

嫁からいじめられているという被害妄想、転倒してもいつ、どこでしたかを忘れてしまうなどということがあるため、それらに対する対応が必要。

アセスメントについて

①記憶について

通所介護利用の際の送迎時に、降車後自宅の方向がわからなくなるため、誘導することや降車後も自宅まで送るといった対応を行う。また、出来事それ自体は覚えているが、日時は不明確であったり、話している間にその内容が違って来るなどのことが見受けられる。また、転倒したことや、道に迷ったことなどについて、本人は覚えていない。そのため、重要なことについては家族に確認をし、書類等については家族に渡すなどの対応を行う。

②コミュニケーションについて

コミュニケーションについては良好である。

③BPSDについて

家族から嫌なことを言われたということやできないことが増えたということなどで落ち込むことがある。また、嫁が食事を作ってくれなかったり、自分をおいて皆でおいしいものを食べに行ってしまうなどという話をするがあり、被害的な様子が見られる。

④意欲・参加について

心理状態によっては何もやりたくないと言うことがあるため、その際には悩みなどの話を伺い、通所介護利用時には楽しく過ごしてもらおうよう対応している。また、ケアマネジャーに状況を連絡する。

⑤IADLについて

家事については、身の回りのことは自分で行っている。社会的手続きや金銭管理については忘れてしまうことが多いため、嫁が行っ

ている。

⑥ADLについて

身体的能力は高いが、それがゆえに小走りすることがあり外出先で転倒することがある。走ったり、急いだりしないよう話をしたり、通所介護利用時には個別訓練によって筋力の維持を図っている。

⑦表情について

被害的になり悲しみの表情が見られることがあり、他の利用者にも影響することがある。また、動きが早く、あちこちに気が向いてしまうため、落ち着ける環境とゆっくりできる時間を作るよう対応している。

8) 対象者 8 について

ケア方針

娘と同居であるが昼間は家でテレビを観て過ごすことが多く、閉じこもりがちのため、まず外出してもらうことを第一として対応している。通所介護利用時には他の利用者と一緒に過ごすことが可能である。

アセスメントについて

①記憶について

以前住んでいた地域の話の繰り返しする。また、出来事については話をするので思い出すが、日時については忘れてることが多い。そのため、重要なことについては家族に連絡するという対応を行っている。

②コミュニケーションについて

コミュニケーションについては良好である。

③BPSDについて

抑うつ的になる。また、娘によって止められてしまうことが多いため、何もできないと本人は考えている。閉じこもりがちであるため、ケアマネジャーや家族と協力し、来所し

てもらおうよう促す。

④意欲・参加について

閉じこもりがちで、日中は室内でテレビを見ていることが多く、外出することをあまり好まない。また、個人作業については、あまりうまくできないため消極的な様子が見られる。そのため、家族に対しては通所の活動予定を連絡し、月2回の来所を目標に勧めている。しかし、実際に来所すると話し好きで、他の利用者と誰とでもよく話をする。

⑤IADLについて

家事については、自分でできることは行っているが、社会的手続きや金銭管理については理解が困難なため全般的に娘が行っている。

⑥ADLについて

自立歩行が可能であるがふらつきが有、自宅内外でつまずくことがあるため、付き添って歩くという対応を行っている。また、長時間の歩行は困難なため、外出は主に車での移動が多い。

⑦表情について

落ち着きの表情がよくみられる。

9) 対象者 9 について

ケア方針

全般的な状態としては良好であり、友人も多く、近所の友人を訪ねることもある。心臓に既往歴があり、長距離の歩行が困難。物忘れが見られるため、重要なことは同居の家族に連絡を取るなどの対応を行っている。

アセスメントについて

①記憶について

亡くなった配偶者のことを話す。また、出来事については話をすることで思い出すが、日時については忘れていくことがある。

②コミュニケーションについて

コミュニケーションについては良好である。

③BPSDについて

体調がすぐれないときなどに、家族の悩みでふさぎこむことがある。話を伺うことで解決できることであれば、解決に努めるとともに、ケアマネジャーに状況を伝える。

④意欲・参加について

自ら近所の友人宅へ行くことが時々あるが、体調がすぐれない時には家族の悩みなどで意欲が低下することがある。

⑤IADLについて

家での家事については、ほとんど嫁が行っており、本人にはやりたい気持ちはあるが、危ないからということととめられている。社会的手続きや金銭管理については、簡単なものであれば可能だが、理解が難しいときには息子や嫁に行ってもらっている。

⑥ADLについて

歩行器を使用している。ふらつきがあり、転倒の危険性もある。自宅内で転倒することもある。入浴、洗身には介助が必要であり、家族が行っている。心疾患がありペースメーカーを使用しているため、長時間の歩行は困難であり、通所介護利用の際の外出時には車いすを使用している。

⑦表情について

喜びや落ち着きの表情が良く見られ、友人が多く、サービス利用時にも他の利用者と会話を愉しんでいる。しかし、家族に対しての不満について話すことなどがある。

10) 対象者 10 について

ケア方針

独居であり、うつ状態になると1か月程度来所しなくなることがある。健康情報などに

影響されやすく、様々なものを購入してしまうため、購入したものの情報をケアマネジャーらと共有するようにしている。

アセスメントについて

①記憶について

何かにこだわりがあると、同じことを何度も聞いたり、話したりする。出来事については、話をすることで思い出すが、日時はわからず、忘れてしまうことが多い。そのため、重要なことについては、ケアマネジャーやヘルパーに連絡し、確認するよう対応している。

②コミュニケーションについて

何かにこだわりがあるときは他者のことばを聞けず、理解が困難になる。健康への関心が高く、ビタミン剤や健康食品を利用している。そのため、薬を飲みすぎたり、健康食品に頼りすぎるため、ヘルパーや配食サービスを利用するなどの対応を行っている。

③BPSDについて

うつ傾向がみられ、その際には被害妄想が認められる。ケアマネジャーやヘルパーと情報交換を行ない、訪問によって対応する。

④意欲・参加について

健康への関心から、体調がすぐれない時にはすぐに通院をする。うつ状態の時には意欲が低下する。作業に関しては手先が器用ではあるが、手順を理解することが困難。そのため、説明や間違った作業手順で進めることを防ぐため、早めに声をかけて対応する。

⑤IADLについて

独居のため、家事は全般的に自分でやっている。掃除、買い物はヘルパーと一緒にやっている。社会的手続きや金銭管理については、アパート経営をしているため、家賃の管理や申告なども自分でやっているが、必要のない

高額な物を購入してしまうことがあるため、ケアマネジャーやヘルパーと連絡を取り合い、必要に応じて返品などの手続きをするなどの対応をしている。

⑥ADLについて

ふらつきがあり、荷物を持つての歩行は転倒の危険性が高いため、買い物はヘルパーと一緒にやっている。また、通所介護で訓練を行い、筋力の維持を図っている。

心身の状態や体調によって足がよく上からずつまづくことがあるため、心身の状態や体調の確認をし、良好でないときには付き添うなどの対応をしている。

⑦表情について

他の利用者との会話や作業の最中など、喜びの表情がみられる。うつ状態の時には悲しみや苦痛などネガティブな表情が見られる。

11) 対象者 11 について

ケア方針

歩行は杖が必要ではあるが、比較的自立度の高い方であるため、できることは自分でしてもらいような、見守り中心の支援。

アセスメントについて

①記憶について

自分の不安なことや他の利用者をほめるようなことばを繰り返すことが多いため、本人が納得するまで話を聞くような対応を行っている。

②コミュニケーションについて

不安なことがあると他者の話が耳に入らなくなる。健康に関しては、それがわかるようなかかわりをしていないため不明である。

③BPSDについて

通所介護利用時には帰りの時間、持ち物、

友人の欠席などについて心配になり、不安になる。また、帰りの送迎がおそいと自分が置いていかれたと訴え、送迎時間が遅くさらに友人が欠席時には家に帰りたがる様子が見られることがある。そのため、心配や不安について話を聞き、送迎時には友人と同じ便にするなどの対応を行っている。

④意欲・参加について

意欲・参加については比較的良好である。

⑤ IADLについて

家事、社会的手続きや金銭管理は同居の家族が行っている。

⑥ ADLについて

歩行については見守り、送迎時の車への乗降時に手添え介護で対応している。

⑦表情について

喜びや落ち着きの表情がよく見られ、ネガティブな表情も時々見られる。

4 対応のパターンについて

本研究によるアセスメント案の試行によって、利用者の状態像の違いとともに同居の有無による対応の違い、家族やケアマネジャー等他職種との情報共有と連携の必要性、傾聴と共感などによる職員からの心理的サポートの必要性が明確となった。

本研究の対象者は職員の任意の選択によるものであったが、対象者に共通して見られる症状としては、繰り返しの話がみられることや1週間程度の出来事の記憶持続にやや困難が生じているということ、さらに、社会的手続きについて困難が生じているというものがあった。また、多くの対象者に感情不安定な状態が、ときどきみられていた。

社会的手続きや金銭管理について困難が生

じている事に対して、家族と同居の利用者の場合には、実際の手続きは家族が行っているため生活上に大きな支障はきたしていないが、独居の利用者の場合には、十分な能力が伴わないため、本人との連絡や訪問、ケアマネジャーやヘルパーとの連携などの対応が必要となる。

また、感情不安定や抑うつ状態が意欲の低下につながり、その結果、歩行時につまずきが見られたり、歩行困難な状態が見られるなど行動面に影響が見られることが明らかとなった。感情不安定の原因として、家族関係の悩みや不安、自分の能力の衰えの自覚など、様々なことが考えられ、それらに対する個別対応によって、不安の解消や心理的安定を促す対応が必要となる。そのため、歩行困難に対する対応として、従来どおりの歩行介助や訓練による筋力の維持のほか、職員による傾聴や共感的理解など心理的サポートもそのひとつとして考慮すべきことであることが考えられる。

通所介護の利用の場合には、通常通所介護、認知症専用通所介護のほかに、軽度認知症対応の関わり、例えば利用する場やプログラムとしては通常通所介護と共通であるが、個別対応を密に行うなど本人の状況に応じて変化が可能な形態をとることが有効であると考えられる。

対象事業所において従来使用しているサービス評価表は、非認知症、認知症共通であることや要支援・要介護度の進行に関わらず共通であるため、変化を見出しにくい。また、変化を起こさないための（症状の重度化を防ぐための）対応を行うが、それを評価表の上に表示できないという点、全員に対して全項目で評価する必要は必ずしもない場合

があるため、必要な項目を適宜使用し、変化があったときに再評価するなどの対応と、一人の人の変化を捉えられるような評価方法が必要であるという点などが、本アセスメントとの比較から明らかとなった。

また、通常用いているサービス評価表においては認知症の症状については行動障害、特に認知症が中等度以上となった場合に生じると考えられるものを中心であったが、本アセスメントを用いることによって認知症の症状を軽度の段階から細かく見ることができる可能性が示唆された。

一方、本アセスメントについて、さらに必要であると考えられるのは、行動がみられないときに麻痺によるものなのか、意欲の低下によるものなのかの区別がつかない点、また、活動への参加について、参加しないのは作業の種類が本人の好みに合わないためなのか、意欲が低下しているために参加しないのかについても、区別がつきづらいなどの点が考えられる。さらに、既往歴などに関する記述によって、身体的な状態に応じた対応が可能になると考えられる。

しかしながら、現在軽度認知症の利用者数はわずかであり、その状態像を把握することが困難である。今回の調査対象者に関しても、年齢的には後期高齢者以上のみであったため、認められた症状や状態が認知症の影響によるものか、加齢による生理的な変化の範囲のものかについては区別することが困難である。本研究の結果は、高齢者全般に適用可能なモデルの提案とはならないものの、軽度認知症高齢者に対する介護予防的なプログラムを構築するための基礎的な資料となると考えられる。

D 結論

以上のように、軽度認知症高齢者の支援方法として、日常生活における自立度は高いものの社会的手続きや金銭管理などに困難が生じ始めている点については、家族や他職種との連絡や連携によって支援することが必要である。さらに、歩行など身体機能の変化に対する支援については、通常の介助や筋力の維持のための訓練のほかに、心理状態が影響するという点も視野に入れた心理的サポートを取り入れることが必要である。こうした心理的サポートによって、意欲の低下による廃用症候群を防止するとともに、感情の不安定を解消することによって被害妄想などのBPSDの重度化を防ぐことができると考えられる。

このような関わりを身体的な状態や感情不安定の原因別に対応することが、軽度認知症高齢者の症状緩和や介護予防に資するものであると考えられる。

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 94歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

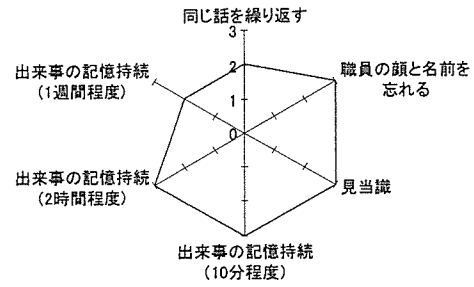


図1-1 記憶

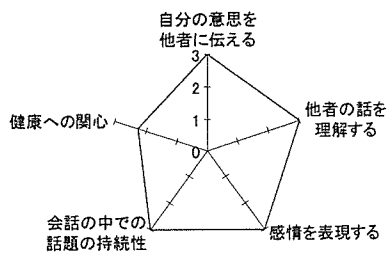


図1-2 コミュニケーション

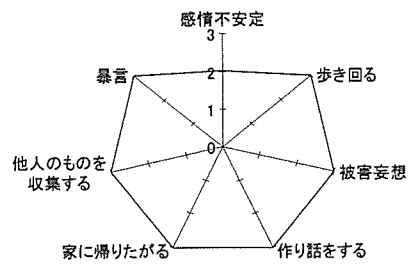


図1-3 BPSD

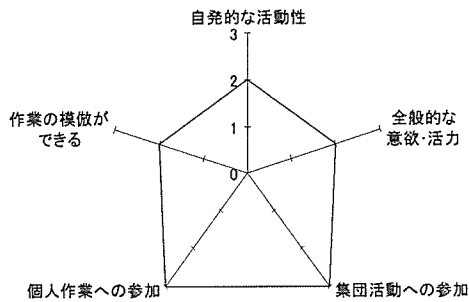


図1-4 意欲・参加

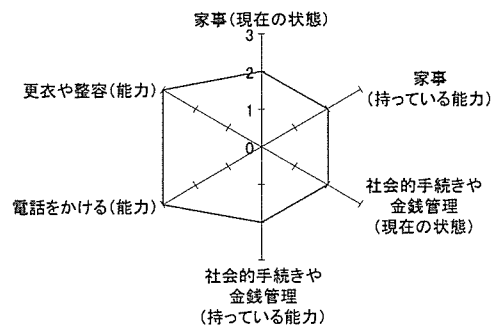


図1-5 IADL

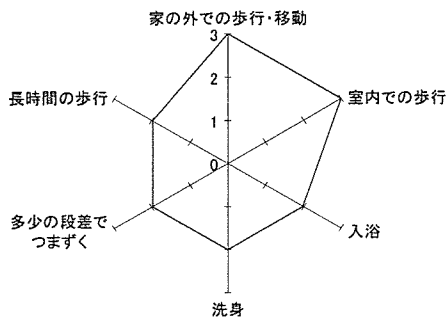


図1-6 ADL

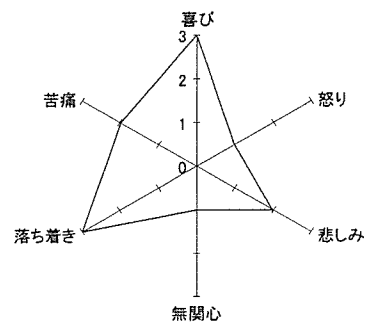


図1-7 表情

| 表2 対象者2の基本属性 | |
|--------------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 87歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | Ⅱ |
| 障害自立度 | J |

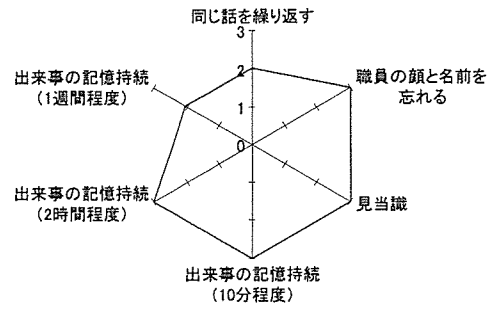


図2-1 記憶

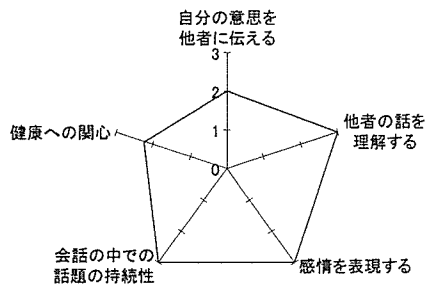


図2-2 コミュニケーション

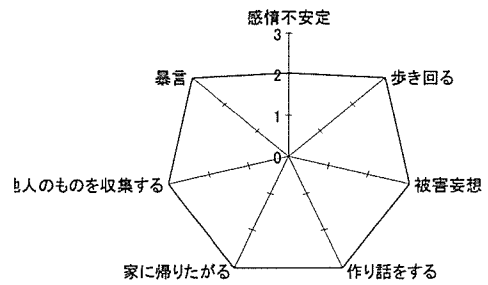


図2-3 BPSD

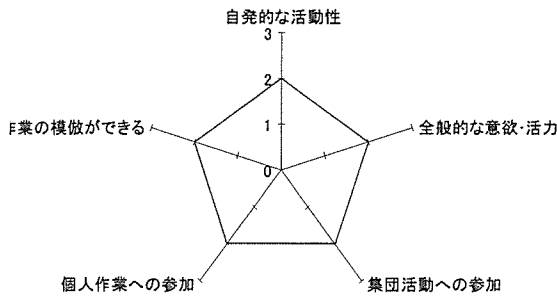


図2-4 意欲・参加

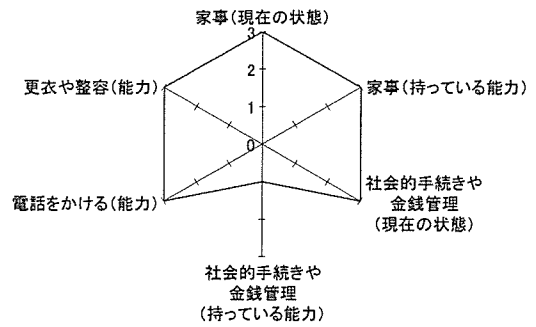


図2-5 IADL

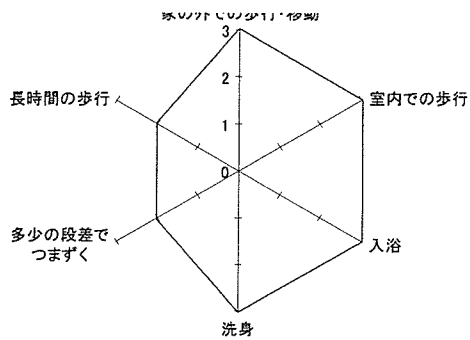


図2-6 ADL

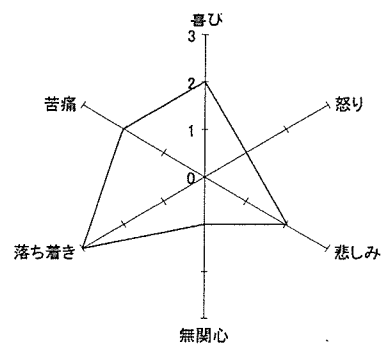


図2-7 表情

| | |
|----------|------|
| 性別 | 男性 |
| 年齢 | 84歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

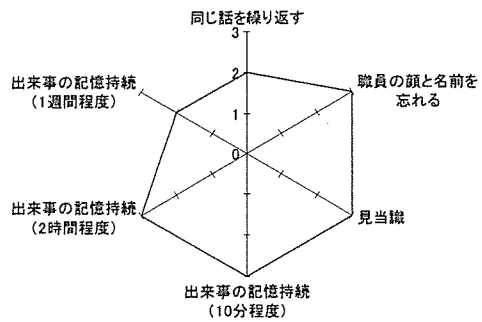


図3-1 記憶

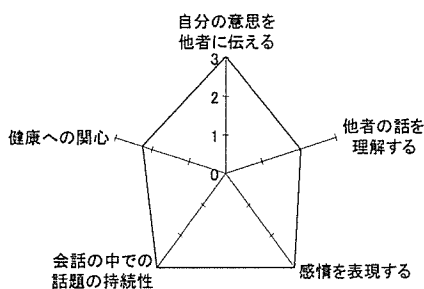


図3-2 コミュニケーション

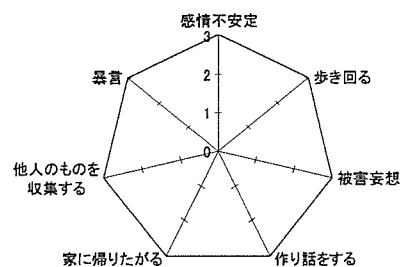


図3-3 BPSD

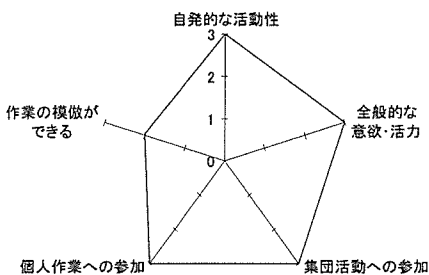


図3-4 意欲・参加

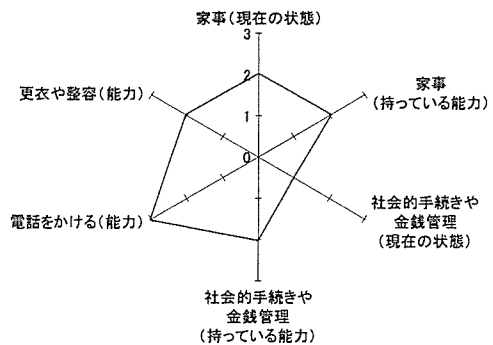


図3-5 IADL

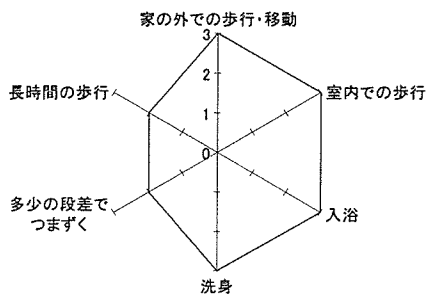


図3-6 ADL

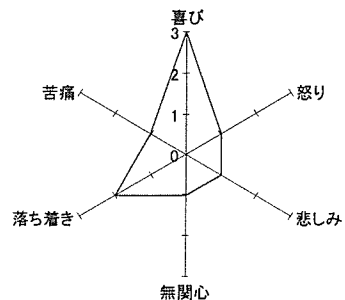


図3-7 表情

表4 対象者4の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 88歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援1 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

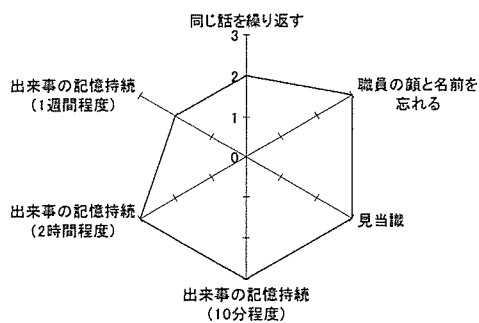


図4-1 記憶

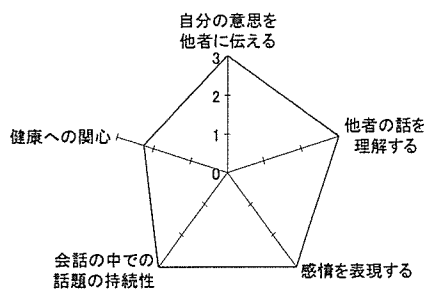


図4-2 コミュニケーション

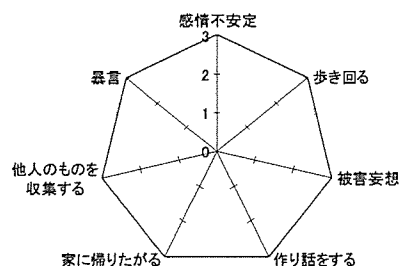


図4-3 BPSD

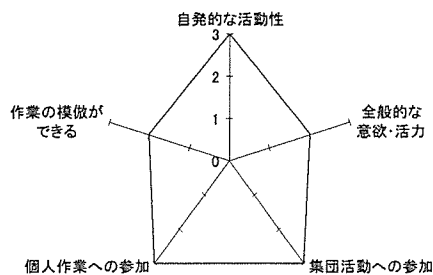


図4-4 意欲・参加

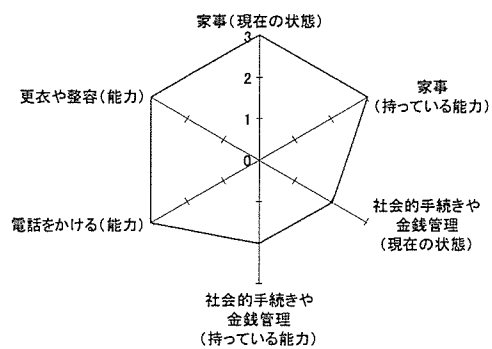


図4-5 IADL

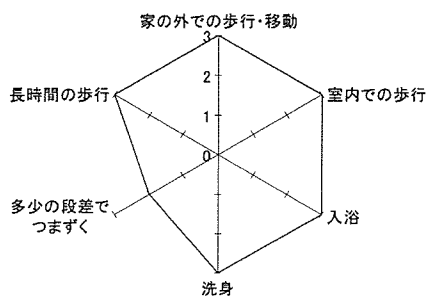


図4-6 ADL

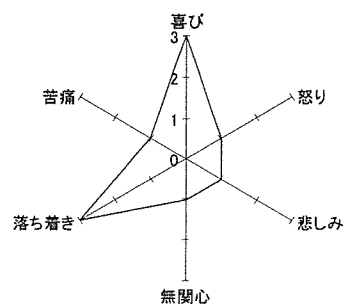


図4-7 表情

表5 対象者5の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 98歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

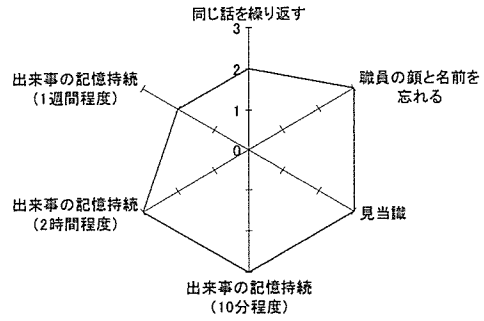


図5-1 記憶

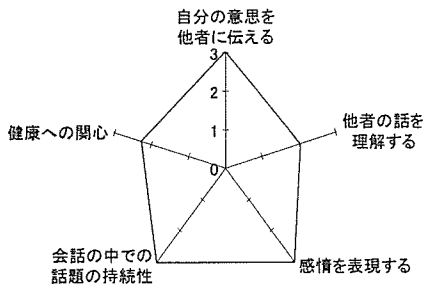


図5-2 コミュニケーション

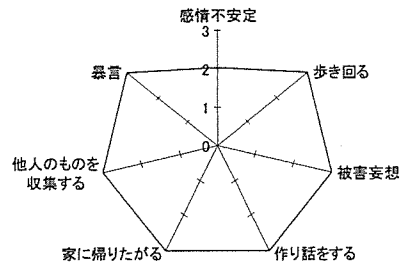


図5-3 BPSD

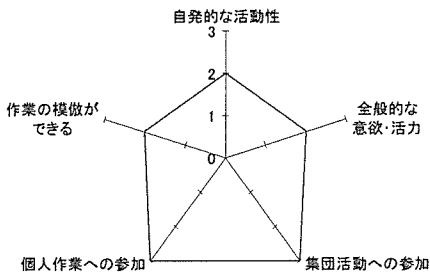


図5-4 意欲・参加

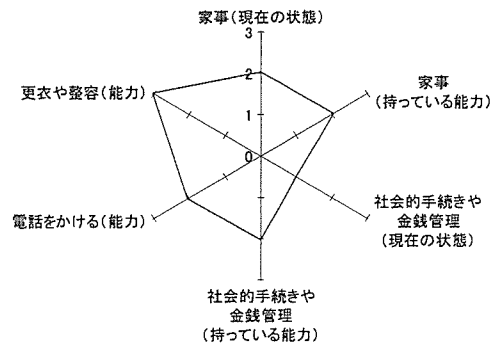


図5-5 IADL

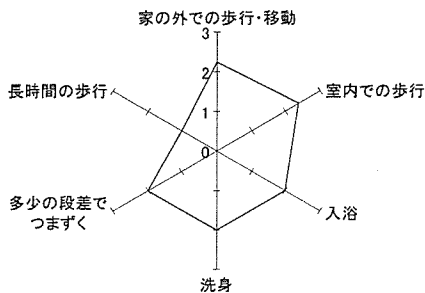


図5-6 ADL

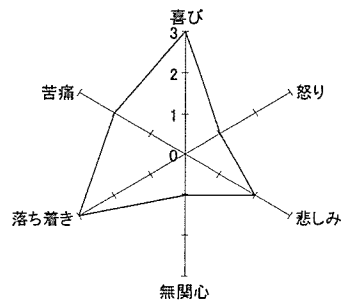


図5-7 表情

表6 対象者6の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 96歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

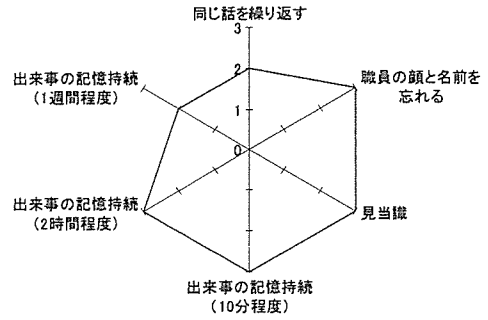


図6-1 記憶

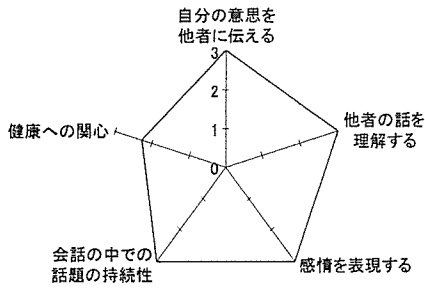


図6-2 コミュニケーション

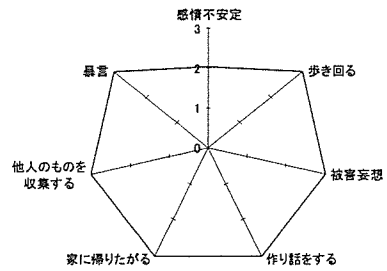


図6-3 BPSD

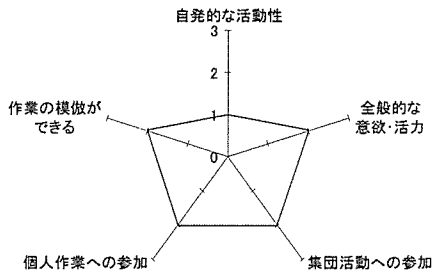


図6-4 意欲・参加

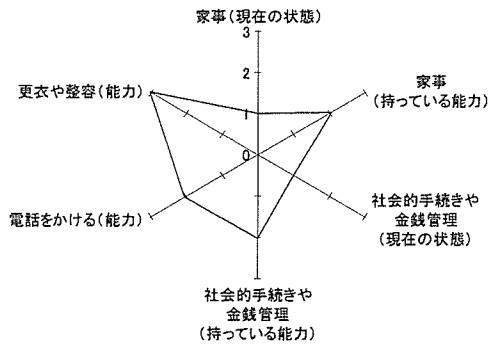


図6-5 IADL

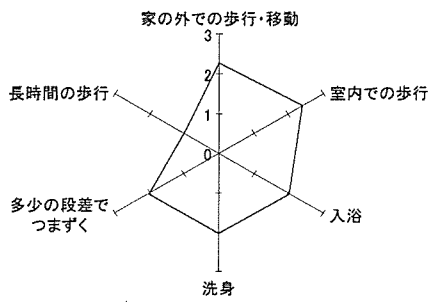


図6-6 ADL

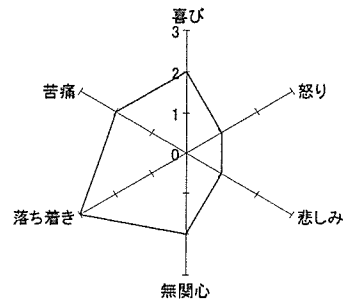


図6-7 表情

| 表7 対象者7の基本属性 | |
|--------------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 76歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援1 |
| 認知症自立度 | Ⅱ |
| 障害自立度 | J |

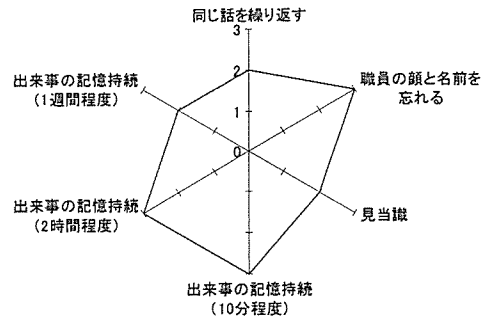


図7-1 記憶

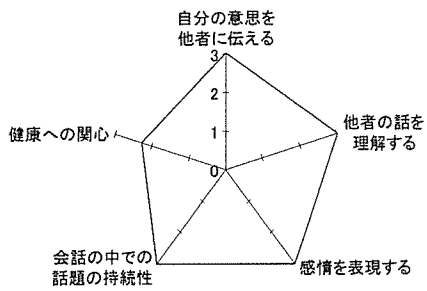


図7-2 コミュニケーション

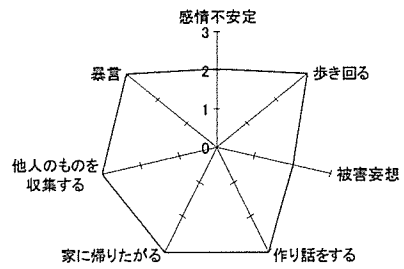


図7-3 BPSD

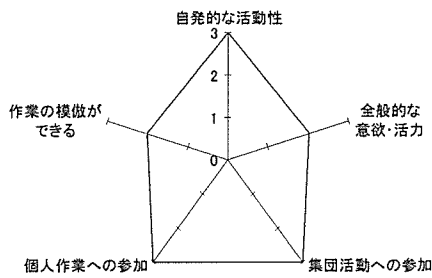


図7-4 意欲・参加

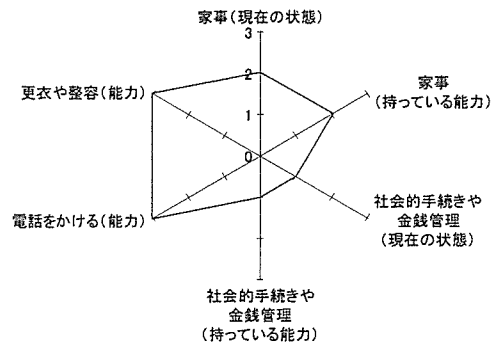


図7-5 IADL

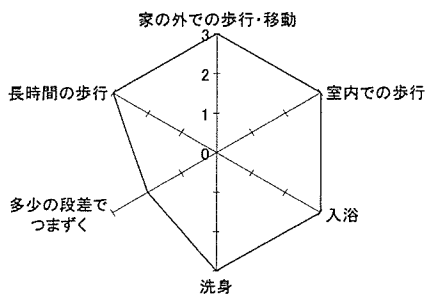


図7-6 ADL

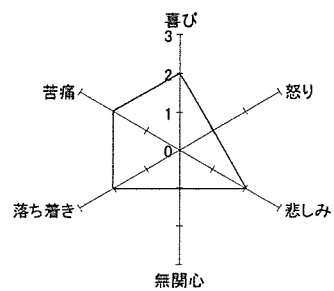


図7-7 表情

表8 対象者8の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 92歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

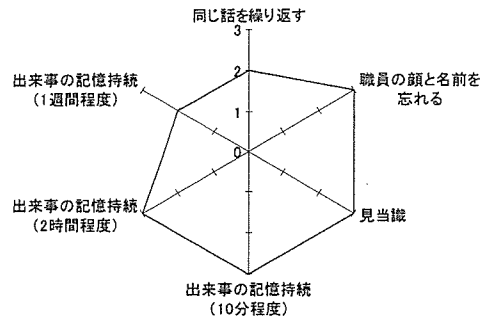


図8-1 記憶

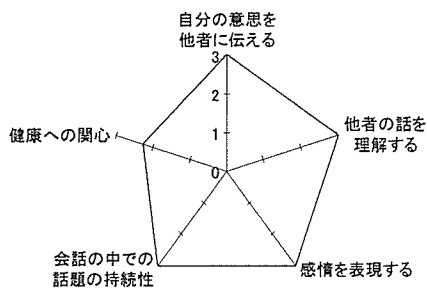


図8-2 コミュニケーション

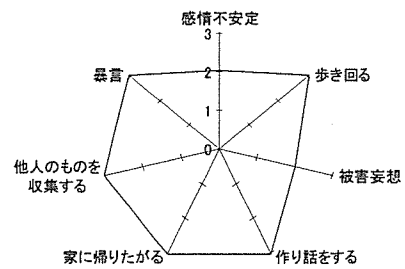


図8-3 BPSD

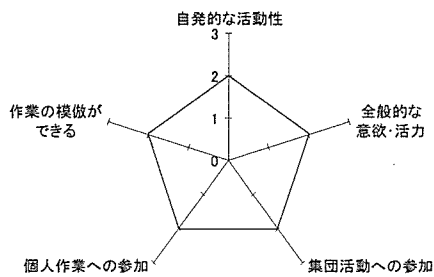


図8-4 意欲・参加

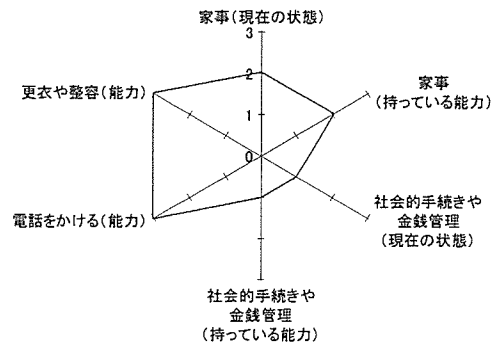


図8-5 IADL

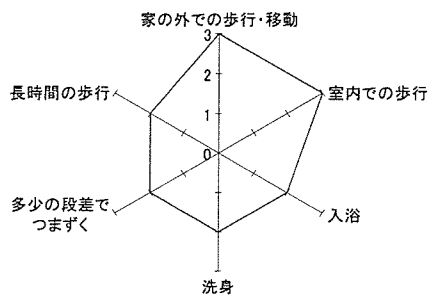


図8-6 ADL

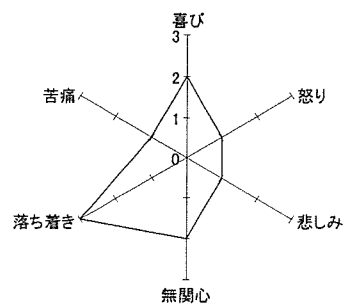


図8-7 表情

表9 対象者9の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 87歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援2 |
| 認知症自立度 | 1 |
| 障害自立度 | J |

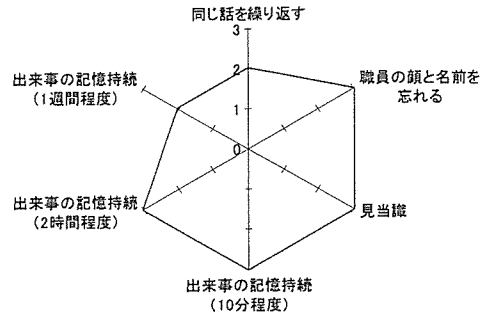


図9-1 記憶

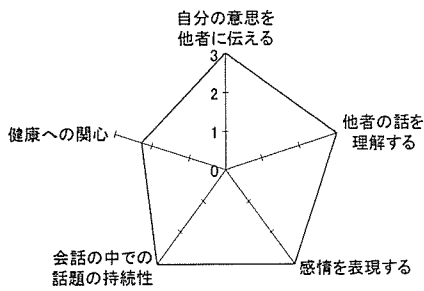


図9-2 コミュニケーション

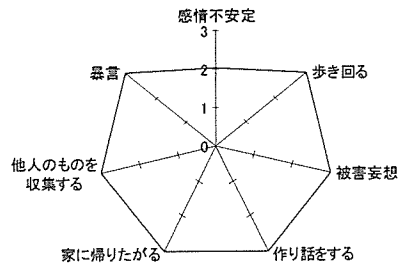


図9-3 BPSD

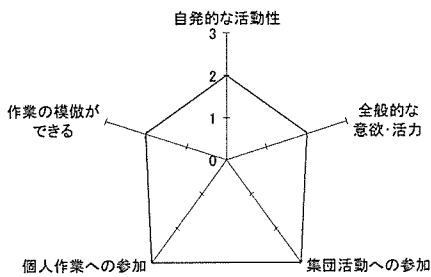


図9-4 意欲・参加

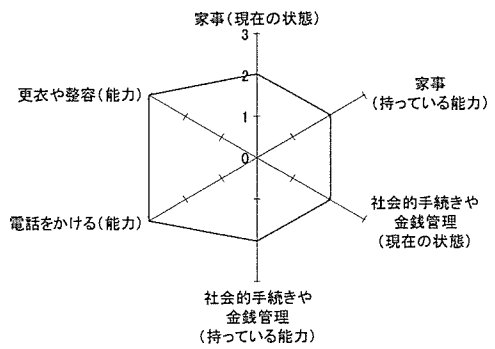


図9-5 IADL

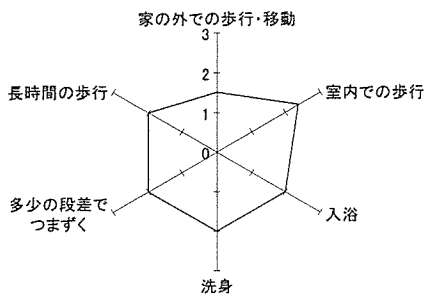


図9-6 ADL

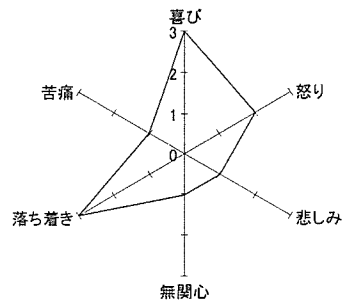


図9-7 表情

表10 対象者10の基本属性

| | |
|----------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 76歳 |
| 要支援・要介護度 | 要支援1 |
| 認知症自立度 | I |
| 障害自立度 | J |

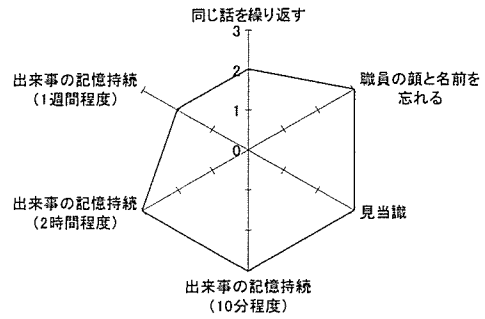


図10-1 記憶

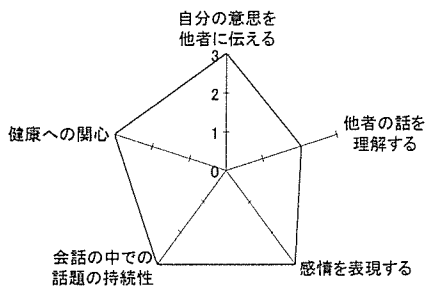


図10-2 コミュニケーション

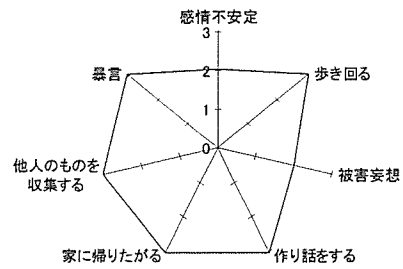


図10-3 BPSD

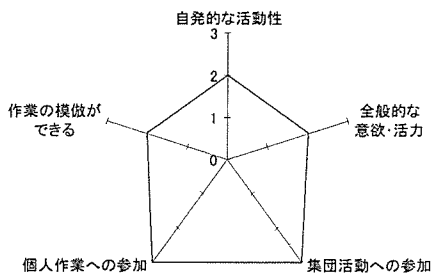


図10-4 意欲・参加

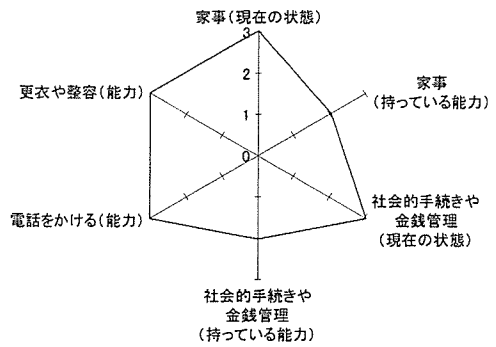


図10-5 IADL

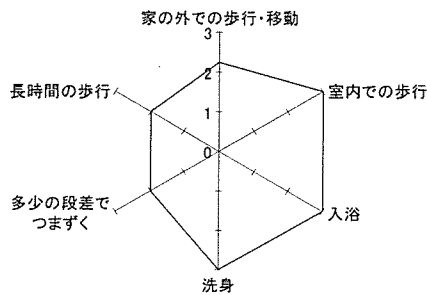


図10-6 ADL

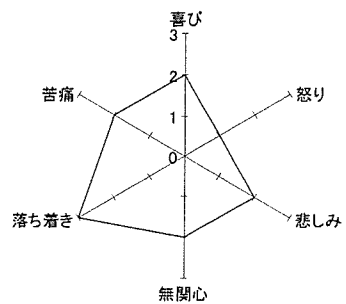


図10-7 表情

| 表11 対象者11の基本属性 | |
|----------------|------|
| 性別 | 女性 |
| 年齢 | 89歳 |
| 要支援・要介護度 | 要介護1 |
| 認知症自立度 | Ⅱ |
| 障害自立度 | J |

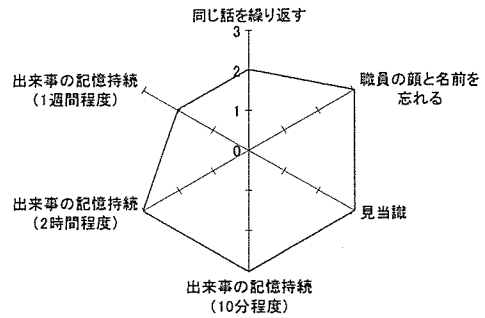


図11-1 記憶

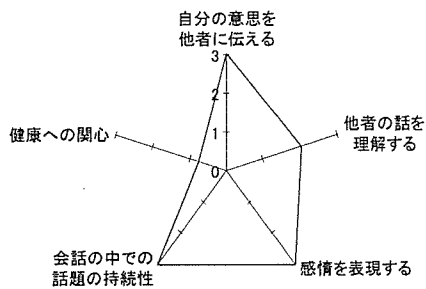


図11-2 コミュニケーション

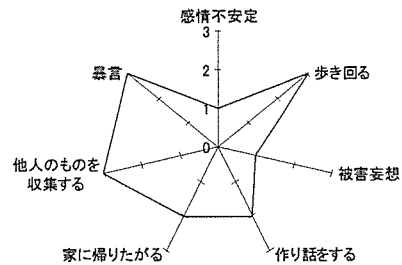


図11-3 BPSD

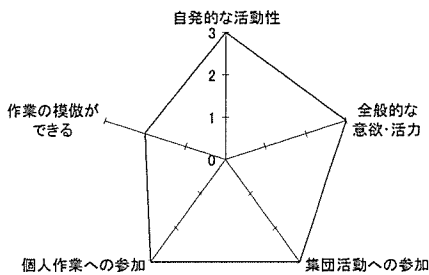


図11-4 意欲・参加

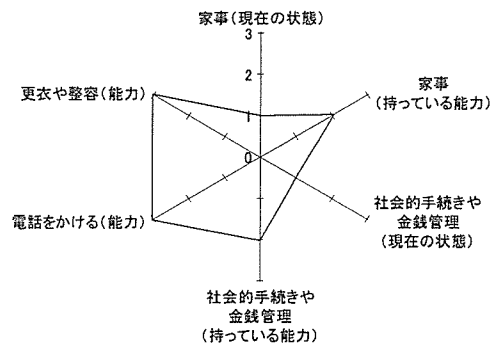


図11-5 IADL

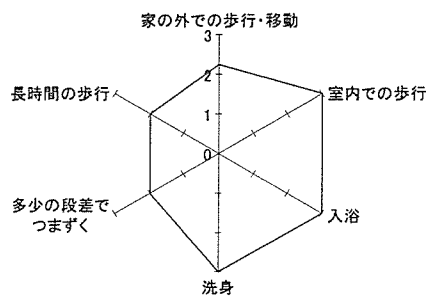


図11-6 ADL

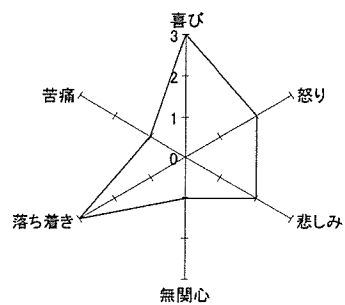


図11-7 表情

軽度認知症家族介護者における介護および要介護者に対する認知に関する研究

分担研究者 阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター）

研究協力者 北村 世都（日本大学大学院文学研究科）

研究要旨

軽度認知症家族介護者における、介護や要介護者に対する認知の特徴を明らかにし、家族介護者に対する心理的支援のあり方について検討することを目的として、通所介護事業所利用者家族 1318 名を対象に郵送調査を行った。969 名分の結果を収集し、まず家族介護者全体のデータをもとに、家族介護者の介護や要介護者への認知的な傾向とそのパターンを類型化した。次に軽度認知症家族介護者の心理的特長を明らかにするため、認知軽度群、認知症非軽度群、非認知症軽度群の QOL、介護負担感、介護認知パターンの比較を行った。その結果、軽度認知症家族介護者は、非認知症家族介護者と比べて QOL や介護負担感全体が急速に低下するわけではなく、介護や要介護者に対して、拒絶的になったり、自分にとって介護は意味がないものと経験したりするという、介護認知の側面で特徴的であることが明らかになった。軽度認知症家族介護者の支援にあたっては、従来のようなレスパイトを目的とした介護サービスの利用だけでなく、介護者に生じた内的な混乱を整理できるような受容的支援が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

軽度認知症家族介護者における、介護や要介護者に対する認知の特徴を明らかにし、家族介護者に対する心理的支援のあり方について検討することを目的とする。

B. 研究方法

調査手続きおよび対象者 2006 年 1 月時点において、WAM NET に登録されている全国の通所介護事業所からランダムに 2500 か所を抽出し、他の調査（事業所調査、職員調査）とともに郵送で調査を依頼した。これらの事業所に対して、調査の概要、同意書、および

配布可能な家族介護者数の記入用紙を送付し、これに協力の意向を示す回答のあった 139 事業所（以下協力事業所と表す）1318 名の家族介護者を調査対象者とした。なお、各協力事業所には、家族介護者への調査票配布にあたり、家族介護者が介護する要介護者に認知症があるケースとないケースとが、ほぼ同数程度になるよう依頼した。139 の協力事業所に対して、調査票と調査概要等を記した説明書を同封した封筒を、それぞれ配布可能な家族介護者数分送付し、利用者家族に職員より手渡していただいた。家族介護者は調査票に記入後、自ら調査票を厳封した上で再度職員に

手渡し、職員には回収できた調査票をまとめて調査者に返送していただいた。

調査項目 ①介護者の基本的属性 性別・年齢・要介護者との続柄・介護期間・要介護者の認知症を疑い始めてからの経過期間。

②要介護者の基本的属性 性別・年齢・要介護度・認知症区分(診断あり・疑い・なし)。

③介護負担感 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)(荒井・田宮・矢野,2003)。

④主観的 QOL 尺度 石原他(1992)が作成した主観的な QOL の尺度。現在の満足感・生活のハリ・心理的安定の3つの下位尺度からなり、各下位尺度得点および総得点を用いた。なお、高得点ほど高い主観的 QOL をあらわす。

⑤要介護者と介護への認知 30 項目 第6章で行った要介護者との過去関係、要介護者との現在関係、介護認知、に関する SCT の回答の KJ 法の結果を元に、要介護者や介護に対する認知を問う 30 項目の質問を作成した。「全くあてはまらない(1)」から「よくあてはまる(5)」までの5件法による回答を求めた。

⑥心理社会的発達課題の達成感覚 エリクソン心理社会的段階目録検査 EPSI のうち、下位尺度である同一性、生殖性、統合性に含まれる 21 項目。

調査期間 平成 18 年 3 月

データ処理及び分析方法 分析は SPSS Ver.12 を用いて以下の方法で行われた。

まず要介護者と介護への認知 30 項目について因子分析を行い、因子を抽出した。次にこれらの因子の因子得点をもとにクラスタ分析を行い、介護者の介護認知パターンを類型化した。さらに介護認知パターンの特徴について、J-ZBI_8、主観的 QOL 尺度、EPSI な

どの各得点の平均値の比較を行った。

次に、認知症軽度群(認知症診断あり・疑いで、かつ要支援・要介護 1)、認知症非軽度(認知症診断あり・疑いで、かつ要介護 2 以上)、非認知症軽度群(認知症なしで、かつ要支援・要介護 1)の3群間の比較を行なった。(倫理面への配慮)

本研究においては、調査票は無記名であり、個人情報特定する情報は含まれていないこと、また調査票配布にあたっては、回答者自らが厳封しているため、調査者以外には回答内容を知り得る機会がないこと、について倫理的配慮を行なった。

C. 結果と考察

1 対象者の基本属性(表 1)

(1) 分析対象者の基本属性

配布した 1318 名中 1027 名から調査票を回収し(回収率 77.9%)、うち主介護者ではないと回答した介護者を除いた 969 票(有効回答率 94.3%)を分析対象とした。認知症区分による介護者の年齢に有意差は認められなかった($F(2,929)=1.249, n.s.$) が、要介護者の年齢には有意差が認められ、多重比較検定の結果、認知症疑い群が他の 2 群よりも年齢が有意に高かった($F(2,928)=7.828, p<.05$)。介護者の続柄による介護者の年齢($F(2,990)=1.249, n.s., p<.05$)、要介護者の年齢($F(2,985)=1.249, n.s., p<.05$)にも有意差が認められた。

(2) 認知症軽度群の属性(図 1~図 4)

認知症軽度群の属性について、分析を行なった結果、介護者の続柄に有意な違いは認められなかった。

要介護者年齢、介護者年齢、介護期間、認知症を疑ってからの期間について、軽度認知

症の区分（認知症軽度群・認知症非軽度群・非認知症軽度群）を要因とする 1 要因 ANOVA を行なった結果、介護者年齢では有意差は認められなかった。介護者年齢では、認知症非軽度群（62.02 歳）が非認知症軽度群（59.43 歳）より有意に高く、また介護期間では非認知症軽度群（64.43 歳）が他の 2 群（認知症軽度群 48.17 歳、認知症非軽度群 62.01 歳）よりも有意に高かった。認知症を疑い始めてからの期間では、認知症軽度群が 41.26 ヶ月であり、認知症非軽度群の 60.53 ヶ月よりも有意に短かった。

2 介護認知に関する 30 項目に関する分析

(1) 要介護者と介護への認知の因子抽出

因子分析 介護認知 30 項目に関し、因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行い、因子負荷の絶対値が 0.25 以下の 3 項目、および含まれる項目が 2 項目以下の因子に該当した 4 項目を削除して 6 因子が抽出された（表 2）。なお因子 2 は因子相関行列から見て他因子と負の相関を示したため、これ以降の分析では得点を反転させた。含まれる項目の内容から、因子 1「良い過去関係を背景にした同情と悔しさに基づく介護」因子 2「要介護者の受容と低負担」因子 3「介護行為の価値づけ」因子 4「要介護者との対等な関係性」因子 5「自然な行動としての介護行為」因子 6「介護行為と介護者の生涯との関係性の発見」と命名した。

因子間相関 表 3 に因子間の内部相関として Pearson の積率相関係数を示した。すべての相関係数が有意であった ($p < .01$)。

因子得点との相関要因の分析と因子得点の比較 因子得点と、介護者年齢、介護期間、認知症疑いからの期間の相関係数を表 4 に示し

た。このうち介護者年齢はすべての因子と有意な正の相関が、認知症疑いからの経過期間と因子 6 との間に有意な正の相関が認められた ($p < .01 \sim .05$)。次に、介護者続柄および認知症区分による因子得点の平均値の比較を一元配置分散分析によって行った。介護者続柄では、因子 3 を除くすべての因子で主効果が認められた ($p < .01$)。認知症区分では、因子 2 でのみ主効果が認められた ($p < .01$)。多重比較検定の結果の概要を図 5 に示した。

(2) 因子得点を用いた介護者の介護認知パターン類型化

介護認知の因子分析による因子得点を用いて、k-means 法によるクラスタ分析を行った結果、介護者を 5 つのクラスタに分類した場合にもっとも意味ある分類と解釈できる結果となった。5 つのクラスタ中心の因子得点を図 6 に示した。因子得点の大きさは異なるがパターンがほぼ同一のクラスタ 1、クラスタ 2、クラスタ 5 の 3 類型と、パターンそのものが異なるクラスタ 3 とクラスタ 4 の 2 類型が認められた。パターンが異なる 2 類型は、因子 2 と因子 3 に違いがある他は、いずれもクラスタ 2 とクラスタ 3 のほぼ中間の値であった。この特質を検討した結果、クラスタ 4 は介護負担が少なくそれゆえに介護に対して比較的平常心を保ちながら向き合い、拒否的、あるいは過度に介護行為に意義を見出ししたりすることが少ないタイプであった。クラスタ 3 は、介護負担が高いが拒否的になるというよりも、介護行為に意味を見出すことで対処しようとしているグループであった。これらのクラスタの因子の意味と因子得点のパターンから、クラスタ 1、クラスタ 2 およびクラスタ 5 は、それぞれパターンは同じだがその

量が順に大きくなっていることから、クラスタ 1 を極小型、クラスタ 2 を縮小型、およびクラスタ 5 を拡大型と命名した。クラスタ 3 について、介護負担や要介護者の受容度は縮小型と同程度で受容度は低く介護負担は高いが、介護への価値付けはむしろ拡大型に近い。そのため、負担は縮小型と同程度であっても、縮小型より積極的に介護に価値づけを行おうとするパターンを示していることから、拡大型に移行する可能性を持つ経過型と命名した。クラスタ 4 は負担がどのクラスタよりも低く、それゆえに平常心を保ちながら介護を行っているクラスタであることから低負担型と命名した。

(3) 介護認知パターン類型の特徴分析

クラスタの特徴 介護者の各クラスタにおける対象者の属性、介護負担感や QOL、アイデンティティ達成度を検討するため、介護者年齢、要介護者年齢、介護期間、認知症疑いからの経過期間、ZBI-8、QOL 尺度、EPSI について介護パターン類型間の一元配置分散分析による平均値の比較を行った。その結果、要介護者年齢、介護期間、認知症疑いからの経過期間を除いたすべての項目について、主効果が認められた($p < .01$)。図 7 から、拡大型の介護者は他のクラスタに比べて年齢が有意に高く、QOL や EPSI 得点も有意に高いこと、介護負担は低負担型がもっとも低く次に拡大型が低いこと、極小型がもっとも介護負担が高いが縮小型と経過型は同程度であること、また QOL は縮小型と経過型、低負担型と拡大型の間ではそれぞれ有意差が認められなかった。

介護者・要介護者の属性ごとのクラスタ割合 図 8-1 から図 8-4 に介護者性別・続柄・要介

護者の認知症区分による各クラスタの割合を示した。それぞれ介護者の性別では、男性で低負担型が多かった。介護者の続柄では、配偶者、子供、子供の配偶者の順で拡大型が減少し、その一方で極小型と縮小型の割合が増加する傾向が見られた。要介護者の認知症区分では、認知症ない介護者では低負担型が多く認知症疑い、認知症診断あり、になるにしたがってその割合は減少していた。しかし認知症なし群と認知症診断あり群では縮小型と拡大型の割合はほぼ同程度であった。一方、認知症疑い群では、縮小型の割合が増大、拡大型の割合は認知症なし群に比べても減少していた。

3 軽度認知症の家族介護者の特徴分析

(1) QOL (図 9-1~図 9-3)

QOL 総得点、満足感、心理的安定、生活のハリの各得点について、軽度認知症区分を要因とした一元配置分散分析を行なった。

その結果、QOL 総得点 ($F(2,636)=4.421, p < .05$)、心理的安定 ($F(2,636)=3.62, p < .05$)、満足感 ($F(2,636)=4.34, p < .05$) では有意差が認められたが、生活のハリ ($F(2,636)=1.591, n.s$) では有意差は認められなかった。多重比較検定の結果、QOL 総得点、心理的安定、満足感のすべてにおいて認知症非軽度群と非認知症軽度群の間で有意差が認められ、いずれも非認知症軽度群の方が高得点であった。

これらの結果から、家族介護者の QOL は要介護者の認知症が発症して休息に低下するというものではなく、徐々に低下してゆくと考えられた。

(2) 介護負担感 (J-ZBI_8) (図 10-1~図 10-3)