

# Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) を用いた家族介護者の負担感分析 -介護負担感要因のモデル化-

徳 永 あけみ  
羽 生 正 宗

## 要旨

近年、我が国では、急速に高齢化が進み、高齢者や障害者の介護にあたる家族は、介護の負担が増し、介護の悩みを気軽に相談できる人が周りにいないなど、深刻な状況下であり、介護者の介護疲れが原因とする負担や不安が、結果的に、家庭内での自殺や介護殺人にもつながっている。

こうした介護者の負担軽減の為には、家族介護者に“レスパイトケア（息抜きや休養、一時的な解放）プログラム”を整備することが急務であると言える。

今日の高齢者介護の問題は、個人の人生にとってはもちろんのこと、その家族、さらには我が国社会全体にとって大きな課題となっており、家族介護者の負担に配慮することは極めて重要である。

本調査では、主介護者を対象に、Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) を用いて家族介護者の負担感分析を行い、介護者の状況（属性）や介護者における介護負担の概況、介護者の基本属性と介護負担感の関係、レスパイトケアの認知・必要性評価、介護者の介護意識及び実態、介入困難な因子と介護負担感の関係を明らかにした。さらに重回帰分析により、介護負担感を高める要因を、因子分析により介護に起因する問題の因子を抽出した。その結果から介護負担感を高める要因をモデル化した。

Keyword：レスパイトケア, 介護負担感, Zarit介護負担尺度日本語版短縮版 (J-ZBI\_8), 介護負担感要因モデル

## I. はじめに

我が国の高齢者介護は、家族介護者に大きく依存しており、介護者の9割近くは女性であり、続柄では、子の配偶者が最も多く、ついで配偶者となっている。また、家族の形態も老夫婦もしくは老人の一人暮らしの世帯が増え、「老老介護」<sup>1)</sup>のケースも多くなっている。

老人による老人の介護「老老介護」は介護者の負担が大きく、近年、介護の負担に耐えかね要介護者を虐待したり、介護疲れによる自殺や介護殺人といった悲劇が起こっており、介護疲れによる自殺については平成20年中の「介護・看病疲れ」が原因と見られる自殺者総数は273人（男性161人、女性112人）（全自殺者の0.85%）となっている。この内60歳以上の自殺者は156人で「介護・看病疲れ」が原因と見られる自殺者の57%を占めている<sup>注1)</sup>。

このような状況のなかで高齢者介護は深刻な問題であり、そのため、介護する家族の精神的な負担軽減は急務であり、在宅介護者に対するレスパイトケアの導入は喫緊の課題となっている。

レスパイト (Respite) とは「息抜き・休養」を意味し、レスパイトケア (Respite care) は「介護者の休養」を意味するが、現在我国においてレスパイトケアは、制度として確立されておらず、介護者の負担の軽減、QOLの向上のために、公的資金によるサポート等により利用可能なサービスを拡大する取り組みによる介護者への対策が必要であり、関連施設の積極的な取り組みや具体的な情報発信が求められる。

介護保険制度は在宅介護重視をうたい、介護の社会化を進める目的で導入されたが、その給付水準は低く、一人暮らしの重度要介護者が自宅で介護を受けるには十分とは言えないのが現状である。そのため、家族介護者によるケアが必要となる。

イギリスやオーストラリア、アメリカでは既にレスパイトケアが制度化されており、国が管轄する介護者向けのサービスの中に、家庭における介護者への休息を提供することを目的とする『レスパイトケア専用プログラム』な

注1) 警察庁生活安全局生活安全企画課「自殺の概要資料」平成20年

どを有している。

このような取組みをしている諸外国を例に、我国でも主介護者の精神的な負担を緩和するため、医療機関や介護施設における介護者への支援としてのレスパイトケアの導入を早期に整備すべきである。

地域及び介護施設と在宅介護が一体となり、レスパイトケアプログラムを実践、普及、展開していくことは今後の我が国にとって極めて重要な課題であり、介護殺人や介護自殺のような悲惨な事件の減少に繋がるものと考えられる。

## II. 介護負担感に関する先行研究

介護者の介護負担の問題については、要介護者が在宅生活を続けるために重要なだけでなく、介護負担感が介護者の死亡率を1.63倍に高める危険因子であることをSchulzらは報告しており<sup>2)</sup>、介護負担は介護者の健康問題としても重要なものとしている。

介護負担感に関する先行研究に関しては、欧米での研究例が多く、それらの中で、“負担”について、一般的に“burden”の用語が多く使われている<sup>注2)</sup>。しかしその意味するところは研究者によって異なり、広範であり、確固とした定義は存在しない<sup>3)</sup>。

介護者の受ける負担については、精神障害者を自宅で介護する家族の受ける負担に関する研究が行われてきたが、1970年代後半から、特に高齢者を介護している家族の負担についての関心が高まり、在宅介護の促進を図る上で、介護者（要介護高齢者を在宅で介護する者）の介護負担を客観的に把握し、その軽減を図っていくことの重要性について、多くの実証分析が成されている<sup>4)~13)</sup>。特に認知症患者の行動異常・精神症状については、ほぼ全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いた<sup>14)</sup>。

その中で、介護負担という概念を初めて定義したのは、Zaritらである。

Zaritらは、介護負担とは「親族を介護した結果、介護者が情動的、身体

---

注2) その他負担として使われている用語には“strain” “stress” “distress” “impact” “effect” 等がある。

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」である<sup>4)</sup>と定義し、それに基づき、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、Zarit介護負担尺度(ZBI)を開発した<sup>4)6)</sup>。この研究により、Zaritらは、痴呆性老人の身体症状および精神症状は負担には影響を及ぼさず、家族・親族の接触度が大きな影響を及ぼすという結果を得ている。

その後、さまざまな定義や概念に基づき、多くの評価尺度が開発されたが<sup>7)</sup>、それらに共通する側面として「身体的負担」「精神的負担」「経済的負担」「家事の制約」「自由時間や社会活動の制約」などが挙げられる。

Vitalianoらは、介護負担には客観的側面と主観的側面があるとしている<sup>15)</sup>。客観的な負担とは、介護時間の長さや経済的負担等のような第三者によって観察・測定できる負担であり、主観的側面とは、それをどれだけ苦痛に感じているかというものである<sup>16)</sup>。

『介護負担感尺度』を用いた実証研究として、繁信らは、介護保険の要介護度と介護負担感の間には有意な関連は見られなかったと報告している<sup>17)</sup>。また、平松らは認知症の行動やADLの介助量、心理徴候などの客観的な介護負担と介護負担感の間には関連があると報告している<sup>18)</sup>。

介護負担感尺度の他に、介護者の主観的な負担に関する研究で用いられてきた尺度として『うつ尺度』がある。介護負担感が介護者のみを評価の対象とするのに対し、うつ尺度は現在実際に介護をしていない人も評価し、比較することを可能としており、要介護者を介護する介護者と介護をしていない一般高齢者を対象として、高齢者うつスケール(Geriatric depression scale: GDS)<sup>19)</sup>で評価した結果、うつ状態と判定された割合について近藤は、一般高齢者9%に対し、介護者では17%と約2倍を示していることを報告している<sup>20)</sup>。

介護負担感を理解するうえで有用なモデルとしては『ストレス認知モデル』が挙げられる。

ストレス認知モデルについては、Lazarus & folkmanによるストレスの認

知理論<sup>21)</sup> が発表されて以来、理論に基づく介護者の心理モデルが提唱されるようになってきた。この心理モデルの導入により、客観的ストレス<sup>注3)</sup>としての被介護者の状態や介護者自身の状況、一時的評価としての負担感や二次的評価としての疲労感などが区別されると共に、媒介変数としてソーシャルサポートや対処が位置づけられ、各々の関連性が総合的に示されることとなった。

ストレス<sup>注3)</sup>と、認知されたストレス、その結果であるストレス反応の関係は誰もが同じではなく、介護者の特性や外的要因、性格特性、問題への対処スタイル（コーピング）等の内的要因により影響を受け、そこに介入可能性を見出す、という考え方である。

高齢者の在宅介護は人生における最大のストレスの一つである。介護は極度の疲労、社会的孤立、経済的負担、家族関係や仕事との葛藤などを引き起こし、介護者としての役割が増すにつれ、抑うつや免疫反応の減退といった介護者の健康は悪化する<sup>22)</sup>。介護者の中には様々なストレスを抱え、心身の不調を呈している人が多い。

介護負担感がストレス媒介要因であることを明らかにした心理的ストレスモデルにおいては、一般にストレス<sup>注3)</sup>が強くなるほどストレスも高くなるがソーシャルサポートが個人にもたらす影響を弱めたり消失させる作用を持つ要因の存在が知られている<sup>23)</sup>。

## 1. Zarit介護負担尺度

Zarit介護負担尺度（ZBI）は欧米で最も頻用されている介護負担尺度の1つであり、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括し、介護負担として測定することが可能な尺度として各国の言語に翻訳されている。

その内、第1～21項目は介護者の心身の健康状態、経済的負担、社会生活

---

注3) ストレス<sup>注3)</sup>(stressor): ストレスを引き起こす物理的・精神的因子。寒暑・外傷・怒り・不安など。ストレス要因。

上の制約, 被介護者との関係を質問しており, 第22項目は『a signal global burden』とされる介護負担感全体を示す項目となっている。

Whitlach<sup>24)</sup>, Bedard<sup>25)</sup>, Hebert<sup>26)</sup>らは, 探索的因子分析により, ZBIには Personal strain(介護そのものによって生ずる負担)とRole strain(介護者が介護をはじめたためにこれまでの生活ができなくなることより生ずる負担)の2因子があるとしている。

さらに, Whitlach, Bedard, Hebertらは, この因子構造に基づき, それぞれZBIの短縮版を作成している<sup>24)~26)</sup>。

## 2. Zarit介護負担尺度日本語版 (J-ZBI)

我が国では, 荒井らが国際的に比較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介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を作成し, 以下のような実証分析を行い, その信頼性, 妥当性を確認している<sup>27)~29)</sup>。

### 1) 信頼性・妥当性確認のための研究

対象: 宮城県M町における要介護高齢者の主介護者66名に対し自記式の質問紙にて要介護高齢者の主介護者の背景 (性, 年齢, 介護時間, 期間, 問題行動の有無など) および介護負担 (Zarit介護負担尺度日本語版) について尋ね, ADL, HDS-Rについては訪問看護婦が測定した。

その結果, Zarit介護負担尺度日本語版の信頼性, 妥当性が確認された。

### 2) 交差妥当性の確認

対象: 福岡県, O郡の訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者45名に対し, 上記と同様の調査を行った。信頼性・妥当性の検証については, 原著者のZaritが提唱している方法で行った。

その結果, Zarit介護負担尺度日本語版の交差妥当性が確認された。

介護保険の導入に伴い、介護負担軽減のためのサービスが開始されるが、Zarit介護負担尺度日本語版はそのサービス評価にも有効活用できるものであるとしている。

日本語版Zarit介護負担尺度 (J-ZBI) による先行研究として、江坂らは、愛知県看護協会で実施したモデル事業「ALS患者等人工呼吸器を装着している訪問看護ステーション利用者等への24時間フォロー」で家族介護のみに依拠することなく、施設内の医療と同レベルで患者の個別のニーズにあった訪問看護サービスが提供できるような体制・整備をモデル的に実施した事例から、滞在型レスパイトケアにおける妻と娘の介護負担感の違いを分析検討している<sup>31)</sup>。

上村らは、家族介護者が抱く介護負担感の評価と、介護負担感を増大させる要因の検討を行った。介護負担感の評価はZarit介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用い、介護者の年齢、続柄、介護期間、介護保険サービス利用種目数とともに調査した<sup>32)</sup>。J-ZBIは総得点とJ-ZBIに含まれる下位尺度を用い検討を行うと、J-ZBI総得点と下位尺度および下位尺度間に関係が認められた。介護負担感を増大させる要因は下位尺度から抽出できたと考えられ、介護を開始する以前の生活ができなくなったことが介護負担の増大に影響していることを報告している。

### 3. Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8)

さらに荒井らは、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ZBI短縮版 (J-ZBI8) を作成し、その信頼性・妥当性を確認した<sup>30)</sup>。

作成された短縮版、J-ZBI\_8の信頼性の確認にあたっては、J-ZBI\_8とJ-ZBIとの間の相関係数、およびJ-ZBI\_8と項目22との間のPearson相関係数を算出した。J-ZBI\_8の構成概念妥当性 (construct validity) の確認にあたっては、「介護に困っている」と答えた介護者と、「困っていない」と答えた介護者とのJ-ZBI\_8得点を比較して構成概念妥当性の確認とした<sup>30)</sup>。

J-ZBIの短縮版, 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<sup>30)</sup>。

表1はZarit介護負担尺度日本語版の質問項目であり, その内印のついたものが(J-ZBI&J-ZBI\_8)の項目である。

【表1 Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI&J-ZBI\_8)の項目】

	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
	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
	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
◎	4	介護を受けている方の行動に対し, 困ってしむと思うことがありますか
◎	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
△	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
	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
	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
◎	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
	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
	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
△	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
△	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
	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
	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思うことがありますか
	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
	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
◎	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
◎	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
	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
	21	本当は自分はいっとくましく介護できるのになあと思うことがありますか
	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

※ ◎J-ZBI\_8 Personal Strain, △J-ZBI\_8 Role Strain



Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) による先行研究として、鈴木らは、介護保険サービスの評価や改善点を立案するために、家族介護者の介護負担感とその決定要因について分析を行い、ショートステイ、デイサービス、訪問介護サービスについて、希望利用量と現在の利用量に乖離が見られる場合には、介護負担感が高まっていることを報告している<sup>33)</sup>。

岡本らは、在宅介護者の介護負担感と心理的・精神的および家族環境との関連を明らかにする目的で、通所介護施設を利用する主たる介護者を対象に留め置き法による自記式質問紙調査を実施し、その結果、介護に対する生きがい感をもつことが、介護負担感の低減に重要な役割を有する可能性が推測された<sup>34)</sup>。

そこで、本調査においてはJ-ZBI\_8を使用し、調査分析を行い、介護負担感を高める要因をモデル化した。

このように、介護負担感の因子モデル化を実施した例はなく、本調査の因子モデル化の提言は、介護負担感軽減に繋がるものと考える。

### Ⅲ. Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) を用いた家族介護者の負担感分析

#### 1. 調査概要

##### (1) 調査目的

本調査では、主介護者を対象に、Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) を用いて家族介護者の負担感分析を行い、

- ①介護者の状況 (属性)
- ②介護者における介護負担の概況
- ③介護者の基本属性と介護負担感の関係
- ④レスパイトケアの認知・必要性評価
- ⑤介護者の介護意識及び実態
- ⑥介入困難な因子と介護負担感の関係

を明らかにする。さらに、重回帰分析により、介護負担感を高める要因を、

因子分析により介護に起因する問題の因子を抽出し、その結果から介護負担感を高める要因のモデル化を検討する。

(2) 調査内容

- ① 調査地域 : 山口県
- ② 調査対象者 : 山口県における介護関連22施設の利用者の中から  
有為抽出
- ③ サンプル数 : 有効回収サンプル数100S

	調査数	40代	50代	60代	70代	80代以上
介護者の年齢	100	15	20	41	13	11
	100%	15.0%	20.0%	41.0%	13.0%	11.0%

	全体	要支援 (1・2)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
要介護者の 要介護度	100	4	26	23	18	20	9
	100%	4.0%	26.0%	23.0%	18.0%	20.0%	9.0%

- ④ 調査方法 : アンケート調査
- ⑤ 調査時期 : 2011年4月～5月

(3) 介護負担感の測定方法

本項では、Zarit介護負担尺度日本語版を用いて介護者の介護負担感を捉えるために、調査対象者の回答負荷軽減のための8項目からなる短縮版(J-ZBI\_8)を用いている(表1参照)。

なお、測定尺度については、規定通り、「思わない(0点)」、「たまに思う(1点)」、「時々思う(2点)」、「いつも思う(4点)」の5段階尺度を用い、得点付けをして活用しており、本調査では32点満点の設定とする。

## 2. 調査結果

### (1) 属性

#### ① 回答者（介護者）属性

表2に示す通り、本調査の対象者の特徴は以下のとおりである。

- ① 女性の割合がかなり高い。
- ② 60代が中心年齢帯。
- ③ 「専業主婦」「無職」の割合が高い。
- ④ 世帯年収は「500万円以上」の割合が低い（「分からない」が4割を占める）
- ⑤ 保有金融資産は先行調査同様「300万円未満」層と「1,000万円以上」層の二極化傾向（「分からない」が約7割を占める）。

【表2 回答者（介護者）属性】

介護者属性

		本調査
n=		100
		100% ↓
性別	男性	28
	女性	72
年代	30代以下	
	40代	15
	50代	20
	60代	41
	70代	13
	80代以上	11
	平均年齢（才）	62.65
就業状況	企業・団体の役員・経営者	1
	会社員・公務員	16
	自営業・自由業	12
	契約社員・派遣社員	2
	パート・アルバイト	13
	専業主婦	25
	無職	28
	その他	3

		本調査
n=		100
		100% ↓
世帯年収	300万円未満	21
	500万円未満	20
	700万円未満	12
	1,000万円未満	5
	1,000万円以上	2
	分からない・答えたくない	40
金融資産	300万円未満	10
	500万円未満	5
	1,000万円未満	4
	1,000万円以上	15
分からない・答えたくない		66

② 要介護者属性

要介護者については、表3に示すように、大きな相違は見られなかったが本調査対象者の特徴は、以下のとおりである。

- ① 介護者と要会議者の世帯内関係は介護者にとって「父母」の割合が高い。
- ② 「要介護度1」の割合がやや高く、「要介護度5」の割合は低い。
- ③ 「施設以外での別居」の割合が高い。

【表3 要介護者属性】

要介護者属性

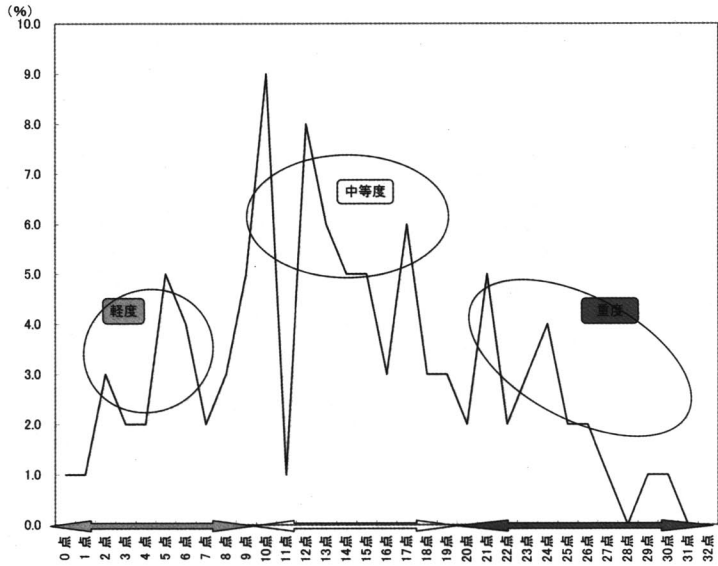
		本調査			本調査
n=		100	n=		100
		100% ↓			100% ↓
性別	男性	31	の 経 過 期 間	1年以内	14
	女性	69		3年以内	34
年代	60代	7		5年以内	25
	70代	19		10年以内	26
	80代	50		10年超	1
	90代以上	24	同 居 状 況 の 調 査 時 の	同居している	76
	平均年齢 (才)	83.6		病院に入院している	-
介護者との関係	配偶者 (夫・妻)	26		介護施設に入所している	2
	父母	66		介護付きの老人ホームに入所している	1
	祖父・祖母	1	施設等ではなく、別居している	21	
	子供	-			
	子供の配偶者	2			
	その他	5			
要介護度	要支援1・2	4			
	要介護1	26			
	要介護2	23			
	要介護3	18			
	要介護4	20			
	要介護5	9			

(2) 介護者における介護負担の概況について

zaritの介護負担尺度による測定結果

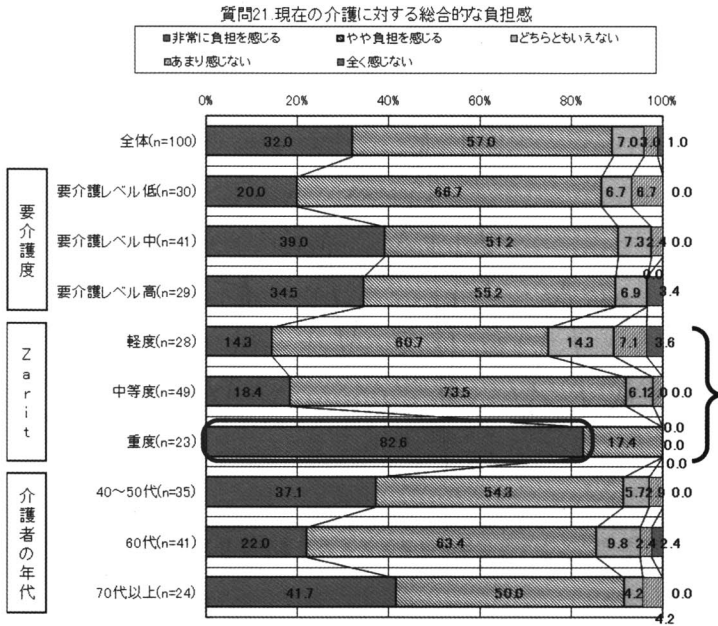
図1で示すように、本調査では、J-ZBI\_8介護負担度で「軽度」層が3割、「中等度」が5割、「重度」が2割を占める結果となった。(図1参照)

【図1 Zarit得点分布 (n=100)】



「軽度」～「重度」の分布を要介護者の要介護度、及び介護者の年齢別に比較したところ、まず、「非常に負担を感じる」は全体の3割強であり、Zarit介護負担感の重度では、「非常に負担を感じる」割合が8割と突出している。  
(図2参照)

【図2 現在の介護に対する総合的な負担感】



さらに現在の介護に対して、非常に負担を感じている32サンプルについて、Zaritの介護負担感分析によりその介護状況を見てみると、在宅介護を基本として、訪問・通所・短期入所サービスを利用しながら介護をしている介護者の84.2%が非常に負担を感じているという結果となっている。

従って、介護保険制度に則った介護サービスを受けていても、なお80%を超える人々は、非常に負担を感じているということである。(表4参照)

【表4 非常に負担を感じている介護者の介護負担感度合い別介護状況】

	調査数	在宅介護を基本とし、訪問・通所サービスを出るだけに利用せずに親族中心で介護している	在宅介護を基本とし、訪問・通所・短期入所サービスを利用しながら介護している	在宅介護・施設介護サービスの両方を利用しながら、期間的には年間半々位で介護している	施設介護を基本とし、在宅介護は限られた場合のみ（外泊時や新たな施設探しの間等）で介護している
全体	32	12.5	75	3.1	9.4
軽度/Q21 非常に負担を感じる	4	25	25	25	25
中等度/Q21 非常に負担を感じる	9	11.1	77.8	-	11.1
重度/Q21 非常に負担を感じる	19	10.5	84.2	-	5.3

### (3) 介護者の基本属性と介護負担感の関係について

介護者の性別や年代等基本属性と介護負担感の関係を見てみると、介護負担感が軽度層も重度層も男性よりも女性の方が負担感を感じる比率は高い傾向にあるが、 $\chi^2$ 乗検定の結果からは有意差は得られず関連性は見られなかった。

また、負担感と保有金融資産については、負担感が軽度な層ほど負担感を感じる比率が高い傾向にあるが、検定の結果有意差は見られなかった。

負担感と年齢の関係については、60代比率において有意差が確認されたが、最も負担を感じているのは、重度よりむしろ中等度の層であった。

本調査における負担感と就業状況に関する検定結果については、負担感が重度な層ほど介護をしながらの就業状況に、負担感を感じており、検定の結果有意差が確認された。(表5参照)

【表5 3区分によるχ<sup>2</sup>乗検定】

J-ZBI_8得点	介護者特性				
	n=	性別 (男性比率)	年代 (60代比率)	就業状況 (会社員・公務 員比率)	保有金融資産 (500万円未満 比率)
軽度 (10点未満)	28	17.9	25	7	21.5
中等度 (20点未満)	49	32.7	53.1	10.2	16.3
重度 (20点以上)	23	30.4	34.8	39.1	4.3
χ <sup>2</sup> 乗検定		NS	*	**	NS

介護者の基本属性と介護負担感に関する先行研究では、介護者の性別と介護負担感の関連については、本調査と同様、関連「なし」とする研究<sup>(20)(23)(35)(36)(37)</sup>が多いが、男性より女性の方が有意に高いという報告<sup>(38)(39)</sup>、また逆に低いもの<sup>(40)</sup>もあり、結果が一致していない。

ただし、これらの中で、サンプル数が595人、833人と1番目と2番目に多い2つの研究<sup>(38)(39)</sup>では、ともに女性で介護負担感が有意に高い結果を得ている。平松らは、男性よりも女性で、また年齢が高くなるほど介護負担感が有意 ( $p < 0.01$ ) に高かったことを報告している<sup>(17)</sup>が、それはサンプル数が多い ( $n = 3,149$ ) ために統計学的に有意となったと思われる。

唯一男性介護者で高いとする報告<sup>(40)</sup>は、海外での研究である。山田らは、国内外を問わず女性介護者のストレスレベルは男性介護者よりも高い傾向があると述べている<sup>(39)</sup>。

また、介護者の年齢についての先行研究をみても、介護負担感と関連がないという研究が多い<sup>(36)(41)(42)</sup>が、それらの数値をみると、統計学的には有意でなくとも、年齢の高い方が負担感が高い傾向を示すものが多く、また、先行研究において、介護負担感と関連する他の要因と比べ、基本属性の影響は弱い。

これら先行研究から、介護者の基本属性と介護負担感との関連は、多数の例を集めた場合には統計学的に有意となることが示唆されている。総じて男性よりも女性で、若年より高齢の介護者で負担感が高いとされる。

本調査における負担感と年齢の関係については、60代比率において有意差



が確認されたが、最も負担を感じているのは、重度よりむしろ中等度の層であった。

介護負担感が軽度の方も重度の方も男性よりも女性の方が負担感を感じる比率は高い傾向にあったが、統計学的検定の結果からは有意差は得られず関連性は見られなかった。

#### (4) レスパイトケアの認知・必要性評価について

##### ① レスパイトケアの認知について (図3参照)

レスパイトケアの認知状況については、下記説明文を提示した上での再認法で聴取した結果、約6割は非認知者が占めていることが分かった。

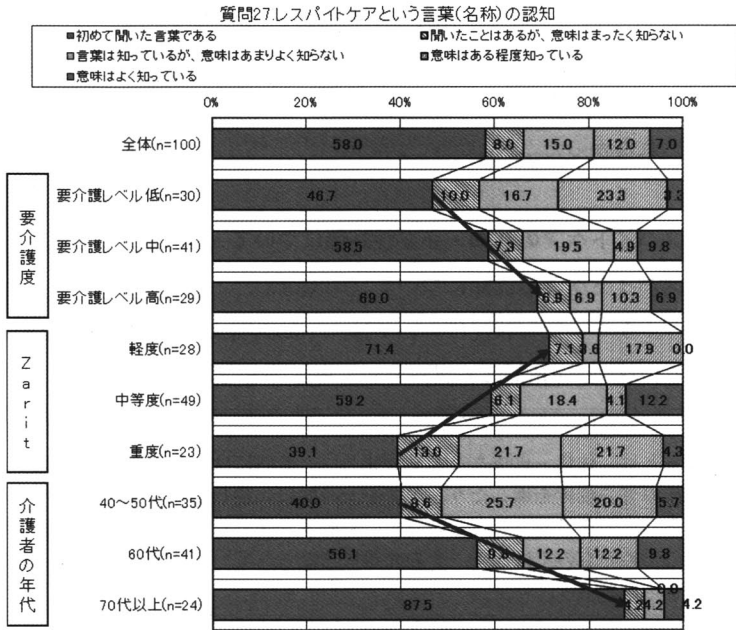
レスパイトケアとは：

レスパイトとは、休息・息抜きなどを意味し、一般的には、在宅で介護等を担っているご家族の方の疲労を癒したり、ケアを一時的に代替したりしてリフレッシュを図ってもらうことを目的としたものです。高齢者介護で言えば、要介護状態にある被介護者のためのものではなく、その介護に当たられている介護者をケアすることを指します

#### 【レスパイトケアという名称の認知】

約6割が初めて聞いた言葉であり、1/4は聞いたことはある・言葉は知っているが意味は知らないで、意味を知っているのは2割程度であった。要介護者の要介護度レベル別に見ると、要介護レベルが高くなるほど、Zarit介護負担感が軽くなるほど、介護者の年代が上がるほど、「初めて聞いた言葉である」が高まる傾向にある。このことは、レスパイトケアの認知の高低が要介護度の軽重ではなく、介護者自身の介護負担感の高低に依拠することを示している。

【図3 レスパイトケアの認知】

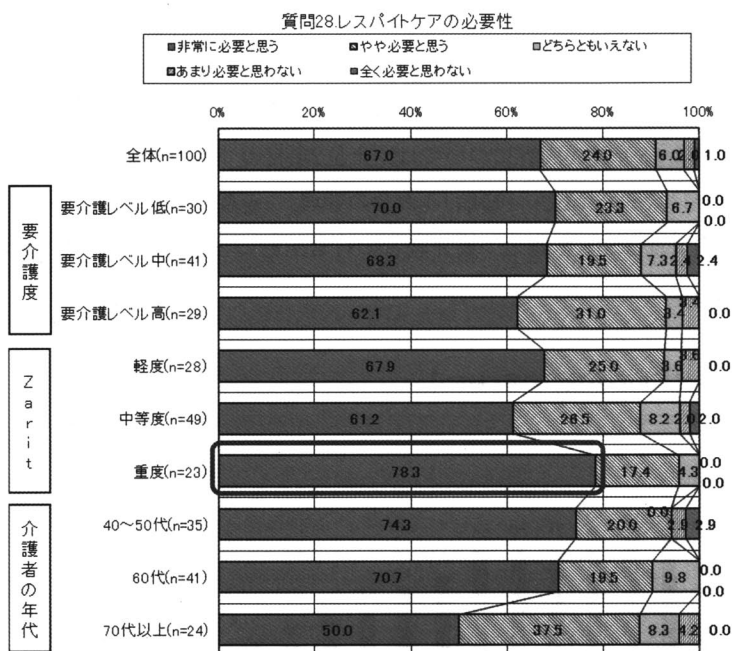


② レスパイトケアの必要性について (図4参照)

【全体では、9割が必要であると感じている】

どのような人達において必要性が高いかについて確認したところ、「非常に必要」な率は、Zarit介護負担度の高い層や、介護者年齢の若年層で高まる傾向にあることが分かる。

【図4 レスパイトケアの必要性】



上記の結果から、レスパイトケアの認知状況と必要性認識については、以下のような傾向が見られた。

i) レスパイトケアの認知度は、認知者より非認知者が大半を占めている。

本調査の中でも認知度の高い層の特徴としては、介護者側の属性として、Zarit介護負担度が高いほど、年齢的には若年層程認知度が高まる傾向にあり、要介護者側の属性では、要介護度が低い層ほど認知度が高まる傾向にある。

ii) レスパイトケアの必要性認識は高く、特に「非常に必要」という強いニーズを持つ層が多かった。

この強いニーズを持つ層は、基本的には上述の認知度と同様の傾向にある中で、Zarit介護負担度においては「重度」層だけが高いことが特

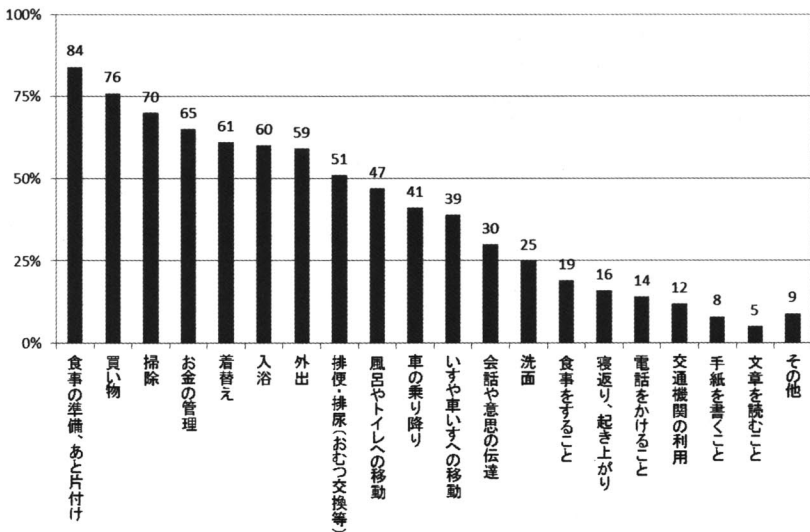
徴となっている。

(5) 介護者の介護意識及び実態について

① 受けている介護サービスの内容 (図5参照)

受けている介護の内容については、上位2項目の「食事の準備・後片付け」「買い物」は75%を超え、「掃除」「お金の管理」「着替え」「入浴」「外出」「排泄」の6項目は50%を超え、要介護者の日常生活に密接なサービスの利用率が高いことが分かる。

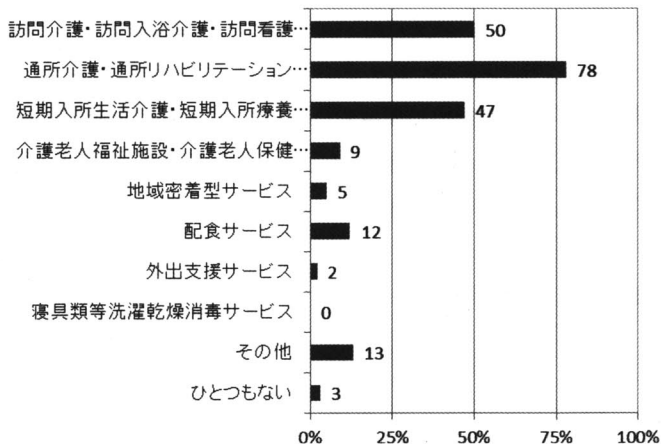
【図5 受けている介護の内容<MA>】



② 利用経験のある介護サービス (図6参照)

利用経験のある介護サービスについて、現行公的介護保険制度施行後利用しているサービスとしては、「通所系サービス」が最も高く約80%であり、次いで「訪問系」「短期入所系」が共に約50%であった。それ以外の介護サービスの利用は極めて低いものとなっている。

【図6 利用経験のある介護サービス】



上記の結果から、山口県における介護実態・意識に関する傾向として以下のことが指摘される。

- i) 受けている介護の内容は、「食事の準備・後片付け」「買い物」に代表される日常的な要介護者の基本的な衣食住に関するものの利用が多い。
- ii) 介護サービスの利用状況においては、「通所系サービス」の利用率が最も高く、「訪問系」「短期入所系」がそれに続く状況で、それ以外の利用率は極めて低い。

本調査における山口県の介護者実態として、第一に介護者の平均年齢で63歳とやや高齢である点、第二に女性・専業主婦、第三に無職の割合がかなり高いことが挙げられる。

そうしたことから、山口県の介護者実態は、高齢化社会の我が国における介護の代表的形態である「老老介護」が中心であり、専業主婦が介護の主役を担うわが国の伝統的な家族介護実態を映し出しているとも言える。

### (6) 介入困難な因子と介護負担感の関係

介入困難な因子とは、介護者の性別・年齢や、介護期間、要介護老人側の因子等を指す。

介入困難な因子と介護負担感の関係については、要介護者の要介護判定後の介護期間が長くなるほど負担感が高くなる傾向にあり、2年超時点で統計的な有意差が見られた。(表6参照)

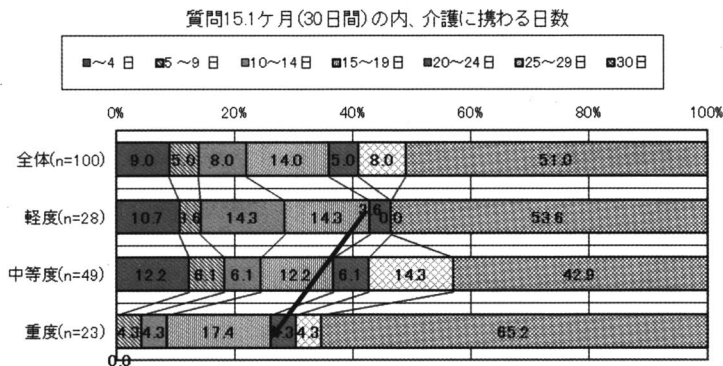
【表6 3区分によるχ<sup>2</sup>乗検定】

J-ZBI_8得点	n=	介護期間 (2年超比率)
軽度 (10点未満)	28	53.5
中等度 (20点未満)	49	71.4
重度 (20点以上)	23	65.2
χ <sup>2</sup> 乗検定		**

#### ① 介護日数

介護日数に関しては、介護負担感が重い層ほど、1ヶ月の介護日数も多い傾向にある。(図7参照)

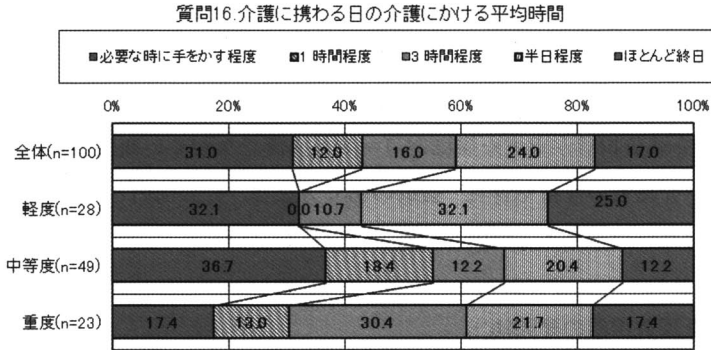
【図7 1か月の内、介護に携わる日数】



## ② 介護時間

介護負担感と一日の介護時間との関係性はみられない。(図8参照)

【図8 介護に携わる日の介護にかかる平均時間】



先行研究における介護期間と介護負担感の関係については、期間が長くなるほど介護負担感が高くなるとする報告<sup>43)~47)</sup>と、関連がないとする先行研究による報告<sup>45)48)49)50)51)</sup>がある。

各研究により知見の違いが生じる背景としてSchulz<sup>52)</sup>は、

- ◆「介護期間が長いほど、介護に疲れて疲弊し介護負担感が高くなる (Gradual Decline Model)
- ◆「介護期間が長くなるほど介護に慣れて介護負担感が軽くなる (Gradual Improvement Model)
- ◆「介護期間と介護負担感にはあまりかわりがない (No Change Model)」

などのモデルがありうるとしている。

実際には、これらのモデルが混在していると考えられ、荒井<sup>53)</sup>は、Schulzが示した3つのモデルのどれに属するのかは、介護者の性格や資質によるものの、物質的・精神的援助のあり方によって「介護期間が長いほど、介護に慣れて介護負担感が軽くなる」モデルを増加させることが可能であろうとし

ている。

この介護に慣れた介護負担感の軽減モデルは、介護者の介護力向上に依拠するものとする。従って、今後は介護の現場において、介護者の介護力向上が望まれる

本調査では、被介護者が要介護認定を受けて2年を超えた時点（介護開始後2年超）において期間と負担感の関連性が最も大きく、統計学的な有意差が見られた。

また、介護負担感が重度な層ほど、1ヶ月の介護日数が多い傾向が見られた。今後は、介護者の性格や資質、援助のあり方など、介護期間と介護負担感の関係に交互作用を与える要因を考慮した分析が求められる。

#### (7) 介護負担感の要因抽出

##### ① 介護負担感Zarit(J-ZBI\_8)を高める要因の抽出<重回帰分析>

前項では介護者の属性や、介入困難な因子と介護負担感の関係など、介護に係る背景について分析を行った。ここでは、介護者自身の介護に起因する問題について、介護者の「介護負担感を高める要因」を抽出するために、重回帰分析を行った。

J-ZBI\_8の総合点の有用性については前項で触れたが、その背景にあると考えられる介護意識、ここでは、介護に起因する介護者の問題との関係性から、介護負担感を高める要因の抽出とその重み付けを重回帰分析によって試みた。

■ 目的変数：Zarit介護負担得点 (J-Zarit\_8)

■ 説明変数：介護に起因する問題 (Q19・14項目)

「15. 勉強ができない/学力が低下する」は該当サンプルが無かったため解析から除外

■ 解析方法・プログラム：重回帰分析・SPSS Ver.11 全数法

変数として投入した14要因の中で、最も影響度の高いものは「(時間が取



られ) 基本的な生活が出来ない」, 次いで「肉体的な疲労・苦痛」で、この2要因で約6割の影響度を有していた。(表7参照)

【表7 偏回帰係数 (各要因の影響度)】

	非標準化係数		標準化係数	t	有意水準	判定
	B	標準誤差				
(定数)	1.0380	10.3150		0.1010	0.9200	
1 肉体的な疲労や苦痛がある	2.2850	1.0380	0.2280	2.2050	0.0300	**
2 精神的な疲労や苦痛がある	1.6740	1.0140	0.1640	1.6510	0.1020	
3 老化や体力の衰えを感じる	-0.1270	1.0910	-0.0110	-0.1160	0.9080	
4 趣味・レジャー等の余暇時間がない	0.0073	1.7570	0.0000	0.0040	0.9970	
5 自分に代わる介護者が現在いない	-1.0770	1.1010	-0.1000	-0.9780	0.3310	
6 自分がいなくなった後のことが心配	-0.0617	0.9650	-0.0060	-0.0640	0.9490	
7 友人との付き合いができない	0.5810	2.0820	0.0300	0.2790	0.7810	
8 自分の仕事ができない	0.6410	2.0440	0.0320	0.3140	0.7540	
9 労がむくわれることが少ない/理解されない	2.0600	1.4420	0.1370	1.4280	0.1570	
10 介護するための出費がかさむ	0.2110	1.2650	0.0170	0.1670	0.8680	
11 介護の知識や技術の不足を感じる	2.4830	1.7490	0.1300	1.4200	0.1590	
12 介護に十分な時間が取れない	1.2460	1.9170	0.0620	0.6500	0.5170	
13 介護に時間が多く取られ、自分の基本的な生活ができない	4.7130	1.5920	0.3530	2.9610	0.0040	**
14 結婚ができない	0.3450	7.2720	0.0050	0.0470	0.9620	

\* p<.05 \*\* p<.01

### J-ZBI\_8得点を用いた3区分による x 二乗検定

さらに、重回帰分析の結果を検証するために、介護者の介護に起因する問題意識について、J-ZBI\_8得点を用いた3区分間での格差の有為性について x 二乗検定 (独立性の検定) を行った。

【表8 J-ZBI\_8得点を用いた3区分による x 二乗検定】

	n=	肉体的な疲労や苦痛がある	精神的な疲労や苦痛がある	老化や体力の衰えを感じる	趣味・レジャー等の余暇時間がない	自分が現在の介護者が現在いない	自分が代わる介護後のことが心配	自分がいなくなつた後のことが心配	友人との付き合い合いができない	自分の仕事ができない
軽度 (10 点未満)	28	39.3	85.7	39.3	10.7	64.3	53.6	14.3	14.3	
中等度 (20 点未満)	49	51	81.6	36.7	18.4	51	49	12.2	4.1	
重度 (20 点以上)	23	91.3	100	39.1	30.4	60.9	52.2	21.7	34.8	
$\chi^2$ 二乗検定		*	NS	NS	NS	NS	NS	NS	**	

	n=	労働がむくわれることが少ない／理解されない	介護するための出費がかさむ	介護の知識や技術の不足を感じる	介護に十分な時間が取れない	介護に時間が多く本来的な生活ができない	介護に時間が多く本来的な生活ができない	結婚ができない
軽度 (10 点未満)	28	21.4	21.4	3.6	7.1	14.3	-	
中等度 (20 点未満)	49	22.4	26.5	20.4	6.1	18.4	2	
重度 (20 点以上)	23	39.1	43.5	21.7	8.7	65.2	-	
$\chi^2$ 二乗検定		NS	NS	NS	NS	**	NS	

分析の結果介護者の介護に起因する問題意識の中では、「肉体的疲労・苦痛」「自分の仕事が出来」「介護により基本生活が出来ない」に有意差が確認された。(表8参照)

② 介護に起因する問題の因子の抽出＜因子分析＞

重回帰分析では、J-ZBI\_8総合点と介護に起因する介護者の問題 (Q19・14項目) との関係性から、介護負担感を高める要因の抽出とその重み付けを行った。

本項では、さらに介護に起因する問題の因子を抽出するために、説明変数として投入した、介護に起因する介護者の問題 (Q19・14項目) の統合・縮約を因子分析によって試みた。

■説明変数：介護に起因する問題 (Q19・14項目)

「15. 勉強ができない/学力が低下する」は該当サンプルが無かったため解析から除外

■解析方法・プログラム：因子分析

SPSS Ver.11

因子抽出法: 最尤法

回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 5回の反復で回転が収束

※なお、因子抽出数は、初期固有値が概ね1.5以上のレベルにあった3因子を抽出することとした。

因子分析の結果、以下の3つの因子が抽出された。(図9参照)

i) 第一因子

「自分の基本生活が出来ない」「結婚が出来ない」の因子負荷量が大きく、「基本的人権」因子と呼べるものである。

ii) 第二因子

友人との付き合い」「余暇時間がない」「自分の仕事が出来ない」の因子負荷量が大きく「基本生活権」因子と呼べるものである。

iii) 第三因子

「自分が居なくなった後の心配」「自分に変わる介護者不在」の因子負荷量が大きく「介護環境不安」因子と呼べるものである。

【図9 因子分析結果】

	因子負荷量			共通性
	F1	F2	F3	
<b>F1: 基本的人権</b>				
13 介護に時間が多く取られ、自分の基本的な生活ができない	0.9930	-0.0297	0.1270	0.9990
14 結婚ができない	0.4120	-0.2370	-0.1360	0.1850
<b>F2: 基本的生活権</b>				
7 友人との付き合いができない	-0.0728	0.6490	0.1860	0.4370
4 趣味・レジャー等の余暇時間がない	0.0364	0.6210	0.1250	0.4190
8 自分の仕事ができない	0.1280	0.4410	-0.2110	0.2810
<b>F3: 介護環境不安</b>				
6 自分がいなくなった後のことが心配	-0.1010	-0.2420	0.6890	0.5430
5 自分に代わる介護者が現在いない	0.1370	0.0019	0.4310	0.2110
1 肉体的な疲労や苦痛がある	0.3100	0.2310	0.0992	0.2040
10 介護するための出費がかさむ	0.3040	0.0063	0.0128	0.0943
11 介護の知識や技術の不足を感じる	0.0385	0.0239	0.0559	0.0060
3 老化や体力の衰えを感じる	-0.0564	0.1510	0.1620	0.0476
2 精神的な疲労や苦痛がある	-0.0992	0.2900	-0.1750	0.1080
9 労がむくわれることが少ない/理解されない	-0.1110	0.2680	-0.0808	0.0738
12 介護に必要な時間が取れない	-0.1370	0.0366	-0.1460	0.0404
	固有値	2.19	1.70	1.49
	因子間相関			
	F2	0.283		
	F3	0.052	0.022	

(8) 介護負担感 (J-ZBI\_8) を高める要因のモデル化<共分散構造分析>

(7) 項では介護負担感 (J-ZBI\_8) と介護に起因する問題意識 (Q19・14項目) の関係を重回帰分析によって要因の重み付けを行い、重回帰分析の結果について x 二乗検定により検証を行った。また、介護に起因する問題意識 (Q19・14項目) の中にある主要な因子を因子分析によって抽出を試みた。

ここで得られた「介護に起因する問題の中の主要な因子 (Q19・14項目の因子分析結果である基本的人権因子, 基本的生活権因子, 介護環境不安因子)」と、「介護負担感 (J-ZBI\_8)」「主要な因子の中心的な問題意識 (Q19・14項目)」の3つを関連付けし、介護負担感を高める介護者の問題意識のモデル化を共分散構造分析によって試みた。

■目的変数: Zarit介護負担得点 (J-Zarit\_8)

■説明変数: 介護に起因する問題 (Q19・14項目)

「15.勉強ができない/学力が低下する」は該当サンプルが無かったため解析から除外

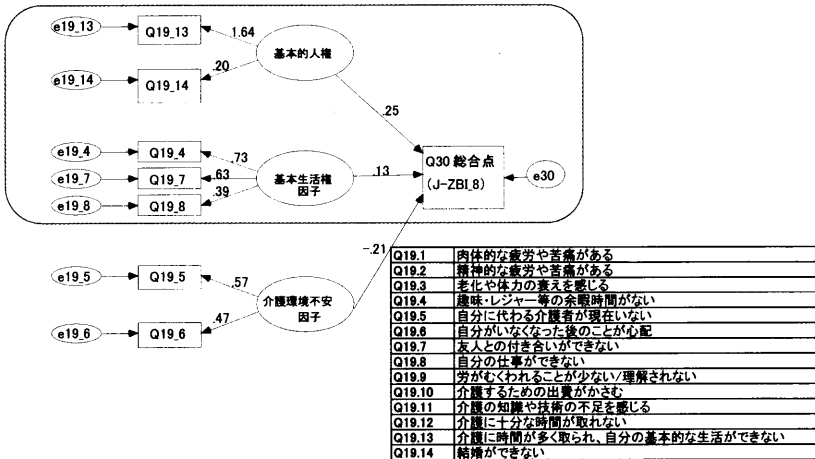
■解析方法・プログラム：共分散構造分析・SPSS Amos Ver.7

■仮説：「介護負担感 (J-ZBI\_8) と介護に起因する主要因子 (因子分析で抽出された因子) に影響を受ける。」

### ① 仮説の検証

共分散構造分析の結果から、図10のようなモデルが得られた。(図10参照)

【図10 共分散構造分析による介護負担感促進意識モデル】



その結果、「介護負担感 (J-ZBI\_8) は、介護に起因する主要因子 (因子分析で抽出された因子) に、影響を受ける」ことが検証された。

介護負担感を高める要因として最も関係性が強い潜在因子として抽出されたものは、因子分析においても最も固有値の大きい第一因子として抽出された「自分の基本的な生活が出来ない」「結婚できない」で構成される“介護者の基本的人権因子”と呼べるもので、この因子の介護負担度 (J-ZBI\_8) に対するパス係数 (重回帰分析における偏回帰係数に類するもの) は0.25と最も大きかった。

次いで、抽出された因子は、因子分析時に第二因子として抽出された「余

暇時間がない」「友人との付き合いができない」「自分の仕事が出来ない」で構成される“基本生活権因子”と呼べるもので、この因子の介護負担度(J-ZBI\_8)に対するパス係数(重回帰分析における偏回帰係数に類するもの)は0.13と二番目に大きかった。

なお、第三因子として抽出された「自分がいなくなった後のことが心配」「自分に代わる介護者が現在いない」で構成される“介護環境不安因子”は、パス係数の符号がマイナスの結果となった。

以上のことから、介護負担感を高める介護に起因する問題意識のモデルは、因子分析で抽出された因子の内、「基本的人権因子」と「基本生活権因子」の2つで構成され、且つ、「基本的人権因子」の方が「基本生活権因子」の2倍程度の影響力を持つものであることが明らかとなった。なお、因子分析で抽出された第三因子は、介護負担感を促進する因子とはならないことも明らかとなった。

### 3. まとめ

本調査分析では、Zarit(J-ZBI\_8)介護負担尺度(短縮版)を用いて高齢要介護者を有する介護者の負担感について分析を行い、その結果、以下の事項が明らかとなった。

- i) J-ZBI\_8介護負担尺度において、「重度(32点満点で20点以上)」に該当する層は23%を占めた。
- ii) この負担度の高低は、 $\chi$ 二乗検定の結果、要介護者属性については「要介護認定を受けてからの期間」が、また介護者属性については「年代」「就業状況」との関係性があることが判明した。
- iii) 重回帰分析によって、護者の介護負担感を強める主要な要因としては、「(時間が取られ)基本的な生活が出来ない」、次いで「肉体的な疲労・苦痛」が明らかとなった。
- iv) また、因子分析により、介護に起因する介護者の問題からは「基本的人権」因子、「基本生活権」因子、「介護環境不安」因子、の3因

子が抽出された。

- v) 更に、共分散構造分析により、J-ZBI\_8を高める介護に起因する介護者の問題のモデル化を試みた結果、J-ZBI\_8に対して最も強い影響力を持つモデルは、「自分の基本的な生活が出来ない」「結婚できない」で構成される“介護者の基本的人権因子”であることが判明した。

山口県における介護状況は、要介護者を有する介護者の負担感にはどのような影響を及ぼしているかについての検証結果として、Zarit介護負担度において、約2割が「重度」に該当していた。

また、8割が介護保険制度に則った介護サービスを利用しているが、介護負担感の軽減に繋がっていない。

また、レスパイトケアの必要性について、「非常に必要としている人」が7割を占める。このことから、早期の対策が望まれる。

さらに、本調査分析の結果から、介護者の介護負担感を規定する要因としては、「自分の基本的な生活が出来ない」「結婚できない」で構成される“介護者の基本的人権因子”が最も強いことが判明した。

以上より、介護者の負担感を軽減するためには、基本的人権を尊重する法的整備<sup>注4)</sup>が急務であることが明確になった。

注4) 世界で初めて介護者法を制定したのはイギリスである。

イギリスでは、介護者を要介護者の支援者と捉えるのみならず、要介護者とは違う個人として認め、その社会的役割を確認し、彼らが介護を原因に社会から孤立しないことを目指している。

イギリスにおける介護者に関する最初の法令は、障害者（サービス、諮問と代表性）に関する1986年法（the Disabled persons (services, consultation and representation) act 1986）である。

86年法では、自治体は、要介護者のニーズのアセスメントにあたって、介護者による介護の継続可能性を考慮しなければならない。これは、介護者のニーズの重要性とこれを要介護者へのサービス給付の際に考慮する必要性について、初めて承認したものである。しかし、86年法における文言は「恒常的に介護を提供し続ける他の人物」であり、介護者という表現は、法令上の用語として採用されていなかった。

また、介護者の均等な機会に関する2004年法（the Carers (equal opportunities) act 2004）において、アセスメント請求権を介護者に知らせる義務を自治体の法的な

また、介護サービス利用者が介護負担感の軽減に繋がっていないことから、国や地方公共団体など公的機関が行う福祉・介護サービスだけでなく、介護者の基本的人権の保護を念頭に置いた、インフォーマルサポート<sup>注5)</sup>の提供が必要と考える。

---

責務のひとつとした。これは介護者の生活の質を高め、介護を続けることができるよう支援することを狙いとして制定されたものであり、権利について知らない介護者が少なくないことに着目したことによる。

介護を行ううえでの支援にとどまらず、介護者自身の基本的権利の擁護という視点を含んでおり、かつ、介護者を介護責任に関わる存在として捉えるだけでなく、就業や学習などのニーズを持つ個人として認めるなど、介護者像そのものの転換を打ち出しており、「介護のために人生を楽しめないとすれば、それは人権侵害」であると、介護者が、他の人々と同じように労働市場に参加するとともに余暇をごく普通に享受することができるよう、社会的な包摂をめざした内容となっている。

注5) フォーマルサポート：法律などの制度に基づき、国や地方公共団体など公的機関が行う社会福祉・介護サポートを意味する。介護保険や医療保険などで給付されるサポートのことである。制度や介護支援専門員による計画に基づいて提供されるため、サポートの継続性や責任の明確さにおいて信頼性が高い。しかし、画一的なサポート内容であるため柔軟性に乏しく、個人的な背景が考慮されずニーズが十全に満たされない場合がある。

インフォーマルサポート：行政等公的機関が提供するサービスでは充足されない各々のニーズに対応するサービスのことを言い、主に要介護者に近い立場の家族、親族、知人等が不定期かつ無報酬で提供するサービスを意味する。地域社会や民間、ボランティア等が行う非公式な援助活動もこれに当たる。要介護者の個人としてのニーズ、置かれた環境や状況に応じた柔軟な取り組みが可能である点が特徴といえる。サポート内容が自由に決められるメリットがある反面、専門家ではない人々により提供されるサポートのため、継続性や責任の所在の不明確さに注意が必要となる。

フォーマルケアとインフォーマルケアに関する先行研究として、冷水らは、高齢者ケアにおける地域社会のフォーマルケアとインフォーマルケアの関係を探究した地域社会の特性によって、フォーマルケアとインフォーマルケアの組み合わせが異なり、個人レベルではさらに多様化することを示唆している。(冷水豊「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進—フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめざして」有斐閣, 2009.)

太田は「在宅ケア」においてインフォーマルケアとフォーマルケアにおける「ケアバランス」は、家族介護者の「ケアからの解放」ではなく、「ケアの負担からの解放」という意味で重要であるとしており、インフォーマルとフォーマルの「適切なケアバランス」を考える場合、その基軸になるのは、要介護者が地域社会の生活ができるということだけでなく、家族介護者も地域社会の生活ができるということであり、要介護高齢者と同様に家族介護者に対しても日常生活を自ら営む支援が必要であるとしている<sup>56)</sup>。(太田貞司「高齢者の長期ケアにおける地域ケアへの転換過程に関する研究」)



【参考文献】

- 1) 羽生正宗「老老介護の現状分析」『山口大学経済学雑誌』2010；59(4)：39-77
- 2) Schulz, R. et al.: Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA*282: 2215-2219, 1999.
- 3) Poulshock and Deimling, 1984; Montgomery, et al., 1985
- 4) Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly : Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980 ; 20 : 649-655.
- 5) Zarit, S.H., Todd, P.A., and Zarit, J.M., "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study," *Gerontologist*, 1986, 26 : 260-266.
- 6) Zarit SH, Zarit JM : The Memory and Behaviour Problems Checklist 1987R and the Burden Interview. Pennsylvania State University Gerontology Center : University Park, PA, 1990.
- 7) 里字明元「介護負担感の概念と県境の動向」『臨床リハ』2001；10：859-867.
- 8) McFall S, Miller BH : Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *J Gerontology* 1992 ; 47(2) : S73-79.
- 9) Cohen CA, Gold DP, Shulman KI, Wortley JT, McDonald G, Wargon M : Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals : A prospective study. *Gerontologist* 1993 ; 33 : 714-720.
- 10) Tsuji I, Whalen S, Finucane TE : Predictors of nursing home placement in community-based long-term care. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 761-766.
- 11) Gold DP, Reis MF, Markiewicz D, Andres D : When home caregiving ends : A longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 10-16.
- 12) Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B : A Family intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients With Alzheimer Disease : A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1996 ; 276 : 1725-1731.
- 13) Arai Y : Japan's new long-term care insurance. *Lancet* 2001 ; 357(9269) : 1713.
- 14) 荒井由美子「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」『日本老年医学会雑誌』2005；42(2)：195-198
- 15) Vitaliano, P.P. et al.: Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist* 31 : 67-75, 1991.
- 16) 中谷陽明他「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』1987；29：27-36.
- 17) 繁信和恵他「介護保険制度における要介護度と介護負担の関係」『日本医師会雑誌』2000；124；1074-1078.
- 18) 平松誠, 近藤克則, 梅原健一他「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究(第一報)－基本属性と介入困難な因子の検討－」『厚生指針』2006；53(11)：19-24.
- 19) Yesavage, J.A.: Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 24 : 709-711, 1988.
- 20) 近藤克則「介護保険は介護者の負担を軽減したか 介護者の主観的幸福感・抑うつ・介護負担感へのインパクト」『社会保険旬報』2002；2135：24-29
- 21) Lazarus & Folkman: *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York, Springer Publishing Company, 1984. (本明寛・春木豊・織田正美監訳, 1991, ストレス心理学, 認知的評価と対処の研究, 実務教育出版).
- 22) Coe M. & Neufeld A. (1999). "Male caregivers' use of formal support." *Western*

*Journal of Nursing Research*, Volume 21, 568-588.

- 23) 新名理恵, 矢富直美, 本間昭「痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果」『老年精神医学雑誌』1991; 2(5): 655-63.
- 24) Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A: Efficacy of Interventions with caregivers: A reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31(1): 9-14.
- 25) Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M: The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist* 2001; 41(5): 652-657.
- 26) Hebert R, Bravo G, Preville M: Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging* 2000; 19(4): 494-507.
- 27) 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 Neurosciences* 1997; 51: 281-287.
- 28) 荒井由美子「介護負担度の評価.総合リハビリテーション」2002; 30(11): 1005-1009
- 29) 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).
- 30) 荒井由美子「Zadit介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZB1.8) 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.
- 31) 江坂友子, 石井英子, 前田秀子, 清水美代子, 永坂トシエ, 田中結花子「滞在型レスパイトケアにおける介護負担感-「訪問看護推進事業」モデル事業の実践を通して」『地域看護』2006: 37: 27-29.
- 32) 上村さと美, 秋山純和「Zarit介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用いた家族介護者の介護負担感評価」『理学療法科学』2007; 22(1): 61-65.
- 33) 鈴木亘, 小椋正立, 泉田信行「介護保険サービスのミスマッチと介護負担感」『2006年度秋季日本経済学会発表論文』2006
- 34) 岡本和土, 原澤優子「在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討」『厚生 の 指標』2008; 第55巻第4号.
- 35) 結城美智子, 飯田澄美子「在宅老人の介護者における家族・身内のサポート 介護負担感との関連」『地域看護』1995; 26: 104-1066
- 36) Evans R, Matlock A, Bishop D, et al. Family Intervention After Stroke 1988; 19 (10): 1243-9.
- 37) 新名理恵, 本間昭「町田市における介護保険制度施行前後での在宅介護者のストレス反応の変化」『老年13: 517-23. 精神医学雑誌』2002;
- 38) 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明 他「障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究 (2) - 規定要因と効果モデルの検討: 社会福祉援助への示唆と課題 -」『社会老年学』1998; 39: 23-34
- 39) 桑原祐一, 鷲尾昌一, 荒井由美子他「要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因 福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較」『J.Natl.Inst.Public Health』2002; 51(3): 154-67.
- 40) 野村美千恵, 池田学, 繁信和江他「介護保険制度開始前後における在宅痴呆患者の介護サービス利用と介護負担」『訪問看護と介護』2001; 6(3): 222-30.
- 41) Mant, J, Carter J, Wada D, et al. The impact of an information pack on patients with stroke and their carers: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 1998; 12:

465-76.

- 42) 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎編著「高齢者の生活機能評価ガイド」医歯薬出版株式会社, 1999 : 43-50.
- 43) 吉田久美子, 南好子, 黒田研二「要介護高齢者の介護者の負担感とその関連要因」『社会医学研究』1997 : 15(15) : 7-13
- 44) 藤田大輔, 小泉直子, 濱西壽三郎他「在宅痴呆性老人の介護負担感に及ぼす要因について」『厚生指標』1992 : 39(6) : 7-13
- 45) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明他「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」『日本公衆衛生雑誌』1998 : 45 (4) : 320-35.
- 46) 筒井孝子, 新田収「在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因の検討」『総合リハ』1993 : 21(2) : 129-34.
- 47) 緒方泰子, 橋本ミチ生, 乙坂佳代「在宅要介護高齢者を介護する華族の主観的負担」『日本公衆衛生雑誌』2000 ; 47(4) : 307-19.
- 48) 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 Med 2001 ; 92 : 292-8
- 49) 坪井章雄,松田俊, 佐々木実他「主介護者の主観的介護負担に影響を及ぼす介護保険サービスの検討」『総合リハ』2002 : 30(21) : 1413-20.
- 50) 山田嘉子, 杉澤秀博, 杉原陽子他「配偶者としての高齢者介護ストレス-性差への着目-」『社会福祉学』2006 : 46(3) : 16-27.
- 51) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木裕介, 他「痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および看護環境の介護負担に与える影響」『老年精神医学雑誌』2003 ; 14(4) : 465-73.
- 52) Schulz R,Williamson GM.2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers Psychology & Aging 1991 ; 6(4) : 569-78.
- 53) 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(12) : 1360-4.