した。

(2) データベース検索結果

各キーワード検索では、約20年分を5年毎の4期間に区切り文献数を調べた。尚、同一文献が複数のDBに重複して収録されているが、下表の件数ではそれらを除外していない。

まず、「老老介護」に関するDB上の研究数は、2001年以降の10年間にその9割以上が発表され、全体の5割以上が近年5年（2006年～2010年）に集中していることが表1で分かる。つまり、介護保険制度実施の2000年を機に研究数や公開度が一気に高まったと言える。残り数パーセントは2000年までの5年間に発表されており、調査対象期間の初期5年には1件も該当しなかった。

尚、雑誌記事中心のMagazine Plusでは、2000年以前のヒット数の割合が他4つの論文DBよりも高く、介護保険制度開始前に「老老介護」という言葉とその概念が社会的に浸透しつつあった事が窺えるが、当DBでも初期5年には1件も該当しなかった事を考えると、今から15年前までは一般社会においても研究概念としても「老老介護」という言葉への認識はほとんどなかったと思われる。

<表1>

キーワード	データベース	1991 ～1995	1996 ～2000	2001 ～2005	2006 ～2010	総数
老老介護	メディカルオンライン	0(0%)	10(8%)	46(38%)	65(54%)	121
	医中誌web	0(0%)	2(4%)	19(35%)	34(62%)	55
	JMEDplus	0(0%)	9(8%)	36(33%)	64(59%)	109
	CiNii	0(0%)	6(9%)	26(41%)	32(50%)	64
	Magazine Plus	0(0%)	12(16%)	26(34%)	39(51%)	77
介護難民	メディカルオンライン	0(0%)	0(0%)	1(4%)	24(96%)	25
	医中誌web	0(0%)	0(0%)	0(0%)	20(100%)	20
	JMEDplus	0(0%)	0(0%)	0(0%)	18(100%)	18
	CiNii	0(0%)	0(0%)	2(5%)	35(95%)	37
	Magazine Plus	0(0%)	0(0%)	2(4%)	43(96%)	45

「介護&殺人」「介護&心中」「介護&自殺」においても、研究数割合の時期区分毎の推移は「老老介護」のそれと同じ傾向である事が表2で分かる。「介護&心中」の総件数が他より少ないが、介護心中事件を扱った内容でもキーワードとして「介護&殺人」や「介護&自殺」が登録されている事も想定される。これらのキーワードでは、「老老介護」「老老難民」でヒット0件だった1991年～1995年にも数件存在する事から、老老介護という言葉が浸透する前から事例検証等の研究があったと見受けられる。

<表2>

キーワード	データベース	1991 ～1995	1996 ～2000	2001 ～2005	2006 ～2010	総数
介護&殺人	メディカルオンライン	0(0%)	2(7%)	7(26%)	18(67%)	27
	医中誌web	2(5%)	5(12%)	12(29%)	23(55%)	42
	JMEDplus	1(3%)	2(6%)	10(28%)	23(64%)	36
	CiNii	0(0%)	0(0%)	13(36%)	23(64%)	36
	Magazine Plus	3(5%)	4(7%)	20(34%)	32(54%)	59
介護&心中	メディカルオンライン	0(0%)	2(8%)	9(35%)	15(58%)	26
	医中誌web	1(17%)	1(17%)	0(0%)	4(67%)	6
	JMEDplus	1(9%)	1(9%)	3(27%)	6(55%)	11
	CiNii	0(0%)	2(13%)	6(38%)	8(50%)	16
	Magazine Plus	0(0%)	3(10%)	9(30%)	18(60%)	30

介護 & 自殺	メディカルオンライン	0(0%)	9(12%)	27(36%)	40(53%)	76
	医中誌web	2(3%)	3(5%)	13(21%)	45(71%)	63
	JMEDplus	3(3%)	10(10%)	30(29%)	61(59%)	104
	CiNii	0(0%)	3(13%)	3(13%)	18(75%)	24
	Magazine Plus	0(0%)	10(18%)	9(16%)	36(65%)	55

上記キーワードを検索に使用する場合、障害児等の介護など、高齢者介護に直接関連しないものを含む可能性に留意すべきだが、検索結果の論文タイトルリストを概観したところ高齢者に関する文献がほぼ全体を占めていたため、検索ヒット数をそのまま採用した。

「介護&うつ&高齢者」「介護&ストレス&高齢者」に関する検索数は、他のキーワードより格段に多く、医学系の3つのDBでは各々ヒット総数が100件を超え、平均約300件の文献があった(表3参照)。介護問題の要因としてうつやストレスといった心理側面の研究が数多くなされている事が分かる。研究発表時期の推移については、他のキーワードの傾向と同じと言える。

<表3>

キーワード	データベース	1991 ~1995	1996 ~2000	2001 ~2005	2006 ~2010	総数
& 介護 & 高齢者 & うつ	メディカルオンライン	1(1%)	11(7%)	48(32%)	90(60%)	150
	医中誌web	4(1%)	27(8%)	109(33%)	194(58%)	334
	JMEDplus	2(1%)	22(7%)	93(30%)	194(62%)	311
	CiNii	0(0%)	3(5%)	19(32%)	37(63%)	59
	Magazine Plus	2(2%)	30(23%)	30(23%)	66(52%)	128
& 介護 & 高齢者 & ストレス	メディカルオンライン	4(2%)	28(14%)	104(51%)	67(33%)	203
	医中誌web	7(2%)	28(9%)	95(29%)	193(60%)	323
	JMEDplus	9(2%)	57(11%)	158(32%)	275(55%)	499
	CiNii	1(1%)	10(14%)	24(33%)	38(52%)	73
	Magazine Plus	1(1%)	12(18%)	22(33%)	32(48%)	67

以上、過去20年のDB検索結果から測るとすれば、老老介護にまつわる研究は介護保険制度導入の2000年を機に浮上し、さらに近年5年で公開度が一層高まり、社会的にも認識がかなり浸透してきていると言える。

上記の行程で検索し、得られた文献リストの論文タイトルや要約から老老介護の諸問題に関連した近年5年の文献を中心に収集した。

そのうち、特に介護者の「うつ」を考察した文献として、下記のものがあった。

(3) 介護におけるうつに関連する調査研究

介護におけるうつに関連する調査研究について、最近のものでは「高齢者介護における介護者のストレスとうつ」(判田2010)がある。心身医学的見地からも高齢者の心身医療の重要性は増大しているとし、高齢者介護のメンタルケアの面から介護キーパーソン(介護者)の心身疲労度の把握を目的に、介護支援利用者の介護キーパーソン35名に対し、利用者の日常生活自立度、介護キーパーソン(介護者)の介護負担度、GDS(高齢者うつ尺度)などのアンケート調査を行ったものである。高齢である介護キーパーソン(介護者)の多くはうつ尺度が高く、心身疲労の状態にあった事を報告。介護キーパーソン(介護者)のGDSは、被介護者の日常生活自立度(寝たきり度)との有意な関係はなかった事、介護キーパーソン(介護者)の介護する時間には有意差は認めず、健康問題が有る方が無い方よりGDSは高い傾向である事、介護疲労度(自覚)の程度が、介護する時間や健康問題の有無よりも相関していた事を報告している。また、GDSが高い介護者の特徴として、1人での介護、性格は明るい(自己中心的)で趣味は特になく、収入が少なかった事を挙げている。高齢者介護において、介護キーパーソン(介護者)を含めた介護家族への積極的なメンタルケア等のソーシャルサポートのシステム作りが必要であるとしている。

「家族介護者の基本属性及び介護負担感と抑うつとの関連」(一柳他2008)では、介護保険サービスを利用している高齢者の家族介護者に質問紙を用いた聞き取り調査を行い、基本属性(年齢・性別)・介護負担感と抑うつ度との関連について検討している。介護負担感の評価方法は、平成2年に厚生省が実施した保健福祉動向調査の質問項目を参考に、適切な介護の仕方に関する7項目、ソーシャルサポートに関する5項目、身体的負担に関する5項目、

認知症・物忘れに関する1項目の負担感の有無について調査しており、抑うつ度の評価にはCES-D(疫学的抑うつ尺度)を用いている。検討の結果、介護負担感と抑うつ度との間に有意な正相関が認められ、基本属性と抑うつ度との間には有意な関連は認められないとした。

「家族介護者の抑うつに関する研究」(小澤2007)では、在宅で認知症高齢者を介護している看護者の抑うつの要因を検討するため、都市近郊在住で、地域でデイケアや訪問看護を受けながら認知症高齢者を介護している介護者を対象として質問紙調査を実施。103名の有効回答から介護者の抑うつに影響を及ぼす要因として、被介護者の行動障害と介護者の抑うつとは強く関連していた事、介護者の主観的健康感が要因として作用し主観的健康感が低下すると抑うつは増加する事、感情表出する事が多いと抑うつも増加する事が示された。また、将来への不安、疲労感、健康悪化が増加すると抑うつに影響する事を示した。

介護者へのサポートとしては、家族からの励ましや副介護者が影響するとし、社会的資源の活用などの長期的展望の持てる介入とともに介護の意味づけについて考える事が必要であると述べた。結論として、医療・福祉関係者は介護者に対して認知症高齢者の行動障害への対応方法に関する教育や介護者の健康状態に留意する事で、抑うつの早期発見、将来の不安に対する心理的サポートを行う必要があるとした。

上記、特に「高齢者介護における介護者のストレスとうつ」「家族介護者の基本属性及び介護負担感と抑うつとの関連」では、介護者の抑うつ度について、介護疲労度(自覚)といった「介護負担感」との相関を最も関連があった要因として報告している。

うつに言及した介護負担感についての調査では、「在宅介護における主介護者の生活習慣と精神的健康に関する研究」(森2007)において、在宅高齢者の主介護者の生活習慣と精神的健康及び介護負担との関連について検討している。主介護者106例、比較のため非介護者110例に対して質問紙調査を行ったところ、主介護者の精神的健康度は、非介護者と比較して不良な傾向にあっ

た事を報告。生活習慣は、食事時間が不規則で、中途覚醒や不眠があり、自由時間が少ない場合に精神的健康は不良な傾向にあり、定期受診をしている主介護者は抑うつ傾向にある人が多いことを示し、主介護者の精神的健康を良好に保つためには、要介護者の重度化予防、主介護者の自由時間を確保し、生活習慣を整えるための支援が必要である事が示唆されたとした。

「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究」(平松他2006)では、在宅サービスを利用していた要介護者の介護者のうち自記式調査票を回収した主介護者3,149人を対象に分析したもので、第1報では年齢や性別などの介護者の基本属性、介護期間などの介入困難な因子について検討、第2報では交絡因子の条件を同一にするマッチドペア法を用いて、介護負担感が高い群と低い群の2群間で差がみられる因子を検討し、介護負担感と関連する介入可能な因子を検討している。結果として、第1報では介護者が女性で、高齢、続柄は妻である場合に介護負担感が高いという統計学的に有意な関連が認められたものの、それは大きな対象者数の時によりやく有意となる程度の弱い関連である事、また、傷害の重症度が重く介護時間が長い群で介護負担感が高いという有意な関係が示されたが、介護期間については65歳未満の女性でのみ有意な関連を認めたとある。第2報では介護負担感が低い群には、情緒的サポートがあり、手段的サポートがあり、介護情報があり、趣味や気晴らし活動をしており、ストレス対処能力が高く、GDS(老年うつ病スケール)が低いものが有意に多かった事を報告。介護負担感との関連性の大きさでは、ストレス対処能力、GDSや情緒的サポートなどの介護者の認知や主観を反映する因子で高く、一方、十分な介護の情報、副介護者の有無、趣味や気晴らしなどの因子で低い傾向が示された。

結論として、従来検討されてきたソーシャルサポートなどの客観的な側面の因子と介護負担感の関係よりも、むしろストレス対処能力やGDSなどの介護者の主観的な側面を反映する因子で関連性が大きかった事から、介護負担感の軽減に向けた支援策として客観的状况を変える支援だけでなく、認知や主観への介入も今後は検討すべき事を述べている。

「介護保険導入前後における福岡県K地区における要介護高齢者を介護する家族の抑うつ」(大浦2005)では、介護保険導入前後それぞれで主介護者の抑うつの関連要因を探るため、訪問看護サービスを受けている高齢者及びその介護者を対象に調査。導入前後の抑うつ群と非抑うつ群を比べ、抑うつ群に体調を崩す者が多い事や、痴呆に伴う問題行動のある要介護高齢者を介護している者、外出が出来ない者が多い事などを示している。

また、「介護保険制度導入4年目における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感」(大浦他2005)では、当地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感について、訪問看護ステーションの利用者を対象にアンケート調査を行い、高負担群、中負担群、低負担群に分けて比較。高負担群では中・低負担群に比べJ-ZBI(介護負担尺度日本語版)、CES-D(疫学的抑うつ尺度)が高く、要介護度の高い者が多く、デイサービスやショートステイの利用が多い事、低負担群に比べ健康状態の悪い者、経済的ゆとりがない者が多く、介護時間が長かったと述べた。

介護保険制度導入前と比べ寝たきりの割合は4年目で低下し、抑うつの割合は低下傾向となり、デイケアサービス利用者は3・4年目に有意に減少した事を報告。上記調査は、「介護保険導入後の介護負担と介護者の抑うつ 導入前から5年後までの訪問看護サービス利用者を対象とした調査から」(鷲尾2005)でも報告されており、介護保険導入後家族介護者の抑うつの割合は減少の傾向を示したものの、5年目には再び抑うつの割合は増加した事、依然抑うつの割合は一般人の有病率に比べて高い事から、自宅で要介護者を介護する家族介護者に対する支援がまだ十分ではないと述べた。

以上の研究からは、介護負担感について、まず介護者側の要因としては介護者自身の健康問題との関係が最も多く挙げられている。本人の実際健康問題が主観的健康感や介護疲労度(自覚)をもたらし、うつ状態の原因となる介護負担の感覚を強くさせる事が示唆される。その他、ストレス対処能力など人間性の指摘もあったが、基本属性については、あったとしても弱い関連であるなど、要因として強調されているものは特になかった。

被介護者側の要因としては、被介護者の介護度（重症度）についての関連が述べられていた。特に行動障害（認知症）との関連が認められるとしている。認知症介護の負担感については、近年、介護内容や対処方法等においての研究がなされている。

介護背景の要因については、介護する時間・自由時間といった拘束時間との関連が最も多く述べられていた他、1人での介護、サポートや情報の有無などの背景があったが、留意する要因として、低収入などの経済的なゆとりのなさといった状況が、介護における重い負担感をもたらしている事が指摘されている。

いずれも、介護者の健康状態への留意や介護に関する教育などのソーシャルサポートと共に、抑うつ発見、将来の不安に対する心理的サポート、積極的なメンタルケアのシステム作りが急務であり、介護者の認知や主観への介入も今後検討すべきと述べている。

うつと大きく関わる「希死念慮」については、「高齢化社会における介護者の現状と問題点 うつ病及び自殺リスクに関して」(町田他2006)において、うつ病や自殺のリスクについて検討されている。その結果、65歳以上の高齢介護者には8.9割以上に治療を要する疾患がある事、5割の者に介護に関するネガティブな感情がある事等を報告している。

自殺の背景要因としてのうつ病の存在については、在宅介護者の約4人に1人にSDS(うつ性自己評価尺度)による軽度以上のうつ状態がある事、高齢介護者の3割以上が希死念慮を抱いていた事を報告している。介護者を支える社会的ネットワークや支援の存在が介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減するとして、介護者のソーシャルサポートに関するシステム作りが急務であると提言した。

また同報告者による「高齢化社会における在宅介護者の現状-精神症状を中心に-」(町田他2006)においても、介護者へのアンケート調査を行った結果、介護者の心の不調は、DSM-IV(「アメリカ精神医学会」で定義している精神疾患の分類と診断のマニュアルと基準)におけるうつ病診断の指標としてあ

げられている9つの症状の全てと相関関係があったとし、人生への充実感のなさ及び生活の不満足感との間の関係を明らかにした。介護者の健康悪化感と、生活犠牲感、介護継続困難感、介護負担感、介護時間との間には強い相関関係がある事も示されている。

さらに、介護者の健康に焦点をあてる事は、介護の中断やそれに伴う被介護者の入院・入所といった医療・福祉経済や、さらには暴力や自殺といった事件・事故について考える際には極めて重要であると述べている。うつ病予防の観点からも介護者の精神的健康状態に注目する事は重要であり、高齢者の自殺予防に貢献しうる事、今後の我国の高齢化社会においてうつ病の発症の増加や国民のライフスタイルにも深く関わる問題として捉えていく必要があるとした。

また、特に男性介護者を焦点としたものに「妻を介護する夫の希死念慮と介護生活における思いの特徴」(上平他2009)がある。介護期間中に「死にたい」気持ちになり、現在はそれを乗り越えたと判断され、妻を在宅介護している65歳以上の男性4名に対し行ったインタビューから関連性評定質的分析を行ったものである。

希死念慮の特徴として「死を考える状況と自戒する思い」「死を自戒する思いと貢献的心中」「死をめぐる思考」、介護生活における思いの特徴として「介護を背負う事と側に置く事」「入院させない努力とソーシャルサポートへの感謝」がある事を述べた。

高齢の男性介護者はサポートを積極的に求めない傾向があるため、生き甲斐型介護への支援の必要性が示唆されたとしている。

これらの研究の特徴としては、ほとんどが、デイケアや訪問看護を受けているなど、介護支援利用者の介護者を対象としたアンケート調査である。うつ尺度については、GDS (Geriatric Depression Scale, 高齢者うつ尺度)、CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, うつ病自己評価尺度)を用いて質問しており、うつと、介護者・被介護者の属性及び介護状況などの統計学的処理を行っている。

(4) 海外における文献調査研究

客観的には同じような介護状況であっても、介護状況に対する負担感や満足感といった主観的評価や精神的健康への影響には個人差があり、それらの個人差を説明する要因として、1980年代後半以降、欧米を中心に介護者の性格特性やコーピング¹⁾、ソーシャル・サポート²⁾が注目され、これらと介護者の精神的健康度の関連についての研究が行われている。

これら介護ストレス緩和効果に関する実証研究を概観すると、以下のようになる。

Gottlieb, B.HとRooney, J.A (2004)の研究では、コーピングや、コーピングの有用性 (copingeffectiveness) に関する認識、楽観性、に関する認識、楽観性、および介護の自己効力感が介護者の精神的健康度に及ぼす影響を分析している。コーピングに加え、コーピングの有用性に関する介護者の認識と、楽観性と介護の自己効力感を結果期待に関する変数をして用いている点に特徴がある。

安部 (2003) らは、介護ストレス³⁾、コーピング、介護者の精神的健康度の関係についてパス解析を用い分析を行った。

DibartoloとSoeken (2003) は、介護者の特性とハーディネス (hardiness)⁴⁾、介護に対する評価、コーピング、介護者の自己健康感の関係について調査した。介護に対する評価やコーピングに加え、ストレスを比較的好意的に評価する性格特性の一つであるハーディネスに着目している点に特徴がある。

また、Morano, C.L. (2003) は、介護負担感、満足感、コーピングが介護者の精神的健康度に及ぼす緩和効果を検証している。

- 1) コーピング：ストレス対処行動。ストレス反応の発生を抑えたり、低減する行動。
- 2) ソーシャル・サポート (social support)：対人関係において、個人の心身の健康に対してプラスに働く機能のことである。知覚されたサポートはストレス反応の程度に影響するストレス緩衝効果をもつことが明らかにされている。
- 3) 介護ストレス³⁾：ストレス³⁾とは、ストレスを生物に与える何らかの刺激のことを言う。また、その範囲は広い。主に物質的な刺激のことをいうが心理的な意味も含まれる (暑さ、寒さ、痛み、生理的物質への反応、怒り、苦しみ、など)。
- 4) ハーディネス：実存心理学に立脚する「高ストレス下で健康を保つ人々が持つ性格特性」で、コミットメント・コントロール・チャレンジの3要素から構成される (Kobasa,1979)。

Powers, D.V (2002) らは、コーピングと抑うつ度の関係について2年間の縦断調査を行っている。

Kramer, B.J (1997) は、介護負担感、満足感、介護者の特性、介護ストレス、コーピング、社会参加に対する満足度の関係について、階層的重回帰分析を用いて分析している。介護負担感を従属変数とした分析から、問題行動と情動焦点型コーピングは介護負担感を高める要因であり、社会活動満足度は介護負担感を軽減することが明らかになった。

Shaw, W.S (1997) らは、介護者が用いるコーピングと精神的健康度の関係について検討しており、コーピングと介護者の精神的健康の関係について、異文化間での妥当性を検証している点が特徴的である。

Haley, W.E (1996) らの研究では、黒人の介護者が白人の介護者より介護ストレスが少ない原因について検討している。

さらに、Williamson, G.MとSchulz, R (1993) は、特定の介護ストレスに対する抑うつ症状とコーピングの関係について検討している。

これら欧米における先行研究の精神的健康度及びコーピングに係る研究結果をまとめると下表のようになる。

<表4>

研究著者	調査対象地域	調査対象者	調査結果
Gottlieb, B.H & Rooney (2004)	カナダ	痴呆性高齢者の家族介護者 141名	介護ストレスの増加が精神的健康度の悪化に関連していることが確認された。
Abe, K., Kashiwagi, T., Tsunito, S. (2003)	日本	65歳以上で1つ以上の障害を持つ高齢者の家族介護者 166名	研究の結果、欧米の先行研究同様、回避型コーピングである受容の多様性は精神的健康度の悪化につながることが示唆された。
Dibartolo, M.C. & Soeken, K.L. (2003)	米国	痴呆性高齢者を介護している配偶者 72名	各変数間の相関分析の結果、ハーディネスは、介護評価と問題焦点型コーピングの間で正の相関が見られた。また、介護者の特性を独立変数、介護者への評価、各コーピング・スタイル、健康感を従属変数として重回帰分析を行った結果、長い介護期間、良好な夫婦関係、サポート・グループへの参加が情動焦点型コーピングと関連していた。
Morano, C.L. (2003)	米国	家族介護者 204名 (43%ヒスパニック)	介護者の負担感には「高齢者の問題行動-ネガティブ反応」プロセスに対し緩和効果を及ぼしていることが示唆された。

Powers, D.V., Gallagher- Thompson, D. & Kraemer, H.C. (2002)	米国	家族介護者 51名	認知型と問題解決志向型コーピングは、最初の6か月間は、活用頻度が増加した。しかし、2年間のコーピングの活用、抑うつ度はほぼ一定の水準を示しており、認知機能、抑うつ度、コーピングの関係でも、有意な変化は見られなかった。
Kramer, B.J. (1997)	米国	痴呆性高齢者を介護している男性配偶者 74名	介護負担感を従属変数とした分析から、問題行動と情動焦点型コーピングは介護負担感を高める要因であり、社会活動満足度は介護負担感を軽減することが明らかになった。
Shaw, W.S. et al. (1997)	米国	家族介護者 249名 (米国139名/上海110名)	米国、上海の2つの文化間でコーピングは類似した傾向にあるが、活用の頻度や介護者の精神的健康度との関連では、文化間の差がある。
Haley, W.E. et al. (1996)	米国	痴呆性高齢者の家族介護者 197名 (白人123名、黒人74名)	人種差に関する知見では、介護者に関しては、黒人の方が若く、配偶者間介護の割合が低い、介護期間、介護量私的・公的サービスの活用、痴呆の割合に関しては、人種間に差が見られなかった。
Williamson, G.M. & Schulz, R. (1993)	米国	軽度～中度痴呆性高齢者 170名	①wishfulness (回避型)は、全てのストレスの抑うつ度への影響を高める。 ②患者の記憶力の低下が介護者の抑うつ度に及ぼす影響は、direct action(積極型)を多くとるほど高くなり、リラクゼーション(回避型)によって緩和される。 ③受容(回避型)は、コミュニケーションの難しさや患者の衰えから生じるストレスを軽減する。 ④患者の衰えにストレスを感じる介護者は支援追求(積極型)の活用で抑うつ症状が緩和する。

3. 朝日新聞データベースからみる介護殺人事件の傾向

近年「高齢者介護にまつわる事件」が頻繁に新聞を賑わし、深刻な社会問題として浸透している。そこで本項では、「高齢者介護にまつわる事件」として、家族・親族内における、介護者が60歳以上の被介護者の殺害を図った事件を取り上げ、分析を行った。

キーワードには「介護」と「殺人」及び「心中」を採用、朝日新聞記事データベース「聞蔵Ⅱ」を使用、対象期間は2006年～2010年6月末とした。

(1) 事件数とその内訳

殺人未遂を含む殺人事件は80%だが、囑託・承諾殺人は事件発生時の記事では「殺人」容疑と記載される場合が多く、事件検証後は割合が多少高まる

可能性がある。

加害者も自殺を試みる「心中」事件は全体の20%であった。

<表4>

事件	内訳	件数	割合	
殺人	殺人	90	55%	80%
	殺人未遂	28	17%	
	承諾殺人	8	5%	
	嘱託殺人	5	3%	
心中	無理心中	27	16%	20%
	無理心中※	5	3%	
	心中	1	1%	
計		164	100%	

(「無理心中※」は、加害者死亡、被害者生存)

(2) 加害者と被害者の基本属性

加害者の統計(表5-1)では、夫が最多、続いて息子で、男性約7割、女性約3割となった。被害者(表5-2)は、妻、続いて母が多く、女性が全体の3/4以上となった。

<表5-1 加害者>

加害者	件数	割合	平均年齢
夫	63	38%	76.7
息子	44	27%	53.7
妻	24	15%	70.8
娘	24	15%	55.8
弟	3	2%	64.7
義息子	1	1%	66.0
義娘	1	1%	56.0
養子	1	1%	65.0
義妹	1	1%	68.0
甥	1	1%	56.0
母	1	1%	93.0
計	164	100%	

男	113	69%
女	51	31%
計	164	100%

<表5-2 被害者>

被害者	件数	割合	平均年齢
妻	63	38%	74.9
母	54	33%	82.3
夫	24	15%	74.7
父	14	9%	84.9
姉	3	2%	73.7
義母	2	1%	89.5
養母	1	1%	77.0
義姉	1	1%	80.0
おば	1	1%	86.0
娘	1	1%	71.0
計	164	100%	

男	38	23%
女	126	77%
計	164	100%

(3) 殺害のパターン、及び心中との関係

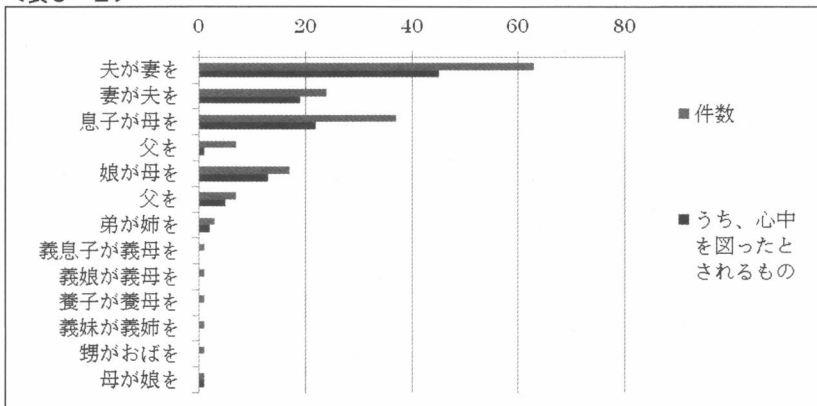
最も多いパターンは「夫が妻を」で約40%、次いで「息子が親を」が30%近くとなった。「妻が夫を」と「娘が親を」がそれぞれ約15%であった。

「心中を意図していたもの」の割合は、夫婦間及び「娘が親を」で70%以上、特に「妻が夫を」では約80%となった。これらのパターンの事件では、かなりの割合で心中を図るものと考えられる事ができる。

<表6-1>

加害者	被害者	件数	割合	うち、心中を図ったとされるもの	
夫が	妻を	63	38%	45	71%
妻が	夫を	24	15%	19	79%
息子が	母を	37	23%	22	59%
	父を	7	4%	1	14%
娘が	母を	17	10%	13	76%
	父を	7	4%	5	71%
弟が	姉を	3	2%	2	67%
義息子が	義母を	1	1%	0	0%
義娘が	義母を	1	1%	0	0%
養子が	養母を	1	1%	0	0%
義妹が	義姉を	1	1%	0	0%
甥が	おばを	1	1%	0	0%
母が	娘を	1	1%	1	100%
		164	100%	108	66%

<表6-2>



(4) 事件までの介護期間

164件中81件において、事件に至る介護期間の長さについての記述があった。

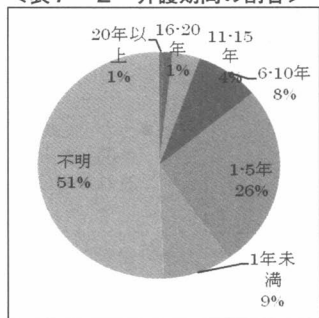
介護歴や、被介護者の状態・病歴の記載から介護年数を下記のとおり整理したところ、介護期間「1~5年」が最も多かった。介護期間不明を除くと、事件の半数は「1~5年」で発生している。また、事件との関係では、「期間1~5年の心中を図るもの」が最も多かった。

<表7-1 介護期間と事件の内訳>

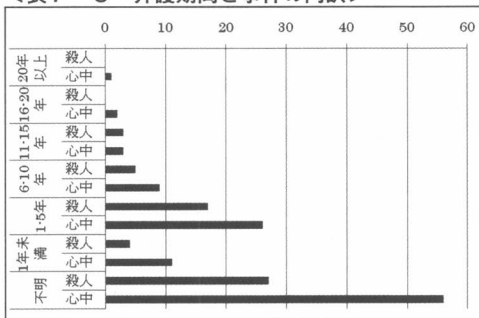
介護期間	内訳		被介護者の状態
20年以上	殺人	0	半身不随(1件)
	心中	1	
16~20年	殺人	0	寝たきり(2件)
	心中	2	
11~15年	殺人	3	寝たきり(5件), 半身不随(1件)
	心中	3	
6~10年	殺人	5	寝たきり(7件), 半身不随(2件), 認知症(2件), 精神障害(1件), その他(1件), 不明(1件)
	心中	9	
1~5年	殺人	17	認知症(18件), 寝たきり(13件), 歩行困難(6件), 半身不随(5件), 糖尿病自由(1件)
	心中	26	
1年未満	殺人	4	寝たきり(7件), 認知症(4件), 歩行困難(2件)
	心中	11	
不明	殺人	27	認知症(21件), 寝たきり(16件), 歩行困難(6件), 精神障害(3件), 半身不随(1件), 糖尿病(2件), その他(2件), 不明(25件)
	心中	56	
計		164	

(注) 記事上で「数年間」と書かれてあったものと記されているものは「1-5年」の中で扱った。

<表7-2 介護期間の割合>



<表7-3 介護期間と事件の内訳>



(5) ひとりでの介護

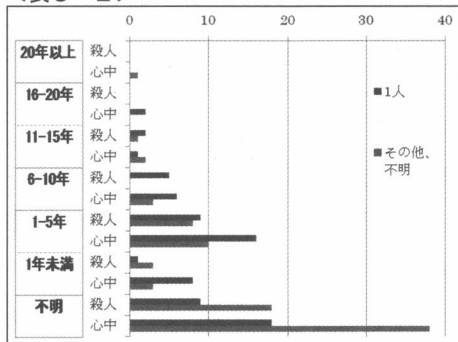
介護にまつわる事件の特徴として、ひとりでの介護が要因としてかねてから指摘されているが、記事上で「ひとりでの介護」と記されていたものが164件中77件あった。

介護期間1年未満に発生した事件において、心中を図った事件では1人での介護の割合が高めであり、殺人事件では1人での介護の割合が少ないのが特徴的である。

<表 8-1>

介護期間	内訳	ひとり	その他、不明
20年以上	殺人		
	心中		1
16~20年	殺人		
	心中	2	
11~15年	殺人	2	1
	心中	1	2
6~10年	殺人	5	
	心中	6	3
1~5年	殺人	9	8
	心中	16	10
1年未満	殺人	1	3
	心中	8	3
不明	殺人	9	18
	心中	18	38
計		77	87

<表 8-2>



(6) 介護サービス利用状況

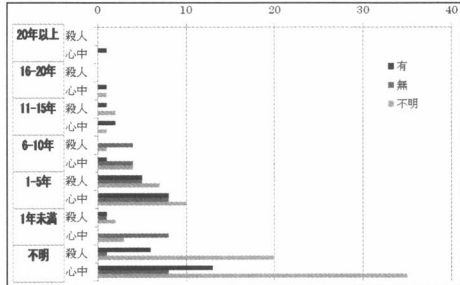
介護サービスを受けていたかどうかについて記載されていたものが78件あった。

介護サービスの利用状況を見ると、1年未満で心中を試みるケースで、介護サービスの利用が無い割合が高くなっている。

<表9-1>

介護期間	内訳	有	無	不明
20年以上	殺人			
	心中	1		
16~20年	殺人			
	心中	1		1
11~15年	殺人	1		2
	心中	2		1
6~10年	殺人		4	1
	心中	1	4	4
1~5年	殺人	5	5	7
	心中	8	8	10
1年未満	殺人	1	1	2
	心中	0	8	3
不明	殺人	6	1	20
	心中	13	8	35
計		39	39	86

<表9-2>



(7) 調査結果のまとめと考察

今回の朝日新聞データベース調査の結果、介護にまつわる事件の6.5割が、加害者も自殺を試み、心中目的だったということ、また、介護期間が「1~5年」で発生する件数が最も多いことが分かった。介護背景として、この期間での事件では被害者が認知症の場合が多く、介護サービスを受けていないなど1人での介護の場合が多かった。

この期間に達するまでの「1年未満」では、介護者がうつ等の事例は見あたらなかった。しかし、介護サービスの利用が無いなどほぼ1人で介護している割合が高い傾向にあった。

以上のことから、事件の発生件数が多い介護期間「1~5年」を迎える前、つまり介護が始まってすぐの「1年未満」に何らかの介護サービスを受けたり、誰かに相談したりするなど、なるべく1人きりでの介護という状態にならないこと、させないことが、対策として考えられる。

介護殺人において心中を図る事件が多いと同様、介護者がうつだった場合の事件の多くは殺害後に自殺を図っていた。被介護者を殺害し、自身も命を絶つことで介護を終了しようとしたことが伺える。被害者の病態が分か

る事件では、「認知症」では全て心中事件であった。

介護期間が分かるものでは、「1～5年」「6～10年」において事例があり、「1年未満」はなかった。介護背景として、「介護サービス利用無し」のケースの割合が高かった。ほぼ1人で介護にあたっていることが、うつ状態をまねく要因であることが伺える。

各事例では、加害者がうつなど精神的に問題を抱えながら介護している中で、生活や病状の変化など、殺害の引き金となったなんらかのきっかけがあったことが読み取れた。

既に事件前に、介護者自身も病気であることが分かったり、うつが重症化したりなど、自身の心身の健康の悪化が引き金となったものがあった。介護者の心身の状態が、事件発生に大きく関わることを示された。

また、当初の被介護者以外の家族の者、例えば介護協力者となり得るはずの配偶者について、「妻が末期がんだと医師から通告」「事件の約3カ月に夫が脳梗塞で倒れる」など、他の家族にも身体等の問題が発生し、負担が増大したことがきっかけとみられるケースがあった。

被介護者における変化がきっかけとなったと思われるものでは、「事件当日の午前中、医師から母の寿命が2カ月～2年程度と言われる」や、「事件当日の朝父が、入ることになっていた施設入所を嫌がり暴れる」など、それまで懸命に介護を続けていたにもかかわらず、希望を打ち砕きそれまでの努力がむくわれなような現実に遭遇したことが引き金となっているケースがあった。

以上のことから、介護者が1年以上介護を続けるにあたって心身ともに疲弊し、ほぼ1人での介護によって負担を減らしたりストレスを緩和したりする方法もないまいうつ状態になってしまうこと、さらに、心の状態が良くない中で、自身の心身の悪化や環境の変化等がきっかけとなり被介護者の殺害と自殺を試みようとする、という事件までの傾向が読み取れる。

介護が長引き、うつ状態が進行してしまった場合、他者との接触を積極的に行わない状態になり、被介護者と2人きりで引きこもりがちになることが

大いに考えられる。そのため、そうなる前に、介護が始まったらすぐ他者や外部との関わりを図ること、介護が長引いた場合外部からの介護者への介在が必要なことが、調査の結果から導き出された。

こうした文献調査分析及び新聞集計データ分析の結果を受け、実際に65歳以上の要介護度1~5である被介護者を抱える世帯で、主に介護をしている全国26千世帯・86千人の中の該当世帯全数約600世帯を対象にFAX調査票送付により、被介護者、介護者における介護の状況とうつ傾向度の関係に係るアンケート調査を実施した。

以下がその概要である。

4. 実証分析

(1) 対象と方法

① 調査対象：

65歳以上の要介護度1~5である被介護者を抱える世帯で、主に介護をしている人

② 調査方法

■調査数・サンプル設計（回収数）：

サンプリング：全国26千世帯・86千人の中の該当世帯全数約600世帯
介護世帯（n=327）

介護世帯					
被介護者・介護度		被介護者の年齢		介護者（回答者）年齢	
全体	327	全体	327	全体	327
要介護1	49	60代	17	30代	18
要介護2	81	70代	91	40代	88
要介護3	79	80代	152	50代	113
要介護4	61	90代	66	60代	66
要介護5	56	無回答	1	70代以上	42
無回答	1				

■調査方法：FAXによる調査票送付・回収（自記式）

■設問項目：

被介護者の概要	介護者の概要
1. 家族の中の要介護認定者の人数(Q1)	17. 介護に関わる1日の平均時間(Q17)
2. 被介護者の要介護度レベル(Q2)	18. 被介護者が在宅時にしている事(Q18)
3. 被介護者の性別(Q3)	19. 最も大変だと感じるもの(Q19)
4. 被介護者の年齢(Q4)	20. 介護者に対する介護対応期間(Q20)
5. 被介護者との関係(Q5)	21. 現在の心身の健康状態(Q21)
6. 要介護1以上認定からの経過(Q6)	22. 以前と比べて心身の健康状態(Q22)
7. 介護が必要になった原因(Q7)	23. 介護に起因する悩みやストレス(Q23)
8. 要介護認定以降受けたサービス(Q8)	24. 悩みやストレスの緩和方法(Q24)
9. 介護サービスの非利用理由(Q9)	25. 最も役立っていると思う方法(Q25)
10. 要介護1以上認定からの状況(Q10)	26. 相談による悩み等の緩和度(Q26)
11. 在宅介護機関の割合(Q11)	27. 介護に関する悩みやストレスを緩和するために必要なもの、事(Q27)
12. 被介護者の現在の同居状況(Q12)	28. 性別(Q28)
13. 被介護者の現在の同居期間(Q13)	29. 年齢(Q29)
14. 被介護者に対する今後の方針(Q14)	30. 同居家族(Q30)
15. 被介護者の月平均現金収入(Q15)	31. 就業状況(Q31)
16. 被介護者名義の金融資産額(Q16)	32. 世帯年収(Q32)
	33. 金融資産総額(Q33)
	34. 日常生活で感じる事等(Q34)

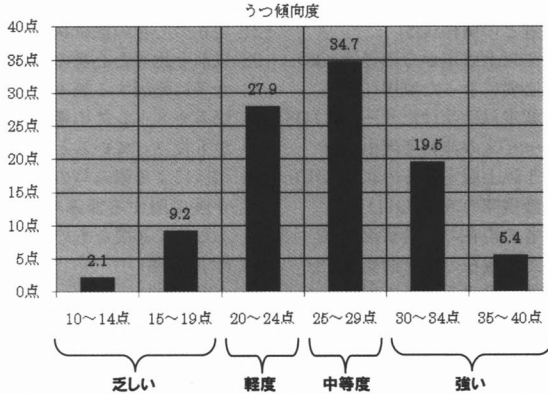
(2) うつ傾向度の判定について：

アンケート調査で行うものとしての適切性（医療機関等で行う疾患としてのうつ病判定用のものを用いるのは不適切）という理由から、健常者にも用いられる、独立行政法人労働政策・研修機構が労働者・職場におけるうつ傾向判定に採用している20項目の中から、該当率の高い上位10項目を採用した。

4⇒1点項目	A	1 Q34-i. 落ち込み憂鬱な気分になる
	J	2 Q34-b. 理由がないのに疲れを感じる
	N	3 Q34-f. 自分の将来に不安を感じる
	O	4 Q34-d. 何故かとてもイライラすることが
1⇒4点項目	K	5 Q34-e. 気分すっきり爽やかに過ごせる
	L	6 Q34-a. スムーズに仕事等がやれてる
	P	7 Q34-h. スムーズに物事の判断が出来る
	Q	8 Q34-g. 自分は家族にとり必要な存在
	R	9 Q34-j. 自分の人生は充実している
	T	10 Q34-c. 日頃の生活に満足している

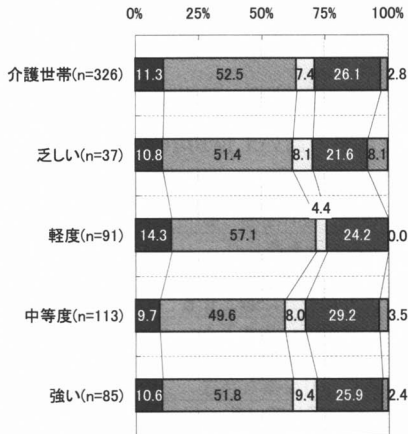
(3) 配点方法

上記項目に対して、4段階（いつも・しばしば・たまに・いいえ）により得た回答に、得点を付与した。（得点が高い方がうつ傾向が強い）



5 分析結果

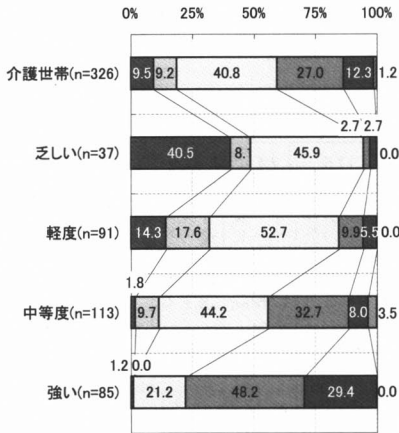
(1) 被介護者に対する今後の方針 (Q14)



今後の介護方針は、うつ傾向度が中等度以上の層では、施設介護基本・在宅介護限定的の比率が高い。また、軽度の層では、在宅基本・サービス非利用の比率がやや高い。

- 在宅介護を基本、サービス利用せず
- 在宅介護を基本、サービス利用する
- 在宅介護・施設介護の両方を利用
- 施設介護を基本、在宅介護は限定的
- 無回答

(2) 現在の心の健康状態 (Q21)



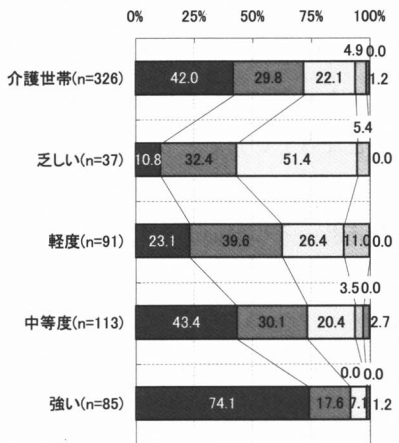
うつ傾向度が高い人程 現在の体・心の健康状態共に悪い層の比率が高まる傾向がある。

うつ傾向が強いほど、体の健康状態は悪くなる。

うつ傾向度の強い層では、どちらかと言えば悪い層が全体の約50%を占めている。

- 良い
- 普通
- 悪い
- どちらかと言えば良い
- どちらかと言えば悪い
- 無回答

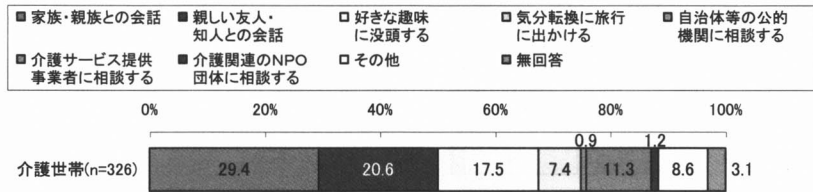
(3) 介護に起因する悩みやストレス (一般Q13)



うつ傾向が強いほど、悩みやストレスが多い。うつ傾向度が高い人程、悩みやストレスをしょっちゅう感じる層の比率が高まる傾向であり、うつ傾向度の強い層では約75%を占める結果となった。

- しょっちゅうある
- 時々ある
- たまにある
- ほとんどない
- 全くない
- 無回答

(4) ストレス緩和に最も役立っていると思う方法 (Q25)



	家族・親族との会話	親しい友人・知人との会話	好きな趣味に没頭する	気分転換に旅行に出かける	自治体等の公的機関に相談する	介護サービス提供事業者に相談する	介護関連のNPO団体に相談する	その他	無回答
介護世帯(n=326)	29.4	20.6	17.5	7.4	0.9	11.3	1.2	8.6	3.1
介護世帯(n=326)	29.4	20.6	17.5	7.4	0.9	11.3	1.2	8.6	3.1
乏しい(n=37)	32.4	10.8	27.0	10.8	5.4	2.7	-	8.1	2.7
軽度(n=91)	36.3	22.0	15.4	7.7	-	13.2	1.1	3.3	1.1
中等度(n=113)	26.5	15.9	17.7	8.0	0.9	15.0	1.8	9.7	4.4
強い(n=85)	24.7	29.4	15.3	4.7	-	8.2	1.2	12.9	3.5

- ストレス緩和法としては、全体では「親しい友人との会話」「家族との会話」「好きな趣味への没頭」が上位を占めていた。
- 項目別に比較すると、「家族・親族との会話」はうつ傾向度が低いほど高まるのに対して、「親しい友人・知人との会話」はうつ傾向度が高まるほど高くなっていった。また、「介護サービス提供事業者」はうつ傾向度中位の層で高い結果となっていた。

そこで、以下において被介護者並びに介護者のうつ傾向の度合いに影響を及ぼす要因を抽出し、その影響度を図る為、数量化Ⅰ類分析を実施した。

Ⅱ 介護者の「うつ傾向度」の多寡に影響を及ぼす要因分析

1 調査目的

介護世帯において、介護者の「うつ傾向度」の多寡に影響を及ぼす要因の抽出とその影響度を算定する。

2 研究方法

(1) 対象と方法

① 調査対象：

65歳以上の要介護度1～5である被介護者を抱える世帯で、主に介護をしている人

② 調査方法

■調査数・サンプル設計（回収数）：

サンプリング：全国26千世帯・86千人の中の該当世帯全数約600世帯
介護世帯（n=326）

■調査方法：FAXによる調査票送付・回収（自記式）

■設問数：34問

■解析手法：数量化I類分析

目的変数：うつ傾向度得点を投入（前述の方法による、各サンプル毎の10項目の合計得点）

説明変数：下表の21項目を網羅的に投入

項目名		カテゴリー名	
	全体		
1	Q2.被介護者の要介護度レベル	C-1	要介護1
		C-2	要介護2
		C-3	要介護3
		C-4	要介護4
		C-5	要介護5
2	Q3.被介護者の性別	C-1	男性
		C-2	女性
3	Q4N.被介護者の年齢区分	C-1	～70代
		C-2	80代
		C-3	90代
4	Q5.被介護者との関係	C-1	配偶者
		C-2	父母
		C-3	その他
5	Q6.要介護1以上認定からの経過	C-1	3年以内
		C-2	5年以内
		C-3	10年以内
		C-4	10年超
6	Q7-2.要介護原因・認知症	C-1	無
		C-2	有

7	Q8-1.訪問系サービス経験	C-1	無
		C-2	有
8	Q8-4.施設サービス経験	C-1	無
		C-2	有
9	Q10.要介護1以上認定からの状況	C-1	在宅介護を基本, サービス利用せず
		C-2	在宅介護を基本, サービス利用する
		C-3	在宅介護・施設介護の両方を利用
		C-4	施設介護を基本, 在宅介護は限定的
10	Q12.被介護者の現在の同居状況	C-1	同居
		C-2	非同居
11	Q14.被介護者に対する今後の方針	C-1	在宅介護を基本, サービス利用せず
		C-2	在宅介護を基本, サービス利用する
		C-3	在宅介護・施設介護の両方を利用
		C-4	施設介護を基本, 在宅介護は限定的
12	Q15.被介護者の月平均現金収入	C-1	5万円未満
		C-2	10万円未満
		C-3	20万円未満
		C-4	20万円以上
13	Q16.被介護者名義の金融資産額	C-1	50万円未満
		C-2	300万円未満
		C-3	1千万円未満
		C-4	1千万円以上
		C-5	分からない
14	Q17.介護に関わる1日の平均時間	C-1	ほとんど終日
		C-2	半日程度
		C-3	3時間程度
		C-4	1時間程度
		C-5	必要な時に手をかす程度
15	Q18-1.被介護者が在宅時にしてること/入浴介助	C-1	無
		C-2	有
16	Q18-16.話し相手	C-1	無
		C-2	有
17	Q20.被介護者に対する介護対応期間	C-1	3年以内
		C-2	5年以内
		C-3	10年以内
		C-4	10年超
18	Q24-1.悩みやストレスの緩和方法/家族・親族との会	C-1	無
		C-2	有
19	Q24-2.親しい友人・知人との会話	C-1	無
		C-2	有
20	Q24-3.好きな趣味に没頭する	C-1	無
		C-2	有
21	Q24-6.介護サービス提供業者に相談する	C-1	無
		C-2	有

(2) 基本統計量

調査回収サンプル総数は、326Sであったが、目的変数と説明変数21アイテム計22項目に欠損値のないサンプルは266Sで、これが本分析の対象サンプルである。

カテゴリー平均値表

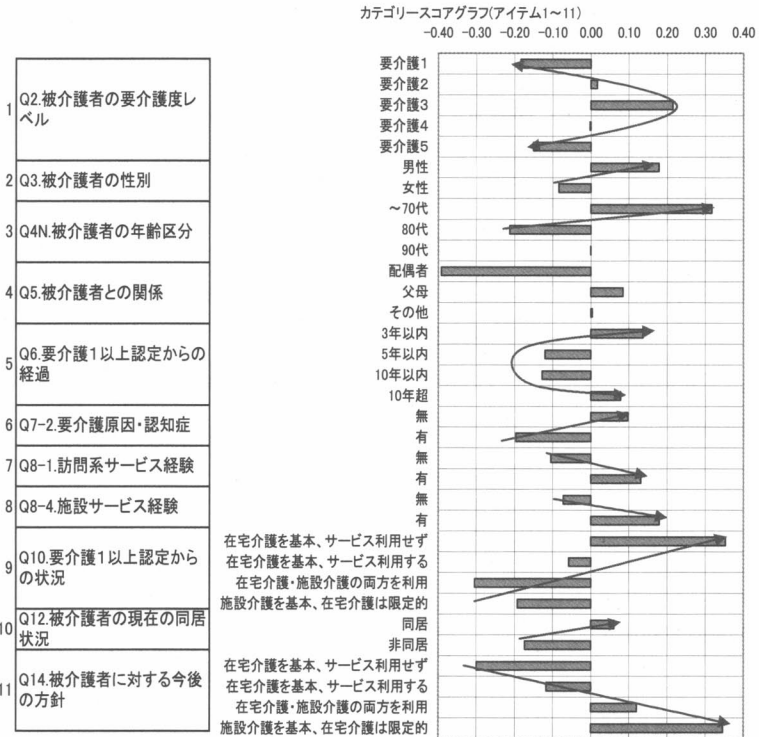
項目名	カテゴリー名		n	合計	平均
全体			266	745	2.80
1 Q2.被介護者の要介護度レベル	C-1	要介護 1	42	106	2.52
	C-2	要介護 2	67	185	2.76
	C-3	要介護 3	62	184	2.97
	C-4	要介護 4	51	145	2.84
	C-5	要介護 5	44	125	2.84
2 Q3.被介護者の性別	C-1	男性	85	247	2.91
	C-2	女性	181	498	2.75
3 Q4N.被介護者の年齢区分	C-1	～70代	86	255	2.97
	C-2	80代	128	346	2.70
	C-3	90代	52	144	2.77
4 Q5.被介護者との関係	C-1	配偶者	42	121	2.88
	C-2	父母	195	543	2.78
	C-3	その他	29	81	2.79
5 Q6.要介護 1 以上認定からの経過	C-1	3年以内	103	287	2.79
	C-2	5年以内	67	182	2.72
	C-3	10年以内	66	191	2.89
	C-4	10年超	30	85	2.83
6 Q7-2.要介護原因・認知症	C-1	無	178	510	2.87
	C-2	有	88	235	2.67
7 Q8-1.訪問系サービス経験	C-1	無	148	401	2.71
	C-2	有	118	344	2.92
8 Q8-4.施設サービス経験	C-1	無	190	528	2.78
	C-2	有	76	217	2.86
9 Q10.要介護 1 以上認定からの状況	C-1	在宅介護を基本、サービス利用せず	63	190	3.02
	C-2	在宅介護を基本、サービス利用する	138	377	2.73
	C-3	在宅介護・施設介護の両方を利用	16	46	2.88
	C-4	施設介護を基本、在宅介護は限定的	49	132	2.69
10 Q12.被介護者の現在の同居状況	C-1	同居	197	557	2.83
	C-2	非同居	69	188	2.72
11 Q14.被介護者に対する今後の方針	C-1	在宅介護を基本、サービス利用せず	31	87	2.81
	C-2	在宅介護を基本、サービス利用する	146	400	2.74
	C-3	在宅介護・施設介護の両方を利用	20	59	2.95
	C-4	施設介護を基本、在宅介護は限定的	69	199	2.88

12	Q15.被介護者の月平均現金収入	C-1	5万円未満	63	182	2.89
		C-2	10万円未満	70	204	2.91
		C-3	20万円未満	85	237	2.79
		C-4	20万円以上	48	122	2.54
13	Q16.被介護者名義の金融資産額	C-1	50万円未満	60	185	3.08
		C-2	300万円未満	63	184	2.92
		C-3	1千万円未満	63	172	2.73
		C-4	1千万円以上	33	80	2.42
		C-5	分からない	47	124	2.64
14	Q17.介護に関わる1日の平均時間	C-1	ほとんど終日	57	172	3.02
		C-2	半日程度	55	168	3.05
		C-3	3時間程度	45	130	2.89
		C-4	1時間程度	23	59	2.57
		C-5	必要な時に手をかす程度	86	216	2.51
15	Q18-1.被介護者が在宅時にしていること/入浴介助	C-1	無	177	490	2.77
		C-2	有	89	255	2.87
16	Q18-16.話し相手	C-1	無	61	185	3.03
		C-2	有	205	560	2.73
17	Q20.被介護者に対する介護対応期間	C-1	3年以内	103	290	2.82
		C-2	5年以内	69	190	2.75
		C-3	10年以内	60	172	2.87
		C-4	10年超	34	93	2.74
18	Q24-1.悩みやストレスの緩和方法/家族・親族との会	C-1	無	111	329	2.96
		C-2	有	155	416	2.68
19	Q24-2.親しい友人・知人との会話	C-1	無	110	302	2.75
		C-2	有	156	443	2.84
20	Q24-3.好きな趣味に没頭する	C-1	無	133	386	2.90
		C-2	有	133	359	2.70
21	Q24-6.介護サービス提供業者に相談する	C-1	無	197	542	2.75
		C-2	有	69	203	2.94

3. 解析結果

(1) カテゴリースコア

説明変数として投入した21アイテムの内、前半の11アイテムについて見て見ると、アイテムやカテゴリーの設定内容にもよるが、「一定の方向を示す」と「二極化（両極化）傾向を示す」ものがある事が分かる。



Q2の「被介護者の要介護度レベル」については、要介護度1が最もうつ傾向が低く、要介護度3が最もうつ傾向が強い結果となっている。これは、要介護度1のレベルではそれほど介護者の負担はなく、また、反対に要介護度5のレベルになると、寝たきりであったり、訪問系、施設系サービスを利用したりする事から介護者自身にかかる負担は軽いが、要介護度3レベルは最も介護者の介助を要する事からストレス度が高く、うつ傾向が強い事が窺われる。

Q3の「被介護者の性別」では、女性より男性の方が、介護者のうつ傾向が明らかに強く、Q4の「被介護者の年齢」は70歳代が最も強い結果となっている。

Q5の「被介護者との関係」については、被介護者が配偶者の場合のうつ

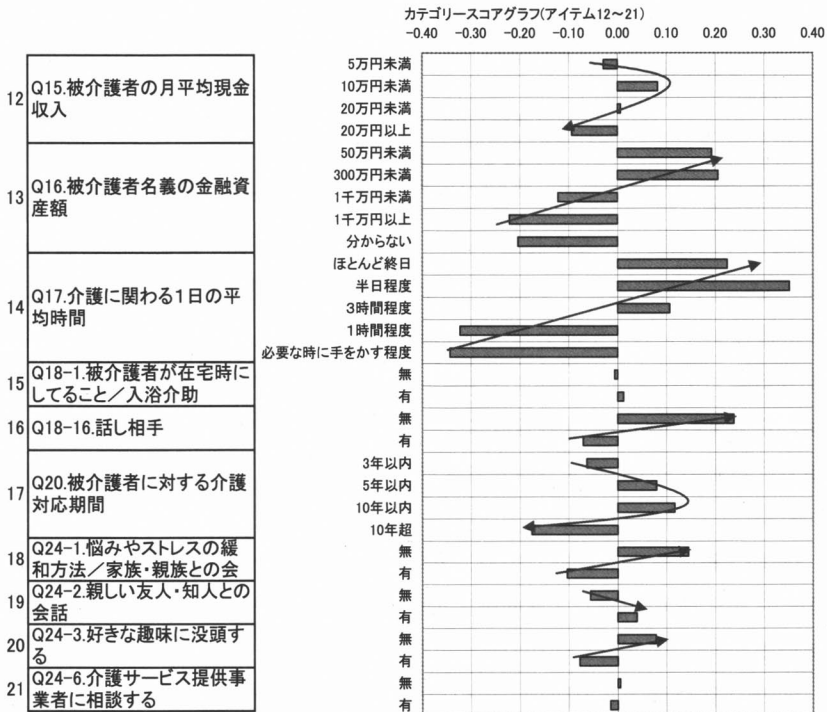
傾向が低いのに対し、父母の場合にうつ傾向が強い事が分かる。この場合の父母は配偶者の父母を想定していると考えられる。

Q6の「要介護要因・認知症」は、被介護者の要介護要因として、認知症では無かった介護者の方がよりうつ傾向が強い事を示している。

それに対して、Q7及びQ8の「訪問系&施設系サービス利用経験」は、利用している介護者の方がうつ傾向が強い事を示している。

後半の10アイテムについても、「一定の方向を示す」と「二極化(両極化)傾向を示す」ものがある事が分かる。

尚、下表の中で特に目立つのが、Q13の「被介護者の金融資産」とQ14の「介護者の介護関与と時間」で前者は資産が少ない事が、後者は関与時間が長い事が、うつ傾向を強める事を示している。



カテゴリースコア表

項目名	カテゴリー名	n	固有ベクトル	カテゴリースコア	平均値	対応
Q2.被介護者の要介護度レベル	C-1 要介護 1	42	-0.0331	-0.1834	2.5238	×
	C-2 要介護 2	67	0.1668	0.0166	2.7612	
	C-3 要介護 3	62	0.3651	0.2148	2.9677	
	C-4 要介護 4	51	0.1480	-0.0022	2.8431	
	C-5 要介護 5	44	0.0000	-0.1503	2.8409	
Q3.被介護者の性別	C-1 男性	85	0.2625	0.1786	2.9059	○
	C-2 女性	181	0.0000	-0.0839	2.7514	
Q4N.被介護者の年齢区分	C-1 ~70代	86	0.3175	0.3169	2.9651	○
	C-2 80代	128	-0.2121	-0.2127	2.7031	
	C-3 90代	52	0.0000	-0.0006	2.7692	
Q5.被介護者との関係	C-1 配偶者	42	-0.3960	-0.3922	2.8810	×
	C-2 父母	195	0.0801	0.0839	2.7846	
	C-3 その他	29	0.0000	0.0038	2.7931	
Q6.要介護 1 以上認定からの経過	C-1 3年以内	103	0.0592	0.1370	2.7864	×
	C-2 5年以内	67	-0.1973	-0.1196	2.7164	
	C-3 10年以内	66	-0.2055	-0.1277	2.8939	
	C-4 10年超	30	0.0000	0.0778	2.8333	
Q7-2.要介護原因・認知症	C-1 無	178	0.2928	0.0969	2.8652	○
	C-2 有	88	0.0000	-0.1959	2.6705	
Q8-1.訪問系サービス経験	C-1 無	148	-0.2362	-0.1048	2.7095	○
	C-2 有	118	0.0000	0.1314	2.9153	
Q8-4.施設サービス経験	C-1 無	190	-0.2514	-0.0718	2.7789	○
	C-2 有	76	0.0000	0.1795	2.8553	
Q10.要介護 1 以上認定からの状況	C-1 在宅介護を基本、サービス利用せず	63	0.5450	0.3531	3.0159	×
	C-2 在宅介護を基本、サービス利用する	138	0.1341	-0.0578	2.7319	
	C-3 在宅介護・施設介護の両方を利用	16	-0.1127	-0.3046	2.8750	
	C-4 施設介護を基本、在宅介護は限定的	49	0.0000	-0.1918	2.6939	
Q12.被介護者の現在の同居状況	C-1 同居	197	0.2337	0.0606	2.8274	○
	C-2 非同居	69	0.0000	-0.1731	2.7246	
Q14.被介護者に対する今後の方針	C-1 在宅介護を基本、サービス利用せず	31	-0.6453	-0.2990	2.8065	×
	C-2 在宅介護を基本、サービス利用する	146	-0.4630	-0.1167	2.7397	
	C-3 在宅介護・施設介護の両方を利用	20	-0.2256	0.1207	2.9500	
	C-4 施設介護を基本、在宅介護は限定的	69	0.0000	0.3463	2.8841	

(2) 目的変数への影響度

目的変数（うつ傾向度）への影響度は、以下の3つの指標で評価する事が可能であるが、レンジ⁵⁾を中心に評価すると、影響度の高い項目は以下の通

5) レンジ：数量化I類において、分析するときによく使われる値の一つである。レンジは次のように求めることができる。レンジ=アイテム内の最大カテゴリースコア-最小カテゴリースコア

りである。

1. 介護関与時間
2. 要介護認定以降の介護状況（在宅～施設）
3. 今後の介護方針（在宅～施設）
4. 被介護者年齢（70代か80代以降か）
5. 被介護者との関係（配偶者かそれ以外か）

項目名	カテゴリー名	n	固有ベクトル	カテゴリースコア	平均値	対応
Q15.被介護者の月平均現金収入	C-1 5万円未満	63	0.0643	-0.0291	2.8889	×
	C-2 10万円未満	70	0.1756	0.0822	2.9143	
	C-3 20万円未満	85	0.1001	0.0067	2.7882	
	C-4 20万円以上	48	0.0000	-0.0934	2.5417	
Q16.被介護者名義の金融資産額	C-1 50万円未満	60	0.3965	0.1929	3.0833	×
	C-2 300万円未満	63	0.4092	0.2056	2.9206	
	C-3 1千万円未満	63	0.0819	-0.1217	2.7302	
	C-4 1千万円以上	33	-0.0173	-0.2209	2.4242	
	C-5 分からない	47	0.0000	-0.2036	2.6383	
Q17.介護に関わる1日の平均時間	C-1 ほとんど終日	57	0.5673	0.2242	3.0175	○
	C-2 半日程度	55	0.6948	0.3517	3.0545	
	C-3 3時間程度	45	0.4499	0.1068	2.8889	
	C-4 1時間程度	23	0.0204	-0.3227	2.5652	
	C-5 必要な時に手をかす程度	86	0.0000	-0.3431	2.5116	
Q18-1.被介護者が在宅時にしていること/入浴介助	C-1 無	177	-0.0185	-0.0062	2.7684	○
	C-2 有	89	0.0000	0.0123	2.8652	
Q18-16.話し相手	C-1 無	61	0.3085	0.2378	3.0328	○
	C-2 有	205	0.0000	-0.0707	2.7317	
Q20.被介護者に対する介護対応期間	C-1 3年以内	103	0.1126	-0.0633	2.8155	×
	C-2 5年以内	69	0.2553	0.0795	2.7536	
	C-3 10年以内	60	0.2926	0.1168	2.8667	
	C-4 10年超	34	0.0000	-0.1758	2.7353	
Q24-1.悩みやストレスの緩和方法/家族・親族との会	C-1 無	111	0.2483	0.1447	2.9640	○
	C-2 有	155	0.0000	-0.1036	2.6839	
Q24-2.親しい友人・知人との会話	C-1 無	110	-0.0955	-0.0560	2.7455	○
	C-2 有	156	0.0000	0.0395	2.8397	
Q24-3.好きな趣味に没頭する	C-1 無	133	0.1563	0.0782	2.9023	○
	C-2 有	133	0.0000	-0.0782	2.6992	
Q24-6.介護サービス提供業者に相談する	C-1 無	197	0.0202	0.0052	2.7513	×
	C-2 有	69	0.0000	-0.0150	2.9420	
	定数項	266	1.7123	2.8008		

レンジ・外的基準と説明要因の相関係数

項目名	レンジ		単相関		偏相関	
Q17.介護に関わる1日の平均時間	0.6948	1位	0.2458	1位	0.3061	1位
Q10.要介護1以上認定からの状況	0.6577	2位	0.1118	7位	0.1859	4位
Q14.被介護者に対する今後の方針	0.6453	3位	0.0582	13位	0.1659	5位
Q4N.被介護者の年齢区分	0.5295	4位	0.1197	5位	0.2527	2位
Q5.被介護者との関係	0.4761	5位	-0.0361	20位	0.1591	7位
Q16.被介護者名義の金融資産額	0.4265	6位	0.2009	2位	0.2114	3位
Q2.被介護者の要介護度レベル	0.3982	7位	0.1120	6位	0.1630	6位
Q18-16.話し相手	0.3085	8位	0.1315	4位	0.1509	8位
Q7-2.認知症	0.2928	9位	0.0952	11位	0.1488	9位
Q20.被介護者に対する介護対応期間	0.2926	10位	0.0193	18位	0.1026	14位
Q6.要介護1以上認定からの経過	0.2647	11位	-0.0074	19位	0.1244	12位
Q3.被介護者の性別	0.2625	12位	0.0748	12位	0.1233	13位
Q8-4.施設サービス	0.2514	13位	0.0358	17位	0.1002	15位
Q24-1.悩みやストレスの緩和方法/家族・親族との会話	0.2483	14位	0.1435	3位	0.1409	10位
Q8-1.要介護認定以降受けたサービス/訪問系サービス	0.2362	15位	0.1062	9位	0.1326	11位
Q12.被介護者の現在の同居状況	0.2337	16位	0.0468	16位	0.0864	17位
Q15.被介護者の月平均現金収入	0.1756	17位	0.1076	8位	0.0690	18位
Q24-3.好きな趣味に没頭する	0.1563	18位	0.1055	10位	0.0889	16位
Q24-2.親しい友人・知人との会話	0.0955	19位	0.0482	14位	0.0559	19位
Q24-6.介護サービス提供事業者に相談する	0.0202	20位	-0.0869	21位	0.0099	21位
Q18-1.被介護者が在宅時にしてること/入浴介助	0.0185	21位	0.0475	15位	0.0100	20位

重相関係数は0.5点台、決定係数は0.3弱であり、モデルの精度としては必ずしも良くはない結果であった。

分析制度

分散分析表

決定係数	0.2901		平方和	自由度	不偏分散	分散比	P値	判定
自由度修正済み決定係数	0.2290	全体	246.4398	265				
重相関係数	0.5386	回帰	71.49137	21	3.404351	4.748036	5.86E-10	***
自由度修正済み重相関係数	0.4785	残差	174.9485	244	0.717002			

4. 考察

数量化Ⅰ類分析の使用により、目的変数（うつ傾向度）に対するカテゴリールレベルでの影響度を抽出した結果、

1. 介護関与時間
2. 要介護認定以降の介護状況（在宅～施設）
3. 今後の介護方針（在宅～施設）
4. 被介護者年齢（70代か80代以降か）

5. 被介護者との関係（配偶者かそれ以外か）
に強い影響度がある事が分かった。

Ⅲ 結論

介護世帯に対するうつ傾向と介護の現状における調査分析の結果からは、介護者のうつ傾向度は、介護者自身の属性等よりも、被介護者の属性、介護の内容・状況が影響を及ぼしている事が明らかとなった。

中でも特に、顕著に影響を及ぼす要因としては、以下のものが挙げられる。

①被介護者の属性

被介護者の年代が70代、要介護度が高く、介護期間4年超がうつ傾向を強める要因となっている。

②介護実態

介護対応期間4年超で、一日の介護関与時間半日以上の場合、うつ傾向を強める要因となっている。

前項の朝日新聞データベース調査分析から得られた、介護期間が「1～5年」でうつ状態をまねき、自殺や心中事件が発生するという結果と同様であり、やはり、介護年数が長期になる程、また、介護関与時間が長くなる程、介護者のうつ傾向が強くなるという結果が得られた。

③介護方針

過去においては、在宅介護を基本としている場合、うつ傾向を強める要因となっている。従って、今後においては、うつ傾向が強い層は、うつ傾向が乏しい層以上に施設介護の意向が強い傾向がある。

④ストレスの解消

うつの前兆とも位置づけられるストレスに関しては、ストレスを感じる頻度とうつ傾向の強弱には強い関係性がある事が明らかとなった。

介護によるストレス緩和のための相談先としては、全体では「親しい友人との会話」「家族との会話」「好きな趣味への没頭」が上位に挙げられ、自治体・NPOはほぼ機能していないという結果であった。

うつ傾向の強弱との関係では、「好きな趣味への没頭」において、比較的大きな差が見られた。

うつ傾向が強い層では友人・親族との会話が主体となるのに対し、うつ傾向の乏しい層では趣味への没頭や旅行など、能動的な事が行われている。

これに関してもまた、朝日新聞データベース調査分析の結果から得られた知見同様であり、うつ状態に陥らないためには、介護が始まったらすぐ他者や外部との関わりを図ることが大切であり、介護が長引いた場合、外部からの介護者への介入が必要となる。

介護者の「うつ傾向度」の多寡に影響を及ぼす要因とその影響度の結果からは、うつ化を防止するためには、以下の項目に対する対策が必要であると考えられる。

- 1) 介護者の介護関与時間は一日3時間未満にする。
- 2) 在宅介護に固執せず、適宜施設介護を利用する事がうつ防止には大切である。
- 3) 配偶者以外の介護には家族や施設を利用した、より強力な支援が必要である。
- 4) 貯蓄が300万円未満の人には（リバースモーゲージ等）資金支援策が必要である。

分析の結果、被介護者のADL⁶⁾判定中心の介護保険制度では、介護者側の負担のごく一部しか反映されず、結果としてストレスを引起す可能性が大きい事が分かった。

この事はつまり、被介護者に介護保険制度が適用されるように、介護者に対しても何らかの対策が必要という事が示唆された。

老老介護に代表されるように、1人きりの介護、地域との関わりの不足による孤立、介護サービス等の情報不足、経済的困窮など、介護者の心身における負担は想像以上に重い。高齢者介護を背景とした悲劇的な事件も後を絶たない。

家族だけの問題ではなく社会の課題として、専門職、地域住民、自治体等の力を統合させ、被介護者や介護者に信頼されるケアマネジメントシステムを構築し、いかに介護の初期段階から介入し、支援システムにつなげるかが重要となる。

【参考文献】

- 一柳歩美, 本田純久「家族介護者の基本属性及び介護負担感と抑うつとの関連」, 日本看護学会論文集: 老年看護, 38号, 2008年, Page187-189
- 上平悦子, 佐伯恵子, 木村洋子, 加賀洋子「妻を介護する夫の希死念慮と介護生活における思いの特徴」, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 5巻, 2009年, Page30-36
- 大浦麻絵, 鷲尾昌一, 桑原裕一, 橋本恵理, 荒井由美子, 森満「介護保険導入前後における福岡県K地区における要介護高齢者を介護する家族の抑うつ」, 札幌医学雑誌 74(1/2), 2005年Page 5-8,
- 大浦麻絵, 鷲尾昌一, 和泉比佐子, 森満「介護保険制度導入4年目における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感」, 日本老年医学会雑誌42巻4号, 2005年, Page411-416
- 小澤芳子「家族介護者の抑うつに関する研究」, 高齢者のケアと行動科学, 13巻1号,

6) ADL: (Activities of Daily Living) 日常生活を送るのに最低限必要な、日常的な動作のこと。高齢者や障害者の身体能力や障害の程度をはかる重要な指標で、介護保険制度では、これらの動作を『できる・できない』で一つ一つ調査し、その結果で必要な介護レベルを決める。例としては、寝起きや移動、トイレや入浴、食事、着替えなど。

- 2007.10, Page23-31
- 判田正典「高齢者の心身医療 高齢者のウェルネスをサポートする心身医療を考える 高齢者介護における介護者のストレスとうつ」, 心身医学, 50巻3号, 2010年Page195-200
- 平松誠, 近藤克則, 梅原健一, 久世淳子, 樋口京子「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究 (第1報) 基本属性と介入困難な因子の検討」, 厚生指標53巻11号, 2006年, Page19-24
- 平松誠, 近藤克則, 梅原健一, 久世淳子, 樋口京子「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究 (第2報) マッチドペア法による介入可能な因子の探索」, 厚生指標, 53巻13号, 2006年, Page8-13
- 町田いづみ, 保坂隆「高齢化社会における介護者の現状と問題点 うつ病及び自殺リスクに関して」, 最新精神医学, 11巻3号, 2006年, Page261-270
- 町田いづみ, 保坂隆「高齢化社会における在宅介護者の現状 - 精神症状を中心に -」, 緩和医療学, 8(3), 2006年, Page279-286
- 森千佐子「在宅介護における主介護者の生活習慣と精神的健康に関する研究」, 日本在宅ケア学会誌, 10巻2号, 2007年, Page51-58
- 厚生労働省「平成22年度 介護保険事業状況報告」(2010)
- 厚生労働省「介護保険事業状況報告」(2008)
- 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2010)
- 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2007)
- 警察庁生活安全局生活安全企画課「平成21年中における自殺の概要資料」(2010)
- 総務省「人口推計」(2008)
- Abe,K., Kashiwagi,T., Tsunito,S. : Coping strategies and its effects on depression among caregivers of impaired elders in japan. *Aging & Mental Health*. 7(3): 207-211 (2003)
- Dibartolo MC, Soeken KL: Appraisal, coping, hardiness, and self-perceives health in community-dwelling spouse caregivers of persons with dementia. (2003)
- Gottlieb B.H, Rooney JA: Coping effectiveness: determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*. 8(4): 364-373 (2004)
- Haley W.E, Roth DL, Coletan,MI, et al.:Appraisal coping and social support as medeiators of well-beingu in Black and White family caregivers of patients with Alzheimer's diseans. *journal of Consulting and Clinical Psychology*.64 (1): 121-129 (1996)
- Kramer B.J:Differetial predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*. 37(2): 239-249 (1997)
- Morano C.L: Appraisal and coping : Moderators or Mediators of stress in Alzheimer's disease caregivers? *Social Work Research*. 27(2) (2003)
- Powers D.V, Gallagher-Thompson, D Kraemer H: Coping depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. *Journal of Gerontology*. 57B(3): 205-211 (2002)
- Shaw W.S, Patterson TL,Semple SJ,et al.:A cross-cultural validation of coping strategies and their associations with caregiving distress. *The Gerontologist*. 37(4): 490-504(1997)
- Williamson G.M, Schschulz R: Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*.33(6): 747-755 (1993)