

平成 14 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 14 年度研究報告書

平成 15 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)

池田俊也

(慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学教室 専任講師)

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・充実感に関する簡便な尺度の交差基準妥当性と信頼性の検証--- 2
- 2) ケアマネジャーへの介入内容とその負担感・充実感への効果検証-----12
- 3) 介護負担感・充実感の減少群・増加群の特性に関する研究-----22

III 資料編

- (1) 単純集計表----- 38
- (2) 介護者自由回答文データ----- 50
- (3) 研究に使用した尺度一覧-----164
- (4) 調査票 (介護者用アンケート・ケアマネジャー記入表) -----170
- (5) ケアマネジャー対象のワークショップ資料-----188

平成 14 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 14 年度研究報告書

平成 15 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)

池田俊也

(慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学教室 専任講師)

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・充実感に関する簡便な尺度の交差基準妥当性と信頼性の検証--- 2
- 2) ケアマネジャーへの介入内容とその負担感・充実感への効果検証-----12
- 3) 介護負担感・充実感の減少群・増加群の特性に関する研究-----22

III 資料編

- (1) 単純集計表----- 38
- (2) 介護者自由回答文データ----- 50
- (3) 研究に使用した尺度一覧-----164
- (4) 調査票 (介護者用アンケート・ケアマネジャー記入表) -----170
- (5) ケアマネジャー対象のワークショップ資料-----188

総括研究報告書

(1) 介護負担感・充実感に関する簡便な尺度の交差基準妥当性と信頼性の検証

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

昨年度、本研究班において、フォーカス・グループ・インタビューによる定性的検討を行った上で、東京都区部全域、神奈川県横浜市、静岡県浜松市に在住する要介護者とその家族介護者（同居）316名を対象とした質問紙調査を基に、我が国の介護者の視点にたった簡便な負担感・充実感の尺度を開発したので、これを指標とする。

本章では、上記の開発した介護負担感・充実感尺度の追加的な妥当性・信頼性検証を目的に、北九州市において調査された374名のデータを用いて、昨年度抽出された因子構造の再現性の程度を、交差基準関連妥当性、信頼性については内的整合性について確認した。

その結果、因子分析（主成分分析法・バリマックス回転）により、昨年度と同様の3因子構造が明確となり「束縛感得点」（0～16点）「孤立感得点」（0～16点）「充実感得点」（0～16点）の3つの下位尺度が再度抽出された。この結果を踏まえて、3因子各4項目の合計12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項目で構成される質問表を最終版とした。内的整合性についても、本年度のデータでCronbachの α 係数は、束縛感尺度が0.68、孤立感尺度が0.69、充実感尺度が0.64であり、質問数が3下位尺度4問と減らしたにも関わらず、昨年度同様、高い水準であった。さらにストレス、ストレス反応との関連についても、介護継続意欲・介護バーンアウトとの関連が昨年度と同様に高く、おおむね昨年度と同じ傾向の妥当な結果を得られた。

昨年度開発された尺度の交差基準の妥当性・信頼性が確認され、北九州市においても統計的に有効な結果を得た。従って、介護者が回答しやすく、また介護現場でのケアマネジメントに活用可能な実用性の高い尺度であることが確立されたと考える。今後は、介入の効果指標としての検証を重ね、実践の場での有効な利用方法の普及を図ることが重要と考えられる。

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尺度は、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^{9,10)}。

そこで本研究では、昨年度、我が国の介護者視点にたった簡便な負担感・充実感尺度を開発することにした。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、昨年度フォーカス・グループによる定性的な分析に基づいて作成し、国際的にも利用されている日本語版 ZBI とのピアソンの相関係数も 0.804 と高いことも含めて再現性、基準関連妥当性、因子的妥当性、内的整合性による信頼性・妥当性を検証した（詳しくは昨年度の本研究班の報告書を参照されたい）。

本章では、昨年度開発された 3 つの下位尺度の構成が、新たなフィールドで得られたデータでも再現されるのかについて、交差基準関連妥当性・信頼性を検証した。

B. 研究方法

1) 調査対象と方法

調査対象は、北九州市全 5 地区全域にある 50 の居宅介護支援事業者を利用する要介護者と同居家族介護者 541 組である（調査対象者介入地区 281 名、対照地区 260 名）（事業者介入地区 30 事業所、対照地区 20 事業所）。

本調査は、介入の効果評価を目的とした調査設計となっており、2 回にわたり、同じ家族介護者に本尺度に回答依頼したが、本章では、介入前の 1 回目のデータのみを利用した（2 回目の介入効果に関する章は、次の章を参照されたい）。

第 1 回目調査は、8 月に第 1 回目の質問紙調査ならびにケアマネジャーからの給付管理票、経過記録表を提出してもらい、介入前の地域の介護状況を把握した（第 1 回目回収数は介入 280 票、対照 252 票、合計 532 票）。

第 2 回目の調査は、約 4 ヶ月後の 12 月に介入地区と対照地区ともに再度、1 回目と同じ方法で、質問紙調査ならびにケアマネジャーからの給付

管理票、経過記録表を収集した。

自記式質問紙の回収方法は、ケアマネジャーが調査依頼を説明した上で、家族介護者に同意書と質問紙を配布し、回収は郵送法とした。

質問紙による調査項目は、家族介護者の基本的属性、介護負担感・充実感尺度、余暇活動の状況、地域資源の活用状況、自由解答欄である。

ケアマネジャーからの情報収集は、要介護度、痴呆度、寝たきり度（JABC）などの要介護者に関する基本的情報や、1 回目 2 回目の調査月の給付管理票・別表、経過記録表（対応回数や対応時間も追加的に記入）、及び、ケアマネジャー記入表として、認知評価尺度や ADL 尺度などに回答してもらった。

最終的に、第 2 回目調査では介入地区 241 票、対象地区 207 票が回収されたが、1 回目と 2 回目の回収状況から、介護負担感・充実感尺度を構成する質問に記載不備のケース、死亡や施設入所など 2 回目調査不可能ケース、介入地区については、ケアマネジャーのワークショップへの不参加ケース、新しい介入未実施ケース、また著しい経過記録表未記入ケースを除外し、最終的に介入地区 188 票、対照地区 186 票、合計 374 票の有効回答が得られた（回収率 82.8%、有効回答率 69.1%）。実際に使用した質問表は資料篇を参照されたい。

2) 分析方法

第 1 に、有効回答 374 票の 12 項目尺度回答に対し、探索的因子分析（主成分分析法・バリマックス回転）を実施し、昨年度と同じような因子が再現されるかどうか、比較し検討した。

第 2 に、信頼性を検証するために、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、昨年度の結果と比較した。

第 3 に、妥当性検証のために、昨年度負担感評価項目と尺度で定義された「介護継続意欲」「介護バーンアウト」とピアソンの相関係数を昨年度の結果と比較した。また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スサーと捉

え、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、昨年度の結果と比較した。痴呆の評価についてはケアマネジャー記入表で回答された Cognitive Performance Scale (以後 CPS^{12,13,14)}) 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、同じくケアマネジャー記入表から ADL ロングスケール^{15,16)} 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。

C. 結果

1) 因子分析による負担感充実感構造

第 1 に昨年度の尺度の算出方法に従って、まず、本年度とその分布の正規性について確認した上で (図表 1-3)、第 2 に介護負担感・充実感尺度を構成する 12 項目に対して、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。その上で、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 12 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因子数を 3 として行った。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、そして共通性が低い項目がないことを確認した (図表 4,5)。

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、昨年度「束縛感」と命名した項目と一致していた (図表 4,5)。昨年度では第 2 因子であった「束縛感」因子は固有値が本年度は逆転し、第 1 因子となった。

第 2 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、昨年度「充実感」と命名した項目と一致した (図表 4,5)。これも昨年度は第 3 因子であったが固有値の若干の相違か

ら入れ替わった。

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、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」と昨年度命名したのと一致した (図表 4,5)。これも昨年度は第 1 因子であったが入れ替わった。

そしてそれらの固有値、寄与率、累積寄与率は、昨年度よりも若干低い傾向にあるが、全体の 50% 程度であった。

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、束縛感が 0.924、孤立感が 0.900、充実感が 0.899 であった ($p < 0.01$)。

2) 再現性・内的整合性

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 0.69、束縛感尺度が 0.68、充実感尺度が 0.64 であり、昨年度より若干低いと同程度であった。(図表 4,5)。そしてそれら 3 つの下位尺度の分布を昨年度と比較し、ほぼ一致していた (図表 1-3)。

3) ストレッサー、ストレス反応との関連

まずストレス項目として ADL と CPS との相関は、 $-0.013 \sim 0.233$ と昨年度の相関と同様に $-0.149 \sim 0.243$ と統計的には有意な差もある項目もあるが低かった。

次にストレス反応に関する結果については、介護バーンアウトとの相関は、束縛感が 0.714、孤立感が 0.526 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 ($p < 0.01$) (図表 6,7)。最後に、介護継続意欲との相関は、束縛感とは関連が無かったが、孤立感とは -0.412 、充実感と 0.505 と有意に関連があった ($p < 0.01$) (図表 7)。

D. 考察

因子分析の結果、昨年度の結果と同様に、負担感・充実感は「束縛感」「孤立感」「充実感」の 3 つの因子構造に解釈できることが確認され、交差

基準関連妥当性・信頼性が検証できた。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程度の高い相関がみられたことを今回も再確認し、下位尺度として「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・充実感尺度の更なる尺度の妥当性の確認ができた。

次にストレス、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。まずストレスについては、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。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, 17)}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、介護によるバーンアウト項目とも、0.714、0.526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0.505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

昨年度開発された介護負担感・充実感尺度の交差基準の妥当性・信頼性が確認され、北九州市においても統計的に有効な結果を得た。従って、介護者が回答しやすく、また介護現場でのケアマネジメントに活用可能な実用性の高い尺度であることが確立されたと考える。今後は、介入の効果指標としての検証を重ね、実践の場での有効的な

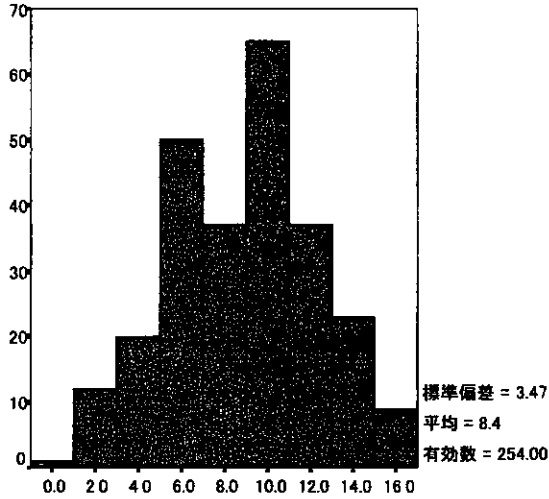
利用方法の普及を図ることが重要と考えられる。

F. 文献

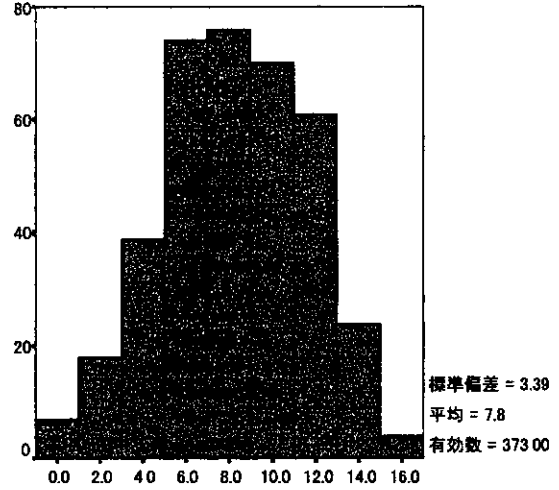
- 1) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly, Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20 : 649-655 (1980)
- 2) Zarit SH, Zarit JM : The memory and behavior problems checklist-1987R and the burden interview. *Pennsylvania University, Philadelphia* (1987)
- 3) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosciences* 51:158-164(1997)
- 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* 186 : 930-931(1998)
- 5) Arai Y, Washio M : Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Aging and Mental Health* 3 : 158-164(1999)
- 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 Geriatr Psychiatry* 15 : 961-968(2000)
- 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* 29 : 27-36(1989)
- 8) 浜村明德 : 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」 43-59(1993)
- 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* 29 : 37-43(1989)
- 10) 齊藤恵美子, 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* ; 48(3) : 180-188(2001)
- 11) Lawton MP, Kleban MH, Moss M, et al : Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology* ; 44 : 61-71(1989)
- 12) Morris JN, Fries BF, Mehr DR, Hawes C, et al : MDS Cognitive performance scale. *J Gerontol*, 49 : M174-182(1994)
- 13) 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* 10(8) : 943-952(1999)
- 14) 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* 65(12) : 1121-1126(2001)
- 15) Morris JN, Fries BF, Steel K, et al : Comprehensive clinical assessment in community setting applicability of the MDS-HC . *Clinical Assessment in the Community* .45(8) : 1017-1024 (1997)
- 16) Landi F, Tua E, Onder G, et al : Minimum data set for home care —A valid instrument to assess frail older people living in the community *Medical Care* 38(12): 1184-1192 (2000)
- 17) 安部幸志 : 主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレス—およびうつ気分との関連について. *老年社会科学* ; 23(1) : 40-49(2001)

G. 図表一覧

図表 1. 平成 13 年度と 14 年度の束縛感得点分布

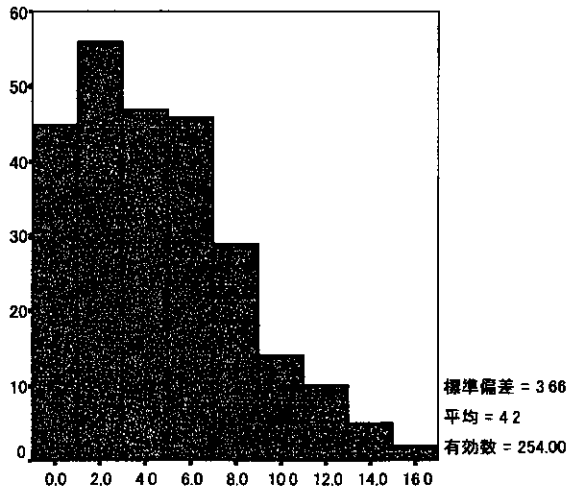


図表 1-1 平成 13 年度束縛感得点分布

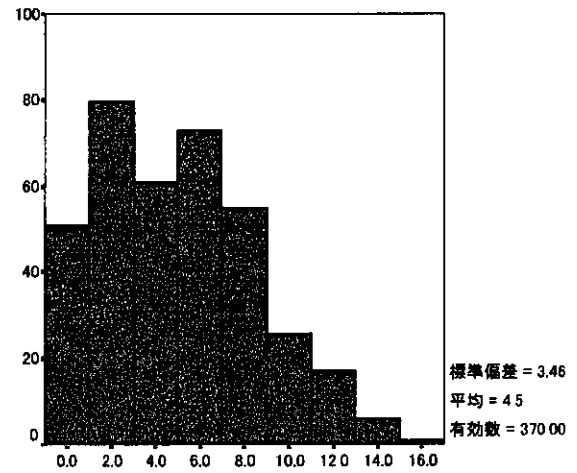


図表 1-2 平成 14 年度束縛感得点分布

図表 2. 平成 13 年度と 14 年度の孤立感得点分布

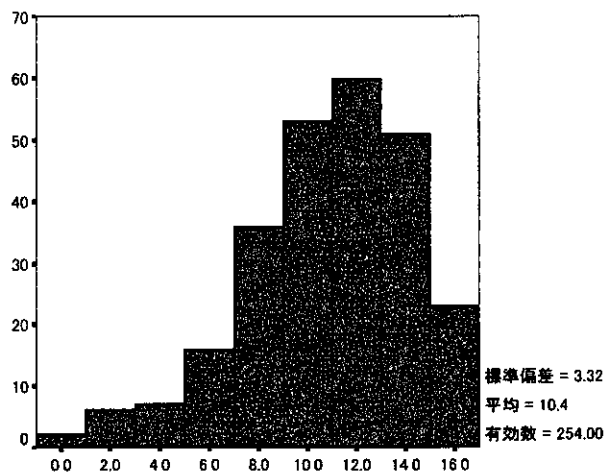


図表 2-1 平成 13 年度孤立感得点分布

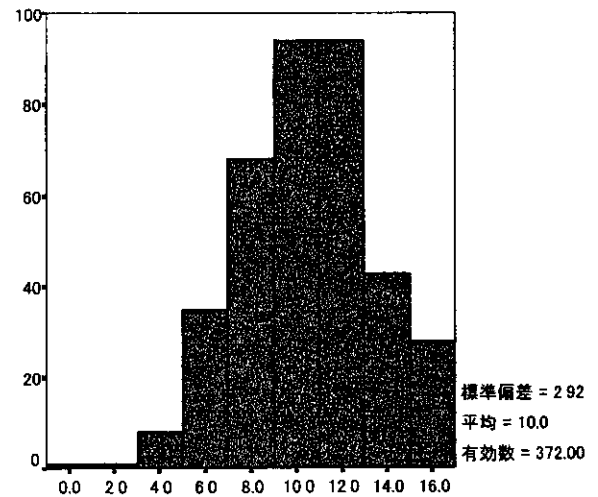


図表 2-2 平成 14 年度孤立感得点分布

図表 3. 平成 13 年度と 14 年度の束縛感得点分布



図表 3-1. 平成 13 年度充実感得点分布



図表 3-2 平成 14 年度充実感得点分布

図表 4 平成 13 年度探索的因子分析結果

	因子負荷量			
	因子1	因子2	因子3	共通性
束縛感 ($\alpha=0.74$)				
介護に費用がかかって困る	0.05	0.65	-0.15	0.45
本人のことが気になって熟睡できない	0.15	0.80	0.07	0.67
介護がいつまで続くのか、先行きが不安だ	0.33	0.69	0.03	0.59
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	0.25	0.73	0.16	0.62
孤立感 ($\alpha=0.76$)				
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	0.62	0.32	-0.11	0.50
お世話するたびに、本人に嫌がられてつらい	0.75	0.24	-0.14	0.64
本人の困った行動や性格の変化に振り回される	0.77	0.29	0.02	0.68
本人が介護サービス利用や通院を嫌がるので困る	0.73	0.04	0.07	0.54
充実感 ($\alpha=0.73$)				
介護の専門的なことについて相談できる人がいる	0.25	-0.07	0.67	0.51
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	-0.06	0.15	0.80	0.67
介護の経験は人間として、私の成長につながった	-0.04	-0.06	0.80	0.65
介護は私の役割だと前向きに受け止めている	-0.37	0.05	0.66	0.57
固有値	2.47	2.35	2.26	
寄与率 (%)	20.57	19.59	18.83	
累積寄与率 (%)	20.57	40.16	58.98	

注) 主成分分析法・バリマックス回転

注) α = Cronbachの α 係数

図表 5 平成 14 年度探索的因子分析結果

	因子負荷量			
	因子1	因子2	因子3	共通性
束縛感 ($\alpha=0.68$)				
介護に費用がかかって困る	0.556	0.001	0.007	0.321
本人のことが気になって熟睡できない	0.516	0.170	0.344	0.413
介護がいつまで続くのか、先行きが不安だ	0.685	0.004	0.168	0.499
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	0.695	0.009	0.181	0.525
孤立感 ($\alpha=0.69$)				
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	0.338	-0.152	0.575	0.631
お世話するたびに、本人に嫌がられてつらい	0.309	-0.138	0.692	0.572
本人の困った行動や性格の変化に振り回される	0.365	0.020	0.539	0.537
本人が介護サービス利用や通院を嫌がるので困る	0.195	0.003	0.617	0.646
充実感 ($\alpha=0.64$)				
介護の専門的なことについて相談できる人がいる	-0.377	0.572	0.403	0.454
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	0.005	0.743	0.131	0.594
介護の経験は人間として、私の成長につながった	0.126	0.708	-0.141	0.612
介護は私の役割だと前向きに受け止めている	0.104	0.651	-0.459	0.419
固有値	2.453	1.890	1.880	
寄与率 (%)	20.441	15.753	15.669	
累積寄与率 (%)	20.441	36.193	51.862	

注) 主成分分析法・バリマックス回転

注) α = Cronbachの α 係数

図表 6 平成 13 年度の関連基準妥当性

		介護負担感・充実感の3つの下位尺度		
		束縛感	孤立感	充実感
ストレス	MDS-ADL	0.220 *	-0.149 **	0.243 *
	CPS	0.207 *	0.088	0.161 *
ストレス反応	介護バーンアウト(5段階)	0.667 *	0.564 *	-0.08
	介護継続意欲(5段階)	-0.066	-0.279 **	0.552 **

注 1) N=254

注 2) CPS層別 (痴呆なし=OPS(0, 1)、痴呆軽度中度=(2, 3)、痴呆重度以上=(4, 5, 6))

図表 7 平成 14 年度の関連基準妥当性

		介護負担感・充実感の3つの下位尺度		
		束縛感	孤立感	充実感
ストレス	MDS-ADL	0.167 *	-0.013	0.233 **
	CPS	0.188 **	0.196 **	0.092
ストレス反応	介護バーンアウト(5段階)	0.714 **	0.526 **	-0.161
	介護継続意欲(5段階)	-0.412 *	-0.208	0.505 *

注 1) N=342

注 2) CPS層別 (痴呆なし=OPS(0, 1)、痴呆軽度中度=(2, 3)、痴呆重度以上=(4, 5, 6))

総括研究報告書

(2) ケアマネジャーへの介入内容とその負担感・充実感への効果検証

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

本章では、北九州市全 5 地区をフィールドに、3 地区を介入群、2 地区を対照群として、同居家族介護者を対象に自記式質問紙調査を実施した。まず 9 月に介入 3 地区に属するケアマネジャーに対しては、調査を担当した家族介護者の測定結果をフィードバックし、ワークショップを開催して、負担感を軽減する効果的な介入方法について研修を行った上で、介入を依頼した。そして、12 月に、介入群と対照群に、再度調査を行い、負担感・充実感の変化を対応ある T 検定により比較した。

その結果、第 1 に、ベースラインとして第 1 回目調査時において介入群、対照群の下位尺度得点に統計的に有意な差はなかった。第 2 に、1 回目と 2 回目の得点の変化については、「束縛感」「孤立感」「充実感」ともに有意な差がなく、介入による軽減効果はなかった。第 2 に、1 回目と 2 回目の得点の変化については、「束縛感」「孤立感」「充実感」ともに有意な差がなく、介入による軽減効果はなかった。

しかしながら、層別分析したところ、家族介護者特性として「配偶者の親を介護」、要介護者特性として「痴呆なし・ADL 援助群」の場合は、介入地区のみにおいて「束縛感」が軽減していた。一方、家族介護者が「自分の親を介護」「60 歳未満」「余暇活動が全く無し」「余暇活動が年に数回程度」「医療受診が有り」であった場合、また要介護者が「85 歳以上」「医療の受診が有り」「痴呆軽度・中度」「痴呆あり・ADL 援助群」であった場合には、介入地区のみで「孤立感得点」が増大した。この現象は、ケアマネジャーが新しく行った介入により介護家族者の孤立感が顕在化、意識化されることによるものと考えられる。ケアマネジャーによる具体的な対応内容やコストについては、介入地区で、1 週間あたりの対応時間の平均は 9.48 分（1 週間あたり）で、通常の場合（9.38 分）と比較して変化しなかったが、介入中の対応回数は、介入前 0.82 回（1 週間あたり）から介入中には 1.14 回に増大していた。介護サービス利用総額は介入前後で変わらなかった。介護負担感・充実感の下位尺度と対応時間の平均値の差を検定したところ、ケアマネジャーが「12 分以上」時間を費やした場合において、束縛感を軽減させる効果があった。しかし、その他の新しく行った対応項目はすべて孤立感を顕在化させる結果となっていた。

今後は、顕在化した孤立感がどのように変化していくのかについての長期的な検討を重ねる必要がある。そのためには、本年度の北九州市における調査結果から、介護負担感の減少群、増加群について詳細にその特性や、ケアマネジャーの対応内容を、定量・定性の両面から分析した上で、軽減効果のある対象者を特定し、こうした対象者を抽出するための方法を考案することが今後の課題と捉えられた。さらに、効果のあると予測される対象者に対する実用的な介入マニュアルを作成することが重要と考える。

A. 研究目的

介護保険の施行は、要介護者の生活の質 (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、ケアマネジャーの支援により家族介護者の負担感が、どのように影響されて

いるかを把握する必要がある。こうした観点から、昨年度は介護現場での実用に着目した簡便な介護者の負担感尺度を開発した。また前章では、その尺度の交差基準関連妥当性を検証した。

そこで、本章では、実際にその尺度を用いて介入調査を実施し、その介入の前後2時点ですべての下位尺度別に、対照地区と介入地区を比較し、その介入の効果を検証した。

B. 研究方法

1) 調査対象の選定

調査対象者は、北九州市医師会の協力を得、全5地区の居宅介護支援事業所に依頼し、研究班が6月から7月に各地区で調査説明会を実施した。そして第1回目調査では、北九州市全5地区全域にある50の居宅介護支援事業者を利用する利用者と同居家族介護者541名を調査対象とすることができた(調査対象者介入地区281名、対照地区260名)(事業者介入地区30事業所、対照地区20事業所)。

2) 第1回目調査方法

家族介護者に本尺度に、2回にわたり回答依頼することを含めて調査説明を行った上で、書面による同意を得た。第1回目は、8月に自記式質問紙に回答を依頼し、回収は郵送法とし直接研究班のある大学に回収した。並びにケアマネジャーからは、要介護者について給付管理票、経過記録表を提出してもらい、介入前の地域の介護状況を把握した(第1回目回収数は介入280票、対照252票、合計532票)。

3) 介入地区のケアマネジャー対象のワークショップ

第1回目の調査終了後、9月に介入3地区に属するケアマネジャー全員に対して、ワークショップをに開催した。ケアマネジャーに、自身が調査を担当した家族介護者の測定結果を、フィードバックした上で、介護負担感・充実感の下位尺度の

得点構成や算出方法の実習、介入成功事例発表、既存文献によって得られた6タイプの介入方法の講習、さらにはグループディスカッションを実施した。これらのケアマネジャーに対する介護者負担感軽減への研修を通じて、ケアマネジャーの技能の向上に努め、家族介護者への介入を依頼した(詳しいワークショップ資料は資料編を参照されたい)。そして9月から12月までの期間、ワークショップでの学習内容をもとにケアマネジャーに介入(自分の担当者への新しい対応)を実施してもらった。

4) 第2回目調査方法

第2回目の調査は、約4ヵ月後の12月に介入地区と対照地区ともに再度、自記式質問紙調査を家族介護者を対象に同じ方法で実施した。また、ケアマネジャーからの給付管理票、経過記録表を収集した。また新たに、介入地区からは、介入期間中の新しい対応内容等も把握した。

5) 調査項目(1回目2回目共通)

家族介護者対象の自記式質問紙による調査項目は、家族介護者の基本的属性、介護負担感・充実感尺度、余暇活動の状況、地域資源の活用状況、自由解答欄である。

ケアマネジャーからの情報収集は、要介護度、痴呆度、寝たきり度(JABC)などの要介護者に関する基本的情報や、1回目2回目の調査月の給付管理票・別図表、経過記録表(対応回数や対応時間も追加的に記入)、及び、ケアマネジャー記入表として、認知評価尺度(CPS)^{1,2,3)}やADL尺度(ADLロングスケール)^{4,5)}などに回答してもらった。

6) 回収率・有効回答率

最終的に、第2回目調査では介入地区241票、対象地区207票が回収されたが、1回目と2回目の回収状況から、介護負担感・充実感尺度を構成する質問に記載不備のケース、死亡や施設入所など2回目調査不可能ケース、介入地区については、

ケアマネジャーのワークショップへの不参加ケース、新しい介入未実施ケース、また著しい経過記録表未記入ケースを除外し、最終的に介入地区188票、対照地区186票、合計374票の有効回答が得られた(回収率82.8%、有効回答率69.1%)。実際に使用した質問表は資料篇を参照されたい。

7) 分析方法

まず第1に、介入前の1回目の調査で得られた要介護者、家族介護者、ケアマネジャーの基本的な属性と下位尺度平均得点の差の検定を一元配置の分散分析によって検討した(図表1)。

第2に、全体集計による介入による効果として、介入地区、対照地区別に、1回目の尺度平均得点と2回目の尺度平均得点に差があるかどうかを対応あるT検定を用いて検討した(図表2)。

第3に、要介護者要因、家族介護者要因、またケアマネジャー要因別にそれぞれクロス分析並びに層別分析を行い、1回目と2回目の下位尺度平均得点の差を対応あるT検定を用いて有意差があるかを検討した(図表3,4,5)。

C. 結果

1) 基本的属性と介護者負担感・充実感得点(図表1)

まず、要介護者特性では、束縛感得点は、性別や年齢は関係なく、要介護度が高くなるに従って、束縛感得点が増大することと、充実感得点も平行して上昇することである(ANOVA)。しかし、孤立感は、要介護者と家族介護者の続柄で有意に関係があり(ANOVA)、特に配偶者の親を介護している介護者の孤立感得点が高い。また、女性のほうが男性にくらべて孤立感得点が高く、年齢が若い家族介護者の方が孤立感得点が高い(ANOVA)。また、ケアマネジャー特性で有意な差がある項目はなかった(ANOVA)。最後に、地区特性では、戸畑地区だけが平均得点が高い(ANOVA)。戸畑ではサンプル数が多く、要介護度の低い要介護者

を抱える家族介護者も含まれていたためと考えられる。

介護者と要介護者の基本的属性との関連は既存文献の知見^{6,7,8)}と地区特性を除いては、ほぼ一致していた。

2) 介入の効果(全体集計)(図表2)

まず第1に、ベースラインとして第1回目調査時において介入群、対照群の3つの下位尺度得点に統計的に有意な差はなかった(ANOVA)。第2に、1回目と2回目の得点の変化については、「束縛感」「孤立感」「充実感」ともに有意な差がなく、介入による軽減効果はなかった(Paired T)。

3) 要介護者要因項目と尺度得点の変化(図表3)

要介護者の特性である、性別、年齢、続柄、CPS、医療の受診の有無、高齢者4タイプ分類⁹⁾で、その平均値の差の変化を分析したところ、「配偶者の親を介護する介護者」「痴呆なし・ADL援助群の要介護者を抱える介護者」は介入地区のみにおいて、束縛感が軽減していた。しかし、反対に、「要介護者が85歳以上の介護者」「自分の親を介護する介護者」「痴呆軽度・中度の介護者」「要介護者が地域医療受診有の介護者」「痴呆あり・援助群の要介護者を抱える介護者」の孤立感が、介入群において増大していた。同じADL援助を必要とする要介護者であっても「痴呆なし・ADL援助群」では介入により束縛感が減少し、「痴呆あり・ADL援助群」は介入により孤立感が増大するという結果となった。

4) 家族介護者要因項目と尺度得点の変化(図表4)

家族介護者の特性である、性別、年齢、余暇活動、地域医療の受診の有無、地域資源の利用の有無、ケアマネジャーへの満足、介護サービス制度への満足でその平均値の差の変化を分析したところ、「家族介護者が60歳未満」の若い家族介護者や、「余暇活動が全くのない介護者」「余暇活動が年に数回程度の介護者」の余暇活動が少ない介護者、また「自身が医療受診有の介護者」と回答した場合には、介入地区のみで「孤立感得点」が

介入により増大していた。介入により孤立感得点が顕在化、意識化したと推測される。また介護サービス制度への「不満どちらでもない」と回答した場合には束縛感が軽減して、反対に、「満足」と回答した場合には、束縛感得点が増大した。

5) 介入の効果・ケアマネジャー要因 (図表 5)

さらに、ケアマネジャーによる具体的な対応内容やコストについては、介入地区で、1週間あたりの対応時間の平均は9.48分(1週間あたり)で、通常の対応時間(9.38分)と変化しなかったが、介入中の対応回数は、介入前0.82回(1週間あたり)から介入中には1.14回に増大していた(Paired T)。介護サービス利用総額は介入前後で変わらなかった(Paired T)。介護負担感・充実感の下位尺度との平均値の差を層別クロス別にみたところ、ケアマネジャーが「12分以上」時間を費やした場合において、束縛感を軽減させる効果があったが、他の項目では束縛感への影響はなかった。次に、孤立感への影響は「家族介護者への介入」「介護関係者連携介入」「介護サービスの利用促進」「医療連携介入」「社会資源の活用」のすべてにおいて孤立感を顕在化させる結果となった。

D. 考察

今回のケアマネジャーを対象とした家族介護者の負担感軽減のための介入調査は、介入群と対照群とを介入前後で介入による効果を比較分析したところ、得点の変化については、「束縛感」「孤立感」「充実感」ともに有意な差がなく、軽減効果はなかった(Paired T)。従って、負担感軽減の得やすい対象者の絞込みが重要であると今回の結果を通じてわかった。

そこで、層別分析したところ、要介護者特性として「配偶者の親を介護」、「痴呆なし・ADL援助群」の場合は、介入地区のみにおいて「束縛感」が軽減していた。一方、家族介護者が「自分の親を介護」「60歳未満」「余暇活動が全く無し」「余

暇活動が年に数回程度」「医療受診が有り」であった場合、また要介護者特性として「85歳以上」「医療の受診が有り」「痴呆軽度・中度」「痴呆あり・ADL援助群」であった場合には、介入地区のみで「孤立感得点」が介入により増大していた。その理由は、介入により孤立感が顕在化、意識化したと推測される。

また、ケアマネジャーによる具体的な対応内容やコストについては、介入地区で、1週間あたりの対応時間の平均は9.48分(1週間あたり)で、通常の対応時間(9.38分)と比較して変化しなかったが、介入中の対応回数は、介入前0.82回(1週間あたり)から介入中には1.14回に増大していた。介護サービス利用総額は介入前後で変わらなかった。介護負担感・充実感の下位尺度と対応時間の平均値の差を検定したところ、ケアマネジャーが「12分以上」時間を費やした場合において、束縛感を軽減させる効果があった。しかし、ケアマネジメントにより新しく行った対応項目はすべて孤立感を顕在化させる結果となっていた。

E. 今後の課題

今後は、顕在化した孤立感がどのように変化していくのかについての長期的な検討を重ねる必要がある。そのためには、本年度の北九州市における調査結果から、介護負担感の減少群、増加群について詳細にその特性や、ケアマネジャーの対応内容を、定量・定性の両面から分析した上で、軽減効果のある対象者を特定し、こうした対象者を抽出するための方法を考案することが緊急の課題と考える。さらに、効果のあると予測される対象者に対する実用的な介入マニュアルを作成することが重要である。

F. 文献

- 1) Morris JN, Fries BF, Mehr DR, Hawes C, et al : MDS Cognitive performance Scale. *J Gerontol* ; 49 : M174-182 (1994)
- 2) 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* ; 10(8) : 943-952(1999)
- 3) 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* ; 65(12) : 1121-1126(2001)
- 4) Morris JN, Fries BF, Steel K, et al: Comprehensive clinical assessment in community setting applicability of the MDS-HC. clinical assessment in the community. *JAM Geriatric Soc.*45(8) : 1017-1024(1997).
- 5) 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. *Medcal Care* 38(12) : 1184-1192(2000).
- 6)安部幸志 : 主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレス—およびうつ気分との関連について. *老年社会科学* 23(1) : 40-49(2001)
- 7) 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* ; 29 : 37-43(1989)
- 8) 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* ; 29 : 27-36(1989)
- 9) Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A: Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Aging*, 26 [Suppl. 2]: 43-47(1997).

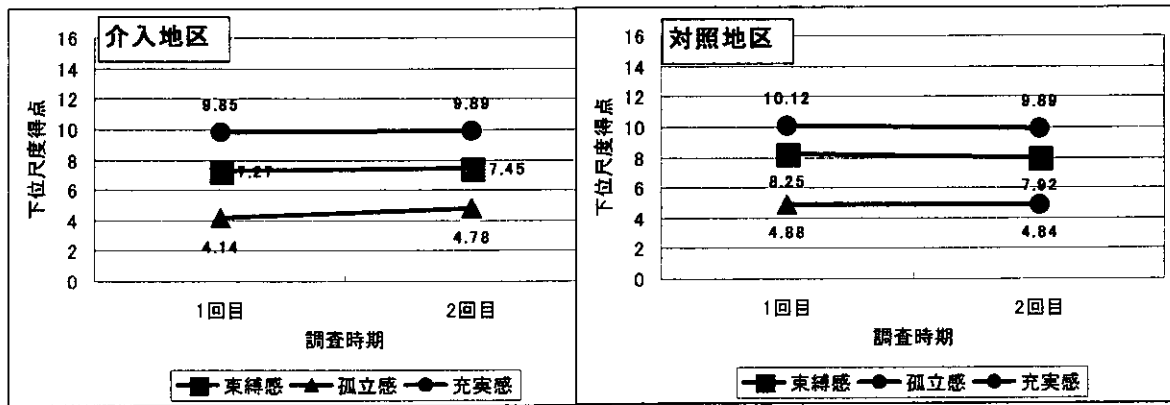
G. 図表一覧

図表 1 基本的属性と介護者負担感・充実感得点

	要介護者得点(1回目調査)			孤立者得点(1回目調査)			充実者得点(1回目調査)		
	全体的平均	対照群	介入群	全体的平均	対照群	介入群	全体的平均	対照群	介入群
要介護者得点	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定	平均得点(SD)検定
性別									
男性(N=126)	7.91(3.47)	8.18(3.42)	7.63(3.52)	4.09(3.23)	4.53(3.37)	3.66(3.06)	10.40(3.90)	10.36(3.68)	10.44(3.93)
女性(N=229)	7.61(3.36)	8.12(3.36)	6.90(3.26)	4.67(3.48)	4.91(3.48)	4.23(3.47)	9.76(3.04)	10.02(3.09)	9.55(3.98)
年齢									
75歳以下(N=80)	7.91(3.29)	8.23(3.32)	7.61(3.28)	3.86(3.00)	4.18(3.84)	3.54(3.13)	9.98(3.84)	10.28(3.77)	9.69(3.87)
76歳～85歳(N=100)	7.74(3.44)	8.12(3.27)	7.33(3.59)	4.63(3.57)	4.83(3.68)	4.40(3.49)	9.91(3.20)	9.76(3.16)	10.08(3.27)
86歳以上(N=89)	8.00(3.13)	8.55(3.28)	7.38(3.69)	4.84(3.69)	5.28(3.60)	4.36(3.77)	10.37(3.69)	10.43(3.19)	10.32(3.30)
性別									
配偶者(N=160)	7.80(3.36)	7.98(3.28)	7.62(3.43)	3.42(3.91)	3.58(3.93)	3.24(3.87)	10.48(3.84)	10.50(3.68)	10.42(3.01)
自分の親(N=126)	7.56(3.47)	8.72(3.30)	6.57(3.32)	4.42(3.16)	5.05(3.05)	3.88(3.17)	9.70(3.06)	10.03(3.32)	9.36(3.90)
配偶者の親(N=67)	8.26(3.33)	8.28(3.49)	8.21(3.14)	7.36(3.66)	7.08(3.98)	7.78(3.14)	9.56(3.86)	9.46(3.82)	9.68(3.97)
その他(N=19)	7.39(3.45)	7.83(4.16)	7.15(3.23)	4.63(3.56)	7.17(4.21)	3.46(3.63)	9.32(3.33)	9.17(3.63)	9.36(3.29)
要介護度									
要介護1(N=4)	4.00(3.00)	4.00(3.00)	4.00(3.00)	1.25(0.95)	2.00(0.00)	1.00(0.00)	8.00(3.16)	9.00(0.00)	7.67(3.51)
要介護2(N=83)	6.55(3.14)	7.33(3.10)	5.84(3.04)	4.04(3.46)	5.00(3.78)	3.12(3.89)	9.44(3.91)	10.1(3.76)	8.76(3.98)
要介護3(N=96)	7.61(3.43)	8.12(3.33)	7.21(3.30)	4.62(3.38)	4.93(3.22)	4.38(3.50)	9.86(3.83)	9.63(3.62)	10.06(3.17)
要介護4(N=69)	7.99(3.12)	7.99(3.34)	8.07(3.80)	4.63(3.19)	4.69(3.41)	4.54(3.84)	9.56(3.57)	9.50(3.91)	9.74(3.97)
要介護5(N=48)	8.58(3.47)	8.92(3.16)	8.26(3.68)	4.60(3.40)	4.25(3.62)	4.96(3.26)	11.02(3.14)	10.3(3.53)	9.67(3.71)
要介護6(N=53)	8.44(3.76)	9.15(3.73)	8.16(3.67)	4.26(3.72)	4.47(3.52)	3.78(3.91)	11.79(3.83)	11.6(3.82)	11.74(3.87)
家族介護者得点									
性別									
男性(N=81)	7.55(3.97)	8.02(3.02)	6.62(3.76)	3.34(3.68)	3.74(3.83)	2.89(3.46)	10.00(3.84)	10.29(3.65)	9.69(3.04)
女性(N=292)	7.89(3.49)	8.32(3.44)	7.47(3.49)	4.84(3.58)	5.22(3.65)	4.48(3.48)	9.99(3.44)	10.08(3.91)	9.90(3.87)
年齢									
59歳以下(N=165)	7.70(3.28)	8.04(3.47)	7.38(3.08)	5.39(3.57)	5.71(3.74)	5.09(3.41)	9.35(3.90)	9.59(3.12)	9.11(3.70)
60歳～79歳(N=195)	7.81(3.48)	8.45(3.31)	7.32(3.58)	4.04(3.28)	4.44(3.31)	3.60(3.24)	11.57(3.86)	10.58(3.77)	10.58(3.98)
80歳以上(N=22)	6.51(3.26)	7.43(3.76)	6.67(3.55)	2.45(3.36)	2.29(3.43)	2.53(3.41)	9.59(3.34)	10.00(3.80)	9.40(3.53)
ケアマネ得点									
専任・兼任									
専任(N=258)	7.55(3.40)	8.26(3.37)	7.31(3.38)	4.71(3.62)	5.27(3.66)	4.21(3.39)	10.61(3.86)	9.99(3.72)	10.03(3.86)
兼任(N=106)	7.91(3.43)	8.51(3.41)	7.25(3.36)	4.30(3.34)	4.58(3.25)	3.98(3.44)	10.00(3.13)	10.56(3.17)	9.38(3.99)
所属系									
医療系(N=240)	7.86(3.41)	8.38(3.41)	7.10(3.28)	4.69(3.65)	5.07(3.56)	4.14(3.49)	9.86(3.84)	10.28(3.88)	9.57(3.75)
福祉系(N=104)	7.58(3.45)	7.71(3.20)	7.52(3.57)	4.28(3.39)	4.65(3.68)	4.10(3.27)	9.99(3.18)	9.61(3.11)	10.15(3.22)
療法系(N=8)	7.50(4.40)	6.33(4.50)	8.29(4.71)	4.29(3.69)	4.00(3.00)	4.50(3.41)	9.75(3.18)	8.00(3.00)	10.80(3.64)
ケアプラン担当者									
44歳以下(N=89)	7.89(3.45)	8.24(3.46)	7.39(3.41)	4.56(3.45)	4.66(3.61)	3.80(3.05)	10.17(3.84)	10.14(3.08)	10.23(3.01)
45歳以上155歳以下(N=166)	8.10(3.41)	8.39(3.35)	7.63(3.50)	5.01(3.55)	5.17(3.50)	4.66(3.67)	10.13(3.87)	10.01(3.63)	10.39(3.97)
56歳以上(N=128)	7.25(3.28)	7.91(3.18)	7.10(3.30)	3.89(3.27)	3.35(3.21)	4.01(3.28)	9.69(3.67)	10.61(3.04)	9.48(3.81)
ワークショップの理解度									
よく理解(N=28)(N=53)	7.25(3.16)	データなし	7.25(3.16)	4.11(3.32)	データなし	4.11(3.32)	9.70(3.63)	データなし	9.70(3.63)
まあまあ理解(N=6～20)(N=126)	7.32(3.48)	データなし	7.32(3.48)	4.21(3.42)	データなし	4.21(3.42)	9.90(3.63)	データなし	9.90(3.63)
十分に理解できず(N=16以下)(N=194)	8.21(3.34)	データなし	7.25(3.19)	4.82(3.51)	データなし	3.50(3.67)	10.13(3.93)	データなし	10.25(3.28)
地区別									
若松地区(N=34)	9.06(3.41)	0(0)	9.06(3.41)	5.38(3.37)	0(0)	5.38(3.37)	10.79(3.63)	0(0)	10.79(3.53)
戸畑地区(N=85)	8.45(3.91)	0(0)	8.45(3.91)	3.48(3.08)	0(0)	3.45(3.08)	9.09(3.87)	0(0)	8.90(3.87)
門司地区(N=68)	7.47(3.54)	0(0)	7.47(3.54)	4.40(3.50)	0(0)	4.40(3.50)	10.56(3.80)	0(0)	10.56(3.80)
八幡地区(N=95)	8.07(3.40)	0(0)	8.07(3.40)	4.61(3.43)	0(0)	4.61(3.43)	10.14(3.95)	0(0)	10.14(3.95)
小倉地区(N=91)	8.44(3.30)	8.44(3.30)	0(0)	5.16(3.63)	5.16(3.63)	0(0)	10.11(3.92)	10.11(3.92)	0(0)

- 注1) 全サンプル数は374票であるが、この設問により欠損値有
- 注2) 検定方法は、各カテゴリー変数の回答に隔たりがあるのかを一元配置の分散分析を実施。**P<0.01 *P<0.05
- 注3) 医療系のケアマネジャーは、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士をふくめた
- 注4) 福祉系のケアマネジャーは介護福祉士、社会福祉士、ソーシャルワーカーを含めた

図表 2 全体集計・介入による効果



- 注1) 介入前の、1回目の介入地区対照地区点数の差は一元配置分散分析において有意差なし
- 注2) 1回目と2回目調査の測定値の差について、対応あるT検定を実施。有意差なし