The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつ
Author(s)	安部, 幸志
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 2000, 5, p. 34-41
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/11645
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつ

安 部 幸 志

【はじめに】

長期間に渡る痴呆性障害を有した高齢者の介護が、家族の健康や精神状態に何らかの影響を及ぼすことが問題となっている。しかし、現状において痴呆性障害の治療は困難であり、その問題行動や精神症状ゆえに家族の真摯な努力が報われず、むしろ高齢者から拒否や攻撃を受けることもある。よって、痴呆性の心身の障害について早急に多くの人が理解し、家庭内だけに負担を負わすことなく、社会的に問題として取り上げていくことが必要である。現在、行政、司法の面から社会的資源が徐々に整えられつつあるが、施設の拡充やヘルパーの増員だけでなく、社会全体が、心身に障害が見られる高齢者と家族を受け入れる体制を整えることが求められている。特に、お世話に疲れた家族が、高齢者と共に死を選ぶというような悲劇を生み出さないためにも、高齢者の症状の変化と、家族の精神状態に対する周囲の配慮が不可欠である。

高齢者を支える家族の精神状態の中で、もっとも問題とされることが多いのが抑うつである。実際、Tennstedt, Cafferata, &Sullivan (1992)は、家族介護者の抑うつが一般サンプルと比較すると、2倍以上見られることを示している。一般サンプルより、家族介護者の方が抑うつ的であるとすれば、一般サンプルにはない、何らかの抑うつの規定因が存在するはずである。Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine (1991)は、高齢者の心身の障害の程度と家族介護者の抑うつとの間に有意な相関を見いだしている。しかし、ひとくちに心身の障害といっても、痴呆性疾患を有する高齢者の症状は多岐にわたり、心身の障害として括ってしまうと、どのような障害が家族介護者の抑うつをもたらしやすいのかという臨床的に有用な知見を見いだすことは出来ない。そこで、最近では Yates, Tennstedt, & Chang (1999) が、高齢者の心身の障害を「認知障害」「問題行動」「身体的機能障害」とあらかじめ類型化した分析を試みている。その結果、家族介護者の抑うつと有意な相関が見られたのは、「問題行動」のみであった。一方、我が国では家族介護者の抑うつに着目されることはあっても、臨床的な経験によるもので基礎的なデータの蓄積には至っていない。また、抑うつの規定因に対しても十分にコントロールされ、検討されているとは言い難い。そこで、本研究では欧米に限らず、我が国においても一般サンプルを対象とした研究が蓄積されている抑うつ尺度である CES-Depression を用いて、家族介護者の抑うつと高齢者の心身の障害の程度との関連について検討することを目的とする。

【方法】

1．対象

大分市内においてデイサービス・訪問看護などの高齢者に対する社会福祉サービスを利用している家族を対象に質問紙調査を行った。質問紙には研究・調査に対する同意書が添

付され、質問紙とともに返送するよう求めた。質問紙は698通配布し、257通を回収した(回収率36.8%)。そのうち、「同意しない」として返送した家族は6名であった。本研究では調査に対して同意が得られた251名のうち、お世話をしている高齢者の年齢が65歳以上であり、記入ミスや記入もれのなかった202名を対象に分析を行った。

2．測度

2-1．抑うつ

家族介護者の抑うつ傾向を測定するために、CES-Depression 11項目版を用いた(Radloff, 1977;Kohout, Berkman, Evans, &Cornoni-Huntley, 1993)。CES-Depressionは介護者の抑うつ傾向を測定する尺度として使用されることが多く、信頼性・妥当性についても十分に検討されている (George&Gwyzer, 1986)。本研究で使用した11項目版は、Radloffによる原尺度(20項目)の短縮版である。11項目版には原尺度と同じく4つの下位尺度を有しており、1．うつ感情 (depressed mood)、2．身体的症状 (somatic symptoms)、3．対人関係 (interpersonal problems)、4．ポジティブ感情 (positive mood) という名前が付けられている (Kohout et al.,1993)。本研究ではそれぞれの項目に対し、Kohoutら (1993) と同じく3件法で回答を求めた。ここ最近の間に「憂うつであった」、「さびしいと感じた」ことなどが、「まったくない」との答えには1点、「ときどきあった」には2点、「よくあった」には3点を与えた。つまり、この点数が高くなるにつれて抑うつ傾向も高いことになる。分析には、下位尺度ごとに得点を合算した値を用いた。

2-2．高齢者の心身の障害

高齢者の心身の障害を測定するために、本研究では、認知障害、問題行動、日常生活動作 (Activity of Daily Living; 以下ADL と略記する) を測定した。

認知障害の程度は、「毎日の日課を理解することが出来る」、「生年月日や年齢を答えることが出来る」など5項目について「できる・できない」の2件法で測定した。「できる」に0点、「できない」に1点を与え、得点を合算した。この点数が高くなるほど、障害の程度が重いことを示す。

問題行動の程度は、「ひどい物忘れがある」、「まわりのことに関心がなく、ぼんやりしている」など21項目について、「ない・ときどきある・ある」の3件法で測定した。それぞれ1点、2点、3点を与え、全項目の得点を合算した。この点数が高くなるほど、様々な問題行動が現れていることを示す。認知障害と問題行動の測定は、要介護認定アセスメント方式に準じたものである (厚生省, 1998)。

ADLの低下を測定するために、北島・小山・藤林 (1993) による短縮版ADL尺度を用いた。これは、移動・食事・入浴・排泄の4つの生活分野における支援や介護の必要性を「1．自立～4．全面的に介助を要する」まで4段階で測定するものである。本研究では、4つの生活分野における得点を合算し、ADL得点とした。この点数が高くなるほど、様々な生活分野に渡って介護が必要であることを示している。

3．分析

本研究では、まず、抑うつの男女差を検討するために、CES-Dの下位尺度を用いてｔ検定を行った。次に、認知障害、問題行動、ADL、そしてCES-Dの下位尺度を用いて相関分析を行った。最後に、相関分析で得られた結果をもとに、高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつとの関係をモデル化し、構造方程式モデリングを用いて検討した。以上の分析には、統計ソフトウェアEQS5.6 (Bentler,1995) を用いた。

【結果】

1．家族介護者の性別による抑うつ傾向の差

分析対象となった家族介護者のうち、男性は37名（18.3%）、女性は165名であった(81.7%)。家族介護者の年齢の平均は、58.78（SD＝13.14)であった。性別とCES-Dの下位尺度を用いたｔ検定の結果を表１に示す。

表1

CES-Depression		男性	女性	t-value
うつ感情	*Mean*	4.73	4.98	-.94
	SD	1.37	1.69	
身体的症状	*Mean*	6.51	6.81	-.88
	SD	1.80	2.10	
対人関係	*Mean*	2.51	2.34	1.12
	SD	1.04	.81	
ポジティブ感情	*Mean*	3.49	3.68	-.77
	SD	1.34	1.31	

うつ感情（t (63.36) ＝－.94,n.s.）、身体的症状（t(59.90)＝－.88,n.s.）、対人関係（t(200)＝1.12,n.s.)、そしてポジティブ感情(t(51.43) ＝－.77,n.s.）のすべての下位尺度において、性別による有意差は見られなかった。

2．高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつとの関連

表2

	認知障害	問題行動	ADL	うつ感情	身体的症状	対人関係
認知障害 (*Mean* = 1.02, *SD* = 1.60)						
問題行動 (*Mean* = 27.61, *SD* = 8.18)	.62 ***					
ADL (*Mean* = 9.42, *SD* = 3.96)	.31 ***	.17 *				
うつ感情 (*Mean* = 4.93, *SD* = 1.64)	.23 ***	.26 ***	.32 ***			
身体的症状 (*Mean* = 6.76, *SD* = 2.05)	.17 *	.25 ***	.35 ***	.63 ***		
対人関係 (*Mean* = 2.37, *SD* = .86)	.30 ***	.18 **	.17 *	.35 ***	.37 ***	
ポジティブ感情 (*Mean* = 3.64, *SD* = 1.32)	-.10	-.15 *	-.02	-.27 ***	-.05	-.03

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

高齢者の心身の障害と、家族介護者の抑うつとの関連を見るために、相関分析を行った（表２）。認知障害は、うつ感情（.23,p ＜.001）・身体的症状(.17,p＜.05)・対人関係(.30,p＜.001）の下位尺度と有意な相関が見られた。また、問題行動は、うつ感情(.26,p＜.001）・身体的症状(.25,p＜.001）・対人関係(.18, p ＜. 05）・ポジティブ感情（－.15,p ＜.05)の４つの下位尺度すべてと有意な相関が見られた。そして、ADLはうつ感情(.32,p＜,001）・身体的症状(.35,p＜.001）・対人関係(.17,p＜.05)の下位尺度と有意な相関が見られた。高齢者の心身の障害とCES-Dの下位尺度のほとんどに有意な相関が見られたが、ポジティブ感情は認知障害、ADLと有意な相関が見られなかった。加えて、ポジティブ感情は身体的症状・対人関係とのCES-Dの下位尺度間での相関も見られなかった。

3．抑うつの因果モデル

相関分析の結果を踏まえ、図１に示す因果モデルを構築した。これは、認知障害・問題行動・ADLが、抑うつに対し影響を与えるというモデルである。このモデルでは、先の相関分析の結果から、ポジティブ感情を抑うつの構成要素として適していないと判断し、モデルから除外している。本モデルは「抑うつ」を示す潜在変数に対し、直接影響を与えている認知障害・問題行動・ADLの中で、最も強い影響力を有する観測変数を探索することを目的とした因果モデル (Multiple Indicators MultIple Causes Model; MIMICモデル) として位置づけることが可能である（豊田,1992)。モデルの評価には、カイ二乗値、Goodness of Fit Index(GFI)、Adjusted GFI (AGFI) 、 Comparative Fit Index(CFI) 、Root Mean Square Error of Approximation(RMSEA)を用いた。分析に用いたデータは、サンプル数が202名と少ないため、カイ二乗値が棄却されず（p ＞.05)、GFI・AGFI・CFI が.90以上、RMSEAが.05以下であれば、良いモデルであると判断する（狩野,1997)。

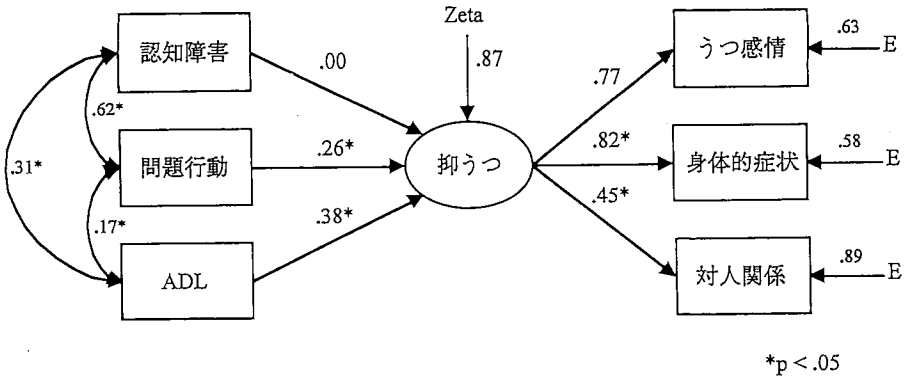


図１　高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつ因果モデル

適合度指標：χ^2＝15.09,df＝6,p＝.020;GFI＝.977,AGFI＝.918,CFI＝.969,RMSEA＝.087

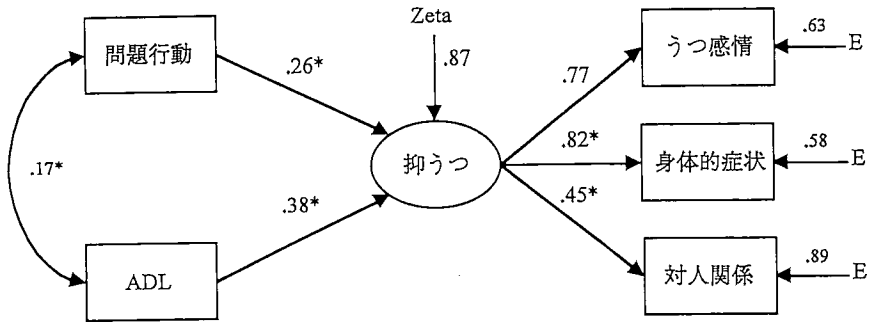
注:「抑うつ」から「うつ感情」へのパスは、モデルを識別するため、分散を１に固定している

構造方程式モデリングによる分析の結果（以下、括弧内に標準因果係数と有意水準を示す)、抑うつに対し問題行動（.26,p＜.05)とADL（.38,p＜.05)が有意に影響を与えていることが示された。しかし、認知障害は、抑うつとの関連が見られなかった。(.00,n.s.)。これは、認知障害が問題行動およびADLとの関係を一定にした場合、直接効果がそれらに吸収されることを示唆するものである。本モデルの適合度は、GFI・CFIが基準値を上回っており、またAGFIもほぼ基準値に達している(GFI＝,977,CFI＝.969,AGFI＝.918）。カイ二乗値及びRMSEAの値はやや基準値を下回っているが、モデルを積極的に棄却する程ではない（χ^2(６)＝15.09,p＝.020,RMSEA＝.087）。基準値を下回った原因の一つに、認知障害が抑うつと関連が見られなかったことが考えられる。そこで、認知障害をモデルから除外し、確認のため再度因果モデルを構築し、分析を行った。

４．抑うつの因果モデル２

モデル１から認知障害を除いたモデル（図２）を分析した結果、このモデルの適合度はすべての指標において、十分高いと判断できる値が示された（χ^2(４)＝.82, p＝ .936, GFI＝.998, AGFI＝.994,CFI＝1.000,RMSEA＝.000）。

問題行動と抑うつとの関連は（以下、括弧内に標準因果係数と有意水準を示す)、モデル１と同じく弱い正の関連が示された（.26,p＜.05)。また、ADLと抑うつとの関連についても、モデル１と同じく正の関連が示された（.38,p＜.05)。このモデルでは、問題行動よりも ADLが抑うつに対し強い影響を与えている。また、この２つの要因により、抑うつの24.3%の分散が説明されている。



*p＜.05

図２　高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつの因果モデル２

適合度指標：χ^2＝.82,df＝4,p＝.936;GFI＝.998,AGFI＝.994,CFI＝1.000, RMSEA＝.000

注:「抑うつ」から「うつ感情」へのパスは、モデルを識別するため、分散を１に固定している

【考察】

本研究では、高齢者の心身の障害と家族介護者の抑うつとの関連について検討した。性別によって抑うつ傾向に差が見られるのではないかと考え、CES-Dの下位尺度を用いてｔ検定を行ったところ、本調査データでは性別による差は見られなかった。介護者の抑うつは、男性介護者・女性介護者を問わず緊急の課題とされていることからも（Perel,1998）、性別以外の要因を検討する必要があることが確認されたといえよう。

認知障害・問題行動・ADLと抑うつには、有意な相関が見られた。認知障害や問題行動が見られるようになると、意思疎通がスムーズに行かなくなり、家族は不全感に陥り、抑うつになる危険性も高くなるではないかと考えられる。また、ADLが低下し、様々な生活上の支援が必要になると、介護に拘束される時間が増大し、不眠や食欲低下などの身体的なうつ症状をもたらすのと考えることができる。一方で、ポジティブ感情と高齢者の心身の障害との関連は、ほとんど見られず、また他のCES-Dの下位尺度とも、うつ感情以外では有意な相関が見られなかった。この理由の一つとして、CES-Dの内部構造に原因があるのではないかと考えられる。CES-Dの内部構造に言及した研究はほとんどみられないが、例えば矢富・Liang・Krause・Akiyama(1992) は欧米人サンプルと日本人サンプルにCES-Dを実施し、検証的因子分析を行った結果、日本人サンプルにおいてポジティブ感情は、欧米人と異なり、抑うつを形成する要因から除外する方がデータをうまく説明することが出来ることを示した。また、Lawton et al.(1991)は、心理的Well-beingをネガティブ感情とポジティブ感情に区別し、ポジティブ感情は体を動かす、スポーツを観戦するといった要素に影響されているのではないかと述べている。本研究の結果は、CES-Dのポジティブ感情が他の下位尺度から比較的独立しており、高齢者の心身の障害との関連が見られなかったという点で、矢富らやLawton et al.の研究を支持していると考えられる。

ポジティブ感情以外のCES-Dの下位尺度は、高齢者の心身の障害と有意な相関が見られているが、これらの相関係数の値は決して高くはない。もっとも強い相関が見られたのは、ADLと身体的症状であるが、それでも r =.33であり、一般的には「弱い相関」として判断される値である。したがって、これらの高齢者の心身の障害のみが家族介護者の抑うつをもたらしていると考えることは困難である。むしろ、介護者の性格や対処行動とともに、抑うつをもたらす一つの要因として高齢者の心身の障害を位置付けることのほうが適当であろう。

構造方程式モデリングによる分析では、ADL、問題行動が有意に影響を与えていたが、認知障害は抑うつとの関連がみられなかった。しかし、この結果は、必ずしも認知障害が抑うつと無関係であることを示しているのではない。相関分析において有意であった認知障害と抑うつとの関係が、他の関連によって説明されたことを示している。つまり、認知障害がもたらす家族介護者の抑うつが、ADLの低下や問題行動の増加によって説明される部分と重複しており、それらによって関連が吸収されたと考えられよう。すなわち、認知障害が高齢者に発生すると、家族は困惑し抑うつになる危険性も高くなる。しかし、認知障害が単独で見られる場合に加え、相関分析の結果に示されているように、加齢や疾病の進行に従い、ADLの低下や問題行動の増加も同時に見られる場合も多い。それらのより重篤で緊急の課題解決に向け、家族は奔走し、むしろ認知障害単独の影響は問題とされなくなることを意味しているのではないかと思われる。

モデル1およびモデル2において、抑うつに対しもっとも強い影響を与えていたのはADLであった。本研究におけるADLの低下は、単純に様々な生活分野における介護量が増加することを意味し、家族の身体的疲労感をもたらすと考えられる。一方、夜中に叫んだり、徘徊するという問題行動の増加は、精神的に様々な面に気を配ることが求められ、家族の情緒的な疲弊をもたらすと考えられる。しかし、問題行動とADLとの相関が低いことからも示されるように、介護量の増加と問題行動の増加は必ずしも同時に進行するわけではない。例えば、ADLが高い高齢者に徘徊が見られたとしても、ADLが低くなり、寝たきりに近い状態になると徘徊することは不可能である。つまり、介護者にとって、ADLの低下と問題行動の増加には、それぞれ異なった対処が必要になる。例えば、和気・矢富・中谷・冷水(1994)は、高齢者の痴呆による介護者のストレスに対して、痴呆の看護に関する正しい知識を持つことや、痴呆であっても、高齢者の人間的部分への働きかけが可能であるという肯定的な認知を持つことによって、ストレスが緩和されると述べている。このように、問題行動や認知障害などの痴呆性障害には、認知的対処が有効に働くと思われるが、ADLの低下は、単純に介護量の増加を意味しているだけに、認知的対処だけではなく、介護スキル・介護能力の向上といった実践的な対処が不可欠である。本研究結果を、他の介護者へ一般化することは難しいが、認知的な対処では不十分な、毎日の介護による単純作業の蓄積にこそ、抑うつをもたらす危険性が潜んでいると考えることが出来よう。

家族介護者の抑うつをもたらす要因として、本研究では性別および高齢者の心身の障害を中心に検討してきた。しかし、家族が抑うつに陥るまでには様々なプロセスが考えられ、決して本研究で取り上げた外的要因だけで説明することはできないであろう。例えば、Pruchno, Burant, &Peters(1997) は介護者の抑うつには外的要因よりむしろ対処行動が

影響していることを示し、Gallant＆Connell(1998)は、介護者の内的要因、特に自己効力感が影響していることを示している。本研究において構築したモデルでは、内的要因について検討することが不可能であるが、今後内的要因を含めたモデルを構築し、詳細に検討していく必要があると思われる。

【参考文献】

Bentler, P. M. 1995 EQS ; *Structural equations program manual.* CA : Multivariate Software Inc.

Gallant, M. P., & Connell, C. M. 1998 The stress process among dementia spouse caregivers:Are caregivers at risk for negative health behavior change. *Reserch on Aging*, 20, 267-297.

George,L.K., & Gwyther,L.P.1986 Caregiver well-being:A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*,26,253-259.

狩野裕 1997 グラフィカル多変量解析　現代数学社

北島英治・小山秀夫・藤林慶子 1993 老人の「日常生活動作能力(ADL)」と「基本的介護必要度」に関する簡易スケールの作成　社会老年学,38,58-63.

Kohout,F.J.,Berkman,L.F.,Evans,D.A., & Cornoni-Huntley,J. 1993 Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of Aging and Health*,5,179-193.

厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会（監）　1998　介護支援専門員標準テキスト　長寿社会開発センター

Lawton,M.P.,Moss, M.,Kleban,M.H.,Glicksman,A., & Rovine, M. 1991 A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*,46,181-189.

Perel,V.D. 1998 Psychosocial impact of Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*,279,1038-39.

Pruchno, R.A.,Burant, C.J., &Peters,N.D. 1997 Coping strategies of people living in multigenerational households:Effects on well-being. *Psychology and Aging*, 12, 115-124.

Radloff,L.S. 1977 The CES-D scale:A self-report depression scale for reserch in the general population. *Applied Psychological Measurment*,1,385-401.

豊田秀樹　1992 SASによる共分散構造分析　東京大学出版会

和気純子・矢富直美・中谷陽明・冷水豊　1994　在宅障害老人の家族介護者の対処（コーピング）に関する研究(2)　社会老年学,38,23-34.

Yates,M.E.,Tennstedt,S., & Chang,BH. 1999 Contributors to mediators of psychological well-being for informal caregivers. *Journal of Gerontology:Psychological Sciences*, 54B, 12-22.

矢富直美・Jersey Liang・Neal Krause・Hiroko Akiyama 1992 CES-Dによる日本老人のうつ症状の測定　社会老年学, 37,37-47.