

家族に対する認知症介護自己効力感向上プログラムの長期効果評価

甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 看護学科 老年看護学領域 講師
 (助成時：大阪市立大学大学院看護学研究科生活支援看護システム領域 (在宅) 後期博士課程学生)

丸尾 智実

スライド-1

**家族に対する認知症介護
自己効力感向上プログラムの長期効果評価**

大阪市立大学大学院 看護学研究科
後期博士課程 丸尾智実

2013/11/30@第20回ファイザーヘルスリサーチフォーラム

スライド-2

研究背景1: 介護者支援の必要性

- ◆ 認知症高齢者とともに介護者への支援の重要性が指摘される。
- ◆ 特に、認知症の行動・心理症状(BPSD)への不適切な対応が、更なるBPSDを誘発し、介護者の介護負担感や抑うつ等が増強するという悪循環につながる事が指摘されている。

```

    graph LR
      subgraph Inputs
        direction TB
        A[身体要因] --> B[中核症状の出現  
記憶や判断力  
見当識の障害]
        C[心理要因] --> B
        D[環境要因] --> B
      end
      B --> E[BPSDの出現]
      E --> F[介護者の  
介護負担感  
抑うつ等]
      F --> E
  
```

- ◆ 介護者に認知機能低下に伴う高齢者の変化と認知症の症状への適切な理解を促すことが重要である。

【スライド-1, 2】

まず研究背景です。

現在、認知症高齢者の支援とともに介護者への支援の重要性が指摘されています。特に認知症の行動・心理症状は中核症状に身体的要因、心理的要因、環境的要因が加わることで出現すると考えられていますが、この環境要因の一つである介護者の対応が不適切であると更なる症状を誘発し、介護者の介護負担感や抑うつが増強するという悪循環につながる事が指摘されています。従って介護者に認知症の症状への適切な理解を促すことが重要であると考えられます。

【スライド-3】

次に、どのようにして認知症の理解を促すかについてですが、本研究では自己効力感に着目しました。自己効力感とは介護者の介護負担感を緩衝する要因の一つであることが先行研究で明らかにされています。また、自己効力感に影響を与える4つの情報源として、遂行行動の達成、代理的経験、言語的説得、情動的喚起の4つが挙げられています。

スライド-3

**研究背景2: 家族に認知症の理解をどのように促すか？
自己効力感に着目: Bandura理論より**

```

    graph TD
      SE[自己効力感  
ある結果を生み出すために必要な行動を  
どの程度うまく行うことができるかという個人の確信]
      SE --> P[遂行行動の達成]
      SE --> PE[代理的経験]
      SE --> VP[言語的説得]
      SE --> PA[生理的変化体験  
情動的喚起]
      P --> SE
      PE --> SE
      VP --> SE
      PA --> SE
      P --> PE
      PE --> VP
      VP --> PA
      PA --> P
  
```

◆ 介護者の介護負担感を緩衝する要因の1つ
◆ 認知症高齢者の家族介護者が自己効力感が高い場合抑うつや不安が低い、介護教育を積極的に受ける

成功体験の経験 → 遂行行動の達成
 他者から学ぶ → 代理的経験
 説得的暗示 → 言語的説得
 生理的変化体験 → 情動的喚起

認知症介護自己効力感向上PGM → 介護者間交流 → 講義(説明的介入) → リラクゼーション体験

＜先行研究で効果が認められた介入＞

遂行行動の達成を通じて自己効力感を発達させることは、持っている習慣を変更し、変化する環境に適切な行動を作り出し実践するための認知的・行動的・自己制御的な手段を獲得することである。(Bandura, 1982-1989)
 → エリス(Ellis, A.)のABC理論を参考に、認知症の症状がみられる状況を客観的に整理する力をトレーニングする。

認知症高齢者の介護者を対象とした先行研究で効果が認められた介入をこの情報源に当てはめると、遂行行動の達成に当てはまる介入がまだ十分に評価されていないことがわかりました。遂行行動の達成を通じて自己効力感を発達させることは、持っている習慣を変更し、変化する環境に適切な行動を作り出し実践するための認知的・行動的・自己制御的な手段を獲得することが必要であるとの指摘から、認知症の症状が見られる状況を客観的に整理する力をトレーニングすることを骨子として、プログラムを作成し、評価することとしました。

【スライド-4】

本研究の目的は、認知症高齢者の家族介護者を対象とした、認知症介護自己効力感向上プログラムの効果を検討することであり、今回の助成においては、介入前と介入終了2ヶ月後の変化からプログラムの長期効果を評価することとしました。

研究デザインは介入群と対照群を置いた比較試験です。対象者は4つの居宅介護支援事業所の利用者の家族で、スライド下部に記載した4つの条件を満たした、介入群32名、対照群25名の計57名としました。

スライド-4

研究目的

認知症高齢者の家族介護者を対象とした認知症介護自己効力感向上プログラム(SE向上PGM)の効果を検討する。
本研究では介入前と介入2か月後の変化からSE向上PGMの長期効果を評価した。

研究方法①

- ▶ 研究デザイン: 介入群と対照群を置いた比較試験
- ▶ 研究対象者: 4つの居宅介護支援事業所の利用者の家族で条件を満たした 介入群32名、対照群25名

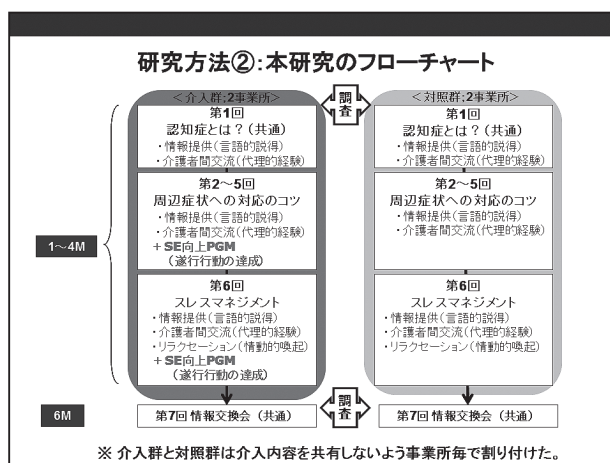
<条件> ① 利用者の主介護者で、この企画の参加を希望する。
② 職員からの説明や会話の理解ができる(認知症の疑いがない)。
③ 心身状態が健康である(ターミナル、急性期疾患治療中でない)。
④ 利用者は認知症高齢者の日常生活自立度判定Ⅱ以上である。

【スライド-5】

次に、本研究のフローチャートを示します。介入群と対照群は介入内容を共有しないように、事業所ごとに割り付けました。プログラムは第1回と第2回以降の認知症に関する情報提供と介護者間交流、またリラクゼーション体験に関しては、両群に共通して提供しました。加えて介入群には自己効力感向上プログラムを実施しました。

調査は介入前と、全6回の介入が修了した2ヶ月後に実施しました。

スライド-5



【スライド-6】

次に評価方法と内容です。

評価方法は、対象者の質問紙調査による評価としました。

内容はこれらの属性と、一次アウトカムとして介護自己効力感を評価しました。この尺

度は3つの下位尺度を持ち、下位尺度ごとに評価をします。また、二次アウトカムとしてBPSDの出現数と負担感、介護負担感、抑うつ、認知症の知識量を評価しました。

【スライド-7】

結果です。

まず対象者の特徴ですが、介入群は平均年齢が64.8歳、対照群は65.1歳でした。また、両群とも女性が多いのが特徴でした。

さらに両群間で統計的に有意差が認められた属性は利用者の認知症高齢者の自立度で、介入群はⅡが多いのに対し、対照群はⅢ以上が最も多いという結果でした。

【スライド-8】

次に、アウトカム得点の変化について、統計的に有意な差が認められたものを示します。群内の得点変化はt検定で、プログラムの効果は基本的属性である年齢と性別、群間で統計的に有意差があった認知症高齢者の自立度判定基準を共変量とした共分散分析で結果を示しました。また、色が薄いほうが介入群、濃いほうが対照群になります。

まず介護自己効力感の下位尺度の結果です。得点範囲は0から100点で、得点が高いほど自己効力感が高いと判断します。

統計的に有意差が認められたのは、休息を得る自己効力感と認知症の症状に対応する自己効力感で、まず休息を得る自己効力感では介入群が58.6点から65.7点と得点が上昇しており、群の効果が認められました。また、認知症の症状に対応する自己効力感では介入群が47.9点から57.9点に得点が有意に上昇し、同様に群の効果が認められました。

スライド-6

研究方法③: 評価方法と内容

> 評価方法: 対象者の質問紙調査による評価

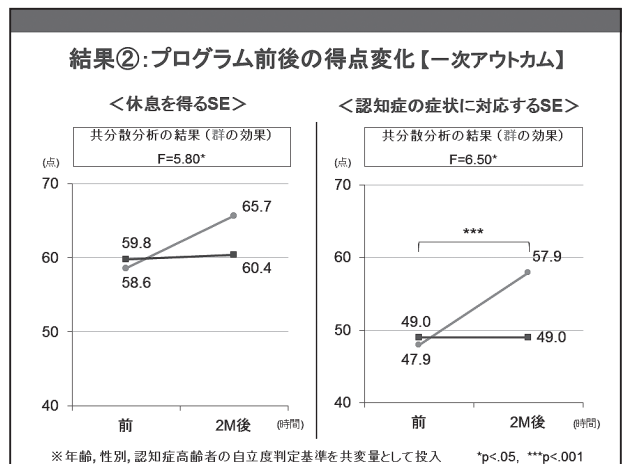
内容	項目および測定尺度	
属性	介護者 利用者	年齢, 性別, 学歴, 統柄, 主観的健康, 介護協力者有無等 要介護度, サービスの利用等 (ケアマネより) 日常生活自立度, 寝たきり度
一次アウトカム	介護自己効力感(SE): 日本語版RSCSE 15項目	
	SE-Obtaining Respite SE-Responding to Disruptive Patient Behaviors SE-Controlling Upsetting Thoughts	休息を得るSE 認知症の症状に対応するSE 思考をコントロールするSE
二次アウトカム	BPSDの出現数と負担感 介護負担感 抑うつ 認知症の知識量	日本語版NPI-Q 12項目 日本語版Zarit 8項目 GDS 5項目 日本語版ADKS30項目

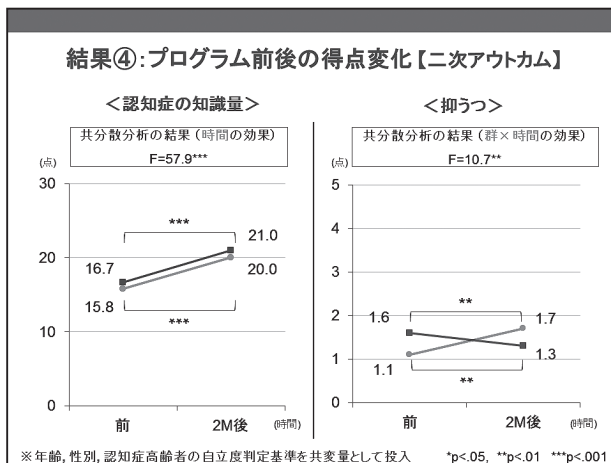
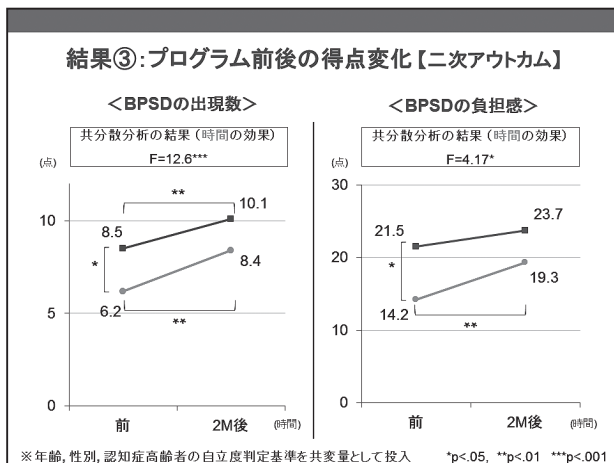
スライド-7

結果①: 対象者の特徴

平均(SD)	年齢, 歳	介入群 n=32	対照群 n=25	p値
n(%)	介護期間, 年	5.3(6.0)	4.3(3.2)	.39
	性別, 女性	29(90.6)	18(72.0)	.08
	利用者との統柄, 「実父母」	16(50.0)	8(32.0)	.17
	利用者の認知症高齢者の自立度, Ⅱ	21(65.6)	9(36.0)	.03
	Ⅲ以上	11(34.4)	16(64.0)	
	利用者の寝たきり度, J	11(34.4)	21(84.0)	.18
	A	13(40.6)	11(44.0)	
	B	7(21.9)	5(20.0)	
	C	1(3.1)	1(4.0)	
	利用者の要介護度, 要支援1~要介護2	22(68.8)	21(84.0)	.18
	利用サービス, デイサービス・デイケア	26(81.3)	24(96.0)	.12
	ショートステイ	14(43.8)	8(32.0)	.27

スライド-8





【スライド-9】

次に、二次アウトカムの結果です。

まずBPSDの出現数です。得点範囲は0点から12点で、得点が高いほどBPSDの症状がみられることを示します。

介入前の段階では介入群よりも対照群のほうがBPSDが多く認められました。また、介入前に比べると介入2ヶ月後に両群ともBPSDの出現数が有意に上昇しており、時間の影響が認められました。

BPSDの負担感も得点範囲が0から60点で、得点が高いほどBPSDに負担を感じている事ことを示します。出現数同様に介入前の段階で群間に差が見られました。また介入群では介入前に比べると、介入2ヶ月後に負担感が有意に増しており、共分散分析の結果、時間の影響が認められました。

【スライド-10】

次に認知症の知識量についてです。

得点範囲は0点から30点で、得点が高いほど認知症の知識量があることを示します。こちらに関しては、両群とも介入前に比べて介入2ヶ月後に有意に得点が増加しており、時間の効果が認められました。

最後に抑うつについてです。

得点範囲は0から5点で、得点が高いほど抑うつ傾向であることを示します。カットオフポイントは2点で、2点以上になると抑うつ傾向であると判断します。介入群は1.1点から1.7点に上昇していましたが、対照群は1.6点から1.3点に低下しており、群と時間の影響が認められました。

【スライド-11】

まとめです。

介護自己効力感は、介入群が対照群に比べて、休息を得る自己効力感と認知症の症状に対応する自己効力感が向上し、群による効果が認められたことから、自己効力感向上プログラムが介護自己効力感の向上に役立つと示唆されました。

また、BPSDの出現数と負担感は両群ともに増加し、時間による影響が認められたことから、利用者の認知症の症状が進行したと考えられました。

認知症の知識量は両群ともに増加し、時間による効果が認められたことから、両群に共通して提供した認知症に関する情報提供が適切であったと考えられました。

抑うつは介入群では増加しましたが対照群では軽減しており、群と時間の影響が認められました。カットオフポイント内の正常範囲内の変化ではあるものの、抑うつに影響を与えた要因については、今後さらなる検証が必要であると考えられました。

【スライド-12】

最後に本研究の限界として、本研究では対象者を事業所ごとに割り付けましたが、事業所数が少ないために無作為化とまでは言えず、対象者の特徴に差が生じました。分析には差を考慮しましたが、結果に影響を与えた要因が他に潜在した可能性が考えられました。

また、介護者への質問紙調査で本プログラムの効果を評価しましたが、今後は利用者への波及効果について客観的に検証する必要があると考えました。

本プログラムの活用にはさらなる検証が必要ですが、介護者の介護自己効力感の向上と定着に一定の効果を持つことが示唆されました。

今後は、長期間に及ぶ介護にどのような影響を与えるかについて、さらなる検証をしていきたいと考えています。

最後になりましたが、本研究を実施するにあたり助成をいただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団の皆様に厚く御礼申し上げます。

スライド-11

まとめ①:プログラムの長期効果評価

- ◆ 介護自己効力感は、**介入群**が対照群に比べて、休息を得る自己効力感と認知症の症状に対応する自己効力感が向上した。
→ SE向上PGMが介護自己効力感の向上に役立つと示唆
- ◆ BPSDの出現数と負担感は、**両群**とも増加した。
→ 利用者の認知症の症状が進行した可能性あり
- ◆ 認知症の知識量は、**両群**とも増加した。
→ 両群への認知症に関する情報提供が適切であった
- ◆ 抑うつは、**介入群は増加したが、対照群は軽減した**。
→ 正常範囲内での変化であったが、抑うつに影響を与えた要因を検証する必要性あり

スライド-12

まとめ②:本研究の限界

- ◆ 対象者を事業所毎に割り付けたが、事業所数が少ないために無作為化とは言えず、対象者の特徴に差が生じた。
→ 結果に影響する要因が他に潜在した可能性あり
- ◆ 介護者への質問紙調査でSE向上PGMの効果を評価した。
→ 利用者への波及効果を客観的に検証する必要性あり

結論

SE向上PGMの活用には更なる検証が必要だが、介護者の介護自己効力感の向上と定着に一定の効果を持つことが示唆された。今後は、介護者のニーズに応じたPGMが、長期間に及ぶ介護にどのような影響を与えるかを検討する必要がある。

質疑応答

会場： ご発表の中で、認知症の症状の進行や介護者の心境の変化が推察されたということだったので、もしかしたら、数値以外にも何か研究の過程で、心の中が変わっていくようなナラティブの実例がおりではないかと思われました。今の数値の説明の裏側に何かドラマのようなものがあつたら、お知らせいただきたいと思ひます。

丸尾： 今回の結果に関しては、一次アウトカムに関しては自分が期待した評価が出たのですが、二次アウトカム、特に抑うつに関しては、介入群の方があまり良くなつたのではないかという結果が得られました。この結果を考察するにあつては、今ご意見いただいたような質的な部分というものも合わせてデータとして取つておりますが、今回の発表では割愛させていただいております。

また、利用者さんの転帰というところでは、ご報告はしていないのですが、入所であつたりとか、自宅で介護をするというベースが少し対照群のほうが下がつたという事実があります。実際に対照群の介護者の話題の中で、やはり施設に入ることに対して「ほつとしている」というような意見があつたのですが、加えて介入群のほうはまだ自宅で頑張つてゐるご家族の方が多くて、どうしたらうまく在宅生活を乗り越えられるかというところが、最後までずっと討論の話題になっていました。対照群のほうは比較的「どうしたら入所できるか」というような話題に移つていったという経過がありましたので、そこをもう少し結果に反映できるといいなと感じてゐるところです。十分な説明にはなつていないかもしれませんが、以上になります。

会場： 最後の結果で、負担感とか抑うつでは、残念ながら望んでゐた結果が今回見られなかつたと考察されておられましたが、おそらくもう少し時間をかけて取られたら、何か良い結果が出るかなと期待するところです。

それに関して、少し感じたことを質問させていただきたいのですが、モデルとしては自己効力感が高まってくることで、最終的には介護されてゐる方の負担感や抑うつがある程度は防げるのではないかと考えておられると感じました。今回群間比較を中心に行つてゐるのですが、おそらくもう少しデータを取られて、解析モデルで、まずそのプログラムによって自己効力感が上がつていって、次の検証で自己効力感を調整した時に抑うつとか介護負担感がどうなつてゐるかという、自己効力感を媒介変数みたいに使つたようなモデルを検証されたら良いのかなと思ひました。おそらく今回は対象者数の問題で難しかったのかなと勝手に思つてしまつたのですが、そのあたり、ご苦労された点がありましたら教えていただくと幸いです。

丸尾： 今、ご指摘いただいたように、今回は対象者が少なく十分に解析ができない人数であつたため、様々な解析ができなかつたという現状があります。ただ一つ一つ、

事例に関してグラフで検証はしており、やはり自己効力感が高まることによって抑うつが下がっているというようなケースもございました。もう少し症例数を重ねて、データとしても明らかにできるようにしていきたいと思っております。

会場： 認知症の進行について、スターティングポイントで比較されていたと思うのですが、進行についてエンドポイントを取れなかったのかということが1つと、あと、事業者の支援内容も事業所ごとで分けてしまうと個別性が出てくるのではないかという点が気になりました。また、認知症の認定ですが、対照群のほうが重かったということですが、ⅡというレベルとかⅢというレベルというのは、数値で判断しにくい。ケアマネさんなどはなさっているのですが、実際の介護者の負担感というのは、ⅡとⅢで2倍になるのか、3倍なのかというあたりがかなり違ってきます。認知症の方の内容についてももう少し細かく取ることは研究上可能なのかということについて、伺いたいと思います。

丸尾： まず、エンドポイントのところで介護度が異なるかということに関しては、実際には把握をさせていただいています。今回は発表していないのですが、結果的には、認知症のⅡ、Ⅲというレベルに関しては両群でほとんど差はなかったという状況がありましたので、そこも今後は影響としてみていく必要があると感じています。

あと、サービスの内容が施設間で異なるというのは、確かにご指摘の通りかなと思います。それも今回の限界ではあると思うのですが、今回は4つの事業所を2つ・2つに分けたというところがありますので、今後はやはり施設数の拡大をして、そのサービスの差がないというところも加味していかないといけないと思っています。

最後に言っていただきました、介護者の現状の細かいところがどこまで取れるかということについては、今回に関しては、介護者の評価、介護者からみた視点での評価というところを中心にさせていただきましたが、今後は専門職者により実際にどのように利用者さんの認知症の症状が変化したかというところを客観的に評価していかないといけないと思っています。今回使用した認知症の症状に関する尺度についても、専門職から評価する場合と家族から評価する場合では差が出るというご指摘もありますので、やはりもう少し専門職者が介入して公平に評価をしていくことが今後は必要になってくるかなと考えています。

座長： ちょっと私から指摘したいことが、いくつかあります。

1つは、先ほどから皆さんがご指摘のように、まだ事例が少ないから、もしかすると、もう少し数を増やしていくと有意差が出てくる可能性もありますね。この有意差の検定は正規分布の数字を取っていますよね。正規分布だととても無理な状態だと思うのです。もう少し増やすとかt分布だけでやってみるとかをすると、せっかくの研究の成果がもう少しはっきりと出てくるのかなという感じがします。それからもう1つ、家族による介護というところが決め手ですね。例えば自己効

力感ということに対して、家族の場合とプロの介護施設の人達との差をみてみるというのはすごく重要です。効力感というのは難しい言葉ですが、要するに「やった！」という感じですよ。家族だから、同じことをやって同じ結果が出て、それが高まらないのか。あるいは逆に、専門家には大したことのないことが、家族だともものすごく満足感につながるということがあるのではないかと。また、この自己効力感のところ、ある結果を出すと言うのですが、何を求めているかというところが重要だと思うのです。私も7年ぐらい認知症の母親を見に行ったりしていたのですが、やはり何をしたいかということに対する期待感が、全然プロの人達と違う。従って、同じ結果が出て満足できない。あるいは、プロから見ると大したことのない事に、ものすごく達成感を感じるというようなことが、ずいぶんあると思います。それを正確に定義をしないと、ちょっとこの自己効力感の測定というのは問題があるのではないかなという感じがしますね。

私の体験から言うと、それは親子関係とか家族関係をどう見るかという哲学ですよ。私は、それに気がついた途端に、何をやっても達成感を感じたのです。6年ぐらい、いつもおふくろの処に行き、帰りはいやな気持ちをしていたのだけど、それにはっと気がついてから、ものすごく「あ、これでいいんだ」と。人生が明るくなった体験があるのです。その辺のところまで突っ込まないと、認知症の人の介護をする側の問題解決というのは非常に難しいと思うのです。気付くと簡単なだけども、気づかないとなかなか適切な解決策は出てこないのではないかなという感じがするのです。

それだけにこれは非常に大切な研究だと思いますので、頑張ってください。