

国際医療福祉大学審査学位論文(博士)

大学院医療福祉学研究科博士課程

男性を対象とした
認知症家族介護準備プログラムの検討

平成 28 年度

保健医療学専攻・看護学分野・在宅看護学領域

長澤久美子

和文要旨

男性を対象とした認知症家族介護準備プログラムの検討

長澤久美子

本研究の目的は、介護経験のない男性を対象にした「男性のための認知症介護準備プログラム(以下、プログラム)」を作成し、その効果の検討をすることである。

全国の認知症家族の主介護者の情緒的消耗・介護肯定感に関連する要因の調査から男性介護者の特徴を明らかにし、130分2回を1セットのプログラムを開発した。介入群42名にプログラムを実施し、対照群43名と比較検討した。その結果、介入群の満足度や役立ち感は高く、認知症の知識や認知症の対応の自信は向上し、2カ月後もある程度継続することが明らかとなった。

以上より、本プログラムは介護経験のない男性を対象とした準備教育プログラムとして妥当な内容であり一定の効果があったと判断した。しかし、認知症への否定的なイメージの改善は見られなかったことより、さらなる内容の検討が必要である。

キーワード: 認知症, 家族介護者, 介護準備プログラム, 男性

英文要旨

Examination of a preparation program for men caring for a family member with dementia

Kumiko Nagasawa

The objectives of this study were to develop a preparation program for caring for a family member with dementia for men' without nursing care experience (hereinafter referred to as the Program)' and verify its effects.

We identified the characteristics of male caregivers from previous studies, by the analysis of factors associated with emotional exhaustion/a positive attitude toward care of the main caregiver of families with a dementia patient across Japan, and developed a program consisting of two 130-minute sessions. The program was implemented for 42 subjects in an intervention group, and a comparison was made with 43 subjects in a control group. The results indicated that the degree of satisfaction and sense of usefulness were higher in the intervention group. The subjects became more confident about their knowledge and handling of dementia, and we found that the confidence had been maintained to some extent two months later.

From these results, we determined that the contents of the Program were appropriate as a preparative training program for men without nursing care experience, and it was effective to a certain extent. However, there was no improvement in the negative image of dementia, and so we need to review the contents further.

Keywords: dementia, family caregiver, care preparation program, male

目次

第1章 研究の背景と目的	1
1. 研究の背景	1
2. 研究の目的	2
3. 研究の構成とプロセス	2
第2章 文献検討	3
1. 家族介護者の介護に対する否定的側面と肯定的側面に ついての文献検討	3
1) 介護の否定的側面に関連する要因	3
2) 介護の肯定的側面に関連する要因	4
3) 介護の否定的側面と肯定的側面について同時に調査している文献	4
4) 介護者への支援について	4
2. 男性介護者についての文献検討	5
1) 社会的背景	5
2) 男性介護者の介護の特徴	5
3) 男性介護者が感じる介護の否定的側面と肯定的側面	5
4) 男性介護者への支援について	6
3. 介護支援プログラムや一般住民の認知症の知識や意識の文献検討	7
1) 家族介護者に対する負担軽減のためのプログラムについて	7
2) 一般地域住民の認知症に対する意識について	7
3) 一般地域住民に対する認知症の教育プログラムについて	8
第3章	
研究Ⅰ：認知症患者の同居介護者の情緒的消耗と介護肯定感の検討 -男性介護者に注目して-	10
1. 研究課題の背景	10
2. 研究の目的	10
3. 用語の定義	10
4. 研究方法	11
1) 調査方法	11
2) 質問項目の開発	11
3) 質問項目の構成	16
4) 分析方法	19
4. 倫理的配慮	19
5. 結果	20
1) 回答者について	20
2) 同居介護者を性別で比較した要介護者・同居介護者の状況	20
3) 情緒的消耗と介護肯定感の関係	23

4) 認知症患者の家族介護者の情緒的消耗と介護肯定感の関連要因と、 性差の検討	23
5) 結果から得られた従属変数に関連する要因のまとめ	25
6. 研究 I で明らかとなった研究 II の支援プログラム作成の示唆	25

第 4 章

研究 II : 「認知症家族の介護」に備えた教育プログラムの検討

- 介護経験のない男性を対象として -	28
1. 「認知症家族の介護」に備えた教育プログラム作成の必要性	28
2. 研究の目的	28
3. 研究方法	28
1) 調査方法	28
2) 研究参加者の基準	29
3) 参加者選定方法	29
4) 認知症介護準備プログラムの作成	29
5) 認知症介護準備プログラムの実施計画	32
6) 参加者数の推移	33
7) 認知症介護準備プログラムの有効性の評価方法	33
8) 分析方法	36
4. 倫理的配慮	37
1) 同意を得る方法	37
2) プライバシーの保護	37
5. 結果	38
1) 教育介入の実施状況	38
2) T1 における各測定値の比較	38
3) 介入群・対照群における T1・T2・T3 の各測定値の比較	40
4) 介入による各測定値の変化	42
5) 認知症介護準備プログラム全体の感想 (T2)	44
6) 介入 1 回目・介入 2 回目の終了時に行った各プログラム内容の感想	45
6. 考察	46
1) 研究参加者の特徴	46
2) 認知症介護準備プログラムに関する研究協力者の意見	46
3) 教育介入の効果について	46
7. 本研究の限界と今後の展望	50
1) 本研究の限界	50
2) 今後の展望	51
8. 結論	53

第5章 結語	54
謝辞	55
文献一覧	56
資料リスト	65

第1章 研究の背景と目的

1. 研究の背景

総人口に占める高齢者の割合は2005年の約20%に比較し2014年は約26%と増加の一途にある¹⁾。また、それに伴い日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、2010年の280万人²⁾に比較し2012年は305万人に増加しており、更に2025年には470万人となることが推測されている³⁾。一方、65歳以上の者のいる「夫婦のみの世帯」は2004年の29.4%に比較し2014年は30.7%、「親と未婚の子のみの世帯」は2004年の16.4%に比較し2014年には20.1%⁴⁾と、それぞれ増加傾向にある。男・女の生涯未婚率も、1980年の男性2.6%・女性4.4%に比較し2010年には男性20.1%・女性10.6%⁵⁾と増加しており、親と未婚の子のみの世帯の増加の要因と考えられる。更に、女性の労働力率は、各年代とも2003年に比較し2014年では増加しており⁶⁾、介護者年齢として割合の一番多い60～69歳⁶⁾でも45.8%と半数近くが就労もしくは就労を探している状況である。

一方、同居の主な介護者割合は、2010年には男性30.6%（女性69.4%）⁷⁾に比較し2013年に31.3%（女性68.7%）⁸⁾と男性介護者は増加傾向にあり、世帯構成割合から考慮しても、今後更なる増加が予測できる。

男性介護者の特徴は、介護に熱心で合理的に家事を行っている⁹⁾。また、介護を自らの責任と規定し⁹⁾、慣れない家事労働を大きな負担と感じながらも¹⁰⁾介護を仕事の延長とみなし、自分の手で完璧にこなそうとする¹¹⁾。反面、介護行為を行う上で、弱音を吐くことをせず、窮状に陥っても助けを求めない傾向がある^{10,12)}。そのため、男性介護者は内にこもりがちになり、それがストレスとなり虐待や無理心中につながる傾向が強い¹³⁾。実際高齢者虐待は、息子が全体の41.0%、夫19.2%¹⁴⁾と、両方で全体の約6割を占めている。

男性介護者の感じる介護ストレスや困難には、家事行為への戸惑い・介護を続けていくための不安感・社会からの孤立・介護の負担感等^{15,16)}があることや、認知症患者の介護ではかみ合わない会話・予期せぬ行動からのやり場のない徒労感¹⁷⁾を感じていること、高齢な男性介護者では、疲労感が蓄積し体調を崩し易い傾向¹⁸⁾や介護者の健康上の問題、将来に対する不安や社会から孤立しやすくなること^{10,15,16)}、経済的基盤の揺らぎ生じること¹²⁾等の報告がある。しかし、認知症の家族を介護する男性介護者の介護ストレスや困難について介護者本人から聞き取り調査をした研究は少ない。また、介護は負担や孤立だけではなく介護への希望も同時にもたらす¹²⁾ため、家族介護者の抱える介護の否定的・肯定的評価を明らかにすることで多面的な介護評価ができる¹⁹⁾との報告がある。しかし、介護の否定的側面であるストレス反応と肯定的側面である介護肯定感の両者を同時に測定し検討した研究の報告はない。

更に、介護家族への教育プログラムの報告はあるが²⁰⁻²³⁾、男性介護者に対しての「認知症家族の介護」に備えた教育プログラム（以下 男性のための認知症家族介護準備プログラム）の開発はされていない。

以上より、男性介護者の介護ストレスや困難の現状を踏まえ、作成した介護準備プログラムをもとに、介護経験のない時期から認知症家族の介護に対する予備知識や技

術を習得することで、介護に対する知識や心の準備ができ、男性介護者の感じるストレスや困難が減少するのではないかと考える。また精神面への負荷の軽減や心の安定は、介護に前向きに取り組むために重要²⁴⁾であるため、男性介護者だけでなく要介護者自身にとっても自分らしく生きることにも有用といえる。

2. 研究の目的

男性介護者の介護生活における情緒的消耗と介護肯定感に関連する要因から、介護経験のない男性を対象とした「男性のための認知症介護準備プログラム」を作成し、その有効性を検討する。

3. 研究の構成とプロセス (図1)

上記の目的を以下の2段階に沿って検討する。

研究Ⅰ：認知症患者の同居介護者の情緒的消耗と介護肯定感の検討

-男性介護者に注目して-

研究Ⅱの「男性のための認知症家族介護準備プログラム」作成の示唆を得る目的で、認知症家族と同居する主介護者の情緒的消耗・介護肯定感とその関連要因を検討し、男性介護者の特徴を明らかにした。方法は、郵送による横断的自記式質問紙調査を行った。対象者は348名(男性137名、女性211名)であった。分析は、記述統計・t検定・ χ^2 検定・ウェルチの検定、及びステップワイズ法を用いて重回帰分析を行った。

研究Ⅱ：「認知症家族の介護」に備えた教育プログラムの検討

-介護経験のない男性を対象として-

研究Ⅰの結果、及び先行文献から介護経験のない男性を対象とした「男性のための認知症家族介護準備プログラム」を作成し、その有効性を検討した。対象である介入群42名には作成したプログラムを実施し、対照群43名には市販の認知症に関連するパンフレットを配布し自己学習を促した。それぞれに、介入前(T1)・介入直後(T2)・追跡調査(T3)で、認知症の知識・認知症のイメージ・認知症に関する対応の自信について質問紙調査を行った。分析は記述統計・t検定・ χ^2 検定、及びウェルチの検定、フリードマン検定、ウィルコクソン検定で多重比較を行った。

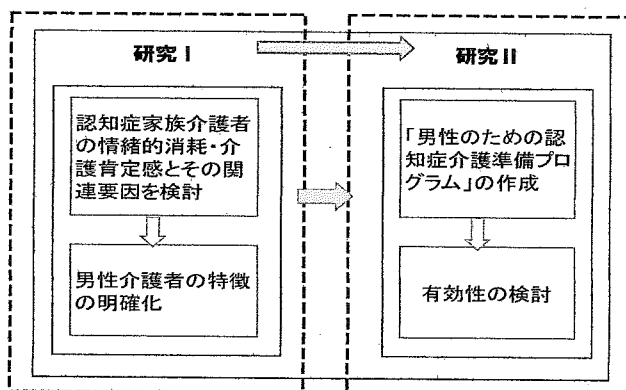


図1 研究の構成

第2章：文献検討

1. 家族介護者の介護に対する否定的側面と肯定的側面についての文献検討

1) 介護の否定的側面に関連する要因

日本での、家族介護者の否定的な感情に関係のある要因は、排泄・入浴・着替えの日常生活介護の実施²⁵⁾や、介護者の主観的健康観が低い場合^{26, 27)}、副介護者がおらず家族からの支援は少ない場合、外出ができてにくい状況がある場合²⁷⁻³⁰⁾が関連していた。また、ショートステイやデイサービスの利用が多いほど介護負担感が高い^{26, 31)}と報告されている。要介護者の要因では、要介護者のADLの状況、要介護者が男性である場合³²⁾、認知症の周辺症状があること²⁷⁾、等の報告が見られた。

一方、諸外国での先行文献では、介護における否定的な感情に関係のある介護者の要因は、年齢が高いこと、男性であること、役割の加重負荷、抑うつ症状³³⁾、介護時間の長さ³⁴⁾、疲労や睡眠障害³⁵⁾が関連していた。要介護者における要因は、うつや妄想^{36, 37)}、認知機能の低下や行動障害、非常識である事、人のせいにする事^{34, 35, 38)}、要介護者のADLの低さや介護者・要介護者の関係の悪さが³⁹⁾、関連していた。関連がなかった項目は、患者の性別や社会階級等であった⁴⁰⁾。逆に、問題解決のためアプローチができることが、低い介護負担と関連していた⁴¹⁾。

このように、否定的側面に関係する要因の研究は、要介護者・介護者の2側面から検討されており、特に日本では介護者の否定的な側面に関係する要因の研究は、要介護者・介護者の個の状況や、日々の介護や健康状態、社会資源の活用等、多岐に渡っていたことが明らかとなった。

また、介護の否定的側面の測定には「介護負担感尺度」やストレス反応である「バーンアウト尺度」を使用したものが見られた。介護負担についてZaritら⁴²⁾は「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的健康、社会生活及び経済状態に関して被った被害の程度²⁷⁾」と定義しており、日本では「Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)⁴³⁾」が多く活用されている。しかし従来「負担感」と呼ばれていたものは、ストレス認知理論では認知の程度の変数として定義され、ストレッサとストレス反応の間にある媒介変数として設定されている⁴⁴⁾。そのため中谷⁴⁴⁾は、バーンアウトを介護場面におけるストレス反応の典型的なものとして捉えている。また、バーンアウトの中心概念は情緒的消耗と言われている⁴⁵⁾。

バーンアウトの先行研究では、尺度はMaslach Burnout Inventory (MBI)が多く使われている⁴⁶⁾。また研究内容は、主介護者の対処方略の構造と燃え尽きへの効果⁴⁷⁾や、老年者のBasic ADL・介護者自己申告の介護負担感とバーンアウトスコアと関連⁴⁸⁾、老年者の問題行動や介護者の要因と介護負担感の関連⁴⁹⁾、介護者のバーンアウトの影響要因と続柄での相違⁵⁰⁾や、アルツハイマー型老年認知症患者を介護する家族の介護負担に関する研究の中で、介護ストレスとコーピングの関係⁵¹⁾等の報告がある。これらの研究より、介護負担感とバーンアウトは関連があり、Basic ADLの洗顔・排泄・食事・座位・移動・階段とバーンアウトスコアとの間に有意差があること、続柄によってバーンアウトの影響要因に違いがあること、またバーンアウトスコアが高くなるのは、介護者が高齢であることや介護者自身の健康状態に関連して介護負担を重く感じるこ

と、夜間の介護や監視が必要であること、介護拒否があることが明らかとなっている。

以上、介護負担感とバーンアウトとは関連はあるが、ストレスの結果生じたものがストレス反応であり介護負担感は中間産物であること、ストレス反応の典型的なものがバーンアウトであること、バーンアウトの中心概念は情緒的消耗であることの示唆を得た。

2) 介護の肯定的側面に関連する要因

日本で報告されている肯定的側面に関係する要因は、専門職と接することやアドバイスを受けること、認知症の受容と社会的資源導入の気づき、他者の精神的サポートのありがたさの実感⁵²⁾、介護者が女性であること、ストレス対処能力 (SOC: Sense of Coherence) が高いこと、適切な介護の仕方がわかること⁵³⁾であった。また、普段から趣味や生きがいがあること⁵⁴⁾、認知症の学習する機会がある人⁵⁵⁾、要介護者に抱いている介護への情動の表出の頻度の高さ⁵⁵⁾と報告されている。

諸外国では、社会的なサポートを受けること⁵⁶⁾、対処法略の活用^{41, 57)}であった。また肯定的側面と関連の無い項目は、介護者の年齢、介護期間の長さ⁵⁸⁾であった。

このように介護者の肯定的な側面に関係する要因も、社会資源によるサポートや対処法略の活用等、具体的な内容で明らかにされていた。

3) 介護の否定的側面と肯定的側面について同時に調査している文献

介護における否定的側面と肯定的側面の両者を同時に調査している報告では、以下のような知見が述べられている。介護負担感がある介護者は、不安や抑鬱気分のためにQOLが悪化していた⁵⁹⁾。また、「排泄」「入浴」「着替え」は負担感を高め、ADLレベルが中程度のとき全体的な負担感是最も高くなっていた²⁵⁾。一方「介護充足感」は、「食事」及び「整容」の自立度が低い場合に高くなる傾向があった²⁵⁾。更に、要介護高齢者の介助は負担感を伴うが、高齢者を自分が支えているという意識から、満足感も高まった²⁵⁾。属性・年齢・介護者の健康感で束縛感・拘束感に差があることや、介護者同士の交流が孤立感の解消や介護役割への自信を高める⁶⁰⁾。生活満足度はストレスと負の相関($r = -0.511$)を示し、自己効力感と正の相関($r = 0.532$)を示した⁶¹⁾、等の報告があった。

このように、否定的側面と肯定的側面の関係は明らかになっていないが、どちらかが一方のみで存在するものではなく、同時に存在していることは明らかとなった。

4) 介護者への支援について

介護者への支援では、諸外外国においては負担感の軽減に備えるためのレスパイトサービスの活用^{58, 62)}、メンタルヘルスを維持するための家族のサポート⁶³⁾、介護者負担軽減のための、認知症及び行動障害の予防的介入やデイサービスの活用の必要性³⁸⁾が報告されている。

日本では、主介護者の過重負担を避ける⁶⁴⁾ことや、周囲の援助や社会資源の活用、介護との距離を取る⁶⁵⁾、認知症の家族の介護者に対して、幻覚等の周辺症状への

適切な対処ができるよう、早期からのサポートの必要性⁶⁶⁾や、自己効力感を高める関わり⁶¹⁾の必要性、介護上の負担軽減のための、認知症の知識の提供や家族のケア感情の支持⁵⁵⁾、ストレス対処能力(SOC)や精神的QOLを高める支援とソーシャルサポートの必要性⁵³⁾について報告されていた。

このように、日本では介護者の状況に沿った、より具体的な支援方法が明らかとなっている。

以上より、介護に関する否定的側面や肯定的側面と関連のある要因が特定されてきている。介護者に対する援助としては、ソーシャルサポートの活用や介護とある程度の距離を保つこと、認知症状への対処方法の伝達、介護者の自己効力感を高める必要があること等の示唆を得た。更に、否定的な感情と肯定的な感情というアンビバレントな感情が同時に存在しているため、両者に対して同時に支援することの必要性の示唆を得た。

2. 男性介護者についての文献検討

1) 社会的背景

日本では、夫は職業的役割を家族外で果たすことで社会分業の一端を担い、妻は家庭内役割である家事・育児を行い家族の統合機能を担ってきた⁶⁷⁾。しかし近年の女性の社会進出、男性・女性の晩婚化や非婚率の増加、平均寿命の上昇、世帯構造の変化、介護意識の変化等の社会現象の中で、男性の介護者(以下 男性介護者)は増加する傾向にある。実際男性介護者の占める割合は全体の31.3%⁸⁾であり、2010の30.6%⁷⁾に比較し増加傾向であることから、今後の更に増加することが予測される。

2) 男性介護者の介護の特徴

男性介護者の介護の特徴は、介護に熱心で合理的に家事を行っている⁹⁾。また、介護を自らの責任と規定し⁹⁾、新たに加わった自己の仕事と捉え、自分の能力を客観的に評価し、合理的に自己のペースで介護を行う傾向がある¹⁰⁻¹²⁾。更に、周囲からの賞賛を得やすい⁶⁸⁾こともあり、弱音を吐くことをせず、窮状に陥っても助けを求めない傾向^{10,12)}や、介護を抱え込む傾向がある^{69,70)}。1997年に奥山¹³⁾は、男性介護者は女性に比べはるかに孤立し孤独であることが多いと述べているが、その傾向もいまだあることが伺える。

また男性は、介護に対して負担と捉えるより、介護への高い価値づけを持ち介護を自らの運命・当たり前のこと⁷¹⁾と捉え、恩返しや後悔の気持ちから介護を引き受けている⁵²⁾。更に介護の動機として、夫介護者は夫婦の絆、息子介護者は親への肯定的感情や介護の責務⁷²⁾と考えていた。

このように男性介護者は、介護を肯定的に捉え、合理的かつ客観的に自己のペースで介護を行う傾向がある一方、弱音をはかず介護を抱え込む傾向がある。

、

3) 男性介護者が感じる介護の否定的側面と肯定的側面

介護の否定的な側面では、男性介護者の方が女性介護者よりも介護者負担感が低い

との報告は内外にあるが⁷³⁻⁷⁶⁾、食事・排泄・入浴等の介護によるストレスや、かみ合わない会話、予期せぬ行動からのやり場のない徒労感を感じている介護者が多い^{10,17)}。また、認知症状悪化や障害への不安や葛藤やあきらめ、及び介護者としてのやるせなさ⁷⁷⁾を持っていた。介護のための離職者も多く、経済的基盤の揺らぎが貧困化への引き金ともなる¹²⁾、と報告されている。

夫介護者については、認知症状の困惑や家事介護の大変さや不慣れ感^{16,70,78)}、近隣の人々へ気兼ね、妻の認知症罹患に対して愛情と悲しみ・孤独の葛藤⁷⁹⁾や消えないわだかまり等の多くの困難を抱え生活していた。また、妻より高齢なため、疲労感が蓄積し体調を崩し易い傾向⁸⁰⁾や介護者の健康上の問題¹⁶⁾、社会からの孤立、介護継続の不安も感じていた^{15,16)}。しかし、介護の大変さを語りながらも、介護を諦観している人もいた⁷⁰⁾。また、継続的に円滑に在宅介護を自分が遂行するために工夫し、妻の介護の責任を自分に置いていた⁸¹⁾。

息子介護者の困りごとには、家事・経済的なこと・自分の時間がない・外出ができない⁸²⁾・就労と介護の両立⁸³⁾等が報告されている。

以上のような男性介護者の特徴から「悲劇がおきやすい」とも述べられている¹³⁾。実際高齢者虐待は、息子が全体の41.0%・夫19.2%¹⁴⁾と、両方で全体の約6割を占め増加傾向にある。事件として公になった事例の分析をしている研究も見られ⁸⁴⁾、男性介護者の特徴が事件に発展していることが示唆されていた。

一方、このような否定的な側面だけではなく肯定的な側面に関する研究も多くある。男性介護者の満足感に関わる要因は、健康状態や規則的な介護のリズム・生活の楽しみ・訪問入浴サービスや訪問看護の利用⁸⁵⁾、及び専門職との連携や認知症の受容・社会的資源導入の必要性の気づき・他者の精神的サポートのありがたさの実感⁵²⁾であった。また、介護を行う自分に対して良くやっていると自負し、自己を奮い立たせて介護継続意欲を高めており、自分にできる介護を客観的に判断し、自己の介護方法を貫く傾向が見られた⁷¹⁾。

川野ら⁸⁶⁾は、多く利用するサービスは訪問系サービスであることを報告しており、その理由は、常時介護者を自分の目で確認できることや訪問介護での家事サポートや訪問看護で健康に関する疑問を解消できることが、要介護者の療養生活を男性介護者自身でコントロール出来ているという自信につながる、と述べている。そして男性介護者は、介護の苦悩がありながら自らの人生・生活を主体的に選択し、新たな知識の習得や介護経験を通じ自己成長につなげていた⁸⁷⁾。

介護は負担感や孤立だけではなく、介護する希望も同時にもたらすと津止¹²⁾は述べているが、このように、男性介護者は介護を自己の役割と捉え、苦手なところは訪問系サービスでカバーしつつ、介護負担感や孤立感を感じながらも、自ら介護意欲を高めていると考えられた。

4) 男性介護者への支援について

男性介護者の支援としては、認知症状の理解や対応方法への支援¹⁶⁾、社会資源利用、社会とのつながりや経済的基盤を支える支援、介護の思いを表出できるような関わり

の支援^{52,87)}、また本人の身体状況や家事困難等を考慮した夫に向けた支援、仕事と介護との両立を視野に入れた息子に向けた支援¹⁸⁾の必要性が報告されていた。また、在宅介護をする家族員間に見られる介護の分担の良好事例から支援策を導いている報告も見られた⁸⁸⁾。

以上男性介護者を中心に、介護生活・心理面の特徴についての先行文献を概観した。男性介護者は、「介護は自己の責任」と前向きに捉えながらも、実際の介護生活の中では困難を抱えていた。一方、負担や困難がありながらも肯定的に捉える介護者もあり、周囲の支援が重要であるとの示唆を得た。しかし、息子介護者に関する研究は少なく、今後更に明らかにする必要があると考える。

3. 介護教育プログラムや一般住民の認知症の知識や意識の文献検討

1) 家族介護者に対する負担軽減のためのプログラムについて

家族介護者のための教育プログラムは、介護保険が始まった2000年を過ぎた頃から徐々に報告され始めた。

認知症の知識や家族の困りごとに焦点を当てたもの^{89,90)}、介護負担感やうつに対して多方面からの介入⁹¹⁾、心理教育プログラムとしては、情緒的教育支援^{20,92)}、ストレスマネジメント^{93,94)}、コミュニケーション技法訓練⁹⁵⁾等や、その他認知症高齢者と家族介護者の関係改善プログラム⁹⁶⁾、家族の力を引き出すためのプログラム⁹⁷⁾、自己効力感の向上を目指したプログラム²³⁾等、多くの報告がなされている。

介入方法は、講義・演習・ディスカッションの組み合わせや、職員からのフィードバック、電話や新聞の発行によるフォロー等も取り入れて行っているものもある。参加人数は、個別や少人数グループから多人数グループ(50名程度)まで様々で、回数は1回から6回程で実施していた。介入の評価は、実施後の行動変容やBPSDの出現状況の観察、認知症の知識量や介護負担感尺度、介護肯定感尺度、その他精神健康度調査(GHQ)、状態不安(STAI)等の評価尺度を使用し、プログラム実施前後、追跡調査で量的な検討、または各回終了時と最終時に記載した振り返りとともに質的に分析している文献も見られた。また、介入前・介入直後、及び3ヵ月後・半年後の変化を追って評価している報告も見られた。

いずれのプログラムにおいても、介護負担感軽減やストレス解消に結びついており、全体的に又は部分的に介入効果を得ている。特に効果を得るための特徴的な項目と考えられた介入方法としては、講義・演習・グループディスカッションを組み合わせる構成が多かった。知識の定着を図り、演習で知識を確認・実感し、ディスカッションを通して、意識の変容やストレス軽減、また介護者自身の気づきを促すなど、それぞれ家族の力を引き出すような取り組みがなされていた。

2) 一般地域住民の認知症に対する意識について

わが国の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の割合は、2010年には9.5%(280万人)、2012年には9.9%(305万人)³⁾と増加傾向を示しており、社会的な施策が多様なされている。2000年の介護保険制度施行時には、認知症高齢者グループホームがサ

ービスの一つとして位置づけられ、2004年には「認知症を知り地域を作る10ヵ年の構想」⁹⁸⁾のキャンペーンが始まった。そこでは、「認知症サポーター」と講師役の「キャラバン メイト」の養成を開始し、2015年には700万人の認知症サポーターが養成されている⁹⁹⁾。更には認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）¹⁰⁰⁾、2015年から認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）¹⁰¹⁾が施行された。

このような厚生労働省等による施策の中で、一般地域住民の意識も少しずつ変化している。2001年に本間¹⁰²⁾が1115名の地域住民を対象に行った調査では、認知症を病気と認識している人は半数強にとどまること、進行の遅延が可能なことや治療法（薬物療法等）を知る人の割合は低いこと、老年期認知症に関する主な情報源はテレビが主で、サービス提供機関が利用されていないことも含め、地域医療システムの整備や公的な相談窓口の整備の必要性を述べている。また、2001年に中野ら¹⁰³⁾の1114名に行った調査では、マイナスイメージが強く、特に女性が男性に比較して有意に高い傾向があった。マイナスイメージを持つ男女共通の背景は、認知症状の認知度や家族の介護への不安感が強く関係していた。

2005年に杉原ら¹⁰⁴⁾は、高齢者自身の認知症罹患の不安は8割である反面、認知症の認識や疾患の重症度の知識は、低年齢層に比較し浅い傾向があった、と述べている。また、2008年に松井ら¹⁰⁵⁾は、高齢者の認知症の知識と初期症状における対処行動の調査では、具体的な対処に至らない傾向が3~4割だったことから、高齢者に早期受診に向けての適切な啓発活動を行っていくことが重要である、と述べている。更に2010年に小松ら¹⁰⁶⁾は、地域住民が持つ認知症に対する否定的なイメージについて、記憶の低下、自立性の低下、戸惑いや不安を引き起こす病気等、また肯定的なイメージでは、予防可能な疾患、周囲が理解可能な病気、本人を楽にする病気等と捉えていた。

更に、2015年の内閣府¹⁰⁷⁾の行った「認知症に対するイメージ」の世論調査では、約6割の人が「認知症になると何もできなくなる」あるいは「地域社会の中で暮らしていくことが不可能になる」と答えている。また「認知症に対する不安」では、「家族に身体的・精神的負担をかけるのではないか」が約75%と最も高い結果であった。

このように一般地域住民においては、認知症への意識やイメージは少しずつ変化しているが、いまだ本人も家族も含め戸惑いや不安を持っており、更なる知識の伝達や、早期発見・予防、公的な相談窓口等の情報伝達が必要となると思われる。

3) 一般地域住民に対する認知症の教育プログラムについて

高齢者への介護予防プログラムとしては、認知トレーニングと身体訓練¹⁰⁸⁾、高齢者支援組織を対象とした認知症ケア啓発研修会¹⁰⁹⁾、口腔機能向上の支援プログラム¹¹⁰⁾、また男性高齢者に対して、一人暮らし人への地域を基盤とした支援プログラム¹¹¹⁾やインターネットを活用した食生活支援プログラム¹¹²⁾の報告、さらに若年地域住民（50歳以下）に対する認知症の理解促進¹¹³⁾等の報告が見られた。

方法は、講義や施設で認知症高齢者とのふれあい体験、グループワークやインターネット使用、参加者は個別、または6名から152名で、1G5~7名、若しくは100名程度の集団で行っていた。回数は1回から3回、インターネットを利用したプログラ

ムでは自己課題を課し、1週間後確認や1ヶ月継続して行う等の方法がとられていた。

評価方法は、高齢者への介護予防プログラムでは、健康管理に対するセルフエフィカシーやQOL(SF-8TH, GOHAI)、体験による理解の深まりの自由記述の質的分析、Visual Analog Scale(VAS)を用いた地域とのつながりの関心度、口腔検診・口腔機能検査、セルフケア実施状況等を用いていた¹⁰⁸⁻¹¹²⁾。若年地域住民(50歳以下)に対する認知症の理解促進¹¹³⁾では、認知症の知識や認知症の症状に対する自己効力感と認知症高齢者を地域で支えることに対する考え方についてそれぞれVASを用いて評価を行った。又、介入前・介入直後、及び3ヵ月後・半年後の変化を追って評価している報告も見られた。

高齢者への介護予防プログラムの効果は、食生活に関しては変容にまで至らなかったが、興味・関心は向上した。その他のプログラムも自己効力感の向上等や、目的とした効果があったと評価されていた。また、若年地域住民(50歳以下)に対する認知症の理解促進では、認知症の理解が進み、イメージも改善した。

以上のプログラムから考えられた効果を得るための特徴的な項目は、興味・関心向上のために身近な日常生活に関連した項目や、認知症高齢者とのふれあい体験や地域住民と相互交流等の具体的な場面を計画に組み込んでいた。そして、その事で更に興味・関心が向上し、効果的な啓発活動になると考えられた。Knowls¹¹⁴⁾は、成人教育の理論の「アンドラゴジー(Andragogy)」について、人々は学習のニーズを感じ、学習が個人的目標の助けとなると感じたときには、身近な資源の利用にエネルギーを注ぐ、と述べている。先行文献についても、身近なことから学習の動機を持ち、体験を通して学んだことが次へのステップとなりうることは、アンドラゴジーの考え方に沿っていると思われた。

また上城ら⁸⁹⁾は、認知症家族介護者の「家族支援プログラム」作成に先立ち、介護継続やストレスに関するアンケート調査の実施やデイケア勤務のOTの治療やNsのケア計画の再検討を行い、プログラムを作成していた。新井ら¹¹⁰⁾も、口腔機能向上を促す支援プログラム作成に先立ち、地域住民を対象にフォーカスグループインタビューを実施し、現状を把握していた。このように、現状を分析することで、より適切で現実的なプログラムが作成できると考えた。

以上、一般地域住民に対する認知症の教育プログラムの内容・方法を概観した。

しかし、一般地域住民や認知症家族を対象とした教育プログラムの報告はあるが、介護経験の無い人に対しての認知症介護準備プログラム実施・評価の報告は無い。また、介護に関する性差を考慮したプログラムは実施されていない。そこで、男性介護者の特徴を踏まえた、介護経験のない男性に向けた認知症家族介護準備プログラムの作成の必要があると考えた。

第3章；研究I

認知症患者の同居介護者の情緒的消耗と介護肯定感の検討

-男性介護者に注目して-

1. 研究課題の背景

先行研究より、「男性のための認知症家族介護準備プログラム」の必要性が明らかとなったが、その開発に当たっては、男性介護者の情緒的消耗や介護肯定感への影響要因を明らかにして、適切なプログラムを作成することが必要である。

男性介護者の特徴として、弱音を吐かず窮状に陥っても助けを求めない傾向や^{10 12)}、認知症状から徒労感を感じている介護者も多い¹⁷⁾ことが明らかとなっている。また、高齢者虐待を行う男性介護者は全体の約6割を占め¹⁴⁾、虐待する介護者は介護負担感も高く¹¹⁵⁾、援助を求めにくいこととの関係性が懸念されている。

しかし「介護負担感」は、ストレス認知理論では認知の程度の変数として定義され、ストレッサとストレス反応の間にある媒介変数として設定されている⁴⁴⁾。そのため本研究では、認知症患者の同居介護者の介護生活に関する否定的側面を調査する際には、ストレス・プロセスの最終的な段階であるストレス反応に焦点を当てることとした。中谷⁴⁴⁾は、ストレス反応の典型的なものとしてバーンアウトを捉えており、またバーンアウトの中心概念は情緒的消耗と言われている⁴⁵⁾。

一方介護は負担や孤立だけではなく、介護への希望も同時にもたらす¹²⁾ため、家族介護者の抱える介護の否定的・肯定的評価を明らかにすることで多面的な介護評価ができる¹⁹⁾、との報告がある。しかし、家族介護者の抱える介護の否定的・肯定的両側面の先行研究には、介護の否定的側面であるストレス反応と肯定的側面である介護肯定感の両者を同時に測定し検討した研究の報告はない。否定的・肯定的な反応の両側面を同時に検討することで、介護のストレスを軽減する援助と介護の肯定感をサポートし強化する教育プログラムへの示唆が得られると考えた。

2. 研究の目的

認知症家族と同居する主介護者(以下同居介護者)の情緒的消耗・介護肯定感とその関連要因を検討することで男性介護者の特徴を明らかにし、プログラム作成の基礎資料とする。

3. 用語の定義

男性介護者：自宅で妻または親・親族を介護する男性の介護者を指す。

情緒的消耗：中谷⁴⁴⁾は、「心的エネルギーが枯渇し、情緒的に疲れ果てた状態」と述べており、本研究でも同様に捉える。

介護肯定感：片山ら¹¹⁶⁾は「日々介護を経験している過程の中でフィードバックを繰り返し、様々な対処行動をとりながら介護者自身が培ってきた成果及び、介護の文脈の影響を受けて形成されてきた『介護をしてよかったと思える』など介護者の介護に対する認識の肯定的な側面」と捉えており、本研究でも同様に捉える。

4. 研究方法

1) 調査方法

(1) 研究デザイン：郵送による横断的自記式質問紙調査とした。

(2) 対象者：認知症の家族(以下、要介護者)を介護する同居の主介護者（以下同居介護者）とした。

(3) 対象者選出方法：本研究では、在宅介護者の支援を行う全国約 4700 ヶ所の地域包括支援センター(以下 センター)の 1/3、約 1500 ヶ所の抽出を目標にした。それは返信率を 30%・各センターの紹介者数を 1～2 名として、計 500～1000 名の参加者を見込んだためである。各都道府県の 65 歳以上の高齢者人口を基にセンターの抽出数を算出した(人口規模による高齢者人口の層化抽出を行った)。例えば、A 県の高齢者人口が 100 万人であった場合、日本の高齢者人口約 3400 万人¹¹⁷⁾との比から、抽出総数 1500 ヶ所を基に A 県の抽出センター数 45 ヶ所を算出した。その後、インターネットから A 県のセンター名簿を作成し、乱数表を用いて無作為抽出をした。その後、それぞれのセンターに、男性介護者・女性介護者各 3 名の紹介の依頼文を郵送した。紹介了承の返信のあったセンターに了承人数の質問紙を郵送し、同居介護者に質問紙手渡しの依頼、及び同居介護者から無記名で直接研究者に返信するよう依頼した。他県も同様の方法で対象者の選出を行った。調査は 2014 年 4 月～5 月に実施した。

しかしセンターからの返信数は 101 ヶ所(返信率 6.6%)であったため、要介護認定や介護保険サービス利用窓口である居宅介護支援事業所(以下 事業所)に、紹介を依頼することとした。事業所の全国総数の把握は困難であったため、郵送事業所数 700 ヶ所として、センターと同様に各都道府県の抽出数を算出した。その後、インターネットから各県ごとに事業所名簿を作成し、乱数表を用いて無作為抽出を行った。それぞれの事業所に対し、センターと同様の方法で対象者の選出を行った。調査期間は 2014 年 6 月～7 月であった。センター・事業所とも、返信をもって研究協力の承諾とし、返信のあったものを調査対象者とした。

2) 質問項目の開発

男性介護者に関しての先行研究では、介護実態に関すること^{10-13, 15, 18, 19)}、介護継続に関すること⁷⁰⁻⁷²⁾、夫介護者の介護困難¹⁶⁾、夫介護者の実情⁵²⁾、夫の介護役割受け入れ⁸¹⁾等の報告がされている。このように男性介護者や夫介護者については比較的多く研究がなされていた。しかし、息子介護者については、男性介護者を述べる中での息子介護者についての報告^{82, 83)}はあるが、息子介護者を対象とした研究は、横瀬¹¹⁸⁾の介護施設を利用するまでの息子介護者の対応や、草刈¹¹⁹⁾の息子介護者の健康習慣指数等と、研究数は少なく、情緒的消耗・介護肯定感への関連要因が明らかになっていない。そこで、本研究の質問項目を開発するにあたり、息子介護者に介護を行う上での困難についてインタビューを行い、内容を補完することとした。

(1) 息子介護者を対象としたインタビュー調査の方法

① 研究協力者（以下協力者）、及び協力者選定方法

協力者選定方法：研究者が 2012 年度に行った夫介護者を対象とした研究¹⁶⁾で協力

を得た A 県の介護支援専門員 4 名に対し、2013 年 7 月に目的・方法を説明し、現在主介護者として親の介護をしている息子介護者 3～4 名の紹介を依頼した。その後、紹介協力の可能性を得られた介護支援専門員 3 名に、文書と口頭で研究目的・方法・倫理的配慮を説明し了承を得た。更に介護支援専門員に対して、研究者から候補者に連絡をとってよいかどうかの打診を依頼した。了承が得られた協力者に、研究者が電話連絡で日程調整し、自宅にて研究の説明を行った。

②インタビューの実施と内容（資料 1-1-1）

研究協力者は、認知症に罹患している父または母のどちらかを自宅で介護している息子 9 名であった。

インタビューは全員自宅で、周囲には要介護者や他の家族は不在の環境で、研究者と 1 対 1 で行った。また中途辞退者はいなかった。研究者が、直接 9 名の息子介護者に半構成的面接を行った。質問は、①介護をしようと思った理由、②介護をして印象に残っていることとその理由、③日々の介護の気がかりとその理由であり、自由に語るよう依頼した。面接はそれぞれ 1 回ずつ実施し、時間は最短 45 分、最長 69 分、平均 56 分であった。9 名とも許可を得てインタビューの録音を行った。データ収集期間は 2013 年 7 月～10 月であった。尚、息子介護者へインタビューのパイロットテストは行っていない。

③データ分析方法

i) 研究方法：質的記述的方法を用いた

ii) 分析方法：

録音した面接の内容から事例ごとに逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み全体像を把握した。次に、「介護を行ううえで日常生活において感じている困難」に関し、意味のとれる文脈に注目し、文脈を損なわないよう協力者の言葉を用いながらコード化した。さらに、コードの意味内容の類似性に着目し、複数のコードのまとまりをつくり、確認・修正を繰り返し行いサブカテゴリーを抽出した。さらに、全事例を通じてサブカテゴリーを困難の類似性や相違性に注目した上で比較検討し、カテゴリーを抽出した。データ分析は、ソフトウェアは使用せず研究者及び老年看護学の教員経験者で行った。また公衆衛生看護学の専門家からカテゴリー・サブカテゴリーの名称や類似性についてスーパーバイズを受けた。更に研究結果のサブカテゴリー・カテゴリーを研究協力者である介護支援専門員 3 名に提示し確認を受けた。

(2) 倫理的配慮（資料 1-1-2、資料 1-1-3、資料 1-1-4、資料 1-1-5）

協力を受ける介護支援専門員には、研究目的・方法・倫理的配慮を説明し了承を得た。介護支援専門員から、事前に対象となる候補者に研究説明の了承の有無の確認を依頼した。そのうち、研究者が協力者に電話連絡等で日程調整をし、説明のための訪問を行った。訪問時、研究目的・研究方法、研究参加の利益・不利益、研究への参加は自由意志であること、いつでも断ることができること、断ったとしても不利益にはならないこと、個人の秘密は厳守し、データは研究以外で使用しないこと、発表に際しては個人が特定されないように行うこと、研究終了後録音データや記録等個人的な

資料はすべて破棄すること、面接内容を録音する旨について、口頭と書面で説明をした。同意書は、協力の有無を熟考するために時間を置き返送を依頼した。その後、協力者との個別面談を計画した。協力者の都合のよい時間と場所を調整し、プライバシーが守られるように設定した。尚、国際医療福祉大学の倫理委員会の承認を得て行った。(承認番号 13-Io-87)

(3) 息子介護者へのインタビューの結果：

① 息子介護者と要介護者の概要 (表 1)

息子介護者の年齢は、60 歳代 4 名、50 歳代 3 名、40 歳代 2 名、職業は会社員 4 名 (非常勤含む)、自営業 3 名、無職 2 名であった。また、介護年数は 1～5 年が 6 名、6～10 年が 2 名、10 年以上が 1 名であった。また 9 名中 5 名は要介護者と 2 人暮らしであった。4 名は主介護者が息子であったが同居の家族がいた。

要介護者の年齢は、90 歳代 1 名で、他 8 名は 80 歳代、診断名はアルツハイマー型認知症 5 名、脳血管性認知症 3 名、レビー小体型認知症 1 名、要介護度は、5 は 1 名、4 は 1 名、3 は 4 名、2 は 2 名、1 は 1 名、続柄では母 8 名、父 1 名であった。

表1 息子介護者一覧

	年齢	職業	介護年数	同居者の有無	要介護者年齢	要介護者疾病	要介護度	続柄
a	60歳代	無職	5	なし	80歳代	脳血管性認知症	2	母
b	60歳代	自営業	3	なし	80歳代	アルツハイマー	3	母
c	60歳代	非常勤職員	6	妻	80歳代	脳血管性認知症	3	父
d	60歳代	自営業	3	兄	90歳代	脳血管性認知症	5	母
e	50歳代	自営業	5	なし(妻別居)	80歳代	アルツハイマー	3	母
f	50歳代	会社員	2	妻、弟	80歳代	アルツハイマー	1	母
g	50歳代	会社員	8	なし	80歳代	アルツハイマー	3	母
h	40歳代	会社員	5	なし	80歳代	アルツハイマー	2	母
i	40歳代	無職	10年以上	なし	80歳代	レビー小体型	4	母

② 分析結果 (表 2) : 【】 はカテゴリー、《 》 はサブカテゴリーを示す。

息子介護者が、日々介護をする中で感じている困難について、279 コード、17 サブカテゴリー、7 カテゴリーが抽出された。尚、8 人目の分析では、新たなサブカテゴリーは 1 項目、9 人目の最終分析の中でも新たなサブカテゴリーが 1 項目抽出されており、飽和は確認されていない。息子介護者へのインタビューは、質問紙開発の目的で行ったため、今回は予定数で終了した。

息子介護者が、介護生活の中で感じている困難は、【意思疎通ができないことによる介護の困難】【方法を駆使し何とか気持ちを收拾】【要介護者の体調管理の難しさ】【家事や介護の抵抗感】【家族・親類からの孤立感】【見通しのつかない生活への不安】【介護と仕事との調整の困難】であった。以下、それぞれのカテゴリーについて説明する。

表2 息子介護者の感じる困難

カテゴリー	サブカテゴリー
1.意思疎通ができないことによる介護の困難	1)できると思えるのにやらないことの困惑 2)何度言っても同じことの繰り返しの苛立ち 3)ちぐはぐな言動の不可解さ 4)言い過ぎたことへの後悔の念
2.方法を駆使し何とか気持ちを收拾	1)修行と思いつめる気持ち 2)怒ることで治める気持ち
3.要介護者の体調管理の難しさ	1)新たな疾病発生の危惧 2)事故発生の不安
4.家事や介護の抵抗感	1)家事の煩わしさ 2)女性衣類への抵抗感 3)消えない排便処理の抵抗感
5.家族・親類からの孤立感	1)家族・親類との意見調整の難儀 2)大変さを共有できない孤立感
6.見通しのつかない生活への不安	1)今後の介護状況の気がかり 2)今後の自己の体調の気がかり 3)自己の人生の見通しのつかない不安 4)介護継続のための経済的な気がかり
7.介護と仕事との調整の困難	1)介護が仕事に影響することの困惑 2)夜間不眠による集中力の低下と疲労感

i) 【意思疎通ができないことによる介護の困難】

息子介護者は、認知症の症状の対応の中で、「前は歯磨きもよくして自分の歯がそろっていたのに、歯磨きをしなくなってしまって、今は歯を抜いて部分入れ歯です。(f氏)」と《できると思えるのにやらないことの困惑》を感じていた。また、「あまりやってほしくないことを繰り返しやられてしまうと、イラッと来ますね。(f氏)」や「注意散漫だし、できるのにとぼけて知らん顔するのでムカッとくるんです。(c氏)」と《何度言っても同じことの繰り返しの苛立ち》を覚え、「よく聞いていると所々つじつまがあわなかったりするんですけど、言葉が結構巧みで、本当と思える内容なんです。まあ不思議ですね。(b氏)」と《ちぐはぐな言動の不可解さ》を感じていた。一方、時折苛立ちの中で声を荒げることもあり、「ある時、〇〇について怒ったら、姿が見えなくなって。心配して探したら、廊下の隅にいたんです。できない自分が情けないって、かなり落ち込んでいてね。そういうことは、病気に認識しているんだな、言いすぎちゃったなと思って心が痛かったですね。(f氏)」というように、《言い過ぎたことへの後悔の念》を持つこともあった。このように、日々認知症の症状に翻弄されながら、苛立ちと時折の後悔を持ちながら、要介護者の反応に困惑をしていた。

ii) 【方法を駆使し何とか気持ちを收拾】

息子介護者は、認知症状の対応等での葛藤を持ちながらも「最初のころは、(夜間10回以上の排尿介助を)受け入れて介助していましたが、ずっと続くと修行しているような気持ちになってきました。大変だけどやるしかないという感じですね。(i氏)」のように《修行と思いつめる気持ち》で介護していた。また、「認知症についてはわかっているけど、やっぱり怒ってしまいます。なのでその場を離れたり、言って発散していると思います。結果的にはそこで冷静さを取り戻しているんですよ。(b氏)」と、《怒ることで収める気持ち》のように、要介護者を怒ることで、気持ちの冷静さを取り戻していた。このように、自分で気持ちの落ち着きを取り戻すための術を持ち気持ちを

收拾していた。

iii) 【要介護者の体調管理の難しさ】

息子介護者は、日々の介護の中で「訪問看護師から腰の真ん中あたりに床ずれがあるって言われて、こんなにすぐにはできるんだと驚いてしまって。(d氏)」や、「自己判断で水をラコールに変更したら高 Na 血症になってしまい、やり方が悪かったんですね。

(d氏)」などの「新たな疾病発生の危惧」や、「心配なことは、日中一人で、階段からの転倒や鍋を持って転んだりやけどをしたりすること。そうすると何時間も一人だけになりますからね。それに、変な人からの電話も心配ですね。(h氏)」などのように「事故発生の不安」を抱えていた。このように、認知症のある要介護者が安全に生活でき、かつ介護者も安全に安心して生活することの難しさを述べていた。

iv) 【家事や介護の抵抗感】

息子介護者は、「一番大変なのは食事の支度ですね。ありきたりのものを作るんですけど、朝昼晩だから大変ですよ。(b氏)」のように、「家事の煩わしさ」を述べていた。また男性であることで、「困るのは、親子ですけど女性なので、例えば着る物とか女性の下着の買い物とか、私もそういう所に行って買い物はどうしてもできないんです。(h氏)」と「女性衣類への抵抗感」を述べていた。更に「尿の始末は慣れましたが、便はなかなかね。(d氏)」と「消えない排便処理の抵抗感」を述べていた。このように、男性であるが故の家事や介護の抵抗感を持っていた。

v) 【家族・親類からの孤立感】

息子介護者は、同居の妻に対して「(要介護者である)母が若いころ嫁を怒っていたけれど、今は立場が逆転したんです。だから僕は嫁との間に挟まって、いかに仲良くやっていくかの調整で苦労しますね。そういうことが一番つらいですね。(a氏)」のように、「家族・親類との意見調整の難儀」を述べていた。また「(別居している)妻とは同じ共有をしてないので、僕自身が母親の介護をしていますけど孤立感を感じていました。(e氏)」のように「大変さを共有できない孤立感」を述べていた。このように家庭内での家族の気持ちの調整がつかないことや、介護の辛さを共有できないことで孤立感を感じていた。

vi) 【見通しのつかない生活への不安】

息子介護者は、「気がかりは今の状況をいつまで保っていけるかということですね、いろんな面でね。(a氏)」のような「今後の介護状況の気がかり」や、「僕がこの先、自分の体調も含めて、母親を介護できるかどうか心配です。」のような「今後の自己の体調の気がかり」、「介護は、終わりが見えないですから。いつまでこんなことを続けているのか。実際終わりが見えたら、自分の残りの人生がどうなるだろうかと、ひどいことになるだろうな。(i氏)」のような「自己の人生の見通しのつかない不安」を述べていた。また、「後期高齢者保険が今年も1年で〇〇円値上がりして、経済的にも気がかりですね。(g氏)」と「介護継続のための経済的な気がかり」を述べていた。このように、要介護者よりも、年齢が若い息子介護者は、今行っている介護はもとより、自分の人生も含めて、先の見えない不安を抱えていた。

vii) 【介護と仕事との調整の困難】

息子介護者は、「これ以上日中一人にしておけない状態にまでなると、時々泊りの出張もあるし、仕事をやめようかと考えますね。(h氏)」のように「介護が仕事に影響することの困惑」を持っていることや、「夜間眠らないで大騒ぎするときは、こちらも眠れませんし、集中力も落ちますから、日中も眠くて辛いですね。(d氏)」のように、「夜間不眠による集中力の低下と疲労感」を訴えていた。このように、仕事を継続するために要介護者を日中独居にさせることや、介護による夜間不眠の仕事への影響の困惑を述べていた。

以上より、息子介護者は、【意思疎通ができないことによる介護の困難】を感じながらも、【方法を駆使し何とか気持ちを收拾】しながら介護を行っていた。介護生活では、【要介護者の体調管理の難しさ】や【家事や介護の抵抗感】【家族・親類からの孤立感】や【見通しのつかない生活への不安】を抱えていた。また仕事をしている息子介護者は、【介護と仕事との調整の困難】があった。これらの結果から、研究Ⅰの質問紙開発の基礎資料とすることとした。

3) 質問項目の構成 (図2) (資料1-2、資料1-3)

(1) 質問項目の構成

今回インタビュー調査で明らかとなった息子介護者の感じる困難、及び夫介護者の感じる困難¹⁶⁾を含めた先行文献から質問項目を構成した。先行研究とインタビュー結果を質問項目にどのように反映させたかの詳細は「資料1-6」に示した。

質問項目の構成を図2に示す。従属変数を【介護生活の反応】として「情緒的消耗」⁴⁴⁾と「介護肯定感」¹¹⁶⁾を位置づけた。また独立変数として、「情緒的消耗」と「介護肯定感」に関連する要因の【介護生活の実態】と、それに先行する要因の【要介護者と同居介護者の要因】を位置付けた。

また本研究では、【介護生活の反応】を「情緒的消耗」と「介護肯定感」の2者を設定した。その理由は、介護者は負担はあるが介護に生きがいや満足感を感じ学びとする介護者も多く存在する²⁵⁾ことや、高齢者を介護する家族介護者の精神的健康について、否定的側面だけでなく肯定的側面がある^{60, 61, 120)}と報告されていることからである。

また【介護生活の実態】の「認知症家族への介護の実際」では、日々「家事や介護の実施」^{25, 49)}をし、「生活の変化」^{27, 121, 122)}を受け入れ生活をしている。そこに関連する要因には、同居介護者の「介護の動機」^{52, 67, 72)}、「社会資源」^{26, 123)}、「対処方略」^{53, 124)}、「介護観」^{16, 67)}や「介護の意欲」^{71, 125)}、「今後の不安」¹⁶⁾を挙げた。それらは介護の開始と同時に進行し、【介護生活の反応】として「情緒的消耗」や「介護肯定感」が生ずると考えた。

質問項目は、質問項目の構成に沿って【要介護者と同居介護者の要因】の「要介護者の状況」18項目、「同居介護者の状況」6項目、【介護生活の実態】の「家事や介護の実施」17項目、「生活の変化」4項目、「介護の動機」9項目、「社会資源」18項目、「対処方略」6項目、「介護観」4項目、「介護の意欲」3項目、「今後の不安」6項目、【介護生活の反応】「情緒的消耗」1項目、「介護肯定感」1項目とした。

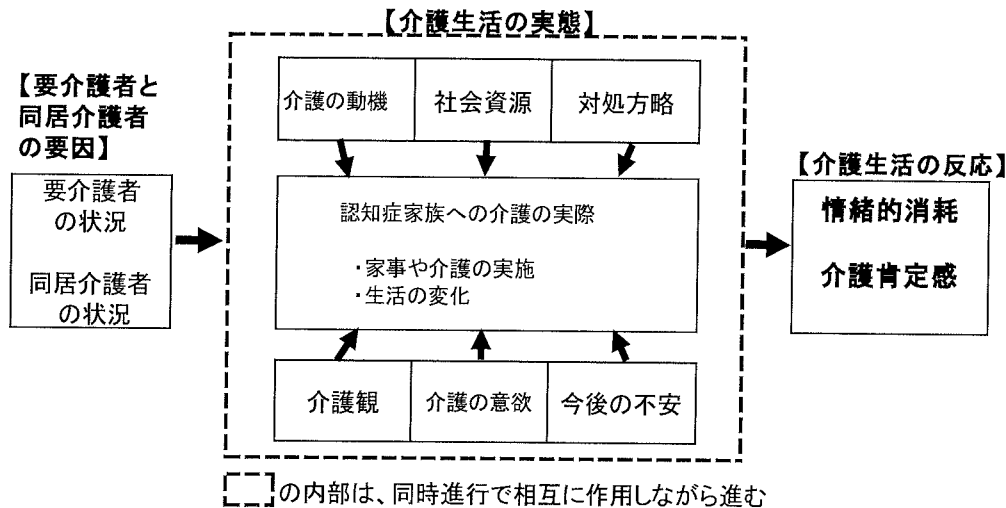


図2 質問項目の構成

(2) 質問項目の内容

① 【要介護者と同居介護者の要因】：要介護者の状況と同居介護者の状況

i) 要介護者の状況

要介護者の日常生活行動や健康状態、老年者の問題行動⁴⁸⁾がバーンアウトと関連していたため、調査項目は、年齢、病名、要介護度、認知症状、日本版 Short-Memory Questionnaire (SMQ) を測定した。SMQ は、「記憶障害の程度は、主な介護者である家族から聴取することが実際に多い」として、Koss¹²⁶⁾らが開発し、それを牧ら¹²⁷⁾が日本語版 SMQ として開発した。日本語版 SMQ は 14 項目からなり、簡便で MMSE (Mini Mental State Examination) とも強い相関 ($r=0.83$) を示し、信頼性と妥当性は検証されている。評価は、最高得点が 46 点・最低得点が 4 点であり、点数が低い程記憶障害は重度と考えられている。

ii) 同居介護者の状況：同居介護者の年齢や健康状態、副介護者の有無、及び夜間の介護や監視等がバーンアウトと関連していた⁵⁰⁾ため、調査項目は、年齢、性別、続柄、仕事、介護年数、同居家族人数とした。また健康状態は、「とても良い」10 点から「とても悪い」1 点の 10 段階で確認した。

② 【介護生活の実態】：認知症患者の介護の実際（家事や介護の実施・生活の変化）とそれに関連する要因（介護の動機、社会資源、対処方略、介護観、介護の意欲、今後の不安）で構成した。

i) 認知症家族の介護の実際、

本項目の抽出にあたり、息子介護者のインタビュー調査の結果や、認知症の妻を介護する夫介護者の困難¹⁶⁾、同居介護者の介護観及び介護の意欲⁷¹⁾に関する先行文献より、本研究の質問項目を以下のように抽出した。

《家事や介護の実施》では「食事の準備」「食事の片付け」「掃除」「洗濯」「買い物」「食事介助」「胃瘻・腸瘻からの経管栄養」「入浴介助」「身嗜みの整え」「車椅子移乗」「トイレ動作介助」「床上でのおむつ交換」「更衣」「服薬」「歩行介助」「病院送迎」「夜

間排泄介助」17項目から該当の選択を求めた。《生活の変化》は「睡眠時間の減少」「食事・入浴時間が少ない」「自由時間が少ない」「介護に時間を取られ思うように仕事ができない」の4項目を「全くない」1点から「よくある」4点の4段階から回答を求めた。

ii) 認知症家族への介護の実際に関連する要因

《介護の動機》では、「大切だとの思い」「当たり前」「罪滅ぼし」「世話になったから」「他人に任せるのが不安」「親戚の目が気になる」「やらざるを得ない」「見るに見かねて」「経済的に助かる」9項目から該当の選択を求めた。

《社会資源》は「通所サービス」「ショートステイ」等6項目からの利用有無の選択、介護相談者では「ケアマネージャー」「看護師」「リハビリテーション担当の専門職(以下リハビリ担当の専門職)」等の8項目から該当の有無の選択、副介護者の有無、及び改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度¹²³⁾を使用した。「改訂版在宅介護ソーシャルサポート尺度」は、石川らが1999年に開発し2007年に改訂したもので、在宅介護者のソーシャルサポートの肯定的側面と否定的側面を測定する質問紙として信頼性と妥当性が検証されている。また「情緒的サポート」「非効果的サポート」「实际的サポート」の下位尺度からなり、13項目で構成されている。「全くいない」1点から「かなりいるほうだ」4点の4段階から回答を求め得点化した。

《対処方略》は、和氣ら¹²⁴⁾が開発した「家族介護者対処スタイル」を使用した。本尺度は、「問題解決型」「接近・認知型」「回避・情動型」の下位尺度からなり、14項目で構成されている。「全くそう思わない/ほとんどしない」「少しそう思う/時々そうする」「そのとおりに思う/よくそうする」の3段階から回答を求めた。また、「家族介護者対処スタイル」に無い項目について、先行文献⁵³⁾と息子介護者のインタビュー調査から、「怒ることで気持ちを納める」「我慢できず手を挙げる」「飲酒する」「喫煙する」「一旦離れ関わらない」の5項目、《介護観》では、「介護は女性の仕事」「仕事を辞めても介護に専念すべき」「認知症家族の存在は世間体が気になる」「外出時の異性の排泄介助は他者の目が気になる」の4項目、《介護の意欲》では、「介護について学習した」「もっと介護の学習したい」「技術的な心配あり」3項目、《今後の不安》では「要介護者の病状不安」「自己の健康状態不安」「要介護者の事件事故の不安」「経済不安」「いつまで続くか不明」「自分の将来不安」6項目について、「全くない」1点から「よくある」4点の4段階から回答を求めた。

③【介護生活の反応】：情緒的消耗、介護肯定感

情緒的消耗：家族介護 Maslach Burnout Inventory (MBI) 尺度は、Maslach ら¹²⁸⁾が開発した MBI を中谷⁴⁴⁾が家族介護者に合うように修正したものである。本尺度は、「情緒的消耗」「自己達成感」「離人化」の下位尺度からなり、16項目で構成されている。本研究では、バーンアウトの主症状は情緒的消耗であるとの研究者の一致した見方⁴⁵⁾から、「心的エネルギーが枯渇し、情緒的に疲れ果てた状態⁴⁴⁾」である「情緒的消耗」尺度の8項目を使用した。尺度は、「まったくそう思わない」1点から「そのとおりに思う」4点の4項目からなり得点が高い程バーンアウトし易いと考えられる。

介護肯定感：櫻井¹²⁹⁾の作成した介護肯定感尺度を、片山¹¹⁶⁾が修正したものを使用した。片山の介護肯定感は、「介護を通しての自己成長感」「介護状況への満足感」「介護役割の積極的受容」の下位尺度からなり、14項目で構成されている。また信頼性は検証されている。回答は、「全くそう思わない」1点から「非常にそう思う」4点の4段階で、得点が高いほど介護肯定感が高い。

4) 分析方法：

まず、各々の項目の記述統計を算出した後、正規性の確認をした。その結果、要介護者の年齢、同居介護者の年齢、健康度、介護期間(月)、情緒的消耗・介護肯定感は正規性が確認されたが、記憶障害(SMQ)では正規性は認められなかった。また、情緒的消耗得点と介護肯定感の相関の確認を行った。次に、センター・事業所のデータに偏りが無いことを確認する目的で、要介護者の年齢はt検定、病名・要介護度は χ^2 検定、記憶障害(SMQ)はウェルチの検定を行った。ウェルチの検定を行った理由は、正規性のない2標本の検定では一般的にマン・ホイットニーのU検定を行うが、本検定は他の方法より検定率が低く、ウェルチの検定はある程度の分布の歪みにも対応でき、様々な条件に対して基本的に安定した高い精度を維持すると言われている¹³⁰⁾ためである。センター・事業所の偏りが無いことを確認後、同居介護者の性別比較を行った。同居介護者の性別比較については、要介護者の年齢、介護者の年齢・健康度・介護期間(月)、及び情緒的消耗・介護肯定感にt検定、記憶障害(SMQ)はウェルチの検定を行い、認知症の種類・要介護度・認知症の症状・同居介護者との続柄・仕事・家族人数の名義変数は χ^2 検定、《生活の変化》《対処法略》《介護観》《介護の意欲》《今後の不安》について、一元配置分散分析を行った。

「家族介護者対処スタイル」の回答率は低かったため(欠損値8%)分析から除外した。情緒的消耗得点・介護肯定感得点を従属変数として、【要介護者と同居介護者の要因】、及び「家族介護者対処スタイル」を除いた【介護生活の実態】の各項目を独立変数として、男女別々にステップワイズ法で重回帰分析を行い、男性モデル・女性モデルを作った。そして、それらを比較検討することで、男性介護者の特徴を明らかにした。解析には統計ソフトIBM SPSS Ver22.0を使用した。

4. 倫理的配慮 (資料 1-4、資料 1-5 資料 1-6)

抽出したセンター・事業所には、研究の意義・目的・方法・倫理的配慮・結果報告方法・調査対象者紹介依頼の説明書、調査対象者説明用の研究意義・倫理的配慮・見本の質問紙を郵送した。紹介の承諾と紹介人数を確認した後、承諾を受けたセンター・事業所に質問紙を郵送し、当該施設から対象者に手渡しを依頼した。対象者には無記名で直接研究者に返信を依頼し、返信をもって研究協力の承諾とした。また、結果の研究目的のみの使用、個人情報保護、回収質問紙の管理を文書で説明をした。研究協力者には薄謝を、紹介事業所には結果の報告を謝礼とした。既成尺度は、尺度作成者全員から使用の許可を得ている。なお、センターは3月に、事業所は6月に、国際医療福祉大学の倫理委員会の承認を受けている(承認番号 13-Io-193)。

5. 結果

1) 回答者について (表 3)

返信数はセンター101ヶ所 (回収率 6.6%)、事業所 71ヶ所 (回収率 10.1%)、合計 172ヶ所 (回収率 7.8%) であった。各施設協力者紹介数は 463名 (センター244名、事業所 219名)、返信数 365名 (各々185名、180名 返信率 78.8%)、有効回答数 348名 (各々178名、170名 有効回答率 95.3%) であった。センターと事業所の回答内容の比較では、家族による認知症評価尺度である日本語版 SMQ がセンターで有意に高かった ($p=0.004$) が、要介護者年齢・要支援・要介護度では有意差は見られなかった。そのため、両施設からの協力者の返信内容の違いは小さいと判断し、合わせて統計処理をする事とした。

表3 要介護者の状況

(紹介先別の比較: 地域包括支援センター, 居宅介護支援事業所)

	地域包括支援センター (178)		居宅介護支援事業所 (170)		P値
	人	平均(SD)/割合 (%)	人	平均(SD)/ 割合(%)	
要介護者年齢(歳) b)	178	83.3(±7.6)	170	84.6(±8.2)	
病名 a)	脳血管性認知症	17	9.6	26	15.5
	アルツハイマー症	105	59.0	88	52.4
	レビー小体型	11	6.2	8	4.8
	その他	3	1.7	5	3.0
	わからない	42	23.6	43	24.4
要介護度 a)	要支援1	7	3.9	4	2.4
	要支援2	9	5.1	6	3.5
	要介護1	41	23.0	28	16.5
	要介護2	41	23.0	35	20.6
	要介護3	35	19.7	46	27.1
	要介護4	20	11.2	31	18.2
	要介護5	15	8.4	16	9.4
	わからない	10	5.6	4	2.4
日本語版SMQ(点) c)	178	11.6(±8.7)	170	9.2(±6.8)	**

日本語版SMQ (Short-Memory Questionnaire): 家族から聴取する患者の記憶障害の

程度について、Kossらによって開発されたSMQ尺度を、牧らが、改編したもの

有意確率: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

a) χ^2 検定 b) t検定 c) ウェルチの検定

2) 同居介護者を性別で比較した要介護者・同居介護者の状況 (表 4 表 5)

平均年齢は、要介護者は 84.0 ± 7.9 歳、同居介護者は 65.4 ± 11.5 歳であった。

要介護者で有意差のあった項目は、要介護者の年齢では女性介護者が高かった。また認知症状の「所かまわずの排尿」は、男性介護者が高かった。

同居介護者で有意差のあった項目は、年齢・続柄・仕事・家族人数であった。年齢は男性介護者が高く、続柄は配偶者で男性介護者が、子で女性介護者の割合が高かった。家族人数は男性介護者に 2 人暮らしが、女性介護者では 3 名以上が多かった。情緒的消耗は、女性介護者が有意に高かった。

有意差の無かった項目は、健康度・介護期間(月)・介護肯定感、要介護者の年齢・認知症の種類・要介護度・記憶障害(SMQ)であった。

また本研究の対象者は、常勤者の割合は女性介護者が高く、無職の割合は男性介護者が高かった。そこで、「介護に時間をとられて思う様に仕事ができない」の項目を職業の有無で比較検討したところ、「よくある・時々ある」と回答していた者は、有職の男性介護者は55.3%・無職者は57.0%、有職の女性介護者は62.3%・無職者は65.5%であった。さらに割合の比較の目的で χ^2 検定を行ったところ、男女介護者ともに有意差は見られなかった。

表4 同居介護者・要介護者の状況、及び介護生活の反応(同居介護者の性別比較)

要介護者(n=348) 同居介護者(n=348)		同居介護者全体		男性介護者		女性介護者		性別 ^a P
		人数	平均(SD)/ 割合(%)	人数	平均(SD)/ 割合(%)	人数	平均(SD)/ 割合(%)	
年齢(歳) ^c		348	84.0(7.9)	137	82.6(7.5)	211	84.8(8.0)	**
認知症の種類 ^b	脳血管性認知症	43	12.4	13	9.6	30	14.2	
	アルツハイマー型	193	55.5	77	56.2	116	55.0	
	レビー小体型	19	5.5	10	7.3	9	4.3	
	その他	8	2.3	4	2.9	4	1.9	
	わからない	85	24.3	33	24.0	52	24.6	
要介護者の状況 ^b	要支援1	11	3.2	1	0.7	10	4.7	
	要支援2	15	4.3	7	5.1	8	3.8	
	要介護1	69	19.8	30	21.8	39	18.5	
	要介護2	76	21.8	30	21.8	46	21.8	
	要介護3	81	23.3	38	27.7	43	20.4	
	要介護4	51	14.7	15	11.0	36	17.1	
	要介護5	31	8.9	13	9.5	18	8.5	
	わからない	14	4.0	3	3.4	11	5.2	
認知症状 ^b (複数回答)	物忘れ	316	90.8	120	87.6	196	92.9	
	幻覚	99	28.4	45	32.8	54	25.6	
	同じ事を何度も言う	239	68.7	94	68.6	145	68.7	
	妄想	129	37.1	48	35.0	81	38.4	
	徘徊	69	19.8	27	19.7	42	19.9	
	暴言・暴行	76	21.8	27	19.7	49	23.2	
	異食	22	6.3	7	5.1	15	7.1	
	所かまわずの排尿	33	9.5	19	14.0	14	6.6	*
	不潔行為	20	5.7	9	6.6	11	5.2	
	収集癖	32	9.2	10	7.3	22	10.4	
	火の不始末	44	12.6	18	13.1	26	12.3	
	介護への抵抗・拒否	81	23.3	33	24.1	48	22.7	
	昼夜逆転	68	19.5	22	16.1	46	21.8	
記憶障害(SMQ) ^a	348	10.4(7.9)	137	10.4(7.9)	211	10.5(7.9)		
年齢(歳) ^c		348	65.4(11.5)	137	69.3(11.3)	211	62.9(10.9)	***
健康度 ^c		348	5.0(2.2)	137	5.1(2.2)	211	5.0(2.2)	
続柄 ^b	配偶者(夫・妻)	127	36.5	69	50.4	58	27.5	***
	子(婿・嫁・息子・娘)	214	61.5	67	49.0	147	69.7	
	その他	7	2.0	1	0.7	6	2.8	
同居介護者の状況 ^b	仕事 ^b 常勤	55	15.8	19	13.9	36	17.1	*
	非常勤フル	15	4.3	3	2.2	12	5.7	
	非常勤短時間	25	7.2	3	2.2	22	10.4	
	自営	45	12.9	22	16.1	23	10.9	
	無職	199	57.2	86	62.8	113	53.6	
	その他	9	2.6	4	3.0	5	2.4	
介護期間(月) ^c		348	59.3(49.5)	137	55.7(54.0)	211	61.6(46.4)	
家族人数 ^b	2名	140	40.2	76	55.5	64	30.3	**
	3名以上	208	60.6	61	44.5	147	69.7	
介護生活の反応	情緒的消耗得点 ^c	348	20.2(5.2)	137	19.3(5.3)	211	20.7(5.0)	*
	介護肯定感得点 ^c	348	36.8(8.0)	137	37.1(8.3)	211	36.7(7.8)	

a: 男女間の比較 b: X²検定 c: t検定 d: ウェルチの検定

有意確率: * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

日本語版SMQ: 4~46点で、得点が低いほど記憶障害が重度である。

表5 「介護に時間を取られて思う様に仕事ができない」
状況が「ある」介護者と職業の有無との関係

	有職/無職	有職で「ある」割合		無職で「ある」割合		職業 有無 p
		人数	%	人数	%	
男性介護者	47/86	26	55.3%	49	57.0%	
女性介護者	93/113	58	62.3%	74	65.5%	

χ^2 検定

3) 情緒的消耗と介護肯定感の関係

Pearson の相関係数は -0.241 であった。

4) 認知症患者の家族介護者の情緒的消耗と介護肯定感の関連要因と、性差の検討

【介護生活の反応】である情緒的消耗と介護肯定感を従属変数とし、【要介護者と同居介護者の要因】【介護生活の実態】を独立変数として性別で重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。情緒的消耗・介護肯定感の促進に関連する要因を「促進要因」、抑制に関連する要因を「抑制要因」として示す。

(1) 情緒的消耗に関連する要因(促進要因・抑制要因)(表6)

①男女介護者共通の要因

重回帰分析の結果、調整済み R^2 値は、男性介護者 0.613 、女性介護者 0.674 であった。情緒的消耗で男女介護者に共通する促進要因は、「睡眠時間の減少」「イライラした時には一旦離れ関わらない」「いつまで続くかわからない不安」であった。抑制要因は、「家族人数」であった。

②男性介護者の特徴

男性介護者に特有の促進要因は、「物忘れ」「介護に時間がとられ思う様に仕事ができない」、抑制要因は「リハビリ担当の専門職に相談」「入浴介助」「喫煙して一息つく」であった

③女性介護者の特徴

女性介護者特有の情緒的消耗の促進要因は、要介護者の「年齢」の高さ、「アルツハイマー型認知症」「介護への抵抗・拒否」「幻覚」「自由時間が少ない」「喫煙して一息つく」「自己の将来の不安」「経済的不安」、抑制要因は同居介護者の「健康状態」「介護期間(月)」が長い、「大切だからとの思い」であった。

表6 男・女介護者 情緒的消耗に関連する要因(重回帰分析)

	男性介護者 n=137		女性介護者 n=211	
	標準化 係数β	p	標準化 係数β	p
要介護者の状況				
年齢 ^a	0.052		0.197	***
アルツハイマー型認知症 ^c	-0.082		0.130	**
介護への抵抗・拒否 ^c	0.081		0.113	**
幻覚 ^b	-0.037		0.110	*
物忘れ ^b	0.122	*	0.000	
同居介護者の状況				
家族人数 ^a	-0.139	*	-0.129	**
健康状態 ^a	-0.042		-0.217	***
リハビリ担当の専門職に相談 ^c	-0.151	*	0.065	
介護期間(月) ^a	0.051		-0.092	*
家事や介護の実施				
入浴介助 ^c	-0.125	*	-0.069	
生活の変化				
睡眠時間の減少 ^b	0.302	***	0.229	***
介護に時間がとられ思う様に 仕事ができない ^b	0.313	***	0.048	
自由時間が少ない ^b	-0.023		0.131	**
介護の動機				
大切だからとの思い ^c	-0.068		-0.090	*
対処方略				
いらいらした時には一旦離れ関わらない ^b	0.253	***	0.114	**
喫煙して一息つく ^b	-0.275	***	0.086	*
今後の不安				
いつまで続くかわからない不安 ^b	0.339	***	0.232	***
自己の将来の不安 ^b	-0.079		0.169	**
経済的不安 ^b	-0.042		0.152	**
調整済 R ² 値 (調整済決定係数)	0.613		0.674	
F値	23.183	**	27.741	**

- ・a: 実数を投入した。
- ・b: 「全くない」1、あまりない」2、時々ある」3、「よくある」4とした。
- ・c: 「あり」1、「なし」0のダミー変数とした。
- ・有意確率: * :p<0.05 ** :p<0.01 *** :p<0.001

(2) 介護肯定感に関連する要因 (促進要因・抑制要因) (表7)

①男女介護者共通の要因

重回帰分析の結果、調整済み R² 値は、男性介護者 0.422、女性介護者 0.418 であった。情緒的消耗で男女介護者に共通する促進要因は、「大切だからとの思い」「情緒的サポート」「もっと学習したい」であった。抑制要因は抽出されなかった。

②男性介護者の特徴

男性介護者特有の促進要因は「記憶障害(SMQ)」が軽いこと、「介護期間(月)」の長さ、「リハビリ担当の専門職に相談」「病院の送迎」「介護を他人に任せる不安」「仕事を辞めてまでも介護を行う」、抑制要因は「非常勤の勤務」であった。

③女性介護者の特徴

女性介護者特有の介護肯定感の促進要因は「食事介助」「車いすへの移乗」「介護は当たり前」、抑制要因は「いつまで続くかわからない不安」であった。

表7 男・女介護者：介護肯定感に関連する要因(重回帰分析)

	男性介護者 n=137		女性介護者 n=211	
	標準化 係数β	p	標準化 係数β	p
要介護者の状況				
記憶障害(SMQ) ^a	0.188 *		0.010	
同居介護者の状況				
介護期間(月) ^a	0.159 *		0.097	
非常勤の勤務 ^b	-0.153 *		0.019	
リハビリ担当の専門職に相談 ^c	0.147 *		0.025	
家事や介護の実施				
病院の送迎 ^c	0.178 *		-0.016	
食事介助 ^b	0.018		0.133 *	
車いすへの移乗 ^c	0.038		0.159 **	
介護の動機				
大切だからとの思い ^c	0.309 ***		0.282 ***	
介護を他人に任せる不安 ^c	0.149 *		-0.026	
介護は当たり前 ^c	0.099		0.184 **	
社会資源				
情緒的サポート ^a	0.233 **		0.183 **	
介護観				
仕事を辞めてまでも介護を行う ^b	0.192 **		0.050	
介護の意欲				
もっと介護の学習したい ^b	0.144 *		0.268 ***	
今後の不安				
いつまで続くかわからない不安 ^b	-0.019		-0.149 *	
調整済 R ² (調整済決定係数)	0.422		0.418	
F値	10.214 ***		20.927 ***	

- ・a:実数を投入した。
- ・b:「全くない」1、「あまりない」2、「時々ある」3、「よくある」4とした。
- ・c:「あり」1点、「なし」0点のダミー変数とした。
- ・日本語版SMQ:4~46点で、得点が低いほど記憶障害が重度である。
- ・情緒的サポート:得点が高い方がサポートがある
- ・有意確率: *:p<0.05 ** :p<0.01 *** :p<0.001

5) 結果から得られた従属変数に関連する要因のまとめ

男性介護者・女性介護者における、従属変数【介護生活の反応】の《情緒的消耗》には、独立変数である【要介護者と同居介護者の要因】と、【介護生活の実態】の《家事や介護の実施》《生活の変化》《介護の動機》《対処法略》《今後の不安》が関連していた。また、従属変数【介護生活の反応】の《介護肯定感》には、独立変数である【要介護者と同居介護者の要因】と、【介護生活の実態】の《家事や介護の実施》《介護の動機》《社会資源》《介護観》《介護の意欲》《今後の不安》が関連していた。以上より、【介護生活の反応】に関連する内容は、質問紙の構成で設定した独立変数の項目を網羅しており、妥当な構成であると考えられた。

6. 研究Ⅰで明らかとなった研究Ⅱへの教育プログラム作成の示唆 (表8)

本研究の一般化を考えた場合、調査対象者の回答比率、標本誤差、信頼係数を基に算出した値は384名となる。本研究の分析対象者は348名であり、若干少ないが許容できる対象者数であると判断した。

また、男女介護者の相違を、重回帰モデルの関係要因で見た結果、特に情緒的消耗の抑制要因では、女性介護者に【要介護者と同居介護者の要因】の《要介護者の状況》や、【介護生活の実態】の《今後の不安》に関連したが項目が多かった。男性介護者に

おける情緒的消耗に関連する要因では、促進要因の《介護生活の変化》の「介護に時間がとられ思う様に仕事ができない(標準化係数 β (以下 β)=0.313)」が他の項目よりも強く関連しており、また抑制要因の《対処方略》の「喫煙して一息つく(β =-0.275)」が他の項目よりも強く関連していた。介護肯定感の促進要因では、女性介護者では《家事や介護の実施》に関連した項目が比較的多かった。男性介護者では、促進要因の《要介護者の状況》の要介護者の「記憶障害(SMQ)」が軽いこと(β =0.188)、《家事や介護の実施》の「病院の送迎の実施(β =0.178)」、《介護観》の「仕事をやめてまでも介護を行う(β =0.192)」が、他項目に比べ比較的関連が強かった。

更に、情緒的消耗の抑制要因と介護肯定感の促進要因に、《社会資源》として相談者の「リハビリ担当専門職に相談(各々 β =-0.151、 β =0.147)」が関連していた。

研究 I の結果より、特に「介護に時間がとられ思う様に仕事ができない(β =0.313)」ことから生活のペースを守ることや助けを求めることの大切さや、「喫煙して一息つく(β =-0.275)」の対処方法を用いていることから、気持ちの対処方法、家事や介護について、介護相談し易いリハビリ担当専門職等の社会資源の紹介、等をプログラムに組み込む必要性の示唆を得た。

表8 先行文献・実態調査(研究I)と認知症介護準備教育プログラム(案)との関係性の根拠

先行文献(プログラムの内容との関連)	実態調査(研究I)からの示唆(太字は研究Iの結果を示す)	プログラム(案)
<p>・高齢者は、認知症に関する周辺症状の知識や初期症状の対処行動について理解が十分ではない傾向がある¹⁰⁵⁾(知識)</p> <p>・老年期認知症等をよく認知している人は相談施設への利用意向も強い¹⁰²⁾(知識)</p> <p>・認知症の症状に対応できることで肯定的評価は高まり否定的評価を軽減する¹³⁷⁾(症状の対応)</p> <p>・認知症について適切な情報を持ち、相談できる人が周囲にいれば家族が追い詰められる予防ができる¹³⁸⁾(社会資源)</p>	<p>《情緒的消耗に関連》</p> <p>・介護に時間をとられ思うように仕事ができない(抑制要因) ⇒認知症の理解や認知症状の対応方法等の伝達。(知識)</p> <p>・リハビリ担当専門職に相談する(抑制要因) ⇒援助の結果が視覚で捉え易く、リハビリ担当専門職に相談すると推測できるため、社会資源の紹介が必要。(社会資源)</p>	<p>認知症の知識について</p>
<p>・男性介護者は、家事や介護の経験が無く、慣れない家事労働を大きな負担と感じている¹²⁾。</p> <p>・男性介護者の慣れない家事の苦勞¹¹⁾、夫介護者は経験の少ない家事全般の実施の不慣れ感があり負担になっている¹⁶⁾(家事や介護)</p>	<p>・息子介護者は家事のわずらわしさを感じていた。(息子介護者インタビューより) ⇒家事ができないわけではないが、毎日の三度三度の食事の支度や掃除・洗濯等による家事の煩わしさを述べていたことから、例えば、介護食をあまり手をかけなくてもきちんと作れる簡単な方法がある事等の伝達が必要。(家事「介護食」)</p>	<p>家事の方法</p>
<p>知症予防へ向けた運動-コグニサイズ-¹⁴⁰⁾ (認知症の予防体操)</p>	<p>《介護肯定感に関連》</p> <p>・要介護者の記憶障害が軽い(促進要因) ⇒要介護者、及び介護者のために、健康時からの認知症予防の方法や、認知症に罹患した後の進行予防やBPSD予防の伝達。(認知症予防体操)</p>	<p>認知症予防体操</p>
	<p>《情緒的消耗に関連》</p> <p>・介護に時間をとられ思うように仕事ができない(促進要因) ⇒介護生活のペースをく維持できる介護、助けを求めることの重要性やペースが崩れた場合の気持ちの対処法等の伝達。(対処方略、援助を求めること)</p> <p>《介護肯定感に関連》</p> <p>・病院の送迎による外出が気分転換になる(促進要因) ⇒忙しい介護生活の中でも、自分を大切に自身の気分転換の方法を見つけることの伝達(対処方略)。</p> <p>・介護を他人に任せる不安(促進要因) ⇒一人で抱え込む必要は無いこと、助けを求めてよいこと、社会資源への相談方法などの伝達。(援助を求めること)</p> <p>・仕事をやめてまでも介護を行うこと(促進要因) ⇒介護役割を今後も肯定的に捉えられるためにも、気持ちの対処法の伝達。(対処方略)</p>	<p>男性介護者の気持ち 対処方略 援助を求めること</p>
<p>・男性介護者にとって尿失禁のケアは負担感への強い関連要因¹⁴¹⁾が有る。</p> <p>・介護者の介護技術への自信は、訪問看護師からみた主介護者の介護技術の適切さの評価よりも低かった¹⁵³⁾。(介護技術)</p>	<p>息子介護者のインタビューでは《新たな疾病発生の危惧》や《事故発生の不安》等を抱えていることから、安全確保のための介護技術の伝達が必要である。(介護技術)</p>	<p>介護技術について</p>

第4章：研究Ⅱ

「認知症家族の介護」に備えた教育プログラムの検討

- 介護経験のない男性を対象として -

1. 「認知症家族の介護」に備えた教育プログラム作成の必要性

家族介護者への教育プログラムに関する先行研究では、介護負担軽減の関連では、家族の困りごとに関連したプログラム^{89,90)}や、情緒教育的支援^{20,92)}、コミュニケーション技法訓練⁹⁵⁾、ストレスマネジメント^{93,94)}、等の報告や、他に認知症高齢者と家族介護者の関係改善⁹⁶⁾や家族の力を引き出すためのもの⁹⁷⁾、自己効力感向上²³⁾、介護者同士の交流¹³¹⁾等のプログラムが報告されている。一方、一般地域住民に対する教育プログラムでは、認知症ケア啓発研修会¹⁰⁹⁾、口腔機能向上の支援¹¹⁰⁾、男性高齢者の一人暮らしの支援¹¹¹⁾やインターネットを活用した食生活支援¹¹²⁾、認知症の理解促進¹¹³⁾、等の報告が見られる。また、地域包括支援センターでの家族介護教室には、今後介護する可能性のある家族や民生委員なども参加している状況がある¹³²⁾。しかし家族への介護準備教育の研究報告は、介護保険施行以降では2002年の山田ら¹³³⁾の報告以外には見られていない、今後介護を行うであろう男性を対象とした教育プログラムの報告も無い。

そこで、本研究では、研究Ⅰで明らかになった男性介護者の情緒的消耗・介護肯定感への関連要因を踏まえて、「認知症家族の介護」に備えた男性のための教育プログラムを作成することとした。今後の増加が予測される男性介護者に対して、介護開始以前に男性の特徴を踏まえた認知症介護の教育プログラムを提供することは、男性介護者の介護生活の戸惑いへの予防的対策である共に、要介護者・同居介護者がその人らしい生活を送るための一つの方策として意義があると考えられる。

2. 研究の目的

現在介護をしていない男性を対象とした「認知症家族の介護」に備えた教育プログラム（以下 男性のための認知症家族介護準備プログラム）を作成し、その有効性を検討することを目的とした。

3. 研究方法

1) 調査方法：

対照群を置いた準実験的デザインである。認知症家族介護準備プログラムは介入群のみに実施した。また対照群には、認知症のパンフレット「みんなの認知症予防」¹³⁴⁾を渡し、自己学習を促した。有効性の検討を確認するために、介入群には事前調査、教育介入直後の調査(事前調査から)1週間後、さらに2か月後の追跡調査を実施した。対照群には、事前調査・1週間後・2か月後の3回調査を実施した。

介入群の認知症介護準備プログラムは、2015年5月～10月に実施し、対照群の調査は、2015年5月～12月に実施した。

2) 研究参加者の基準

主介護者として介護経験がない 45 歳以上 85 歳以下の男性を対象とした。対象者数は、効果の検定が可能な参加者数を得ることを考慮し、介入群・対照群各 50 名を参加対象として計画したが¹³⁵⁾、参加協力が得られたのは、介入群 42 名・対照群 43 名であった。

3) 参加者選定方法

(1) 介入群 (資料 2-1、資料 2-2)

2015 年 4 月に、政令指定都市である A 市 3 町の自治会長に研究の目的・方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明し、自治会住民に向けて説明の許可を得た。同年 4 月に、それぞれ各町の住民参集時に研究者の氏名・所属・研究目的・研究方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明をした (a 町 12 名、b 町 5 名、c 町 50 名程度)。介入群・対照群への参加・非参加の希望用紙を配布し、参加希望者は氏名・住所の記載を、希望無しの者は無記名で、研究者不在の所で回収ボックスに投函を依頼した。その後、参加希望者に今後の予定の書類を郵送した。しかし、希望者は介入群 9 名・対照群 2 名であったため、A 市 A 社会福祉協議会に、研究の目的・方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明し、地域ミニデイサービスのリーダー及び民生委員の各々の会合で、説明の了承を得た。同年 4 月の会合においてそれぞれ 100 人程度の方々に、自治会住民と同様の方法で希望者を募った。その結果、介入群希望者は 4 名、対照群希望者は 0 名であった。次に A 市 B 社会福祉協議会に、同年 5 月に同様の方法で男性の自主活動グループの紹介を依頼した結果、3 グループ延べ 34 名の協力を得ることができた。34 名には、それぞれグループの活動時に、自治会住民と同様の方法で希望者を募った。更に、同年 6 月に A 市 d 地区の男性活動グループに同様の方法で参加希望の依頼をし、11 名の参加者を得た。以上、総計 58 名を介入群対象者とした。

(2) 対照群 (資料 2-3)

(1) で対照群の希望者は 2 名であったため、同年 5 月に、A 市で女性を対象とした自主グループを主宰している E 氏に、研究の目的・方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明し、対照群紹介を依頼した。その後紹介のあった 3 グループに対し、参集場所に研究者が赴き、研究の目的・方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明し、その女性から夫または知人の男性の紹介を得た。E 氏に参加意向の集約を依頼し、了承のあった者を対照群とした。説明は 5 月に 1 グループ、6 月に 2 グループ行った。対照群参加者は総計 64 名であった。尚、希望があれば調査終了後にプログラムの実施を行う旨を伝えた。

4) 認知症介護準備プログラムの作成

(1) 認知症介護準備プログラムの内容構成

本プログラムの学習内容は、先行文献や研究 I で明らかとなった内容 (表 8) から、必要な項目を抽出し、それらを共通性のあるものでまとまりをつくり、組み立てた。

また、受講者の負担を考慮し通算 3 回の実施を計画したが、参加者の紹介者である自治会会長の助言等から、実施可能性のある 2 回のプログラムを作成した。

プログラムの内容は、先行文献や研究 I の示唆から表 9 のように計画をした。

表9 プログラムの内容

	内容	時間(分)	詳細	方法	担当者
1回 130分	質問紙調査 オリエンテーション	15			
	身近な病気の認知症を もっと知ろう	50	・認知症について、経過、症状、治療 対応方法について、早期発見の方法、 ・介護保険・社会資源について ・相談機関、情報共有について	①講義(資料配布)	看護師
	休憩	10	介護食調理法の視聴	ビデオ	
	認知症の予防体操を やってみよう	40	・理学療法士から認知症予防の 体操等の紹介・演習	①講義(資料配布) ②演習：認知症予防 体操等	理学 療法士
	グループディスカッション	15	・グループディスカッション	介護食を試食しつつ	
2回 130分	男性介護者はどのような 経験をされているのでしょう	30	・男性介護者の話を聞く	①講義、	男性介護 者
	休憩	5			
	・家族介護者の気持ちって？ ・今すぐに使える ストレス解消方法	35	・患者家族の思い、家族の心理ステップ ・男性介護者の特徴、 ・気持ちのコントロール方法 (リラクゼーション)の提示と演習	①講義(資料配布) ②演習；呼吸法、 リラクゼーション法	看護師
	休憩	5			
	介護を効率的に行う方法って?? (おむつ交換の巻)	35	・必要となる介護について： 見守り・排泄介助・入浴介助・ 食事の介助等 ・おむつ交換の方法、演習	①講義(資料配布) ②演習： 人形を使用して おむつ交換	看護師
	グループディスカッション	15	・グループディスカッション		
	質問紙調査	10			

(2) 認知症介護準備プログラムの学習目標

学習目標は、プログラムの内容を基に設定し、①認知症の知識が増える、②認知症や介護に対しての適切なイメージが持てる、③認知症の症状や介護への対応に自信が持てる、とした。ブルームは、達成されるべき目標の全体を認知領域・情意領域・精神運動領域に分けている¹³⁶⁾。本研究においても、「認知症の知識」は認知領域に、認知症のイメージは「情意領域」に、「認知症に関連する対応の自信」は精神運動領域に関連すると考えた。「認知症に関連する対応の自信」では、実際に行った内容は認知症予防と、ストレス対処法、介護食の作り方の視聴・試食、おむつ交換の見学を計画した。これらの内容から自己効力感を持つ事ができ、行動につながると考えた。(図3)

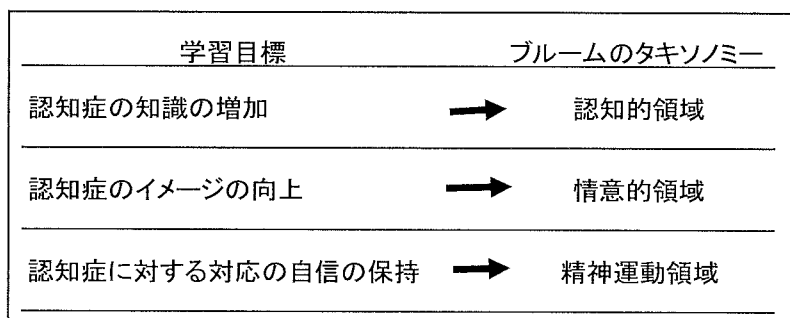


図3 学習目標とブルームのタクソミーとの関連

(3) 認知症介護準備プログラムの内容構成の根拠(表8)

1回目の「身近な認知症をもっと知ろう(資料2-4-1)」では、研究Iの示唆と先行文献から組み入れた。先行文献では、高齢者は認知症に関する周辺症状の知識や初期症状の対処行動について理解が十分ではない傾向がある¹⁰⁵⁾ことや、老年期認知症等をよく認知している人は相談施設への利用意向も強い¹⁰²⁾こと、認知症の症状に対応することで肯定的評価は高まり否定的評価を軽減する¹³⁷⁾こと、認知症の適切な情報を持ち、相談者が周囲にいれば家族が追い詰められるのを防止できる¹³⁸⁾との報告がある。研究Iでは、「介護に時間をとられ思うように仕事ができない」ことが情緒的消耗の促進要因の一つであった。また男性介護者は介護生活の規則的なリズムが介護満足感と結びつく⁸⁵⁾との報告がある。これらのことから、認知症の知識を持ち、早期対応ができることで、生活のリズムが維持され、情緒的消耗も軽減できるのではないかと考えた。以上より、認知症の理解や認知症状の対応方法、助けを求めることの重要性等の伝達を組み入れた。更に、リハビリ担当専門職に相談することが情緒的消耗の抑制要因に関連しているが、身体機能回復への情緒的支援にもつながるため、社会資源の活用を含め伝達する必要があると考えた。

また学習項目の「認知症の予防体操をやってみよう(資料2-4-3)」は、主に認知症予防の講義と演習を組み入れた。研究Iでは「記憶障害が軽い」ことが介護肯定感の促進要因と関連していたことから、要介護者だけでなく同居介護者のためにも、健康時からの認知症予防の方法や、認知症に罹患した後の進行予防やBPSD予防の伝達が必要であると考えた。

配布した資料は、認知症の知識については、厚生労働省等で公表されている統計資料や「絵で見る心の保健室.2007」¹³⁹⁾を、認知症予防では「認知症予防に向けた運動コグニサイズ」¹⁴⁰⁾の文献等を中心に作成した。

休憩時間には介護食のビデオ視聴とディスカッション時に介護食の試食を組み入れた(資料2-4-2)。男性介護者は家事や介護の経験が無く慣れない家事労働を大きな負担と感じている¹²⁾ことや、息子介護者は、家事ができないわけではないが、毎日の三度三度の食事の支度や掃除・洗濯等による家事の煩わしさを述べていたことから、今回は、介護食をあまり手をかけなくてもきちんと作れる簡単な方法がある事を伝える目的で行った。また、介護が負担にならないように、いざというときには市販品が力強い手助けになることも伝える目的で行った。ビデオは、20年以上地域の保健センターで栄養指導や料理教室・介護食の料理教室の指導を担っている栄養士に調理を依頼し作成した。おかゆ・味噌汁・さばの味噌煮・煮物・ほうれん草のおひたしを、市販の物からあまり手をかけずに作る方法を視聴した。

2回目の「男性介護者はどのような経験をされているのでしょうか」は、男性介護者の講話を組み入れた。認知症の理解には、認知症高齢者に見られる症状を生活に関連付けて伝えることが重要¹¹³⁾との報告から、介入群の男性たちは実際に主介護者としての介護経験がないため、講話により介護生活のイメージ化ができる事を意図した。

「男性介護者の気持ちと今すぐ使えるストレス解消法(資料2-4-4)」は、研究Iの示唆から組み入れ、男性介護者の特徴の講義とリラクゼーション法の演習を計画した。

その理由は、研究Ⅰの結果から、介護に時間をとられ思うように仕事ができずイライラしやすいことや、男性介護者は要介護者を他人に任せる不安があるため一人で介護を抱え込み易く、却ってストレスを溜め込む可能性が推測できたからである。そのため、いろいろな場面において、自己のペースが崩れた時やいらいらした時などに気持ちの転換ができれば、少しでも早く気持ちを落ち着かせることができると考え、気持ちの対処法であるリラクゼーション法を組み入れた。この学習項目では、ストレス時の対処方法の重要性やその方法、困ったときには援助を求めることが重要であることを特に強調した。

「介護を効率的に行う方法って！！(おむつ交換の巻)(資料 2-4-5)」では、先行文献や研究Ⅰの示唆から組み入れた。先行文献では、男性介護者は家事や介護の経験が無く、慣れない家事労働を大きな負担と感じている¹²⁾ことや、男性介護者にとって尿失禁のケアは負担感が強い¹⁴¹⁾と報告されている。また、息子介護者は「新たな疾病発生の危惧」や「入浴時の事故発生の不安」等を抱えていることから、入浴介助を含め安全確保のための介護技術の伝達の必要性の示唆を得た。しかし、入浴介助は物理的に実施するのは無理なためモデル人形を使用し、負担感が強いと報告されている¹⁴¹⁾おむつ交換を行った。

配布した資料は、ストレス解消法については、男性介護者の特徴を伝達しつつ、「リラクゼーション法の理論と実際」¹⁴²⁾の文献等を参考に作成をした。また、研究者の所属する大学の心理学の専門家に監修を受けた。排泄の援助については、「絵で見てやれる家庭介護のすべて」¹⁴³⁾等を参考に作成をした。

尚、介入群にも対照群に配布した認知症のパフレット¹³⁴⁾(資料 2-5)を配布している。

両日のディスカッションは、介護者間での支持的ネットワークが形成され、他の家族からの意見を聞くことで自己の不安が共有できる¹⁴⁴⁾との先行研究や、介護行為を行う上で弱音を吐くことをせず窮状に陥っても助けを求めない、という男性介護者の傾向¹²⁾から、今後介護する状況になった時の相互扶助の関係性まで発展することを期待して組み入れた。

5) 認知症介護準備プログラム実施計画 (表 9)

介入群には、1回130分のプログラム2回(計260分)を1セットとして、計6セット実施した。プログラム受講人数は、1セット5~18名で延べ58名であった。場所は、主に当大学、及びA生涯学習交流館で行った。実施時期と人数は、5月に1グループ5名、6月に2グループ23名、7月に2グループ19名、8月に1グループ11名であった。対照群には、認知症のパフレット¹³⁴⁾を配布し自己学習を依頼した。

介入前調査(以下介入前 T1)は、介入群はプログラム実施前に、対照群は自己学習前に、介入直後調査(以下介入直後 T2)は、介入群はプログラム終了後に、対照群は自己学習1週間後(T1回答から1週間後)に、さらに追跡調査(以下 T3)は、介入群・対照群ともT2の回答の2ヵ月後に依頼した。また、両群とも質問紙は同一人物で通し番号とした。介入群の回答場所は、T1・T2のみプログラム実施会場であったが、

それ以外は介入群・対照群とも回答者の任意に任せた（自宅等）。また、T3の質問紙回答の忘却防止のために、回答直前に介入群・対照群全員に督促はがきを郵送した。

6)参加者数の推移（図4）

対象者は、介入群（A市3町住民、地域ミニデイサービスのリーダー・民生委員・男性活動グループ）約337名、対照群（A市住民、女性の自主サークル主催者からの紹介）約76名、計約413名のうち、同意の取れた者は介入群58名・対照群63名の計121名であった。介入群の「1回目プログラム参加者、及び介入前（T1）回答者」は57名、「2回目プログラム参加者、及び介入直後（T2）回答者」は57名、「2ヵ月後の追跡調査（T3）の回答返信者」は54名であった。そのうち「除外基準」である85歳以上は2名、介護経験者7名、質問紙未記入1/3以上5名、プログラム1回以上の欠席2名、未返信6名を除いた結果、分析対象者は42名であった。また対照群の質問紙配布者63名のうち、介入前（T1）の返信者数62名、T1回答1週間後の介入直後（T2）の返信者数60名、2ヵ月後の追跡調査（T3）の返信者数54名であった。そのうち、「除外基準」である、介護経験者11名、医療従事者2名、質問紙未記入1/3以上2名、未返信15名を除いた結果分析対象者は43名であった。

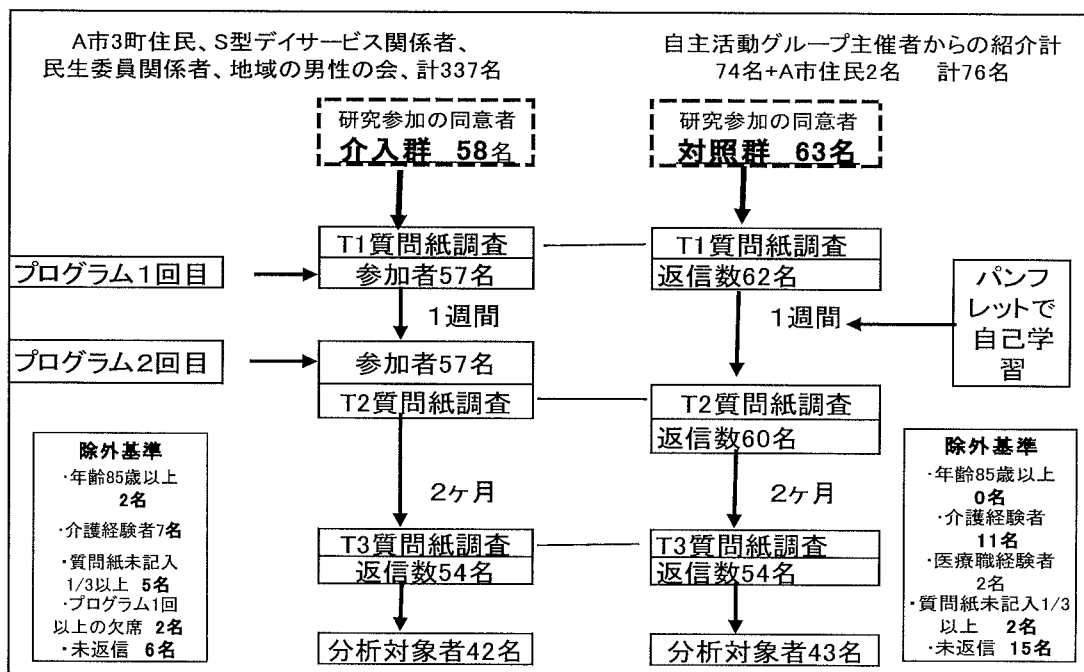


図4 対象者数の推移

7) 認知症介護準備プログラムの有効性の評価方法（資料 2-6、資料 2-7）

本研究では目標に沿って、認知症に関する知識、認知症のイメージ、認知症に関する対応の自信、の視点で評価を行うこととした。

(1) 研究参加者の状況（T1の質問紙のみに挿入）：介入群・対照群全員に実施

認知症に関する知識や認識の違いに関連あると考えられる、年齢・家族構成・職業の有無・医療に従事したことの有無・最終学歴・自身の健康状態・相談者の有無・介

護経験の有無・認知症の人とのかかわりの経験の有無・認知症の講習または研修の参加の有無の 11 項目とした。

(2) 認知症の知識 (表 10) : T1・T2・T3 で介入群・対照群全員に実施

杉原ら¹⁰⁴⁾のアルツハイマー型認知症の質問項目を参考にした。これは、認知症の一般的な知識 4 項目、症状に関する知識 10 項目、治療に関する知識 4 項目、計 18 項目で構成されている。信頼性妥当性は検証されていないが、知識・症状・治療と、全般的な視点から捉えられている。また、この質問紙を使用し評価している文献もある¹¹³⁾。従って、本研究でも杉原らの質問項目を中心に、他の文献も参考に^{102,105,113)}15 項目で作成をした。各項目とも、(ある・ない)の二者選択とした。全 15 項目で、1 項目正解 1 点、不正解 0 点とし、15 点満点で集計をした。

	正解	
一般	① 認知症にはアルツハイマー型、脳血管性、その他の種類が有る	○
	② 脳の老化のようなものなので、歳をとると誰でもなる	×
	③ 日時や場所の感覚がつかめなくなる症状が出る	○
中核	④ 早期の段階から人格が著しく変わる	×
	⑤ 物事を判断する力が徐々に衰える	○
症状	⑥ 同じ事を何度も聞くようになってかなり重症である	×
	BPSD ⑦ 物盗られ妄想が出てくることも良くある	○
f 動能	⑧ 早期の段階から、身の回りのことはほとんどできなくなる	×
	⑨ 早期の段階から、お金の管理は小額でも無理である	×
	⑩ 早期の段階から、一人暮らしはできなくなる	×
	⑪ 早期治療をしても進行を遅らせることはできない	×
治療・対応	⑫ 周囲の対応によっても、徘徊などの問題行動は軽減しない	×
	⑮ 認知症の人に妄想などが出現したときには、説得して「違う」という事を言い聞かせたほうがよい	×
心理状況	⑬ 認知症の人は不安感を抱えている	○
	⑭ 認知症の人は、症状が進んでも「うれしい」とか「悲しい」などの感情は残っている	○

(3) 認知症のイメージ : T1・T2・T3 で介入群・対照群全員に実施

認知症のイメージについては、丸尾¹¹³⁾や大澤¹⁴⁵⁾らの、地域住民の認知症に対する関心と不安及びイメージの検討において、認知症のイメージの自由記述で調査をした結果、抽出された内容を参考にした。内容は、「誰もがなる可能性」「悲しい」「身近か」「恥ずかしい」「怖い」「関係ない」「地域での見守りの必要」の 7 項目とした。それぞれについて、VAS (Visual Analog Scale) 尺度を使用し、「思う」10 点から「思わない」1 点の 10 段階で、参加者が感じている程度を番号で選択するよう依頼した。

作成した質問紙「認知症イメージ」の再現性の確認は、以下の手順で行った。主介護者として介護経験がなく、現在・過去ともに医療福祉職ではない 45~84 歳の一般男性を抽出するために、全国的に回答者を持つ Web 調査会社である NTT コムオンライン株式会社を活用した。目標人数は 30 名とし、初回調査から 1 週間後に同じ質問項目で 2 回目の調査を行った。回答者は会社と個人的に契約をしており、研究者は個人情報を知ることにはできない。また、回答者の参加は任意であり、会社は個人情報の取り扱い

について、法令遵守・安全管理措置を行い、個人情報の利用目的についても回答者に明言しており、倫理的に配慮されていた。

Web 調査の結果、42 名の回答者が得られた。男性 42 名の年齢は、52 歳から 77 歳で、平均年齢は 63.6 歳であった。実施期間は、2016 年 10 月であった。その結果を表 11-②に示す。質問項目である「認知症のイメージ」7 項目について初回と 1 週間後に回答を依頼した。カッパ係数を算出した結果、7 項目すべてに有意差があり、質問項目としての再現性は確認された。

表11-① 質問紙「認知症のイメージ」再現性の確認(n=42)

	カッパ係数	近似有意確率 (p)
認知症イメージ	①誰もがなる可能性がある	.170 **
	②悲しい	.347 ***
	③身近か	.290 ***
	④恥ずかしい	.306 ***
	⑤怖い	.240 ***
	⑥関係ない	.253 ***
	⑦地域見守りが必要	.173 **

有意確率: *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

(4) 認知症に関連する対応の自信について：T1・T2・T3 で介入群・対照群全員に実施
 認知症に関連する対応の自信については、丸尾ら¹¹³⁾の地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試みにおいて、自己効力感を「認知症の症状にうまく対応できると思う個人の確信」と定義し、対応の自己効力感を、「物忘れ」「関心がなくなる」「被害的な言葉」等、10 項目で評価している。本研究では、この内容を参考に活用した。質問項目は《認知症状の対応の自信》では、「物忘れ」「元気ない(うつ)状態」「被害的妄想」「暴言暴力」「徘徊」、《介護の自信》では「床上のおむつ交換」「介護食調理」、《介護者の生活関連他の自信》では、「公的用事で介護を他者に依頼(以下 公的用事で依頼)」「私的用事で介護を他者に依頼(以下 私的用事で依頼)」「イライラ時気持ちのコントロール(以下 「自己の気分安定」)」「家族の認知症の気づき」「認知症疑いのときの連絡先」の計 12 項目とした。どれぞれについて VAS 尺度を使用し、「自信がある」10 点から「自信が無い」1 点の 10 段階で、参加者が感じている程度を番号で選択するよう依頼した。

作成した質問紙「認知症に関連する対応の自信」の再現性の確認を、「認知症のイメージ」と同様に、42 名の回答者に初回調査から 1 週間後に同じ質問項目で 2 回目の調査を行った。その結果を表 11-②に示す。「認知症に関連する対応の自信」12 項目について、カッパ係数を算出した結果、「物忘れ」「暴言・暴力」「徘徊」「介護食」以外は有意差があり、質問項目としての再現性はあると判断した。

表11-② 質問紙「対応の自信」の再現性の確認(n=42)

		カッパ 係数	近似有意 確率(p)
認知症に 関する 対応の 自信	①物忘れ	.115	
	②元気ない(うつ)状態	.206	**
	③被害的妄想	.138	*
	④暴言暴力	.075	
	⑤徘徊	.062	
介護	⑥床上おむつ交換	.157	*
	⑦介護食調理	.066	
介護 者の 生活 関連 他	⑧公的用事で依頼	.185	**
	⑨私的用事で依頼	.236	***
	⑩自己の気分安定	.194	**
	⑪家族の認知症の気付き	.238	***
	⑫認知症に関しての連絡先	.124	*

有意確率: *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

(5) 認知症介護準備プログラム全体の感想：介入群のみ T2 において実施

プログラムを2回受講した後の全体の感想では、「満足したか」「知りたい内容か否か」「有意義な時間だったか」「他者に勧めたいか」「信頼できる内容か」「運営の如何」の6項目について、VAS尺度を使用し、「思う」10点から「思わない」1点の10段階で、参加者が感じている程度を番号で選択するよう依頼した。

(6) 介入1回目・介入2回目の終了時に行った各プログラム内容の感想：介入群のみ実施（資料2-6-2①、2-6-2②）

それぞれ実施したプログラムの項目について、VAS尺度を使用し、「理解できた」または「役立つ」10点から「理解できなかった」または「役に立たない」1点の10段階で、参加者が感じている程度を番号で選択するよう依頼した。また、プログラム1回目、2回目の各プログラム終了時に、それぞれ印象に残ったキーワードを3つ挙げるよう依頼した。

ディスカッションについては、VAS尺度を使用し「楽しかった」または「主体的に参加できた」10点から「楽しくなかった」または「主体的に参加できなかった」1点の10段階で回答を求めた。尚、本項目はT1・T2・T3の協力者の通し番号に対応はしていない。

8) 分析方法

まず、各項目の記述統計を算出した後、正規性の確認をした。その結果、対象者の年齢・健康状態は正規性が確認されたが、「認知症の知識」「認知症のイメージ」「認知症に関連する対応の自信」について正規性は確認されなかった。次いで、介入群・対照群の比較では、家族形態・職業・最終学歴・相談者の有無・認知症の人との関わり・認知症の講演聴講の有無において χ^2 検定で割合の比較を行い、年齢と健康状態は対応の無いt検定を行った。介入群と対照群では、「年齢の高さ」と「認知症の人との関わりあり」で有意に介入群が高かったため、「年齢64歳以下と65歳以上」「認知症の人との関わりありと無し」で参加者全体で「認知症の知識」「認知症のイメージ」「認知症に関す

る対応の自信」について、ウェルチの検定を行った。次いで、介入群・対照群それぞれの介入前（T1）の比較・介入直後（T2）の比較・追跡調査（T3）の比較はウェルチの検定を行った。更に認知症の知識のそれぞれの質問項目について、介入群・対照群の正解の割合の比較を χ^2 検定で行った。介入群の介入前（T1）・介入直後（T2）・追跡調査（T3）の比較、及び対照群の介入前（T1）・介入直後（T2）・追跡調査（T3）の比較は通し番号で対応があるためフリードマン検定を行った。また、介入群のT1・T2、T2・T3、T1・T3の比較、及び対照群のT1・T2、T2・T3、T1・T3の比較は、それぞれの通し番号で対応があるためウィルコクソン検定で多重比較を行った。更に、介入群の介入1回目・介入2回目終了時に行ったプログラム内容の感想である、理解度や役立ち感は記述統計を行った。更に、T2で介入群のみに実施したプログラム全体の感想の「満足したか」や「知りたい内容か否か」等の結果については記述統計を行った。分析には、統計ソフトIBM SPSS Ver22.0を使用した。

4. 倫理的配慮

1) 同意を得る方法

(1) 介入群

A市の3町内会長及びA市社会福祉協議会に電話で研究説明の了承を得た後、直接出向き研究目的・研究方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明を行い、自治会員や地域ミニデイサービスの関係者会議、民生委員の会議、男性中心に活動をしているクラブへの説明の了承を得た。その後、それぞれのグループ参集時に、研究目的・研究方法・内容・倫理的配慮について文書と口頭で説明し、対象者を募った。その場で参加意向の有無の記載用紙を配布し、意向ありの方は氏名・住所の記載を、意向無しの方は無記名で、研究者不在のところで回収ボックスに投函を依頼した。その後、意向ありの方のみに今後の予定についての書類を郵送した。承諾書は、プログラム初回の開始前に記載を依頼した。

(2) 対照群

A市で女性を対象に自主グループ活動の主催者のE氏に、研究者の知人に研究目的・研究方法・倫理的配慮について文書と口頭で説明を行い、対象者の紹介を依頼した。紹介を受けた対象者に対し、グループの参集場所に赴き研究者から文書と口頭で説明をした。参加意向のあった対象者に、その場でパンフレットとT1・T2・T3の質問紙、承諾書、及び今後の予定の資料を渡した。承諾書は、質問紙とは別に返送を依頼した。尚、希望があれば調査終了後にプログラムの実施を行う旨を伝えた。

2) プライバシーの保護

研究参加者には、個人情報への厳守・研究への参加協力や辞退の自由、また辞退により不利益を被る事は一切無いこと、質問紙は同一人物で通し番号とするが、記名はせず任意番号のみの記載のため、研究者から個人の特特定はしないこと、回答しないことで不利益になる事は無いこと、本研究で得られた結果は研究目的以外には使用しないこと、得られたデータファイルは慎重に取り扱うこと、回収した質問紙の保管は厳重

に管理を行なうこと、研究終了後はシュレッダーで処分すること、プログラム実施会場の往復での方が一の怪我等については研究者が保険加入し対応すること、等について文書と口頭で説明し了承を得た。又、全員に薄謝の謝礼をした。（承認番号 14-Io-137）

5. 結果

1) 教育介入の実施状況

1G 6名～18名で、計6セットの教育介入を行った。

2) T1における各測定値の比較（《》：主な調査項目について「」：主な調査項目の下位項目を示す。）

(1) 属性について（表12）

介入群・対照群の比較で有意差があった項目は、年齢・職業・認知症の人との関わりであった。年齢は介入群70.7歳・対照群64.6歳で介入群が高かった。職業で無職は介入群87.5%・対照群39.5%で介入群が高かった。認知症と関わりの経験は、介入群40.5%・対照群20.9%で介入群が高かった。

表12 介入群・対照群の対象者の比較

	全体		介入群		対照群		介入群 対照群 比較
	人数	平均(SD)/ 割合(%)	人数	平均(SD)/ 割合(%)	人数	平均(SD)/ 割合(%)	
年齢 ^b	85	67.6±10.1	42	70.7±6.7	43	64.6±11.9	**
家族形態 ^a							
一人暮らし	2	2.3	1	2.4	1	2.3	
夫婦のみの世帯	34	39.5	22	52.4	12	27.9	
夫婦と子	30	34.9	12	28.6	18	41.9	
親と子ども夫婦	4	4.7	0	0.0	4	9.3	
3世代世帯	12	14.0	5	11.9	7	16.3	
その他	3	3.5	2	4.8	1	2.3	
職業 ^a							
常勤	14	16.3	1	2.4	13	30.2	***
フルタイム非常勤	4	4.7	2	4.8	2	4.7	
数時間非常勤	6	7.0	3	7.1	3	7.0	
自営	5	5.8	0	0.0	5	11.6	
無職	53	61.6	36	87.5	17	39.5	
その他	3	3.5	0	0.0	3	7.0	
最終学歴 ^a							
中学	10	11.6	3	7.1	7	16.3	
高校	37	43.0	18	42.9	19	44.2	
高専	2	2.3	1	2.4	1	2.3	
専門学校	3	3.5	0	0.0	3	7.0	
短大	5	5.8	4	9.5	1	2.3	
大学	25	29.1	14	33.3	11	25.6	
大学院	2	2.3	2	4.8	0	0.0	
健康状態 ^b	85	7.1±1.9	42	7.2±7.2	43	7.0±1.8	
相談者の有無 ^a							
いる	65	75.6	34	81.0	31	72.1	
いない	20	23.3	8	19.0	12	27.9	
認知症との関わり ^a							
ある	26	30.2	17	40.5	9	20.9	*
認知症の講演聴講経験 ^a							
ある	12	14.1	6	14.3	6	14.0	

χ²検定：a t検定：b

有意確率：*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

認知症の人との関わり経験の有無での比較では、《認知症のイメージ》の「身近か」が経験あり群で有意に高く、「恥ずかしい」が経験無し群で有意に高かった。また《認知症に関する対応の自信》の「公的用事で依頼」「自己の気分の安定」が経験あり群で有意に高かった。(表 13)

表 13 認知症の人との関わりの有無 での比較

		全体(介入群・対照群) (n=85)				
		あり(n=26)		なし(n=59)		p
		平均	SD	平均	SD	
認知症の知識		11.4	3.0	11.7	2.5	
認知症イメージ	①誰もがなる可能性がある	8.5	1.4	8.0	1.8	
	②悲しい	6.9	2.4	7.3	2.4	
	③身近か	7.8	2.1	6.8	2.3	*
	④恥ずかしい	3.5	2.0	4.9	2.2	**
	⑤怖い	6.1	3.1	7.4	2.2	
	⑥関係ない	3.4	3.0	3.0	2.6	
	⑦地域見守りが必要	8.2	1.8	7.5	2.1	
認知症に関する対応の自信	①物忘れ	5.3	2.2	4.9	1.9	
	②元気がない(うつ)状態	4.0	1.7	4.3	1.9	
	③被害的妄想	4.1	2.1	3.8	1.9	
	④暴言暴力	3.7	2.1	3.3	1.6	
	⑤徘徊	3.2	1.8	3.3	1.9	
介護者の生活関連	⑥床上おむつ交換	3.2	2.4	3.1	1.6	
	⑦介護食調理	4.1	2.9	3.8	2.4	
	⑧公的用事で依頼	4.5	3.0	3.2	2.0	*
	⑨私的用事で依頼	4.0	2.6	3.0	2.1	
	⑩自己の気分安定	6.0	2.3	4.7	2.2	**
	⑪家族の認知症の気付き	4.8	2.3	4.2	2.0	
	⑫認知症に関しての連絡先	4.9	2.6	4.0	2.4	

「認知症の知識」は、最高15点最低0点で算出している。

「認知症のイメージ」「認知症状対応の自信」は、「思う」「自信がある」が10点、「思わない」「自信がない」が1点の10段階での回答である

有意確率： * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

ウエルチの検定

年代別における65歳以上(n=63)と64歳以下(n=22)の比較では、《認知症の知識》が64歳以下で有意に高く、《認知症に関する対応の自信》は、「被害的妄想」が65歳以上で有意に高かった。《認知症のイメージ》では有意差は無かった。(表14)

表14 年齢別での比較

全体(介入群・対照群) (n=85)						
		65歳以上(n=63)		64歳以下(n=22)		
		平均	SD	平均	SD	
		p				
認知症の知識		11.2	2.7	13.0	1.6	**
認知症イメージ	①誰もがなる可能性がある	8.0	1.8	8.5	1.3	
	②悲しい	7.2	2.2	7.1	2.8	
	③身近か	7.2	2.1	7.0	2.7	
	④恥ずかしい	4.6	2.3	4.1	2.1	
	⑤怖い	7.1	2.5	6.9	2.9	
	⑥関係ない	3.3	2.7	2.7	2.7	
	⑦地域見守りが必要	7.5	2.0	8.2	1.8	
認知症に関する対応の自信	①物忘れ	5.3	1.8	4.3	2.3	
	②元気がない(うつ)状態	4.4	1.7	3.7	1.9	
	③被害的妄想	4.2	2.0	3.1	1.8	*
	④暴言暴力	3.5	1.7	3.0	1.8	
	⑤徘徊	3.4	1.9	2.6	1.5	
介護者の生活関連他	⑥床上おむつ交換	3.1	1.9	3.2	1.8	
	⑦介護食調理	4.0	2.6	3.6	2.5	
介護者の生活関連他	⑧公的用事で依頼	3.4	2.5	4.0	2.3	
	⑨私的用事で依頼	3.1	2.3	3.7	2.3	
介護者の生活関連他	⑩自己の気分安定	5.1	2.2	5.1	2.6	
	⑪家族の認知症の気付き	4.4	1.9	4.4	2.6	
介護者の生活関連他	⑫認知症についての連絡先	4.4	2.5	4.0	2.4	

「認知症の知識」は、最高15点最低0点で算出している。

「認知症のイメージ」「認知症状対応の自信」は、「思う」「自信がある」が10点、「思わない」「自信がない」が1点の10段階での回答である

有意確率: *:p<0.05 ** :p<0.01 ***:p<0.001

ウェルチの検定

3) 介入群・対照群におけるT1・T2・T3の各測定値の比較(表15.16)

(1) 介入前(T1)の比較

《認知症の知識》では、介入群・対照群の比較において知識の合計で有意差のあった項目は、《認知症の知識》が介入群は10.9±2.7点、対照群は12.3±2.3点で、対照群が高かった。また、《認知症の知識》の質問(表16)の「⑬認知症の人は不安を抱えている(○)」では、対照群の回答率が有意に高かった。介入群のT1の正解率が60%未満の質問は、「②脳の老化のようなもので歳をとれば誰でもなる(×)」「④早期から人格が著しく変わる(×)」「⑥同じ事を何度も聞くようになると重症(×)」「⑮認知症の人の妄想には、説得して言い聞かせたほうがよい(×)」であった。《認知症のイメージ》《認知症に関する対応の自信》では有意差はなかった。

(2) 介入直後 (T2) の比較

《認知症の知識》では介入群・対照群の比較において知識の合計では有意差はなかったが、各質問で有意差のあった項目は「②脳の老化のようなもので歳をとれば誰でもなる(×)」「⑥同じ事を何度も聞くようになると重症(×)」で対照群が高く、「⑨早期からお金の管理は小額でも無理(×)」で介入群が高かった。また、介入群のT2での正解率が60%未満の項目は、「②脳の老化のようなもので歳をとれば誰でもなる(×)」「⑥同じ事を何度も聞くようになると重症(×)」であった。

また、《認知症のイメージ》で有意差のあった項目は、「誰もがなる可能性がある」「恥ずかしい」で介入群が高かった。《認知症に関する対応の自信》では「床上のおむつ交換」「公的用事で介護を他者に依頼」「私的用事で介護を他者に依頼」「認知症疑いのときの連絡先」で介入群が有意に高かった。

(3) 追跡調査 (T3)

《認知症の知識》では、両者の平均点の比較では有意差はなかったが、「④早期から人格が変わる(×)」において、介入群で有意に正答率が高かった。《認知症のイメージ》《認知症に関する対応の自信》とも有意差はなかった。

表15 介入群・対照群の介入前・介入直後・追跡調査の比較

	介入前(T1)					介入直後(T2)				追跡調査(T3)				
	介入群(n=42)		対照群(n=43)		p	介入群(n=42)		対照群(n=43)		p	介入群(n=42)		対照群(n=43)	
	平均値	SD	平均値	SD		平均値	SD	平均値	SD		平均値	SD	平均値	SD
認知症の知識	10.9	2.7	12.3	2.3	*	12.1	2.3	12.3	2.4		12.8	1.9	12.6	2.4
認知症イメージ	①誰もがなる可能性がある	8.5	1.4	7.8	1.9	9.1	1.1	7.7	2.6	**	8.5	1.5	8.4	2.5
	②悲しい	7.6	1.8	6.8	2.8	7.4	2.1	7.2	2.5		7.7	2.0	6.8	2.5
	③身近か	7.2	2.3	7.1	2.2	7.7	2.0	7.2	2.1		7.8	1.7	7.7	1.7
	④恥ずかしい	4.7	2.3	4.3	2.3	5.5	2.1	3.8	2.2	**	4.8	2.0	4.3	2.4
	⑤怖い	6.9	2.5	7.2	2.6	7.4	2.0	7.2	2.3		7.4	1.9	6.8	2.9
	⑥関係ない	3.2	2.7	3.0	2.7	3.5	2.7	2.5	1.8		3.0	2.4	2.7	2.6
	⑦地域見守りが必要	7.8	1.8	7.6	2.2	7.8	2.1	7.9	2.0		8.1	1.5	8.2	1.8
認知症に関する介入者の生活関連	①物忘れ	5.3	1.7	4.8	2.2	5.6	1.7	5.6	2.0		5.5	1.9	5.5	2.2
	②元気なし	4.2	1.6	4.2	2.0	5.2	1.9	4.7	1.8		4.8	1.9	5.0	1.9
	③被害的妄想	3.9	1.9	3.9	2.1	4.9	1.9	4.7	1.7		4.7	2.0	4.7	2.0
	④暴言暴力	3.5	1.6	3.4	1.8	4.6	1.8	4.2	1.6		4.4	2.0	4.3	2.1
	⑤徘徊	3.3	2.0	3.2	1.7	4.2	1.8	3.6	1.6		4.1	1.9	3.9	2.2
介入者の生活関連	⑥床上おむつ交換	2.9	1.8	3.3	1.9	5.0	2.0	3.5	2.2	**	4.5	2.3	4.1	2.4
	⑦介護食調理	4.4	2.7	3.4	2.4	5.3	2.3	4.4	2.4		5.4	2.5	4.3	2.3
	⑧公的用事で依頼	3.5	2.6	3.7	2.3	4.9	2.4	3.6	2.2	*	4.5	2.3	4.2	2.8
	⑨私的用事で依頼	3.1	2.3	3.4	2.2	5.0	2.4	3.8	2.1	*	4.2	2.0	4.1	2.6
	⑩自己の気分安定	5.0	2.0	5.2	2.6	5.5	2.0	5.5	2.4		5.2	2.0	5.0	2.3
	⑪認知症の気付き	4.3	1.8	4.5	2.4	5.7	2.0	5.3	1.9		5.9	1.9	5.6	2.2
	⑫連絡先	4.1	2.3	4.4	2.7	6.8	2.3	5.5	2.4	**	6.5	2.2	6.0	2.7

「認知症のイメージ」「認知症対応の自信」は、「思う」「自信がある」が10点、「思わない」「自信がない」が1点の10段階での回答である

有意確率: *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

ウエルチの検定

表16 介入群・対照群における認知症の知識 正解率の比較 (介入群n=42 対照群n=43)

	介入前(T1)				介入直後(T2)				追跡調査(T3)			
	全体	介入群	対照群	p	全体	介入群	対照群	p	全体	介入群	対照群	p
①認知症にはアルツハイマー等の種類がある	97.5%	94.4%	100.0%		92.4%	88.9%	95.3%		94.9%	100.0%	90.7%	
②脳の老化のようなもので年を取ると誰でもなる	65.8%	58.3%	72.1%		57.0%	44.4%	67.4%*		59.5%	55.6%	62.8%	
③日時や場所の感覚がつかめなくなる症状が出る	89.9%	86.1%	93.0%		91.1%	88.9%	93.0%		98.7%	100.0%	97.7%	
④早期から人格が著しく変わる	65.8%	55.6%	74.4%		74.7%	75.0%	74.4%		82.3%	91.7%	74.4%*	
⑤物事を判断する力が徐々に衰える	96.2%	97.2%	95.3%		100.0%	100.0%	100.0%		97.5%	100.0%	95.3%	
⑥同じ事を何度も聞くのはかなり重症である	64.6%	55.6%	72.1%		59.5%	47.2%	69.8%*		72.2%	69.4%	74.4%	
⑦物盗られ妄想が出てくることも良くある	86.1%	80.6%	90.7%		89.9%	91.7%	88.4%		89.9%	86.1%	93.0%	
⑧早期から、身の回りのことはほとんどできなくなる	79.7%	77.8%	81.4%		87.3%	86.1%	88.4%		91.1%	94.4%	88.4%	
⑨早期から、お金の管理は小額でも無理である	68.4%	72.2%	65.1%		77.2%	91.7%	65.1%**		78.5%	86.1%	72.1%	
⑩早期から、一人暮らしはできなくなる	70.9%	61.1%	79.1%		78.5%	80.6%	76.7%		83.5%	86.1%	81.4%	
⑪早期治療をしても進行を遅らせることはできない	93.7%	97.2%	90.7%		91.1%	88.9%	93.0%		94.9%	94.4%	95.3%	
⑫周囲の対応によっても、徘徊などの問題行動は軽減しない	70.9%	66.7%	74.4%		83.5%	80.6%	86.0%		84.8%	80.6%	88.4%	
⑬認知症の人は不安感を抱えている	73.4%	61.1%	83.7%*		82.3%	83.3%	81.4%		82.3%	77.8%	86.0%	
⑭認知症の人は、症状が進んでも感情は残っている	84.8%	77.8%	90.7%		83.5%	83.3%	83.7%		89.9%	88.9%	90.7%	
⑮認知症の人の妄想には、説得して言い聞かせた方がよい	59.5%	52.8%	65.1%		70.9%	75.0%	67.4%		65.8%	63.9%	67.4%	
全体平均		71.3%	82.0%			80.1%	82.0%			85.3%	84.0%	

有意確率: *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

χ²検定

4) 介入による各測定値の変化

(1) 介入群の各測定値の変化 (表17)

フリードマン検定を行った結果、有意差があった項目は、「認知症の知識」と、「認知症のイメージ」の「誰もがなる可能性」「身近」に感じる、「認知症に関する対応の自信」の「元気ない(うつ)状態」「被害的妄想」「暴言暴力」「徘徊」「床上のおむつ交換」「介護食調理」「公的用事で依頼」「私的用事で依頼」「自己の気分の安定」「家族の認知症の気づき」「認知症に関しての連絡先」であった。

T1とT2でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差のあった項目は、「認知症の知識」と「認知症のイメージ」の「誰もがなる可能性」、「認知症に関する対応の自信」の「元気ない(うつ)状態」「被害的妄想」「暴言暴力」「徘徊」「床上のおむつ交換」「介護食調理」「公的用事で依頼」「私的用事で依頼」「家族の認知症の気づき」「認知症に関しての連絡先」でほぼ中央値が上昇した。

T2とT3でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差があった項目は、「認知症の知識」で中央値は上昇し、「認知症のイメージ」の「誰もがなる可能性がある」、「認知症に関する対応の自信」の「私的用事で依頼」で中央値が下降した。

T1とT3でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差があった項目は、「認知症の知識」と「認知症に関する対応の自信」の「被害的妄想」「暴言暴力」「徘徊」「床上のおむつ交換」「介護食調理」「公的用事で依頼」「私的用事で依頼」「家族の認知症の気づき」「認知症に関しての連絡先」で中央値が上昇した。「認知症のイメージ」では有意差は無かった。

表17 介入群の介入前・介入直後・追跡調査変化 (n=42) フリードマン、ウィルコクソン

	介入前(T1)		介入直後(T2)		追跡調査(T3)		P	
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲		
認知症の知識 ^{a,b,c}	11.0	9.0-13.0	11.5	10.0-13.0	13.0	11.8-14.0	***	
認知症イメージ	①誰もがなる可能性がある ^{a, b}	8.5	8.0-10.0	9.5	8.0-10.0	9.0	8.0-10.0	**
	②悲しい	7.5	6.0-9.0	8.0	5.0-9.3	8.0	7.0-9.0	
	③身近か	7.0	6.0-9.0	8.0	7.0-9.0	8.0	7.0-9.0	*
	④恥ずかしい	5.0	3.0-6.0	5.5	4.0-7.0	5.0	3.0-6.0	
	⑤怖い	8.0	5.8-9.0	8.0	5.3-9.0	8.0	5.0-9.0	
	⑥関係ない	3.0	1.0-4.0	2.5	1.0-6.0	2.0	1.0-4.3	
	⑦地域見守り	8.0	6.8-9.3	8.0	7.0-10.0	8.0	7.0-10.0	
認知症に関する対応の自信	①物忘れ	5.0	4.8-7.0	6.0	5.0-7.0	5.5	4.0-7.0	
	②元気ない(うつ)状態 ^a	4.0	3.0-5.0	5.0	3.8-7.0	5.0	3.0-6.0	*
	③被害的妄想 ^{a, c}	3.5	3.0-5.0	5.0	3.0-7.0	5.0	3.0-7.0	*
	④暴言暴力 ^{a, c}	3.0	2.0-5.0	4.5	3.0-6.0	5.0	3.0-5.3	**
	⑤徘徊 ^{a, c}	3.0	2.0-4.0	3.0	3.0-5.3	5.0	2.0-5.0	*
	⑥床上おむつ交換 ^{a, c}	2.0	1.0-4.3	5.0	3.0-7.0	4.0	2.8-7.0	***
	⑦介護食調理 ^{a, c}	3.5	2.0-7.0	5.0	3.8-7.3	6.0	3.0-7.0	**
	⑧公的用事で依頼 ^{a, c}	3.0	2.0-5.0	5.0	3.0-7.0	4.5	2.8-6.3	**
	⑨私的用事で依頼 ^{a, b, c}	2.0	1.0-5.0	5.0	3.0-7.0	4.0	3.0-5.3	***
	⑩自己の気分安定	5.0	3.0-7.0	5.0	4.8-7.0	5.0	3.0-7.0	*
	⑪家族の認知症の気づき ^{a, c}	4.0	3.0-5.0	6.0	5.0-7.0	6.0	4.8-7.0	***
	⑫認知症についての連絡先 ^{a, c}	4.0	2.8-5.0	7.0	5.8-8.0	7.0	5.0-8.0	***

「認知症の知識」は、最高15点最低0点で算出している。

「認知症のイメージ」「認知症状対応の自信」は、「思う」「自信がある」が10点、「思わない」「自信がない」が1点の10段階での回答である

T1T2T3の検定はフリードマン検定を行い、有意差のあった項目は、ウィルコクソン符号付順位検定で多重比較を行った。有意確率(フリードマン検定): *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

a:介入前(T1)と介入直後(T2)で有意差あり c::介入前(T1)と追跡調査(T3)で有意差あり

b: 介入直後(T2)と追跡調査(T3)で有意差あり

(2) 対照群 (表 18)

フリードマン検定を行った結果、有意に差があった項目は、《認知症のイメージ》の「地域の見守り」が必要、《認知症に関する対応の自信》の「物忘れ」「元気ない(うつ)状態」「暴言暴力」「床上のおむつ交換」「介護食調理」「家族の認知症の気づき」「認知症についての連絡先」であった。《認知症の知識》では有意差は無かった。

T1とT2でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差のあった項目は、《認知症に関する対応の自信》の「物忘れ」「暴言暴力」「介護食調理」「家族の認知症の気づき」「認知症についての連絡先」で中央値が上昇した。

T2とT3でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差があった項目は、《認知症に関する対応の自信》の「床上のおむつ交換」であった。

T1とT3でウィルコクソン符号付順位検定を行い有意差のあった項目は、《認知症に関する対応の自信》の「物忘れ」「元気ない(うつ)状態」「暴言暴力」「床上のおむつ交換」「介護食調理」「家族の認知症の気づき」「認知症についての連絡先」であり、ほぼ中央値は上昇した。

表18 対照群の介入前・介入直後・追跡調査変化 (n=43) フリードマン, ウィルコクソン

	介入前(T1)		介入直後(T2)		追跡調査(T3)		P	
	中央値	四分位 範囲	中央値	四分位 範囲	中央値	四分位 範囲		
認知症の知識	13.0	11.0-14.0	12.0	10.0-13.0	13.0	12.0-14.0		
認知症イメージ	①誰もなる可能性がある	8.0	7.0-9.0	8.0	7.0-10.0	8.0	7.0-10.0	
	②悲しい	7.0	5.0-9.0	7.0	6.0-9.0	7.0	5.0-8.0	
	③身近か	7.0	6.0-9.0	8.0	6.0-8.0	8.0	7.0-9.0	
	④恥ずかしい	4.0	3.0-6.0	3.0	2.0-5.0	4.0	3.0-5.0	
	⑤怖い	8.0	5.0-10.0	8.0	6.0-9.0	8.0	5.0-10.0	
	⑥関係ない	2.0	1.0-5.0	2.0	1.0-3.0	2.0	1.0-3.0	
	⑦地域見守り	8.0	5.0-10.0	8.0	7.0-10.0	8.0	7.0-10.0	*
認知症に関する介護者の自信	①物忘れa, c	5.0	3.0-7.0	6.0	4.0-7.0	6.0	4.0-7.0	*
	②元気がない(うつ)状態c	4.0	3.0-6.0	5.0	3.0-6.0	5.0	3.0-6.0	*
	③被害的妄想	3.0	2.0-5.0	5.0	3.0-6.0	5.0	3.0-6.0	
	④暴言暴力a, c	3.0	2.0-5.0	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-6.0	*
	⑤徘徊	3.0	2.0-5.0	3.0	3.0-5.0	4.0	2.0-5.0	
	⑥床とおむつ交換b, c	3.0	2.0-5.0	3.0	2.0-5.0	3.0	2.0-6.0	*
	⑦介護食調理a, c	3.0	1.0-5.0	4.0	3.0-6.0	4.0	3.0-6.0	**
	⑧公的用事で依頼	3.0	2.0-5.0	3.0	2.0-5.0	3.0	2.0-7.0	
	⑨私的用事で依頼	3.0	2.0-5.0	3.0	2.0-6.0	3.0	2.0-7.0	
	⑩自己の気分安定	5.0	3.0-8.0	5.0	4.0-7.0	5.0	3.0-7.0	
	⑪家族の認知症の気付きa, c	4.0	2.0-7.0	5.0	5.0-7.0	6.0	3.0-7.0	*
	⑫認知症に関しての連絡先a, c	4.0	2.0-7.0	6.0	3.0-7.0	6.0	4.0-8.0	**

「認知症の知識」は、最高15点最低0点で算出している。

「認知症のイメージ」「認知症状対応の自信」は、「思う」「自信がある」が10点、「思わない」「自信がない」が1点の10段階での回答である

T1T2T3の検定はフリードマン検定を行い、有意差のあった項目は、ウィルコクソン符号付順位検定で多重比較を行った。

有意確率(フリードマン検定): *:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

a:介入前(T1)と介入直後(T2)で有意差あり c:介入前(T1)と追跡調査(T3)で有意差あり

b:介入直後(T2)と追跡調査(T3)で有意差あり

5) 認知症介護準備プログラム全体の感想 (介入群のみT2において実施) (表19)

プログラムの「満足」や「知りたい内容」等の感想について、「思う」10点から「思わない」0点のうち、一番高い項目は「有意義な時間だった」の平均8.6点、次に高い項目は「プログラム受講の満足」「信頼できる内容であった」「うまく運営されていた」の平均8.5点、他2項目も平均8点以上で、全体の平均は8.4点であった。

表19 プログラムを受講しての感想

	平均	SD
プログラム受講の満足	8.5	1.1
知りたい内容だった	8.1	1.4
有意義な時間だった	8.6	1.2
他者に勧めたい	8.2	1.4
信頼できる内容だった	8.5	1.3
うまく運営されていた	8.5	1.3
平均	8.4	1.3

「思う」10点から「思わない」1点の10段階で回答を依頼した

6) 介入1回目・介入2回目の終了時に行った各プログラム内容の感想（介入群のみ実施）

(1) 介入1回目終了後の各プログラム内容の感想（表20）

①各プログラムの回答の平均点は、ディスカッションの主体的な参加が10点中7.9点であったが、それ以外の項目は、「理解できた」「役立つ」等が10点中8点台であり、全体の平均は8.3点であった。

②印象に残ったキーワードは、「認知症は誰もがかかる」「身近な病気」等の身近な病気の認識に関する内容7件、「アルツハイマー病」「レビー小体型認知症」や「早期治療」等の認知症の疾病理解や治療に関する内容11件、「予防は適度の運動」「デュアルタスクトレーニング」等認知症予防関連13件、「症状が進んでも感情機能は残る」「説得ではなく納得」「『さっき聞いたよ』の返答はNG」「介護食」等、認知症の人への対応方法や介護関連16件、「希望」「自分を高める」等新たな前向きな姿勢関連3件、延べ50ワードの記載があった。

(2) 介入2回目終了後の各プログラム内容の感想（表21）

①各プログラムの回答の平均点は、男性介護者の介護体験講話は参考になったが10点中7.6点であったが、それ以外の項目は「理解できた」「役立つ」等が10点中8点台であり、全体の平均は8.3点であった。

②印象に残ったキーワードは、「完璧でなくてもよい」「一人で悩まない」「助けを求める」等考え方の転換に関する内容14件、「介護者同士の交流」「地域交流の必要性」「デイサービスの選択の必要性」等の社会資源の関連11件、「風船がはぜる前に辛さをぬく」「リラクゼーションの方法」等のストレス解消の関連12件、「認知症の人の感情・プライド」「怒らない」等要介護者への対応方法関連8件、その他認知症の症状・予防6件、延べ51ワードの記載があった。

表20 1回目プログラム内容に関する質問紙の結果

プログラム項目		平均	SD
1回目 直後 質問紙 結果	認知症		
	理解できた	8.5	1.4
	生活に役立つ	8.5	1.2
n=42	予防体操		
	理解できた	8.6	1.4
	生活に役立つ	8.6	1.4
	介護食	参考になった	8.1 1.6
	ディスカッション	楽しい	8.1 1.6
		主体的参加	7.9 1.6
	平均	8.3	1.4

各項目、其々「できなかった」「役に立たない」「思わない」等の1点から「できた」「役立つ」「思う」等10点の10段階で選択を依頼した。

表21 2回目プログラム内容に関するアンケート結果

プログラム項目		平均	SD
2回目 直後 アンケート	介護体験		
	興味	8.1	1.6
	参考になった	7.6	1.8
n=59	ストレス 解消法		
	理解できた	8.4	1.9
	生活に役立つ	8.5	1.6
	おむつ交換	理解できた	8.4 1.3
		参考になった	8.0 1.4
	ディスカッション	楽しい	8.6 1.2
		主体的参加	8.6 1.2
	平均	8.3	1.5

各項目、其々「できなかった」「役に立たない」「思わない」等の1点から「できた」「役立つ」「思う」等10点の10段階で選択を依頼した。

6. 考察

本研究の目的は、主介護者としての介護経験がない男性を対象に、「男性のための認知症介護準備プログラム」を作成し、教育介入を行いその有効性を検討することである。介護経験のない男性を対象とした認知症介護準備プログラムは本邦において未開発であり、その開発・効果の評価を行うことは意義があるといえる。

以下に、本プログラムの有効性について検討する。

1) 研究参加者の特徴

本研究での介入群の平均年齢は、70.7歳で対照群よりも高かった。それは定年後の年代であるため、時間が比較的自由になり、研修会にも参加し易い環境にあったと考えられた。そのためか、職業を有する割合は対照群で有意に高かった。

また、認知症の人との関わりの経験では、介入群が有意に高かったが、介入前（T1）の知識の平均点では、対照群が有意に高かった。その他、家族形態や最終学歴等の項目については介入群と対照群との間には有意差は無かった。

以上のことより、介入群は対照群に比較して年齢が高く認知症の人との関わりが多い集団であると言えた。

2) 認知症介護準備プログラムに関する研究協力者の意見

本研究では、1回130分を2回で1セット（計260分）のプログラムの中に、計7項目の内容を組み込んだ（表9）。介入1回目・介入2回目の終了時に行った各プログラム内容の感想として調査した「理解度」や「役立ち感」等（表20、表21）は、1回目・2回目とも10点中平均8点台と高かった。また、1回目終了後に印象に残ったキーワードは、身近な病気との認識や認知症の疾病や治療の理解、認知症予防、認知症の人への対応方法等の記載があり、認知症や認知症予防等の理解が進んだことが読み取れた。2回目終了後に印象に残ったキーワードも、介護に関する考え方の転換や社会資源との関連、ストレス解消や要介護者への対応方法等に関連する記載が見られ、介護の考え方の転換やストレス解消等の認識が進んだことが読み取れた。

T2で調査した「知りたい内容だった」や「信頼できる内容だった」等（表19）の介入群のプログラム全体の感想も、それぞれ10点中平均8点以上で高かった。

以上から、参加者が受講し捉えた内容は、各回のプログラム内容に沿っており、満足度も高かったと判断した。

3) 教育介入の効果について

(1) 認知症の知識

《認知症の知識》について杉原ら¹⁰⁴⁾は、年齢が高い方が知識量は低いと述べている。その理由について、従前は認知症についての啓発情報が少なく、高齢者では他者からの見聞や経験から誤った知識が定着した可能性がある反面、近年は多方面からの研究などにより改善された情報が増えたため、成人期から中高年齢期は知識量が多いのではないかと推測している。本研究においても、介入群と対照群との比較では、平均

年齢は高く無職が多い介入群で、T1の正解率が有意に低かった(表15)。このことから、知識の獲得の時期や社会活動の有無等の特性の違いが推測できた。介入直後(T2)では介入群の正解率は上昇し両群の有意差は消失したこと、追跡調査(T3)では正解率に有意な差は認められなかったことから、教育介入には一定の効果があつたと判断した。

また、介入群におけるT1・T2の変化(表17)でも、中央値はT2が有意に高かった。その理由は、平均年齢の高い介入群では、知識の修正や新たな知識が獲得されたと推測でき、教育介入の効果と考えられた。また知識の定着であるT2・T3の比較では、介入群においてはT3の中央値が有意に高かったことより、認知症の知識が維持できたと判断した。また、中央値の上昇については、教育介入により認知症に関する興味関心が向上し、メディア等から流れる情報を意識して聞いている可能性が推測できた。更に、印象に残ったキーワードでも、認知症の種類等、知識に関連する内容が記載されており、その裏付けになると考えられた。

一方対照群では、T1・T2・T3すべてで有意な変化は無かった(表18)。考えられる理由は、パンフレットを渡して自己学習を課題としたが、一人一人のパンフレットの活用方法を確認していないことに加えて、パンフレットだけでは知識の獲得や定着が不十分であることも考えられた。

また、「認知症の知識」の各項目(表16)では、介入群においてT1・T2を比較すると、4項目で正解率は下降した。「①認知症にはアルツハイマー等の種類がある(○)」の下降理由は、教育介入では理解しやすいようにグラフを用いて認知症の種類の説明もしているため推測の域を出ないが、質問の読み違い等もあるのではないかと考えた。従って、一度読んで理解しやすい質問にする必要がある。また、「②脳の老化のようなもので歳をとると誰にでもなる(×)」の下降理由は、質問自体が、参加者には伝わりにくく混乱した可能性があるためと考えられた。それは、「認知症のイメージ」の「①誰もがなる可能性がある」の質問と似ていたからである。この両質問は杉原ら¹⁰⁴⁾の文献を参考にしているが、杉原も「脳の老化によるもの」と「誰もがなる」と、2つの説が含まれているため、回答にばらつきが出たと述べていた。実際は「歳をとれば認知症に罹患する可能性は誰でもあるが、老化とは違い誰でも罹患するわけではない」が正しい考え方であるため、質問内容の検討と伝達の意図を明確に伝える表現(質問表記のわかりやすさ)の課題が残った。更に、「認知症の知識」の正解率の下降した「⑥同じ事を何度も聞くのは重症(×)」 「⑩早期治療をしても進行を遅らせることはできない(×)」については、症状とその出現時期や薬物療法の治療効果についてはグラフ等も用い伝達したが、認知症状のみが強調されて伝達された可能性がある。従って、どのような症状がいつごろ出現するのかを含めた認知症の経過や、治療効果も強調して伝える必要であると思われた。

対照群における各知識の正解率(表16)は、T1に比較しT2で7項目が下降した。その理由は、前述のような質問表記のわかりにくさの問題や、パンフレットだけでは知識の獲得や定着が不十分であることが考えられた。

以上より、目標①「認知症の知識が増える」は、介入群・対照群との比較において、

T1で有意差はあったがT2では消失していたことや、介入群ではT1・T2において認知症の知識は2項目以外で正答率が上昇したことから、ある程度の効果が認められたと判断した。

(2) 認知症のイメージ

介入群・対照群の比較(表 15)では、T2 において《認知症のイメージ》の「誰もがなる可能性がある」と「恥ずかしい」2項目が、介入群で有意に高かった。また、介入群の T1・T2 の比較(表 17)では、有意差は無いが「悲しい」「恥ずかしい」の中央値が上昇した。対照群では(表 18)有意差は無いが、「恥ずかしい」で中央値は下降した。Graham¹⁴⁸⁾は、詳しい知識を持つ介護者はうつ傾向は低いが不安の高い傾向があると述べている。またヘルスビリーフモデルでは、人々は現在の行動パターンに脅威を感じ、自分にできる範囲の可能な負担で効果があると信じる場合に行動が変容する¹⁴⁶⁾と述べている。今回介入群が、認知症やその症状等の詳しい知識が持て「誰もがなる可能性がある」と認識したことで、自分も「健康を損なう危険性」があると感じた。そして周囲の人への影響を知ることで、「悲しい」や「恥ずかしい」のイメージが今までよりも強く認知されたと考えられる。このように、認知症に対する「脅威」を感じたことで、更に対応方法を知るための行動変容につながる可能性があると考えた。従って、イメージの肯定的な変化は無かったが、「悲しい」や「恥ずかしい」と感じることで、行動変容に結びつくきっかけとなる可能性があり、効果があったと判断できた。

更に、介入群・対照群のT3の比較(表15)では有意差はなく、また介入群におけるT1・T2 の変化(表17)では、7項目中1項目がT2で有意に高く、T2・T3の変化では1項目が有意に下降した。認知症高齢者へのイメージは、知識だけではなく実際に関わることが関係する¹⁴⁷⁾事からも、イメージの変容には時間がかかるため、普段認知症高齢者と関わることの少ない介入群・対照群には、机上での説明だけでは限界があると思われた。

対照群では、T1・T2、T2・T3の変化(表18)において有意差は無く、同様のことが言えた。

以上より、目標②「認知症や認知症介護に対しての適切なイメージが持てる」は、当初計画していたような結果には至らなかった。しかし、感じた「脅威」が、情報を調べるなどの行動に結びついたと考えられ、認知症への興味関心につながったと判断できた。

(3) 認知症に関するの対応の自信

介入群・対照群の比較(表15)では、T1は有意差がなかった。しかし、T2においては本プログラムで強調した「助けを求める重要性」の内容にあたる「公的用事で依頼」「私的用事で依頼」が、介入群で有意に高かった。男性介護者は、介護行為を行う上で弱音をはくことをせず、窮状に陥っても助けを求めない傾向^{10,12)}や、介護を抱え込む傾向がある^{69,70)}、と報告されている。丸尾¹¹³⁾は、知識を日常生活に関連付けて伝達することが重要と述べているが、本プログラムにおいても、男性介護者の特徴をもとに、介護を一人で抱え込むことをせず、助けを求めることの重要性を何度も言葉に出して伝え、強調したことによる効果であったと考えた。T3の比較では、有意差はなかった。

また介入群におけるT1・T2 の変化（表17）では、12項目中10項目がT2で有意に高かった。その理由は、例えば床上のおむつ交換や介護食での具体的な場면을提示したことや、介護経験者の講話など、より身近な内容として印象付けられたと推測できた。また印象に残ったキーワードには、「『さっき聞いたよ』の返答はNG」「説得ではなく納得」「介護食」「リラクゼーションの方法」等の具体的なワードも記載されていた。従って認知症の対応の自信については、教育内容が関係したと考えられ、介入の効果はある程度あったと判断した。

また、介入群におけるT2とT3での変化では、1項目を除いて有意差はなかった。このことから、一定期間が過ぎた後の《認知症に関する対応の自信》の継続については、ある程度の効果があったと判断できた。有意に低下した「⑨私的用事で依頼」については、弱音を吐かず誰にも頼らず一人で抱え込む傾向がある¹²⁾男性介護者の特徴が影響している、と推測できた。しかし、本項目ではT1とT3の比較においてT3が有意に高く、教育介入前と比べ、介護を私的用事で依頼する自信は上昇していた。

以上より、「認知症状の理解」と「認知症状の対応」には関連がある¹³⁷⁾ことから、今後認知症の知識とあわせて、認知症状への対応の両面から情報伝達や実践的な教育の必要性があると思われた。

一方、対照群において（表18）、T1とT2の比較では12項目中5項目でT2が有意に高く、T2・T3の比較ではその5項目において有意差はなかった。このように、《認知症に関する対応の自信》について、介入群・対照群ともにT1に比較しT2ではある程度の上昇が見られたが、このことより介入群の上昇は、教育介入の効果であるかは断定できないと考えられた。「自信がある」の捉え方は質問時の回答者の心理状況等により変化することや様々な要因が推測できる。今回は、介入群は効果があったと思われるが、今後さらに追及する必要がある。

また、研究Ⅰの結果から組み込んだリラクゼーション法についての評価項目である《認知症に関する対応の自信》の「⑩自己の気分安定」の結果では、介入群においてT1・T2・T3の3群間での有意差はあったが、T1・T2、T2・T3、T1・T3の変化に有意差は無かった。教育介入後のアンケート結果では、理解度や役立ち感（表20, 表21）は比較的高く、また印象に残ったキーワードも「風船がはぜる前に辛さを抜く」「リラクゼーションの方法」等が述べられており、ある程度の理解ができた。しかし生活の中で活用しない情報は、受講者自身の現在の生活にすぐには必要ないため定着しにくい¹³³⁾、と言われている。従って、本研究の参加者も、プログラムの受講をしたことでその必要性は理解できたが、毎日の生活の中ではさほど必要とはしておらず、習慣として取り入れることは難しいのだと思われた。

以上、目標③「認知症の症状や介護への対応に自信が持てる」において、介入群・対照群との比較では効果は明確ではなかった。しかし、介入群の多重比較では、一部を残し対応の自信を持つことができ、ある程度の自信の継続性も見られたため、本プログラムの効果が認められた、と判断した。

また、本研究の全体の目標については、認知症の知識が増え、認知症のイメージの変容や認知症に関する対応の自信の獲得にも対応しており、妥当な内容であったと判

断した。

7. 本研究の限界と今後と展望

1) 本研究の限界

本研究は、介護経験のない「男性介護者のための認知症介護準備プログラム」を開発する目的で、男性介護者への質問紙調査から男性の特徴を把握したうえで教育内容を開発し、その効果を検討したものである。これらは、本邦ではまだ着手されていない分野であり、実践につながる研究として一定の成果を得たと考えられる。しかしながら、下記の3項目で限界がある。

(1) 教育プログラムへの参加者に関すること

① 今回の準実験的研究の実施は、一地域での住民を対象としたものであり、文化や生活環境の異なる大都市もしくは中小市町村では、異なる結果が生じる可能性がある。今回の研究だけではプログラムの効果の一般化を論ずることはできない。

② 今回の介入研究では、参加者の社会活動経験に関する情報を収集していない。そのため、参加者募集方法の関係上、介入群と対照群の参加者の属性が等質ではなかった可能性がある。介入群は男性自主活動グループ参加者等が主であり、意識の高いグループであったことが推測できる。一方、対照群は女性を対象とした自主グループから紹介を得て男性参加者の協力を募っており、自ら参加したわけではなく、妻や知人の勧めで参加したものが多いと考えられる。

(2) 教育内容に関すること

① 「ストレス解消法」について、今回介入後の得点が上昇しなかった理由として、受講者は介護経験がないため、受講者にとって現在必要性の高い内容ではないことが推測できた。

(3) 教育効果の評価方法に関すること

① 《認知症のイメージ》と《認知症に関する対応の自信》の質問項目について、再現性の確認をしたが（表11、表12）、《認知症に関する対応の自信》では（12項目中4項目で有意差が見られず）、十分な再現性が得られていない、という課題が残った。

② 《認知症のイメージ》の肯定的評価の判断基準は、「偏見」がなくなればよいと考え、介入群の中央値の上昇・もしくは低下をもって肯定的な変化とした。しかし本研究において、イメージの変化は多少あったが、偏見が少なくなったとは一概には言えず、イメージを測定し評価する今回の方法には限界があると思われた。

③ 追跡調査は2ヵ月後に行ったが、3ヵ月後・半年後等の調査を計画しなかったため、認知症のイメージ等の、定着に時間がかかる項目の効果が明確ではない可能性がある。

④ 教育介入の評価項目（質問紙）に回答する環境が、介入群・対照群において相違があった点である。特に対照群は3回とも個人の都合のよい場所で行ったため、参考書などを確認して回答できるなどの状況が生じる可能性が考えられた。

⑤介入群における、介入1回目・介入2回目の終了時に行った各プログラムの感想にはID番号を付しておらず、質問紙結果との突合ができていない。

以上の点について、今後さらに検討・改善等を行い、実施・展開する必要があると考えた。

2)今後の展望

(1)プログラムの水平展開に向けて

現在、家族介護者教室・家族介護者交流会・介護予防事業・認知症の見守り体制等の取り組みなどは、地域支援に関する事業は地域包括支援センターを中心に行われている¹⁴⁹⁾。加えて、地域包括ケアシステムでは、高齢者の住まいを中心に医療や介護、生活支援・介護予防のシステムが考えられている¹⁵⁰⁾。そのシステムを支える組織の一つに地域包括支援センターは存在する。しかし、あくまで地域での暮らしが中心になることを考慮すると、地域包括支援センターだけではなく、地域の老人クラブや自治会・ボランティア・NPO等も大きな力となりうる。実際、地域包括支援センターの事業が、住民による自主的な勉強会の取り組みや自主活動・サークルの組織化にまで至っているところもある¹⁵¹⁾。そこで、地域包括支援センターの地域支援事業の任意事業に組み込みながら、地域の自治会・ボランティア・NPO等の啓発をしつつ、自主運営ができるような支援が必要であると考えられる。

(2)プログラムの内容に関すること

今回は、男性に向けた介護準備プログラムの作成を行ったが、息子介護者と夫介護者とは、立場の違いから介護の意識に相違があることが予測できる。例えば、「子どもと同居しているかどうかにかかわらず、夫婦がそろっていれば介護は夫婦間で、という考え方が一般化してきている¹⁵²⁾」ことや、妻を戦友・親友として対等に見る意識の変化がある¹⁵²⁾、等のことから、夫の介護は普通のことと受け止められるようになってきている。一方息子では、これまでの親子関係の有り方を、老いた親に合わせて柔軟に組み替えることは容易ではない¹⁵²⁾ ことや、既婚の息子介護者では妻の支援が予測できるが、未婚の息子介護者では生活全般の家事・介護をすべて担わなければならないことから、既婚と未婚とでは物理的にも心理的にも大きな違いがあると推測できる。従って、本研究では男性介護者の特徴を加味して、男性全般の介護準備プログラムを作成したが、今後さらに、夫介護者や息子介護者、また息子介護者でも配偶者の有無を考慮したプログラムの開発が求められると考える。

また今回の教育プログラムでは、ある程度の「認知症の知識」や「認知症の対応の自信」の継続性ははかれたが、今後更なる維持への対策が必要である。たとえば、ヘルスピーリーフモデル¹⁴⁶⁾では、「認知された脆弱性」と「認知された重大性」により感じた脅威を軽減するために行動が変容すると述べている。また丸尾ら¹¹³⁾の、認知症の理解には、認知症高齢者に見られる症状を生活に関連付けて伝えることが重要であるとの報告からも、模擬患者でのロールプレイの実施もプログラムに組み込み、体験することで身近に感じる取り組みも必要と考える。その事により、介護経験がなくとも、

興味・関心を持つことができ、学んだ知識や意識が持続できると考える。

以上、今後も本プログラムを繰り返し実施し内容を見直すと共に、個別に対応した内容変更の必要性の示唆を得た。

8. 結論

今回、現在介護をしていない男性を対象とした認知症介護準備プログラムを作成した。「認知症の知識が増える」「認知症や介護に対しての適切なイメージが持てる」「認知症の症状や介護への対応の自信が持てる」の3点を目標とし、介入群と対照群を比較することで、その有効性を検討した。プログラムの特徴としては男性介護者の特性を踏まえ、「ストレス時の対処」や「援助を求めることが重要性」を組み入れた。

その結果、「認知症の知識が増える」「認知症の症状や介護への対応の自信が持てる」の目標は、教育直後及び2か月後に得点の上昇を認め、ある程度の有効性は確認できた。しかし、「認知症や介護に対しての適切なイメージが持てる」については、有意な変化が認められなかった。今後は、認知症イメージに関する教育内容とその方法や、評価の方法の検討の必要性がある。また本研究は、一地域での実施であり、複数の介入研究が必要である。

第5章 結語

本研究は、「男性のための認知症介護準備プログラム」の有効性を検討することを目的とし、介護経験のない男性を対象に準実験的研究の手法を用い、介入群（42名）と対照群（43名）との比較検討によりプログラムの有効性を検討した。

介護経験のない男性を対象とした認知症介護準備プログラムは本邦において未開発であり、認知症高齢者の増加が喫緊の課題となっている現状で、一定の価値を有すると考える。

プログラムは男性介護者の情緒的消耗・介護肯定感の関連要因に関する調査研究及び先行研究に基づき構成し、男性介護者の特徴から「ストレス時の対処」「援助を求めることの重要性」の内容を組み入れた2回計4時間20分の健康教育とした。評価は「認知症の知識」「認知症に関連する対応の自信」「認知症に関するイメージ」について事前・介入直後・2ヶ月後の3時点で行い、前者2項目について、対照群と比較して有意な上昇を認めた。今後は、認知症に関するイメージについてさらに内容を検討し、プログラムの改善をはかる必要がある。

謝辞

本研究に際し、研究の主旨にご賛同いただき質問紙調査に協力いただきました、全国の地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・在宅で介護されている介護者の皆様、並びにインタビュー調査に協力いただきました、介護支援専門員・息子介護者の皆様、更にプログラム受講にご協力いただきましたA市〇町地域自治会・A市社会福祉協議会・A市在住の介護を経験されていない男性の皆様に深く感謝申し上げます。

研究の初めから、論文作成に至るまで直接ご指導いただきました国際医療福祉大学大学院荒木田美香子教授に心から感謝申し上げます。研究に取り組む先生の真摯な姿勢、また研究に必要な思考から具体的な方法に至るまで、多くのご教示・ご示唆をいただきました。またご指導いただくたびに、研究者としてのご見識の深さ、広さに感服するばかりでした。心から深く感謝申し上げます。

ともに研究に取り組む荒木田ゼミの皆様に、深く感謝いたします。皆様のアドバイスや励ましがあってこそこの今があると実感しております。

文献一覧

- 1) 内閣府. 2015. 高齢者白書.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html
2016. 4. 23
- 2) 厚生労働省. 2012. 認知症高齢者数について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul-att/2r9852000002iavi.pdf>
2016. 4. 23
- 3) 厚生労働省. 2015. :認知症施策の現状について(社保審-介護給付費分科会参考資 1).
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf 2016. 4. 23
- 4) 厚生労働省. 2015. 平成 26 年国民生活基礎調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa14/dl/02.pdf>
2016. 4. 23
- 5) 内閣府. 2015. 平成 26 年版 少子化社会対策白書.
http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2014/26webhopen/html/b1_s1-1-3.html 2016. 4. 23
- 6) 厚生労働省. 2014. 平成 25 年度版働く女性の実情.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/13.html> 2016. 4. 21
- 7) 厚生労働省. 2011. 平成 22 年 国民生活基礎調査の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html>
2015. 5. 2
- 8) 厚生労働省. 2014. 平成 25 年国民生活基礎調査の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>
2015. 5. 2
- 9) 池添志乃, 野島佐由美. 生活の再構築に取り組む家族の介護キャリアの形成困難における悪循環. 家族看護学研究 2009;14(3):20-29
- 10) 森詩恵. 男性家族介護者の介護実態とその課題. 大阪経大論集 2008;58(7):101-112
- 11) 小林彩. 在宅高齢者介護をする男性たち—女性介護者との比較による検討—. 臨床発達心理学研究 2009;8:27-44.
- 12) 津止正敏. 特集”介護を知る “「介護者を支援する」ということ—男性介護者 100 万人時代の介護政策—. 月刊国民生活. 2011;40:16-19,
- 13) 奥山則子. 文献から見た在宅での男性介護者の介護. 東京都立医療技術短期大学紀要 1997;10:267-272
- 14) 厚生労働省. 2015. 平成 25 年度 高齢者虐待の防止 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果 資料 1
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072782.html> 2016. 4. 23
- 15) 森泉保子, 小林和美, 川野雅資. 精神臨床看護検討レポート 認知症の妻を介護する夫の実情 夫の『語り』から男性介護者の支援を考える. 臨床看護 2009;35(11):1689-1694
- 16) 長澤久美子, 山村江美子, 岩清水伴美. 認知症に罹患した妻の介護をする夫介護者が感じている困難. 家族看護学研究 2015;20(2):117-124
- 17) 高室成幸. アセスメントの勘どころ「男性介護者」編. 月刊ケアマネジメント 2008 ; 19(2) : 56-57
- 18) 斉藤真緒. 男性介護者調査研究から見えてきたこと—家族介護支援とのかかわりを中心に—. 認知症ケア最前線 2010;24:36-41

- 19) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤正和. 家族介護者の介護に対する認知的評価に関連する要因 介護に対する肯定・否定両側面からの検討. 社会福祉学 2006;47(3):3-15
- 20) 望月紀子, 新田静江, 清水祐子. 通所サービス利用高齢者の家族介護者に対する情緒教育的支援の介護負担感に見られる効果. 山梨大学看護学会誌 2005;3(2):27-32
- 21) 結城千晶. 認知症高齢者を介護する家族の心理的介護負担軽減のためのアプローチ. 病院・地域精神医学 2011;54(2):155-157
- 22) 高見美保, 水谷信子. 認知症高齢者と家族介護者が関わりあう際に生じる困難に対する看護介入の観察-介入プログラムの作成と実践-. 老年看護学 2011;15(2):36-43
- 23) 丸尾智実, 河野あゆみ. 家族介護者を対象とした認知症の症状に対応する自己効力感向上プログラムの効果. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014;37(2):104-111
- 24) 須永恭子, 田村須賀子, 関根道和. 老老介護における介護者の生きがいへとつなげる訪問看護師の支援について. ホスピスと在宅ケア 2014;22(3):318-324
- 25) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者の ADL との関係介護に対する肯定・否定両側面からの検討. 生活科学研究誌 2004;3:227-236
- 26) 大浦麻絵 他. 介護保険制度導入 4 年目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. 日本老年医学会雑誌 2005;42(4):411-416
- 27) 堀田和司, 奥野順子, 深作貴子ら. 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2010;33(3):256-265
- 28) 岡本和士, 原澤優子. 在宅要介護高齢者の主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. 厚生指標 2008;55(4):21-25
- 29) 松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子ら. 訪問看護サービスを利用している在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担. 臨床と研究 2003;80(9):1687-1690
- 30) 増満昌江, 武田宜子. 介護負担感に関連する要因の検討 家族システムに焦点を当てて. 家族看護学研究 2013;18(2):48-59
- 31) 鷺尾昌一, 野上裕子, 元山彩織ら. 介護保険法改正と在宅で要介護高齢者を介護する家族介護者の介護負担. 臨床と研究 2015;92(10):1311-1316
- 32) 山崎律子, 鷺尾昌一, 荒井由美子. 在宅要介護高齢者を介護する家族の家族負担感 都市部の訪問看護サービス利用者の調査より. 臨床と研究 2012;89(2):228-234
- 33) von Känel R, Mausbach BT, Ancoli IS. et al. Sleep in spousal Alzheimer caregivers: a longitudinal study with a focus on the effects of major patient transitions on sleep. Sleep 2012;35(2):247-55.
- 34) Yu H, Wang X, He R, et al. Measuring the Caregiver Burden of Caring for Community-Residing People with Alzheimer's Disease. PLoS One. 2015;10(7) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26154626> 2016.5.2
- 35) Ali S, Bokharey IZ. Maladaptive cognitions and physical health of the caregivers of dementia: An interpretative phenomenological analysis. Int J Qual Stud Health Well-being. 2015;16: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/28980> 2016.5.2
- 36) Truzzi A, Valente L, Ulstein I, et al. Burnout in familial caregivers of

- patients with dementia. Rev Bras Psiquiatr 2012;34(4):405-412.
- 37) McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. Nursing and Health Sciences 2005;7:81-91
- 38) Kurasawa S, Yoshimasu K, Washio M, et al. Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home elderly people cared for by family caregivers. Environ Health Prev Med 2012;17(6):474-483.
- 39) Springate BA, Tremont G: Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. Am J Geriatr Psychiatry. 2014;22(3):294-300
- 40) Annerstedt L, Elmståhl S, Ingvald B, et al. Family caregiving in dementia: an analysis of the caregiver's burden and the 'breaking-point' when home care becomes inadequate. Scand J Public Health 2000;28(1):23-31
- 41) Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, et al: Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. J Adv Nurs 2007;58(5):446-57.
- 42) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relative of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist 1980;20: 649-655,
- 43) 荒木由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討: 日本老年医学会雑誌 40(5)2003 497-503
- 44) 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 1992;36:15-26
- 45) 久保真人. バーンアウト (燃え尽き症候群) - ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌 2007;558:54-64.
- 46) 上野和久, 佐藤史人. 現代日本におけるバーンアウト研究の動向に関する研究 - バーンアウトの教員への適応を目指して -. 和歌山大学教育学部教育実践総合センター紀要 2010;20:143-150
- 47) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薫ら. 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究 1999; 69(9):486-493
- 48) 服部明憲, 大内綾子, 渋谷清子ら. : バーンアウト・スケールを用いた老年介護者の家族負担度の検討 (第1報) - 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 2000;37(10):799-804
- 49) 服部明憲, 大内綾子, 渋谷清子ら. バーンアウト・スケールを用いた老年介護者の家族負担度の検討 (第2報) - 老年者の問題行動や介護者自身の要因と家族負担度との関連. 日本老年医学会雑誌 2001;38(3):360-365
- 50) 石川利江, 井上都之, 岸太一ら. 在宅介護者の介護状況、ソーシャルサポート及び介護バーンアウト. 健康心理学研究 2003;16(1):43-53
- 51) 鹿子供宏, 上野伸哉, 安田肇. アルツハイマー型老年認知症患者を介護する家族の介護負担に関する研究. 老年精神医学雑誌 2008;19(3):333-341

- 52) 松本京子, 小園由味恵, 森川千鶴子. 認知症高齢者を介護する男性配偶者の介護の思いの様相. 日本看護福祉学会誌 2014;19(2):155-167
- 53) 宮坂啓子, 藤田君支, 田淵康子. 認知症高齢者を介護する家族の介護肯定感に関する研究. 老年看護学 2014;18(2):58-66
- 54) 小林美智子, 平田佑三郎, 萬代隆. 認知症を介護している人の QOL. Quality of Life Journal 2013;14(1):25-54
- 55) 角野加恵子, 中谷久恵, 藤本比登美. 認知症高齢者の家族介護者が抱いている介護へのケア感情の構造. 家族看護研究 2013;19(1):54-64
- 56) Harmell AL, Mausbach BT, Roepke SK, et al. The relationship between self-efficacy and resting blood pressure in spousal Alzheimer's caregivers. British Journal of Health Psychology 2011;16(2):317-328
- 57) Livingston G, Barber J, Rapaport P, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2013;25;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808082/> 2016, 5, 2
- 58) McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. Nurs Health Sci 2005;7(2):81-91.
- 59) 一宮厚, 井形るり子, 尾籠晃司ら. 在宅痴呆高齢者の介護者における介護の負担感と QOL WHO/QOL-26 による検討. 老年精神医学雑誌 2001;12(10):1159-1167
- 60) 渡辺朝子, 児玉喜久枝, 松本玄智江: 家族介護者の持つ介護負担感と介護肯定感に関する検討. 日本看護学論文集 第 41 回地域看護 2010;53-56
- 61) 田中正子, 二宮寿美, 河野理恵ら. 認知症者における家族介護高齢者の生活満足度とストレス及び自己効力感との関連性 一般高齢者との比較. 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル 2011;4(1):15-22
- 62) Jennings LA, Reuben DB, Evertson LC, et al. Unmet needs of caregivers of individuals referred to a dementia care program. J Am Geriatr Soc 2015;63(2):282-289
- 63) Kimura H, Tamoto T, Kanzaki N, et al. Burnout and characteristics of mental health of caregivers of elderly dementia patients. J Rural Med 2011;6(2):47-53
- 64) 増満昌江, 武田宜子. 介護負担感に関連する要因の検討 家族システムに焦点を当てて. 家族看護学研究 2013;18(2):48-59
- 65) 榎直美, 尾形由起子, 横尾美智代ら. 家族介護者の介護力構成要素と介護負担感との関連. 福岡県立大学看護学研究紀要 2014;11(2):35-44
- 66) 山本愛子, 竹内登美子, 新鞍真理子. 東海北陸地方におけるアルツハイマー型認知症高齢者を介護する家族の心身健康度に関する研究-要介護者の重症度と主家族介護者の心身健康度に焦点を当てて. 日本看護福祉学会誌 2015;20(2):113-125
- 67) 春日キスヨ. 介護問題の社会学. 東京: 岩波書店, 2001:31-51

- 68) Baker KL, Robertson N, Connelly D. Men caring for wives or partners with dementia: masculinity, strain and gain. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):319-27
- 69) 松本啓子, 桐野匡史: 在宅認知症高齢者の男性家族介護者の介護支援に関する思い. *インターナショナル Nursing Care Research* 2015;14(1):61-70
- 70) 林 一美. 在宅で認知症配偶者介護を行う後期高齢男性の介護継続の特徴. *日本看護学会論文集在宅看護* 2015;45:39-42
- 71) 國友香奈, 佐古委句子, 玉置千恵子ら. 男性介護者の在宅介護継続の基盤となる価値観. *家族看護* 2008;6(1): 117-127
- 72) 長澤久美子、飯田澄美子. 男性介護者の介護継続要因. *家族看護学研究* 2008;14(1):58-67
- 73) Akpınar B, Küçüküçlü O, Yener G. Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(3): 248-54
- 74) Gibbons C, Creese J, Tran M, et al. The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia. a critical comparison of husbands and wives.. *J Women Aging* 2014;26(1):3-21
- 75) 東野定律, 桐野匡史, 種子田綾ら. 要介護高齢者の家族員における介護負担感の測定. *厚生指標* 2004 ; 51(4) : 18-23
- 76) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋: 在宅介護の状況及び介護ストレスに関する介護者の性差の検討. *日本公衆衛生誌* 2005 ; 51 (4) : 240-251
- 77) 井上千帆, 松本 啓子. 認知症高齢者の男性家族介護者の介護に対する思い. *インターナショナル Nursing Care Research* 2015;14(2):117-124
- 78) Han, Jung-hee, Park, Yeon-Whan. Caregiver's Burden and Quality of Life of Male Spouses with Stroke Wives. *Korean Journal of Adult Nursing*, 2012; 24(6): 615-626.
- 79) Knutsen H, Råholm M. The dialectic movement between suffering and reconciliation: male caregivers' experience of caring for their wives suffering from dementia . *International Journal for Human Caring*, 2009; 13(4): 50-56.
- 80) 齊藤真緒. 男性介護者調査研究から見えてきたこと-家族介護支援とのかかわりを中心に-. *認知症ケア最前線* 2010 : 24:36-41
- 81) 林葉子. 有配偶男性介護者による介護役割受け入れのプロセス--グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて. *家族研究年報* 2003;28:38-50
- 82) 鈴木祐恵, 彦聖美, 金川克子ら. 訪問看護ステーション利用者を介護している石川県下の男性介護者の実態と介護に対する意識 自記式質問紙調査から. *石川看護雑誌* 2013;10:65-75
- 83) 彦聖美, 鈴木祐恵, 金川克子ら. 高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査-石川県における介護支援専門員に対する質問紙調査-. *石川看護雑誌* 2013;10:37-46
- 84) 羽根文. 介護殺人・心中事件に見る家族介護の困難とジェンダーの要因-介護者が夫・息子の事例から-*家族社会学研究* 2006;18(1) : 27-39
- 85) 神前裕子. 介護満足感の高い介護とは-男性介護者の事例分析-. *臨床発達心理学研究* 2009;8:45-58

- 86) 川野栄子, 平野美穂, 鳥居央子ら. 男性が主介護者である家族への生活力量向上を目指す支援. 家族看護学研究 2008;13(3):150-156
- 87) 中村もとゑ, 永井眞由美, 松原みゆき. 認知症高齢者を在宅で介護する向老期・老年期にある男性介護者のよりよく生きる力とそれを育む要因. 老年看護学 2011;16(1):104-110
- 88) 藤野希, 千葉由美, 山本則子. 在宅介護をする家族員間に見られる介護の分担. 日本在宅ケア学会誌 2010;13(2):101-108
- 89) 上城憲司, 中村貴志, 納戸美佐子ら. デイケアにおける認証家族介護者の「家族支援プログラム」の効果. 日本認知症ケア学会誌 2009;8(3):394 - 402
- 90) Seike A, Sumigaki C, Takeda A, et al. Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members- an investigation based on learning needs and attitude changes. Geriatr Gerontol Int. 2014;14(2):28-34.
- 91) Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, et al. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. Psychol Aging 2003;18(3): 361-374.
- 92) Cheng ST, Lau RW, Mak EP, et al. A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease : study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2012;13:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413525/> 2016, 5, 2
- 93) 水野恵理子. 在宅における家族介護者への心理教育的プログラムの実践. こころの看護学 2003;4(1):155-160
- 94) 塩山(都村) 尚子. 痴呆性高齢者の家族介護者へのストレスリダクションプログラムの開発. 日本痴呆ケア学会誌 2004;3(2):214-221
- 95) 鈴木雄介, 種村留美. 外傷性脳損傷患者の家族介護者の心理学的苦痛の軽減に向けた介入プログラムの効果. 高次脳機能研究 2012;32(1):38-46
- 96) 高見美保, 水谷信子. 認知症高齢者と家族介護者が関わりあう際に生じる困難に対する看護介入の観察-介入プログラムの作成と実践-. 老年看護学 2011;15(2):36-43
- 97) 尾之内直美. 特集-地域で支える認知症ケア-介護者・家族のおもいと支援プログラム. 介護支援専門員 2009;11(1):27-31
- 98) 厚生労働省. 2004. 認知症を知り地域を作る 10 ヶ年の構想
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.htm> 2016. 5. 27
- 99) 厚生労働省. 認知症サポーターキャラバンの実施状況. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000115060.pdf> 2016. 4. 25
- 100) 厚生労働省(2012). 認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>
2016. 5. 14
- 101) 厚生労働省. 2015. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf 20160514

- 102) 本間昭. 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学 2001;23(3):340-351
- 103) 中野正孝, 櫻庭けい子, 櫻井しのぶら: 千葉市における痴呆性高齢者のイメージに関する調査研究. 三重看護学雑 2001;3(2):21-31
- 104) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一. 一般高齢者が持つアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因. 認知症ケア学会誌 2005;4(1):9-16
- 105) 松井美穂, 新田章子, 田口幹奈子. 高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動. 厚生指標 2008;56(8):18-24
- 106) 小松洋平, 上城憲司, 青山宏. 地域住民が持つ認知症に対するイメージの実態と構造. 柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要 2010;6:21-26
- 107) 内閣府. 2015. 「認知症に関する世論調査」の概要
<http://survey.gov-online.go.jp/tokubetu/h27/h27-ninchisho.pdf> 2015.5.27
- 108) Frantzidis CA, Ladas AK, Vivas AB, et al. Cognitive and physical training for the elderly: evaluating outcome efficacy by means of neurophysiological synchronization. International Journal of Psychophysiology 2014;93(1):1-11
- 109) 流石ゆり子, 小山直美, 松村照美ら. 高齢者支援組織を対象に実施した認知症ケア啓発研修会の評価. 山梨県立大学看護学部紀要 2012;12:29-41
- 110) 新井香奈子, 坂下玲子, 上手道子ら. 口腔機能向上を促す支援プログラムによる高齢者の口腔保健行動の変化. 兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要 2012;19:69-81
- 111) 田高悦子, 河野あゆみ, 国井由生子ら. 大都市における一人暮らしの男性高齢者の地域を基盤とした支援プログラムの開発と有効性. 日本地域看護学会誌 2012;14(2):53-61
- 112) 鳥谷めぐみ, 長谷川真澄, 瀧断子. 男性高齢者へのインターネットを活用した食生活支援プログラムの試み. 天使大学紀要 2011;11:39-42
- 113) 丸尾智美, 河野あゆみ. 地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムの試み-プログラム実施前後の質問紙調査による評価-. 日本地域看護学会誌 2012;15(1):52-60
- 114) Knowls, MS (堀薫夫、三輪建治監訳). 成人教育の現代的実践-ペンタゴジーからアンドラゴジーへ-. 東京:鳳書房, 2002:33-67
- 115) 熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子ら. 日本語版 Zarit 介護負担度短縮版(J-ZBI_8)の交差妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌 2004;41(2):204-210
- 116) 片山陽子, 陶山啓子. 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析. 日本看護研究学会雑誌 2005;28(4):43-52
- 117) 総務省統計局. 2015. 高齢者の人口
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi901.htm> 2016.8.15
- 118) 横瀬利枝子. 介護施設利用に至るまで-認知症の母親への息子の対応-. 生命倫理 2010;20(1):76-84
- 119) 草刈由美子. 在宅介護をする息子介護者の健康習慣指数(HPI)の実態. 独協医科大学看護学部紀要 2012;5(2):139-146

- 120) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する肯定的評価に関連する因子. 厚生指標 2005;52(8):1-7
- 121) 大浦麻絵, 鷺尾昌一, 森満他. 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の性差精査に関する特徴. 保健師ジャーナル 2005: 61(5); 420-242
- 122) 山崎律子, 鷺尾昌一, 荒井由美子. 在宅要介護高齢者を介護する家族の家族負担感-都市部の訪問看護サービス利用者の調査より-. 臨床と研究 89(2):2012:228-234
- 123) 石川利江. 在宅介護家族のストレスとソーシャルサポートに関する健康心理学的研究. 東京. 風間書房, 2007: 40-46,
- 124) 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明ら. 在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究(2). 老年社会学 1994:39;23-34
- 125) Kevin L.B., Noelle R. and David C.: Men caring for wives or partners with dementia: Masculinity, strain and gain, Aging & Mental Health, 14(3): 319-327, 2010
- 126) Koss E, Patterson MB, Ownby R, et al. Memory Evaluation in Alzheimer's Disease-Caregivers' Appraisals and Objective Testing. Arch Neurol 1993;50:92-97
- 127) 牧徳彦, 池田学, 銚石和彦ら. 日本版 Short-Memory Questionnaire-アルツハイマー病患者の記憶障害評価票の有用性の検討-. 脳神経 2998;50(5):415-418
- 128) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior 1981; 2: 99-113
- 129) 櫻井成美. 介護肯定感がもつ負担軽減効果. 心理学研究 1999;70(3):203-210
- 130) 名取真人. マン・ホイットニーのU検定と不等分散時における代表値の検定法. 霊長類研究 2014; Primate Res. 30:173-185
- 131) 菅沼真由美, 新田静江. 認知症高齢者の女性介護者に対する家族介護者感交流プログラムの効果. 老年看護学 2014;19(1):81-89
- 132) 佐藤典子. 家族介護教室の実際と課題. 老年精神医学雑誌 014;25(9):1009-1016
- 133) 山田紀代美, 諸井とみ江. 地域住民を対象とした介護講座の評価に関する研究. 北日本看護学会誌 2002;5(1):33-39
- 134) 山口晴保 監修. みんなの認知症予防-脳を守る生活習慣のポイントからもしもの時の対処まで, 東京: 東京法規出版, 2014
- 135) 大橋靖男: 続 CRC のための実践統計学
http://www.csp.or.jp/cspor/upload_files/arch_137.pdf 20150116
- 136) 舟島なをみ. 看護教育の授業展開-質の高い講義・演習・実習の実現に向けて. 医学書院. 2013. 29-33
- 137) 菅沼真由美, 佐藤みつ子. 認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法. 日本看護研究学会雑誌 2011;34(5):41-49
- 138) 松本一生. 認知症家族の心に寄り添うケア. 中央法規. 2013:2-6
- 139) 武田雅俊, 田中稔久(監修). 絵でみる心の保健室. アルタ出版. 2007:50-79
- 140) 国立長寿医療研究センター: 認知症予防へ向けた運動-コグニサイズ-
<http://www.ncgg.go.jp/cgss/department/cre/documents/cogni.pdf> 20150210
- 141) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木裕介ら. 地方行動・心理症状 (BPSD) 及び介護環境の介護

- 負担に与える影響. 老年精神医学雑誌 2003;14(4):465-473
- 142) 五十嵐透子. リラクゼーション法の理論と実際. 医歯薬出版. 2001:25-76
- 143) 西原修造. 絵で見てやれる家庭介護のすべて. 日本医療企画. 2007
- 144) 小野健一, 金山祐里, 藪脇健二. 高齢者の家族介護者を対象とした介入方法とその効果に関するシステマティックレビュー. 老年精神医学雑誌 2013;24(4) 83-392
- 145) 大澤ゆかり, 松岡広子, 百瀬由美子ら. 地域住民の認知症に対する関心と不安およびイメージの検討. 愛知県立看護大学紀要 2007;13:9-14
- 146) Glanz K, Rimer KB(曾根智史, 湯浅資之, 渡部基ら訳). 第3章 保健信念モデル: 健康行動と健康教育-理論, 研究, 実践-. 医学書院. 2006:49-76
- 147) 奥村由美子, 久世淳子. 高齢者のイメージに関する文献研究—一般高齢者と認知要高齢者に対するイメージ-. 日本福祉大学情報社会科学論集 2008;11:58-64
- 148) Graham C, Ballard C, Sham P. Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1997;12(9):931-936,
- 149) 長寿社会開発センター. 2011. 地域包括支援センターマニュアル. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000026b0a-att/2r98520000026b5k.pdf> 2016. 3. 20
- 150) 厚生労働省. 2015. 地域包括ケアシステムの構築. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf> 2016. 5. 5
- 151) 日本看護協会. 2014. 平成25年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括支援センター及び市町村主幹部門における保健師活動実態調査報告書. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2014/25-chiikisien.pdf> 2016. 5. 7
- 152) 春日キスヨ. 変わる家族と介護. 講談社現代新書. 2010:134-157
- 153) 荒瀬靖子, 小笠原久美, 小畑由理子他. 在宅における主介護者の介護継続しに関わる要因-介護技術に対する主介護者の自信と訪問看護師から見た適切さ. 訪問看護と介護 2012;17(12):1064-1068
- 154) 高橋順子, 眞鍋知子. 認知症高齢者を介護する配偶者の継続意思を支える要因—配偶者特有の認識—. 看護総合科学研究会誌 2013;15(1):3-15
- 155) 岡本和士, 原澤優子. 在宅要介護高齢者の主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. 厚生指標 2008;55(4):21-25
- 156) 翠川(和気)純子. 障害老人の家族介護者の対処(コーピング)に関する研究. 社会老年学 1993;37:16-26

資料リスト

資料 1 : 研究 I

- 1-1: 息子介護者インタビュー
 - 1-1-1: インタビューガイド
 - 1-1-2: 研究協力のお願い (施設長用)
 - 1-1-3: 研究の概要 (施設説明用)
 - 1-1-4: 研究説明書 (研究協力者用)
 - 1-1-5: 同意書・撤回書 (研究協力者用)
- 1-2: 表 質問項目と先行研究・インタビュー結果との関係性の根拠
- 1-3: 質問紙
- 1-4: 調査協力のお願い (地域包括支援センター用)
- 1-5: 資料配布のお願い
- 1-6: 調査協力のお願い (研究協力者用)

資料 2 : 研究 II

- 2-1: 調査協力のお願い (研究協力者募集: 自治会長用)
- 2-2: 研究の説明書 (介入群用)
- 2-3: 研究の説明書 (対照群用)
- 2-4: プログラムで使用した資料
 - 2-4-1: 身近な病気の認知症をもっと知ろう
 - 2-4-2: らくらく介護食の作り方
 - 2-4-3: 介護予防のリハビリテーション-認知症予防
 - 2-4-4: 男性介護者の気持ちと今すぐ使えるストレス解消法
 - 2-4-5: 排泄の援助-おむつ交換の巻
- 2-5: 介入群・対照群 共通配布資料

- 2-6: 介入群質問紙
 - 2-6-1: 介入群実施前 (1回目) 質問紙
 - 2-6-2: 介入群実施直後 (2回目) 質問紙
 - 2-6-3: 介入群追跡調査 (3回目) 質問紙

- 2-7: 対照群質問紙
 - 2-7-1: 対照群実施前 (1回目) 質問紙
 - 2-7-2: 対照群実施直後 (2回目) 質問紙
 - 2-7-3: 対照群追跡調査 (3回目) 質問紙