

H. 認知

| | | |
|---|-----------------------|---|
| ① | 場所の見当識 | 2. 問題なし 1. 拒否 0. 問題あり 0. 覚醒しない |
| ② | 短期記憶 (5分位前のことが思い出せるか) | 2. 問題なし 1. 拒否 0. 問題あり 0. 覚醒しない |
| ③ | 表現・伝達力 | 3. 問題なく表現可能 2. 困難が伴う 1. 限られた内容のみ 0. ほとんど不可 |
| ④ | 理解力 | 3. 問題なく理解可能 2. 困難が伴う 1. 限られた内容のみ 0. ほとんど不可 |
| ⑤ | 覚醒水準 | 2. 覚醒している 1. 呼びかけや刺激で覚醒する 0. 刺激で覚醒しない |
| ⑥ | 痛みなどに対する知覚: | 3. 障害なし 知覚の欠損なし. 呼びかけに反応し痛みや不快感を訴えることができる. 2. 軽度障害 部分的な痛覚等の知覚障害. 不快感等を常に伝えられるわけではない. 1. 重度障害 体の半分以上で痛覚等の知覚障害. 痛みのみに反応 (うめく・動くなど). 0. 全く知覚なし (痛みに対する反応無し). 体のほぼ全体にわたる痛覚障害 |
| ⑦ | 咀嚼の問題 | 1. 無 0. 有 |
| ⑧ | 嚥下の問題 | 1. 無 0. 有 |

I. 麻痺

| | | |
|---|------|------------------|
| ① | 運動麻痺 | 1. 無 0. 有 部位 () |
| ② | 拘縮 | 1. 無 0. 有 部位 () |

J. 視聴覚

| | | |
|---|----------------------|---|
| ① | 視力 (眼鏡使用の場合、矯正視力で評価) | 4. 問題なし 3. 小さな字を読むのが困難 2. 目の前の指は数えられる 1. 動いているものは見える 0. 見えない. 明るさのみわかる |
| ② | 聴力 (補聴器利用も可) | 3. 問題なし 2. 少し問題あり 1. あまり聞こえない 0. 実質的に聞こえない |

文 献

- 厚生労働省 平成16年度 介護保険事業報告.
- Arai Y: Quality of care in private nursing homes: improving inspection. *Int J Health Care Qual Assur* 1993; 6 (3): 13-16.
- Arai Y: Quality counts. *Health Service J* 1993; (4): 33.
- 荒井由美子, 水野洋子: 介護への提言—英国の政策にみる高齢者施設ケア質向上への新しい取り組み. *日本醫事新報* 2001; 4024: 73-77.
- 水野洋子, 荒井由美子: 高齢者施設ケアサービスの評価—英国での最近の試み. *老年社会科学* 2002; 24 (1): 39-50.
- 荒井由美子: オーストラリアにおける保健福祉サービスの質の保障: 監査, 苦情処理. *オーストラリア・ニュージーランドの社会福祉* (小林良二, 小松隆二編), 旬報社, 東京, 2000, p151-164.
- 高橋龍太郎, 山口 昇, 河合秀治, 峰廻攻守, 大塚宣夫, 荒井由美子ほか: 介護の質を計る物差しの提言と実用化への展望. *日老医誌* 2002; 39 (1): 28-34.
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44 (3): 166-206.
- Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N: Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45 (8): 1017-1024.
- Hirdes JP, Fries BE, Morris JN, Ikegami N, Zimmerman D, Dalby DM, et al.: Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist* 2004; 44 (5): 665-679.
- Morris JN, 池上直己, Fries BE, Bernabei R, Steel K, Carpenter ほか編著: 日本版 MDS-HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル新訂版. 医学書院, 東京, 2004.
- Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE, Arnold AG, Kramer AM, Powell MC, et al.: Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financing Review* 1994; 16 (1): 35-67.
- 島内 節, 友安直子, 内田陽子編著: 在宅ケアアウトカム評価と質改善の方法. 医学書院, 東京, 2002.
- Phillips LR, Morrison EF, Chae YM: The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *Int J Nurs Stud* 1990; 27 (1): 61-75.
- 和気純子, 中野いく子, 冷水 豊: 在宅要介護高齢者の家族 (在宅) 介護の質の評価—家族 (在宅) 介護評価スケールの開発とその適用—. *社会保障研究* 1998; 33 (4): 392-402.

Abstract

Development of the Home Care Quality Assessment Index (HCQAI)

Yumiko Arai¹⁾, Keigo Kumamoto¹⁾, Midori Sugiura¹⁾²⁾, Masakazu Washio¹⁾³⁾,
Hiroko Miura¹⁾⁴⁾ and Kei Kudo¹⁾⁵⁾

Aim

To develop a Home Care Quality Assessment Index (HCQAI) that may be used for overall assessment of home care in three areas : 1) conditions of the impaired elderly (outcome) ; 2) caregiver and caregiving situation (process) ; and 3) the home care environment (input).

Methods

To develop the HCQAI, a list of items for assessment was drawn up, and the reliability of each item was verified. Reliability was investigated by a) test-retest reliability, and b) inter-rater reliability. Impaired elderly and their family caregivers who used the visiting nurse station of the Okazaki Medical Association were surveyed. A κ coefficient of 0.4 or greater generally served as the inclusion criteria for test-retest and inter-rater reliability of each item. A factor analysis was conducted for items satisfying the above criteria, using 10 scales.

Results

Cronbach's α showing internal consistency (reliability) for these scales was 0.6-0.9. Two scales corresponded to care within the home : the "barrier-free" and "improvement of water facilities" ; three to the caregiver situation : "dressing appropriate for the season," "mistreatment by the elderly," and "hygiene and assistance" ; and five involved conditions of the impaired elderly : "cognition," "paralysis," "vision and hearing," "ADL," and "gross motor."

Conclusion

The HCQAI developed in the present study, consisting of 41 items, can assess quality of home care both objectively and comprehensively, based on professional staff observation. Few indexes of this kind exist worldwide to scientifically assess input, process and outcome in the delivery of quality home care for the impaired elderly.

Key words : *Quality of care, Assessment, Input, Process, Outcome*

(Jpn J Geriat 2005 ; 42 : 432-443)

1) Department of Gerontological Policy (Health Policy for the Aged), NILS, National Center for Gerontology and Geriatrics (NCGG)

2) Faculty of Home Economics, Aichi Gakusen University

3) Department of Public Health, School of Medicine, Sapporo Medical University

4) Department of Speech Therapy, Faculty of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare

5) Research Unit for Health Policy Sciences, Graduate School of Nursing, Miyagi University

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 : 195—198)

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感じますか | - | 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感じますか | - | 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」と感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| ○ 4 介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| ◎ 5 介護を受けている方のそばにいと腹が立つと感じることがありますか | - | 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感じますか | - | 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と感じ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感じますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| ◎ 9 介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと感じますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| 10 介護のために、体調を崩したと感じることがありますか | - | 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感じますか | - | 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感じることがありますか | - | 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感じることがありますか | - | 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、介護にかかる金銭的な余裕がないと感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| 16 介護にこれ以上の時間は割けないと感じることがありますか | - | 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感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| ◎ 18 介護をだれかに任せてしまいたいと感じることがありますか | - | 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感じることがありますか | - | 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感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| 21 本当は自分はいくらでも介護できるのになあと感じることがありますか | - | 0 | - | 1 | - | 2 | - | 3 | - | 4 |
| | 全 く 負 担 で は な い | 思 う 少 少 負 担 に | 負 担 だ と 思 う 世 間 並 み の 負 担 | だ と 思 う か な り 負 担 | 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感じますか | - | 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

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、統柄それぞれと、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、介護期間の長さや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、介護を代わりにし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): 606-610.
- 6) 熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 鷺尾昌一: 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) Schiamburg 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; 4 (4): (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.
-

トピックス

IV. 医療と介護

3. 家族介護者の介護負担

荒井由美子

要 旨

在宅介護を円滑に継続する上で、家族介護者の介護負担の程度を客観的に把握することは、極めて重要である。本稿では、わが国における介護負担研究において、最も頻用されているZarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)、およびJ-ZBIの短縮版(J-ZBI_8)を紹介した上で、介護負担研究全般について概説し、あわせて筆者らが開発した在宅ケアの質評価法(HCQAI)について紹介した。

〔日内会誌 94：1548～1554, 2005〕

Key words：介護負担, 在宅介護, 在宅ケア, ケアの質, 質の評価

はじめに

平成16年度の厚生労働省の介護保険事業報告によれば、わが国における在宅要介護者は約280万人にのぼるとされ、今後、増加の一途を辿るものと予測されている¹⁾。しかも、その半数以上が在宅で介護を受けていることから、今後、家族介護者数も急速に増加していくことは論を待たない。

これまでの研究により、家族介護者にとって介護が負担であると、介護者自身の心身の健康を損ねる可能性があることが明らかになっている²⁻⁵⁾。例えば、米国のSchulzらが、4年間にわたる介護者の追跡調査を行ったところ、介護者が高齢の場合、介護負担がある者の死亡のリスクは、介護を行っていない高齢者の1.63倍であった。しかし、介護負担がない介護者に関しては、そのような高い死亡リスクはみられなかった²⁾。さらに、介護者の介護負担増悪は要介護者の施

設入所のリスクファクター(危険要因)であり、介護負担の軽減が施設入所を遅延させ得ることが明らかになっている⁶⁾。このように、在宅介護を円滑に継続するために、介護負担の程度を客観的に把握し、その軽減策を講ずることは、極めて重要である。

本稿では、わが国における介護負担研究において、最も頻用されているZarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)、およびJ-ZBIの短縮版(J-ZBI_8)を紹介した上で、介護負担研究全般について概説するとともに、筆者らが開発した在宅ケアの質評価法Home Care Quality Assessment Index: HCQAIについても紹介する。

1. 介護負担の定量的な評価：ZBIおよびJ-ZBI

介護負担という概念を定量的に評価する指標を最初に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、「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を測

あらい ゆみこ：国立長寿医療センター研究所長寿政策科学研究部

なお、本尺度は、面接調査で用いることができるだけでなく、自記式質問票の形式でも用いることも可能である。

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、信頼性と妥当性を確認した⁹⁾。表1に、全22項目の質問とその判定基準を示したが、原版と同じく満点は88点であり、介護負担が全くない場合は0点である。この介護負担尺度は、介護者の負担を客観的に把握する目的で、わが国の多くの大学、研究所等で用いられている。

Schreinerと筆者らは、家族介護者に抑うつ症状がみられるか否かについて、J-ZBI得点の24点をそのカットオフポイントとしたが、今後、より大規模な地域調査で確認する必要があると考えている¹⁰⁾。

2. 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、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の◎を付した5項目がpersonal strainに該当する項目であり、△を付した3項目がrole strainに該当する項目である。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^{11,12)}。従って、J-ZBIの短縮版であるJ-ZBI_8の信頼性、妥当性は原版と同様高いものであり、十分に実用に耐えうるものと確認された^{11,12)}。

2) J-ZBI_8の交差妥当性の確認

さらに、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(作成時と異なる対象における妥当性:尺度が他の地域でも使えるかどうか)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¹³⁾。

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。本尺度により、簡便に在宅介護者の介護負担を把握することが可能となる。このように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。

3. 介護負担に関してこれまでに行われた研究

介護負担に関してこれまで行われた研究から得られた知見を以下に記す。なお、諸外国の介護負担研究では、「介護者が要介護者と同居しているか否か」についての報告・検討がなされていないものも存在する。これに対し、高齢者と子供との同居率が高いわが国では、同居の家族介護者を対象とした介護負担研究が大半を占めており、諸外国の研究結果との比較を行う際には、この点に留意することが必要である。

1) 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、われわれの研究では、痴呆の重症度が同じ場合、Alzheimer型痴呆と脳血管性痴呆患者を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た¹⁴⁾。

これに対し、要介護者、特に痴呆患者の精神症状・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、筆者らの行った研究でも同様の知見が得られた¹⁵⁾。

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¹⁶⁾、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¹⁷⁾。

2) 介護者側の要因と介護負担との関連

一方、介護者に関する変数としては、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、介護期間に関しては、これまでのところ、その期間の長さや介護負担との間に、明らかな関係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、Alzheimer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¹⁸⁾。

3) 家族の介護負担に関する縦断研究

次に、介護負担の経時的変化に関してこれまでに行われた縦断研究 (longitudinal studies) の知見を以下に記す。Haleyらによると、介護負担の経時的変化には、細分すると3つの型が考えられるという¹⁹⁾。第1は、介護をしていくうちに、

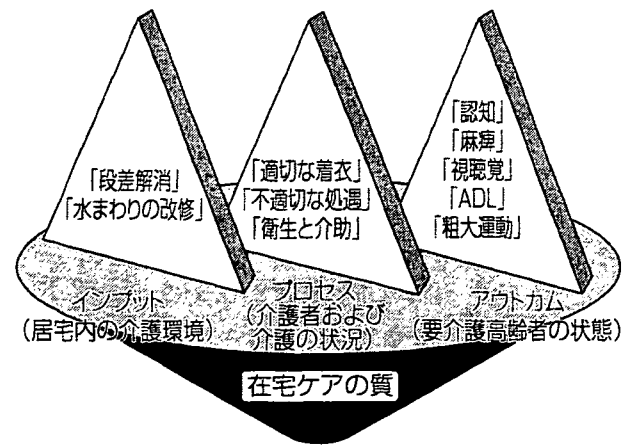


図. HCQAIの尺度構成

要介護者 (介護される側) の心身の状態が悪化するため、介護者の介護負担が高くなるとする説である (wear-and-tear model)。第2は、介護者が介護に慣れていくため、介護負担は軽くなるとする説である (adaptation model)。第3は、個人 (介護者) に備わっているコーピングの能力は一定しているため、介護負担は常に変わらないとする説である (trait model)。これまでに行われた研究では、上記3つのそれぞれの説を支持するような報告がなされている。

ところで、わが国においては、2000年に介護保険制度が導入されたが、介護保険制度導入前から要介護高齢者の介護を続けている介護者の介護負担が、制度導入前後において、どのように変化するかを検討すべく、某自治体において縦断研究を行ったところ、悪化してはいないことが示された²⁰⁾。

4) 介護負担得点と他のアウトカム指標との関連——虐待、入所、ケアの質との関連

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^{21, 22)}。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^{23, 24)}。

表 2. 在宅ケア質の評価法：Home Care Quality Assessment Index (HCQAI) 項目例

| | |
|--|---|
| A. 段差の解消 | |
| (1) 床の凹凸や段差 | 2. 無い, 少ない (バリアフリー) 1. 一般的な段差 0. 介護上問題となる大きな段差 |
| (2) 玄関 | 2. 安全に配慮された設備 (改修) 1. 一般的な設備 0. 問題がある |
| (3) 廊下などの床面 (段差など) | 2. 安全に配慮された設備 (改修) 1. 一般的な設備 0. 問題がある |
| C. 不適切な処遇 | |
| (1) 要介護者は家族や介護者を恐れていないか | 2. 全く恐れていない 1. 恐れている可能性が推測される (要介護者の話などから) 0. 家族や介護者がいると怯える 0. 覚醒しない・無反応 |
| (2) 身体的拘束 (縛る等) | 1. 受けていない 0. 受けている |
| (3) 居室への閉じ込め (外から施錠し居室から出さない等. 家族もいる家屋全体の施錠は含めず) | 1. 閉じ込められていない 0. 閉じ込められている |

ところで、家族介護者の介護負担が高い場合に、その家族が行っている在宅ケアの質に対して、どのような影響を及ぼすのかについては明らかになっていない。それ以前の問題として、在宅ケアの質を客観的に評価する方法はこれまでに存在しなかった。筆者らは、(1) 要介護高齢者の状態 (アウトカム)、(2) 家族介護者および介護の状況 (プロセス)、(3) 居室内の介護環境 (インプット) の3領域から在宅ケアを総合的に評価する方法として、Home Care Quality Assessment Index: HCQAIを開発した²⁵⁾。医療やケアの質を評価するにあたっては、Donabedianが提唱したインプット (施設基準など)、プロセス (実施状況など)、アウトカム (状態の改善など) の三点から評価する方法が、広く用いられている²⁶⁾。われわれの開発した評価法も、Donabedianが提唱した評価の枠組みに準拠するものであり、居室ケアを総合的に評価することが可能な指標である。

図に示したように、HCQAIは10の尺度から構成されている。これら10の尺度のうち、インプット (居室内の介護環境) に相当するものとして、「段差解消」尺度と「水まわりの改修」尺度の2

つが該当し、プロセス (介護者および介護の状況) に相当するものとして、「適切な着衣」尺度、「不適切な処遇」尺度、「衛生と介助」尺度の3つの尺度が該当し、アウトカム (要介護高齢者の状態) に該当するものとしては、「認知」尺度、「麻痺」尺度、「視聴覚」尺度、「ADL」尺度、「粗大運動」尺度の5つの尺度が該当した。表2には、インプット (居室内の介護環境) の尺度の1つである「段差解消」尺度の項目例と、プロセス (介護者および介護の状況) の尺度の1つである「不適切な処遇」尺度の項目例を示した。

4. 介護負担軽減に向けて

これまでの先行研究の結果から、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²⁷⁾。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 (informal instrumental supportがあること) があげられる²⁸⁾。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¹⁸⁾。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いえない。今後、痴呆 (認知症) 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。

文 献

- 1) 厚生労働省 平成16年度 介護保険事業報告 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 2) Schulz R, et al: Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA* 282 (23): 2215-2219, 1999.
- 3) Shaw WS, et al: Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psychosomatic Research* 54 (4): 293-302, 2003.
- 4) Kiecolt-Glaser JK, et al: Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proc Natl Acad Sci USA* 100 (15): 9090-9095, 2003.
- 5) Schulz R, et al: End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 349 (20): 1936-1942, 2003.
- 6) Mittelman M, et al: A Family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA* 276: 1725-1731, 1996.
- 7) Zarit SH, et al: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20:649-655, 1980.
- 8) Zarit SH, et al: The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview. Pennsylvania State University Gerontology Center: University Park PA, 1990.
- 9) Arai Y, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 51: 281-287, 1997.
- 10) Schreiner A, et al: Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview. *Aging Ment Health*: (in press), 2005.
- 11) 荒井由美子, 他: 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. *日本老年医学会誌* 40 (5): 471-477, 2003.
- 12) 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* 58 (6): 606-610, 2004.
- 13) 熊本圭吾, 荒井由美子: 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* 41 (2): 204-210, 2004.
- 14) Arai Y, et al: Are there inequities in the assessment of dementia under Japan's LTC insurance system? *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 346-352, 2003.
- 15) Arai Y, Washio M: Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Aging Ment Health* 3: 158-164, 1999.
- 16) Tanabe H, et al: Behavioural symptomatology and care of patients with frontotemporal lobe degeneration-based on aspects of the phylogenetic and ontogenetic processes. *Dement Geriatr Cogn Disord* 10 (Suppl 1): 50-54, 1999.
- 17) Kumamoto K, et al: Problems family caregivers encounter in home care of patients with frontotemporal lobar degeneration. *Psychogeriatrics* 4 (4): 33-39, 2004.
- 18) Arai Y, et al: Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the long-term care insurance system. *Psychiatry Clin Neurosci* 58 (4): 396-402, 2004.
- 19) Haley WE, Pardo KM: Relationship of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging* 4: 389-392, 1989.
- 20) Arai Y, Kumamoto K: Caregiver burden not "worse" after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 19:1205-1206, 2004.
- 21) Zarit SH, et al: Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 26:260-266, 1986.
- 22) Arai Y, et al: Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. *Ag-*

- ing Ment Health 6 (1) : 39-46, 2002.
- 23) 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* 50 (4) : 329-359, 2000.
- 24) 新田順子, 荒井由美子 : 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態. *日本老年医学会雑誌* 42 (2) : 181-185, 2005.
- 25) 荒井由美子, 他 : 在宅ケアの質評価法 (Home Care Quality Assessment Index : HCQAI) の開発. *日本老年医学会雑誌* 42 (4) : 432-443, 2005.
- 26) Donabedian A : Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3) : 166-206, 1966.
- 27) Hébert R, et al : Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home : a randomized controlled trial. *J Gerontol B-Psychol* 58B : S58-S67, 2003.
- 28) Miller B, et al : Social support and caregiver distress : a replication analysis. *J Gerontol B-Psychol* 56B : 249-S256, 2001.
-

排尿障害の知識レベルの向上と 排泄を専門とする看護師・介護士の 育成が急務

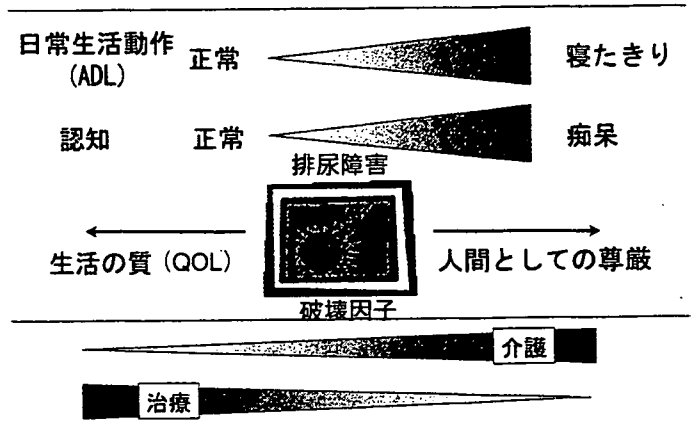
国立長寿医療センター病院泌尿器科 (手術・集中医療部長) 岡村菊夫

はじめに

排尿障害は高齢者の「生活の質 (QOL: Quality of Life)」を著しく障害する症状のひとつである (図1)。しかし、恥ずかしいという気持ちがあると、家人やいつも診てもらっている医師にも、排泄の問題は相談しにくいものである。また、高齢者自身が「年のせいだから」とあきらめていたり、勇気を出してクリニックの医師に排尿の問題を相談しても、内科医の知識不足から「年のせい」として片づけられてしまうことも多い。

一方、虚弱高齢者では「何ら評価されることなくおむつが当てられていたり、カテーテル留置が行われている」現況も見逃すことができない。介護にあたる家族や老人ホームの介護士・看護師の排尿障害に関する不十分な知識のために、適切な評価・介護・看護が行われていなかったり、本来治療が必要な症例に医療機関を受診させられていない。さらに、病院における看護師、一般内科医師の知識・意欲不足も、不要なおむつ・カテーテル使用の原因

図1 高齢期における排尿障害の対処



となっていると考えられる。

老人ホーム、高齢者介護施設での排尿管理法は、入所前の病院での管理を引き継いでいることがほとんどである¹⁾。介護者、看護師、一般内科医の介護・看護・診療レベルの底上げは極めて重要な課題である。

高齢者の排尿障害に対しては、高齢者の認知機能・日常生活動作機能 (ADL) を鑑み、高齢者の状態に合わせた対処をすべきである。

排尿障害の病態

正常では、膀胱は尿を 300～400ml 溜め、

図2 蓄尿障害と尿排出障害

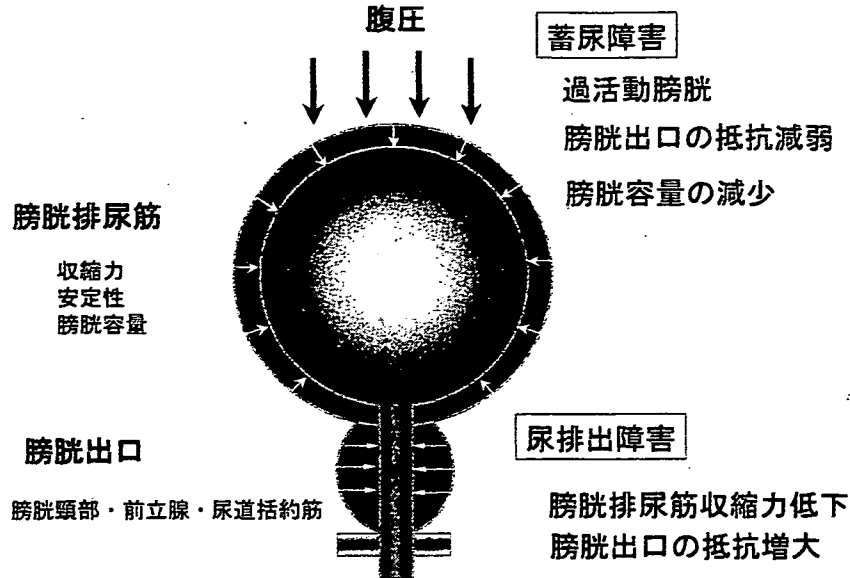


表1 排尿障害の原因

| | 蓄尿障害 | 排出障害 |
|-------|----------------|--------------|
| 尿量 | 多尿・夜間多尿 | |
| 膀胱容量 | 膀胱容量の減少 | |
| 膀胱排尿筋 | 過活動膀胱 | 収縮力低下（低活動膀胱） |
| 膀胱出口 | 骨盤底の緩み（腹圧性尿失禁） | 閉塞（前立腺肥大症など） |

残りなく排出することができる。しかし、高齢になるにしたがい膀胱容量は減少し、200ml程度しか溜められないことも多い。排尿障害は蓄尿障害（溜められない）と排出障害（全部出せない）の2つに大別される。その原因は、膀胱排尿筋（収縮力・安定性）と膀胱出口の状態（男性の前立腺肥大症や女性の尿道閉鎖圧低下）のバランスが崩れることにある（図2）。また、多尿は頻尿を引き起こすし、夜間にのみ多尿となれば夜間頻尿が生じる可能性がある。高齢者の排尿の問題と要因との関連を表1に示す。

多くの高齢者は、排尿筋が不随意に収縮するために生じる尿意切迫感や頻尿、切迫性尿失禁を有している。近年、このような蓄尿障害の症状を過活動膀胱（overactive bladder）と呼ぶようになった²⁾。

過活動膀胱は膀胱排尿筋の老化によって生

じることもあるし、脳梗塞や脳出血といった脳血管障害、パーキンソン病、糖尿病性神経疾患、脊髄疾患などの神経疾患によって生じることもある。排出障害を引き起こす原因としては、膀胱排尿筋の収縮力低下と出口閉塞がありうる。高齢男性の前立腺肥大症はもっともありふれた排出障害の原因ではあるが、低活動膀胱の頻度もかなり高い。

尿失禁の種類

高齢者の尿失禁には、表2に示したように4つのタイプが存在する。切迫性尿失禁は、高齢者ではもっとも多いタイプの尿失禁である。抗コリン剤などの薬物療法が有効である。腹圧性尿失禁は、主に女性に生じる尿失禁であり、男性では前立腺手術後ぐらいにしか生じない。尿道括約筋の緊張低下や骨盤底の緩み

表2 尿失禁のタイプ

| | |
|--------|--|
| 切迫性尿失禁 | 排尿筋の過活動により、トイレにたどり着く前に尿が漏れ出てしまう |
| 腹圧性尿失禁 | 骨盤底の緩みにより、咳、くしゃみ、おなかに力が入ったときに漏れてしまう |
| 機能性尿失禁 | 認知障害・日常動作（ADL）障害により、トイレにたどり着けない、行けない、間に合わずに漏れ出てしまう |
| 溢流性尿失禁 | 膀胱に多量の尿が溜まり、一番抵抗の弱い尿道から漏れ出てくる。失禁であっても、排出障害である |

による膀胱頸部・尿道の閉鎖不全が原因となる。切迫性、腹圧性尿失禁が同時に見られることがあり、この場合を混合性尿失禁と呼ぶ。腹圧性尿失禁に対する有効性の高い薬剤はない。骨盤底筋体操や手術療法が有効である。

高齢者が骨盤底筋体操を続けるのはなかなか難しい。機能性尿失禁は、虚弱高齢者に見られる失禁タイプである。介護の質を高めればおむつの使用は減ると考えられるが、介護者の負担は増加する。他の要因のない機能性尿失禁の高齢者ではカテーテル留置は行ってはいけない。不要な医学的処置である。

溢流性尿失禁は、膀胱排尿筋の収縮力低下あるいは前立腺肥大症などの膀胱出口閉塞が原因で生じる尿失禁であり、放置すれば、尿路感染症、膀胱結石、水腎症、腎機能低下を生じさせる。医学的処置が必要なこのタイプの尿失禁を見逃してはならない。間欠導尿やカテーテル留置が適切な処置となる。

社会生活を営む高齢者の尿失禁をスクリーニングするのに、国際尿失禁会議質問票ショートフォーム（表3）が便利である³⁾。質問票は、尿失禁の頻度、量、困窮度、尿失禁の生じる場合を聞いている。「排尿を終えて服を着た時にもれる」は、「排尿後尿滴下」の可能性が高く、尿失禁とは別のものである。

排尿障害の頻度

図3に示すように、本間らの疫学的調査により日本の40歳以上の男女において排尿障害

の症状の頻度が明らかとなった⁴⁾。この研究には、虚弱高齢者はほとんど含まれていない。40歳以上の人口6,600万人のうち、過活動膀胱を有する人は810万人、尿失禁2,100万人、尿排出障害2,500万人と推定された。一方で、老人ホームや高齢者介護施設などには、尿失禁を有する高齢者は400万人を超えるといわれている⁵⁾。高齢者の排尿障害は、大変に大きな問題なのである。

アセスメント法

高齢者にとって、排尿障害は「生活の質」や「人間の尊厳」を脅かす症状であるばかりでなく、尿路感染症やその他の重篤な状況を招きかねない重要な病態でもある。老人ホームや高齢者介護施設では、高齢者の排尿障害を的確に評価する必要がある。

1. アルゴリズム

排尿障害の評価のためのアルゴリズムを図4に示す⁶⁾。尿失禁とともに、排出障害の診断も大変重要である。まず、行うことは残尿のチェックである。50ml以上の残尿があれば排出障害があり、専門医にコンサルトする。残尿のチェックには、非侵襲的に測定できる超音波膀胱容量測定器が便利である（写真）。

300mlを超える残尿があり、だらだらと尿道口から尿が漏れるのであれば、溢流性尿失禁があるとする。次に、尿意切迫感に伴う失禁でないかどうか検討する。症状を訴えることの

表3 国際尿失禁会議尿失禁質問表 (ショートフォーム)

最近1ヶ月間のあなたの尿もれの状態をお答え下さい。

1) どれくらいの頻度で尿がもれますか (ひとつだけ、○をつけてください)

| | |
|---------------------|------------------------------|
| なし | <input type="checkbox"/> = 0 |
| おおよそ1週間に1回、あるいはそれ以下 | <input type="checkbox"/> = 1 |
| 1週間に2~3回 | <input type="checkbox"/> = 2 |
| おおよそ1日に1回 | <input type="checkbox"/> = 3 |
| 1日に数回 | <input type="checkbox"/> = 4 |
| 常に | <input type="checkbox"/> = 5 |

2) あなたはどれくらいの量の尿もれがあると思いますか?
(あてものを使う使わないにかかわらず、通常はどれくらいの尿もれがありますか)

| | |
|-----|------------------------------|
| なし | <input type="checkbox"/> = 0 |
| 少量 | <input type="checkbox"/> = 2 |
| 中等量 | <input type="checkbox"/> = 4 |
| 多量 | <input type="checkbox"/> = 6 |

3) 全体として、あなたの毎日の生活は尿もれのためにどれくらいそこなわれていますか?
0 (まったくない) から 10 (非常に) までの数字を選んで○をつけて下さい。

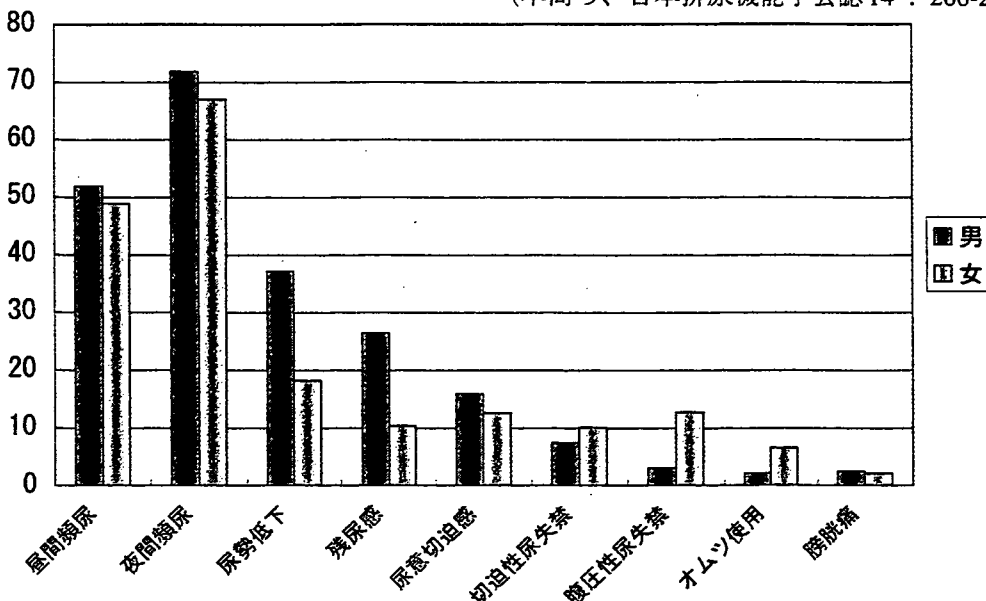
| | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| _____ | | | | | | | | | | |
| まったくない | | | | | | | | | | |
| 非常に | | | | | | | | | | |

4) どんなときに尿がもれますか?
(あなたにあてはまるものすべてをチェックして下さい)

- なし — 尿もれはない
- トイレにたどりつく前にもれる
- せきやくしゃみをした時にもれる
- 眠っている間にもれる
- 体を動かしている時や運動している時にもれる
- 排尿を終えて服を着た時にもれる
- 理由がわからずにもれる
- 常にもれている

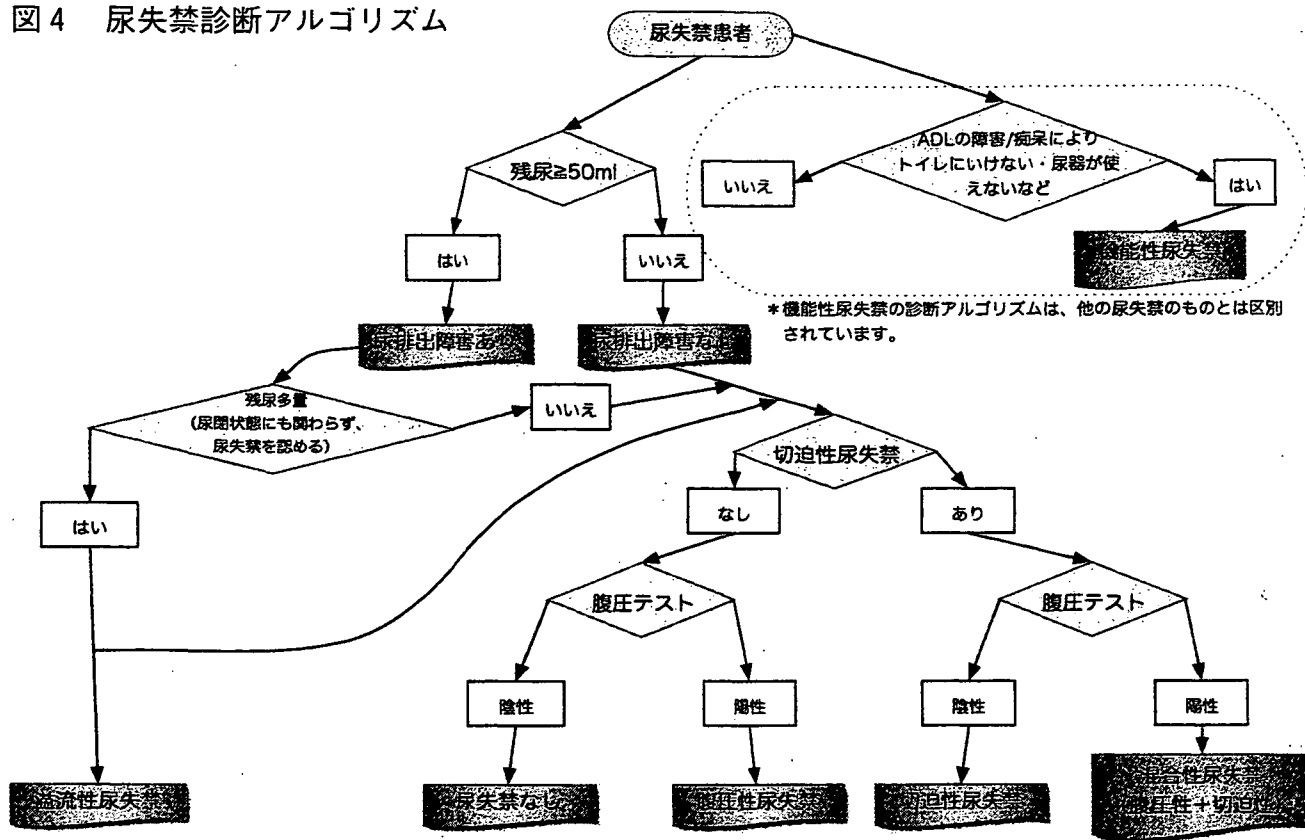
図3 排尿症状のある人の割合 (%)

(本間ら、日本排尿機能学会誌14 : 266-277,2003)



昼間頻尿 : 8回以上、夜間頻尿 : 1回以上、その他 : 週1回以上

図4 尿失禁診断アルゴリズム



*機能性尿失禁の診断アルゴリズムは、他の尿失禁のものとは区別されています。

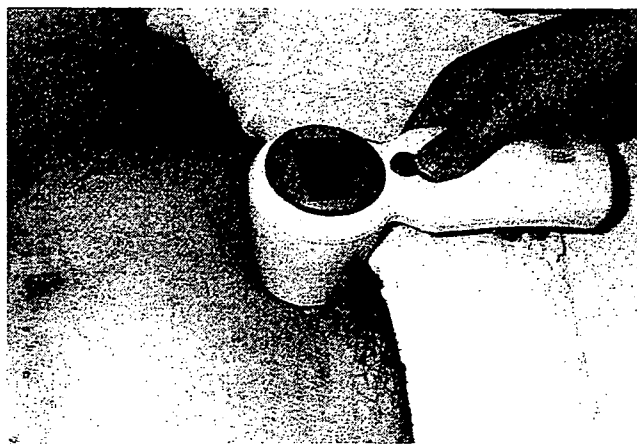


写真 超音波膀胱容量測定器 (BVI 6100)

排尿直後に下腹部にあてスイッチを押すだけで残尿を計測することができる

できない認知症のある症例では、注意深く観察する必要がある。腹圧性尿失禁に関しては、咳やくしゃみ、立ち上がるなど、おなかに力が入ったときに尿漏れが生じるかどうか問診、あるいは観察する。機能性尿失禁に関しては、患者の状態から診断する。

2. 排尿チェック表

アルゴリズムに従って排尿障害を評価する

ことが望ましいが、すべての看護師がその力量を持っているわけではない。排尿障害に関する知識レベルがあまり高くない看護師のために、排尿チェック表（排尿障害診断質問票）を作成した（表4）⁷⁾。

質問票には13の質問があり、問診あるいは観察により各質問に○×をつける。○のついた項目では右側にある点数に○をつける。○か×か判定がつかない質問には△をつけ、点数に0.2をかけたものを記載する。三角は、なるべく少ないほうがよい。各尿失禁のタイプ、尿排出障害の列で点数をたし算し、最後に引き算分を計算する。最終点が0より大きければ、そのタイプの尿失禁、尿排出障害があると判断するものである。尿失禁に対しては80～90%以上の症例で正しい診断が得られ、尿排出障害の正診率は若干落ちるものの、70～80%の症例で正しく診断できる。



今後、わが国は世界に類を見ない速度で高齢者は増加していく。排尿障害は、高齢者の

表4 排尿チェック票 (排尿障害診断質問票)

排尿状態を観察して○か×をつけて下さい。○をつけた項目の右側の点数に○をつけ、合計点をつけた後、その下の数を引き算して下さい。0より大きい値の場合が診断「あり」となります。どうしても不明の項目には△をつけ、所定の配点に0.2をかけて合計点を求めて下さい。

| No | 項目 | ○/× | 尿失禁のタイプ | | | | 尿排出障害 |
|----------|--------------------------------------|-----|---------|------|------|------|-------|
| | | | 腹圧性 | 切迫性 | 溢流性 | 機能性 | |
| 1 | 尿意を訴えない (尿意がわからない) | | | -1.3 | 0.8 | | |
| 2 | 咳・くしゃみ・笑うなど腹圧時に尿がもれる | | 2.2 | | | | |
| 3 | 尿がだらだらと常にもれている | | | | 4.0 | | 2.8 |
| 4 | パンツをおろすあるいはトイレに行くまでに我慢できずに尿がもれる | | | 2.8 | | | |
| 5 | 排尿の回数が多い (起床から就寝まで: 8回以上または夜間: 3回以上) | | | 1.0 | | | |
| 6 | いつもおなかに力をいれて排尿している | | | | 1.2 | | |
| 7 | 排尿途中で尿線が途切れる | | | | | | 1.8 |
| 8 | トイレ以外の場所で排尿する | | | | | 1.1 | |
| 9 | 排泄用具またはトイレの使い方がわからない | | | | 2.7 | | |
| 10 | トイレまで歩くことができない | | | | 1.0 | 1.2 | 0.9 |
| 11 | 準備に時間がかかったり尿器をうまく使えない | | | | | 2.2 | |
| 12 | 尿失禁に関心がない、あるいは気づいていない | | 1.3 | | | 1.9 | |
| 13 | 経産的分娩の既往がある | | | | | | |
| 1-13の合計点 | | | | | | | |
| 引き算分最終点 | | | -1.8 | -2.1 | -3.3 | -1.6 | -1.4 |

QOLと人間としての尊厳を傷つける病態としてますます重要度を増していくに違いない。一般の方、看護師、内科医の排尿障害に関する知識レベルを向上させるような啓発活動が必要であり、また、排泄を専門とする看護師・介護士の育成が急務であると考えられる。

●文 献

1) 後藤百万ほか. 老人施設における高齢者排尿管理に関する実態と今後の戦略: アンケートおよび訪問聞き取り調査. 日本神経因性膀胱学会誌 12: 207-222, 2001
 2) 本間之夫ほか. 下部尿路機能に関する用語基準: 国際禁制学会標準化部会報告. 日本排尿機能学会

誌 14: 278-289, 2003

3) 後藤百万ほか. 尿失禁の症状・QOL 質問票: スコア化 ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence-Questionnaire: Short Form). 日本神経因性膀胱学会誌 12: 227-231, 2001
 4) 本間之夫ほか. 排尿に関する疫学的研究. 日本排尿機能学会誌 14: 266-277, 2003
 5) 北川定謙. 尿失禁にどう対処するか, 保険・医療・福祉関係者のためのガイドライン. 日本公衆衛生協会, 1993
 6) 岡村菊夫ほか. 高齢者尿失禁ガイドライン. EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン. じほう, 2004
 7) 岡村菊夫ほか. 介護者、看護師、一般内科医向きの高齢者尿失禁タイプ分析のための排尿障害診断質問票. 日本排尿機能学会誌 13: 301-311, 2002

高齢者のための排尿障害重症度評価基準

国立長寿医療センター泌尿器科¹, 国立精神神経センター国府台病院泌尿器科², 村山医療センター泌尿器科³

岡村 菊夫¹ 長浜 克志² 長田 浩彦³
野尻 佳克¹ 加納 英人² 宮崎 政美²

ASSESSMENT CRITERIA FOR SEVERITY OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN ELDERLY

Kikuo Okamura, Katsushi Nagahama, Hirohiko Nagata,

Yoshikatsu Nojiri, Hideto Kanoh and Masami Miyazaki

From the Departments of Urology, National Center for Geriatrics and Gerontology,
National Center of Neurology & Psychiatry Kohnodai Hospital and Murayama Medical Center

Abstracts

Objectives: We conducted a study to examine the validity of assessment criteria for the severity of lower urinary tract symptoms (LUTS) in elders.

Materials and Methods: This study included 194 patients with LUTS who visited urology clinics in three hospitals of there 194 patients, 177 were assessed by the International Prostate Symptom Score (I-PSS), the International Consultation on Incontinence Questionnaire: Short-Form (ICIQ-SF), a frequency-volume chart, uroflowmetry and post-void residual urine measurement. Three overall grades (mild, moderate and severe) of LUTS were determined using these newly-developed assessment criteria for elders. The relationship between diagnoses and treatments by the urologists, and overall LUTS grades were examined.

Results: All of the 64 patients with "severe" grade and 69 (95%) of 73 with "moderate" grade were diagnosed as having urination problems. Sixty-two (97%) with "severe" grade and 69 (95%) with "moderate" grade were treated with fluid restriction, behavioral therapy, and/or drug therapy. Of 35 with "mild" grade, 17 (43%) were diagnosed as having normal urination. In this group, eight patients (20%) were treated with fluid restriction and 19 (48%) with drug therapy.

Conclusions: This study revealed that our criteria of LUTS severity for elders were useful to determine whether the elders should be treated or not. It is believed that our criteria should be used for educating elders.

Keywords: elderly, lower urinary tract symptoms and assessment criteria

要旨：(目的) 高齢者のための排尿障害重症度評価基準の有効性を検討する。

(対象と方法) 下部尿路症状を有し、3つの病院の泌尿器科を受診した194人を対象とした。国際前立腺症状スコア (I-PSS)、国際尿失禁会議質問票 (ICIQ-SF) の回答、排尿記録の記載、尿流測定、残尿測定のすべてが行われた177人の排尿障害に関する総合的重症度を、高齢者が自ら行うべき評価基準をもとに、軽症、中等症、重症の3段階に判定した。この総合的重症度と泌尿器科医の診断、治療との関連を検討した。

(結果) 重症と判定された64例すべて (100%) と中等症と判定された73例中69例 (95%) は、泌尿器科医によって何らかの排尿の問題があると診断された。また、重症の62例 (97%) と中等症の69例 (95%) は、水分制限、行動療法、薬物治療などで治療されていた。一方、軽症の40例中では17例 (43%) が正常の排尿であると判断された。軽症例でも8例 (20%) で水分制限が、19例 (48%) で薬物治療が行われていた。

(結論) この研究により、高齢者のための排尿障害重症度評価基準が高齢者自身の下部尿路症状について医療機関に相談した方がよいかの判定に有用であることがわかった。今後、社会への啓発活動に用いてよいと考えられた。

キーワード：高齢者、下部尿路症状、重症度評価基準