

# 高齢者に対する家族介護者の『生活の質』研究（その1）

—測定スケール開発の試み—

孫 野 良 仁  
浅 野 仁

## はじめに

高齢社会の到来が叫ばれるようになって久しい。そしてそれは着実に進みつつある。その中で、高齢者の「在宅介護」「家族介護」について、各地で様々な論議が行われている。特に最近では、公的介護保険制度の導入など、重い障害をもつ高齢者の介護をいかに保障していくのか、財政面と実施面での議論が政府内において進められている。しかし一方で、日々介護を担当している家族介護者の抱える問題を理解し、その解決を図ることも重要なことである。

高齢社会の到来は、われわれの誰もが、介護を受ける立場、あるいは介護をする立場、を引き受ける可能性があることを意味する。しかし、この事態を1つのリスクと捉えてはならない。なぜなら、介護をしたり受けたりすることは、何か異常なことではなく、ごく日常の生活の一部であるからである。

「介護（する、される）は生活の一部であり、人生の一部であり、その意味においてまさに日常生活的な事柄で、如何にしてもそれから逃げられないが故に、その質が問われるのである。何故ならそれは人生（Life）や生活（Life）そのものだからである」と小國英夫（1995）は述べている。介護（する、される）はもう他人ごとではなく、生きていく限り、誰もが経験する可能性のあることである。そして、介護（する、される）は人生・生活そのものであるから、介護に関わる介護者と要介護者の生活・人生の「質」が問われなければならない。

これまでに、社会老年学などの分野において、介護「される」人、すなわち要介護者（ここでは

障害をもつ高齢者）についての「生活の質」（QOL）研究が数多くなされてきた。ではその高齢者を介護する人のQOLはどうであろうか。「家族介護者の生活の質」という言葉はよく老年社会科学の論文の中に出てくるが（手島陸久ら、1992）、その概念や内容に正面から取り組んだ研究は数少ない。

一方、障害をもつ高齢者を抱える家族介護者は「隠れた犠牲者 hidden victim」「未知のクライアント unknown client」となっているとの報告があり、介護者の問題の把握・解決は緊急を要する課題である。また、介護者を対象とした従来の研究は、介護負担とストレスの側面に主に焦点を当ててきたものが多かったが、最近になって、介護者の「主観的幸福感」や「介護の意味」といった介護者の主観的側面をみる調査がなされるようになってきた（George, L. K., et al, 1986; Hasselkus, B. R., 1988; Tebb, S., 1995）。これは、介護者の主観的側面や、介護が介護者の生活全体へ与える影響が、重視されるようになってきたことへの現れである。つまり、介護者の抱えている問題の理解・解決には、介護負担とストレスの側面に焦点を合わせるだけでは不十分であり、高齢者と同様に、介護者の個別的かつ全体的な生活を理解する必要がある。

本稿では以上のような問題意識に基づいて、高齢者の介護が介護者自身の生活や人生にどのように、またどの程度影響しているのかを、介護者の「生活の質」の調査を通じて検討している。

本稿の議論の流れを予め触れておくと、まず「介護」をどう捉えればよいかについて検討する。というのも、これまで高齢者の介護者を対象にしてきた諸研究が主として「介護負担」に焦点を当ててきた理由が、この「介護」をどう捉えるかと

いう問題と密接に関連していると思われるからである。次に「介護負担」研究のレビューをし、その問題点を指摘した上で、「介護者の生活の質」を見ていく理由と意義、およびその定義づけを提示する。そして最後に、介護者版「生活の質」スケールの開発を試み、そのスケールを用いて行った調査内容と結果、そこから引き出される今後の課題について述べていくこととする。

## 一 高齢者の家族介護について

さて、前述したように、まず「介護」とは何かについて議論を進みたいが、その前に「家族介護」という言葉について注意してほしい。現在、「在宅介護 (home care, domestic care)」と「家族介護 (family care)」は、類似した意味で使われている。両者とも、病院や老人ホームのような施設ではなく、家族が自宅で介護を要する高齢者の世話をすることを指している。しかし、本来の意味では、「在宅介護」は必ずしも家族が行う介護だけを指すわけではなく、ホームヘルパーなどのような家族以外の人、主介護者になっている場合もあり得る。だが現実には、社会の資源が家族の需要に比べられなくて、ほとんどの「在宅介護者」は、その要介護者の家族成員となっている。したがって、「在宅介護」と「家族介護」が同じ意味であるかのような錯覚が生じてくるわけである。本稿では、「在宅で高齢者の介護をする家族」を研究対象にしたいので、以下では「家族介護」という言葉を使うことにする。

### 1 「介護」について

「在宅介護」「家族介護」「介護福祉士」など、「介護」は最近福祉サービスのキーワードとなっているが、一体どういう意味で使われているのであろうか。

例えば『広辞苑』では、1991年発行の第四版に初めて「介護」の項が設けられ、「病人などを介抱し看護すること」となっている。また、1982年版の『現代社会福祉辞典』(仲村優一編)では、

「ある人の身体的機能の低下、衰退、喪失の場合に起こる生活上の困難に対して、身体的機能を

高め補完する日常生活の世話を中心としたサービス活動を〈介護・介助〉という (p. 85)。」

となっている、このように「介護」は、高齢者に対する ADL と IADL の援助、つまり主に「身の世話を指す用語として捉えられているわけである。このような捉え方は、「介護」を狭義に理解することにつながっているのではないだろうか。

例えば、メイヤロフ (Mayeroff M., 1989) によると、「一人の人間をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することを助けることである」と。その他に、シシレリ (Cicirelli, 1981) は介護内容を以下の3つに分類した。「第一の援助」は生存するための基本的援助、「第二の援助」は社会関係に対する援助、「第三の援助」は個人の成長に対する援助である。

以上の研究者たちの見解からすれば、「介護」には、ただ要介護者の身の世話だけではなく、要介護者の精神的・社会的ニーズの充足、および自己実現を助けることも含まれている。にもかかわらず、「介護」の主要な意味を「身の世話」あるいは「第一の援助」と捉えるならば、それは「介護」を狭く理解していることになる。さらにそのような捉え方は、「介護」から「社会関係」や「個人的成長」の側面を軽視することになり、「ただのタスク」という理解につながっているのではないかと思われる。つまり、「身の世話」であれば誰もがやらねばならない「仕事」という意識を生じる可能性がある。「やらねばならない仕事」であれば、それをしない場合には「責任」が問われるし、やり遂げる「能力」や「負担」にしか目が向けられていない状況が生じて当然であろう。ここに、介護者の置かれた状況や介護実態についての十分な把握がなされてこなかった理由があると思われる。しかし、「介護」とは本当に「仕事・タスク」なのだろうか。

パーリンら (Pearlin L. I. et al, 1990) によると、「気遣い (caring) とは、他の人の幸福への関わり (commitment) を構成する感情的な部分であるのに対して、介護行為 (caregiving) とは、その関わり方の行動的な表現である。介護行為は、気遣いの延長線上にある。このように見れば、気遣いと介護行為とは、あらゆる密接な関係の中に

内在している。つまり気遣いと介護行為は、人々が相互に相手の幸福を保護し、また増やそうとするような関係すべての中に存在している。・・・介護行為は普通の日常的な関係に内在しているのだから、厳密に言えば、介護行為を1つの役割であるかのように扱うのは、適切ではない (Pearlin L.I. et al, 1990, p.583)。つまり、介護行為とは、例えば警察官や郵便局員といった人々が行うインパーソナルな役割遂行行為ではなく、一人の人間が一人の人間に対して抱く主観的な思いを基礎に初めて生まれてくるパーソナルな行為、ということである。となると、「介護」とはただの「タスク」ではなく、これまでの人生・経験・関係と深く関わっていることになり、したがって「介護負担」だけではなく、介護者の人生・生活に対する主観的な「質」も問われなければならないのである。

以上の議論からここでは、「介護」の内容を以下五つからなるものとする：

- (一) 身体的・健康的なケア
- (二) 生活上の援助
- (三) 情緒的な援助
- (四) 社会的ニーズに対する援助
- (五) 経済的な援助

さらに本稿では「家族介護」を、“家族が自宅で、介護を要する高齢者に対して、上記の一つ以上の介護内容を持つ行為を遂行すること”と定義する。また「家族介護者」とは、“家族介護をしていると同時に、自分を主介護者とみなす家族成員”のことを指すことにする。

以上、「介護」の捉え方の問題点を指摘してきたが、次に、これまで家族介護者を対象にした研究を批判的に検討していく。なぜなら、そこでも家族介護者の「負担」に主要な焦点が置かれ、われわれが必要だと考えている介護者の生活に対する個別的・全体的な把握がなされていないと思われるからである。

## 2 介護者についての研究

- (1) 「介護負担」、「介護ストレス」、「介護の燃え尽き」

老年社会科学 (social gerontology) の分野では、介護者の「生活の質」よりは、高齢者の介護をしている家族の困難・悩み (distress) に関心が向けられている。その用語としては「介護負担」(caregiving burden)、「介護ストレス」(caregiving stress, caregiving strain)、あるいは「介護の燃え尽き」(burnout) といったものがある。それぞれの意味は類似しているものの、全く同じ意味ではない。

高齢者を介護することの家族介護者への影響に関するこれまでの研究は、「介護負担」を主な研究テーマとしてきた。グラッドとセイズベリ (Grad & Sainsbury, 1963) が最初に精神的障害をもつ高齢者の介護をしている家族の負担を報告した後、介護負担 (caregiver burden) をテーマとする研究が増加した。ザリットら (Zarit et al., 1980) が「負担感面接スケール (burden interview)」を用いて、痴呆症老人を介護する家族の負担を測定し、その報告がされてからは、その修正版・簡易版を含む十数種類の負担感スケールが開発され、負担感の測定及び関連要因の研究が盛んに行われた (Vitaliano et al., 1991; 中谷、1992)。日本においても、ザリットらのものと類似したスケールを用いて測定が試みられてきている (前田・冷水、1984; 中谷・東条; 1989)。

ところで、「介護負担」とは何だろうか。これまでは、その意味は広範で各研究者によって異なるので、「介護負担」の概念・定義が曖昧であると批判されることもある (中谷、1992を参照)。他に、「介護負担」の定義が多様でしかも不明確な状況で、特定の測定方法を使ってデータを得たとしても、その結果が本当に「介護負担」を表しているのか疑わしいのではないかと、プルショクとデミング (Poulshock & Deimling, 1984) がその問題を解決するために、トンプソンとドール (Thompson & Doll, 1982) は「客観的負担」と「主観的負担」を区別する必要があると主張した。このような区別の必要性を唱える研究者は益々増えつつある (Poulshock S. W. & Deimling G. T., 1984; Vitaliano et al. 1991; 前田、冷水、1984、等)。「客観的負担」と「主観的負担」の定義について、例えばヴィタリアーノらは次のようにまとめた。「客観的負担」とは、「第三者」によ

て観察・測定できる介護による経済、役割、家庭生活、近隣交際等における支障 (disruption) で、「主観的負担」とは、これらの「客観的負担」をどの程度「負担」と感じたかについての介護者自身の主観的評価である (Vitaliano et al. 1991)。しかし、現実では、ほとんどの測定尺度が質問紙等を用いて介護者に直接的に「介護負担」を答えてもらうので、ある意味では、それらの尺度は「主観的負担」を測っているといってもよい (中谷・東条、1989)。

負担を客観的・主観的側面に区別したとはいえ、彼らの試みは負担概念の曖昧さを改善するには至らなかった。さらに、介護負担理論だけでは、負担をもたらす要因、あるいは軽減する要因を説明することは難しいという指摘がある (藤崎、1990)。それゆえ、家族介護の負担を説明するために、心理学分野で発展してきたストレス認知理論が老年社会学の分野でもよく用いられている (新名、1991)。ストレス認知理論を使って、家族介護における様々な要因を組み込んだ家族介護ストレスモデルがいくつか提唱されている (Lawton et al., 1991; Pearlin et al., 1990; 新名, 1991)。これらのモデルの他、「認知・評価 (負担感)」(caregiving appraisal) と「ストレス反応」を測定するスケールもいくつか使われている。その中では、ロビンソン (Robinson, 1983) が開発した “Caregiver Strain Index” や、ロートン (Lawton, 1989) の “Caregiver Appraisal Measure” がよく使われている。しかし、これらのスケールによって測定された「ストレス反応」は、介護場面でストレサーが引き出したものだと必ずしも特定・限定できないところに難点がある。

さらに、家族介護者の負担とストレスを測るために、「燃え尽き (バーンアウト)」の理論も用いられている。「燃え尽き」の測定尺度として、Maslach Burnout Inventory (MBI) と Pines の The Burnout Measure がよく知られている。これらのスケールを用いて介護者の「燃え尽き」を測定する試みもいくつか見られる (中谷、1992)。しかし、その「燃え尽き」の症状が介護によって引き起こされたものかどうかを区別できないという点に、やはり問題がある。

## (2) 負担測定にまつわる諸問題

ここまで取り上げてきた介護負担の測定には大きく三つの問題がある。

まず第一に、介護負担の測定は、高齢者の介護を行う家族成員を対象とするものである。逆に言うと、高齢者の介護をしていないという点を除いては同じ属性をもつ人々 (例えば同じ世代で高齢者の介護をしていない人々など) はその対象とはならない。それゆえ介護をする／しないで、どれほど負担が増減するのか比較ができない。つまり、高齢者の家族介護者のほうが介護していない人より負担・ストレスが高い、ということ厳密には検証していないのである。

第二に、負担の測定尺度の前提 (presumption) に関する問題がある。負担を測定しようとする場合、調査者の側には“介護には必ず負担が伴っているはずだ”との前提が潜んでいる。この前提に基づいて調査者は負担に関する質問項目を作成する。つまり、介護者は、“介護による影響・困難が当然あるだろう”との前提で作成された質問項目に答えさせられるわけである。このとき、介護者は調査者の前提や期待に合わせて回答してしまうのではないだろうか。すくなくとも、介護者は、調査者から暗黙の内に期待される答えと、自分の実体験を混同して回答する傾向は否定できないだろう。とすれば、必ずしも介護による影響・負担を測定し理解しているとは限らない。

第三に、たとえ仮に介護負担・ストレスが測定できていたとしても、介護実践が介護者の全生活へ与える影響を知ることは依然としてできていない。例えば、介護の負担が高いにもかかわらず、介護することに意義を感じている介護者は生活への満足感が高い、すなわち「生活の質」が高いかもしれない。逆に、介護負担が低いからといって、必ずしも生活への満足度が高くなるとも言えないだろう。また、介護負担研究では結果は「量 (負担・ストレスの総合得点)」として示されてきた。しかし、介護負担の得点が同じであっても、介護実践が介護者の生活に、どういうふうに、どの分野に影響しているか等、「質」については異なる場合もあるだろう。このような「質」的な差異についても十分な考慮が必要となってきているのでは

なかろうか。つまり、「介護負担」と介護者の「生活の質」を分けて考えなければならない。

### (3) 介護者の幸福 (Well-being)

ジョージとグワイサー (George & Gwyther, 1986) は介護者の「介護負担」と介護者の「幸福」(well-being) は表裏一体であると指摘し、「介護負担」を測定するもう一つの方法として、「幸福」の尺度を用いた。つまり、幸福度が低ければ、負担が高いというわけである。彼らが測定したのは、介護者の身体的健康、精神的健康、社会参加、経済面における客観的状況と主観的満足度である。彼らのほかに、テブ (Tebb S., 1995) も介護者の主観的幸福感尺度を開発した。その尺度は、マスロー (Maslow) の欲求段階説に基づいた基本的欲求 (basic human needs) スケール、と日常生活活動 (activities of daily living) スケールから構成されている。テブのスケールにおいても、「幸福」と「負担」の逆相関関係が前提となっている。

繰り返しになるが、これら二つのスケールとも、「介護負担」や「介護ストレス」といった介護によるマイナスの影響を直接測定するのではなく、介護者の「幸福 (well-being)」を測定することで、間接的に介護者の負担を理解しているわけである。その背景には、介護者の「負担」と「幸福」がコインの裏と表のような反比例の関係になっている、との前提がある。つまり、介護者の「幸福」は「負担」の代替物として扱われているわけである。したがって、上記の第一と第二の問題点を回避することができたとしても、第三の問題点がまだ残されている。なぜなら、「介護負担」を測る手段として介護者の「幸福」が持ち込まれたので、介護者の「生活の質」あるいは「幸福」を「負担」から独立したものとして捉えておらず、「介護負担」と介護者の「生活の質」との関係は依然として明確ではないからである。すなわち、介護実践が介護者の「生活の質」へ与える影響は依然明らかになっていないのである。

以上のレビューから、高齢者介護が家族介護者へ与える影響についての研究が、依然として「介護負担」「介護ストレス」に集中していることが分

かるだろう。むろんこれらの研究成果をいささかも否定するつもりはない。たしかに介護実践は介護者に大きな負担を与えているからである。しかし、介護者の「生活の質」の代替物として「介護負担」を考えるのではなく、「介護負担」と「生活の質」を分けて考え、その各々を測定し、両者の間に存在する関係 (例えば相関関係や因果関係) を調べる必要があるのではなかろうか。この点が、本稿でわれわれが達成したいと考えている課題の一つである。

## 二 「生活の質」の研究

最近、“Quality of life” (QOL) という言葉がいろいろな分野で使用されるようになってきた。例えば、医療、看護、福祉、社会学などの分野がそうである。それとともに、「QOL とは一体何なのか」、「どういう意味で使うべきなのか」についての議論が、依然として続けられている。QOL の概念の誕生・発展は決して一つの偶然ではなく、一つの時代の反映でもあると考えられている。この時代の背景には、“量”から“質”への転換 (あるいは“量”と“質”のバランス) という声や、“物質的豊かさから精神的な豊かさへ”といった状況の背景がある。

### 1 「生活の質」の定義と意味内容

「生活の質」はよい生活、豊かな生活、あるいは今よりもましな生活というふうに定義されている (中里、1992; 黒田、1992a)。しかし、その定義については、分野や研究目的によって、意味内容や解釈が違っている。

一般的に「生活の質」は主観的と客観的なものに分けられているが、現在は「主観的生活の質」を重視する傾向がうかがわれる。その背景には、客観的尺度で生活者の「生活の質」を測定しようとする場合の限界が顕著になってきた、という事情がある。例えば、金子 (1993) は、「客観指標の水準が向上したからといって、満足度が高まるという保証がないところに QOL 問題のむずかしさがある」と指摘している。これは、まさに客観的尺度による「生活の質」の測定の限界を表現して

いるものと言えよう。他の研究でも、上の金子の主張を裏付けるような結果が提出されている。例えば、キャンベル (Campbell, 1976b) は、一般の人々を対象とした1957年から1972年までの研究から、ほとんどの客観的な社会経済的指標が良くなったとしても、人々が報告する幸福感は着実に低下していることを見いだしている。そういう現象は、特に裕福な人々に最も顕著に見られると指摘されている。ほかに、シュナイダー (Schneider, 1975) はアメリカの13の都市での調査から、それぞれの都市の客観的条件とその都市の住民の生活に対する満足感との相関はゼロに近いことを見いだした。さらに、パールマンとウールマン (Pearlman & Uhlmann, 1988) の研究では、患者のQOLについての医師の見積もりが同じ尺度を用いた場合の患者自身の見積もりとはきわめて弱い相関 ( $r=.15\sim.31$ ) しかなかったという結果が提示された。以上のいくつかの例から、まず第一に、客観的条件が変化しても、主観的満足感は必ずしも変化するとは限らないということ、第二に、客観的条件よりも主観的満足感の方が生活者の「生活の質」を反映しており、この主観的満足感を測定する主観的尺度がより重要になってきていることは明らかであろう。

このように「主観的生活の質」は、生活者の「客観的状況」に対する「主観的評価」として捉えている。その「主観的評価」の結果とは、個人が自分の置かれた客観的条件を、価値観のような「評価基準」によって解釈し、感じとった結果のことである。本稿も、以上のような「主観タイプ」の意味合いで、「生活の質」を捉えていきたい。

## 2 介護者の「生活の質」とは

介護者の生活の質に関する議論はまだまだ少ないように見受けられる。確かに、「介護者の生活の質」という言葉はしばしば見られるが、介護者の「生活の質」とは何かについて、十分議論が尽くされているとは言えない。タイトルに“介護者の「生活の質」”を掲げた研究も、日本国内外にほとんどない。このように数少ない研究の中で、例えば医師の室伏君士 (1994) は、介護者の「生活の質」を以下のように「介護者の3A」と定義した。

- (1) 介護状況の快適さ (amenity)
- (2) 介護者の生きがいに関わるよい人間関係 (acquaintanceship)
- (3) 介護者の健康と活動 (activities)

しかし、具体的な内容や評価の方法については十分議論がなされていない。

このように介護者の「生活の質」が重視されなかったり、議論が尽くされてこなかった理由は、「介護者の生活の質」は定義したり、測定したりするには難しい構造をもっているからである。

まず第一に、家族介護者の場合には、障害者や、障害をもつ高齢者や、患者などの人々のように、自分の障害によって生活や人生にさまざまな変化がでてきたわけではない。むしろ「もう一人の人間を助ける」ことによって、自分の生活や人生に色々な変化がでてきているのである。このように、生活に変化をもたらしたものは間接的関係にあるために、家族介護者の「生活の質」概念は、障害者や患者のそれとは異なる、独自の概念として構成する必要がある。

第二に、看護婦やヘルパーとも違って、「家族介護」は必ずしも個人の意志で選択できるような「仕事」でもない。社会やまわりの人からの（有言・無言の）圧力を受けながら、「家族介護」の役割を担わされた介護者も少なくない。その上「家族介護」は、「仕事」のように、働く時間と休む時間が明確に区別され、仕事の評価として、給料のような報酬が与えられているわけでもない。「家族介護者」にとって、介護は「日常生活」の一部なのである。

これら二つの理由から、家族介護者の生活の質を測定するためのスケール開発が必要になってきたのだが、従来の「生活の質」理論はなかなか当てはまらないため、新しい枠組みを作らなければならない。しかし、以下の二つの理由が介護者の「生活の質」の測定をいっそう困難にさせてきた。

一つは、「介護」に新しい人生や使命を見つけて、いきいきと生きていく介護者がいると思えば、「介護」によって家族がバラバラになって、自分の自由が奪われたと感じ、悩んでいる介護者もいる。介護者の「生活の質」は、その介護者の人生の経験、価値観、人間関係、社会規範意識などによって、違ってくるだろう。つまり、介護者の

「生活の質」の研究は、生活の客観諸条件とともに、人生・生活上の体験についての主観的な思いにも、焦点を当てるべきである。

もう一つは、上の理由と密接に関連するのだが、文化的、民族的、宗教的、そして時代的背景が、「生活の質」をどう判断するかを決定する点である。例えば、社会変動が遅い閉鎖的な社会であれば、高齢者が与えてくれる伝統的知識は敬意をもって受け入れられる。そのような社会では、高齢者の介護をすることに對して人々はそれほどの不満は生じないであろう。かえって光栄にすら思うかもしれない。しかし、経済的利益の獲得や個人主義を重視する資本主義社会では、変動のテンポが速く、新しいものや技術革新に価値が置かれる。そういう社会では、エイジズムが見られ、高齢者を介護することも否定的に捉えられがちである。

しかし、そういう資本主義社会に住む人の中でも、肉親の高齢者の介護を「負担」とは考えない人もあるかもしれない。その人は資本主義的な価値を否定するわけではないが、肉親の高齢者を経済的利益以上に価値の高いものと考えているだろう。要するに、同じ社会的・文化的背景をもつ場合でも、すべての人が同じ価値観を持っているとはいえないし、価値の優先順位も異なる。それゆえ、研究者・調査者が、同一の判断基準からすべての人の「生活の質」を測定することに対しては、疑問を感じる。

以上の理由から、介護者の生活の質の定義や測定の難しさが生じてくる。しかし、われわれの考えでは、「介護者の生活の質」測定に際しては、介護者の生活のさまざまな領域に関する「重要度」と「満足度」を区別することで、暫定的ではあるが、上の困難を解決できるのではないかと考えている。それゆえ本稿は、フェランズとパワーズ (Ferrans & Powers, 1990) の「生活の質」の定義である、「個人の重要と思う生活の諸領域にまつわる満足・不満足から生じてくる幸福感 (well-being) である」という定義を援用し、介護者の「生活の質」を測っていききたい。この定義からも分かるように、彼女らは「生活の質」測定の際、「個人が何をどれくらい重要なものと考えているか (重要度)」という点と、「重要度の異なるそれぞ

れの領域がどれくらい満足されているか (満足度)」という点を区別しており、われわれもこの区別を重要なものと考えている。

### (1) 重要度

ブローン (Browne J. P., 1994) によると、多くの研究者の間では、「生活の質」とは、外的な「客観的環境」とその環境に対する本人の主観的な評価・捉え方との相互作用であるという点でほぼ一致している。ところが、「生活の質」の伝統的測定方法は、すべての人々は、同じ環境・状況に対して、同じように評価すると仮定している。つまり、同じ対象 (例：障害者) について、同じような基準で、同じ生活領域 (例：家庭生活) を測定してもよい、と仮定されているわけである。そして、それらの領域がすべての人に対しても同じ重要度を持つ、という仮定もある。しかし、そういうふうに仮定することは可能だろうか。

フェランズとパワーズ (Ferrans & Powers, 1990) が指摘したように、人は十人十色の価値観を持っているので、ありとあらゆる生活の領域が、すべての人の「生活の質」に対して同等の影響 (impact) を与えるものではない。人々の価値の相違は、さまざまな生活領域の「生活の質」に与える影響 (impact) を、変化させるという事実を考慮に入れなければならない。つまり、個人の価値観によって、大切と思う生活領域と、あまり大切と思わない領域があり、大切と思う領域はその個人の「生活の質」に大きい影響力 (impact) を持つが、逆の場合は「生活の質」に与える影響はそれほど大きくない。

介護者の場合でも、「要介護者との関係」という生活領域を重要と思う介護者がいるし、「自分の仕事」や「家庭生活」などを重要と思う介護者もいる。つまり、介護者によって価値の序列が違うので、さまざまな生活領域にまつわる重要度も違って来る。それゆえ、従来の「すべての人にとって、同じ生活領域に対する重要度は同じだ」という仮説は適用できない。したがって、介護者のそれぞれの生活領域に対する重要度を測定しなければならないというわけである。

## (2) 満足度

「生活の質」のレビューで述べたように、「生活の質」とは、「生活者の『客観的状況』に対する『主観的評価』」である。したがって、個人の価値観や「重要度」の他に、介護者の生活のさまざまな領域に対する「主観的評価」を測らなければならない。本稿では、介護者の生活領域に対する「満足度」で、その介護者の「主観的評価」を見ていきたい。

「満足」とは、期待している生活と現実の生活の諸条件との比較に基づいた評価、という意味である (Andrews, et al., 1976; Campbell, et al., 1976)。つまり、「満足」とは、個人の自分の生活経験に対する認知的な判断である。それは、上記の「主観的評価」ということである。そして、介護者の生活についての主観的な思い・考え・評価が、その介護者の「満足感」であり、それを点数化したものが「満足度」である。

## 三 介護者版 QOL 測定スケールの作成の試み

本稿では、フェランズとパワーズ (Ferrans & Powers, 1985) によって開発された QOL 測定スケール「Quality of Life Index」(以下、「QLI」)の介護者版の開発を試みたい。「QLI」を選んだ理由は、「QLI」は個人の主観性を反映しようとするスケールだからである。以上に説明したように、「生活の質」の測定には、各生活領域における「重要度」と「満足度」両方を取り扱うべきである。しかし、これまで、ほとんどの QOL 測定に関する研究は「幸福感」「満足感」を扱おうとするが、「重要度」を測定しようとするスケールは「QLI」が初めてである。それは本稿の「個人の個別性と主観を重視する」立場に近いので、「QLI」の介護者版の作成を参考にした。以下で「QLI」を紹介していきたい。

### (1) 「QLI」とは

米同イリノイ州立大学の看護学研究者であるフェランズとパワーズが1985年に開発した

「QLI」は、多くの研究者によって活用されている。その特徴は、生活諸領域が QOL にどれぐらいの重みを与えているかは、個人のそれぞれの領域における「重要度」によって、決まってくる、と考える点にある。つまり、「満足度」と「重要度」を一緒に測定することで、個人の「主観性」をより反映しようとしているのである。

「QLI」は、特に看護学の領域でよく知られている。主に健康者及び透析患者の QOL を測定することを目的にしている。アメリカにおいては、「QLI」を使用した調査結果が多く報告されており、その信頼性と妥当性が検証されている。

日本においてはどうか。黒田 (1992) が「QLI」を日本に紹介してから、主に看護学の研究者の注目を集めている。その後、松岡ら (1995) がはじめて「QLI」の日本版を作成し、健康な高齢者を対象に調査を実施した。その結果として、日本版の「QLI」は信頼性と妥当性について、満足できる数値を得られたが、因子構造については安定性に欠けていたので、項目の改良が必要なことが明らかとなった。

### (2) 介護者版 QLI の作成

日本語の高齢者版 QLI の調査の経験から、オリジナル版の質問項目は日本の文化に合わないかもしれないと予想したので、今回介護者版の QLI はオリジナル版の直訳ではなくて、文献レビューや実際の経験から、日本の介護者に理解しやすく、生活に合うと思われる質問項目を改めて設定した。

まず、介護者の生活 (Life) は、次の 5 領域から構成されると仮定した。

- (1) 身体的・精神的な健康 (physical/psychological health)
- (2) 生き甲斐 (spiritual aspect/meaning of life)
- (3) 家族関係 (family relationship)
- (4) 対人関係 (interpersonal relationship)
- (5) 経済-社会的環境 (socio-economic environment)

そして、以上 5 つの領域における下位概念を以



下の26項目にまとめた。

- (1) 身体的・心理的健康 (physical/psychological health) 4項目
- ・あなたの健康
  - ・自分の力で身の回りの事をする事
  - ・心の安らぎ
  - ・心配事がない
- (2) 生き甲斐 (meaning of life) 7項目
- ・自分に誇りを持つこと
  - ・趣味を持つこと
  - ・余暇活動を楽しむこと
  - ・将来の見通しがたつこと
  - ・信仰・信心を持つこと
  - ・自分が周囲の役に立つこと
  - ・自分の目標を達成すること
- (3) 家族関係 (family relationship) 6項目
- ・介護者としての役割を果たすこと
  - ・家庭で介護者以外の役割を果たすこと
  - ・要介護者との関係
  - ・家族が助け合うこと
  - ・家族との関係
  - ・家族全員のしあわせ
- (4) 対人関係 (interpersonal relationship) 3項目
- ・まわりの人からの支え
  - ・近所とのつき合い
  - ・友人とのつき合い
- (5) 経済-社会的環境 (socio-economic environment) 6項目
- ・仕事を持つこと
  - ・経済的生活水準
  - ・医療サービス
  - ・福祉サービス
  - ・社会が平穏である
  - ・住みやすい住宅

### (3) QLI 得点算出方法

本稿は、QLI の以下の得点算出方法を採用している。まず、すべての質問項目について、「重要度」と「満足度」をリッカート式で自己評価してもらう。「非常に満足」「非常に大切」に6点、満足度、重要度が下がると、得点も一点ずつ減点されていき、最後「全く重要でない」と「全く満足でない」は1点ずつの配点になる。

次に、各項目の「満足度」の得点から3.5を減じ、-2.5から2.5の間に得点が収まるように操作する。これは、満足していなければマイナスの効果をQOL全体に及ぼすという考えを数字上に反映させるための処置である。

さらに、同じ項目について先の手順で操作化した「満足度」の得点と「重要度」の得点を乗じたものを合計する。そして、いずれかの項目に無回答があった場合を考え、総合点を回答した項目数で除する。この処置によって、無回答項目があったとしてもその影響を排除することが可能となる。

そして最後に、ここまでの手続きで得られた得点に15点を加算することによって、QOL得点の最低点を0点に位置づける。得点が高くなればなるほど、主観的に認知されているQOLは良好であると判断される。最高点は30点である。

## 四 調査対象と結果

### 1 調査対象

今回の調査は1995年9月3日から11月20日まで、大阪府の社会福祉協議会、堺市、枚方市及び西宮市の社会福祉協議会を通じて、4回にわたって行った。対象は、在宅で高齢者の介護をしている「家族の会」のメンバーである。特に、寝たきり、痴呆症の高齢者の「主介護者」である家族成員を対象にした。

### 2 調査結果

以上のように、配票した質問紙を回収した結果、165のサンプルが得られた。回収率は67%を超えた。ただし、1ページ以上の無回答があった場

以上の項目について、それぞれどれぐらい大切だと思っているか(重要度)、どれぐらい満足しているか(満足度)の回答を得る。そして、以下のQLI得点算出方法でQLIの総合得点を計算していく。

場所	配布部数	回収部数(回収率)	有効回答数(有効回答率)
平成7年度在宅老人介護者の集い	78ケース	74ケース(95%)	60ケース(77%)
堺市家族の会	31ケース	31ケース(100%)	30ケース(97%)
枚方市の家族の会	120ケース	44ケース(37%)	37ケース(31%)
西宮の家族の会	17ケース	17ケース(100%)	15ケース(88%)
	245ケース	165ケース(67%)	141ケース(58%)

合は無効とした。その結果、141のサンプルが有効回答である。有効回答率は58%であった。

以下に、有効回答の方で各質問についての結果を記す。

(1) 介護者の属性

1 介護者の性別

女性が88.7% (125人) で、男性は11.3% (16人) の比率となっている。

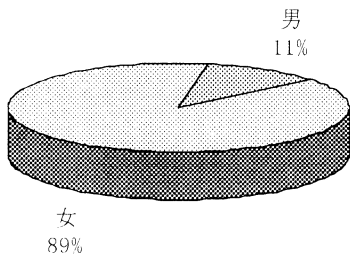


図1 介護者の性別

2 介護者の年齢

介護者の年齢を「45歳未満」、「45歳以上55歳未満」、「55歳以上65歳未満」、「65歳以上75歳未満」、「75歳以上」に分類した。一般的に、後の2つのカテゴリーが「高齢者」ということになる。また、「65歳以上75歳未満」は前期高齢者層、「75歳以上」は後期高齢者層に該当する。

年齢別の比率は、「45歳未満」が10.6%、「45歳以上55歳未満」が32.6%、「55歳以上65歳未満」が28.4%、「65歳以上75歳未満」が19.2%、「75歳以上」が9.2%、であった。

なお、有効回答者141名の平均年齢は58.7歳 (SD=10.98歳)、メディアンが57歳であった。最高齢者は85歳、最も若い介護者は29歳であった。

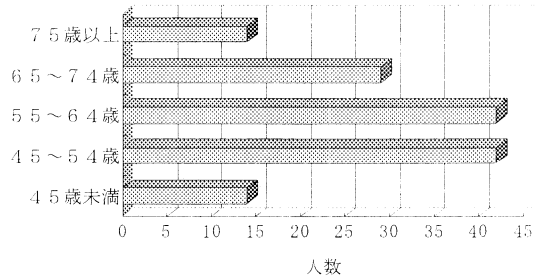


図2 介護者の年齢

3 介護者と要介護者の続柄

介護者から見た要介護者との続柄の比率は、「自分の父母」が33.4%、「配偶者」が31.9%、「義父母」が34%、「兄弟」が0.7%であった。

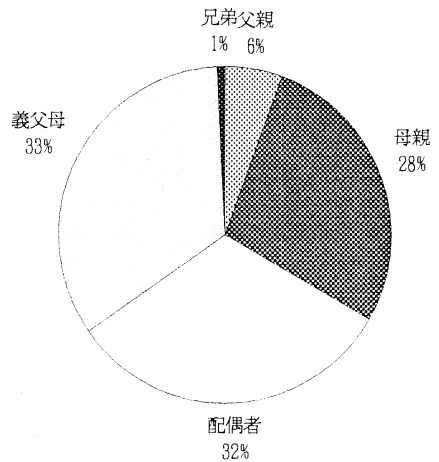


図3 要介護者との続柄

4 介護者の婚姻状況

現在、配偶者がいる介護者が87.9%、配偶者がいない介護者は12.1%であった。

5 子どもの有無

子どものいない介護者が14.9%、子どものいる介護者は85.1%であった。

### 6 要介護者との同居

要介護者と同居している介護者が81.4%、同居していない介護者は18.6%であった。

### 7 仕事の有無

仕事についている介護者が21.3%、ついていない介護者が78.7%、その内、介護のためにやめた介護者が回答者の15.6%であった。

### 8 介護時間

一日の介護時間は「0～6時間」が41.0%、「7～12時間」が19.6%、「13～18時間」が18.8%、「19～24時間」が20.5%であった。

なお、有効回答者118名の平均介護時間は10.8時間 (SD=7.9時間)。メディアンが9時間。最も長い介護時間は24時間であった。

### 9 介護年数

調査実施時点までの介護年数は「1年以下」が5.1%、「2～5年間」が36.2%、「6～10年間」が41.3%、「11～15年間」が12.3%、「16年以上」は5.1%であった。

なお、有効回答者138名の平均介護年数は7.5年間 (SD=6.1年間)。メディアンが7年間。最も長い介護年数は60年間であった。

### 10 介護内容

有効回答者138人の7割が「入浴介助」「排泄介助」、6割が「歩行・移動介助」

「話し相手」「通院・外出」、5割が「食事介助」「買い物」「家事」、3割が「看護・手当」という介護をしている。

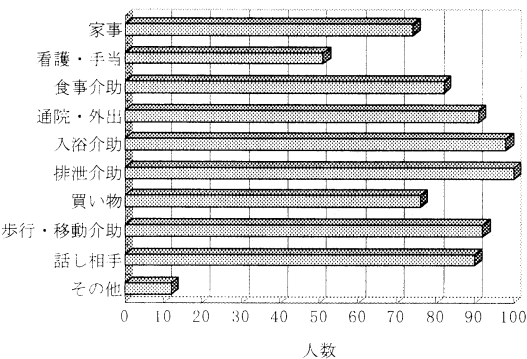


図4 介護内容

### 11 介護タスクの数

10の介護内容が複数回答なので、回答者の介護タスクの数を以下のようにまとめた。介護タスクの平均数が5.43 (SD=2.37)、メディアンが5、最高値が9であった。

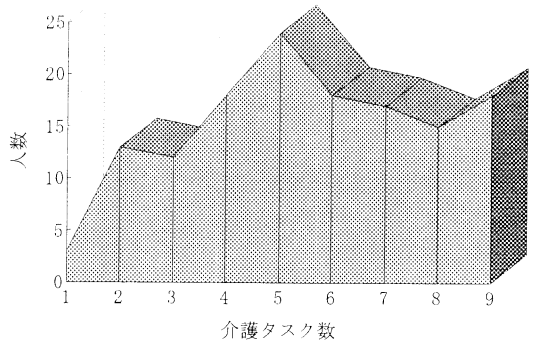


図5 介護タスクの数

### 12 福祉サービス

現在、要介護者が受けている福祉サービスは、「デイサービス」が57.8%、「ショートステイ」が48.9%、「訪問看護」が23.0%、「ホームヘルプ」が15.8%、「受けていない」が16.5%であった。

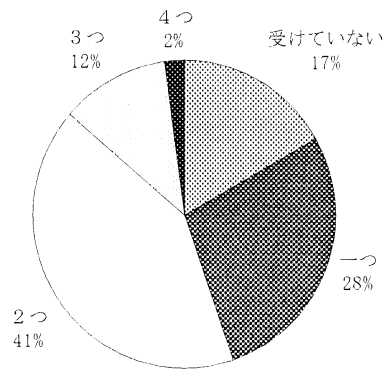


図6 受けるサービスの数

### 13 福祉サービスの数

現在、受けている福祉サービスの平均数は1.55 (SD=0.97)、メディアンが2であった。

### 14 介護を手伝ってくれる人の有無

有効回答者の52.9%が「手伝ってくれる人」が「いる」、47.1%が「いない」であった。

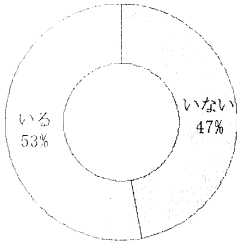


図7 介護を手伝ってくれる人の有無

(2) 要介護者の属性

1. 要介護者の性別

女性が64.5%、男性が35.5%であった。

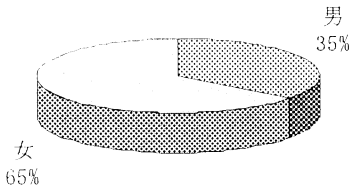


図8 要介護者の性別

2. 要介護者の年齢

要介護者の年齢を「65歳未満」、「65歳以上75未満」、「75歳以上」に分類した。一般的に、「65歳以上75歳未満」は前期高齢者層、「75歳以上」は後期高齢者層に該当する。

サンプルの比率は、「65歳未満」が9.2%、「65歳以上75歳未満」が17.7%、「75歳以上」が73%であった。

なお、有効回答者141名の平均年齢は80.21歳 (SD 9.86歳)、メディアンが82歳であった。最高齢の要介護者は103歳、最も若い要介護者は54歳であった。

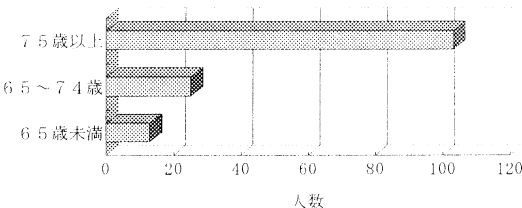


図9 要介護者の年齢

3. 要介護者の身体的状況

要介護者の42.3%が「寝たきり」、27%が「寝たきり、起きたり」、20.4%が「家での介助が必要」、10.2%が「外出の時だけ介助が必要」であった。

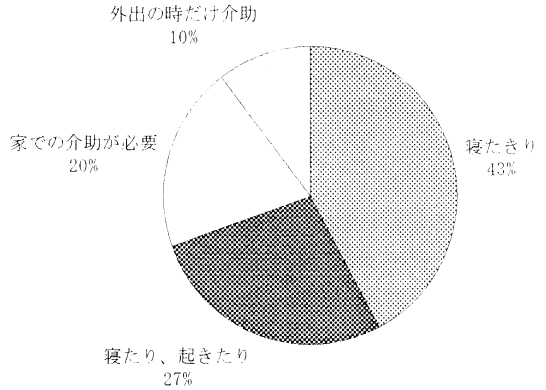


図10 要介護者の身体状況

4. 要介護者の痴呆症状

要介護者の痴呆症状は35.6%が「よく見られる」、25.8%が「時々見られる」、38.6%が「見られない」。

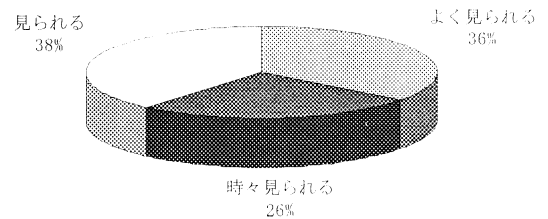


図11 要介護者の痴呆症状

(3) 介護者版 QLI 得点

1 介護者版 QLI 項目の因子構造の検討

介護者版の因子構造を確認するために、満足度と重要度で算出された得点を使って因子分析を行った。その結果、項目(18)「心の安らぎ」を取り除き、因子数を5にした時に、最も因子の解釈が容易だった。なお、その際に、固有値1.0以上の因子も5であった。そこで先の項目を除いて、因子数を5にしてバリマックス回転後の結果が表1である。

それぞれの因子の意味を検討した結果、第1因子は「対人関係」、第2因子は「余裕のある生活」、

第3因子は「社会環境」、第4因子は「家庭生活」、第5因子は「生き甲斐」であった。5つの因子の累積説明率は69.7%であった。

本研究では、基本的に今回の介護者版で得られた因子構造を採用して、以下の分析に使用すること

にしたい。

2 重要度の単純集計

QLIを構成する重要度25項目の回答結果は表2の通りである。集計の対象は、全サンプル141であ

表1 QLI項目因子分析(バリマックス回転後)

第1因子(寄与率44.2%) 対人関係							
N0	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
7	要介護者との関係	0.72	0.03	0.13	0.32	0.20	0.68
17	家族との関係	0.66	0.42	0.29	0.06	0.08	0.71
13	まわりの人からの支え	0.56	0.24	0.41	-0.00	0.14	0.56
19	信心を持つ	0.52	0.22	0.06	0.05	0.35	0.45
15	近所とのつき合い	0.51	0.27	0.36	0.10	0.28	0.55
12	家族が助け合う	0.51	0.34	0.44	0.10	-0.11	0.59
第2因子(寄与率9.5%) 余裕のある生活							
N0	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
22	友人とのつき合い	0.28	0.72	0.23	0.11	0.08	0.67
1	あなたの健康	-0.10	0.57	0.14	0.51	0.17	0.64
21	家族みんなの幸せ	0.49	0.54	0.36	0.20	0.03	0.71
25	自分の力でまわりの事をする	0.29	0.54	0.39	0.29	0.07	0.62
20	人生の目標を達成する	0.49	0.50	0.29	0.04	0.45	0.79
10	将来の見通しが立つ	0.30	0.50	0.48	0.11	0.24	0.64
9	趣味を持つ	0.20	0.49	0.34	-0.02	0.38	0.54
26	余暇活動を楽しむ	0.23	0.48	0.43	0.12	0.28	0.57
23	住宅の住み易さ	0.21	0.45	0.33	0.42	-0.06	0.54
14	心配事がない	0.37	0.23	0.43	0.15	0.29	0.62
第3因子(寄与率6.9%) 社会環境							
N0	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
11	充実した福祉サービス	0.15	0.20	0.85	0.13	0.12	0.82
24	充実した医療サービス・制度	0.17	0.24	0.76	0.19	0.05	0.70
16	社会が平和で安全	0.27	0.18	0.49	0.05	0.21	0.39
第4因子(寄与率4.8%) 家庭生活							
N0	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
2	介護者としての役割を果たす	0.15	0.10	0.10	0.93	0.25	0.97
8	経済的にゆとりのある生活	0.14	0.10	0.14	0.88	0.25	0.88
4	家庭で介護者以外の役割を果たす	0.17	0.31	0.07	0.43	0.39	0.46
第5因子(寄与率4.4%) 生きがい							
N0	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
3	他の人の役に立つ	0.19	0.03	0.09	0.34	0.65	0.58
5	仕事を持つ	0.05	0.11	0.08	0.16	0.57	0.37
6	自分に誇りを持つ	0.51	0.01	0.17	0.20	0.55	0.63

表2 重要度単純集計

NO	項目	非常に 大切	大切	やや 大切	あまり 大切でない	大切で ない	全く 大切でない	無回答
1	あなたの健康	104 (73.8)	34 (24.1)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	- (-)
2	介護者としての 役割を果たす	27 (19.4)	87 (62.6)	25 (18.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (-)
3	他の人の役に立つ	14 (10.3)	77 (56.6)	42 (30.9)	3 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (-)
4	家庭で介護者以外 の役割を果たす	32 (24.1)	72 (54.1)	24 (18.0)	2 (1.5)	0 (0.0)	3 (2.3)	8 (-)
5	仕事を持つ	7 (5.5)	31 (24.2)	29 (22.7)	34 (26.6)	11 (8.6)	16 (12.5)	13 (-)
6	自分に誇りを持つ	27 (20.1)	67 (50.0)	27 (20.1)	8 (6.0)	3 (2.2)	2 (1.5)	7 (-)
7	要介護者との関係	35 (25.2)	71 (51.1)	29 (20.9)	3 (2.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	2 (-)
8	経済的にゆとりの ある生活	66 (46.8)	61 (43.3)	10 (7.1)	3 (2.1)	1 (0.7)	0 (0.0)	- (-)
9	趣味をもつ	47 (34.8)	63 (46.7)	13 (9.6)	8 (5.9)	2 (1.5)	2 (1.5)	6 (-)
10	将来の見通しが 立つ	40 (29.6)	61 (45.2)	24 (17.8)	6 (4.4)	3 (2.2)	1 (0.7)	6 (-)
11	充実した福祉 サービス	90 (64.3)	42 (30.0)	6 (4.3)	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (-)
12	家族が助け合う	82 (59.9)	48 (35.0)	5 (3.6)	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (-)
13	まわりの人からの 支え	61 (44.2)	52 (37.7)	21 (15.2)	3 (2.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	3 (-)
14	心配事がない	54 (38.6)	62 (44.3)	19 (13.6)	3 (2.1)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (-)
15	近所とのつき合い	32 (22.7)	81 (57.4)	25 (17.7)	3 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	- (-)
16	社会が平和で安全	89 (65.0)	46 (33.6)	2 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (-)
17	家族との関係	77 (55.8)	56 (40.6)	5 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (-)
18	心の安らぎ	85 (60.7)	53 (37.9)	2 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (-)
19	信心を持つ	26 (19.1)	37 (27.2)	42 (30.9)	21 (15.4)	5 (3.7)	5 (3.7)	5 (-)
20	人生の目標を達成 する	28 (21.2)	66 (50.0)	31 (23.5)	6 (4.5)	0 (0.0)	1 (0.8)	9 (-)
21	家族みんなの幸せ	92 (67.6)	41 (30.1)	3 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (-)
22	友人とのつき合い	49 (35.3)	76 (54.7)	12 (8.6)	2 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (-)
23	住宅の住み易さ	66 (46.8)	67 (47.5)	8 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	- (-)
24	充実した医療 サービス・制度	104 (74.3)	34 (24.3)	2 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (-)
25	自分の力でまわり の事をする	68 (48.2)	63 (44.7)	9 (6.4)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	- (-)
26	余暇活動を楽しむ	46 (33.8)	71 (52.2)	12 (8.8)	5 (3.7)	1 (0.7)	1 (0.7)	5 (-)

表3 満足度単純集計

NO	項目	非常に満足	満足	やや満足	やや満足でない	満足でない	全く満足でない	無回答
1	あなたの健康	4 (2.8)	24 (17.0)	45 (31.9)	30 (21.3)	18 (12.8)	20 (14.2)	- (-)
2	介護者としての役割を果たす	6 (4.4)	35 (25.5)	62 (45.3)	22 (16.1)	9 (6.6)	3 (2.2)	4 (-)
3	他の人の役に立つ	2 (1.5)	30 (22.2)	55 (40.7)	35 (25.9)	7 (5.2)	6 (4.4)	6 (-)
4	家庭で介護者以外の役割を果たす	3 (2.3)	33 (25.6)	57 (44.2)	27 (20.9)	6 (4.7)	3 (2.3)	12 (-)
5	仕事を持つ	1 (0.9)	21 (18.8)	22 (19.6)	31 (27.7)	15 (13.4)	22 (19.6)	29 (-)
6	自分に誇りを持つ	9 (6.8)	31 (23.5)	68 (51.5)	14 (10.6)	5 (3.8)	5 (3.8)	9 (-)
7	要介護者との関係	9 (6.5)	39 (28.3)	58 (42.0)	24 (17.4)	5 (3.6)	3 (2.2)	3 (-)
8	経済的にゆとりのある生活	3 (2.1)	37 (26.2)	51 (36.2)	30 (21.3)	10 (7.1)	10 (7.1)	- (-)
9	趣味をもつ	6 (4.4)	29 (21.5)	35 (25.9)	31 (23.0)	17 (12.6)	17 (12.6)	6 (-)
10	将来の見通しが立つ	5 (3.8)	14 (10.6)	32 (24.2)	43 (32.6)	19 (14.4)	19 (14.4)	9 (-)
11	充実した福祉サービス	7 (5.0)	19 (13.7)	59 (42.4)	32 (23.0)	13 (9.4)	9 (6.5)	2 (-)
12	家族が助け合う	12 (8.8)	37 (27.0)	54 (39.4)	23 (16.8)	7 (5.1)	4 (2.9)	4 (-)
13	まわりの人からの支え	10 (7.3)	38 (27.7)	50 (36.5)	28 (20.4)	6 (4.4)	5 (3.6)	4 (-)
14	心配事がない	3 (2.2)	17 (12.2)	52 (37.4)	36 (25.9)	20 (14.4)	11 (7.9)	2 (-)
15	近所とのつき合い	5 (3.6)	30 (21.7)	66 (47.8)	27 (19.6)	8 (5.8)	2 (1.4)	3 (-)
16	社会が平和で安全	7 (5.3)	29 (22.0)	55 (41.7)	24 (18.2)	11 (8.3)	6 (4.5)	9 (-)
17	家族との関係	13 (9.6)	49 (36.0)	51 (37.5)	14 (10.3)	7 (5.1)	2 (1.5)	5 (-)
18	心の安らぎ	8 (5.8)	40 (29.0)	44 (31.9)	27 (19.6)	9 (6.5)	10 (7.2)	3 (-)
19	信心を持つ	9 (7.1)	28 (22.2)	42 (33.3)	31 (24.6)	13 (10.3)	3 (2.4)	15 (-)
20	人生の目標を達成する	3 (2.3)	20 (15.4)	42 (32.3)	41 (31.5)	14 (10.8)	10 (7.7)	11 (-)
21	家族みんなの幸せ	11 (8.1)	35 (25.7)	64 (47.1)	16 (11.8)	9 (6.6)	1 (0.7)	5 (-)
22	友人とのつき合い	7 (5.1)	42 (30.7)	49 (35.8)	26 (19.0)	9 (6.6)	4 (2.9)	4 (-)
23	住宅の住み易さ	10 (7.1)	39 (27.9)	51 (36.4)	22 (15.7)	11 (7.9)	7 (5.0)	1 (-)
24	充実した医療サービス・制度	8 (5.8)	24 (17.3)	61 (43.9)	30 (21.6)	8 (5.8)	8 (5.8)	2 (-)
25	自分の力でまわりの事をする	8 (5.9)	43 (31.9)	52 (38.5)	17 (12.6)	10 (7.4)	5 (3.7)	6 (-)
26	余暇活動を楽しむ	5 (3.7)	18 (13.3)	41 (30.4)	37 (27.4)	14 (10.4)	20 (14.8)	6 (-)

る。なお表の中で、括弧内の数字はその項目での百分率を表している。

「重要度」合計点の平均は125.1 (SD=14.06) で、最高が149、最低が51であった。

### 3 満足度の単純集計

QLIを構成する重要度25項目の回答結果は表3の通りである。集計の対象は、全サンプル141である。なお表の中で、括弧内の数字はその項目での百分率を表している。

「満足度」合計点は平均90.2 (SD=21.51) で、最高が138、最低が22であった。

### 4 介護者版 QLI 項目(重要度・満足度)の相関

「重要度」と「満足度」間の関係を検討するために、両得点のピアソン積率相関係数を求めた。その結果、 $r=0.43248$  ( $p < 0.0001$ ) であった。

### 5 QLI 項目の信頼性、妥当性

各因子の内的一貫性信頼性(クロンバック  $\alpha$  係数)は、0.84、0.92、0.77、0.86、0.73であった。またQLI全体の信頼性は $\alpha=0.94$ であった。

また妥当性については、フェランズとパワーズが報告している方法をそのまま採用した。すなわち、QLI得点と「満足度」の合計点のピアソン積率相関係数を求めてみた。その結果 $r=0.98659$  ( $p < 0.0001$ ) であり高い相関が認められた。

これらから、介護者版QLIの信頼性と妥当性は十分満足に値するものと考えた。

なお、「満足度」合計点とQLIの各因子との相

関係数は、それぞれ0.81、0.94、0.71、0.61、0.69 (いずれも、 $p < 0.0001$ ) であった。

### 6 介護者版 QLI 得点

5つの因子の平均得点は、「人間関係」18.26 (SD=4.17)、「余裕のある生活」15.85 (SD=4.81)、「社会環境」16.33 (SD=5.46)、「家庭生活」17.63 (SD=4.75)、「生きがい」16.42 (SD=4.08) であった。さらに各項目ごとに「重要度」と「満足度」を乗じて回答項目数で割ったQLI得点は、平均16.66 (SD=4.01) であった。

### 7 因子間の相関

各因子の得点の相関をみたものが表4である。特にサブスケール間ではいずれの組み合わせにおいても、やや強い相関以上の関係が認められた。ここから、サブスケール間は相互に関連し合っていることが理解できる。また、各サブスケールの得点とQLI得点ともかなりの相関を持っている。

### 8 要介護者の属性と「QLI総合得点」との相関

表5のように、「要介護者の年齢」「要介護者の性別」「要介護者の身体的状況」「要介護者の痴呆症状」4つの変数はそれぞれ「QLI総合得点」との間においても、有意差のある相関が認められていない。つまり、その4つの変数と「QLI総合得点」との間に、相互的関連が見られない。それゆえ、要介護者の属性は、介護者の「生活の質」と関連するとは言えないだろう。

表4 因子間の相関

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	総合得点
因子1	1.00000 0.0					
因子2	0.74021 0.0001*	1.00000 0.0				
因子3	0.52496 0.0001*	0.68009 0.0001*	1.00000 0.0			
因子4	0.41334 0.0001*	0.52608 0.0001*	0.34490 0.0001*	1.00000 0.0		
因子5	0.51060 0.0001*	0.49885 0.0001*	0.33332 0.0001*	0.61566 0.0001*	1.00000 0.0	
総合得点	0.83796 0.0001*	0.94972 0.0001*	0.73416 0.0001*	0.67643 0.0001*	0.67948 0.0001*	1.00000 0.0

\* 有意差あり



9 客観的介護状況と「QLI総合得点」との相関

介護者の客観的介護状況とは、介護時間、介護内容の数のような介護現場において、数字化できると同時に、誰が見ても同じように評価できるような介護状況である。以下では、4つの客観的介護状況の変数と「QLI 総合得点」との相関を見ていきたい。

結果は表6の通りである。「介護時間」と「QLI 総合得点」の間においては、有意差が認められているが、相関はかなり弱い ( $r=-0.263$ )。しかし、ほとんどの「客観的介護状況」の変数と「介護者の生活の質」の間には有意差が出ていないので、両者は関連するとは言えない。

五 総括

今回の分析から、客観的な要因は介護者の「生活の質」にそれほど影響していないことが、検証された。つまり、客観的な環境・状況が変わっても、「介護者の生活の質」が変わるとは限らないことである。その点を、社会福祉政策を考える際には考慮にいれなければならない。しかしながら、社会福祉やサービスが不要になるわけではない。むしろ物質的な給付やサービスを充実させるだけでなく、社会的サポートやソーシャル・ネットワークを広げられるようなサービスも大切であることを主張したい。例えば、介護者の「生活の質」の測定スケールの因子分析では、「人間関係」は介護者の「生活の質」の分散を最もよく説明してい

る。「人間関係」の問題は、物質的なサービスや資源の提供だけでは解決できない。介護者たちから構成されるセルフ・ヘルプ・グループや、介護者・要介護者その他の成員を含んだ家族全体のカウンセリングなど、介護者のソーシャル・サポートやソーシャル・ネットワークを広げられるようなサービスも必要である。

また、因子分析の結果から、介護者の「生活の質」は、「人間関係」、「余裕のある生活」、「社会環境」、「家庭生活」、「生きがい」の五つの因子からなる。したがって、超高齢化社会を迎えるにあたって、高齢者の介護を家族に任せるばかりではなく、サポートやサービスを気楽に当然の権利として受け取ることができるような社会環境の創出などが社会福祉の課題となってくるだろう。つまり、「家族に介護は任せておけばよい」とか、「介護とは身辺の世話である」というような見方の問い直し、「高齢者介護」のあり方の再考が必要なのである。

測定尺度についてであるが、前回の高齢者版のQLIと同様に、介護者版のQLIも信頼性と妥当性が一応検証された。その上、質問項目を日本の文化に合わせた結果、因子分析の結果も安定していた。しかし、サンプル数が少ないと同時に、「介護者の会」(介護者の当事者グループ)のメンバーにしか調査していないため、日本の介護者に一般化できるかどうかという課題はまだ残されている。また、介護していない同世代の人々に同じ測定尺度を使った調査を実施することによって、高齢者の介護をしている介護者の「生活の質」と介

表5 要介護者の属性と5つの変数の相関

	要介護者の年齢	要介護者の性別	要介護者の身体的状況	要介護者の痴呆症状
QLI 総合得点	0.03821 0.6528	0.00836 0.9217	0.03907 0.6504	-0.14867 0.0889

\*  $p < 0.05$

表6 客観的介護状況と「QLI総合得点」との相関

	介護時間	介護年数	介護内容の数	受けるサービスの数
QLI 総合得点	-0.26326 0.0040***	-0.03406 0.6917	-0.10400 0.2197	-0.05341 0.5323

\*\*\*  $p < 0.005$

護していない人々の「生活の質」に差異が存在するか、もし差異があれば、「介護をする」ことがどういうふうに介護者の「生活の質」に影響を与えているのかを見ていきたい。したがって、今後の課題として、QLI 介護者版の妥当性を検証していくために、「介護者の会」に属していない介護者や、介護していない同世代の人々をも調査し、介護者の「生活の質」に影響を与えている要因を探ってきたい。

さらに、介護者、要介護者、他の家族成員を含んだ「介護家族」の「生活の質」を測っていきたい。なぜなら、介護者の「生活の質」と要介護者の「生活の質」とは深く関わっているからである。家族メンバーは一緒に家族生活を成り立たせ、相互に影響し合っているのであるから、「要介護者」と「家族介護者」の「生活の質」を同時に把握する必要があると思われる。これまでの老年社会科学は、「家族介護者」と「高齢者」の「生活の質」を別々に切り離して扱ってきているが、今後は「要介護者」と「家族介護者」を含んだ家族全体の「生活の質」の理論とモデルを考える必要があると思われる。そして、ヘルパーのような家族成員以外の「介護者」や福祉サービスを含んだモデルの構築作業にも取り組みたい。

#### 参考引用文献：

- Andrews F. M., Robinson J. P., 1976, *Social indicators of well-being: America's perception of life quality* (Plenum, New York).
- Brody E. M., 1981, "Woman in the middle" and family help to older people. *The Gerontologist*, 21 (5): 471-480.
- Brody E. M., 1985, Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25 (1): 19-29.
- Browne J. P., O'Boyle C. A., McGee H. M., Joyce C. R. B., MacDonald N. J., O'Malley K., Hiltbrunner B.: 1994, Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research* 13: 235-244.
- Campbell A., 1976a, Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31: 117-124.
- Campbell A., Converse P., Rodgers W., 1976b, *The quality of American life* (Russell Sage Foundation, New York).
- Cicirelli V. G., 1988, A Measure of Filial Anxiety regarding Anticipated Care of Elderly Parents. *The Gerontologist*, 28 (4): 478-481
- Ferrans C. E., 1990a, Development of a Quality life index for the patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (3, Suppl): 15-19.
- Ferrans C. E., 1990b, Critique of the development of a Quality of Life Index for patients of Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (3, Suppl): 20-21.
- Ferrans C. E., Powers M. J., 1985, Quality of Life Index: Development and Psychometric Properties. *Advances in Nursing Science*, 8 (1): 15-24.
- Ferrans C. E., Powre M. J., 1992, Psychometric Assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health* 15: 29-38.
- 藤崎宏子, 1990 「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因—分析枠組みの検討」『総合都市研究』39、61-83.
- George L. K., Gwyther L. P., 1986, Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26 (3): 253-259.
- Grad J., Sainsbury P., 1963, *Mental illness and the family*. The Lancet.
- Hasselkus B. R., 1988, Meaning in Family Caregiving: Perspectives on Caregiver/Professional Relationships. *The Gerontologist*, 28 (5): 686-690.
- 金子勇・長谷川公一, 1993 『マクロ社会学』新曜社.
- 黒田裕子, 1992a 「クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的側面」『看護研究』25 (2): 2-10.
- 黒田裕子, 1992b 「クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その測定方法について」『看護研究』25 (3): 2-12.
- Lawton M. P., Kleban M. H., Moss M., Rovie M., Glicksman A., 1989, Measuring caregiver appraisal. *Journal of Gerontology*, 44: 61-67.
- Lawton M. P., Moss M., Kleban M. H., Glickman A., 1991, A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46: p. 181-189.
- 前田大作、冷水豊、1994 「障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析」『社会老年学』19: 3-17.
- Maslach C., Jackson S. E., 1991, The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational behavior*, 2: 99-113.
- 松岡克尚、山本誠、孫良、浅野仁、1995 「QOL 測定スケール (日本語版 QOL) の開発—高齢者を対象として」『関西学院大学社会学部紀要』72: 113-133.
- Mayeroff M., 1971, On Caring, Harper & Row (1989 『ケアの本質』田村貞・向野宣之訳、ゆみる出版)
- 室伏君七、1994 「痴呆性老人の介護者のストレスと

- QOL」『第10回日本ストレス学会総会』。
26. 仲村優一他編、1982『社会福祉辞典』全国社会福祉協議会。
  27. 中里克治、1992「心理学からのQOLへのアプローチ」『看護研究』25(3):13-22.
  28. 中谷陽明、1992「在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき”—Maslach Burnout Inventory”適用の試み」『社会老年学』36:15-26.
  29. 中谷陽明、東條光雅、1989「家族介護者の受ける負担—負担感の測定と因子分析」『社会老年学』29:27-36.
  30. 新名理恵、1992「痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減」『老年社会科学』14 Suppl.:38-44.
  31. 新名理恵、1991「在宅痴呆症老人の介護者負担感—研究の問題点と今後の望」、『老人精神医学雑誌』2:754-762.
  32. 岡村民夫、久恒マサ子、奥田いさよ編、1993『介護概論』川島書店。
  33. 小國英夫、1995「『介護リスク』という認識の危険性」日本老年社会科学会第37回大会。
  34. Pearlin L. I., Mullan J. T., Senple S. J., Skaff M. M., 1990, Caregiving and stress process: An review of Concept and their measures. *The Gerontologist*. 30 (5): 583-591.
  35. Pearlman R. A., Uhlmann R. F., 1988, Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology*. 43 (2): M25-30.
  36. Poulshock, S. W., Deimling, G. T., 1984, Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39 (2), 230-239.
  37. Robinson B. C., 1983, Validation of a caregiver strain index. *Journal of Gerontology*. 38 (3): 344-348.
  38. Schneider M., 1975, The quality of life in large American cities: Objective and subjective social indicators. *Social Indicators Research*. 1:495-509.
  39. Tebb S., 1995, An Aid to Empowerment A Caregiver Well-Being Scale, *Health & Social Work*. 20 (2): 87-92.
  40. 手島陸久、岡本多喜子、岡村清子、浅海奈津美、佐藤路子、1992「在宅脳血管障害患者の介護者の抑うつ状態とその規定要因—デイホスピタル利用患者家族の追跡調査から」『社会老年学』33:26-37
  41. Thompson, E., Doll, W. 1982, The burden of family coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379-388.
  42. Vitaliano P. P., Young H. M., Russo J., 1991, Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*. 31 (1): 67-75.
  43. Zarit S. H., Reeves K. E., Bach-Peterson J., 1980, Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*. 20: 649-655.
  44. Zarit S. H., Todd P. A., Zarit J. M., 1986, Subjective burden of husbands and wives as caregivers: Longitudinal study. *The Gerontologist* 26 (3): 260-266.

参考資料：

## 介護者の「生活の質」 アンケート調査

**介護者**とはお年寄りのお世話をしているあなたのことを示します。  
**要介護者**とはあなたがお世話をしているお年寄りのことを示します。

問1 介護者の方（あなた）についてお聞かせ下さい。

必要なものを記入し、また、当てはまるものに○印をおつけ下さい。

- (1) あなたの年齢と性別をお聞かせ下さい。  
 満\_\_\_\_\_歳  
 男 16人(11.3%)・女 125人(88.7%)
- (2) 要介護者との続柄はいかがですか。
- |        |            |
|--------|------------|
| 1. 父   | 8人(5.7%)   |
| 2. 母   | 39人(27.7%) |
| 3. 配偶者 | 45人(31.9%) |
| 4. 義父母 | 48人(34.0%) |
| 5. 兄弟  | 1人(0.7%)   |
| 6. その他 | 0人(-)      |
- (3) 現在、結婚されておられますか。
- |       |             |
|-------|-------------|
| 1. 未婚 | 8人(5.7%)    |
| 2. 既婚 | 123人(87.9%) |
| 3. 離婚 | 2人(1.4%)    |
| 4. 死別 | 7人(5.0%)    |
- (4) お子さんはおられますか。
- |        |             |
|--------|-------------|
| 1. いない | 21人(14.9%)  |
| 2. いる  | 120人(85.1%) |
- (5) 現在、要介護者と同居していらっしゃいますか。
- |           |             |
|-----------|-------------|
| 1. 同居している | 114人(81.4%) |
| 2. 別居している | 26人(18.6%)  |
- (6) 現在、お仕事についておられますか。
- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1. ついている            | 30人(21.3%) |
| 2. ついていない           | 89人(63.1%) |
| 3. ついていたが介護のために退職した | 22人(15.6%) |
- (7) 現在、一日の介護に要する時間はどのくらいでしょうか。

計\_\_\_\_\_時間ぐらい

(8) 現在まで、どれぐらい介護なさっておられますか。

\_\_\_\_\_年間

(9) 介護の内容について聞かせて下さい（いくつ選ばれても構いません）。

- |            |             |
|------------|-------------|
| 1. 食事介助    | 82人(59.6%)  |
| 2. 入浴介助    | 98人(71.0%)  |
| 3. 排泄介助    | 100人(72.5%) |
| 4. 歩行・移動介助 | 92人(66.7%)  |
| 5. 看護・手当   | 51人(37.%)   |
| 6. 家事      | 74人(53.6%)  |
| 7. 買い物     | 76人(55.1%)  |
| 8. 話し相手    | 90人(65.2%)  |
| 9. 通院・外出   | 91人(65.9%)  |
| 10. その他    | 12人(8.7%)   |

(10) 現在、福祉サービスを受けておられますか（いくつ選ばれても構いません）。

- |             |            |
|-------------|------------|
| 1. ホームヘルパー  | 22人(15.8%) |
| 2. デイサービス   | 80人(57.6%) |
| 3. ショートステイ  | 68人(48.9%) |
| 4. 訪問看護     | 32人(23.0%) |
| 5. その他      | 13人(9.4%)  |
| 6. 特に受けていない | 23人(16.5%) |

(11) 現在、別居家族も含んで介護を手伝ってくれる人はいらっしゃいますか。

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 特にいない | 66人(47.1%) |
| 2. いる    | 74人(52.9%) |

問2 要介護者の方（お年寄り）についてお聞かせ下さい。

必要なものを記入し、また、当てはまるも

のに○印をおつけ下さい。

(1) 要介護者の年齢と性別を聞かせて下さい。

満 \_\_\_\_\_ 歳

男 50 (35.5%) ・ 女 91 (64.5%)

(2) 現在、要介護者はどのような状態でいらっしゃいますか。

1. 一日の大半を寝たままで過ごす  
58人(42.3%)

2. 寝たり、起きたりの状態 37人(27%)

3. 床から離れていることが多い  
28人(20.4%)

4. 外出の時には介助が必要 14人(10.2%)

(3) 現在、痴呆の症状（徘徊、夜間大声を出す、著しい物忘れ等）はみられますか。

1. よくみられる 47人(35.6%)

2. 時々みられる 34人(25.8%)

3. みられない 51人(38.6%)

問5 あなた自身の生活にとって、以下のことはどの程度大切だとお考えですか。

当てはまる番号に○印をおつけください。

	非常に大切	大切である	やや大切	あまり大切でない	大切でない	全く大切でない
(1) あなたの健康	1	2	3	4	5	6
(2) 介護者としての役割を果たすこと	1	2	3	4	5	6
(3) 他の人の役に立つこと	1	2	3	4	5	6
(4) 家庭で介護者以外の役割を果たすこと(育児、家事等)	1	2	3	4	5	6
(5) 仕事を持つこと	1	2	3	4	5	6
(6) 自分に誇りを持つこと	1	2	3	4	5	6
(7) 要介護者との関係	1	2	3	4	5	6
(8) 経済的にゆとりのある生活	1	2	3	4	5	6
(9) 趣味を持つこと(書道、英会話、運動)	1	2	3	4	5	6
(10) 将来の見通しが立つこと	1	2	3	4	5	6
(11) 充実した福祉サービス	1	2	3	4	5	6
(12) 家族が助け合うこと	1	2	3	4	5	6
(13) まわりの人からの支え(励まし、慰め等)	1	2	3	4	5	6
(14) 心配事がないこと	1	2	3	4	5	6
(15) 近所とのつき合い	1	2	3	4	5	6
(16) 社会が平和で安全であること	1	2	3	4	5	6
(17) 家族との関係	1	2	3	4	5	6
(18) 心の安らぎ	1	2	3	4	5	6
(19) 信心を持つこと	1	2	3	4	5	6
(20) 人生の目標を達成すること	1	2	3	4	5	6
(21) 家族みんなの幸せ	1	2	3	4	5	6
(22) 友人とのつき合い	1	2	3	4	5	6
(23) 住宅の住み易さ	1	2	3	4	5	6
(24) 充実した医療サービス・制度	1	2	3	4	5	6
(25) 自分の力で身のまわりの事をする事(家事等)	1	2	3	4	5	6
(26) 余暇活動を楽しむこと(映画、旅行等)	1	2	3	4	5	6

問6 問5でお聞きしましたあなたの生活において、あなたは実際にどの程度満足していらっしゃいますか。

当てはまる番号に○印をおつけください。

	非常に満足	満足である	やや満足	あまり満足でない	満足でない	全く満足でない
(1) あなたの健康	1	2	3	4	5	6
(2) 介護者としての役割を果たすこと	1	2	3	4	5	6
(3) 他の人の役に立つこと	1	2	3	4	5	6
(4) 家庭で介護者以外の役割を果たすこと(育児、家事等)	1	2	3	4	5	6
(5) 仕事を持つこと	1	2	3	4	5	6
(6) 自分に誇りを持つこと	1	2	3	4	5	6
(7) 要介護者との関係	1	2	3	4	5	6
(8) 経済的にゆとりのある生活	1	2	3	4	5	6
(9) 趣味を持つこと(書道、英会話、運動)	1	2	3	4	5	6
(10) 将来の見通しが立つこと	1	2	3	4	5	6
(11) 充実した福祉サービス	1	2	3	4	5	6
(12) 家族が助け合うこと	1	2	3	4	5	6
(13) まわりの人からの支え(励まし、慰め等)	1	2	3	4	5	6
(14) 心配事がないこと	1	2	3	4	5	6
(15) 近所とのつき合い	1	2	3	4	5	6
(16) 社会が平和で安全であること	1	2	3	4	5	6
(17) 家族との関係	1	2	3	4	5	6
(18) 心の安らぎ	1	2	3	4	5	6
(19) 信心を持つこと	1	2	3	4	5	6
(20) 人生の目標を達成すること	1	2	3	4	5	6
(21) 家族みんなの幸せ	1	2	3	4	5	6
(22) 友人とのつき合い	1	2	3	4	5	6
(23) 住宅の住み易さ	1	2	3	4	5	6
(24) 充実した医療サービス・制度	1	2	3	4	5	6
(25) 自分の力で身のまわりの事をする事(家事等)	1	2	3	4	5	6
(26) 余暇活動を楽しむこと(映画、旅行等)	1	2	3	4	5	6