

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の「暮らしやすさ」尺度の開発

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-06-10 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 鈴木, 麻美 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/30591

2013 年度 東京女子医科大学大学院 看護学研究科

学位論文

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の

「暮らしやすさ」尺度の開発

鈴木 麻美

東京女子医科大学大学院看護学研究科

博士後期課程学位論文要旨

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の
「暮らしやすさ」尺度の開発

東京女子医科大学大学院
看護学研究科看護学専攻
鈴木 麻美

I. はじめに

失語症はコミュニケーションの障害であり、社会生活を営む上で看過できない障害である。なかでも高齢になってから発症した失語症者の転帰は不良であり、注目すべき人々であるにもかかわらず、医療者や社会から理解されないことが多い。しかし、これまでの研究から、失語症者とその家族は、様々な負担や困難を抱えていることが明らかになっている。私は、これまでに高齢失語症者の家族は、経験をもとに自ら気づきを得て、知恵を形成し、その知恵を元に新たな経験をすることを繰り返し、より自分たちらしい、暮らしやすい生活を目指していることを明らかにしてきた。しかし、その一方で、暮らしにくい状況が遷延する家族もおり、このような高齢失語症者やその家族に対する何らかの支援が必要と考える。そこで、支援が必要な高齢失語症者の家族を見出すために暮らしやすさの程度を簡便に測定できる尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証した。

本研究における暮らしやすさとは、高齢失語症者の家族が経験を積み重ね、自ら様々な気づきを得ることで、家族自身が意識するしない

にかかわらず、自分自身を変化させて、無理せず、楽に、穏やかに日々生活していけるように進化している程度を示しているものと定義した。

II. 方法

第1段階：暮らしやすさの構成概念抽出と尺度の原案作成

前回調査（2009年度修士論文）で得られた高齢失語症者とともに生活する家族12名の語りを質的帰納的に再分析し、暮らしやすさの構成概念として5領域〔言葉へのこだわり〕〔失語症者との関係性〕〔束縛感〕〔孤立感〕〔病気をした失語症者との日常生活〕を抽出した。質問項目は、分析過程のコードの意味内容を考慮し、質問文に置き換え、合計41項目の尺度原案を作成した。

第2段階：暮らしやすさ尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

60歳以降に脳血管疾患により失語症となり、現在、自宅で生活している人の家族を対象に質問紙調査を実施した。データ収集は、全国の51の失語症友の会、デイサービス6施設、および6病院で行った。

調査内容は、対象者の属性と暮らしやすさ尺度原案、妥当性検証のため、GHQ精神健康調査票12項目短縮版(GHQ-12)、日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(J-ZBI_8)、コミュニケーション関連の介護負担感尺度(COM-B)、首尾一貫感覚尺度13項目短縮版(SOC-13)を用いた。

分析は、暮らしやすさ尺度原案の項目分析を行い、その後、探索的因子分析、確認的因子分析と分析を進め、因子構造を確認した。信頼性はCronbach's α 係数を用いて検討し、併存妥当性は、既存の4つの尺度との相関係数を用いて検証した。これらの分析は、IBM SPSS Statistics Base22.0J for Windows、IBM SPSS Amos 22.0J for Windowsを用い、統計的有意性は $p < 0.05$ 未満で有意性ありと判断した。

倫理的配慮：研究参加は自由意志とし、無記名の調査票を用い、調査票の返送をもって同意を得た。本研究は、東京女子医科大学研究倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：2633）。

Ⅲ．結果

調査票は、885部配布し315部（回収率35.6%）回収された。このうち、選定条件に合わない対象者や未記入項目のある調査票は除外し、199部（有効回答率22.5%）を解析対象とした。

高齢失語症者の家族は約9割が女性で年齢は 67.0 ± 8.7 歳、失語症者との続柄は約9割が夫婦であった。介護期間は 71.0 ± 54.8 ヶ月であった。失語症者は平均 72.8 ± 5.6 歳であり、約半数が実用的な言葉話すことができない重度の失語症であった。

尺度の作成はまず、I-T相関や質問項目間の分析により10項目を除外し、31項目で探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。分析を繰り返し、最終的に5因子21項目の質問項目を採択した。尺度全体のCronbach's α 係数は0.841であり、下位尺度は、第1因子より順に0.786、0.758、0.789、0.671、0.693であった。抽出された第1因子（6項目）は【失語症者との関係性の深まり】、第2因子（5項目）は【言葉を介した言葉の理解】、第3因子（3項目）は【失語症者のための奮闘】、第4因子（4項目）は【生活のゆとり】、第5因子（3項目）は【周囲からの大変さの理解】と命名した。5因子のうち、第1、2、3、5因子は、仮説的構成概念とほぼ同様の構造であったが、第4因子は複数の領域の質問が混在していた。確認的因子分析による5因子構造のモデルの適合度は $\chi^2=266.48$ 、 $df=180$ 、 $p=0.000$ 、 $GFI=0.883$ 、 $AGFI=0.850$ 、 $CFI=0.916$ 、 $RMSEA=0.051$ 、 $AIC=368.48$ であ

った。基準関連妥当性は、暮らしやすさ尺度全体と GHQ-12、COM-B、J-ZBI_8 の全体得点との関連を検討し、 $r=-0.496\sim-0.594$ ($p<0.01$) を示した。SOC-13 との相関は、 $r=0.360$ ($p<0.01$) であった。

IV. 考察

1. 暮らしやすさ尺度の信頼性・妥当性

信頼性については、暮らしやすさ尺度全 21 項目の Cronbach's α 係数が 0.7 を超えており、内的整合性が確保できた。しかし、【生活のゆとり】は、今回新たに見出された概念であり、尺度項目については今後さらに検討を重ねていく必要がある。妥当性については、仮説的構成概念との比較や確認的因子分析の結果から、構成概念妥当性が確保された。また、基準関連妥当性においても、暮らしやすさ尺度全体と既存尺度との相関係数から、妥当性が確認された。

2. 暮らしやすさ尺度の有用性

暮らしやすさ尺度は、これまでに開発されている介護負担感とは異なり、高齢失語症者と家族の相互作用に注目し、無理なく生活していけるよう進化している程度を測定する高齢失語症者との生活を前向きに捉えようとする尺度である。この尺度は、21 項目で構成されており、暮らしやすさを簡便に測ることができる。また、生活の困難さが見えにくい失語症者の家族ではあるが、この尺度を用いることで、暮らしにくさの要因がわかり、支援すべきポイントが分かりやすいことから実用性の高い尺度である。得点化できるため、暮らしやすさの変化や支援の効果を確認することも可能である。今後は、データを蓄積し、暮らしやすい方向に向かうために必要な支援を検討し、介入プログラムを作成していくことが重要である。

Dissertation Abstract

Development of a scale for measuring the “wellness of living”
of the family of elderly stroke patients with aphasia.

Asami Suzuki
Graduate School of Nursing,
Tokyo Women’s Medical University

Objects: The purpose of the study is to develop a novel scale for measuring the “wellness of living” of the family of elderly stroke patients with aphasia and to test its reliability and validity.

Methods: The questionnaire survey of 855 families of elderly stroke patients with aphasia was conducted with 41 questions based on the wellness of living. A novel scale for measuring the “wellness of living” of the family of elderly aphasic stroke patients was developed from the results of the questionnaire among 199 families and tested its reliability and validity.

Results: As a result of exploratory factor analysis, 5 factors and 21 questions were constructed: (1) close relation between patients and families, (2) comprehension of language by verbal communications, (3) strenuous efforts for patients, (4) comfortable life, (5) comprehension of hardship. A confirmatory factor analysis was conducted by analyzing covariance structures and the hypothesized statistical model was found to fit the actual data. The reliability of the scale was confirmed by a Cronbach’s alpha internal consistency reliability coefficient of 0.841 (0.671–0.789 for subscales). The criterion-related validity was confirmed by J-ZBS_8, COM-B, GHQ-2, and SOC-13.

Discussions: The results of the study confirmed the scale’s internal consistency, constructional validity and concurrent validity. It can be considered highly practical and useful tool for measuring the “wellness of living” among the family of elderly stroke patients with aphasia.

目次

第1章	序論	
I.	はじめに	1
II.	研究の目的	2
III.	研究の意義	2
第2章	文献の検討	
I.	失語症者の特徴	3
1.	失語症の原因と発生状況	3
2.	失語症の回復	3
3.	失語症者の身体的特徴	4
4.	失語症者の心理社会的特徴	4
5.	高齢失語症者の特徴	5
II.	失語症者の家族の特徴	6
1.	失語症者の家族の介護負担や困難	6
2.	失語症者の家族の心理的特徴	7
3.	失語症者の家族のコミュニケーションの実際	8
4.	続柄による介護経験の特徴	8
第3章	高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」の検討	
I.	高齢失語症者の家族の知恵の形成プロセスと「暮らしやすさ」	10
II.	高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」と Martha E. Rogers 看護論	11
1.	Martha E. Rogers の生命過程の原理と「暮らしやすさ」	11
2.	高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」と看護	11
III.	「暮らしやすさ」の定義	12
第4章	研究の方法と対象	
I.	第1段階 暮らしやすさの構成概念の抽出と尺度原案作成	13
1.	暮らしやすさの構成概念抽出	13
2.	暮らしやすさ尺度の原案作成	14
II.	第2段階 暮らしやすさ尺度の作成	16
1.	研究デザイン	16
2.	調査期間	16
3.	研究対象者	16
4.	データ収集施設	16
5.	データ収集方法	16
6.	調査内容	17

7. データ分析方法	18
8. 倫理的配慮	19
第5章 結果	
I. 対象者の概要	20
1. 高齢失語症者の家族の概要	20
2. 高齢失語症者の概要	20
II. 尺度開発	20
1. 項目分析	20
2. 探索的因子分析による尺度の作成	21
3. 下位尺度の命名	22
III. 信頼性の検討	22
IV. 妥当性の検討	23
1. 構成概念妥当性の検討	23
2. 基準関連妥当性の検討	24
V. 高齢失語症者の家族の暮らしやすさの特徴	24
1. 高齢失語症者家族や失語症者の属性による暮らしやすさの比較	24
2. 暮らしやすさと介護期間の関係と特徴	25
第6章 考察	
I. 対象者の特徴	27
1. 高齢失語症者の家族の特徴	27
2. 高齢失語症者の特徴	27
II. 暮らしやすさ尺度の信頼性と妥当性	28
1. 暮らしやすさ尺度の信頼性	28
2. 暮らしやすさ尺度の妥当性	28
III. 暮らしやすさ尺度の特徴	30
1. 第1因子の特徴	30
2. 第2因子の特徴	30
3. 第3因子の特徴	31
4. 第4因子の特徴	31
5. 第5因子の特徴	31
6. 暮らしやすさ尺度全体の特徴	32
IV. 暮らしやすさ尺度の有用性	32
1. 臨床における有用性	32
2. 看護ケアへの示唆	33
V. 今後の課題	34
第7章 結論	35

謝辞	36
引用文献	37

付録・資料

資料 1 . 同意説明文	i
資料 2 . 調査票	v
資料 3 . 施設への研究協力依頼文	x iv
資料 4 . 施設からの研究協力承諾書	x vi
資料 5 . 研究結果希望者開示用はがき	x vii
資料 6 . 倫理委員会審査結果通知書	x viii

第1章 序論

I. はじめに

脳血管疾患の好発年齢は70歳代(荒木, 2005)であり、高齢化が急速に進むわが国では高齢な脳血管疾患患者が増加していくことが予測される。脳血管疾患の主要症状には、身体的な障害や失語・失行などの高次脳機能障害などがある。身体的な障害は要介護状態に移行しやすいため注目されやすいが、高次脳機能障害は注目されにくい。しかし、高次脳機能障害の中でも失語症は脳血管疾患患者の25-40%に認められる(The National Aphasia Association, 2011)。失語症は、一度獲得した「話す」「聞く」「読む」「書く」という言語表象に障害をきたし、言語の生成、表出、理解に障害をきたす(本村, 1994)ため、今まで自分が様々な結びつきの中で発展させてきた人間関係や個人特性などをいきなり失い、アイデンティティを変化させてしまう障害(Parrら, 1998)であることから、社会生活を営む上で見過ごすことのできない障害である。60歳以降に失語症を発症した患者の改善率は20歳代に発症した患者の半分に過ぎず、高齢者における失語症の転帰は非常に不良(佐野, 1990)である。さらに高齢者は、思わぬ出来事に対する適応能力が弱く、抑うつ状態を誘発しやすい(西村, 1999;黒田ら, 2002)ことから、社会から孤立しやすい人々である。失語症者は見かけ上、コミュニケーションの問題を除けばADLは自立していることが多い(遠藤ら, 2002;渡邊, 2006b;平松ら, 2008; Gialanellaら, 2010;小林ら, 2011)。そのため、ADLの自立している失語症者とその家族は、ADLに障害のある者とその家族に比べて注目されにくい。その結果、医療者がADLの自立した失語症者家族の心理的・身体的負担に気付くタイミングは遅れる可能性がある。

失語症者とともに生活する家族を対象とした研究は、介護負担や困難に関する研究が多い。失語症者の家族は、コミュニケーションやリハビリができる場所の不足、世間一般からの失語症に対する理解不足といった負担(坊岡ら, 2006)、失語症者の健康管理の困難さ(河原ら, 1999; Bakas et al, 2006;小林ら, 2008)、自分自身の健康に関する不安(綿森ら, 2004; Bakas et al, 2006)を常に持ちながら生活している。さらに、失語症者の配偶者の精神的健康をGHQで測定した調査(中村ら, 2007)では、一般的な要介護高齢者の精神的健康と同等に不良となっていることから、失語症者の家族は、注目して介入すべき人々であることは明らかである。失語症者の家族は、このような状況下でも、困難なコミュニケーションに対して、さまざまな行動や工夫によって問題解決を試み(沖田ら, 2006)、発症から数年経過すると、何らかの方法で失語症者とともに生活する方策を獲得している家族もいる(渡邊, 2007;大仁田ら, 2008)。筆者はこれまでに、高齢失語症者の家族を対象に、退院後の自宅での生活開始当初から現在に至るまでの生活を語ってもらい、高齢失語症者の家族の経験を明らかにしてきた。この調査の中で、高齢失語症者の妻たちは、毎日の経験をもとに自ら気づきを得て、知恵を形成し、その知恵を元に新たな経験をすることを繰り返しながら、より自分たちらしい、暮らしやすい生活を目指していることがうかがわれた(鈴木ら, 2012)。そ

の後、高齢失語症者の子供たちの語りも追加分析し、同様の傾向がみられている。しかし、これらの家族が皆、順調に知恵を形成し、暮らしやすくなるとは言い難く、暮らしにくい状況が遷延し続けている家族もいた。

高齢失語症者の家族は、日々生活する中で常に何らかの負担を抱えており、それは完全に排除することは出来ないが、このような状況の中でも、日々の生活の中で自ら様々な気づきを得て、より自分たちらしい暮らしやすい生活を目指している。このような高齢失語症者とその家族の暮らしにくさが遷延せず、豊かな老後の生活を送れるようにするためには、高齢失語症者の家族の気づきを促進する看護介入が必要と考える。しかし、前述したように高齢失語症者およびその家族はADLが自立していることが多く、医療者に注目されにくいことからその介入が受けにくい状況にある。そのため、高齢失語症者の家族の暮らしやすさの程度を簡便に可視化することが必要と考える。

II. 研究の目的

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の「暮らしやすさ」尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証する。

III. 研究の意義

高齢失語症者の家族の暮らしやすさを尺度化することで暮らしやすさの程度が数値で示され、可視化することができる。日頃、医療者から注目されにくく、抱えている困難が見えにくい高齢失語症者の家族ではあるが、この尺度を開発し、暮らしやすさの構成概念を把握することで、介入のポイントを見出すことができる。また、数値をもとに、高齢失語症者の家族の暮らしやすさの変化や介入の効果を経時的に追うこともできる。この尺度を用い、暮らしやすさの程度を左右する要因を把握することは、暮らしにくい状況を長引かせない介入方法を検討することを可能にする。

第2章 文献の検討

失語症者やその家族の特徴を整理することを目指し、文献検討を行った。和文献に関しては、キーワードを「失語症」と「介護」もしくは「家族」とし、検索条件を全年、原著論文として、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 により検索を実施した。この内、在宅で生活する失語症者もしくは家族を対象とした論文であり、失語症者が認知症や子供である場合を除くと 32 件が選択された。英文献に関しては、キーワードを「aphasia or aphasic」and「caregiver or career」and「stroke」とし、検索条件を全年、言語を英語として、PubMed により検索を行なった。このうち、depression や dementia について記載された論文を除いた。在宅で生活する失語症者もしくは家族を対象とした論文であり、リハビリテーション方法やその効果についての論文を除くと、11 件が選択された。失語症の原因と発生状況、失語症の回復については、主に、失語症に関する研究論文において多用されている佐藤(2001)の著書を参考にし、その引用を辿り、整理した。

I. 失語症者の特徴

1. 失語症の原因と発生状況

失語症は、脳損傷の結果生じる後天的言語機能の障害である(佐藤, 2001)。全国の高次脳機能障害者の診療を行っている可能性のある診療科を標榜とする医療機関を対象とした調査(種村ら, 2011)において、失語症をきたす原因について、脳梗塞や脳出血が最も多く約 84%、くも膜下出血を含めると約 90%を占めるという結果が得られている。これら脳梗塞・脳出血・くも膜下出血は総称して、脳血管疾患といわれる。The National Aphasia Association(2009)によると、失語症は脳血管疾患患者の 25-40%に認められるとしている。脳梗塞や脳出血の好発年齢は 70 歳台(荒木, 2005)であることから、失語症者は、脳血管疾患に罹患した高齢者に多いことが容易に推測される。

2. 失語症の回復

失語症の自然回復過程について、Lendrem ら(1985)や Mazzoni ら(1992)は、失語症の重症度や病巣の大きさによって回復経過は異なるが、発症から 4 ヶ月以内の改善率が高く、中でも発症 4~10 週間後の回復が顕著であると述べており、佐藤(2001)は発症初期の回復について、リハビリ開始の有無にかかわらず、その回復過程はほぼ一致していると述べている。また、病巣の位置による回復過程について、佐野ら(2000)は発症から 6 ヶ月~1 年程度で回復する病巣として、中心溝の前方、中心溝より後方(頭頂葉)、基底核や視床をあげている。これに対して回復しにくい病巣としては、中大脳動脈支配領域ほぼ全域の障害、基底核進展病巣があるが、これらの病巣でも年単位の時間をかけて徐々に回復することがあると報告している。しかし、発症から 3 年以上経過した失語症者を対象に重症度の変化をみた調査(佐野, 1990)では、失語症を発症した者の改善率は 20 歳代 68.8%、30 歳代 60.0%、40 歳代 44.2%、50 歳代 47.6%、60 歳代で

は 34.4%であり、高齢になるほど改善率は不良となっている。

これらのことから失語症の回復は、発症後 4 ヶ月以内に顕著な回復を示し、発症からおよそ 6 ヶ月の時点で、その後も顕著に回復する可能性のある失語症であるか、それとも、回復は緩徐で時間を要する失語症であるのかの予測が可能である。しかし、発症が高齢であればあるほど改善は困難といえる。

3. 失語症者の身体的特徴

失語症者の身体的特徴については、渡邊(2006b)は、Barthel Index の平均得点が 80 点以上であり、身体的には自宅内での生活は自立している者が多いと報告している。約半数に失語症者を含む高次脳機能障害者を対象とした東京都内での調査でも、入浴(55%)を除く整容・更衣・食事・トイレ動作・屋内移動は 60%以上の人自立しているという(遠藤ら, 2002)。また、小林ら(2011)の在宅失語症者を対象とした調査においても、自立約 9%、J ランク 37%、A ランク約 48%であり、9 割以上の失語症者が概ね屋内での生活は自立しているという結果であった。Gialanella ら(2010)も脳血管疾患患者の FIM の調査で、失語症者の FIM の運動項目得点は有意に高く、失語症者以外のものと比べ、ADL が自立している可能性を示唆している。また、在宅で生活している失語症者に外出頻度や外出先を尋ねた調査(平松ら, 2008)では、1 週間の外出回数は平均 4.95 ± 2.69 回で、毎日外出する者が約 6 割を占めていた。外出先は、畑仕事や病院、買い物、ゴミ出し、家庭菜園、カメラ撮影などが挙げられていた。

このように、失語症者の身体的特徴として、ADL の自立した者が多く、自宅内での生活は概ね自立している者が多い。このことが麻痺などの身体的な障害を有する人々とは異なり、周囲の人々から障害を有していると認識されにくい理由の一つと考えられる。

4. 失語症者の心理社会的特徴

心理社会的特徴について、佐藤(2001)によれば、失語症者は自分自身に対する否定的発言や怒りに近い感情表出を示すことが多く、Parr ら(1998)は、失語症者は空虚感、孤立感を感じており、発症から数年たっても、このような感情の動揺やひどい惨めさの体験を消し去ることができないと述べている。吉野(1991)、本多(1999)、吉畑ら(2002)も、失語症者は、病気・障害への恐れや自己意識の危機、否認、抑うつ、社会的孤立により、本人・家族ならびに周囲の人たちの心理社会的側面に重大な影響を及ぼすと述べている。Parr ら(1998)は、失語症者は、それまで様々な結びつきの中で発展させてきた職業や教育、人間関係、家族内の秩序、人との会話、個人の特性がいきなり中断されてしまうことで、個人のアイデンティティが変化し、自分の存在を見失い、将来が不確かなものとなると述べている。また、佐藤(2001)は、失語症者は能動性が低下し、社会的接触の希薄化、外界との交流が乏しくなることによるコミュニケーション意欲の抑制、これらによる心理的に閉ざされた状態の持続という悪循環を生むと述べている。安保(2009)は、職場復帰も果たしている軽度失語症者

の発症前後の会話の質の変化について、職場、家庭、友人との会話いずれにおいても内面に疎外感を感じていることを明らかにしている。Cahana-Ameitaryら(2011)は地域で生活する失語症者は、言葉を間違えるのではないかと予測しながら言葉を話す努力をしたり、言葉を失敗する恐れを抱いていると述べている。

このように、失語症になるということは、失語のために周囲との関係性が中断され、社会からの孤立感や疎外感が生まれ、個人の尊厳や個性まで失われてしまう可能性がある。社会的な存在としての人間にとって、非常に重大な障害である。

失語症者の障害受容や社会適応について、いくつかの心理社会的な報告がある。岡本(2002, 2003)によれば、障害の受容(克服)過程については、全ての患者に同じではなく、障害受容(克服)過程は個々に異なるとされている。また、失語症者の社会適応の良否は言語障害の重症度のみではなく、家族が失語症者の障害を客観的に理解していること(立石, 1990; 立石, 1997; Dalemansら, 2010)、人間関係を含む周囲の環境を整えること(梶原, 1994; 梶原, 1995; Dalemansら, 2010)により促進されるという報告がある。

失語症者が社会的な孤立感を感じないためには、家族をはじめ、周囲の人々の障害に対する理解、障害をもつ人に対する理解が重要であることがわかる。

5. 高齢失語症者の特徴

これまでの失語症者を対象とした研究において、高齢な失語症者に焦点をあてた調査は見当たらない。しかし、高齢者が失語症になることは、成人期もしくはそれ以前に失語症になることとは異なる側面があると考えられる。

高齢者は身体機能の低下をはじめ、喪失体験が多く、孤独感、寂しさ、空虚さ、あきらめの感情を抱きやすく、大きな環境の変化や予測しない出来事に対する適応能力が弱くなる(金川, 1997)。最近では、高齢者の閉じこもりや抑うつ状態も注目されている。閉じこもりの予防はうつ病予防、認知症予防、低栄養状態の予防、廃用症候群の予防につながり、要介護者の増加防止、健康高齢者の増加につながる(平田ら, 2006)可能性があり重要な課題である。

高齢者の閉じこもりに関わる要因として、原口ら(2006)は生きがい・生活の張り、親しい友達、家族の中の役割、趣味・楽しみ、地域活動、平田ら(2006)は1日に会話する人数をあげている。また、高齢者の抑うつに影響する要因としては、外出頻度や範囲、日常生活自立度といった活動面をあげる報告(久野ら, 2002; 和泉ら, 2007; 黒田ら, 2002)が多いが、他に、趣味・生きがい、地域活動への参加(和泉ら, 2007)、友人・隣人・家族との対話の機会(黒田ら, 2002)、対象喪失体験、人生満足度(西村, 1999)が関与するという報告もある。活動範囲が狭いことや閉じこもり自体、家族・友人・近隣の人との会話が少ないことなど、人との接触が少ないことが、高齢者の抑うつに影響を及ぼしている。

このような特徴をもつ高齢者が失語症になるということは、失語症者の特徴である抑うつ、社会的孤立感などをさらに憎悪させる可能性がある。比較的 ADL

が自立している失語症者でも、このために廃用症候群を引き起こすこともありうる。これまでの文献検討から、失語症は、高齢者に多いことが予測され、さらに高齢者ならではの問題が加わることで健康状態を悪化させる可能性がある。これらのことから考えても、高齢な失語症者は注目すべき人々である。

II. 失語症者の家族の特徴

1. 失語症者の家族の介護負担や困難

失語症者の家族の介護負担の特徴には、コミュニケーションに関わる負担、社会的役割を担うことの負担、自己を十分表現できないでいる本人の気持ちや葛藤を家族が推察し、病前との違いを嘆き思いやる心理的な負担、失語症者が体調の微妙な変化を語るができないために、介護者が常に病状や体調について推察を余儀なくされている身体介護面の負担がある (Denman, 1998 ; 小林ら, 2007 ; 2008)。また、河原ら(1999)や Bakas et al(2006)も失語症者の健康管理面については、失語症者は自覚症状を訴える能力が低下しているために健康管理面で危険を察知するのが困難であると述べている。辰巳ら(2010)は、家族介護者の介護負担感に関連する要因として、失語症者の ADL と家族介護者の抑うつ状態をあげている。また、介護負担感の経時的変化の傾向について、坊岡ら(2006)は、退院時は全般的に介護負担感が大きく、退院から時間が経過しても失語症のリハビリや対応のできる場所の不足、世間一般の障害に対する理解の不足からくる負担感やコミュニケーションに関する負担感は軽減しないと述べている。同様に LeDoize ら(2010)も、多くの失語症者の介護者は、出口のない困難を抱えており、時間が経過しても助けを必要とする状態が継続していると述べている。また、コミュニケーションに関連する諸問題については発症から数年経過しても、悩みや葛藤を抱え続け(河原ら, 2000 ; 綿森ら, 2004)、時間が経つにつれて増加する負担として、介護家族自身の健康に対する不安(綿森ら, 2004 ; Bakas et al, 2006)があげられている。さらに、失語症者の配偶者の精神的健康を GHQ で測定した調査(中村ら, 2007)では、一般的な要介護高齢者の精神的健康と同等に不良とされている。これまでの失語症者家族の介護負担感の評価は、自作の調査票(綿森ら, 2004)、中谷介護負担感スケール(渡辺ら, 2004)、Zarit 介護負担尺度日本語版(小林ら, 2008 ; 辰巳ら, 2010)、COM-B(坊岡ら, 2006, 小林ら, 2011)、Oberst Caregiving Burden Scale(Bakas et al, 2006)が用いられている。中でも COM-B は小林ら(2008)によって開発されたコミュニケーション関連の介護負担感尺度であり、中村ら(2011)によって妥当性の検証がされた新しい尺度である。

失語症者の家族は発症から時間が経過しても失語症者とのコミュニケーションをはじめ、生活や周囲の環境に関して、負担を抱えて生活している。失語症者家族の介護負担は、発症からの時期により様々であり、援助を考える際はその時期に応じて、適切な援助の内容を考えることが必要となる。また、失語症者の家族の介護負担感は、時間が経過しても内容が変化して継続し、なくなることはないことから、介護負担に注目するだけでなく、失語症者と生活する

中での肯定的な側面にも注目していく必要がある。

失語症者家族への介入方法に関する研究は数少ない。Draperら(2007)は、発症から1年経過した失語症者の介護者をグループにし、コミュニケーション技術や負担へのサポートを主な内容とした教育プログラムを実践し、その後の効果を検証している。しかし、有効な効果は得られていない。この中でも、介入時期や期間、介護者の困難の種類やレベルに合わせることの必要性が述べられている。失語症者家族の困難や負担感を軽減するための介入プログラムを開発するには、その家族介護者の困難や負担の内容と程度を把握し、個別性を考慮した介入が必要である。

2. 失語症者の家族の心理的特徴

失語症者の妻の心の変化について、岩田ら(2003)は、発症直後は生命の危機に直面し「患者の障害にまでは目を向ける余裕のない状態」、急性期を脱し患者の障害を目の当たりにし「現実に直面し、つらいと感じる時期」、患者の機能回復と共につらい気持ちは変化し「家族以外の周りをみる余裕がでてくる時期」、また、発症直後より現実に直面し、言葉が話せない夫を気遣いながら自分もつらい気持ちになっていた妻が様々なきっかけによって「対処行動と非言語的コミュニケーションを獲得」し、「今後について考えられる」気持ちに変化していくと報告している。また、小藪(1999)は、失語症患者の妻の手記を分析して、脳卒中の発症は突然であるため、症状や対処の仕方についての知識がない場合、動揺は大きく、失語症状による患者の異常な言動への不安も強く、不適切な対応で失語症者をさらに混乱させることや、発病時に適切な処置が取れなかったことなどへの後悔がいつまでも影を落としていることも少なくないと報告している。また、失語症者の回復を願い「藁をもつかむような気持ち」であり、病気についての知識が不足するがゆえに正しい情報の選択が難しいこともあると述べている。また、佐野ら(1998)は、家族の一人が失語症になると、家族の中にいろいろな葛藤が生じて、ことばを介してつながってきた家族の関係が根底から揺さぶられることは避けて通れないと述べている。大田ら(2008)の著書の中に失語症者の家族のことばとして失語症者との初期の生活場面について「できないことばかりを考えていた」「本人のために、といいながら、自分の考えに相手を当てはめようとしていた」という表現がある。しかし、失語症発症から時間が経過した現在の表現は、「夫や子供のために元気でやっさいこう。明るく過ごそう。」「お互いにいたわりあう関係に戻っさいこう。」「焦らず、今を大切にやっさいこう。」「ゆっくりでしかわからない楽しみを探っさいこう。」などと変化している。

それぞれの調査は、ある特定の時期を捉えているものであるが、これらの調査結果を概観すると、発症当初は突然のことで動揺し、混乱しているが、時間の経過とともに前向きな気持ちへと変化していくことが予測される。

3. 失語症者家族のコミュニケーションや経験の実際

沖田ら(2006)による失語症者とその妻3組の昼食場面の会話分析の結果から、夫婦間の全話題の半分またはそれ以上においてコミュニケーションの困難を生じていたが、その7割は「言語的補完」「内容の明確化」「相手への行動の促し」「自己の身体の使用」「道具の使用」「共有情報の使用」により解決されており、1つの話題に対して健常者の約3倍の発話を交わしていることを報告している。一方、介護者の失語症者とのコミュニケーション方法について、退院時に「言葉の障害への対応」「言葉の障害のある人との接し方」の指導を受けたとする介護者は少なく、「失語症」に関する知識や障害の特徴、対応方法を知り得ない状況で退院し、その後、介護者自身が何らかの方法で対処策を獲得している可能性が高い(渡邊, 2007)。また、介護者が行っている対応と失語症者の障害の特性が一致していない可能性が予測されたという報告もある(渡邊, 2006a)。

最近では、失語症者と家族のコミュニケーションを含めた生活のプロセスについての調査が行われている。中山ら(2009)は、失語症者の妻10名のコミュニケーション方法の再構築に至るまでの過程について「とりあえずの対応期」「夫の意図の先読み期」「コミュニケーション方法の模索期」「獲得したコミュニケーション方法の継続期」という4段階をたどると説明している。岸(2010)は、失語症の夫を介護する中年期女性1名のライフストーリーを分析し、当初、夫と向き合うことに苦痛を感じながらも、自分の気持ちを理解して欲しいと夫に向きあう努力を続け、片言しか話さない夫に繰り返し言葉で気持ちをぶつけることで、短いわずかな言葉であっても納得できる言葉を夫から引き出し、これまでの夫との関係を振り返り、自分自身の問題にも気づいていき、夫との話し合いを繰り返すことで夫との新たな関係を構築し、共通の目的を見出すという、肯定的なプロセスを経たと報告している。筆者ら(2012)も、これまでに高齢失語症者の妻10名を対象に、退院後の自宅での生活開始当初から現在に至るまでの経験のプロセスを明らかにし、高齢失語症者の妻たちは、より自分たちらしい生活を目指して、毎日の経験をもとに自ら気づきを得て、知恵を形成し、その知恵を元に新たな経験をすることを繰り返しながら生活していることを明らかにしている。

失語症者の家族は、日々の生活の中で、コミュニケーションによる困難を軽減すべく、様々な工夫や努力をして生活していることが推察される。

4. 続柄による介護経験の特徴

これまでに失語症者の家族を対象とした研究で年齢や性別、続柄による比較検討をした調査は行われていない。そこで、要介護高齢者の介護者を対象とした研究で年齢や性別、続柄を比較検討した調査を検索した。医学中央雑誌 web版 Ver.5でKey wordsを「高齢者、介護、続柄」とし、その中でも、原著論文、看護、2000年以降に発行されたものに限り検索しところ48件がヒットした。このうち、要介護高齢者の介護に関することが記述されている論文でターミナ

ルケアに関する論文、認知症高齢者の介護者を対象とした論文を除くと 30 件あった。続柄による比較検討をしている論文はこのうち 5 件であった。

続柄による比較検討をしている 5 論文からは様々な結果が得られている。5 論文のうち、2 論文に共通している内容は続柄による介護負担感の比較であり、三浦ら(2005)は続柄による差はないとしているが、大山ら(2001)は、配偶者以外では、介護負担感が高くなると述べている。介護負担に関連すると考えられる QOL に関して黒田ら(2003)は、配偶者で相対的に低いとしている。その他の続柄別に比較された内容としては、新鞍ら(2008)は、介護の充実感や経済的負担、自己成長感、拘束感を比較し、充実感は嫁で有意に低く、経済的負担は、息子で有意に高い、それ以外の項目に関しては有意な差はないとしている。新田ら(2005)は、無視する、感情的に傷つけるといった不適切処遇の経験の有無について、実子で有意に高いと述べている。三浦ら(2005)は、言語的コミュニケーションに有意に関連するものとして続柄について検討しているが、有意な差は認められていない。

失語症者の家族のみならず、要介護高齢者の介護者の続柄による分析が行われている論文は少なく、一定の見解が得られているとはいえない。現時点では、まずは失語症者の家族の特徴を把握し、それをもとに続柄別の特徴の有無やその内容を検討していくことが望ましいと考える。

第3章 高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」の検討

I. 高齢失語症者家族の知恵の形成のプロセスと「暮らしやすさ」

これまで、高齢失語症者の家族に失語症者との自宅での生活開始当初から現在に至るまでの経験を語ってもらい、高齢失語症者の妻の語りを主に分析した結果、高齢失語症者の妻は、日々重ねてきた経験をもとに知恵を形成し、その知恵をもとに新たな経験をするというプロセスがあることを導いてきた(鈴木ら, 2012)。この中で知恵とは、失語症者と生活する中で起きる事柄について、より自分たちらしい生活をするために、理解したり、考えたり、対応する能力と定義した。今回、高齢失語症者の実子2名(息子と娘)の語りを追加分析した。その結果、妻がしている経験とほぼ同様の結果であったことから、これまでに導いた高齢失語症者の妻の経験のプロセスは、高齢失語症者とともに生活する家族の経験のプロセスと捉えることができると判断された。

高齢失語症者の家族は、失語症者との自宅での生活開始から時間の経過とともに、【思うように意思疎通がはかれない困惑】、【失語症者の引き受け】、【がんばり続けることの限界】、【周囲からの支えの実感と楽な気持ちでの生活】、【無理しない生活維持と同病者家族への関心の芽生え】という5つの段階を段階的に経験し生活していた。この経験のプロセスの内容は、第1段階では、失語症者の家族は、思うように意思疎通がはかれない不自由さを感じながら生活をしており、困惑している。第2段階では、失語症者の苛立ちから回避しながら、他人は頼りにできないし、失語症者からは頼りにされていると感じ、失語症者の面倒をみると覚悟を決めている。そして、第3段階では、自分が考えられるだけのことを実践し、失語症者の言いたいことが理解できるようになったり、言葉数が増えることで成果を感じるのと同時に思うようにいかない状況も経験し、一人で頑張っているような虚しさや言葉の回復、自分自身の体力や気力に限界を感じ生活するようになる。第4段階では、今まで見えていなかった家族、友人、同病者家族、専門職などの周囲の人々や失語症者からも支えられていたことに気付いたり、失語症者が無理に言葉を話せるようにならなくても、以前より楽に生活していることを実感し、感謝の気持ちやゆとりを持つようになっていく。最終の第5段階では、失語症者との今後の生活を無理せず、今を維持していくことが最良の方法であると感じて生活している。中には、失語症で困っている人の役に立てるかもしれないと新たな自分の役割を意識し始める者もいた。このように、当初、失語症者との生活に困惑している状況から、知恵を形成しながら、失語症者に一人で立ち向かい、数々の努力を試み、その結果、失語症者や周囲の人々の支えに気付いたり、以前より楽に生活できるようになっていることを実感し、今後は無理せず生活することができればよいと考えられるように変化している。

この経験のプロセスは、高齢失語症者の家族が時間の経過とともに経験を蓄積し、知恵が形成されることで、徐々に暮らしやすくなっていくプロセスといえる。つまり、高齢失語症者の家族は、暮らしやすい生活を目指し、経験を積み重ね、自ら様々な気づきを得ながら一方向に向かって変化していくことを示している。こ

れは、統一体としての人間は、過去から未来への連続的な時間の変化の中で、環境と複雑に相互作用しながら、後戻りせずに変化していくことを示した Martha E. Rogers の生命過程の原理を用いて説明することが可能と考えた。

II. 高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」と Martha E. Rogers 看護論

1. Martha E. Rogers の生命過程の原理と「暮らしやすさ」

Rogers (1979) は、人間の生命過程について、3つの原理で説明している。第1に人間と環境はエネルギーの場であり、両者は連続的に相互作用し、その2つのエネルギーの間に共鳴する波、パターンが生じるという「共鳴性の原理」。このパターンの伝達により、人間と環境の場に変化が生じ、進化が進むという「統合性の原理」。さらにこの進化は、一定方向にらせん状に進行し、らせん曲線は周期的な連続性を示し、一見、繰り返しのように見えても、実際は似かよっているだけであり、ある事象がそっくり反復されることはありえないという「らせん運動性の原理」の3つの原理である。

高齢失語症者の家族の暮らしやすさは、人間を家族、環境を失語症者と置き換えて考えてみると、それぞれのエネルギーから発せられるパターンが絶えず何らかの形で相互作用しながら（共鳴性の原理）変化していく（統合性の原理）ものと考えられる。そして、この生命過程の中で、似かよった事象を繰り返し、その過去に起きた事象を取り込みながら進む（らせん運動性の原理）ことで、新たな気づきを得て、進化していると解釈できる。高齢失語症者とその家族の暮らしにくい状態とは、お互いの苛立ちや困惑によりパターンが共鳴できず、不協和音を立てている状況と考える。しかし、日々の経験を通して、相手を気にかけて、周囲の状況に目を向けられるよう変化していくことでお互いのパターンは徐々に波長を合わせることができるよう発生し、少しずつ共鳴できるようになる。暮らしやすい状態では、お互いのパターンが共鳴し、不協和音が立つことが少なくなり、交響曲を奏でるような状態になるものと想定できる。

このように高齢失語症者の家族は、より暮らしやすい状況でいられるようにするため、意識するしないにかかわらず、自分自身の考え方や対応の仕方、理解の仕方を変化させて、自分にとって楽に生活していけるように不可逆的に変化している。まさに、Rogers の進化のプロセスといえる。

2. 高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」と看護

Rogers (1979, 1991) は看護の目的を「できるだけ最高の健康を達成できるように人々を援助すること」、「人々の生命過程を深く理解し、人々の幸福のために積極的な方策を考えだし、実行に移すこと」と述べ、全体的にみて、いい方向に向かっているのかが大事であり、それぞれ安寧 well being の方向へ歩んでいっているかが大切と述べている。つまり、高齢失語症者の家族の暮らしやすい状態とは、Rogers が提唱する well being な状態と捉えることができる。看護職は、高齢失語症者の家族それぞれが well being な状態に向かっているよう支援していく必要がある。

専門的な看護実践について Rogers(1979)は、人間と環境の間の相互作用を促進したり、健康の可能性を最大限に実現するため人間の場と環境の場のパターン形成の方向を決めたり、その方向を変えようと努力することであると述べている。Rogersの述べる専門的な看護実践をするにあたり、高齢失語症者とその家族の相互作用を促進するには、両者の困難や暮らしやすさを把握し、介入を検討することが必要ともいえる。ところが、失語症者は言語的コミュニケーションに障害があるため、失語症者の経験や困難などの情報を正確に把握することは難しい。しかし、人間と環境のパターンは相互作用し、共鳴するというRogers看護論から考えると、失語症者の家族が暮らしにくさを感じている場合、失語症者とのパターンが共鳴していない状況が予測でき、それは、失語症者にとっても暮らしやすいとはいえない状況にあると予測できる。今回、高齢失語症者の家族の暮らしやすさの程度を把握することは、介入を必要とする高齢失語症者の家族の発見につながるだけでなく、暮らしにくい状況にある高齢失語症者の発見にもつながるものと考えられる。また、高齢失語症者の家族が、より暮らしやすい状況になるよう介入することは、高齢失語症者とのパターンを共鳴させるように介入することにつながり、高齢失語症者へも間接的に良い効果をもたらされると推測される。

Ⅲ. 「暮らしやすさ」の定義

これまでの検討から、高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」とは、高齢失語症者の家族が日々経験を積み重ね、自ら様々な気づきを得ることで、家族自身が意識するしないにかかわらず、自分自身を変化させて、無理せず、楽に、穏やかに日々生活していけるように進化している程度を示しているものと定義する。

第4章 研究の方法と対象

本研究は、2段階を経て、暮らしやすさ尺度の開発を行った。1段階目では、高齢失語症者の家族の暮らしやすさの構成概念を抽出し、暮らしやすさ尺度の原案を作成した。2段階目では、暮らしやすさ尺度の作成と信頼性・妥当性の検討を行った。

I. 第1段階 暮らしやすさの構成概念抽出と尺度原案作成

1. 暮らしやすさの構成概念の抽出

前回調査（鈴木，2009 修士論文）で得られた高齢失語症者とともに生活する妻10名のデータに実子2名（息子1名、娘1名）のデータを追加し、自宅での生活開始当初から現在に至るまでの語りを質的帰納的に再分析し、暮らしやすさの構成概念を抽出した。

1) 前回調査のインタビューの内容

生活を始めた頃に印象に残っている出来事や高齢失語症者に対する気持ち、失語症という障害に対する考え方、高齢失語症者との生活で心がけていること、今後の生活について考えていることについて、自由に語ってもらった。

2) 暮らしやすさの構成概念の抽出の方法

これまでの検討から、「暮らしやすさ」の程度は、高齢失語症者の家族の経験内容の変化によって異なる。そこで、前回調査で参加者全員から集められた日々している経験のコードを分析の元のデータとし、時間の経過によって進化していく経験の内容が類似しているものをまとめ、抽象度を高めてカテゴリ化した。分析の過程で老年看護の質的経験がある研究者や失語症の看護の経験がある者のスーパーバイズを受け、分析の真実性を確保した。

3) 暮らしやすさの構成概念

分析の結果、〔言葉へのこだわり〕〔失語症者との関係性〕〔束縛感〕〔孤立感〕〔病気をした失語症者との日常生活〕の5つカテゴリが導かれた（表1）。以下に、それぞれのカテゴリの内容について説明する。以下、〔 〕はカテゴリ、[]はサブカテゴリを示す。

〔言葉へのこだわり〕

高齢失語症者との「言葉」に関する経験が抽出されている。自分の家族が失語症であることの受け入れ状況といえる〔障害受容〕、なんとしても言葉を回復させたい、言葉の回復には限界があるといった〔言葉の回復〕に関する内容、失語症者との〔言葉でのコミュニケーション〕に関する内容、失語症者の話したいことの理解に関する〔言葉の理解〕が含まれる。言葉に対するこ

だわりは、時間の経過とともに知恵が培われ、こだわりが少なくなっていく。

〔失語症者との関係性〕

高齢失語症者が失語症になってからの自分たち家族との関係性に関する経験が抽出されている。失語症者に対する失望、失語症となった者との接し方といった〔失語症者に対する思い〕、お互いが苛立っている様子、失語症者に対する不満や穏やかに暮らせている様子などの〔感情の起伏〕、お互いが遠慮している様子や支え合っていることの実感といった〔気遣い合い〕の経験が含まれている。高齢失語症者と介護者との関係性は、時間の経過とともに知恵が培われ、深まっていくと考えられる。

〔束縛感〕

失語症となった家族との生活による時間的、身体的、精神的な束縛感が抽出されている。失語症者に頼られている、いつも気を張っているという〔精神的束縛〕、自分より失語症者を優先させているという〔身体的束縛〕、このような生活の中で自分の時間が持てないという〔時間的束縛〕の経験が含まれている。時間の経過とともに知恵が培われ、束縛感からは解放されていく。

〔孤立感〕

失語症となった家族との生活での社会的な孤立の経験が抽出されている。地域社会だけでなく、家族も頼ることが出来ないと感じたり、誰もががんばっている自分を認めてくれないという〔一人での介護〕の経験や家族や友人、同病者家族の存在に気づき、支えがあることに気づく〔自分以外の人の存在〕、さらには自分自身が他の失語症者家族の支えになれる可能性に気づく〔社会への貢献〕の経験、失語症は周囲から理解してもらいにくい障害であると感じる〔失語症の社会的認知度〕に関する経験が含まれる。孤立感は時間の経過とともに感じにくくなっていく。

〔病気をした失語症者との日常生活〕

脳血管疾患を患った高齢失語症者との生活についての経験が抽出されている。家族が病気になったことで思い通りの生活が送れなくなった経験やそのような思いの中でも脳血管疾患を再発させない、合併症を起こさせないよう失語症者の健康管理をする生活についての内容が含まれている。〔脳卒中になった家族との生活〕〔失語症者の健康管理〕〔今後の生活に対する希望〕に関する経験で構成され、時間の経過とともに、病気をした高齢失語症者との生活に自信が持てるよう変化していく。

2. 暮らしやすさ尺度の原案作成

1) 作成方法

今回導かれた5つのカテゴリを高齢失語症者とともに生活する家族の「暮ら

しやすさ」尺度の仮説的構成概念とし、分析過程のコードの意味内容を考慮し、質問文に置き換えることで尺度原案を作成した。原案作成後は、失語症者やその家族の看護経験のある研究者や実践家、尺度開発に携わったことのある研究者と内容の妥当性を検討し、質問内容の精選をした。さらに、失語症者の家族にも承認を得た。41項目の暮らしやすさ尺度の原案の作成に至った。

2) 暮らしやすさ尺度原案

仮説的構成概念は、〔言葉へのこだわり〕、〔失語症者との関係性〕、〔束縛感〕、〔孤立感〕、〔病気をした失語症者との日常生活〕の5つの領域となり、領域1〔言葉へのこだわり〕は9項目、領域2〔失語症者との関係性〕は13項目、領域3〔束縛感〕は6項目、領域4〔孤立感〕は8項目、領域5〔病気をした失語症者との日常生活〕は5項目、合計41項目の尺度原案が作成された。

今回作成する「暮らしやすさ」尺度は、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「少しそう思う」「非常にそう思う」の4件法で回答を求める。これは、「暮らしにくい」「やや暮らしにくい」「やや暮らしやすい」「暮らしやすい」に相当すると想定し、設問文の内容により、項目得点を反転させ、合計得点が高いほど暮らしやすい状態になる尺度とした。

II. 第2段階 暮らしやすさ尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

1. 研究デザイン

尺度開発のための自記式質問紙（調査票）を用いた調査研究

2. 調査期間

2013年5月1日～2013年10月30日

3. 研究対象者

高齢失語症者と同居しており、共に過ごす時間が最も長い人であり、本研究の説明文を読み、理解することができ、本人の自由意志により、調査票に回答できる人を対象とした。また、高齢失語症者の条件として、60歳以降に脳血管疾患を発症し、失語症となったこと、在宅で生活をしていること、ADL（屋内での移動・食事摂取・排泄）がほぼ自立していること、認知症と診断されていないこと、日常生活を送る中で、失語症以外の原因によるコミュニケーションの障害がないことをあげた。

調査票は、885部配布し、315部（回収率35.6%）回収された。このうち、失語症者の発症年齢が特定できない3部、同居していない4部の計7部、60歳以前に失語症となった者の家族84名を除外した224部を有効回答（有効回答率25.3%）とした。また、今回、対象者の選定条件に高齢失語症者のADLについて、屋内での移動・食事摂取・排泄がほぼ自立していることをあげていた。しかし、要介護度4や5の者がいた。そのため、要介護度ごとに、暮らしやすさ尺度の各質問項目のヒストグラムを描き、回答分布に偏りがなかったかを確認した。その結果、要介護5の対象者の分布の型は他の要介護度と比べ、型の異なる質問項目が多く、異質と考えた。そのため、高齢失語症者の要介護度が5の者の家族25名も除外し、199名（有効回答率22.5%）を解析対象とした。

4. データ収集施設

失語症発症からの期間が短い者から長期にわたる者に調査することを考慮し実施場所を選定した。失語症発症からの期間が比較的短い者がいると考えられる病院として、回復期リハビリテーション病棟を有する6病院。失語症発症からの期間が長期にわたる者が多くいると考えられるデイサービス・デイケア施設6施設および全国51の失語症友の会でデータ収集を行った。

5. データ収集方法

1) データ収集開始までの手続き

データ収集施設の施設長に調査協力を依頼し、（資料3、資料4）協力を得られた施設の施設長から研究対象者の選定が可能な医師、看護師、言語聴覚士、介護士などの紹介を受けた。紹介を受けた医師、看護師、言語聴覚士、介護士などに研究の主旨を説明し、対象者の条件を満たす者の選定を依頼した。対象者の選定が可能な医師、看護師、言語聴覚士、介護士などから、対

象者の条件を満たす人に高齢失語症者の家族の暮らしやすさ尺度を開発するための調査協力依頼が来ていることや調査票への協力は自由意志であること、回答したか否かについては、配布者自身にはわからないことを口頭で説明し、研究の同意説明文（資料1）と調査票（資料2）、研究結果開示希望者用はがき（資料5）、回収用封筒が入った封筒を配布してもらった。この時、高齢失語症者へも、同様に失語症者の家族対象の調査協力依頼であり、回答はご家族の自由意志であることを可能な範囲で口頭で説明してもらった。

2) データ回収方法

研究の同意説明文と調査票を受け取った対象者は、同意説明文を読み、自由意志に基づいて無記名で回答し、回答した調査票は回収用の封筒に入れてもらった。研究結果の開示希望のある対象者は、研究結果開示希望者用はがきに必要事項を記入してもらった。調査票および研究結果開示希望者用はがきの回収は、調査開始前に施設長もしくは本研究を実施するにあたり施設での窓口となる者との相談により、回収箱の設置、もしくは郵送法をとった。調査票の回収時期は、配布後1カ月を目安とした。

6. 調査内容（資料2）

1) 高齢失語症者家族の基本情報：性別、年齢、失語症者との続柄、失語症者以外の同居家族の有無とその続柄、1日の介護時間、自宅での生活開始からの期間、職業の有無、地域社会との交流の有無、失語症発症前の失語症者との関係性

2) 高齢失語症者の基本情報：性別、年齢、診断名（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血、その他）、失語症を発症してからの期間、要介護度、社会資源の活用の有無、専門家によるリハビリ実施の有無、失語症友の会などの失語症者とのかかわりの有無、外来通院の頻度、失語症の重症度。失語症の重症度は中村ら(2011)の研究を参考に最軽症～最重度の6件法で評価するBoston失語症重症度評定(Goodglassら, 1975)に基づいた。

3) 高齢失語症者とともに暮らす家族の『暮らしやすさ』尺度原案

高齢失語症者の家族の暮らしやすさは、〔言葉へのこだわり〕〔失語症者との関係性〕〔束縛感〕〔孤立感〕〔病気をした失語症者との日常生活〕の5つの仮説的構成概念で構成されている。41項目からなり、それぞれの質問項目に対して、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「少しそう思う」「非常にそう思う」の4件法で回答を求め、得点が高いほど暮らしやすい状態を表す。

4) 基準関連妥当性検証のための尺度

(1) GHQ 精神健康調査票 12 項目短縮版 : GHQ-12(福西, 1990)

精神的に健康であるか否かを判定する尺度としてGoldbergによって開発され、中川ら(1985)によって邦訳されている。それぞれの質問項目に4件法で回答を求め、合計得点が高いほど、精神的健康度が低いことを表す。

(2) 日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 : J-ZBS_8

要介護高齢者の家族が知覚する介護負担感を測定する尺度で、日本語版は、Araiらが作成し、その後、8項目の短縮版が作成(荒井ら, 2003; 熊本ら, 2004)された。「Personal strain(介護そのものによって生じる負担)」「Role Strain(介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなることにより生ずる負担)」の2因子構造となっている。8項目の質問に対して、「思わない」から「いつも思う」の5件法で回答を求め、合計得点が高いほど、負担感が高い状態を表す。

(3) コミュニケーション関連の介護負担感尺度 : COM-B(中村ら, 2011)

この尺度は、小林ら(2008)によって失語症者の家族の言語・コミュニケーションの障害に起因する特有の負担感を評価することを目的に開発された30項目の尺度である。「生活拘束感」「言語症状関連」「感情・認知症状関連」「家庭運営」の4つの下位領域からなる。「ない」から「いつもある」の5件法で、回答を求め、合計得点が高いほど負担感が高いことを表す。

(4) 首尾一貫感覚尺度13項目短縮版 : SOC-13(戸ヶ里ら, 2005)

Antonovsky(1987)によって提唱された首尾一貫感覚(Sense of Coherence Scale : SOC)とは、ストレッサーやライフクライシスに成功的に対処し、それらが持つ人間成長促進可能性を現実のものとする個人あるいは集団の能力とされ、「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」の3つの下位因子で成り立っている。13の質問項目への回答は、5ポイントのSD法が用いられ、合計得点が高いほど、SOCが強いことを表す。SOCは、環境と主体である人との相互作用からなる感覚であり、生涯発達しうる感覚であると捉えられている。本研究における高齢失語症者の家族が自ら様々な気づきを得て、自分自身を変化させて、進化していくという「暮らしやすさ」の捉え方にも近似した概念であると考えられる。

7. データ分析方法

分析は、まず、尺度作成のための統計解析を行い、次に、暮らしやすさの特徴をつかむための分析を行った。これらの分析は、IBM SPSS Statistics Base22.0J for Windows、IBM SPSS Amos 22.0J for Windowsを用い、統計的有意性は $p < 0.05$ 未満で有意性ありと判断した。

1) 暮らしやすさ尺度作成のための統計解析

はじめに、質問項目を精選するため、I-T分析、質問項目間相関係数を算出し、尺度原案の質問項目を精選した。天井効果・床効果による分析も計画していたが、今回の尺度は4段階尺度であり、正規分布を取りにくく、天井効果

や床効果にも偏りが出る可能性が高いため、天井効果・床効果の分析による項目の精選は行わなかった。次に精選された項目に対して、探索的因子分析を行い、さらに尺度項目の精選を行い、尺度の構造と概念を確認した。さらに、確認的因子分析により、探索的因子分析の因子構造を確認した。

信頼性の検討は、因子分析された暮らしやすさ尺度のCronbach'α係数を算出し、内的整合性を確認した。

基準関連妥当性を検証では、作成した「暮らしやすさ尺度」と既存の「GHQ精神健康調査票12項目短縮版（GHQ-12）」、「日本語版Zarit介護負担尺度短縮版（J-ZBS_8）」、「コミュニケーション関連の介護負担感尺度（COM-B）」、「首尾一貫感覚尺度13項目短縮版（SOC-13）」の得点、それぞれの尺度の下位尺度得点との相関係数を算出した。

2) 暮らしやすさに関わる要因の探索

在宅での生活期間（介護期間）や失語症発症からの期間、1日の介護時間、高齢失語症者家族の社会参加の有無や失語症発症前の家族の関係性、社会資源活用の有無などの高齢失語症者の家族および失語症者自身に関する調査項目による「暮らしやすさ」尺度得点の差異をt検定、一元配置分散分析などを用いて比較、検討した。また、在宅での生活期間（介護期間）による暮らしやすさの特徴を把握するため、暮らしやすさ総合得点と介護期間をそれぞれ約33%ずつ9区分に分割し、区分ごとの特徴を χ^2 検定や一元配置分散分析を用いて比較した。 χ^2 検定では、調整済み残差が±2.0以上のときに他の頻度より有意に高い、もしくは低いと判断した（対馬，2008）。

8. 倫理的配慮

本研究は、東京女子医科大学研究倫理委員会の承認（承認番号：2633 資料6）、各調査施設の倫理委員会や施設長の承認を得た上で実施した。研究の目的や方法は、同意説明文によって説明し、調査票の返送をもって同意を得た。調査票は、個人を特定することができないよう、連結不可能な無記名の自記式質問紙を用いた。研究への参加は自由意志であり、研究に参加しなかった場合でも、その後の治療や看護などに不利益が生じないことを保証し、同意説明文や調査票は、対象者の選定が可能な医師、看護師、言語聴覚士、介護士などから配布されるが、郵送法もしくは留置法を取るため、配布した者には調査に協力したか否かは分からないことを説明し、調査票の配布を行った。本研究に侵襲性はないが、対象者の中には、高齢失語症者との生活に困難を抱えながら、介護生活を送っている者や失語症者の介護のため、集中して調査票に回答することができない者がいる可能性がある。そのため、調査票の回答に要する時間（20-25分）を同意説明文にあらかじめ提示し、さらに時間的余裕をもたせるため、調査票の配布から回収までを1ヶ月程度を目安として実施した。

第5章 結果

I. 対象者の概要

1. 高齢失語症者の家族の概要 (表2)

女性が179名(89.9%)であり、平均年齢は 67.0 ± 8.7 歳であった。高齢失語症者との続柄は夫婦が174名(87.4%)であり、大多数を占めていた。また、113名(56.8%)が高齢失語症者との二人で暮らしであった。介護期間は、平均 71.0 ± 54.8 ヶ月、1日の介護時間は、 9.12 ± 9.4 時間であった。仕事をしている人は43名(21.6%)であり、趣味や地域の役員、ボランティア活動など地域活動をしている人は74名(37.2%)であった。発症前の失語症者との関係性は、「とても良かった、良かった」と回答している人が168名(84.4%)であった。

2. 高齢失語症者の概要 (表3)

170名(85.4%)が男性であり、平均年齢は 72.8 ± 5.6 歳、発症年齢は 67.2 ± 5.5 歳であった。病名の内訳は、脳梗塞が148名(69.8%)、脳出血が46名(23.1%)であった。要介護度は未申請の人が48名(24.1%)、要支援の人が38名(19.1%)、要介護1は32名(16.1%)、要介護2は34名(17.1%)、要介護3は29名(14.6%)であり、要介護4の者も18名(9.0%)いた。通院の頻度は、週1回以上の人が72名(36.2%)、月1-2回の人63名(31.6%)、2-3ヶ月に1回の人36名(18.1%)、通院していない人も21名(10.6%)いた。デイサービスやヘルパーなどの介護サービスを利用している人は、135名(67.8%)であった。失語症友の会の会員の人114名(57.3%)、失語症デイサービスに通っている人41名(20.6%)、言語聴覚士によるリハビリテーションを受けている人は120名(60.3%)であった。

失語の重症度は、最も重症度の高い「1実用的な話ことばも、理解できることばもない」が20名(10.1%)、「2すべてのコミュニケーションは断片的な発語によって行われ、聞き手が予測したり、尋ねたりする必要がある」が78名(39.2%)、「3身近な事柄に関しては、聞き手が援助すればコミュニケーションが成り立つ」が46名(23.1%)、「4日常的な大部分についてはほとんど援助なしに話すことができるが、不慣れな場面での会話には困難が伴う」が31名(15.6%)、「5話し言葉のなめらかさや理解力に多少の障害はあるが、表出された考えや表現に著しい制限はない」が19名(9.5%)、ごく軽度の障害といえる「6本人はごく軽微な発話の障害を感じているが、聞き手ははっきりした障害を感じない」は、5名(2.5%)であった。

II. 尺度開発

1. 項目分析 (表4)

I-T相関は、 $0.078 \sim 0.654$ の範囲であり、 0.2 未満の相関係数を示した「3. 私は相手の回復にこだわらなくてもよいと思う」、「20. 私は相手を気遣っている」、「23. 私は相手にいつも頼られている」、「31. 私たちは様々な人に支えられ

ている」、「34. 社会資源は私たちの支えになっている」、「35. 私は私の経験を他の失語症になった人の家族に伝えることができる」、「38. 私は相手ができることにもつつい手を貸してしまう」の 7 項目を削除した。また、「5. 私は相手がうまく話せないことは気にならない」「6. 私がどれだけ努力をしても、相手の言葉の回復には限界がある」2 項目は負の相関を示したことから、今回の尺度の傾向とは異質なものと捉え、削除した。

質問項目間の相関係数については、0.7 以上の高い相関を示した項目は、「8. 私は相手が何を言っているのかわからない（逆転項目）」と「9. 私は相手が何を伝えたいのかわからない（逆転項目）」の 1 組あり、質問内容の類似性を考慮して、9 番を削除した。

2. 探索的因子分析による尺度の作成

項目分析で削除した 10 項目を除外した 31 項目で因子分析を行った。今回、データ数が 199 と少ないことや 4 件法の尺度であることから、データが正規分布を示しにくいことが考えられたため主因子法を選択した。また、暮らしやすさ尺度の各因子は互いに相関するものと考え、プロマックス回転を選択し、分析した。因子数は、スクリー・プロットや解釈可能性も検討した上で、固有値 1 以上を基準に 5 因子に決定した（図 1）。所属因子への因子負荷量が 0.35 未満の項目や所属因子以外への因子負荷量が 0.3 以上の識別度の低い項目を除外しながら因子分析を繰り返した。

1 回目の因子分析（表 5-1）では、所属への因子負荷量が 0.35 未満となった「1. 私は失語症について理解できるようになっている」「39. 私は相手が病気をしたり、寝たきりや認知症になるのではないかと常に気にかけて生活している（逆転項目）」の 2 項目を削除した。

2 回目の因子分析（表 5-2）は 29 項目で分析を行った。所属因子以外への因子負荷量が 0.3 以上あった「14. 私は相手と思うように意思疎通がはかれず、お互いイライラしている（逆転項目）」「18. 私と相手はお互い気楽な気持ちになっている」「40. 私はこれからも相手との生活をやっていけると思う」の 3 項目を削除した。

3 回目の因子分析（表 5-3）は、26 項目で分析を行い、所属因子以外への因子負荷量が 0.3 以上あった項目「27. 私には自由になる時間がある」を削除した。

4 回目の因子分析（表 5-4）は、25 項目で分析を行い、因子負荷量が 0.35 未満だった「28. 私は家事や仕事を思い通りにできている」1 項目、所属因子以外への因子負荷量が 0.3 以上あった「10. 私は失語症になって変わってしまった相手ががっかりしている（逆転項目）」「12. 相手は私の支えになってくれている」の 2 項目を削除した。

5 回目の因子分析（表 5-5）を 22 項目で行ったところ、除外すべき質問項目はなくなり、それぞれの所属因子への因子負荷量が 0.45 以上の 5 因子のパターン行列となった。

そこで、各因子の Cronbach's α 係数や全体の Cronbach's α 係数を確認した（表 6-1～表 6-6）。第 1 因子 6 項目での Cronbach's α 係数は 0.777 であったが、「19. 私は相手が言葉をうまく話せないことを気の毒に思う（逆転項目）」を削除すると、Cronbach's α 係数が 0.786 になることを確認した。第 2 因子から第 5 因子は、この時点での項目数で最も高い Cronbach's α 係数を示した。

6 回目の因子分析（表 5-6）として、「19. 私は相手が言葉をうまく話せないことを気の毒に思う（逆転項目）」を削除した 21 項目での分析を行ったところ、これまでの因子構造と変化はおこらなかったことから、最終的に 5 因子 21 項目の質問項目を採択し、尺度を作成した（表 7）。

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度は 0.80、Bartlett の球面性検定は $p < 0.001$ であり、因子分析の適用が妥当であることを確認した。なお、5 因子間の相関係数は $-0.11 \sim 0.54$ の範囲にあった。また、今回作成した尺度の正規性を確認するため、Shapiro-Wilk 検定を行った結果、 $p = 0.938$ であり、暮らしやすさ尺度全体得点は、正規性があるとみなすことができる。

3. 下位尺度の命名（表 7）

抽出された 5 因子を各質問項目の内容から解釈し、暮らしやすくなる方向性が理解可能となることを意識して命名した。

第 1 因子（6 項目）は、失語症者である相手と家族である私との相互関係の中での苛立ちや腹立たしさ、気遣いなどの感じ方についての質問項目であり、【失語症者との関係性の深まり】と命名した。第 2 因子（5 項目）は、「何を言っているのかわからない」「相手がうまく話せないので、意思疎通がはかれない」といった、失語症者との言葉でコミュニケーションに関連した質問項目で構成されており【言葉を介した言葉の理解】と命名した。第 3 因子（3 項目）は、家族が失語症者との生活について、気持ちの張り具合や失語症者である相手の優先度、相手のための頑張りの程度を尋ねる項目で構成されており、【失語症者のための奮闘】と命名した。第 4 因子（4 項目）は、失語症である相手との無理のない生活や家族自身が困ったときに話ができる相手の存在についての質問項目であり、【生活のゆとり】と命名した。第 5 因子（3 項目）は、失語症者と生活している家族が自分自身の努力や大変さを周囲の人から理解してもらっていると感じている程度についての質問項目で構成されており、【周囲からの大変さの理解】と命名した。

III. 信頼性の検討

内的一貫性は、尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.841 であり、下位尺度は、第 1 因子より順に 0.786、0.758、0.789、0.671、0.693 であった（表 6-1～表 6-5）。

IV. 妥当性の検討

1. 構成概念妥当性の検討

1) 暮らしやすさ尺度の5つの因子と仮説的構成概念との比較(表7)

暮らしやすさ尺度の第1因子には、仮説的構成概念〔領域Ⅱ：失語症者との関係性〕の項目が入った。その項目には、生活する中での苛立ちや腹立たしさ、穏やかさといった感情の起伏(Q15, 16, 17)に関する項目や失語症者の家族への気遣い(Q21)、失語症者の自分以外の家族との関係性に対する思い(Q13)が含まれていた。さらに、〔領域Ⅴ：病気をした失語症者との日常生活〕の中から、失語症者との生活の不自由さに関する項目(Q37)が含まれた。第2因子は、仮説的構成概念〔領域Ⅰ：言葉へのこだわり〕の項目(Q2, 4, 7, 8)が入った。また、〔領域Ⅱ：失語症者との関係性〕の失語症となった相手との接し方についての項目(Q11)が含まれた。第3因子には、〔領域Ⅲ：束縛感〕の失語症者との生活による束縛感に関する項目(Q24, 25, 26)が入り、中でも身体的・精神的に束縛感に関する項目が含まれている。第4因子は、3領域の項目が混在している。〔領域Ⅳ：孤立感〕の中から、失語症者とともに生活する自分以外の人々の存在(Q32, 33)に関する項目、〔領域Ⅱ：失語症者との関係性〕から失語症者との関係性に関しての無理のない現状維持(Q22)と〔領域Ⅴ：病気をした失語症者との日常生活〕から失語症者との生活に関しての無理のない現状維持(Q41)に関する項目が含まれた。第5因子は、〔領域Ⅳ：孤立感〕の失語症者と生活することでの孤立感に関する項目(Q29, 30, 36)が入り、特に、一人で介護している経験に関する項目が含まれた。

探索的因子分析によって得られた5つの因子のうち、第1, 2, 3, 5因子は、主に仮説的構成概念の〔領域Ⅰ〕～〔領域Ⅳ〕の内容で構成されていた。しかし、第4因子は、複数の領域の混在で構成されており、〔領域Ⅴ〕を主な内容とする因子は選択されなかった。

2) 仮説モデル適合度の検討(図2)

探索的因子分析で得られた仮説モデルの適合度を検討するため、確認的因子分析を行った。まず、5因子からそれぞれ該当する項目(各因子を構成する観測変数)が影響を受け、すべての因子間に共分散を仮定したモデルで分析を行ったところ、第3因子【失語症者のための奮闘】と第4因子【生活のゆとり】の因子間の相関が低く、有意ではなかった。そこで、第3因子と第4因子間の相関を0としたモデルで再度分析を行ったところ、適合度指標は $\chi^2=266.48$ 、 $df=180$ 、 $p=0.00$ 、 $GFI=0.883$ 、 $AGFI=0.850$ 、 $CFI=0.916$ 、 $RMSEA=0.051$ 、 $AIC=368.48$ であった。潜在変数と観測変数の間には、全質問項目において、0.47以上の妥当なパス係数が得られた。

2. 基準関連妥当性の検証

暮らしやすさ尺度と既存の4つの尺度との相関を確認した。使用した既存の尺度の得点は、精神的健康度(GHQ-12) 3.7 ± 3.7 点、首尾一貫感覚尺度(SOC-13) 44.8 ± 8.1 点、Zarit 介護負担感尺度(J-ZBI_8) 9.5 ± 6.5 点、下位尺度である「介護そのものによって生じる負担」Personal Strain は 5.7 ± 4.0 点、「介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなるために生ずる負担」Role Strain は 3.7 ± 3.2 点であった。また、コミュニケーション関連の介護負担感尺度(COM-B) は 72.3 ± 21.3 点、下位尺度である生活拘束感 22.7 ± 7.3 点、言語症状関連 27.3 ± 9.6 点、感情・認知症状関連 15.6 ± 5.3 点、家庭運営 6.7 ± 3.2 点であった(表8)。各尺度のCronbach's α 係数は、精神的健康度(GHQ-12) 0.900、首尾一貫感覚尺度(SOC-13) 0.850、Zarit 介護負担感尺度(J-ZBI_8) 0.871、下位尺度のPersonal Strain は 0.837、Role Strain は 0.789、コミュニケーション関連の介護負担感尺度(COM-B) は 0.937、下位尺度の生活拘束感 0.858、言語症状関連 0.904、感情・認知症状関連 0.796、家庭運営 0.721 であった。首尾一貫感覚尺度(SOC-13)の下位尺度は、Cronbach's α 係数が有意感 0.537、把握可能感 0.762、処理可能感 0.678 と 0.7 を切る因子があったため、使用しなかった。

暮らしやすさ尺度全体と精神健康尺度(GHQ-12)、コミュニケーション関連負担感尺度(COM-B)、Zarit 介護負担感尺度(J-ZBI_8)の尺度全体の相関は、GHQ-12 とは、 $r = -0.496$ ($p < 0.01$)、COM-B とは、 $r = -0.554$ ($p < 0.01$)、J-ZBI_8 とは、 $r = -0.594$ ($p < 0.01$) と比較的高い相関を示した。また、暮らしやすさ尺度全体と既存尺度の下位因子との相関は、 $r = -0.395 \sim -0.619$ ($p < 0.01$) であり、中でも、COM-B の言語症状関連との相関は、 $r = -0.566$ ($p < 0.01$)、J-ZBI_8 のPersonal Strain とは、 $r = -0.619$ ($p < 0.01$) を示した。首尾一貫感覚(SOC-13)との相関は、 $r = 0.360$ ($p < 0.01$) であった(表9)。

V. 高齢失語症者の家族の暮らしやすさの特徴

1. 高齢失語症者家族や失語症者の属性による暮らしやすさの比較

今回の対象者の暮らしやすさ尺度全体得点および下位因子得点は、尺度全体が 57.4 ± 8.6 点、第1因子【失語症者との関係性の深まり】は 16.9 ± 3.3 点、第2因子【言葉を介した言葉の理解】は 13.2 ± 3.3 点、第3因子【失語症者のための奮闘】は 5.7 ± 2.0 点、第4因子【生活のゆとり】は 13.1 ± 2.1 点、第5因子【周囲からの大変さの理解】は 8.5 ± 2.1 点であった。

高齢失語症者の家族の暮らしやすさの特徴を把握するため、高齢失語症者やその家族の属性による暮らしやすさ尺度の得点の差異を t 検定、一元配置分散分析、相関係数を用いて、比較した。

1) 暮らしやすさ尺度全体の特徴(表10-1)

暮らしやすさ尺度全体では、地域活動を行っている人 ($p < 0.001$) は暮らしやすさ得点が有意に高かった。また、失語症の重症度においても、重度の人(6段階中1)と比較し、軽度な人(6段階中6,5,4段階)の家族で有意に暮

らしやすさ得点が高い ($p<0.05$, $p<0.001$, $p<0.05$)。介護期間との相関関係は認められず、この他の属性による差異も認められなかった。

2) 第1因子【失語症者との関係性の深まり】の特徴 (表 10-2)

【失語症者との関係性の深まり】は、仕事をしている人 ($p<0.05$)、地域活動を行っている人 ($p<0.05$)、発症前の関係性が良かったと認識している人 ($p<0.05$) で、有意に得点が高かった。続柄や介護期間、失語症の重症度をはじめ、これ以外の属性による差異は認められなかった。

3) 第2因子【言葉を介した言葉の理解】の特徴 (表 10-3)

【言葉を介した言葉の理解】は、失語症重症度が軽度な人、地域活動をしている人 ($p<0.001$)、現疾患が脳出血の人 ($p<0.01$)、社会的サービスを利用していない人 ($p<0.05$) で、有意に得点が高い。失語症の重症度が重くなるのに比例して平均得点は低くなっており、特に、重症度の高い人と軽度な人との間で有意な差が認められている。言語聴覚士の訓練を受けていることや失語症専門デイサービスを利用していることによる有意な差異は認められなかった。

4) 第3因子【失語症者のための奮闘】の特徴 (表 10-4)

【失語症者のための奮闘】では、仕事をしている人 ($p<0.05$)、地域活動をしている人 ($p<0.05$) で有意に得点が高い。また、介護時間との間に有意な負の相関 ($r=-0.446, p<0.01$)、介護期間との間に有意な弱い相関 ($r=0.222, p<0.01$) が認められた。失語症者の属性による比較では、要介護度が未申請者と要介護1 ($p<0.001$)、要介護1と要介護2 ($p<0.05$) の間に有意な差があり、いずれも要介護1の人で有意に得点が低い。また、社会的サービスを利用していない人 ($p<0.05$)、言語聴覚士による訓練を行っていない人 ($p<0.05$) の方が有意に得点が高くなっている。失語症の重症度によっても差が認められており、6段階中最も重症な1段階目の人とやや軽症な6段階中5段階目の人 ($p<0.05$)、3段階目の人と5段階目の人 ($p<0.05$) の間では、重症度が軽い人の方が得点が高くなっている。

5) 第4因子【生活のゆとり】の特徴 (表 10-5)

【生活のゆとり】は、仕事をしていない人 ($p<0.05$)、地域活動をしていない人 ($p<0.01$)、社会的サービスを利用している人 ($p<0.05$) で有意に得点が高かった。

6) 第5因子【周囲からの大変さの理解】の特徴 (表 10-6)

【周囲からの大変さの理解】では、地域活動をしている人 ($p<0.001$) で有意に高い得点が認められた。しかし、社会的サービスを利用している人や失語症友の会の会員であること、言語聴覚士による訓練を受けていることによる有意な差異は認められなかった。

2. 暮らしやすさと介護期間の関係と特徴

介護期間と暮らしやすさ全体得点には、相関は認められなかった。そこで、暮らしやすさと介護期間の特徴を見出すため、暮らしやすさ総合得点と介護期

間をそれぞれ約 33%ずつ、図 3 のように 9 区分に分割し、区分①～④の対象の属性について、 χ^2 検定や一元配置分散分析を用いて比較した。暮らしやすさ総合得点は、21～54 点、55～60 点、61～84 点の 3 区分、介護期間は、1～35 ヶ月、36～84 ヶ月、85～234 ヶ月の 3 区分に分割した。暮らしやすさ総合得点が高く、介護期間が短い人を区分①、暮らしやすさ総合得点が高く、介護期間が長い人を区分②、暮らしやすさ総合得点が低く、介護期間が短い人を区分③、暮らしやすさ総合得点が低く、介護期間が長い人を区分④とした。

χ^2 検定では（表 11-1～4）、地域活動の有無、社会的サービス利用の有無、失語症友の会入会の有無、言語聴覚士によるリハビリの有無において、有意な差が認められた。同居者の有無、要介護度 3 区分（未申請・要支援、要介護 1・2、要介護 3・4）、失語症重症度 2 区分（重症度 1・2、重症度 3～6）、失語症となった原因疾患（脳梗塞・脳出血）による有意な差異は認められなかった。また、続柄や関係性、仕事の有無、失語症専門のデイサービスの有無、通院の頻度については、データに偏りがあり、 χ^2 検定を行うことはできなかった。

家族の年齢や介護時間、失語症者の年齢、失語症の発症年齢については、一元配置分散分析を行った（表 11-5～8）。その結果、家族の年齢、失語症者の年齢、失語症者の発症年齢で有意な差が認められた。

これらの結果をまとめ、区分①～④の特徴を図 4 に示した。区分①の介護期間が短いにもかかわらず、暮らしやすさ得点の高い集団は、失語症者の年齢が若く、社会的サービスの利用をしていない人が多かった。区分②の介護期間は長いが暮らしやすさ得点の高い集団は、失語症の発症年齢が若く、言語聴覚士によるリハビリは行っていない。しかし、失語症友の会に所属している人が多い。家族は地域活動を行っている人が多いという特徴がある。区分③の介護期間が短く、暮らしやすさ得点も低い集団は、失語症者の年齢は若く、言語聴覚士によるリハビリを行っている人が多かった。そして、失語症友の会に所属している人は少なかった。また、地域活動を行っていない家族が多かった。区分④の介護期間が長く、暮らしやすさ得点が低い集団は、家族の年齢が高齢であり、社会的サービスを利用している人が多かった。

第 6 章 考察

I. 対象者の特徴

1. 高齢失語症者家族の特徴

今回対象となった高齢失語症者の家族は、平均年齢 67.0 ± 8.7 歳、約 9 割が女性で失語症者との続柄は 9 割弱が夫婦であり、約 6 割が失語症者との二人暮らしであった。つまり、今回対象となった人の多くが、失語症となった高齢の夫と二人暮らしをしている高齢の妻といえる。介護時間に関しては、平均 9.1 ± 9.4 時間であった。この介護時間は、介護している家族の主観であるため、実際に介護している時間とは言い切れないが、平成 22 年国民生活基礎調査（厚生労働省，2011）の要介護者の介護時間の調査では、必要な時に手をかす程度と 2-3 時間の人の割合が約半数、半日程度が約 1 割であることを考えると、今回、対象となった高齢失語症者の家族は、失語症者との生活に時間的な拘束感があると感じている人たちといえる。しかし、このような状況の中で、仕事を持っている人が約 2 割、趣味やボランティア、地域の役員など地域での活動をしている人が 4 割弱であり、自分の時間を持っている人もいた。要介護申請は約 8 割の人が行い、約 7 割の人が社会的サービスを利用していた。また、高齢失語症者の 9 割が通院しており、6 割の人が言語聴覚士によるリハビリを受け、失語症専門のデイサービスやデイケアに通っている人も約 2 割いた。これらのことから、今回対象となった高齢失語症者家族の多くは、医療者や介護、福祉の専門家との接点を持っている人たちである。また、失語症友の会に入会している人が約 6 割おり、専門家との接点だけでなく、同病者やその家族との接点を持っている人が多くいた事がわかる。

また、基準関連妥当性を検証するために使用した精神的健康度（GHQ-12）得点から、今回の対象者の 4 割強が精神的に不健康な状況にあることがわかった。しかし、これまでに行われた失語症配偶者を対象とした調査（中村ら，2007）では約 5 割、要介護認定者の主介護者を対象とした調査（東野ら，2006）では約 6 割弱が精神的に不健康な状況であったと報告されており、今回の対象者は、比較的、精神的に不健康な状態の人が少ない集団であったと考える。

2. 高齢失語症者の特徴

対象者ととともに暮らす高齢失語症者は、年齢 72.8 ± 5.6 歳、発症からの期間は 5.9 ± 4.6 年であった。失語症の回復については、発症から 4 ヶ月以内の改善率が高く（Lendrem, 1985 ; Mazzoni, 1992）、6 ヶ月～1 年程度かけて回復する病巣もある（佐藤ら，2001）と言われていることから、今回の対象者ととともに暮らす高齢失語症者の大多数は、今以上の回復が困難と考えられる時期にある人たちである。失語症となった原因疾患は、約 7 割が脳梗塞、2 割強が脳出血であった。2009 年に行われた高次脳機能障害全国実態調査報告（種村ら，2011）によると失語症となった原因疾患は、脳梗塞が脳出血の約 2 倍であり、今回の対象者は脳出血により失語症となった人の割合が高い集団であった。また、失

語症の程度は、対象者の約半数が実用的な言葉を話すことができないため、失語症者の伝えたいことを聞き手である家族が予測したり、尋ねたりする必要のある状況であり、重度の失語症であったことが予測される。

II. 暮らしやすさ尺度の信頼性と妥当性

1. 暮らしやすさ尺度の信頼性

尺度全体の Cronbach's α 係数は、0.841 であり、尺度の下位因子【失語症者との関係性の深まり】は 0.786、【言葉を介した言葉の理解】は 0.758、【失語症者のための奮闘】は 0.789 であり、一般的に言われる性格検査などの基準 0.7 以上（石井，2007）を超えており、内的整合性が確認された。

しかし、【生活のゆとり】の Cronbach's α 係数は 0.671、【周囲からの大変さの理解】の Cronbach's α 係数は 0.693 であり、一般的な基準をやや下回っていた。【生活のゆとり】は、仮説的構成概念には含まれておらず、探索的因子分析で新たに抽出された概念である。そのため、尺度を構成する項目に不十分な点があり、信頼性係数が低くなった可能性がある。また、【周囲からの大変さの理解】については、3 項目で構成され因子である。尺度の信頼性は、その測定用具の項目数に部分的に関連している（D.F.Polit, B.P.Hungler, 2007）と言われていることから、内容に不足があった可能性がある。しかし、暮らしやすさ尺度は、5 因子構造を想定して作成した尺度であり、どの因子も本尺度には必要な概念である。Cronbach's α 係数の基準について、0.50 を切るような尺度は再検討すべき（小塩，2012）と述べている者もいることから、今回作成した尺度は、一定の信頼性が確保できているものとする。

2. 暮らしやすさ尺度の妥当性

1) 内容妥当性

暮らしやすさ尺度は、高齢失語症者とともに生活する家族 12 名を対象に行った退院後から現在に至るまでの生活について、印象に残っている出来事や失語症者に対する気持ち、失語症という障害に対する考え方、生活の中での心がけなどについて、変化を踏まえて語ってもらったインタビューデータをもとに原案を作成した。また、原案作成後、失語症者やその家族の看護経験のある研究者や実践家、尺度開発に携わったことのある研究者と内容の妥当性を検討し、失語症者の家族にも承認を得て、尺度の原案の作成に至った。また、尺度開発後も前述の研究者や実践家に尺度の妥当性を確認し、承認を得られたことから、内容妥当性は確保されたものとする。

2) 構成概念妥当性

探索的因子分析と確認的因子分析の結果、暮らしやすさ尺度は 21 項目 5 因子構造であることが検証された。

暮らしやすさの構成概念について、探索的因子分析によって抽出された 5 因子と仮説的構成概念 5 領域とを比較し妥当性の検証を行った。5 因子のう

ち4因子は仮説的構成概念と同様の構造であった。暮らしやすさの第1因子【失語症者との関係性の深まり】は仮説的構成概念の領域Ⅱ〔失語症者との関係性〕と、第2因子【言葉を介した言葉の理解】は領域Ⅰ〔言葉へのこだわり〕と、第3因子【失語症者のための奮闘】は領域Ⅲ〔束縛感〕と、第5因子【周囲からの大変さの理解】は領域Ⅳ〔孤立感〕と合致した概念であり、ほぼ同様の質問項目で構成されていた。第1因子と第2因子は、他の領域からの質問項目が1項目ずつ混在したが、いずれも、探索的因子分析の結果、他の因子に集約されることが理解可能な質問項目であった。しかし、残りの1因子、暮らしやすさ第4因子【生活のゆとり】は、3領域の項目が混在し、仮説的構成概念とは異なる新たな概念となった。この因子は、仮説的構成概念の領域Ⅴから失語症者との生活に関しての無理のない現状維持に関する質問項目、領域Ⅱから失語症者との関係性に関しての無理のない現状維持に関する質問項目、領域Ⅳから失語症者とともに生活する自分以外の人の存在に関する質問項目で構成されていた。この因子は、暮らしやすさの定義にある「無理せず、楽に穏やかに生活する」という意味を包含した内容であることから、今回の尺度には重要な概念と考える。

このように暮らしやすさ尺度は5因子構造であることが確認されたが、確認的因子分析のモデルの適合度指標からは、GFIやAGFIが一般的な基準である0.9以上（大石ら，2009）よりやや低い結果となった。これは、5因子のうち【生活のゆとり】という想定されていない因子が抽出されたことや【周囲からの大変さの理解】という内的整合性がやや低い因子が影響していると考えられる。しかし、これらの因子も今回の尺度には重要な因子である。GFIやAGFIについて、Schermelleh, K. et al (2003)は、0.9以上が当てはまりが良いが、0.85以上でも容認可能とみなすことができると述べている。この他のGFI \geq AGFIの基準（小塩，2012）やCFIは0.9以上の基準（大石ら，2009）は満たしていること、RMSEAも比較的当てはまりの良い結果（大石ら，2009）であることから、モデルの適合度は一定の基準を満たしており、妥当な構造が示されたと考える。

3) 基準関連妥当性

基準関連妥当性を検証するため、暮らしやすさ尺度全体得点と既存尺度との相関を確認し、GHQ-12、COM-B、J-ZBI_8との間に有意なやや高い負の相関関係が認められた。暮らしやすさ尺度の第1因子【失語症者との関係性の深まり】はJ-ZBI_8の下位因子personal strainと、第2因子【言葉を介した言葉の理解】はCOM-Bの言語症状関連の負担感と、第3因子【失語症者のための奮闘】はCOM-Bの生活拘束感との間にも有意な負の相関関係が認められた。これらのことから、基準関連妥当性が確認された。しかし、暮らしやすさ尺度全体得点とSOC-13との間の相関はやや弱いものであった。

Antonovsky(1987)は、首尾一貫感覚とは、自分の内外で生じる環境刺激は、予測と説明が可能であるという確信、その刺激がもたらす要求に対応するた

めの資源はいつでも得られるという確信、そうした要求は挑戦であり、心身を投入し関わるに値するという確信から成ると述べている。Antonovsky のいう環境刺激とは、高齢失語症者の家族の場合、失語症者と生活する上での困難といえる。高齢失語症者の家族は日々の生活の中で起きる日常の困難に対して、試行錯誤しながら、経験を蓄積し、自ら気づきを得ることで進化している人たちである。Antonovsky が定義するように確信をもって、日々、生活をしているとは考えにくい。この点が、今回の対象者の暮らしやすさと首尾一貫感覚の相関が弱くなった理由と考える。

Ⅲ. 暮らしやすさ尺度の特徴

暮らしやすさ尺度は、【失語症者との関係性の深まり】【言葉を介した言葉の理解】【失語症者のための奮闘】【生活のゆとり】【周囲からの大変さの理解】の 5 つの因子で構成されていた。下位因子および尺度全体の特徴について考察する。

1. 第 1 因子【失語症者との関係性の深まり】の特徴

この因子は、主に失語症者との感情のぶつかり合い、お互いの気遣い合いの程度を表している。Zarit 介護負担感尺度の下位因子、介護そのものによって生じる負担 Personal Strain やコミュニケーション関連の介護負担感尺度のうち感情・認知症状関連の負担感との間に比較的高い負の相関を認めており、失語症者と日常生活を送っている中で感じる負担感を反映している因子といえる。今回、失語症発症前の関係性が良かったと認識している人でこの因子の得点が高く、暮らしやすい状況が示された。高橋ら(2006)は、高齢者夫婦の妻を対象とした調査で、介護生活の継続を支える要素の一つに「被介護者への愛着」をあげている。これは、これまで夫婦として連れ添ってきたことから感じる情緒的なつながりであると説明している。失語症発症前の関係性を良かったと回答した人は、少なからず、失語症者に対する愛着を感じ、情動的なつながりがあるものと考えられ、失語症者との関係性を深めることつまり、暮らしやすくなることにつながっていると考える。また、高橋ら(2006)は、同論文の中で、いらいらは、介護継続意思を妨げると述べている。これは、この因子の中の苛立ちや腹立たしさといった負の感情を抑えることが暮らしやすさを高めることにつながることを裏付けている。

2. 第 2 因子【言葉を介した言葉の理解】の特徴

この因子は、主に相手が失語症であるという受け入れの状況や言葉でコミュニケーションをとることへのこだわりの程度、失語症者が伝えたいことを理解できると感じる程度を表している。コミュニケーション関連の介護負担感のうち言語症状関連の負担感と比較的高い負の相関を示し、失語症の重症度とも関係していた。失語症の重症度が重い人と暮らしている家族では、暮らしにくさが高くなっている。また、この因子は介護期間との相関関係がなく、失語症発症から時間が経過しても失語症者とコミュニケーションが取れるようになるわけではないことを示している。失語症者とのコミュニケーションに関しては、

失語症発症から時間が経過しても悩みや葛藤を抱え続ける（綿森ら，2004）ことがこれまでの研究から明らかになっており、障害の特性上、言葉を通して、失語症者の伝えたいことを理解することは、解決しにくい問題である。しかし、R. L. Birdwhistell は、コミュニケーションのうち言葉による理解は 35%に過ぎないと報告している（M. F. Vargas, 1987）。この因子は、単に言葉が理解できるようになるか否かの程度を表しているのではなく、言葉でのコミュニケーションをとることへのこだわりから解放されていくことで、言葉にこだわらず、失語症者の伝えたいことを理解出来ると感じる程度を観察しようとするものである。今回導かれた、暮らしやすさの 5 つの構成概念の中で、最も失語症者の家族を対象とした尺度という特徴を示している因子と考える。

3. 第 3 因子【失語症者のための奮闘】の特徴

この因子は、相手のために自分自身を奮い立たせ、気を張ったり、頑張ったりしている程度を表しており、奮闘から解放されていくことで暮らしやすさが高まっていくものと捉える。コミュニケーション関連の介護負担感尺度のうち生活拘束感と比較的高い負の相関を示しており、奮闘している程度が拘束感と類似した概念と考える。この因子は、介護時間と負の相関が認められており、介護時間を長く回答している家族では、失語症者との生活に奮闘している傾向があり、暮らしにくさが高いことがわかる。また、この因子では、言語聴覚士による訓練を受けている人で暮らしにくさが高いという結果が得られている。現行の診療報酬上、失語症のリハビリテーションに日数の制限はないが、理学療法や作業療法などの他のリハビリテーションとともに 180 日で打ち切られていることが多く（八島ら, 2012）、言語聴覚士による訓練を継続しにくい現状がある。しかし、対象者の約 6 割の人が言語聴覚士による訓練を受けていることから、失語症者の家族は、言語の専門家のリハビリテーションを継続させるため、リハビリテーションができる場所を探す努力をしていることがわかる。

4. 第 4 因子【生活のゆとり】の特徴

この因子は、失語症者の家族が、失語症者と日常生活を送る上で無理をせずゆとりをもって生活している程度を表している。質問項目からは、失語症者との関係性におけるゆとり、人的なサポートがあることによるゆとりを示していると考えられるが、仕事をしていない人、社会的サービスを利用している人でこの因子の得点が高いことから、時間的なゆとりの概念も含まれていることが予測される。この因子は、基準関連妥当性を確認した尺度とは相関が認められない因子であり、介護負担感や精神的健康感、首尾一貫感覚とは異なる新たな概念であることが考えられる。

5. 第 5 因子【周囲からの大変さの理解】の特徴

この因子は、失語症者との生活について、誰も認めてくれない、理解してくれないという一人で介護をしているという認識の程度を表している。この因子

は、社会的サービス利用の有無や言語聴覚士による訓練の有無、失語症デイサービス利用の有無、失語症友の会会員か否かによって差は認められてない。八島ら(2012)は、家族支援において大事なこととして、なんのてらいもなく心情を吐露し、共感し、支え合い、失語症を学び、理解し、一人で抱え込まないでいられるような心の拠り所の存在をあげ、この場所に良き助言者や理解者としての専門職の存在があることで失語症者の家族は救われると述べている。つまり、失語症者の家族にとって、単に相談できる専門職の存在やサービスを提供してくれる場所の有無が大切なのではなく、失語症者の家族を理解し、認めてくれる人や場所があることが大切であることを示しており、そのことがこの因子となって現れていると考える。趣味やボランティア、地域の役員といった地域での活動をしている人でこの因子の得点が高いことは、失語症者の家族が、こういった活動の中でのほうが、自身の心情を打ち明け、周囲から理解してもらっていると感じることができているということを表しているのかもしれない。この因子は、暮らしやすさの程度を把握するうえで、単に相談相手の有無や社会資源の活用の有無を尋ねることとは異なり、失語症者家族の心情を把握するため重要な意味を持つ因子と考える。

6. 暮らしやすさ尺度全体の特徴

このように暮らしやすさ尺度の下位因子の特徴から考えると、暮らしやすさ尺度は、介護負担感を反映する内容を踏まえた尺度ではあるが、介護負担感とは異なり、失語症者との関係性が深まる程度や言葉にこだわらずに失語症者の伝えたいことを理解出来ると感じる程度、ゆとりや失語症者との生活の大変さを理解してもらっているという認識の程度が測定できる尺度である。

暮らしやすさ尺度全体に影響を与える要因として、特徴的であったのは、失語症の重症度である。失語症の重症度では、重症度が高くなると、暮らしやすさ得点が下がり、最も重症度の高い人と中程度から軽度の人との間には有意な差が認められている。失語症の重症度は暮らしやすさに影響を与える要因といえる。

暮らしやすさ尺度全体と介護期間の関係については、相関はほぼ認められなかった。つまり、失語症発症から時間が経過すれば、どの失語症者の家族も暮らしやすくなるとはいえないことを意味する。暮らしやすさ高群低群と介護期間長群短群に分類し、その特徴を見出すため属性の比較を行ったが、今回調査した属性からは有意な特徴は認められなかった。

IV. 暮らしやすさ尺度の有用性

1. 臨床における有用性

今回作成した暮らしやすさ尺度は、これまでに開発されている介護負担感尺度とは異なり、高齢失語症者と家族の相互作用に注目し、無理なく、楽に穏やかに生活していけるよう進化している程度を測定するという高齢失語症者との生活を前向きに肯定的に捉えた尺度である。失語症者の家族は、様々な困難

を抱えているが、失語症者はADLが比較的自立していることが多く、外来通院をしていても医療者に注目される機会は少ない。今回作成した尺度を用いることで、これまで注目されにくかった高齢失語症者の家族の暮らしにくさを可視化することができる。これにより、暮らしにくさを遷延させないための介入やより暮らしやすくするための介入を行うことが可能となる。

暮らしやすさ尺度は、21項目の尺度であり、短時間で簡便に使用できる。失語症者は、自身の身体症状を的確に伝えることが困難であったり、交通機関を一人で利用することが困難なことがあるため、家族と通院していることが多い。そのため、外来診察の待ち時間に活用することができる。

暮らしやすさ尺度は、各質問項目の内容とその回答から、暮らしにくさを感じている視点を把握することが可能である。各質問項目の得点の低い箇所にチェックがある項目を中心に、高齢失語症者の家族から話を聞くことで、容易に介入すべきポイントを見出すことができる。

今回対象となった失語症者の約9割は少なくとも2-3ヶ月に1度、外来通院をしていた。定期的に尺度を用いることで、暮らしやすさ得点の変化や質問項目ごとの変化を追うことができることから、介入の効果を数値で確認することができる。また、失語症者の家族と会話をするきっかけができ、失語症者とその家族の生活状況を把握する機会となることから、よりその家族にあった介入を提供することが可能である。

2. 看護ケアへの示唆

高齢失語症者の家族は、日々、経験を積み重ね、自ら様々な気づきを得て知恵を培うことで暮らしやすくなっていく人々である。看護職はこのような高齢失語症者の家族に単に知識を提供するよりも、“自ら気付く”ことを支援していく必要がある。

Martha E. Rogers(1979)は専門的な看護実践は、人間と環境の間に交響曲のような相互作用を促進したり、健康の可能性を最大限に実現するため、人間の場と環境の場のパターン形成の方向を決めたり、その方向を変えようと努力することと述べている。相互作用を促進するためには、まずは、失語症者の家族が失語症者のパターンに気づき、そのパターンを共鳴させる必要がある。看護職は、失語症者の家族に失語症者が日々行っている行動の意味や理由を説明したり、一緒に考えることで、失語症者のパターンに自ら気づけるように働きかけていく。

最後に、高齢失語症者の家族へのより良い看護ケアを実践するためには、看護職への教育も重要となる。特に、脳血管疾患を専門にしている診療科の看護職には、失語症者の家族は注目すべき存在であること、暮らしやすさ尺度をもとに失語症者家族がどのように暮らしているのか意図的に把握することによって介入の視点が見えてくる可能性が高いことを教育していく必要がある。

V. 今後の課題

今回、21項目5因子の尺度を作成した。一定の妥当性と信頼性のある尺度と考える。しかし、今回の対象者は、失語症友の会や失語症デイサービスを利用して人の家族であり、介護・福祉の専門家、同病者やその家族との接点を持っている人が多かったことから、比較的、社会的サポートや精神的サポートを受けることができている人に偏ったデータであった。また、今回作成した尺度による調査は実施していない。そのため、今後は、今回作成した21項目の尺度を精選していくため、社会的サービスを受けていない人のデータを意識しながら、再調査を行う必要がある。

探索的因子分析や確認的因子分析の結果から、高齢失語症者の家族の暮らしやすさは、5因子構造であることが検証されたが、暮らしやすさの構造モデルはより複雑なモデルである可能性がある。今後は、21項目の尺度で再調査を行いながら、より妥当性の高い、暮らしやすさの構造モデルを検討していく。

高齢失語症者の家族の暮らしやすさ尺度を作成する目的として、高齢失語症者の家族の暮らしにくさが遷延せず、豊かな老後を送れるようにすることをあげていた。今後、暮らしやすさが5因子構造であることも踏まえて、暮らしやすい方向に向かうために必要な支援の内容を検討していく。

第7章 結論

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の暮らしやすさ尺度の開発を試みた。

1. 21項目5因子が抽出され、第1因子【失語症者との関係性の深まり】、第2因子【言葉を介した言葉の理解】、第3因子【失語症者のための奮闘】、第4因子【生活のゆとり】、第5因子【周囲からの大変さの理解】と命名された。
2. 暮らしやすさ尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.8 を超えており、内的整合性が確認された。第1～第3因子は、Cronbach's α 係数は 0.7 を超えたが、第4因子と第5因子で Cronbach's α 係数が 0.7 をやや下回ったことから、質問項目の精選に課題も残る。
3. 今回作成した尺度は、内容妥当性が確保され、構成概念妥当性の検討では、第1、2、3、5因子は、主に仮説的構成概念の内容で構成され、第4因子は、新たな概念として構成された。確認的因子分析の結果からはある程度当てはまりの良い構造が示され、基準関連妥当性も一定程度の妥当性が確認された。
4. 暮らしやすさ尺度に影響を与える要因として、失語症の重症度と地域での活動の有無が考えられた。失語症は重症であるほど、暮らしにくくなる傾向があり、地域での活動を行っている人では、暮らしやすくなっていた。暮らしやすさと介護期間との間には相関はみられず、失語症の発症から時間が経過しても、自然と暮らしやすくなるとは言えなかった。
5. 暮らしやすさ尺度は、21項目で構成された尺度であり、介入の視点がわかりやすい。簡便に使用でき、暮らしやすさの程度を可視化することができる尺度であり、定期的な使用や介入前後の使用によって、暮らしやすさの変化を追うことができる。

謝辞

本研究は、修士課程での取り組みを含めると7年間におよぶ期間を要した。この間、東京女子医科大学看護学部教授水野敏子先生には指導教官として本研究の実施の機会を与えて戴き、その遂行にあたって終始、あたたかいご指導と激励を賜りましたことに心から感謝の意を表します。老年看護学教室の皆様には、研究遂行にあたり、日頃より有益なご助言をいただいたことに心より感謝致します。

本調査を実施するにあたり、多くの病院、デイサービス、デイケア施設、失語症友の会にご協力いただいた。調査施設の紹介およびご助言を戴いた岩手医科大学医学部教授寺山靖夫先生、言語聴覚士 松本多香子様、横浜市立脳血管医療センター看護師 大津比呂志様、横浜なみきリハビリテーション病院 廣瀬裕介様には深く感謝致します。全国失語症友の会連合会理事長 八島三男様、常任理事 園田尚美様には数多くの失語症友の会をご紹介頂くとともに、いつもあたたかく励ましの言葉をいただきましたことに感謝いたします。横浜市立脳血管医療センター山本正博先生には、修士課程時代からご尽力いただくとともに、温かく見守っていただいたことに深く感謝致します。研究の遂行にあたり、ご協力いただいた渡邊三紀子副病院長兼看護部長、博士課程在学中の4年にわたり、快く勤務調整をしていただき、いつも気にかけてくださった松宮枝利子看護師長、杉山直美看護師長には心より感謝致します。

また、本調査にご協力いただいた多くの皆様には深く感謝致します。

最後に、長年に渡る大学院での学究生活を支えてくれた多くの友人、同僚、そして、両親に心より感謝する。

引用文献

- Aaron Antonovsky(1987)/ 山崎喜比古, 吉井清子(2001): 健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズムー, 有信堂高文社, 東京.
- 安保直子(2009): 軽度失語症がある人の発症後の会話の量的質的变化についてインタビュー調査からの分析, コミュニケーション障害学, 26, 95-101.
- 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(5), 497-503.
- 荒木信夫(2005): 病型別・年代別頻度ー欧米、アジアとの比較, 小林祥泰, 脳卒中データバンク 2005, 24-25, 中山書店, 東京.
- Bakas T, Kroenke K, Plue LD et al. (2006): Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors, *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 33-42.
- 坊岡峰子, 綿森淑子(2006): 在宅失語症者の介護負担感の経時的変化から見た支援課題と当事者サークル参加の影響, 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 6(1), 57-69.
- Cahana-Amitar D, Albert ML, Pyun SB, et al. (2011): Language as a Stressor in Aphasia, *Aphasiology*, 25(2), 593-614.
- Dalemans RJ, de Witte L, Wade D, et al. (2010): Social participation through the eyes of people with aphasia, *International journal of language & communication disorders*, 45(5), 537-550.
- D. F. Polit, C. T. Beck/近藤潤子(2010): 看護研究 原理と方法, 436, 医学書院, 東京.
- Denman A (1998): Determining the needs of spouses caring for aphasic partners, *Disability and rehabilitation*, 20(11), 411-423.
- Draper B, Bowring G, Thompson C, et al. (2007): Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial, *Clinical rehabilitation*, 21(2), 122-130.
- 遠藤てる, 本田哲三, 高橋玖美子(2002): 東京都における高次脳機能障害者調査について第2報ー生活実態調査報告ー, *リハビリテーション医学*, 39(12), 797-803.
- 福西勇夫(1990): 日本語版 General Health Questionnaire (GHQ) の cut-off point, *臨床心理*, 3(3), 228-234.
- Gialanella B, Ferlucchi C (2010): Functional outcome after stroke in patients with aphasia and neglect: assessment by the motor and cognitive functional independence measure instrument, *Cerebrovascular diseases*, 30(5), 440-447.
- Goodglass H, Kaplan E. (1972)/ 笹沼澄子, 物井寿子(1975): 失語症の評価(第1版), 32, 医学書院, 東京.

- 原口由紀子, 尾崎米厚, 岸本拓治ら(2006): 地域高齢者における「閉じこもり」の指標別にみた身体・心理・社会的特徴, 米子医学雑誌, 57, 141-154.
- 東野定律, 筒井澄栄, 矢嶋裕樹ら(2006): 要援護高齢者の主介護者における精神的健康, 厚生指標, 53(1), 27-31.
- 平松哲哉, 猪崎文香, 河内博美ら(2008): 外来失語症患者の在宅活動状況, 言語聴覚研究, 5(3), 186-191.
- 平田直美, 平佐田和代, 下吹越貴子ら(2006): 介護保険の利用がない在宅高齢者における閉じこもりの特徴, 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 10, 13-25.
- 久野孝子, 白井みどり, 門間晶子ら(2002): 地域在住高齢者における外出の機会の特徴と抑うつ状態・主観的幸福感との関連, 名古屋市立大学看護学部紀要, 2, 67-74.
- 本多留実, 長谷川純, 吉畑博代(1999): 失語症治療の心理社会的アプローチ, 総合リハビリテーション, 27(9), 837-842.
- 堀洋道監修/松井豊編(2001): 心理測定尺度集Ⅲ—心の健康をはかる〔適応・臨床〕—, 20, サイエンス社, 東京.
- 石井秀宗(2007): 統計分析のここが知りたい 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方, 61・87, 文光堂, 東京.
- 岩田真弓, 佐野英津子(2003): 夫が突然の発症で失語症となってからの妻の気持ちの変化, 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ, 34, 104-106.
- 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪ら(2007): 「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因, 老年社会科学, 28(4), 476-486.
- 梶原敏夫, 高橋玖美子(1994): 脳卒中患者の障害受容, 総合リハビリテーション, 22(10), 825-831.
- 梶原敏夫(1995): 脳卒中患者の障害適応を通じた考察, リハビリテーション医学, 32(10), 656-659.
- 金川克子(1997): 標準看護学講座 28 老年看護学 第2版, 金原出版, 東京.
- 河原加代子, 伊藤まゆみ(1999): 脳血管障害の発症部位別による日常生活上の困難とその支援方法の検討, 北関東医学, 49(4), 261-268.
- 河原加代子, 小泉美佐子, 矢島まさえら(2000): 脳血管障害者の家族の介護場面に生じる困難に対する効果的な支援方法の検討, 北関東医学, 50(3), 267-274.
- 岸恵美子(2010): 失語症の夫を介護する妻の経験のプロセス ある中年女性のライフストーリーの分析より, 日本在宅ケア学会誌, 14(1), 47-56.
- 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄(2007): 失語症家族の介護負担感—コミュニケーション障害の視点から—, 老年社会科学, 28(4), 487-496.
- 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄(2008): 自宅失語症者の家族における介護負担感の評価—非失語片麻痺者の家族との比較, 総合リハ, 36(1), 57-64.
- 小林久子, 綿森淑子, 長田久雄(2011): 在宅失語症者の家族の介護負担感評価, 言語聴覚研究, 8(2).

- 厚生労働省(2011)：平成22年国民生活基礎調査，
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>，2014年1月5日検索。
- 小藺真知子(1999)：ある失語症患者の妻の手記の分析，STは家族指導において何を考慮すべきか，聴能言語学研究，16(2)，88-92。
- 熊本圭吾，荒井由美子，上田照子ら(2004)：日本語版 Zarit 介護負担尺度短縮版 (J-ZBI_8) の交差妥当性の検討，日本老年医学会雑誌，41(2)，204-210。
- 黒田晶子，神田直，浅井憲義(2003)：在宅脳卒中患者の介護者の健康関連 QOL EuroQol による検討，日本老年医学会雑誌，40(4)，381-389。
- 黒田研二，隅田好美(2002)：高齢者における日常生活自立度の低下の予防に関する研究(第2報)－抑うつに関連する要因－，厚生指標，49(8)，14-19。
- Le Doize G, Signori FH. (2010): Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia, Disability Rehabilitation, 32(13), 1073-1087.
- Lendrem, W. & Lincoln, N.B. (1985) : Spontaneous recovery of language in patients with aphasia between 4 and 34 weeks after stroke, Journal of Neurology, 48, 743-748.
- Marjorie F.Vargas(1987)/石丸正(1987)：非言語的コミュニケーション，15，新潮社，東京。
- Mazzoni, M., Vista, M., Pardossi, L, Avila, L., et al. (1992): Spontaneous evolution of aphasia after ischemic stroke, Aphasiology, 6, 387-396.
- 三浦宏子，荒井由美子，山崎きよ子(2005)：在宅要介護高齢者ならびにその家族介護者における主観的言語コミュニケーション満足度の関連要因，日本老年医学会雑誌，42(3)，328-334。
- 本村暁(1994)：臨床失語症学ハンドブック(第1版)，医学書院，東京。
- 中川泰彬，大坊郁夫(1985)：日本語版 GHQ 精神健康調査票<手引>，日本文化科学社，東京。
- 中村光，福永真哉，鈴木美代子ら(2007)：失語症配偶者の精神的健康とその関連要因，言語聴覚研究，4(3)，167-171。
- 中村光，福永真哉，鈴木美代子ら(2011)：Communication Burden Scale (COM-B) の妥当性の検証－失語症に特異的な介護負担感－，言語聴覚研究，8(2)，113-119。
- 中山香奈絵，石川ふみよ(2009)：失語症者と妻のコミュニケーション方法の再構築，国際リハビリテーション看護研究会誌，8(1)，31-38。
- 新鞍真理子，荒木晴美，炭谷靖子(2008)：家族介護者の続柄別に見た介護に対する意識の特徴，老年社会科学，30(3)，415-425。
- 西村良二(1999)：高齢者の抑うつと心理社会的要因との関連についての検討，広島医学，52(3)，218-221。
- 新田順子，熊本圭吾，荒井由美子(2005)：要介護高齢者の在宅ケア 介護負担軽減に向けて 訪問看護師から見た介護者の介護負担の実態，日本老年医学

- 会雑誌, 42(2), 181-185.
- 岡本五十雄, 菅沼宏之, 鎌倉嘉一郎ら(2002): 脳卒中患者の障害受容(克服), OTジャーナル, 36(2), 169-173.
- 岡本五十雄(2003): 脳卒中患者の障害受容(克服)と希死念慮, リハビリテーション医学, 40(8), 531-536.
- 沖田啓子, 鎌倉矩子, 村上恒二(2006): 家庭における重度失語症者と家族のコミュニケーションにみられる困難とその解決について, 広島大学保健学ジャーナル, 6(1), 43-51.
- 小塩真司(2012): SPSSとAmosによる心理・調査データ解析 第2版, 154, 東京図書, 東京.
- 大石展緒, 都竹浩生(2009): Amosで学ぶ調査系データ解析, 196-197, 東京書籍, 東京.
- 大田仁史, 遠藤尚志, 失語症者家族(2008): 対談集「失語症」と言われたあなたへ(初版), 98-109, エスコアール, 東京.
- 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.
- Parr, S., Byng, S. & Gilpin, S. et al. (1997)/遠藤尚志(1998): 失語症をもって生きる イギリスの脳卒中体験者50人の証言(初版), 192-216, 筒井書房, 東京.
- Rogers, M. E. (1970)/樋口康子, 中西睦子訳(1979): ロジャーズ看護論, 医学書院, 東京.
- Rogers, M. E. (1991): の概念枠組み「宇宙時代における看護」, 看護研究, 24(2), 268-279.
- 佐野洋子(1990): 失語症者の求める援助とは? -長期経過をふまえて-, 音声言語医学, 31(4), 412-425.
- 佐野洋子, 加藤正弘(1998): 脳が言葉を取り戻すとき 失語症のカルテから(第1刷), 236-274, 日本放送出版協会, 東京.
- 佐野洋子, 小嶋知幸, 加藤正弘(2000): 失語症状の病巣別回復過程の検討, 失語症研究, 20(4), 311-318.
- 佐藤ひとみ(2001): 臨床失語症学 言語聴覚士のための理論と実践(第1版), 医学書院, 東京.
- 鈴木麻美(2009): 高齢失語症者ととともに生活する家族の知恵の形成プロセス, 2008年度東京女子医科大学大学院看護学研究科 修士論文.
- 鈴木麻美, 水野敏子(2012): 高齢失語症者ととともに生活する妻の知恵の形成プロセス, 日本看護科学学会誌, 32(2), 13-23.
- 高橋(松鶴)甲枝, 井上範江, 児玉有子(2006): 高齢者夫婦二人暮らしの介護継続位の意思を支える要素と妨げる要素 -介護する配偶者の内的心情を中心に-, 日本看護科学学会誌, 26(3), 58-66.
- 種村純, 大槻美佳, 河村満ら(2011): 高次脳機能障害全国実態調査報告, 高次脳機能研究, 31(1), 19-31.

- 立石雅子, 鹿島晴雄, 千野直一ら(1990): 良好な社会適応を示した失語症患者について, 失語症研究, 10(4), 13-20.
- 立石雅子(1997): 社会適応に影響を及ぼす要因の検討, 失語症研究, 17(3), 213-217.
- 辰巳寛, 山本雅彦(2010): 慢性期在宅失語症患者の家族介護者における介護負担感とその関連要因に関する検討 Zarit 介護負担感尺度日本語版(J_ZBI)を用いた予備研究報告, 心身科学, 2(1), 9-16.
- The National Aphasia Association(2011):
<https://www.aphasia.org/content/aphasia-faq>, 2014年1月5日検索.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古(2005): 13項目版5件法 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討, 民族衛生, 71(4), 168-182.
- 対馬栄輝(2008): SPSS で学ぶ医療系データ解析, 107, 東京図書, 東京.
- 綿森淑子, 小林久子, 本田留実ら(2004): 在宅失語症者の家族の介護負担感—アンケート調査報告—, 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 4(1), 75-85.
- 渡邊知子, 小山善子, 山田紀代美(2004): 在宅失語症者のコミュニケーション能力が介護負担感に及ぼす影響, 家族看護学研究, 9(3), 80-87.
- 渡邊知子(2006a): 在宅失語症者の介護者の「言葉の障害への対応」の特徴, 日本在宅ケア学会誌, 10(1), 68-75.
- 渡邊知子(2006b): 在宅失語症者の利用している社会制度と障害特性の関係, 宮城大学看護学部紀要, 9(1), 43-50.
- 渡邊知子(2007): 在宅失語症者の介護者によるコミュニケーション行動, 秋田大学医学部保健学科紀要, 15(2), 44-52.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子(2008): ストレス対処能力 SOC, 有信堂, 東京.
- 八島三男, 園田尚美(2012): 失語症者への環境整備および社会参加支援—当事者団体として望むこと—, 総合リハビリテーション, 40(9), 12-7-1212.
- 吉畑博代, 本多留実, 長谷川純ら(2002): 失語症者の心理社会的側面に対する援助—失語症ボランティア養成講座について—, 広島県立保健福祉大学誌 人間と科学, 2(1), 39-52.
- 吉野真理子(1991): 失語症者およびその家族のカウンセリング, 聴能言語学研究, 8(3), 168-176.

脳血管疾患により失語症となった方のご家族へ

「脳血管疾患により失語症となった高齢者と
ともに生活する家族の暮らしやすさ尺度の開発」

についてのご説明

はじめに

この冊子は、「脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の暮らしやすさ尺度の開発」という研究について説明したものです。この説明書をよくお読みになり、研究の内容を十分にご理解いただいたうえで、あなたの自由意志でこの研究に参加していただけるかどうか、お決めください。調査票の返送をもって同意とさせていただきます。

1. 研究について

言語機能に障害をもつことは、深刻な心理社会的問題に直面するといわれ、社会生活を営む上で重大な障害といわれています。ご家族にとっても、うまく意思疎通がはかれないことや失語症者の体調管理の難しさ、世間の失語症に対する理解不足、ご自身の健康に関する不安など、様々な困難を抱え、生活されていることと思います。

私たちはこれまでの調査から、失語症者のご家族は、このような困難な状況の中でも、日々の経験をもとに様々な気づきを得て、より暮らしやすい状況を目指して生活していることを明らかにしてきました。しかし、どのご家族も順調に暮らしやすくなるとは言い難く、暮らしにくい状況が長引いているご家族もいらっしゃいました。心理的な困難さや暮らしやすさの状況は、見えにくいいため、何らかの支援が可能でも注目されていない可能性があると考えています。

そこで今回、高齢な失語症者のご家族の暮らしやすさの程度を簡便に把握する尺度を開発し、失語症者ご家族の暮らしにくさを長引かせないための看護に示唆を得たいと考えております。本研究は、東京女子医科大学の倫理委員会の承認を得て実施するものです。

2. 研究の目的

この研究の目的は、脳血管疾患により失語症となった高齢者と生活するご家族の暮らしやすさの程度を把握するための尺度を開発することです。

3. 研究の方法

(1) 対象者

60歳以降に脳血管疾患により失語症となり、現在、自宅で生活を送っている方のご家族のうち、失語症者と過ごす時間が最も長い方

(2) 調査内容

- ①対象者の方の年齢や性別、失語症の方との続柄や関係性、職業の有無など
- ②失語症の方の年齢、性別、疾患、自宅での生活期間、失語症の状況など

③対象者の方の暮らしやすさ、精神的健康度、介護負担感、首尾一貫感覚

(3) 調査票の回収

調査開始前に各施設担当者と相談し、①②いずれかを記載する。

①郵送法のみで回収の場合

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、平成 25 年〇月末日までに郵便ポストにご投函ください。

②郵送法と回収箱設置の場合

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒に入れ、平成 25 年〇月末日までに施設に設置してある回収箱もしくは、郵便ポストにご投函ください。

4. 予想される利益と不利益

(1) 予想される利益

この研究に参加することにより、将来の高齢失語症者家族の困難を長引かせない介入方法の構築に貢献できます。

(2) 予想される不利益

特にございませんが、調査票の記入に約 20～25 分、お時間をいただきます。

5. 研究への参加について

あなたがこの調査に参加されるかどうかは、あなたご自身の自由な意志でお決めください。調査票は無記名のため、返送をもって本研究への同意といたします。たとえ調査に同意されない場合でも、一切不利益を受けることはありません。

6. この研究に関する情報の提供について

調査開始前に各施設担当者と相談し、①②いずれかを記載する。

①郵送法のみで回収の場合

この研究は、無記名の調査であるため個人の情報は得ることができません。研究計画や研究全体の成果につきましては、ご希望があればお知らせいたします。ご希望の方は、同封したはがきに必要事項を記入の上、郵便ポストにご投函ください。

②郵送法と回収箱設置の場合

この研究は、無記名の調査であるため個人の情報は得ることができません。研究計画や研究全体の成果につきましては、ご希望があればお知らせいたします。ご希望の方は、同封したはがきに必要事項を記入の上、施設に設置してある回収箱もしくは、郵便ポストにご投函ください。

7. 個人情報の取扱いについて

この調査票は無記名であり、個人情報が外部に漏れることは一切ありません。研究結果は、学会や学会誌などで公表いたしますが、このような場合にも、あなたのお名前など個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。この研究で得られたデータは、他の目的で使用することはありません。

なお、この研究で得られたデータは、研究終了5年後にはすべて廃棄いたします。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

8. 研究組織

この研究は以下の組織で行います。

【研究代表者】 東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 水野敏子

【研究担当】 東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程 鈴木麻美

9. 連絡先（相談窓口）

この研究について、何か聞きたいことやわからないこと、心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

【連絡先】 東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程

鈴木 麻美

住 所：東京都新宿区河田町8-1

電 話：080-2373-9376

E-Mail：kurashiyasusa@hotmail.co.jp

平成24年9月13日作成（第1版）

東京女子医科大学大学院 看護学研究科

教授 水野 敏子

「脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の暮らしやすさ尺度」作成のための

調 査 票

I この調査票にお答えいただいているあなたご自身のことについて伺います。

(1) あなたの性別に○をつけてください。

1. 男性 2. 女性

(2) あなたの年齢を数字でお答えください。

()歳

(3) あなたと失語症であるご家族との関係について、あてはまる番号に○をつけてください。

1. 夫婦 2. 親子 3. 義親子 4. 兄弟姉妹 5. その他()

(4) あなたと失語症であるご家族以外に同居しているご家族はいますか？

1. あり (人) 2. なし

⇒ (4)で「あり」とお答えの方、同居されているご家族すべてに○をつけください。

1. 配偶者 2. 子供 3. 孫 4. 兄弟姉妹 5. 実親 6. 義父母
7. その他()

(5) 失語症であるご家族を失語症であることを理由にお世話している時間をお答えください。

約()時間／日

(6) 失語症であるご家族と退院後、自宅で生活している期間をお答えください。

()年()ヶ月

(7) 職業はお持ちですか？

1. あり 2. なし

⇒ (7)で「あり」とお答えの方、勤務形態に○をつけください。

1. 常勤 2. パート 3. その他()

(8) 地域社会で積極的に活動していますか？

1. はい 2. いいえ

⇒ (8)で「はい」とお答えの方は、活動内容に○をつけください。

1. 趣味 2. 町内会やクラブ等の役員 3. ボランティア
4. その他()

(9) ご家族が失語症になる前のあなたとの関係性はいかがでしたか？

1. とても良かった 2. 良かった 3. あまり良くなかった 4. 悪かった

II あなたがともに生活している失語症となったご家族について伺います。

(1) 性別に○をつけてください。

1. 男性 2. 女性

(2) 年齢を数字でお答えください。

()歳

(3) 失語症の原因となった病名に○をつけてください。

1. 脳梗塞 2. 脳出血 3. くも膜下出血 4. その他()

(4) 要介護度はいくつですか？ あてはまる番号に○をつけてください。

1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3
6. 要介護4 7. 要介護5 8. 未申請

(5) 現在利用しているサービスはありますか？ あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. なし 2. 介護ヘルパー 3. 訪問看護 4. 介護タクシー
5. デイサービスやデイケア 6. その他()

(6) 失語症友の会などの失語症者のグループ活動に参加していますか？

1. はい 2. いいえ

(7) 通院は、どのくらいの頻度ですか？ あてはまる番号に○をつけてください。

1. 週1回以上 2. 週1回 3. 1月に2回 4. 1月に1回 5. 2ヶ月に1回
6. 3ヶ月に1回 7. その他()

(8) 現在、専門家による言葉の訓練を受けていますか？

1. 受けている 2. 受けていない

(9) 失語症の状況は以下のうち、どの様子に最も近いですか？
あてはまる番号に○をつけてください。

1. 実用的な話ことばも、理解できることばもない。
2. すべてのコミュニケーションは断片的な発語によって行われ、聞き手が予測したり、尋ねたりする必要がある。
3. 身近な事柄に関しては、聞き手が援助すればコミュニケーションが成り立つ。
4. 日常的な大部分についてはほとんど援助なしに話すことができるが、不慣れな場面での会話には困難が伴う。
5. 話し言葉のなめらかさや理解力に多少の障害はあるが、表出された考えや表現に著しい制限はない。
6. 本人はごく軽微な発話の障害を感じているが、聞き手ははっきりした障害を感じない。

Ⅲ 以下の質問を読み、失語症になった人との生活について、
あなたの日頃の考えに最も近いと思う箇所に○をつけてください。

*「私」とは、あなたご自身をさします。
「相手」とは、あなたと暮らしている失語症になったご家族をさします。

	全く思わない	あまり思わない	やや思う	非常に思う
(1) 私は失語症について理解できるようになっている				
(2) 私は相手が言葉に障害をもっているということを受け入れたくない				
(3) 私は相手の言葉の回復にこだわらなくてもよいと思う				
(4) 私は相手がうまく話せないので、意思疎通がはかれないと思う				
(5) 私は相手がうまく話せないことは気にならない				
(6) 私がどれだけ努力をしても、相手の言葉の回復には限界がある				
(7) 私は相手の言葉を何が何でも回復させたい				
(8) 私は相手が何を言っているのかわからない				
(9) 私は相手が何を伝えたいのかわからない				
(10) 私は失語症になって変わってしまった相手にがっかりしている				
(11) 私は相手にどう接したらよいかわからない				
(12) 相手は私の支えになってくれている				
(13) 失語症になる前と比べて、相手と私以外の家族の関係性が良くない				
(14) 私と相手は思うように意思疎通がはかれず、お互いイライラしている				
(15) 相手は私に苛立ちをぶつけている				
(16) 私は相手が期待にこたえてくれないので腹立たしく感じる				
(17) 私と相手はお互い、穏やかな気持ちになっている				
(18) 私と相手はお互い、気楽な気持ちになっている				
(19) 私は相手が言葉をうまく話せないことを気の毒に思う				
(20) 私は相手を気遣っている				

(前頁の続き)

		全く思わない	あまり思わない	やや思う	非常に思う
(21)	相手が私を気遣ってくれていると思う				
(22)	私は相手とお互いに無理せず、今の状態を保ちたい				
(23)	私は相手にいつも頼られている				
(24)	私はいつも、気を張っていなければならない				
(25)	私は私自身のことより、相手のことを優先させている				
(26)	私は相手との生活のために、頑張らなければならない				
(27)	私には自由になる時間がある				
(28)	私は家事や仕事を思い通りにできている				
(29)	私には頼る人はいない				
(30)	私の努力を誰も認めてくれない				
(31)	私たちは様々な人に支えられている				
(32)	私は家族や友人、他の失語症になった人の家族と話をすることで、励まされたり、冷静になることができる				
(33)	私には困ったときに相談できる専門家(看護師、言語聴覚士、医師、ケアマネージャーなど)がいる				
(34)	社会資源(介護保険、福祉制度、デイサービス、ヘルパー、失語症友の会など)は私たちの支えになっている				
(35)	私は私の経験を他の失語症になった人の家族に伝えることができる				
(36)	周りの人は、私の大変さを理解してくれていない				
(37)	私は相手ができそうなちょっとしたこともしてくれないと感じる				
(38)	私は相手ができることにもついつい手を貸してしまう				
(39)	私は相手が病気をしたり、寝たきりや認知症になるのではないかと常に気にかけて生活している				
(40)	私はこれからも相手との生活をやっていけると思う				
(41)	私は相手と今のまま、無理せず生活したいと思っている				

IV ここ数週間のあなたの健康状態で、精神的、身体的問題があるかどうかおたずねします。
以下の質問を読み、もっとも適当と思われる答えを一つ○で囲んでください。

(1) 何かをする時いつもより集中して

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. いつもよりできなかった 4. まったくできなかった

(2) 心配ごとがあつて、よく眠れないようなことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(3) いつもより自分のしていることに生きがいを感じることは

1. あつた 2. いつもと変わらなかった 3. なかった 4. まったくなかった

(4) いつもより容易に物ごとを決めることが

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. できなかった 4. まったくできなかった

(5) いつもストレスを感じたことが

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(6) 問題を解決できなくて困ったことが

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(7) いつもより問題があつた時に積極的に解決しようとするのが

1. できた 2. いつもと変わらなかった 3. できなかった 4. まったくできなかった

(8) いつもより気が重くて、憂うつになることは

1. まったくなかった 2. いつもと変わらなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(9) 自信を失ったことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(10) 自分は役に立たない人間だと考えたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

(11) 一般的にみて、しあわせといつもより感じたことは

1. たびたびあつた 2. あつた 3. なかった 4. まったくなかった

(12) ノイローゼ気味で何もすることができないと考えたことは

1. まったくなかった 2. あまりなかった 3. あつた 4. たびたびあつた

VI 各問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う箇所に○をつけてください。

* 質問文の「介護を受けている方」とは、あなたと暮らしている失語症になったご家族をさします。

		思わない	たまに思う	時々思う	よく思う	いつも思う
(1)	介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうと思うことはありますか					
(2)	介護を受けている方のそばにいと腹が立つことがありますか					
(3)	介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか					
(4)	介護を受けている方のそばにいと、気が休まらないと思いますか					
(5)	介護があるので、自分の社会参加が減ったと思うことがありますか					
(6)	介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことはありますか					
(7)	介護をだれかに任せたいと思うことがありますか					
(8)	介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか					

VII あなた自身が日頃感じていることに最も近い箇所に○をつけてください。ご自分に該当しないと思われた場合は、「ない」に○をつけてください。

* 質問文の「患者さん」とは、あなたと暮らしている失語症になったご家族をさします。

		ない	たまにある	時々ある	よくある	いつもある
(1)	患者さんの体調のことが心配だと思うことがありますか？					
(2)	患者さんの日常の身体面の介助が大変だと思うことがありますか？					
(3)	患者さんが行動するのに時間がかかるのでイライラすることがありますか？					
(4)	患者さんの食事に気を配る必要があつて負担だと思うことがありますか？					
(5)	あなた自身の体調や健康のことが不安だと思うことはありますか？					
(6)	もしあなたが急病になつても、患者さんが適切には対応できそうにないのでは不安に思うことがありますか？					
(7)	介護があるので自分の自由にできる時間が減つてつらいと思うことがありますか？					
(8)	介護があるので人とのつきあいが減つてつらいと思うことがありますか？					
(9)	患者さんが人と交流する機会が減つたことで、あなたの負担が増えたと感じることがありますか？					
(10)	あなたがいないと患者さんが不安がるので負担だと思うことはありますか？					
(11)	患者さんの介護をすべて他人に任せることができないので困ると思うことがありますか？					
(12)	患者さんとの意思の疎通がうまくできず、お互いにイライラすることがありますか？					

(前頁の続き)

		ない	たまにある	時々ある	よくある	いつもある
(13)	患者さんが人から話しかけられた言葉を理解できないので困ると思うことがありますか？					
(14)	患者さんが状況をどのくらい理解しているのかわからなくて困ると思うことがありますか？					
(15)	患者さんの思いを推測してあげるのが大変だと思うことがありますか？					
(16)	患者さんがあなた以外の介護者に意思を伝えられないため困る場合がありますか？ *「あなた以外の介護者」とは、親族やホームヘルパーやデイサービスの介助員などのことです。					
(17)	思いを伝えられない患者さんの気持ちはさぞつらいだろうと思うことがありますか？					
(18)	患者さんが電話を使えないのであなたが困る場合がありますか？					
(19)	患者さんが読んだり、書いたりするのが難しいためにあなたが困る場合がありますか？					
(20)	患者さんを思うあなたの気持ちが患者さんにはわかっていないと思うことがありますか？					
(21)	患者さんが怒りっぽくなったので困ると思うことがありますか？					
(22)	患者さんが忘れっぽくなったので困ると思うことはありますか？					
(23)	患者さんがあなたや周囲の言うことを頑固に聞き入れないので困ると思うことがありますか？					
(24)	患者さんの行動が理解できないと思うことがありますか？					
(25)	世間一般の人たちに患者さんの障害をもっと理解してほしいと思う場合がありますか？					
(26)	患者さん一人一人の障害にあったリハビリや対応のできる場所がもっとあるといいのと思うことがありますか？					
(27)	財産管理や家庭の運営について責任を負うのが大変だと思う場合がありますか？					
(28)	今後のことや家庭の問題を相談する相手がいなくて困ると思う場合がありますか？					
(29)	介護にかかる費用のことが心配だと思う場合がありますか？					
(30)	全体を通してみると、介護するということがどのくらいあなたの負担になっていると思いますか？ あてはまる番号に○をつけてください。 1. 全く負担ではない 2. 多少負担に思う 3. 世間並みの負担だと思う 4. かなりの負担だと思う 5. 非常に大きな負担である					

VIII その他

日頃、お困りのことや工夫されていること、お気づきのことなどございましたら、ご自由にお書きください。

--

ご協力、ありがとうございました。

平成 25 年 月 日

施 設 名
施設長 ○○○○ 様東京女子医科大学大学院
教授 水野 敏子

「脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の 『暮らしやすさ』尺度の開発」

研究協力の依頼

拝啓 梅花の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび本学院生が博士論文作成のため、下記のような研究を計画しております。つきましては、貴施設においてご協力をお願いいたしたく、ご多用中のところ誠に恐縮に存じますが、何卒、ご配慮いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、お手数ではございますが、ご承諾頂けましたら、同封いたしました研究協力の「承諾書」にご記入頂き、ご返信頂きたく重ねてお願いいたします。 敬具

記

1. テーマ

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の「暮らしやすさ」尺度の開発

2. 目的

脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の「暮らしやすさ」尺度を作成し、その信頼性・妥当性を検証する。

3. 研究の対象者

60 歳以降に脳血管疾患により失語症となり、現在、自宅で生活している者の家族のうち、ともに過ごす時間が最も長い方。

4. 主な協力依頼内容

研究対象者の選定が可能なスタッフ（医師、看護師、言語聴覚士、介護士など）をご紹介いただく。ご紹介いただいたスタッフの方に研究対象者の選定を依頼する。さらに、選定した対象者に口頭で、調査への協力は自由意思であることを説明していただき、協力の得られた対象者に調査票を配布していただく。

5. 期間

平成 25 年○月○日（○）～平成 25 年○月○日（○）

6. 研究責任者

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 水野敏子

研究分担者

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 鈴木麻美

7. その他

具体的な内容・詳細につきましては、同封いたしました研究計画書をご参照いただきたく存じます。また、ご不明な点がございましたら、ご連絡いただければ幸いです。

連絡先：東京女子医科大学大学院 看護学研究
教授 水野 敏子
〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1
電話 03-3357-4804（内線 6366）

承 諾 書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科
教授 水野 敏子 殿

「脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の
『暮らしやすさ』尺度の開発」について、
下記の者が本施設において研究することを承諾いたします。

記

東京女子医科大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 鈴木 麻美

以上

平成 年 月 日

施設名

職 名

氏 名

公印

この度は、「脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の『暮らしやすさ』尺度の開発」への調査にご協力いただき、誠にありがとうございました。

本研究の結果のご返送を希望される場合は、下記に結果の送付先をご記入の上、郵便ポストへご投函ください。調査票配布施設に回収箱の設置がある場合は、回収箱にご投函頂いても結構です。

ご 氏 名 :

ご 住 所 :

.....

E-Mail :

なお、研究結果は、研究終了後に郵送を予定しております。E-Mail アドレスをご記入いただいた方には、メールで送信させていただきます。

(学長→研究責任者)

様式4

管理番号:

平成24年10月25日

臨床研究等審査結果通知書

(観察研究・質的研究・ その他)

看護学研究科

水野敏子 教授 殿

東京女子医科大学 学長 宮崎俊一

平成24年9月14日に貴殿から申請のあった臨床研究等（臨床研究・疫学研究）について、下記のとおり決定したので通知します。

記

研究課題名	脳血管疾患により失語症となった高齢者とともに生活する家族の「暮らしやすさ」尺度の開発	
研究責任者	所属・職名・氏名：看護学研究科・教授・水野敏子	
研究分担者	所属・職名・氏名：看護学研究科博士後期課程・ 大学院生・鈴木麻美	所属・職名・氏名：
	所属・職名・氏名：	所属・職名・氏名：
	所属・職名・氏名：	所属・職名・氏名：
審査事項	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床研究等の実施の可否 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 臨床研究等の継続の可否 <input type="checkbox"/> 実施計画の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 承認【承認番号：2633】 <input type="checkbox"/> 2. 修正の上承認（再提出） <input type="checkbox"/> 3. 保留（再審査） <input type="checkbox"/> 4. 却下 <input type="checkbox"/> 5. 既承認事項取り消し	

表 目 次

表 1. 高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」構成概念	13
表 2. 高齢失語症者の家族の概要	20
表 3. 高齢失語者の概要	20
表 4. 暮らしやすさ尺度の原案と項目分析結果	20
表 5. 探索的因子分析結果	
表 5-1. 第 1 回目 因子分析	21
表 5-2. 第 2 回目 因子分析	21
表 5-3. 第 3 回目 因子分析	21
表 5-4. 第 4 回目 因子分析	21
表 5-5. 第 5 回目 因子分析	21
表 5-6. 第 6 回目 因子分析	22
表 6. 各因子・尺度全体の信頼性係数	
表 6-1. 第 1 因子	22
表 6-2. 第 2 因子	22
表 6-3. 第 3 因子	22
表 6-4. 第 4 因子	22
表 6-5. 第 5 因子	22
表 6-6. 尺度全体	22
表 7. 探索的因子分析の結果	22
表 8. 高齢失語症者家族の GHQ・SOC・介護負担感	24
表 9. 暮らしやすさ尺度と既存尺度の相関	24
表 10. 属性による暮らしやすさ尺度の比較と相関	
表 10-1. 総得点との比較と相関	24
表 10-2. 【失語症者との関係性の深まり】との比較と相関	25
表 10-3. 【言葉を介した言葉の理解】の比較と相関	25
表 10-4. 【失語症者のための奮闘】の比較と相関	25
表 10-5. 【生活のゆとり】の比較と相関	25
表 10-6. 【周囲からの大変さの理解】の比較と相関	25
表 11. 暮らしやすさ 3 区分・介護期間 3 区分の属性比較	
表 11-1. 地域活動の有無の比較	26
表 11-2. サービス利用の有無の比較	26
表 11-3. 失語症友の会入会の有無の比較	26
表 11-4. ST によるリハビリの有無の比較	26
表 11-5. 家族の年齢の比較	26
表 11-6. 介護時間の比較	26

表 11-7. 失語症者の年齢の比較	26
表 11-8. 失語症者の発症年齢の比較	26

図 目 次

図 1. スクリーンプロット	21
図 2. 確認的因子分析によるモデルの適合度	23
図 3. 暮らしやすさ・介護期間 3 区分による分類	26
図 4. 暮らしやすさ高低と介護期間長短による失語症者家族の主な特徴	26

表1 高齢失語症者の家族の「暮らしやすさ」仮説的構成概念

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
失語症自体を理解できない 改めて、失語症の新たな知識を得る 失語症は大したことないと思う 失語症であると受け入れたくない 今のままと保って、無理せず生活できれば良い	障害受容	
うまく喋れない 言葉の回復の難しさを感じる 言葉の回復を願う 言葉は回復してきている 言葉の回復は難しい 今までの努力の成果を感じる	言葉でのコミュニケーション 言葉の回復	言葉へのこだわり
言おうとしていることをわかってあげられなかった 今でも言いたいことがわからない 言いたいことは徐々にわかるようになっていく	言葉の理解	
失語症を目の当たりにして愕然とした 何をどうしたらよいかわからず苛立つ 言葉はうまく話せなくても、夫の存在は自分の支えであると気付く 自分以外の家族との関係性が悪くなっているように感じる	失語症者に対する思い	
失語症者自身、失語症を受け入れたくないと思っている 失語症者が、思うように言いたいことが伝えられず、自分に苛立ちをぶつけてくる 自分の期待に応えない失語症者に怒りが募る いくら自分が努力しても失語症者のマイペースは変わらない 失語症者が穏やかに生活している 以前より楽な気持ちで生活している	感情の起伏	失語症者との関係性
失語症者に気を遣い、言いたいことを言えない 失語症者が自分に気遣ってくれる 失語症者には今のままと保って、無理せず生活できれば良い 自分も年を取っていき、無理はできないので、年相応に二人でできる範囲で生活すればよい	気遣い合い	
失語症者に頼りにされていると感じる 自分が頑張りすぎると自分が持たない 自分のことより夫のことを優先させる	精神的束縛	
失語症者のために元気でいなければならないが、自分の体調を管理するのは難しい 自分が頑張りすぎたのは、失語症者の言葉の理解や回復、再発予防もできない	身体的束縛	束縛感
自分は失語症者のことしかする時間を持ってない 自分の時間を持つことができる	時間的束縛	
経済状況が悪ければ介護できない	経済的束縛	
失語症者を頼りたいが頼れない 家族はいざと言うときにしか頼れないと思う 本当の意味で人は頼りにならない 自分が努力していることを誰も認めてくれない 今までもたくさんの人に支えられていた	一人での介護	
家族、友人、同病者家族と話をすることで励まされ、気持ちを立て直せる 頼りになる専門家の存在が安心につながる 失語症者に合った介護方法は誰にも分からない	自分以外の人の存在	孤立感
支えてくれる人や社会資源のありがたさを感じる 年金生活だったので、金銭的に困らないで済んだ 失語症で困っている家族にアドバイスできるかもしれない	社会資源の活用 社会への貢献	
失語症は周囲から理解してもらいにくい	失語症の社会的認知度	
生活する中で、徐々に不自由を感じる 本来できることも見てもらえず、必要以上に身の回りの手伝いをする 転倒や事故が心配で目を離すことができない	脳卒中になった家族との生活	
言葉だけでなく、再発や寝たきり、認知症も心配だった 再発しないための食事管理が必要になる 寝たきりにならず、再発もせずに過ごして来れている 自分は何が起きてもやっていけると思える	健康管理	病気をした失語症者との日常生活
今のままと保って、無理せず生活できれば良い	今後の生活に対する希望	

表2 高齢失語症者の家族の概要

N=199

項目		mean±SD	(range, median)
年齢 (歳)		67.0±8.7	(39-87, 69)
介護期間 (月)		71.0±54.8	(1-234, 60)
介護時間 (時間)		9.12±9.4	(0-24, 4.5)
項目		n	%
性別	女性	179	89.9
	男性	20	10.1
続柄	夫婦	174	87.4
	親子	19	9.5
	義親子	3	1.5
	兄弟姉妹	2	1.0
	その他	1	0.5
同居家族	なし	113	56.8
	1人	37	18.6
	2人	26	13.1
	3人	7	3.5
	4人	14	7.0
	6人	1	0.5
	未回答	1	0.5
仕事	あり	43	21.6
	なし	156	78.4
地域活動	あり	74	37.2
	なし	124	62.3
	未回答	1	0.5
発症前の関係性	とても良かった	50	25.1
	良かった	118	59.3
	あまり良くなかった	23	11.6
	悪かった	1	0.5
	未回答	7	3.5

表3 失語症者の概要

N=199

項目		mean±SD	(range, median)
年齢(歳)		72.8±5.6	(61-90, 73)
発症年齢(歳)		67.2±5.5	(60-90, 66)
項目		n	%
性別	男性	170	85.4
	女性	29	14.6
病名	脳梗塞	148	69.8
	脳出血	46	23.1
	くも膜下出血	3	1.5
	混合型	11	5.5
要介護度	未申請	48	24.1
	要支援1	12	6.0
	要支援2	26	13.1
	要介護1	32	16.1
	要介護2	34	17.1
	要介護3	29	14.6
	要介護4	18	9.0
通院頻度	通院なし	21	10.6
	週1回以上	72	36.2
	1-2回/月	63	31.6
	1回/2-3ヶ月	36	18.1
	その他	5	2.5
	未回答	2	1.0
サービス	利用あり	135	67.8
	利用なし	64	32.2
失語症友の会会員		114	57.3
失語症デイサービス		41	20.6
STによるリハビリ		120	60.3
失語重症度	1 (重い)	20	10.1
	2	78	39.2
	3	46	23.1
	4	31	15.6
	5	19	9.5
	6 (軽い)	5	2.5

表4 暮らしやすさ尺度原案(41項目)と項目分析の結果 N=199

質問項目	I-T相関	項目間相関	
1 私は失語症について理解できるようになっている	.216	-.184~.243	
※ 2* 私は相手が言葉に障害をもっているということを受け入れたくない	.388	-.287~.483	
3 私は相手の言葉の回復にこだわらなくてもよいと思う	.130	-.164~.275	
※ 4* 私は相手がうまく話せないので、意思疎通がはかれないと思う	.561	-.527~.632	
5 私は相手がうまく話せないことは気にならない	-.105	-.317~.275	削除
6 私がどれだけ努力をしても、相手の言葉の回復には限界がある	-.470	-.527~.101	削除
※ 7* 私は相手の言葉を何が何でも回復させたい	.419	-.349~.420	
※ 8* 私は相手が何を言っているのかわからない	.601	-.526~.894	
9* 私は相手が何を伝えたいのかわからない	.564	-.524~.894	削除
10* 私は失語症になって変わってしまった相手がかかりしている	.518	-.317~.573	
※ 11* 私は相手にどう接したらよいかかわからない	.654	-.415~.573	
12 相手は私の支えになってくれている	.356	-.159~.433	
※ 13* 失語症になる前と比べて、相手と私以外の家族の関係性が良くない	.387	-.137~.404	
14* 私は相手と思うように意思疎通がはかれず、お互いイライラしている	.552	-.380~.528	
※ 15* 相手は私に苛立ちをぶつけている	.375	-.338~.528	
※ 16* 私は相手が期待にこたえてくれないので腹立たしく感じる	.588	-.249~.525	
※ 17 私と相手はお互い、穏やかな気持ちになっている	.417	-.192~.677	
18 私と相手はお互い、気楽な気持ちになっている	.485	-.232~.677	
19* 私は相手が言葉をうまく話せないことを気の毒に思う	.245	-.398~.354	
20* 私は相手を気遣っている	.078	-.266~.354	削除
※ 21 相手が私を気遣ってくれていると思う	.282	-.212~.433	
※ 22 私は相手とお互いに無理せず、今の状態を保ちたい	.348	-.147~.527	
23* 私は相手にいつも頼られている	.114	-.225~.359	削除
※ 24* 私はいつも、気を張っていなければならない	.472	-.239~.586	
※ 25* 私は私自身のことより、相手のことを優先させている	.220	-.258~.561	
※ 26* 私は相手との生活のために、頑張らなければならない	.391	-.189~.586	
27 私には自由になる時間がある	.456	-.205~.358	
28 私は家事や仕事を思い通りにできている	.307	-.180~.452	
※ 29* 私には頼る人はいない	.424	-.112~.491	
※ 30* 私の努力を誰も認めてくれない	.411	-.175~.491	
31 私たちは様々な人に支えられている	.172	-.152~.398	削除
※ 32 私は家族や友人、他の失語症になった人の家族と話をすることで、励まされたり、冷静になることができる	.219	-.202~.398	
※ 33 私には困ったときに相談できる専門家がいます	.288	-.158~.430	
34 社会資源は私たちの支えになっている	.096	-.196~.430	削除
35 私は私の経験を他の失語症になった人の家族に伝えることができる	.134	-.266~.390	削除
※ 36* 周りの人は、私の大変さを理解してくれていない	.401	-.151~.497	
※ 37* 私は相手ができそうなちょっとしたこともしてくれないと感じる	.472	-.136~.414	
38* 私は相手ができることにもつつい手貸してしまう	.179	-.168~.358	削除
39* 私は相手が病気をしたり、寝たきりや認知症になるのではないかと常に気にかけて生活している	.379	-.281~.347	
40 私はこれからも相手との生活をやっていけると思う	.454	-.162~.570	
※ 41 私は相手と今のまま、無理せず生活したいと思っている	.417	-.078~.570	

※は因子分析の結果、暮らしやすさ尺度を構成する項目として抽出された項目

*は逆転項目(逆転済み)

表5-1 第1回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q8	.773				
Q4	.710				
Q7	.614				
Q11	.603				
Q10	.560				
Q19	.544				
Q2	.535				
Q14	.410	.331			
Q21		.730			
Q17		.654			
Q15		.569			
Q12		.532			
Q18		.504			
Q16		.459			
Q13		.413			
Q37		.401			
Q40		.399	.334		
Q1					
Q27			.678		
Q41			.532		
Q32			.526		
Q33			.431		
Q28			.412		
Q22		.326	.374		
Q25				.764	
Q24				.747	
Q26				.740	
Q39					.718
Q30					.638
Q36					.384
Q29					

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 11 回の反復で回転が収束しました。

表5-2 第2回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q8	.784				
Q4	.753				
Q7	.601				
Q11	.577				
Q19	.540				
Q10	.531				
Q2	.514				
Q14	.460	.367			
Q21		.708			
Q15		.614			
Q17		.601			
Q12		.496			
Q16		.488			
Q18		.451	.302		
Q37		.424			
Q13		.421			
Q40		.375	.353		
Q27			.694		
Q41			.552		
Q32			.538		
Q33			.438		
Q28			.408		
Q22			.407		
Q24				.747	
Q25				.745	
Q26				.739	
Q30					.746
Q36					.627
Q29					.407

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 9 回の反復で回転が収束しました。

表5-3 第3回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q8	.760				
Q4	.690				
Q11	.600				
Q7	.596				
Q2	.569				
Q10	.566				
Q19	.509				
Q21		.718			
Q15		.601			
Q16		.509			
Q17		.492			
Q12		.484			
Q37		.452			
Q13		.439			
Q27			.695	.315	
Q41			.564		
Q32			.557		
Q33			.485		
Q22			.480		
Q28			.397		
Q24				.759	
Q25				.741	
Q26				.725	
Q30					.780
Q36					.628
Q29					.469

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 7 回の反復で回転が収束しました。

表5-4 第4回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q8	.786				
Q4	.690				
Q7	.596				
Q11	.577				
Q2	.535				
Q10	.520	.333			
Q19	.500				
Q21		.664			
Q15		.654			
Q16		.544			
Q37		.490			
Q13		.459			
Q17		.458			
Q24			.760		
Q25			.734		
Q26			.685		
Q41				.607	
Q22				.604	
Q32				.512	
Q33				.493	
Q12		.391		.400	
Q28					
Q30					.769
Q36					.609
Q29					.458

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 9 回の反復で回転が収束しました。

表5-5 第5回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q8	.838				
Q4	.733				
Q7	.587				
Q11	.530				
Q19	.477				
Q2	.450				
Q15		.691			
Q21		.639			
Q16		.544			
Q37		.514			
Q17		.498			
Q13		.457			
Q24			.755		
Q25			.751		
Q26			.732		
Q41				.664	
Q22				.655	
Q32				.489	
Q33				.484	
Q30					.784
Q36					.616
Q29					.456

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 7 回の反復で回転が収束しました。

表5-6 第6回目 因子分析
パターン行列

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q15	.698				
Q21	.622				
Q16	.552				
Q37	.497				
Q17	.494				
Q13	.447				
Q8		.873			
Q4		.717			
Q7		.572			
Q11		.555			
Q2		.472			
Q24			.762		
Q25			.752		
Q26			.747		
Q41				.679	
Q22				.647	
Q32				.481	
Q33				.474	
Q30					.813
Q36					.575
Q29					.448

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 8 回の反復で回転が収束しました。

パターン行列(全因子負荷量)

質問項目 番号	因子				
	1	2	3	4	5
Q15	.698	-.104	.071	-.100	.067
Q21	.622	-.027	-.045	.098	-.196
Q16	.552	.059	.152	-.026	.137
Q37	.497	.105	.024	-.066	.129
Q17	.494	-.019	-.063	.258	-.051
Q13	.447	.125	-.124	-.081	.150
Q8	-.024	.873	-.011	.029	-.114
Q4	.064	.717	-.026	-.014	-.017
Q7	-.181	.572	.191	-.031	-.021
Q11	.221	.555	.046	.021	.045
Q2	.082	.472	-.167	-.044	.113
Q24	.095	.042	.762	.061	-.053
Q25	.019	-.106	.752	-.074	-.014
Q26	-.094	.077	.747	-.023	.073
Q41	.081	-.100	.123	.679	.037
Q22	.158	.021	-.002	.647	-.142
Q32	-.206	.021	-.103	.481	.194
Q33	-.057	.044	-.115	.474	.123
Q30	.064	-.079	-.044	.008	.813
Q36	.093	-.018	-.003	.037	.575
Q29	-.166	.146	.154	.177	.448

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
a. 8 回の反復で回転が収束しました。

表6 各因子、尺度全体の信頼性係数

表6-1 第1因子

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.777	6	Q8	.705
		Q4	.719
		Q7	.753
		Q11	.719
		Q19	.786
		Q2	.768

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.786	5	Q8	.711
		Q4	.730
		Q7	.779
		Q11	.721
		Q2	.783

表6-2 第2因子

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.758	6	Q15	.712
		Q21	.728
		Q16	.704
		Q37	.719
		Q17	.734
		Q13	.737

表6-3 第3因子

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.789	3	Q24	.688
		Q25	.737
		Q26	.709

表6-4 第4因子

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.671	4	Q41	.579
		Q22	.594
		Q32	.635
		Q33	.611

表6-5 第5因子

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.693	3	Q30	.493
		Q36	.655
		Q29	.648

表6-6 全体

Cronbach's α	項目の数	項目が削除された場合の Cronbach's α	
.841	21	Q30	.833
		Q36	.834
		Q29	.833
		Q2	.835
		Q4	.827
		Q7	.836
		Q8	.826
		Q11	.823
		Q13	.834
		Q15	.834
		Q16	.827
		Q17	.835
		Q21	.839
		Q37	.830
		Q24	.834
		Q25	.842
		Q26	.837
		Q41	.836
		Q22	.838
		Q32	.844
		Q33	.842

表7 探索的因子分析の結果

No.	仮説 概念	因子名 質問項目	因子負荷量					
			1	2	3	4	5	
第1因子:失語症者との関係性の深まり Cronbach's α =.786								
15*	II	相手は私に苛立ちをぶつけている	.698	-.104	.071	-.100	.067	
21	II	相手が私を気遣ってくれていると思う	.622	-.027	-.045	.098	-.196	
16*	II	私は相手が期待にこたえてくれないので腹立たしく感じる	.552	.059	.152	-.026	.137	
37*	V	私は相手ができそうなちょっとしたこともしてくれないと感じる	.497	.105	.024	-.066	.129	
17	II	私と相手はお互い、穏やかな気持ちになっている	.494	-.019	-.063	.258	-.051	
13*	II	失語症になる前と比べて、相手と私以外の家族の関係性が良くない	.447	.125	-.124	-.081	.150	
第2因子:言葉を介した言葉の理解 Cronbach's α =.758								
8*	I	私は相手が何を言っているのかわからない	-.024	.873	-.011	.029	-.114	
4*	I	私は相手がうまく話せないので、意思疎通がはかれないと思う	.064	.717	-.026	-.014	-.017	
7*	I	私は相手の言葉を何が何でも回復させたい	-.181	.572	.191	-.031	-.021	
11*	II	私は相手にどう接したらよいかわからない	.221	.555	.046	.021	.045	
2*	I	私は相手が言葉に障害をもっているということを受け入れたくない	.082	.472	-.167	-.044	.113	
第3因子:失語症者のための奮闘 Cronbach's α =.789								
24*	III	私はいつも、気を張っていなければならない	.095	.042	.762	.061	-.053	
25*	III	私は私自身のことより、相手のことを優先させている	.019	-.106	.752	-.074	-.014	
26*	III	私は相手との生活のために、頑張らなければならない	-.094	.077	.747	-.023	.073	
第4因子:生活のゆとり Cronbach's α =.671								
41	V	私は相手と今のまま、無理せず生活したいと思っている	.081	-.100	.123	.679	.037	
22	II	私は相手とお互いに無理せず、今の状態を保ちたい	.158	.021	-.002	.647	-.142	
32	IV	私は家族や友人、他の失語症になった人の家族と話をすることで、励まされたり、冷静になることができる	-.206	.021	-.103	.481	.194	
33	IV	私には困ったときに相談できる専門家がいる	-.057	.044	-.115	.474	.123	
第5因子:周囲からの大変さの理解 Cronbach's α =.693								
30*	IV	私の努力を誰も認めてくれない	.064	-.079	-.044	.008	.813	
36*	IV	周りの人は、私の大変さを理解してくれていない	.093	-.018	-.003	.037	.575	
29*	IV	私には頼る人はいない	-.166	.146	.154	.177	.448	
因子相関			第1因子	1				
			第2因子	.513	1			
			第3因子	.273	.428	1		
			第4因子	.342	.298	-.113	1	
			第5因子	.340	.543	.232	.309	1

N=199, 因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

尺度全体の Cronbach's α =.841

仮説概念:暮らしやすさ尺度原案作成の段階での内容分析時の5カテゴリ

*は逆転項目(逆転済み)

表8 失語症者家族のGHQ、SOC、介護負担感 N=199

項目		mean±SD	range
GHQ	n=182	3.7±3.7	(0-12)
SOC	n=175	44.8±8.1	(18-63)
Zarit	n=183	9.5±6.5	(0-30)
Personal Strain	n=186	5.7±4.0	(0-20)
Role Strain	n=184	3.7±3.2	(0-12)
COM-B	n=179	72.3±21.3	(34-136)
生活拘束感	n=190	22.7±7.3	(9-45)
言語症状関連	n=185	27.3±9.6	(11-53)
感情認知症状関連	n=190	15.6±5.3	(6-30)
家庭運営	n=191	6.7±3.2	(3-15)

表9 暮らしやすさ尺度と既存尺度との相関

既存尺度		暮らしやすさ尺度					尺度全体
尺度名	下位尺度	第1因子 失語症者との 関係性の深まり	第2因子 言葉を介した 言葉の理解	第3因子 失語症者のため の奮闘	第4因子 生活のゆとり	第5因子 周囲からの 大変さの理解	
GHQ-12	総得点	-.344**	-.371**	-.413**	-.132	-.357**	-.496**
	生活拘束感	-.266**	-.290**	-.523**	.010	-.189**	-.395**
	言語症状関連	-.493**	-.548**	-.379**	.002	-.321**	-.566**
COM-B	感情認知症状関連	-.485**	-.359**	-.266**	-.064	-.234**	-.484**
	家庭運営	-.280**	-.384**	-.356**	-.090	-.311**	-.448**
	総得点	-.465**	-.464**	-.463**	.008	-.274**	-.554**
J-ZBS_8	Personal Strain	-.653**	-.397**	-.373**	-.175*	-.270**	-.619**
	Role Strain	-.377**	-.294**	-.380**	-.175*	-.232**	-.450**
	総得点	-.585**	-.391**	-.427**	-.174*	-.289**	-.594**
SOC-13	総得点	.292**	.178*	.164*	.186*	.290**	.360**

N=199, Spearman の相関係数 *p<0.05,**p<0.01

表10 属性による暮らしやすさ尺度の比較と相関

表10-1 総得点の比較 N=199

			暮らしやすさ総得点 Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			57.4±8.6	
range, median			32-84, 58	
家族	性別	男性 n=179	59.0±9.6	n.s.
		女性 n=20	57.2±8.5	
	続柄	夫婦 n=174	57.3±8.7	n.s.
		親子 n=19	58.9±7.7	
	同居者	なし n=113	57.5±9.4	n.s.
		あり n=85	57.2±7.4	
	仕事	なし n=156	57.1±8.7	n.s.
		あり n=43	58.6±8.2	
	地域活動	なし n=124	55.2±8.3	***
		あり n=74	60.7±7.8	
発症前の 関係性	良かった n=168	57.9±8.5	n.s.	
	良くなかった n=24	54.6±9.0		
失語症者	性別	男性 n=170	57.2±8.6	n.s.
		女性 n=29	58.9±8.4	
	疾患	脳梗塞 n=148	56.8±8.5	n.s.
		脳出血 n=46	59.9±9.0	
		その他 n=14	55.5±6.5	
	要介護度	未申請 n=48	57.6±8.0	n.s.
		要支援1 n=12	58.1±10.5	
		要支援2 n=26	58.1±9.5	
		要介護1 n=32	54.5±9.8	
		要介護2 n=34	58.4±8.2	
要介護3 n=29		58.4±8.3		
要介護4 n=18		57.4±6.4		
サービス	利用あり n=135	57.0±9.0	n.s.	
	利用なし n=64	58.2±7.6		
失語症 友の会	会員 n=114	57.8±9.0	n.s.	
	非会員 n=85	56.8±7.9		
通院	通院なし n=21	59.0±8.3	n.s.	
	週1回以上 n=72	55.8±8.6		
	1-2回/月 n=63	57.4±8.2		
	1回/2-3ヶ月 n=36	59.4±8.6		
	その他 n=5	60±12.7		
ST訓練	あり n=120	57.3±8.7	n.s.	
	なし n=79	57.8±8.5		
失語症デイ	あり n=41	57.4±9.0	n.s.	
	なし n=158	57.4±8.5		
失語症 重症度	1(重度) n=20	51.2±7.3	* *** *	
	2 n=78	56.9±8.2		
	3 n=46	57.3±8.4		
	4 n=31	58.7±9.0		
	5 n=19	62.8±7.7		
	6(軽度) n=5	65.0±5.7		

t検定, Tukey's HSD
*<0.05,***p<0.001

表10-1 総得点との相関 N=199

		暮らしやすさ 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	-0.031	n.s.
	介護時間	-0.197	*
	介護期間	0.169	*
失語症者	年齢	0.034	n.s.
	発症年齢	-0.123	n.s.

spearman相関係数 *p<0.05

表10-2 【失語症者との関係性の深まり】との比較 N=199

			関係性の深まり Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			16.9±3.3	
range, median			7-24, 17	
家族	性別	男性 n=179	17.4±2.8	n.s.
		女性 n=20	16.8±3.4	
	続柄	夫婦 n=174	16.8±3.5	n.s.
		親子 n=19	17.9±2.4	
	同居者	なし n=113	17.2±3.8	n.s.
		あり n=85	16.6±2.7	
	仕事	なし n=156	16.7±3.5	*
		あり n=43	18.0±2.7	
	地域活動	なし n=124	16.6±3.4	*
		あり n=74	17.5±3.1	
発症前の 関係性	良かった n=168	17.2±3.2	*	
	良くなかった n=24	15.4±4.1		
失語症者	性別	男性 n=170	16.9±3.5	n.s.
		女性 n=29	17.5±2.4	
	疾患	脳梗塞 n=148	16.9±3.4	n.s.
		脳出血 n=46	17.3±3.4	
		その他 n=14	16.2±2.4	
	要介護度	未申請 n=48	16.7±3.4	n.s.
		要支援1 n=12	17.4±4.1	
		要支援2 n=26	16.8±3.9	
		要介護1 n=32	16.7±3.4	
		要介護2 n=34	17.3±3.2	
		要介護3 n=29	16.8±3.3	
		要介護4 n=18	17.7±2.6	
	サービス	利用あり n=135	16.8±3.5	n.s.
		利用なし n=64	17.2±3.1	
	失語症 友の会	会員 n=114	16.8±3.5	n.s.
		非会員 n=85	17.1±3.2	
	通院	通院なし n=21	17.0±3.3	n.s.
		週1回以上 n=72	16.6±3.8	
		1-2回/月 n=63	17.0±2.9	
		1回/2-3ヶ月 n=36	17.4±3.2	
その他 n=5		17.0±3.8		
ST訓練	あり n=120	17.1±3.6	n.s.	
	なし n=79	16.8±2.9		
失語症デイ	あり n=41	17.0±3.5	n.s.	
	なし n=158	16.9±3.3		
失語症 重症度	1(重度) n=20	15.9±3.2	n.s.	
	2 n=78	16.4±3.4		
	3 n=46	17.7±3.2		
	4 n=31	16.7±3.5		
	5 n=19	18.5±2.8		
	6(軽度) n=5	18.8±2.3		

t検定, Tukey's HSD
*<0.05

表10-2 【関係性の深まり】との相関 N=199

		関係性の深まり 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	-0.116	n.s.
	介護時間	-0.109	n.s.
	介護期間	0.029	n.s.
失語症者	年齢	0.023	n.s.
	発症年齢	-0.030	n.s.

spearman相関係数

表10-3 【言葉を介した言葉の理解】との比較 N=199

			言葉の理解 Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			13.2±3.3	
range, median			6-20, 13	
家族	性別	男性 n=179	13.8±3.7	n.s.
		女性 n=20	13.1±3.3	
	続柄	夫婦 n=174	13.0±3.4	n.s.
		親子 n=19	14.4±2.5	
	同居者	なし n=113	13.0±3.4	n.s.
		あり n=85	13.2±3.3	
	仕事	なし n=156	12.9±3.3	n.s.
		あり n=43	14.0±3.5	
	地域活動	なし n=124	12.5±3.3	***
		あり n=74	14.2±3.1	
発症前の 関係性	良かった n=168	13.2±3.4	n.s.	
	良くなかった n=24	12.5±3.4		
失語症者	性別	男性 n=170	13.0±3.3	n.s.
		女性 n=29	13.8±3.4	
	疾患	脳梗塞 n=148	12.7±3.3]**
		脳出血 n=46	14.5±3.2	
		その他 n=14	13.7±3.4	
	要介護度	未申請 n=48	13.7±3.4	n.s.
		要支援1 n=12	13.4±3.4	
		要支援2 n=26	13.5±3.4	
		要介護1 n=32	12.2±3.5	
		要介護2 n=34	12.8±3.3	
		要介護3 n=29	13.6±3.2	
		要介護4 n=18	12.7±3.3	
	サービス	利用あり n=135	12.8±3.3	*
		利用なし n=64	13.9±3.3	
	失語症 友の会	会員 n=114	13.4±3.6	n.s.
		非会員 n=85	12.8±2.9	
	通院	通院なし n=21	14.0±3.2	n.s.
		週1回以上 n=72	12.4±3.4	
		1-2回/月 n=63	13.2±3.2	
		1回/2-3ヶ月 n=36	13.7±3.0	
その他 n=5		14.6±5.6		
ST訓練	あり n=120	12.9±3.3	n.s.	
	なし n=79	13.5±3.5		
失語症デイ	あり n=41	12.4±3.0	n.s.	
	なし n=158	13.3±3.4		
失語症 重症度	1(重度) n=20	10.3±2.6	※欄外 参照	
	2 n=78	12.5±2.9		
	3 n=46	13.0±3.4		
	4 n=31	14.5±3.0		
	5 n=19	15.3±2.9		
	6(軽度) n=5	18.4±1.9		

t検定, Tukey's HSD
*<0.05,**<0.01,***p<0.001

※1-3,1-4,1-5***
2-6**
1-2,1-3,2-4,2-5,3-6*

表10-3 【言葉を介した言葉の理解】との相関 N=199

		言葉の理解 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	-0.098	n.s.
	介護時間	-0.200	*
	介護期間	0.117	n.s.
失語症者	年齢	-0.050	n.s.
	発症年齢	-0.156	*

spearman相関係数 *p<0.05

表10-4 【失語症者のための奮闘】との比較 N=199

			失語症者のための奮闘 Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			5.7±2.0	
range, median			3-12, 6	
家族	性別	男性 n=179	6.4±2.7	n.s.
		女性 n=20	5.6±1.9	
	続柄	夫婦 n=174	5.6±2.0	n.s.
		親子 n=19	6.4±2.1	
	同居者	なし n=113	5.5±2.0	n.s.
		あり n=85	6.0±2.0	
	仕事	なし n=156	5.6±1.9	*
		あり n=43	6.2±2.2	
	地域活動	なし n=124	5.4±1.8	*
		あり n=74	6.1±2.2	
発症前の 関係性	良かった n=168	5.8±2.0	n.s.	
	良くなかった n=24	5.6±2.0		
失語症者	性別	男性 n=170	5.6±1.9	n.s.
		女性 n=29	6.3±2.5	
	疾患	脳梗塞 n=148	5.7±1.9	n.s.
		脳出血 n=46	6.0±2.3	
		その他 n=14	5.0±1.7	
	要介護度	未申請 n=48	6.4±2.2	*** * * * * * *
		要支援1 n=12	6.3±2.5	
		要支援2 n=26	5.8±1.9	
		要介護1 n=32	4.6±1.7	
		要介護2 n=34	6.2±1.7	
		要介護3 n=29	5.1±1.8	
		要介護4 n=18	5.4±1.9	
	サービス	利用あり n=135	5.5±1.9	*
		利用なし n=64	6.2±2.1	
	失語症 友の会	会員 n=114	5.8±2.1	n.s.
		非会員 n=85	5.6±2.0	
	通院	通院なし n=21	6.4±1.8	n.s.
		週1回以上 n=72	5.5±1.9	
		1-2回/月 n=63	5.4±2.1	
		1回/2-3ヶ月 n=36	6.2±2.2	
その他 n=5		5.8±1.8		
ST訓練	あり n=120	5.4±2.0	*	
	なし n=79	6.1±2.0		
失語症デイ	あり n=41	5.6±2.1	n.s.	
	なし n=158	5.7±2.0		
失語症 重症度	1(重度) n=20	5.0±2.2	* * * * * *	
	2 n=78	5.7±1.8		
	3 n=46	5.3±1.8		
	4 n=31	5.9±2.2		
	5 n=19	7.0±2.6		
	6(軽度) n=5	6.6±1.7		

t検定, Tukey's HSD
*<0.05,***p<0.001

表10-4 【失語症者のための奮闘】との相関 N=199

		失語症者のための奮闘 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	-0.036	n.s.
	介護時間	-0.446	**
	介護期間	0.222	**
失語症者	年齢	0.036	n.s.
	発症年齢	-0.143	*

spearman相関係数 *p<0.05, **p<0.01

表10-5 【生活のゆとり】との比較 N=199

			生活のゆとり Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			13.1±2.1	
range, median			5-16, 13	
家族	性別	男性 n=179	13.2±2.2	n.s.
		女性 n=20	13.1±2.1	
	続柄	夫婦 n=174	13.3±1.9	n.s.
		親子 n=19	11.9±3.5	
	同居者	なし n=113	13.2±2.0	n.s.
		あり n=85	12.9±2.3	
	仕事	なし n=156	13.3±2.0	*
		あり n=43	12.4±2.1	
	地域活動	なし n=124	12.7±2.2	**
		あり n=74	13.7±1.9	
発症前の 関係性	良かった n=168	13.2±2.1	n.s.	
	良くなかった n=24	12.5±2.4		
失語症者	性別	男性 n=170	13.2±2.0	n.s.
		女性 n=29	12.7±2.5	
	疾患	脳梗塞 n=148	13.2±2.1	n.s.
		脳出血 n=46	13.0±2.2	
		その他 n=14	12.6±2.0	
	要介護度	未申請 n=48	12.5±2.2	n.s.
		要支援1 n=12	12.5±2.8	
		要支援2 n=26	13.6±1.8	
		要介護1 n=32	13.0±2.4	
		要介護2 n=34	13.1±2.1	
		要介護3 n=29	13.7±1.8	
		要介護4 n=18	13.5±1.7	
	サービス	利用あり n=135	13.3±2.0	*
		利用なし n=64	12.6±2.2	
	失語症 友の会	会員 n=114	13.4±2.1	n.s.
		非会員 n=85	12.8±2.1	
	通院	通院なし n=21	13.0±2.8	n.s.
		週1回以上 n=72	13.2±1.8	
		1-2回/月 n=63	13.1±1.9	
		1回/2-3ヶ月 n=36	13.2±2.3	
その他 n=5		13.8±1.9		
ST訓練	あり n=120	13.1±2.0	n.s.	
	なし n=79	13.1±2.4		
失語症デイ	あり n=41	13.7±1.7	n.s.	
	なし n=158	13.0±2.2		
失語症 重症度	1(重度) n=20	12.5±2.4	n.s.	
	2 n=78	13.3±2.0		
	3 n=46	13.3±1.9		
	4 n=31	12.9±2.6		
	5 n=19	13.0±2.1		
	6(軽度) n=5	12.8±2.2		

t検定, Tukey's HSD
*<0.05,**<0.01

表10-5 【生活のゆとり】との相関 N=199

		生活のゆとり 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	0.122	n.s.
	介護時間	0.024	n.s.
	介護期間	0.046	n.s.
失語症者	年齢	0.032	n.s.
	発症年齢	0.009	n.s.

spearman相関係数

表10-6 【周囲からの大変さの理解】の比較 N=199

			周囲からの理解 Ave. ±SD	有意確率 (p)
全体			8.5±2.1	
range, median			3-12.9	
家族	性別	男性 n=179	8.6±2.1	n.s.
		女性 n=20	8.5±2.1	
	続柄	夫婦 n=174	8.5±2.1	n.s.
		親子 n=19	8.3±1.8	
	同居者	なし n=113	8.5±2.1	n.s.
		あり n=85	8.5±2.0	
	仕事	なし n=156	8.5±2.0	n.s.
		あり n=43	8.4±2.1	
	地域活動	なし n=124	8.1±2.1	***
		あり n=74	9.2±1.8	
発症前の 関係性	良かった n=168	8.5±2.0	n.s.	
	良くなかった n=24	8.4±2.4		
失語症者	性別	男性 n=170	8.4±2.1	n.s.
		女性 n=29	8.8±1.6	
	疾患	脳梗塞 n=148	8.4±2.1	n.s.
		脳出血 n=46	9.0±2.0	
		その他 n=14	8.1±1.8	
	要介護度	未申請 n=48	8.4±2.0	n.s.
		要支援1 n=12	8.5±2.2	
		要支援2 n=26	8.6±2.0	
		要介護1 n=32	7.9±2.0	
		要介護2 n=34	8.7±2.1	
		要介護3 n=29	8.9±2.2	
		要介護4 n=18	8.5±1.9	
	サービス	利用あり n=135	8.6±2.2	n.s.
		利用なし n=64	8.3±1.8	
	失語症 友の会	会員 n=114	8.5±2.0	n.s.
		非会員 n=85	8.5±2.1	
	通院	通院なし n=21	8.6±2.0	n.s.
		週1回以上 n=72	8.4±2.1	
		1-2回/月 n=63	8.5±2.1	
		1回/2-3ヶ月 n=36	8.9±2.1	
その他 n=5		8.8±1.5		
ST訓練	あり n=120	8.6±1.9	n.s.	
	なし n=79	8.3±2.3		
失語症デイ	あり n=41	8.5±2.3	n.s.	
	なし n=158	8.5±2.0		
失語症 重症度	1(重度) n=20	7.7±2.4	n.s.	
	2 n=78	8.7±2.0		
	3 n=46	8.3±2.2		
	4 n=31	8.6±2.1		
	5 n=19	8.9±1.7		
	6(軽度) n=5	8.4±0.9		

t検定, Tukey's HSD

***p<0.001

表10-6 【周囲からの大変さ理解】との相関 N=199

		周囲からの理解 相関係数 (r)	有意確率 (p)
家族	年齢	0.046	n.s.
	介護時間	-0.057	n.s.
	介護期間	0.108	n.s.
失語症者	年齢	0.063	n.s.
	発症年齢	-0.021	n.s.

spearman相関係数

表11 暮らしやすさ3区分・介護期間3区分の属性比較

表11-1 地域活動の有無の比較

	地域活動 n=88		有意確率 p
	あり n=34	なし n=54	
区分① 暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	8	11	0.013
調整済み残差	0.4	-0.4	
区分② 暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	17	11	
調整済み残差	2.9	-2.9	
区分③ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	5	19	
調整済み残差	-2.1	2.1	
区分④ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	4	13	
調整済み残差	-1.4	1.4	

X²検定

表11-2 サービス利用の有無の比較

	サービス n=88		有意確率 p
	ありn=57	なしn=31	
区分① 暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	8	11	0.006
調整済み残差	-2.3	2.3	
区分② 暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	20	8	
調整済み残差	0.9	-0.9	
区分③ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	13	11	
調整済み残差	-1.3	1.3	
区分④ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	16	1	
調整済み残差	2.8	-2.8	

X²検定

表11-3 失語症友の会入会の有無の比較

	友の会 n=88		有意確率 p
	会員n=51	非会員n=37	
区分① 暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	10	9	0.046
調整済み残差	-0.5	0.5	
区分② 暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	21	7	
調整済み残差	2.2	-2.2	
区分③ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	9	15	
調整済み残差	-2.4	2.4	
区分④ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	11	6	
調整済み残差	0.6	-0.6	

X²検定

表11-4 STによるリハビリの有無の比較

	STリハビリ n=87		有意確率 p
	ありn=54	なしn=33	
区分① 暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	15	4	0.014
調整済み残差	1.7	-1.7	
区分② 暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	12	16	
調整済み残差	-2.5	2.5	
区分③ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	19	5	
調整済み残差	2.0	-2.0	
区分④ 暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	8	8	
調整済み残差	-1.1	1.1	

X²検定

表11-5 家族の年齢の比較

		家族年齢		有意確率
		平均値	± 標準偏差	p
全体		67.3	± 8.9	
区分①	暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	64.1	± 8.0	0.012
区分②	暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	69.5	± 8.8	
区分③	暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	64.3	± 8.6	
区分④	暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	71.5	± 8.4	

一元配置分散分析,Tukey's HSD

表11-6 介護時間の比較

		介護時間		有意確率
		平均値	± 標準偏差	p
全体		10.4	± 9.9	
区分①	暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	11.9	± 10.0	0.277
区分②	暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	6.8	± 9.3	
区分③	暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	12.5	± 10.1	
区分④	暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	10.9	± 10.2	

一元配置分散分析,Tukey's HSD

表11-7 失語症者の年齢の比較

		失語症者年齢		有意確率
		平均値	± 標準偏差	p
全体		72.7	± 6.0	
区分①	暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	68.5	± 6.1	0.000
区分②	暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	76.1	± 4.9	
区分③	暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	69.8	± 4.7	
区分④	暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	75.8	± 4.4	

一元配置分散分析,Tukey's HSD

表11-8 失語症の発症年齢の比較

		発症年齢		有意確率
		平均値	± 標準偏差	p
全体		66.6	± 5.3	
区分①	暮らしやすさ:高 * 介護期間:短 n=19	67.4	± 6.1	0.032
区分②	暮らしやすさ:高 * 介護期間:長 n=28	64.6	± 4.9	
区分③	暮らしやすさ:低 * 介護期間:短 n=24	68.8	± 4.6	
区分④	暮らしやすさ:低 * 介護期間:長 n=17	65.9	± 4.7	

一元配置分散分析,Tukey's HSD

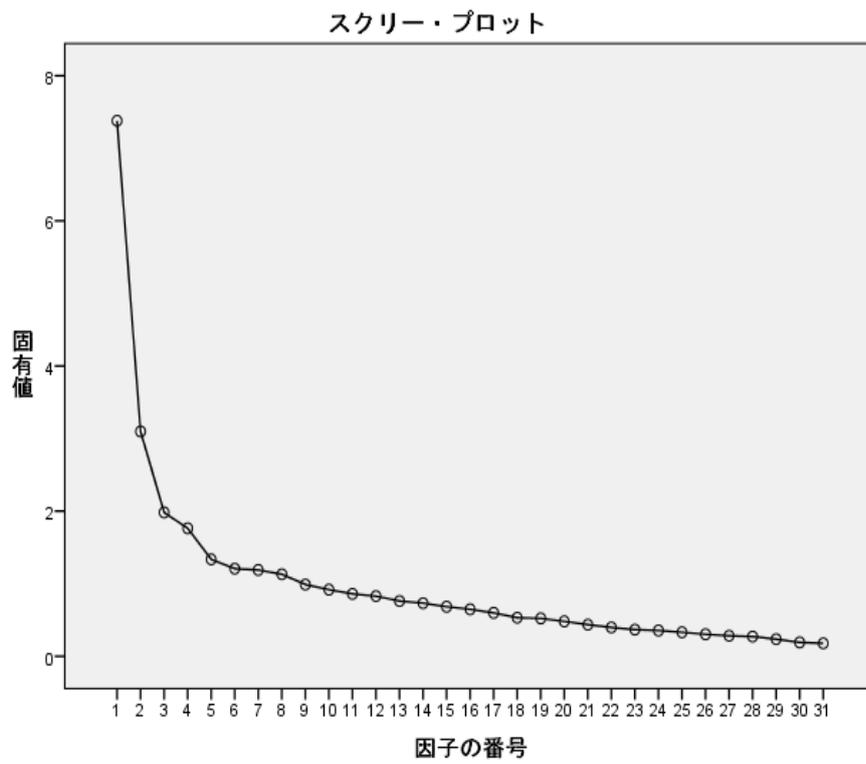


図1 スクリープロット

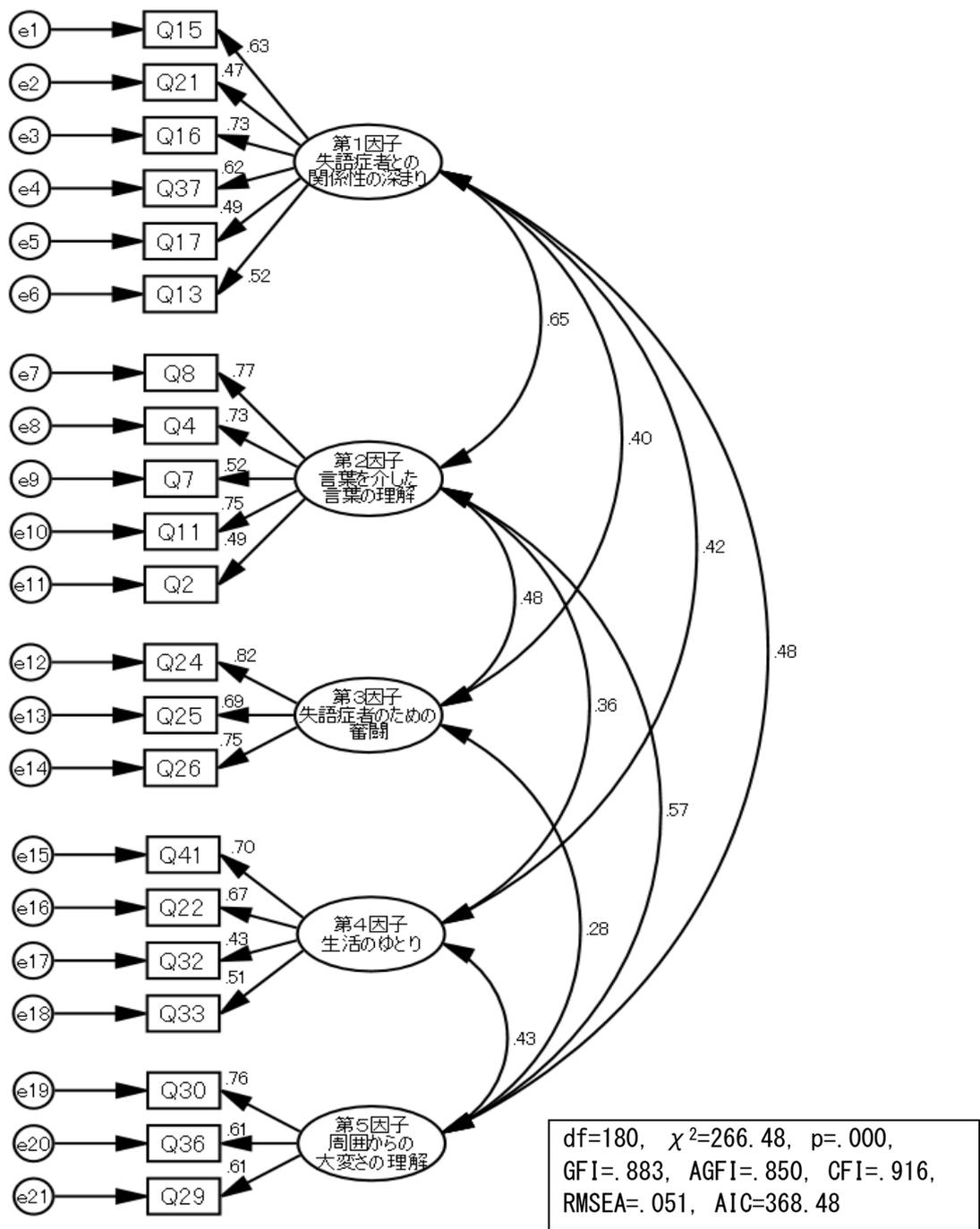


図2 確認的因子分析によるモデルの適合度

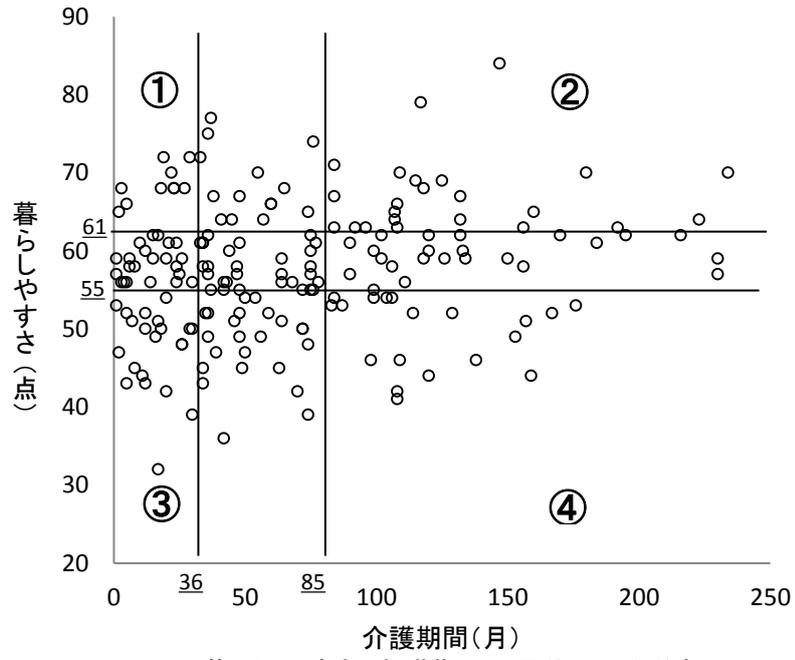


図3 暮らしやすさ・介護期間3区分による分類

暮らしやすさ	① 失語症者の年齢若く、 サービス利用ない人	② 失語症の発症年齢若く、 STによるリハビリは行っ ていない人が多く、友の 会に所属している人も多 い。家族は地域活動を 行っている。
	③ 失語症者の年齢若く、ST によるリハビリを行って いる。友の会には所属し ていない。家族は地域活 動を行っていない。	④ 家族の年齢は高齢であ り、サービス利用をして いる
	介護期間	

図4 暮らしやすさ高低・介護期間長短による失語症者家族の主な特徴