高齢者夫婦世帯で在宅療養している要介護高齢者の介護者の精神的健康状態の良好群と低群における介護状況の比較

高橋和子[1)]、小林淳子[2)]

キーワード：高齢者、高齢者夫婦世帯、介護者、精神的健康

要　旨：日本の地方都市部において高齢者夫婦世帯で在宅療養している要介護高齢者を介護する配偶者の精神的健康状態を把握し、精神的健康の良好群と低群の介護者の介護状況等を比較することで、高齢者夫婦世帯における介護者支援の方向性を検討する。

方法は、承諾の得られた対象者の自宅に研究者が訪問し、調査票を用いた面接調査を行った。分析は、GHQ（General Health Questionnaire）を用いて対象者の精神的健康状態を把握し、GHQ の cut-off point を2・3点として、2点以下を精神的健康状態の良好群、3点以上を低群に分類し、t 検定と χ^2 検定、Fisher の直接法を用いて各変数の比較を行った。

その結果、精神的健康状態の良好群と低群では、介護負担感、家族機能、病気時の介護代替者の有無、最近の体調、介護者の疾患の有無、要介護高齢者の痴呆度で2群の差が認められた。精神的健康状態の低群では、介護者の健康維持に向けた援助と介護支援者を確保に向けた支援が重要であることが示唆された。

Caring situations for elderly Japanese, who are caring for a spouse at home, as determined by a comparison of high and low mental health groups

Kazuko Takahashi[1)], Atsuko Kobayashi[2)]

Key word: elderly, elderly married couple, caregiver, mental health

Abstract: The purpose of this study was to compare the caring situations of elderly Japanese caregivers through a comparison of groups rated as high or low in mental health, and then to use this information to improve the provision of care for the elderly in families consisting of an elderly couple living alone. With the collaboration of the home visit nursing care facilities, researchers visited the homes of consenting caregivers and interviewed subjects using a questionnaire. The analysis rated the caregiver's state of mental health by first using the General Health Questionnaire (GHQ). Then, the high and low groups were determined by including scores of 2 points in the high mental health group and 3 points or more in the low group. For statistical analysis, t test, χ^2 test, and Fisher's exact test were used.

The study results indicated that the high and low mental health groups were different in terms of care burden, family function, caring substitution caregiver's sick presence, nursing load feeling, family function, nursing substitution during caregiver's incapacitation, recent physical condition, presence of diseases in the caregiver and dementia's level of elderly people. It was concluded that the support and maintenance provided by home care nursing facilities for the low mental health group was important in terms of the categories studied.

1）宮城大学看護学部　Miyagi University School of Nursing
2）山形大学医学部看護学科　Department of Nursing, Yamagata University School of Medicine

Ⅰ．はじめに

近年における我が国の世帯数は、核家族世帯の増加と三世代世帯の減少を特徴として、その傾向は年々顕著となってきている[1]。中でも、65歳以上の高齢者を含む世帯は、平成15年には1727万3千世帯を数え、3世帯に1世帯は高齢者のいる世帯となった[1]。高齢者世帯の増加に伴い、在宅療養する高齢者も徐々に増加してきている。要介護高齢者のいる世帯における夫婦のみ世帯の占める割合は、平成7年度は16.9%であった[2]が、平成13年度は18.3%となり[3]、今後も増加が見込まれる。

高齢者夫婦世帯での在宅療養者の増加は、要介護高齢者の健康のみならず、介護者自身の健康への影響も危惧され、共倒れとならないよう周囲の支援が不可欠であると考える。これまでの在宅療養における家族介護者を対象とした研究では、介護をしていない者より介護者の方が、身体的にも、精神的にも低い健康状態であったと報告されている[4)5)]。ことに、介護負担感やストレスの実態と合わせて精神的健康状態の低さを指摘する報告は多く[6)~8)]、介護者の精神的支援の必要性は高い。しかし、これまでの報告では、世帯構成が特定されておらず、介護者の最も身近な精神的支援者と考えられる同居家族の有無については言及されていない。高齢者夫婦世帯では、介護者は要介護高齢者である配偶者との二人きりの生活の中で、必要な時に必要な支援が受けられず、様々な要因の影響により、精神的健康状態が低下している者も多いのではないかと考えられるが、その実態については明らかになっていない。

そのため本研究では、高齢者夫婦世帯で在宅療養している要介護高齢者を介護する配偶者の精神的健康状態を把握し、精神的健康の良好群と低群の介護者の介護状況等を比較することで精神的健康状態の低下と関連する要因を検討し、高齢者夫婦世帯における介護者支援の方向性を考察することを目的とする。

Ⅱ．用語の操作的定義

「高齢者夫婦世帯」は「要介護高齢者と配偶者のいずれかが65歳以上の夫婦で形成された世帯」と定義した。

Ⅲ．方　法

1．対　象

対象は、東北地方のＭ県およびＹ県で、夫婦世帯において要介護高齢者を介護している配偶者である。対象者への調査協力依頼は、Ｍ県およびＹ県の16ヵ所の訪問看護ステーションの協力を得て109人に行った。調査の趣旨説明と調査依頼書および承諾書の配布を訪問看護師に依頼し、承諾書は郵送法にて回収した。承諾の得られた対象者は57人で有効回答の得られなかった4人を除く53人を本研究の分析対象とした。

2．調査方法

調査期間は2002年5月25日から9月28日までであった。調査協力の承諾を得られた対象者の自宅へ研究者が訪問し、質問紙を用いた聞き取り面接調査を行なった。

3．調査内容

1）要介護高齢者と介護者の属性

要介護高齢者の属性に関しては、性別、年齢、主な疾患、介護保険での要介護度、痴呆度、ADLを把握した。痴呆度は、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準[9]（以下、痴呆度）を用い、研究者が介護者から状況を聞いて判定した。身体機能の低下により意思疎通が困難で痴呆度の判定が難しかったものは「判定困難」とした。また、分析の際は、日常生活自立度判定基準を参考に、非該当を「痴呆なし」、レベルⅠ・Ⅱを「おおよそ自立」、レベルⅢ・Ⅳ・Ｍを「要介助」の3段階とした。ADLについては、Barthel index[10]にて把握した。

介護者については、性別、年齢、疾患の有無、最近の体調、就労や地域の役割の有無、経済状況、家族構成を把握した。

2）介護に関わる状況

介護状況は、介護期間と介護者が主観的に捉えた一日の介護時間、外出時や介護者が病気になった時のフォーマルサポート以外の介護代替者の有無を把握した。

介護継続意思は、斉藤ら[11]の尺度を参考に5段階で測定し、「続けたい」を積極的、「まあ続けたい」、「仕方ないから続ける」、「できること

なら続けたくない」、「続けたくない」を消極的とした。

介護負担感は、中谷ら[12]が作成した介護負担感尺度を用いた。この尺度は12項目で作成されたが、そのうちの2項目は介護の継続意思を測定している可能性が指摘されている[12]。本研究では、介護継続意思に関わる2項目を除く、10項目で測定することとした。主成分分析の結果、「世話は、たいした重荷ではない」、「世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る」、「(要介護高齢者）のことで近所に気がねしている」、「もう少し代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしいと思う」の4項目は、負荷量が2成分にまたがり、介護負担感を測定する項目としての妥当性が低いと考え、除外した。本研究では尺度開発者の了解を得て除外した4項目以外の6項目を介護負担感尺度として用いた。回答は4つの選択肢からなり、負担感が低い方から高い方へ1-2-3-4点が配点される。6項目でのCronbachのα係数は0.8であった。

また、介護者の精神的健康に影響を及ぼすと考えられる要介護高齢者との関係性については、Norton[13]の夫婦関係満足度尺度を諸井[14]が翻訳したものを用いて把握した。本尺度は夫婦関係の安定さや絆の強さなどを問う6項目から構成され、回答は4選択肢のLikert尺度で、満足度が高いほど得点が高い。本研究でのCronbachのα係数は0.9であった。

ソーシャルサポートの状況については、家族や親戚、友人などから得られるインフォーマルサポートを、Smilkstein ら[15]が作成したAPGAR尺度の岡本ら[16]の翻訳版で把握した(表1)。APGAR尺度は、Adaptation「適応」、Partnership「協力関係」、Growth「成長」、Affection「愛情」、Resolve「解決」に関する家族や友人などの社会的機能を測定する尺度であるが、サポートの適切さを対象者の満足度で評価すると述べられている[15][16]。この尺度の回答は3つの選択肢からなり、満足しているほど得点が高く配点される。本研究では、「家族」、「親戚」、「友人」について質問した。各尺度のCronbachのα係数は、いずれも0.8以上であった。

表1．家族 APGAR

質問項目
1.私が何か困ったとき，援助が求めることのできる家族がいることに満足している
2.私は家族がものごとについて私と話したり，問題を私と共有し合うやり方に満足している
3.私は自分が新しい活動を始めたり，新しい方向を目指したいと望む時に，家族がその希望を受け入れ支持してくれることに満足している
4.私は家族が愛情を示し，私の怒り，悲しみ，愛などの感情に応えてくれることに満足している
5.私は，家族と自分が時間を共にできることに満足している

出典：岡本祐三監訳(1998)：高齢者機能評価ハンドブック(第1版)，140-142，医学書院，東京．開発者，岡本氏，医学書院の許可を得て使用
注）親戚，友人・知人についての把握は「家族」の部分を入れ替えて使用

フォーマルサポートは、介護保険や医師の往診などの公的機関によるサービスの利用の有無を把握した。

3）介護者の精神的健康

精神的健康は、Goldbergが開発し、中川ら[17]が日本語版を作成したGHQ精神健康調査票（以下、GHQ）の12項目の短縮版を用いた。本尺度は1つの設問に対し、4つの回答が選択肢として与えられる。GHQの採点法には、回答ごとに段階的に配点をするLikert法とGoldbergが開発したGHQ法がある。GHQ法は4つの選択肢の内、精神的健康度が高いことを示す2つの回答にそれぞれ0点、低いことを示す2つの回答にそれぞれ1点を配点し、得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。本研究ではGoldbergの方法に基づきGHQ法を採用した。12項目版GHQは12点満点で、本尺度のCronbachのα係数は0.9であった。

4．分析方法

データの集計および分析はSPSS12.0J for Windowsを用い、基本統計量を算出した。12項目版GHQの精神的健康度スクリーニング尺度としての有効性は、cut-off pointを2点と3点の間に設定した時に最も高いと福西[18]は述べている。そのため本研究においても、2/3点をcut-off pointとして精神的健康度を分類し、2点以下を精神的健康状態の良好群、3点以上を低群とした上で、t検定、χ^2検定、Fisherの直接法を用いて各変数の比較を行った。

5．倫理的配慮

調査への協力は、調査に承諾した対象者自身が

研究者に氏名、連絡先などを郵送にて明らかにする方法とした。調査に承諾した対象者に概要説明と調査協力を確認し、訪問調査の了承を得た。面接調査では、再度、調査の概要説明と調査協力の意思の確認を行い、プライバシーの保護と答えたくない質問は回答しなくて良いことを説明した。

Ⅳ. 結　果

1．要介護高齢者と介護者の属性

要介護高齢者の平均年齢は76.5±6.8歳で、男性35人、女性18人であった。主な疾患は、脳血管疾患の割合が最も高く54.7%で、要介護度5のものが47.2%を占めていた。ADLを測定したBarthel index（100点満点）の平均値は37.6±31.0点で全体的に得点が低く、ADL上の介助を要する者が多かった。しかし、痴呆度に関しては、「なし」に分類された者が最も多く35.8%で、全体的に痴呆や意識障害による意思疎通の困難な要介護高齢者は少なかった（表2）。

表2．要介護高齢者の属性

N=53

項目			平均値±SD
要介護高齢者	年齢(歳)		76.5±6.8
	Barthel index		37.6±31.0
			人数(%)
	主な疾患	脳血管疾患	29（54.7）
		パーキンソン氏病	8（15.1）
		糖尿病	3（5.7）
		心臓病	2（3.8）
		骨折	2（3.8）
		その他	9（17.0）
	要介護度[注1]	認定なし	2（3.8）
		要介護1	7（13.2）
		要介護2	5（9.4）
		要介護3	7（13.2）
		要介護4	7（13.2）
		要介護5	25（47.2）
	痴呆度[注2]	なし	19（35.8）
		Ⅰ	8（15.1）
		Ⅱ	15（28.3）
		Ⅲ	4（7.5）
		Ⅳ	2（3.8）
		M	0（0.0）
		判定困難	5（9.4）

注1)要介護度：介護保険の要介護認定結果を介護者から確認して記載
注2)痴呆度：痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(厚生省監修)

介護者の平均年齢は73.9±6.8歳で、男性18人（34.0%）、女性35人（66.0%）であった。加療中の疾患を有している者は71.7%であったが、最近の体調を「健康である」と答えた者も73.6%と割合が高かった。社会的役割については、就労、地域の役割ともに「あり」の者は少なかった。経済状況については「普通」と答えた者が71.7%で、家族構成については、結婚している息子や娘がいる者が88.7%と最も割合が高かった（表3）。

表3．介護者の属性

N=53

項目			平均値±SD
介護者	年齢(歳)		73.9±6.8
			人数(%)
	性別	男	18（34.0）
		女	35（66.0）
	疾患の有無	あり	38（71.7）
		なし	15（28.3）
	最近の体調	健康	39（73.6）
		体調が良くない	14（26.4）
	就労	あり	5（9.4）
		なし	48（90.6）
	地域の役割	あり	9（17.0）
		なし	44（83.0）
	経済状況	苦しい	8（15.1）
		普通	38（71.7）
		ややゆとりがある	7（13.2）
	家族構成	子供なし	2（3.8）
		息子または娘のみ	4（7.6）
		息子または(及び)娘家族	47（88.7）

2．介護に関わる状況

介護状況については、介護期間は61.2±57.1ヶ月で、1日の介護時間は600.0±419.5分であった。表には示さなかったが、半数以上の者が介護期間は3年以上、1日の介護時間は8時間以上であると答えていた。

フォーマルサポート以外の介護代替者については、介護者の外出時、病気時ともに「いない」と答えた割合が高く、病気時では、約8割が介護を代わってくれる人がいないと考えていた。

介護者の状況については、介護の継続意思は、79.2%の者が積極的に続けたいと考えていた。介護負担感は24点満点中15.5±5.1点で、夫婦関係満足度は24点満点中20.5±3.8点であった。社会的機能によりインフォーマルサポートを把握したAPGAR尺度については、家族APGAR得点が最も高く6.5±3.3点で、次いで友人APGAR得点が高かった（表4）。

フォーマルサポートの利用状況に関しては、訪問看護に次いで、訪問介護（66.0%）、福祉用具貸与（50.9%）、医師の往診（49.1%）の順で利用割合が高かった（図1）。

3．介護者の精神的健康状態

GHQによる精神的健康状態の把握の結果、範囲は0-12点で、最も精神的健康状態が良好な0点

表4．介護に関わる状況

N=53

項目		
介護状況		平均値±SD
介護期間(月)		61.2±57.1
介護時間(分)[注1]		600.0±419.5
		人数(%)
外出時の介護代替者の有無	いる	17 (32.1)
	いない	36 (67.9)
病気時の介護代替者の有無	いる	10 (18.9)
	いない	43 (81.1)
介護者の状況		平均値±SD
介護負担感		15.5±5.1
夫婦関係満足度		20.5±3.8
社会的機能		
家族APGAR		6.5±3.3
親戚APGAR		4.3±3.9
友人APGAR		4.8±3.6
今後の介護の継続意思		人数(%)
積極的		42 (79.2)
消極的		11 (20.8)

注1)介護時間は，介護者が主観的に捉えた時間を記載
得点範囲：介護負担感　1-24点，夫婦関係満足度　1-24点，APGAR　0-10点

図1．フォーマルサポートの利用状況

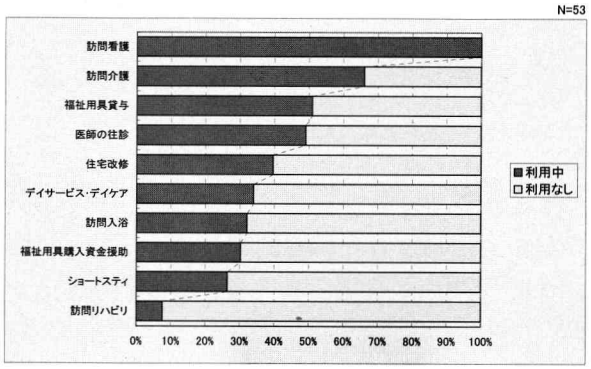
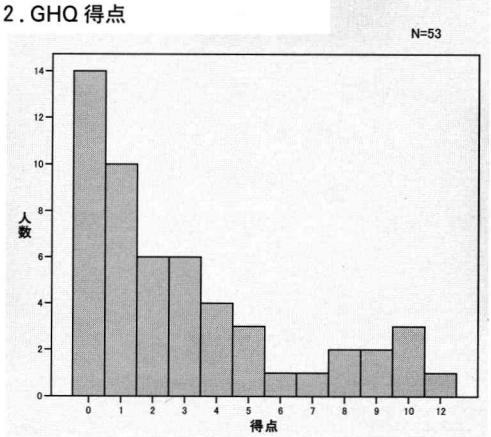


図2．GHQ得点



が高い割合を占めており、全体の平均得点は3.0±3.3点であった（図2）。cut-off point を2/3点として2点以下を精神的健康状態の良好群、3点以上を低群に分類した結果、良好群は30人（57.0%）、低群は23人（43.0%）であった。

4．精神的健康状態良好群と低群の比較

精神的健康状態良好群、低群における各変数の比較では、属性については、要介護高齢者の痴呆の程度で差があり、介護者の精神的健康が低い方では、要介護高齢者の痴呆度が高い者が多かった。介護者では、「疾患の有無」（$p<0.01$）と「最近の体調」（$p<0.001$）で2群間に差が認められ、低群の方が疾患を有する割合と体調が良くないと答えた割合が高かった（表5）。

表5．精神的健康状態良好群と低群における属性の比較

N=53

項目	良好群(n=30)	低群(n=23)	検定結果
要介護者の要因			
	平均値±SD	平均値±SD	
年齢	76.0±7.0	77.1±6.6	n.s.
Barthel index	31.5±30.3	45.4±30.7	n.s.
性別	人(%)	人(%)	
男	18 (60.0)	17 (73.9)	n.s.
女	12 (40.0)	6 (26.1)	
痴呆の程度[注1]	n=25	n=23	
なし	12 (48.0)	7 (30.4)	
Ⅰ・Ⅱ	13 (52.0)	10 (43.5)	*
Ⅲ・Ⅳ・M	0 (0.0)	6 (26.1)	
介護者の要因			
	平均値±SD	平均値±SD	
年齢	73.9±7.2	73.9±6.4	n.s.
性別	人(%)	人(%)	
男	12 (40.0)	6 (26.1)	n.s.
女	18 (60.0)	17 (73.9)	
疾患の有無			
あり	17 (56.7)	21 (91.3)	**
なし	13 (43.3)	2 (8.7)	
最近の体調			
健康	28 (93.3)	11 (47.8)	***
体調が良くない	2 (6.7)	12 (52.2)	
就労			
あり	3 (10.0)	2 (8.7)	n.s.
なし	27 (90.0)	21 (91.3)	
地域の役割			
あり	5 (16.7)	4 (17.4)	n.s.
なし	25 (83.3)	19 (82.6)	
経済状況			
苦しい	2 (6.7)	6 (26.1)	
普通	24 (80.0)	14 (60.9)	n.s.
ややゆとりがある	4 (13.3)	3 (13.0)	
家族構成			
子供なし	1 (3.3)	1 (4.3)	
未婚の息子または娘のみ	3 (10.0)	1 (40.3)	n.s.
息子または(及び)娘家族	26 (86.7)	21 (91.3)	

注1)痴呆判定困難者を除き、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を参考に
なし、おおよそ自立(Ⅰ・Ⅱ)、要介助(Ⅲ・Ⅳ・M)の3段階に分類して分析した.
t-test, Fisherの直接法, $\chi 2$検定：*$p<0.05$, **$p<0.01$, ***$p<0.001$

介護に関わる状況に関しては、外出時の介護代替者の有無では差は認められなかったものの、介護者が病気時の介護代替者の有無で差があり（$p<0.05$）、低群で代替者がいないと答えた割合が高かった。また、介護負担感に関しても低群で平均値が有意に高く（$p<0.001$）、負担感が高い者が多かった。社会的機能に関しては、家族APGAR得点で2群間の差が認められ（$p<0.05$）、

表6．精神的健康状態良好群と低群における介護に関わる状況の比較

N=53

項目	良好群(n=30)	低群(n=23)	検定結果
介護状況	平均値±SD	平均値±SD	
介護期間(月)	58.2±49.8	65.1±66.4	n.s.
介護時間(分)	566.0±395.7	644.4±453.9	n.s.
外出時の介護代替者の有無	人(%)	人(%)	
いる	11 (36.7)	6 (26.1)	n.s.
いない	19 (63.3)	17 (73.9)	
病気時の介護代替者の有無			
いる	9 (30.0)	1 (4.3)	*
いない	21 (70.0)	22 (95.7)	
今後の介護の継続意思			
積極的	24 (80.0)	18 (78.3)	n.s.
消極的	6 (20.0)	5 (21.7)	
介護者の状況	平均値±SD	平均値±SD	
介護負担感	13.1±4.0	18.6±4.8	***
夫婦関係満足度	20.9±4.1	20.0±3.5	
社会的機能			
家族APGAR	7.5±2.9	5.3±3.4	*
親戚APGAR	4.8±3.7	3.7±4.2	n.s.
友人APGAR	5.1±3.6	4.4±3.5	n.s.

t-test: *p<0.05, ***p<0.001, Fisherの直接法: *p<0.05

表7．精神的健康状態良好群と低群における社会サービス利用状況の比較

N=53

項目	良好群(n=30)	低群(n=23)	検定結果
社会サービス利用状況			
訪問看護			
利用中	30 (100.0)	23 (100.0)	n.s.
利用なし	0 (0.0)	0 (0.0)	
訪問介護			
利用中	20 (66.7)	15 (65.2)	n.s.
利用なし	10 (33.3)	8 (34.8)	
福祉用具貸与			
利用中	15 (50.0)	12 (52.2)	n.s.
利用なし	15 (50.0)	11 (47.8)	
医師の往診			
利用中	18 (60.0)	8 (34.8)	n.s.
利用なし	12 (40.0)	15 (65.2)	
住宅改修			
利用中	10 (33.3)	11 (47.8)	n.s.
利用なし	20 (66.7)	12 (52.2)	
デイサービス・デイケア			
利用中	7 (23.3)	11 (47.8)	n.s.
利用なし	23 (76.7)	12 (52.2)	
訪問入浴			
利用中	12 (40.0)	5 (21.7)	n.s.
利用なし	18 (60.0)	18 (78.3)	
福祉用具購入資金援助			
利用中	8 (26.7)	8 (34.8)	n.s.
利用なし	22 (73.3)	15 (65.2)	
ショートステイ			
利用中	8 (26.7)	6 (26.1)	n.s.
利用なし	22 (73.3)	17 (73.9)	
訪問リハビリ			
利用中	2 (6.7)	2 (8.7)	n.s.
利用なし	28 (93.3)	21 (91.3)	

低群で家族の関わりに対する満足度が低いことを示していた（表6）。

社会サービスに関しては、特に良好群と低群での差は認められなかった（表7）。

精神的健康状態を把握したGHQ-12の各項目ごとの2群の比較では、低群の方が「よく眠れない」、「ストレスを感じた」、「日常生活を楽しく送れない」、「気が重くて憂うつ」、「自信を失った」といった否定的な回答の割合が高く、他の項目よりも顕著な差が認められた（表8）。

表8．精神的健康状態良好群と低群のGHQ－12各項目ごとの得点の比較

N=53

項目		良好群(n=30)	低群(n=23)	p値
		人(%)	人(%)	
(1) 何かをする時いつもより集中してできましたか？	肯定的回答	29 (96.7)	14 (60.9)	0.001 **
	否定的回答	1 (3.3)	9 (39.1)	
(2) 心配事があって，よく眠れないようなことはありましたか？	肯定的回答	27 (90.0)	7 (30.4)	0.000 ***
	否定的回答	3 (10.0)	16 (69.6)	
(3) いつもより自分のしていることに生きがいを感じることがありましたか？	肯定的回答	28 (93.3)	12 (52.2)	0.001 **
	否定的回答	2 (6.7)	11 (47.8)	
(4) いつもより容易に物ごとを決めることができましたか？	肯定的回答	29 (96.7)	18 (78.3)	0.074
	否定的回答	1 (3.3)	5 (9.4)	
(5) いつもよりストレスを感じたことがありましたか？	肯定的回答	28 (93.3)	4 (17.4)	0.000 ***
	否定的回答	2 (6.7)	19 (82.6)	
(6) 問題を解決できなくて困ったことがありましたか？	肯定的回答	28 (93.3)	13 (56.5)	0.002 **
	否定的回答	1 (6.7)	10 (43.5)	
(7) いつもより日常生活を楽しく送ることができましたか？	肯定的回答	30 (100.0)	12 (52.2)	0.000 ***
	否定的回答	0 (0.0)	11 (47.8)	
(8) いつもより問題があった時に積極的に解決しようとすることができましたか？	肯定的回答	30 (100.0)	17 (73.9)	0.004 **
	否定的回答	0 (0.0)	6 (26.1)	
(9) いつもより気が重くて，憂うつになることはありましたか？	肯定的回答	30 (100.0)	7 (30.4)	0.000 ***
	否定的回答	0 (0.0)	16 (69.6)	
(10) 自信を失ったことはありましたか？	肯定的回答	29 (96.7)	10 (43.5)	0.000 ***
	否定的回答	1 (3.3)	13 (56.5)	
(11) 自分は役に立たない人間だと考えたことはありましたか？	肯定的回答	30 (100.0)	18 (78.3)	0.012 *
	否定的回答	0 (0.0)	5 (21.7)	
(12) 一般的にみて，しあわせといつもより感じたことはありましたか？	肯定的回答	20 (100.0)	6 (26.1)	0.005 **
	否定的回答	10 (0.0)	17 (73.9)	

Fisherの直接法: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

V．考　察

本研究の対象者の精神的健康状態は、cut-off point を2/3点に設定した場合、良好群が30人、低群が23人で、得点の分布を見ても0点が最も多く、全体的に良好な健康状態にある者が多かった。しかし、得点範囲は0-12点と開きがあり、少ない割合ではあるが、非常に低い精神的健康状態の者も含まれていた。GHQ を用いた介護者に関する先行研究では、川本ら[5]や土井ら[19]の報告でも同様の得点分布を示しており、高齢者夫婦世帯による特徴は明確にはならなかった。GHQ の項目ごとの回答については、「よく眠れない」、「ストレスを感じた」、「日常生活を楽しく送れない」、「気が重くて憂うつ」、「自信を失った」で、精神的健康状態の良好群と低群で顕著な差が認められ、良好群で肯定的な回答の割合が、低群で否定的な回答の割合が高かった。「自信を失った」以外の項目については、川本ら[5]、土井ら[19]の報告で介護者にこれらの傾向が強いことが指摘されている。先行研究の結果からも、介護者は、不眠やストレスを感じやすい状況に置かれやすいことが伺われ

るが、本研究において精神的健康状態の良好群と低群で前述の項目に顕著な差が認められたことは、介護を行ないながらも日常生活の状況を肯定的に捉えながら日々対応できている者もいると考える。本研究は横断調査であり、もともと抑うつ傾向があった者や肯定的思考をする者も含まれていることが考えられ、介護による影響がどの程度のものなのかは明らかでない。しかし土井らは、介護者が否定的に捉えている側面だけでなく、肯定的に捉えている側面を明らかにして支援していくことも介護者の主観的幸福感の向上につながると述べている[19]。今回の分析結果から、介護者自身の性格的傾向や、介護者を取り巻く環境を含めて介護者の状況を総合的に捉え、介護者支援の方法を検討していくことが今後の課題であると考える。

GHQの項目の内、「自信を失った」と感じている者に関しても、本研究では精神的健康状態の良好群と低群で顕著な差が認められた。本研究の対象者は、日頃、ほぼ一人で家事や介護のことを行なっている。介護者自身も高齢で、特に精神的健康状態の低群では、最近の体調が良くないと答えていた者の割合が高かったことから、日常生活の中で対応に困難を感じる機会が多いのではないかと思われる。また、川本ら[5]によると痴呆度の高い高齢者を介護する者は、介護をしていない者より、有意に低い精神的健康状態を示したと報告されている。本研究の対象者も精神的健康状態の低群で、高度の痴呆の配偶者を介護している者も多く、良好群の介護者よりも介護上の困難を感じている可能性も否定できない。また、谷垣ら[20]は、介護者の自己効力感と介護負担感に関わる関連要因の検討の報告の中で、介護に自信がある人ほど、家族関係に満足している傾向があったと述べている。本研究では、各変数間の関連性については言及していないため、推測の域を越えないが、精神的健康状態の低群では、家族のインフォーマルサポートの対する満足度が良好群よりも有意に低く、本研究の対象者は、家族と別居していることにより、介護を行っていくためのサポートや、日々、行っている介護を認めてもらうといった家族との関わりが持ちにくく、自信を失うような状況に陥りやすいのではないかと思われる。今後は、高齢者夫婦世帯と多世代世帯で、主介護者への家族のサポート内容の特徴を明らかにし、他要因との関連性を明らかにしていくことが必要であろう。

介護負担感については、抑うつなどの精神的健康状態や介護代替者の有無の関連が深いことがこれまでも指摘されており[12]、本研究でも、精神的健康状態の低群で介護負担感が高く、介護者の病気時の介護代替者がいない者が良好群よりも有意に多かったことから、先行研究と同様の傾向があったと考える。特に介護代替者については、低群で、別居の家族を頼れないと考えている者が多く、介護者自身の健康を崩しても代わりはいないという切迫した状況の中で介護を行っており、介護者の健康破綻が要介護高齢者の健康状状態にも影響を及ぼす可能性は高い。距離的・物理的に家族から支援を得ることが困難なのか、支援を得ることが困難な関係性にあるのか、家族への遠慮により支援は得られないと考えているのかなど、代替者がいないと考える背景には、様々な理由があると考えられる。高齢者夫婦で療養生活を継続している背景には、家族を介護支援者と考え難い個々の事情があり、家族関係を把握した上で、その対象者がどのような支援を必要としているのかを考えていく必要があるだろう。いずれにせよ、介護を行なっていく上での支援者の不在は、精神的健康のみならず、身体的健康状態への影響も考えられ、フォーマル・インフォーマルサポート問わず、介護者が安心して気兼ねなくサポートを受けられる支援者の確保が重要であると思われる。

現代は、多世代同居の場合でも主介護者は限定されており[5)~8)]、高齢者夫婦世帯であるから孤独であるとか、サポート提供者が不足しているということは言い切れない。本研究の対象者が示しているように、良好な精神的健康状態を保ちながら介護にあたっている者も少なくない。しかし、高齢者夫婦世帯では、介護者自身の健康状態が低下した場合、他者との接触が少ない分、対応が遅れる可能性があることも否めない。今後、増えつづけていく高齢者夫婦世帯での療養生活を支えていくためにも、定期的に関わることができる訪問看護師は、ちょっとした声かけなどの安否確認のような関わりであっても、日頃から頻繁に接触の持

てる介護支援者を確保できるように促してくことが、高齢者夫婦世帯での療養生活を支えるものと考える。

VI. 結　論

高齢者夫婦世帯で在宅療養している要介護高齢者を介護する配偶者の精神的健康状態を把握し、精神的健康の良好群と低群の介護者の介護状況を比較した結果、精神的健康状態の良好群と低群は、属性に関することでは要介護高齢者の痴呆度、介護者の疾患の有無や最近の体調、介護に関わる状況については、病気時の介護代替者の有無、介護負担感、家族のサポート機能で2群間の差が認められた。精神的健康状態の低群では、痴呆度の高い配偶者を介護している、疾患を有している、最近の体調が思わしくない、病気時の介護代替者がいない、介護負担感が高い、家族のサポートに満足していない者が良好群と比較して多く、介護者の健康維持に向けた援助と介護支援者を確保に向けた支援が重要であることが示唆された。

謝　辞

本研究を進めるにあたり、多大なご協力を賜りましたＭ県およびＹ県の16ケ所の訪問看護ステーションの関係者の方々、利用者ならびに介護者の方々に厚くお礼申し上げます。

なお、本研究の一部は、宮城大学国際学会等発表旅費の支給を受け、3rd ICN International Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network Conference にて発表した。

文　献

1）厚生統計協会：国民衛生の動向．厚生の指標臨時増刊，51(9)，35-40，2004
2）総務庁：高齢社会白書　平成11年版．pp.66-77，大蔵省印刷局，東京，1999
3）内閣府：高齢社会白書　平成16年版．pp.14-53，ぎょうせい，東京，2004
4）坂本雅昭，安西将也，川口毅：在宅高齢介護者の疲労に影響を与える要因とその数量化モデルに関する研究．昭和医学会雑誌，54(1)，33-42，1994
5）川本龍一，土井貴明，岡山雅信，他：地域在住高齢者の精神的健康に対する介護の影響に関する調査．日本老年医学会雑誌，37(11)，912-920，2000
6）神田清子，太田紀久子，清水裕子，他：在宅要介護老人の介護者の抑うつ度と負担度の関連に関する研究．日本看護学会誌，3(1)，28-37，1994
7）木之下明美，朝田　隆：在宅痴呆性老人に対する介護にかかわる社会・家庭的負担評価票（CBS）の作成とその臨床的意義の検討．老年社会科学，21(1)，76-85，1999
8）一宮　厚，井形るり子，尾籠晃司，他：在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感とQOL－WHO／QOL-26による検討－．老年精神医学雑誌，12(10)，1159-1167，2001
9）痴呆性老人の日常生活自立度判定基準作成委員会：痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の手引き(第2版)．pp.5-9，新企画出版社，東京，1996
10）土屋弘吉，今田　拓，大川嗣雄：日常生活活動(動作)－評価と訓練の実際－(第1版)．pp.17，医歯薬出版，東京，2000
11）斉藤恵美子：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討．日本公衆衛生雑誌，48(3)，180-189，2001
12）中谷陽明，東條光雄：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，29，27-3，1989
13）Norton R：Measuring marital quality：A critical look at the dependent variable. Journal of Marriage and the Family，45，141-151，1983
14）諸井克英：家庭内労働の分担における衡平性の知覚．家族心理学研究，10(1)，15-30，1996
15）Smilkstein G，Ashworth C，Montano D：Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function . The journal of Family Practice , 15(2)，303-311，1982
16）岡本祐三，輪湖史子，佐貫淳子，他：高齢者機能評価ハンドブック．pp.140-142，医学書院，

東京，1998
17）中川泰彬，大坊郁夫：日本版 GHQ 精神健康調査票手引き（第1版）．日本文化科学社，東京，1985
18）福西勇夫：日本版 General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point．心理臨床，3(3)，228-234，1990
19）土井由利子，尾方克巳：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)，32-46，2000
20）谷垣静子，宮林郁子，宮脇美保子，他：介護者の自己効力感及び介護負担感にかかわる関連要因の検討．厚生の指標，51(4)，8-13，2004