第46回日本老年医学会学術集会記録
〈シンポジウムII：要介護高齢者の在宅ケア：介護負担軽減に向けて〉

6. 要介護高齢者を介護する者の介護負担とその軽減に向けて

荒井由美子

Key words：家族介護者，要介護者，在宅介護，介護保険制度，介護負担尺度

（日老医誌　2005；42：★★★—★★★）

はじめに

現在，わが国は，世界一の長寿国であり，人口の高齢化率においても，世界最高水準である．この高齢化の進展に伴い，要介護高齢者も急速に増加しており，しかも，その8割が在宅で介護を受けている．したがって，介護者の負担を評価する必要性は，日々増していると言える．

介護負担の定量的な評価：ZBIおよびJ-ZBI

家族介護者の抱える介護負担という概念を定量的に評価する指標を世界に先駆けて開発したのは米国のペンシルバニア州立大学Zarit教授である．彼は，介護負担を「親族を介護した結果，家族介護者が情緒的，身体的健康，社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義し，その定義に基づきZarit介護負担尺度（Zarit Caregiver Burden Interview：ZBI）を作成した[1]．ZBIは，介護によってもたらされる身体的負担，心理的負担，経済的困難などを総合して，介護負担として測定することが可能な尺度である[2]．

筆者らは，国際的に比較が可能な介護負担尺度の日本語版を作成することが有用であると考え，Zarit教授の許可を得て，Zarit介護負担尺度日本語版（J-ZBI）を作成し（表1），信頼性と妥当性を確認した[3]．このJ-ZBIは，わが国における介護負担尺度の中で，現時点において最も利用されている．

Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）

1）J-ZBI_8および2つの下位尺度についての信頼性・妥当性の確認

筆者らは，実際の介護の現場で，より簡便に介護負担を測定できるようJ-ZBI短縮版（J-ZBI_8）を作成した．短縮版作成にあたっては，在宅介護者に対し介護負担（J-ZBI）に関する調査を行い，J-ZBIの項目22を除いた21項目に対し因子分析を行い，短縮版の項目の選定を行った．その結果，Personal strain（介護を必要とする状況（または事態）に対する否定的な感情の程度），Role strain（介護によって（介護者の）社会生活に支障を来たしている程度），それぞれ5項目，3項目からなる，J-ZBI短縮版（J-ZBI_8）が作成された（表1）．また，J-ZBI_8，下位尺度Personal strain，Role strainそれぞれにおいて，信頼性・妥当性が確認された[4)5)]．

2）J-ZBI_8の交差妥当性の確認

更に，別地域において介護負担調査を行い，J-ZBI_8の交差妥当性を確認し，J-ZBI_8が全国どの地域でも用いることができることが明らかになった[6]．

J-ZBI_8は，わずか8項目の簡便な尺度であるが，因子構造が明確な2つの下位尺度を持ち，J-ZBIと極めて高い相関が認められた．J-ZBI_8は，在宅介護，臨床の現場，諸調査において，介護負担を客観的かつ簡便に測定する上で極めて有用な尺度であり，幅広い利用が望まれる．

介護負担に関してこれまでに行われた研究

1）介護負担得点と他のアウトカム指標との関連

在宅生活から施設へ入所した要介護者の介護者（配偶者）は，在宅生活を続けていた要介護者の介護者に比して，介護負担が有意に高かったことが報告されている[7)8)]．また，要介護高齢者に対して不適切な処遇（いわゆる虐待）を行ったことがある介護者は，介護負担が高いことが報告されている[6)9)]．

2）要介護者側の要因と介護負担との関連

要介護者の日常生活動作能力（Activities of Daily Living：ADL）の自立の程度と，介護負担との関連については，有意な関連を認めた研究と認めなかった研究とが

Assessment of family caregiver burden in the context of the LTC insurance system：J-ZBI and J-ZBI_8
Yumiko Arai：国立長寿医療センター研究所 ~~長寿看護介護研究室~~ 長寿政策科学研究部

表1　Zarit 介護負担尺度日本語版（J-ZBI）及び短縮版（J-ZBI_8）（荒井らによる訳）[3)~6)]

各質問について，あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んで下さい

			思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
	1	介護を受けている方は，必要以上に世話を求めてくると思いますか	0	1	2	3	4
	2	介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか	0	1	2	3	4
	3	介護のほかに，家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか	0	1	2	3	4
◎	4	介護を受けている方の行動に対し，困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
◎	5	介護を受けている方のそばにいると腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
△	6	介護があるので，家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
	7	介護を受けている方が将来どうなるのか不安になることがありますか	0	1	2	3	4
	8	介護を受けている方は，あなたに頼っていると思いますか	0	1	2	3	4
◎	9	介護を受けている方のそばにいると，気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
	10	介護のために，体調を崩したと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
	11	介護があるので，自分のプライバシーを保つことができないと思いますか	0	1	2	3	4
△	12	介護があるので，自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
△	13	介護を受けている方が家にいるので，友達を自宅によびたくてもよべないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
	14	介護を受けている方は「あなただけが頼り」というふうにみえますか	0	1	2	3	4
	15	いまの暮らしを考えれば，介護にかける金銭的な余裕がないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
	16	介護にこれ以上の時間は割けないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
	17	介護が始まって以来，自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
◎	18	介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
◎	19	介護を受けている方に対して，どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
	20	自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか	0	1	2	3	4
	21	本当は自分はもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか	0	1	2	3	4
トル	22	~~全体を通してみると，介護をするということは，どれくらい自分の負担になっていると思いますか~~	0	1	2	3	4
			全く負担ではない	多少負担に思う	世間並みの負担だと思う	かなり負担だと思う	非常に大きな負担である
	22	全体を通してみると，介護をするということは，どれくらい自分の負担になっていると思いますか	0	1	2	3	4

注：◎ J-ZBI_8 Personal strain, △ J-ZBI_8 Role strain

あり，一致した見解はみられていない．また要介護者の痴呆の重症度，認知機能と介護負担についても，関連を認めないとする報告が多いが，必ずしも一致した結果は得られていない．さらに，痴呆の重症度が同じ場合，アルツハイマー型痴呆（DAT）患者を在宅で介護する者と脳血管性痴呆（VD）患者を在宅で介護する者の介護負担の程度には違いがみられないことが明らかになっている[10)]．

これに対し，要介護者，特に痴呆患者の行動異常（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD，以下 BPSD と略す）については，ほぼすべての先行研究において，介護負担との関連が強く認められており，著者らの行った研究でも同様の知見が得られた[11)12)]．

また，前頭側頭葉性痴呆（FTLD）患者は，人格変化や脱抑制などの行動変化を伴うことが多いため[13]，こうした患者の家族介護者は，介護をしていく上で，特異的な問題を抱えていることが明らかになっている[14]．

3）介護者側の要因と介護負担との関連

一方，介護者の性，年齢，続柄それぞれと，介護負担との関連については一致した見解はみられていない．また，介護期間の長さと介護負担との間にも，関連は見出されていない．これに対し，介護量の指標として広く用いられている介護時間は，介護負担と有意に関連することが知られている．

ところで，要介護者（特に，アルツハイマー型痴呆患者）を介護する者にとっては，実際に介護をする時間だけでなく，見守りに時間をとられることが多い．これを踏まえて，われわれは，介護者に対して，「患者から目を離せない時間（あるいは，その逆としての介護者が外出できる時間）」を尋ねるようにしている．その結果，介護者の外出時間と介護負担との間には有意な関連が認められた[12]．

介護負担軽減に向けて

これらの結果から，介護負担軽減のためには，患者のBPSDを軽減し，介護者が介護に要する時間を減らし自由になれる時間を確保することが必要であると考えられる．前者のBPSDの軽減にあたっては，患者自身への介入策としての薬物療法（あるいは非薬物療法）が有効であるだけでなく，介護者への教育をはじめとした介護者に対する介入も有効であるといわれている[15]．後者の，家族介護者が介護に要する時間を減らす手段としては，介護を代わってくれる者あるいは手伝ってくれる者がいることがあげられる[16]．また，デイサービス，ショートステイをはじめとした居宅介護サービスを有効利用することで，介護時間を減らすこともできるであろう．

居宅介護サービス利用に関連して，われわれが介護保険制度導入後に行った研究からは，サービスの利便性が良い場合，家族介護者の負担は軽い傾向にあることが明らかになった[12]．しかしながら，現行の介護保険制度のもとで提供されている居宅介護サービスは，数カ月前からの予約が必要なものが多いため，緊急時における患者および介護者のニーズに対応することは難しい．また，現行の居宅介護サービスは，介護上，最も負担となる痴呆患者のBPSDに対応したものとは言い難い[17]．今後，痴呆患者の家族介護者の負担を軽減していくためには，BPSDに対応できるような居宅介護サービスを開発・提供し，さらに家族介護者が利用したい時に利用できるような（利便性の高い）サービスの整備に努めていくことが必要であろう．

謝辞

本稿で述べた研究は，長寿科学研究事業H11-長寿-036およびH15-長寿-025（主任研究者　荒井由美子）として厚生労働科学研究費補助金より，ならびに基盤研究C-2（課題番号14570375　主任研究者　荒井由美子）として文部科学省科学研究費補助金より，加えて，上原記念生命科学財団研究奨励金の助成を受けて行ったものである．

文　献

1) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly : Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980 ; 20 : 649—655.
2) Zarit SH, Zarit JM : The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview. Pennsylvania State University Gerontology Center : University Park PA, 1990.
3) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosci 1997 ; 51 : 281—287.
4) 荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二：Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）の作成：その信頼性と妥当性に関する検討．日本老年医学会雑誌　2003 ; 40(5) : 497—503.
5) Kumamoto K, Arai Y : Validation of "Personal Strain" and "Role Strain" : Subscales of the short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview (J-ZBI_8). Psychiatry Clin Neurosci 2004 ; 58 (6) : ~~(in press)~~. 606-610
6) 熊本圭吾，荒井由美子，上田照子，鷲尾昌一：日本語版Zarit介護負担尺度短縮版（J-ZBI_8）の交差妥当性の検討．日本老年医学会雑誌　2004 ; 41 (2) : 204—210.
7) Zarit SH, Todd PA, Zarit JM : Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study. Gerontologist 1986 ; 26 : 260—266.
8) Arai Y, Zarit SH, Sugiura M, Washio M : Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly : a longitudinal study in rural Japan. Aging Ment Health 2002 ; 6 (1) : 39—46.
9) Schiamberg L, Gans D : Elder abuse by adult children : an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. Int J Aging Hum Dev 2000 ; 50 (4) : 329—359.
10) Arai Y, Zarit SH, Kumamoto K, Takeda A : Are there inequities in the assessment of dementia under Japan's LTC insurance system? Int J Geriatr Psychiatry 2003 ; 18 : 346—352.

11) Arai Y, Washio M: Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. Aging Ment Health 1999; 3: 158—164.
12) Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K: Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the Long-Term Care Insurance system. Psychiatry Clin Neurosci 2004; 58 (4): 396—402.
13) Tanabe H, Ikeda M, Komori K: Behavioural symptomatology and care of patients with frontotemporal lobe degeneration-based on aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10 (Suppl 1): 50—54.
14) Kumamoto K, Arai Y, Hashimoto N, Ikeda M, Mizuno Y, Washio M: Problems family caregivers encounter in home care of patients with Frontotemporal Lobar Degeneration. Psychogeriatrics 2004; (in press).
15) Hébert R, Lévesque L, Vézina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al.: Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. J Gerontol B-Psychol 2003; 58B: S58—S67.
16) Miller B, Townsend A, Carpenter E, Montgomery RVJ, Stull D, Young RS: Social support and caregiver distress: A replication analysis. J Gerontol B-Psychol 2001; 56B: 249—S256.
17) Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K: Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 961—968.

介護保険制度導入１年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感：Zarit 介護負担尺度日本語版による検討

鷲尾　昌一　　荒井由美子　　和泉比佐子　　森　　満

日本老年医学会雑誌　第40巻　第２号　別刷

〈原　著〉

介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感：Zarit介護負担尺度日本語版による検討

鷲尾　昌一[1)]　荒井由美子[3)]　和泉比佐子[1)2)]　森　満[1)]

〈要　約〉　介護保険施行1年後に，福岡県遠賀郡内の1訪問看護ステーションの利用者（要介護高齢者とその介護者47組）を対象に，日本語版Zarit介護負担尺度を用いて，介護負担に関する調査を行った．介護負担の重い介護者は軽い介護者に比べ，要介護高齢者を一人おいて外出できる時間が短く，介護時間が長い傾向を示した．また，体調の悪い介護者が多く，介護サービスを利用するのに近所の目が気になる傾向にあった．介護負担が重い介護者は，ショートステイを利用している者が多く，デイケアの利用や介護教室の参加の割合が多かった．負担が重い介護者が希望する社会サービスは，配食・給食サービスの希望が多かった．負担が重い介護者が介護している要介護高齢者と負担が軽い介護者が介護している要介護高齢者とで，要介護度に差を認めなかった．以上より，介護保険制度において，サービスは要介護度に応じて平等に配分されていると考えられた．しかし，介護負担の重い介護者はショートステイ・デイケアの利用が多いにも関わらず，要介護高齢者を一人にして外出できる時間が少なく，介護サービスを利用するにあたって，近所の目が気になる傾向にあった．訪問介護などの介護者に自由な時間ができるようなサービスが，もっと近所の目を気にせずに利用できるようにする必要があると考えられた．

Key words：介護保険，要介護高齢者，介護負担，社会サービス，近所の目

（日老医誌　2003；40：147—155）

1. はじめに

痴呆をはじめ，さまざまな障害を持つ高齢者を在宅で介護することは，介護者にとってストレスとなる．介護者にとって，介護者であることが不本意である場合に介護がストレスとなるのは当然だが，自ら進んで介護者となった場合においても，1）自分の抱く理想の介護と実際に自分が行う介護にギャップを感じた場合，2）介護がいつまで続くかわからないゴールの見えない不確かな道のりであると感じた場合，3）介護の苦労を誰とも分かち合うことができないと感じた場合などに介護者はストレスを感じる[1)]．在宅で介護することが介護者にとって大きなストレスになれば，在宅介護は破綻する．介護負担はZaritにより初めて定義されたが，「親族を介護した結果，介護者が情緒的・身体的健康，社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義されている[2)]．

日本ではかつて世界に例を見ないほどの速度で高齢化社会が進行しており，平成22年には介護の必要な高齢者数は390万人に達することが推定されている[3)]．こうした高齢化社会に対応するため，平成12年4月に介護保険制度が導入され，日本における介護制度は措置制度から契約制度へと転換された[4)]．わが国においても要介護高齢者の介護に伴い，介護者に心理的な負担を生じることがいくつかの研究で報告されている[5)~9)]．地方自治体には質・量の両面にわたり介護サービスの提供を充実させ，要介護者の満足とその介護者の負担の軽減をはかる責務が課せられている[10)]．

我々は，福岡県の遠賀地区をはじめとする複数の地域において訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者とその介護者を対象に介護保険施行前[11)12)]と介護保険導入直後[13)]にZarit介護負担尺度日本語版[14)~16)]を用い，介護負担に関する横断研究を行ってきたが，今回，介護保険施行1年後に，同地区の訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者とその介護者を対象としてアンケート調査を実施し，介護負担感とその関連要因について分析を行うとともに，Zarit介護負担尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討も行ったので報告する．

2. 方　法

福岡県遠賀保健所管内の1訪問看護ステーションの訪問看護サービスを受けている高齢者およびその介護者を

1）M. Washio, H. Izumi, M. Mori：札幌医科大学医学部公衆衛生学講座
2）H. Izumi：同　保健医療学部看護学科
3）Y. Arai：国立長寿医療研究センター看護介護心理研究室
受付日：2002.8.12，採用日：2002.10.24

Table 1 Comparison between heavily burdened caregivers and the lightly burdened caregivers : Caregivers' characteristics (1)

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n = 21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n = 26)	p-value
Age (years old)	67.8 ± 10.2	61.2 ± 13.0	0.11
Gender Male/Female	2/19	7/19	0.14
Relationship of the caregiver to the patients			
Wife	10	7	0.36
Husband	0	4	
Daughter	5	6	
Son	2	2	
Daughter-in-law	3	4	
Other	1	3	
No. of family members	2.7 ± 1.3	3.3 ± 1.6	0.07
Had family members to help caregiving Yes/No	10/11	12/14	0.92
Had time to go out without his/her patient Yes/No	12/9	22/4	0.04
(h/day)	1.8 ± 2.5	2.8 ± 2.3	0.04
Time spent in physical caregiving (h/day)	11.6 ± 8.4	7.7 ± 6.5	0.06
Time spent in caring for the elderly (h/day)	13.0 ± 9.6	10.4 ± 8.9	0.67
Duration of care (months)	96.3 ± 85.1	86.5 ± 73.5	0.87
No. of social services used by caregivers	6.9 ± 2.9	5.7 ± 2.5	0.29
Had a job Yes/No	5/16	4/22	0.47

Each set values represents the number, or mean ± SD.

対象とし，介護保険制度の施行1年後の平成14年3月にアンケート調査を実施した．利用者（要介護者）の年齢が65歳以上で居住地域がM町である50組中介護保険で訪問看護を受けている47組を対象とした．要介護高齢者は男性21名，女性26名で平均年齢80.9±10.1（標準偏差）歳，平均要介護度3.9±1.4度で，72.3%に痴呆を認めた．その介護者は男性9名，女性38名で，平均年齢64.1±12.2歳であった．

アンケートは自記式で，以前に福岡県で行った調査と同様にZarit介護負担尺度日本語版[14)~16)]や，CESD (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)[17)]，高齢者や介護者の特性，患者の介護や見守りにかかる時間及びその期間などの項目からなり，介護者の負担感や介護の状況を調べるものとなっている[11)~13)]．アンケートは留め置き法で実施した．調査の趣旨を記載した依頼文とアンケート用紙を用いて，調査の趣旨を説明し，対象者からインフォームド・コンセントを得た後，アンケート用紙を配布した．アンケート用紙は無記名とし，結果はすべてID番号で処理した．訪問看護ステーションの調査担当看護婦1名がID番号の付いた調査票に利用者の記録から診療情報を転記し，ID番号と個人同定情報は訪問看護ステーションで調査担当看護婦1名が管理し，その後の研究者からの問い合わせに応じた．

分析はSAS[18)]を用い，介護負担感とその関連要因について，カイニ乗検定，Mann-WhitneyのU検定などで解析するとともに，Zarit介護負担尺度日本語版の内的妥当信頼性はCronbach α係数，単一の全般的評価尺度である22番目の質問の結果や抑鬱尺度であるCESDと相関で検討した．また，Cronbach α係数，単一の全般的評価尺度である22番目の質問の結果との相関は，Zarit介護負担尺度の下位尺度であるPS尺度（介護そのものによって生じる負担：personal strain）やRS尺度（介護者が，介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなったことにより生じる負担：role strain）についても検討した．

3. 結　果

Zarit介護負担尺度の得点は37.1±19.9（平均±標準偏差）点，CESDの得点は17.7±11.4点で，介護者47名中23名（48.9%）に抑鬱を認めた．Zarit介護負担尺度の得点により，40点以上の21組を介護負担の重い群，39点以下の26組を介護負担の軽い群とした．

介護者の特徴を介護負担の重い群と軽い群で比較すると，Table 1に示すように，介護負担の重い群は軽い群

Table 2 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Caregivers' characteristics(2)

Caregivers		heavily burdened caregivers (group 1 ; n = 21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n = 26)	p-value
Consulted with a physician within a month Yes/No		16/5	18/8	0.60
Be ill health	Never	1	2	0.01
	Seldom	4	16	
	Sometimes	8	5	
	Often	8	3	
ZBI score		56.3 ± 10.5	21.6 ± 9.1	< 0.01
CESD score		23.5 ± 12.6	11.7 ± 5.3	< 0.01
Depression	With/Without	17/4	6/20	< 0.01
Life event	Yes/No	7/14	6/20	0.44

Each set of values represents the number, or mean ± SD.
ZBI : Zarit Caregiver Burden Interview.
CESD : Center for Epidemiologic Studies Depression scale.
Life event : any event which may cause depression within 6 months.

Table 3 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Patients' characteristics

Patients		heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Age (years old)		81.9 ± 11.4	80.0 ± 9.1	0.31
Gender	Male/Female	13/8	8/18	0.04
Dementia	With/Without	16/5	18/8	0.59
No. of behavioral disturbances		2.1 ± 2.7	1.1 ± 1.8	0.11
Barthel Index		27.4 ± 32.9	31.8 ± 31.2	0.29
Yokaigodo *		4.0 ± 1.6	3.9 ± 1.3	0.42

Values are expressed as to number or mean ± SD.
* Yokaigodo : Grade of the elderly in need of care in the public long-term care insurance system

Table 4 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Factors related to long-term care insurance

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Knowledge of LTCIS Contents/Only name	18/3	24/2	0.47
Care-burden after LTCIS Better/No change, Worse	12/9	15/11	0.97
Cost for care Less than ¥20,000/More	11/10	10/16	0.35
Cost able to pay for caring Less than ¥20,000/More	13/8	16/10	0.48
Usage of social services other than LTCIS Yes/No	6/15	10/16	0.48
Concerned about what others think or say Yes/No	6/15	2/24	0.06
Think it is an undoubted right to use social services Yes/No	15/6	15/11	0.34

Values are expressed by number.
* LTCIS : Public long-term care insurance system.

Table 5 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Social service use (1)

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Home help service Yes/No	15/6	13/13	0.14
Short stay service Yes/No	14/7	7/19	0.01
Day care service Yes/No	9/12	5/21	0.08
Day service Yes/No	10/11	11/15	0.72
Visiting bathing service Yes/No	7/14	10/16	0.72
Rental service of caring tools Yes/No	15/6	19/7	0.90
Meal delivery service Yes/No	5/16	4/22	0.47
Bedclothes laundry service Yes/No	2/19	0/26	0.11
Monetary reward for family caregivers Yes/No	5/16	2/24	0.13
Training class for caregiving Yes/No	6/15	2/24	0.06
Rehabilitation service for the frail elderly Yes/No	2/19	20/6	0.22

Values are expressed by number.

Table 6 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Social service use (2)

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Consulted with public health center staff Yes/No	0/21	2/24	0.20
Consulted with local government office staff Yes/No	7/14	9/17	0.92
Consulted with caregivers supporting center staff Yes/No	8/13	14/12	0.29
Consulted with family Physician Yes/No	14/7	16/10	0.15
Consulted with regularly visiting nurse Yes/No	18/3	22/4	0.91
Visiting dental service Yes/No	7/14	5/21	0.28

Values are expressed by number.

に比べ，患者を一人にしての外出ができる者の割合が有意に少なく，家族の人数が少ない傾向を示した．これに対して，介護の時間は長い傾向を示した．また，Table 2に示すように，介護負担の重い群は軽い群に比べ，有意に体調が悪い者や抑鬱と判断された者が多く，Zarit介護負担尺度の得点やCESDの得点は有意に高値を示した．

要介護高齢者の特徴を介護負担の高い群と低い群で比較すると，Table 3に示すように，負担が重い群は男性の割合が有意に多かった．

介護保険に関係する項目の比較では，Table 4に示すように，介護負担の重い群は軽い群に比べ，近所の目が気になる者の割合が多い傾向にあった．

Table 5とTable 6に公的サービスの利用を示す．介護負担の重い群は軽い群に比べ，ショートステイを利用している割合が有意に多く，デイケアの利用や介護教室の参加が多い傾向を示した．

Table 7とTable 8は希望するサービスを示す．介護

Table 7 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Social services caregivers want (1)

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Training class for better caregiving Yes/No	6/15	8/18	0.87
Meeting of family caregivers Yes/No	7/14	12/14	0.38
Temporary nursing home service for caregiver's travel Yes/No	18/3	18/8	0.19
Day time nursing home service Yes/No	15/6	16/10	0.48
Regular home help service Yes/No	15/6	16/10	0.48
Regular health check-up for the frail elderly Yes/No	16/5	20/6	0.95

Values are expressed by number.

Table 8 Comparison between heavily burdened caregivers and lightly burdened caregivers : Social service caregivers want (2)

Caregivers	heavily burdened caregivers (group 1 ; n=21)	lightly burdened caregivers (group 2 ; n=26)	p-value
Dental check-up for the frail elderly Yes/No	13/8	17/9	0.81
Regular bathing service for the frail elderly Yes/No	16/5	16/10	0.29
24-hour home help service Yes/No	12/9	9/17	0.13
Rehabilitation for the frail elderly Yes/No	15/6	18/8	0.87
Meal delivery service Yes/No	14/7	4/22	< 0.01
Unification of office service for family caregivers Yes/No	17/4	18/8	0.36
Easy opportunities for cargiver's consultation Yes/No	17/4	17/9	0.36

Values are expressed by number.

負担が重い者は軽い者に比べ，配食・給食サービスを希望する者の割合が有意に多かった．

Tableには示していないが，Zarit介護負担尺度日本語版のCronbach α係数は，総合尺度0.94, PS尺度0.87, RS尺度0.91で，単一の全般的評価尺度である22番目の質問の結果との相関は，総合尺度0.82 ($p<0.001$)，PS尺度0.74 ($p<0.001$)，RS尺度0.82 ($p<0.001$) で高い信頼性と妥当性を示した．また，Zarit介護負担尺度日本語版の総合尺度と抑鬱尺度であるCESDは0.72 ($p<0.001$) と高い相関を示した．

Tableには示していないが，要介護高齢者を男性と女性で比較すると，主介護者が配偶者（妻または夫）であるものは，男性要介護高齢者の介護者は21名中20名が配偶者（妻）であるのに対し，女性要介護高齢者の主介護者が配偶者（夫）であるものは26名中4名にすぎず，両者で配偶者の割合に有意差を認め（81.0% vs 15.4%, $p<0.01$)，介護者の年齢も男性要介護高齢者が有意に高く（70.0±7.1 vs 59.4±13.5歳，$p<0.01$)，治療中の病気がある介護者の割合が高かった（90.5% vs 57.7%，$p=0.01$)．要介護高齢者の特徴をみてみると，男女で年齢（79.3±9.8 vs 82.0±10.4歳，$p=0.21$)，日常生活度動作（Barthel Index：26.2±31.4 vs 32.8±32.3, $p=0.53$)，問題行動（1.2±1.9 vs 1.8±2.5, $p=0.57$），痴呆の割合（66.7% vs 76.9%，$p=0.44$）に有意差はなかった．

Tableには示していないが，要介護度が4以上の高要介護度の高齢者32名と要介護度が3以下の低要介護度の高齢者15名との比較では，日常生活度動作（Barthel Index：11.8±14.7 vs 68.3±22.1, $p<0.01$）は高要介護度

群で有意に低く，要介護高齢者に痴呆を認める割合（87.5%vs 40.0%，p<0.01）は高要介護度群で有意に高く，要介護高齢者を伴わないで外出できる主介護者の割合は有意に低かった（62.5% vs 93.3%，p=0.03）が，Zarit介護負担尺度の得点（39.0±20.5 vs 33.1±18.8, p=0.54）には両群間で有意差を認めなかった．

4. 考　察

今回の調査では，介護保険導入直後に同じ訪問看護ステーションの利用者を対象に行った調査[13]と同様に，介護負担の重い介護者と軽い介護者で介護している要介護高齢者の要介護度に差は認められなかった．また，高要介護度（4,5）群と低要介護度（1,2,3）群とで，Zarit介護負担尺度の得点を比較しても得点に差を認めなかったことより，サービスの量や質が十分であるかどうかは別として，要介護度に応じて，要介護度の高い介護者の介護負担も要介護度の低い介護者の介護負担も等しくなるよう，公平にサービスの提供が行われていると考えられた．

遠賀地区で行われた一連の研究は個人同定情報を削除した横断研究であり，対象者が必ずしも同じでないため，単純に比較することはできないが，介護負担尺度を比較してみてみると，介護保険導入前（42.2±14.9）[11]，直後（41.7±19.4）[13]に比べ，導入1年後（37.1±19.9）で低値を示しており，介護保険導入の成果が現れたと考えられた．

介護者の抑鬱に注目してみると今回の調査では介護者の48.9%に抑鬱を認めた．この数字は前回の調査の結果（介護者の抑鬱の割合：56.1%）[13]よりも減少していた．介護保険導入以前の調査[19]では介護者の抑鬱の割合は53.3%であり，介護保険導入直後には認められなかった効果が介護保険導入1年後になって初めてその効果が認められたとも考えられる．しかし，まだ，介護者の約半数に抑鬱を認めており，その効果は不十分と言える．抑鬱の介護者は介護破綻につながりやすい[20]ので介護者に対する社会的支援の増強が必要である．

Araiらが介護保険前の1998年，1999年と直後の2000年に宮城県で行った調査でも，公的サービスの利用の増加と介護時間の減少を認めたものの，介護負担には変化を認めていない[21]．全国的にみても社会的支援はまだ不十分と考えられる．

Zarit介護負担尺度[2]は，身体的負担，心理的負担，経済的困難などを総括し，介護負担として測定することが可能な尺度である．下位尺度としてPS尺度（介護そのものによって生じる負担：personal strain）とRS尺度（介護者が，介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなったことにより生じる負担：role strain）の二つが設けられているが，Zaritのこれまでの論文では総合得点を重視した解析がなされているものが多い[16]．

Zarit介護負担尺度日本語版[14)~16)]は荒井らにより開発され，信頼性・妥当性とも検証されているが，介護保険導入以前のことであったため，今回も信頼性と妥当性を検討した．Zarit介護負担尺度日本語版の総合尺度のCronbach α係数は総合尺度0.94, PS尺度0.87, RS尺度0.91で，単一の全般的評価尺度である22番目の質問の結果との相関は，総合尺度0.82（p<0.001），PS尺度0.74（p<0.001），RS尺度0.82（p<0.001）で今回の調査においても，高い信頼性と妥当性を示した．荒井らの開発したZarit介護負担尺度日本語版は介護保険導入という制度の変化の後においても，国際比較研究も可能なしっかりとした介護負担尺度と言える．

今回の調査では，要介護高齢者をひとりおいて外出できないことは重い介護負担と関連していた．Zarit介護負担尺度[2)14)~16)]には介護のために自分の時間が充分にとれないこと（設問2）や，家族や友人とつき合いづらくなっていること（設問6），自分の社会参加の機会が減ったこと（設問12），自分の思い通りの生活ができなくなったこと（設問17）を質問項目に入れており，介護負担が高い人にこれらの項目がよく当てはまるので，得点の高い人で外出できる人が多かったとも考えられる．この結果は我々が介護保険施行直後に実施した調査結果[13]と一致している．このときの調査[13]や介護保険施行前に福岡県京都郡・築上郡で行った調査[12]では介護負担の重い群は軽い群に比べ，身体介護の時間，見守り時間とも有意に長かったが，今回の調査では，介護負担の重い群は軽い群にくらべ，身体介護の時間は長い傾向を示したが，見守り時間には差を認めなかった．1991年に実施された痴呆性老人を抱える家族の会の会員を対象とした全国調査では介護による生活上の困難として，53%の者が「自分の時間を持てない」，34%の者が「留守をみてくれる人がいない」と回答し，介護上の困難として，60%の者が「気が休まらない」，44%の者が「外出できない」と答えていた[22]．一日のうちの長い時間要介護高齢者の世話をする介護者が，友人を訪問したり，リラックスしたりする時間を失うことを示した研究も報告されており[23]，介護者に自由な時間を与えることが，必要であると考えられた．

痴呆性高齢者の約半数は，幻覚・妄想状態，盗難妄想，徘徊，攻撃的行動などを示し，これが介護を困難にする[24]．このため，介護者に対する指導として，1）単独

の介護者とならない（2人以上で行う），2）介護サービス（デイサービス，ショートステイ，訪問看護，ホームヘルプ）を利用する，3）介護者自身の健康に気をつける（休息を十分にとる），4）相談できる人を持つ（痴呆性高齢者を支える家族会への入会等）などが行われている[24]．我々が介護保険導入前に福岡県の遠賀地区で行った調査でも痴呆に伴う問題行動は介護者の抑鬱に関係していた[19]．今回の調査では痴呆は重い介護負担とは関連していなかったが，その理由としては両群とも痴呆を伴う高齢者の割合が高い（介護負担が重い群：76.2%，介護負担が軽い群：69.2%）ことが考えられた．

介護保険施行前に福岡県京都郡・築上郡で行った調査[12]では介護負担が重い群は軽い群に比べ，男性を介護している介護者が多い傾向を認めたが，今回の調査では，介護負担の重い群は軽い群にくらべ，男性を介護している者の割合が多かった．その理由としては，1）男性は身体が大きいため介護が大変である，2）男性の方が女性に比べ，痴呆に伴う問題行動がある場合，介護者が制止しにくい，などが考えられた．

今回調査の対象となった介護者を，男性を介護している介護者と女性を介護している介護者で比較してみると，男性では介護者21名中20名が妻であるのに対し，女性では主介護者が夫であるものは26名中4名にすぎず，両者で配偶者の割合に有意差を認め（81.0% vs 15.4%，$p<0.01$），介護者の年齢も男性で有意に高く（70.0±7.1 vs 59.4±13.5歳，$p<0.01$），病気を持っている介護者の割合が高かった（90.5% vs 57.7%，$p=0.01$）．要介護高齢者の特徴をみてみると，男女で年齢，日常生活動作，問題行動，痴呆の割合に有意差は認めておらず，男性を介護する介護者に妻が多く，年齢が高く，病気を持っている者が多いことが，男性を介護する介護者で介護負担が高いことの一因と考えられた．今回の調査では，男性を介護する介護者の8割が妻であった．平野ら[25]は痴呆を持つ夫を介護する妻の調査を行い，夫を『供に暮らし続けたい存在』として認識する反面，1）夫の健忘や見当識障害の進行により，「自分（妻）の認知ができない不確かな存在」へと変化し，夫婦の絆が消失していくように感じたり，2）夫が自分の思い通りにならない時に，暴言をはいたり，暴力をふるうようになり，「経験したことのない恐怖」を感じたり，3）自立性が低下し，妻の姿が見えなくなると落ち着かなくなり，絶えずまとわりつく夫が，「依頼的でうっとうしい存在」になり，『苦痛に感じる存在』としての認識もあると報告している．妻（夫）は『供に暮らし続けたい存在』と『苦痛に感じる存在』との両者の葛藤の中で夫（妻）の介護を継続していると考えられるので，介護者が配偶者である割合が多いことも男性を介護する介護者に負担感が高いことの一因と考えられた．

介護保険とサービスの利用に関する質問では，介護負担の重い介護者と軽い介護者とも，半数以上がサービスの利用は当然の権利と考え，両者で有意差を認めなかったが，介護負担が重い介護者はサービスの利用にあたって近所の目が気になるものが多い傾向を示した．近所の目が気になる介護者は介護保険導入以前に比べ減少してきている[26]ものの，近所の目が気になる介護者はサービスの利用が少ないことがわかっており[27]，社会的サービスの利用に対する偏見をなくすような取り組みが必要である．公的サービスを利用しようとしない介護者は，他のものに頼らず，自分一人で介護を達成しなくてはいけないとの思いを持っており[28]，偏見をなくし公的サービスの利用を促すためには，介護者のみならず，介護者の家族や近隣の地域住民をも含めた地域社会へのアプローチが必要と考えられる．

公的サービスの利用に関する質問では，介護負担の重い群は軽い群に比べ，ショートステイの利用の割合が有意に多く，介護教室の利用が多い傾向にあった．希望するサービスの質問では介護負担が重い介護者も軽い介護者も1）旅行のときに預かってくれる施設（重い介護者：85.7%，軽い介護者：69.2%），2）日中預かってくれる施設（重い介護者：71.4%，軽い介護者：61.5%）を希望するものが多く，まだ，これらのサービスは充足しておらず，介護負担の重い介護者はショートステイを利用しているにもかかわらず，本当に必要なときに利用できないため，介護負担が高くなっていると考えられた．

希望するサービスでは介護負担の重い介護者は軽い介護者に比べ，配食・給食サービスを希望する者の割合が多かった．介護負担の高い介護者は体調の悪いものが多く，介護と家事の両立に苦労しているためだと考えられた．要介護高齢者が介護者への依頼心が強く，介護者が見えなくなると不安になるため，介護者から離れようとしない場合や要介護高齢者が徘徊などの問題行動を引き起こすために目が離せない場合，買い物に出かけたり，火を使って炊事をしたりすることが困難なため，介護の負担が高い介護者で，配食・給食サービスを希望する者が多かった可能性も考えられる．また，要介護高齢者を預かる施設の他に，介護負担の軽重にかかわらず，希望の多かったサービスは1）要介護高齢者の定期的な健康チェック（重い介護者：76.2%，軽い介護者：76.9%），2）要介護高齢者のリハビリ（重い介護者：71.4%，軽い介護者：69.2%）などがあり，要介護高齢者の状態を

維持・増進していくようなサービスを希望する者が多かった．また，3）相談窓口やサービスの申請窓口の一本化（重い介護者：81.0%，軽い介護者：69.2%），4）気軽に相談できる窓口や人（重い介護者：81.0%，軽い介護者：65.4%）を希望する者も多く，相談窓口の敷居を低くし，アクセスを良くすることが求められていることがわかった．

介護保険導入直後の調査では介護負担の重い介護者は軽い介護者に比べ，多くの種類の公的サービスを利用していた[13]が，今回の調査では両群間に有意差を認めなかった．介護に関係する公的サービスの種類が豊富になり，以前は必要度の高い介護者にだけ公的サービスの提供が行われていたが，介護保険の導入に伴い，要介護認定が行われることにより，要介護度の低い人も介護サービスを受けるようになり，サービスが分散したため，要介護度の高い人たちにはサービスが充分には行き渡ってないと考えられた．

介護負担が重い介護者は軽い介護者に比べ，治療中の病気がある者の割合の差をみとめていないが，体調の悪い者が多かった．介護者の入院や病気の重症化により在宅介護の継続が困難になる場合も考えられるので，要介護高齢者だけではなく，介護者への支援サービスも重要であると考えられた．

以上より，要介護高齢者の介護負担を減らすためには，ショートステイ，デイケアなどの介護者の自由な時間をつくるようなサービスを充足させるだけではなく，サービス利用に対する敷居を低くすることが必要であると考えられた．

謝辞：本研究は，厚生科学研究費補助金（長寿科学綜合研究事業）：主任研究者　荒井由美子（H11-長寿-036）：公的介護保険の導入と介護者の介護負担に関する研究の一環として行った．

文　献

1）渡辺裕子：ケアマネジャーのための家族ケア．日本看護協会，東京，2002.
2）Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly ; Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980 ; 20 : 649—655.
3）厚生省：介護保険制度の円滑な施行に向けての準備，平成11年度版厚生白書．ぎょうせい，東京，1999, p197—207.
4）厚生労働省：個人の自立を支援する厚生労働行政，平成13年度版厚生労働白書．ぎょうせい，東京，2001, p124—159.
5）上田照子，橋本美知子，高橋祐夫ほか：在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究．日本公衆衛生学雑誌　1994 ; 41 : 499—506.
6）杉原陽子，杉澤秀博，中谷陽明，柴田　博：在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響．日本公衆衛生学雑誌　1998 ; 45 : 320—335.
7）川本龍一，岡本憲省，山田明弘，小国　孝：在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究．日本老年医学雑誌　1999 ; 36 : 35—39.
8）緒方泰子，橋本迪生，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感．日本公衆衛生学雑誌　2000 ; 47 : 307—319.
9）斎藤恵美子，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．日本公衆衛生学雑誌　2001 ; 48 : 180—189.
10）厚生省：介護保険制度の定着に向けて，平成12年度版厚生白書．ぎょうせい，東京，2000, p166—176.
11）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.
12）Kuwahara K, Washio M, Arai Y : Burden among caregivers of frail elderly in Japan, Fukuoka Acta Medica 2001 ; 92 : 332—339.
13）Washio M, Arai Y : The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan Fukuoka Acta Medica 2001 ; 92 : 292—298.
14）Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. Psychiatry Clin Neurosci 1997 ; 51 : 281—287.
15）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.
16）荒井由美子，杉浦ミドリ：家族介護者のストレスとその評価法．老年精神医学雑誌　2000 ; 11 : 1360—1364.
17）島　悟，鹿野達男，北村俊則，浅井昌弘：新しい抑うつ性自己評価尺度について．精神医学　1985 ; 27 : 717—723.
18）SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide. Release 6.03. edn. Cary, NC, 1998.
19）Washio M, Arai Y : Depression among caregivers of the disabled elderly in southern Japan. Psychiatry Clin Neurosci 1999 ; 53 : 407—412.
20）Arai Y, Sugiura M, Washio M, Miura H, Kudo K : Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. Psychiatry Clin Neurosci 2001 ; 55 : 379—382.
21）Arai Y, Masui K, Sugiura M, Washio M : Fewer hours of care yet undiminished caregiver burden with new long-term care insurance in Japan. Int J Geriatr Psychiatry 2002 ; 17 : 489—491.
22）George LK, Gwyther LP : Caregiver well-being ; a multidimensional examination of family caregivers of de-

mented adults. Gerontologist 1986;26:253—259.
23) 斎藤和子：痴呆性老人の家族看護学研究の課題．看護研究 1994;27:178—182.
24) 長谷川和夫：痴呆．介護保険と高齢者医療（上田慶二，折茂 肇，上田国利，林 恭史，池上直己，鎌田ケイ子編），日本医師会，東京，1997, p123—126.
25) 平野憲子，加藤欽子，佐伯和子，和泉比佐子：アルツハイマー型痴呆性疾患の夫を介護する妻の夫に対する認識．札幌医科大学保健医療学部紀要 2000;3:37—43.
26) 荒井由美子，杉浦ミドリ：介護保険制度は痴呆性高齢者を介護する家族の負担を軽減したか．老年精神医学雑誌 2001;12:465—470.
27) Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K: Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15:961—968.
28) 実沢千賀子，若松真理子，大須賀直子，佐藤洋美，持地木綿子，渡辺佳子ほか：在宅介護福祉サービス利用に関する影響要因の研究．保健婦雑誌 1995;51:384—389.

Abstract

Burden on family caregivers of frail elderly persons one year after the introduction of public long term care insurance service in the Onga District, Fukuoka Prefecture: evaluation with a Japanese version of the Zarit caregiver burden interview

Masakazu Washio[1], Yumiko Arai[3], Hisako Izumi[1)2)] and Mitsuru Mori[1]

The present study was conducted to investigate the factors related to the feeling of psychological stress, called heavy burden, in caregivers who took care of frail elderly persons 1 year after the introduction of the public long-term care insurance system (i.e., kaigo hoken) in the northern part of Fukuoka Prefecture, Kyushu, Japan. Forty-seven caregivers answered a self-administered questionnaire involving the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) and thus described their own caregiving situation. Compared to caregivers with a light burden, heavily burdened caregivers were less likely to have time to go out without their frail elderly, but tended to spend a longer time with them in providing for their physical care. Compared with less burdened caregivers, heavily burdened caregivers tended to be concerned with what others thought or said and more likely to use a short-stay service (i. e., temporary nursing home assistance).

More social services should be provided to let caregivers have their own time without caring for their patients. In addition, local governments and caremanagers should help caregivers to understand the benefits of services available for the elderly and their caregivers.

Key words: *Burden, Caregiver, Frail elderly, Long-term care insurance, Social service*
(Jpn J Geriat 2003;40:147—155)

1) Department of Public Health, School of Medicine, Sapporo Medical University
2) Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University
3) Research Unit for Nursing Caring Sciences and Psychology, National Institute for Longevity Sciences

第46回日本老年医学会学術集会記録
〈シンポジウムII：要介護高齢者の在宅ケア：介護負担軽減に向けて〉

2. 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態

新田　順子[1)2)]　熊本　圭吾[3)]　荒井由美子[3)]

〈要　約〉 本研究は，訪問看護サービスを利用している要介護者を介護する家族介護者の現状を把握することを目的とした．京都府南部の14の訪問看護ステーションにおいて，介護保険により訪問看護サービスを利用していた589名に対し，訪問看護師が訪問調査を行い，併せて，その介護者に対し，留置法による自記式質問紙調査を行った．412組から回答があり，無効票などを除外した398名を分析対象とした．

介護者のうち，不適切処遇の経験があると回答した者が34.9%，在宅介護の継続が困難であると判断した者が39.7%を占めた．介護者の不適切処遇の経験との関連が認められた項目は，寝たきり度，聴覚障害の有無，問題行動，続柄（実子か否か），介護負担，介護への対処能力（介護のやり方でまごつくこと）であった．また，在宅介護の継続可能性の判断との関連が認められた項目は，介護者の年齢，続柄（配偶者か否か），介護負担，介護への対処能力（介護のやり方でまごつくこと，サービスを上手く利用できること）であった．

不適切処遇の経験のある介護者が介護している利用者には，問題行動が多い，聴覚障害があるなど，介護者の思うに任せない状況にあることが示唆された．一方，在宅介護の継続が困難であると判断した介護者は，高齢の夫婦世帯が多く，健康状態や経済状態の見通しがつかない者が多いと考えられた．

Key words：訪問看護，在宅介護，不適切処遇，介護の継続，介護負担

（日老医誌　2005；42：★★★—★★★）

緒　言

介護保険制度は，「被保険者が要介護状態となった場合においても，可能な限り，その居宅において，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」ことを企図している．訪問看護ステーションを利用する要介護高齢者は，介護保険制度を利用している者が多数を占めているが，居宅における生活を続けることができなくなり，入院入所に至る例も，少なからず発生している．そこで本研究では，訪問看護サービスを利用している要介護高齢者（以下，利用者）を在宅で介護する家族介護者（以下，介護者）の現状を把握し，介護保険制度下における在宅介護に関する実態を把握することを目的とした．

Burden felt by family caregivers of the elderly registered with visiting nurses' stations in Kyoto
1) Junko Nitta：（医）栄仁会　訪問看護ステーション京たなべ
2) Junko Nitta：京都府訪問看護ステーション協議会
3) Keigo Kumamoto, Yumiko Arai：国立長寿医療センター研究所　長寿看護介護研究室

方　法

1. 調査地域

本調査は，筆頭著者の所属する京都府訪問看護ステーション協議会の協力を得て，同協議会Eブロックを構成する14の訪問看護ステーションにおいて実施された．同協議会は，京都府下を，地理的にA～Hの8つのブロックに分けている．Eブロックは，京都府南部の2市1町（宇治市，城陽市，久御山町）にて事業を行っている14の訪問看護ステーションから構成されている．

2. 対象と調査方法

2003年9月時点で，Eブロック内の訪問看護ステーションに登録していた利用者のうち，介護保険により訪問看護サービスを利用していた589名の利用者に対して，訪問看護師が訪問調査を行った．また，介護者に対しては，留置法による自記式質問紙調査を行い，412名分の質問紙を回収した．そのうち，無効回答であった8名，利用者が独居していた5名，家族介護者以外の者が質問紙に記入した1名を除外した398名分を分析対象とした．

3. 調査項目

利用者に関する調査項目は，性別，年齢，要介護度，

表1　訪問看護サービス利用者とその介護者に関する質問項目の基礎集計結果

利用者に関する項目		介護者に関する項目	
性別		性別	
男性	159名（39.9%）	男性	86名（21.6%）
女性	239名（60.1%）	女性	312名（78.4%）
年齢	80.5 ± 9.2歳（n=398）	年齢	63.4 ± 11.4歳（n=396）
要介護度		続柄	
要支援	5名（1.3%）	妻	125名（31.4%）
要介護1	54名（13.6%）	夫	51名（12.8%）
要介護2	86名（21.6%）	娘	99名（24.9%）
要介護3	90名（22.6%）	息子	35名（8.8%）
要介護4	67名（16.8%）	嫁	77名（19.3%）
要介護5	96名（24.1%）	孫	2名（0.5%）
		その他	9名（2.3%）
痴呆自立度		介護負担	
正常	89名（23.1%）	J-ZBI_8得点	10.0 ± 7.2点（n=364）
Ⅰ	98名（25.4%）	Personal Strain得点	5.7 ± 4.6点（n=374）
Ⅱ	94名（24.4%）	Role Strain得点	4.2 ± 3.5点（n=381）
Ⅲ	51名（13.2%）	対処能力	
Ⅳ	42名（10.9%）	介護のやり方	
M	12名（3.1%）	まごつく	273名（70.0%）
寝たきり度		まごつかない	117名（30.0%）
正常	4名（1.0%）		
J	29名（7.5%）	サービス利用	
A	143名（37.0%）	上手くできない	96名（24.7%）
B	118名（30.5%）	上手くできる	292名（75.3%）
C	93名（24.0%）		
視覚障害の有無		不適切処遇の経験	
あり	91名（24.5%）	あり	119名（34.9%）
なし	280名（75.5%）	なし	222名（65.1%）
聴覚障害の有無		在宅介護の継続	
あり	108名（29.0%）	可能	234名（60.3%）
なし	265名（71.0%）	困難	154名（39.7%）
問題行動			
TBS得点	3.2 ± 5.4点（n=327）		

痴呆性老人の日常生活自立度（以下，痴呆自立度と略す），障害老人の日常生活自立度（以下，寝たきり度と略す），視覚障害の有無，聴覚障害の有無，介護上問題となる行動（以下，問題行動と略す），であった．問題行動の評価には，Troublesome Behavior Scale[1]（以下，TBSと略す）を用いた．

介護者に対しては，性別，年齢，利用者との続柄，介護負担，介護への対処能力，不適切処遇の経験の有無，在宅介護の継続可能性の判断，に関する調査を行った．

介護負担の評価には，日本語版Zarit介護負担尺度短縮版[2)~5)]（以下，J-ZBI_8と略す）を用いた．この尺度は，Personal Strain（介護を必要とする状況に対する否定的な感情の程度）とRole Strain（介護によって社会生活に支障を来している程度）の2つの下位尺度から構成されている．

介護への対処能力については，「介護のやり方にまごつかない」か「介護のやり方にまごつく」か，ならびに「サービスを上手く利用できる」か「サービスを上手く利用できない」か，回答を求めた．

不適切処遇の経験の有無に関しては，「無視をする」，「感情的に傷つけること」など9種類の不適切処遇を提示し，この半年間に該当する項目が1つでもある場合，

表2　介護者における不適切処遇の経験の有無と各項目との関連

項目		不適切処遇の経験		p値
		あり	なし	
利用者に関する項目				
性別	男性	45	88	p = 0.816
	女性	74	134	
年齢		81.0 ± 9.3[1)] (n = 119)	80.2 ± 9.3[1)] (n = 222)	p = 0.450
痴呆自立度	正常・Ⅰ・Ⅱ	82	159	p = 0.896
	Ⅲ・Ⅳ・M	29	60	
寝たきり度	正常・J・A	61	89	p = 0.020
	B・C	51	130	
視覚障害の有無	あり	30	45	p = 0.333
	なし	81	161	
聴覚障害の有無	あり	41	54	p = 0.039
	なし	69	155	
問題行動 TBS得点		5.7 ± 6.6[1)] (n = 102)	1.8 ± 4.1[1)] (n = 186)	p = 0.000
介護者に関する項目				
性別	男性	27	48	p = 0.891
	女性	92	174	
年齢		63.2 ± 10.7[1)] (n = 119)	62.7 ± 11.9[1)] (n = 221)	p = 0.737
続柄	配偶者	48	96	p = 0.646
	配偶者以外	71	126	
	息子・娘	50	68	p = 0.042
	息子・娘以外	69	154	
	嫁	18	51	p = 0.091
	嫁以外	101	171	
介護負担				
J-ZBI_8得点		12.2 ± 7.1[1)] (n = 113)	9.0 ± 6.8[1)] (n = 207)	p = 0.000
Personal Strain得点		7.6 ± 4.7[1)] (n = 114)	4.9 ± 4.2[1)] (n = 214)	p = 0.000
Role Strain得点		4.5 ± 3.3[1)] (n = 116)	4.1 ± 3.5[1)] (n = 213)	p = 0.232
対処能力 介護のやり方	まごつく	92	147	p = 0.032
	まごつかない	25	71	
サービス利用	上手くできない	25	57	p = 0.424
	上手くできる	91	162	

[1)]平均値±標準偏差
n.s.: not significant
カテゴリ変数の分析ではFisherの直接計算法を用いた.
連続変数の分析では対応のないt検定を用いた.

不適切処遇の経験ありとした．一方,「そのような経験はない」と回答した場合，不適切処遇の経験なしとした．

在宅介護の継続可能性の判断に関しては,「これからも在宅介護を続けられそうですか？」という質問に対して,「ずっと続けられる」或いは「しばらくは続けられる」という回答を，在宅介護の継続が可能とし,「なんともいえない」或いは「あまり続けられそうにない」,「もう続けられない」という回答を，在宅介護の継続が困難とした．

4. 解析

不適切処遇の経験の有無，ならびに，在宅介護の継続可能性の判断について，利用者の性別，年齢，痴呆自立度（正常，Ⅰ，ⅡとⅢ，Ⅳ，Mの2群にして比較），寝

表3　介護者による在宅介護の継続可能性の判断と各項目との関連

項目		在宅介護の継続可能性の判断		p値
		困難	可能	
利用者に関する項目				
性別	男性	66	88	p = 0.340
	女性	88	146	
年齢		80.5 ± 9.4[1)] (n = 154)	80.3 ± 9.2[1)] (n = 234)	p = 0.803
痴呆自立度	正常・Ⅰ・Ⅱ	111	164	p = 0.721
	Ⅲ・Ⅳ・M	38	63	
寝たきり度	正常・J・A	65	106	p = 0.814
	B・C	87	119	
視覚障害の有無	あり	31	59	p = 0.265
	なし	113	160	
聴覚障害の有無	あり	43	63	p = 0.814
	なし	100	157	
問題行動 TBS得点		3.8 ± 6.0[1)] (n = 126)	2.6 ± 4.9[1)] (n = 196)	p = 0.054
介護者に関する項目				
性別	男性	36	49	p = 0.616
	女性	118	185	
年齢		65.6 ± 10.3[1)] (n = 154)	61.7 ± 11.9[1)] (n = 232)	p = 0.001
続柄	配偶者	78	92	p = 0.029
	配偶者以外	76	142	
	息子・娘	47	85	p = 0.274
	息子・娘以外	107	149	
	嫁	24	51	p = 0.149
	嫁以外	130	183	
介護負担				
J-ZBI_8得点		13.1 ± 7.5[1)] (n = 140)	8.0 ± 6.3[1)] (n = 219)	p = 0.000
Personal Strain得点		7.5 ± 4.7[1)] (n = 143)	4.6 ± 4.2[1)] (n = 225)	p = 0.000
Role Strain得点		5.6 ± 3.7[1)] (n = 148)	3.3 ± 3.0[1)] (n = 226)	p = 0.000
対処能力 介護のやり方	まごつく	125	141	p = 0.000
	まごつかない	26	90	
サービス利用	上手くできない	53	41	p = 0.000
	上手くできる	99	188	

1) 平均値±標準偏差
n.s. : not significant
カテゴリ変数の分析ではFisherの直接計算法を用いた.
連続変数の分析では対応のないt検定を用いた.

たきり度（正常，J，AとB，Cの2群にして比較），視覚障害の有無，聴覚障害の有無，介護者の性別，年齢，続柄（配偶者か否か，実子であるか否か，嫁か否か，それぞれについて比較），対処能力との関連を検討した．

結　果

1．介護者における不適切処遇の経験の有無と各項目との関連

不適切処遇の経験があると回答した者は，介護者の34.9%を占めた（表1）．

寝たきり度の程度が軽い利用者，あるいは，聴覚障害のある利用者を介護する介護者は，そうでない介護者に比べ，不適切処遇の経験があると回答した割合が有意に高かった．また，不適切処遇の経験があると回答した介護者が介護する利用者は，そうでない者に比べて，TBS得点が有意に高かった（表2）．

不適切処遇の経験との間に有意な関連が認められた介護者に関する項目は，続柄（実子か否か），介護負担（J-ZBI_8ならびにPersonal Strain得点），対処能力（介護のやり方にまごつくか否か），であった．不適切処遇の経験があると回答した介護者は，そうでない介護者に比べ，利用者の実子，あるいは，介護のやり方にまごつく者である割合が有意に高く，J-ZBI_8得点とPersonal Strain得点が有意に高かった（表2）．

2. 介護者の在宅介護の継続可能性の判断と各項目との関連

在宅介護の継続が困難であると判断した者は，介護者の39.7%を占めた（表1）．

利用者に関する項目については，在宅介護の継続可能性の判断との間に，有意な関連が認められなかった．

一方，在宅介護の継続が困難であると回答した介護者は，そうでない介護者に比べ，利用者の配偶者である者，介護のやり方にまごつく者，サービスを上手く利用できない者である割合が有意に高く，年齢，J-ZBI_8得点，Personal Strain得点，Role Strain得点が有意に高かった（表3）．

考　察

1. 介護者における不適切処遇の経験の有無と関連する要因について

不適切処遇の経験があると回答した介護者が介護する利用者には，問題行動が有意に多いことが明らかとなったが，これは，介護者にとって，予測ができない行為や，対応に困る行為が多いことでもある．そのため，介護者は，介護が思うに任せず，どうにもならない状況に置かれ，介護負担も高くなり，その結果，不適切処遇につながっているのではないかと推測される．また，聴覚障害のある利用者の割合が有意に高かった点については，介護者の指示が，聞き取られにくいなどの，コミュニケーション上の問題によるものではないか，と考えられる．

一方，不適切処遇の経験があると回答した介護者は，利用者の実子である者の割合が有意に高いことが示された．実子においては，親にはしっかりしていてほしい，という思いが強く，それが転じて不適切処遇に至っているのではないかと推測される．

2. 介護者による在宅介護の継続可能性の判断

在宅介護の継続が困難だと回答した介護者は，利用者の配偶者が多く，より高齢である，ということが明らかになった．この介護者と利用者は，高齢の夫婦世帯を構成している，と考えられる．利用者のみならず，介護者自身も高齢であり，介護に対し上手く対処できておらず，介護の負担が高いだけでなく，自らの健康状態や経済状況等について，将来の見通しがつきにくいことから，「介護を続けられそうにない」と判断したのではないかと推測される．今後は，実際に在宅介護が継続できなくなった介護者が，どのような状況に置かれており，また，どのような理由で継続ができなくなったかについて，追跡調査により明らかにしていくことが必要である．

本研究の知見は，各サービスの担当者が，介護者の介護負担やその背景にある状況を認識し，理解する上で，有用であると考える．これらの知見を，現場における関わりに反映させていくことが，今後の課題である．

謝辞

調査にご協力頂きました利用者様及び介護者の皆様に，厚く御礼申し上げます．京都府訪問看護ステーション協議会Eブロックの訪問看護ステーション関係者各位に深謝致します．

文　献

1) 朝田　隆，吉岡　充，森川三郎，小山秀夫，北島秀治，川崎光洋ほか：痴呆患者の問題行動評価票（TBS）の作成．日本公衛誌　1994;41 (6):518—527.
2) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosci 1997;51:281—287.
3) 荒井由美子，田宮菜奈子，矢野栄二：Zarit介護負担尺度日本版の短縮版（J-ZBI_8）の作成：その信頼性と妥当性に関する検討．日老医誌　2003;40 (5):471—477.
4) 熊本圭吾，荒井由美子，上田照子，鷲尾昌一：日本語版Zarit介護負担尺度短縮版（J-ZBI_8）の交差妥当性の検討．日老医誌　2004;41 (2):206—212.
5) Kumamoto K, Arai Y: Validation of "Personal Strain" and "Role Strain": Subscales of the short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview (J-ZBI_8). Psychiatry Clin Neurosci 2004;58 (6): ~~(in press)~~.

606-610

日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版（J-ZBI_8）の交差妥当性の検討

熊本　圭吾　　荒井由美子　　上田　照子　　鷲尾　昌一

日本老年医学会雑誌　第41巻　第２号　別刷