

介護保険サービスの利用と家族介護者の抑うつ症状の推移

—パネル調査データによる検討—

キクザワ サエコ
菊澤 佐江子*

目的 パネル調査データを用いて、高齢者を介護する家族介護者の抑うつ症状と介護保険サービスの利用状況の推移を把握するとともに、両者の関連について検討を行った。

方法 公益財団法人家計経済研究所が2011年10月と2012年7月に実施した「在宅介護のお金とくらしについての調査」データを用いた。分析対象は、2011年10月調査時点から2012年7月時点にかけて同居する要介護の親（または義理の親）を介護している主介護家族で、分析に用いた変数に欠損値がみられなかった207人（女性145人、男性62人）である。分析は、介護者の抑うつ症状（K6）の変化（良好／不良）を被説明変数とし、各介護保険サービスの利用状況の変化、被介護者の身体的障害、精神的障害（認知症）の程度、介護者の性別を説明変数とするロジスティック回帰分析を行った。

結果 介護者のうち、2時点間で、抑うつ症状が「良好」な推移をたどった者は35.8%、「不良」な推移をたどった者は64.3%であった。介護保険サービス利用については、2時点間でサービス利用に変化がないケース（「継続して利用がない」または「同程度の利用を継続」）が多いものの、サービス利用を増加・減少させているケースも各々8～17%程度みられた。ロジスティック回帰分析によって、介護者の抑うつ症状の変化（良好／不良）との関連を検討した結果、介護保険サービス利用については、2時点間で「同程度の通所介護利用を継続」「同程度の短期入所利用を継続」の回帰係数が、5%水準で正の方向に有意であった。このほか、性別ダミー（女性＝1、男性＝0）の回帰係数と、被介護者の精神的障害（認知症）の程度についての回帰係数が、それぞれ5%水準、1%水準で負の方向に有意であった。

結論 短期入所や通所介護を継続して同程度利用している場合には、利用していない場合に比べて、介護者の抑うつ症状が「良好」な推移をたどる確率が高いことが示されたが、こうしたサービスの利用による介護者の抑うつ症状軽減効果は弱いものにとどまっていることから、これらのサービスの供給体制をより充実させることが課題の1つと考えられた。また、被介護高齢者の精神的障害（認知症）の程度が重い場合、介護者の抑うつ症状が「良好」な推移をたどる確率が低いという傾向がみられたことから、認知症のある高齢者が利用できる介護保険サービスを広げることも重要な課題であると考えられた。

キーワード 介護保険サービス、家族介護、ストレス、抑うつ、パネル調査データ

I 緒 言

「介護の社会化」等の理念のもとに介護保険制度が施行されて10年以上が経過し、介護保険

サービス事業者・利用者の裾野は全国に拡大した。しかしその一方で、家族の介護負担は今なお大きく、主介護者の5割以上が抑うつ状態であるといった報告もある¹⁾²⁾。家族介護者の抑うつは、要介護高齢者の在宅生活を困難にするのみならず³⁾、介護をめぐる殺人や自殺につな

* 法政大学社会学部准教授

がるリスクがあることも指摘されており⁴⁾⁵⁾、看過できない問題である。果たして、現在の介護保険サービスを利用することで、家族介護者の抑うつ状態の軽減を図ることは難しいのだろうか。

介護ストレスモデル⁶⁾によると、家族介護者の抑うつはストレス反応（アウトカム）であり、その要因は、ストレス、緩和要因、背景要因に大別される。「ストレス」は、人々にとって問題となる状態・経験・活動をさし⁶⁾、たとえば介護という場面では、被介護者のADL/IADLや認知症の状態などがこれにあたる。「緩和要因」は、資源と呼ばれる場合もあるが⁷⁾、ソーシャルサポート等、ストレスとアウトカムとの関係を弱めるクッション的働きをする要因をさす。「背景要因」は、年齢・性別等、機会・特権・責任等の配分に関わる社会成層における人々の位置を示すもので、ストレスがアウトカムに及ぼす影響や資源の分布等に関わる可能性をもつ要因である⁶⁾。このモデルにもとづく、介護保険サービスは緩和要因の1つとして、一定程度、家族介護者の抑うつを軽減するものと期待される。

介護保険サービスによる介護者の抑うつ軽減効果が期待される中、介護保険サービスの利用と家族介護者の精神的状態との関連については、多くの実証研究がなされてきた⁸⁾⁻¹³⁾。しかし、現時点では、先行研究の多くが1時点の調査データにもとづく結果であり、介護保険サービスの利用と家族介護者の精神的状態の推移との関連を正面から検討した研究は大変希少である。パネル調査データを用いた貴重な先行研究には、杉原¹⁴⁾や杉浦ら¹⁵⁾の研究がある。杉原¹⁴⁾は2002年と2003年に三鷹市在住の要介護高齢者の家族介護者を対象に行った調査データを用いて、介護保険制度下の在宅サービス利用が介護者のストレスに与える影響を検討した結果、初回調査のサービス利用について、同時点における介護者のストレスとの間では、サービス利用者にストレスが高いという関連がみられる一方、1年後の介護者のストレスへのcross-lagged効果はみられなかったと報告している。杉浦ら¹⁵⁾は、

2003年と2005年に東大阪市の要介護者とその家族を対象として行った調査データを分析し、夫介護者において、デイケアの利用が多いことは介護肯定感を低下させ、デイサービスの利用が多いことは介護肯定感を向上させるという関連がみられたが、妻介護者には介護保険サービス利用と精神的な健康状態との関連はみられなかったと報告している。結果は必ずしも一様ではなく、介護保険サービスと介護者の精神的状態の推移との関連については、さらなる研究蓄積が求められている。

また、パネル調査データによる分析が限られることと関連して、家族介護者の抑うつ症状の推移の実態そのものについても、知見は限られている。介護者のウェルビーイングの変化については、（被介護者の状態の悪化に伴って）時間の経過とともに低下するという仮説、介護状況への適応によって向上するという仮説、介護者の対処行動が一定であるため変化しないという仮説がある¹⁶⁾。介護保険制度下におけるパネル調査データにもとづく先行研究には、これまでに、時間が経過しても家族介護者の抑うつ症状の平均値は一定で変化がみられなかったとする報告がいくつかあるものの¹⁴⁾¹⁵⁾研究数が極めて限られており、確定的なことがいえる段階ではない。また、抑うつ症状の平均値に変化がみられない場合も、介護者を個別にみると、抑うつ症状の改善がみられる人、悪化がみられる人が混在している可能性があるが、先行研究では、このような個人間の抑うつ症状の変化の多様性とその要因について、必ずしも十分な考察が行われていない。さらに、個々の介護保険サービスの利用が時間の経過とともにどのように変化するのか、ということに関しても先行研究の知見は限られている。調査対象となった家族介護者全体について、時間の経過とともに増加する傾向がみられたとの報告はあるが¹⁵⁾¹⁷⁾、介護者を個別にみると、サービス利用量を増やすケースもあれば、減らすケースもあると思われる。

果たして、家族介護者の抑うつ症状や介護保険サービス利用のあり方は時間とともにどのように推移するのだろうか。また、介護保険サー

ビス利用の変化と家族介護者の抑うつ症状の変化との間には関連がみられるのだろうか。このような問題意識のもと、本研究は、2011年と2012年に家族介護者を対象に行われたパネル調査データを用いて、2時点間の家族介護者の抑うつ症状および介護保険サービス利用の推移を明らかにするとともに、介護保険サービス利用の変化と家族介護者の抑うつ症状の変化との関連について検討する。

Ⅱ 方 法

(1) データ

本研究で用いるパネル調査データは、公益財団法人家計経済研究所が実施した「在宅介護のお金とくらしについての調査」データ¹⁸⁾である。本調査は、(株) インテージに委託して行われたインターネット調査である。調査対象は、2011年6月時点でネットモニター登録をしている40～64歳男女のうち、2011年9月の事前調査において、介護が必要な親または義親と同居して介護を行っており、要介護者の介護費用・家計を捕捉していると回答し、調査への協力に応諾した645人(介護者)である。なお、本調査では、このほか比較対照群として、介護・手助けを必要としない65歳以上の親・義親と同居する40～64歳男女(非介護者)に対しても調査を行っているが¹⁸⁾、本分析ではこの部分のデータは使用しないため、当該データに関する説明は省略する。

第1回目の調査(以下、T1)は、645人の介護者に対して、2011年10月31日～11月7日に行われ、回答は506人から得られた(回答完了率78.4%)。第2回調査(以下、T2)は、2011年調査の対象者のうち、2012年7月時点でネットモニターとして登録しており、かつ2回目調査への協力に応諾した460人に対して2012年7月20日～27日に行われ、回答は406人から得られた(回答完了率88.3%)。

本稿の統計的分析にあたっては、この調査データのうち、2011年10月調査時点で、医療・福祉の専門家以外の介護者の中で、要介護の親

(または義親)に最も長時間介護を行っている者(主介護者)で、かつ、2012年7月時点でも同じ要介護者を介護しており、分析に用いた変数に欠損値がみられなかった207人(女性145人、男性62人)を対象とした。調査では、インターネットによる割付調査の特性を生かし、男性介護者のオーバーサンプリングが行われたが、主介護者に占める男性の割合は2010年国民生活基礎調査(親または義親を介護している40～69歳の男性主介護者)とほぼ同程度の割合(約30%)となっている。また、調査回答者は全国に分布しているものの、他のインターネット調査と同様、大都市圏在住の高学歴層に偏っており¹⁸⁾、結果の解釈にあたっては留意が必要である。

(2) 分析項目

調査データには、基本的属性、介護の状況、家族や家計の状況等、多くの項目が含まれており、この中から、介護ストレスモデル⁶⁾をもとに、ストレスアウトカム(介護者の抑うつ症状)、ストレッサー(被介護者の身体的障害、精神的障害(認知症)の程度)、緩和要因(介護保険サービス利用)、背景要因(介護者の性別)にあたる各項目を分析に使用した。

まず、介護者の性別についてはダミー変数(「女性」=1点、「男性」=0点)を作成した。介護者の抑うつ症状については、国内外において妥当性・信頼性が確認されているK6⁹⁾²⁰⁾を用いた。6項目(「神経過敏に感じた」「絶望的だと感じた」「そわそわ、落ち着かなく感じた」「気分が沈み、何が起きても気が晴れないように感じた」「何をしても骨折りだと感じた」「自分は勝ちのない人間だと感じた」)の過去30日間の経験頻度について、5段階(「全くない」=0点、「少しだけ」=1点、「ときどき」=2点、「たいてい」=3点、「いつも」=4点)で回答をもとめ、6項目への回答を単純加算した得点を「K6」スコアとした。合計得点は0～24点の範囲であり、得点が高いほど、抑うつ症状が重いことを示している。なお、6項目の信頼性係数(α)の値は、T1・T2ともに0.92であった。

介護者の抑うつ症状の変化については、Whitlatchら²¹⁾の基準に基づき、第1回調査時のスコアと2時点目にかけてのスコアの推移をもとに「良好 (successful)」「不良 (unsuccessful)」の2群に分け、前者を1、後者を0とするダミー変数を作成した。介護者のウェルビーイング (抑うつ症状、負担感等) の変化を、2時点間における当該尺度のスコア変化で直にとらえようとすると、1時点目のスコアによる床効果 (floor effect) や天井効果 (ceiling effect) の影響を受けることが指摘されている²¹⁾。床効果とは、初回調査でスコアが低かった場合、初回スコアの低さゆえに、時間が経過してもなかなかそれ以上スコアが下がらず、同程度にとどまるか増加する傾向があること、天井効果は、初回調査でスコアが高かった場合に、初回スコアの高さゆえに、2時点目にスコアの上昇が生じにくくなることをさす。こうした床効果・天井効果に考慮して介護者のウェルビーイングの変化をとらえる方法の1つとして、初回のスコアと2時点間のスコア変化をもとに、特定の基準にもとづいてダミー変数 (良好/不良) を作成したうえで、これを被説明変数として用いる Witlatchらの方法が、国内外で用いられている¹⁶⁾²¹⁾⁻²³⁾。

具体的には、介護者を第1回調査時のK6スコアの四分位をもとに4群にわけたうえで、K6スコア (T1) が第4四分位にあたる (抑うつ症状が最も重い) 介護者については、T1からT2にかけて、K6スコアが1標準偏差分以上減少している場合を「良好」な推移、それ以外 (1標準偏差未満の減少または維持・増加) の場合は、「不良」な推移とし、第3四分位にあたる (抑うつ症状がやや重い) 介護者については、K6スコアが2時点間で0.5標準偏差分以上減少している場合を「良好」な推移、それ以外 (0.5標準偏差未満の減少または維持・増加) の場合を「不良」な推移とした。一方、K6スコア (T1) が第2四分位にあたる (抑うつ症状がやや軽い) 介護者については、2時点間でK6スコアが減少していれば「良好」な推移、それ以外 (維持または悪化) の場合を「不良」

な推移とし、K6スコア (T1) が第1四分位にあたる (抑うつ症状が最も軽い) 介護者については、2時点間でスコアが減少した場合から維持または0.5標準偏差未満の増加までを「良好」な推移、0.5標準偏差以上の増加を示した場合を「不良」な推移とした。

介護保険サービスの利用については、訪問系サービス (訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護；以下、訪問介護)、通所系サービス (通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護；以下、通所介護)、短期入所サービス (短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護；以下、短期入所) のそれぞれについて、T1における利用の有無を得点化した (「あり」= 1点、「なし」= 0点)。また、各サービスについて、第2回調査において尋ねた2時点間の利用量の変化に対する回答結果をもとに、サービスごとに4つのダミー変数 (「利用が増えた/新たに利用した」「変わらず利用している」「利用が減った/利用をやめた」「以前から利用していない」) を作成した (いずれも「該当」= 1点、「非該当」= 0点)。

被介護者の身体的障害は、東京都老人総合研究所²⁴⁾²⁵⁾のADL/IADLの評価指標を参考に、10項目の日常的動作 (移動、食事、着替え、入浴、排泄、買い物、電話、外出、軽い家事、金銭管理) について、それぞれ5段階 (「ぜんぜん難しくない」= 0点、「すこし難しい」= 1点、「かなり難しい」= 2点、「非常に難しい」= 3点、「まったくできない」= 4点) で回答をもとめ、10項目についての回答を単純加算した得点を、「身体的障害」スコアとした。合計得点は0~40点の範囲であり、得点が高いほど障害の程度が重いことを示している。

被介護者の精神的障害 (認知症) は、東京都老人総合研究所²⁴⁾の認知症の評価指標 (16項目

版)を参考に、「自分の年齢が分からないことが多い」等の項目に該当があるか否か、2段階(「はい」=1点、「いいえ」=0点)で回答をもとめ、16項目についての回答を単純加算した得点を「精神的障害(認知症)」スコアとした。合計得点は0~16点の範囲であり、得点が高いほど精神的障害(認知症)の程度が重度であることを示している。「身体的障害」「精神的障害(認知症)」尺度とも先行研究において信頼性が確認されているが、本研究における信頼性係数(α)も、身体的障害(10項目)が0.91、精神的障害(16項目)が0.88であった。

このほか、背景要因にあたる項目として、当初は世帯収入や学歴等も含めていたが、予備的分析の結果、介護者の抑うつ症状の変化との間に有意な関連がみられなかったため、最終的な分析には含めなかった。

(3) 分析方法

まず、T1からT2にかけての介護者の抑うつ症状の変化の実態をみるために、2時点のK6スコアの平均値についてt検定による比較検討を行うとともに、2時点間のK6スコアが「良好/不良」な推移を示している者の割合をそれぞれ計算した。また、介護保険サービス利用の変化の実態をみるために、2時点間の各介護保険サービス利用の変化に関する変数の度数分布を計算した。次に、2時点間の介護者の抑うつ症状(K6スコア)の変化が「良好」か否かを被説明変数とし、介護者の性別、被介護者の身体的障害(T1)、精神的障害(T1)、2時点間の各サービス利用量の変化を説明変数とするロジスティック回帰分析を行った。統計解析はSTATA13.1ソフト²⁶⁾を使用した。

(4) 倫理的配慮

調査対象者に対する倫理的配慮として、本調査では、事前に個人情報の取り扱い管理の徹底について説明がなされ、同意が得られた方のみ調査依頼が配信された。そして、調査画面において、調査の趣旨や質問内容の概略、回答内容はすべて統計情報としてのみ使用し、個人を

特定できるような情報が開示されることは一切ないことが説明され、そのうえで調査協力に同意した方のみが調査を開始(ログイン)するという手続きがとられた。さらに、調査開始後も、回答の中断・離脱を可能とするなど、回答の任意性への配慮が行われた。

本研究では、この調査データの二次分析にあたり、個人情報保護、倫理上の観点から、対象者に不利益が生じないように、匿名化されたデータを適正に管理・使用するとともに、分析や報告にあたっては、個人が特定できないよう十分に配慮した。

Ⅲ 結 果

(1) 分析対象者(T1)の特徴(表1)

分析対象者となった介護者のうち、男性は30.0%、女性は70.1%、平均年齢は53.0歳(標準偏差5.9)であった。被介護者との関係では、娘43.5%、息子30.0%、嫁26.6%と実子が7割以上を占めている。一方、被介護者の性別は、男性が18.4%、女性が81.6%、平均年齢は83.2歳(標準偏差5.8)、身体的障害のスコアは平均22.7、標準偏差9.3、精神的障害のスコアは平均4.5、標準偏差4.1であった。また、介護保険サービス利用者の割合は、通所介護が最も多く65.2%、続いて訪問介護が30.0%、短期入所が24.6%となっている。

(2) 介護者の抑うつ症状、介護保険サービス利用の変化(T1-T2)(表2)

T1、T2における介護者のK6スコアの平均値は、それぞれ6.1、6.8で、t検定の結果、5%水準で有意差がみられ、全体としてスコアは上昇する傾向があることが示された($t = -2.14$, $df = 206$, $p = 0.03$)。ただし、各々のK6の変化をWhitlatchら²¹⁾の基準をもとに「良好」か否かで区分すると、「良好」な変化を示した者は35.8%、「不良」な変化を示した者は64.3%で、変化には個人差があることが示された。

T1、T2にかけての介護保険サービス利用の変化の状況は、サービスの種別ごとに若干異

表1 分析対象者のプロフィール (T1)

	平均値	標準偏差	N	%
介護者				
性別 男性			62	30.0
女性			145	70.1
年齢	53.0	5.9		
被介護者との関係				
嫁			55	26.6
娘			90	43.5
息子			62	30.0
被介護者				
性別 男性			38	18.4
女性			169	81.6
年齢	83.2	5.8		
身体的障害 ¹⁾	22.7	9.3		
精神的障害(認知症) ¹⁾	4.5	4.1		
介護保険サービス利用あり ²⁾				
訪問介護			62	30.0
通所介護			135	65.2
短期入所			51	24.6

注 1) 身体的障害はADL/IADLに関する10項目の合計得点, 精神的障害は認知症に関する16項目の合計得点
 2) 複数回答
 3) 割合の合計は, 四捨五入の関係上100%にならない場合がある

なっていた。たとえば、訪問介護については、(継続して) 利用なしが53.1%と最も多く、次に多いのが同程度の利用を継続しているケース(27.5%)で、利用が増加したケース、減少したケースは各々1割程度(9.7%)であった。一方、通所介護については、同程度の利用を継続しているケースが48.3%と最も多く、残りのケースは(継続して) 利用なし(18.8%)、減少(16.9%)、増加(15.9%)の各ケースにはほぼ均等に分布していた。短期入所については、訪問介護と同様、(継続して) 利用なしが56.5%と最も多く、残りのケースは同程度の利用を継続(21.3%)、増加(14.0%)、減少(8.2%)の順に多くみられた。

(3) 介護者の抑うつ症状の変化(良好/不良)のロジスティック回帰分析(表3)

次に、介護者の抑うつ症状の変化と介護保険サービスの変化との関連をみるために、介護者の抑うつ症状の変化(「良好」か否か)を被説明変数とするロジスティック回帰分析を行った。第1に、性別ダミー(女性=1, 男性=0)の回帰係数が一貫して5%水準で負の方向に有意であった。結果は、女性介護者は男性介護者に比べ、抑うつ症状が「良好」に推移する確率が低いことを示している。第2に、被介護者の精

表2 介護者の抑うつ症状、介護保険サービス利用の変化 (T1-T2)

介護者の抑うつ症状 (K6) の変化			
	平均値	標準偏差	
K6スコア (T1)	6.1	5.5	
K6スコア (T2)	6.8	5.7	
T1-T2間の差異*	0.7	4.6	
	N	%	
良好	74	35.8	
不良	133	64.3	
介護保険サービス利用量の変化			
	N	%	
訪問介護 同程度	57	27.5	
増加	20	9.7	
減少	20	9.7	
利用なし	110	53.1	
通所介護 同程度	100	48.3	
増加	33	15.9	
減少	35	16.9	
利用なし	39	18.8	
短期入所 同程度	44	21.3	
増加	29	14.0	
減少	17	8.2	
利用なし	117	56.5	

注 1) *p<0.05 (t検定)
 2) 割合の合計は, 四捨五入の関係上100%にならない場合がある

神的障害(認知症)の程度についての回帰係数が、一貫して1%水準で負の方向に有意であった。結果は、被介護者の精神的障害(認知症)の程度(T1)が重い場合に、介護者の抑うつ症状が「良好」に推移する確率が低いことを示している。第3に、介護保険サービス利用について、「同程度の通所介護利用を継続」「同程度の短期入所利用を継続」の回帰係数が、5%水準で正の方向に有意であった。結果は、通所介護を一貫して利用していない場合に比して、同程度の通所介護を利用継続している場合には、介護者の抑うつ症状が「良好」な変化をたどる確率が高く、また、短期入所についても同様に、同程度のサービスを継続利用している場合は、一貫して利用していない場合に比べ、介護者の抑うつ症状が「良好」な変化をたどる確率が高いことを示している。

モデルの適合度も、擬似決定係数(McFadden's Pseudo R²)はモデル1に比べモデル3、4で大きい値となっていた。ただし、尤度比検定(likelihood-ratio test)によってモデル間の適合度を比較した結果によると、モデルの適合

度はモデル1からモデル4へと10%水準で有意に改善しているにすぎず、モデル1からモデル3にかけては統計的に有意な改善はみられなかった。結果は、これらの介護保険サービス利用が介護者の抑うつ症状の改善に及ぼす影響は弱いものにとどまっていることを示唆している。

IV 考 察

本研究は、家族介護者の抑うつ症状や介護保険サービス利用の変化の実態をとらえるとともに、両者の関連を明らかにすることを目的として、パネル調査データを用いた分析を行った。

その結果、第1に、家族介護者の抑うつ症状の変化について、2時点間で、K6スコアの平均値はやや上昇する傾向がみられたが、「良好／不良」の区分でみると、介護者の中にはK6スコアの変化が「良好」の者と「不良」の者が混在しており、そのうえで全体としては「不良」の者が6割以上でやや多いことが明らかとなった。

第2に、介護保険サービス利用の変化については、いずれのサービスについても2時点間でサービス利用に変化がないケースが多いものの、その中には「利用がない」状態を維持しているケースと、「同程度の利用」を継続しているケースがあることが明らかとなった。また、サービス利用を増加・減少させているケースも、それぞれ8～17%程度あることも示された。

第3に、介護保険サービス利用の変化と家族介護者の抑うつ症状の変化との関連については、

表3 T1-T2間の介護者の抑うつ症状の変化（良好か否か）のロジスティック回帰分析

	回帰係数（標準誤差）			
	モデル1	モデル2	モデル3	モデル4
介護者の性別（女性=1, 男性=0）	-0.69* (0.32)	-0.71* (0.33)	-0.70* (0.33)	-0.70* (0.33)
被介護者の障害の程度 ²⁾				
身体的障害（T1）	0.00 (0.02)	0.00 (0.02)	0.00 (0.02)	-0.01 (0.02)
精神的障害（認知症）（T1）	-0.13** (0.04)	-0.13** (0.04)	-0.14** (0.04)	-0.15** (0.04)
介護保険サービス利用量の変化（T1-T2） ³⁾				
訪問介護 同程度		-0.14 (0.36)		
減少		-0.05 (0.56)		
増加		-0.16 (0.53)		
通所介護 同程度			0.90* (0.44)	
減少			0.50 (0.54)	
増加			0.71 (0.54)	
短期入所 同程度				1.00* (0.41)
減少				0.75 (0.58)
増加				0.10 (0.50)
定数項	0.41 (0.46)	0.45 (0.47)	-0.24 (0.56)	0.43 (0.46)
擬似決定係数 対数尤度	0.06 -126.91**	0.06 -126.81*	0.08 -124.56**	0.09 -123.49***

注 1) **p<0.01, *p<0.05
 2) 身体的障害はADL/IADLに関する10項目の合計得点, 精神的障害は認知症に関する16項目の合計得点
 3) 訪問介護, 通所介護, 短期入所のそれぞれについて, 4つのダミー変数（「同程度」「減少」「増加」「利用なし」; コードはいずれも「1=該当」「0=非該当」）を作成し, 「利用なし」を参照カテゴリーとした。

短期入所・通所介護について、継続して利用がない場合に比べ、継続して同程度のサービスを利用している場合の方が「良好」な変化をたどる確率が高いことが示されたが、同時に、これらのサービス利用の効果は介護者のストレス緩和要因としては弱いものにとどまっていることも明らかとなった。こうした結果には、地域ごとに異なる介護保険サービスの供給状況が一部反映していると思われる。たとえば、本調査の自由記述回答（表4）によると、短期入所・通所介護等のサービスは、希望どおりに継続利用できている場合は、負担の軽減に寄与している様子がうかがえる一方で（ケース5～7）、地域でのサービス供給量の不足や質・価格等の問題によって、居住者が必要なサービスを必要な量だけ利用できる状況が確保されていない場合があることがうかがえる（ケース1～3）。ど

の地域に住んでも一定の質の短期入所サービスや通所介護が必要な量だけ利用できるよう、介護保険サービスの供給体制を整えることが今後の課題の1つであると考察される。

第4に、ロジスティック回帰分析の結果から、初回調査時点で要介護高齢者の精神的障害（認知症）の程度が重い場合、家族介護者の抑うつ症状が「良好」な推移をたどる確率が低いことが示された。被介護者の精神的障害（認知症）の程度が介護者の抑うつと関連していることは、1時点における調査データを用いた先行研究においても指摘されてきたが²⁷⁾²⁸⁾、本研究は、被介護者の精神的障害（認知症）の程度が重いことは、その後の介護者の抑うつ症状の軌跡とも関連していることを示している。被介護者に認知症の症状がある場合、

家族介護者への負担は重いにもかかわらず、施設でのサービス利用は困難になる場合が多いことが、本調査の自由記述回答で指摘されている（表4、ケース4）。認知症のある高齢者の家族介護者への直接的な支援とともに、認知症のある高齢者が利用できる介護保険サービスを広げることも、重要な課題であると思われる。

第5に、介護者の性別も、抑うつ症状の変化と有意な関連があることが明らかとなった。家族介護者の虐待などは、息子介護者に多いことが報告されているが²⁹⁾、本稿の結果からは、老親介護に従事する子どもの間では、息子（男

表4 介護保険サービスに関する介護者の自由記述（抜粋）¹⁾

内容	No.	回答者		被介護者		自由記述
		性別	年齢	要介護度	続柄	
介護保険サービスの課題	1	女性	50代	4	実母	デイサービスは10時～16時までで、延長出来ないのが制限時間内でしか家族は時間の利用が出来ず、結局何処へも出かけられない（自身の行き帰りの時間を入れると実質利用できる時間が少ない）ショートステイは何時も満室で希望日が取れないので計画が難しい（連休や正月等は一年前から予約でいっぱいです）
	2	女性	40代	4	実父	ショートステイなどを定期的に希望しているが、現実問題はお金がかかり、利用できる場所が少ない（予約が取れない）。脳梗塞・前立腺がん末期、認知症などがあり、介護の度合いが大きい。経済的にも厳しいので、介護サービスをなかなか受けられないのが現状
	3	男性	50代	4	実母	以前お試してデイに行き、風呂場で転倒して肋骨にひびがはいる、それ以来他所に行くのを嫌いますし、私が住んでいるT市の介護のレベルが低いのも、あります
	4	女性	40代	5	義母	施設の介護サービス等の利用は、認知症、障害、病気の合併症があるとなかなか受け入れて貰えない。特に、医療系の介護が必要になる場合はほとんどの施設で拒否されるため、預けられないことが多く、介護者に負担がかかっている。入所も同様に困難で何年も待つことになっている。また、介護による身体的な疲労は回復できるが、母は夜間に大声で騒いでしまうため、ご近所に迷惑がかかっているのではないかと精神的な苦痛の方が辛い。介護療養型病院や療養型施設の普及、利用方法の改善を期待している
介護保険サービスの効果	5	女性	60代	3	実父	ショートステイを利用しているので、日程を自分に合わせ息抜きが出来る。デイサービスも週3日なので気持ち的に余裕を持って。専門家の力を借りることはとても大事と思う。
	6	女性	50代	3	義母	ショートステイがあるので助かっている。息抜きができる。ケアマネがベテランで、なんでも良く聞いて動いてくれるので助かる
	7	男性	40代	3	実父	初めのころは、自分一人で食事の世話をしていたので、かなりの負担だったが、訪問介護と通所介護サービスを利用するようになってからは、昼の食事の負担が無くなり、昼の残りのおかずを使って、夕食のおかずにしたりして、負担が以前よりは少なくなって、自分の時間が出来た

注 1) 第1回調査における主介護者（第2回調査で回答がなかった者も含む）の介護に関する自由記述回答から、介護保険サービスの課題や効果に関する記述を抜粋した。原則として、原文をそのまま引用したが、固有名詞は匿名化し、明らかな誤字脱字等には修正を施した。

性）より、娘または嫁（女性）の場合に、抑うつ症状が「良好」な推移をたどる確率が低いことが示された。先行研究において、娘の方が息子よりも老親に対して多くの支援・介助を提供する傾向があるとの指摘があるが³⁰⁾、本研究でも、被介護者の障害の程度は男女間で変わらないにもかかわらず、娘・嫁の方が息子より長い時間介護を行う傾向がみられた（ただし有意差はなし）。女性ほど介護を抱え込みすぎている可能性もあることから、介入にあたっては留意が求められよう。

最後に、本研究は、インターネット調査によ

るデータを用いたため、一般の家族介護者と比較して、大都市圏の高学歴層に偏った結果であると考えられる。本稿の結果が、老親介護に従事する家族介護者全般に一般化可能かどうかについて、代表的なサンプルに対する調査データを用いてモデルを検討することが今後の課題である。

謝辞

本研究は、JSPS科研費(26380781)の助成を受けた。分析にあたっては、公益財団法人家計経済研究所から「在宅介護のお金とくらしについての調査」データの提供を受けた。記して御礼申し上げます。

文 献

- 1) 谷向知, 坂根真弓, 酒井ミサヲ, 他. 介護うつ. 老年社会科学 2013; 34(4): 511-5.
- 2) 判田正典. 高齢者介護における介護者のストレスとうつ. 心身医学 2010; 50(3): 195-200.
- 3) Arai Y, Sugiura M, Washio M, et al. Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2001; 55: 379-82.
- 4) 湯原悦子. 介護うつ: 認知症介護における介護者支援のための課題: 司法福祉の立場から老年社会科学 2013; 34(4): 525-30.
- 5) 町田いづみ, 保坂隆. 高齢化社会における在宅介護者の現状 精神症状を中心に. 緩和医療学 2006; 8(3): 279-86.
- 6) Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, et al. Caregiving and the Stress Process—an Overview of Concepts and Their Measures. *Gerontologist* 1990; 30(5): 583-94.
- 7) 松岡英子. 在宅要介護老人の介護者のストレス. 家族社会学研究 1993; 5: 101-12.
- 8) Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2006; 21(2): 163-70.
- 9) 坪井章雄. 家族介護者の抑うつ傾向に影響を及ぼす介護保険サービスの検討. 厚生指標 2009; 56(10): 14-9.
- 10) 上田照子, 三宅真里, 荒井由美子. 介護保険サービスの必要量利用の可否が家族介護者に及ぼす影響. 厚生指標 2012; 59(3): 8-13.
- 11) 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.
- 12) 筒井孝子. 在宅サービスの利用が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響に関する研究—訪問介護, 通所介護, 短期生活入所介護別サービス利用の効果. 訪問看護と介護 2010; 15(8): 630-9.
- 13) 榎原麻子, 糟谷香代子. 介護保険サービスを利用している家族介護者の介護負担感の現状. 地域看護 2005; 36: 180-2.
- 14) 杉原陽子. 在宅サービスの利用が介護者のストレス軽減・在宅継続に与える縦断的な効果—介護保険制度施行前後の比較. 厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業 平成13-15 年度総合研究報告書 要介護高齢者・介護者からみた介護保険制度の評価 2004: 128-41.
- 15) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋. 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. 日本公衛誌 2010; 57(1): 3-16.
- 16) Arai Y, Zarit SH, Sugiura M, et al. Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. *Aging & Mental Health* 2002; 6(1): 39-46.
- 17) Sugihara YS, H. Nakatani, Y. Hougham, G.W. Longitudinal changes in the well-being of Japanese caregivers: variations across kin relationships. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2004; 59(4): 177-84.
- 18) 田中慶子. 「在宅介護のお金とくらしについての調査」の概要. 季刊家計経済研究 2013; 98(Spring): 2-11.
- 19) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32: 959-76.
- 20) 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, 他. 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 川上憲人編. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成14年度総括・分担研究報告書 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 2003.
- 21) Whitlatch C, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31(1): 9-14.
- 22) Levesque L, Ducharme F, Zarit SH, et al. Predicting longitudinal patterns of psychological distress in older husband caregivers: further analysis of existing data. *Aging & Mental Health* 2008; 12(3): 333-42.
- 23) Ducharme F, Lévesque L, Zarit SH, et al. Changes in health outcomes among older husband caregivers: a one-year longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development* 2007; 65(1): 73-96.
- 24) 東京都老人総合研究所社会福祉部門編. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ. 光生館: 1996.
- 25) Liang J, Maeda D. National Survey of the Japanese Elderly, 1987 (ICPSR6842): 1997.
- 26) StataCorp. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, Texas: StataCorp LP; 2013.
- 27) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明, 柴田博. 在宅要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; 4: 320-35.
- 28) 西村昌記. 夫婦間介護におけるストレスプロセス. 家族社会学研究 2012; 24(2): 165-76.
- 29) 医療経済研究機構. 家庭内における高齢者虐待の全国調査(概要), 2004. (<http://www.ihep.jp/publsh/report/past/pdf/h15-1.pdf>) 2011. 2.8.
- 30) Ingersoll-Dayton B, Starrels ME, Dowler D. Caregiving for parents and parents-in-law: Is gender important? *Gerontologist* 1996; 36: 483-91.