

認知症高齢者を居宅で介護する家族介護者の主観的 QOL に関する研究

— “介護に関する話し合いや勉強会” への参加経験や参加に対する意思との関連性について —

バク ウィジョン エンドウ タダシ サ サ キ シンサイ
 朴 偉廷*1 遠藤 忠*2 佐々木 心彩*2*5
 トキ タ ガク ナガシマ キイチ
 時田 学*3 長嶋 紀一*4

目的 認知症高齢者を居宅で介護する家族介護者の“介護に関する話し合いや勉強会”の参加状況および参加に対する意思について把握すること、家族介護者の主観的 QOL（現在の満足感、生活のハリ、心理的安定感）を測定すること、両者の関連性について検討し、家族介護者支援を考案するための基礎資料を得ることを目的とした。

方法 調査対象者は、A 県で要介護高齢者を居宅で介護する家族介護者 2,262 名であった。そして「介護に関する話し合いや勉強会」9 項目（栄養、介護の仕方、介護保険、認知症の方との関わり方、認知症の知識、介護サービス、医療サービス、身体的な健康管理、介護予防教室のような集まり）の参加の有無（経験群、未経験群）、未経験群の参加への意思（経験希望群、無関心群）、家族介護者の主観的 QOL 尺度、要介護高齢者の認知障害の程度を把握するための日本語版 SMQ 等を調査した。

結果 1,462 名の調査票が回収され（回収率 64.6%）、調査項目に未回答のあった 671 名と日本語版 SMQ において非認知症と評価された 55 名を除いた 736 名の認知症高齢者の家族介護者を分析対象とした。介護に関する話し合いや勉強会の参加状況は、経験群で 10.7～23.9%、未経験群のうち無関心群は 40.4～54.4%、経験希望群は 31.1～45.5% と参加経験者の割合が低かった。介護に関する話し合いや勉強会 9 項目の参加状況および参加に対する意思を独立変数、主観的 QOL 尺度総得点を従属変数、主観的 QOL と相関係数において有意であった家族介護者の年齢、家族介護者の健康状態、日本語版 SMQ を統制変数として共分散分析を行った結果、全項目において有意差が認められ、多重比較の結果から、特に認知症の方との関わり方、認知症の知識、介護の仕方の項目において、無関心群は経験群に比べて主観的 QOL が低いことが示唆された。

結論 特に無関心群の家族介護者が、認知症高齢者の介護をひとりで抱え込まず、認知症の疾患や関わり方の知識を得る場、家族介護者同士の交流の場など介護に関する話し合いや勉強会に参加意欲や意思をもち、積極的に参加していくとともに、主観的 QOL を高めていくこと、そのための効果的な開催方法を考案することが課題として考えられた。

キーワード 認知症高齢者、介護に関する話し合いや勉強会、家族介護者、主観的 QOL

緒 言

2000 年 4 月に施行された介護保険制度は 2005 年 6 月に改正されたが、その根底にあるのは高

齢者の「自立支援」「尊厳の保持」という基本理念であり、特に近年社会問題となっている認知症高齢者を取り巻く諸問題の変革をめざすものである。厚生労働省老健局長の私的研究会の

* 1 日本大学大学院文学研究科心理学専攻博士後期課程大学院生 * 2 同大学文理学部人文科学研究科研究員

* 3 同大学商学部専任講師 * 4 同大学文理学部心理学教授 * 5 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント

報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」¹⁾では、2002年9月末の要介護（要支援）認定者で一定の介護を必要とする認知症高齢者のうち、およそ3人に1人は「運動能力の低下していない者」で、約60%の所在が居宅であり、その多くは家族（以下、家族介護者）によって介護されていることが推計された。この報告書においては、それまでの「身体的ケアモデル」に「認知症ケアモデル」を加えた新たなケアモデルの確立を掲げており、この背景には、認知症高齢者介護の問題があり、具体的には、認知症高齢者は時に不安や混乱のために家族等との人間関係を保つことが困難になることが少なくないこと、介護サービスの利用を断られる場合があること、家族の認知症に関する知識と理解が十分とはいえず、認知症が相当進行するまで治療や介護の必要性に気づかなかつたり、または目を背けたり、放置してしまうことなどである。ここにおいて、家族介護者の身体的介護に加えて、認知症高齢者の精神症状に対する苦慮が、介護ストレスを増長させてしまい、最終的に介護破綻に至ってしまう可能性が考えられ、いかにして居宅で生活している認知症高齢者の家族介護者を支援していくかが重要課題であると考えられる。日本における家族介護者支援に関しては、これまでもソーシャル・サポート研究の枠組みにおいて介入的研究が多くされてきている^{2)・4)}が、家族介護者が介護に関する知識を得ること、相談にのってもらふこと、また家族介護者同士が交流できることなどについて、その具体的内容に関する家族介護者の要望や経験の有無の把握は十分されてこなかった。長嶋⁵⁾は、要介護3から要介護5と認定された要介護状態が進行した認知症高齢者の家族介護者の「介護に関する話し合いや勉強会」への参加経験の有無とQOLとの関連性について報告し、家族介護者への情報発信の重要性と情報を得ることによるQOL向上の可能性を述べている。しかしながら、先述したような認知症高齢者介護の破綻に至らないためには、認知症高齢者の要介護状態や認知症症状が初期の段階から、支援体制に対する家

族介護者の接触頻度や認識が高められるべきであろう。そのためには、要介護認定が初期段階（要支援、要介護1、要介護2）の認知症高齢者の家族介護者を含めて検討していく必要があると考えられる。

ところで、これまで家族介護者の心理的側面に焦点をあてた研究は、主に「介護ストレス」「介護負担感」が用いられてきており^{6)・8)}、家族介護者の介護における苦悩の状況を把握するうえで重要な側面である。また最近では、介護負担感などの否定的側面だけでなく、介護をするうえでの肯定的側面として、その認知的評価である「介護肯定感」の研究^{9)・10)}も増えてきている。しかしながら、綿ら¹¹⁾は、これまでの検討は家族介護者の介護生活における立場からの生活測定が行われておらず、介護生活の実態や日常生活におよぼす影響について検討するために、生活の質（Quality of Life、以下QOL）概念の重要性を指摘している。つまり、家族介護者の「介護」という枠組みだけでなく、「日常の介護生活」という視点から家族介護者を捉えていくことの可能性が考えられよう。そもそもQOL概念はいまだ完全な一致をみしていないものの、その構成要素に関しては、Lawton¹²⁾の4つの概念（「主観的幸福感（Well-being）」、「日常生活動作（Activities of Daily Living; ADL）」および手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living; IADL）」、「居住環境」「人間関係」）に関する検討が多くされてきており、特に主観的幸福感に関する尺度作成・測定に関して、日本においても多く行われてきた^{13)・15)}。その中でも石原ら¹⁶⁾は主観的尺度に基づく心理的な側面を中心とした「主観的QOL」尺度を作成し、これは「現在の満足感」「生活のハリ」「心理的安定感」の3因子により構成され、様々な検討がされてきた^{17)・19)}。

上記を背景として、本研究ではQOL概念の特に主観的幸福感を重視する立場から、家族介護者の日常の介護生活における満足感、生活のハリ、心理的安定感から構成される「主観的QOL」に焦点をあてることにした。そして居宅で生活する認知症高齢者を介護する家族介護

者の「介護に関する話し合いや勉強会への参加状況」について調査を行い、家族介護者の主観的QOLとの関連性について検討することにした。これらの結果から、居宅で生活する認知症高齢者を介護する家族介護者支援を考案するための基礎資料を得ることを目的とした。

方 法

(1) 調査の対象と方法

A県において、平成16年2月現在の介護保険制度下の居宅サービスを利用している要介護高齢者の家族介護者2,262名を調査対象とした。調査期間は平成16年2～3月の約2カ月間とし、調査方法は留置法とした。要介護高齢者が利用しているサービス事業所を通して家族介護者に調査票を配布し、無記名による回答後、厳封にて事業所において回収した。

倫理面への配慮として、協力お願い文書において、本調査が無記名で、調査によって得られた情報はすべて数値化し、個人が特定されないように配慮することを明記した。

(2) 調査項目

家族介護者の基本属性（年齢、性別、要介護高齢者との続柄）、介護期間、家族介護者の健康状態、「介護に関する話し合いや勉強会」と

して、居宅において介護をする上で特に重要であると考えられる9項目（栄養についての情報提供の場、介護の仕方について、介護保険について、認知症の方との関わり方について、

認知症の知識について、介護サービスについて、医療サービスについて、身体的な健康管理について、介護予防教室のような集まり）の参加状況について、「今までに経験した（以下、経験群）」「これから経験してみたい（以下、経験希望群）」「あまり考えられない（以下、無関心群）」から選択を求め、経験希望群と無関心群を未経験群とした。さらに家族介護者の心理変数に関して、主観的QOL尺度¹⁶⁾を用いた。この尺度はLawton¹²⁾のQOL構成概念のひとつである主観的幸福感(Well-being)を基礎とし、「現在の満足感」「生活のハリ」「心理的安定感」の3因子により構成され、それぞれ4項目、合計12項目からなっている。回答に際しては「はい」「どちらともいえない」「いいえ」から選択を求めた。各項目の得点範囲は1～3点であり、本研究では総得点(得点範囲12～36点)を算出して用い、高得点な方が心理的に良好であることを示している。また、要介護高齢者に関する項目は、基本属性(性別、年齢)、要介護度、日本語版 Short-Memory Questionnaire²⁰⁾を用いた。この尺度は日常生活において要介護高齢者と関わる機会の多い主たる介護者が要介護高齢者の認知障害の程度を評価するために作成されたものである。評価項目は14項目であり、合計得点範囲は4～46点である。得点が低いほど認知障害の程度が重度であり、39点以下が認知症圏と

表1 家族介護者の基本属性 (N=736)

	平均値	標準偏差
年齢(歳)		
総数(736名)	59.3	12.8
男性(115名)	63.9	14.2
女性(621名)	58.4	12.4
介護期間(カ月)	63.3	59.2
	人数	%
家族介護者の健康状態		
何か病気をしている	294	39.9
健康である	442	60.1
認知症高齢者の続柄		
配偶者の母親	227	30.8
配偶者	196	26.6
自分の母親	157	21.3
配偶者の父親	53	7.2
自分の父親	32	4.3
配偶者の祖父母	19	2.6
自分の祖父母	14	1.9
その他	38	5.2

表2 認知症高齢者の基本属性 (N=736)

	平均値	標準偏差
年齢(歳)		
総数(736名)	82.0	7.9
男性(247名)	80.0	7.9
女性(489名)	82.9	7.8
	人数	%
要介護度		
要支援	52	7.1
要介護1	186	25.3
要介護2	189	25.7
要介護3	125	17.0
要介護4	87	11.8
要介護5	97	13.2

されている。本研究においては、認知症圏である4～39点を分析対象の得点範囲として用いた。

(3) 分析方法

各質問項目について記述統計を行った。そして、主観的QOLとの関連要因について検討を行い、関連があると認められた項目を統制変数として、「介護に関する話し合いや勉強会」の参加状況および参加に対する意欲や意思（経験群，参加希望群，無関心群）による主観的QOLの違いを検討するために、介護に関する話し合いや勉強会の参加状況を独立変数，主観的QOL尺度総得点を従属変数として，共分散分析を行った。分析にはWindows版SASシステムVer8.0.2を用いた。

結 果

(1) 分析対象者

調査対象者2,262名のうち，1,462名の調査票が回収され（回収率64.6%），調査項目に未回答のあった671名と，日本語版SMQにおいて40点以上（非認知症圏）と評価された要介護高齢者55名を除いた736名の要介護高齢者（以下，認知症高齢者）の家族介護者を分析対象とした。

(2) 家族介護者と認知症高齢者の基本属性

家族介護者の平均年齢は59.3歳（標準偏差12.8）であった。平均介護期間は63.3カ月（標準偏差59.2），家族介護者の健康状態は，「健康である」が60.1%，「何か病気をしている」が39.9%であった。認知症高齢者の続柄は，最も多かったのが配偶者の母親（30.8%）で，次

図1 主観的QOL尺度の得点分布（N=736）

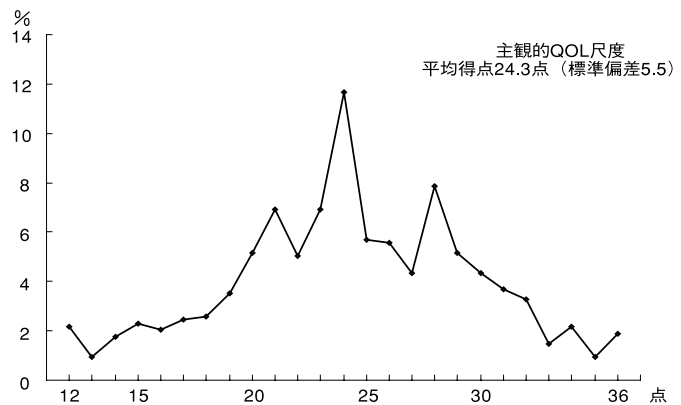
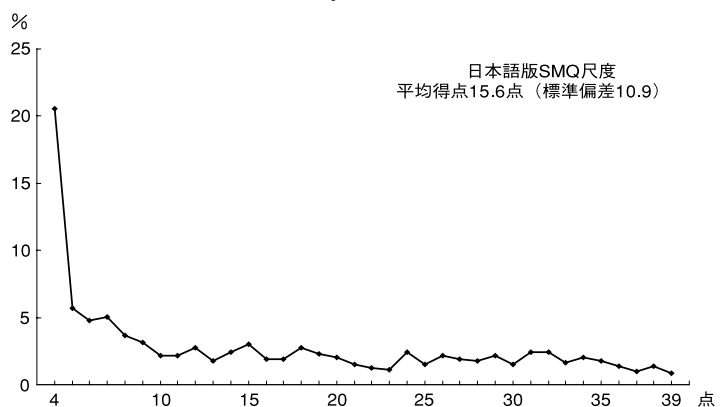


図2 日本語版SMQ尺度の得点分布（N=736）



注 本研究においては，認知症圏（4～39点）を分布対象として用いた。

表3 介護に関する話し合いや勉強会への参加状況等（N=736）

	経験群		未経験群			
			経験希望群		無関心群	
	人数	%	人数	%	人数	%
栄養についての情報提供の場	107	14.5	229	31.1	400	54.4
介護の仕方について	161	21.9	266	36.1	309	42.0
介護保険について	176	23.9	258	35.1	302	41.0
認知症の方との関わり方について	120	16.3	297	40.4	319	43.3
認知症の知識について	116	15.8	295	40.1	325	44.2
介護サービスについて	136	18.5	303	41.2	297	40.4
医療サービスについて	79	10.7	335	45.5	322	43.8
身体的な健康管理について	100	13.6	318	43.2	318	43.2
介護予防教室のような集まり	107	14.5	271	36.8	358	48.6

いで配偶者（26.6%）の順であった（表1）。また，認知症高齢者の平均年齢は82.0歳（標準偏差7.9）であり，要介護度は，要介護2（25.7%），要介護1（25.3%），要介護3（17.0%）の順で多かった（表2）。

(3) 主観的 QOL 尺度と日本語版 SMQ 尺度
 家族介護者の主観的 QOL 尺度の平均得点は 24.3 点であり、得点範囲 (12 ~ 36 点) のほぼ中央付近であった。また、日本語版 SMQ 尺度の平均得点は 15.6 点であり、認知症圏の得点範囲

表 4 家族介護者の主観的 QOL の関連要因と相関係数
 (N=736)

	主観的 QOL 総得点 ¹⁾	有意水準 ⁴⁾
家族介護者の年齢 (歳)	-0.085	*
介護期間 (カ月)	-0.024	n.s.
日本語版 SMQ 総得点 ²⁾	0.148	**
認知症高齢者の要介護度 ³⁾	-0.023	n.s.

注 1) 得点範囲 12 ~ 36 点、高得点の方が心理的に良好である。
 2) 本研究の分析対象得点範囲 4 ~ 39 点、得点の低い方が認知障害の程度が重度である。
 3) 得点範囲を 1 ~ 6 とし、高得点の方が介護度が高い。
 4) ** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$, n.s. : $p \geq 0.05$

表 5 家族介護者の主観的 QOL (性別、健康状態別) (N=736)

	主観的 QOL 総得点		有意水準 ²⁾
	平均値	標準偏差	
家族介護者の性別			
男性	24.9	5.4	n.s.
女性	24.2	5.5	
家族介護者の健康状態			
何か病気をしている	22.3	5.5	**
健康である	25.7	5.0	

注 1) 主観的 QOL の性別、健康状態別の比較には t 検定を用いた。
 2) ** : $p < 0.01$, n.s. : $p \geq 0.05$

表 6 「介護に関する話し合いや勉強会」参加状況別の主観的 QOL
 平均総得点および共分散分析の結果 (N=736)

	経験群		希望群		無関心群		有意水準 ²⁾
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
栄養についての情報提供の場	26.1	0.5	24.9	0.3	23.6	0.3	**
介護保険について	25.1	0.4	24.6	0.3	23.6	0.3	**
介護の仕方について	25.1	0.4	24.3	0.3	23.9	0.3	**
認知症の方との関わり方について	25.5	0.5	24.3	0.3	23.9	0.3	**
認知症の知識について	25.5	0.5	24.2	0.3	24.1	0.3	**
介護サービスについて	25.3	0.4	24.2	0.3	24.0	0.3	**
医療サービスについて	26.1	0.6	24.5	0.3	23.7	0.3	**
身体的な健康管理について	26.5	0.5	24.2	0.3	23.8	0.3	**
介護予防教室のような集まり	26.1	0.5	24.4	0.3	23.7	0.3	**

注 1) 各群の平均値および標準偏差は、家族介護者年齢、家族介護者の健康状態、日本語版 SMQ 総得点を共変量として算出されている。
 2) ** : $p < 0.01$

(4 ~ 39 点) の中央付近 (21.5 点) よりも低かった。
 両尺度の得点分布をそれぞれ図 1、図 2 に示した。

(4) 介護に関する話し合いや勉強会への参加状況 (表 3)

介護に関する話し合いや勉強会の参加状況は、経験群で 10.7 ~ 23.9%，経験希望群は 31.1 ~ 45.5%，無関心群は 40.4 ~ 54.4% であった。

(5) 介護に関する話し合いや勉強会の参加状況による主観的 QOL の違い

家族介護者の主観的 QOL と関連する要因について、介護期間、日本語版 SMQ、認知症高齢者の要介護度との相関分析を行った。その結果、有意に関連していたのは家族介護者の年齢 (年齢が上がるにしたがい主観的 QOL が低下する)、日本語版 SMQ (認知障害が重度になるにしたがって主観的 QOL が低下する) であった (表 4)。また、家族介護者の性別および健康状態をそれぞれ独立変数とし、主観的 QOL を従属変数とする t 検定を行った結果、家族介護者の健康状態において有意差が認められ、健康な家族介護者は、何か病気をしている家族介護者に比べて主観的 QOL が高かった (表 5)。

次に介護に関する話し合いや勉強会の参加状況による家族介護者の主観的 QOL の違いを検討するために、有意に関連していた「家族介護者の年齢」「家族介護者の健康状態」「日本語版 SMQ」を統制変数とし、介護に関する話し合いや勉強会 (9 項目) の参加状況および意欲・意思を独立変数、主観的 QOL 総得点を従属変数として一要因分散分析を行った。その結果、9 項目すべてにおいて有意差が認められた。さ

らに各項目において多重比較を行ったところ、栄養についての情報提供の場、介護保険についてでは、無関心群は経験群や経験希望群よりも主観的 QOL が低かった。また、介護の仕方について、認知症の方との関わり方について、認知症の知識についてでは、無関心群は経験群よりも主観的 QOL が低く、さらに介護サービスについて、医療サービスについて、身体的な健康管理について、介護予防教室のような集まりでは、経験群は、経験希望群や無関心群よりも主観的 QOL が高かった（表6）。

考 察

本研究における分析対象者の主観的 QOL 尺度の平均得点は24.3点であった。本尺度は明確なカットオフ・ポイントを設けていないが、本尺度を用いた下垣²¹⁾²²⁾の報告では、首都圏都市部の健常者65～69歳の平均得点が31点、地方都市部の55～64歳の健常男性の平均得点30.2点、同健常女性の平均得点29.6点であった。年齢分布が異なっているため、厳密な比較は困難であるものの、本研究における家族介護者の主観的 QOL は下垣の報告における一般健常者に比べて低いことが推察された。

また、日本語版 SMQ 尺度の結果（平均得点15.6点）においても、認知症圏のカットオフ・ポイント（39 / 40点）以外に症状に関する明確な得点区分を設けていないが、得点範囲の中央（21.5点）よりも低いことや、図2の得点分布からも、認知症の程度が重度方向に分布していることが推察された。

介護に関する話し合いや勉強会に関して、参加経験率が約10～20%と全体的に低いことが明らかとなった。また、介護に関する話し合いや勉強会に無関心な家族介護者が9項目すべてで40%以上であり、これらの家族介護者は日常の介護生活において支援に対する認識が低いこと、また認知症高齢者の介護を抱え込んでいる可能性も考えられた。しかしながら、家族介護者の居住地域における介護に関する話し合いや勉強会の開催状況や家族介護者の具体的な支援要望

に関しては今回把握しておらず、これらの要因との関連性について今後検討していくことが必要である。

共分散分析の結果、介護に関する話し合いや勉強会へ参加すること、また参加に対する意思や意欲の高さが主観的 QOL と関連することが示唆された。これらの検討は、家族介護者の主観的 QOL と参加状況の因果関係（時間的先行関係）が厳密でないものの、相関分析をしたうえで、独立変数に参加経験の有無に加えて、未経験群を参加希望群と無関心群に分けて比較検討する視点は、無関心である家族介護者に対する参加への働きかけを考慮し、日常の介護生活における家族介護者の満足感、生活のハリ、心理的な安定など主観的 QOL の向上を考慮するために重要であると考えられる。

また、本研究では調査対象者の約35%（800名）から回答が得られなかった。これら非回答者の特性として、日常の介護生活において調査への回答する時間または意欲がないこと、さらに介護に関する話し合いや勉強会に対する参加意欲をもっているとは考えにくいこと等があげられるが、これら非回答者に対しては、個別的な調査方法の導入の有効性も考えられ、今後これら非回答者の特性について検討していくことは、家族介護者支援を考えていくうえでも重要であると考えられる。

以上のことから、介護に関する話し合いや勉強会に関心のない家族介護者がいかにして参加意欲、意思をもち、最終的に話し合いや勉強会に参加することにつなげていくか、そして家族介護者の主観的 QOL を高めていくための効果的な方法を考案していくことが課題として示された。そして、介護に関する話し合いや勉強会の内容に関しては、後藤²³⁾や松本²⁴⁾が述べているような疾患や症状に関する正確な知識情報、対処能力やコミュニケーション能力、そして家族介護者同士が心境を語り合うなど、交流としての心理的・社会的サポートの獲得という要素が運営において含まれる必要があると考えられる。これらの内容が円滑に施行されるような場所として、特に介護保険制度下の居宅サービス

事業所や介護老人福祉施設および介護老人保健施設などが、地域密着型の拠点として重要な役割を担うものと考えられた。

おわりに

2006年4月から、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行され、認知症高齢者を含む要介護高齢者を居宅で介護する家族介護者支援の制度的枠組みが構築されつつある。また同じく2006年4月に施行された改正介護保険法では、地域支援事業において、介護予防を中核としながらも、要介護高齢者の介護者支援についても明記しており、高齢者がたとえ障害をもっても、尊厳に満ちた、自立した生活を営めるために、主たる介護者である家族介護者に対する効果的な支援の方法を考案することに加えて、いかにして介護に関する話し合いや勉強会に関心をもつように働きかけるかが今後の課題になると考えられる。

文 献

- 1) 高齢者介護研究会．2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～．厚生労働省老健局，2003．
- 2) 山本則子，杉下知子．家族介護者への支援のあり方．保健の科学 2002；42：201-6．
- 3) 内藤さゆり．家族介護者に対する教育支援プログラム実践とその効果について．現代福祉研究 2002；2：103-13．
- 4) 田所正典，山口登，小野寺敦志，他．アルツハイマー型痴呆患者ならびに主介護者の生活支援を目的とした非薬物療法的介入の試み：「もの忘れケア教室」の6ヶ月後の有用性．老年精神医学雑誌 2005；16：479-87．
- 5) 長嶋紀一．介護に関する情報の提供と在宅で介護に取り組んでいる介護者のQOLについての検討．平成15年度厚生労働科学研究費補助金 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業「痴呆性高齢者を対象とした新規在宅支援サービスの開発」(主任研究者今井幸充)総括・分担研究報告書，2004；97-105．
- 6) Zarit S H, Reever K E, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist 1980；20：649-55．
- 7) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry and Clinical Neurosciences 1997；51：281-7．
- 8) 緒方泰子，橋本迪生，乙坂佳代．在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担．日本公衆衛生雑誌 2000；47：307-19．
- 9) 櫻井成美．介護肯定感がもつ負担軽減効果．心理学研究 1999；70：203-10．
- 10) 陶山啓子，河野理恵，河野保子．家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析．老年社会科学 2004；25：461-70．
- 11) 綿祐二，山崎秀夫．在宅要介護高齢者の介護者のQOL指標に関する研究．総合都市研究 1997；63：15-25．
- 12) Lawton M P. Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist 1983；23：349-57．
- 13) 古谷野亘，柴田博，芳賀博，他．生活満足度尺度の構造 - 主観的幸福感の多次元性とその測定 - ．老年社会科学 1989；11：99-115．
- 14) 渡辺裕子．老人の主観的幸福感尺度の方法論的検討．季刊社会保障研究 1984；20：81-91．
- 15) 古谷野亘．主観的幸福感の測定と要因分析：尺度の選択が要因分析におよぼす影響について．社会老年学 1984；20：59-64．
- 16) 石原治，内藤佳津雄，長嶋紀一．主観的尺度に基づく心理的な側面を中心としたQOL評価表作成の試み．老年社会科学 1992；14：43-51．
- 17) 長嶋紀一，内藤佳津雄．生きがいのある老年期のライフスタイル - 主観的QOL指標による検討 - ．日本大学心理学研究 1999；20：1-8．
- 18) 長嶋紀一，時田学．家族介護者のQOLに関する心理学的検討．日本大学文学部人文科学研究所紀要 2000；59：237-54．
- 19) 北村世都，時田学，菊池真弓，他．認知症高齢者の家族介護者における家族からの心理的サポートニーズ充足状況と主観的QOLの関係．厚生指標

- 2005；52：33-42．
- 20) 牧徳彦，池田学，銚石和彦，他．日本語版 Short-Memory Questionnaire：アルツハイマー病患者の記憶障害評価法の有用性の検討．脳と神経 1998；50：415-8．
- 21) 下垣光．住環境と生活への満足度との関係について．平成13年度厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「痴呆予防と初期痴呆高齢者に対する日常生活支援の方法に関する研究」(主任研究者長嶋紀一)総括・分担研究報告書，2002；109-19．
- 22) 下垣光．2 調査研究(1)対象者の基本属性．平成14年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「痴呆予防と初期痴呆高齢者に対する日常生活支援の方法に関する研究」(主任研究者長嶋紀一)総括・分担研究報告書，2003；29-42．
- 23) 後藤雅博．効果的な家族教室のために．後藤雅博(編)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例．東京：金剛出版，1998；9-26．
- 24) 松本一生．痴呆性老人と心理教育．臨床精神医学 2001；30：477-82．

ICD-10 2003年版準拠 疾病・傷害および死因統計分類提要

病院統計，診療録管理，特定疾病の研究に不可欠な専門書籍

第1巻	総論	定価6,300円(税込み)
第2巻	内容例示表	定価8,400円(税込み)
第3巻	索引表	定価9,450円(税込み)

電子媒体

ICD-10 2003年版準拠 疾病・傷害および死因統計分類提要 (第3巻→第2巻 検索システム)

「心」「肥大」「急性」等，検索したい疾病のキーワードをパソコンに入力して第3巻 索引表を検索し，画面表示された一つまたは複数の検索結果の中から，見たいものを選んでクリックすると，第2巻 内容例示表 の該当ページが表示されます(第2巻，第3巻はテキスト形式です)。第1巻 総論 はPDF形式で収録されています。

定価・発売日 未 定

■お問い合わせは

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-3361 FAX 03-3584-4710
<http://www.hws-kyokai.or.jp/>

■ご注文は，最寄りの書店・政府刊行物センターをご利用下さい。店頭が無い場合は取り寄せてくれます。
■電子媒体については当協会へ直接ご注文ください。