について、再テスト法により回収された 33 票について Intraclass Correlation Coefficient(ICC) を求めた。次に尺度を構成する質問項目の内的整合性を検討するために、各下位尺度別に Cronbach の α 係数を算出した。

第 3 に、妥当性検証のために同時的基準関連として、新尺度の介護負担感得点と ZBI の総得点、全体の負担感評価（5 件法）とのピアソンの相関係数の比較を行った。なお、ZBI は 22 項目の質問で構成され、負担度が大きいほど高得点になるように各質問の得点の総合計を算出するものである [1]。全体負担感評価項目は、ZBI の 22 問目に組み込まれ、Zarit 自身が「a single global burden」と定義した質問項目で、検証に使用されている。具体的には、全体として介護がどのくらい大変であるかを、「全く負担でない」から「非常に負担である」の 5 段階に回答させるものである [1]。

第 4 に、関連基準との妥当性を検証するため、要介護者の様態をストレッサーと捉え、問題行動と日常動作能力（ADL）の状況と痴呆評価の程度とのピアソンの相関係数を算出した。問題行動尺度は、Baumgarten らによって 1990 年に開発され、日本語版の妥当性信頼性も検証されている DBD を用いた [11, 12]。DBD は痴呆患者によく認められる行動異常について 28 項目にわたり、過去 1 週間における出現頻度を 5 段階に評価するものである。痴呆の評価については MDS アセスメント表より Cognitive Performance Scale（以後 CPS[14, 15, 16]）を用い、認知障害の程度を 6 段階に分類した。これは得点が高いほど痴呆の程度が重度であることを表す。また日常動作能力（ADL）については、同じくアセスメント表より算出される ADL ロングスケール [17, 18] 用いた。これは最高 28 点で得点が高いほど援助が必要なことを表す。

最後に、介護者のストレス反応と介護負担感・充実感との関連をみるため、精神的健康度、介護によるバーンアウト、介護継続意欲とのピアソンの相関係数を算出した。精神的健康度は、GHQ12 を用いた。これは 1972 年に Goldberg によって精神障害のスクリーニングテストとして開発され [19]、我が国でも中川ら [20]、大坊ら [21] によって信頼性・妥当性が検証されている。介護によるバーンアウトは「介護にうんざりして、落ち込んだり、カッとなったりする」、また介護継続意欲は、「本人の介護を最後まで続けたい」のそれぞれの質問文に対して「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」まで 5 段階に回答するもので、今回開発した尺度の中で質問されている。

## C. 結果

### 1）基本的属性

主介護者の年齢は 26 歳から 93 歳であり、平均年齢は、60.94 歳（S.D.=12.18）であった。性別は男性 55 名（21.7%）、女性 199 名（78.3%）であった。また要介護者との続柄は、配偶者が 116 人（45.7%）、実父母が 71 人（28.0%）、配偶者の父母が 59 人（23.2%）その他が 8 人（3.1%）であった。就業状況は、就業しているが 84 人（33.1%）、就業していないが 170 人（66.9%）であった。

要介護者の年齢は、50 歳から 106 歳であり、平均年齢は 78.45 歳（S.D.=9.77）であった。性別は男性 107 人（42.1%）、女性が 147 人（57.9%）だった。

### 2）因子分析による負担感充実感構造

介護負担感・充実感尺度 18 項目に対して、まず冗長性を排除するために項目間相関を算出し、0.80 以上の相関が見られないことを確認した上で、負担感反応の評価のための設問である介護継続意欲「本人の介護を最後まで続けたい」と、介護バーンアウト「介護にうんざりして落ち込んだりカッとなったりする」の 2 問を抜いた 16 項目を主成分分析法・バリマックス回転による因子分析を行った。その結果、固有値 1 以上の 4 因子が抽出されたが、解釈可能な解を得ることができなかったため、再度、因子数を 3 として分析を行った。次に、因子負荷が低い項目や、複数の因子に

高い因子負荷を有する項目、そして極端に共通性が低い（0.4以下）項目を除外し、最終的に12項目を選択した。（表1）

第1因子は、4つの質問から構成され、介護に拘束されることによる身体的精神的束縛感や、社会的制約感などと解釈し、「制約感・束縛感」と命名した（表1）。

第1因子は、4つの質問から構成され、介護に取り組む中で、要介護者や周辺と人間関係が悪化したり、サービスの利用が難しくなったりといった介護者の社会的な孤立状況への評価と解釈し、「孤立感」と命名した（表1）。

第3因子は、4つの質問から構成され、介護に取り組む中で、達成感や技術の向上などをポジティブな介護状況の評価と解釈し、「充実感」と命名した（表1）。

それぞれの質問項目に0点～4点の素点を合計した測定得点と、因子分析により得られた因子得点との相関は、制約感・束縛感が、0.953、孤立感が0.937、充実感が0.989であった($p<0.01$)。

**3）再現性・内的整合性**

再テスト法による再現性検証については、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であった（表2）。

また尺度を構成する質問項目の内的整合性についての 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であった（表1）。

**4）既存負担感尺度ZBIとの相関**

ZBIと新尺度の負担感得点とのピアソンの相関係数は、0.804であり、十分に高かった。また全体評価項目との相関もZBIが0.694、今回の負担感得点が0.616であり、同程度であった($p<0.01$)（表3）。

**5）ストレッサー、ストレス反応との関連**

まずストレッサーに関する結果について、DBDとの相関は、孤立感0.641、制約感・束縛感0.345と有意な関連が見られた（$p<0.01$）（表4）。

ADLとCPSとの関連は、-0.149～0.243と統計的には有意な差もあるが、さらに詳細に検討するため、CPSの得点を3段階に分類し、痴呆の程度を層別にした上で、ADLとの相関係数を算出した。その中では、特に痴呆重度群（n=81）のADLと孤立感の相関が-0.365とADL得点が高くなるに従って、孤立感スコアが低くなる傾向が見られた（$p<0.01$）（表4）。また痴呆なし群（n=89）のADL得点と制約感・束縛感との相関係数は0.374でADL得点が高くなるに従って制約感・束縛感も高まる傾向にあった（$p<0.01$）（表4）。

次にストレス反応に関する結果については、GHQ12との相関は、孤立感と0.383、制約感・束縛感と0.444と有意な関連がみられたが、充実感とは関連が無かった。また介護バーンアウトとの相関は、孤立感が0.563、制約感・束縛感0.667と双方の得点と有意な関連があったが、充実感との関連はなかった（$p<0.01$）（表4）。最後に、介護継続意欲との相関は、制約感・束縛感とは関連が無かったが、孤立感とは-0.279、充実感と0.552と有意に関連があった（$p<0.01$）（表4）。

## D. 考察

因子分析の結果、負担感・充実感は「制約感・束縛感」「孤立感」「充実感」の3つの因子構造かに解釈できることが確認された。そして合計得点の算出方法について、それぞれの回答の素点を合計した測定得点と因子分析によって得られた因子得点との間に、0.9以上の高い相関がみられたことを確認し、下位尺度として「制約感・束縛感」（0点～16点）、「孤立感」（0点～16点）、充実感（0点～16点）を算出できる介護負担感・充実感尺度を作成した。そして下位尺度の「制約感・束縛感」得点と「孤立感」得点との和を負担感得点とすることとした。

信頼性については、再テスト法による再現性も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、尺度を構成するそれぞれの質問項目数4

問と少ないにも関わらず十分に高いと考えられた。従って、本研究で作成した介護負担感・充実感尺度は本調査データにおける信頼性、因子的妥当性は高いと考えられる。

また、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。今回の尺度が海外で開発されたZBIとほぼ一致する結果を得られることが確認できた。その上、我が国の介護実情に即した内容になり、質問項目数が削減され、簡便化に一定の成果を得たと考える。

次にストレッサー、ストレス反応との関連については、おおむね妥当な結果を得られた。

まずストレッサーについては、問題行動(DBD)との関連は2つの負担感下位尺度との関連が高く、特に、「孤立感」との相関は、0.641と「制約感・束縛感」と比較して高かった。また痴呆の程度とADLとのそれぞれの相関係数はそれほど高くなかった。これは要介護者の身体的精神的様態が多様なため、同じ痴呆であってもADLが自立している場合と、全面介助の場合とは負担感は全く異なり、直線的な関連ではないためと考えられた。そこで痴呆の程度を層別にし、ADLとの相関を算出したところ、特に痴呆重度群(n=81)のADLと孤立感の相関が−0.365とADL介助の程度が高くなるに従って、孤立感スコアが低くなること、また痴呆なし群(n=89)のADL得点と制約感・束縛感との相関係数は0.374でADL介助の度合いが高くなるに従って制約感・束縛感も高まる傾向にあることがわかった。既存文献においても身体・精神的状態の測定方法が異なるため一致した知見が得られていない[7, 23]が、少なくとも本調査データでは、痴呆の程度とADLとそれぞれ直線的な負担感・充実感との関連と捉えず、痴呆の程度や身体的なADLの状況から要介護者を分類し、介護負担感・充実感の推移について詳細に検討する必要性が示唆された。

最後に、ストレス反応との関連については、精神的健康度(GHQ12)とは負担感の2つの下位尺度で0.383、0.444で同程度の正の相関が見られた。また介護によるバーンアウト項目とも、0.564、0.667と同程度の正の相関が見られ妥当な結果を得られた。さらに介護継続意欲との関連は、充実感で0.552と、充実感得点が高いほど介護継続意欲も高い傾向が見られ、妥当な結果と考えられる。

## E. 結論

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。フォーカス・グループ・インタビューの発話に基づいて、18項目の試作版尺度を作成し、探索的因子分析を行い、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」のそれぞれ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・妥当性を検証した結果、再現性、内的整合性とも十分な信頼性が確認され、また関連基準との関連による妥当性も十分であることがわかった。

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。

## F. 文献

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

2) Zarit SH, Zarit JM : The Memory and Behavior Problems Checklist-1987R and the Burden Interview. Pennsylvania University, Philadelphia 1987

3) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosciences 1997 ; 51 : 158-164

4) 荒井由美子：Zarit介護負担スケール日本語版

の応用．医学のあゆみ 1998；186：930-931
5) Arai Y, Washio M：Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. Aging and Mental Health 1999；3：158-164
6) Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K：Undue concern for others' opinions deter caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. Int J Geriat Psychiatry 2000；15：961-968
7) 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
8) 浜村明徳：地域リハ諸活動の実際 澤村誠志監修「地域リハビリテーション白書'93」．1993；43-59
9) 坂田周一：在宅痴呆性老人の家族介護者の継続意思．社会老年学 1989；29：37-43
10) 斉藤恵美子，國崎ちはる，金川克子：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討．日本公衛誌 2001；48(3)：180-188
11) Lawton MP, Kleban MH, Moss M, et al：Measuring caregiving appraisal. Journal of Gerontology 1989；44：61-71
12) Baumgarten M, Becker R, Gautheier S：Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. J Am Geriatric Soc 1990；38：221-226
13) 溝口環，飯島節，江藤文夫，他：DBD スケール（Dementia Behavior Disturbance Scale）による老年期痴呆患者に行動異常評価に関する研究．日本老年医学会雑誌 1993；30(10)：835-840
14) Morris JN, Fries BF, Mehr DR, Hawes C, et al：MDS Cognitive Performance Scale. J Gerontol, 1994；49：M174-182
15) 山内慶太，池上直己：介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale (CPS)の信頼性と妥当性—．老年精神医学雑誌 1999；10(8)：943-952
16) 山内慶太，池上直己：包括的アセスメントにおける痴呆の評価と活用の仕方 MDS 方式の場合．看護学雑誌 2001；65(12)：1121-1126
17) Morris JN, Fries BF, Steel K, et al：Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting Applicability of the MDS-HC. Clinical Assessment in the Community 1997；45(8)：1017-1024
18) Landi F, Tua E, Onder G, et al：Minimum Date Set for Home Care —A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community — Medical Care 2000；38(12)：1184-1192
19) Goldberg, DP：The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychiatric illness. Oxford University Press, London, 1972
20) 中川泰彬，大坊郁夫：日本版 GHQ 精神健康調査票＜手引＞．日本文化科学社 1985；19-33
21) 大坊郁夫，中野星：日本版 GHQ 短縮版の有効性．日本心理学会第 51 回大会発表論文集 1987；737
22) 福西勇夫：日本版 General Health Questionnaire(GHQ)の cut-off point．臨床心理 1990；3(3)：228-234
23)安部幸志：主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレッサーおよびうつ気分との関連について．老年社会科学 2001；23(1)：40-49

## G. 表一覧

**表1　介護負担感・充実感に関する尺度 の因子分析結果※**

| | 因子負荷量 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 因子1 | 因子2 | 因子3 | 共通性 |
| **孤立感(α=.757)** | | | | |
| 介護のことで家族や兄弟に遠慮したり言い争いしたりする | 0.052 | 0.65 | −0.15 | 0.448 |
| お世話するたびに、本人に嫌がられてつらい | 0.151 | 0.798 | 0.07 | 0.665 |
| 本人の困った行動や性格の変化に振り回される | 0.334 | 0.692 | 0.031 | 0.592 |
| 本人が介護サービス利用や通院を嫌がるので困る | 0.25 | 0.73 | 0.158 | 0.62 |
| **制約感・束縛感(α=.744)** | | | | |
| 介護に費用がかかって困る | 0.617 | 0.324 | −0.105 | 0.497 |
| 本人のことが気になって熟睡できない | 0.749 | 0.235 | −0.14 | 0.636 |
| 介護がいつまで続くのか、先行きが不安だ | 0.772 | 0.29 | 0.023 | 0.681 |
| 介護に時間が取られて外出や仕事が思うようにできない | 0.728 | 0.036 | 0.074 | 0.537 |
| **充実感(α=.725)** | | | | |
| 介護の専門的なことについて相談できる人がいる | 0.246 | −0.072 | 0.669 | 0.513 |
| 上手なお世話の方法を工夫したり学んで介護をしている | −0.058 | 0.15 | 0.8 | 0.665 |
| 介護の経験は人間として、私の成長につながった | −0.038 | −0.056 | 0.803 | 0.65 |
| 介護は私の役割だと前向きに受け止めている | −0.367 | 0.0469 | 0.661 | 0.574 |
| 固有値 | 3.568 | 2.293 | 1.216 | |
| 寄与率（%） | 20.571 | 19.587 | 18.832 | |
| 累積寄与率（%） | 20.571 | 40.158 | 58.981 | |

注）主成分分析法・バリマックス回転　　注）α＝Cronbach の α 係数

**表2　再テスト法による再現性信頼係数**

| | | ICC |
|---|---|---|
| **各質問項目** | 介護のことで家族や兄弟に遠慮したり言い争いしたりする | 0.7 |
| | お世話するたびに、本人に嫌がられてつらい | 0.684 |
| | 本人の困った行動や性格の変化に振り回される | 0.76 |
| | 本人が介護サービス利用や通院を嫌がるので困る | 0.815 |
| | 介護に費用がかかって困る | 0.813 |
| | 本人のことが気になって熟睡できない | 0.638 |
| | 介護がいつまで続くのか、先行きが不安だ | 0.766 |
| | 介護に時間が取られて外出や仕事が思うようにできない | 0.659 |
| | 介護の専門的なことについて相談できる人がいる | 0.69 |
| | 上手なお世話の方法を工夫したり学んで介護をしている | 0.699 |
| | 介護の経験は人間として、私の成長につながった | 0.723 |
| | 介護は私の役割だと前向きに受け止めている | 0.664 |
| **測定尺度** | 負担感（０点～３２点） | 0.838 |
| | 孤立感(0点～16点) | 0.829 |
| | 制約感・束縛感(0点～16点) | 0.782 |
| | 充実感(0点～16点) | 0.796 |

ICC＝Intraclass Correlation Coefficient

**表3 既存尺度との比較**

| | | ZBI スコア | 介護負担感スコア |
|---|---|---|---|
| 全体評価項目 | 全体として負担感（5段階） | 0.694** | 0.616** |
| 既存尺度 | Zarit Burden Interview | 1 | 0.804** |

注）負担感スコア＝孤立感得点＋制約感・束縛感得点
注）** P<0.01　* P<0.05

**表4 ストレッサーストレス反応との相関**

| | | 介護負担感・充実感に関する認知評価 | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 孤立感 | 制約感・束縛感 | 充実感 |
| ストレッサー | DBD（問題行動尺度） | 0.641** | 0.345* | 0.16 |
| | MDS-ADL | -0.149** | 0.220* | 0.243* |
| | CPS | 0.088 | 0.207* | 0.161* |
| CPS 層別 | MDS-ADL | | | |
| | 痴呆なし群（n=89） | -0.038 | 0.374** | 0.211* |
| | 痴呆軽度・中度(n=83) | -0.206 | 0.185 | 0.16 |
| | 痴呆重度以上(n=81) | -0.365** | -0.082 | 0.273* |
| ストレス反応 | GHQ12 | 0.383** | 0.444** | -0.058 |
| | 介護バーンアウト（5段階） | 0.564* | 0.667* | -0.08 |
| | 介護継続意欲 | -0.279** | -0.066 | 0.552** |

N=254
CPS層別（痴呆なし=CPS（0, 1）、痴呆軽度重度=CPS（2, 3）痴呆重度以上=CPS（4, 5, 6））

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

# 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

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

本年度に開発した新しい介護負担感・充実感と用いて、要介護者特性、家族介護者特性との関連及び、現在利用している介護サービスとの関連を明らかにした。

まず介護者特性と関連があった項目は、性別、年齢、続柄、就業の有無、介護時間であった。今回、介護負担感を２つの下位尺度（束縛感と孤立感）を各々に把握したことにより、就業している介護者の方が、束縛感得点が低いこと、介護者の年齢が低いほど介護に伴う孤立感は高く感じられることや、続柄は束縛感には差がないが、孤立感には差があることなどがわかった。また要介護者特性と関連があった項目は、性別、要介護度、痴呆評価、日常動作能力、問題行動の有無（徘徊、暴言、暴行、社会的に不適切な行動、ケアに対する抵抗）、問題行動尺度であった。このことから要介護者の身体的精神的状況や、痴呆に伴う問題行動は、介護負担感（孤立感、束縛感）への大きなストレッサーとなっていることが明らかとなった。今回の結果を踏まえ、それぞれの要介護者の様態、介護者の負担感得点に応じた、ケアマネジャーによる介護負担感軽減への介入の必要性が示唆された。

最後に介護サービスの利用状況との関連では、訪問サービス系の利用者の充実感が優位に高かった。また、通所系のサービスでは、通所介護の利用者が、孤立感得点が高いことや、短期入所の利用者が孤立感、束縛感とも得点が高いことが認められた。しかし、介護サービスの利用による軽減効果は、今回の横断面の調査による分析では因果関係は明確にできない。地域における継続的な介護負担感・充実感の測定と、それに対する積極的な介入研究による負担感軽減の効果検証が必要と考える。

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、介護負担感や介護充実感が要介護者の特性、家族介護者の特性や介護サービスによってどのように影響されているかを把握する必要があり、特に痴呆症状がある場合には重要である。

そこで本章では、本報告書の２節において開発した新しい介護負担感・充実感と用いて、要介護者特性、家族介護者特性との関連及び、現在利用

している介護サービスとの関連を明らかにすることを目的とした。

要介護者特性との関連に関する報告や、家族介護者特性に関する報告は既存の研究でもみられる[1)2)]が、実際の介護保険下で利用している介護サービスとの関連に関する報告はない。むしろ過去の1年の介護サービスや地域資源の利用といった直接に介護負担感に影響しているかに必ずしも明らかとはいえない報告もある[2)]。そこで今回の報告では、今回の調査で得られた様々な要介護者の特性と、家族介護者の特性、及び、調査当月に利用した介護サービスとの関係を明らかにした。

## B. 研究方法

### 1）調査対象と方法

本章の分析に資料したデータは2節の尺度開発調査と同じ調査である。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通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通を除外して、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%)。

質問紙による調査項目は、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[3) 4)]（以下 DBD)）、既存の負担感尺度(ZBI)[5) ~10)]、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[11)12)13)]）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。このアセスメント表から、痴呆の評価については Cognitive Performance Scale(以後 CPS[14, 15, 16)])を算出し、痴呆なし(0,1)、痴呆の軽中程度(2, 3)、重度以上(4, 5, 6)の3段階に分類した。また日常動作能力（ADL）については、同じくアセスメント表より算出される ADL ロングスケール[17) 18)]用い、9点以下を自立群、10点以上19以下を中程度介助群、20点以上28点以下を全面介助群とした。

### 2）分析方法

今回の分析では、介護者対象のアンケート調査から、負担感・充実感得点算出し、それぞれの介護者特性、要介護者特性、介護サービスの利用の有無によって、その負担感（束縛感得点・孤立感得点）と充実感の平均得点に差があるのかどうかを検証した。負担感・充実感得点の算出方法については資料編や2節を参照されたい。

まず、第1に家族介護者の特性としては、性別、年齢、就業の有無、続柄、世帯人数、副介護者の有無、介護期間、1週間あたりの介護時間、GHQ12との関連をみた。これらのデータは、介護時間以外、自記入式アンケートにより情報収集されたものである。1週間あたりの介護時間は、ケアマネジャーが MDS-HC 受付相談表に記入したものである。

第2に要介護者特性としては、まず、性別、年齢、要介護度、痴呆評価（CPS)、日常動作能力（ADL ロングスケール)、MDS－HC でアセスメントされている問題行動の有無（徘徊、暴言、暴行、社会的不適切な行為、ケアに対する抵抗）と自記入式問題行動尺度（DBD）との関連をみた。DBD のみ、家族介護者による自記式アンケートから情報を得たが、その他は、MDS-HC アセスメント表や既存資料などから情報を得た。

第3に、介護サービスの利用については、給付管理票から調査当月に利用した介護サービスの種類を把握し、介護負担感・充実感との関連をみ

た。

統計検定は、2群比較は独立したT検定を実施し、また3群以上の比較はサンプル数が多く等分散性が仮定される場合は一元配置の分散分析を実施した。一方でサンプル数が小さい調査項目については、ウィルコクソン法による検定を行った。検定結果は有意水準を各々の表に記載した。

## C. 結果

### 1）基本的属性

主介護者の年齢は26歳から93歳であり、平均年齢は、60.94歳（S.D.=12.18）であった。性別は男性55名（21.7%）、女性199名（78.3%）であった。また要介護者との続柄は、配偶者が116人（45.7%）、実父母が71人（28.0%）、配偶者の父母が59人（23.2%）その他が8人（3.1%）であった。就業状況は、就業しているが84人（33.1%）、就業していないが170人（66.9%）であった。

要介護者の年齢は、50歳から106歳であり、平均年齢は78.45歳（S.D.=9.77）であった。性別は男性107人（42.1%）、女性が147人（57.9%）だった。

### 2）主介護者要因と負担感充実感との関連

性別については、孤立感が有意に女性の方が4.44と高く、束縛感、充実感には差がなかった（P<0.05）（表1）。

また年齢についても孤立感得点において、主介護者の年齢が若いほど孤立感得点が高くなるという傾向がみられた（P<0.001）（表1）が、束縛感、充実感には差がなかった。

就業している介護者の束縛感得点が7.58と低い傾向がある（P<0.05）（表1）が、孤立感や充実感には差が無かった。

要介護者との続柄をみてみると、孤立感得点で、配偶者の親を介護している介護者が6.00と最も高く、続いて自分の親4.27、配偶者3.16の順となった（P<0.001）（表1）が、束縛感、充実感には差がなかった。

世帯人数、副介護者の有無、介護期間については、束縛感、孤立感、充実感とも差がなかった。介護期間と束縛感・孤立感・充実感のピアソンの相関係数でみても、−0.057〜0.098と相関はなかった。

介護時間との関連をみてみると、束縛感との間に優位な差がみられた（P<0.05）（表1）。特に週で51時間〜75時間の群がもっとも束縛感得点が高かった（表1）。この介護時間と束縛感・孤立感・充実感とのピアソンの相関係数をみてみると、束縛感と0.234（P<0.01）、孤立感と0.03、充実感と0.10と、介護時間を層別にした分散分析の結果と一致し、束縛感のみが介護時間と関連していることが示唆された。

GHQ12では、3点と4点をカットオフポイントと設定することが報告されている[12)13)]ことから、それに従って2群に分類した結果、GHQスコア高い群のほうが束縛感9.74、孤立感5.11と、優位に高いことが明らかになった（P<0.001）（表1）。充実感とは関連がなかった。GHQ12とのピアソンの相関係数でみてみても、束縛感とが0.444（P<0.01）、孤立感とが0.383（P<0.01）、充実感とが−0.58と層別の検定結果と一致した。

### 3）要介護者要因と負担感充実感との関連

性別は、男性を介護している介護者の充実感のほうが若干高い（P<0.05）（表2）という傾向がみられるが負担感には差がなかった。また要介護者の年齢による差もなかった。要介護度は束縛感と充実感とに関連がみられ、（P<0.001）（表2）要介護度が上がるにつれて束縛感が増す傾向、また充実感も同様の傾向が見られた。

また痴呆評価（CPS）、日常動作能力（ADLロングスケール）では、3つの下位尺度すべてに有意な差がみられた（表2）。CPS得点が高得点群になるに従って、束縛感得点が増していく傾向がみられるが（P<0.001）（表2）、孤立感、充実感については、直線的な差の傾向というよりも、痴呆がむしろ中程度の時もっとも得点が高くなる傾向がある。（表2）。これはADLロングスケールでも同様で、束縛感・充実感については、ADL

得点が高くなるほど、束縛感得点、充実感得点も高くなる傾向が見られるが、孤立感については直線的な関係はみられず、むしろ、ADL 得点が高くなると、孤立感得点が低くなった（P<0.05）（表2）。

また痴呆による問題行動との関連をみてみると、徘徊、暴言、社会的に不適切な行動、ケアに対する抵抗の項目で、行動有群の束縛感、孤立感得点が高かった（表 2）。暴行については孤立感のみ行動あり群の得点が高かった。次に DBD スケールを 4 群に分類したところ、束縛感、孤立感とも問題行動（DBD）得点が高くなるにつれて、得点が高くなる傾向がみられた。ピアソンの相関係数を算出すると、孤立感とは 0.641（P<0.01）、束縛感とは 0.345（P<0.05）と層別の検定結果と一致する結果が得られた。

**4）介護サービス利用状況と介護負担感・充実感の関連**

まず、訪問サービス系と、束縛感、孤立感、充実感との関連をみてみると、訪問入浴の利用者は孤立感得点が低く（P<0.01）（表 3）、充実感得点が若干高い傾向（P<0.05）（表 3）がみられた。また訪問介護においても利用者の充実感得点が高かった（表 3）。その他の訪問系サービスでは束縛感、孤立感、充実感とも関連が見られなかった。

次に通所系のサービスとの関連をみてみると、通所介護の利用者は、非利用者 3.85 と比較して、孤立感得点が 4.73 と高い傾向（P<0.05）（表 3）がみられた。その他の通所系サービスとの関連はみられなかった。

最後に短期入所の利用との関連をみてみると、利用者は束縛感 9.62、孤立感 4.91 だが、非利用者は、束縛感 7.82、孤立感 3.92 と、利用者の得点が高い傾向がみられた（表 3）。充実感には利用、非利用による差はなかった。

## D. 考察

**1）主介護者要因と負担感充実感との関連**

本研究において主介護者の特性として介護負担感と関連があった項目は、性別、年齢、続柄、就業、介護時間であったが、既存研究では続柄や年齢、性別、副介護者の有無などは関連がないという報告もあり[2]一致した見解は得ていない。今回の結果は、開発した新尺度が、従来の尺度と比較して、孤立感得点という人間関係要因を下位尺度として含んだものになっているためとも考えられる。しかし、今回、介護負担感を束縛感と孤立感とに別々に把握したことにより、主介護者の特性が、介護負担感のどの側面に影響を及ぼすのかについて新しい知見が得られたと考える。例えば、年齢が低いほど介護に伴う孤立感は高く感じられることや、続柄は束縛感には差がないが、孤立感には差があったなどである。

また、痴呆のある要介護者の介護者は抑うつ状態に陥りやすいことや、精神的健康状態が悪いことが既存研究で報告されているが[14)~16)]、今回の調査でも GHQ 得点の差が有意となり、同様の結果を得た。要介護者のみならず、主介護者の精神的状況の把握がケア現場でも求められていることが確認された。

**2）要介護者要因と負担感充実感との関連**

Zarit は痴呆性高齢者の身体、精神的症状は負担には影響を及ぼさず、家族との接触度の方が大きな影響を及ぼすと報告しているが、[5) 6)]、反対に要介護者の身体的精神的状況が介護負担感に影響を及ぼすという研究も数多く存在しており一定の見解を得ていない。例えば、日常動作能力（ADL）[22)]や問題行動の程度[23) 24)]介護者の年齢[25)]など様々な要因が指摘されている。今回の研究でもこれらの要因の多くをむしろ再確認する結果となった。特に日常動作能力（ADL ロングスケール）と痴呆評価（CPS）で優位な負担感得点の差があったことや、DBD スケールや MDS-HC でアセスメントされた 5 つの問題行動の有無との関連から、詳細に、痴呆による問題行動と負担感との関連が明らかになった。これらの結果から、痴呆高齢者を抱える家族の介護負担感の軽減が政策的にもケア現場でも重要であることがわかった。

### 3）介護サービス利用状況と介護負担感・充実感の関連

今回のデータは調査当月の給付管理票から得た結果であり、既存文献[1) 2)]にあるような過去１年の社会資源の利用といったデータではない。しかし既存文献[2)]と一致する結果となったのは、短期入所の利用者が高い束縛感得点を有していたことである。高い負担の状態から短期入所の利用につながるということが読み取れるが、因果関係については時系列的な調査が必要を考える。

また通所系のサービスの通所介護も、孤立感得点が高い人が利用している、つまり利用者の介護者の得点が非利用者と比べて高いという結果が得られ、短期入所と同様、利用の因果について今後の検討が必要と考える。

最後に、訪問系のサービスである訪問入浴と訪問介護では、反対に利用者の介護負担感が軽く、介護充実感が高いという結果が得られ、唯一介護充実感に影響を与える介護サービスとしてその意義やその意味をさらに詳細に明らかにする必要がある。

## E. 結論

以上、本年度に開発した新しい介護負担感・充実感と用いて、要介護者特性、家族介護者特性との関連及び、現在利用している介護サービスとの関連を明らかにした。

まず介護者特性と関連があった項目は、性別、年齢、続柄、就業の有無、介護時間であった。今回、介護負担感を２つの下位尺度（束縛感と孤立感）を各々に把握したことにより、就業している介護者の方が、束縛感得点が低いこと、年齢が低いほど介護に伴う孤立感は高く感じられることや、続柄は束縛感には差がないが、孤立感には差があることなどがわかった。また要介護者特性と関連があった項目は、性別、要介護度、痴呆評価、日常動作能力、問題行動の有無（徘徊、暴言、暴行、社会的に不適切な行動、ケアに対する抵抗）、問題行動尺度であった。このことから要介護者の身体的精神的状況や、痴呆に伴う問題行動は、介護負担感（孤立感、束縛感）への大きなストレッサーとなっていることが明らかとなった。今回の結果を踏まえ、それぞれの要介護者の様態、介護者の負担感得点に応じた、ケアマネジャーによる介護負担感軽減への介入の必要性が示唆された

最後に介護サービスの利用状況との関連では、訪問サービス系の利用者の充実感が優位に高かった。また、通所系のサービスでは、通所介護の利用者が、孤立感得点が高いことや、短期入所の利用者が孤立感、束縛感とも得点が高いことが認められた。しかし、介護サービスの利用による軽減効果は、今回の横断面の調査による分析では因果関係は明確にできない。地域における継続的な介護負担感・充実感の測定と、それに対する積極的な介入研究が必要と考える。

## F. 文献


1）吉田久美子、南好子、黒田研二：要介護高齢者の介護者の負担感とその関連要因．社会医学研究 1997；15：7-13

2）緒方泰子、橋本廸生、乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衛誌 1999；47（4）：307-317

3）Baumgarten M, Becker R, Gautheier S：Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. J Am Geriatric Soc 1990；38：221-226

4）溝口環，飯島節，江藤文夫，他：DBD スケール（Dementia Behavior Disturbance Scale）による老年期痴呆患者に行動異常評価に関する研究．日本老年医学会雑誌 1993；30(10)：835-840

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

6）Zarit SH, Zarit JM：The Memory and Behavior Problems Checklist-1987R and the Burden Interview. Pennsylvania University, Philadelphia 1987

7）Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al：Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosciences 1997；51：158-164

8）荒井由美子:Zarit 介護負担スケール日本語版の応用．医学のあゆみ 1998；186：930-931

9）Arai Y, Washio M：Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. Aging and Mental Health 1999；3：158-164

10) Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K：Undue concern for others' opinions deter caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. Int J Geriat Psychiatry 2000；15：961-968

11) Goldberg, DP：The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychiatric illness. Oxford University Press, London, 1972

12) 中川泰彬，大坊郁夫：日本版 GHQ 精神健康調査票＜手引＞．日本文化科学社 1985；19-33

13) 大坊郁夫，中野星：日本版 GHQ 短縮版の有効性．日本心理学会第 51 回大会発表論文集 1987；737

14) Morris JN, Fries BF, Mehr DR, Hawes C, et al：MDS Cognitive Performance Scale. J Gerontol, 1994；49：M174-182

15) 山内慶太，池上直己：介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale (CPS)の信頼性と妥当性—. 老年精神医学雑誌 1999；10(8)：943-952

16) 山内慶太，池上直己：包括的アセスメントにおける痴呆の評価と活用の仕方 MDS 方式の場合．看護学雑誌 2001；65(12)：1121-1126

17) Morris JN, Fries BF, Steel K, et al：Comprehensive clinical assessment in community setting applicability of the MDS-HC. Clinical Assessment in the Community 1997；45(8)：1017-1024

18) Landi F, Tua E, Onder G, et al：Minimum Date Set for Home Care —A valid instrument to assess frail older people living in the community. Medical Care 2000；38(12)：1184-1192

19) 横山美江、清水忠彦、早川和生ほか：在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因．日本公衛誌 1992；39：777-783

20) 藤田利治、石原伸哉、増田典子ほか：要介護老人の在宅介護継続の疎外要因についてのケース・コントロール研究．日本公衛誌 1992；39：687-695

21) 土井由利子、尾形克巳：痴呆症状を有する在

宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究．日本公衛誌 2000；47：32-45
22）山岡和枝：他．ねたきり老人の介護人の負担度－--時元尺度構成の試み－．日本公衛誌 1986；33（6）279-284
23）山岡和枝：在宅ねたきり老人介護負担度評価尺度．日本公衛誌 1987；34（5）：215-224
24）中谷陽明、他：家族介護綾者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－．社会老年学 1989；No.29：27-36
25）横山美江、他：在宅要介護老人の介護者における健康状態と関連する介護環境要因．日本公衛誌 1992；39（10）：777-783

## G. 表一覧

表 1. 介護者特性と束縛感・孤立感・充実感

| 特性項目 | | n | 束縛感 平均得点(SD) | 束縛感 検定 | 孤立感 平均得点(SD) | 孤立感 検定 | 充実感 平均得点(SD) | 充実感 検定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 55 | 8.55(3.64) | | 3.27(3.26) | * | 9.82(3.68) | |
| | 女性 | 199 | 8.30(3.43) | | 4.44(3.73) | | 10.51(3.21) | |
| 年齢 | 54 歳以下 | 77 | 8.14(3.19) | | 5.25(4.08) | | 10.36(3.02) | |
| | 55～69 歳 | 102 | 8.14(3.49) | | 4.04(3.39) | ### | 10.86(3.09) | |
| | 70 歳以上 | 75 | 8.85(3.71) | | 3.31(3.32) | | 9.68(3.81) | |
| 就業 | ある | 84 | 7.58(3.36) | * | 4.62(3.89) | | 10.39(3.27) | |
| | なし | 170 | 8.73(3.47) | | 3.98(3.53) | | 10.35(3.35) | |
| 続柄 | 配偶者 | 116 | 8.89(3.64) | | 3.16(3.24) | | 10.53(3.68) | |
| | 自分の親 | 71 | 7.54(3.39) | | 4.27(3.58) | ### | 10.46(3.48) | |
| | 配偶者の親 | 59 | 8.44(2.85) | | 6.00(3.91) | | 9.78(2.41) | |
| | その他 | 8 | 7.13(4.73) | | 5.00(3.25) | | 11.25(1.67) | |
| 世帯人数 | 2 人以下 | 61 | 8.43(3.60) | | 3.54(3.41) | | 10.25(3.49) | |
| | 3～4 人 | 98 | 8.18(3.66) | | 3.97(3.27) | | 10.31(3.39) | |
| | 5 人 | 95 | 8.47(3.21) | | 4.83(4.10) | | 10.49(3.16) | |
| 副介護者 | あり | 178 | 8.30(3.48) | | 4.30(3.91) | | 10.61(3.16) | |
| | なし | 76 | 8.47(3.47) | | 3.92(3.00) | | 9.79(3.63) | |
| 介護期間 | 0~半年 | 23 | 7.22(3.07) | | 3.17(3.35) | | 9.78(3.85) | |
| | 半年～1 年 | 30 | 7.87(3.89) | | 4.33(4.10) | | 10.63(3.41) | |
| | 1～3 年 | 78 | 8.55(3.35) | | 4.85(3.64) | | 10.12(2.80) | |
| | 3～5 年 | 46 | 8.11(3.48) | | 4.09(3.70) | | 10.24(3.48) | |
| | 5 年以上 | 77 | 8.82(3.51) | | 3.83(3.53) | | 10.75(3.54) | |
| 介護時間／週 | 0～25 時間 | 88 | 7.50(3.17) | | 3.85(3.45) | | 10.01(3.33) | |
| | 26～50 時間 | 107 | 8.59(3.64) | # | 4.26(3.80) | | 10.44(3.35) | |
| | 51～75 時間 | 22 | 9.82(3.36) | | 5.18(3.69) | | 10.32(3.51) | |
| | 76～100 時間 | 9 | 8.44(3.97) | | 4.00(5.39) | | 11.67(4.09) | |
| | 101 時間以上 | 28 | 8.93(3.24) | | 4.25(3.18) | | 10.79(2.81) | |
| GHQ | 0～3 | 140 | 7.22(3.21) | *** | 3.11(2.96) | *** | 10.34(3.42) | |
| | 4～12 | 114 | 9.74(3.29) | | 5.11(4.00) | | 10.39(3.22) | |

(*;P<0.05 **;P<0.01 ***;P<0.001) (#;P<0.05 ##;P<0.01 ###;P<0.001)

(*はウィルコクソン法による検定、#は一元配置の分散分析による検定)

表２．要介護者と束縛感・孤立感・充実感

| 特性項目 | | n | 束縛感 平均得点(SD) | 束縛感 検定 | 孤立感 平均得点(SD) | 孤立感 検定 | 充実感 平均得点(SD) | 充実感 検定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 性別 | 男性 | 107 | 8.38(3.75) | | 3.40(3.30) | | 10.74(3.64) | + |
| | 女性 | 147 | 8.33(3.27) | | 4.76(3.80) | | 10.09(3.05) | |
| 年齢 | 69 歳以下 | 49 | 8.61(3.57) | | 3.27(3.76) | | 10.84(4.00) | |
| | 70～84 歳 | 127 | 8.57(3.61) | | 4.27(3.88) | | 10.15(3.20) | |
| | 85 歳以上 | 78 | 7.83(3.16) | | 4.64(3.13) | | 10.41(3.06) | |
| 要介護度 | 1 | 43 | 5.98(2.59) | | 3.74(3.20) | | 8.74(3.49) | |
| | 2 | 55 | 7.60(3.71) | | 4.51(3.59) | | 10.53(3.18) | |
| | 3 | 50 | 8.80(3.24) | ### | 4.86(4.12) | | 9.96(3.46) | ### |
| | 4 | 46 | 9.91(3.08) | | 4.76(4.00) | | 10.50(3.11) | |
| | 5 | 60 | 9.17(3.32) | | 3.22(3.19) | | 11.60(2.90) | |
| 痴呆評価 (CPS) | 痴呆なし(0,1) | 89 | 7.16(3.39) | | 3.21(3.08) | | 10.26(3.59) | |
| | 軽・中程度 (2,3) | 83 | 8.90(3.23) | ### | 4.96(3.84) | ## | 9.71(3.40) | # |
| | 重度以上 (4,5,6) | 81 | 9.12(3.49) | | 4.46(3.87) | | 11.12(2.79) | |
| 日常動作能力 (MDS-ADL) | 自立(0～9) | 137 | 7.65(3.31) | | 4.66(3.66) | | 9.91(3.18) | |
| | 中(10～19) | 59 | 8.97(3.65) | ## | 4.08(3.85) | # | 10.19(3.77) | ## |
| | 全面介助(20～28) | 58 | 9.38(3.34) | | 3.19(3.28) | | 11.62(2.86) | |
| ・問題行動 | | | | | | | | |
| 徘徊 | あり | 20 | 10.00(2.90) | * | 7.40(3.25) | *** | 9.55(2.52) | |
| | なし | 234 | 8.21(3.49) | | 3.91(3.56) | | 10.43(3.38) | |
| 暴言 | あり | 23 | 11.26(3.21) | *** | 8.65(3.24) | *** | 9.87(3.20) | |
| | なし | 231 | 8.06(3.37) | | 3.74(3.39) | | 10.41(3.34) | |
| 暴行 | あり | 9 | 10.22(3.67) | | 9.22(4.82) | *** | 9.00(3.84) | |
| | なし | 245 | 8.28(3.45) | | 4.00(3.48) | | 10.41(3.30) | |
| 社会的に不適切な行動 | あり | 19 | 10.37(3.32) | ** | 6.95(3.87) | ** | 10.11(2.88) | |
| | なし | 234 | 8.21(3.42) | | 3.98(3.55) | | 10.40(3.35) | |
| ケアに対する抵抗 | あり | 35 | 10.51(3.22) | *** | 7.37(4.20) | *** | 9.66(2.82) | |
| | なし | 219 | 8.00(3.39) | | 3.68(3.30) | | 10.47(3.39) | |
| DBD | 10 点以下 | 89 | 6.93(3.57) | | 1.80(2.37) | | 10.17(4.02) | |
| | 11～25 点 | 85 | 8.40(3.14) | ### | 3.91(2.64) | ### | 10.54(3.01) | |
| | 26～50 点 | 72 | 9.64(3.04) | | 6.83(3.54) | | 10.47(2.65) | |
| | 51 点以上 | 8 | 12.00(2.39) | | 10.00(4.17) | | 9.63(3.62) | |

(*;P<0.05 **;P<0.01 ***;P<0.001) (+;P<0.05 ++;P<0.01 +++;P<0.001) (#;P<0.05 ##;P<0.01 ###;P<0.001)

(*はウィルコクソン法による検定、+は独立したＴ検定、#は一元配置の分散分析による検定)

表３．介護サービス利用状況と束縛感・孤立感・充実感

| 特性項目 | | n | 束縛感 平均得点(SD) | 束縛感 検定 | 孤立感 平均得点(SD) | 孤立感 検定 | 充実感 平均得点(SD) | 充実感 検定 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ・訪問サービス系 | | | | | | | | |
| 訪問看護 | 利用 | 75 | 8.20(3.64) | | 3.80(3.86) | | 10.33(3.26) | |
| | 非利用 | 179 | 8.41(3.41) | | 4.35(3.57) | | 10.37(3.35) | |
| 訪問入浴 | 利用 | 39 | 8.36(3.27) | | 2.74(3.24) | ** | 11.56(2.85) | * |
| | 非利用 | 215 | 8.35(3.52) | | 4.45(3.67) | | 10.14(3.36) | |
| 訪問介護 | 利用 | 117 | 8.79(3.31) | | 4.34(3.54) | | 11.15(2.90) | ** |
| | 非利用 | 137 | 7.98(3.58) | | 4.06(3.76) | | 9.69(3.51) | |
| 訪問リハビリ | 利用 | 2 | 7.00(2.83) | | 3.00(2.83) | | 11.50(0.71) | |
| | 非利用 | 252 | 8.36(3.48) | | 4.20(3.67) | | 10.35(3.33) | |
| 福祉用具貸与 | 利用 | 144 | 8.38(3.25) | | 3.96(3.50) | | 10.60(3.40) | |
| | 非利用 | 110 | 8.32(3.25) | | 4.49(3.85) | | 10.05(3.20) | |
| ・通所系 | | | | | | | | |
| 通所介護 | 利用 | 99 | 8.26(3.59) | | 4.73(3.76) | * | 10.20(3.39) | |
| | 非利用 | 155 | 8.41(3.40) | | 3.85(3.56) | | 10.46(3.28) | |
| 通所リハビリ | 利用 | 63 | 9.13(3.35) | | 4.44(3.47) | | 10.59(3.40) | |
| | 非利用 | 191 | 8.09(3.48) | | 4.10(3.72) | | 10.29(3.30) | |
| 短期入所 | 利用 | 68 | 9.62(2.96) | *** | 4.91(3.47) | * | 10.75(3.29) | |
| | 非利用 | 186 | 7.89(3.54) | | 3.92(3.70) | | 10.22(3.33) | |

(*;P<0.05 **;P<0.01 ***;P<0.001)

(ウィルコクスン法による検定)