

介護負担尺度（Zarit 日本語版）

平成 年 月 日

患者氏名： _____

記載者氏名： _____ 患者さんとの続柄： _____

各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください。

	思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	常に思う
患者さんは、必要以上に世話を求めてくると思いますか？	0	1	2	3	4
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？	0	1	2	3	4
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」と思うことがありますか？	0	1	2	3	4
患者さんの行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
患者さんのそばにいと腹がたつことがありますか？	0	1	2	3	4
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？	0	1	2	3	4
患者さん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
患者さんがあなたに頼っていると思いますか？	0	1	2	3	4
患者さんのそばにいと、気が休まらないと思いますか？	0	1	2	3	4
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
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？	0	1	2	3	4
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？	0	1	2	3	4
患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼べないと思いますか？	0	1	2	3	4
患者さんは「あなただけが頼り」というふうにみえますか？	0	1	2	3	4
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と思うことがありますか？	0	1	2	3	4
介護にこれ以上の時間はさけないと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
患者さんに対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか？	0	1	2	3	4
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？	0	1	2	3	4
本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか？	0	1	2	3	4

	全く負担なし	多少負担	世間並の負担	かなり負担	非常に負担
全体的に、介護はどのくらい負担になっていると思いますか？	0	1	2	3	4

合計	
----	--