

在宅介護継続配偶者介護者における 介護経験と精神的健康状態との因果関係の性差の検討

スギウラ ケイコ イトウミ キョ
杉浦 圭子* 伊藤美樹子*
クツ ミマサミ ミカミ ヒロシ
九津見雅美* 三上 洋*

目的 配偶者の介護において、要介護者の心身の状況、世帯構成、経済状況、副介護者の存在などの介護者を取りまく状況と、介護保険サービス利用回数、介護者の対処方略などの介護経験の経年的な変化と介護者の精神的健康状態との因果関係における性別の特徴を明らかにすること。

方法 2003年に大阪府東大阪市で要介護認定等を受けているものから、5,000人を層別無作為抽出し、要介護者とその家族を対象に郵送による無記名自記式質問紙調査を行った（初回調査）。回答は3,138件から得られ、そのうち568組が配偶者介護を行っていた。初回調査後、死亡・転居を除く3,934件に対し、2005年10月に同様の質問紙を送付した（継続調査）。2,365件から回答が得られ、配偶者が介護を行っていたのは326組であった。これを初回調査の対象者とリンケージすると夫介護者（妻を介護する夫）85人、妻介護者（夫を介護する妻）135人の計220組の要介護者と介護者が追跡可能であった。調査項目は、要介護者・介護者の基本属性、介護者を取りまく状況、介護保険サービス利用状況、対処方略、介護者のうつ症状、介護肯定感である。分析は交差遅れ効果モデルを用いた共分散構造分析による多母集団同時分析を行った。

成績 要介護者の心身の状況の経年変化に有意差はみられなかった。介護者を取りまく状況は、夫介護者の方が妻介護者よりもADL介護量、副介護者保有率を増加させており、妻介護者では介護保険サービスの利用量が拡大していた。介護ストレスへの対処方略の採用には性差がみられ、夫介護者では介護役割の積極的受容型が、妻介護者では問題解決思考型が優先されていた。また、妻介護者にのみ介護肯定感の低下がみられた。交差遅れモデルでは、夫介護者においてはADL介護量が多いことはうつ症状を軽減し、問題解決志向型対処の積極的な採用はうつ症状を悪化させていた。一方、介護肯定感は情緒的支援活用型、介護役割の積極的受容型対処の採用を促進していた。妻介護者についてはうつ症状が気分転換型対処の採用を後退させ、また介護肯定感が介護におけるペース配分型、介護役割の積極的受容型対処の採用を促進していた。

結論 今回の研究で観察された2年間の介護経験において、夫介護者はADL介護量や副介護者などの身近なサポートを増加させ、介護役割に適応する傾向がみられた。ゆえにADL介護量の増えない、もしくは身近なサポートが乏しい夫介護者は精神的健康の悪化を招く可能性があり、継続的モニタリングが必要である。妻介護者は介護保険サービスの利用量を増加させていたが精神的健康とは関連がなく、かつ介護肯定感の低下がみられた。

Key words : 配偶者介護者, 性差, 縦断的研究, 介護保険サービス利用者

Ⅰ 緒 言

本邦では、脱施設化や人口の高齢化により、在宅要介護者は増加しており、在宅介護における家族介護者の存在は依然として重要である。昭和59年の国民生活基礎調査では、同居家族介護者は息子の妻（子の配偶者）が続柄別に34.4%ともっとも高く、家族介護者における男性介護者の割合は全体の約1

* 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
総合保健看護科学分野総合ヘルスプロモーション科学講座
連絡先：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-7
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
総合保健看護科学分野総合ヘルスプロモーション科学講座 杉浦圭子

割程度でしかなかった¹⁾。しかし、平成16年の同調査において男性の割合は34.2%と20年間で3倍以上に増加し、続柄では配偶者が息子の妻を上回り37.8%を占めるようになった²⁾。

さらに、我々が東大阪市において2000年より毎年行っている介護保険サービス利用者を対象とした調査でも、介護者の約3割を男性介護者が占め、そのうちの60%は要介護者の夫であった。男性高齢介護者は夫介護者の増加に伴って、今後更に増加していく可能性が高いと予測される。この傾向は、中高年齢者の子への依存意識が低下³⁾によって、配偶者介護が増加⁴⁾したことが理由として考えられる。しかし、近年問題視されている高齢者虐待や介護心中・殺人には、男性介護者の関与が強く報告されている^{5,6)}。とくに刑事事件となったものでは老夫婦間で起こったものが8割以上を占め、うち夫が加害者となっている場合が7割を超えている。こうした問題や課題に対して、具体的な対策を講じる上で、介護者の性別の特徴を踏まえてアセスメントすることが必要であり、重要であると考えられる。

介護者の性差に関する研究は、海外では1980年代から行われている。2006年に Pinquart⁷⁾らによって行われた介護者の性差についての文献研究では、使用言語が英語で、60歳以上のインフォーマルな介護者が分析対象であるなどのメタ分析の条件を満たす文献数は229件にも及んでいた。これに対し本邦にて介護者の性差に注目した先行研究は、我々が行った2004、2008年の報告^{8,9)}のほかには数件しか発表されていない^{10,11)}。その中でも2006年の山田らの研究は、介護者のストレスの性差の要因を検討した研究である。山田らは要介護者のADL障害数、認知障害数、介護頻度、介護期間などの介護経験には性差は認められず、介護ストレスに対しては、男性介護者における要介護者の認知障害数が、女性介護者では暮らし向き（経済的安定度）が関連しており、規定要因に性差が認められた報告している。

今までの研究の問題点として、本邦では介護者の性差研究の蓄積がない以外に、横断研究であるために因果関係が明確でないことがあげられる。山田らの研究でもホームヘルプサービスを多く利用していることと、精神的健康度の低さと関連について、精神的に不健康である（ストレスを感じている）からサービスを利用するようになっているのか、サービス利用が多くなればストレスを感じるのかは説明できていない。要因間の因果関係が明らかになれば、対象者への援助や介入の際に予防効果が高いと考えられる。また、別の問題点として、本邦では公的な介護保険サービスは家族内の副介護者などインフ

ォーマルなサポートとともに重要な資源であるが、在宅介護において生じた諸問題に介護者自身がどのように考え、感じ、どのような行動を志向するかという認知面の資源、すなわち「対処方略」（coping strategy）が精神的健康に与える影響の検討が少ないことである。介護者の性差に関する研究で対処方略を用いることによって、介護役割に対する日本の社会文化的特徴を考慮でき、また、パーソナリティなどの比較的持続的な個人的要因や副介護者の有無などの家族要因と比べて、対処方略は介入によって変容可能性が高いという点で介護者支援における臨床的な意義が深いと考えられる。我々の先行研究では、男性介護者と女性介護者では対処方略には多くの差がみられ、その精神的健康度に対する影響にも性差が確認でき、「積極的に要介護者を受容する」ことは男性介護者において精神的健康度の悪さとの関連がみられたが、因果関係の検討には至っていない。

さらに、従来、介護者は女性が多数を占めてきたため、今までの研究では男性介護者は分析から除外されやすく、続柄を考慮されてこなかった。また、介護ストレスやサービス利用には介護者の続柄によって差がみられる^{12,13)}ことや、子世代の介護者に男性の占める割合が低いこと¹⁴⁾、男性介護者でも息子と夫では年代や就労、要介護者との関係性などから介護経験が異なる¹⁵⁾ことなど、続柄別の特徴がみられていることから配偶者世代と子世代の介護者では分割して分析する必要があると考えられる。

以上のことを背景に、本研究では対象を配偶者介護者に限定し、要介護者の心身の状況、介護者と要介護者との同居状況、経済的状況、副介護者の存在などを含めた介護者自身をとりまく状況、介護保険サービス利用回数、介護者の対処方略という介護経験の経年的な変化を考慮しつつ、それらと介護者の精神的健康状態との因果関係における性別の特徴を明らかにすることを目的とした。

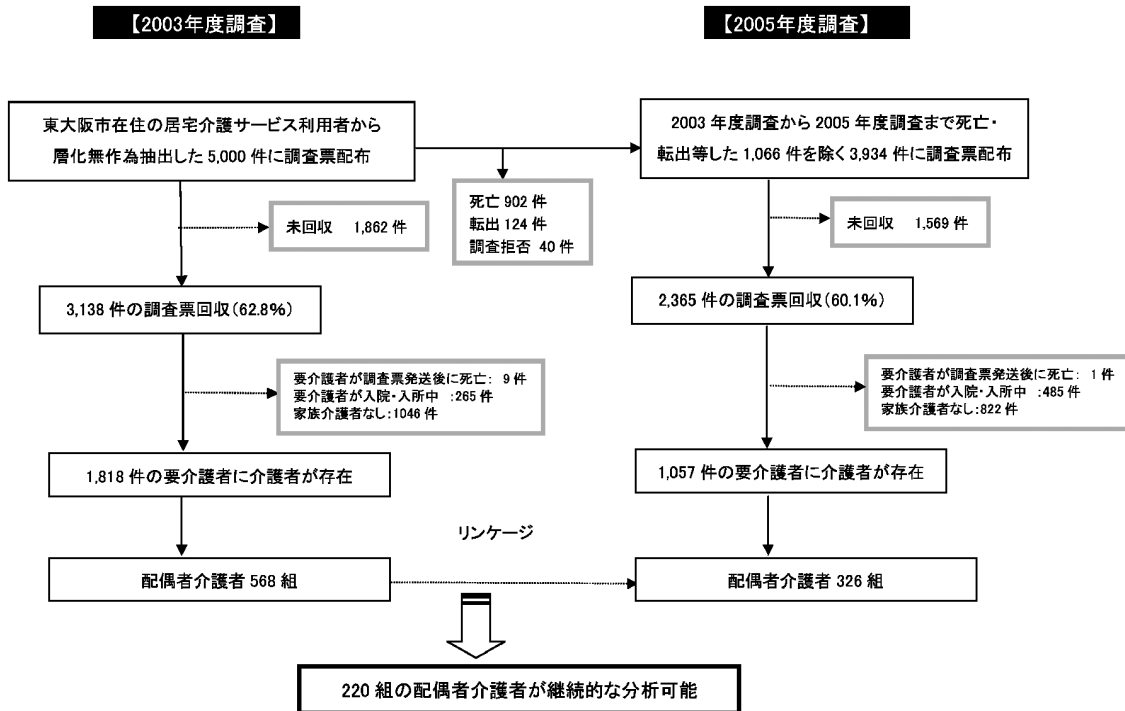
II 研究方法

1. 調査対象と方法（図1）

1) 2003年度調査（初回調査）

2003年6月に大阪府東大阪市に在住し、要支援・要介護認定を受け、ケアプランが作成されている8,284人から、5,000人を層別無作為抽出し、2003年10～11月に郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。回答者のプライバシーに配慮し、回収先は東大阪市福祉部介護保険給付管理課（現：福祉部高齢介護課）とした。調査用紙には調査の主旨を説明した依頼文を添付し、匿名性の確保、参加拒否の権

図1 2003年度調査と2005年度調査の配布・回収状況と継続的な分析対象者の選定への流れ



利、プライバシーの保護などについて明記した。本調査は、東大阪市の福祉部介護保険給付管理課と本大学総合ヘルスプロモーション科学講座（代表：三上洋）とが協定を結び、調査主体は東大阪市として行われたものであり、本研究はその調査データの一部を使用したものである。なお、倫理的配慮として、調査対象者にはあらかじめ調査への参加は自由意思であること、調査票の匿名性は確保されていることなどを調査票に明示し、調査票の返送をもって同意を得たものとした。本調査は大阪大学医学部倫理委員会にて承認を得た（承認番号321, 321-2）。

回答は3,138件から得られ（回収率62.8%）、そのうち、入院・施設入所者、家族介護者がいないものは除外したところ、1,818件の介護保険サービス利用者（要介護者）に介護者が存在していた。さらに、介護者の続柄で限定すると配偶者間で介護をしているのは568組であった。

2) 2005年度調査（継続調査）

2003年度調査の対象者のうち、調査以後の対象者の死亡902件、転居124件、調査拒否40件を除くすべての対象者3,934件に対し、2年後の2005年10～11月に同様の質問紙を送付した。回収は2,365件から得られた（回収率60.1%）。回収されたものから2005年度調査時点で調査票発送後に死亡していたものの1件、要介護者が入院・入所していたものの485件、家族介護者がいないものの822件を除いたところ2005年度調査において介護者の存在が確認できたの

は1,066件であり、そのうち配偶者間介護は326組であった。これを2003年度調査時の配偶者間介護者568組と2005年度調査の配偶者間介護者568組をリンケージしたところ、両調査に回答があり、分析が可能だったのは220組であった。

2003年度調査の配偶者介護者は568組のうち、要介護者をその夫が介護する夫介護者（以下、夫介護者とする）は212件（37.3%）、要介護者をその妻が介護する妻介護者（以下、妻介護者とする）は356件（62.7%）であった。以下、2003年度調査時の配偶者介護者568組の基本的属性を表1に示す。要介護者の平均年齢は妻介護者のほうが高く、要介護度の割合も、夫介護者では要支援、要介護1の軽度の要介護者が約4割を占めるのに対し、妻介護者では3割程度にとどまり、要介護度2～5の割合が多かった。介護者の年齢は夫介護者のほうが高かった。

表2に2003年度調査時の配偶者介護者568件の2005年度調査時の状態を示す。2003年度調査と2005年度調査の両者に回答し、縦断的な分析が可能であったのは夫介護者85人、妻介護者135人の計220人であり、夫、妻ともに、追跡可能であったのは約4割だった。初回調査の夫介護者212人と妻介護者356人それぞれについて、縦断的な分析が可能な夫介護者85人と妻介護者135人と要介護者の要介護度、認知障害の程度、年齢、性別、年収等を比較したが、有意差はみられなかった。

表1 2003年度調査時の配偶者介護者の基本的属性 (n=568)

		夫介護者 (n=212) ^{a)}	妻介護者 (n=356) ^{a)}	P値 ^{b)}
要介護者要因	平均年齢±SD (範囲)	74.8±6.6(54-93)	76.4±7.3(52-97)	**
	要介護度			**
	要支援	23(10.8)	15(4.2)	
	要介護1	68(32.1)	95(26.7)	
	要介護2	47(22.2)	95(26.7)	
	要介護3	29(13.7)	61(17.1)	
	要介護4	22(10.4)	41(11.5)	
	要介護5	23(10.8)	49(13.8)	
	認知障害の程度			n.s.
	なし	122(66.7)	190(59.0)	
	軽度	29(15.8)	65(20.2)	
	中等度	22(12.0)	56(17.4)	
	重度	10(5.5)	11(3.4)	
介護者要因	平均年齢±SD (範囲)	74.7±7.9 (51-94)	71.7±6.8 (48-91)	**
	年間総世帯収入			n.s.
	100万円未満	26(13.1)	27(8.4)	
	100～300万円未満	109(54.7)	190(59.1)	
	300～600万円未満	47(23.6)	79(24.5)	
	600万円以上	17(8.5)	26(8.1)	
	介護期間			n.s.
	6か月未満	17(8.6)	27(8.0)	
	6か月～1年未満	17(8.6)	28(8.3)	
	1年～3年未満	56(28.3)	101(30.1)	
	3年～5年未満	29(14.6)	60(17.9)	
	5年～10年未満	43(21.7)	70(20.9)	
	10年以上	36(18.2)	50(14.9)	
	就労状況			n.s.
	常勤	18(8.5)	20(5.7)	
	非常勤	10(4.7)	13(3.7)	
	就労なし	179(84.4)	320(90.7)	

a) 夫介護者とは、介護をしている夫のことで、要介護者はその妻である人を指す。同様に妻介護者の要介護者は、その夫である。

b) 平均年齢は t 検定，就労状況は χ^2 検定，その他はすべて Mann-Whitney の U 検定の結果。**：P<0.01，*：P<0.05，n.s.：not significant.

表2 2003年度調査で回答が得られた配偶者介護者の2005年度調査時の状態 (n=568)

2005年度調査時の状態	全体 (n=568)		夫介護者 (n=212)		妻介護者 (n=356)	
	n	%	n	%	n	%
要介護者死亡	110	(19.4)	18	(8.5)	92	(25.8)
要介護者転出	15	(2.6)	4	(1.9)	11	(3.1)
要介護者入院	22	(3.9)	9	(4.2)	13	(3.7)
要介護者入所	40	(7.0)	13	(6.1)	27	(7.6)
介護者交代	25	(4.4)	16	(7.5)	9	(2.5)
介護中止	49	(8.6)	23	(10.8)	26	(7.3)
介護保険サービス利用中止	17	(3.0)	10	(4.7)	7	(2.0)
未回収	70	(12.3)	34	(16.0)	36	(10.1)
2005年度調査にて継続可能	220	(38.7)	85	(40.1)	135	(37.9)

2. 調査項目

1) 介護者，要介護者の基本的属性および介護状況

介護者の基本属性については年齢，性別，要介護者との続柄，年間総世帯収入，就労の有無，世帯状況を，要介護者の基本属性については年齢，性別，要介護度，認知障害の程度を調査した。要介護者の認知障害の程度については，本研究は自記式質問紙法であることから，介護者によって認知症高齢者に比較的多くみられる症状あるいは行動の有無を簡便にチェックできるように開発された「痴呆性老人のスクリーニング・チェックリスト」⁶⁾を用いた。「直前に食べた食事を，食べていないという」などの16項目の質問項目について，該当する場合に1点，該当しない場合に0点を与え，0～16点の一元的な尺度として取り扱い，単純加算を行った（2003年度調

査：Cronbach $\alpha=0.86$ ，主成分分析の第一主成分の寄与率32.5%，2005年度調査：Cronbach $\alpha=0.86$ ，主成分分析の第一主成分の寄与率32.0%）。点数が高いほど要介護者の認知障害が重症であることを示す。

介護状況としては、一日の介護時間、介護期間、ADL介護量（食事介助、入浴介助、整容、車椅子からの移乗、トイレ動作介助、おむつ交換、階段昇降、更衣、服薬、歩行介助）10項目への該当数、IADL介護内容（食事準備、金銭管理、買い物、洗濯掃除、病院送迎、代理で電話をかける、外出介助）7項目への該当数を調査した。

さらに、介護保険サービス利用状況と副介護者の有無を調査した。介護保険サービスのうち利用頻度の高いホームヘルプサービス（訪問介護）、デイケア（通所リハビリテーション）、デイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護/短期入所療養介護）の利用頻度として月あたりの利用回数を調査した。

2) 介護者の精神的健康状態

介護者の精神的健康状態として、介護者に特有のポジティブな指標として「介護肯定感」、ネガティブな指標として「うつ症状」を用いた。

介護肯定感については、山本ら¹⁷⁾の開発した介護に関する認識のうち「肯定的認識尺度（Positive Appraisal of care: PAC）」21項目より主要4因子（被介護者への愛着、介護についての自信、介護からの学び、規範の実践）のそれぞれにかかる係数の大きい項目を2項目ずつ選出した。「〇〇さんをとて大切に思う」や「自分は〇〇さんの介護には自信がある」などの8項目に対して「そう思う」2点から「あまりそう思わない」0点の3件法で回答を求めた。2003年度調査と2005年度調査における8項目の信頼性係数はそれぞれ Cronbach $\alpha=0.83$ ，Cronbach $\alpha=0.84$ であり、主成分分析による第1主成分の寄与率は46.0%，47.8%であった。本研究ではこれら8項目を単純加算し、0～16点の範囲をとる一元的な尺度として取り扱った。点数が高いほど介護の肯定的な認識が高いことを示す。

うつ症状については、妥当性、信頼性が確保されているCES-D短縮版11項目を用いた¹⁸⁾。各項目に対して「よくあった」2点から「ほとんどない」0点の3件法により回答を求めた。11項目に対して2003年度調査と2005年度調査時それぞれで最尤法による因子分析を行ったところ、「食欲」に関する項目の因子負荷量が他の因子と比較して著しく低かったため削除した。最終的には10項目を採用し、0～20点の範囲をとる一元的な尺度として取り扱い、単

純加算を行った（2003年度調査：Cronbach $\alpha=0.82$ ，主成分分析の第一主成分の寄与率39.7%，2005年度調査：Cronbach $\alpha=0.81$ ，主成分分析の第一主成分の寄与率38.2%）。この尺度では点数が高いほど、うつの症状が強いことを示す。

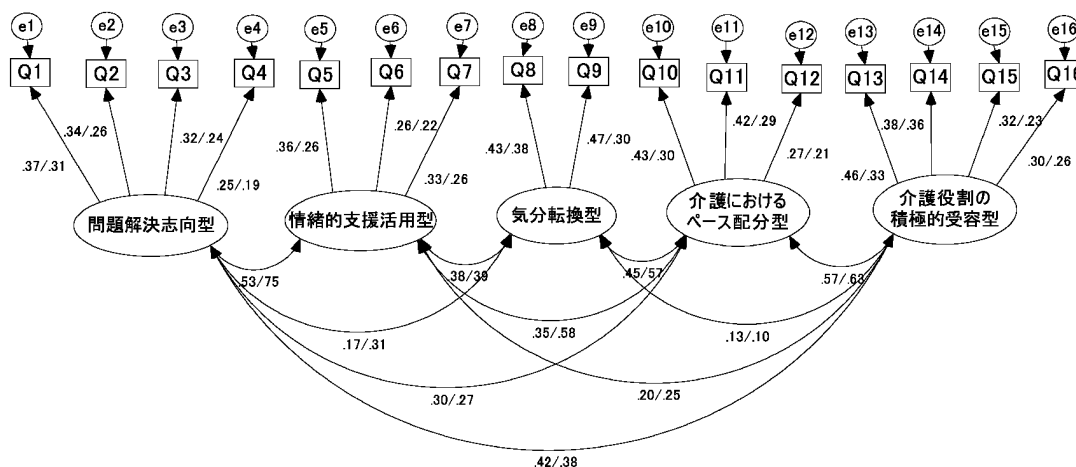
なお、介護肯定感とうつ症状の尺度得点については、欠損値が半数以上のものは除外し、半数未満のものについては、回答のあった項目の点数に回答割合の逆数を掛け合わせるという方法で推計値を求めた¹⁹⁾。

3) 介護者の対処方略

対処方略について岡林ら²⁰⁾の開発した「在宅障害高齢者の主介護者のコーピング尺度」で測定した。岡林らは、先行研究により選出された介護者の対処方略についての質問項目20項目を主因子法による因子分析を行っている。最終的に「できる範囲で無理をしないようにお世話をする」、「自分が倒れては困るので自分自身の健康管理に気をつける」などの16項目を測定し、共分散構造分析を用いた確証的因子分析を行っている。検証されたモデルは、各観測変数と因子との対応が一義的であり、誤差項間が無相関であるモデルが構築され、そのモデルと実際のデータのとの適合度を最尤法による確証的因子分析により検証された。岡林らによると16項目にはそれぞれ上位概念が存在し、「公的支援活用型」、「私的支援活用型」、「介護におけるペース配分型」、「介護役割の積極的受容型」、「気分転換型」と命名されている。

先行研究のなかの「公的支援追求」と「私的支援追求」については、本研究では、同様の質問項目を使用し、それぞれの設問に対する回答を「よくする」2点～「全くしない」0点を与えて2003年度、2005年度に調査を行った。得られたデータに対し、主因子法による探索的因子分析を行い5因子構造を確認し、各年度の5因子での累積寄与率は2003年度が47.3%，2005年度が42.6%であった。その後、本研究においても岡林らと同じモデルを仮定し、年度ごとに共分散構造分析による確証的因子分析を行い、図2の結果が得られた。確証的因子分析の結果では、観測変数と潜在変数の関係性は先行研究と同じであり、因子構造は先行研究と同様であったと考えられた。モデルの適合度は、それぞれ、2003年度調査では、 $\chi^2/df=2.47$ ，Goodness of Fit Index: GFI=0.994，Adjusted GFI: AGFI=0.991，2005年度調査では $\chi^2/df=1.172$ ，GFI=0.996，AGFI=0.994であり、十分な適合度が得られたと考えられる。以下、表3に詳細な質問項目と5因子の名称との対応、因子負荷量を示す。5因子の名称に関しては、岡林ら

図2 本研究における2003年度と2005年度の対処方略の確証的因子分析の結果



図中の数字は各潜在変数から観測変数への因子負荷量（パス係数）を示す。斜線左が2003年度，斜線右が2005年度の数値を示す。因子間相関を示す数値も同様。e1～e16は誤差変数。

表3 対処方略の各因子と質問項目との関係

岡林らの研究における5因子の名称	本研究における5因子の名称	図2での項目名	質問項目	因子負荷量 (パス係数)	
				2003年度調査	2005年度調査
公的支援追求型	問題解決志向型	Q1	介護に役立つ情報を集める	.37	.31
		Q2	介護を受けておられる方の状態が急変した場合に備えて対応策を立てる	.34	.26
		Q3	役所の福祉課や医師などの専門家に相談する	.32	.24
		Q4	介護サービスを積極的に利用する	.25	.19
私的支援追求型	情緒的支援活用型	Q5	介護にまつわる苦労や悩みを家族や周りに人に聞いてもらう	.36	.26
		Q6	一人で何でもしようとしなくて家族や周りの人に協力を頼む	.26	.22
		Q7	介護している人同士で励ましあう	.33	.26
気分転換型	気分転換型	Q8	介護に振り回されず意識的に自分自身の時間を持つ	.43	.38
		Q9	友達と会ったり自分の好きなことをして気分転換をする	.47	.30
介護におけるペース配分型	介護におけるペース配分型	Q10	希望を捨てずに毎日を明るく過ごす	.43	.30
		Q11	できる範囲で無理をしないように介護をする	.42	.29
		Q12	自分が倒れては困るので自分自身の健康管理に気をつける	.27	.21
介護役割の積極的受容型	介護役割の積極的受容型	Q13	介護を受けておられる方にやさしく真心を込めて接する	.46	.33
		Q14	意思の疎通を図り介護を受けておられる方の気持ちを尊重する	.38	.36
		Q15	介護を受けておられる方に頼まれたことは後回しにせずすぐに実行してあげる	.32	.23
		Q16	とにかく精一杯がんばって介護をする	.30	.26

の「公的支援活用型」, 「私的支援活用型」対処方略について, 対処方略の下位概念を構成する項目のワーディングをよりよく反映させるため, また, 先行研究と本研究では項目によって因子負荷量の高さに違いがみられたこと, さらに, 先行研究の調査対

象者は一般的な在宅障害高齢者であることから, 対処方略の種類として「公的支援」と「私的支援」を対比させる命名が適切であったのに対し, 本研究の対象者は全員が介護保険サービス利用者であり, 基本的に公的なサービスは受給されている対象であっ

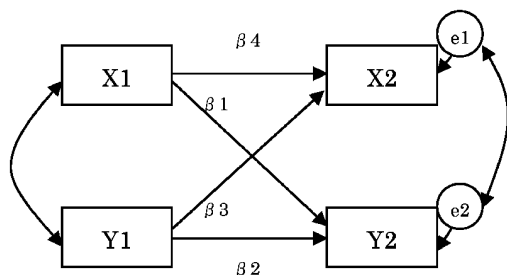
たことから、とくに「公的支援」をひとつの対処方略として取り上げるのはふさわしくないと考え、Billingら²¹⁾の提示している対処方略の分類の「問題焦点型(情報追求因子と問題解決因子)」、「情動焦点型」、「評定焦点型(論理的分析因子)」を参考に「問題解決志向型」と「情緒的支援活用型」と名称を変更した。分析に用いる場合は、それぞれの因子ごとに単純加算したが、因子別項目数の違いにより閾値が異なり比較しにくいいため、標準化したZ-scoreを用いた。

3. 分析方法

各変数についての基礎統計を算出した後に、2003年度調査時と2005年度調査時の要介護者の状況、介護者をとりまく状況、介護保険サービス利用状況、対処方略、介護者の精神的健康状態の経年的変化の性差を対応のあるt検定およびFriedman検定を用いて検討した。

介護者をとりまく状況、介護保険サービス利用状況、対処方略の精神的健康状態への因果関係の検討については、本研究は縦断調査のうち、同一内容の項目群を一定の間隔をおいて2回以上実施していく形態をとる「パネル調査」であるため、Finkel²²⁾の推奨する構造方程式モデリング(SEM)が有用であると考えられた。この場合、図3に示した「交差遅れ効果モデル(cross-lagged effect model)」がもっとも基本的な分析モデルとなる。交差遅れ効果モデルでは、原因と考えられる変数の1時点目の数値をX1、結果と考えられる変数をY1と仮定すると、2時点目でも同様にX2、Y2の数値が得られる。図3に示した $\beta_1 \sim \beta_4$ は各変数からの因果的影響力の強さを示すパスとなる。 β_2, β_4 はそれぞれ1時点目から2時点目への変化を示しているが、同一人物の回答であるため、その係数は高くなりやすい。これに対して β_1 は、X1のYの変化に対する因果的影響力(交差遅れ効果)であり、 β_3 は、Y1のXの変化に対する因果的影響力を示しており、これらすべてを同時に推定できるのがこのモデルを用いる利

図3 調査を2回実施した場合の交差遅れ効果モデル



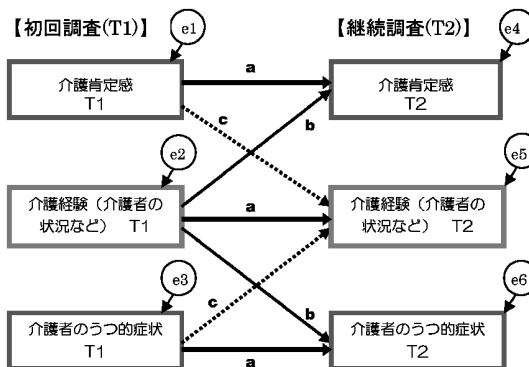
Cross-lagged effect model (e1, e2は誤差)

点である。さらに、因果的影響力のうち片方の交差遅れ効果(たとえば $X \rightarrow Y$)のみが有意であった場合は、XがYに因果的影響を与えており、その逆ではないことを導くことができるなど、変数間の因果関係の方向性について興味がある場合には、とくに有用である^{23,24)}。

本研究では、2003年度調査で得られた介護状況やサービス利用状況、対処方略などが介護者の精神的健康状態の変化に対する因果的影響力を推定にあたって、介護肯定感の高まりや介護者のうつ症状の悪化によってサービス利用の促進/抑制や介護状況、対処方略の変化を引き起こす可能性も考えられるため、その双方の因果関係をより明確化するためにこの分析モデルを用いた。また、SEMによる多母集団同時分析によって性差を検討した。

本研究の分析概念図を図4に示す。介護経験には、介護者をとりまく状況(年間総世帯収入、就労の有無、子どもとの同居の有無、介護時間、ADL/IADL介護量、副介護者の有無)、4種類の介護保険サービス利用状況、対処方略5因子を使用し、精神的健康状態には、介護肯定感とうつ症状を設定した。また、介護経験と精神的健康状態に対して、強く影響すると考えられる要介護者の身体状況としての要介護度と認知障害の程度は制御変数とし、すべての変数に対してパスを引いた(図4では省略している)。また、先行研究⁹⁾より、夫介護者と妻介護者の年齢差は明らかにされているため、介護者の年齢も同様に制御変数とした。交差遅れ効果モデルの観点で図4を説明すると、太線(a)で示したパスは変数の経年的な変化に対する影響、実線(b)で示したパスは介護経験の介護肯定感、介護者のうつ症状の変化に対する影響を示しており、点線(c)で示したパスは精神的健康状態の介護経験の変

図4 交差遅れ効果モデルによる分析概念図



要介護度と要介護者の認知障害の程度、介護者の年齢は制御変数として配置した(図の中では省略)。e1~e6は誤差変数(誤差変数間相関は省略)

化に対する影響の有意差の有無を示す。この二つを比較検討することで、介護経験が変化したことが介護者の精神的健康状態に影響を与えるのか、それとも精神的健康状態の変化が、介護経験に影響を与えているのかの因果関係が明確化できる。以上より、本研究では以下の2点を仮説として考えた。まず、横断研究においては、実線 (b) で示したようにアウトカムトとして精神的健康状態が設けられていたが、これを支持するならば、ほとんどの介護経験、特にストレスアとして設定されやすい介護時間や介護量においては、実線 (b) は有意で点線 (c) は有意でないと考えられる。次に、女性介護者を対象とした山本の質的研究において、介護者は「忍耐の限界」を感じ危機的な状況に陥ると「介護量の引き下げ」を行うか、「限界感の押し上げ」を行うと報告している²⁵⁾。また、その際に介護者が考慮するのが「外部資源の利用」と「自己の限界の認可可能性」であったことから、資源として介護保険サービス利用や対処方略の採用は、精神健康状態の変化によっても左右されると考えられる。

統計解析には SPSS 16.0 for Windows, Amos 7.0 を使用し、有意水準は 5% 未満とした。ただし、本研究は本邦でも前例が少なく、探索的な意味合いも考慮し、参考までに 10% 未満の結果も示した。また、SEM にて分析を行う場合の欠損値の取り扱いについては、AGFI の算出のため多重代入法²⁶⁾を用いた。

III 結 果

1. 要介護者の状況、介護者をとりまく状況、介護保険サービス利用状況、対処方略および精神的健康状態の経年的変化

介護者をとりまく状況に関しては、2003年度調査の時点では妻介護者のほうが介護時間は長く (11.6 ± 8.2 時間, $P < 0.05$)、ADL に関する介護を多くしていた (3.4 ± 2.6 点, $P < 0.1$)。しかし、経年的には要介護者の要介護度や認知障害の程度には有意な変化がみられなかったものの、夫も妻介護者も ADL に関する介護量を増加させていた。特に夫介護者では2003年度調査時 2.9 ± 2.7 点と妻介護者よりも介護量が少なかったのが、2005年度調査では 3.6 ± 2.7 点と増加し、これは妻介護者の増加量よりも有意に高かった ($P < 0.01$)。副介護者の有無に関しては、2003年度調査で夫介護者と妻介護者に有意差はみられなかったが、夫介護者においては2003年度調査で副介護者がいるものの割合が89.0%であったのが2005年度調査では95.0%に増加していた ($P < 0.1$)。

介護保険サービス利用状況においては、2003年度

調査で夫介護者はホームヘルプの利用回数が 10.1 ± 15.4 回/月と妻介護者よりも有意に多かったが ($P < 0.01$)、経年的な変化では夫介護者では変化がみられなかったのに対し、妻介護者は 5.1 ± 10.2 回/月から 7.2 ± 13.6 回/月へと有意に増えていた ($P < 0.01$)。ショートステイについても妻介護者において 0.3 ± 1.4 回/月から 1.0 ± 3.6 回/月と経年的に有意に増加していた ($P < 0.01$) が、夫介護者には変化はみられなかった。

対処方略については、2003年度調査では夫介護者において介護におけるペース配分型対処の得点が 0.14 ± 0.96 点と妻介護者よりやや高かった ($P < 0.1$) 以外は、性差がみられなかった。しかし、対処方略の採用には特徴がみられ、夫介護者においては、2003年度調査ではペース配分型がもっとも得点が高く、問題解決志向型、気分転換型と続いていたが、2005年度調査では、ペース配分型に続くのは気分転換、介護役割の積極的受容と得点の順序に変化がみられていた。他方、妻介護者においては、2003年度調査では情緒的支援活用型、積極的受容型、気分転換型の順に得点が高かったが、2005年度調査では、情緒的支援活用型の次には問題解決志向型が得点が高くなっていった。

介護者の精神的健康状態に関しては、2003年度調査では性差はみられなかったが、経年的には、妻介護者において介護肯定感が 10.9 ± 3.4 点から 10.3 ± 3.6 点と有意に低下した ($P < 0.05$) が、うつ症状に関しては変化はみられなかった。

また、要介護者の状況に関しては、要介護度、認知障害の程度とともに変化がみられなかった。

2. 介護者をとりまく状況、対処方略、介護保険サービス利用状況と精神的健康状態との因果関係の検討

図4に示したそれぞれのパスにおける標準偏回帰係数の推定値を表5に示した。本研究のモデルの適合度は $GFI = 0.973 \sim 0.976$, $AGFI = 0.759 \sim 0.781$, Root Mean Square Error of Approximation; $RMSEA = 0.080 \sim 0.091$ であり、GFIについては十分な適合度が得られたものの、AGFIはやや低く、RMSEAもやや高い値を示した。

夫介護者のモデルでは、介護経験が精神的健康状態もたらず影響のうち、ADL 介護量が多いことは夫介護者のうつの症状を有意に低下させていた (-0.25 , $P < 0.05$)。また、デイケア利用回数の利用が多いことは介護肯定感を有意に低下させていた (-0.26 , $P < 0.01$) が、デイサービス利用回数 (0.18 , $P < 0.1$) の利用が多いことは介護肯定感を向上させていた。対処方略については、問題解決志向

表4 配偶者介護者の介護状況および精神的健康状態の変化

	2003年度調査				2003年度 調査における 性差 ^{a)}	2005年度調査					
	夫介護者 (n=85)		妻介護者 (n=135)			夫介護者 (n=85)		夫介護者の 検定結果 ^{b)}	妻介護者 (n=135)		妻介護者の 検定結果 ^{b)}
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD		Mean	SD	
要介護者の状況											
要介護度 ^{c)}	2.4	1.4	2.4	1.4	n.s.	2.5	1.4	n.s.	2.5	1.5	n.s.
認知障害の程度	1.5	2.7	1.1	1.9	n.s.	1.8	3.1	n.s.	1.2	2.2	n.s.
介護者を取りまく状況											
年間総世帯収入 (%)											
100万円未満	9.9		8.6		n.s.	10.4		n.s.	4.8		n.s.
100~300万円未満	56.8		59.4			57.1			61.3		
300~600万円未満	24.7		25.0			22.1			22.6		
600万円以上	8.6		7.0			10.4			11.3		
就労あり (%)	15.5		12.6		n.s.	15.3		n.s.	10.4		n.s.
子どもとの同居あり (%)	22.4		19.4		n.s.	23.5		n.s.	23.7		n.s.
介護時間	7.7	7.2	11.6	8.2	**	7.6	6.5	n.s.	10.6	7.7	n.s.
ADL 介護量	2.9	2.7	3.4	2.6	n.s. (P<0.1)	3.6	2.7	**	3.9	2.7	n.s. (P<0.1)
IADL 介護量	4.3	2.0	4.1	2.2	n.s.	4.3	2.0	n.s.	4.3	2.1	n.s.
副介護者あり (%)	89.0		88.3		n.s.	95.0		n.s. (P<0.1)	90.4		n.s.
介護保険サービス利用状況 (/月)											
ホームヘルプ利用回数	10.1	15.4	5.1	10.2	**	9.7	15.9	n.s.	7.2	13.6	**
デイケア利用回数	1.9	4.4	1.7	4.2	n.s.	2.1	4.5	n.s.	1.9	4.4	n.s.
デイサービス利用回数	1.4	3.0	2.0	4.0	n.s.	1.9	4.3	n.s.	2.3	4.2	n.s.
ショートステイ利用回数	0.1	0.6	0.3	1.4	n.s.	0.3	1.7	n.s.	1.0	3.6	**
対処方略											
問題解決志向型	.09	.95	-.06	1.03	n.s.	.02	.91	n.s.	-.01	1.05	n.s.
情緒的支援活用型	-.09	.98	.06	1.01	n.s.	-.03	1.02	n.s.	.02	.99	n.s.
気分転換型	.04	1.01	-.03	.99	n.s.	.09	.99	n.s.	-.05	1.01	n.s.
介護におけるペース配分型	.14	.96	-.09	1.02	n.s. (P<0.1)	.20	1.02	n.s.	-.12	.97	n.s.
介護役割の積極的受容型	.00	1.07	-.00	.96	n.s.	.05	.99	n.s.	-.03	1.00	n.s.
介護者の精神的健康状態											
介護肯定感	11.3	3.1	10.9	3.4	n.s.	11.4	3.3	n.s.	10.3	3.6	*
うつの症状	7.2	4.3	7.5	3.8	n.s.	6.7	3.5	n.s.	7.9	4.1	n.s.

^{a)} 2003年度調査における夫介護者と妻介護者の検定結果。年間総世帯収入, 就労, 子どもとの同居, 副介護者の有無は χ^2 検定, それ以外はt検定の結果。*: $P<0.01$, *: $P<0.05$, †: $P<0.1$, n.s.: not significant ^{b)} 夫介護者と妻介護者のそれぞれでの2003年度調査と2005年度調査の経年的変化の検定の結果。年間総世帯収入, 就労, 子どもとの同居, 副介護者の有無はFriedman検定, それ以外は対応のあるt検定の結果。*: $P<0.01$, *: $P<0.05$, n.s.: not significant ^{c)} 要介護度は要支援=0~要介護5=5で点数化して分析に使用した。

型対処 (0.24, $P<0.05$) を積極的に採用することは夫介護者のうつの症状を悪化させていた。逆に, 精神的健康状態から介護経験への影響がみられたのは介護肯定感のみであり, 介護肯定感は情緒的支援活用型0.22 ($P<0.05$), 介護役割の積極的受容型対処0.21 ($P<0.05$) の採用を促進していた。

妻介護者のモデルでは, 精神的健康状態から介護経験へのパスのみが得られ, 介護経験から精神的健康状態へのパスはすべて有意でなかった。妻介護者においては, うつの症状は気分転換型対処方略 (-0.24, $P<0.01$) の採用を後退させ, 介護肯定感 は介護におけるペース配分型 (0.14, $P<0.1$), 介護

役割の積極的受容型 (0.34, $P<0.01$) 対処の採用を促進していた。

以上の結果が得られたパス (P 値が10%未満のもの) について多母集団同時分析したところ, すべて5%未満の有意差が確認された。

IV 考 察

1. 配偶者介護における要介護者の状況, 介護者を取りまく状況, 介護保険サービス利用状況, 対処方略および精神的健康状態の経年的変化
初回調査時点の結果では, 妻介護者は介護時間やADL介護量が多く, 我々が2002年に行った調査報

表5 介護者を取りまく状況，対処方略，介護保険サービス利用状況と精神的健康状態の夫介護者と妻介護者における多母集団同時分析の結果^{a)}

	夫 介 護 者				妻 介 護 者			
	介護肯定感		うつの症状		介護肯定感		うつの症状	
	介護経験→ 介護肯定感	介護肯定感 →介護経験	介護経験→ うつ症状	うつ症状→ 介護経験	介護経験→ 介護肯定感	介護肯定感 →介護経験	介護経験→ うつ症状	うつ症状→ 介護経験
図4中のパス	b	c	b	c	b	c	b	c
介護者を取りまく状況								
年間総世帯収入	-0.08	-0.09	-0.13	0.01	-0.05	0.01	-0.05	0.06
就労あり	-0.10	-0.07	0.12	0.02	-0.09	0.01	-0.06	0.08
子どもとの同居あり	-0.06	-0.01	-0.02	-0.02	-0.03	-0.02	0.08	-0.08
介護時間	0.11	0.17	0.07	0.09	-0.05	0.10	0.04	0.01
ADL 介護量	0.16	0.14	-0.25*	-0.08	0.11	0.03	-0.07	0.04
IADL 介護量	-0.04	0.10	0.04	-0.02	0.06	-0.11	0.07	-0.04
副介護者あり	0.03	0.07	-0.04	-0.04	0.09	0.02	0.06	-0.10
介護保険サービス利用状況								
ホームヘルプ利用回数	-0.12	0.01	0.16	-0.02	-0.02	-0.05	-0.06	-0.06
デイケア利用回数	-0.26**	0.01	-0.06	0.02	-0.01	-0.02	-0.07	0.02
デイサービス利用回数	0.18†	-0.05	-0.06	-0.01	-0.06	0.02	0.01	0.02
ショートステイ利用回数	0.06	-0.05	-0.13	0.15	-0.04	-0.04	0.12	0.06
対処方略								
問題解決志向型	0.08	0.08	0.24*	-0.08	0.10	0.10	0.07	0.09
情緒的支援活用型	0.14	0.22*	-0.06	0.01	-0.04	0.12	0.08	0.11
気分転換型	0.16	-0.09	-0.16	-0.09	0.03	-0.11	-0.10	-0.24**
介護におけるペース配分型	0.06	0.13	0.05	0.13	-0.08	0.14†	0.02	-0.09
介護役割の積極的受容型	0.17	0.21*	0.05	0.16	0.04	0.34**	0.04	0.04

^{a)} 表中の数値は標準偏回帰係数。検定結果のP値が0.1未満の係数を太字で示した。**：P<0.01，*：P<0.05，†：P<0.1

告書の結果⁸⁾や海外の先行研究²⁷⁾と同様に身体介護を長時間かけて行っていた。しかし経年的な変化について夫，妻介護者ともに要介護者の要介護度や認知障害の程度には有意な経年的な変化はみられなかったが，夫介護者はADL介護量を有意に増加させていた。男性介護者の介護の困難さとして，介護時の身体接触が挙げられるが，これは男性介護者でも息子の方に顕著に訴えが多いとの指摘があることから²⁸⁾，夫介護者は介護への慣れとともに自らがあまり得意でなかった身体介護も行うようになり，身体介護にかかる時間の性差は経年的に縮小される可能性があると考えられる。

介護保険サービス利用に関しては，2003年度調査では従来の結果と同様にホームヘルプサービスの利用が夫介護者において有意に多かった。近年行われた「男性介護者全国調査報告書」²⁹⁾においても男性介護者の公的サービスの利用は多く，とくに入浴介助や洗髪や清拭などのルーチンなケアをサービス会社に委託する傾向が進んでいることが報告されている。しかし，経年的にみたとき介護保険サービスの利用を増やしていたのはむしろ妻介護者であり，ホームヘルプサービスとショートステイでは月あた

りの利用回数が有意に増加しており，公的サービスの利用の拡大がみられた。同時に，妻介護者では対処方略のなかでも問題解決志向型対処の優先順位が高くなっていったことも注目される。反対に，夫介護者では副介護者が存在する割合が経年的に高くなっており，身近な「介護の代替者」を増加させていることが明らかになった。本邦では，妻介護者にとっては外部サービスの導入は「(世話をすべき)妻介護者の役割を脅かすもの」としてうけとられ，拒否されがちであり，逆に夫介護者は最初の不慣れな家事や介護のために近隣の親族からの援助が得られやすいといわれている³⁰⁾。

以上のことから，夫介護者は時間的な経過とともに，徐々に介護役割に適応し，女性の方が多く行うと報告されていた身体的な介護（ADLに関する介護）も多く行うようになっていた。また，介護保険サービス，対処方略についても最初は苦手な家事を任せるためにホームヘルプを多く利用し，「介護のペース配分」を最優先の対処とし，自分のペースを守りつつ，必要なところは公的サービスで補う姿勢をとっていたが，次第に介護役割にも慣れ，受容し，自分自身や家族内で解決しようとする傾向がみ

られていた。しかし、杉原ら³¹⁾は介護期間と精神的健康状態との関係から、介護者は介護開始当初は介護状況への適応不足から介護負担を高く訴えやすいが、徐々に適応とともに負担が低下すると述べている。しかし、さらに介護が継続されると要介護者の認知症の発症や身体状況の悪化から再び不適応となり、再び負担が増加していくことを報告している。本研究は2年という限られた期間の追跡であり、要介護者のADL障害度や認知障害度も変化がみられなかった範疇の知見である。夫介護者も現時点では介護に適応し、在宅介護継続が可能な状況となっていると思われるが、今後の要介護者の変化により不適応を起こす可能性も十分に考えられ、継続して経過を調査していく必要性があると考えられる。

2. 介護者を取りまく状況、介護保険サービス利用状況、対処方略と精神的健康状態との因果関係の性差に関する検討

つぎに、配偶者介護における介護状況の変化と精神的健康状態との因果関係を検討したところ、次のような特徴が明らかになった。以下、介護経験別に夫介護者と妻介護者を比較して考察する。

1) 介護者を取りまく状況

介護者を取りまく状況については、要介護者の心身の状態には有意な変化が認められないにもかかわらず、夫介護者ではADL介護量の増加が介護者のうつ症状を緩和していた。夫介護者は経年的にADL介護量を増加させていたのは、介護技術の向上や、介護役割への慣れが生じた結果と理解できると考えられる。その点からは、ADL介護量が増えない夫介護者ではうつ症状の増悪が生じる可能性があると考えられる。一方、妻介護者においては、介護者を取りまく状況と精神的健康状態には因果関係は確認されなかった。

2) 介護保険サービス利用状況

夫介護者において、デイケアの利用の増加は、介護肯定感を低下させ、デイサービスの増加は介護肯定感を向上させていた。一般的にデイケアとデイサービスとの違いは、前者はリハビリテーションが中心で、医師の指示のもとにPT・OTなどの専門職が機能訓練を行うが、デイサービスは、食事、入浴、レクリエーションなど社会的参加の意味合いが強い³²⁾。夫介護者は経年的にADL介護量を増加させ、介護役割に適応してくるという結果から、デイサービスを増加させると夫介護者の自立心が低下し、その結果、介護肯定感を低める可能性があると考えられるが、本研究では、逆の結果が得られた。現時点の結果からだけでは解釈は困難であり、利用料金などの経済的因子も含め今後男性介護者に

おけるサービス利用内容と精神的健康状態との関係性を追及していく必要があると考えられる。

一方、妻介護者では経年的に介護保険サービス利用を増加させていたにもかかわらず、精神的健康状態には影響せず、公的サービスの拡大は精神的な健康状態の改善にはあまり貢献しないということが示された。妻介護者に関しては、介護保険サービスの提供だけでなく、精神的健康状態に働きかけるような介護者同士の交流会などの情緒的支援や介入が求められると考えられよう。

3) 対処方略

夫介護者と妻介護者の二つのモデルを比較すると、夫介護者では、介護肯定感の向上は情緒的支援活用型と介護役割の積極的受容型対処の採用を促進していたのに対し、妻介護者では、介護肯定感の向上は介護におけるペース配分型と介護役割の積極的受容型対処の採用を促進させていた。我々の先の横断研究の結果では、情緒的支援活用と積極的受容型対処の二つは、男性よりも女性に特有であった⁸⁾。しかし、縦断分析の結果から、夫介護者は介護を肯定し、要介護者への愛着や介護についての自信等が向上することによって、女性のように男性でも高まる対処方略であることが明らかになった。つまり、介護肯定感を高めることにより、従来、地域ネットワークが狭く、相談相手が限定されることが多い男性介護者が情緒的支援を求めようになれば、閉鎖的な介護環境がなくなり、結果として介護負担などが改善される可能性があると考えられる。一方、高い介護肯定感妻介護者においてペース配分型対処という介護から距離をとったり接近したりしてバランスをうまく取ることで、介護への燃えつきが予防できる可能性がある行動²⁰⁾を促進することが明らかとなったが、同時に介護役割の積極的受容型対処も促進していた。介護役割を積極的に受容し、あえて介護事態に没入していくかたちの対処は長時間介護に拘束される状況下では精神的健康を悪化させる可能性も指摘されている²⁰⁾。夫介護者においても同様の結果が得られたが、高い介護肯定感をもつことは状況によっては必ずしも良い状態であるとは言い切れないということが明らかになったと思われる。

うつの症状について有意だったのは、夫介護者の問題解決志向型対処のみであり、問題解決志向型対処の増加は、夫介護者のうつの症状の悪化を招く可能性があることを示していた。この型の対処方略の中には、「役所に相談する」、「積極的な介護サービスの利用」などが含まれている。男性介護者は公的サービスに対する抵抗感は低いと考えられてきた²⁷⁾

が、本研究では経年的にはサービスは増加させておらず、逆に身近なサポートを増加させていた。このことは介護の問題を介護者自身、あるいは近親者のみで解決しようという伝統的な役割規範が介護を継続している夫介護者にもみられることを示していると考えられる。高齢者の心中事件の質的分析の結果⁶⁾から、男性介護者は献身的かつ孤立的な状況で介護している傾向があることが報告されているが、本研究の量的な分析においても、この傾向は確認された。孤立して、献身的に高齢夫介護者が介護を行っている場合には注意が必要であり、悲惨な介護殺人を予防するためにも早急な対応が必要であると考えられる。

最後に、本研究の限界点を述べる。本研究の対象者は介護保険サービス利用者であるため、一般の障害高齢者と比較して、心身ともに症状が重篤であると考えられる。そのため、2年後の追跡時にも要介護者の約2割が死亡、1割強が入院・入所しており、集団として追跡することは非常に困難である。しかし、本研究の2年後の未回収率は1割程度であることから、この状況下で在宅介護を継続することが出来たもののほとんどを追跡できていると考えられる。縦断調査を行うことにより、夫介護者と妻介護者の経年的な変化を捉えることができたことは、貴重な知見であったと考えられる。

また、本研究では、因果関係の検討に際し、交差遅れ効果モデルを使用した共分散構造分析による多母集団同時分析を行ったが、分析対象者は「少なくとも2年以上の介護を継続することが可能であった」者であり、これを前提に性差を解釈する必要がある。しかし、縦断的に介護者を追跡した結果、夫介護者は経年的に介護量を増やし、積極的に介護役割を受容するなどの従来の女性介護者の特徴としてとらえられていた状況があてはまるようになり、反対に妻介護者は、経年的に公的サービスを増やしていくなど男女の特徴とは異なる変化がみられた。このことは、長期にわたり在宅介護を行う介護者においては、性差は縮小していると理解でき、重要な知見であると考えられる。ただし、本研究のモデルにおける適合度は、GFIは十分な値が得られたが、AGFIがやや低かった。これには、得られた対象者に対してのパスが多すぎた可能性が否定できない。しかし、縦断調査による因果関係を介護者の性別に検討した研究は少なく、本研究の萌芽的意味からは問題のない程度の適合度であり、今後は対象者をさらに増加させる、もしくはモデルの改善が求められると考えられる。

V 結 語

本研究の結果から、夫はホームヘルプサービスを多く利用していたが、時間の経過とともに徐々に介護役割に適応し、身体介護も積極的に行い、副介護者などの身近なサポートを増加させていた。また、本研究の結果から、介護を肯定し、要介護者への愛着や介護への自信が高まることは、情緒的支援追求型対処方略を向上させる可能性があることが確認された。従来地域ネットワークが狭いため、相談相手が限定されやすく、閉鎖的な介護環境におかれているとされる男性介護者に対する支援のあり方の一助となりうると考えられる。一方、妻介護者においては、介護肯定感の経年的な低下が確認された。また、妻介護者は経年的に介護保険サービスを増加させていたが、本研究では、介護経験や介護保険サービスと精神的健康状態との関係性は明らかにならなかった。今後の調査においては関連要因を拡大して調査を行っていく必要があると思われる。

本研究にご協力を賜りました東大阪市福祉部高齢介護課職員の皆様ならびに回答くださいました東大阪市民の皆様へ深く感謝いたします。本研究の一部は平成20年度科学研究費補助金（基盤研究（B））課題番号20390570の助成を受けて行われた。

(受付 2008. 6.27)
(採用 2009. 9.15)

文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部, 編. 昭和59年厚生行政基礎調査報告. 東京都: 厚生統計協会, 1984.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成16年国民生活基礎調査. 東京都: 厚生統計協会, 2004.
- 3) 厚生労働省. 厚生労働白書 (平成18年版). 東京: ぎょうせい, 2006.
- 4) 厚生労働省. 厚生労働白書 (平成17年版). 東京: ぎょうせい, 2005.
- 5) 野川とも江, 鈴木雅世. 地域における老人のケアをめぐる課題老人介護にかかわる心中, 殺人事件の分析から. 日本看護学会集録22回地域看護 1991; 22-25.
- 6) 加藤悦子. 介護殺人: 司法福祉の視点から. 東京: クレス出版, 2005.
- 7) Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol* 2006; 61B(1): 33-45.
- 8) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋. 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. *日本公衛誌* 2004; 51(4): 240-251.
- 9) Sugiura K, Ito M, Kutsumi M, et al. Gender differences in spousal caregiving in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64(1): 147-156.
- 10) 山田嘉子, 杉澤秀博, 杉原陽子, 他. 配偶者として

- の高齢者介護ストレス：性差への着目．社会福祉学 2006; 46(3): 16-27.
- 11) 大浦麻絵, 鷲尾昌一, 森 満, 他. 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の性差に関する特徴. 保健師ジャーナル 2005; 61(5): 420-424.
 - 12) 荒井由美子, 杉浦ミドリ. 家族介護者のストレスとその評価法. 老年精神医学雑誌 2000; 11(12): 1360-1364.
 - 13) Tamiya N, Yamaoka K, Yano E. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(4): 295-303.
 - 14) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻総合ヘルスプロモーション科学講座. 東大阪市居宅介護サービスの利用に関するアンケート調査報告書. 大阪府. 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻総合ヘルスプロモーション科学講座, 2004.
 - 15) Houde SC. Methodological issue in male caregiver research: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 2002; 40(6): 626-640.
 - 16) 本間 昭. 精神的障害(痴呆)の評価法と実態. 東京都老人総合研究所社会福祉部門. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ. 東京: 光生館, 1996; 123-129.
 - 17) 山本則子, 石垣和子, 国吉 緑, 他. 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連: 統柄別の検討. 日本公衛誌 2002; 49(7): 660-671.
 - 18) O'Hara MW, Kohout FJ, Wallace RB. Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173(10): 582-589.
 - 19) Bryman A, Cramer D. *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows*. New York: Routledge, 2001; 48-50.
 - 20) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 他. 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃え尽きへの効果. 心理学研究 1999; 69(6): 486-493.
 - 21) Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46(4): 877-891.
 - 22) Finkel SE. *Causal Analysis with Panel Data*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1995; 22-44.
 - 23) 豊田秀樹. 共分散構造分析(応用編). 東京都: 朝倉書店, 2000.
 - 24) 高比良美詠子, 安藤玲子, 坂元 章. 縦断調査による因果関係の推定: インターネット使用と攻撃性の関係. パーソナリティ研究 2006; 15(1): 87-102.
 - 25) 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(3)介護量引き下げの意思決定過程. 看護研究 1995; 28(5): 409-427.
 - 26) Little RJA, Rubin DB. *Statistical Analysis with Missing Data*. Hoboken NJ: Wiley-Interscience, 1987.
 - 27) Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2000; 40(2): 147-164.
 - 28) 春日キスヨ. 介護問題の社会学. 東京: 岩波書店, 2001.
 - 29) 立命館大学人間科学研究所「男性介護研究会」. 男性介護者全国調査報告書(第一報). 京都: 日本生活協同組合連合会医療部会, 2007.
 - 30) 春日井典子. 第6章 配偶者介護と家族ダイナミックス. 介護ライフスタイルの社会学. 京都: 世界思想社, 2004.
 - 31) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明. 在宅介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響. 日本公衛誌 1998; 45(4): 320-335.
 - 32) 万歳登茂子. リハビリテーション関連用語: 通所介護と通所リハビリテーション. 総合リハビリテーション 2005; 33(6): 580.
-

Gender differences in caregiving experience changes over 2-years and effects on psychological well-being of spousal caregivers in a longitudinal study

Keiko SUGIURA*, Mikiko ITO*, Masami KUTSUMI* and Hiroshi MIKAMI*

Key words : spousal caregiving, gender differences, longitudinal study, long-term care insurance users

Purpose We examined spousal gender differences in change of caregiving experience over 2-years, focusing on care-recipient's physical and mental conditions, living arrangements, financial status, utilization of long-term care insurance (LTCI), availability of secondary caregivers, caregiver's coping strategies and psychological well-being. We also investigated causal associations between caregiving experiences and psychological well-being of the spousal caregivers.

Method We conducted a 2-wave survey, in Oct. 2003 and 2005. The subjects were a stratified random sample of 5,000 users of LTCI in Higashi-osaka city in Japan. Data were collected through mailed, anonymous self-report questionnaires. Totals of 212 wives and 356 husbands were longitudinally analyzed. A cross-lagged effect model by simultaneous analysis of multiple populations was made to analyze a causal association between caregiving experiences and caregivers' psychological well-being.

Results There were no significant changes in care-recipient's physical and mental conditions. Over the 2 years, husbands increased the amount of ADL assistance and availability as secondary caregivers, and wives increased utilization of LTCI services. We also found gender differences in the priority of coping strategies. Husbands' preferred coping strategy over 2 years was more on 'willing commitment caregiver's role' while for wives' it was 'instrumental support seeking'. Wives demonstrated a significantly reduced positive appraisal of caregiving. Though the amount of ADL assistance and 'instrumental support seeking' reduced husband's depression, husband's positive appraisal of caregiving significantly increased strategies of 'emotional support seeking' and 'willing commitment of care role'. Wives' depression decreased with 'valuing own leisure and refreshing' strategies. Furthermore, wives' positive caregiving appraisal increased both strategies of 'keeping own pace of caregiving' and willing acceptance of care role'.

Conclusion The husband's results support an interpretation of adaptation to the caregiving role over two years. Therefore husbands who do not experience increase in ADL assistance might be at risk of caregiver's depression. We should monitor their situation of caregiving continually. Though wives increased utilization of LTCI services, this service use did not improve their psychological well-being, and they exhibited decreased positive appraisal of caregiving.

* Division of Health Promotion Science, Nursing Science, Course of Health Science Graduate School of Medicine, Osaka University