平成１３年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合 研究事業）
（H13-長寿―024）

介護者負担感・充実感に関する簡便な尺度の開発と介護サービス利用に関する調査研究

平成 13 年度研究報告書

平成 14 年 3 月

主任研究者：池上直己
（慶應義塾大学医学部　教授）

Ⅰ研究組織

主任研究者　池上直己
（慶應義塾大学　医学部　医療政策・管理学教室　教授）
研究協力者　舟谷文男
（産業医科大学　医学部　医療科学講座　教授）
山田ゆかり
（慶應義塾大学　医学部　医療政策・管理学教室　助手）
橋本栄里子
（慶應義塾大学大学院医学研究科　博士課程）

Ⅱ総括研究報告目次

１）介護負担感・充実感に関する質的研究――――――――――――――3
～我が国の家族介護者へのフォーカス・グループ・インタビュー～
２）介護負担感・充実感の簡便な尺度開発と信頼性妥当性検証――― 13
３）介護負担感・充実感とサービス利用との関連に関する研究――― 21

Ⅲ資料編

（１）　単純集計表――――――――――――――――――――――――――31
（２）　介護者自由回答文データ――――――――――――――――――――58
（３）　研究に使用した尺度一覧――――――――――――――――――――88
（４）　調査票（介護者用アンケート・ケアマネジャー記入表）――――――92

平成 13 年度　厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

総括研究報告書

1) 介護負担感・充実感に関する質的研究

～我が国の家族介護者へのフォーカス・グループ・インタビュー～

主任研究者　池上直己　慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室　教授

簡便な負担感充実感尺度を開発するため、我が国の介護者視点を導入した基礎的資料作成を目的とし、既存文献から構成概念を整理した上で、東京都府中市にある居宅介護支援事業者を利用する利用者の家族介護者 20 名を対象に、フォーカス・グループ・インタビューを実施した。

その結果、介護負担感は、「経済的負担」、「身体的負担」、「精神的負担」、「社会的制約」が介護に対する直接的な負担として分類された。またそれを取り巻く周辺要因として、過去の人間関係や、介護状況の受容不可能といった「高齢者との人間関係」や、日常動作能力や痴呆の程度といった「高齢者の健康状態」、高齢者以外との「家族親戚関係の悪化」、さらにはこのような負担感の反応として、「介護意欲の低迷」、「バーンアウト」などの項目に分類できた。

また介護充実感は、第１に「高齢者の要因」としては、高齢者の健康状態の維持や高齢者との良い人間関係の構築、また高齢者からの感謝の言葉などによるフィードバックがあげられた。また第２に「家族や親戚による要因」としては、家族との絆の再確認や、家族や親戚からのフィードバックなどに解釈できた。また第３に「介護者としての意欲や姿勢」としては、前向きな役割意識や自負心、介護方針の自覚などに分類できた。最後に、「介護者としての学び」としては、介護技術の習得や達成感、社会とのネットワークとの構築、人間としての成長やいたわりの気持ち、さらには社会的意識の向上などに分類できた。

以上、介護に取り組む在宅介護者の発言を、広く介護負担感・充実感にわたって情報収集し、尺度の質問項目構成や質問文作成を検討するための概念構造図を作成した。次の第２節では、介護負担感・充実感の定量的把握のための尺度開発とその検証を報告する。

研究協力者　舟谷文男
（産業医科大学　医学部）
山田ゆかり
（慶應義塾大学医学部　助手）
橋本栄里子
（慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程）

A. 研究目的

新しい心理尺度の開発にあたっては、どういった心理的傾向（意識、感情、状態、態度、欲求、行動）を測定しようとしているのかについての質的な検討がきわめて重要である。それら質的検討は、尺度開発の手順ではそれぞれテキストにおいて「項目プールの作成と測定対象の明確化」[1] や「項目候補の収集」[2] などと呼ばれている。作成しようとする尺度構成概念があいまいでは、その後の信頼性・妥当性の統計的検証も無意味となる。背景理論・構成概念を明確にすることは尺度化の前提条件である[2]。

そこで今回の介護負担感・充実感の新しい尺

度作成にあたり、本章ではその質的検討を詳細に行なった。まず、介護負担感に関する定義や、介護充実感に関する議論を既存文献から整理した。

まず、介護負担感については1970年代からその研究がアメリカではじまったが、最初に介護負担感について定義したのは、Zaritである。彼は介護負担感を「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会的生活、及び経済状況に関して被った被害の程度」と明確に定義している[3)6)]。しかし、その後、介護負担は、明確に定義されないまま、実際には様々な尺度が開発された。Zaritの質問項目などに対する批判として、介護負担を介護時間や介護費用などに代表される客観的負担と、精神的なストレスなどの主観的な介護負担感と明確に区別すべきであるとの意見もある[4)]が、Braithwaiteらは、このような曖昧な定義に基づいた区別はかえって、介護負担感の概念を捉えにくくしていると批判している[5)]。

また、介護充実感といった肯定的側面を取り上げた研究は否定的側面に比べて少なく、概念も明確な定義はない[7)]。Lawtonは、介護満足という概念を主観的な介護負担感とは独立したものとしてとらえ、介護に対する社会心理的な傾向をより広い視点で捉えるべきだと報告している[8)]。また、介護による精神的な向上[9)10)]や、達成した喜び[11)]に着目した研究もある。従って本研究では、介護充実感を、暫定的に、介護に対する肯定的側面の感情、例えば、主観的な楽しみや喜びの感じ方、介護に前向きに取り組む向上心などとして捉えることとした。

以上のような整理を踏まえて、本研究では、我が国に即した新しい介護負担感・充実感尺度を作成するための基礎的資料作成を目的に、これらの従来の既存研究や、我が国の介護者のインタビュー内容から介護負担感・充実感の構成概念・構造がどのようであるのかについて質的検討を詳細に実施した。

このような一連の質的な検討により、本報告書2）において開発及び検証される新しい簡便な尺度の測定すべき項目プールや言葉の語彙、尺度のイメージを明らかにしたい。

B. 研究方法

1）フォーカス・グループインタビューとは？（以下FGI）

FGIとは、Beck[12)]らによって「具体的な状況に即した特定のトピックにおける選ばれた複数の個人によって行われる形式ばらない討議のこと」と定義されている。いずれにしても対象者の日常的な経験や反応をグループダイナミズムを活用しつつ、司会者が発言をほどこしながら、質的データを収集、分析するための高度に体系化された研究方法である。歴史的な普及の経緯としては、FGIはMertonによって1941年に初めて実施されて以来、マーケティングリサーチ法の1つとして頻繁に利用されてきた。しかし1980年代以降、アメリカを中心に心理学・教育学・国際保健医療分野でのその有用性が確認され、急速に活用されつつある[13)~18)]。FGIの実施の方法論・実施手順については、井下ら[19)]や高山ら[20)]當山ら[21)]に詳しいのでそちらを参照されたい。

また近年、我が国でも保健医療分野でのFGIの活用も進んでおり、近年高齢者の医療機関への期待に対する質的調査[22)]や禁煙サポートのあり方に関する研究[23)]、24時間介護サービスへの質的評価[24)]などに活用されている。FGIはサンプルサイズが小さいことが多いために、調査結果の一般化は困難という議論[11)]もあるが、定量的に把握するための資料として組み合

わせることや、数値では正確に把握できない社会現象、心理現象を解釈するのに有効とされ、医学分野でも注目されている[25)～31)]。

しかし、我が国の負担感研究では、海外での専門家・研究者による議論や、海外の尺度の翻訳に当たって日本の研究者間、介護従事者間で検討したもの[6)]は存在するが、直接に我が国の介護者から定性的な情報を体系的に方法論にのっとって分析した例はない。そこで本研究では、体系的に FGI によって我が国の介護者から直接情報を得て概念を整理する必要性があると考えた。

2）インタビュー実施方法

介護負担感の既存尺度や介護充実感に関する文献の内容から、どの程度多岐にわたっているのかを KJ 法によりそれぞれ負担感 10 カテゴリー、充実感 11 カテゴリーに内容を分類した上で、我が国の介護者を対象に、FGI を実施し、どういった項目に対して活発な発言があるのかについて検討した。

インタビューの対象は、東京都府中市にある居宅介護事業者の利用者のうち、痴呆のある要介護者を介護する在宅家族介護者である。対象の選定手順は、同所の 2 名のケアマネジャーが担当している利用者のうち痴呆に該当する利用者の家族介護者に 2001 年 5 月初めから案内文を配布し、同時に電話により依頼し、介護教室への参加にあわせてインタビューの協力の同意が得られた 20 名を対象とした。グループインタビューは 5 月 26 日に開催され、事前に年齢や続柄などの属性を考慮した上で、4 グループに分けた。1 グループは最小 4 名～最大 8 名で、実子グループが 2、嫁グループが 1、配偶者グループ 1 の合計 4 グループとなった。グループダイナミズムを最大限引き出すためには、グループ内の参加者の属性や特性をそろえ、心理的な親しみを引き出すことが重要とされている[18)]。参加者の平均年齢は全体平均 59.75 歳で、続柄別にみてみると、配偶者平均年齢が 76.3 歳、嫁平均年齢が 59.5 歳、実子平均年齢が 55.9 歳であった。性別は女性が 17 名、男性が 3 名であった。

またインタビューの録音・記録については、事前に了承を得た上で、テープレコーダーによる録音と、観察者 2 名による参加者の発言姿勢や、メンバーの反応等などの非言語的な状況を記録した。

司会者 4 名のうち 1 名は、社会心理学を専攻するインタビュー経験のある司会者であり、その中心的な司会者が事前に「介護生活で感じること～よかったこと・つらいこと」をテーマとしたインタビューガイドを作成し、それに関わる自発的な意見を収集する注意点等を事前に検討した。その他 3 名のインタビューアーと事前に入念にインタビューガイドを共有し、司会者としてのスキルをテキストにそって確認した。インタビュー時間は各グループともに 1 時間 30 分とした。

3）定性データ分析方法

インタビューで得られた定性データは、インタビュー終了直後の記憶が新しい時期に、司会者、観察者により主な結果や参加者の反応について問題が無かったか、確認を行った。またインタビュー終了後に参加者に記入してもらったフィードバック・アンケートにより、分析対象となる参加者の発言の信頼性を確認した。これは「傾聴態度」、「発言の積極性」、「参加満足度」などについて 5 段階、無記名で質問するもので、どの項目も平均 4.17～4.84 と高ポイントとなった（表 1）。

以上のような確認を踏まえて、発言録をテープレコーダーから作成し、発言された記録を分

析対象とし、井下らによるテキスト[19]の方法論にのっとり、情報をフラグメント化（カード化）し、2 名の異なる研究者により、負担感 10 カテゴリー、充実感 11 カテゴリーに分類していった。カード化された介護負担感の発言は合計 121 枚、充実感に関する発言は 55 枚で、合計 175 枚の内容が得られた。

C. 研究結果

その結果、介護負担感は表 2 のように分類された。

まず、出費に対する負担感などによる「経済的負担」、睡眠や休養や病気や体力などに代表されるような「身体的負担」、将来の不安やいらいらなどに代表されるような「精神的負担」、さらには、外出や時間、余暇などによって語られる「社会的制約」が直接的な介護に対する負担として分類された。発言は睡眠や外出、余暇などで活発に行われた。

さらにはそれを取り巻く周辺要因として、過去の人間関係や介護状況の受容不可能といった「高齢者との人間関係」や、痴呆による問題行動や性格の変化、オムツ利用などの「高齢者の健康状態」、さらには、高齢者以外との「家族関係の悪化」があげられた。またこのような負担感の反応として、介護破綻につながる「介護意欲の低迷」、落ち込みやかっとなったりするといった「バーンアウト」の項目に分類できた。特に高齢者との人間関係が悪化する出来事や、兄弟との介護分担などのストレスについて活発にやりとりされた。代表的な発言例は表 2 にある通りである。

一方で介護充実感は表 3 のように 4 分類できた。第 1 に「高齢者の要因」としては、高齢者の健康状態の維持や高齢者との良い人間関係の構築、また高齢者からの感謝の言葉などによるフィードバックがあげられた。また第 2 に「家族や親戚による要因」としては、家族との絆の再確認や、家族や親戚からの褒め言葉などのフィードバックなどに分類できた。また第 3 に「介護者としての意欲や姿勢」としては、前向きな役割意識や自負心、介護方針の自覚に分類できた。最後に、「介護者としての学び」としては、介護技術の習得や達成感、社会とのネットワークとの構築、人間としての成長やいたわりの気持ち、さらには社会的意識の向上に分類できた。代表的な発言例は表 3 にある通りである。

D. 考察

介護に取り組む在宅介護者の発言を、広く介護負担感・充実感にわたって情報収集し、介護負担感・充実感の質的な項目の分類を行った。

まず介護充実感については、図 1 のような構造図を作成した。①高齢者要因としては、高齢者の健康状態や人間関係、フィードバックなどに解釈できた。次に②家族親戚要因としては、家族のきずなの再確認や家族や親戚からの褒め言葉などのフィードバックがあげられ、③の介護者の意欲や姿勢に影響しているのではと考えられる。③介護者の意欲や姿勢要因は、役割意識や義務意識、自負心、介護方針の自覚などによって構成され、その結果として、④介護者の価値観の変化や学びというものが介護者に介護充実感の構成要素として感じられているのではないかと考えられる（図 1）。

次に介護負担感について全体構造図（図 2）は、既存研究で網羅されている、狭義の介護負担としては、①経済負担、②身体的負担、③精神的負担、④社会的制約の 4 つに分類できた。これはどの既存尺度でも共通の項目である。またこのような負担感の反応項目としては、⑤介護意欲の低迷や⑥バーンアウトなどが挙げられた。これらは新名らにより進められている介

護ストレス研究[32)～33)]によればストレス反応項目とも解釈できる。

しかし一方で、今回の FGI で特に多く発言されたのは、直接的に介護をしている時に感じるのではない、介護に伴って新たに発生する周辺の人間関係要因である。介護ストレッサーと考えられる「高齢者の健康状態」や「高齢者との人間関係」「家族親戚との人間関係」についてである。

高齢者の健康状態とは日常動作能力（ADL）や痴呆評価などと関連していると考えられるため、定量的な検証が必要であろう。次節２）においてこういった日常動作能力（ADL）と痴呆評価との関連を定量的に分析しているのでそちらを参照されたい。

また高齢者との人間関係は、世話の拒否や、今の高齢者の状態が信じられないといった受容不可能などの痴呆特有の介護負担感が特に注目された。また家族親戚関係でも、要介護者以外の家族に遠慮したり、関係が悪化したり、また兄弟関係の悪化など、主介護者を取り巻く副介護者との間にストレスが発生していると解釈された。

このように介護負担感・充実感は介護に伴う直接的な負担感や充実感以外の主介護者を取り巻く全体的な環境要因から発生していることが質的に明らかになった。

E. 結論

以上、介護に取り組む在宅介護者の発言を、広く介護負担感・充実感にわたって情報収集し、全体構造図を作成した。本報告書の次節では、これを資料として、我が国の介護者の発話を活かして尺度の質問項目や質問文等と検討し、介護負担感・充実感の尺度開発とその統計的な検証を実施している。

また質的研究として、今回の FGI での定性データと、アンケート用紙に自由回答された定性データとの整合性の検証など、FGI の質的研究としての有効性の検証も必要と考える。

F. 文献

1)池上直己，福原俊一，下妻晃二，池田俊也：QOL 測定理論計量心理学. 臨床のための QOL ハンドブック. 医学書院 2001；8-13

2)堀洋道,松井豊：心理尺度の作成方法.心理測定尺度集Ⅲ.サイエンス社 2001

3)Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J：Relatives of the impaired elderly；Correlates of feelings of burden. 1980；20：649-655

4)中谷陽明，東條光雅：家族介護者の受ける負担―負担感の測定と要因分析―. 社会老年学 1989；29：27-36

5)Braithwaite V Bound to Care, 7 Allen & Unwin, Sydney, 1991

6)Arai Y, K udo K, Hosokawa T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry & Clinical Neuroscience 1997; 51; 281-287,.

7)斉藤恵美子：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続的意向に関する検討. 日本公衛誌 2002；48（3）180-188

8)Lawton MP, Kleban MH, Moss M, et al:. Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerrontology 1989；44: 61-71

9)Pruchno RA.: The effects of help patterns on the mental health of spouse caregivers. Research on Aging 1990; 12: 57-71

10)北山三津子：介護体験から抽出した家族員の学び. 日本公衆衛生雑誌 1994；41（10）925

11)Motenko AK.: The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. Gerontologist 1989; 29: 160-172

12)Beck LC, Trombetta WL, Share S : Using focus group sessions before decisions are made . North Carolina Medical Journal 1986 ; 47(2) : 73-74
13)Gilmore GD, Campbell MD, Becker BL : Needs assessment strategies for health education and health promotion. Dubuque : Brown & Benchmark 1989
14)Betts MN, Baranowski T, Hoerr SL : Recommendations for planning and reporting focus group research. Journal of Nutrition Education 1996 ; 28 : 279-281
15)Sussman S, Burton D, Dent CW, et al : Use of focus groups in developing an adolescent tobacco use cessation program—Collective norm effects. Journal of Applied Social Psychology 1991 ; 21 : 1772-1782
16)Grockett SJ, Heller KE, Merkel JM, et al. : Assessing beliefs of older rural Americans about nutrition education—Use of the focus group approach. Journal of the American Dietetic Association 1990 ; 90 : 563-567
17)McCarthy PR, Lansing D, Hartman TJ, et al : What works best for worksite cholesterol education? Answers from targeted focus groups . Journal of the American Dietetic Association 1992 ; 92 : 978-981
18)Brown JE, Tharp TM, McKay C, et al : Development of a prenatal weight gain intervention programs using social marketing methods. Journal of Nutrition Education 1992 ; 24 : 21-28
19)井下理，田部井潤，柴原宜幸（訳）：グループインタビューの技法．慶應義塾大学出版会 1999
20)高山忠雄，安梅勅江：グループインタビュー法の理論の実際．川島書店 1998
21)當山紀子，ほか：フォーカス・グループ・ディスカッションによるニーズ把握の技法．保健婦雑誌 2001 ; 57(8) : 602-608
22)瀬畠克之，杉澤廉晴，マイク D. フェイターズ，他：フォーカスグループをもちいた医療機関および主治医への期待に関する質的調査．日本公衛誌 2002 ; 49(2) : 114-125
23)木下朋子，中村正和，近本洋介，他：医療機関における禁煙サポートのあり方に関する研究—看護婦を対象としたフォーカスグループインタビュー調査結果から．日本公衛誌 2002 ; 49(1) : 41-50
24)湯浅孝男，前田明，本橋豊：フォーカスグループインタビューの手法を用いた地域の 24 時間介護サービスの現状の評価．日本公衛誌 1999 ; 46 : 1020-1027
25)瀬畠克之，杉澤廉晴，大滝純司，他：質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—．日本公衛誌 2001 ; 48(5) : 339-343
26)マイク D. フェイターズ，タッド S. エルウィン，津田司，他：<質的研究 1 >プライマリ・ケアの新しい研究方法．プライマリ・ケア 2000 ; 23(1) : 47-55
27)Morgan DL : Planning Focus Groups Focus Group Kit 2. CA SAGE 1997 ; 71-84
28)瀬畠克之，杉澤廉晴，マイク D. フェイターズ，他：フォーカスグループに関する実際的方法論の一例 —日米比較研究における調査作業から—．プライマリ・ケア 2001 ; 24(2) : 126-132
29)Strauss A, Corbin J : Basic of Qualitative Research Techniques and Procedures for

Developing Grounded Theory. CA SAGE 1998 ; 55-242
30)Janesick VJ : The choreography of qualitative research design. In Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of Qualitative Research. CA SAGE 2000 ; 379-399
31)Seale C : The quality of qualitative Research. CA SAGE 1999 ; 19-31
31)新名理恵：痴呆患者の家族介護者のストレス評価. 別冊総合ケア　介護の展開とその評価 ; 33-38
32)新名理恵、矢冨直美、本間昭：痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌 1991 ; 2(5) : 655-663
33)新名理恵：痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減. 老年社会科学 1992 ; 4 : 38-44

G. 図表一覧

表１インタビュー終了時フィードバック・アンケート結果（参加者20名中19名回収）

参加態度質問項目	反応度（5 件法＊）（SD）
私は講演で熱心に話をきいた	4．73（0．452）
私はグループによる話し合いではよく話をきいた	4．89（0．315）
私はグループによる話し合いではよく発言した	4．17（0．785）
参加して全般的に満足した	4．84（0．364）

表2：グループインタビュー介護負担感に関する発言分析結果・カテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的発言例	頻度
1　経済的負担	1－A　全体的な発言	「介護保険もあり、本人の貯金から使っているから大丈夫」	1
	1－B　経済的費用の負担感		0
	1－C　介護費用による影響		0
2　身体的負担	2－A　全体的な発言	「健康が一番心配」「体が一番心配」	2
	2－B　睡眠	「熟睡できない」「夜中も何回も呼ばれて睡眠不足」	3
	2－C　休養		0
	2－D　病気・体力の限界	「体を壊した」「胃潰瘍になった」「足が痛い」	6
	2－E　食欲	「ろくな食事を食べていない」「食欲がない」	2
3　精神的負担	3－A　全体的な発言	「非常に精神的につかれる」「ストレスが溜まる」	4
	3－B　将来の不安	「いつまで続くか分からない」「先が見えない」	6
	3－C　イライラ	「絶えずイライラしている」「繰り返しでイライラ」	4
4　社会的制約	4-A　全体的な発言		0
	4-B　時間	「時間をすべて捧げている」	1
	4-C　余暇・楽しみ	「旅行とかできない」「外出できない」	4
	4-D　仕事・家事への影響	「仕事も思うようにできない状態」「仕事をやめた」	2
5　介護意欲	5-A　意思	なし（介護充実感分析へ）	0
	5-B　意欲の高さ		0
6バーンアウト	6-A　落ち込み	「落ち込んで涙が出る」「すごく落ち込む」	4
	6-B　無気力	「相手に疲れて何もする気になれない」	1
	6-C　怒り・虐待	「いらつくと手を出してしまう」「ついカッとなる」	2
	6-D　あきらめ	「もうしょうがない」「報われないから割り切る」	4
7　家族・親戚関係	7－A　配偶者・子供との関係の悪化	「子供がばばあちゃんは汚いという」「主人にも気を使う」「年中夫婦けんかになってしまう」	12
	7－B　兄弟関係の悪化	「他の兄弟と比較される」「兄弟に批判をいわれる」	14
8　高齢者健康状態	8－A　オムツお風呂の拒否	「オムツをしたがらない」「お風呂を嫌がる」	9
	8－B　失禁	「排泄物で遊ぶ」「あっちこっちにくっつける」	3
	8－C　性格の変化	「人が変わってしまった」「別人になった」	7
	8－D　迷子	「家がわからなくなってしまう」「絶えず見守り」	3
	8－E　その他問題行動		5
9　高齢者との人間関係	9－A　介護者の世話の拒否	「私の言う事を聞かない」「世話のたびに怒鳴りつける」	4
	9－B　過去の人間関係	「以前からいい関係じゃない」「昔の悪い関係が影響」	3
	9－C　受容不可能	「痴呆と自分が認められない」「見るのが耐えられない」	6
	9－D　関係への期待	「相手の状態が情けない」「相手に責めてしまう」「親ができなくなっていく過程を見ると地獄だ」	9

表3：グループインタビュー介護充実感に関する発言分析結果・カテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的発言例	頻度
1： 高齢者要因	1－A 高齢者の健康状態	「時々しっかりした時もあるからうれしい」 「素直になって私のいうことを聞いてくれる」 「だいぶ落ち着いてきた」	4
	1－B 高齢者との人間関係	「昔と比べてすっかりよくなった」 「今度は私が恩返しする番だ」 「素直にいうことを聞いてくれる」	9
	1－C　高齢者からのフィードバック	「ご苦労さんっていってくれる」 「どうもすいませんって返ってくる」	7
2： 家族・親戚 要因	2－A　家族のきずな機能	「家族がまとまった」「家族が手伝ってくれる」 「主人がよく手伝ってくれる」	6
	2－B　家族や親戚からのフィードバック		0
3： 介護者の意欲・姿勢要因	3－A　役割意識・義務感	「私が面倒を見る」「私の果たすべき役割だ」 「私の仕事」「私が見なくてはという意識」	9
	3－B　自負心	「私でないとだめ」「私を頼りにしている」 「他の人だと寄せ付けない」	7
	3－C　介護方針の自覚	「一瞬一瞬を積み上げるしかない」 「よくなることないならその時の幸せが大切」	4
4：介護者の価値観の変化・学び	4－A　介護技術	「自分なりに楽する方法を工夫する」 「知恵を出して介護する」	4
	4－B　社会ネットワーク		0
	4－C　人間としての成長・いたわり	「優しい気持ちになれた」 「苦労の末の救いはあった」 「自分の成長につながっている」	3
	4－D　社会意識の向上	「社会への体制への意見」 「社会が見えてきた」	2

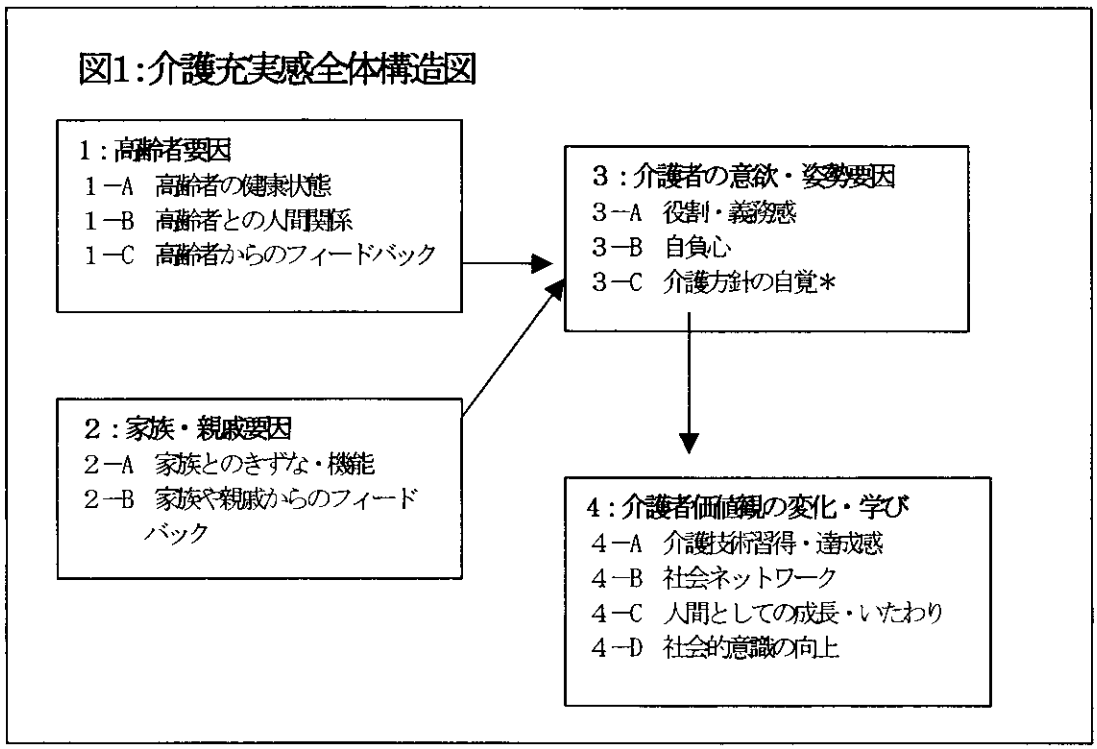
図1:介護充実感全体構造図
1：高齢者要因
1－A　高齢者の健康状態
1－B　高齢者との人間関係
1－C　高齢者からのフィードバック
2：家族・親戚要因
2－A　家族とのきずな・機能
2－B　家族や親戚からのフィードバック
3：介護者の意欲・姿勢要因
3－A　役割・義務感
3－B　自負心
3－C　介護方針の自覚＊
4：介護者価値観の変化・学び
4－A　介護技術習得・達成感
4－B　社会ネットワーク
4－C　人間としての成長・いたわり
4－D　社会的意識の向上

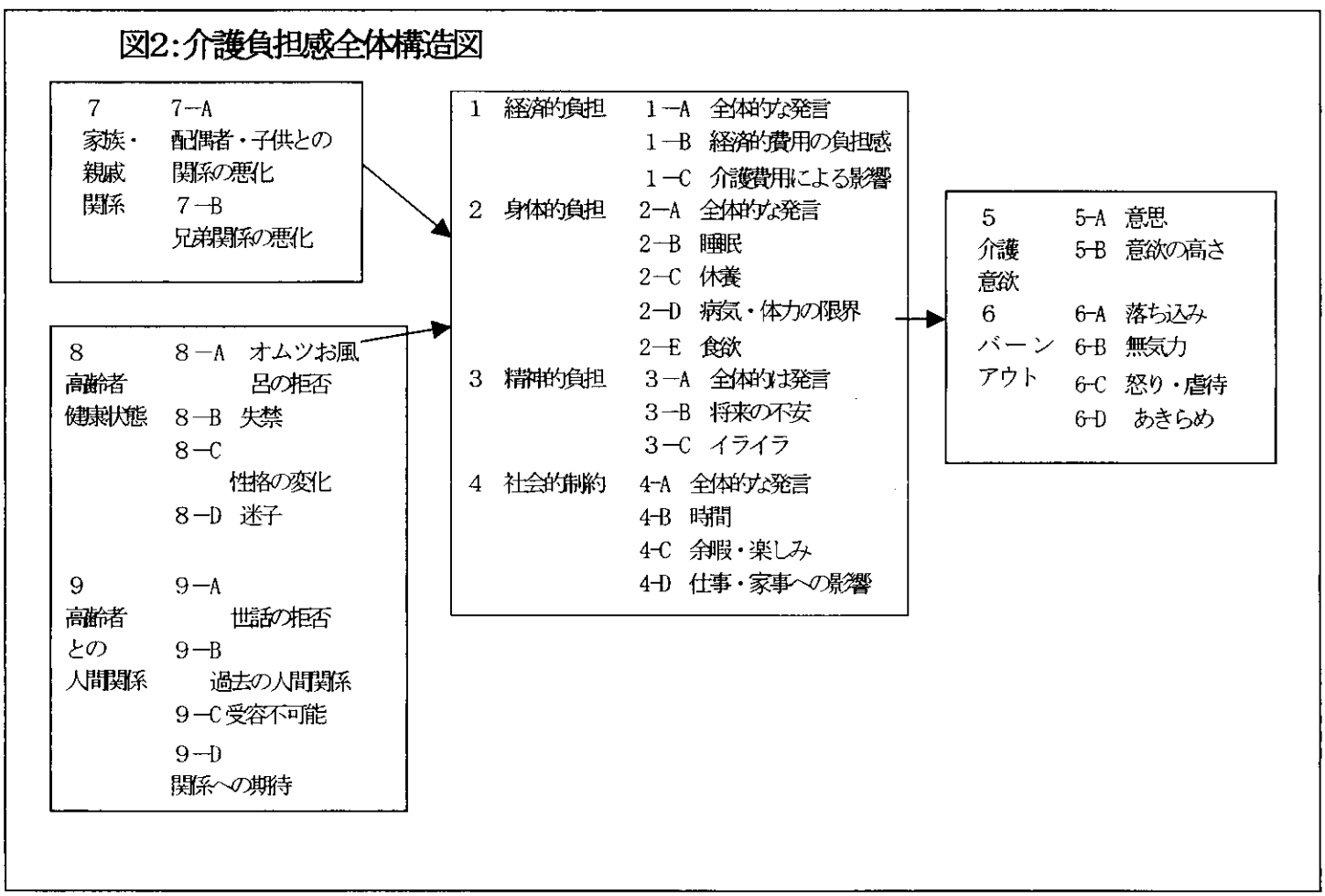
図2:介護負担感全体構造図
7 家族・親戚関係
7－A 配偶者・子供との関係の悪化
7－B 兄弟関係の悪化
8 高齢者健康状態
8－A オムツお風呂の拒否
8－B 失禁
8－C 性格の変化
8－D 迷子
9 高齢者との人間関係
9－A 世話の拒否
9－B 過去の人間関係
9－C 受容不可能
9－D 関係への期待
1 経済的負担
1－A 全体的な発言
1－B 経済的費用の負担感
1－C 介護費用による影響
2 身体的負担
2－A 全体的な発言
2－B 睡眠
2－C 休養
2－D 病気・体力の限界
2－E 食欲
3 精神的負担
3－A 全体的な発言
3－B 将来の不安
3－C イライラ
4 社会的制約
4-A 全体的な発言
4-B 時間
4-C 余暇・楽しみ
4-D 仕事・家事への影響
5 介護意欲
5-A 意思
5-B 意欲の高さ
6 バーンアウト
6-A 落ち込み
6-B 無気力
6-C 怒り・虐待
6-D あきらめ

平成 13 年度　厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

総括研究報告書

2) 介護負担感・充実感の簡便な尺度開発と信頼性妥当性の検証

主任研究者　池上直己　慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室　教授

研究要旨

わが国の介護者視点にたった、特に痴呆症状に留意した、簡便な負担感充実感尺度を開発することを目的とし、18 項目にわたる簡便な尺度を、フォーカス・グループ・インタビューの発話に基づいて作成し、その信頼性・妥当性を検証した。試作版尺度（18 項目）から探索的因子分析の結果を踏まえ、介護負担感・充実感尺度を完成させた。最終的には尺度は「束縛感・制約感」「孤立感」「充実感」の 3 つの下位尺度について各 4 項目と、全体的評価項目としての介護バーンアウト、介護継続意欲の合計 14 項目からなる質問表となった。信頼性については、再テスト法による再現性も Intraclass Correlation Coefficient(ICC)が各質問項目で 0.638～0.813、測定尺度に関しては、0.782～0.838 と一定の高さが確認された。また Cronbach の α 係数は、孤立感尺度が 0.757、制約感・束縛感尺度が 0.744、充実感尺度が 0.725 であり、十分に高いと考えられた。妥当性については、既存の介護負担感尺度である ZBI との相関も 0.804 と高く、全体負担感評価項目との相関も ZBI と同程度の結果を得た。さらにストレッサー、ストレス反応との関連については、問題行動尺度（DBD）や精神的健康度（GHQ12）、介護継続意欲との関連が高く、おおむね妥当な結果を得られた。

今後は、我が国の介護現場に即した簡便性を活かして、負担感充実感の時系列的な変化や、本尺度を活用した包括的な介護負担感・充実感への介入方法について検討していく予定である。

研究協力者　舟谷文男
（産業医科大学　医学部）
山田ゆかり
（慶應義塾大学医学部　助手）
橋本栄里子
（慶應義塾大学大学院医学研究科　博士課程）

A. 研究目的

介護保険の施行は、高齢者の生活の質（QOL）を向上させると同時に、家族の介護者の負担を軽減させることも大きな目的である。介護者を適切に支援するためには、簡便な介護者の負担感尺度の開発と検証及び普及が、ケアの現場においても、政策レベルにおいても求められている。

しかし、既存の介護者負担感スケールは、国外で開発されたものとして ZBI(Zarit Burden Interview)[1~6] などが翻訳されて妥当性なども検証されているが、我が国の実情が十分に反映されておらず、調査項目も多い。また、国内でも中谷

ら[7]や浜村[8]によっても開発されているが、負担感の全体構造や定義、実用性について、十分に検討されておらず、現場において簡便に実施できる形式をとっていない。従って、今後、介護者を支援するうえで、我が国の実状に即した新たなアプローチが必要である。

また近年、また介護継続の意思と介護負担感との関連はないとの報告[7, 9]もあり、在宅介護が破綻し、施設への入所につながるメカニズムは必ずしも明らかになっていない。従って、介護に対する否定的側面のみならず、家族介護者の肯定的な感情（充実感・満足感）研究の必要性が叫ばれている[10, 11]。

そこで本研究では、わが国の介護者視点にたった、特に痴呆症状に留意した、簡便な負担感充実感尺度を開発することを目的とした。介護者が回答しやすく我が国の現場の実情に即した簡便な尺度を、フォーカス・グループによる定性的な分析に基づいて作成し、その信頼性・妥当性を検証した。なお介護負担感・充実感に関する質的研究は前章を参照されたい。

B. 研究方法

1）調査対象と方法

調査対象は、東京都区部全域、神奈川県横浜市、静岡県浜松市にある合計5つの居宅介護支援事業者を利用する要介護者とその家族介護者（同居）316名である。

家族介護者対象の調査は、平成13年9月17日～11月17日の期間に実施した。担当のケアマネジャーが対象者の家族介護者へ調査依頼及び説明を実施し、書面による同意を得た上で、自記式質問紙を配布、回収は郵送法とした。介護者から310票を回収したが、記載不備な31票や介護者がケアマネジャーに希望し聞き取り調査が実施された25票を除外して、合計254票の有効回答が得られた(回収率98.1%、有効回答率80.3%)。アンケートによる調査項目は、新しく開発した試作版尺度の他に、要介護者の問題行動尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale[11, 12]（以下 DBD)）、既存の負担感尺度(ZBI)、介護者の基本的属性（性別や年齢など）、精神的健康尺度(General Health Questionnaire(GHQ)12項目版[19, 20, 21]）などである。加えて、ケアマネジャーから、要介護度や日常生活自立度（寝たきり度・JABC)、痴呆性老人の日常生活自立度（痴呆度）などの要介護者に関する基本的情報や、調査月の給付管理票と別表、及び平成13年8月～11月の間にアセスメントされたMDS-HCアセスメント表を収集した。

また調査を実施した5居宅介護支援事業者の内1事業所（横浜市内）の調査対象に、再テスト法を実施し、1回目調査の7日以後14日以内に同一評価者に対して試作版尺度への再回答を依頼した。第1回目の調査を回収した38名のうち、36名から再回答を回収し、すべての項目に回答していた33通を有効回答とした（回収率98.1%、有効回答率86.8%)。

2）試作版尺度の作成方法

アンケート調査で使用した試作版尺度は、本報告書1章のフォーカス・グループ・インタビューの結果を参考に、インタビューで得られた介護者の発話を活かして18項目にわたり作成した。「非常に当てはまる」(4点)から「全く当てはまらない」(0点）まで5件法で回答を求める形式の自記式質問表である。事前にプレテストとして三重県四日市市にある居宅介護支援事業者を利用する利用者の5名の介護者に実際に自宅を訪問し回答してもらい、その回答状況や意見を収集した。その結果をもとに、3人の研究者によって若干の語句の修正を行った。実際に使用した質問表は資料篇（3）を参照されたい。

3）分析方法

まず第1に今回作成した18項目に対し、探索的因子分析（主成分分析法・バリマックス回転）を用いて仮定した因子が再現されるかどうか、また削除すべき項目がないかを検討し、介護負担感・充実感尺度を作成した。

第2に、信頼性を検証するために、まず再現性