

認知症の人を介護する家族のエンパワーメントに影響を及ぼす要因

菅沼 一平^{1, 2)}, 中西 亜紀³⁾, 上城 憲司⁴⁾, 岡田 進⁵⁾

- 1) 大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科作業療法学専攻准教授
- 2) 大阪市立大学大学院生活科学研究科後期博士課程
- 3) 大阪市立弘済院附属病院認知症疾患医療センター副病院長
- 4) 西九州大学大学院生活支援科学研究科
- 5) 大阪市立大学大学院生活科学研究科長

Key words: 認知症, 家族介護者, エンパワーメント

要旨:本研究では, 認知症の人を介護する家族主介護者(以下, 介護者)のエンパワーメントに影響を与える要因について重回帰分析を用いて検討を行った。従属変数であるエンパワーメントは, エンパワーメント評価尺度(Empowerment Assessment Scale for Principal Family Caregivers of Persons with Dementia)を用いた。独立変数は, 介護者と被介護者の性別と年齢, 同居人数, 介護者の学歴, 利用サービス数/週, 介護者健康状態, 認知症の診断がついてからの期間(月), 介護期間(月), 被介護者の行動と心理症状(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: 以下, BPSD)の頻度である。BPSDの頻度の評価は, Dementia Behavior Disturbance Scale 13項目版(以下, DBD-13)を用いた。分析の結果, 介護者健康状態($\beta=0.264$, $p=0.008$)とDBD-13($\beta=-0.265$, $p=0.006$)がエンパワーメントに影響を及ぼす要因であることが明らかとなった。エンパワーメントへ影響する要因を抽出し, 整理・分析することは, 介護者への介入手段を講じるうえで, 意義深いものであると考える。

受付日: 2019年12月5日 受理日: 2020年2月10日 発行日: 2020年2月28日

緒 言

エンパワーメントとは, 何らかの原因(例えば, 問題解決に向けてのエネルギー・知識・技能などが不足など)で, パワーレスな状態にある人が, 何らかの支援を得て, 自力で, 自分の生活をコントロールするために力を増していくことと定義される¹⁾。保健・医療の領域では, 野嶋²⁾が, 疾病のために能力が制限された患者の本来の能力を発揮できるよう専門職が関わっていくことの重要性を指摘している。

近年では, 患者のみならず介護者である家族もエンパワーメントの対象者となっている。生活ストレスに対処しなければならないすべての者がエンパワーメントの対象者となるべきであるという基本的な考え方が, エンパワーメントを必要とする者に関する議論の根底にある。そのため, 介護を行う家族も, 介護による負担, バーンアウト, 健康状態の悪化など深刻な問題を抱えることから, エンパワーメントの対象者であると考えられる。

和氣³⁾は, 家族介護者のエンパワーメントについて, 家族介護者という「人」とその家族を取り巻く「環境」が相互に影響を及ぼし, その相互作用から生じる問題に対して, 家族介護者自身がもつ潜在的な力を活用して問題に対処しようとする過程としている。菅沼ら⁴⁾は和氣の定義をもとに, 認知症の人を介護する家族のエンパワーメントについて, 「家族主介護者が, 介護に関する自己効力感を高めつつ, 認知症の人の行動と心理症状(Behavioral Psychological Symptoms of Dementia: 以下, BPSD)への対応に向けて適切に対処しようとした結果, 生じた心理状態」と定義づけている。認知症の人を介護する家族は, BPSDの増悪など, 認知症の人特有の問題により対処能力が低下し, パワーレスな状態となりやすい傾向にあることが予見できる。家族介護者のパワーレスネスは, 自己卑下, 自信喪失, 希望の喪失といった否定的な感情へとつながり³⁾, 在宅における介護破綻の危険性をより増幅させるものとなる。このこと

から、認知症の人の家族介護者支援においては、エンパワメントの過程や状態を評価し、適切な支援を進めていくことが極めて重要なことであるといえる。

先行研究では、認知症の人の家族介護者を対象とし、エンパワメントを重要視したアプローチである心理教育で、介護負担の軽減、在宅介護生活継続などの効果を示した論文が数多く報告されている^{5, 6, 7)}。認知症の人と家族双方を対象とした作業療法プログラムである Community Occupational Therapy in Dementia (Cotid) においても、その有効性は示されており⁸⁾、エビデンスレベルも高い⁹⁾。しかし、その重要視すべきエンパワメントについて、概念や定義、介入効果について検討した報告は多いが、エンパワメントに影響を及ぼす基本的な要因について検討した研究はほとんど見られない。一方で、介護負担^{10, 11)} や介護生活の中での家族介護者の生き方¹²⁾、介護肯定感¹³⁾ に影響を及ぼす要因については、すでに数多くの議論がされている。これらの介護負担、介護肯定感、介護環境や状況、さらには性別や年齢、続柄などの属性と複雑に関連しながら、家族介護者のエンパワメントは形成され、そのエンパワメントが介護継続意志につながると考える¹⁴⁾。したがって、家族介護者の支援に際しても、「内発的な介護力をつける」という曖昧な意味合いをもって、一義的にエンパワメントを強化するというより、まず、その背景にある要因間の相互関連性を明らかにしつつ、問題を整理・分析し、介入手段の検討を行うことで、有効性の高い介入方法の開発が期待できると考える。以上のことより、本研究では、認知症の人を介護する家族のエンパワメントに影響を及ぼす要因について分析することとした。

方 法

1. 対象

調査対象者は、軽度から重度の認知症の人と同居し、介護をしている家族主介護者（以下、介護者）とした。被介護者と別居している場合は、先行研究を参考に¹⁵⁾、週3回以上（週に28時間以上）、生活上の見守りや手助けをしている介護者を対象とした。また、本研究では、身体・認知機能ともに重症化が進んだ終末期でBPSDがほとんど見られなくなった寝たきりの認知症の人¹⁶⁾を介護している介護者は除外した。調査依頼については、大阪府（介護事業所3か所、認知症カフェ2か所、家族の会1か所）、京都府（介護事業所1か所）、兵庫県（地域包括支援センター2か所）、福岡県（介護事業1か所）、佐賀県（物忘れ外来1か所）に対して行い、それぞれで対象となる介護者190名を選定し調査を依頼した。

2. 調査内容

調査項目は、基本情報として、介護者および被介護者

の年齢、性別、被介護者から見た介護者の続柄、同居人数（介護者含む）の他、介護負担の程度に関係しうる要因として被介護者の利用サービス数/週、介護者健康状態、認知症の診断がついてからの期間（月）、介護期間（月）、BPSDの頻度（重症度）といった介護状況を挙げた。健康状態については、菅沼ら¹⁷⁾の調査方法を参考に「あなたの健康状態についておしえてください」という問いに対して、「非常によい：4点」「まあまあよい：3点」「あまりよくない：2点」「非常によくない：1点」の4件法で評価した。被介護者のBPSDの頻度については Dementia Behavior Disturbance Scale の13項目版（以下、DBD-13¹⁸⁾）を用いて評価した。DBD-13の各項目は1か月あたりのBPSDの頻度を「全くない：0点」～「常にある：4点」の5件法で評価するもので（52点満点）、点数が高いほどBPSDの頻度が多いことを示す。また、介護者の学歴についても先行研究において、介護者の介護悲嘆¹⁹⁾ や介護負担²⁰⁾ との関連が報告されているため、調査項目として挙げた。学歴は小・中学校、高等学校、高等学校以上の3つに分けた。

エンパワメントについては、菅沼ら⁴⁾が開発した認知症の人の家族介護者のためのエンパワメント評価尺度（Empowerment Assessment Scale for Principal Family Caregivers of Persons with Dementia：以下、EASFCD）を使用した（表1）。EASFCDは6因子から構成され、全33項目の質問項目がある。各質問に対する回答は、「とてもそう思う（4点）」～「全くそう思わない（1点）」もしくは「常にいる（4点）」～「全くいない（1点）」の4件法である。合計132点満点であり、点数が高いほど介護者がエンパワメントされている状態を示す（否定的な感情や状況に関する質問項目は、採点法を逆転させる反転項目）。なお、本尺度の信頼性と妥当性は検証されている⁴⁾。

3. 調査期間

調査期間は、2017年6月1日から2018年4月30日までである。上記の調査項目をまとめて質問紙にし、各施設の職員等を通じて、直接、介護者へ手渡し、記入を依頼した。回収は、事業所や対象者の実情に応じて郵送法もしくは封筒に厳封したうえで留置法とした。

4. 分析

介護者と被介護者の性別と年齢、同居人数、介護者の学歴、利用サービス数/週、介護者健康状態、認知症の診断がついてからの期間（月）、介護期間（月）、DBD-13を独立変数とし、従属変数をEASFCDとした重回帰分析（強制投入法）を行い、EASFCDに影響を及ぼす要因について検討することとした。なお、性別は男性0、女性1へとダミー変数化した。重回帰分析に先立

ち、EASFCと独立変数間の相関分析として、Pearsonの積率相関係数またはSpearmanの順位相関係数を算出した。統計解析にはSPSSVer.26.0を使用し、統計学的有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、大阪市立大学大学院生活科学研究科・研究倫理審査委員会の承認後（承認番号:17-05, 承認年月日:平成29年5月10日）、事業管理者、団体運営責任者などに口頭および書面にて協力を依頼し、承諾を得た。各事業所を通して、介護者に調査の目的、個人情報保護の方針、研究参加（回答の任意性や回答をしない場合においても不利益とならない等）等を書面で説明を行った。その後、対象者に調査項目を記した質問紙を配布し、質問紙の返送をもって同意を得たものとした。

結果

質問紙は190部が配布され、そのうち回収された部数は117部（回収率61.5%）であった。そのうち、分析に有効な質問紙は95部（有効回収率50.0%）となった。したがって、本研究の調査対象者数は95名である。

表1にEASFCの項目と中央値（25%, 75%）を示す。表2に対象者95名の基本情報と介護状況、EASFC総得点の平均値と標準偏差、中央値（25%, 75%）、内訳を示す。

DBD-13については図1より、「項目1：同じことを何度も聞く」の中央値が3点、「項目2：よく物をなくしたり、居場所を間違えたり、隠したりしている」、「項目3：日常的な物事に関心を示さない」「項目6：昼間寝てばかりいる」の中央値が2点、その他の項目は1点以下であった。

表3にEASFCと独立変数間の相関分析を示す。EASFCは介護者性別、被介護者性別、介護者健康状態、DBD-13とそれぞれ有意な相関を認めた。

表4は重回帰分析を行った結果である。モデルの決定係数（調整済み R^2 ）は0.236であり、F値は3.640（ $p < 0.001$ ）であったため、この重回帰モデルは有効であるといえる。また、重回帰分析後のVIF値は2以下のため、独立変数間に多重共線性の影響はないと判断した²¹⁾。EASFCに影響を及ぼす要因として、介護者健康状態（ $\beta = 0.264$, $p = 0.008$ ）が有意な正の関連、DBD-13（ $\beta = -0.265$, $p = 0.006$ ）、が有意な負の関連で抽出された。

考察

EASFCを従属変数とする重回帰分析を行った結果、介護者健康状態とDBD-13がEASFCに影響を及ぼす要因として抽出された。すなわち、介護者の健康状態が良好であり、BPSDの頻度が少ないほど、介護者はエンパ

ワーされた状態であることが示された。

1. 介護者健康状態とエンパワーメントの関連

介護者健康状態について、本研究では介護者が主観的に感じる自身の健康状態について4件法で質問した。この質問では、心理面もしくは身体面のいずれかの健康面か、あるいは両方なのかの詳細まで言及できないが、一般的には、認知症の人を介護する介護者の健康面は、「被介護者とうまくコミュニケーションが取れないことの辛さ」「孤独感」「将来に向けての不安」など^{22, 23, 24)}、精神上の問題を抱えていることが多いとされている。このことから、本研究の介護者においても、「認知症の人」の介護負担から、何らかの精神的な不安や苦悩を抱えている介護者が多いことが考えられる。さらに、進行性の疾患という特性から、被介護者の能力が低下していく不安や辛さと、見通しが読みづらい在宅の認知症介護への不安を抱えていると考えられる。本研究においては、その不安が自身の精神状況を表すものとして、質問に対する回答に反映された可能性も考えられる。精神健康面については、介護状況や介護の肯定感、自己効力感などが充足され、介護者がエンパワーされている状態であれば、良好な精神的健康が確保されるという報告も存在する^{25, 26)}。本研究において、エンパワーメントと、精神上の問題を抱えている可能性がある介護者健康状態に正の関連を認めた結果は妥当な結果であると考えられる。

2. BPSDとエンパワーメントの関連

BPSDは介護者の介護負担を増大する原因になりうる指摘されており^{27, 28, 29)}、Black³⁰⁾らはBPSDと介護負担、心理的苦悩は有意な正の関連をもつことを報告している。したがって、否定的感情、介護負担を包括したエンパワーメント評価尺度であるEASFCに影響を及ぼす要因として、BPSDが負の関連をもって抽出された事は妥当な結果であると考えられる。

3. 被介護者のBPSDの傾向とエンパワーメント（図1）

DBD-13の項目個別からのエンパワーメントへの影響への言及は、本研究のデザインでは、解釈に限界がある。しかし、BPSDのケアの困難性は症状により大きく異なると考えられる。したがって、本研究で得られたDBD-13の結果より、頻度が比較的多いBPSDに着目し、考えられるエンパワーメントへの影響について考察することとした。

本研究における被介護者は、「同じことを何度も聞く」「物をなくす」「関心を示さない」「昼間寝てばかりいる」など記憶障害を主体とした症状や、抑うつともとれる意欲・活動性低下の頻度が多い傾向であった。このことから、本研究の介護者の多くは記憶障害を主体とした確認

表1 Empowerment Assessment Scale for Principal Family Caregivers of Persons with Dementia (EASFCD)

中央値 (25%, 75%) n=95	下位尺度と項目	採点法
	【第1因子】 介護への否定的感情	
2.0 (2.0, 3.0)	1 被介護者様のそばにいと気が休まらないと思うことがある	
2.0 (2.0, 3.0)	2 被介護者様のそばにいと腹が立つことがある	
2.0 (2.0, 3.0)	3 介護を誰かに任せたいと思うことがある	4. とてもそう思う
2.0 (1.0, 2.0)	4 被介護者様の行動に対して困ってしまうと思うことがある	3. まあまあそう思う
2.0 (2.0, 3.0)	5 被介護者様に上手く関わることができず落ち込むことがある	2. あまりそう思わない
2.0 (1.0, 2.0)	6 この先ずっと介護をすることに対して不安を感じる	1. 全くそう思わない
2.0 (2.0, 2.0)	7 介護に時間をとられ、趣味や社会活動ができずストレスを感じる	
3.0 (2.0, 3.0)	8 介護の問題で他の家族と意見がぶつかることがある	
	【第2因子】 介護の知識・技術に関する自己効力感	
3.0 (2.0, 3.0)	1 自分の介護に足りないと思う知識や技術に関する情報を集めることができる	
3.0 (2.0, 3.0)	2 自分は認知症者に必要な社会資源（介護サービスなど）の知識を有している	4. とてもそう思う
3.0 (2.0, 3.0)	3 自分は認知症という疾患に関する知識をもっている	3. まあまあそう思う
3.0 (2.0, 3.0)	4 自分は声かけや介護によって被介護者様の良い反応を引き出すことができる	2. あまりそう思わない
3.0 (2.0, 3.0)	5 自分は被介護者様の訴えや行動に臨機応変に対応できる	1. 全くそう思わない
	【第3因子】 介護に対する意識・結果・期待	
3.0 (3.0, 4.0)	1 自分が介護をすることによって、訴えや行動面を少しでも良い方向に向かわせたい	
3.0 (3.0, 4.0)	2 自分が介護することで、被介護者様の良い反応（表情など）を引き出したい	
3.0 (3.0, 4.0)	3 自分が介護することにより、生活が安定すればよいと思う（例えば、自分が介護をすることで他の家族も仕事、学業各々のすべきことに専念でき、日々の生活を問題なく過ごすことができるということ）	4. とてもそう思う
3.0 (3.0, 4.0)	4 介護や声かけによって良い反応（例えば、被介護者様の不安が鎮まったり、精神的に落ち着くなど）が得られることが重要だと思う	3. まあまあそう思う
3.0 (3.0, 3.0)	5 被介護者様が些細なことで喜ぶのを見るとうれしくなることがある	2. あまりそう思わない
3.0 (3.0, 4.0)	6 自分が被介護者様を介護するのは当然のことだと思う	1. 全くそう思わない
3.0 (3.0, 4.0)	7 被介護者様が新たな役割が持てるよう働きかけることが重要である	
	【第4因子】 介護への肯定的感情	
2.0 (2.0, 3.0)	1 被介護者様の介護をすることで、満足感が得られることがある	
2.0 (2.0, 3.0)	2 被介護者様を介護することで、自分が元気づけられたり励まされたりすることがある	4. とてもそう思う
2.0 (1.0, 2.0)	3 介護が楽しいと感じることがある	3. まあまあそう思う
2.0 (2.0, 3.0)	4 被介護者様の介護をするのが自分の生きがいになっている	2. あまりそう思わない
2.0 (2.0, 3.0)	5 介護を義務感ではなく、望んでしている	1. 全くそう思わない
	【第5因子】 被介護者との関係性	
3.0 (3.0, 3.0)	1 被介護者様との現在の人間関係は良好である	
3.0 (3.0, 4.0)	2 被介護者様との病前の人間関係は良好であった	4. とてもそう思う
3.0 (2.0, 3.0)	3 被介護者様は私に感謝しているように思う	3. まあまあそう思う
3.0 (2.5, 3.0)	4 被介護者様への影響（言葉かけの内容やタイミングによっては、被介護者様の不安が強くなる、あるいは落ち着くなど）を考えながら介護している	2. あまりそう思わない
	【第6因子】 相談相手の有無と情動的サポート	
3.0 (2.0, 4.0)	1 相談できる親戚がいる	4. 常にいる
4.0 (3.0, 4.0)	2 相談できる家族がいる	3. しばしばいる
3.0 (3.0, 4.0)	3 相談できる友人・知人がいる	2. あまりいない
3.0 (3.0, 3.0)	4 家族・親戚は自分の気持ちをよく理解してくれている	1. 全くいない

表2 家族主介護者の基本情報と介護状況

n = 95

属性・介護状況	平均値±標準偏差 中央値 (25%, 75%)	内訳		
家族主介護者年齢 (最小値40, 最大値91)	64.5±12.0	-		
家族主介護者性別		男性	25 (26.3%)	
		女性	70 (73.7%)	
被介護者年齢 (最小値67, 最大値100)	80.6±10.2	-		
被介護者性別		男性	37 (38.9%)	
		女性	58 (61.1%)	
被介護者から見た家族主介護者の続柄	-	配偶者	40 (42.1%)	
		子供	39 (41.1%)	
		嫁	12 (12.6%)	
		姉妹	2 (2.1%)	
		婿	1 (1.1%)	
		孫	1 (1.1%)	
		単身	5 (5.3%)	
		2人	38 (40.0%)	
同居人数 (最小値1, 最大値7 ※主介護者含む)	2.9±1.2	3人	30 (31.6%)	
		4人	12 (12.5%)	
		5人	6 (6.3%)	
		6人	3 (3.2%)	
		7人	1 (1.1%)	
		小・中学校	: 1	8 (8.4%)
		高等学校	: 2	38 (40%)
高等学校以上	: 3	49 (51.6%)		
利用サービス数/週 (最小値0, 最大値4)	1.4±0.9	-		
家族主介護者健康状態 (最小値1, 最大値4)	3.0 (3.0,3.0)	非常に良い	: 4点 6 (6.3%)	
		まあまあよい	: 3点 69 (72.6%)	
		あまりよくない	: 2点 18 (18.9%)	
		非常によくない	: 1点 2 (2.1%)	
認知症の診断がついてからの期間 (月) (最小値1, 最大値240)	42.1±45.2	-		
介護期間 (月) (最小値1, 最大値240)	48.6±45.2	-		
BPSDの頻度 (DBD-13総得点) (最小値3, 最大値47)	16.9±9.2	-		
EASFCDC総得点 (最小値60, 最大値115)	89.3±11.3	-		

家族主介護者, 被介護者の年齢, 同居人数, 利用サービス数/週, 認知症の診断がついてからの期間 (月), 介護期間 (月), BPSDの頻度 (DBD-13総得点), EASFCDC総得点については平均値±標準偏差で表記した。
 家族主介護者健康状態, 最終学歴については中央値 (25%, 75%) で表記した。
 被介護者から見た介護者の続柄については内訳とパーセンテージを表記した。

行為, 日常生活の支障, 抑うつ症状にストレスを感じている可能性が示唆された。

「同じことを何度も聞く」「物をなくす」については, 攻撃性や夜間問題といった陽性症状と比較すると, 緊急対応の必要性が低いように見てとれるが, 介護者にとっては, 在宅における認知症介護の重要な悩みの一つであ

る³¹⁾。このような事象の積み重ねが苛立ちなどの否定的感情を高め, 介護負担を蓄積し, エンパワーメントに影響を及ぼしたものと考えられる。「関心を示さない」「昼間寝てばかりいる」については, 活動性低下からADL障害を引き起こし³²⁾, 社会生活範囲の狭小化につながるリスクが高い³³⁾。これらの項目は, 陽性症状とそれに伴う被

表3 EASFCDC総得点との相関分析

	EASFCDC 総得点	家族主介 護者年齢	家族主介 護者性別	被介護者 年齢	被介護者 性別	同居人数 ※主介護 者含む	家族主 介護者 最終学歴	利用サー ビス数 /週	家族主 介護者 健康状態	認知症の 診断が いつから の期間 (月)	介護期間 (月)	BPSDの 頻度 (DBD-13 総得点)
EASFCDC総得点	1											
家族主介護者年齢	0.255	1										
家族主介護者性別	-0.283*	-0.520**	1									
被介護者年齢	0.180	0.038	0.074	1								
被介護者性別	0.281*	-0.015	-0.355**	0.435**	1							
同居人数 ※本人含む	-0.13	-0.127	0.024	0.152	0.166	1						
家族主介護者最終学歴	-0.157	-0.058	0.020	-0.034	-0.029	0.105	1					
利用サービス数/週	-0.022	-0.030	-0.068	0.059	0.08	-0.14	0.243	1				
家族主介護者健康状態	0.393**	-0.040	-0.017	0.043	0.153	-0.208	-0.106	-0.167	1			
認知症の診断がいつからの期間(月)	0.081	0.154	-0.061	-0.240	-0.250	-0.223	-0.076	-0.025	0.041	1		
介護期間(月)	0.161	0.112	0.061	0.100	-0.059	-0.116	-0.108	-0.202	0.161	0.446**	1	
BPSDの頻度(DBD-13総得点)	-0.385**	-0.129	0.107	0.078	-0.198	0.163	0.014	-0.071	-0.153	-0.158	-0.109	1

*p<0.05 **p<0.01

介護者とのコミュニケーションの齟齬から生じる情緒的ストレスとは負担の質が違う。負担の内容としては、不活発により徐々にADLが低下する様子を目の当たりにする介護者の不安や心情的な辛さが強いと考える。そこに、介護者自身の介護力を含む将来的な介護継続の不安も加わり、ストレスをより強く感じるようになることが予想される。以上より、本研究の介護者は、記憶障害を主体とした症状に対する苛立ちと、被介護者の不活発に対する身体状況や将来の介護への不安から、エンパワメントに負の影響を与えている可能性があると考えられた。

4. 介護者年齢、介護期間とエンパワメントの関連

本研究において、介護者健康状態とDBD-13以外の項目はEASFCDCに影響を及ぼす要因として抽出されなかった。しかし、介護者年齢、介護期間については先行研究では介護継続意志、介護肯定感、負担感との関連を示した報告が数多く散見されるため^{3, 14, 34, 35, 36}、先行研究との違いについて考察することとした。

介護者年齢については、和気³⁾は、高齢の介護者ほど、社会資源の積極的活用、問題解決に向けて努力をする「認知変容型」の対処スタイルをとる傾向があることを報告している。「認知変容型」とは、主成分分析によって明らかにした家族介護者の対処スタイルの因子構造の1つであり、介護に対する意味付けや考え方を変容して状況を乗り切ろうとする対処スタイルである³⁾。広瀬³⁴⁾も介護者の年齢的成熟とともに介護者が介護を肯定的に受容していく可能性について触れており、菅沼¹⁴⁾は、介護過程において、介護者は、時間の経過とともに介護継続意志を固めていくと考察している。そこで、介護継続意志を固める際、エンパワメントが高まることが考えられたため、エンパワメントと年齢は正の関連があることが予想されたが、本研究において、年齢は、EASFCDCに影響を及ぼす要因として抽出されなかった。前述の「認知変容型」は因子の項目中に「お世話は仕方がないことだと諦める」「お世話をする以外にないと思う」などが含まれる。このことから、介護せざるを得ない状況や義務感によって介護を進めている可能性もある。また、「自分で自分を励ます」など自己制御の内容も含まれており、このことは、介護負担を一人で抱え込み、自身の現状を無理に納得させようとしている側面があることも否定できない。つまり、介護者が年齢を重ねて、認知変容型のスタイルを取り、介護肯定感を高め、介護継続意志を固めたとしても、そこには、介護の義務感や否定的感情も混在している場合もあり、必ずしもエンパワメントされている状態であるとは限らないと考えられる。

広瀬³⁴⁾は介護者年齢とともに、介護期間について

表4 EASFCDを従属変数とした重回帰分析（強制投入）

n = 95

調整済みR ² =0.236 F値3.640,p=0.000	標準偏	標準誤差	標準化	t 値	p 値	95.0% 信頼区間		VIF	
	回帰係数	B	SE			係数 β	下限		上限
(定数)		77.249	13.492		5.725	0.000	50.414	104.085	
家族主介護者年齢		0.046	0.093	0.054	0.499	0.619	-0.139	0.232	1.455
家族主介護者性別		-5.354	2.749	-0.232	-1.963	0.059	-11.990	0.079	1.845
被介護者年齢		0.093	0.101	0.092	0.918	0.361	-0.108	0.294	1.245
被介護者性別		-0.329	2.337	-0.016	-0.141	0.889	-4.978	4.320	1.522
同居人数 ※主介護者含む		-1.108	0.833	-0.128	-1.330	0.187	-2.765	0.549	1.132
家族主介護者最終学歴		-0.047	1.424	-0.003	-0.033	0.974	-2.880	2.785	1.079
利用サービス数/週		-0.235	0.518	-0.044	-0.454	0.651	-1.266	0.796	1.179
家族主介護者健康状態		4.874	1.792	0.264	2.720	0.008	1.310	8.438	1.158
認知症の診断がついてからの期間（月）		-0.029	0.029	-0.115	-0.978	0.331	-0.087	0.030	1.715
介護期間（月）		0.053	0.028	0.219	1.881	0.064	-0.003	0.108	1.661
DBD-13総得点		-0.316	0.113	-0.265	-2.800	0.006	-0.541	-0.092	1.099

**p<0.01

性別 男性= 0, 女性= 1

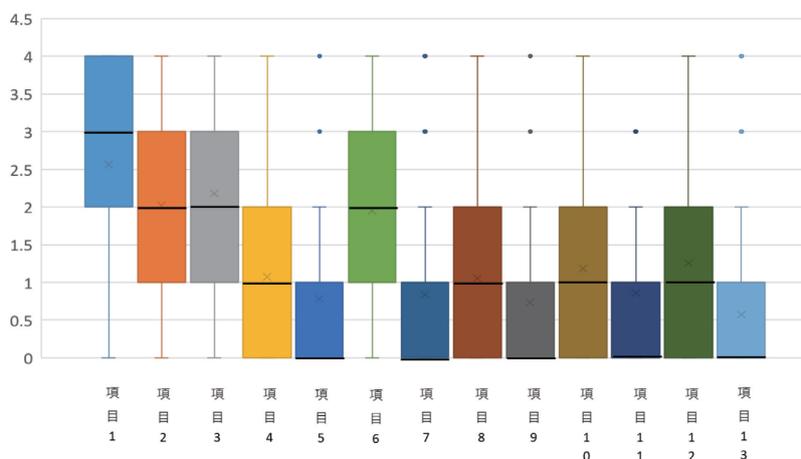


図1 DBD13の項目別得点

n=95

- 項目1 : 同じことを何度も何度も聞く
- 項目2 : よく物をなくしたり, 居場所を間違えたり, 隠したりしている
- 項目3 : 日常的な物事に関心を示さない
- 項目4 : 特別な理由がないのに夜中起きだす
- 項目5 : 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける
- 項目6 : 昼間寝てばかりいる
- 項目7 : やたらに歩き回る
- 項目8 : 同じ動作をいつまでも繰り返す
- 項目9 : 口汚くののしる
- 項目10 : 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする
- 項目11 : 世話されるのを拒否する
- 項目12 : 明らかな理由なしに物をため込む
- 項目13 : 引き出したタンスの中身を全部出してしまう

も介護肯定感（介護役割充足感、高齢者への親近感、自己成長感）との正の関連を報告している。しかし、介護期間が長いほど介護負担感が高くなるという報告も散見され^{35, 36}、介護期間と介護肯定感もしくは負担感の間には、一致した知見は得られていない。これらの先行研究においては、被介護者である認知症の重症度にばらつきがあり、認知症の評価が含まれていないものもある。本研究においては、介護期間はEASFCに影響を及ぼす要因として抽出されなかったが、認知症重症度や病型などの要因もコントロールしたうえで、一貫した知見を得ることが課題である。また、広瀬ら³⁴は、介護期間は、長さだけでなく、介護役割における達成感や充足感、介護問題を乗り越えるプロセスという要素を解明する必要性についても言及している。介護者と被介護者が、苦難を乗り越え、そこに介護者が意義を感じ、安定した生活にむけて努力するプロセスは、当然のことながら個人差があるため、このことが、一貫した知見を得られにくくしている可能性が高い。松岡ら³⁷は、介護期間を通して、介護者は、認知症初期から中期における戸惑いや否定的な感情を乗り越え、認知症の進行とともに介護を肯定的にとらえて、自身の役割を受け入れるという介護者心情の経時的様相を文献研究によって明らかにしている。また、長い介護期間における肯定・否定的感情は病前からの被介護者との関係性も大きく影響しているという報告も存在する^{37, 38}。

以上より、介護期間については、期間が長いほど、介護肯定感（負担感）が高くなるなどといった単純な正の線形的関連性ではない。介護者と被介護者間の愛着や絆を前提として、介護期間には、認知症の進行度（重症度）に応じた介護の乗り越え体験がいくつも存在し、その過程の中で、意義を感じながらも、介護における肯定・否定的感情、葛藤などの複雑で複合的心理状態が存在すると考える。また、介護者には被介護者に対する両義性（アンビバレント）も存在するといわれ、その関係性と心理状態が複雑に関連していることが考えられる³⁹。したがって、その複合的な心理状態は、時間の経過とともに変化し、エンパワーメントも、また変化しうる。そのため、医療・福祉専門職は、適切な支援時期の見極めが重要であり、継続的なアセスメントでエンパワーメントの状況により適切な介入を行うことが必要である。そして、最終的には介護者が介護への肯定感を高め、エンパワーされた状態で安定した在宅介護生活を迎えることができるように支援を進めていくことが医療・福祉専門職の担う重要な役割であると考え¹⁴。

本研究の限界と課題

本研究においてエンパワーメントに影響を及ぼす要因について検討した結果、介護者の健康状態が良好であり、

BPSDの頻度が少ないほど介護者はエンパワーされる傾向であることが明らかとなった。しかし、健康状態については、一定の知見が得られたものの、標準化された尺度を使用しておらず、身体あるいは心理面のいずれかの影響なのか詳細な分析が不完全である。BPSDについては、BPSDの内容や症状の程度の違いによるエンパワーメントへの影響の際も言及できていない。また、認知症の進行や環境（介護状況）に伴う症状の変化から、エンパワーメントが変動することが予見されるため、被介護者の認知症評価とともに、縦断的な調査が必要である。

年齢や介護期間とともに変化しうると考察したエンパワーメントについては、本研究の対象者は年齢や介護期間における対象者層が幅広いこと、検証が不十分である。そのため、今後は、認知症進行度（重症度）や被介護者との関係性も考慮したうえで、年代毎や一定の介護期間毎に区切り、比較検討をする必要がある。

最後に、本研究における重回帰分析について、独立変数の数に対し、サンプルサイズが不十分である。そのため、サンプルサイズの小ささが結果の正確性や精度を低くしている可能性も否定できない。

今後、これらの限界や課題を踏まえたうえで、エンパワーメントに影響を及ぼす規定要因を再検討し、家族支援の一助としたい。

謝辞

本研究は、「地域における軽度認知障害および軽度認知症者の家族に対する心理教育支援」（日本学術振興会科学研究費（基盤研究C）課題番号：18K02135：研究代表者：菅沼一平）の研究の一部として行われた。本研究の実施に当たり、ご指導・ご協力を賜りました。データ収集にご協力を頂きました諸施設、ご家族の方に心より深謝申し上げます。

文献

- 1) Laverack G: Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr.* 24(1): 113-120, 2006.
- 2) 野嶋佐由美：エンパワーメントに関する研究の動向と課題。 *看護研究*29(6): 3-14, 1996.
- 3) 和気純子：高齢者を介護する家族—エンパワーメント・アプローチの展開に向けて—。川島書店, 1998, pp.149-161.
- 4) 菅沼一平, 南 征吾, 中西亜紀, 岡田進一：認知症の人の家族介護者（主たる介護者）に対するエンパワーメント評価尺度の開発。 *厚生指針*67(2): 38-47, 2020
- 5) Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW: Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of

- Nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Soc.* 58(8): 1465-1474, 2010.
- 6) Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. *JAMA.* 276(21): 1725-1731, 1996.
- 7) Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, Kivelä SL, Sivenius J, et al.: Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* 49(10): 1282-1287, 2001.
- 8) Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, et al.: Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 62(9): 1002-1009, 2007.
- 9) Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG et al.: Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* 162(11): 1996-2021, 2005.
- 10) 梶原弘平, 辰巳俊見, 山本洋子: 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. *老年精神医学雑誌*23(2): 221-226, 2012.
- 11) 宮本久子, 坂口真梨, 出宮未菜, 檜垣佐紀, 徳重歩実, 他: 認知症高齢者の家族介護者の負担に関する文献検討. *インター ナショナルNursing Care Research* 14(1): 121-130, 2015.
- 12) 横山慎一郎, 西田佳世: 認知症高齢者の在宅介護をしている家族介護者の自分らしい生き方を支える要因. *ホスピスケアと在宅ケア*22(3): 282-290, 2014.
- 13) 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*18(2): 58-66, 2014.
- 14) 菅沼一平, 中西亜紀, 上城憲司, 岡田進一: 認知症の人を介護する家族の介護継続意志とエンパワーメントの関連. *日本臨床作業療法研究* (6): 60-67, 2019
- 15) Martin CM, Martin MF, Valero CP, Millán PR, García C, et al.: Effectiveness of a psychoeducational Intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry.* 24(5): 489-499, 2009.
- 16) 日本神経学会, 監修・「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会: 認知症疾患診療ガイドライン. 医学書院, 2017, pp.108-109.
- 17) 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*34(5): 41-49, 2011.
- 18) 町田綾子: Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD) 短縮版の作成および信頼性, 妥当性の検討—ケア感受性の高い行動障害スケールの作成を目指して—. *日本老年医学会雑誌*49(4): 463-467, 2012.
- 19) Liew TM, Tai BC, Yap P, Koh GC.: Contrasting the risk factors of grief and burden in caregivers of persons with dementia: Multivariate analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 4(2): 258-264, 2019.
- 20) Rosdinom R, Zarina MZ, Zanariah MS, Marhani M, Suzaily W: Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. *Prev Med.* 57: 67-69, 2013.
- 21) 村瀬洋一, 高田 洋, 廣瀬毅士: SPSSによる多変量解析. 株式会社オーム社, 2008, pp.202.
- 22) 高原昭: 認知症の人と暮らす人の介護うつ. *老年社会科学*34(4): 516-521, 2013.
- 23) 池添志乃: 認知症患者とともに生活する家族「介護継続」を支えるケア. *家族看護*7(1): 33, 2009.
- 24) 矢吹知之: 多様化する家族介護者と在宅介護の現状. 「認知症の人の家族支援—介護者支援に携わる人へ—」. *ワールドプランニング*, 2015, pp.53-56.
- 25) 唐沢かおり: 家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因. *社会心理学研究*22(2): 172-179, 2006.
- 26) Gallagher D, Ni Mhaolain A, Crosby L, Ryan D, Lacey L: Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging Ment Health.* 15(6): 663-670, 2011.
- 27) 池田学: 痴呆の行動異常と他の症状との関連; アルツハイマー病の妄想を中心に. *老年精神医学雑誌*13(2): 163-168, 2002.
- 28) 犬塚伸, 高橋徹, 天野直二: 痴呆の行動異常判定の原則と基準. *老年精神医学雑誌*13(2): 143-151, 2002.
- 29) 小林敏子: 介護者からみた行動異常評価尺度 (COBRA など). *老年精神医学雑誌*13(2): 181-187, 2002.
- 30) Black W, Almeida OP: A systematic review of the association between the behavioral and psychological symptoms of dementia and burden of care. *Int Psychogeriatr.* 16(3): 295-315, 2004.
- 31) 仙波梨沙, 若松美咲, 菅沼一平, 上城 憲司: 認知症の人を介護する家族の「認知症ケアの困りごと」に関する調査. *日本臨床作業療法研究*3(1): 1-4, 2016.
- 32) Lam LC, Tam CW, Chiu HF, Lui VW: Depression and apathy affect functioning in community active subjects with questionable dementia and mild Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 22(5): 431-7, 2007.
- 33) 池田学: 認知症. *高次脳機能研究*29(2): 222-228, 2009.

- 34) 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47(3): 3-15, 2006.
- 35) 梶原弘平, 辰己俊見, 山本洋子: 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. 老年精神医学雑誌23(2): 221-226, 2012.
- 36) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木裕介, 中村了, 遠藤英俊, 他: 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響. 老年精神医学雑誌14(4): 465-473, 2003.
- 37) 松岡広子: 認知症高齢者の家族介護者の心情: 文献研究が明らかにするその経時的様相. 日本認知症ケア学会誌12(4): 796-803, 2014.
- 38) 山本則子: 痴呆老人の家族介護に関する研究; 娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味. 看護研究28(6): 178-199, 1995.
- 39) 広瀬美千代: 家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究; 測定尺度を構成する概念の検討と「介護評価」概念への着目. 生活科学研究誌5: 175-187, 2006.