

原著

介護保険導入前後における福岡県 K 地区における 要介護高齢者を介護する家族の抑うつ

大浦麻絵¹⁾, 鷺尾昌一¹⁾, 桑原裕一^{2, 3)},
橋本恵理⁴⁾, 荒井由美子⁵⁾, 森 満¹⁾

¹⁾ 札幌医科大学医学部公衆衛生学講座 (主任 森満 教授)

²⁾ 九州大学大学院医学研究院予防医学分野

³⁾ 福岡県久留米保健所

⁴⁾ 札幌医科大学医学部神経精神医学講座

⁵⁾ 国立長寿医療センター研究所・長寿看護・介護研究室

Depression among caregivers for the frail elderly before and after
the introduction of public long term care insurance system

Asae OURA¹⁾, Masakazu WASHIO¹⁾, Yuichi KUWAHARA^{2, 3)},
Eri HASHIMOTO⁴⁾, Yumiko ARAI⁵⁾, Mitsuru MORI¹⁾

1) Department of Public Health, School of Medicine, Sapporo Medical University (Chief: Prof. M. Mori)

2) Department of Public Health, School of Medicine, Kyushu University

3) Fukuoka Kurume Public Health Center,

4) Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Sapporo Medical University

5) Research Unit for Nursing Caring Science and Psychology, National Institute for Longevity Sciences (NILS)

ABSTRACT

In order to evaluate the factors relating to depression among family caregivers for the frail elderly before and after the introduction of the Long term Care Insurance System (LTCIS), cross sectional studies were conducted in K-district, Fukuoka Prefecture, Japan.

Depressive caregivers were they were more likely to consult with their doctors, in poor health condition, and felt a greater burden than the non-depressive caregivers before and after LTCIS. After LTCIS, they were more likely to care for the demented elderly with behavioral disturbances than their counterparts and less likely to go out without accompanying the elderly.

Even after the introduction of LTCIS, half of the caregivers were depressive. The introduction of public long term care insurance for the elderly does not appear to have provided sufficient quality and quantity of social services for the disabled elderly and their caregivers.

(Received December 7, 2005 and accepted February 9, 2005)

Key words: Depression, Caregiver burden, Frail elderly, Long-term care insurance, Social service

1 緒 言

平成 15 年度における高齢者 (65 歳以上) のいる世帯は全世帯の 37.7 % であるが、そのうち高齢者の単独世帯は 19.7 %, 夫婦のみの世帯は 28.1 %, 親と未婚の子のみの世帯は 15.8 %, 三世帯同居の世帯は 24.1 % となっている¹⁾。

また「自分が望む介護者」の調査結果では、配偶者及び子で 64.7 % となっており、子や配偶者に介護を依存する傾向にある²⁾。

一方、わが国は世界に例を見ないほどの速度で高齢化が進んでおり、平成 22 年には介護が必要な高齢者は 390 万

人に達すると推定されている³⁾。医療の進歩による介護の長期化など高齢者をめぐる状況は変化し、高齢者の介護問題は大きな社会問題となっている。こうした高齢社会に対応するために、高齢者の介護を家族介護者の有無にかかわらず社会全体で支える制度として平成12年4月に介護保険制度が導入され、高齢者の介護は措置制度から契約制度へ転換した⁴⁾。

本来、介護保険は、高齢者の自立支援を目的として設立され、家族介護者の介護負担の軽減は主な目的とはしていない。しかし、介護支援サービス機能において家族は、要介護高齢者にとって一つの社会資源であるとともに、介護サービスを受ける対象者とも位置づけられている⁵⁾。

今回我々は、高齢者を介護する家族の負担を軽減する上でどのようなサポートが必要なのかを明らかにすることを目的として、介護保険導入前後それぞれで主介護者の抑うつに関連要因を探る調査を行ったので文献的考察を加えて報告する。

2 対象と方法

福岡県K保健所管内で町内に一つの訪問看護ステーションしか持たない2町で、訪問看護サービスを受けている高齢者およびその介護者（介護保険導入前79組、導入後91組）を対象に自記式質問紙を配布して留め置き式で調査を行なった。

調査は介護保険導入前と導入後の計二回行なった。第一回目の調査は平成11年10月から11月の介護保険導入前、第二回目の調査は平成13年1月から3月の介護保険導入後に実施した。

調査には、介護を受けている高齢者や介護者の特性、日本語版 Zarit 介護負担尺度（Zarit Caregiver Burden Interview：以下 J-ZBI とする）⁶⁻⁸⁾、日本語版抑うつ尺度（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale；以下 CES-D とする）^{9, 10)}、介護時間、介護期間などの介護状況などからなる自記式調査票を使用した。また、訪問看護ステーションの訪問看護師に対して、担当している要介護者の ADL を表す Barthel Index¹¹⁾、痴呆の有無、痴呆に伴う問題行動なども調査を行なった。

個人情報保護の観点から、アンケート用紙は無記名とし、結果はすべて ID 番号で処理した。訪問看護ステーションの調査担当看護師1名が ID 番号の付いた調査票に利用者の記録から診療情報を転記し、ID 番号と個人同意情報は訪問看護ステーションで調査担当看護師1名が管理し、その後の研究者からの問い合わせに応じた。このため、本研究の研究デザインは介護保険導入前後で横断研究を各1回ずつ行なうものとなっている。

CES-D の記入の不備がなく抑うつの判定が出来た、導入前79組中62組（78.5%）、導入後91組中51組（56.0%）を解析の対象とした。対象者の CES-D の得点は介護保険導入前 18.1（± 10.5）点、導入後 16.0（± 9.9）点であった。

CES-D で 16 点以上であった者を“抑うつ群”、15 点以下の者を“非抑うつ群”とし、介護保険導入前後で、それぞれ両群を比較した。本論文では有意水準 0.05 と定義し、統計解析は SAS を用い、カイ二乗検定、Mann-Whitney の U 検定にて行なった。

3 結 果

介護保険導入前では 62 人中 32 人（51.6%）、介護保険導入後では 51 人中 24 人（47.1%）の介護者に抑うつを認めた。抑うつ群と非抑うつ群の CES-D の平均値（± 標準偏差）はそれぞれ 25.4（± 9.7）と 10.4（± 3.4）であった。

表 1 には介護者の特性を示す。導入前では抑うつ群は非抑うつ群に比べ、通院中の病気を持っている者が多く、体調を崩す者が多かった。J-ZBI は、抑うつ群は非抑うつ群に比べ高値を示した。導入後では、抑うつ群は非抑うつ群に比べ、通院中の病気がある者が多く、体調を崩す者が多かった。J-ZBI は、抑うつ群は非抑うつ群に比べ高値を示した。

表 2 に要介護高齢者の特性を示す。導入前では抑うつ群と非抑うつ群に差は認めなかった。導入後では抑うつ群は非抑うつ群に比べ痴呆に伴う問題行動のある要介護高齢者を介護している者が多かった。

表 3 に介護状況を示す。導入前では抑うつ群は非抑うつ群に比べ見守り時間が 13 時間以上の者が多い傾向を示した。導入後では抑うつ群は非抑うつ群に比べ、外出が出来ない者が多かった。

4 考 察

介護保険導入前後とも、抑うつ群は非抑うつ群に比べて通院中の病気がある者、体調を崩すと答えた者が多かった。うつ病の者は活動性が低下し、無気力になりやすいことに加え、睡眠障害、食欲低下、体重減少、疲れやすさ、頭痛・頭重などの身体症状を伴うことも多い¹²⁾。このことが、体調不良を訴えることと関連しているかもしれない。

介護保険導入前では抑うつ群は非抑うつ群に比べ見守り時間が長い者の割合が多い傾向を認めた以外、要介護高齢者の特徴、介護状況には差を認めていない。横断研究では疾病と要因の時間的な前後関係が不明であり因果関係の推測が困難なので¹³⁾、要介護高齢者から目が離せないために抑うつになっているのか、抑うつのために要介護高齢者から目が離せないのかははっきりしない。

高い介護負担や介護者の抑うつの関連要因として、痴呆¹⁴⁾や痴呆に伴う問題行動¹⁴⁻¹⁶⁾、介護時間が長いこと^{14, 16, 17)}、介護から解放される時間が短いこと¹⁴⁾、一人で外出できる時間が短いこと^{15, 16, 18)}、などが報告されている。今回の調査では、介護保険導入後では抑うつのある介護者は痴呆に伴う問題行動のある要介護高齢者を介護している者が多く、要介護高齢者を伴わないで外出できる者の割合が少なかった。一方、身体介護の時間が長い介護者の割合は抑うつ群

表1 抑うつ群と非抑うつ群の比較：介護者の特性

	介護保険導入前			介護保険導入後		
	抑うつ群 (n=32)	非抑うつ群 (n=30)	p-value	抑うつ群 (n=24)	非抑うつ群 (n=27)	p-value
性(男/女)	6/26	3/27	0.33	7/16	4/23	0.16
年齢(65歳以上/未満)	14/16	10/19	0.34	10/13	7/20	0.19
続柄(配偶者/それ以外)	14/18	11/19	0.57	12/12	8/19	0.14
仕事(有職/無職)	6/25	9/20	0.30	6/17	11/16	0.28
通院中の病気(有/無)	23/9	13/16	0.03	14/7	4/23	<0.01
体調を崩すこと						
全くない	0	5	<0.01	2	4	<0.01
たまにある	8	18		7	19	
ときどきある	16	5		10	3	
よくある	8	2		4	1	
Life Event*1(有/無)	10/21	8/22	0.63	8/14	9/18	0.83
J-ZBI*2	48.3±18.6	27.1±14.6	<0.01	43.0±13.7	25.8±12.6	<0.01

Life Event*1：家族内で、引越し、退職、転職、入院、別居、離婚、死亡など抑うつに影響を与える出来事。
J-ZBI*2：日本語版 Zarit 介護負担尺度

表2 抑うつ群と非抑うつ群の比較：要介護高齢者の特性

	介護保険導入前			介護保険導入後		
	抑うつ群 (n=32)	非抑うつ群 (n=30)	p-value	抑うつ群 (n=24)	非抑うつ群 (n=27)	p-value
性(男/女)	14/18	12/18	0.77	9/14	11/15	0.82
年齢(75歳以上/未満)	20/12	22/7	0.26	13/10	14/13	0.74
痴呆	10/20	11/18	0.71	8/14	5/21	0.18
問題行動(有/無)	6/26	3/27	0.33	11/13	2/25	<0.01
ADL*1(60点以上/未満)	12/20	14/16	0.47	4/20	7/19	0.38

ADL*1：Barthel Index の得点

表3 抑うつ群と非抑うつ群の比較：介護状況

	介護保険導入前			介護保険導入後		
	抑うつ群 (n=32)	非抑うつ群 (n=30)	p-value	抑うつ群 (n=24)	非抑うつ群 (n=27)	p-value
身体介護時間						
9時間以上/未満	8/22	9/16	0.46	7/12	7/16	0.66
見守り時間						
13時間以上/未満	13/15	5/18	0.07	8/12	5/12	0.50
介護期間(月)	53.0±52.2	68.6±88.6	0.98	56.3±8.9	43.1±49.0	0.25
副介護者*1(有/無)	12/20	12/17	0.76	14/8	16/9	0.98
外出*2(可能/不可能)	20/12	16/13	0.56	13/10	21/4	0.04
同居家族数	2.9±1.6	3.4±1.6	0.20	3.5±1.8	3.5±1.7	0.84

副介護者*1：家族内で介護の手伝いをしてくれる人

外出*2：要介護高齢者を置いての外出

と非抑うつ群で差を認めていない。介護に長い時間を取られるという単なる物理的拘束だけではなく、問題行動に対応するための心労や外出をして介護から解放される時間が持てないなどの精神的拘束がより深く抑うつと関連してい

ると考えられた。

この他、痴呆に伴う問題行動を持つ要介護高齢者を介護する時には、徘徊を心配したり、不潔行為に注意したり、暴力行為に脅かされるなど苦勞が多いと考えられる¹⁹⁾ので、

要介護高齢者の痴呆に伴う問題行動は介護者の抑うつの一因と考えられる。

今回の調査では導入前後とも、要介護者が痴呆を持つ者、寝たきりの者を介護している介護者は抑うつ群と非抑うつ群で差を認めなかった。この理由として一つ目として、要介護者に痴呆があったとしても寝たきりのため動けない場合には、要介護高齢者を一人にして現場を離れることも可能であり、徘徊などの心配がないので、介護者の高い負担になっていないと考えられる。また、二つ目の理由として、例えば尿の失禁をしたとしても、介護者にとって要介護高齢者の行動が許容できれば、その行動は問題行動となっていない¹⁹⁾ことが考えられる。そのため、介護に至る前に築かれた介護者と介護される高齢者との人間関係が良好であったならば、介護はそれほど負担にならないとも考えられる。そのような人間関係が構築されていなくても、介護者が痴呆高齢者の行動を受容できるように周囲の者が精神的に支援する必要があると考えられた。

本研究の限界としては、横断研究であるため、関連が見られた要因については原因か、結果かがはっきりしないことである。介護者のCES-Dの得点は介護保険導入前18.1点から後16.0点に減少し、抑うつの割合も、介護保険導入前51.6%から介護保険導入後47.1%に減少したものの、前後とも介護者の半数近くに抑うつを認めた。我々が他の地区で行なった調査でも、介護者の半数近くに抑うつを認めており(42.5%~56.1%)¹⁴⁻¹⁸⁾、一般人の抑うつ(1~4%)²⁰⁾に比べて非常に高い。介護者の抑うつは在宅介護破綻の危険因子と報告されており²¹⁾、介護者の抑うつを減らす対策が必要であろう。介護の負担を減らす為には、馬場¹⁹⁾は1) 家庭内の役割分担、2) 介護者同士の役割分担、3) 社会福祉サービスの活用、を挙げている。介護者が一人だけで介護を行なうのではなく、家庭内や地域に仲間がいるということで孤独にならないように精神的サポートを行なうとともに、利用しやすいサービスの提供により介護者が自由になる時間を作れるようなサポート体制の整備が必要と考えられた。

引用文献

- 1 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 厚生指標 2004; 51(9):35-38.
- 2 厚生省大臣官房統計情報部. 保健福祉動向調査. 東京: 厚生統計協会; 1991. p.21-45.
- 3 厚生省. 介護保険制度の円滑な施行に向けての準備. 平成11年度版厚生白書. 東京: ぎょうせい; 1999. p.197-207.
- 4 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 厚生指標 2003; 50(9): 16-20.
- 5 介護支援専門員テキスト編集委員会編. 介護支援専門員基本テキスト第1巻. 東京; 財団法人長寿社会開発センター: 2000. p.501-502.
- 6 Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura M, Hisamichi S. Reliability and validity of the Japanese ver-

sion of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51: 281-287.

- 7 荒井由美子. Zarit 介護負担スケールの日本語版の応用. *医学のあゆみ* 1998; 186: 930-931.
- 8 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: 1360-1364.
- 9 Radloff LS. The CES-D scale, a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401.
- 10 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井晶弘. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学* 1985; 27: 717-723.
- 11 Davies P. Sociological approaches to health outcomes. In: Macbeth HM, editors. *Health Outcomes: biological, social, and economic perspectives*. New York: Oxford University Press; 1996. p.94-138.
- 12 樋口輝彦. 気分障害. 野村総一郎, 樋口輝彦編. 標準精神医学第2版. 東京: 医学書院; 2001. p.260-281.
- 13 岡本和士. 横断研究と生態学的研究. 日本疫学会監修. はじめて学ぶ やさしい疫学—疫学への招待—. 東京: 南江堂; 2002. p.44-47.
- 14 Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long Term Care insurance system. *Psychiatry and Clin Neurosci* 2004; 58: 396-402.
- 15 松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 朔義亮, 井手三郎. 訪問看護サービスを利用している在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担. *臨牀と研究* 2003; 80: 1687-1690.
- 16 Washio M, Arai Y. The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan. *福岡医学雑誌* 2001; 92: 292-298.
- 17 Washio M, Inoue N, Arai Y, Tokunaga S, Mori M. Depression among caregivers of patients with Parkinson Disease. *Int Med J* 2002; 9: 265-269.
- 18 Washio M, Oura A, Arai Y, Mori M. Depression among Caregivers of the Frail Elderly: Three Years after the Introduction of Public Long-Term Care Insurance for Elderly. *Int Med J* 2003; 10: 179-183.
- 19 馬場純子. 痴呆性高齢者の在宅介護—その基礎知識と社会的介護への連携—. 東京: 一橋出版; 2000.
- 20 藤原茂樹, 北村俊則. 甲府市の一地域における精神科疫学調査—JCM 診断による軽度精神障害の頻度—. *日本医事新報* 1993; 3618: 47-50.
- 21 Arai Y, Sugiura M, Washio M, Miura H, Kudo K. Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55: 379-382.

別刷請求先:

〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目
札幌医科大学公衆衛生学講座 大浦麻絵
TEL 011-611-2111 内線2747
FAX 011-641-8101