

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2015 年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

認知症をもつ高齢者を介護する労働者における
ワーク・ライフ・バランスと心理ストレス反応の縦断的調査

申請者：目麻里子
所属機関：東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻家族看護学分野

2017 年 3 月 28 日

I. 緒言

日本では認知症を持つ高齢者が増加している（厚生労働省 2015）。介護という視点での現状をみたとき、認知症をもつ高齢者の介護は日常的に行われる身体的ケアのみでなく、行動・心理症状へのケアが必要であるという特徴があり、この行動・心理症状が家族介護者の介護負担を高めることが報告されている（Kamiya 2014, Pinguart 2003）。労働人口世代が介護役割を担うことが多い中で、介護離職は大きな問題となっている。

認知症を持つ高齢者の介護は、介護者の勤務状況やパフォーマンスへ大きな影響を及ぼすことが報告されている（Ory 1999, Wang 2011, Goren 2016）。現在、高齢者全般とその家族を支える介護施策が進められている中で、働きながら認知症をもつ人を介護する家族員の介護離職を防ぐために、ワーク・ライフ・バランスへの支援として適切な社会資源を整備することは喫緊の課題であると考えられる。

高齢者への介護役割と介護者自身の仕事役割は、情緒的・感情的・時間的にお互い持ち越し合うとされている（Stephens 2001, Beitman 2004）。そのため、ワーク・ライフ・バランスを保つためには、2つの役割間で持ち越される負の影響を減らすことが重要である。介護を含む家庭役割から仕事役割へ及ぼす負の影響は、**Family to work negative spillover (FWNS)** で定義されている。FWNS は、家庭役割で生じた状況や意識が仕事役割の状況や意識に影響を及ぼすことである。先行研究で、家族介護者の FWNS を下げることは、就業継続（Raymo 2006）や介護者の精神的健康を維持（Edwards 2002）する上で重要であると報告されている。そのため、認知症をもつ人を介護する家族員の FWNS を下げる介護支援を検討することは、ワーク・ライフ・バランスを支援する上で有効であると考えられる。

FWNS は資源が不足した際に生じ、適切な資源を補充することで、FWNS は低下するとされている（Li 2015）。また、FWNS を下げるためには、社会資源が重要である（van Daalen 2006）と報告されており、FWNS を下げる介護支援を検討する上で、社会資源に着目する必要があると考えられる。

資源を検討する上で、「手段的サポートのニーズ」を満たす支援が介護者への支援として重要な役割を果たしていると報告されている（Thompson 2014）。そのため、介護者への手段的サポートを提供する社会資源に着目することが支援方法を検討する上で重要である。日本における認知症をもつ人の家族員への「手段的サポート」として、介護保険制度によるサービスがある。介護保険サービスの利用は介護を必要とする人への自立支援であるが、家族介護者への支援ともなると報告されている（Sakakibara 2015）。

介護保険サービスの利用が家族介護者に与える効果を検討した研究の多くは横断的研究である。そのため、サービスの利用の効果をより正確に検討する上で、介護保険サービスの利用前後での縦断的調査が必要である。さらに、介護保険サービスの利用は、単一から複数の利用まで利用パターンは様々である。サービスの利用の効果をより正確に検討するには、その組み合わせが重要であるとされている（Igarashi 2014）。また、家族介護者は、自身の生活のリズムに合わせ、複数のサービスを利用していると報告されている

(Sakakibara 2015)。しかし、先行研究で介護保険サービスの利用を検討した研究は、利用している実際の量ではなく、介護保険で利用できる限度額からの利用割合 (Kumamoto 2006) で検討しているもの、サービスを組み合わせではなく単独で検討しているもの (Kurasawa 2012, Zarit 2011)、訪問型と通所型で検討しているもの (Mossello 2008) であり、介護保険サービスの組み合わせが家族介護者へ与える影響を検討した研究は僅かである。そのため、様々なサービスを同時に利用している者の家族介護者を対象とした研究が不可欠である。

さらに、先行研究では、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員が、どのような介護保険サービスを利用しているか明らかになっていない。また、就業している認知症をもつ人を介護する家族員において、介護保険サービスの利用が FWNS へ与える影響も検討されていない。介護保険サービスの利用が家族介護者の FWNS を軽減するかを明らかにすることは、今後の介護保険事業策定において、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員の支援を検討する上で重要であると考えられる。

概念枠組み

本研究では就業している認知症をもつ高齢者の家族介護者における、介護保険サービスの利用の効果を **Conservation of resources theory (COR 理論)** を用いて明らかにする。COR 理論は、人間はストレス対処に必要とする資源を複数保持していれば、ストレスにさらされても失われた資源を他の資源で補完することが可能であるとし、一人一人、資源プール (resource pool) を持っており、この資源プールの中にある資源を積極的に収集し、有効に活用する必要性を述べている。この資源には、外的資源 (external resource : ソーシャルサポートなど個人に所有されていないもの)、内的資源 (internal resource : 自尊感情、知能など個人に所有されているもの) があり、ストレスが生じた際、資源プールの中に適切な資源を追加することで、資源の埋め合わせを行い、補強・補完することでストレスが軽減すると提唱している (Hobfoll 1989)。COR 理論は、ソーシャルサポートなどの資源の効果がアウトカムに与える効果を検証する上で、有用であるが、資源が得られるという認識がアウトカムに影響しているのではないかという限界が指摘されている (Hobfoll 2001)。そこで、本研究では、外的資源に着目し、介護保険サービスの利用が FWNS に影響するかを検討する際、COR 理論の限界を踏まえ、実際に利用しているかという事がアウトカムに関連するかを検討する。すなわち、介護保険サービスの新規申請により、資源が得られるという認識がある上で、実際に介護保険サービスを利用することによって FWNS が変化するかを明らかにする。この理論に基づき本研究を行うことで、介護保険サービスの利用が、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員において介護保険サービスの利用が FWNS を軽減させる資源であるかを検証することが可能である。さらに、どのようなサービスの利用内容が FWNS をより軽減させる効果があるかを検証することで、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員において、ワーク・ライフ・バランスを促進する介護保険サービスを具体的に提示できると考える。

目的

1. 認知症をもつ人を働きながら介護する家族員の特徴を把握した上で、介護保険サービスの利用により、利用開始3か月後の家族介護者のFWNSが低下するかを明らかにする。
2. 認知症をもつ人を働きながら介護する家族員における適切な資源を検討するため、介護保険サービスの利用内容（パターン）が利用開始3か月後の家族介護者のFWNSに与える影響を明らかにする。

II. 用語の操作的定義

1. 認知症

本研究では、介護保険申請後の介護保険認定調査員による判定で認知症自立度Ⅱ（日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる）以上の者とした。

2. 家族介護者

本研究では、親の介護をしている娘・息子（義子を含む）と操作的に定義した。先行研究では、続き柄によって介護負担感や心理的ストレスの程度などは異なるとされている（岩田ら、2016）。本研究は、労働人口世代のワーク・ライフ・バランスに対する支援であるため、この世代に該当すると思われる娘・息子とした。

3. 主介護者

本研究では、主介護者は認知症をもつ人の介護において中心的な役割を担っていると認識している者とした。

III. 方法

介護保険給付データを連結した3か月のインターバルで縦断的自記式質問紙調査を実施した。研究対象地域は、福井県坂井市あわら市で構成される坂井地区とした。研究対象者は、要介護認定を新規申請した認知症自立度Ⅱ以上である人の家族介護者を対象とした。介護者との続柄は、利用者の子（義子含む）とし、同居の有無・主介護者であるかは問わないこととした。

1時点目の質問紙の配布は、2016年2月から2017年1月の間、S市とA市のすべての居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員、認定調査員に調査セットの配布を依頼した。回収は、S市とA市から構成される、広域連合宛での郵送法とした。

調査内容は、家族介護者に対する質問紙、被介護者の要介護認定の判定を受けてから2か月経過した時点でのデータ介護保険給付データを用いて、以下の情報を収集した。

質問紙にてFWNS、介護負担感、ソーシャルサポートの認知、心理ストレス反応、職場環境、介護者・被介護者の属性の情報を得た。介護保険給付データからは、利用しているサービスの内容、要介護度、認知症自立度、身体活動自立度を坂井地区広域連合の職員を

通して収集した。

本研究は、東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。

分析は、記述統計を算出した後、介護保険サービスの利用が FWNS に与える影響を検討するため、2 時点目の FWNS の値から 1 時点目の FWNS の値を引いた変数を従属変数とした階層的重回帰分析を行った。独立変数には、Step1 で介護者の年齢、暮らし向き、介護者の慢性疾患の有無、被介護者の医療処置の有無、介護負担感の変化量、ソーシャルサポートの認知の変化量、被介護者の行動・心理症状の変化量を投入した。Step2 では、介護保険サービスの利用の有無を投入した。次に、介護保険サービスの利用パターンによる影響を明らかにするため、介護保険サービスを利用している者を対象とした共分散分析を行った。共変量は、先述の分析と共変量は変えずに行い、介護保険サービスの利用パターンは、「通所型サービスの利用」、「通所型サービスの利用なし（訪問型サービス・福祉用具貸与のみ利用）」、「施設型サービスの利用」と分類し、固定因子として投入した。なお、サービスの利用パターンは、FWNS に影響する影響を考慮した上で分類した。

III. 結果

就業中の者は 65 名、就業していない者 10 名を分析対象とした。分析対象者の属性を表 1 に示す。また、認知症をもつ人の特性を表 2 に示す。

次に、2 時点目の FWNS の値から 1 時点目の FWNS の値を引いた変数を従属変数とした階層的重回帰分析の結果、介護保険サービスの利用と FWNS は有意な負の関連が認められた（表 3）。

最後に、介護保険サービスの利用パターンを共分散分析で検討したところ、すべての利用パターンにおいて、有意な関連は認められなかった。推定平均値は「通所型サービスの利用」の群で FWNS の低下が大きい傾向であった（表 4）。

IV. 考察

本研究は、認知症をもつ高齢者を介護する家族介護者のうち、介護保険を新規申請した者にインターバル 3 か月の縦断的質問紙調査を行い、介護保険サービスの利用が、仕事をもつ家族介護者の FWNS を低下させる可能性が示唆された。また、介護保険サービスの利用パターンごとに検討した結果、有意な結果は認められなかった。

本研究の対象者の被介護者は、介護保険サービスの新規申請者であり、専門機関へのアクセスができていない集団であるため、介護へのサポートが必要となった際、外部のサポートを依頼できる状況にいる集団である。そのため、サービスの利用の有無にかかわらず、FWNS は低下しやすい集団であったと考える。それにもかかわらず、実際に介護保険サービスを利用した群では利用していない群と比較して、FWNS の有意な低下が認められた。このことについて、FWNS の低下に関連する要因として、介護疲労が少ないこと（Glavin 2015）がある。本研究の対象者で、介護保険サービスの利用あり群は、夜間介護が必要な

者が多く含まれている特徴的な集団であった。夜間介護は家族介護者の疲労度が高くなること（佐藤 2000）が報告されている。夜間介護による不眠・睡眠中断により、家族介護者の日中の仕事に影響を及ぼしていたことが、介護保険サービスの利用により、夜間介護の必要が減り、FWNS を低下させた可能性がある。また、Sakakibara（2015）の研究では、家族介護者の生活のやりくりの上で被介護者に対する社会資源の利用は必要不可欠であると報告している。COR 理論では、ストレスは、仕事と介護を含む家庭での役割のやりくりの間で資源が不足したときに生じる（Grandey 1999）とされており、適切な資源を有する事で、資源の埋め合わせができ、ストレスが軽減すると提唱されている（Hobfoll 2001）。また、Thompson ら（2014）は、介護者の手段的サポートに対するニーズに応えることは、認知症をもつ人を介護する家族員への支援において重要であると報告している。そのため、介護保険サービスは、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員において、適切な資源であり、効果的な支援方法であると考えられる。これらのことから、本研究の結果から、認知症をもつ人を介護する家族介護者の FWNS を低下させる資源を COR 理論に基づいて検討することで、介護保険サービスを実際に利用するということが、家族介護者への重要な資源である可能性が示唆された。また、COR 理論において、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員に対して、サポートの認識よりも、実際のサポートの方が有効な資源である可能性が示唆され、今後、実際に受けているサポートに着目し、検証を進めていく必要性が示唆された。

また、1 時点目の FWNS は利用あり群の方が有意に高かった。榊原（2014）は、サービスの利用の背景には、要介護者を物理的に介護することができない状況があり、家族が不在となる時間をサービスで補うと報告している。就業により家族が不在となる時間が増えることで、被介護者が日中独居となる時間が増える。家族介護者が就業時間中は認知症をもつ人を見守ることができないため、認知症の症状である行動・心理症状の程度が把握できない。そのため、介護保険サービスの利用前、日中は被介護者の様子が気になり家庭の事が気になる状態、終業後、自宅では認知症をもつ人への直接的な介護があることから、常に介護の事が念頭にあることで FWNS が高い状態であったと推察される。介護保険サービスの利用により専門機関からのサポートを受けることで、家族介護者が就業中、被介護者に対する心配が軽減したことで介護から離れる時間ができること、サービスの利用により、被介護者の行動・心理症状が軽減し、自宅での介護の負担が軽減したことから、介護保険サービス利用あり群において FWNS は低下したと推察される。

一方、介護保険サービスの利用パターンによる分析では有意な結果が認められなかった。この結果から、サービスの利用内容よりも、利用した家族の背景による影響の方が大きいことが考えられる。Takai ら（2013）は、認知症をもつ人を在宅で介護する家族員の介護保険サービス利用の選択において、本人の状況や家族介護者の状況が影響すると報告している。本研究の対象者の介護保険サービスの利用には、家族介護者の介護負担感や抑うつ程度、被介護者の行動・心理症状が大きく影響していた。これらが強く出ている家族介

護者、被介護者が通所型サービスを利用しやすい傾向にあった可能性が考えられる。そのため、通所型サービスの利用により FWNS は低下することが考えられたが、個々の家族員の状況や被介護者の症状によって必要とされる介護保険サービスは異なり、介護保険サービスの利用パターンによる差が認められなかった可能性がある。

実践への示唆

認知症をもつ人を介護する家族員は介護保険申請前、FWNS が高い状態であり、介護保険申請後、FWNS が低下した。つまり、認知症をもつ人を働きながら介護する家族員に対して、介護保険の申請を勧めることは、認知症をもつ人本人のみでなく、働きながら介護する家族員にとって、ワーク・ライフ・バランスに有用である可能性が示唆された。

例えば、産業保健師からの介護に関する情報提供の際、職場での資源の紹介のみでなく、地域から得られるサポートとして介護保険サービスの申請について情報提供を行うことは労働者のワーク・ライフ・バランスの上で重要な支援となる可能性がある。また、退院調整を行う際、介護保険サービス申請について家族介護者に説明し、介護体制を整える支援をすることがワーク・ライフ・バランスに対する支援において有効であると考えられる。

さらに、申請のみでなく、家族介護者が介護をする上で困難となること（就業中の認知症をもつ人に対する見守りなど）を医療福祉者が把握し、実際のサービスの利用を促すことが家族介護者のワーク・ライフ・バランスに対する支援として重要である。今回は、通所型のサービスの利用が FWNS を低下させる傾向がみられた。サービスの利用の内容ごとに FWNS に与える影響について、更なる調査を進める必要があるが、ワーク・ライフ・バランスに困難を感じている家族員に対し、通所型のサービスを勧めることは、介護と仕事の両立支援として有効かもしれない。

また、本研究の集団は、介護負担感が低いこと、副介護者が多く含まれているという特徴があり、このような家族員は、ケアの対象として見なされにくい。しかし、このような特徴がある者が含まれているにもかかわらず、1 時点目の FWNS は高く、介護保険サービスの利用により FWNS が低下したという結果を踏まえ、主介護者でない者、介護への負担をあまり感じていない家族介護者でも、ワーク・ライフ・バランスという側面では困難を感じている者がいることを医療福祉者は留意する必要がある。そのため、認知症をもつ人の主介護者のみでなく、認知症をもつ人の介護に関わる家族員すべての者をケアの対象とみなし、アセスメントし、ケアプランの作成を行っていく必要があると考える。

また、介護者が介護保険サービス利用に対する被介護者の反応が好ましくないだろうと事前に予測し、介護保険サービスの利用に否定的な介護者がいる (Takai 2013)。介護者のストレスや抑うつなど、介護による負担を軽減することは介護を受ける高齢者の行動・心理症状を低下させること (Marriott 2000) が明らかになっている。そのため、介護保険サービスの利用開始により、家族介護者がワーク・ライフ・バランスを保てることは、被介護者への波及効果もある。このことを家族介護者へ伝え、介護保険サービスの利用に対する抵抗を減らすことは、家族介護者の FWNS を低下させる上で有用である可能性がある。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、第一に認知症の診断の評価に医学的診断情報を用いていない点が挙げられる。第二に、一般化可能性への限界である。本研究の集団は、共働きが多い、二世帯世帯が多いという特徴のある地域の者であること、1時点目の質問紙の返送がなかった者は、特性に違いがある可能性があること、認知症以外の疾患をもつ者と比較をしていないため、認知症をもつ人の家族介護者特有の結果であると断言できないこと、介護が仕事に与える影響について、因果が特定できないことがある。第三に内的妥当性の限界である。対象者数が限られていたため、重回帰分析の結果に対して、検出力が十分であったとは言い難い。また、1時点目のFWNSの値が高かった者において、平均への回帰が起きている可能性があり、FWNSの低下が過大に生じている可能性がある。また、介護保険サービスの利用の有無の選択の背景について十分に検討できていない。また、質問紙配布時に選択バイアスが生じている可能性があり、坂井地区全体を反映した結果であるとは言い難い。第四に介護保険サービスの利用パターンを詳細に検討できなかったことが挙げられる。今後、サンプルサイズを増やし、より詳細に介護保険サービスの利用内容をパターン化し、FWNSに影響を与えるサービスの利用内容を明らかにする必要がある。

V. 結論

認知症をもつ人を介護する家族員において、介護保険サービスの利用がFWNSへ影響する可能性が示唆された。

本研究の結果から、介護を必要とする人への支援である、介護保険サービスが認知症をもつ人を介護する家族員のワーク・ライフ・バランスの指標であるFWNSの面から、有効な介護者への支援であるという可能性が示された。

VI. 謝辞

本研究にご協力くださいました皆様に心より御礼申し上げます。なお、本研究は2015年度後期公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて実施致しました。

感想

当初の計画より、調査が遅れサンプルサイズが小さい状態での報告となりまして申し訳ありません。地域の現場で働く方々と協力しながら研究をさせて頂き、大変貴重な研究を行うことができたと考えております。

認知症をもつ人を介護する家族介護者の介護と仕事の両立支援について、今後も意義のある研究成果を出せるよう精進して参ります。この度は、誠にありがとうございました。

表 1. 認知症をもつ人を働きながら介護する家族員の特性(家族要因) (N = 75)

| | | 就労あり (n = 65) | 就労なし (n = 10) | p ^a |
|-------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------|
| | | 平均点 ± 標準偏差 [範囲] あるいは度数 (%) | | |
| 年齢(歳) | | 55.51 ± 6.28 [45—73] | 61.70 ± 6.65 [48—69] | .019 |
| 性別 | 男性 | 20 (31.1) | 3 (30.0) | .946 |
| 婚姻状況 | 既婚 | 56 (86.7) | 9 (90.0) | .780 |
| 子どもの有無 | いる | 59.1 (91.1) | 10 (100) | .337 |
| 子どもの人数 | | 1.96 ± 0.89 [0—3] | 2.00 ± 0.67 [1—3] | .860 |
| 末子の年齢 | | 25.45 ± 7.48 [13—42] | 33.33 ± 7.07 [21—43] | .011 |
| 世帯構成 | | | | .132 |
| | 核家族世帯 | 9 (13.3) | 3 (30.0) | |
| | 二世帯世帯 | 49 (75.6) | 7 (70.0) | |
| | 単身世帯 | 1 (2.2) | 0 (0.0) | |
| | その他 | 6 (8.9) | 0 (0.0) | |
| 最終学歴 | | | | .074 |
| | 中学卒業 | 0 (0) | 0 (0.0) | |
| | 高校卒業 | 21 (31.1) | 7 (70.0) | |
| | 短大／専門卒業 | 23 (35.6) | 1 (10.0) | |
| | 大学卒業以上 | 22 (33.3) | 2 (20.0) | |
| 慢性疾患の有無 | あり | 9 (13.3) | 6 (60.0) | .001 |
| 暮らし向き | | | | .035 |
| | ゆとりがある | 1 (2.2) | 0 (0.0) | |
| | まあゆとりがある | 7 (11.1) | 0 (0) | |
| | どちらともいえない | 49 (75.6) | 7 (70.0) | |
| | あまりゆとりがない | 8 (11.1) | 2 (20.0) | |
| | ゆとりがない | 0 (0.0) | 1 (10.0) | |
| 主介護者 | はい | 35 (53.3) | 9 (90.0) | .033 |
| 関わっている介護内容 ^b | | | | |
| | 医療・介護の事務手続き | 36 (55.6) | 8 (80.0) | .159 |
| | 医療機関などの受診同行 | 41 (62.2) | 8 (80.0) | .294 |
| | 関係機関からの呼び出しや緊急対応 | 35 (53.3) | 7 (70.0) | .346 |
| | 夜間の介護 | 20 (31.1) | 4 (40.0) | .596 |
| | 日中の介護 | 19 (28.9) | 7 (70.0) | .014 |
| | 生活費の負担 | 26 (40.0) | 1 (10.0) | .073 |
| 介護をしている期間(月) | | 20.77 ± 30.34 [2—156] | 30.30 ± 22.67 [1—68] | .278 |
| 週当たりの介護時間 | | 18.44 ± 22.60 [1—120] | 31.40 ± 40.75 [2—140] | .353 |
| 介護の協力者 | 同居家族内(人) | 2.02 ± 1.05 [0—4] | 1.50 ± 1.08 [0—4] | .188 |
| | 同居家族外(人) | 0.93 ± 1.71 [0—11] | 1.30 ± 1.57 [0—5] | .521 |

(次項へ続く)

表 1. 認知症をもつ人を働きながら介護する家族員の特性(家族要因) (N = 75)

| | 就労あり | 就労なし | <i>p</i> ^a |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| | (<i>n</i> = 65) | (<i>n</i> = 10) | |
| | 平均点 ± 標準偏差 [範囲] | | |
| 介護保険サービス申請前 | | | |
| 介護負担合計 [0—32] ^c | 13.53 ± 7.30 [0—28] | 14.10 ± 7.45 [5—27] | .830 |
| 心理的ストレス [0—24] ^d | 4.98 ± 4.29 [0—20] | 6.80 ± 5.16 [0—15] | .319 |
| サポートの認知合計 [0—7] ^e | 5.21 ± 1.14 [2.5—7] | 4.96 ± 0.98 [3.5—6.5] | .785 |
| 介護保険サービス申請後 | | | |
| 介護負担合計 [0—32] ^c | 12.11 ± 7.06 [0—25] | 10.60 ± 8.03 [5—27] | .592 |
| 心理的ストレス [0—24] ^d | 6.04 ± 3.77 [0—15] | 6.50 ± 3.74 [0—11] | .730 |
| サポートの認知合計 [0—7] ^e | 5.01 ± 1.01 [2.2—7] | 5.11 ± 0.85 [3.5—5.9] | .052 |
| 介護保険サービス申請前後の変化量 | | | |
| 介護負担合計 [-32—32] | -1.42 ± 4.69 [-13—9] | -1.89 ± 3.18 [-7—3] | .745 |
| 心理的ストレス [-24—24] | 1.06 ± 3.56 [-12—9] | 1.00 ± 3.16 [-4—6] | .099 |
| ソーシャルサポートの認知 [-7—7] | -0.20 ± 0.86 [-1.0—1.8] | 0.15 ± 0.53 [-1.0—0.4] | .029 |

Note. a: Welchのt検定あるいは、Fisherの正確確率検定にて算出; b: 複数回答可; c: zarit介護負担感尺度短縮版を使用。得点が高いほど負担感が高いことを示す; d: k6を使用。得点が高いほど心理的ストレスが強いことを示す; e: MSPSSを使用。得点が高いほどサポートの認知が高いことを示す。

表2. 認知症をもつ人を働きながら介護する家族員の特性(被介護者要因) (N = 75)

| | | 就業あり (n = 65) | 就業なし (n = 10) | p ^a |
|--------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------|----------------|
| | | 平均点 ± 標準偏差あるいは度数 (%) | | |
| 年齢(歳) | | 83.91 ± 5.92 [73—98] | 87.60 ± 5.13 [81—98] | .065 |
| 性別 | 女性 | 45 (68.9) | 7 (70.0) | .946 |
| 続き柄 | 実親 | 36 (55.6) | 7 (70.0) | .815 |
| 認知症自立度 | | | | .597 |
| | II a | 26 (40.0) | 6 (60.0) | |
| | II b | 30 (46.7) | 2 (20.0) | |
| | III a | 9 (13.3) | 1 (10.0) | |
| | III b | 0 (0) | 1 (10.0) | |
| | IV | 0 (0) | 0 (0) | |
| 障害自立度 | | | | .493 |
| | J1 | 3 (4.4) | 1 (10.0) | |
| | J2 | 16 (24.4) | 3 (30.0) | |
| | A1 | 9 (13.3) | 0 (0) | |
| | A2 | 23 (35.6) | 3 (30.0) | |
| | B1 | 10 (15.6) | 0 (0) | |
| | B2 | 4 (6.7) | 2 (20.0) | |
| | C2 | 0 (0) | 1 (10.0) | |
| 1時点目DBD ^b 合計 [0—52] | | 23.42 ± 9.21 [1—37] | 19.67 ± 10.24 [10—39] | .264 |
| 2時点目DBD ^b 合計 [0—52] | | 20.96 ± 10.20 [1—36] | 21.67 ± 12.93 [3—41] | .873 |
| DBD ^b 変化量 [-52—52] | | -2.46 ± 5.14 [-15—7] | 2.00 ± 5.24 [-7—9] | .079 |
| 不穏になる時間帯 ^c | | | | |
| | 朝方 | 6 (8.9) | 0 (0) | .337 |
| | 夕方 | 69(13.3) | 1 (11.1) | .780 |
| | 夜間 | 14 (22.2) | 2 (22.2) | .880 |
| | 特に決まっていない | 46 (71.1) | 5 (55.6) | .608 |
| 居住形態 | 同居 | 58 (88.9) | 7 (70.0) | .130 |
| 認知症以外の疾患 | あり | 27 (42.2) | 6 (60.0) | .345 |
| 要介護度 | | | | .704 |
| | 要支援 | 9 (20.0) | 4 (40.0) | |
| | 要介護1 | 19 (42.2) | 2 (20.0) | |
| | 要介護2 | 4 (8.9) | 1 (10.0) | |
| | 要介護3 | 6 (13.3) | 1 (10.0) | |
| | 要介護4 | 7 (15.6) | 2 (20.0) | |
| | 要介護5 | 0 (0) | 0 (0) | |
| 医療処置の有無 | あり | 7 (11.1) | 3 (30.0) | .642 |
| 介護保険サービス利用 | あり | 51 (77.7) | 6 (60.0) | .587 |
| 介護保険サービス利用パターン ^d | | | | |
| | 通所型の利用 | 33 (51.1) | 5 (50.0) | .159 |
| | 居宅型・福祉用具貸与のみ利用 | 14 (22.2) | 1 (10.0) | .391 |
| | 施設利用 | 3 (4.4) | 0 (0) | .506 |

Note. a: Welchのt検定あるいは、Fisherの正確確率検定にて算出; b: DBD = dementia behavior disturbance, 得点が高いほど行動・心理症状が高いことを示す; c: 複数回答可; d: サービスを利用している者のみ(就業あり35名、就労なし6名)を分析対象とした。

表3. FWNSと介護保険サービスの利用の有無に関する比較 (N = 65)

| | 1時点目FWNS | 2時点目FWNS | p^a |
|-----------------------|-------------|-------------|--------|
| 全体平均 (n = 45) | 2.63 ± 2.45 | 1.60 ± 1.52 | .001 |
| 介護保険サービス利用あり (n = 35) | 3.00 ± 2.39 | 1.63 ± 1.33 | < .001 |
| 介護保険サービス利用なし (n = 10) | 1.41 ± 2.37 | 1.50 ± 2.17 | .559 |
| | p^b | | .862 |

Note. Mean ± SD (Standard deviation) a: それぞれで1時点目と2時点目の比較, 対応のあるt検定にて算出; b: 介護保険サービスの利用あり・利用なしでの比較, Welchのt検定にて算出.

表 4. FWNSの変化と介護保険サービスの利用有無の関連
(N = 65)

| Variables | FWNSの変化量 | |
|-------------------------------|-------------------------|----------|
| | Step 1 | Step 2 |
| <i>Step 1</i> | | |
| 1時点目FWNS | -.623 ** | -.695 ** |
| 介護者の年齢 | -.110 | -.092 |
| 暮らし向き ^a | .220 | .240 |
| 介護者の慢性疾患の有無 ^b | -.230 | -.211 |
| 被介護者の医療処置の有無 ^b | -.115 | -.055 |
| 介護負担感の変化量 ^c | .187 | .192 |
| 行動・心理症状の変化量 ^d | .182 | .240 |
| ソーシャルサポートの認知の変化量 ^e | -.099 | .033 |
| <i>Step2</i> | | |
| 介護保険サービス利用の有無 ^b | | -.287 * |
| | R ² | .720 |
| | Adjusted R ² | .652 * |
| | ΔR ² | .038 * |

Note. 標準化回帰係数(β)を算出; a: 1. ゆとりがある—5. ゆとりがないで区分; b: 1. あり、2. なしでコード化; c: zarit介護負担感尺度短縮版を使用。得点が高いほど負担感が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; d: dementia behavior disturbance短縮版を使用。得点が高いほど行動・心理症状が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; e: MSPSSを使用。得点が高いほどサポートの認知が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$.

表5. FWNNSの変化と介護保険サービスの利用パターンとの関連 (N = 65)

| | B | t | 95%信頼区間 | | 推定平均値 | 95%信頼区間 | |
|-------------------------------------|-----------|-------|---------|-------|--------------|---------|-------|
| | | | 下限 | 上限 | | 下限 | 上限 |
| 1時点目FWNS | -0.622 ** | 1.04 | -0.06 | 0.18 | - | - | - |
| 介護者の年齢 | -0.011 | 1.61 | -0.03 | 0.22 | - | - | - |
| 暮らし向き ^a | .290 | -6.26 | -0.87 | -0.44 | - | - | - |
| 介護者の慢性疾患の有無 ^b | -1.21 | -0.54 | -2.22 | 1.30 | - | - | - |
| 被介護者の医療処置の有無 ^b | -0.460 | -0.05 | -0.09 | 0.09 | - | - | - |
| 介護負担感の変化量 ^c | .094 | -1.89 | -2.54 | 0.12 | - | - | - |
| 行動・心理症状の変化量 ^d | .060 | 0.59 | -0.76 | 1.35 | - | - | - |
| ソーシャルサポートの認知の変化量 ^e | .284 | 1.00 | -0.31 | 0.87 | - | - | - |
| 通所型サービスの利用あり | -1.423 | -1.75 | -3.11 | 0.27 | -1.62 ± 0.24 | -2.11 | -1.13 |
| 通所型サービスの利用なし (居宅系サービスの利用・福祉用具貸与) | -0.94 | -0.94 | -3.01 | 1.14 | -1.13 ± 0.47 | -2.11 | -0.16 |
| 施設サービスの利用 | 0 | n/a | n/a | n/a | -0.19 ± 0.80 | -1.85 | 1.46 |

Note. ANCOBAにて算出; B: 回帰係数; a: 1. ゆとりがある—5. ゆとりがないで区分; b: 1. あり、2. なしでコード化; c: zarit介護負担感尺度短縮版を使用。得点が高いほど負担感が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; d: dementia behavior disturbance, 短縮版を使用。得点が高いほど行動・心理症状が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; e: MSPSSを使用。得点が高いほどサポートの認知が高いことを示す。2時点目から1時点目のスコアを引いて算出; *: p < 0.05, **: p < 0.01.