

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 14 日現在

機関番号：37104

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2016

課題番号：25463604

研究課題名(和文) 認知症者の介護家族支援アルゴリズムの開発

研究課題名(英文) Development of the algorithm for support family caregiver caring person with dementia

研究代表者

桐明 あゆみ (Ayumi, Kiriake)

久留米大学・医学部・准教授

研究者番号：20389498

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)：認知症者を在宅で介護する家族介護者を対象とした調査に基づき、介護家族アセスメントツールとして、家族介護者のパートナーシップ(介護における協力関係形成力)を測定する尺度を開発した。さらに、家族介護者のパートナーシップに関連する要因を家族の構造面、発達面、機能面からとらえる家族支援判断図(フローチャート)を作成し、エキスパートによる調査を行い、内容妥当性を確認した。これらを用いて、認知症と判断された早期から介護家族支援の方向性を見出すことが期待できる。

研究成果の概要(英文)：On the basis of a survey of family caregivers caring for patients with dementia at home, we developed a scale to measure partnerships of family caregivers (their ability to form cooperative relationships in caregiving) and confirmed the validity and reliability of the scale. We also developed an assessment flow chart for family support to capture the factors associated with the partnerships of family caregivers from the structural, developmental, and functional aspects of the family. An expert in this area assessed this flow chart and confirmed the content validity. Using these tools, we hope to identify the optimal direction for family caregiver support initiated at the early stages of dementia.

研究分野：家族看護学

キーワード：認知症者 介護家族 アルゴリズム

## 1. 研究開始当初の背景

急速な高齢化を背景に、我が国では、日常生活に支障をきたす症状・行動が見られる認知症者数は、2025年には470万人に達すると試算されている(厚労省,2012)。急増する認知症者を含む可能性が高い高齢者世帯数も増加している。とりわけ、単独世帯、夫婦のみの世帯が増加し、2025年には、世帯主が65歳以上である高齢者世帯のうち70%が、単独または夫婦のみの世帯となることが見込まれている(厚労省,2006)。これらの現状からは、急速な高齢化に伴い日常生活に支援を要する認知症者が急増する一方、その介護において重要な役割を果たす家族の規模と機能が縮小する危険性が高いといえる。

急速な高齢化および世帯人数の減少を背景に、我が国では、介護保険制度に基づく支援の中でも、認知症者に対し、社会的入院を減らし、住み慣れた地域で生活を継続できるよう地域密着型のサービス展開が重視されている。(厚労省,2012)。認知症高齢者が住み慣れた地域での生活を継続することは、入院や長期入所に関する費用を抑制し、認知症者の生活の質を高め、その尊厳を守る上では重要である。しかし、一方では地域、特に在宅を拠点としたケアの推進には、家族介護者の負担の増加といった問題も伴う。

認知症者の介護には、身体機能の低下による通常の高齢者の介護とは異なる特徴があり、家族介護者の負担が高いと報告されている(土井ら,2000)。認知症者の介護における特徴の一つに、認知症者の病状がある。認知症者は、記憶障害・認知機能の低下といった中核症状に加え、状況によっては、易怒性や、徘徊といった心理・行動症状が生じることもある。介護する家族にとって、家族の一員である認知症者の変貌は、精神的動揺と苦悩をもたらす(木村,2008)。また、これらの症状は家族の円滑な介護の遂行を妨げ、家族の負担を増す(大西ら,2003)。家族の負担を軽減し、認知症者のQOLを向上させるためには、家族介護者が、認知症及びその症状を正しく理解し、適切に対応できるようなスキルを身に付けることが望まれる。

また、認知症の介護においては、認知症や介護に対する理解や、認識の相違から、周囲との関係性がこじれやすく、主たる介護者は、対人負荷によるストレスが高いことも報告されている(加藤,2003)。特に認知症診断が確定する前は、周囲からの理解が得られず、家族介護者は社会的な孤立感に苦しむ(安武,2011)。良好な関係性に基づき得られる身近な家族、親族からの情緒的サポートは、介護負担感を緩衝する働きをもち(佐伯,2008)介護継続において有用である。よって、家族介護者が、介護の初期からこれらの関係性を維持・形成し、介護において孤立しないよう支援することは非常に重要である。

さらに、介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度をはじめ、多くの社会資

源や認知症サポーターなどの地域支援が整備されつつある。これらの制度やサポートの恩恵を受けるためには、諸々の資源やサポートの活用に関する情報が必要である。しかし、介護の初期の段階は、多くの家族が、介護に関する支援とその活用に関する知識を十分持っていない(小林,2005)。

これらの現状から、認知症者を介護する家族を支援するためには、介護初期の段階から、以下の家族介護者が認知症に対する正しい理解と知識を持ち共感的に対応するスキルを身に付けること、身近な家族や親族のサポート体制を作ること、利用できる社会資源や地域のサポートに関する情報を得ることに重点を置いた教育的支援を提供できるシステムを構築するという3つが緊急の課題である。

しかし、現在の介護家族に対する支援状況では、家族の多様性を考慮した個々の家族に適合する支援を導き、展開するための方法論が確立されておらず、介護初期の段階からの支援が十分行われていない。

## 2. 研究の目的

本研究は、認知症者を介護する家族に対し、認知症の診断と共に早期から、個々の家族に合った効果的な支援を導き出す認知症者介護家族支援アルゴリズム(介護家族に対して、看護師が実践できる適切な教育的支援を導き出すフローチャート)の開発を目的とする。具体的な研究項目は「介護家族をアセスメントするツールの開発」「介護家族支援判断樹の作成と効果の検討」である。

## 3. 研究の方法

1) 介護家族をアセスメントするツール：家族介護者のパートナーシップ測定尺度の作成

### (1) アイテムプールの作成

認知症者を介護する家族介護者のパートナーシップを、「認知症者の介護において、家族介護者が、認知症者および認知症ケアに関わる人々と、互いを尊重できる協力関係」と操作的に定義し、そのパートナーシップを築く力を家族介護者の認知症ケアにおけるパートナーシップ測定尺度(以下パートナーシップ尺度)の測定概念とした。

便宜的標本抽出にてF県の認知症専門のデイケア施設に研究協力依頼を行い、協力が得られた施設の管理者に、認知症者、及び介護に関する人と良い関係を築き介護に前向きに取り組んでいる家族介護者を被介護者との続柄、性別に偏りがないよう選出してもらった。選出された対象者のうち、研究に協力が得られた家族介護者5名を対象とした。対象者に「認知症者および介護に関する周囲の人々とお互いを尊重し、協力し合える関係性を築くために日頃の介護で留意していること」について尋ね、1時間から1時間半の半構成的面接を行った。対象者の年齢は50歳代から80歳台で、3名が女性、2名が男性

であった。被介護者との関係は、家族介護者の配偶者3名、姑1名、実母1名であった。得られたインタビュー内容は逐語録におこし、萱山(2007)の質的データの分析手順に沿って分析を行った。まず、逐語録から得られたデータから、家族介護者が協力関係を築く力に関して語られている部分を抽出し、類似性に注目して整理し33項目を作成した。さらに Fallon, Granne, and Victor(1993)、kitwood(1997)、永井(2005)の文献から得られた11項目を追加し、44項目の質問項目を作成した。これらの質問項目に対する分析の結果、8つのカテゴリー【認知症者を安心させる関わり】【認知症者の世界に合わせた対応】【認知症者の可能性を引き出す関わり】【自分の状況の把握と調整】【情報や知識の積極的な希求】【信頼形成と役割の調整】【積極的な相談と依頼】【自分の意見の主張】が抽出された。これらのカテゴリーと各項目のつながり、意味内容や表現に対して、検討、修正を重ねた結果、5項目が削除され合計39項目となった。

次に、認知症ケア学会認定の認知症ケア専門士(看護師)、認知症ケアの経験が10年以上ある認知症専門デイケアの管理者など認知症ケアのエキスパート9名に、質問項目の内容妥当性を尋ねる質問紙調査を行った。アンケート調査は、各質問項目に対し「1. 全く適切でない」から「4. 簡潔で適切である」までの4段階で尋ね、3以上をつけたエキスパートの割合を項目ごとに算出し、78%以上得られた場合を適切であるとする Lynn の手法を用いた。その結果、項目全てが適切であると評価された。

これらのプロセスを経て作成した39項目を家族介護者の認知症ケアにおけるパートナーシップ尺度原案とした。また、回答形式は、「0. 全くそうではない」から「4. 非常にそうである」の5件法とした。

## 2) 信頼性と妥当性の検討

便宜の標本抽出にて、F県の認知症専門デイケアに研究協力依頼を行い5施設から承諾を得た。協力が得られた施設の管理者に対象者を選出してもらった。対象者の選出条件は、被介護者が認知症の診断を受けている在宅介護を行っている家族介護者である。これらの条件を満たす対象者430名に研究協力施設のスタッフより研究の主旨を説明した文書と共に無記名自記式質問紙を配布してもらい、回答は郵送で返送してもらった。286部の返送があり、そのうち回答の欠損がない261部を分析の対象とした。家族介護者は、女性が多くその家族構成は3世代世帯が多かった。被介護者は、女性が多く家族介護者との続柄は実親が最も多かった。被介護者の認知症の重症度は高度認知症の状態であると推測されるものが多かった。再テストについては、再テストの実施に協力が得られた1施設の利用者50名に1週間の間隔をあけて実施した。

## (1) 調査内容

Zarit 介護負担感尺度短縮版(荒井, 田宮& 矢野, 2003)

介護肯定感尺度(陶山ら, 2004)

日本語版ソーシャルサポート尺度(岩佐ら, 2007)

認知症重症度

被介護者の認知症の重症度は、在宅高齢者重症度評価用チェックリスト(東京都老人総合研究所社会福祉部門, 1996)を用いた。(5) 家族介護者のパートナーシップ能力

パートナーシップ尺度原案 39項目を用いた。

## (2) 分析方法

SPSS17.0J for Windows、Amos version 21.0を使用して、以下の方法で分析した。

探索的因子分析(EFA: Exploratory Factor analysis)

対象者を無作為に2分割し、そのうちの1グループ130名(Aグループ)を対象に探索的因子分析(相関行列による主因子法、バリマックス回転)を行った。因子数の決定は、平行分析(Horn, 1965)を行い決定した。項目は、因子負荷量は.40以上を項目採択の基準とした。また主となる因子以外の因子に.30以上の因子負荷を持つ項目は削除することによって、弁別力の高い項目を精選し、項目数が最小限になるよう整理した。

検証的因子分析(CFA: Confirmatory Factor analysis)

探索的因子分析に用いなかったグループ131名(Bグループ)を対象に探索的因子分析で得られた結果を基にモデルを作成し、検証的因子分析(最尤法)を実施した。探索的因子分析にて導き出した仮説に対し検証的因子分析を行うことで、因子構造が妥当であるか確認できる(Brown, 2006)。

検証的因子分析における適合度の判断は、SRMRは.08以下(Albright&Park, 2008)、CFI、TLIは.95以上(Hu&Bentler, 1999)、RMSEAは.05以下(Neumeyer et al, 2003)を満たして適合度が良いとする基準を用いた。

## (3) 信頼性の検討

Bグループを対象に因子分析の結果作成した尺度、下位尺度のCronbach's 係数(Waltz, et al, 2005)を算出した。また、尺度得点の正規性を確認した後、再テストを行った50名の対象者の回答に対し、ICC: Intraclass correlation coefficients(対馬, 2007)を算出した。

## (4) 基準関連妥当性の検討

パートナーシップ尺度の併存的妥当性を確認するために適切な既存の尺度が見出せなかった。そこで、ストレス対処理論に基づき予測したパートナーシップの成果(図1)に一致するZarit 介護負担感尺度短縮版(荒井ら, 2003)、日本語版ソーシャルサポート尺度(岩佐ら, 2007)、介護肯定感尺度(陶山ら, 2004)を、パートナーシップ尺度の予測妥当性の検討に用いた。これらの尺度と因子

分析の結果作成したパートナーシップ尺度の得点の Spearman の相関係数を算出した。

## 2) 介護家族支援判断樹の作成と内容妥当性の検討

研究1で作成した家族介護者のパートナーシップの因子に関連する要因を家族の構造面、発達面、機能面より抽出し、研究1の対象者から得られた結果を再分析した。具体的には、パートナーシップ合計得点との相関を統計学的に確認した。さらに、文献検討を行い、必要と考えられた項目を追加し、家族の【構造面】3項目、【発達面】3項目、【機能面】6項目の合計12項目からなる介護家族支援判断樹を作成した。

次に、老年看護学研究者1名、家族看護学研究者5名、合計6名のエキスパートに、家族支援判断樹に用いる12項目の内容妥当性を尋ねる質問紙調査を実施した。各質問項目に対し「1. 全く適切でない」から「4. 簡潔で適切である」までの4段階で尋ね、3以上をつけたエキスパートの割合を項目ごとに算出し、86%以上得られた場合を適切であるとする Lynn の手法を用いた。

## 4. 研究成果

### 1) 介護家族をアセスメントするツール：家族介護者のパートナーシップ測定尺度の作成

#### (1) 探索的因子分析

探索的因子分析は、全ての項目に対する因子分析 平行分析による因子数の決定 因子数決定後の因子分析の順に分析を進めた。まず、パートナーシップ尺度原案 39 項目に対する探索的因子分析（相関行列による主因子法、varimax 回転）の結果は、固有値 1 以上の 10 因子が抽出され、それらの因子で説明される分散合計は 58.661%であった。KMO 値(Kaiser-Meyer-Olkin measure) は.820 と、kaiser(1974)のサンプリング適切性基準を満たした。Bartlett の球面性検定(Bartlett.sphericity.test)は有意であった ( $p < .001$ )。次に、平行分析(Horn, 1965)を行った。その結果、第4因子までは乱数相関行列の固有値の方が大きく第3因子で対象者データの相関行列の固有値が乱数相関行列の固有値を超えた。その為、因子数は3と決定した。因子分析の対象者数は因子数の20倍以上が必要であり (Arrindel&Ende, 1985) 分析可能と判断した。因子数を3と固定して行ったパートナーシップ尺度原案に対する探索的因子分析（相関行列による主因子法、varimax 回転）の結果を表1に示す。

KMO 値(Kaiser-Meyer-Olkin measure) は.784であり、kaiser(1974)のサンプリング適切性基準を満たした。Bartlett の球面性検定(Bartlett.sphericity.test)は有意であった ( $p < .001$ )。因子分析の過程では、因子負荷量が.40未滿の項目を12項目削除した。また、主となる因子以外の因子に.30以上の負荷をもつ項目を13項目削除した。項目30

については、第 3 因子にも.30以上の負荷を示した。しかし、パートナーシップの特徴には、力を分かち持つこととして、関係者それぞれの役割への参加、自発的なかわりがある (Gottlieb et al, 2007)。項目 30 はこの特徴と合致する重要な項目であると判断したため、削除せず分析を進めた。最終的には 3 因子 14 項目を採用した。尺度の分散合計は、45.348%であった。第 1 因子は、「受容的な対応の力」第 2 因子は「積極的な相談と情報の希求」第 3 因子は、「信頼形成と役割の調整」と命名した。

表1：探索的因子分析の結果（主因子法varimax回転）

質問項目	因子負荷量			共通性
	因子 I	因子 II	因子 III	
<b>第 1 因子 (7 項目) 受容的な対応の力</b>				
9. 介護を受けてある方のその日の調子に合わせて対応する。	.743	.196	-.001	.591
16. 介護を受けてある方のできることを認めてほめる。	.743	.003	.109	.563
8. 必要な時は場面を切り替えて、介護を受けてある方の混乱や興奮を避ける	.688	.178	.002	.505
7. 体裁の悪い行動も、介護を受けてある方の思いを大切に、できるだけ見守る。	.659	.127	-.024	.451
18. 介護を受けてある方が楽しめることを活かして良い刺激を与える	.639	.067	.178	.444
14. 表情や態度から介護を受けてある方の思いを推測する。	.638	.212	.067	.437
13. 介護を受けている方のつづまの合わない行為も決して大きな声で叱らない。	.598	-.014	.095	.366
<b>第 2 因子 (3 項目) 積極的な相談と情報の希求</b>				
26.1 治療の方針でわからないことは、医師や看護師に積極的に質問している。	.152	.803	.080	.674
24.1 利用できる社会資源は自分でも積極的に調べる。	.170	.628	.148	.445
25. 介護の経験がある人に助言を求める。	.086	.509	.196	.305
<b>第 3 因子 (4 項目) 信頼形成と役割の調整</b>				
28. 直接介護に携わらない家族にも介護を受けてある人の情報を伝え共有する。	.049	.110	.690	.490
30. 介護の役割を家族で分担する。	.000	.413	.610	.543
27. 他の家族の意見を求めて介護の方針を一致する。	.006	.032	.498	.250
37. 介護に関する自らの意見は周りの家族にはっきり言っている。	.182	.127	.465	.266
固有値	3.278	1.633	1.437	
寄与率	23.416	11.667	10.265	
累積寄与率(%)	23.416	35.083	45.348	

#### (2) 検証的因子分析

パートナーシップ尺度のモデルの検証的因子分析（最尤法:maximum likelihood method）を行った。検討したモデルは、以下の3つである。まず、探索的因子分析の結果に基づき、パートナーシップ尺度の3因子14項目で各因子間に相関を設定したモデルAを検討した(図1)。

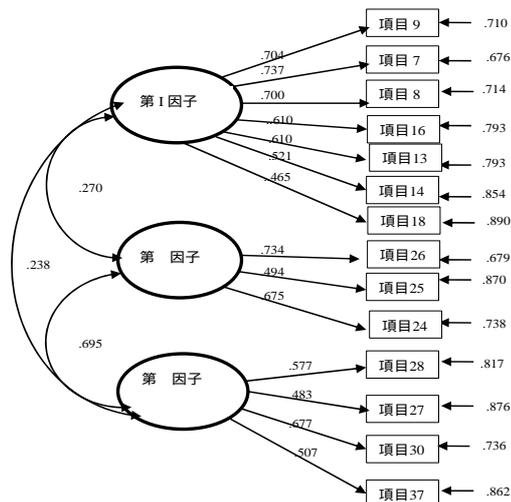


図1：モデルA 検証的因子分析の結果(最尤法)

モデルAは、CFI、TLI は.95以上 (Hu&Bentler, 1999)、RMSEA は.05以下 (Netemeyer et al, 2003) の適合度の判断基準を満たさなかった。そこで、Amos の修正指数を確認し、改善度指

数が高かった項目 18 と項目 16、項目 18 と項目 14 の誤差間に共分散を設定したモデル B を作成し検討した(図 2)。

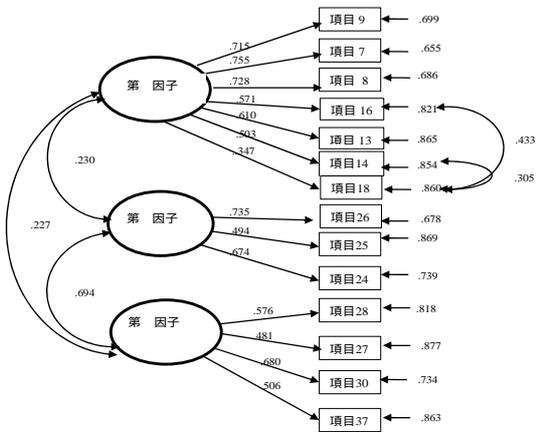


図2：モデルB 検証的因子分析の結果(最尤法)

これらの項目については、認知症者の能力を引き出すための積極的な関わりという点でその測定内容に類似性があると解釈できた。誤差間に共分散を設定した結果、全ての指標の適合度の判断基準を満たした。また、モデル A とモデル B の二乗値を二乗検定で比較した結果、モデル B はモデル A より有意に二乗値が小さく、モデルの適合度が良いことが示された ( $p=.021$ )。しかし、項目 18 は第 1 因子【受容的な対応の力】からの標準化パス係数が .347 と低かった。且つ他の項目の誤差間に共分散がみられることから、項目 18 を削除したモデル C(図 3)も検討した。その結果、モデル C の適合度基準は全てモデル B より良いことが示された。その為、パートナーシップ尺度としてモデル C の 3 因子 13 項目を採用し以後の分析に用いた。

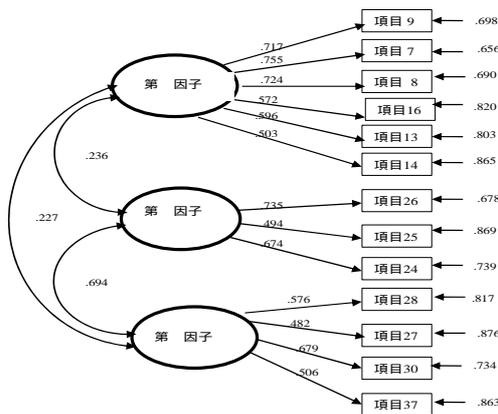


図3：モデルC 検証的因子分析の結果(最尤法)

パスは .482 ~ .755 の係数を示し有意であった ( $p < .001$ )。また、第 1 因子【積極的な相談と情報の希求】と第 2 因子【信頼形成と役割の調整】の相関は有意であった ( $p < .001$ )。しかし、第 1 因子【受容的な対応の力】と第 2 因子【積極的な相談と情報の

希求】、第 2 因子【信頼形成と役割の調整】の相関は共に有意ではなかった ( $p = .070, p = .050$ )。

### (3) 信頼性の検討

パートナーシップ尺度の Cronbach's 係数は 13 項目全てで .780 であった。第 1 因子【受容的な対応の力】は .840、第 2 因子【積極的な相談と情報の希求】は .711、【信頼形成と役割の調整】は .669 であった。

さらに、パートナーシップ尺度 13 項目の正規性を Shapiro-Wilk 検定にて確認したところ  $p=.067$  であった。そこで、再テストを行った 50 名の対象者の ICC: Intraclass correlation coefficients を算出した。ICC(1, 1)は、13 項目全てでは .804、第 1 因子は .832、第 2 因子は .614、第 3 因子は .682 であった。

### (4) 他の尺度との関連

外部基準として設定した日本語版ソーシャルサポート尺度(岩佐ら, 2007)、Zarit 介護負担感尺度短縮版(荒井ら, 2003)は、介護肯定感尺度(陶山ら, 2004)とパートナーシップ尺度の得点の相関係数を示す(表 2)。認知症を介護する主介護者のパートナーシップ尺度得点は、ソーシャルサポート得点と正の相関、介護負担感の得点と負の相関、介護肯定感と正の相関が確認された ( $p < .01, p < .01, p < .01$ )。

表2：パートナーシップ尺度と他の尺度との関連

	家族介護者のパートナーシップスケール			
	合計得点	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子
ソーシャルサポート (合計得点)	.488**	.194*	.375**	.542**
因子 (家族のサポート)	.420**	.178	.276**	.473**
因子 (大切な人のサポート)	.432**	.187*	.307**	.489**
因子 (友人のサポート)	.457**	.149	.437**	.465**
介護負担感 (合計得点)	-.334**	-.241**	-.219**	-.226**
因子 I (personal strain)	-.274**	-.062	-.222**	-.303**
因子 (role strain)	-.348**	-.369**	-.166*	-.128
介護肯定感 (合計得点)	.370**	.333**	.196*	.176
因子 (充実感)	.294*	.222*	.152	.138
因子 (自己成長感)	.361**	.376**	.181	.168
因子 (高齢者との一体感)	.356**	.364**	.173	.167
Spearman 相関分析				
		$p=.05$	** $p<.01$	

注: ソーシャルサポート: 日本語版ソーシャルサポート短縮版 (岩佐ら, 2007).  
介護負担感: Zarit 介護負担感尺度(荒井ら, 2003).  
介護肯定感: 介護肯定感尺度(陶山ら, 2004).

以上の結果から、本研究にて開発した家族アセスメントツールとしての家族介護者のパートナーシップ測定尺度は、一定の信頼性と妥当性を有することが明らかとなった。しかし、尺度項目が少なく、多次元性の尺度であり、家族支援判断をこのツールから導き出すことは困難である。そこで、この家族介護者のパートナーシップの向上を家族支援の目標に置き、家族介護者のパートナーシップの関連要因を明らかにし、家族支援判断樹の作成に用いることが妥当であると考えられた。

### 2) 家族支援判断樹の作成

文献検討の結果に基づき、家族支援判断樹の作成には、家族システム理論 (Wright & Leahey, 2013) の家族アセスメントモデルを参考とした家族の【構造面】【発達面】【機能面】のアセスメント項目から、家族介護者のパートナーシップ尺度得点に関

連する要因を抽出した。spearaman の相関係数を算出し、パートナーシップ総得点と有意な関連 ( $p < .05$ ) がみられた項目は、副介護者の有無 地域・近隣者の介護に対する理解や協力の有無 友人：気晴らしや相談できる友人の有無 介護者の健康状態 介護から離れる時間の確保(リフレッシュのための時間の確保)の 5 項目であった。これらの項目と文献検討の結果から抽出した項目を合わせ、23 項目の家族支援判断項目原案を作成した。これらの項目の意味内容、重複を整理し、12 項目の家族支援判断項目を作成した(表 3)。

表3：介護家族支援判断項目

構造面
家族構成：副介護者の有無
地域・近隣：介護に対する理解や協力の有無
友人：気晴らしや相談できる友人の有無
発達面
主介護者の健康状態
主介護者の世代と発達課題
副介護者の世代と発達課題
機能面
家族の日常生活時間
就労の有無
介護から離れる時間の確保(リフレッシュのための時間の確保)
介護に必要な時間と援助内容(被介護者に必要な日常生活援助：食事・排泄・服薬の状況)
認知症に対する知識(学習経験の有無や受け止め)
認知症者に対する対応技術(自信の有無)
介護保険利用状況(介護認定の有無、利用サービス)
介護に対する価値観(役割意識)
介護に対する希望

老年看護学研究者 1 名、家族看護学研究者 5 名、合計 6 名のエキスパートに、家族支援判断樹に用いる 12 項目の内容妥当性を尋ねる質問紙調査を実施した。各質問項目に対し「1. 全く適切でない」から「4. 簡潔で適切である」までの 4 段階で尋ね、3 以上をつけたエキスパートの割合を項目ごとに算出した。その結果、全ての項目において 3 以上をつけたエキスパートの割合が 86% 以上であった。

以上の結果から、家族支援判断樹は家族支援を導き出すフローチャートとして用いることに一定の妥当性を有することが確認できた。また、対応する家族支援プログラムは、小集団に対する知識や介護技術の教育 個別の知識や介護技術の教育 社会資源の紹介及び個別コーディネート 地域の資源に対する情報提供 家族システムアプローチによる家族支援の 5 つが対応するプログラムとして考案され、教材の準備が進んだ。今後は、これらの家族支援判断樹とプログラムの運用による効果の検証が課題である。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 1 件)

1) Ayumi Kiriake, Michiko Moriyama :

Development and Testing of the Partnership Scale for Primary Family Caregivers Caring for Patients with Dementia. Journal of Family Nursing 22(3)339-367.) IF=1.775 DOI 10.1177/1074840716656450 査読あり, 2016.

〔学会発表〕(計 1 件)

1) 桐明 あゆみ : Development of Partnership Scale for Family Caregivers Caring for Patients with Dementia . The 12<sup>th</sup> International Family Nursing Conference, 2015年8月18日～8月21日, デンマーク.

〔図書〕(計 1 件)

1) 桐明 あゆみ, 長江弘子, 正木治恵, 他 : 後期高齢透析患者の看護のあり方を再考する 認知症高齢者の生活支援 . 臨床透析. 32(3) 285 - 290, 2016.

〔その他〕

1) 桐明 あゆみ 福岡県認知症医療センター久留米大学病院主催 : 第 13 回認知症事例検討会 ミニレクチャー講師 テーマ : 『認知症を有する人を介護する家族に対するアセスメントの視点』 2017 年 3 月 14 日.

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

桐明 あゆみ (KIRIAKE Ayumi)

久留米大学・医学部看護学科・准教授

研究者番号 : 20389498

### (2) 研究分担者

中島 洋子 (NAKASHIMA Yoko)

久留米大学・医学部看護学科・教授

研究者番号 : 20279235

平原 直子 (HIRAHARA Naoko)

佐賀大学・医学部・助教

研究者番号 : 80382399

河原田 康貴 (KAWAHARADA Yasutaka)

久留米大学・医学部看護学科・講師

研究者番号 : 70505669