

の判決がM地裁であった。M裁判長は、自殺と業務の因果関係を認め、処分を取り消した。

原告代理人によると、裁判で医師の自殺の原因が過労と認定されたのは初めてという。

判決などによると、医師は1989年10月から92年3月まで同病院で外科医として勤務。同年4月、T病院に転勤後、自宅で薬物自殺した。

M裁判長は、医師の1月当たりの時間外労働時間数を平均170時間以上と認定。自殺する前の月には204時間に及んでおり、うつ病を発症していたとした。その上で「休養が取れていたことをうかがわせる証拠はない。業務で感じていた心理的負荷は、うつ病を発症させるほど強かった」と述べて、業務と自殺の因果関係を認めた。

原告側は97年4月、T労基署に遺族補償の給付を請求したが、同労基署は自殺と業務の因果関係を否定し、同10月に不支給を決定した。

<判決文より抜粋>

本件病院は、T市及び周辺地域の中核病院として、多数の患者の診療にあたっており、殊に、平成元年4月、救急救命センターが竣工し、平成2年4月、3次救急救命センターに指定されて以来、医師数の増加がなかったため、同病院の医師らは多忙を極めた。なお、救急医療には、1次から3次までであるが、3次救急救命センターは、外来診療だけで済むような患者から緊急手術や高度の医療処置を必要とする救急患者まで全てを担当する。茨城県南部の3次救急救命センターは、本件病院のほかには1病院しかなかった。

平成元年10月1日から平成4年3月31日まで、2年6か月間、本件病院第1外科に修練のための勤務医として勤務した。本件病院第1外科（以下、単に「外科」という。）は、本人の出身校出身者で占められていた。

業務を終了する時刻は、本人の場合、

午後10時ころになるのが通常であり、夕食は、その後にとるのが普通であった。

タイムカードはなく、医師については、午前9時までに出勤すれば足りることとされていたが、他方、医師は、昼の休憩時間については、15分ないし20分で食事をとる程度であったから、時間内の実労働時間は、平日が7時間30分、土曜日が4時間とみることができる。他の医師は、午前9時前ころ出勤する者が多く、帰宅時刻は、平均して午後9時から午後10時ころであった。また、本件病院には、宿直、日直、半日直の制度があり、宿直は、午後5時から翌朝午前9時までの終夜勤務であり、仮眠は可能とされているが、仮眠の有無にかかわらず、翌日の勤務は平常どおりとされていた。宿直医は、救急救命センターの担当も兼ねていたため、夜間、交通事故によって傷害を負った患者等を含む相当数の緊急患者の診療にあたることになり、必要に応じて、複雑、困難な手術を緊急に実施しなければならないこともあり、仮眠を取ることすらできないのが通常であった。そして、宿直明けの休暇制度などはなく、宿直の翌日も通常の勤務につくことになる。宿直は、月に1、2回程度の頻度で、各科の医師に割り振られていた。K医師は、宿直の際、2、3時間まとまって眠ることができれば非常に運がよく、うとうとしていると起こされるのが通常だったと述べている。また、本件病院には、「オンコール」と呼ばれる制度があり、宿直医の専門外の患者に対する緊急の処置等が必要な場合に備えて、各専門ごとにあらかじめ当番の医師を定めて待機することになっていた。例えば、整形外科の医師や耳鼻科の医師が宿直の場合、外科医の対応を必要とするときは、当番の外科医が帰宅後であってもポケットベルで呼び出すこととされていた。本人が本件病院に勤務していた当時は、A医師、

B 医師、C 医師、本人、K 医師らが、曜日を決めて外科の当番を務めており、これらの医師は、毎週 1 日程度、当番を担当していた。オンコールの当番として呼出を受けた場合、電話連絡により応答するだけで済むときもないではなかったが、病院に駆け付けて緊急の処置をとったり、緊急に手術を実施することもあった。緊急の呼出がある頻度は、月に数回程度であった。K 医師は、土曜日は休日も同様であり、受持の入院患者の容態次第であるが、朝病院に顔を出して患者の容態を診た後、特に問題がなければ遊びに行くこともできたと述べる。しかし、気になる入院患者がいる場合は、土曜日や休日であっても、病院に出て容態を診ることがあり、実際には、広幸も、K 医師も、病院に顔を出さない方が珍しい状況であり、広幸は、土曜日や日曜祝日も出勤しているのが通常であった。

また、本件病院では、一般に、医師が平常期間内に有給休暇をとることはなかった。K 医師は、夏季に日程調整して 1 週間程度の夏休みをとるのが通常であったとするが、本人についてみると、平成 2 年は、8 月 22 日～25 日の 4 日間有給休暇をとっているが、平成 3 年の 8 月には、全く 1 日も休暇をとっていない。

以上の勤務体制、多忙度から、K 医師は、本件病院の外科医の数は 2 人くらい不足だったのではないかと回顧している。本件病院の医師は他の関連病院に勤務する医師と比較しても、多忙であった。

＜まとめ＞

約 2 年半に月平均約 170 時間、最大約 259 時間の時間外労働があったと認定し、心理的負担の重い時間外労働が原因でうつ病なり、新聞報道にあるように異常な時間外労働が根拠に過重労働が行われていたとして、自殺と業務との因果関係が認められた。

## 事例 C 50 代 内科医

医師派遣断られた翌日自殺 都立病院  
部長医師の公災認定 [12/29]

99 年に自殺した F 病院の部長医師について、地方公務員災害補償基金は、民間の労災にあたる公務災害と認定し、遺族に通知した。医師の自殺に公務災害が認められる例は少ないという。同日、妻が記者会見し「自殺に追い込まれるほど過酷な病院勤務と医師不足を改善するきっかけになれば」と訴えた。遺族や弁護士らによると、この医師は 97 年 7 月から同病院の部長を務めていたが、99 年 1 月から 6 月までの残業時間が月平均 99 時間に及び、管理職でありながら、外来や入院患者の診察や手術も担当していた。

退職や病欠で医師不足が深刻化し、部長として人材確保に悩み、98 年秋には出身大学に「非常な激務です。このままでは小生は病気になるてしまいます」と窮状を訴える手紙を送り、後任医師の派遣を要請していた。99 年 7 月に不眠や首の痛みなどを訴え、1 カ月職場を休んだが、8 月に復帰。9 月になって、出身大学から医師派遣を断られた翌日、自宅で自殺した。

## F. 考察

### 1. 職業性簡易ストレス調査と CES-D

今回、医療機関に勤務する労働者にどのような心理負荷がかかっているのか、職業性簡易ストレス調査を用いて部署ごとに調査し、医療機関におけるメンタルヘルスケアの確立、ならびに自殺防止に関して検討を加えた。

調査機関における従業員は女性が 74% (398)、39 歳以下の従業員が 68% (367) を占め、過半数が女性で比較的、若い層の労働者で占められていた。

健康状態が「悪い」「全く悪い」と回答した者は 16.9% (91) であり、自分の精神状態に関して「大丈夫と思っている」「大丈夫と思うようにしている」「大丈夫と思うがチェックして欲しい」は 79.3% (425) を占めた。また、「『死にた

い』と思ったことがある」と回答した者は35.1% (188)、「自殺を決心しようとしたことがある」との回答も5.6% (30)であった。この結果から約8割が自己の精神状態に関してはほぼ大丈夫とと思っている反面、今までにどのような形であれ希死念慮の存在を窺わせた労働者は35%、また実際に自殺しようとした者も5.6%存在したという結果は、希死念慮が日常生活上、労働者にとって決して稀な観念ではないということが明らかになった。

職業性簡易ストレス調査結果に関して、主として女性の職場で仕事の量的負担とコントロールについては手術室、循環器・呼吸器内科病棟、整形・耳鼻科・内科病棟に心理負荷がかかっており、仕事の量的負担とコントロールに関する健康リスク110~130に入った職場は、外来を除く全ての職場であった。また、上司の支援と同僚の支援に関しては、手術室、ICU、診療録管理センターに心理負荷がかかっていることがわかり、上司の支援と同僚の支援に関する健康リスクで110以上の職場は、診療録管理センターのみであった。女性の職場で20%以上の総合健康リスクが高い病棟はICU、手術室、診療録管理センターであり、必ずしもCES-Dの結果と平行して総合健康リスクが高いという結果が得られたわけではなかった。

女性以外の職場に関して、仕事の量的負担は、看護師以外の職種では全て高く、コントロール点も高いため、上記職種に関しては仕事の量的負担とコントロールに関する健康リスクは100~110であった。上司・同僚の支援に関する健康リスクに関しては、薬剤師のみが110であったが、他の職種は全て良好であった。そして、総合健康リスクとCES-Dとの関係を見ると、総合的健康リスクは女性以外の職場ではそれほど高くないと判断された。またCES-Dの結果も16点以上の職員の割合は女性以外の職場は23~32%、看護師を中心とした女

性の職場は外来除いて48~68%という高い値が得られ、職業性簡易ストレス調査における総合健康リスクとある程度の相関が得られた。

これらの結果から、医療機関におけるメンタルヘルスケア体制の確立のためには、部署ごとのストレス内容、チーム医療の中でのストレスなどを把握しながら病棟師長との連携の中でケアを行っていくことが重要であることが示唆された。

この調査結果と自殺企図事例が発生したことから平成17年4月より相談室を開設し、同時にメール相談を開始した。約8ヶ月間の間に相談者の実数は22名(医師2、臨床工学士1、検査技師1、診療録3、看護師16)であり、メール相談は32件に及んだ。ほとんどが上司をとうして来室していたが、中には上司に知られたくないということで来室したものの、相談内容がまさに上司との関係そのものであり、介入が困難な事例もみられた。

## 2. 介入事例をとうして

自殺企図事例3例を提示したが、それぞれ病態水準が違う事例である。すなわち、事例2は神経症水準であるものの事例2、3は気分障害のなかでも重症事例と言える。事例2は以前にも自殺を決心しようとしたことがあり、直前で思いとどまった既往があり、気分の変調はずっと以前から存在していたことが企図後にはじめて周囲にはわかった。同僚は病歴で説明したように「死にたい」ことをほのめかしていたため、心配はしていたもののまさか自殺を執行するとは思っていなかったようである。企図数日前にも同僚は近くに食事に出かけたが、全く気づいておらず、本人も同僚に希死念慮の存在を気づかれないようにトイレでは泣いても同僚の前では涙は見せなかったようである。上司が企図数ヶ月の期間、生理休暇を連続で休んでいたことから、看護責任者へ報告がなされていた。看護責任者

は、即座に本人と面談したものの精神科受診は頑なに拒否し、女性のカウンセラーへの相談にはかろうじて応じてくれた。カウンセリング予定までの期間が2週ほどあったが、「自分はその日までたどり続けることができるだろうか」と自殺企図後に語っており、「自分の異常さの程度、また何が原因かをカウンセリングで知りたかった」とのことであった。カウンセラーから「風邪を引いたようなもの」と言われ、病院へかかるように言われた。

しかし、本人がカウンセラーに面接内容を誰にも話さないように口止めしたために看護責任者や上司、精神科医への相談には至らなかった。このことが精神科治療への導入が遅れたひとつの理由であるが、個人の守秘義務と危機介入の困難さを痛感させられた事例である。本人の中では確実に希死念慮は増悪傾向を示し、「身体が動かない」と上司に連絡が入った時点で初めて精神科医へ相談がなされた。カウンセリングからすでに3日が経過していたが、緊急事態と精神科医が判断し、上司が自宅へ向かい家族との連絡を取った。上司が、家族へ連絡をして本人の所へ来てもらう了解を本人から取るのに数時間がかかり、上司が帰った後に企図に及んだが、家族がそれを見つけ間一髪のところまで命を取りとめた事例である。企図後に面接をした結果、企図直前に遺書を書き決行に及んだが、その反面、自分の異常さを認識し、生きることができるだろうかとの救いを求めている側面も存在していることが明らかになった。本人が同僚にも希死念慮の存在は打ち明けず、カウンセラーに口止めをしたために精神科治療導入に困難を要し、周囲が翻弄された部分がないとは言えない。しかしながら、本人自身も抑うつ状態へ陥っていく中で自殺念慮と生きることの葛藤状況にあったことも事実である。カウンセラーは精神科治療の必要性を本人に説得し

たにもかかわらず、本人が死を選ぼうとしていた事実を重く受け止め、危機介入のあり方の根本を問う事例である。その後、某病院へ数ヵ月間の精神科入院となり ECT 治療を受けて、ようやく改善に至った。

事例3は数年の臨床現場から離れていたことはあるものの以前の病院で7年ほどの現場での経験があるが、採用研修が終了して数日後には嘔吐、腹痛などの身体症状が出現し、単独で業務に携わるか否かの時に症状が出現し、急速に不眠、抑うつ気分、希死念慮が出現して自殺企図を起こしかけて師長が介入し、精神科受診へと繋げた事例である。自宅療養すると1週ほどで落ち着き、数週すると復職を希望することを繰り返したため、受け入れに際しては、看護師が複数配置されている職場に試験勤務し、一人で判断しなくても良い体制に復帰していただいた。しかし通常勤務へと移行したあたりから体調不良を理由に欠勤を繰り返した背景には、心理テストでも指摘された判断能力や複雑な業務遂行能力の問題が存在していた。本人にどう伝えるか、迷ったが家族の了解を得て、必ずしも看護師の働く職場は当院のような急性期病院だけではないことを告げた。病歴で説明したように本人の適応能力の問題がうつ状態へ陥る大きな要因として考えられたが、看護師が専門職であり、働く場も広がっていることを考えると、さまざまな角度から働く場を検討することもひとつの治療のあり方ではないかと考えられた。

### 3. 労災・公務災害事例に関して

Aは、問題となった検査の1ヶ月前にB病院外科医師としてH総合病院から赴任し、診療にあたっていた。今回のERCP検査は、肝内結石の疑いのある患者の主治医から検査依頼を受けて、Aが検査担当医として検査を施行した患者に合併症である膵炎が患者に発症し

たものである。

専門医の意見では、膵炎は、稀ではあるが ERCP 検査の合併症として予想されうるものであって、A もそのことは十分心得ていたが、前任地の病院では、検査の前に本人から承諾書を取っていたが、ここでは取っていなかったこと、転勤の忙しさに紛れて医師賠償責任保険が切れていたこと、検査後に発症した膵炎の治療に関し、転勤後間もなく、慣れない病院のシステム上、A の思うように治療や家族への対応ができなかったことなどが大きな精神的な負担になったと思われる。

本事案について「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針<sup>4)</sup>」(以下「判断指針」という。)により、職場における心理的負荷となる出来事について検討すると別表 1 に例示された出来事の類型として「役割・地位等の変化」、具体的出来事として「転勤をした」に該当し、平均的な心理的負荷の強度は「Ⅱ」である。

また、「検査後の膵炎という合併症を誘発させた医療事故」は「病院で起きた事故(事件)について、責任を問われた」に類推適用でき心理的負荷の強度は「Ⅱ」と判断できる。すなわち、A の業務上の精神的負担としては赴任したばかりの慣れない病院での自らの責任によって患者を死にいたらしめるような検査後の合併症に対する自責と後悔、検査前に本人から承諾書をとっておらず、医師賠償責任保険が切れていたこと、病院のシステム上、治療や患者家族への対応において、必ずしも自らの医師として知識と良心に基づいて行動できなかったことがあげられ、これらは、発症原因として十分強度な精神的負担であった。特に患者の状態が急変した自殺前の約 1 か月間の勤務状態は、通常の勤務に加えて当該患者につきっきりであり、これに睡眠障害も加わり、正常な精神を持った人間でも精神的変調を来す可能性があるような

心身共に疲弊尽くすような状態であり、業務による心理的負荷の総合評価は「強」と判断できる。

事例 B は労基署は当初、時間外労働時間把握がはつきりせず、また、大きな心理負荷に該当する出来事は見受けられないとして精神障害を発症させるほどの強度Ⅲの心理負荷は本人にかかっていなかったと「業務外」と判断した。しかし、約 2 年半に月平均約 170 時間、最大約 259 時間の時間外労働があったと認定し、心理的負担の重い時間外労働が原因でうつ病なり、異常な時間外労働が根拠に過重労働が行われたなかで自殺であり、当然、精神障害と業務との間に相当因果関係が存在すると認定された。

事例 C は公務災害事例であるが、新聞記事で情報量が少ないが、信頼していた医師が退職し、入院患者を多く担当しなければいけなくなったこと、医師不足を解消すべく母校に医師派遣依頼をしたがうまくいかず、業務量も大幅に増え、時間外労働もかなり増えたことが確認され、公務過重性が濃厚であるとして公務と精神障害発症、自殺の相当因果関係は存在すると判断された事例である。

提示した事例の自殺を何故、防ぐことができなかったかということが、まず問題にされねばならない。事例 A は、2 ヶ月半後に患者の容態が急変した後、A は断酒し、不眠のために睡眠薬を服用し、病院に寝泊まりするようになり、A の抑うつ状態は急激に増悪している。家族、職場とも A の異変に気づきながら、何の手立てもできず A は自死に至った。医師、看護師は健康を守る専門家であり、自らの健康は自ら守るという自己保健義務があることは論をまたないが、A の抑うつ状態の増悪過程を振り返ると、何とか精神状態を保とうと必死に戦っている姿が浮かび上がり、周囲に助けを求めない姿勢が窺われる。

長時間残業に関して「心理的負荷に

よる精神障害等に係わる業務上外の判断指針について<sup>1)</sup>によれば「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているが、実務的には4~5時間の睡眠が数週以上、継続した場合は、長時間労働とうつ病との間には相当因果関係が存在すると判断される。すでに本人自らが実施した検査の合併症により患者の病態が悪化していく過程でAにうつ病が発症していたのは明らかであり、うつ病の増悪因子として長時間残業は有力な原因となったのは疑う余地もない。ここで、注意をしなければならないのは、職場が本人のうつ病発症に気がついていながら、何の配慮もなかったという点が、医療機関におけるメンタルヘルスケアを実施していく上で問われるべきである。Aは、うつ病に罹患していたがために判断能力を失っていた可能性があり、ほとんど病院に寝泊りをしていて自分が異常な事態と判断される。事例Bも異常な時間外労働の中で精神障害が発症しており、事例Cは、医師の退職、欠勤の中で必然的に入院患者の多くを担当せざるを得ない状態が発生し、当然、業務量も増え、医師不足を解消させようと母校の医局へと奔走したにもかかわらず、勤務体制は変わらず閉塞状況の中で追い込まれて自死に至ったものと考えられる。病院と言えど経営上の収支に関しては、どのような設立主体の病院であれ、厳しく問われる時代であり、各診療科責任者の負担が大きいことは論をまたない。事例Aに関しては、早期に精神科治療に導入すべき事例であり、医療機関におけるメンタルヘルスケアへの導入や体制の必要性を考えさせられる事例である。事例B、Cに関しては、病院全体のシステム上の問題もあり、全体的な

健康管理の立場から今後、検討すべき問題が多く、医師の時間外労働をどのように管理していくのか、という点も検討すべき課題である。

## E. 結論

医療機関のメンタルヘルスケア体制を確立する上で病院の各部署のストレス度を職業性簡易ストレス調査、CES-Dを用いて評価した。特に「仕事の量的負担とコントロール」、「上司の支援と同僚の支援」からその部署の総合健康リスクとCES-Dとの関係等に関して検討を加えた。また、実際に関わった自殺企図事例をとらして介入と対応について論じた。さらに労災・公務災害事例よりメンタルヘルスケア上の問題点を明らかにした。今後、医療機関では目標管理制度や電子カルテが導入され、在院日数短縮、稼働率アップが求められる現状があり、病院で働く労働者には厳しい過重負荷がかかることが予測され、労働の実態の把握が求められるであろう。安全管理と健康管理は、表裏一体であり、医療従事者の健康があってこそ病院の安全管理は成立するものである。平成17年10月の労働安全衛生法改正<sup>5)6)7)</sup>では、今まで形骸化していた衛生委員会を中心に各事業所ごとにメンタルヘルスケアの確立を検討すべきことが強調されているが、今後はこのような同委員会活動をとらしてその事業ごとの問題を浮き彫りにしながらメンタルヘルスケアを確立していくことが望まれる。

## 文献

- 1) 安東宏三：医療過誤訴訟の現状、医療改善のために第2号（2001年9月15日発行）
- 2) 厚生労働省補償課：精神障害等の労災補償状況 2005、5

3) 職業性簡易ストレス調査票  
東京医科大学公衆衛生学教室 2004

4) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999、9.

5) 厚生労働省：過重労働とメンタルヘルズ対策の在り方に係わる検討会報告書 2000.8

6) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針. 2000.8

7) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：労働安全衛生法改正 2005.10

## ストレス調査

17年3月

このチェックはみなさんの心身の健康とストレスについてお伺いするものです。一昨年の調査より2回目の「ストレスチェック」となります。今回は、各部署のストレス状況ならびにご自身の身体とこころの健康状態を把握し、メンタルヘルスケア体制を確立するために行います。結果をご希望の方は、お名前をお書き下さい。何卒よろしくお願ひ申し上げます。3月11日（金）までに返送ください。

年齢（ ）歳 性別（ 男 女 ） 名前 \_\_\_\_\_

所属は下記に○をおつけください。

外来、2F病棟、3F病棟、4F病棟、5F病棟、6F病棟、7F病棟、ICU、手術室、看護部、  
医師( )科、薬剤部、臨床検査部、病院病理部、臨床生理機能検査部、眼科検査室、  
中央放射線部、臨床工学部、輸血部、栄養部、事務部、診療録管理センター、医療連携室、  
図書室

A. 下記の問いにお答え下さい。

- 1週間の平均残業時間は？ \_\_\_\_\_ 時間
- あなたの現在の健康状態はいかがですか？
  1. 全く悪い
  2. 悪い
  3. ふつう
  4. 良い
  5. 非常に良い
- 近年、新聞等で自殺の報道が多いですが、気になりましたか？
  1. 気になる
  2. 気にならない
  3. 人ごとではない
  4. わからない
- 自分の精神状態、精神的問題についてどのように思われますか？（複数回答可）
  1. 自分は大丈夫だと思っている
  2. 自分は大丈夫だと思うようにしている
  3. 自分の精神状態は大丈夫と思うが、チェックしてほしい
  4. 自分の精神状態、精神的問題、性格傾向について知りたい
  5. 自分の精神状態、精神的問題については、かまわないでほしい
  6. わからない
- 今までに「死にたい」と思ったことはありますか？
  1. ある
  2. なし
  3. わからない
- 今までに「死にたい」と思い、決行しようと思ったことは
  1. ある
  2. なし
  3. わからない
- 現在、ストレスを感じていることに関してお答えください。（複数回答可）

I：1. 患者・同僚・部下とのトラブル 2. 勤務形態の変化 3. 身分の昇進・昇格  
4. 部下の減少 5. 理解人の異動 6. 上司が変わった 7. 同僚の昇進・昇格

II：1. 悲惨な事故や災害の体験 2. 仕事の失敗 3. 責任発生 4. 拘束時間長時間化  
5. 出張 6. 転勤 7. 上司とトラブル

III：1. 病気やケガ（後遺症、職場復帰困難） 2. 交通事故・労災 3. 退職の程度

IV：1. その他（ ）
- その他に心配事や悩み事があれば自由にお書きください。



## 職業性ストレス簡易調査票

A あなたの仕事についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	そ う だ	そ ま あ だ	ち や が う	ち が う
1. 非常にたくさん仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
10. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11. 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13. 私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14. 私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15. 私の職場の作業環境（騒音、照明、温度、換気など）はよくない	1	2	3	4
16. 仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17. 働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

B 最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。

	な ほ か と ん ど	と き あ つ た	し あ ぼ あ つ た	ほ い つ も あ つ た
1. 活気がわいてくる	1	2	3	4
2. 元気がいっぱいだ	1	2	3	4
3. 生き生きする	1	2	3	4
4. 怒りを感じる	1	2	3	4
5. 内心腹立たしい	1	2	3	4
6. イライラしている	1	2	3	4
7. ひどく疲れた	1	2	3	4
8. へとへとだ	1	2	3	4
9. だるい	1	2	3	4
10. 気がはりつめている	1	2	3	4
11. 不安だ	1	2	3	4
12. 落ち着かない	1	2	3	4
13. ゆううつだ	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
15. 物事に集中できない	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
17. 仕事が手につかない	1	2	3	4
18. 悲しいと感じる	1	2	3	4

	なほ かつた	と あつた	しば あつた	ほと んど あつた
19. めまいがする	1	2	3	4
20. 体のふしぶしが痛む	1	2	3	4
21. 頭が重かったり頭痛がする	1	2	3	4
22. 首筋や肩がこる	1	2	3	4
23. 腰が痛い	1	2	3	4
24. 目が疲れる	1	2	3	4
25. 動悸や息切れがする	1	2	3	4
26. 胃腸の具合が悪い	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
28. 便秘や下痢をする	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

**C あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまるものに○を付けてください。**

	非常 に	かな り	多 少	全 く な い
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか？				
1. 上司	1	2	3	4
2. 職場の同僚	1	2	3	4
3. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？

4. 上司	1	2	3	4
5. 職場の同僚	1	2	3	4
6. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4
9. 配偶者、家族、友人等	1	2	3	4

**D 満足度について**

	満 足	満ま あ 足	不 や 満 足	不 満 足
1. 仕事に満足だ	1	2	3	4
2. 家庭生活に満足だ	1	2	3	4

B. この1週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。  
 下記の事柄について該当するA, B, C, Dのいずれかに○印をして下さい。

- ・この1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は…A
- ・週のうち1～2日の場合は…B
- ・週のうち3～4日の場合は…C
- ・週のうち5日以上の場合は…D

質 問		回 答 覧			
1	普段はなんでもないことが煩わしい	A	B	C	D
2	食べたくない、食欲が落ちた	A	B	C	D
3	家族や友人から励ましてもらっても、気分が晴れない	A	B	C	D
4	他の人と同じ程度には、能力があると思う	A	B	C	D
5	物事に集中できない	A	B	C	D
6	憂うつだ	A	B	C	D
7	何をするのも面倒だ	A	B	C	D
8	これから先のことについて積極的に考えることができる	A	B	C	D
9	過去のことについてくよくよする	A	B	C	D
10	何か恐ろしい気持ちがある	A	B	C	D
11	なかなか眠れない	A	B	C	D
12	生活について不満なく過ごせる	A	B	C	D
13	普段より口数が少ない、口が重い	A	B	C	D
14	一人ぼっちで寂しい	A	B	C	D
15	皆がよそよそしいと思う	A	B	C	D
16	毎日が楽しい	A	B	C	D
17	急に泣き出すことがある	A	B	C	D
18	悲しいと感じる	A	B	C	D
19	皆が自分を嫌っていると感じる	A	B	C	D
20	仕事が手につかない	A	B	C	D

## 高齢化社会の中での在宅介護者の現状

分担研究者 町田いづみ 明治薬科大学コミュニケーション学部・助教授

### 【研究要旨】

日本の在宅介護者の現状を明らかにするために、介護者へのアンケート調査を行った。在宅介護者の年齢は75～84歳をピークに55歳から急増していた。被介護者の年齢のピークも75～84歳にあり、しかも全体の4割近くを占めていた。さらに、被介護者との関係は、65歳以上の介護者の半数以上が配偶者であった。近い将来予想される超高齢化社会は、高齢者が高齢者を介護するという厳しい時代を示唆するものであるが、それは異なる世代の老-高齢者間の介護ではなく、配偶者同士というより高齢の者が介護に当たるという深刻な現状にあることが明らかとなった。さらに2割以上の介護者が5年以上の介護を、また5～6割の介護者が「ひとり」でその介護に当たっていることがわかった。

介護者の心理・身体的要因に関しては、介護者の約4割に心の不調が自覚されていること、さらに、8割の介護者が健康不安を感じていることがわかった。また、介護による生活犠牲感・介護継続困難感・介護負担感・健康悪化感を抱く介護者は4～7割以上に及んでいた。特に65歳以上の高齢介護者では、自覚的な心身の不調に加えてその8～9割の者に治療を要する疾患があった。心身へのストレスの継続や介護へのネガティブな感情は介護の中断やそれに伴う被介護者の入院・入所といった医療・福祉経済、さらには暴力や自殺といった事件事故について考える際にはきわめて重要である。介護は見通しのある限定された期間、安定した状態で行うことはできない。多くの場合は極めて長期間にわたり、被介護者の状態も悪化するかより介護量が増す。長期間、あるいは重篤なストレスに晒されることはうつ病の、さらには自殺の誘発因子となる。

本研究では在宅介護者の4人に1人の割合でSDSによる軽度以上のうつ状態がみられた。さらに65歳以上の高齢介護者にあつてはその3割以上に希死念慮があることがわかった。

介護者のソーシャル・サポート体制に関しては、6割以上の介護者が相談相手をもっているという現状にあつて、5割以上の介護者が介護に関する仲間を希望していることがわかった。介護者を支える社会的ネットワークや支援の存在が、介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減し、生活の満足感を高めると考えられていることから、より組織的なソーシャルサポート・システムの導入は、介護者の心身の健康維持へのひとつの方法と考えられる。

### A. 研究目的

#### I. はじめに

わが国における自殺による死亡者は、

1988以来3万人超を続けている。そして、すでに世界的な社会問題でもある高齢者の自殺に関しても増加傾向にあることは例外

ではない。高齢自殺者の実態に関する警察庁（生活安全局地域課資料）の調べによれば、2003年度の50歳以上の自殺者数は20,143人であり、これは、1994年の実に60.7%（12,170人）増となる。

さらに、近い将来に予測されるわが国の超高齢化社会は、高齢者が高齢者をケアするという新たな課題をも含んでいる。こうした現状が高齢者にとっての大きなストレスとなることは容易に推測される場所である。ストレス状態の長期化や重症度は、当然「うつ」を引き起こす要因となるため、高齢者の自殺件数の増加は否定できない現実のものであり、その対策は急務である。このような状況の中にあって、高齢者の新たな問題となるだろう在宅介護の現状を明らかにすることは、高齢者の置かれた環境の整備、またその後、行政的な面を含むサポート・システムを如何に構築するかということについて考える場面では、必要不可欠な基礎的情報となる。

ところで、介護のあり方を考える場合には、被介護者のQOLについてのみ論じるだけでは充分とは言えない。被介護者がいれば当然介護者が存在するのであり、介護の質は両者間の関係性によっても大きく影響を受けるからである。さらに、家族関係や風習といった文化的な要素が多く関わる「介護」について考えようとするならば、当然のことながら、その国の実状が明らかにされ、それらに基づいたサポート・システムを作っていく必要がある。しかし、介護者自体に焦点を当てた日本の研究は、未だ充分とはいえない<sup>1-2, 9, 11-12, 19-22</sup>。

そこで本研究では、日本の在宅介護の現状を明らかにすることを目的に、介護者へのアンケート調査を行った。

本研究全体の最終目標は、日本の在宅介護の現状を明らかにし、さらに、介護者の健康を増進させるためのプログラムを開発

することである。

## B. 研究方法

### 1. 対象と方法

#### 【対象】

某在宅介護サービス企業と契約している介護者（健常者）である。

#### 【方法】

\* 質問票：介護者の精神・身体状況やうつ病・希死念慮の実態調査をするための独自の質問票を考案。

\* 調査期間：平成17年6月1日～平成17年6月30日

- ①在宅介護者へのアンケート調査の施行。
- ②民間在宅サービス利用者を対象に福祉サービス提供スタッフにより調査用紙を配布。
- ③調査への同意が得られた在宅介護者のアンケートを福祉サービス提供スタッフが直接回収。
- ④データ回収後、直ちに統計学的処理および検討。

### 2. 対象となる個人の人權擁護上の配慮 倫理上の配慮

- ①調査に先立ち紙面にてインフォームドコンセントをおこない、その後サインにて承諾が得られた者を対象に調査をおこなった。
- ②調査用紙は無記名であり回収後に個人を特定することはできない。
- ③明治薬科大学倫理委員会の承認を得た。

【研究により生じる可能性のある対象者への不利益又は危険性等に対する配慮】

本研究調査における対象者への不利益や危険性はない。

## C. 結果

### データの回収率

本調査は、民間在宅サービス利用者51,196人を対象に行った。回収されたデータは全8486、回収率は16.6%であった。各項目の有効回答数および無効回答数を表1に示す。

### 1. 介護者・被介護者の背景

### ① 介護者年齢区分

介護者の年齢区分を図 1-1 に示す。

介護者の年齢は 55 歳台から増加し 75～84 歳にピークがあった。65 歳以上の高齢介護者は全体の 59%であった。

### ② 被介護者の年齢区分

被介護者の年齢区分を図 1-2 に示す。

被介護者の年齢は 75～84 歳にピークがあり、この区間だけでも全体の約 4 割近くに占めていた。65 歳以上の被介護者は全体の 89%であった。

### ③ 被介護者との関係

被介護者との関係を介護者の年代別に図 1-3 に示す。

65 歳以上の介護者の約 5 割が配偶者の介護に当たっていた。これは、娘・息子・嫁を合わせた割合の 2-3 倍以上であった。

### ④ 年代別介護者の仕事の有無

介護者の仕事状況を介護者の年代別に図 1-4 に示す。仕事を持たない介護者は 65 歳を境に急増していた。

### ⑤ 介護期間

介護者の介護期間を介護者の年代別に図 1-5 に示す。

### ⑥ 介護者数

介護に関わる者の人数を介護者の年代別に図 1-6 に示す。

45 歳以上の介護者の半数以上が「1人」と回答していた。65 歳以上の高齢介護者では、約 6 割の者が「1人」での介護であった。さらに、85 歳以上の介護者にあっても 5 割以上が「1人」であった。

### ⑦ 被介護者の介護レベル

被介護者の介護レベルを介護者の年代別に図 1-7 に示す。

### ⑧ 被介護者の精神症状

被介護者の精神症状の有無を介護者の年代別に図 1-8 に示す。

被介護者の精神症状については、「介助や介護を受けている方に、不安・ゆううつ・

涙もろさ・イライラなどの精神症状がありますか」という問いによって評価した。

### ⑨ 被介護者の問題行動

被介護者の問題行動の有無を介護者の年代別に図 1-9 に示す。

被介護者の問題行動については、「介助や介護を受けている方には、何か問題行動(だまって外へ出てしまう・暴力など)がありますか」という問いによって評価した。

## 2. 介護者の心身の状態

### ① 介護者の抱く不安(経済に関すること)

介護者の「収入や家計に関する不安・心配」について介護者の年代別に図 2-1 に示す。

### ② 介護者の抱く不安(家族に関すること)

介護者の「介護を受けている方以外の家族の不安・心配」について介護者の年代別に図 2-2 に示す。

### ③ 介護者の抱く不安(介護に関すること)

介護者の「介護に関する不安・心配」について介護者の年代別に図 2-3 に示す。

### ④ 介護者の抱く不安(健康に関すること)

介護者の「自身の体力や健康についての不安・心配」について介護者の年代別に図 2-4 に示す。

### ⑤ 介護者の介護への認知(犠牲感)

介護者の介護への認知のうち「介護による犠牲感」について介護者の年代別に図 2-5 に示す。

犠牲感については「介護のためにあなた自身の生活が犠牲になっていると感じることがありますか」という問いによって評価した。

### ⑥ 介護者の介護への認知(負担感)

介護者の介護への認知のうち「介護による負担感」について介護者の年代別に図 2-6 に示す。

負担感については「あなたは、現在の介護を負担に感じますか」という問いによって評価した。

### ⑦ 介護者の介護への認知（犠牲感）

介護者の介護への認知のうち「介護継続困難感」について介護者の年代別に図 2-7 に示す。

継続困難感については「これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか」という問いによって評価した。

### ⑧ 介護者の介護への認知（健康悪化感）

介護者の介護への認知のうち「介護による健康悪化感」について介護者の年代別に図 2-8 に示す。

健康悪化感については「介護のために、あなたの健康状態が悪くなっていると感じることがありますか」という問いによって評価した。

### ⑨ 介護者の体の健康感

介護者が自分自身の身体的健康状態をどのように自覚しているかといった「体の健康感」について介護者の年代別に図 2-9 に示す。

体の不調を感じている者は 65 歳を境に 2-3 割台から 5-6 割に増加していた。

### ⑩ 年代別にみた介護者の心の健康感

介護者が自分の心の健康状態をどのように自覚しているかといった「心の健康感」について介護者の年代別に図 2-10 に示す。

心の不調を感じている者は 65 歳を境にそれまでの 3 割台から 4 割台に増加していた。

### ⑪ 介護者の年代別治療の有無

介護者が心身の疾患によって医師から治療を受けているか否かについての結果を、介護者の年代別に図 2-11 に示す。

治療を要する疾患をもっている介護者は 65 歳を境にそれまでの 4-5 割台から 8 割以上に増加していた。

## 3. 介護者のうつ病と自殺のリスク

### ① 意欲の減退

介護者の精神症状として「意欲の減退」について結果を介護者の年代別を図 3-1 に

示す。

「意欲の減退」は「すべてをめんどうに感じることはありませんか」という問いによって評価した。

### ② 介護者の SDS による評価

介護者におこなった SDS（ツングのうつ病尺度）の結果を介護者の年代別に図 3-2 に示す。

本尺度では 80 点を満点として、50 点未満を正常群、50 点以上をうつ病群と評価する（軽度：50-59 点・中等度：60-79 点・重度：80 点以上）。

全年代の平均は 23%で、いずれの年代においても、介護者の約 4 人に 1 人に重度から軽度のうつ状態がみられた。その内 65 歳から 74 歳の介護者は 27%で最も高かった。

### ③ 介護者の抱く希死念慮

介護者の抱く希死念慮に関して、「死んでしまいたいと思うことはありますか」という問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図 3-3 に示す。

65 歳以前の介護者の希死念慮が 2 割前後であったのに対して、65 歳以上の高齢介護者では 3 割台になっていた（65 歳からが 29%、75 歳からが 32%、85 歳からが 30%）であった。

### ④ うつ病治療率

介護者のうち、現在うつ病によって医師からの治療を受けている者の割合について、結果を介護者の年代別に図 3-4 に示す。

うつ病によって、実際に医師から治療を受けている者の割合はどの年代でも極めて低く、一番高い 65 歳から 74 歳でも全体の 3.9%であった。平均では 2.8%であった。

## 4. 介護者のソーシャル・サポート

### ① 相談者の有無

現在の介護に関する相談者の有無について、「ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか（福祉サービス者は

除く)」との問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図 4-1 に示す。

いずれの年代においても介護者の 6 割の者が相談者が「いる」と回答していた。

## ② ピア・サポート・グループの希望

介護者の年代別に介護に関する仲間を希望する状況について、「あなたは、介護について相談できる仲間がほしいと感じることがありますか」との問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図 4-2 に示す。

介護に関する仲間を希望する介護者は 85 歳以上を除くいずれの年代でも 5 割以上であった。35 歳から 44 歳では、全体の 65% の介護者が仲間を希望していることが分かった。高齢介護者に限ってみると、65 歳から 74 歳の割合が最も高く 55% であった。

また、結果 1-4 で示した「介護継続困難」と「介護仲間の希望」( $r=.345$   $P<0.01$ )、「介護負担感」と「介護仲間の希望」( $r=.345$   $P<0.01$ )との間には相関関係がみられた。そこで、「仲間希望のある・なし」で 2 群に分け、介護犠牲感および負担感の検定をおこなった。いずれも両群間には 1% 水準で有意な差が認められ、継続困難および負担感を感じている介護者は介護に関する仲間を希望していることが示された。

## D. 考察

日本の在宅介護者の現状を理解するために、1. 介護者・被介護者の背景要因、2. 介護者の心身の状態、3. 介護者のうつ病と自殺のリスクについて検討し、さらに、4. 介護者への援助として、今後期待される対策について考察する。

### 1. 介護者・被介護者の背景要因

介護者の年齢は 75-84 歳をピークに、55 歳から増加し、55 歳以上の介護者は、全体の 81.2% であった。また、被介護者の年齢のピークも 75-84 歳にあり、65 歳から増加し、65 歳以上の介護者は全体の 87.9% であった。これらの結果から、介護という課題

が中高年域に集中していることが数字上でも明らかとなった。

さらに、介護の対象に関しては、65 歳以上のいわゆる高齢介護者では、夫・妻といった配偶者を介護している者が全体の半数以上であった。その割合は、娘・息子・嫁婿を合わせた件数の 3 倍近くに相当した。この同世代介護は次世代の者による介護と比べて、より高齢者が高齢者を介護することを意味する。こうした問題は、今後の超高齢化と少子化社会を控えたわが国においては、ますます深刻になるだろうことは予測に難くない。

さらに、社会との関わりについてみると、仕事をもつ介護者は 65 歳を境にして急激に減少していた。これは、定年退職の時期と関連すると思われるが、いずれの理由にしても、この時期に社会との関係性が急激に変化することは確かである。つまり、65 歳代の介護者は、介護者という役割と同時に、新たな社会環境への適応をも余儀なくされることになるため、より大きなストレスを抱えることが予測される。

次に、介護の身体的負担について、介護期間、介護者数、介護レベルおよび介護者の問題行動・精神症状の有無という点から検討する。

まず介護期間についてであるが、介護 3 年以上の介護者は、いずれの年代においても 3 割以上であり、35 歳から 74 歳までの各年代では 4-5 割に及んでいた。さらに介護 5 年以上の介護者は、35 歳から 74 歳までの各年代の 2 割以上であった。そして、こうした介護者の 5-6 割の者が自分「一人」で介護をしていること、本調査対象となった被介護者の 3-4 割が要介護 5・要介護 4 であったことから、介護者の身体的負担の大きさが推測される。

一方、被介護者の問題行動（黙って外へ出てしまう・暴力など）に関しては、「少し



ある」を含めて問題をもつ被介護者は全体の2割であり、65歳以上の高齢介護者が介護する者では1割程度であった。しかし、被介護者の不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラといった精神症状に関しては、高齢介護者が介護する者の約4割に見られた。また、被介護者の精神症状の全体平均は47%であり、これは介護者のストレス軽減ということだけでなく、被介護者の精神症状への対応といった新たな課題を示すものである。

## 2. 介護者の心身の状態

在宅介護に焦点を当てた研究は、1980年ころより欧米を中心におこなわれてきた<sup>3, 10, 14, 19, 23, 24)</sup>。それらは主に、認知症の高齢者を介護する介護者の身体的健康度と介護負担に関するもので、そこでは多くの研究が、「介護者の多くが介護負担を感じ、さらに身体的不健康状態にある」ということを示唆している<sup>17, 18)</sup>。

また、認知症患者では多彩な精神症状や問題行動が生じるため、介護者の精神的・身体的負担を増大させ、介護者の生活そのものをも圧迫することが予測される。そして高齢化社会は、同時に認知症患者の増加をも意味することになるため、わが国における介護者の今後は、さらに深刻な状況に向かうものと考えられる。

事実、真野ら<sup>11)</sup>による対照群との比較研究では、在宅介護者は主観的不健康の自覚および、既往歴や最近1年間の罹患率、有病率が有意に高いことを示している。本研究では介護者が抱く不安について、経済・家族・介護・健康の4点から調査した。そしていずれの項目においても、またいずれの年代においても、半数以上のものが不安を抱いていることがわかった。特に「健康」に関しては4人に3人の介護者が不安を抱いていた。

体や心の不調を感じる介護者は65歳を

境に増加しており、実際に医師による治療を受けている介護者は、65歳を境にそれまでの3-5割台から8-9割台に急増していた。つまり、高齢介護者では、自覚的な心身の不調に加えて、実際に治療を要する疾患を持っているということがわかった。

これらの結果は、介護者全体が心身の加重環境にあること、そして特に高齢介護者は、より高い身体的・心理的ストレス状況下にあることを示唆するものであろう。

また、介護への認知では、半数以上の介護者が介護に関するネガティブな意識をもっていることが明らかとなった。つまり、半数以上の介護者が、現在の介護によって生活が犠牲になっている、健康が悪化していると感じ、こうした介護負担感によりこれ以上介護を継続することは困難であると感じているということである。こうした介護への認知は、被介護者の入所や入院といった形で、在宅介護を中断させる、あるいは、被介護者への介護の質に関わる要因であるところから<sup>15, 16)</sup>、被介護者のQOLや医療・福祉経済の効率化について考える場面では重要なポイントである。

## 3. 介護者のうつ病と自殺のリスク

ここまで、在宅介護者の心身に与える負担要因とその量について考察してきた。ところでストレス状態の長期化や重症度は、当然、「うつ」を引き起こす要因となるため、自殺件数の増加は否定できない現実のものである。

自殺の背景要因として「うつ病」の存在があげられる。Dorpatら<sup>6)</sup>は、自殺者の心理学的剖検による検討結果から、60歳以上の自殺者の一般的診断として、「うつ病」が最も多いことを報告している。同研究では、40-60歳の自殺者では、アルコール中毒の診断が多かったのに対して、高齢者のうつ病には、アルコール依存症などの合併が少なかったことが明らかにされていることか

ら、高齢者における自殺はうつ病そのもののエピソードであると推測される。

本研究では、在宅介護者の約4人に1人に、SDSによる軽度以上のうつ状態があることが明らかとなった。さらに驚くことは、65歳以上の介護者の3割以上に希死念慮がみられたことであった。しかし、実際にうつ病によって医師から治療を受けている者は極めて低く、2-4%に過ぎなかった。つまりほとんどの介護者は、「ときに」、あるいは「いつも」死にたいと感じながらも、専門的な治療を受けていないことになる。精神科治療に至らない理由に関しては、治療への抵抗によるものなのか、あるいは、うつ状態に伴う認知機能の障害によるものなのかは、本研究では明らかではないが、いずれにしても、少なくともうつ病あるいはうつ病予備軍と言えるだろう介護者のほとんどが、未治療であり、しかもそうした精神状態の中で、介護という重責を担っていることは事実である。

また、欧米の幾つかの研究では、高齢自殺者の多くが、その自殺前に医療を求めていることが示されている。中でも、Clarkら<sup>5)</sup>の研究は、高齢自殺者のうち40%の者が、死亡1週間前に何らかの形でプライマリー・ケア医を受診していたことを報告しており、自殺前にプライマリー・ケア医を受診した高齢者の多くが「うつ病」に罹患していたこと、あるいは、身体的自覚症状を自覚していたことになる。

本研究でも、すでに先に述べたように、何らかの心身の疾患について医師の治療を受けている65歳以上の介護者は、8割以上に及んでいたが、一般科医のうつ病の診断率の低い日本では、やはり多くの介護者のうつ病が見逃されていることは推測に難くない。そしてこうした状況は、高齢自殺者の予防を考える上で重要なポイントになるため、今後、精神症状の診断技術や過小評

価の現状についての研究によってその事実を明らかにしていく必要があるだろう。

#### 4. 在宅介護者への援助

高齢自殺者の背景要因に関する内外の研究を見ると、まず、Barracloughはイギリスの自殺関連の研究から、高齢者の自殺は、他のどのような社会変数よりも「独居」と密接に関連していることを示唆している<sup>4)</sup>。

一方、自殺した独居老人の60%は、毎週、家族以外の者の訪問を受けており、98%は、毎週、身内や友人と連絡をとっていたという事実も明らかになっている<sup>8)</sup>。すなわち、高齢者の自殺に関与すると言われている「独居」要因は、「一人暮らし」という単に物理的に孤独（一人）であるということ以外に、帰属集団内の社会的・経済的地位関係、社会支援のあり方、さらに本人が現在の生活状況をどのように認知しているかといった「社会的孤独感」との関連を含めて考察する必要があると理解される。

前述したように、本研究では65歳を境に仕事を持たない者が急増していた。このことは、65歳からという年齢は、一時的であるかもしれないが、これまでより社会との関係性が小さくなること、換言すれば「社会的孤独感」を抱きやすいことを推測させる。

Zaritら<sup>24)</sup>は、介護者の負担に影響する社会的要因として、ソーシャル・サポートの存在をあげている。さらに、在宅介護者の健康状態は、被介護者の疾患の経過およびQOLに重要な役割を果たしていること、介護者を支えるより大きな社会的ネットワークや、より満足のいく社会的支援の存在が介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減し、人生に対する満足感を高めることが支持されている<sup>7)</sup>。

本研究では、介護者の6割以上はすでに介護について相談できる対象をもっていた。しかし、このような状況にあっても、介護

について相談できる仲間が欲しいと感じる介護者がいずれの年代においても5割以上いたことは特記すべきことである。

65歳以上の高齢介護者の社会活動性に関する特徴として、その多くは未就業者であり、地域との積極的な交流意志をもたなければ外部との接触機会が減少し、引きこもり状態を招きやすい<sup>12)</sup>ことなどを合わせ考えると、ソーシャル・サポート・システムを考える際には、単に役割援助だけでなく、ピア・サポートなどによる積極的な精神面へのケアを含むプログラム作りが重要であると考えられる。

最後に、本研究におけるデータの回収率について考察する。本研究におけるデータ回収率は16.6%と低かった。この場合、データの偏りが生じる可能性がある。特に、被介護者の介護レベルは、介護者の身体的および精神的問題や他の介護に対する意識などに反映されることが予想される。そこで、介護レベルごとの回収人数を確認したところ、\* 要支援 N=979 \* 要介護1 N=1,881 \* 要介護2 N=1,107 \* 要介護3 N=1,021 \* 要介護4 N=1,054 \* 要介護5 N=1,299であった。つまり、要支援の被介護者を介護する者の回答数が979と、わずかに1,000を下回っていたものの、他の介護レベルについては、いずれも1,000以上のデータが得られていることから、本調査は、各介護レベルの被介護者をもつ介護者の意見を反映できているといえるであろう。さらに言えば、要介護1という比較的介護レベルの低い被介護者をもつ介護者からの回答数が多かったことは、上記した介護者の環境は、さらに厳しい状況に傾く可能性を推測させるものである。

このような現状にあって、介護者をサポートするためのシステム作りは、高齢化社会を迎えるわが国にとっては、早々に取りかかれなければならない課題であると考え

る。

## E. 結論

超高齢化社会は、すでに我々日本人にとって避けては通れない現実であるが、そこには未だ大きな課題が山積していることも事実である。介護のあり方を考える場面では、被介護者のQOLについてのみ論じるだけでは充分とは言えない。被介護者がいれば当然介護者が存在するのであり、介護の質は両者間の関係性によっても大きく影響を受けるからである。

しかし、そのためには日本の介護者の身体的・心理的・社会的状況を明らかにすることが必要である。そこで、日本の在宅介護の現状を明らかにするために、介護者へのアンケート調査を行った。

その結果、日本の高齢介護者は身体的、心理的ならびに社会・環境的にストレスの高い状態にあることがわかった。同時に、その4人に1人がうつ病予備軍であることが示された。

また、65歳以上を高齢者とするならば、65歳から74歳の介護者は、若い高齢者ということになり、心身ともにタフであることが期待されるが、本研究では、そうした期待とは逆に、その年代の介護者の、ストレスの高さが強調された。

介護という行為は、見通しのある限定された期間、安定した状態で行うことができるものではない。多くの場合は極めて長期間にわたり、被介護者の状態も悪化するか、より介護量が増す<sup>1,2)</sup>。このような状況にある介護者に対して、何らかのサポートがなかった場合には、介護者の負担感は長期化、かつ増大することになる。長い期間、あるいは重篤なストレスに晒されることは、うつ病発症の要因でもある。そして、うつ病において最も留意しなければならない問題は「自殺」であることは言うまでもない。

このように考えていくと、今後予測され

るわが国高齢化社会は、単なる現象としての問題に止まらず、精神的健康やライフスタイルにも深く関わる問題として捉えていく必要があるだろう。

このような結果を得て、今後早急に、介護者のソーシャル・サポートに関するシステム作りに着手したい。

#### 謝辞

本調査を行うにあたり、多大なご協力を賜りました、株式会社コムスの頭島 潔常務取締役をはじめ、関係スタッフの方々に深く感謝の意を表します。

そして、本調査にご参加して頂きました介護者の皆様に深く感謝の意を表します。

#### 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

- 1) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会における介護者の現状と問題点—うつ病および自殺リスクに関して—。最新精神医学, 世論時報社 (印刷中)
- 2) 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と問題点—心身の健康感について—。訪問看護と介護, 医学書院 (印刷中)
- 3) 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と問題点—精神症状を中心に—。緩和医療学, 先端医学社 (印刷中)

##### 2. 学会発表

現時点での予定なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 【引用文献】

- 1) Arai Y, Ueda T: Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry*: 18(2): 188-189, 2003
- 2) Arai Y: Japan's new long-term care insurance. *Lancet*, 357(9269): 1713, 2001)
- 3) Archbold PG: An analysis parent caring by women. *Home Health Care Services Quarterly*, 3:5-25, 1993
- 4) Barraclough BM: Suicide in the elderly: Recent developments in psychogeriatrics. *Br J Psychiatry*, (Suppl. 6): 87-97, 1971
- 5) Clark DC: Suicide among the elderly: Final report to the AARP Andrus Foundation. Rush-Presbyterian, St Luke's Medical Center, Chicago, Illinois, 1991
- 6) Dorpat TL, Ripley HS: A study of suicide in the Seattle area. *Comp. Psych.*, 1: 349-359, 1960
- 7) Dunkin JJ, Anderson-Hanley C: Dementia caregiver burden: a review of the literature and guideline for assessment and intervention, *Neurology* 51(1): 53-67, 1998
- 8) Fried LP: Health promotion and disease prevention. In: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 2nd (ed. by Hazzard WR, et al). McGraw Hill, New York, 192-200, 1990
- 9) 保坂隆, 杉山洋子: 在宅介護者への構造化された介入の効果. 老年精神医学