

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

土井由利子* オガタ カツミ**

目的 本研究は、痴呆症状を有する在宅高齢者を主として介護する者を対象に、主介護者の精神的健康を評価し、主介護者の精神的健康に及ぼす諸要因（主介護者側、被介護者側、調節介在）の把握を目的とした。

方法 熊本県天草保健所管内2市13町に在住する痴呆症状を有する在宅高齢者の主介護者294人を対象に、1998年、保健婦による面接調査を行った。調査項目は、主介護者および被介護者の属性、痴呆の状況、介護の状況、精神的健康状態（General Health Questionnaire 日本語版12項目：以下GHQ12）等であった。GHQ12総得点3点以下を精神的健康、4点以上を精神的不健康とし、多重ロジスティック回帰分析を用い諸要因との関連性を検討した。

結果 1. 主介護者のGHQ12総得点4点以上は76人（27.2%）であった。

2. 主介護者において、特に訴えの多かった症状は、ふしあわせ感（55.7%）、ストレス（41.8%）、不眠（29.4%）、抑うつ気分（29.1%）であった。

3. 主介護者の精神的健康状態と関連する諸要因との相関を多重ロジスティック回帰分析により検討した結果、有意な関連を認めたものは以下のとおりであった（オッズ比と括弧内に95%信頼区間を示す）。1)主介護者側要因：①20歳から49歳に対し50歳から69歳では0.37（0.17-0.81）、70歳以上では0.35（0.14-0.83）であった、2)被介護者側要因：①痴呆症状があってもほぼ自立している状態に対し、常時介護または専門医療が必要では6.93（1.99-24.19）であった、②介護期間が1年未満に対し1年以上2年未満では3.26（1.02-10.38）であった、3)調節介在要因：①介護支援者有りに対し無しでは2.99（1.12-7.96）であった、②経済的余裕がないとは思わないに対し、時々思うでは2.41（1.19-4.85）、思うでは6.99（2.77-17.64）であった。

結論 主介護者の精神的健康と上述の諸要因との間に有意な関連が認められ、主介護者側・被介護者側・調節介在諸要因を総合的に組み込んだ包括的な在宅痴呆高齢者介護支援策の構築・展開の必要性が示唆された。

Key words：痴呆，在宅高齢者，主介護者，精神的健康，GHQ12

I はじめに

日本における老年人口は増加の一途を辿っている。1997年には65歳以上の老年人口1,976万人（15.7%）が15歳未満の年少人口1,937万人（15.3%）を上まわり年少人口に対する老年人口の比率を示す老年化指数がはじめて100を超えた

（102.0）¹⁾。さらに1998年には100歳以上の超高齢者（センテナリアン）がはじめて1万人を超えた²⁾。このような日本における超高齢化は今後も続くことが予測され、その取り組みは保健医療福祉分野でますます重要な課題となってきた。

平成7年度に実施された東京都の高齢者の生活実態および健康に関する調査専門調査結果報告書³⁾によれば、都内の65歳以上の在宅高齢者における痴呆の有病率は4.1%（平成7年度）、4.0%（昭和62年度）と推定された。痴呆を有する高齢者の問題は本人ばかりでなく介護をする家族の健

* 国立公衆衛生院疫学部

** 熊本県天草保健所

連絡先：〒108-8638 東京都港区白金台4-6-1

国立公衆衛生院疫学部 土井由利子

康や生活へも大きな影響を及ぼし、高齢化社会において看過できない問題である。

1980年代頃より欧米を中心に痴呆を有する高齢者を介護する者の健康や介護負担に関する研究が進められ⁴⁾、その多くは介護による介護者への介護負担感や身体的・精神的な不健康状態などを認める報告であった。問題行動や施設入所の時期など痴呆患者の経過や予後に介護者が重要な役目を果たしていることが近年注目されるようになり、以前考えられていた以上に、介護者が被介護者に対し大きな影響力を持っていることが報告されている^{5~8)}。また痴呆を有する高齢者に対する介護者による虐待の実態にも最近光が当てられるようになってきた^{9,10)}。A. M. Pot⁹⁾らは、被介護者に対する介護者の言語的虐待のあった場合の割合を30.2%、身体的虐待のあった場合の割合を10.7%と報告し、先行研究における言語的虐待のあった場合の割合の41.2%、身体的虐待のあった場合の割合の5.4-13.7%にほぼ一致していたとし、特に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報告している。

Fengler¹¹⁾が提唱するように、介護者は介護により自分自身の健康を損なった隠れた患者(hidden patient)である。一方、介護者は被介護者の最も身近に存在する良き治療者(医療行為のみに限定しない広い範囲での)ともなりうる可能性を持っている。介護者が自身の健康を損なうことなく精神的に健康であることは、介護の質を向上させるだけでなく、介護放棄や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考える。

そこで本研究では、痴呆症状を有する在宅高齢者を主として介護する者を対象に、主介護者の精神的健康状態を評価し、主介護者の精神的健康に及ぼす主介護者側諸要因、被介護者側諸要因、調節介在諸要因を把握することを目的とし、痴呆症状を有する在宅高齢者とその介護者に対する包括的支援策を構築・展開していくうえでの一助としたいと考えた。

II 研究方法

1. 対象者

本研究の65歳以上の痴呆症状を有する在宅高齢者は、熊本県天草保健所管内2市13町に勤務する

保健婦が、1998年7月の時点で、老人保健法第20条に基づく訪問指導および平成10年度介護保険事業計画基礎調査の中で把握した者および民生委員等から得た情報をもとに把握した者、294人であった。対象者は上記在宅高齢者を主として介護する者であった。

1996年における熊本県の老年人口割合(19%)は全国平均(15%)を上回り^{1~2)}、県内でも特に高齢化が進んでいる熊本県天草保健所管内では、2市13町のうち11町の老年人口割合が25%を超えていた¹³⁾。

2. 調査方法

1998年8月から10月にかけて熊本県天草保健所2市13町に勤務する保健婦が対象者の自宅を訪問し、「在宅高齢者を介護する者の精神的健康度に関する調査票」を用い面接を行った。この面接調査は、老人福祉計画の基礎資料を得るための全国調査と同時に実施された。なお調査を実施するに先立ち、管内市町村に勤務する保健婦を対象に、本研究の趣旨および面接調査方法等についての説明会を行った。

3. 調査項目

「在宅高齢者を介護する者の精神的健康度に関する調査票」を作成した。調査票は以下の質問項目からなる：①主介護者の性、年齢、結婚、職業、学歴、喫煙、飲酒、医療機関受診の有無、疾患の有無等、②被介護者の性、年齢、続柄、世帯構成、寝たきり度、痴呆による日常生活自立度¹⁴⁾、ADL、在宅介護期間、医療機関受診の有無、疾患の有無等、③介護状況(在宅介護の内容、在宅介護の支援者、サービスの利用¹⁵⁾等)、④主介護者の精神的健康度(精神健康調査票日本語版12項目¹⁶⁾: General Health Questionnaire 12 以下 GHQ12)、⑤主介護者の介護負担感(ザリット介護負担尺度日本語版^{17,18)}: Zarit Caregiver Burden Interview 以下 ZBI)、⑥主介護者の睡眠(ピッツバーグ睡眠質問票日本語版^{19,20)}: Pittsburgh Sleep Quality Index 以下 PSQI)。

4. 解析方法

GHQは英国のGoldbergによって非器質性非精神病性精神障害のスクリーニング・テストとして開発された尺度であり¹⁶⁾、60項目版、30項目版、28項目版、20項目版、12項目版の5つのバージョンがある。GHQ12は、質問項目が少なく本研究

のような比較的高齢の者を対象とした地域ベースでの疫学研究には用いやすい。また、対象者が労働者ではあるものの、Iwataら²¹⁾はGHQ12の因子分析を行い精神的苦痛や社会的機能不全の2因子を抽出し、Iwataらの先行するGHQ60項目版の因子分析の研究結果²²⁾と矛盾しなかったと報告している。以上の理由から、本研究においては主介護者の精神的健康を評価する尺度としてGHQ12を採用した。質問項目は、0:できた、1:いつもと変わらなかった、2:いつもよりできなかった、3:まったくできなかったの4段階であり、0-4点まで精神的に不健康であるほど高得点になるように配点してある。GHQ12はLikert採点法(0-1-2-3点)を用いると総得点が0-36点となるが、本研究ではGHQ採点法(0-0-1-1点)を用いたので総得点は0-12点である。

GHQ12における精神的健康と精神的不健康を判別する区分点について、福西²³⁾は、感度、特異度および誤認率を各々85.6%, 66.9%, 22.1% (1-2区分点), 80.2%, 82.4%, 18.9% (2-3区分点), 74.2%, 88.5%, 19.9% (3-4区分点)と報告している。ブラジルのMariら^{24,25)}は、区分点を3-4点間に設定した場合の感度および特異度を各々85%, 79%と報告している。A. M. Potら⁹⁾が行ったオランダにおける痴呆を有する高齢者に対する虐待の研究によれば、虐待なしとする主介護者のGHQ12総得点は3.6点、言語的虐待ありとする主介護者のGHQ12総得点は4.4点であった。福西²³⁾やA. M. Potら⁹⁾の報告および本研究の目的を勘案し、本研究ではGHQ12の区分点を3-4点間に設定した。

GHQ12における精神的健康と精神的不健康の区分点を3-4点間に設定した上で精神的健康状態を従属変数とし、主介護者側諸要因、被介護者側諸要因、調節介在諸要因を独立変数とし、単変量解析および多重ロジスティック回帰分析により²⁶⁻²⁸⁾、その関連についての検討を行った。GHQ12の内的信頼性についてはCronbachのアルファ係数²⁹⁾を算出した。解析にはSPSS version 8.0³⁰⁾を使用した。なお今回は主介護者のGHQ12を基にした解析に焦点を当てZBIやPSQIについては別報にて報告したいと考える。

Ⅲ 研究結果

1. 回収結果と主介護者および被介護者の背景要因

294人の対象者に対し、282人から回答が得られた(回収率95.9%)。回答を得られなかった者12人の内訳は、入院中や入所中の者8人、半分以上回答が得られなかった者2人、主介護者が軽度知的障害者1人、不明1人であった。

主介護者の背景要因を表1に示した。主介護者の約80%は女性であった。約70%が50歳代から70歳代で平均年齢は61.1±13.7歳であった。主介護者の約80%が配偶者を有していた。主介護者の約半数は有職者であり、その約半数が自営であった。職種のうち最も多かったものは農林漁業(約30%)で、営業販売、技術専門、事務、サービスがつぎに多かった。勤務時間では、週50時間以上の長時間勤務をするものは少なく、主介護者であっても有職者の8割以上が従来通り勤務を続けていた。無職者の約40%が専業主婦、約18%が定年退職者であったが、約20%の者が介護のために仕事をやめたと回答していた。介護休暇を取っていると回答したものは皆無であった。主介護者のうち半数以上の者が医療機関を受診しており、最も多かった受診科および疾患名は各々内科(約40%)と高血圧(約20%)であった。精神神経科を受診している者はいなかった。

被介護者の背景要因を表2に示した。被介護者の約70%が女性であった。70歳代と80歳代が約80%を占め、平均年齢は82.5±6.8歳であった。主介護者に対する被介護者の続柄は、親が約60%(義母約34%, 実母約20%), 配偶者が約30%(夫が約20%)であった。世帯構成についてみると約70%が2世代以上の同居家族であったが、双方またはどちらか一方が65歳以上の夫婦のみの世帯が約20%, 65歳以上の独居者のみの世帯が約5%であった。在宅介護期間は2年以上5年未満(約45%)が最も多く、半年未満、10年以上を両端にほぼ正規分布を示していた。痴呆による日常生活の自立度をみると、痴呆症状が多少あっても誰かが注意していれば自立できるものが約30%, 痴呆症状が時々みられ介護を要するものが約30%, 痴呆症状のために常時介護を要するものや専門医療を要するものが約25%で、残りが何らかの痴呆症状を有

表1 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の背景要因

N=282人

項 目	人 (%)	項 目	人 (%)	項 目	人 (%)
性別 男	55(19.5)	勤務形態		受診科	
女	227(80.5)	営	69(53.5)	外科	11(3.9)
		公務員	4(3.1)	整形外科	24(8.5)
年齢分布		民間雇用	29(22.5)	脳外科	1(0.4)
20歳代	4(1.4)	パート	16(12.4)	内科	112(39.7)
30歳代	11(3.9)	その他	8(6.2)	産婦人科	3(1.1)
40歳代	47(16.7)	不明	3(2.3)	泌尿器科	2(0.7)
50歳代	66(23.4)	職種		眼科	8(2.8)
60歳代	74(26.2)	農林漁業	38(29.5)	耳鼻咽喉科	1(0.4)
70歳代	57(20.2)	営業販売	19(14.7)	皮膚科	2(0.7)
80歳代	21(7.4)	サービス	14(10.9)	精神神経科	0(0.0)
90歳代	2(0.7)	技能製造	7(5.4)	歯科	7(2.5)
平均年齢	61.1±13.7	事務	15(11.6)	その他	3(1.1)
結婚		技術専門	16(12.4)	受診科数	
配偶者あり	235(83.3)	経営管理	3(2.3)	なし	132(46.8)
未婚	18(6.4)	運輸通信	2(1.6)	1	128(45.4)
離別	4(1.4)	建設労務	2(1.6)	2	20(7.1)
死別	21(7.4)	その他	7(5.4)	3	2(0.7)
不明	4(1.4)	不明	6(4.7)	疾患名	
学歴		勤務時間/週		老人性痴呆	0(0.0)
小学	35(12.4)	20 h/w 未満	14(10.9)	高血圧	58(20.6)
高小/新中	121(42.9)	20-29 h/w	16(12.4)	心臓病	17(6.0)
旧中/新制高	74(26.2)	30-39 h/w	16(12.4)	脳卒中	6(2.1)
旧高/専門/短大	32(11.3)	40-49 h/w	61(47.3)	糖尿病	10(3.5)
新旧大以上	16(5.7)	50 h/w 以上	19(14.7)	肝臓病	1(0.4)
不明	4(1.4)	不明	3(2.3)	腎臓病	2(0.7)
職業		勤務状況		結核	0(0.0)
あり	129(45.7)	休職	1(0.8)	肺気管支炎	2(0.7)
なし	153(54.3)	介護休暇	0(0.0)	喘息	2(0.7)
無職の理由		転職/配置	5(3.9)	潰瘍	4(1.4)
専業主婦	62(40.5)	従来通り	112(86.8)	がん	1(0.4)
定年退職後	27(17.6)	その他	6(4.7)	その他	91(32.3)
介護のため	31(20.3)	不明	5(3.9)	疾患数	
その他	18(11.9)			0	132(46.8)
不明	15(9.8)			1	109(38.7)
				2	35(12.4)
				3	1(0.4)
				不明	5(1.8)

していても日常生活がほぼ自立しているものであった。被介護者の約40%が日常生活はほぼ自立しており独立で外出できる者であった。ADLについてみると、移動や食事が比較的自立している一

方(約60-70%)、入浴、着替、整容、排泄の自立度の低さ(約30-50%)が目立った。被介護者の約86%が少なくとも1つ以上の医療機関を受診しており、その約8割が内科を受診していた。最も

表2 痴呆症状を有する在宅高齢者の背景要因

N=282人

項 目	人 (%)	項 目	人 (%)	項 目	人 (%)
性別 男	84(29.8)	寝たきり度*		受診科	
女	198(70.2)	ほぼ自立 (J)	105(37.2)	外科	10(3.5)
		室内自立 (A)	91(32.3)	整形外科	11(3.9)
年齢分布		座位可能 (B)	49(17.4)	脳外科	8(2.8)
60歳代	9(3.2)	終日臥床 (C)	37(13.1)	内科	219(77.7)
70歳代	86(30.5)			泌尿器科	7(2.5)
80歳代	138(48.9)	痴呆による自立度		眼科	14(5.0)
90歳代	49(17.4)	ほぼ自立	40(14.2)	皮膚科	2(0.7)
平均年齢	82.5±6.8	要注意	82(29.1)	精神神経科	20(7.1)
		時々要介護	88(31.2)	歯科	2(0.7)
被介護者の続柄		常時要介護	66(23.4)	その他	1(0.4)
妻	26(9.2)	要専門医療	6(2.1)		
夫	61(21.6)			受診科数	
実母	57(20.2)	ADL 移動		0	45(16.0)
義母	96(34.0)	自立	173(61.3)	1	190(67.4)
実父	8(2.8)	一部介助	60(21.3)	2	39(13.8)
義父	10(3.5)	全面介助	49(17.4)	3	6(2.1)
実祖母	4(1.4)	ADL 食事		4	2(0.7)
実祖父	1(0.4)	自立	199(70.6)		
実姉	5(1.8)	一部介助	48(17.0)	疾患名	
義姉	2(0.7)	全面介助	35(12.4)	老人性痴呆	87(30.9)
実兄	1(0.4)	ADL 排泄		高血圧	109(38.7)
実弟	1(0.4)	自立	148(52.5)	心臓病	34(12.1)
その他	10(3.5)	一部介助	73(25.9)	脳卒中	47(16.7)
		全面介助	61(21.6)	糖尿病	19(6.7)
世帯構成		ADL 入浴		肝臓病	3(1.1)
夫婦のみ	58(20.5)	自立	89(31.6)	腎臓病	4(1.4)
2世代世帯	96(34.0)	一部介助	105(37.2)	肺気管支炎	5(1.8)
3世代世帯	85(30.1)	全面介助	88(31.2)	喘息	5(1.8)
4世代世帯	12(4.3)	ADL 着替		潰瘍	7(2.5)
被介護者独居	14(5.0)	自立	104(36.9)	がん	7(2.5)
その他	13(4.6)	一部介助	105(37.2)	その他	112(39.7)
不明	4(1.4)	全面介助	73(25.9)		
		ADL 整容		疾患数	
在宅介護期間		自立	111(39.4)	0	45(16.0)
半年未満	15(5.3)	一部介助	104(36.9)	1	107(37.9)
半年-1年未満	31(11.0)	全面介助	67(23.8)	2	75(26.6)
1年-2年未満	44(15.6)			3	39(13.8)
2年-5年未満	127(45.0)			4以上	15(5.3)
5年-10年未満	44(15.6)			不明	1(0.4)
10年以上	21(7.4)				

* 括弧内は、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準のランク J, A, B, C に相当

多かった疾患名は高血圧（約78%）であった。つぎに多かった疾患名は老人性痴呆症（約31%）であり、以下、脳卒中（約17%）、心臓病（約12%）、

糖尿病（約7%）の順であった。表には示していないが、被介護者の約28%に過去に施設入所の既往歴があった（一般病院約18%、老人保健施設約

10%)。

2. 介護の状況

介護の状況を表3に示した。主介護者が被介護者に対して行う介護の内容としては、健康管理(約58%)、入浴介助(約50%)、外出介助(約47%)、家事援助(約45%)、安否確認(約44%)、心理的援助(約41%)が多かった。また主介護者の9割以上が被介護者の介護にフォーマル、インフォーマルを問わず何らかのかたちで援助を提供してくれる介護支援者を有しており、家族や親戚(約82%)、市町村(約22%)、友人や隣人(約20%)の順に多かった。表3のサービスの利用(1)は在宅介護サービスの内容を示した。利用したものは半数に満たず、受けたサービスの内容は福祉サービス等の紹介(約26%)と入浴介助(約12%)が多かった。表3のサービスの利用(2)はそれ以外のサービスの種類を示した。利用したことがあると答えたものは約78%にのぼり、そのうち多かったものはデイサービス(約59%)、ショートステイ(約27%)、住宅改造(約14%)、訪問診療(約12%)であった。この地域のサービス提供の事業主体が市町村(約22%)であることから、主に従来から市町村が主体となって充実が図られてきた老人保健法や在宅福祉対策に基づく種類のサービスの利用者が多かった。2000年4月から介護保険制度に基づくサービスの提供が始まれば、在宅介護サービスの利用者も本研究調査時点より増えることが期待される。

3. 主介護者の精神的健康状態

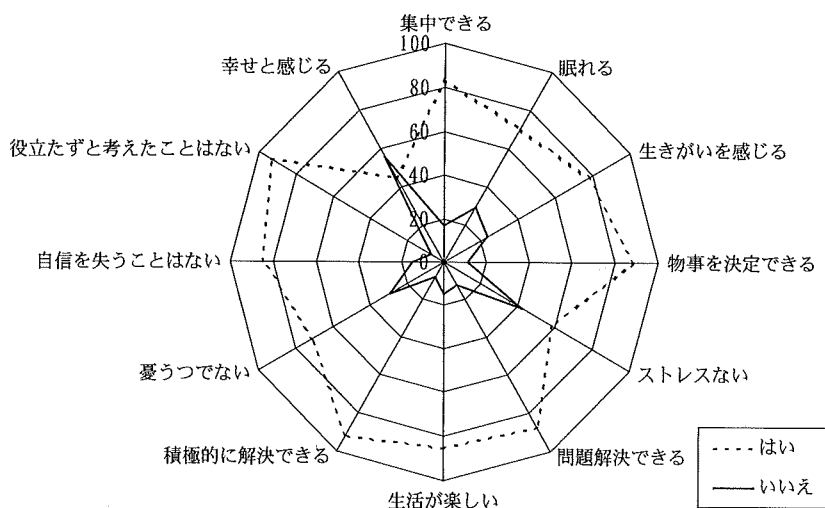
表4にGHQ12の各項目毎の出現頻度を示した。否定的な精神的訴えの多かった項目は、項目12「一般的にみて、しあわせといつもより感じたことはありましたか?」(なかった51.1%、まったくなかった4.6%)、項目5「いつもストレスを感じたことはありましたか?」(あった29.4%、たびたびあった12.4%)、項目2「心配事があって、よく眠れないことはありましたか?」(あった18.8%、たびたびあった10.6%)、項目9「いつもより気が重く憂うつになることはありましたか?」(あった19.9%、たびたびあった9.2%)であった。他方、項目11「自分は役に立たない人間だと考えたことはありましたか?」という質問に対しては肯定的な回答が目立った(まったくなかった53.9%、あまりなかった39.0%、あった

表3 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の介護の状況 N=282人

項目	人(%)	項目	人(%)
介護内容		在宅介護サービス(1)	
清拭	53(18.8)	利用したことあり	129(45.7)
オムツ交換	70(24.8)	利用したことなし	151(53.5)
体位変換	32(11.3)	不明	2(0.7)
寝衣交換	107(37.9)	(内容)	
食事介助	79(28.0)	清拭	10(3.5)
排泄介助	101(35.8)	オムツ交換	7(2.5)
入浴介助	141(50.0)	体位変換	4(1.4)
外出介助	131(46.5)	寝衣交換	15(5.3)
安否確認	125(44.3)	食事介助	4(1.4)
家事援助	127(45.0)	排泄介助	7(2.5)
健康管理	164(58.2)	入浴介助	34(12.1)
心理的援助	116(41.1)	外出介助	14(5.0)
その他	21(7.4)	安否確認	19(6.7)
平均数	4.5±2.8	家事援助	15(5.3)
支援者の有無		福祉サービス紹介	74(26.2)
あり	256(90.8)	用具/器具紹介	32(11.3)
なし	26(9.2)	電話相談	8(2.8)
家族/親戚	232(82.3)	来所相談	8(2.8)
友人/隣人	57(20.2)	家族の支援	36(12.8)
市区町村	62(22.0)	家族の健康管理	18(6.4)
社会福祉協議会	4(0.9)	その他	3(1.1)
社会福祉法人	5(1.8)	平均数	1.1±1.7
福祉公社	0(0.0)	その他のサービス(2)	
民間サービス	0(0.0)	利用したことあり	221(78.4)
家政婦紹介所	2(0.8)	利用したことない	61(21.6)
農協/生協	0(0.0)	(種類)	
ボランティア	1(0.4)	訪問看護	43(15.2)
その他	2(0.8)	デイサービス	165(58.5)
平均数	1.4±0.9	訪問入浴	12(4.3)
		給食	9(3.2)
		訪問診療	34(12.1)
		訪問リハビリ	6(2.1)
		ショートステイ	76(27.0)
		移送	0(0.0)
		住宅改造	39(13.8)
		用具貸与/購入等	0(0.0)
		その他	
		訪問指導	19(6.7)
		在宅介護指導	2(0.7)
		機能訓練事業	4(1.4)
		緊急通報	2(0.7)
		平均数	1.5±1.2

5.3%、たびたびあった1.8%)。図1は、GHQ12各項目の肯定的回答と否定的回答の分布を図示したものである。ふしあわせ感が特に顕著で、ストレスや不眠や抑うつ気分の訴えの多いことが明らかであった。

図1 痴呆症状を有する在宅高齢者の主介護者の精神的健康度



GHQ 12 各項目毎の訴えの有無 (%)

図2 痴呆症状を有する在宅高齢者の主介護者の精神的健康度

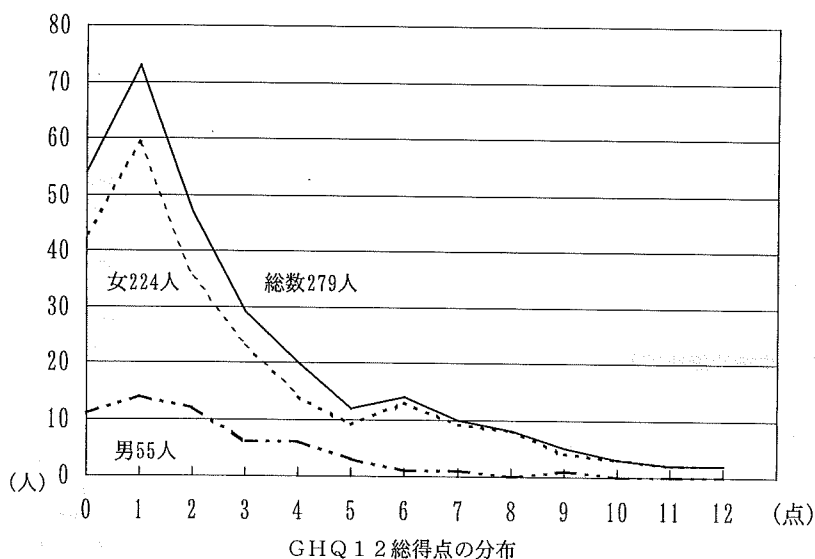


図2は、主介護者における GHQ12総得点の分布を示した。最頻値1点、中央値2点、総得点3点以下203人(72.8%)、総得点4点以上76人(27.2%)であった。なお、GHQ12のCronbachのアルファ係数は0.81であった。

4. 主介護者の精神的健康状態と関連する要因

主介護者の精神的健康状態と主介護者側諸要因、被介護者側諸要因、調節介在諸要因との関連

を表5、表6に示した。GHQ12総得点の区分点を3-4点間に設定し、GHQ総得点3点以下を精神的健康、4点以上を精神的不健康として2分し、GHQ12による主介護者の精神的健康状態を従属変数とした。主介護者側要因として、性、年齢、最終学歴、結婚、職業、疾患数、被介護者側要因として、性、年齢、続柄、世帯構成、痴呆度、寝たきり度、介護期間、調節介在要因として

表4 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度-CHQ12各項目毎の出現頻度

N=282人

1. 何かするときにいつもより集中してできましたか？	人 (%)	できた 41 (14.5)	いつもと変わらなかった 193 (68.4)	いつもよりできなかった 42 (14.9)	まったくできなかった 6 (2.1)	不明 0 (0.0)
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？	人 (%)	まったくなかった 68 (24.1)	あまりなかった 131 (46.5)	あった 53 (18.8)	たびたびあった 30 (10.6)	不明 0 (0.0)
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はありましたか？	人 (%)	あった 32 (11.3)	いつもと変わらなかった 187 (66.3)	なかった 52 (18.4)	まったくなかった 11 (3.9)	不明 0 (0.0)
4. いつもより容易に物事を決めることができましたか？	人 (%)	できた 29 (10.3)	いつもと変わらなかった 221 (78.4)	なかった 28 (9.9)	まったくなかった 3 (1.1)	不明 1 (0.4)
5. いつもストレスを感じたことがありましたか？	人 (%)	まったくなかった 26 (9.2)	あまりなかった 138 (48.9)	あった 83 (29.4)	たびたびあった 35 (12.4)	不明 0 (0.0)
6. 問題を解決できなくて困ったことがありましたか？	人 (%)	まったくなかった 85 (30.1)	あまりなかった 162 (57.4)	あった 26 (9.2)	たびたびあった 8 (2.8)	不明 1 (0.4)
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？	人 (%)	できた 29 (10.3)	いつもと変わらなかった 211 (74.8)	できなかった 35 (12.4)	まったくできなかった 7 (2.5)	不明 0 (0.0)
8. いつもより問題があったとき積極的に解決しようとすることができましたか？	人 (%)	できた 38 (13.5)	いつもと変わらなかった 222 (78.7)	できなかった 19 (6.7)	まったくできなかった 3 (1.1)	不明 0 (0.0)
9. いつもより気が重く憂うつになることはありましたか？	人 (%)	まったくなかった 48 (17.0)	いつもと変わらなかった 152 (53.9)	あった 56 (19.9)	たびたびあった 26 (9.2)	不明 0 (0.0)
10. 自信を失ったことはありましたか？	人 (%)	まったくなかった 97 (34.4)	あまりなかった 142 (50.4)	あった 32 (11.3)	たびたびあった 10 (3.5)	不明 1 (0.4)
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？	人 (%)	まったくなかった 152 (53.9)	あまりなかった 110 (39.0)	あった 15 (5.3)	たびたびあった 5 (1.8)	不明 0 (0.0)
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？	人 (%)	たびたびあった 19 (6.7)	あった 106 (37.6)	なかった 144 (51.1)	まったくなかった 13 (4.6)	不明 0 (0.0)

介護支援者の有無，サービスの利用，経済的余裕の各要因を独立変数として単変量解析を行った(表5)。このうちオッズ比が有意であった主介護者の性，年齢，被介護者の痴呆度，介護期間，介護支援者の有無，経済的余裕の有無に，被介護者の寝

たきり度を加え多重ロジスティック回帰分析を行った(表6)。主介護者の年齢が20歳-49歳に対し50歳-69歳，70歳以上の主介護者の精神的健康は有意に良好であった(各々のオッズ比および95%信頼区間は0.37 (0.17-0.81), 0.35 (0.14-0.83))。

表5 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連する要因

N=282人

要 因	人	単変量解析*1			
		オッズ比	95%信頼区間		
主介護者側要因	性	男	55	1.00	
		女	224	1.43	0.71-2.89
	年齢	20-49歳	61	1.00	
		50-69歳	139	0.42	0.22-0.80
		70歳以上	79	0.37	0.17-0.77
	学歴	高小/新中以下	153	1.00	
		旧中/新高	74	0.80	0.42-1.50
		旧高/専門/短大	32	0.97	0.42-2.26
	結婚	新旧大学以上	16	1.23	0.37-3.43
		配偶者あり	232	1.00	
	職業	配偶者なし	43	1.04	0.50-2.15
		あり	128	1.00	
	疾患数	なし	151	1.15	0.67-1.95
		0	131	1.00	
		1	109	1.29	0.73-2.28
		2	34	1.07	0.45-2.52
		3	4	0.99	0.10-9.85
被介護者側要因	性	男	83	1.00	
		女	196	1.15	0.64-2.07
	年齢	60歳代	9	1.00	
		70歳代	86	0.54	0.13-2.18
		80歳代	136	0.45	0.11-1.77
		90歳代	48	0.33	0.07-1.46
	続柄	配偶者	86	1.00	
		実親	65	1.48	0.72-3.02
		義理親	104	1.25	0.66-2.40
		その他	24	0.62	0.19-2.02
	痴呆度	ほぼ自立	40	1.00	
		要注意	81	2.00	0.68-5.84
		時々要介護	87	2.22	0.77-6.40
		常時要介護/専門医療	71	5.74	2.01-16.34
	寝たきり度*2	ほぼ自立 (J)	104	1.00	
		室内自立 (A)	91	1.41	0.74-2.67
		座位可能 (B)	49	1.62	0.76-3.43
		終日臥床 (C)	35	1.15	0.48-2.80
	介護期間	1年未満	46	1.00	
		1年以上 2年未満	43	4.80	1.68-13.70
		2年以上	190	2.51	1.01-6.27
調節介在要因	世帯構成	夫婦/独居	71	1.00	
		2世帯以上	191	0.95	0.51-1.75
		その他	13	0.46	0.09-2.28
	支援者	あり	254	1.00	
		なし	25	3.28	1.43-7.57
	在宅介護サービス(1)*3	利用している	129	1.00	
		利用していない	148	0.72	0.42-1.21
	その他のサービス(2)*4	利用している	219	1.00	
		利用していない	60	0.61	0.30-1.21
	経済的余裕なし	思わない	176	1.00	
		時々思う	70	1.99	1.06-3.73
		思う	33	7.58	3.39-16.94

*1 CHQ12総得点を従属変数とし4点以上を精神的健康度不良とする。多変量解析の Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit test: 0.84

*2 括弧内は、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準のランク J, A, B, C に相当

*3 清拭, おむつ交換, 体位変換, 寝衣交換, 食事介助, 排泄介助, 入浴介助, 外出介助, 安否確認, 家事援助, 福祉サービス紹介, 福祉用具紹介, 電話相談, 来所相談, 家族支援, 家族健康管理

*4 訪問看護サービス, デイサービス/デイケア, 訪問入浴サービス,

表6 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連する要因

N=282人

要 因			多重ロジスティック回帰解析*1 オッズ比 (95%信頼区間)	
主介護者側要因	性	男	55	1.00
		女	224	1.24(0.54- 2.83)
	年齢	20-49歳	61	1.00
		50-69歳	139	0.37(0.17- 0.81)
		70歳以上	79	0.35(0.14- 0.83)
被介護者側要因	痴呆度	ほぼ自立	40	1.00
		要注意	81	2.69(0.81- 8.88)
		時々要介護	87	2.12(0.65- 6.92)
		常時要介護/専門医療	71	6.93(1.99-24.19)
	寝たきり度*2	ほぼ自立 (J)	104	1.00
		室内自立 (A)	91	0.95(0.43- 2.06)
		座位可能 (B)	49	1.21(0.47- 3.11)
		終日臥床 (C)	35	0.54(0.17- 1.70)
	介護期間	1年未満	46	1.00
		1年以上2年未満	43	3.26(1.02-10.38)
		2年以上	190	1.78(0.67- 4.75)
調節介在要因	支援者	あり	254	1.00
		なし	25	2.99(1.12-7.96)
	経済的余裕なし	思わない	176	1.00
		時々思う	70	2.41(1.19-4.85)
		思う	33	6.99(2.77-17.64)

*1 GHQ12総得点を従属変数とし4点以上を精神的健康度不良とする。多変量解析の Hosmer and Lemeshow Goodness-of Fit test: 0.84

*2 括弧内は、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準のランク J, A, B, C に相当

被介護者が何らかの痴呆症状を有していても日常生活がほぼ自立している状態のものに対し、常時介護を必要としたり専門医療を必要とする状態の被介護者を介護する主介護者の精神的健康は有意に不良であった（オッズ比および95%信頼区間は6.93 (1.99-24.19)）。また介護期間が1年未満に対し、被介護者を1年以上2年未満介護している主介護者の精神的健康は有意に不良であった（オッズ比および95%信頼区間は3.26 (1.02-10.38)）。支援者を有する主介護者に対し支援者のない主介護者の精神的健康は有意に不良であった（オッズ比および95%信頼区間は2.99 (1.12-7.96)）。介護のため経済的余裕がないと思わない主介護者に対し、余裕がないと時々思う主介護者の精神的健康および余裕がないと思う主介護者の精神的健康は有意に不良であった（各々のオッズ比および95%

信頼区間は2.41 (1.19-4.85), 6.99 (2.77-17.64)）。この多重ロジスティック回帰分析モデルにおける Hosmer & Lemeshow の Goodness of Fit test は0.84であった。なお、GHQ12総得点における精神的健康と精神的不健康の区分点を2-3点間に設定し同様の多重ロジスティック回帰分析を行った場合、その Hosmer & Lemeshow の Goodness of Fit test の結果は0.67であった。

IV 考 察

1. 調査方法

本研究における痴呆症状を有する在宅高齢者は、保健婦が通常の業務あるいは民生委員等から得た情報をもとに把握しえた者であった。ゆえに対象地域における代表性は必ずしも確保されていない。また、被介護者の痴呆状態の把握は、日常

生活における自立度に主眼を置いた主介護者による評価に基づくものであり、客観的あるいは臨床的评价に基づくものではない。ゆえに、主介護者が被介護者の疾患名を老人性痴呆と回答したのが約30%であった理由として、被介護者に痴呆症状があっても軽度の場合疾患名としてあげられなかったり、脳血管性痴呆の場合脳卒中や高血圧などとして回答された可能性等が考えられる。本研究では主介護者の精神的健康状態を評価する尺度としてGHQ12を用いた。GHQは日本でもその信頼性・妥当性の検証が行われ広く用いられている尺度である。しかし精神的健康と精神的不健康の区分点をどこに設定するかは臨床診断と突き合わせたいうえでその妥当性の検討を行わなければならない。今回は妥当性の検討まで行うことができず、先行研究の知見を参考に区分点を3-4点間に設定した。区分点を3-4点間と2-3点間に設定した場合における各々の多重ロジスティック回帰分析モデルの適合度を比較した結果（前者0.84、後者0.67）から、区分点を3-4点間に設定したことが適当であったと今回は判断した。上述のような調査方法に伴う限界を認識したうえで、本研究における結果の解釈を行いたいと考える。

2. 主介護者の精神的健康状態

菅崎³¹⁾は、長崎県と長崎市における痴呆を有する在宅高齢者の介護者67人を対象に、GHQ30項目版（以下GHQ30）を用い介護者の精神的健康に関する調査を行った。介護者におけるGHQ30総得点は、別に行った長崎市内一般住民のGHQ30総得点と比べ有意に高く、痴呆高齢者を在宅で介護することに伴う精神的負担の大きさを示唆している。Hukunishi & Hosokawa³²⁾は老人性痴呆患者と同居する家族のGHQ60は対照群に比べ有意に高得点であったと報告している。Brodsky & Hadzi-Pavlovic³³⁾も痴呆者を在宅で介護する者146人のGHQ総得点の平均値は一般人に比べ有意に高かったと報告している。一方、Cattanach & Tebes³⁴⁾は、認知障害を有する高齢者、機能障害を有する高齢者、まったく障害を有しない高齢者を介護する者（娘または嫁）各々39人、39人、33人を対象にGHQ30を用い各群間の平均値を比較した結果、有意な差は認めなかったと報告している。痴呆を有する高齢者を介護する者の精神的健康状態がそうでない一般人に比べ悪

いか否かについては必ずしも先行研究に結果の一致をみているわけではないが、このような研究結果の不一致は、おそらく個々の研究における対象者（痴呆を有する高齢者と主介護者）や対照者の選定による違いが大きく影響しているものと考えられる。

本研究では対象者群と対照者群との平均値を比較をすることができなかったが、主介護者におけるGHQ12総得点の最頻値が1点、中央値が2点という結果をみると、主介護者の精神的健康状態は調査をする前に我々が予想したほどには不良ではなかったと思われる。その理由として、痴呆症状があっても日常生活がほぼ自立している軽症者が含まれていたこと（約14%）、後述するような介護者の精神的健康状態に正の方向に働く調節因子がいくつか介在していた可能性のあることなどが考えられる。

GHQ12の中でストレス、抑うつ、不眠の訴えが多かったことは多くの先行研究⁴⁾と一致していた。今回の結果で特に興味深かった点は、自分を役立たずと考えたことはないと回答した者が92.9%にものぼった一方、幸福感や生きがいを感じると回答した者は各々44.3%と11.3%であったことである。介護と介護者における負の精神的健康状態（介護負担感や抑うつや不安などのアウトカム）に関する研究はこれまで多く行われてきた⁴⁾。このような負の研究に対し、最近では介護と介護者における正の精神的健康状態に関する研究が進められている^{3,35)}。つまり、介護に伴う負のアウトカムのみならず、介護者が介護を通し自身の人生を豊かにし人間的成長や満足を感じるといふ介護に伴う正のアウトカムについてもっと理解を深めこれを概念化しようとする試みである。このような観点から今回の調査における主介護者の精神的健康状態を捉えると、多くの主介護者は被介護者を介護することにより自分が被介護者や家族にとって役に立っているというセルフ・エフィカシーを感じることはできても、それを自身の幸福感や満足感に高める段階にまでは到達していないと考えられる。世界保健機関（WHO）は「健康とは身体的のみならず精神的、社会的にも良好な状態であること」と定義している。この従来の健康の定義に、さらに being spiritual という概念についての議論が行われてきた³⁶⁾。Being

spiritual を適切な日本語に訳するのは難しいが、この健康の概念に従って介護者と介護について考えてみると、介護負荷によってもたらされる介護者の身体的・精神的・社会的な健康状態を除去するだけでは介護者は完全に健康であるとは言えず、介護者が介護を通し心の幸福感や満足感を味わうことができはじめて完全なる健康を得ることができる、すなわち spiritual なレベルでの健康に到達できたと解釈できる。介護者の介護に伴う spiritual な発達過程、その過程を促進する因子や阻害する因子について今後さらに研究を進め、これからはこのような新しい健康観を取り入れた在宅痴呆高齢者介護支援策を構築・展開していく必要があると考える。

3. 主介護者の精神的健康状態と関連する要因

痴呆高齢者を介護する者の精神的健康状態と関連する諸因子についてはこれまで多くの研究が行われてきた。「介護者の属性、健康関連要因、心理社会的要因の他、被介護者の特徴や介護に伴う特有な状況が、介護者の精神的健康状態にいかにか寄与しているのか」という疑問に対し、Schulz⁴⁾は1989年から1995年に発表された研究論文のうち41編を選び、主に介護者の抑うつと上述の諸因子との関連についてレビューを行った。要約すると、多くの研究で介護者の抑うつと関連があると報告された因子は、介護者側の要因：①配偶者、②経済状態、③主観的健康感、④慢性疾患、⑤精神疾患の既往歴、⑥ストレス、⑦人生に対する満足感、⑧介護負担感、⑨発症前の介護者と被介護者の人間関係、⑩自尊心、⑪アイデンティティ、⑫神経症、⑬楽観であった。被介護者側および介護に伴う要因として介護者の抑うつと関連があったものは、被介護者の問題行動のみであった。研究結果に一致をみなかった因子としては、介護者側要因：①性、②年齢、③支援グループの会員、④社会的支援、⑤対処、被介護者側および介護に伴う要因：①介護時間、②介護期間、③同居であった。多くの研究で関連がないと報告された因子は、介護者側要因：①学歴、②結婚、③職業、④精神疾患の家族歴、被介護者側および介護に伴う要因：①機能障害、②認知障害であった。

以下本研究の結果について、先行研究により得られた知見と比較しながら考察を行う。まず介護者の精神的健康状態と関連する諸因子について最

も注目したいことは、被介護者の痴呆度と経済状態が主介護者の精神的な健康状態に有意に関連していたことである。被介護者の痴呆度は、ほぼ自立に対し、要注意および時々要介護でオッズ比が各々2.69, 2.12であったものの統計学的には有意でなかった。しかし、より重症な常時要介護/専門医療ではオッズ比が6.93であり統計学的にも有意であった。本研究では被介護者の問題行動や認知障害を痴呆状態において区別して把握していないが、被介護者の痴呆度が重症になるほど問題行動が多くなるであろうことは推測でき、主介護者の精神的健康状態が被介護者の問題行動と関連があるという前述の先行結果と一致していると解釈できる。また、経済的に余裕がないという主介護者の思いが強くなるほどオッズ比は有意に高くなる（時々思う2.41, 思う6.99）点も前述の先行結果と一致しており、介護者の精神的健康状態を把握しようとする場合、被介護者の痴呆度と経済状態の二つの要因はかなり重要な評価指標になりうると思われる。

主介護者の年齢については先行研究と異なり、本研究では比較的若い年齢層（20-49歳）に比べそれよりも高い年齢層（50-69歳, 70歳以上）において、精神的健康状態が有意に良好であった。これは痴呆症状を有する高齢者を在宅で介護することにより二次的に発生する日常生活や社会生活における種々の制約や多重役割、家族や親戚との葛藤などが、高齢者より若い年齢層においてその精神的健康状態に強く影響しているのではないかと推測される。

介護期間が1年未満に対し、1年以上2年未満の介護者の精神的健康状態が有意に悪かった。諏訪ら³⁷⁾は、家族介護者の痴呆高齢者に対する理解や介護行動は次のような2過程7段階を経て発展していくと提唱している。すなわち、1) 常識的過程：①痴呆症状に気づき敵対的になる、②老人性痴呆を認識し敵対的でなくなる、③痴呆老人に期待をつなぐ、④諦めて放任する、2) 再発見的過程：⑤痴呆老人との関係性を再認識する、⑥非言語的手段により痴呆老人を察し理解する、⑦痴呆に障害されない側面を再発見する。この介護発展過程を前提として仮定すると、介護に伴う緊張感が希薄化するとともに介護負担による疲労が増強する一方で、介護に対する諦めが生じるが次の再

発見的過程までにはまだ発展できずに止まっている時期が、介護を始めて1年以上2年未満というこの時期に相当するのかもしれない。換言すれば、この時期は、介護者の精神的健康が危機的狀態にあり介護放棄にも繋がりがねない危険性が潜在する介護発展過程における臨界期とも考えられる。

介護者の抑うつと社会的支援については必ずしも研究結果に一致をみない⁴⁾が、より大きな社会的ネットワークやより満足のいく社会的支援の存在が介護者の介護負担、抑うつ、健康問題を軽減し、人生に対する満足感を高めるという見解を支持する知見が多い⁵⁾。本研究においても、支援者を有する者に対し、支援者を有しない介護者の精神的健康は有意に悪かった。支援者のうち圧倒的に多かったものが家族や親戚(約8割)、次に市町村(約2割)、友人や隣人(約2割)であったことから、主に地縁血縁といったインフォーマルな形で在宅介護支援に依存している現状が窺われる。また、主介護者の介護状況をみると、デイサービスやショートステイなど被介護者を一時的に在宅外に預けることにより主介護者を日常介護から解放するレスピットの種類の介護サービスは比較的よく利用されていたが、反面、在宅での日常生活助成支援といった内容の介護サービスの利用が少なかった。家族や親戚、友人や隣人以外の他者を介護支援者として自宅に受け入れることへの抵抗感がまだ根強いのかかもしれないが、新たに介護保険制度が機能するようになれば、このような主介護者を取り巻く介護状況は変化をするかもしれない。どのような内容の介護支援が介護者の単なる精神的健康に止まらず spiritual なレベルにおいても寄与することができるのか、また介護支援をどのような形で提供するのが効果的であるのか、介護支援が必要であるにもかかわらず支援を求めることのできない人たちをいかに把握し支援すべきか等については、今回の研究では検討することができなかった。

以上、痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する者の精神的健康状態を評価し、関連する諸要因の検討を行った。本研究により、主介護者側要因、被介護者側要因、調節介在要因等を総合的に組み込んだ包括的在宅介護支援策を構築・展開していくことの必要性が示唆された。今後の課題とし

て、今回検討できなかった支援の質、介護者と被介護者の人間関係、介護者のアイデンティティや満足感など spiritual な側面等も含めた介護者の精神的健康と介護に関する研究をさらにすすめていきたいと考える。

本研究は、日本財団補助事業による補助を受けて実施することができました。ここに深く謝意を表します。また、ご協力いただいた熊本県天草保健所の皆さん、熊本県天草保健所管内2市13町の保健婦の皆さんに心より感謝いたします。

(受付 1999. 5. 14)
(採用 1999. 11. 1)

文 献

- 1) 国民衛生の動向。東京：厚生統計協会，1998。
- 2) 週間保健衛生ニュース。東京：社会保険実務研究所，1998(第969号)；8。
- 3) 東京都福祉局。平成7年度高齢者の生活実態及び健康に関する調査専門調査結果報告書。東京：東京都福祉局高齢福祉部計画課，1996；3-17。
- 4) Schulz R, O'Brien T, Bookwala J, et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist* 1995; 35: 771-791.
- 5) Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden-a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998; 51 (Suppl 1): S53-S60.
- 6) Vitalino PP, Young HM, Russo J, et al. Does expressed emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease? *J Geriatr* 1993; 48: 202-209.
- 7) Colerik EJ, George LK. Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 493-498.
- 8) Potter JF. Comprehensive geriatric assessment in the outpatient setting: population characteristics and factors influencing outcome. *Exp Gerontol* 1993; 28: 447-457.
- 9) Pot AM, van Dyck R, Jonker C, et al. Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 156-162.
- 10) Grafström M, Nordberg A, Winblad B. Abuse in the eye holder. *Scand J Soc Med* 1993; 4: 247-255.
- 11) Fengler AP, Goodrich N. Wives of elderly disabled men; the hidden patients. *Gerontologist* 1979; 19: 175-183.

- 12) 週間保健衛生ニュース, 東京: 社会保険実務研究所, 1999 (第987号); 37.
- 13) 熊本県天草事務所, 平成10年度版天草の概況.
- 14) 痴呆老人の日常生活自立度判定基準 (概要). 厚生省老人保健福祉局長通知 (老健第135号). 1993.
- 15) 社会福祉・医療事業団, 介護保険を支えるこれから介護サービス, 東京: 中央法規出版1998.
- 16) 中川泰彬, 大坊郁夫, 日本版 GHQ 精神健康調査表手引, 東京: 日本文化科学社1985.
- 17) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1997; 51: 281-287.
- 18) 荒井由美子, 細川 徹, 在宅高齢者・障害者を介護する者の負担感—日本語版評価尺度の作成—, 明治生命厚生事業団第3回「健康文化」研究助成論文集 1997; 3: 1-6.
- 19) Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1988; 28: 193-213.
- 20) 土井由利子, 簗輪眞澄, 内山 真, 他. ビッツバーク睡眠質問票日本語版の作成. *精神科治療学* 1998; 13: 755-763.
- 21) Iwata N, Okuyama Y, Kawakami T, et al. The twelveitem General Health Questionnaire among Japanese workers. *Environmental Science, Hokkaido University* 1988; 11(1): 1-10.
- 22) Iwata N, Okuyama Y, Kawakami T, et al. Factor structure of the General Health Questionnaire in a sample of Japanese workers. *Ind. Health* 1988; 26: 69-74.
- 23) 福西勇夫, 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の Cut-off point. *心理臨床* 1990; 3: 228-234.
- 24) 北村俊則, GHQ の成立過程と使用上の問題点. *心理測定ジャーナル*, 1987; 23: 6-11.
- 25) Mari JD, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ12 and SRQ20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985; 15: 651-659.
- 26) 丹後俊郎, 山岡和枝, 高木晴良. ロジスティック回帰分析. 東京: 朝倉書店1996.
- 27) Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Son 1989.
- 28) 古川俊之, 丹後俊郎. 新版医学への統計学. 東京: 朝倉書店1995.
- 29) Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 6: 297-334.
- 30) SPSS 8.0J for windows. Tokyo: SPSS Inc. 1998.
- 31) 菅崎弘之, 在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究. *老年精神医学雑誌* 1994; 5: 565-575.
- 32) Hukunishi I, Hosokawa K. A study of psychological aspects of families living together with senile dementia. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1990; 44: 19-24.
- 33) Brodaty H, Hadzi-Pavlovic D. Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1990; 24: 351-361.
- 34) Cattanach L, Tebes JK. The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychosocial functioning. *The Gerontologist* 1991; 31: 246-255.
- 35) Garran C. Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist* 1997; 37: 250-256.
- 36) WHO. WHA37.13 The spiritual dimension in the global strategy for health for all by the year 2000. *Hbk Res.*, vol II (5th ed), 1.1 (twelfth plenary meeting, 15 May 1984).
- 37) 諏訪さゆり, 湯浅美千代, 正木治恵, 他. 痴呆性老人の家族看護の発展過程. *看護研究* 1996; 29: 203-214.

PSYCHIATRIC DISTRESS AND RELATED RISK FACTORS OF FAMILY CAREGIVERS WHO CARE FOR THE DEMENTED ELDERLY AT HOME

Yuriko DOI*, Katsumi OGATA^{2*}

Key words: Demented elderly, Caregivers, General psychiatric status, GHQ12, Community

The objectives of our study were to assess psychiatric distress of caregivers who had been caring for the demented elderly at home and to examine the association of caregivers' psychiatric distress with putative risk factors.

Subjects were 294 caregivers living in Amakusa, Kumamoto Prefecture of Japan, whose spouses, parents or other family members were registered at Amakusa Public Health Center as demented elderly. In 1998, Survey on Caregivers' Mental Health was conducted using the General Health Questionnaire (GHQ12) as a measurement for general psychiatric state of caregivers.

Two hundred and eighty-two caregivers responded to interviews with complaints of the following psychological symptoms: feelings of unhappiness (55.7%), of stress (41.8%), insomnia (29.4%) and depressed mood (29.1%). Seventy-six caregivers (27.2%) were identified as being above the cut-off point 4 for psychiatric distress caseness. Multivariate logistic regression analysis indicated caregivers' psychiatric distress was statistically associated with caregivers' age, the caregivers' perception of the severity of dementia, the number of years devoted to caregiving at home and perceived financial state. Being 50 to 69 years (OR=0.37, 95%CI: 0.17-0.81) and being 70 years or older (OR=0.35, 95%CI: 0.14-0.83) were negatively associated with caseness as compared to being 20 to 49 years. Caseness was positively related to the severity of the elderly's demented state (OR=6.93, 95%CI: 1.99-24.19), 1 year to 2 years devoted to caregiving at home (OR=3.26, 95%CI: 1.02-10.38), no family or social support (OR=2.99, 95%CI: 1.12-7.96) and lower perceived financial state (always OR=6.99, 95%CI: 2.77-17.64, sometimes OR=2.41, 95%CI: 1.19-4.85).

Reduction of caregivers' psychiatric distress is important for not merely the enhancement of quality of care for demented elders and caregivers' life but for the prevention of elder abuse or neglect. Our study suggests that a comprehensive assessment and intervention program is needed for the demented elderly and their caregivers, in order for caregivers to be able to adapt well to the challenges of caregiving and find personal meaning through caregiving.

* Department of Epidemiology, National Institute of Public Health

^{2*} Amakusa Public Health Center, Kumamoto Prefecture