

# 認知症高齢者の家族介護に関する研究

— 家族介護者の語り分析を中心に —

許 東升・辻丸 秀策

## Research on family care for the elderly with dementia — Focusing on narrative analysis of family caregivers —

Dongsheng Xu, Shusaku Tsujimaru

### 要旨

認知症高齢者の増加とともに、認知症高齢者の介護問題も日々深刻化している。その中でも特に、自宅で生活している認知症高齢者の介護問題は喫緊の課題である。また、認知症高齢者本人の在宅生活の継続について、本人への支援だけでなく、家族介護者への支援も重要と考えられる。

本研究は、認知症高齢者の在宅介護の3事例を取り上げて、認知症高齢者が在宅生活の継続を実現するための課題について明らかにすることを目的とした。その結果：①心身負担、②家族介護者、特に男性介護者への支援の不足、③社会支援の不足、以上3点が、認知症高齢者の継続的な在宅生活維持に影響を与えることを明らかにした。その結果を踏まえ、今後、認知症高齢者の在宅生活を実現するには、①家族介護者特に、男性介護者への支援の強化、②経済的困難を抱える認知症家族への支援の強化、③社会支援の充実という3項目が重要であることを示唆した。

キーワード：認知症高齢者、家族介護者、在宅介護、介護負担要因

## I. 研究の背景と目的

周知されているように、日本は長年に亘り世界有数の長寿国となっている。世界銀行(2021)によると、2019年までに、日本人の平均寿命が84.3歳となり、過去最高を更新した。長寿を誇る一方、高齢者人口が急激的に増加している。それに伴い認知症高齢者の人口も急増し、認知症高齢者の介護問題が非常に深刻な課題となっている。

朝田ら(2013)は、全国の65歳以上の認知症高齢者数は2012年時点で462万人と推定された。また、二宮(2015)は、2025年には700万人を超えるとしている。一方、厚生労働省(2012)により、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者は、2020年には410万人、2025年に470万人に達するが報告されている。また、2010年9月まで、認知症高齢者居場所別内訳によると、居宅が140万人(50.0%)、介護老人福祉施設が41万人(14.6%)、医療機関が38万人(13.6%)、介護老人保健施設等が36万人(12.9%)、グループホームが14万人(5.0%)、特定施設が10万人(3.6%)で、総数280万人の半数が居宅であると同報告書も報告されている。すなわち、多くの認知症高齢者が長期間にわたり家族により自宅で介護をされている。

こうした背景の中で、多くの研究において家族介護者が過重な介護負担を担っていると報告している。家族介護者の介護負担感に関連する要因は、被介護者の認知症の重症度、認知機能障害(中谷ら1989; Tremontら2006)、認知症による行動・心理症状(Behavioral and Psychological symptoms of Dementia: 以下、BPSDと略す)(丸山ら2005; Meilandら2005; 小澤2005)、日常生活活動(Activity of Daily Living: ADL)能力の低下(Tremontら2006; Davisら2005)などが挙げられている。

一方、家族介護者側の要因としては、年齢(中谷ら1989)、女性、教育レベル(小澤2005)、1日の介護時間や健康状態(佐伯ら2008)、うつ状態や不安などの精神的疲労感(鷲尾ら2005; Grunfeldら2004)、家族関係(Tremontら2006)、介護期間、家庭の経済力、副介護者の有無、利用できるサービスの有無(西村ら2008; 黒澤2011; 藤原ら2011)等であると報告している。さらに、Meilandら(2005)は介護者の介護負担感などの否定的評価は、被介護者の施設入所の主な要因であると報告している。

本研究では、認知症高齢者の在宅生活について、在宅での生活継続を実現するための課題について明らかにすることを目的とした。その理由は、認知症高齢者の継続的な在宅生活について、心身機能が低下して在宅生活が困難な場合でも直ぐに施設や病院への入所入院に移行するのではなく、可能な限り住み慣れた地域でその人なりの在宅生活が継続できるような環境の構築が非常に重要であると考えた。

また、男性介護者、老老介護、介護負担・ストレス、経済困難、地域とのつながりが、ない、支援がないなどの諸条件(状況)を取り上げながら、在宅生活の継続が可能になる前提条件や付随的条件は何かについて、認知症高齢者を取り巻く各種環境、例えば、公的支援、介護保険・サービスの情報提供、家族・親族関係、近隣関係、経済的問題、認知症の現れ方、社会支援などの視点から検討した。

## II. 調査対象と方法、分析方法及び倫理的配慮

### 1. 調査対象と方法

認知症の人と介護家族を支える会の会員3名を対象に、家族の会のプライバシーが確保できる個室にて、1名あたり60分から30分程度のヒアリング調査を実施した。調査期間は2017年9月13日であった。

### 2. 調査項目

本調査は、以下の①～③で構成されている。

- ①被介護者の基本属性（年齢、性別、要介護度、認知症の種類及び主な症状）。
- ②介護者の基本属性（年齢、性別、健康状況、被介護者との続柄、経済状況、認知症介護年数、副介護者の有無）。
- ③認知症介護の現状と課題（認知症ケアに至った経験、介護サービスの利用状況、介護負担の要因）。

### 3. 分析方法

本研究においては、家族介護者の在宅介護困難要因に着目し、K. クリップペンドルフ(1989)が開発した内容分析手法を参考に類型化を進め、コード化、サブカテゴリー化を行い、抽象度の高いカテゴリーとなるよう修正を繰り返し生成した。なお、語りの内容をノートの記録やテープの録音から逐語記録を作成し、以下の手順で、内容分析手法を参考しながらカテゴリー化を行った。

- 1) 逐語記録にした語り内容は、内容要素によってデータを抜き出し、2つ以上の内容を含まないようにデータを区切り、これを基本データとした。
- 2) コード化の過程において、内容や表現、認知状態の同じコードを1つのまとまりとし、データの文脈に立ち戻りながらまとまりを比較して、類型化を行った。
- 3) 中心となる内容を反映させ抽象度の高いコードとなるよう、修正を繰り返して生成していった。
- 4) 事例Aから事例Cまで単独でコード化を進め、それぞれに抽象度の高いコードを抽出した後、統合させ、本来の語りの内容から反しないように考慮しながら、カテゴリーの生成を行った。

### 4. 倫理的配慮

認知症の人と介護家族を支える会の会員3名に対し、本研究の目的と意義、調査への協力は本人の自由意志であり、同意後も調査の中止や同意の撤回をすることができ、それによる一切の不利益が生じることがない。また、得られたデータについては、個人情報保護のため匿名加工を行い、学術的な用途のみで使用する。さらに、データは2028年3月25日まで10年間は、鍵付きのロッカーに保管し、保存期間終了後に、適切な方法で廃棄する。上記

の内容を口頭で説明し、3名の会員から口頭同意を得た。また、本調査の実施にあたっては、認知症の人と介護家族を支える会の会長の同意も得た上で実施した。

### Ⅲ. 調査結果

#### 1. 被介護者の基本属性

表1に被介護者の背景を示す。被介護者の性別については、女性が2人であり、男性が1人であった。年齢については、事例Aは82歳、事例Bは76歳と事例Cは96歳であった。要介護度については、事例AとCは要介護3であり、事例Bは要介護2であった。認知症の種類については、事例AとCはアルツハイマー型認知症であり、事例Bは前頭側頭葉認知症（特有な人格変化と粗暴を中心とした行動異常を伴う）であった。被介護者の平均年齢は84.7歳であった。

表1 被介護者の基本属性

項目	A	B	C
年齢	82	76	96
性別	女性	男性	女性
要介護度	要介護3	要介護2	要介護3
認知症種類	アルツハイマー認知症	前頭側頭葉認知症	アルツハイマー認知症
主な症状	幻聴・幻視/被害妄想	暴力・暴言/夜不穏	夜間せん妄状態

#### 2. 介護者の基本属性

表2に介護者の背景を示す。介護者の性別については、男性介護者が2人であり、女性介護者が1人であった。年齢については、事例Aの介護者は85歳（老老介護）、事例Bは70歳（老老介護）、事例Cは60歳であり、平均年齢は71.7歳であった。介護者の健康状況については、事例Aの介護者は要支援1であり、事例Bは要支援非該当、事例Cも要支援非該当であった。被介護者との関係については、事例AとBは配偶者であり、事例Cは実息子である。経済状況については、事例AとCは、厚生年金受給であり、事例Bは国民年金受給であった。認知症ケアの経験年数については、事例Aは1年、事例Bは3年半、事例Cは10年であった。さらに、副介護者の有無については、3事例とも介護協力する副介護がない状況であった。

表2 介護者の基本属性

項目	A	B	C
年齢	85	70	60
性別	男性	女性	男性
健康状況	要支援1	要支援非該当	要支援非該当
被介護者との続柄	夫婦(85)	夫婦(70)	実息子(60)
経済状況	厚生年金	国民年金	厚生年金
認知症介護年数	1年	3年半	10年
副介護者の有無	なし	なし	なし

### 3. 認知症ケアに至った経緯

事例Aについては、介護者は定年してから、家の近くにあるスーパーでアルバイトをしていた。2017年2月からAが非常に深刻な物忘れが始まり、病院で診査を受けてアルツハイマー型認知症と診断された。Aの認知症状は進行が早いため、2ヶ月後に入院し、退院時にはすでに寝たきり状態になった。Aが退院してから介護者はスーパーのアルバイトをやめて、自宅での介護が始まった。

事例Bでは、2012年ごろから様子がおかしくなって、認知症状が出始めた。同年度に交通事故に何回も遭うようになった。また、2015年頃から老人性のうつ状態となり、夜は不眠となった。その以降、情動のコントロールが効かず、暴言暴力、介護抵抗が強まり、自宅で対応できなくなり、2016年に一回目の入院をし、前頭側頭葉型認知症と診断された。1ヶ月半の入院治療を受けて、Bの認知症状の状態が穏やかになり、帰宅願望が非常に強くなったため、一旦は自宅に帰ったが、人格の変化、不機嫌、介護抵抗、粗暴のため介護者が対応できなく、現在は2回目の入院をしている。

事例Cでは、Cが2004年に「ボーエン病」という悪性腫瘍を患っていたため入院手術をした。2006年に眼底出血し、また入院手術をした。2007年にその後、Cの様子が急に変わってきた。自分が何処に居るのかわからなくなったり、入院している病院名がわからず全く違う病院名を言ったりするため、専門病院で診察を受け、アルツハイマー型認知症と診断された。それから、介護者が約10年間の在宅介護をしていたが、2015年にCの入浴事故により、介護者が介護限界となり、在宅介護の破綻を招き、Cを家の近くにある病院に入院させた。

### 4. 介護サービスの利用状況

事例Aでは、高齢者の介護者が介護負担を軽減するため、Aにデイケアを利用させたかったが、Aの被害妄想など認知症の周辺症状（以下、BPSDとする）が原因でデイケア利用を断られた。その後に、地域包括支援センターに相談し、週2回の訪問介護が始まったが、介護者の健康状況やAの要介護度と認知症自立度から判断すれば、支援内容は不十分であった（ケアプラン見直しが必要であった）。

事例Bでは、Bが自宅にいる間に週3日、2泊のショートステイを利用していた。しかし、Bは、前頭側頭葉認知症であるため、暴力・暴言などのBPSDにより自宅介護ができなくなり、まずはBPSDへの対応が優先され専門病院への入院となった。しかし、BPSDがある程度に落ち着いた場合、自宅での介護となるわけであるが、介護者及び被介護者夫婦は国民年金生活者であり、経済的に余裕がなく、十分な介護サービスを利用することができない不安も強かった。以前利用していたショートステイ先から「ショートステイは待ちが多く、すぐに入所ができない」と言われこともあり、退院後も続くBPSDのためBを病院に再入院させていた。

事例Cでは、Cが2007年に退院してから2015年まで、家の近くにあるデイサービスセンターで、サービスを利用していた。2015年にCの入浴事故により、介護者が在宅介護に絶望し、Cを病院に入院させた。

## 5. 認知症介護負担の要因

前述したように、K. クリップペンドルフ（1989）が開発した内容分析手法を用いて、介護者が語った在宅介護の困難要因に着目し、分析を試みた。分析結果は表3に示した。以下、カテゴリーは《 》、サブカテゴリーは〈 〉で表示し、研究対象者の生データは「 」で記載している。

その結果、3カテゴリー、7サブカテゴリーと20コードが抽出された。カテゴリーとしては《心身負担》《経済負担》《社会支援の不足》が抽出された。

表3 在宅介護困難要因

サブカテゴリー	カテゴリー
被介護者の認知症状 介護による身体負担 副介護者がいない 被介護者状態の悪化	心身負担
経済的困難によりサービス利用の制限	経済負担
介護保険仕組みへの理解不足 サービスが介護ニーズに応えない	社会支援の不足

### 1) 《心身負担》

「急に暴言が出て、たまに、私を殴ろうとします。本当に怖いですよ」、「近所の人がきたら、家内は『その人が私を殺しにきた』と言ってしまい、近所の人だんだん来なくなった」、「母は自分がどこにいると分からなくなる」、「外に出たら、帰ってこれない」、「夜になると、興奮し始め、大きい声を出す」と、被介護者の認知症状が出るときに、介護者に多大な精神負担を与えるだけでなく、近隣との交流もだんだん乏しくなることが語られており〈被介護者の認知症状〉が抽出された。

「母はベッドからトイレや車椅子への移動ができず、介助は身に応えます」、「私も高齢者ですし、体力はそんなにないね」、「家内は寝たきり状態なので、介護は本当に大変ですよ」と、身体残存機能が乏しい被介護者への身体介護は、介護者にとって、非常に大変なことが語られており〈介護による身体負担〉が抽出された。

「手伝ってもらう人がいれば、だいぶ助かりますね」、「日常生活世話と介護は全部私1人です、誰かに助けてもらいたいです」、「娘も一緒に住んでいるけど、仕事のためにあまり協力できなかった」と、介護者全員が1人で介護をしていることが語られており〈副介護者がいない〉が抽出された。

「とにかく、これ以上に進まないでほしい」、「寝たきりになったら、私1人で絶対無理です」と、介護者は被介護者の認知症症状及び要介護度が進行しないしてほしい等が語られており〈被介護者状態の悪化〉が抽出された。

### 2) 《経済負担》

「介護サービスをいっぱい利用したいのですが、うちは年金生活なので、そんなに利用できませんよね」、「医療保険が介護保険より安いです」と、収入の制限により、サービスの利

用が制限されることが語られており〈経済的困難によりサービスの利用制限〉が抽出された。

### 3) 《社会支援の不足》

「最初は、介護保険制度については全く知りませんでした」、「介護申請をしたら、介護サービスの利用ができることが知らなかった」と、介護保険制度への理解が不足であるため、介護サービスも利用できなかったことが語られており〈介護保険仕組みへの理解不足〉が抽出された。

「今、週2回ホームヘルパーに来てもらっているけど、もうちょっと増やしてほしいです」、「ショートステイは待ちが多く、すぐ入れないから、病院に入院しかできない」、「振替えてみると、週2回のデイサービスは少なかった」と、サービスの利用回数を増やしたい、サービスの活用できなかったなど介護ニーズにできていないことが語られており〈サービスが介護ニーズにこたえない〉が抽出された。

## IV. 考察

本研究の結果、家族介護者の語りの分析により、《心身負担》《経済的負担》《外部支援が足りない》の3カテゴリーが抽出され、在宅介護の困難要因が明らかとなった。

### 1. 心身負担

《心身負担》においては、〈被介護者の認知症状〉、〈介護による身体負担〉、〈副介護者がいない〉、〈被介護者状態の悪化〉で構成されている。

〈被介護者の認知症状〉、〈介護による身体負担〉、〈被介護者状態の悪化〉については、事例A、Bは、被介護者が深刻なBPSDがあり、介護者が対応困難であり、大変な精神負担に生じている。また、事例A、Cは、被介護者が重度な要介護状態であり、日常介護においては、介護者に大きな身体的負担を生じさせている。Tremontら(2006)、Davisら(2005)は被介護者の日常生活活動(ADL)能力の低下や問題行動の出現が、介護負担感を増大させると報告している。本研究も先行研究を追認することになった。また、本研究では老老介護、男性介護者の視点から考えれば、被介護者の認知症状及び状態の悪化等が介護者にさらに高い心身負担を与えたと考えられる。

〈副介護者がいない〉については、本研究の3事例とも、主介護者をサポートする副介護者がおらず、介護者は身体的・精神的負担によりストレスが生じやすく、在宅介護の限界になりやすい実態があった。事例A、Bの場合は、介護者も高齢者であり、心身機能の低下より、被介護者への対応力も低下し、在宅介護も当然困難に陥った。事例Cは介護者が高齢者でなくても、介護協力や介護負担を分担できる人がいないため、介護負担・ストレスの解消ができず、結果として介護限界となり、在宅介護は困難を極めた。小澤ら(2005)、藤原(2011)、黒澤(2011)は副介護者の有無が介護負担に与える重要な要素と指摘している。本研究の結果も、あらためて、副介護者の有無が介護負担に与える重要な要素であることを「語りの分析」より示唆していると考えられる。このことから、介護者に協力する副介護者がいない家

族への支援が重要な課題と考えられる。

ところで、松岡ら（2014）は日本人独特の介護者の心情として、家族の面倒は、特に女性がみるという義務感の強さや、家を守るという責任感の強さが女性に押し付けられると指摘しているが、厚生労働省（2016）「国民生活基礎調査」データによると、同居の男性介護者が全体の34.0%と報告されている。厚生労働省（2019）により発表された「国民生活基礎調査」データによると、同居の男性介護は実数にすれば、100万人を優に超え、主たる介護者の35%を占めている。つまり、男性介護者が介護の担い手として増加していることを示していることから、今後男性介護者が不可欠な介護の担い手として期待されていると考えられる。また、小田原（1992）は大牟田市の50人の介護者への面接式アンケート調査結果により、男性介護者が女性介護者に比べて介護時間に手間取り、介護負担がより一層強くなっていることを指摘している。本研究でも、2人の男性介護者が生活面も介護面も様々な課題を抱え、大変苦勞したことが述べられている。このことから、被介護者が継続的な在宅生活を送れるよう、生活や介護を担うのが不得手な男性介護者への支援が非常に重要であると考えられる。

## 2. 経済負担

《経済負担》においては、〈経済的困難によりサービスの利用制限〉で構成されている。事例Bは、介護者及び被介護者夫婦は国民年金生活者であり、給付額の少ない年金では、週3日2泊の介護サービスしか利用できず、本人の状況からみると、決して十分であるとは言えない。また、Bは暴力・暴言など非常に深刻なBPSDがあるため、介護者が過重な心身負担を抱え、在宅介護が非常に困難な状況であった。結果として、介護保険より安い医療保険によるサービスの利用へ転換し、被介護者は入院・退院の繰り返しとなった。大山ら（2001）、西村ら（2008）、藤原ら（2011）は、家庭の経済力が介護負担に与える重要な要素であると指摘している。確かに、良好な経済状況が認知症高齢者本人の状況に応じて、多様な介護サービスが利用できるし、介護者の負担も軽減できると考える。このように、事例Bのような深刻な精神症状を有して、経済的な困難も抱え、在宅介護が極めて困難な介護者に対する支援の重要性が示唆された。

## 3. 社会支援の不足

《社会支援が足りない》においては、〈介護保険仕組みへの理解不足〉と〈サービスが介護ニーズに応えない〉で構成されている。

〈介護保険仕組みへの理解不足〉については、事例Cの介護者が介護保険仕組みへの理解が不十分であるため、介護保険の申請やサービスの活用ができないため、在宅介護の破綻を招いた。そこで、介護保険制度に関する周知が不十分であると考えられる。

また、〈サービスが介護ニーズに応えない〉については、人見ら（2002）は在宅サービスの利用により、介護負担感が改善されると指摘しているが、本研究の3事例では、全員がサービスの利用経験はあるが、被介護者の状況に応じたサービスの利用ができなかったため、介護者に心身負担が生じることが明らかにされた。特に、事例Aは、最初にデイケアの利用を断られ、地域包括支援センターに相談した後に、週2回の訪問介護サービスを利用できる



ようになったが、介護者と被介護者の状況から見ると、適切なサービスが利用できているとはいえない。ここで、専門機関への相談の結果と提供された介護サービス内容の不一致が示された。また、事例 B は、経済的制限により、被介護者の状況に応じて、十分な介護サービスの利用ができなかった。事例 C は、介護保険制度の仕組みについての理解が不十分であるため、介護負担を軽減するための介護保険サービスの活用ができなかった。これらのことから、ニーズに応えるサービスの提供、介護保険制度の仕組みに関する理解を高めることの重要性が示唆された。

さらに、右田ら（2001）は、介護者を孤立させないような社会支援の充実、介護者自身が介護の肯定的側面に気づけるような働きかけ、介護者がよりよい介護経験の積み重ねができるような援助が必要であると指摘している。本研究でも、3事例を通して、「地域包括支援センターとの相談と連携」や「医療機関の利用」、更には各種の「社会資源の活用の仕方」を工夫して、介護者を孤立させないような社会支援の充実が必要であることが強く示唆された。

## 結 語

認知症高齢者の増加とともに、認知症高齢者の介護問題も日々深刻化している。その中でも特に、自宅で生活している認知症高齢者の介護問題は喫緊の課題である。また、認知症高齢者本人の在宅生活の継続について、本人への支援だけでなく、家族介護者への支援も重要と考えられる。

本研究では、認知症高齢者の在宅介護の3事例を取り上げて、認知症高齢者が在宅での生活継続を実現するための課題について明らかにすることを目的とした。その結果、①心身負担、②家族介護者、特に男性介護者への支援の不足、③社会支援の不足が、認知症高齢者の継続的な在宅生活維持に影響を与えることを明らかにした。その結果を踏まえ、今後、認知症高齢者の在宅生活継続を実現するには、①家族介護者特に、男性介護者への支援の強化、②経済的困難を抱える認知症家族への支援の強化、③社会支援の充実という3項目が重要であることが示唆された。

一般的に、今回のような質的研究では、少数の事例を研究対象とするため、一般化した結論を提示することは困難である。そのため、少数事例からの機能学的推論の危うさは残されている。

しかし、今回の研究は、今後の複数の事例研究のメタ・アナリシスに十分寄与し、社会現象についての一般理論を生成することに対する一助になると考える。

いずれにしても、今後は、研究対象・事例を増やし、対象者設定の幅を広げる等の検討を加えることで、より一般化できる分析へと繋げて行きたい。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。なお、利益相反はありません。

## 注

本稿は、2018年に提出した修士論文を基に修正を加えたものである。

## 参考文献

- 1) 朝田隆, 泰羅雅登, 石合純夫, ほか (2013) 「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 平成23年度～平成24年度総合研究報告書」『厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業』  
([http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report\\_Part1.pdf](http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf) アクセス日, 2020年7月15日)
- 2) Davis JD, Tremont G. (2005) 「Impact of frontal systems behavioral functioning in dementia on caregiver burden」『The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences』19 (1): 43-49.
- 3) 藤原和彦, 上城憲司, 小松洋平, ほか (2011) 「在宅認知症高齢者を介護する家族の家族機能と介護負担の関連性分析」『福岡国際医療福祉学院紀要』7: 22-27.
- 4) Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, et al. (2004) 「Family caregiver burden: Results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers」『Canadian Medical Association Journal』170 (12): 1795-1801.
- 5) 人見裕江, 中村陽子, 小河孝則 (2002) 「在宅痴呆性高齢者の介護負担感と介護保険サービス利用に関する研究」『米子医誌』53: 90-98.
- 6) K. クリップペンドルフ (著). 三上俊治, 橋元良明, 椎野信雄, 訳. 『メッセージ分析の技法「内容分析」への招待』東京: 勁草書房, 2006.
- 7) 黒澤直子 (2011) 「認知症高齢者の家族介護者への支援に関する現状と課題」『人間福祉研究』14: 121-128.
- 8) 厚生労働省 (2012) 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について  
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-11d.pdf> アクセス日 2021年7月15日)
- 9) 厚生労働省 (2016) 「国民生活基礎調査」  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/05.pdf> アクセス日 2022年1月10日)
- 10) 厚生労働省 (2019) 「国民生活基礎調査」  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html> アクセス日 2022年1月10日)
- 11) 丸山将浩, 丹治治子, 荒井啓行, ほか (2005) 「痴呆性疾患をもつ介護者における介護負担感と介護サービスの利用状況」『日本老年医学会雑誌』42 (2): 192-194.
- 12) Meiland FJ, Kat MG, Tilburg W, et al. (2005) 「The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference?」『Alzheimer Dis Assoc Disorder』19 (4): 195-201.
- 13) 松岡広子, 村井美紀 (2014) 「認知症高齢者の家族介護者の心情－文献研究が明らかに

- するその経時的様相-」『日本認知症ケア学会誌』12（4）：796-803.
- 14) 右田周平, 服部ユカリ (2001) 「痴呆性高齢者の家族介護の肯定的側面に関する因子構造とその関連要因」『老年看護学』6（1）：129-137.
  - 15) 二宮利治 (2015) 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究；平成26年度総括・分担研究報告書」『厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業』
  - 16) 中谷陽明, 東條光雅 (1989) 「家族介護者の受ける負担--負担感の測定と要因分析」『社会老年学』29：27-36.
  - 17) 西村洋子, 姜菊花 (2008) 「認知症高齢者家族介護者への社会的サポートに関する研究-家族サービスへの評価とストレス-」『広島国際大学医療福祉学科紀要』4：83-110.
  - 18) 内閣府 (2017) 「平成29年版高齢社会白書」  
([https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html) アクセス日2021年8月10日)
  - 19) 内閣府 (2018) 「平成30年版高齢社会白書」  
([https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html) アクセス日2021年8月11日)
  - 20) 小澤芳子 (2005) 「認知症高齢者の介護者による介護評価」『プライマリ・ケア』28（3）：149-154.
  - 21) 小田原弘子 (1992) 「痴呆性老人患者の在宅看護に及ぼす影響の検討-男性介護者の意識と実態調査-」『老年社会科学』14：84-89.
  - 22) 大山直美, 鈴木みずえ, 山田紀代美 (2001) 「家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析」『老年看護学』6（1）, 58-66.
  - 23) 佐伯あゆみ, 大坪靖直 (2008) 「認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究」『家族看護学研究』13（3）：132-142.
  - 24) 鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子, ほか (2005) 「北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討：日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて」『日本老年医学会雑誌』42（2）：221-228.
  - 25) 世界銀行ホームページ (<https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0037712> アクセス日2021年1月14日)
  - 26) Tremont G, Davis JD, Bishop DS (2006) 「Unique contribution of family functioning in Caregivers of patients with mild to moderate dementia」『Dementia and Geriatric Cognitive Disorders』21(3)：170-4.