

# 家族介護者の認知症に関する理解度が介護負担感に与える効果 The effect on understanding level about dementia of caregiving burden in family caregivers

吉澤 恵美

(桜美林大学大学院老年学研究科)

杉澤 秀博

(桜美林大学大学院老年学研究科)

## 要旨

本研究は、認知症に関する理解度を評価する尺度を作成するとともに、認知症高齢者を在宅で介護する家族を対象に、理解度が介護負担感にどのように影響しているのかを明らかにすることを目的としている。認知症に関する理解度については、既存尺度を用いつつも、家族介護者を対象とした質的調査に基づき、修正版を作成した。分析の結果、理解度は3つの領域で構成されているが、それぞれの領域の理解度はいずれも介護負担感の軽減に有意な効果がないことが明らかとなった。以上の結果は、理解度を評価する項目の再検討とともに、介護負担感の軽減よりも、介護方法など理解度が直接的に影響しやすい行動レベルの指標との関連で分析することが必要であることを示唆している。

キーワード：認知症，家族介護者，知識，理解度，介護負担感

## 1. はじめに

### 1) 認知症に関する理解度の重要性

わが国の急速な高齢化率の上昇とともに、後期高齢者の増加が予測されている<sup>1)</sup>。それに伴い、認知症の高齢者数も年々増加すると予想されている。粟田らの疫学調査に基づいた将来推計によると、認知症高齢者の数は、2005年に約205万人、2010年では約252万人となり、2025年には約386万人、2035年には約445万人に達すると推定されている<sup>2)</sup>。85歳以上の認知症高齢者の出現率は27.3%<sup>2)</sup>といわれていることから、後期高齢者の増加によって認知症高齢者の絶対数とともに高齢者に占める割合も増加する可能性は高い。

認知症高齢者の増加に伴い、本人への直接的な援助だけでなく、その担い手である家族への支援も重要となる。認知症高齢者を支える家族が質の高い介護を提供できなければ、BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) の増悪を招き、介護負担の増大、在宅介護の破綻につながりかねない。しかし、現在の介護保険制度による支援は、家族介護に替わ

って様々な介護サービスを要介護高齢者に提供することで、家族介護者のストレスや負担感を軽減するといったレスパイトサービスが中心となっている。このような直接的な援助では、今後予想される要介護高齢者数の著しい増加による社会保障費の増加や介護に携わるスタッフの不足などによって、要介護高齢者が十分なサービスが受けられない危険性が出てくる。つまり、近い将来、介護サービスの確保が困難となれば、それによる家族の介護負担の軽減が図れず、在宅介護の破綻の可能性が高まることも予想される。したがって、要介護者への直接的な援助に加え、介護者の精神的な支援、そして介護者自身が自らの問題を解決していく能力を高めるような支援をしていくことが在宅介護には重要となる。

では、家族介護者が介護に伴う困難に適切に対応し、介護の負担感を軽減させるためにはどのような方法があるのだろうか。一つの方法として認知症と認知症患者の介護方法に関する家族介護者の理解度を高めるといふものがある。そして、理解度を高めることが重要であることは、決して目新しいものではなく、これまでもそれを支持する指摘や実証研究が少なくない。

加藤らは、認知症高齢者を抱える家族は病気に対する正しい認識をもたないままに訓練的に関わることが多く、その行為が認知症高齢者に負担を与え、精神症状の悪化を生み、結果として家族の介護負担が増えると指摘している<sup>3)</sup>。実証研究においても、家族介護者への心理・教育的介入を行った結果、介入群では介護満足感に変化はないものの、介護負担感が減少したとする報告<sup>4) 5)</sup>や、入院中の認知症高齢者の家族に対し、教育的介入を実施した結果、退院後における家族の介護負担感が軽減したとする報告<sup>6)</sup>、認知症高齢者を在宅で介護している家族に対してストレスマネジメントを強化するため「在宅介護者こころのケア」プログラムを実施した結果、ストレス軽減が図られたとの報告<sup>7)</sup>がある。下垣らが行った介護に関する意識と態度の構造の研究においても、認知症高齢者の行動への理解が乏しいために、家族介護者が認知症高齢者に対して過干渉や拒否といった態度を取ってしまうという危険性があることが指摘されている<sup>8)</sup>。さらに、家族介護者の訴える介護負担の内容として「病状の経過がわからない」「将来の病状の悪化の対処が分からない」という不安があげられており<sup>9)</sup>、このような研究も認知症に対する知識や認知症患者の介護方法についての理解が負担感の軽減につながる可能性を示唆している。坂田も、介護知識の欠如が介護の中断に結びつくこともあり、介護知識の欠如に対して適切に援助することが必要であると指摘している<sup>10)</sup>。

## 2) 認知症に対する理解度に関する研究の到達点と課題

認知症に対する理解の重要性は指摘されているものの、理解度を実際に評価する尺度の研究は数少ない。海外においては、理解度を評価するためDieckmannらの「アルツハイマー病知識テスト」<sup>11)</sup>やGilleardらの「認知症クイズ」<sup>12)</sup>などの尺度が開発されているが、専門的で複雑なものであり、家族介護者あるいは一般住民の理解度を評価するには不適切である。日本では、家族介護者の認知症に対する理解度に関する研究は筆者の調べた限りでは田所による研究の1本のみである。田所は、介護者に対する心理教育的介入の効果を検証するため、「認知症介護の

理解度を測る小テスト」(以下、「小テスト」)を作成し、介入前後における小テストの点数の変化、さらに介護負担感・肯定感の変化を分析している。分析の結果、介入群では理解度が有意に高まり、介護肯定感が有意に向上していたものの、介護負担感については有意な変化は見られなかったことが明らかにされている<sup>13)14)</sup>。しかし、この小テストは講義の理解度を評価するために開発されたものであることから、疾患、介護方法、介護ストレス、福祉サービスなど講義で提供されている項目に限定されており、理解度を包括的に評価したものではない。また、「小テスト」の信頼性・妥当性に関しても検証されていない。

以上のように理解度を評価するための尺度は十分とはいえ、そのため、知識の中でもどのような内容が負担感の軽減に有効であるかを明らかにした研究はほとんどない。一般論として、認知症に関する理解度を高めることが認知症を介護する家族介護者の介護負担感の軽減に貢献すると指摘されているのみである。

### 3) 本研究の目的

本研究の目的は、認知症高齢者を在宅で介護する家族を対象に、第1に、認知症に関する理解度の評価尺度の内容的妥当性を評価すること、第2に、理解度が介護負担感にどのように影響しているのかを明らかにすることにある。

## 2. 研究方法

### 1) 既存の尺度の内容的妥当性の評価と修正版の作成

本研究では、まず、理解度の評価尺度の内容的妥当性を評価した。理解度の評価尺度は田所らが作成した「小テスト」(25項目で構成)を用いた。この評価尺度については、妥当性の検証が行われていない。本研究では、認知症高齢者を在宅で介護している、また介護していた家族介護者の経験に基づき、介護負担の軽減のために役立つ知識を抽出・整理し、その結果をもとに「小テスト」の妥当性を評価することとした。

妥当性の評価の一つとして内容的妥当性がある。それは、その領域の専門家の主観的判断に依拠した妥当性評価の方法である。本研究では、当事者である家族介護者の経験に基づき既存尺度の妥当性を評価するという方法を採用していることから、専門家の意見や経験に基づくものではないものの、内容的妥当性の視点からの妥当性評価といえる。

介護負担の軽減に役立つ知識を介護者から得るための方法は、フォーカスグループインタビューであった。フォーカスグループインタビューの実施は一般的な手順<sup>16)</sup>に沿って行った。以下には、フォーカスグループインタビューの実施要領を示す。

#### (1) 対象

神奈川県津久井郡城山町「家族を支える会『ほっと』」に属し、認知症高齢者を在宅で介護した経験がある家族8名を対象とした。対象者の選定は家族会に一任した。対象者には会の定例会で集まった機会に調査の目的・インタビューで話し合う内容を記述した文書を配布し、それ

をもとに説明した。定例会に参加できなかった対象者は家族会を通して文書を配布してもらい、インタビュー前にはインタビューの方法について理解してもらうようにした。

## (2) 実施時期と場所

実施時期は平成19年3月、実施場所は城山町保健福祉センターであった。

## (3) インタビューの内容

インタビューでは、認知症高齢者を在宅介護するにあたって、認知症の病気、問題行動の対応方法、社会資源（デイサービスなど）などについて、「知っておいて（理解しておいて）良かった知識、知っておきたい知識、知っておきたかった知識」を質問した。

## (4) 分析方法

録音したテープを逐語録のデータとして起こし、そのデータをKJ法<sup>17)</sup>にて分析した。

## (5) 倫理的配慮

プライバシー保護のため、対象者にはフォーカスグループインタビューで語られた事項に関する守秘義務を遵守するように伝え、同意を得た。音声は対象者の許可を得て録音し、録音媒体と逐語録については、本研究に関係する研究者およびフォーカス・グループにおいてフィールドノートを記録する者以外はアクセスできないよう厳重に保管・管理した。研究の内容・方法が倫理やプライバシーの保護において十分配慮がなされていることについては、桜美林大学研究倫理委員会の承認を得た。

## 2) 理解度が介護負担感に与える効果

内容的妥当性を評価した理解度尺度を利用し、理解度が介護負担感に与える効果について、以下のような方法を用いて評価した。

### (1) 対象

東京都秋川流域（あきる野市、福生市、日の出町、檜原村）にある在宅事業所のうち、19施設に調査の趣旨を説明し、同意を得られた15事業所の協力を得て、当該施設の利用者の家族介護者を調査対象とした。対象とした在宅事業所は、居宅介護支援センター、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護であり、グループホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス等）、有料老人ホームなどの施設は対象外とした。認知症高齢者は、厚生労働省「認知症老人の日常生活自立度判定基準」のランクが「II（日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる）」以上のものとし、その評価は在宅事業所のスタッフに行なってもらった。各事業所から紹介された認知症高齢者の家族介護者数は204名であった。

## (2) 調査方法と調査時期

調査は、在宅事業所に調査票を直接または郵送法により対象者に配布してもらい、対象者が記入後桜美林大学宛に返送してもらうという方法で行った。調査時期は平成19年12月であった。

## (3) 調査項目

### ①理解度

フォーカスグループインタビューに基づき、「小テスト」25項目の妥当性を評価し、必要な場合には項目の加除を行い尺度を作成した。尺度作成に際しては「小テスト」の質問項目にある痴呆という言葉は認知症に置き換えた。既存尺度では回答は「○」「×」の2件法であったが、本研究では介護者が知識として獲得していなかった項目に対する偶然の正答を避けるため、「わからない」という選択肢を追加した。加えて、「○」「×」によるテスト形式は、回答者が気構えて回答しにくくなることから、「そう思う」「そう思わない」「わからない」の3件法とした。

### ②介護負担感

櫻井が作成した介護負担感<sup>18)</sup>を使用した。この尺度は、負担感が「拘束感」「限界感」「対人葛藤」「経済的負担」の4因子で構成されている。設問の順序が因子ごとであり、そのまま使用すると系列効果が生じてしまうおそれがある。そのため、作成者の了解のもと項目の順番を入れ替え、使用した。

### ③要介護者の属性

年齢、性別、要介護度、続柄、ADL4項目(Katz-index)、BPSD10項目(幻覚、妄想、徘徊、暴行・暴言、異食、不潔行為、収集癖、火の不始末、介護への抵抗、昼夜逆転)を測定した。

### ④家族介護者の属性

年齢、性別、勤務形態、学歴、介護期間、同別居、手伝いの有無、相談相手の有無、家族会への参加、主観的経済感を測定した。

## (4) 回収状況

調査票は107名から回収された。欠損値が多かった2票を除外した結果、有効回収数は105名、有効回収率は52.5%であった。

## (5) 分析方法

従属変数に介護負担感を、独立変数に理解度、調整変数を投入し、重回帰分析を行なった。理解度は総得点とともに、領域別の得点の効果についても分析した。分析に際しては、ストレスfulな状況において特に理解度が負担感の軽減に効果を発揮する可能性があることから、ADLとBPSDと理解度との交互作用についても検討することとした。

## (6) 倫理的配慮

調査票の送付や手渡しは、調査に同意の得たものに対してのみ行った。調査の同意を得るた

めに依頼文には調査への協力は自由であること、公表に際しては個人が特定されたり、不利益が生じたりすることがないことを記載した。収集された記録や調査票は厳重に保管・管理した。以上について、桜美林大学研究倫理委員会の承認を得ている。

#### (7) 要介護者・家族介護者の属性

要介護高齢者の属性は表1に示した。年齢は平均85.1歳、標準偏差は6.4歳、範囲は67歳から100歳に分布していた。性別分布は女性の割合が78.1%と多くを占めていた。要介護度の分布は、要介護3が29.5%と最も多く、次に要介護2が27.6%であった。続柄別分布は子どもが56.2%と半分以上を占め、次に子の配偶者が28.6%であった。

表1 要介護者の基本的属性

年齢	平均85.1歳, 標準偏差6.4歳 最大値100歳, 最小値67歳	要介護度	要支援1	1.9%
			要支援2	4.8%
性別	男性		要介護1	14.3%
	21.9%		要介護2	27.6%
	女性		要介護3	29.5%
	78.1%		要介護4	13.3%
続柄	配偶者		要介護5	8.6%
	12.4%			
	子供			
	56.2%			
	子供の配偶者			
	28.6%			
	その他			
	2.9%			

注) n=105

家族介護者の属性は表2に示した。年齢は平均59.0歳、標準偏差は9.4歳、範囲は37歳から87歳まで分布していた。性別では女性が74.8%を占めていた。要介護高齢者と同居している人の割合は83.2%であった。

表2 家族介護者の属性

年齢	平均;58.7歳, 標準偏差;9.2歳 最大値;87歳, 最小値;37歳	同別居	同居	82.9%
			別居	17.1%
性別	男性	手伝い	いる	75.2%
	24.8%		いない	24.8%
	女性			
	75.2%			
勤務形態	正職員	相談相手	いる	94.2%
	20.0%		いない	7.6%
	パート			
	22.9%	家族会参加	あり	15.2%
	主婦		なし	84.8%
	41.3%			
	無職	経済満足度	とても満足	4.8%
	15.2%		やや満足	48.6%
	無回答		やや不満	34.3%
	1.0%		とても不満	11.4%
最終学歴	新制中学校		無回答	1.0%
	6.7%	介護負担感	平均;42.4点	標準偏差;8.9点
	新制高等学校		最大値;61点	最小値;17点
	38.1%			
	短大専門学校			
	38.1%			
	大学・大学院			
	14.3%			
	無回答			
	2.9%			
介護期間	6ヶ月未満			
	1.9%			
	6ヶ月～1年			
	5.7%			
	1年～3年			
	27.6%			
	3年～5年			
	24.8%			
	5～10年			
	27.6%			
	10年以上			
	11.4%			

注) n=105

### 3. 結果

#### 1) 理解度を評価する尺度の作成

##### (1) 理解度の概念構成

3つの概念が抽出された(図1)。抽出された概念は、認知症とその介護方法に関する知識・技能、社会資源に関する知識、介護ストレスへの対処方法であった。

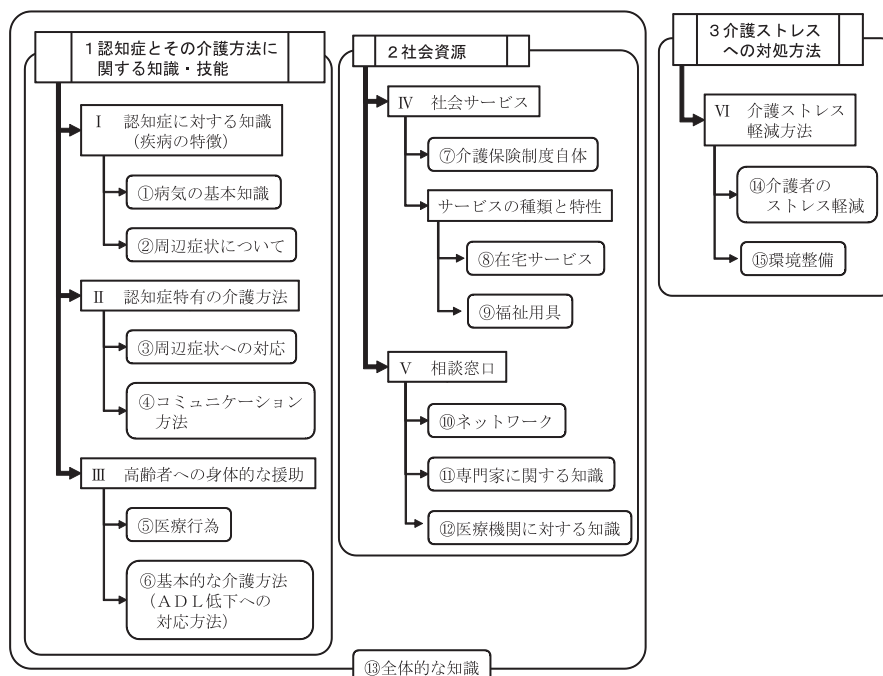


図1 認知症高齢者を介護する家族が必要としている知識の構造 (KJ法による分析)

認知症とその介護方法に関する知識・技能という概念は「認知症に対する知識(疾病の特徴)」「認知症特有の介護方法」「高齢者への身体的な援助」という3つの下位概念で構成されていた。これらについては、基本的・一般的なものではなく、実践を踏まえた具体的・個別的なもので、家族会会員や専門家から提供された情報が有効であると指摘されていた。さらに、近年の医療技術の発達によって、家庭でも看護的処置の必要性が生じ、介護者が行う医療内容についても変化が生じてきている。そのため、将来的な不安に備え、吸痰という医療知識を把握しておくことも必要であるという意見もみられた。

社会資源に関する知識はさらに「社会サービス」「相談窓口」という2つの下位概念で構成されていた。「社会サービス」については、たとえばショートステイサービス利用の場合、サービス内容と特性を把握しておくことで効果に対する過剰な期待感を軽減し、現実と期待とのギャ

ップからくるストレスを軽減させることができる。また福祉用具の場合には、展示会などで得るような一般的な知識ではなく、介護支援専門員などから得たかなり個別性の高い情報が有効であるといった発言がみられた。「相談窓口」については、介護者が必要な情報をすべて知識として獲得することが困難であることも踏まえ、各種の医療・保健・福祉の専門家の機能を把握し、問題の特性に応じた相談をできる窓口を知っていることが有効であるという意見がみられた。

介護ストレスへの対処方法については、介護者自身の感情のコントロールの仕方に加えて、認知症高齢者の生活空間を工夫することで物理的にも知覚的にも介護の負担感を軽減させることができているといった2つの下位概念によって構成されていた。

上位に位置していた3概念については、「小テスト」の質問項目ですべてカバーされていた。しかし、その下位に位置する15の概念のうち、認知症とその介護方法に関する知識・技能に関しては、④認知症高齢者とのコミュニケーション法、⑥基本的な介護方法（ADL低下への対応方法）の2つの下位概念が、社会資源では、⑨福祉用具、⑩ネットワーク、⑪専門家に関する知識、⑫医療機関に対する知識、の4つの下位概念が、既存の尺度の質問項目ではカバーされていなかった。そのため、本研究では、それらを測定する質問項目をそれぞれ1問ずつ新しく追加し、合計31項目の尺度を新しく作成することとした。概念及び追加した尺度については、福祉・医療にかかわる専門家により内容妥当性を検討してもらった。

## (2) 認知症に関する理解度の分布

表3に項目ごとの分布を示した。31項目のうち8割以上の方が正答した項目は15項目であった。誤答が多かった項目は「知識10（計算が苦手になってくるので、訓練した方がよい）」であり、誤答率は63.55%であった。「わからない」と回答した割合が4割以上のものとしては、「知識2（アルツハイマー病の死亡原因の第一位は肺炎である）」「知識8（アルツハイマー病の発病から末期まで平均5年である）」「知識24（認知症の場合、介護保険は40才以上で申請できる）」「知識28（地域包括センターとは、在宅介護に関するあらゆる相談にのってくれる機関のことである）」であった。前者の2項目は医学に関してもかなり専門的な知識であり、後者2項目は社会資源に関する知識であった。

表3 理解度を測定する各項目の回答分布 (1)

	単位は%		
	そう思う	そう 思わない	わからない
1 認知症の初期は「物忘れ」を自覚している	60.0	30.5	8.6
2 アルツハイマー病の死亡原因の第一位は肺炎である	14.3	21.9	63.8
3 抗認知症薬を投与すると認知症は治る	1.9	77.1	21.0
4 認知症には中核症状である物忘れと、感情障害や問題行動などの周辺症状がある	85.7	2.9	10.5
5 アルツハイマー病の原因は脳梗塞である	6.7	63.8	29.5



表3 理解度を測定する各項目の回答分布(2)

単位は%

	そう思う	そう 思わない	わからない
6 うつ病でも、認知症に似た症状を示すことがある	59.0	9.5	29.5
7 認知症はまず、古い出来事から忘れる	1.9	92.4	4.8
8 アルツハイマー病の発病から末期まで平均5年である	7.6	39.0	53.3
9 書くと覚えないので、なるべくメモを取らないようにする	6.7	78.1	15.2
10 計算が苦手になってくるので、訓練した方がよい	63.8	21.0	15.2
11 現実にはありえない様なことを話したら、訂正したほうがよい	16.2	73.3	9.5
12 何度も同じことを繰り返して聞いてくる場合は、説得してやめさせる	11.4	74.3	14.3
13 間違いは厳しく叱責する	2.9	90.5	6.7
14 新しい場所へ外出するなど、毎日違う刺激を与える	31.4	53.3	14.3
15 自発的に覚えるように、カレンダーや時計は本人の目の届かない所に置く	8.6	87.6	3.8
16 生活の中で大切なことは、張り紙(『ここがトイレ』『節水』など)で表示する	61.0	21.9	17.1
17 顔なじみは、本人の心をなごませる	96.2	1.0	2.9
18 デイケアやホームヘルパーなどのサービスは使わず、家族や近親者だけで介護したほうがよい	1.0	98.1	1.0
19 介護者は同居家族以外の親戚には、症状を知らせない	4.8	91.4	3.8
20 様々な問題行動には周辺の環境が関与することがある	70.5	7.6	21.9
21 思い出話は、本人の心を生き生きさせる	89.5	3.8	6.7
22 介護保険申請の窓口は、病院である	1.9	95.2	2.9
23 プライバシー保護のために、近所の人には認知症であることを知らせない	3.8	85.7	10.5
24 認知症の場合、介護保険は40才以上で申請できる	40.0	14.3	44.8
25 ショートステイとは、老人ホームなどの施設で行われる日帰り介護のことである	11.4	85.7	2.9
* 26 ポータブルトイレなどの福祉用具は、種類が少ないので、選ぶ必要はない	1.0	91.4	7.6
* 27 高齢者の状態は一人一人違うため、他者の介護体験を聞いても日々の介護の支えにはならない	4.8	90.5	4.8
* 28 地域包括センターとは、在宅介護に関するあらゆる相談にのってくれる機関のことである	47.6	11.4	41.0
* 29 認知症の症状がみられた場合には、最寄の医療機関ではなく、まず精神科を受診しなければならない	17.1	68.6	14.3
* 30 認知症高齢者は、感動したりうれしいときに感情を表現することはない	1.9	90.5	7.6
* 31 最近の紙オムツは吸収量がすぐれているので、1日中オムツを交換しなくても大丈夫である	1.0	95.2	3.8

注) \*は今回追加した項目

表4 認知症に関する理解度の分布

	質問数	平均得点	標準偏差	最高得点	最低得点
総得点	31問	22.7	4.4	29	8
認知症とその介護方法に関する知識・技能	21問	13.8	0.3	19	4
社会資源に関する理解度得点	7問	4.5	0.1	7	1
介護ストレスへの対処方法に関する理解度得点	3問	2.8	0.1	3	0

表4には、尺度の得点分布を示した。得点化に際しては正答に1点を配点した。全体得点は平均が22.7点、標準偏差が4.4点、8点から29点まで分布していた。領域別にみると、認知症とその介護方法に関する知識・技能に関する理解度得点の平均13.8点、社会資源に関する理解度得点の平均4.5点、介護ストレスへの対処方法に関する理解度得点2.8点であった。

## 2) 認知症に関する理解度が介護負担感に与える効果

介護負担感を従属変数に、認知症に関する理解度の総得点と調整変数を独立変数に投入し、重回帰分析を行った(表5)。要介護者のBPSDの重症度と家族介護者の経済満足度が有意な効

表5 介護負担感への影響についての要因分析—重回帰分析の結果—

	回帰係数			
認知症に関する理解度(総合)	-.162	-	-	-
認知症とその介護方法に関する知識・技能に関する理解度得点	-	-.233	-	-
社会資源に関する理解度得点	-	-	.315	-
介護ストレスへの対処方法に関する理解度得点	-	-	-	-.847
要介護者の年齢	-.004	-.001	-.031	-.013
要介護者の性別	-.794	-.768	-1.239	-1.130
要介護者との続柄	.990	.950	.819	.923
ADL	1.011 <sup>+</sup>	1.025 <sup>+</sup>	.890 <sup>+</sup>	.943 <sup>+</sup>
BPSD単純加算	.807 <sup>***</sup>	.805 <sup>***</sup>	.796 <sup>***</sup>	.808 <sup>***</sup>
家族介護者の年齢	-.197 <sup>+</sup>	-.196 <sup>+</sup>	-.167 <sup>+</sup>	-.183 <sup>+</sup>
家族介護者の性別	-.909	-.909	-.702	-.787
家族介護者の職業(勤務形態)	.934	.937	.941	.936
家族介護者の最終学歴	-.435	-.408	-.214	-.417
介護をしている期間	.407	.394	.227	.299
同居・別居	1.194	1.205	.793	1.020
介護を手伝ったり、協力してくれる親族の有無	1.620	1.629	1.046	1.224
介護に関する相談相手の有無	-4.804	-4.730	-4.094	-4.487
家族会への参加	.120	.124	-.156	.040
経済満足度	5.633 <sup>***</sup>	5.597 <sup>***</sup>	5.642 <sup>***</sup>	5.703 <sup>***</sup>
切片	37.324 <sup>**</sup>	36.443 <sup>**</sup>	34.588 <sup>**</sup>	37.403 <sup>**</sup>
R <sup>2</sup>	.495	.496	.493	.493

注) \*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \* p<.05 + p<.1

果をもっていたものの、理解度は有意な効果はなかった。さらに、理解度を領域別に評価した得点を独立変数とし、同様の分析を行ったが、同じように有意な効果は観察されなかった(表5)。

理解度と要介護者のADL、BPSDとの間の交互作用を分析したが、これも有意な効果が確認できなかった。領域別理解度の得点と要介護者のADL、BPSDとの間の交互作用を分析したが、これも有意な効果が観察されなかった。

#### 4. 考察

本研究では、理解度を評価するために作成された既存の尺度が、認知症の高齢者を介護した経験のある人からみて、必要な領域をカバーしているかを評価した。つまり、本研究では、介護経験者の経験に基づき既存尺度の妥当性を評価した。

その結果、認知症とその介護方法に関する知識・技能、社会資源に関する知識、介護ストレスへの対処方法という最も上位の3領域については、既存尺度がそれに対する理解度を評価するための項目を含んでいることが明らかとなった。しかし、下位領域でみると、特に認知症とその介護方法に関する知識・技能については、福祉用具、ネットワーク、専門家に関する知識、医療機関に対する知識という3つの下位概念が、社会資源に関しては、認知症高齢者とのコミュニケーション法、基本的な介護方法 (ADL低下への対応方法) という2つの下位概念が、既存の尺度で評価できないことがわかった。本研究では、以上の欠点を補うため、既存の尺度に新しく6項目を加え、合計31項目の尺度を作成した。

以上のようなプロセスで作成された尺度が、介護負担感に対して有意な効果があるか否か、つまり、予測的妥当性があるか否かを評価した結果、それを支持する結果を得ることができなかった。本研究で作成された尺度が介護負担感に対して有意な効果がなかった理由については、以下の点が指摘できよう。

第1には、分析モデルの問題である。本研究では予測的妥当性を評価するアウトカム指標として介護負担感を選択した。しかし、理解度が直接的に介護負担感の低下に結びつくのではなく、その間をいくつかの要因が媒介している可能性が高い。たとえば、理解度が高い人では認知症高齢者に対して適切な介護を行うことができるため、その結果として問題行動などが軽減し、負担感が低下するという経路が考えられる。このようなモデルを設定するとすれば、理解度の予測的妥当性のアウトカム指標としては認知症高齢者に対する介護方法や認知症高齢者の問題行動の多寡を評価する指標を位置づける方が適当と思われる。

第2には、本研究でもちいた理解度の妥当性評価の方法に関する問題である。本研究では、内容的妥当性の面から妥当性を評価した。しかし、それは介護者の経験に基づくものであり、介護状況が個々で異なることから、それを一般化するには限界があったのかもしれない。加えて、本研究で用いた尺度を因子分析を用いて分析した結果、本研究で明らかにした構成概念に相当する因子が抽出されなかった。つまり、質的な分析の結果と統計学にみた概念抽出の結果が一致しなかったことも、負担感に効果がなかった原因の一つと思われる。

第3には、因果関係の方向性が逆であった可能性である。理解度が介護負担感の多寡に影響するというのではなく、負担感が高いからこそ、それに対処するために必要に迫られて介護者が知識を獲得する行動に出たという可能性もある。認知症に関する理解度に影響する要因を分析したところ、ADLと介護期間が有意な効果をもっていた。つまり、この結果は、ADLが低下する、あるいは介護期間が長くなるほど、介護ストレスへの増悪に対応するため認知症に関する知識を獲得したり、経験の中から知識を得たことを示唆しているのではないか。パネル調査や介入研究によって理解度が負担感に与える効果を検証することが必要と思われる。

第4には、本研究での仮説、つまり理解度が家族介護者の介護行動を変化させるということがそもそも成り立たないという問題である。認知症に関する知識を頭では理解していても、それを実際の介護行動や望ましい対人関係形成へと結びつけることが出来なければ介護負担感への効果は期待できない。人々の生活行動は、個人の価値観など様々な要因が複雑に影響し合って構築されているため、必ずしも知識の普及が行動変容を起こさないことも既に明らかにされている。いわゆる「わかっているが出来ない」状態である。Prochaskaは、トランスセオリアル・モデル (Transtheoretical Model: TTM) において、対象者の関心の程度や実行の状況に応じて行動変容ステージを分類し、行動変容のステージによって効果的な介入のあり方が異なることを示している<sup>19)</sup>。これと同じように、認知症の介護においても、知識だけでは望ましい介護行動につながらず、介護負担感への効果が期待できない。認知症の家族介護者は、①衝撃・戸惑い・否定、②混乱・怒り、③あきらめ・居直り、④理解・受容の心理ステップをたどるといわれている<sup>20)</sup>。それぞれの段階で次の段階への移行に対しては一律の教育的介入が有効であるという保障はない。

以上を踏まえ、今後の課題を次に示す。

第1は、理解度の評価項目の再検討である。家族介護者が必要と思った項目だけでなく、実際に在宅介護に携わっている専門家が必要と思う項目や教育的介入によって改善された事例なども参考に、質問項目を設定する必要がある。

第2には、媒介要因として介護実践を位置付けたモデルの構築である。認知症に関する知識が介護負担軽減のための介護実践につながっているのか、もし結びついていない場合には、その理由についても今後、明らかにする必要がある。

## 謝辞

本研究に対し、調査にご協力いただきました対象者および施設の職員の皆様に心から御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 内閣府：高齢社会白書〈平成22年版〉。初版，佐伯印刷，東京（2010）
- 2) 栗田主一ほか：統合病院型認知症疾患センターに求められている機能について。平成19年度厚生

- 労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神科救急医療，特に心身疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」分担研究報告書，135-156（2008）
- 3) 加藤伸司，池田一彦，平田進英ほか：痴呆性老人に対する介護家族の意識・態度と其の変化．老年精神医学，4（6）：779-789（1987）
  - 4) 望月紀子，新田静江，清水裕子：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みられる効果．山梨大学看護学会誌，3（2）：27-32（2005）
  - 5) 望月紀子：要介護高齢者の家族介護者に対する心理・教育的介入プログラムの効果．老年看護学，10（1）：17-23（2005）
  - 6) 井上真由美，森脇由美子，大川敏子ほか：痴呆症患者の主介護者の負担に対する教育介入の効果について，32（3）：53-59（1999）
  - 7) 塩山尚子：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，3（2）：214-221（2004）
  - 8) 下垣光，加藤伸司，藤森和美ほか：痴呆性老人を抱える介護者の意識と態度．老年社会科学，11：249-263（1989）
  - 9) 今井幸充：家庭看護者の精神保健．老年精神医学雑誌，3（10）：1117-1124（1992）
  - 10) 坂田周一：在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志，社会老年学，（29）：37-43（1989）
  - 11) Dieckmann, Lisa; And Others : The Alzheimer's Disease Knowledge Test, Gerontologist, 28（3）：402-407（1988）
  - 12) Gilleard C, Groom F : A study of two dementia quizzes, Br J Clin Psychol, 33（4）：529-534（1994）
  - 13) 田所正典，山口登，小野寺敦志ほか：アルツハイマー型痴呆患者ならびに主介護者の生活支援を目的とした非薬物療法的介入の試み；「もの忘れケア教室」の6か月後の有用性．老年精神医学雑誌，16（4）：479-487（2005）
  - 14) 田所正典：認知症高齢者介護家族への心理教育；在宅介護のために，デイケア実践研究，9（2）：46-51（2005）
  - 15) 久松信夫，小野寺敦志：認知症高齢者と家族へのアウトリーチの意義 介護保険下における実践の役割と条件．老年社会科学，28（3）：297-311（2006）
  - 16) 川喜田二郎：発想法；創造性開発のために，第78版，中央公論新社，東京（1967）
  - 17) S.ヴォーン，J.S.シューム，J.シナグブ（井下理監訳）：グループ・インタビューの技法，初版，慶応義塾大学出版会株式会社，東京（1999）
  - 18) 櫻井成美：介護肯定感をもつ負担軽減効果，心理学研究，70（3）：203-210（1999）
  - 19) Patricia M. Burbank, Deborah Riebe（竹中晃二監訳）：高齢者の運動と行動変容；トランスセオレティカル・モデルを用いた介入，初版，ブックハウス・エイチディ，東京（2005）
  - 20) 杉山孝博：杉山孝博Dr.の「認知症の理解と援助」，初版，かがわ出版，東京（2007）

## The effect on understanding level about dementia of caregiving burden in family caregivers

Megumi Yoshizawa

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

Hidehiro Sugisawa

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

**Keywords :** dementia, family caregiver, knowledge, comprehension, perceived care burden

The study aimed to develop a dementia knowledge test and to examine the effects of its score on perceived care burden of family caregivers of dementia patients. We verified the content validity of the existing test developed by Tadokoro, et al. based on the qualitative research to the family caregivers and developed a modified version of the test. The analysis found that comprehension is composed of three areas, but it's the scores calculated for each dimension did not have the significant effect on perceived care burden of the caregivers. The results suggest that the reexamination of an item which evaluates degree of comprehension is required. And About the importance of comprehension, it is required that It analyzes in connection with Index of the behavior level such as the care method, than mitigation of a feeling of a care burden