

## 慢性期在宅失語症患者の家族介護者における 介護負担感とその関連要因に関する検討

—— Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用いた予備研究報告 ——

辰 巳 寛\*<sup>1,2)</sup> 山 本 正 彦\*<sup>1)</sup>

目的：慢性期在宅失語症患者の家族介護者の介護負担感とその関連要因を明らかにする目的で、外来通院中の失語症患者および家族介護者に対して高次脳機能や ADL 機能などの評価および質問紙調査を実施した。

対象と方法：対象は、一般病院を外来通院していた在宅慢性期失語症患者25名と、その家族介護者25名である。患者に対しては、標準失語症検査 (SLTA) と実用的コミュニケーション能力 (CADL) 短縮版、知能評価 (RCPM)、抑うつ評価 (CES-D) と、QOL 評価尺度 (SAQOL-39) の主観的評価を行った。家族に対しては、介護負担感 (J-ZBI) と家族の QOL (SF-36)、SAQOL-39の客観的評価、家族の抑うつ評価 (CES-D)、患者の精神症状の評価 (NPI-Q) を実施した。対象を J-ZBI の総得点に基づき高負担群 (21点以上) と低負担群 (20点以下) の2群に分類し、各項目における有意差を求めた。また J-ZBI と各評価項目との相関関係を調査し、さらに介護負担感の予測因子を明らかにするために重回帰分析を行った。

結果：高負担群と低負担群との間で有意な差を認めたのは、主病巣部位と FIM 運動項目、CADL 短縮版、家族の CES-D、客観的 SAQOL-39 の psycho-social スコア、NPI-Q の重症度と負担度であった。全体の介護負担感と有意な相関を認めたのは、FIM 運動項目、CADL、家族教育年齢、家族の SF-36、家族の CES-D、NPI-Q の重症度と負担度であった。重回帰分析の結果、患者の FIM 運動項目と家族の CES-D が関連因子として抽出された。一方、患者の言語障害の重症度や知的機能との関連は認めなかった。

結論：慢性期の在宅失語症患者を支える家族は、患者の ADL 運動機能と、家族の気分 (抑うつ) 状態により介護負担感が強く影響を受けることが判明した。失語症患者を介護する家族の介護負担感を低減するためには、患者の ADL 機能の維持・向上を図ると共に、家族の心理的・精神的支援の充実が重要である。失語症のリハビリテーション医療では機能障害に対するアプローチだけではなく、家族心理教育など家族援助も考慮した包括的サービスが求められている。

キーワード：aphasia, caregiver's burden, activities of daily living, communication disorders

### I はじめに

失語症は、大脳の器質的損傷によって生じる後天性の言語機能の低下もしくは喪失である。失語症になると、自分の意思や感情を言葉で表現することができず、相手の言葉を理解することも困難となる。その障害は

文字言語にも及び、「聴く」「話す」「読む」「書く」の全ての言語活動が制限される。そのため、失語症患者は簡単な日常会話さえも困難となる場合が多い。

本邦の失語症患者数は50万人を超え<sup>1)</sup>、高齢社会を背景にその数は増加の一途にある。一方、失語症患者が長期の入院加療にて言語治療を受けることは困難な

\* 1) 愛知学院大学心身科学部健康科学科

\* 2) 名古屋第二赤十字病院リハビリテーション科

(連絡先) 〒470-0195 愛知県日進市岩崎町阿良池12 E-mail: ta23@dpc.agu.ac.jp

状況にあるため、これからは在宅でのリハビリテーションが重要となる。

在宅失語症患者の介護者は配偶者や子供など身近な家族である。「ことば」という手段で自己の訴えや希望を正確に伝えることが難しい失語症患者に対して十分なケアを提供することは容易ではない。失語症患者を長期にわたり継続的に介護する家族は、心身ともに深刻なストレスに曝されやすい<sup>2)</sup>。従って、失語症のリハビリテーションにおいては、失語症患者の言語機能障害や活動制限に対するアプローチだけではなく、患者および家族が有する心理社会的問題も考慮した包括的支援が重要となる。

これまで患者家族の介護負担感についての研究は主に認知症を対象に行われてきたが<sup>3)</sup>、失語症家族の介護負担感についての研究は十分ではなく<sup>4)</sup>、コミュニケーション障害と介護者負担感との関連についても一定の結論が得られていない。渡辺ら<sup>5)</sup>は、介護負担感と Barthel Index (BI) で評価した ADL 機能との関連性を指摘したが、コミュニケーション能力の影響については否定的であった。一方、中村<sup>6)</sup>は、標準失語症検査 (SLTA) の重症度と実用コミュニケーション能力検査 (CADL) 質問紙の得点が、介護負担感と有意な相関を認めたと報告している。また、小林ら<sup>7)</sup>は、失語症家族の介護負担感評価尺度 (Communication Burden Scale: COM-B) を独自に開発し、全般的介護負担感と失語症の重症度が有意に関連したと報告している<sup>8)</sup>。

ところで、介護負担感の評価尺度としては Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)<sup>9)</sup>が有名である。ZBI は身体的負担、心理的負担、経済的困難度などを総括し介護負担として定量的に測定することができる評価尺度である。本邦では Arai<sup>10)</sup>が日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) の信頼性と妥当性を確認し、国際間比較研究も可能となっている。J-ZBI は脳卒中患者の介護負担感の評価<sup>11)</sup>以外にも、さまざまな疾病や障害に活用されており、その臨床的有用性は極めて高い。しかし、われわれが渉猟した限りにおいて失語症家族の J-ZBI を用いた研究はない。失語症以外の疾病との対比や異文化間比較を可能とするためには、国際的に汎用されている J-ZBI による調査データは必要である。

そこで、今回われわれは J-ZBI を用いて、失語症家族の介護負担感の実態について調査した。本研究の目的は、慢性期の在宅失語症患者の主介護者である家族の介護負担感とその関連要因を明らかにし、家族の介

護負担感を低減するための介入プログラム開発に向けた基礎的知見を得ることである。

## II 対 象

### 1. 調査対象

対象は、2008年4月から9月に名古屋市内の総合病院において言語治療外来に通院中の失語症患者25名 (男性12名, 女性13名, 平均年齢67.8±10.6歳) と家族介護者25名 (男性8名, 女性17名, 平均年齢59.2±13.5歳) である。包含基準は、1) 脳器質性損傷による慢性期失語症患者 (発症後6ヶ月以上)、2) 全身状態が安定し、自宅にて療養し外来通院が可能、3) 患者の情報を提供できる家族が同居している、4) 脳疾患は初発であり脳卒中などの再発による再入院の既往がない、5) 失語症以外の重篤な高次脳機能障害は認めない、6) 患者および家族に対して研究の目的と概要のインフォームドコンセントを書面にて行い同意が得られた患者および家族、とした。

### 2. 方 法

患者に対する高次脳機能検査は言語聴覚士 (ST) が施行した。患者へのアンケート質問紙は ST が患者と口頭面談形式で実施し、家族に対しては手渡し留め置き法による調査を実施した。

### 3. 評価項目

〈患者に対する評価〉

失語症評価には標準失語症検査 (Standard Language Test of Aphasia: SLTA) を用いた。種村ら<sup>12)</sup>の SLTA 因子分析の結果を踏まえ、1) 言語理解総得点 (単語・短文・漢字単語・仮名单語・短文の理解)、2) 発話総得点 (呼称・動作説明・復唱・音読・マンガ説明)、3) 書字&高度言語能力総点 (口頭命令に従う・書字命令に従う・書称・書取・書字によるマンガ説明・計算) の正答数をそれぞれ集計した。高い点数ほど言語機能が良好である。

コミュニケーション能力の評価には、実用コミュニケーション能力検査 (Communication Abilities in Daily Living scale: CADL) 短縮版<sup>20)</sup>を実施した。CADL は、患者の言語反応・非言語的の反応を問わず伝達内容が第三者に伝わると判断されれば得点化される点が特徴で、言語応答のみを正答とする SLTA とは質的に異なっている。11項目の下位検査の得点に重み付けを乗した計算値に定数を加算する「実用コミュニケーション

ン能力検査予測得点」を算出した。得点範囲は0点～126点で、高得点ほどコミュニケーション能力が優れている。

失語症患者の主観的QOL評価にはStroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)を施行した。SAQOL-39は、Hilariら<sup>14)</sup>によって開発された疾患特異的QOL評価尺度で、日本語版の信頼性と妥当性は確認されている<sup>15)</sup>。患者自身による主観的評価と介護者による客観的評価が可能である。採点は39点-195点で、高得点ほどQOLレベルが高い。

気分(抑うつ)評価には、うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D)<sup>16)</sup>を行った。CES-Dは20項目から構成される自己評価尺度で、得点は0-60点の範囲である。高得点ほど抑うつ症状が強く、得点16点以上で抑うつ傾向があると判定される。

知能評価にはレーブン色彩マトリックス(Raven's Coloured progressive matrices: RCPM)<sup>17)</sup>を実施した。RCPMは言語反応を介さない非言語性の推理能力を測定する知能検査である。満点36点で高得点ほど知能的水準が高い。

日常生活活動の運動機能評価には機能的自立度評価表(Functional Independence Measure: FIM)の運動項目を使用した。FIMは最も信頼性と妥当性があるADL評価法であり、リハビリテーション領域で幅広く活用されている<sup>18)</sup>。セルフケア・排泄・移乗・移動の各得点の総計(満点91点)を算出した。低得点ほど機能障害は重度である。

#### 〈家族介護者に対する調査〉

主介護者である家族に対しては、性別・年齢・失語症患者との続柄などの基本情報に加え、介護者自身のQOL評価としてSF-36を、失語症患者のQOLの客観的評価としてSAQOL-39を、家族自身の抑うつ評価としてCES-Dを、介護負担感評価としてZarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)<sup>10)</sup>を実施した。

J-ZBIは介護負担を定量的に評価できる尺度で、全22項目から構成されている。各項目は5段階(0点～4点)のリカートスケールで点数化され、高いほど介護負担感が重い(0点-最高88点)。今回は、慢性期失語症患者の家族介護者に対する臨床的有用性を確認するための信頼性と妥当性の検証を行った。

社会活動レベルの測定には、「いきいき社会活動チェック表」<sup>19)</sup>を使用した。個人活動・社会活動・学習活動・仕事の4種類21項目(満点21点)で構成され、高得点ほど社会活動が充実している。

患者の精神症状の重症度と負担度についてはNeuropsychiatric Inventory-brief questionnaire (NPI-Q)<sup>20)</sup>にて評価した。NPI-Qは12項目の精神症状に対し介護者自身が精神症状の有無とその重症度(1-3の3段階)および負担度(0-5の6段階)を判定する。今回は、重症度(最低12点-最高36点)と負担度(最低0点-60点)の点数をそれぞれ算出した。高得点ほど重症度は深刻で負担度も大きくなる。

#### 4. 解析方法

失語症家族のJ-ZBIの信頼性については、内的整合性をみるCronbachの $\alpha$ 係数を算出した。また、妥当性については抑うつ評価のCES-Dと、QOLの自己評価尺度であるSF-36との相関関係を調べた。

家族介護者のJ-ZBI(22項目)の総得点は、原本の基準(重度負担群:61点以上,中等度負担群:41点以上,やや中等度負担群:21点以上,軽度負担群:20点以下)を参考に、21点以上を介護負担の高い「高負担群」、20点以下を介護負担の低い「低負担群」の2群に分類した。

患者および家族の基本属性および評価項目について、介護負担の高負担群と低負担群との間で単変量解析を行った。連続量の比較には対応のないt検定を、離散量の比較にはFisherの直接法、およびMann-WhitneyのU検定を用い、危険率5%以下を有意差ありとした。

次に、家族介護者全体のJ-ZBI総得点と各評価項目との相関係数を求め、有意な相関を認めた変数を患者側要因と家族側要因の各々に分けて独立変数とし、J-ZBI総得点を従属変数として重回帰分析を行い介護負担感の予測因子を検討した。統計解析にはSPSS Ver11.5 for Windowsを使用した。

なお、本研究は「愛知学院大学心身科学部健康科学科および健康栄養学科におけるヒトを対象とする倫理審査委員会」で承認されたものである。

### III 結 果

#### 1. 失語症患者および家族介護者のプロフィールについて(表1)

失語症患者は男性12名(48%)、女性13名(52%)で、全員が単身もしくは家族同伴による外来通院が可能であった。介護認定度は自立:10名(40%)、要支援:1名(4%)、要介護1:5名(20%)、要介護2:1名(4%)、要介護3:6名(24%)、要介護4:2名

表1 患者と家族の基本属性

失語症患者 N=25		度数 (%)	平均値 (SD)
年齢 (歳)			67.6 (10.6)
教育年数 (年)			12.3 (4.1)
言語治療介入期間 (月)			69.7 (60.1)
認定介護度	自立	10 (40)	
	要支援	1 (4)	
	要介護 1	5 (20)	
	要介護 2	1 (4)	
	要介護 3	6 (24)	
	要介護 4	2 (8)	
原因疾患	脳梗塞	11 (44)	
	脳出血	9 (36)	
	SHA	3 (12)	
	脳外傷	2 (8)	
失語症タイプ	Broca 型	12 (48)	
	Wernicke 型	7 (28)	
	健忘型	3 (12)	
	超皮質性感覚型	1 (4)	
	伝導型	2 (8)	
家族介護者 N=25			
年齢 (歳)			59.2 (13.5)
教育年数 (年)			12.9 (2.3)
関係	配偶者	16 (64)	
	子供	7 (28)	
	親	1 (4)	
	兄弟	1 (4)	

(8%)であった。言語治療介入の継続期間は約69.7ヶ月(約5.8年)であった。脳損傷の原因疾患は脳梗塞：11名(44%)、脳出血：9名(36%)、くも膜下出血：3名(12%)、脳外傷：2名(8%)で、左半球損傷が88%占めていた。失語症のタイプは古典分類にてブローカ失語：12名(48%)、ウェルニッケ失語：7名(28%)、健忘失語：3名(12%)、超皮質性感覚失語：1名(4%)、伝導型失語：2名(8%)であった。一方、家族介護者は男性8名(32%)、女性17名(68%)、続柄は配偶者が16名(64%)で最も多く、子供7名(28%)、両親・兄弟は各々1名(4%)であった。

## 2. J-ZBIの信頼性と妥当性について

内的整合性をみるCronbachの $\alpha$ 係数は0.928であった。またJ-ZBIの総得点とCES-Dとの相関は $r=0.756$  ( $p<0.001$ )、SF-36とは $r=-0.400$  ( $p=0.047$ )であった。また、項目22と項目1~21の合計得点との相関は $r=0.802$  ( $p<0.001$ )であった。

## 3. J-ZBIの高負担群と低負担群でのプロフィールの比較(表2)

高負担群(J-ZBI: 21点以上)は10組(J-ZBI: 33.1±12.5)、低負担群(J-ZBI: 20点以下)は15組(J-ZBI: 10.5±5.5)であった。両群間のプロフィール比較では、患者の年齢や性別、言語障害の重症度、知的機能、家族の年齢や性別などで有意差はなかった。一方、有意差を認めたのは、主病巣部位とFIM(運動項目)、CADL短縮版、家族のCES-D、客観的SAQOL-39のpsycho-socialスコア、NPIの重症度と負担度であった。主病巣部位では病巣が広範囲に及ぶケースが高負担群にのみ認められた。FIMは、低負担群(81.5±12.7)に比して高負担群(68.8±16.3)で低下していた。CADL短縮版は、低負担群(108.4±18.1)に比して高負担群(91.0±18.8)の成績の低下が顕著であった。家族のCES-Dでは、低負担群(5.0±2.5)より高負担群(13.6±6.5)が高い点数であった。NPI-Qは、高負担群(重症度: 3.4±1.3, 負担度: 3.5±1.4)が低負担群(重症度: 1.6±1.6, 負担度: 1.6±1.9)よりも重症度と負担度ともに高かった。

表2 J-ZBI 高負担群と低負担群の得点

		J-ZBI		検定	
		高負担群 (≥21: n=10)	低負担群 (<21: n=15)	p	
SLTA	全得点	145.3 (55.2)	162.7 (33.9)	0.388	
	理解	45.7 (4.6)	44.5 (5.7)	0.289	
	発話	58.4 (18.6)	53.2 (25.3)	0.335	
	高度	40.2 (21.2)	36.8 (24.8)	0.525	
	計算	10.0 (6.2)	8.8 (7.0)	0.438	
CADL	短縮版	91.0 (18.8)	108.4 (18.1)	0.030*	
RCPM		21.9 (7.7)	25.3 (5.9)	0.230	
SAQOL-39 (主観的評価)					
	total	133.9 (27.9)	139.7 (24.4)	0.586	
	physical	3.8 (1.1)	4.1 (0.9)	0.464	
	communication	3.1 (1.2)	3.3 (0.9)	0.661	
	psycho-social	3.4 (0.7)	3.5 (0.8)	0.804	
	energy	3.4 (1.0)	3.0 (0.8)	0.370	
CES-D		13.8 (8.1)	11.3 (7.0)	0.454	
FIM	運動項目	68.8 (16.3)	81.5 (12.7)	0.039*	
J-ZBI		33.1 (12.5)	10.5 (5.5)	<0.001**	
SF-36	total	126.3 (17.1)	130.9 (18.2)	0.536	
	社会活動チェック表	14.3 (2.4)	15.7 (2.3)	0.165	
CES-D		13.6 (6.5)	5.0 (2.5)	0.002**	
SAQOL-39 (客観的評価)					
	total	133.9 (27.9)	139.7 (24.4)	0.586	
	physical	3.3 (0.8)	3.9 (0.9)	0.115	
	communication	2.9 (1.1)	2.8 (0.9)	0.837	
	psycho-social	3.1 (0.4)	3.7 (0.9)	0.046*	
	energy	2.8 (0.5)	3.4 (0.9)	0.067	
NPI-Q	重症度	3.4 (1.3)	1.6 (1.6)	0.009**	
	負担度	3.5 (1.4)	1.6 (1.9)	0.017*	

t 検定, Fisher の直接法, Mann-Whitney の U 検定, \*: p<0.05, \*\*: p<0.01

#### 4. J-ZBI と各項目との相関 (表3)

J-ZBI 総得点と各評価項目との相関係数と p 値を表 3 に示す。患者の評価項目では FIM ( $r=-0.672, p<0.001$ ) と CADL 短縮版 ( $r=-0.449, p=0.024$ ) で有意な相関を認めた。一方、家族側の評価項目では、家族の教育年数 ( $r=-0.419, p=0.004$ )、SF-36 ( $r=-0.400, p=0.047$ )、CES-D ( $r=0.756, p<0.001$ )、NPI-Q の重症度 ( $r=0.477, p=0.016$ ) と負担度 ( $r=0.417, p=0.038$ ) で有意な相関を認めた。

#### 5. J-ZBI の予測因子 (表4)

J-ZBI 総得点を従属変数に、J-ZBI との間で有意な相関がみられた患者側要因の 2 変数と家族側要因の 4 変数をそれぞれ独立変数として重回帰分析を行った。NPI-Q の重症度と負担度は互いに強い相関 ( $r=0.969, p<0.001$ ) があり多重共線性の問題を避けるため NPI-Q の負担度は分析から除外した。その結果、患者

表3 J-ZBI 総得点と各変数との相関関係

	r	p
SLTA	-0.155	0.460
CADL	-0.449	0.024*
RCPM	-0.319	0.121
SAQOL-39	-0.267	0.197
CES-D	0.156	0.456
FIM	-0.672	<0.001**
教育年数	-0.419	0.037*
SF-36	-0.400	0.047*
CES-D	0.756	<0.001**
いきいき社会活動	0.389	0.055
NPI-Q 重症度	0.477	0.016*
負担度	0.417	0.038*

Pearson の相関係数 \*: p<0.05, \*\*: p<0.01

側評価では FIM ( $\beta=-0.595, p=0.003, r^2=0.47, \text{adjusted } r^2=0.422$ ) が、家族側評価では CES-D ( $\beta=0.547, p=0.007, r^2=0.639, \text{adjusted } r^2=0.567$ ) が介護負担感の予

測因子として有意な関連を認めた。

表4 J-ZBIの予測因子

		$\beta$	$t$	$p$
1) 失語症患者	CADL	-0.156	-0.872	0.393
	FIM	-0.595	-3.338	0.003
2) 家族介護者	教育年数	0.029	0.182	0.857
	SF-36	-0.271	-1.657	0.113
	CES-D	0.547	3.017	0.007
	NPI-Q 重症度	0.272	1.580	0.130

$\beta$ : 標準偏回帰係数

1)  $R^2=0.470$  調整済  $R^2=0.422$  2)  $R^2=0.639$  調整済  $R^2=0.567$

## IV 考察

本研究では、失語症患者の家族介護者に対する介護負担感を J-ZBI にて検討し、患者の ADL 運動機能と実用コミュニケーション能力、および家族介護者の気分状態（抑うつ）と患者の精神症状の存在が介護負担感と関連し、さらに患者の ADL 運動機能と家族の気分（抑うつ）状態が介護負担感の重要な予測因子であることが示唆された。

### 1. J-ZBI の信頼性と妥当性について

今回、失語症家族に実施した J-ZBI の Cronbach の  $\alpha$  係数 (0.928) と、①項目 22 と項目 1～21 の合計得点との相関 ( $r=0.802, p<0.001$ )、② J-ZBI の総得点と CES-D との相関係数 ( $r=0.756, p<0.001$ ) は、いずれも荒井ら<sup>10)</sup>の報告と同等 ( $\alpha=0.93$ , ①  $r=0.65$ , ②  $r=0.67$ ) であり、失語症家族の介護負担感評価尺度としての J-ZBI の信頼性と妥当性は確認された。

### 2. 失語症家族の J-ZBI の特徴について

J-ZBI の高負担群と低負担群でのプロフィール比較において、SLTA による失語症の重症度には差を認めなかったが、CADL で有意差を認めた。CADL は言語反応だけでなく非言語的応答も得点化される点で SLTA と特性が大きく異なる。今回の結果は、家族介護者にとっては純粋な言語機能の低下よりも、実際の日常会話場面におけるコミュニケーション手段の確保が重要であることを意味している。ADL 機能が介護負担感に深く関係することについては、従来から指摘されている通りである<sup>5)</sup>。本研究においても高負担群は低負担群に比して有意に FIM が低得点であり、全体の J-ZBI 得点と FIM との相関関係も有意に認められたことから、患者の ADL 機能は家族にとって大き

な負担要因であることが確認された。

本研究で注目すべきは、失語症患者の精神症状と介護負担感との関係が強く示唆された点である。NPI-Q の重症度と負担度が高負担群で有意に高く、また、SAQOL-39 の客観的評価における psycho-social の平均スコアが、高負担群で低い得点であった。これは、家族介護者は失語症患者の抑うつや不安などの心理的・精神的症状に敏感に反応し、それが介護する上で大きな負担になっている可能性を示唆するものである。その意味において、患者および家族に対する精神的サポートや家族教育<sup>21)</sup>は重要であると考えられる。家族心理教育は、主に統合失調症など精神疾患を対象に行われてきたが、最近では認知症<sup>22)</sup>など当事者・家族にとって受容し難い問題を抱えるケースにも導入されるようになってきている。失語症の家族心理教育としては、(1)失語症の正しい知識の提供、(2)言語障害によって生じる諸問題とその対処方法の詳説、(3)地域で利用可能な社会サービスの情報提供、などが考えられる。こうした支援活動の実践により、家族の介護負担感を低減させるとともに、患者にとって安定したコミュニケーション環境の創出に至ると考える。

本研究の限界として以下の点が指摘される。(1)対象者が少なく失語症タイプ別の比較検討ができなかった点、(2)外来通院可能な失語症患者に限定されており、一般的な失語症患者および家族介護者の代表集団とは言い難い点、(3) naturalistic setting であるため社会的フォーマルサービスの利用に関するコントロールはしていない点、(4) J-ZBI の得点による高負担群と低負担群のカットオフ (21 点) の根拠が不十分である点、(5) 非失語症患者群との比較、および運動機能障害の程度 (麻痺の有無) を調整した上での検討が成されていない点、などである。

こうした限界はあるものの、本研究の結果を踏まえることにより、家族の介護負担感の実態を把握し、家族への心理社会的介入を行うことで、失語症患者に対する家族のコミュニケーション態度が改善し、患者自身もコミュニケーションへのモチベーションを失わずにリハビリ治療に専念することができるものと考えられる。

今後は、コミュニケーション障害が十分に反映された介護負担感評価尺度である COM-B と J-ZBI との関係や、非失語症患者や運動障害の程度を調整して比較検討を加えた上で、失語症患者に特有の介護負担感の実態をより詳細に掌握し、失語症家族の介護問題を整理することが必要である。さらに、失語症患者にとつ

て最も重要なコミュニケーションパートナーである家族の介護負担感の軽減に向けた心理社会的介入プログラムを開発し、失語症患者と家族介護者を守ることができるリハビリテーション医療サービスを提供することが課題である。

本論文の内容の一部は、第33回日本高次脳機能障害学会総会（2009年、札幌）にて発表した。

## 付 記

本研究は平成20年度愛知学院大学心身科学研究所奨励研究費の補助を受けて実施した。

## 文 献

- 1) 全国失語症友の会連合会東京支部 (2001). 失語症便覧2001年版. 特定非営利活動法人全国失語症友の会連合会, 11
- 2) Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P., Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 21 (2), 122-130.
- 3) 新名理恵 (1991). 在宅痴呆老人の介護者負担感—研究の問題点と今後の展望—. *老精医誌* 2, 754-762.
- 4) Rombough, RE., Howse, EL., Bartfay, WJ. (2006). Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabil Nurs*, 31 (5), 199-209.
- 5) 渡辺知子, 小山善子, 山田紀代美 (2004). 在宅失語症者のコミュニケーション能力が介護負担感に及ぼす影響. *家族看研* 9, 80-87.
- 6) 中村光 (2005). 失語症者の日常生活におけるコミュニケーション障害. *神経心理学* 21 (2), 75-83.
- 7) 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄 (2007). コミュニケーション障害に焦点を当てた介護負担感評価尺度 (COM-B) の開発. 第15回言語障害臨床学術研究会.
- 8) 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄 (2008). 在宅失語症者の家族における介護負担感の評価—非失語片麻痺者の家族との比較—. *総合リハ* 36 (1), 57-64.
- 9) Zarit, SH., Todd, PA., Zarit, JM. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers; Longitudinal study. *The Gerontologist*, 26 (3), 260-266.
- 10) Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T. et al. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, 51, 281-287.
- 11) 荒井由美子, 鷲尾昌一, 三浦宏子, 他 (1999). 障害高齢者を介護する者の負担感. *精神保健研究* 45, 31-35.
- 12) 種村純, 長谷川恒雄, 岸久博, 他 (1984). 標準失語症検査 (SLTA) の構造と失語症臨床評価との関連について—因子分析による検討—. 4 (2), 629-639.
- 13) 綿森淑子, 竹内愛子, 福迫陽子, 他 (1990). 実用コミュニケーション能力検査—CADL—. 医歯薬出版.
- 14) Hilari, K., Byng, S., Lamping, DL., Smith SC. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity. *Stroke*, 34, 1944-1950.
- 15) 神谷茜, 伏見貴夫, 堀口利之, 他 (2009). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39日本語版の作成—受容性・信頼性・妥当性の検討—. 第33回日本高次脳機能障害学会総会 (札幌).
- 16) Radloff, LS. (1977). The CES-D Scale. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- 17) Raven, JC. (1976). *Coloured progressive matrices*. Oxford Psychological Press, London.
- 18) 千野直一 (監訳) (1991). FIM; 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き. 原著第3版. 慶応義塾大学医学部リハビリテーション科. 東京.
- 19) 高橋美保子 (1999) 「いきいき社会活動チェック表」による社会活動レベルの測定と評価. *生活教育* 46 (6).
- 20) 松本直美, 池田学, 福原竜治, 他 (2006). 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討. *脳と神経* 58 (9), 785-790.
- 21) 後藤雅博編 (1998). 家族教室のすすめ方—心理教育的アプローチによる家族援助の実例—. 金剛出版.
- 22) 松田修 (2006). 高齢者の認知症とサイコエデュケーション. *老年精神医学誌* 17, 302-306.

最終版平成21年12月3日受理

## Factors Affecting the Burden on Caregivers of Stroke Aphasia Patients —A Preliminary Report Using the Japanese Version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI)—

Hiroshi TATSUMI, Masahiko YAMAMOTO

### Abstract

**Aim:** This study was performed to clarify care burden and its relevant factors in families with chronic aphasic patients. **Methods:** Subjects were 25 chronic aphasic patients at home who were treated as out patients of the general hospital, and 25 families of those. The patients were evaluated with the Standard Language Test of Aphasia (SLTA), Communication Abilities in Daily Living scale (CADL), Raven's Coroured progressive matrices (RCPM), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39), and Functional Independence Measure (FIM). The families answered to Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI), SF-36, CES-D for family, and Neuropsychiatric Inventory-brief questionnaire (NPI-Q). We classified the subjects of the families into 2 of a high burden group (21 or more points) and a low burden group (20 or less points) based on the total score of J-ZBI, and assess the significant difference of those evaluation scores between the 2 groups. Furthermore, multiple regression analysis is applied to examine the prediction factors of the care burden. **Results:** A primary focus region for aphasia, FIM, CADL, CES-D for family, the psycho-social score of the objective SAQOL-39, and NPI-Q showed the significant difference between the high burden and the low burden groups. A general care burden was correlated with each of FIM, CADL, the family's educational age, SF-36, CES-D for family, and NPI-Q. The result of multiple linear regression analysis verified FIM and CES-D for family as prediction factors of the care burden. On the other hand, the care burden was not related to the severity of aphasia and intelligence of the patients. **Conclusion:** The care burden in families with chronic aphasic patients was strongly influenced by the ADL of their patients and depressive state of the families. In order to reduce care burden in families, improvement in the patient's ADL capability and family's psychologic supports are required.

**Keywords:** aphasia, caregiver's care burden, activities of daily living (ADL), communication disorders