

学位論文

認知症高齢者の家族介護者に対する
共作業支援尺度の開発

2015 年

吉備国際大学大学院
保健科学研究科
保健科学専攻

D311201 小野 健一

目次

定義, 省略文字等のリスト	1
---------------	---

序章 序論(総合)	4
-----------	---

第1節 研究背景	4
第1項 高齢者の家族介護者支援の動向	4
第2項 共作業を用いた認知症高齢者の家族介護者支援	5
第2節 研究目的	6
第3節 論文の構成	7

第1章 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

第1節 序論・背景	9
第2節 方法	10
第1項 検索方法	10
第2項 対象文献の絞込み	10
第3項 分析方法	10
第3節 結果	11
第1項 研究の特性による分類	11
第2項 介入プログラム	11
第3項 介入の指標とその効果	16
第4節 考察	18
第5節 結論	20

第2章 認知症高齢者と家族介護者が行う共作業に関する調査

第1節 序論・背景	23
第2節 方法	25
第1項 対象	25

第 2 項	測定変数	25
第 3 項	測定方法	25
第 4 項	分析方法	27
第 5 項	倫理的配慮	27
第 3 節	結果	28
第 1 項	対象者の特徴	28
第 2 項	困る共作業, 行いたい共作業の有無	28
第 3 項	行いたい共作業ある群となし群の差	29
第 4 項	困る共作業, 行いたい共作業の認識に関連する要因	29
第 4 節	考察	32
第 1 項	困る共作業の特徴	32
第 2 項	行いたい共作業の特徴	33
第 3 項	共作業への支援	33
第 4 項	研究の限界	34
第 5 節	結論	35

第 3 章 認知症高齢者の家族介護者に対する共作業支援尺度の開発

～計量心理学的特性の検討～

36

第 1 節	序論・背景	37
第 2 節	方法	40
第 1 項	対象	40
第 2 項	調査方法	40
第 3 項	調査内容	40
第 4 項	分析方法	43
第 5 項	倫理的配慮	47
第 3 節	結果	48
第 1 項	対象者の特徴	48
第 2 項	MSC の記述統計	48
第 3 項	MSC 質問 2 の内部構造妥当性の検討	48
第 4 項	MSC 質問 2 の構成概念妥当性の検討	50

第 5 項	「共作業継続意志」の基準関連妥当性の検討	52
第 6 項	「共作業継続意志」の順序的評価の検討	54
第 7 項	「共作業継続意志」の信頼性の検討	54
第 8 項	MSC 尺度内質問間の関連の検討	56
第 9 項	MSC 質問 1 と 3, 他尺度の弁別力の検討	56
第 10 項	結果のまとめ	57
第 4 節	考察	59
第 1 項	対象者の特徴	59
第 2 項	「共作業継続意志」の妥当性・信頼性	59
第 3 項	MSC の適用可能性	61
第 4 項	研究の限界	62
第 5 節	結論	64
終章		66
第 1 節	結論 (総合)	66
第 2 節	残された課題	68
第 3 節	今後の展望	69
参考文献		70

定義，省略文字等のリスト

本研究で使用する用語の定義，省略文字は以下のものとする。

用語の定義

家族介護者：高齢者と同居し，最も介護に従事する役割をもつ家族

作業：自分の身の回りのことを自分で行うセルフケア，生活を楽しむレジャー，社会的，
経済的活動に貢献する生産活動など，人が行う全ての営み¹⁾

共作業(Co-occupation)：2名以上で行う作業であり，両者が主体として相互作用を及ぼし
ながら行う作業²⁾

BPSD：認知症の行動・心理症状．焦燥・不穏状態，攻撃性，叫声，拒絶，行動障害，
食行動の異常，睡眠覚醒障害などの行動症状と，妄想，幻覚，誤認，感情面の障
害などの心理症状に分けられる³⁾

省略語

WHO: World Health Organization

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

MSC: Measure of Supporting Co-occupation

QOL: Quality of Life

NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire

N-ADL: the Nishimura's Activities of Daily Living

MMSE: Mini-Mental State Examination

DQoL: 日本語版 Dementia Quality of Life Instrument

EQ-5D: 日本語版 EuroQoL-5Dimension

SOPI: Self-completed Occupational Performance Index

文献一覧

- 1 Townsend E, Polataiko H (2011) 続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正大
学教育出版，東京，pp 38-41
- 2 Picken ND, Pizur-Barnekow K (2009) Co-occupation: Extending the Dialogue.
Journal of Occupational Science 16(3):151-156

3 高橋智 (2011) 認知症の BPSD. 日老医誌 48(3):195-204

序章 序論（総合）

第 1 節 研究背景

第 1 項 高齢者の家族介護者支援の動向

現在，世界規模で人口増加と同時に高齢化率が上昇している¹⁾。高齢化に伴い，認知症の人々も増加している。World Health Organization (WHO)によると²⁾，現在世界には 3560 万人の認知症の人々が存在するが，2050 年には 3 倍以上になると予測されている。我が国においても，世界で類を見ない超高齢社会に突入しており，高齢化率は 2025 年には約 30%，2060 年には約 40%に達すると見られている³⁾。2000 年に導入された介護保険制度下において，要支援・要介護認定者数は約 218 万人であったが，2012 年には約 561 万人へ増加した⁴⁾。これらの要支援・要介護者を介護する者の属性は「同居の家族」が 61.6%で最も多く，依然として介護の多くは家族が担っている状況である⁵⁾。家族にとって，介護は手放せない状況にあることが多く，身体面，心理面，経済面など様々な負担を強いられている。このことから，安定した在宅介護生活を長期間維持するためには，家族介護者の負担を軽減し，生活の質を改善することを目的とした家族介護者への支援体制の確立が重要になる。

Sörensen らは⁶⁾，高齢者の家族介護者への介入の方法とその効果を，心理教育的介入や支持的介入を含む 6 種類の介入方法と，介護負担感や主観的幸福感を含む 5 種類の効果に整理した。そこでは，心理教育的介入は 5 種類の効果全てに有意な影響を及ぼしていた。また，複数の介入方法を統合した複合的アプローチは介護負担感，主観的幸福感，介護者の能力と知識に有意な影響を及ぼしていた。一方，今後の課題として，介入方法による効果の違いを更に具体的に整理し検討する必要があると報告している。

家族介護者のうち認知症高齢者を介護する家族は，日常的な生活の支援だけでなく，社会参加支援，権利擁護的な支援など多彩な支援を必要としている。2012 年，厚生労働省において，「認知症施策推進 5 か年戦略（オレンジプラン）」が策定され，「認知症初期集中支援チーム設置推進モデル事業」が発足されており認知症高齢者個人のみではなく，家族介護者のニーズにも対応すべく現代社会の重要な課題として取り組みがされている⁷⁾。家族介護者のニーズが満たされない場合，家族介護者の健康悪化のリスクを増加させること

が知られている⁸⁾。家族介護者の健康悪化、心理的な疲弊や膠着は、在宅介護生活が破綻するきっかけとなる⁹⁾。そのため、家族介護者のニーズに対応し身体的、精神的、社会的に良好な状態を最大限維持することが家族介護者支援の大きな目的とされている。

第2項 共作業を用いた認知症高齢者の家族介護者支援

認知症の行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)には、彼らの認知機能だけでなく、生活場面の環境因子が強く影響されている¹⁰⁾。認知症高齢者を取り巻く環境には、経済状況や住環境を含む物理的環境と、ケアの質やケアの量を含む人的環境が存在する¹¹⁾。作業療法は、環境の改善を通して意味のある作業への参加を促すことができ、認知症高齢者だけでなく家族介護者の生活支援においても有効な手段である。しかしながら、里宇らは¹²⁾、多くの職種が関わる家族介護者支援において、リハビリテーション領域からの報告は少なく、今後、介入方法と効果のさらなる検討を進めていく必要があるとしている。

作業療法とは、作業を通して日常生活を行うことを可能にする技術と学問である¹³⁾。作業療法の介入すべき作業の1つに共作業(Co-occupation)が存在する¹⁴⁾。共作業とは両者が主体として相互作用を及ぼしながら行う作業と考えられている。共作業を用いた作業療法として、Gitlinらは¹⁵⁾、認知症患者と家族介護者の両者に対し、自宅環境の調整、介護方略の修正に関連した介入を行った結果、認知症患者のBPSDの減少と、家族介護者の自己効力感の改善がみられたと報告している。しかし、共作業に焦点化した支援の方法は体系化されていない。Pickenらは¹⁶⁾、今後、共作業に焦点化した支援方法の確立が必要であると述べている。そこで、本研究では認知症高齢者と家族介護者が行う共作業の特徴を調査し、作業療法場面で実践可能な支援尺度を開発する必要がある。

第 2 節 研究目的

本研究の目的は、認知症高齢者と家族介護者が行う共作業の特徴を捉え、共作業にもとづく包括的な支援を促す評価尺度を開発することである。そのため、在宅高齢者の家族介護者に対する介入方法を系統的にレビューし、現在実践されている介入方法と今後の課題を明らかにする。その後、質問紙調査により認知症高齢者と家族介護者が行う共作業の特徴を捉え、作業療法場面で実践可能な家族介護者を対象とした共作業支援尺度を開発する。

第3節 論文の構成

本研究の論文構成について以下に示す。

第1章では、現在行われている高齢者の家族介護者を対象とした介入研究に関する文献を分析し、介入方法とその効果、介入プログラムの構成を検討するためにシステマティックにレビューを行う。

第2章では、認知症高齢者と家族介護者が行う共作業に関する質問紙を用いた横断的調査を行い、共作業の特徴を明らかにする。加えて、家族介護者のもつ共作業に関するニーズを明らかにする。

第3章では、第2章の結果と先行研究をもとに軽度から中等度の認知症高齢者の家族介護者を対象とした共作業支援尺度(MSC: Measure of Supporting Co-occupation)を開発し、計量心理学的特性の検討を行う。

終章では、本研究で作成した共作業支援尺度について、全体考察と結論を述べるとともに、残された課題を明らかにする。

第 1 章

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

小野健一，金山祐里，藪脇健司
老年精神医学雑誌 24 卷 4 号 383-392 頁 掲載

第1節 序論・背景

介護保険制度が導入された2000年に約218万人であった要支援・要介護認定者数は、2010年には約506万人へ増加した¹⁷⁾。これらの要介護者を介護する者の属性は「同居の家族」が64.1%で最も多く、依然として介護の多くは家族が担っている状況である¹⁸⁾。このことから、安定した在宅介護生活を長期間維持するためには、家族介護者の負担を軽減し、生活の質を改善することを目的とした家族介護者への支援体制の確立が重要になる。

高齢者の家族介護者を対象とした研究は国内外を問わず多く行われている。高橋¹⁹⁾は、我が国の介護保険サービス導入後の効果として、介護者の情緒面に与える陽性効果はほとんどないと報告し、情緒的消耗に対して効果的な介入方法の検討が重要と指摘している。また、里宇ら¹²⁾による介護負担感をめぐる研究の動向調査では、介入研究の占める割合の少なさが報告されている。さらに、介護負担感のリハビリテーション（以下、リハ）的介入の重要な帰結因子の1つであるにも関わらず、リハ領域からの研究が少ないため、リハの立場から介入方法と効果の検討を進めていく必要があるとしている。

Sörensenらは⁶⁾、高齢者の家族介護者への介入効果に関する78件の研究を分析し、心理教育的介入や支持的介入を含む6種類の介入方法と、介護負担感や主観的幸福感を含む5種類の効果に整理した。そして、心理教育的介入と心理療法は5種類の効果全てで有意な影響を及ぼしていた。また、複数の介入方法を統合した複合的アプローチは介護負担感、主観的幸福感、介護者の能力と知識の指標で有意な影響を及ぼしていた。一方、今後の課題として同一に分類される介入方法の全てに同様の効果がある訳ではなく、今後、介入方法による効果の違いを更に具体的に整理し検討する必要があると報告している。

本研究の目的は、Sörensenらが分析対象とした後の2001年以降に焦点を絞り、高齢者の家族介護者を対象とした介入研究に関する国内外の文献をシステマティックにレビューし、介護者への介入方法とその効果を分析することとした。システマティックレビューとは、あるテーマに関して、一定の基準を満たした質の高い臨床研究を集め、そのデータを統合して総合評価の結果をまとめる手法である²⁰⁾。本研究を実施することにより、Sörensenらの分析結果に加え、近年の介入研究の特徴を知ることができ、介護者へ有効な介入方法とその効果を明らかにできると考える。また、高齢者の人口増加と多様化に伴い、今後行うべき介入方法の再検討が可能となるのではないかと考える。

第2節 方法

第1項 検索方法

高齢者の家族介護者を対象とした介入方法とその効果を分析することを目的に文献検索を行った。検索方法は電子データベースによる検索とし、海外雑誌には PubMed, 国内雑誌には医学中央雑誌 Webver.5 (以下, 医中誌) を利用した。検索期間は 2002 年から 2012 年の 10 年間とした。PubMed では, 英文を対象とし, MeSH Terms 検索により “caregiver” “intervention” を含み “elderly” “geriatric” “gerontology” を一語以上含む文献を抽出した。医中誌では, 統制語検索により, 「家族介護者」「介入」「高齢者」の全ての語を含む文献を抽出した。検索対象の範囲は原著論文のみとした。

第2項 対象文献の絞込み

上記の検索を, PubMed では 2012 年 6 月 28 日 18 時 30 分, 医中誌では 2012 年 7 月 2 日 20 時に実施した。その結果, PubMed では 84 件, 医中誌では 179 件が検索された。検索により得られた文献のうち, 介護者へ介入しているが患者への効果のみを検討している研究, 公的な介護士・看護師への介入研究, 定量化されていないアウトカムを使用している質的研究や症例報告, 抄録などを除外した。その結果, 条件に当てはまる文献は, 海外で 18 件, 国内で 4 件の計 22 件であった。

第3項 分析方法

対象文献について, 研究の特性による分析を実施した。研究の特性とは, エビデンスレベル, 雑誌の種類, 対象者の年代, 対象者の男女比, 介護受給者の年代, 介護受給者の状態とした。エビデンスレベルは福井らの「Minds 診療ガイドラインの作成の手引き 2007」²¹⁾の定義をもとに分析を行った。介入プログラムは, 介入の内容とその効果について分析した。

第3節 結果

第1項 研究の特性による分類

対象文献の一覧を表1に示す。エビデンスについて、分析対象となった22件のうち、ランダム化比較試験を行うエビデンスレベルⅡの研究が14件と最も多かった。対象文献の掲載雑誌を分析した結果、看護学領域、老年医学領域の雑誌が多くみられた。介護者の年代は、介護受給者の子や子の配偶者の世代となる50歳代が7件、60歳代が8件と多かった。介護者の男女の割合は、22件中19件が記しており、平均77.5%と女性の割合が多いことがわかった。介護受給者の年代は、66～70歳が1件、71～75歳が5件、76～80歳が7件、80歳以上が7件、不明なものが2件であった。介護受給者の状態は認知症高齢者が11件（そのうちアルツハイマー型認知症を対象としているものが6件）、虚弱高齢者が3件、要介護状態が3件、その他5件であった。

第2項 介入プログラム

1) 介入プログラムの内容と構成

介入プログラムの形態は、a) 施設グループセッション、b) 施設個別セッション、c) 在宅個別セッション、d) 施設 - 自宅複合セッション、e) その他に分けることができた。

a) 施設グループセッション（表1文献番号：1～5）

この介入では、施設または病院のカウンセリングルームやカンファレンス室などに、複数名の介護者とセッションを主導する専門家が集まり実施されていた。主に介護受給者と共に生活するために必要となる知識、技術、ストレスマネジメントなどへの教育が行われていた。これらには、疾病についての症状や治療法の知識だけでなく、排泄や入浴動作への対処方法、異常行動への対処法などに加え、安全な家庭を作る事や介護受給者を楽しませることなど多面的な教育が含まれていた。また、グループセッションのもう1つの特徴として、グループ内の介護者同士がピアカウンセリングを行う場としても提供されていた。

介入プログラムの構成について、2～8回のグループセッションが実施されていた。1回のセッションは60～90分程度であり、頻度は週1～2回、グループを構成する介護者の数

は 10 名前後であった。グループへの教育的介入には医師、看護師などが中心となり介護指導や情報提供をし、支持的介入では、セッション内にグループでのディスカッションや自分の不安をシェアする時間を設けていた。Huynh-Hohnbaum らは²³⁾、介護受給者の異常行動への対処法の指導として、グループ内でロールプレイを行い、対処法の実践をする機会を与えていた。また、Li ら²⁴⁾の CARE プログラムは、自己規制論と相互作用的役割理論という 2 つの枠組みを組み合わせ、介護者により介護受給者の特徴的な問題行動を調査する第 1 相と問題行動への対処方法を指導、援助する第 2 相に分けて行っていた。

b) 施設個別セッション（表 1 文献番号：6, 7）

この介入では、施設に介護者が赴き、看護師による個別指導が行われていた。ここでは、ウォーキングなど適度な強度の運動とされる 3METs 程度の有酸素運動や、退院前高齢介護受給者の介護者に対して退院指導が行われていた。

介入プログラムの構成について、有酸素運動は週 3 回、12 週間実施され、介護者の心身への影響を検討していた。Dellasega ら²⁷⁾による退院指導は、高度な看護教育を 2 年から 4 年受けたものが行うプログラムであり、退院前の 4 週の間通常看護に加えて適宜実施された。

c) 在宅個別セッション（表 1 文献番号：8～15）

この介入では、介護者の自宅での直接面接か、自宅にいる介護者と電話による介入が行われていた。内容は a) と同様の教育的介入が行われていた。また、教育的介入に加え、介護者の自己効力感の支援、モチベーションの支援を含む支持的介入を行う方法や、認知行動療法を用い認知症を有する介護受給者の異常行動への対処法の教育を行う方法などもみられた。

介入プログラムの構成は、看護師、カウンセラー、理学療法士、作業療法士等によって実施されていた。面接、電話による介入の期間は 2 週間から 6 カ月で 1 回の実施時間が 5 分から 2 時間と一定していなかった。具体的な内容には、望月³⁵⁾によるパンフレットに示してある内容を指導する方法や、Chang²⁹⁾による Web 上の認知行動療法を基に作成されたコンテンツを閲覧する方法、Gallagher-Thompson ら³²⁾による介護技術を示した DVD を視聴することで介入効果を検討する方法など、様々な方法があった。

表 1 対象文献一覧

文献番号	著者	論文名	雑誌名
1	Hsieh HF,et al. ²²⁾	Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders.	Adv Health Sci Educ Theory Pract
2	Huynh-Hohnbaum AL,et al. ²³⁾	Evaluating a multicomponent caregiver intervention.	Home Health Care Serv Q
3	Li H, Melnyk BM,et al. ²⁴⁾	Creating Avenues for Relative Empowerment (CARE): A Pilot Test of an Intervention to Improve Outcomes of Hospitalized Elders and Family Caregivers.	Res Nurs Health
4	Pahlavanza deh S,et al. ²⁵⁾	The effects of family education program on the caregiver burden of families of elderly with dementia disorders.	Iran J Nurs Midwifery Res
5	Salvà A,et al. ²⁶⁾	Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): cluster randomized trial.	J Nutr Health Aging
6	Dellasega C,et al. ²⁷⁾	Caregivers of frail rural older adults. Effects of an advanced practice nursing intervention.	J Gerontol Nurs
7	Hirano A,et al. ²⁸⁾	Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients;A randomized controlled trial	Arch Gerontol Geriatr
8	Chang BL ²⁹⁾	Internet intervention for community elders: process and feasibility.	West J Nurs Res
9	Dias A,et al. ³⁰⁾	The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries : a randomised controlled trial from Goa, India.	PLoS One
10	Ducharme F,et al. ³¹⁾	Implementation and Effects of an Individual Stress Management Intervention for Family Caregivers of an Elderly Relative Living at Home:A Mixed Research Design.	Res Nurs Health
11	Gallagher-Tompson D,et al. ³²⁾	Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: results of a preliminary study.	Aging Ment Health
12	牧迫飛雄馬,et al. ³³⁾	家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介護負担感および心理状態へ及ぼす効果.	老年社会科学
13	Melis RJ,et al. ³⁴⁾	The effect on caregiver burden of a problem-based home visiting programme for frail older people.	Age Ageing
14	望月紀子 ³⁵⁾	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
15	望月紀子 ³⁶⁾	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
16	Faes MC,et al. ³⁷⁾	Multifactorial fall prevention for pairs of frail community-dwelling older fallers and their informal caregivers: a dead end for complex interventions in the frailest fallers.	J Am Med Dir Assoc
17	Gaugler JE,et al. ³⁸⁾	Modeling trajectories and transitions: results from the New York University caregiver intervention.	Nurs Res
18	Haley WE,et al. ³⁹⁾	Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms.	Gerontologist
19	上城憲司,et al. ⁴⁰⁾	重度認知症患者デイケアにおける新規参加者への「家族支援」の試み.	西九州リハビリテーション研究
20	Mittelman MS,et al. ⁴¹⁾	Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease.	Am J Psychiatry
21	Mahoney DM,et al. ⁴²⁾	Real world implementation lessons and outcomes from the Worker Interactive Networking (WIN) project: workplace-based online caregiver support and remote monitoring of elders at home.	Telemed J E Health
22	Stella F,et al. ⁴³⁾	Attenuation of neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: a controlled trial.	Clinics (Sao Paulo)

表 1 対象文献一覧（続き）

発行年	エビデンスレベル	介護受給者の状態	実施形態	介入効果
2009	Ⅲ（非ランダム化比較試験）	高齢者虐待を受ける高齢者	施設グループセッション	高齢者虐待の程度の有意な改善
2008	Ⅳa（コホート研究）	介護を受けている高齢者	施設グループセッション	抑うつ症状の有意な軽減
2003	Ⅱ（RCT）	入院中の高齢者	施設グループセッション	抑うつ症状の有意な軽減
2010	Ⅱ（グループ・ランダム化比較試験）	認知症高齢者	施設グループセッション	介護負担感の有意な軽減
2011	Ⅱ（クラスター・ランダム化比較試験）	アルツハイマー型認知症高齢者	施設グループセッション	介護負担感の年間増加率抑制
2002	Ⅱ（RCT）	虚弱高齢者	施設個別セッション	全てに有意差なし
2011	Ⅱ（RCT）	アルツハイマー型認知症高齢者	施設個別セッション	介護負担感の有意な軽減，良眠の程度の有意な改善
2004	Ⅳa（コホート研究）	認知症高齢者	在宅個別セッション	不安の得点は問題のない成人の平均より高く，精神疾患を患う者より低い
2008	Ⅱ（RCT）	認知症高齢者	在宅個別セッション	精神的健康の有意な改善，問題行動に対するストレスの有意な減少
2006	Ⅲ（非ランダム化比較試験）	身体面または認知面に障害をもつ高齢者	在宅個別セッション	ストレスコーピングにおいて，より良い方略の使用
2010	Ⅱ（RCT）	認知症高齢者	在宅個別セッション	問題行動に対するストレスは有意に軽減
2009	Ⅱ（RCT）	要介護高齢者	在宅個別セッション	主観的幸福感の維持
2009	Ⅱ（クラスター・ランダム化比較試験）	虚弱高齢者	在宅個別セッション	全てに有意差なし
2005	Ⅱ（RCT）	要介護高齢者	在宅個別セッション	介護負担感の有意な軽減
2005	Ⅱ（RCT）	要介護高齢者	在宅個別セッション	介護負担感の有意な軽減
2010	Ⅱ（RCT）	虚弱高齢者	施設-在宅複合セッション	全てに有意差なし
2011	Ⅱ（RCT）	アルツハイマー型認知症高齢者	施設-在宅複合セッション	抑うつ傾向，介護負担感の有意な軽減
2008	Ⅱ（RCT）	アルツハイマー型認知症高齢者	施設-在宅複合セッション	抑うつ傾向の有意な軽減
2010	Ⅳa（コホート研究）	デイケアを新規利用開始する認知症高齢者	施設-在宅複合セッション	全てに有意差なし
2004	Ⅳa（コホート研究）	アルツハイマー型認知症高齢者	施設-在宅複合セッション	抑うつ傾向の有意な改善
2008	Ⅲ（非ランダム化比較試験）	日中独居となる高齢者	その他	介護ストレスの改善傾向
2011	Ⅲ（非ランダム化比較試験）	アルツハイマー型認知症高齢者	その他	介護負担感とストレスの有意な軽減

d) 施設-在宅複合セッション（表 1 文献番号：16～20）

この介入では、5 文献全てで施設でのグループセッション実施後に自宅での個別セッションが行われていた。施設でのグループセッションでは、a) で行われていた教育的介入や、支持グループを作成した支持的介入が行われていた。その後の自宅での個別セッションでは、カウンセリングの実施や、施設での教育的介入に対するフォローアップが行われていた。

介入プログラムの構成は、施設、自宅問わず、カウンセリングでは医師や心理士、看護師、理学療法士によって実施されていた。2～10 回の施設でのグループセッションと、数週間から 4 カ月ごとの自宅での面接、または電話を用いた個別セッションが行われていた。Haley らは³⁹⁾、認知症を有する介護受給者の介護者に対し、The New York University Caregiver Intervention (NYUCI) という介入方法を確立し、実施していた。NYUCI は、アルツハイマー型認知症患者に対する地域の資源の情報提供と、他家族のサポートを求めて家族間のコミュニケーションを改善することが目的となる第 1 期と、同じ境遇の介護者と支持グループを作成し、他介護者とのつながりを強くする目的の第 2 期、介護から生じる葛藤や介護の変化への不安を共有するカウンセリングを目的とする第 3 期と、時期により目的が異なる介入方法であった。

e) その他（表 1 文献番号：21, 22）

この 2 文献は、上記 a) ～e) の分類にはあてはまらなかった。Mahoney らは⁴²⁾、介護者が会社で勤務中、自宅で独居となる介護受給者をモニタリングできるシステムの導入とウェブ上での支持グループの作成を行っており、Stella らは⁴³⁾、アルツハイマー型認知症を有する介護受給者に対する有酸素運動とバランス運動の介入を行うことで、介護負担感の変化を検討していた。

2) 介入期間とドロップアウト率

対象文献のうち、ドロップアウト率を確認できたものは 22 件中 20 件であった。ドロップアウト率の平均値は 15.5%、標準偏差は±12.0%、最大値は 37.4%、最小値は 0%であった。

今回の分析結果から、2～3 ヶ月の介入期間としているものが最も多く、23 件中 7 件で

あった。この7件の介入方法は月に1~3回の介入を行っており、ドロップアウト率の平均値は9.8%であった。その他、2~5週間の短期間で介入を行っているもの、6カ月以上の長期間介入を行っているものとわけられた。2~5週間の短期間の方法は、週1回の頻度で介入を行っており、ドロップアウト率の平均値は8.7%であった。また、6カ月以上の長期的介入ではドロップアウト率の平均値は、24.4%であった。ドロップアウトの原因は、介護者のセッションへの欠席や拒否、または介護受給者の死亡、症状の増悪、施設入所、などが挙げられた。

第3項 介入の指標とその効果

介入効果の指標を表2に示す。効果指標の特徴別に介護負担感、うつや不安、ストレス、ストレスコーピング、健康や主観的幸福感、その他に分類した。

介護負担感の指標として最も多く使用されていたのは、Zarit Burden Interview (以下、ZBI) であった。その他に、ZBIの短縮版と、Caregiver Burn Inventory が使用されていた。これらの指標を用いた介入のうち、介護負担の軽減に焦点をあてた Pahlavanzadeh ら²⁵⁾の介入や、Hirano ら²⁸⁾の介護者へ有酸素運動を実施する介入、カウンセリングや介護者同士の支持グループを作成するなどの支持的介入を含んだ介入で効果がみられた。健康関連 QOL の改善や主観的健康感の改善など、複数の側面の効果を期待する介入では効果がみられない、又は乏しいという結果であった。

うつや不安といった心理状態の指標には、Geriatric Depression Scale が多く使用されており、うつと不安それぞれを測定する複数の指標が用いられていた。介入効果のみられたものは、カウンセリングや介護者同士の支持グループを作成した支持的介入を含んだ介入であった。一方で、認知症の異常行動への対処法を教育する方法などでは介入効果がみられなかった。

ストレス、ストレスコーピング、健康や主観的幸福感などの指標を用いた介入は、前述した介護負担感やうつなどの指標などと複数組み合わせ使用されており、ほとんどの介入で効果はみられていなかった。Ducharme ら³¹⁾のストレスコーピング理論に基づいたプログラムでは、複数の指標を用いていたが、ストレスコーピングの側面でのみ効果がみられた。

その他の指標として、高齢者虐待の程度を測定する指標、目標達成度を測定する指標な

ど、それぞれの介入プログラムの特徴を捉えた指標があり、効果が得られているものがあった。

表 2 介入結果の指標

介護負担感
Zarit Burden Interview [12]*
12-item Zarit Burden Interview Short Form
短縮版 Zarit 介護負担尺度
Caregiver Burn Inventory
うつ, 不安
Geriatric Depression Scale[4]*
Center for Epidemiological Studies-Depression Scale [2]*
Hospital Anxiety and Depression Scale
anxiety subscale
subscales of the Brief Symptom Inventory
Beck Depression Inventory,second edition*
ストレス
Stress Appraisal Measure
Psychological Distress Index
Neuro-Psychiatric Inventory Questionnaire:Caregiver Distress(NPI-D)*
Work Stressors Inventory Chinese Version
コーピング
Carers' Assessment of Managing Index*
State-Trait Anxiety Inventory
健康, 主観的幸福感
Self-Assessed Health instrument employed in the Quebec Health and Social Survey
General Health Questionnaire*
Health and Daily Living form
PGC モラール・スケール*
European Quality of life-5Dementia Visual Analogue Scale
その他
介護肯定感尺度
Goal Attainment Scale(目標達成の尺度) *
Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale(介護者の高齢者への虐待行動の尺度) *
Knowledge of Gerontology Nursing Scale (高齢者介護の知識に関する尺度) *

[]内の数値は複数文献で使用されている文献数

*効果が得られた指標

第4節 考察

今回のシステマティックレビューを行うことにより、介入プログラムがいくつかの形態で行われていることがわかった。その特徴として、施設では、他介護者とのグループセッションが主として行われ、在宅では、介護者と専門家が向き合える個別セッションの種類の方法が行われていることがわかった。このことから、施設で介入を行う利点として、介護受給者から一時的に離れ、新たな人間関係を形成しやすいことが考えられ、在宅では、介護者として個別性の高い介入を行いやすいことが考えられた。

グループセッションの特徴には、教育的介入だけでなく、グループ内で不安の共有やディスカッションの時間を設けている介入が多い。この利点は、グループ内の介護者間で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ということがある。また、援助される経験だけでなく、他の家族にとっては援助した経験が自尊心や自信を高める効果につながる⁴⁴⁾ことから、介護者間の相互作用が生じ、様々な側面への効果が期待できると考えられる。実際に施設グループセッションの文献からは、介護負担感、うつ改善が報告され、Hsiehらは²²⁾、高齢者虐待の程度も改善が報告されている。その一方で、グループセッションでは介護者間の相互作用が生じ、ドロップアウト率は低値を示すことが考えられたが、今回の結果からはそのような傾向はみられなかった。これは、参加している介護者同士、または主導しているスタッフとの関係性について、集団の成熟過程や集団力動の相互作用に基づくグループプロセスを理解したセッションの進行が不十分である介入があったのではないかと考える。より効果的な介入とするならば、集団の構造因子、治療因子を理解し、なおかつ対象者の主体性を重要視する視点⁴⁵⁾から、セッションを実施する必要があると考えられる。

個別セッションの特徴には、専門家が対象となる介護者の問題に特化した心理療法やカウンセリング、また、介護者が問題と感じていることへの教育的介入が早急に行えるなどが挙げられる。今回の結果では、施設個別セッションと在宅個別セッションともに、介護負担感の改善、抑うつの程度の悪化抑制、健康の改善などの効果が得られた。一方で、目的にそった効果が得られていない介入も多く見られた。この原因として、牧迫ら³³⁾のパンフレットを用いた方法や、ウェブ上の情報を閲覧する方法、DVDを用いて教育する方法などでは、介護者の理解や介護技術の程度を推し量ることが難しく、適切な介入が困難な可能性も考えられる。しかし、これらの介入は、専門家が直接介入する時間を短縮でき、介

護者にとっても簡便な方法と考えられる。

介入回数と介入期間について、今回の結果から介入プログラムの種類との関係は得られなかった。しかし、介護者の支持グループを作成し、同時に教育的介入を行った介入では2か月前後の介入期間のうちに8～16回のセッションを実施しているものが多くみられた。これは介護者グループが互いに援助しあえる関係となるのに必要な期間なのではないかと考えられる。また、カウンセリングを行う支持的介入では、数ヶ月に1回という頻度で実施しているという特徴がみられた。後藤ら⁴⁴⁾によると、セッションの回数や、間隔をどうするかは全体の組み立て方を考えるにあたり重要であるという。今後の課題として、更なる介入研究を行い、効果的な介入回数と実施期間を検討する必要がある。

第 5 節 結論

今回、高齢者の家族介護者を対象とした介入方法とその効果を分析することを目的にシステマティックレビューを行った。その結果、介入目的の違いにより、実施場所や形態を決定することの重要性がわかった。介護者にとって、新たな介護者意識の獲得し支持的ネットワークを形成するための介護受給者から離れることができる施設グループセッションであること、自らの介護者意識を見つめなおし、自己統制を行うためには在宅個別セッションが有効である可能性が示唆された。

第 2 章

認知症高齢者と家族介護者が行う共作業に関する調査

小野健一，金山祐里，岩田美幸，藪脇健司

Journal of Gerontology and Geriatric Research 3 卷 5 号 185

doi:10.4172/2167-7182.1000185

第1節 序論・背景

世界人口の高齢化に伴い、認知症の人々の割合は増加を示している。現在世界には 3560 万人の認知症高齢者が存在するが、2050 年には 3 倍以上になると予測されている²⁾。認知症高齢者と彼らの介護者の Quality of Life (以下、QOL) を改善するためには、認知症高齢者に対する長期的な心理社会的サポートが不可欠である。

認知症高齢者の異常行動の減少、well-being の改善、社会参加の促進に対して作業療法は有効な手段であるという報告がある^{46,47)}。作業療法では認知症高齢者のニーズをより理解し、認知症高齢者と彼らの介護者の希望や好みを考慮しながら「できる作業」を獲得することを促す⁴⁸⁾。認知症高齢者の主要なニーズの 1 つに QOL の維持が挙げられ、彼ら自身を尊重し受け入れて欲しいという潜在的なニーズを持っている。そのため、認知症高齢者のケアで最も重要な目標に well-being を最大限維持することが挙げられる⁴⁸⁾。

一方で認知症高齢者の家族介護者は、しばしば共作業の実施に難渋している。共作業とは両者が主体として相互作用を及ぼしながら行う作業と考えられている¹⁴⁾。共作業は物理的、情緒的、意図的に作業の意味を分かち合うという特徴があり、目的をもつ日常活動が含まれている¹⁶⁾。共作業の実施に難渋する理由の一つとして、認知症の行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) が挙げられる。BPSD は、物理的環境やケアの質や量を含む環境からの影響を大きく受ける¹⁰⁾。それゆえ、認知症高齢者の家族介護者は認知症高齢者の日常生活を支援すること、BPSD を管理すること、サービスの調整をすること、サービス利用に関する経済面を管理することに関するニーズを持っている⁵⁰⁾。認知症に関連するケア、サービスへのニーズが満たされていない場合、家族介護者の望ましくない健康のリスクを増加させることが知られている⁸⁾。しかし、家族介護者のケアに関するニーズ調査があるにも関わらず、認知症高齢者と家族介護者が従事している共作業に焦点をあてたニーズ調査はみられない。Graff らは⁵¹⁾、認知症高齢者と家族介護者に対し、余暇や生産活動への介入による効果があったと報告している。彼らの潜在的なニーズを捉えるためには、認知症高齢者と家族介護者がどのような共作業を実施しているかを調べる必要がある。

本研究の目的は、BPSD を呈する認知症高齢者の家族介護者のもつ共作業に関する特徴を明らかにすることである。今回は、筆者が作成した困る共作業と行いたい共作業に焦点をあてた質問紙を用い横断的調査を行った。今回、共作業を「認知症高齢者と家族介護者

が日常生活場面において共同で行っている身の回りのことや、仕事、楽しみ、休息などの作業」と定義した。本研究を行うことで、家族介護者の共作業に関するニーズを明らかにできると考えられる。

第2節 方法

第1項 対象

以下の条件を満たした調査対象者を選択した。

- (1) BPSD の確認のできる認知症高齢者と同居している家族
- (2) 最も介護に従事している家族
- (3) 家族介護者自身が認知機能障害をもたず、質問紙への回答に信憑性が得られると判断できる家族
- (4) 研究の主旨に同意し、研究協力できる時間と余裕がある家族介護者

本研究は無記名自記式質問紙調査による横断研究である。質問紙調査は、2013年8月～2013年12月までの期間に、日本の岡山県内の通所リハビリテーション3か所、訪問看護ステーション1か所、訪問リハビリテーション1か所、居宅介護支援事業所1か所の計6か所で実施した。

質問紙は、施設協力者から家族介護者本人に手渡し、家族介護者による回答を依頼した。回収は施設協力者による直接回収、または、研究者への返信用封筒を用いた郵送のどちらかで行った。

第2項 測定変数

認知症高齢者について、性別、年齢、要介護認定、原因疾患、BPSDの程度、生活動作能力を調査した。家族介護者について、性別、年齢、認知症高齢者との続柄、家族構成、介護期間、最近1週間以内の最長介護時間、最短介護時間、BPSDから生じる介護負担感とした。加えて、家族介護者の現在一緒に行っていて困る共作業（以下、困る共作業）と、今後一緒に行いたい共作業（以下、行いたい共作業）、それぞれの有無、作業名、重要度、遂行度、満足度とした。

第3項 測定方法

認知症高齢者の生活動作能力を除くその他の変数は家族介護者による質問紙記入により調査された。

認知症高齢者の BPSD は Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire(NPI-Q)を用いて調べた。NPI-Q は介護者が認知症者の精神症状に関する質問を読み、認知症に関する精神症状の有無と、存在する場合は重症度を 1～3 の 3 段階で評価する質問紙である⁵²⁾。12 項目から成る尺度で、合計点は 0-36 点である。家族介護者の BPSD から生じる介護負担感 は NPI-Q の介護負担の項目を用いた。これは、NPI-Q の各項目に関して介護者の負担度を評価するもので 0～5 の段階で評価される質問紙である。合計点は 0-60 点である。これらの質問は点数が高いと重症である。今回は、日本語版を用いた。

認知症高齢者の生活動作能力は Nishimura's Activities of Daily Living(以下、N-ADL)を用い施設協力者による評価を行った。N-ADL は「起座・歩行」、「生活圏」、「着脱衣・入浴」、「摂食」、「排泄」の 5 項目を評価する行動観察評価法である。各項目 10 点を自立とし、合計点は 0-50 点である。得点が高いと高い自立度を示す⁵³⁾。

我々は、困る共作業と、行いたい共作業を調査するために、独自にそれぞれの作業に関する自記式質問紙を作成した。困る共作業とは、現在行っている共作業のうち行いづらさを感じている作業とした。行いたい共作業は、現在行いたいと思っているが行えていない共作業とした。

困る共作業の質問紙では、困る共作業の有無を回答し、有る場合は共作業名の提示、共作業の重要度と遂行度、そして満足度を 10 段階で評定できる質問を行った。質問の形式はカナダ作業遂行測定⁵⁴⁾を参考に作成した。加えて、今後も困る共作業を継続したいかどうかの質問を行った。質問された共作業がない場合は、その理由を記載してもらった。

行いたい共作業の質問紙では、困る共作業の質問紙同様に行いたい共作業の有無を回答したのち、ある場合は共作業名の提示、共作業の重要度、予測される遂行度、予測される満足度という内容に質問を設定した。質問された共作業がない場合は、その理由を記載してもらった。困る共作業、行いたい共作業が複数ある場合はその数に応じた回答を求めた。なお、作成した質問紙は有識者とのディスカッションにより質問の内容が測定したい領域を反映しているかを検討し内容的妥当性を確認した。加えて、家族介護者への予備調査を行い、質問が測定しようとするものを測定するよう見えることを検討し、表面的妥当性を確認した。

第4項 分析方法

認知症高齢者の家族介護者が、困る共作業と行いたい共作業をどの程度有しているのを知るため、困る共作業と行いたい共作業の総計、1人当たりの平均値を集計した。Shapiro-Wilk 検定の結果、基本属性と共作業の特徴のどちらにも正規分布を認めなかったため、今回はノンパラメトリック検定を用いた。

行いたい共作業がある対象者の特徴を明らかにするため、行いたい共作業ある群となし群に対象者を分け、2群間の差を Mann-Whitney の検定を用い分析した。変数として、困る共作業の数、困る共作業の重要度・遂行度・満足度、認知症高齢者と家族介護者の基本属性を用いた。なお、複数の困る共作業と行いたい共作業をもつ家族介護者においては、共作業の重要度・遂行度・満足度の平均値をもって検討した。

家族介護者ごとの困る共作業、行いたい共作業の認識に関連する要因を Spearman の順位相関係数を用い分析した。変数には、家族介護者ごとの困る共作業と行いたい共作業の数、それぞれの共作業の重要度・遂行度・満足度、認知症高齢者と家族介護者の基本属性を用いた。

サンプルサイズは Cohen's の効果量を用いて Mann-Whitney の検定、Spearman の順位相関係数ともに効果量大 ($r=0.80, 0.50$)、検出力 0.8、危険率 0.05 として算出した⁵⁵⁾。なお、統計ソフトは SPSS21.0J for Windows を使用し、統計学的有意性は両側検定で $p < 0.05$ を基準とした。

第5項 倫理的配慮

本研究は、川崎医療福祉大学倫理委員会の承認（受理番号 399）を得た上で実施した。研究協力者による初回の説明により家族介護者からのインフォームドコンセントを得た。

第3節 結果

第1項 対象者の特徴

41件回収できたアンケートのうち、大部分の記載がないもの、複数項目に多重回答した2件を除く39件を有効回答と判断し、本研究の対象とした。認知症高齢者の年齢は85.1±6.0歳、NPI-Qは10.9±7.5点、N-ADLは27.5±10.2点であった。家族介護者の年齢は62.9±10.4歳、介護年数は4.3±2.9年、最大介護時間は11.5±8.2時間、最小介護時間は5.4±5.7時間、NPI-Q care burdenは12.0±10.5点であった（表1）。

第2項 困る共作業，行いたい共作業の有無

家族介護者39名のうち、困る共作業があると回答したものは32名（82.1%）であった。計74個の困る共作業が抽出され、家族介護者1人当たり平均1.9個であった。多く重複していた共作業は「食事」「着替え」「オシメ交換」が挙げられた。その他に「移動・移乗」「病院受診」などが挙げられた。また、困る共作業74個66個（89.1%）を「継続したい」と回答した。行いたい共作業があると回答したものは21名（53.8%）であった。計

表1 対象者の基本属性

対象者	変数	n	M	SD
認知症高齢者	年齢	39	85.1	6.0
	男性	15		
	女性	24		
	要介護度(0-8)		5.6	1.5
	NPI-Q		10.9	7.5
	N-ADL		27.5	10.2
	家族介護者	年齢	39	62.9
	男性	5		
	女性	34		
	非配偶者	30		
	配偶者	9		
	介護期間(年)		4.3	2.8
	最大介護時間*		11.3	8.2
	最小介護時間*		5.4	5.7
	NPI-Q 介護負担感		12	10.5

*最近一週間の介護時間

表 2 困る共作業，行いたい共作業の主な例

作業の種類	作業名
困る 共作業	セルフケア 食事，着替え，オシメ交換，移乗，病院受診，入浴，トイレ
	レジャー 会話，外食，認知症予防のゲーム，テレビ鑑賞
	生産活動 家事，洗濯ものを干す，子育て，畑仕事，米作り，掃除，草抜き
行いたい 共作業	セルフケア 食事，トイレへの移動，通院，睡眠，洗髪，歩行訓練，服薬
	レジャー 旅行，散歩，短歌づくり，テレビ鑑賞，体操，編み物
	生産活動 食事の準備，買い物，畑仕事，洗濯物をたたむ，掃除

困る共作業 74 個，行いたい共作業 30 個から抜粋

30 個の作業が抽出され，家族介護者 1 人当たり平均 0.8 個であった．多く重複していた共作業は「旅行」「散歩」「買い物」が挙げられた．その他に「体操」「食事の準備」などが挙げられた（表 2）．

第 3 項 行いたい共作業ある群となし群の差

行いたい共作業ある群となし群の差を表 3 に示す．困る共作業の重要度において，行いたい共作業ある群がなし群に比べ有意に高いことがわかった（ $p=.046$ ）．その他に有意な差はみられなかった．

第 4 項 困る共作業，行いたい共作業の認識に関連する要因（表 4）

1) 困る共作業の認識に関連する要因

困る共作業の認識と基本属性の関連について，困る共作業の数は，認知症高齢者の NPI-Q（ $r_s=.351$ ， $p=.028$ ）と弱い正の相関がみられた．困る共作業の遂行度は，介護期間（ $r_s=-.361$ ， $p=.024$ ）と最大介護時間（ $r_s=-.326$ ， $p=.043$ ），最小介護時間（ $r_s=-.367$ ， $p=.023$ ）と弱い負の相関がみられた．困る共作業の満足度は，介護期間（ $r_s=-.367$ ， $p=.022$ ）と弱い負の相関がみられた．

表 3 行いたい共作業ある群となし群の差

対象者	変数	全体 中央値 (四分位範囲) n=39	行いたい共作業 ある群 中央値 (四分位範囲) n=21	行いたい共作業 なし群 中央値 (四分位範囲) n=18	p
認知症高齢者	年齢	87 (80-89)	86 (81-90)	87 (81-88)	.79
	要介護度(0-8)	6 (5-6)	6 (5-6)	6 (5-6)	.83
	NPI-Q	8 (5-17)	6 (5-17)	9 (6-20)	.66
	N-ADL	29 (23-35)	29 (23-35)	31 (24-37)	.53
家族介護者	年齢	63 (57-68)	64 (58-72)	63 (55-66)	.42
	介護期間(年)	4 (2-5)	4 (3-6)	4 (2-5)	.26
	最大介護時間 (時間)	12 (4-20)	10 (4-14)	14 (5-24)	.25
	最小介護時間 (時間)	4 (1-7)	3 (1-5)	4 (3-12)	.66
困る共作業	NPI-Q 介護負担	8 (3-19)	8 (3-19)	10 (5-18)	.94
	重要度	9 (6.2-10)	9 (8-10)	7.3 (1-9.6)	<.05
	遂行度	3.7 (2.5-6)	4 (3-6)	3.5 (1.8-6)	.42
	満足度	4 (1.8-5)	4.5 (3-5)	3 (1.2-5)	.07
行いたい共業	困る共作業の数	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	.37
	重要度	2 (0-8)	8 (5-9)		
	遂行度	2 (0-4)	3.5 (2-7)		
	満足度	2 (0-5)	5 (4-8)		
	行いたい共作業数	1 (0-1)	1 (1-1)		

Mann-Whitney の検定

2) 行いたい共作業の認識に関連する要因

行いたい共作業の認識と基本属性の関連について、有意な相関はみられなかった。

表 4 困る共作業，行いたい共作業の認識に関連する要因

対象者	困る共作業				行いたい共作業			
	数	重要度	遂行度	満足度	数	重要度	遂行度	満足度
認知症高齢者								
年齢	.273	.011	.011	.102	.072	-.027	.102	.089
要介護度	-.107	.135	-.212	-.107	.097	.120	-.031	.010
NPIQ	.351*	.205	-.064	-.023	-.028	-.156	-.046	.009
NADL	-.265	-.128	.330*	.077	-.090	-.095	-.005	-.111
家族介護者								
年齢	.083	.063	.049	.175	.146	.122	-.036	-.105
介護期間(年)	.040	.183	-.361*	-.367*	.259	.215	.163	.050
最大介護時間	.081	.036	-.326*	-.308	-.101	-.184	-.104	-.124
最小介護時間	.170	.111	-.364*	-.299	-.016	-.102	-.007	-.053
NPIQ 介護負担感	.263	.217	-.075	-.036	-.009	-.132	-.023	.064
家族構成(人数)	.173	.135	.018	-.074	-.060	.092	.051	.077
仕事の有無	-.135	-.267	.108	.101	-.090	-.030	-.054	-.020

* p<.05

Spearman の順位相関係数

第4節 考察

今回、認知症高齢者の家族介護者に、困る共作業と行いたい共作業の特徴を調査した。今回の対象者の多くは女性であった。この結果は、World Health Organizationの示す家族介護者の特徴と一致していた²⁾。また、介護期間は4.3±2.8年である。この時期は、認知症のmiddle stageにあてはまる。その時期以降のlate stageでは有料老人ホームなどの療養型の資源を用いるとされている⁵⁶⁾。つまり、今回の対象は在宅の認知症高齢者と家族介護者として一般的であると考えられる。

今回の調査の結果、多くの家族介護者が困る共作業をもつものの、その共作業を継続したいと希望していた。また、行いたい共作業をもつ家族介護者は、行いたい共作業をもたない家族介護者に比べ困る共作業を重要と感じていること、困る共作業の数と認知症高齢者のBPSDとの間に相関があることがわかった。Kielhofnerは⁵⁷⁾、作業との結びつきの決定要因として、作業のもつ意味を重要視している。つまり、行いたい共作業がない介護者にとって、共作業は重要視されていない可能性がある。または、認知症高齢者の認知機能の悪化、在宅生活における環境要因の変化は家族介護者に作業的喪失をもたらし⁵⁸⁾、作業遂行に否定的な影響を与えているのではないかと考える。

第1項 困る共作業の特徴

認知症の人々が日常生活において支障をきたす状況にあった場合、これらの作業を支援する役割を担っているのは家族である。家族介護者は、介護技術の低さ、コミュニケーション方法に関する知識の不足を感じている⁶⁾。そのため、多くの家族介護者が困る共作業があると認識したと考えられる。その一方で、多くの家族介護者が困る共作業の継続を希望していた。配偶者の家族介護者は、認知症高齢者に愛着を示し、症状が重度なほど家族介護者は不安をもつ⁵⁹⁾。加えて、家族介護者は他者に介護を依頼することを不本意と感じ、要介護者と離れることを拒む場合もある⁶⁰⁾。これらの理由から、家族介護者は困る共作業を断念することができない状況にあるものと考えられる。

困る共作業について、困る共作業の数とBPSDの程度に弱い正の相関がみられた。Canadian Model of Occupational Performance and Engagementにおいて、環境を取り巻く要因は作業遂行に大きな影響を与えている⁶¹⁾。認知症高齢者のBPSDに影響を

与える因子として環境の特徴があることは明らかである⁶²⁾。つまり、環境が異なる状況では、その都度、作業適応を困難にする原因が発生することが考えられる。加えて、困る共作業の遂行度は介護期間と最大介護時間、最小介護時間と弱い負の相関がみられ、満足度は介護期間と弱い負の相関がみられた。困る共作業の遂行度が介護時間と関連がみられたことは認知症高齢者の BPSD が時間を問わず出現し、その都度、家族介護者が関わる必要があることを示唆している。Kielhofner は、自らが考える遂行基準を満たせていないこと、そして、作業の満足感が得られないことは作業有能性の低下につながると述べている⁵⁷⁾。また近年、日本では、在宅要介護高齢者の重度化から、介護が重労働化しているという報告がある⁶³⁾。上記の環境の問題に加え、介護の長期化と重労働化も、家族介護者の作業有能感を低下させ、作業適応を困難としていることが考えられる。

第 2 項 行いたい共作業の特徴

行いたい共作業は本研究の対象者のうち約半数がもっていた。行いたい共作業の特徴として、レジャー活動、または認知症高齢者が以前習慣として行っていた活動が多かった。

行いたい共作業に関連する要因が困る共作業に比べて少なかった。この理由として、今回の調査で行われた家族介護者の評価項目の少なさが挙げられる。Graff らは、認知症高齢者と家族介護者の両者が重要と感じる作業への作業療法介入において、両者の作業遂行や家族介護者の自己有能感の改善はみられたが、認知機能障害の程度や介護負担に変化はなかったと報告している⁶⁴⁾。つまり、今回実施した BPSD から生じる介護負担感以外の要因が行いたい共作業に影響している可能性が考えられる。

第 3 項 共作業への支援

今回、困る共作業と行いたい共作業の特徴を知ることによって、認知症高齢者と家族介護者の行う共作業の作業遂行を改善することを目的とした支援が必要であることがわかった。具体的方針として、困る共作業の作業遂行の改善には、作業遂行時間の減少を目的とした簡便な手段の提供が必要であることが考えられる。加えて、家族介護者の共作業に対する作業満足感を改善し、行いたい共作業をもてるよう支援することも必要であることが考えられる。

第4項 研究の限界

主な限界は困る共作業の質問紙と行いたい共作業の質問紙の構成が筆者自身の作成したものであるという事である。加えて、信頼性は再テスト法などの検討ができていない。また、困る共作業の質問紙と行いたい共作業の質問紙は表面的妥当性と内容的妥当性を確認しているが、構成概念妥当性は検討できていない。その理由として共作業の概念とその他の基準との関係が不明であったことが考えられる。これは、私たちが困る共作業と行いたい共作業の定義を明確にできていなかった可能性もある。今後、家族介護者の困る共作業の認識を更に検討する必要がある。2つ目に年齢や認知症高齢者との続柄など介護者の属性のタイプが同一でなかった。それゆえ、介護者の興味が矛盾しているかもしれない。この要因は、行いたい共作業の特徴に影響を与えている可能性がある。今回の結果をもとに、今後、質問紙の修正を行ったうえで、同一の属性をもつ家族介護者を対象とした大規模調査を行う必要がある。

第 5 節 結論

今回、BPSD を呈する認知症高齢者の家族介護者がもつ共作業の特徴を示すことができた。8 割以上の家族介護者が困る共作業をもっていること、困る共作業の 9 割近くに対し継続したい思いがあることがわかった。また、介護の長期化により、困る共作業の遂行度と満足度が低下していた。つまり、本研究の結果は、家族介護者は困る共作業を改善したいというニーズをもっていることを意味する。また、行いたい共作業をもつ家族介護者は、困る共作業を重要と認識していることから、認知症高齢者と肯定的な感情を持ち共作業を行いたいという潜在的なニーズをもっていることも示している。家族介護者が挙げた困る共作業の多くは認知症高齢者のセルフケアを支援する作業であり、American Alzheimer's Association が調査した「介護者が提供する活動内容」とほぼ同様の結果であった⁶⁵⁾。しかし、今回の結果では、同じ作業でも家族介護者によって重要度、満足度が異なることから、共作業に独自の意味を与えていることが考えられる。つまり、共作業への支援を行う際、共作業を「介護」とひとくくりにまとめるのではなく、作業のもつ意味を知る必要がある。加えて、社会参加を成し遂げるために必要な共作業の経験の破綻は、身体または精神疾患をもつものの社会的隔離を増加させる可能性がある⁶⁶⁾。そのため、家族介護者一人一人の作業有能性を評価する質問紙の開発が必要と考えられる。さらに、共作業を用いた作業療法による介入は、家族介護者の well-being の改善と、認知症高齢者と家族介護者の長期の在宅生活を可能とすることが予測される。

謝辞

本研究にご協力頂きました対象者とセラピストの皆様、そしてご指導頂きました先生方に深く感謝申し上げます。

第 3 章

認知症高齢者の家族介護者に対する
共作業支援尺度の開発
～計量心理学的特性の検討～

第1節 序論・背景

軽度から中等度認知症高齢者の多くは、家族の介護のもと在宅生活を継続している⁶⁷⁾。在宅生活において、家族は施設における介護職員とよく似た役割を担っており、大きな負担を強いられている⁶⁷⁾。日本では、超高齢社会と認知症の人々の増加という課題に対して、厚生労働省による「認知症施策推進5か年戦略(オレンジプラン)」が2012年に策定され、認知症初期集中支援チーム設置推進モデル事業が発足された⁷⁾。この事業では、認知症高齢者の地域生活を支援することが現代社会の重要な課題として取り組みがされている。この取り組みの1つに「家族支援の強化」という項目があり包括的な支援が重要とされている。

多くの家族介護者は介護に負担を感じながら日常生活を送っている。認知症高齢者の行動は彼らの生活環境や認知機能などに左右され、生活場面では認知症患者の行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が出現する。これらの症状には個人差が大きく、家族介護者に負担感や喪失感など様々な影響を与える¹⁰⁾。BPSDの出現は、認知症高齢者との生活場面において、家族介護者が様々な役割を担うことも意味している。認知症高齢者と家族介護者の間で行われる様々な活動の満足感は介護の継続意志に大きな影響を及ぼす⁶⁸⁾。在宅生活が破綻する原因に、家族介護者の介護継続困難が挙げられ、家族介護者の健康悪化、心理的な疲弊や膠着がきっかけとなることが報告されている⁹⁾。すなわち、医療従事者は、認知症高齢者のBPSDだけでなく、家族介護者のおかれている状況にも個別性があることを認識した上で両者に関わる必要がある。

作業療法は、環境の改善を通して意味のある作業への参加を促すことができ⁶⁹⁾、認知症高齢者だけでなく家族介護者の生活支援においても有効な手段である。作業療法の介入すべき作業の1つに共作業(Co-occupation)が存在する。共作業とは2名以上で分配して行われる作業であり、相互作用を及ぼしながら行う作業として考えられている¹⁴⁾。共作業には物理的側面、情緒的側面、意図的側面があり、作業の複雑さにより3つの側面から異なる影響を受ける¹⁶⁾。筆者らが行った認知症高齢者の家族介護者のもつ共作業に関する調査では、家族介護者は現在行っている共作業の作業遂行を改善し、行いたい共作業をもりたいというニーズをもっていることを明らかにした⁷⁰⁾。また、家族介護者の多くは困る共作業をもっており、その数はBPSDの程度と弱い関連を示していた。加えて、困る共作業が同じ共作業であっても、家族介護者によって重要度、遂行度、満足度は異なっているこ

とからも共作業の意味について理解をすることは重要である。

認知症高齢者と家族介護者の在宅生活継続を目的とし、共作業に根ざした作業療法介入の報告はいくつかみられる。Gitlin らは¹⁵⁾、認知症患者と家族介護者の両者に対し、自宅環境の調整、介護方略の修正に関連した介入を行った結果、BPSD の減少と、家族介護者の自己効力感の改善がみられたと報告した。また、Graff らにより作成された地域作業療法ガイドラインでは物理的環境と人的環境の調整に焦点をあてた介入が行われ、認知症高齢者の日常生活機能、Quality of Life(以下、QOL)、健康状態の改善だけでなく、家族介護者の介護有能感、QOL、健康状態に効果が得られることを報告した⁷¹⁻⁷³⁾。Graff らは、共作業を捉える評価に、Assessment of Motor and Process Skills(以下、AMPS)と Canadian Occupational Performance Measure(以下、COPM)を用いた。これらの評価法は作業遂行の側面を評価している。作業遂行とは「人と環境と作業の間で生涯続くダイナミックな関係の結果であり、意味ある作業を選択し、構成し、納得のいくように行うこと」である⁶⁹⁾。AMPS は、標準化された 125 課題のうち、対象者の日常生活活動を運動技能とプロセス技能の側面から捉える客観的な評価法である⁷⁴⁾。しかし、125 課題には、共作業のような相互作用を伴う作業は含まれていない。また、COPM は、対象者の作業の作業遂行を本人の主観によって評価することが可能である。一方で、評価の最初の段階で作業遂行上の問題の発見という手順があるため、困難を感じる作業を捉えやすい特徴がある⁷⁴⁾。そのため、上記の共作業に根ざした報告も、介護場面への介入が多かった。しかし、齋藤 らは⁷⁵⁾、介護継続意向は介護負担感とは関連せず、介護の肯定的側面と関連があると報告した。また、筆者らの先行研究では⁷⁰⁾、認知症高齢者のセルフケアへの介入の重要性と同時に、行いたいと肯定的な認識を示す共作業への関与の必要性も示唆した。加えて、Gold らは⁷⁷⁾、認知症高齢者の家族介護者を評価するには、客観的側面だけでなく、主観的側面を評価することを重要視すべきであると報告している。これらのことから、認知症高齢者と家族介護者が相互作用を及ぼす共作業に焦点化した評価が必要であり、介護という否定的側面だけでなく、肯定的な認識で取り組む共作業を含めた評価法の開発が必要となる。

本研究の目的は、認知症高齢者の家族介護者の共作業を評価するために共作業支援尺度(MSC: Measure of Supporting Co-occupation)を開発し、計量心理学的特性を検討することである。また、MSC 内の共作業継続意志に関連する項目をもとに作成された質問の概念構造を明らかにし、妥当性と信頼性を検討する。MSC を開発することで、地域作業療法における介入すべき共作業の明確化が可能となり、クライアントの質の高い在宅生活を長期

的に支援できることが考えられる。

第2節 方法

第1項 対象

西日本4県23か所の通所リハビリテーション，通所介護，訪問リハビリテーション，訪問看護ステーションのいずれかを利用している認知症高齢者と家族介護者を対象とした．適格条件を以下に記載する．

1. 認知症高齢者と家族介護者が同居していること
2. 主として認知症高齢者を介護していること
3. 認知症高齢者の認知機能の程度が Mini-Mental State Examination(以下，MMSE)にて14点～23点であること
4. 家族介護者自身が認知機能障害をもたず，コミュニケーションに支障が無いこと

第2項 調査方法

本研究は質問紙を用いた横断研究である．調査は，2014年6月から10月までの期間に行われた．対象者の選定，認知症高齢者の面接評価，家族介護者への調査依頼は，各施設協力者が実施した．施設協力者から同意の得られた家族介護者に質問紙を手渡しし，回答を依頼した．質問紙は施設協力者による直接回収とした．後述する分析方法の中で，12項目を用いた探索的因子分析を行うため，Altmanの基準を参考とし⁷⁷⁾，120組の対象者の選定を目標とした．

第3項 調査内容

3-1 共作業に関する調査内容

共作業に関する調査には，MSCを用いた．MSCは，共作業を支援する方向性を明らかにするため，家族介護者に共作業を想起させ，共作業に重要とされる要因を評価し，共作業における問題の焦点化を促す測定法である．まず，現在またはこれまでにやってきた「認知症高齢者との共作業に関する作業ストーリーの喚起（以下，共作業ストーリーの喚起）」の項目を最初に設定した（質問1）．次に，認知症高齢者の家族介護者の「共作業継続意志」

あなたと高齢者で**一緒に行う作業**についてお聞きします。どのような作業を生活の中で一緒に行ってきたのか、思いつくものをできるだけたくさんあげてください。現在行っているもの、昔行っていたものなど、どれをあげてもかまいません。

ご飯を食べる	テレビをみる	買い物	料理をする	往診に行く
着替えを手伝う	オシメを交換する	旅行に行く	昼寝をする	体操教室に行く
移動	畑仕事	散歩	食事の準備	

質問2 あなたと高齢者で、過去1ヶ月間に**一緒に行った作業の状況**についてお聞きします。以下の質問にあなたの気持ちに**最もあてはまると思うものに☑**を入れてください。

	全く 思わない	あまり 思わない	ときどき そう思う	いつも そう思う
1) 一緒に行う作業1つ1つを大切に感じている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 一緒に作業に取り組むことによる疲れは感じていない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 高齢者の思考、気分、行動は、一緒に作業を行いやすくしてくれる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 一緒に作業を行う時、コミュニケーションを上手に取れている	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 介護に関する知識を十分もっている	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 介護に費やす時間の長さは適切である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 満足して一緒に作業に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 快適で整った環境の中で一緒に作業が行えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9) 希望をもって一緒に作業に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 納得して一緒に作業に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) これからも一緒に作業を続けていきたいと考えている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12) 一緒に行っている作業以外にも、新しく一緒に行いたい作業がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問3 高齢者と一緒に行う作業について、今後一緒に行いたいものも含め、**より良くしたい一緒に行う作業を3つ以内**であげてください。質問1であげた作業以外でもかまいません。それらの作業の**重要度、遂行度、満足度**について「全く思わない」を「1」、「とても思う」を「10」として何点になるのか、**あてはまる点数に○**をしてください。

作業の名前	重要度 大切に感じていますか		遂行度 うまくできていますか		満足度 満足していますか	
	全く思わない	とても思う	全く思わない	とても思う	全く思わない	とても思う
1. 散歩に行く	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

図1 MSCの記入例

に重要とされる要因を測定するため、筆者が既に調査した共作業の特徴⁷⁰⁾と先行研究^{10,78-82)}にもとづき「共作業の重要度」「共作業における疲労感」「共作業における BPSD の影響」「コミュニケーションの遂行度」「介護知識」「介護時間」「共作業の満足度」「共作業を行う環境」「希望をもち共作業を行うこと」「納得して共作業を行うこと」「将来的な共作業への欲求」「新しい共作業への意欲」の 12 項目を作成した（質問 2）。12 項目への回答は「まったくそう思わない」から「そう思う」の 4 件法で回答を求めた。最後に、「今後新たに行いたい共作業、現在より改善させたい共作業（以下、行いたい共作業）」を 3 つ以内で選択し、各共作業の重要度、遂行度、満足度を 10 件法で測定する項目を設定した。今後新たに行いたい共作業が選択された場合は、予測される遂行度、予測される満足度の回答を求めた（質問 3）。記入例を図 1 に示す。なお、質問 2 で得られた 4 段階の回答は、「まったくそう思わない」を 1 点、「そう思う」を 4 点として統計学的分析を行った。

3-2 家族介護者の基本情報、QOL、作業遂行

1) 家族介護者の基本情報

家族介護者について、性別、年齢、認知症高齢者との続柄、家族構成、介護期間、最近 1 週間以内の最長介護時間、最短介護時間、健康関連 QOL、作業遂行を調査した。

2) 日本語版 EuroQoL-5Dimension

家族介護者の健康関連 QOL は日本語版 EuroQoL-5Dimension（以下、EQ-5D）を用いて測定した⁸³⁾。EQ-5D は回答者自身の健康状態を 2 つの方法で調査するものである。「5 項目法（移動の程度、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安／ふさぎ込み）」ではそれぞれについて 3 段階で回答し、その回答をもとに健康関連 QOL スコア換算表を用い点数化する。「視覚評価法」では 0 から 100 までの数字が打たれた視覚評価目盛りから現在の健康状態を示す数値を選択し得点化した。

3) 自記式作業遂行指標

家族介護者の作業遂行は今井らの作成した「自記式作業遂行指標（SOPI：Self-completed Occupational Performance Index）を用いて測定した⁸⁴⁾。SOPI は作業遂行の 3 領域（余暇活動、生産的活動、セルフ・ケア）で尋ねる 9 項目で構成される質問紙である。各領域には「作業の統制」、「作業バランス」、「遂行満足度」の 3 側面の項目があ

り，5段階で回答してもらい，素点を加算したものを100点換算して得点化した。

3-3 認知症高齢者の基本情報，認知機能，QOL

1) 認知症高齢者の基本情報

認知症高齢者について，性別，年齢，要介護度，原因疾患と，認知機能，主観的 QOL を調査した。

2) MMSE

認知症高齢者の認知機能は MMSE を用いて測定した。MMSE は 11 項目の質問から構成されるスクリーニング検査であり，見当識，場所の想起，計算などがある。30 点満点の質問紙であり，24 点未満は認知症の疑いがあるとされている⁸⁵⁾。

3) 日本語版 Dementia Quality of Life Instrument

認知症高齢者の主観的 QOL は日本語版 Dementia Quality of Life Instrument（以下，DQoL）を用いて測定した⁸⁶⁾。DQoL は 5 つの下位尺度（自尊感情，肯定的情動，否定的情動，所属感，美的感覚）の計 29 項目からなる質問紙である。各項目を 5 段階の視覚スケールを用い回答してもらい，各下位概念別の回答の得点を合計後，項目数で割った点数を得点とする。

第 4 項 分析方法

MSC の計量心理学的特性を検討するにあたり，質問 1 から 3 の記述統計を算出した。その後，質問 2 の内部構造妥当性と構成概念妥当性を検討し，質問 2 と他尺度との関連から基準関連妥当性を検討した。さらに，質問 2 の信頼性の検討を行ったうえで，順序的評価の検討を行った。MSC の尺度内の関連を確認したのち，質問 2 の順序的評価にもとづき，MSC の質問 1 と 3，他尺度の弁別力の検討を行った。分析の流れを図 2 に示す。

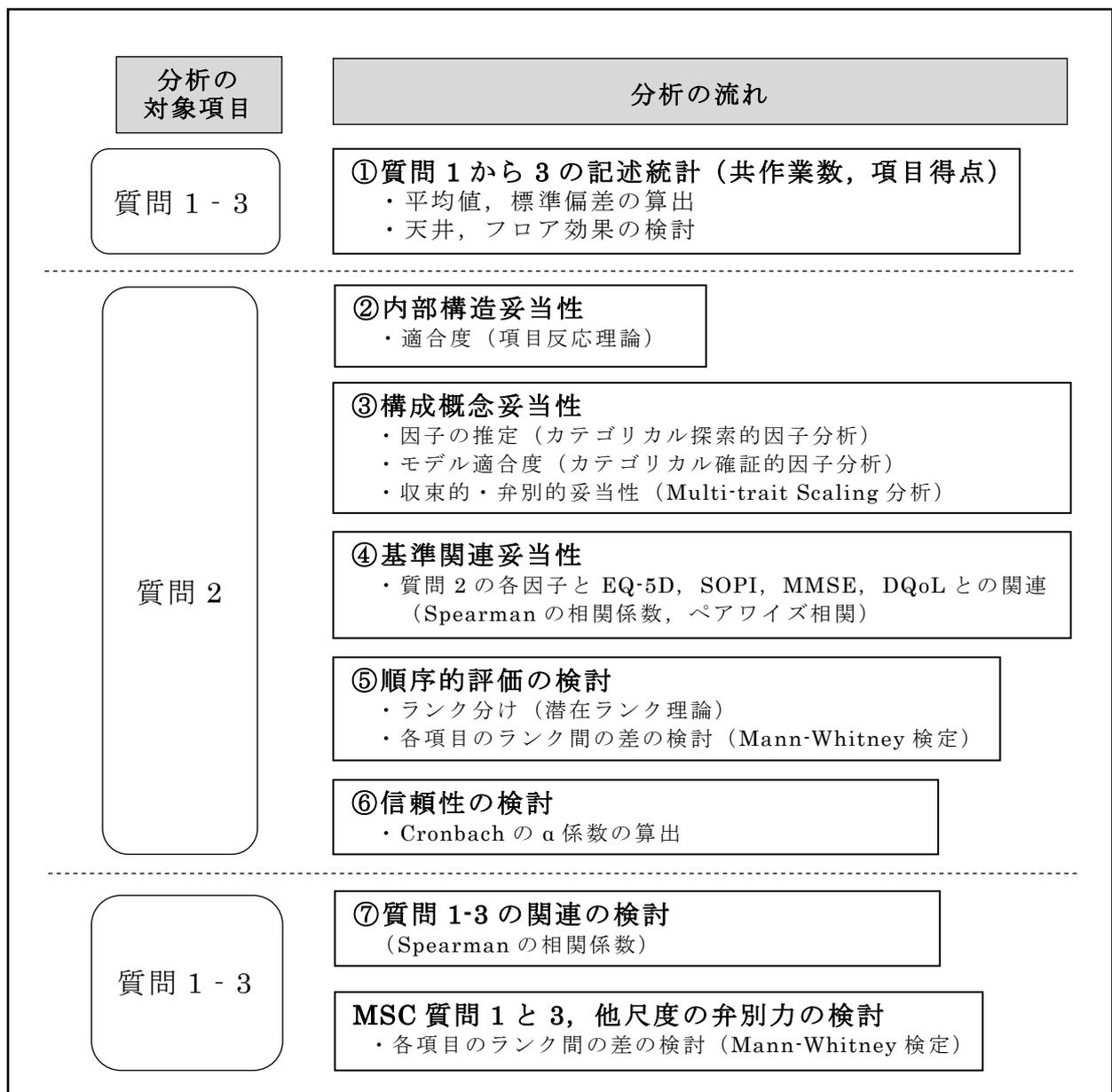


図 2 MSC の分析の流れ

1) MSC の記述統計

MSC の質問 1 で記載された共作業の数，質問 2 の各項目得点，質問 3 で記載された共作業の数と重要度，満足度，遂行度の平均値および標準偏差を算出した。その後，質問 2 の各項目得点における天井およびフロア効果の検討を行った。

2) MSC 質問 2 の内部構造妥当性の検討

MSC 内の質問 2 の内部構造妥当性を検討するため項目反応理論（IRT: Item Response

Theory) を用いた分析を行った⁸⁷⁾。IRT の 2 パラメータ・ロジスティックモデルは、テスト項目の難易度と対象者の能力を分離して測定できる統計理論である。IRT の特徴として、推定された項目の難易度と対象者の能力の関係をもとに、個人適合度、項目適合度、全体的適合度の算出が可能となっている。今回は MSC の質問 2「共作業継続意志」を構成する 12 項目の項目適合度を算出し、内部構造妥当性を確認する。適合度指標には TLI, CFI, RMSEA を採用した。TLI および CFI は、1.00 に近い値ほど適合度が良好と判断される。RMSEA は、一般的に 0.05 以下で良好で 0.10 以上であれば良くないとされる⁸⁸⁾。

3) MSC 質問 2 の構成概念妥当性

MSC 内の質問 2 の構成概念妥当性を検討するため質問 2「共作業継続意志」12 項目の得点をもとに、探索的因子分析としてカテゴリカル探索的因子分析を行った。探索的因子分析とは、複数の観測変数からその背後にある潜在変数を見つけ出す方法である⁸⁸⁾。因子負荷量の測定は重み付き最小 2 乗法を用い、因子の回転には斜交回転のプロマックス回転を用いた。採用基準は回転後の固有値 1.0 以上、因子負荷量が 0.4 以上かつ 2 因子に 0.4 以上の負荷量を示さない項目とした。加えて、共通性が低い項目は削除することの検討を行った。

カテゴリカル探索的因子分析による検討をした後、抽出された因子数をもとにカテゴリカル確証的因子分析を実施した。確証的因子分析とは、既に抽出された因子の仮説を検証するための分析であり、モデルの適合度を確認できる⁸⁸⁾。適合度指標については、TLI, CFI, RMSEA を採用した。指標の判断は IRT と同様である。本研究では、ロバスト重み付き最小二乗法による母数の推定を行った⁸⁹⁾。

加えて、Multi-trait scaling 分析を用い、構成概念妥当性に含まれる収束的妥当性と弁別的妥当性の検討を行った。Multi-trait Scaling 分析は、各項目とその項目を除いた項目で計算された下位尺度得点の相関係数が高いことにより収束的妥当性を判断し、各項目とそれ以外の下位尺度得点の相関係数が低いことで弁別的妥当性を判断する。尺度化成功率は、各項目が属する下位尺度に対する相関係数がそれ以外の下位尺度の相関係数より大きい割合である⁹⁰⁾。本研究では、探索的因子分析により抽出された因子をもとに分析を行った。

4) MSC 質問 2 の基準関連妥当性

MSC 内の質問 2 の基準関連妥当性を検討するため、質問 2「共作業継続意志」の探索的因子分析により抽出された各因子と、他尺度との関連を検討した。基準関連妥当性とは、同じような構成概念を測定している外的基準と高い相関を示すことを指す⁸⁸⁾。そのため、共作業継続意志に影響すると考えられる家族介護者の EQ-5D と SOPI との関連を Spearman の順位相関係数を用いて検討し、認知症高齢者の MMSE, DQoL との関連をペアワイズ相関により、ペアワイズ級内偏相関を用いて検討した。

5) MSC 質問 2 の順序的評価の検討

MSC 内の質問 2 の順序的評価を検討するため、潜在ランク理論を用いたランク分けを行った。潜在ランク理論は心理尺度やテストの潜在的なランクを推定する方法である⁹¹⁾。潜在尺度に順序尺度を仮定し、各回答者についてそれぞれのランク所属確率を推定できる利点がある。臨床尺度の性質として、多くは心理傾向の連続性が仮定されるものの、ある段階で質的に性質が変わるものも存在する。ランクごとの特徴を質的に記述できれば、ランクのプロファイルの作成や、ランクによって介入方法を変えるという柔軟な対応が可能となることが示唆されている。また、各項目のカテゴリ反応率から計算された平均得点をランクごとに算出する項目参照プロファイル(IRP: Item reference profile)をもとにランクごとの特徴を知ることができる⁹²⁾。IRP はランクによる各項目得点の期待値を意味する。加えて、IRP をもとに算出されるテスト参照プロファイル(TRP: Test reference profile)は、各潜在ランクの対象者の期待得点の参考になる。今回、質問 2 の得点をもとに、項目性質適合度の高い潜在ランク数を確認したのち、IRP からランク間の項目弁別力を Mann-Whitney 検定を用いて検討した。なお、潜在ランクの推定において、各項目に対する単調増加制約のみ制約を課した。

6) MSC 質問 2 の信頼性の検討

MSC の質問 2 の信頼性を検討するため、Cronbach の α 係数を算出した。Cronbach の α 係数は内部一貫性の評価である。得られた信頼性係数は、質問紙のような心理尺度は 0.7 以上あれば信頼性があるとされている⁸⁸⁾。今回は、質問 2 を構成する項目と、探索的因子分析により抽出された各因子を構成する項目を用い検討した。

7) MSC 尺度内質問間の関連の検討

MSC 内の 3 つの質問の関連を検討するため、質問 1 の共作業数、質問 2 の各因子得点、総得点、質問 3 の共作業数、重要度、遂行度、満足度の関連を Spearman の順位相関係数を用いて算出した。

8) MSC 質問 1 と 3, 他尺度の弁別力の検討

MSC の質問 2 をもとに潜在ランク理論によって分類されたランクを用い、尺度内項目得点の弁別力を確認するため、質問 1 の共作業数、質問 3 の共作業数、重要度、遂行度、満足度の群間の差を Mann-Whitney 検定を用いて分析した。加えて、他尺度の弁別力も同様の方法で分析した。

全ての統計手法で、統計学的有意性は両側検定で $p < 0.05$ を基準とした。データの解析について、項目反応理論と潜在ランク理論は Exametrika5.3(Shojima,2008)を、カテゴリカル探索的因子分析は R3.1.2 for Windows(CRAN, 2014)を、カテゴリカル確証的因子分析は M-plus Version7(Muthen, 2012)を、ペアワイズ相関は HAD Version13.00(清水, 2015)を用い分析を行った使用した。その他の解析は SPSS21.0J for windows (IBM)を使用した。

第 5 項 倫理的配慮

本研究は、川崎医療福祉大学倫理委員会の承認（受理番号 444）を得た上で実施した。研究協力者による初回の説明により家族介護者からのインフォームドコンセントを得た。

第3節 結果

第1項 対象者の特徴

23 か所の協力施設から 123 組の対象者の調査結果を得ることができた。大部分の記載がないもの、MSC への記載がないもの、複数項目に多重回答した 8 組を除く 115 組の結果を有効回答と判断し、本研究の対象とした。

家族介護者の年齢は 65.3 ± 11.1 歳、介護年数は 3.9 ± 3.1 年であり、約 8 割の対象者が女性であった。認知症高齢者の年齢は 83.4 ± 6.9 歳、MMSE は 19.9 ± 3.2 点であった。その他の基本情報は表 1 に示す。

第2項 MSC の記述統計

MSC の質問 1 の共作業数、質問 2 の 12 項目それぞれの得点、質問 3 の共作業数、重要度、遂行度、満足度の結果を表 2 に示す。質問 1 の共作業数は 6.4 ± 4.4 個であった。質問 2 の 12 項目の得点をもとに天井効果、フロア効果を検討した結果、項目 1 のみ 3.4 ± 0.7 とわずかに天井効果を示した。天井効果を示す項目は多くの場合、質問として不適切とされる。しかし、項目 1 は「一緒に行う作業 1 つ 1 つを大切と感じている」という重要度を示す内容であり、我々の先行研究においても共作業の重要度は共作業継続の可否を判断するために必要な情報である⁷⁰⁾。そのため、カテゴリカル探索的因子分析、カテゴリカル確証的因子分析の結果をふまえて判断することとした。

第3項 MSC 質問 2 の内部構造妥当性の検討

MSC の質問 2 の 12 項目をもとに、項目反応理論を用いた適合度の分析結果を表 3 に示す。項目の適合度は、項目 11 のみ RMSEA の値が 1 を超えていた。そのため、以下の分析は項目 11 を削除した 11 項目を用いることとした。

表 1 家族介護者と認知症高齢者の基本情報

	人数/平均
家族介護者 (115 名)	
性別(人)	男 : 26, 女 : 89
年齢 (歳)	65.3±11.1
介護期間 (年)	3.9±3.1
最大介護時間 (時間)	8.1±7.0
最小介護時間 (時間)	3.4±4.2
家族構成 (人)	3.3±1.5
就業の有無 (人)	している : 44 していない : 71
EQ-5D 健康効用値 (0-1)	0.763±0.187
現在健康状態(3段階)(1-3)	2.0±0.5
健康状態 (100 分率)	69.2±16.4
移動の程度 (1-3)	1.4±0.5
身の回りの管理 (1-3)	1.3±0.5
ふだんの活動 (1-3)	1.4±0.6
痛み/不快感 (1-3)	1.5±0.5
不安/ふさぎ込み (1-3)	1.4±0.5
SOPI 得点	49.6±23.5
余暇活動	8.1±3.3
生産的活動	8.7±3.2
セルフ・ケア	10.1±3.1
認知症高齢者 (115 名)	
性別 (人)	男 : 49, 女 : 66
年齢 (歳)	83.4±6.9
要介護度(0-8)	5.2±1.5
MMSE(0-30)	19.9±3.2
DQoL 自尊感情 (1-5)	2.7±0.9
DQoL 肯定的情動 (1-5)	2.8±0.9
DQoL 否定的情動 (1-5)	4.0±0.7
DQoL 所属感 (1-5)	2.7±1.0
DQoL 美的感覚 (1-5)	2.8±1.0

表 2 共作業継続意志の各項目得点

	平均
質問 1	
共作業数	6.4±4.4
質問 2	
項目 1	3.4±0.7
項目 2	2.6±0.8
項目 3	2.6±0.9
項目 4	2.9±0.9
項目 5	2.3±0.8
項目 6	2.7±0.9
項目 7	2.6±0.9
項目 8	2.6±0.9
項目 9	2.5±0.9
項目 10	2.8±0.9
項目 11	3.0±0.9
項目 12	2.4±0.9
質問 3	
共作業数	2.1±1.1
重要度	9.0±1.3
遂行度	5.5±2.7
満足度	5.5±2.7

表 3 IRT を用いた「共作業継続意志」の項目適合度

	項目	項目適合度		
		TLI	CFI	RMSEA
1	一緒に行う作業 1 つ 1 つを大切に感じている	1.000	1.000	0.000
2	一緒に作業に取り組むことによる疲れは感じていない	1.000	1.000	0.000
3	高齢者の思考、気分、行動は、一緒に作業を行いやすくしてくれる	1.000	1.000	0.000
4	一緒に作業を行う時、コミュニケーションを上手にとれている	1.000	1.000	0.000
5	介護に関する知識を十分もっている	1.000	1.000	0.000
6	介護に費やす時間の長さは適切である	1.000	1.000	0.000
7	満足して一緒に作業に取り組んでいる	1.000	1.000	0.000
8	快適で整った環境の中で一緒に作業が行えている	1.000	1.000	0.000
9	希望をもって一緒に作業に取り組んでいる	1.000	1.000	0.000
10	納得して一緒に作業に取り組んでいる	1.000	1.000	0.000
11	これからも一緒に作業を続けていきたいと考えている	1.000	1.000	0.142
12	一緒に行っている作業以外にも、新しく一緒に行いたい作業がある	1.000	1.000	0.000

項目反応理論

第 4 項 MSC 質問 2 の構成概念妥当性の検討

MSC の質問 2 の構成概念妥当性を検討するためカテゴリカル探索的因子分析を行った結果、2 因子 11 項目が抽出された(表 4)。それぞれの因子に属する項目の因子負荷量は.44～.87であった。しかし、項目 2「一緒に作業に取り組むことによる疲れは感じていない」と項目 5「介護に関する知識を十分もっている」の共通性は 0.20 以下と低く、因子への影響が少ないと判断し、項目 2, 5 は分析から除外した。

第 I 因子は現在行われている共作業の時間、環境、内容に関する充足感に関する項目であったことから「共作業の充足感」、第 II 因子は現在から将来に向けての意志、意欲に関する項目であったことから「共作業の肯定的展望」とそれぞれ命名した。その結果、質問 2 は項目反応理論を用いた適合度の分析にて削除された項目 11 と、カテゴリカル探索的因子分析の結果因子に含まれなかった項目 2, 5 を除く 9 項目から構成される質問となった。

探索的因子分析の結果をふまえ、カテゴリカル確証的因子分析を行った。

表 4 共作業継続意志のカテゴリカル探索的因子分析結果

項目	I	II	共通性
I. 共作業の充足感			
7 満足して一緒に作業に取り組んでいる	0.87	0.1	0.86
10 納得して一緒に作業に取り組んでいる	0.82	0.14	0.82
4 一緒に作業を行う時、コミュニケーションを上手にと れている	0.80	-0.04	0.61
8 快適で整った環境の中で一緒に作業が行えている	0.76	0.03	0.61
6 介護に費やす時間の長さは適切である	0.59	-0.01	0.34
II. 共作業の肯定的展望			
1 一緒に行う作業 1 つ 1 つを大切と感じている	-0.02	0.82	0.65
12 一緒に行っている作業以外にも、新しく一緒に行いた い作業がある	0.10	0.65	0.51
9 希望をもって一緒に作業に取り組んでいる	0.34	0.53	0.60
3 高齢者の思考、気分、行動は、一緒に作業を行いやす くしてくれる	0.20	0.52	0.43
5 介護に関する知識を十分もっている	0.06	0.47	0.20
2 一緒に作業に取り組むことによる疲れは感じていない	-0.39	0.44	0.16
寄 与 率	0.32	0.21	
累 積 寄 与 率	0.32	0.53	
因子間相関	第 I 因子	第 II 因子	
	第 I 因子	-	0.56
	第 II 因子	0.56	-

カテゴリカル探索的因子分析

モデルは、共作業継続意志を上位因子、探索的因子分析で抽出された 2 因子を下位因子とする二次因子モデルが、最も高い適合度を示したモデルであった (図 3)。結果、すべてのパス係数が 0.5 以上、モデルの適合度指標は TLI=0.941, CFI=0.955, RMSEA=0.120 であった。天井効果を示した項目 1 は、以上のカテゴリカル探索的因子分析、カテゴリカル確証的因子分析においても、良好な因子負荷量を十分確認できたため、項目 1 を削除せず、9 項目を分析の対象とした。

Multi-trait Scaling 分析の結果を表 5 に示す。尺度化成功率について「共作業の充足感」は 100%、「共作業の肯定的展望」は 75%であった。

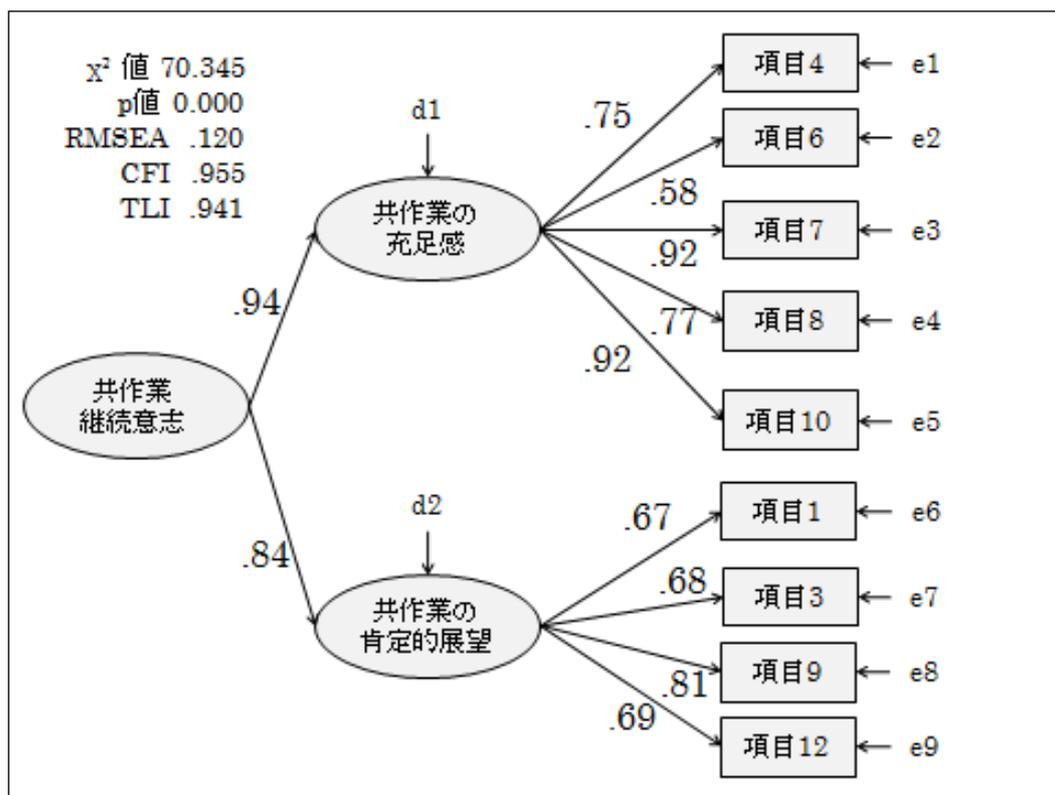


図 3 共作業継続意志の二次因子モデル

第 5 項 「共作業継続意志」の基準関連妥当性の検討

「共作業継続意志」の得点と第 I 因子「共作業の充足感」、第 II 因子「共作業の肯定的展望」について、EQ-5D と SOPI との相関分析の結果を表 6 に示す。「共作業の充足感」は SOPI の下位項目「余暇活動」と中等度の正の相関があり($r=.471$)、SOPI 総得点と軽度の正の相関が見られた($r=.351$)。また、EQ-5D の下位項目「不安／ふさぎ込み」と軽度の負

表 5 共作業継続意志の収束的妥当性と弁別的妥当性

尺度	項目数	収束的妥当性*1 (相関係数の範囲)	弁別的妥当性*2 (相関係数の範囲)	尺度化の成功数 (率)*3
I. 共作業の充足感	5	0.506~0.776	0.274~0.653	5/5(100%)
II. 共作業の肯定的展望	4	0.487~0.545	0.362~0.595	3/4(75%)

*1 各項目得点とその項目を除外した各ドメイン得点との相関係数

*2 各項目得点とその項目が属さないドメイン得点との相関係数

*3 収束的相関が弁別的相関よりも高い相関係数の数/全相関係数の数

Multi-trait Scaling 分析

表 6 共作業継続意志得点・下位尺度と EQ-5D, SOPI の相関係数

	EQ-5D						SOPI			総得点
	移動の程度	身の回りの管理	普段の生活	痛み/不快感	不安/ふさぎ込み	健康効用値	余暇活動	生産的活動	セルフケア	
第 I 因子 共作業の充足感	.007	.149	-.118	-.133	-.302**	.143	.471**	.208*	.272**	.351**
第 II 因子 共作業の肯定的展望	.168	.251**	.046	-.117	-.305**	.048	.359**	.059	.110	.200*
共作業継続意志	.065	.193*	-.066	-.153	-.336**	.128	.454**	.173	.232*	.319**

* p<.05 ** p<.01

Spearman の順位相関係数

の相関が見られた($r=-.302$).

「共作業の肯定的展望」は SOPI の下位項目「余暇活動」と軽度の正の相関が見られた($r= .368$). また, EQ-5D の下位項目「不安/ふさぎ込み」と軽度の負の相関が見られた($r=-.305$).

尺度得点となる「共作業継続意志」は EQ-5D の下位項目「不安/ふさぎ込み」と弱い負の相関が見られた($r=-.336$). また, SOPI の下位項目「余暇活動」と中等度の正の相関があり($r= .454$), SOPI 得点と軽度の正の相関が見られた($r= .319$).

MMSE と DQoL との相関分析の結果を表 7 に示す. 「共作業継続意志」, 第 I 因子「共作業の充足感」, 第 II 因子「共作業の肯定的展望」は, どの項目とも有意な相関はみられなかった.

表 7 共作業継続意志得点・下位尺度と MMSE, DQoL の相関係数

	MMSE	DQoL 自尊感情	DQoL 肯定的情動	DQoL 否定的情動	DQoL 所属感	DQoL 美的感覚
第 I 因子 共作業の充足感	-.069	.022	.038	.047	.092	.106
第 II 因子 共作業の肯定的展望	-.001	.070	.032	.037	.149	.097
共作業継続意志	-.034	.025	.019	.023	.072	.061

全てに有意な関係はみられない
ペアワイズ相関

第 6 項 「共作業継続意志」の順序的評価の検討

分析の結果、潜在ランク理論の前提である潜在ランクの強順序配置条件、弱順序配置条件は共に満たされた。そこで、情報量基準から最もデータに適合した潜在ランク数を推定した結果、ランク数が 2 の場合、CAIC, BIC が最小かつ、RMSEA の値が 0.000 となり最も適合度が高くなった。各ランクの期待得点を示す TRP はランク 1 が 20.6 点、ランク 2 が 28.2 点と推測された(図 4)。そのため、ランク数は 2 を用い以下の推定を行った。

所属確率によって分類された 2 群の「共作業継続意志」得点の違いを確認するため、IRP を算出した(表 8)。その結果、全ての項目でランク 2 の方が平均得点は高くなっていた。また、各項目の差を Mann-Whitney 検定を用いた。その結果、全ての項目で有意な差が見られた。

第 7 項 「共作業継続意志」の信頼性の検討

9 項目からなる「共作業継続意志」のクロンバック α 係数は 0.87 であった。また、各因子の「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」はそれぞれ 0.86, 0.75 であり内的整合性が高いことが示された。

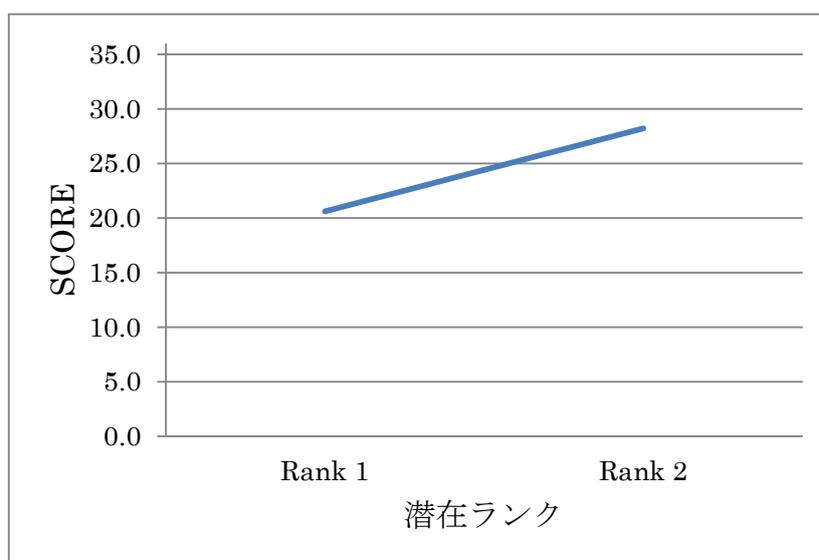


図 4 共作業継続意志の潜在ランク理論を用いた TRP の結果

表 8 共作業継続意志の基本統計量と潜在ランク理論を用いた IRP

項目	基本統計量		項目参照プロファイル (IRP)		p
	平均	標準偏差(SD)	Rank 1	Rank 2	
1	3.365	0.741	3.147	3.580	<.001
3	2.557	0.948	2.165	2.944	<.001
4	2.861	0.887	2.434	3.282	<.001
6	2.661	0.857	2.313	3.003	<.001
7	2.591	0.897	2.023	3.151	<.001
8	2.635	0.862	2.192	3.071	<.001
9	2.548	0.948	2.089	2.998	<.001
10	2.843	0.894	2.285	3.396	<.001
12	2.374	0.932	1.958	2.783	<.001

潜在ランク理論, Mann-Whitney 検定

表 9 MSC 内項目間の相関係数

	共作業 ストーリー の喚起 共作業数	共作業の 充足感	共作業の 肯定的 展望	共作業 継続意志	行いたい 共作業 共作業数	行いたい 共作業 重要度	行いたい 共作業 遂行度	行いたい 共作業 満足度
共作業 ストーリー の喚起 共作業数	1.000	.246**	.263**	.279**	.428**	.206*	.083	-.03
共作業の 充足感		1.000	.643**	.931**	.253**	.178	.201*	.345**
共作業の 肯定的展望			1.000	.860**	.319**	.260**	.174*	.309**
共作業 継続意志				1.000	.328**	.234*	.221*	.358**
行いたい 共作業 共作業数					1.000	.107	.172	.079
行いたい 共作業 重要度						1.000	.225*	.198*
行いたい 共作業 遂行度							1.000	.865**
行いたい 共作業 満足度								1.000

* p<.05 ** p<.01

Spearman の順位相関係数

第 8 項 MSC 尺度内質問間の関連の検討

質問 1「共作業ストーリーの喚起」の共作業数は、質問 3「行いたい共作業」の共作業数と中等度の正の相関がみられた($r = .428$)。質問 2「共作業継続意志」の合計点と「共作業の肯定的展望」の得点は、質問 3「行いたい共作業」の共作業数と軽度の正の相関がみられた($r = .367, .336$)。質問 2「共作業継続意志」の合計点と「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」の得点は、質問 3「行いたい共作業」の満足感と正の相関がみられた($r = .345, .315, .354$)。質問 3「行いたい共作業」の重要度、遂行度はその他の項目と相関が見られなかった(表 9)。

第 9 項 MSC 質問 1 と 3, 他尺度の弁別力の検討

潜在ランクの所属確率によって分類された 2 群による尺度内項目得点の違いを確認するため、質問 1「共作業ストーリー」の共作業数、質問 3「行いたい共作業」の共作業数、重要度、遂行度、満足度の 2 群間の差を分析した。結果、質問 1「共作業ストーリー」の共作業数、質問 3「行いたい共作業」の満足度で有意な差がみられた(表 10)。

同様に EQ-5D, SOPI, MMSE, DQoL の違いを確認した(表 11)。結果、EQ-5D の「身の回りの管理」「不安／ふさぎ込み」と SOPI の「余暇活動」「セルフケア」「総得点」、DQoL の「自尊感情」「所属感」「美的感覚」に有意な差がみられた。

表 10 潜在ランクにより分類された 2 群の MSC 内得点の違い

	平均			p	r
	基本統計量	Rank 1	Rank2		
共作業ストーリーの 共作業数	6.43±4.39	5.19 ± 3.62	7.64 ± 4.75	<.01	.58
行いたい共作業の 共作業数	2.10±1.07	1.80 ± 1.14	2.40 ± 0.92	<.01	.58
行いたい共作業の 重要度	9.01±1.30	8.78 ± 1.44	9.19 ± 1.16	.12	.32
行いたい共作業の 遂行度	5.53±2.67	5.23 ± 2.42	5.77 ± 2.86	.21	.21
行いたい共作業の 満足度	5.54±2.70	4.85 ± 2.15	6.11 ± 2.97	<.01	.49

(平均±SD)

Mann-Whitney 検定

表 11 潜在ランクにより分類された 2 群の他尺度得点の違い

	平均		p	r
	Rank1	Rank2		
家族介護者				
EQ5D				
健康効用値	0.73 ± 0.17	0.79 ± 0.20	.18	.33
移動の程度	1.33 ± 0.51	1.38 ± 0.49	.52	.10
身の回り管理	1.17 ± 0.43	1.38 ± 0.56	<.05	.42
ふだんの生活	1.44 ± 0.60	1.41 ± 0.56	.88	.05
痛み/不快感	1.60 ± 0.49	1.47 ± 0.57	.125	.25
不安/ふさぎ込み	1.56 ± 0.50	1.24 ± 0.43	<.01	.69
SOPI				
余暇活動	6.70 ± 2.92	9.38 ± 3.17	<.01	.89
生産的活動	8.19 ± 2.80	9.14 ± 3.56	.085	.30
セルフケア	9.46 ± 2.88	10.8 ± 3.19	<.05	.44
総得点	42.64 ± 20.69	56.51 ± 24.30	<.01	.62
認知症高齢者				
MMSE	19.50 ± 3.35	20.34 ± 3.04	.20	.27
DQOL				
自尊感情	2.50 ± 0.89	2.81 ± 0.88	<.05	.35
肯定的情動	2.81 ± 0.91	2.84 ± 0.93	.96	.03
否定的情動	3.99 ± 0.70	4.06 ± 0.76	.50	.10
所属感	2.44 ± 0.88	2.90 ± 1.06	<.01	.48
美的感覚	2.54 ± 0.94	3.14 ± 1.04	<.01	.61
(平均±SD)				
Mann-Whitney 検定				

第 10 項 結果のまとめ

今回の分析の結果、MSC の質問 2 は、9 項目からなる「共作業継続意志」を 5 項目からなる「共作業の充足感」と 4 項目からなる「共作業の肯定的展望」に分類できた。モデル

の検討として、「共作業継続意志」を上位因子とする 2 次因子モデルとして仮定したが、十分な適合度は確認できなかった。また、質問 2「共作業継続意志」は SOPI の「余暇活動」と中等度、EQ-5D の「不安／ふさぎ込み」と軽度の関連がみられた。潜在ランク理論を用いた分析の結果、対象者は 2 ランクに分類された。

MSC 質問間の関連について、質問 1「共作業ストーリーの喚起」の共作業数は質問 3「行いたい共作業」の共作業数と、質問 2「共作業継続意志」の合計点と「共作業の肯定的展望」得点は、質問 3「行いたい共作業」の共作業数と、質問 2「共作業継続意志」の合計点と「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」得点は、質問 3「行いたい共作業」の満足感と関連がみられた。

MSC の潜在ランク理論により分類された 2 群では、MSC の質問 1「共作業ストーリー」の共作業数、質問 3「行いたい共作業」の満足度に有意な差があり、他尺度においても、EQ-5D の「身の回りの管理」「不安／ふさぎ込み」と SOPI の「余暇活動」「セルフケア」「総得点」、DQoL の「自尊感情」「所属感」「美的感覚」に有意な差がみられた。

第4節 考察

今回の研究では、認知症高齢者の家族介護者の共作業を評価するためにMSCを開発し、計量心理学的特性を検討した。その結果、MSC内の「共作業継続意志」の質問項目について良好な内部構造妥当性、構成概念妥当性、収束妥当性、基準関連妥当性、内部一貫性を確認できた。そして、「共作業継続意志」得点をもとに潜在ランクの所属確立によって分類された2群において、MSC内と他尺度に有意な差があり、MSCの適用可能性を確認できた。

本考察では、対象者の特徴、「共作業継続意志」の妥当性・信頼性、MSCの適用可能性について考察する。

第1項 対象者の特徴

今回の対象者の8割は女性であった。また、認知症高齢者のMMSEは 19.9 ± 3.2 点であり、今回の適格条件にあてはまっている。また介護期間は 3.9 ± 3.1 年であり認知症のmiddle stageの特徴にあてはまる⁵⁶⁾ため、今回の対象者は一般的な認知症高齢者の家族介護者であるといえる。

第2項 「共作業継続意志」の妥当性・信頼性

「共作業継続意志」の内部構造妥当性の検討では、「将来的な共作業への欲求」に関する項目が適合を示さなかった。認知症高齢者の家族介護者にとって、認知症高齢者と生活を継続するためには、日常生活だけでなく、経済面や地域活動の継続など様々な不安を抱えている⁴⁹⁾。この項目は、共作業に関する視点だけではなく、将来を見据えた様々な要因が影響した項目となってしまう「共作業継続意志」の項目として、十分適合していなかったことが考えられる。

「共作業継続意志」の構成概念妥当性の検討では、カテゴリカル探索的因子分析の結果、「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」の2つの因子からなることが明らかになった。梶原ら⁹³⁾は、在宅での家族介護者の介護継続には介護満足感の関連があり、介護満足感を高める支援の必要性を挙げている。また、Mullinらは⁹⁴⁾、長期間の介護を実践するには

認知症高齢者と家族介護者の未来を見据えた関係、アイデンティティ、介護を提供するものとしての関係性が重要としている。これらのことから、今回抽出された2因子は妥当であると考えられる。作業継続は、努力を必要とするが、達成、有能感の発達、新たな学習といった感情で報われるとされている⁵⁷⁾。これは、共作業の満足感や有能感から構成される「共作業の充足感」と、新たな作業への意欲を含む「共作業の肯定的展望」が「共作業継続意志」を構成する概念であることを裏付ける。しかし、カテゴリカル確証的因子分析では、CFI、TLIは十分な値を示す一方、RMSEAは良好とは言えない結果として示された。今回の二次因子モデルが十分適合したモデルとならなかった原因として、「共作業継続意志」を構成する更なる因子が潜在する可能性が考えられる。今回のカテゴリカル確証的因子分析の結果において、全てのパス係数は0.50以上であり、変数間の関連は確認できた。今後、今回抽出された「共作業の充足感」と「共作業の肯定的展望」に加え、新たな因子を再検討する必要がある。加えて、収束的妥当性、弁別的妥当性について、収束的妥当性は確認できたものの、弁別的妥当性は十分ではないと判断した。弁別的妥当性が十分でない原因として、因子間の相関係数が0.56であり、「共作業の充足感」と「共作業の肯定的展望」が近似した概念であることが考えられる。上記したように、「共作業継続意志」に関する因子を再調査した上で、再度分析を行う必要がある。

「共作業継続意志」の基準関連妥当性について、SOPIの「余暇活動」と中等度、EQ-5Dの「不安／ふさぎ込み」と軽度の関連がみられた。これにより、「共作業継続意志」を評価することで、家族介護者の作業遂行とQOLの心理的側面を捉えていることがわかった。すなわち、「共作業継続意志」の基準関連妥当性を裏付ける結果となっていた。家族介護者にとって、共作業には情緒的側面、意図的側面が存在することからも、「共作業継続意志」は「不安／ふさぎ込み」「余暇活動」といった心理・社会的機能を反映していると考えられる。SOPIは「ある個人の生活・人生にとって価値のある活動を、自分で統制して、他の活動とバランスよく、納得のいくように行うことができている状況」を評価している⁸⁴⁾。これは、カナダ作業遂行モデルが定義する作業遂行に相当した概念である⁶⁹⁾。つまり、「共作業継続意志」は、家族介護者の価値のある活動に関する作業バランスや、参加状況に関連した項目であると考えられる。また、「余暇活動」は最も社会的機能を含む作業として分類されていることから、「共作業継続意志」が低下した状態では、共作業を抱え込みすぎていることも予測される。この状態は、作業同一性が低下した状態と考えられる。作業同一性の低下は作業適応を困難にさせるため⁵⁷⁾、多くの価値ある活動への悪影響が感られ

る。

「共作業継続意志」の潜在ランク理論を用いた順序的評価を検討し、家族介護者を2群に分けることができた。MSC内項目、他尺度の項目の特徴においても、「共作業継続意志」の低ランク群は高ランク群に比べ、共作業の継続意志が低下しているだけでなく、健康関連QOL、作業遂行の低下がみられるということがわかった。また、認知症高齢者の主観的QOLの下位項目のうち3項目が低いこともわかった。認知症高齢者と家族介護者にとって、共作業を十分に行えていると認識できることは、両者のQOLを維持するために重要であるとされている⁹⁵⁾。また、認知症高齢者のQOLは、家族介護者のQOL、うつ症状との関連が示されている⁹⁶⁾。今回の結果から、介護継続意志の低い家族介護者は、家族介護者自身の健康関連QOL、作業遂行が低く、主観的QOLの低い認知症高齢者を介護していることが考えられる。

最後に、「共作業継続意志」の信頼性について、項目全体と各因子それぞれのクロンバックの α 係数は0.75以上であったことから、十分な信頼性が確認できたと考えられる。

第3項 MSCの適用可能性

MSCは、「共作業ストーリーの喚起」、「共作業継続意志」、「行いたい共作業」から構成されている。MSCの尺度内において、「共作業継続意志」は「行いたい共作業」の共作業数と満足感と弱い関連がみられた。これは、「共作業継続意志」を単独で用いるのではなく、MSCとして用いることで、今後の介入すべき共作業を明確化することができると考えられる。一方で、「共作業ストーリーの喚起」の共作業数は「共作業継続意志」と関連がみられなかった。これは、「共作業ストーリーの喚起」という項目はMSCに不必要な項目であることが考えられる。しかし、「共作業ストーリーの喚起」の共作業数と「行いたい共作業」と中等度の関連が確認されていた。Strainらは⁶⁰⁾、認知症高齢者の家族介護者は、認知症高齢者に愛着を示す者ほど、介護を断念することができないという特徴を持つと示している。また、梶原らの報告から、これまでの良好な関係性が介護継続意志を高めることに結び付くとされている⁹³⁾。MSCにおいて「共作業ストーリーの喚起」は、「共作業継続意志」にもとづく評価に直接影響はない可能性が考えられるが、どのような共作業が喚起されたのかを記載することで、これまでの共作業歴を理解することができ、両者の関係性を知るきっかけになる。そのため、「共作業ストーリーの喚起」は、MSCに必要な項目として挙

げられる。

MSCは現在の共作業継続意志を評価し、これまで家族介護者が潜在的なニーズとして抱えていた支援を必要としている共作業を顕在化させる一連のプロセスを示すことが可能となる。そのため、認知症高齢者と家族介護者の両者が対象になりやすい訪問作業療法での利用が期待される。また、MSCの質問2において、家族介護者の共作業継続意志を評価できることから、共作業を促進する選択だけでなく、レスパイトケアを促す選択も検討でき、家族介護者の状況にあった支援ができる。加えて、共作業継続意志は、家族介護者のQOLと作業遂行、認知症高齢者のQOLとの関連があることから、MSCを用いることで、両者の肯定的な側面の改善が期待できる。以上のことから、MSCを用いた作業療法評価は両者への包括的な介入手段の1つとなることが考えられる。

作業療法とは、作業を通して日常生活を行うことを可能にする技術と学問であるとされている¹³⁾。これまでの家族介護者への支援は、介護負担感の軽減という否定的な側面の改善を目標にすることが多かったが、共作業という視点をもつことで、余暇活動や生産活動などへの介入も可能になることが示唆される。認知症高齢者と家族介護者の両者にとって、生活の満足感、充実感を得ることのできる作業を行なうことは、両者の関係性やQOLの改善などの肯定的な側面の拡大につながるのではないかと考える。また、通所リハビリテーション等の家族状況が十分把握しづらい場面においても、MSCによる調査を行うことで共作業のもとづく家族介護者評価が可能となることが考えられる。

第4項 研究の限界

本研究の限界として、「共作業継続意志」の質問項目の少なさがモデル適合度の低さに影響したと考えられる。筆者らは、MSCを作成するにあたっての事前の調査と、先行研究から「共作業継続意志」に重要とされる要因を選定していた。しかし、その他の領域からの影響も考え、質問項目を網羅する必要があった。加えて、共作業に影響する要因の調査不足のため、「共作業継続意志」に含まれる潜在的な要因を確認できていないことも考えられる。今後、安定したモデル構築のため、更なる要因の確認を目的とした再調査、再検討を行う。

2つ目に、MSCの信頼性について確認できているのは、内部一貫性のみである。そのため、今後テスト-再テスト信頼性の検討を行う。

3 つ目に、本研究における MSC は認知症高齢者の家族介護者を対象としているが、他疾患の家族介護者のもつ共作業の特徴の把握や、MSC を用いた他疾患の家族介護者への調査は検討できていない。今後、他疾患の家族介護者への調査を実施し、本研究の認知症特性を確認することと、他疾患の家族介護者への適用の可否を検討することが課題として挙げられる。

最後に、本研究の対象者は認知症高齢者の家族介護者としており、属性に関する分類は行われていない。認知症高齢者の介護をする家族の属性が配偶者または子世代かどうかによって介護生活から受ける影響は異なる。そのため、今後は属性の分類にもとづく検討を行う必要がある。

第 5 節 結論

本研究では、認知症高齢者の家族介護者の共作業を評価するために共作業支援尺度 (Measurement of Supporting Co-occupation : MSC)を開発し、計量心理学的特性を報告した。その結果、MSC 内の「共作業継続意志」について、十分なモデルの適合を示さなかったが、一定の内部構造妥当性、基準関連妥当性と信頼性を確認できた。そして、「共作業継続意志」得点の潜在ランク所属確率によって分類された 2 群において、MSC 内と他尺度に有意な差があり、MSC の適用可能性を確認できた。今後、「共作業継続意志」の更なる要因の抽出を目的とした再調査を行い、地域作業療法において実施していくことで臨床有用性の確立を目指す。

Campbell ら⁹⁷⁾によると、エビデンスレベルの階層を示す MRC framework において、モデリングとアウトカムの予測は第 1 相に相当する。今後、MSC の高いエビデンスを得るため、少人数の対象者への予備的介入からランダム化無作為比較試験による介入での効果を検討する。

謝辞

本研究にご協力頂きました対象者、各協力施設、研究室の関係各位に深謝いたします。

終章

第 1 節 結論（総合）

本研究では、認知症高齢者と家族介護者の共作業にもとづく包括的な支援を促す評価尺度を作成するため、高齢者の家族介護者に対する介入方法を系統的にレビューし、現在行われている方法と今後の課題を把握した。その後、認知症高齢者と家族介護者が行う共作業の特徴を捉え、作業療法場面で実践可能な家族介護者を対象とした共作業支援尺度を開発し計量心理学的特性を示した。

第 1 章では、高齢者の家族介護者を対象とした介入方法と効果を分析した。グループセッションには支持的ネットワークの形成による効果があり、個別セッションは介護者の問題に特化した介入が可能であることがわかった。施設での介入は他介護者との接触が行いやすいこと、在宅での介入は個別性の高い介入が行いやすい環境であることがわかった。結果、介入目的の違いにより、実施場所や形態を決定することの重要性を明らかにした。

第 2 章では、BPSD を呈する認知症高齢者と家族介護者の困っている共作業と行いたい共作業に関するアンケート調査を行った。多くの家族介護者が認知症高齢者のセルフケアを中心とした困る共作業があると回答し、困る共作業の 9 割近くに対し継続したい思いがあることがわかった。また、半数以上の家族介護者が行いたい共作業があると回答した。この結果は、家族介護者は困る共作業を改善したいというニーズをもっていることを意味する。また、行いたい共作業をもつ家族介護者は、困る共作業を重要と認識していることから、認知症高齢者と肯定的な感情を持ち共作業を行いたいという潜在的なニーズをもっていることも示している。今後の課題として、家族介護者一人一人の作業有能性を評価する質問紙の開発が必要と考えられた。

第 3 章では、認知症高齢者の家族介護者を対象とした MSC を開発し、計量心理学的特性を検討した。MSC の質問 2「共作業継続意志」は「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」の 2 因子に分類することができたが、2 次因子モデルとして十分な適合度を確認できなかった。しかし、「共作業継続意志」の内部構造妥当性、基準関連妥当性、信頼性を確認することができた。加えて、「共作業継続意志」にもとづく潜在ランク理論による分類により、MSC 内の「共作業ストーリーの喚起」「行いたい共作業」の共作業数と、家族介護者の健康関連 QOL と作業遂行、認知症高齢者の主観的 QOL に有意な差があった。すなわ

ち、MSC を用いた作業療法による介入は、共作業の継続意志を改善させ複数のアウトカムの改善が期待できることから MSC の適用可能性を確認できた。

第 2 節 残された課題

今回開発した MSC の課題として、「共作業継続意志」は、「共作業の充足感」「共作業の肯定的展望」の 2 因子から構成されることが確認できたが、モデルとしての適合は不十分であった。加えて、弁別的妥当性は確認できなかったことから、今回抽出された 2 因子は近接概念であることと、「共作業継続意志」の更なる要因の存在が考えられる。Mullin らは⁹²⁾、長期間の介護を実践するには認知症高齢者と家族介護者の未来を見据えた関係、アイデンティティ、介護を提供するものとしての関係性が重要としている。そのため、「共作業継続意志」に関する因子が他にも存在する可能性があることから、今後、更なる調査を行う必要がある。信頼性の確認が十分に行えていないことが挙げられる。また、MSC の項目である「共作業継続意志」に関しては、良好な内部一貫性を確認できているが、今後はテスト - 再テスト信頼性の検討を行い MSC の信頼性を確認する。

MSC を作成するにあたり、研究 2 では認知症高齢者の家族介護者を対象とした共作業に関する調査を行った。しかし、今回抽出された特徴が認知症高齢者の家族介護者の特徴なのか、一般的な家族介護者の特徴なのかは判断できていない。今後、他疾患の家族介護者のもつ共作業の特徴を調査し、認知症高齢者の家族介護者の結果と比較するとともに、MSC を用いた他疾患の家族介護者への適用可能性も検討する。

第3節 今後の展望

今回開発した MSC について上記調査から適用可能性が確認できた。今後、MSC を用いることで、家族介護者を含めた認知症高齢者の包括的な評価が可能となる。また、介入すべき共作業が明確になるため、MSC を用いた評価プロセスを踏まえた介入方法を体系化し、少人数の対象者への予備的介入からランダム化無作為比較試験による介入での効果を検討する。MSC を用いた作業療法評価・介入は、両者の満足度の高い生活を支援することが考えられ、今後の地域作業療法分野への寄与が期待される。

参考文献

- 1 総務省（2013）「ICT 超高齢社会構想会議報告書 - 『スマートプラチナ社会』の実現 - 」の公表． http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01ryutsu02_02000069.html [Accessed October 1, 2014]
- 2 World Health Organization (2012) Dementia: a public health priority. World Health Organization and Alzheimer's Disease International, WHO Press. http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html[Accessed October 2, 2014]
- 3 総務省（2013）高齢化の発展，第1部特集「スマート ICT」の戦略的活用でいかに日本に元気と成長をもたらすか． <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h25/html/nc123110.html> [Accessed October 1, 2014]
- 4 厚生労働省（2014）平成24年度介護保険事業状況報告（年報） <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoku12/index.html> [Accessed January 10, 2015]
- 5 厚生労働省（2014）平成25年国民生活基礎調査の概況． <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html> [Accessed January 10, 2015]
- 6 Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P (2002) How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 42(3): 356-372
- 7 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）」について． <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html> [Accessed November 26, 2014]
- 8 Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R (2005) Unmet care needs and key outcomes in dementia. *J Am Geriatr Soc* 53(12): 2098-2105
- 9 坪井章雄，松若寿男，新井光男，清水ミシェル・アイズマン（1999）在宅高齢障害者の介護家族における心理ステージモデルの検討．*作業療法* 18(5)：393-401
- 10 Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, Nakamura A, Endo H, Iguchi A (2005) Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Arch Gerontol Geriatr* 41(2): 159-168

- 11 松田修 (2012) 認知症の人の日常生活支援と QOL. 老年精医誌 23(12) : 1423-1430
- 12 里宇明元 (2001) 介護負担感の概念と研究の動向. J Clin Rehabil10(10) : 859-867
- 13 Townsend E, Polataiko H (2011) 続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正
大学教育出版, 東京 pp10-11
- 14 Zemke R, Clark F (1996) Preface. In R Zemke and F Clark (eds) Occupational
Science: The Evolving Discipline. FA Davis, Philadelphia pp233-277
- 15 Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW (2001) A randomized,
controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset
in caregivers and on daily function of persons with dementia. Gerontologist 41(1):
4-14
- 16 Picken ND, Pizur-Barnekow K (2009) Co-occupation: Extending the Dialogue.
Journal of Occupational Science 16(3): 151-156
- 17 厚生労働省 (2011) 平成 22 年度介護保険事業状況報告 (年報)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/10/index.html> [Accessed
December 5, 2012]
- 18 厚生労働省 (2011) 平成 22 年国民生活基礎調査の概況. 調査の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html> [Accessed
September 12, 2012]
- 19 高橋龍太郎 (2007) 家族介護と介護の社会化. 老年医学 45(2) : 147 - 152
- 20 厚生労働省 (2012) 健康づくりのための身体活動基準 2013 .
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xp1e-att/2r9852000002xpqt.pdf>
[Accessed February 21, 2015]
- 21 Minds 診療ガイドライン選定部(2007)Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007.
第 1 版, 医学書院, 東京 pp15
- 22 Hsieh HF, Wang JJ, Yen M, Liu TT (2009) Educational support group in changing
caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized
elders. Adv Health Sci Educ Theory Pract 14(3): 377-386
- 23 Huynh-Hohnbaum AL, Villa VM, Aranda MP, Lambrinos J (2008) Evaluating a
multicomponent caregiver intervention. Home Health Care Serv Q 27(4): 299-325
- 24 Li H, Melnyk BM, McCann R, Chatcheydang J, Koulouglioti C, Nichols LW, Lee

- MD, Ghassemi A (2003) Creating avenues for relative empowerment (CARE): A pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Res Nurs Health* 26(4): 284-299
- 25 Pahlavanzadeh S, Heidari FG, Maghsudi J, Ghazavi Z, Samandari S (2010) The effects of family education program on the caregiver burden of families of elderly with dementia disorders. *Iran J Nurs Midwifery Res* 15(3): 102-108
- 26 Salvà A, Andrieu S, Fernandez E, Schiffrin EJ, Moulin J, Decarli B, Rojano-i-Luque X, Guigoz Y, Vellas B; NutriAlz group (2011) Health and nutrition promotion program for patients with dementia (NutriAlz): Cluster randomized trial. *J Nutr Health Aging* 15(10): 822-830
- 27 Dellasega C, Zerbe TM (2002) Caregivers of frail rural older adults. Effects of an advanced practice nursing intervention. *J Gerontol Nurs* 28(10): 40-49
- 28 Hirano A, Suzuki Y, Kuzuya M, Onishi J, Ban N, Umegaki H (2011) Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients ; A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 53(2): e158-163
- 29 Chang BL (2004) Internet intervention for community elders: process and feasibility. *West J Nurs Res* 26(4): 461-466
- 30 Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, Menon R, Prince M, Patel V (2008) The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries : a randomised controlled trial from Goa, India. *PLoS One* 3(6): e2333
- 31 Ducharme F, Lebel P, Lachance L, Trudeau D (2006) Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. *Res Nurs Health* 29(5): 427-441
- 32 Gallagher-Thompson D, Wang PC, Liu W, Cheung V, Peng R, China D, Thompson LW (2010) Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers : results of a preliminary study. *Aging Ment Health* 14(3): 263-73
- 33 牧迫飛雄馬, 阿部勉, 大沼剛 (2009) 家族介護者に対する在宅での個別教育介入が介

- 護負担感および心理状態へ及ぼす効果. 老年社会科学 31(1) : 12-20
- 34 Melis RJ, van Eijken MI, van Achterberg T, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJ, van de Lisdonk EH, Rikkert MG (2009) The effect on caregiver burden of a problem-based home visiting programme for frail older people. *Age Ageing* 38(5): 542-547
- 35 望月紀子, 新田静江, 清水祐子 (2005) 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. 山梨大看会誌 3(2) : 27-32
- 36 望月紀子 (2005) 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 10(1) : 17-23
- 37 Faes MC, Reelick MF, Melis RJ, Borm GF, Esselink RA, Rikkert MG (2010) Multifactorial fall prevention for pairs of frail community-dwelling older fallers and their informal caregivers: a dead end for complex interventions in the frailest fallers. *J Am Med Dir Assoc* 12(6): 451-458
- 38 Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS (2011) Modeling trajectories and transitions: results from the New York University caregiver intervention. *Nurs Res* 60: 28-37
- 39 Haley WE¹, Bergman EJ, Roth DL, McVie T, Gaugler JE, Mittelman MS (2008) Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *Gerontologist* 48(6): 732-740
- 40 上城憲司, 小松洋平, 堀川晃義, 山口美紀, 比嘉知子, 田中裕子, 納戸美佐子, 西田征治 (2010) 重度認知症患者デイケアにおける新規参加者への「家族支援」の試み. 西九州リハ研 3 : 9-15
- 41 Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE (2004) Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 161(5): 850-856
- 42 Mahoney DM, Mutschler PH, Tarlow B, Liss E (2008) Real world implementation lessons and outcomes from the Worker interactive networking (WIN) project: Workplace-based online caregiver support and remote monitoring of elders at home. *Telemed J E Health* 14(3): 224-234
- 43 Stella F, Canonici AP, Gobbi S, Galduroz RF, Cação Jde C, Gobbi LT (2011)

- Attenuation of neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: A controlled trial. *Clinics(Sao Paulo)* 66(8): 1353-1360
- 44 後藤雅博 (1998) 家族教室のすすめ方 - 心理教育的アプローチによる家族援助の実際 - . 金剛出版, 東京 pp17-25
- 45 山根寛 (2010) 精神障害と作業療法-治る・治すから生きるへ. 第3版, 三輪書店, 東京 pp101-108
- 46 Letts L, Edwards M, Berenyi J, Moros K, O'Neill C, O'Toole C, McGrath C (2011) Using occupations to improve quality of life, health and wellness, and client and caregiver satisfaction for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther* 65(5): 497-504
- 47 Kim SY, Yoo EY, Jung MY, Park SH, Park JH (2012) A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuro Rehabilitation* 31(2): 107-115
- 48 Padilla R (2011) Effectiveness of occupational therapy services for people with Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Occup Ther* 65(5): 487- 489
- 49 Alzheimer's Disease International (2013) World Alzheimer Report 2013: Journey of Caring.
- 50 Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, Yaffe K (2003) Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med* 18(12): 1006-1014
- 51 Graff MJL, Vernooij-Dassen MJ, Zajec J, Olde Rikkert MGM, Hoefnagels WHL, Dekker J (2006) How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? A case study. *Dementia* 5(4): 503-532
- 52 松本直美, 池田学, 福原竜治, 兵頭隆幸, 石川智久, 森崇明, 豊田泰孝, 松本光央, 足立浩祥, 品川俊一郎, 銚石和彦, 田辺敬貴, 博野信次 (2006) 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討. *脳と神経* 58(9) : 785-790
- 53 Nishimura T, Kobayashi T, Hariguchi S, Takeda M, Fukunaga T, Inoue O, Kondo H, Niigawa H, Tanaka S, Yamashita M (1993) Scales for mental state and daily living

- activities for the elderly: clinical behavioral scales for assessing demented patients. *Int Psychogeriatr* 5(2): 117-134
- 54 McColl MA, Law M, Baptiste S, Pollock N, Carswell A, Polatajko HJ (2005) Targeted applications of the Canadian Occupational Performance Measure. *Can J Occup Ther* 72(5): 298-300
- 55 Cohen, J (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 56 World Health Organization (2012) *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. Chapter 3: Neurological disorders: A Public Health Approach (Dementia, Epilepsy, Headache disorders, Multiple sclerosis, Neuroinfections)
- 57 Kielhofner, G (2012) *人間作業モデル—理解と応用*. 第4版, 協同医書出版社, 東京 pp189-203
- 58 Townsend E, Polataiko H (2011) *続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正* 大学教育出版, 東京 pp64-89
- 59 Monin JK, Schulz R, Kershaw TS (2013) Caregiving spouses' attachment orientations and the physical and psychological health of individuals with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health* 17: 508-516
- 60 Strain LA, Blandford AA (2002) Community-based services for the taking but few takers: Reasons for non-use. *J Appl Gerontol* 21: 220-235
- 61 Townsend E, Polataiko H (2011) *続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正* 大学教育出版, 東京 pp51-60
- 62 Mallidou AA, Oliveira NG, Borycki E (2013) Behavioural and psychological symptoms of dementia: Are there any effective alternative-to-antipsychotics strategies? *OA Family Medicine* 1(1): 6
- 63 Tadaka E, Kanagawa K (2007) Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology International* 7(2): 167-173
- 64 Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, Witte de LP (2003) Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary care givers: A pilot study. *Occup Ther J*

- Res 23: 155-164
- 65 Thies W, Bleiler L; Alzheimer's Association (2013) 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 9(2): 208-245
- 66 Ward, J. D. (2003). Adults with mental illness: Psychiatric diagnoses and related intervention issues. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn & B. A. B. Schell (Eds.) "Willard & Spackman's occupational therapy (10th edn)" Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia pp 835-860
- 67 Knapp M, Prince M(2007) *Dementia UK: Report to the Alzheimer's Society*. Alzheimer's Society, London
- 68 荒瀬靖子, 小笠原久美, 小畑有理子, 河村美幸, 堤雅恵 (2012) 在宅における主介護者の介護継続意志に関わる要因: 介護技術に対する主介護者の自信と訪問看護師からみた適切さ. *訪問看と介護* 17(12): 1064-1068
- 69 カナダ作業療法士協会 (2000) *作業療法の視点-作業ができるということ*. 大学教育出版, 東京 pp34-66
- 70 Ono K, Kanayama Y, Iwata M, Yabuwaki K(2015) Views on Co-occupation between Elderly Persons with Dementia and Family Caregivers. *J Gerontol Geriatr Res* 3(5):185
- 71 Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Olderikkert MG(2007) 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 Biol Sci Med Sci* 62(9): 1002-9
- 72 Graff MJL, Vernooij-Dassen MJFJ, Hoefnagels WHL, Dekker J, Witte LP(2003) Occupational therapy at home for older individuals with mild to moderate cognitive impairments and their primary caregivers: a pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research* 23: 155-164
- 73 Graff MJ1, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, Hoefnagels WH, Rikkert MG(2008) Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *British Medical Journal* 336(7636): 134-138
- 74 吉川ひろみ, 齋藤さわ子 (編) (2014) *作業療法がわかる-COPM・AMPS 実践ガイド*,

- 医学書院，東京 pp1-44
- 75 齋藤恵美子，國崎ちはる，金川克子（2001）家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討．日公衛誌 48(3)：180-189
- 76 Gold DP, Cohen C, Shulman K, Zuccherro C, Andres D, Etezadi J(1995) Caregiving and dementia: predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 41(3): 183-201
- 77 対馬英輝（2010）医療系研究論文の読み方・まとめ方 - 論文の PECO から正しい統計的判断まで．東京都図書株式会社，東京 pp208-227
- 78 Kramer BJ(1997) Gain in the caregiving experience: where are we? What next?. *Gerontologist* 37(2): 218-232
- 79 Burgener SC, Dickerson-Putman J(1999) Assessing patients in the early stages of irreversible dementia. The relevance of patient perspectives. *J Gerontol Nurs* 25(2): 33-41
- 80 Steadman PL, Tremont G, Davis JD(2007) Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 20(2): 115-119
- 81 Davis JD, Curtin AJ(2011) Family and professional caregiving of individuals with dementia in long-term care. *Med Health R I* 94(2): 38-40
- 82 Sequeira C(2013) Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *J Clin Nurs* 22(3-4): 491-500
- 83 池田俊也，池上直己（2001）選考に基づく尺度（EQ-5D を中心に）．臨床のための QOL ハンドブック．医学書院，東京 pp45-49
- 84 今井忠則，齋藤さわこ（2010）個人にとって価値のある活動の参加状況の測定-自記式作業遂行指標（SOPI: Self-completed Occupational Performance Index）の開発．作業療法 29（3）：317-325
- 85 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR(1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3): 189-198
- 86 鈴木みずえ，内田敦子，金森雅夫，大城一（2005）日本語版 Dementia Quality of Life Instrument の作成と信頼性・妥当性の検討．日老医誌 42(4)：423-431

- 87 加藤健太郎, 山田剛史, 川端一光 (2014) Rによる項目反応理論. オーム社, 東京 pp70-99
- 88 竹内理, 水本篤 (2014) 外国語教育研究ハンドブック-研究手法のより良い理解のために. 松柏社, 東京 pp162-226
- 89 小杉孝司, 清水裕士 (2014) M-plusとRによる構造方程式モデリング入門. 北大路書房, 東京 pp118-133
- 90 池田俊也, 池上直己 (2001) 選考に基づく尺度 (EQ-5Dを中心に). 臨床のためのQOLハンドブック. 医学書院, 東京 pp8-13
- 91 Shojima, K(2007) Neural test theory. DNC Research Note, 07-02
- 92 清水裕士, 大坊郁夫 (2014) 潜在ランク理論による精神的健康調査業(GHQ)の順序的評価. 心理研 85(5) : 464-473
- 93 梶原弘平, 横山正博 (2007) 認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向の要因に関する研究. 日認知症ケア会誌 6(1) : 38-46
- 94 Mullin J, Simpson J, Froggatt K(2013) Experiences of spouses of people with dementia in long-term care. Dementia (London) 12(2):177-91
- 95 Phinney A(2006) Family strategies for supporting involvement in meaningful activity by persons with dementia. J Fam Nurs 12(1): 80-101
- 96 Huang HL, Weng LC, Tsai YH, Chiu YC, Chen KH, Huang CC, Tang JS, Wang WS(2014) Predictors of self- and caregiver-rated quality of life for people with dementia living in the community and in nursing homes in northern Taiwan. Int Psychogeriatr 3:1-12
- 97 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P(2000) Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 321(7262):694-6