

論文

介護者の認知症者に対する接し方の変化に関する研究

—ケアマネジメントのプロセスとの関連—

伊藤 大介, 近藤 克則, 伊藤 美智子

要旨：主介護者の認知症者への接し方の「好転」と、認知症者・家族に対する意向の確認や説明・助言というケアマネジメントのプロセス（以下、CMプロセス）の関連を検討した。対象は、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターでケアプランが作成されている「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅰ以上の2,097 ケースである。分析は、主介護者の接し方の「好転」を目的変数とし、認知症者の要支援・介護度や主介護者の続柄などに加え、CMプロセスに関する4項目を4点満点の指数にした変数（CMプロセス指数）を投入した二項ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、CMプロセス指数は有意（ $p < 0.01$ ）であり、指数が高くなるほどオッズ比も高かった（0点：ref, 1点：OR=3.73～4点：OR=9.57）。認知症者・家族に対してより多面的にケアマネジメントのプロセスを実施していると、主介護者の認知症者への接し方が好転する確率は高まる可能性が示唆された。

Key Words：ケアマネジメント、プロセス、認知症、介護者、変化

I. 研究の背景と目的

2012年8月に厚生労働省より発表された認知症高齢者数の推計値では、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者は305万人程度とされ、今後もこの数は増加すると予測されている（厚生労働省2012a）。地域で認知症者やその家族をいかに支えるかは、高齢化社会の重要課題となっている。そのような状況のなか、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（厚生労働省2012b）が示され、「地域での日常生活・家族の支援の強化」など7項目が掲げられている。

要支援・介護状態となった認知症者を支える介護保険制度上のサービスが果たす役割は大きく、特に介護支援専門員が担っているケアマネジメントは重要な機能のひとつである。2000年の介護

保険制度開始から10年以上が経過し、介護支援専門員のあり方やケアマネジメントについて、これまでの課題の整理やそれに基づく介護支援専門員の資質向上のための方策が検討されている（厚生労働省2013）。

ケアマネジメントの効果に関わることとして、日本では、利用者のQOL（Quality of Life, 林ら2010）や、家族の介護負担感（中島2012）、虐待が疑われるケースの状況の変化（加藤ら2004）との関連などが明らかにされている。他方、日本よりも先にケアマネジメントを導入したイギリスでは、その効果が検証されているものの、すべてのタイプのケアマネジメントで効果が立証されたわけではないとされる（近藤2002）。つまり、現状では、ケアマネジメントの効果が十分に明らかにされたとははいえない状況にある。認知症者を含むケアマネジメントの利用者およびその家族の生活は、多様な要素により構成されているため、どのようなケアマネジメントで効果が大きいのかを検証する必要がある。

2013年4月30日受付／2013年10月22日受理
ITO Daisuke, KONDO Katsunori, ITO Michiyo
日本福祉大学健康社会研究センター
E-mail: mh100018@n-fukushi.ac.jp

認知症者の在宅生活を支援するうえで、認知症の診断を関係者で「シェア」することや、家族への「教育的支援」とその先にある家族の行動変容の重要性が指摘されている（平原 2013）。認知症ケアマネジメントにおいても、「家族・介護者への教育」は認知症者のBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）の一部の改善と関連することが明らかにされている（加瀬ら 2012）。また、認知症者を介護する家族は、介護の過程で介護経験を共有・相対化することにより介護への認識を変化させること（宮上 2004a）や、介護方法を模索・工夫し介護実践力を変化させながら介護を継続している（宮上 2004b）ことなどが明らかにされている。これらのように、介護の過程で、家族の介護に対する認識や行動は変容する（布元ら 2010）。

ケアマネジメントにおいて、利用者本人の生活にとって家族の存在が及ぼす影響を無視しては効果的な支援はできない。認知症者の場合は特に周囲の環境の変化に左右されやすいことから、家族が認知症者にとって望ましい関わり方をするには、認知症者の状態の安定にとって重要である。したがって、ケアマネジメントにおいて、家族への支援・介入により家族と認知症者の間の関係を安定させることが求められる。実際に、主任介護支援専門員を対象とした研究では、利用者本人の身体的・精神的な側面ばかりでなく、家族の介護負担感や家族間葛藤などへの対応にも、業務の多くの時間が割かれていることが明らかにされている（愈ら 2012）。

以上を踏まえて本研究では、単に家族に対する知識・情報の提供およびその結果の知識・情報量でなく、認知症者本人の意向を確認すること、および認知症者・家族への説明・助言を行うというケアマネジメントのプロセスに着眼した。本研究の目的は、認知症者へのケアマネジメントにおいて、認知症者・家族に対する「意向の確認」「説明・助言」などのプロセスを実施していることと、主介護者の認知症者への接し方の「好転」が関連しているかを検討することである。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

対象は、日本医療福祉生活協同組合連合会（以下、日本医療福祉生協連）に加盟している生活協同組合（以下、生協）の運営する居宅介護支援事業所および地域包括支援センターのケアマネジャーが、ケアプラン作成を担当する「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅰ以上の利用者 2,097 人である。本研究では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に加え、地域包括支援センターでケアプラン作成を担当する社会福祉士などを総じてケアマネジャーとする。なお、本研究の対象には認知症の診断を受けていないケースも含まれているが、利用者のことを原則認知症者と表記する。認知症者が必ずしも医師の診断を受けているとは限らないため、本研究では担当ケアマネジャーが「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅰ以上と評価していることをもって、当該利用者を操作的に認知症者として取り扱った。

日本医療福祉生協連では、2012 年度に「認知症者の生活支援実態と支援方策の開発に関する臨床研究事業——適切なトータル生活サポートと医療・介護の連携のあり方について」と題する調査（日本医療福祉生活協同組合連合会 2013）を行い、4,657 人分の回答を得た（回収率 82.9%）。

分析にあたり、本研究の目的に沿って 8 つの除外理由によって分析対象を限定した（図 1）。ケースの除外理由と除外されたケース数は以下である。

- (1) 主介護者がいない 411 ケース。
- (2) 認知症者からみた主介護者の続柄が「親族以外」の 19 ケースと、続柄に関する設問への回答が欠損だった 29 ケース。
- (3) 認知症者の心身機能の状態が、ケアマネジャーが担当したときすでに今後の生活の意向を確認できない状態だった 1,081 ケースと、意向の確認の有無の設問への回答が欠損だった 22 ケース。
- (4) 認知症者の心身機能の状態が、ケアマネジャーが担当したときすでに胃ろうなどの経管栄養

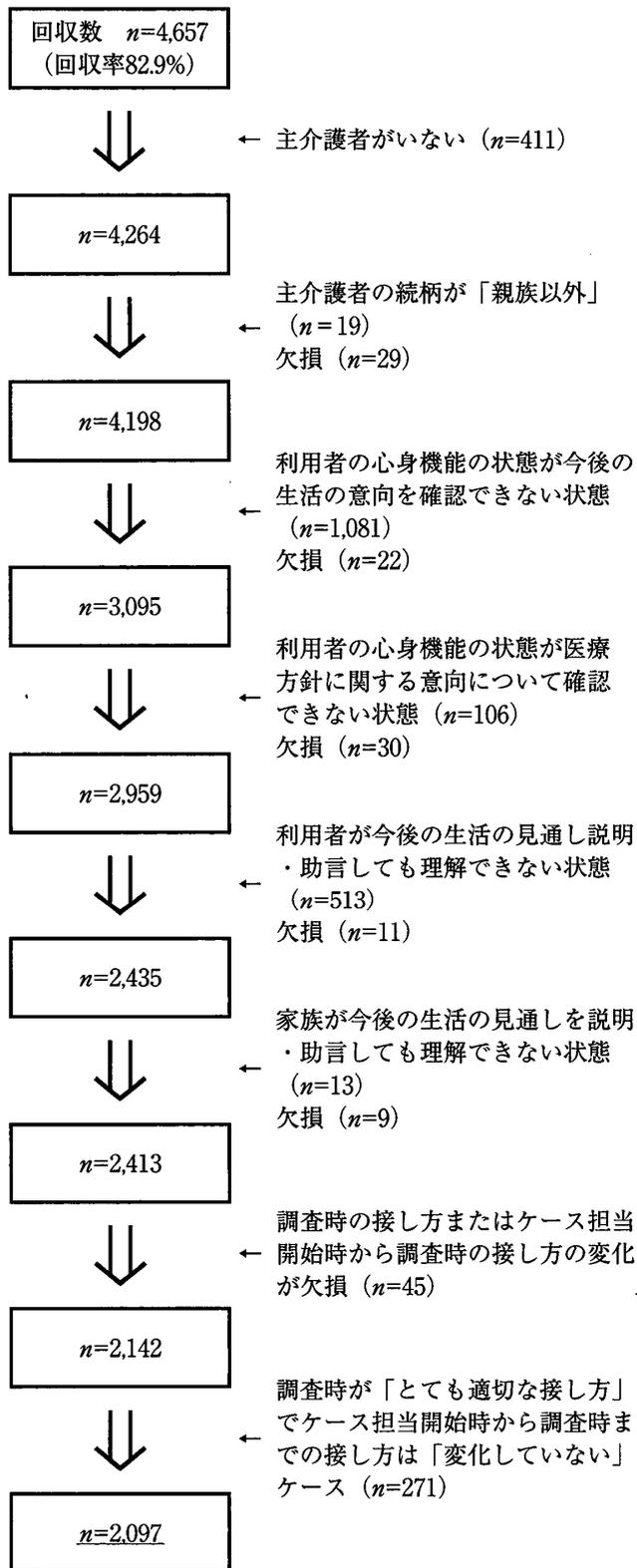


図1 本研究の分析対象を選定したプロセス (除外理由)

養や延命措置といった医療方針に関する意向の確認ができない状態だった106ケースと、意向の確認の有無の設問への回答が欠損だった30ケース。

(5) 認知症者本人に対し、認知症の進行に伴う今後の生活の見通しについての説明・助言を「していない」と回答したケースのうち「認知症者が理解できない状態である」ことを理由にされていなかった513ケースと、説明・助言の有無の設問への回答が欠損だった11ケース。

(6) 家族に対して、認知症者の認知症の進行に伴う今後の生活の見通しについての説明・助言を「していない」と回答したケースのうち「家族が理解できない状態である」ことを理由にされていない13ケースと、説明・助言の有無の設問への回答が欠損だった9ケース。

(7) 調査時の主介護者の認知症者への接し方に関する設問またはケース担当開始時から調査時までの接し方の変化に関する設問のどちらかへの回答が欠損だった45ケース。

(8) 調査時の主介護者の接し方が「とても適切な接し方」であり、ケアマネジャーがケースを担当してから調査時までの接し方が「変化していない」271ケース。

これらの結果、分析対象は2,097人となった。

2. 調査方法

対象の抽出方法は以下である。日本医療福祉生協連に加盟する111生協のうち、居宅介護支援事業所、または地域包括支援センターがある全国41都府県の104生協の居宅介護支援事業所326か所・地域包括支援センター18か所を利用する認知症者約27,270人を母集団とした。各ケアマネジャーが担当している「認知症高齢者の日常生活自立度」I以上のケースに対して抽出率4分の1のランダムサンプリングを実施し、約5,620人の認知症者の情報について、担当ケアマネジャーに調査票への記入を依頼した。対象の抽出方法については、全国8か所(福島、群馬、東京、神奈川県、愛知、大阪、岡山、福岡)で調査回答者であるケアマネジャーが参加する説明会を実施した。さらに、抽出方法の説明文書を調査票に同封するとともに、調査本部(日本医療福祉生協連)に窓口を設けて調査期間中は随時質問に対応した。調

査は、郵送による自記式アンケート調査を2012年10～12月にかけて行った。

3. 倫理的配慮

上述のサンプリング方法によって抽出された認知症者・家族に対し、担当ケアマネジャーが、①個人が特定できるようなデータの収集は行わないこと、②データは本調査・研究以外に使用しないこと、③この研究に不参加の場合でも、不利益を被らないこと、などについて書面と口頭で説明し、同意を得て行った。

4. 分析に使用した変数

1) 目的変数

主介護者の認知症者への接し方の変化の好転を目的変数とした。「好転」は以下の2つの条件を満たすケースとした。1つ目は、調査時の主介護者の認知症者への接し方を問う4件法の設問で「1. とても適切な接し方である」、あるいは「2. どちらかといえば適切な接し方である」と評価されていることである。2つ目は、ケース担当開始時と調査時の主介護者の認知症者への接し方の変化を問う5件法の設問で、「1. とてもよくなっている」と評価されていることである。

ひとつの考え方として、現在の主介護者の認知症者への接し方が不適切であっても、多少でも以前より適切なものに近づくことは望ましいという変化を定義とすることもできる。しかし、本研究では、かりに変化しても接し方が不適切と評価される状態のままでは、ケアマネジメントの効果として不十分と判断し、上述の定義を採用した。

また、接し方の変化が「とてもよくなっている」のみを「好転」としたのは、より明瞭に好転をとらえることを意図したためである。振り返りによる変化の回答であるため、選択肢の「ややよくなっている」までを含んで「好転」にすると、リコールバイアスによる影響が大きくなる可能性があると考えた。

なお、先述したように調査時の接し方が「とても適切な接し方である」でケース担当時と調査時

の接し方が「変化していない」ケースを対象から除外した。当該ケースはケアマネジャーのケース担当開始時点から調査時の両時点で接し方が「とても適切」だということになる。このケースの場合、本調査の設計上、望ましいケアマネジメントのプロセスが実施されていても、ケアマネジメントのプロセスと接し方の好転の関連をとらえることができないため除外した。

2) 説明変数

説明変数には、(1) 認知症者の要因、(2) 主介護者の要因、(3) 支援環境要因の3つ領域の要因を用いた(表1)。以下、それぞれについて記述する。

(1) 認知症者の要因

認知症者の要因には、①認知症者の年齢、②認知症者の性別、③要支援・介護度、④BPSD、の4つを用いた。

(2) 主介護者の要因

主介護者の要因には、①主介護者の年齢、②認知症者からみた主介護者の続柄(以下、主介護者の続柄)、③主介護者の健康状態、④主介護者の就労状況、⑤主介護者が認知症者と同居あるいは同じ敷地内に住んでの介護か否か(以下、介護形態)、⑥介護の内容としてADL(Activities of Daily Living)の介助まで行っているか否か(以下、ADL介助の有無)、⑦他の要介護者の有無、⑧主介護者が認知症者の介護を始めてから調査時までの期間(以下、介護期間)、の8つを用いた。

(3) 支援環境要因

支援環境要因には、①副介護者の有無、②ケアマネジャーが評価する介護保険サービス利用の十分さ(以下、介護保険サービス利用の十分さ)、③認知症者に対する家族以外からのインフォーマルサポートの有無、④世帯の経済状況、⑤ケアマネジャーの業務経験年数、⑥ケアマネジャーがケースの担当になってから調査時までの期間(以下、ケース担当期間)、⑦ケアマネジャーによる「意向の確認」や「説明・助言」に関する指数(以下、ケアマネジメントプロセス指数:CMプロセス指数)の7つを用いた。

表1 説明変数

	変数名	内容
認知症者の要因	①認知症者の年齢	1. 69歳以下, 2. 70~74歳, 3. 75~79歳, 4. 80~84歳, 5. 85~89歳, 6. 90歳以上
	②認知症者の性別	1. 男性, 2. 女性
	③要支援・介護度	1. 要支援1~要介護5* ¹
	④BPSD	1. なし, 2. 軽中度の症状あり, 3. 重度の症状あり
主介護者の要因	①主介護者の年齢	1. 50代以下, 2. 60代, 3. 70代, 4. 80代以上
	②主介護者の続柄* ²	(認知症者からみて主介護者は) 1. 娘, 2. 息子, 3. 妻, 4. 夫, 5. 嫁, 6. その他* ¹
	③主介護者の健康状態* ³	1. 健康である, 2. 身体的な不調あり, 3. 通院または入院が必要な疾患あり, 4. 心身機能に障害(身体・知的・精神・認知症)がある
	④主介護者の就労状況* ⁴	1. 就労していない, 2. 正社員として就労, 3. 派遣・パート職員として就労, 4. 自営業, 5. 不明
	⑤介護形態	1. 認知症者と同居あるいは同じ敷地内に住んでいる, 2. 認知症者と同居あるいは同じ敷地内に住んでいない
	⑥ADL介助の有無	「移動・移乗」「食事」「排泄」「入浴」「更衣・整容」のいずれかの介助を1. している, 2. していない
	⑦他の要介護者の有無	親・配偶者・子など利用者のほかにも主介護者の介護や特別な世話を必要とする者が1. いる, 2. いない
	⑧介護期間	1. 4年以上, 2. 1~3年, 3. 1年未満
支援環境要因	①副介護者の有無	主介護者には介護を手伝ってくれる人(副介護者)が1. いる, 2. いない
	②介護保険サービス利用の十分さ	担当ケースの認知症者・家族の状況からみて介護保険サービスの利用は1. 望ましい, 2. 不足がある(担当ケアマネジャーの評価)
	③インフォーマルサポートの有無	家族を除く、「民生委員」や「近隣住民」など8つの提供主体のうちいずれかひとつからでも、認知症者が「見守り(安否確認含む)」や「話し相手」など何らかのサポートを1. 受けている, 2. 受けていない
	④世帯の経済状況	ケアマネジャーからみて認知症者の世帯の経済状況が1. 苦しい, 2. 普通, 3. ゆとりがある
	⑤ケアマネジャーの業務経験年数	(ケアプラン作成を業務とするようになって) 1. 1年未満, 2. 1~3年未満, 3. 3~5年未満, 4. 5~10年未満, 5. 10年以上
	⑥ケース担当期間	(ケアマネジャーが当該ケースを担当するようになって) 1. 6か月未満, 2. 6か月~1年未満, 3. 1~3年未満, 4. 3~5年未満, 5. 5年以上
	⑦CMプロセス指数	※表2参照

*1 要支援1はサンプル数が少なかったため、要介護5をリファレンスとした。

*2 婿などサンプル数がわずかであったものは「その他」に分類した。

*3 重複している場合は、障害>入院・通院の必要>身体的な不調の順で、より大きな心身機能の障害の категорияに分類した。

*4 ケアマネジャーが主介護者の就労状況を把握していないケースが3.3%存在したため、「不明」としてカテゴリーを設けた。

「介護保険サービス利用の十分さ」については、担当ケアマネジャーに、認知症者と家族の状態からみて調査時の介護保険サービス利用状況が望ましいか、不足しているかを評価してもらった。

「認知症者に対する家族以外からのインフォー

マルサポートの有無」については、サポートの提供主体は、「民生委員」「(民生委員以外の)地域の役員」「近隣住民」「友人」「ボランティア」「認知症サポーター」「家族会」「その他」とした。これら提供主体のいずれかから、見守り・安否確認や

表2 CMプロセス指数の項目*1

項目1	認知症者に対して、認知機能が低下したときのためにあらかじめ「今後の生活の意向」を確認しているか。
項目2	認知症者に対して、認知機能が低下したときのためにあらかじめ「胃ろうなどの経管栄養や延命措置といった医療方針に関する意向」を確認しているか。
項目3	認知症者に対して、ケアマネジャーとして「認知症の進行に伴う今後の生活の見通し」を説明・助言しているか。
項目4	家族に対して、ケアマネジャーとして「認知症者の認知症の進行に伴う今後の生活の見通し」を説明・助言しているか。

*1 項目1つにつき1点で、0~4点までの指数となる。

家事に関すること、身体介護などのサポートが1つでもされていればインフォーマルサポート「あり」とした。

「CMプロセス指数」は、表2に示した4つの項目を指数化して用いた。これらが1つもされていないならば「0点」で、されている項目1つにつき「1点」の最大4点の指数となる。

なお、項目3と項目4の「認知症の進行に伴う今後の生活の見通しについての説明・助言」に関しては、「認知症の進行に伴う」としたため、認知症の診断がされていない場合に説明・助言が難しいということもあり得る。しかし、本研究の対象は「認知症高齢者の日常生活自立度」I以上の認知症者である。かりに現在は認知症と診断される状態にない場合でも、今後の認知機能の低下の可能性を踏まえた支援を行うことや、医師という社会資源に結びつけるのはケアマネジャーの役割と考えられる。そのため、上記のような可能性を考慮したうえでも、項目3と項目4を「CMプロセス指数」に含むべきと考えた。

また、説明・助言の対象となった「家族」と「主介護者」が必ずしも同様ではない可能性については、以下のような考えに基づき分析を行った。本研究では、アウトカムの対象である主介護者への支援・介入だけでなく、当該ケースの認知症者を取り巻く家族への支援・介入も含めたケアマネジメントのプロセスこそが重要だと考えた。つまり、認知症者・主介護者を含む家族全体への支

援・介入が結果として主介護者に何らかの影響を及ぼすことを想定している。そのため、「家族への説明・助言」の対象となる家族は、主介護者に限らず親族を含む広義の家族と定義して分析すべきと考えた。

5. 分析方法

分析には、SPSS Statistics ver. 21を使用した。

1) 分析1 CMプロセス指数に関する分析：ステップワイズ法

「主介護者の認知症者への接し方の好転」を目的変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。説明変数間の多重共線性の有無につきSpearmanの順位相関分析を用いて確認したところ、 $p < 0.05$ 水準で相関係数0.6以上を示すものはなかった。ステップワイズ法（変数増加法：尤度比）を用いて、先述した表1の説明変数をすべて投入し分析した。

2) 分析2 CMプロセス指数に用いた4項目に関する分析：強制投入法

分析1では、CMプロセス指数を用いたのに対し、分析2ではCMプロセス指数の4項目のうちどの項目がどれくらい重要なのかを明らかにするため、CMプロセス指数に用いた各項目を単独でモデルに投入した。

目的変数には分析1と同様の変数を用いた。調整変数には、分析1で最終モデルに含まれていた変数のうち「CMプロセス指数」を除く、「主介護者の続柄」「ADL介助の有無」「介護期間」「ケース担当期間」「介護保険サービスの十分さ」の5つを用いた。説明変数には、CMプロセス指数の4項目（表2）をそれぞれ単独で用いた。4項目のうち1つを含む合計4つのモデルにつき、二項ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 単純集計とクロス集計：主介護者の接し方の好転とCMプロセス指数

まず、回答を得た4,657人分のケースにおけ

表3 回収できた全ケースの認知症者、主介護者、ケアマネジャーの基本属性の単純集計

			n	%
認知症者	性別	男	1,562	33.5
		女	3,071	65.9
		欠損	24	0.5
	年齢	69歳以下	294	6.3
		70～74歳	339	7.3
		75～79歳	735	15.8
		80～84歳	1,068	22.9
		85～89歳	1,171	25.1
		90歳以上	1,036	22.3
		欠損	14	0.3
要介護度	要支援1	130	2.8	
	要支援2	213	4.6	
	要介護1	1,141	24.5	
	要介護2	1,186	25.5	
	要介護3	895	19.2	
	要介護4	554	11.9	
	要介護5	520	11.2	
	欠損	18	0.4	
主介護者	年齢	50代以下	797	38.0
		60代	606	28.9
		70代	421	20.1
		80代以上	263	12.5
		欠損	10	0.5
	続柄	娘	1,258	27.0
		息子	663	14.2
		妻	919	19.7
		夫	427	9.2
		嫁	693	14.9
その他	257	5.5		
いない・欠損	440	9.4		
ケアマネジャー	性別	男	618	13.3
		女	4,001	85.9
		欠損	38	0.8
	ケアマネジャーの基礎資格	正・准看護師、保健師、助産師	1,436	30.8
		介護福祉士、ヘルパー	2,046	43.9
		社会福祉士、精神保健福祉士	401	8.6
		その他	304	9.6
		欠損*	305	6.5
	ケアマネジャーとしての経験	1年未満	260	5.6
		1年以上3年未満	787	16.9
3年以上5年未満		824	17.7	
5年以上10年未満		1,945	41.8	
10年以上		804	17.3	
欠損		37	0.8	

* 地域包括支援センターでは介護支援専門員資格を有していない社会福祉士等もケアプラン作成を行うため基礎資格を問う本項目で欠損が多くなっていると考えられる。

る、認知症者と主介護者ならびに調査に回答したケアマネジャーの基本属性の単純集計結果を表3に示す。

次に、分析に用いた2,097人分のケースにおける、認知症者と主介護者ならびに調査に回答したケアマネジャーの基本属性の単純集計結果を表4

表4 分析に用いたケースの認知症者、主介護者、ケアマネジャーの基本属性の単純集計

			n	%
認知症者	性別	男	719	34.3
		女	1,365	65.1
		欠損	13	0.6
	年齢	69歳以下	137	6.5
		70～74歳	167	8.0
		75～79歳	348	16.6
		80～84歳	481	22.9
		85～89歳	530	25.3
		90歳以上	427	20.4
		欠損	7	0.3
要介護度	要支援1	69	3.3	
	要支援2	118	5.6	
	要介護1	587	28.0	
	要介護2	608	29.0	
	要介護3	364	17.4	
	要介護4	207	9.9	
	要介護5	136	6.5	
	欠損	8	0.4	
主介護者	年齢	50代以下	797	38.0
		60代	606	28.9
		70代	421	20.1
		80代以上	263	12.5
		欠損	10	0.5
	続柄	娘	628	29.9
		息子	324	15.5
		妻	472	22.5
		夫	230	11.0
		嫁 その他	305 138	14.5 6.6
ケアマネジャー	性別	男	307	14.6
		女	1,771	84.5
		欠損	19	0.9
	ケアマネジャーの基礎資格	正・准看護師, 保健師, 助産師	622	29.7
		介護福祉士, ヘルパー	943	45.0
		社会福祉士, 精神保健福祉士	180	8.6
		その他	227	10.8
		欠損*	125	6.0
	ケアマネジャーとしての経験	1年未満	122	5.8
		1年以上3年未満	338	16.1
3年以上5年未満		371	17.7	
5年以上10年未満		890	42.4	
10年以上		354	16.9	
欠損		22	1.0	

* 地域包括支援センターでは介護支援専門員資格を有していない社会福祉士等もケアプラン作成を行うため基礎資格を問う本項目で欠損が多くなっていると考えられる。

に示す。

分析に用いた2,097ケース中、主介護者の認知症者への接し方が好転していたケースは5.5%で

あった。また、「CMプロセス指数」については、2,097ケース中、0点が47.0%、1点が20.2%、2点が16.3%、3点が11.3%、4点が5.2%であった。

「主介護者の認知症者への接し方の好転」と「CMプロセス指数」のクロス集計の結果を表5に示す。加えて、「主介護者の認知症者への接し方の好転」と「CMプロセス指数」に用いた4項目のクロス集計を表6に示す。

2. 分析1 CMプロセス指数に関する分析：ステップワイズ法

分析1の結果を表7に示す。最終モデルで有意

表5 主介護者の認知症者への接し方の好転とCMプロセス指数のクロス集計

		主介護者の接し方		合計
		好転した	好転していない	
CMプロセス指数	0点	18 1.8%	967 98.2%	985 100.0%
	1点	24 5.7%	400 94.3%	424 100.0%
	2点	30 8.8%	312 91.2%	342 100.0%
	3点	23 9.7%	214 90.3%	237 100.0%
	4点	20 18.3%	89 81.7%	109 100.0%

として残った変数は、「主介護者の続柄」「ADL介助の有無」「介護期間」「ケース担当期間」「介護保険サービス利用の十分さ」「CMプロセス指数」の6つであった。

「主介護者の続柄」は、最もサンプル数の多かった「娘」をリファレンスにしたところ、「息子」($OR=0.38$)と「妻」($OR=0.42$)が有意($p<0.05$)で、共に娘よりも接し方が好転する確率が低いという関連であった。

「ADL介助の有無」($OR=1.82$) ($p<0.05$)は、ADL介助をしているケースのほうが、していないケースよりも接し方が好転する確率が高いという関連であった。

「介護期間」は、短いほど主介護者の接し方は好転する確率が高いという関連であった。

「ケース担当期間」は、「6か月未満」をリファレンスしたとき、「5年以上」($OR=4.31$) ($p<0.01$)に比べ「3~5年未満」($OR=7.61$) ($p<0.01$)のほうがオッズ比は高かったものの、おおむねケース担当期間が長くなるほど主介護者の認知症者への接し方は好転する確率が高いという関連であった。

「介護保険サービス利用の十分さ」は、介護保

表6 主介護者の認知症者への接し方の好転とCMプロセス指数に用いた4項目のクロス集計

		主介護者の接し方		合計
		好転した	好転していない	
今後の生活の意向の確認	している	65 8.2%	723 91.8%	788 100.0%
	していない	50 3.8%	1,259 96.2%	1,309 100.0%
医療方針に関する意向の確認	している	40 13.2%	263 86.8%	303 100.0%
	していない	75 4.2%	1,719 95.8%	1,794 100.0%
認知症者に対する今後の生活の見通しの説明・助言	している	51 10.6%	429 89.4%	480 100.0%
	していない	64 4.0%	1,553 96.0%	1,617 100.0%
家族に対する今後の生活の見通しの説明・助言	している	77 11.3%	607 88.7%	684 100.0%
	していない	38 2.7%	1,375 97.3%	1,413 100.0%

表7 CMプロセス指数に関する分析（ロジスティック回帰：ステップワイズ法）の結果

		Exp (B)	CI 95%	
			下限	上限
主介護者の続柄	娘 (ref)			
	息子	0.38 *	0.17	0.86
	妻	0.42 *	0.21	0.84
	夫	0.67 n.s.	0.31	1.44
	嫁	1.22 n.s.	0.67	2.21
	その他	0.38 n.s.	0.11	1.29
ADL介助の有無	あり (ref:なし)	1.82 *	1.12	2.94
介護期間	4年以上			
	1~3年	2.05 **	1.22	3.44
	1年未満	3.56 **	1.65	7.70
ケース担当期間	6か月未満 (ref)			
	6か月~1年未満	2.12 n.s.	0.70	6.36
	1~3年未満	3.13 *	1.15	8.54
	3~5年未満	7.61 **	2.68	21.59
	5年以上	4.31 **	1.47	12.61
介護保険サービス利用の十分さ	不足がある (ref:望ましい)	0.45 **	0.25	0.79
CMプロセス指数	0 (ref)			
	1	3.73 **	1.90	7.30
	2	4.27 **	2.16	8.45
	3	4.93 **	2.39	10.16
	4	9.57 **	4.44	20.61

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ 注：モデルの適合度をHosmerとLemeshowの検定で確認したところ、 $p < 0.05$ 水準で帰無仮説は棄却されなかった。

険サービス利用に不足があると主介護者の接し方は好転する確率は低いという関連であった。

「CMプロセス指数」は、まったく意向の確認や説明・助言がされていない「0点」をリファレンスにすると、指数が高くなるほど主介護者の接し方も好転する確率は高くなるという関連であった。最もCMプロセス指数の高い「4点」では「0点」に対しオッズ比が9.57 ($p < 0.01$)であった。

3. 分析2 CMプロセス指数に用いた4項目に関する分析：強制投入法

分析1で有意であった「CMプロセス指数」以外の説明変数を調整変数として投入したうえで、CMプロセス指数に用いた4項目を単独で説明変数として投入した4つの分析モデルの結果を表8に示す。

最もオッズ比が高かったのはモデルd「家族に対して、認知症者の認知症の進行に伴う今後の生

活の見通しを説明・助言している」(ref:していない)の4.62 ($p < 0.01$)であった。次いで、モデルc「認知症者に対して、認知症の進行に伴う今後の生活の見通しを説明・助言している」(ref:していない)の3.17 ($p < 0.01$)であった。

IV. 考 察

主介護者の接し方と関連があった変数は「主介護者の続柄」「ADL介助の有無」「介護期間」「ケース担当期間」「介護保険サービス用の十分さ」「CMプロセス指数」の計6つの変数であった。「認知症者の要因」に関する変数で有意なものはなく、いずれも「主介護者の要因」または「支援環境要因」に関する変数であった。

以下では、まず本研究のサンプルについて考察したのち、分析の結果統計的に有意であった主介護者の要因等の「CMプロセス指数」以外の変数

表8 CMプロセス指数に用いた4項目に関する分析(ロジスティック回帰:強制投入法)の結果

	Exp (B)	CI 95%	
		下限	上限
モデルa 利用者に対して、認知機能が低下したときのためにあらかじめ「今後の生活の意向」の確認をしている(ref:していない)	2.02 **	1.34	3.04
モデルb 利用者に対して、認知機能が低下したときのためにあらかじめ「胃ろうなどの経管栄養や延命措置といった医療に関する意向」を確認している(ref:していない)	2.86 **	1.83	4.48
モデルc 利用者に対して、ケアマネジャーとして「認知症の進行に伴う今後の生活の見通し」を説明・助言している(ref:していない)	3.17 **	2.10	4.79
モデルd 家族に対して、ケアマネジャーとして「利用者の認知症の進行に伴う今後の生活の見通し」を説明・助言している(ref:していない)	4.62 **	3.00	7.11

** : $p < 0.01$ 注1: a~dの各モデルにつき分析1で有意($p < 0.05$)だった「CMプロセス指数」以外の変数を調整変数として投入した。表記は割愛する。2: 各モデルの適合度をHosmerとLemeshowの検定で確認したところ、 $p < 0.05$ 水準で帰無仮説は棄却されなかった。

と、「CMプロセス指数」に関してのおおの考察する。

1. 本研究のサンプルについて

本研究では、分析にあたって8つの除外規定を設けて分析するケースを限定している。その結果、限定後のサンプルで要介護1・2のケースがそれぞれ3.5%増加し、要介護4・5のケースはそれぞれ2%・4.7%減少するなど、認知症者の要支援・介護度はやや軽度化した。主介護者がいない在宅生活のケースに限ったことが一因と考えられる。その他の点では、限定前のサンプルと比べ認

知症・主介護者の基本属性の分布に顕著な違いはなかった。これらから、サンプルの代表性はケースの限定によって損なわれてはいないものの、要支援・介護度の軽度なケースの割合が増加したことに留意する必要があると考える。

また、分類方法や回答方法に違いがあることに留意しなければならないものの、本研究のケアマネジャーの基礎資格を他の調査(三菱総合研究所2012;日本総合研究所2012)と比較すると、介護福祉士など介護系の割合が低く、看護師などの医療系の割合が高い傾向にある。この点は、本研究の結果に影響を及ぼしている可能性がある。たとえば、ケアマネジメントのプロセスにおいて説明・助言をするにあたり、医療系のケアマネジャーであれば、医療に関する事柄の説明・助言を他の基礎資格に比べて容易・的確に行えるといったことがあり得る。それにより、「CMプロセス指数」が主介護者の接し方を好転させる可能性が高まっていたなどのことが考えられる。

2. 主介護者の要因:「主介護者の続柄」と「ADL介助の有無」

介護者に続柄については、続柄による介護継続意識(山本ら2002)、言葉かけ(佐藤2011)の違いやそれらに関連する要因などが検討されてきた。本研究でも「主介護者の続柄」は有意な変数としてモデルに示され、介護者の続柄による関連の違いが明らかとなった。主介護者の続柄を変えることはできないとしても、たとえば嫁、娘、夫、妻、息子の順のように、続柄によって認知症患者への接し方が好転する可能性には違いのあることを、ケアマネジャーが認識して支援することは重要であると思われる。

また、「ADL介助の有無」については、主介護者がADLの介助をしているほうが、主介護者の接し方は好転する可能性が高かった。介護者の介護負担感が高いことは、認知症患者への接し方の好転を阻害する可能性がある。その一方で、介護への積極的な取り組みを通じて、介護者の介護肯定感が高まるとされている(陶山ら2004)。介助

に伴う負担の程度にもよると思われるものの、必要に迫られADL介助を行う過程で介助方法を試行錯誤するなどの結果、家族の認知症者への理解が深まっていく可能性が考えられる。ただし、本調査の対象は居宅介護支援事業所、ひいては介護サービスを利用しているケースである。サービスを利用していないケースでは、また異なる結果が得られるかもしれない。

3. 支援環境要因

1) 接し方の好転における「時間」；「介護期間」と「ケース担当期間」

本研究の結果では、「介護期間」の短いケースのほうが、主介護者の接し方が好転する可能性は高かった。訪問医療を「疲弊期」よりも前の段階にある「適応期」以前に導入しているケースで、それ以降に導入したケースよりも在宅生活を継続できていたとする報告がある（鶴田 1995）。介護が始まって一定年月が経過し、主介護者が介護で疲弊してしまった状態、あるいは主介護者に一定の介護方法が定着した状態では、「変化」を促すことは容易でないと考えられる。また、介護を開始した時期の家族は、困惑や孤立感にさらされる一方で、直面する課題を解決しようと模索する（宮上 2004b）。我流による課題の解決方法が定着してしまう前の模索している時期ならば、支援や介入によって「適切な介護方法」を身につけられる可能性も高くなるものと思われる。早期介入の重要性を示唆すると考えられる結果であった。

他方、「ケース担当期間」については、おおむね期間が長いほど主介護者の接し方が好転する確率は高いという関連がみられた。「介護期間」の結果と合わせて考えると、介護を始めて早い時期に支援を受けられず適切な接し方が身につかなかった主介護者は、接し方を変化させるのに相応の期間が必要になる可能性が考えられる。ただし、本研究では把握できていない未知の要因の影響によって、見かけ上これらの関連を示している可能性もある。この点については、今後より詳細な検討が必要である。

2) 「介護保険サービス利用の十分さ」

「介護保険サービス利用の十分さ」については、十分な介護保険サービス利用をしているケースのほうが、主介護者の接し方は好転する可能性が高かった。先行研究では、介護保険サービスが必要量利用できていないことと、介護者の介護負担感や心身疲労の高さ、困り事の数の多さなどが関連するとされている（上田ら 2012）。多くの場合に、介護者の介護負担感や心身疲労は、認知症者に対する適切な接し方を阻害すると思われる。適切な介護保険サービスの利用は、家族の介護負担感を軽減するなどし、その結果として介護者が認知症者に対し適切に接するための心身のゆとりをもたらすものと考えられる。

また、介護サービスの導入を困難にする要因として（認知症者の）「生活の変化に対する抵抗」に次いで「親族の理解・協力の不足」といったものが示されている（鈴木ら 2012）。介護保険サービスを適切に利用できるような世帯の介護者は、認知症者の状態や介護に対する理解が比較的良好であり、接し方が好転するための土壌があったとも考えられる。

4. CMプロセス指数と主介護者の接し方の好転の関連

「CMプロセス指数」は、実施されている項目数が多いほど、主介護者の接し方が好転する可能性は高いという関連であった。また、「CMプロセス指数」の4項目を単独で検討した場合にはいずれの項目も統計学的に有意で、そのうち「家族に対する認知症の進行に伴う今後の生活の見通しの説明・助言」のオッズ比が最も高かった。

上田（2000）は、介護者が被介護者に対して不適切な処遇をした経験と被介護者への憎しみの間の関連を示しており、憎しみの理由として「被介護者が怒ったり文句を言う」「介護者の言うことを理解しない」などが挙げられている。さらに、認知症者の介護する家族が相談する内容としては「認知症の症状」に関するものが多いとの報告がある（湯原ら 2010）。介護者が認知症者を介護

する過程で、認知症特有の行動や反応に遭遇したとき、それを事前に知識として知っているか否かは、介護者の対応に影響すると考えられる。認知症者の認知症の症状としての反応を、「認知症であるがゆえ」と多少なりとも受容することや、起り得る状況に対して心の準備ができれば、認知症者への対応が適切なものとなる可能性は高まるはずである。

また、デイケア利用者の家族に対する支援プログラムが家族の介護負担感を軽減すること（上城ら 2009）や、「家族・介護者状況への介入・対応」などがBPSDへのアプローチにとって効果的であるとの指摘がある（加瀬ら 2012）。家族に対して、認知症者ならびに認知症の理解を深めるような働きかけをすることは、主介護者の行動変容を、よりもたらしやすいと考えられる。本研究で「CMプロセス指数」に用いた4項目のうち家族に対するアプローチに該当する項目が最も高いオッズ比を示したことは、妥当な結果だと考えられる。

一方で、「CMプロセス指数」で用いた4項目のうち、3項目は認知症者に対するアプローチである。これら3つは、家族に対するアプローチよりは低いオッズ比であったものの、単独で検討した場合にすべて有意な結果であった。いずれも、認知症者の意向を確認していること、あるいは認知症者に説明・助言をしていることが主介護者の接し方を好転させる確率を高めるという関連であった。さらに、「CMプロセス指数」が高くなるほど、主介護者の接し方が好転する可能性が高まっていた。これらのことは、認知症者の意向の確認や認知症者・家族への説明・助言といったケアマネジメントのプロセスを、より多面的に実施しているほうが、主介護者の接し方は好転するという関連を示していると考えられる。つまり、主介護者への直接の支援だけでなく、認知症者・家族を対象とした多面的なケアマネジメントのプロセスが、主介護者の認知症者への接し方を好転させることに寄与する。

これまで、家族会のような介護に関する話し合いや勉強会と家族介護者のQOLとの関連（朴ら

2007）といった、家族への支援・介入による家族の状況・状態の改善については、しばしば言及されてきた。他方で、認知症者は心身機能が低下する認知症という疾患を抱えたなかで、「自分を生かす」努力に加え、介護者との関係において「譲歩」もしつつ、介護者との関係を構築しているとの報告がある（鳥居ら 2011）。認知症者と介護者の関係が双方向であることを考慮すれば、認知症者へのアプローチが間接的に主介護者の行動と関連することもあり得ると考えられる。

周囲の環境の影響を受けやすい認知症者にとって、介護者の接し方は認知症者の生活を左右する重要な要素のひとつである。多面的なケアマネジメントのプロセスを経ることによって主介護者の接し方が好転するならば、「意向の確認」や「説明・助言」といったプロセスの重要性は、「自己決定支援」や「アカウントビリティ」という理念の面だけにとどまらないともいえる。

ケアマネジャーは、認知症者やその介護者ならびに認知症者を取り巻く家族全体を視野に入れてケアマネジメントを行う必要がある。しかし、本研究で取り上げた「CMプロセス指数」に類するような、「利用者や家族との居宅サービス計画の作成」に関する領域の業務は、介護支援専門員の業務のうち比較的行われていないものとの報告もある（綾部ら 2003）。本研究の結果からは、認知症者や家族の抱える課題の直接の解決につながらないように見える「意向の確認」や「説明・助言」といったプロセスが、認知症者・家族の状況をよくする可能性が示された。「主介護者の続柄」や「介護期間」をケアマネジャーの支援・介入によって変えることはできないが、「CMプロセス指数」の項目の実施・未実施はケアマネジャーにより変化させることが可能である。したがって、ケアマネジメントにおいてケアマネジャーがいていねいなプロセスを経ることは、支援上重要であると同時に、ケアマネジメントを行う意義にも関わることだと考える。

5. 本研究の限界

本研究は、アウトカムをケアマネジャーの記憶に基づく振り返りの評価による「ケース担当時から調査時までにおける主介護者の接し方の好転」として観察研究である。そのため、リコールバイアスの影響を免れない。さらに、目的変数であるアウトカムの評価者と、説明変数であるプロセスの実施者が同じケアマネジャーであることによって、アウトカムの評価にバイアスが生じている可能性もある。

ケアマネジャーからの「意向の確認」や「説明・助言」といったケアマネジメントのプロセスに依拠することのできる状況にあるケースは、それができないケースに比べもともと介護者に変化の素養があるということも考えられる。

また、サンプルについては、対象が日本医療福祉生活協同組合連合会の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターを利用しているケースに限られている。それにより、本研究ではとらえきれなかった日本医療福祉生活協同組合連合会を利用する認知症者の一定の傾向が、結果に影響を及ぼした可能性がある。対象を日本医療福祉生活協同組合連合会以外の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのケースにまで広げて、今回の結果を検証する必要がある。加えて、調査規模の制約から、サンプリングが依頼したとおりの方法で確実になされたかをケアマネジャー個々に確認するまでには至らなかった。この点は、本調査のサンプリング方法における限界である。

そして、「介護期間」と「ケース担当期間」の長短が両者で逆の向きの関連を示したことなどから、本研究では把握できなかった未知の第三の要因が関連している可能性も残っていると考えられる。

本研究にはこれらの限界があるため、介護者の具体的な認知症者への接し方を2時点で評価するなど、より客観性が高くバイアスの小さいアウトカムを用いてさらに検証していく必要がある。今後、前向きコホート研究による経年変化の追跡や対照群を設けた介入研究などの研究デザインによ

る検証が望まれる。

V. 結 論

本研究では、ケアマネジメントにおける認知症者や家族に対する「意向の確認」「説明・助言」などのケアマネジメントのプロセスが、主介護者の認知症者への接し方の「好転」とどのような関連があるかを検討した。その結果、「要支援・介護度」などの「認知症者の要因」や「主介護者の続柄」などの「主介護者の要因」「介護保険サービス利用の十分さ」などの「支援環境要因」を考慮しても、「CMプロセス指数」が高いほど主介護者の認知症者への接し方は好転する確率も高まることが明らかになった。

謝辞 本研究は、日本医療福祉生活協同組合連合会が主となり実施した、平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症者の生活支援実態と支援方策の開発に関する臨床研究事業——適切なトータルサポートと医療・介護の連携のあり方について」における研究成果の一部である。ここに感謝の意を表す。

文 献

- 綾部貴子・岡田進一・白澤政和・ほか(2003)「ケアマネジメント業務における介護支援専門員の課題実施度に関する研究」『厚生指針』50(2), 9-16.
- 平原佐斗司(2013)『認知症ステージアプローチ入門』中央法規出版.
- 上城憲司・中村貴志・納戸美佐子・ほか(2009)「デイケアにおける認知症家族介護者の『家族支援プログラム』の効果」『日本認知症ケア学会誌』8(3), 394-402.
- 加瀬裕子・久松信夫(2012)「効果的な認知症ケアマネジメントの開発的研究——行動・心理症状(BPSD)改善を焦点として」『介護福祉学』19(2), 157-65.
- 加瀬裕子・久松信夫・横山順一(2012)「認知症ケアにおける効果的アプローチの構造——認知症の行動・心理症状(BPSD)への介入・対応モデルの分析から」『社会福祉学』53(1), 3-15.
- 加藤悦子・近藤克則・樋口京子・ほか(2004)「虐待

- が疑われた高齢者の状況改善に関連する要因——介護保険制度導入前後の変化』『老年社会科学』25(4), 482-93.
- 近藤克則 (2002) 「イギリスのケアマネジメント——効果・効率の実証研究と導入後の評価」『総合リハビリテーション』30(6), 577-9.
- 厚生労働省 (2012a) 「認知症高齢者数について」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>, 2013.4.6).
- 厚生労働省 (2012b) 「『認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)』について」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>, 2013.4.6).
- 厚生労働省 (2013) 「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7.html>, 2013.4.6).
- 林 暁淵・綾部貴子・岡本秀明・ほか (2010) 「利用者のQOLの変化からみたケアマネジメントの効果」『厚生指標』57(4), 1-5.
- 三菱総合研究所 (2012) 「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書」平成23年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分).
- 宮上多加子 (2004a) 「痴呆性高齢者の家族における介護実践力に関する研究」『老年社会科学』25(4), 450-60.
- 宮上多加子 (2004b) 「家族の痴呆介護実践力の構成要素と変化のプロセス——家族介護者16事例のインタビューを通して」『老年社会科学』26(3), 330-9.
- 中島真由美 (2012) 「認知症高齢者の家族の介護負担軽減とケアマネジメントのプロセス評価との関係」『社会福祉学』52(4), 66-79.
- 日本医療福祉生活協同組合連合会 (2013) 「認知症者の生活支援実態と支援方策の開発に関する臨床研究事業—適切なトータル生活サポートと医療・介護の連携のあり方について—報告書」平成24年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分).
- 日本総合研究所 (2012) 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査報告書」平成23年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分).
- 布元義人・竹本与志人・長安つた子・ほか (2010) 「認知症高齢者における家族介護者の介護認識の変容に関する研究の動向」『日本認知症ケア学会誌』9(1), 103-11.
- 朴 偉廷・遠藤 忠・佐々木心彩・ほか (2007) 「認知症高齢者を居宅で介護する家族介護者の主観的QOLに関する研究——“介護に関する話し合いや勉強会”への参加経験や参加に対する意志との関連性について」『厚生指標』54(4), 21-8.
- 佐藤敏子 (2011) 「在宅認知症高齢者の介護家族の統柄別言葉かけとその関連要因」『日本在宅ケア学会誌』14(2), 87-94.
- 鈴木浩子・山中克夫・藤田佳男・ほか (2012) 「介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討」『日本公衆衛生雑誌』59(3), 139-50.
- 陶山啓子・河野理恵・河野保子 (2004) 「家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析」『老年社会科学』25(4), 461-70.
- 鳥居千恵・倉田貞美 (2011) 「認知症の患者本人が主たる家族介護者との新たな関係性を構築していくプロセス——新たな関係性を育む循環と関係性構築を困難にする循環」『老年看護学』16(1), 57-65.
- 鶴田 聡 (1995) 「老年期痴呆患者の在宅介護に対する介護者の心理的態度の変化」『老年精神医学雑誌』6(6), 737-53.
- 上田照子 (2000) 「在宅要介護高齢者の家族介護者における不適切処遇の実態とその背景」『日本公衆衛生雑誌』47(3), 264-74.
- 上田照子・三宅真里・荒井由美子 (2012) 「介護保険サービスの必要量利用の可否が家族介護者に及ぼす影響」『厚生指標』59(3), 8-13.
- 湯原悦子・尾之内直美・伊藤美智子・ほか (2010) 「認知症の人を抱える家族を対象にした電話相談の役割」『日本認知症ケア学会誌』9(1), 30-43.
- 山本則子・石垣和子・国吉 緑・ほか (2002) 「高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL), 生きがい感および介護継続意志との関連: 統柄別の検討」『日本公衆衛生学雑誌』49(7), 660-71.
- 愈 秀娟・清水 由香・神部 智司・ほか (2012) 「主任介護支援専門員が認識する『ケアマネジメントで最も時間を要する事例』の特徴——サービス利用者と家族の特徴に焦点を当てて」『介護福祉学』19(1), 71-80.

Study on Changes in Caregiver Treatment of Persons with Dementia

—Association with the Care Management Process—

Daisuke ITO, Katsunori KONDO, Michiyo ITO

This study investigated improvement in treatment of persons with dementia by their primary caregiver and the relationship between improvement and the care management process (“CM process”) that includes verifying intentions, offering explanations and giving advice. Subjects were 2,097 people with Dementia Scale I or higher who had a care plan created for them by home-based care support centers or regional comprehensive support center. Binomial logistic regression analysis (stepwise method) was performed with improvement in treatment by the primary caregiver as the dependent variable and explanatory variables of care levels, the relationship between the patient and the primary caregiver, and a CM process index comprised of four questions on the CM process with a maximum score of 4 points. A significant association was seen with the CM process ($p < 0.01$), with a higher odds ratio as the index score increases (0 points : ref, 1 point : $OR = 3.73$ to 4 points : $OR = 9.57$), suggesting that a more multi-faceted care management process for the dementia patient and family members may improve treatment of the dementia patient by the primary caregiver.

Key Words : Care management, Process, Dementia, Caregiver, Changes