

厚生科学研究研究費補助金

長寿科学総合 研究事業

在宅医療における家族関係性の解析と  
介護者支援プログラムの開発に関する研究

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成13(2001)年3月

## 目 次

### I. 総括研究報告書

在宅医療における家族関係性の解析と介護者支援プログラムの開発に関する研究----- 03  
保坂 隆

### II. 分担研究報告書

1. 介護者をめぐる家族機能に関する研究 ----- 11  
    渡辺俊之  
    (資料) 表

2. 在宅介護者の有病率に関する研究 ----- 16  
    眞野喜洋  
    (資料) アンケート

3. 在宅介護者への構造化された介入の開発と施行に関する研究 ----- 25  
    水野恵理子  
    (資料) 表

4. 在宅介護者への構造化された介入の効果の解析に関する研究 ----- 30  
    荻原隆二  
    (資料) 図表

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 35

IV. 研究成果の別刷り ----- 37

# Ⅰ. 総括研究報告書

総括研究報告書

在宅医療における家族関係性の解析と介護者支援プログラムの開発に関する研究

主任研究者 保坂 隆 東海大学医学部精神科学教室 助教授

【研究要旨】厚生省の統計によれば、1998年の時点で介護が必要とされている65歳以上の高齢者は約200万人存在しており、その数は2000年には280万人、2025年には520万人に達すると予想されている。こうした高齢化の進展に対応するため、わが国では2000年からの介護保険制度の導入が決定し、高齢者のQOLの向上を目的とした支援体制づくりが進行しているが、その一方で介護者の負担感や心身の疲労が今日的な問題となってきた。

本研究では、まず家族内に要介護者が出た時の、被介護者と介護者のQOLと家族環境との相互作用について検討した。その結果、患者家族が、互いに協力し合い（凝集性）、互いが感情を表出して自由に話し合い（表出性）、役割関係を明確にして家族のルールを決めれば（組織性）、被介護者のQOLも介護者のQOLも高まることがわかった。家族を全体としてとらえる視点が、今後の在宅医療では重要になってくる。

次に、介護者のストレスの状況を、さまざまな精神・身体疾患の有病率という点から検討を始めた。協力の得られた神奈川県Z市の、介護者のいる931世帯と、対照群として介護者のいない1,862世帯を無作為に選び、調査票を送付した。本年度は集計途中のため、結果は出せなかったが、次年度は興味ある結果が出せると確信している。

最後に、ストレス状況にある介護者を対象とした集団介入プログラムを開発して、施行して、心理テスト上で比較検討してみた。この集団介入プログラムは、主任研究者の保坂が、乳がん患者用に開発した「乳がん患者のための構造化された介入」をベースにして、介護者用に修正したものである。具体的には1回90分で、それぞれの回は、ストレスと心身との相関に関係するテーマに関する心理社会的教育、それに関する自分自身の話を参加者が自由に話し、問題点が提示されたときには解決方法を話すという問題解決技法や、情緒的に励ますような心理的支持、それに漸進性筋弛緩法や自律訓練法などのリラクゼーションなどから構成されている。その結果、たった5回のセッションであっても、プログラム施行後で、情緒状態が有意に改善することがわかり、2ヶ月後もほぼ持続することもわかった。この準備研究をもとに、大規模な無作為対照研究に展開していきたい。

分担研究者氏名と所属施設と職名

渡辺俊之：東海大学 医学部精神科学  
教室 助手

眞野喜洋：東京医科歯科大学 医学部  
保健衛生学科保健計画・管理学教室教授

水野恵理子：聖路加看護大学 精神看護  
学教室 助手

荻原隆二：財団法人 長寿科学振興財団  
理事長

### A. 研究目的

本研究の目的はまず、在宅高齢者（被介護者）と介護者の QOL を、被介護者の病気の種類や重症度などの諸条件だけでなく、家族関係性という視点からも検討していくことである。具体的には(1)リハビリテーション病院へ通院している在宅高齢患者とその家族、(2)老健施設のショートステイを利用している在宅高齢者とその家族、対照群として(3) 老人クラブなどに所属しボランティアやゲートボールなどで社会参加している健康な高齢者とその家族などを対象とする。これによって、日本的な家族関係性を背景にした在宅医療の問題点が浮き彫りになってくる。

第2の目的は、在宅で高齢者を介護している家族は、介護をしていない家族と比較して、実際にさまざまな精神疾患・身体疾患の有病率が高いのか否かを調査検討することである。

そして第3に、本研究では、在宅介護者への具体的な心理社会的支援プログラム（週1回で計5回で終了し、内容的には集団カウンセリングの形態をとり、心理社会的教育・現実的な問題解決技法・リラクゼーション法の体得などの要素から構成されている）

を提案し、その効果を検討する。これによって介護者のストレス状況を軽減し、二次的な疾病を予防することができるからである。

これらの研究成果は、高齢化社会や在宅医療に関する国民の曖昧な理解や、そこから生ずる漠然とした不安感を是正していくという意味において、社会に貢献して国民の福祉の向上に役立つものになる。当然、高齢化社会に備えた厚生行政の推進を、側面から支援することができるものである。

### B. 研究方法

#### (1) 介護者をめぐる家族機能に関する研究

対象は、T大学 O 病院リハビリテーション科において1991年から1995年の間にリハビリテーションが施行され同病院へ通院している在宅高齢患者279人とその家族である。さらに患者と毎日の関わりが最も多く介護の中心を担う家族成員（以下家族A）、介護には直接関わらない家族成員（以下家族B）を調査対象に加え計837人が選択された。

対象には Barthel Index(BI)の日本語版、自己記入式 QOL 質問表(QUICK), Family Environment Scale(FES)の日本語版を添えた調査表を郵送し、高齢者には FES と QUICK を、家族 A には BI, FES, QUICK を、家族 B には FES への回答を依頼した。その結果、156 家族 (55%), 375 人 (44%) から返送があった。さらに、BI, FES, QUICK の回答に記載漏れのないケースを有効回答として抽出し、84 家族 (30%), 229 人 (高齢者 84 人, 家族 A 81 人, 家族 B 64 人) を患者家族群として最終的に選択し

た。

対照群には、O 町と N 町の老人クラブに所属し町の清掃ボランティアやゲートボールなどで社会参加している健康な 65 歳以上の高齢者とその家族成員を選択した。患者家族群と同様に、高齢者、高齢者と毎日の関わりが最も多い家族成員（以下家族 A）、それ以外の家族成員（以下家族 B）を選択し、調査表への記載を依頼した。老人クラブ会員の 268 家族、計 804 人を対象に調査表を留め置き、212 家族（79%）、548 人（68%）からの返却を得た。有効回答は 109 家族を取り扱い、決して個人としてのデータは公表せず、当然、個人名や住所などが漏洩することはないことを説明した上でインフォームド・コンセントを得た。実際、統計作業の際も、対象の姓名・住所などは削除して通し番号のまま作業を続けた。

## （2）在宅介護者の有病率に関する研究

### 1) 介護者の選択方法

本研究への協力が得られた神奈川県 Z 市役所の名簿をもとに、神奈川県 Z 市在住で、介護保険の適応認定がなされた高齢者がいる世帯の介護者 931 世帯の介護者宛てに添付したような調査票を発送した。

その際、Z 市に見られる在住地区による家族構成および住民性の違いの分析のために、地区の特色を反映するような 6 ブロックの分類を行った。その結果、第 1 ブロック 195 世帯、第 2 ブロック 117 世帯、第 3 ブロック 163 世帯、第 4 ブロック 135 世帯、第 5 ブロック 186 世帯、第 6 ブロック 135 世帯となった。（計 93

（40%）、324 人（40%）であった。最終的に、BI が 100 点で完全自立している高齢者を含む 89 家族（33%）、253 人（高齢者 83 人、家族 A89 人、家族 B81 人）を対照群として選択した。

いずれの対象にも、研究として集団の傾向を取り扱い、決して個人としてのデータは公表せず、当然、個人名や住所などが漏洩することはないことを説明した上でインフォームド・コンセントを得た。実際、統計作業の際も、対象の姓名・住所などは削除して通し番号のまま作業を続けた。

### 2) 非介護者の選択方法

神奈川県 Z 市役所の管理する基本健康診査調査票送付先名簿から、それぞれのブロックより世帯を無作為抽出した。非介護者は介護に対する関心が薄いことから調査票の回収率が低くなることが予想されるため、また介護者との年齢のマッチングという統計的操作を行いやすくするために、介護者群の 2 倍の世帯に調査票を送付した。すなわち、第 1 ブロック 390 世帯、第 2 ブロック 234 世帯、第 3 ブロック 326 世帯、第 4 ブロック 270 世帯、第 5 ブロック 372 世帯、第 6 ブロック 270 世帯であった。（計 1862 世帯）

## （3）在宅介護者への構造化された介入の開発とその効果に関する研究

まず神奈川県 Z 市にある某「在宅介護者の会」の定例ミーティングにて、研究の意義や方法について説明した。そして、関心を示した会員に対して別の日に改めて、中断の権利などを含めて説明し、質問も受け、最終的に研究への参加に同意

した会員からは文書にて同意書を得た。

同日、POMS(Profile of Mood States, 気分感情調査票)と GHQ-30(General Health Questionnaire-30, 一般健康調査票 30 項目版)とという質問表を施行した。

参加者は、10 名ずつのグループに分かれ、翌週から週 1 回、計 5 回の「介護者のための構造化された介入」プログラムに参加した。「介護者のための構造化された介入」プログラムは 1 回 90 分で、計 5 回から構成されている。

計 5 回の介入プログラムが終了した時点で、上記 2 種類の心理テストを施行した。参加者には、プログラムで使用したオーディオテープを渡した。

さらに、2 カ月後に電話して質問表への記入を依頼し、上記 2 種類の心理テストおよびアンケート用紙を送付した。

倫理的な配慮としては、まず研究の意義や方法についてわかりやすく説明した。この説明の中には、結果を個人に返し意味合いについての説明をする以外には、研究報告のみに集団としてのデータを使用し、個人名が表に出ることはないことも再三説明した。そして、関心を示した会員に対してのみ、別の日に改めて、中断の権利などを含めて説明し、質問も受け、最終的に研究への参加に同意した会員からは文書にて同意書を得た。

## C. 研究結果

### (1) 介護者をめぐる家族機能に関する研究

まず、患者家族群と対照群の QOL の比較に関しては、高齢者の QUIK 合計点の平均値は、患者家族群では 13.2 で「やや不良」の領域であったが、対照群では 7.5

で「普通」の領域に属し有意差 ( $p < 0.005$ ) を認めた。また患者家族群の高齢者における QUIK の下位尺度得点は、全ての項目において対照群よりも有意に高かった。

次に、高齢者および家族 A の QOL と家族環境との相互作用を検討するために、QUIK 合計点と FES 下位尺度得点の相関係数を用い、患者家族群、対照群において検討した。

その結果、患者家族群においては、高齢者の QUIK 合計点は家族の凝集性 ( $r = -0.52$ )、表出性 ( $r = -0.36$ )、活動娯楽性 ( $r = -0.34$ )、組織性 ( $r = -0.47$ ) と負の相関を、葛藤性とは正の相関 ( $r = 0.22$ ) を形成し、家族 A の QUIK 合計点は家族の凝集性 ( $r = -0.5$ )、表出性 ( $r = -0.18$ )、組織性 ( $r = -0.41$ ) と負の相関を形成していた。

さらに、患者家族群の QOL 良好群と不良群における家族環境の差異に関して、患者家族群を対象にして、QUIK 合計点が 9 点以下を QOL 良好群、10 点以上を QOL 不良群に分類し家族環境の差異について検討した。その結果、患者家族群における高齢者の QOL 良好群では、家族の凝集性 ( $p < 0.005$ )、表出性 ( $p < 0.01$ )、知的文化志向性 ( $p < 0.005$ )、組織性 ( $p < 0.005$ ) が不良群に比較して有意に高かった。一方、患者家族群における家族 A の QOL 良好群では、家族の凝集性 ( $p < 0.005$ )、表出性 ( $p < 0.05$ )、活動娯楽性 ( $p < 0.05$ )、組織性 ( $p < 0.005$ ) が不良群に比較して有意に高かった。

### (2) 在宅介護者の有病率に関する研究

本報告書作成の時点では回収作業が終了していない。

### (3) 在宅介護者への構造化された介入の開発とその効果に関する研究

当初の参加者は計 20 名で、20 名とも計 5 回のプログラムには全回出席し、介入前・直後・2 カ月後の心理テストへの記入も完全であった。

参加者 20 名の年齢は 45-63 歳で平均年齢は 52.7 歳で、在宅介護期間は 1-12 年間（平均  $6.8 \pm 2.7$ ）であった。主観的に、自らを健康と評価している者は 5 名にすぎず、残る 15 名はなんらかの身体的・精神的な不調を自覚していた。

介入前と直後の比較では、POMS で抑うつ ( $p < 0.01$ )、怒り-敵意 ( $p < 0.05$ )、疲労 ( $p < 0.05$ )、混乱 ( $p < 0.01$ ) で有意に得点が減少し、他の項目でもすべて減少傾向であることがわかる。一方、GHQ-30 によれば、やはりすべての項目で減少傾向であることが明らかであり、特に「不安と気分障害」では有意に ( $p < 0.01$ ) 得点が減少していることがわかる。

しかし、介入が終了してから 2 カ月後の結果によれば、POMS による抑うつ、疲労、緊張-不安、などでは数値上の減少が続いているが、活気の無さ、怒り-敵意、混乱では再び介入前に近づいた数値を示している。一方、GHQ-30 によれば、介入が終了してから 2 カ月後も、すべての項目で数値上では減少が続くか、介入直後のレベルを保っていることがわかる。

#### D. 考察

### (1) 介護者をめぐる家族機能に関する研究

QOL は、生活の質とも人生の質とも言われ、医療・保健・看護領域において広く用いられている。QOL は、患者が自分

自身の状態をどのように感じ受け止めているかを判断するための主観的な概念である。今日では、従来の健康概念に代わる医療目標として位置づけられている。評価尺度として QUIK を選択した理由は、QUIK の下位尺度の構成概念がリハビリテーション医療の「身体・精神・社会における最大の回復を目指す」という治療理念に合致しているためである。

患者家族群の高齢者の QUIK 得点は、合計と全ての下位尺度において対照群の高齢者よりも有意に高値を示した。これは高齢者の健康状態が、身体的・心理的・社会的次元における QOL を低下させることを示している。

また、患者家族群と対照群双方において、高齢者の QUIK は、FES の凝集性、表出性、組織性と負の相関を形成していた。これは、高齢者の QOL と家族の凝集性、表出性、組織性が相互作用を有することを示している。患者家族群と対照群の相関係数を比較すると、患者家族群の凝集性と組織性の相関係数は、対照群の 2 倍になっており、相関が強まっている。患者家族群の家族 A（介護者）における QUIK は FES の凝集性、表出性、組織性と負の相関を形成していたが、対照群の家族 A の QUIK は、凝集性、表出性、組織性と相関を認めず、統制性と正の相関を認めた。

これらの結果は、家族が高齢患者を抱えると、凝集性、表出性、組織性という家族特性が、高齢患者と介護者の QOL における重要な影響要因として機能してくることを示している。

一方、組織性とは、家族の活動や家計についての秩序や役割分担を重視し、互



いの責任やルールを明確にしていこうという度合いである。高齢者が病気になると家族は役割の変化を強いられる、その際に組織性を高めるように家族が機能することを示している。組織性は介護行為そのものと密接に結びついており、家族の組織性が高まれば適切な介護が提供され、在宅患者と介護者の QOL が高まることが予想できる。

### (3) 在宅介護者への構造化された介入の開発とその効果に関する研究

今回の結果では、心理テスト上でみれば、プログラムの短期的な効果は明らかであった。しかし、その効果の持続性という点に関しては、2カ月後にすべてのサブカテゴリーの得点が減少し続けたわけではないため慎重に評価する必要がある。

特に重要な点は、「怒り-敵意」および「混乱」においては、2カ月後には介入直前と同じくらいにまで戻っていたことである。しかし、この「怒り-敵意」および「混乱」という要素は、介護という日常的なストレスの直接的な影響としての情緒であるので、ある程度はやむを得ないことなのかもしれない。

その一方で、POMS の抑うつ・疲労・緊張や不安などの下位項目、および GHQ-30 のすべての項目、すなわち一般的疾患傾向・身体症状・睡眠障害・不安と気分障害・希死念慮とうつ傾向などでは、これらでは効果が持続していた。これらの下位項目が意味している情緒や症状は、ストレスへの心理的防衛機制や対処様式の破綻によって生ずるものであるため、この介入方法にはこのような「ス

トレスへの対処様式への効果」があるとも言える。効果がさらに持続するような、プログラムの内容の修正が必要になってくるだろう。

### E. 結論

患者家族は、互いに協力しあい（凝集性）、互いが感情を表出して自由に話し合い（表出性）、役割関係を明確にして家族のルールを決めれば（組織性）、在宅高齢患者の QOL も介護者の QOL も高まることを示唆している。わが国でも訪問介護や訪問看護の充実が求められているが、それは単に介護者の身体的負担を減らすためだけのものではない。在宅高齢患者と介護者の QOL を維持するためには、家族全体を視野にいたした心理社会的な介護支援が重要になろう。

一方、週1回90分で5週間（5回）で終了し、各回の内容があらかじめ決まっておき、それらがマニュアル化されているという意味で「構造化された介入」と呼ばれる介入方法を開発した。参加者の印象によれば、今回の結果では、介護者の心身の症状に対して、短期的な効果は明らかであったが、その効果の持続性という点に関してはすべてのサブカテゴリーの得点が減少し続けたわけではなかった。今後は、介入プログラムの内容や、5回終了後の追加的な介入を含めた修正を加えて、さらに効果を検討していきたい。

### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1, 論文発表

保坂 隆：高齢者における病態生理と対応-高齢者の心のケア。日本耳鼻咽喉科学会会報 104：176-179, 2001

2, 学会発表

Hosaka, T.: Effect of a structured intervention on immune function of

cancer patients and caregivers of dementia victims. The 3rd International Congress of Neuropsychiatry, April 9-13,2000, Kyoto

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## II. 分担研究報告書

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

介護者をめぐる家族機能に関する研究

分担研究者 渡辺俊之 東海大学医学部精神科学教室 助手

【研究要旨】リハビリテーション科通院中の在宅高齢者とその家族を対象にして、家族機能が QOL に与える影響について調査した。その結果、患者家族は、互いに協力し合い（凝集性）、互いが感情を表出して自由に話し合い（表出性）、役割関係を明確にして家族のルールを決めれば（組織性）、在宅高齢患者の QOL も介護者の QOL も高まることがわかった。わが国でも訪問介護や訪問看護の充実が求められているが、それは単に介護者の身体的負担を減らすためだけのものではない。在宅高齢患者と介護者の QOL を維持するためであり、そのためには、家族全体を視野にいれた心理社会的な介護支援が重要になる。

A. 研究目的

分担研究者はリハビリテーション医療におけるリエゾン精神医学の実践を通して、身体障害者医療における心理社会的問題に対応してきた。そのなかで、家族に慢性疾患患者あるいは障害者が発生すると、家族間でさまざまな心の動きがみられ、それが介護者の予後や QOL に大きな影響を与えることを事例として経験してきた。

そこで、本研究では、家族環境が在宅高齢患者と介護者の QOL に与える作用を検討し、これからの在宅医療や在宅介護における心理社会的支援のあり方について考察するのが目的である。

B. 研究方法

（倫理面への配慮）

1. 対象

対象は、T 大学 O 病院リハビリテーション科において 1991 年から 1995 年の間にリハビリテーションが施行され同病院へ通院している在宅高齢患者 279 人とその家族である。さらに患者と毎日の関わりが最も多く介護の中心を担う家族成員（以下家族 A）、介護には直接関わらない家族成員（以下家族 B）を調査対象に加え計 837 人が選択された。

対象には Barthel Index(BI)の日本語版、Family Environment Scale(FES)の日本語版、自己記入式 QOL 質問表(QUIK)を郵送し、高齢者には FES と QUIK を、家族 A には BI, FES, QUIK を、家族 B には FES への回答を依頼した。その結果、156 家族（55%）、375 人（44%）から返送があった。さらに、BI, FES, QUIK の回

答に記載漏れのないケースを有効回答として抽出し、84 家族 (30%)、229 人 (高齢者 84 人、家族 A81 人、家族 B64 人) を患者家族群として最終的に選択した。

対照群には、O 町と N 町の老人クラブに所属し町の清掃ボランティアやゲートボールなどで社会参加している健康な 65 歳以上の高齢者とその家族成因を選択した。患者家族群と同様に、高齢者、高齢者と毎日の関わりが最も多い家族成員 (以下家族 A)、それ以外の家族成員 (以下家族 B) を選択し、調査表への記載を依頼した。老人クラブ会員の 268 家族、計 804 人を対象に調査表を留め置き、212 家族 (79%)、548 人 (68%) からの返却を得た。有効回答は 109 家族 (40%)、324 人 (40%) であった。最終的に、BI が 100 点で完全自立している高齢者を含む 89 家族 (33%)、253 人 (高齢者 83 人、家族 A89 人、家族 B81 人) を対照群として選択した。

いずれの対象にも、研究として集団の傾向を取り扱い、決して個人としてのデータは公表せず、当然、個人名や住所などが漏洩することはないことを説明した上でインフォームド・コンセントを得た。実際、統計作業の際も、対象の姓名・住所などは削除して通し番号のまま作業を続けた。

## 2. 評価尺度

- 1) Barthel Index (BI)
- 2) 自己記入式 QOL 質問表 (QUIK)
- 3) Family Environment Scale (FES)

## C. 研究結果

健康家族群と患者家族群の基本属性を

【表-1】に示した。

### (1) 家族環境と高齢者および家族 A の QOL との相関

家族環境と高齢者および家族 A の QOL との相互作用を検討するために、FES 下位尺度得点と QUIK 合計点との相関係数を用い、患者家族群、対照群において検討した。

患者家族群においては、FES の凝集性 ( $r=-0.52$ )、表出性 ( $r=-0.36$ )、活動娯楽性 ( $r=-0.34$ )、組織性 ( $r=-0.47$ ) と高齢者の QUIK 合計点が負の相関を形成し、葛藤性と QUIK の合計点は正の相関 ( $r=0.22$ ) を形成していた。また FES の凝集性 ( $r=-0.5$ )、表出性 ( $r=-0.18$ )、組織性 ( $r=-0.41$ ) と家族 A の QUIK 合計点は、負の相関を形成していた。

### (2) 患者家族群と対照群の QOL の比較

患者家族群と対照群における高齢者と家族 A の QOL を検討するため、QUIK の得点による比較を行った。【表-2】に示したように、高齢者の QUIK 合計点の平均値は、患者家族群では 13.2 で「やや不良」の領域であったが、対照群では 7.5 で「普通」の領域に属し有意差 ( $p<0.005$ ) を認めた。また患者家族群の高齢者における QUIK の下位尺度得点は、全ての項目において対照群よりも有意に高かった。

### (3) 患者家族群の QOL 良好群と不良群における家族環境の差異

患者家族群を対象にして、QUIK 合計点が 9 点以下を QOL 良好群、10 点以上を QOL 不良群に分類し家族環境の差異について検討した。【表-3】

患者家族群における高齢者の QOL 良好群では、家族の凝集性 ( $p<0.005$ )、表出性 ( $p<0.01$ )、知的文化志向性 ( $p<0.005$ )、組

織性( $p < 0.005$ )が不良群に比較して有意に高かった。

患者家族群における家族 A の QOL 良好群では、家族の凝集性( $p < 0.005$ )、表出性( $p < 0.05$ )、活動娯楽性( $p < 0.05$ )、組織性( $p < 0.005$ )が不良群に比較して有意に高かった。

#### D. 考察

家族環境とは家族メンバー各々が主観的に体験する家族イメージである。家族環境がメンバーの心理的問題に影響することは、心身症や精神病に関する研究で指摘されてきた。家族環境は健康なメンバーの心身の状態にも影響する。一方、QOL は生活の質とも言われ、医療・保健・看護領域において広く用いられている。本研究で用いた QOL は、患者が自分自身の状態をどのように感じ受け止めているかを判断するための主観的な QOL である。QUIK を評価尺度に選択した理由は、QUIK の下位尺度の構成概念がリハビリテーション医療の「身体・精神・社会における最大の回復を目指す」という治療理念に合致していたからである。

まず、家族環境が家族メンバーの QOL にどのように影響を及ぼすかについて、FES 得点と QUIK 得点の相関関係を用いて検討した。患者家族群と対象群双方において、高齢者の QUIK は、FES の凝集性、表出性、組織性と負の相関を形成していた。これは、高齢者の QOL と家族の凝集性、表出性、組織性が相互作用を有することを示している。患者家族群と対照群の相関係数を比較すると、患者家族群の凝集性と組織性の相関係数は、対照群の 2 倍になっており、相関が強まって

いる。患者家族群の家族 A (介護者) における QUIK は FES の凝集性、表出性、組織性と負の相関を形成していたが、対照群の家族 A の QUIK は、凝集性、表出性、組織性と相関を認めず、統制性と正の相関を認めた。

これらの結果は、家族が高齢患者を抱えると、凝集性、表出性、組織性という家族特性が、高齢患者と介護者の QOL における重要な影響要因として機能してくることを示している。組織性とは、家族の活動や家計についての秩序や役割分担を重視し、互いの責任やルールを明確にしていこうという度合いである。高齢者が病気になると組織性を高めるように家族が機能することを示している。組織性は介護行為そのものと密接に結びついており、家族の組織性が高まれば適切な介護が提供され、在宅患者と介護者の QOL が高まることが予想できる。

高齢者の QOL に絞って、患者家族群と対照群を比較した。家族 A の QUIK 合計点の比較では、患者家族群と対照群に有意差を認めなかった。しかし患者家族群の中で高齢者の BI が 60 以下の家族 A、つまり介護をかなり行っている介護者の QUIK 平均は 10.4 であり「やや不良」に属していた。患者家族群の高齢者の QUIK 得点は、合計と全ての下位尺度において対照群の高齢者よりも有意に高値を示した。高齢者は健康状態が悪くなると、身体的・心理的・社会的次元における QOL を低下させることを示している。

家族には恒常性を維持する機能があり、疾患や障害に対して家族機能がさまざまに変化する。分担研究者はリエゾン・カンファレンスの事例検討を通して、障害

者を抱えた家族が境界調整や役割分担しながら適応していくことを実感してきた。本研究は、障害者や患者を抱えた家族は、要介護者および介護者の QOL を維持するために凝集性，組織性，表出性を適応的に変化させることを示している。

#### E. 結論

患者家族は、互いに協力しあい（凝集性），互いが感情を表出して自由に話し合い（表出性），役割関係を明確にして家族のルールを決めれば（組織性），在宅高齢患者の QOL も介護者の QOL も高まることを示唆している。わが国でも訪問介護や訪問看護の充実が求められているが、それは単に介護者の身体的負担を減らすためだけのものではない。在宅高齢患者と介護者の QOL を維持するためには、家族全体を視野にいれた心理社会的な介護支援が重要になろう。そのためには、精神科医の介護福祉への積極的な参与が期待される。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

平成 12 年度はなし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

平成 12 年度はなし

表1 健康家族群と患者家族群の基本属性

		患者家族群	対照群
総数		N=229	N=253
世帯数		N=84	N=89
平均家族成員数		5.5±1.4	3.5±1.7***
家族類型	三世代	56(66.6)	37(41.5)***
	二世代	16(19.0)	19(21.3)
	夫婦	0(0.0)	31(34.8)***
	親子	0(0.0)	2(2.2)
	未記載	12(14.2)	0(0.0)
高齢者		N=84	N=83
平均年齢(歳)		73.9±6.5	73.9±5.9
年齢幅(歳)		65-90	65-92
性別	男	45(53.5)	53(63.8)
	女	39(46.4)	30(36.1)
平均罹病期間(年)		5.6±7.4	
ADL(Bartel Index)		85.5±26.3	100
家族A		N=81	N=89
平均年齢(歳)		63.4±12.4	55.2±15.9***
年齢幅(歳)		40-85	34-80
性別	男	22(27.1)	21(23.5)
	女	57(70.3)	63(70.7)
	未記載	2(2.4)	5(5.6)
続柄	配偶者	49(60.4)	37(41.5)*
	息子	7(8.6)	15(16.8)
	娘	8(9.8)	4(4.4)
	嫁	12(14.8)	25(28.0)*
	兄弟	1(1.2)	0(0.0)
	その他	2(2.4)	1(1.1)
	未記載	2(2.4)	7(7.8)
家族B		N=64	N=81
平均年齢(歳)		44.2±16.7	43.8±16.3
年齢幅(歳)		15-83	12-81
性別	男	31(48.4)	30(37.0)
	女	21(32.8)	36(44.4)
	未記載	12(18.7)	15(18.5)
続柄	配偶者	5(7.8)	7(8.6)
	息子	23(35.9)	26(32.0)
	娘	7(10.9)	10(12.3)
	嫁	12(18.7)	21(25.9)
	孫	11(17.1)	11(13.5)
	その他	4(6.2)	1(1.2)
	未記載	2(3.1)	5(6.1)

( )内%  
\*: p<0.05 \*\*\*: p<0.005

表2 健康家族群と患者家族群のQUIK平均得点

		患者家族群	対照群
高齢者		N=84	N=83
家族A		N=81	N=89
QUIK合計点	高齢者	13.2±9.5	7.5±6.9***
	家族A	8.4±8.8	6.4±6.5
身体機能	高齢者	5.7±4.0	3.4±3.01***
	家族A	3.4±3.4	2.7±2.7
情緒適応	高齢者	2.6±2.0	1.5±1.5***
	家族A	1.8±2.1	1.4±1.6
対人関係	高齢者	2.0±2.0	1.2±1.6***
	家族A	1.4±2.0	1.0±1.6
生活目標	高齢者	2.7±2.7	1.4±1.8***
	家族A	1.6±2.2	1.2±1.7

\*\*\*: p<0.005

表3 QOLの違いによる基本属性、FESの比較  
(患者家族群: 高齢患者)

	QOL不良群	QOL良好群	
QUIK平均値	19.8±7.1	4.4±3.0	
人数	N=48	N=36	
年齢(歳)	74.6±6.8	73.0±6.0	
BI平均値	82.8±28.6	86.6±25.4	
罹病期間	4.8±3.1	6.5±10.7	
家族成員数	4.4±0.7	4.6±0.5	
家族類型	二世代	9(18)	7(19)
	三世代	31(64)	25(69)
	未記載	8(16)	4(11)
介助者	配偶者	27(56)	30(83)**
	息子	3(6)	1(2)
	娘	6(12)	2(5)
	嫁	7(14)	3(8)
	同居人	1(2)	0(0)
FES	未記載	4(8)	0(0)
	凝集性	5.5±2.3	7.7±1.3***
	表出性	5.3±2.0	6.6±1.5**
	葛藤性	2.2±1.9	1.4±1.3
	独立性	4.8±1.8	4.8±1.8
	達成志向性	3.1±1.7	3.3±1.9
	知的文化志向性	4.1±2.2	5.6±1.9***
	活動娯楽性	3.7±1.8	4.2±1.7
	道徳宗教性	4.7±1.7	4.7±1.8
	組織性	5.9±1.9	7.5±1.6***
統制性	4.2±1.5	3.6±1.9	

( )内%  
\*: p<0.05 \*\*\*: p<0.005



厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

在宅介護者の有病率に関する研究

分担研究者 眞野喜洋

東京医科歯科大学医学部保健衛生学科保健計画・管理学教室 教授

【研究要旨】医療は入院から在宅に急激に変化してきているが、介護負担は介護者の健康状態にもさまざまな影響を与えている。本研究では、協力が得られた神奈川県Z市役所の名簿をもとに、介護保険の適応認定がなされた高齢者がいる世帯の介護者 931 世帯の介護者宛てに有病率調査票を発送した。同地域で、在宅介護老人がいない世帯にも対照群として、同じ有病率調査票を発送して比較検討する。本報告書を作成している時点で回収中であるので、集計・分析は次年度に行う予定である。

A. 研究目的

医療は入院から在宅に急激に変化してきているが、介護負担は介護者（ケアギバー）の健康状態にもさまざまな影響を与えていることが予想される。痴呆性老人の介護にあたっては、家族介護者の80%が慢性疲労、抑うつ、怒りをもち、抑うつ・うつ病の発症率も高いことや、不安・緊張・怒り・敵意・フラストレーションなどがしばしばみられることが諸外国では報告されている。しかし、在宅介護が介護者の健康を損ねているのか否かの結論を出す前に、在宅介護者とそうでない者との間で、実際に有病率調査などをして比較検討しなければならない。本研究の目的は、在宅介護者の有病率を調査して、対照群との間で比較検討する

ことである。

B. 研究方法

(1) 介護者の選択方法

本研究への協力が得られた神奈川県Z市役所の名簿をもとに、神奈川県Z市在住で、介護保険の適応認定がなされた高齢者がいる世帯の介護者 931 世帯の介護者宛てに添付したような調査票を発送した。

その際、Z市に見られる在住地区による家族構成および住民性の違いの分析のために、地区の特色を反映するような6ブロックの分類を行った。その結果、第1ブロック 195 世帯、第2ブロック 117 世帯、第3ブロック 163 世帯、第4ブロック 135 世帯、第5ブロック 186 世帯、

第6ブロック 135 世帯となった。(計 931 世帯)

## (2) 非介護者の選択方法

神奈川県 Z 市役所の管理する基本健康診査調査票送付先名簿から、それぞれのブロックより世帯を無作為抽出した。非介護者は介護に対する関心が薄いことから調査票の回収率が低くなることが予想されるため、また介護者との年齢のマッチングという統計的操作を行いやすくするために、介護者群の 2 倍の世帯に調査票を送付した。すなわち、第 1 ブロック 390 世帯、第 2 ブロック 234 世帯、第 3 ブロック 326 世帯、第 4 ブロック 270 世帯、第 5 ブロック 372 世帯、第 6 ブロック 270 世帯であった。(計 1862 世帯)

### (倫理面への配慮)

調査票を発送する際には、無作為抽出をしたこと、厚生科学研究の一環として行われていること、結果を発表する際には個人名が同定されないこと、調査に参加するのは自由であり協力できない場合にも決して不利益を被ることはないこと、などを明記した。

## C. 研究結果

平成 13 年 2 月を締め切りとしてたが、その後もわずかずつではあるが回収されているため、本年度の結果は未記載とする。

## D. 考察

特になし

## E. 結論

在宅介護者のストレスは容易に推測できるものである。諸外国では、おそらく免疫機能が低下するためか上気道感染症が多いことが報告されている。ある一定地域の住民を対象にして、介護者のいる世帯、いない世帯の両群を対象にして、有病率調査をした研究はわが国にないのは当然であるが、諸外国でもきわめて少ないのではないかと思われる。次年度の結果が期待できる。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

平成 12 年度はなし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

平成 12 年度はなし

(資料) アンケート

## 『 介護者の健康の実態に関するアンケート 』

問1 あなたご自身についてうかがいます

年齢は、

歳

性別は、

1 男

2 女

現在仕事は、

1.している

2.していない

3.一時休業中

同居のご家族の構成はつぎのどれですか。

配偶者あり⇒

1.夫婦のみ

2.夫婦と親

3.夫婦と子供

4.夫婦と子供と親

5.その他

未婚 ⇒

6.単身

7.親と同居

8.その他

離・死別 ⇒

9.単身

10.自分と子どものみ

11.その他

あなたの現在の健康状態はどうですか。

1.とても健康

2.まあ健康

3.どちらでもない

4.やや不調

5.非常に不調

あなたは、最近風邪をひきやすいと感じますか。

1.はい

2.いいえ

3.どちらでもない

あなたは、いままでに（生まれてから）医師から診断された病気【既往歴】で、次に当てはまるものがありますか。ある方は○をつけてください。（複数回答可）

1. 高血圧

2. 気管支喘息

3. 胃腸病

4. 骨関節疾患

5. 糖尿病

6. 慢性気管支炎

7. すい臓病

8. けがや骨折

9. 心臓病

10. 腎臓病

11. 痛風、高尿酸血症

12. 自律神経失調症

13. 高脂血症

14. 脳卒中

15. がん

16. 精神疾患

17. 貧血症

18. 肝機能障害

19. 婦人科疾患

20. 動脈硬化症

最近1年間に限定して、次のような病気にかかりましたか。（複数回答可）

(1年以上前から続いている病気も含めて)

1. 高血圧

2. 脳卒中

3. 十二指腸潰瘍

4. 過呼吸症候群

5. 糖尿病

6. 肝臓の病気

7. かぜ

8. 不眠症

9. 心臓病

10. 胃潰瘍

11. 骨折

12. うつ病

今現在、次に当てはまる自覚症状がありますか。

あてはまるものに何個でも○をつけて下さい。

- |           |             |              |                |            |
|-----------|-------------|--------------|----------------|------------|
| 1. 動悸・息切れ | 2. 下痢       | 3. 目のかすみや疲れ  | 4. 首すじのこりや痛み   | 5. 頭痛      |
| 6. 心臓部痛   | 7. 便秘       | 8. めまい       | 9. 腰の痛み        | 10. 体の脱力感  |
| 11. 不整脈   | 12. 腹痛      | 13. 耳なり      | 14. 皮膚のかゆみ     | 15. 不眠     |
| 16. 吐き気   | 17. せき      | 18. 手足のしびれ   | 19. 頻尿         | 20. 食欲不振   |
| 21. むかつき  | 22. 息苦しさ    | 23. 肩のこりや痛み  | 24. 残尿感        | 25. のどのかさき |
| 26. 胃痛    | 27. 顔や足のむくみ | 28. うでのこりや痛み | 29. 食べているのにやせる |            |

現在、あなた自身の健康について相談したり、病院を受診したいと思いますか。

- |       |        |          |
|-------|--------|----------|
| 1. はい | 2. いいえ | 3. わからない |
|-------|--------|----------|

では現在、実際に病気で病院や医院・診療所へ通院していますか。

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

▶「1. はい」と答えた方は、その病名【現病歴】は何ですか。（複数回答可）

- |          |           |              |             |
|----------|-----------|--------------|-------------|
| 1. 高血圧   | 2. 気管支喘息  | 3. 胃腸病       | 4. 骨関節疾患    |
| 5. 糖尿病   | 6. 慢性気管支炎 | 7. すい臓病      | 8. けがや骨折    |
| 9. 心臓病   | 10. 腎臓病   | 11. 痛風・高尿酸血症 | 12. 自律神経失調症 |
| 13. 高脂血症 | 14. 脳卒中   | 15. がん       | 16. 精神疾患    |
| 17. 貧血症  | 18. 肝機能障害 | 19. 婦人科疾患    | 20. 動脈硬化症   |

次の中で、現在服用している薬がありましたら○をつけてください。（複数回答可）

- |           |          |       |              |         |
|-----------|----------|-------|--------------|---------|
| 1. 血圧のくすり | 2. 糖尿病の薬 | 3. 下剤 | 4. コレステロールの薬 | 5. 睡眠の薬 |
|-----------|----------|-------|--------------|---------|

あなたは、ビタミン剤やドリンク剤を飲みますか。

- |         |          |         |
|---------|----------|---------|
| 1. よく飲む | 2. たまに飲む | 3. 飲まない |
|---------|----------|---------|

あなたは、現在、次のようなことについて不安や心配がありますか。

それぞれあてはまる番号に○をおつけ下さい。（○はそれぞれ1つずつ）

	大いにある	少しある	3. ない
・ 住まいのこと……………	……1……	……2……	……3……
・ 収入や家計に関すること……………	……1……	……2……	……3……
・ 介護に関すること……………	……1……	……2……	……3……
・ 生きがいや将来の希望について…	……1……	……2……	……3……
・ 自信の体力・健康について……………	……1……	……2……	……3……