

参考文献

1. Albert SM, Michaels K, Padilla M et al. (1999) Functional significance of mild cognitive impairment in elderly patients without a dementia diagnosis, *Am J Geriatr Psychiatry*. **7** (3), 213-220.
2. Anthony JC, LeResche L, Niaz U, von Korff MR, Folstein MF. (1982) Limits of the 'Mini-Mental State' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients, *Psychol Med*. **12** (2), 397-408.
3. Apostolova LG, Cummings JL. (2008) Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature, *Dement Geriatr Cogn Disord*. **25** (2), 115-126.
4. Awata S, Bech P, Koizumi Y et al. (2007) Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents, *Int Psychogeriatr*. **19** (1), 77-88.
5. Awata S, Bech P, Yoshida S et al. (2007) Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients, *Psychiatry Clin Neurosci*. **61** (1), 112-119.
6. Barrios H, Narciso S, Guerreiro M et al. (2013) Quality of life in patients with mild cognitive impairment, *Aging Ment Health*. **17** (3), 287-292.
7. Bazargan M, Bazargan S. (1997) Self-reported memory function and psychological well-being among elderly African American persons, *Journal of Black Psychology*. **23** (2), 103-119.
8. Beck P, Olsen LR. (2003) Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale., *Int J Methods Psychiatr Res*. **12** (2), 85-91.
9. Beckman AT, Copeland JR, Prince MJ. (1999) Review of community prevalence of depression in later life, *Br J Psychiatry*. **174**, 307-311.
10. Benito-Leon J, Mitchell AJ, Vega S, Bermejo-Pareja F. (2010) A population-based study of cognitive function in older people with subjective memory complaints, *J Alzheimers Dis*. **22** (1), 159-170.
11. Cairney J, Corna LM, Veldhuizen S, Herrmann N, Streiner DL. (2008) Comorbid depression and anxiety in later life: patterns of association, subjective well-being, and impairment, *Am J Geriatr Psychiatry*. **16** (3), 201-208.
12. Chan DC, Kasper JD, Black BS, Rabins PV. (2003) Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study, *Int J Geriatr Psychiatry*. **18** (2), 174-182.
13. Copeland JR, Dewey ME, Scott A et al. (1998) Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome, *Schizophr Bull*. **24** (1), 153-161.
14. Devanand DP, Sano M, Tang MX et al. (1996) Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community, *Arch Gen Psychiatry*. **53** (2), 175-182.
15. Feldman H, Scheltens P, Scarpini E et al. (2004) Behavioral symptoms in mild cognitive impairment, *Neurology*. **62** (7), 1199-1201.
16. 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.
17. 藤城有美子, 平部正樹, 山極和佳 他. (2010) 高齢化地域におけるこころの健康, *人間総合科学*. **18**, 21-29.
18. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. (2009) Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication, *Am J Geriatr Psychiatry*. **17** (9), 769-781.
19. Ito K, Inagaki H, Sugiyama M et al. (2013) Association between subjective memory complaints and mental

- health well-being in urban community-dwelling elderly in Japan, *Geriatr Gerontol Int.* **13** (1), 234-235.
20. 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村毅, 下門顕太郎, 栗田圭一. (2012) 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討. 要介護要支援認定群と非認定群との比較, *日本老年医学会雑誌.* **49** (1), 82-89.
 21. Jeste DV, Blazer DG, First M. (2005) Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients, *Biol Psychiatry.* **58** (4), 265-271.
 22. Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S et al. (2005) Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan, *Psychiatry Clin Neurosci.* **59** (5), 563-569.
 23. Koizumi Y, Awata S, Seki T et al. (2004) [Association between social support and depression in the elderly Japanese population], *Nihon Ronen Igakkai Zasshi.* **41** (4), 426-433.
 24. 熊谷幸恵, 森岡郁晴, 吉益光一 他. (2008) 主観的な精神健康度と身体健康度. 社会生活満足度および生きがい度との関連性—性およびライフステージによる検討—, *日衛生誌.* **63** (3), 636-641.
 25. 厚生労働省. (2013) 平成 23 年度—平成 24 年度年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活障害への対応」(代表研究者 朝田隆), 2013.
 26. Lapid MI, Rummans TA, Boeve BF et al. (2011) What is the quality of life in the oldest old?, *Int Psychogeriatr.* **23** (6), 1003-1010.
 27. McCrae CS. (2009) Late-life comorbid insomnia: diagnosis and treatment, *Am J Manag Care.* **15** (Suppl), S14-23.
 28. Missotten P, Squelard G, Yliff M et al. (2008) Relationship between quality of life and cognitive decline in dementia, *Dement Geriatr Cogn Disord.* **25** (6), 564-572.
 29. Missotten P, Thomas P, Squelard G et al. (2009) Impact of place of residence on relationship between quality of life and cognitive decline in dementia, *Alzheimer Dis Assoc Disord.* **23** (4), 395-400.
 30. Mol ME, van Boxtel MP, Willems D, Verhey FR, Jolles J. (2009) Subjective forgetfulness is associated with lower quality of life in middle-aged and young-old individuals: a 9-year follow-up in older participants from the Maastricht Aging Study, *Aging Ment Health.* **13** (5), 699-705.
 31. Muangpaisan W, Assantachai P, Intalaporn S, Pisansalakij D. (2008) Quality of life of the community-based patients with mild cognitive impairment, *Geriatr Gerontol Int.* **8** (2), 80-85.
 32. Muraoka Y, Oiji A, Ihara K. (1996) The physical and psychological and social background factor of elderly depression in the community, *Japan J Geriatr Psychiatry.* **7**, 397-407.
 33. Peres K, Chrysostome V, Fabrigoule C et al. (2006) Restriction in complex activities of daily living in MCI: impact on outcome, *Neurology.* **67** (3), 461-466.
 34. Pernecky R, Pohl C, Sorg C et al. (2006) Impairment of activities of daily living requiring memory or complex reasoning as part of the MCI syndrome, *Int J Geriatr Psychiatry.* **21** (2), 158-162.
 35. Purser JL, Fillenbaum GG, Pieper CF, Wallace RB. (2005) Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly cohort, *J Am Geriatr Soc.* **53** (11), 1966-1972.
 36. Ravaglia G, Forti P, De Ronchi D et al. (1999) Prevalence and severity of dementia among northern Italian centenarians, *Neurology.* **53** (2), 416-418.
 37. Ready RE, Ott BR, Grace J, Cahn-Weiner DA. (2003) Apathy and executive dysfunction in mild cognitive impairment and Alzheimer disease, *Am J Geriatr Psychiatry.* **11** (2), 222-228.
 38. Su TP, Huang SR, Chou P. (2004) Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey, *Aust N Z J Psychiatry.* **38** (9), 706-713.

39. 齋藤正彦監修. (2013) 家族の認知症に気づいて支える本, 第2版, 小学館, 東京.
40. Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L et al. (2002) Functional deficits in patients with mild cognitive impairment: prediction of AD, *Neurology*. **58** (5), 758-764.
41. Teng E, Becker BW, Woo E, Cummings JL, Lu PH. (2010) Subtle deficits in instrumental activities of daily living in subtypes of mild cognitive impairment, *Dement Geriatr Cogn Disord*. **30** (3), 189-197.
42. Tuokko H, Morris C, Ebert P. (2005) Mild cognitive impairment and everyday functioning in older adults, *Neurocase*. **11** (1), 40-47.
43. 東京都健康長寿医療センター. (2012) 平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金・老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」報告書(代表研究者 栗田 圭一).
44. 東京都健康長寿医療センター. (2013) 平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等推進事業「認知症の早期発見, 診断につながるアセスメントツールの開発に関する調査研究事業」(代表研究者 栗田圭一).
45. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M et al. (2004) Mild cognitive impairment — beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment, *J Intern Med*. **256** (3), 240-246.

認知症家族介護者の介護負担感の特徴とその関連要因：
地域包括ケアシステムにおける
認知症アセスメントシート（DASC）による検討

The Features of the Strains on Caregiving Family Members and the Related Factors:
Investigation by Dementia Assessment Sheet in Community-based Care System (DASC)

扇澤史子¹⁾

Fumiko Ogisawa

古田 光, 岡本一枝, 白取絹恵, 畠山 啓, 今村陽子,
K. Furuta, K. Okamoto, K. Shiratori, A. Hatakeyama, Y. Imamura,
市川幸子, 齋藤久美子, 須田潔子, 菊地幸子, 萩原寛子,
S. Ichikawa, K. Saito, K. Suda, S. Kikuchi, H. Hagiwara,

三瀬耕平, 福島康浩, 竹部裕香¹⁾

K. Mise, Y. Fukushima, Y. Takebe

粟田主一, 井藤佳恵, 岡村 毅²⁾

S. Awata, K. Ito, T. Okamura

松下正明³⁾

M. Matsushita

Abstract

Purpose: To investigate factors related to the strain on caregiving family members.

Method: A sample of 837 family members who came for the first time to the dementia outpatient ward filled in the questionnaire. Covariance structure analysis was used with "Role strain" and "personal strain" in the Japanese Zarit Burden Interview (J-ZBI-8) as dependent variables, and the basic attributes, residence status, and items of DASC as independent variables.

Result: "Social IADL," "Basic ADL," and "Problem solving" were related to "role strain." Along with the same three items, "memory" was related to "personal strain."

Conclusion: Difficulty in understanding the extent of help needed for disabilities appearing as dementia symptoms, and the inevitability of changes in life-styles in order to support dementia patients were identified as the factors of strains on caregiving family members.

1) 東京都健康長寿医療センター (Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital, Tokyo, Japan)

2) 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム (Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, Tokyo, Japan)

3) 東京都健康長寿医療センター (Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital and Institute of Gerontology, Tokyo, Japan)

キーワード	Key Words
介護負担感	caregiving burden
地域包括ケアシステムにおける 認知症アセスメントシート	Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System; DASC
認知症	Dementia
家族介護者	family caregiver
心理教育	psychoeducation

目的

認知症を疑って来院する家族には、それぞれ受診に至るまでの様々な苦労やエピソードがある。物忘れ外来の受診は、認知症と向き合う長いプロセスの入り口であり、この時に患者本人・家族に適切な心理教育が提供できれば、不安や葛藤は減じ、認知症を抱えながらも本人・家族なりに生活の枠組みの再編を行い、その後の展望を持てるようになると考えられる。

松田（2006）も、認知症の心理教育を、初期から後期まで病期別に検討し、特に初期においては、患者と家族の混乱や心理的葛藤に対する心理的サポート、病状理解や生活障害への対応法の指導が必要であると述べている。

広瀬（2006）によれば、介護負担感の関連要因は、被介護者要因（認知症本人の属性、認知症の程度やADL、行動心理症状など）や介護者要因（介護者の属性や健康状態、介護期間、本人との関係性、行動心理症状の受け止め方など）、介護環境要因（ソーシャルサポートの有無、社会資源の利用、経済状態など）など多岐に互り、その内容も多様である。

介護負担感と関連する様々な要因のうち、特に認知症を疑ってはじめて受診する認知症の家族介護者が、どのような認知機能や生活機能障害に負担感を感じているのかを知ることは、初診時に本人・家族のニーズにより即した情報提供を行ったり、その後の長い生活を支えるために重要である。

したがって、本研究では、認知症疾患に起因する認知機能障害と生活障害を網羅的、かつ簡便にアセスメントできるツールである地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, 以下DASCとする）（粟田, 2013）を用いて家族介護者の負担感の要因を検討することを目的とした。

対象と方法

2011年8月～2014年4月にAセンター物忘れ外来で、初診時65歳以上であった患者の家族介護者に自己記入式質問紙を配布し、有効回答の837名を分析の対象とした（表1）。

分析対象の家族介護者の基本属性は、年齢 59.2 ± 12.4 歳（25～90歳）、続柄は夫83名、妻139名、娘367名、息子167名、嫁62名、その他19名であった。また患者と同居している者

表1 家族介護者（回答者）と被介護者（患者）の基本属性

介護者 (回答者)	<i>n</i>		837
	男：女		255：582
	年齢	歳	59.2 ± 12.4
	年齢の範囲	歳	25～90
続柄		夫	83
		妻	139
		娘	367
		息子	167
		嫁	62
		その他	19
居住形態	同居：別居		510：327
被介護者 (回答者)	<i>n</i>		837
	男：女		254：583
	年齢	歳	80.8 ± 6.0
	年齢の範囲	歳	65～99
	教育年数	年	10.8 ± 2.9
診断内訳		AD (with CVD)	510
		Mixed	48
		VaD	57
		DLB	35
		MCI	68
		WNL	49
		その他	70

注) AD (with CVD) …アルツハイマー型認知症 (脳血管障害を伴う), Mixed dementia…混合型認知症, VaD…脳血管性認知症, DLB…レビー小体型認知症, MCI…軽度認知障害, WNL…正常範囲内

表2 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント (DASC-20) (栗田, 2013)

記憶	1	もの忘れが多いと感じますか	
	2	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	
	3	財布や鍵など、物を置いた場所が分からなくなることがありますか	近時記憶
	4	5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか	
	5	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	遠隔記憶
見当識	6	今日が何月何日かわからないときがありますか	時間
	7	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	場所
	8	道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか	道順
判断力	9	電気や水道やガスが止まってしまった時に、自分で適切に対処できますか	問題解決
	10	一日の計画を自分で立てることができますか	
	11	季節に合った服を自分で選ぶことができますか	社会的判断力
IADL 家庭外の	12	一人で買い物に行けますか	買い物
	13	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか	交通機関
	14	貯金の出し入れ、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	金銭管理
IADL 家庭内の	15	電話をかけることができますか	電話
	16	自分で食事の準備はできますか	食事の準備
	17	自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか	服薬管理
IADL 身体的	18	入浴は一人でできますか	入浴
	19	着替えは一人でできますか	着替え
	20	トイレは一人でできますか	排泄

注) 記憶の1, 2はダミー項目であり、合計点に含めない。

は510名、別居は327名であった。なお被介護者（患者）の属性は、年齢 80.8 ± 6.0 歳（65~99歳）、性別構成は、男性254名（30.3%）、女性583名（69.7%）であった。

質問紙では、患者の年齢と性別、教育年数、家族の年齢と続柄、同居の有無、DASC（4件法）、Zarit介護負担尺度日本語版短縮版（以下J-ZBI_8）（荒井ら、2003）を尋ねた。患者には改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）、Mini Mental State Examination（以下、MMSE）を施行した。

なお、DASCは「記憶」、「見当識」、「問題解決・判断力（以下、問題解決）」、「家庭外IADL」、「家庭内IADL」、「身体的ADL」から成り、認知症患者に起因する認知機能障害と生活障害を網羅している点、さらにClinical Dementia Rating（CDR）1レベルの認知症が検出可能であるなど、特に軽度認知症のアセスメントにおいて、適切な内的信頼性、併存的妥当性、弁別的妥当性を有している点で有用と考えられたため、介護負担の関連要因を測定するツールとして用いることとした（栗田、2013）（表2）。

結果

各指標の平均得点と標準偏差を表3に示した。また、J-ZBI_8（荒井ら、2003）の2因子である「Role strain（介護によって介護者の社会生活に支障を来している程度）」と「Personal strain（介護を必要とする状況または事態に対する否定的な感情の程度）」を目的変数、患者と家族それぞれの年齢と性別、教育年数、同居の有無、DASC下位尺度を説明変数とした重回帰分析（ステップワイズ法）を行い表4の結果が得られた。

まず「Role strain」には、「家庭外IADL」（ $\beta=.192, 95\% CI [.090, .268], p<.001$ ）、「身体的IADL」（ $\beta=.248, 95\% CI [.257, .463], p<.001$ ）、「問題解決」（ $\beta=.205, 95\% CI [.130, .344], p<.001$ ）、「同居の有無」（ $\beta=.094, 95\% CI [.228, .888], p<.01$ ）、「介護者の性別」（ $\beta=.084, 95\% CI [.176, .873], p<.01$ ）との関連が認められた。

また「Personal strain」には、「問題解決」（ $\beta=.242, 95\% CI [.286, .687], p<.001$ ）、「記憶」（ $\beta=.148, 95\% CI [.204, .583], p<.001$ ）、「身体的ADL」（ $\beta=.126, 95\% CI [.136, .499], p<.01$ ）、「介護者の年齢」（ $\beta=-.117, 95\% CI [-.070, -.024], p<.001$ ）、「家庭外IADL」（ $\beta=.139, 95\% CI [.068, .382], p<.01$ ）、「教育年数」（ $\beta=.058, 95\% CI [.002, .200], p<.05$ ）との関連が認められた。

以上の関連のあった変数について最尤法による共分散構造分析を行い、複数のモデルから探索的に最良のモデルを検討したところ、図1のモデルが十分な適合度を示していることが示された（ $\chi^2(1)=1.974, p=.160, GFI=.999, AGFI=.984, RMSEA=.034$ ）。なお対象となった被介護者（患者）の認知機能は、MMSEが 18.5 ± 5.6 点（遅延再生： 0.7 ± 1.0 点）、HDS-Rは 17.9 ± 6.3 点（遅延再生： 2.1 ± 2.0 点）と、軽度~中等度レベルであった。

表3 各指標の平均得点と標準偏差

		range of score	Ave.	SD
J-ZBI_8	Total	0-32	7.93	7.30
	Role strain	0-12	1.95	2.88
	Personal strain	0-20	5.97	5.00
DASC	Total	18-72	35.61	11.64
	記憶	3-12	6.22	1.89
	見当識	3-12	5.03	1.75
	問題解決・判断力	3-12	6.84	2.49
	家庭外 IADL	3-12	7.09	3.09
	家庭内 IADL	3-12	6.37	2.64
	身体的 ADL	3-12	4.07	1.98
認知機能	MMSE	0-30	18.49	5.59
	MMSE 遅延再生	0-3	0.71	0.99
	HDS-R	0-30	17.89	6.33
	HDS-R 遅延再生	0-6	2.13	1.97

表4 Role strain と Personal strain に関連する要因
(ステップワイズ法による重回帰分析結果)

	Role strain		Personal strain	
	標準編回帰係数 β	相関係数	標準編回帰係数 β	相関係数
(DASC 下位項目)				
記憶	0.055	0.365 ***	0.148 ***	0.429 ***
見当識	0.053	0.409 ***	0.005	0.414 ***
問題解決	0.205 ***	0.509 ***	0.242 ***	0.513 ***
家庭外 IADL	0.192 ***	0.511 ***	0.139 ***	0.480 ***
家庭内 IADL	0.064	0.508 ***	0.056	0.478 ***
身体的 ADL	0.248 ***	0.482 ***	0.126 ***	0.410 ***
(介護者属性)				
年齢	-0.039	-0.025	-0.117 ***	-0.141 ***
性別	0.084 ***	0.072 *	0.039	0.066 *
同居の有無	0.094 ***	0.131 ***	0.020	0.016
(患者属性)				
年齢	-0.021	0.116 ***	-0.460	0.063 *
性別	-0.017	-0.077 *	-0.009	-0.005
教育年数	0.030	-0.011	0.058 *	0.003
重相関係数 (R)	0.583		0.568	
決定係数 (R ²)	0.340		0.323	

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

考察

以上の結果に基づいて、物忘れ外来初診時の家族介護者の負担感となった要因について考察する。

まず、「Role strain (介護によって介護者の社会生活に支障をきたす程度)」には、買い物や交通機関の移動、金銭管理などの「家庭外 IADL」と、入浴、着替え、排泄といった「身体的 ADL」、電気・ガスが止まった時の対処や一日の計画、季節にふさわしい服装の選択といった「問題解決」が関連していた。「家庭外 IADL」、「身体的 ADL」、「問題解決」に支障が生じると、遅かれ早かれ本人の生活は立ち行かなくなり、家族介護者の事情(仕事や子育て、経済状態や介護意思の有無)を問わず、緊急度の高い事象として身に迫る。また、これらを支援する

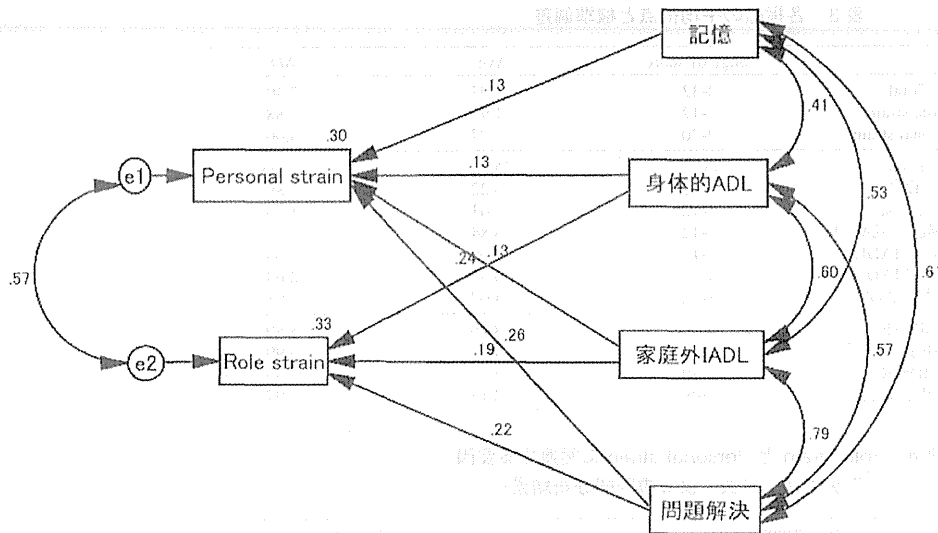


図1 認知機能・生活機能と負担感のパス図

具体的な方法としては、家族が本人に付き添って介助する、あるいは本人に代わって行うなど、物理的に一定の労力を要するものとなり、家族に介護体制や生活様式に大きな構造の変化を迫るため、家族介護者の社会生活に相応の影響を及ぼすと考えられる。

その一方で、DASCの下位項目のうち「Role strain」に関連しなかった生活機能・認知機能としては、「家庭内 IADL」、「記憶」、「見当識」が挙げられる。これら3項目については、高齢だから服薬や電話、食事の準備は多少曖昧になるものだから、高齢で決まった予定もないから日付は分からなくても仕方がなく、多少の物忘れも仕方がないとして、家族から容認されることも多い。またこれらの3項目に対する支援は、家庭内の声掛けや工夫など、家族のそれまでの生活習慣に組み込んだ延長線上の配慮で補うことが可能であり、「Role strain」に影響しなかったと考えられる。

また、介護負担感のもう一方の因子である「Personal strain（介護状況に対する否定的な感情）」には、「Role strain」の関連要因と同じ「家庭外 IADL」、「問題解決」、「身体的 ADL」の他、「記憶」が関連していた。

この4つの関連項目のうち「記憶」や「問題解決」は、特に認知症のごく初期に生じる認知機能や生活機能の障害であり、長期間に互って緩徐に進行し曖昧に障害されるため、上述のように年齢相応の変化と誤解されやすい。家族にとっては、以前の健康な頃と、現在の「衰えた状態」の2つの姿のはざまに立たされ、知識不足や認めがたさあいまって、症状が性格や意志に起因するという誤解を抱くこともあり、間接的に介護状況を否定的にとらえやすくなると考えられる（井口, 2007）。

一方、「身体的 ADL」と「家庭外 ADL」は、直接的な介助を要する内容であり、改善や回

復を見込みづらい。これらは今後、長期間に亘り本人へのサポートが必要になるという介護の開始を具体的かつ現実的に予見させ、したがって「Personal strain（介護が必要となった状況への否定的な感情）」と結びつきやすいと考えられる。

以上のように、認知症初期～中期頃の家族介護者の負担感の関連要因であった生活機能障害および認知機能障害は、直接的なサポートを要する項目（「身体的 IADL」と「家庭外 IADL」）のみならず、加齢による変化と病的な変化との境界が曖昧で、認知症の症状と認識されにくい内容の項目（「記憶」「問題解決」）もあった。

家族は、本人がかけがえのない存在であるほど、「否認」という知覚したはずの現実を認識しない防衛機制が働くことがあり、認めがたさとも相まって訓練的に対応したり、本人の行動を悪意あるものと捉えて、本人との関係が悪化していくケースさえある（扇澤，2013）。一方の本人も、認知症の前駆状態である軽度認知障害の段階から、抑うつや意欲低下、不安を抱えていることが報告されており（Geda, et al., 2008）、これらの症状を深めないためにも、早期から家族に認知症の知識の提供や情緒的サポートの双方を含めた家族支援をすることが重要である。

結論と今後の課題

物忘れ外来初診時の家族介護者の負担感には、認知症初期に障害されやすい認知機能と生活機能障害も関連していた。これらの障害は家族にとって認知症の症状と理解しづらく、また、そのサポートのために家族の生活様式の変化を余儀なくされることが、負担感の原因と考えられた。したがって、心理教育や家族会などの家族支援プログラムで、認知症初期に障害されやすい症状や今後の見通し、生活障害を補う対応法や社会資源についての情報を提供するとともに、情緒的サポートを充実させることが重要と考える。心理教育や家族支援プログラムの内容の検討や効果の検証については今後の課題としたい。

本研究は、平成 25 年度生存科学研究所の助成を受けて行われた。

文献

- 荒井由美子・田宮菜奈子・矢野栄二（2003）. Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI_8）の作成：その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌, **40**, 497-503.
- 栗田主一（2013）. 認知症に対応できる地域包括ケアシステムの確立に向けて. 日本老年医学会雑誌 **50** (2), 200-204.
- Geda, Y.E., Roverts, R.O., Knopman, D.S., et al. (2008). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging: population-based study. *Arch Gen Psychiatry*, **65**(10), 1193-1198.
- 広瀬美千代（2006）. 家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究：測定尺度を構成する概念の検討と「介護評価」概念への着目. 生活科学研究誌, **5**, 175-187.

- 井口高志 (2007). 認知症家族介護を生きる：新しい認知症ケア時代の臨床社会学. 東信堂.
- 松田修 (2006). 高齢者の認知症とサイコエデュケーション. 老年精神医学雑誌, 17(3), 302-306.
- 扇澤史子 (2013). 家族心理教育の視点からの説明, 認知症の人と家族・介護者を支える説明 (繁田雅弘編), 113-118. 医薬ジャーナル社, 大阪.

[原著論文]

日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版 (MM-CGI-SF-J) の作成ならびにその信頼性と妥当性の検討

大村裕紀子^{*1-3}・井藤佳恵^{*4}・栗田主一^{*4}・深津 亮^{*2,3}

*1 埼玉医科大学大学院, *2 埼玉医科大学総合医療センター, *3 西熊谷病院
*4 東京都健康長寿医療センター研究所

抄録

高齢期は喪失の時代とされ、高齢者、認知症高齢者、家族介護者はそれぞれ特有の喪失とそれによる悲嘆を体験している。このような体験はそれぞれの精神状態や介護機能に多大な影響を与える。しかしながら、わが国ではこれらの症候は臨床的に十分な検討を加えられておらず、客観的に測定する評価尺度も存在しない。Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form (MM-CGI-SF) は、認知症高齢者を介護する家族の悲嘆を評価するためにアメリカで開発された尺度であり、その信頼性と妥当性は確立している。そこで、本研究では MM-CGI-SF の日本語版 (MM-CGI-SF-J) を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。また、探索的因子分析を行い、MM-CGI-SF-J では、認知症家族介護者の悲嘆を構成する因子として、認知症に特有な症状である「人格の形骸化」に対する喪失反応や「曖昧な喪失」がとらえられた可能性がある。

Key words : 喪失, 悲嘆, 認知症家族介護者, 日本語版 Marwit Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版 (MM-CGI-SF-J), 人格の形骸化

老年精神医学雑誌 25 : 905-915, 2014

I. 背景と目的

悲嘆 (grief) とは「喪失 (loss) に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的 (感情的) 反応」³⁷⁾であり、「死別のような重大な喪失に伴う深い悲しみ」¹⁴⁾も含まれる。そして、喪失とは「大切なものを奪われる経験」³⁸⁾のことであり、それにはさまざまな分類や類型が存在する。Erikson は老年期における喪失について次のように述べている。「老年期は必然的にものを捨て去る時期である - 永年の友達, 古い役割, かつては有意義だった以前の仕事, などとの訣別。そして、老年期以前の人生段階に所属した所有物で、今では人生最後の段階を決定する未知の課題に適応す

るためになくてはならない弾力性と自由の邪魔になるもの, との訣別である」¹²⁾。また、小此木²⁷⁾は喪失する対象の種類と喪失体験の様式が多様であることを示した。たとえば、自分の心の外にある環境や人物が実際に失われる「外的対象喪失」と、その人物の心の中だけで起こる「内的対象喪失」などの特徴があることを明らかにした。

そして、最近、Boss⁶⁾は「曖昧な喪失 (ambiguous loss)」という概念を提唱している。Boss によれば、曖昧な喪失は、①戦争や誘拐などで行方不明となるような、身体は不在で、心理的には存在すると認識される身体的・物理的喪失と②認知症や慢性疾患、重度自閉症など、身体は存在するが、心理的に不在であると認識される心理的・社会的喪失とに区別される。通常の死別の場合、遺される者は永遠の別れが生じたことによって初めて悲嘆の過程をたどる。しかし、「曖昧な喪失」

(受付日 2014年4月7日 / 受理日 2014年5月9日)
Yukiko Omura, Kae Ito, Shuichi Awata, Ryo Fukatsu
*1 〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷 38

の場合、悲嘆（の過程）は凍結し、悲嘆過程は発動されない、このような「把握困難な」状況が続くため、遺された者は困惑し、悲しみ、不安、心配、抑うつ、孤独感などあらゆる感情を処理できないまま抱え続けることになる。さらに認知症患者に関していえば、その疾患の特性から人格は変化ししだいに崩壊に至る。このため、これまで築いてきた愛情ある関係性、精神的な遺産ともいべき思い出も無残にも打ち砕かれることになり、家族介護者の悲嘆は筆舌に尽くし難いものとなる。しかも、このような悲嘆は気づかれる（公認される）こともなく遷延する（disenfranchised grief）²¹。

近年においては、患者の生前から介護者が経験する悲嘆（pre-death grief）が介護者の現在の生活や介護者と認知症患者との関係に深刻な影響を与え、死別後の喪失感（loss）の深さにつながる事が多くの研究者によって示されている^{21,25,32}。これと同様の悲嘆について、わが国では廣瀬と生田¹⁵が在宅認知症患者の介護に関する質的研究において、予期悲嘆（anticipatory grief）として取り上げている。このように喪失ないしは悲嘆については徐々に注目されてきたが、臨床的な検討は不十分のまま残されている。

MarwitとMeuser¹⁷は認知症患者を介護する家族166人の肉声を解析して、Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventoryを作成した。質問は3因子50項目からなり、介護者の悲嘆を（A）、（B）、（C）3つのカテゴリー（因子）に分類し評価するものである。各因子は（A）個人的に被害を受けているという負担、（B）深い悲しみと心から望むこと、（C）心配と孤独感と命名されている。その因子構造を保持したまま、短縮版として作られたのがMarwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form（MM-CGI-SF）¹⁸である。

MM-CGI-SFは18項目からなる自己記入式尺度である。各カテゴリーは6つの質問で構成されている。その総合得点により、介護者の抑うつ気分、介護負担感とその内容、過労の程度を評価し、危機に瀕する介護者への迅速な介入につなげる。質問18項目は、1＝全く当てはまらない、2＝当

てはまらない、3＝少しは当てはまる、4＝当てはまる、5＝強く当てはまる、を基準とした5件法で回答される。点数の高さは、介護者の苦悩、悲嘆の強さを示す。

今回、MM-CGI-SFに着目した背景として以下の2点が挙げられる。第1に、わが国には家族介護者の心理的・身体的・社会的負担尺度として、荒井ら²²のZarit介護負担尺度日本語版や安部²³の主観的介護ストレス評価尺度、宮下らの多次元介護負担感尺度（Burden Index of Caregiver ; BIC-11）²⁴があるが、認知症家族介護者の悲嘆や喪失（感）に着目した評価尺度はない。第2に、認知症患者本人の悲嘆や喪失（感）に関する客観的な評価尺度もない。後者については、認知症患者本人の苦悩が介護者の苦悩につながるとすれば、将来的にMM-CGI-SF日本語版を基礎とし、認知症患者本人の悲嘆や喪失感に関する評価尺度の作成につながる可能性がある。

以上2点より、本研究では、MM-CGI-SF日本語版（MM-CGI-SF-J）を作成し、その信頼性と妥当性を中心に検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 対象

2012年8月1日～2013年7月31日までの12か月間に埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニックを受診した患者から45人を抽出し、患者本人とその介護者を研究対象とした。患者は男性18人、女性27人（男女比0.67）、平均年齢74.0（標準偏差：3.0、範囲：64～90）歳で、臨床診断は正常3人、軽度認知障害10人、アルツハイマー型認知症9人、血管性認知症5人、レビー小体型認知症3人、脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症14人、前頭側頭型認知症1人であった。なお、軽度認知障害の診断にはPetersenらの診断基準²⁵、アルツハイマー型認知症の診断にはNINCDS-ADRDA²⁶、血管性認知症の診断にはNINDS-AIREN²⁷、前頭側頭型認知症の診断にはLund and Manchester groupの診断基準²⁸、レビー小体型認知症の診断にはDLB international

表1 患者の基本属性

年齢 (歳)	74.0 ± 3.0
男性：女性	18：27 (男女比0.67)
MMSE 得点 (点)	17.5 ± 4.5
CDR	
0	9
0.5	11
1	18
2	7
臨床診断分布	
正常	3
軽度認知障害 (MCI)	10
アルツハイマー型認知症	9
脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症	14
血管性認知症	5
レビー小体型認知症	3
前頭側頭型認知症	1
薬物療法あり	41 (91.1%)

数値は、平均±標準偏差または該当人数 (%) を示す。
MMSE：Mini-Mental State Examination, CDR：Clinical Dementia Rating

workshop の診断基準改訂版²⁰⁾をそれぞれ用いた。あわせて、全例に頭部MRIおよびSPECTを施行した。患者の基本属性を表1に示す。

また、介護者については、対象となった患者の配偶者、成人の子ども、父母、成人の兄弟姉妹もしくは孫、同居の親族またはそれらの近親者に準ずると考えられる者で、週のうち72時間以上患者とともに生活している者を対象とした。介護者の平均年齢は64.5 (標準偏差：14.2, 範囲：40～6) 歳、男性18人、女性27人 (男女比0.67) で、続柄は夫13人 (28.9%)、妻14人 (31.1%)、息子5人 (11.1%)、娘10人 (22.2%)、嫁2人 (4.4%)、姪1人 (2.2%)、就労状況はフルタイム10人 (22.2%)、パートタイム11人 (24.4%)、引退後22人 (48.9%)、失業中2人 (4.4%) であった。介護者の基本属性を表2に示す。

2. MM-CGI-SF日本語版 (MM-CGI-SF-J) の作成

原著者 Meuser 博士の許可を得て原典を入手し邦訳した。翻訳にあたっては、原典に忠実に訳すことを原則とし、一部日本語として不適切な部分は原意を損なわないよう留意した。さらに、原典

表2 介護者の基本属性

年齢 (歳)	64.5 ± 14.2
男性：女性	18：27 (男女比0.67)
続柄	
夫	13 (28.9%)
妻	14 (31.1%)
息子	5 (11.1%)
娘	10 (22.2%)
嫁	2 (4.4%)
姪	1 (2.2%)
就労状況	
フルタイム	10 (22.2%)
パートタイム	11 (24.4%)
引退後	22 (48.9%)
失業中	2 (4.4%)
MM-CGI-SF-J (点)	
(A)	15.5 ± 6.4
(B)	17.6 ± 5.8
(C)	16.1 ± 5.5
合計得点	49.2 ± 16.5
J-ZBI_8 (点)	
Personal strain	6.6 ± 6.0
Role strain	2.5 ± 3.6
合計得点	9.1 ± 9.0
BDI-II (点)	9.1 ± 6.7

数値は、平均±標準偏差または該当人数 (%) を示す。
MM-CGI-SF-J：日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版, J-ZBI_8：日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版, BDI-II：日本語版 Beck 抑うつ評価尺度

と独立して2人のバイリンガルによるバックトランスレーションを重ね、その結果を原著者と複数回検証し、原典との等価性を確認した。MM-CGI-SF-Jを表3に示す。

3. データの収集

患者本人に対しては、熟練した精神科医が基本情報を得るとともに、日本語版 Mini-Mental State Examination (MMSE)^{13, 23)}を用い認知機能を、日本語版 Clinical Dementia Rating (CDR)^{24, 25)}を用い全般的重症度を評価した。

介護者に対しては、MM-CGI-SF-Jの調査票を渡し、自己記入式で回答を得た。これと独立して日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZBI_8)³⁾、日本語版 Beck 抑うつ評価尺度 (BDI-II)³⁾を用いた、面接による評価を行った。J-ZBI_8は荒井ら³⁾により、日本語版 BDI-IIは小嶋ら³⁾により、その信頼性や妥当性が確認されている。

表3 日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版 (MM-CGI-SF-J)

【回答の仕方】							
1 = 全く当てはまらない 2 = 当てはまらない 3 = 少しは当てはまる 4 = 当てはまる 5 = 強く当てはまる		1	2	3	4	5	
1	介護をするために諦めなければならないことが随分と多かった。	1	2	3	4	5	A
2	私の自由がなくなりつつあると私は感じる。	1	2	3	4	5	A
3	私には(問題を)分かち合う者がいない。	1	2	3	4	5	C
4	私がこのように空しく、落ち込んでしまうのは、私が愛した人は“(今は)いない”ことを知っているからだ。	1	2	3	4	5	B
5	悪いことが起きる心配ばかりに多くの時間を費やしている。	1	2	3	4	5	C
6	認知症は二重の喪失をもたらすものだ、愛する人との親密な関係と家族の絆を失ってしまうのだから。	1	2	3	4	5	C
7	私が経験していることを友人はとでも理解できない。	1	2	3	4	5	C
8	過去そのもの、当時の私たちが得たことや私たちが共有したものが恋しい。	1	2	3	4	5	B
9	これほど対処できない厳しい障害はない。	1	2	3	4	5	B
10	私が介護に縛り付けられる期間がどれほど長いかを誰が知ろうか。	1	2	3	4	5	A
11	夜に彼女/彼を寝かしつけ、彼女/彼は“(もうここに)いない”と思い知ることが辛い。	1	2	3	4	5	B
12	この病気によって引き起こされることを私は非常に悲しく感じる。	1	2	3	4	5	B
13	明日いったい何が起きるだろうか、対処することが出来るだろうかを心配し続けて幾夜も眠れないことがある。	1	2	3	4	5	C
14	最も近い人が私の経験していることを理解しない。	1	2	3	4	5	C
15	私はこれまでに親しい人と死別したことはあるが、今経験している喪失はそれよりはるかに悩ましい。	1	2	3	4	5	B
16	独立とは私が失ったもの……私がしたいことをしに行く自由を私は持たない。	1	2	3	4	5	A
17	個人的な関心事を追い求めるために1日1~2時間の時間が持てると良いのに。	1	2	3	4	5	A
18	この介護の世界にはまってしまい、私が出来ることが何もない。	1	2	3	4	5	A

採点方法: ⊙を付けた数字を足していき、次に示す下位指標から喪失体験を全体的に評価します。各項目の右端に示されたアルファベットを使います。

- ・個人的に被害を受けているという負担 (A Items) =
- ・深い悲しみと心から望むこと (B Items) =
- ・心配と孤独感 (C Items) =
- ・全体的な喪失の程度 (A + B + C) =

4. 信頼性の検討

尺度の内的信頼性について、各カテゴリー得点および合計得点について Cronbach's α を算出した。検査-再検査信頼性については、介護者45人に対し2週間の期間においてMM-CGI-SF-Jを再施行した。初回検査と2週間後に行った再検査の各合計得点間の級内相関係数を算出した。

5. 因子的妥当性の検討

MM-CGI-SF-Jに対し主因子法、バリマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。さらに抽

出された各因子について下位尺度を作成し、Cronbach's α を算出した。

6. 併存的妥当性の検討

MM-CGI-SF-Jの合計得点および各カテゴリー得点と、J-ZBL_8の合計得点と下位得点、BDI-IIの合計得点との間でSpearmanの相関係数を算出した。

7. 統計学的解析

すべての統計学的検討にIBM Statistics SPSS ver.20を用い、有意水準は5%に設定した。

8. 倫理的配慮

本研究は埼玉医科大学総合医療センターの倫理委員会の承認を得て行われた。本研究発表に際し、書面をもって、高齢者、認知症高齢者とその家族の同意を得ている。

III. 結 果

1. 対象の得点分布

MM-CGI-SF-J 合計得点 (平均±標準偏差) は 49.2 ± 16.5 点、各下位尺度の得点 (平均±標準偏差) は、MM-CGI-SF-J (A) は 15.5 ± 6.4 点、MM-CGI-SF-J (B) は 17.6 ± 5.8 点、MM-CGI-SF-J (C) は 16.1 ± 5.5 点であった。なお、患者本人の MMSE、CDR は表 1、介護者の J-ZBI_8 の合計得点と下位得点、BDI-II の合計得点は表 2 のとおりである。

2. 信頼性

MM-CGI-SF-J の各下位尺度の Cronbach's α は (A) 0.925, (B) 0.873, (C) 0.888 であった。また、全 18 項目では 0.958 であった。検査・再検査間の級内相関係数は単一測定値 0.985 ($p < 0.001$) であった。

3. 因子的妥当性

固有値を 1 とした探索的因子分析の結果、4 因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度、4 因子を仮定し、主因子法・バリマックス回転による因子分析を行った。回転後の最終的な因子パターンを表 4 に示す。なお、回転後の 4 因子で 18 項目の全分散を説明する割合は 75.3% であった。そして、因子負荷量 0.4 以上の項目の内容から各因子を次のように命名した。第 1 因子「個人的な犠牲をはらう苦しみ」、第 2 因子「認知症発症に伴う深い悲しみと心配」、第 3 因子「孤立無援であることの実感」、第 4 因子「認知症者を前にしたときの喪失感」とした。あわせて各因子について、因子負荷量 0.4 以上の項目からなる新たな下位尺度 (a~d) を作成した。各下位尺度の Cronbach's α は (a) 0.944, (b) 0.903, (c) 0.921, (d) 0.828 であった (表 4)。

4. 併存的妥当性 (表 5)

MM-CGI-SF-J 合計得点と J-ZBI_8 および BDI-II の合計得点との間に有意な相関を認めた。また、原典のカテゴリー得点 (A~C) および今回の検討で得た日本語版の下位得点 (a~d) と、J-ZBI_8 の合計得点および下位得点 (Personal strain, Role strain)、BDI-II の合計得点とは、日本語版下位尺度 (d) と BDI-II 合計得点との間を除き、いずれの間にも有意な相関を認めた。

IV. 考 察

本研究により、MM-CGI-SF-J の内的整合性、検査・再検査信頼性、J-ZBI_8 および BDI-II を外的基準とした併存的妥当性が確認された。しかしながら、因子的妥当性の検討においては、原典の因子構造とは異なり、認知症家族介護者の悲嘆を構成する因子として、認知症に特有な症状である「人格の形骸化」に対する喪失反応や「曖昧な喪失」などの特有の体験をとらえた可能性がある。以下、その点について考察する。

第 1 因子「個人的な犠牲をはらう苦しみ」に関する下位カテゴリー (a) は、身体的・社会的介護負担に関する項目で構成されており、原典の下位カテゴリー (A) の項目と一致している。これは、これまで「介護負担感」として取り上げられた内容と重なる。安部¹⁾は認知症介護者の主観的介護ストレス評価尺度の作成において、ストレスモデルを用い概念的重複を最小限に抑えたうえで、主観的介護ストレスが「社会的拘束感」と「身体的消耗感」からなることを示した。宮下²⁾らは神経難病や脳血管性障害の患者の在宅介護を支える家族の負担感に関する質的研究において、5 領域 11 項目からなる多次元介護負担感尺度 (Burden Index of Caregiver; BIC-11) を作成した²⁾。この 5 領域とは時間的負担感、心理的負担感、実存的負担感、身体的負担感、サービス関連負担感であり、詳細な分析的研究を行っているが、ここに介護を通して感じる将来への不安や心配、周囲からの協力を得られないという悲観や孤独感は含まれていない。

表4 日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版 (MM-CGI-SF-J) の因子分析結果

MM-CGI-SF-J Item No.	因子負荷量				Cronbach's α	
	F1: 個人的な犠牲を はらう苦しみ	F2: 認知症発症に伴う 深い悲しみと心配	F3: 孤立無援である ことの実感	F4: 認知症者を前にし たときの喪失感		
17 個人的な関心事を追い求めるために1日1~2時間の時間が持てると良いのに.	.871	.252	.116	.196	(a) .944	
16 独立とは私が失ったもの……私がしたいことをしに行く自由を私は持たない.	.806	.257	.333	.157		
18 この介護の世界にはまってしまい、私が出来ることは何もない.	.734	.274	.360	.218		
2 私の自由がなくなりつつあると私は感じる.	.716	.437	.328	.301		
1 介護をするために諦めなければならぬことが随分と多かった.	.524	.280	.494	.366		
10 私が介護に縛り付けられる期間がどれほど長いかを誰が知ろうか.	.473	.344	.321	.416		
12 この病気によって引き起こされることを私は非常に悲しく感じる.	.064	.815	.242	.273		
9 これほど対処できない厳しい障害はない.	.339	.707	.327	.277		
5 悪いことが起きる心配ばかりに多くの時間を費やしている.	.498	.664	.290	.184		
13 明日いったい何が起きるだろうか、対処することが出来るだろうかを心配し続けて幾夜も眠れないことがある.	.394	.619	.145	.154		
15 私はこれまでに親しい人と死別したことはあるが、今経験している喪失はそれよりはるかに悩ましい.	.355	.612	.365	.227		
8 過去そのもの、当時の私たちが得たことや私たちが共有したものが恋しい.	.337	.521	.370	.074		(b) .903
14 最も近い人が私の経験していることを理解しない.	.204	.323	.890	.074		(c) .921
3 私には(問題を)分かち合う者がいない.	.284	.273	.799	.182		
7 私が経験していることを友人はとて理解できない.	.367	.260	.625	.373		
4 私がこのように空しく、落ち込んでしまうのは、私が愛した人は“(今は)いない”ことを知っているからだ.	.157	.155	.135	.925		
11 夜に彼/彼女を寝かしつけ、彼/彼女は“今は(もうここに)いない”と思ひ知ることが辛い.	.202	.232	.161	.776	(d) .828	
6 認知症は二重の喪失をもたらすものだ。愛する人との親密な関係と家族の絆を失ってしまうのだから.	.294	.395	.107	.426		

主因子法、バリマックス回転を用いた。

表5 日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版 (MM-CGI-SF-J) の併存的妥当性

	J-ZBI_8 合計得点	J-ZBI_8 Personal strain	J-ZBI_8 Role strain	BDI-II 合計得点
MM-CGI-SF-J 合計得点	.762**	.715**	.737**	.443**
MM-CGI (A)	.670**	.626**	.640**	.391**
(B)	.727**	.705**	.667**	.429**
(C)	.654**	.605**	.648**	.435**
日本語版 (a)	.664**	.619**	.635**	.377*
(b)	.694**	.644**	.684**	.406**
(c)	.565**	.513**	.565**	.497**
(d)	.427**	.433**	.337*	.173

MM-CGI : Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory, J-ZBI_8 : 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版, BDI-II : 日本語版 Beck 抑うつ評価尺度

**相関係数は, 1%水準で有意 (両側), *相関係数は, 5%水準で有意 (両側)

第2因子「認知症発症に伴う深い悲しみと心配」に関する下位カテゴリー (b) には, 原典の下位カテゴリー (B) の「深い悲しみ」に関連する項目と原典の下位カテゴリー (C) の「心配」に関連する項目が混在している。このことは, 悲しみと心配が不可分の感情であることを示唆している。原典では (B) を「介護に関する, より内的な感情反応」であり, 「古典的な悲嘆に近い」としている¹⁷⁾。一方, Boss⁶⁾が唱える「曖昧な喪失」では, 悲しみも心配も孤独感もその深さや広がりにはさまざまな要因の影響を受けて刻々と変化し, 交錯するものと考えられている。第2因子は, そのような錯綜した認知症家族介護者の悲しみや心配の感情をとらえた可能性がある。

第3因子「孤立無援であることの実感」に関する下位カテゴリー (c) は, 原典の下位カテゴリー (C) の「孤独」に関連する3項目で構成されている。これらは認知症家族介護者が「理解を得られない」「援助を求めにくい」という状態を訴えたものである。Weiss⁴⁾は, 孤独感を何らかの特定の関係性の欠如に対する反応とみなし, 孤独感には「社会的孤独感」と「情動的孤独感」があるとした。「社会的孤独感」とは, 他者との共通の関心や活動を共有できる社会的環境の欠如のことである。また, 「情動的孤独感」とは, 他者に対する親密な愛着の欠如によりもたらされる。この Weiss の説は, その後の孤独感に関する複数

の実証的研究や尺度開発により, その概念の信頼性や妥当性が確認されている^{11,34,47)}。すなわち, 第3因子は Weiss⁴⁾のいう「社会的孤独感」に相当するものであり, 認知症家族介護者が経験する悲嘆を構成する独立した感情の要素として取り上げることは十分に合理性があると考えられる。

第4因子「認知症者を前にしたときの喪失感」に関する下位カテゴリー (d) の項目には, いずれも, “gone (いなくなる。婉曲的に死亡を示す)” “失う” という用語が用いられている。これは, 認知症家族介護者の pre-death grief と深く関連する。つまり, 介護者が, さまざまな物事を忘れ, かつて存在していたはずのその人らしさ, あるいは人間像を徐々に失っていく家族を目の当たりにすること, いわゆる「人格の形骸化」に直面し続けることは, 精神的な領域における “a chain of mini deaths (連続する小さな死)”¹⁸⁾を経験していることに等しい。そして, ここに愛着ある相手との関係性の喪失ともいえる, Weiss⁴⁾の「情動的孤独感」が重なり, これが認知症家族介護者の悲嘆を構成する特徴的な因子として抽出された可能性がある。

しかし, 本調査においては, 下位尺度 (d) 「認知症者を前にしたときの喪失感」と BDI-II による抑うつとの間に有意な相関は認められなかった (表5)。これは, これまでの報告^{4,43,45)}と同様, 認知症介護者が体験する悲嘆とは「喪失に伴う, ご

く一般的な反応」⁴⁹⁾で、「必ずしも抑うつと関連するものではない」⁵⁰⁾ということを示しているのかもしれない。

本研究の意義は、これまでわが国になかった認知症介護者の悲嘆を評価する簡便な尺度を導入、翻訳し、今後の介護支援のあり方に活かせる可能性を示したことにある。わが国でもすでに介護者の“語り”を重視した質的研究の蓄積に伴い、介護負担感だけでなく、彼らの多様な主観的体験に焦点をあてた社会心理学的研究は数多く存在する^{2, 16, 35, 36, 38, 41, 42, 46)}。介護保険制度制定後、外部資源を利用しながら在宅介護を継続する家庭は増え、今後、さまざまな他者が家族介護者-要介護者の二者関係に介入することが一般化する。難波と北山²⁰⁾は、過去の母親像と要介護者である現在の母親像とのギャップを受け入れられない息子の“抱え込み型介護”の事例を挙げ、介護者の pre-death grief への対処の遅れが外部資源活用の拒否や介護への強迫的な没頭というかたちで現れる危険性を指摘している。これはすでに人格の形骸化に対する精神的反応を pre-death grief としてとらえている報告といえる。こうしたことから、介護者の悲嘆や喪失体験を的確に把握し、より適切な介入につなげることの意義は大きい。

一方、本研究の限界として以下の4点を挙げられる。第1に、対象者数が45例と少数であることである。第2に、一医療機関のみで実施されたため、サンプル抽出における選択バイアスの問題があることである。これらの限界を克服するためには、地域の代表サンプルを用いた研究を行い、より大規模なサンプルで検討することが必要である。第3に、本研究は外的基準として J-ZBI_8 と BDI-II の2種類しか用いていないことである。原著によると、MM-CGI-SF 作成に際して用いた外的基準は BDI-II のほか Anticipatory Grief Scale (AGS)¹⁰⁾、Geriatric Depression Scale (GDS)⁷⁾、Caregiver Strain Index (CSI)³¹⁾、Caregiver Well-Being Scale-Basic Needs (CWBS-BN) Sub Scale¹⁹⁾、Perceived Social Support Questionnaire-Family Sub-Scale (PSSQ-FA)³⁰⁾であった。MM-CGI-SF-J

の構成概念妥当性をより厳密に評価していくためには、不安、well being、ソーシャルサポートに関する評価尺度を外的基準に加えた検討が必要であろう。第4に、介護者の受け止め方は、介護者の認知機能、介護者と認知症者本人とのそれまでの関係性、介護者の認知症に関する知識・理解度等の介護者側の諸条件によって大きな影響を受ける可能性がある。今後は、このような介護者側の変化する要因が介護者自身の悲嘆に及ぼす経時的な影響も細やかにとらえ、有効な介入を検討していく必要がある。

結 論

これまでわが国になかった認知症介護者の悲嘆を評価する簡便な尺度として MM-CGI-SF-J を作成し、信頼性と併存的妥当性を確認した。今後の介護家族者の支援に活かせる可能性がある。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

文 献

- 1) 安部幸志：主観的介護ストレス評価尺度の作成とストレスサーおよび抑うつ気分との関連について。老年社会科学, 23 (1) : 40-49 (2001)。
- 2) 天田城介：在宅痴呆性老人家族介護者の価値変容過程。老年社会科学, 21 (1) : 48-61 (1999)。
- 3) 荒井由美子, 田宮葉奈子, 矢野榮二：Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) の作成：その信頼性と妥当性に関する検討。日老医誌, 40 : 497-503 (2003)。
- 4) Bass DM, Bowman K, Noelker LS : The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative's death. *Gerontologist*, 31 (1) : 32-42 (1991)。
- 5) Beck AT, Steer RT, Brown GK : Manual for Beck Depression Inventory. 2nd ed., Psychological Corporation, San Antonio, TX (1996)。(小嶋雅代, 古川壽亮訳：日本版 BDI-II 手引 ベック抑うつ質問票手引き。日本文化科学社, 東京, 2003)
- 6) Boss P : Ambiguous loss ; Learning to Live with Unresolved Grief. Harvard U.P., Cambridge, MA (1999)。(南山浩二訳：「さよなら」のない別れ 別れのない「さよなら」：あいまいな喪失。学文社, 東京, 2005)

- 7) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, et al.: Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, **1**: 37-44 (1982).
- 8) Clieren M : Bereavement and Adaptation ; A Comparative Study of the Aftermath of Death. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, D.C. (1993).
- 9) Doka K : Disenfranchised grief ; New directions, challenges, and strategies for practice. Research Press, Champaign, IL (2002).
- 10) Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, et al.: Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease ; Revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, **6** (8) : 734-746 (2007).
- 11) Duran RL : Communicative adaptability ; A measure of social communicative competence. *Communication Quarterly*, **31** : 320-326 (1983).
- 12) Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ : Vital Involvement in Old Age. W.W.Norton & Company, New York (1986). (朝長正徳, 朝長梨枝子訳 : 老年期 : 生き生きしたかわりあい. みすず書房, 東京, 1990)
- 13) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR : "Mini-mental state" ; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, **12** (3) : 189-198 (1975).
- 14) Halifax J : Being with dying ; Cultivating compassion and fearlessness in the presence of death. Shambhala, Boston, MA (2008).
- 15) 廣瀬春次, 牛田奈美可 : 在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究. 日本看護研究学会雑誌, **1** (33) : 45-56 (2010).
- 16) 井口高志 : 認知症家族介護を生きる : 新しい認知症ケア時代の臨床社会学. 東信堂, 東京 (2007).
- 17) Marwit SJ, Meuser TM : Development and initial validation of an inventory to measure grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, **42** (6) : 751-765 (2002).
- 18) Marwit SJ, Meuser TM : Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Stud*, **29** (3) : 191-205 (2005).
- 19) McGartland Rubio D, Berg-Weger M, Tebb SS : Assessing the validity and reliability of well-being and stress in family caregivers. *Social Work Research*, **23** : 54-64 (1999).
- 20) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al.; Consortium on DLB : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. *Neurology*, **65** (12) : 1863-1872 (2005).
- 21) Meuser TM, Marwit SJ, Sanders S : Living with grief. In Alzheimer's Disease, ed. by Doca K, 169-195, Hospice Foundation of America, Washington, D.C. (2004).
- 22) Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, Narita Y, et al.: Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health Qual Life Outcomes*, **4** : 52 (2006).
- 23) 森 悦朗, 三谷洋子, 山鳥 重 : 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性. 神経心理学, **1** : 82-90 (1985).
- 24) Morris JC : The Clinical Dementia Rating (CDR) ; Current version and scoring rules. *Neurology*, **43** (11) : 2412-2414 (1993).
- 25) Mullan J : The bereaved caregiver ; A prospective study of changes in well-being. *Gerontologist*, **32** (5) : 673-683 (1992).
- 26) 難波貴代, 北山秋雄 : 共依存関係に基づく高齢者虐待への看護介入. 日本保健福祉学会誌, **12** : 25-32 (2006).
- 27) 小此木啓吾 : 対象喪失 ; 悲しむということ. 中公新書 (557), 中央公論新社, 東京 (1979).
- 28) 菅山若穂. 新名理恵, 本間 昭, 真田順子ほか : Clinical Dementia Rating (CDR) 日本語版の評価者間信頼性の検討. 老年精神医学雑誌, **11** (5) : 521-527 (2000).
- 29) Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, et al.: Mild cognitive impairment ; Clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, **56** : 303-308 (1999).
- 30) Procidano ME, Heller K : Measures of perceived social support from friends and from family ; Three validation studies. *Am J Community Psychol*, **11** (1) : 1-24 (1983).
- 31) Robinson BC : Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*, **38** (3) : 344-348 (1983).
- 32) Robinson-Whelen S, Tada Y, MacCallum RC, McGuire L, et al.: Long-term caregiving ; What happens when it ends? *J Abnorm. Psychol*, **110** (4) : 573-584 (2001).
- 33) Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, et al.: Vascular dementia ; Diagnostic criteria for research studies. Report of NINDS-