要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつに影響を及ぼす 因子の検討

Depression related factors of caregivers of Frail Elderly Persons

安田 直史¹⁾ 村田 伸²⁾

NAOFUMI YASUDA¹⁾, SHIN MURATA²⁾

要旨：本研究は、通所リハビリテーション施設に通所している要介護高齢者を介護する主介護者に対する支援についての指針を得ることをねらいとし、抑うつに影響を及ぼす因子を抽出することを目的とした。対象は、要介護高齢者43名とその主介護者43名とした。主介護者の抑うつ度、要介護度、要介護者の年齢、介護期間、主介護者の年齢、介護負担感、主介護者の睡眠時間、要介護者のADL能力、要介護者の抑うつ度を調査し、主介護者の抑うつ度との関連を検討した。重回帰分析により、抑うつに影響を及ぼす因子として抽出された項目は、要介護者年齢と主介護者の介護負担感の2項目であり、要介護者の年齢が高いほど、主介護者の介護負担感が高いほどに主介護者の抑うつが高いことが確認された。今回の知見より、要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつを軽減させる為には、加齢によって失われる機能や疼痛などに対するリハビリテーション、主介護者の介護負担感へのサポートの重要性が示された。

キーワード：抑うつ、介護負担感、主介護者

Abstract: This study aimed to develop guidelines for supporting main caregivers who care for dependent elderly using ambulatory rehabilitation facilities, and was designed to extract factors that affect depression. Forty-three dependent elderly and 43 main caregivers were enrolled. We examined depression, care burden feeling, sleeping hours, caregiving period, and age of the caregivers, as well as the ADL, level of care burden feeling, grade of care need, and age of the dependent elderly in order to determine the relationships with depression. Multiple regression analyses revealed that two items have an effect on depression: the age of the dependent elderly and the level of care burden feeling of caregivers. It was confirmed that depression of caregivers became higher as the age of the dependent elderly decreased and/or the level of care burden feeling of caregivers increased. The results suggest that rehabilitation for function lost with age and support for caregivers with strong care burden feelings are important to reduce depression in main caregivers for dependent elderly.

Key words: depression, caregiver burden, caregivers

受付日：2011年9月26日、採択日：2011年10月30日

1) 樋口医院 通所リハビリテーションふれあいの里

〒843 0301 佐賀県嬉野市嬉野町下宿甲1740 1

TEL : 0954 43 1652

e-mail: higuchiiindaycare@po.ktknet.ne.jp

Ambulatory Rehabilitation Institutions Fureainosato, Higuchi Clinic 1740-1 Shimojuku, Ureshino, Saga, 843-0301, Japan. TEL+81954-43-1652

2) 西九州大学リハビリテーション学部

Faculty of Rehabilitation Science, Nishikyushu University

I. 緒言

我が国は、世界最長寿を享受し、今後も急速な人口の高齢化が進むことが予測されている。高齢化の進行に伴い、在宅生活を送る要介護高齢者は増加の一途を辿り、介護保険制度が施行された2000年では、149万人であった介護保険利用者は、2010年では398万人に達している¹⁾。なかでも、居宅サービス利用者は、2000年の97万人から2010年では289万人となっており、在宅ケアを要する要介護者は約3倍と急増している¹⁾。日本の福祉政策は、介護保険が制定されて以来、高齢者の在宅介護を促進する方向に進んでおり、介護負担が家族に大きくのしかかっている。要介護者の在宅介護において、主介護者の高齢化や主介護者による虐待などの問題が顕著化する事例があり、要介護高齢者を自宅で介護することは、介護者にとって精神的にも身体的にも負担となる。Tennstedt ら²⁾は、障害を有する要介護高齢者の主介護者を対象に抑うつの有病率を調査した結果、介護を行っていない同世代と比較し2倍以上の有病率であったと報告している。また土井ら³⁾は、身体的虐待と主介護者の精神的健康との間に有意な関係が認められたと報告している。介護者が自身の精神的健康を損なうことなく健康であることは、介護の質を向上させるだけでなく、介護者による虐待や自殺を予防する点においても非常に重要な意味を持つとされる⁴⁾。したがって、高齢者を介護する家族の精神的健康に関わる要因を検討することは、我が国における高齢者介護を考える上で最も重要な案件の一つであり、要介護高齢者ならびにその家族のヘルスプロモーションを推進するための重要な課題と位置づけられる。

これまで、主介護者の精神的健康に関わる要因の報告は、国内外を問わず多く散見される²⁻⁷⁾。なかでも、精神的健康と介護負担感との関連については、数多く報告されている⁷⁻¹⁰⁾。例えば、東野ら⁷⁾は、要介護高齢者の主介護者1,143人を対象に、精神的健康と介護負担感との関係を調査した結果、精神的健康を維持・増進するために介護負担感の軽減が重要であることを報告している。

また、介護負担感における研究において、主介護者の介護負担感は、要介護者の身体機能や生活機能レベルと関連があると報告¹¹⁻¹³⁾されている。牧迫ら¹³⁾は、在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感に関する要因を検討した結果、要介護高齢者の日常生活活動 (Activities of Daily Living: 以下 ADL) 能力は介護負担感に影響を与える要因であることを報告している。

一方、Elmstahl ら¹⁴⁾は、脳卒中患者を対象とした3年間の調査で、ADL 能力の改善が介護負担感の軽減に繋がってはいないと報告しており、要介護者の ADL 能力と介護負担感との関連に関する見解は一致を見ていない。

このように主介護者の精神的健康に介護負担感が影響を与えることは明らかになっているが、要介護者の ADL 能力は、介護負担感に影響を与えるか否かは検討の余地があり、要介護者の ADL 能力が主介護者の抑うつに影響を与えるか検討した報告は少ない。さらに、心身機能のリハビリテーションが必要な要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつと要介護者の ADL 能力との関連について検討した研究は、筆者らが散見した限りでは見当たらない。彼らの抑うつに影響を及ぼす因子を知ることが、我が国において家族支援を行うのに有用な知見と考えられる。

そこで本研究は、主介護者に対する支援法についての指針を得ることをねらいとし、精神的健康の指標である抑うつの評価と主介護者や要介護者の調査を行い、抑うつに影響を及ぼす因子を抽出することを目的とした。

II. 対象と方法

1. 対象

某通所リハ施設を利用し、質問票に回答可能な非認知症要介護者とその主介護者を対象にした。47組の要介護者およびその主介護者に本研究への協力を依頼した結果、45組から協力が得られ (回収率

95.7%)、そのうち欠損値のなかった43組を分析対象とした。分析対象者とした要介護者43名の属性は、男性4名、女性39名、平均年齢 85.1 ± 6.6 歳、平均体重は 44.4 ± 8.3 kgであり、要介護認定区分は要支援1が6名、要支援2が11名、要介護1が14名、要介護2が7名、要介護3が4名、要介護4が1名であった。主な疾患名は、整

表1 要介護者のプロフィール

体重 (kg)	43
年齢 (歳)	39
男性 (名)	4
女性 (名)	85.1 ± 6.6
人数 (名)	44.4 ± 8.3

要介護認定区分 (名)

要介護4	6
要介護3	11
要介護2	14
要介護1	7
要支援2	4
要支援1	1

疾患名 (名)

整形外科的疾患	24
脳血管疾患	12
心疾患	4
その他	3

形外科的疾患24名、脳血管疾患12名、心疾患4名、その他3名であった(表1)。その主介護者43名は、男性2名、女性41名、平均年齢 58.0 ± 8.4 歳であり、続柄は妻3名、夫2名、嫁28名、子供10名であった(表2)。

なお、対象者には研究の趣旨と内容、得られたデータは研究の目的以外には使用しないこと、および個人情報情報の漏洩に注意することについて説明し、理解を得た上で協力を求めた。また、研究への参加は自由意志であり、被験者にならなくても不利益にならないことを口答と書面で説明し、同意を得て研究を開始した。

2. 方 法

主介護者の調査は、質問紙による自記式で行った。質問票は、筆者が主介護者に個別に配布し、その後、回答者が秘密保持のために厳封したものを筆者が回収した。要介護者の調査は、面接・聞き取り法により実施した。具体的な内容として主介護者には、続柄、介護者年齢、介護期間、介護負担感、抑うつ度、睡眠時間を調査し、要介護者には、抑うつ度、睡眠時間を調

表2 主介護者のプロフィール

人数(名)	43
女性(名)	41
男性(名)	2
年齢(歳)	58.0 ± 8.4
続柄(名)	
妻	3
夫	2
嫁	28
子供	10

査した。他の調査項目として要介護者の性別、年齢、要介護度、疾患名、日常生活活動(Activities of Daily Living: 以下 ADL)能力を調査した。要介護者の性別、年齢、要介護度、要介護状態の起因となる疾患名や介護期間は通所り八個人記録から得た。複数の疾患を有する場合は、より要介護状態や機能障害に関連のある疾患を取り上げた。主介護者は要介護者と同居している主となって介護している者とした。なお、本研究の調査は2010年5月10日から2010年5月31日の期間に実施した。

抑うつ状態の調査には Zung ら¹⁵⁾によって作成され、国際的に抑うつ状態のスクリーニングとして広く用いられている Self-rating Depression Scale (以下 SDS)¹⁶⁾を用いた(表3)。SDS は20項目の質問を「1. めったにない(1点)」から「4. いつも(4点)」までの4段階に自己評価するものであり、最低20点、最高80点となっている。20項目の合計点(20 - 80点)を SDS 得点と呼び、この SDS 得点が高いほど抑うつが高いことを示している。

主介護者の介護負担感を Zarit Burden Interview 日本語版(以下 ZBI)¹⁷⁾を用いて評価した(表4)。これは身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括し、介護負担として測定する評価票である。この尺度は 22 項目の質問から構成され、1 から21の各項目は、さま

表3 Zung 抑うつ自己評価尺度 SDS (Self-rating Depression Scale)

それぞれの質問について4つのうちから1つ当てはまるものを選んでください	をつけてください			
	無いかたまに	時々	しばしば	いつも
1) 気分が沈んで、ゆううつだ	1	2	3	4
2) 朝方が一番気分がいい	1	2	3	4
3) 些細なことで泣いたり、泣きたくなる	1	2	3	4
4) 夜、よく眠れない	1	2	3	4
5) 食欲はふつうにある	1	2	3	4
6) 性欲はふつうにある(異性の友人とつきあってみよう)	1	2	3	4
7) 最近やせてきた	1	2	3	4
8) 便秘している	1	2	3	4
9) ふだんより動悸がする(胸がドキドキする)	1	2	3	4
10) 何となく疲れやすい	1	2	3	4
11) 気持ちはいつもさっぱりしている	1	2	3	4
12) いつもと変わりなく仕事(身のまわりの事)ができる	1	2	3	4
13) おちつかず、じっとしていられない	1	2	3	4
14) 将来に希望(楽しみ)がある	1	2	3	4
15) いつもよりイライラする	1	2	3	4
16) まよわず物事をきめることができる	1	2	3	4
17) 役に立つ人間だと思う	1	2	3	4
18) 今の生活は充実していると思う(今の生活に張りがある)	1	2	3	4
19) 自分が死んだ方が、他の人は楽に暮らせると思う	1	2	3	4
20) 今の生活に満足している	1	2	3	4

出典：福田一彦と小林重雄：自己評価式抑うつ性尺度の研究．精神神経学雑誌．

表4 Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI)

それぞれの質問について5つのうちから1つ当てはまるものに ついて てください	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
1) 被介護人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充分に取れないと感じますか？	0	1	2	3	4
3) 介護の他に、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」と思うことがありますか？	0	1	2	3	4
4) 被介護人の行動に対し、困ってしまうことがありますか？	0	1	2	3	4
5) 被介護人の側にいると腹が立ちますか？	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) 被介護人が将来どうなるのか不安になることがありますか？	0	1	2	3	4
8) 被介護人はあなたに頼り切っていると感じますか？	0	1	2	3	4
9) 被介護人の側にいる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思ったことがありますか？	0	1	2	3	4
11) 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと感じますか？	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) 被介護人が家にいるので友達を自宅に呼びたくても呼べないと感じたことがありますか？	0	1	2	3	4
14) 被介護人は「あなただけが頼り」という風に見えますか？	0	1	2	3	4
15) 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないなと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
16) 介護にこれ以上の時間はさ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、自分の思い通りの生活が出来なくなったと感じることがありますか？	0	1	2	3	4
18) 介護を誰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) 被介護人に対して、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を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ができるのになあと感じることがありますか？	0	1	2	3	4
	非常に大きな負担である	全く負担ではない	多少負担に思う	世間並みの負担だと思う	かなり負担だと思う
22) 全体を通してみると、介護をするというのはどれぐらい自分の負担になっていると感じますか？	0	1	2	3	4

出典：荒井由美子：介護負担度の評価，総合リハ

さまざまな場面における介護の負担感に関する質問であり、それぞれ、0：思わない，1：たまに思う，2：ときどき思う，3：よく思う，4：いつも思う，の5段階であり，0から4点まで負担度が大きいほど高得点となる。そして，第22項目の質問は，Zarit が“ a single global burden ”と定義した質問項目であり，全体として介護がどの位大変であるかを，0：全く負担ではない，1：多少負担に思う，2：世間並みの負担である，3：かなりの負担である，4：非常に大きな負担である，の5段階からなる。負担が最大のときの総得点は88点で，介護負担が全くないときの総得点は0点となる。

ADL 指標として Barthel Index (以下 BI)¹⁸⁾を用いて担当理学療法士が評価した。BIは基本的なADL能力を示す100点満点の指標であり，食事，整容，排泄，入浴，歩行，階段昇降，着脱衣の7項目の日常生活動作を評価するものである。高得点ほど日常生活動作能力が高いことを示す。

統計処理は，介護者の抑うつと他の調査値との関係について，まず多重共線性を確認するため Spearman の順位相関係数を用いて検討した。さらに，目的変数を介護者の抑うつ度，説明変数を介護負担感，ADL能力，抑うつ度（要介護者），介護期間，主介護者年齢，要介護度，睡眠時間，要介護者年齢とした重回帰

表5 各項目の調査値 (n = 43)

	中央値	四分位範囲
抑うつ・主介護者 SDS (点)	44	(38 - 50)
介護負担感 ZBI (点)	31	(19 - 42)
ADL 能力 BI (点)	85	(65 - 95)
抑うつ・要介護者 SDS (点)	42	(35 - 46)
握力 (kg)	30	(25 - 35.5)
介護期間 (月)	31.5	(19.2 - 88)
睡眠時間 (h)	7	(6 - 7)

表6 各変数間の相関行列 (n = 43)

	抑うつ 主介護者 SDS	介護負担感 ZAI	ADL 能力 BI	抑うつ 要介護者 SDS	握力	睡眠時間	主介護者年齢	要介護度
介護負担感 ZAI	0.41*							
ADL 能力 BI	0.23	-0.41*						
抑うつ・要介護者 SDS	0.09	0.21	-0.51					
握力	-0.18	-0.42**	0.62**	-0.27				
介護期間	0.02	0.29	-0.24	-0.03	-0.21			
睡眠時間	-0.20	0.15	-0.20	0.10	-0.02			
主介護者年齢	-0.17	0.09	-0.23	0.04	0.12	0.32*		
要介護度	-0.08	0.22	-0.70**	0.31*	-0.23	0.10	0.41**	
要介護者年齢	0.49**	0.23	0.07	-0.14	-0.44**	-0.21	-0.07	-0.03

Spearman の相関係数 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

分析のステップワイズ法 (変数減少法) を用いて, 介護者の抑うつ度に影響を及ぼす因子を抽出した。なお, 統計解析には SPSS14.0 for windows を用い, 統計学的有意水準を 5% とした。

Ⅲ. 結果

表5に主介護者と要介護者, それぞれ43名ずつの各調査項目の中央値と四分位範囲, 表6に各変数間の相関行列を示した。介護者の抑うつ度と有意な相関を示したのは, 相関係数が高い順に要介護者年齢 (0.49), 介護負担感 (0.41) であり, その他の項目とは有意な相関を認めなかった (表5, 表6)。

ステップワイズ重回帰分析 (変数減少法) により, 介護者の抑うつ度に影響を及ぼす因子として抽出された項目は, 要介護者の年齢と介護負担感の2項目であり, 標準偏回帰係数は順に0.40, 0.31であった。また, 決定係数は0.32で有意 ($p < 0.01$) であった。これは要介護者の年齢が高いほど, 介護負担感が高いほどに, 主介護者の抑うつ度が高いことを示している。

Ⅳ. 考察

本研究では, 要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつ度に影響を及ぼすことが考えられる主介護者の年齢・介護期間・介護負担感・睡眠時間, および要介護者の要介護度・年齢・ADL能力・抑うつ度を調査し,

それぞれの因子と主介護者の抑うつ度との関連を検討した。相関分析の結果, 主介護者の抑うつ度と有意な相関が認められたのは, 要介護者の年齢と介護負担感の2項目であった。さらに, 各項目間の交絡関係を調整した重回帰分析によって, 介護者の抑うつ度に独立して影響を及ぼす因子として抽出されたのも要介護者の年齢と介護者の介護負担感であった。

樋口²⁰⁾は, うつ病の者は活動性が低下し, 無気力になりやすいことに加え, 食欲低下, 疲れやすさ, 頭痛などの身体症状を伴うことを指摘している。また, うつ状態には, 体質的要因, 脳を含めた身体的要因, 心理的要因, 社会環境要因等が関与すると考えられている。高齢者を介護する家族は「隠れた患者」と総称できるほど深刻な影響を受けていると報告されており²⁰⁾, 主介護者の要介護者を抱えて困っていることの第一位に, 「介護がいつまで続くか分からず精神的負担が大きい (64.6%)」, 第二に「介護による肉体的負担が大きい (40.9%)」ことが報告されている²¹⁾。このように, 高齢者を介護することは精神的に負担が大きく, 介護者は精神的健康に対する支援を必要としており, 我々が配慮すべき重要な点である。

要介護者の年齢は, 相関分析や重回帰分析によって介護者の抑うつ度の影響要因であることが明らかに

なった。これは、要介護者の年齢が高いほど抑うつ度が高くなることを示している。加齢とともに筋組織の減少が惹起される。加齢とともに生じる体たんぱく質の合成能低下と食欲の低下などを原因とするたんぱく質・エネルギーの摂取不足によって、骨格筋の減少、筋力の低下を起こす。自発的な運動が低下する要介護高齢者においては、筋肉や筋力の減少は特に顕著であろう。また、加齢の影響は口腔（舌）の筋力は減少させ、口腔機能（咀嚼、嚥下機能）を低下させることも報告されている²²⁾。さらに、疼痛も加齢によって増加する、厚生労働省の調査によると有訴者率が男女総数1位である腰痛は、年齢とともに有訴者率が増加することが報告されている²³⁾。また、外環境に直接触れて情報を集める感覚機能も加齢により減弱することが報告されている²⁴⁾。認知機能や難聴・視力なども加齢により低下することが報告されている²⁵⁾。これら加齢に影響する要因によって高齢者の身体機能、認知機能が低下することによって抑うつ度が高められるのではないかと考えた。高齢者介護において、要介護者が高齢になるほど要介護者の失われていく機能が多くなる。介護者のそのことに対する悲哀・喪失感、また、介護者の将来への不安、現在行っている介護の将来的展望や希望が見出せずにいることで、次第にゆううつや苛々感が募り、気分的に落ち込み、抑うつ傾向になっていくのではないかと推察した。

また、介護負担感も抑うつに影響要因であることが明らかになった。先行研究においても抑うつと介護負担感との関連は報告されており^{26) 27)}、本研究も先行研究と矛盾しない結果となった。一柳²⁶⁾は、高齢者の介護者137名を対象に、介護者の介護負担感と介護者の抑うつとの関連を検討した結果、介護者の介護負担感と抑うつ状態との間に有意な関連がみられ、自分の時間がもてない、ストレス・精神的負担が大きい、睡眠不足、疲労感といった精神的負担感を有する人で抑うつ状態にある人の割合が有意に高かったことを報告している。また、大浦²⁷⁾は、要介護高齢者の介護者113名を対象に、介護者の介護負担感と介護者の抑うつとの関連を抑うつ群、非抑うつ群に分け検討した結果、2群間の介護負担感に有意な差が認められ、そのなかでも見守り時間が長い者、外出が出来ない者が有意に多かった事を報告している。主介護者の家庭内や社会生活における主介護者の役割の遂行制限が生じて、介護負担感を高め抑うつ度が上がるのではないかと推察された。

ただし、ADL能力は、抑うつ度とは関連が認められなかった。本研究で採用したADL評価尺度はBIである、それは食事、整容、排泄、入浴、歩行、階段昇降、着脱衣など、日常生活を送るために必要な基本動作を評価対象としている指標である。ADL能力は、介護者の抑うつ度に影響を及ぼさないという結果は、ADL能力が低下して介護者の介護量が増加し、介護者の身体的負担が増加したとしても介護者の抑うつ度に直接的には影響を与えないことを示している。これは介護者の抑うつ度には、介護における身体的負担よりも心理的負担、経済的負担の影響がより高いことが推察される。

本研究の結果より、要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつ度に影響を及ぼす因子は、要介護者の年齢と介護者の介護負担感の2項目であり、要介護者の年齢が高いほど、主介護者の介護負担感が高いほどに、主介護者の抑うつ度が高いことが確認された。よって、要介護高齢者を介護する主介護者の抑うつ度を軽減させるためには、加齢によって失われる機能や疼痛などに対するリハビリテーション、また主介護者の介護負担感を軽減するためのサポートの重要性が示された。今後は介護者が将来の不安を解決するためにも周囲のサポートや他の介護者の獲得、社会資源の活用など長期展望の持てる介入が必要である。

ただし、本研究の対象者数は少なく、かつ一施設における検討であり、今回の結果が他の施設の要介護者にも該当するとは限らない。今後は、対象者を増やすとともに、認知機能に障害のある方を対象に他の施設など範囲を広げた調査。さらに、主介護者が嫁や夫、妻など要介護者との関係が抑うつや介護負担感に影響を及ぼすのか、要介護者の介護負担感を軽減させることによって介護者の抑うつ度が減少するのか、あるいは主介護者にサポートを行うことにより抑うつ度が減少するのかについて検討することが課題である。

引用文献

- 1) 内閣府ホームページ高齢者白書 <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> (2011年9月7日閲覧)
- 2) S Tennstedt, GL Cafferata, L: Depression among Caregivers of Impaired Elders. J Aging Health February, 1992, 4(1): 58-76.
- 3) 土井由利子, 尾方克巳: 痴呆症状を有する在宅高齢者を介護する主介護者の精神的健康に関する研究・日本公衆衛生雑誌, 2000, 47(1): 32-46.
- 4) 東野定律, 筒井澄栄, 矢嶋裕樹・他: 要介護高齢者の主介護者における精神的健康, 厚生指標, 2006, 53(1): 27-31.

- 5) 深堀浩樹, 須貝佑一, 水野陽子, 他: 特別養護老人ホーム入所者の家族介護者における精神的健康とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌, 2005, 52(5): 399-410.
- 6) CL Morano: Appraisal and Coping: Moderators Mediators of Stress in Alzheimer's Disease Caregivers?. Social Work Research, 2003, 27(2): 116-128.
- 7) 東野定律, 柳 漢守, 桐野匡史・他: 要援護高齢者の主介護者における介護負担感と精神的健康の関係. 日本保健科学学会誌, 2005, 8(3): 147-153.
- 8) 里宇明元: 介護負担感の概念と研究の動向. 臨床リハ, 2001, 10: 859-867.
- 9) 新名理恵: 在宅痴呆性老人の介護負担感 - 研究の問題点と今後の展望 - 老年精神医学雑誌, 1991, 2(6): 754-762.
- 10) 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, 1989, (29): 27-36.
- 11) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry And Clinical Neurosciences, 1997, 51(1): 281-287.
- 12) Davis JD, Tremont G: Impact of frontal systems behavioral functioning in dementia on caregiver burden. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2007, 19(1): 43-49.
- 13) 牧迫飛雄馬, 阿部 勉, 阿部恵一郎・他: 在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究. 日老医誌, 2008, 45: 59-67.
- 14) Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L: Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 177-182.
- 15) Zung, W. W: A Self-Rating Depression Scale. Archives of General Psychiatry. 1965, 12: 63-70.
- 16) 福田一彦と小林重雄: 自己評価式抑うつ性尺度の研究. 精神神経学雑誌, 1973, 75: 673-679.
- 17) 荒井由美子: 介護負担度の評価. 総合リハ, 2002, 30(11): 1005-1009.
- 18) Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- 19) 樋口輝彦: 気分障害. 医学書院, 東京, 2001, 260-281.
- 20) Fengler AP, Goodrich N: Wives of elderly disabled men; the hidden patients. GerontoloMist, 1979, 19: 175-183.
- 21) 長寿社会開発センター: 介護支援専門員基本テキスト第1巻. 長寿開発センター, 東京, 2003, 8-16.
- 22) 羽村 章: 口腔の老衰とその対策. 日老医誌, 2010, 47: 113-116.
- 23) 高橋和久: 腰痛と脊椎疾患. 日老医誌, 2008, 45: 498-500.
- 24) Thornbury JM, Mistretta CM: Tactile sensitivity as a function of age. J Gerontol, 1981, 36(1): 34-39.
- 25) 秋下雅弘: 高齢者の服薬管理. 日老医誌, 2010, 47: 134-136.
- 26) 一柳歩美, 本田純久: 家族介護者の基本属性および介護負担感と抑うつとの関連. 日本看護学会論文集, 2008, 38: 187-189.
- 27) 大浦麻絵, 鷲尾昌一, 桑原裕一・他(2005): 介護保険導入前後における福岡県 K 地区においての要介護高齢者を介護する家族の抑うつ. 札幌医学雑誌, 2005, 74(12): 58.