

一般論文

受付：2006.9.13

受理：2007.1.11

NFU 版介護負担感尺度の作成
— 介護保険制度導入前後の介護負担感に関する横断研究 —

久世淳子・樋口京子

日本福祉大学 情報社会科学部 福井県立大学 看護福祉学部

加藤悦子・近藤克則

日本福祉大学 社会福祉学部

Reliability and Validity of Nihon Fukushi University (NFU) Version of
Caregiver Burden Scale
— Cross-sectional Study on Long-term Care Insurance System
and Burden among Caregivers in Japan —

Junko Kuze, Kyoko Higuchi

Nihon Fukushi University, Fukui Prefectural University

Etsuko Kato, Katsunori Kondo

Nihon Fukushi University

Abstract

The purpose of this study is to make a new scale to measure the effects of Long-term care insurance system. Four hundreds and seventy-one caregivers who care the elderly living at home voluntarily answered the questionnaire, and the subjective burden of caregivers was measured by Nihon Fukushi University (NFU) version of caregiver burden scale. As the results, NFU version of caregiver burden scale had enough reliability and validity to measure caregiver's burden, and a factor analysis revealed two factors, "subjective burden of care" and "will for continuing care". Cross-sectional comparison shows reduction of subjective burden of care, however, the change was different due to community. The factors of the elderly themselves and the factors of caregivers were related to subjective burden of caregivers. Different dimensions of social network and social support were related to two subscales.

Keywords: caregiver, community dwelling elderly, Long-term care insurance system, subjective burden of care, will for continuing care

1. はじめに

日本福祉大学福祉社会開発研究所では平成11～13年度厚生科学研究費補助金の助成を受け、「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する比較研究」を行ってきた^{1)~4)}。ここでは政策評価指標の1つとして作成したNFU版介護負担感尺度（Nihon Fukushi University Version of Caregiver Burden Scale）を紹介し、あわせてその尺度によってとらえられた介護保険制度の導入前後の介護者の主観的負担感の変化についても考察する。

1.1 介護負担感の定義

介護者の負担感が注目されるようになったのは、欧米では1970年代後半からである。介護負担感を操作的に定義したのはZaritで、“親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会的な生活および経済状態に関して被った被害の程度”と定義している⁵⁾。Zaritらは29項目からなる「介護負担感尺度」を開発し、その程度を「介護者の健康」、「心理的安定」、「経済状態」、「社会生活」、「要介護者との人間関係」という項目から明らかにしようとした。

一般に、介護負担感とは客観的負担感と主観的負担感の2つに分けられる。客観的負担感とは介護による時間的、経済的束縛をさし、主観的負担感とは客観的負担感に対する介護者の認知的評価を意味する^{6) 7)}。Zaritらの尺度に対しては「客観的負担感と主観的負担感の区別が曖昧である」という批判もあるが、荒井らは一連の研究^{8) 9)}でZarit介護負担感尺度の日本語版を用いて、介護者の負担感を測定している。

最近では、いわゆるストレス認知理論を基礎とし、ストレスをどのように評価するかという個人的な認知過程を測定しようという試みがなされるようになってきている。そこで用いられているのが、介護負担感評価尺度¹⁰⁾や主観的介護ストレス評価尺度¹¹⁾である。さらに、介護ストレスを「燃えつき（burnout）」という観点から把握しようとする研究^{12) 13)}などがあり、そこではいわゆるバーンアウト・スケールも作成されている。これらの研究では介護負担感を「介護者によるストレスの認知的評価」として操作的に定義し、ストレスとストレス反応の関係を検討することによって介護ストレスの軽減を図ろうとしているといえる。

このように介護負担感が生じるメカニズムを検討する

ための枠組みは研究者によって異なるが、中谷ら⁷⁾が総括しているように、介護負担感とは介護者の主観的評価として測定されてきたといえる。今回、政策評価で求められている尺度も、物理的な介護の労働量といった客観的負担ではなく、介護者の主観的な負担感を評価する指標である¹⁴⁾。そこで、本研究でもZaritの定義をもとに、介護負担感を「介護の結果、介護者が感じる身体的、精神的、社会的、経済的な負担」と定義する。

1.2 尺度項目の選定

上述の介護負担感の定義に従い、介護負担感を測定するための項目を選定した。中谷ら⁷⁾、あるいは安部¹¹⁾に代表されるように、先行研究では項目の選定に際しては、介護負担に影響を与える要因について問うような項目が選ばれてきた。本研究においても同じ手順を踏むため、先行研究を検討してきた¹⁾。最終的に、客観的負担感と主観的負担感の区別が曖昧であるとされるZaritらの尺度ではなく、中谷らの介護負担感尺度をもとに項目を作成した。中谷らの尺度を選んだ理由としては、①介護負担感尺度に共通して見られる「介護による身体的不調」、「精神的負担」、「家事の制約」、「自由時間や社会活動の制約」を問う項目が含まれている、②「介護継続意志」を問うことで介護の異なる側面を測定できるという2点を挙げることができる。介護保険制度の導入は介護の社会化を促すため、われわれの介護に対する考え方を変化させる可能性がある。その中で、介護者が介護を継続しようという意志は、政策評価のポイントとなりうると思ったからである。なお、「介護継続意志」は「負担感」とは独立しており⁷⁾、「介護継続意志」は要介護者の身体状況や見当識・記憶障害因子得点、介護者の健康状態、年齢、介護態度の積極性と関連していることが報告されている¹⁴⁾。

さらに、本研究では「経済的側面」と「人間関係」を問う項目を付け加えることにした。「経済的側面」については、介護保険制度の導入によって利用料が発生するため、介護者の「経済的側面」に関する主観的な評価が欠かせないと思ったからである。また、「人間関係」については、①介護支援者の有無や親族間の人間関係が介護負担感に影響するという報告が見られることに加えて、②複数の自治体で使用される尺度であることから追加することとした。介護支援者のあり方や介護者と要介護者の関係、あるいは介護に関わる人たちの関係は地域に

よって異なる可能性があり、この点についても検討する必要があると考えたからである。

2. 方法

2.1 調査対象

人口規模が約4万人、高齢人口比率が12～14%と類似した2つの愛知県下の自治体で、介護保険制度導入前（1999年10月～2000年3月）、および介護保険制度導入後（2000年10月～2001年3月）に介護申請をし、居宅で要介護認定のための訪問調査を受けた者の介護者を対象とした。要介護認定の訪問調査時に、独自に作成した質問票（以下、訪問調査とする）を訪問調査員が実施し、介護に関わる質問票（以下、介護者調査）を配布した。介護者調査については、分析は研究者が行うことを明示した上で、大学宛てに返送する留め置き郵送返送法でデータを回収した。

介護保険制度導入前の訪問調査回収数は、A自治体で351、B自治体で313、介護者調査回収数はA自治体で242、B自治体で184であった。また、介護保険制度導入後の訪問調査回収数は、A自治体で288、B自治体で225、介護者調査回収数はA自治体で168、B自治体で122であった。回収率は表1に示すように、54.2～68.9%であった。

表1 調査の回収数、および分析対象者数

	介護保険導入前		介護保険導入後	
	A自治体	B自治体	A自治体	B自治体
訪問調査回収数	351名	313名	288名	225名
介護者調査回収数	242名	184名	168名	122名
有効回答率	68.9%	58.8%	58.3%	54.2%
分析対象者数	168名	132名	82名	89名

2.2 分析対象、および要介護者の属性

回答者のうち、65歳以上の要支援以上の高齢者を在宅で介護している主介護者で、介護負担感に関わる項目すべてに回答した者471名（平均年齢：60.4±11.52歳）を分析対象者とした（表1参照）。介護保険制度導入前後の介護負担感の比較を行なうには2時点に回答した縦断データを用いることが望ましいが、縦断で比較可能な対象者数は2自治体合わせて100名である。NFU版介護負担感尺度の作成にあたっては、自治体による比較、介護保険制度導入前後の2時点での比較ができることが望ましいと考えた。そのためにはデータ数が多いことが重要であり、ここでは横断データを用いて検討する。な

お、縦断データを使った検討の一部は、すでに報告されている¹⁵⁾。

要介護者との関係は、嫁が192名と最も多く、娘が81名、妻が78名、夫が49名、息子が28名、その他が12名（不明：31名）であった（図1）。 χ^2 検定を行ったところ、2つの自治体間で差が有る傾向が見られた（ $\chi^2_{(6)} = 11.5, p = .07$ ）。

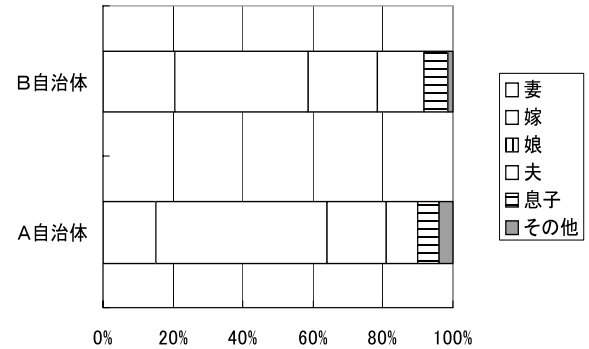


図1 対象者の続柄

要介護者の属性は表2のようであった。A自治体の男女比が1:3であるのに対し、B自治体の男女比は1:2と比率には差がある傾向が見られた（ $\chi^2_{(1)} = 3.1, p = .08$ ）が、平均年齢については2つの自治体間で差は見られなかった（ $t_{(469)} = 1.3, ns$ ）。要介護度は図2のようで、自治体ごとで要介護度に差があった（ $\chi^2_{(5)} = 21.3, p = .001$ ）。

表2 要介護者の属性

	A自治体		B自治体	
	男	女	男	女
介護保険導入前	45名	123名	43名	89名
	83.1 ± 7.66 歳		82.3 ± 8.24 歳	
介護保険導入後	18名	64名	30名	59名
	84.2 ± 7.96 歳		82.7 ± 8.84 歳	

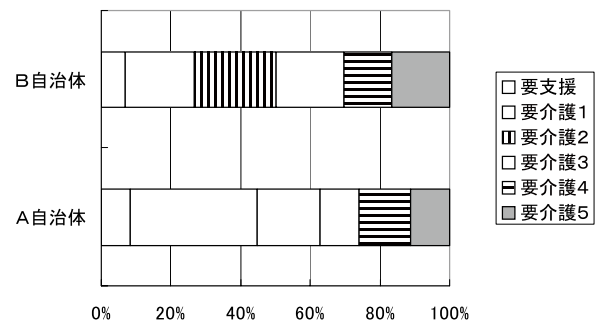


図2 要介護者の要介護度

2.3 調査項目

調査項目は、①介護負担感と全体的負担感、②要介護者の要因、③介護者の要因、④心理・社会的要因の4つの部分からなっている。

2.3.1 介護負担感と全体的負担感

介護負担感⁷⁾の12項目からなる介護負担感尺度に「経済的側面」と介護の支援者の有無や親族間の「人間関係」を問う2項目をつけくわえたNFU版介護負担感尺度を用いた。回答は「非常にそう思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4件法で求めた。さらに、介護負担感尺度の妥当性を検討するために、全体的負担感を求めた。全体的負担感⁸⁾は介護者の全体的な負担感を7段階で測定するもので、得点が高いほど負担感が高くなるように配点されている。

2.3.2 要介護者の要因

要介護者の要因として、年齢、性別、要介護度、障害老人自立度、痴呆老人自立度について尋ねた。

2.3.3 介護者の要因

介護者の要因として、年齢、要介護者との関係、主観的健康度を尋ねた。就労条件や介護力などが負担感に影響を与えていることが報告されているが、両自治体で調査した項目が異なっているため、ここでは調査項目が重なっているものを選んだ。主観的健康度は4段階で評定

を求め、得点が高いほど健康状態が悪くなるように配点した。

2.3.4 心理・社会的要因

心理的要因として、主観的幸福感とうつ傾向を求めた。主観的幸福感⁹⁾はLawtonらのPGCモラル・スケール短縮版(11項目)、うつ傾向は高齢者うつ評価スケール(GDS)を用いて測定した(日本語は高橋^{16) 17)}による)。

社会的要因として、別居家族や近所との付き合いの程度を5件法で尋ねた。さらに、得られる支援について知るために、野口¹⁸⁾のソーシャルサポート尺度を用いた。この尺度では、情緒的サポート得点と手段的サポート得点、ポジティブサポート得点とネガティブサポート得点、さらにすべてのサポートを総合したトータルサポート得点を求めることができる。

3. 結果

3.1 NFU版介護負担感尺度の作成

3.1.1 項目の決定

分析する項目を決定するために、反応分布の検討を行った。その結果を表3に示す。反応の分布については、介護保険制度導入前後で回答者数が異なるため、表3には回答者の割合(数値は介護保険制度導入前の割合で、()内の数値は介護保険制度導入後の割合)を示した。分析対象者は、介護保険制度導入前が300名、導入後が171名で、欠損値はない。介護保険制度導入前後で反応

表3 各項目に対する反応分布

	非常に そう思う	少し そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
1. 世話はたいした重荷ではない	17.3 (17.5)	41.7 (35.7)	22.3 (30.4)	18.7 (16.4)
2. 趣味・学習・その他の社会的活動などのために使える自分の自由な時間が持たなくて困る	29.7 (19.3)	45.0 (47.4)	20.7 (25.1)	4.7 (8.2)
3. 世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	25.7 (21.6)	51.0 (46.8)	21.7 (25.1)	1.7 (6.4)
4. 世話の苦勞があっても前向きに考えていこうと思う	40.0 (38.6)	49.7 (50.3)	7.3 (9.4)	3.0 (1.8)
5. 病院や施設で世話してほしいと思うことがある	20.3 (20.5)	52.7 (38.6)	18.7 (30.4)	8.3 (10.5)
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	13.3 (9.9)	40.7 (33.3)	37.3 (43.3)	8.7 (13.5)
7. 今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になってしまう	44.3 (38.6)	43.0 (43.3)	9.7 (16.4)	3.0 (1.8)
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	2.7 (1.2)	14.3 (12.3)	37.3 (38.6)	45.7 (48.0)
9. もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしいと思う	19.3 (19.9)	40.3 (38.9)	29.7 (25.1)	10.7 (17.0)
10. 世話で精神的にはもう精いっぱいである	18.0 (13.5)	40.0 (38.0)	33.3 (35.7)	8.7 (12.9)
11. 自分が最期まで見てあげたいと思う	57.3 (49.7)	30.7 (39.8)	9.7 (7.6)	2.3 (2.9)
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	36.7 (29.2)	42.7 (43.3)	16.7 (22.8)	4.0 (4.7)
13. お世話のために、経済的負担が大きくて困る	13.0 (8.2)	29.0 (24.0)	40.7 (48.5)	17.3 (19.3)
14. お世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	10.7 (3.5)	23.7 (19.9)	36.0 (43.9)	29.7 (32.7)

数値は%

介護保険前：n=300(介護保険後：n=171)

分布は変わっておらず、「そう思う」という回答が多くなっていることがわかる。各項目に対する欠損値の出現率は3～5%で、特に欠損値が多い項目はなかった。そこで、今回は14項目すべてを用いて妥当性と信頼性の検討を行なうこととした。

3.1.2 妥当性の検討

NFU版介護負担感尺度の妥当性については、基準関連妥当性と構成概念妥当性を検討した。基準関連妥当性の検討のためには外部基準との比較が望ましく訪問調査員による評定も検討したが、本調査実施にあたっては回答者が特定できないよう配慮することが求められており、訪問調査員による評定は断念せざるをえなかった。そのため、介護者の全体的な負担感を測定するための項目「全体として、お世話することがどの程度大変だと思いますか」と、すでに信頼性・妥当性が検討されている中谷らの12項目の介護負担感尺度を用いて検討することにした。介護者の主観的な負担感14項目の総和と全体的負担感の相関を求めたところ、介護保険制度導入前の2自治体の結果では $r = .63$ ($p < .001$) と $r = .67$ ($p < .001$)、介護保険制度導入後の2自治体の結果ではいずれも $r = .71$ ($p < .001$)であった。中谷らの介護負担感尺度とNFU版介護負担感尺度の相関は、介護保険制

度導入前の2自治体の結果では、 $r = .97$ ($p < .001$) と $r = .95$ ($p < .001$)、介護保険制度導入後の2自治体の結果ではいずれも $r = .96$ ($p < .001$)であった。

NFU版介護負担感尺度は主観的な介護負担感を測定する項目と介護の介護継続意志を問う項目から構成されている。そこで、構成概念妥当性について検討するため、中谷らにならぬ主成分分析を行った。NFU版介護負担感尺度では2因子が仮定されているため、因子数を2として主成分分析を行なうこととした。その結果が表4である。いずれの場合も第一主成分は「世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう」、「世話で精神的にはもう精いっぱいである」といった項目に負荷が高く、「主観的負担感」を測定する項目であった。第二主成分は「世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う」、「自分が最期まで見てあげたいと思う」という項目に負荷が高く、「介護の継続意志」を測定する項目であると考えられた。介護の継続意志を示す項目として設定された「世話はたいした重荷ではない」については主成分荷量が介護保険制度導入前に0.249、導入後に0.330であった。すべてのデータを込みにして主成分分析を行った結果（表4）なども参考に、介護の継続意志を測定する項目として扱うこととした。

表4 主成分分析の結果

	介護保険制度導入前		介護保険制度導入後		介護保険制度導入前後	
	第1成分	第2成分	第1成分	第2成分	第1成分	第2成分
2. 趣味・学習・その他の社会的活動などのために使える自分の自由な時間が持たなくて困る	0.650	-0.219	0.747	-0.210	0.689	-0.214
3. 世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	0.799	-0.081	0.818	-0.224	0.806	-0.150
5. 病院や施設で世話してほしいと思うことがある	0.637	0.192	0.771	0.132	0.694	0.144
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	0.734	-0.222	0.783	-0.171	0.755	-0.198
7. 今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になってしまう	0.723	-0.083	0.624	0.012	0.688	-0.038
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	0.505	0.089	0.460	0.233	0.490	0.149
9. もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしいと思う	0.652	0.170	0.696	0.147	0.669	0.154
10. 世話で精神的にはもう精いっぱいである	0.777	-0.097	0.860	-0.103	0.809	-0.099
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配になってしまう	0.636	-0.269	0.604	-0.131	0.630	-0.203
13. お世話のために、経済的負担が大きくて困る	0.614	-0.152	0.497	-0.036	0.579	-0.103
14. お世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	0.567	0.264	0.480	0.395	0.542	0.306
1. 世話はたいした重荷ではない	0.042	0.249	-0.129	0.330	-0.023	0.318
4. 世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	0.155	0.720	0.024	0.781	0.106	0.752
11. 自分が最期まで見てあげたいと思う	0.307	0.718	0.238	0.737	0.273	0.725
固有値	5.034	1.456	5.176	1.664	5.104	1.522
寄与率	35.955	10.397	36.970	11.886	36.457	10.874

3.1.3 信頼性の検討

信頼性の検討には、内的整合性と安定性を用いることにした。内的整合性については、Cronbachの α 係数を求めた。介護保険制度導入前の2自治体の結果では、 $\alpha = .84$ と $\alpha = .82$ であり、介護保険制度導入後の2自治体の結果では、 $\alpha = .84$ と $\alpha = .82$ であった。中谷らの結果も $\alpha = .82$ ⁷⁾であり、十分な内的整合性があるといえる。

安定性の検討には、同じ尺度を同一の対象者に一定の期間を置いて再検査するという再検査法がとられることが多い。一定の期間という場合は1ヶ月程度のことが多いが、本研究では介護保険制度導入前後にデータを収集しているため、約1年と考えることもできる。しかしながら、1年の間には要介護者や介護者をめぐる状況が変化することも多く、安定性の検討のための期間としては長い。さらに介護保険制度導入によって制度そのものが変わっており、「介護保険制度導入によって介護負担感は減少したか」というのは重要な検討課題である。したがって、ここでは参考という位置づけで、介護保険制度導入前後の2時点のデータがある対象者の結果を記すにとどめる。介護保険制度導入前後の2時点の介護負担感得点の相関は、A自治体で $r = .45$ ($p < .001$)、B自治体で $r = .62$ ($p < .001$)であった。

3.2 介護保険制度の導入と介護負担感

ここでは、今回作成されたNFU版介護負担感尺度を用いて、介護保険制度導入前後の介護負担感の横断比較を行なった結果を紹介する。NFU版介護負担感尺度を用いて総得点、主観的負担感得点、継続意志得点を算出し、以下の分析に用いた。このうち総得点と主観的負担感得点は得点が高くなるほど負担感が強いことを示しており、継続意志についても得点が高くなるほど負担感が強くなる、すなわち継続意志が低くなることを示している。

3.2.1 介護保険制度導入前後の比較

介護保険制度前後で総得点、主観的負担感得点、継続意志得点を比較した。これら3つの得点は算出するための項目数が異なっているため、図3にはそれぞれの得点を項目数で割った得点を示す。図3には471名の結果を示してあるが、介護保険制度導入後には総得点が減少していた ($t_{(497)} = 2.7$, $p = .007$)。下位尺度ごとにみる

と、「主観的負担感」が軽くなっており ($t_{(494)} = 3.1$, $p = .002$)、継続意志については変化が見られなかった。この主観的負担感の変化は自治体によって異なり、A自治体では変化が見られなかった ($t_{(259)} = 1.8$, ns) が、B自治体では主観的負担感得点が低くなっていた ($t_{(233)} = 3.1$, $p = .004$)。

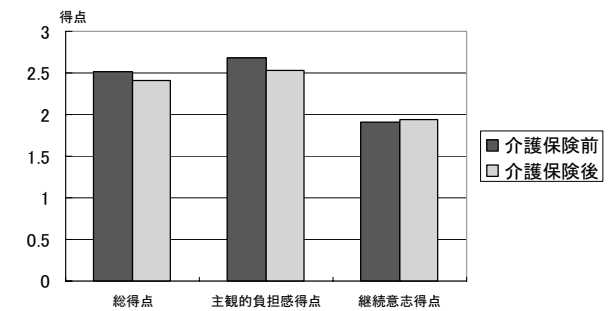


図3 介護保険制度導入前後の介護負担感得点

3.2.2 負担感と関連する要因

負担感と関連する要因を検討するために、要介護者の要因、介護者の要因、心理・社会的要因とNFU版介護負担感尺度の2つの得点の関係を調べた。なお、質的変数についてはt検定、あるいは分散分析を行い、量的変数については相関を求めた。相関については有意な相関が見られたもののみを表5に示してある。

表5 NFU版負担感尺度の各成分得点の相関

	主観的負担感	継続意志
要介護者の年齢		
主介護者の年齢		-0.186
主介護者の健康状態	0.136	-0.125
P G C	-0.574	
G D S	0.445	
情緒的サポート		
手段的サポート	-0.217	
ポジティブサポート	-0.155	
ネガティブサポート	0.328	0.128
トータルサポート	-0.263	

(数値は相関係数、 $p < .01$ のみを示した)

要介護者の要因として、年齢、要介護度、障害老人自立度、痴呆老人自立度との関係を調べた。要介護者の年齢、障害老人自立度、痴呆老人自立度については2つの得点との関連は見られなかった。要介護度については主観的負担感得点に差があり ($F_{(5,489)} = 4.1$, $p = .001$)、主観的負担感が最も高いのは「要介護3」であった(図4)。

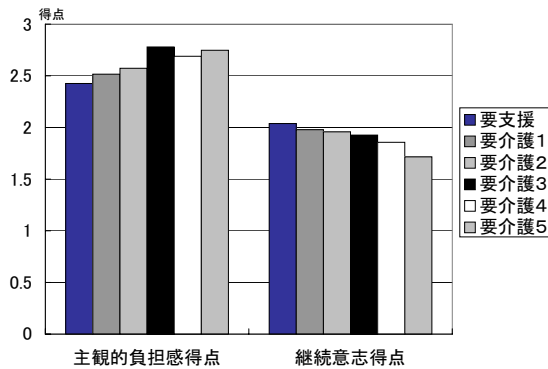


図4 要介護度別の負担感得点

介護者の要因では、年齢と主観的健康度との関係を検討した。主介護者の年齢と主観的健康度は継続意志得点と弱い負の相関が見られた（表5）。主介護者の年齢が高くなるほど継続意志が強く、健康状態がよいほど継続意志は低い。

心理・社会的要因として、PGC得点、GDS得点、別居家族や近所との付き合いの程度とソーシャルサポートとの関連を調べた。PGC得点は得点が高いほど主観的幸福感が高く、GDS得点は得点が高いほどうつ傾向が強いことを示している。ソーシャルサポートについては、いずれのサポート（情緒的サポート、手段的サポート、ポジティブサポート、ネガティブサポート）もサポートが多いほど得点が高くなるよう配点されている。トータルサポート得点はポジティブサポート得点からネガティブサポート得点を減ずることによって算出される。その結果、心理的要因についてはPGC得点、GDS得点と主観的負担感得点の間に高い相関が見られた。社会的要因のうち別居家族や近所との付き合いの程度とは関連がなく、ソーシャル・サポートについては主観的負担感得点との関連が見られた。ネガティブサポートについては、継続意志得点とも弱い相関が見られている。

4. 考察

4.1 NFU版介護負担感尺度の作成

4.1.1 NFU版介護負担感尺度の妥当性と信頼性

本研究では、心理、医療（医学と看護）、社会福祉を専門とする4名が介護負担感についての先行研究を検討し、中谷らの介護負担感尺度をもとにNFU版介護負担感尺度を作成した。

2つの自治体での2時点での調査で、介護者の全体的

な負担感に加えてすでに妥当性・信頼性が検討されている中谷らの介護負担感尺度との相関が高く、主成分分析で同じ2つの成分（主観的負担感と継続意志）が抽出された。基準関連妥当性の外部基準をどのように認定するかという点については今後さらに検討する必要があるが、妥当性の一般化は検証されたと考えることができよう。信頼性に関しては、安定性についての検討は今後の課題として残っているが、内的整合性についてはCronbachの α 係数を用いて検討した結果、問題ないと考えられた。

4.2 介護保険制度の導入と介護負担感

4.2.1 介護保険制度導入前後の比較

介護保険制度導入前後の介護負担感の比較を行なった研究からは、1年後では介護負担感の軽減には至っていない^{8) 9)}、あるいは介護保険制度導入後に介護者の心理的ストレス反応が増加していた¹⁰⁾という結果が得られている。一方で、介護負担感が軽減し、その変化は要介護度の軽い群（要支援から要介護2）で顕著であった¹⁵⁾、あるいは介護保険制度は介護負担の軽減にはつながらなければならないが必要であると介護保険制度を肯定的にとらえる介護者の割合が増加した¹⁹⁾という報告がある。

今回開発したNFU版介護負担感尺度を用いた横断比較からは、介護保険制度導入によって主観的負担感が軽減しているという結果が得られた。ただし、この変化は調査した自治体によって異なっていた。2つの自治体では、要介護者の要介護度や主介護者の続柄が異なっており、介護負担感の軽減の程度は要介護度によって異なる¹⁵⁾という縦断研究の結果と同じ傾向を示しているのかもしれない。今回はNFU版介護負担感尺度を作成するために横断データを用いており、介護保険制度導入の効果を検討するためには縦断データによる検討が必要であることを付け加えておく。

また、先行研究では介護保険制度導入直後にはそれを否定的にとらえる¹⁹⁾傾向が強いことが示されているが、介護保険制度導入による影響は短期で現れるものだけではない。一定の期間を経て現れるものもあると考えられ、さらに継続的な検討が必要であろう。

4.2.2 負担感と関連する要因

今回設定した要介護者の要因では、要介護度によって主観的負担感得点に差が見られた。しかしながら、主観

的負担感が最も高かったのは要介護度3であり、要介護度が高くなるほど負担感が高くなるわけではない。その理由として、認知症高齢者では認知症の進行にともない活動が低下するため、必要となるケアが少なくなるなどの理由が考えられる。

本研究では、介護者の要因として年齢と主観的健康度について検討した。継続意志と年齢、主観的健康度の間には弱い相関が見られ、主介護者の年齢が高くなるほど継続意志が強く、健康状態がよいほど継続意志が低いことがわかった。この2つの要因は互いに関連しており、高齢の介護者には「配偶者」が多く、若い介護者は「嫁」「娘」「息子」など子世代であることが多い。子世代の介護者の方が要介護者と同世代の介護者と比べ、主観的に健康なのである。この2つの要因以外にも、介護者の就労条件や介護力などが負担感に影響を与えることがすでに報告されているが、今回は2つの自治体での質問項目が異なっていたため、介護者を取り巻く状況については検討できなかった。しかしながら、社会的要因として取り上げたソーシャルサポートの異なる側面が主観的負担感や継続意志と関連していたことは、介護代替者の存在や介護力、あるいは親族との関係などが介護負担感と関連している可能性を示唆している。

心理的要因については、PGC モラールスケール得点と GDS 得点と主観的負担感が高い相関を示しており、主観的な測度間には関連が見られるといえる。社会的要因については、ネガティブサポートと継続意志との間に負の相関があったことから、今後はサポートの否定的な側面についての検討も必要となるであろう。

このように今回設定した要介護者の要因や介護者の要因の分析結果は先行研究と矛盾しておらず、NFU 版介護負担感尺度の基準関連妥当性を示しているといえよう。

4.3 結論

介護保険制度導入前後の介護者の主観的負担感を測定するために NFU 版介護負担感尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。この NFU 版介護負担感尺度は「主観的負担感」と「継続意志」の2つの成分からなっており、主観的介護負担感の異なる側面を測定することができる。安定性については今後の検討課題であるが、介護者を対象に調査を行なうのは現実的ではないと考えられ、どのような方法で検討するかについて考える

必要であろう。

この尺度を用いて、介護保険制度導入前後の介護負担感を横断的に比較したところ、主観的負担感が減少していた。しかしながら、自治体によって結果が異なっており、介護保険制度導入の効果を測定するためには縦断データを用いた検討が重要であると考えられる。さらに、1年後の時点であらわれたこの変化は「介護保険制度の導入」という予期的不安から引き起こされている可能性もあり、長期的な検討も必要であろう。

謝辞

本研究は平成 11～13 年度厚生科学研究費補助金（主任研究者：野口定久）の助成を受け、日本福祉大学 AGES（愛知老年学的評価研究）プロジェクトの臨床ワークグループで行った共同研究の成果である。

引用文献

- 1) 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」1999 年度研究報告書（2000）
- 2) 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」2000 年度研究報告書（2001）
- 3) 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」2001 年度研究報告書（2002）
- 4) 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」2001 年度総合研究報告書（2002）
- 5) Zarit S H, Reever K E & Bach-Perterson J: Relatives of Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden. *Gerontologist*, **20**: 649-655 (1980).
- 6) 荒井由美子：評価 介護負担度の評価。総合リハビリテーション, **30**(11): 1008-1009 (2002).
- 7) 中谷陽明・東条光雅：家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析。社会老年学, **29**: 27-36 (1988).
- 8) 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*, **92(8)** : 292-298 (2001).
- 9) Arai Y, Masui K, Sugiura M et al. : Fewer hours of care yet undiminished caregiver burden with New Long-Term Care insurance in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **17(5)** : 489-491 (2002).
- 10) 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とストレス症状の関係. *心身医学*, **32(4)** : 324-329 (1992).
- 11) 安部幸志：主観的介護ストレス評定尺度の作成とストレスサーおよびうつ気分との関連について. *老年社会科学*, **23(1)** : 40-49 (2001).
- 12) 中谷陽明：在宅障害老人を介護する家族の“燃え尽き”-“Maslach Burnout Inventory”適用の試み-. *社会老年学*, **36** : 15-26 (1992).
- 13) 服部明德・大内綾子・渋谷清子ほか : バーンアウト・スケールを用いた老年者介護の家族負担度の検討 (1) 老年者の Basic ADL と家族負担度との関連. *日本老年医学会雑誌*, **37(10)**:799-804 (2000) .
- 14) 坂田周一：在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志. *社会老年学*, **29** : 37-43 (1988).
- 15) 近藤克則：論評 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*, **2135**:4-29 (2000).
- 16) 高橋龍太郎：精神機能評価法 意欲・モラール・QOL の評価法. (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*, 51-58, 医師薬出版株式会社, 東京 (1999).
- 17) 高橋龍太郎：精神機能評価法 うつ病のスクリーニング. (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*, 43-50, 医師薬出版株式会社, 東京 (1999).
- 18) 野口祐二：高齢者のソーシャルサポート-その概念と測定-. *社会老年学*, **34** : 37-48 (1991).
- 19) 小野ミツ・木村裕美：介護保険導入後の介護者の負担感に関する意識調査-介護保険制度の導入前と後の介護状況の変化-. *高齢者のケアと行動科学*, **9(1)** : 75-83 (2003).