

認知症の人の家族介護者（主たる介護者）に対する エンパワメント評価尺度の開発

スガヌマ イツベイ ミナミ セイゴ ナカニシ アキ オカダ シンイチ
菅沼 一平*1*2 南 征吾*4 中西 亜紀*5 岡田 進一*3

目的 本研究の目的は、認知症の人の家族介護者（主たる介護者）のエンパワメントを測定するための評価尺度（Empowerment Assessment Scale for Principal Family Caregivers of Persons with Dementia : EASFCD）を開発し、その尺度の妥当性および信頼性を検証することである。

方法 調査対象者は、吹田市、豊中市、京都市、加古川市、北九州市、伊万里市における介護事業所等のサービス利用者の家族介護者（主たる介護者）190名である。調査票については、調査協力に同意した家族介護者に手渡し等で配布を行い、郵送あるいは手渡しでの回収（無記名）を行った。その結果、117部を回収（回収率61.6%）した。尺度の基本的な構成概念の確定のために探索的因子分析を行い、併存的妥当性の検証のために、基準となる標準尺度を用いて相関分析を行った。また、尺度の信頼性の検証を行うために、Cronbachの α 信頼性係数を用いた信頼性分析を行った。

結果 45項目のEASFCD試作版は、因子分析の結果、6因子33項目となった。その因子は、因子1（介護への否定的感情）、因子2（介護の知識・技術に関する自己効力感）、因子3（介護に対する意識・結果・期待）、因子4（介護への肯定的感情）、因子5（被介護者との関係性）、因子6（相談相手の有無と情動的サポート）であり、累積寄与率は57.1%であった。また、基準となる尺度との相関については、中程度（0.3~0.4程度）の負の有意な相関がみられた。因子ごとのCronbachの α 信頼性係数は、相談相手の有無と情動的サポート以外は、おおむね0.7以上であった。これらのことから、尺度の構成概念について、基本的な構成概念は検証されたと考える。尺度の基準関連妥当性については、基準となる尺度との関連性がみられたため、基準関連妥当性があると判断でき、因子ごとのCronbachの α 信頼性係数も、ある程度の高い数値を示しているため、尺度の内的一貫性（信頼性）があると判断できた。

結論 本研究で開発された尺度（EASFCD）の構成概念については、一部の変更があったが、基本的な構成概念については検証されたと考えられる。また、基準関連妥当性や内的一貫性（信頼性）については検証され、本尺度は、妥当性および信頼性を有する尺度であると言える。

キーワード 認知症の人、家族主介護者、エンパワメント、尺度開発

I 緒 言

心理・行動症状（Behavioral Psychological

Symptoms of Dementia : 以下、BPSD）を有する認知症の人の家族介護者の重い介護負担やその介護者への支援不足など¹⁾²⁾のために、在

* 1 大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科作業療法学専攻准教授
* 2 大阪市立大学大学院生活科学研究科後期博士課程 * 3 同生活科学研究科長
* 4 大阪河崎リハビリテーション大学リハビリテーション学部作業療法学専攻講師
* 5 大阪市立弘済院附属病院認知症疾患医療センター副病院長

宅介護が破綻へとつながるケースが多くみられる。認知症の人とその家族が在宅生活を継続していくためには、介護者である家族も、また支援の対象である。近年の先行研究においても、認知症の人とその家族介護者に対する支援プログラムが重要であるといわれ、家族介護者に対する支援プログラムによる介護負担感の軽減やQOLの向上などの心理的側面に関する効果を示した調査報告がみられるようになった³⁾⁴⁾。

先行研究が示すように、被介護者の在宅生活継続で重要な要因となる家族介護者の心理状態は、被介護者の認知症の状態、社会資源・サービスの利用状況、相談者の有無、他の家族・親族との親密度など、多岐にわたる環境的要因により変動する¹⁾²⁾⁵⁾。したがって、家族介護者の支援を進めていく上では、家族介護者を取り巻く介護状況などの環境的要因を踏まえた包括的な心理面の評価が重要となる。

家族介護者という「人」とその家族を取り巻く「環境」が相互に影響を及ぼし、その相互作用から生じる問題に対して、家族介護者自身もつ潜在的な力を活用して問題に対処しようとする過程を、和気はエンパワーメントとして定義している⁵⁾。エンパワーメントが図れないことにより、家族介護者が陥るパワーlessness（問題解決に向けてのエネルギー・知識・技能不足など）は、自己卑下、自信喪失、希望の喪失といった否定的な感情へとつながり⁵⁾、在宅における介護破綻の危険性をより増幅させるものとなる。このことから、認知症の人の家族介護者支援においては、家族介護者のエンパワーメント過程を適切に評価することが非常に重要であるといえる。

しかし、家族介護者のエンパワーメント評価において、評価指標や測定方法として確立された尺度は、非常に数が少ない。わずかに散見されるものとして、頭部外傷患者の家族介護者を対象としたエンパワーメントの尺度であるDegeneffeの尺度⁶⁾や、高齢要介護者を介護する家族を対象とした呉の尺度⁷⁾があげられるが、「認知症の人の家族主介護者」に特化したものではない。認知症の人の家族介護者は、BPSDへの

対応を主とした精神的側面の負担が大きいことから⁸⁾、エンパワーメント評価尺度の構成要素には、BPSDの対応に向けた介護場面での自己効力感や資源の活用に関する評価項目が含まれることが望ましい。そこで、本研究では、認知症の人の家族介護者に特化したエンパワーメント評価尺度（Empowerment Assessment Scale for Principal Family Caregivers of Persons with Dementia：以下、EASFCD）を作成し、その妥当性と信頼性を検証することとした。

和気の「家族介護者（人）と介護状況（環境）の相互作用から生じる問題へ対処する能力」をエンパワーメントの基本定義とした場合、その対処能力とは、単純に技術的なものではなく、「自分が持っている力に気づく」「問題を抱えていても何とかやっていけそう」「自分がどのようなかかを考えること」などの内発的な力が呼び起こされた結果、得られる能力とされることが多い⁹⁾。認知症の人の家族介護者においては、認知症症状を有している被介護者に対する感情、介護への知識・対処技術に関する自己効力感、主体性、意識、考え方などが内発的な力として考えられる。したがって、本研究では、「家族介護者が、内発的な力をもって自分自身の環境（人的・物的な要因を含む介護状況）に働きかけを行い、直面している問題に対して適切に対処していくこと」を、家族介護者のエンパワーメントと位置づけた。また、エンパワーメントは、ストレス対処に向けて取り組む「過程」であり、「結果」でもあるが⁵⁾¹⁰⁾、本研究にて開発される質問紙による量的な尺度は、エンパワーメント過程を経て家族介護者が得られた状態を評価するものとした。

本研究においては、家族主介護者のエンパワーメントを、「家族主介護者が、被介護者である認知症の人と心身ともに安定した在宅生活を継続していくために、介護に関する自己効力感を獲得し、また、自己効力感を含む内発的な力を発揮して、認知症の人への関わりやBPSDへの対応などに向けて適切に対処しようとした結果生じた状態」と定義した。

Ⅱ 方 法

(1) 45項目EASFCD（原案）の作成（表1-1, 表1-2）

尺度原案作成のために、専門家（老年期のリハビリテーション医療を専門とする大学教員）4名で内容的妥当性の検討を行った。質問項目については、前述の定義を踏まえて、筆者が携わってきた家族教室¹¹⁾¹²⁾におけるグループワークにおいて、意見として出された介護場面での困りごと、ストレス、工夫、介護に対する考え方を参考にしつつ、介護負担感¹³⁾¹⁴⁾、肯定感¹⁴⁾¹⁵⁾、エンパワメントの尺度⁷⁾、コーピング尺度¹⁶⁾などの先行研究から質問項目を検討した。各質問に対する回答は、「とてもそう思う（4点）」-「全くそう思わない（1点）」もしくは「常にいる（4点）」-「全くいない（1点）」の4件法とし、点数が高いほど家族主介護者がエンパワメントされている状態を示すこととした（否定的な感情や状況に関する質問項目（逆転項目）は、採点法を逆転させる反転項目とした）。本尺度の内容的妥当性の検討の結果、45の質問項目からなるEASFCD（以下、45項目EASFCD）が完成した（表1-1, 表1-2）。

(2) 調査方法

1) 調査対象

調査対象は、軽度から重度の認知症の人と同居し、介護をしている家族主介護者（以下、介護者）とした。被介護者と別居している場合は、週3回以上、生活上の見守りや手助けをしている介護者を対象とした。本研究では、BPSDへの対応を含むエンパワメントの尺度開発であるため、身体・認知機能ともに重症化が進み、BPSDがみられなくなった寝たきりの認知症の人を介護している介護者は除外した。調査依頼については、吹田市、豊中市、京都市、加古川市、北九州市、伊万里市の介護事業所5カ所、認知症カフェ2カ所、家族の会1カ所、地域包括支援センター2カ所、物忘れ外来1カ所に対して行い、それぞれの事業所で対象となる介護

者190名を選定し調査を依頼した。

2) 調査期間

調査期間は、2017年6月1日から2018年4月30日までである。各施設の職員等を通じて、45項目EASFCDを、直接、介護者へ手渡し、記入（無記名）を依頼した。回収は、事業所や対象者の実情に応じて郵送法もしくは封筒に厳封したうえで留置法とした。

3) 調査内容

調査項目については、45項目EASFCD以外に、基本的な介護者の特徴と介護状況についての質問も行った。調査項目は、介護者および被介護者の年齢、性別、被介護者からみた介護者の続柄、被介護者の利用サービス数、1週間当たりのサービス利用数などである。また、健康関連QOL尺度の質問紙 MOS 8-Item Short-Form Health Survey日本語版（以下、SF-8）¹⁷⁾とうつ病の自己評価尺度であるThe Center for Epidemiologic Studies Depression Scaleの日本語版（以下、CES-D）¹⁸⁾も調査項目に追加した。SF-8は、得点が高いほど健康状態が不良であることを示し、CES-Dは、得点が高いほどうつ症状が強いことを示す。したがって、両尺度ともに、点数が高いほどエンパワメントされている状態を示す45項目EASFCDとは、負の相関が示されることが想定された。

(3) 分析方法

返送された45項目EASFCDの妥当性・信頼性の検証に際し、まず質問項目の回答の偏りを確認するために天井・床効果の確認を行い、天井もしくは床効果を認めた項目は削除した。次に、因子構造を明らかにし、各因子の項目を確定するために探索的因子分析を行った。探索的因子分析では、共通性が0.4未満の質問項目は削除した。共通性の確認で削除対象の質問項目が出現しなくなった後、バリマックス回転を行った。今回の因子分析は、探索的な因子分析で因子構造の明確化が目的である。そのため、因子間の関連性を最小限にとどめることで因子の明確化を行うことができるバリマックス回転¹⁹⁾を採用した。

表1-1 45項目版EASFCD試作版の質問項目の平均得点および天井・床効果

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	天井効果	床効果
01	1	4	2.80	0.73	3.52	2.07
02	1	4	2.68	0.66	3.34	2.02
03	1	4	2.62	0.80	3.42	1.82
04	1	4	2.71	0.75	3.46	1.96
05	1	4	2.56	0.69	3.25	1.87
06	1	4	2.32	0.63	2.95	1.69
07	1	4	3.07	0.79	3.87	2.28
08	1	4	2.80	0.86	3.66	1.94
09	1	4	2.84	0.83	3.67	2.01
10	1	4	2.68	0.94	3.62	1.74
11	1	4	2.63	0.95	3.58	1.69
12	1	4	2.70	0.83	3.53	1.87
13	1	4	3.21	0.77	3.98	2.44
14	1	4	3.26	0.81	4.08*	2.45
15	1	4	1.85	0.79	2.64	1.06
16	1	4	2.18	0.77	2.95	1.42
17	1	4	2.20	0.77	2.98	1.43
18	1	4	3.00	0.71	3.71	2.29
19	1	4	2.66	0.86	3.52	1.81
20	1	4	2.90	0.87	3.77	2.03
21	1	4	2.34	0.82	3.16	1.52
22	1	4	2.81	0.59	3.40	2.21
23	1	4	2.74	0.75	3.49	2.00

注 *p<0.05

表1-2 45項目版EASFCD試作版の質問項目の平均得点および天井・床効果

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	天井効果	床効果
24	1	4	2.83	0.67	3.50	2.16
25	1	4	3.12	0.69	3.80	2.43
26	1	4	2.78	0.78	3.56	2.00
27	2	4	3.32	0.63	3.94	2.69
28	1	4	3.16	0.65	3.81	2.51
29	1	4	3.18	0.73	3.91	2.45
30	1	4	2.98	0.71	3.69	2.26
31	1	4	3.29	0.65	3.94	2.64
32	1	4	3.03	0.78	3.81	2.25
33	1	4	2.19	0.85	3.04	1.34
34	1	4	2.91	0.67	3.58	2.24
35	2	4	3.24	0.64	3.88	2.60
36	1	4	3.27	0.67	3.94	2.61
37	1	4	3.12	0.78	3.90	2.35
38	1	4	2.54	0.83	3.37	1.72
39	2	4	3.05	0.70	3.75	2.36
40	1	4	2.18	0.83	3.02	1.35
41	1	4	3.35	0.90	4.26	2.45
42	1	4	2.66	1.01	3.66	1.65
43	1	4	3.02	0.82	3.84	2.20
44	1	4	3.08	0.93	4.01	2.14
45	1	4	3.01	0.75	3.76	2.26

また、因子負荷量±0.4未満を示す項目を削除対象とし、削除対象項目がなくなるまで繰り返し因子分析を行った。そして、因子項目の構

成内容が解釈可能かどうかの吟味を行い、最終的な因子構造の確定を行った。ただし、主たる因子での因子負荷量が±0.4以上であっても、

主たる因子以外で、因子負荷量が ± 0.4 に近い ± 0.3 以上である場合には、その項目に多義性があると判断し削除対象項目とした。

信頼性の検討では、内的一貫性を確認するために尺度全体および各下位尺度のCronbachの α 信頼性係数を算出した。下位尺度におけるCronbachの α 信頼性係数では0.6未満の項目を削除対象として検討することとした。併存的妥当性の検討は、SF-8およびCES-Dを外部基準とし、EASFCFDの総得点とSF-8あるいはCES-Dとの間の相関分析をPearsonの相関係数を用いて行った。そして、妥当性および信頼性の検証後、尺度の総得点を用いて、尺度の性差と年齢差における安定性を確認するために統計的検定を行うこととした。性差では、対応のない独立型のt検定、年齢差については、10歳ごとに年齢層をグループに分け、一元配置分散分析を行った。本研究のデータ解析は、統計ソフトIBM SPSS Statistics Version25を用い、統計上の有意水準はすべて5%未満とした。

(4) 倫理的配慮

本研究は、大阪市立大学大学院生活科学研究科・研究倫理審査委員会の承認後（承認番号：17-05、承認年月日：平成29年5月10日）、事業管理者、団体運営責任者などに口頭および書面にて協力を依頼し、承諾を得た。各事業所を通して、介護者に調査の目的、個人情報保護の方針、研究参加（回答の任意性や回答をしない場合においても不利益とならない等）等を書面で説明を行い、45項目EASFCFDの返送をもって同意を得たものとした。

Ⅲ 結 果

(1) 介護者の特徴と介護状況

配布した190部のうち回収117部（回収率61.6%）で95名（有効回収率50.0%）が分析対象となった。介護者の年齢は 64.5 ± 12.0 歳で、被介護者は 80.6 ± 8.8 歳であった。介護者の続柄は、配偶者41名（43.2%）、子ども40名（42.1%）、嫁10名（10.5%）、姉妹3名（3.2%）、

孫1名（1.1%）であった。同居人数は 2.9 ± 1.2 名、利用サービス数は 1.4 ± 0.9 、1週間当たりのサービス利用回数は 3.5 ± 2.0 であった。

(2) 45項目EASFCFDの天井・床効果の分析 (表1-1)

「14 今後、被介護者様が自分の手に負えなくなるのではないかと不安になることがある」において天井効果を認めたため、項目から削除した。

(3) 33項目EASFCFDの因子構造（表2-1、表2-2）

45項目EASFCFDの探索的因子分析の結果、33項目が適切な項目として残り、6因子が抽出された（以下、33項目EASFCFD）。累積寄与率は57.1%であった。Kaiser-Meyer-Olkin（KMO）の測定値が0.713、Bartlettの球面性検定は、0.1%水準で有意であった。そこで本尺度が因子分析の結果、統計学的に妥当な構造であると判断した。

第1因子は、「09 被介護者様のそばにいると気が休まらないと思うことがある」などの介護への否定的感情8項目から構成され、（介護への否定的感情）と命名した。第2因子は「04 自分の介護に足りないと思う知識や技術に関する情報を集めることができる」などの介護の知識・技術に対する自己認識5項目で構成され、（介護の知識・技術に関する自己効力感）と命名した。第3因子は「36 自分が介護をすることによって、訴えや行動面を少しでも良い方向に向かわせたい」などの介護に対する意識7項目から構成され、（介護に対する意識・結果・期待）と命名した。第4因子は「16 被介護者様の介護をすることで、満足感が得られることがある」などの介護への肯定的感情5項目で構成され、（介護への肯定的感情）と命名した。第5因子は「30 被介護者様との現在の人間関係は良好である」などの被介護者との関係性4項目で構成され、（被介護者との関係性）と命名した。第6因子は「42 相談できる親戚がいる」など相談相手の有無や周囲の介護への理解

表2-1 因子分析の結果

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
	介護への否定的感情	介護の知識・技術に関する自己効力感	介護に対する意識・結果・期待	介護への肯定的感情	被介護者との関係性	相談相手の有無と情動的サポート
項目全体のCronbachの α 信頼性係数=0.887						
第1因子：介護への否定的感情 ($\alpha = 0.882$)						
09 被介護者様のそばにしていると気が休まらないと思うことがある	0.879	0.086	-0.070	-0.167	0.000	0.032
08 被介護者様のそばにしていると腹が立つことがある	0.803	0.009	-0.045	-0.093	-0.142	-0.030
10 介護を誰かに任せたいと思うことがある	0.800	-0.014	-0.263	-0.108	-0.068	0.051
07 被介護者様の行動に対して困ってしまうと思うことがある	0.672	-0.033	-0.041	-0.069	-0.011	0.031
11 被介護者様に上手く関わることができず落ち込むことがある	0.614	-0.302	0.038	-0.158	-0.193	0.038
13 この先ずっと介護をすることに対して不安を感じる	0.585	-0.155	0.054	-0.388	0.057	0.131
12 介護に時間をとられ、趣味や社会活動ができずストレスを感じる	0.536	-0.152	-0.086	-0.015	0.005	-0.112
33 介護の問題で他の家族と意見がぶつかることがある	0.460	0.009	0.032	0.175	-0.268	-0.225
第2因子：介護の知識・技術に関する自己効力感 ($\alpha = 0.887$)						
04 自分の介護に足りないと思う知識や技術に関する情報を集めることができる	-0.001	0.848	-0.014	-0.011	0.059	-0.040
03 自分は認知症者に必要な社会資源（介護サービスなど）の知識を有している	0.098	0.838	0.078	0.081	-0.065	0.019
01 自分は認知症という疾患に関する知識をもっている	-0.150	0.783	0.028	0.112	-0.029	-0.031
05 自分は声かけや介護によって被介護者様の良い反応を引き出すことができる	-0.119	0.770	0.057	0.177	0.185	-0.012
02 自分は被介護者様の訴えや行動に臨機応変に対応できる	-0.128	0.690	0.039	0.166	0.174	-0.143
第3因子：介護に対する意識・結果・期待 ($\alpha = 0.856$)						
36 自分が介護をすることによって、訴えや行動面を少しでも良い方向に向かわせたい	-0.160	0.101	0.934	0.086	0.075	0.025
35 自分が介護することで、被介護者様の良い反応（表情など）を引き出した	-0.125	0.011	0.813	0.147	0.097	0.096
37 自分が介護することにより、生活が安定すればよいと思う（例えば、自分が介護をすることで他の家族も仕事、学業各々のすべきことに専念でき、日々の生活を問題なく過ごすことができるということ）	-0.063	-0.024	0.604	0.198	0.085	0.295
27 介護や声かけによって良い反応（例えば、被介護者様の不安が鎮まったり、精神的に落ち着くなど）が得られることが重要だと思う	0.271	0.268	0.575	0.163	0.183	0.257
18 被介護者様が些細なことでも喜ぶのを見るとうれしくなることがある	-0.179	0.050	0.518	0.226	0.391	0.001
25 自分が被介護者様を介護するのは当然のことだと思う	-0.233	-0.136	0.513	0.197	0.304	-0.025
28 被介護者様が新たな役割が持てるよう働きかけることが重要である	0.182	0.072	0.412	0.063	0.108	0.004

に関する4項目で構成され、（相談相手の有無と情動的サポート）と命名した。

(4) Cronbachの α 信頼性係数による信頼性の検討

33項目EASFCDにおける尺度全体のCronbachの α 信頼性係数は0.887で、下位尺度の（介護への否定的感情）は0.882、（介護の知識・技術に関する自己効力感）は0.887、（介護に対する意識・結果・期待）は0.856、（介護への肯定的感情）は0.847、（被介護者との関係性）は0.763、（相談相手の有無と情動的サポート）は0.675であった。

(5) 併存的妥当性の検討

33項目EASFCDとSF-8との相関係数が $r = -0.409$ ($p < 0.01$)、CES-Dとの相関係数は $r = -0.358$ ($p < 0.01$) であった。

(6) 33項目版EASFCDにおける性差・年齢差

33項目EASFCDの性差は、男性 ($n = 25$) と女性 ($n = 70$) との間に有意な差は認められなかった ($p = 0.223$)。また、年齢差については、年齢層を40代 ($n = 13$)、50代 ($n = 16$)、60代 ($n = 35$)、70代 ($n = 21$)、80代 ($n = 10$) の5つのグループに分類し検定を行ったが、グ

表2-2 因子分析の結果

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
	介護への否定的感情	介護の知識・技術に関する自己効力感	介護に対する意識・結果・期待	介護への肯定的感情	被介護者との関係性	相談相手の有無と情動的サポート
第4因子：介護への肯定的感情 ($\alpha=0.847$)						
16 被介護者様の介護をすることで、満足感が得られることがある	-0.142	0.257	0.182	0.744	0.158	0.067
17 被介護者様を介護することで、自分が元気づけられたり励まされたりすることがある	-0.066	0.095	0.170	0.734	0.223	0.160
15 介護が楽しいと感じることがある	-0.051	0.196	0.144	0.712	0.055	-0.123
40 被介護者様の介護をするのが自分の生きがいになっている	-0.207	-0.067	0.298	0.546	0.037	0.108
21 介護を義務感ではなく、望んでしている	-0.230	0.303	0.298	0.470	0.024	0.074
第5因子：被介護者との関係性 ($\alpha=0.763$)						
30 被介護者様との現在の人間関係は良好である	-0.369	0.068	0.338	0.089	0.656	-0.044
29 被介護者様との病前の人間関係は良好であった	-0.080	0.014	0.239	0.072	0.608	0.049
19 被介護者様は私に感謝しているように思う	-0.329	0.030	0.087	0.255	0.503	0.096
22 被介護者様への影響（言葉かけの内容やタイミングによっては、被介護者様の不安が強くなる、あるいは落ち着くなど）を考えながら介護している	0.111	0.240	0.094	0.107	0.493	0.052
第6因子：相談相手の有無と情動的サポート ($\alpha=0.675$)						
42 相談できる親戚がいる	-0.030	-0.219	0.026	0.063	-0.101	0.682
41 相談できる家族がいる	-0.054	-0.015	0.252	-0.053	0.063	0.583
43 相談できる友人・知人がいる	0.214	0.206	0.044	0.210	0.064	0.525
34 家族・親戚は自分の気持ちをよく理解してくれている	-0.299	-0.180	0.045	-0.052	0.162	0.445
固有値	7.8	4.0	3.6	1.9	1.8	1.4
寄与率	14.0	11.7	11.1	8.7	6.4	5.2
累積寄与率	14.0	25.7	36.8	45.5	51.9	57.1
削除項目						
06 腹が立つことはあっても、被介護者に不快感を与えないように介護できる						
14 今後、被介護者様が自分の手に負えなくなるのではないかと不安になることがある（天井効果を認めたため削除）						
20 被介護者様が亡くなるまで自分で介護しようと思う						
23 介護上生じた問題は、自分で考え、判断し、問題を対処している						
24 自分の介護の良かったところ、悪かったところを見直すことがある						
26 自分の介護技術が認知症の症状に大きく影響すると思うことがある						
31 被介護者様の病前において、被介護者様以外との家族関係は良好であった						
32 現在、被介護者様以外との家族関係は良好である						
38 自分の介護を、被介護者様もしくは他の家族や親せきから感謝してもらったり、労ってもらいたいことがある（共通性0.40未満のため削除）						
39 被介護者様の介護をすることで、学ぶことがたくさんある						
44 被介護者様に必要な介護・地域のサービスを使っている（共通性0.40未満のため削除）						
45 介護疲れをしないよう、定期的に気分転換するよう意識している						

ループ間に有意な差は認められなかった ($P=0.143$)。

IV 考 察

(1) 33項目EASFCDの因子構造と特徴 (表2-1, 表2-2)

第1因子は、介護負担感から生じる介護に対する否定的な感情で構成された。過去の多面的介護評価の開発においても否定的側面と肯定的側面は弁別されており¹⁴⁾²⁰⁾、本研究においても同様の結果が得られた。項目の内容としては、介護場面において生じる被介護者への負の感情、自責の念、今後の不安ストレスがあげられている。日々の介護ストレスから被介護者へのいら

立ちが生じる一方で、介護がうまくいかないことに対する自責の念を介護者が抱えており、そのことが第1因子で捉えられている。この第1因子は、介護負担感から生じる介護への否定的感情を示す因子であるが、反転項目であり、介護に対して否定的な感情をあまり感じていない状態がエンパワメントされた状態であると本尺度では捉えられている。介護を初めて行う初期段階における介護負担感や介護に対する否定的な感情は、介護者が自己成長し、エンパワメントされていく過程においては非常に重要な感情であると考えられ、実際、介護負担感を通して得られる自己成長感が重要であるとする研究も存在する²¹⁾⁻²⁴⁾。つまり、最終的にエンパワメントされる介護者は、初期の段階では、介護

負担感を感じるが、介護負担感を通じて得られる自己成長でエンパワーメントされ、介護負担感が徐々に減少していくというエンパワーメント過程を、本尺度の第1因子は測定していると考えられる。したがって、第1因子の項目は、介護負担感から生じる介護に対する否定的な感情について介護者に尋ね、点数を反転させることでエンパワーメントを測定する因子として活用できると判断した。

第2因子は、認知症介護における知識と関わり方の技術に関する自己効力感で構成された。Livingstonは、システマティックレビューで介護者の十分な知識と技術および適切な対処（介護）は、被介護者のBPSD軽減に効果的であると報告しており²⁵⁾、また、このBPSD軽減は、介護者の自己効力感向上にもつながり、介護の好循環を生み出すことが期待される。このような過程で得られた介護者の自己効力感やQuality of Life (QOL (生活の質))の保持・向上などの肯定的側面は、在宅生活継続の上で重要な要因でもあり²⁾²⁶⁾²⁷⁾、その内容は、エンパワーメントを測定している項目であると考えられ、第2因子はエンパワーメントを測定する因子として妥当であると考えた。

第3因子は、介護者の介護に対する前向きな意識と介護によって生じる肯定的な結果や期待で構成された。介護者の介護場面における肯定的な認識は、介護状況に大きく影響する⁵⁾。前向きな価値観・意識によって介護場面の行動から介護に対する良好な結果が生じ、今後の期待や希望が生まれ、さらに介護に対する肯定的な価値観・意識が高まる。そして、それらの好循環が一つの因子として現れ、一つの重要な因子として統合されたものと考えられる。介護に対する価値観や意識は、被介護者との関係性や介護者のパーソナリティの影響を受けると考えられ、介護者を取り巻く支援体制の充足度による一定の心のゆとりがない限り、介護に対する価値観や意識は、介護場面における自己犠牲に支配されてしまい²⁸⁾、前述の好循環は期待できないと考えられる。これらのことから、好循環の状態を測定することは、介護者のエンパワーメント

状態を測定するのに有効な内容であり、エンパワーメントを構成する因子として妥当であると判断した。

第4因子は、介護への楽しさ、満足感、生きがい、主体性といった介護への肯定的感情で構成された。Kramer²²⁾は、高齢者介護における介護の肯定的側面について、自己価値を高めつつ、介護に意味づけをしながら、ケアの質を決定するうえで重要な要素であることを説明している。介護に負担を感じながらも、介護に意味を見いだし、そこに生きがいや満足を感じることで自分自身への成長や学びを経験する介護者も多く存在している²²⁾²³⁾。認知症介護においてはBPSDが介護の主たる負担となり得る。しかし、BPSDを示す被介護者が穏やかになったり、あるいは、笑顔を見せたりした場合には、介護者が被介護者との家族の絆を再認識し、うれしさや満足感となり²³⁾、そのことが介護の主体性へとつながっていくものと考えられる。このことから、第4因子の肯定的感情への集約は妥当なものであり、エンパワーメントの一側面を測定する因子として妥当であると考えられる。

第5因子は、被介護者との関係性で構成された。病後において介護者と被介護者との関係は「介護をする／される」という関係となる。そのため介護者と被介護者との関係性は、被介護者の介護が必要となる前における関係性を基盤として、介護を行うことについての葛藤を抱えながら新たな関係を構築することになる²⁸⁾。その関係性の中で第5因子には、介護者が被介護者をおもんばかっていること、被介護者の感謝の気持ちを感じていることなどの項目も含まれた。介護者が介護に対する複雑な感情や負担を抱えながらも、被介護者をおもんばかり、被介護者の反応も肯定的に捉えることができるようになると、両者の関係性は良好となると考えられる。第5因子は、そのような介護者と被介護者との関係性から生じる良好な感情を捉え、エンパワーメントの一つの因子として収束したと考える。

第6因子は、相談相手や周囲からのサポートで構成された。介護をきっかけに被介護者以外

との人間関係が悪化し、また、周囲の理解不足から介護を一人で抱え込み、孤独に陥り、精神的な介護負担を増強させるケースが多くみられる²³⁾。介護負担の要因の一つとして相談相手や縁者からの情動的サポートの不足があげられるが²⁸⁾、介護負担感に関する調査研究において「相談相手の有無」や「家族から情動的なサポートを受けていること」が、将来の不安や人間関係から生じる介護負担感を軽減する効果があると報告されており²⁹⁾、また、相談相手の存在が、認知症症状への対応力を高める重要な要因であるとする報告も存在する³⁰⁾。このことから、相談相手の有無や心理的サポートが、介護者の介護負担軽減やBPSDへの適切な対処につながると考えられる。今回の因子分析では、このことが反映され、相談相手や周囲からのサポートが介護者のエンパワメントにもつながると考えられ、因子として抽出されたと考える。

以上、本尺度の因子構造について、内容妥当性を検討する際に確定した因子・質問項目から一部の変更はあったが、基本的な構造については検証できたと考える。

(2) Cronbachの α 信頼性係数による信頼性の検討

Cronbachの α 信頼性係数は0.7から0.8以上を基準とし、0.6未満は不適切とみなされる³¹⁾。本研究では、尺度全体のCronbachの α 信頼性係数は0.8以上であり、本尺度の内的一貫性は検証された。また、下位尺度においても、すべての下位尺度で基準を満たし、内的一貫性があると判断した。(相談相手の有無と情動的サポート)については、Cronbachの α 信頼性係数がやや低いが、因子の構造上から下位尺度として必要不可欠な項目内容であり、また、0.6以上であったため適切な下位尺度と判断した。

(3) 併存的妥当性の検討

併存的妥当性では、33項目EASFCDとSF-8との相関係数が $r = -0.409$ ($p < 0.01$)、CES-Dとの相関が $r = -0.358$ ($p < 0.01$)で、それぞれ有意な中程度の負の相関を認めた。当

初、想定した本尺度と基準尺度との関係は、負の相関関係であるとした。つまり、介護者のエンパワメント状態が良好であればあるほど(エンパワメント尺度の点数が高いほど)、SF-8の得点は低く、健康状態が良好であり、また、CES-Dの点数も低く、うつ傾向も弱いことが想定された。今回、開発された尺度と基準尺度との関連は、統計学的に有意な関連であり、また、想定された負の関連であったため、本尺度には併存的妥当性があると判断できる。

V 結 語

本研究においては、33項目EASFCDの基本的な構造、内的一貫性(信頼性)、併存的妥当性の観点から検証を行った。その結果、本尺度が妥当性および信頼性を有していると判断された。しかし、今回、行った因子分析における因子確定過程で削除された項目の中には、介護の継続意志、介護の振り返り、問題解決手段など、現実の介護場面において重要と思われる項目も含まれていたため、さらなる尺度開発研究を進め、尺度の精度を高めていきたいと考えている。

謝辞

本研究の実施に当たり、ご指導・ご協力を賜りました。データ収集にご協力をいただきました諸施設、ご家族の方に心より深謝申し上げます。

文 献

- 1) 朝田隆. 痴呆老人と在宅介護破綻に関する検討. 問題行動と介護者の負担を中心に. 精神神経学雑誌 1991; 93: 403-33.
- 2) 梶原弘平, 横山正博. 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. 日本認知症ケア学会誌 2007; 6(1): 38-46.
- 3) Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51(5): 657-64.
- 4) Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Dementia and Geriatric

- Cognitive Disorders 2010 ; 30(2) : 161-78.
- 5) 和気純子. 高齢者を介護する家族. 東京:川島書店, 1998. 149-61.
 - 6) Degeneffe CE, Chan F, Dunlap L, et al. Development and validation of the Caregiver Empowerment Scale : a resource for working with family caregivers of persons with traumatic brain injury. RehabilPsychol 2011 ; 56(3) : 243-50.
 - 7) 呉小玉. 「主介護者エンパワメント尺度(MCEM)」の中国版の作成. 日本看護科学会誌 2008 ; 28(3) : 3-13.
 - 8) 大西丈二, 梅垣宏行, 鈴木裕介, 他. 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響. 老年精神医学雑誌 2003 ; 14(4) : 465-73.
 - 9) 福井里江. 家族心理教育による家族支援 (専門職による家族支援の実例). 精神障害とリハビリテーション 2011 ; 15(2) : 167-71.
 - 10) 野嶋佐由美. エンパワメントに関する研究の動向と課題. 看護研究 1996 ; 29(6) : 453-64.
 - 11) 菅沼一平, 上城憲司, 白石浩. 重度認知症患者デイケアにおける家族教室非参加者の特性について. 作業療法ジャーナル 2014 ; 48(10) : 1065-71.
 - 12) 菅沼一平, 上城憲司, 白石浩. 認知症高齢者の家族介護者に対する心理教育介入-ソーシャル・スキルズ・トレーニングの効果について-. 日本認知症ケア学会誌 2014 ; 13(3) : 601-10.
 - 13) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二. 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. 日本老年医学会雑誌 2003 ; 40(5) : 497-503.
 - 14) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造. -肯定・否定の両側面に焦点をあてて-. 日本在宅ケア学会誌 2005 ; 9(1) : 52-60.
 - 15) 櫻井成美. 介護肯定感が持つ負担軽減効果. 心理学研究 1999 ; 70(3) : 203-10.
 - 16) 坂田成輝. 心理的ストレスに関する1研究-コーピング尺度 (SCS) の作成の試み-. 早稲田大学教育学部学術研究 1989 ; (38) : 61-72.
 - 17) 鈴鴨よしみ, 福原俊一. SF-36日本語版の特徴と活用. 日本腰痛学会雑誌 2002 ; 8(1) : 38-43.
 - 18) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 他. 新しい抑うつ自己評価尺度について. 精神医学 1985 ; 27 : 717-23.
 - 19) Tabachnick, B. G., Fidell, L.S. Using Multivariate Statistics. 3rd Edition. New York : Harper Collins College Publishers, 1996.
 - 20) 橋本栄里子. 家族介護者の束縛感・孤立感・充実感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検証. 病院管理 2005 ; 42(1) : 7-18.
 - 21) 今村徹. 認知症患者と家族を支えるために: エンパワメントをめざす家族支援の方法論. 日本高次脳機能障害学会誌 2010 ; 30(2) : 313-6.
 - 22) Kramer BJ. Gain in the caregiving experience : where are we? What next? Gerontologist 1997 ; 37(2) : 218-32.
 - 23) 公益社団法人認知症の人と家族の会 (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「認知症の介護家族が求める家族支援のあり方研究事業報告書〜介護家族の立場から見た家族支援のあり方に関するアンケート〜」 (http://alzheimer.or.jp/largefile_for_wp/2011kazokushien_houkoku.pdf#search=%27%E5%AE%B6%E6%97%8F%E3%81%AE%E4%BC%9A+%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E7%97%87+%E3%82%A2%E3%83%B3%E3%82%B1%E3%83%BC%E3%83%88%27). 2019.1.15.
 - 24) 菅沼一平, 上城憲司, 白石浩. 認知症病棟における入院患者の転帰に影響を及ぼす要因分析. 総合リハビリテーション 2012 ; 40(6) : 879-85.
 - 25) Livingston GI, Johnston K, Katona C, et al. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2005 ; 162(11) : 1996-2021.
 - 26) Gallagher D, Ni Mhaolain A, Crosby L, et al. Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. Aging Ment Health 2011 ; 15(6) : 663-70.
 - 27) 山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 他. 高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質 (QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連: 続柄別の検討. 日本公衆衛生雑誌 2002 ; 49(7) : 660-71.
 - 28) 矢吹知之. 多様化する家族介護者と在宅介護の現状. 「認知症の人の家族支援-介護者支援に携わる人へ-」. 東京: ワールドプランニング, 2015 ; 55-6.
 - 29) 新名理恵, 矢富直美, 本間昭. 痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌 1991 ; 2(5) : 655-63.
 - 30) 菅沼真由美, 佐藤みづ子. 認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法. 日本看護研究学会雑誌 2011 ; 34(5) : 41-9.
 - 31) スティーブン B. ハリー. 木原雅子訳. 医学的研究のデザイン第4版 研究の質を高める疫学的アプローチ. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2014 ; 61-2.