

2012年度 博士論文

指導教授 和田 敏明  
副査准教授 山口 麻衣

**韓国における家族介護者の肯定的介護認識に関する研究**

－同居家族療養制度の利用との関係に焦点をあてて－

**A study on positive care perception in Korean  
Women Caregivers**

- Focusing on the relationship with use of the co-residing family  
care system -

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科  
社会福祉学専攻博士後期課程

1. GS08-D03

張 英信

# 目次

テーマ；韓国における家族介護者の肯定的介護認識に関する研究  
－同居家族療養制度の利用との関係に焦点をあてて－

序章	5
1. 本研究の背景と問題提起	5
2. 本研究の目的と意義	9
3. 本論文の構成	11
第1章 韓国における在宅介護をめぐる現状と政策	15
第1節 高齢者をめぐる介護問題と介護現状	15
第2節 介護保険制度の導入と在宅サービス普及	20
第3節 同居家族療養制度とは	25
第4節 第1章のまとめ	31
第2章 家族介護者の肯定的介護認識とその関連要因の理論的検討	32
第1節 肯定的介護認識を探求する重要性	32
第2節 肯定的介護認識の概念及び尺度に関する先行研究検討	33
第3節 介護負担感と肯定的介護認識	38
第4節 肯定的介護認識の関連要因に関する先行研究の検討	41
第5節 扶養意識と肯定的介護認識	43
第6節 ソーシャル・サポートと肯定的介護認識	46

第7節	同居家族療養制度と肯定的介護認識	……	49
第8節	第2章のまとめ	……	51
<b>第3章</b>	<b>実証研究の調査方法</b>	……	<b>52</b>
第1節	調査方法論上の戦略	……	52
第2節	リサーチクエスションと調査仮説	……	56
第3節	研究方法	……	62
第4節	調査対象の属性	……	76
第5節	第3章のまとめ	……	82
<b>第4章</b>	<b>「肯定的介護認識」尺度の項目規定；質的研究による分析</b>	…	<b>83</b>
第1節	調査目的と仮説	……	83
第2節	結果	……	83
第3節	考察	……	107
第4節	第4章のまとめ	……	110
<b>第5章</b>	<b>「肯定的介護認識の尺度開発」；量的調査による分析</b>	……	<b>112</b>
第1節	調査目的と仮説	……	112
第2節	「肯定的介護認識」尺度の項目の手続き：予備調査	……	112
第3節	結果	……	117
第4節	考察	……	125
第5節	第5章のまとめ	……	127
<b>第6章</b>	<b>同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係検討； 量的調査と質的調査による分析</b>	……	<b>129</b>
第1節	調査目的と仮説	……	129

第2節	結果	……	130
第3節	同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識 との関係に関する検討	……	137
第4節	考察	……	148
第5節	第6章のまとめ	……	151
<b>第7章</b>	<b>嫁の肯定的介護認識とその関連要因の関連性における仮説検証 ; 量的調査による多母集団の同時分析</b>	……	<b>152</b>
第1節	調査目的と仮説	……	152
第2節	結果	……	154
第3節	考察	……	172
第4節	第7章のまとめ	……	174
<b>第8章</b>	<b>家族介護政策・支援への示唆</b>	……	<b>175</b>
第1節	肯定的介護認識についての考察	……	175
第2節	同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についての考察	…	179
第3節	第8章のまとめ	……	186
<b>終章</b>		……	<b>187</b>
第1節	本研究成果の要約	……	187
第2節	本研究の限界と今後の課題	……	191
<b>謝辞</b>		……	<b>196</b>
<b>引用文献</b>		……	<b>197</b>
<b>【資料1】</b>	「肯定的介護認識」の質問紙(日本語版)	……	209
<b>【資料2】</b>	「肯定的介護認識」の質問紙(韓国語版)	……	219

## 序章

本論文は、韓国における家族介護を理解するための基礎研究として、女性家族介護者（以下は‘家族介護者’と表記）が感じている肯定的介護認識の構造を明らかにし、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用による肯定的介護認識に関連する要因を分析し、家族介護政策・支援への示唆するものである。

### 1. 本研究の背景と問題提起

韓国では、急速な高齢化の進行に伴い、介護を必要とする高齢者も急増している。2000年にすでに65歳以上の高齢者人口が7%を超える高齢化社会に入った韓国であるが、2018年には高齢者人口が14%以上の高齢社会に入り、2026年には高齢者人口が21%以上の超高齢社会に突入することが予測されている（林・宣・住居2010）。さらに、韓国における統計庁の「将来人口推計」（2003年推計）によると、2050年には65歳以上の高齢者人口が34.4%に達し、21世紀前半において世界で最も速いスピードで高齢化が進む見込みであると報告されている。その結果から、今後もこのような状況はますます深刻化すると予測される。

韓国では核家族化、少子化、女性の社会進出の増加などにより、家族の介護機能が低下しているなか、要介護高齢者の介護問題が大きな社会問題としてクローズアップされている。産業化社会と情報化社会の進展に伴い、核家族化が進行している韓国は、「子どもとの別居率が1990年に25.5%に過ぎなかったが、2007年には50%」で過半数を占めるまでになっている（林・宣・住居 2010：8）。韓国のこのような状況においては、要介護高齢者を誰がどのように面倒を見るのかが、現在の大きな社会的問題になり、また、要介護高齢者や家族を支える社会システムの充実も重要な課題となっている。

このような背景から、韓国は、高齢者の介護問題を政府と国民が協働して解決しなければならない重要な問題としてとらえ、高齢者の生活の質を高めるだけでなく、家族介護者の介護負担を軽減することを目的として2008年7月に日本の介護保険制度と同様な制度である「老人長期療養保険制度」（日本；介護保

険制度、以下は‘介護保険制度’と表記)を創設した。韓国の介護保険制度では、在宅サービスとして同居家族療養制度が含まれているのが特徴である。同居家族療養制度には、他の在宅サービスが持たない特有の特徴がある。その特徴は、①教育と実習により療養保護士の資格を取得すること、②親への介護労働に対しての1日あたり2時間に限り賃金を得ること、③療養保護士として外部活動ができること、④家族介護への社会的評価をしていることである。つまり同居家族療養制度は、経済的支援効果、社会的評価、教育的効果、そして外部活動効果が期待されているといえる。

一方韓国では、介護保険制度の導入により介護の社会化が促進されたとしても、儒教思想に基づく扶養意識が残り、在宅での家族介護に期待感が強い。統計庁(2006)によると、両親の面倒を誰が見るべきかについての意識調査では、「家族」が63.4%で一番多くを占め、「家族と政府・社会」が26.4%、「高齢者自ら」が7.8%であった。実際、要介護高齢者の多くは家族によって介護されており、介護者を続柄別にみると、嫁が35.1%、配偶者が31.5%、娘が13.5%、息子が6.7%である(統計庁 2001)。つまり、韓国における家族介護は、いわゆる嫁が最も多い担い手となっている。

実際に、在宅で高齢者の介護に携わる家族には、様々な負担が生じる。例えば、家族介護者が感じる負担感は、介護労働による身体的・精神的な疲労や、時間を拘束されることによる生活行動の制限などである。このような背景から、韓国の家族介護者を対象とした調査では、介護者の介護負担感や燃え尽きに焦点をあてた研究が以前より行われてきている。しかし、家族介護者の介護認識に関する研究においては、介護負担という否定的側面だけではなく、精神的な高揚、介護からの学びなどの肯定的側面もあることが報告されている(Walker, et al. 1996; Picot, et al. 1997; Kramer 1997)。

Lawtonほか(1989)は、介護に対する評価において肯定的・否定的両側面が独立して存在するものと捉え、これを測定する尺度として「介護評価」という概念を用いた。Farranほか(1991; 486)は、「家族介護者の9割が肯定的認識をしていた」と報告している。また、Kramer(1997)は介護肯定感の測定にあたり、介護から得た報酬と満足感として、自尊感情の向上とともに自己成長を扱っている。Miller・Lawton(1997)は、介護者の精神的側面における研究に

においては、複雑な人間の経験として肯定的側面の研究が必要であると述べている。櫻井(1999)は、介護満足感が介護負担感に対して軽減効果を持つことを明らかにした。これらの先行研究から、介護認識とは否定的認識のみではなく、肯定的認識もあることが検討された。また、肯定的介護認識が介護負担感を軽減していることも検討された。さらに、先行研究では、肯定的介護認識を介護という困難を乗り越え、介護者が自身の人生についても肯定的な感情や態度を抱くまでにしていくこととして扱われている。

家族介護者は介護することによって得られる喜びや自己成長などの肯定的認識もあり、それゆえ、介護状況を検討するためには、肯定的介護認識にも焦点を当てる広い視点が必要になる。さらに、介護保険制度によって提供される介護サービスが、主たる家族介護者にとって必要十分なものであるかどうかと、フォーマル・サポートとしての公的介護サービスと肯定的介護認識との関係も検討する必要がある。

さらに、先行研究においては、介護に対する負担感を軽減する資源としてインフォーマル・サポートの有用性が論じられてきた(新名ほか1991: Harwood et al. 2000)。広瀬・岡田・白澤(2005a)は、家族介護者が受けるサポートに対する満足感という視点から、家族介護者が感じる肯定的介護評価に関連する要因を明らかにした。その結果、家族や近隣などからのインフォーマル・サポートに高い満足度を感じている介護者ほど、肯定的感情が高くなることが明らかになった。つまり先行研究により、家族介護者におけるインフォーマル・サポートと肯定的介護認識では、関連があることが明らかになっている。

一方、椋(2009)は、デイケア利用者の家族介護者における在宅介護に関する不安に影響する要因を明らかにした。その結果、デイケアへの満足を感じている家族介護者は、介護不安が軽減していることが明らかになっている。荒井・杉浦(2001)は、介護保険施行後における在宅サービスの利用状況に関する調査から、在宅介護サービスの積極的な利用は、介護者の介護負担感軽減に繋がる可能性を報告している。

これらの先行研究により、インフォーマル・サポートとフォーマル・サポートが介護負担感を軽減し、肯定感を向上していることが確認できた。それとともに、家族介護者の介護への肯定的認識といった内的資源をストレングスとし

て捉えた枠組みでの知見を蓄積する必要がある。このことを検証することは、家族介護者が自らをエンパワーしながら、在宅介護を継続し得る可能性を示すことにつながる。

介護に負担感のみならず肯定的認識も存在していることは、質的研究手法によってその概念が抽出されている。田中・大西・小野（2000）は、質的手法で介護に関わる段階的变化を妻・嫁介護者に限って検討したが、外的要因などには、不明な点が残されている。また、量的調査による実証的研究においては、介護に対する肯定的介護認識にはどのような要因が、関連しているのかについて具体的な検証はなされていない。さらに、肯定的介護認識をテーマとする先行研究では、質的研究と量的研究ともに行っている研究がほとんどない。ダイヤ高齢社会研究財団がインターネットを通じて提供している老年社会学文献データベース（<http://www.yume-net.ne.jp/dial/index.htm>）によって、検索してみても、ヒットする文献は皆無であった。

先に述べたように、在宅サービスによって介護負担感が減少することが明らかになっているが、在宅サービスと肯定的介護認識との関係を究明している研究は、十分に行われていない。特に韓国では、在宅サービスと肯定的介護認識との関係を検討した研究がほとんどない。そのため、前述したような特徴が含まれている同居家族療養制度の利用に焦点をあて、同居家族療養制度の利用は肯定的介護認識にどのような関係が、あるかを検討する必要があるといえる。

韓国においては、家族介護者への政策・支援として展開されてきた施策の大部分が、家族介護者の負担感軽減を図ることを目的として行われてきたといえる。しかし、家族介護者政策・支援に対する課題を解決するには、肯定的介護認識を高めることが、介護の継続という点からも重要であろう。そして、家族介護者の介護に対する肯定的側面を測定する指標として「肯定的介護認識」概念を用いた尺度の開発とともに、その関連要因を明らかにすることは、家族介護者の意思や状況をより正確に理解し、介護への肯定的に関われる有効な政策・支援につなげるといえる。

一方、韓国における家族介護者に関する研究では介護負担感を軽減する要因の一つにフォーマル・サポートが挙げられている（田代・杉澤2010）。しかし、特に、韓国の家族介護に関する研究では、フォーマル・サポートとしての在宅



介護サービスと肯定的介護認識との関係は明らかにされていない。

次に、具体的な研究の目的と意義を述べる。

## 2. 本研究の目的と意義

### 1) 本研究の目的

前述した研究の背景と問題提起を踏まえ、家族介護者の肯定的介護認識を探ることは、家族介護者に支援を行う上で、必要な配慮や有効な働きかけをするために重要である。

本研究の目的は、以下の通りである。

第一の研究目的は、韓国の家族介護者に当てはまる「肯定的介護認識」尺度を開発することである。在宅家族介護に着目し、質的研究法で記述的な研究アプローチによる同居家族療養制度の利用と非利用によって、彼女らが経験している日々の介護生活の実態と、肯定的介護認識のカテゴリーを明らかにし、このカテゴリーに基づいて尺度を開発するための項目を検討し、家族介護者の「肯定的介護認識」尺度を開発する。

第二の研究目的は、同居家族療養制度の利用と非利用による「肯定的介護認識」に関連する要因の違いを明らかにすることである。家族介護者研究において肯定的介護認識という概念を用いることの有効性と課題を整理しながら、本研究では、家族介護者の個々における公的介護サービスの利用という視点から検討する。

第三の研究目的は、家族介護者に関する実証研究の分析結果を踏まえ、家族介護政策と支援への示唆を得ることである。介護期間が長期化している現代において、家族介護者の肯定的介護認識を向上するための家族介護の方策と支援を探りたい。

## 2) 本研究の意義

本研究は、学際的視点から社会福祉学、老年学、社会政策学、社会学を中心に、人口学、心理学などの関連領域からの知見を踏まえながら、家族介護者の肯定的介護認識に関する分析を行う。学際的視点ゆえの限界もあるが、本研究の意義は、以下の通りである。

第一に、韓国の家族介護者に当てはまる肯定的介護認識を測定する尺度を開発することである。これまで韓国では家族介護者の肯定的介護認識を測定する尺度が存在していない。そのため、韓国の家族介護者を対象とした肯定的介護認識の尺度を開発し、その妥当性・信頼性を検証したうえで、韓国での家族介護者に関する研究に適用することは意義があるといえる。

第二に、質的調査及び量的調査のデータを用い、要介護高齢者の状態及び家族介護者の肯定的介護認識に影響を与える関連要因を明らかにすることである。韓国における社会福祉に関する研究者の関心の多くは、制度や政策の側面及び介護負担感に重点がおかれている。しかし家族介護者における肯定的介護認識の関連要因に関する実証的な調査・研究は十分に行われていない。韓国は、世界で最も早いスピードで高齢化社会から高齢社会に達しており、介護保険制度が導入され、その中で家族介護に報酬が認められる同居家族療養制度も実施されている。そこで、どのような社会的変数が肯定的介護認識の関連要因として作用しているかが明らかになると、家族介護者に対する有効な支援方法に関する研究も進むはずである。

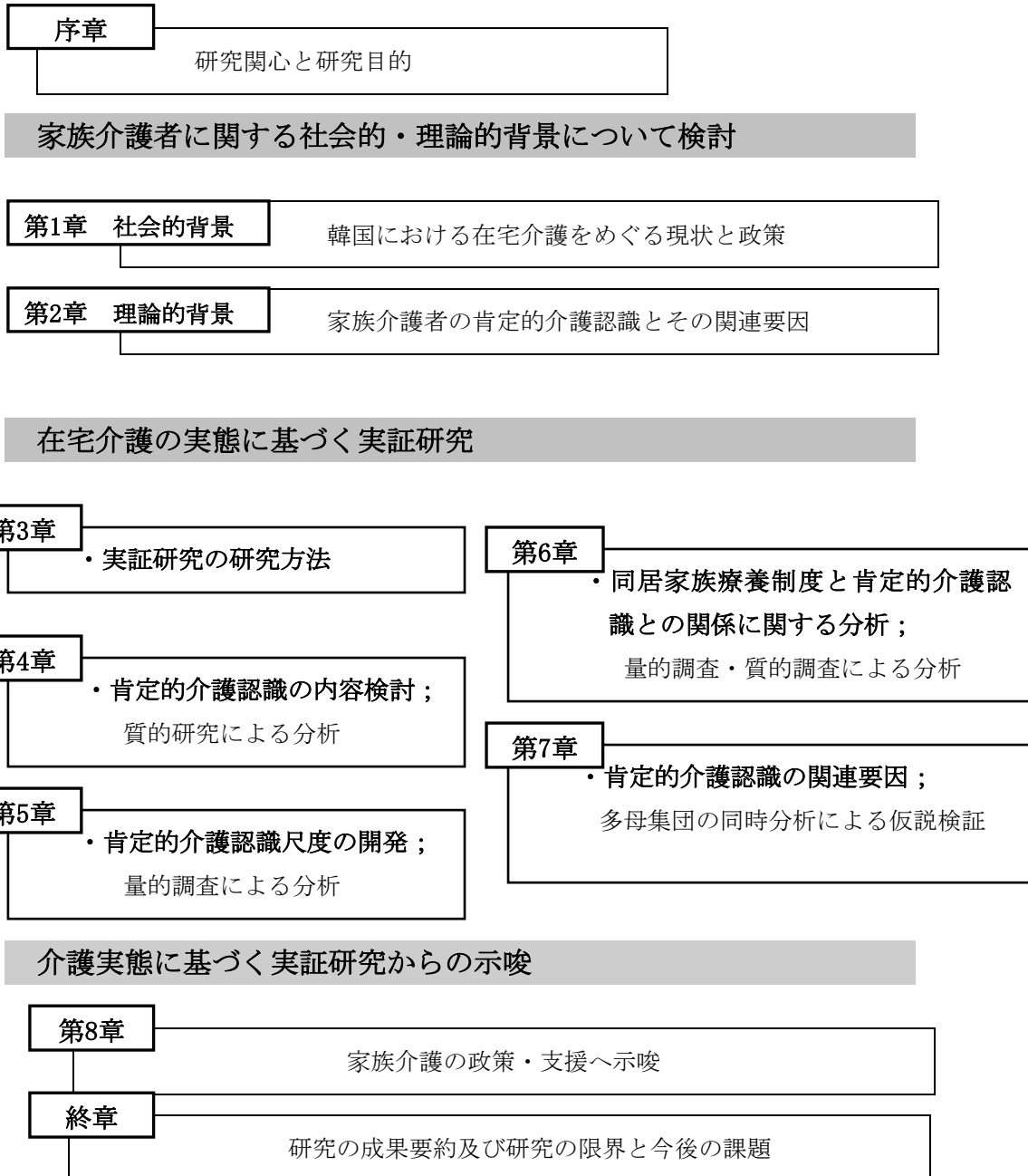
第三には、公的介護サービスとして同居家族療養制度に着目し、その制度の利用・非利用によって、肯定的介護認識に関連する異なる要因を明らかにすることである。韓国の先行研究では、公的介護サービス利用との関係を踏まえて、家族介護者の肯定的介護認識の関連要因を分析した研究は十分ではない。日本及びアメリカにおいても、家族介護者の肯定的介護認識がインフォーマル・サービスによって異なっている傾向を記述するだけにとどまっており、公的介護サービスとの関係における分析は、ほとんど見当たらなかった。公的介護サービスによる影響に関する知見が得られれば、それは今後、家族介護者に対する支援・政策を探るための有用な指針となるだろう。つまり、家族介護者の肯定

的介護認識の構造と、その関連要因を知ることは、家族介護者政策・支援を議論していく上で有用である。

### 3. 論文構成

本論文は序章と終章を含め10章で構成され、研究目的はすでに述べた3つであった。第1章と第2章は「社会的・理論的背景検討」、第3章では「実証研究の調査方法」、第4章、第5章、第6章、第7章は「家族介護に関する実証研究」、第8章は「家族介護政策・支援への示唆」で構成されている。本研究全体の構成を図1に示した。

序章では家族介護者に関する研究の背景と問題提起、および本研究の目的と論文構成を記し、さらに研究の意義を明らかにする。



〔図1〕 『同居家族療養制度による肯定的介護認識に関連する要因の分析』：本論文の構成

第1章では、韓国における社会的背景として高齢者をめぐる問題と家族介護の状況をそれぞれまとめた後、本研究における同居家族療養制度の位置づけについて論じる。これらに関する研究動向を踏まえながら、韓国における在宅介護をめぐる現状と政策と家族介護論について検討する。

第2章においては、第1章において得られた韓国の社会的背景からの知見を踏まえつつ検討する。また同居家族療養制度と肯定的介護認識の関連を研究する際に、肯定的介護認識との関係を提示する。さらに、理論的な先行研究のレビューによって韓国における家族介護研究を概観する。

第3章では、まず第1章と第2章において得られた先行研究からの知見を踏まえつつ、本研究の最終的目的である同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因を明らかにする際の「肯定的介護認識の仮説モデル」を提示する。また在宅介護の実態についての実証研究の位置づけや調査の概要をまとめる。質的調査の調査対象の属性と量的調査の調査対象の属性をまとめる。

第4章では、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の内容の違いを明らかにするため、妻・娘・嫁を対象としたインタビューの結果を示す。グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にしながら質的帰納的研究方法により分析を行い、その分析によって肯定的介護認識のカテゴリーを抽出する。

第5章では、第4章の質的研究結果をもとに、肯定的介護認識尺度の項目を選定し、予備調査を行う。その後、本調査として探索的因子分析と確証的因子分析によって、肯定的介護認識尺度を開発した結果を示す。

第6章では、同居家族療養制度と肯定的介護認識の関係について量的調査と質的調査をともに行い、その結果を示す。量的調査では、家族介護者の全属性(妻・娘・嫁)を対象とし、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に関する分析を行う。質的調査では、第4章の結果に基づいて同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を検討する。

第7章では、家族介護者のうち嫁を対象とし、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因の違いについて結果を示す。量的分析においては、質的分析からの知見を踏まえた上で、第3章において提示した家族介護の肯定的介護認識の分析枠組みである「肯定的介護認識の仮説モデル」を

活用し、肯定的介護認識に関連する要因を分析する。具体的結果では、第1項で肯定的介護認識、扶養意識、介護負担感についての確証的因子分析の結果、第2項では、仮説モデルの結果、第3項では共分散構造モデリングを用い、多母集団の同時分析による同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因の結果について述べる。

第8章では、実証研究により得られた結果について、先行研究の知見との比較から検討し、本研究で新たに得られた知見を提示し、「肯定的介護認識」および「同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係」についての考察を論じる。また、家族介護政策・支援への示唆についてもまとめる。

終章では、本論文全体のまとめとして「肯定的介護認識尺度の開発」、「肯定的介護認識の関連要因」、「家族介護政策・実践への示唆」に分け、到達点について触れる。最後に、研究の限界と今後の課題について述べる。

## 第1章 韓国における在宅家族介護をめぐる現状と政策

序章では研究の背景と問題提起とともに研究目的を明確にした。本章においては、韓国における家族介護をめぐる現状と政策について述べる。第1節では、高齢者の介護問題、すなわち、高齢社会の人口学的特徴と家族構造の変動について触れる。第2節では、介護保険制度の導入と在宅サービス普及及び、家族介護の状況についてまとめる。第3節では、同居家族療養制度について述べる。

### 第1節 高齢者をめぐる介護問題と介護現状

本節では韓国における高齢者をめぐる介護問題と介護現状について述べる。まず、高齢者をめぐる介護問題を述べ、その後高齢者をめぐる介護の現状について説明する。

韓国における高齢者の介護問題は、重要な社会問題としてクローズアップされている。特に韓国の高齢者問題への関心は、1990年代に入ってから急速に強まったといえる。韓国における高齢者の介護問題の特徴をまとめると、以下の通りである。

第1に、急速な人口の高齢化と少子化である。韓国では出生率の低下、平均寿命の延長などにより、世界に類をみない速いスピードで人口の高齢化が進んでいる。韓国の高齢人口の割合は、1975年から増えはじめ、1990年に5%を超えている。2000年から高齢化率7.2%の高齢化社会に入り、2008年12月現在の65歳以上の高齢者人口は約513万人であり、高齢化率10.3%となっている。2018年には高齢人口が14%以上の高齢社会に入り、2026年には、高齢者人口の21%以上の超高齢社会に突入することが予測されている（林・宣・住居2010）。さらに、2050年には高齢化率が38.2%に達し、表1の通り、21世紀前半において世界で最も速いスピードで高齢化が進む見込みである。この急速な高齢化とともに、介護を必要とする高齢者も急増している。

その一方で、少子化も急速に進んでおり、1995年に1.58であった合計特殊出生率が2008年現在、世界で最も低い1.26まで下がっている（表2, 3）。世界最低水準を記録した2005年の1.08からやや持ち直したが、特別な政策的介入がな

い限り、少子化傾向は今後も続くと予測される（林・宣・住居2010）。

第2に、高齢者の健康状態の悪化と要介護高齢者の急増である。75歳以上の後期高齢者の人口増加率は、65～75歳までの前期高齢者と比べ、はるかに高い。

後期高齢者の増加に伴い、要介護高齢者も増えている。健康が悪化した後期

＜表1＞ 主要国の人口高齢化速度

	韓国	日本	中国	アメリカ	フランス	スウェーデン
高齢社会到達所要年数	18年	24年	25年	72年	115年	85年
高齢化社会（7%）到達年度	2000年	1970年	2001年	1942年	1864年	1890年
高齢社会（14%）到達年度	2018年	1994年	2026年	2014年	1979年	1975年

注：韓国、中国、アメリカの高齢社会到達年次は推計である。

出所：統計庁（韓国）「将来人口推計」2001年および国立社会保障・人口問題研究所；『人口統計資料集』2003年。

＜表2＞ 合計特殊出生率

年	1960	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2020	2030	2040
出生率	6.0	1.6	1.58	1.47	1.08	1.26	1.15	1.25	1.28	1.28

出所：統計庁（韓国）「将来人口推計（中位）」2008年。

＜表3＞ OECD主要国の合計特殊出生率（2000～2005年）

	韓国	ドイツ	日本	カナダ	スウェーデン	イギリス	オーストリア	フランス	アメリカ
2000～2005年の平均	1.23	1.32	1.33	1.51	1.64	1.66	1.75	1.87	2.40

出所：統計庁（韓国）「将来人口推計（中位）」2009年

＜表4＞ 高齢人口および高齢化率

	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020	2030	2050
総人口（千人）	32,241	38,124	42,869	47,008	48,138	48,875	49,326	48,632	42,343
65歳以上（千人）	991	1,456	2,195	3,395	4,367	48,875	7,701	11,811	16,156
構成比（%）	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1	11.0	15.6	24.3	38.2
70歳以上（千人）	563	832	1,294	2,014	2,684	3,546	5,120	8,019	12,776
構成比（%）	1.7	2.2	3.0	4.3	5.6	7.3	10.4	16.5	30.2
80歳以上（千人）	101	178	302	483	676	952	1,783	2,581	6,130
構成比（%）	0.3	0.5	0.7	1.0	1.4	1.9	3.6	5.3	14.5

出所：統計庁（韓国）「将来人口推計（中位）」2008年。



高齢者も増えている。健康が悪化した後期高齢者の増加は医療需要と介護需要の増大に繋がっている。65歳以上の高齢者のうち日常生活活動の自立が困難な要介護高齢者は、2007年現在約71万8,000人（高齢者人口の約14%）であるが、今後も要介護高齢者は増え続け、2010年には73万人、2015年には95万人、2020年には114万人に達すると予測されている（表5）。また、2007年現在約48万人と推計されている認知症高齢者は、2020年には約77万人に達する見込みである（表6）。つまり要介護高齢者が増加している状況である（表5）。

＜表5＞ 要介護高齢者

	施設			在宅					合計 (人)
	最重症	重症	小計	最重症	重症	軽症	認知症	小計	
2007	26,783	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,168	718,515
2010	29,388	71,950	101,388	30,062	137,322	264,040	261,389	692,813	731,151
2020	41,480	101,554	143,034	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847	1,144,881

出所：保健福祉家族部「老人長期療養保険事業説明会資料」2008年。

＜表6＞ 認知症高齢者の推計

	1997	2000	2005	2007	2010	2015	2020
高齢者人口（千人）	2,029	3,395	4,367	4,810	5,357	6,380	7,701
認知症高齢者（千人）	243	278	363	399	461	574	693
認知症発生率（%）	8.3	8.2	8.3	8.3	8.6	9.0	9.0

出所：統計庁（韓国）「将来人口推計（中位）」2006年および韓国保健社会研究院「認知症管理Mapping開発研究」1997年。

＜表7＞ 雇用者総数に占める男女別の就業率

	男性（%）		女性（%）	
	既婚	未婚	既婚	未婚
1980	88.9	52.4	40.0	50.8
1990	88.2	43.2	46.8	45.6
2000	84.3	50.2	48.7	47.0
2005	83.8	53.6	49.0	53.6
2008	83.7	52.8	49.5	52.5

出所：統計庁（韓国）『経済活動年譜』1963～2008年。

第3に、女性の社会進出の増加による家族介護力の低下である。経済の産業化に伴い、女性の社会経済活動への参加が増加している。韓国における雇用者総数に占める女性労働者の就業率をみると、1990年に既婚女性46.8%、未婚女性45.6%であったが、2008年にはそれぞれ49.5%、52.5%へと増え、全体では51%と過半数にまで増加している（表7）。つまり、女性の社会進出増加は、家族介護に影響を与えると見える。

第4に、家族の変容があげられる。林・宣・住居（2010：8）は「『先家庭保護・後社会保障』政策をとってきた韓国では、『老人福祉法』の基本方針に基づき、高齢者の介護の大部分を私的な介護システム、すなわち伝統的家族介護に依存してきた」と述べている。日本に比べて高齢者のための公的介護体系が不十分な韓国では、その大部分を私的な扶養体系に依存してきた。

高齢者と子供との同居率は年々減少しており、家族による扶養（介護を含む）機能が低下しつつある。逆に1990年に25.5%にすぎなかった子供との別居率が、2007年には55%にまで上昇している。

韓国では核家族化、少子化、同居率の低下などにより家族の介護力が低下しているにもかかわらず、現在も多く の要介護高齢者を家族が介護している。つまり、韓国では、高齢者に対する公的サービスが導入されても、老親の扶養と介護は家族が責任を負わざるを得ない状況となっているといえるだろう。

ここからは高齢者をめぐる介護現状について説明する。まず、韓国における在宅介護とジェンダー規範について説明する。

韓国では介護の主な担い手は女性であり、非常にジェンダー関与的な領域である。高齢者をめぐる介護問題で述べたように、加齢により介護を必要とする高齢者は増えていく状況である。韓国では男尊女卑を主軸とする大家族制度は解体し、性別役割分業をシステム化した核家族が普及していても、家族介護においては扶養意識が美德として位置づけられ介護は女性の役割としてとらえられている。特に韓国では、序論で述べたように嫁が介護を引き受けている割合が多い。韓国では介護保険制度を導入する以前は、女性が行う介護労働は無償労働であったが、介護保険制度導入により家族介護に対する現金給付が含まれた同居家族療養制度が導入された。

次に、韓国における高齢者をめぐる介護問題を踏まえて、高齢者をめぐる介

護現状を判断すると、家族介護の担い手が変化する可能性がある。韓国では、いまも文化社会的な規範に沿って長男の嫁が介護役割を引き受ける状況である。しかしこれからは、家族介護者として娘が増加する可能性がみられる。

娘が介護者として増加する可能性について、日本の先行研究による検討すると以下のようなものである。日本は、韓国より少子化が進んでおり、早く介護保険制度を導入した。それ故、日本は1970年代より家族介護に関する研究が行われており、家族介護に関する研究の蓄積が韓国より多い。日本の先行研究によると、主な家族介護者は、嫁の割合が減少し、娘の割合が徐々に増加している傾向である。石橋(2002)の研究では、介護を担う人は、「妻」が31.6%、「長男の妻」が27.6%、「実娘」が15.5%、「夫」が5.0%、「長男」が4.4%であると報告している。2007年の家族介護者の実態に関する政府統計(厚生労働省、2009)は、嫁の割合が14.3%であり、やはり減少傾向にあると報告している。さらに、前田ほか(2002)は、在宅高齢者の家族介護者が持つ老親介護についての態度を日韓の比較により明らかにした。その際、家族介護者の続柄の割合をみると、日本の場合は、配偶者が32.3%、息子が13.2%、娘が28.6%、嫁が21.5%であった。それに対し、韓国では、配偶者が42.9%、息子が9.1%、娘が8.1%、嫁が31.7%であった。前田ほかの研究によると、日本では韓国と比べて配偶者が少なく、息子・娘が多い。一方、韓国では、日本と比べ、配偶者・嫁が多く、息子・娘が少ない状況であった。つまり、日本では実子による介護が多く、特に家族介護に関する主な担い手として娘の割合が増加している。

また、日本では、家族スタイルの変化により、近年、息子でなく娘もしくは娘夫婦と同居している家族が増えてきている状況から(天谷ほか2002)、娘介護者の介護に焦点を当てる研究が行われている。落合(1994)は、少子化が進み兄弟数が減少すると、かつてのような長男夫婦による老親扶養は成り立ちにくく、娘も担う状況になると述べている。2003年の内閣府大臣官房政府広報室が実施した、「高齢者介護に関する世論調査」では、嫁に代わって娘に対する介護期待が強くなってきていると報告した。

これらの先行研究から推測されるのは、韓国における家族介護における担い手の移行である。すなわち、韓国においても日本のように娘が、主な介護者になる傾向が強まるのではないだろうか。

## 第2節 介護保険制度の導入と在宅サービス普及

韓国は、2000年に高齢化率が7.2%となり高齢化社会に入り、2018年に高齢社会、2026年には超高齢社会に至ると見込まれている（韓国統計庁 2009）。また前述したように韓国は、OECD諸国のなかでも早いスピードで高齢化が進んでいる。老人生活実態調査(2008)によると、慢性疾患とは、現在罹患している疾患のうち、医師の診断を受けてからの有病期間が3ヶ月以上の疾患を言うが、65歳以上の高齢者のうち、1つの慢性疾患を持つ者が25.4%、2つが25.2%、3つ以上が30.7%あった。すなわち、高齢者の81.3%が1つ以上の慢性疾患をもっている。つまり、先に述べたような高齢化の進展と、高齢者の健康状態からすると、今後要介護高齢者が急速に増加すると予測される。さらに、韓国は、介護に対する国の政策が、在宅療養を優先することを基本原則にしているため、在宅要介護高齢者数とともに家族介護者も増加すると予測ができる（林・宣・住居2010）。こうした背景より「介護保険制度」が、2008年7月から実施されている。

韓国の介護保険法の1条では、「高齢や老人性疾病等によって、日常生活を一人で遂行し難い老人などに提供する身体活動、または家事支援などの長期療養給付に関する事項を規定し、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を減らすことで国民生活の質の向上を図ることを目的とする」との目的が掲げられた。韓国の介護保険法は、日本の介護保険制度と基本的に似通ってはいるが、「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」（日本の介護保険法第2条）のような「自立支援」ということが明確に打ち出されていない。

韓国における介護保険制度は、加齢現象や老人性特有の疾病などによって、日常生活を一人では遂行し難い高齢者に提供する身体活動、または家事支援等の長期療養給付である。これらの事項を規定することで、老後の健康増進及び生活の安定を図り、またその家族の負担を減らすことで、国民の生活の質の向上を図ることを目的としている。

上記のような介護保険制度の導入により、韓国の要介護高齢者の介護は家族から外部の介護サービスに移行したのだろうか。韓国の保健福祉家族部の「老人長期療養保健施行一年の主要統計現況（2009）」（表8）で要介護者認定に

ついてみると、要介護認定の申請が始まった2008年4月以降、要介護認定を申請した者は、2009年5月末時点で高齢者人口517万6,242人の9.1%にあたる47万2,647人（2008年7月対比74%増）に上っている。

一方、2009年5月末現在で要介護認定を受けた25万9,456人のうち、実際にサービスを利用している要介護者は20万2,492人である。その利用率は78%となっている。介護保険サービスの利用状況を表8に示した。介護保険制度が開始された2008年7月に52.2%にすぎなかった利用率が大幅に上がっていることが分かる。この利用率は、日本における介護保険制度の施行1年目の利用率77.1%（2001年4月分）と同程度である。なお、2009年3月現在の日本における介護サービス利用率は70.4%（利用者371万人/要介護認定者467万人）となっている。また、韓国の同居家族療養制度の利用率が低い理由は、ドイツのような権利（選択権）としての現金給付でなく、そのための要件が限定されているからである。

＜表8＞ 介護保険サービスの利用状況

	認定者	利用者	施設サービス	在宅サービス	家族療養
一般	198,649	150,959 (76.0)	40,128 (20.2)	110,019 (55.4)	812 (0.4)
生活保護 受給者	57,578	49,312 (85.6)	22,029 (38.3)	27,103 (47.1)	180 (0.3)
医療給付 受給者	3,229	2,221 (68.8)	520 (16.1)	1,689 (52.3)	12 (0.4)
1等級	59,680	45,718 (76.6)	23,324 (39.1)	22,305 (37.4)	89 (0.1)
2等級	69,099	56,863 (82.3)	26,158 (37.9)	30,509 (44.2)	196 (0.3)
3等級	130,677	99,911 (76.5)	13,195 (10.1)	85,997 (65.8)	719 (0.6)
合計	259,456	202,492 (78.0%)	62,677 (24.2%)	138,811 (53.5%)	1,004 (0.4%)

出所；保健福祉家族部「老人長期療養保健施行一年の主要統計現況」2009年。

韓国の介護保険制度の申請資格と給付対象者選定基準は、ドイツと日本の介護保険制度でみられる国家保険サービス制度下の長期療養の申請資格と受給者選定基準により範囲が規定された。韓国における介護保険の受給認定対象は65

歳以上高齢者及び老人性疾患患者である。介護保険制度の受給者選定は、介護認定調査表（ADL認知機能行動変化など療養要件5領域52項目）を評価基準として使用している。訪問調査結果及び地域単位の介護等級判定委員会による等級をうける。

ドイツにおける在宅サービスは、現物給付と家族介護に対して公的介護保険から必要度に応じて給付される現金給付である。またドイツでは、現金給付が介護保険から要介護者に給付され、要介護者から介護者に支給されるという形式である。家族介護に関連しては、①介護手当の給付、②労働者災害補償、③年四週間の休暇もしくは介護支援制度の充実、④年金保険料への配慮など、介護職者と同一視する施策をとっている。韓国における在宅サービスは、訪問療養、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護（デイサービス）、短期入所（ショートステイ）、その他（福祉用具貸与、訪問リハビリ）がある。また同居家族療養制度の特別現金給付を支給している。

韓国では、家族介護者に療養保護士の資格を取得させ、要介護高齢者と同居しながら介護すると、一日あたり2時間分の現金給付をするという条件を付けている。このように条件付きであるため同居家族療養制度の利用率が低い。以上のように他の現金給付とは異なる同居家族療養制度の利用に焦点を当て、その同居家族療養制度の効果を明らかにする必要がある。

実績データをみると、介護保険制度の実施後、要介護認定を受けた高齢者も、介護サービスを利用する高齢者も増加しており、全体としては介護サービスの利用が進んでいる。特に、在宅介護事業所の増加によって在宅介護サービスの利用率が急増した。2008年7月時点で2万9,874人にすぎなかった在宅介護サービスの利用者が2009年12月末には、約5倍の16万3,244人となっている（表9）。同期間中の施設介護サービスの利用者は約1.6倍、家族療養費は約2倍にとどまっている。

一方で、要介護認定を受けた高齢者のうち約2割は介護サービスを利用していないという実態もある。韓国の保険福祉家族部（2009）が実施した介護保険利用者アンケート調査の結果によると、サービスを使わない理由は、「今のところ家族介護で何とやっっていける」59%、「今のところ自分で何とかできる」

36%、「外出したり、他人と関わりたくない」17%の順であった。介護サービスを利用していない理由としては、家族介護でやっていけるという回答が、半数以上を占めていた。

＜表9＞ サービス別の利用状況

	2008年7月	8月	9月	10月	11月	12月
(a) 認定者数 (人)	146,643	166,598	183,065	194,456	205,361	214,480
(b) 利用者数 (人)	76,476	100,285	114,624	127,921	139,048	148,749
b/a x 100 (%)	52.2	60.2	62.6	65.8	67.7	69.4
(c) 施設介護サービス	46,114	51,029	52,228	53,610	55,224	56,370
c/b x 100 (%)	60.3	50.9	45.6	41.9	39.7	37.9
(d) 在宅介護サービス	29,874	48,638	61,543	73,420	82,905	91,431
d/b x 100 (%)	39.1	48.5	53.7	57.4	59.6	61.5
(e) 家族療養費	488	618	853	891	919	948
e/b x 100 (%)	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.6
	2009年1月	2月	3月	4月	5月	12月
(a) 認定者数 (人)	222,700	232,230	242,080	251,290	259,456	288,411
(b) 利用者数 (人)	157,046	167,119	185,530	195,197	202,492	237,445
b/a x 100 (%)	70.5	72.0	76.6	77.7	78.0	82.3
(c) 施設介護サービス	57,056	58,092	61,652	62,514	62,677	73,042
c/b x 100 (%)	36.3	34.8	33.2	32.0	30.9	30.8
(d) 在宅介護サービス	99,027	108,068	122,885	131,686	138,811	163,244
d/b x 100 (%)	63.1	64.7	66.2	67.5	68.6	68.7
(e) 家族療養費	963	959	993	997	1,004	1,159
e/b x 100 (%)	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5

出所：保健福祉家族部「老人長期療養保険施行一年の主要統計現況」2009。

例えば、介護サービスを利用しているケースであっても、在宅介護では家族介護とあわせて行われているケースが多い。韓国の保険福祉家族部が2009年に実施した調査で、要介護などと認定された者がいる世帯についてみると、主な介護者は女性が90.2%、男性が9.5%で、女性が圧倒的に多い。その女性のうち半数以上が嫁であり、次が長女の順で占めている。要介護者と家族介護者の性別の組み合わせでは、女性が女性を介護している割合が51.9%で、そのなかでは50歳代が80歳代を介護しているケースが多い。これは娘あるいは嫁が母親を介護しているものといえる。女性が男性を介護している割合は37.3%、男性が女性を介護している割合7.3%で、いずれも70歳代が70歳代を介護しているケー

スが多く、これらは高齢期の夫婦間での介護であると考えられる。こうしてみると、韓国において女性は中年期に高齢期の親を介護し、高齢期には夫の介護を行うという、以前から指摘されていたパターンが現在も続いていると予測される。

韓国では、介護保険制度の実施以降、介護サービスの利用は増加しているものの、依然として女性による家族介護も根強く残っていることが確認された。今後、韓国では介護サービスの供給拡大により、介護の外部化の進展が予測されるが、高齢者の家族介護への期待を考慮すると、家族介護が介護サービスへと順次移行し、完全に代替されていくとはいえないであろう。今後もなお、韓国では女性による家族介護、特に嫁による家族介護が一定程度は続くと予測できる。

韓国で、介護保険制度が家族に依存という態度を貫くべきなのだろうか。韓国では多くの場合、高齢者には家族が深く関わっており、政策対象から家族を完全に分離するだけでは、解決できない問題が残る。なぜならば、現行介護保険制度下の在宅介護は、家族介護を前提としなくては成り立たないからである。介護保険制度の場合、国家による家族への支援の仕方は単純ではない。高齢者虐待のような人権侵害に対しては、児童虐待やドメスティック・バイオレンスと同様、家族への公的介入が制度化されるべきである。しかし、家族介護のジェンダー関係については、基本的には私的領域において自由に決定されるべき事項であり、公権力が一定のあり方を強制すべきことではない。つまり家族介護のジェンダー関係は、介護者からの要求に適切に応答する国家が相応しいだろう。つまり、家族介護に関して国家が機能するためには、家族介護者の意向を国家への要求として引き出す仕掛け、言い換えれば、公私をつなぐチャンネルが必要である。家族支援として高齢者とジェンダーの関係について、下夷（2003）は、国家が介護におけるジェンダー変革の要求に応答するには、家族介護へ現金給付を行い、それを起点として、家族へアプローチする方法が有効であると述べている。

現金給付が制度化されると女性は望まない介護を押し付けられるという懸念がある。また、介護をめぐる女性の階層化がある。家族内でも市場でも介護は主に女性が担っているが、家族介護への現金給付レベルが市場の介護サービス



に比べて低く抑えられると、介護をどこで行うかによって、女性介護者の間に地位の格差が生じる。そのため「介護しない自由」と「介護する自由」の保障が重要である。

ジェンダーの視点から家族内の介護役割をとらえることについては、多くの先行研究で論じられている（笹谷1999；大和2004；山口2008）。袖井（1993）は、女性が介護役割を引き受ける要因に関する説としては、①主婦の時間という資源をもつという資源理論、②役割期待、役割同一化などの議論も含めた役割理論、③交換理論、④ジェンダー理論があると述べている。韓国では、要介護者自身も介護役割を女性の役割として受け止め、妻・嫁・娘といった女性を担い手として考える傾向がある。山田（1999）は、介護労働が女性と結び付けられ、男性が介護者として避けられる二つの理由として、介護労働が①感情労働であること、②介護の身体性であることをあげている。つまり感情労働は、女性がジェンダー化した成長過程で思いやりを持つ性格を有することと関係し、介護の身体性は、身体接触を伴うケアにおいて、介護を受ける側の意識において女性から介護を受けた方が恥ずかしさを感じにくいことである。

老親介護におけるジェンダー差については、①利用可能時間仮説、②外部資源（教育や収入など）仮説、③社会化・イデオロギー仮説、④課題特化仮説がある（Finley1989）。例えば、Akiyama, Antonucci & Campel（1997）は、親子の互酬性という観点から母と娘と義理の娘の関係を交換理論と互酬性概念から分析し、居住形態の変化、女性の社会的役割の変化、公的サービスの提供などの変化から従来の互酬的な交換関係に変化が生じることを論じた。これらの研究により、家族介護は、複数の要因が関連しながら介護役割が遂行されることがうかがえる。介護保険制度と家族介護の関係や福祉制度と家族との関係については、既に論じられている（藤崎2002）が、介護保険制度による在宅サービス整備されている韓国において、在宅サービス提供に関する実証的に分析することが求められる。

### 第3節 同居家族療養制度とは

韓国の介護保険制度では在宅サービスに現金給付としての同居家族療養制度

が導入された。韓国における現金給付制度化をめぐることは、現金給付制度が制度化されると家族メンバーが介護することへの期待が高まり、ある特定の家族メンバーに介護負担が集中する恐れがあるという議論があった。家族への負担増は、介護保険制度を導入する目的と相反した状況になるという主張であったが、結果として、現金給付としての同居家族療養制度の導入は定まった。

同居家族療養制度とは、療養保護士の代わりに、同居家族が自宅で要介護者を介護する際、同居家族が行った介護の一部を認め、その介護労働を賃金の形で評価するものである。家族介護者の介護行為を認めるためには、在宅で介護を行う家族が事実上、要介護者と同居していること、療養保護士1級の資格を有することが条件になっている。この条件を満たした家族介護者に限って、家族介護者が行った身体活動支援のみを一日120分まで認めている。

療養保護士の教育は介護保険施行前の2008年2月から始まり、2010年5月末現在、1557箇所の教育機関において784,049人が資格を取得している（森山2010）。療養保護士の資格取得の条件は、性別・年齢・学歴の制限はない。当初1級と2級があり、2級は120時間（家事援助）、1級は240時間（身体介護援助）の教育課程を受講することで得られ、98%以上が1級の資格を取得した。その後2010年4月の老人福祉法の改正によって、療養保護士に1級と2級の資格区分はなくなった。なお、従来の2級資格者は所定の教育課程を履修することで、療養保護士を付与される。韓国では在宅介護にかかわっている介護職は療養保護士のみである。施設では、看護師、理学治療師、作業治療師などの職が介護にかかわっている。療養保護士は、短期間の教育や訓練により成り立っている。そのため、他の専門職と比べ療養保護士に対する専門性について議論されている。例えば、看護師、医学治療師、作業治療師などの専門職は補修教育が義務付けられている。専門性を高める方法としては、体系的な教育の整備することと、療養保護士の資格を取得してからの、補修教育が義務づけられることが必要である。

家族介護者が毎日訪問療養サービスを提供する場合、1ヶ月（30日基準）の訪問療養報酬を基準として換算すると、640,800W（4万3千円）になる。この金額は、韓国の労働世帯の1ヶ月平均所得3,298,903W（22万9千9百円）の約19.4%相当する。世帯の1ヶ月平均所得からすると、それほど高くない給付水準である。しかし、同居家族に支払った報酬は「共働き世帯と片働き世帯の1

ヶ月平均所得の差の52.9%で、介護によって共働きから片働きに変わった際、生じる所得損失を一部補填することが出来る給付水準」である（権2010：103）。

家族介護者は、家族介護の報酬を受けるには、まず、長期療養機関に登録する必要がある。長期療養機関は、その機関に登録した同居家族介護者の代わりに同居家族報酬を国民健康保険公団に請求するものである。

ここでは、家族介護への介護評価について、諸外国の例を引きながら検討する。特に現金給付を行っているアメリカ、ドイツ、スウェーデン、フランスについて検討する。

アメリカでは、介護の政策立案側が1990年代半ばからすべての年齢層を対象とした現金給付を直接行っており、その制度についての評価研究の結果が出始めている。第三者機関から利用者に現金が支払われ、それをもとに利用者が提供者にサービス分の払いをしている。

ドイツでは、公的介護サービスと家族介護が代替関係であり、家族介護と要介護者との間に就労関係を認めている。ドイツにおける介護保険制度の給付方式は、①現物（サービス）給付、②現金給付、③現物（サービス）と現金給付の組合せという3つの給付がある。現金給付の給付額は、現物（サービス）給付のそれぞれ約二分の一程度に低く押さえられている。在宅介護サービスを受ける者は、その3つの給付の中で一つを選んで受給することになっている。また、ドイツは、高齢者、障害者など、要介護者を介護する家族介護者が対象となり、家族介護者の介護行為を介護職者と同一視する施策をとっている。つまり、介護手当ばかりでなく、他の施策も組み合わせられていることである。例えば、在宅介護給付のなかに、代替介護の給付がある。これは、介護者が休暇、病気その他の理由で介護に支障を生じた場合に代替介護要員（代替ホームヘルパー）に要する費用を給付するもので、年4週間の範囲で2、800マルクまでの給付となっている（増田2002）。また現金給付は、要介護者本人に給付され（田中2000）、家族がいない場合は、親族、あるいは親しい友人、知人などを選択し、介護サービスを受けることもできる。その際、家族等の介護者が行った介護サービスに対しては、要介護者本人から支払われるという仕組みをとっている。袖井（1999）は、ドイツでは現金給付を選択する人が七割を占めていると述べて

いる。ドイツの介護保険制度では、保険適用について年齢が制限されていないため、対象者は高齢者を介護する人に限らない。ドイツにおいて現金給付を選ぶ人が多い最大の理由は、失業率の高さの影響がある。袖井（1999）は不況になると、最初に職を失うのは、女性であり、特に旧東独地域の女性に失業率が高く、介護手当に失業救済という一面があることも見逃せないと述べている。特にドイツは高齢者と障害者を介護する家族介護者が対象となっているが、韓国は障害者を除外し、要介護者のみとなっている。

ドイツの介護保険においては、現金給付と受給ケースへの訪問は、介護の質の管理として行われている。ドイツの現金給付は、適切な介護が確保されていることが支給要件となっている。そのため、現金給付の申請を審査した機関は、定期的な訪問審査によって介護の質を審査し、適切な介護が行われていない場合は、現金給付の停止や現物給付への移行を保険者に勧告する（増田2002）。

スウェーデンでは、公的介護サービスと家族介護は代替関係にあるのではなく、補完し合っている。特に、家族が在宅介護を継続する意思是、「介護負担が過重になったときは公的介護サービスがいつでも対応するという保障」によって支えられている（古橋2001：25）家族介護には、3つの制度が対応している。

1つは、家族介護を自治体のホームヘルパーとして認定・雇用する「親族ヘルパー制度」である。つまり、親族への就労条件や社会保障条件は、地方公務員と同一となる。そのため、親族ヘルパーは、統計上も公的ホームヘルパーのなかに含まれている。2つには、「親族など介護有給休暇法にもとづく家族介護保障である。同法は、子どもの介護休暇以外の重病者やHIV感染者のための休暇で、介護対象者は、①親族関係にある人、②親しい身近な人（友人・知人などを含む）である。休暇形態は、日・時間単位で習得でき、給与の80%が所得補償される。介護者は、要介護者自身が選択でき、休暇は複数の介護者による取得が可能である。休暇日数は、各介護者合計で年間、①重病者の介護は60日間、②HIV感染者の介護は240日間である。3つには、65歳未満の要介護者を対象にしたパーソナル・アシスタント補償法にもとづく制度である。この制度は、要介護者自身が介護者を雇用する費用を保障する制度である。介護者には、家族介護者、親族以外の友人・知人など選択することができ、対象範囲が広い。

フランスの場合、家族による介護は、介護給付制度によって対応している。

具体的には60歳以上の要介護度認定を受けた高齢者に「介護サービスを提供する者への報酬」という形で家族介護者（ただし配偶者は除外）も含み、友人、知人などにも支給される。介護者給付は、介護サービスの雇用を増大することが目的である。そのため、家族介護者への給付だけではなく、家族サービス事業者への支払いに使い、施設で介護サービスを受けている高齢者には給付が施設に直接支払われる。なお、2002年以後の新介護給付は、財源として「目的税」の導入が実現したため、「①介護給付に関する所得制限の廃止、②要介護度認定を受ける人はすべて受給権を保障、③介護給付を一定額以上の遺産から回収することを廃止する」など、より柔軟な規定となっている（古橋2002：181）。フランスは家族介護者として配偶者が除外されているが、韓国では配偶者も家族介護者として認められている。

このように、欧米では、家族介護者自身に対する支援を明確に打ち出し、公的責任において支援を実践している。現金給付はその中核をなす具体的なサービスである。

ここからは、日本における現金給付をめぐる議論について検討する。

日本では、家族介護への現金給付を認めるかどうか、介護保険制度のスタートにあたって議論が行われた。そこでは、現金給付を認めると妻や嫁・娘といった女性が担ってきた家族介護からの解放、負担軽減が出来ず、介護保険が目指す“介護の社会化”に反することを理由に家族介護の現金給付は認められなかった。

冷水（1996：14）によると、家族介護の介護負担と関連させ、「介護手当てによって、家族介護に専念させるような政策は、介護負担感を増大させるおそれがあることから、職業と両立するような介護政策のほうが介護者の負担感を軽減させる」と論じた。そして、樋口（1998：45）は、「現金給付によって、特定の介護者にお任せ傾向が強まり、他の家族は無関係だとする意識が助長されるし、職業選択の自由を奪われる恐れがあり、それによって家族介護者、特に女性を拘束する恐れがある」と指摘している。また、日本で現金給付導入を回避した理由として、山路（2009：3）は、「ゴールドプラン、新ゴールドプランなどにより在宅サービスを中心とした基盤整備が、介護保険制度スタートまでにある程度進められてきた結果、“保険あってサービスなし”という事態を避け

られたことも大きい」と述べている。すなわち、日本は、家族介護が女性に押し付けられる恐れがあるということから、現金給付制度を導入しなかった経緯がある。

一方日本では、介護保険制度をめぐる議論で「利用者主権」の立場から現金給付が主張され、また「市場と家族内介護サービスに対する消費者選択に関して制度的な中立性を確保する手段」として、家族への給付を含めた現金給付が主張されている（八代 2000）。またジェンダー視点の政策論のなかには、女性が担う介護の経済的価値を高める手段であるとして、現金給付に賛成する議論もあった（森川 2001）。

以上のように日本では、介護保険制度の設計において家族および女性の介護負担という観点から、現金支給が強く反対され（森川 2001）、また在宅サービスを中心とした基盤整備の不十分さがある。現在、日本の公的な介護システムでは、基本的に利用者に対するサービスは、現物支給方式が採用されている。

韓国における同居家族療養制度の現金給付は、厳密な意味での現金給付ではないが、家族による介護を認め、2時間分の介護賃金を付与することである。この現金給付の制度化をめぐっては、制度化によって家族が介護することの期待が高まり、介護保険制度の理念と相反した状況になるという議論があった。家族介護者に対する現金給付で重要なのは、単に現金を給付するのではなく、それを契機に家族介護者にアプローチし、支援するという点である。具体的には、家族介護者に現金を給付し、福祉専門職が家族介護の質の管理を行う過程で、介護される高齢者や家族介護者の相談援助を行い、それを通じて必要なサービスの利用に繋げる点である。したがって、この意味での現金給付は、家族介護を社会的に評価するという点ばかりでなく、それ以上に家族介護者へのアプローチの起点となるという点で重視される（森川2001）。

韓国でも介護保険制度が導入される際、日本と同様に家族介護への現金給付に対して議論された。特に、ジェンダーの視点に立つ論者は、これまで女性が置かれてきた家族介護者としての地位を問題にし、女性が社会的にいかに大きな負担を強いられ、不利な立場に立っているかを指摘した。それにかかわらず、結局韓国では家族介護を主に担っている女性介護の経済的価値を認めることになった。

以上のように、韓国における介護保険制度と同居家族療養制度は、高齢者をめぐる問題と家族介護者の負担感を軽減するために導入された。前述した特徴がある同居家族療養制度が実際に、家族介護にどのような影響を与えるかについて検証する必要がある。

#### **第4節 第1章のまとめ**

本章においては、韓国の家族介護における高齢者をめぐる問題と家族介護の現状についてまとめた。さらに、これらの問題に対応するために導入された介護保険制度と共に同居家族療養制度を紹介し、これらの制度の導入によって、家族介護や介護者の介護認識がどのように変化したのかを検証する必要性を指摘した。第2章においては、これらの知見を参考としながら、家族介護者における肯定的介護認識に関する先行研究について検討する。

## 第2章 家族介護者の肯定的介護認識とその関連要因の理論的検討

本章においては、家族介護者の肯定的介護認識に関する理論的検討として、肯定的介護認識を探究する重要性と、肯定的介護認識に関連する要因について先行研究のレビューを行った。

### 第1節 肯定的介護認識を探究する重要性

家族介護に対する認識については、これまで多くの研究がなされている。かつて、介護に関する研究では、介護は介護者にとってネガティブなものであると評価され、抑うつ、不安、健康を損なうものといった精神的負担に焦点が当てられてきた（天谷・大塚ほか2003：楯本・佐々ほか2005）。しかし、介護に携わる家族は、介護に伴う負担感を感じながらも介護を単に負担として捉えるだけでなく、介護に対するやりがいや生きがいを感じながら介護を行っていることも推測される。

Lawtonほか（1989）は、介護者の介護認識を介護の評価（Caregiving appraisal）という形で明らかにした。それは、介護を負担感などの否定的な側面と同時に満足感という肯定的な側面も含めてとらえるものであり、それぞれは独立していることを明らかにした。Lounsbury（2000）は介護の肯定的側面についての理解が、介護者のより効果的な援助に繋がると指摘している。

Kramer（1997）は、「心理的に幸福であるとはどのようなことを指すのか」という課題に対し結論を導いた。その結果、より肯定的な心理的側面が検討され、介護の肯定的側面や幸福（安寧）を測定する肯定的指標を含めた介護経験及び介護の結果全体を考える必要性があると述べている。また、Farranほか（1991）によると、介護者は介護を通じて成長や意味づけを得ていると報告している。

このような状況の中、Kramer（1997）は、介護認識の肯定的側面を探究する重要性について以下の4点をあげている。第1に、介護者は挑戦し、自己価値を高め、要介護者との深い親近感を呼び、喜びやぬくもりといった意味づけをしていく能力において自信を持つということがあげられる。第2に、肯定的認識を



理解することで、実践家は介護者と援助過程のなかで効果的に働くことができるようになる。そして、研究により肯定的な結果が確認されると、評価と介入の方法が改善され、個人はより豊かな介護を継続し、臨床家は介護経験を明確に評価することが可能となる。第3に、肯定的側面は高齢者へのケアの質を決定するのに重要である。第4に、肯定的評価を探求することで、介護者の介護への適応と心理学的幸福についての理論拡大に向けての情報を提供できることが可能になる。このように、Kramer（1997）が、介護に対する肯定的認識の探求が重要であると指摘したことで、肯定的介護認識に関する研究の目的が一層明確になったといえる。

以上の先行研究により、家族介護者に対する介護認識では、否定的側面と肯定的側面が存在することと、肯定的介護認識を理解する重要性が確認できた。この重要性は、家族介護者の適応や心理的安定、そのための政策や支援の効果につながるものである。さらには、要介護者に提供される介護の質を高める点にも重要性をもつといえる。このように肯定的介護認識に関する研究は重要であるが、韓国では、肯定的介護認識に着目した研究は足りない。肯定的介護認識に関する研究が必要とされている。

## 第2節 肯定的介護認識に関する概念及び尺度に関する先行研究検討

本節では肯定的介護認識に関する概念及び尺度に関する先行研究についてレビューを行う。

まず、介護に対する肯定感を表す用語について説明する。肯定感については、先行研究においてreaction（反応・態度）（Given, et al. 1992）、cognition（認知）、appraisal（評価）（Lawton, et al. 1989 : Hunt 2003）、perception（認識）（Picot・Youngblut・Zeller1997）など様々な用語が使用されてきた。これらの用語は、研究者による明確な概念化がされていないものもあり、おおむね同じ意味として使用されている（広瀬2010）。本研究においては、「肯定的側面」を上記の肯定的反応や認識などを示す用語の総称としての意味合いを持つものとして捉え、Picot・Youngblut・Zeller（1997）が使用した「認識」（perception）を使用する。

ここからは、家族介護における肯定的介護認識の概念について述べる。

介護経験への肯定的認識の測定において頻繁に使用されている概念は「介護満足感 (caregiving satisfaction) 」である。さらに「精神的高揚 (uplift) 」 「充足感 (gratification) 」 「利得 (gain) 」 「喜び (enjoyment) 」 「報酬 (reward) 」 「達成感 (mastery) 」 など、その構成概念は多様性を帯びている。

欧米における家族介護に対する肯定的介護認識は「gain(利得)、satisfaction(満足感)、self-growth(自己成長)、meaning(意味づけ)、self-esteem(自信や満足感)」などの概念で測定され、介護認識に肯定的側面が存在することが明らかにされている (Kramer 1997 : 225) 。

一方、上記のもの以外では「自己効力感 (self-efficacy) 」という概念もあげられる。「自己効力感」は能力に対する肯定的介護認識として、マスタリー (mastery) とも類似した概念である。広瀬 (2010) は、マスタリー概念は確定したものでも、本質的に年齢とともに低迷していくものでもないと述べている。Skaffほか (1992) によると、自己効力感は、特別な課題を遂行する能力に関するものであり、マスタリーは自己効力感のように結果を生み出す能力であると述べている。Skaffほか (1992) は、マスタリーが心理学的健康におけるストレスに対する緩衝効果を示す個人の安定した資源であり、また、個人の内的及び外的世界に対して結果を生み出していく能力を指すと述べている。また、安部 (2002) は、介護マスタリーが介護者の精神的健康の悪化を防ぐ重要な役割を有していると報告している。つまり、マスタリーは、「感情というよりむしろ介護によって得られる達成感や充実感」に近い概念であり、安部 (2002) が述べたように、ストレスがある状況下で獲得していく肯定的な評価や対処に対する認識を示す概念であるといえる。

さらに、介護を通して「自己成長感」を抱くようになった経過について、川崎・高橋 (2006) は、介護発生時からの一連の家族介護者の心理的プロセスを見出すと同時に、自己成長感の形成過程について検討している。田中・浜藤・田中 (2002) も、家族介護者の心理変容を振り返り、「避けて通れないできごとを引受け、乗り越えて生きる姿勢を形成」する成長の体験となりうるとして、自己成長感に結びつく姿勢について言及している。このように心理プロセスと

の関連においては、肯定的介護認識のなかで「自己成長感」が取り上げられることが多い。

Hinrichsenほか（1992）は、介護の肯定的側面に焦点を当てた研究を行い、介護を通して得られる学びとしての「報酬（reward）」や、意義としての「報酬（reward）」であると報告している。Stephens（1994）は肯定的認識を介護からの「報酬（reward）」と捉え、「報酬」は介護者の精神的健康に関連していることを指摘してきたが、Kramer（1997）は、介護の肯定的側面である「利得（gain）」を構成する主な側面は、感謝・楽しさなどの「感情的な側面」、自己受容・マスタリーなどの「自己評価の側面」、個人の成長および人生の目的という「意味づけの側面」の3つであると述べている。

このように、介護に対する肯定的認識を表す主な定義について検討してきた結果、肯定的介護認識の定義には、Kramer（1997）が述べたように、感謝・楽しさなどの「感情的な側面」、自己受容・マスタリーなどの「自己評価の側面」、個人の成長および人生の目的という「意味づけの側面」の3つの側面に含まれることが確認できた。

ここからは、肯定的介護認識を測定する尺度について先行研究を検討する。

肯定的介護認識に関する尺度のうち多くは、要介護者との肯定的な感情や関係、あるいは介護における充実感を示す下位尺度で構成されている。Farran

（1997）は、介護の意味づけが資源としての機能と介護の結果としての機能の両方を含むと考察している。山本ほか（2002）は、東京・神奈川・静岡・三重・沖縄の全21機関において訪問看護を利用している322人の高齢者の家族介護者を対象に、質問紙調査を実施し、「介護の肯定的認識」尺度を開発した。この「介護の肯定的認識」尺度は、被介護者への愛着、介護についての自信、介護からの学び、規範の実践の下位尺度で構成されており、日本で開発された独自の尺度である。

一方、鈴木・橋本・高橋（2004）は、「自己成長感」尺度に関しても学びや成長の感覚であると同時に、介護に対する動機や価値である「意味づけ」としても用いられていることを報告している。広瀬（2005b）は、肯定的介護認識が学びや成長という感覚も対象努力の結果を自己に対して、再評価するという枠組みにあてはまるため、感情やマスタリーとは異なる認識として確立されるべ

きであり、肯定的介護認識として必要な概念であると述べている。このようなことから、「自己成長感」、「介護からの学び」、「自己成長型」の各々下位尺度は、介護者自身の学びとなるという動機を示すとともに、結果としての介護に対する肯定的な評価であるといえるとしている。

また櫻井（1999）は、140人の家族介護者を対象に、介護肯定感を、多次元に検討し、介護に対する肯定的評価を測定する「介護状況への満足感、自己成長感、介護継続意思」という概念を抽出したうえで介護肯定感尺度を開発した。陶山・河野・河野（2004）は、主介護者184人を対象に、質問紙を用い、介護肯定感として「介護状況に対する充実感」、「自己成長感」、「高齢者との一体感」の3つを挙げている。西村ほか（2005：8）は、東京および秋田に在住の65歳以上の要介護認定者（施設サービス利用者除外）を、介護する家族介護者を対象に訪問面接調査を行った。その結果、介護役割における「自己達成感」「被介護者との通じ合い（一体感）」の下位尺度を明らかにし、これを介護充実感に尺度化した。広瀬（2005b：57）は、家族会会員を対象とした郵送調査の解析から、「介護役割充足感」「高齢者への親近感」「自己成長感」の3つの概念を報告した。安部（2002：16）は、認知症かあるいは寝たきりの65歳以上の高齢者を介護している家族介護者を対象に調査し、「介護自己達成感」、「介護に関する対処効力感」の下位尺度からなる「介護マスタリー」尺度を開発した。Yamamoto・Wallhagen（1997）は、家族が介護を継続できる要因について、「介護の価値」「価値の維持要因」「価値の強化要因」の3つをあげ、生きがいという概念から検討をしている。

一方、欧米において、Lawtonほか（1989）によって開発された「介護満足感（Caregiving Satisfaction Scale）」尺度が、多くの研究で用いられてきた。この尺度は5項目の1つ因子として抽出されたため、下位領域は限定されていない。項目内容は、「楽しい、感謝の気持ち、喜び、親近感、自己評価を高める」であり、主に肯定的感情で構成され、感情と自己評価の側面が混在している。Lawtonほか（1989）が「介護マスタリー」の概念を整理し、これを測定する尺度を開発することを試みたが、統計上尺度としては確立していない。このようなことから、広瀬（2005b）によると、肯定的評価を測定する尺度は概念の重複が生じやすいため、明確な定義のもとで選択され、かつ複数の領域で構成さ

れた尺度が求められると述べている。

日本における肯定的介護認識を測定する尺度は、欧米で開発された肯定的介護認識の尺度を検討したうえで、新たに日本で開発されたものが多い。阿部(2002)の「介護マスタリー」は、Lawtonほか(1989)が探索的に作成した項目を中心に、Pearlin・Schooler(1978)の「マスタリー」項目、Pearlinほか(1990)の「介護能力」項目から介護者のマスタリーを評価する項目を作成した。広瀬(2005)の「認知的介護評価」は、Lawtonほか(1991)の「介護評価」をモデルとした。西村ほか(2005)の介護充実感尺度はPicot・Youngblut・Zellerの「Picot Caregiver Rewards Scale」をモデルとした。

Farran(1997)は、肯定的評価に関する研究が社会交換理論、役割理論、実存主義理論など様々なアプローチがなされているが、実存主義理論との組み合わせにより、また量的分析と質的分析の組み合わせにより、介護者の介護適応に対する理解が促進されると述べている。Walkerほか(1996)は、肯定的側面の一つ概念である「介護満足感」は概念化と尺度化が確立されておらず、どの尺度も満足感の意味や内容に共通のコンセンサスが得られていないと指摘している。

以上の先行研究の検討により、以下のような4点が確認できた。

第1に、肯定的介護認識については理論に基づく研究が少ない。また肯定的介護認識について総合的に扱った尺度も非常に少なく、肯定的介護認識の概念化、尺度化には今後さらなる検討が必要である。第2に、欧米と日本では、肯定的介護認識を測定する尺度に関する研究が行われてきたことを確認した。第3に、日本で開発された肯定的介護認識尺度は、欧米のモデルを用いているものが多い。第4に、山本ほか(2002)の「介護の肯定的認識」は、日本で開発された独自の尺度である。

以上の先行研究から確認された肯定的介護認識尺度を踏まえると、韓国の家族介護者の肯定的介護認識を包括的かつ適切にとらえることはできるだろうか。

ここからは、既存の尺度を用いて、韓国の家族介護者の肯定的介護認識を包括的に評価するには、不十分であることについて述べる。山本ほか(2002)の「介護の肯定的認識」は、比較的広い範囲で概念が設定されており、「規範の実践」という意味づけの概念が選択されている。その「規範の実践」は、価値

や介護の動機としての意味合いが強く現れているが、韓国の家族介護者の肯定的介護認識を表す下位尺度として十分に捉えきれない。張(2009)は、韓国の家族介護者を対象とし、質的分析による肯定的介護認識の内容を明らかにした。その結果、家族介護者の肯定的介護認識は、親孝行の実践により自己価値の向上になり、他者に貢献したいという気持にもなっていることが明らかにされている。

また、尹ほか(2008)は韓国の慶尚南道昌原市、忠清南道天安市、全羅南道順天市の3地域に住んでいる462人の在宅要介護高齢者の家族介護者を対象とし、老親扶養意識と肯定的・否定的介護評価の関係について検討した。検討した際に、肯定的介護の評価は、櫻井(1999)が開発した介護肯定感尺度のうち「介護状況への満足感、自己成長感」のみ用いて分析を行っている。その結果、老親の扶養意識が高く形成されているほど、介護負担感が低くなることが報告されている。また、扶養意識は介護負担感に直接的な影響を持つが、介護肯定感のうち、介護状況への満足感を媒介することで、介護負担感を軽減することが明らかにされた。つまり、既存の尺度を用いて、韓国の家族介護者の肯定的介護認識を包括的に評価するには、不十分であることが確認できた。

家族による介護を伝統的に重視してきた韓国の家族介護者は、介護負担感という否定的な概念だけでは捉えきれない多くの認識を持っていると考えられる。特に肯定的介護認識は、介護者の心身の健康や介護者及び高齢者の状態と関連がある可能性が高い。つまり肯定的介護認識に着目し、尺度構成を検討することは、家族介護者への援助を考えていくうえで重要である。よって、韓国における家族介護者の肯定的介護認識の構造を明らかにすることは意義があるといえる。今後、肯定的介護認識の概念の操作化、尺度化の積み重ねが必要となってくるだろう。

### 第3節 介護負担感と肯定的介護認識

本節では、家族介護者の介護負担感と肯定的介護認識の関係について検討する。欧米と日本では、1970年代から家族介護者の介護負担感に関する研究が行われ、韓国では1990年以降から行われてきた。

家族介護者の介護負担感に関する研究では、“負担感質問票” (The Burden Interview) を用いたZaritほか(1980)の研究が多く引用されている。この質問票は、介護者の健康、心理的安定、経済的状況、社会的生活、認知症高齢者と介護者の関係の側面から介護負担感を尋ねるもので、29項目から構成されている。その後20項目に縮小され、「Zarit負担スケール」として多くの先行研究で用いられている。また介護者の健康とストレスに関する研究(広瀬・岡田・白澤2006b: 谷垣ほか2004: 楯本ほか2005)では、介護の肯定的側面に関する検討が行われている。

日本における家族介護者の介護負担感についての研究は、1980年度後半から関心が高まり(中谷・東條1989)、介護負担感を測定する尺度開発あるいは負担に影響を与える要因の探索を目的とした研究が行われてきた。新名(1992)や、杉原ほか(1998)は、介護者が介護場面で生じた様々なストレス状態を引き起こす要因に対処しながら、適応していく力を持っていることを、ストレス・コーピング理論を用いて明らかにした。

一方、韓国では、1990年以後家族介護者における介護負担に関する研究が行われはじめた。それらの研究は、介護負担感尺度や介護ストレスといった否定的な認識からの報告である。権(1995)は、認知症高齢者を介護する家族介護者を対象とした介護負担感の尺度を開発した。権(1995)の研究による認知症高齢者の家族に対する負担感尺度は、「社会的活動の制限」「高齢者—主介護者に対する関係が否定的変化」「家族関係の否定的変化」「心理的变化、財政及び経済活動の負担、健康の悪化」の6つの下位尺度で構成されている。韓国では、権(1995)の介護負担尺度は多くの研究で頻繁に用いられている。例えば、崔・金(1997)では、権(1995)の介護負担感尺度を用いて認知症高齢者を介護している家族介護者の介護状況で介護負担感の過程を明らかにしている。

このように介護負担感に関する研究は、欧米と日本は1980年代から盛んに行われているが、韓国では1990年後半から介護負担感に関する研究が行われ始めた。また韓国における介護負担感に関する研究は、認知症高齢者を介護している家族介護者を対象としたものが多い傾向がある。

介護負担感と肯定的介護認識の関係に関する研究は、欧米と日本では1990年代から興味深いテーマとして行われている。

一部の研究は、介護負担感の軽減や介護継続に影響を及ぼす要因として、家族介護に対する肯定的介護認識を取り上げている。たとえば、Lawtonほか（1991）は、介護によって得られる喜びや満足感（Caregiving Satisfaction）が、介護負担感やストレス症状の軽減に及ぼす効果について検討した。澤田・島津・鈴木（2005：111）によると、要介護高齢者を在宅で介護することは、多くの負担や責任がかかるストレスフルな状況であるが、それに押しつぶされずに、「要介護高齢者との情緒的交流に目を向け、介護者自身の成長に意味を見出すなどよい面に目を向けることは、介護負担感を軽減する有効な方法一つである」と述べている。また、櫻井（1999：210）は、家族介護について「肯定的評価は負担感を軽減するのみならず、介護者の主観的幸福感や自尊心を高める効果をもつ」と述べている。これに対して斉藤ほか（2001）は、介護の肯定的側面が介護継続意向と関連があり、介護負担感とは関連がなかったと報告している。

櫻井（1999）は、肯定的評価が介護の限界感を軽減するのに有効であると報告している。また、介護に対する生きがい感が、介護への否定的評価やストレス症状の発見を抑制する作用をもつことから（一瀬2004）、家族介護者は一方的に保護されるような弱者ではなく、問題を抱えながらも肯定感を持つに至る様々な能力や資源を有するようになってきている。

さらに、介護に対する肯定的介護認識と負担感における下位尺度間の関連についてみると、桜井（1999）は「満足感」と「限界感」が関連し、尹ほか（2008）と新田（2003）は、介護負担感の総合指標と「介護満足感」に相関関係があることを報告している。また、広瀬・岡田・白澤（2007a）は、「介護役割充足感」と介護負担感の「介護継続不安感」「高齢者への親近感」と介護負担感の「関係性における精神的負担感」にそれぞれ相関が見られることを報告している。新鞍ほか（2008）は「充実感」が「対人葛藤」と中程度の負の相関、「自己成長感」と「対人葛藤」、「充実感」と「経済的負担」には、いずれも弱い負の相関がみられたと述べている。つまり、介護に対する肯定感と負担感の一部は関連することが確認された。

以上、肯定的介護認識と介護負担感との関係について、先行研究のレビューをした。これらより、次の4つの点が明らかになった。まず、介護に対する肯定



感と負担感は、高齢者福祉研究における重要な概念であることが確認された。同時に、欧米の研究では、より実践的に肯定的介護認識の議論を論じた研究や、肯定的介護認識に関連する要因をモデル化した実証研究がなされていた。次に、介護に対する肯定感と負担感の一部には、相互に関連があることが確認できた。最後に、今まで韓国における家族介護に関する研究は、介護負担感に着目することが多く、肯定的介護認識に関する研究は緒についたばかりである。つまり、負担感が肯定的介護認識に与える影響について検討した研究は、現時点においては見あたらなかった。実際に、家族介護者の支援に際しては、介護負担感が肯定的介護認識にどのような影響をあたえるかについて把握する必要がある。

#### 第4節 肯定的介護認識の関連要因に関する先行研究の検討

ここでは、肯定的介護認識に関連する要因について先行研究のレビューをする。

肯定的介護認識に関する研究は、介護負担感に関するものと比較すると少ないといえる。ここでは、第2節で述べた主な肯定的介護認識の概念を基に、それに関連する要因を整理することとする。

家族介護における肯定的介護認識に関する研究は、1990年代より注目を浴び、肯定的介護認識に関連する要因を明らかにする研究が行われてきた。肯定的介護認識に関連する要因の代表的なものとしては、属性要因 (Miller1989 ; Lawtionほか1991 ; Farranほか1991 ; Kramer1993) や健康度 (Cohenほか1994 ; 陶山・河野・河野2004) の要因が関連していることが報告されている。要介護者の症状との関連に関する報告では、関連がないと述べられている (Lawtionほか1991) が、Balducciほか (2008) は、介護による利得がADL (自立度) に関連していると報告している。これらの研究から、家族に依存してきた介護の実態や、家族介護者が介護負担感を持ちながらも、肯定的介護認識を感じて介護していることが明らかになってきた。

その後、肯定的介護認識に関連する要因として、ソーシャル・サポート (Faranほか 1991) 、介護負担感 (櫻井1999 ; 新名1999 ; 鈴木2006) が明らかになっているし、扶養意識 (尹ほか2008) も肯定的介護認識の関連要因として挙げ

られている。

肯定的介護認識の下位尺度に関連する要因について、先行研究を整理すると以下の通りである。

介護満足感には、属性要因（Miller1989；Lawtonほか1991；Kramer1993；Walker1996）や健康度（陶山2004；Cohen1994）、扶養意識（尹ほか2008）、介護負担感（Lawtonほか1991；尹ほか2008）の要因が関連していることが報告されている。以上の先行研究では介護時間や介護量と介護に対する肯定的介護認識の間には、一致した知見は得られていない。このことに関しては、Walkerほか（1996）が指摘しているように、介護者の続柄により介護に対する意味づけが異なるため、続柄をコントロールすることで一貫した知見が得られる可能性があるといえる。また扶養意識との関連に関する報告は非常に少ない。斉藤・国崎・金川（2001）は介護負担感との関連に関する報告は少なく、関連がないと述べている。しかし、尹ほか（2008）は介護負担感と介護満足感には関係があると報告した。つまり、介護満足感と介護負担との関係についての研究では一貫した知見が得られていない。

介護による利得には、介護負担感（石田・服部2001）や属性（Picot1995）や対処（Picot1995；Kramer1997）の要因が報告されている。要介護者の状態との関連に関する報告は少なく、関連がないと述べられている（Lawtonほか1991）。

介護の継続意志に関しては、その関連要因は、要介護度、就労状況、経済状況、ソーシャル・サポートなど（斉藤・国崎・金川2001；山本ほか2002；三田寺2003；李2004；唐沢2006；Balducci2008）、多岐にわたる。また、それ以外の関連要因としては、続柄、介護態度、社会的サービス利用、家族関係の良し悪しが挙げられる。中島・斉藤・月橋（1982）は、認知症高齢者とその介護者の続柄と継続意志の結果において、嫁の「お世話したいので続けるつもり」が他の続柄に比べて低く、「したくないが続けるしかない」が高い傾向であった。斉藤・国崎・金川（2001）は、続柄が配偶者と実子であること、介護態度が積極的であること、社会サービスの利用意向が強いことが、介護継続意志の関連要因として明らかになった。特に家族介護者が実子である場合、嫁が介護者である場合よりも介護の継続意志が高いことを明らかにした。また山本（1995a）は、社会規範や要介護者への愛着からくる価値が介護継続の主たる動機付けで

あると述べており、要介護者への愛着が配偶者または、実子において高い介護の継続意向に結びついているといえる。さらに、野口・入江・飯田（1994）は、家族関係の良否は、在宅介護の実施・継続・介護内容の質に影響及ぼすと報告している。これらから、介護の継続意志には、嫁より配偶者と実子が高い傾向があることを確認した。

以上の先行研究のレビューを通してこれまでの研究を要約すると、家族介護者に対する介護量、続柄、介護期間、介護者の年齢、夜間介護、ソーシャル・サポート、扶養意識、介護負担感などが、肯定的介護認識に関連する要因として挙げられているが、扶養意識、介護負担感について検討した研究は十分でないことを確認した。

以上のことから、肯定的介護認識は介護における様々な困難な状況を通して得られるものであり、介護に立ち向かう力となる可能性があるといえる。それに対して介護負担感が肯定的介護認識にどのような影響を与えているかについては、これまであまり研究がない。介護負担感が肯定的介護認識に影響を与えていれば、家族介護者に支援を進めていくことに重要な要因として作用することが期待される。そのためには、肯定的介護認識に関連する要因について検討することが重要である。

## 第5節 扶養意識と肯定的介護認識

本節では、扶養意識と肯定的介護認識の関係について検討する。

韓国は、他の国とは異なる扶養意識に関する特徴がある。韓国における高齢者扶養に関しては、欧米諸国とは異なる文化的・歴史的背景があり、それは儒教の「孝道」であるとされている。例えば、韓国の「老人福祉法」（1981年）および「敬老憲章」（1982年）は、儒教思想が濃厚に反映した内容で構成されている。すなわち、韓国の老人福祉法第3条「家族制度の維持・発展」では、「国と国民は敬老親孝行の美風良俗に基づいて、健全な家族制度が維持発展するよう努力する」と規定している。また韓国は、独自の敬老精神や老親扶養の伝統的文化によって、子世帯を中心とし、高齢者を支えている。つまり、韓国文化には儒教思想が国民生活の中に息づいており、長幼の序は健在であり敬老

精神が根強い(小林2004)。日本は家父長的な家族制度を廃止したが、韓国政府は民族的なアイデンティティを強調している。

韓国では介護の社会化を進めながら、子どもの親に対する扶養意識の強化と同居の奨励などの家族制度を保持してきた。それによって、韓国政府は毎年敬老週間に全国の孝行者に勲章を含む表彰を行い、副賞金も授与している。各行政機関および民間企業も、それぞれに孝行者、伝統的家風を保持している家庭に対して表彰および賞金を出している。韓国独自の文化が、韓国の福祉施策の全体、特に高齢者福祉対策を強く支えているといえる。これらのことから、韓国では老親扶養（日本の「介護」より広義）の問題が、儒教思想による「敬老親孝行」を根底に、老親は家庭で孝養することが当然であると、国民の間で一定のコンセンサスを得ていることを示唆するものである。

家族の親に対する扶養意識は、それぞれの時代や価値規範に対応して変動するものである。韓国で強調された忠孝一如のイデオロギーのもとでは、親を養う子の義務が子を養う親の義務よりも優先していた。儒教思想に裏うちされた家父長制的家族制度においては、家業の世襲、家産の継承が個人の要求充足や自己実現よりも重要視された。家族による扶養には、金銭や物質による経済的扶養と、身の回りの世話や病気の介護などの扶養の二つが含まれている。あるべき家族像とは、既婚の長男が親と同居し、その妻も含めた家族から扶養を受けることが全く当然のことであり、親扶養の義務は親孝行イデオロギーの中で非常に重要な要求であった。

第1章で述べたように社会変動が家族生活の実態を著しく変動させ、親に対する家族扶養の機能も変動した。韓国では親の介護に関しては、「ジェンダーを前提した家族関係」に則って、介護は女性役割として位置づけられてきた。つまり、介護は、これまで性別役割分業に基づいて女性、特に嫁がその中心を担ってきた。女性の社会進出や核家族化にもかかわらず、親の介護を女性（嫁・娘）が行っている。それは、女性によって担われる「愛の労働」である（奥山2002）。

扶養意識に関する研究成果を整理すると、以下のようである。

朴（2005）は、18歳以上の韓国の釜山市民と日本の福岡市民を対象とし、老人扶養意識について日韓比較を行った。その結果、韓国は日本よりも扶養意識

が強く、親の介護に対する認識においても、より家父長的であった。また、性別・職業・年齢・教育水準のうち、韓国は年齢が、高いほど老親扶養意識が高くなる傾向があるが、日本ではそれらの要因が影響を与えてはいないことが示された。さらに、韓国は親の世話の優先順位において、「長男－息子－家族－社会及び社会福祉施設」の選好度が明確に現れていた。韓国に比べ日本は世話人の息子・娘の差別が少なく、また社会的世話についての認識も比較的広がっていることが明らかになった。また奥山（2002）は、東京都及びソウルにおける家族介護者の介護負担感と介護規範意識に関する日韓比較研究を行った。その結果、ソウル市では東京都より、儒教精神や男尊女卑の文化が伝統として残っていることから、「子どもが世話をするのが当然」という介護規範意識が、高いことが明らかになった。しかも嫁の立場である息子の妻の介護負担感が依然根強いことも明らかになった。

扶養意識に関する日本の先行研究でも、以下のように述べられている。

那須（1970）は現代家族において、家族的扶養が成立する本質的な要素は、老親と子ども家族との愛情的な融和であることを指摘しており、家族による情緒的な援助は他の機関では代替しがたい老親扶養の基底部分となることを指摘している。また、原沢ほか（2006）は、老親介護の基底には親に対する愛情や道徳的な義務感が存在することを指摘している。染谷（2003）は、扶養意識のように規範的意識に基づく介護は、介護期間の長期化とともに、介護ストレスが増加し、老親に対して否定的な感情を抱きやすく、ストレスの矛先を高齢者に向けて虐待に至る可能性もあると指摘している。杉山（2010）は、平均年齢40.9歳の既婚者83人の実親と義理の親それぞれとの親子関係と介護負担感との関係について検討した。その結果、扶養に対して親自身で何とかすべきだというような親の自立を期待する意識が高い人は、介護負担感を抱きやすいことが明らかになっている。

以上の先行研究のレビューから、①親介護に扶養意識が基底部分として占めていることと、韓国の方が日本より扶養意識が高いこと、特に介護規範意識が高いこと、③親の世話の優先順位においても、韓国の方が日本より強い伝統志向性を示すこと、④扶養意識と介護負担感は関係していることが確認できた。では、扶養意識と肯定的介護認識には、どのような関係があるのだろうかにつ

いて検討する。

唐沢（2006）は、家族介護者の扶養意識が高いほど介護継続意志を高めるものの、一方では抑うつ感情を高めるなど、単純に家族的扶養がポジティブな影響をもたらすとは限らないことを指摘した。原沢・岡本・長谷（2006）は、通所介護施設にサービスを利用登録している家族介護の主たる介護者146名を対象とし、老親扶養義務感が介護継続意欲に及ぼす影響について分析した。その結果、老親扶養義務感の高さは介護継続意欲が高まることに関連していたと報告している。つまり、扶養意識は肯定的介護認識の下位要因としての介護継続意志とは関係があることを確認した。

一方、扶養意識と肯定的介護認識の関係に関する研究では、日本人を対象とした研究がいくつか見られるが、韓国人を対象とした研究はまだ一つしか見当たらなかった。第3節で述べたように、尹ほか（2008）は、扶養意識が介護負担感と肯定的介護認識に関係があることを明らかにしている。さらに、肯定的介護認識の下位要因である介護満足感を媒介することで、介護満足感が介護負担感を軽減することも明らかにしている。

これらの先行研究の検討から、韓国では、扶養意識が老親介護に基底部分を占めているにもかかわらず、扶養意識と肯定的介護認識との関係についての検討では、尹ほか（2008）の研究しかないことを確認した。特に、家族介護者に対する扶養意識は、肯定的介護認識にどのような関係があるかについても、ほとんど検討されていない。今後、韓国における扶養意識が、肯定的介護認識を向上させる要因となり得るか否かを検討し、加えて扶養意識が介護認識にもたらすポジティブとネガティブな側面を明らかにしていく必要がある。

このように、韓国における国民の扶養意識の強さと政策としての強調から見ると、韓国における高齢者福祉研究の重要な概念との関係の中で論じるべき点があるといえる。

## 第6節 ソーシャル・サポートと肯定的介護認識

本節では、ソーシャル・サポートの定義について検討し、その後ソーシャル・サポートと肯定的介護認識の関係について先行研究のレビューをする。

まず、ここではソーシャル・サポートの定義について検討する。

ソーシャル・サポートの定義はこれまで様々にされてきた。「故人の生活における重要な資源」(Lowenthal & Haven1968)、「愛され、尊重され、相互的な義務のネットワークに所属していると信じさせてくれる情報」(Cobb1976)といった定義が存在している。しかし、野口(1991)はソーシャル・サポートの定義が、いずれも決定的な評価を得るには至っていないと述べている。

ソーシャル・サポートは、多様な要素を含む概念であるが、Cohen & Syme(1985)はソーシャル・サポートを個人がもつ社会的関係からとらえる「構造的サポート」と、個人が周囲から受けるサポート内容からとらえる「機能的サポート」の2つに大別している。House(1981)は、受容や共感などの「情緒的サポート」、フィードバックや社会的比較などの「評価的サポート」、助言や情報提供などの「情動的サポート」、労働力や金銭などによる具体的援助などの「道具的サポート」の4分類をしている。浦(1992)は、「社会情緒的サポート」と「道具的サポート」の2分類をしている。これらは、知覚されたサポート(サポートが得られるという認知)や受容されたサポート(実際に受けたサポート)として測定されている。

ここからは、ソーシャル・サポートと介護負担感の関係について先行研究を検討する。

ソーシャル・サポートは、老年学をはじめとして介護認識を論ずるさまざまな研究分野で関心の高いテーマである。その特徴としては、個人の社会関係の質的側面に直接迫る点が、大きな魅力のひとつであり、こうした概念的直截性が他の変数に対する感度のよさ、特に、主観的幸福感や健康といった主要な目的変数に対する予測可能性の高さにつながっている(武田・波多野2008)。また、金ほか(2000)によると、ソーシャル・サポートは、社会福祉の実践場面における援助資源としての重要性および制度的サービスとの代替性、補完性といった側面からも意義深いという特徴を有していると述べている。

先行研究のレビューを通して、東・重富・池本(2000)は、訪問看護ステーションの利用者を対象とし、在宅介護における家族介護者の介護負担感とインフォーマル・サポートとの関係について明らかにした。その結果、介護者が妻の場合、介護者自身も高齢であり、友人や近隣の人々の交流も希薄になりがち

であり、嫁の場合、家族からのサポートを受けにくく、家族は介護を全面的に嫁に委ね、嫁も社会の価値観のもと、介護を当然のこととして担っている状況であると報告している。また、赤松・小澤・白澤（2002）は、介護負担感とソーシャル・サポートに関する研究を行っており、その結果、ソーシャル・サポートと介護者の抑うつ感の軽減や家族機能に関連があることを報告している。関（2000）は、ソーシャル・サポートが家族介護者の介護負担と鬱に与える影響について報告し、ソーシャル・サポートを情緒的・経済的・社会的支援に分けて調査を行った。その結果、情緒的支援は介護負担感に強い影響を及ぼしていることが明らかになった。

以上のことからソーシャル・サポートが援助資源として重要なことと、制度的サービスとの代替性、補完性を持つことが確認された。家族介護者の介護負担感に関する研究では、ソーシャル・サポートが介護負担感を軽減する効果をもつことが明らかにされている（新名1992）が、ソーシャル・サポートと肯定的介護認識との関係についての研究は多くはない。

ここでは、肯定的介護認識とソーシャル・サポートについてレビューする。

野川・大塚・林（1995）は、在宅介護継続意志に影響を与える因子について、家族・近隣援助などのサポートが積極性に強い影響を示したが、訪問看護やショートステイ利用者は、消極群が多かったと指摘している。これは、介護に対して積極的な者ほど家族・近隣援助などのサポートを受けているものが多く、消極的な者の方がフォーマル・サポートの利用者が多いことを示唆している。広瀬・岡田・白澤（2005a）は、家族会に対する満足感が高く、訪問看護を利用する介護者ほど、介護に対する介護充足感が高くなる傾向があると報告している。広瀬・岡田・白澤（2006a）は、ソーシャル・サポートと肯定的介護認識について、家族や近隣などからのサポートに対する満足度が高い介護者ほど、要介護高齢者に対する肯定的感情という肯定的な評価が高くなることが明らかになったと述べている。また、広瀬・岡田・白澤（2005a：6）は、ソーシャル・サポートによる介護に対する肯定的認識と否定的認識との関係について、「ソーシャル・サポートに対して介護者が満足感を感じるようになると、介護に対する介護者の認知的評価に変化が生じ、その認知的評価は、否定的なものから肯定的なものになる可能性があることが明らかになった」と報告している。



横山（1996）は介護経験者からのサポートを得ることで、介護者が専門的対応では得られない様々な具体的対処方法に関する知識を身につけ、介護に関連する多様な問題に立ち向かう力を、身につけていくことができると述べている。Farranほか（1991）は、介護満足感はソーシャル・サポートに関連していると報告している。

これまでの先行研究の知見によると、家族や近隣などのサポートと在宅介護サービスのサポートのそれぞれを活用している。その家族や近隣などのサポートに満足感を感じることや訪問介護を利用することが、介護者の介護負担感といった介護に対する否定的認識を軽減してだけでなく、介護に対する肯定的認識も高めることが明らかになっている。

以上のように、ソーシャル・サポートと肯定的介護認識に対する下位要因との関係について検討し、その間には関係があることを確認した。

## 第7節 同居家族療養制度と肯定的介護認識

いままで論じてきた通り韓国では、2008年から介護保険制度が実施され、在宅介護を支援する在宅介護サービスとして同居家族療養制度も導入された。同居家族療養制度とは、第1章に述べたように同居家族が介護した場合の「現金給付」を認めたものであり、韓国の介護保険制度の特徴の1つである。つまり、同居家族療養制度では、要介護者とともに生活する同居家族が要介護者への介護サービスを提供すると、現金が給付される。

介護保険制度を基にした在宅サービス提供は、介護者の健康状況及び生活の質の向上に寄与しており、在宅介護の普及を促進している。しかしながら、安定した在宅介護を確保するためには、在宅介護を担っている家族介護者の肯定的介護認識を向上し、それを生活の質を改善につなげることを目的とした支援体制の確立が重要である。つまり、在宅高齢者への介護の質を向上させるためには、高齢者のみならず家族介護者に対しても適切なサービスを提供することが、非常に基本的かつ重要である。

韓国での現金給付が含まれた同居家族療養制度は、家族介護者のニーズにマッチした支援であるかについてはまだ不明であり、家族介護者の肯定的介護認

識への影響力をもつかについても、究明した研究がない。同居家族療養制度が含まれている特徴が同居家族療養制度の利用・非利用によって、肯定的介護認識にどのような影響を与えるのかを検討する意義があるといえる。

第2章で述べたように、公的介護サービスが韓国より高水準にある諸外国でも、家族あるいは親族による要介護高齢者の介護は重要である。また現金給付が含まれている同居家族療養制度が家族による適切な介護サービスの提供に結びつくかどうかを適切に評価すべきである。さらには、家族介護者の肯定的介護認識の関連要因を検討する際に、公的介護サービスの利用の有無によって検討した研究が少ない。

ここでは、公的介護サービスと介護認識との関係について検討する。楳本ほか(2005)は、在宅介護サービスを受けていた主介護者518名を対象とし、介護支援に関する肯定的認識が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響について検討した。そこでは、公的介護サービスに対する満足感が介護負担感に影響を及ぼさなかったと述べられている。黄・関田(2004)は家族介護者724人を対象とし、在宅介護サービスと介護負担軽減程度の関連性を分析した。その結果、在宅介護サービスによって介護負担感が減っていることが明らかになった。その結果から、在宅介護サービス利用が介護負担感軽減と関連していることが判明した。三田寺・早坂(2003)は在宅サービスを利用している783人を対象とし、在宅サービスと介護負担感の関連性について検討した。その結果、訪問系サービスを利用する介護者は介護負担感の下位尺度である身体的負担が軽減したと報告している。しかしこれらの研究では、在宅サービス利用により介護負担感が軽減したから肯定的介護認識が高まるのかまでは明らかになっていない。

このように、公的介護サービスと介護認識との関係についての研究は、いくつか行われてきているが、公的介護サービスと肯定的介護認識との関連を追求した研究はほとんどない。近年の公的介護サービスの活用(権 2010)が指摘されるなか、家族介護者が要介護高齢者の介護を通して得られる肯定的介護認識に、必要とされる公的支援が関与しているかどうかを解明することは、家族介護者の肯定的介護認識の変化を予測する上で重要な課題といえよう。

## 第8節 第2章のまとめ

本章では、先行研究のレビューを通して、家族介護者は高齢者介護での負担を感じると同時に、肯定感も得られていることが確認できた。さらに、肯定的介護認識の構造を検討し、肯定的介護認識の関連要因に関する先行研究をまとめながら、本研究において重要な先行研究の知見を確認した。特に韓国における家族介護者の肯定的介護認識に関連要因においては、扶養意識、介護負担感、ソーシャル・サポートが重要な要因であることを確認できた。次章においてはこれらの知見を参考しながら、在宅介護の実態に基づく実証研究の調査方法について検討を行う。

### 第3章 実証研究の調査方法

本章は、理論的検討を踏まえた実証研究であり、本研究の理論と示唆につながる柱ともいえる部分である。本章では、調査全体の概要と調査方法論及び、研究仮説をまとめ、その後、質的研究の属性と量的研究の属性をまとめる。

#### 第1節 調査方法論上の戦略

##### 第1項 研究の目的と調査の方策

まず、第1項では本研究の目的と調査の方策を確認しておく。本研究は、序章で論じたように、「肯定的介護認識尺度の開発」「同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の関連要因の分析」を行った上で、「家族介護政策・支援への示唆」を述べるのが研究目的である。

本研究は、以下の3点の方法論的戦略により実施した。

第一は、実証研究として質的調査と量的調査を実施することである。社会福祉調査方法論としては、エビデンスの重視傾向とナラティブなど質的側面を重視する傾向がある。そのため、事象を質的調査・量的調査のそれぞれの側面から分析し、社会福祉的に課題となる事象を把握する必要がある。

政策を検討していく際には、調査知見を一般化する必要性があり、エビデンスの究明に努める必要性が高い。一方、ヒューマンサービス（家族介護者）に関する研究は、人々の意味づけや体験世界など質的側面を理解することの重要性も強調されている。本研究のように家族介護者の意識を調査して、政策と支援提言をしていく場合、質的研究で人々の意味づけや多様化した個人の意向を把握することと、量的研究によって、エビデンスを得ることが重要であろう。特に社会福祉における研究では、質的研究・量的研究の効果的な融合が目指されなければならない。

したがって、本研究では、量的研究と質的研究を組み合わせる。これはミックス法と呼ばれ、1959年にCampbellとFiskeが心理学上の妥当性について研究した際、複数の方を用いたのが最初とされる（操・森岡2008）。ミックス法とは、

安易な混合ではなく、明確なデザインを持って戦略的に進める点において、従来のトライアンギュレーションやマルチメソッドとは一線を面する（Teddie & Tashakkori2003）。ミックス法の戦略では、順次的戦略、並行的戦略、変化的戦略がある。

操・森岡（2008：18）はミックス法の戦略について、以下のように述べている。

順次的戦略は、1つの方法で得られた結果を、他の方法によって精密化し展開することである。これには、探索的な目的のためにまず、質的方法を用い、母集団の結果を一般化するために、後から票本を用いた量的方法でフォローアップするものである。並行的戦略は、研究課題について包括的な分析を行うために、量的データと質的データを1つに収斂させようと試みる方である。変化的戦略は、量的データと質的データを1つのデータの中に入れ、包括的に捉えるパースペクティブとして理論的レンズを用いる。このレンズは、関心のあるトピックの枠組み、データ収集の方法、そして研究で予期されるアウトカムあるいは変化を提供する。

本研究では「順次的戦略」（操・森岡2008）に基づいて肯定的介護認識を理論的とらえるため、先に質的研究を行い、その次に量的研究を実施する。

第二は、質的調査においては、量的調査で把握しえないことを把握することと、より効果的な量的調査を実施するための現状の分析を目的とした。質的調査の時期も量的調査の前に行い、対象も量的調査では回答を得られない、すでに要介護高齢者を介護している家族介護者を対象として、事実発見的なデザインを採用した。

第三は、量的調査においては、横断調査という制約の中でより多様な肯定的介護認識の要因を把握するため、対象者の限定や操作を工夫し、分析方法も共分散構造分析など多様な手法の中から本調査に適した手法を用いた。

## 第項 調査全体の概要

以上に述べた、調査の方法論的戦略を踏まえ、家族介護において、質的調査と量的調査を行った。

実証研究における各章の分析方法は、以下の通りである。

### 1. 各章の分析方法

第4章では、質的研究手法によるグラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にしながら質的帰納的研究法を用い、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用に分け、肯定的介護認識の内容を分析する。同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用に分けて分析した理由は、同居家族療養制度の利用と非利用によって、肯定的介護認識の内容や肯定的介護認識との関係がどのように異なっているかについて探索するためである。

第5章では、肯定的介護認識尺度をするために、第4章から得られた肯定的介護認識の項目を選定し、予備調査と本調査を行う。本調査では肯定的介護認識の項目に対して探索的因子分析を実施する。その探索的因子分析の結果を踏まえた上で、共分散構造分析を用い、確証的因子分析による妥当性を求める。共分散構造分析は、理論先行のモデル構成が望ましいが、探索的因子分析の因子負荷をみながら、構成概念で知見を探る活用方法もある（豊田1998）。

次に第6章における同居家族療養制度と肯定的介護認識に関する研究では、量的調査と質的調査による分析を行う。まず量的調査による同居家族療養制度の状況についてまとめる。その後、肯定的介護認識に関する基本的な作業仮説の検証する上で、必要な独立変数群間の関連を同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関連を中心に分析する。また、肯定的介護認識に影響を与える要因についても分析を試みる。分析方法は、記述統計のほかt検証、分散分析、相関分析、重回帰分析などの多変量解析を用いる。なお、上記の解析には、SPSS Statistics ver. 18.0を使用した。同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についての検討は、質的調査による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに準拠し、分析した結果をまとめる。

最後に、第7章における同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の関連要因に関する仮説検証は、肯定的介護認識尺度の開発結果を踏まえて行う。主な独立変数を扶養意識、介護負担感として確証的因子分析を行い、本調査で開発した尺度の信頼性と妥当性を検証する。その後、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因の差を検証するため、共分散構造分析モデルによる多母集団の同時分析を行う。共分散構造分析を用いる理由は、重回帰分析における多重共線性の問題が、同一潜在変数内の観測変数に関して対処できること（Maruyama 1997：75）と、共分散構造分析は、直接的に計測できない構成概念を含む因果関係の解明に効果的（山本・小野2006；狩野・三浦2002）であることから、妥当であると判断した。Amosは、潜在変数を含む共分散構造分析のためのソフトであり、観測データの背後にあるさまざまな要因の関係を分析する統計手法である。また、複雑な関係をパス図で、数式を使わずに表現できるため、第三者に対して研究者の研究仮説を分かりやすく伝えることができる。

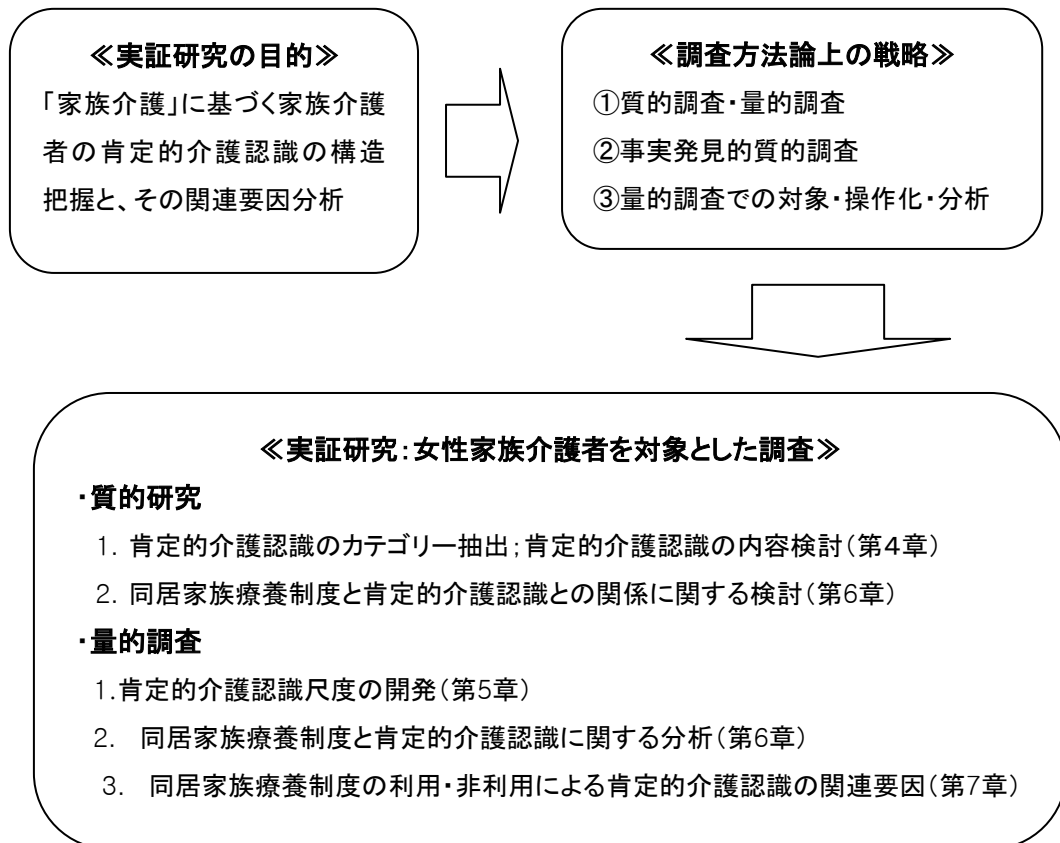
## 2. 各章の調査対象

第4章と第6章の質的調査の対象は、同居家族療養制度の利用している女性家族介護者と同居家族療養制度を利用していない女性家族介護者である。

一方、量的調査による分析対象は、第5章の肯定的介護認識尺度の開発、第6章の同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に関する分析対象では、女性介護者の全員、すなわち、妻・嫁・娘である。第6章の量的調査による重回帰分析では、娘と嫁を対象とする。第7章の同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の関連要因については、妻と娘を除き、嫁のみを対象として分析する。嫁のみ対象とする理由は、まず、扶養意識尺度の確証的因子分析を実施する際、妻を含むのが適切ではないと判断したことがある。その後、嫁と娘による差を検証した結果、2つグループ間に差が認められたことから娘も除くことにした。豊田（2008）によると、共分散モデルは集団の異質性が疑われる場合、研究仮説を適切に評価することができないと述べている。従って、第7章の多母集団の同時分析では、嫁と娘に間に異質性の疑いがあるから、嫁のみを対

象にすることが適切であると判断した。

以上のような、調査方法論上の戦略を含めた家族介護に基づく実証研究の概要を、図2にまとめた。



〔図2〕 家族介護に基づく実証研究の概要

## 第2節 リサーチクエスションと調査仮説

### 第1項 質的研究のリサーチクエスション

#### 1. 肯定的介護認識の内容 (第4章)



肯定的介護認識の内容に関するリサーチクエスションは、以下のとおりである。

- 1) 韓国における家族介護者の肯定的介護認識の内容はどのようなものか、
- 2) 家族介護者と同居家族療養制度の相互作用から引き出される肯定的介護認識のカテゴリーは何か、
- 3) 家族介護者の肯定的介護認識は、同居家族療養制度の利用・非利用行為とどのように関係しているかである。

## 2. 同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係 (第6章)

同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に関するリサーチクエスションは、同居家族療養制度の利用・非利用による生成される肯定的介護認識のカテゴリーによって、介護者の語りの内容はどのような意味があるかである。

## 第2項 量的研究の仮説

第2章の先行研究レビューで示したように、肯定的介護認識に関連する要因として、ソーシャル・サポート (Farranほか 1991)、介護負担感 (櫻井1999; 新名1999; 鈴木2006)、扶養意識 (尹ほか2008) が明らかになっていた。また、肯定的評価が介護の限界感を軽減するのに有効であることも明らかになっていた (櫻井1999)。さらに、扶養意識が介護負担感と肯定的介護認識に関係があることと、肯定的介護認識の下位要因である介護満足感を媒介することで、介護満足感が介護負担感を軽減することも明らかになった (尹ほか2008)。

以上のことから、本研究における量的調査の仮説は、以下の3項目にまとめられた。特に「肯定的介護認識の仮説モデル」では、尹ほか (2008) の研究に基づいて介護負担感を媒介することで、介護負担感と肯定的介護認識との関係を検討するために仮説を提示した。

### 1. 肯定的介護認識の構造 (第5章)

家族介護者は、肯定的介護認識の下位尺度が4因子になることと仮説とする。

### 〔仮説1〕

家族介護者の肯定的介護認識は、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4因子構造となる。

## 2. 同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係（第6章）

第2章の先行研究の検討から扶養意識が高いこと、介護負担感が低いこと、ソーシャル・サポートが多いことが、家族介護者の肯定的介護認識を高めることが確認できた。肯定的介護認識は同居家族療養制度の影響があり、肯定的介護認識に同居家族療養制度の利用・非利用差があると予測する。分析方法は、t検定（仮説2-1）、分散分析（仮説2-2）、重回帰分析（仮説2-3）である。以下はそれぞれの仮説である。

### 〔仮説2-1〕

家族介護者における肯定的介護認識の下位要因（【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】）は、同居家族療養制度の利用群の方が非利用群よりも高い。

### 〔仮説2-2〕

同居家族療養制度の利用・非利用と続柄が、家族介護の肯定的介護認識の下位要因（【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】）に与える影響がそれぞれに違う。

### 〔仮説2-3〕

家族介護者の扶養意識や介護負担感や同居家族療養制度（利用）や続柄（娘）は、肯定的介護認識に対する影響力及び説明力が大きい。

### 3. 「肯定的介護認識の仮説モデル」の提示（第7章）

第2章で先行研究をまとめたように、肯定的介護認識の関連要因としては、在宅介護サービス、扶養意識、介護負担感、ソーシャル・サポートを主変数として扱う必要があることを確認した。在宅介護サービスの中でも、同居家族療養制度の利用に焦点をあてた理由は、同居家族療養制度が他の在宅介護サービスが持たない特徴があるからである。同居家族療養制度には、教育効果、外部活動効果、社会的評価、経済的効果があるため、同居家族療養制度の利用と非利用を分けて分析することにした。しかし第6章の分析で、ソーシャル・サポートが肯定的介護認識に関係がないことを確認したため、肯定的介護認識の仮説モデルを修正することとした。その内容の詳細は第7章で示す。

第7章での主変数間の関係の分析からは、2点を確認された。1) 『ソーシャル・サポート』は、『介護負担感』や『肯定的介護認識』に影響を持っていない、2) 同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループによる『扶養意識』、『介護負担感』、『ソーシャル・サポート』は、『肯定的介護認識』に明確な影響をもっていないことであった。そこで、「肯定的介護認識の仮説モデル」を修正した上で、共分散構造分析を行うことが適切であると判断した。そのため、ソーシャル・サポートを変数として扱わないこととした。

次に、以下のように修正を行った。『扶養意識』、『介護負担感』は『肯定的介護認識』にどのように関係があるか、それが同居家族療養制度を利用している家族介護者と同居家族療養制度を利用していない家族介護者でどのように異なるかについて、新たな『肯定的介護認識の仮説モデル』を提示した。『扶養意識（外生変数）』が、家族介護者における『介護負担感』と『肯定的介護認識』をそれぞれ規定し、家族介護における『扶養意識』と『介護負担感』が『肯定的介護認識（内生変数）』を規定するとした。

以上のことから、「肯定的介護認識の仮説モデル」の修正前（図3）・修正後（図4）を作成した。修正仮説モデル（図4）の適合度については、構造方程式モデリングを用いて、検証する。また、仮説2の検証には、適合度が確認された仮説モデルを用い、同居家族療養制度の利用グループと同居家族療養制度の非

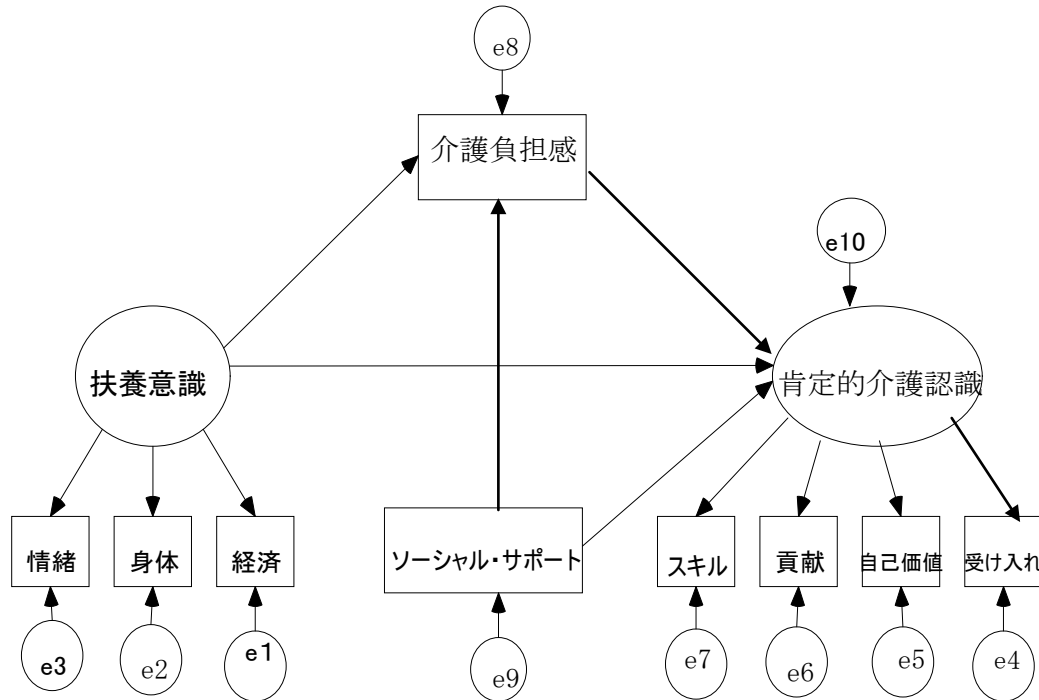
利用グループを対象に、多母集団の同時分析を行う。なお肯定的介護認識の低位要因の4つ（【要介護者の受け入れ】 【介護スキルの向上】 【自己価値の向上】 【他者への貢献可能性】）は、第4章の質的研究から出てくる要因である。その詳細は、第4章に示す。

#### **[仮説3-1]（修正前）**

1) 扶養意識、介護負担感、ソーシャル・サポートの3つの変数が、肯定的介護認識を規定する。2) 扶養意識は介護負担感を媒介し、肯定的介護認識を高める間接効果が示される。3) 扶養意識は、介護負担感を除く、肯定的介護認識を高める直接効果を示す。4) ソーシャル・サポートは、介護負担感を除く、肯定的介護認識を高める直接効果を示す。5) ソーシャル・サポートは、介護負担感を媒介し、肯定的介護認識を高める間接効果を示す。

#### **[仮説3-2]（修正前）**

同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用では、肯定的介護認識因果モデルを構成する観測変数は共通であるが、各変数が潜在変数の肯定的介護認識に与える影響力に違いがある。



注 ・スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上

〔図3〕 仮説モデル（修正前）

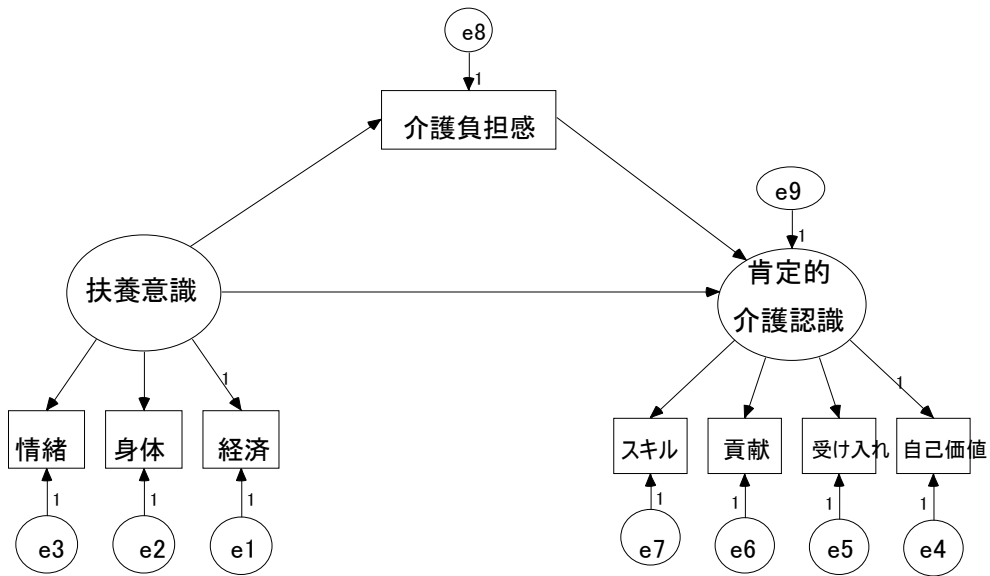
〔仮説3-1〕（修正後）

家族介護者の肯定的介護認識（潜在変数）は、扶養意識、介護負担感と因果関係がある。介護負担感を除く扶養意識は、肯定的介護認識を高める直接効果を示す。扶養意識は、介護負担感を媒介し、肯定的介護認識を高める間接効果を示す。

〔仮説3-2〕（修正後）

同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用では、肯定的介護認

識因果モデルを構成する観測変数は共通であるが、各変数が潜在変数の肯定的介護認識に与える影響力に違いがある。



注 ・スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上

〔図4〕 仮説モデル(修正後)

### 第3節 研究方法

#### 第1項 質的調査の研究方法

##### 1. 調査対象

調査対象（第4章と第6章）は、介護保険制度での要介護認定を受けている65歳以上の要介護者を在宅で介護している家族介護者の19人である。家族介護者19人のうち12人は、同居家族療養制度を利用して（以下：“利用”と表記）お

り、7人は同居家族療養制度を利用していない（以下：“非利用”と表記）ことである。また、分析対象者が介護するすべての要介護高齢者は、同居家族療養制度の訪問療養サービスあるいは在宅介護サービスとして訪問療養サービスを利用している。

## 2. 調査方法

インタビューは2009年6月から2010年2月にかけて実施した。データは家族介護者に半構造化インタビューを行って得た。調査に同意した家族介護者には、社会福祉館の個室（相談室）もしくは自宅、その他の静かに話せる場所等で、所要時間は50～70分を目安としてインタビューを行った。インタビュー内容は、19名全員に承諾を得て、テープに録音し、メモを取った。逐語録は、まず録音したテープから韓国語で逐語録を作成し、これを日本語に翻訳した。対象者のうち3人のデータは、韓国語で作成された逐語録をすべて日本語に翻訳した。それ以外の対象者については、韓国語で作成された逐語録の中で、肯定的介護認識に関連している部分のみ日本語に翻訳した。データの分析には、これらの日本語に翻訳した逐語録を使用した。日本語の逐語録は日本人の校正を受けた。

## 3. 調査内容

韓国の家族介護者に肯定的介護認識が存在しているかを明らかにするために行った。以下の3つのリサーチケースチョンを元に実施した。1) 韓国における家族介護者の肯定的介護認識の内容はどのようなものか、2) 家族介護者と同居家族療養制度の相互作用から引き出される肯定的介護認識のカテゴリーは何か、3) 家族介護者の肯定的介護認識は、同居家族療養制度の利用・非利用行為とどのように関係しているかである。このような質的研究の問いを検討するため、以下のような質問項目を用意した。

質問は、質的調査の問いに応じて、①家族介護者の属性、②要介護者の属性、③介護の現状、④介護に対する認知、⑤療養保護士としての外部活動の内容に構成されている。具体的な質問項目は以下の通りである。

調査内容は、①家族介護者の属性（年齢、続柄、介護時間、介護期間、副介護者の有無、宗教活動、就業の有無、健康状態）、②要介護者の属性（性別、年齢、主な疾患、発症からの経過期間、認知症の有無、ADL、在宅介護サービスを利用する種類）、③介護の現状（介護のきっかけ、家族による介護の現状、親戚・近隣による介護協力の現状、介護による生活の変化）、④介護に対する認知（介護することをどのように思うか、介護していて良かったと思うこと、介護することの気持ちの変化、介護経験の意味、介護経験を役立てたいと思うか）、⑤療養保護士としての外部活動の内容（同居家族療養制度を利用している家族介護者のみ）である。特に、介護に対する認知については、家族介護者が介護を開始してから現在にわたって、どのような考えを持ち、どのような気持ちを経験したかについて尋ねた。

#### 4. 分析方法

分析方法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にしたが、理論的飽和化やコーディング方法について十分にグラウンデッド・セオリー・アプローチ方法に準拠できなかった面もあるので、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にしながら質的帰納的研究法で分析をした。この方法論では、研究対象となる現象を反映したデータに徹底的に密着して解釈を積み上げることによって、独自の理論を作り出すことが目指される。

質的帰納的研究方法を用いた理由は、①限定された範囲内に関して、②人間の行動の何からの変化と多様性を説明できる分析方法であり、③実践的活用が可能な分析を特徴とするからである。本研究では、①在宅介護が円滑に行われている事例で要介護高齢者の家族介護者という限られた範囲の対象者のデータを用いること、②対象者の介護経験の複雑なリアリティを分析でき、③その分析結果から、家族介護者に対する支援方法に何からの示唆を与えるような概念を構築できるという観点から適切であると考えた。

第4章のデータ分析手順は、1) インタビューデータから逐語録を作成した。2) 分析テーマとして、「介護者の肯定的感情や心情、思い」、「肯定的な思いを生み出す、要因や誘因となること」「介護者の前向きな行動」という視点を



中心に、データを繰り返し読み、その文脈の中での意味を解釈し、介護者の肯定感の特徴を示す文脈に注目して、概念（コード名）を命名した。3) 概念（コード名）ごとに分析ワークシートを作成し、類似例、対極例の確認を行いながら文脈を読み込み、共通して説明できる説明概念を吟味し理論的メモに基づいて定義を行った。4) 生成した概念（コード名）と他の概念（コード名）の関係を個々の概念（コード名）ごとに検討して、抽象化をはかる。5) 複数（コード名）の概念関係からなるカテゴリーを生成する。

なお、概念やカテゴリーの妥当性を高めるため、分析の過程において、質的研究を行っている研究者および高齢者介護に詳しい大学教授よりスーパーバイスを受けた。

ここでは1つの概念の生成過程の例を示す。例えば、以下にあげるのは、家族介護者に対して「要介護者を介護することをどのように思っているか」を質問した際に、家族介護者（利用：H、妻）がまっ先に語ったことである。「**私が夫を介護するのは家族として当たり前です。**私は夫の介護のため、仕事をやめ、ずっと20年間夫の面倒を見て、こんなに生きているねと言う“やりがい”を感じて暮しています。私が生きている限り、夫を施設に入所させるつもりはないです」という語りからゴシック部分より、“家族の絆の確かめ”という概念を生成し、表10のようなワークシートを作成した。具体的例には、表10に代表される具体的例である語りと、同じ内容と解釈できる語りが、他の事例を分析していくごとに追加されていった。

第6章の分析方法は、第4章で得られた肯定的介護認識の共通カテゴリーを中心に、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を検討した。特に、同居家族療養制度の利用・非利用による生成された肯定的介護認識の共通カテゴリーによって、介護者の語りが表す内容の違い意味を検討した。

<表10> ワークシート例

## 第2項 量的調査の研究手法

概念名	家族の絆の確かめ
定義	夫を介護することが妻としての役割規範に捕らわれたより、家族愛だから当然だと受け入れて実践し、介護者としての自分の価値を高めること
具体的例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「家族が一番大切なので、私が家族を守るためには仕方ないでしょう」(A)。</li> <li>・夫が私をよく手伝ってくれています。夫が私を心理的に支えているのが、義父の介護するような力になってやりがいも感じます。夫の支えがないと、私はもっと大変ですよね(D)。</li> <li>・私が夫を介護するのは家族として当たり前です。私は夫を介護のため、仕事をやめてから、ずっと20年間夫の面倒を見て、こんなに生きているねと言う“やりがい”を感じて暮しています。私が生きている限り、夫を施設に入所するつもりはないです。私が今まで夫を介護したのは、夫を『愛』しているからです(H)。</li> <li>・当然私が死ぬ前までは、夫の面倒を見ますよ。子たちのためも、夫の介護は私がやるつもりです。夫は家族のために犠牲し、会社で倒れたことなのに、私が面倒を見ることは当たり前です。夫の状態がいくら悪くなくても施設に入所するつもりはないです(I)。</li> <li>・妻だから家族だから面倒を見るの。介護ができるのは、家族の力だと思います。ある時は介護から逃げたい時もある。そのようなことは、罪の思いのためできないんじゃないの。こういったことは、家族であって家族という力が、今まで夫の面倒を見ることだと思う(K)。</li> <li>・夫だから当然私が面倒を見なければならぬし、家族じゃないですか。家族だから夫の面倒を見るのが不便だという考えをした事はないです。夫の状態が、これ以上悪くならないように願っています。一回もこの生活(夫の介護)をやめようと考えすらなかったです。夫は、私だけ信じて暮すのにそんな人を捨てるということは話にならないですね。夫が私より早くあの世に行ってほしいです。私より一日だけ先に死ぬのを望みます(L)。</li> </ul>
理論的 メモ	<p>家族介護者は、ある意味で、要介護者の在宅介護を受け入れ、肯定的に介護役割をとらえている。要介護者を受け入れたことに対して、「家族だから仕方がない」「家族として当たり前」といった感情としても受け入れているといえる。斉藤ほか(2001)は、介護者全体の約65%が介護に対する喜びや楽しみを感じていると報告し、その内容は、要介護者の健康状態の改善・要介護者からの感謝・介護について学び・家族の絆が深まったことなど述べている。</p>

## 1. 調査対象

予備調査の対象は、ソウル市に住んでいる65歳以上の要介護高齢者を介護している在宅女性家族介護者であった。

本調査の対象は、ソウル市にあるA在宅訪問療養機関に登録されている要介護者を介護している主家族介護者（以下は家族介護者とする）254人である。A在宅訪問療養機関を選択した理由は、登録された家族介護者が韓国全国で一番多いからである。家族介護者は、介護保険制度から要介護等級の認定を受けた65歳以上の要介護者を介護しており、日頃から要介護者の身の回りの世話に最も深くかかわっている。

第5章と第6章ではすべての家族介護者、すなわち妻・娘・嫁（254人）を調査対象とした。第6章の重回帰分析では、娘・嫁を分析対象者とした。第7章では全ての家族介護者の内、嫁のみの162人のデータを使用した。全ての家族介護者の254人のうち嫁のみのデータ分析を行う際には、欠損値を含む標本を除いたうえで、分析には、同居家族療養制度を利用している場合と同居家族療養制度を利用していない場合各77人の合計154人のデータを使用した。

## 2. 調査方法

### 1) 予備調査

予備調査は2010年4月に実施した。調査は在宅女性家族介護者の80人に質問票を配布し、68人から回収した。回収された68人の質問票のうち、記入不備がある18人を除いた50人が分析の対象となった。

### 2) 本調査

本調査のデータ収集は、まず知人から紹介してもらったソウル市にあるA訪問療養機関に調査依頼の説明文書をメールで送り、協力を依頼し、承諾を得た。

調査方法は、A訪問療養機関に登録されている女性家族介護者全員に対する「在宅介護に関するアンケート調査」とする自記式質問紙調査であった。調査に際しては、研究者が本研究の目的と対象者のプライバシー保護を約束する旨を明記する依頼文を作成し、郵送と回収はA訪問療養機関長に依頼した。調査票は、A訪問療養機関長がA訪問療養機関に登録している、すべての女性家族介護者に郵送した。郵送と回収を訪問療養機関長に依頼した理由は、A訪問療養機関に登録されている家族介護者の名簿公開が不可能であるからである。調査票は、調査に対する説明、質問紙、返送用の封筒で構成され、無記名で回答を求めた。韓国では質問紙調査をスノーボウル方法で行う傾向が多い。そのため、筆者は回収率を高めるために、韓国を3回訪問し、A訪問療養機関長と療養保護士に協力を求めた。1回目の訪問では、訪問療養機関長に協力を求めた。2回目の訪問では、療養保護士に協力を求め、療養保護士が担当している対象者に調査票の回答を促すように求めた。3回目の訪問では、全員の対象者に電話で回答を求めた。

調査期間は、2010年10月から2011年1月であった。調査票の配布数は389票、回収数は261票、回収率67.0%であった。最終的に分析に使用された調査票は、無回答が多い7人、女性家族介護者（妻・娘・嫁）以外の3人を除外した254部であり、回答率は65.2%であった。

本研究における調査票の日本語から韓国語への翻訳作業は、まず、日本語版を韓国語版に筆者が翻訳し、韓国版を完成させた。この翻訳は、翻訳者とは別のバイリンガルの者（日本留学の経験がある韓国在住の大学教員1人、現在日本の大学院博士課程に在籍する韓国人大学院生1人）が行った。

### 3. 調査内容

#### 1) 肯定的介護認識の測定

本調査の主な従属変数は、女性家族介護者の「肯定的介護認識」である。山本ほか(2002)は、肯定的介護認識を要介護高齢者に対して感じる愛着、肯定的感情、及び肯定的解釈を含め、自己価値を高める能力にも着目した積極的な意

味合いを反映した対処努力全体に対する肯定的評価であると操作的に定義している。この肯定的介護認識の定義を参考にして、本研究の「肯定的介護認識」は、《家族介護者が介護を通して得られる肯定的な感情及び感覚である》と操作的に定義した。

肯定的介護認識の項目は、質的調査から抽出されたカテゴリーを中心に、先行研究を参考し、作成した。つまり、24の項目は理論的検討より得たものであり、また肯定的介護認識の尺度項目になる可能性があるものである。この尺度は、【介護に対するスキルや充足感の向上】【他者への貢献可能性】【要介護者の受け入れ】【自己価値の向上】の4因子の16項目で構成され、各項目に対し1“全くそう思わない”、2“あまりそう思わない”、3“どちらもいえない”、4“ややそう思う”、5“とてもそう思う”の5件法のリッカートスケールである。つまり、得点が高いほど、家族介護者が自らの介護能力や介護そのものに、より価値を見出し、より肯定的に考えていると解釈する。なお、11番目の項目は、逆転項目として処理する。

## 2) 扶養意識の測定

『扶養意識』の測定は、岡村（1976）の扶養意識の概念を基に、太田・甲斐（2002）が開発した「老親扶養義務感」尺度を使用する。この尺度は、直接あるいは間接的に老親の生活安定を図る「身体的介護」「経済的援助」「情緒的支援」に対する援助意識を問い、測定するものである。「老親扶養義務感」尺度は、埼玉県川越市の30歳代の女性375人を対象とし、母親間親密度、親との地理的距離を変数として扱い、「老親扶養義務感」尺度を作成され、その妥当性と信頼性は確認されている。「老親扶養義務感」尺度は、10項目で構成され、各項目に対して5“とてもそう思う”、4“ややそう思う”、3“どちらもいえない”、2“あまりそうは思わない”、1“全くそう思わない”の5件法のリッカートスケールで評価する。この尺度で得られたデータを元に主因子法による因子分析を行った結果、「経済的援助」「身体的介護」「情緒的支援」の下位尺度の信頼性と妥当性は、十分であることが太田・甲斐（2002）により報告されている。「老親扶養義務感」尺度の全項目のCronbach  $\alpha$  係数は0.82であり、下位

尺度である「経済的援助」「身体的介護」「情緒的支援」の各々の Cronbach  $\alpha$  係数は、0.86、0.76、0.67であった。

扶養意識尺度は10項目のうち「親の介護をしないのは、子としての役割を怠けている（項目4）」の1項目の因子付加量が4以下のため、除外した。最終的、探索的因子分析の際、9項目を用いた。なお、項目3と項目5は、逆転項目として処理した。

韓国の扶養意識はイエ意識の影響を受け、長男役割や嫁役割が規定されている点を考慮して、韓国の文化に合致するように表現を「すべきだ」と「しなければならない」を「する」に変更した。また、調査票による調査を行う際には『老親扶養義務感』から『扶養意識』に変更した。なお、『扶養意識』は、「老親扶養義務感」尺度を開発した研究者から承諾を受け、用いたものである。

### 3) 介護負担感の測定

『介護負担感』の測定には、中谷・東條（1989）が開発した「介護負担感スケール」を用いた。中谷・東條（1989）は、前田・冷水（1984）の介護の主観的困難に関する研究を土台に、介護負担に関する先行研究をレビューし、在宅で認知症高齢者を介護している家族介護者の主観的負担感を測定する介護負担感スケールを作成し、信頼性を確認した。また、中谷・東條（1989）は、『介護負担感』を「心理的圧迫と社会・経済的な困難」と定義している。

『介護負担感』は、介護より受ける負担感に対するネガティブな認知的評価であり、「介護を行う上で生起する困難」とし、『介護負担感』の操作的指標としては、「介護負担感スケール」を使用した。この尺度の項目は「不安としての負担感」「人間関係の悪化からくる負担感」「社会活動の制約からくる負担感」「介護からの解放欲求」「介護意思の欠如」の12項目で作成された。つまり『介護負担感』は、精神的な負担感以外にも、身体的負担感そして生活上の支障など、より総合的な負担感を測定する。得点は、12項目に対し1“全くそう思わない”、2“あまりそう思わない”、3“どちらも言えない”、4“ややそう思う”、5“とてもそう思う”の5件法のリッカートスケールで回答を求め、それらの合計得点を算出した。なお、項目1、項目4、項目11は逆転項

目として処理した。

ここでは、『介護負担感』を測定するため、「介護負担感スケール」を用いた理由について説明する。中谷・東條（1989）の「介護負担感スケール」は、12項目で、介護者が回答する負担も少なく、使用方法も簡単であり、これまで家族介護者に関する研究に多く使用されてきたからである。例えば、小野・木村（2003）は、『介護負担感スケール』を用い、在宅要介護者の介護保険制度の導入前と後の介護者の介護負担感に関する変化を計測した。谷垣ほか（2004）は、同尺度を用い、在宅介護における介護者の自己効力感及び介護負担感に関わる要因について検討した。平松・近藤・梅原（2006）は、経済状態と家族・親族の人間関係の軋轢を問う2項目を追加した改訂スケールを用い、介護者の属性や介護期間と介護負担感との関係を明らかにした。

なお、『介護負担感』は、「介護負担感スケール」尺度を開発した研究者から承諾を受け、用いたものである。

#### 4) ソーシャル・サポートの測定

ソーシャル・サポートの測定には、野口（1991）が開発した『ソーシャル・サポート』尺度を用いた。本研究では、野口（1991）が高齢者を対象とした実証研究で行ったソーシャル・サポート概念の操作的定義を引用し尺度を用いた。本研究では、ソーシャル・サポートをその機能面（内容面）から「情緒的サポート」と「手段的サポート」としてとらえ、構造面（サポート源の性質）から「フォーマルサポート」と「インフォーマルサポート」の枠組みでとらえた。「フォーマルサポート」とは、専門家によって提供されるサービスであり、「インフォーマルサポート」とは、配偶者・家族・親戚・近隣・友人などの自然な人間関係から受けるサポート源として規定されている。本研究では、ソーシャル・サポートを機能面と構造面の組み合わせとして操作的に定義した。

この尺度は、情緒的サポート（5項目）と手段的サポート（3項目）の計8項目で構成されている。また、各人との関係を①配偶者、②配偶者以外の家族・親戚、③友人・知人・近所の人、④専門家（医師・看護師・療養保護士など）の中から選択し、サポートの満足度を4“とてもそう思う”、3“ややそう思う”、



2 “あまりそう思わない”、1 “全くそう思わない” の4段階で回答を求め、それらの合計得点を算出した。

#### 5) 同居家族療養制度

同居家族療養制度については、「同居家族療養制度を利用していますか」と質問し、回答方法は1 “している”、2 “していない” とし、どちらかに丸をつけてもらった。また、同居家族療養制度を利用しているを「1」、同居家族療養制度を利用していないを「0」とするダミー変数とし、分析に使用した。

#### 6) 続柄

続柄については、「要介護高齢者との続柄は、次のうちどれですか」と質問し、回答方法は、“①妻 ②娘 ③長男の嫁 ④長男の嫁以外の嫁” とし、一つに丸をつけてもらった。続柄は、妻、娘、長男の嫁、長男以外の嫁の名義変数で測定した。長男の嫁と長男以外の嫁を嫁に想定し、嫁に変換して取り扱った。また分析によっては、娘を「1」、嫁を「0」とするダミー変数とし、分析に使用した。

### 4. 分析方法

肯定的介護認識尺度（以下；『肯定的介護認識』）は、4つの下位尺度全項目の合計得点を使用した。扶養意識尺度（以下；『扶養意識』）は、3つの下位尺度全項目の合計得点を使用した。介護負担感尺度（以下；『介護負担感』）は、『負担感スケール』の項目の合計得点とした。ソーシャル・サポートも全項目の合計得点を使用した。各尺度の名称と変数名を整理して表11にまとめた。

データの分析には、多変量解析プログラムSPSS Statistics ver.18.0ならびAmos5.0を用いた。

<表11> 各尺度の名称及び変数名

正式尺度名称	尺度略称	変数名
肯定的介護認識尺度	肯定的介護認識	肯定的介護認識
負担感スケール	介護負担感	介護負担感
老親扶養義務感	扶養意識	扶養意識
ソーシャル・サポート	ソーシャル・サポート	ソーシャル・サポート

### 1) 『肯定的介護認識』の尺度開発に関する分析方法（第5章）

予備調査では、項目の信頼性を内的整合性の得点から検討すると、25項目全体のCronbach  $\alpha$  係数は.94であった。また、各項目と合計の相関を検討するため、I-T相関分析を行った。肯定的介護認識に関する質問項目に対して主因子法を指定し、プロマックス回転による因子分析を行った。

本調査の分析は2段階に分け、行った。まず第1段階として、肯定的介護認識の24項目を用いて、主因子法プロマックス回転による探索的因子（exploratory factor analysis）を行った。回転法としてプロマックス回転を行った理由は、因子間の相関を認めた斜効モデルであるからである。

次に、第2段階として肯定的介護認識の因子構造が当てはまるかどうかを確認するため、共分散構造分析による確証的因子分析法（confirmatory factor analysis）を行った。家族介護者を分析対象とした肯定的介護認識尺度の測定道具としての妥当性ならびに信頼性を検証した。

尺度の妥当性は、確証的因子分析により、選択された構成項目による4因子モデル（図5参照）にデータが適合するかを検討した。その際、モデル識別性を確保するために、各潜在変数（因子）の分散を1に拘束し、誤差変数から観測変数への各パスを1に拘束した。適合度の指標は、「Goodness of Fit Index（以下、GFIと表記）」ならびに「Root Mean Square Error of Approximation（以下、RMSEAと表記）」を採用し、安定性の程度としては「Adjusted Goodness of Fit Index（以下、AGFIと表記）」を用いた。 $\chi^2$ 値は標本数に影響されやすいため、本研究では参考指標とした。その適合度に問題がある際はモデルを修正していくことにした。ただしモデルの修正は、肯定的介護認識の内容妥当性を重視して質問項目の因子所属には変更を加えず、残差共分散項を加えることによって適

合度の改善を図った。古谷野（1989）は、残差共分散項の導入がモデルの内容的妥当性を損なうものではないと述べている。

## 2) 同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係（第6章）

量的調査における同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に関する分析方法では、回答の同居家族療養制度に関する t 検定、分散分析、相関係数、重回帰分析を行った。

まず、同居家族療養制度の利用・非利用別による肯定的介護認識の下位要因の平均値の差を検定するために、t 検定を用いた。

次に、同居家族利用と非利用と続柄による肯定的介護認識の下位要因の各合計得点平均差を検討するために、肯定的介護認識の下位要因の各合計得点平均をそれぞれ従属変数とした2×3の分散分析を実施した。下位検定の多種比較は、Tukey法を用いた。

最後に、肯定的介護認識においてどのような要因が関連するのかを検討するため、相関分析を行い、ピアソンの相関係数を算出した。また、肯定的介護認識を従属変数とし、先行研究レビューと相関分析により選択された変数を独立変数とした重回帰分析を行った。重回帰分析においては、扶養意識、介護負担感、ソーシャル・サポート、同居家族療養制度、続柄を変数とする強制投入による分析を行った。

## 3) 仮説モデル検証及び多母集団の同時分析の分析方法（第7章）

仮説モデル検証及び多母集団の同時分析には、構造方程式モデリングを用いた。まず、【仮説3-1】の「肯定的介護認識因果モデル（仮説モデル）」の適合性の検証を行う。その後、この仮説モデルを用いて、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用グループ間で、モデル構造に相違点がみられるか、仮説2を検証する。【仮説3-1】のモデルは、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、肯定的介護認識が同じであることを仮定している。【仮説3-2】では、同居家族療養制度の利用・非利用では各変数の重みに違いがあると仮定

する。【仮説3-2】の目的は、同一の変数が肯定的介護認識に与える影響力について、同居家族療養制度を利用している場合と同居家族療養制度を利用していない場合の比較をすることである。【仮説3-2】の検証には、適合度が確認された仮説モデルを用い、同居家族療養制度の利用・非利用別グループのデータを対象に、多母集団の同時分析を行う。分析においては、最尤法により解を求める。

仮定したモデルの評価（山本2006）には、適合度指標として $\chi^2/df$ 比、CN（Critical N）、適合度指標 GFI、CFI、修正適合度指標AGFI、RMSEAを採用した（豊田1998）。一般に、 $\chi^2/df$ 比は2もしくは3未満であることが、適合の高い妥当なモデルの条件とされている（古谷野1996）。GFI、AGFI、CFIは1に近いほど適合度のよいモデルであり、RMSEAは0.05以下であれば適合度は高く、0.1以上であればそのモデルを採択すべきではないとされている（山本・小野2002）。

多母集団の同時分析では、複数グループ間において同一モデルの検証と比較を行うことである。そのため、データの構造を表現する等値制約を導入する。豊田（1998）によると、等値制約の意味は背後に単一の母集団を仮定することである。すなわち、多母集団のモデルを使って、逆に異なる測定グループの背後に単一の母集団を仮定していることになる。パス係数の有意性は、C.R.（critical ratio）で判断し、C.R.が1.96以上（5%の有意水準）を有したものを統計学的に有意と判断した（Byrne2001）。

そこで、本研究においては、次の2つの制約を導入する。制約1は、「肯定的介護認識モデルにおける‘介護に対するスキル・充足感の向上’や‘他者への貢献可能性’や‘要介護者の受け入れ’や‘自己価値の向上’、それぞれの因子負荷は、複数グループ間で等しい」、制約2は「潜在変数の肯定的介護認識に係る因果モデルの3つ変数のパス係数は、複数グループ間で等しい」を意味している。

分析の際、操作としては、等値制約をかけないモデルとして「制約なし」モデルを作成した。また、2つの等値制約を組み合わせたモデルを作成し、モデル間の適合性の比較を行った。本研究では、「ウェイト測定」モデル（制約1）、「構造ウェイト」モデル（制約1+制約2）の2つの等値制約モデルを作成した。また、作成した2つの等値制約モデルと「制限なし」モデルを作成し、比較検証

も行った。

「ウェイトの測定」モデルは、同居家族療養制度の利用グループと同居家族療養制度の非利用グループの間で「介護に対するスキルや充足感の向上」「他者への貢献可能性」「要介護者の受け入れ」「自己価値の向上」の因子負荷が、等しいと仮定しているモデルである。すなわち、「ウェイトの測定」モデルは、肯定的介護認識尺度の構成因子のみを同居家族療養制度を利用グループと同居家族療養制度を非利用グループの間で等しく固定したモデルであるといえる。そのため、「ウェイトの測定」モデルの採択は、肯定的介護認識を除くその他のパスの推定値が、同居家族療養制度の利用グループと同居家族療養制度の非利用グループの間で等しくない可能性があることを示している。

### **第3項 倫理的配慮**

質的調査では、各組織の管理者に対して研究の趣旨を説明し、承認を得た上で家族介護者を紹介してもらった。筆者は、インタビューを始める前に、調査の目的、概要、家族介護者に対してのプライバシーを厳守すること、質問への回答拒否する権利やインタビューの中断が可能であることについて書面と口頭で説明した。これら研究の趣旨を説明した後で、インタビューへの参加に同意を得た。

量的調査では、各家族介護者に対してインフォームドコンセントを行うため、調査に対する説明書を同封し、内容を理解した上で、調査に応じることを求めた。なお、本調査は、ルーテル学院大学校研究倫理委員会での倫理審査を受け承認されたものである。

### **第4節 調査対象の属性**

#### **第1項 質的調査対象の属性**

ここでは調査対象の基本属性について同居家族療養制度の「利用」・「非利用」に分けて示す。面接は「利用」の家族介護者12名に対して、「非利用」の

家族介護者7名に対して実施した。同居家族療養制度の「利用」の事例ごとの基本的属性と介護状況は表12に示し、同居家族療養制度の「非利用」の場合は表13に示した。

まず、同居家族療養制度「利用」の家族介護者の基本属性と介護状況を説明する。同居家族療養制度「利用」の家族介護者の年齢層は、40代の嫁が2名、50代の嫁が3名・娘が1名、60代の妻が4名・娘が1名であり、80代の妻が1名であった。これらの家族介護者は70～90代の高齢者を介護している。介護期間は最短8ヵ月から最長24年であり、CとEは両親を介護している。Cの母は21年前に脳卒中になり、21年間に2度倒れて再発している。特にCは介護者自身も健康に問題を抱えている。BとDは介護のために仕事をやめ、療養保護士としてパートで働いている。12名のうち6名の家族介護者が、療養保護士としてパートで外部活動を行っている（B、D、G、I、J、K）。全員の家族介護者が在宅訪問サービスを週1回から5回利用し、同居家族療養制度の2時間も認められている。

次に、同居家族療養制度「非利用」の家族介護者の基本属性と介護状況を説明する。同居家族療養制度「非利用」の家族介護者の年齢層は、40代の嫁・娘が各々1名と、50代の嫁・娘が各々1名、60代の娘が1人であり、70代と80代の妻が各々1名であった。この家族介護者は70～80代の高齢者を介護している。介護期間は最短9ヵ月から最長25年であった。現在はA-1とB-1以外の全員が職業を持たない専任の家族介護者である。すべての家族介護者が訪問療養サービスを週1回から5回まで受けている。

<表12> 基本的属性と介護状況（利用）

介護者	介護者							要介護高齢者		
	年齢	続柄	介護期間	1日の介護時間	職業	訪問訪問療養サービス	同居家族療養サービス	年齢	疾病	介護等級
A	46	嫁	8ヶ月	10	なし	1回/週	26回/月	93	転落	3
B	55	嫁	7年	16	パート*	5回/週	10回/月	88	脳卒中	2
C	56	娘	21年 1年	17	なし	5回/週	30回/月	77 85	脳卒中/ 認知症	1 (母) 2 (父)
D	52	嫁	7ヶ月	15	パート*	5回/週	10回/月	86	糖尿病	3
E	62	娘	4年 6ヶ月	24	なし	5回/週	30回/月	86 87	脳卒中/ 認知症	1 2
F	42	嫁	8年	10	なし	3回/週	18回/月	86	関節炎	3
G	67	妻	16年	6	パート*	5回/週	10回/月	73	脳卒中	3
H	62	妻	19年	10	なし	1回/週	26回/月	65	脳卒中	2
I	67	妻	18年	8	パート*	1回/週	26回/月	70	脳卒中	3
J	55	嫁	5年	8	パート*	5回/週	10回/月	83	認知症	2
K	69	妻	8年	8	パート*		30回/月	71	腰手術	3
L	82	妻	24年	20	なし	5回/週	10回/月	84	脳卒中	3

注) \*パート：療養保護士の外部活動

<表13> 基本的続性と介護状況 (非利用)

介護者	介護者						要介護高齢者		
	年齢	続柄	介護期間	1日の介護時間	職業	訪問療養サービス	年齢	疾病	介護等級
A-1	58	娘	2年	7	あり	1回/週	88	腰手術	3
B-1	48	娘	18ヶ月	6	あり	5回/週	83	パーキンソン病	1
C-1	58	嫁	9ヶ月	12	なし	5回/週	80	糖尿病・ 転倒	2
D-1	64	妻	20年	15	なし	1回/週	86	脳卒中	1
E-1	43	嫁	8年	8	なし	2回/週	87	関節炎	3
F-1	83	妻	25年	20	なし	3回/週	86	脳卒中	3
G-1	71	妻	8年	10	なし	3回/週	71	脳卒中	3

## 第2項 量的調査対象の属性と要介護者の属性

### 1. 介護者の属性

表14に示したように、女性家族介護者の「平均年齢」は51.7歳（SD=9.6歳）、「平均介護時間」は12.1時間（SD=5.9時間）であり、「平均介護期間」は22.6ヶ月（SD=19.7ヶ月）であった。家族介護者の「続柄」は妻47人（18.5%）、娘45人（17.7%）、長男の嫁90人（35.4%）、長男以外の嫁72人（28.3%）の割合であった。つまり、嫁の家族介護者は162人（63.7%）であり、続柄のうち嫁が家族介護者として一番多く占めていることが確認された。「副介護者」がいる場合は、130人（51.2%）であり、これに対していないは124人（48.8%）であった。介護者の職業は「専門職」23人（9.1%）、「公務員」5人（2.0%）、「会社員」14人（5.5%）、「自営業」17人（6.7%）、「非常勤（全日制）」

<表14> 家族介護者の基本的属性



項 目		度数(パーセント) 平均(SD)
年齢		51.7(SD=9.6)
介護時間		12.1(SD=5.9)
介護期間		22.6(SD=19.7)
続柄	妻	47(18.5)
	娘	45(17.7)
	長男の嫁	90(35.4)
	長男以外の嫁	72(28.3)
副介護者の有無	いる	130(51.2)
	いない	124(48.8)
職業	専門職	23(9.1)
	公務員	5(2.0)
	会社員	14(5.5)
	自営業	17(6.7)
	非常勤(全日制)	10(3.9)
	非常勤(パート)	41(16.1)
	無職	144(56.7)
宗教	キリスト教	125(49.2)
	カトリック	48(18.9)
	仏教	25(9.8)
	宗教なし	51(20.1)
	その他	5(2.0)
主観的健康状態	とても良くない	5(2.0)

	あまり良くない	50(19.7)
	どちらも言えない	93(36.6)
	まあ良い	95(37.4)
	とても良い	11(4.3)
経済状態	全くゆとりがない	21(8.3)
	あまりゆとりがない	51(20.1)
	どちらも言えない	136(53.5)
	多少ゆとりがある	44(17.3)
	かなりゆとりがある	2(.8)

10人(3.9%)、「非常勤(パート)」41人(16.1%)、「無職」144人(56.7%)の割合であった。介護者の「主観的健康状態」は「どちらも言えない」と「まあ良い」が全体の約7割を超えている。また介護者が感じられる「経済状態」は、「あまりゆとりがない」と「どちらも言えない」が全体の約7割を占めていた。

## 2. 要介護高齢者の基本的属性

表15のように、要介護者の「平均年齢」は78.5歳(SD=7.7)であり、性別の内訳は男性83人(32.7%)、女性は171人(67.3%)であった。介護保険制度による介護等級認定では、「1等級」は30人(11.8%)、「2等級」は52人(20.5%)、「3等級」は172人(67.7%)であった(1等級が重い)。ADLの場合、食事は1.98、排泄は1.98、お風呂は2.46、移動は2.31であった。

<表15> 要介護者の基本的属性

項 目		度数(パーセント) Mean(SD)
年齢		78.5(SD=7.7)
性別	男性	83(32.7)
	女性	171(67.3)
療養等級	1等級	30(11.8)
	2等級	52(20.5)
	3等級	172(67.7)
ADL	ADL食事	1.98(SD=.68)
	ADL排泄	1.98(SD=.73)
	ADLお風呂	2.46(SD=.66)
	ADL移動	2.31(SD=.66)

## 第5節 第3章のまとめ

第3章では、在宅女性家族介護者における家族介護に基づく実証研究の調査方法を示し、質的調査と量的調査の調査概要と調査対象の属性をまとめた。同居家族療養制度の利用・非利用による、女性家族介護者における質的調査と量的調査の両方調査を行うことにより、実証研究全体として、肯定的介護認識への扶養意識と介護負担感との関連の多様な側面を把握することが可能な構造となっているとことを確認した。次の第4章では、質的研究による同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の内容の違いについてまとめる。

## 第4章 同居家族療養制度の利用・非利用による「肯定的介護認識」

## の内容検討；質的研究による分析

本章では、質的調査から抽出された同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識について探索的分析する。

### 第1節 調査目的

調査目的は、同居家族療養制度の利用・非利用による家族介護者が感じる肯定的介護認識の内容について探索的に分析することである。特に、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の内容については、これまで十分研究がなされていないこと、量的調査で把握しにくいことから、これらの2点を中心に分析を行った。

### 第2節 結果

#### 第1項 同居家族療養制度の「利用」・「非利用」による肯定的介護認識を構成するカテゴリー

家族介護者の肯定的介護認識に関する分析結果は、「利用」する家族介護者からは、7カテゴリーと16概念が抽出され、「非利用」では5カテゴリーと11概念が抽出された。「利用」と「非利用」の概念とカテゴリーをまとめて提示したものが表16と表17である。「利用」する家族介護者の肯定的介護認識は、【介護のとらえ直し】【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【経済的支え】【変化した自分】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の7カテゴリーであった。「非利用」のカテゴリーは、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【つながりの再確認】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の5カテゴリーであった。そのうち異なるカテゴリーは、利用の場合、【介護のとらえ直し】【経済的支え】【変化した自分】の3つであり、非利用の場合、【つながりの再確認】であった。共通カテゴリーは4つであり、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】で

あった。

まず【カテゴリー】及び<概念>について「利用」と「非利用」に分け説明し、次に異なるカテゴリー及び共通カテゴリーについて説明する。

## 1. 「利用」の肯定的介護認識を構成するカテゴリー

ここでは、同居家族療養制度の利用の回答者によって生成された肯定的介護認識のカテゴリーについて説明する。同居家族療養制度を利用の回答者では、今まで論じてきた同居家族療養制度特有の特徴の影響を受けて生成されたものである。「利用」する家族介護者の肯定的介護認識は、【介護のとらえ直し】【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【経済的支え】【変化した自分】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の7カテゴリーと16概念であった。

下記に本文中の【 】がカテゴリー名、< >は概念名、《 》は概念の定義、「 」は対象者の言葉を表して記す。

### 1) 【介護のとらえ直し】

肯定的介護認識の内容を表す【介護のとらえ直し】のカテゴリーは、<介護苦勞の分かち合い>と<介護苦勞の相対化>の概念が含まれる。これは、家族介護者が療養士として介護現場で活動することや他の療養士と接することにより、要介護者に対する適切な介護方法や精神的な安心感を得られる。また家族介護者は、他者の介護経験を見聞きすることにより、自分の介護や立場を相対化させているため、そのことを反映させて【介護のとらえ直し】と命名した。

<介護苦勞の分かち合い>に対する対象者の語りをみると、「療養士になってから精神的に楽になりました。療養士（家へ来る）が、私の苦勞を認めてくれているのが、精神的な慰安を受けると感じています。それが、義父の介護から少しでも解放された気がする。～中略～私は外で他人の面倒を見ている人々に出会って喜びを得ます。私と那些人々（他の療養士）との共通点があって対話もよく通じるし、情報交流も可能なので、義父の介護へ役に立ちました」

(B) と語っている。

<介護苦労の相対化>に関する対象者の語りをみると、「外部活動してから、私よりもっと大変な状況で介護している人が多いの分かるようになったの。だから私も頑張らなきゃならないの」(K)という語りがあ

これは介護者が、同居家族療養制度の特徴から支えを受け、新たな介護生活を構築して介護に対して肯定的に働く方向となっている。介護者は自分と同じように苦労して介護している仲間が存在することを確認し安心感を得ている。さらに介護者は、他者の介護経験を見聞きすることにより、自分の介護や立場を相対化させ、家族介護者が自分の置かれている状況を客観視できると解釈した。したがって、この解釈から「介護現場での活動や家族介護者として相互の交流を通して、家族介護者の立場を共有することができ、自分と同じように苦労している仲間がいることをわかるようになる。それにより慰安を得ること」と定義した。以上のことから、<介護苦労の分かち合い>と<介護苦労の相対化>の概念をまとめ【介護のとらえ直し】とカテゴリー化した。このように、【介護のとらえ直し】のカテゴリーは同居家族療養制度の特徴のなかで、教育効果と外部活動の効果がみられた。

## 2) 【要介護者の受け入れ】

【要介護者の受け入れ】は、家族介護者が心理的に要介護者を肯定的受け止めに転換する過程に関するものである。【要介護者の受け入れ】カテゴリーは、<要介護者の理解>と<病気の理解>と<家族関係の改善>の概念から構成されている。

まず、<要介護者の理解>は、「今も大変ですが、それでも他の方の面倒を見てから、少しずつ義父を理解し始めるようになりました。義父が赤ちゃんだと思えるようになっていきます。」(D)という語りから、介護者は、家族介護者同士での介護に対する経験や情報を交換することによって、要介護者への情緒的触れ合いが進むことを意味している。この解釈から「介護者が徐々に要介護者を理解するようになり、要介護者の情緒的配慮をして介護を行っていること」と概念を定義した。

また＜病気の理解＞は、「教育（療養士になるために受け持っている教育）を通して、介護のやり方をはじめ、病気の症状などが分かるようになっていきます。だから私は病気に対して食事療法、体位変換などを習って、義父の介護に活用しています」（A）という語りからわかるように、『同居家族療養制度』は、専門職による教育が義務付けられている特徴が現れている。家族介護者が受ける教育は、一般の老人病をはじめ、認知症に関する専門的知識や家族介護者に対する心構え、介護現場での経験に基づく教育などである。

さらに、家族介護者は、様々な職種の専門家により生命への尊重や老化、認知症の原因、成人病の原因や食事療法などに関する正しい知識が得られる。家族介護者は、得られた正しい介護の仕方や介護の必要性を理解できることより、徐々に【要介護者の受け入れ】が可能になっている。よって「療養士になる教育を通して要介護者の行動はわがままや意地悪ではなく、病気が原因だということを理解できるようになること」と定義した。

一方、＜家族関係の改善＞は、「このサービス（同居家族療養サービス）が良いです。今は前（同居家族療養サービスを受ける前）に比べて、～省略～夫婦喧嘩もほとんどしないです。この制度（同居家族療養制度）が生ずる前には、配達の仕事にくたびれて夫婦喧嘩ばかりだったんです。私がせっぱつまって、配達しようか介護しようかくたびれて家出もしました。今は夫とお互いに協力しながら、義母の面倒を見ています」（J）という語りがある。家族介護者が『同居家族療養制度』を利用することによって、要介護者の日常生活援助の技術が向上し、家族関係のトラブルへの対応が可能になり、これが家族メンバーの＜家族関係の改善＞につながることを示している。

以上の＜要介護者の理解＞＜病気の理解＞＜家族関係の改善＞の概念は、介護者のより能動的な介護へのかかわりが、介護役割の受け入れだけではなく、要介護者の受け入れによって、もたらされている概念として【要介護者の受け入れ】とカテゴリー化した。このように、【要介護者の受け入れ】のカテゴリーは、同居家族療養制度の教育的効果と外部活動効果から生成されたといえる。

### 3) 【介護スキルの向上】

【介護スキルの向上】の категорияは、＜介護の要領会得＞と＜介護に対する適切な対処＞の二つ概念から成り立つ。＜介護の要領会得＞は、「お風呂もよくしてあげたので、便利な方法を見つけました。今は便器に座らせてやっています（お風呂）。お風呂は便器でやるのが一番安全です。療養士になるために勉強したものなどが、夫の介護に役に立ちます。前（療養士になる前）は、夫を起こしたり座らせたりすることも私の力だけでしたから、私の腰に無理がかかって腰の痛みがひどかったです。最近は、夫とお互いに協力しながらやります。例えば、夫の右側が正常だから起きる時も夫は最大限右側を使いながら起きるから、私も大変ではなくて良いです。前に比べてとても容易です。」

(I) のような語りがある。介護者は療養士になるため受けた学習及び実習を通して得た介護技術の会得を語っている。つまり、介護者には介護役割に対する工夫や対処能力の上達が喜びになっている。この解釈から「会得した介護方法を通して、より良い介護役割を実践していくこと」と定義し、＜介護の要領会得＞と概念化した。

また、＜介護に対する適切な対処＞は、「療養士の資格を取ったし、7年間の介護の経験から義父の病気に対して予測が可能になっています。7年間の間、義父の主治医から得た医学情報が多いし、療養士の資格を取りながら身につけた知識も多いです。従って、義父の症状への適切な対処も可能になりました。」

(B) から、介護者はそれまでの実習や生活経験から身につけた知識や技術を利用し、自分が実践する介護に応用していると解釈された。ここから、「介護の過程で起こる課題に対して適切な対処ができるようになること」と定義し、＜介護に対する適切な対処＞と概念化した。以上の＜介護の要領会得＞と＜介護に対する適切な対処＞の概念は、介護者が能動的に介護への介護役割を受け入れ、要介護者をより良く介護することを表す概念としてまとめ【介護スキルの向上】と category 化した。【介護スキルの向上】の category は、同居家族療養制度の教育的効果、外部活動の効果の影響から生成された。

#### 4) 【経済的支え】



【経済的支え】は、公的制度により経済的・社会的評価が生じ、それが自分なりに力になり、心理的切り替えに繋がる。このカテゴリーは、＜経済的ゆとり＞と＜金銭での社会的評価＞の概念から構成されている。

まず、＜経済的ゆとり＞は、「経済的に役に立ったし、精神的にも助けてもらったし～中略～今（義父に）家族介護者として2時間の認定と、他のところで療養士として仕事をしているから、私に一定のお金が入る。私にお金が入るといことはうれしいことですね。私がお金を稼いで、せっけんも買ってスポンジも買って子供たちにお小遣いもあげることができるというのがとてもうれしいです。どんなに楽しいかわかりません。こういうのがストレスの解消になります。私が誰かに役にたてるというのと、それに対するものをお金で保障されるということは、とても好きです。私のお金が生まれることが好きです。」

(B) という語りがある。家族介護者は、資格を生かして外部活動ができることにより報酬を得られている。よって《お金を稼ぐことによって生活の余裕が生まれ、心理的に楽になること》と定義した。

また、＜金銭での社会的評価＞は、「同居家族介護制度がなかったとしても、子の道理で親の面倒を見ることは当たり前の事です。だから2時間でも認定して（お金が支払って）くれることに感謝します。」(E) という語りから分るように、介護者は精一杯介護をやれた自分に対して、社会からお金という形で肯定的な評価がされていることを意味している。つまり、やって当たり前のことにお金が支払われるということは、社会的評価を受けたということなのである。よって《家族が親を介護することは当然とされているが、同居家族療養制度によって金銭をもらえることが社会的な評価を受けることに繋がる。それが心理的サポートになり、精神的支えになること》と定義し、＜金銭での社会的評価＞と概念化した。以上の＜金銭での社会的評価＞＜経済的ゆとり＞は、介護者への経済的支えるエネルギーを生み出している概念としてまとめ【経済的ささえ】カテゴリーと命名した。

つまり【経済的ささえ】のカテゴリーは、家での介護のみならず、資格を生かして他の介護の仕事に出、そこで収入を得て、生活の足し、またそのお金で介護サービスを頼み、自分の自由になる時間を得るというサイクルであること

がわかる。このように家族介護者は収入を得、外部介護サービスの活用によって、自分の時間を持つことができ、これが介護への『エネルギー充電』となることを示している。介護に対する困難の感情は様々であり、介護生活の継続にも影響を与えかねない。介護者が介護とはまったく違う場面に自分を置いたり、自分の家ではなく他のところで介護をしたりすることによって心理的切り替えになる。また、公的制度により【経済的支え】が出来るようになり、それが心理的切り替えに繋がる。介護者の心理的な切り替えるのが介護の難しさから自分も求め上に介護状況の安定にもつながる。このように、【経済的支え】の категорияは、同居家族療養制度の経済的効果、社会的評価が見られた。

#### 5) 【変化した自分】

【変化した自分】の категорияは、＜要介護者に対する思いの変化＞と＜介護に取り組む姿勢の修正＞の概念から構成されている。この2概念は、家での介護のみならず外部での介護経験を通して、介護者が利用する以前と比較して、良い意味で変化したことを表している。

＜要介護者に対する思いの変化＞の概念は、「今は私が前にそんな心だったということの後悔しています。外出して家に帰って来ると、夫にすまなくて、夫にもっとよくしてくれるようになります。これから夫にもっとよく面倒を見ようと努力しています。」(G) という語りがある。

また＜介護に取り組む姿勢の修正＞の概念は、「まずは、私が外で療養士として働いてから、我家の雰囲気明るくなりました。他のところで働いてみると、他の家の奥さんが痛いご主人の体に良い食べ物を作ってくれたり、親切な態度でご主人をもてなしたりしていますよ。私は、その奥さんたちの姿を見て深く反省をし、私の夫にもっとも面倒を見なくちゃいけないと決心しました。～中略～夫は、私にそのようにまでひどくふるまったが、私が他の家の話をしてから、夫も少しずつ変わって来ました。私がいくら大きいことを得たのか…今は夫が服も一人で着替える事ができないながらも、着替えようと力を尽くしています。本人(夫)がすごく努力し、さらに私に言葉も暖かくかけてくれるの。だから、私は、言葉では表現することができないくらい大きいことを得た

んです。前より気楽で幸せです。そのようになって私も夫にもっとよくしてくれるようになります。このごろは、夫が下着におしっこや便をしても腹を立てないです。私が夫に“あなた(夫)に最善をつくして面倒を見て、あなた(夫)が死んでも涙流さないよ”と言います。私は多くのことを得たのではなく世の中を得る気がします。私は療養士にならなかつたら、どうなただろうかと思っています。本当に世の中を得たようです。」(I)という語りがある。

これは、介護者の自分が外部での介護活動や理論教育の経験を通して、介護に疎かだったことを気づいている。それがきっかけになり、家族介護者は徐々に<要介護者に対する思いの変化>や<介護に取り組む姿勢の修正>を行い、介護経験を肯定的に受け入れることにつながっている概念のまとめりとして【変化した自分】とカテゴリー化した。つまり【変化した自分】カテゴリーは、家族介護者の自分が介護に疎かだったことを納得させ、成長的意味合いが含まれている。このように【変化した自分】のカテゴリーは、同居家族療養制度がもつ教育的効果と外部活動の効果が見られた。

## 6) 【自己価値の向上】

肯定的介護認識の内容を表す【自己価値の向上】のカテゴリーには、<「孝行」規範の実践>や<家族絆の確かめ>や<子への見本>や<自身の存在意味>の概念が含まれる。これは、家族介護者に対する介護経験が自分にかけてがない体験をさせてくれたとか、介護経験によってある意味では自分がプラスの状況に置かれたなどにとらえることであり、介護者の価値を高めていることを示している。つまり、韓国では、子供が親を介護するということに特に高い価値を置かれているため、そのことを反映させて【自己価値の向上】と命名した。

まず<孝行規範の実践>に対する対象者の語りをみると、「療養院に行かずに子どもが面倒見るのが最も良いでしょう。どんなにいくら世代が変わって認識が変わったとしても、どこの親が療養院にいきたがるでしょうか。私も(建前で)療養院に行くと言っているが、本音は違う。私は実習で療養院へ行きました。そこの設備は家庭よりとても良いです。療養院は医療スタッフもいて、

栄養士もいて、またいろいろなものを接することができる専門機関だと思いません。けれども（家族）愛というものは、親子間にある濃いもの（葛藤も含む）が療養院では、どのくらいあるか、実際はないと思います。…たとえ、状態がもっと悪くなったとしても、施設に入れるつもりはない。私が生きているかぎりは面倒見ます」（E）と語っている。

この語りは介護者が、様々な経験を振り返るなかで 要介護者に子の道理として最善を尽し、自分なりに介護経験を意味づけている。山本（1995b）は、「介護者が娘あるいは嫁である場合、親孝行が強い社会規範となっていたり、介護者に対する強い愛着があったりするために、介護が生活あるいは現実を生きる上で非常に高い価値を持つものとなると述べている。つまり〈親孝行の実践〉という価値観が在宅介護を実現させるための動機づけであると共に、介護者を優先させた生活を送る要因になっているのではないかと解釈した。したがってこの解釈から《子供が親を介護するのは当たり前で、介護経験によってある意味では自分がプラスの状況に置かれたととらえることであること》と定義した。

また〈家族絆の確かめ〉は、「夫は、脳卒中で初めて発病してから、今までの5番（回）倒れました。初めは必ず生かさなくちゃいけないと言う心で面倒を見ました。私は今も相変わらず、気持ちで、夫の面倒を見ています。私が夫の面倒を見ることは、家族として当たり前のことじゃないか。このごろは、私が20年間夫の面倒を見て、こんなに生きているねと言う“やりがい”を感じて暮しています。～省略～療養所での実習をする時はたくさん大変なことがありました。療養所は、たくさんの方々がいらっしゃるが、お互いに対話の相手がいないでしょう。夫も話せないからそこ（療養所）へ行っても、話し合うことができないでしょう。さらにそこ（療養所）では、家族の暖かい愛情を感じられないでしょう。それで、そこ（療養所）に行った時、いらっしゃる高齢者達が可哀想に見えました。患者は、家族の暖かさを感じながら生活すると、安静を取りやすいですよ。私が生きている限り、夫を施設に入所させるつもりはないです。～中略～近頃 1～2年とても大変ですが、夫が死んだら良いだろうという考えをしたことはないですよ。私が今まで夫の面倒を見られることは、夫に対する『愛』があるから、可能です」（H）という語りがある。

〈子への見本〉は、「私に考え見ると、子供といってもすべての子供は母が

好きじゃないでしょう。私がこんなに精一杯したので、子供が私を認めていると思う。私が親に面倒を見てあげるほど、子供も私にしてくれると思っています」(B)という語りがある。

一方、＜自身の存在意味＞に対する対象者の語りをみると、「私が最初義母を介護することに対して夫は別に反応がなかった。しかし、時間が経ち、夫は私が義母を介護することを感謝しているみたいです。そして、夫が私に「大変だろう」と心の内を表してくれています。前は夫と私との二人だけのことでの愛情表現だったけど、今は姑の面倒を見ることに対する反応だと思います。このごろは、夫が私に“ご苦労さん”とか“ありがたい”と表現してくれています。私がこのように夫に認められていることを思えば、これが私の力になって、より一層姑をよく面倒を見なくてはならない気がするんですよ。」(A)と語っている。

これら介護者が、介護の苦労があっても要介護者に最善を尽し、自分なりに介護経験を意味づけることであると解釈した。この解釈から「自分とのかかわりの中だからこそ介護の苦労があっても、前向きに考えて行こうとすること」と定義した。以上のことから、＜孝行規範の実践＞や＜家族絆の確かめ＞や＜子への見本＞や＜自身の存在意味＞の概念をまとめ【自己価値の向上】とカテゴリー化した。【自己価値の向上】のカテゴリーは、同居家族療養制度の外部活動効果の影響がみられた。

## 7) 【他者への貢献可能性】

【他者への貢献可能性】カテゴリーは＜介護経験を他者に役立てたい＞という動機からが見出された。

＜介護経験を他者に役立てたい＞は「私と同じような介護する人が何か得ることがあると思っています。外部活動(療養士)をして見るから私よりもっと大変で悪い状況にある人々が多いです。外部活動から多くの力を受けている。私が社会に参加しているねと感じられて胸がいっぱいなの。そんなものなどが生のやりがいだらう。私にもうちちょっと余裕が生じれば、独居老人(一人暮らし高齢者)たちのために何かしてあげたい。」(K)と語っている。このように

【他者への貢献可能性】の категорияは、家族介護者の外部活動がきっかけになり、自分と同じような状況であるほかの介護者に貢献したいという気持ちを表している。これは同居家族療養制度の外部活動の効果の影響から生成された категорияであるといえる。

以上のことから、【介護のとらえ直し】、【要介護者の受け入れ】、【介護スキルの向上】、【変化した自分】の категорияは、同居家族療制度の教育的効果と外部活動の効果の影響を受け生成された。【経済的支え】の categoriaは、同居家族療養制度の経済的効果と社会的評価の影響が見られた。【自己価値の向上】、【他者への貢献可能性】の categoriaは、同居家族療養制度の外部活動の効果がみられた。

<表16> 肯定的介護認識の categoria一覧表（「利用」）

カテゴリー	概 念	定 義
介護 の とらえ直し	介護する苦勞 の 分かち合い	介護現場での活動や家族介護者としての相互の交流を通して、家族介護者の苦勞立場を共有することができ、自分と同じように苦勞している仲間がいることをわかるようになる。それから慰安を得ること (B、C、D、H、M)
	介護する 苦勞の相対化	療養士として介護現場での活動することや他の療養士と接することにより、自身が行っている介護や介護する苦勞立場を相対化し、確認すること (B、H、I、K)
要介護者 の 受け入れ	要介護者の理解	徐々に要介護者を理解するようになり、要介護者に情緒的配慮をし、介護を行っていること (B、D、I)
	病気の理解	療養士になる教育を通して要介護者の行動は、わがままや意地悪ではなく、病気が原因だという理解すること (A、I)
	家族関係の改善	同居家族療養制度を受ける以前と要介護者及び家族メンバーの関係が好転し、相互理解が深まること (J)
介護スキル の 向上	介護の要領会得	会得した介護方法を通して、より良い介護役割を実践していくこと (A、B、D、H、I)
	介護に対する 適切な対処	療養士の資格を取得するため、習った教育や実際介護した経験の蓄積から、介護過程での要介護者に起こる課題に対して適切な対処ができるようになること (A、B、D、H)
経済的 支え	経済的ゆとり	お金を稼ぐことによって生活の余裕が生まれ、心理的に楽になること (B、C、J、K、L)
	金銭での 社会的評価	家族が夫や親を介護することは当然とされているが、同居家族療養制度によって金銭をもらえることが社会的な評価を受けることに繋がる。それが心理的サポートになり、精神的支えになること (D、E、K)
変化した	要介護者に 対する 思いの変化	家庭外の外部での介護活動や理論教育を受ける経験を通して、自分が介護に疎かにしていたということを悟り、要介護者に対しての思いが変わって要介護者の心中を汲み取るようになり、介護にもっと力を出そうとする感じること

自分		(G、I)
	介護に取り組む姿勢の修正	他の家族介護者の介護経験を見聞し、さらに自分自身の経験を踏まえて、介護に取り組む姿勢や介護経験の意味を省察し、行っている介護を修正すること (I)
自己価値の向上	「孝行」規範の 実践	子供が親を介護するのは当たり前で、介護経験によってある意味では自分がプラスの状況に置かれたととらえることであり、介護者の価値を高めること (A、E、F、J)
	家族の絆の 確かめ	夫を介護することが、妻としての役割規範に捕らわれたことという、家族愛だから当然だと受け入れて実践し、介護者としての自分の価値を高めること (A、D、H、L)
	子への見本	親は子供と強い絆で結ばれていることを改めて確認できているため、介護者が親に最善を尽くして介護をすると、将来自分も子から介護を受けることが可能になること (B、C)
	自身の存在意味	自分とのかかわりがあるからこそ介護の苦労があっても、家族や親族や第三者も含んだ他者からの肯定的評価を受けられ、それが自分の存在を確かめることになって前向きに考えて行こうとすること (A、C、E、H、J)
他者への 貢献可能性	介護経験を他者に 役立てたい	介護経験を基に、何らかの形で他の介護者や社会に有益な知識を提供しようとする事 (A、B、J、K)

## 2. 「非利用」の肯定的介護認識を構成するカテゴリー

ここからは、非利用の肯定的介護認識を構成するカテゴリーについて説明する。「非利用」の家族介護者の肯定的介護認識は、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【つながりの再確認】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の5カテゴリーと11概念であった。

### 1) 【要介護者の受け入れ】



【要介護者の受け入れ】のカテゴリーは、＜要介護者の理解＞と＜家族の協力＞の概念が含まれている。介護していく上に、徐々に要介護者のみならず家族メンバーとの関係の改善が見られることは、家族介護者大きな喜びになっている。この思いも反映させて【要介護者の受け入れ】と命名した。

＜要介護者の理解＞に対する対象者の語りは、「母は誰にも『これをしてくれ、あれをしてくれ』などの話しを一切しない性格です。私は母が望むことを考えながら介護している。そうすると、もともと母の気持ちが分かるようになる気がします。」(B-1)という語りから、介護者は介護者役割の受け入れだけでなく、要介護者を受け入れようになったことを意味していると解釈した。したがって、この解釈から「徐々に要介護者を理解するようになり、要介護者に情緒的の配慮し、介護を行っていること」と定義した。

＜家族の協力＞に対する対象の語りは「義理の家族（夫の兄弟）がよく手伝っています。例えば、義母は病院へ行く時、叔父や甥が我家まで来て義母を連れて行っています。私の家族は、マンションの3階に住んでいるから、叔父や甥が義母を負って下がらなければならないです。私は家族がいて、家族がお互いに助け合うことのありがたさを感じています」(E-1)である。また(C-1)の対象者の「夜、義母の体位変換をする時、夫が助けてくれています。夫の手伝いなしに、私一人では無理です。移動する時も夫が手伝ってくれています。それが、力になって義母の面倒を見られそうです。まだ義母の介護が負担じゃないし、錯雑した心境じゃないです。そのような心境がいつ変わるかは、分かりませんが、今はいいです。～省略～夫が買い物や掃除などを協力しています。子供たちも義母に声をかけたり、介護を手伝ったりしています。～省略～たまに義理の兄弟が義母の介護を手伝ってくれています。義理の兄弟が、毎月決まった金額を支払うことではないが、薬代を支払うとか食べることを買って来るとかしています。大部分の人が、家へ来る前に『何を買って行けば、良いですか』という電話をします。」そのようにお互いに助けながら面倒を見ています」という語りなどから、介護者だけでなく夫を含めて家族メンバーがお互いに助けながら、要介護者のことを心で受け入れ、徐々に一歩踏み込んでいくことを意味している。この解釈から「家族介護者一人が介護を背負うのではなく、

家族メンバーがその人なりにできることを見だし、介護に何からの関わりを持つことになり、それによって、要介護者及び家族のメンバーの関係が深まること」と定義し、〈家族の協力〉と概念化した。

## 2) 【介護スキルの向上】

【介護スキルの向上】は、家族介護者が介護経験を通して、要介護者の状態変化や環境に合わせた介護者なりの介護方法を見出しているものである。このカテゴリーは、〈介護の要領会得〉と〈介護に対する適切な対処〉の概念から構成されている。

〈介護の要領会得〉の概念は、「初めは、オムツ交換もできなくて、便をだらだらこぼしたこともあります。今は要領がよくなりオムツ交換ができます。オムツ交換しながら、臭いがすることで顔を顰めたことはないです。初めは、どうすればいいか、分からなくて慌てましたが、徐々に慣れて行きました。初めに、オムツ交換する時は、いつオムツ交換すればいいかが分からなかったから、12回くらい確認しました。今は適当やっても、ぴたりと当たっています。余裕を持ってやる気持ちになっています。血糖値のチェックや血圧を測ることも上手になりました」（C-1）と語っている。

このような語りから、介護者は実際介護を学んだことにより在宅介護への役割を徐々に果たしていることが分かる。また、介護者は要介護者に対する心身状態・機能の理解から効果的な介護方法・技術習得と共に、より良い生活での介護技術が習得できるようになっていると解釈した。この解釈から「会得した介護方法を通して、より良い介護役割を実践していくこと」と定義した。

〈介護に対する適切な対処〉は、「母の世話ができて、ちょっと自信が生じています。今まで、母の介護に関する対応は十分じゃない場合は、家に来ている療養士に相談してよりよい解決方法を講じています。～省略～母の世話を通して、介護の知識がたくさん生じています。～中略～私は母によりよい世話をしたいので、母の介護に対して少しでも分からないことがあったら、すぐ看護師または療養士に聞いて見えています」（B-1）。また「自分なりの介護方法を見つけて、やって見て、成功すると喜びですね」（D-1）という語りがある。

これらの語りから、介護者自身が工夫した新たな介護方法の成功経験は、よりよい介護対処方法を模索しようとするきっかけになるといえる。つまり、介護者は、介護者なりの介護方法は実際の結果として見出していることが喜びとなり、介護のやりがいに繋がることを意味している。この解釈から「介護の専門職により情報や技術の伝達、また介護者自身の介護した経験の蓄積から、要介護者に適切な対処できるようになり、介護役割を実践していくこと」と定義した。

日常の介護実践においては、介護の内容が生活全般の広い範囲にわたるといふ特徴がある。そのため、家族介護者は介護方法をすべて新たに学習するよりも、介護者自身の経験を基盤として、介護内容の追加あるいは修正を行っている。家族介護者は、直接的介護にかかわる介護技術の会得や対応方法の学びなど【介護スキルの向上】ができ、要介護の望みをくみ取れるようになっている。つまり、家族介護者がそれまでの職業活動や生活経験から身につけた知識や技術などを活用し、自分が実践する介護に応用していくという活動を行っている。以上のことから、〈介護の要領会得〉と〈介護に対する適切な対処〉の概念をまとめ【介護スキルの向上】とカテゴリー化した。

### 3) 【つながりの再確認】

【つながりの再確認】のカテゴリーは、〈要介護者が生きてきた人生への思い〉と〈要介護者への恩返し〉の2概念から構成されている。このカテゴリーは、介護者が要介護者との関係の質的意味を高めることと“つながっている”と感じられるものである。

〈要介護者が生きてきた人生への思い〉は、「母は11兄弟の長男の嫁です。私が母に対しての思い出を考えると、いつも祖母（父の母）から酷くいじめられたことだけです。母を思えば胸を裂けるように痛いです。恨みがある人生だと思えます。同じ女として母がとても可哀想です。それで母にもっとよくしようと思えます。～省略～母に対しての考えが、娘と嫁という続柄によって、違うと思えます。私はいつも母が生きてきた人生を考えると、可愛想です。だから、私がもっと最善を尽くして面倒を見てあげたいです」（A-1）という語りから、介護者は要介護者への思いによって、要介護者の過去と現在が“つな

がっている”ことに再び気づかされている。そのため、介護者は、過去と現在のギャップを埋め、要介護者をよりよく汲み取ることに繋がっていることを意味している。この解釈から「要介護者にもそれまでの人生があった一人の人として捉え、以前の人生を引き継いでいるのを身近で感じ、要介護者を汲み取りになること」と定義した。

<要介護者への恩返し>は、「要介護者になっている母へいつも感謝気持ちを持っています。～中略～母の状態が段々悪くなくても私のそばで長く生きてくれたら、幸せです。母がずっと病院生活しても構いません。（泣きながら～中略～私が母の心情を汲み取らなければならないと思います。～省略～私は母に『私も子供の時、オムツ替えてもらったんじゃないの（母は去年あたりからオムツを使っているが、オムツ交換ごとに母はいつも“ごめんね”と話しています）。そうだから私が母にしてくれることは当たり前なの』と言っています。～中略～私は子供のころにしてもらったことを返している…そういう人生サイクルって感じがします」（B-1）という語りから分るように、B-1さんは、「私は子供の頃にしてもらったことを返している…。そういう人生のサイクルって感じがします」というように、幼い頃に要介護者にしてもらったことと、現在要介護者に行っていることの変化を“人生のサイクル”と捉えている。

<要介護者への恩返し>は、介護者が幼い頃の要介護者との関わり、すなわち親子としての思い出が現在の介護意欲につながっていることを意味している。この解釈から「要介護者より受けた愛を確認しつつ、要介護者に対する感謝など、感謝の気持ちで要介護者に恩返しになること」と定義した。

#### 4) 【自己価値の向上】

【自己価値の向上】のカテゴリーは、<「孝行」規範の実践>や<家族絆の確かめ>や<子への見本>や<自身の存在意味>の概念が含まれる。これは、介護経験を通して親孝行の道理を果たすことによって、介護者自身の価値を高めることを意味している。つまり韓国では子供が自分の親を介護することに特に高い価値を付与されているため、そのことを反映させて【自己価値の向上】と命名した。

まず<孝行規範の実践>の概念は、「義母の介護は私の仕事で、嫁としての当たり前ことなので逃げられないことだと思います。夫が長男なので、義母の面倒を見るのは当然です。～省略～良い面を探して一日一日が過ごせれば、そのことが貴重です。このごろは、義母は80歳で寝たきりのような生活をしていますが、まだ生きていることがありがたいことと思えようになっています。義母が私に反応してくれると嬉しいです。～省略～夫と私が夫婦である以上、義母も私の母です。～省略～『義母が生きている時水一服でも飲むようにすることが親孝行』と実母にいつも教育を受けて育てられました。」(C-1)と語っているように韓国で60歳代以上の介護者には、まだ伝統的扶養意識が根強く見られている。このように伝統的な扶養意識は、介護を親孝行と位置づけることで介護に価値を感じ、肯定感ととらえることに繋がっている。

<家族絆の確かめ>は、「私は夫の介護に頑張っていることで、家族とのつながりが深まっているのを感じています」(F-1)という語りから、介護者は家族が協力して介護を行うことにより家族の絆を深め、それが介護者自分の価値を高めることを意味している。この解釈から<介護することが家族としての役割規範に捕らわれたことというより、家族愛だから当然だと受け入れて実践し、介護者としての自分の価値を高めること>と概念した。

また<子への見本>は、「私がよく母の面倒を見ると、それを見て育った子供たちが私の面倒を見てくれると思います。子供に見本になるため、母に最善を尽くしてしようとしています。～省略～娘は暇な時間ができたら、私を手伝ってくれています。介護を手伝うことが子どもへ教育になっていると感じています」(A-1)という語りから、介護者が子に見本になるように親の面倒を見れば、介護者自分が親と同じように介護を受ける立場になったら、自分の子から介護を受けると思っていることを意味している。この解釈から<親は子供と強い絆で結ばれていることを確認できる。そのため、介護者は自分の親(要介護者)に最善を尽くして介護をすると、将来自分(介護者)も子から介護を受けることが可能になること>と定義した。

一方、<自身の存在の意味>に対する対象者の語りをみると、「夫から認められことが私に大きい力になっています。夫が会社から家に帰ってきたら、いつも1時間くらい話し合ったり、汗をだらだら流しながら義母をもんでくれたり

しています。夫は義母をもむのが終わってから、私ももんでくれています。～省略～親戚たちが義母を見舞しに来ればいつも私を誉めてくれています。私は親戚や周囲からの評価が力になっています。その力は、私が義母の面倒を見られるようにしてくれることだと思います。周りの人から褒め言葉を受けてから、義母にもっとよく面倒を見てあげたいです。」(E-1)と語っている。これは介護者が、要介護者の介護に対する肯定的評価を家族だけではなく周囲などから受け、それが介護者自身の存在価値を高めることであると解釈した。したがって、この解釈から「自分とのかかわりがあるからこそ介護の苦労があっても、家族や親族や第三者も含んだ他者からの肯定的評価を受けられ、それが自分の存在を確かめになり、前向きに考えて行こうとすること」と定義した。以上のことから、「孝行」規範の実践や「家族絆の確かめ」や「子への見本」や「自身の存在意味」の概念をまとめ【自己価値の向上】とカテゴリー化した。

#### 5) 【他者への貢献可能性】

【他者への貢献可能性】のカテゴリーは、家族介護者が自分の介護経験を通して得た知識や情報を、家族内のみではなく他者に役立てたいという意識から見出された。

「介護経験を他者に役立てたい」の概念は、「母が亡くなり、会社を定年退職してからは、母の介護経験を生かして、ボランティア活動してみたいです。」(B-1)という語りがある。これは、自分の介護経験を活かして何かからの貢献をしたいという気持ちは、介護者の自己価値の向上として高度なものと考えられる。この解釈から「介護経験を基に、何らかの形で他の介護者や社会に有益な知識を提供しようとする」と定義し、【他者への貢献可能性】と命名した。

#### <表17> 肯定的介護認識のカテゴリー一覧表（「非利用」）

カテゴリー	概 念	定 義
要介護者の受け入れ	要介護者の理解	徐々に要介護者を理解するようになり、要介護者に情緒的の配慮し、介護を行っていること (A-1、B-1)
	家族の協力	家族介護者一人が介護を背負うのではなく、家族メンバーがその人なりにできることを見だし、介護に何からの関わりを持つことになり、それによって、要介護者及び家族のメンバーの関係が深まること (C-1、E-1)
介護スキルの向上	介護の要領会得	会得した介護方法を通して、より良い介護役割を実践していくこと (C-1、E-1、G-1)
	介護に対する適切な対処	介護の専門職により情報や技術の伝達、また介護者自身の介護した経験の蓄積から、要介護者に適切な対処できるようになり、介護役割を実践していくこと (B-1、D-1)
つながりの再確認	要介護者の人生への思い	要介護者にもそれまでの人生があった一人の人として捉え、以前の人生を引き継いでいるのを身近で感じ、要介護者を組み取りになること (A-1、E-1)
	要介護者への恩返し	要介護者のより受けた愛に対する確認しつつ、要介護者に対する感謝など、感謝の気持ちで要介護者に恩返しになること (A-1、B-1、C-1)
自己価値の向上	「孝行」規範の実践	子供が親を介護するのは当たり前で、介護経験によってある意味では自分がプラスの状況に置かれたととらえることであり、介護者の価値を高めること (A-1、B-1、C-1、E-1)
	家族の絆の確かめ	夫を介護することが妻としての役割規範に捕らわれたことという、家族愛だから当然だと受け入れて実践し、介護者としての自分の価値を高めること (C-1、D-1、F-1、G-1)
	子への見本	親は子供と強い絆で結ばれていることを確認できる。そのため、介護者は自分の親(要介護者)に最善を尽くして介護をすると、将来自分(介護者)も子から介護を受けることが可能になること (A-1、C-1)
	自身の存在意味	自分とのかかわりがあるからこそ介護の苦労があっても、家族や親族や第三者も含んだ他者からの肯定的評価を受けられ、それが自分の存在を確かめになり、前向きに考えて行こうとすること (A-1、C-1、E-1)
他者への貢献可能性	介護経験を他者に役立てたい	介護経験を基に、何らかの形で他の介護者や社会に有益な知識を提供しようとすること (A-1、B-1)

第2項「利用」・「非利用」の肯定的介護認識を構成する異なるカテゴリー

ここでは、同居家族療養制度の利用・非利用によって生成された異なる肯定的介護認識の категорияについて説明する。

同居家族療養制度を利用の場合は、今まで論じてきた同居家族療養制度の特有な特徴の影響を受けて生成されたものである。非利用の場合は、もともと要介護者と家族介護者の関係から生成されたものである。同居家族療養制度の利用・非利用によって生成された異なる肯定的介護認識の категорияは、利用の場合、【介護のとらえ直し】 【経済的支え】 【変化した自分】 の3つであり、非利用の場合、【つながりの再確認】 であった（表18）。

まず、同居家族療養制度を利用によって生成された肯定的介護認識の categoriaについて説明する。

【介護のとらえ直し】 の categoria と 【変化した自分】 の categoria は、同居家族療養制度の特徴のうち、療養保護士の資格を取るための教育と療養保護士としての外部活動から影響をうけ生成された categoria である。【経済的支え】 の categoria は、同居家族療養制度の特徴のうち、現金給付の影響から生成された categoria である。

【介護のとらえ直し】 は、家族介護者同士の相互交流のなかに介護者の実践力を向上させる機能が存在している可能性があるといえる。家族介護者は、自分の置かれた状況を客観視することによる慰めなどが、<介護苦勞の分かち合い>をする仲間の確保という概念に見られた。家族介護者は、他者の介護経験を見聞きすることにより、自分の<介護する苦勞の相対化>をさせている。つまり、様々な介護状況に置かれている家族介護者がいることや辛い思いをしているのは、自分のみではないことが分かるようになる。また自分よりも大変な状況に置かれている家族介護者の話を聞くことによって、自分はまだ楽だと確認ができる。家族介護者は、自分の置かれている状況を客観視できるようになる変化が認められている。以上のことから、家族介護者は自分の状況を受容できる。

【変化した自分】 の categoria は、家族介護者が療養保護士として介護現場で活動することや他の療養保護士と接することにより、他の家族介護者の介護生活を見聞きして生じた。そのことから家族介護者は自分が今まで行ってきた



介護に取り組む姿勢や経験の意味を省察し、介護生活を修正することができるようになっている。

**【経済的支え】**の**カテゴリー**は「経済的ゆとり」と「金銭での社会的評価」の概念で構成されている。「私が療養保護士で働くことができるから家から出ることができて良いし、さらに経済的に足しになって良いです。おむつやおかず値段に足しになってよいです。オムツの値段が一月に10万ウォン位かかっています。そんなものなどが心に慰安になっています (K) 」というように現金給付から得られ「経済的ゆとり」を表している。「国家が同居家族療養の2時間を認定してくれることが、私とか夫に良いと思います。～中略～物質的に対価を受けることも良いし、それに私が、何か認定を受けているということが良いです (D) 」という語りから、家族介護者が行っている介護に対して認められ「金銭での社会的評価」が得られることを表している。

次に、同居家族療養制度を非利用によって生成された**【つながりの再確認】**の**カテゴリー**について説明する。

**【つながりの再確認】**は今までの自分と、介護者という役割が付け加えられた自分を受け止めようと努力をしている。「義母に対しての思いが変わった。義母は夫が小さい時から大変な生活をしてきたんです。さらに今も苦勞していたので、今度は私が面倒を見るのは当たり前のことだと思っています (E-1) 」というように<要介護者の人生への思い>によって、自分の意思で在宅介護を継続することを望んでいる。また<要介護者への恩返し>を**【つながりの再確認】**によって可能になることは家族介護者にとって、重要なことである。このことが要介護者を感謝の気持ちで受け入れることにつながる。

<表18> 「利用」・「非利用」による肯定的介護認識の異なるカテゴリー

制度	カテゴリー	概 念	定 義
利 用	介 護 の と ら え 直 し	介護する苦勞 の 分かち合い	介護現場での活動や家族介護者としての相互の交流を通して、家族介護者の苦勞立場を共有することができ、自分と同じように苦勞している仲間がいることをわかるようになる。それから慰安を得ること
		介護する 苦勞の相対化	療養士として介護現場での活動することや他の療養士と接することにより、自身が行っている介護や介護する苦勞立場を相対化し、確認すること
	経 済 的 支 え	経済的ゆとり	お金を稼ぐことによって生活の余裕が生まれ、心理的に楽になること
		金銭での 社会的評価	家族が親や夫を介護することは当然とされているが、同居家族療養制度によって金銭をもらえることが社会的な評価を受けることに繋がる。それが心理的サポートになり、精神的支えになること
	変 化 し た 自 分	要介護者に 対する 思いの変化	家庭外の外部での介護活動や理論教育を受ける経験を通して、自分が介護に疎かにしていたということを悟り、要介護者に対しての思いが変わって要介護者の心中を汲み取るようになり、介護にもっと力を出そうとする感じる事
		介護に 取り組む 姿勢の修正	他の家族介護者の介護経験を見聞き、さらに自分自身の経験を踏まえて、介護に取り組む姿勢や介護経験の意味を省察し、行っている介護を修正すること
非 利 用	つ な が り の 再 確 認	要介護者の 人生への思い	要介護者にもそれまでの人生があった一人の人として捉え、以前の人生を引き継いでいるのを身近で感じ、要介護者を組み取りになること
		要介護者 への恩返し	要介護者のより受けた愛に対する確認しつつ、要介護者に対する感謝など、感謝の気持ちで要介護者に恩返しになること

第3項 「利用」・「非利用」の肯定的介護認識を構成する共通カテゴリー

ここでは、同居家族療養制度の利用・非利用によって生成された肯定的介護認識の共通カテゴリーについて説明する。

共通カテゴリーは、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4つであり、そのカテゴリーが肯定的介護認識の中心になるカテゴリーとして選定した。

肯定的介護認識の共通カテゴリーのうち、【要介護者の受け入れ】のカテゴリーは、＜要介護者の理解＞、＜病気の理解＞、＜家族関係の改善＞、＜家族の協力＞の概念から構成されている。そのうち＜要介護者の理解＞は同居家族療養制度を利用しても利用しなくても、生成された概念であった。それに対して、＜病気の理解＞と＜家族関係の改善＞は、同居家族療養制度の利用している家族介護者のみ生成された概念であり、＜家族の協力＞の概念は同居家族療養制度の利用していない家族介護者のみ生成された概念であった。

まず、【要介護者の受け入れ】のカテゴリーのうち、同居家族療養制度を利用することにより生成された＜病気の理解＞と＜家族関係の改善＞の概念について説明する。

＜病気の理解＞と＜家族関係の改善＞は、同居家族療養制度の特徴のうち、専門職による教育が義務付けられていることと、療養保護士としての外部活動から影響を受け生成されたカテゴリーである。＜病気の理解＞は家族介護者が専門職から教育を通して、要介護者の行動が病気の原因であることを理解することである。＜家族関係の改善＞は、家族介護者が同居家族療養制度を利用することによって、要介護者の援助の技術が向上し、家族関係のトラブルへの対応していくことである。

次に、【要介護者の受け入れ】のカテゴリーのうち、同居家族療養制度を非利用によって生成された＜家族の協力＞の概念について説明する。

＜家族の協力＞に対する対象の語りは、介護者だけでなく夫を含め家族及び親戚がお互いに協力しながら、介護に何からの関わりをもっていることを表している。また＜家族の協力＞は、身体的・精神的サポートになっており、家族介護者が在宅介護を継続していくに当たり、不可欠な存在である。家族介護者が家族と親戚から支えを得られるよう、家族に出来ることを伝えるなど、家族に

対しても働きかけることが有効と考えられる。

### 第3節 考察

本研究における質的研究の目的は、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識の構成するカテゴリーを明らかにすることと、明らかにしたカテゴリーの内容を検討することであった。質的研究の目的を果たすため、まず、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに準拠し、質的分析を行った。その分析より、同居家族療養制度の「利用」する家族介護者からは、7カテゴリーと16の概念が抽出され、教育的効果、経済的効果、社会的評価、外部活動の評価の影響を受け、生成されたカテゴリーであった。同居家族療養制度の「非利用」では5カテゴリーと11概念が抽出された。

同居家族療養制度の「利用」・「非利用」によって生成された異なるカテゴリーは、利用の場合は【介護のとらえ直し】【経済的支え】【変化した自分】の3つであり、非利用の場合は、【つながりの再確認】であった。同居家族療養制度の「利用」は、同居家族療養制度のもたらすものとして、外部活動により他の療養保護士との気持ちの共有や情報交換が可能になることから【介護のとらえ直し】を行い、1日あたりの2時間分のお金が【経済的支え】になり、介護への自己肯定を確かにする【変化した自分】という介護に働く方向性の意味づけを見出されていることである。このことは、家族介護者にとって同居家族療養制度が介護するエネルギーをもたらすのみならず、自分の介護にとって肯定的な意味をもたらす可能性を示唆するものであった。

同居家族療養制度の「非利用」の場合は、【つながりの再確認】を求めた家族介護者は、要介護高齢者への愛情から介護を当然のこととし受け入れ、恩返しとしての受容的な介護になっていると示唆された。

同居家族療養制度の「利用」「非利用」にかかわらず、共通のカテゴリーは4つであり、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】であった。

本調査で生成された【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4つのカテゴリーと同様の肯定的介護認識

は、山本（1995a:1995b:1995c:1995d）の要介護高齢者を介護する嫁・娘を対象とした研究、橋爪（2005）の要高齢者を介護する働く女性家族介護者を対象とした研究、川崎・高橋（2006）のデイサービスを利用する要介護者を介護している家族介護者を対象とした研究、鈴木（2006）の認知症高齢者の家族会に参加経験のある介護者を対象とした研究でも報告されている。本研究で示された韓国における肯定的介護認識は、日本の先行研究と同様の傾向を持っていることが明らかとなった。

先行研究において山本（1995b）は、認知症高齢者の介護者が介護するなかで感じたさまざまな困難について、「仕方がない」とあきらめて受け入れつつも、現実に折り合いをつけながら生きがいを保持する方法を見つけていくプロセスを見出し、これを「日本女性の小文化」と呼んだと述べている。本研究においても【自己価値の向上】のカテゴリーが抽出され同様の傾向が見られている。この傾向は、研究対象者が40代以上であることから、伝統的に価値づけられている韓国女性の特徴である受身的従順さを反映したものと捉えられる。

橋爪（2005；135）は、日本の歴史的文化的要因と女性家族介護者との関係について、「社会一般が女性を老親介護の担い手と価値づけてきた歴史的文化的要因として、1）儒教思想に基づく高齢や老親介護に対する高い価値、2）老親の子どもへの依存（甘え）の容認、3）プライバシーの尊重と在宅介護サービス利用の躊躇、4）施設介護に対する偏見を持っている」と述べている。橋爪の儒教思想に基づく高齢や老親介護に対する高い価値の内容が本研究では、介護者の【自己価値の向上】カテゴリーによって位置づけられた。【自己価値の向上】は、現在も儒教思想の影響が残っている韓国では、肯定的介護認識を高めることに繋がるといえる。

先行研究では、様々な社会規範が介護者にとって抑迫として認識されていると指摘があった（坂西1999；袖井1993）。また、Yoshizumi（1995）は、老親介護を女性役割と高く価値づける社会規範を女性が認識することから、女性は介護に取り組むと指摘している。本研究において家族介護者は、社会規範として介護に取り組むわけではなく、介護すること自体を極めて「親孝行」として当然のことと捉えている。したがって本研究では、「家族介護者が規範そのものを抑圧として認識し、介護に携わる」とする見方は当てはまらないといえるだ

ろう。

肯定的介護認識に対する共通点には、韓国社会特有の儒教思想の影響により子が親の扶養をしようとする傾向が見られる。韓国では「親孝行」が介護者自身にとって内的にも社会的にも自己価値を非常に高める要因になっている。つまり、介護者は夫や社会的からの評価が介護へのエネルギー源となって、介護者自身を支えるエネルギーを生み出すのである。【自己価値の向上】は『家族の絆の確かめ』や『親孝行の実践』や『子への見本』や『自身の存在意味』を含んでいる。そのうち『子への見本』は、介護者が老親に最善を尽くしていると、将来自分も子から介護を受けることが可能になると感じることである。親は子供と強い絆で結ばれ、自分が要介護になったときに介護してくれることを望んでいる。その背景には、子が老親を介護することの社会的な期待もある。『家族の絆の確かめ』は、長男の嫁が義親を介護することで義理の兄弟を含めた家族員の絆を結びつけると見なされているのである。

まとめると、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、肯定的介護認識の中核は【自己価値の向上】であった。夫や社会からの「親孝行」の評価を受けた結果【自己価値の向上】となっている。つまり、韓国の家族介護者は「親孝行の実践」の評価により【自己価値の向上】に至っていたことを示した点でオリジナルな結果といえる。

川崎・高橋（2006）は、デイサービスを利用している要高齢者の介護者が介護するなかで感じたさまざまな自己成長感について検討し、その自己成長感のなかで得た「スキル」と本研究で得られた【介護スキルの向上】とは同様の傾向であった。また、尹ほか（2008：79）は、韓国人を対象として老親扶養意識と介護満足感についての研究を行い、「社会福祉サービスが介護肯定感あるいはその下位尺度である介護満足感を高める要因である」ことを明らかにした。また、【自己価値の向上】は家族介護者が介護を通して得た自己に対する評価であることから、自己の価値や介護観などといった介護者の生き方そのものを反映した評価として重要な概念であるといえる。家族介護者は儒教的「親孝行」の社会規範、あるいは要介護高齢者に対する愛着から介護には価値が付与され、さらにこの価値は、社会的評価などを通して維持されている。つまり、「親孝行」は、介護者自身にとって内的にも社会的評価にも自己価値を非常に

高める要因となっている。

日本の川崎・高橋（2006）は、高齢者介護を通して家族介護者に対する肯定感の発達について「自己成長の形成」に焦点を当てて質的研究を行った結果、介護者が他に介護で苦勞している人にこれまで自分が獲得してきた有益な知識を提供できるという「貢献」の概念を報告した。川崎・高橋の研究から得た「貢献」の概念と本研究の【他者への貢献可能性】は、他者への貢献ができ、介護者の自分価値の向上、つまり自己肯定感や成長感につながる。つまり、川崎・高橋の「貢献」という概念は、介護経験を重ねる中で得た介護に関する情報を他の介護者に提供したいとする本研究の【他者への貢献可能性】に該当する。一方、欧米では、家族介護者の他者への貢献に関する研究は見当たらなかった。その理由は、韓国および日本と欧米という文化の違いによるものが考えられる。例えば、欧米では幸福感や充足感を得るといった主観的感覚は、個人的なものであるのに対し、韓国と日本では、調和や助け合いなど他者との関係と深く関わりを持っているといえる。【他者への貢献可能性】という肯定的介護認識は、こういった韓国の文化背景に関連している可能性がある。

本調査において家族介護者は、【要介護者の受け入れ】の環境に取り組み【介護スキルの向上】を図り、【自己価値の向上】になり【他者への貢献可能性】に至るといふ経験を通して介護肯定感を得られることができた。この結果は、韓国の家族介護者が【他者への貢献可能性】に至っていたことを示した点でオリジナルな結果といえる。

以上のことから、韓国における家族介護者の肯定的介護認識では、「親孝行の実践」を基に【自己価値の向上】や【他者への貢献可能性】というオリジナルな結果が得られたといえる。

#### 第4節 第4章のまとめ

家族介護者を対象とした質的分析により、肯定的介護認識の内容と同居家族療養制度利用・非利用による生成された肯定的介護認識のカテゴリーについてまとめた。肯定的介護認識の内容では、「親孝行の実践」を基に【自己価値の向上】や【他者への貢献可能性】に至る実態が確認された。また同居家族療養

制度利用・非利用による共通カテゴリーとして、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4つカテゴリーが生成された。ここでの知見が量的調査の結果を考察する上で役立つであろう。

次の第5章では、量的調査による肯定的介護認識の尺度開発についてまとめる。

## 第5章 肯定的介護認識尺度の開発：量的調査による分析



本章では、質的研究から抽出された同居家族療養制度の利用・非利用による共通カテゴリーを中心に、肯定的介護認識尺度の項目を選定し、予備調査の結果について述べる。その後、本調査によって韓国における家族介護者の肯定的介護認識を測定する肯定的介護認識尺度の開発についてまとめる。

## 第1節 調査目的と仮説

本章の目的は、要介護高齢者を介護する家族介護者の介護経験への肯定的介護認識を測定する尺度を開発し、構成概念妥当性（因子的妥当性）、信頼性を検証することである。

本章の仮説は、肯定的介護認識の下位要因が、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4因子構造となることである。

## 第2節 「肯定的介護認識」尺度の項目選定の手続き；予備調査

以下は、予備調査として肯定的介護認識尺度の項目を決定する手順である。予備調査における「肯定的介護認識」の項目は、質的調査の同居家族療養制度の「利用」「非利用」によって共通生成された4つのカテゴリー{【要介護者を受け入れ】【自己価値の向上】【介護スキルの向上】【他者への貢献可能性】}を中心に25項目を作成した。共通カテゴリーは、表19に示した。

「肯定的介護認識」に対する項目は、次のようである。要介護者との感情的な関係の評価に関しては、介護することにより生じる喜びや要介護高齢者への親近感を表す【要介護者を受け入れ】を選択した。また、介護経験を肯定的解釈に対する評価に対しては、介護の価値を見出し、介護を受容している感情を表す【自己価値の向上】を選択した。介護の課題に対して適切な対処努力が出来ていることに対する介護役割の実践を表す【介護スキルの向上】を選択した。さらに、介護により学びや得たものがある感情を表す【他者への貢献可能性】

<表19> 質的研究から項目化した「肯定的介護認識」の共通カテゴリー

カテゴリー	概 念	定 義
要介護者の受け入れ	要介護者の理解	徐々に要介護者を理解するようになり、要介護者に情緒的の配慮をし、介護を行っていること
	病気の理解 (利用のみ)	療養士になる教育を通して要介護者の行動は、わがままや意地悪ではなく、病気が原因だという理解すること
	家族関係の改善 (利用のみ)	同居家族療養制度を受ける以前と要介護者及び家族メンバーの関係が好転し、相互理解が深まること
	家族の協力 (非利用のみ)	家族介護者一人が介護を背負うのではなく、家族メンバーがその人なりにできることを見いだし、介護に何からの関わりを持つことになり、それによって、要介護者及び家族のメンバーの関係が深まること
介護スキルの向上	介護の要領会得	会得した介護方法を通して、より良い介護役割を実践していくこと
	介護に対する適切な対処	療養士の資格を取得するため、習った教育や実際介護した経験の蓄積から、介護過程での要介護者に起こる課題に対して適切な対処ができるようになること
自己価値の向上	「孝行」規範の 実践	子供が親を介護するのは当たり前で、介護経験によってある意味では自分がプラスの状況に置かれたととらえることであり、介護者の価値を高めること
	家族の絆の 確かめ	夫を介護することが、妻としての役割規範に捕らわれたことという、家族愛だから当然だと受け入れて実践し、介護者としての自分の価値を高めること
	子への見本	親は子供と強い絆で結ばれていることを改めて確認できているため、介護者が親に最善を尽くして介護をすると、将来自分も子から介護を受けることが可能になること
	自身の存在意味	自分とのかかわりがあるからこそ介護の苦労があっても、家族や親族や第三者も含んだ他者からの肯定的評価を受けられ、それが自分の存在を確かめになり、前向きに考えて行こうとすること
他者への 貢献可能性	介護経験を他者に役立てたい	介護経験を基に、何らかの形で他の介護者や社会に有益な知識を提供しようとする事

を選択した。

肯定的介護認識に関する質問項目に対して主因子法を指定し、プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、各次元別に固有の特性がみられなかった。その理由を以下に述べる。第一に、各カテゴリーに対する項目数の配分が不適切だからである。特に【自己価値の向上】のカテゴリーの項目数が13であり、他のカテゴリーの項目より非常に多かった。第二に、項目の一部は、カテゴリーの内容を適切に表していないからであった。したがって、本研究では、肯定的介護認識の各次元別に固有特性がみられる因子にするため、項目数と内容を見直すことが必要であった。

以上により項目の再検討が行われた。その手続きは、以下のようである。

まず、各カテゴリーに項目の数を配分し、直した。適切な配分の方法として、カテゴリーの内容を表せていない項目とI-T相関の低い3項目と天井効果が見られている1項目を除外した。除外された3項目は、「要介護者の介護をすることで、学ぶことがある」「自分は要介護者のために必要なことを行っている」「介護することは、義務感というより自分の意志でしている」である。天井効果が見られた項目は、「同居家族療養制度によって、少ないけれど家族家庭の経済に足しになる」であった。修正した4項目は、「私は要介護者のための何をすれば良いかわからない」から「要介護者の介護ニーズに対して何をすれば良いかわからない」に修正した。【自己価値の向上】のカテゴリーでは、「介護することは、家族を守ることだと思う」から「介護することは、家族の幸せを守ることだと思う」に修正し、「介護することは、自分の老後のためになると思う」から「自分の介護をする姿は、子供への良い見本になると思う」に修正した。

また、新たな生成された項目は、【他者への貢献可能性】のカテゴリーが3項目であり、【スキルの向上】のカテゴリーが1項目であり、【要介護者を受け入れ】が1項目であった。新たな生成された項目の具体的な内容は、【他者への貢献可能性】のカテゴリーは「自己の介護経験を他の介護者のために役立てたいと思う」「私の介護経験を、社会や若い世代に介護の意義として伝えていきたい」「他人を支えるような気持ちになっている」である。【スキルの向上】のカテゴリーは、「介護が困難な状況においても、何をすれば良いかわかっている」【要介護者を受け入れ】のカテゴリーは、「要介護者の良いところも悪

いところも、ありのままの姿として受け入れるようになっている」である。

つまり、カテゴリーによる項目の数は【要介護者の受け入れ】のカテゴリーが6項目、【介護スキルの向上】のカテゴリーが5項目、【自己価値の向上】のカテゴリーが9項目、【他者への貢献可能性】のカテゴリーが4項目になった。以上の手順により、以下のように各カテゴリーに対する最終的に、規定された肯定的介護認識尺度案の項目では24項目とした。

家族介護者による肯定的介護認識評価尺度案は、表20のように肯定的介護認識を評価する24項目とした。

<表20> 家族介護者による肯定的介護認識評価のための24項目

▶ **要介護者の受け入れ（6項目）**

- 1) 介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている
- 3) 要介護者も頑張っていると思える
- 15) 要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる
- 16) 介護することは、家族の幸せを守ることだと思う
- 18) 病気や障害のある人に対して、理解や思いやりを持つようになっている
- 22) 要介護者の良いところも悪いところも、ありのままの姿として受け入れるようになっている

▶ **介護スキルの向上（5項目）**

- 9) 要介護者が介護に対して求めていることを把握することができる
- 11) 要介護者の介護ニーズに対して何をすれば良いか分からない（逆項目）
- 12) 介護を通して、介護の技術が身についたことが、うれしい
- 20) 介護が困難な状況においても、何をすれば良いか分かっている
- 27) 介護に関わる問題を、うまく対応できるようになっている

▶ **自己価値の向上（9項目）**

- 2) 自分の介護をする姿は、子供への良い見本になると思う
- 5) 介護することが生きがいになっている
- 7) 介護を引き受けることは、社会的に認められることだと思う
- 10) 介護することは価値があることだと思う
- 14) 要介護者を最後まで面倒を見てあげようと思う
- 19) 介護することは、要介護者への恩返しにつながる
- 21) 自分もなくてはならない存在だと思う
- 23) 介護を引き受けることは、自分の評価を高めると思う
- 25) 家族からの「ありがとう」の一語が支えになっている

▶ **他者への貢献可能性（4項目）**

- 4) 自己の介護経験を他の介護者のために役立てたいと思う
- 13) 私の介護経験を、社会や若い世代に介護の意義として伝えていきたい
- 17) 自分の介護経験をボランティアとして、社会的に貢献をしたい
- 24) 他人を支えるような気持ちになっている

**第3節 結果**

## 第1項 「肯定的介護認識」の探索的因子分析結果

まず、因子分析を行う前に24項目データの標準偏差や分散に対する項目チェックを行った。家族介護に対する「肯定的介護認識」尺度の各項目について項目分析をおこなった。「とてもそう思う」を5、「ややそう思う」を4、「どちらとも言えない」を3、「あまりそう思わない」を2、「全くそう思わない」を1として得点化した。各項目の平均値、標準偏差から、天井効果が見られる4項目（「自分の介護をする姿は、子供達への良い見本になると思う：項目2」、「介護することは価値がある：項目10」、「介護することは、私の家族の幸せを守ることだと思う：項目16」、「家族員からのありがとう一語が支えになっている：項目25」）を除外した。また、各項目のIT相関係数を算出したところ、70以上の相関が見られる項目の組み合わせはなかった。以上のような項目分析を通して、冗長性は低いと判断した。

次に、記述統計によって選択した20項目に対して探索的因子分析を行った。因子の抽出方法は、主因子法を指定し、プロマックス法により斜交回転を行った。

その結果、回転前の4因子の全分散を説明する割合は60.42%であり、固有値1以上の因子が5つ認められた。第1因子から順に6.498、6.142、5.396、5.672、4.740…であった。因子結果は単純構造に近く、また解釈をするため、比較検討し、1項目を除外した。除外した項目は、共通性が0.4以下の低い数値を示した1項目[項目11 (.246)]である。

次に、残りの19項目に対して再度、主因子分析（プロマックス回転）を行った。固有値の変化は、7.38、1.71、1.29、1.08、0.98、0.82、0.69、…となり、因子の解釈可能性を考慮すると、4因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度4因子を仮定し、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。その結果、複数の因子に同程度負荷していた2項目（項目5、項目21）、十分な因子負荷量を示さなかった1項目（項目19）があったため、その項目を除外し、残り16項目に対して再度、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。

### <表21> 家族介護に対する肯定的介護認識尺度項目の記述統計量

---

項目	平均値	標準 偏差	全くそう 思わない *	あまり そう思わ ない*	どちらも 言えない *	ややそう 思う *	とても そう 思う*
肯定感1	3.43	1.01	3.9	13.8	30.7	38.6	13.0
肯定感2	4.15	1.09	1.6	3.9	16.5	44.1	33.9
肯定感3	3.33	1.04	17.5	15.0	20.5	31.3	15.7
肯定感4	3.49	1.01	8.9	11.4	31.9	32.4	15.4
肯定感5	3.03	1.10	9.8	20.9	34.3	26.4	8.7
肯定感7	3.39	1.10	9.5	16.1	28.0	30.6	15.7
肯定感9	3.69	.78	8.8	15.9	28.7	25.8	11.8
肯定感10	3.93	1.10	2.0	4.7	22.0	51.2	20.1
肯定感11(逆)	3.54	.97	18.1	21.4	34.3	20.1	6.2
肯定感12	3.64	.72	6.4	13.1	24.0	32.1	15.4
肯定感13	3.50	.95	7.4	12.6	31.1	35.9	13.0
肯定感14	3.53	.95	12.6	15.5	23.2	28.2	20.5
肯定感15	3.27	1.02	8.5	15.0	36.2	29.9	10.4
肯定感16	4.10	1.01	4.3	5.1	18.1	40.6	31.8
肯定感17	3.13	1.05	7.5	18.9	35.4	29.9	8.3
肯定感18	3.85	.74	8.1	27.2	21.4	25.2	18.1
肯定感19	3.56	1.07	8.1	12.8	29.1	30.8	18.1
肯定感20	3.55	.79	8.2	12.9	33.5	30.0	10.5
肯定感21	3.44	1.12	6.3	12.6	31.1	30.3	19.7
肯定感22	3.69	.81	10.2	11.7	26.4	35.5	12.2
肯定感23	3.08	1.08	10.6	15.7	35.8	30.7	7.1
肯定感24	3.13	1.01	7.5	16.9	36.2	33.5	5.9
肯定感25	3.98	.96	3.9	4.3	20.1	48.0	23.6
肯定感27	3.80	.75	7.4	12.8	29.1	25.6	16.1

注) \*のついたものは (%)

プロマックス回転の最終的な因子パターンと因子間相関を表22に示す。表22

より、相関係数においては同一領域内の因子間において有意な相関が認められている。

第1因子は、7項目で構成されており、「介護を通して、介護の技術が見つけたことが、うれしい」「要介護者を最後まで面倒を見てあげようと思う」などといった項目が高い因子負荷を示している。その因子は介護そのものや介護役割の実践を通して得られる感情や技術を肯定的にとらえ、介護に対する充足感を感じているという評価を表す。そこでこの因子を【介護に対するスキルや充足感の向上】の因子と命名した。

続く第2因子は、4項目で構成されており、「自分の介護経験をボランティアとして、社会的に貢献をしたい」「他人を支えるような気持ちになっている」といった項目が高く負荷した。他者に役に立ちたいという気持ちが認められ、貢献意識が表われている項目群といえるのではないだろうか。そこでこの因子を【他者への貢献可能性】因子と命名した。

第3因子は、3項目で構成されており、「要介護者と一緒にいるのが喜びと感じる」「介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている」などといった項目が高い因子負荷しており、要介護者との情緒的交流に関連した項目群といえよう。またその情緒的交流が、要介護者と介護者が一緒にいるのを喜ぶといった項目も、この因子への負荷が高い。そこでこの因子を【要介護者の受け入れ】の因子と命名した。

第4因子は、2項目で構成されており、「介護を引き受けることは、自分の評価を高めると思う」「介護を引き受けることは、社会的認められることだと思う」といった項目である。介護者自身が始めは一般的に大変といわれる介護でも、自分の成長と肯定的に意味づけ、徐々に介護に高い価値を付与するようになる。介護の高い価値は介護者が望めば介護を親孝行の実践と感じられるほど自己価値を高めることと繋がる。そこでこの因子を【自己価値の向上】の因子と命名した。

肯定的介護認識の構造は、【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4因子構造となる仮説であったが、結果的には、【要介護者の受け入れ】【介護に対するスキルや充足感の向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】の4因子構造であった。【介



【介護に対するスキルや充足感の向上】の因子の項目には、【要介護者の受け入れ】の項目と【介護スキルの向上】の項目が含まれている結果であった。

以上の介護の肯定的な意味づけは、介護意欲を支える重要な要因でもあるといえる。

以上の因子分析結果を踏まえ、肯定的介護認識尺度の下位尺度を構成する。それぞれ【介護に対するスキルや充足感の向上】の下位尺度は7項目、【他者への貢献可能性】の下位尺度は4項目であり、【要介護者の受け入れ】の下位尺度は3項目であり、【自己価値の向上】は2項目から構成されている。「要介護者の良いところも悪いところも、ありのままの姿として入れようになっている」の項目が【要介護者の受け入れ】の因子ではなく、【介護に対するスキルや充足感の向上】の因子となっている。

次に $\alpha$ 係数を用いて各下位尺度の内部一貫性を検討すると、【介護に対するスキルや充足感の向上】は.851、【他者への貢献可能性】は.816、【要介護者の受け入れ】は.747、【自己価値の向上】は.659であった。【自己価値の向上】は若干低い値であるが、2項目から構成されることを踏まえると、利用には十分な内部一貫性を有したものといえる。そこで、下位尺度毎にすべての項目を用い、その合計を各尺度得点とした。各下位尺度の相関係数を表22に示した。表22のように因子間には有意な相関が認められている。

<表22> 家族介護に対する「肯定的介護認識」尺度の因子分析結果

項 目	1因子	2因子	3因子	4因子	h <sup>2</sup>
<b>I. 介護に対するスキルや充足感の向上 (<math>\alpha=.851</math>)</b>					
12 介護を通して、介護の技術が見つけたことが、うれしい	.774	.008	.034	-.214	.472
14 要介護者を最後まで面倒を見てあげようと思う	.676	-.050	.205	-.143	.423
22 要介護者の良いところも悪いところも、ありのままの姿として受け入れるようになっている	.657	-.338	-.061	.252	.411
9 要介護者が介護に対する求めていることを把握することができる	.580	.267	-.123	.041	.481
27 介護に関わる問題を、うまく対応できるようになっている	.572	.124	.050	.129	.427
18 病気や障害のある人に対して、理解や思いやりを持つようになっている	.555	.107	-.045	-.037	.426
20 介護が困難な状況においても、何をすれば良いか分かっている	.438	.082	-.015	.120	.442
<b>II. 他者への貢献可能性 (<math>\alpha=.816</math>)</b>					
17 自分の介護経験をボランティアとして、社会的に貢献をしたい	-.013	.879	-.045	.026	.578
24 他人を支えるような気持ちになっている	.095	.853	-.058	-.097	.614
13 私の介護経験を、社会や若い世帯に介護の意義として伝えていきたい	-.073	.731	.130	-.055	.571
4 自己の介護経験を他の介護者のために役立てたいと思う	.059	.606	-.144	.283	.606
<b>IV. 要介護者の受け入れ (<math>\alpha=.747</math>)</b>					
3 要介護者も頑張っていると思える	.019	-.170	.730	.097	.412
1 介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている	.054	.200	.543	-.096	.466
15 要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる	-.011	.103	.468	.133	.555
<b>III. 自己価値の向上 (<math>\alpha=.659</math>)</b>					
23 介護を引き受けることは、自分の評価を高めると思う	-.055	-.051	.047	.803	.448
7 介護を引き受けることは、社会的に認められることだと思う	.033	.355	.206	.413	.406
因子間の相関係数	1因子	2因子	3因子	4因子	
	1				
	.587**	1			
	.534**	.672**	1		
	.451**	.428**	.357**	1	

\*\*p <.01

## 第2項 「肯定的介護認識」の確証的因子分析結果

肯定的介護認識に関する探索的因子分析では、「介護に対するスキルや充足感の向上」「他者への貢献可能性」「要介護者の受け入れ」「自己価値の向上」の4つの因子で構成されることが明らかになった。この肯定的介護認識尺度の16項目からなる尺度が4因子構造であるかを確認するため、確証的因子分析を行った（表23）。その結果、それぞれの因子負荷量はいずれも.4以上であり、すべて統計的に有意であった。しかし、4因子のモデルを検討した結果は、 $\chi^2$  (2.568df) = 246.57、GFI=.897、AGFI=.878、CFI=.905、RMSEA=.079であり、モデル適合度が有意に低かった。

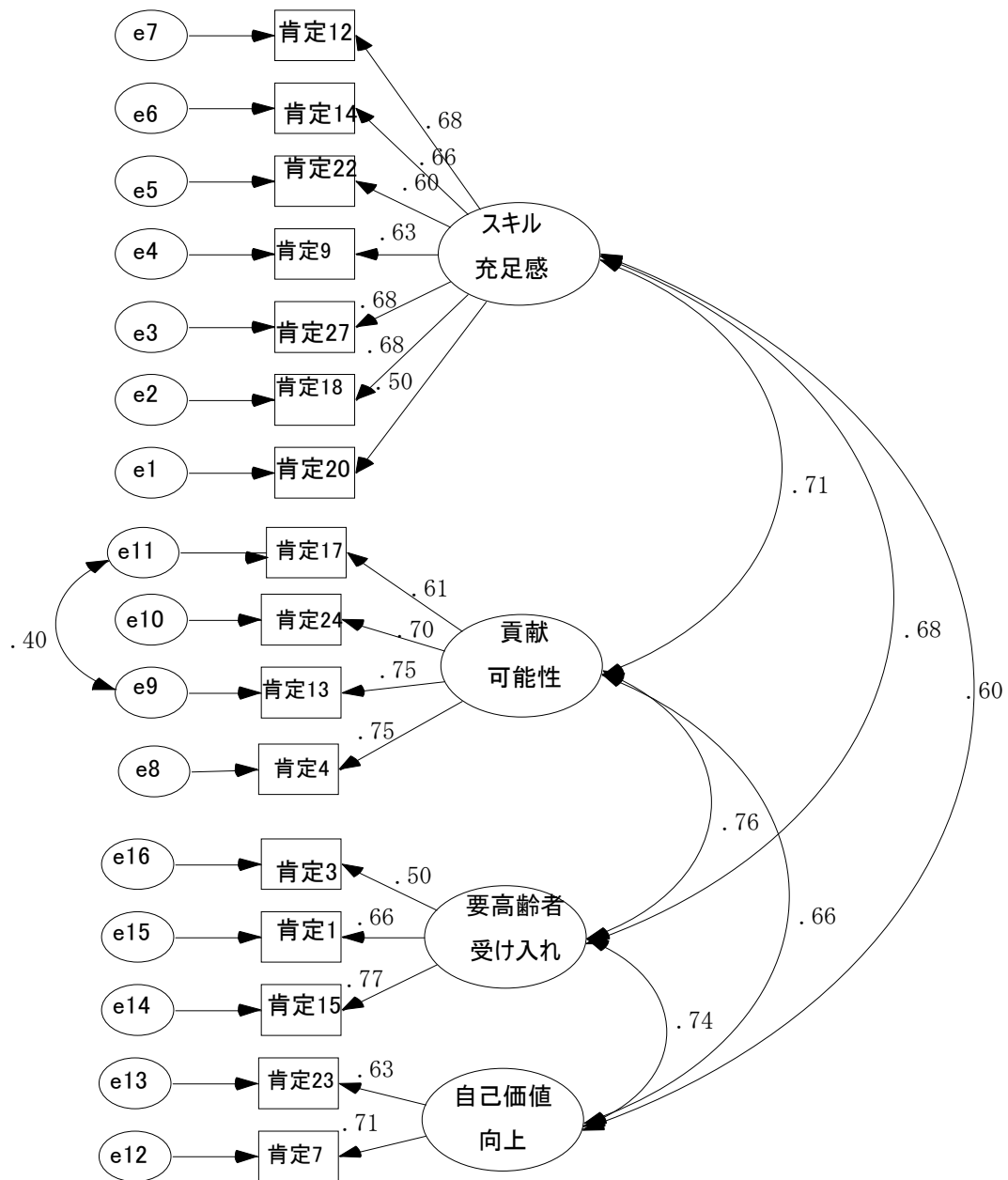
そこで、残差共分散項を設けることによってモデルの修正を行い、適合度の改善を図った。その結果、修正指標を手がかりに1つの残差共分散項（項目17と項目13）を設けることによって、モデルの適合度は改善された。同一の因子に所属する質問項目は、同一構成概念の測定値であり、質問文がかなり似た表現になりがちであるから、同一の測定誤差を有することが考えられる。古谷野（1989）は、質問項目の因子所属と因子間の関係に変更を加えず、最小数の有意な残差共分散項を加えることによる適合度の改善を目指すことは、モデルの内容的妥当性を損なうものではないと述べている。

修正モデルの結果を〔図5〕に示す。修正モデルの結果、修正モデルの適合性は、 $\chi^2$  (1.437) = 109.630、 $p$  = .189、GFI=.942、AGFI=.923、CFI=.978、RMSEA=.049と、最初のモデルよりもデータに適合した結果が得られた。この修正モデルは、GFIとAGFI、CFIが.9を超えており、RMSEAの数値は.05以下である。そのため、適合度が妥当なモデルといえる。また、それぞれ因子負荷は、いずれも十分な大きさの値であり、すべて統計的に有意であった。潜在変数（因子）間の相関係数は、0.712、0.686、0.584、0.761、0.672、0.677と比較的高い数値を示していた（表23）。

肯定的介護認識尺度の信頼性を検討するために、信頼性係数を算出したところ、Cronbachの $\alpha$ 係数は.892であった。

<b>I. 第1因子 ; 介護に対する介護キルや充足感の向上</b>	
12 介護を通して、介護の技術が見についたことが、うれしい	. 682
14 要介護者を最後まで面倒を見てあげようと思う	. 655
22 要介護者の良いところも悪いところも、ありのままの姿として受け入れるようになっている	. 600
9 要介護者が介護に対する求めていることを把握することができる	. 634
27 介護に関わる問題を、うまく対応できるようになっている	. 671
18 病気や障害のある人に対して、理解や思いやりを持つようになっている	. 675
20 介護が困難な状況においても、何をすれば良いか分かっている	. 492
<b>II. 第2因子 ; 他者への貢献可能性</b>	
17 自分の介護経験をボランティアとして、社会的に貢献をしたい	. 618
24 他人を支えるような気持ちになっている	. 692
13 私の介護経験を、社会や若い世帯に介護の意義として伝えていきたい	. 744
4 自己の介護経験を他の介護者のために役立てたいと思う	. 744
<b>III. 第3因子 ; 要介護者の受け入れ</b>	
3 要介護者も頑張っていると思える	. 495
1 介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている	. 656
15 要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる	. 764
<b>IV. 第4因子 ; 自己価値の向上</b>	
23 介護引き受けることは、自分の評価を高めると思う	. 631
7 介護を引き受けることは、社会的に認められることだと思う	. 717
<b>因子間の相関係数</b>	
1因子-2因子	0. 712
1因子-3因子	0. 686
1因子-4因子	0. 584
2因子-3因子	0. 761
2因子-4因子	0. 672
3因子-4因子	0. 677

<表23> 「肯定的介護認識」尺度の確証的因子分析の結果



$\chi^2 (1.437) = 109.630$ , GFI=.942, AGFI=.923, CFI=.978, RMSEA=.049

〔図5〕 肯定的介護認識の検証的因子分析結果

#### 第4節 考察

本章においては、家族介護者の家族介護について把握することが可能な肯定的介護認識尺度の開発を試みた。『肯定的介護認識』の構造を検討するために、因子を抽出した後に、確証的因子分析によって、その構造の信頼性と妥当性を検討した。共分散構造モデルによる確証的因子分析は、「理論的に立てられたモデルを実際データに当てはめ、その適合度の検討を通してモデル妥当性の検証を行う分析である」（古谷野 1989 ; 99）。そのため、確証的因子分析は、探索的因子分析にみられる因子の抽出と解釈の際、恣意性や曖昧さをもたないといえる。共分散構造モデルによる確証的因子分析を用いたことによって、これまでであった介護肯定感に関する理論あるいは概念を、実際のデータに即して検討したことに意義がある。

このモデルの適合度は、 $\chi^2$ 値、GFI、AGFI、CFI、RMSEAのいずれも基準を上回っている（豊田2008）。また、『肯定的介護認識』について抽出された「介護に対するスキルや充足感の向上」「他者への貢献可能性」「要介護者の受け入れ」「自己価値の向上」の4因子からなる構造が少なくとも本調査データにおいては妥当であることが確認できた。なお、『肯定的介護認識』の内的整合性について、各因子に属する項目および16項目で検討した結果、各因子のChronbach  $\alpha$  信頼係数では、第4因子が若干低い数値を示した。それは、第4因子の項目数が2項目であったため、Chronbach  $\alpha$  信頼係数が低かったと考えられる。ただし、16項目全体では、.892と十分な整合性を意味する数値が得られたことから、本尺度の内的整合性は満たされているものと判断した。

今回開発した『肯定的介護認識』尺度の下位尺度は、従来の研究で指摘されている介護に対する肯定感の内容を含んでいると解釈ができた。また、『肯定的介護認識』尺度の評価項目は、因子分析より構成概念を抽出しているため、本研究に用いた。

それぞれの因子に含まれる項目から解釈すると、本研究で得られた「介護に対するスキルや充足感の向上」の因子は、「要介護者が介護に対して求めていることを把握することができる」の項目や、「介護が困難な状況においても、

何をすれば良いか分かっている」の項目など、介護を通して獲得した技術や能力に対する肯定的評価を示す項目によって構成された。この因子は、Pearlin et al. (1990) の「介護能力」尺度と内容的に対応しており、専門家による介護に対する知識や技能に関する教育的介入によって、向上されることが期待されよう。しかし「要介護者の良いところも悪いところも、ありのままの姿として入れるようになっている」の項目は「要介護者の受け入れ」の因子ではなく、「介護に対するスキルや充足感の向上」の因子に属している。家族介護者が「要介護者の受け入れ」のみならず、介護者の充足感の向上という視点を持つととらえられる。すなわち、家族介護者が充足感を向上させるため、要介護者との関わりの中でどのように引き出せるかという観点があるから、このような因子となったのではないか。

「他者への貢献可能性」の因子は、「自分の介護経験をボランティアとして、社会的に貢献をしたい」という項目や「他人を支えるような気持ちになっている」項目など介護を通して他の人に対して、貢献できるという認識に至っていることを示す項目によって構成されている。川崎・高橋(2006)は、質的研究によって介護に対する自己成長感を抽出しており、そのなかに「貢献」という概念が含まれている。つまり、「他者への貢献可能性」因子は、介護者が自分の他に介護で苦勞している人や、弱い立場の人に対して、これまで獲得した介護に関する有益な情報や知見を提供できると認識しているといえる。

「要介護者の受け入れ」の因子は、要介護者を肯定的に受け止め、高齢者との関係の良さを表していると解釈できた。この「要介護者の受け入れ」の因子は、広瀬(2005b)が抽出した「高齢者への親近感」と内容的にほぼ対応しており、介護を行う上で、要介護者と介護者との関係の重要性を示唆しているといえる。

「自己価値の向上」の因子は、介護者としての自らの役割に対する社会からの肯定的評価と、介護そのものへの意味づけを含む内容になっている。例えば、「介護を引き受けることは、社会に認められることだと思う」の項目は、自身の介護行動に対する意味づけであり、介護者としての自分に対する社会的な肯定的評価である。「自己価値の向上」の因子は、韓国の家族文化を照らして抽出された因子であり、家族介護者本人に強く内面化され、あるいはまわりの環境から圧力として感じられている社会規範に規定されて意味づけているもので

ある。具体的に「介護を引き受けることは、自分の評価を高めると思う」といった表現は、ある家族観に基づく規範の内面化、あるいは周囲からの規範的圧力にもかかわらず、家族介護者自身が介護を受け止めることを評価していると読み取ることができると言える。これが韓国の文化を反映している要因であるといえる。

「介護に関するスキルや充足感の向上」、「要介護者の受け入れ」、「自己価値の向上」は、Lawtonほか（1989）やKramer（1993）の指摘する概念とも一部一致しており、家族介護者がもつ肯定的な介護認識としてそれぞれが、重要な意味があるといえる。Lawtonほか（1989）は、介護者が負担や負担感といった否定的側面のみを訴えるのではなく、介護に対して肯定的な態度を取る介護者も見られることから、介護満足感、対処努力による効力感などもストレスサーに対する幅広い意味での認知的評価として位置づけている。Kramer（1993）は介護の肯定的側面である“gain”を構成する要素を整理した結果、介護に対する3つの側面を報告した。その3つの側面は、感謝・楽しさなどの「感情的側面」、自己受容・マスタリーなどの「自己評価の側面」、個人の成長及び人生の目的という「意味付けの側面」であった。さらに、安部（2002）が開発した「介護マスタリー」尺度では、2因子を抽出されている。その2因子は本研究と類似した概念で構成されている。安部の「介護自己達成感」は本研究の「自己価値の向上」に、「介護に対する対処効力感」は、「介護に対するスキルや充足感の向上」に対応している。

山本ほか（2002）の「介護の肯定的認識」は、日本で開発された独自の尺度であり、比較的広い範囲の概念が設定されており、「被介護者への愛着」と「規範の実践」という概念が選択されている。

以上のことから、肯定的介護認識を構成する下位尺度が「介護に対するスキルや充足感の向上」「他者への貢献可能性」「要介護者の受け入れ」及び「自己価値の向上」の4因子に集約されたことは妥当であるといえる。

## 第5節 第5章のまとめ

本章では家族介護者を対象とした質的研究により、生成された共通カテゴリ



一を中心に肯定的介護認識尺度の項目選定をし、それに基づいて肯定的介護認識尺度を開発した経緯をまとめた。その結果、肯定的介護認識は、「介護に対するスキルや充足感の向上」「他者への貢献可能性」「要介護者の受け入れ」「自己価値の向上」の4因子が下位尺度として確認された。また確証的因子分析を行うことにより、肯定的介護認識尺度の信頼性と妥当性も確認できた。次の第6章では、量的調査と質的調査による同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についてまとめる。

## 第6章 同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係検討； 量的調査と質的調査による分析

本章では、家族介護者における同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についてまとめた。まず、量的調査では、同居家族療養制度の状況をまとめ、その後、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を分析し、まとめた。次に、質的調査によって同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係をまとめた。

### 第1節 調査目的と仮説

本章の目的は、家族介護者における同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を明らかにすることである。

本章における仮説は、以下のものである。

仮説は、仮説2-1（t検定）、仮説2-2（分散分析）、仮説2-3（重回帰分析）である。

#### 〔仮説2-1〕

家族介護者における肯定的介護認識の下位要因（【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】）は、同居家族療養制度の利用群の方が非利用群よりも高い。

#### 〔仮説2-2〕

同居家族療養制度と続柄は、家族介護の肯定的介護認識の下位要因（【要介護者の受け入れ】【介護スキルの向上】【自己価値の向上】【他者への貢献可能性】）に与える影響力が違う。

〔仮説2-3〕

家族介護者の扶養意識や介護負担感や同居家族療養制度（利用）や続柄（娘）は、肯定的介護認識に対する影響力及び説明力が大きい。

第2節 結果

第1項 同居家族療養制度の利用状況の結果

同居家族療養制度の利用・非利用への回答をもとに、対象者を同居家族療養制度に対する利用群と非利用群に2分した。同居家族療養制度を利用している者が123人であり、同居家族療養制度を利用していない者が131人であった（表24）。同居家族療養制度の利用・非利用と続柄のクロス集計を実施した。その結果、同居家族療養制度を利用している家族介護者は123名（48.8%）であり、そのうち、妻が25名（20.3%）、娘が21名（17.1%）、嫁が77名（62.6%）であった。同居家族療養制度を利用していない家族介護者は、131名（51.6%）であり、そのうち、妻が22名（16.8%）、娘が24名（18.3%）、嫁が85名（64.9%）であった（表24）。

〈表24〉同居家族療養制度の利用・非利用と続柄のクロス集計の結果

	続柄			合計
	妻	娘	嫁	
同居家族療養制度の利用	25名 (20.3%)	21名 (17.1%)	77名 (62.6%)	123名 (48.8%)
同居家族療養制度の非利用	22名 (16.8%)	24名 (18.3%)	85名 (64.9%)	131名 (51.6%)
合計	47名 (18.5%)	45名 (17.7%)	162名 (63.8%)	254名 (100.0%)

家族介護者における同居家族療養制度の状況を表25に示した。

データの記述統計によると、家族介護者が同居家族療養制度を利用した平均期間は、11.9ヶ月であった。同居家族療養制度を利用するメリットについては、「要介護者に最も良い技術で世話できるから」が72名（58.5%）、「要介護者の介護と離れる自由時間が得られるから」が20名（16.2%）、「経済的余裕ができるから」が29名（23.5%）、「その他」が2名（1.6%）であった。同居家族療養制度の満足度については、「まあ満足している」73名（61.4%）「とても満足している」17名（11.7%）と約8割の家族介護者が同居家族療養制度に対して満足感を感じていると回答していた。療養保護士としての外部活動の有無については、123名のうち43名（34.9%）のみ外部活動していた。外部活動をしていない理由については、「他に就労しているから」が19名（23.7%）、「要介護者の介護に最善を尽くしたいから」と回答した家族介護者が27名（34.7%）、「給料が家庭の経済に役に立たないから」が5名（6.2%）、「療養保護士の職が専門職ではないから」が4名（5.0%）、「家庭以外の場では介護したくないから」が15名（18.7%）、「その他」が3名（3.7%）であった。

<表25> 同居家族療養制度の状況

項目		度数(パーセント) Mean(SD)
同居家族療養制度の利用・非利用	利用している	123(48.4)
	利用していない	131(51.6)
同居家族療養制度の利用期間		11.9(SD=6.8)
同居家族療養制度の利用するメリット	要介護者に最も良い技術で世話できるから	72(58.5)
	要介護者の介護と離れる自由時間が得られるから	20(16.2)
	経済的余裕ができるから	29(23.5)
	その他	2(1.6)
同居家族療養制度の満足度	全く満足していない	1(.8)
	あまり満足していない	14(11.3)
	どちらかと言えない	22(14.8)
	まあ満足している	73(61.4)
	とても満足している	17(11.7)
療養保護士として外部活動の有無	活動している	43(34.9)
	活動していない	80(65.0)
外部活動をしていない理由	他に就労しているから	19(23.7)
	要介護者の介護に最善を尽くしたいから	27(34.7)
	給料が家庭の経済に役に立たないから	5(6.2)
	療養保護士の職が専門職ではないから	4(5.0)
	家庭以外の場では介護したくないから	15(18.7)
	その他	3(3.7)

## 第2項 同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループによる肯定的介護認識の差

表26には、同居家族療養制度の利用・非利用による差の検討するために、肯定的介護認識の下位要因得点について t 検定を行った。t 検定を行った結果は、<表26>に記載した。

<表26> 肯定的介護認識各下位尺度得点の同居家族療養制度による t 検定の結果

下位尺度	全体 (N=254)		制度利用群 (N=123)		制度非利用群 (N=131)		t値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
介護スキルや充足感の向上	33.610	5.171	34.642	5.070	32.641	5.096	3.032**
他者への貢献可能性	9.755	2.518	10.252	2.186	9.290	2.721	3.114**
要介護者の受け入れ	6.858	1.878	7.187	1.852	6.549	1.857	2.737**
自己価値の向上	6.468	1.879	6.723	1.665	6.229	2.036	2.124*

\*p<.05, \*\*p <.01

表26にみられるように、「介護スキルや充足感の向上」(t=3.032, p<.01)と、「他者への貢献可能性」(t=3.114, p<.01)、「要介護者の受け入れ」(t=2.737, p<.01)、「自己価値の向上」(t=2.124, p<.05)の各下位要因で、同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループの間に有意な差が認められた。いずれも同居家族療養制度を利用しているグループの方が、同居家族療養制度を利用していないグループより有意に高い得点を示していた。すなわち、肯定的介護認識が、同居家族療養制度の利用と何らかの関係があるといえよう。

## 第3項 同居家族療養制度の利用・非利用と続柄による肯定的介護認識の差

同居家族療養制度の利用・非利用と続柄による肯定的介護認識の下位要因の得点の平均差を検討するために、各下位尺度の得点について同居家族療養制度と続柄を投入して分散分析を行い、Tukey法による多種比較も行った。その結果は表27に示した。なお、妻は47名、娘は45名、嫁は162名であった。

分散分析の結果、「介護に対するスキルや充足感の向上」については、主効果では、「同居家族療養制度」(F=7.441,  $p < .05$ )と「続柄」(F=3.494,  $p < .01$ )において、統計に有意な関係が認められた。交互作用においては、統計的に認められなかった。利用君では「続柄」においては、妻>娘>嫁の順で「介護に対するスキルや充足感の向上」の得点が高かった。

「他者への貢献可能性」については、主効果では、「同居家族療養制度」(F=8.862,  $p < .01$ )と「続柄」(F=2.264,  $p < .05$ )において、統計的に有意な関係が認められた。交互作用においては、統計的に認められなかった。

「続柄」においては、同居家族療養制度の利用の場合、妻>娘>嫁の順であり、非利用の場合は、娘>妻>嫁の順で「他者への貢献可能性」の得点が高かった。

「要介護者の受け入れ」については、主効果では、「同居家族療養制度」(F=5.782,  $p < .05$ )と、「続柄」(F=4.811,  $p < .01$ )が認められた。交互作用においては、同居家族療養制度と続柄の間には統計的に有意な関係が認められた(F=.338,  $p < .05$ )。多重比較では、「続柄」は、娘>妻>嫁の順で「要介護者の受け入れ」の得点が高かったことが認められた。

「自己価値の向上」については、いずれの群においても有意な交互作用と主効果が認められなかった。

以上の結果から、同居家族療養制度を利用している場合、妻と娘の方が嫁より、家族介護に対して介護に対するスキルや充足感を高めることを経験し、さらに他の人への貢献したい気持ちになっている。これに対して、同居家族療養制度を利用していない場合は、妻の群と嫁の群より娘の群の方が介護に対するスキルや充足感を経験し、他者への貢献可能性や要介護者を受け入れようとする傾向にあるといえる。

＜表27＞ 同居家族療養制度の利用・非利用と続柄による  
肯定的介護認識に関する分散分析の結果

制度	続柄	制度利用群 (N=123)		制度非利用群 (N=131)		主効果		交互 作用	多重 比較
		平均値	SD	平均値	SD	制度	続柄		
介護スキルや充足感の向上	妻	28.760	.763	25.682	.813				
	娘	27.286	.832	27.000	.779	7.441**	3.494*	1.627	
	嫁	26.506	.435	25.224	.414				
他者への貢献可能性	妻	11.520	.489	9.182	.522				
	娘	10.048	.534	9.875	.500	8.862**	2.264*	2.591	
	嫁	9.896	.279	9.153	.265				
要介護者の受け入れ	妻	7.160	.366	6.182	.390				
	娘	7.810	.400	7.458	.374	5.782*	4.811**	.338*	娘>妻*
	嫁	7.026	.209	6.388	.199				娘>嫁*
自己価値の向上	妻	7.120	.373	6.045	.397				
	娘	6.619	.407	6.833	.381	2.738	.767	1.379	
	嫁	6.623	.212	6.106	.202				

\*p<.05、\*\*p <.01

#### 第4項 「肯定的介護認識」に影響を与える要因

各指標間のピアソンの積率相関係数を算出した結果、ソーシャル・サポートは肯定的介護認識との有意な相関が認められなかった。扶養意識と同居家族療養制度は、肯定的介護認識に正の中程度の有意な相関を示した。介護負担感は、肯定的介護認識に負の中程度の有意な相関を示した。続柄は、肯定的介護認識に有意な負の低程度の相関を示した。それを一覧したものが表28である。なお、同居家族療養制度と続柄はダミー変数とした。



<表28> 相関係数 (分析N=207)

	肯定的 介護認識	扶養意識	介護負担感	ソーシャル サポート	同居家族 療養制度	続柄
肯定的介護認識	1					
扶養意識	.387**	1				
介護負担感	-.382**	-.368**	1			
ソーシャルサポート	.091	.068	.063	1		
同居家族療養制度	.221**	.028	-.138*	.035	1	
続柄	-.173**	-.111	.099	-.274**	-.049	1

\*\*p < .01

次に、肯定的介護認識を従属変数とし、その以外の変数を独立変数とする重回帰分析を行った。表28に示されたように独立変数間の相関係数は中程度以下であり、多重共線性の問題はなかった。なお、変数は強制投入とした。

重回帰分析の結果、重決定係数は.259であり、0.1%水準で有意な値であった。それぞれの独立変数から従属変数への標準偏回帰係数は、表29に示す通りである。

<表29> 重回帰分析の結果 (分析N=207)

	ベータ
扶養意識	.276***
介護負担感	-.244***
ソーシャル・サポート	.055
同居家族療養制度	.171**
続柄(嫁=1ダミー)	-.099*
F値	17.299***
R2	.259

\* p < .10, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

扶養意識と介護負担感から肯定的介護認識への標準偏回帰係数は0.1%の水準で有意傾向であり、同居家族療養制度は1%水準で有意な係数であった。また、続柄から肯定的介護認識への標準偏回帰係数は $p < .10$ の有意であり、すなわち、嫁が娘より肯定的介護認識が低い傾向を示した。独立変数のなかでも、扶養意識、介護負担感 は肯定的介護認識の重要な要因となっているといえよう。

本研究における同居家族療養制度の以外の独立変数は、先行研究において介護肯定感と関連が認められた変数として選択した。重回帰分析の結果から、ソーシャル・サポートは有意な関連を持たなかった。このような結果は、ソーシャル・サポートと肯定的介護認識の関係について再考を促すものといえる。

### 第3節 同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関係に関する検討

前節までの量的調査による同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関係に関する分析結果から、次のような2つのことが明らかになった。1) 同居家族療養制度の非利用群より、同居家族療養制度の利用群の方が肯定的介護認識の4つの下位要因の平均値が高いこと、2) 娘の場合は、同居家族療養制度の利用においても、非利用においても、嫁より肯定的介護認識は高かったことが明らかになった。第4章によると、韓国では「親孝行」が同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、肯定的介護認識の中核的要因であった。続柄によって「親孝行」には、どのような異なる内容であるのかについて探索する必要がある。そのため、本節では、第4章の質的分析結果を用い、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に関する内容を検討する。

まず、同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関係に関する内容を検討する。その後、同居家族療養制度の利用・非利用による続柄（娘と嫁）の「親孝行」の内容を検討する。

第4章の質的研究では、同居家族療養制度の利用と非利用による肯定的介護認識の共通カテゴリーが抽出された。肯定的介護認識の共通カテゴリーは、【要介護者の受け入れ】 【介護スキルの向上】 【自己価値の向上】 【他者への貢献

可能性】であった。この4つのカテゴリーは、韓国における家族介護者の肯定的介護認識を表す代表的なものである。

まず、4つのカテゴリーについては、同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関係に関する内容を検討するため、家族介護者の語りを中心に、この語りの意味を検討する。

### 1. 【要介護者の受け入れ】

【要介護者の受け入れ】は、介護者が徐々に要介護者を理解するようになり、情緒的配慮をしながら介護を行っていることである。以下は、同居家族療養制度を利用しているBと、同居家族療養制度を利用していないB-1の【要介護者の受け入れ】を表している語りである。

「このごろは徐々に義父の性格を把握するようになりました。療養保護士として外部活動してから、義父との離れている時間が生じて、少しずつ楽になっている気持ちです。そうすると、義父を受け入れるようになったと思います。義父と離れている時間ができてほっとします。介護の始めにはとても大変で、私が継続的に面倒を見られないかもしれないと思ったこともありました。今は義父との関係が徐々に楽になっています。私が義父に“はい、はい”としてあげれば大丈夫です。」（利用：B、嫁）

「母は誰にも『これをしてくれ、あれをしてくれ』などの話しを一切しない性格です。私は母が望むことを考えながら介護している。そうすると、最も母の気持ちが分かるようになる気がします。」（非利用：B-1、娘）

このように、B（利用：嫁）は、要介護者との関係が介護開始の際にはあまりよくなかったが、外部活動により要介護者と離れる時間が確保できてから、徐々に改善していくことを表している内容である。B-1（非利用：娘）は、要介護者の気持ちをくみ取ることや要介護者に思いやりながら、介護を引き受けている内容を表している。

以上のことから、家族介護者が要介護者を在宅で介護することは、多くの負担や責任がかかるストレスな状況であるが、同居家族療養制度を利用する場合は、療養保護士としての外部活動する影響で、精神的に楽になっていることを意味している。同居家族療養制度を利用しない場合は、家族介護者が介護生活で押しつぶされずに、要高齢者との情緒的交流に目を向けていくことを意味している。

## 2. 【介護スキルの向上】

【介護スキルの向上】は、家族介護者が自らの介護能力や介護の過程で起こる課題に対して適切な対処ができるようになることを表している。特に 以下は、同居家族療養制度を利用しているDとIの語りであり、同居家族療養制度を利用していないC-1の語りである。

「義父が便をすると私が手袋をはめて拭いてあげます。手袋をはめないと拭くのはできなかつたんですよ。手袋をはめて拭かなければ、きれいに拭けないし不便です。私は徐々に要領がわかって、今は手袋をはめなくても、よく拭いています。私は義父が、介護に対して望んでいることを把握できます。～省略～私は療養保護士資格を取ってから、義父の応急処置に驚かないで対処することができるようになりました。実習で学んだことが実際に義父の面倒を見るのに役に立っています。」（利用：D、嫁）。

「お風呂もよくしてあげたので、便利な方法を見つけました。今は夫を便器に座らしてやっています（お風呂）。お風呂は便器でやるのが一番安全です。療養保護士になるために勉強したものなどが、夫の介護に役に立ちます。前（療養保護士になる前）は、夫を起こしたりて座らしたりすることを私の力だけでしたから、私の腰に無理になって腰の痛みがひどかったです。最近、夫とお互いに協力しながらやります。例えば、夫の右側が正常だから起きる時も夫は最大限右側を使いながら起きるから、私も大変ではなくて良いです。前（療養保護士になる前）に比べて、とても容易

です。」（利用：I、妻）

「初めは、オムツ交換もできなくて、便をだらだらこぼしたこともあり  
ました。今は要領を得てオムツ交換ができます。オムツ交換しながら、臭  
いがすることで顔を顰めたことはないです。初めは、どうすればいいか分  
からなくて、汗だけ流しましたが、徐々に慣れて行きました。初めに、オ  
ムツ交換する時は、いつオムツ交換すればいいかも分からなかったから、1  
2回くらい確認しました。今は適当にやっても、ぴたりと当たっています。  
余裕を持ってやる気持ちになっています。血糖値のチェックや血圧を測る  
ことも上手になりました。」（非利用：C-1、嫁）

DとI（利用）は、教育と実習を通じて、修得した介護技術や介護能力が、  
徐々に向上していることを表す内容である。C-1（非利用）は、介護経験を通し  
て介護方法や対応方法を工夫しながら、介護技術を自分なりに自然に身に付け  
て行く様子である。

以上のことから、同居家族療養制度を利用する場合は、専門的な教育を受け  
ることと療養保護士としての外部活動によって、要介護者の介護状況の把握が  
できるようになっている。よって介護者は、要介護者の介護ニーズにあたる対  
処能力が生じていると解釈できる。同居家族療養制度を利用していない場合は、  
自分なりに介護方法を工夫しコントロールできる割合を増やし、余裕が出てく  
ることであり、介護に対する自信や自己効力感につながっていることがうかが  
える。

### 3. 【他者への貢献可能性】

【他者への貢献可能性】は、介護経験を基に、何らかの形で他の介護者や第3  
者などに有益な知識を提供しようとするとして定義される。同居家族療養制度の利  
用・非利用にかかわらず、【他者への貢献可能性】という意欲が強かった。特  
に、J（利用）とB-1（非利用）が他者への貢献しようとする意識が強かった。  
以下は【他者への貢献可能性】についてJとB-1が語った内容である。

「高齢者のためにボランティアをやりたいです。療養保護士で活動して

みたら、高齢者に何か力になる事をしてみたいくなりました。奉仕をしながら私も楽しみを感じたいです。私も義母が亡くなったら、余裕のある時間には他人に役に立つ人として生きてみたいです。前（療養保護士の資格取得前）には、義母と暮らすのが大変だと思うばかりでした。療養保護士の資格を取得してから、私よりもっと難しい介護状況で生活している人も多いということが分かるようになりました。そんな人々（私よりもっと難しい状況にある人々）も熱心に生きているのが分かるようになりました。私も何か社会の力になりたいです。」（利用：J、嫁）

「母が亡くなり、会社を定年退職してからは、母の介護経験を生かして、ボランティア活動してみたいです。他の人（同じような介護をしている人）に、何か教えられること、その人が何か得ることがあるな—と思っています。私のために何かをやりたいです。」（非利用：B-1、娘）

このようにJが語っている内容は、療養保護士としての外部活動することがきっかけで、自分の介護経験を活かして他の人に貢献したいとする意欲を表している。B-1は、何か人のためになることをするという姿勢ではなく、自分の介護経験を活かして自分のために、自分と同じような介護をしている人達のため、役に立ちたいという気持ちを表している内容である。

以上のことから、同居家族療養制度を利用する場合は、介護経験により得られた実践的な知恵や技術に加え、体系的な教育を得て蓄積になっている。また、それらの蓄積が介護経験者としての専門性であると認識されており、その専門的な経験を個人的な経験で終わらせるのではなく、他の人に貢献したいという思いを示している。一方、同居家族療養制度を利用していない場合は、長期にわたる介護経験により身に付けた実践的な知恵や会得した介護技術を、自分のように苦勞している他者に貢献しようとすることを示唆している。

#### 4) 【自己価値の向上】

【自己価値の向上】は、韓国では、特に社会からの「親孝行」の評価を受け

た結果、それが自己価値という肯定的介護認識につながっている。特に、要介護高齢者に対しての「親孝行」について、FとB-1は次のこのように語る。

「義母の介護は私に与えられた仕事です。義母の面倒をみるというよりは、ただ一緒にいるということだと思います。夫は義母と一緒に住んでいることだけでも、とても幸せそうです。夫は妻や子どもがいて生きる力になっているけれども、義母と一緒に生活していることが夫にはもっと生きていく力になるそうです。夫はそのような告白を私にしてくれました。義母は私が少し笑っただけで、幸せそうです。年をとったせいなのか、義母も気弱くなっているかもしれないけど…。私が義母に何かをしてあげることではなく、心を差し上げることだと思います。何か特別に義母にしてあげることはないですが、家で義母を最後まで介護してあげたいわ。」(利用：F、嫁)

「親が病気にかかると、子は当然に親の面倒を見るべきです。近くに住む別の兄弟は、いろいろ自分なりの事情があって、母の世話を避けています。私は避けている兄弟に対しての不满がないです。私は結婚していないから…さらに、母の介護の仕方は自分しか分からないから、家で最後までやってあげたいです。」(非利用：B-1、娘)

このようにFとB-1は、親の介護を「親孝行」の実践として肯定的に意味づけている。FとB-1は、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用に関わらず、「家で最後まで介護してあげたい」という一定の思いや「親孝行」の信念を示している。山本(1995a)によると、介護者が娘あるいは嫁である場合、「親孝行」は強い社会規範となっていたり、要介護者に対する強い愛着があったりするために、介護生活あるいは現実を生きる上で、非常に高い価値を持つものである。韓国では、妻や娘、嫁の女性が介護者となる傾向が多い。本研究でも対象者は女性介護者であった。山本の研究と単純に比較することが難しいが、いずれの事例も単に「親孝行」による要介護者への思いが根底にあったといえる。つまり、韓国では「親孝行」という価値観が、在宅介護を実現させる

ための動機づけであるとともに、要介護者を優先させる生活を送る要因になっているといえる。

以上のように、同居家族療養制度を利用している介護者は、療養所での実習の経験により、夫を施設に入所させないで、在宅介護を継続する意思を決意し、さらに夫に対しての愛を確かめている。これに対して、同居家族療養制度を利用していない介護者は、介護の大変さよりも子供に対しての絆や配慮を大きく示している。

以上、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を検討した結果、家族介護者は、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用にもかかわらず、介護経験を通して介護方法や技術を習得し、要介護高齢者の理解を深めることや、介護の価値を高めること、また他者への貢献という姿勢に至ることが同様であることを確認した。しかし家族介護者は、同居家族療養制度の利用・同居家族療養制度の非利用によって、それぞれの肯定的介護認識のカテゴリー内容を表す意味が、異なっていることを確認した。

## 5. 嫁・娘による親孝行意識の違い

韓国の家族介護者にとって【自己価値の向上】のカテゴリー中に「親孝行」、の概念は大きな位置を占めていた。介護に対する「親孝行」の意識は、続柄によって異なると推測される。特に、嫁と娘の場合は異なっているといえる。ここでは、嫁・娘にとって「親孝行」に関する意識の異なる点について説明する。

以下は、娘の「親孝行」について、語りである。

「要介護者になっている母へいつも感謝の気持ちを持っています。～中略～私は、母の状態が段々悪くなくても、私のそばで長く生きてくれたら、幸せです。母がずっと病院生活しても構いません（泣きながら）。～中略～私が母の心情を汲み取らなければならないと思います。～省略～私は母に「私が子供の時、オムツ替えてもらったんじゃないの（母は去年あたりからオムツを使っているが、オムツ交換ごとに母は、いつも“ごめんね”



と話しています)。そうだから私が母にすることは当たり前なの」と言っています。～中略～私は母から子供のころにしてもらったことを返している…そういう人生サイクルっていう感じがします。」（非利用：B-1、娘）

B-1は、実子として育ててくれた親への愛着が強い。この愛着から娘の肯定的介護認識は、義務感より「親孝行」の気持ちと結びつくと考えられる。山本（1995a：178）は、日本の状況を娘と嫁にとって、介護経験が人生にどのような意味をもたらすかについて「儒教的な敬老の精神や女性の家庭役割」と答え、両者を区別することなく社会規範と愛着を同レベルで説明した。

一方、韓国において嫁は、介護をすることが社会的役割、として考えられてきた傾向がある。韓国では、介護を立派に果たすことが嫁の評価基準とされている。嫁の場合、継続的介護ができるためには、「夫の情緒的サポート」が不可欠な要素になっている。

以下は、嫁の場合「親孝行」を実現するために、「夫の情緒的サポート」の影響力を表すFとC-1の語りである。

「義母の介護は私に与えられた仕事です。義母の面倒をみるというよりは、ただ一緒にいるということだと思います。」（利用：F、嫁）

「義母の介護は私の仕事で、嫁としての当たり前のことなので逃げられないことと思います。夫が長男なので、義母の面倒がいくら辛いこととしても面倒を見るのは当然です。～省略～介護の良い面を探して一日一日を過ごせば、そのことが貴重です。このごろは、義母は80歳で寝たきりのような生活をしていますが、まだ生きていることがありがたいことと思えようになっています。義母が私に反応してくれると嬉しいです。～省略～夫と私が夫婦である以上、義母も私の実母のようです。～省略～実母はいつも私に『義母が生きている時水一服でも飲むようにすることが親孝行である』と教育をして育てられました。～省略～私が義母の面倒を見てから、夫は私により優しくなっている。夫は若い人みたいな愛情の表現してくれないけど、夫の愛が感じられます。そして、夫は私に『ありがとう』と言

います。前（義母の面倒をする前）は、私にやってくれたことはないことをしてくれています。例えば、私が大変だと言えば、皿洗いもしてくれたり、掃除もしてくれたりしています。私が何をもちと望みますか。私は満足しています。～省略～義理の兄弟や親戚は、私が義母の面倒を見ることに対して、感謝してくれています。それが私の力になっています。兄弟も親戚が家に来る度に、常に『ありがとう』または『ご苦労様』など言っています。これも私の力になっている。」（非利用：C-1、嫁）

嫁の場合C-1のように、韓国では「夫の情緒的サポート」を得られることで、介護者自身の存在意義が高まり、同時に「親孝行」にもつながる。一般に「介護に対する負担感、情動的サポートを受けることで緩衝効果が生まれる」といわれるが（新名1991：42）、韓国の嫁らは夫との関係に基づく情緒的支えを重視し、夫をはじめとする親族からの評価で自己価値を向上させ、介護への士気を高めているのであった（張2009）。つまり、韓国では、妻に対する夫の情緒的支えが介護意欲向上になり、「親孝行」の実践として介護の継続となるのである。

さらにC-1は、「私は満足しています」と語られているが、介護という困難な状況があったとしても、夫や義理の兄弟や親戚の支えによって、「義母の介護は私の仕事で、嫁としての当たり前ことなので逃げられない」となるのである。そして、困難状況であったとしても、その経験とともに、「介護の良い面を探して一日一日を過ごせれば、そのことが貴重です」と生き方を基本にして、現実を受け止めている。松村(2002：38)は、「人はどのように困難な状況であっても、自己の生きる意味を見出しながら生きようとする」ものであると述べている。C-1は、最初から義母の介護を肯定的に人生に意味づけし、嫁の立場としての日々の介護生活を行っている。つまり、C-1は介護という困難な状況を乗り切り、辛かった介護経験を「親孝行」へと肯定的に意味づけしている。

さらに嫁たちは、介護を「与えられた仕事（利用：F）」「嫁としての当たり前のこと（非利用：C-1）」と言っている。このように、介護に対する悲惨感は見られず、むしろ淡々とした心境で自分の役割を受け止めている。熊沢（1993：29）によると、嫁の立場で介護を担っている人たちには「何の葛藤もなく介

護を自己同一視し、一体化して受容している人」または「嫁という役割を否定し、あるいは義理・義務と考え、介護における困難や葛藤がある状態にある人」の2通りがあり、前者は嫁としての親孝行の役割規範を、疑問なく受け入れている人々であるとしているが、この語りにあるのは、前者であろう。つまり、FとCは少なくとも介護者役割を否定してはいないし、そのことが介護を続けるのに肯定的に働いているようである。

以上のように、韓国における娘と嫁における家族介護には、同居家族療養制度の利用・同居家族療養制度の非利用にもかかわらず、基本的に親の介護と「親孝行」とは密接につながっている。しかし嫁の場合「親孝行」の実現するためには、夫の情緒的サポートが必要であることが確認できた。

#### 6) 療養保護士に対する意識

上記の以外の要因では、同居家族療養制度を利用している家族介護者と、同居家族療養制度を利用していない家族介護者によって、「療養保護士に対する意識」について異なることが挙げられる。同居家族療養制度を利用している家族介護者の場合は、療養保護士を専門職としてとらえている。そのため、同居家族療養制度を利用する家族介護者は、療養保護士としての教育や外部活動から、個々の介護者の介護方法や工夫を話し合い相互に介護力を向上させている。さらに、介護に関する専門職者からの助言や健康・福祉に関する情報を得ながら、介護活動を継続している。これに対して、同居家族療養制度を利用していない家族介護者は、療養保護士を介護職として専門性が低いと感じている。このような同居家族療養制度の利用・非利用によって感じられる「療養保護士に対する意識」が異なっている。以下は、「療養保護士に対する意識」について、DとC-1の語りである。

「我家の周りには年寄りたちが多いです。私は若い方です。その方々が本人の介護経験や情報などを話してくれたの。だから、周りの人の紹介で療養士の資格を取りました。周囲では介護している療養保護士が多いですよ。それで本人たちの経験をたくさん聞かせてくれています。周りの人た

ちが私にしてくれる話が慰めになっています。～中略～ 他人との疎通ができるようになることが私を生きるようにしてくれています。療養保護士になるために受けた教育を活用できて、嬉しいです。何とかやれるという気持ちになります。私が療養保護士での外部活動をしてから胸いっぱいです。」（利用：D）。

「同居家族療養制度の利用ことを考えたが、療養保護士になるのが、少し気になって…、療養保護士は、専門職ではないイメージがあるじゃないですか。あまりなりたくないですね。制度の利用をしたくないし、今のよう義母により良い介護してあげたいです。」（非利用：C-1）

このように、同居家族療養制度を利用しているDは、介護を必要とする家族を持つ者として自身が療養保護士となり、自らの家族の介護を行うことができ、これまで高齢者扶養に伴い起こっていた家庭内の親の扶養にかかわる問題が改善されている。またDは、療養保護士としての外部活動により充足感を得られている。

これに対して同居家族療養制度を利用していないCは、療養保護士を専門性が低い職としてとらえている。つまりCが述べたように療養保護士職は、専門性に欠けるとの指摘もある。

以上のことから、同居家族療養制度の利用・非利用と肯定的介護認識との関係について検討した結果、以下のような7点が確認できた。

第一は、同居家族療養制度を利用している場合、同居家族療養制度がもつ特徴のうち、社会的評価、教育効果、外部活動の効果という3つの影響が見られた。

第二は、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用にもかかわらず、介護経験を通して介護方法や技術を習得し、要介護高齢者の理解を深めることや、介護の価値を高めること、また他者への貢献という姿勢に至ることであった。

第三は、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用にもかかわらず、韓国の家族介護者は、介護という困難な状況を自己人生に肯定的に意味づけており、その核になるものとして「親孝行」が密接につながっていることで

あった。

第四は、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用にもかかわらず、家族介護者は余裕時間の確保することから気持ちを安定させ、介護へのエネルギーを充電できることであった。

第五は、娘と嫁によって親孝行を実践する内容が異なっていることであった。娘の場合は、基本的に親の介護を「親孝行」として大切にするあり方であった。嫁の場合は、親孝行の実践を夫からの支えとの関わりの中で、さらにエンパワーされていることであった。つまり、韓国の嫁介護者は、「親孝行の実践」するために、夫の支えが条件になっていることが特徴であった。

第六は、同居家族療養制度を利用する家族介護者は、療養保護士としての教育や外部活動から、個々の介護者の介護方法や工夫を話し合い相互に介護力を向上させている。さらに、介護に関する専門職者からの助言や健康・福祉に関する情報を得ながら、介護活動を継続している。

第七は、同居家族療養制度を利用する家族介護者と、同居家族療養制度を利用しない家族介護者によって、「療養保護士に対する意識」が異なることが示唆された。

#### 第4節 考察

本章では、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係を明らかにすることを目的とした。同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループによる肯定的介護認識の下位尺度の差に関しては、先行研究と異なる結果であった。三田寺・早坂（2003）によると、在宅福祉サービスの利用が、介護者の「安心感」や「自由時間の増加」に有意な影響を与えていないと報告した。しかし、本研究では、妻・娘・嫁を対象とした同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループの間による、肯定的介護認識の下位尺度の差を検証した分析では、同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループの間に有意な差が認められた。いずれの下位尺度にも同居家族療養制度の利用グループの方が、同居家族療養制度の非利用グループの方より高い値であ

ったことが確認された。このことは、もともと肯定的介護認識が高い家族介護者が介護する意欲があり、同居家族療養制度を利用しているということもありうる。

次に、同居家族療養制度と続柄による肯定的介護認識の下位尺度差を検討するため、分散分析を行った。その結果、【介護に対するスキルや充足感の向上】【他者への貢献可能性】【要介護者の受け入れ】は、同居家族療養制度と続柄による差があることが認められた。妻と娘の場合、同居家族療養制度の利用グループが有意に高く、さらに、娘の場合は、肯定的介護認識の得点においても、嫁より有意に高いことが明らかになった。特に、娘の場合、【要介護者の受け入れ】では、同居家族療養制度の利用と非利用とともに、娘の群の得点が一番高かった。このことは、同居家族療養制度を利用する条件として療養保護士になることで、教育や実習の影響により介護スキルや充足感が向上し、外部活動の影響から自分の状況を受け止めるにも繋がっている。さらに、娘の場合、同居家族療養制度の長所を取り入れることが重なって要介護者との関係への肯定的に作用し、徐々に要介護者を受け入れになっているといえる。

以上のような結果から、嫁の場合は、同居家族療養制度を利用していないグループの方が介護負担感を高く感じられており、肯定的介護認識の値も一番低かった。今までの韓国では、介護は嫁が主な介護者になっている状況である。韓国の嫁は、社会規範よりも自発的意識で義親の面倒を受けているが、他の続柄より負担感を感じられている。

最後に、肯定的介護認識に影響を与える要因では、重回帰分析の結果、肯定的介護認識のモデルの $\beta$ の傾きから、扶養意識、介護負担感、同居家族療養制度、続柄の変数が、肯定的介護認識に有意な影響を与えることが明らかになった。扶養意識が高いほど、肯定的介護認識が高くなることが明らかになった。このことは、扶養意識が高く形成するようになると、介護者は要介護者に対する肯定的な感情が生じてくる可能性があることを示している。今回の調査では、家族介護者の介護負担感と肯定的介護認識とは関係があることが明らかになった。

また、同居家族療養制度が肯定的介護認識に有意な影響を与えていることが明らかになった。同居家族療養制度を利用している介護者は肯定的介護認識が

高くなる傾向にあるといえる。これは、社会的評価、教育的効果、外部活動の効果の影響があったといえよう。療養保護士になるため受けた教育や、療養保護士としての外部活動が、介護に関する有益な情報や情動的なサポートを得られ、家族介護者が介護に価値を見出し、介護を受容していく。今福ほか（2003）は、介護に関する専門職の技術指導や情動的なサポートが、介護者の燃え尽きの軽減に有効であると報告している。先行研究の知見と今回の知見をまとめると、同居家族療養制度の利用が、肯定的介護認識も高めていくことが明らかになった。

さらに、肯定的介護認識の下位要因の中で「自己価値の向上」を除いて続柄が有意な主効果があった。特に、「要介護者の受け入れ」では、嫁と妻の方より娘の方の「要介護者の受け入れ」の得点が、高いことが明らかになった。介護に対する肯定感については、小澤（2006）は「情緒的」に嫁が妻より不安定であること、佐々木・高崎・野川（1997）は嫁に「犠牲感」を感じていること者が多いこと、畑田ほか（1995）は、嫁が娘や妻よりも精神的健康度が低く、主観的負担感が高いこと、石川ほか（2003）は、嫁の「自己達成感」が低いこと、鈴木・谷口・浅川（2004）は、嫁の介護の意味づけにおける「受容型」が一番低いことを報告している。本調査では、嫁が妻と娘より肯定的介護認識に有意にネガティブ影響を与えていることから、先行研究と同様に、嫁は、妻と娘より介護に対して肯定感を感じにくい状況にあるのではないかといえる。

一方、質的研究の結果によると、韓国における家族介護者は、親の介護を「親孝行」の実践として肯定的に意味づけており、また家族の絆も重要な要素であることが確認された。特に娘は、実子として育ててくれた親への愛着から義務感より、「親孝行」の気持ちで介護していた。それに対して嫁の場合、継続的介護ができるためには、「夫の情緒的サポート」が不可欠な要素であることが確認された。

これまでの先行研究による知見と実証研究の知見を合わせると、家族介護者が同居家族療養制度の公的介護サービスを利用し、介護負担感を低く感じることや、扶養意識の高さは、肯定的介護認識を高めることが明らかになった。本調査の分析では、同居家族療養制度の以外、他の在宅サービスの変数を用いていない限界がある。家族介護における公的介護サービスとして、同居家族療養制

度と肯定的介護認識との関係に関する研究の蓄積は、今後とも重要であるといえる。

## 第5節 第6章のまとめ

本章では、量的調査・質的調査による同居家族療養制度と肯定的介護認識の関係に関する分析を行い、それをまとめた。まず、量的調査では同居家族療養制度の状況についてまとめた。さらに、同居家族療養制度と続柄による肯定的介護認識の下位尺度の差および肯定的介護認識に影響する要因を確認した。また、質的調査では、介護者の語りを中心に先行研究の知見をあわせ、肯定的介護認識と同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についてまとめた。

次の第7章では、嫁の肯定的介護認識とその関連要因の関連性における仮説検証についてまとめる。



## 第7章 嫁の肯定的介護認識とその関連要因の関連性における 仮説検証；量的調査による多母集団の同時分析

本章においては、嫁に限定したデータを用いて肯定的介護認識と関連要因の関連を探り、仮説モデルを検証する。『扶養意識』、『介護負担感』は『肯定的介護認識』にどのように関係があるか、それが同居家族療養制度を利用してゐる家族介護者と同居家族療養制度を利用していない家族介護者でどのように異なるかについて、新たな『肯定的介護認識の仮説モデル』を提示した。『扶養意識（外生変数）』が、家族介護者における『介護負担感』と『肯定的介護認識』をそれぞれ規定し、家族介護における『扶養意識』と『介護負担感』が『肯定的介護認識（内生変数）』を規定し、同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因を検証するため、共分散構造分析モデルによる多母集団の同時分析を行う。

### 第1節 調査目的と仮説

本章における調査目的は、肯定的介護認識の確証的因子分析を検証し、関連要因として扶養意識と介護負担感の確証的因子分析を検証し、仮説モデルを検証し、最後に、同居家族療養制度を利用している場合と同居家族療養制度を利用していない場合では、肯定的介護認識に関連する要因やその関連の仕方に違いがあるかを検討することである。

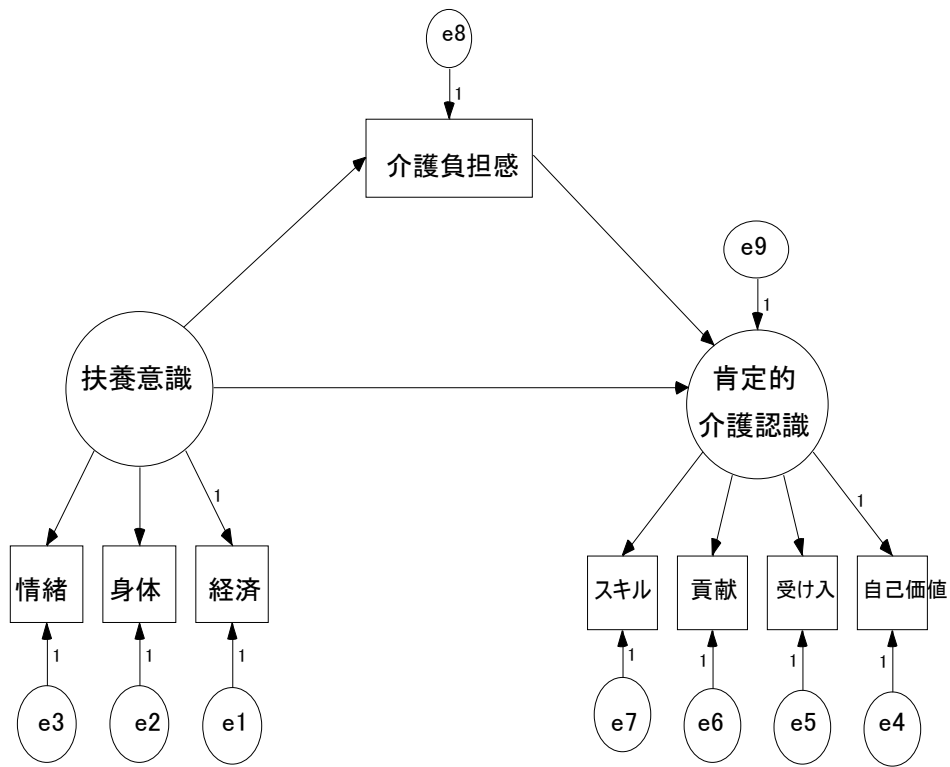
本章における仮説は、以下の通りである。

#### [仮説3-1]（修正後）

家族介護者の肯定的介護認識（潜在変数）は、扶養意識、介護負担感と因果関係がある。介護負担感を除く扶養意識は、肯定的介護認識を高める直接効果を示す。扶養意識は、介護負担感を媒介し、肯定的介護認識を高める間接効果を示す(図4)。

[仮説3-2] (修正後)

同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用では、肯定的介護認識因果モデルを構成する観測変数は共通であるが、各変数が潜在変数の肯定的介護認識に与える影響力に違いがある(図4)。



注) ・スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上

[図4] 仮説モデル(修正後)

## 第2節 結果

### 第1項 確証的因子分析の結果

#### 1. 肯定的介護認識

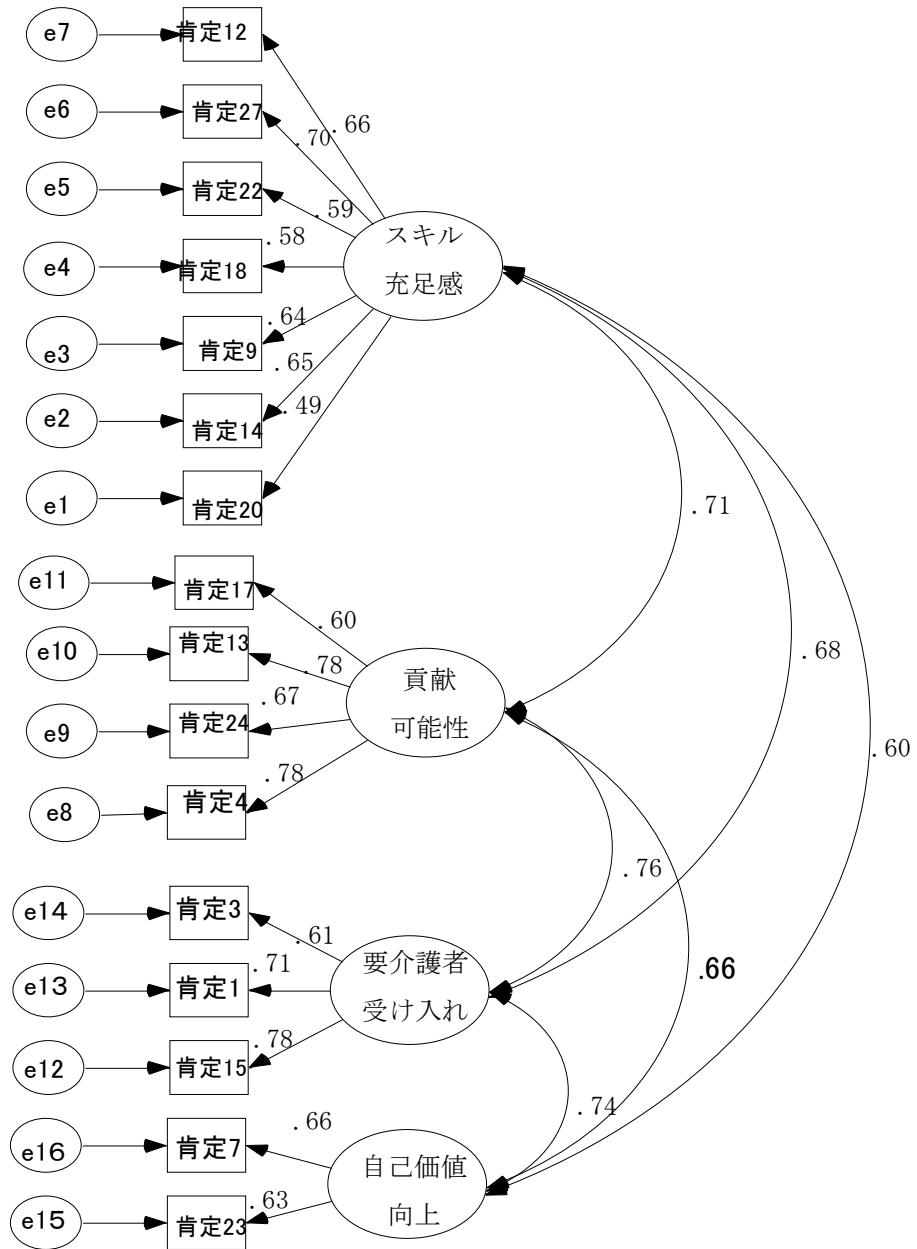
肯定的介護認識の4因子モデルは、構造方程式モデルによる確証的因子分析を行った。その結果、適合度は $\chi^2(1.890df) = 179.550$ 、 $p = .000$ 、 $GFI = .877$ 、 $AGFI = .825$ 、 $CFI = .912$ 、 $RMSEA = .074$ であり、モデル適合度が有意でなかった。そこで、修正指標を参考し、残差共分散項を設けることになった。これによってモデルの修正を行い、適合度の改善を図った。その結果、修正指標を手がかりに1つの残差共分散項（項目17と項目13）を設けることによって、モデルの適合度は改善された。古谷野（1989）は、モデルの修正の際、内容的妥当性を重視して決定した質問項目の因子所属と因子間の関係には変更を加えず、最小数有意な残差共分散項を加えることによる適合度が改善されると述べている。また残差共分散項の導入は、モデルの内容的妥当性を損なうものではないからである（古谷野1989）。

修正モデルを分析した結果、修正モデルの適合性は、 $\chi^2(1.267df = 99.147)$ 、 $p = .295$ 、 $GFI = .937$ 、 $AGFI = .877$ 、 $CFI = .982$ 、 $RMSEA = .052$ と、最初のモデルよりもデータに適合した結果が得られた。モデルの適合度について、この修正モデルは、 $CFI$ が.9を超えており、 $RMSEA$ の数値も0.08以下であることによりさらに改善されたことが確認できた。つまり、修正モデルの適合度は妥当なモデルであった。また、すべての因子負荷において正の値が観察され、 $CR$ はWald検定で5%水準の1.96（狩野2002：163-176）を上回った。『肯定的介護認識』の全項目を投入したCronbachの $\alpha$ 係数は0.88であった。

表30に肯定的介護認識の確証的因子分析の結果を示す。図6には、肯定的介護認識の確証的因子分析の修正前の結果を示し、図7には 肯定的介護認識の確証的因子分析の修正の結果を示す。

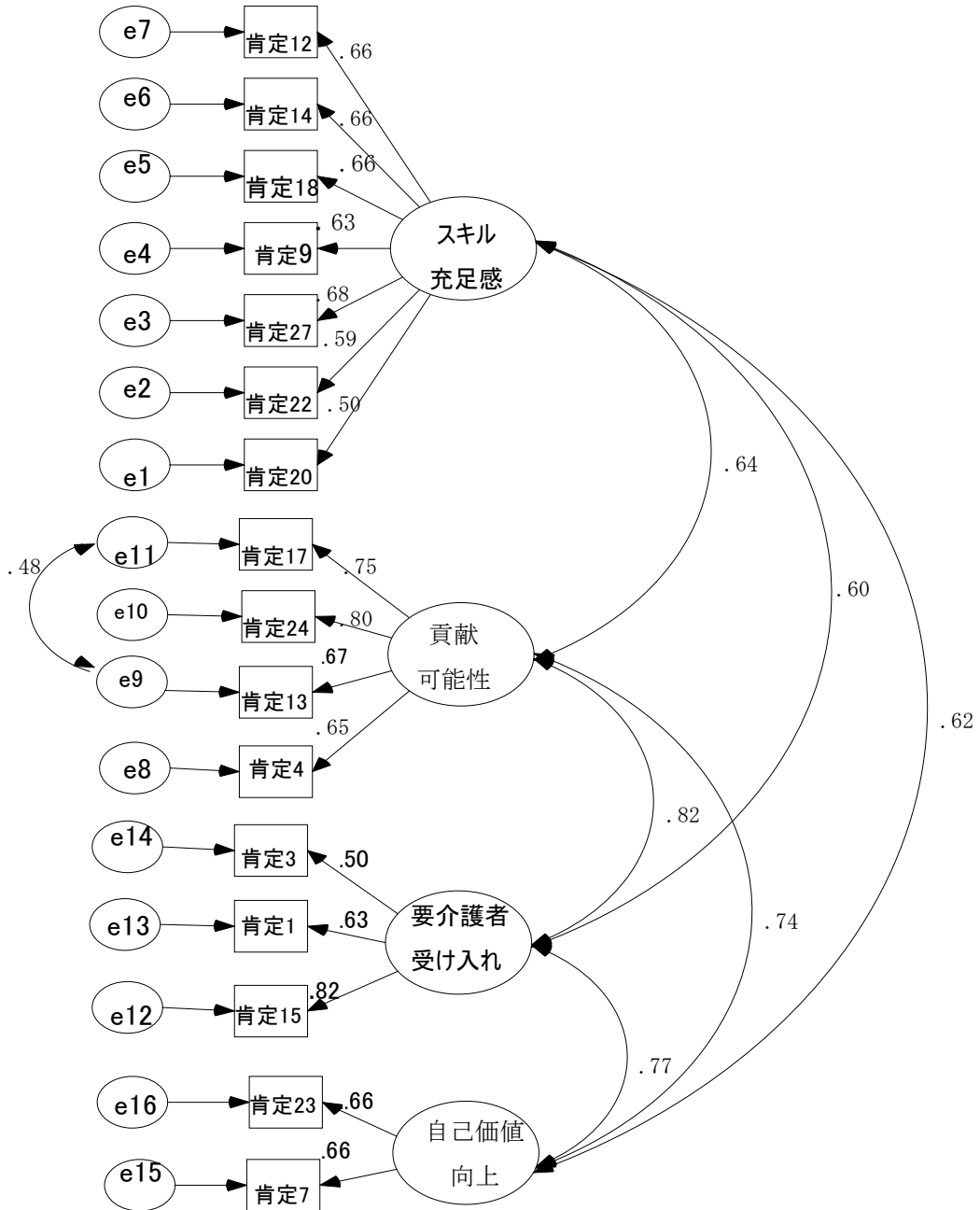
<表30> 「肯定的介護認識」尺度の確証的因子分析結果（嫁のみデータ）

肯定的介護認識 ( $\alpha = .888$ )		因子負荷量		
<b>I. 第1因子；介護に対するキルや充足感の向上</b>				
12	介護を通して，介護の技術が身についたことが，うれしい	.682		
14	要介護者を最後まで面倒をみてあげようと思う	.664		
18	病気や障害のある人に対して，理解や思いやりを持つようになっている	.663		
9	要介護者が介護に対する求めていることを把握することができる	.627		
27	介護に関わる問題を，うまく対応できるようになっている	.681		
22	要介護者の良いところも悪いところも，ありのままの姿として受け入れるようになっている	.593		
20	介護が困難な状況においても，何をすれば良いか分かっている	.502		
<b>II. 第2因子；他者への貢献可能性</b>				
17	自分の介護経験をボランティアとして，社会的に貢献をしたい	.752		
24	他人を支えるような気持ちになっている	.803		
13	私の介護経験を，社会や若い世帯に介護の意義として伝えていきたい	.671		
4	自己の介護経験を他の介護者のために役たてたいと思う	.654		
<b>III. 第3因子；要介護者の受け入れ</b>				
3	要介護者も頑張っていると思える	.502		
1	介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている	.634		
15	要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる	.823		
<b>IV. 第4因子；自己価値の向上</b>				
23	介護を引き受けることは，自分の評価を高めると思う	.662		
7	介護を引き受けることは，社会的認められることだと思う	.694		
<b>因子間の相関係数</b>				
	1因子	2因子	3因子	4因子
1因子	1			
2因子	.712	1		
3因子	.686	.761	1	
4因子				1



$\chi^2$  (1.890df) = 179.550, GFI=.877, AGFI=.825, CFI=.912, RMSEA=.074

〔図6〕 肯定的介護認識の確認的因子分析結果（修正前；嫁のみ）



$\chi^2$  (1.267df) = 99.147, GFI=.937, AGFI=.877, CFI=.982, RMSEA=.052

〔図7〕 肯定的介護認識の確認的因子分析結果（修正後；嫁のみ）

2. 扶養意識

因子について分析する前に、まず、扶養意識の9項目に対して個々の回答について記述統計を行った（表31）。その結果、全員の回答からみると、経済的支援（「項目1」、「項目2」、「項目3」）では、「項目1」、「項目2」「項目3」は4割弱が肯定的回答（金銭的な援助意識が強い回答）を示した。身体的介護（「項目5」、「項目6」、「項目7」）では、「項目5」と「項目6」は4割強（身体的介護意識が強い回答）、「項目7」は4割が肯定的な回答をした。情緒的援助（「項目8」、「項目9」、「項目10」）では、「項目8」、「項目9」、「項目10」は4割（情緒的扶養意識が強い回答）が肯定的な回答をした。

＜表31＞ 扶養意識に対する技術統計量 (N=162, %)

	1 全く 思わ ない	2 あまり そう 思わ ない	3 どちら も言 えな い	4 やや そう 思 う	5 とても そう 思 う
1 子どもは老親が日常生活に 困らないよう、 金銭的援助をすべきだ (経済的支援)	9.2	14.8	37.6	30.0	13.4
2 老親の経済的援助をするのは、子として当 然のことだ (経済的支援)	11.6	16.0	32.3	30.8	13.3
3 子供は老親に生活費などの経済的援助をす る必要はない (経済的支援) *	16.8	23.8	33.1	15.5	10.8
5 老親の介護は必ずしも子の役割ではない (身体的介護) *	17.8	38.6	20.1	15.5	8.1
6 親の介護をするのは子として当然のことだ (身体的介護)	7.0	14.4	29.5	33.5	15.6
7 老親が介護を子供に望むのは当然のことだ (身体的介護)	8.8	18.2	35.8	23.6	17.6
8 子供は時には老親に旅行や趣味の活動の機 会を用意すべきだ (情緒的援助)	9.6	12.3	35.4	28.9	13.8
9 子供は老親と一緒に何かを楽しむような時 間を持つべきだ (情緒的援助)	11.2	13.5	30.7	28.7	16.9
10 子供は老親と共に過ごす時間を持つべきだ (情緒的援助)	9.4	13.1	35.7	28.2	13.5

注) \*のついた項目は逆項目

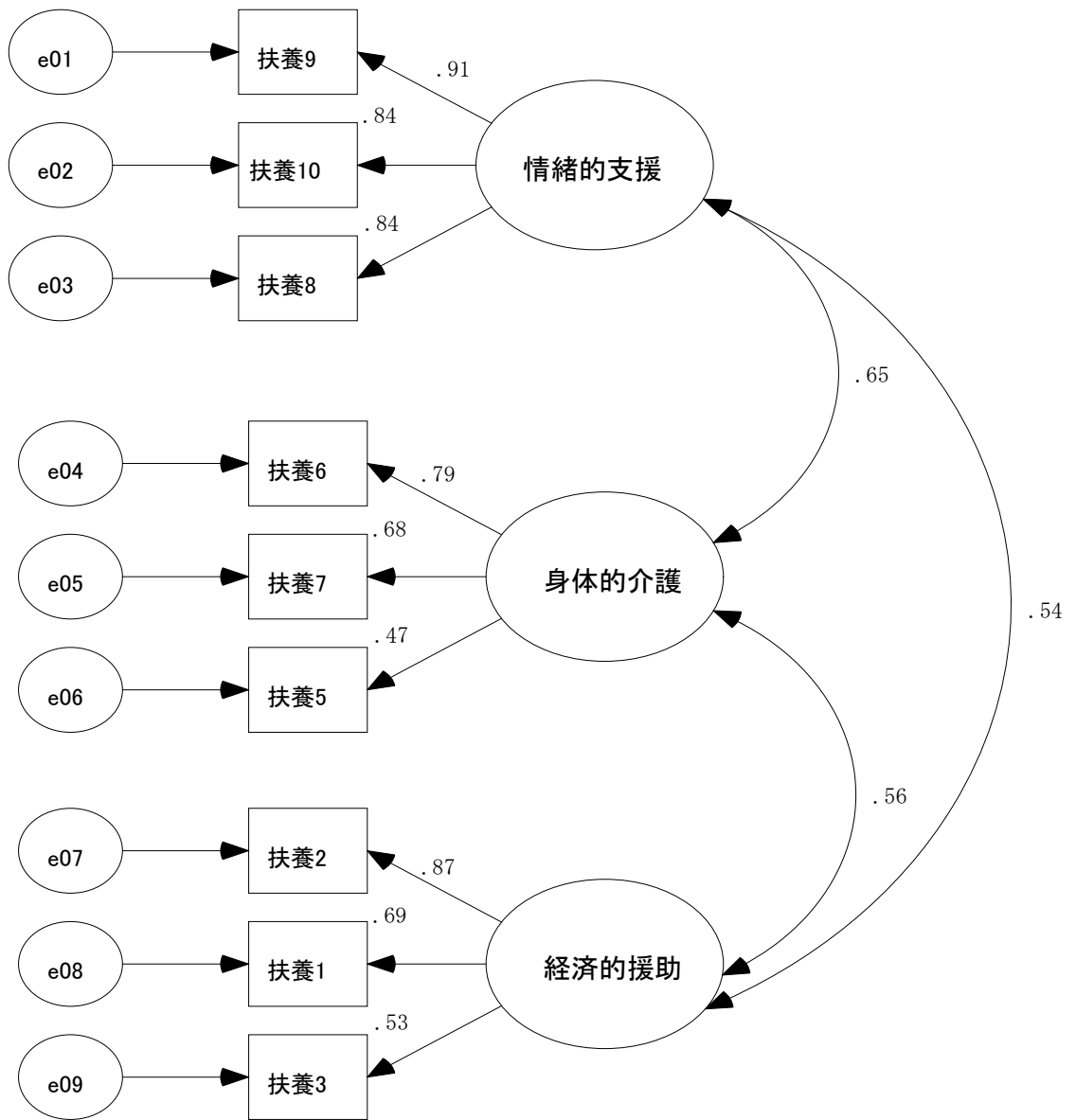
次に、扶養意識は太田・甲斐(2001)が開発した3因子モデルで構成している「老親扶養義務感」を用い、共分散構造方程式モデリングによる確証的因子分析を行った。確証的因子分析の結果、3因子モデルの適合性は、 $\chi^2$  (1.411df)



=32.457、 $p=.091$ 、 $GFI=.964$ 、 $AGFI=.915$ 、 $CFI=.985$ 、 $RMSEA=.051$ であった。モデルの適合度の指標として $CFI$ 、 $RMSEA$ を使用した。このモデル適合度は、 $GFI$ 、 $AGFI$ 、 $CFI$ が.9を超えており、 $RMSEA$ の数値も.08以下の結果から、良い適合度が確認できた。潜在変数（因子）間の相関係数は、0.661、0.530、0.618と比較的高い数値を示していた。また、すべての因子負荷において有意な正の値が観察された。尺度の信頼性を内的整合性の視点から検討すると、9項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は.812と高く、この視点からみた信頼性は十分なことが確かめられた。表32と図8に扶養意識の確証的因子分析の結果を示す。

＜表32＞「扶養意識」尺度の確証的因子分析の結果

扶養意識 ( $\alpha=.812$ )		因子負荷量
<b>I. 情緒的支援</b>		
9	子供は老親と一緒に何かを楽しむような時間を持つべきだ	.914
10	子供は老親と共に過ごす時間を持つべきだ	.835
8	子供は時には老親に旅行や趣味の活動の機会を用意すべきだ	.843
<b>II. 身体的介護</b>		
6	親の介護をするのは子として当然のことだ	.792
7	老親が介護を子供に望むのは当然のことだ	.683
5	老親の介護は必ずしも子の役割ではない	.468
<b>III. 経済的援助</b>		
2	老親の経済的援助をするのは、子として当然のことだ	.874
1	子供は老親が日常生活に困らないよう、金銭的援助をすべきだ	.688
3	子供は老親に生活費などの経済的援助をする必要はない	.534
<b>因子間の相関係数</b>		
1因子-2因子	.661	
1因子-3因子	.530	
2因子-3因子	.618	



$\chi^2 (1.411df) = 32.457, p = .091, GFI = .964, AGFI = .915, CFI = .985, RMSEA = .051$

〔図8〕 扶養意識の確認的因子分析結果

### 3. 介護負担感

因子について分析する前に、まず、負担感の12項目に対して個々の回答について記述統計を行った(表33)。記述統計の結果、全員の回答からみると、「項目12」は、5割が肯定的な回答(社会的な活動、身体的健康などことで負担感が強い回答)を示した。「項目9」は、5割が肯定的回答(世話を他の人と交代気持ち強い回答)を示した「項目1」、「項目4」、「項目6」、「項目8」、「項目11」は、4割強が肯定的な回答(世話で家事やその他のことで負担感を回答)を示した。「項目2」、「項目3」、「項目5」、「項目7」、「項目10」は4割であり、特に「項目3」と「項目10」は、精神的に疲れを果たした状態を回答した。

＜表33＞ 介護負担感に対する記述統計量 (N=162, %)

	1 全く 思わ ない	2 あまり そう 思わ ない	3 どちら も言 えな い	4 やや そう 思 う	5 とても そう 思 う
1 世話はたいした重荷ではない (逆)	18.7	28.7	26.2	21.3	5.1
2 趣味・学習・その他の社会活動などのために、使える時間が持ってなくて困る	11.3	14.5	32.7	28.4	14.3
3 世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	7.5	22.0	26.2	26.8	17.5
4 世話の苦労があっても、前向きに考えていこうと思う (逆)	17.7	28.4	29.9	12.8	11.2
5 病院か施設で世話をしたいと思うこともある	13.9	11.0	40.2	30.7	10.2
6 世話で、家事やその他のことに手が回らなく困る	11.5	19.1	25.2	29.5	15.5
7 今後、世話が私の手に負けなくなるのではないかと、心配になってしまう	7.9	18.1	31.3	26.8	15.9
8 要介護者のことで、近所に気兼ねしている	15.1	16.5	22.8	31.5	14.0
9 もうすこしでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わって欲しいと思う	9.4	11.1	29.4	29.7	20.5
10 世話で精神的にはもう精一杯である	10.9	17.8	31.1	26.8	13.4
11 自分が最期まで見てあげたいと思う (逆)	16.9	25.2	27.9	18.8	11.2
12 世話していると、自分の健康のことが心配になってしまう	8.3	14.9	26.2	26.3	24.3

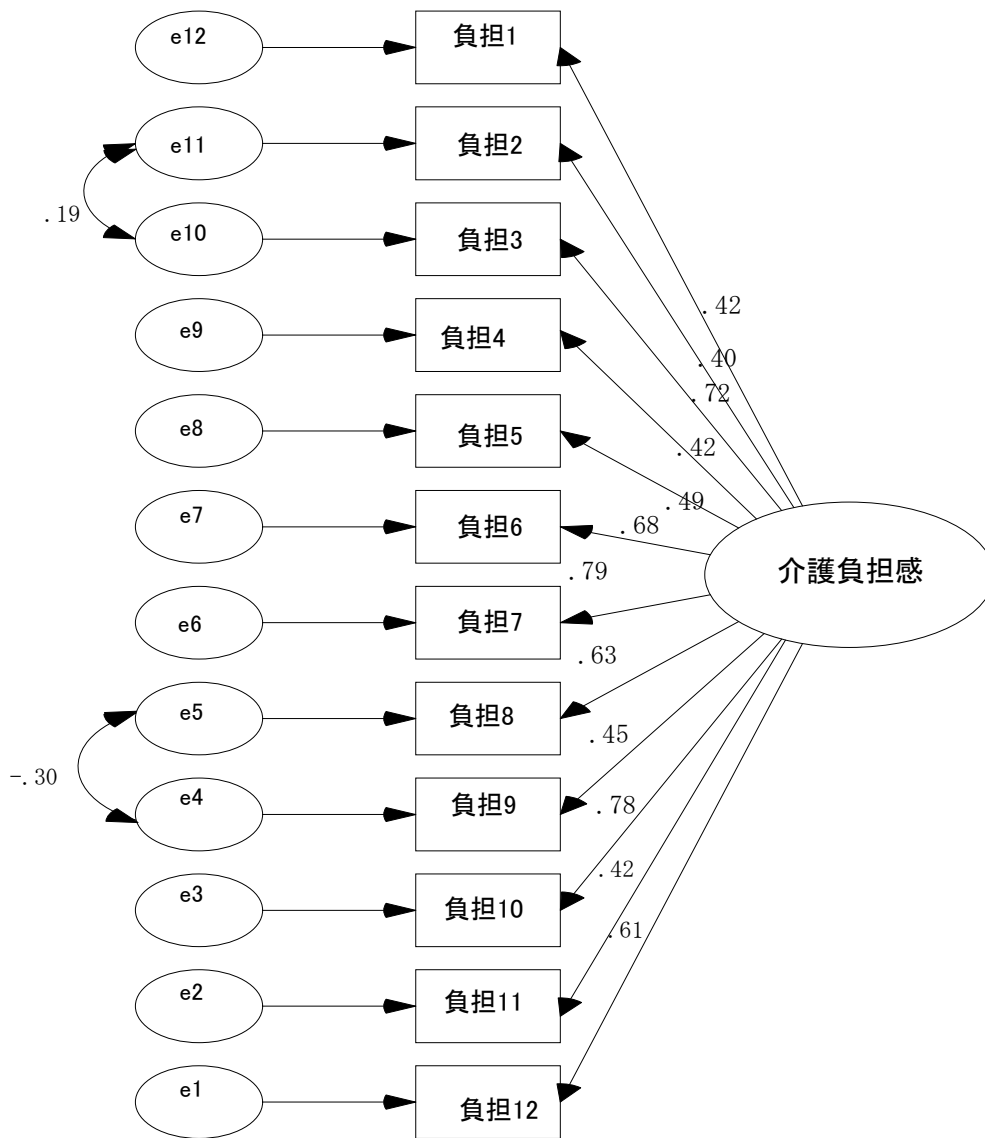
介護負担感は、中谷・東條（1989）の「介護負担スケール」を用い、共分散構造方程式モデリングによる確証的因子分析を行った。確証的因子分析の結果、

適合度は  $\chi^2$  (2.124df) = 168.723、 $p = .000$ 、GFI = .895、AGFI = .849、CFI = .879、RMSEA = .092であり、モデル適合度が極めて低かった。

そこで、修正指標を参考にし、残差共分散項を設けることになった。残差共分散項を設けることによってモデルの修正を行い、適合度の改善を図った。その結果、修正指標を手がかりに2つの残差共分散項（項目2と項目3、項目8と項目9）を設けることによって、モデルの適合度は改善された。修正モデルを分析した結果、修正モデルの適合性は、 $\chi^2$  (2.376) = 84.756、 $p = .055$ 、GFI = .912、AGFI = .905、CFI = .952、RMSEA = .065と、最初のモデルよりもデータに適合した結果が得られた。モデルの適合度について、この修正モデルは、CFIが.9を超えており、RMSEAの数値も0.08以下であることにより、さらに改善されたことが確認できた。つまり、修正モデルの適合度は妥当なモデルであった。また、尺度の信頼性を内的整合性の視点から検討すると、12項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は.821で、信頼性は十分なことが確かめられた。表34と図9に介護負担感の確証的因子分析の結果を示す。

<表34> 「介護負担感」尺度の確証的因子分析結果

介護負担感 ( $\alpha = .821$ )	因子負荷量
1 世話はたいした重荷ではない	.421
2 趣味・学習・その他の社会活動などのために、使える時間が持ってなくて困る	.401
3 世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	.722
4 世話の苦労があっても、前向きに考えていこうと思う	.423
5 病院か施設で世話して欲しいと思うこともある	.488
6 世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る	.681
7 今後、世話が私の手に負けなくなるのではないかと、心配になってしまう	.793
8 要介護者のことで、近所に気兼ねしている	.633
9 もうすこしでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わって欲しいと思う	.458
10 世話で精神的にはもう精一杯である	.782
11 自分が最期まで見てあげたいと思う	.423
12 世話していると、自分の健康のことが心配になってしまう	.614



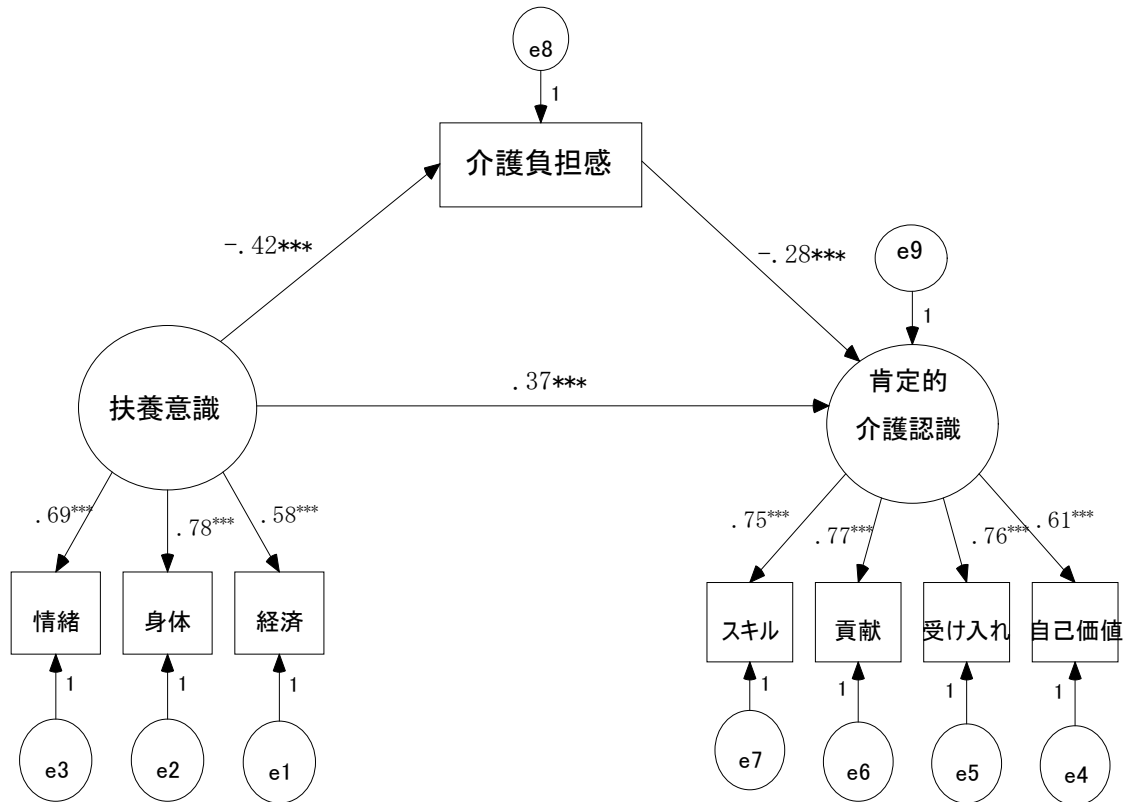
$\chi^2 (2.376) = 84.756$ , GFI=.912, AGFI=.905, CFI=.952, RMSEA=.065

## 〔図9〕 介護負担感の確証的因子分析結果

### 第2項 仮説モデルの結果

「肯定的介護認識の仮説モデル」の適合度を検証した結果（図10）、 $\chi^2$ （2.176）=26.112、 $p=.110$ 、GFI=.975、AGFI=.926、CFI=.977、RMSEA=.068であった。この仮説モデルは、 $\chi^2$ 検定の有意確率 $P=.110$ やGFI、AGFI、CFIの数値がともに.9を超えており、RMSEAの数値が0.08以下になっている。そのことから、改良仮説モデルの全体的適合度は、RMSEAの数値が0.05以下ではないため、高い適合度とは言えないが、統計的に採択され得るモデルといえる。このことから、「肯定的介護認識仮説モデル」の有用性が確認された。また修正後の仮説3-1は、支持される結果となった。

『扶養意識』から『介護負担感』へのパス係数は-.42（ $p < .001$ ）であり、『介護負担感』から『肯定的介護認識』へのパス係数は-.28（ $p < .001$ ）を示し、いずれも有意であった。『扶養意識』から『肯定的介護認識』へのパス係数は.37を示し、0.1水準で有意であった。『扶養意識』と『介護負担感』、『介護負担感』と『肯定的介護認識』間の直接効果に加え、『扶養意識』が『介護負担感』を媒介して肯定的介護認識に影響している間接効果も確認された。つまり、扶養意識が高いと介護負担感を軽減し、さらに肯定的介護認識も高くなるというモデルが成立することが確認された。



$\chi^2 (2.176) = 26.112$ , GFI=.975, AGFI=.926, CFI=.977, RMSEA=.068

注) ・スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上

・  $*** p < .001$

〔図10〕 仮説モデルの結果（標準化推定値：嫁のみのデータ）



### 第3項 構造方程式モデリングによる仮説検証の結果；多母集団の同時分析

次に、修正仮説モデルの観測変数が、潜在変数である肯定的介護認識に与える影響力に、同居家族療養制度を利用している場合と同居家族療養制度を利用していない場合の間に差があるかを検討するため、同モデルを用いた多母集団の同時分析を行った。分析には第3章で述べたように等値制約を導入し、3つのモデルを作成し、比較検証した（仮説3-2）。検証の結果は表33に示した。

＜表33＞ モデルの適合度指標

モデル名	$\chi^2$ 値	自由度	p	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
制限なし	40.022	32	.109	.923	.884	.929	.077
ウェイトの測定	43.059	35	.118	.926	.902	.938	.070
構造ウェイト	46.433	37	.097	.921	.846	.916	.073

検証の結果は、3つのモデルのなかで「ウェイトの測定」モデルが示す適合度指標が、 $\chi^2(1.373) = 43.059$ 、 $p = .118$ 、 $GFI = .926$ 、 $AGFI = .902$ 、 $CFI = .938$ 、 $RMSEA = .070$ であった。「ウェイトの測定」モデルは、GFI、AGFI、CFI、などすべての値において、最も高い適合度を示した。しかしながら、「ウェイトの測定」モデルを正しいと仮定したモデル比較では、すべてのモデル間に統計的に有意な差異が認められなかった。そこで、本研究では、適合度指標に基づく分析結果から、最も妥当性の高いモデルとして「ウェイトの測定」モデルを採用し、各グループ係数の値を検証するとともに、各パス間の差に対する統計検証量について、同居家族療養制度の利用グループと同居家族療養制度の非利用グループ間の差異を検討する。

「ウェイトの測定」モデルの分析結果として得たパス係数、変数間の共分散について、同居家族療養制度の利用グループの標準化推定値を図11に、同居家族療養制度の非利用グループの標準化推定値を図12に示す。分析の結果、同居家族療養制度の利用グループにおいては、仮説モデルで提示した『扶養意識』

と『介護負担感』の2つ要因のうち、『扶養意識』が『肯定的介護認識』に有意な直接効果と、『介護負担感』を媒介し、間接効果も確認された。一方、同居家族療養制度の非利用グループにおいては、『扶養意識』が『肯定的介護認識』に有意な直接効果は確認されたが、『介護負担感』を媒介しての間接効果は確認されなかった。

まず、同居家族療養制度を利用しているグループにおける多母集団の同時分析の結果を述べる。

『扶養意識』から『介護負担感』へのパス係数は、 $-0.40$  ( $p < .001$ ) を示し、『扶養意識』は、『介護負担感』に直接効果が確認された。また『介護負担感』から『肯定的介護認識』へのパス係数は、 $-0.22$  ( $p < 0.01$ ) を示し、1%水準で有意であった。『扶養意識』が『介護負担感』を媒介して『肯定的介護認識』に影響している間接効果も確認された。さらに『扶養意識』から『肯定的介護認識』へのパス係数は $0.46$ を示し、1%水準として有意であり、つまり、『扶養意識』が高く形成されていることで、『介護負担感』の軽減に影響を与え、『肯定的介護認識』が高くなる可能性を意味している。同居家族療養制度の利用グループの分析結果は、『扶養意識』の高さと『介護負担感』の弱さが、肯定的介護認識の向上に有効な影響を与えていることが明らかになった。

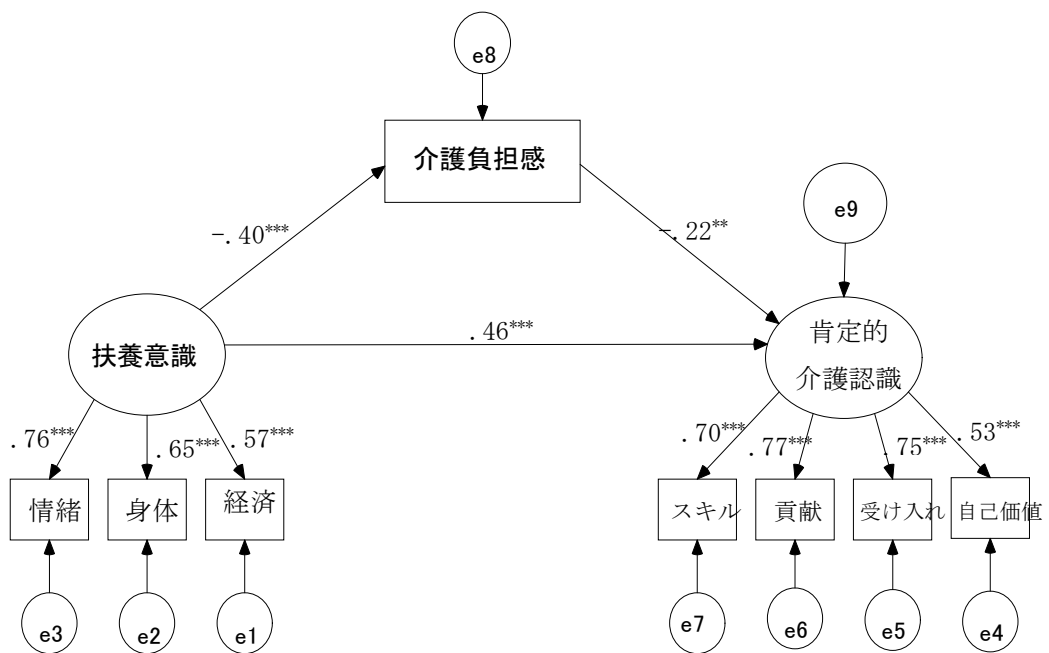
次に、同居家族療養制度を利用していないグループにおける多母集団の同時分析結果を述べる。

同居家族療養制度の非利用グループでは、『扶養意識』の高さが肯定的介護認識を向上することが明らかになった。『扶養意識』から『介護負担感』へのパス係数は、 $-0.52$  ( $p < .001$ ) を示した。そのため『扶養意識』は、『介護負担感』に直接効果が確認された。また『扶養意識』から『肯定的介護認識』へのパス係数は $0.39$  ( $p < .01$ ) を示し、統計的に有意であった。つまり、『扶養意識』が高ければ高いほど、『肯定的介護認識』が高くなる可能性を意味している。

次に、「ウェイトの測定」モデルにおける統計的に有意な差を検討するため、各パス間の差に対する検証統計量を調べた。その結果、同モデルでは、『扶養意識』から『介護負担感』へのパス係数が、同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループの間において5%水準で

有意な差を示した。また、『扶養意識』から『肯定的介護認識』へのパス係数が、同居家族療養制度を利用しているグループと同居家族療養制度を利用していないグループの間においても5%水準で有意な差を示した。

以上の検証の結果により、仮説3-2は支持されているといえる。同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用では、「肯定的介護認識因果モデル」を構成する変数が、肯定的介護認識に与える影響力に違いがあることを示した。

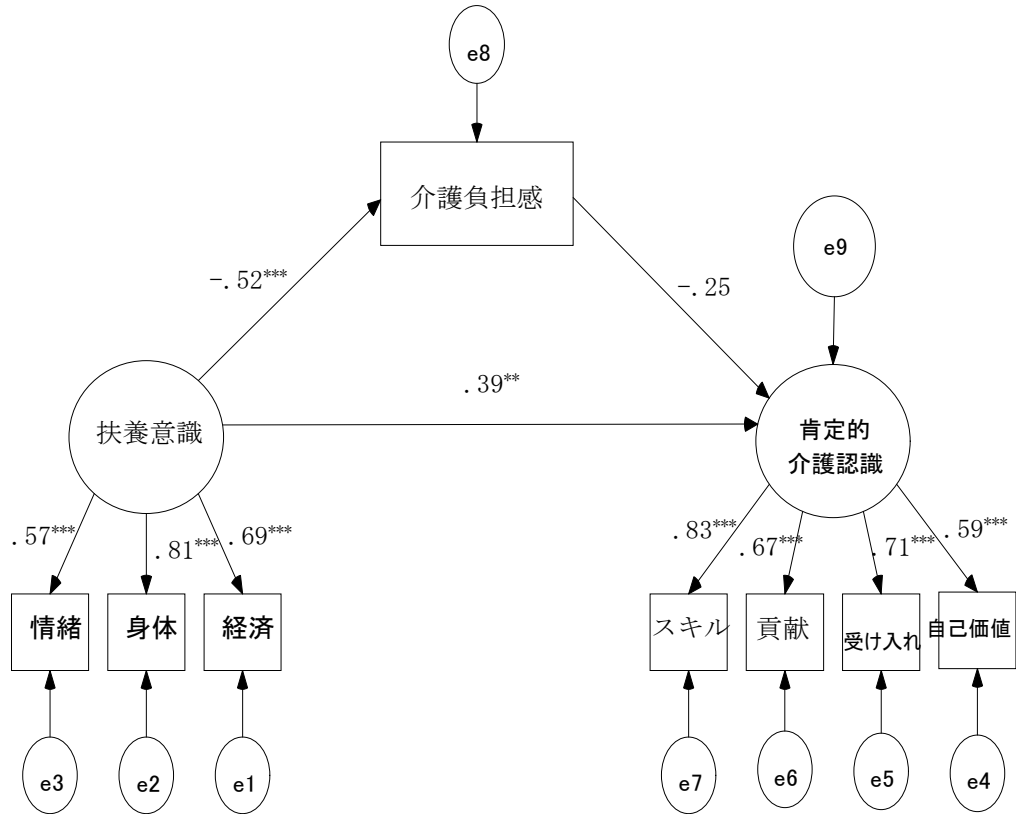


$\chi^2(1.373)=43.05, p=.118, GFI=.926, CFI=.938, AGFI=.902, RMSEA=.070$

- 注
- ・ スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上
  - ・ \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

〔図11〕 ウェイトの測定モデル；同居家族療養制度の利用グループ

(標準化推定値)



$\chi^2(1.373)=43.05, p=.118, GFI=.926, CFI=.938, AGFI=.902, RMSEA=.070$

注 ・スキル；介護に対するスキルや充足感の向上、貢献；他者への貢献可能性、受け入れ；要介護者の受け入れ、自己価値；自己価値の向上

・\*\*p < .01, \*\*\*p < .001

〔図12〕 ウェイトの測定モデル；同居家族療養制度の非利用グループ  
(標準化推定値)

### 第3節 考察

本章では、嫁のデータに限定し、家族介護者の同居家族療養制度を利用している場合と同居家族療養制度を利用していない場合による、肯定的介護認識に関連する要因について検討した。仮説モデルの検証により明らかになったことは、同居家族療養制度を利用している場合、1) 扶養意識は肯定的介護認識に有意に正の影響を与える、2) 扶養意識は介護負担感に負の影響を持ち、肯定的介護認識が高まることに有効であることが示唆された。一方、同居家族療養制度の利用していない場合、1) 扶養意識が肯定的介護認識有意に正のに影響を与える、2) 扶養意識は介護負担感に有意な負の影響を持っているが、肯定的介護認識を高める間接効果は有効ではなかった。つまり、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、扶養意識が肯定的介護認識に強く関係していることが確認された。

ここでは、扶養意識が同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、肯定的介護認識と関連性が強いことについて述べる。本研究で用いられた扶養意識尺度の内容は、情緒的支援、身体的介護、経済的援助の側面から構成されている。それによって、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、扶養意識が肯定的介護認識の向上に影響を与えている可能性を示した。この結果は、家族介護者支援のための政策が充分整備されにくい韓国の在宅介護において、扶養意識を持つことが、一つのサポートとして一定の機能を果たしている可能性を示唆するものである。さらに、同居家族療養制度を利用している場合には、扶養意識が介護負担感に影響し、それが肯定的介護認識を高める機能を持つことを示唆した。

本研究では、同居家族療養制度を利用している家族介護者の肯定的介護認識を高めるためには、扶養意識を維持・増進させ、介護負担感の軽減の確保が重要であることが明らかになった。しかしながら、同居家族療養制度を利用していない嫁の場合には、介護負担感の軽減効果はみられず、扶養意識が肯定的介護認識の向上に効果を示した。また扶養意識を持つことが家族介護に重要な役割を果たす可能性を改めて確認できた。つまり、同居家族療養制度の利用・非

利用にかかわらず、扶養意識が肯定的介護認識を高めることに強い効果があることが明らかになった。扶養意識が肯定的介護認識を高めるのに関係があった結果は、先行研究と同様な結果であるものの、介護負担感を媒介することで、肯定的介護認識を高めることは、本研究の新たな知見であった。前述したように尹ほか(2008)は、肯定的介護認識の下位要因である介護満足感を媒介することで、介護満足感が介護負担感を軽減することも明らかにした。本研究では、同居家族療養制度の利用の場合、介護負担感を媒介することで、介護負担感が肯定的介護認識を高めることが認められた。このことは扶養意識が、効力を有していることを否定するものではない。

同居家族療養制度を利用している場合、扶養意識が介護負担感を媒介し、直接的・間接的に肯定的介護認識を高めるのに寄与している。先行研究で述べたように、黄・関田(2004)の研究と三田寺・早坂(2003)の研究では、在宅介護サービス利用が介護負担感の軽減に関連していることが明らかになった。これらの研究では、在宅サービス利用により介護負担感が軽減したことは明らかになったが、肯定的介護認識が高まるのかまでは明らかになっていない。本研究では、同居家族療養制度の利用によって介護負担感が肯定的介護認識に影響を持つことが明らかになったことが新たな知見であった。そのことは同居家族療養制度が持っている特徴、すなわち、教育効果、社会的評価、外部活動の効果により肯定的介護認識が高められていることを意味するといえる。

また、同居家族療養制度を利用する家族介護者は、扶養意識をもちながら、介護を抱え込むことなく肯定的介護認識を高めるための支援が必要であることが示唆された。肯定的介護認識を向上するためには、家族介護における取り組みにも、同居家族療養制度を利用している家族介護者と同居家族療養制度を利用していない家族介護者には、異なる支援の必要性が示唆された。

また、方法論においても述べたが、調査対象の家族介護者の半分くらいが、同居家族療養制度を利用していた。2007年8月より介護保険法が施行され、高齢者の在宅介護において、在宅介護サービスとして同居家族療養制度が施行されるようになった。アンケートは2010年10月から実施したため、制度の利用期間が十分ではなかった。この点については、同居家族療養制度を長期間利用した家族対象に、更に詳しい検討が必要である。また今後、家族介護者と肯定的介

護認識に関する研究では、ソーシャル・サポートとの関係に注目することの必要性がある。

#### 第4節 第7章のまとめ

本章においては、嫁のデータに限定し、第3章で提示した「肯定的介護認識の仮説モデル」を活用し、家族介護者の同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用による肯定的介護認識に関連する要因を分析した。同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用による肯定的介護認識に関連する要因の分析においては、『肯定的介護認識』『扶養意識』『介護負担感』の確証的因子分析や、その変数と関連を多母集団の同時分析による結果を示した。

次の第8章では、考察として「家族介護政策・支援への示唆」についてまとめる。

## 第8章 家族介護政策・支援への示唆

本章では家族介護者の介護生活に関する実証研究の結果を踏まえ、家族介護政策と支援への示唆についてまとめた。第1節では、肯定的介護認識に関する先行研究の知見を比較しながら、家族介護に関する肯定的介護認識の新たな知見について明示した。第2節では、実証研究による同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係について考察した。

### 第1節 肯定的介護認識についての考察

本節では、実証研究から明らかになった肯定的介護認識について考察することを目的とする。本研究では、質的研究と量的研究により、肯定的介護認識尺度の下位尺度として【介護に対するスキルや充足感の向上】【他者への貢献可能性】【要介護者の受け入れ】【自己価値の向上】の4つが抽出された。この4つの下位尺度は、韓国における家族介護者の肯定的介護認識を表す因子であった。【他者への貢献可能性】と【自己価値の向上】の因子は、本研究での新たな因子として抽出されたオリジナルな結果であった。【介護に対するスキルや充足感の向上】と【要介護者の受け入れ】の因子は、先行研究と類似していた。本節では、4つの肯定的介護認識の下位尺度について考察する。

まず、本研究によりオリジナルな結果が見られた【他者への貢献可能性】と【自己価値の向上】の因子について、実証研究を踏まえ、先行研究と比較しながら考察する。

【他者への貢献可能性】は、肯定的介護認識に関する先行研究を検討すると、川崎・高橋（2006）は、高齢者介護における家族介護者の肯定感の発達について、「自己成長感の形成」に焦点を当てて質的研究を行った。その結果、介護者が他に介護で苦勞している人にこれまで自分が獲得してきた有益な情報を提供できるという「貢献」の概念を報告した。川沢・高橋の研究から得た「貢献」の概念と本研究の【他者への貢献可能性】は、他者への貢献ができることによって介護者自身の価値の向上、つまり自己肯定感や成長感につながること



を示している。

一方、【他者への貢献可能性】は、肯定的介護認識に関する量的研究による下位尺度としては明らかになっていない。本研究では、家族介護者が【他者への貢献可能性】という意欲が強かったことが明らかになった。

【自己価値の向上】をみると、韓国においては、特に介護に関しても「親孝行の実践」が【自己価値の向上】につながっていることが明らかになった。

Kramer (1997) は、介護の肯定的側面が介護者の自己価値を高め、能力を高めると報告している。

いままで韓国における家族介護は、負担や疲労といったマイナスイメージが強調される傾向にあった。しかし、本研究により実際には、家族関係を深め、家族にとって新たな価値をつくるというプラス、すなわち肯定的介護認識の要素もあることが明らかになった。それまでバラバラに個人的に生きてきた家族が、家族介護を通じて関係を深めるだろう。家族は必然的に助け合うようになり、その結果、薄れていた家族の絆が深まる可能性があるといえる。

家族が持つ機能について鈴木(1999:5)は、「家族は本来、お互いに助け合うことによって家族としての安定を保とうとする性質を持っているのである。しかし、そのような家族の一体感は、普段は余り意識されていないことが多く、いったん何か家族の存続を脅かすようなことが起こって初めて家族の大切さが意識されることも多いものである」と述べている。また、主介護者と要介護者間のみ注目すると、そういった今までの家族の絆があるからこそ、様々な困難にも関わらず「介護をしよう」と思えるのではないか。

このように、同居家族療養制度を利用しても、同居家族療養制度を利用しなくても介護を通して得られる肯定的介護認識は、介護が単に負担感のみを与えるものではなく、家族介護者にとって何からの価値を持っているということが確認された。特に韓国の家族介護者には、質的研究により「親孝行」ということが介護に影響を与えており、家族の絆も重要な要素であることが確認された。

次に、先行研究と類似している【介護に対するスキルや充足感の向上】【要介護者の受け入れ】の因子について、実証研究を踏まえ、先行研究と比較を行った。

【介護に対するスキルや充足感の向上】は、Pearlinほか(1990)の「介護能

力」尺度と、安部（2002）が開発した介護マスター尺度の下位要因として抽出された「介護に関する対処効力感」因子と内容的に対応している。

【要介護者の受け入れ】は、介護者が徐々に要介護者を理解するようになり、情緒的配慮をしながら介護を行っていることである。そのことができれば、家族介護者に肯定的介護認識を高める有効な方法の一つになる。Farrn（1991）は、質的研究によって介護者の介護に対する肯定的な見方を抽出しており、そのなかに「対象者とのよりよい関係の維持」や「大事な家族」という認識が含まれている。それは、家族介護者が要高齢者との良い関係を認識することが、肯定感の要素として重要であることを示している。Archbold（1986）は、介護によって自己や高齢者に関して理解を深めることができると述べている。

以上のことから、在宅家族介護者が日常の介護生活において介護負担感を抱えながらも、心理的に安定し、ハリのある生活を維持するための要因として、在宅介護を肯定的に捉えられることが重要であるが確認された。さらに、在宅介護者支援を模索するうえで、介護における肯定的認識を高める何らかの働きかけを工夫することの重要性が示唆された。

家族介護者の支援は、介護に対する介護負担感を軽減するという視点ではなく、人生の経験として、また学びや充足感を得るという視点から、肯定的介護認識を高めるといった視点からの支援も求められるといえる。そしてそのことにより、家族介護者が介護を肯定的に経験し、意識づけることができるものとしてとらえることが可能になる。さらに、介護に対する肯定的認識を高めるといった視点は、決して家族介護を強調するものではなく、家族介護者が精神的健康度をより高く保ちながら、介護を継続し得る方向を模索するものとしてとらえられる必要があるといえる。さらに、家族介護者の支援に関しては、続柄によって異なる支援を求めるべきであろう。

ここからは、研究分析の結果における続柄による支援策について説明する。

続柄による今回の研究分析の結果では、同居家族療養制度を利用して利用しなくても、娘と妻が嫁より肯定的介護認識が高かった。以上の結果により続柄による支援策を模索すると、以下のようである。

妻が介護者である場合、一瀬（2004）は、介護開始以前の夫婦関係の質が肯定的介護認識の程度に大きな影響を及ぼしていることを報告している。女性介

護者を対象に質問紙調査を行った鈴木・谷口・浅川（2004）も、昔の人間関係が親密なほうが、人生の勉強になるといった自己成長感が高い傾向を認めている。したがって、特に、支援に関する専門職が、妻に対して支援を行う際には現在だけでなく、介護開始以前の介護者と要介護者の生活史を把握する視点が重要である。

本研究では、娘介護者が妻と嫁より肯定的介護認識が高く、介護負担感は低かった。特に【要介護者の受け入れ】の因子では娘が一番高かった。娘が介護者である場合、実子であるために、介護を自然に受け止めやすい傾向がある（山本1995a）。本研究においても、要介護者への愛着が他の続柄より強いことであり、死別の受け止めが困難になりやすいことがみられた。したがって娘介護者の支援には、要介護者との感情表現や感情の共有化を図り、介護の意味づけが自分でできるような支援が求められる。

嫁の場合、本研究では娘・妻より肯定的介護認識が低く、介護負担感が高い結果であった。嫁介護者においては、「長男の嫁だから」と、本人の意思とは無関係に、介護者としての役割期待がかかりやすい（森山2003）。藤田ほか（2002）は、嫁が介護者の場合、介護の大変さの理解を得られにくく、家族制度のなかでの嫁の立場や性役割に対する価値観によって、家族である夫や子どもからの協力を得られず、精神的に孤立しやすいと述べている。山本（1995c）によれば、限界状況に陥った介護者が、頑張りすぎないようにするには、自分の限界を自分で認められること、そして外部資源の利用と、他の家族メンバーと上手く交渉ができることである。よって、嫁介護者の支援の際には、夫や子どもからの情緒的サポートにより精神的な負担を取り除くような支援が必要である。また他の家族にも社会資源の利用の理解を促すなど、第三者としての調整機能を発揮することが重要である（藤田ほか2002）。嫁介護者へのアプローチの場合、夫と共に認知症や介護を学ぶ場を設けるなど、夫も介護に関する知識と技術を深められるように支援することも有用であるといえる。専門家が第三者としての家族役割を調整することを目標に行い、家族全体を対象とする家族カウンセリングなどを行うことも一つの方法であろう。結城・飯田（1996）の報告においても、家族や身内との不一致と介護負担感との関係が示されたことから、家族関係での認識を擦り合わせ、互いの理解を促すことも大切である。

以上のように、続柄によって異なる支援について確認された。

本研究にみられた親孝行の社会規範は、本質的には、保存されるべき貴重な美德である。しかし、その美德は、一部の不運な個人の人生の選択を妨げる形で実践されるべきではない。例えば、娘あるいは嫁介護者がその親を介護したいという気持ちが、その介護者にとっての他の社会的役割をすべて奪うことになってはならない。こうしたことから家族介護政策・支援を検討する上で最も重要なことは、家族介護者に介護形態に関する選択の幅を与えることであろう。この重要な社会的正義を実現するための、十分な公的介護サービスを提供することが必要であり、それを前提としての方策を探るべきであろう。

以上、本研究における肯定的介護認識についてまとめた上で、家族介護者の続柄によって支援策を述べた。続柄にかかわらず、支援は、家族介護者が様々な資源を活用し、ストレスに対して効果的に対処し、介護を肯定的に捉えることができるように支援していく機能が求められるといえる。

次は、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係について考察する。

## 第2節 同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係についての考察

本研究では、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係に注目し、同居家族療養制度の利用・非利用の視点から実証研究を進めてきた。第6章では、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係について量的分析と質的分析を行った。第7章では、嫁のデータに限定して同居家族療養制度の利用グループと同居家族療養制度の非利用グループによる、肯定的介護認識に関連する要因を比較した。ここでは、第6章と第7章の結果と先行研究の知見を踏まえ、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係について考察する。まず、同居家族療養制度の利用グループと非利用グループによる、肯定的介護認識に関連する要因について考察し、その後、同居家族療養制度と肯定的介護認識に関する検討について考察する。

第6章では、1) 同居家族療養制度の利用と非利用にかかわらず、介護経験を通して介護方法や技術を習得し、要介護高齢者の理解を深めることや、介護の

価値を高めること、また他者への貢献という姿勢に至ること、2) 同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、韓国の家族介護者は、介護の中核に「親孝行」が密接につながっていること、3) 娘と嫁によって親孝行を実践する内容が異なっていること、4) 同居家族療養制度を利用する家族介護者は、療養保護士としての教育的効果や外部活動の効果、社会的評価から、個々の介護者の介護方法や工夫を話し合い相互に介護力を向上させていること、5) 同居家族療養制度を利用している家族介護者と、同居家族療養制度を利用していない家族介護者によって、「療養保護士に対する意識」は異なることが示唆された。

一方、第7章では、1) 同居家族療養制度を利用している場合、肯定的介護認識に有意な影響力を持っている要因は、扶養意識と介護負担感であったこと、2) 同居家族療養制度を利用している場合、扶養意識は介護負担感を媒介し、肯定的介護認識に影響力を持っていたこと、3) 同居家族療養制度を利用していない場合、肯定的介護認識に有意な影響力を持っている要因は、扶養意識のみであった。

以上の実証研究結果を踏まえ、同居家族療養制度と肯定的介護認識に関しては、「扶養意識」が重要な要因として役割を果たすことが明らかになった。

本研究により同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、扶養意識は肯定的介護認識に強い影響力を持つことが明らかになった。もともと韓国の家族介護者は、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、基本的に「親孝行」が根底にあり、それゆえ扶養意識が高いといえる。前述したように、朴（2005）と奥山（2002）の老人扶養意識について日韓比較に関する研究においても、韓国の方は年齢が高いほど老親扶養意識が高くなる傾向があり、「子どもが世話をするのが当然」という介護規範意識が高いことが明らかになった。

質的調査では韓国の家族介護者は、介護すること自体を「親孝行」として当然のことと捉えている傾向が確認された。特に韓国では嫁の場合、継続的介護ができるためには、「夫の情緒的サポート」が不可欠な要素であることが確認された。しかし量的分析の結果では、同居家族療養制度の利用・非利用にかかわらず、ソーシャル・サポートは肯定的介護認識の関連要因として認められなかった。嫁の場合、要介護者は血のつながらない他人であり、血縁関係にはな

い遠慮や意見のくい違いが起きる可能性があるといえる。嫁は家族と親戚からのサポートを受けにくく、家族は介護を嫁に委ねる傾向もあり、嫁も社会的価値観のもと、介護を当然のこととして担っている状況がある。田中・浜藤・田中（2002）は、嫁の場合、配偶者の親戚への遠慮や、生育地を離れて友人が少ないこと、家族への気遣いなどから近所との関係性が深まりにくいと述べている。また嫁は他の続柄よりサポート面での不利が作用している可能性もある（田中・浜藤・田中1999）。それらにより、ソーシャル・サポートが肯定的介護認識に関連する要因として認められなかったと考えられる。そのため、今後の同居家族療養制度と肯定的介護認識の関係に関する分析では、調査対象者を増やし、仮説モデルの再検討を行い、再び分析を行う必要があるといえる。

以上のことにより、同居家族療養制度の利用・非利用に関係なく、韓国の家族介護者は、基本的に親の介護と「親孝行」とは密接につながっていることを確認できた。したがって、今後、韓国における家族介護者の政策や支援は、単に介護負担感軽減のための生活支援や社会資源の紹介・開発に関わるだけでなく、家族介護者の扶養意識と肯定的介護認識を肯定的とらえるという視点をもつ必要があるといえる。

また質的研究により、同居家族療養制度を利用する家族介護者と利用しない家族介護者では、「療養保護士に対する意識」が異なることが示唆された。同居家族療養制度を利用している家族介護者の場合は、療養保護士を専門職としてとらえている。そのため、同居家族療養制度を利用する家族介護者は、療養保護士として教育や外部活動から、個々の介護者の介護方法や工夫を話し合い相互に介護力を向上させている。さらに、介護に関する専門職者からの助言や健康・福祉に関する情報を得ながら、介護活動を継続している。これに対して、同居家族療養制度を利用していない家族介護者は、療養保護士を介護職として専門性が低いと感じていた。

同居家族療養制度を利用する家族介護者は、教育や実習から受けた介護トレーニングを通じて取得された介護スキルだけではなく、最終的には介護者の内面的な成長である充足感を生み出していた。介護は要介護者側のニーズによって開始されるが、次第に介護者自身のための介護という意味が加わっていくといえるのではないだろうか。介護プロセスは個人のアイデンティティの強化の

プロセスでもあり、それによって、さらに良い介護の実現につながるのではある。つまり、同居家族療養制度を利用する家族介護者は、既に療養保護士になるため、教育や実習による介護トレーニングを受け、それを評価している。介護スキルの会得や充足感の向上によって高められる肯定的介護認識は、介護者個人のアイデンティティを強化するものであるといえよう。

これに対して、同居家族療養制度を利用してない介護者は、療養保護士を専門性が低い職としてとらえていることが確認された。同居家族療養制度を利用してない介護者は療養保護士になることよりも、要介護者の介護を充実することに目を向けている。森本（1993）は専門職とは、学識に裏づけられ、一定の基礎理論を持った特殊な技能を、特定の教育・訓練によって修得して資格を得、独立して営業するような職業としている。それに加え、専門職とは、社会的評価がされることと、資格を取得から受ける更なる積み上げの教育が重要であるといえる。療養保護士の専門性が高い専門職になるためには、体系的補習教育が必要である。補習教育が義務づけられれば、療養保護士が今より専門性が高くなる可能性がある。そうすると、同居家族療養制度を利用していない家族介護者が同居家族療養制度の長所に目を向けることにつながると考える。

以下には実証研究と先行研究の知見をあわせて考察する。

同居家族療養制度と肯定的介護認識に関する分析では、同居家族療養制度と肯定的介護認識に明らかな関連性が認められた。特に、続柄における同居家族療養制度の利用グループ・非利用グループと肯定的介護認識との関係に関する分析では、同居家族療養制度を利用している娘の場合は、他の続柄より肯定的介護認識の得点と肯定的介護認識の下位尺度が有意に高かった。

さらに、娘の場合、【要介護者の受け入れ】では、同居家族療養制度の利用の主効果が認められた。このことから、同居家族療養制度を利用している娘にとっては、要介護者に対する好意的な感情を表す肯定的介護感を高めるのに有効であることが示唆された。【要介護者の受け入れ】の下位尺度項目は、「要介護者も頑張っていると思える」「介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている」「要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる」の3つで構成されている。これらの項目をみると、介護者は要介護者も自分のように頑張っていることが認められ、要介護者との情緒的なつながりと愛を感じられる

ことが含まれているといえる。よって、娘が要介護者に感じる愛と情緒的なつながりが、継続的に介護を行っている力ではないだろうか。肯定的介護認識は、家族介護者が在宅介護を維持していく要因として重要であるといえる。山本(1995b)は、社会規範や要介護者への愛着からくる価値が介護継続の主たる動機づけであり、要介護者への愛着が配偶者または娘において、高い介護の継続意向に結びついていると述べている。斉藤・国崎・金川(2001)は、家族介護者の介護継続意向と介護肯定感との関連について検討した。その結果、介護継続意向と介護の肯定的側面は関連があり、また、介護の継続意向が高い介護者は、続柄では配偶者・娘が多く、介護態度がより積極的であり、社会サービスの利用意向、介護満足感が高かった。唐沢(2006)は、介護肯定感が高齢者介護の継続意思を規定する要因であることを明らかにした。

以上のことに加え、韓国の高齢者をめぐる現状を踏まえて判断すると、韓国では、これから家族介護者として娘が増加する可能性が大きい。娘が介護者として増加する可能性について、第2章で述べたように、石橋(2002)の研究と前田ほか(2002)によると、主な家族介護者では、嫁は減少し、娘が徐々に増加している傾向であった。第1章で述べたように日本における高齢化と少子化の現状が、韓国には20年後に現れている。韓国はまだ、家族介護において嫁が主な介護者の役割を担っているが、徐々に介護者が実子によるものになっていくことが推察される。つまり、韓国の主な介護者は嫁から娘に移行していく可能性が推察される。

以上、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係について考察をした。次には、この考察に基づいて、家族介護政策・支援への示唆について述べる。

まず、「扶養意識」「療養保護士に対する認識」2つの要因を中心に 家族介護政策・支援への示唆について述べ、その後、それ以外の要因について 家族介護政策・支援への示唆について述べる。

本研究では、扶養意識を肯定的介護認識の関連要因として想定し、その関係を明らかにした。また、扶養意識と介護負担感との関係も検討した。その結果、扶養意識は、肯定的介護認識と介護負担感に強く影響していることが確認された。韓国では、親への愛が強く意識されており、介護を行っているものは、社会的な規範より親孝行という気持ちに結び付き、それが肯定的介護に強く影響



していることが示唆された。杉山（2010）は、既婚者を対象とし、扶養意識が介護負担感と介護継続意志に与える影響を検討した。その結果、扶養に対して伝統的な扶養意識を持っている者ほど、介護負担感が低く、継続的に介護をする意識も高いことであった。韓国では、肯定的介護認識と扶養意識との関係を検討したことは意義があったといえる。韓国での介護場面における家族介護者の扶養意識の特徴を明らかにすることは、今後韓国の家族介護に関連した社会福祉サービスの展開にとって重要な知見を提供するものである。

一方、同居家族療養制度の利用においては、介護負担感は肯定的介護認識に影響力を持つことが明らかになった。Lawtonほか(1989)によると、社会福祉サービスと介護者の介護負担感の関係は想像するほど単純ではなく、サービス利用は、介護者の負担感軽減に効果を持たないという報告がされている。本研究から、介護負担感を感じながら、自らがそれまで行ってきた介護や、努力してきた自分の価値を認め、介護能力や技術を肯定的に評価することが重要であるということが考えられた。つまり、負担感を弱く感じているほど肯定的介護認識は向上するという関係が成立し、結果的に介護者の肯定的介護認識を向上させる可能性を示唆された。

続いては、家族介護者が感じている療養保護士に対する意識である。

療養保護士の導入の意義は、無償で担ってきた家族介護が有償労働として評価された点である。当面の課題は、運営基準の妥当性の検討にあるが、今後は利用の一般化に向けて、療養保護士の専門性を高める課題がある。療養保護士の専門性を高めるため、以下の3つを方法として示す。1) 体系的な理論に裏付けられた知識と、技能の追求のため長期間訓練が必要なこと、2) 療養保護士になってから、補習教育が義務付けられることである。韓国での専門職は、補習教育が義務付けられている。実際、療養保護士は年齢と学歴の制限はなく、短機関の教育や訓練により資格を取得している。他の専門職と同様に療養保護士の資格を取得してからの、補習教育が義務付けられ、体系的な教育が必要である。

家族介護者は、要介護者を長時間、長期間介護することが必要であるため、介護保険サービスがあっても家族介護者が介護負担感を感じている可能性がある。このことから、家族の休養などができるフォーマルな資源として同居家族

療養制度を有効に活用することが求められる。多くの家族介護者が同居家族療養制度を利用できるように、各種のメディアを利用した広報などが必要である。同居家族療養制度の活用を拡大するためには、療養保護士を管理・派遣する在宅訪問療養センターを拡大することも優先的に取り上げられるべきであろう。

次に、上記2点以外の要因について 家族介護政策・支援への示唆について述べる。

他の要因としては、家族介護者に対する社会的支援を拡充する必要がある。社会的支援を拡充するためには、ソーシャル・サポートネットワーク支援情報などの家族介護者のサポートネットワーク、地域に散在しているソーシャル・サポートネットワーク（ボランティア・NPOなど）の資源や活動のデータベース化による支援情報システムの構築が必要である。この支援情報システムは24時間対応のコンピュータサービスを必要とするため、支援情報システムの構築、活用、運営の拠点としては、老人福祉館が適切である。社会福祉士には、介護保険制度枠内の資源だけではなく、地域資源の情報確保あるいはソーシャル・サポートネットワークの連帯や統合、活用機能を期待する。

また、質的研究により、家族介護者が友人との交流や趣味活動など自分の時間を確保することが検討された。質の高い介護を継続していくためには、自分の時間を確保し、友人との交流や余暇活動などを行う精神的なゆとりも必要である。また、長期間要介護高齢者を介護している家族介護者に対しては、在宅サービスなどの社会資源の拡充による物理的負担感軽減とともに、介護者自身のエンパワーメントを向上することが重要であろう。家族介護者は、辛い介護のなかでも、個々の人生観を大切にしながら、介護を自己の人生に懸命に意味づけし生活しているといえる。したがって、同居家族療養制度の利用においては、その充実が肯定的介護認識の意味づけを可能にするといえる。

つまり、実際に、韓国における介護はできる限り在宅で行うと考えている介護者の多くは、長時間、重度の要介護者を介護している。このような家族介護者は、要介護者を介護することを受け入れており、生きがいだとの意識を持っている。しかしながら支援策を講じて、家族介護者がリフレッシュ時間をもつことにより、肯定的介護認識はさらに向上し、介護疲れで起こりうる虐待の防止にもつながると考える。

### 第3節 第8章のまとめ

第8章においては、実証研究結果を踏まえた「肯定的介護認識」と「同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係」について考察を行い、家族介護政策・支援への示唆についてまとめた。課題はあるものの、家族介護に基づく分析枠組みである「肯定的介護認識の仮説モデル」の一定の有効性が示されたといえる。今後、さらに、理論的や方法論的の検討により、「肯定的介護認識の仮説モデル」の改善が必要であろう。

## 終章

本研究は、高齢者の介護問題における家族介護者の介護認識、とりわけ肯定的介護認識に着目し、測定尺度の『肯定的介護認識尺度』を開発し、韓国における同居家族療養制度の利用・非利用による家族介護者の肯定的介護認識の内容ならびに関連する要因を分析したものである。本研究の目的として、①「肯定的介護認識尺度の開発」、②「同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因の分析」、③「家族介護政策・支援への示唆」の3点をあげ、それぞれについてまとめながら論じてきた。終章である本章では、各々の研究目的に対する到達点を確認しながら、本研究全体の成果について要約を行った。その後は、本研究の限界と今後の課題についてまとめた。

### 第1節 本研究成果の要約

#### 第1項「肯定的介護認識尺度の開発」に関する到達点

研究目的の第一は、高齢者介護政策や家族介護支援に活用するため、「肯定的介護認識尺度の開発」であった。第2章の肯定的介護認識に関する理論的背景の検討や、肯定的介護認識の概念及び尺度に関する先行研究のレビューにより、肯定的介護認識が家族介護研究に重要であることは明らかであるものの、韓国ではその研究が十分なされていないこと、とりわけ基盤となる「肯定的介護認識尺度の開発」が試みられていないことを確認した。

第2章においては、第1章からの知見を踏まえ、まず、肯定的介護認識に関する研究の重要性が確認できた。また介護認識には負担感という否定的な側面と肯定感という肯定的側面があるという介護認識の構成要素を確認した。これらは、家族介護者が、介護に伴う負担を感じながらも介護を単に負担感として捉えるだけでなく、介護に対する充足感や生きがいを感じながら、介護を行っていることを示すものである。

そこで、肯定的介護認識とは何か、その構成要素を抽出するために、韓国に

において質的調査（インタビュー調査）を行い、肯定的介護認識のカテゴリーを抽出した。そのカテゴリーを用い、肯定的介護認識尺度の質問項目を作成した。ここから肯定的介護認識尺度を開発するために、量的研究による探索的因子分析及び共分散構造方程式による確証的因子分析を行い、韓国で用いられる「肯定的介護認識尺度」を開発した。

本研究により開発された肯定的介護認識尺度は、【介護に対するスキルや充足感の向上】【他者への貢献可能性】【要介護者の受け入れ】【自己価値の向上】という概念構造から成り立つ。この4つの因子は、韓国における家族介護者の肯定的介護認識を表す代表的な因子であるといえる。特に、【他者への貢献可能性】と【自己価値の向上】の因子は、本研究で新たな要因として抽出された韓国に特徴的なオリジナルな因子である。

この肯定的介護認識尺度の全体の寄与率は61.84%であった。また尺度の信頼性および妥当性に関しては、各因子及び尺度全体の一貫性をChronbach  $\alpha$  係数で算出したところ、大部分が高い値を示した。さらに妥当性に関しては、質的研究と先行研究から作成した項目の内容的妥当性を吟味し、そのうえで適切な尺度作成手続きのもとで分析を行い、解釈可能な因子構造を得た。加えて、探索的因子分析によって抽出された因子は、既存の肯定的介護認識を構成している因子と内容的に対応していることが明らかになった。本研究では、共分散構造分析モデリングを用い、確証的因子分析による肯定的介護認識尺度の適合性も確認した。こうした分析手続きの結果から、本研究により開発した肯定的介護認識尺度の、信頼性および妥当性は認められたといえる。

韓国において多くの高齢者は、介護が必要になっても生活してきた在宅での生活を望み、施設入所を最後の手段と考えている。また、家族介護者にとっても要介護者の施設入所を決断することは、苦渋の選択であると推察される。在宅介護の継続・施設入所の決定には、要介護高齢者の障害の程度や種類、家族介護者の健康状態、周囲サポート、外部サポートとの連携状況など、様々な要因が関連するが、家族介護者・要介護高齢者両者にとって望ましい結果を得るためには、介護の負担状況（否定的側面）と肯定的側面をともに考慮することが必要である。本研究で開発された「肯定的介護認識尺度」は、そのような介護のプロセスを探求する上で、有効性をもつ測定尺度であるといえる。

このように、韓国における「肯定的介護認識尺度」の開発到達点をみると、先行研究からの知見を統合し、構成要素を探索のための質的調査と量的研究によって、新たな尺度が開発できたことは、課題は残るが、一定の目標は達成できたといえる。

## 第2項 「肯定的介護認識の関連要因」の分析に関する到達点

研究目的の第二は、肯定的介護認識の関連要因を明らかにすることであった。第6章では、扶養意識、介護負担感、同居家族療養制度、続柄が肯定的介護認識の関連要因として明らかになった。扶養意識が高い家族介護者は肯定的介護認識が高かった。介護負担感を低く感じている家族介護者の肯定的介護認識が高かった。同居家族療養制度の利用している家族介護者の方の肯定的介護認識が高かった。嫁より娘の方の肯定的介護認識が高かった。特に娘の方が他の続柄より肯定的介護認識が高いことが明らかになった。

第7章では、家族介護における実証研究の分析結果を踏まえた上で、肯定的介護認識の因果モデルの適合性を検討した。また韓国における同居家族療養制度の利用と非利用の間による、家族介護者の肯定的介護認識に関連する要因を比較した。さらに同居家族療養制度の利用・非利用による肯定的介護認識に関連する要因を確認するために、「肯定的介護認識仮説モデル」を用い、嫁の家族介護者を対象とし、共分散構造分析による多母集団の同時分析を行った。

その結果、同居家族療養制度の利用グループにおいても非利用グループにおいても肯定的介護認識に関連要因としては、「扶養意識」が影響力をもつことが明らかになった。また、両グループにおいても、「扶養意識」が介護負担感に影響していることが確認できた。特に、同居家族療養制度を利用している場合は、扶養意識が介護負担感を媒介し、肯定的介護認識に影響力があつた。よって、同居家族療養制度の利用グループと非利用グループの間には、肯定的介護認識の関連要因の差が認められた。つまり、同居家族療養制度の利用・非利用において、「肯定的介護認識因果モデル」を構成する変数では、肯定的介護認識に関連する要因が異なっていることが示された。

また、同モデルでのパス解析の結果は、扶養意識から介護負担感へのパス係

数が同居家族療養制度の利用と非利用の間においては、5%水準で有意な差が認められた。さらに、扶養意識から肯定的介護認識へのパス係数が、同居家族療養制度の利用と非利用の間においては、5%水準で有意な差を示した。どちらも同居家族療養制度の利用グループの方が、同居家族療養制度の非利用グループより高い値で有意を示された。

さらに、韓国における家族介護には介護負担感といった否定的側面のみではなく、介護満足感や介護による充足感などの肯定的介護認識からもとらえていくことの必要性を導くものであった。本研究では韓国の家族介護者に対する肯定的側面にとらえ、フォーマル介護サポートの利用と非利用による肯定的介護認識の関連要因を明らかになった点で、有効性があるといえる。特に、同居家族療養制度と肯定的介護認識の関係に関する考察を通じて、韓国では、これから家族介護に対する娘の介護者が増加する可能性を確認された点について注目した点は重要な発見であるといえる。

このような結果により、様々角度から、肯定的介護認識に関する実証研究を実施・分析したことにより、第二の研究目的は遂行されたといえる。

### 第3項 「家族介護政策・実践への示唆」に関する到達点

研究目的の第三は、実証研究の分析結果を踏まえた上で、肯定的介護認識仮説モデルの有効性を検討し、家族介護政策・支援への示唆を示すことであった。

第8章においては、「肯定的介護認識仮説モデル」の概念操作化の課題や、モデルにソーシャル・サポートの要因を含むことの必要性の課題を考察した。多くの課題があるものの、共分散構造分析においても適合性の高いモデルを示すことができた点で、家族介護に基づく「肯定的介護認識仮説モデル」が今後家族介護者の研究に有用である可能性は示されたといえるだろう。また同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用による肯定的介護認識に関連する要因が異なっていることから、家族介護政策・支援への示唆を示した。また、それ以外の要因としては、家族介護者における社会的支援の拡充の必要性が示された。

本研究では、家族介護政策と支援について、制度政策立案者には、介護負担

感を軽減するという視点に立った介入計画だけではなく、介護を人生の経験として、また学びや充足感を得るという方向から、肯定的介護認識を高める働きかけの視点に立った、制度政策を立案していくことが必要という視点を強調することができた。家族介護者が精神的健康度をより高く保ちながら、介護を継続し得る方向を模索するものとして、家族を支援していく制度施策がとられるなら、家族介護者が介護を肯定的に体験して意味づけることができるようになるであろう。

研究目的の第三に関する到達点をみると、「肯定的介護認識仮説モデル」にはさらに検討すべき課題はあるが、実証データを示しながら、家族介護者自身を中心に家族介護の政策的・支援的課題を示した点で、これまでの議論を発展させることに貢献できたといえる。

## 第2節 研究の限界と今後の課題

本研究では、韓国における家族介護者の肯定的側面で構成される「肯定的介護認識」尺度を開発した。また同居家族療養制度の利用・非利用の家族介護者の肯定的介護認識に関連する要因に注目し、同居家族療養制度と肯定的介護認識との関係の視点から考察を進めてきた。

家族介護者の肯定的介護認識について議論する上で、肯定的介護認識尺度と肯定的介護認識の関連要因、それぞれが有効ではないかということ論じた。肯定的介護認識に関する研究を概観すると、今後の研究課題に有益な示唆が得られた。以下は、本研究の限界と今後の課題についてまとめたものである。

まず、本研究の限界について説明する。

第一に、今回の質的帰納的研究では、肯定的介護認識尺度の項目探索を行い、カテゴリーを抽出したが、そのデータを得たのは、女性介護者たちであった。したがって、方法論的限定性という特徴からは、本研究は女性介護者の肯定感の項目であり、男性介護者も含めた、一般的な「家族介護者」というには、限界がある。今後は男性介護者にもインタビュー調査を行い、内容の妥当性を検討する必要がある。また、質的研究では、年齢、就業の有無、続柄、介護年数など多様な19名にインタビューをして、カテゴリーを生成したが、飽和に達し



ているかの厳密な確認作業は行われていない。したがって今後は飽和化の確認作業も含め、質的研究を通して、文化がもつ家族関係や価値観、およびジェンダーなど多様な視点で、肯定的介護認識を探索していきたい。

第二に、量的調査の研究方法では、サンプリングの方法とサンプル数での限界である。サンプリングの方法では、サンプルの収集と使用データに限界があった。サンプルの収集では、ランダムサンプリングの限界とプライバシー遵守の視点から在宅療養センター機関を選定することと、対象者の確保が非常に難しかったことである。使用したデータは、ソウル市である訪問療養介護センターに限定されたものであった。

サンプルの数では、嫁に対して娘の人数が非常に少なかったため、多母集団の同時分析の際、娘を含めなかったという限界があった。またサンプル数の問題サンプル数の関係から、本研究では統計的有意水準を10%まで認めることとしたが、これは有意差が認められたという統計的判断が誤っている可能性を10%まで認めることを示している。しかしながら、有意水準5%とした際には、見過ごしてしまうような、同居家族療養制度の利用と同居家族療養制度の非利用による肯定的介護認識の関連要因に差異を抽出するという意味を併せ持っている。本研究は、先行研究も少ないため先駆的かつ萌芽的な研究とならざるを得ない。また、共分散構造分析という方法論を考えると、標本数がやや少ないといえる。特に、第7章の「肯定的介護認識の仮説モデル」の分析結果については、今後対象として娘を追加し、拡大した調査を実施することでさらなる追試を行い、検証を重ねていく必要がある。つまり今後は、サンプル数を十分に増やして研究を進めていく必要がある。

第三に、第5章の「肯定的介護認識の尺度開発」の分析結果については、仮説が支持されなかった限界がある。肯定的介護認識の下位尺度では、「介護スキ向上」と変わりに「介護対するスキルや充足感の向上」が下位要因になっている。「介護対するスキルや充足感の向上」の項目には、「要介護者の受け入れ」と「自己価値の向上」が含まれている。したがって今後は項目選定の過程を慎重に行い、量的研究を通して、肯定的介護認識を探索していきたい。

第四に、本研究では、同居家族療養制度の以外の在宅介護サービスの影響を測定していなかった限界がある。他の在宅サービスの影響差や、近くに利用可

能な当該のサービスがあるかどうか、家族介護者の肯定的介護認識に影響を与える可能性がある。対応策分析を行う際には、在宅介護サービスの影響を含めて検討すべきであり、いずれも今後の課題としたい。

第五に、横断調査の限界である。家族介護者のライフステージの変化に伴い、要介護者の病気状態も家族介護者の肯定的介護認識も変化する可能性がある。介護とは、通常、数年年から数十年という長い経過をたどる過程であり、それぞれの時間や段階によって、介護者の肯定的介護認識の種類や程度も異なることが予測されるものであるが、本研究では横断的方法をとったため、介護を一時的、断片的にとらえた。したがって今後の課題として、縦断的視点で介護プロセスをとらえ、それぞれの段階に適した対処や支援を考えていくことも必要である。あくまでも調査時点の肯定的介護認識であるという限界がある。

次に、本研究における今後の課題について説明する。以下は今後の課題である。

第一に、本研究の対象者は家族内の女性介護者に限定したものであるが、近年韓国でも男性介護者が増えてきており、男性介護者の「肯定的介護認識の関連要因」の研究は次に行うべき研究課題である。

第二に、本研究の結果では、同居家族療養制度の非利用において、介護負担感と肯定的介護認識との関連が認められなかった。今後の研究では、調査項目に検討を加え、調査対象を嫁のみではなく、すべての家族介護者を対象とし、再検討を行う必要がある。

また、「肯定的介護認識」という概念は「介護負担感」や「介護継続意向」を直接的に規定する要因であるともいえる（藤崎1990：山本1995a）。さらに、「肯定的介護認識」というような認知レベルに焦点を当てた支援が、介護上のストレスの主観的評価や介護負担感の軽減に有効であるといわれている（Lazarus1984）。よって、今後は、韓国における「肯定的介護認識」「介護負担感」「介護継続意向」の3者の関係性を明らかにすることが課題である。渡辺・河野・谷岡（1994）は、在宅介護サービスを受けている高齢者の42.9%の者が、5年後にも続けて在宅介護サービスを受けていると報告した。本研究においては在宅介護をしている家族介護者に対象者とし、想定しているが、今後も在宅介

護が継続されるか不明であり、更なる調査が必要である。

第三に、本研究における多母集団の同時分析では、ソーシャル・サポートの変数が含まれなかった。今回の分析では概念操作化上の課題もある。今後、さらにソーシャル・サポートと肯定的介護認識の関係について検討する必要がある。先行研究の結果から、インフォーマル・サポートが、介護による生じる要介護者に対する介護者の介護負担感の軽減に役立つのみならず、介護者に肯定的な感情を生じさせる力となり得ることが明らかになっている。今後、家族介護者に関する研究では、ソーシャル・サポートを含み、分析することが求められる。

第四に、韓国の同居家族療養制度は、次のような5つの特徴がある。①療養保護士の資格を取得するため教育を受けること、②親の介護労働に対しての1日あたり2時間に限り賃金を得ること、③賃金で外部介護サービスの活用すること、④外部での療養保護士としての活動ができること、⑤社会的評価をうけることである。今度、以上の同居家族療養制度の特徴なかで、どのような特徴が肯定的介護認識に踏み込んで影響を与えるのかの検討し、それを明確していく必要がある。

最後に本論文は、在宅家族介護をもとに、家族介護者の肯定的介護認識に着目し、それを測定するための試案を理論的検討から導き出し、実証研究によって検証したものである。肯定的介護認識を測定するための分析枠組みの設定や尺度開発、肯定的介護認識の仮説モデルにおいては、先に述べた通り、多くの限界と課題がある。そのため、肯定的介護認識に関する理論的枠組みの再検討が必要である。

## 謝辞

まず博士課程の始めから論文の完成まですべての過程を主管した神様の恵みに感謝しております。

本論文を完成するにあたっては、4年間にわたり多くの方々にお世話になりました。全ての方に感謝を申しあげることができませんが、この場でお礼を申しあげたいと思います。

主査の和田敏明先生には、入学を決定する前から相談にのり、博士課程の終始の4年間にわたり、大変お世話になりました。特に、和田先生のご指導を通して、研究員になれるように貴重な経験をさせていただきました。さらに和田先生は、家族介護者政策の重要性について学ばせていただき、社会福祉者になれるように学者と実践家としてモデルになりました。和田先生はいつも心強く支持者として私に力になって下ったことが、いまの私が存在することである。心よりお礼を申しあげたい。副査の山口麻衣先生からは、論文が終えるように士気と自信感を励ましていただきました。また論文の枠組みが出来上がるようにご指導していただいたことに限りなく感謝の意を表ししたい。審査教員として論文の精細にご指導して下った福島喜代子先生には、感謝申しあげたい。そして、ルーテル学院大学院の諸先生方からも貴重なご指導と温かい励ましを頂きました。

平澤大学校大学院で博士課程に在籍時の教授であった李ジョンボク先生には、本論文執筆中にも励ましていただいたことに感謝申しあげたい。

質的研究にあたっては、論文の枠と具体的な研究方法をご指導し、質的研究に魅了されるようにくださった柳原清子先生に厚く、お礼申し上げたい。柳原先生の洞察力は論文の完成度を高めるようになりました。小高真美先生は、量的研究の完成度を高めるように工夫し、とくに統計調査について、詳しい適切なご助言やご指導下さりました。感謝申しあげたい。

太田先生には、4年間にわたり、いつも激励と学問の熱情に燃えるように見本になり、様々角度から適切なアドバイスを下さりました。また私のどんな質問やつまづきにも、いつも熱心かつ丁寧にご指導下さりました。感謝申しあげたい。

なお、調査票のアンケート調査では、ご協力をいただいた在宅訪問療養センターに心より感謝いたしております。また、ヒヤリングにご協力を頂いた家族介護者の方々に、心より感謝申し上げます。

最後に、学ぶことの大切さを教えてくれた亡義父、亡父、いつも限らない優しく支えてくれた母に感謝の意を表したい。そして、何より、この論文を執筆するために借しめない協力と支えてくれた私の夫、崔相哲と、私の大変さを理解してくれた息子の世彬に感謝の意を表し、本論文を結ぶことといたします。

張 英信

## 引用文献

- 安部幸志 (2002) 「介護マスターの構造と精神的健康に与える影響」 『健康心理学研究』 15 (2) , 12-20.
- Akiyama, Hiroko, Antonucci, Toni C., Campbell, Ruth (1997) Exchange and Reciprocity Among Two Generations of Japanese and American Women. J. Sokolovsky ed., The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives (2nd ed.), Bergin & Garvey, 163-178.
- 赤松昭・小澤温・白澤政和 (2002) 「ソーシャルサポートが介護負担度に及ぼす影響」 『厚生指標』 49(11), 17-22.
- 天谷真奈美・大塚真理子・島田広美・星野純子・青木由美恵 (2003) 「痴呆性高齢者を介護する娘介護者の危機」 『埼玉県立大学紀要』 4, 87-93.
- 荒井由美子・杉浦ミドリ (2001) 「介護保険制度は痴呆性高齢者を介護する家族の介護負担を軽減したか」 『老年精神医学雑誌』 12(5), 465-470.
- Bachner, Y. G., Raveis, V. H. (2009) Examining the social context in the caregiving experience ; Correlates of global self-esteem among adult daughter caregivers to an older parent with cancer. *Journal of Aging and Health* 21(7), 1016-1039.
- Brislin, R. (1970) Back translation and crosscultural research, *J. Cross cult psycho* 1, 185-216.
- Byrne, B. M. (2001) Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey. George Lk, ・Gwyther Lp (1986) Caregiver well-being : a multi dimensional examination of family caregivers of demented adults, *Gerontologist*, 26, 253-259.
- Cohen, C. A., Gold, D. P., Shulman, K L., et al. (1994) Positive aspects in caregiving: An overlooked variable in research. *Canadian Journal on Aging*, 13, 378-391.
- Farran, CJ, Keane-Hagerty E, Kupferer (1991) Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Journal of Applied Gerontologist*, 31(4), 483-489.

- Finley, H. J. (1989) Theories of Family Labor as Applied to Gender Differences in Caregiving for Elderly Parents. Journal of Marriage and the Family, 51, 79-86.
- 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—分析枠組の検討」『総合都市研究』39, 61-83.
- 藤田恵美子・浅沼佐紀・藤原佐和子・ほか (2002) 「痴呆性老人を介護する嫁の介護負担感と認識段階との関連」『神戸大学医学部保健学科紀要』18, 13-25.
- 藤田祥子・黒田輝政 (1987) 「痴呆性老人在宅介護家庭の生活実態」『老年社会学会』9, 188-199.
- 古橋エツ子 (2001) 「家族介護人への介護評価と社会保障」『週刊社会保障』2142, 24-27.
- 古橋エツ子 (2002) 「これからの高齢者福祉」ミネルヴァ書房.
- 古谷野亘 (1989) 「生活満足度尺度の構造；主観的幸福感の多次元性とその測定」『老年社会科学』11, 99-115.
- Haley W.E., Roth D.L., Coleton, M. I., et al. (1996) Appraisal, coping and social support as mediators of well-being in Black and White family caregivers of patients with Alzheimer's disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(1), 121-129.
- 濱元一美・柴谷貴子・祖父江鎮雄 (2005) 「日本と韓国における高齢化の一考察：調査報告を交えて」『関西女子短期大学紀要』14, 27-37.
- 原沢優子・岡本和土・長谷部佳子 (2006) 「介護家族の老親扶養義務感が介護継続意欲に及ぼす影響」『日本保健医療行動科学』21, 177-188.
- Harwood, D. G. Barker, W. W. Ownby, R. L., et al. (2000) Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. International Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 481-487.
- 橋爪祐美 (2005) 『働く女性の介護生活—在宅介護者の支援のアプローチ』風間書房.
- 林春植・宣賢奎・住居広土 (2010) 『韓国介護保険制度の創設と展開—介護保障の国際的視点』ミネルヴァ書房.

- 東清巳・重富寛美・池本めぐみ(2000)「在宅介護における家族介護者の介護負担感と影響要因, およびインフォーマル・サポートとの関連」『熊本大学教育学部紀要, 自然科学』49, 11-21.
- 樋口恵子(1998)「少子高齢化社会と福祉(1)－介護保険と現金給付」『軍縮問題資料』218, 44-49.
- Hinrichsen GA, Hernandez NA, Pollack S (1991) Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult. *The Gerontologist*, 32, 375-384.
- 平松誠・近藤克則・梅原健一(2006)「家族介護者の介護負担感と関連する因子の研究(第1報)基本属性と介入困難な因子の検討」『厚生指標』53(11), 19-24.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2005a)「家族介護者の介護に対する肯定的評価に関連する要因」『厚生指標』52(8), 1-7.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2005b)「家族介護者の介護に対する肯定的評価を測定する尺度の構造; 肯定・否定両側面に焦点をあてて」『日本在宅ケア学会誌』9(1), 52-60.
- 広瀬美千代(2006a)「家族介護者の介護に対する肯定・否定両評価に関する文献的研究－測定尺度を構成する概念の検討と『介護評価』概念への着目－」『生活科学研究誌』5, 1-13.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2006b)「家族介護者の介護に対する認知的評価に関連する要因－介護に対する肯定・否定両側面からの検討－」『社会福祉学』47(3), 3-15.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2007a)「家族介護者の介護に対する認知的評価のタイプの特徴－関連要因と対処スタイルからの検討－」『老年社会科学』29(1), 3-12.
- 広瀬美千代・岡田進一・白澤政和(2007b)「家族介護者の介護への否定的評価に対する資源による緩衝効果」『日本在宅ケア学会誌』10(2), 24-32.
- 広瀬美千代(2010)『家族介護者のアンビバレントな世界 エビデンスとナラティブからのアプローチ』ミネルヴァ書房.
- 黄京蘭・関田康慶(2004)「介護サービスに対する家族介護者の意識と評価に関する分析」『厚生指標』51(7), 9-15.



- 藤崎宏子 (2002) 「介護保険制度の導入と家族介護」金子勇編『高齢化と少子社会』ミネルヴァ書房.
- Hunt, C. K. (2003) Concepts in caregiver research, Journal of nursing Scholarship, 1, 27-32.
- 榛直美 (2009) 「デイケア利用者の家族介護者における介護不安に関連する要因」『福岡県立大学看護研究紀要』7(1), 10-17.
- 今福恵子・大塚みち子・田中早苗・ほか (2003) 「訪問看護師の情緒的・情報的サポートが介護者の精神的健康に与える影響」『静岡県立大学短期大学部特別研究報告書』58, 1-4
- 石橋文枝 (2003) 「在宅看護における家族介護者の対人認知に関する研究－男性介護者の対人認知の実態」『藍野学院紀要』16, 73-78.
- 一瀬貴子 (2004) 「高齢家族介護者の「ストレス発生過程」に及ぼす「介護に対して抱く生き甲斐感」の影響－ストレス因果モデルに従ったパス解析による規定要因分析－」『関西福祉大学研究紀要』7, 91-107.
- 張英信 (2009) 「韓国の家族介護者における肯定的介護認識に関する研究」『ルーテル学院研究紀要』43, 93-105.
- John W. Creswell (2003) Research:Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. (=2008, 操華子・森岡崇訳『研究デザイン－質的・量的・そしてミックス法』日本看護協会出版会.)
- 韓国保健福祉家族部 (2008) 「老人長期療養保険事業説明会資料」
- 韓国保健福祉家族部 「老人長期療養保健施行一年の主要統計現況」
- 韓国統計庁『経済活動年譜』1963～2008年.
- 韓国統計庁 (2001) 『2001年度の高齢者の統計』韓国保健福祉家族府ホームページの政策統計ポータルサイト (<http://stat.mw.go.kr/>。2001.10.2)
- 韓国統計庁 (2003) 「将来人口推計」2001年および国立社会保障・人口問題研究所；『人口統計資料集』
- 韓国統計庁 (2006) 『2006年度の韓国の社会指標』韓国保健福祉家族府ホームページの政策統計ポータルサイト (<http://stat.mw.go.kr/>。2007.1.19)
- 韓国統計庁 (2008) 「将来人口推計」
- 韓国統計庁 (2009) 「2009韓国統計年鑑」
- 韓国統計庁 (2009) 「人口動態統計年譜」

- 狩野裕 (2002) 「再討論:誤差共分散の利用と特殊因子の役割『特集討論:共分散構造分析』」『行動計量学』29(2), 182-197.
- 狩野裕・三浦麻子共 (2007) 『AMOS, EQS, CALISによるグラフィカル多変量解析 目で見る共分散構造分析』現代数学社
- 唐沢かおり (2006) 「家族メンバーによる高齢者介護の継続意志を規定する要因」『社会心理学研究』22 (2) , 172-179.
- 川崎陽子・高橋道子(2006)「高齢者介護を通しての家族介護者の発達に関する一考察—自己成長感の形成から—」『東京学芸大学紀要』57, 115-126.
- 啓明大学産学協力団(2009)「2008年度老人生活実態調査—全国老人生活実態及び福祉要求調査—」『韓国社会保険研究院』, 306-846.
- 菊地和則・冷水豊・中野いく子・中谷陽明・和気純子・坂田周一・平岡公一・出雲祐二・馬場純子・深谷太郎 (1996) 「在宅介護高齢者に対する家族(在宅)介護の質の評価とその関連要因」『老年社会科学』18 (1) , 50-62.
- 金恵京・甲斐一郎・久田満・李誠國 (2000) 「農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感」『老年社会科学』22(3), 395-404.
- 金貞任 (2001) 「ソウル市における在宅要介護高齢者の家族介護者の負担感; 影響する要因の検討」『老年社会科学』23(1), 50-60.
- 木下康仁 (2005) 『分野別実践編グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 小林和美 (2004) 「韓国の家族と女性—家事・子育て・高齢者扶養をめぐる現状」『公民論集』(13), 1-22
- 木下康仁 (1999) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 質的実証研究の再生』弘文堂.
- 木下康仁 (2003) 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い』弘文堂.
- 木下 康仁(2005) 『分野別実践編 グラウンデッド・セオリー・アプローチ』弘文堂.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2009) 『平成19年国民生活基礎調査2巻』
- Kramer, B. J., (1997) Gain in Caregiving Experience: Where Are We? What Next?, Gerontologist, 37(2), 218-232.
- Krmamer, B. J.(1993) Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. Family Relations, 42, 383-391.
- 熊沢和子 (1993) 「“模範嫁”表彰にみる『介護』と『嫁意識』」女性文化研

- 究センター一年部, 7, お茶の水女子大学女性センター.
- 楳本知子・佐々木実・坪井章雄・村上恒二 (2005) 「主介護者要因, 被介護者要因, 介護状況要因および介護支援に関する肯定的認識が家族介護者の介護負担感に及ぼす影響」『人間環境学研究』2 (2) , 57-62.
- 権仲敦 (1996) 「痴呆家族の扶養負担を測定する尺度開発」『延世社会福祉研究』31, 140-168. 太田美緒・甲斐一郎 (2002) 「老親扶養義務感尺度の開発」『社会福祉学』42 (2) , 130-138.
- 権順浩 (2010) 「韓国老人長期療養保険制度における在宅療養給付現状と課題—家族介護者の生活保障の観点から—」『総合社会福祉研究』36, 98-108.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989) Measuring caregiving appraisal. Journal of Applied Gerontology, 44(3), 61-71. 31(4), 483-489.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Glicksman, A. & Rovine, M. (1991) A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-being. , Journal of Applied Gerontology, 46(4), 181-189.
- Lazarus RS, Folkman S(1984) Stress, appraisal and coping, Springer, New York, 117-260.
- 李文娟 (2004) 「在宅介護の継続希望と関連する要因」『老年社会学会』25 (4) , 471-481.
- Li, L. W., Seltzer, M. M., &Greenberg, J. S. (1999) Chang in depressive symptoms among daughter caregivers; An 18-month longitudinal study. Psychology and Aging, 14, 206-219.
- Louderback,P. (2000) Elder care : a positive approach to caregiving, Journal of The American Academy of Nurse Practitiones, 12, 97-99.
- 前田大作・冷水豊 (1984) 「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, 2-17.
- 前田大作・冷水豊・奥山正司・平岡 公一・中谷陽明・三浦虎彦・趙允得・金恵媛・Choi Sung-Jae (2002) 「老親介護に関する態度に影響する要因の研究 : 付・日韓比較」『Teologia. diakonia』36, 69-85.

- 松村ちづか(2002)「ある在宅痴呆性老人家族介護者の自己強化のプロセスと他者との関わりの意味—Hさんの介護体験の半ライフヒストリーの分析—」『順天堂医療短期大学紀要』13, 31-40.
- Miller, B. (1989) Adult children's perceptions of caregiver stress and satisfaction, Journal of Applied Gerontology, 8, 275-293.
- Miller, B., Lawton, M. P. (1997) Positive aspects of caregiving introduction: Finding balance in caregiver research. Gerontologist, 37(2), 216-217.
- 三田寺裕治・早坂聡久(2003)「家族介護者による在宅福祉サービスの評価」『厚生指標』50(10), 1-7.
- 宮上多加子(2004)「痴呆性高齢者の家族における介護実践力に関する研究」『老年社会科学』25(4), 450-460.
- 森川美絵(2001)「介護における『現金払い』をめぐる『消費者主導』とジェンダ:アメリカの事例から」『社会福祉学』42(1), 114-124.
- 森山美智子(2003)『介護家族支援:看護の視点から 現代のエスプリ』至文堂.
- 森山千賀子(2010)「韓国の『介護保険』始動時における介護の担い手養成に関する研究—家庭奉仕員・療養保護士・看護人の教育内容からの一考察—」『白梅学院大学短期大学教育・福祉研究センター研究年報』15, 67-74.
- 村上宣寛(2006)『心理尺度のつくり方』北大路書房.
- 那須宗一(1970)「老人扶養研究の現代的意義」湯沢擁彦編『老人扶養の研究』垣内出版, 3-17.
- 新鞍真理子, 荒木晴美, 炭谷靖子(2008)「家族介護者の続柄別にみた介護に対する意識の特徴」『老年社会科学』30(3), 415-425.
- 新名理恵・矢富直美・本間昭(1991)「痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャルサポートの緩衝効果」『老年精神医学雑誌』2(5), 655-663.
- 新名理恵(1992)「痴呆性老人の在宅介護者の負担感とその軽減」『老年社会科学』14, 38-44.
- 新田静江(2003)「脳血管障害による歩行障害のある成人・高齢者の身体的・心理社会的適応と家族介護者の介護負担感と満足感の関係」『The Jap演

- anese journal of nursing research』36(1), 41-52.
- 中谷陽明・東條光雅 (1989) 「家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—」『社会老年学』29, 27-36.
- 中島紀恵子・斉藤久美子・月橋ユカリ (1982) 「呆け老人とその家族の実態—痴け老人をかかえる家族の会の第二次全国調査—」『保健婦雑誌』38, 962-999.
- 波平 恵美子・道信 良子(2005)『質的研究Step by Step—すぐれた論文作成をめざして』 医学書院.
- 西村昌紀・須田木綿子・ルースキャンベル・出雲祐二・西田真須美・高橋龍太郎 (2005) 「介護充実感尺度の開発—家族介護者における介護体験への肯定的認知評価の測定—」『厚生指標』52 (7) , 8-13.
- 野川とも江・大塚真理子・林裕栄 (1995) 「在宅寝たきり老人の介護者の介護継続意志に関連する要因の検討」『日本看護科学会誌』15(3), 31.
- 野口裕二 (1991) 「高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート—友人・近隣・親戚関係の世帯類型別分析」『老年社会科学』13, 89-105.
- 野口和美・入江晶子・飯田澄美子 (1994) 「在宅痴呆老人の介護の経過と介護者に影響を及ぼす要因」『保健の科学』36, 331-334.
- 岡村清美 (1976) 「高齢化社会における家族の構造と機能」『社会福祉研究』19 (4), 3-8.
- 小野ミツ・木村裕美 (2003) 「介護保険導入後の介護者の負担感に関する意識調査—介護保険制度の導入前と後の介護状況の変化」『日本老年行動科学会』9(1), 75-83.
- 奥山正司 (2002) 「家族介護者の介護負担及び介護規範意識に関する日韓比較研究—東京都及びソウル市における要介護高齢者の調査研究を通して」『現代法学』3, 105-125.
- 太田美緒・甲斐一郎 (2002) 「老親扶養義務感尺度の開発」『社会福祉学』42 (2) , 130-138.
- 朴光駿 (2005) 「老人扶養意識の日韓比較」『社会福祉学部論集』創刊号, 113-128.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M.

- M. (1990) Caregiving and the stress process; An overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 30, 583-594.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C (1978) The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- Picot, S. J., Youngblut, J., and Zeller, R. (1997) Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults, Journal of Nursing Measurement, 5(1), 33-52.
- 笹田春美 (1999) 「家族ケアリングをめぐるジェンダー関係—夫婦間ケアリングを中心として—」鎌田とし子・矢澤澄子・木本美子編『講座社会学14ジェンダー』東京大学出版社, 213-248.
- 斉藤恵美子・國崎ちはる・金川克子 (2001) 「家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討」『日本公衆衛生雑誌』48, 180-189.
- 坂西友秀 (1999) 『ジェンダーと「家」文化』社会評論社.
- 櫻井成美 (1999) 「介護肯定感がもつ負担軽減効果」『心理学研究』70 (3) , 203-210.
- 佐々木明子・高崎絹子・野川とも江 (1997) 「在宅痴呆性高齢者の性別特性と介護者の続柄に関する研究」『山形医学』15 (2) , 77-88.
- 佐々木明子 (1999) 「在宅療養者の家族の肯定的介護体験と関連要因」『看護科学学会講演集』251-268.
- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法』新曜社.
- 染谷淑子 (2003) 「社会変動と日本の家族—老親扶養の社会化と親子関係」『日本家族社会学会』14(2), 105-114.
- 澤田梢・島津明人・鈴木伸一 (2005) 「高齢者の在宅介護者における負担感と肯定的評価・ソーシャルサポートとの関連」『広島大学院心理臨床教育センター紀要』4, 110-117.
- 冷水豊 (1996) 「高齢者介護システム視点と方法—ニーズに即した家族介護論・財原論・サービス運営論の必要性—」『鉄道引済会社会福祉部, 社会福祉研究通号』66, 12-26.
- 袖井考子 (1993) 「主婦の家庭外就業とケア機能外部化」森岡清美監修・石原邦雄・佐竹洋人・堤マサエ・望月嵩編『家族社会学の展開』培風館, 222-238.

- 袖井考子 (1999) 「家族介護と現金給付」 『週刊社会保障』 2037, 46-47.
- 下夷 美幸 (2003) 「高齢者介護とジェンダー：家族支援によるジェンダー変革の可能性：〈テーマ〉雇用・福祉・ジェンダー」 『国立女性教育会館研究紀要』 7, 33-43.
- Stephens MA, Franks MM, Townsend AL (1994) Stress and reward in women's multiple roles; The case of women in the middle. Psychology and aging, 9. 45-52.
- 杉原陽子・杉澤秀博・中谷陽明 他 (1998) 「在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響」 『日本公衆衛生雑誌』 45, 320-335.
- 杉澤秀博・中村律子・中野いずみ (1992) 「要介護老人の介護者における主観的健康感および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究」 『日本公衆衛生雑誌』 39, 23-32.
- 杉山佳菜子 (2010) 「成人子とその親子関係—子世代からみた老親扶養意識を中心に—」 『老年社会科学』 31(4), 458-469.
- 陶山啓子・河野理恵・河野保子 (2004) 「家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析」 『老年社会科学』 25 (4) , 461-470.
- 鈴木敦子 (2005) 『調査的面接の技法』 ナカニシヤ出版.
- 鈴木和子 (1999) 『健康問題と家族』 東京：廣川書店. 鈴木和子・渡辺裕子編 『事例に学ぶ家族看護学』
- 鈴木規子・橋本美智子・高橋祐夫 (2004) 「在宅高齢者の介護を担う女性介護者の『介護の意味づけ』の構成概念と既定要因の検討」 『老年社会学会』 26 (1) , 68-77.
- 鈴木亮子 (2006) 「認知症患者の介護者の心理状態の移行と関係する要因について—心理的援助の視点からみた介護経験」 『老年社会科学』 27 (4) , 391-406.
- 武田知樹・波多野義郎 (2008) 「在宅脳卒中患者におけるQOLとライフスタイルおよび社会的支援との関係」 『社会福祉学』 49(2), 176-190.
- 田中共子・浜藤好美・田中宏二 (1999) 「在宅介護者の精神的健康について—主介護者の続柄による検討と背景・緩和要因の影響—」 『日本健康心理会第12回大会発表論文集』 296 - 297.

- 田中共子・兵藤好美・田中宏二（2002）「高齢者の在宅介護者の認知的成長段階に関する一考察」『質的心理学研究』1, 5-16.
- 田中昭子・大西美智子・小野ツルコ（2000）「在宅介護の肯定的側面に関する質的分析」『老年社会学』, 22 (2) , 198.
- 谷垣静子・宮林郁子・宮脇美保子・仁科祐子（2004）「介護者の自己効力感及び介護負担感にかかわる関連要因の検討」『厚生指標』51 (4) , 8-14.
- 田代和子・杉澤秀博（2010）「高齢者の家族介護者からみたデイサービス利用・非利用に関連する要因」『老年社会学』32 (1) , 3-13.
- 豊田秀樹（1998）『共分散構造分析＜入門編＞－構造方程式モデリング－』朝倉書店.
- 豊田秀樹（2008）『共分散構造分析－Amos編』東京図書.
- 上田照子（2004）「介護保険制度下における在宅要介護高齢者の家族の介護負担」『流通科学大学論集』16 (3) , 175-180.
- 浦光博（1992）「支えあう人と人：ソーシャル・サポートの社会心理学」『社会心理研究』8 (1) 65-66.
- Vrabec, N. J. (1997) Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. Journal of Nursing Scholarship, 29, 383-388.
- Walker, A. J., Acock, A. C., and Bowman, S. R., et al. (1996) Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 51B(3), 130-142.
- 渡辺美鈴・河野公一・谷岡嬢（1994）「大都市近郊（高槻市）の要介護老人の介護者の状況と介護認識に及ぼす要因について」『厚生指標』41(2)、30-37.
- 山田昌弘（1999）「ケアジェンダー」江原由美子・山田昌弘著『ジェンダーの社会学』放送大学教育振興会, 152-162.
- 山本恵一（1990）「研究方法論としての現象学的アプローチ」『看護研究』23 (5) , 2-10.
- 山口麻衣（2008）「ケア・ミックスにおけるジェンダー関係 - 成人子によるケアに対する高齢者の選好の分析 - 」『ルーテル学院研究紀要』42, 63 - 75.
- 山本則子（1995a）「痴呆老人の家族介護に関する研究：娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味；1. 研究背景・文献検討・研究方法」『看護研究』28(3), 178-199.
- 山本則子（1995b）「痴呆老人の家族介護に関する研究：娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味；2. 価値と困難のパラドックス」『看護研究』28(4), 313-333.



- 山本則子 (1995c) 「痴呆老人の家族介護に関する研究：娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味；3. 介護量引き下げの意思決定過程」『看護研究』28(5), 73~91.
- 山本則子 (1995d) 「痴呆老人の家族介護に関する研究：娘及び嫁介護者の人生における介護経験の意味；4. 介護しなければならない現実と折り合う・介護の軌跡・結論」『看護研究』28(6), 51~70.
- 山本則子, 石垣和子, 国吉緑, 河原宣子, 長谷川貴代美, 林邦彦, 杉下知子 (2002) 「高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質 (QOL), 生きがい感および介護継続意思との関連：続柄別の検討」『日本公衆衛生紙』49, 660-671.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義 (2006) 『Amosによる共分散構造分析と解析事例「第2版」』ナカニシヤ出版.
- Yamamoto, . N., & Wallhagen, M. (1998) Service Uuse by family caregivers in Japan, *Social Science and Medicine*, 47(5), 677-691.
- 八代尚宏 (2000) 「公的介護保険と社会福祉事業改革の課題」『季刊・社会保障研究』36 (2) , 176-186.
- 山路憲夫 (2009) 「韓国の老人長期療養保険と日本の介護保険との比較」『白梅学院大学・短期大学紀要』45, 1-11.
- 横山勉 (1996) 「コミュニティにおけるソーシャル・サポート・ネットワーク；ファミリーサポートをふまえて」右田紀久恵編『地域福祉総合化へ途；家族・国際化の視点を踏まえて』ミネルヴァ247-263.
- 大和礼子 (2004) 「介護ネットワーク・ジェンダー・社会階層」渡辺秀樹・稲葉昭英・島崎尚子著『現代家族の構造と変容：全国家族調査 [NFRJ98] による計量分析』東京大学出版会, 367-385.
- 尹靖水・中嶋和夫・金貞淑・巖基郁・黒木保博 (2008) 「老親扶養意識と介護に関連するストレス評価の関係」『同志社大学社会学会』85 (3) , 67-81.
- Yoshizumi, K. (1995) Marriage and family: Past and present, In Fujimura-Fanselow, K., & Kameda, A. (Eds.) , Japanese women, New feminist perspectives on the past, Present, and future, The Feminist Press, New York, 183-197.
- 結城美智子・飯田 澄美子 (1996) 「在宅要介護高齢者の介護者における家族・身内とのかかわりと介護負担感との関連」『日本老年看護学会誌』1(1), 42-54.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden, *Gerontologist* 20, 649-655.

【資料1】 「肯定的介護認識」の質問紙(日本語版)

## ご自宅で高齢者を介護している「女性の方」へ

### 『介護に対する考えや思い』に関する調査のお願い

私は日本のルーテル学院大学博士後期課程に在籍する張 英信と申します。  
大学院において、高齢者介護の研究を続けております。

つきましては、ご自宅で高齢者を介護されている女性家族介護者の皆様に、介護に対しての考えや思いを聞かせていただきたく、お願いする次第です。

アンケート調査への参加は任意であり、参加しないことによる不利益は全く生じません。調査は無記名であり、個人のプライバシーが特定されることもありません。また、この調査は女性介護者に対して、プライバシーを厳守すること、途中で断ることも可能です。この調査票は、本研究以外に使われることはなく、ご迷惑をおかけすることはありませんので、どうか安心してご回答をお願い致します。

なおご記入後は、同封の返信用封筒（切手付き）にアンケートを入れ、ご返送ください。送り先の表書きはしてあります。皆様のご住所、お名前の記入は不要です。何かご不明な点がありましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

#### 【調査者の連絡先】

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科 社会福祉学専攻

研究者； 張 英信

指導教授； 和田 敏明

(ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科 教授)

E-mail; newwind@hotmail.co.jp

連絡先住所；〒181- 0015

東京都三鷹市大沢3-10-20

電話：0422-31-4611

ご自宅で高齢者を介護している「女性家族介護者」の  
『介護に対する考えや思い』に関する調査

調査者：張 英信

この研究の目的は、韓国の女性家族介護者における介護認識に関する調査を行うことです。この質問票に対する皆様の回答や結果は、統計的に取り扱われ、皆様のプライバシーにふれることはありませんのでご安心ください。各質問にご回答いただく際には、感じたままにお答えください。ご多忙のおり、お手数をおかけいたしますが、なにとぞご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

※この調査は、在宅で高齢者を介護している主女性介護者にご記入をお願いいたします。以下の項目について、該当する項目に○をつけ、（ ）内には適当数値や語句をご記入してください。

【質問1】あなたが介護している高齢者のことについて、伺います。

1) あなたが介護している高齢者の年齢と性別をご記入と○をつけてください。

年齢（                      ）歳	性別： 男      女
-----------------------------	--------------

2) あなたが介護している高齢者の最終学歴は、次のうちどれですか。

1 小学校未満    2 中学校卒    3 高校卒    4 短大・大学卒    5 大学院卒

3) あなたが介護している高齢者の現在持っている病名 一つに○をつけてください。

1 脳卒中      2 認知症      3 癌      4 骨折      5 その他

4) あなたが介護している高齢者の要介護認定度について、当てはまる項目に○をつけてください。

1 1等級	2 2等級	3 3等級
-------	-------	-------

5) あなたが介護している高齢者の日常生活の状態や介助の必要性について、それぞれの項目であてはまるもの一つに○をつけてください。

1) 食事の介助について	1 自立	2 一部介助	3 全介助
2) 排泄の介助について	1 自立	2 一部介助	3 全介助
3) 衣服の着脱の介助について	1 自立	2 一部介助	3 全介助
4) 移動について	1 自立	2 一部介助	3 全介助

【質問2】あなたは、全体として今の生活に、どのくらい満足していますか。  
当てはまる番号一つに○をつけてください。

1 全く満足していない	2 あまり満足していない	3 どちらかと言えない
4 まあ満足している	5 とても満足している	

【質問3】あなたの気持ちや考え方について伺います。あまり深く考えないで、以下の項目のそれぞれについて、最も当てはまる番号一つに○をつけてください。

項 目	全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらとも言えない	ややそう思う	とてもそう思う
1) 介護することで要介護者と気持ちが、通じ合うようになっている	1	2	3	4	5
2) 自分の介護をする姿は、子供達への良い見本になると思う	1	2	3	4	5

3) 要介護者も頑張っていると思える	1	2	3	4	5
4) 自己の介護経験を他の介護者のために役立てたいと思う	1	2	3	4	5
5) 介護することが生きがいになっている	1	2	3	4	5
6) 介護を続けるうえで、余裕時間での宗教活動が支えになると思う	1	2	3	4	5
7) 介護を引き受けることは、社会的評価だと思う	1	2	3	4	5
8) 在宅サービス利用してから、趣味や用事などの自由時間が取れると思う	1	2	3	4	5
9) 要介護者が介護に求めていることが理解できる	1	2	3	4	5
10) 介護することは価値があることだと思う	1	2	3	4	5
11) 要介護者の介護ニーズに対して何をすれば良いか分からない	1	2	3	4	5
12) 介護を通して、介護の技術が身についている	1	2	3	4	5
13) 私の介護経験を、社会や若い世代に介護の意義として伝えていきたい	1	2	3	4	5
14) 要介護者を最後まで面倒を見てあげようと思う	1	2	3	4	5
15) 要介護者と一緒にいるのが嬉しいと感じる	1	2	3	4	5
16) 介護することは、私の家族の幸せを守ることだと思う	1	2	3	4	5
17) 自分の介護経験をボランティアとして、役立てたい	1	2	3	4	5
18) 病気や障害のある人に対して、理解や思いやりを持つようになっている	1	2	3	4	5
19) 介護することは、要介護者への恩返しにつながる	1	2	3	4	5
20) 介護が困難な状況においても、何をすれば良いか分かっている	1	2	3	4	5
21) 自分もなくてはならない存在だと思う	1	2	3	4	5
22) 要介護者のすべてをありのままの姿として受け入れるようになっている	1	2	3	4	5
23) 介護を引き受けることは、自分の価値を高めると思う	1	2	3	4	5
24) 社会的に貢献をしたいという気持ちになっている	1	2	3	4	5
25) 家族員からの「ありがとう」の一語が支えになっている	1	2	3	4	5
26) 介護サービスを使って得る自由な時間は、気分転換になる。	1	2	3	4	5
27) 自分なりの介護するやり方が工夫できる	1	2	3	4	5



5-2) あなたが療養保護士として外部で活動していない主な理由の一つに○をつけてください。

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | 他に就労しているから              |
| 2 | 要介護高齢者の介護に最善を尽くしたいから    |
| 3 | 療養保護士の給料が家庭の経済に役に立たないから |
| 4 | 療養保護士の職はあまり専門職ではないから    |
| 5 | 自分の家庭以外の場では介護をしたくないから   |
| 6 | その他 ( )                 |

6) 家族介護者のために同居家族療養制度がどのように改善すべきか、あなたの率直なお考えを自由にお書きください。

--

【質問5】 あなた自身のことについて、お差支えのない範囲でお答えください。

1) あなたの年齢どうですか。

( )歳
------

2) あなたの一日の介護時間は、どのぐらいですか。

( )時間
-------

3) あなたのいままでの介護期間は、どうですか。

( )年 ( )ヶ月

4) あなたと高齢者との続柄は、次のうちどれですか。

1 妻 2 娘 3 長男の嫁 4 長男の以外の嫁 5 その他 ( )

5) あなたの副介護者がいますか。

1 いる 2 いない

6) あなたの最終学歴はどちらですか。

1 小学校未満 2 中学校卒 3 高校卒  
4 短大・大学卒 5 大学院卒

7) あなたの職業は、次のうち一つに○をつけてください。

1 専門職 2 公務員 3 管理職  
4 自営業 5 その他 ( )

8) あなたの宗教は、次のうちどれですか。

1 キリスト教 2 カトリック 3 仏教  
4 宗教なし 5 その他 ( )

9) 介護者の健康状態は、次のうち一つに○をつけてください。

1 良い 2 まあ良い 3 どちらも言えない 4 あまり良くない 5 良くない

10) あなたの家族の経済状態に対してどのように感じていますか。あてはまるもの一つに○をつけてください。

1 全くゆとりはない 2 あまりゆとりはない 3 どちらも言えない  
4 多少ゆとりがある 5 かなりゆとりがある



【質問5】以下の項目について、あなたはどのように思われますか。それぞれについて、最も当てはまるもの一つに○をつけてください。

項 目	全くそう思わない	あまりそう思わない	どちらとも言えない	ややそう思う	とてもそう思う
1) 子供は老親が日常生活に困らないよう、金銭的援助をすべきだ	1	2	3	4	5
2) 老親の経済的援助をするのは、子として当然のことだ	1	2	3	4	5
3) 子供は老親に生活費などの経済的援助をする必要はない	1	2	3	4	5
4) 親の介護をしないのは、子としての役割を怠けている	1	2	3	4	5
5) 老親の介護は必ずしも子の役割ではない	1	2	3	4	5
6) 親の介護をするのは子として当然のことだ	1	2	3	4	5
7) 老親が介護を子供に望むのは当然のことだ	1	2	3	4	5
8) 子供は時には老親旅行や趣味の活動の機会を用意すべきだ	1	2	3	4	5
9) 子供は老親と一緒に何かを楽しむような時間を持つべきだ	1	2	3	4	5
10) 子供は老親と共に過ごす時間を持つべきだ	1	2	3	4	5

【質問6】以下の項目について、あなたはどのように思われますか。それぞれについて、最も当てはまるもの一つに○をつけてください。

項 目	全くその通りではない	あまりその通りではない	どちらでもない	その通り	とてもその通り
1) 世話は、たいした重荷ではない	1	2	3	4	5
2) 趣味・学習・その他の社会活動などのために使える時間が持たなくて困る	1	2	3	4	5
3) 世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう	1	2	3	4	5
4) 世話の苦労があっても、前向きに考えていこうと思う	1	2	3	4	5
5) 病院か施設で世話してほしいと思うこともある	1	2	3	4	5
6) 世話で、家事やその他のことに手が回らなくて困る	1	2	3	4	5
7) 今後、世話が私の手に負えなくなるのではないかと心配になってしまう	1	2	3	4	5
8) 要介護者のことで、近所に気兼ねしている	1	2	3	4	5
9) もし少しでも代わってくれる親族がいれば、世話を代わって欲しいと思う	1	2	3	4	5
10) 世話で精神的にはもう精いっぱいである	1	2	3	4	5
11) 自分が最期まで見てあげたいと思う	1	2	3	4	5
12) 世話していると、自分の健康のことが心配になってしまう	1	2	3	4	5

【質問7】 あなたがふだん、家族や友人、親戚、専門家等から受けている支援やサポートについて、お聞かせください。

回答例をご参考に、1)～4)の人たちに、それぞれの設問のことを十分してもらえるときは○を、まあまあしてもらえるときは△を、してもらえないときは×をつけてください。1)～4)の人たちがいない場合は、斜線をひいてください。

<回答例>	1) 配偶者	2) 配偶者以外の家族など	3) 友人・知人・近所の人	4) 専門家 (医師、療法士など)
1) 心配事や悩み事を聞いてくれる	/	○	△	×

項 目	1) 配偶者	2) 配偶者以外の家族など	3) 友人・知人・近所の人	4) 専門家 (医師、療法士など)
1) 心配ことや悩みことを聞いてくれる				
2) あなたに気を配ったり思いやりしたりしてくれる				
3) あなたを元気づけてくれる				
4) あなたの心配ことや要介護者のことを一緒に考えてくれる				
5) あなたに適切なアドバイスをしてくれる				
6) 2～3時間、あなたに代わって要介護者をみてる				
7) 3～4日間、あなたに代わって要介護者を見てくれる				
8) 買い物やちょっとした用事を頼める				

お忙しいところ、ご協力大変ありがとうございました。

【資料2】 「肯定的介護認識」の質問紙（韓国語版）

## 택에서 노인을 돌보고 있는 「여성분」들의 『돌봄에 대한 생각이나 느낌』에 대한 조사

안녕하십니까?

먼저, 귀하의 귀중한 시간을 내 주셔서 감사합니다.

저는 일본 루터학원대학대학원의 박사과정에 있는 학생입니다. 저는 대학원에서 노인의 돌봄에 대한 연구를 하고 있습니다.

본 설문지는 택에서 노인을 돌보고 있는 「여성」의 노인 돌봄에 대한 느낌이나 생각을 조사하기 위해서 만든 설문지입니다. 귀하께서 응답하신 내용은 연구 목적 이외의 다른 용도로는 사용되지 않으며, 그 내용에 대해서도 비밀이 보장됩니다. 또한 설문지는 모두 익명으로 처리되어 응답 내용과 관련된 귀하의 정보나 의견은 외부에 절대 알려지지 않습니다.

편안한 마음으로 귀하의 노인 돌봄에 대한 생각과 상황을 답변해 주시면 본 연구에 많은 도움이 됩니다. 바쁘시더라도 잠시 시간을 내주시어 귀하의 노인 돌봄에 대한 솔직한 답변을 해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

귀하의 귀중한 답변을 부탁드립니다.

### 【조사자의 연락처】

루터학원대학대학원 종합인간학연구과 사회복지학 전공

연구자 : 장 영신

지도교수 : 和田 敏明

(루터학원대학대학원 종합인간학연구과 교수)

E-mail newwind@hotmail.co.jp

연락처 : 〒181-0015

東京都三鷹市大沢3-10-20

☎ : 0422-31-4611

택에서 도움이 필요한 노인을 돌보는 「여성 가족부양자」의 돌봄에 관한 조사

이 조사는 집에서 노인을 돌보고 있는 「여성 가족부양자」에게만 기입을 부탁 드립니다. 다음은 각 질문에 대해서 해당하는 항목에 ○표를 해주세요. ( )에는 적당한 수치나 해당사항을 기입 해 주시기 바랍니다(여기서 여성 가족부양자는 부인, 딸, 며느리를 의미합니다).

【질문 1】 다음은 귀하가 돌보고 있는 노인의 일반적 사항에 관한 질문입니다.

1. 귀하가 돌보고 있는 노인의 연령과 성별은 어떻게 되십니까.

연령 ( ) 세	성별 : 남    여
----------	-------------

2. 귀하가 돌보고 있는 노인의 교육수준은 어느 정도입니까?

① 무학	② 중학교졸	③ 고등학교졸	④ 전문대졸·대졸	⑤ 대학원졸
------	--------	---------	-----------	--------

3. 귀하가 돌보고 있는 노인이 현재 치료중인 병명은 무엇입니까?

① 뇌졸중	② 치매	③	④ 골절	⑤ 기타( )
-------	------	---	------	---------

4. 귀하가 돌보고 있는 노인의 요양등급은 무엇입니까?

① 1등급	② 2등급	③ 3등급
-------	-------	-------

5. 다음은 귀하가 돌보고 있는 노인의 일상생활 능력에 대한 질문입니다. 각 문항에 대해 가장 적당한 번호에 ○표를 해 주세요.

1) 식사:	①자립	②일부 도움이 필요	③전반적으로 도움이 필요
2) 배변:	①자립	②일부 도움이 필요	③전반적으로 도움이 필요
3) 목욕:	①자립	②일부 도움이 필요	③전반적으로 도움이 필요
4) 이동:	①자립	②일부 도움이 필요	③전반적으로 도움이 필요

【質問2】 귀하께서는 전반적인 일상생활에 어느 정도 만족하고 계십니까? 가장 적당하다고 여겨지는 번호 하나에 ○표를 해주세요.

① 전혀 만족하지 않는다	② 그다지 만족하지 않는다	③ 반반이다
④ 그런대로 만족한다	⑤ 아주 만족 한다	

【질문 3】 다음은 귀하의 현재 심정이나 생각에 관한 질문입니다. 깊게 생각하지 마시고 다음 질문에 대해서 가장 적절하다고 생각하는 번호에 ○을 해 주십시오.

항 목	전 혀 그 렇 지 않 다	대 체 로 그 렇 지 않 다	반 반 이 다	대 체 로 그 렇 다	매 우 그 렇 다
-----	---------------------------------	--------------------------------------	------------------	----------------------------	-----------------------

1. 돌봄을 통해 노인과 마음이 서로 통하게 됐다	1	2	3	4	5
2. 돌봄을 통해서 질병이나 장애가 있는 사람을 이해하거나 배려하게 되었다	1	2	3	4	5
3. 노인도 노력하고 있다고 생각한다	1	2	3	4	5
4. 노인의 돌봄을 통해서 배우는 것이 있다	1	2	3	4	5
5. 노인을 돌보는 것이 자신의 사는 보람이 되고 있다	1	2	3	4	5
6. 종교가 노인을 돌보는데 힘이 되고 있다	1	2	3	4	5
7. 노인을 돌보는 것은 사회적으로 인정 받는 일이라고 생각한다	1	2	3	4	5
8. 동거가족요양제도가 조금이나마 가정경제에 보탬이 된다고 생각한다	1	2	3	4	5
9. 돌봄에 있어서 노인이 필요로 하는 것을 나는 금방 파악 할 수 있다	1	2	3	4	5
10. 노인을 돌보는 중에 어려운 상황에 발생해도 그 대처법을 알고 있다	1	2	3	4	5
11. 노인을 위해 무엇을 해야 할 지 모르겠다	1	2	3	4	5
12. 돌봄을 통해 돌봄 방법이 익숙해 진 것이 기쁘다	1	2	3	4	5
13. 돌봄을 통해서 터득한 돌봄의 의의를 사회나 젊은 세대에게 전하고 싶다	1	2	3	4	5
14. 노인을 끝까지 돌봐 주려고 한다	1	2	3	4	5
15. 노인과 함께 있는 것이 기쁘다고 느낀다	1	2	3	4	5
16. 노인을 돌본다는 것은 가족의 행복을 지키는 것이라고 생각한다	1	2	3	4	5
17. 가족으로부터의 「고마워」라는 한마디가 나를 지켜주는 힘이 된다	1	2	3	4	5
18. 노인을 돌보는 내 모습이 자녀에게 좋은 본보기가 된다고 생각한다	1	2	3	4	5
19. 노인을 돌보는 것은 노인으로부터 지금까지 받은 것에 대한 보답이라고 생각한다	1	2	3	4	5
20. 노인을 돌보는 일은 가치 있는 일이라고 생각한다	1	2	3	4	5
21. 노인을 돌봄에 있어서 내가 없으면 안 되는 존재라고 생각한다	1	2	3	4	5
22. 노인의 좋은 점이나 나쁜 점도 있는 그대로 받아드리고 있다	1	2	3	4	5
23. 노인을 돌보는 것은 내 자신의 평가를 높이는 일이라고 생각한다	1	2	3	4	5
24. 타인을 도와 주려고 하는 마음이 생겼다	1	2	3	4	5







2. 귀하가 하루 동안 노인을 돌보는 시간은 어느 정도입니까?

( ) 시간

3. 귀하가 노인을 돌본 기간은 어느 정도입니까?

( ) 년 ( ) 개월

4. 귀하는 노인과 어떤 관계입니까?

① 부인 ② 딸 ③ 만며느리 ④ 며느리(만며느리 이외) ⑤ 기타( )

5. 가족 중 귀하를 도와서 노인을 돌보는 사람이 있습니까?

① 있다 ② 없다

6. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

① 초졸미만 ② 중학교졸 ③ 고등학교졸 ④ 전문대졸·대졸 ⑤ 대학원졸

7. 귀하의 취업 형태는 어떻게 되십니까?

① 전문직 ② 공무원 ③ 회사원 ④ 자영업 ⑤ 취업하고 있지 않다

8. 귀하의 종교는 무엇입니까?

① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교 ⑤ 기타

9. 귀하의 현재 건강상태는 어느 정도입니까? 가장 적당한 항목 하나에만

○표를 해주세요.

① 매우 나쁘다 ② 약간 나쁘다 ③ 그저 그렇다 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다

10. 귀하는 귀하의 경제상태에 어느 정도 만족 하고 계십니까?

- ① 매우 불만족    ② 약간 불만족    ③ 그저 그렇다    ④ 만족    ⑤ 매우 만족

【질문 6】 다음은 부양의식에 관한 질문입니다. 각 질문(1~10)에 대해 귀하가 가장 적절하다고 생각하는 번호에 ○을 해 주십시오.

항 목	전 혀 그 렇 지 않 다	대 체 로 그 렇 지 않 다	반 반 이 다	대 체 로 그 렇 다	매 우 그 렇 다
1. 자녀는 부모가 일상생활에 곤란하지 않은 정도의 금전적 원조를 해야 한다.	1	2	3	4	5
2. 자녀가 부모에게 경제적 원조를 해야 한다	1	2	3	4	5
3. 자녀가 부모의 생활비 등의 경제적 원조를 할 필요는 없다.	1	2	3	4	5
4. 부모를 부양 하지 않는 것은 자식으로서의 역할을 게을리하고 있는 것이다.	1	2	3	4	5
5. 부모의 부양은 반드시 자녀의 역할은 아니다.	1	2	3	4	5
6. 부모를 부양하는 것은 자녀로서 당연한 일이다	1	2	3	4	5
7. 부모가 자녀에게 부양을 바라는 것은 당연 한 일이다.	1	2	3	4	5
8. 자녀는 부모에게 때에 따라 여행이나 취미생활을 할 수 있도록 해야 한다.	1	2	3	4	5
9. 자녀는 부모와 함께 무엇인가를 즐기는 시간을 가져	1	2	3	4	5

야 한다.					
10. 자녀는 부모와 함께 보내는 시간을 가져야 한다.	1	2	3	4	5

**【질문 7】** 다음은 부양부담감에 관한 질문입니다. 각 질문(1~12)에 대해서 가장 적절하다고 생각하는 곳에 ○을 해 주십시오.

항 목	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	반반이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 부모를 돌본다는 것이 그다지 부담스럽지는 않다.	1	2	3	4	5
2. 취미·학습·그 외의 사회활동을 위해 사용할 수 있는 시간이 없어서 속상하다.	1	2	3	4	5
3. 부모 돌보는 것으로 인해 정신적으로 매우 지쳐 있다	1	2	3	4	5
4. 돌보는 것이 힘들지라도 긍정적으로 생각하려고 한다.	1	2	3	4	5
5. 병원이나 요양시설에서 돌보면 좋겠다고 생각하기도 한다	1	2	3	4	5
6. 돌봄으로 인해 다른 일에 신경을 쓰지 못해서 힘들다	1	2	3	4	5
7. 돌봄으로 인해 나의 생활이 지장을 받지 않을까 걱정이 된다	1	2	3	4	5
8. 이웃에 신경이 쓰인다	1	2	3	4	5
9. 짧은 시간이라도 돌봄을 대신해 주는 가족이나 친지가 있으면 도움을 받고 싶다	1	2	3	4	5

10. 돌봄으로 인해 이미 정신적으로는 한계상황에 이르렀다	1	2	3	4	5
11. 자신이 최후까지 돌보고 싶다	1	2	3	4	5
12. 노인을 돌보고 있으면 내 자신의 건강이 걱정된다	1	2	3	4	5

**【질문 8】** 다음은 귀하가 가족, 친구, 친지로부터 받고 있는 사회적 지지에 관한 질문입니다. 귀하께서는 <예>를 참고로 해서 각 질문(1~8)에 대해 충분히 지지를 받고 있을 때는 ○ 표를, 보통이라고 생각 되면 △ 표를, 지지를 받고 있지 않다고 생각 되면 × 표를 해주세요. 1)~4)의 해당 하는 사람이 없을 경우에는 / 표를 해 주세요.

<예>	1)배우자	2)배우자 이외의 가족	3)친구 · 지인 · 주위사람	4)전문가 (의사, 영양사 등)
	1. 걱정이나 고민을 들어준다	/	○	△

항 목	1)배우자	2)배우자 이외의 가족	3)친구 · 지인 · 주위사람	4)전문가 (의사, 영양사 등)
1. 걱정이나 고민을 들어준다				
2. 귀하를 격려 해 주거나 배려 해 준다				
3. 귀하에게 기운을 북돋워 준다				
4. 귀하의 걱정거리나 노인에 관해서 함께 생각해 준다				
5. 귀하에게 적절한 충고를 해 준다				
6. 귀하를 대신해서 2~3시간 정도 노인을 돌보아 줄 수 있다				
7. 귀하를 대신해서 3~4일 정도 노인을 돌보아				

줄 수 있다				
8. 물건의 구매나 사소한 불일을 부탁할 수 있다				

지금까지 응답 해 주신 「여성 가족부양자」분들께 진심으로 감사 드립니다.