Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2025-07-15

在宅要介護高齢者を介護する家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因

田中, 清美
武政, 誠一
嶋田, 智明

(Citation)
神戸大学医学部保健学科紀要,23:13-22

(Issue Date)
2007

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/81000887

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/81000887

在宅要介護高齢者を介護する家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因

田中　清美[1]，武政　誠一[2]，嶋田　智明[2]

【要　　旨】

在宅要介護高齢者に対する家族介護者の介護負担感、抑うつ度、Quality of Life（QOL）の現状を把握し、それに及ぼす要因を明らかにする目的で検討を行った。対象は、神戸市の介護老人福祉施設で実施しているデイサービスを利用している在宅要介護高齢者72名（男性21名と女性51名、平均年齢81.3±9.4歳）とその主介護者72名（男性14名と女性58名、平均年齢62.2±11.6歳）とし、身体的・精神的機能面およびQOLを中心とした調査を実施した。その結果、主介護者の介護負担感は、要介護者の要介護度とADL自立度とに関連していた。更に、主介護者のQOLは、在宅要介護者のADL自立度と主介護者自身の抑うつ度、介護負担感と関連していた。したがって介護者のQOLを向上させるためには、要介護者のADL自立度を高め要介護状況を軽減させるためのリハビリテーションと、介護負担感を軽減するための主介護者への心理的サポートの必要性が示唆された。

索引用語：高齢介護，介護者の主観的幸福感，ADL（Activities of daily living；日常生活活動）

【緒　　言】

日本では、かつて世界で例をみないほど急速に高齢化が進んでおり、それに伴う要介護高齢者の増加と介護ニーズの増加が問題となっている。厚生労働省によると、平成18年4月現在の65歳以上の要介護認定者は438.37万人にのぼると報告されている[1)]。しかもその数は今後増加の一途をたどると予測される。また、医療費抑制政策の中で在院日数短縮に向けた政策誘導の様相が強まってきている現在、在宅療養生活者の増加が予測され、早期からの自宅復帰が推進されている現状では、退院後の家族を中心とした家族介護の果たす役割が重要となる[2-4)]。一方家族構造については、核家族化に伴う同居率の低下や、女性の社会進出といった変化が在宅要介護者に対する包容力、扶養力の低下を招き、家族による介護の困難を引き起こしている。このような社会的背景の中で、高齢社会を迎えた現在、わが国においては介護が必要な高齢者の在宅介護を成功させることが重要な課題の一つとなる。

このような状況の下、2000年4月に介護保険制度が開始された。この介護保険創設の目的の一つに家庭内介護の介護負担の軽減が挙げられている。これは、家族介護者の負担を軽減し、家族介護者の生活の質（Quality of Life：QOL）の低下を防ぎ、要介護者を含めたよりよい家族生活の実現を保障することにもつながる。その実現のためには、介護の責任が家族から社会へと移行していく過程で、家族と社会が役割と機能をそれぞれ分担し、おのおのその責任を持ち続けることが必要である。また、介護者の介護負担や抑うつ状態を測定し、その関連要因を明らかにすることとともに、介護者のQOLについて検討することも重要である。そして、在宅要介護高齢者が安定した在宅生活を継続させるには、要介護者への支援サービスばかりで

1．兵庫県立神戸特別支援学校
2．神戸大学医学部保健学科

なく、家族である介護者の介護負担の減少やQOLの向上にも配慮した支援サービスが望まれる。これまで、在宅介護者の介護負担や介護満足感に関する報告はみられるが[5,6]、家族介護者の介護負担やQOLに関する報告は少ない[7]。

今回、在宅要介護高齢者を介護する家族介護者が、よりよい介護生活を継続させるにはどのように対処すべきか、在宅要介護高齢者の身体状況および主介護者の身体・精神機能およびQOLを中心に調査を実施し、在宅要介護高齢者の家族介護者の介護負担感やQOLの現状と、それに影響を及ぼす要因について分析・検討した。

【対象と方法】

1．調査対象

対象者は、神戸市内の介護老人福祉施設でデイサービスを利用している明らかな認知症がなく質問指標に回答可能な在宅要介護高齢者72名（男性21名と女性51名、平均年齢81.3±9.4歳）とその主介護者72名（男性14名と女性58名、平均年齢62.2±11.6歳）とした。これらの対象者に対して、在宅要介護高齢者の状況および介護者の精神的状況や介護負担およびQOLとしての主観的幸福感に関して調査した。

調査対象者には、介護老人福祉施設職員を介して事前に在宅要介護者およびその主介護者に対して打診し協力を依頼した。また、アンケート配布時に、文書でアンケートの趣旨説明と研究への協力の依頼を行い、同意を得た。倫理面への配慮としては、アンケート調査で得られた情報をこの研究以外に使用しないこと、調査で知りえた情報の秘密を遵守し、内容は第三者には提示しないことを説明した。

アンケートに協力が得られた施設の利用者に対しては、アンケート用紙を配布して、次回の施設来所時に、回収する方法で、実施した。

2．調査内容

調査内容は、要介護者に関しては、年齢、性別、障害を持たれてからの期間などの基本情報と、基本的日常生活活動（activities of daily living；ADL）、要介護度である。また、主介護者に対しては、年齢、性別、在宅要介護者との間柄、介護負担感、QOL、心理的・精神状況、主観的健康感、経済状況、一日の介護時間を調査した。

在宅要介護者の基本的ADL評価には、簡便性、検査精度の高さ、用いる項目の包括性などから国際的にも広く使用されているBarthel Index（以下BI）[8]を砂子田の方法に準じ、答えやすいように「はい」、「いいえ」のいずれかで答える質問形式にしたものを用いた[9]。

主介護者の介護負担については、Zarit介護負担感尺度[10-13]を使用した。これは米国の老人学研究者のZarit[14]が介護負担を「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況に関して被った被害の程度」と定義したものである。質問は22項目であり、各項目は5段階（0～4点）で評価し、素点は0－88点であり、高得点であるほど介護負担が大きいことを示す。

主介護者のQOLの測定には、介護者のQOLを主観的幸福感として捉え、高齢者の主観的幸福感を測定するLawton[15]が開発したPhiladelphia Geriatric Center Morale Scale（PGCモラール）を前田ら[16]が日本語版にしたものを用いた。このスケールを採用した理由は、高齢者を対象とするQOLに関する先行研究で、多くの使用実績があり、信頼性、妥当性が検証されているからである。PGCモラール・スケールは、17の質問項目がある。このスケールの得点は、プラス思考的な積極的回答を選択した場合に1点、マイナス思考的な消極的回答をした場合に、0点として点数化し、その総合計点をその人のモラール得点とした。素点は0－17点で総得点が高いほど、主観的幸福感が高いことを示している。

主介護者の心理的・精神状況の評価には、Yasavage[17]のうつスケール（geriatric depression scale：GDS－15）短縮版を使用した。GDS－

15は、Yasavageらによって開発されたGDS（geriatric depression scale）が30項目と項目数が多いこと、時間を要すること、難しいと感じる者もいることから、その後Nealら[18]が、続いてMarwijikら[19]が短縮版を開発し、それを矢富[20]が日本語版で項目特性と信頼性を確認したものである。GDS－15は在宅高齢者の抑うつ状態を測定する尺度として広く活用されている。質問が、多元的構造をもたず，一次元になるように工夫され，身体症状関連の質問が除かれている。素点は0～15点で、点数が高い人ほどうつ状態が明らかであり、うつ傾向にあるとみなされる。

主介護者の主観的健康感に関する質問項目は、介護によって健康を害したか否かを、はい、いいえで回答し、症状に関しては自由記述とした。

主介護者に対する主観的経済状況に関する質問項目は、ア：経済的な助けがほしい、イ：経済的な問題はない、ウ：経済的に余裕がある、の三択とした。

介護者の一日の介護時間は、自由記述とした。

3．分析方法

得られた結果から、主介護者の介護負担感とQOLに影響する要因について検討した。主介護者の介護負担感とQOLについては、主介護者の性別、主介護者の身体的健康不安の有無を2群間に分けマン・ホイットニーU検定を用いた。介護負担感と、要介護者の年齢、ADL自立度、要介護度、主介護者の年齢、GDS－15との関連についてはスピアマンの順位相関を用いた。主介護者のQOLと、要介護者の障害を持たれてからの期間、ADL自立度、要介護度との関係、主介護者の介護負担感、GDS－15との関連についてもスピアマンの順位相関を用いた。統計学的分析にはStat Soft社製統計解析ソフトSTATISTICAを用い、危険率5％を有意水準とした。

【結　　果】

1．在宅要介護高齢者、主介護者の特性

表1．在宅要介護高齢者の概要

年　齢	男性（21名）	76.2±8.5
	女性（51名）	83.5±9.0
BI総得点（平均）	63.8±27.0（27～100）点	
要介護度	要支援	6名（8%）
	要介護Ⅰ	14名（19%）
	要介護Ⅱ	21名（30%）
	要介護Ⅲ	14名（20%）
	要介護Ⅳ	5名（7%）
	要介護Ⅴ	11名（15%）
	不　明	1名（1%）

在宅要介護者の概要については表1に示す。72症例中男性21名、女性51名であった。平均年齢は、81.3±9.4歳と高齢であった。要介護高齢者のADL自立度をみると、BI平均63.8±27.0（27～100）点で、介護を必要とする高齢者から自立している高齢者（6名）までいた。要介護者の要介護度は、要支援6（8％）名、介護度Ⅰが14（20%）名、介護度Ⅱが21（30%）名、介護度Ⅲが14（20%）名、介護度Ⅳが5（7％）名、介護度Ⅴが11（15%）名、不明1（1％）名であった。

要介護者と主介護者との間柄は、妻17（24%）名、娘27（37%）名、嫁10（14%）名、夫　8（11%）名、息子6（8％名）、その他2（3％）名、不明2（3％）名で、介護者の75%が女性であった（図1）。介護者の平均年齢は62.2±11.5歳であり介護者自身高齢であることが示された。また、介護者の35%を配偶者が占めており、「老老介護」の実態が窺えた（表2）。

主介護者のQOLについてはPGC得点の平均が8.8±4.0点であった。また介護者の性別によるPGC得点の比較については、統計学的な差はなかった。介護者の精神機能については、GDS－15の平均が4.6±3.1点であった。GDS－15の得点を正常群（0～3点）、抑うつ群4点以上に分類すると、正常群32（44%、）名、抑うつ40（56%）名と、半数以上の介護者に抑うつ傾向が見られた（表2）。また、介護者のGDS－15は介護者の性別には統計学的な差はなかった。

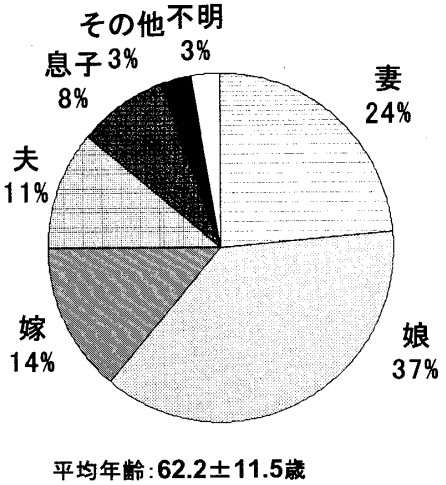

図1．主介護者の続柄

主観的健康感に関しては、介護や世話のために、体調が悪くなったことがあるかという問いに対して、有るが43（60%）名であり、半数以上の介護者が介護による変調を訴えていた（表2）。経済事情に関しては、主介護者の主観的経済事情は、経済的支援がほしい17（24%）名、経済的に問題はない48（66%）名、経済的に余裕がある5（7%）名、無回答2（3%）名であり、対象家庭の1/4に介護に対する経済的問題を生じていた（表2）。

2．介護負担感と要介護者の年齢、ADL自立度、要介護度、主介護者の年齢、性別、GDS－15との関係

介護負担感は平均35.3±18.1点（4～73）であった。

介護負担感と要介護者の年齢、主介護者の年齢、性別との関係では統計学的な相関や差はなかった。介護負担感と要介護者のADL自立度との関係については、有意な負の相関（$r=-0.27$、$p<0.05$）が見られ、要介護者のADL自立度が高ければ高いほど介護負担感は有意に低くなることを示した。また、介護負担感とADL各項目との関係では、整容、入浴、更衣、排便、排尿の項目との間に有意な負の相関が見られた（表3）。

介護負担感と要介護者の介護度との関係では、有意な正の相関（$r=0.26$、$p<0.05$）がみられ、介護度が高ければ高いほど介護負担が高くなることを示していた。

介護負担感と主介護者のGDS－15との関係では、有意な正の相関（$r=0.42$、$p<0.01$）が見られ、介護負担感が多ければ多いほど抑うつになる傾向を示した（図2）。

表2．主介護者の概要

年　齢	62.2±11.5歳	
介護負担感	平均値	35.3±18.1点
	男　性	27.6±15.5点
	女　性	37.1±18.3点
PGC総得点	平均値	8.8±4.0点
	男　性	8.5±3.4点
	女　性	9.0±4.0点
GDS－15総得点	平均値	4.6±3.1点
	正　常	32名（44%）
	抑うつ	40名（56%）
主観的健康感（体調が悪くなった）	あ　り	43名（60%）
	な　し	29名（40%）
経済的事情	支援がほしい	17名（24%）
	問題はない	48名（66%）
	余裕がある	5名（7%）
	不　明	2名（3%）

表3．主介護者の介護負担感と要介護者のADL自立度との相関係数

	介護負担度	有意性
食　事	−0.21	n.s
移　乗	−0.11	n.s
整　容	−0.32	$p<0.01$
トイレ	−0.16	n.s
入　浴	−0.25	$p<0.05$
歩　行	−0.09	n.s
階段昇降	−0.07	n.s
着替え	−0.35	$p<0.01$
排　便	−0.25	$p<0.05$
排　尿	−0.44	$p<0.01$
BI総得点	−0.27	$p<0.05$

3．主介護者のQOLと要介護者の障害を持たれてからの期間、ADL自立度、要介護度との関係

主介護者のQOLと要介護者のBIとの関係については、BI総得点と更衣動作の自立度との間に有意な正の相関（r＝0.25、p＜0.05）が見られ、要介護者のADL自立度、特に更衣動作の自立度が高ければ高いほど介護者のQOLも高くなることを示していた（表4）。

主介護者のQOLと障害を持たれてからの期間、要介護度との関連では、統計学的な関連はなかった。

4．主介護者のQOLと介護負担感、GDS－15との関連

主介護者のQOLと介護負担感との関係については、有意な負の相関（r＝－0.51、p＜0.01）がみられ、介護負担が多ければ多いほど介護者QOLは低くなることが示された（図3）。また、主介護者QOLとGDS－15との関係では、有意な負の相関（r＝－0.69、p＜0.001）がみられ介護者が抑うつであればQOLも低下することが示された（図4）。

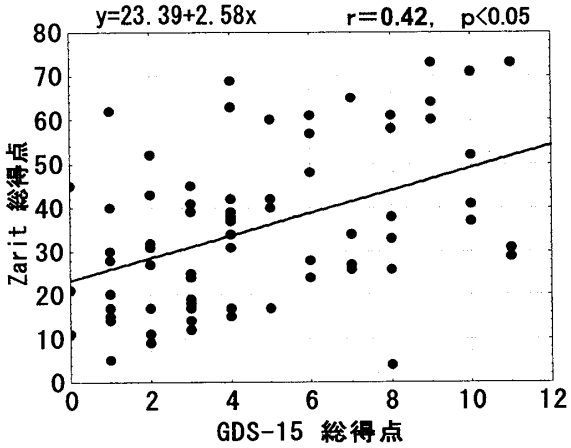

図2．主介護者の介護負担感と抑うつ度との相関

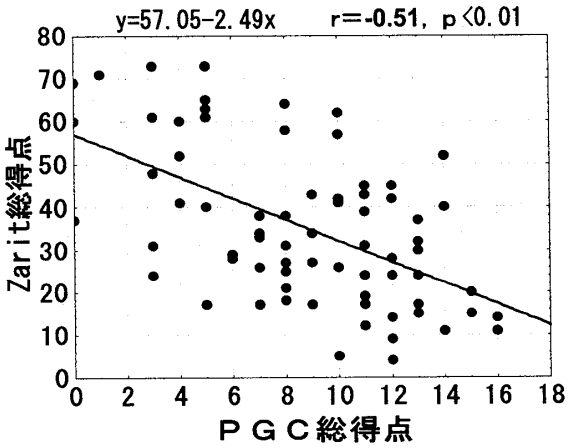

図3．主介護者のQOLと介護負担感との相関

表4．主介護者のQOLと要介護者のADL自立度との相関係数

	PGC	有意性
食　事	0.08	n.s
移　乗	0.18	n.s
整　容	0.18	n.s
トイレ	0.14	n.s
入　浴	0.21	n.s
歩　行	0.19	n.s
階段昇降	0.07	n.s
着替え	0.30	p＜0.05
排　便	0.10	n.s
排　尿	0.22	n.s
BI総得点	0.25	p＜0.05

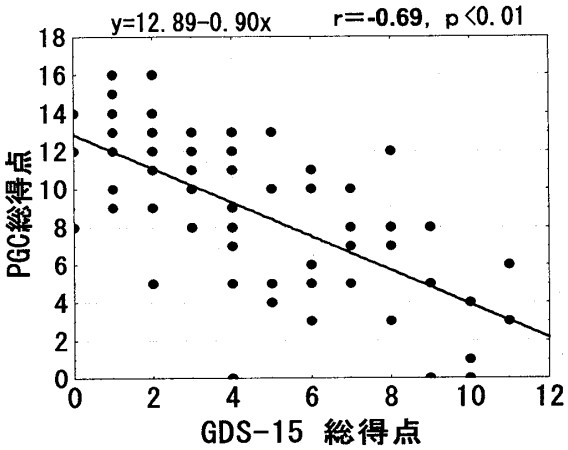

図4．主介護者のQOLと抑うつ度との相関

【考　　察】

1．介護者の状況

在宅で要介護高齢者が生活してゆくためには、特にその家族の果たす役割は大きく、家族介護力を抜きにしては考えられない。厚生労働省による平成12年度の「介護サービス世帯調査」によると、要支援以上の要介護者の主たる介護者は、妻が20.8%、嫁が27.7%、娘が19.0%、計67.5%が女性であり、男性の主介護者は18.6%であったと報告している[21]。今回の調査でも女性が75%と高い割合を占めた。しかも男性の場合には多くが配偶者、女性の場合には娘または嫁が介護を実施しており、介護のほとんどを女性が担っているのが現状である。また一方で核家族化が進行してきた現在、石神ら[22]や村山[23]はその介護者の高齢化と健康の不安が問題となることを指摘している。今回の結果においても、主介護者の年齢は64.0±13.7歳と高齢であり、しかも介護者の35%を配偶者が占め「老老介護」の実態が窺えた。また、介護者の60%が自分の健康に不安を訴えていること、56%の介護者にうつ傾向が見られたことや、要介護者を介護していく基盤である経済的不安を抱えている家庭が24%あることは危惧するところである。一般的に医療専門職は、家族を「要介護者のための家族」として、そのあるべき姿を求めてしまう事が往々にあるが、家族のとらえ方を「要介護者を含めた家族を１つの機能単位」として捉えることも重要である[24,25]。したがって、在宅要介護者に関わる専門職は要介護者側のみに目を向けるのではなく、介護者側の身体的・精神的健康感についても適切な評価を行い、適切なアプローチを心がける必要があると考えられた。

一般高齢者のPGC得点の平均値は都市在宅者で男性11.6、女性11.2、センター老人で男性11.3、女性12.6という報告がある[26]。今回の調査で測定した、介護者のPGCモラールの得点は男性で8.5±3.4であり、女性で9.0±4.0と、統計学的な比較はできていないが一般高齢者に比べ主観的幸福感がわずかに低い傾向が見られた。したがって、介護者が幸福に暮らせるような、介護者に対する何らかの支援が必要であることが示唆された。

2．介護負担感

今回の調査では介護負担感平均点は34.3点であり、斎藤ら[27]や荒井ら[28]の報告ではそれぞれ29.6点、38.7点と、本調査の結果とほぼ近い値であった。前田ら[29]は、要介護者の年齢と介護負担との関係について、要介護者が高齢なほど介護負担が高いことを報告している。当然要介護者が高齢になればなるほど活動性も低下し介護負担も高くなり、加えて主介護者も高齢になればなるほど介護負担も高くなることが推察される。今回の結果では要介護者および介護者の年齢と介護負担の間に統計学的な関連はなかったが、要介護者・介護者の年齢と介護負担との関連は今後も検討が必要である。

要介護者のADL自立度と介護負担については、今回の結果では、要介護者のADL自立度が低いほど有意に介護者の介護負担は高くなることが示された。したがって、介護者の介護負担を軽減させるためには、要介護者のADL自立の向上を目指したリハビリテーションアプローチの必要性が示唆された。また、ADLの各項目間でみると、整容、入浴、更衣、排便、排尿といったセルフケアの自立度が介護負担感に影響を及ぼしていた。今回の結果からは明確にはできないが、対象者はデイサービス利用者であり、外出に際しての外出時間までの時間的制約の中でのセルフケア動作に対する介護が、介護負担感を増加しているのかもしれない。したがって要介護者の外出支援のためには、自助具を使用してでもセルフケアの自立を目指し、介護負担を軽減させることが重要であろう。しかしながら、これまでの要介護者のADL自立度と介護負担との関連についての先行研究では、要介護者のADL自立度と介護負担について、有意な関連を認めた研究[30]と認めなかった研究[31,32]とがあり一致した見解はみられていない[33]。したがって、要介護者のADL自立度と介護負担と

の関係については、今後、時間的制約の中でのADLの自立度と介護負担との関連といったさらなる詳細な分析・検討が必要であると考えられた。

介護負担と要介護者の要介護度との関連では、要介護者の要介護度が高くなればなるほど介護負担感が高くなっていた。当然要介護者の介護度が高ければ、それに関わる介護の量も多くなり負担が多くなる。しかしながら、今回の対象者は全例、デイサービスなどの介護保険によるサービスをうけている介護者である。これは介護保険が介護サービスの利用によって介護負担を軽減させる[34]という目的の達成状況がいまだ不十分であることを示唆しているのかもしれない。

介護者の介護負担感と介護者のうつ状態との関係について朝見ら[35,36]は、介護負担の多い介護者にうつ傾向が見られると報告している。今回の結果においても介護負担が多ければ多いほど、主介護者はうつ状態になる一要因であることを示し、朝見らの報告と一致した。したがって、介護者が介護することで負担に思っていることなどを、傾聴し、患者と介護者の関係を調整し良好な人間関係を築き、精神的な介護負担や身体的な介護負担を軽減するよう支援していく必要があると考えられた。

3．介護者のQOLに影響を及ぼす要因

主介護者のQOLと要介護者のBI総得点との関係では、要介護者のADLの自立度が高ければ高いほど主介護者のQOLも良好であり、とくに更衣動作の自立度が高ければ高いほど主介護者のQOLも高くなっていた。これは、要介護者のADL自立度低下が介護者QOLを低下させる直接的な重要な要因であり、特にデイサービスへの参加といった外出を必要とする場合には、特にセルフケアの1つである更衣動作の自立が介護者のQOLを高める1つの要因になることを示唆しているのかもしれない。したがって、要介護者のADLの自立度を高め、社会交流の増減にも関連するセルフケアの自立、特に更衣動作に関しては、自助具を用いてでも、要介護者に保証することが、主介護者のQOLを向上させる上でも重要になると考えられた。

主介護者のQOLと抑うつとの関係では、介護者が抑うつであればQOLも低下することが示された。したがって、主介護者に対して介護負担を軽減するとともに、抑うつにならないよう精神・心理的サポートが重要であることが示唆された。

主介護者のQOLと介護負担感との関係では、介護負担感が大きい程、介護者のQOLの低下を示していた。したがって、主介護者のQOLを向上させるには、介護負担を軽減させることが重要であることが示唆された。介護負担を増加させる要因として、鷲尾[37]や北浜ら[34]は介護者側の要因として介護者の自由な時間の減少を挙げている。また、その中で北浜らは介護保険を利用することによって、介護者の自由な時間が得られることにより介護負担が減少すること、そしてその自由な時間を介護者が精神・身体的にも「介護」から完全に離れることが重要であると報告している。主介護者にとっては要介護者がサービスを受けている時間が介護から解放される瞬間である。したがって、要介護者に対しサービスを提供する専門職は、その時間を主介護者が「介護」から完全に離れ、趣味や余暇活動に当てられるよう、そしてすぐに戻る「介護」という現実とめりはりが付けられるよう主介護者に支援・指導することが重要であると考えられた。

本研究は、要介護者と主介護者に対してアンケート調査を実施し検討したものであり十分な面談をしていないため、介護の現状の詳細を把握するには限界があった。今後、在宅要介護高齢者の障害別、家族介護者の介護負担、QOLとそれに影響を及ぼす詳細な検討が必要であると考えられた。また、在宅要介護高齢者への各種支援介入の効果に関する検討も必要であると考えられた。

更に、介護保険制度が、スタートして以来、一次判定の方法やその利用額に上限が設けられ

る等、制度の見直しが実施されてきている。今後とも、その需要と財源のバランスに応じた制度の見直しの作業は、継続するであろうと予測される。そこで、本研究のような研究は、研究対象者の置かれている時代的な社会背景の影響を受けると考えられるので、今回の調査のように、横断的研究だけでなく、縦断的研究、定点観測的な時代差研究が必要となると考える。

【謝　　辞】

アンケートの配布・収集にご協力頂きました介護施設の職員の皆様に感謝申し上げます。また、本研究に、快くご協力下さいました利用者様とそのご家族様にも感謝申し上げます。

【文　　献】

1．厚生労働省．厚生の指標．http//www.hws-kyokai. or. jp/16toukeipage-index.html
2．菅田勝也．看護と在院日数．看護学雑誌．61：1018－1022，1997.
3．野村陽子．平成9年診療報酬改定と今後の流れ．看護管理．7：436－442，1997.
4．黒田昌子，神田直，浅井憲義．在宅脳卒中患者の介護者の健康関連QOL－Euro QOLによる検討－．日老医誌．40：381－389，2003.
5．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．日本公衛誌．47：307－319，2000.
6．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．日本公衛誌．48：180－189，2001.
7．山本則子，石垣和子，国吉緑，他．高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質（QOL），生きがい感および介護継続との関連－続柄別の検討－．日本公衛誌．49：660－671，2002.
8．Mahoney F, Barthel D. The Barthel Index. Maryland State Med. 14：61－65，1965.
9．砂子田篤．在宅脳卒中患者の機能状態の予測について．東北医誌．106：152－161，1993.
10．Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. Psychiatry Clin Neurosci 51：pp281－287，1997.
11．荒井由美子．Zarit介護負担感スケール日本語版の応用．医学のあゆみ．186：932－931，1998.
12．荒井由美子．介護負担．臨床リハ．10:744－745，2001.
13．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．11：1360－1364，2001.
14．Zarit SH, Reever KE, Bach－Paterson. Relatives of the impaired elderly；correlates of feelings of burden. Gerontologist：649－655，1980.
15．L awton MP. The Piladelphia Geriatric Center morale scale. Jounal of Gelontrogy. 30：85－89，1975.
16．前田大作，野口祐二，玉野和志，他．高齢者の主観的幸福感の構造と要因．社会老年学．30：3－16，1989.
17．Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. －A preliminary report－J. Psychiat. Res. 17：37－49，1983.
18．Neal RM, Baldwin RC. Screening for anxiety and depression in elderly outpatient. Age Aging. 23：461－464，1994.
19．VanMarwijik HW, Wallance P, de Bock GH, et al. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic

value of shortenedversion of the geriatric depression scale. Br J. Gen. Pract. 45：195－199, 1995.
20. 矢富直美．日本老人における老人うつスケール（GDS）短縮版の因子構造と項目特性の検討．老年社会学．16：29－36, 1994.
21. 厚生労働省．高齢者白書．2002.
22. 石神重信，斎藤博子，斎藤英彦，他．在宅片麻痺障害者の日常生活動作－在宅リハビリテーション検診よりみた日常生活動作の現状－．理作療法．14:387－395, 1980.
23. 村山正子．在宅要介護者と家族介護者への援助体制．公衆衛生．56：394－398, 1992.
24. 武政誠一，嶋田智明，日高正巳．理学療法の社会科学的基礎．理学療法学．23:486－489, 1996.
25. 武政誠一，嶋田智明，日高正巳，他．在宅高齢脳卒中片麻痺者の機能障害とADL，介護力およびQOLとの関係．理学療法学．23：137－140, 1996.
26. 谷口和恵，前田大作，浅野仁，他．高齢者のモラールにみられる性差とその要因分析．社会老年学．20：46－50, 1984.
27. 藤恵美子，國崎ちはる，金川克子．家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討．日本公衛誌．48：180－189, 2001.
28. 荒井由美子，細川徹．在宅高齢者．障害者を介護するものの負担感－日本語評価尺度の作成－．第3回「健康文化」研究助成論文集：1－6, 1997.
29. 前田大作，冷水豊．障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析．社会老年学．19：3－17, 1984.
30. 日高正巳，武政誠一，古井透，他．寝たきり老人に対する介護負担に関する一考察．神大医短紀要．8：113－118, 1992.
31. 松浦瑞枝，武政誠一．訪問リハビリテーションにおける理学療法士の役割について．神大医保健紀要．20：61－75, 2004.
32. 武政誠一，出川瑞枝，杉元雅晴，他．脳卒中片麻痺者の家族介護者のQOLに影響を及ぼす要因について．神大医保健紀要．21：23－30, 2005.
33. 荒井由美子．要介護高齢者を介護するものの介護負担とその軽減に向けて．日老医誌．42：195－198, 2005.
34. 北浜伸介，武政誠一，嶋田智明．公的介護保険が患者の身体および介護者の介護負担度に与える影響．神大医保健紀要．19：15－25, 2003.
35. 朝見豊子，鷲尾昌一，忽那達雄，他．慢性関節リウマチ患者の介護者におきる介護負担．リハビリテーション医学 40：423, 2003.
36. Toyoko Asami, Masakazu Washio, Yumiko Arai, el. Burden among Caregivers of Elderly Patient with Osteoarthritis of Hip Joint. Fukuoka Acta Med. 93：96－103, 2002.
37. 鷲尾昌一，荒井由美子，和泉比佐子，他．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．日本老年医学会雑誌．40:147－155, 2003.

Factors Affecting Quality of Life in Family Caregivers of the Home-bound Elderly Disabled

Kiyomi Tanaka[1], Seiichi Takemasa[2] and Tomoaki Shimada[2]

The purpose of this study was to clarify the factors affecting the quality of life (QOL) of family caregivers for the home-bound elderly disabled. Data were collected from 72 home-based care elderly disabled over 65 years old (mean age of 81.3 ± 9.4) and their 72 family caregivers (mean age of 62.2 ± 11. 6) who were living at home in Kobe city, Hyogo. Capacity to perform ADL was assessed by using the Barthel Index for the home-bound elderly disabled. For their family caregivers their care burden, QOL and health status were also evaluated. As a result, there was a significant correlation between ADL, the grade of care required for home-based care elderly disabled and family caregivers' burden. It was also revealed that the factors affecting the QOL of the family caregivers were determined by their burden and their state of depressin as well as ADL of the home-bound elderly disabled. These results suggest that in order to improve family caregivers' QOL, ADL of home-based care elderly disabled must be improved, and rehabilitation should be continued to maintain their function and that social support was necessary to reduce burden of family caregivers.

Key Words : QOL, ADL, Home-based care elderly disabled, Caregivers, Burden of family care

1. Hyogo prefectural Kobe special needs education
2. Faculty of Health Sciences, Kobe University School of Medicine