日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

A study of Burn out among Male Caregivers of People with Dementia Living at Home

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-10-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: NISHIO, Midori, SAKANASHI, Sayori, KIMURA, Hiromi, KOGA, Kayoko メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/799

本誌に掲載された論文の著作権は，一般社団法人日本認知症ケア学会に帰属します．
http://184.73.219.23/d_care/gakkaishi/kitei.htm

★ 研究報告 ★

在宅で認知症者を介護する男性の情緒的疲弊

西尾美登里，坂梨左織，木村裕美，古賀佳代子

抄録

わが国での介護が必要な認知症の高齢者数は，急速な高齢化により増加し，2025年には65歳以上の人口の25%が認知症者となると推測される．認知症者の家族介護では，認知症の行動・心理症状(BPSD)による介護量の増加が，介護者の精神的健康の悪化と関係するとされる．在宅で認知症者を介護する男性は増加がいちじるしく，身体的虐待の加害者に着眼すると7割以上が男性である．そこで，本研究では，認知症の家族を介護する男性の介護の情緒的疲弊を明らかにし，対処スタイル別の支援方法を検討することを目的とした．男性介護者の介護における情緒的疲弊は，認知症の症状に伴う生活自立度から影響を受けると考えられた．対処スタイル別の支援方法は，課題解決型，回避情動型，認知変容型，静観待機型，援助依頼型にてそれぞれの特性が明らかになった．

Key Words：在宅介護，男性介護者，対処，疲弊，認知症

日本認知症ケア学会誌，18(2)524-533，2019

Ⅰ．はじめに

わが国の急速な高齢化に伴い，介護が必要な認知症の高齢者数は増加している[1]．認知症者や認知症者の家族は，さまざまな生活上の困難を抱えている[2]．厚生労働省は，認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け，住み慣れた地域で整った環境のなか，自分らしく暮らし続けることを目標にした，認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の普及と啓発に取り組んでいる[3]．しかし，認知症者の介護家族が抱えるニーズは多様化し，介護保険制度において提供されるサービスは十分ではない[4]．認知症の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；BPSD)は，介護量と介護負担感を増大させるとされ[5]，介護負担感の増大は介護者の精神的健康の悪化と関係するといわれる[5]．

わが国では，2012年度には核家族が全世帯数の6割を占め[6]，2035年には9割を超えると予想される[7]など，家族の規模は縮小している．国民生活基礎調査[8]によると，在宅で認知症者を介護する男性(以下，男性介護者)は，2001年には23.6%，2010年には30.6%，2016年には34.0%であった．男性介護者は，健康問題や社会的問題を抱えていると報告され[9]，一方で女性よりも支援や相談を求めず地域から孤立しやすい[10]とされる．また，介護破たんしている介護者の多くは男性であり[11,12]，介護を原因とする殺人や身体的虐待の加害者の7割以上が男性であることから[13]，男性の介護問題への対処スタイルには，女性と異なる特徴があると考えられる．Pealinの認知症の家族介護者のストレスモデルにおいて，対処はストレッサーとストレス反応の間に位置し[14]，情緒的疲弊はストレス反応であることから，男性においては，ストレッサーを軽減するための対処が問題解決につながらずに悪循環を形成し，情緒的疲弊を引き起こしている可能性がある[15]．西尾らが開発した認知症の人を介護する男性の介護問題対処[16-18]では，男性特有の対処は，①課題解決型，②回避情動型，③認知変容型，④静観待機型，⑤援助依頼型の5つに分類され，介護を恥ずかしい

受付日　2018.08.23／受理日　2019.04.03
Midori Nishio, Sayori Sakanashi, Hiromi Kimura, Kayoko Koga：福岡大学医学部看護学科
〒814-0180　福岡県福岡市城南区七隈7-45-1

と思い，思いどおりにいかない介護を自責しながら介護していることが特徴であった．しかし，認知症の家族を介護する男性の介護の情緒的疲弊において，対処スタイル別の支援方法を検討された研究は見当たらないため，本研究において明らかにする．

Ⅱ．研究方法

1．調査期間

2012年9月～2015年1月である．

2．対　　象

本研究の対象者は，認知症と診断された人を介護する家族の男性であることから，福岡県と東京都の認知症に特化した診療を行う11人の組織の長と，全国37都道府県の認知症の会の代表37人へ，本研究の趣旨について説明を行った．そのうち，①大学病院1か所，認知症専門病院4か所，認知症専門または認知症外来をもつクリニック5か所の593人，②25都道府県の「男性介護者と支援者の全国ネットワークの会」または「公益社団法人認知症の人と家族の会」の支部の156人，③公民館主催の男性介護者の集い1か所の10人，④男性介護者の料理教室1か所の1人から賛同を得た．計760人を対象に自記式質問紙調査を配布し，363人からの回答を得た(回収率47.8%)．情緒的疲弊と介護問題への対処スタイルに欠損のない回答を有効回答とし，283人(有効回答率37.2%)の回答を分析対象とした．

3．評価項目

年齢，男性介護者本人との続柄，経済状況においては「生活するには十分である」「生活に支障がない」「生活に支障がある」の3件法でたずねた．介護時間は1日の「お世話に要する時間」を時間単位で記載してもらった．介護期間は，「あなたのお世話している期間を教えてください」という問いに対し，介護経験年数または月数を記載してもらった．加えて，介護問題対処尺度[16-18]，男性家族介護者の情緒的疲弊[19]および認知症者の年齢，認知症高齢者の日常生活自立度，要介護度，介護保険下において利用しているサービスの内容についてたずねた．

4．使用尺度

介護問題対処尺度[16-18]は，認知症の人を在宅で介護する男性を対象とし開発された尺度である．15項目からなり，5つの対処スタイルに分類される．信頼性係数(Cronbach's alpha)は0.76であり，妥当性は基準関連法により検証されている．5つの対処スタイルは，「世話がうまくいかなかった原因を考え前向きな行動をとる『課題解決型』」「介護に対して投げやりな気持ちになり不満やいらだち，恥ずかしい気持ちを抱え，介護者や介護問題を避ける『回避情動型』」「介護を自分の課題と考え努力し真摯に介護に取り組む『認知変容型』」「介護に困惑しても楽観的に考え，介護できるようになるまで冷静な態度で臨む『静観待機型』」「周囲の人に介護を手伝ってもらう『援助依頼型』」である．回答は，「まったくそう思わない，ほとんどしない」「少しそう思う，時々そうする」「そのとおりだと思う，よくそうする」の3件法であった．

家族介護者の情緒的疲弊[20]の測定は，家族介護者向けのMaslach Burnout Inventry(MBI)の「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感」の3因子から「情緒的消耗感」を採用した．「情緒的消耗感」は，信頼性係数が他の因子よりも高く示されている[20]．しかし，一方で，日本語版MBIの脱人格化においては，α係数で信頼性を図ることは，属性によっては床効果を示すとされるため適切ではないと示されている[21]．本研究では，「情緒的消耗」のみの使用であるが，項目得点が0～4点であることから平均値並びに中央値を2.4点とし，項目ごとの天井効果と床効果の確認を行い，クロンバックのα係数を求めた．Pearinは，情緒的疲弊を「期待と現実の狭間で生じるさまざまな矛盾が慢性的に持続した結果生じる身体的，情緒的，

精神的疲弊」としている[19]．MBIは，情緒的疲弊の研究においてもっとも看護研究に使用されており[22,23]，8項目で構成され，回答は「まったく当てはまらない＝0」「あまり当てはまらない＝1」「まあまあ当てはまる＝2」「かなり当てはまる＝3」「非常に当てはまる＝4」の5件法で求めた．

5．分析方法

項目ごとに基本統計量を求め，平均値と標準偏差を用いた．本研究におけるMBIの情緒的疲弊における尺度の信頼性はクロンバックのα係数を求め，項目の妥当性は1項目ごとと総合系の平均値並びに中央値を求め分布を確認した．

男性介護者の介護におけるバーンアウトへ影響が考えられる要因を明らかにするために，重回帰分析を用いた．充足変数は，ラザルスのコーピングの概念枠組みを参考とし決定した．目的変数をMBI総得点とし，充足変数を認知症高齢者の生活自立度，要介護度，経済状態，介護保険下でのサービス利用数，介護時間，男性介護者年齢，介護期間，要介護者の年齢とした．解析にはSPSS 23.0 J for Windowsを用い，有意水準は5%とした．

6．倫理的配慮

福岡大学臨床研究審査委員会／倫理審査委員会の承認を得て行われた（承認番号13-7-07）．調査を行うにあたり，病院，事業所および任意団体の長に調査の趣旨を口頭と文書にて説明し，同意を得た．対象者に研究協力を依頼する際は，研究の趣旨，協力の任意性，対象者にならなくても不利益がないこと，守秘義務，学術誌などで発表することなどを調査の依頼文に明記した．調査票の返送をもって調査への同意とみなした．

Ⅲ．結　　果

1．男性介護者の概要

対象者の平均年齢は70歳であった．対象者からみた被介護者の続柄は，母が99人（34.5%），妻が161人（56.9%），父が22人（7.8%）などであった．経済状況は，「十分なゆとりがある」が20人（7.1%），次いで「生活には支障がない」が197人（69.6%），「生活に支障がある」が61人（21.5%）などであった．1日の平均介護時間は12.1時間であり，平均介護期間は5.2年であった．MBIの情緒的疲弊の平均総合得点は10.6点であり，介護問題への対処スタイル別人数と介護による情緒的疲弊平均総得点は，課題解決型が35人で14.2点，回避情動型が107人で7.0点，認知変容型が100人で35.3点，静観待機型が24人で8.5点，援助依頼型が17人で6.0点であり，援助依頼型がもっとも高く，次いで課題解決型が高かった（表1）．

2．認知症者の概要

本研究の対象者らが介護する認知症者の平均年齢は78歳であった．認知症高齢者の生活自立度は，「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少みられても，だれかが注意していれば自立」が78人（27.6%）でもっとも多く，「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さがみられ，介護を必要とする」が73人（25.8%）であった．要介護度は，要介護1が60人（21.2%）でもっとも多く，要介護5が52人（18.3%），要介護2が46人（16.3%）などであった．介護保険下でのサービス利用内容は，デイサービスが156人（58.4%）でもっとも多く，ショートステイが63人（23.6%），デイケアが44人（16.5%）であった．介護問題対処スタイルごとの介護保険下でのサービス数は，課題解決型が3.0サービスでもっとも多く利用しており，次いで認知変容型と援助依頼型が2.3サービスを利用していた（表2）．

3．MBIの情緒的疲弊の各項目における分布とクロンバックのα係数

MBIの各項目並びに総得点の分布は，正規分布および対数正規分布を呈し，平均値は1.04～1.72の範囲であり，中央値は1.00～2.00の範囲で

表 1　対象者の概要　　$n=283$

属性	項目	対象者数(%)	平均値	SD
年齢	平均年齢		70歳	10.9
介護者との続柄	母	99(34.5)		
	妻	161(56.9)		
	父	22(7.8)		
	親戚	1(0.3)		
経済状況	十分なゆとりがある	20(7.1)		
	生活には支障がない	197(69.6)		
	生活に支障がある	61(21.5)		
	未回答	5(1.8)		
全体の介護時間(時間)	平均介護時間		12.1	8.5
全体の介護期間(年)	平均介護期間		5.2	48.8
MBIの情緒的疲弊：平均総合得点			10.6	7.7
介護問題対処スタイルごとのMBIの情緒的疲弊平均総合得点	課題解決型	35(12.3)	14.2	6.9
	回避情動型	107(37.8)	7.0	5.7
	認知変容型	100(35.3)	11.7	7.8
	静観待機型	24(8.5)	13.4	8.5
	援助依頼型	17(6.0)	15.4	9.2

あった．天井効果と床効果を示す項目はなかった．また，MBIの情緒的疲弊尺度のクロンバックのα係数は0.934であった(表3)．

4．男性介護者全体並びに介護問題への対処スタイル別MBI情緒的疲弊の影響

男性介護者全体と介護問題への対処スタイルとにおいて，MBI情緒的疲弊と有意差を認めた背景要因として，介護期間と要介護者の年齢を交絡因子として除外した．説明変数は，男性介護者全体では認知症高齢者の生活自立度，要介護度，経済状態，介護保険下でのサービス利用数であった．調整済み決定係数R^2は認知変容型の対処スタイルのみ0.587～0.702であり，他の説明変数は0.817～0.980であった．F値はすべて有意であった．男性介護者並びにすべての対処スタイルにおいて共通していた説明変数は，「認知症高齢者の生活自立度」であった．課題解決型の対処スタイルでは，認知症高齢者の生活自立度$\beta=0.812$，要介護度$\beta=0.155$，経済状態$\beta=0.151$であった．回避情動型の対処スタイルでは，認知症高齢者の生活自立度$\beta=0.865$，要介護度$\beta=0.187$であった．認知変容型では，認知症高齢者の生活自立度$\beta=0.567$，介護保険下でのサービス利用数要介護度$\beta=0.197$，要介護度$\beta=0.299$であった．静観待機型では、認知症高齢者の生活自立度$\beta=0.699$，経済状態$\beta=0.225$，要介護度$\beta=0.248$，介護保険下でのサービス利用数$\beta=0.119$であった．援助依頼型では、認知症高齢者の生活自立度$\beta=0.950$，男性介護者の年齢$\beta=-0.155$，介護時間$\beta=0.144$，であった(表4～9)．

Ⅳ．考　察

本研究は，認知症の家族を介護する男性の介護の情緒的疲弊を明らかにし，対処スタイル別の支援方法を検討することを目的としたものである．研究対象を男性介護者に特化し，介護負担によって引き起こされるストレス反応としての介護に対する情緒的疲弊の特徴を明らかにすることの意義は大きいと考えられる．

本研究において男性介護者の情緒的疲弊を測定

表 2　認知症者の概要　　n=283

属性	項目	対象者数(%)
年齢	平均年齢	78歳(SD9.6)
認知症高齢者の日常生活自立度	1. 何らかの認知症を有するが，日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立	46(16.3)
	2. 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少みられても，だれかが注意していれば自立 3 II a：家庭外で上記の状態がみられる(それまでできたことにミスが目立つ) 4 II b：家庭内でも上記の状態がみられる(服薬管理ができない，ひとりで留守番ができない等)	78(27.6)
	3. 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さがみられ，介護を必要とする III a：日中を中心に上記の状態がみられる(着替え，食事，排泄がじょうずにできない・時間がかかる．やたらにものを口に入れる，ものを拾い集める，徘徊，失禁，奇声を上げる，火の不始末，不潔行為等) III b：夜間を中心として上記の状態がみられる(症状，行動はIII aに同じ)	73(25.8)
	4. IV：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ，常に介護を必要とする	66(23.3)
	5. M：いちじるしい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ，専門医療を必要とする	17(6.0)
要介護度	要支援1	28(9.9)
	要支援2	10(3.5)
	要介護1	60(21.2)
	要介護2	46(16.3)
	要介護3	39(13.8)
	要介護4	39(13.8)
	要介護5	52(18.3)
	未申請	9(3.2)
介護保険下でのサービス利用状況(複数回答)	訪問介護	33(12.3)
	訪問看護	26(9.7)
	訪問リハビリ	25(9.4)
	ショートステイ	63(23.6)
	住宅改修	29(10.9)
	デイケア	44(16.5)
	デイサービス	156(58.4)
	小規模多機能	18(6.7)
	訪問入浴	8(3.0)
	ヘルパーサービス	41(15.4)
介護問題対処スタイルごとの介護保険下でのサービス数	課題解決型	3.0(SD1.0)
	回避情動型	1.6(SD1.1)
	認知変容型	2.3(SD1.2)
	静観待機型	2.2(SD1.3)
	援助依頼型	2.3(SD1.1)

する尺度項目の妥当性は，分布および天井効果と床効果がないことから担保され，尺度全体の信頼性は，クロンバックのα係数から担保された．また，情緒的疲弊の影響を考察する説明変数は，調整済み決定係数R^2から精度が高いと考えられる．

表 3　MBIの情緒的疲弊の各項目における分布　　MBIの情緒的疲弊におけるクロンバックのα＝0.934

MBIの情緒的疲弊における項目	分布	平均値	平均値のSD	中央値	中央値のSD	天井効果○ 床効果●
1日が終わると疲れ果ててぐったりする	正規分布	1.71	1.09	2.00	1.09	
2	正規分布	1.65	1.12	1.00	1.11	
3	正規分布	1.59	1.13	1.50	1.13	
4	対数正規分布	1.34	1.14	1.00	1.14	
5	対数正規分布	1.04	1.01	1.00	1.02	該当なし
6	正規分布	1.72	1.04	2.00	10.40	
7	対数正規分布	1.30	1.10	1.00	1.09	
8	対数正規分布	1.27	1.01	1.00	1.01	
総合計	対数正規分布	11.77	7.24	7.23	7.23	

MBIは，翻訳したものを含め項目を一部のみしか一般に公開することが許可されていないため，ここには項目番号のみを示す

表 4　男性介護者全体のMBI情緒的疲弊　　n＝283

	MBIの情緒的疲弊				
	β	中央値	F値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.713	3.0	809.15	**	0.817
要介護度	0.182	4.0	497.86	**	0.846
経済状態	0.101	2.0	358.10	**	0.855
介護対処保険下でのサービス利用数	0.109	2.0	285.01	**	0.863
介護時間					
男性介護者年齢					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

表 5　課題解決型とMBI情緒的疲弊の影響　　n＝35

	MBIの情緒的疲弊				
	β	中央値	F値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.812	3	216.72	**	0.892
要介護度	0.155	5	128.23	**	0.907
経済状態	0.151	2	105.67	**	0.924
介護対処保険下でのサービス利用数					
介護時間					
男性介護者年齢					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

1．男性介護者の介護状況と介護に対する情緒的疲弊の特徴

本研究の調査対象となった男性介護者は，高齢の男性が認知症の異性とふたり暮らしで介護する状況がうかがえた．男性介護者の介護における情緒的疲弊は，認知症の症状に伴う生活自立度に大きな影響を受けると考えられる．また，対処スタイル別に情緒的疲弊の支援方法を検討した．

表 6　回避情動型対処スタイルと MBI 情緒的疲弊の影響　　$n=107$

	MBI の情緒的疲弊				
	β	中央値	F 値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.865	2.0	863.41	**	0.929
要介護度	0.187	3.0	679.37	**	0.954
経済状態					
介護対処保険下でのサービス利用数					
介護時間					
男性介護者年齢					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

表 7　認知変容型対処スタイルと MBI 情緒的疲弊の影響　　$n=100$

	MBI の情緒的疲弊				
	β	中央値	F 値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.567	3.0	81.97	**	0.587
介護対処保険下でのサービス利用数	0.197	2.0	59.36	**	0.672
要介護度	0.299	5.0	45.85	**	0.702
経済状態					
介護時間					
男性介護者年齢					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

表 8　静観待機型対処スタイルと MBI 情緒的疲弊の影響　　$n=24$

	MBI の情緒的疲弊				
	β	中央値	F 値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.699	3.0	151.57	**	0.899
経済状態	0.225	2.0	95.48	**	0.913
要介護度	0.248	5.0	86.64	**	0.935
介護対処保険下でのサービス利用数	0.119	2.0	81.77	**	0.947
介護時間					
男性介護者年齢					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

表 9　援助依頼型 と MBI 情緒的疲弊の影響　　$n=17$

	MBI の情緒的疲弊				
	β	中央値	F 値		R^2(調整済み)
認知症者の生活自立度	0.950	4.0	135.52	**	0.931
男性介護者年齢	−0.155	73.0	124.10	**	0.961
介護時間	0.144	13.0	167.45	**	0.980
要介護度					
経済状態					
介護対処保険下でのサービス利用数					

重回帰分析，ステップワイス(調整済み，介護期間，要介護者の年齢)

1）課題解決型対処スタイルと情緒的疲弊

課題解決型対処スタイルの介護者は，自ら積極的に介護問題の解決に努力しながら介護している[18,24]．また，介護期間が長く要介護度が高いという結果が先行研究[25]において報告されており，介護の経験を積むなかで獲得された対処スタイルであると考えられる．この対処スタイルの介護者は，介護に精を出し，介護生活を長期間継続していると考えられるが，このまま介護を継続するのであれば，自身もますます高年齢化し，体力も衰え介護に困難な問題が多々発生することが推測できる．介護者が健康を維持するための支援は，介護全体を取り巻く本質的な問題解決につながる[26]．このため，看護師並びに医療職者は，認知症者の症状並びに生活自立度の変化が起きた際には，必要な日常生活援助の観察と経済状態をかんがみたうえで，レスパイトのためショートステイやデイサービスの利用や家庭内での介護サービスに関する情報を提供する必要があるであろう．

2）回避情動型対処スタイルと情緒的疲弊

回避情動型対処スタイルの介護者は，介護問題を解決する際に，「現状から逃げる．できないことを恥じる．ものに当たり感情的になる」という感情的あるいは回避的な対処方略を選択する傾向にある[18,24]．現実的に問題に向き合わずストレス反応が悪循環し，情動的に対処するため，情緒的疲弊しやすいといわれている[15]．しかし，本研究の結果では，情緒的疲弊と介護保険下でのサービス数の平均値はもっとも低い．この対処をとる男性介護者は，前研究において[27]情緒的交流を家族内でのみ行い，外部からの情緒的交流を求めず影響もされないことが明らかになっている．したがって，被介護者とふたり暮らしの生活において感情的な対処をすることは，情緒的疲弊の悪化防止になっている可能性がある．また，介護保険下のサービス利用にはつながりにくいと考えられることから，専門職らは認知症の症状や生活自立度と日常生活援助を観察し，受診や往診，訪問サービスの提供などにおいて，要介護者の身体にあざはないか，急な体重減少などの変化はないかなど，虐待行為の可能性につながる異常の早期発見に努める必要がある．また，介護をしながらの生活が心身状態の限界に達する前に，在宅介護を支援する職種と連携し個々の特性を踏まえた介入を検討する必要があると考える．

3）認知変容型対処スタイルと情緒的疲弊

認知変容型対処は，自分が介護するしかない，一所懸命にお世話するという対処である[18,24]．このスタイルの介護者は，懸命な介護をしていると想像されるため，認知症の症状や生活自立度に変化があって，介護負担感が増加する可能性があれば，介護による疲労の程度と必要な日常生活援助の観察を行い，導入できる介護サービスを検討する必要があると考える．

4）静観待機型対処スタイルと情緒的疲弊

静観待機型対処は，静かに見守り，ゆっくり被介護者の自立の範囲内で可能な限り待つ精神的な余裕をもち，楽観的に考える対処である[18,24]．認知症の症状や生活自立度が変化した際に，日常生活援助の観察と経済状態をかんがみた介護サービスを導入する必要があると考える．

5）援助依頼型対処スタイルと情緒的疲弊

困ったときには他者に助けを求め，援助を依頼しながら介護生活を継続する対処である[18,28]．情緒的疲弊に対して介護者年齢の相関はマイナスを呈していることから，認知症者の症状と生活自立度の変化に伴い，若い男性介護者の場合は仕事との両立が原因で離職しないような介護休業などのサービスの検討[28]に加え，介護に要する時間が増えていないかを観察し，専門職は助けを求める際の受け皿役として信頼関係づくりに努める必要があると考えられる．

V．結　　論

男性介護者の介護における情緒的疲弊は，もっとも認知症の症状に伴う生活自立度に大きな影響を受けると考えられる．このことから，男性介護

者が介護している家族において認知症の症状に伴う生活自立度に変化が起きた際には，対処スタイル別に影響が考えられる要因に注目し支援する必要がある．

課題解決型には，日常援助生活の観察と経済状態もかんがみた身体のレスパイトのためにショートステイやデイサービスの利用，家庭内で受ける介護サービスに関する情報の提供が必要である．回避情動型には，日常生活援助の観察と，要介護者の身体の虐待行為の可能性につながる異常の早期発見，多職種と連携し個々の特性を踏まえた介入の検討が必要である．認知変容型には，疲労の程度を観察し，日常生活援助の観察とさらに導入できる介護サービスを検討する必要がある．静観待機型には，日常生活援助の観察と経済状態をかんがみたうえで介護サービスを導入する必要がある．援助依頼型には，とくに若い男性介護者において仕事との両立に加え，介護に要する時間が増えていないかを観察し，離職防止のために利用できるサービスの検討に加え，専門職は助けを求める際の受け皿役として信頼関係づくりに努める必要がある．

<謝辞>

ご協力いただいた男性介護者のみなさまと医師に感謝いたします．本研究は，公益財団法人勇美記念財団からの助成を得て実施した結果の一部である．

【文　献】

1) 谷川大地，三栖翔吾，澤　隆一，ほか：要介護高齢者における，抑うつと痛みの心理的要素との関連．老年精神医学雑誌，**25**(2):177-184(2014)．
2) 宮村季浩：認知症の人の生活上の困難さについての認知症の人と家族介護者の認識の違い．日本公衆衛生雑誌，**63**(4):202-208(2016)．
3) 厚生労働省(2015)「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)；認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」(http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf,2018.6.15)．
4) 青沼真由美，佐藤みつ子：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，**34**(5):41-49(2011)．
5) Meiland FJ, Kat MG, van Tilburg W, et al.：The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers；do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference?. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, **19**(4):195-201(2005)．
6) 一般財団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向2013／2014(厚生の指標増刊)．一般財団法人厚生労働統計協会，東京(2014)．
7) 一般財団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向2017／2018(厚生の指標増刊)．一般財団法人厚生労働統計協会，東京(2018)．
8) 厚生労働省(2017)「平成28年国民生活基礎調査の概況」(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf,2018.6.15)．
9) 永井邦芳，堀　容子，星野純子，ほか：男性家族介護者の心身の主観的健康特性．日本公衆衛生雑誌，**58**(8):606-615(2011)．
10) 金川克子，彦　聖美，鈴木祐恵：在宅医療助成報告「男性介護者を地域で支える方略に関する調査研究」．公益財団法人勇美記念財団，東京(2010)．
11) 紀　和江，河野あゆみ，金谷志子：新聞報道による在宅介護の破綻による介護事件の特徴；地域特性による介護者や被介護者の属性や家族形態の違い．日本在宅ケア学会誌，**14**(2):95-103(2011)．
12) 湯原悦子：介護殺人の現状から見出せる介護者支援の課題．日本福祉大学社会福祉論集，**125**:41-65(2011)．
13) 小野ミツ：高齢者虐待防止研究の10年のあゆみと今後の課題(医療系の観点から)．高齢者虐待防止研究，**10**(1):8-16(2014)．
14) Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, et al.：Caregiver and the stress process；an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, **30**(5):583-594(1990)．
15) 和気純子：高齢者を介護する家族；エンパワーメント・アプローチの展開にむけて．川島書店，東京(1998)．
16) Nishio M, Ono M, Kimura H, et al.：Reliability and Validity of the Nursing Care Problems Coping Scale for Male Caregivers for People with Dementia Living at Home. *International Jornal of Nursing & Clinical Practice, Open journal*, **2**(2)(2015)．
17) Nishio M, Ono M：Development of a nursing care problems coping scale for male caregivers for people

with dementia living at home. *Journal of Rural Medicine*, **10**(1):34-42(2015).
18) 西尾美登里，中野正博，木村裕美，ほか：在宅で認知症の人を介護する男性の介護問題対処スタイルの算出方法．バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，**18**(2):1-8(2016).
19) Pines A：Couple burnout；causes and cures. 8-10, Routledge, New York(1996).
20) 奥村太一，森　慶輔，宮下敏恵，ほか：日本版MBI-ESの作成と信頼性・妥当性の検証．心理学研究，**86**(4):323-332(2015).
21) 田中輝美：日本の教師のバーンアウト尺度に関する研究；Maslachのバーンアウト尺度の因子構造と妥当性について．筑波大学学校教育論集，**29**:45-50(2007).
22) 村上正人：情緒的疲弊シンドローム(燃え尽き症候群)．看護技術，**36**:1086-1089(1990).
23) 柴田滋子：日本における訪問看護師のバーンアウト研究の動向と課題；病院看護師との比較から．日本農村医学会雑誌，**65**(4):729-737(2016).
24) 西尾美登里，尾籠晃司，合馬慎二，ほか：在宅で認知症を有する療養者を介護する男性介護者の対処尺度項目の検討．バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，**16**(1):15-23(2014).
25) Nishio M, Ogata K, Kimura H, et al.：Male Caregivers Get Coping to Nursing care with Dementia Living at Home. *Asian Journal of Human Services*, **13**(1):1-9(2017).
26) 彦　聖美，大木秀一：男性介護者の健康に関連する社会的決定要因と支援の方向性．石川看護雑誌，**13**:1-10(2016).
27) Nishio M, Kimura H, Ogomori K, et al.：Emotional and Instrumental Support Influencing Male Caregivers for People with Dementia Living at Home. *Journal of Rural Medicine*, **12**(1):20-27(2017).
28) 津止正敏，鎌田松代，斎藤真緒：「介護退職ゼロ作戦」という社会運動．116-137，立命館大学人間科学研究所，京都(2013).

A study of Burn out among Male Caregivers of People with Dementia Living at Home

Midori Nishio, Sayori Sakanashi, Hiromi Kimura, Kayoko Koga

Department of Faculty of Medicine School of Nursing, Fukuoka University

This study focused on coping and burnout related to provision of care among male caregivers of people with dementia living at home. It is estimated that 25% of those aged over 65 years will have dementia by 2025. Extra care is required for people with dementia who have behavioral and psychological symptoms. This increased caregiving demand places stress on caregivers and may affect their psychological health. Increasing numbers of unmarried or divorced persons have resulted in changes in family structure and an increase in family size. Therefore the number of male caregivers has also increased. Seventy percent of the perpetrators of murder or abuse in homecare are male caregivers. Difficulties experienced by male caregivers include the care burden, coping with care problems, and burnout. This study found a Male caregivers with dementia living at home of burn out has influence symptoms and independently performed daily activities of dementia. Our finding suggests that we needs to be support for each male caregiver's coping style.

Key words：home care, male caregiver, coping, burn out, dementia