

# 青年期女子における在宅介護者の負担感に関する研究

● 阿 部 洋 子

## 目的

日本の人口の高齢化のスピードは、世界に類を見ないものである。国立社会保障・人口問題研究所の『将来推計人口・世帯数』（2017改訂版）によれば、高齢者の人口比率は、2040年には高齢者人口比率は、総人口の35%（39,206,000人）を超えると予測されている。そして同研究所の『日本の世帯数の将来推計』（2018）によれば、全世帯の内、世帯主が65歳以上の世帯が、2035年には2021万世帯（40.8%）になるとされている。政府は介護保険制度の見直しという立場から、在宅介護を進めようとしている。しかし、今や個人主義という名の下に、核家族を通り越し、粒子家族となっている日本の現状で、果たして穏やかな介護、看護、看取りを迎えることができるような、家族環境を持つことが可能なのだろうか。現在の女子大学生の世代は、祖父母世代と同居していない場合が多いため、祖父母世代が実践している在宅介護を直接、目にすることはほとんどない。1年間に2・3回見るだけでは、24時間、365日の在宅介護が精神的、肉体的、経済的に、どのような負担があるのかを知ることは困難であろう。しかし今後、在宅介護が制度化されれば、現在の女子大学生の親世代が実践することになるかもしれない在宅介護と、それに伴う様々な負担感や介護力などを知識として知ることが、将来の自分自身の生活に直結することになるため、重要な事柄であると思われる。

そこで、本研究では、現在、在宅介護をしている人が抱えているかもしれない介護負担感がどのようなものであり、どの程度の強さで感じられていると思うかを想像して回答することを求めた。そのことで、今後、在宅介護家族の中で起こるかもしれない問題を発見したいと考えた。また、介護対応行動を、実践力や知識として身につけておくことで、介護負担感は軽減されると考えられる。本研究では、介護系、看護系でない女子大学生が、どのような事柄を必要な介護力と感じているかについて回答を求めることにした。それは、在宅介護をする者が求める情報だと思われる。行政が必要だと思うことだけでなく、介護者（ケアラー）が求めることや、不安に思っていることを知ることが出来るのではないかと考えた。更に、介護負担感と介護力が、どのような関係にあるのかを知りたいと考えた。つまり、介護負担感は、責任感と関係しているように思われる。そうだとするならば、介護力を強く求める人の方が、介護に対して負担感を強く持つのか、あるいは、介護力をそれほど求めない人の方が、介護に対して負担感を持つことが少ないのかについて検討を加えたいと考えた。

介護保険制度により、ショートステイ、デイケアを利用することで、家族介護者が介護・看護から一時的に解放されるようになった。しかし、まだまだ、まとまった休みを取ることが出来るような状況には至っていない。

そうした状況の中で、「レスパイトケア (respite care)」という言葉が注目されるようになってきた。レスパイトとは、辞書的には「休息、息抜き、延期」などの意味であり、レスパイトケアとは、一時的に、一定期間、家族介護者（ケアラー）を介護・看病から解放し、精神的・肉体的な疲れからリフレッシュすることができるようにするための支援のことである。日本では、1976

(昭和51)年に「障害児(者)短期入所事業」(ショートステイ)としてスタートした。それが高齢化社会の到来により、1990年代から活発に、その必要性が議論されるようになった。寝たきりの高齢者などの介護をする家族へと広がりを見せ、レスパイト入院、障害者レスパイトサービス、親子レスパイトケアなどがある。しかし、整備が遅れているのか、レスパイトケアという言葉が、それほど浸透していないように思われる。介護職、看護職などの領域では一般的なことであっても、それほど認知されていないように思われる。そこで、本研究では、介護系、看護系ではない女子大学生に、質問紙調査により、介護負担感を測定すると共に、レスパイトケアがどの程度、認知されているのかを調べることにした。

## 方法

### 1. 調査対象者および調査の実施方法

#### 1) 調査期日

2018年10月20～27日

#### 2) 調査対象者および調査方法

東京都内にある私立A大学(通学制)の女子大学生3年生(51名)、4年生(30名)、合計81名(20～23歳、Me.=21.11歳、SD=0.72)に対し、授業時間中に、質問紙を配付し、調査者が口頭で調査の説明および協力依頼を行った。その際、倫理的配慮として、調査への協力は任意であり、協力の無い場合も不利益を被らないこと(例えば成績には無関係であることなど)、回答は無記名であり、結果は統計的処理を行うため、個人の回答が特定されないことなどを伝えた。また質問文を読み、調査対象者が心理的負担を感じた場合は、直ちに調査用紙への回答を中断してよいこと。調査用紙の回収は授業時間終了時に、教室の前方の机の上に、ランダムに置いてもらうようにし、個人が特定できないよう配慮することも伝えた。更に、同一内容を、調査用紙の表紙にも明記した。以上、質問紙への回答をもって、調査への同意を得たものとした。

## 2. 質問紙の構成

### (1) 介護負担尺度

本研究では、Zarit(1980)によって作成された「Zarit介護負担尺度(ZBI)」22項目を、荒井ら(2002)が日本語版として標準化した「Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)」22項目を用いた。荒井ら(2003)は、調査対象者の負担感を8項目で測定できるとし、短縮版の「Zarit介護負担尺度 J-ZBI\_8」を標準化した。以降、多くの研究者がその短縮版を用いている。しかし、因子分析の段階で4因子構造であったものを、Zarit(1980)の指摘に従い、Personal strain(PS:介護そのものから生じる負担感)と、Role strain(RS:介護を始めたことにより、今までの生活ができなくなったことから生じる負担感)の2つの因子で測定することになっているが、介護体験者でない女子大学生を対象に調査を実施した場合、評定平均値および因子構造がどのようになるかについて知りたいと考え、「Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI)」22項目を用いることにした。

また、本調査では、現在、在宅の家族介護者という立場ではない女子大学生を対象にしたが、その理由は将来、在宅の家族介護者になる可能性があるものの、現時点では、介護経験がない者たちが、「認知症高齢者を在宅で介護している御家族の方が負担に感じている程度は、どれくらいだと思うか」という問いに対して、どのように感じているかを知りたいと思った。それは、現

在、介護に携わっている家族介護者が、介護をどう感じているかの結果と、介護経験のない女子大学生の回答結果の違いがどこにあるのかを知ることで、岡林ら（1999）が指摘するような「介護役割の積極的受容は、介護拘束を介して、燃え尽きに結びつく」ということを見出すことが出来るのではないかと考えたからである。即ち、櫻井（1999）や山村（2014）などが指摘するように、介護により生ずる喜びや自己実現などがあることは事実であろうが、肯定感が強調されることも問題ではないかと考えたからである。

更に、本調査では、回答を求めるとき、現在、介護をしていない女子大学生が対象であるため、「現在、在宅で認知症高齢者を介護している家族が、どの程度、介護を負担に感じていると思うか」と問うた。そのため、評価点数を、「全く負担に感じない（1点）」、「たまに負担に感じる（2点）」、「時々負担に感じる（3点）」、「よく負担に感じる（4点）」、「いつも負担に感じる（5点）」までの5件法で回答してもらうことにした。「Zarit 介護負担尺度日本語版（J-ZBI）」も5件法ではあるが、「あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください」という問いに対して、得点が「思わない（0点）」、「たまに（1点）」、「時々（2点）」、「よく（3点）」、「いつも（4点）」に配当されているが、本研究ではデータ処理の関係で1点から5点までに配点を変更した。

## （2）介護負担感を高める介護者の問題意識尺度

徳永ら（2011）により、家族介護者の負担感分析が実施され、その折、介護者の介護に起因する問題について、介護者の「介護負担感を高める要因」を重回帰分析の結果、15項目を抽出した。それらの項目を因子分析した結果、3因子が抽出された。第1因子が「基本的人権因子」、第2因子が「基本的生活権因子」、第3因子が「介護環境不安因子」と命名された。なお、徳永ら（2011）の研究では、調査対象者が介護サービスを受けている家族介護者であったため、「No.15 勉強ができない/学力が低下する」が分析から除外されたが、本調査では、女子大学生が調査対象者であるため、この項目を入れて、15項目で質問紙を作成し、介護負担感を高める要因について、「全く困っていない（1点）」から「非常に困っている（5点）」の5件法で、回答を求めた。女子大学生において、家族介護者が介護負担感を高める要因として、どのような事柄を考えているかを知ることが出来ると考えた。

## （3）家族介護者の介護力尺度

榎ら（2014）によって、要介護者を在宅で介護する家族介護者の介護力構成要素を明らかにする目的で作成された尺度を用いた。当初38項目であったが、主因子法、プロマックス回転の結果、29項目が選定され、6因子構造とされた。第1因子は「要介護者を思いやる力」、第2因子は「介護ケア実践力」、第3因子は「自己の健康管理力」、第4因子は「介護生活からの転換力」、第5因子は「周囲の援助活用力」、第6因子は「介護に対する負の感情表出力」とされた。榎ら（2014）の研究の調査対象者は、家族介護者自身が回答者であるため、質問の文末は「楽しいと感じる」、「対策を考えている」などであり、各質問項目について「よくそう思う（4点）」、「どちらかといえばそう思う（3点）」、「どちらかといえば思わない（2点）」、「ほとんどそう思わない（1点）」の4件法であった。しかし、本調査では、介護体験の無い、女子大学生を調査対象者としたため、質問を「在宅介護をするときに、家族介護者が、介護に伴う様々な対処行動を、どの程度知っている、または獲得していることが必要だと思うか」に変更した。そこで質問文の末尾の表現を「相談している」の場合は「相談することが出来ている」とし、「聞いてもらっている」の場合は「聞

いてもらうことが出来ている」などに変更して、回答を求めた。そのため選択肢の表現も「非常に必要だ（5点）」、「少しは必要だ（4点）」、「どちらとも言えない（3点）」、「あまり必要ではない（2点）」、「全く必要ない（1点）」の5件法に変更して、回答を求めた。家族介護者の介護力向上への支援は不可欠であるが、女子大学生が、それらの対処行動を、家族介護者が、知っていることが必要だと感じているかについて回答を求めた。この質問に回答することで、将来、自分自身が、何を、どの程度、身につけていることが重要だと考えているかを知ることが出来ると考えた。

#### （4）レスパイトケアの認知度と必要性

レスパイトケアという「言葉を聞いたことがあるか」、「どの程度、知っているか」の回答を求めた。

次にレスパイトケアという言葉は初めて聞いた者のために、「レスパイトケアとは、一時的な中断、休止、息抜きなどを意味する言葉であること。寝たきり家族、認知症の家族、障害者（児）を在宅で、毎日、介護（ケア）し続けている家族の心身の疲労を癒し、介護生活から、一時的に解放を図り、リフレッシュしてもらうことを目的として行われる支援手段であることを質問紙に書き示した。このようにレスパイトケアとは、在宅家族介護者の精神的健康に焦点を当てたケアであり、介護される側のケアではないことを明記した上で、レスパイトケアは、家族介護者にとって、どの程度、必要だと思うかについて「非常に必要」から「全く必要と思わない」まで、5件法で回答を求めた。

### 結果

#### （1）介護負担尺度の評定平均値と因子構造（Table 1）

現時点では、介護経験が無い女子大学生たちが、「認知症高齢者を在宅で介護している家族が負担に感じている程度は、どれくらいだと思うか」という問いに対して回答を求めた結果、最も高得点だったのは、「No.3 介護のほかに、家事や子育て、勉強なども、こなさなければならない」（ $Me. = 4.753, SD = 0.513$ ）であった。次が「No.2 介護のために、自分の時間が十分取れなくなる」（ $Me. = 4.716, SD = 0.575$ ）、「No.17 介護のために、自分の思い通りの生活ができない」（ $Me. = 4.556, SD = 0.592$ ）であった。

最も低得点だったのは、「No.21 本当は、自分をもっとうまく介護できるのになあと思う」（ $Me. = 3.173, SD = 1.070$ ）、「No.8 介護されている人が、あなたを頼っている」（ $Me. = 3.309, SD = 0.983$ ）であった。

次に、因子分析を実施するに当たり、「No.22 全体を通してみると、介護をするということは、自分の負担になっていると思う」は、他の項目と異なり、介護全体を通しての質問項目であるという理由から、Zarit (1980) や荒井ら (2003) と同様に、因子分析から除外した。

因子分析（主因子法、バリマックス回転）を実施した結果、スクリー法により、3因子が抽出された。因子負荷量0.4000以上の項目を採択すると、21項目すべてが3つの因子のいずれかに組み込まれた。しかし、ここで、他の因子と重複した項目、「No.13 介護されている人が居るので、友人を自宅に呼びたくても呼べない」、「No.12 介護のために、自分の社会参加の機会が減る」、「No.19 介護されている人に対して、どう対応してよいか分からなくなる」、「No.16 介護にこれ以上、時間をさけない」の4項目を除外することで、より明確な因子構造を説明することが出来ると考

えた。その結果、Zarit (1980) や荒井ら (2003) が2つの因子構造、即ち、Personal strain (介護そのものから生じる負担感：以下 PS と略す) と Role strain (介護を始めたことにより、今までの生活ができなくなったことから生じる負担感：以下 RS と略す) によって測定されるとした結果とは異なった。

第1因子は、「Na.8 介護されている人が、あなたを頼っている」、「Na.17 介護のために、自分の思い通りの生活ができない」、「Na.9 介護されている人のそばにいと気が休まらない」、「Na.4 介護されている人の行動に、困らされてしまう」、「Na.14 介護されている人が「あなただけが頼り」と思っているようにみえてしまう」、「Na.2 介護のために、自分の時間が十分に取れなくなる」、「Na.1 介護されている人が必要以上に世話を求めてくる」、「Na.3 介護のほかに、家事や子育て、勉強なども、こなさなければならない」の8項目であった。因子負荷量が0.5000以上の5項目に注目すると、すべて PS 因子であったので、第1因子は Zarit (1980) や荒井ら (2003) に従い、「PS 因子 (介護そのものから生じる負担感因子)」と命名した。また因子負荷量が0.4000以上0.5000未満で採択した3項目は、RS 因子が2項目であった。しかしこの2項目は、Zarit (1980) で RS 因子であったが、荒井ら (2003) の因子分析の結果では、第1因子、即ち PS 因子として抽出された項目であった。そこで第1因子の内容は、介護以外のことをすることが出来なくなるものの、頼られているので見捨てることは出来ない。そのことによって生ずる葛藤因子であった。つまり「頼っている者を見捨てることが出来ない葛藤から生ずる負担感」と命名することが出来た。なお、第1因子の因子負荷量と第2因子の因子負荷量が共に大きかったため、第1因子から除外したNa.13とNa.12の項目は、荒井ら (2003) の短縮版作成の研究で8項目として残された RS 因子の2項目であり、Zarit (1980) の研究でも RS 因子として抽出された項目であった。

第2因子は、「Na.6 介護をすることで、意見が合わなくなり、家族や友人と付き合いづらくなる」、「Na.7 介護している人が、将来どうなるか不安になる」、「Na.21 本当は、自分ももっとうまく介護できるのになあと思う」、「Na.11 介護のために、自分のプライバシーが保てない」、「Na.20 自分は今以上にもっと頑張って介護しなければならないと思ってしまう」、「Na.5 介護されている人のそばにいて腹が立ってしまう」の6項目であった。因子負荷量が0.5000以上の4項目に注目すると、2項目が RS 因子であり、2項目が PS 因子であったので、第2因子は Zarit (1980) や荒井ら (2003) に従い、「RS 因子 (介護を始めたことにより、今までの生活ができなくなったことから生じる負担感因子)」と命名した。但し、因子負荷量が0.4000以上0.5000未満で採択した2項目は、いずれも PS 因子であり、PS 因子と RS 因子が混在して抽出された。これらを加えると、「もっとうまく介護できる」あるいは「もっと頑張って介護しなければ」という表現で示されるように「より良い介護をするための向上心からくる負担感」と命名することが出来た。なお、第2因子の因子負荷量と第3因子の因子負荷量が共に大きかったため、第2因子から除外した「Na.19 介護されている人に対して、どう対応してよいか分からなくなる」は、Zarit (1980) の研究では PS 因子として抽出された項目であった。

第3因子は、「Na.10 介護のために、体調を崩してしまう」と「Na.15 今の暮らしを考えると、介護にかかる金銭的な余裕はない」の2項目であった。金銭も時間もコストと考え、「コストの喪失に関する負担感」と命名出来た。因子負荷量が0.4000以上0.5000未満で採択した1項目は、「Na.18 介護をだれか他の人に、任せてしまいたいと思う」であり、Zarit (1980) や荒井ら (2003) によって PS 因子として抽出された項目であった。なお、第3因子と第1因子の因子負荷量が共に大きかったため、第3因子から除外した「Na.16 介護にこれ以上時間をさけない」は、Zarit (1980) では、PS 因子として抽出された項目であった。

## (2) 介護負担感を高める介護者の問題意識尺度の評定平均値と因子構造 (Table 2)

徳永ら (2011) により作成された、介護者の「介護負担感を高める要因」15項目について、その評定平均値を検討した。最も高得点だったのは、「No.2 精神的な疲労や苦痛がある」(Me. = 4.753, SD=0.582)、次に「No.1 肉体的な疲労や苦痛がある」(Me. =4.580, SD=0.610)、次に「No.3 老化や体力の衰えを感じる」(Me. =4.096, SD=0.749)であった。また最も低得点だったのは、「No.15 勉強ができない/学力が低下する」(Me. =3.741, SD=1.081)、次に「No.14 結婚ができない」(Me. =3.765, SD=1.175)であった。

次に、因子分析(主因子法、バリマックス回転)を実施した結果、スクリー法により、3因子が抽出された。因子負荷量0.5000以上の項目で、他の因子と重複されることのない項目を選定した。その結果、徳永ら(2011)の結果とは、因子構造は異なり、第1因子は、「No.13 介護に時間が多く取られ、自分の基本的な生活ができない」、「No.2 精神的な疲労や苦痛がある」、「No.4 趣味やレジャーなどの余暇時間がない」、「No.7 友人との付き合いができない」、「No.3 老化や体力の衰えを感じる」、「No.1 肉体的な疲労や苦痛がある」、「No.10 介護するための出費がかさむ」の7項目であった。徳永ら(2011)では第1因子とされたNo.13、No.1、No.10と、第2因子とされたNo.4、No.7が混在し、徳永ら(2011)の結果では、因子負荷量が小さく除外された項目No.2、No.3も組み込まれた。基本的人権因子と基本的生活因子が混在し、更に、精神的疲労、肉体的疲労も組み込まれたことから、介護によって喪失される時間と金銭、介護によって加わる肉体的・精神的疲労などの因子であるが、「基本的生活権因子」と命名した。

第2因子は、「No.15 勉強ができない/学力が低下する」、「No.14 結婚ができない」の2項目であった。徳永ら(2011)の結果ではNo.14は、第1因子であったことから、徳永ら(2011)の分析結果に近いと思われる「基本的人権因子」と命名した。

第3因子は、「No.6 自分がいなくなった後のことが心配」、「No.5 自分に代わる介護者が存在しない」の2項目であった。これは徳永ら(2011)の結果で、第3因子として抽出された項目であったことから、同じ因子名「介護環境不安因子」と命名した。

## (3) 家族介護者の介護力尺度の評定平均値と因子構造 (Table 3)

椋ら(2014)により作成された、介護力尺度の評定平均値を算出した。最も高得点だったのは、「No.14 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がある」(Me. =4.901, SD=0.406)、次に「No.15 一人で何でもやろうとしないで、周りの人に協力を頼むことが出来ている」(Me. =4.889, SD=0.418)、次に「No.13 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらうことが出来ている」(Me. =4.802, SD=0.401)であった。また最も低得点だったのは、「No.29 これからも出来れば在宅で介護していきたいと思うことが出来ている」(Me. =3.691, SD=0.889)、次に「No.24 介護することによって満足感が得られている」(Me. =3.716, SD=0.939)、次に「No.25 介護されている人と、同居していることが楽しいと感じることが出来ている」(Me. =3.988, SD=0.901)であった。

次に、因子分析(主因子法、バリマックス回転)を実施した結果、スクリー法により、4因子が抽出された。因子負荷量0.5000以上の項目で、他の因子と重複されることのない項目を選定した。その結果、椋ら(2014)の結果とは因子構造は異なり、第1因子は、「No.4 介護されている人の様子が急変したときに、どのように対応すればよいか、策を考えている」、「No.3 介護さ

れている人の食事や排せつなどについて、介護の仕方を知っている」、「No.2 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察することができる」、「No.6 役所や医師、看護師などの専門家に相談することが出来ている」、「No.9 介護で、ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている」、「No.10 自分で自分をほめたり、励ましたりすることが出来ている」、「No.5 介護されている人の状態や変化に合わせて対応することが出来ている」、「No.8 自分の好きなことをして、気分転換することが出来ている」、「No.7 介護されている人の行動や言動に動揺しないで対処することが出来ている」の9項目であり、「介護ケア実践力と介護生活からの転換力」と命名した。

第2因子は、「No.27 在宅で介護をしていて良かったと思うことが出来ている」、「No.25 介護されている人と、同居していることが楽しいと感じることが出来ている」、「No.28 介護されている人が、世話に対して感謝したり、喜んでくれたりしていると感じることが出来ている」、「No.29

これからも出来れば在宅で介護していきたいと思うことが出来ている」、「No.26 介護されている人を尊重する気持ちを持つことが出来ている」、「No.24 介護をすることによって満足感が得られている」の6項目であり、椋ら(2014)により「要介護者を思いやる力」と命名された項目であったが、「介護肯定感」と考えることが出来る項目であったので、「要介護者を思いやる力、介護肯定感」と命名した。

第3因子は、「No.21 自分の体力を保つため、睡眠、食事などに気を配ることが出来ている」、「No.20 自分自身の健康意識を高めている」、「No.19 自分の生活の仕方を自分なりに工夫することが出来ている」、「No.17 介護以外の楽しみの時間を持っている」、「No.18 できる範囲で、無理をしないで、介護することが出来ている」の5項目であり、「自己の健康管理力」と命名した。

第4因子は、「No.13 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらうことが出来ている」、「No.14 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる」、「No.12 介護をしている人どうして励まし合うことが出来ている」、「No.11 辛いときは、泣いたり、怒ったりすることが出来ている」、「No.15 一人で何でもやろうとしないで、周りの人に協力を頼むことが出来ている」の5項目であり、「周囲の援助活用力と介護に対する負の感情表出力」と命名した。

「介護生活からの転換力」は、第1因子の「介護ケア実践力」に組み込まれ、「負の感情表出力」は第4因子の「周囲の援助活用力」に組み込まれ、独立した因子としては抽出されなかった。

#### (4) 「介護負担感」と「介護力」との関係 ( $\chi^2$ 検定、t検定)

介護負担感得点が高いことと、介護力得点が高いことは、どのような関係にあるについて検討するために、それぞれの尺度の高得点群と低得点群の間でクロス集計を行い、 $\chi^2$ 検定を実施した。なお介護負担感の因子構造は、実際に在宅で介護をしているケアラーが調査対象者ではないことと、因子負荷量はいずれの項目も高かったことを考慮し、21項目すべてを分析の対象とした。

介護負担感得点は、1～5点で、21項目であったため、合計得点は21～105点であった。低得点群は43～86点の43名(53.09%)、高得点群は87～102点の38名(46.91%)となった。一方、介護力得点は、1～5点で29項目であったため、合計得点は29～145点であった。低得点群は90～130点の37名(45.68%)、高得点群は131～143点の44名(54.32%)となった。その結果、介護負担感得点が高く、介護力得点が高い者が32名(39.51%)、介護負担感得点が低く、介護力が低い者が26名(32.10%)となり、有意差が見出された( $\chi^2=13.2437, df=1, p<0.001$ )。即ち、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者は、より高いレベルの介護力が必要だと感じており、反対に在宅介護者の介護負担感はあまり強いものではないと評定した者は、それほど高いレベルの介護力を求めているという結果を得た。

次に、介護負担感得点を92～102点の高得点群27名、83～91点の中得点群26名、43～82点の低得点群28名に分類し、高得点群と低得点群との間で、介護力の第1因子から第4因子までの各因子の得点において有意差がみられるか検討するために、t検定を実施した。

その結果、第1因子は、介護負担得点の高得点群の第1因子の介護力得点の平均値は41.593点 (SD=2.763)、低得点群の介護力得点の平均値は74.000点 (SD=8.807) であり、介護負担得点の高得点群の介護力得点が有意に低かった ( $t(53) = 18.2686, p < 0.001$ )。即ち、在宅介護者の介護負担感はあまり強いものではないと評定した者は「介護ケア実践力と介護生活からの転換力」をより多く必要だと感じているという結果を得た。

第2因子は、介護負担得点の高得点群の第2因子の介護力得点の平均値は25.370点 (SD=3.090)、低得点群の介護力得点の平均値は23.179点 (SD=4.538) であり、介護負担得点の高得点群の介護力得点が有意に高かった ( $t(53) = 2.0858, p < 0.05$ )。即ち、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者は「要介護者を思いやる力、介護肯定感」をより多く必要だと感じているという結果を得た。

第3因子は、介護負担得点の高得点群の第3因子の介護力得点の平均値は24.074点 (SD=1.207)、低得点群の介護力得点の平均値は21.821点 (SD=2.907) であり、介護負担得点の高得点群の介護力得点が有意に高かった ( $t(53) = 3.7282, p < 0.001$ )。即ち、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者は、「自己の健康管理力」をより多く必要だと感じているという結果を得た。

第4因子は、介護負担得点の高得点群の第4因子の介護力得点の平均値は24.370点 (SD=0.926)、低得点群の介護力得点の平均値は22.714点 (SD=2.522) であり、介護負担得点の高得点群の介護力得点が有意に高かった ( $t(53) = 3.2091, p < 0.01$ )。即ち、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者は、「周囲からの援助活用力と介護に対する負の感情表出力」をより多く必要だと感じているという結果を得た。

#### (5) レスパイトケアの認知度と必要性

「レスパイトケア」という言葉を知っているか、どの程度知っているかについて回答を求めた。その結果、「言葉を聞いたことがあるし、意味もよく知っている」と回答した者は、1名(1.23%)であった。次に「言葉を聞いたことがあるし、意味もある程度知っている」と回答した者は0名(0%)であった。「言葉を聞いたことがあるが、意味はあまり知らない」と回答した者は3名(3.70%)であった。「言葉を聞いたことはあるが、意味は全く知らない」と回答した者は0名(0%)であった。「レスパイトケアという言葉は、初めて聞いた」と回答した者は77名(95.06%)であった。

次に、認知症高齢者を在宅で介護している家族にとって「レスパイトケア」がどの程度、必要かを問うた。その結果、「非常に必要」と回答した者は72名(88.89%)、「やや必要」と回答した者は7名(8.64%)、「どちらともいえない」と回答した者は0名(0%)、「あまり必要と思わない」と回答した者は1名(1.23%)、「全く必要と思わない」と回答した者は1名(1.23%)であった。

なお、レスパイトケアという言葉を知っているか、「聞いたこともあるし、意味もよく知っている」と回答し



た1名は、レスパイトケアを非常に必要だと回答し、レスパイトケアという言葉を「聞いたこともあるが、意味はあまり知らない」と回答した3名の内、2名は「非常に必要」と回答し、1名は「あまり必要と思わない」と回答した。

## 考察

### (1) 介護負担尺度の評定平均値と因子構造

因子構造が、Zarit (1980) や荒井ら (2003) の研究と異なる結果となった一番の原因は、調査対象者が在宅介護経験者でないばかりか、介護保険制度や、介護に関する知識を専門的に深く学ぶ機会が少ない女子大学生であったということによると考えられる。しかし、本研究の目的は、介護経験者と未経験者との間に、どのような認識のずれがあるのか。そのずれを知ることが将来の在宅介護において、どのような問題が生じるかを知る糸口になるのではないかということにあったので、異なる結果が得られたことは問題ではないと考える。

第1因子では、Personal strain (PS: 介護そのものから生じる負担感) と、Role strain (RS: 介護を始めたことにより、今までの生活ができなくなったことから生じる負担感) の2つの因子が混在して抽出された。因子負荷量の大きさから考えて、「PS因子 (介護そのものから生じる負担感因子)」と命名したが、その内容は、介護以外のことをすることが出来なくなるものの、「頼られている者を見捨てることが出来ない葛藤から生ずる負担感」ではないかと思われる。少なくとも、介護経験の無い女子大学生にとっては、在宅介護をしているケアラーの介護負担感の構造として、最も大きい要因は、思いやりが大切と育てられてきたことにより、頼っている者を見捨てることは出来ない。しかし、その一方で、個人を大切にす、自分らしく生きることが大切だと育てられてきたことから、自分の思い通りの生活が出来ないことにより、「思いやりをもって生きること」と「自分らしく生きること」との間に葛藤が生ずる。これが介護負担感になっていると感じたのではないだろうか。思いやりと自分を輝かせることを大切にすように育てられている若者世代が、在宅介護をすることになったとき、この葛藤が問題となるのではないだろうか。若者世代だけでなく、現在の親世代もこの葛藤が介護負担感となっていくのではないだろうか。現在の祖父母世代は、経済的な余裕があれば、施設入所を望むのであろうが、それが実現困難となり在宅介護が加速化している。そして、次にくるのは、その親世代を、若者世代が在宅介護する場合である。如何にして負担感のない、在宅介護を可能にすることが出来るのであろうか。この葛藤の解消を考える必要があるように思われる。

第2因子もPS因子とRS因子が混在しているが、因子負荷量の大きい2項目がPS因子であったので、Zarit (1980) や荒井ら (2003) に従い、「RS因子 (介護を始めたことにより、今までの生活ができなくなったことから生じる負担感因子)」と命名した。但し、内容としては、「より良い介護をするための向上心からくる負担感」であるといえよう。向上心は素晴らしいことであり、より適切な介護をすることは、介護される側にとっても快適であり、介護する側 (ケアラー) にとっても、スムーズなケアが出来るし、介護肯定感にも繋がることであろう。しかし、そのためには適切な情報提供が、簡潔に伝達されなければ、介護しながら、あれこれ動くことは逆に、ケアラーの負担感を増大させることにも繋がりがかねない。家族介護者になる以前から、適切な情報提供を受ける機会があることが望まれる。

第3因子は「コストの喪失に関する負担感」と命名したが、「介護を誰かに任せてしまいたいと思う」が、コストが掛かるので、やむを得ず、在宅介護をせざるを得ず、そのために負担を感じるという見方も出来る。ところで、ここで言う「誰か」とは施設職員、病院職員であるかどうか

かは不明である。むしろ認知症高齢者の「介護を誰かに任せてしまいたいと思う」ことによって生じる負担感は、任せるべきではないと感じているにも関わらず、任せたいと思ってしまうという葛藤から生じる負担感なのではないだろうか。それ故、「傍にいと腹が立ってしまう」ことで感じる負担とは、異なる因子に分類されているのではないだろうか。腹が立ってしまうから、施設に預けてしまおう、誰か他の人に任せてしまおうという心理的な機制ではないと、女子大学生は感じているということではないだろうか。

## (2) 介護負担感を高める介護者の問題意識尺度の評定平均値と因子構造

徳永ら（2011）により作成された、介護者の「介護負担感を高める要因」15項目について、その評定平均値を検討した。最も高得点だったのは、「No.2 精神的な疲労や苦痛がある」、次に「No.1 肉体的な疲労や苦痛がある」、「No.3 介護に時間が多く取られ、自分の基本的な生活ができない」と続いた。調査対象者は女子大学生であるが、精神的疲労と肉体的疲労が大きいことが問題であるという認識がある。即ち、そうした不安を抱いたまま、将来、介護をすることになるということであろう。在宅介護に消極的になるのは、自分自身も他の家族も疲弊してしまうのではないかとの懸念があるからかもしれない。それを払拭するためには、負担軽減の方策を作ることと、レスパイトケアなどの制度があることを、情報提供することが大切であろう。また最も低得点だったのは、「No.15 勉強ができない/学力が低下する」、「No.14 結婚ができない」であったが、これは孫世代の女子大学生が、ヤングケアラーの存在を知らないからであろう。祖父母、両親の介護のために学業を断念している現状を知らないということではないだろうか。また、男女とも、介護のため独身を通す人がいる現状を知らないということではないだろうか。現代社会は、情報が溢れているにも関わらず、こうした大切な情報を得る機会が少ないといえよう。

因子構造は、徳永ら（2011）の結果とは異なった。第1因子は、徳永ら（2011）により第1因子とされたNo.13、No.1、No.10と、第2因子とされたNo.4、No.7が混在し、因子負荷量が小さく除外された項目No.2、No.3も組み込まれ「基本的生活権因子」と命名した。このように多くの項目が組み込まれたのは、やはり調査対象者が女子大学生であったからであろう。徳永ら（2011）の調査対象者は、介護関連施設利用者の家族介護者であり、40歳代から80歳以上の年齢層で、最も多い年齢層は60歳代（41%）であった。しかし、ここで興味深いのは、精神的疲労や苦痛があることや、肉体的疲労や苦痛があることは、介護者自身である調査対象者の年齢から考えると、老老介護であることが分かる。したがって、この因子に、組み込まれても当然であるが、因子負荷量が小さく、除外されたことである。即ち、岡林ら（1999）が指摘するような積極的な介護による、「燃え尽き」が関係しているのかもしれない。これは、介護をしていることで、肉体的疲労、精神的疲労を意識できない状態に陥っているということなのかもしれない。質問紙調査だけでは、見落とされてしまいがちなのが、「燃え尽き」であるかもしれない。女子大学生は、想像ではあるかもしれないが、むしろ一步離れた立場から介護負担感を高める要因を見ることが出来ることで、このような結果が得られたのではないだろうか。

第2因子は、「No.15 勉強ができない/学力が低下する」、「No.14 結婚ができない」の2項目であった。就職・進学を目前にしている女子大学生にとっては、勉強ができなくなることや、結婚ができなくなことは、「基本的人権因子」であり、「基本的生活権因子」といえるものであろう。

第3因子は、徳永ら（2011）のものと同じであり、「介護環境不安因子」と命名された。自分

がいなくなった後の心配と、自分に代わる介護者がいないとすることは、娘、嫁、妻が家族介護者の一位である日本の現状を反映しているといえよう。介護することに不平不満があるのではなく、代替者がいないことから生じる不安と、一時的な休息・息抜きであるレスパイトケアが情報として浸透しておらず、制度の存在すら知らないことなどが関係していると思われる。

### (3) 家族介護者の介護力尺度の評定平均値と因子構造

榎ら(2014)によって作成された、介護力尺度の評定平均値を検討した。高得点だったのは、「No.14 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる」、「No.15 一人で何でもやろうとしないので、周りの人に協力を頼むことが出来ている」、「No.13 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらうことが出来ている」であり、介護の悩みを聞いてくれる人、励ましてくれる人がいるという項目であり、人間によるサポートが重要であることが分かる。気軽に参加できる「D カフェ(認知症カフェ)」や自助グループがあることや、看護職・介護職、カウンセラーなどに話を聞いてもらうことを想定しているように思われる。

また低得点だったのは、「No.29 これからも出来れば在宅で介護していきたいと思うことが出来ている」、「No.24 介護することによって満足感が得られている」、「No.25 介護されている人と、同居していることが楽しいと感じることが出来ている」であり、在宅介護で満足感を得たり、楽しいと感じたり、在宅介護をし続けたりすることに対して、懐疑的に見ているようである。将来、自分たちが介護者になった場合に、在宅介護は肯定的感情で受け止められるものではないということかもしれない。

次に、因子分析(主因子法、バリマックス回転)をした結果、スクリー法により、4因子が抽出された。榎ら(2014)の結果とは、因子構造は異なり、6因子ではなく、4因子が抽出された。第1因子は「介護ケア実践力と介護生活からの転換力」であった。気分の切り替えが、介護ケア実践力の一つと捉えられているといえよう。

第2因子は「要介護者を思いやる力と介護肯定感」と命名したが、介護される人を尊重することが出来るか、そして介護されている人が介護者に対して感謝の気持ちを表明できるかという内容が含まれている。その一方で、評定平均値の下から3項目は、この因子の中に含まれており、介護をすることに満足している、楽しんでいて、介護をし続けたいであり、介護をすることで、満足感を得ることは難しいと感じているということであろう。調査対象者の女子大学生の在宅介護に対する本音と建前の部分が出ているのかもしれない。

第3因子は「自己の健康管理力」と命名したが、自分で気配りをする、自分なりに工夫する、できる範囲で無理せずになどであり、その判断基準は個人の中に存在する。精神的・肉体的に余裕があればそれでも健康は保たれるであろう。しかし、疲労が溜まってきたときに、まだまだ頑張れると思って、限界を超えるということがあってはならないだろうか。女子大学生が、そのように見ているということは、自分たちが将来、そのように対応するということになる危険性を孕んでいるといえるのではないだろうか。

第4因子は「周囲の援助活用力と介護に対する負の感情表出力」と命名したが、その内容は、周りに悩みを聞いてくれる人がいるかどうか。励ましてくれる人がいるかどうか。協力を頼める人がいるかどうかということである。今後、気軽に参加できる「D カフェ(認知症カフェ)」や自助グループが近隣に存在することが望まれよう。また医療スタッフ、介護スタッフ、心理スタッフなど人的資源を気軽に利用できる環境作りが必要だと思われる。しかし、「人」というのは、

家族や近所の人ではないのかもしれない。「No.16 家族や近所に、介護を手伝ってくれる人がいる」という項目は、因子負荷量が小さくて、除外されている。つまり、援助を求める人は、家族や親族、近所の人ではなく、同じ状況にある人、相談できるプロの人ということではないだろうか。親戚も近所の人でも、つき合いが疎遠で家の中に入り込んで欲しくないということがあるのかもしれない。世間体、対面を考えてしまうということかもしれない。しかし、介護保険制度が縮小され、在宅介護へ移行すると、制度が充実していなければ、家族介護者は精神的に疲弊し、健康が損なわれることになるのではないだろうか。

#### (4) 「介護負担感」と「介護力」との関係

在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者は、介護力をより高いレベルで必要だと感じており、反対に在宅介護者の介護負担感はあまり強いものではないと評定した者は、介護力をそれほど高いレベルで求めているという結果を得た。この結果は、本調査の対象者は、実際に在宅介護の経験が無い女子大学生であったことから、彼らの在宅介護に対する意識の高さといえるかもしれないし、あるいは不安感であるかもしれない。

次に、より詳細な検討を加えるために、介護負担感得点の高得点群・低得点群の間で、介護力尺度の平均得点を因子ごとに比較した。その結果、第1因子「介護ケア実践力と介護生活からの転換力」については、在宅介護者の介護負担感はあまり強いものではないと評定した者の方が、より高いレベルの介護力が必要だと感じていることが分かった。しかし、第2因子「要介護者を思いやる力、介護肯定感」、第3因子「自己の健康管理力」、第4因子「周囲からの援助活用力と介護に対する負の感情表出力」については、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者の方が、より高いレベルの介護力が必要だと感じているという結果を得た。

つまり、様々な介護力の中で、対象者の介護負担に対する考え方に合わせて、対処方法に関する情報を提供する必要があるのではないかと思われる。家族介護者と一律に対応するのではなく、その人が持つ介護観、介護負担の感じ方に合わせて情報を提供する必要があるのではないだろうか。

#### (5) レスパイトケアの認知度と必要性

本研究では、「レスパイトケア」という言葉を95%以上の者が「初めて聞いた」と回答しており、認知度は極めて低かった。介護系、看護系であれば、講義で知り得ることだと思うが、それ以外の学科の学生にとっては、馴染みのない言葉だということであろう。しかし、徳永ら(2011)の調査によれば、介護サービスを利用している家族介護者でも、レスパイトケアという言葉は、60%の者が「初めて聞いた」と回答し、25%の者が言葉を聞いたことがあるが、意味は知らず、残りの者は「言葉を聞いたことがあり、意味を知っている」という回答だったという。このように、レスパイトケアという言葉は、在宅介護経験者であっても認知度が非常に低いのが、現状である。もう少し、意味を知らせることと、利用することに対する罪悪感を持つ必要はないことも合わせて伝える必要があると思われる。

### 要旨

東京都内にある私立A大学の女子学生81名(平均年齢21.11歳 SD=0.72)を対象に、認知症高齢者を在宅介護している家族の抱える負担感、負担感を高める要因、介護力、レスパイトケアに対する質問紙調査を実施した。調査対象者は、所属学科が介護系や看護系ではないため、高齢

者や認知症高齢者を取り巻く問題についての知識を専門的に深く学ぶ機会が少ない学生である。

介護負担感尺度は、「Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI)」22項目を用いた。高得点3項目は、介護以外の自分の仕事が出来なくなること、その時間が取れなくなること、拘束されることに対する不安感が反映されているようであった。因子構造は、第1因子は「頼っている者を見捨てるのが出来ない葛藤から生ずる負担感」であり、第2因子は「より良い介護をするための向上心からくる負担感」であり、第3因子は、金銭も時間も体力もコストと考えると「コストの喪失に関する負担感」であった。ここで考えるべきことは、思いやりを大切にすることと、自分らしく生きることが大切だと育てられてきた者たちが、在宅介護を担うようになった時、第1因子として抽出された葛藤をどう処理していくかということではないかと考えた。

介護負担感を高める介護者の問題意識尺度は、徳永ら (2011) により作成された15項目を用いた。高得点だったのは、精神的疲労と肉体的疲労が大きいことが介護負担感を高める要因だという認識であった。介護未経験者が、在宅介護に消極的になるのは、自分自身も他の家族も疲弊してしまうのではないかと懸念があるからなのかもしれない。第1因子は、「基本的生活権因子」と命名出来るが、家族介護者対象の調査では因子負荷量が小さく、除外された精神的疲労や肉体的疲労感が、この因子に組み込まれた。これは、岡林ら (1999) が指摘するような積極的な介護により、「燃え尽き」が起きるという指摘と関係するのかもしれない。在宅介護現場での実際の介護を知らない若者世代の立場から想像すると、介護をすることで、肉体的疲労、精神的疲労は当然、介護負担感を高める要素になる。それを家族介護の当事者は意識できない状態に陥っていることの現われなのかもしれない。

介護力尺度は、榎ら (2014) により作成された29項目を用いた。高得点だったのは、介護の悩みを聞いてくれる人、励ましてくれる人がいるという項目であり、気軽に参加できる「D カフェ (認知症カフェ)」や自助グループがあることや、看護職・介護職、カウンセラーなどに話を聞いてもらうことが大切だと調査対象者の女子大学生は考えているようである。次に、因子分析の結果、第4因子は「周囲の援助活用力と介護に対する負の感情表出力」と命名したが、その内容は、周りに悩みを聞いてくれる人がいるかどうか等である。今後、気軽に参加できる「D カフェ (認知症カフェ)」や自助グループが近隣に存在することが求められよう。また医療スタッフ、介護スタッフ、心理スタッフなどを気軽に利用できる環境作りが必要だと思われる。

また、介護負担感と介護力との関係を検討した結果、第1因子「介護ケア実践力と介護生活からの転換力」については、在宅介護者の介護負担感はあまり強いものではないと評定した者の方が、より高いレベルの介護力が必要だと感じており、その他の「要介護者を思いやる力、介護肯定感」、「自己の健康管理力」、「周囲からの援助活用力と介護に対する負の感情表出力」については、在宅介護者の介護負担感は強いと感じている評定者の方が、より高いレベルの介護力が必要だと感じているという結果を得た。つまり、対象者の介護負担に対する考え方に合わせて、対処方法に関する情報を提供する必要があるように思われる。

「レスパイトケア」という言葉は、95%以上の女子大学生が、初めて聞いた言葉だと回答しており、その認知度は極めて低かった。介護系、看護系であれば、講義で知り得ることだと思うが、それ以外の学科の学生にとっては、馴染みのない言葉だということであろう。「レスパイトケア」の言葉の意味を知らせることと、これらのケアを利用することに対する罪悪感を持つ必要はないことも合わせて伝える必要があると思われる。レスパイトケアを利用するに当たり、一時的な休息を得ることで、明日からの活力が湧く。介護者が倒れれば、介護されている側も施設入所や入院を余儀なくされるのであるから、罪悪感を持たずに利用することを勧めることができるように

なればよいと思われる。

## 引用文献

- 荒井由美子 (2002), 介護負担度の評価. 総合リハビリテーション, 30,11,1005-1009.
- 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二 (2003). Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) の作成: その信頼性と妥当性に関する検討. 日本老年医学会雑誌, 40,5,497-503.
- 榛直美, 尾形由紀子, 横尾美智代, 田淵康子 (2014). 家族介護者の介護力構成要素と介護負担感との関連. 福岡県立大学看護学研究紀要, 11,2,35-44.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2017改訂版). 日本の将来推計人口・世帯数.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2018). 日本の世帯数の将来推計 (全国推計).
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薫, 中谷陽明, 柴田博 (1999). 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. 心理学研究, 66,6,486-493.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感をもつ負担軽減効果. 心理学研究, 70,3,203-210.
- 徳永あけみ, 羽生正宗 (2011). Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI\_8) を用いた家族介護者の負担感分析: 介護負担感要因のモデル化. 山口経済学雑誌, 60,3,219-253.
- 山村豊 (2014). 在宅要介護高齢者の家族介護者における介護肯定感の形成過程について. 立正大学心理学研究所紀要, 12,31-44.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlantes of feeling of burden. *Gerontologist*, 20,649-655.

Table1. Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) の評定平均値と因子分析の結果 (主因子法、バリマックス回転)

Zarit (1980) の因子構造	荒井らによる J-ZBI_8 の因子構造 (2003)	荒井らによる J-ZBI_8 作成の際の因子構造 (2003)	質問項目	第1因子： PS因子、頼っている者を見捨てる ことが出来ない葛藤から生ずる負担感	第2因子： RS因子、頼って良い介護を 向上心から負担感	第3因子： コストの喪失に関する負担感	共通性	平均	標準偏差
PS	3	3	Q 2-8 介護されている人が、あなたを頼っている	0.6453	0.0981	-0.1317	0.4628	3.309	0.983
PS	2	2	Q 2-17 介護のために、自分の思い通りの生活ができない	0.6121	0.0769	0.3791	0.5266	4.556	0.592
PS	PS	1	Q 2-9 介護されている人のそばにいと気が休まらない	0.5940	0.1867	0.3737	0.5803	4.049	0.835
PS	PS	1	Q 2-4 介護されている人の行動に、困らされてしまう	0.5552	0.2818	0.2010	0.5353	4.383	0.734
RS	RS	2	Q 2-13 介護されている人が居るので、友人を自宅に呼びたくても呼べない	0.5472	0.4749	0.1111	0.5948	3.691	1.125
RS	RS	2	Q 2-12 介護のために、自分の社会参加の機会が減る	0.5393	0.4417	0.2801	0.6974	3.901	1.008
PS	PS	3	Q 2-14 介護されている人が「あなただけが頼り」と思っているように見えてしまう	0.5148	0.2647	0.1983	0.5424	3.852	1.050
RS	RS	1	Q 2-2 介護のために、自分の時間が十分に取れなくなる	0.4581	0.0796	0.1598	0.4190	4.716	0.575
PS	PS	1	Q 2-1 介護されている人が必要以上に世話を求めてくる	0.4525	0.2382	0.3008	0.4898	4.457	0.593
RS	RS	1	Q 2-3 介護のほかに、家事や子育て、勉強なども、こなさなければならぬ	0.4028	0.2297	0.2704	0.4916	4.753	0.513
RS	RS	2	Q 2-6 介護をすることで、意見が合わなくなり、家族や友人と付き合いづらくなる	0.1222	0.6517	0.2360	0.6032	4.012	1.031
		1	Q 2-7 介護している人が、将来どうなるか不安になる	0.1786	0.6014	0.0145	0.4912	4.062	0.966
PS		4	Q 2-21 本当は、自分もとうとうまく介護できるのになあと思う	0.2339	0.5807	-0.0337	0.4922	3.173	1.070
RS		2	Q 2-11 介護のために、自分のプライバシーが保てない	0.2710	0.5351	0.3858	0.6195	3.975	1.072
PS	PS	1	Q 2-19 介護されている人に対して、どう対応してよいか分からなくなる	0.1391	0.4855	0.4378	0.6331	4.062	0.913
PS	PS	4	Q 2-20 自分は今以上にもっと頑張って介護しなければならぬと思ってしまう	0.0777	0.4737	0.3478	0.5520	3.975	1.037
PS	PS	1	Q 2-5 介護されている人のそばにいて腹が立ってしまう	0.2828	0.4710	0.3350	0.5608	3.827	1.022
		1	Q 2-10 介護のために、体調を崩してしまう	0.1107	0.1153	0.8102	0.5930	4.481	0.709
PS		1	Q 2-16 介護にこれ以上時間をさけない	0.4019	0.2112	0.6061	0.6899	4.247	0.845
		1	Q 2-15 今の暮らしを考えると、介護にかけられる金銭的な余裕はない	0.2537	0.0411	0.5701	0.5408	4.346	0.824
PS	PS	1	Q 2-18 介護を誰か他の人に、任せてしまいたいと思う	0.1092	0.2813	0.4616	0.5206	3.901	1.020
			固有値	6.9833	1.1682	1.0833			
			寄与率	33.254%	5.563%	5.159%			
			累積寄与率	33.25%	38.82%	43.98%			

Table2. 介護負担感を高める介護者の問題意識尺度の評定平均値と因子分析の結果（主因子法、バリマックス回転）

原著因子	質問項目	第1因子： 基本的な生活 権因子	第2因子： 基本的な人権 因子	第3因子： 介護環境不 安因子	共通性	平均	標準偏差
1	Q3-13 介護に時間が多く取られ、自分の基本的な生活ができない	0.7682	0.1742	0.2518	0.6291	4.556	0.775
	Q3-2 精神的な疲労や苦痛がある	0.6912	0.0570	0.1459	0.4679	4.753	0.582
2	Q3-4 趣味・レジャーなどの余暇時間がない	0.6763	0.1082	0.0380	0.4902	4.272	0.837
2	Q3-7 友人との付き合いができない	0.6100	0.2839	0.1215	0.5730	4.012	0.901
	Q3-3 老化や体力の衰えを感じる	0.5752	0.1629	0.2320	0.4782	4.296	0.749
1	Q3-1 肉体的な疲労や苦痛がある	0.5623	0.0626	0.2935	0.4905	4.580	0.610
1	Q3-10 介護するための出費がかさむ	0.5421	0.3214	0.2859	0.5348	4.383	0.734
	Q3-12 介護に十分な時間が取れない	0.4280	0.1781	0.1607	0.3531	4.049	0.934
	Q3-15 勉強ができない / 学力が低下する	0.0902	0.8833	0.1287	0.6553	3.741	1.081
1	Q3-14 結婚ができない	0.0834	0.8219	0.1607	0.6523	3.765	1.175
2	Q3-8 自分の仕事ができない	0.4301	0.4830	-0.0056	0.5160	4.481	0.743
	Q3-9 労が報われることが少ない / 理解されない	0.3064	0.4395	-0.0310	0.3485	4.272	0.881
3	Q3-6 自分がいなくなった後のことが心配	0.1220	-0.0760	0.9896	0.4995	4.346	0.854
3	Q3-5 自分に代わる介護者が現在いない	0.3039	0.2171	0.5070	0.4750	4.543	0.807
	Q3-11 介護の知識や技術の不足を感じる	0.3316	0.1861	0.4245	0.4420	3.988	0.798
	固有値	5.5966	1.8031	1.3510			
	寄与率	37.31%	12.02%	9.01%			
	累積寄与率	37.31%	49.33%	58.34%			



Table3. 家族介護者の介護力尺度の評定平均値と因子分析の結果（主因子法、バリマックス回転）

原著No	原著因子	質問項目	第1因子： 介護ケア実践力と介護 生活からの 転換力	第2因子： 要介護者を 思いやる力、 介護肯定感	第3因子： 自己の健康 管理能力	第4因子： 周囲の援助活 用力と介護に 対する負の感 情表出	共通性	平均	標準 偏差	
4	2	Q4-4 介護されている人の様子が急変したときに、どのように対応すればよいか、策を考えている	0.8462	0.2002	0.0574	-0.1265	0.7919	4.580	0.687	
3	2	Q4-3 介護されている人の食事や排せつなどについて、介護の仕方が知っている	0.7705	0.2630	0.0993	0.0134	0.7638	4.543	0.708	
2	2	Q4-2 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察することが出来ている	0.6784	0.2774	0.0782	0.0147	0.6867	4.444	0.612	
6	2	Q4-6 役所や医師、看護師などの専門家に相談することが出来ている	0.6580	0.1063	-0.0364	0.2006	0.7123	4.543	0.653	
10	4	Q4-9 介護で、ストレスを感じたとき、解消する方法をもっている	0.6181	-0.0324	0.0929	0.1364	0.6004	4.778	0.474	
11	6	Q4-10 自分で自分をほめたり、励ましたりすることが出来ている	0.6131	-0.1868	0.2839	0.3317	0.7146	4.617	0.644	
5	2	Q4-5 介護されている人の状態や変化に合わせて対応することが出来ている	0.5958	0.2645	0.2122	-0.1778	0.6763	4.222	0.725	
9	4	Q4-8 介護の好きなことをして、気分転換をすることが出来ている	0.5875	-0.0636	0.2968	0.1642	0.6514	4.728	0.548	
7	2	Q4-7 介護されている人の行動や言動に動揺しないので対応することが出来ている	0.5421	0.1163	0.2160	0.0061	0.5264	4.099	0.752	
21	4	Q4-27 在宅で介護をしていて良かったと思うことが出来ている	0.1379	0.7472	0.3227	0.1196	0.7596	4.012	0.814	
18	5	Q4-25 介護されている人と、同居していることが楽しいと感じることが出来ている	0.1460	0.7228	0.2908	0.0311	0.7922	3.988	0.901	
35	1	Q4-28 介護されている人が、世話に対して感謝したり、喜んでくれたりしていると感じることが出来ている	0.1214	0.7011	0.1629	0.1051	0.5774	4.358	0.730	
36	1	Q4-29 これからも出来れば在宅で介護していきたいと思うことが出来ている	0.0547	0.6935	0.0658	-0.0579	0.6042	3.691	0.889	
33	1	Q4-26 介護されている人を尊重する気持ちを持つことが出来ている	0.1263	0.6274	0.3899	-0.0180	0.7676	4.235	0.712	
31	1	Q4-24 介護をすることによって満足感が得られている	0.0118	0.5091	0.4282	0.1226	0.6542	3.716	0.939	
30	1	Q4-23 介護されている人も頑張っているのだと思うことが出来ている	0.1494	0.4453	0.1398	0.3594	0.6447	4.173	0.919	
1	2	Q4-1 介護に役立つ情報を集めることが出来ている	0.3424	0.3474	0.0714	0.1315	0.5509	4.284	0.656	
25	3	Q4-21 自分の体力を保つため、睡眠、食事などに気を配ることが出来ている	0.1819	0.2315	0.7451	0.1371	0.8158	4.642	0.619	
24	3	Q4-20 自分自身の健康意識を高めている	0.2088	0.2645	0.6752	0.0979	0.8373	4.432	0.741	
23	3	Q4-19 自分の生活の仕方を自分なりに工夫することが出来ている	0.1462	0.2305	0.6553	0.1389	0.7191	4.617	0.582	
21	4	Q4-17 介護以外の楽しみを持っている	0.0815	0.1607	0.6164	0.2418	0.6882	4.741	0.468	
22	3	Q4-18 できる範囲で、無理をしないで、介護することが出来ている	0.1624	0.2257	0.5614	0.1797	0.7260	4.741	0.468	
26	3	Q4-22 ほぼ規則的な生活をする事が出来ている	0.2445	0.3416	0.3642	0.2713	0.6159	4.321	0.772	
19	5	Q4-16 家族や近所に、介護を手伝ってくれる人がいる	0.2561	0.2664	0.3021	0.0971	0.4582	4.642	0.482	
15	6	Q4-13 介護での苦労や悩みを家族や周りの人に聞いてもらうことが出来ている	-0.0696	0.0113	0.1666	0.6848	0.5817	4.802	0.401	
16	5	Q4-14 介護の大変さや辛さを理解してくれる人がいる	0.0087	-0.0309	0.1455	0.6002	0.5546	4.901	0.406	
14	6	Q4-12 介護をしている人どうして励まし合うことが出来ている	0.0192	0.2168	0.2016	0.5774	0.6169	4.432	0.670	
12	6	Q4-11 辛いときは、泣いたり、怒ったりすることが出来ている	0.3950	-0.0788	0.1530	0.5191	0.7321	4.716	0.597	
18	5	Q4-15 一人で何でもやろうとしないで、周りの人に協力を頼むことが出来ている	0.1374	0.1511	0.0153	0.5103	0.5559	4.889	0.418	
固有値			8.6241				3.2506	2.6406	1.6106	
寄与率			29.74%				11.21%	9.11%	5.55%	
累積寄与率			29.74%				40.95%	50.05%	55.61%	