

特別養護老人ホーム入所者の家族介護者における精神的健康と その関連要因

フカホリ 深堀 ヒロキ 浩樹^{*,2*} スガイ 須貝 ユウイチ 佑一^{3*} ミズノ 水野 ヨウコ 陽子^{4*,5*}
マツイ 松井 ノリコ 典子^{2*} スギシタ 杉下 テエコ 知子^{*,2*}

目的 本研究は、特別養護老人ホーム入所者の家族介護者の精神的健康の実態を把握し、その関連要因を明らかにすることを目的とした。

方法 東京都内の特別養護老人ホーム3施設の入所者の在宅生活時における家族介護者189人を対象に無記名自記式調査票による質問紙調査を行った。家族介護者の精神的健康の測定には、Goldbergらにより神経症患者のスクリーニングを目的に開発された尺度である精神的健康調査票 (General Health Questionnaire) 28項目版を用い、関連要因として家族介護者に関する要因、入所者に関する要因、家族介護者と入所者の関係に関する要因の3項目を想定した。分析にはロジスティック回帰モデルを用いた。

成績 分析対象となった家族介護者145人のうち、精神的健康が低かった (GHQ-28 \geq 7点) 人は59人 (40.7%) であった。ロジスティック回帰分析の結果、精神的健康と関連がみられたのはソーシャルサポート、入所者に対する面会時間であり、精神的健康はソーシャルサポートを受けている人ほど高く (OR: 0.10 (0.03-0.29)), 面会時間が長い人ほど低い (OR: 5.80 (1.79-18.82)) 傾向がみられた。

結論 施設高齢者の家族介護者に精神的健康を害している人が存在することが示され、支援の必要性が考えられた。家族介護者の精神的健康の向上には、家族会などのサポートグループの紹介や、家族の面会に着目し入所者と家族介護者のコミュニケーションを促進する援助を行うことが、有効であると考えられた。

Key words : 高齢者, 家族介護者, 特別養護老人ホーム, 精神的健康

1 緒 言

近年わが国で生じている急激な高齢化により、その介護は大きな社会的問題となっている。2000年の介護保険制度の導入以降、高齢者への在宅サービスの充実が目指されているが、重度の障害を持つ高齢者の家族には、その在宅介護は大きな負担となる場合があり^{1,2)}、施設サービスへの需

要も依然として存在する。今後も、認知症(痴呆)や寝たきりなどの重度の障害を持つ高齢者は増加していくと考えられ、施設サービスの重要性は高いと考えられる。

高齢者が施設に入った後、家族介護者は介護から開放され、介護によるストレスや負担は消失するとされてきた³⁻⁵⁾。しかし、1980年代の海外での研究から、高齢者が施設に入所した後、家族は高齢者への介護を放棄するのではなく、その役割を変化⁶⁻¹⁰⁾させつつ介護を継続し^{10,11)}、高齢者が受けるケアへの不安や高齢者への罪悪感などを感じる^{8,12)}ことが明らかとされている。これらの役割や感情は、家族介護者のストレスや負担となる可能性がある。

実際に先行研究において、施設高齢者の家族は

* 三重県立看護大学

2* 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野

3* 認知症介護研究・研修東京センター

4* 浴風会グループホームひまわり

5* グループホームわかたけ西菅田

連絡先: 〒514-0116 三重県津市夢が丘1丁目1-1

三重県立看護大学 深堀浩樹

在宅介護者と同様、自らがやっている介護に対してバーンアウトを生じるとされている⁵⁾。また、施設高齢者と在宅高齢者の家族介護者の well-being を比較した研究では、社会的活動(趣味、友人との交流)^{13,14)}や、負担や緊張などの概念¹¹⁾を測定する尺度得点は施設高齢者の介護者群で低く、施設入所による改善効果が考えられたものの、うつ症状^{15,16)}や身体症状¹⁴⁾に関しては両群に差はみられず、施設入所による改善効果は示されなかった。以上より、施設入所により、介護の家族介護者への影響は全て消失するのではなく、介護行動などの以前から存在するストレス源の継続や新たなストレス源の発生などにより、施設においても家族介護者にうつ症状や身体症状などが生じる可能性があると考えられる¹⁷⁾。

しかし、わが国では、在宅家族介護者のストレス¹⁸⁾や介護負担¹⁹⁾に関する研究は多くみられるが、病院・施設に入院・入所している高齢者の家族のストレスや介護負担に着目し、家族をも支援の対象とする前提で行われた研究は少ない。現在のところ、入院・入所後の高齢者家族に関する研究は、入院高齢者の退院支援のための家族への情報提供の実態調査²⁰⁾など、家族を高齢者の在宅生活の継続・推進のための資源として捉えている研究^{19,21)}が大半である。わずかに杉澤ら³⁾が、特別養護老人ホーム入所者の家族のメンタルヘルスの改善の必要性を主張し、その抑うつ傾向が入所させたことに対する周囲からの批判の有無や家族の暮し向き、受けているソーシャルサポートの程度によって差異がみられることを示している。この研究は、わが国における貴重な研究例であるが、家族の抑うつ傾向の測定をわが国の他の集団と比較可能な尺度で行っておらず、施設高齢者家族にどの程度の抑うつ状態が生じているのかの考察が困難であり、また、家族の生活や精神的健康に大きな影響を及ぼす高齢者への面会をその頻度のみで捉えているといった限界がある。以上より、わが国で、高齢者の施設入所後においても家族介護者への支援を継続し、効果的な介入を行うためには、更なる知見の蓄積が必要であると考えられる。

そこで、本研究ではわが国でその信頼性・妥当性、および因子構造が確認され²²⁾、わが国の在宅介護者の研究においても用いられている¹⁾尺度である GHQ-28 を用いて、施設の家族介護者の精

神的健康を把握し、その関連要因を明らかにすることにより、特別養護老人ホーム入所後の家族の支援に資する知見を得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象と倫理的配慮

本研究の対象は、東京都内の特別養護老人ホーム3施設に入所している高齢者(以下入所者とする)の在宅生活時における家族介護者(以下家族介護者とする)である。なお、これらの特別養護老人ホームは同一社会福祉法人により同敷地内で運営されている。調査時において各々創立より約1年、20年、30年が経過しており、定員はおよそ150~250人である。

家族介護者の選定は以下の手順で行った。2002年10月に、3施設の入所者570人の緊急時の連絡先として登録されている世帯へ、各施設長が往復はがきで研究内容を説明し、世帯住所を研究者へ公開することの是非を確認した。住所公開可能との回答を示した401世帯を対象に、無記名自記式調査票による郵送調査を2002年11月から12月に実施した。この際、調査票は「調査時点で、入所者にもっとも多く面会している人」が記入するように依頼した。調査票の回収された371人(回収率92.5%)のうち、入所者が要介護状態になった以降の同居経験があり、入所者への介護経験があった人189人を家族介護者と定義し、そのうち変数に欠損値を含む人を除いた145人(76.7%)を分析対象とした。

なお、研究参加への同意は調査票郵送の際、調査の目的、方法、およびプライバシー保護を記入した書面を同封し、同意が得られた場合に限り調査票を返送するよう依頼することによって得た。

2. 調査方法

1) 調査票の作成

先行研究^{3,12)}を参考に、家族介護者の精神的健康に関連する要因として、家族介護者に関する要因、入所者に関する要因、家族介護者と入所者の関係に関する要因の3項目を設定し調査票を作成した。なお、調査票の作成に際し、入所者家族10人および特別養護老人ホームにて高齢者介護に習熟している職員数名を対象とした面接調査およびプレテストを行い、調査票の質の向上に努めた。

2) 調査項目

(1) 家族介護者の精神的健康

家族介護者の精神的健康の測定には、Goldbergらにより神経症患者のスクリーニングを目的に開発された尺度である精神的健康調査票28項目版 (General Health Questionnaire, 以下 GHQ-28 とする)²²⁾を用いた。GHQ-28は各質問項目に対して4件法で回答する尺度であり、数値が大きいほど症状の重篤度が大であるとされている。採点方法には、Goldbergが臨床的立場から推奨しているGHQ法を用いた。

(2) 家族介護者に関する要因

基本属性(性, 年齢), 職業の有無, 経済状態, ソーシャルサポート, 施設入所に関する抵抗感, 長期的な疾患の有無, 他の要介護者・面会者の有無, 施設に対する評価とした。経済状態については「生活の暮らし向き」として「とても苦しい」から「とても安定している」までの4件法で質問した。ソーシャルサポートは手段的, 情緒的側面を含むように新たに以下の尺度を作成した。周囲の人の「からだの具合が悪いときに世話をしてくれる」, 「仕事や家事などを手伝ってくれる」, 「個人的な悩みの相談にのってくれる」, 「頑張らなければならないとき暖かく励ましてくれる」の4項目に対する援助を4件法で評価し, それらを単純加算することで数量化を行った。数値が大きいほどよりサポートを受けていることを示し, 分析対象者におけるCronbachの α 係数は0.87であった。施設入所に関する抵抗感は, 家族のうつ傾向に影響すると考え, 調査項目に加えた。入所者の施設利用前に, 家族介護者が感じていた施設入所に関する抵抗感を「まったく嫌だと感じていなかった」から「とても嫌だと感じていた」までの4件法で質問した。家族介護者が疾患を持つ場合や家族介護者が入所者以外の家族の介護を行っている場合などには, その精神的健康は低下すると考えられたため, 長期的治療を要する疾患および家族内の要介護者(入所者除く)の有無を質問した。副介護者が存在する場合, 家族介護者の負担は軽減すると考えられたため, 入所者に対する家族介護者(対象者)以外の面会者の有無を質問した。また, 施設に対する評価は, 先行研究³⁾で家族のメンタルヘルスへの影響が検討されており, 本研究でも調査項目に加えた。評価尺度の作成に当たっ

ては, 先行研究^{3,4)}およびインタビュー調査を参考とし, 「この施設の建物や敷地から家庭的な雰囲気を感じる」, 「入所者の方は生活上の不自由(移動・食事・排泄など)に対して十分に介護を受けている」, 「施設職員は普段の入所者の方の生活の様子を教えてくれる」, 「施設職員はご家族が面会に伺ったとき暖かく迎えてくれる」の4項目を作成し4件法による回答を合計した。数値が大きいほど評価が高いことを示す。分析対象者におけるCronbachの α 係数は0.75であった。

(3) 入所者に関する要因

属性(性, 年齢), 施設利用期間, 要介護度, 認知症(痴呆)の診断の有無とした。施設利用期間は, 1年未満・1年以上の2値で把握した。要介護度および認知症(痴呆)の診断の有無は高齢者の身体的・精神的状態の把握のために質問した。現行の要介護認定制度では要介護度は認知機能よりも日常生活動作能力(ADL)を反映する²³⁾とされているため, 本研究では身体的状態の指標として要介護度を用いた。

(4) 家族介護者と入所者の関係に関する要因

続柄, 入所者との関係, 入所者に対する面会頻度・時間とした。家族介護者と入所者との続柄は自由記載とし, 「配偶者」, 「長子」, 「長子以外の子」, 「子の配偶者」, 「きょうだい・その他」とコード化した。息子・娘とのみ記載があったものは, 「長子以外の子」とした。「その他」は「甥・姪」, 「孫」, 「従業員」, 「大家」などを含む。施設入所前の入所者家族と入所者の関係を「とても悪かった」から「とても良かった」までの4件法で質問した。家族介護者と入所者の調査時点における関係や介護の状況を把握するために, 調査前3か月間における面会頻度・時間を質問した。面会頻度は, 「この3か月間, 平均してどのくらい面会に行きましたか」と質問し, 選択肢は「面会に行かなかった」, 「ほとんど面会に行かない」, 「年に数回程度」, 「だいたい月に1~2回」, 「だいたい週に1~2回」, 「だいたい週に3~4回」, 「ほとんど毎日」, 「1日に数回」とした。得られた結果は, 回答分布を元に, 「月1~2回未満」, 「週1~2回」, 「週3~4回以上」と集計し分析に用いた。面会時間は, 「一回あたりの面会の時間は平均してどの程度ですか」と質問し, 自由記載にて回答を得た。結果は回答の分布を元に「1時間未満」,

「1時間以上2時間未満」,「2時間以上」と集計し分析に用いた。

3. 分析方法

1) 分析対象

分析対象145人と除外者44人の属性を Cochran-Armitage の傾向性検定, または Fisher の直接確率検定により比較した。

家族介護者の精神的健康 (GHQ-28) とその下位因子の関連要因の探索のため, ロジスティック回帰分析を行った。GHQ-28の総得点のカットオフ値は, 福西²⁴⁾を参照し 6/7点とし, 7点以上を精神的健康が低いとする2値変数とした。また, 下位因子の関連要因の探索では, 因子ごとに GHQ法による合計点を算出し, 回答分布に従い独自にカットオフ値を設定した。ロジスティック回帰分析の予備的解析として, Cochran-Armitage の傾向性検定もしくは Fisher の直接確率検定を用いた単変量解析を行い, GHQ-28およびその下位項目とその他全ての項目の関連を検討した。5%水準で有意な関連がみられた変数をロジスティック回帰モデルに投入する候補変数とし, 変数減少法による説明変数選択 (選択基準 $P < 0.1$) を行った。この際, 候補変数間の Spearman の相関係数は0.3以下であり, 多重共線性はないものと判断した。

検定は全て両側検定とし, ロジスティック回帰分析の結果の解釈に当たっては, $P < 0.05$ を関連ありとした。統計解析には, 統計パッケージ Windows 版 SAS (Ver. 8.2) を用いた。

III 研究結果

1. 分析対象の特徴と精神的健康

分析対象となった145人と対象とならなかった44人の属性を比較した結果, 職業, 施設に対する評価, 認知症 (痴呆) の診断の有無の項目でのみ有意な差がみられた (表1)。

GHQ値高群 (GHQ-28 ≥ 7 点: 精神的健康が低い群) は59人 (40.7%) で, 低群 (GHQ-28 ≤ 6 点: 精神的健康が高い群) は86人 (59.3%) だった。GHQ-28の平均得点は 6.6 ± 5.7 点で, 範囲は0点から23点であった。

GHQの下位因子の分布 (表2) より下位因子のカットオフ値をそれぞれ, 身体的症状については2/3点 (2点までの累積パーセント54.5%),

表1 欠損群と分析対象群の比較 (n=189)

	欠損群		P
	人 (%)	分析対象群 人 (%)	
職業			
自営業	3 (7.1)	8 (20.7)	0.02
常勤	7 (16.7)	5 (17.2)	
非常勤	2 (4.8)	12 (12.4)	
無職または専業主婦	30 (71.4)	34 (49.7)	
施設に対する評価 [§]			
Mean \pm SD (Range)			
8~12点	25 (56.8)	49 (33.8)	0.04
13~14点	9 (20.5)	55 (37.9)	
15~16点	10 (22.7)	41 (28.3)	
認知症 (痴呆) の診断の有無			
認知症 (痴呆) の診断なし	7 (17.5)	53 (36.6)	0.02
認知症 (痴呆) の診断あり	33 (82.5)	92 (63.4)	

[§] Cochran-Armitage 傾向検定, 他は Fisher の直接確率検定

表2 精神的健康 (GHQ-28) の下位得点の分布 (n=145)

	身体的症状 (人 (%))	不安と不眠 (人 (%))	社会的 活動障害 (人 (%))	うつ傾向 (人 (%))
0点	38 (26.2)	32 (22.1)	74 (51.0)	114 (78.6)
1点	21 (14.5)	28 (19.3)	32 (22.1)	13 (9.0)
2点	20 (13.8)	27 (18.6)	15 (10.3)	5 (3.5)
3点	18 (12.4)	16 (11.0)	10 (6.9)	3 (2.1)
4点	15 (10.3)	16 (11.0)	7 (4.8)	4 (2.8)
5点	11 (7.6)	12 (8.3)	3 (2.1)	4 (2.8)
6点	7 (4.8)	11 (7.6)	2 (1.4)	2 (1.4)
7点	15 (10.3)	3 (2.1)	2 (1.4)	0 (0.0)
Mean \pm SD	2.60 \pm 2.33	2.35 \pm 2.00	1.11 \pm 1.58	0.55 \pm 1.32

不安と不眠については1/2点 (1点までの累積パーセント41.4%), 社会的活動障害, うつ傾向については0/1点とした。

本研究の対象となった家族介護者145人のうち, 46人 (31.7%) が男性, 平均年齢は 61.2 ± 10.9 歳であった。入所者145人のうち28人 (19.3%) が男性, 平均年齢は 84.3 ± 7.9 歳であった (表3)。

2. 精神的健康および下位尺度の関連要因 (単変量解析)

単変量解析の結果, 精神的健康と関連がみられた項目は, 職業 ($P < 0.01$), 経済状態 ($P < 0.01$), ソーシャルサポート ($P < 0.01$), 施設利用に關す

表3 回答分布および精神的健康に関する単変量解析の結果 (n=145)

	人 (%)	GHQ		P
		低群 (6≧)	高群 (7≦)	
		人 (%)	人 (%)	
家族介護者に関する要因				
性				
男	46(31.7)	33(38.4)	13(22.0)	0.05
女	99(68.3)	53(61.6)	46(78.0)	
年齢 [§]				
Mean ± SD (Range)	61.2 ± 10.9(36-85)			
50歳未満	20(13.8)	12(14.0)	8(13.6)	0.95
50代	49(33.8)	28(32.6)	21(35.6)	
60代	42(29.0)	27(31.4)	15(25.4)	
70歳以上	34(23.4)	19(22.1)	15(25.4)	
職業				
自営業	30(20.7)	22(25.6)	8(13.6)	<0.01
常勤	25(17.2)	20(23.3)	5(8.5)	
非常勤	18(12.4)	6(7.0)	12(20.3)	
無職または専業主婦	72(49.7)	38(44.2)	34(57.6)	
経済状態 (暮らし向き) [§]				
とても安定している	31(21.3)	23(26.7)	8(13.6)	<0.01
まあ安定している	90(62.1)	54(62.8)	36(61.0)	
やや/とても苦しい	24(16.6)	9(10.5)	15(25.4)	
ソーシャルサポート [§]				
平均 ± SD (範囲)	7.9 ± 3.0(0-12)			
0-6点	46(31.7)	17(19.8)	29(49.2)	<0.01
7-9点	49(33.8)	28(32.6)	21(35.6)	
10-12点	50(34.5)	41(47.7)	9(15.3)	
施設入所に関する抵抗感 [§]				
まったく嫌だと感じていなかった	52(35.8)	36(41.9)	16(27.1)	<0.01
あまり嫌だと感じていなかった	39(26.9)	25(29.1)	14(23.7)	
すこし嫌だと感じていた	42(29.0)	21(24.4)	21(35.6)	
とても嫌だと感じていた	12(8.3)	4(4.7)	8(13.6)	
長期的な疾患の有無				
なし	76(52.4)	52(60.5)	24(40.7)	0.03
あり	69(47.6)	34(39.5)	35(59.3)	
他の要介護者の有無				
なし	90(62.1)	57(66.3)	33(55.9)	0.14
あり	55(37.9)	29(33.7)	26(44.1)	
他の面会者の有無				
なし	49(33.8)	28(32.6)	21(35.6)	0.72
あり	96(66.2)	58(67.4)	38(64.4)	
施設に対する評価 [§]				
Mean ± SD (Range)	13.2 ± 2.1(8-16)			
8~12点	49(33.8)	29(33.7)	20(33.9)	0.42
13~14点	55(37.9)	29(33.7)	26(44.1)	
15~16点	41(28.3)	28(32.6)	13(22.0)	

表3 回答分布および精神的健康に関する単変量解析の結果 (n=145)(つづき)

	人 (%)	GHQ		P
		低群 (6 \geq)	高群 (7 \leq)	
		人 (%)	人 (%)	
入所者に関する要因				
性				
男	28(19.3)	15(17.4)	13(22.0)	0.53
女	117(80.7)	71(82.6)	46(78.0)	
年齢 [§]				
Mean \pm SD(Range)	84.3 \pm 7.9(57-100)			
80歳未満	41(28.3)	25(29.1)	16(27.1)	0.93
80代	64(44.1)	37(43.0)	27(45.8)	
90歳以上	40(27.6)	24(27.9)	16(27.1)	
施設入所期間				
1年未満	83(57.2)	53(61.6)	30(50.9)	0.23
1年以上	62(42.8)	33(38.4)	29(49.2)	
要介護度 [§]				
要介護度1・2	20(13.8)	12(14.0)	8(13.6)	0.84
要介護度3	32(22.1)	17(19.8)	15(25.4)	
要介護度4	55(37.9)	35(40.7)	20(33.9)	
要介護度5	38(26.2)	22(25.6)	16(27.1)	
認知症(痴呆)の診断の有無				
認知症(痴呆)の診断なし	53(36.5)	34(39.5)	19(32.2)	0.39
認知症(痴呆)の診断あり	92(63.5)	52(60.5)	40(67.8)	
家族介護者と入所者の関係に関する要因				
続柄				
配偶者	27(18.6)	12(14.0)	15(25.4)	0.23
長子	54(37.2)	34(39.5)	20(33.9)	
長子以外の子	22(15.2)	11(12.8)	11(18.6)	
子の配偶者	29(20.0)	19(22.1)	10(17.0)	
きょうだい・その他	13(9.0)	10(11.6)	3(5.1)	
入所者との関係 [§]				
とても/どちらかといえば悪かった	24(16.5)	10(11.6)	14(23.7)	0.02
どちらかと言えば良かった	62(42.8)	35(40.7)	27(45.8)	
とても良かった	59(40.7)	41(47.7)	18(30.5)	
入所者に対する面会頻度 [§]				
1~2回/月未満	34(23.4)	25(29.1)	18(30.5)	0.28
1~2回/週	68(46.9)	46(53.5)	22(37.3)	
3~4回/週以上	43(29.7)	15(17.4)	19(32.2)	
入所者に対する面会時間 [§]				
1時間未満	92(20.0)	22(25.6)	7(11.9)	<0.01
1時間~2時間未満	69(47.6)	46(53.5)	23(39.0)	
2時間以上	47(32.4)	18(20.9)	29(49.2)	

[§] Cochran-Armitage 傾向検定他は Fisher の直接確率検定

る抵抗感 ($P<0.01$), 長期的な疾患の有無 ($P=0.03$), 入所者との関係 ($P=0.02$), 入所者に対する面会時間 ($P<0.01$) であった (表3)。

身体的症状と関連がみられた項目は, 家族介護者の性 ($P<0.01$), 職業 ($P=0.02$), ソーシャルサポート ($P<0.01$), 入所者との関係 ($P=0.02$)

であった。不安と不眠と関連がみられた項目は、家族介護者の性 ($P=0.02$)、職業 ($P=0.01$)、経済状態 ($P=0.03$)、入所者に対する面会時間 ($P<0.01$) であった。社会的活動障害と関連がみられた項目は、経済状態 ($P=0.02$)、ソーシャルサポート ($P<0.01$)、長期的な疾患の有無 ($P=0.02$)、入所者との関係 ($P=0.02$) であった。うつ傾向と関連がみられた項目は、ソーシャルサポート ($P<0.01$)、長期的な疾患の有無 ($P<0.01$) であった。

3. 精神的健康およびその下位尺度の関連要因 (ロジスティック回帰分析)

単変量解析で有意な関連がみられた変数を候補変数とした変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った結果、精神的健康と関連がみられたのはソーシャルサポート ($P<0.01$)、入所者に対する面会時間 ($P<0.01$) であり、精神的健康はソーシャルサポートを受けている人ほど高く、面会時間が長い人ほど低い傾向がみられた (表4)。

身体的症状と関連がみられたのは、家族介護者の性別 ($P<0.01$) と、ソーシャルサポート ($P=0.01$) であり、身体的症状は家族介護者が男性である場合および、ソーシャルサポートをより受けている場合に少ない傾向がみられた。不安と不眠と関連がみられたのは、職業 ($P=0.03$)、続柄 ($P=0.03$)、入所者に対する面会時間 ($P<0.01$) であり、不安と不眠は、職業が非常勤である人ほど多く、入所者との続柄が長子以外の子であるほど多く、面会時間が長いほど多い傾向がみられた。社会的活動障害と関連がみられたのはソーシャルサポート ($P<0.01$) であり、ソーシャルサポートを受けている人ほど社会的活動障害が少ない傾向が見られた。うつ傾向と関連が見られたのはソーシャルサポート ($P=0.03$)、長期的な疾患の有無 ($P=0.04$) であった (表4)。

IV 考 察

1. 本研究の分析対象者の特徴に関して

本研究の分析対象者は、除外者と比較して無職・専業主婦が少なく、施設に対する評価が高い傾向があり、認知症 (痴呆) の診断を受けていない入所者が多かった。わが国における先行研究³⁾では、施設への評価が低い家族の方が入所者を施設に入れていることへの精神的負担 (罪悪感や羞

表4 精神的健康 (GHQ-28) および下位因子に関するロジスティック回帰分析の結果 (n=145)

	OR (95%CI)	P
精神的健康 (GHQ-28)¹⁾		
職業		
無職または専業主婦	1.00	0.06
自営業	0.5(0.18-1.44)	
常勤	0.54(0.16-1.88)	
非常勤	3.17(0.91-11.04)	
ソーシャルサポート		
0-6点	1.00	<0.01
7-9点	0.51(0.21-1.26)	
10-12点	0.10(0.03-0.29)	
入所者に対する面会時間		
1時間未満	1.00	<0.01
1時間~2時間	1.58(0.53-4.65)	
2時間以上	5.80(1.79-18.82)	
身体的症状²⁾		
家族介護者の性別		
女	1.00	<0.01
男	0.29(0.13-0.65)	
ソーシャルサポート		
0-6点	1.00	0.01
7-9点	0.67(0.29-1.57)	
10-12点	0.26(0.11-0.64)	
不安と不眠³⁾		
職業		
無職または専業主婦	1.00	0.03
自営業	0.75(0.30-1.90)	
常勤	0.39(0.13-1.17)	
非常勤	5.48(1.05-28.16)	
続柄		
長子	1.00	0.03
配偶者	0.80(0.28-2.25)	
長子以外の子	7.81(2.00-30.51)	
子の配偶者	0.99(0.35-2.79)	
きょうだい・その他	2.45(0.60-9.99)	
入所者に対する面会時間		
1時間未満	1.00	<0.01
1時間~2時間	2.20(0.79-6.18)	
2時間以上	6.20(1.85-20.78)	

恥心等)を感じ、さらに、10%水準での関連であるが、認知症 (痴呆) のある入所者の家族がより抑うつ状態を示すことが明らかとされている。本研究では、家族介護者の施設への評価や入所者の認知症 (痴呆) の診断の有無と、家族介護者の精

表4 精神的健康 (GHQ-28) および下位因子に関するロジスティック回帰分析の結果 (n=145) (つづき)

	OR (95%CI)	P
社会的活動障害¹⁾		
ソーシャルサポート		
0-6点	1.00	<0.01
7-9点	0.36(0.15-0.89)	
10-12点	0.08(0.03-0.22)	
長期的な疾患の有無		
なし	1.00	0.08
あり	1.95(0.93-4.09)	
うつ傾向²⁾		
経済状態 (暮らし向き)		
とても安定している	1.00	0.09
まあ安定している	0.44(0.14-1.35)	
やや/とても苦しい	1.34(0.37-4.88)	
ソーシャルサポート		
0-6点	1.00	0.03
7-9点	0.44(0.16-1.20)	
10-12点	0.21(0.06-0.70)	
長期的な疾患の有無		
なし	1.00	0.04
あり	2.67(1.07-6.64)	
入所者に対する面会時間		
1時間未満	1.00	0.09
1時間~2時間	0.77(0.23-2.62)	
2時間以上	2.23(0.66-7.50)	

1~5) 各モデルにおける Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test の結果は以下の通り

1) $P=0.83$ (chi-square = 3.57, df=7)

2) $P=0.84$ (chi-square = 1.42, df=4)

3) $P=0.75$ (chi-square = 4.23, df=7)

4) $P=0.99$ (chi-square = 0.04, df=4)

5) $P=0.49$ (chi-square = 6.41, df=7)

精神的健康には関連がみられなかった。これは上記の本研究の対象の偏りによる影響が考えられる。家族介護者のメンタルヘルスと施設評価、および入所者の認知症 (痴呆) の有無との関連については今後の検討課題である。

2. 本研究の対象の精神的健康 (GHQ-28) の分布に関して

本研究では家族介護者のうち40.7%がGHQ-28のカットオフ値 (7点) 以上を示した。東京都の20歳以上の住民の精神的健康をGHQ-30で調査した先行研究²⁵⁾では、カットオフ値 (8点) 以上である人の割合は28.8%であり、

本研究の対象に比べ精神的健康を害している人の割合が少なかった。さらに、この先行研究では、60歳以上の人限定した場合にはGHQ8点以上の人の割合は11.5%であり、精神的健康を害している人の割合はさらに少なかった。また、認知症 (痴呆) 高齢者の在宅介護者を対象にGHQ-30を用いて精神的健康を測定した調査では8点以上の人の割合は67.1%であった¹⁾。本研究の対象者 (家族介護者) で、精神的健康を害している人の割合は、認知症 (痴呆) 高齢者の在宅家族介護者よりは低いものの、同世代の都市住民に比べると高く、施設高齢者の家族介護者には精神的健康を害している人が多い可能性が考えられた。在宅高齢者の家族だけでなく、施設高齢者の家族へも継続して支援を行う必要性を示唆した結果であると考えられる。

下位尺度に関しては、身体的症状が一番高く、以下、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の順に高かった。これは日本語版開発時のデータ²²⁾と同様の傾向であった。GHQ-28を用いた研究で下位尺度得点の回答分布を示している研究は少ないが、がんで近親者を失った遺族の精神的健康を測定した研究²⁶⁾の場合、下位尺度のうちもっとも高得点を示していたのは不安と不眠であった。高齢者の家族介護者は、高齢者の入所後も頻繁に施設を訪れケアを提供するため、がん患者の遺族などと比べると、精神的健康のなかでも不安と不眠などの精神的症状よりも、身体症状を呈しやすい可能性が考えられた。

3. 精神的健康の関連要因

ロジスティック回帰モデルを用いた分析の結果、精神的健康の関連要因として有意差がみられた項目は、ソーシャルサポートと入所者に対する面会時間であった。ソーシャルサポートについては、米国の高齢者の家族介護者を対象とした先行研究で、ソーシャルサポートへのニーズが高い群でwell-beingが低いことが示されている¹³⁾。また、わが国での先行研究³⁾でも、施設高齢者の家族の抑うつ状態とソーシャルサポートの関係は明らかとされている。本研究でも先行研究同様、施設入所後の家族介護者へのソーシャルサポートの提供の必要性を示唆する結果が得られたと考える。家族看護学^{28,29)}などの家族支援を目的とした理論や技術を習得している看護師やソーシャル

ワーカーといった施設職員によるソーシャルサポートの提供や、家族会などのサポートグループの紹介などの介入が有効であろう³⁰⁾。

入所者への面会時間が長いほど精神的健康が低いという結果は、先行研究にはみられない知見である。これには、長時間の面会が精神的健康の低下の原因となっていると言う解釈と、精神的健康が低い家族介護者が入所者との会話などの情緒的サポートを求めて長時間の面会を行っているという解釈の両方が成り立つ。いずれの解釈にせよ家族介護者の面会に着目することが家族介護者への支援につながるであろう。前者の解釈に立つ場合には、自らの心身に影響を及ぼすほど長時間面会している家族介護者へは、一時的にでも面会時間を減らすよう促すと言った援助が効果的であろう。後者の場合には、施設職員による入所者と家族介護者の面会時のコミュニケーションを促進する援助^{28,29)}が有効であろう。具体的には家族介護者が利用できる面会室などを用意し家族が面会する環境を整えること、介護者が知ることができない入所者の普段の生活の様子等を施設職員が介護者に伝えることなどが考えられる。しかし、家族介護者の面会という事象に関連する要因は精神的健康以外にも数多く、実際の支援においては、家族介護者の状況を総合的に把握する必要があるだろう。

4. 下位尺度の関連要因

身体的症状に関連がみられたのは、家族介護者の性別とソーシャルサポートであった。杉浦ら¹⁸⁾の在宅介護者を対象とした研究では、女性介護者の方が男性より多くの介護を提供し、高い介護負担感を感じることを示されている。本研究で得られた上記の性別についての結果は、施設入所者の家族介護者でも同様に、女性の方が強い負担を感じていることを示唆する結果であり、今後の追試が必要であろう。ソーシャルサポートについては、個々の家族介護者の状況に応じ、身体的症状の改善によりソーシャルサポートの増加を、逆に、ソーシャルサポートの増加により身体的症状の増加を図ることが有効である可能性がある。

不安と不眠に関連がみられたのは、職業、続柄、入所者への面会時間であった。職業では、非常勤の人で不安と不眠が多くみられた。非常勤の人は、入所者への面会等を行うため、あえて、非

常勤の職を選んでいるのかもしれないが、その多忙な生活が不眠や不安につながっている可能性があるが、今回得られたデータからは断言はできない。該当する家族介護者からの在宅介護の状況を含めた質的データなどより詳細な情報収集・分析が必要であろう。続柄に関しては、長子以外の子で長子よりも不安と不眠が強いという結果が得られ、長子で入所老人を抱えていることに対する精神的負担(罪悪感・羞恥心等)が強いとするわが国における先行研究³⁾と反する結果を得た。長子が老親の世話をみるべきというわが国の介護規範に反し、長子以外の子が介護を担当しているという状況が、家族・親族間の対人関係上の困難³¹⁾の原因となり、家族介護者の不安や不眠につながっている可能性が考えられる。しかし、この結果は1つの下位尺度にのみ、みられた結果である。続柄は在宅介護者の介護負担感¹⁹⁾等の研究において強い関連を示す介護研究における重要な変数であり、施設入所者の家族介護者の精神的健康との関連については今後の追試が必要であろう。面会時間に関する結果は、精神的健康との関連と同様に、長時間の面会が家族介護者に不安や不眠をもたらしているという解釈と、不安が強い家族介護者が入所者との交流や情報収集を求め、長時間面会しているという二つの解釈が成り立つ。個々の家族介護者の状況をアセスメントした上で必要に応じて支援を行うべきであろう。

社会的活動障害に関連がみられたのは、ソーシャルサポートのみであった。GHQ-28における社会的活動障害が高値を示す、つまり、社会的活動をあまり行っていない対象の場合には、ソーシャルサポートを受ける機会も少ないと考えられるため、この関連は妥当なものと考えられる。

うつ症状に関連がみられたのは、ソーシャルサポート、長期的な疾患の有無であった。ソーシャルサポートが抑うつを予防、もしくは緩和する働きを持つことは国内外で広く示されており³²⁾、本研究でもそれを支持する結果が得られた。疾患の有無に関する結果は、娘・息子介護者を対象としてうつ症状(CES-D)と介護者の疾患の数の関連を示した研究⁴⁾と同様の結果であった。本研究の対象は娘・息子の他に配偶者や子の配偶者を含むものの、介護者自身に疾患がある場合に介護者がうつ症状を呈し易いということは理解しやすい

結果である。家族介護者がなんらかの疾患を有する場合には、その治療の適切さや、過度の面会による疾患悪化のリスクなどのアセスメントを行い、必要に応じ受診や休養を勧めるなどの介入が有効であろう。

5. 本研究の限界

本研究では、都内3つの特別養護老人ホームを対象とし、ランダムに対象施設を選定する手法を採用しなかった。これは、個人情報保護への関心が高まる中、施設外の間人である研究者が対象への調査協力を得るためには、施設との信頼関係の構築が必要であり、多施設での研究実施が困難であったためである。したがって、本研究の結果の一般化は、都市部に存在する中・大規模の特別養護老人ホームという限定の元に考えるべきである。わが国では、先行研究³⁾も都市部の特別養護老人ホームを対象としているため、今後、農村部などで調査を行うなどし、より一般化可能性が高い結果を得る必要がある。

また、本研究では、入所者の認知症(痴呆)の症状を比較的情報量が少ない質問である認知症(痴呆)の診断の有無で評価するなど、データ収集に際し、妥当性や信頼性の確認された尺度を用いなかった項目がある。これは、対象者の回答への負担や欠損の軽減のためであるが、今後は、家族介護者に対する訪問面接調査や専門職による入所者の状態評価などを行い、妥当性・信頼性の確認された尺度を用いてデータ収集を行うことが望ましいと考えられる。入所者の身体機能や認知機能^{14,27)}等の入所者要因は先行研究において施設内の家族介護者の精神的健康の類似概念(depressionやanxiety等)に関連するとされているが、本研究ではこれらの入所者要因は、家族介護者の精神的健康に関連がみられなかった。上記のようにより詳細なデータ収集を行うことにより、異なる結果が得られる可能性がある。

最後に、本研究は、特別養護老人ホームの高齢者の家族介護者のみを対象に行われたものである。今後、異なる施設の家族介護者を対象とした研究や在宅介護の時点からの縦断研究などによる知見の蓄積が必要であろう。

V 結 語

本研究では、都内特別養護老人ホームにて、施

設入所高齢者の家族介護者の精神的健康とその関連要因を調査し、以下の点が明らかとなった。施設入所高齢者の家族介護者の4割がGHQ-28で7点以上であり、神経症傾向を示していた。家族介護者の精神的健康に関連がみられた要因は、家族介護者が受けているソーシャルサポートと家族介護者の入所者に対する面会時間であった。以上より、ソーシャルサポートを促進するための家族会の紹介や、家族介護者の面会に着目し家族介護者と入所者のコミュニケーションを促進する援助の必要性が示唆された。

本研究の一部は第62回日本公衆衛生学会総会(京都)にて発表した。本研究は厚生労働省平成14年度老人保健健康増進等事業「痴呆性高齢者の予後追跡調査」の一環として行われた。調査実施にご協力いただいた「痴呆性高齢者の予後追跡調査」委員会の委員諸氏に厚く御礼申し上げます。最後に、調査にご協力いただきました入所者およびご家族の方々、ならびに施設関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

(受付 2004. 5.12)
(採用 2005. 3.16)

文 献

- 1) 管崎弘之. 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.
- 2) 岡崎素子. 要介護高齢者の介護家族に関する研究の動向と課題. 日本保健医療行動科学会年報 2000; 15: 268-285.
- 3) 杉澤秀博, 横山博子, 高橋正人. 特別養護老人ホーム入所者家族のメンタルヘルスに関する研究. 社会老年学 1992; 35: 10-18.
- 4) Brody EM, Dempsey NP, Pruchno RA. Mental health of sons and daughters of the institutionalized aged. *Gerontologist* 1990; 30: 212-219.
- 5) Almborg B, Grafstrom M, Krichbaum K, et al. The interplay of institution and family caregiving: relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 931-939.
- 6) Schneewind EH. The reaction of the family to the institutionalization of an elderly member: Factors influencing adjustment and suggestions for easing the transition to a new life phase. *Journal of Gerontological Social Work* 1990; 15: 121-136.
- 7) Hopp FP. Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes. *Gerontologist* 1999; 39: 167-176.
- 8) Bowers BJ. Family perceptions of care in a nursing

- home. *Gerontologist* 1988; 28: 361-368.
- 9) Sandberg J, Lundh U, Nolan MR. Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *J Clin Nurs* 2001; 10: 406-416.
 - 10) Duncan MT, Morgan DL. Sharing the caring: family caregivers' views of their relationships with nursing home staff. *Gerontologist* 1994; 34: 235-244.
 - 11) Zarit SH, Whitlatch CJ. Institutional placement: phases of the transition. *Gerontologist* 1992; 32: 665-672.
 - 12) Whitlatch CJ, Schur D, Noelker LS, et al. The stress process of family caregiving in institutional settings. *Gerontologist* 2001; 41: 462-73.
 - 13) George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist* 1986; 26: 253-259.
 - 14) Stephens MA, Ogrocki PK, Kinney JM. Sources of stress for family caregivers of institutionalized dementia patients. *J Appl Gerontol* 1991; 10: 328-342.
 - 15) Pagel MD, Becker J, Coppel DB. Loss of control, self-blame, and depression: an investigation of spouse caregivers of Alzheimer's disease patients. *J Abnorm Psychol* 1985; 94: 169-182.
 - 16) Pratt CC, Schmall VL, Wright S, et al. Burden and coping strategies of caregivers to alzheimers patients. *Family Relations* 1985; 34: 27-33.
 - 17) Davis LL, Buckwalter K. Family caregiving after nursing home admission. *Journal of Mental Health & Aging*. 2001; 7: 361-79.
 - 18) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋. 在宅介護の状況及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* 2004; 51: 240-251.
 - 19) 東野定律, 桐野匡史, 種子田綾, 他. 要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定. *厚生指標* 2004; 51: 18-23.
 - 20) 樺野香苗, 長谷川万希子, 橋本廸生. 長期入院高齢者の家族の在宅ケア意向に影響する要因. *病院管理* 2000; 37: 105-112.
 - 21) 佐藤晴美, 杉澤秀博, 杉原陽子, 他. 高齢者の家族に対する病院からの療養生活に関する情報提供の実態. *厚生指標* 1998; 45: 33-38.
 - 22) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ の妥当性・信頼性. Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 東京: 日本文化科学社, 1985; 57-70.
 - 23) 宮本有紀, 伊藤弘人, 立森久照, 他. 介護老人保健施設痴呆専門棟入所者の要介護度は認知機能を反映しているか. *老年精神医学雑誌* 2001; 12: 1169-1175.
 - 24) 福西勇夫. 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point. *心理臨床* 1990; 3: 228-234.
 - 25) 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 他. 都市住民のストレスと精神健康度. *精神衛生研究* 1985; 32: 49-68.
 - 26) 柏木哲夫. 癌で近親者を失った遺族の精神健康と二次的ストレッサー. *臨床精神医学* 2000; 29: 1267-1275.
 - 27) Campbell JM, Linc LG. Support groups for visitors of residents in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 1996; 22: 30-35.
 - 28) 杉下知子. 家族看護の方法. 杉下知子編. 家族看護学入門. 東京: メヂカルフレンド社, 2000; 85-114.
 - 29) 鈴木和子. 高齢者介護に関する家族援助. 鈴木和子, 渡辺裕子著. 家族看護学 理論と実践第2版. 東京: 日本看護協会出版会, 1999; 239-252.
 - 30) Monahan DJ. Informal caregivers of institutionalized dementia residents predictors of burden. *Journal of Gerontological Social Work* 1995; 23: 65-82.
 - 31) 山本則子. 痴呆老人の家族介護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 2. 価値と困難のパラドックス. *看護研究* 1995; 28: 313-334.
 - 32) 増地あゆみ, 岸玲子. 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察 ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に. *日本公衆衛生雑誌* 2001; 48: 435-448.
-

MENTAL HEALTH AND RELATED FACTORS WITH FAMILY CAREGIVERS FOR ELDERLY IN SPECIAL-CARE NURSING HOMES FOR THE AGED

Hiroki FUKAHORI^{*,2*}, Yuichi SUGAI^{3*}, Yoko MIZUNO^{4*,5*},
Noriko MATSUI^{2*}, and Chieko SUGISHITA^{*,2*}

Key words : elderly, caregiver, special care nursing home for the aged, mental health

Purpose The purpose of this study was to examine the mental health and related factors with family caregivers for the elderly in special-care nursing homes for the aged.

Methods We conducted a questionnaire survey among family caregivers for elderly living in three special-care nursing homes in Tokyo. The questionnaire included factors from the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) pertaining to family caregivers, the elderly, and the relationships between them. The GHQ-28 was used to measure the mental health of the caregivers and a logistic regression model was applied for the analysis.

Results Of the 145 family caregivers surveyed, 59 (40.7%) exhibited low mental health (GHQ-28 \geq 7). The logistic regression analysis revealed that family caregivers with low mental health had lower social support (OR: 0.10 (0.03-0.29)) and had longer visiting times (OR: 5.80 (1.79-18.82)).

Discussion The results suggested that many family caregivers for elderly persons in institutions may have poor mental health and that it is necessary to provide them with support. It is concluded that self-help groups for families and the promotion of communication between the elderly and their family caregivers might be effective for this purpose.

* Mie Prefectural College of Nursing

^{2*} Department of Family Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{3*} Tokyo Dementia Care Research and Training Center

^{4*} Yokuhu-kai Group Home Himawari

^{5*} Group Home Wakatake-Nishisugeta