

## 地域住民を対象とした家族に認知症症状がみられた場合の 受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連

スギヤマ ケイ ナカ オ リュウジ サワ ダ ヨウイチ  
 杉山 京\*1 中尾 竜二\*1\*2 澤田 陽一\*3  
 キリノ マサフミ タケモト ヨ シ ヒト  
 桐野 匡史\*3 竹本 与志人\*4

**目的** 本研究は、地域住民における認知症の早期受診の実現に有用な示唆を得ることを目的に、地域住民が自身の家族に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連について検討した。

**方法** A市小地域ケア会議に属する福祉委員206名に対し、無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は、属性、認知症の知識量、初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向、認知症に対する受容態度等で構成した。統計解析には、各質問項目に欠損値のない資料を用いた。解析方法として、社会心理学における援助行動理論を援用し、「認知症に対する受容態度」が「家族に認知症症状がみられた場合の受診促進意向」を規定するといった因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を確認した。

**結果** 本研究における因果関係モデルのデータに対する適合度は、統計学的な許容水準を満たしており、「認知症に対する受容態度」と「初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向」との間に有意な関連が確認された。

**結論** 本研究の結果、「認知症に対する受容態度」が高いほど、「初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向」が高いことが確認され、早期に受診を促進しようとする意向を向上させるには「認知症に対する受容態度」を高めることが重要と示唆された。

**キーワード** 認知症、早期受診、家族、援助行動理論

### I 緒 言

わが国では高齢者人口の急速な増大に伴い、認知症患者は2025（平成37）年には約323万人、ピーク時の2040（平成52）年には約385万人にまで増加すると見込まれている<sup>1)</sup>。このような中、認知症対策では認知症の進行遅延薬の開発や介護予防の観点から、早期における鑑別診断や治療のための受診が重要視されてきた。早期に受診を行うことは発病・発症時期の推定や周辺症状の軽減、家族介護者の介護負担軽減、支援を行う専門職の評価・支援計画の重要資料に

なるなど、認知症支援におけるメリットが大きいと考えられる<sup>2)-5)</sup>。

しかしながら、安部ら<sup>6)</sup>の一般生活者を対象とした意識調査では、家族の認知症の初期症状に対して、「病院を受診する」と回答した人は4割にも達しておらず、また、松井ら<sup>7)</sup>が高齢者を対象に実施した調査では、家族の認知症の初期症状に対して「病院を受診する」と回答した人は2～5割程度に留まっており、現状での認知症の早期受診の難しさがうかがえる。早期に当事者やその家族が受診行動に移すことが困難である主な理由としては、認知症に対する知

\* 1 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士前期課程院生

\* 2 美作市地域包括支援センター勝田地域ステーション社会福祉士 \* 3 岡山県立大学保健福祉学部助教

\* 4 同准教授

識不足や当事者の病識の欠如<sup>8)</sup>、当事者との心理的距離の近さから家族が冷静な判断をしにくいこと<sup>9)</sup>などが関連していると考えられる。ただ当事者の病識の欠如はそもそも病気によるものであり、また家族や親しい地域住民が冷静な判断ができないのは、認知症に対する正しい知識が不足し、対処法がわからないためであると考えられ、根本的な理由は認知症に関する知識不足にあると思われた。しかし、地域住民を対象とした杉山らの研究<sup>10)</sup>によると、認知症の知識量と家族に認知症症状がみられた際に受診を勧めようとする意向（以下、受診促進意向）は関連がないことが示されており、早期受診を促すためには、先に挙げられている要因以外の直接的な関連要因を明らかにすることが必要である。

これまでの社会心理学分野で知見が多く蓄積されている援助行動理論<sup>11)</sup>によると、家族による受診促進行動は援助行動のひとつと考えられており、援助行動を生起させる要因に関する研究では、被援助者に対する共感の高さと援助行動生起とは関連があるという研究が多い<sup>12)-18)</sup>。例えばCokeら<sup>13)</sup>は、援助可能者が被援助者の状況に視点を置くことにより共感的情動反応が強まり、苦境にある相手の苦しさを弱めたいという感情が高まる結果、援助行動に至ると述べており、共感性と援助行動生起の関連を示唆している。この理論を援用すると、認知症支援における共感性の高まりは、認知症に対して抵抗感なく受容する態度へとつながるものと考えられ、これらの関連を検証することにより、受診促進行動を規定する要因を直接的に明らかにすることができると考えられる。また、これにより認知症の早期受診を実現するための啓発活動の内容等を検討する上で重要な手掛かりになると思われる。

そこで本研究では、地域住民における認知症の早期受診の実現に有用な示唆を得ることを目的に、地域住民が自身の家族に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連について検討することとした。

## Ⅱ 方 法

### (1) 調査対象および調査方法

調査対象者は、A市小地域ケア会議に属する福祉委員206名（2011年8月1日時点）とした。福祉委員はA市社会福祉協議会より地域福祉の増進に関する活動を任命されている委嘱ボランティアであり、認知症に対する関心が高いことから協力を求めた。調査期間は2011年8月から2012年2月であった。

### (2) 調査内容

調査内容は、回答者の性別、年齢、認知症高齢者の介護経験の有無、過去の認知症に関する知識を得る機会、認知症の知識量、家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向、認知症に対する受容態度などの質問項目で構成した。

認知症の知識量については、杉原ら<sup>4)</sup>の尺度を一部改変して用いた。この尺度は、アルツハイマー型認知症に関する一般的な設問4項目、中核症状に関する設問5項目、周辺症状に関する設問2項目、行動能力に関する設問3項目、認知症の治療に関する設問4項目、計18項目で構成されている。これらの設問は、国外の知識量を測定する尺度<sup>19)-22)</sup>とおおよそ同様の構成概念を基礎としているため、使用に耐えうるものであると考えた。また得点化について、本来この尺度の得点化は正しい内容の設問に○印をつけた場合を1点、誤った内容の設問に○印をつけたものを-1点として、最高点7点から最低点-11点の範囲となる特殊な手法を用いているが、本研究では国外の既存尺度を参考に、正しい知識量を評価することを目的に正解の場合を1点、誤った場合を0点とする単純加算を行うこととした。

家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向については、安部ら<sup>23)</sup>の研究を参考とし、本研究における受診促進意向は「認知症症状を呈する本人に対する受診を勧めようとする意向」と操作的定

義を行った。初期の症状に対する受診促進意向6項目について、「あなたの家族の『65歳以上の高齢者』の誰かに以下の症状がみられた場合、あなたは家族を医療機関へ受診させますか？」という質問に対し、「受診しない；0点」「受診させる；1点」「すぐに受診させる；2点」の3件法で回答を求めた。

認知症に対する受容態度は、Cokeら<sup>13)</sup>やEisenberg<sup>18)</sup>による援助行動理論に基づく共感の概念を参考に「認知症の人を肯定的に捉え、抵抗なく接しようとする態度」と操作的定義を行った。そして、黒田ら<sup>24)</sup>が開発した認知症に対する受容的態度を測定する8項目尺度から、操作的定義を参考に項目を精査し、認知症に対する肯定的な受容的態度を尋ねる4項目を選定した。黒田らの尺度は、精神障がい者への偏見などに関する先行研究を参考に、認知症の人に適用できるような項目になるよう作成されたものであり、認知症の人を受け入れ、認知症の人に対して示す好意的な態度の程度を測定しようとした尺度である。今回選定した肯定的な受容的態度を尋ねる4項目は、本研究における受容態度を測定する項目として妥当であると考え、使用することにした。回答は「そう思う；5点」「ややそう思う；4点」「どちらでもない；3点」「あまり思わない；2点」「全く思わない；1点」の5件法で回答を求め、点数が高いほど受容態度が高くなるよう得点化を行った。

### (3) 解析方法

統計解析においては、まず初期の認知症症状に対する受診促進意向および認知症に対する受容態度について各々1因子モデルを構築し、構造方程式モデリング<sup>25)</sup>を用いてデータに対する適合度を確認した。次いで、Cokeら<sup>13)</sup>の援助行動の理論を援用し、認知症に対する受容態度が家族の初期の認知症症状に対する受診促進意向を規定するといった因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を確認した。

これらの解析においては、Weighted Least Square parameter estimates using a diagonal

weight matrix with robust standard errors and mean-and variance-adjusted chi-square test statistic (以下、WLSMV) を推定方法に、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を確認した。因果関係モデルの検証では、両者に影響が考えられる背景要因として調査対象者の性別、年齢、認知症高齢者の介護経験の有無、認知症の知識を得る機会(機会の種別の数)、認知症の知識量を統制変数として投入した。

適合度評価には、Comparative Fit Index (以下、CFI)、Root Mean Square Error of Approximation (以下、RMSEA)を用いた。これらの適合度指標は一般にはCFIが0.95以上、RMSEAが0.06以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断される<sup>26)</sup>。また、パス係数の有意性は5%有意水準とした。

以上の解析には、統計ソフトIBM SPSS 20 J for WindowsならびにMplus Version 5.2を用いた。

### (4) 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、事前にA市および研究実施者において倫理的配慮に関する十分な検討を行った。また、小地域ケア会議開催時にA市地域包括支援センター職員が調査の趣旨および倫理的配慮に関する事項を口頭ならびに文章で説明して調査票を配付し、無記名自記式で回答を求め、口頭で同意を得て回収を行った。

## Ⅲ 結 果

回答は181名(回収率87.9%)から得られた。統計解析には、回収された181名分の調査票のうち、欠損値のない155名(調査対象者の75.2%、回答者の85.6%)の資料を用いた。

### (1) 集計対象者の属性の分布

集計対象者の属性については男性31名(20.0%)、女性124名(80.0%)であり、平均年齢は62.8歳(標準偏差：7.7、範囲：34-84)であった。認知症高齢者の介護経験は、「あ

り」と回答した者が38名(24.5%),「なし」が117名(75.5%)であった。

(2) 過去の認知症に関する知識を得る機会に関する回答分布

過去の認知症に関する知識を得る機会については「認知症に関するテレビ番組を視聴したことがある」が最も多く129名(83.2%)であり、次いで「認知症に関する講演を聞いたことがある」が104名(67.1%),「認知症に関する新聞記事を読んだことがある」が98名(63.2%),「認知症に関するパンフレットを読んだことがある」が87名(56.1%),「認知症に関する本を読んだことがある」が63名(40.6%),「その他」が3名(1.9%)となっていた。

(3) 認知症の知識量に関する回答分布

認知症の知識量に関する回答分布は表1の示すとおりであった。中核症状の「記憶だけ悪くなる病気である」が152名(98.1%)と正答率が最も高く、次いで治療の「早期治療をしても進行を遅らせることができない」151名(97.4%)となっていた。一方で最も正答率が低かったものは、「現在のところ多くの場合原因は不明である」であり、69名(44.5%)であった。

因は不明である」であり、69名(44.5%)であった。

(4) 家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向の構成概念妥当性と信頼性の検討

家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向に関する回答分布は表2に示すとおりであった。「受診させる」「すぐに受診させる」という回答に着目すると、「日付がわからなくなる」が112名(72.3%)と最も多くなっていた。一方で最も低かったものは、「以前よりも、だらしなくなる」であり、53名(34.2%)であった。

初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向について1因子モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を検討した結果、 $\chi^2(df)=31.472(6)$ , CFI=0.960, RMSEA=0.165と統計学的な許容水準を満たしていなかった。そこで、各項目内容から項目間の関連性を検討したところ、認知症症状のうち、「見当識障害」や「判断力の低下」は出現時より日常生活困難につながる可能性のある要因であり、受診を検討する要因になりうると考

表1 認知症の知識量に関する回答分布 (n=155)

	正答	正解		不正解	
		度数	%	度数	%
一般					
「アルツハイマー」「脳血管性」「その他」の種類がある	○	98	63.2	57	36.8
初老期でも高齢期でも起こるが、高齢期に起こることが多い	○	86	55.5	69	44.5
脳の老化によるものなので、年をとるとだれもがなる	×	138	89.0	17	11.0
現在のところ多くの場合原因は不明である	○	69	44.5	86	55.5
中核症状					
日時や場所の感覚がつかめなくなる症状がでる	○	114	73.5	41	26.5
早期の段階から人格が崩壊する	×	144	92.9	11	7.1
ものごとを判断する力が徐々に衰える	○	113	72.9	42	27.1
記憶だけ悪くなる病気である	×	152	98.1	3	1.9
同じことを何度も聞くようになるとかなり重症である	×	113	72.9	42	27.1
周辺症状					
徘徊行動が出る場合が多い	×	97	62.6	58	37.4
もの盗られ妄想がでてくることもよくある	○	87	56.1	68	43.9
行動能力					
早期の段階から、身の回りのことがほとんどできなくなる	×	142	91.6	13	8.4
早期の段階から、お金の管理は小額でも無理である	×	141	91.0	14	9.0
早期の段階から、1人暮らしはできなくなる	×	138	89.0	17	11.0
治療					
早期治療をしても進行を遅らせることができない	×	151	97.4	4	2.6
周囲の対応によっても徘徊などの問題行動は軽減しない	×	147	94.8	8	5.2
現在治療法はまったくない	×	147	94.8	8	5.2
症状を緩和させたり、進行を遅らせたりする薬がある	○	122	78.7	33	21.3
平均得点		14.2点 (標準偏差: 2.1, 範囲: 9-18)			

表2 家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向に関する回答分布 (n=155)

	受診しない		受診させる		すぐに受診させる	
	度数	%	度数	%	度数	%
yS1 既にある物を何でも買ってしまおう	54	34.8	77	49.7	24	15.5
yS2 何でも同じ事を言ったり、同じ事を聞いたりする	71	45.8	67	43.2	17	11.0
yS3 以前よりも、だらしなくなる	102	65.8	46	29.7	7	4.5
yS4 作り慣れている料理がうまく作れないようになる	72	46.5	69	44.5	14	9.0
yS5 天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる	51	32.9	79	51.0	25	16.1
yS6 日付がわからなくなる	43	27.7	78	50.3	34	21.9
平均得点	4.2点 (標準偏差: 3.0, 範囲: 0-12)					

注 「受診しない」: 0点, 「受診させる」: 1点, 「すぐに受診させる」: 2点

表3 認知症に対する受容態度に関する回答分布 (n=155)

	そう思う		ややそう思う		どちらでもない		あまり思わない		全く思わない	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
yJ1 認知症になっても、その人の意思をできる限り尊重してあげたい	112	72.3	36	23.2	3	1.9	4	2.6	-	-
yJ2 身近に認知症の人がいたら、お世話してあげたい	43	27.7	58	37.4	38	24.5	15	9.7	1	0.6
yJ3 家族が認知症になったら、協力をうるために、近所の人や知人などにも知っておいてほしい	82	52.9	51	32.9	10	6.5	11	7.1	1	0.6
yJ4 自分が認知症になったら、周りの人の手を借りながら自宅での生活を続けたい	58	37.4	47	30.3	21	13.5	22	14.2	7	4.5
平均得点	16.6点 (標準偏差: 2.8, 範囲: 7-20)									

注 「そう思う」: 5点, 「ややそう思う」: 4点, 「どちらでもない」: 3点, 「あまり思わない」: 2点, 「全く思わない」: 1点

えたため、家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向に関する項目のうち、「作り慣れている料理がうまく作れないようになる」と「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」、加えて「天気や状況に応じた洋服の選択ができなくなる」と「日付がわからなくなる」の誤差間に共分散を認めて検討を行った。その結果、 $\chi^2(df) = 11.277(5)$ ,  $CFI = 0.990$ ,  $RMSEA = 0.090$ と統計学的な許容水準を満たしていた。モデルの識別のために制約を加えたパスを除き<sup>27)</sup>, パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向を測定尺度とみなした場合の $\alpha$ 信頼性係数は0.849であった。

(5) 認知症に対する受容態度の構成概念妥当性と信頼性の検討

認知症に対する受容態度に関する回答分布は表3に示すとおりであった。認知症に対する受容態度については「そう思う」「ややそう思う」に着目すると、「認知症になっても、その

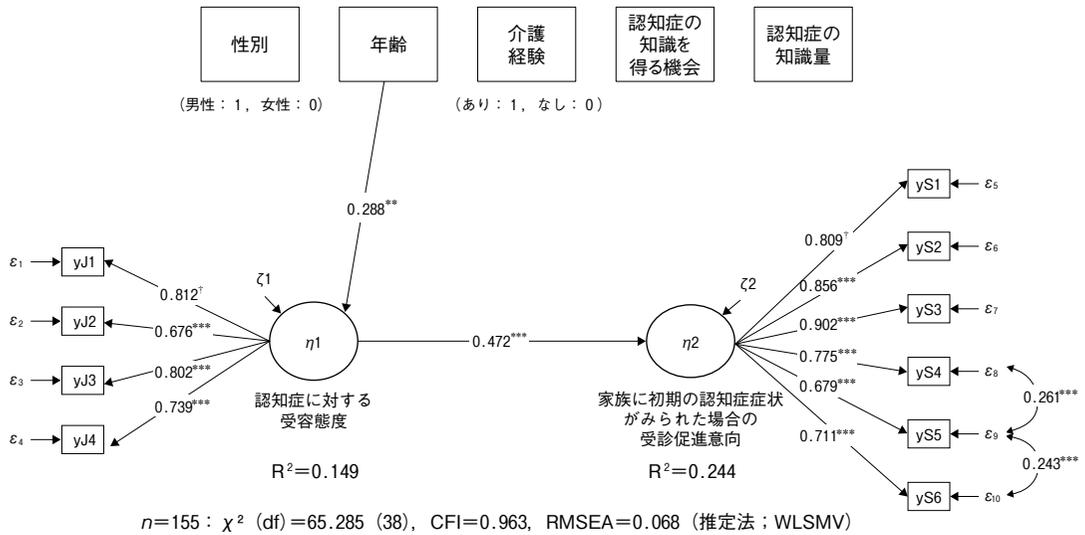
人の意思をできる限り尊重してあげたい」が148名(95.5%)と最も高く、次いで「家族が認知症になったら、協力をうるために、近所の人や知人などにも知っておいてほしい」が133名(85.8%)となっていた。

また、認知症に対する受容態度の構成概念妥当性を検証するため1因子モデルを構築し、構造方程式モデリングを用いてデータに対する適合度を検討した結果、 $\chi^2(df) = 0.078(2)$ ,  $CFI = 1.000$ ,  $RMSEA = 0.000$ と統計学的な許容水準を満たしていた。モデルの識別のために制約を加えたパスを除き<sup>27)</sup>, パス係数はすべて正の値を示し、統計学上有意であった。認知症に対する受容態度を測定尺度とみなした場合の $\alpha$ 信頼性係数は0.723であった。

(6) 家族内の『65歳以上の高齢者』に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連性の検討

調査対象者の属性および認知症の知識量等を統制変数として投入し、認知症に対する受容態

図1 家族に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度の関連（標準化解）



注 1)  $\eta$  は潜在変数、 $\zeta$  と  $\epsilon$  は誤差変数  
 2)  $\gamma$  はモデル識別のために制約を加えた箇所である。  
 3) \*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$   
 4) 統制変数からのパスは、有意なもののみを表示した。

度が初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向を規定する因果関係モデルのデータに対する適合度は、図1のとおり  $\chi^2(df) = 65.285(38)$ , CFI=0.963, RMSEA = 0.068と統計学的な許容水準を満たしていた。パスの推定値およびその有意検定の結果、初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向と「認知症に対する受容態度」(標準化係数0.472)に有意な関連が確認された。また、認知症に対する受容態度と統制変数との関連では、「年齢」(標準化係数0.288)で有意な関連が確認された。

認知症に対する受容態度への説明率は14.9%、初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向への説明率は24.4%であった。

#### IV 考 察

##### (1) 認知症に対する受容態度と初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向との関連

認知症に対する受容態度と初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向との関連について

て、構造方程式モデリングを用いて検討した結果、統計学的な許容水準を満たしており、「認知症に対する受容態度」が高いほど「初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向」が高いことが示された。このことは、被援助者に対する共感が高くなるほど援助行動が生起されるというCokeら<sup>13)</sup>の援助行動理論が、本研究の検証モデルにおいても援用可能であることを意味する。これにより認知症の早期受診を促進するための啓発活動として認知症に対する受容態度を高める取り組みが重要であることが検証された。

##### (2) 認知症に対する受容態度および家族に初期の認知症症状がみられた場合の受診促進意向に対する統制変数の影響

本研究の結果、「年齢」が高いほど認知症に対する受容態度を高めることが確認された。これは黒田ら<sup>24)</sup>が指摘しているように、年齢が高い人ほど認知症の人との関わりが多く、親などの介護経験等から、認知症に関する知識にも関心を持つようになるためであると考えられる。

また、加齢が認知症の危険因子となる、すなわち年齢が高齢であるほど認知症が発症しやすいことは広く一般的に知られていることから、年齢が高いほど認知症を身近な存在として認識する可能性が高くなると考えられ、「認知症に対する受容態度」との間に有意な関連があったものと推察する。

また本研究では、「認知症高齢者の介護経験」と「認知症高齢者に対する受容態度」との間に有意な関連は確認されなかった。高木<sup>28)</sup>は「援助者における援助経験の影響出現過程」の検討において、援助者が援助効果を認知すれば、被援助者に対する肯定的な態度が高まる一方で、過去の援助の失敗から否定的な態度を高めることもあることを述べている。これは「認知症高齢者への介護経験」といった過去の援助経験が、認知症に対する受容態度を高める一方で、否定的な態度を高める可能性を示唆している。そのため、介護経験と受容態度の間には有意な関連が認められなかったと推測した。

本研究では、「認知症に対する受容態度」の関連要因が「年齢」以外で確認されなかったが、金ら<sup>29)</sup>は、認知症の人に対する肯定的な態度を高める要因として、「認知症に関する知識」や「高齢者イメージ」などが関連していたと述べており、本研究と異なる結果であった。今後は「認知症に対する受容態度」を規定する関連要因の探索が求められると同時に、認知症に対する受容態度および統制変数等による受診促進意向への説明率が低値であったことから、家族による受診促進行動を生起させるための要因探索の検討と研修の企画などが求められる。

また本研究は、特定地域における福祉委員といった限られた集団を対象としたため、本結果のみではすべての地域住民に共通する結果となるかは疑問である。本研究結果の一般化を目指した検証が必要であり、今後は調査対象とする地域の拡大や役割付与をされていない一般地域住民のデータ等を用いた検証が求められる。

## 謝辞

本調査研究の実施にあたり、調査にご協力い

ただきましたA市小地域ケア会議の福祉委員の皆様、ならびにA市地域包括支援センターの皆様へ深謝申し上げます。

本研究は、A市との共同研究として本学が実施した研究成果の一部である。

## 文 献

- 1) 厚生労働統計協会. 国民の福祉と介護の動向2012/2013. 厚生」の指標 増刊59 (10). 東京: 2012; 163.
- 2) 本間昭. 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学 2001; 23(3): 340-51.
- 3) 宇野正威. もの忘れ外来の意義と可能性. 精神科治療学 2002; 17(3): 269-74.
- 4) 杉原百合子, 山田裕子, 武地一. 一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌 2005; 4(1): 9-16.
- 5) 品川俊一郎, 中山和彦. 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討—一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. 老年精神医学雑誌 2007; 18: 1224-33.
- 6) 安部幸志, 荒井由美子, 池田学. 家族が認知症となった場合の対処行動—一般生活者に対する調査から. 日本医事新報 2006; 4292: 63-7.
- 7) 松井美帆, 新田章子, 田口幹奈子. 高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動. 厚生」の指標 2009; 56(8): 18-24.
- 8) 本間昭. 痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の状況. 老年精神医学雑誌 2003; 14: 573-91.
- 9) 久保昌昭, 岡本直子, 谷野秀夫, 他. 認知症のある人とのかかわり度からみた地域住民への効果的な啓発活動のための分析. 日本認知症ケア学会誌 2008; 7(1): 43-50.
- 10) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一, 他. 一般地域住民における家族に認知症症状が見られた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連. 老年精神医学雑誌 2012; 23 (12): 1453-62.
- 11) 松井豊. 序章 援助とソーシャル・サポートの研究概略. 松井豊, 浦光博編. 対人行動学研究シリー

- ズ7人を支える心の科学. 東京: 誠信書房, 1998: 2-17.
- 12) Krebs DL. Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology* 1975; 32: 1134-46.
- 13) Coke JS, Batson CD, McDavis K. Empathic Mediation of Helping: A Two-Stage Model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1978; 36: 752-66.
- 14) Howard JA, Barnett MA. Arousal of Empathy and Subsequent Generosity in Young Children. *Journal of Genetic Psychology* 1981; 138: 307-8.
- 15) Shelton ML, Rogers RW. Fear-Arousing and Empathy-Arousing Appeals to Help. The Pathos of Persuasion. *Journal of Applied Social Psychology* 1981; 11: 336-78.
- 16) Toi M, Batson CD. More Evidence that Empathy is a Source of Altruistic Motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 43: 281-92.
- 17) Fultz J, Batson CD, Fortenbach VA, et al. Social Evaluation and the Empathy-Altruism Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 761-9.
- 18) Eisenberg N, Miller PA. Empathy and Prosocial Behavior. *Psychological Bulletin* 1987; 101: 91-119.
- 19) Dieckmann L, Zarit SH, Zarit JM, et al. The Alzheimer's Disease Knowledge Test. *The Gerontologist* 1988; 28(3): 402-7.
- 20) Werner P. Correlates of Family Caregivers' knowledge about Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001; 16: 32-8.
- 21) Ayalon L, Areán PA. Knowledge of Alzheimer's Disease in Four Ethnic Groups of Older Adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004; 19: 51-7.
- 22) Carpenter BD, Balsis S, Otilingam PG, et al. The Alzheimer's Disease Knowledge Scale. Development and Psychometric Properties. *Gerontologist* 2009; 49(2): 236-47.
- 23) 安部幸志, 荒井由美子. 一般生活者を対象とした認知症の症状に対する援助希求行動尺度の作成とその信頼性および妥当性の検討. *老年精神医学雑誌* 2008; 19(4): 451-60.
- 24) 黒田研二, 金高間, 鄭小華, 他. 認知症の人に対する地域住民の受容的態度とその関連要因. *社会問題研究* 2011; 60: 27-35.
- 25) 豊田秀樹. 共分散構造分析 [入門編] - 構造方程式モデリング. 東京: 朝倉書房, 1998.
- 26) Muthen LK, Muthen BO. *Mplus User's Guide, Fifth Edition*. Muthen & Muthen, Los Angeles: 2007.
- 27) 山本嘉一郎. 第1章 共分散構造分析とその適応. 山本嘉一郎, 小野寺孝義編. *Amosによる共分散構造分析と解析事例*. 京都: ナカニシヤ出版, 1999: 16.
- 28) 高木修. 援助行動の生起過程モデルの提案. *関西大学社会学部紀要* 1997; 29(1): 1-21.
- 29) 金高間, 黒田研二, 下藺誠, 他. 認知症の人に対する地域住民の態度とその関連要因. *社会問題研究* 2011; 60: 49-62.