論文

認知症介護の負担軽減を目指した多職種による短期集中講座の効果

國枝 洋太[1,2], 荒川 千晶[3], 仁王 進太郎[4], 多田 光宏[4], 高橋 希衣[5], 川端 奈緒[4], 浅水 香理[4], 清藤 貴子[4], 山田 拓実[2], 足立 智英[4], 星野 晴彦[4]

Effects of short-term multidisciplinary interventions on caregivers of patients with dementia for reducing burden on caregivers

Yota Kunieda[1,2], Chiaki Arakawa[3], Shintaro Nio[4], Mitsuhiro Tada[4], Kie Takahashi[5], Nao Kawabata[4], Kaori Asamizu[4], Takako Seito[4], Takumi Yamada[2], Tomohide Adachi[4], Haruhiko Hoshino[4]

要約 複数の専門職による短期集中型の介護講座が認知症介護者に及ぼす効果を調査した．対象は講座に参加した認知症介護者 6 名とした．介護講座は講義と実技を含む 8 つのテーマで構成され，計 8 回行った．主要評価項目は Zarit 介護負担尺度日本語版(J-ZBI)，短縮版(J-ZBI_8)，簡易抑うつ症状尺度日本語版(QIDS-SR)であり，全行程開始時と終了時に実施した。副次評価項目は気分と感情の Visual Analogue Scale(気分感情 VAS)6 項目(緊張，抑うつ，怒り，活気，疲労，混乱)を介護講座各回の前後で実施した．気分感情 VAS による即時効果は，認知症患者への接し方や基本動作の介助方法など実践の多いテーマで有意な改善を認めたが，J-ZBI，J-ZBI_8，QIDS-SR による短期効果では，有意な変化がなかった．認知症介護支援を目的とした多職種での短期集中講座では，気分と感情の即時的改善を認めたものの，介護負担感やうつ症状の変化には影響を及ぼさなかった．

Keywords： 認知症，介護負担，多職種，短期集中講座，効果

1. 緒言

現在，わが国の認知症施策では，「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)が策定されている[1]．新オレンジプランの柱の一つに，「認知症者の介護者への支援」があげられ，認知症の人の生活の質の改善だけでなく，家族など介護者の精神的身体的な負担を軽減する取り組みが推進されている．

認知症者の介護者における介護負担は，心配や不安，フラストレーション，疲労等の主観的な負担と，認知症者の示す諸症状あるいは介護者が経験する困難に関連して生じる出来事や活動などの客観的な負担に二大別される[2-4]．特に中等度認知症の介護者にはうつ傾向も認められ，介護者に対する指導や支援が推奨されている[5]．近年では，介護者の心理教育，対応技術のトレーニング，ケースマネジメント，介護者のセルフケアなどに加えて，認知症介護に関する問題解決能力や認知症関連知識，社会資源，感情面の支援などを含む心理社会的介入を行うことで，認知症介護者がより多くの問題に焦点を合わせて社会支援を適応することができ，介護負担の軽減に有益であったと報告されている[6]．よって介護者に対するより多角的視点からの実践指導や基礎知識の学習機会を得ることで，在宅介護場面における専門的で具体的な介護方法を学習するとともに，介護に関する相談機会を定期的に確保することは，介護負担の軽減に寄与するものと思われる．また認知症者に対するケアは，非薬物療法の一つとして認知機能障害や行動・心理症状，日常生活機能の改善を目指す手段であり[5]，認知症の進行を予防するためにも，認知症介護者への指導や精神的サポートは重要である．しかし，認知症疾患治療ガイドライン 2017 における軽度認知障害や軽度認知症者の介

2019 年 6 月 11 日受付，2020 年 9 月 7 日受理

1) 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センターリハビリテーション科
Department of Rehabilitation, Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center
2) 首都大学東京大学院人間健康科学研究科理学療法科学域
Department of Physical Therapy, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University
3) 医療法人社団礼恵会むすび葉クリニック渋谷
Musubiha Clinic Shibuya
4) 東京都済生会中央病院認知症疾患医療センター
Dementia-related Disease Medical Center, Tokyo Saiseikai Central Hospital
5) 慶應義塾大学医学部精神・神経科
Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

護者に対する指導や支援のエビデンスレベルは, 2C とあまり高くないのが現状である[5].

東京都済生会中央病院は，東京都港区の地域連携型認知症疾患医療センターとして，認知症の介護者に向けた情報提供活動を行っている．その一つとして，認知症の介護家族や認知症介護に興味のある方を対象に，2016 年 6 月より「認知症介護支援実践講座」(以下, 介護講座)という一般市民向けの講座を開設した．この講座の目的は，①認知症における介護負担感の軽減，②認知症者の活動量を維持するための介助方法の情報提供の 2 点であった．講師は，理学療法士や作業療法士，管理栄養士，社会福祉士の多職種が担当し，実技を交えた短期集中の実践講座を提供した．

そこで今回，現行の介護講座の効果を明らかにすべく，2016 年度と 2017 年度に開催した介護講座参加者のうち，認知症介護を実際に行っている介護者を対象に，介護負担感やうつ症状での短期効果と，気分や感情面での即時効果を検証した．

2. 対象および方法

2-1. 対象

本研究の対象は，当センターが主催した介護講座への参加同意が得られ，2016 年 6 月から 2017 年 12 月のあいだに介護講座に参加した 22 名のうち，講座開始前に参加をキャンセルした者(2 名)，評価項目のデータ欠損者(7 名)，認知症の介護に興味があるが実際には介護をしていない参加者(5 名), 介護している認知症者がすでに施設入所している介護者(2 名)を除外した，認知症介護者 6 名とした．介護講座参加者の公募方法は，当院ホームページへの掲載，院内掲示板へのポスター掲示，メモリークリニック(認知症外来)主治医からの患者家族への情報提供，地域包括支援センター内における案内ちらしの設置により実施した．

2-2. 認知症介護支援実践講座の内容

当センターが主催した介護講座は，認知症介護者の主観的な介護負担感の軽減，認知症患者における日常生活の活動性を長期的に維持していくための介助・支援方法の情報提供を目的に開催した．介護講座の参加対象者は，認知症患者を介護している家族，認知症介護に興味がある一般住民とした．開催頻度は月 2 回とし，1 回 60 分のプログラムを約 4 ヶ月間にわたり計 8 回実施した(Table 1)．プログラムのテーマは，「①②認知症者の日常生活活動を維持する接し方」(2 回に分けて実施)，「③認知症サポーター養成講座」，「④認知症者の栄養管理と食事環境」，「⑤基本動作の介助方法」，「⑥安定した姿勢と動くための姿勢」，「⑦介護者のための身体障害予防体操」，「⑧まとめ・フリーディスカッション」の 8 つのテーマで構成し，主講師を理学療法士が担当し，テーマにより管理栄養士，社会福祉士，作業療法士，看護師が臨時講師として登壇した．「認知症者の日常生活活動を維持する接し方」は，脳活性化リハビリテーションの原則[7]を取り入れた内容を 2 回に分けて実施し，全てのテーマ終了後の最終回は，「まとめ・フリーディスカッション」とし，参加者が自由に質問や意見を出して理学療法士, 社会福祉士が回答する機会を設けた．各テーマにおいて，60 分を講義 40%，実践・実技 60%の配分で提供することで，実技やレクリエーションなどを通

Table 1.　認知症介護支援実践講座の詳細

開催回	テーマ	参加講師職種	内容
①	認知症者の日常生活活動を維持する接し方 part.1	理学療法士 看護師	参加者自己紹介での笑顔，褒め合い効果の体験
②	認知症者の日常生活活動を維持する接し方 part.2	理学療法士 看護師	レクリエーションを通じた成功体験を増やす工夫と注意点の実体験
③	認知症サポーター養成講座	社会福祉士 看護師	認知症基礎知識の習得と認知症者への声掛けに関するディスカッション
④	認知症者の栄養管理と食事環境	管理栄養士 作業療法士	活動的な生活を維持するための献立メニューの実践，スムーズな食事摂取に必要な環境設定と補助具の実体験
⑤	基本動作の介助方法	理学療法士 看護師	起居動作時および起立・歩行時に介護者，被介護者ともに負担のかからない方法の実習
⑥	安定した姿勢と動くための姿勢	理学療法士	車いす座位，ベッド上側臥位での安定した姿勢ポジショニング体験と，スムーズな動作を促す工夫
⑦	介護者のための身体障害予防体操	理学療法士	座位もしくはヨガマットを使用した，肩こり，腰痛予防体操
⑧	まとめ・フリーディスカッション	理学療法士 看護師 社会福祉士	実際の介護場面で困っていることや各テーマでの疑問，具体的な対処方法のディスカッション，認知症介護に関する相談窓口の紹介

じて実際に聴講した内容を即時に体験することを講座の基本方針とした.

2-3. 評価項目

本研究では，全 8 回の講座前後の変化を短期効果，各テーマにおける直前直後の変化を即時的効果として調査した．短期効果を調査するため，全対象者に講座の開始前と全行程終了時に介護負担感とうつ症状の評価を実施した．介護負担感は，Zarit 介護負担尺度日本語版(The Japanese version of the Zarit Burden Interview, J-ZBI)と短縮版(The 8-item short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview, J-ZBI_8)[8-13]を実施した．なお，J-ZBI と J-ZBI_8 は，国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部の使用承諾を得た上で実施した．ZBI および J-ZBI，J-ZBI_8 は，介護負担度を評価する指標として様々な先行研究で使用されており，介護者への心理社会的教育支援の介入効果を評価する指標としても使用されている．うつ症状は，自己記入式簡易抑 (The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, QIDS-SR) [14,15]を実施した．また即時的効果は，全対象者に各テーマの直前直後に気分と感情の Visual Analogue Scale(以下，気分感情 VAS)を実施した．気分感情 VAS は，緊張，抑うつ，怒り，活気，疲労，混乱の 6 項目についてそれぞれ実施した．VAS は，紙面上に準備した 100mm の直線において，左端を「全くない」，右端を「これ以上ないくらい強い」とし，対象者が現在の状態の位置にチェックした．本研究では，緊張，抑うつ，怒り，活気，疲労，混乱の 6 項目についてそれぞれ回答し，各項目ともに左端からの距離(mm)を測定し，気分感情の程度として採用した.

2-4. 統計解析

統計解析は，IBM SPSS Statistics version 21 を使用し，有意水準を 5%として実施した. J-ZBI, J-ZBI_8, QIDS-SR は，講座開始前と全行程の終了時で Wilcoxon 符号順位検定を実施し，効果量として Cohen's d を算出した．各テーマにおける講座直前直後の気分感情 VAS は，それぞれの項目ごとに Wilcoxon 符号順位検定を実施し，効果量として Cohen's d を算出した．効果量は，先行報告 [16]を参考に，$|d| = 0.20$ を効果量小，$|d| = 0.50$ を効果量中，$|d| = 0.80$ を効果量大として判断した.

2-5. 倫理的配慮

本研究は，東京都済生会中央病院の臨床研究倫理審査委員会の承認(臨 30-28)を得て実施した．介護講座の参加希望者に対して，講座内で得られたデータの匿名化による管理についての事項や関連学会および雑誌への投稿に使用する旨を，講座参加同意書による書面で説明し，同意を得た上で実施した.

3. 結果

対象の基本属性を Table 2 に示す．認知症介護者 6 名の平均年齢は 55.5 ± 標準偏差 10.8 歳で，すべて女性であり，全員在宅介護を行っていた. 被介護者との関係性は，子(娘)が 5 名(83.3%)，配偶者(妻)が 1 名(16.7%)であった．被介護者との同居者は 5 名(83.3%)であり，1 名(16.7%)のみ別居しながらの介護を行っていた．被介護者の認知症病型は，アルツハイマー型認知症 4 名(66.7%)，混合型(アルツハイマー型＋脳血管性)認知症 1 名(16.7%)，病型不明認知症 1 名(16.7%)であり，被介護者の Barthel Index は，中央値 97.5(四分位範囲 63.8-100)点であった．対象における介護講座への参加率は，100(87.5-100)%であった．介護講座終了時に 5 件法で調査した満足度は，「大変満足」4 名(66.7%)，「満足」2 名(33.3%)で，全員が「満足」以上の結果であった.

Table 2. 認知症介護者と認知症者の基本属性

認知症介護者属性	
年齢, 歳	55.5±10.8
性別, n(%)	
男性	0(0.0)
女性	6(100.0)
認知症者との関係, n(%)	
娘	5(83.3)
配偶者	1(16.7)
認知症者との同居	
同居	5(83.3)
別居	1(16.7)
介護講座出席率, %	100(87.5-100)
介護講座満足度, n(%)	
大変満足	4(66.7)
満足	2(33.3)
どちらもと言えない	0(0.0)
不満	0(0.0)
大変不満	0(0.0)
認知症者属性	
認知症病型, n(%)	
AD	4(66.7)
AD+VaD	1(16.7)
病型不明認知症	1(16.7)
Barthel Index, 点	97.5(63.8-100)

平均±標準偏差; 中央値(四分位範囲); n(%);
AD, Alzheimer Dementia,
アルツハイマー型認知症; VaD, Vascular Dementia,
脳血管性認知症

認知症介護者の J-ZBI，J-ZBI_8，QIDS-SR における短期効果を Table 3 に示す．J-ZBI は，受講前中央値 35.0(四分位範囲 23.5-47)点から受講後 37.5(16.5-41.5)点($p = 0.400$, $|d| = 0.29$)，J-ZBI_8 は，受講前 12.5(10-14.8)点から受講後 11.7(7.3-16)点($p = 0.596$, $|d| = 0.15$)とそれぞれ

Table 3.　認知症介護者における受講前後の介護負担度とうつ症状

	Pre		Post		$P^{※1}$	$d^{※2}$
	平均±標準偏差	中央値(四分位範囲)	平均±標準偏差	中央値(四分位範囲)		
J-ZBI, 点	35.3±11.3	35.0(23.5-47)	31.7±14.0	37.5(16.5-41.5)	0.400	0.29
J-ZBI_8, 点	12.3±3.4	12.5(10-14.8)	11.7±5.5	13.5(7.3-16)	0.596	0.15
QIDS-SR, 点	9.2±3.2	10.0(6.3-11.5)	7.5±5.5	7.5(2.3-13.3)	0.400	0.37

※1 Wilcoxon 符号付順位検定; ※2 Cohen's *d* による効果量

J-ZBI, The Japanese version of the Zarit Burden Interview, Zarit 介護負担尺度日本語版; J-ZBI_8, The 8-item short version of the Japanese version of the Zarit Burden Interview, Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版; QIDS-SR, The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度

Table 4.　認知症介護者における気分感情VAS　※1 Wilcoxon符号付順位検定; ※2 Cohen's *d*による効果量

開催回	項目	Pre		Post		$P^{※1}$	$d^{※2}$
		平均± 標準偏差	中央値(四分位範囲)	平均± 標準偏差	中央値(四分位範囲)		
① n=6	緊張	49.8± 16.5	50.5(34.3-61.8)	28.2± 16.7	30.0(17.3-39.5)	0.043	1.30
	うつ	21.5± 18.3	25.5(0-38.5)	7.8± 10.5	3.5(0-17)	0.068	0.92
	怒り	22.5± 22.8	21.0(0-39.3)	6.3± 8.3	2.5(0-15.3)	0.068	0.95
	活気	39.5± 21.7	47.0(23.3-53)	67.7± 18.4	64.0(53.8-79.8)	0.075	1.40
	疲労	54.2± 19.8	49.0(38.3-76.5)	44.8± 19.4	44.5(26-61)	0.463	0.48
	混乱	43.0± 21.2	50.0(20-62)	24.3± 12.2	22.5(16.8-33.5)	0.116	1.08
② n=6	緊張	8.7± 7.9	9.0(0.8-14.8)	2.5± 2.5	2.5(0-4.5)	0.068	1.05
	うつ	17.3± 24.2	3.5(0-47.8)	3.0± 3.8	2.0(0-5.5)	0.068	0.83
	怒り	6.5± 10.4	3.0(0-11.3)	2.7± 2.9	2.0(0.8-4.3)	0.581	0.50
	活気	55.7± 23.0	51.0(42.3-75.8)	82.7± 14.0	83.0(72.8-96.3)	0.027	1.42
	疲労	39.8± 24.6	38.0(17.5-64.8)	12.3± 16.8	2.5(0.8-33.5)	0.028	1.31
	混乱	13.8± 22.0	6.5(0.8-22.8)	5.3± 8.3	2.0(1.5-8.5)	0.345	0.51
③ n=6	緊張	15.2± 24.2	8.0(1-33)	10.0± 14.7	5.0(2-20.5)	0.197	0.26
	うつ	23.8± 30.5	4.0(0.5-57)	25.0± 30.5	6.0(4-55.5)	0.893	0.04
	怒り	9.0± 14.2	3.0(0.5-20.5)	6.2± 5.1	6.0(2-10.5)	0.854	0.26
	活気	54.4± 24.8	56.0(30-78)	71.4± 21.2	79.0(49-90)	0.043	0.74
	疲労	43.8± 33.4	51.0(10-74)	41.2± 24.5	50.0(17.5-60.5)	0.686	0.09
	混乱	27.2± 22.5	18.0(8-51)	11.0± 9.7	6.0(3-21.5)	0.068	0.94
④ n=6	緊張	30.0± 19.6	23.5(17-51.8)	10.7± 15.1	6.0(2.3-16.3)	0.046	1.10
	うつ	20.0± 25.8	7.0(0-51.5)	3.0± 4.4	1.0(0-6.5)	0.144	0.92
	怒り	13.2± 22.1	5.0(0-23.3)	3.2± 4.4	1.5(0-6.5)	0.285	0.63
	活気	48.8± 18.5	46.5(38-58)	54.0± 11.6	50.0(47.3-65.3)	0.715	0.34
	疲労	37.0± 30.6	30.0(12.8-71.3)	32.0± 17.8	39.5(12-44.3)	0.463	0.20
	混乱	28.7± 18.9	29.5(10.5-46.3)	6.8± 4.2	7.0(3.3-10)	0.116	1.60
⑤ n=6	緊張	33.8± 20.1	38.0(13.3-51)	17.2± 20.4	7.0(3-38.8)	0.042	0.82
	うつ	10.7± 19.5	3.0(0-18.5)	7.5± 12.7	3.5(0-12)	0.285	0.19
	怒り	20.8± 17.6	17.5(6-39)	3.5± 4.0	3.0(0-5.8)	0.068	1.36
	活気	46.3± 19.1	50.0(34.3-55.8)	67.7± 31.7	76.5(41-91.8)	0.068	0.82
	疲労	57.0± 23.5	65.0(40.8-73.3)	41.8± 20.8	50.0(20.5-54.3)	0.043	0.68
	混乱	18.8± 17.4	12.5(7.3-32.8)	16.3± 19.1	8.0(2-33.5)	0.285	0.14
⑥ n=6	緊張	22.5± 22.6	17.0(2.3-48.5)	9.7± 9.3	7.0(2.3-18.8)	0.068	0.74
	うつ	13.3± 28.4	1.5(0-22.3)	8.5± 17.5	1.5(0-14)	0.180	0.21
	怒り	19.5± 21.7	15.5(0-37.5)	2.3± 2.7	1.5(0-5.3)	0.066	1.11
	活気	44.5± 20.7	45.0(26-57.3)	70.5± 21.0	75.5(47.8-87.8)	0.028	1.25
	疲労	41.0± 32.2	47.0(3.8-72.8)	34.8± 34.4	27.5(1.5-72.5)	0.223	0.19
	混乱	14.5± 30.3	2.5(0-23.5)	9.8± 19.7	2.5(0-15.5)	0.461	0.18
⑦ n=6	緊張	13.7± 19.1	5.0(0-30)	2.8± 3.9	1.5(0-5.5)	0.109	0.79
	うつ	13.3± 28.4	1.5(0-22.3)	8.5± 17.5	1.5(0-14)	0.180	0.21
	怒り	15.2± 22.7	2.5(0-37.5)	2.3± 2.7	1.5(0-5.3)	0.109	0.79
	活気	44.5± 20.7	45(26-57.3)	65.8± 22.1	61.5(47.8-87.8)	0.043	1.00
	疲労	47.5± 25.5	47(30.5-72.8)	39.2± 34.4	40.5(1.5-72.5)	0.223	0.28
	混乱	14.5± 30.3	2.5(0-23.5)	1.5± 1.8	1.0(0-3.3)	0.102	0.61
⑧ n=6	緊張	14.0± 16.3	7.0(5-26.5)	11.8± 7.9	14.0(4-18.5)	0.893	0.17
	うつ	17.6± 24.6	7.0(3.5-37)	17.6± 18.5	12.0(6-32)	0.500	0.00
	怒り	18.0± 18.6	8.0(3-38)	7.0± 5.9	6.0(1.5-13)	0.285	0.80
	活気	56.8± 19.9	66.0(36.5-72.5)	67.6± 13.2	73.0(56-76.5)	0.176	0.64
	疲労	36.2± 28.4	46.0(6-61.5)	23.8± 21.7	20.0(6.5-43)	0.273	0.49
	混乱	24.4± 25.8	7.0(6-51.5)	20.4± 21.4	10.0(5-41)	0.273	0.17

有意な変化を認めなかった．QIDS-SR は，受講前 10.0(6.3-11.5)点から受講後 7.5(2.3-13.3)点と有意な変化を認めなかった($p = 0.400$, $|d| = 0.37$).

各テーマの直前直後に実施した気分感情 VAS における即時的効果を Table 4 に示す．「①②認知症者の日常生活活動を維持する接し方」のテーマでは，①の緊張($p = 0.043$, $|d| = 1.30$)と②の活気($p = 0.027$, $|d| = 1.42$)および疲労($p = 0.028$, $|d| = 1.31$)で有意な向上を認め，さらに①の抑うつ($p = 0.068$, $|d| = 0.92$)，怒り($p = 0.068$, $|d| = 0.95$)，活気($p = 0.075$, $|d| = 1.40$)，混乱($p = 0.116$, $|d| = 1.08$)，②の緊張($p = 0.068$, $|d| = 1.05$)，抑うつ($p = 0.068$, $|d| = 0.83$)で効果量が大きかった．「③認知症サポーター養成講座」では，活気($p = 0.043$, $|d| = 0.74$)で有意な向上を認め，さらに混乱($p = 0.068$, $|d| = 0.94$)で効果量が大きかった．「④認知症者の栄養管理と食事環境」では，緊張($p = 0.046$, $|d| = 1.10$)で有意な向上を認め，さらに抑うつ($p = 0.144$, $|d| = 0.92$)，混乱($p = 0.116$, $|d| = 1.60$)で効果量が大きかった．「⑤基本動作の介助方法」では，緊張($p = 0.042$, $|d| = 0.82$)，疲労($p = 0.043$, $|d| = 0.68$)で有意な向上を認め，さらに怒り($p = 0.068$, $|d| = 1.36$)，活気($p = 0.068$, $|d| = 0.82$)で効果量が大きかった．「⑥安定した姿勢と動くための姿勢」では，活気($p = 0.028$, $|d| = 1.25$)で有意な向上を認め，さらに怒り($p = 0.066$, $|d| = 1.11$)で効果量が大きかった．「⑦介護者のための身体障害予防体操」では，活気($p = 0.043$, $|d| = 1.00$)で有意な向上を認めた．「⑧まとめ・フリーディスカッション」では，講座の直前直後で有意な気分感情 VAS の変化を認めなかった．

4. 考察

本研究は，認知症介護者の負担軽減を目指して，参加者に対して多職種による短期集中講座を実施し，認知症介護者における介護負担度やうつ症状の短期的効果と，気分や感情の即時的効果を検証した．リハビリテーション医療の視点による認知症患者との接し方や，実技を多く含んだテーマ(基本動作の介助方法，安定した姿勢と動くための姿勢)では，抑うつや怒りの有意な軽減に加えて，疲労や混乱の軽減にも即時的な効果を認めた．しかし主要評価項目である認知症介護者の介護負担度やうつ症状は，受講前後で大きな変化を認めず，本研究の介入は認知症介護者の介護負担度やうつ症状を軽減するための介入としては不十分であったことが考えられた．

介護講座の受講前と受講後で比較した，介護者における介護負担感とうつ症状は，本研究において有意な変化を認めなかった．Brodaty らは，認知症介護者に対する心理社会的な介入を行った結果，介護者の心理的疲労の軽減，介護知識の向上，患者の気分の改善，施設入所までの期間延長に有効だったが，介護負担感の軽減には無効だったと報告しており[3]，本研究と類似した結果を示した．しかし Jensen らは，介護者に対する教育的介入が介護負担の軽減に対して中等度の効果があることを報告している[17]．認知症介護者に対する介入は，自身の年齢や認知症患者との立場の違い，認知症者の状況など，それぞれの社会背景が多様であり，介護者への介入効果が得られにくいことが報告されている[18]．英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)ガイダンス更新版において，介護者の心理教育的および技術トレーニング介入の内容は，認知症そのものの進行や症状についての教育，個別性をもった対策と介護者技能の構築，認知症者の行動変容を理解したうえで，その変化に対応したケア提供方法，認知症者とのコミュニケーション方法の適応，介護者自身の身体的および精神的健康状態を考えるアドバイスなどを，グループセッションとして提供されたときに最も効果的であるが，介護者のニーズや嗜好，達成したいものなどを合わせて，内容を調節する必要があることが報告されている[19]．しかし本研究の参加募集では，被介護者の状況や介護上の問題点などの統一は行っておらず，参加した介護者の需要が異なっていた可能性がある．本研究対象者の介護負担感は，J-ZBI の合計点で受講前平均 35.3 点であり，本研究と類似した介入を実施し有意な介護負担の軽減を認めた Lök らの報告[20]における介護者(ZBI 平均 78.3 点)と比較し，講座前の介護負担を感じている介護者が少なかったことが結果に影響している可能性がある．特定のターゲット集団に対してのニーズに沿った介入アプローチが，介護負担の軽減に最も効果的だと示唆した先行報告もあり[18]，より効果的な介護者への支援では，グループセッションを組みながら，介護している認知症者の重症度や，それぞれの介護者が直面している問題点を考慮し，適宜個別的に相談や対応，指導などの情報提供を行う場面も必要であると思われる．

本研究で副次的評価項目として実施した気分や感情の即時的な効果検証は，緊張，抑うつ，怒り，活気，疲労，混乱の 6 項目でそれぞれ VAS を評価した．高齢者の VAS による評価では，認知障害や運動技能の問題により困難な場合があると報告されている[21]．また気分や感情を詳細に区分して VAS の妥当性は検討されていない．本研究では，VAS 実施者の平均年齢が 55.5 歳であったこと，高齢者を対象に VAS を実施した先行報告[22-27]も散見されること，近年 VAS で評価される状態が，疼痛[21,28]や Quality of Life(QOL)[22,29]，主観的な気分[30]だけでなく，膝関節痛[31]や偏頭痛[32]，主観的幸福感[23]，経済的満足度[24]，睡眠の質[25]，乾燥肌の知覚[26]，内服アドヒアランス[27]など，多岐にわたる詳細な主観的状態の評価尺度として報告されていること

から, 本研究における気分感情 VAS による即時的効果は, 比較的妥当な結果が得られた可能性が高いことが示唆された．本研究の気分感情 VAS による評価では，「①②認知症者の日常生活活動を維持する接し方」や「⑤基本動作の介助方法」など，認知症患者と接する際の注意点やポイントについてレクリエーションや実技体験を通じて認知症介護を学習したテーマにおいて，有意な気分感情の改善や大きな効果量を認めていた．認知症ケアについて介護者に対する地域ベースでの協調的介入では，介護負担の軽減に有意であった一方で，介護者の気分には効果が得られなかったとし [33]，本研究とは相反する結果であった．本研究では，気分や感情の内容を細分化したうえで VAS を用いて各テーマの直前直後でリアルタイムに評価を行ったこと，理学療法士をはじめとした多数の専門職が講師として登壇し，それぞれの専門的な視点から認知症者のみならず，介護者の動作や活動性に着目した情報提供を行ったこと，実践形式の情報提供により参加者がより理解しやすい内容であったことが，受講直後の気分や感情の有意な改善に影響を及ぼした可能性が示唆された．以上より，介護者に対する気分や感情の即時的効果を高めるには，認知症介護に直結する情報提供を実技や実践を交えて体験しながら行うことが望まれる．しかし本研究の結果から，即時的な気分や感情の改善が必ずしも認知症介護者の介護負担やうつ症状を改善しうるとは限らないことが示唆され，一時的な満足度の向上を図るだけでは介護者の本質的な問題解決には至らないことが示唆された．

本研究の限界を述べる．一つ目は，認知症介護者の社会背景や被介護者の状態が多様であった点である．本研究における介護講座の参加者は，介護している認知症患者の状況について条件設定を行わずに参加者募集を行った．そのため, 被介護者の認知症病型や ADL 状況が様々で, 各介護者が求めていたニーズも多様になっていたため，介護負担度やうつ症状の変化に結びつかなかった可能性がある．認知症介護者の介護負担を効果的に軽減するためには，介入する介護者の条件を設定したり，各介護者が自ら選択したテーマに重点を置いて指導するシステムの構築をしたうえで，効果検証を行う必要がある．二つ目は，本研究が単施設における少ない症例数での調査だったことがあげられ，外的妥当性が不十分な点である．本研究では事前事後結果の比較対象が 6 例と少数であり，統計的検討に耐えうる対象数とはいえない可能性がある．よって本研究の結果は，介護者支援の活動の一つとしての位置づけが望ましいと思われる．三つ目は，認知症介護者に対する短期集中講座の効果を検討する評価項目に再検討の余地がある．本研究では J-ZBI, J-ZBI_8, QIDS-SR, 気分感情 VAS を使用したが，介護している認知症の方に関する変化は評価項目として使用しておらず，行動心理症状や具体的な介護上での変化の経過観察や検証が必要であると考える．四つ目は，介護講座受講後に実際の介護場面における負担が減ったのかどうか、介護講座終了以降のフォローアップ評価が未実施であることがあげられる．認知症介護は，介護実施期間が長期になり，介護者の負担が徐々に増悪していくことが問題視されている．一時的な負担の軽減や気分の改善で完結するのではなく，長期的なフォローアップ環境の確立や相談窓口の紹介など，介護者が講座の終了後も援助を受けられる体制，例えば介護者の近隣で気軽に相談ができる窓口を複数確保し, 情報提供することなどが重要であると思われる．またその介入効果の検証には，介入の直前直後における評価を行うだけでなく，一定期間を経て再評価を行い，介入効果が各介護者の在宅介護環境下で活用できているかを検討することが望ましいと考える．

5. まとめ

本研究では，認知症の介護負担軽減を目的に実施した多職種での短期集中型講座が，認知症介護者に及ぼす影響を短期的，即時的効果として検討した．認知症介護に直結する情報提供を実技や実践を交えて体験する講座では，気分と感情の即時的改善を認めたものの，短期的効果としての介護負担感とうつ症状は大きな変化を認めなかった．より効果的な介護者への支援を行うには，実践を交えて体験できる専門性の高いグループセッションに加えて，介護している認知症患者の重症度や，それぞれの介護者が直面している問題点を考慮し，個別性のある相談や対応，指導などの情報提供を行う必要性が示唆された．

謝辞

本研究は，東京都済生会中央病院認知症疾患医療センターが主催した認知症介護支援実践講座の結果を報告した．認知症介護支援実践講座の運営に携わっていただいた東京都済生会中央病院認知症疾患医療センターのスタッフの皆様，港区芝地域包括支援センターの皆様に心より感謝いたします

文献

1) 厚生労働省 (2015)「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について．平成 27 年 1 月 27 日公表.
2) Pinquart M, Sörensen S (2003) Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 58: 112-128.
3) Brodaty H, Green A, Koschera A (2003) Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc 51: 657-664.
4) Spijker A, Vernooij-Dassen M, Vasse E, Adang E, Wollersheim H, Grol R, Verhey F (2008) Effectiveness of

nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: a meta-analysis. J Am Geriatr Soc 56: 1116-1128.
5) 日本神経学会監修 (2017) 認知症疾患治療ガイドライン 2017. pp67—68, 159-169, 医学書院, 東京.
6) Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS (2015) Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. Psychogeriatrics 15: 20-25.
7) 山口晴保 編著 (2016) 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第3版. pp169-253, 協同医書出版社, 東京.
8) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S (1997) Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. Psychiatry Clin Neurosci 51: 281-287.
9) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 (2003) Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌 40: 497-503.
10) 荒井由美子 (2005) 家族介護者の介護負担. 日本内科学会雑誌 94: 1548-1554.
11) Arai Y, Zarit SH (2011) Exploring strategies to Alleviate Caregiver Burden: Effects of the National Long-term Care Insurance Scheme in Japan. Psychogeriatrics 11: 183-189.
12) 荒井由美子 (2011) Zarit 介護負担尺度日本語版(J-ZBI). 日本臨床 69: 459-463.
13) 荒井由美子 (2016) Zarit 介護負担尺度日本語版(J-ZBI)と短縮版(J-ZBI_8)の概説および J-ZBI_8 の新たな利用法. 臨床精神医学 45: 591-596.
14) Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, Markowitz JC, Ninan PT, Kornstein S, Manber R, Thase ME, Kocsis JH, Keller MB (2003) The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry 54: 573-583.
15) 藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 佐渡充洋 (2010) 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度(日本語版QIDS-SR)の開発. ストレス科学 25: 43-52.
16) 水本篤, 竹内理 (2008) 研究論文における効果量の報告のために—基礎的概念と注意点—. 英語教育研究 31: 57-66.
17) Jensen M, Agbata IN, Canavan M, McCarthy G (2015) Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Int J Geriatr Psychiatry 30: 130-143.
18) Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ, Mahoney D, Gallagher-Thompson D, Burns R, Hauck WW, Zhang S, Schulz R, Ory MG; REACH Investigators (2003) Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. Psychol Aging 18: 361-374.
19) Pink J, O'Brien J, Robinson L, Longson D; Guideline Committee (2018) Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance. BMJ 20: 361, k2438.
20) Lök N, Bademli K (2017) Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia. Arch Gerontol Geriatr 68: 84-89.
21) Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B (1983) The Validation of visual analogue scales as ratio scales measures for chronic and experimental pain. Pain 17: 45-56.
22) Yan BP, Chan LLY, Lee VWY, Yu CM, Wong MCS, Sanderson J, Reid CM (2018) Sustained 3-Year Benefits in Quality of Life After Percutaneous Coronary Interventions in the Elderly: A Prospective Cohort Study. Value Health 21: 423-431.
23) Péntek M, Brodszky V, Biró Z, Kölkedi Z, Dunai Á, Németh J, Baji P, Rencz F, Gulácsi L, Resch MD (2017) Subjective health expectations of patients with age-related macular degeneration treated with antiVEGF drugs. BMC Geriatr 17: 233.
24) Sakamoto R, Okumiya K, Norboo T, Tsering N, Wada T, Fujisawa M, Imai H, Nose M, Ishimoto Y, Kimura Y, Fukutomi E, Chen W, Matsubayashi K (2017) Health and happiness among community-dwelling older adults in Domkhar valley, Ladakh, India. Geriatr Gerontol Int 17: 480-486.
25) Fan Y, Yuan L, Ji M, Yang J, Gao D (2017) The effect of melatonin on early postoperative cognitive decline in elderly patients undergoing hip arthroplasty: A randomized controlled trial. J Clin Anesth 39: 77-81.
26) Iizaka S (2017) Skin hydration and lifestyle-related factors in community-dwelling older people. Arch Gerontol Geriatr 72: 121-126.
27) Caballero J, Ownby RL, Jacobs RJ, Pandya N, Hardigan PC, Ricabal LC (2018) Predicting medication adherence in older Hispanic patients with type 2 diabetes. Am J Health Syst Pharm 75(9), e194-e201.
28) Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M (2011) Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). Arthritis Care Res (Hoboken) 63(12) Suppl 11, S240-252.
29) Ahlsio B, Britton M, Murray V, Theorell T (1984) Disablement and quality of life after stroke. Stroke 15: 886-890.
30) Aiken RC (1969) Measurement of feelings using visual analogue scales. Proc R Soc Med 62: 989-993.
31) Bindawas SM, Vennu V, Alfhadel S, Al-Otaibi AD, Binnasser AS (2018) Knee pain and health-related quality of life among older patients with different knee osteoarthritis severity in Saudi Arabia. PLoS One 11: e0196150.
32) Zhang A, Jiang T, Luo Y, Zheng Z, Shi X, Xiao Z, Fang Y (2014) Efficacy of intravenous propacetamol hydrochloride in the treatment of an acute attack of migraine. Eur J Intern Med 25: 629-632.
33) Backhouse A, Ukoumunne OC, Richards DA, McCabe R, Watkins R, Dickens C (2017) The effectiveness of community-based coordinating interventions in dementia care: a meta-analysis and subgroup analysis of intervention components. BMC Health Serv Res 17: 717.