日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

Calculation of the Nursing Care Problems Coping Scale for Male Caregivers for People with Dementia Living at Home

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-07-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: NISHIO, Midori, NAKANO, Masahiro, KIMURA, Hiromi, OGATA, Kumiko, SAKANASHI, Sayori, 西村, 和美 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/786

本誌に掲載された原稿の著作権および版権はバイオメディカル・ファジィ・システム学会に帰属するものとする．本誌に掲載された原稿を転載する場合には，編集委員長の許可を得るとともに当該出版物に本誌からの転載であることを明記すること．http://www.bmfsa.org/archive/journal-J/submit.pdf

バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌　Vol.18，No.2，pp.1－8（2016）
Copyright©2016 Biomedical Fuzzy Systems Association

[Original article]

（2016 年 8 月 31 日　Accepted）

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

西尾美登里[1]　中野正博[2]　木村裕美[1]　緒方久美子[1]　坂梨左織[1]　西村和美[1]

1. 福岡大学医学部看護学科
2. 純真学園大学・保健医療学部

要約：　男性介護者の介護問題対処スタイルの算出方法を明らかにすることを目的とした．対象者は男性介護者 298 名である．対処スタイルの平均得点と標準偏差，寄与率による各対処スタイルの独立性の検討と，基準関連法による各対処スタイルの妥当性を検討した．
結果・考察:　平均得点と標準偏差，寄与率から似た特徴を持つ対処スタイルであることが考えられたが，基準関連法により独立した対処スタイルであることが明らかとなり，各対処スタイルは独立した特徴を持つことが明らかとなった．男性の介護問題対処の算出方法は，各対処スタイルの平均得点とし，最も得点が高い対処スタイルが，介護問題へ活用する対処であると考えられる．

キーワード：　男性介護者, 在宅, 認知症, 介護問題対処, 情的支援

Calculation of the Nursing Care Problems Coping Scale for Male Caregivers for People with Dementia Living at Home

Midori NISHIO[1],　Masahiro NAKANO[2],　Hiromi KIMURA[1],　Kumiko OGATA[1],
Sayori SAKANASHI[1],　Kazumi NISHIMURA[1]

1) Department of Nursing Faculty, Medical Science, Fukuoka University
2) Department of Nursing Faculty Health Science, Jyunshin Gakuen University

Abstract: *The purpose of this paper was to calculation of the coping scale for Nursing Care Problems Coping Scale for Male Caregivers for People with Dementia Living at Home. The subjects were 298 men who care for people with dementia at home. It was independence and investigated validity the coping style; the result of average score, standard deviation and Contribution ratio of coping style. Each coping styles are independent, it became clear that each with its own characteristics. Calculation method is the average score of each coping style. Most high score of average of coping style is the coping style of nursing care problem.*

Keywords: *Male caregivers, Home care, Dementia, Care problems coping, Emotional support*

Midori NISHIO
Nanakuma 45-1, Jyounan-ku, Fukuoka, 814-0180, Japan
Phone:　+81-92-801-1011,　E-mail: nisiomidori@adm.fukuoka-u.ac.jp

1. はじめに

高齢社会を迎えた我が国の認知症高齢者の数は，2012 年の 472 万人から 2025 年には 700 万人を超えると推計されている [1]．平均余命の延伸や人口構造の変化に伴い急速な高齢化が進み [2] 2025 年には，65 歳以上の人口の 25%が認知症と推測されている [3]．

WHO－2012 年によると，認知症とは，いったん発達した機能が様々な原因で持続的に低下した状態と定義され [4]，精神症状や問題行動，日常生活活動の低下は，在宅で介護する介護者の心身の負担を増大させている．認知症の介護者は，認知症の症状により介護負担感と心理的なダメージを受けるとされている [5]．

わが国の世帯類型別割合においては [6,7]，1985 年は単身世帯が 21%，夫婦のみの世帯が 14%，ひとり親と子ども世帯が 6%であるのに対し，2010 年は単身世帯が 32%，夫婦のみの世帯が 20%，ひとり親と子ども世帯が9%とされ半数以上が単身と核家族から構成され，2012 年度では核家族が全世帯数の 6 割を占めていた．2035 年には単身世帯が 37%，夫婦のみの世帯が 21%，ひとり親と子ども世帯が11%となることが予想されており，今後ますます単身と核家族が増加することが予想される．

未婚率においては [6,7]，50 代男性の未婚率は 2010 年時点で 17.0%であったが，2030 年には 25.2%まで増加すると予想され，60 代男性の未婚率は，2010 年時点で 9.1%であったが 2030 年には 19.8%と２倍以上増加するとみられる．未婚の単身者は，配偶者や子どもがいないケースが多いことが予想され，親に介護が必要となる際，男性の介護者が増えることが予想される．

在宅で認知症者を介護する男性は，1981 年が 8.2%，2010 年には 32.2%で 4 倍に増加し，その続柄は夫が 75%，息子が 25%であった [7]．在宅で認知症者を介護する男性介護者の割合は 3 割を占め，認知症者の増加と男性介護者の増加に伴い，今後ますます認知症の人を介護する男性の増加が予想される．男性介護者は多くの困難を抱えていることが多く [8]，虐待のハイリスクととらえて注意深く見守る必要があるとされている [9]．先行研究において男性介護者は，介護問題やストレスを抱えても周囲に不満をもらさず助けを求めない人が多い [9-12]，悩みを相談しないとされる [13]．また，周囲からの支援があるとしても問題解決の資源として利用しないとされる [14]．時として介護のために離職し興味も捨て介護に専念するとされ，様々な要因が相互に作用し生活の質 QOL を低下させ，精神に悪影響を及ぼすことが考えられる [15-18]．そこで，西尾らは先行研究 [19-23] において，顕在化しにくい男性介護者の介護問題における対処尺度を開発し，対処スタイルを明らかにした．

本研究では，男性介護者の介護問題対処尺度 [19-23]における，有意な対処スタイルを明らかにし，介護継続の支援に繋ぐため，介護護問題における対処スタイルの算出方法を確立することを目的とした．

2. 方法

2.1　対象

F 大学病院精神科および神経内科の受診患者の男性介護者，認知症専門病院を受診している患者の男性介護者，全国の「男性介護者の集い」における参加者において認知症の人を介護している男性，「認知の人とその家族の会」の男性参加者，男性介護者を対象とした料理教室に参加した男性の計 762 名を対象とした．自記式質問紙調査を実施し，研究者が回収または，対象者に返送していただいた．調査期間は，平成 25 年 9 月から平成 27 年 1 月であった．

2.2　調査内容

対象者の属性

年齢，同居人の有無，就労の有無，介護時間

2.3　評価尺度

1）男性介護者の介護問題対処尺度

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 [19-23]．信頼性は女性の介護者が多く対象とされる，和気の家族介護者対処スタイル項目[14] と同等で，妥当性は基準関連妥当性により確保されている．15 項目 3 件法からなり，介護に必要な情報の収集，計画の立案，実施について評価し，5 つの対処スタイルに分類される．5 つの対処スタイルは，お世話がうまくいかなかった原因を考えるという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，不満や苛立ち，恥ずかしい気持ちを抱え，状況を避ける「回避・情動型」，介護を自分の課題と考え努力することから，真摯に介護に取り組む男性介護者の態度が反映されていると考えられる「認知変容型」，介護に困惑しても楽観的に考え，できるようになるまで待つ冷静な態度が表れていると考える「静観・待機

型」，周囲の人に介護を手伝ってもらえることから，家族会の参加者などの対処が反映されていると考えられた「援助依頼型」である．介護をストレッサーとし，介護負担感として認知されたときに，どのように行動するか・どのように思うかについて測定するものである．

2）基準関連法による外的基準としての尺度

⑴ Zarit 介護負担尺度日本語版（Zarit Caregiver Burden Interview：以下 J-ZBI）

22 項目で構成されている．荒井ら[24]によって日本語版に翻訳されたものであり，介護負担感を測定するものである．J-ZBI は信頼性・妥当性が検証され，日本において多くの先行研究で使用されている．J-ZBI は，介護そのものによって生じる負担 21 項目の総計と，介護を始めたために生じる負担と，全体的な介護負担感 1 項目を 5 件法にて問うものである．今回は，介護そのものによって生じる負担感 21 項目の総計と，全体的な介護負担感の分布は同等であり，全体的な介護負担感を採用した．

⑵ 情緒的支援の尺度と手段的支援の質問項目

対処の際には資源を活用するとされている[25]．資源は個人の健康なども含まれ，さまざまである[14]．高齢者は他者とのつながりが希薄になるといわれる[26]．他者からの資源を活用することは，介護を継続するために有用であると考えられ，情緒的なサポートと手段的サポートについて[25]測定した．

宗像の情緒的ネットワーク尺度（宗像，1996）[27]

11 項目 2 件法にて構成されている．得点が高いほど支援を受けていると解釈する．

⑶ 手段的支援を測定するための質問項目

「あなたが介護に問題がある際に，助けてくれる人はいますか」について，2 件法にて尋ねた．

2.4　被介護者の項目

年齢，男性介護者との続柄，要介護者の診断名と要介護度，認知症高齢者の日常生活自立度判定基準[28]を調査した．

2.5　分析方法[29,30]

1）回答分布

介護問題対処尺度の回答分布による項目分析は，平均値と標準偏差を用いた．

2）対処スタイルの独立因子と算出方法の検討

各因子の平均値と標準偏差，寄与率，因子軸間の相関と相関行列，因子パターン行列を用いた．

3）対処スタイルの妥当性の検証

基準関連妥当性により妥当性を明らかにした．介護問題対処スタイルと，J-ZBI，情緒的支援ネットワーク尺度（宗像, 1996），手段的支援を測定するための質問項目とのピアソンの積率相関係数を求めた. 分析には，SPSS23.0J for Windows を用い，有意水準は 5%（両側）とした．

2.6　倫理的配慮

本研究は，福岡大学臨床研究審査委員会/倫理審査委員会，九州大学倫理審査委員会の承認を得て行われた．調査を行うにあたり，病院，事業所および任意団体の長，料理教室の主催者に調査の趣旨を口頭と文書にて説明し，同意を得た．対象者には，研究協力を依頼する際は，研究の趣旨，協力の任意性，被験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同意したとみなした．

3. 研究結果

3.1　男性介護者の概要

回答に不備があるなど，統計解析に著しく影響をするとみなしたものを除外した．回収数 366 人（回収率 47.8%），有効回答数 298 人（有効回答率 39.1%）を分析対象とした．

男性介護者の平均年齢は，70.1 歳（SD 11.2）であった．同居人（要介護者以外）の有無は，「あり」が 121 人（40.9%），「なし」が 175 人（59.1%）であった．被介護者と対象者との続柄は，妻が 190 人（63.8%），親が 103 人（34.6%），その他が 4 人（0.2%）であった．就労の状況は，「あり」が 99 人（30.1%）であった．職種の内訳は，農業などが 43 人（14.4%），会社員が 28 人（9.4%），自営業 24 人（8.1%）などであった．平均介護時間は，12.0 時間（SD 8.6）であった．全体的な介護負担感は，平均 2.1 点（SD 1.2）であった．

（表 1）

表１　男性介護者の概要

n=298

項目		結果 (%)
年齢	平均	70.1歳　SD 11.2
同居の有無	あり	121人 (40.9)
	なし	175人 (59.1)
要介護者との関係	妻	190人 (63.8)
	親	103人 (34.6)
	その他	4人 (0.2)
就労状況	有職者	99人　(30.1)
	農業	43人 (14.4)
	会社員	28人 (9.4)
	自営業	24人 (8.1)
	回答無	4 (4.0)
	無職者	199人 (66.7)
介護時間	平均時間	12.0時間　SD 8.6
介護負担感	平均得点	2.1点 SD 1.2

3.2　要介護者の概要

平均年齢は，78.1（SD 9.8）歳であった．診断名は，アルツハイマー型認知症が 179 人（54.6%），レビー小体型が 68 人（28.8%），前頭側頭型認知症が 8 人（2.8%），脳血管性認知症が 9 人（2.7%），ピック病が 4 人（1.2%）などであった．要介護認定をうけている者のうち，「要介護 1」が 65 人（21.8%），「要介護 5」が 53 人（17.8%），「要介護 2」が 47 人（15.7%）などであった．（表 2）

表２　要介護者の概要

n=298

項目		結果 (%)
年齢	平均	78.1歳　SD 9.8
認知症の診断名	アルツハイマー	179人 (54.6)
	レビー小体	68人 (28.8)
	前頭側頭葉	8人 (2.8)
	脳血管	9人 (2.7)
	ピック病	4人 (1.2)
	認知症の診断はあるが、詳細は不明または検査中	30人 (10.1)
要介護認定	要支援 1or 2	20人 (6.7)
	要介護 1	65人 (21.8)
	要介護 2	47人 (15.7)
	要介護 3	41人 (13.7)
	要介護 4	41人 (13.7)
	要介護 5	53人 (17.8)
	未申請	31人 (10.4)

3.3　認知症者の日常生活自立度判定基準

「Ⅳ：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頻繁に見られ常に介護を必要とする」が 69 人（23.2%），「Ⅲ：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ときどき見られ介護を必要とする」が 55 人（18.5%），「Ⅰ：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はほぼ自立している」が 50 人（16.8%）などであった．（表 3）

表３　要介護者の認知症における日常生活自立度判定基準

n=298

項目		人数 (%)
Ⅰ	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はほぼ自立している	50 (16.8)
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状･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	39 (13.1)
Ⅱa	家庭外でⅡの状態がみられる	11 (3.7)
Ⅱb	家庭内でもⅡの状態がみられる	29 (9.7)
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	55 (18.5)
Ⅲa	日中を中心としてⅢの状態が見られる。	19 (6.4)
Ⅲb	夜間を中心としてⅢの状態が見られる。	3 (1.0)
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	69 (23.2)
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	19 (6.4)
未回答		4 (1.0)

3.4　介護問題対処スタイルの独立因子

1）各因子の平均得点と標準偏差

課題解決型は 2.01（SD 0.55），回避・情動型は 2.50（SD 0.42），認知変容型 2.33（SD 0.60），静観・待機型は 1.63（SD 0.35），援助依頼型は 1.63（SD 0.35）であった．

2）各対処スタイルの寄与率

課題解決型は 23.79，回避・情動型は 14.50，認知変容型は 10.40，静観・待機型は 8.46，援助依頼型は 7.15 であった．

3）因子軸間の相関

課題解決型は他の対処スタイルとの相関は見られなかった．回避・情動型では，認知変容型（r＝0.33）と援助依頼型（r＝0.25）において正の有意な相関がみられた．認知変容型では，回避情動型（r＝0.33）において正の有意な相関がみられ，援助依頼型（r = - 0.29）において負の有意な相関がみられた．静観・待機型では，援助依頼型（r＝0.29）において正の有意な相関がみられた．援助依頼型では，回避情動型（r＝0.25）と静観待機型（r＝0.29）において，正の有意な相関がみられ，認知変容型（r = - 0.29）において負の有意な相関がみられた．

4）因子軸間の相関行列

問題解決型と他因子の相関行列は，回避・情動型 0.179，認知変容型 0.508，静観・待機型 0.298，援助依頼型 0.141 であった．回避・情動型と他因子の相関行列は，問題解決型.179，認知変容型と 0.082，静観・待機型 0.255，援助依頼型 0.199 であった．認知変容型と他因子の相関行列は，問題解決型 0.508，回避・情動型 0.082, 静観･待機型 0.159, 援助依頼型 0.117 であった．静観・待機型他因子の相関行列は，問題解決型 0.298,

回避・情動型 0.255, 認知変容型 0.159, 援助依頼型 0.320 であった．援助依頼型と他因子の相関行列は，問題解決型 0.141，回避・情動型 0.199，0.117，0.320 であった．

5）因子パターン行列

問題解決型は，0.832，0.763，0.739，0.508 であった．回避・情動型は，0.649，0.575，0.513，0.498，0.484 であった．認知変容型は，0.878，0.618 であった．静観・待機型は，0.736, 0.686 であった．援助依頼型は 0.740, 0.692 であった．（表 4, 5）

表 4　尺度項目の因子分析の結果と因子パターン行列

対処スタイルと対処カテゴリー	平均得点	SD	第1因子 課題解決型	第2因子 回避・情動型	第3因子 認知変容型	第4因子 静観・待機型	第5因子 援助依頼型
			Cronbach's α		総計 α＝0.76		
課題解決型　α＝.079	2.01	0.55					
お世話に役立つ情報を集める			0.832	0.120	0.390	0.290	0.090
お世話をするための計画を立てる			0.763	0.200	0.420	0.260	0.190
お世話がうまくいかなかった原因を考える			0.739	0.190	0.320	0.180	0.030
お世話をする経験から学ぶことがあると考える			0.508	−0.050	0.410	0.200	0.230
回避・情動型　α＝0.65	2.50	0.42					
お世話をすることをどうにでもなれと思う			0.560	0.649	−0.020	0.190	0.260
知られることが恥と考える			0.140	0.575	0.050	−0.040	0.000
このくらいもできずにどうするかと思う			0.230	0.513	0.260	0.150	0.120
ついものに当たったりつい感情的になったりする			0.120	0.498	0.120	0.350	0.080
その場から離れる・見ないようにする			0.010	0.484	−0.080	0.210	0.200
認知変容型　α＝0.68	2.33	0.60					
お世話は自分の課題と考える			0.380	−0.010	0.878	0.070	0.100
一生懸命にお世話する			0.430	0.220	0.618	0.170	0.020
静観・待機型　α＝0.67	1.63	0.35					
そのうちうまくお世話できるようになるまで待つ			0.220	0.220	0.150	0.736	0.280
そのうちなんとかなるだろうと楽観的に考える			0.240	0.130	0.070	0.686	0.170
援助依頼型　α＝0.67	1.63	0.35					
家族・親戚や近所の人に手助けを頼む			0.160	0.180	0.090	0.200	0.740
お世話の大変さを家族や周りの人手助けを頼む			0.050	0.180	0.070	0.260	0.692
回転後の負荷量平方和			2.65	1.78	1.89	1.62	1.38
寄与率　(%)			23.79	14.50	10.40	8.46	7.15
累積寄与率(%)			23.79	38.30	48.71	57.18	64.33

因子分析 ：主因子法 プロマックス回転
因子負荷量0.45以上を枠にて表示

表 5　因子間の相関，因子軸間の相関行列

	対処スタイル	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
因子間の相関	課題解決型					
	回避・情動型			0.330 **		0.250 **
	認知変容型		0.33 **			−0.29 **
	静観・待機型					0.29 **
	援助依頼型		0.25 **	−0.29 **	0.290 **	
因子軸間の相関行列	課題解決型		0.179	0.508	0.298	0.141
	回避・情動型	0.179		0.082	0.255	0.199
	認知変容型	0.508	0.082		0.159	0.117
	静観・待機型	0.298	0.255	0.159		0.320
	援助依頼型	0.141	0.199	0.117	0.320	

Pearson's correlation coefficient.　**p＜0.01　*p＜0.05

3.5　介護問題対処スタイルと介護負担感との相関

1）課題解決型

有職者は（r＝0.39）無職者は（r＝0.22）で正の有意な相関を呈した．

2）回避・情動型

有職者は（r＝- 0.46)無職者は（r＝- 0.23）で負の有意な相関を呈した．

3）認知変容型

有職者は（r＝0.31）無職者は（r＝0.21）で正の有意な相関を呈した．

4）静観待機型

有職者と無職者ともに相関を呈しなかった．

5）援助依頼型

有職者は（r＝0.25）で無職者は相関を呈しなかった．（表 6）

表 6　介護問題対処スタイルと介護負担感との相関

	対処スタイル	介護負担感 有職者	介護負担感 無職者
第1因子	**課題解決型**	0.39 **	0.22 **
第2因子	**回避・感情型**	−0.46 **	−0.23 **
第3因子	**認知変容型**	0.31 **	0.21 **
第4因子	**静観・待機型**	n.p	n.p
第5因子	**援助依頼型**	0.25 **	n.p

Pearson's correlation coefficient.　**p＜0.01　*p＜0.05

3.6　介護問題対処スタイルと情的・手段的支援との相関

1）課題解決型

有職者は家族支援者との 1 項目「あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人」（r＝0.20）に正の有意な相関がみられた．無職者は家族以外の支援者との 6 項目で「心がおちつき安心できる人」（r＝0.23),「あなたが成長し成功することを我がことのように喜んでくれる人」（r＝0.20),「個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人が家族以外にいる」（r＝0.20),「お互いの考えや将来のことなどを話し合うことができる人が家族以外にいる」(r＝0.23）,「あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人が家族以外にいる」（r ＝0.25),「困った時に手助けをしてくれる人が家族以外にいる」(r＝0.21) に正の有意な相関がみられた．

2）回避・情動型

有職者は家族支援者との 8 項目「心がおちつき安心できる人」（r＝0.31）,「つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人」（r＝0.27）,「あなたを日頃評価し認めてくれる人」（r＝0.31）,「あなたが成長し成功することを我がことのように喜んでくれる人」（r ＝0.20）,「個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人」（r＝0.21）,「あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人」（r＝0.29）,「気持ちの通じ合う人」（r＝0.24）,「困った時に手助けをしてくれる人」（r＝0.27）に相関がみられた．無職者は家族支援者との 5

項目で「あなたを日頃評価し認めてくれる人」（r = 0.21）,「あなたを信じてあなたを思うようにさせてくれる人」（r = 0.25）,「あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人」（r = 0.30）「気持ちの通じ合う人」（r = 0.32）,「困った時に手助けをしてくれる人」（r = 0.21）に正の有意な相関がみられた.

3）認知変容型

有職者は相関がみられなかった．無職者は家族支援者との3項目で「心がおちつき安心できる人」(r = - 0.26),「つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人」（r = - 0.22),「あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人」（r = - 0.20）に負の有意な相関がみられた.

4）静観・待機型

有職者と無職者において相関はみられなかった.

5）援助依頼型

有職者は家族内支援者との4項目と家族外以外の支援者1項目において「つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人」（r = 0.23）,「あなたを信じてあなたを思うようにさせてくれる人」（r = 0.23）,「個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人」（r = 0.25）,「甘えられる人」（r = 0.23),「困った時に手助けをしてくれる人」（r = 0.21）に正の有意な相関がみられた．無職者は家族支援者との2項目で「心がおちつき安心できる人」(r = 0.21),「甘えられる人」(r = 0.20）に正の有意な相関がみられた.　（表7）

表7　介護問題対処スタイルと情的・手段的支援との相関

	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	
(1). 情的支援について	有職者	無職者	有職者	無職者	有職者	無職者	有職者	無職者	有職者	無職者
心がおちつき安心できる人		0.23 **	0.31 **			−0.26 **				0.21 **
つね日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人			0.27 **			−0.22 **			0.23 **	
あなたを日頃評価し認めてくれる人			0.31 **	0.21 **						
あなたを信じてあなたを思うようにさせてくれる人				0.25 **					0.23 **	
あなたが成長し成功することを我がことのように喜んでくれる人		0.20 **	0.20 *							
個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人		0.20 **	0.21 **						0.25 **	
お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人		0.23 **								
甘えられる人									0.23 **	0.20 **
あなたの行動や考えに賛成し支持してくれる人	0.20 *	0.25 **	0.29 **	0.30 **		−0.22 **				
気持ちの通じ合う人		0.21 **	0.24 **	0.32 **						
(2). 手段的支援について										
困ったときに手助けをしてくれる人			0.27 **	0.21 **					0.21 **	

Pearson's correlation coefficient. **p<0.01 *p<0.05

4. 考察

本研究は，在宅で認知症者を介護する男性の介護継続のため，認知症を介護する男性の介護問題対処スタイルを明らかにするため，算出方法を明らかにした．介護破綻をしている介護者の多くは男性であり[9]，介護問題への対処には男性特有の特徴がみられる．男性介護者は介護に問題を抱えた際，周囲への援助を求めず，家庭という密室での出来事が外部にはわかりにくいことで孤立するとされる[31,32]．男性介護者の介護問題対処に着眼し，介護継続のための支援へ取り組む意義は大きいと考える.

4.1　対処スタイルの独立性

課題解決型は，因子軸間の相関において他の因子との相関は見られないことから，独立性の強い対処スタイルであると考えられる．一方で独立性の低い対処スタイルは，平均得点と標準偏差，寄与率より，静観・待機型は平均得点が1.63（SD 0.35）寄与率が8.46，援助依頼型は平均得点が1.6（SD 0.35）寄与率が7.15であることから，似た特徴を持つ対処スタイルであることが考えられた.

4.2　基準関連法による各対処スタイルの特徴

1）問題解決型対処スタイルをとる男性介護者

介護負担感が正の相関を呈し，6 項目の情的支援の影響を受けていることは，介護負担感に対し，必要な情報の収集し計画を立て，お世話がうまくいかなかった時は，原因に焦点を当てると考えられる．特に家族外から積極的に情的支援を得るという良好な対処である[13,18]と考える.

2）回避・情動型対処スタイルをとる男性介護者

介護負担感は負の相関を呈し，8 項目の情的支援と手段的支援の影響をうけていることは，家族内で介護することに対し多くの情的影響を受けながら，投げやりな態度で介護していると考えられる．また，不満や苛立ちを抱きながら，認知症者の介護において恥ずかしい気持ちを抱え，状況を避けることで，介護負担感を軽減させており，家族外のネットワークを活用・構築しない可能性が考えられる. これは回避することで，認知症の人を介護する介護負担感を軽減していると考える．否定的な感情をもたらす家族関係は，愛情があり，介護を媒介とする濃密な家族関係があり，介護心中や介護殺人事件の典型とされる[9,33]．家族外のネッ

トワークを活用・構築しない可能性が予測されるため，介入が必要となるケースがあると考える．

3）認知変容型対処スタイルをとる男性介護者

介護負担感が正の相関を呈し，有職者は情的支援の影響をうけず，無職者は3項目の負の情的支援が影響していることは，家族内に情的支援がないとしても家族外に支援を求めないと考えられる．自分自身に介護者役割を課し[13]介護を義務としてとらえ，真摯に介護に取り組む男性介護者の態度[21]が反映されていると考える．

Harris が類型化した男性介護者のモデルによると，義務としての介護の場合は，自分の時間と介護の時間を分節化しながら介護するが，あらゆる時間とエネルギーをつぎ込む介護は，社会的孤立が深刻化しやすいと定義されることから，介護のためにどのくらいの時間やエネルギーをかけているか検討し，介入が必要か否か見極めなければならないと考える．

4）静観・待機型対処スタイルをとる男性介護者

介護負担感と，介護問題対処スタイルと情的支援が影響しないことは，介護問題を抱いても問題解決の提案などに影響されず，自分が思うようにできるまで冷静な態度で待ち自ら手を出さないと考える．

5）援助依頼型対処スタイルをとる男性介護者

有職者と無職者では，介護負担感の有無に差があるが，5 項目の情的支援と手段的支援が影響していることは，介護負担感の有無にかかわらず，家族が甘えられる存在で互いに向き合いながら介護し，必要時は家族外からの助けも受けることで介護継続している[26]と考える．

5. 結論

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

対処スタイルの平均得点と標準偏差，寄与率による各対処スタイルの独立性の検討と，基準関連法による各対処スタイルの妥当性を検討した．

静観・待機型と援助依頼型は，平均得点と標準偏差，寄与率から似た特徴を持つ対処スタイルであることが考えられたが，基準関連法により独立した対処スタイルであることが明らかとなり，各対処スタイルは独立した特徴を持つことが明らかとなった．

男性の介護問題対処の算出方法は，各対処スタイルの平均得点とし，最も得点が高い対処スタイルが，介護問題へ活用する対処であると考えられる．

6. 謝辞

本調査にご協力いただきました，福岡大学病院と協力いただいた病院の医師，各認知症の人の家族会と各男性介護者の会の皆様に深く感謝いたします．

本研究は，平成 25 年度前期在宅医療助成勇美記念財研究資金，九州大学からの支援をうけ実施した研究成果の一部である．

参考文献

[1] 朝田隆：筑波大学病院精神神経科，都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応，http://www.tsukuba-psychiatry.com, 2016 年 4 月 18 日閲覧.

[2] 谷川大地，三栖翔吾，澤隆一ら：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, (2)177-184, 2014.

[3] 清原裕：高齢者における生活習慣病，長寿科学振興財団, 25-34, 2013.

[4] WHO, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/ 2016 年 4 月 18 日閲覧.

[5] Meiland F, Kat M：The emotional impact of psychiatric symptom in dementia on partner caregivers, Alzheimer Dis Assoc Disord, 19(4): 195-201, 2005.

[6] 2015/2016「国民衛生の動向」，一般財団法人厚生労働統計協会，東京, 2016.

[7] 2015/2016 「国民の福祉と介護の動向」，一般財団法人厚生労働統計協会，東京, 2016.

[8] 永井邦芳，堀容子，星野順子ら：男性家族介護者の心身の主観的健康特性．日本公衆衛誌，58(8), 606-615, 2011

[9] 高﨑絹子，岸恵美子，小野ミツら：実践から学ぶ高齢者虐待の対応と予防，日本看護協会出版会，東京, 2010.

[10] Nicole R, Ashley NR, Kleinpeter CH：Gender differences in coping strategies of spousal dementia caregivers. Journal of Human Behavior in the Social Environment, 1: 29–46, 2002.

[11] Papastavrou E, Tsangari H, Kalokerinou A et al：Gender issues in caring for demented relatives. Health Science Journal 3, 41–53, 2009.
[12] 天野正子，伊藤公雄，伊藤るり：新編日本のフェミニズム 12 男性学，岩波書店（東京），1(1), 2009.
[13] Moore L, Gillette D, Nakamura Y et al： Japan Times, 1993.
[14] 和気純子：高齢者を介護する家族，川島書店（東京），1 (1), 1998.
[15] Smale B, Dupuis SL： Caregivers of persons with dementia: Roles, experiences, supports and coping. Ontario Dementia Caregiver Needs Project., https://uwaterloo.ca/murray-alzheimer-research-and-educaton-program/files/uploads/files/InTheirOwnVoices-LiteratureReview. 2016 年 4 月 14 日閲覧.
[16] 松浦民恵：ニッセイ基礎研究所，基礎研究レポート，働く人による介護の実態, 2-28, 1-14, 2013.
[17] Morimoto T, Schreiner AS, Asano H：Caregiver burden and health-rated quality of life among Japanese stroke caregivers. Age Ageing 2003, 32, 218–223 (in Japanese, abstract in English).
[18] 高橋祥友：中高年男性の自殺，男性の健康を考える．公衆衛生, 79 (3) , 181-188, 2015.
[19] 村上宣寛：心理尺度の作り方，北大路書房（東京）. 1(6), 2013.
[20] Streiner DL. Health Measurement Scales： A Practical Guide to their Development and Use. Oxford, Oxford University Press, 2008.
[21] 西尾美登里，尾籠晃司，合馬慎二ら：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, Bio Medical Fuzzy System, 16(1), 2014.
[22] Nishio M, Ono M： Development of a nursing care problems coping scale for male caregivers for people with dementia living at home, J rural Med, 10(1), 34-42, 2015.
[23] Midori Nishio, Mitsu Ono, Hiromi Kimura, et al： Reliability and Validity of the Nursing Care Problems Coping Scale for Male Caregivers for People with Dementia Living at Home, International Journal of Nursing &Clinical Practice. 2015.2(2), OpenAcss, htp://dx.doi.org/10.15344/2394-4978/2015/130.
[24] Arai Y, Kudo K, Hosokawa T et al： Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview, Psychiatry and Clinical Neuroscience,51, 216–226, 1997.
[25] T C Antonucci, J E Lansford, K J ajrouch： Social Support, 3(1), 1819-1822, 2000.
[26] 飯田亜紀：高齢者の心理的適応を支えるサポートの質サポーターの種類とサポート交換の主観的互恵性．健康心理学研究, 13(2), 29-40, 2000.
[27] 宗像恒次：燃えつき症候群―医師・看護婦・教師のメンタル，ヘルス．金剛出版，東京, 1(1), 1988.
[28] 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準，厚生省老人保健福祉局長，2006.http://www.mhlw.go.jp/ 2016.4.18 閲覧.
[29] 中野正博：新 看護・保健・医療のための楽しい統計学～看護研究実践編～，ヘリシティ出版, 2007.
[30] 中野正博：看護・保健・医療のための楽しい多変量統計分析，ヘリシティ出版, 2009.
[31] 西尾美登里，小野ミツ，木村裕美他：男性介護者と社会を繋ぐケアメンズキッチン，コミュニティケア, 12(17), 67-71, 2015.
[32] 樋口敦子：女性と子供の貧困, 大和書房, 1(1). 2015.
[33] 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，日本社会福祉大学社会福祉論集, 125(1), 41-65, 2011.

西尾美登里（にしおみどり）
福岡大学医学部看護学科
看護学博士
研究テーマ：ジェンダー，男性介護者