

様

研究協力者紹介のお願い

私は聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。現在私は、認知症高齢者の家族のソーシャルサポートが家族の健康にどのような影響を与えているのかについて研究しています。ここでいうソーシャルサポートとは、「個人が日常生活を行う上で人間関係から生じる、個人が認識している支援」のことを指します。家族のソーシャルサポートについて学ばせていただくことで、認知症高齢者と家族への今後のよりよいケアにつながるのではないかと考えています。

そこで、貴地域包括支援センターが支援する方で、認知症高齢者を介護されている家族の方にインタビューをさせていただきたいと考えております。もし、インタビューを受けていただける可能性がある方がいらっしゃれば、ご紹介していただきたくお願い申し上げます。その方の連絡先を私に教えて良いかご本人にご確認いただき、その了解が得られた後、こちらから直接ご本人に連絡させていただこうと考えております。

お忙しいと存じますが何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【研究について】

目的：認知症高齢者の家族のソーシャルサポートについてインタビューを行う。

方法：インタビュー内容をそのまま書きとめた文章にし、内容を分析する。

インタビュー参加者：在宅で生活する認知症高齢者を主に介護している家族。

期間：2010 年 11 月から 3 月の予定

時間と回数：1 回 60 分程度。1～2 回。

質問内容：1)介護を始めてからこれまでの経過

2)介護以前と介護中に家族を支えてくれた方とその内容についてなど

場所：プライバシーが確保されるご希望の場所で行います。

【インタビュー参加者の選定条件】

1. 在宅において、認知症高齢者を主に介護している（血縁・同居は問いません）。
2. 地域包括支援センターの方が、研究に協力することが大きな負担にならないであろうと判断される。
3. 研究協力に関して、文書による同意を得て、インタビューに答えることができる。

ご不明な点などの連絡の際には、下記へお問い合わせください。

平成 年 月 日

研究者：聖路加看護大学大学院 博士後期課程 地域看護学専攻 安武 綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原 きよみ

連絡先：〒

東京都

研究用電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：10-045

様

研究への参加のお願い

現在私は、認知症高齢者を介護している家族が活用している支援が家族の健康にどのような影響を与えているのかについて研究しています。家族が活用している支援について学ばせていただくことで、認知症高齢者と家族への今後のよりよいケアにつながるのではないかと考えています。

そこで、認知症高齢者を介護しているご家族にインタビューさせていただきたくお願い申し上げます。

【研究について】

目的：認知症高齢者を介護中のご家族が活用している支援についてインタビューを行う。

方法：インタビュー内容をそのまま書きとめた文章にし、内容を分析する。

インタビュー参加者：在宅で生活する認知症高齢者を主に介護しているご家族。

期間：2010年11月から3月の予定

時間と回数：1回60分程度。1～2回。

質問内容：1)介護を始めてからこれまでの経過

2)介護以前と介護中にご家族を支えてくれた方とその内容についてなど

場所：プライバシーが確保されるご希望の場所で行います。

インタビューについて以下のことについてお約束いたします。

- ◆ インタビューの内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- ◆ 専門家の支援や家族の介護を批判したり、評価したりするものではありません。
- ◆ インタビューの内容は、同意の得られた場合に録音されます。録音は、録音開始後も参加者の意思によって中断することができます。
- ◆ 個人情報の記録と録音テープは、研究終了時点で速やかに破棄いたします。
- ◆ インタビューへの協力はいつでも中止できます。また、途中で辞退しても不利益を被らないことを保証いたします。
- ◆ 研究結果については、学会や学術雑誌において発表する予定です。その際に、個人や地域包括支援センターのお名前を出すことは一切ありません。また、インタビューの一部を引用することがありますが、お名前を出すことはありません。
- ◆ インタビューの内容は地域包括支援センターの職員に報告することはないといたします。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

平成 年 月 日

研究者：聖路加看護大学大学院 博士後期課程 地域看護学専攻 安武 綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原 きよみ

連絡先：〒 東京都

研究用電話

mail：

聖路加看護大学 研究倫理審査委員会承認番号：10-054

研究参加への同意書

私は、研究の目的と方法について、下記の通り説明を受けました。

1. この研究は、認知症高齢者を介護中のご家族が活用している支援について探求することを目的とする。
2. インタビューの中では、介護を開始する以前と介護中にご家族が活用している支援について話をする。
3. 研究への参加は、自分の意思によって判断する。
4. 研究への参加は、途中であっても、自分の意思によって中止、中断することができる。
5. インタビューの内容は、同意した場合に録音される。録音は録音開始後も自分の意思によって中止、中断できる。
6. 個人情報の記録と録音テープは、研究終了時に破棄される。
7. インタビュー内容は、この研究の目的以外に使用されることはない。
8. 研究結果は、学会や学術雑誌において発表する予定であり、その際に、個人や地域包括支援センターの匿名性は保障される。
9. インタビューの内容は、地域包括支援センターの職員に報告することはなく、ご家族とセンター職員に不利益が生じないよう保障される。

私は、上記の説明について理解し、研究に参加することを同意します。

平成 年 月 日

参加者（ご署名） _____

私は、上記の説明をし、同意を得ました。

研究協力者を尊重し、研究協力者に負担のないよう研究を行います。

平成 年 月 日

説明者（署名） _____

研究参加の中止のお知らせ

【研究テーマ】

認知症高齢者を介護中のご家族が活用する支援

私は、上記の研究について、協力を中止いたします。

いつでも研究協力を中止できること、途中辞退しても不利益のないことについて、研究者より説明を受けています。

平成 年 月 日

説明者（署名） _____

フェイスシート

このたびはインタビューにご協力いただきありがとうございます。差し支えない範囲で以下の質問にお答えください。研究の資料とさせていただきます。

【属性】

| | |
|------------|--|
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 年齢 | 現在 () 歳 介護開始時 () 歳 |
| 介護期間 | 平成 年 月ごろ ～ 平成 年 月ごろ |
| 職業 | |
| 認知症高齢者との続柄 | 配偶者 息子 (長男・次男・三男・その他) 娘 (長女・次女・三女・その他) 嫁 婿 その他 () |

【高齢者の状況について】

| | |
|-------------|--|
| 介護度 | 要支援 1・2 要介護 3・4・5 |
| 介護サービスなどの利用 | ホームヘルパー (週 回) デイサービス (週 回) ショートステイ (月 回 期間:) 入浴サービス (週 回) 訪問看護 (週 回) その他 () |

インタビューガイド

1. 認知症のご家族を介護した（している）状況について

- 1) 認知症のご家族を介護しはじめたころから、これまでの経過をお話ください。

2. 情緒的サポートについて

- 1) 介護が始まる以前、あなたの精神的なサポートをしてきていたのはどなたですか。また、具体的にはどのようなサポートをしてきていましたか。
- 2) 介護中、あなたの精神的なサポートをしてきていたのはどなたですか。また、具体的にはどのようなサポートをしてきていますか。
- 3) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

3. 道具的サポートについて

- 1) 介護が始まる以前、あなたに手を貸してくれたり、経済的な援助をしてきていたのはどなたですか。また、具体的にはどのようなサポートをしてきていましたか。
- 2) 介護中、あなたの精神的なサポートをしてくれるのはどなたですか。また、どのようなサポートをしてきていますか。
- 3) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

4. 情報のサポートについて

- 1) 介護が始まる以前、あなたが必要な情報を提供してくれたのはどなたですか。また、具体的にはどのような情報を提供してくれていましたか。
- 2) 介護中、あなたが必要な情報を提供してくれるのはどなたですか。また、具体的にはどのような情報を提供してくれていますか。
- 3) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

5. コンパニオンシップサポートについて

- 1) 介護が始まる以前、あなたは余暇をどなたと過ごしていましたか。また、具体的にはどのようなことをしていましたか。
- 2) 介護中、あなたは余暇をどなたと過ごしていますか。また、具体的にはどのようなことをしていますか。
- 3) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

か。

6. 承認について

- 1) 介護が始まる以前、あなたに自信をもたせてくれていたのはどなたですか。また、具体的にはどのような内容でしたか。
- 2) 介護中、あなたに自信をもたせてくれているのはどなたですか。また、具体的にはどのような内容でしたか。
- 3) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

7. それ以外のサポート

- 1) それ以外であなたをサポートしてくれる方はいますか。また、具体的にどのような内容ですか。
- 2) 介護が始まる以前と期間中でサポートをしてくれる方が変化している場合、どのようなことがきっかけで、介護中その人がサポートしてくれるようになったのですか。

8. ソーシャルネットワークについて

ジェノグラムで表現する質問

- 1) あなたの家族構成と同居家族について教えてください。
- 2) あなたとご家族の関係性の強さについて教えてください。あなたはそのご家族をどのくらい必要としていると思いますか。それぞれについて教えてください。
- 3) あなたとご家族はどのくらいの頻度で連絡をとっていますか。それぞれについて教えてください。

エコマップで表現する質問

- 4) あなたを含めた家族をサポートしてくれる周囲の方々はどなたですか。
- 5) サポートしてくれる周囲の方々同士はお互いにどのくらいの頻度で連絡をとっていますか。それぞれについて教えてください。

ジェノグラム・エコマップ両方で表現する質問

- 6) あなたが認知症介護で関わっている人のうち、直接あなたをサポートしてくれる方はどなたですか。または、誰かを介して間接的にあなたをサポートしてくれるのはどなたですか。

【家族員のつながりについて】

介護開始前

介護中

【家族と地域のつながりについて】

介護開始前

介護中

専門家および研究職の皆様

研究へのご協力をお願い

私は、聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。私は現在、「在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族のソーシャルサポート」に関する研究をしています。このたび、認知症高齢者の方を介護されるご家族への質問紙調査の準備をすすめており、家族ケアの発展に貢献できればと考えております。

そこで、私が作成中である質問紙について、専門家あるいは研究職である皆様に、ご意見やアドバイスをいただきたくお願い申し上げます。

お願いしたい内容は、質問紙に回答していただき、質問紙の内容にご意見をいただくことです。お伺いした貴重なご意見は、これから質問紙を改善する上で繁栄させていただきます。

なお、質問紙等をお渡しした場合でも、研究へのご協力は個人の自由です。後日、回答された質問紙等の返送をもって研究へのご協力の承諾とさせていただきます。

ご多忙と存じますが、研究の趣旨をご理解いただき、ご協力お願い申し上げます。

「質問紙」、「質問紙へのご感想」の用紙に、無記名で記載していただき、各自封筒に入れて、封をしていただきます。研究へのご協力をされない場合は、白紙のまま封筒に入れて返送してください。その後、返信用封筒に入れて、

5 月 8 日（火）までに、返送していただきたく存じます。

なお、記入の所要時間は、お 1 人あたり、20 分～30 分程度ではないかと予想しています。

研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします。

- 記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- 皆様の実践を批判したり、評価したりするものではありません。
- この研究は、博士論文としてまとめ、研究結果については学会や学術雑誌において発表する予定です。その際、個人や施設のお名前を出すことはありません。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学 安武綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学研究倫理審査委員会承認番号：11-081

資料 9-1 妥当性の検討のための説明用紙（専門職および研究者用）

質問紙にご協力いただきありがとうございます。この質問紙は「在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族」が回答できるように作成しています。

研究者は、在宅で生活する認知症高齢者の家族のソーシャルサポートとして、6つの概念を明らかにしました。

内容妥当性の検討は、皆様にご協力いただき、研究者があらかじめ作成した質問項目がそれぞれの概念を表しているのかを検討するものです。

*****お願いしたいこと*****
皆様をお願いしたいことは以下になります。

別冊の一覧表には、在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族のソーシャルサポートに関する研究で使用する質問紙の候補となる40の質問項目を挙げています。

1. まず初めに、別紙（次のページ）にお示しした、「在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族のソーシャルサポート」を構成する6つの概念（①～⑥）の定義をお読みください。
2. 各質問項目が表す内容について、「当てはまる」と思われる概念を①～⑥のうちから1つ選んで○をつけてください。「当てはまる」概念がないと思われる場合には、「該当なし」に○をつけてください。
3. 最後のページの質問について自由にお答えください。

お忙しいところ大変恐縮ですが、何卒ご協力のほどお願いいたします。

「在宅で生活する認知症高齢者を介護する家族のソーシャルサポート」を構成する 6 つの概念の定義は、それぞれ以下のとおりです。

- ① **情緒的サポート**：家族介護者に情緒的な安定をもたらすサポートのこと
- ② **道具的サポート**：家族介護者にとって実用的なサポートのこと
- ③ **情報的サポート**：家族介護者にとって有益な情報や助言を提供されること
- ④ **コンパニオンシップサポート**：家族介護者自身のストレス発散ができるためのサポートのこと
- ⑤ **承認**：家族介護者が自信をもてるようなサポートのこと
- ⑥ **調整的サポート**：家族介護者が在宅介護を継続できるようサービスの調整を行うサポートのこと

1.以下の項目について、①～⑥の該当すると思う1つの項目に○をつけてください。どこにも該当しない場合には「該当なし」に○をつけてください。

| 項目 | ①情緒的 サポート | ②道具的 サポート | ③情緒的 サポート | ④コフバー オンシッ サポート | ⑤承認 | ⑥調整的 サポート | 該当なし |
|--|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-----|--------------|------|
| 1 あなたの話を聴いてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 2 あなたにとって時間を問わず何でも相談できる人は誰ですか | | | | | | | |
| 3 あなたにとって気兼ねなく相談できる人は誰ですか | | | | | | | |
| 4 あなたにとって信頼できる身近な専門職(看護師・医師・ケアマネージャーなど)は誰ですか | | | | | | | |
| 5 あなたの健康を気遣ってくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 6 認知症高齢者の病気は安定していますか | | | | | | | |
| 7 あなたが同居している家族の健康状態は安定していますか | | | | | | | |
| 8 家族同士の喧嘩を仲介してくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 9 家族が休息できるサービス(デイサービス・ショートステイなど)利用の手続きをサポートしてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 10 あなた自身が休息できるサービス(デイサービス・ショートステイなど)を利用していますか | | | | | | | |
| 11 介護用品を譲ってくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 12 認知症高齢者の症状が安定するようなケアを提供してくれる専門家(看護師・医師・ケアマネージャー・介護士など)は誰ですか | | | | | | | |
| 13 認知症高齢者の健康状態が悪化したとき、適切な助言をしてくれる専門家(看護師・医師・ケアマネージャー・介護士など)は誰ですか | | | | | | | |
| 14 あなたの家事を手伝ってくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 15 あなたの介護を手伝ってくれる人は誰ですか | | | | | | | |

次のページにお進みください⇒

| | 項目 | ①情緒的 サポート | ②道具的 サポート | ③情緒的 サポート | ④コンパニ オンシップ サポート | ⑤承認 | ⑥調整的 サポート | 該当なし |
|----|--|--------------|--------------|--------------|------------------------|-----|--------------|------|
| 16 | 近隣に家族が認知症であることを理解してもらえ、困ったときには手助けしてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 17 | あなた自身が健康でいられるようにサポートしてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 18 | 認知症高齢者の年金を介護費用に充てることができるでしょうか | | | | | | | |
| 19 | 認知症高齢者の健康状態についてわかりやすくあなたに説明してくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 20 | 認知症という病気のことを知ることができる情報をおあなたに提供してくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 21 | 介護に活かすことができる情報をあなたに提供してくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 22 | あなたの介護負担感を軽減させるような助言をしてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 23 | 認知症介護を行っている者が集える家族会などの存在をおあなたに教えてくれる人は誰ですか | | | | | | | |
| 24 | 家族の関係性がよくなるような情報をあなたに提供してくれる専門家(看護師・医師・ケアマネジャー・介護士など)は誰ですか | | | | | | | |
| 25 | あなたはデイサービスやショートステイを利用することで自分のストレス発散のための自由な時間を確保できますか | | | | | | | |
| 26 | あなたはショートステイを利用することで良質な睡眠がとれていますか | | | | | | | |
| 27 | あなたはショートステイを利用することで自分の心に余裕が生まれていると感じますか | | | | | | | |
| 28 | あなたはときには友人と会って気晴らしができていますか | | | | | | | |
| 29 | あなたはときには別居している家族に会って気晴らしができていますか | | | | | | | |
| 30 | あなたには介護者という役割が与えられていると思いますか | | | | | | | |
| 31 | 介護しているあなたを褒めてくれる人は誰ですか | | | | | | | |

次のページにお進みください⇒

資料 9-4 妥当性の検討のための説明用紙（専門職および研究者用）

- 1) これらの質問項目について、理解しにくい項目や不適切と考えられる項目、不足している項目があれば、自由にお書きください。

[]

- 2) この質問紙について、ご意見、ご感想などがありましたらご自由にお書きください。どのようなことでも結構です。

[]

ご回答お疲れ様でした。 最後までご協力いただきありがとうございました。



認知症高齢者の方を介護するご家族の皆様

研究へのご協力をお願い

私は、聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。私は現在、「認知症高齢者の家族のケア」の研究をしています。このたび、認知症高齢者の方を介護されるご家族への質問紙調査の準備をすすめており、家族ケアの発展に貢献できればと考えております。

そこで、私が作成中である質問紙について、ご家族の皆様へ、ご意見やアドバイスをいただきたくお願い申し上げます。

お願いしたい内容は、質問紙に回答していただき、質問紙の内容にご意見をいただくことです。お伺いした貴重なご意見は、これから質問紙を改善する上で活用させていただきます。

なお、質問紙等をお渡しした場合でも、研究へのご協力は個人の自由です。後日、回答された質問紙等の返送をもって研究へのご協力の承諾とさせていただきます。

ご多忙と存じますが、研究の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力お願い申し上げます。

【お願いしたい内容】

「質問紙」、「質問紙へのご感想」の用紙に、無記名で記載していただき、各自封筒に入れて、封をしていただきます。その後、返信用封筒に入れて、

6 月 12 日（火）までに、返送していただきたく存じます。

なお、記入の所要時間は、お 1 人あたり、20 分～30 分程度ではないかと予想しています。

研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします。

- 記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- 皆様の実践を批判したり、評価したりするものではありません。
- この研究は、博士論文としてまとめ、研究結果については学会や学術雑誌において発表する予定です。その際、個人や施設のお名前を出すことはありません。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学 安武綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学研究倫理審査委員会承認番号：11-081

1.以下の項目について、該当すると思う項目を○で囲んでください。複数の選択肢に○をつけてもよいです。

| | | |
|----|--|---|
| 1 | あなたの話を聞いてくれる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 2 | あなたにとって時間を問わず何でも相談できる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 3 | あなたにとって気兼ねなく相談できる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 4 | あなたにとって信頼できる身近な専門職(看護師・医師・ケアマネジャーなど)は誰ですか | 誰もない 看護師 医師 ケアマネジャー ヘルパー その他() |
| 5 | あなたの健康を気遣ってくれる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 6 | 認知症高齢者の病気は安定していますか | はい いいえ |
| 7 | あなたが同居している家族の健康状態は安定していますか | はい いいえ |
| 8 | 家族同士の喧嘩を仲介してくれる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 9 | 家族が休息できるサービス(デイサービス・ショートステイなど)利用の手続きをサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 10 | あなたが自身が休息できるサービス(デイサービス・ショートステイなど)を利用していますか | はい いいえ |
| 11 | 介護用品を譲ってくれる人は誰ですか | 誰もない 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |

次のページにお進みください⇒

| | | | |
|----|--|------------------------------------|---|
| 12 | 認知症高齢者の症状が安定するような ケアを提供してくれる専門家(看護師・医師・ケアマネジャー・介護士など)は誰ですか | 誰もいない ヘルパー その他() | 看護師 医師 ケアマネジャー その他() |
| 13 | 認知症高齢者の健康状態が悪化したとき、 適切な助言をしてくれる専門家(看護師・医師・ケアマネジャー・介護士など)は誰ですか | 誰もいない ヘルパー その他() | 看護師 医師 ケアマネジャー その他() |
| 14 | あなたの家事を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 15 | あなたの介護を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 16 | 近隣に家族が認知症であることを理解してもらえ、困ったときには手助けしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 17 | あなた自身が健康でいられるようにサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 18 | 認知症高齢者の年金を介護費用に充てることができるでしょうか | はい いいえ | |
| 19 | 認知症高齢者の健康状態についてわかりやすくあなたに説明してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 20 | 認知症という病気のことを知ることができる情報をおあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 21 | 介護に活かすことができる情報をおあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 22 | あなたの介護負担感を軽減させるような助言をしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 専門職 その他() | 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| | | | 次のページにお進みください⇒ |

| | | |
|----|---|---|
| 23 | 認知症介護を行っている者が集える家族会などの存在をあなたに教えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 24 | 家族の関係性がよくなるような情報をあなたに提供してくれる専門家(看護師・医師・ケアマネジャー・介護士など)は誰ですか | 誰もいない 看護師 医師 ケアマネジャー ヘルパー その他() |
| 25 | あなたはデイサービスやショートステイを利用することで自分のストレス発散のための自由な時間を確保できていますか | はい いいえ 利用していない |
| 26 | あなたはショートステイを利用することで良質な睡眠がとれていますか | はい いいえ 利用していない |
| 27 | あなたはショートステイを利用することで自分の心に余裕が生まれていると感じますか | はい いいえ 利用していない |
| 28 | あなたはときには友人と会って気晴らしができていますか | はい いいえ |
| 29 | あなたはときには別居している家族に会って気晴らしができていますか | はい いいえ |
| 30 | あなたには介護者という役割が与えられていると思いますか | はい いいえ |
| 31 | 介護しているあなたを褒めてくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 32 | 介護しているあなたを応援してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 33 | 介護しているあなたに感謝してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 34 | あなたには介護に関する信念(両親は子どもが介護すべきなど)がありますか | はい いいえ |
| 35 | 認知症高齢者の症状に合わせた介護方法をあなたと一緒に考えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 36 | 認知症高齢者の症状が進行したとき、介護サービスを調整してくれる専門職(看護師・医師・ケアマネジャー・介護士など)は誰ですか | 誰もいない 看護師 医師 ケアマネジャー ヘルパー その他() |

| 次のページに進みください⇒ | | |
|---------------|--|---|
| 37 | あなた自身の休息の時間を確保できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 38 | あなた自身の趣味を継続できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 39 | 家族の疲労に合わせて介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 40 | あなたに介護が偏りすぎているとき、家族内で助け合うよう助言してくれる人は誰ですか | 誰もいない 認知症のご本人 配偶者 同居している家族 別居している家族 友人 専門職 その他() |
| 次のページに進みください⇒ | | |

7) 現在利用している介護保険制度と利用期間について()に適切な数字をお書きください。

なお、利用していないサービスは空欄のままで結構です。

- ホームヘルパー（週 回 , 利用期間 年 ヶ月間）
- デイサービス（週 回 , 利用期間 年 ヶ月間）
- ショートステイ（月 回, 利用期間： 泊 日間程度, 利用期間 年 ヶ月間）
- 入浴サービス（週 回 , 利用期間 年 ヶ月間）
- 訪問看護（週 回 , 利用期間 年 ヶ月間）
- その他（)

8) 現在の認知症高齢者の方の状態や症状についてあてはまるものを○で囲んでください。

(1) 移動について

一人で歩ける 一部介助すれば歩ける 車いすで移動する 寝たきり

(2) 排泄について

トイレで一人でできる 一部介助すればトイレでできる
時々失禁する 常時失禁しているのでオムツを使用している

(3) 食事について

一人で自炊できる 一部介助すれば自炊できる 作ってあるものを一人で食べることができる
一部介助があれば食べることができる 全介助しなければ食事を摂ることができない

(4) 認知症の症状について

暴言 暴力 妄想 徘徊
不眠 焦燥 不安
異食（食べられないものを口に入れるなど） 拒食（食事を拒否するなど）

(5) 自立度についてあてはまる内容の番号に○をつけてください。

1. 認知症と診断されているが、日常生活はほぼ自立している
2. 日常生活に支障をきたすような症状が外出時に時々あるが、誰かの助けがあれば自立した生活ができる
3. 日常生活に支障をきたすような症状が家庭内で時々あるが、誰かの助けがあれば自立した生活ができる
4. 日常生活に支障をきたすような症状が日中を中心にみられ、介護を必要とする
5. 日常生活に支障をきたすような症状が夜間を中心にみられ、介護を必要とする
6. 日常生活に支障をきたすような症状が頻繁にあり、常に介護を必要とする
7. 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

ご回答お疲れ様でした。 最後までご協力いただきありがとうございました。



Ⅱ. あなたご自身のことについてお尋ねいたします。（ ）に数字またはあてはまる文字を○で囲むか記入してください。

1)この質問紙を誰から受け取りましたか？（病院 家族会 事業所 その他（ ））

2)現在お住まいの都道府県はどこですか？（ ）都道府県）

1)年齢（ ）歳）

2)性別（ 男 ・ 女 ）

3)認知症高齢者の方にとってあなたはどのような続柄かを教えてください。

あてはまるものに○をつけてください。

配偶者（ 夫 ・ 妻 ）

息子（長男・次男・三男・その他 ）

娘（長女・次女・三女・その他 ）

嫁

婿

4)あなたと同居しているのはどなたですか？同居しているご家族をすべて下記にお書きください。

5) あなたは、認知症高齢者の方をこれまでどのくらい自宅で介護してきましたか？

介護期間を教えてください。（ 合計： 年 カ月 ）

Ⅲ. 認知症高齢者の方のことについてお聞きいたします。

1)年齢（ ）歳）

2)性別（ 男 ・ 女 ）

3)現在認知症と診断されていますか？（ はい ・ いいえ ）

4)認知症の病名で当てはまるものに○をつけてください。

（アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症
わからない その他；病名 ）

5)認知症高齢者の方は、介護保険を申請していますか？（ はい ・ いいえ ）

6)現在の認知症高齢者の方の要介護度について、あてはまる番号に○をつけてください。

（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5）

資料 11-3 表面妥当性の検討のための回答用紙（ご家族用）

質問紙へのご感想

質問紙にお答えいただきありがとうございました。質問紙について、以下の質問にお答えください。

1. この質問紙にかかった時間はどのくらいでしたか。（ ）に数字をご記入ください。

約（ ）分

2. 質問の項目についてお伺いいたします。

1) 質問の項目は、全体的にどのくらい理解できましたか。当てはまる番号に一つ○をつけてください。

- a. 十分理解できた
- b. ある程度理解できた
- c. あまり理解できなかった
- d. ほとんど理解できなかった
- e. その他（具体的に；

）

- 2) 質問項目で理解しにくい項目があれば、その問いの番号と理由をご記入ください。

3. 回答の項目、回答欄に答えにくいものがありましたか。あれば、その問いの番号と理由をご記入ください。

4. 認知症高齢者の方の介護を行う家族の生活状況など、質問項目に追加したほうがよいと思われる項目があれば、具体的にお書きください。

5. この質問紙について、ご意見、ご感想などがありましたらご自由にお書きください。どのようなことでも結構です。

お忙しいところ、ご協力いただきましてありがとうございました。

研究へのご協力をお願い

私は、聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。私は現在、「認知症高齢者の家族のケア」の研究をしています。

このたび、認知症高齢者の方を介護しているご家族へのサポートの特徴とそれらに関連する要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を行い、その結果をもとに家族ケアの発展に貢献できればと考えております。

お願いしたい内容は、質問紙に回答し返送していただくことです。

なお、質問紙等をお渡しした場合でも、研究へのご協力は個人の自由です。後日、回答された質問紙等の返送をもって研究へのご協力の承諾とさせていただきます。

ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、**【お願いしたい内容】**をお読みいただき、本研究へのご協力について、ご検討くださいますようお願い申し上げます。

【お願いしたい内容】

- 対象は、在宅で生活する認知症高齢者を主に介護している血縁のご家族（同居の有無を問いません）です。この対象の方々にアンケート用紙の配布をお願いいたします。＊配布は、通所介護日誌に同封するなどし、間接的に渡していただけますようお願いいたします。
- アンケートの所要時間は、20～30 分程度でお答えいただける内容となっております。
- ご回答いただきましたら、各自が返信用封筒に厳封の上、 月 日（ ）までに、ポストへ投函くださいますようお願い申し上げます。

研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします。

- 記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- 皆様の介護を批判したり、評価したりするものではありません。
- この研究は、博士論文としてまとめ、研究結果については学会や学術雑誌において発表する予定です。その際、個人や施設のお名前を出すことはありません。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学 安武綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学研究倫理審査委員会承認番号：11-081

資料 12-2 予備調査・本調査（研究協力意思回答用 ）
研究協力へのご意向について、あてはまる番号に○をご記入ください。

() 1. 協力します

() 2. 協力できません

ご協力いただける場合、以下の質問にご回答ください。

I. 貴施設の倫理審査委員会で審査していただく必要性についてお知らせください。

倫理審査委員会（有・無）

II. 研究者から連絡をとらせていただけるご担当者についてご記入ください。

（記入後、プライバシー保護シールをご使用ください）

| | |
|---|--|
| 貴施設名 | |
| お名前 | |
| ご所属・ 役職 | |
| E-mail もしくは 電話番号 | |
| ご協力いただける方（認知症高齢者の主介護者の方）の人数をお知らせください () 人 | |
| その他ご希望の連絡手段／時間帯など | |

お忙しい中ご検討いただきありがとうございました

認知症高齢者の方を介護するご家族へのケア に関する研究協力をお願い

外来受診終了後に、アンケート用紙を配布させていただきます

【研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします】

＊研究協力への同意は個人の自由です。

＊記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。

＊皆様の介護を批判したり、評価したりするものではありません。

＊個人や施設の名前は特定されないことをお約束します。

【お願いしたい内容】

●方法：アンケートに回答し、ポストへ投函いただくこと

●対象：在宅で生活する認知症高齢者の方を主に介護している
血縁のご家族（同居の有無は問いません）

●アンケート回答所要時間：20分程度

何卒ご協力のほどよろしくお願いいたします。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学専攻 安武綾
指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

研究へのご協力のお願い

私は、聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。私は現在、「認知症高齢者の家族のケア」の研究をしています。

このたび、認知症高齢者の方を介護しているご家族へのサポートの特徴とそれらに関連する要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を行い、その結果をもとに家族ケアの発展に貢献できればと考えております。

お願いしたい内容は、質問紙に回答し返送していただくことです。

なお、質問紙等をお渡しした場合でも、研究へのご協力は個人の自由です。後日、回答された質問紙等の返送をもって研究へのご協力の承諾とさせていただきます。

ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

【お願いしたい内容】

- 対象は、在宅で生活する認知症高齢者を主に介護している血縁のご家族（同居の有無を問いません）です。
- アンケートの所要時間は、20～30 分程度でお答えいただける内容となっております。
- ご回答いただきましたら、各自が返信用封筒に厳封の上、 月 日（ ）までに、ポストへ投函くださいますようお願い申し上げます。

【お約束事】

研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします。

- 記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- 皆様の介護を批判したり、評価したりするものではありません。
- この研究は、博士論文としてまとめ、研究結果については学会や学術雑誌において発表する予定です。その際、個人や施設のお名前を出すことはありません。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学 安武綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学研究倫理審査委員会承認番号：11-081

■あなたのサポート状況について

1. 以下の項目について、該当すると思う項目を○で囲んでください。複数の選択肢に○をつけてもよいです。
なお、ここでの専門職とは「看護師・医師・ケアマネジャー・社会福祉士・介護士・ヘルパー」のことを意味します。

| | | | | |
|----|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| 1 | あなたの話を聴いてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 2 | あなたにとって時間を問わず相談できる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 3 | あなたにとって気兼ねなく何でも相談できる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 4 | あなたにとって信頼できる身近な専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 5 | あなたの健康を気遣ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 6 | 認知症のご本人の病気は安定していますか | はい いいえ | | |
| 7 | あなたが同居している家族（認知症のご本人を除く）の健康状態は安定していますか | はい いいえ | 認知症の人と二人暮らし | |
| 8 | 家族同士で喧嘩をした場合、仲介してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 9 | 家族が休息できるサービス（デイサービス・ショートステイなど）利用の手続きをサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 10 | あなたが自身が休息できるサービス（デイサービス・ショートステイなど）を利用していますか | はい いいえ | | |
| 11 | 介護用品を譲ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |
| 12 | 認知症のご本人の症状が安定するようなケアを提供してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 13 | 認知症のご本人の健康状態が悪化したとき、適切な助言をしてくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 14 | あなたの家事を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 |

| | | | | |
|----|--|----------------------------|--------------------------------|---------|
| 15 | あなたの介護を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 16 | 近隣に、家族が認知症であることを理解してもらえ、困ったときには手助けしてくれる人はいいますか | はい | いいえ | |
| 17 | あなた自身が健康でいられるようにサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 18 | 認知症のご本人の年金を介護費用に充てることができるでしょうか | はい | いいえ | |
| 19 | 認知症のご本人の健康状態についてわかりやすくあなたに説明してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 20 | 認知症という病気に関する情報をあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 21 | 介護に活かすことができる情報をあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 22 | あなたの介護負担感を軽減させるような助言をしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 23 | 認知症介護を行っている者が集える家族会などの存在をあなたに教えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 |
| 24 | 家族の関係性がよくなるような情報をあなたに提供してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 25 | あなたはデイサービスやショートステイを利用することで自分のストレス発散のための自由な時間を確保できていますか | はい | いいえ | 利用していない |
| 26 | あなたはショートステイを利用することで良質な睡眠がとれていますか | はい | いいえ | 利用していない |
| 27 | あなたはショートステイを利用することで自分の心に余裕が生まれていると感じますか | はい | いいえ | 利用していない |
| 28 | あなたはときには友人と会って気晴らしができていますか | はい | いいえ | |
| 29 | あなたはときには別居している家族に会って気晴らしができていますか | はい | いいえ | |
| 30 | あなたには介護者という役割が与えられていると思いますか | はい | いいえ | |

| | | | | |
|----|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 31 | 介護しているあなたを褒めてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 その他 () |
| 32 | 介護しているあなたを応援してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 その他 () |
| 33 | 介護しているあなたに感謝してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 その他 () |
| 34 | あなたには介護に関する信念（介護は家族内で行うべきなど）がありますか | はい | いいえ | |
| 35 | 認知症のご本人の症状に合わせた介護方法をあなたと一緒に考えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 その他 () | 配偶者 別居している家族 その他 () |
| 36 | 認知症のご本人の症状が進行したとき、介護サービス进行调整してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネージャー その他 () | |
| 37 | あなた自身の休息の時間を確保できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 配偶者 別居している家族 その他 () | |
| 38 | あなた自身の趣味を継続できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 配偶者 別居している家族 その他 () | |
| 39 | 家族の疲労に合わせて介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 配偶者 別居している家族 その他 () | |
| 40 | あなたに介護が偏りすぎているとき、家族内で助け合うよう助言してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 配偶者 別居している家族 その他 () | |

■ あなたのサポート状況について

I. 以下の項目について、該当すると思う項目を○で囲んでください。複数の選択肢に○をつけてもよいです。
なお、ここでいう専門職とは「看護師・医師・ケアマネジャー・社会福祉士・介護士・ヘルパー」のことを意味します。

| | | | |
|----|--|--|---------------------------------------|
| 1 | あなたの話を聞いてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 2 | あなたにとって時間を問わず相談できる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 3 | あなたにとって気兼ねなく何でも相談できる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 4 | あなたにとって信頼できる身近な専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 5 | あなたの健康を気遣ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 6 | 認知症のご本人の病気は安定していますか | はい いいえ | |
| 7 | 家族が休息できるサービス（デイサービス・ショートステイなど）利用の手続きをサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 8 | あなた自身が休息できるサービス（デイサービス・ショートステイなど）を利用していますか | はい いいえ | |
| 9 | 介護用品を譲ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 10 | 認知症のご本人の症状が安定するようなケアを提供してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 11 | 認知症のご本人の健康状態が悪化したとき、適切な助言をしてくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー 医師 ケアマネジャー その他 () | |
| 12 | あなたの家事を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 13 | あなたの介護を手伝ってくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他 () | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |

| | | | |
|----|--|--|---------------------------------------|
| 14 | 近隣に、家族が認知症であることを理解してもらえ、困ったときには手助けしてくれる人はいいますか | はい | いいえ |
| 15 | あなた自身が健康でいられるようにサポートしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 16 | 認知症のご本人の年金を介護費用に充てることができるでしょうか | はい | いいえ |
| 17 | 認知症のご本人の健康状態についてわかりやすくあなたに説明してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 18 | 認知症という病気に関する情報をあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 19 | 介護に活かすことができる情報をあなたに提供してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 20 | あなたの介護負担感を軽減させるような助言をしてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 21 | 認知症介護を行っている者が集える家族会などの存在をあなたに教えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 22 | 家族の関係性がよくなるような情報をあなたに提供してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー 看護師 医師 ケアマネージャー その他 () | |
| 23 | あなたはときには友人と会って気晴らしができていますか | はい | いいえ |
| 24 | あなたはときには別居している家族に会って気晴らしができていますか | はい | いいえ |
| 25 | あなたには介護者という役割が与えられていると思いますか | はい | いいえ |
| 26 | 介護しているあなたを褒めてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 27 | 介護しているあなたを応援してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |
| 28 | 介護しているあなたに感謝してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 その他 () |

| | | | |
|----|--|---------------------------------------|--|
| 29 | あなたには介護に関する信念（介護は家族内で行うべきなど）がありますか | はい | いいえ |
| 30 | 認知症のご本人の症状に合わせた介護方法をあなたと一緒に考えてくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他（ ） | 認知症のご本人 別居している家族 配偶者 別居している家族 その他（ ） |
| 31 | 認知症のご本人の症状が進行したとき、介護サービスを提供してくれる専門職は誰ですか | 誰もいない 介護士 ヘルパー | 医師 ケアマネージャー その他（ ） |
| 32 | あなた自身の休息の時間を確保できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他（ ） | 配偶者 別居している家族 その他（ ） |
| 33 | あなた自身の趣味を継続できるように介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他（ ） | 配偶者 別居している家族 その他（ ） |
| 34 | 家族の疲労に合わせて介護サービスを調整してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他（ ） | 配偶者 別居している家族 その他（ ） |
| 35 | あなたに介護が偏りすぎているとき、家族内で助け合うよう助言してくれる人は誰ですか | 誰もいない 同居している家族 友人 近隣 専門職 その他（ ） | 配偶者 別居している家族 その他（ ） |

ご回答お疲れ様でした。 最後までご協力いただきありがとうございました。



7)現在利用している介護保険制度と利用期間について()に適切な数字をお書きください。

なお、利用していないサービスは空欄のままで結構です。

- ホームヘルパー(週 回,利用期間 年 ヶ月間)
- デイサービス(週 回,利用期間 年 ヶ月間)
- ショートステイ(月 回,利用期間: 泊 日間程度,利用期間 年 ヶ月間)
- 入浴サービス(週 回,利用期間 年 ヶ月間)
- 訪問看護(週 回,利用期間 年 ヶ月間)
- その他()

8)現在の認知症高齢者の方の状態や症状についてあてはまるものを○で囲んでください。

(1)移動について

一人で歩ける 一部介助すれば歩ける 車いすで移動する 寝たきり

(2)排泄について

トイレで一人でできる 一部介助すればトイレでできる
時々失禁する 常時失禁しているのでオムツを使用している

(3)食事について

一人で自炊できる 一部介助すれば自炊できる 作ってあるものを一人で食べることができる
一部介助があれば食べることができる 全介助しなければ食事を摂ることができない

(4)認知症の症状について

暴言 暴力 妄想 徘徊
不眠 焦燥 不安
異食(食べられないものを口に入れるなど) 拒食(食事を拒否するなど)

(5)自立度についてあてはまる内容の番号に○をつけてください。

1. 認知症と診断されているが、日常生活はほぼ自立している
2. 日常生活に支障をきたすような症状が外出時に時々あるが、誰かの助けがあれば自立した生活ができる
3. 日常生活に支障をきたすような症状が家庭内で時々あるが、誰かの助けがあれば自立した生活ができる
4. 日常生活に支障をきたすような症状が日中を中心にみられ、介護を必要とする
5. 日常生活に支障をきたすような症状が夜間を中心にみられ、介護を必要とする
6. 日常生活に支障をきたすような症状が頻繁にあり、常に介護を必要とする
7. 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

ご回答お疲れ様でした。最後までご協力いただきありがとうございました。



■あなたご自身のことについて

() に数字またはあてはまる文字を○で囲むか記入してください。

1) この質問紙をどこから受け取りましたか？

(病院 家族会 介護事業所 その他 ())

2) 現在お住まいの都道府県はどこですか？ (都道府県)

3) 年齢 (歳)

4) 性別 (男 ・ 女)

5) 認知症高齢者の方にとってあなたはどのような続柄かを教えてください。

あてはまるものに○をつけてください。

配偶者 (夫 ・ 妻)

息子 (長男・次男・三男・その他)

娘 (長女・次女・三女・その他)

嫁

婿

6) あなたと同居しているのはどなたですか？同居しているご家族をすべて下記にお書きください。

7) あなたは、認知症高齢者の方をこれまでどのくらい自宅で介護してきましたか？

介護期間を教えてください。 (合計： 年 カ月)

■認知症の方のことについて

1) 年齢 (歳)

2) 性別 (男 ・ 女)

3) 現在認知症と診断されていますか？ (はい ・ いいえ)

4) 認知症の病名で当てはまるものに○をつけてください。

(アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 前頭側頭型認知症
わからない その他；病名)

5) 認知症高齢者の方は、介護保険を申請していますか？ (はい ・ いいえ)

6) 現在の認知症高齢者の方の要介護度について、あてはまる番号に○をつけてください。

(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

■あなたのサポート状況について

I. あなたとあなたの配偶者(妻または夫)との関係についての質問です。

あなたに配偶者はいらっしゃいますか？あてはまるほうの番号を○で囲んでください

- 1. いない → 次のページ III. の質問へ飛んでください。
- 2. いる → 以下の1～10の質問にお答えください。

II. あなたの配偶者についてお尋ねいたします。以下の項目について、あてはまる番号に○をしてください。

| No | 項目 | 非常に そう思う | まあ そう思う | あまり そうは 思わない | まったく そう は 思わない |
|----|--|-------------|------------|--------------------|-------------------------|
| 1 | あなたに何かこまったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 物事をいろいろよく話し合って、一緒にとりくんでゆける | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | あなたが経済的に困っているときに、頼りになる。 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 引っ越しをしなければならなくなったときに、手伝ってくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 家事をやったり、手伝ったりしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 気持ちに通じ合う | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | あなたの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | お互いの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 配偶者がいるので孤独ではないと思う | 4 | 3 | 2 | 1 |

次のページにお進みください→

Ⅲ. あなたの(配偶者以外の)家族についてお尋ねいたします。以下の項目について、あてはまる番号に○をしてください。

| No | 項目 | 非常に そう思う | まあ そう思う | あまり そうは 思わない | まったく そう は 思わない |
|----|---|-------------|------------|--------------------|-------------------------|
| 1 | あなたに何かこまることがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 物事をいろいろよく話し合って、一緒にとりくんでゆける | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | あなたが経済的に困っているときに、頼りになる。 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 引っ越しをしなければならなくなったときに、手伝ってくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 家事をやったり、手伝ったりしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 気持ちに通じ合う | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | あなたの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | お互いの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 家族がいるので孤独ではないと思う | 4 | 3 | 2 | 1 |

Ⅳ. あなたの友人についてお尋ねいたします。以下の項目について、あてはまる番号に○をしてください。

| No | 項目 | 非常に そう思う | まあ そう思う | あまり そうは 思わない | まったく そう は 思わない |
|----|---|-------------|------------|--------------------|-------------------------|
| 1 | あなたに何かこまることがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | 物事をいろいろよく話し合って、一緒にとりくんでゆける | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | あなたが経済的に困っているときに、頼りになる。 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 引っ越しをしなければならなくなったときに、手伝ってくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | 家事をやったり、手伝ったりしてくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 気持ちに通じ合う | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | あなたの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | お互いの喜びを我がことのように喜んでくれる | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | 友人がいるので孤独ではないと思う | 4 | 3 | 2 | 1 |

2～3 週間後、もう一度アンケートにお答えいただける方を募集しています

1. 募集人数：100 名程度
2. アンケート（2 回目）の内容は、A4 用紙 1 枚です（今回お答えいただいた内容の、およそ 3 分の 1 程度です。
3. 目的：今回行ったアンケート内容の一部について、結果の安定性を確認するため。
4. アンケート（2 回目）の配布方法：ご自宅に個別に郵送させていただきます。
5. ご協力いただけるようでしたら、以下に郵送先のご記入をお願いいたします。ご記入いただいた以下の用紙は、アンケート（2 回目）をお送りする際にこのまま返却いたします。
6. ご協力いただける場合、表紙の[お約束事]に加え、以下のことを遵守いたします。
 - 1) アンケート（2 回目）へのご参加・ご協力はみなさまの任意によるものです。
たとえ、今回「参加します」というお返事をいただいた場合であっても、アンケート（2 回目）の回答や返信を促すことは、けっしていたしません。
 - 2) ご記入いただいた個人情報（お名前・宛先）は、あくまでもアンケート（2 回目）をお送りするために、使用いたします。回答結果から、施設や個人を特定することはけっしていたしません。
ご記入いただいたこちらの用紙は、アンケート（2 回目）をお送りする際にこのまま返却いたします。

●アンケート（2 回目）へのご参加・ご協力に関するご意向をお聞かせください。（ ）に○をご記入ください。

- () 1. アンケート（2 回目）には、参加しません（→以下枠内には何も記入せず、このままご返信ください。）
- () 2. アンケート（2 回目）は、参加します（→以下枠内に、郵送先についてご記入をお願いいたします。）

| | |
|------------------------|--|
| お名前 | |
| アンケート（1 回目）にご回答いただいた日付 | 年 月 日 |
| アンケート郵送先 | 郵便番号とご住所をご記入してください (〒 -) |

皆様のご参加・ご協力を、心よりお願い申し上げます。

研究へのご協力をお願い

私は、聖路加看護大学大学院博士課程 3 年の安武綾と申します。私は現在、「認知症高齢者の家族のケアの研究をしています。

このたび、認知症高齢者の方を介護しているご家族へのサポートの特徴とそれらに関連する要因を明らかにすることを目的として、アンケート調査を行い、その結果をもとに家族ケアの発展に貢献できればと考えております。

お願いしたい内容は、先日回答していただいたものと一部同じ質問紙に回答し返送していただくことです。

ご多忙中のところ誠に恐れ入りますが、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

【お願いしたい内容】

- 対象は、在宅で生活する認知症高齢者を主に介護している血縁のご家族（同居の有無を問いません）です。
- アンケートの所要時間は、15～20 分程度でお答えいただける内容となっております。
- ご回答いただけましたら、各自が返信用封筒に厳封の上、 月 日（ ）までに、ポストへ投函くださいますようお願い申し上げます。

【お約束事】

研究へのご協力において、以下のことについてお約束いたします。

- 記載していただいた内容は、研究以外の目的で使用することはありません。
- 皆様の介護を批判したり、評価したりするものではありません。
- この研究は、博士論文としてまとめ、研究結果については学会や学術雑誌において発表する予定です。その際、個人や施設のお名前を出すことはありません。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

研究者：聖路加看護大学大学院博士課程 地域看護学 安武綾

指導教員：聖路加看護大学 地域看護学教授 麻原きよみ

大学院住所：〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1

研究用携帯電話番号：

e-mail：

聖路加看護大学研究倫理審査委員会承認番号：11-081

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| アンケート（2 回目）に ご回答いただく日付 | 2015 年 月 日 |
|---------------------------|------------------------------|

研究へのご協力を、心よりお願い申し上げます。

謝辞

博士課程すべてのプロセスにおいて、多くの方々にご指導・ご支援いただきましたことを心より感謝申し上げます。

予備研究、本研究では、インタビューや質問紙調査にご回答してくださった皆様をはじめ、協力者をご紹介いただき多大なお力添えをいただいた皆様に心より感謝申し上げます。

聖路加国際大学教授の亀井智子先生、老年看護学分野の視点から今後の発展につながる大変貴重なご指導をいただきありがとうございました。

聖路加国際大学教授の中山和弘先生、研究計画の段階から結果の分析や考察に至るまで大変教育的にご指導いただきありがとうございました。

元東海大学健康科学部健康科学研究科教授の鈴木和子先生、日頃から温かい励ましのお声掛けをいただき、家族看護学と認知症の方とご家族の看護の視点から大変貴重なご指導をいただきありがとうございました。

聖隷クリストファー大学教授の式守晴子先生、認知症の方への看護を精神看護学分野、また家族看護学分野の視点から大変貴重なご指導をいただきありがとうございました。

研究すべてのプロセスを支え続けてくださった指導教官である聖路加国際大学教授の麻原きよみ先生、公私ともに常に忍耐強く温かく見守りながらご指導いただきありがとうございました。先生には、研究はもとより、研究者としての倫理観、教員としての基盤、人としての温かみを学ばせていただき、持続的に研究に向かうエネルギーを与えていただきました。長い期間に渡り、ご心配とご心労をおかけしたことをお詫びするとともにここまで多大なご指導、ご支援をいただきましたこと心より深く感謝申し上げます。

博士課程の仲間、地域看護学研究室の先生方や研究会のメンバーの皆さまからは、温かい励ましの言葉をいただき、貴重なご助言やご示唆をいただきましたこと心より感謝申し上げます。

2016年4月14日、16日に発生した熊本地震の前震・本震に被災した際には、聖路加国際大学の教職員の皆さまをはじめ学生の皆さまや関係機関の多くの方々にご支援をいただきました。皆様のご支援が研究を諦めずに継続する力になったことはいうまでもありません。心より感謝申し上げます。

最後に、ここまでの長い道のりを、いつも支えて見守り続けてくれた家族に心から感謝いたします。