高齢者に対する家族介護者の『生活の質』研究（その２）*

—理論的モデルの構築と検証—

孫　　良
浅　野　　仁

はじめに

本稿は、高齢者を介護する家族介護者の「生活の質」の把握を目的としているが、本誌の前号において、家族介護者の生活の質を測定するためのスケール（QLIの介護者版）について記述した（孫ら、1996、以下「その１」と略記）。その続きに当たる本稿の目的は、介護者の生活の質（QOL）に関する理論的モデルの構築のための検証である。理論的モデルについて、われわれが本稿で取り組む課題を簡単に述べておきたい。

まず、介護者の「生活の質」は、「介護実践（介護を行うことそれ自体）」から影響を受けているのかどうか、どのような影響を受けているのか、を検討する必要がある。そのために、介護実践による主観的コスト（cost）と主観的利得（benefit）が介護者の「生活の質」にどういう影響を与えているか、を考察する必要がある。

さらに、本稿では、介護者の介護についての主観的考え・思いに焦点を合わせる。例えば、介護者の研究において、客観的な状況よりも、介護者が介護を主観的にどう捉らえているかの方が、介護者が自分のニーズを満たす能力に対してより影響力をもつことが報告されている　（Tebb, S., 1995）。また、同じ客観的状況におかれた複数の介護者の、生活に対する満足感の測定値が全く異なるようなケースも報告されている　（Cicirelli, V. G., 1988; Zarit et al., 1980）。これらの研究が指摘しているように、介護者がおかれた客観的な状況以上に、その状況についての思い、感情、意味などが、介護者の問題を生み出し、その「生活の質」に影響していると考えられる。それゆえに、介護者の「生活の質」を把握する場合には、客観的な要因以上に、主観的要因を重視しなければならない。

そこで今回、介護についての主観的な思い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かを、介護者の「生活の質」の調査を通じて分析したい。

一　理論的モデルの構築

われわれは「その１」で、「介護者の生活の質」をその人の主観的幸福感として捉えた。なぜなら、その人が何をどれくらい重要なものと考えていて、どれぐらい満足しているかによって、たとえ客観的な状況が同じであっても、幸福感は異なってくるからだ。お金がさほど重要と考えていない人にいくら大金を積んでもそれほど幸福とは感じないだろう。それゆえ、介護者がさまざまな生活の領域について抱いている「重要度」「満足度」が、「生活の質」を構成するものと結論した。

本稿では、介護行為にまつわる「コストと利得」を取り上げる。この両者も介護者のQOLに関連すると考えているからだ。ここで言う「コスト」とは、これまで負担として扱われてきたものとほぼ重なる。しかし、介護行為には負担ばかりが伴うのではなく、「恩返し」というような積極的な側面（「利得」）が伴うものである。

さらに、介護行為について、それを“しないといけないとどの程度考えているか”（「責任意識」）、“どの程度できると考えているか”（「能力意識」）、“どのくらい意欲を持っているか”（「介護意志」）、によって、介護者の主観的幸福感の程度も異なってくるだろう。この３つの次元をここでは

*キーワード：高齢者、家族介護者、生活の質

「主観的介護条件」と規定する。

次のセクションではまず「主観的介護条件」を取り上げ、この概念が介護者の生活の質を規定する最も基礎的な部分であることを論証する。

I　介護者の主観的介護条件

介護者の研究において、客観的な状況よりも、介護者が介護を主観的にどう捉らえているかの方が、介護者が自分のニーズを満たす能力に対してより影響力をもつことは前述した　(Tebb, S., 1995)。つまり、介護の客観的条件よりも、介護に対する主観的な思いが介護者の生活に影響している、というわけである。したがって、介護内容、介護者の属性、要介護者の障害程度、ソーシャルサポートのような「客観的介護条件」の他に、介護者の主観的な思いのような「主観的介護条件」をみる必要があると考えられる。しかし、客観的な要因が介護者の負担・ストレスに与える影響を扱った研究は多数あるのに対して（例えば手島ら、1992；佐藤、1989；中谷ら、1989等)、主観的要因を扱った研究は数少ない。そこで、主観的要因を重視する本稿は、介護者の「主観的な介護条件」が介護者の「生活の質」に与える影響を、解明することを目的としたい。

では、介護者の「主観的介護条件」とは何か。それは、“介護者が介護を実践する際に抱く思い、意識、感情”である。その「主観的介護条件」を、責任意識・介護意志・能力意識の３つの次元から構成されていると操作的に定義し、それらの介護者の「生活の質」への影響を調べたい。

上の３つの次元はそれぞれ、社会規範、対人関係、自己アイデンティティ等の先行要因の影響を受けていると考えられる。しかし、本稿ではこれらの先行要因よりは、むしろ介護者の「主観的介護条件」が介護者へ与える影響を明らかにすることが目的なので、先行要因が主観的介護条件にどのような影響を与えているかを論じることはここではしない。

(１)「責任意識」の次元

“SHOULD”「しなければならない」という責任意識とは、“家族介護にまつわる社会規範（social norms）に介護者が抱く個人的な思い・考え・反応”、と定義しておきたい。

「高齢者を介護することは家族の責任である」とか「高齢者は在宅で介護すべきだ」などのことばをよく耳にするが、ここには介護責任についての社会規範が見られる。これらのことばを小さな頃から聞かされてきた介護者は、この規範を内面化し、様々な思い、考えを持ってきたことだろう。実際に在宅介護に当たるときには、この規範の内面化の程度に応じて、ストレス・負担・生活の質の程度も異なってくると思われる。

確かに、「家族介護」が行われなければならないという社会的道徳の存在は「家族介護」を成り立たせている条件の一つである。しかし、核家族化が進む中、介護者の高齢化も進み介護に必要な力を持たない介護者が増えている。このような状況下では、道徳だけが存在しても何にもならない。それどころか、逆に、このような道徳が、介護者・要介護者の共倒れを助長しているとの指摘がある（山井、1995)。つまり、「責任意識」は、介護者にとって悩みや負担の源になるかもしれないのである。

また、ブロディ（Brody, 1981）によると、多くの中年の女性は以下の２つの葛藤する価値観からプレッシャーを経験していると言う。その二つの葛藤する価値観とは、(1)高齢者の介護をするのは家族の責任だという伝統的な価値観と、(2)女性にも外で働く自由があるという新しい価値観である。現在、中年の女性は、昔ながらの主婦、母親、祖母の役割の他に、労働者の役割と、自分の親や義理の親の介護者の役割も受け持つようになってきた。子育てがやっと終わって、自分の自己実現を追求できるようになったと思った時期に、親や配偶者の介護で、自分のしたいことができなくなる場合も珍しくない。その場合、自己実現を求めることの方を大切に思う介護者にとって、内面化してきた「家族介護を行わなければならない」という「責任意識」が、自己実現の障害になり、生活に対する不満や負担を増やしてしまうだろう。

以上のことから、介護者の「責任意識」は、「介護のコストと利得」および「生活の質」にも影響を与えていると思われる。

（2）「介護意志」の次元

“WOULD”「私は介護したい」という介護意志を、“介護実践についての介護者本人の意志”、と定義しておく。

「介護意志」は、介護者の「生活の質」へ何らかの影響を与えていると思われる。それを説明するために、次に二つのケースを紹介したい。

これまでにインタビューした事例の中で、次のようなケースに出会ったことがある。自分の妻を在宅介護している男の人なのだが、妻の介護ができるのを感謝していると言うのである。つまり、彼はそれまでの人生の中で奥さんから一方的に世話を受けるばかりで、彼女に対して申し訳なく感じていた、と言う。いつかはこの恩返しをしたいと考えていたわけである。奥さんは要介護者となってしまったのだが、夫のほうは恩返しができるチャンスと考えて、熱心に妻の介護を行い、充実した生活を送っている。このような彼の介護実践は、「妻を介護したい」という思いに裏づけられており、その結果、介護利得や「生活の質」が高くなっている、と考えられる。

他にも次のようなケースがあった。アルバイトに精を出していた女性（70歳）が、突然夫の介護をしなければならなくなってしまった。そこでアルバイトをやめて彼の面倒をみ始めたのだが、彼女にとってアルバイトは当時の生きがいであった。夫の介護をすることにそれほど不満はなかったが、自分の生きがいを奪われたような気がして、彼女の生活の満足感は低下してしまった。その結果、彼女は夫の介護を「したくなくなった」。つまり、当時の生きがいであったアルバイトを奪われたために、最初はそれほど不満ではなかった介護行為が不満の種になってしまったというわけである。

以上の二つのケースの介護者は、両者とも「介護しなければならない」という介護の責任意識が強いし、経済状況や年齢などの客観的な条件もほとんど同じであった。けれども、介護に対する意志が違うだけで、介護のコストと利得及び「生活の質」も全く異なっている。つまり、介護者の「介護意志」も「介護コストと利得」及び「生活の質」に影響すると言えるだろう。

（3）「能力意識」の次元

“COULD”「私は介護できるか」という能力意識を、“介護者の自分の介護実践能力に対する主観的評価・判断”、と定義しておきたい。

介護能力と言うと、やはり介護者の健康状況や経済状況のような客観的能力を思い浮かべる。しかし、介護者の能力については、「第三者」の判断より、介護者自身の判断の方が、よりよくその実態を示している。例えば近年、次のような不安を訴える事例報告がよく見られるようになってきた。自分の親が介護を必要とすることに不安を感じる人が増えているのである。このような事例は「子どもとしての不安（filial anxiety）」と呼ばれている。症状としては、自分はいつまでたっても親の“子供”であるから、親の介護などできるわけはないと思っている場合もあれば、親の衰えていく姿など見られないという思いから、自分には親を介護する能力が欠けていると判断する場合もある（Cicirelli, V. G., 1988）。恐らく客観的にはこの成人した子供には親の介護をする能力が備わっているだろうが、彼らの「生活の質」の程度は、この客観的能力の程度にではなく、当人の介護能力に関する主観的な判断に関連するだろう。したがって、介護者の介護に対する「能力意識」と「主観的コストと利得」及び「生活の質」との関係を把握する必要があると考えられる。

II　介護者の主観的介護コストと利得

介護場面での何らかの客観的物事よりは、その物事に対する主観的な評価（appraisals）が、その介護者の幸福感に影響している（Zarit, et al., 1980; Lawton, et al., 1991; Kinney & Stephens, 1989等）。つまり、介護場面に起きた物事をマイナスに評価するか、それともプラスに評価するかで、介護者の「生活の質」が異なってくる、というわけである。それゆえ、本稿では、“介護実践による影響を介護者がどう評価するか”を基準に、その評価を「主観的介護コスト」と「主観的介護利得」に分け、それぞれが介護者の「生活の質」に与える影響を調べていきたい。

「介護コスト（cost）」と「介護利得（benefit）」

という言葉をきくと、「介護していくらもらえるか」や「介護のためにいくら払ったか」のような、計算可能な経済的価値を感じさせるかもしれない。しかし、本稿では、経済的側面を全く考慮しないわけではないが、「客観的な価値」とは違った「価値」概念で議論を進めていく。

「介護コスト」には「機会費用（opportunity cost）」という概念を参考にしたい。「機会費用」とは、「捨てられた次善選択肢（the next best option forgone）」のことである。例えば、ここにかにを食べることと本を買うことのどちらを選ぼうか迷っている人がいるとする。この人は結局かにを食べることを選択したが、選択しなかった本が、ここでいう「機会費用」であり、かにを食べることから得た価値が「利得（benefit）」である。その人にとって、かにを食べることの価値（利得）が、かにを選ぶことで犠牲にした本の価値（コスト）より高かったら、満足できるが、逆の場合は、不満が生じるだろう。ここでいう「価値」は客観的な価値ではなく、本人の主観的「価値」であるから、人によって違うはずである。それゆえ、一般でよく使うような「コストと利得」と区別するために、本稿では、「介護者の主観的コストと利得」という言葉を選ぶことにした。

以上の「主観的コスト」と「主観的利得」の概念は、介護の場面でも使えると考えられる。例えば、ある介護者は介護することから得た主観的「価値」（主観的利得）が、介護のために犠牲にしたものの主観的「価値」（主観的コスト）より高いと思う場合、介護者の主観的幸福感も高くなるだろう、との仮説が立てられる。言い換えれば、介護者の「主観的コスト」と「主観的利得」は、介護者の「生活の質」に影響を与えているというわけである。

以下では、「主観的コスト」および「利得」についてさらに検討しておきたい。

（1）介護者の主観的介護コスト

「主観的介護コスト」とは、“介護によってもたらされた影響をマイナスに捉えた評価”と定義しておく。つまり、介護による身体的、情緒的、経済的、社会的な犠牲であると、介護者自身が主観的に判断したような事柄である。

「介護コスト」と類似した言葉はたくさんある。例えば「介護負担」、「介護ストレス」、「困難（hassles）」などである。とりわけ、「その1」でレビューした通り、「介護負担」の研究が最も多かった。その中で「主観的負担」の研究が増えてきたのも、「客観的な負担」だけを見ることは介護者の問題を理解するには限界があると見なされ始めたからである。客観的な条件が同じでも、主観的な負担が違うというようなケースも少なくない（Zarit, et al., 1983）。「主観的介護コスト」概念も以上と同じように、介護実践に関する介護者の主観的評価・思いを扱おうとしている。

キニー（Kinney J. M., 1995）によると、介護の「困難（hassles）」とは、介護者が介護する際に、日常の出来事の中で自分の資源を超えていると評価する事柄で、しかも自分をいらだたせると考えているような事柄、を意味する。またキニーは、介護の困難と介護者の幸福感（well-being）との間に強い相関があることも指摘している。つまり、困難と見なす事柄が多い介護者の方が、「幸福感」が低いと言うのである。本稿の「介護の主観的コスト」も「困難」と近い関係にあり、介護者の「生活の質」との相互関係を見ていきたい。

（2）介護者の主観的介護利得

「主観的介護利得」とは、“介護によってもたらされた影響をプラスに捉えた評価”と定義しておきたい。つまり、介護することから得られた精神的・情緒的な満足感・充実感、又は有意義さである。「介護利得」の他に、「介護報酬（rewards）」、「介護満足感（uplifts）」等も類似した意味で使われている。

介護実践は、必ずしも困難や負担のような「マイナス」の結果だけをもたらすだけではなく、「介護者」の役割にまつわる満足感ももたらす。介護実践にまつわる満足感・利得と言えば、大きく以下の三つのタイプに分けられる（Hinrichsen et al., 1992; Lawton et al., 1991）。

1　介護者としての充実感
2　要介護者と関係が親密になったり、要介護者との接触を楽しく感じたり、要介護者の進歩を

見たりすること。

3　家族との関係が親密になってきたこと。

以上のような「介護利得」は介護者の「生活の質」にどういう影響を与えているだろうか。キニーら（kinney, et al., 1995）の調査によると、「介護満足感（uplifts）」と介護者の「幸福感（well-being）」との間では、直接的な相関が見られない。しかし、「介護満足感」と「介護困難（hassles）」との差（net appraisal）が、介護者の「幸福感」との間に有意な相関を持つことが報告されている。つまり、「介護満足感」が「介護困難」より多かったら、介護者の「幸福感」が高くなるというわけである。キニーらは、「介護満足感」と介護者の「幸福感」との間に直接的な相関が見られない理由を、「介護満足感」を求める介護者はかえってストレスを感じてしまうからである、と説明した。ところが、「介護困難」と「介護満足感」との差が介護者の「幸福感」との間に相関を持つということについては、「介護満足感」が介護者を「介護困難」から守る作用があるというのである。その点では、ストレスモデルの理論と一致している。

本稿では、以上のレビューを踏まえて、「介護利得」が、介護者の「生活の質」に対する影響、及び「介護利得」と「介護コスト」の差が介護者の「生活の質」に与える影響を見ていきたい。

Ⅲ　モデルの作成

これまでに、モデルの構成要素である「介護者の主観的介護条件」、「介護の主観的コストと利得」及び「介護者の生活の質」の概念について説明したが、以下ではその3つの構成要素の関係について見ていきたい。

以上3つの構成要素を取り込むモデルを考えると、いくつものパターンが考えられるが、その中で、本稿の理論と最も合致すると思われる4つのモデルを紹介していきたい。この4つのモデルを選んだ理由、あるいはそれぞれが基づいた前提をモデルごとに説明する。

（1）モデル1

図1.1はモデル1の略図である。「主観的介護条件」の3つの次元である「責任意識」、「介護意志」、「能力意識」がそれぞれ「主観的介護コスト」（以下、「コスト」）と「主観的な介護利得」（以下、「利得」）に影響を与えて、そして「コスト」と「利得」が「介護者の生活の質」（以下、「QOL」）に影響を与えるということを図示している。「主観的介護条件」は、直接的に「QOL」に影響するというより、間接的に影響を与えているものと仮定している。このモデルには、「介護」はただ一つの役割に過ぎないから、介護についての主観的思いは直接に介護者の生活全体に影響するより、間接的な影響を与えるだろうという前提がある。そして、「主観的介護条件」の3つの次元が与える「コスト」と「利得」への影響は以下の通りである。

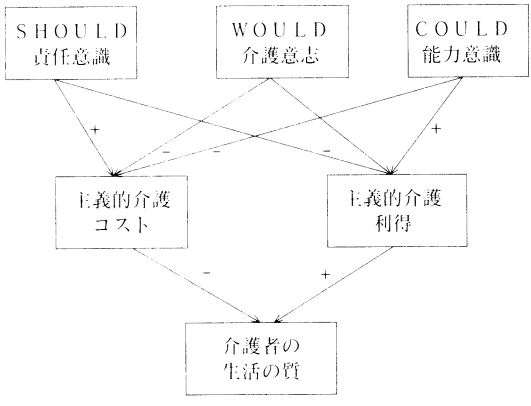
「責任意識」は「コスト」に正比例すると同時に、「利得」に反比例する。つまり、「介護をしなければならない」と責任を感じる介護者は、いろいろな犠牲、「コスト」を払っても介護をする傾向がある。それに対して、「責任意識」がそれほど高くない場合は、介護から得た「満足感」（「利得」）が高くなるかもしれない。例えば、同じ介護の効果が得られた場合に、責任意識が高い人とそれほど高くない人とでは、自分自身や介護行為についての評価はどのように異なるであろうか。責任意識の高い人なら、これぐらいしか介護できない自分は介護の力もないし、介護は自分には合っていないのではないか、などと自分自身や自分の介護行為を低く評価するのではないか。それに対して、それほど責任意識が高くない人は、目標がそれほど高くなく、比較的気楽に介護できるので、同じ介護をしても、自分はよくやっている、介護は苦痛ではなく比較的楽しい、などと自分の行っている介護行為や自分自身を高く評価すると予想される。

「介護意志」と「能力意識」共に、「コスト」とは反比例すると同時に、「利得」に対して正比例の関係を持つ。「介護したい」と思う介護者は、介護実践から満足感（「利得」）を得ていると感じ、同時に、介護のためにたくさんの犠牲（「コスト」）を払っているとは感じないだろう。それと同様に、「自分には介護を行えるだけの力がある」と思っている介護者は、介護のための犠牲や「コスト」と思う事柄が少なくなり、介護からの満足感

(「利得」) を得やすくなる。

また、「コスト」と「QOL」とは反比例の関係で、「利得」と「QOL」とは正比例の関係にある。つまり、介護の「コスト」が高いと感じる介護者は、「QOL」が低くなりがちであるに対して、「利得」が高いと思う介護者の「QOL」が高くなるであろう。

図1.1　モデル1の略図



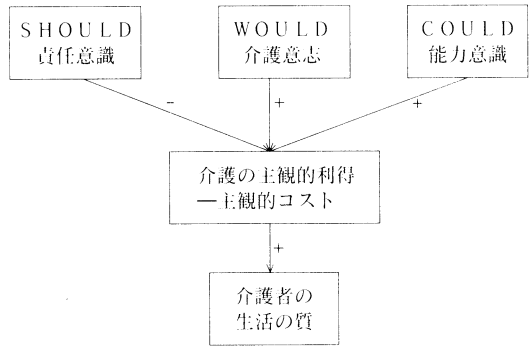
（2）モデル2

モデル2は図1.2の通りである。モデル1との違いは、「介護の主観的コスト」(コスト) と「介護の主観的利得」(利得) の代わりに、「介護の主観的利得とコストの差」(以下では、「利得とコストの差」) が取り上げられる。つまり、「介護者の主観的介護条件」が「利得とコストの差」に影響し、その差が介護者の「QOL」に影響していく。

このモデルを選んだ理由は第2章の「介護の主観的利得」で述べたように、多くの研究から、介護の利得より「利得とコストの差」の方が介護者の幸福感に影響を与えているという報告があるからである。本稿もその説について、検証してみたい。

「利得とコストの差」と他の構成要素との関係は以下の通りである。介護者の「責任意識」が強ければ、介護の「コスト」の方が「利得」より高くなるだろう (マイナスの得点)。そして、介護者の「介護意志」や「能力意識」が高ければ、介護者の「利得」の方が「コスト」より高い傾向にあるだろう (プラスの得点)。最後に、もし「コスト」が「利得」より高かったら (マイナスの得点)、「QOL」が低くなるであろう。

図1.2　モデル2の略図

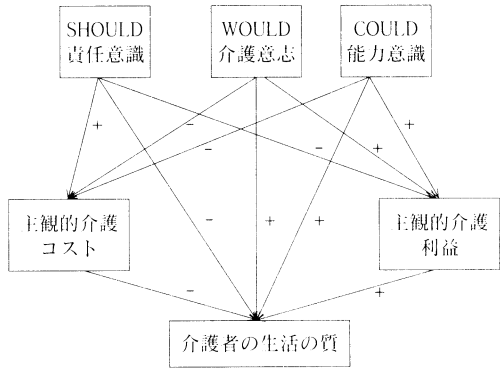


（3）モデル3

モデル3は図1.3の通りであり、モデル1とほぼ同じであるが、「責任意識」、「介護意志」と「能力意識」が直接「コスト」と「利得」に影響を与えていると同時に、直接介護者のQOLに影響している点で、モデル1とは異なる。つまり、介護者の「責任意識」が高ければ、QOLは低くなる可能性が高い。そして、逆に「介護意志」や「能力意識」が高ければ、QOLが高くなるであろう。

このモデルを選んだ理由であるが、「その1」で述べたように、「家族介護者」にとって、介護は“日常生活”である。したがって、介護者にとって、“日常生活”であるはずの介護についての主観的思い (「主観的介護条件」) は、ただ介護の「コスト」と「利得」に影響するだけではなく、介護者の「生活の質」にも直接的に影響を与えている

図1.3　モデル3の略図

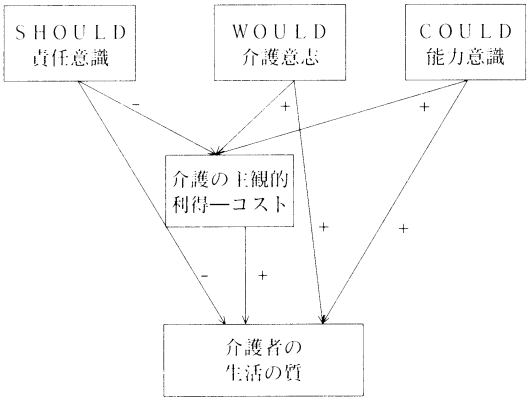


ことが予想される。それゆえ、モデル3を検証する必要があるだろう。

（4）モデル4

モデル4は図1.4が示すように、モデル3と同じように「主観的介護条件」の3つの次元は介護者の「生活の質」(QOL）に直接的に影響していると同時に、モデル2のように「コスト」と「利得」の代わりに、「介護者の主観的利得とコストの差」(「利得とコストの差」）が取り上げられる。つまり、「主観的介護条件」が「利得とコストの差」に影響して、その「差」が介護者のQOLに影響していく。従って、「モデル4」は「モデル3」と「モデル2」の混合体といってもよい。

図1.4　モデル4の略図



以上4つのモデルを紹介したが、どれが介護者の「生活の質」の測定にとって最も適切であるかは、これから検証していきたい。モデルを検証するために、介護者の生活の質測定スケール以外に二つの測定スケールを作成した。

二　測定スケール開発の試み

I　測定スケールの作成

本稿の冒頭でも触れたように、われわれは「その1」で介護者の生活の質測定スケール（QLIの介護者版）の作成にを取り組んだ。以下では、「主観的介護条件」と「介護の主観的コストと利得スケール」の2つのスケールの作成について、詳しく紹介する。

1　「主観的介護条件スケール」の作成の試み

「責任意識」「介護意志」「能力意識」の3つの次元の項目については、調査者が適切と考えた質問項目を書き出し、それぞれの項目は上の3つの類型のどれに当たると思うかを大学院生（10人）に答えてもらうというプリテストを経て、最終的に決定した。一人でも間違えた項目は、削除した。採用した項目は、以下の通りである（カッコ内の数字は、項目番号を表す)。

1　「責任意識」の次元（7項目）

(1)　老親・配偶者の介護をするのは当たり前だと思う。
(3)　自宅で要介護者の介護ができるなら、そうするべきだと思う。
(5)　畳の上で終末を迎えるのが幸せだから、要介護者を自宅で介護すべきだと思う。
(7)　もしも私以外に要介護者の介護をする人がいなかったら、私がみなければならない。
(9)　高齢者を介護するのは家族の責任だと思う。
(14)　家族が要介護者の介護をしなかったら、社会の負担になるので、家で介護をするべきだと思う。
(18)　自宅での介護は施設での介護よりも良いので、そうすべきだと思う。

2　「介護意志」の次元（7項目）

(4)　介護をすることに生きがいを感じているのでこのまま介護を続けたいと思う。
(8)　要介護者の介護をすることを大変有意義に感じているので、介護を続けたい。
(13)　たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護をしたいと思う。
(16)　要介護者は私にとって大事な人なので、その人の介護を自分でしたい。
(20)　悔いを残したくないので、介護している。
(21)　要介護者と少しでも長く一緒にいたいので

自分で介護したい。

(22)　自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やっぱり自分で介護をしたい。

3　「能力意識」の次元（10項目）

(2)　福祉や医療のサービスをうまくうけながら、介護していけると思う。

(6)　要介護者の話を聞いたりして、その人の精神的な支えになれると思う。

(10)　介護者としての役割と家庭や職場での他の役割をうまくやりこなせると思う。

(11)　要介護者が衰えていく現実を気持ちとして受け入れられると思う。

(12)　介護に必要な体力があると思う。

(15)　家族関係を壊さずに介護できると思う。

(17)　介護による緊張や負担に耐えることができると思う。

(19)　要介護者とよい人間関係を作れると思う。

(23)　親を介護していないと、将来自分が介護をしてもらいたいときに家族に介護してもらえないと思う。

(24)　困ったときには、身近な人で介護を手伝ってくれる人が見つけられると思う。

以上の項目について、「はい」「どちらとも言えない」「いいえ」の3段階で、自己評価してもらう。そして、次元ごとに合計を計算する。

これらの項目の回答から得られたデータをもとにして因子分析を行い、スケールのいっそうの精緻化を図った。

2　「主観的介護コストと利得スケール」の作成の試み

1　「主観的介護コスト」の項目

介護者の主観的介護コストを測定するスケールは、介護ストレスや負担、困難を測定するためのスケールを参考に作成した。「ストレス・負担・困難」研究のレビューから、以下の4つの介護コストを抽出した。

- 身体的なストレス
- 精神的なストレス
- 経済・社会的な負担
- 家族の関係や日常生活への影響

上記4つの分類をもとに、介護の主観的コストについて次の12項目を構成した（カッコの中の数字は、項目番号を表す）。

(1)　要介護者は、私に無理なことを求めすぎると思う。

(3)　介護することで、体の具合が悪くなった。

(4)　介護することで、自由な時間がなくなった。

(7)　要介護者は、私を思い通りに動かそうとしているように思う。

(8)　介護することが大変で、食欲がなくなった。

(9)　介護することで、家族の関係が悪くなった。

(11)　介護することで、家族の日常生活の調子が乱れた。

(12)　介護することで、家族と私はイライラしている。

(14)　介護することは身体的にしんどい。

(18)　介護をしていると、将来に対する不安を感じる。

(19)　介護をすることによって、友人つき合いがしにくくなった。

(21)　介護の費用がかさむので、家計にゆとりがなくなった。

以上のうちで、(3)(8)(14)は「身体的なストレス」、(1)(7)(18)は「精神的なストレス」、(4)(19)(21)は「経済・社会的な負担」、(9)(11)(12)が「家族の関係や日常生活への影響」をそれぞれ表す。

2　「主観的介護利得」の項目

介護利得のスケールは、「介護報酬や介護満足感」研究のレビューから4つの利得の因子を導きだし、作成した。

- 介護者の精神的な報酬・生き甲斐の取得
- 要介護者との関係の改善
- 家族との関係の改善
- 知識と仲間の増加

上記の4つの分類をもとに、介護の主観的利得について、以下の9項目を構成した（カッコの中の数字は、項目番号を表す）。

(2) 医療や福祉サービスについての知識が増えた。

(5) 介護することで、家族の関係がよくなった。

(6) 他の介護者と知り合いになり、お互い支えあえる仲間ができた。

(10) 要介護者を介護することで今までお世話になったことのお返しができ、精神的な充実感を感じた。

(13) 介護の知識を身につけておけば、いつか役に立つかもしれない。

(15) 介護することで、自分に誇りを持つようになった。

(16) 介護することに、生きがいを感じている。

(17) 介護することで、要介護者との関係がよくなった。

(20) 介護をすることによって、家族の大切さを感じ始めた。

以上のうち、(15)(16)(10)が「介護者の精神的な報酬・生き甲斐の取得」、(17)が「要介護者との関係の改善」(5)(20)が「家族との関係の改善」、(2)(6)(13)が「知識と仲間の増加」をそれぞれ表す。

以上の21項目について、「大いにそう思う」から「全く思わない」の4段階で、自己評価してもらう。そして、「利得」と「コスト」のそれぞれの合計を計算する。

これらの項目の回答の結果から得られたデータをもとにして因子分析を行い、スケールのいっそうの精緻化を図った。次にこの点について論じる。

II 測定スケールの精緻化

「その1」で行った家族介護者の「生活の質」調査の中で、上の2つのスケールを用いた調査も実施していた。その調査結果に照らして、測定スケールの精緻化を試みる。

1 主観的介護条件（問3）

（1）単純集計の結果：

「責任意識」「介護意志」「能力意識」の3つの次元を含んだ27項目の回答結果は表1の通りである。（なお、括弧内の数字はその項目の百分率を表している）

（2）項目の採用：

データに偏りがあると、弁別性が落ちてしまうので、以下の選択基準で弁別性のあるデータを選んだ。

1．各回答の傾向が「はい」、「いいえ」のどちらかに95%以下、あるいは5%以上の項目

2．因子分析の第1因子と第2因子の因子負荷量の差が0.2を越える項目

その結果、以下の全ての「責任意識」次元の項目（8項目）は上記1、2の条件を満たさなかったので、以下の分析からは削除した。

(1) 老親・配偶者の介護をするのは当たり前だと思う。

(3) 自宅で要介護者の介護ができるなら、そうするべきだと思う。

(5) 畳の上で終末を迎えるのが幸せだから、要介護者を自宅で介護すべきだと思う。

(7) もしも私以外に要介護者の介護をする人がいなかったら、私がみなければならない。

(9) 高齢者を介護するのは家族の責任だと思う。

(14) 家族が要介護者の介護をしなかったら、社会の負担になるので、家で介護をするべきだと思う。

(18) 自宅での介護は施設での介護よりも良いので、そうすべきだと思う。

(23) 親を介護していないと、将来自分が介護をしてもらいたいときに家族に介護してもらえないと思う。

その他に、上記1、2の条件を満たさなかったので、「能力意識」次元から3つの項目を削除した。

(2) 福祉や医療のサービスをうまくうけながら、介護していけると思う。

(6) 要介護者の話を聞いたりして、その人の精

表1　介護者の主観的介護条件の単純集計

私は…	いいえ	どちらともいえない	はい	無回答
(1) 老親・配偶者の介護をするのは当たり前だと思う。	4 (2.9)	34 (24.3)	102 (72.9)	– –
(2) 福祉や医療のサービスをうまくうけながら、介護していけると思う。	5 (3.7)	41 (30.1)	90 (66.2)	5 –
(3) 自宅で要介護者の介護ができるなら、そうするべきだと思う。	7 (5.1)	43 (31.2)	88 (63.8)	3 –
(4) 介護をすることに生きがいを感じているのでこのまま介護を続けたいと思う。	29 (21.2)	82 (59.9)	26 (19.0)	4 –
(5) 畳の上で終末を迎えるのが幸せだから、要介護者を自宅で介護すべきだと思う。	18 (12.9)	69 (49.6)	52 (37.4)	2 –
(6) 要介護者の話を聞いたりして、その人の精神的な支えになれると思う。	15 (11.1)	43 (31.9)	77 (57.0)	6 –
(7) もしも私以外に要介護者の介護をする人がいなかったら、私がみなければならない。	3 (2.2)	15 (11.0)	118 (86.8)	5 –
(8) 要介護者の介護をすることを大変有意義に感じているので、介護を続けたい。	17 (12.8)	79 (59.4)	37 (27.8)	8 –
(9) 高齢者を介護するのは家族の責任だと思う。	6 (4.3)	46 (33.1)	87 (62.6)	2 –
(10) 介護者としての役割と家庭や職場での他の役割をうまくやりこなせると思う。	37 (28.7)	65 (50.4)	27 (20.9)	12 –
(11) 要介護者が衰えていく現実を気持ちとして受け入れられると思う。	16 (11.9)	28 (20.9)	90 (67.2)	7 –
(12) 介護に必要な体力があると思う。	43 (30.7)	56 (40.0)	41 (29.3)	1 –
(13) たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護をしたいと思う。	34 (24.8)	62 (45.3)	41 (29.9)	4 –
(14) 家族が要介護者の介護をしなかったら、社会の負担になるので,家で介護をすべきだ思う。	35 (25.4)	71 (51.4)	32 (23.2)	3 –
(15) 家族関係を壊さずに介護できると思う。	25 (18.4)	58 (42.6)	53 (39.0)	5 –
(16) 要介護者は私にとって大事な人なので、その人の介護を自分でしたい。	11 (7.9)	58 (41.7)	70 (50.4)	2 –
(17) 介護による緊張や負担に耐えることができると思う。	30 (21.4)	84 (60.0)	26 (18.6)	1 –
(18) 自宅での介護は施設での介護よりも良いので、そうすべきだと思う。	20 (14.7)	73 (53.7)	43 (31.6)	5 –
(19) 要介護者とよい人間関係を作れると思う。	13 (9.6)	58 (43.0)	64 (47.4)	6 –
(20) 悔いを残したくないので、介護している。	11 (8.0)	12 (8.8)	114 (83.2)	4 –
(21) 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい。	27 (19.6)	59 (42.8)	52 (37.7)	3 –
(22) 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やっぱり自分で介護をしたい。	16 (11.5)	60 (43.2)	63 (45.3)	2 –
(23) 親を介護しないと、将来自分が介護をしてほしい時に家族に介護してもらえないと思う。	42 (31.3)	61 (45.5)	31 (23.1)	7 –
(24) 困ったときには、身近な人で介護を手伝ってくれる人が見つけられると思う。	51 (36.2)	37 (26.2)	53 (37.6)	– –

神的な支えになれると思う。

(19) 要介護者とよい人間関係を作れると思う。

その結果、「介護意志」の次元と「能力意識」の次元の以下の項目を採用することにした。

「介護意志」の次元：(7項目)

(4) 介護をすることに生きがいを感じているのでこのまま介護を続けたいと思う。

(8) 要介護者の介護をすることを大変有意義に感じているので、介護を続けたい。

(13) たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護をしたいと思う。

(16) 要介護者は私にとって大事な人なので、その人の介護を自分でしたい。

(20) 悔いを残したくないので、介護している。

(21) 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい。

(22) 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やっぱり自分で介護をしたい。

「能力意識」の次元：(6項目)

(10) 介護者としての役割と家庭や職場での他の役割をうまくやりこなせると思う。

(11) 要介護者が衰えていく現実を気持ちとして受け入れられると思う。

(12) 介護に必要な体力があると思う。

(15) 家族関係を壊さずに介護できると思う。

(17) 介護による緊張や負担に耐えることができると思う。

(24) 困ったときには、身近な人で介護を手伝ってくれる人が見つけられると思う。

(3) 因子の構造：

以上採用された項目の因子分析は表2の通りで

表2 介護者の主観的介護条件の因子分析（バリマックス回転後）

第1因子（寄与率41.0%）介護意志			
項　目	因子1	因子2	共通性
(21) 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい。	0.89	0.03	0.79
(22) 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やっぱり自分で介護をしたい。	0.82	0.24	0.73
(16) 要介護者は私にとって大事な人なので、その人の介護を自分でしたい。	0.81	0.16	0.68
(8) 要介護者の介護をすることを大変有意義に感じているので、介護を続けたい。	0.74	0.29	0.63
(13) たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護をしたいと思う。	0.65	0.34	0.54
(4) 介護をすることに生きがいを感じているのでこのまま介護を続けたいと思う。	0.63	0.36	0.53
(20) 悔いを残したくないので、介護している。	0.34	0.04	0.12
第二因子（寄与率13.5%）介護能力意識			
項　目	因子1	因子2	共通性
(17) 介護による緊張や負担に耐えることができると思う。	0.33	0.73	0.64
(12) 介護に必要な体力があると思う。	0.13	0.63	0.42
(10) 介護者としての役割と家庭や職場での他の役割をうまくやりこなせると思う。	0.16	0.63	0.42
(15) 家族関係を壊さずに介護できると思う。	0.33	0.54	0.40
(24) 困ったときには、身近な人で介護を手伝ってくれる人が見つけられると思う。	0.05	0.39	0.15
(11) 要介護者が衰えていく現実を気持ちとして受け入れられると思う	0.03	0.30	0.09

ある。「介護意志」と「能力意識」の2つの因子の累積説明率は54.5%であった。

（4）介護者の主観的介護条件の項目の信頼性：

各因子の内的一貫性（クロンバックα係数）は0.88と0.73であった。

（5）介護者の主観的介護条件（「介護意志」と「能力意識」）の相関：

「介護意志」と「能力意識」の相関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＝0.45458（p〈0.0001）であった。

（6）介護者の主観的介護条件得点：

それぞれの因子の合計点の平均は、「介護意志」15.93（SD＝3.54）、「能力意識」12.75（SD＝2.85）で、最高が21、最低が7であった。

2　主観的介護コストと利得（問4）

（1）単純集計の結果：

「介護コスト」「介護利得」を含んだ21項目の回答結果は表3の通りである。（なお、括弧内の数字はその項目の百分率を表している）

（2）項目の採用：

弁別性のあるデータを選ぶために、問3で適用した選択基準に従った。

1．各回答の傾向が「はい」、「いいえ」のどちらかに95%以下、あるいは5%以上の項目
2．因子分析の第1因子と第2因子の因子負荷量の差が0.2を越える項目

その結果、以下の「介護コスト」項目（6項目）は上記1、2の条件を満たさなかったので、以下の分析からは削除した。

(4)　介護することで、自由な時間がなくなった。
(11)　介護することで、家族の日常生活の調子が乱れた。
(14)　介護することは身体的にしんどい。
(18)　介護をしていると、将来に対する不安を感じる。
(19)　介護をすることによって、友人つき合いがしにくくなった。
(21)　介護の費用がかさむので、家計にゆとりがなくなった。

その他、以下の4つの「介護利得」項目も上記1、2の条件を満たさなかったので、削除した。

(2)　医療や福祉サービスについての知識が増えた。
(13)　介護の知識を身につけておけば、いつか役に立つかもしれない。
(16)　介護することに、生きがいを感じている。
(20)　介護をすることによって、家族の大切さを感じ始めた。

その結果、以下の項目を採用することにした。

介護コスト（6項目）

(1)　要介護者は、私に無理なことを求めすぎると思う。
(3)　介護することで、体の具合が悪くなった。
(7)　要介護者は、私を思い通りに動かそうとしているように思う。
(8)　介護することが大変で、食欲がなくなった。
(9)　介護することで、家族の関係が悪くなった。
(12)　介護することで、家族と私はイライラしている。

介護利得（5項目）

(5)　介護することで、家族の関係がよくなった。
(6)　他の介護者と知り合いになり、お互い支えあえる仲間ができた。
(10)　要介護者を介護することで今までお世話になったことのお返しができ、精神的な充実感を感じた。
(15)　介護することで、自分に誇りを持つようになった。
(17)　介護することで、要介護者との関係がよくなった。

表3　介護コストと利得の単純集計

	大いにそう思う	そう思う	そう思わない	全くそう思わない	無回答
(1) 要介護者は、私に無理なことを求めすぎると思う。	14 (10.1)	33 (23.7)	69 (49.6)	23 (16.5)	2 (−)
(2) 医療や福祉サービスについての知識が増えた。	41 (29.5)	89 (64.0)	7 (5.0)	2 (1.4)	2 (−)
(3) 介護することで、体の具合が悪くなった。	29 (20.9)	58 (41.7)	42 (30.2)	10 (7.2)	2 (−)
(4) 介護することで、自由な時間がなくなった。	54 (38.8)	64 (46.0)	19 (13.7)	2 (1.4)	2 (−)
(5) 介護することで、家族の関係がよくなった。	7 (5.2)	42 (31.3)	65 (48.5)	20 (14.9)	7 (−)
(6) 他の介護者と知り合いになり、お互い支えあえる仲間ができた。	30 (22.4)	77 (57.5)	19 (14.2)	8 (6.0)	7 (−)
(7) 要介護者は、私を思い通りに動かそうとしているように思う。	11 (8.0)	42 (30.7)	62 (45.3)	22 (16.1)	4 (−)
(8) 介護することが大変で、食欲がなくなった。	11 (8.0)	26 (19.0)	76 (55.5)	24 (17.5)	4 (−)
(9) 介護することで、家族の関係が悪くなった。	8 (5.9)	32 (23.5)	74 (54.4)	22 (16.2)	5 (−)
(10) 介護することでお返しができ、精神的な充実感を感じた。	13 (9.6)	45 (33.1)	62 (45.6)	16 (11.8)	5 (−)
(11) 介護することで、家族の日常生活の調子が乱れた。	23 (16.7)	70 (50.7)	41 (29.7)	4 (2.9)	3 (−)
(12) 介護することで、家族と私はイライラしている。	21 (15.0)	66 (47.1)	47 (33.6)	6 (4.3)	1 (−)
(13) 介護の知識を身につけておけば、いつか役に立つかもしれない。	35 (25.2)	94 (67.6)	9 (6.5)	1 (0.7)	2 (−)
(14) 介護することは身体的にしんどい。	38 (27.0)	84 (59.6)	17 (12.1)	2 (1.4)	− (−)
(15) 介護することで、自分に誇りを持つようになった。	7 (5.0)	48 (34.3)	76 (54.3)	9 (6.4)	1 (−)
(16) 介護することに、生きがいを感じている。	4 (2.9)	32 (23.4)	86 (62.8)	25 (10.9)	4 (−)
(17) 関係がよくなった。	9 (6.4)	54 (38.6)	67 (47.9)	10 (7.1)	1 (−)
(18) 介護をしていると、将来に対する不安を感じる。	31 (22.6)	75 (54.7)	28 (20.4)	3 (2.2)	4 (−)
(19) 介護をすることによって、友人つき合いがしにくくなった。	24 (17.1)	63 (45.0)	48 (34.3)	5 (3.6)	1 (−)
(20) 介護をすることによって、家族の大切さを感じ始めている。	27 (19.6)	87 (63.0)	20 (14.5)	4 (2.9)	3 (−)
(21) 介護の費用がかさむので、家計にゆとりがなくなった。	20 (14.5)	37 (26.8)	67 (48.6)	14 (10.1)	3 (−)

表4　介護コストと利得項目の因子分析（バリマックス回転後）

第一因子（寄与率33.3%）介護コスト			
項　目	因子1	因子2	共通性
(12) 介護することで、家族と私はイライラしている。	0.74	−0.19	0.58
(1) 要介護者は、私に無理なことを求めすぎると思う。	0.64	−0.16	0.44
(3) 介護することで、体の具合が悪くなった。	0.61	−0.08	0.38
(8) 介護することが大変で、食欲がなくなった。	0.61	0.09	0.38
(9) 介護することで、家族の関係が悪くなった。	0.58	−0.30	0.43
(7) 要介護者は、私を思い通りに動かそうとしているように思う。	0.54	−0.09	0.30
第二因子（寄与率17.3%）介護利得			
項　目	因子1	因子2	共通性
(5) 介護することで、家族の関係がよくなった。	−0.30	0.69	0.56
(10) 介護することでお返しができ、精神的な充実感を感じた。	−0.12	0.64	0.42
(15) 介護することで、自分に誇りを持つようになった。	−0.06	0.60	0.36
(17) 介護することで、要介護者との関係がよくなった。	−0.20	0.57	0.36
(6) 他の介護者と知り合いになり、お互い支えあえる仲間ができた。	0.05	0.43	0.19

（3）因子の構造：

以上採用された項目の因子分析は表4の通りである。「介護コスト」と「介護利得」の2つの因子の累積説明率は50.6%であった。

（4）「介護コスト」と「介護利得」の項目の信頼性：

「介護コスト」と「介護利得」のそれぞれの内的一貫性（クロンバックα係数）は0.80と0.71であった。

（5）「介護コスト」と「介護利得」の相関：

「介護コスト」と「介護利得」の相関を検討するために両得点のピアソン積率相関数を求めた。その結果、$r=-0.30415$（$p<0.0005$）であった。

（6）「介護コスト」と「介護利得」の得点：

それぞれの因子の合計点の平均は、「介護コスト」14.4（SD＝3.51）、「介護利得」12.47（SD＝2.61）、最高が18、最低が6であった。

Ⅲ　変数間の相関

（1）主観的変数間の相関

まず、「主観的介護条件」で採用した「介護意志」、「介護能力」、および「主観的介護コストと利得」で採用した「介護コスト」と「介護利得」の4つの主観的変数を使い、「その1」で説明した介護者の生活の質を測定するスケール（QLI）での総合得点（以下、「QLI総合得点」）との相関を考察した。この結果は表5の通りである。この5つの変数間ではいずれの組み合わせにおいても、有意差が認められた。すべての変数が相互に関連しあっていると理解できる。中でも「能力意識」と「介護コスト」の間の相関（$r=-0.583$）が最も高い。つまり、「介護能力」の得点が低い回答者は、

表5　5つの主観的変数の相関

	介護意志	能力コスト	介護コスト	介護利得	QLI 総合得点
介護意志	1.00000 0.0				
能力意識	0.45458 0.0001*	1.00000 0.0			
介護コスト	−0.29509 0.0010*	−0.58333 0.0001*	1.00000 0.0		
介護利得	0.45345 0.0001*	0.28166 0.0025*	−0.30415 0.0005*	1.00000 0.0	
QLI 総合得点	0.24656 0.0054*	0.41694 0.0001*	−0.51629 0.0001*	0.36451 0.0001*	1.00000 0.0

*p<0.01

表6　要介護者の属性と主観的変数との相関

	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
介護意志	−0.04464 0.6197	−0.14686 0.1008	0.04916 0.5861	−0.14360 0.1208
能力意識	0.19882 0.0295*	0.10405 0.2581	−0.00225 0.9807	−0.21236 0.0233*
介護コスト	−0.04565 0.6032	−0.18553 0.0332*	0.00617 0.9445	0.32219 0.0003***
介護利得	−0.07714 0.3868	−0.01268 0.8870	0.05505 0.5387	−0.06913 0.4512

***p<0.005
**p<0.01
*p<0.05

「介護コスト」の得点が高くなる傾向がある。また、「介護コスト」と「QLI 総合得点」の間においても、ある程度の相関（r＝0.516）が存在する。つまり、「介護コスト」の得点が高い回答者は、「QLI 総合得点」が低い傾向にある。しかし、その相関は強くはないので、「介護コスト」と介護者の「生活の質」とは「コインの表と裏」のような反比例の関係にあるとは言えないだろう。さらに、介護者の「生活の質」の変化は「介護コスト」によってもたらされたかどうか、はまだ明らかではない。それについては、「**三　理論的モデルの検証**」で記述する。

（2）要介護者の属性と主観的変数との相関

表6のように、「要介護者の痴呆症状」と「介護コスト」の間に有意差（p<0.003）が認められているが、相関（r−0.32）が弱い。そのほかに、「要介護者の痴呆症状」と「能力意識」の間、「要介護者の年齢」と「能力意識」の間、および「要介護者の年齢」と「介護コスト」の間においては、有意差が認められているが、相関値がかなり弱い。それゆえ、要介護者の属性は、介護者の主観的介護条件や介護についての主観的評価、と関連するとは言えないだろう。

（3）客観的介護状況と主観的変数との相関

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状況である。以下では、4つの客観的介護状況と5つの主観的な変数との相関を見ていきたい。

結果は表7の通りである。「受けるサービスの数」と「能力意識」の間においては、有意差のあ

表7　客観的介護状況と主観的変数の相関

	介護時間	介護年数	介護内容の数	受けるサービスの数
介護意志	0.15213 0.1143	0.02579 0.7762	0.05506 0.5403	−0.05057 0.5755
能力意識	−0.15330 0.1240	0.15926 0.0863	−0.15117 0.0993	−0.25404 0.0053**
介護コスト	0.24783 0.0081**	0.08780 0.3225	0.16926 0.0524	0.17617 0.0450*
介護利得	0.12378 0.1915	−0.06070 0.4978	0.05794 0.5160	0.01522 0.8656

***p<0.005
**p<0.01
*p<0.05

るマイナスの相関（r=−0.254）がある。つまり、受けるサービスの数が多い回答者は「能力意識」が低いという傾向がある。また、「受けるサービスの数」と「介護コスト」の間でもプラスの弱い相関が見られる。つまり、受けるサービスが多い介護者は「介護コスト」が高い傾向は弱いが、ある程度ある。それは、福祉サービスが介護者の「能力意識」を高めたり、「介護コスト」を減らしたりすることができないか、あるいは、ただ「能力意識」の弱い介護者や、「介護コスト」の重い介護者が多くのサービスを受けているのかもしれない。しかし、それついては、今回の研究では把握できない。今後の研究課題にしたい。

ほかに、「介護時間」と「介護コスト」との間にも弱い相関があるが、ほとんどの「客観的介護状況」の変数と主観的変数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。

三　理論的モデルの検証

以上説明したように、客観的な変数より、主観的な変数が介護者の「生活の質」と関連している。しかし、主観的な変数は介護者の「生活の質」にどういう関係を持っているか、「Ⅲ　基本的モデルの作成」で紹介した「主観的介護条件」、「介護コストと利得」「介護者の生活の質」を扱う、4つのモデルで説明する。

ここでその4つのモデルを検証していきたい。まず、「介護意志」、「能力意識」、「介護コスト」「介護利得」「利得とコストの差」「QLI総合得点」という6つの変数の関係を一元配置の分散分析（ANOVA）でみていきたい。

（1）「介護意志」が介護コストと利得およびQLI総合得点に及ぼす影響

介護者の主観的介護条件の「介護意志」の次元で採用された7項目の総合得点で、介護者の「介護意志」の強さを測定した。さらに、「介護コストと利得」及び「QLI総合得点」について、回答者の「介護意志」の強さを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因として、意志の次元の平均得点を境に上位群と下位群で分けたものを用いた。この結果は以下の表8の通りである。「介護意

表8　分散分析結果（介護意志が介護コストと利得およびQLI総合得点に及ぼす影響）ただし、無回答者は除く

	F値	p	N	自由度1	自由度2	自由度1+2
介護コスト	10.75	0.0014*	122	1	120	121
介護利得	31.62	0.0001*	119	1	117	118
コストと利得の差	32.78	0.0001*	118	1	116	117
QLI総合得点	9.00	0.0033*	126	1	124	125

*p<0.05

志」がすべての得点について、有意差を認めることができた。つまり、「介護意志」の強さによって、「介護コスト」、「介護利得」、「コストと利得の差」及び「QLI総合得点」に差が生じてくる。

そして、図3.1が示す通り、「介護意志」が強いほど、「介護コスト」が低くなる。ほかに、図3.2からも明らかなように、「介護意志」の強さは「介護利得」に強い正比例の影響を与えている。また、図3.3が示すように、「介護意志」と「利得とコストの差」に同じ関係を持っている。最後に、図3.4のように、「介護意志」が強いと、「QLIの総合得点」が高くなる。

（2）「能力意識」が介護コストと利得およびQLI総合得点に及ぼす影響

介護者の主観的介護条件の「能力意識」の次元で採用された6項目の総合得点で、介護者の「能力意識」の強さを測定した。さらに、介護コストと利得及びQLI総合得点について、回答者の「能力意識」の強さを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因として、「能力意識」の次元の平均得点を境に上位群と下位群で分けたものを用いた。この結果は以下の表9の通りである。「能力意識」が全ての得点について、有意差を認めることができた。つまり、「能力意識」の強さによって、「介護コスト」、「介護利得」、「コストと利得の差」、「QLI得点」に差が出てくる。

そして、図3.5が示す通り、「能力意識」が強いほど、「介護コスト」が低くなる。と同時に、図3.6から分かるように、「能力意識」の強さは「介護利得」に強い正比例の影響を与えている。そして、図3.7と図3.8のように、「能力意識」が強いと、「利得とコストの差」及び「QLIの総合得点」が高くなる。

図3.1 「介護意志」が介護コストに及ぼす影響

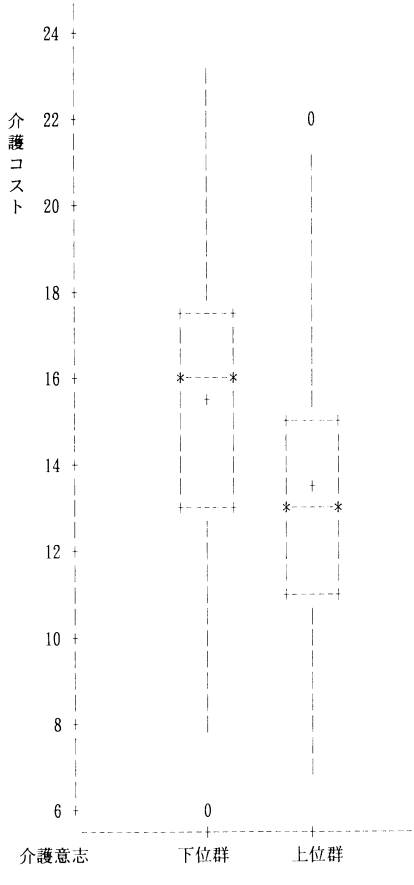


図3.2 「介護意志」が介護利得に及ぼす影響

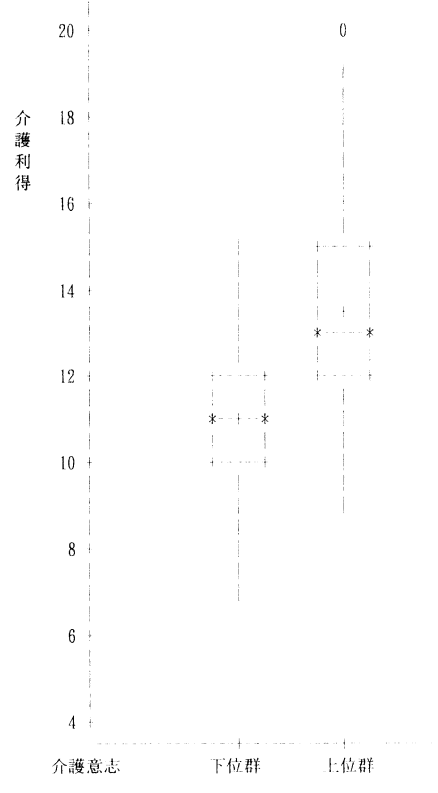


図3.3 「介護意志」が「利得とコストとの差」に及ぼす影響

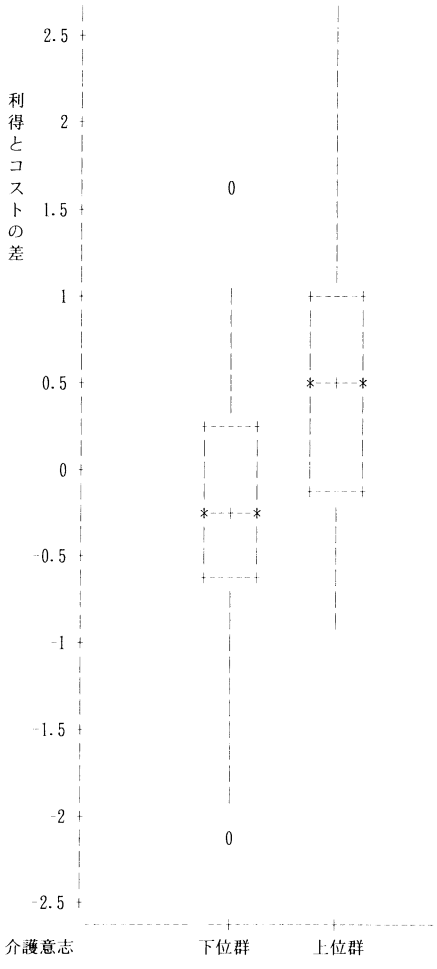


図3.4 「介護意志」がQLI得点に及ぼす影響

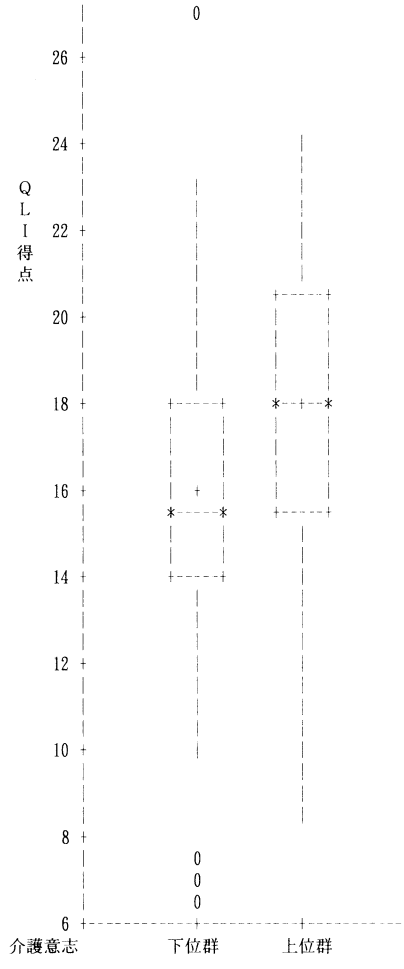
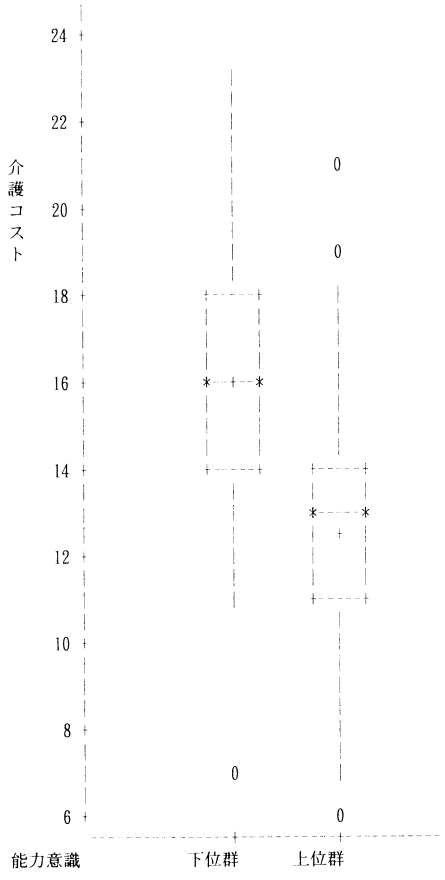


表9　分散分析結果（介護者の能力意識が介護コストと利得およびQLI総合得点に及ぼす影響）ただし、無回答者は除く

	F値	p	N	自由度1	自由度2	自由度1+2
介護コスト	39.87	0.0001*	115	1	113	114
介護利得	5.35	0.0226*	113	1	111	112
コストと利得の差	27.76	0.0001*	112	1	110	111
QLI総合得点	19.82	0.0001*	120	1	118	119

*P＜0.05

図 3.5 「能力意識」が介護コストに及ぼす影響

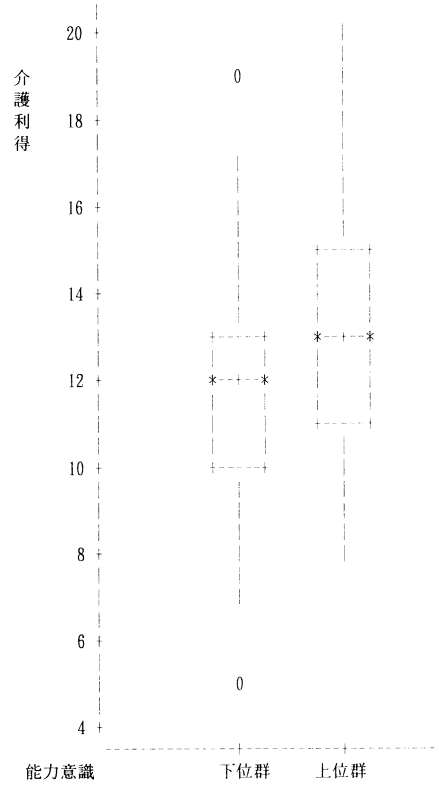


（3）「介護コスト」が QLI 総合得点に及ぼす影響

介護コストと利得測定スケールの「介護コスト」で採用された 6 項目の総合得点で、介護者の「介護コスト」の大きさを測定した。さらに、「QLI 総合得点」について、回答者の「介護コスト」の大きさを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因として、「介護コスト」の平均得点を境に上位群と下位群で分けたものを用いた。この結果は表10の通りである。「介護コスト」は「QLI 総合得点」の得点について有意差を認めることができた。すなわち、「介護コスト」の大きさによって、「QLI 総合得点」に差が生じてくる。

そして、図3.9が示すように、「介護コスト」が多いほど、「QLI の総合得点」が低くなる。

図 3.6 「能力意識」が介護利得にに及ぼす影響



（4）「介護利得」が QLI 総合得点得点に及ぼす影響

介護コストと利得測定スケールの「介護利得」で採用された 5 項目の総合得点で、介護者の「介護利得」の大きさを測定した。さらに、「QLI 総合得点」について、回答者の「介護利得」の大きさを要因として分散分析（一元配置）を行った。要因として、「介護利得」の平均得点を境に上位群と下位群で分けたものを用いた。この結果は表11の通りである。「QLI 総合得点」 の得点について有意差を認めることができた。 すなわち、「介護利得」の大きさによって、「QLI 総合得点」に差が生じてくる。

そして、図3.10が示すように、「介護利得」が大きくなることにつれて、QLI の総合得点が高くなる。

図 3.7 「能力意識」が利得とコストの差に及ぼす影響

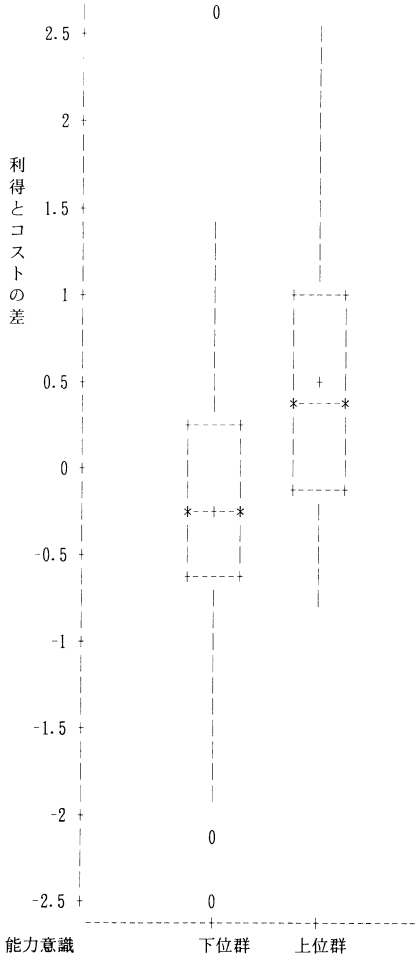


図 3.8 「能力意識」が QLI 得点に及ぼす影響

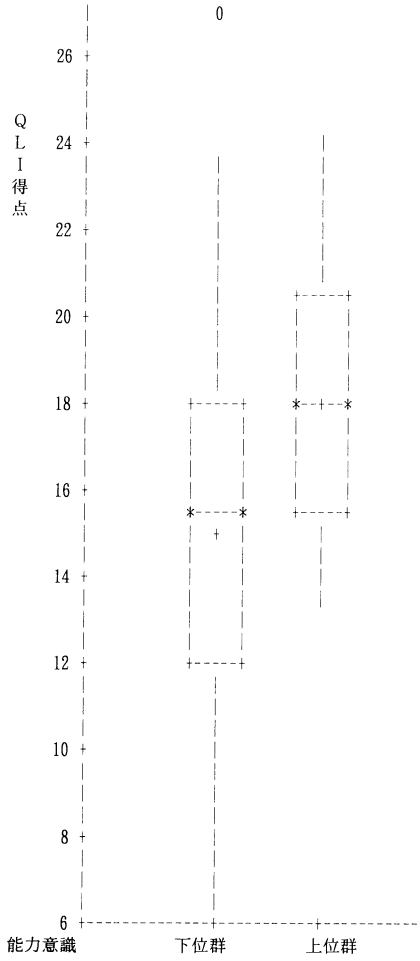


表10　分散分析結果（介護コストが QLI 総合得点に及ぼす影響）
ただし、無回答者は除く

	F 値	p	N	自由度 1	自由度 2	自由度 1+2
QLI 総合得点	29.72	0.0001*	132	1	130	131

*P＜0.05

表11　分散分析結果（介護利得が QLI 総合得点に及ぼす影響）
ただし、無回答者は除く

	F 値	p	N	自由度 1	自由度 2	自由度 1+2
QLI 総合得点	17.40	0.0001*	128	1	126	127

*P＜0.05

図3.9 「介護コスト」がQLI得点に及ぼす影響

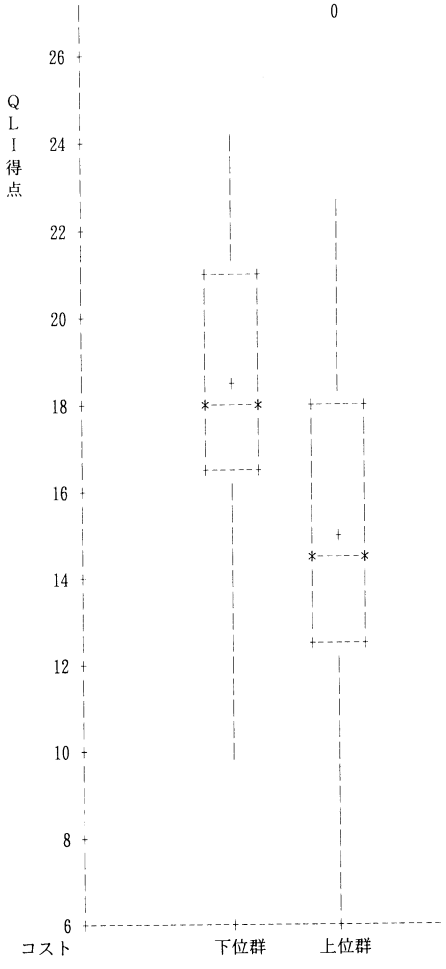
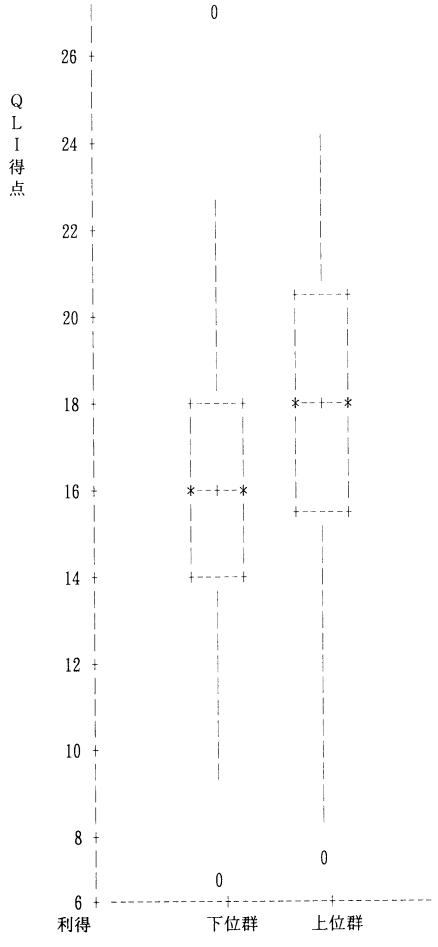


図3.10 「介護利得」がQLI得点に及ぼす影響



（5）「介護利得とコストの差」がQLI総合得点に及ぼす影響

介護コストと利得測定スケールの「介護利得」で採用された項目の平均得点と「介護コスト」で採用された項目の平均得点で、介護者の「介護利得とコストの差」の大きさを測定した。つまり、「利得とコストの差」がプラスの際に、「介護利得」が「介護コスト」より高いということを示す。逆に、「利得とコストの差」がマイナスの際に、「介護利得」が「介護コスト」より高いということを示す。

QLI総合得点について、回答者の「介護利得とコストの差」を要因として分散分析（一元配置）を行った。要因として、「コストより利得が高い」と「利得よりコストが高い」に分けたものを用いた。この結果は表12の通りである。「QLI総合得点」の得点について有意差を認めることができた。すなわち、「介護利得とコストの差」によって、「QLI総合得点」に差が生じてくる。

そして、図3.11が示すように、利得がコストより高くなると、QLIの得点が高くなる。

以上の分散分析の結果から、以下二つのモデル（図3.12と図3.13）をもう一度検討し、検証する必要があると考えられる。

「介護責任」は弁別性が欠けているので、今回の分析から削除した。それゆえ、「主観的介護条件」で採用された「介護意志」と「能力意識」の2つの次元でモデルの検証を進めていきたい。

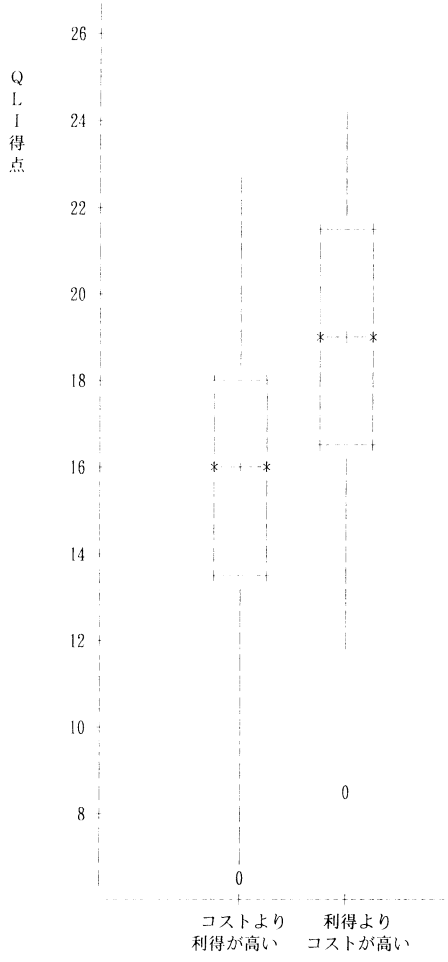
図3.12では、「介護意志」と「能力意識」とも

表12　分散分析結果（「介護利得と介護コストの差」がQLI総合得点に及ぼす影響）
ただし、無回答者は除く

	F値	p	N	自由度1	自由度2	自由度1+2
QLI総合得点	17.40	0.0001*	128	1	126	127

*P＜0.05

図3.11　「利得とコストの差」がQLI得点に及ぼす影響



「介護コスト」に反比例の影響を与えていると同時に「介護利得」に正比例の影響を与える。そして、「介護意志」と「能力意識」は介護者のQLI総合得点（「介護者の生活の質」）に、直接の正比例の関係を持つ。また、「介護コスト」が「介護者の生活の質」にマイナスの影響をし、「介護利得」が「介護者の生活の質」にプラスの影響を与えている。

この図が、「介護責任」を取り除いた後の「モデル3」と同じである。つまり、「介護意志」、「能力意志」のような「主観的介護条件」が「介護コスト」と「介護利得」だけに、直接な影響を持つのではなくて、「介護者の生活の質」にも直接な影響があるというわけである。それゆえ、図3.12を「修正モデル3」と名付ける。

図3.12　「修正モデル3」

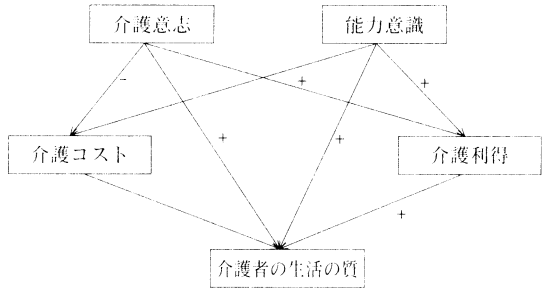
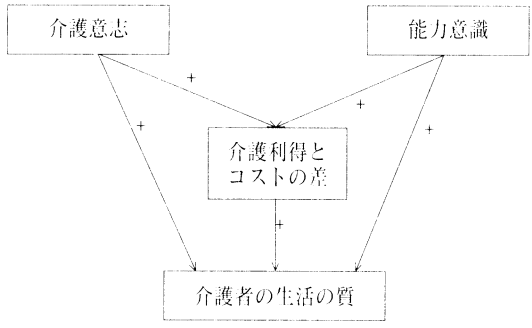


図3.13　「修正モデル4」



そして、図3.13では、「介護意志」と「能力意識」とも「介護の利得とコストの差」と正比例すると同時に、「介護者の生活の質」にも正比例の影響を与えている。図3.13は「介護意志」を取り除いた「モデル4」と一致しているから、「モデル4」も検証されたと言えるだろう。そして、図3.13を「修正モデル4」と名つける。

以上から、「介護意志」と「能力意識」が「介護者の生活の質」に直接の影響を与えているから「モデル1」「モデル2」を放棄しなければならない。それに対して、「介護責任」を除いた「モデル3」と「モデル4」の修正版をもう一度検証する課題が出てきた。「介護意志」、「能力意識」のような介護についての主観的思いは、介護者の生活に影響していることが明らかとなった。しかし、「修正モデル3」のように「介護コスト」と「介護利得」を別々に扱う方がよいか、あるいは、「修正モデル4」のように「介護利得とコストの差」のみを扱った方がよいか、つまり、どちらのモデルが最も適切かについては、以上の分析方法ではまだ分からない。

なぜならば、一元の分散分析では、1つの変数とほかの一つの変数との関係を調べている。しかし、多くの変数の間の相互作用が考えられる状況においては、重回帰分析、あるいは共分散構造分析を用いる必要があると考えられる。そして、共分散構造分析によって、モデルの適切性を調べることが可能であり、最も適切なモデルを見つけることができる。以上の2つのモデルについての共分散構造分析による検討、考察は今後の課題にしたい。

おわりに

「介護（する、される）は生活の一部分、人生の一部分であり、日常生活的な事柄である」という前提で、介護者の「生活の質」を探ろうとするのが、本研究の大きな課題であった。そして、介護者の介護に対する主観的な思い・捉え方（「主観的介護条件」）、および、介護による影響の主観的評価（「介護の主観的コストと利得」）が、「介護者の生活の質」に対して与える影響を明らかにすることも重要な目的であった。

以上の目的を達成するために、介護者の生活諸領域に対する「重要度」と「満足度」を「生活の質」の操作的な定義とした。「介護コスト」を「介護からの影響を、犠牲や負担のようにマイナスに捉えた評価」、「介護利得」を「介護からの影響を、満足感や充実感のようにプラスに捉えた評価」と定義し、介護者の介護による影響の主観的評価を測定した。そして、介護者の介護に関する主観的捉え方、すなわち「主観的介護条件」を「責任意識」、「介護意志」、「能力意識」の3つの次元に分けて測定した。最後に、これら3つの概念を用いて4つのモデルを構築した。モデルを検証するために、3つのスケールを作成し、調査を実施した。その結果、ほとんどの介護者が「自分が介護しなければならない」と答えたため、「責任意識」という変数の弁別性が疑わしくなったので、分析からは削除した。だが、介護者の「主観的介護条件」で採用した「介護意志」、「能力意識」の2つの次元とも、介護者の「主観的コストと利得」および「生活の質」に直接な影響を与えていることが分かった。また、「介護コストと利得」は介護者の「生活の質」と関連していることも検証された。しかし、モデル全体の適切性はまだ検証されていないので、共分散構造分析を用いてモデルの再検証をすることが今後の課題である。

また、弁別性に疑いのある「責任意識」を削除した本研究の3つの測定スケールは、信頼性について満足できる数値が得られ、因子構造もかなり安定している。しかし、「責任意識」の項目をもう一度見直す必要があるだろう。また、「介護コストと利得」および「QLI介護者版」の妥当性の検証について、すでに妥当性が認められた他の測定スケールとの併存的妥当性を検討する必要もあるだろう。

さらに、「その1」でも指摘したように、家族介護者だけではなく、要介護者である高齢者や、介護者以外の家族成員もモデルに入れるべきである。なぜなら、介護者・要介護者の生活と他の家族成員の生活は不可分であり、相互に影響し合っているからである。つまり、介護している家族全体の「生活の質」を把握する必要がある。

よく言われるように「高齢社会」は高齢者の介護問題を深刻にしてきた。介護問題は高齢者だけではなく、他の家族成員にも大きな影響を及ぼしている。したがって、高齢者だけでなく、その家族、社会全体も介護問題を真剣に考えなければならない。だが、これまで介護問題は“社会や家族への負担”という悲観的、消極的一面のみで捉えられてきた。しかもこのような捉え方自身が介護問題を悪化させているとも考えられる。例えば、

「介護がいかに大変か」という話ばかりが流されたら、自ら高齢者の面倒をみようと思う家族が少なくなっても不思議ではないだろう。したがって“どうすれば要介護高齢者と介護している家族が共に「生活の質」を高められるか”というような、積極的、肯定的な方向性を持つ研究が必要だとわれわれは考えている。

そこで本研究はその準備作業として、家族介護者の「生活の質」とは何か、どんな要因によって規定されるのかを探ってきた。なぜなら高齢者の「生活の質」研究に比べ、介護者の「生活の質」研究はあまり進んでいないからである。先ずこの課題に取り組んでから、「高齢社会における介護問題研究」に本格的に取りかかりたいと計画している。

また、本研究は「家族介護」を自明なこととしたり、否定するのではなく、いかに家族介護をうまくサポートしていけるかという視点を重視している。何故なら、むりやり家族に高齢者の介護を義務づけるより、要介護高齢者、家族介護者を含む、介護している家族全体の「生活の質」を高められる環境作りが高齢者の介護問題の解決につながると考えるからである。その意味において、要介護高齢者を含む家族全員の「生活の質」を高めるための支援体制のあり方についても今後の研究課題としていきたい。

参考引用文献：

1. Brody E. M., 1981, “Wowan in the middle” and family help to older people. *The Gerontologist*. 21 (5) : 471–480.
2. Ferrans C. E., 1990a, Development of a Quality Life Index for the Patients with Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 17 (3, Suppl) : 15–19.
3. 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.
4. Ferrans C. E., Powers M. J., 1985, Quality of Life Index: Development and Psychometric Properties. *Advances in Nursing Science*. 8 (1) : 15–24.
5. Ferrans C. E., Powre M. J., 1992, Psychometic Assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health* 15 : 29–38.
6. George L. K., Gwyther L. P., 1986, Caregiver Well–Being: A Multidimensional Examination of Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*. 26 (3) : 253–259.
7. Hasselkus B. R., 1988, Meaning in Family Careing: Perspectives on Caregiver/Professional Relationships. *The Gerontologist*. 28 (5) : 686–690.
8. Hinrichsen G. A., Hernandez N. A., Pollack S., 1992, Difficulties and rewards in family care of the depressed older adults. *The Gerontologist*. 32 (4) : 486–492.
9. Kinney J., Stephen M. A. P., 1989, Caregiving Hassles Scale: Assessing the daily hassles of caring for a family menber with dementia. *The Gerontologist*. 29, 328–332.
10. Kinney J. M., Stephens M. A. P., Franks M. M., Norris V. K., 1995, Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *The Journal of Applied Gerontology*. 14 (1) : 3–21.
11. Kosberg J. I., Cairl R. E., 1986, The Cost of Care Index : Managment tool for screening in formal care providers. *The Gerontologist*. 26 (3) : 273–278.
12. Kosberg J. I., Cairl R. E. Keller K., 1990, Components of Burden: Interventive Implications. *The Gerontologist*.30 (2) : 236–242.
13. 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 : p181–189.
14. 松岡克尚、山本誠、孫良、浅野仁（1995）「QOL 測定スケール（日本語版 QLI）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.
15. 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.
16. 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。
17. 佐藤豊道（1989）「痴呆性老人の特徴と家族介護に関する基礎的分析」『社会老年学』29：9–15.
18. 孫良、浅野仁（1996）「高齢者に対する家族介護者の『生活の質』研究（その1）」『関西学院大学社会学部紀要』75：127–149.
19. Tebb S., 1995, An Aid to Empowerment : A Caregiver Well–Being Scale, *Health & Social Work*. 20 (2) : 87–92.
20. 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

21. 山井和則（1995）『家族を幸せにする老い方』講談社.
22. 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.

Quality of Life in the Family caregivers of Frail Elderly (Part Ⅱ)

ABSTRACT

Comparing with the gerontological research about the QOL of elderly, the QOL of those family members who are caring their aged relatives at home, has not received enough attention from the gerontologists. However, as the current trend of promoting home care of frail elderly may result in more family members involved in caring for physically dependent elderly, we should put more attention to the QUALITY of LIFE in those family caregivers as well. The objective of this paper is to construct theoretical framework and models for the family caregivers of the elderly. Within the models, we put more attention to the subjective factors, such as the subjective meaning of caring and the appraisals of the cost and benefit of caring to the family caregivers. From the result of the research, the subjective factors of the caregisers had more significant relationship with the QOL of the caregivers than the objective factors. Besides, the subjective meaning of caring had significant impact on the cost and benefit of caring as well as the QOL of the family caregivers. Moreover, the cost and benefit of caring also made significant change in the level of QOL of the caregivers. However, the relationship between the QOL of the elderly and their family caregiver should be examined in the future.

Key Words : QOL, family caregiver, elderly

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ぐらいでしょうか。
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. デイサービス人　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3　あなたは介護をすることについて現在どう思っていますか。
以下の質問で当てはまる答えに○をおつけ下さい。

私は…	いいえ	どちらともいえない	はい
(1) 老親・配偶者の介護をするのは当たり前だと思う。	1	2	3
(2) 福祉や医療のサービスをうまくうけながら、介護していけると思う。	1	2	3
(3) 自宅で要介護者の介護ができるなら、そうするべきだと思う。	1	2	3
(4) 介護をすることに生きがいを感じているのでこのまま介護を続けたいと思う。	1	2	3
(5) 畳の上で終末を迎えるのが幸せだから、要介護者を自宅で介護すべきだと思う。	1	2	3
(6) 要介護者の話を聞いたりして、その人の精神的な支えになれると思う。	1	2	3
(7) もしも私以外に要介護者の介護をする人がいなかったら、私がみなければならない。	1	2	3
(8) 要介護者の介護をすることを大変有意義に感じているので、介護を続けたい。	1	2	3
(9) 高齢者を介護するのは家族の責任だと思う。	1	2	3
(10) 介護者としての役割と家庭や職場での他の役割をうまくやりこなせると思う。	1	2	3
(11) 要介護者が衰えていく現実を気持ちとして受け入れられると思う。	1	2	3
(12) 介護に必要な体力があると思う。	1	2	3
(13) たとえ要介護者の介護を家でしなくてもいいと言われても自宅で介護をしたいと思う。	1	2	3
(14) 家族が要介護者の介護をしなかったら、社会の負担になるので，家で介護をすべきだ思う。	1	2	3
(15) 家族関係を壊さずに介護できると思う。	1	2	3
(16) 要介護者は私にとって大事な人なので、その人の介護を自分でしたい。	1	2	3
(17) 介護による緊張や負担に耐えることができると思う。	1	2	3
(18) 自宅での介護は施設での介護よりも良いので、そうすべきだと思う。	1	2	3
(19) 要介護者とよい人間関係を作れると思う。	1	2	3
(20) 悔いを残したくないので、介護している。	1	2	3
(21) 要介護者と少しでも長く一緒にいたいので自分で介護したい。	1	2	3
(22) 自分の仕事や趣味は犠牲になるが、やっぱり自分で介護をしたい。	1	2	3
(23) 親を介護しないと、将来自分が介護をしてほしい時に家族に介護してもらえないと思う。	1	2	3
(24) 困ったときには、身近な人で介護を手伝ってくれる人が見つけられると思う。	1	2	3

問4　あなたが介護されていて以下の質問についてどの程度感じられておられますか。
当てはまる番号に○をおつけ下さい。

	大いにそう思う	そう思う	そう思わない	全くそう思わない
(1) 要介護者は、私に無理なことを求めすぎると思う。	1	2	3	4
(2) 医療や福祉サービスについての知識が増えた。	1	2	3	4
(3) 介護することで、体の具合が悪くなった。	1	2	3	4
(4) 介護することで、自由な時間がなくなった。	1	2	3	4
(5) 介護することで、家族の関係がよくなった。	1	2	3	4
(6) 他の介護者と知り合いになり、お互い支えあえる仲間ができた。	1	2	3	4
(7) 要介護者は、私を思い通りに動かそうとしているように思う。	1	2	3	4
(8) 介護することが大変で、食欲がなくなった。	1	2	3	4
(9) 介護することで、家族の関係が悪くなった。	1	2	3	4
(10) 介護することでお返しができ、精神的な充実感を感じた。	1	2	3	4
(11) 介護することで、家族の日常生活の調子が乱れた。	1	2	3	4
(12) 介護することで、家族と私はイライラしている。	1	2	3	4
(13) 介護の知識を身につけておけば、いつか役に立つかもしれない。	1	2	3	4
(14) 介護することは身体的にしんどい。	1	2	3	4
(15) 介護することで、自分に誇りを持つようになった。	1	2	3	4
(16) 介護することに、生きがいを感じている。	1	2	3	4
(17) 関係がよくなった。	1	2	3	4
(18) 介護をしていると、将来に対する不安を感じる。	1	2	3	4
(19) 介護をすることによって、友人つき合いがしにくくなった。	1	2	3	4
(20) 介護をすることによって、家族の大切さを感じ始めている。	1	2	3	4
(21) 介護の費用がかさむので、家計にゆとりがなくなった。	1	2	3	4

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こと(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こと(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