



痴呆性高齢者と同居する介護者の
ソーシャル・サポートに関する日米比較研究

研究課題番号 16592211

平成 16 年度～平成 17 年度科学研究費補助金

(基盤研究(C)) 研究成果報告書

平成 19 年 3 月



研究代表者 宮下 美香

(広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座 講師)

目次

ページ番号

緒言	1
研究の問い	2
研究組織	3
交付決定額	3
研究発表	3
研究結果	4
第一部 日本語版 Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) の開発	4
第二部 アルツハイマー型認知症高齢者の介護者における ソーシャル・サポートと心理的適応	8
第三部 アルツハイマー型認知症高齢者の介護者における ソーシャル・サポートと心理的適応に関する日米比較	35
研究の限界と今後への示唆	45
謝辞	46
文献	46
図	
表	
資料 1	
資料 2	

緒言

日本における痴呆性高齢者（以下、認知症高齢者）や寝たきり等の要介護高齢者は増加の一途を辿り、2015年には250万人に達すると予測されている（高齢者介護研究会，2003）。米国においても認知症高齢者は増加傾向にあり、介護は深刻な問題になっている。

アルツハイマー型認知症の高齢者を介護する人は、心理的、身体的、社会的そして経済的な悪影響を受けており（Gwyther, 1998, Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995）、その指標として介護負担と抑うつは最も広く研究において取り上げられている。Zaritら（1980）は介護負担を「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的、社会生活および経済状態に関して受けた被害の程度」と定義し、そのアセスメントツールを開発した。また、介護者が社会的に孤立することにより孤独感を増大させることが推察され、橋本（2005）は介護に対する否定的認識の一つとして孤立感を見出した。

介護負担や抑うつ、孤独感に対する影響要因の一つとして、ソーシャル・サポートが挙げられる。ソーシャル・サポートは直接的、間接的に介護者の適応に影響を及ぼす。ソーシャル・サポートの測定は、ネットワークサイズ、サポートの機能、受け取った支援の頻度などにより行われてきたが、サポートの受け取り手がそのサポートを支援的であったと知覚しているかは明らかではない。従って、サポートを受け取る人による知覚を考慮に入れ、サポートを評価することが重要である。通常、ソーシャル・サポートは介護者の適応に肯定的な影響を及ぼすが、negativeなサポートすなわち非支援的あるいはストレスとなることもある（Wuest, Ericson, Stern, & Irwin, 2001; Fudge, Neufeld, & Harrison, 1997）。Wuest, Ericson, Stern, & Irwin（2001）は、質的な調査がpositiveなサポートとnegativeなサポートを同定するのに役立つと述べている。

ところで、近年、介護の悪影響のみならず介護者の介護に対する肯定的な知覚を明らかにすることの重要性が指摘され（Picot, Youngblut, & Zeller, 1997）、いくつかの研究において介護が及ぼす肯定的な影響を記述することが試みられている（Choen, Cokantonio, & Vernich, 2002; Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, & Sugishita, 2003; Picot, Youngblut, & Zeller, 1997; Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989）。Yamamoto-Mitaniら（2003）の研究において、介護者の肯定的な知覚はソーシャル・サポートにより影響を受けることが示されている。しかし、介護の肯定的な側面とnegativeなサポートとの関連は明らかにされていない。

更に、個人やサポートの特徴以外に社会文化的背景の違いによりサポートの効果やサポートの受け取り手の知覚が異なることが予測される。すなわち、サポートは、受け取る側の特徴や与える人との関係、サポートの内容、与えられ方、ストレス、社会文化的背景などの様々な要因により、サポートに対する知覚やニーズ、サポートの効果が異なる可能性があるということである。特に、日本と米国においては家族形態や社会のサポートシステム、伝統的な考え方や習慣などが違うことから、サポートに対する知覚やニーズも異なると予想される。日本では介護の基盤が家族であることが多いため、家族中心の **informal** なサポートが多く抽出され、米国では家族と離れて暮らす高齢者が多く、**formal** なサポートやサポートネットワークが発達しているため、家族以外からの **informal** なサポートと **formal** なサポートが多く抽出されると思われる。これらの結果は日本独自のサポートシステムを考えるための情報となり、また、米国のシステムを導入する際の有用な基礎資料ともなり得る。

本研究の目的は、日本と米国において認知症高齢者と同居する介護者が受けた肯定的なサポート (**positive support**) および否定的なサポート (**negative support**)、サポートに対するニーズ (**support needs**) を明らかにし、そこから抽出されたサポートと介護負担、介護の報酬 (**caregiver reward**)、抑うつ、孤独感との関係を探ることによりサポートの効果を確認することである。更に、日米間で比較を行い、社会文化的背景の違いにより肯定的なサポート、否定的なサポート、サポートに対するニーズ、そしてサポートの効果に差が生じるか検討することが本研究の目的である。

第一部では、本調査に先立ち行った日本語版 **Picot Caregiver Reward Scale (PCRS)** の開発を目的とした調査結果を報告し、第二部では日本および米国におけるアルツハイマー型認知症高齢者の主介護者におけるソーシャル・サポートと心理的適応、更に第三部ではアルツハイマー型認知症高齢者の主介護者におけるソーシャル・サポートと心理的適応の日米比較について報告する。

研究の問い

1. アルツハイマー型認知症高齢者の主介護者は、誰から、どのように受け取った、どのようなサポートを有益と感じたか。
2. アルツハイマー型認知症高齢者と同居している介護者は、誰から、どのように受け取った、どのようなサポートを助けにならないと感じたか。
3. アルツハイマー型認知症高齢者と同居している介護者は、誰から、どのよう

に、どのようなサポートを受け取ることを望んでいるか。

4. アルツハイマー型認知性高齢者と同居している介護者が受けたサポートにより介護負担、介護の報酬(reward)、抑うつ、孤独感に差が生じるか。

5. 上記1～4で日米間にどのような違いや共通点があるか。

研究組織

研究代表者

宮下美香（広島大学大学院保健学研究科 看護開発科学講座 講師）

研究分担者

甲斐一郎（東京大学大学院医学系研究科 健康学習・教育学分野 教授）

海外研究協力者

Machiko Tomita (The State University of New York at Buffalo,
Department of Rehabilitation Science,
Clinical Associate Professor)

交付決定額

	直接経費	間接経費	合計
平成 16 年度	1,600,000	0	1,600,000
平成 17 年度	1,200,000	0	1,200,000
総計	2,800,000	0	2,800,000

研究発表

1. 学会

1) 国外

1. Mika Miyashita, Ichiro Kai. A case study on social support in a caregiver of person with Alzheimer's disease. The 18th Congress of the International Association of Gerontology, Program; 58, June, 2005 (Rio de Janeiro, Brazil).

2) 国内

1. 宮下美香, 甲斐一郎. 日本語版 Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) の開発. 第 47 回日本老年社会学会大会, 抄録集: 272, 2005, 6 月(東京都).
2. 宮下美香, 甲斐一郎. アルツハイマー型認知症高齢者を介護する人の孤独感に対するソーシャルサポートの影響. 第 48 回日本老年社会学会大会, 抄録集: 248, 2006, 6 月 (兵庫県) .

研究結果

第一部 日本語版 Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) の開発

1. はじめに

介護がもたらす影響について、これまでの研究においては、抑うつや介護負担といった否定的な影響に焦点が当てられ、介護の肯定的な影響については注意が向けられてこなかった。

近年になり、介護者に対する肯定的な認知は介護者の安寧や感情によい影響を及ぼすため重要であるという認識が持たれるようになった(Picot, Youngblut, & Zeller, 1997)。Kramer は介護の意義について探索することの重要性として 4 つの理由を述べている; 1) 介護者が介護の意義について話しをすることを望んでいる, 2) 医師が自分の仕事がうまくいっているか知るのに役立つ, 3) 高齢者へ提供されたケアの質の重要な評価指標である, 4) 介護の意義に関する理論を構築する必要がある。様々な研究において、介護の肯定的な側面を rewards(Picot, Youngblut, & Zeller, 1997)すなわち報酬や満足感(Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989)、介護の意義(Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999)などと捉え、概念化と測定が試みられている。Picot, Youngblut, & Zeller(1997)は、reward すなわち報酬が社会的地位、関係性、相互作用、経験、充足感をもたらす感情を含む喜び、満足感、充足感であるということを概念的な基盤とし、介護の報酬を測定する尺度として Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) を開発した。Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman(1989)は、介護者の介護に対する評価に関して、介護負担などの否定的な側面と満足感という肯定的な側面の両方を捉え、一方が一方の反対を意味するのではなく独立した概念であることを指摘した。Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg(1999)は、介護の意義を測定する Finding Meaning Through Caregiving Scale を開発した。この尺度は、43 項目から成り、喪失/無力(Loss/Powerlessness)、

日々の意義(Provisional Meaning)、根源的な意義(Ultimate Meaning)の3つの下位尺度より構成される。Cohen, Colantonio, & Vernich(2002)は、289名の介護者に介護の肯定的な側面について調査を行い、211名(73%)が肯定的な側面を述べたことを示し、更に介護の肯定的な側面と抑うつおよび介護負担とに有意な負の関連があることを報告した。

日本においても介護の肯定的側面に関する研究が行われ、概念とその構造が示されている(Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, & Sugishita, 2003; 陶山, 河野, 河野, 2004)。Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, & Sugishita(2003)は、介護に対する肯定的な評価を、4つの領域すなわち「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」より構成し、介護に対する肯定的認知を測定する尺度を開発した。更に、介護に対する肯定的認知と生きがい感に肯定的な関連があり、介護に対する肯定的認知と身体的 QOL および心理的 QOL との関連が介護者の続柄により異なることを示した(山本, 石垣, 国吉, 河原(前川), 長谷川, 林, 杉下, 2002)。陶山, 河野, 河野(2004)は、介護肯定感の概念構造を明らかにすることを試み、「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因子を抽出した。

しかしながら、日本と米国における比較可能な評価尺度は見当たらないため、日本と米国における介護肯定感の違いは明らかにすることができない。

そこで、本調査に先立ち、予備調査として米国で開発された尺度である Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) の日本語版尺度を作成することとした。

2. 方法

1) 対象

A 県にある介護老人福祉施設を利用している高齢者の主介護者 209 名を対象とした。

2) 手続き

原版 PCRS の開発者へ連絡し、翻訳と使用の許可を得た後、本研究代表者が原版を日本語に翻訳した。次に、日本語に翻訳したものを介護者と研究分担者に検討してもらい、原版の意味を損なわないように修正を行った。日本人で英語に精通している研究者に依頼し、翻訳から英語への back translation を行い、相違がないことを確認した。A 県にある介護老人福祉施設へ調査への協力を依頼し、同意を得た後、施設職員により対象となりうる人へ調査票を郵送し、郵送により回収した。

3) 調査項目

(1) Picot Caregiver Reward Scale (PCRS)

PCRS は、Picot, Youngblut, & Zeller(1997)により開発されたケアの経験に関連する肯定的な感情を測定する尺度である。原版と日本語へ翻訳した質問項目を資料 1 に示す。本尺度の概念的な基盤は、reward すなわち報酬が社会的地位、関係性、相互作用、経験、充足感をもたらす感情を含む喜び、満足感、充足感であるということにある。PCRS は 16 項目の質問から構成されており、回答は各質問項目に対し、どの程度そう思うか、0:まったく思わない(not at all)、1:少し思う(a little)、2:いくらか思う(some what)、3:かなり思う(quite a lot)、4:とても思う(great deal)、の 5 段階評定で行われる。評価には各質問項目の合計得点を用い、得点が高いほど肯定的な感情が強いことを示す。信頼性の指標である Cronbach の α 係数は 0.88 であり、再テスト信頼性については $r = 0.75$ と一定の信頼性が確保されている。更に、構成概念妥当性に関して、抑うつ尺度および介護負担尺度との間に中程度の負の相関関係（それぞれ $r = -0.30$, $p < 0.0001$, $r = -0.35$, $p < 0.0001$ ）が示され、更に、検証的因子分析において、 $\chi^2 = 333.46$, AGFI=0.82, RMR=0.07 とモデルの適合度が確認されている（Picot, Youngblut, & Zeller, 1997）。

3. 結果

1) 対象者の概要

対象となり得る 209 名のうち、138 名(66.3%)より回答が得られ、そのうち有効回答者は 115 名(55.2%)であった。対象者の概要を表 1 に示す。性別は 7 割以上が女性であり、年齢は 50 歳代の人最も多く 35 名(30.4%)、次いで 60 歳代の人 29 名(25.2%)であり、50 歳未満の人は 14 名(12.2%)であった。職業については、無職・主婦の人が最も多く 50 名(43.5%)であった。施設利用期間については、1 年以上の人が 83 名(72.2%)と 7 割以上を占めた。

2) 項目分析

各質問項目の回答に偏りがいか程度分布により確認した。結果を表 2 に示す。「項目 6」に対し、「3. かなり思う」「4. とても思う」と回答した人は合計 102 名(88.7%)となり、偏りが見られたが、他の項目については大きな偏りは見られなかった。各項目の平均値と標準偏差 (SD) を表 3 に示す。平均値は 1.90 ~ 3.32 であり最も低かった項目は「14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思ふ。」であり、最も高かった項目は「6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべてきたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。」であった。項目

間の Spearman の順位相関係数(表 4)は、0.17~0.80 であり、全ての変数間において正の相関関係が示された。

3) 信頼性の検討

Cronbach の α 係数は 0.91 と高く一定の内的整合性が確保された。再テスト信頼性については、test-retest 間における相関係数は 0.88 であった。また、test-retest 間における項目ごとの κ 係数を表 3 に示す。最も低かった項目は「14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。」(κ 係数=0.20)であり、最も高かった項目は「3. 私は病気や障害のある人の身近にいる強くて大らかで、そして/あるいは気長な人になったと思う。」(κ 係数=0.63)であった。

4) 妥当性の検討

(1)主成分分析

本尺度が「介護の報酬」の総合指標として用いることを検討するために、主成分分析を行った。結果を表 5、6 と図 1 に示す。表 5 より、第 1 主成分だけで全体の分散の 43.4%を説明でき、第 2 主成分~第 4 主成分の分散は 7.9%~6.7%、スクリープロット(図 1)をみても第 2 主成分以下は緩やかな直線で表されていることがわかる。また、表 6 に示したように各項目と第 1 主成分との相関係数は 0.56~0.75 であった。従って、原版 PCRS と同様、本尺度を構成する 16 項目は「介護の報酬」の総合指標として用いられる可能性が示されたと言える。

(2)検証的因子分析

構成概念妥当性を検討するため、原版 PCRS のモデルと同様のモデルを作成し、妥当性を検証した。結果を図 2 に示す。モデルの適合度の指標については、 $\chi^2=329.67$ 、GFI=0.75、AGFI=0.67、RMSEA=0.14、AIC=393.7、RMR=0.09、RMSEA=0.14 であった。

4. 考察

本研究において日本語版 Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) の作成を試みた。結果、一定の信頼性と妥当性が得られ、本尺度を「介護の報酬」の総合指標として用いることの可能性が示された。項目分析においては、「6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべてきたり、こちらを見たりすることは大切だと思う」において肯定的な回答への偏りが見られ平均値が最も高かった。おそらく、被介護者の多くが認知症を有する高齢者であり、高齢者の自発的な気持ちの表出や行為が重要視されたためと思われる。

信頼性については、内的整合性が高く、再テスト信頼性についても十分な再現性が認められた。test-retest 間の項目ごとの一致率 (κ 係数) は、一部の項目で低く再現性について検討の余地があることが示された。原版 PCRS 得点は 2~4 週の期間においては安定していると言われていたが、その間に被介護者の状態が変化する可能性がある。Motenko(1989)は、被介護者が笑ったり、感謝の言葉を言えなくなったときに介護の報酬とコスト(負担)の関係が不安定なることを指摘している。test-retest において κ 係数が 0.20 と低値を示した項目は「14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。」であり、この項目は今現在のことを尋ねているため、被介護者の状態が変化した際に大きな影響を受けられる。

妥当性に関しては、主成分分析により本尺度を「介護の報酬」の総合指標として用いることの可能性が示唆された。構成概念妥当性については、検証的因子分析におけるモデルの適合度が十分高いとは言えないものの、原版と同様の一次元性の構造が確認された。南風原(2002)が指摘するように、分散説明率が高くても、モデル上相関がないと仮定している変数の間に相関があることによりモデルの適合度が悪くなっているのかもしれない。また、「1. 私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。」という項目は、国における宗教的な背景の違いにより回答に差が生じる可能性が考えられる。従って、宗教観の違いによる影響を受けない形の項目を検討する必要があると思われる。

信頼性、妥当性に関して一部検討の余地はあるが、全体的に見て、日本版 PCRS の使用の可能性がある程度支持されたと考えられる。

第二部 アルツハイマー型認知症高齢者の介護者におけるソーシャル・サポートと心理的適応

1. はじめに

認知症高齢者への介護が介護者へ与える悪影響は、身体的、心理的、社会的、そして経済的側面など多岐にわたり (Gwyther, 1998, Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissne, 1995)、ソーシャル・サポートはその悪影響を緩和するとして重要視されている。

ソーシャル・サポート研究は、対人関係と人の心身の健康との関連を研究するものとして 1970 年代中期より行われており、社会的ネットワークからのアプローチと、認知されたサポートからのアプローチに大別される(浦, 1992)。社会的ネットワークからのアプローチの場合、サポートの過程が明らかにならないなどの欠点が指摘されている(浦, 1992)。認知されたサポートからのアプローチ

の場合、サポートとして実行される行動に焦点が当てられるため、ストレスフルな状況にある人に対し他者がどのように介入すればよいかという実践的知見が得られると言われている(浦, 1992)。このアプローチは、ソーシャル・サポートの個人間関係の機能面として捉えられる情緒的サポート、情動的サポート、実体的サポート、評価的サポート(House, 1981)に重きを置く。ソーシャル・サポートの評価は、実行された行動の頻度やそれに対する満足度、入手可能性などが用いられてきた(浦, 1992)。Dakof, & Taylor(1999)は、がん患者を対象に提供された行動をどのように知覚するかについて調査した結果、誰がソーシャル・サポートを提供するかにより、患者が有益と感じるか、有益と感じないかが異なることを示した。しかし、高齢者の介護者に関しては、提供されたソーシャル・サポートを介護者がどのように知覚したかについては調べられていないため、ソーシャル・サポートの受け取り側である高齢者の介護者にとってどのようなサポートが有益かはわからない。

高齢者の介護者に関するソーシャル・サポート研究が進められており、ソーシャル・サポートが介護者の精神的健康に良い影響を及ぼすことが示されている(Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg, Ambinder, Mackell, & Cohen, 1995; Mittelman, Roth, Coon, & Haley, 2004; Roth, Mittelman, Clay, Madan, & Haley, 2005)。特に、アルツハイマー病患者の配偶者は自身が高齢であり身体的な困難を有することがあるため、ソーシャル・サポートが重要な役割を果たすと言われている(Haley, Roth, Coleton, Ford, West, Collins, Isobe, 1996; Pinguart, & Sorensen, 2006)。

一方で、役に立たない障害となるような否定的なサポートが存在することも指摘されており(Fudge, Neufeld, & Harrison, 1997; Wuest, & Stern, 2001)、そのようなサポートの内容や及ぼす悪影響について詳しく調査することの必要性が提案されている。Fudge, Neufeld, & Harrison(1997)は、認知障害を有する高齢者を介護する女性の社会的ネットワーク、受け取っているサポートとサポートに対する満足度を記述するために、20名の女性介護者を対象に面接調査を行い、多様なネットワークを有する人はサポートに概ね満足しており、中程度の多様なネットワークを有する人はサポートに有る程度満足しており、家族や友人などの親密関係にある人から構成されるネットワークを有する人はサポートに満足していないという結果を見出した。更に、女性介護者はネットワークに属する人との相互作用において葛藤(conflict)を感じていたことが示された。West, & Stern(2001)は、15名の介護者を対象に面接調査を行い、家族、地域、専門職者との不快な相互作用から生じる否定的なサポートを記述した。

松井と浦(1998)は、「文脈モデル」を提示しサポートの欠如がストレスサーと

なる場合があることを説明している。つまり、そのサポートに対する期待度や、そのサポートが規範化・制度化のもとにあるかによりサポートの効果が異なるということである。サポートの規範化・制度化とは、サポートの提供が規範的・制度的に保障されており、当然のものとして期待されることである。更に、松井と浦(1998)は、具体的な社会関係のなかでのサポートの欠如の効果を、4つの経験的な仮説命題としてまとめた; 1)家族からサポートがなされないと、サポートの受け手に心理的不満が生まれる。2)制度的福祉サービスからサポートがなされないと、サポートの受け手に心理的不満が生まれる。3)親友からサポートがなされないと、サポートの受け手に心理的不満が生まれる。4)キーパーソンからサポートがなされないと、サポートの受け手に心理的不満が生まれる。これらの命題は、認知症高齢者を介護する人にも当てはめて考えることができるが、研究において明らかにされていない。

介護がもたらす影響(outcome)についてみると、介護がストレス源となり、介護者に対しさまざまな悪影響をもたらす。すなわち、疲労や欲求不満、怒り、抑うつといった症状である。なかでも抑うつは介護の影響を評価する指標として多く用いられており、様々な研究においてアルツハイマー型認知症の介護者が介護者ではない群に比べ抑うつ傾向にあることが示されている (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Russo, Vitaliano, Brewer, Katon, & Becker, 1995; Dura, Stukenberg, & Kiecolt-Glaser, 1991)。Besson(2003)は、アルツハイマー型認知症の高齢者の介護者における孤独感に注意が払われてこなかったことを指摘し、調査の結果、アルツハイマー型認知症の人の配偶者は、介護を行っていない配偶者よりも抑うつと孤独感が有意に高いことを報告した。介護の影響そのものを評価するものとしては、介護負担が挙げられる。介護負担とは、「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的、社会生活および経済状態に関して受けた被害の程度」と定義されるように(Zarit, 1980)、介護がもたらした様々な被害である。介護負担に関する研究は1980年代から行われており、日本においても介護者の負担を評価しそれを軽減させるような方策の重要性が指摘されている(荒井, 2002)。一方、介護がもたらす肯定的な outcome も国内外で注目されてきている。国外において数人の研究者により報酬(reward) (Picot, Youngblut, & Zeller, 1997)や満足(gratification) (Lawton, Kleban, Moss, Rovine, & Glicksman, 1989)、獲得物(gain)(Kramer, 1997)などといった概念が用いられ研究が進められている。日本においても概念やその構造が調べられているが (Yamamoto-Mitani, Ishigaki, Kawahara-Maekawa, Kuniyoshi, Hayashi, Hasegawa, & Sugishita, 2003; 陶山, 河野, 河野, 2004)、更なる探求が必要とされている。

そこで本研究では、従来の計量的な方法でソーシャル・サポートを測定し心身の健康との関連をみるのではなく、介護者が実際に有益あるいは助けにならなかったと知覚したサポート、受け取っていない望むサポートに関する詳細な記述に対し質的な分析を行うことにより、サポートの肯定的な面と否定的な面、介護者のニーズを的確に捉えることを目的とする。更に、介護者の年齢や属性なども考慮した上で、介護がもたらす精神面への影響とサポートとの関連を探索し、実際の場合に還元できるような役に立つサポートを探求する。本研究の結果、サポートは万人に有効ではなく、受け取る側の特徴や与える人との関係、ストレス（認知症高齢者の介護）などにより知覚や効果が異なることが示され、より個別的な援助を提供する上での有益な基礎資料となり得ると考える。

2. 方法

1) 対象者の適格条件と対象者数

自宅で生活しているアルツハイマー型認知症高齢者の主介護者を対象とした。対象者数の決定については、power analysisにおいて effect size(d)を 0.50、 α を 0.05、80%の power で見積り、日本と米国においてそれぞれ 50 名を対象とすることとした。

2) 手続き

日本においては、被介護者の主治医もしくは被介護者が通う通所リハビリテーション施設の職員より対象者となり得る人へ研究協力を依頼した。その際、本研究者が面接を実施する日時と場所を決めるために電話連絡をすることの許可を得た。本研究代表者は、対象となり得る人へ電話連絡を行い、面接の日時を約束した。面接当日、文書を用い研究の概要を説明し協力を依頼した。再テスト信頼性を確認するために、初回調査の 2 週間後に質問紙を郵送し、郵送により回収した。

米国においては、Alzheimer's Association Western New York Chapter support group、地域病院の老年科、Erie County caregiver support group の 3 箇所へ依頼し、研究の目的、対象者の適格条件を記載した研究への参加を募る広告を配布してもらった。また、Alzheimer's Association は web site とニューズレターを通じても研究への参加募集に関する情報を提供した。研究への参加を希望した人は、研究者へ電話で連絡を行い、その際、面接の日時の予約を行った。面接当日、文書を用い研究の概要を説明し協力を依頼し、理解と同意を得た後面接を実施した。また、データ収集に先立ち、研究への参加を希望した人が本研究の対象者としての適格条件を満たしているか確認するため、生まれ

た年、アルツハイマー病患者の主介護者であるか、アルツハイマー病患者は自宅で生活しているか、被介護者はアルツハイマー病という診断を受けているか、もしくはアルツハイマー病の治療薬を内服しているか尋ねた。これらの適格条件を満たした人に対し以下の質問項目について尋ねた。

3) 倫理的配慮

本調査の実施に際し、広島大学大学院保健学研究科倫理委員会ならびに The University of New York at Buffalo Institutional Review Board の承認を得た後、以下の内容を遵守した。

- ・面接を行う場所と日時は対象者の希望に応じ、心身の負担を考慮し面接所要時間は 1 時間半程度と伝える。
- ・研究への協力は本人の自由な意思により決定され、途中でやめることもできることを説明し、同意取消書を渡しておく。また、答えたくない質問には答えなくてよいことを伝える。
- ・被介護者の診療に影響がないこと、研究への参加により不利益や危険がないこと、プライバシーが尊重され保護されること、秘密が守られること、得られたデータは研究以外に活用しないこと、データの管理は研究代表者と海外共同研究者が行い研究分担者と調査員以外にはデータが漏れないようにすること、論文として専門学会誌等に掲載される場合も匿名性が保証されることを説明する。
- ・データには対象者の氏名や居住地域など個人を特定できるものは記載せず、ID 番号を用いて管理する。
- ・録音した面接の内容は、研究終了後に消去する。
- ・面接でのメモ書きなどは、研究終了後にシュレッダーにて廃棄処分する。
- ・調査終了後、報酬として粗品を渡されることを伝える。
- ・本研究により介護者の立場からみた有益あるいは有益でない支援、支援に対するニーズが明らかになるため、今後の看護援助として、有益な支援をより多く提供でき、有益でない支援を提供しないよう、そして、介護者が求める支援を提供できるようシステムを整えることに役に立つ点で、介護の場に結果を還元できると考えられることを伝える。

4) データ収集方法

以下の項目について面接によりデータを収集した。面接の所要時間は 1 時間半程度とし、面接の内容を録音機に録音した。

5) 調査項目 (資料 2)

(1) 有益な(helpful)サポート

対象者に、誰から、どのように受け取った、どのようなサポートを有益(helpful)と感じたか尋ねた。具体的に、「誰から」というサポート源に関しては、家族、友人、他の介護者、医療者について尋ねた。「どのように」という手段や媒体としては、日常の家族や友人からの informal な形や、医師や看護師などの専門職者、各種介護サービス、インターネット、サポートグループなどの formal な形であり、「どのような」というサポートの内容に関しては、情緒的サポート、情報的サポート、実体的サポート、評価的サポートについて具体的な内容を尋ねた。

(2) 助けにならなかった(unhelpful)サポート

対象者に、誰から、どのように受け取った、どのようなサポートを助けにならなかったと感じたか尋ねた。

(3) 望むサポート

対象者に、誰から、どのように、どのようなサポートを受ける取ることを望んでいるか尋ねた。

(4) 抑うつ(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), 同日本語版)

本尺度は、Radloff(1977)により開発されたうつ病の疫学研究用の自己評価尺度である。20 項目の質問から構成されており、回答は各質問項目に対し、その事柄が 1 週間のうちでどれくらいあったかについて、A(0 点): 1 日も続かない、B(1 点): 1 ~ 2 日、C(2 点): 3 ~ 4 日、D(3 点): 5 日以上、の 4 段階評定で行われる。評価には各質問項目の合計得点を用い、得点が高いほど抑うつ傾向にあることを示す。cut-off point は 16 点である。信頼性と妥当性の確認は行われている。日本語版については、島, 鹿野, 北村, & 浅井(1985)が翻訳し信頼性と妥当性を確認している。

(5) 孤独感(The Revised UCLA Loneliness Scale, 同日本語版)

本尺度は、Russel, Peplau, & Cutrona(1978)により開発された the UCLA Loneliness Scale を同研究者(1980)が修正した孤独感を測定する尺度である。20 項目の質問から構成されており、回答は各質問項目に対し、1: 決して感じない、2: めったに感じない、3: 時々感じる、4: しばしば感じる、の 4 段階評定で行

われる。評価には各項目の合計得点を用い、得点が高いほど孤独感が強いことを示す。信頼性と妥当性の確認は行われている。日本語版については、工藤と西川(1983)が翻訳し信頼性と妥当性を確認している。

(6)介護負担(The Zarit Burden Interview(ZBI), 同日本語版)

本尺度は、Zarit, Reever, & Bach-Peterson(1980)が介護負担を「親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的、社会生活および経済状態に関して受けた被害の程度」と定義し、認知症高齢者の介護者に対する面接調査に基づき作成した尺度である。22項目の質問から構成されており、回答は各質問項目に対し、0: 思わない、1: たまに思う、2: ときどき思う、3: よく思う、4: いつも思う、の5段階評定で行われる。評価には各質問項目の合計得点を用い、8~17点が中程度の負担、18~32点が高度の負担、33点以上がひどい負担と評価される。信頼性と妥当性の確認は行われている。日本語版については、Arai, Kudo, Hosokawa, Washio, Miura, Hisamichi(1998)が翻訳し信頼性と妥当性を確認している。

(7)The Picot Caregiver Reward Scale

本尺度は、Picot, Youngblut, & Zeller (1997)により開発されたケアの経験に関連する肯定的な感情を測定する尺度である。16項目の質問から構成されており、回答は各質問項目に対し、どの程度そう思うか、0: まったく思わない(not at all)、1: 少し思う(a little)、2: いくらか思う(some what)、3: かなり思う(quite a lot)、4: とても思う(great deal)、の5段階評定で行われる。評価には各質問項目の合計得点を用い、得点が高いほど肯定的な感情が強いことを示す。信頼性と妥当性の確認は行われている。日本においては、「第一部」において開発した日本語版 Picot Caregiver Reward Scale (PCRS) を用いた。再テスト信頼性の確認のため、初回調査の2週間後にもデータを収集した。

(8)収入

自身の収入について必要量に対し十分であるか「とても十分」「かなり十分」「十分でない」「まったく不十分」の4段階評定で尋ねた。

(9)介護保険に対する満足度 (日本の調査のみ)

介護保険サービスについて、「1. とても十分」「2. まあ十分」「3. あまり十分でない」「4. まったく不十分」の4段階評定で尋ねた。

(10)健康/医療保険に対する満足度

健康保険サービスについて、「1. とても十分」「2. まあ十分」「3. あまり十分でない」「4. まったく不十分」の4段階評定で尋ねた。

(11)被介護者へ提供している援助

被介護者に対する援助について、食事や身づくろいなど「ADLに関すること」18項目、電話の使用や食事の支度など「IADLに関すること」11項目、話し相手など「その他」4項目について、行っているか尋ねた。

(12)主観的健康

自身の健康状態を同年代の人と比べ「1. とても悪い」「2. やや悪い」「3. 大体同じ」「4. やや良い」「5. かなり良い」の5段階評定で尋ねた。

(13)人口統計学的変数

年齢、性別、婚姻状況、職業、最終学歴、同居家族人数、住居形態、被介護者との関係について尋ねた。米国における調査では、人種も尋ねた。

(14)被介護者に関する医学的変数と人口統計学的変数

認知障害の程度(Global Deterioration Scale : GDS)、介護に携わってからの月数すなわち介護期間、年齢、性別について尋ねた。

GDSは、Reisberg, Ferris, de Leon & Crook(1982)により提唱された7段階からなる認知症の重症度分類であり、簡便で短時間に施行可能なスケールであり、信頼性も高い(三森, 大下, 白井, 2003)。ステージ1は全く認知機能障害を認めない段階であり、数字が大きくなるに従って障害の程度が重くなることを示す。

3. 結果 (日本)

1) 対象者の概要

日本における対象者の概要を表7に示す。平均年齢は63.9±12.1歳であり、男性19名(38.0%)、女性31名(62.0%)と女性の方が多かった。職業については、無職の人が35名と7割を占め、最終学歴は高等学校と回答した人が22名(44.0%)と最も多かった。また、9割近くの人が既婚者であり、被介護者との関係は約半数が配偶者であった。被介護者と同居している人は43名(86.0%)であり、同居人数については「2~3名」の人が合わせて35名(70.0%)と多かった。こどもと同居していない人は30名(60.0%)と半数以上を占めた。住居は持ち家の人が8割以上を占め、収入については、「十分でない」/「まったく不十分」と

回答した人が 18 名(36.0%)であった。平均介護期間は 56.1 ± 127.3 ヶ月、1 週間の平均介護時間は 57.7 ± 40.2 時間であった。介護保険については、利用している人が 34 名(68%)であり、そのうち「あまり十分でない」/「まったく不十分」と回答した人は 7 名(19.5%)であった。健康保険については、原爆被爆者に対する援護制度の対象となっている人が 6 名(12.0%)であり、その他の対象者においては、「とても十分」/「かなり十分」と評価した人が 35 名(79.5%)と 8 割近くを占めた。主観的な健康状態は、「大体同じ」と回答した人が 21 名(42.0%)と最も多かった。

被介護者の概要を表 8 に示す。平均年齢は 78.2 ± 10.6 歳、全体の約 3 分の 2 が女性であった。また、アルツハイマーの診断されてからの平均月数は 40.4 ± 35.7 ヶ月であった。介護度については、「1」の人が最も多く 14 名(28%)であり、未申請の人は 5 名(10%)見られた。認知障害の程度を示す GDS に関しては、「5. やや高度の認知機能障害（中程度の認知症）」の人が 26 名(52.0%)と半数以上を占めた。

2) ソーシャル・サポートの内容分析

(1)最も有益なサポート

介護を始めてから調査時点までの期間において、対象者が最も有益と知覚したサポートを尋ねた。述べられたサポート源の数を表 9 に示す。挙げられたサポート源の数は 12 であり、その中でデイサービス・デイケア等の介護施設・サービスを挙げた人は 12 名と最も多かった。その他のサポート源としては、友人・知人が比較的多く 6 名、次いで介護職員が 5 名、配偶者、親・兄弟姉妹、医師などであった。複数名で構成されるサポート源として病院の職員を挙げた人が 1 名、全てが助けになったと述べた人は 2 名みられた。一方、最も有益なサポートはなかったと答えた人は 7 名であった。

対象者が述べたサポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 10 に示す。サポートの内容の横に記載した数値は、サポート源についてそれぞれ述べた人数を合計した人数を示す。実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポートの 3 タイプのサポートを比較すると、実体的サポートとして述べた人数は 34 名と多いことがわかる。次いで情緒的サポートが 25 名、情動的サポートが 20 名であった。サポート源について全体的に見ると、友人・知人、介護職員、配偶者、親・兄弟姉妹、医師、看護師においては 3 タイプのサポートが述べられたが、子ども、親戚は実体的サポートと情緒的サポート、信仰・信者は情緒的サポートと情動的サポート、介護施設・サービスと病院は実体的サポートのみ挙げられた。具体的なサポートの内容について、実体的サポ

ートにおいては「被介護者の面倒をみる」「介護を手伝う」「被介護者の話し相手をする」など被介護者に対する援助が多かった。特に、介護施設・サービスからの「被介護者の面倒をみる」を挙げた人は11名と最も多くみられた。また、情動的サポートである「アドバイスを提供する」を述べた人が12名と比較的多く、こども、親戚、介護施設・サービス、病院以外の全てのサポート源から受け取っていた。情動的サポートについては、介護施設・サービス、病院以外のサポート源から様々な内容のサポートを受け取っていることがわかる。具体的には、「理解を示す」「話に傾聴する」「愚痴を聞く」「励ます」などが挙げられた。

(2)有益なサポート

介護を始めてから調査時点までに対象者が受け取った有益なサポートについて、複数回答で尋ねた。各サポート源を述べた人数を表11に示す。最も多かったのは友人・知人で18名より述べられた。次いで、子どもを挙げた人が16名、親戚、介護施設・サービスがそれぞれ10名、親・兄弟姉妹が9名と比較的多かった。また、有益なサポートがないと答えた人は6名みられた。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表12に示す。サポートの内容の横に記載した数値は、各サポート源からそのサポートを受け取った人数の合計である。実体的サポート、情動的サポート、情動的サポート、評価的サポートの4タイプのサポートを比較すると、実体的サポートとして述べられた人数は73名と多いことがわかる。次いで情動的サポートが63名、情動的サポートが43名であり、最も有益と述べられたサポートと同様の傾向が見られた。評価的サポートを述べた人は1名のみであった。サポート源について見ると、配偶者、親・兄弟姉妹、こども、親戚、友人・知人、医師、介護・病院職員からは実体的サポート、情動的サポート、情動的サポートの3タイプのサポートを受け取っていた。嫁・婿からは実体的サポートと情動的サポート、信仰・信者、介護者の集い、看護職者からは情動的サポートと情動的サポート、私的介護サービス、介護施設・サービスにおいては実体的サポートと情動的サポート、被介護者、ペットからは情動的サポートのみ、マスメディア、インターネットからは情動的サポートのみ、病院からは実体的サポートのみが挙げられた。特に、親・兄弟姉妹、こども、介護施設・サービス、介護・病院職員からの実体的サポート、友人・知人からの情動的サポート、医師、介護・病院職員からの情動的サポートが多い傾向が見られた。具体的なサポートの内容について、実体的サポートを全体的にみると、親・兄弟姉妹、こども、嫁・婿などのinformalなサポート源と、介護施設・サービス、介護・病院職員

などの介護に関するサービス・職種が挙げられた。更に具体的な内容についてみると、「被介護者の面倒をみる」という援助を述べた人が 26 名と最も多く、そのうち 8 名が介護施設・サービスから受け取っていた。また、こどもから「家のことをする」「力仕事をする」、親・兄弟姉妹から「家のことをする」「経済的に支援する」などの援助も受け取っていた。情緒的サポートについて全体的にみると、informal なサポート源と formal なサポート源の両方から支援を受け取っており、特に友人からの支援が多いことがわかる。また、医師、介護・病院職員からも比較的多くの情緒的サポートを受け取っていた。更に具体的な内容についてみると、「話に傾聴する」というサポートが比較的多く、こども、友人・知人、医師、介護・病院職員から受け取っていた。その他、「愚痴を聞く」「理解を示す」「気にかける/声を掛ける」「共感を示す」「優しく接する」などが挙げられた。情動的サポートについて全体的に見ると、殆どのサポート源から支援を受け取っていることがわかる。更に具体的な内容についてみると、「アドバイスする」という援助が最も多、そのサポート源は医師、介護・病院職員、看護職者などであった。その他、「被介護者の様子を知らせる」「介護に関する情報を提供する」などが述べられた。

(3)最も有益でないサポート

介護を始めてから調査時点までの期間において、対象者が最も有益でないと感じたサポートを尋ねた。述べられたサポート源の数を表 13 に示す。11 名(22%)より回答が得られ、サポート源としては、義理の兄弟姉妹、親戚、介護施設・サービス、見ず知らずの人・隣人など 7 つが挙げられた。39 名(78%)は最も有益でないサポートはなかったと述べた。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 14 に示す。実体的サポートをみると、5 つのサポートが述べられており、被介護者がショートステイを利用した際に環境の変化により不適應を起したことや、認知症を有しているということで施設への入所を断られたことが挙げられた。また、義理の兄弟姉妹が手や口を出すことにより、主介護者の介護のペースが乱されたということも述べられた。情緒的サポートについては、家族や親戚からのものが多く、内容としては無理解や無視、無関心などがみられた。情動的サポートについては、マスコミからのアドバイスとして、高齢者を施設へ預けるよう薦めることが挙げられ、更に、義理の兄弟姉妹と見ず知らずの人・隣人が被介護者の状態を理解していないにも関わらず、指示されるということが述べられた。

(4)有益でないサポート

述べられたサポートの内容分析により、サポート源とサポートタイプを同定した。有益でないサポートを述べた人は 11 名(22%)であり、具体的には配偶者の「理解しない」「関心を示さない」「自分へあたる」、友人や親戚の「うわべだけの励まし」「理解しない」、世間一般の人の「アルツハイマーを理解しない」、医師の「理解しない」「被介護者の前での配慮のない発言をする」、看護師の「不要な援助を行う」、介護職者の存在により「被介護者が気疲れする」という内容が挙げられた。

(5)望むサポート

述べられたサポートの内容分析によりサポートタイプと具体的な内容を同定した。サポート源については、同定できる場合にのみ抽出した。結果を表 15 に示す。全体的にみると、実体的サポートが多く、サポート源は家族などの informal な源ではなく介護施設・サービスや行政などの formal な源が多かった。具体的な内容としては、おむつ代、食費、施設への入所に係る費用、医療費、介護保険料に対する支援として「経済的に支援する」を述べた人が 10 名と多かった。また、「介護サービスの回数を増やす」「被介護者の面倒をみる(預かる)」「介護を手伝う」「被介護者の話し相手になる」など被介護者の介護への直接的な援助が比較的多くみられた。少数ではあったが、認知症の程度が比較的軽く身体的機能も保持されている被介護者の介護者より、被介護者の認知症の程度に応じたデイケアを提供するという「被介護者へ個別に対応する」、被介護者に簡単な作業を与えるなどの「被介護者に役割を与える」などの要望が挙げられた。情緒的サポートについて、多く述べられなかったが、配偶者からの「理解を示す」「愚痴を聞く」、ヘルパーからの「話に傾聴する」というサポートが挙げられた。情動的サポートについては、具体的なサポート源は述べられない場合もあったが、区役所が今以上に情報を発信する、どのような状態になったらどこへ行くなどの今後の見通しに関する情報を提供するという「病気や施設に関する情報を提供する」というサポートが 8 名より挙げられた。なお、14 名(28%)は望む支援はないと答えたが、主介護者自身の身体状況がよいため他者からの支援は望まないと 2 名が述べた。

3) 日本語版 PCRS の構成

本調査においても日本語版 PCRS の尺度構成を行った。対象者 50 名のうち、調査 2 週間後の re-test に回答が得られた人は 47 名(94.0%)であった。

各質問項目の回答に偏りがいないか度数分布により確認した。結果を表 16 に示

す。「項目 6」に対し、「3. かなり思う」「4. とても思う」と回答した人は合計 46 名(94.0%)となり、偏りが見られた。他の項目については大きな偏りは見られなかった。各項目の平均値と標準偏差 (SD) を表 17 に示す。平均値は 1.14~3.58 であり最も低かった項目は「10. 私は新しい友人が沢山できたと思う。」であり、最も高かった項目は「6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべてきたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。」であった。項目間の Spearman の順位相関係数 (表 18) は、-0.10~0.50 であり、8 つの項目間において負の相関関係が示されたが、数値は小さく有意な相関関係は見出されなかった。

信頼性に関して、Cronbach の α 係数は 0.81 と比較的高く一定の内的整合性が確保された。再テスト信頼性については、 $r=0.66$ であった。また、test-retest 間における項目ごとの κ 係数を表 17 に示す。全体的に数値は低く、0.45 と最も高かった項目は「14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。」であり、-0.01 と最も低かった項目は「13. 私は自分の努力に対し医師や看護師、ソーシャルワーカーからほめてもらったり、感心してもらうことは重要だと思う。」であった。

妥当性については、本尺度が「介護の報酬」の総合指標として用いることを検討するために、主成分分析を行った。結果を表 19、表 20 および図 3 に示す。表 19 より、第 1 主成分だけで全体の分散の 27.4% を説明でき、第 2 主成分~第 5 主成分の分散は 7.8%~10.7%、スクリープロット (図 3) をみても第 2 主成分以下は緩やかな直線で表されていることがわかる。また、表 20 より、各項目と第 1 主成分との相関係数は 0.28~0.69 であった。従って、原版 PCRS と同様、本尺度を構成する 16 項目は「介護の報酬」の総合指標として用いられる可能性が示唆された。また、基準関連妥当性を検討するため、外的基準として介護の否定的な影響の指標と考えられる抑うつ、孤独感、介護負担と PCRS との Pearson 相関係数を算出し検討した。それぞれの Pearson 相関係数は、-0.44($p=0.001$)、-0.48($p<0.001$)、-0.37($p=0.011$)であり、全ての変数間において有意な負の相関関係が示された。従って、一定の基準関連妥当性が確保されたと言える。更に、構成概念妥当性を検討するため、原版 PCRS のモデルと同様のモデルを作成し、検証的因子分析を行った。結果を図 4 に示す。モデルの適合度の指標については、 $\chi^2=129.0$ 、GFI=0.78、AGFI=0.71、RMR=0.16、RMSEA=0.07、AIC=193.04 であった。

以上のことより、一定の信頼性と妥当性が得られ、本尺度を介護の報酬の総合指標として用いることの可能性が示されたと考え、調査項目として採用することとした。

4) 各変数の記述等計量

心理的適応指標である抑うつ、孤独感、介護負担、介護の報酬、および述べられたソーシャル・サポート数、被介護者に対し行っている ADL・IADL・その他の援助数の記述等計量を算出した。結果を表 21 に示す。抑うつ尺度得点の平均値は 13.6 ± 9.8 であり、cut-off point の 16 点を下回った。孤独感尺度得点の平均値は 33.0 ± 9.3 であり、介護負担尺度得点の平均値は 33.6 ± 17.3 、介護の報酬尺度得点の平均値は 34.7 ± 10.1 であった。受け取った情緒的サポート、情動的サポート、実体的サポートの合計数であるソーシャル・サポートの平均値は 4.1 ± 3.0 であった。また、ADL・IADL・その他の援助をあわせた 33 項目のうち被介護者へ行っている援助数の合計の平均値は 19.3 ± 7.4 であった。

4) ソーシャル・サポートと心理的適応との関連

ソーシャル・サポートと心理的適応との関連について、心理的適応指標を従属変数とし、ソーシャル・サポート、人口統計学的変数、医学的変数を説明変数とした重回帰分析により検討した。ソーシャル・サポートは述べられた最も有益なサポートとその他の有益なサポートの数をサポートタイプごとに合計し、それをソーシャル・サポート得点とみなした。また、有益でないソーシャル・サポートについては、最も有益でないサポート、その他の有益でないサポートのいずれかを述べた人(有益でないサポートあり群)と述べなかった人(有益でないサポートなし群)の 2 群に分けた。更に、有益でないサポートに対する内容分析により、サポートの欠如を述べた人(サポート欠如群)とサポートの欠如を述べなかった人(サポート非欠如群)に分けた。心理的適応指標と説明変数の関係について、Pearson の相関係数を算出、もしくは t-検定により検討した後、重回帰分析を行った。

心理的適応指標および説明変数間の Pearson の相関係数を表 22 に示す。説明変数と従属変数間の Pearson の相関係数をみると、GDS と介護負担 ($r=0.30$, $p=0.032$)、収入と介護負担 ($r=0.29$, $p=0.042$)、健康保険と介護負担 ($r=0.37$, $p=0.012$)、IADL と抑うつ ($r=0.28$, $p=0.05$) および介護負担 ($r=0.37$, $p=0.008$)、ADL・IADL 以外の援助と介護負担 ($r=0.23$, $p=0.047$)、援助の数と介護負担 ($r=0.28$, $p=0.045$) に有意な正の相関関係が見出された。また、収入と抑うつ ($r=0.27$, $p=0.057$)、介護保険と抑うつ ($r=0.32$, $p=0.054$)、介護時間と介護負担 ($r=0.24$, $p=0.096$)、ADL・IADL 以外の援助と抑うつ ($r=0.25$, $p=0.079$) に正の相関関係がある傾向が示され、健康状態と抑うつ ($r=-0.24$, $p=0.09$)、孤独感 ($r=-0.27$, $p=0.063$) および介護負担 ($r=-0.26$, $p=0.068$)、健康保険と介護の

報酬 ($r=-0.28, p=0.067$) に負の相関関係がある傾向が見られた。従って、説明変数の候補として、GDS、収入、健康保険、IADL、ADL・IADL 以外の援助、援助の数、介護保険、介護時間、健康状態が挙げられる。説明変数間の Pearson の相関係数については、介護度、GDS、援助の数の 3 変数間、援助の数と ADL、IADL、ADL・IADL 以外の援助の 3 変数間に有意な高い正の相関関係 ($r=0.57 \sim 0.94$) が見られたため、これらの変数のうち GDS のみを説明変数として採用することとした。また、介護保険を利用している人は 36 名(72%)であること、健康保険については被爆者として保障のある人もみられたため、説明変数として採用しないこととした。また、介護時間を説明変数として用い重回帰分析を行ったところ、多重共線性が疑われたため採用しないこととした。更に、被介護者との関係を嫁と嫁以外の 2 群に分け心理的適応指標の平均値に差があるか t-検定を行い確認した結果、抑うつ ($t(48)=2.1, p=0.04$) に有意な差が見られ、孤独感 ($t(48)=1.9, p=0.07$) に差がある傾向が示された。嫁の抑うつの平均値は 20.6 ± 12.5 、嫁以外の群の平均値は 12.4 ± 9.0 であり、嫁の孤独感の平均値は 38.9 ± 13.7 、嫁以外の群の平均値は 32.0 ± 8.2 であった。

以上のことより、説明変数として、年齢、GDS、収入、介護期間、健康状態、ソーシャル・サポート、被介護者との関係を用い、心理的適応指標を従属変数とする重回帰分析を行った。結果を表 23 に示す。抑うつを従属変数としたモデルにおいては、調整済み $R^2=0.16(p=0.042)$ であり、被介護者との関係が嫁であることに正の影響 ($\beta=0.29, p=0.051$) があり、ソーシャル・サポートに負の影響 ($\beta=-0.27, p=0.096$) があるという傾向が示された。すなわち、被介護者との関係が嫁であることが抑うつを高め、ソーシャル・サポートが多いことが抑うつを低下させる傾向があるということである。孤独感を従属変数としたモデルにおいては、調整済み $R^2=0.17(p=0.032)$ であり、介護者との関係が嫁であることに有意な正の影響があり ($\beta=0.32, p=0.028$)、健康状態、ソーシャル・サポートに有意な負の影響がある (それぞれ $\beta=-0.33, p=0.029$ 、 $\beta=-0.42, p=0.010$) ことが示された。すなわち、被介護者との関係が嫁であることが孤独感を高め、健康状態をよいと感ずること、ソーシャル・サポートが多いことが孤独感を低下させるということである。介護負担および介護の報酬を従属変数とした場合、有意なモデルが示されず、影響要因を見出すことはできなかった。

有益でないサポートについては、有益でないサポートあり群と有益でないサポートなし群において心理的適応指標の平均値に差がないか t-検定により確認した。結果を表 24 に示す。4 つの心理的適応指標の平均値に有意な差は見られなかった。更に、サポート欠如群とサポート非欠如群において心理的適応指標の平均値に差がないか t-検定により確認した。結果を表 25 に示す。4 つの心理

的適応指標の平均値に有意な差は示されなかった。

4. 考察（日本）

1) ソーシャル・サポートと心理的適応

アルツハイマー型認知症の高齢者の主介護者が最も有益と知覚したサポート、有益と知覚したサポート、最も有益でないと感じたサポート、有益でないと感じたサポート、望むサポートについて半構造化面接により尋ねた。結果、介護者は様々なサポート源から様々なサポートを受け取っており、誰からのどのようなサポートを有益もしくは有益でないと感じるか、更に、どのようなサポートを提供して欲しいと思っているかが示された。

心理的適応指標についてみると、介護負担の平均値が 33.6 ± 17.3 であり、「ひどい負担」と評価される値であった。抑うつ平均値は cut-off 値より低く、孤独感についても日本人の成人女性の平均値の 35.8 ± 6.3 を下回っており、ある程度心理的に適応できていると思われた。

最も有益と知覚されたサポートすなわち positive なサポートについてみると、介護施設・サービスをサポート源として挙げる人が比較的多かった。サポートの内容としては、実体的サポートを述べた人が比較的多く、具体的なサポートとして介護施設・サービスより「被介護者の面倒をみる」というサポートを多く受け取っていた。おそらく、被介護者を預かり面倒をみることにより、主介護者に自由な時間ができ身体的にも精神的にもストレスから開放されるため最も有益と知覚されたと思われる。実際、ある対象者は「(被介護者が)いないときだけが気が休まる」と述べており、介護がもたらす身体的、精神的負担の大きさを窺い知ることができる。有益なサポートについても、最も有益なサポートと同様の傾向だったが、友人・知人や家族からの支援が比較的多く述べられており、普段の生活においては身近にいる informal なサポート源からの様々な援助を有益と感じると考えられる。情動的サポートについては「アドバイスする」というサポートが多く挙げられており、情緒的サポートに関しては「話しに傾聴する」「愚痴を聞く」「理解を示す」などが挙げられた。おそらく、アルツハイマー型認知症という疾患を世間一般の人は十分理解していないため、医療者ではない主介護者は専門職者などからの専門的な情報を有益と感じ、更に周囲の人が自分の話しに耳を傾け理解を示してくれることにより精神的な安寧を得られるためと思われる。本研究の結果は、Dakof, & Taylor(1999)が行ったがん患者を対象としたソーシャル・サポートに関する面接調査において、サポート源により患者が有益と感じるか、有益と感じないかが異なるという結果を支持するものとなった。

有益でないサポートすなわち negative なサポートについてみると、家族や親戚などの informal なサポート源からの実体的サポートや情緒的サポートの欠如が挙げられた。Wuest, Ericson, Stern, & Irwin(2001)は、たいていの介護者は家族から negative なサポートを受け取っており、具体的な内容として、通常サポートを提供してくれることを期待する家族が訪問してくれない、こどもや夫が無視する、介護によりこどもや夫との関係が危うくなるなどを挙げている。松井と浦(1998)が述べるように、サポートが提供されることが当然として期待されるサポートが提供されないとサポートの受け手に心理的不満が生じるということが言える。介護施設・サービスや医療/介護専門職者に関しても同様に、被介護者を適切にケアすることが期待されるがそれがなされなかったため介護者に心理的な不満が生じたと思われる。

望むサポートについては、介護施設・サービスや行政などの formal なサポート源に対する経済的支援や介護への直接的な支援への要望が聞かれた。新名と本間(2002)は、介護保険制度導入前後の介護者のストレス反応を調査し、認知症を有する高齢者の介護者の場合、介護保険導入後に負担が増大していることを報告した。この調査は、1つの自治体を対象に行われているため結果を一般化するのは困難であるが、介護者の経済的な支援や実地的な介護への援助が不足しているからかもしれない。また、病気や施設、症状への対処法に関する情報提供を望む人が比較的多かった。実際、「お役所ってこちらから言わないと向こうからヘルプがない。これっておかしいと思う。そういう当事者がいるということは世代調査でわかっているはず。何でも下から上に行って上から下りてくる」「あまり情報がなくて、よく家族会のパンフレットは頂きますが、それ以外に利用できるサービスの情報があまりなくて。できれば区役所とかがもっと情報を発信してくれたらと思います」などと述べた対象者がみられた。今後、実体的なサポートと同様、住民への情報提供についても内容と方法を検討する必要性が示唆された。

心理的適応指標については、介護負担に関して「ひどい負担」と評価されたが、その他の指標においては心理的に適応的であると評価できる値が得られた。緒方、橋本、乙坂(2000)は、訪問看護ステーションの利用者の主介護者を対象に行った主観的介護負担感に関する調査において、被介護者に意思疎通障害がある場合や食事動作で監視誘導・介助が必要な場合、更に主介護者が自分の健康状態を不健康と認識していた場合などに主介護者の主観的介護負担感が有意に高いことを示した。本研究はアルツハイマー型認知症の高齢者の主介護者を対象としているため、被介護者に意思疎通障害や食事動作で監視誘導・介助が必要な場合が多い。GDS 得点の分布をみると、「中程度の認知症」以上の被介護者

が半数以上を占め、食事動作についても食べこぼしが多いなどの困難さが聞かれている。また、主観的な健康状態も 3 分の 1 近くの人が同年代の人に比べると悪いと評価しているため、介護負担感が高かったと推察される。

心理的適応に対するソーシャル・サポートの影響を確認するため、4 つの心理的適応指標を従属変数とした重回帰分析を行った。結果、ソーシャル・サポートが多いことが孤独感を低減させることが示唆された。工藤と西川(1983)が述べるように、孤独感は社会的関係に対する欲求レベルと充足レベルの食い違いから起こる不快かつ主観的な経験である。従って、周囲の人からのサポートが少ない場合は、介護者の社会的関係に対する欲求レベルが満たされないためと思われる。更に、ソーシャル・サポートが抑うつを低減させる傾向があることは先行研究(Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg, Ambinder, Mackell, & Cohen, 1995; Mittelman, Roth, Coon, & Haley, 2004; Roth, Mittelman, Clay, Madan, & Haley, 2005)の結果を支持した。

また、被介護者との関係が嫁である場合、孤独感と抑うつを高めることが示唆された。介護を行うことにより、社会的な相互作用を持つことが少なくなり、日本社会において伝統的に女性、特に嫁が親の介護をすることが風習とされているため嫁が介護を一手に引き受けている場合も多いことから、心理的、社会的な孤立感を体験し、抑うつ気分も高まると思われる。主介護者の健康状態が悪いことが、孤独感を高めることも示唆された。健康状態が悪い場合、同年代の人と自分が質的に違っていると知覚されたり、友人や社会との接触が少なくなるためかもしれない。

2) 尺度構成

項目分析においては、項目 6「介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべてきたり、こちらを見たりすることは大切だと思う」において肯定的な回答への偏りが見られ平均値も最も高かった。おそらく、対象者が認知症高齢者の主介護者であったため、高齢者の自発的な笑顔や動作が認知機能の改善とみなされることが要因として考えられる。今後、対象を様々な高齢者の主介護者とした調査を実施し、項目 6 について再度検討する必要があると思われる。

信頼性に関して、内的整合性は比較的高かったが、再テスト信頼性については中程度の再現性が認められ、test-retest 間の項目ごとの一致率 (κ 係数) は低く再現性について検討の余地があることが示された。再テストは初回テストの約 2 週間後に実施しており、その間に被介護者の状態が変化する可能性が考えられる。Motenko(1989)は、被介護者が笑ったり、感謝の言葉を言えなくなったときに介護の報酬とコスト(負担)の関係が不安定なることを指摘している。ま

た、本調査のデータを収集するための面接において話を聞いてもらったことが何らかの影響を及ぼしたかも知れない。実際、対象者より「言ってしまっすっきりした。愚痴もね、言うところがないから。」という言葉が聞かれた。

妥当性については、主成分分析により本尺度を「介護の報酬」の総合指標として用いることの可能性が示唆され、基準関連妥当性、構成概念妥当性もある程度確保されたと言える。原版 PCRS の構成において、CES-D ($r=-0.30$, $p<0.0001$)、介護負担尺度 ($r=-0.35$, $p<0.0001$) と中程度の負の相関関係が見出され、検証的因子分析においても本研究と同様の結果が得られている (Picot, 1997)。従って、日本版 PCRS と原版 PCRS の比較可能性がある程度支持されたと言える。しかし、原版 PCRS は米国において開発された尺度であり、文化的背景の違いにより日米間で「介護の報酬」の構成要素が異なることが考えられる。特に項目 1「私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。」については、日本人の宗教観にそぐわない可能性があり、回答しづらそうな対象者も見受けられた。従って、今後、日本人の「介護の報酬」とはどのようなものか具体的に聞き取り調査を行うことにより明らかにする必要があると思われる。また、Yamamoto-Mitani (2003) が指摘するように、介護の肯定的な側面を「報酬」という一側面から評価するのではなく、多面的に捉え評価することも必要かもしれない。

5. 結果 (米国)

1) 対象者の概要

対象者の概要を表 7 に示す。平均年齢は 62.3 ± 11.2 歳であり、男性 10 名 (20.0%)、女性 40 名 (80.0%) と女性の方が多かった。人種については、白人が 44 名と 9 割近くを占めた。職業は、無職の人が 28 名と 5 割以上を占め、最終学歴は短期大学と回答した人が 16 名 (32.0%) と多く、次いで大学 13 名 (26.0%)、大学院 10 名 (20.0%) であった。婚姻状態については、32 名 (64.0%) が既婚者であり、被介護者との関係は約半数がこどもであった。被介護者と同居している人は 22 名 (44.0%) であり、同居人数については 2~3 名の人が合わせて 38 名 (76.0%) と多かった。こどもと同居していない人は 40 名 (80.0%) と 8 割を占めた。住居は持ち家の人が 8 割近くを占め、収入については、「とても十分」/「かなり十分」と回答した人が 42 名 (84.0%) であった。平均介護期間は 50.3 ± 41.9 ヶ月、1 週間の平均介護時間は 73.6 ± 57.7 時間であった。健康保険について、被介護者に対する保険に関しては、「とても十分でない」/「かなり十分」と回答した人が合わせて 45 名 (90.0%) と 9 割を占めた。自身に対する健康保険については、「とても十分」と評価した人が 42 名 (84.0%) と 8 割以上を占めた。主観的な健康状態は、

「かなり良い」と回答した人が 20 名(40.0%)と最も多かった。

被介護者の概要を表 8 に示す。平均年齢は 82.4±7.8 歳、女性が 35 名(70.0%)であった。また、アルツハイマーの診断されてからの平均月数は 53.6±44.8 ヶ月であった。認知障害の程度を示す GDS に関しては、「5. やや高度の認知機能障害（中程度の認知症）」の人が 17 名(34.0%)、「6. 高度（やや高度の認知症）」の人が 14 名(28.0%)と比較的多かった。

2) ソーシャル・サポートの内容分析

(1)最も有益なサポート

介護を始めてから調査時点までの期間において、対象者が最も有益と感じたサポートを尋ねた。述べられたサポート源の数を表 26 に示す。挙げられたサポート源の数は 14 であり、その中でデイサービス・デイケア等の介護機関・サービスを挙げた人は 19 名と最も多かった。次いで、サポートグループを挙げた人が 8 名、友人・知人および医療専門職を挙げた人が 7 名であった。この医療専門職にはソーシャルワーカー、理学療法士などが含まれる。一方、最も有益なサポートはなかったと答えた人は見られなかった。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 27 に示す。サポートの内容の横に記載した数値は、サポート源についてそれぞれ述べた人数を合計した人数を示す。実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポートの 3 タイプのサポートを比較すると、実体的サポートとして述べた人数は 30 名と多いことがわかる。次いで情緒的サポートが 21 名、情動的サポートが 16 名であった。サポート源について全体的に見ると、友人・知人、介護機関・サービス、サポートグループ、医師においては 3 タイプのサポートが述べられたが、配偶者、子ども、看護師は実体的サポートと情緒的サポート、親・兄弟姉妹、介護職員、消防士は実体的サポートのみ、信仰・信者、病院は実体的サポートのみ、医療専門職は情動的サポートのみが述べられた。具体的なサポートの内容に関しては、実体的サポートとして「被介護者の面倒をみる」、情動的サポートとして「情報を提供する」がそれぞれ 13 名、10 名と比較的多かった。

「被介護者の面倒をみる」という援助は、様々なサポート源から提供されていたが、介護機関・サービスから提供された人が 6 名と比較的多いことがわかる。

「情報を提供する」については、介護機関・サービス、サポートグループ、医師、医療専門職がサポート源となっていた。情緒的サポートの内容については、「感情・問題・思いを共有する」「話し相手になり楽しませる」「病気の本質を理解する」など問題や思いの共有、病気や介護に対する理解などが挙げられた。

(2)有益なサポート

介護を始めてから調査時点までに対象者が受け取った有益なサポートについて、複数回答で尋ねた。述べられたサポート源の数を表 28 に示す。最も多かったのは介護機関・サービスで 19 名より述べられた。次いで、サポートグループを挙げた人が 8 名、友人・知人、医療専門職がそれぞれ 7 名、医師が 6 名などであった。なお、有益なサポートがないと答えた人はみられなかった。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 29 に示す。サポートの内容の横に記載した数値は、各サポート源からそのサポートを受け取った人数の合計である。サポート源についてそれぞれ述べた人数を合計した人数を示す。実体的サポート、情緒的サポート、情報的サポート、評価的サポートの 4 タイプのサポートを比較すると、実体的サポートとして述べられた人数は 33 名と多いことがわかる。次いで情緒的サポートが 21 名、情報的サポートが 11 名であり、最も有益と述べられたサポートと同様の傾向が見られた。評価的サポートについては 2 名のみであった。サポート源について見ると、介護機関・サービスにおいては主に実体的サポートが挙げられ、家族については実体的サポート、情緒的サポート、評価的サポート、サポートグループについては実体的サポート、情緒的サポート、情報的サポートの 3 タイプのサポートが述べられた。親戚、友人・知人においてはそれぞれ実体的サポートと情報的サポートが挙げられ、医師については情緒的サポートと情報的サポート、看護師において数は少ないが実体的サポート、情緒的サポート、評価的サポート、医療専門職については実体的サポート、情報的サポートが述べられた。配偶者、こどもについては実体的サポートが一つ述べられただけであった。具体的なサポートの内容について、実体的サポートにおいては、全体的にみると被介護者に対する介護に直接関わるような「介護の手助けをする」「被介護者の面倒をみる」などの支援を家族や友人などの *informal* なサポート源と *formal* なサポート源である介護機関・サービス介護から受け取っていることがわかる。更に詳細にみると、「介護の手助けをする」「被介護者の面倒をみる」という援助を述べた人が 11 名、9 名と多く、そのうち 8 名が介護施設・サービス、5 名が家族から受け取っていた。また、「ケアの調整をする」「医療的ケアを提供する」「徘徊ブレスレットを提供する」などの援助を介護機関・サービス、サポートグループ、看護師、医療専門職より受け取っていた。情緒的サポートについては、特に多く見られた援助はなかったが、「話に傾聴する」「問題の共有とディスカッション」「心配から気をそらせてくれる」「優しく接する」などの援助が述べられた。これらの援助は、友人・知人、サポートグループ、親戚、医師、看護師、家族から受け取っていた。情報的サポートの内容は主に「情報・知識を提

供する」であり、サポート源としてはインターネット、医師、介護機関・サービス、サポートグループ、医療専門職であった。評価的サポートについては、「よくやっていると言う」という援助を家族および看護師から受け取った人がそれぞれ1名であった。

(3)最も有益でないサポート

介護を始めてから調査時点までの期間において、対象者が最も有益でないと感じたサポートを尋ねた。述べられたサポート源の数を表 30 に示す。31 名(62.0%)より回答が得られ、サポート源として、介護機関・サービスを挙げた人が 12 名と比較的多く、親戚・被介護者の家族、4 名が家族を挙げた。その他のサポート源は、配偶者、こども、家族、サポートグループ、不特定の人であった。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 31 に示す。全体的に見ると、実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポート、評価的サポートの 4 タイプについてサポートが挙げられている。具体的内容は多岐にわたっており、4 タイプのサポートにおいて「サポートがない」というサポートの欠如が最も有益でなかったサポートとして挙げられていることがわかる。実体的サポートにおいては、介護機関・サービスが「適切な援助を提供しない」、家族が「来て話しをしない」などが挙げられ、情緒的サポートについては、配偶者が「抵抗する」、サポートグループが「被介護者を理解しない」、家族が「支援的でない」、親戚・被介護者の家族が「否定的である」などが述べられた。更に、情動的サポートについては親戚・被介護者の家族が「施設への入所/レスパイトケアを勧める」、介護機関・サービスが「被介護者にできないことを勧める」などが挙げられた。評価的サポートについては、サポートグループから「評価的サポートがない」ことが述べられた。

(4)有益でないサポート

有益でないサポートについて、述べられたサポート源の数を表 32 に示す。友人・知人、家族、親戚・被介護者の家族、医師など 12 のサポート源が挙げられた。なお、有益でないサポートがないと回答した人は 22 名(44.0%)であった。

サポート源とサポートの内容を対応させ、それぞれを述べた人数を表 33 に示す。具体的なサポートの内容は多岐に渡るが、全体的にみて情動的サポートである「施設への入所を勧める」という援助が比較的多いことがわかる。そのサポート源は、4 名が友人・知人を挙げ、他にはこども、家族、介護機関・サービス、医師、看護師、介護職者が述べられた。実体的サポートに関しては、被介

護者に対する援助として、家族、親戚・被介護者の家族が「被介護者を夜遅くまで食事に連れ出す」「被介護者の面倒を見る時間が短い・十分みない」「被介護者を仕事場へ連れ出し混乱させる」ことが述べられた。また、医師が「適切な医療を提供しない」ことも1名により挙げられた。情緒的サポートについては、友人・知人、不特定の人が「介護の大変さや必要なケアを理解しない」ことなどが述べられた。情動的サポートについては、親戚・被介護者の家族が「できないことを提案する」こと、看護師が「被介護者のいる前で質問をする」ことなどが挙げられた。評価的サポートに関して述べた人は見られなかった。

(5)望むサポート

述べられたサポートの内容分析によりサポートタイプと具体的な内容を同定した。サポート源については、同定できる場合にのみ抽出した。結果を表34に示す。全体的にみると、実体的サポートが多く、サポート源は具体的な内容により異なっていた。家族や親戚といった *informal* なサポート源が介護に参加する、電話をかけるなどの「介護を手伝う/介護に参加する」について述べた人が6名みられ、サポート源を挙げず「介護を手伝う」ことを述べた人を合わせると10名により挙げられた。また、主介護者が心配することなく出かけられるよう被介護者のもとを訪れ面倒をみる、2～3時間被介護者と一緒に過ごすなどといった「被介護者の面倒をみる(預かる)」という援助を述べた人が9名みられた。被介護者を一時的に預かり面倒をみるという点では「レスパイトケアの回数を増やす」「デイケアの回数を増やす」も同様とみなすことができるが、それぞれ6名、3名の主介護者が述べた。「経済的に支援する」については、*informal* なサポート源である家族からの経済的支援を述べた人は1名であり、その他は経済的な問題を解決するための長期に渡る医療扶助などの *formal* な支援について述べられた。これらはお金がかからないデイケアや援助などとして、実際的な支援の提供と一緒に述べられていた。また、被介護者が友人と会い社会的な関わりを持つ、社会的なグループに参加するなどの「被介護者に社会との関わりを持たせる」という援助を述べた人が4名見られた。情緒的サポートについては、誰かと話しをしたい、話しをきいてくれる人が欲しいという「話しに傾聴する」という支援のみ2名より挙げられた。情動的サポートについては、「病気の進行を理解できるようにする」「特異的な質問に対する回答を得る資源を提供する」という2つの支援がそれぞれ1名より述べられた。なお、望む支援がないと答えた対象者は7名(14%)見られた。

3) 心理的適応指標

心理的適応指標である抑うつ、孤独感、介護負担、介護の報酬、および述べられたソーシャル・サポート数、被介護者に対し行っている ADL・IADL・その他の援助数の記述等計量を算出した。結果を表 21 に示す。抑うつ尺度得点の平均値は 14.4 ± 10.4 であり、cut-off point の 16 点を下回った。孤独感尺度得点の平均値は 56.0 ± 3.6 であり、介護負担尺度得点の平均値は 38.5 ± 10.6 、介護の報酬尺度得点の平均値は 38.5 ± 11.8 であった。受け取った情緒的サポート、情報のサポート、実体的サポートの合計数であるソーシャル・サポートの平均値は、 2.9 ± 1.3 であった。また、ADL・IADL・その他の援助をあわせた 33 項目のうち被介護者へ行っている援助数の合計の平均値は 20.7 ± 7.5 であった。

4) ソーシャル・サポートと心理的適応との関連

ソーシャル・サポートと心理的適応との関連について、心理的適応指標を従属変数とし、ソーシャル・サポート、人口統計学的変数、医学的変数を説明変数とした重回帰分析により検討した。ソーシャル・サポートは述べられた最も有益なサポートとその他の有益なサポートの数をサポートタイプごとに合計し、それをソーシャル・サポート得点とみなした。また、有益でないソーシャル・サポートについては、最も有益でないサポート、その他の有益でないサポートのいずれかを述べた人と述べなかった人の 2 群に分けた。心理的適応指標と説明変数の関係について、Pearson の相関係数を算出、もしくは t-検定により検討した後、重回帰分析を行った。

心理的適応指標および説明変数間の Pearson の相関係数を表 35 に示す。説明変数と従属変数間の Pearson の相関係数をみると、介護期間と介護の報酬 ($r=0.35$, $p=0.012$)、介護時間と抑うつ ($r=0.29$, $p=0.041$) に有意な正の相関関係があり、同居人数と孤独感 ($r=-0.25$, $p=0.079$)、および介護負担 ($r=-0.26$, $p=0.065$)、IADL に関する援助数と抑うつ ($r=0.25$, $p=0.077$) にそれぞれ正と負の相関関係がある傾向が示された。説明変数間の Pearson の相関係数については、診断月数と介護期間に高い正の相関関係があり ($r=0.60$, $p<0.001$)、GDS と ADL、介護期間と ADL、介護時間と ADL および IADL、ADL と IADL に比較的高い有意な相関関係 ($r=0.45 \sim 0.54$) が見られた。回答が 2 名と少なかった評価的サポートを除く 3 タイプのソーシャル・サポート間での相関係数は全て負の値であり、情報のサポートと実体的サポートの間に有意な負の相関関係 ($r=-0.40$, $p=0.004$) がみられた。更に、4 つの適応指標との相関関係において情報のサポートと抑うつ、孤独感、介護負担とに負の相関係数、介護の報酬とに正の相関係数が示されたことから、説明変数としてもちいるソーシャル・サポートの変数として、情緒的サポートのみを用いることとした。

以上のことより、説明変数として、年齢、同居人数、GDS、介護期間、介護時間、情動的サポート、心理的適応指標を従属変数とする重回帰分析を行った。結果を表 36 に示す。介護負担を従属変数としたモデルにおいて、調整済み $R^2=0.12(p=0.079)$ であり、同居人数 ($\beta = -0.30, p=0.035$)、に有意な負の影響があり、情動的サポート ($\beta = -0.29, p=0.057$)、年齢 ($\beta = -0.29, p=0.064$) に負の影響がある傾向が示され、介護時間 ($\beta = 0.17, p=0.097$) に正の影響がある傾向が見出された。すなわち、同居人数、情動的サポートが多く、年齢が高いことが介護負担感を低下させ、介護時間が多いことが介護負担感を高める傾向があるということである。抑うつ、孤独感、介護の報酬を従属変数とした場合、有意なモデルは示されなかった(それぞれ $R^2=0.06, p=0.202$; $R^2=0.08, p=0.14$; $R^2=0.06, p=0.201$)。

有益でないサポートについては、有益でないサポートあり群と有益でないサポートなし群において心理的適応指標の平均値に差がないか t 検定により確認した。結果を表 37 に示す。抑うつの平均値に有意な差がみられた ($t=2.30, p=0.027$)。すなわち、「あり群」の平均値 (16.0 ± 12.2) が「なし群」の平均値 (10.2 ± 6.2) より有意に高いということである。その他の 3 つの心理的適応指標の平均値に有意な差は見られなかった。更に、サポート欠如群とサポート非欠如群において心理的適応指標の平均値に差がないか t 検定により確認した。結果を表 38 に示す。介護の報酬の平均値に有意な差が見られた ($t=2.46, p=0.018$)。すなわち、「欠如群」の平均値 (34.3 ± 11.2) が「非欠如群」の平均値 (42.2 ± 11.3) より有意に低いということである。その他の 3 つの心理的適応指標の平均値に有意な差は見られなかった。4 つの心理的適応指標の平均値に有意な差は示されなかった。

6. 考察 (米国)

アルツハイマー性認知症の高齢者の主介護者が最も有益と知覚したサポート、有益と知覚したサポート、最も有益でないと感じたサポート、有益でないと感じたサポート、望むサポートについて半構造化面接により尋ねた。結果、介護者は様々なサポート源から様々なサポートを受け取っており、誰からのどのようなサポートを有益もしくは有益でないと感じるか、更に、どのようなサポートを提供して欲しいと思っているかが示された。

心理的適応指標についてみると、介護負担の平均値が 38.5 ± 10.6 であり、「ひどい負担」と評価される値であった。抑うつの平均値は cut-off 値より低かったが、孤独感については Besson(2003)の研究における介護者ではない 52 名の平均値 33.1 ± 10.0 と比較したところ、本研究の対象者の平均値が有意に低く

($t(101)=1.72, p<0.05$)、心理的な適応状態はよいと評価できないと思われた。

最も有益と知覚されたサポートすなわち *positive* なサポートについてみると、介護施設・サービス、サポートグループ、医療専門職者などの *formal* なサポート源を挙げた人が多かった。米国では、家族と離れて暮らす人が比較的多く、*formal* なサポートやネットワークが発達しているためと思われる。サポートの内容については、実体的サポートを述べた人が比較的多かった。おそらく、多大な介護負担を有しているため、介護に対し実際に役に立つ支援が有効であったと思われる。具体的なサポートとして様々なサポート源からの「被介護者の面倒をみる」という実体的サポートと、介護施設・サービス、サポートグループ、医療専門職者からの「情報を提供する」という情動的サポートが比較的多く挙げられた。ある主介護者が述べたように、被介護者の面倒をみてもらうことにより、自由な時間ができ外出も可能になるためと思われる。また、認知症に対する専門的な知識を有する人や、同じ体験を有する人からの情報は知識や経験に基づく裏づけがあるため有益と感じられると思われる。

有益なサポートについても、最も有益なサポートと同様の傾向がみられ、「介護の手助けをする」「被介護者の面倒をみる」などの実体的サポートを *informal* なサポート源と *formal* なサポート源より受け取っていた。主介護者にとって介護は毎日のことであるため、日々の生活における介護への直接的なサポートは有益と思われる。情動的サポートについては、医療専門職者やサポートグループからの「情報・知識を提供する」というサポートが述べられた。アルツハイマー型認知症は、症状や経過が一定しておらず、時間経過により変化するため、日ごろ必要な時に的確な情報を得られることは介護者にとって大変役に立つサポートになると思われる。また、身近にいる *informal* なサポート源や知識や経験を有する人は、介護者の状況を理解できるため情緒的な支えになり得ると思われる。

最も有益でないと思われたサポートをみると、その内容は多岐に渡っていたが、多くはサポートの欠如であった。特に、介護施設・サービスからのサポートを述べた人が比較的多く、松井と浦(1998)が述べるように、提供されることが当然として期待されるサポートが提供されなかった場合、心理的不満が生じるためと思われる。また、家族などからの「支援的でない」「否定的である」という情緒的サポートが挙げられたことは、家族からの無関心に対する葛藤 (*conflict*) を記述した研究 (Fudge, Neufeld, & Harrison, 1997) を支持する。

有益でないサポートについても多岐に渡るが、友人や知人などからの「施設への入所を勧める」というサポートが比較的多く述べられた。おそらく、自分が行っている介護が、自分の理解者である人々から支持されないため不満が生

じたと思われる。また、被介護者に対する不適切あるいは主介護者が望まないサポートが挙げられ、介護者への直接的な支援ではないが、被介護者への negative なサポートの提供により主介護者の行う介護が影響を受けるためと思われる。

望むサポートに関しては、様々なタイプのサポートが挙げられたが、実体的サポートが比較的多く述べられた。informal なサポート源に対しては、介護へ参加することを当然として期待するため、介護への参加が多く挙げられたと思われる。また、「介護を手伝う」というサポートについては、サポート源が挙げられていないことから、このサポートは誰が行っても有益となると推察される。「被介護者の面倒をみる」というサポートは最も有益なサポートとして知覚されていたが、望むサポートとしても述べられていることから、頻度もしくは量として不足していると考えられる。経済的な支援については、informal なサポート源よりむしろ formal なサポート源より提供されることが望まれていた。おそらく、家族などの身近な人に経済的負担をかけることに対する気兼ねや申し訳ないという気持ちが存在するためと思われる。情緒的サポートに関しては、少数ではあったが、傾聴などのサポートが挙げられた。Fudge, Neufeld, & Harrison(1997)が指摘するように、カウンセリングやサポートグループが介護者にとり有効な支援となりうると思われる。

心理的適応に対するソーシャル・サポートの影響を確認するため、4つの心理的適応指標を従属変数とした重回帰分析を行った。結果、情報的サポートが介護負担感を軽減させる傾向があることが示された。有益な情報を得ることにより、ストレスである介護の問題に対し効果的な対処法略を用い解決することができるためと思われる。また、同居人数が多いこと、主介護者の年齢が高いことが介護負担を軽減させる傾向があることが見出された。同居人数が多い場合、介護に対する直接的な支援を得られやすく、年齢が高い場合、担うべき社会的な役割が少ないためかもしれない。更に、介護時間が長いことが介護負担を増大させる傾向が示された。やはり、介護に費やす時間が長いほど身体的、精神的苦痛が増大し、結果的に介護負担感が増強されると思われる。

有益でないサポートについては、有益でないサポートを受け取っているかいないかで、抑うつ度が異なっており、有益でないサポートの心理的適応に対する有害性が推察される。また、サポートの欠如を述べた人はサポートの欠如を述べなかった人より、介護の報酬を低く評価していた。期待する援助が与えられないことによる心理的な不満の存在により、介護の肯定的な側面を知覚することができないためと思われる。

第三部 アルツハイマー型認知症高齢者の介護者におけるソーシャル・サポートと心理的適応に関する日米比較

1. はじめに

日本と米国において高齢化に伴い、アルツハイマー型認知症を有する高齢者が増加しており(Kukull, Higdon, Bowen, McCormick, Teri, Schellenberg, van Belle, Jolley, & Larson, 2002; Fujishima, & Kiyohara, 2002)、そのような高齢者は、日常生活を送る上で様々な介護を必要としている。

通常日本では、女性の家族員が介護の役割を担い(Asahara, Momose, & Murashima, 2002)、特に、親の介護は長男の嫁の責務とみなされる(Yamamoto, & Wallhagen, 1997)。米国においては、介護は予期しない役割であり、家族員が介護へ積極的に参加させるようにするものの、互いに独立して生活することが好まれる(Harris, & Long, 1999)。介護の意味を日米間で比較した研究(Wallhagen, & Yamamoto, 2006)においては、介護の体験や知覚について、介護をする理由、役割としての介護、人生における局面/迂回という3点において相違が見出され、文化的背景の違いによる影響が記述された。

ソーシャル・サポートは、介護者が介護から受ける悪影響を緩和するとして重要視されている(Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg, Ambinder, Mackell, & Cohen, 1995; Mittelman, Roth, Coon, & Haley, 2004; Roth, Mittelman, Clay, Madan, & Haley, 2005; Haley, Roth, Coleton, Ford, West, Collins, Isobe, 1996; Pinquart, & Sorensen, 2006)。介護者のサポートに対する知覚やニーズ、サポートの効果についても、社会文化的背景などの様々な要因により異なると予想される。特に日本と米国では、家族形態や社会のサポートシステム、慣習などが違うため、サポートに対する知覚やニーズも異なると推察される。すなわち、日本では介護の基盤が家族であることが多いため、家族中心の *informal* なサポートが多く抽出され、米国では家族と離れて暮らす高齢者が多く、*formal* なサポートやサポートネットワークが発達しているため、家族以外からの *informal* なサポートと *formal* なサポートが多く抽出されると思われる。これらの結果は日本独自のサポートシステムを考えるための情報となり、また、米国のシステムを導入する際の有用な基礎資料ともなり得る。

そこで本研究では、アルツハイマー型認知症高齢者の介護者がどのようなサポートを有益あるいは有益でないと感じ、どのようなサポートを望むか、更に、心理的適応状態、ソーシャル・サポートと心理的適応状態との関連を日米間において比較することにより、個人やサポートの特徴以外に社会文化的背景の違いによるサポートとその効果の差について検討することを目的とした。

2. 方法

第二部における研究対象者を本研究の対象者とし、それぞれにおいて得られたデータを用い、日米間でソーシャル・サポートの実際とソーシャル・サポートの心理的適応に対する影響を比較した。分析の方針は以下の通りである。

1) 質的分析：ソーシャル・サポートの内容分析

2) 量的分析：

(1)各変数の記述等計量を算出し、日米間に平均値および分布に差がないか t-検定もしくは χ^2 検定により確認する。

(2)各変数間の Pearson の相関係数を算出し、関係を検討する。

(3)抑うつ、孤独感、介護負担、介護の報酬の 4 つの心理的適応指標を従属変数とし、ソーシャル・サポートなどの諸変数を説明変数とした重回帰分析を行う。

3. 結果

1) 対象者と被介護者の概要

対象者の概要を表 7 に示す。両国間において各変数に差がないか、t-検定もしくは χ^2 検定により確認した。結果、米国は日本に比べ、女性が多く($p=0.047$)、学歴が高く($p<0.001$)、既婚者が少なかった($p=0.002$)。また、被介護者との関係において配偶者でない人が多く($p=0.018$)、被介護者と別居している人が多く($p<0.001$)、同居人数が少なく($p=0.025$)、同居するこどもの人数が少なかった($p=0.029$)。更に、住居が持ち家でない人が多く($p=0.025$)、収入に満足している人が多く($p=0.043$)、健康/医療保険を十分と評価している人が多かった($p=0.015$)。

被介護者の概要を表 8 に示す。両国間において各変数に差がないか、t-検定もしくは χ^2 検定により確認した。結果、米国は日本に比べ、診断後の平均月数が長かった($p=0.044$)が、それ以外の変数に有意な差は見出されなかった。

2) ソーシャル・サポートの内容分析

第二部、第三部において得られた結果に基づき日米間の比較を行った。

(1)最も有益なサポート

対象者が最も有益と感じたサポートについて、表 9 と表 26 に示したサポート源をみると、両国とも様々なサポート源が挙げられており、「介護施設・サービス」を述べた人が多いことがわかる。日本においては、配偶者や親・兄弟姉妹などの informal なサポート源を挙げた人は 19 名であり、介護施設・サービス

などの formal なサポート源を挙げた人が 22 名であった。一方、米国においては、informal なサポート源を挙げた人は 16 名、formal なサポート源を挙げた人は 47 名と、formal なサポート源を述べた人が多く見られた。また、米国では、日本で挙げられなかった「サポートグループ」を述べた人が 8 名見られた。

具体的なサポートの内容について、表 10 と表 27 を見ると、全体として、3 つのサポートタイプに関して述べた人数の分布が日米間で同様の傾向があることがわかる。実体的サポートについてみると、被介護者を預かるなどの「被介護者の面倒をみる」を述べた人が両国において 13 名と多いことがわかる。日本においては、「被介護者の話し相手をする」「被介護者の受診に付き添う」などの被介護者に対する直接的な援助を 8 名が述べたが、米国では 1 名のみ「被介護者の活動性を維持する」を述べた。その他に述べられた支援については、日本において「緊急時・突発的なことに対応する」「時間の融通を利かせる」など何かストレスフルな出来事があったときの援助が述べられたが、米国では「ケアを調整する」「専門家・サポートグループを紹介する」など包括的な援助が挙げられた。サポート源は、両国ともに介護施設・サービスが多いことがわかる。情緒的サポートについては、米国において、詳細が不明な「情緒的な支援を提供する」を述べた人が 10 名と半数近く見られたため日米間での比較は困難であるが、両国において「理解を示す」「話しに傾聴する」などの支援が述べられた。サポート源については、両国ともに様々な人から情緒的サポートを受け取っており、日本では親・兄弟姉妹、介護職員からの支援が述べられたが米国においてはみられず、米国では日本において述べられなかったサポートグループから情緒的サポートを受け取っていた。情動的サポートについては、日本においては informal なサポート源と formal なサポート源の両方からの支援が述べられたが、米国においては主にサポートグループ、医療専門職者などの同じ問題を抱える人あるいは専門的な知識や技術を有している人から支援を受け取っていることがわかる。

(2) 有益なサポート

対象者が有益と感じたサポートについて、表 11 と表 28 に示したサポート源をみると、両国とも様々なサポート源が挙げられていることがわかる。特に、米国ではこどもを挙げた人が 1 名と日本に比べ少なく、サポートグループを挙げた人が 11 名と多かった。

具体的なサポートの内容について、表 12、表 29 をみると、全体的に述べられたサポートの数は日本の方が多いが、実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポート、評価的サポートの 4 タイプのサポートを述べた人数の分布は似て

いることがわかる。更に、両国において、対象者は実体的サポートを親・兄弟姉妹/家族、友人・知人などの *informal* なサポート源と介護施設・サービスなどの介護の専門職者から受け取っていた。特に、日本においてはこどもからの支援が多く述べられた。実体的サポートに関して具体的なサポートの内容についてみると、両国ともに「被介護者の面倒をみる」などの被介護者の介護に対する直接的な援助が多く述べられた。情緒的サポートについて全体的にみると、両国ともに *informal* なサポート源と *formal* なサポート源の両方から支援を受け取っていることがわかる。日本においては、サポートグループからの支援は述べられなかったが、「介護者のつどい」という介護者の集まりからの支援が挙げられた。情緒的サポートに関して具体的なサポートの内容についてみると、日本では「愚痴を聞く」「励まし合う/励ます」という支援が比較的多く述べられたが、米国ではみられなかった。また、「理解を示す」は米国において最も有益だったサポートとして述べられたが、有益なサポートとしては挙げられなかった。情動的サポートについて全体的にみると、両国ともに様々なサポート源から支援を受け取っていることがわかる。具体的な内容についてみると、両国においてアドバイスする、情報や知識を提供するなどという支援が述べられたが、日本においては「被介護者の様子を知らせる」という支援が比較的多く挙げられた。

(3)最も有益でないサポート

対象者に最も有益でないと感じたサポートについて尋ねた結果、日本において 11 名(22%)、米国では 31 名(62.0%)より回答が得られた。両国において挙げられたサポート源について表 13、表 30 をみると、両国ともに *informal* なサポート源と *formal* なサポート源が挙げられている。特に米国においては「介護機関・サービス」を述べた人が 12 名と比較的多かった。

具体的なサポートの内容について、表 14、表 31 をみると、少数ではあるが両国において親戚や家族などの *informal* なサポート源が被介護者の介護に参加しない/関わらないなどというサポートの欠如が述べられた。また、米国においては「介護機関・サービス」からの不適切な援助/対応が比較的多く述べられた。情緒的サポートについては、両国において様々なサポート源が挙げられており、具体的な内容としては、介護や被介護者の状態について理解しないことや、被介護者・介護者に関心・敬意を示さないことなどが挙げられた。米国においては、「被介護者にこれまでと同じことを期待する」「否定的である」「被介護者を叱る」などが挙げられ、現状の被介護者を受け入れないことが述べられた。

(4)有益でないサポート

対象者に有益でないと感じたサポートについて尋ねた結果、日本では 11 名(22%)、米国では 28 名(56%)より述べられた。サポート源については、日本において配偶者、友人や親戚、世間一般の人、医師、看護師、介護職者が挙げられ、米国については表 32 に示したように、両国において informal なサポート源と formal なサポート源が挙げられた。特に、米国では、家族や親戚、友人・知人が多く述べられた。

日本において述べられた具体的な内容としては、配偶者の「理解しない」「関心を示さない」「自分へあたる」、友人や親戚の「うわべだけの励まし」「理解しない」、世間一般の人の「アルツハイマーを理解しない」、医師の「理解しない」「被介護者の前での配慮のない発言をする」、看護師の「不要な援助を行う」、介護職者の存在により「被介護者が気疲れする」が挙げられた。これらの援助は殆どが情緒的サポートに分類される。一方、米国においては、表 33 に示すように、実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポートの 3 タイプのサポートについて述べられており、情緒的サポートについてみると、「理解をしない」など日本と同様の傾向が見られた。実体的サポートについては、「被介護者を夜遅くまで食事に連れ出す」「適切な医療を提供しない」など日本でも述べられた「不適切な援助を行う」という援助が述べられた。日本では挙げられなかったが、家族や親戚、介護サービスに対し「被介護者の面倒をみる時間が短い・十分介護しない」という介護の不足が述べられた。日本では情動的サポートについて述べられなかったが、米国では様々なサポート源より「施設への入所を勧める」という援助を受け取っていることがわかる。

(5)望む支援

対象者が望む支援を尋ねた結果、日本では 36 名(72%)、米国では 43 名(86%)より回答が得られた。述べられた具体的な内容について、表 15、表 34 をみると、両国において実体的サポート、情緒的サポート、情動的サポートの 3 タイプのサポートが述べられており、特に実体的サポートが多いことがわかる。全体的にみると、望む支援のサポート源について同定できない場合が多かったが、日本においては、介護施設・サービスに対する要望が比較的多く述べられた。実体的サポートについて具体的な内容については、両国において、主に「経済的に支援する」「介護サービス/レスパイトケア/デイケアの回数を増やす」「被介護者の面倒をみる」「介護を手伝う」という援助が述べられた。また、少数ではあるが日本において「被介護者に役割を与える」、米国において「被介護者に社会との関わりを持たせる」という被介護者の社会化についての要望が挙げられて

いる。情緒的サポートについて述べられた援助は少なかったが、両国ともに「話しに傾聴する」という援助が挙げられた。情動的サポートについては、米国において2名より病気などに対する理解を高めるための資源の提供に関する要望が述べられたが、日本においては、8名が「病気や施設に関する情報を提供する」、3名が「症状に対する対処法を教える」という援助を挙げた。

3) 量的分析

(1) 諸変数の記述等計量の日米比較

4つの心理的適応指標、対象者より述べられたソーシャル・サポートの数、対象者が被介護者に対し行っている援助の数のそれぞれの平均値に日米間において差がないかt検定により確認した。結果を表21に示す。心理的適応指標については、孤独感、介護負担、介護の報酬において日本より米国の平均値が高い傾向が示された(それぞれ $p=0.069$, $p=0.091$, $p=0.080$)。すなわち、米国の対象者の方が、孤独感が強く、介護負担感が強く、介護の報酬を高く評価していると言える。ソーシャル・サポートについて、情緒的サポート、ソーシャル・サポートすなわちソーシャル・サポートの合計数において、日本の平均値が有意に高く、実体的サポートの平均値は高い傾向が示された(それぞれ $p=0.025$, $p=0.010$, $p=0.093$)。

(2) 諸変数間の関係

心理的適応指標を従属変数とした重回帰分析に先立ち、諸変数間の関係について Pearson の相関係数を算出し検討した。結果を表39に示す。心理的適応指標とその他の変数との関係についてみると、介護時間と抑うつ、孤独感、介護負担とに有意な正の相関関係があり(それぞれ $r=0.23$, $p=0.021$; $r=0.21$, $p=0.033$; $r=0.20$, $p=0.048$)、被介護者に行っている IADL に関する援助(以下、IADL とする)の数と抑うつ、介護負担に有意な正の相関関係があり(それぞれ $r=0.27$, $p=0.008$; $r=0.28$, $p=0.004$)、被介護者に行っている ADL、IADL に関する援助以外の援助(以下、援助の数とする)の数と抑うつ、介護負担との有意な正の相関関係があり(それぞれ $r=0.22$, $p=0.030$; $r=0.21$, $p=0.036$)、被介護者に行っている援助の総数と介護負担とに有意な正の相関関係($r=0.22$, $p=0.027$)が見出された。また、アルツハイマー病の診断からの経過月数(以下、診断期間とする)と抑うつとに負の相関関係($r=-0.17$, $p=0.099$)、介護の報酬とに正の相関関係($r=0.17$, $p=0.096$)、GDS と介護負担に正の相関関係($r=0.17$, $p=0.099$)、同居人数と孤独感とに負の相関関係($r=-0.28$, $p=0.090$)、健康/医療保険に対する満足度と介護負担とに正の相関関係($r=0.17$, $p=0.095$)、被介護者に行っている援助の総

数と抑うつとに正の相関関係($r=0.19$, $p=0.060$)がある傾向がみられた。

更に、心理的適応指標以外の変数間の関係についてみると、介護期間と診断月数とに中程度の正の相関関係があり($r=0.54$, $p<0.001$)、GDS と ADL、IADL、援助の数とに中程度の正の相関関係があり($r=0.50\sim 0.61$, $p<0.001$)、ソーシャル・サポートの総数と情緒的サポート数、情動的サポート数、実体的サポート数とに中程度から強い正の相関関係があり($r=0.53\sim 0.73$, $p<0.001$)、援助の数と ADL、IADL、その他の援助数とに強い正の相関関係がみられた($r=0.62\sim 0.95$, $p<0.01$)。なお、健康状態と心理的適応指標に有意な相関関係は見出されなかったが、先行研究において関連が示されている(神崎(田中)初美, 沼本教子, 2000; 宮下と久田, 2004)。

以上の結果より、日米間における心理的適応指標に対するソーシャル・サポートの影響の違いを検討するため、後の重回帰分析において、診断期間、同居人数、介護時間、健康状態、援助の数、国とソーシャル・サポートとの交互作用項を説明変数として採用することとした。

また、4つの心理的適応指標間の相関関係についてみると、肯定的な指標である介護の報酬と抑うつ、孤独感、介護負担とに有意な負の相関関係があり($r=-0.26\sim -0.43$, $p<0.01$)、抑うつ、孤独感、介護負担の3変数間には有意な正の相関関係が示され($r=0.29\sim 0.54$, $p<0.01$)、ある程度の妥当性が確保された。

(3)心理的適応指標に対する影響要因

診断期間、同居人数、介護時間、健康状態、援助の数、国とソーシャル・サポートとの交互作用項を説明変数とし、4つの心理的適応指標をそれぞれ従属変数とする重回帰分析を行った。結果を表40に示す。抑うつを従属変数としたモデルにおいて、調整済み $R^2=0.09$ ($p=0.018$)であり、診断期間($\beta=-0.30$, $p=0.007$)に有意な負の影響がみられ、介護時間($\beta=0.20$, $p=0.081$)、援助の数($\beta=0.21$, $p=0.080$)に正の影響がある傾向が示された。すなわち、診断からの期間が長いことが抑うつ気分を低減させ、介護時間が長い、援助の数が多いことが抑うつ気分を高める傾向があるということである。孤独感、介護負担、介護の報酬を従属変数とした場合、有意なモデルは示されなかった(それぞれ $R^2=0.03$, $p=0.190$; $R^2=0.03$, $p=0.204$; $R^2=-0.11$, $p=0.554$)。

ところで、第二部の日本における調査結果において、被介護者との関係が嫁であることが抑うつと孤独感に影響を及ぼすことが示された(それぞれ $\beta=0.29$, $p=0.051$; $\beta=0.32$, $p=0.028$)ため、被介護者との関係が日米間で異なる可能性が考えられる。そこで、国と被介護者との関係との交互作用項、診断期間、同居人数、介護時間、健康状態、援助の数、ソーシャル・サポートを説明変数とし、

4つの心理的適応指標をそれぞれ従属変数とする重回帰分析を行った。なお、被介護者との関係が嫁以外であることを「1」、被介護者との関係が嫁であることを「2」と数値化した。結果を表41に示す。抑うつを従属変数としたモデルにおいて、調整済み $R^2=0.08(p=0.033)$ であり、診断期間に有意な負の影響がみられ ($\beta=-0.30, p=0.007$)、援助の数に正の影響がある傾向 ($\beta=0.23, p=0.066$) が示された。すなわち、診断からの期間が長いことが抑うつ気分を低減させ、援助の数が多いことが抑うつ気分を高める傾向があるということである。孤独感を従属変数としたモデルにおいて、調整済み $R^2=0.06(p=0.085)$ であり、国と被介護者との関係との交互作用項に正の影響がある傾向 ($\beta=0.19, p=0.064$) が見出された。どのような影響か確認するため、国別に被介護者との関係が嫁と嫁以外の対象者の孤独感の平均値を算出し、比較検討した。結果を図5に示す。被介護者との関係が嫁の場合、日本における平均値は 38.9 ± 13.7 、米国の平均値は 35.2 ± 7.9 であり、被介護者との関係が嫁以外の場合、日本における平均値は 32.0 ± 1.3 、米国の平均値は 36.6 ± 1.5 であった。すなわち、米国では被介護者との関係が嫁の場合と嫁以外の場合において孤独感の平均値に差がみられないが、日本においては被介護者との関係が嫁の場合に孤独感の平均値が高い傾向があるということである。介護負担、介護の報酬を従属変数とした場合、有意なモデルは示されなかった(それぞれ $R^2=0.08, p=0.164$; $R^2=-0.11, p=0.939$)。

4. 考察

アルツハイマー型認知症高齢者の介護者のサポートに対する知覚、希望、更に、心理的適応状態、ソーシャル・サポートと心理的適応状態との関連を日米間において比較検討した。結果、様々な類似点、相違点が見出された。

最も有益なサポートについては、米国の方が formal なサポート源を述べた人が多く見られた。特徴的なこととして、米国においてサポートグループを挙げた人が多く見られたことが挙げられる。介護者に対する心理社会的介入の有効性がいくつかの研究において示されており (Mittleman, Ferris, Shulman, Steinberg, Ambinder, Mackell, Choen, 1995; Sorensen, Pinquart, & Duberstein, 2002; Mittelman, Roth, Coon, Haley, 2004) 実際米国にはサポートグループを含むケアに関する多くの資源が存在する (Sorensen, Duberstein, Gill, & Pinquart, 2006)。日本においては、組織化されたサポートグループは殆ど見当たらず、サポートグループの存在や参加についての情報が十分でないため、本研究の対象者にはサポートグループの参加者が見られなかったと思われる。ある対象者は「介護者の集い」の開催を希望していることから、日本においてもサポートグループが身近に存在すれば有益な支援となり得ると考えられ

る。サポートの内容については、日米ともに「被介護者の面倒をみる」という支援が多く挙げられた。主介護者が被介護者へ行っている援助の数を見ても日米で差が見られなかったように、被介護者はアルツハイマー型認知症という共通の障害を持っているため必要な援助な社会文化的背景により影響を受けず、概して介護負担は多大であるため、介護の身体的負担を一時的に消失させる援助が有益と知覚されたと思われる。また、米国では「ケアを調整する」などの包括的な支援が挙げられたが、日本ではイベントが発生したときの支援が述べられた。日本における介護保険導入後の見直し案として、地域包括支援センターの創設が挙げられており(甲斐, 2005)、現段階では被介護者および介護者に対する総合的な相談・支援や包括的・継続的なマネジメントなどが不足しているため日本において包括的な支援が述べられなかったかもしれない。

有益なサポートについては、全体的に日本の方が米国より述べられたサポートが多い傾向がみられた。一般的に、欧米では個人は独立した存在であるが、アジアにおいて個人は基本的に他人と関連付けた存在としてみなされる(Triandis, 1989)。しかし、Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi, & Dunagan(2004)は、アジア諸国では欧米諸国に比べソーシャル・サポートを通じてストレスへの対処行動をとらないことが示されている。Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi, & Dunagan(2004)の研究においては、対象が大学生であったため、本研究と異なる結果が得られたかもしれない。両国において様々なサポート源が挙げられたが、米国ではこどもを挙げた人が少なかった。おそらく、日本では親の面倒をこどもがみるということは当然とみなされ、米国では家族員がそれぞれ独立して生活することが好まれるためと思われる。サポートの内容については、日米間で述べられたサポートの分布は似ていた。実体的サポートとして、被介護者に対する直接的な支援が比較的多く述べられており、国を問わず、アルツハイマー型認知症の高齢者の介護は介護者への負担が大きいと言える。情緒的サポートについては、日本において「愚痴を聞く」「励まし合う/励ます」というサポートが挙げられた。アジア諸国の人は、ストレスに対し「受容」という対処行動をとる傾向がある(Taylor, Sherman, Kim, Jarcho, Takagi, & Dunagan, 2004)ため、我慢して受け入れているストレスを他人へ伝えることによりストレスが緩和されるからかもしれない。

最も有益でないサポートについては、米国において比較的多く述べられ、特に介護機関・サービスからの不適切な援助/対応を挙げた人が多かった。日本では介護保険制度等のシステムに関する問題は多々あるが、実際提供されている援助は介護者の満足いくものかもしれない。また、様々なサポート源からの情緒的サポートが述べられたが、いずれも介護や被介護者の状態に対する無理

解や、被介護者・介護者に対し関心・敬意を示さないこと等が挙げられており、松井と浦(1999)が述べるように期待されるサポートの欠如が心理的不満を生じさせたと思われる。

有益でないサポートに関しても、米国の方が多い傾向がみられた。両国において情緒的サポートが述べられたが、実体的サポート、情動的サポートについては米国において挙げられ、その情動的サポートの内容は「施設への入所を勧める」であった。日本では、自宅で高齢者を介護することに価値を置く風習があるため、施設への入所を勧める人が少ないかもしれない。

望む支援については、両国ともに実体的サポートを挙げた人が比較的多かった。両国間で類似した内容として、介護施設・サービスに対する介護への直接的なサポートと経済的支援が挙げられる。介護負担感は、米国の方が有意に高かったが、日本も「ひどい負担」と評価される値であったことから、両国において主介護者は多大な介護負担を感じていると思われる。従って、介護にかかる身体的負担と経済的負担を軽減する支援が望まれたと考えられる。また、被介護者の社会化に関する希望が米国においてより聞かれた。おそらく、日本では、アルツハイマー型認知症の高齢者が社会で役割を持ち働くことが一般的でないためと思われる。今後、認知障害を持つ高齢者の社会化を促進するような支援が必要かもしれない。

心理的適応状態については、孤独感、介護負担、介護の報酬の平均値が日本より米国の方が高かった。先述したように、欧米では個人は独立した存在であるが、アジアにおいて個人は基本的に他人と関連付けた存在としてみなされるため、人との関わりが多く支援を受けやすいことにより、孤独感や介護負担感が少ないと推測される。実際、本調査において、日本の方が米国より述べられたサポートの数が多かった。介護の報酬に関しては、質問に宗教観が関連する項目が含まれていたことが影響したかも知れない。

心理的適応とソーシャル・サポートとの関連については、国とソーシャル・サポートとの交互作用項を説明変数として含む重回帰分析を行い確認したが、日米間におけるソーシャル・サポートの効果の差は見出されなかった。抑うつを従属変数としたモデルにおいて、診断期間に有意な負の影響がみられ、介護時間、援助の数に正の影響がある傾向が示された。アルツハイマー病の診断後、時間が経過するに従い、介護者は様々な対処スキルを身につけることができ心理的適応状態を良好に保つことができると考えられる。また、介護時間が長いことや、被介護者に対する援助の数が多きことは心身に対する多大な負担となり抑うつ傾向が強まるかも知れない。

心理的適応と諸変数の関連において、日米間において差がみられたのは、介

護者が嫁か嫁以外かという被介護者と孤独感との関係であった。日本における家族の中で、風習として長男の嫁は義理の親の介護を担う傾向があり、嫁自身の意思は必ずしも反映されない。また、被介護者の嫁である対象者の中に、「家族みんなで介護したい、特に夫を巻き込んで」「大切なお預かり物をしているという感じ」と述べた主介護者が見られ、周囲の人に気を遣いながら介護を一手に引き受けていることが推察される。米国においては、被介護者との続柄により介護の役割が決められる風習はないため、続柄により心理的適応が影響を受けることは少ないと思われる。

研究の限界と今後への示唆

本研究は、日本と米国のある地域における人を対象としているため、それぞれの国において結果を一般化することは困難である。更に、サンプリングに関して、日本では対象となり得る人に主治医や施設の職員を通じ研究への参加について説明されたが、米国では2つのサポートグループと1つの地域病院の老年科を通じ広告を配布してもらった。従って、米国の対象者はサポートグループの参加者が多い可能性が否定できない。心理的適応指標について、介護の報酬尺度日本語版の開発を試みたが、信頼性、妥当性ともに検討の必要性があると思われる。特に、宗教観が影響する項目については、社会文化的背景の異なる地域で用いる場合、結果の解釈を慎重に行わなければならない。

今後への示唆として、アルツハイマー型認知症高齢者の介護者に対し有益な支援を提供できるよう、本研究で示された有益なサポートをより多く提供し、有益でないサポートを提供しないようにすること、更に、介護者が望む支援を提供するよう体制を整えることが必要と思われる。特に、日本と米国において被介護者の面倒をみる援助としてデイケアやレスパイトケアを増やす、経済的支援を行う、アルツハイマー型認知症を一般の人が理解し受け入れられるよう情報を発信することが重要である。また、評価的サポートが殆ど述べられなかったことから、意識的に評価的サポートを提供することも有効かもしれない。日本に関しては、米国で最も有益として上げられたサポート源であるサポートグループが組織的に構造化された形で運営されている地域が少なく、本研究の対象者においてはサポートグループの参加者は一人も見られなかった。今後、高齢者の介護者に対し、調和のとれた包括的な支援の提供がなされるよう支援システムの検討と整備を行うことが必要である。

謝辞

本研究にご協力下さいました研究参加者の皆様ならびに関連施設の皆様、ご支援下さいました皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 荒井由美子. (2002). 介護負担の評価. 総合リハビリテーション, 30, 11, 1005-1009.
- Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H., & Hisamichi, S. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 281-287.
- Asahara, K., Momose, Y., & Murashima, S. (2002). Family caregiving of the elderly and Long-Term Care Insurance in rural Japan. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 3, 167-172.
- Beeson, R., A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of psychiatric nursing*, 17, 3, 135-143.
- Cohen, C., A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspect of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.
- Dakof, G., A. & Taylor, S., E. (1999). Victims' perception of social support: what is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1, 80-90.
- Dura, J., R., Stukenberg, K., W., & Kiecolt-Glaser, J., K. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring for demented parents. *Psychology and aging*, 6, 3, 467-473.
- Farran, C., J., Miller, B., H., Kaufman, J., E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 9, 1107-25.
- Fudge, H., Neufeld, A., & Harrison, M., J. (1997). Social networks of women caregivers. *Public Health Nursing*, 14, 1, 20-27.
- Fujishima, M., & Kiyohara, Y. (2002). Incidence and risk factors of dementia

- in a defined elderly Japanese population. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 977, 1-8.
- Gwyther, L., P. (1998). Social issues of the Alzheimer's patient and family. *The American journal of medicine*. 27, 104(4A), 17S-21S.
- 南風原朝和. (2002). 心理統計学の基礎. 有斐閣, 東京, P339-P363.
- Haley, W., E., Roth, D., L., Coleton, M., I., Ford, G., R., West, C., A., Collins, R., P., & Isobe, T., L. (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.
- Harris, P., B., & Long, S., O. (1999). Husbands and sons in the United States and Japan: Cultural expectations and caregiving experiences. *Journal of Aging Studies*, 13, 241-267.
- 高齢者介護研究会. (2003). 2015 年の高齢者介護 ; 尊厳をさせるケアの確立に向けて. 12-13
- House, S., J. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- 甲斐一郎. (2005). 日本における高齢者福祉—介護保険の見直しについて—. *保健の科学*, 47, 8, 596-600.
- 神崎(田中)初美, 沼本教子. (2000). デイケアサービスセンターに通う高齢者の主介護者における介護負担感と主観的健康感との関連—2 変数に影響する要因の分析—. *老年看護学*. 5, 1, 156-164.
- Kramer, B., J. (1997). Gain in the caregiving experience: where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 2, 218-32.
- 工藤 力, 西川正之. (1983). 孤独感に関する研究 (I) 孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討. *The Japanese Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 2, 99-108.
- Kukull, W., A., Higdon, R., Bowen, J.,D., McCormick, W., C., Teri, L., Schellenberg, G., D., van Belle, G., Jolley, L., & Larson, E., B. (2002). Dementia and Alzheimer disease incidence: a prospective cohort study. , 59, 11, 1737-1746.
- Lawton, M., P., Kleban M., H., Moss, M., Rovine. M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology*, 44(3), 61-71.
- 三森康世, 大下智彦, 白井拓史. (2003). Global Deterioration Scale (GDS). *日本臨床*, 61, 9, 137-140.
- Mittelman, M., S., Ferris, S., H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A.,

- Mackell, J., A., Cohen, J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35, 6, 792-802.
- Mittelman, M., S., Roth, D., L., Coon, D., W., & Haley, W., E. (2004). Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry*, 161, 5, 850-856.
- Mittelman, M., S., Ferris, S., H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A., Mackell, J., A., & Cohen, J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35, 6, 792-802.
- 宮下美香, 久田満. (2004). 術後乳がん患者における心理的適応に対するソーシャル・サポートの効果. *がん看護*, 9, 5, 453-459.
- Motenko, A., K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 29, 2, 166-172.
- 新名理恵, 本間 昭. (2002). 町田市における介護保険制度施行前後での在宅介護者のストレス反応の変化, *老年精神医学雑誌*, 13, 5, 517-523.
- 緒方泰子, 橋本廸生, 乙坂佳代. (2000). 在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担. *日本公衆衛生雑誌*, 47, 4, 307-319.
- Picot, S., J., Youngblut, J., & Zeller, R. (1997). Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 1, 33-52.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61, 1, 33-45.
- Radloff, L., S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 3, 385-401.
- Reisberg, B., Ferris, S., H., de Leon, M., J., Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American journal of psychiatry*, 139, 9, 1136-9.
- Roth, D., L., Mittelman, M., S., Clay, O., J., Madan, A., & Haley, W., E. (2005). Changes in social support as mediators of the impact of a psychosocial intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease.

- Psychology and Aging, 20, 4, 634-644.
- Russel, D., Peplau, L., A., & Cutrona, C., E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 3, 472-480.
- Russo, J., Vitaliano, P., P., Brewer, D., D., Katon, W., Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 104, 1, 197-204.
- Schulz, R., O'Brien. A., T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 6, 771-791.
- 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘. (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学*, 27, 717-723.
- Sorensen, S., Duberstein, P., Gill, D., & Pinguart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet neurology*, 5, 11, 961-973.
- Sorensen, S., Pinguart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 3, 356-372.
- Taylor, S., E., Sherman, D., K., Kim, H., S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M., S. (2004). Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of personality and social psychology*, 87, 3, 354-362.
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子. 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. (2003). *老年社会科学*, 25(4), 461-469.
- Triandis, H., C. (1989). The self and social behavior in differing cultural context. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- 浦 光博, (1993). 支えあう人と人 ソーシャル・サポートの社会心理学. サイエンス社, 東京.
- Wallhagen, M., I., & Yamamoto, N. (2006). The meaning of family caregiving in Japan and the United States: A qualitative comparative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 1, 65-73.
- Wuest, J., & Stern, P., N. (2002). Connected and disconnected support: the impact on the caregiving process in Alzheimer's disease. *Health Care for Women International*, 22, 115-130.
- Wuest, J., Ericson, P., K., Stern, P., N., & Irwin, G., W., Jr. (2001). Connected

and disconnected support: the impact on the caregiving process in Alzheimer's disease. *Health care for women international*, 22, 1-2, 115-130.

Yamamoto, N., & Wallhagen, M., I. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. *Journal of Health & Social Behavior*, 38, 2, 164-176.

山本則子, 石垣和子, 国吉 緑, 河原(前川)宣子, 長谷川喜代美, 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を生活の質(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. *日本公衆衛生雑誌* 49, 7, 660-671.

Yamamoto-Mitani, N., Ishigaki, K., Kawahara-Maekawa, N., Kuniyoshi, K., Hayashi, K., Hasegawa, K., & Sugishita, C. (2003). Factors of positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Research in nursing & health*, 26(5), 337-50.

Zarit, S., H., Reever, K., E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.



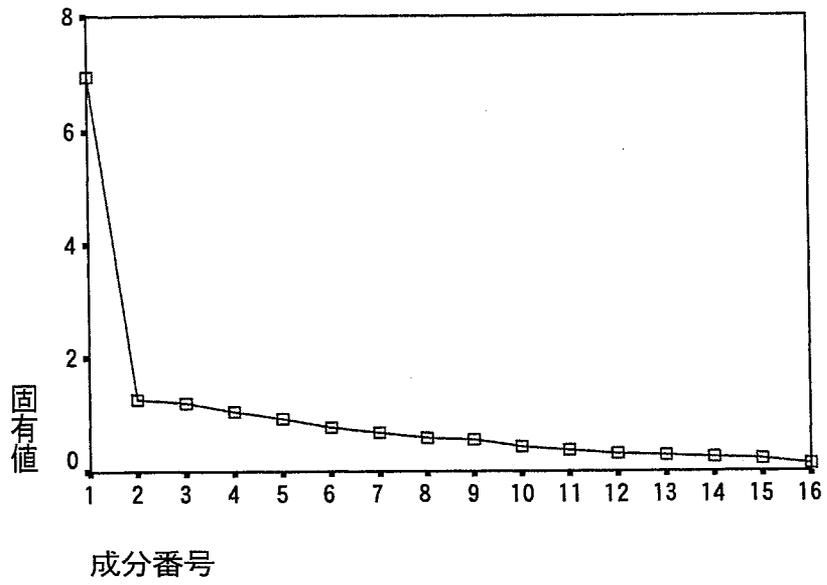
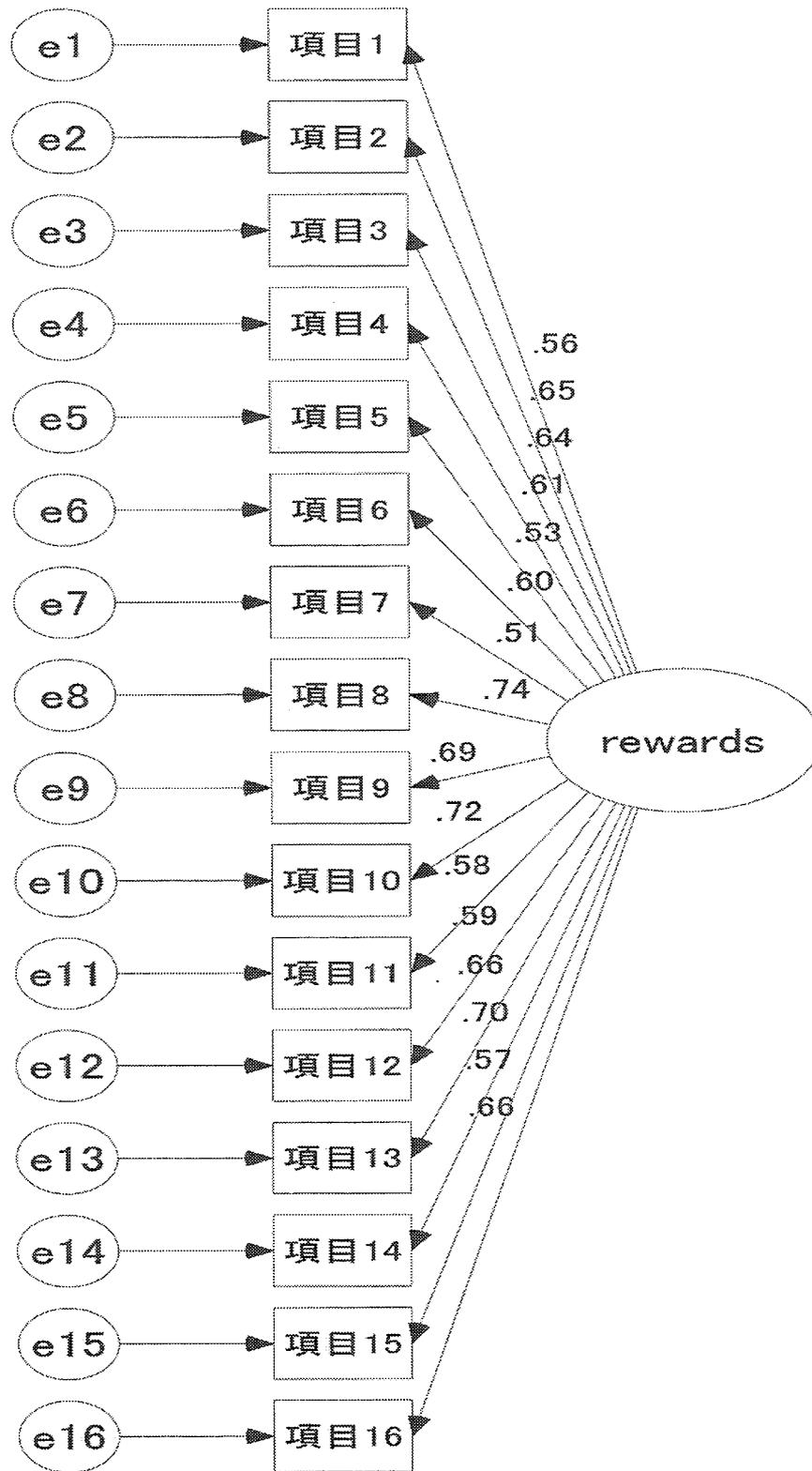


図1 予備調査における日本語版PCRSIに対する主成分分析結果: 因子のスクリープロット



$\chi^2=329.7$, GFI=0.75, AGFI=0.67, RMR=0.09,
 RMSEA=0.14, AIC=393.67

図2 日本語版PCRSに対する検証的因子分析の結果

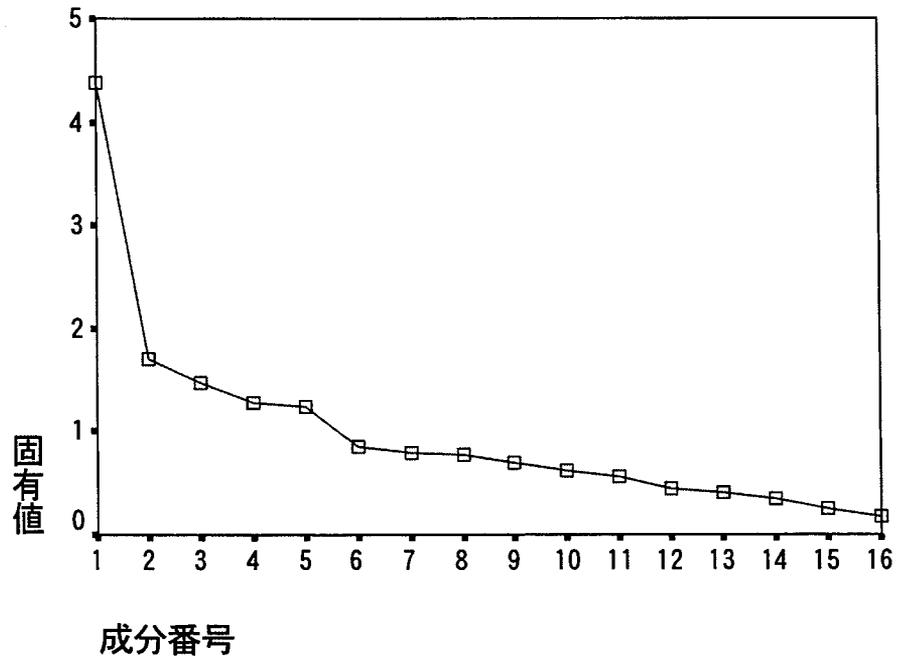
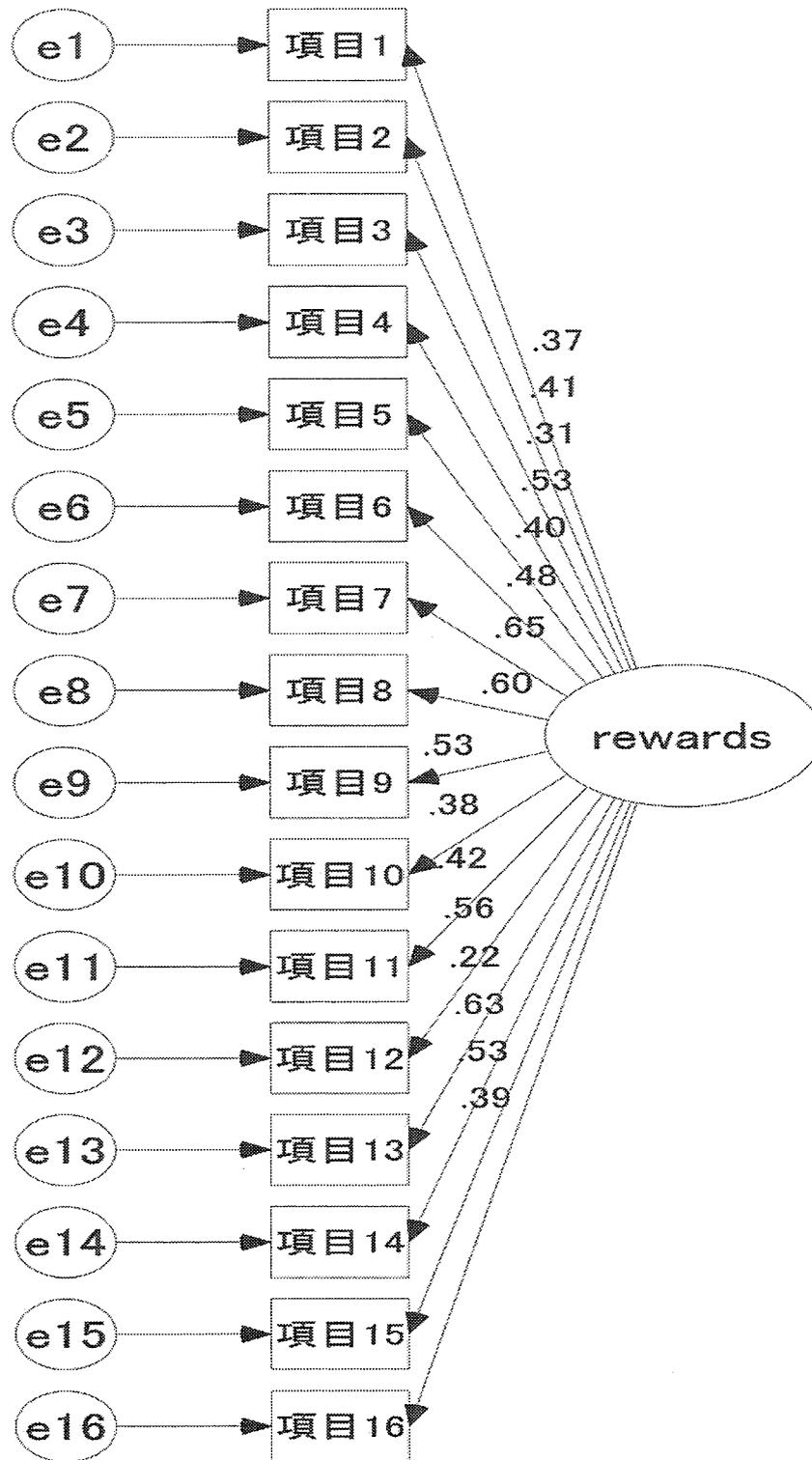


図3 日本語版PCRSに対する主成分分析結果:因子のスクリープロット



$\chi^2=129.0$, GFI=0.78, AGFI=0.71, RMR=0.16,
 RMSEA=0.07, AIC=193.0

図4 日本語版PCRSに対する検証的因子分析の結果

表

表1 予備調査の対象者の概要

性別		職業	
男性	32名(27.8%)	無職・主婦	50名(43.5%)
女性	82名(71.3%)	会社員	24名(20.9%)
不明	1名(0.9%)	パート	12名(10.4%)
		農業	10名(8.7%)
		その他	17名(14.8%)
		不明	2名(1.7%)
年齢		施設利用期間	
～39歳	5名(4.3%)	～2ヶ月	6名(5.2%)
40～49歳	9名(7.8%)	3～6ヶ月	10名(8.7%)
50～59歳	35名(30.4%)	6～12ヶ月	12名(10.4%)
60～69歳	29名(25.2%)	1年～	83名(72.2%)
70～79歳	18名(15.7%)	不明	1名(0.9%)
80歳～	17名(14.8%)		
不明	2名(1.7%)		

N=115

表2 予備調査における日本語版PCRSの各項目に対する回答の分布

項目	回答の分布									
	まったく思わない		少し思う		いくらか思う		かなり思う		とても思う	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	15	13.0	24	20.9	41	35.7	19	16.5	16	13.9
2	7	6.1	23	20.0	51	44.3	23	20.0	11	9.6
3	7	6.1	23	20.0	43	37.4	33	28.7	9	7.8
4	3	2.6	11	9.6	23	20.0	39	33.9	39	33.9
5	4	3.5	21	18.3	41	35.7	32	27.8	17	14.8
6	0	0.0	4	3.5	9	7.8	48	41.7	54	47.0
7	1	0.9	14	12.2	30	26.1	33	28.7	37	32.2
8	5	4.3	18	15.7	49	42.6	26	22.6	17	14.8
9	8	7.0	19	16.5	47	40.9	29	25.2	12	10.4
10	11	9.6	32	27.8	41	35.7	18	15.7	13	11.3
11	4	3.5	12	10.4	36	31.3	40	34.8	23	20.0
12	6	5.2	20	17.4	33	28.7	42	36.5	14	12.2
13	6	5.2	17	14.8	33	28.7	43	37.4	16	13.9
14	11	9.6	33	28.7	38	33.0	23	20.0	10	8.7
15	5	4.3	20	17.4	40	34.8	36	31.3	14	12.2
16	6	5.2	24	20.9	44	38.3	24	20.9	17	14.8

N=115

表3 予備調査における日本語版PCRSの各項目の平均値、SD、 κ 係数

	平均値	SD	κ 係数
1. 私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。	1.97	1.21	0.40
2. 私はより気持ちが満たされている。	2.07	1.02	0.59
3. 私は病気や障害のある人の身近にいる 強くておおらかで、そして/あるいは 気長な人になったと思う。	2.12	1.02	0.63
4. 私は身内を介護することは正しいと 言ってくれる人がいることは、重要だと思う。	2.87	1.07	0.37
5. 私は必要なときに誰かが私を 助けてくれると思う。	2.32	1.05	0.59
6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべて きたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。	3.32	0.77	0.38
7. 私は介護している高齢者と親密な関わりを 持っていると思う。	2.79	1.06	0.36
8. 私は新しい情報を得て成長したと思う。	2.28	1.04	0.44
9. 私は高齢者への新しい介護方法を学び 成長したと思う。	2.16	1.05	0.46
10. 私は新しい友人が沢山できたと思う。	1.91	1.04	0.31
11. 私は自分をより重要だと思う。	2.57	1.07	0.33
12. 私は自由に物事を決められると思う。	2.33	1.07	0.40
13. 私は自分の努力に対し医師や看護師、 ソーシャルワーカーからほめてもらったり 感心してもらうことは重要だと思う。	2.40	1.10	0.33
14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。	1.90	1.03	0.20
15. 私は高齢者への介護のおかげで 家族が成長し、より親密に協力し合うように なったと思う。	2.30	1.09	0.39
16. 私は困難な状況でがんばったので、 家族が尊敬してくれていると思う。	2.19	1.17	0.34

N=115

表4 予備調査における日本語版PCRSの各項目間のSpearmanの順位相関係数

	項目1	項目2	項目3	項目4	項目5	項目6	項目7	項目8	項目9	項目10	項目11	項目12	項目13	項目14	項目15	項目16
項目1	1.00															
項目2	0.57***	1.00														
項目3	0.43***	0.57***	1.00													
項目4	0.22**	0.40***	0.38***	1.00												
項目5	0.17	0.31**	0.34***	0.30**	1.00											
項目6	0.18*	0.33***	0.41***	0.61***	0.30**	1.00										
項目7	0.24**	0.37***	0.23*	0.38***	0.30**	0.45***	1.00									
項目8	0.37***	0.35***	0.45***	0.33***	0.42***	0.38***	0.24**	1.00								
項目9	0.23*	0.25**	0.45***	0.35***	0.40***	0.35***	0.31**	0.80***	1.00							
項目10	0.42***	0.44***	0.42***	0.46***	0.30**	0.45***	0.30**	0.64***	0.55***	1.00						
項目11	0.33***	0.34***	0.24*	0.37***	0.29**	0.38***	0.46***	0.36***	0.30**	0.34***	1.00					
項目12	0.37***	0.36***	0.24*	0.23*	0.27**	0.23*	0.38***	0.41***	0.31**	0.34***	0.59***	1.00				
項目13	0.29**	0.30**	0.33***	0.52***	0.32***	0.36***	0.29**	0.51***	0.47***	0.39***	0.29**	0.37***	1.00			
項目14	0.42***	0.59***	0.43***	0.38***	0.37***	0.32***	0.29**	0.45***	0.38***	0.56***	0.30**	0.45***	0.48***	1.00		
項目15	0.36***	0.39***	0.43***	0.27**	0.25**	0.34***	0.38***	0.33***	0.33***	0.29**	0.22**	0.39***	0.39***	0.51***	1.00	
項目16	0.45***	0.31**	0.43***	0.29**	0.28**	0.29**	0.43***	0.50***	0.45***	0.44***	0.38***	0.37***	0.52***	0.43***	0.55***	1.00

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表5 予備調査における日本語版PCRSに対する主成分分析の結果: 初期の固有値と抽出後の負荷量平方和

成分	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和		
	合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %
1	6.93	43.34	43.34	6.93	43.34	43.34
2	1.27	7.92	51.26	1.27	7.92	51.26
3	1.22	7.60	58.86	1.22	7.60	58.86
4	1.07	6.66	65.52	1.07	6.66	65.52
5	0.93	5.80	71.32			
6	0.77	4.84	76.16			
7	0.69	4.34	80.49			
8	0.59	3.66	84.16			
9	0.56	3.49	87.64			
10	0.42	2.63	90.27			
11	0.38	2.36	92.64			
12	0.31	1.91	94.55			
13	0.28	1.72	96.27			
14	0.24	1.53	97.80			
15	0.22	1.34	99.14			
16	0.14	0.86	100.00			

表6 予備調査における日本語版PCRSの各項目得点と各成分との相関係数

項目	成分			
	1	2	3	4
項目1	0.59	0.37	-0.39	-0.01
項目2	0.69	0.41	-0.17	-0.32
項目3	0.67	0.07	-0.30	-0.34
項目4	0.65	-0.03	0.40	-0.42
項目5	0.56	-0.15	0.16	-0.01
項目6	0.64	0.00	0.48	-0.32
項目7	0.57	0.28	0.46	0.14
項目8	0.75	-0.50	-0.11	0.13
項目9	0.69	-0.55	-0.06	0.11
項目10	0.73	-0.22	-0.07	-0.15
項目11	0.63	0.25	0.36	0.37
項目12	0.63	0.24	0.08	0.50
項目13	0.68	-0.26	-0.01	0.06
項目14	0.72	0.06	-0.24	-0.08
項目15	0.61	0.25	-0.25	0.07
項目16	0.69	-0.01	-0.21	0.31

表7 対象者の概要

	日本(N=50)	米国(N=50)	
対象者の平均年齢	63.9±12.1歳	62.3±11.2歳	ns
対象者の性別			
男性	19名(38.0%)	10名(20.0%)	p=0.047
女性	31名(62.0%)	40名(80.0%)	
人種			
アジア系	50名(100.0%)	0名	-
黒人		5名(10.0%)	
白人		44名(88.0%)	
スペイン系		1名(2.0%)	
就業形態			
常勤	8名(16.0%)	14名(28.0%)	ns
自営	2名(4.0%)	0名	
非常勤	5名(10.0%)	8名(16.0%)	
無職	35名(70.0%)	28名(56.0%)	
学歴 ¹⁾			
中学校	7名(14.0%)	2名(4.0%)	p<0.001
高等学校	22名(44.0%)	9名(18.0%)	
短期大学	10名(20.0%)	16名(32.0%)	
大学	5名(10.0%)	13名(26.0%)	
大学院	0名	10名(20.0%)	
専門学校	5名(10.0%)	0名	
婚姻状態 ²⁾			
既婚	44名(88.0%)	32名(64.0%)	p=0.002
死別	4名(8.0%)	1名(2.0%)	
未婚	1名(2.0%)	5名(10.0%)	
内縁関係	1名(2.0%)	0名	
離婚	0名	12名(24.0%)	
被介護者との関係 ³⁾			
嫁/婿	7名(14.0%)	6名(9.0%)	p=0.018
義理の妹	1名(2.0%)	0名	
子	16名(32.0%)	24名(48.0%)	
配偶者	26名(52.0%)	14名(28.0%)	
姪	0名	1名(2.0%)	
友人	0名	3名(6.0%)	
孫	0名	1名(2.0%)	
不明	0名	1名(2.0%)	

N=100

次ページへ続く

表7 対象者の概要(前ページ続き)

	日本(N=50)	米国(N=50)	
被介護者との居住			
同居	43名(86.0%)	22名(44.0%)	p<0.001
別居	7名(14.0%)	28名(56.0%)	
同居人数 ⁴⁾			
0	1名(2.0%)	9名(18.0%)	p=0.025
1	23名(46.0%)	26名(52.0%)	
2	12名(24.0%)	12名(24.0%)	
3	7名(14.0%)	2名(4.0%)	
4	5名(10.0%)	0名	
5	2名(4.0%)	0名	
6	0名	1名(2.0%)	
同居の子どもの人数 ⁵⁾			
0	30名(60.0%)	40名(80.0%)	p=0.029
1	12名(24.0%)	6名(12.0%)	
2	6名(12.0%)	3名(6.0%)	
3	2名(4.0%)	1名(2.0%)	
住居 ⁶⁾			
持ち家	41名(82.0%)	39名(78.0%)	p=0.025
賃貸	9名(18.0%)	2名(4.0%)	
その他	0名	9名(18.0%)	
収入 ⁷⁾			
とても十分	4名(8.0%)	21名(42.0%)	p=0.043
かなり十分	28名(56.0%)	20名(40.0%)	
十分でない	15名(30.0%)	9名(18.0%)	
まったく不十分	3名(6.0%)	0名	
平均介護期間	56.1±127.3ヶ月	50.3±41.9ヶ月	ns
平均介護時間	57.7±40.2時間/週	73.6±57.7時間	ns
介護保険の評価 ⁸⁾		介護に対する健康保険の評価 ⁶⁾	
とても十分	7名(19.4%)	32名(64.0%)	ns
まあ十分	20名(55.6%)	13名(26.0%)	
あまり十分でない	6名(16.7%)	3名(6.0%)	
まったく不十分	1名(2.8%)	1名(2.0%)	
使用していない	16名(32.0%)	不明 1名(2.0%)	

N=100

次ページへ続く

表7 対象者の概要(前ページ続き)

	日本(N=50)		米国(N=50)	
健康/医療保険の評価⁸⁾				
とても十分	12名(27.3%)		42名(84.0%)	
まあ十分	23名(52.3%)		5名(10.0%)	
あまり十分でない	7名(19.9%)		1名(2.0%)	p=0.015
まったく不十分	2名(4.5%)		1名(2.0%)	
原爆手帳交付	6名(12.0%)	不明	1名(2.0%)	
対象者の主観的な健康状態⁹⁾				
とても悪い	4名(8.0%)		2名(4.0%)	
やや悪い	12名(24.0%)		10名(20.0%)	
大体同じ	21名(42.0%)		15名(30.0%)	ns
やや良い	9名(18.0%)		3名(6.0%)	
かなり良い	4名(8.0%)		20名(40.0%)	

N=100

- 1) 「中学校/高等学校」とそれ以外の2群に分け χ^2 検定を行った
- 2) 「既婚」とそれ以外の2群に分け χ^2 検定を行った
- 3) 「配偶者」とそれ以外の2群に分け χ^2 検定を行った
- 4) 同居人数が「1名以下」とそれ以外の2群に分け χ^2 検定を行った
- 5) 同居している子どもの数が「0」とそれ以上の2群に分け χ^2 検定を行った
- 6) 「持ち家」と持ち家以外の2群に分け χ^2 検定を行った
- 7) 「とても十分/かなり十分」と「十分でない/まったく不十分」の2群に分け χ^2 検定を行った
- 8) 「とても十分/まあ十分」と「あまり十分でない/まったく不十分」の2群に分け χ^2 検定を行った
- 9) 「とても悪い/やや悪い」「大体同じ」「やや良い/かなり良い」の3群に分け χ^2 検定を行った

表8 被介護者の概要

	日本 (N=50)	米国 (N=50)	
被介護者の平均年齢	78.2±10.6歳	82.4±7.8歳	ns
被介護者の性別			
男性	17名(34.0%)	15名(30.0%)	ns
女性	33名(66.0%)	35名(70.0%)	
診断後の平均月数	40.4±35.7ヶ月	53.6±44.8ヶ月	p=0.044
GDS ¹⁾			
2	1名(2.0%)	0名	ns
3	2名(4.0%)	5名(10.0%)	
4	11名(22.0%)	9名(18.0%)	
5	26名(52.0%)	17名(34.0%)	
6	9名(18.0%)	14名(28.0%)	
7	1名(2.0%)	4名(8.0%)	
不明		1名(2.0%)	
介護度			
要支援	2名(4.0%)		
1	14名(28.0%)		
2	9名(18.0%)		
3	8名(16.0%)		
4	7名(14.0%)		
5	4名(8.0%)		
未申請	5名(10.0%)		
不明	1名(2.0%)		

N=100

1) 「2」～「4」と「5」～「7」の2群に分け χ^2 検定を行った

表9 最も有益と知覚されたサポート源(日本)

サポート源	人数
配偶者	4
親・兄弟姉妹	3
子ども	2
親戚	3
友人・知人	6
信仰・信者	1
公的介護施設・サービス	12
病院	1
医師	2
看護師	1
介護職員	5
病院職員	1
全て	2
なし	7

N=50

表10 最も有益なサポートの内容とサポート源(日本)

	人数 ¹⁾	配偶者	親・兄弟姉妹	子ども	親戚	友人・知人	信仰・信者	公的介護施設・病院サービス	病院	医師	看護師	介護職員
実体的サポート	34											
被介護者の面倒をみる	13			2				11				
介護を手伝う	2	2										
被介護者の話し相手をする	2		1			1						
被介護者の受診に付き添う	2		1								1	
被介護者を見舞う	1		1									
被介護者の気分転換をはかる	1		1									
被介護者を入浴させる	1											1
被介護者を楽しませる	1							1				
被介護者との仲介をする	1			1								
家のことをする	3		1	1	1							
緊急時・突発的なことに対応する	3								1			2
時間の融通を利かせる	1							1				
専門病院を紹介する	1									1		
役所へ行く	1	1										
円滑に手続きをする	1											1
情緒的サポート	25											
理解を示す	5	1	1								1	2
話しに傾聴する	5	1					1		1	1	1	1
愚痴を聞く	4	1	1			1						1
励ます	4		1			2	1					
ねぎらいの言葉をかける	3	1								2		
感謝の気持ちを示す	1				1							
優しさを示す	1					1						
同情を示す	1					1						
同じ価値観を示す	1	1										
お酒の相手をする	1			1								
心配する	1									1		
味方になる	1				1							
情報的サポート	20											
アドバイスを提供する	12	1	1			3	1		2	1	3	
情報を提供する	4	1				2						1
相談にのる	1	1										
状態を説明する	1								1			
指示する	1										1	

N=50

単位: 名

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表11 有益と知覚されたサポート源(日本)

サポート源	人数
配偶者	6
親・兄弟姉妹	9
子ども	16
嫁・婿	6
親戚	10
友人・知人	18
被介護者	1
信仰・信者	1
ペット	1
マスメディア	1
インターネット	1
私的介護サービス	1
公的介護施設・サービス	10
介護者の集い	1
病院	2
医師	3
看護職者	2
介護・病院職員	6
なし	7

N=50(複数回答)

表12 有益と知覚されたソーシャル・サポート(日本)

	人数 ¹⁾	配偶者	被介護者	親・兄弟姉妹	子ども	嫁・婿	親戚	友人・知人	信仰・信者	ペット	マスメディア	インターネット	私的介護サービス	公的介護施設・サービス	介護者の集い	病院	医師	看護職者	介護・病院職員
実体的サポート	73																		
被介護者の面倒をみる	26	1		2	4	4	2	1						8					4
被介護者の相手になる	5			2	1		1												1
被介護者を入浴させる	3				1										2				
被介護者を見舞う/付き添う	2			1	1														
被介護者を病院受診させる	1														1				
被介護者の入院の付き添いをする	1						1												
被介護者の健康を管理する	1															1			
被介護者との社会的つながりになる	1																		1
家のことをする	6			2	3														1
経済的に支援する	5	1	1	3															
力仕事をする	5	1			3	1													
食べ物を持ってきてくれる	3							2					1						
特別なはからいをする	3															1			2
介護に関する手続きをする	2					1													1
車で送迎する	1			1															
手を貸す	1							1											
低価格で介護支援を提供する	1												1						
介護用品を貸し出す	1														1				
認知症に効果のありそうなものを買ってくる	1				1														
医師との仲介になる	1				1														
代弁者になる	1				1														
適切に対処する	1																1		
医師を紹介する	1																		1
情緒的サポート	63																		
話に傾聴する	11				2			3									2		4
愚痴を聞く	8	1		2				3											2
理解を示す	7			1			2	3									1		
気にかける/声を掛ける	6						1	3										1	1
共感を示す	4							2									1	1	
優しく接する	4																2	2	
励まし合う/励ます	6							3	1								2		
気遣う	3					2	1												
気持ちの切り替えをしてくれる	2	1			1														
心配する	2							2											
ねぎらう	2			1				1											
見てみぬふりをする	2	1						1											
いるだけで安心させてくれる/気持ちが晴れる	2				1				1										
被介護者を受け入れてくれる	1							1											
普通に振舞う	1						1												
息抜きになる	1														1				
被介護者をほめる	1																		1
情報のサポート	43																		
アドバイスする	17	1			1			1	1								6	2	5
相談にのる	9	1		2	3						1						1		1
被介護者の様子を知らせる	6				1								1	1	1		1		2
介護に関する情報を提供する	4	1										1			1				1
他の高齢者/家族の様子を知らせる	3	1						1											1
ケアの保障をする	2							1											1
被介護者を諭す	1						1												
ケアプランを立案する	1																		1
評価的サポート	1																		
よく介護していることを認める	1																1		

N=50, 単位: 名, 1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表13 最も有益でないサポート源と内容

サポート源	人数
配偶者	1
兄	1
義理の兄弟姉妹	2
親戚	2
公的介護施設・サービス	2
見ず知らずの人・隣人	2
マスコミ	1
なし	39

N=50

表14 最も有益でないと知覚されたソーシャル・サポートのサポート源と内容(日本)

	人数 ¹⁾	配偶者	兄	義理の兄 弟姉妹	親戚	公的介護施 設・サービス	見ず知らず の人・隣人	マスコミ
実体的サポート	5							
環境が変化する	1						1	
入所を拒否する	1						1	
協力しない	1				1			
介護者と関わらない	1				1			
介護のペースを乱す	1			1				
情緒的サポート	7							
介護を理解しない	2	1	1					
被介護者の状態を理解しない	2				1			1
無視する/関心を示さない	2		1		1			
ねぎらいの言葉がない	1	1						
情報的サポート	3							
アドバイス	1							1
指示する	2			1				1
なし	39							

N=50(複数回答)

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表15 望むサポート(日本)

	人数 ¹⁾	配偶者	子ども	公的介護施設・サービス	介護職員
実体的サポート	43				
経済的に支援する	10			5	
介護を手伝う	6	3	2		1
介護サービスの回数を増やす	5			4	1
被介護者の面倒をみる(預かる)	2			2	
被介護者の話し相手になる	3				1
緊急時・突発的なことに対応する	1			1	
迅速に対応する	1			1	
入浴の見守りをする	1				
施設への入所待ち期間を短縮する	1				
被介護者を外出させる	1				
家族の面倒をみる	1				
息抜きをする時間を提供する	1				
認知症の治療薬を提供する	1				
入院中のデイケアを利用できるようにする	1			1	
被介護者に刺激を与える	1				1
高齢者が集まれる場所を提供する	1				
被介護者に役割を与える	2				
被介護者へ個別に対応する	1				
相談窓口を設置する	1				
「介護学級」/「介護者の集い」を設置する	2				
情緒的サポート	4				
理解を示す	2	1			
話しに傾聴する	1				1
愚痴を聞く	1	1			
情報のサポート	11				
病気や施設に関する情報を提供する	8				
症状に対する対処法を教える	3				
なし	14				

N=50(複数回答)

1)サポートを述べた人数

表16 本調査における日本語版PCRSの各項目に対する回答の分布

	回答の分布									
	まったく思わない		少し思う		いくらか思う		かなり思う		とても思う	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
項目1	21	42	5	10	8	16	6	12	10	20
項目2	15	30	10	20	11	22	11	22	3	6
項目3	12	24	11	22	12	24	11	22	4	8
項目4	6	12	5	10	7	14	18	36	14	28
項目5	4	8	2	4	13	26	19	38	12	24
項目6	1	2	1	2	2	4	10	20	36	72
項目7	1	2	3	6	8	16	12	24	26	52
項目8	5	10	9	18	20	40	9	18	7	14
項目9	6	12	14	28	22	44	7	14	1	2
項目10	19	38	17	34	7	14	2	4	5	10
項目11	4	8	2	4	9	18	13	26	22	44
項目12	4	8	6	12	13	26	8	16	19	38
項目13	6	12	5	10	14	28	11	22	14	28
項目14	17	34	9	18	11	22	10	20	3	6
項目15	11	22	10	20	14	28	7	14	8	16
項目16	9	18	13	26	17	34	7	14	4	8

N=50

表17 本調査における日本語版PCRSの各項目の平均値、SD、 κ 係数

	平均値	SD	κ 係数
1. 私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。	1.58	1.61	0.34
2. 私はより気持ちが満たされている。	1.54	1.30	0.15
3. 私は病気や障害のある人の身近にいる 強くておおらかで、そして/あるいは 気長な人になったと思う。	1.68	1.29	0.03
4. 私は身内を介護することは正しいと 言ってくれる人がいることは、重要だと思う。	2.58	1.33	0.08
5. 私は必要なときに誰かが私を 助けてくれると思う。	2.66	1.14	0.36
6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべて きたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。	3.58	0.84	0.11
7. 私は介護している高齢者と親密な関わりを 持っていると思う。	3.18	1.04	0.17
8. 私は新しい情報を得て成長したと思う。	2.08	1.16	0.20
9. 私は高齢者への新しい介護方法を学び 成長したと思う。	1.66	0.94	0.25
10. 私は新しい友人が沢山できたと思う。	1.14	1.26	0.27
11. 私は自分をより重要だと思う。	2.94	1.24	0.10
12. 私は自由に物事を決められると思う。	2.64	1.32	0.11
13. 私は自分の努力に対し医師や看護師、 ソーシャルワーカーからほめてもらったり 感心してもらうことは重要だと思う。	2.44	1.33	-0.01
14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。	1.46	1.31	0.45
15. 私は高齢者への介護のおかげで 家族が成長し、より親密に協力し合うように なったと思う。	1.82	1.37	0.43
16. 私は困難な状況でがんばったので、 家族が尊敬してくれていると思う。	1.68	1.17	0.30

N=50

表18 本調査における日本語版PCRSの各項目間のSpearmanの順位相関係数

	項目1	項目2	項目3	項目4	項目5	項目6	項目7	項目8	項目9	項目10	項目11	項目12	項目13	項目14	項目15	項目16
項目1	1.00															
項目2	0.38**	1.00														
項目3	0.12	0.31*	1.00													
項目4	0.29*	0.22	0.26	1.00												
項目5	0.27	0.14	-0.10	0.34*	1.00											
項目6	0.13	0.11	0.03	0.15	0.32*	1.00										
項目7	0.18	0.32*	0.26	0.26	0.26	0.31*	1.00									
項目8	0.18	0.32*	0.43**	0.21	0.16	0.10	0.47***	1.00								
項目9	0.21	0.14	0.26	0.25	0.00	0.16	0.26	0.34*	1.00							
項目10	0.31*	0.15	0.08	0.20	0.03	0.24	0.16	0.27	0.32*	1.00						
項目11	0.10	0.11	0.32*	0.27	0.16	0.15	0.35*	0.27	0.13	-0.02	1.00					
項目12	0.04	0.36*	-0.02	0.32*	0.34*	0.19	0.47***	0.35*	0.19	0.02	0.39**	1.00				
項目13	0.18	0.02	-0.11	0.16	0.34*	0.21	0.16	-0.04	-0.02	0.05	0.06	0.10	1.00			
項目14	0.07	0.30*	0.15	0.33*	0.10	0.42**	0.36*	0.39**	0.35*	0.39**	0.15	0.24	0.14	1.00		
項目15	0.13	0.11	-0.01	0.30*	0.12	0.30*	0.19	0.35*	0.28	0.37**	0.24	0.20	0.13	0.50***	1.00	
項目16	0.20	0.06	0.14	0.31*	0.05	-0.01	0.21	0.07	0.32*	0.25	0.25	0.07	0.32*	0.32*	0.26	1.00

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表19 日本語版PCRSに対する主成分分析の結果: 初期の固有値と抽出後の負荷量平方和

成分	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和		
	合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %
1	4.39	27.43	27.43	4.39	27.43	27.43
2	1.71	10.69	38.12	1.71	10.69	38.12
3	1.47	9.17	47.29	1.47	9.17	47.29
4	1.29	8.05	55.34	1.29	8.05	55.34
5	1.24	7.76	63.10	1.24	7.76	63.10
6	0.84	5.27	68.38			
7	0.79	4.95	73.33			
8	0.77	4.79	78.11			
9	0.69	4.33	82.44			
10	0.62	3.89	86.33			
11	0.56	3.51	89.84			
12	0.45	2.83	92.67			
13	0.41	2.57	95.24			
14	0.34	2.14	97.39			
15	0.24	1.52	98.91			
16	0.18	1.09	100.00			

因子抽出法: 主成分分析

表20 日本語版PCRSの各項目得点と各成分との相関係数

	成分				
	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00
報酬1	0.45	0.12	0.05	0.21	0.69
報酬2	0.45	-0.31	0.34	-0.13	0.49
報酬3	0.35	-0.64	0.19	0.29	0.11
報酬4	0.59	0.13	0.12	0.10	-0.07
報酬5	0.46	0.60	0.24	-0.16	0.20
報酬6	0.53	0.32	-0.12	-0.45	-0.02
報酬7	0.69	-0.08	0.24	-0.08	-0.07
報酬8	0.63	-0.49	0.00	-0.17	-0.07
報酬9	0.58	-0.18	-0.31	0.09	0.01
報酬10	0.43	-0.02	-0.62	-0.07	0.31
報酬11	0.47	-0.05	0.40	0.35	-0.41
報酬12	0.60	0.12	0.47	-0.29	-0.20
報酬13	0.28	0.62	0.06	0.35	0.05
報酬14	0.66	-0.10	-0.36	-0.14	-0.20
報酬15	0.57	0.07	-0.36	-0.12	-0.31
報酬16	0.46	0.15	-0.24	0.70	-0.11

表21 心理的適応指標、ソーシャル・サポートおよび被介護者へ行っている援助数

	日本(N=50)		米国(N=50)		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD		
抑うつ	13.6	9.8	14.4	10.4	0.43	0.665
孤独感	33.0	9.3	36.4	9.4	1.84	0.069
介護負担	33.6	17.3	38.5	10.6	1.71	0.091
介護の報酬	34.7	10.1	38.5	11.8	1.77	0.080
情緒的サポート	1.3	1.5	0.8	0.8	2.28	0.025
情動的サポート	0.9	1.1	0.7	0.7	1.09	0.277
実体的サポート	1.9	1.5	1.4	1.4	1.70	0.093
全ソーシャル・サポート	4.1	3.0	2.9	1.3	2.66	0.010
ADL	7.3	5.0	8.6	5.5	1.18	0.241
IADL	9.3	2.3	9.5	1.9	0.47	0.640
他援助	2.7	1.1	2.6	1.3	0.25	0.807
全援助数	19.3	7.4	20.7	7.5	0.93	0.354

表22 諸変数間のPearsonの相関係数(日本)

	対象年	被介護年	診断期間	GDS	同居人数	収入	介護度	介護保険	健康保険	介護年数	介護時間
対象年	1.00										
被介護年	0.18	1.00									
診断期間	0.01	0.12	1.00								
GDS	-0.14	-0.14	0.45***	1.00							
同居人数	-0.26	-0.04	0.24	0.09	1.00						
収入	-0.05	-0.12	0.08	0.33*	0.02	1.00					
介護度	-0.15	-0.14	0.43**	0.57***	0.36*	0.05	1.00				
介護保険	0.27	-0.07	-0.18	0.21	-0.34*	-0.07	-0.13	1.00			
健康保険	-0.23	-0.22	-0.05	0.19	-0.26	0.33*	-0.31	0.33	1.00		
介護年数	0.11	0.07	0.69***	0.38*	0.27	-0.01	0.35*	-0.10	-0.17	1.00	
介護時間	0.30*	0.01	0.29*	0.45**	-0.02	0.20	0.34*	0.09	-0.20	0.42**	1.00
健康状態	0.25	0.22	0.01	0.01	0.08	-0.25	0.08	0.27	-0.36*	0.26	0.20
情緒的サポート	-0.38*	-0.06	0.15	0.02	0.04	0.25	0.08	-0.23	0.08	-0.06	-0.21
情報のサポート	-0.35*	-0.15	-0.08	-0.06	0.11	0.26	-0.03	-0.13	0.00	-0.02	-0.21
実体的サポート	-0.32*	0.14	0.33*	0.18	0.21	-0.13	0.24	-0.24	0.07	0.20	-0.13
ADL	-0.09	0.05	0.52***	0.65***	0.26	0.22	0.79***	-0.03	-0.16	0.40**	0.46***
IADL	-0.13	0.13	0.36*	0.67***	0.10	0.45***	0.34*	0.11	0.22	0.19	0.32*
他援助	-0.29*	0.03	0.18	0.39**	0.06	0.29*	0.23	0.08	0.17	-0.08	0.11
ソーシャル・サポート	-0.48***	-0.01	0.22	0.08	0.16	0.16	0.15	-0.29	0.07	0.07	-0.24
援助数	-0.15	0.08	0.50***	0.72***	0.22	0.34*	0.73***	0.02	-0.01	0.33*	0.43**
抑うつ	-0.17	-0.04	-0.12	0.23	-0.02	0.27	0.05	0.32	0.20	-0.17	0.14
孤独感	-0.03	-0.01	0.03	0.16	-0.01	0.20	0.12	0.01	0.12	0.08	0.14
介護負担	-0.07	-0.04	0.01	0.30*	0.06	0.29*	-0.02	0.19	0.37*	-0.10	0.24
介護の報酬	0.15	-0.15	0.12	-0.03	-0.03	-0.14	0.13	-0.10	-0.28	0.06	-0.03

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表22 諸変数間のPearsonの相関係数(日本)(前ページの続き)

健康状態	情緒的 サポート	情動的 サポート	実体的 サポート	ADL	IADL	他の援助	全ソーシャル サポート	援助数	抑うつ	孤独感	介護負担	介護の 報酬
1.00												
-0.33 *	1.00											
-0.32 *	0.58***	1.00										
0.06	0.24	0.05	1.00									
0.06	0.01	-0.13	0.31*	1.00								
-0.03	0.04	-0.02	0.17	0.63***	1.00							
-0.26	0.01	0.18	0.09	0.40**	0.60***	1.00						
-0.25	0.83***	0.68***	0.65***	0.12	0.10	0.12	1.00					
-0.01	0.02	-0.06	0.28	0.94***	0.84***	0.61***	0.13	1.00				
-0.24	0.06	0.10	-0.23	0.15	0.28	0.25	-0.05	0.23	1.00			
-0.26	-0.14	-0.02	-0.19	0.05	0.13	0.22	-0.17	0.11	0.47***	1.00		
-0.26	0.03	0.09	0.07	0.18	0.37*	0.28	0.08	0.28	0.59***	0.22	1.00	
0.09	0.16	-0.08	-0.10	0.12	-0.09	-0.14	0.00	0.03	-0.44 **	-0.48 ***	-0.36 *	1.00

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表23 心理的適応指標に対する諸変数の影響:重回帰分析の結果(日本)

	抑うつ		孤独感		介護負担		介護の報酬	
	β	p	β	p	β	p	β	p
年齢	-0.11	0.494	-0.05	0.756	0.08	0.632	0.19	0.306
被介護者との関係	0.29	0.051	0.32	0.028	0.03	0.836	-0.01	0.962
GDS	1.24	0.130	0.06	0.688	0.35	0.039	0.04	0.847
収入	0.15	0.315	0.12	0.412	0.12	0.437	-0.15	0.373
介護期間	-0.18	0.242	0.18	0.252	-0.19	0.236	0.01	0.952
健康状態	-0.16	0.278	-0.33	0.029	-0.19	0.210	0.03	0.886
ソーシャル・サポート	-0.27	0.096	-0.42	0.010	0.03	0.685	0.12	0.514
調整済みR ²	0.16	0.042	0.17	0.032	0.08	0.164	-0.11	0.939

N=50

表24 有益でないサポートの有無による心理的適応指標の平均値の差(日本)

	あり群(N=14)		なし群(N=36)		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD		
抑うつ	14.7	12.2	13.1	8.9	0.51	0.610
孤独感	33.7	12.2	32.7	8.1	0.36	0.724
介護負担	34.3	19.8	33.3	16.5	0.17	0.863
介護の報酬	33.1	13.2	35.3	8.7	0.58	0.571

表25 サポート欠如の有無による心理的適応指標の平均値の差(日本)

	欠如群(N=9)		非欠如群(N=41)		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD		
抑うつ	14.6	10.6	13.3	9.8	0.33	0.741
孤独感	30.6	8.8	33.5	9.4	0.86	0.397
介護負担	34.8	17.9	33.3	17.4	0.22	0.824
介護の報酬	34.3	14.6	34.7	9.0	0.08	0.939

表26 最も有益と評価されたサポート源(米国)

サポート源	人数
配偶者	3
親・兄弟姉妹	2
子ども	3
友人・知人	7
信仰・信者	1
介護機関・サービス	19
サポートグループ	8
病院	2
医師	6
看護師	2
医療専門職	7
介護職員	2
消防士	1
人の特定なし	1
不明	2

N=50(複数回答)

表27 最も有益なサポートの内容と源(米国)

	人数 ¹⁾	配偶者	親・兄弟姉妹	子ども	友人・知人	信仰・信者	介護機関・サービス	サポートグループ	病院	医師	看護師	医療専門職	介護職員	消防士	人の特定なし	不明
実体的サポート	30															
被介護者の面倒をみる	13		2			1	6		1		1					1
介護を手伝う	3					1	1								1	
ケアを調整する	3						3									
専門家・サポートグループを紹介する	3								1	2						
同じ状況の人と話しをする機会を提供する	1							1								
被介護者の活動性を維持する	1						1									
必要なものを持ってきてくれる	1			1												
介護用品を提供してくれる	1						1									
全体的なケアを提供する	1													1		
助けてくれる	1			1												
実体的な支援(詳細不明)	2	1				1										
情緒的サポート	21															
感情・問題・思いを共有する	2							2								
話し相手になり楽しませる	1										1					
話し相手になり気持ちを楽にする	1						1									
話しに傾聴する	1						1									
病気の本質を理解する	1							1								
被介護者を理解する	1									1						
介護者の経験を理解する	1					1										
支援的に議論する	1															1
寛容に対応する	1									1						
被介護者の行動を支持する	1						1									
情緒的な支援を提供する(詳細不明)	10	3		1		5				1						
情報的サポート	16															
情報を提供する	10						3	3		2			2			
ADの診断をする	1									1						
アドバイスを提供する	1							1								
薬をすすめる	1					1										
ケアに関する本や資源を提供する	1						1									
被介護者が大丈夫であることを確認する	1															1
将来の見通しを提供する	1							1								

N=50(複数回答), 単位:名

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表28 有益と評価されたサポート源

サポート源	人数
配偶者	1
家族	10
こども	1
親戚	5
友人・知人	12
インターネット	3
私的介護サービス	1
介護機関・サービス	13
サポートグループ	11
医師	4
看護師	2
医療専門職	5
地域社会	1
不特定の人	1

N=50(複数回答)

表29 有益なソーシャル・サポート(米国)

	人数 ¹⁾	配偶者	家族	子ども	親戚	友人・知人	インターネット	私的介護サービス	介護機関・サービス	サポートグループ	医師	看護師	医療専門職	地域社会	人の特定なし
実体的サポート	33														
介護の手助けをする	11		5		2	1				2					1
被介護者の面倒をみる	9			1		1		1		6					
被介護者の送迎	1									1					
被介護者の話し相手になる	1					1									
休息を提供する	1	1													
話し相手になる	1					1									
経済的に支援する	1		1												
参考書を提供する	1					1									
食料を持ってくる	1					1									
ケアの調整をする	1												1		
専門的ケアを提供する看護師を見つける機会を提供する	1									1					
医療的ケアを提供する	1											1			
医師・デイケアを紹介する	1								1						
徘徊プレスレットを提供する	1								1						
仲介役になる	1									1					
情緒的サポート	21														
話に傾聴する	3		1		1					1					
問題の共有とディスカッション	2									2					
体験の共有	1					1									
同じような状況で情緒的に支える	1				1										
心配から気をそらせてくれる	2				1	1									
感情を吐露するとき支援的に関わる	1					1									
支援的に関わる	2										1	1			
優しく接する	2										1	1			
電話をかけてきてくれる	1					1									
一人ではないことを認識させる	1									1					
被介護者の健康・幸福について関心を示す	1										1				
情緒的な支援(詳細不明)	4		1			2				1					
情報のサポート	11														
情報・知識を提供する	7							3		1	1	2		1	
先の見通しを与える	1														1
問題の解決策を提示する・質問に答える	3												2	1	
評価的サポート	2														
よくやっていると言う	2		1										1		

N=50, 単位: 名

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表30 最も有益でないサポートの源(米国)

サポート源	人数
配偶者	2
子ども	1
家族	4
親戚・被介護者の家族	5
介護機関・サービス	12
サポートグループ	1
医師	2
不特定の人	4
なし	19

N=50

表31 最も有益でないサポートの源と内容(米国)

	人数 ¹⁾	配偶者	子ども	家族	親戚・被介 護者の家族	介護機関・ サービス	サポート グループ	不特定の人
実体的サポート	11							
適切な援助を提供しない	3						3	
来て話しをしない	1			1				
主介護者として認定しない	1						1	
デイケアリストの最後にする	1						1	
被介護者がデイケアへ行くのを嫌がる	1						1	
ケアの時間が短い	1						1	
経済的な最終決定をする	1					1		
主介護者の代わりに介護する人がいない	2							2
情緒的サポート	10							
抵抗する	1	1						
状況を理解しない	1			1				
被介護者を理解しない	1							1
被介護者に関心・敬意を示さない	2				1		1	
支援的でない	1				1			
被介護者にこれまでと同じことを期待する	1				1			
主介護者、被介護者に対しコミュニケーションが 否定的である	1					1		
被介護者を叱る(サポート源不明)	1							
情報的サポート	8							
被介護者へ指示する	1	1						
忠告が多い	1					1		
施設への入所/レスパイトケアを勧める	2					2		
必要な情報を提供しない	2						2	
被介護者にできないことを勧める	1						1	
ADの理解に基づかない提案をする	1							1
評価的サポート	1							
評価的サポートがない	1							1
なし	19							

N=50, 単位:名

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表32 有益でないサポート源と内容(米国)

サポート源	人数
こども	2
親	1
家族	5
親戚・被介護者の家族	5
友人・知人	7
介護機関・サービス	1
私的介護サービス	1
医師	4
看護師	2
介護職者	1
弁護士	1
不特定の人	3
なし	22

N=50(複数回答)

表33 有益でないサポートの源と内容(米国)

	人数 ¹⁾	子ども	親	家族	親戚・被介護者の家族	友人・知人	介護機関・サービス	私的介護サービス	医師	看護師	介護職者	弁護士	不特定の人
実体的サポート	9												
被介護者を夜遅くまで食事に連れ出す	1					1							
被介護者の面倒をみる時間が短い・十分介護しない	4			2		1	1						
主介護者を使い走りさせる	1							1					
被介護者を仕事場へ連れ出し混乱させる	1					1							
被介護者をその子どもへ引き渡す	1											1	
適切な医療を提供しない	1								1				
情緒的サポート	6												
個別性を軽視する	1						1						
介護の大変さを理解しない	1						1						
必要なケアを理解しない	1												1
状況を理解しない	1												1
被介護者の前で冗談を言う	1												1
否定する	1		1										
情報的サポート	16												
施設への入所を勧める	10		1	1		4	1		1	1	1		
考えていることを提案する	1					1							
被介護者の前で質問をする	1										1		
被介護者へ質問して悩ませる	1								1				
できないことを提案する	2					2							
被介護者を束縛するよう言う	1			1									
なし	22												

N=50(複数回答)

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表34 主介護者が望む支援(米国)

	人数 ¹⁾	家族	親戚	介護機関・ サービス	私的介護 サービス	医療扶助
実体的サポート	40					
介護を手伝う/介護に参加する	10	4	2		1	
被介護者の面倒をみる(預かる)	9	1	2			
レスパイトケアの回数を増やす	6					
経済的に支援する	5	1				4
被介護者に社会との関わりを持たせる	4					
デイケアの回数を増やす	3					
被介護者を外出させる	2					
入浴の介助をする	1					
情緒的サポート	2					
話しに傾聴する	2					
情報のサポート	2					
病気の進行を理解できるようにする	1					
特異的な質問に対する回答を得る資源を提供する	1					
なし	7					

N=50(複数回答)

1)各サポート源からサポートを受け取った人数の合計

表35 諸変数間のPearsonの相関係数(米国)

	対象年	被介護年	診断期間	GDS	同居人数	収入	健康保険	介護保険	介護期間	介護時間	健康状態
対象年	1.00										
被介護年	-0.03	1.00									
診断期間	0.00	-0.03	1.00								
GDS	0.07	-0.15	0.17	1.00							
同居人数	-0.09	0.08	0.25	0.00	1.00						
収入	-0.28	-0.17	-0.05	0.07	-0.19	1.00					
健康保険	-0.04	-0.02	-0.07	0.01	-0.05	0.35*	1.00				
介護保険	-0.20	0.08	-0.01	0.02	-0.04	0.39*	0.18	1.00			
介護期間	-0.02	-0.16	0.60***	0.30*	0.09	0.06	-0.04	-0.04	1.00		
介護時間	0.39**	-0.26	0.16	0.37*	-0.10	0.16	0.25	0.06	0.12	1.00	
健康状態	0.23	0.05	0.00	-0.11	0.08	0.44**	-0.32*	-0.41**	-0.03	-0.19	1.00
情緒的サポート	-0.06	0.06	0.02	-0.03	0.02	-0.09	-0.11	0.12	-0.13	-0.20	0.01
情報のサポート	-0.03	0.04	0.27	0.34*	-0.09	0.12	0.10	-0.05	0.31*	0.08	-0.06
実体的サポート	-0.13	-0.05	-0.18	0.26	-0.04	0.13	0.10	-0.02	-0.07	0.12	-0.03
評価的サポート	0.03	-0.29*	-0.10	-0.01	-0.03	0.24	0.45**	-0.09	-0.09	0.05	-0.28
全ソーシャル・サポート	-0.19	-0.06	-0.06	0.46***	-0.09	0.21	0.20	0.01	-0.01	0.07	-0.13
ADL	-0.07	-0.09	0.36*	0.49***	-0.26	0.27	0.17	0.03	0.45**	0.47***	-0.12
IADL	0.03	-0.13	0.27	0.35*	-0.08	0.05	0.01	0.05	0.30*	0.48***	-0.01
他援助	-0.02	-0.12	0.18	0.33*	-0.10	0.18	0.00	-0.12	0.09	0.31*	0.08
抑うつ	0.14	-0.18	-0.22	-0.01	-0.13	-0.03	0.12	0.04	-0.22	0.29*	-0.05
孤独感	0.19	-0.14	-0.16	0.14	-0.25	-0.06	-0.03	0.05	-0.17	0.22	-0.03
介護負担	-0.11	-0.21	-0.08	-0.03	-0.26	0.10	0.13	0.14	-0.08	0.13	0.07
介護の報酬	-0.22	0.06	0.16	0.15	-0.02	0.13	0.12	0.11	0.35*	-0.04	-0.11

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表35 諸変数間のPearsonの相関係数(米国)(前ページの続き)

情緒的 サポート	情動的 サポート	実体的 サポート	評価的 サポート	全ソーシャル サポート	IADL	他援助	抑うつ	孤独感	介護負担	介護の 報酬
1.00										
-0.23	1.00									
-0.24	-0.40 **	1.00								
-0.14	0.06	0.06	1.00							
0.21	-0.02	0.74 ***	0.24	1.00						
-0.17	0.18	0.29 *	-0.12	0.29 *						
-0.17	0.01	0.05	-0.19	-0.09	1.00					
-0.08	0.06	0.18	-0.29 *	0.12	0.53 ***	1.00				
-0.07	-0.15	0.23	-0.01	0.13	0.25	0.19	1.00			
0.13	-0.14	0.20	0.06	0.23	0.04	-0.08	0.60 ***	1.00		
0.06	-0.21	0.16	-0.18	0.06	0.10	0.15	0.40 **	0.37 *	1.00	
-0.09	0.12	0.05	0.20	0.11	-0.02	-0.13	-0.45 **	-0.32 *	-0.27	1.00

表36 心理的適応指標に対する諸変数の影響:重回帰分析の結果(米国)

	抑うつ		孤独感		介護負担		介護の報酬	
	β	p	β	p	β	p	β	p
年齢	-0.02	0.904	0.07	0.637	-0.29	0.064	-0.21	0.188
GDS	-0.03	0.848	0.21	0.206	-0.02	0.895	0.08	0.622
同居人数	-0.10	0.496	-0.24	0.094	0.17	0.908	-0.08	0.583
介護期間	-0.20	0.192	-0.16	0.293	0.28	0.097	0.34	0.031
介護時間	0.34	0.046	0.14	0.395	-0.29	0.057	-0.04	0.835
情動的サポート	-0.12	0.429	-0.21	0.179	-0.30	0.035	-0.02	0.897
調整済みR ²	0.06	0.202	0.08	0.137	0.12	0.079	0.06	0.201

N=50

表37 有益でないサポートの有無による心理的適応指標の平均値の差(米国)

	あり群(N=37)		なし群(N=13)		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD		
抑うつ	16.0	11.2	10.2	6.2	2.30	0.027
孤独感	36.6	9.6	35.8	9.2	0.28	0.782
介護負担	38.2	11.0	39.4	9.4	0.35	0.729
介護の報酬	37.2	11.9	42.5	11.1	1.40	0.167

表38 サポート欠如の有無による心理的適応指標の平均値の差(米国)

	欠如群(N=23)		非欠如群(N=27)		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD		
抑うつ	16.8	11.1	12.4	9.5	1.52	0.136
孤独感	36.5	10.6	36.3	8.4	0.08	0.934
介護負担	38.9	12.3	38.2	9.0	0.23	0.822
介護の報酬	34.3	11.2	42.2	11.3	2.46	0.018

表39 諸変数間のPearsonの相関係数(日本と米国)

	対象年	被介護年	診断期間	GDS	同居人数	収入	健康保険	介護期間	介護時間	健康状態	情緒的サポート
対象年	1.00										
被介護年	0.07	1.00									
診断期間	0.00	0.08	1.00								
GDS	-0.03	-0.11	0.29**	1.00							
同居人数	-0.15	-0.06	0.17	0.01	1.00						
収入	-0.12	-0.20*	-0.05	0.13	0.04	1.00					
健康保険	-0.10	-0.21*	-0.11	0.04	-0.02	0.44***	1.00				
介護期間	0.07	0.01	0.54***	0.29**	0.21*	0.01	-0.10	1.00			
介護時間	0.32**	-0.07	0.23*	0.40***	-0.11	0.09	-0.06	0.24*	1.00		
健康状態	0.20*	0.18	0.04	-0.03	-0.01	-0.41***	-0.38***	0.13	0.00	1.00	
情緒的サポート	-0.25*	-0.08	0.05	-0.03	0.09	0.17	0.13	-0.06	-0.22*	-0.22*	1.00
情動的サポート	-0.21*	-0.11	0.05	0.10	0.06	0.22*	0.08	0.04	-0.08	-0.21*	0.38***
実体的サポート	-0.21*	0.02	0.02	0.19*	0.14	0.05	0.14	0.12	-0.01	-0.03	0.10
ソーシャル・サポート	-0.34***	-0.07	0.05	0.15	0.16	0.23*	0.21*	0.06	-0.15	-0.23*	0.72***
ADL	-0.08	0.01	0.43***	0.56***	-0.02	0.18	-0.07	0.35***	0.47***	-0.01	-0.09
IADL	-0.06	0.04	0.31**	0.50***	0.01	0.22*	0.10	0.20*	0.39***	0.00	-0.04
他援助	-0.14	-0.04	0.17	0.35***	0.00	0.22*	0.09	-0.02	0.22*	-0.06	-0.02
援助の数	-0.10	0.01	0.42***	0.60***	-0.01	0.23*	0.00	0.30**	0.48***	-0.02	-0.08
抑うつ	-0.01	-0.08	-0.16	0.10	-0.08	0.09	0.12	-0.15	0.23*	-0.11	0.00
孤独感	0.06	-0.02	-0.04	0.16	-0.17	0.00	-0.03	0.00	0.21*	-0.07	-0.08
介護負担	-0.09	-0.05	0.00	0.16	-0.10	0.12	0.17	-0.09	0.19*	-0.06	-0.02
介護の報酬	-0.05	0.00	0.16	0.09	-0.08	-0.05	-0.16	0.11	0.00	0.02	0.01

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表39 諸変数間のPearsonの相関係数(日本と米国)(前ページの続き)

情動的サポート	実体的サポート	ソーシャル・サポート	ADL	IADL	他援助	援助の数	抑うつ	孤独感	介護負担	介護の報酬
1.00										
-0.09	1.00									
0.52***	0.65***	1.00								
-0.01	0.27**	0.11	1.00							
-0.01	0.11	0.03	0.58***	1.00						
0.12	0.14	0.10	0.41***	0.55***	1.00					
0.00	0.24*	0.11	0.94***	0.79***	0.61***	1.00				
0.00	0.00	0.00	0.10	0.26**	0.21*	0.18	1.00			
-0.08	-0.03	-0.09	0.16	0.09	0.05	0.14	0.53***	1.00		
-0.01	0.07	0.02	0.15	0.28**	0.21*	0.22*	0.49***	0.29**	1.00	
-0.01	-0.04	-0.01	0.12	-0.04	-0.13	0.05	-0.42***	-0.34***	-0.26**	1.00

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表40 心理的適応指標に対する国とソーシャル・サポートとの交互作用項を含む諸変数の影響

	抑うつ		孤独感		介護負担		介護の報酬	
	β	p	β	p	β	p	β	p
診断期間	-0.30	0.007	-0.11	0.346	-0.10	0.367	0.20	0.086
介護時間	0.20	0.081	0.18	0.127	0.13	0.275	-0.05	0.694
同居人数	-0.01	0.954	-0.13	0.209	-0.06	0.544	-0.12	0.257
健康状態	-0.10	0.323	-0.07	0.490	-0.05	0.657	0.02	0.876
援助の数	0.21	0.080	0.10	0.445	0.19	0.141	-0.02	0.852
国×ソーシャル・サポート	0.36	0.719	0.05	0.611	0.09	0.376	0.08	0.434
調整済みR ²	0.09	0.018	0.03	0.190	0.03	0.204	-0.11	0.554

N=100

表41 心理的適応指標に対する国と被介護者との関係との交互作用項を含む諸変数の影響

	抑うつ		孤独感		介護負担		介護の報酬	
	β	p	β	p	β	p	β	p
診断期間	-0.30	0.007	-0.13	0.259	-0.12	0.305	0.18	0.114
介護時間	0.19	0.103	0.15	0.215	0.12	0.322	-0.07	0.577
同居人数	0.00	0.998	-0.09	0.386	-0.05	0.663	-0.09	0.383
健康状態	-0.11	0.285	-0.13	0.196	-0.08	0.441	-0.03	0.754
援助の数	0.23	0.066	0.14	0.256	0.21	0.094	0.12	0.926
ソーシャル・サポート	-0.10	0.927	-0.09	0.399	0.02	0.822	-0.02	0.845
国×被介護者との関係 ¹⁾	0.39	0.695	0.19	0.064	0.16	0.122	0.18	0.096
調整済みR ²	0.08	0.033	0.06	0.085	0.03	0.177	-0.11	0.413

N=100

1) 被介護者との関係が嫁以外であることを「1」、被介護者との関係が嫁であることを「2」と数値化した

資料 1

Appendix B

Picot Caregiver Reward Scale

Now I'd like to talk to you about some of the ways people feel about caring for another person. Please tell me how you feel now about caring for your [ELDER]. Choose only one answer for each statement from the following: A great deal [4], Quite a lot [3], Somewhat [2], A little [1], or Not at all [0].

	Great deal	Quite a lot	Some what	A little	Not at all
1. I feel God will bless me.	4	3	2	1	0
2. I feel better about myself.	4	3	2	1	0
3. I feel I have become a stronger, tolerant, and/or patient person around persons with sickness or handicaps.	4	3	2	1	0
4. I feel having others say that taking care of my relative is the right thing to do is important.	4	3	2	1	0
5. I feel someone will take care of me when I need it.	4	3	2	1	0
6. I feel receiving a smile, touch, or eye contact from my [ELDER] is important.	4	3	2	1	0
7. I feel I have a closer relationship with my [ELDER].	4	3	2	1	0
8. I feel I have become a better person by learning new information.	4	3	2	1	0
9. I feel I have become a better person by learning new ways to care for the elderly.	4	3	2	1	0
10. I feel that I have made many new friends.	4	3	2	1	0
11. I feel more important.	4	3	2	1	0

Appendix B

		Great deal	Quite a lot	Some what	A little	Not at all
12.	I feel I have the freedom to make decisions that matter.	4	3	2	1	0
13.	I feel that receiving praise and admiration for my efforts from doctors, nurses and social workers is important.	4	3	2	1	0
14.	I feel happier now than I did before I started caring for my [ELDER] .	4	3	2	1	0
15.	I feel that caring for my [ELDER] has made our family grow and work closer together.	4	3	2	1	0
16.	I feel my family members now look up to me because of my efforts under difficult circumstances.	4	3	2	1	0

【問4】あなたの「高齢者」(あなたが介護している方)を介護することについて、今どう感じるか教えてください。それぞれの文章に対し、次の中(とても[4], かなり[3], いくらか[2], 少し[1], 全く[0])から答えを一つだけ選んで○をつけて下さい。

	とても	かなり	いくらか	少し	全く
1. 私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。	4	3	2	1	0
2. 私はより気持ちが満たされている。	4	3	2	1	0
3. 私は病気や障害のある人の身近にいる 強くておおらかで、そして/あるいは 気長な人になったと思う。	4	3	2	1	0
4. 私は身内を介護することは正しいと 言ってくれる人がいることは、重要だと思う。	4	3	2	1	0
5. 私は必要なときに誰かが私を 助けてくれると思う。	4	3	2	1	0
6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべて きたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。	4	3	2	1	0
7. 私は介護している高齢者と親密な関わりを 持っていると思う。	4	3	2	1	0
8. 私は新しい情報を得て成長したと思う。	4	3	2	1	0
9. 私は高齢者への新しい介護方法を学び 成長したと思う。	4	3	2	1	0
10. 私は新しい友人が沢山できたと思う。	4	3	2	1	0
11. 私は自分をより重要だと思う。	4	3	2	1	0
12. 私は自由に物事を決められると思う。	4	3	2	1	0
13. 私は自分の努力に対し医師や看護師、 ソーシャルワーカーからほめてもらったり 感心してもらうことは重要だと思う。	4	3	2	1	0
14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。	4	3	2	1	0
15. 私は高齢者への介護のおかげで 家族が成長し、より親密に協力し合うように なったと思う。	4	3	2	1	0
16. 私は困難な状況でがんばったので、 家族が尊敬してくれていると思う。	4	3	2	1	0

資料 2

日付 _____

面接者 _____

ID _____

I . Eligibility Questions

1. 何年にお生まれになりましたか? _____ 年
2. 痴呆症の方の主な介護者でいらっしゃいますか? [はい いいえ]
どのような関係になりますか? (例えば、配偶者、娘など) _____
3. 介護されている痴呆症の高齢者はご自宅で暮らしていらっしゃいますか? [はい いいえ]
4. 介護されている方は AD と診断されている、あるいは AD の薬を飲んでいますか?
[はい いいえ]

II . Demographic Questions

1. 介護を受けている方はおいくつですか? _____ 歳
 2. AD と診断されてからどれくらい経ちますか? _____ 年 _____ ヶ月
 3. AD の方は男性ですか、女性ですか? [男性 女性]
 4. 介護を受けている方はどのような AD の症状がありますか?

 5. Global Deterioration Scale (1-7) _____
 6. 介護を受けている方の他の医学的な状態はいかがですか?

 7. あなた(介護者)の性別は? [男性 女性]
 8. あなたはどなたと一緒に暮らしていますか?

- 上記質問で AD の高齢者と同居していない場合
- ・訪問の頻度はどれくらいですか? (週に何日とか) _____
 - ・移動するのにどれくらい時間がかかりますか? _____
 - ・距離はどれくらいですか? _____
9. ご結婚されていますか?
a. 既婚 b. 死別 c. 離婚 d. 未婚 e. その他

23. あなたが行っている援助の全てに○を付けて下さい。

	ADL に関すること		IADL に関すること
	食事		電話の使用
	身づくろい		歩いて行けない場所へ行く
	入浴		食料品や衣服を買う
	更衣(上半身)		食事の支度
	更衣(下半身)		家事
	排泄		薬の服用
	排尿管理		お金を扱う
	排便管理		ごみの処理
	移動(ベッド、いす、車椅子)		洗濯
	移動(トイレ)		薬局から薬をもらう
	移動(お風呂、シャワー)		病院へ行く
	運動(歩行、車椅子)		
	運動(階段)		その他
	意思疎通		話し相手
	表現		精神を刺激する
	社会性		徘徊を防ぐ
	問題解決		危険な行動を防ぐ
	長期記憶		

24. あなたの健康状態を同年代の人と比べるといかがですか？

- a. とても悪い b. やや悪い c. 大体同じ d. やや良い e. かなり良い

25. AD の高齢者の介護でどのようなことが困難ですか？

III. サポートのタイプ

AD の高齢者の介護において、あなたは様々な援助を受けていると思います。それらは、情緒的、実体的(何かをしてもらうなど)、情動的、評価的(あなたによい/悪い、と評価をしてくれるなど)といったタイプに分けられます。それらは、家族、親戚、友人、そして医師、看護師、ソーシャルワーカー(相談員)といった医療専門職者、地域と行政から提供されます。あなたが AD の高齢者を介護し始めてから受け取った様々なタイプの援助を思い浮かべてみてください。

1. AD の高齢者の介護において、最も助けになった、役に立った援助はどのようなものですか？

誰/何がその援助を提供しましたか？

2. AD の高齢者の介護において、通常、助けになった(なっている)、役に立った(立っている)と感じる援助はどのようなものですか？ 誰/何がその援助を提供しましたか？

3. AD の高齢者の介護において、最も助けにならなかった、役に立たなかった援助はどのようなものですか？ 誰/何がその援助を提供しましたか？

4. AD の高齢者の介護において、あなたを助けるつもりだったが、迷惑だった行為、経験はどのようなものですか？ 誰/何がその援助を提供しましたか？

5. AD の高齢者の介護において、どのような援助をして欲しいと思いますか？ 誰が提供できると思いますか？ (誰に提供して欲しいと思いますか？)

6. AD の高齢者の介護に関して何かありましたら、どうぞおっしゃってください。

【問1】この1週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。各々のことがらについて、もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合はA、週のうち1～2日ならB、週のうち3～4日ならC、週のうち5日以上ならD、のところを○でかこんで下さい。

	1日続かない	1～2日	3～4日	5日以上
1 普段は何でもないことが煩わしい。	A	B	C	D
2 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3 家族や友人から励ましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5 物事に集中できない。	A	B	C	D
6 憂うつだ。	A	B	C	D
7 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
8 これから先のことについて積極的に考えることができる	A	B	C	D
9 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D
10 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11 なかなか眠れない。	A	B	C	D
12 生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D
13 普段より口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14 一人ぼっちで寂しい。	A	B	C	D
15 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17 急に泣きだすことがある。	A	B	C	D
18 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19 皆が自分のことを嫌っていると感じる。	A	B	C	D
20 仕事が手につかない。	A	B	C	D

【問2】以下の文章に述べられている事柄を、常日ごろあなたはどの程度感じているか、
あてはまる番号に○をつけて下さい。

決して感じない めったに感じない 時々感じる しばしば感じる

1 私は自分の周囲の人たちと調子よく いっている。	1	2	3	4
2 私はひととのつきあいがない。	1	2	3	4
3 私には頼りにできる人がたれもない。	1	2	3	4
4 私はひとりぼっちではない。	1	2	3	4
5 私は親しい友達の気心がわかる。	1	2	3	4
6 私は自分の周囲の人たちと 共通点が多い。	1	2	3	4
7 私は今、たれとも親しくしていない。	1	2	3	4
8 私の興味や考えは、 私の周囲の人たちとは違う。	1	2	3	4
9 私は外出好きの人間である。	1	2	3	4
10 私には親密感のもてる人たちがいる。	1	2	3	4
11 私は疎外されている。	1	2	3	4
12 私の社会的なつながりは うわべだけのものである。	1	2	3	4
13 私をよく知っている人はたれもない。	1	2	3	4
14 私はほかの人たちから孤立している。	1	2	3	4
15 私はその気になれば、 人とつきあうことができる。	1	2	3	4
16 私を本当に理解している人たちがいる。	1	2	3	4
17 私は大変引込み思案なのでみじめである。	1	2	3	4
18 私には知人がいるが、 気心の知れた人はいない。	1	2	3	4
19 私には話しあえる人たちがいる。	1	2	3	4
20 私には頼れる人たちがいる。	1	2	3	4

【問3】各質問について、あなたの気持ちに最も当てはまると思う番号を○で囲んでください。

	思わ ない	たまに 思う	時どき 思う	よく 思う	いつも 思う
1 介護している高齢者は必要以上に世話を求めてくると思いますか	0	1	2	3	4
2 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか	0	1	2	3	4
3 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか	0	1	2	3	4
4 介護している高齢者の行動に対し、困ってしまうと思うことがありますか	0	1	2	3	4
5 介護している高齢者のそばにいと腹が立つことがありますか	0	1	2	3	4
6 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか	0	1	2	3	4
7 介護している高齢者が、将来どうなるのか不安になることがありますか	0	1	2	3	4
8 介護している高齢者はあなたに頼っていると思いますか	0	1	2	3	4
9 介護している高齢者のそばにいと、気が休まらないと思いますか	0	1	2	3	4
10 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
11 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないと思いますか	0	1	2	3	4
12 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
13 介護している高齢者が家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないと思ったことがありますか	0	1	2	3	4
14 介護している高齢者は「あなただけが頼り」というふうに見えますか	0	1	2	3	4
15 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
16 介護にこれ以上の時間はさけないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
17 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか	0	1	2	3	4
18 介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか	0	1	2	3	4
19 介護している高齢者に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか	0	1	2	3	4
20 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだと思うことがありますか	0	1	2	3	4
21 本当は自分をもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか	0	1	2	3	4
	全く負担 ではない	多少 負担に 思う	世間並み の負担 だと思 う	かなり 負担 だと思 う	非常に 大きな 負担である
22 全体を通してみると、介護をするということほどくらい自分の負担になっていると思いますか	0	1	2	3	4

あなたの「高齢者」(あなたが介護している方)を介護することについて、今どう感じるか教えてください。それぞれの文章に対し、次の中(とても[4], かなり[3], いくらか[2], 少し[1], 全く[0])から答えを一つだけ選んで○をつけて下さい。

	とても	かなり	いくらか	少し	全く
1. 私は神様が幸せをもたらしてくれると思う。	4	3	2	1	0
2. 私はより気持ちが満たされている。	4	3	2	1	0
3. 私は病気や障害のある人の身近にいる 強くておおらかで、そして/あるいは 気長な人になったと思う。	4	3	2	1	0
4. 私は身内を介護することは正しいと 言ってくれる人がいることは、重要だと思う。	4	3	2	1	0
5. 私は必要なときに誰かが私を 助けてくれると思う。	4	3	2	1	0
6. 介護している高齢者が笑ったり、手をさしのべて きたり、こちらを見たりすることは大切だと思う。	4	3	2	1	0
7. 私は介護している高齢者と親密な関わりを 持っていると思う。	4	3	2	1	0
8. 私は新しい情報を得て成長したと思う。	4	3	2	1	0
9. 私は高齢者への新しい介護方法を学び 成長したと思う。	4	3	2	1	0
10. 私は新しい友人が沢山できたと思う。	4	3	2	1	0
11. 私は自分をより重要だと思う。	4	3	2	1	0
12. 私は自由に物事を決められると思う。	4	3	2	1	0
13. 私は自分の努力に対し医師や看護師、 ソーシャルワーカーからほめてもらったり 感心してもらうことは重要だと思う。	4	3	2	1	0
14. 私は介護を始める前に比べ今幸せだと思う。	4	3	2	1	0
15. 私は高齢者への介護のおかげで 家族が成長し、より親密に協力し合うように なったと思う。	4	3	2	1	0
16. 私は困難な状況でがんばったので、 家族が尊敬してくれていると思う。	4	3	2	1	0

Global Deterioration Scale(GDS)

認知機能障害の程度	自覚症状	会話上の記憶	仕事・社会活動	訴え・症状・障害	自覚の有無
1. なし	なし	なし		記憶障害の自覚症状なし。問診上の記憶障害なし。	
2. 非常に軽度	あり	なし	支障なし	物をどこに置いたか忘れる、よく知っている人の名前を忘れる。	適切に認識
3. 軽度	症状の否認	徹底的な 問診であり	困難	少なくとも2つ; (1)よく知らない場所へいつ行ったか思い出せない (2)仕事遂行の問題に同僚が気づく (3)言葉、名前を思い出せないことに近親者が気づく (4)文章、本を読んでも一部しか覚えていない (5)新たに人を紹介されても名前を覚えることが難しい (6)非常に重要なものをなくす、置き間違える	不安を伴う
4. 中程度(軽度の認知症)	防衛反応 としての否認 関心が乏しい		複雑な仕事が できない	明らかな障害 (1)現在/最近の出来事に関する知識があいまい (2)個人の過去の記憶が不明瞭 (3)連続で引き算をさせると集中力が低下 (4)外出や金銭の管理能力の減退 以下の障害はないことが多い (1)時間や場所に関する見当識 (2)よく知っている人や顔を認識 (3)行き慣れている場所へ行ける	
5. やや高度(中程度の認知症)			介助なしで生活が できない	現在の生活に密接に関連した事柄(住所、電話番号、孫の名前など)を思い出せない 時間に関する見当識の障害 40から連続して4をひく、20から連続して2をひく計算ができない 自分、配偶者、子供の名前は知っている 排泄、食事に介助不要だが、適切な服を選んで着ることは少し難しい	
6. 高度(やや高度の認知症)			日常生活上 介助を要する (失禁、外出時 の介助) 1日のリズム障害	介護している配偶者の名前を忘れる 最近の出来事を殆ど覚えていない 過去の出来事はある程度覚えているが部分的 周囲の状況や年、季節などわからない 10からの逆唱が困難 自分の名前はわかる 親しい人とそうでない人の区別ができる 性格や感情の変化(症状は様々) (1)幻覚、妄想 (2)強迫症状(単純な掃除を繰り返すなど) (3)不安、焦燥、暴力 (4)意欲の低下、十分な思考を維持できない	
7. 非常に高度(高度の痴呆)			尿失禁、排泄や食 事に介助を要する	言語能力なし、会話は全くみられない、しばしば全般的な筋固縮と源反射、歩行能力 なし	

Survey for Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease

Date _____ Interviewer _____

Please answer the following questions.

I. Eligibility Questions

1. Which year were you born? (Must be 1986 or before) _____

2. Are you a primary caregiver for a person with Alzheimer's disease (AD)?

Yes No

If the answer is Yes, what is your relationship to the person (e.g. spouse, daughter, etc.)? _____

(If the answer is **No**, the interviewee is not eligible for the study.)

3. Does your care recipient with Alzheimer's diseases live at home?

Yes No

(If the answer is **No**, the interviewee is not eligible for the study.)

4. Was your care recipient diagnosed to have AD or has the person taken any medications for AD?

Yes No

(If the answer is No for both, the interviewee is not eligible for the study.)

II. Demographic Questions

1. How old is your care recipient with AD? _____ Years old

2. How long has the person with AD been diagnosed with AD? _____

3. Is the person with AD male or female? **a. Male** **b. Female**

4. What symptoms for AD does your care recipient exhibit?

5. Global Deterioration Scale (1-7) _____

6. What other medical conditions the care recipient has?

7. What is your gender? **a. Male** **b. Female**

8. What is your race?
a. Black **b.** Caucasian **c.** Hispanic **d.** Asian **e.** Native American
f. Other (Specify _____)
9. Do you currently live alone or with someone else?
a. Alone **b.** With someone else
- If the answer is "With someone else", whom do you live with?

10. What is your marital status?
a. Married **b.** Widowed **c.** Separated **d.** Divorced **e.** Single
f. Other
11. Are you currently employed or self-employed?
a. Yes - full time **b.** Yes - part time **c.** No
12. What is your highest education obtained?
a. Less than 12 years **b.** High school **c.** Some college **d.** BA/BS
e. MA/MS **f.** Doctorate
13. How many children do you have who are living with you? _____
 If the answer is one or more, how old are they? _____
14. What is your housing status?
a. Rent **b.** Own **c.** Other _____
15. How does your household income meet your needs?
a. Very well **b.** Fairly well **c.** Not well **d.** Very badly
16. Do you feel that your health coverage is sufficient for your medical needs?
a. Very much **b.** May be **c.** Not really **d.** Not at all
17. Do you feel that the health coverage is sufficient for your care recipient with AD?
a. Very much **b.** May be **c.** Not really **d.** Not at all
18. How long have you taken care of the person with AD? _____
19. How many hours a week do you typically take care of the person with AD?

20. Does the person with AD have a paid professional aide?
 Yes No
 If the answer is **Yes**, how many hours a week does the aide help the person? _____ and
 what does the aid help?

21. Do you get help from other informal caregivers such as relatives and friends?

Yes No

If the answer is **Yes**, how many hours a week does each person help the person with AD and what do they do?

Who _____ How long _____ What _____

22. Please (√) indicate all you do for/help the person?

Everything about ADL(below)	Everything about IADL (below)
Eating	Use of telephone
Grooming	Go places out of walking distance
Bathing	Shopping for groceries or clothes
Dressing-Upper body	Meal preparation
Dressing-lower body	Housework
Toileting	Taking medication
Bladder management	Handling money
Bowel management	Taking care of Garbage
Transfer (bed, chair, wheelchair)	Laundry
Transfer (toilet)	Getting medication from pharmacy
Transfer (Tub, shower)	Taking them to physician's office
Locomotion (walk/wheelchair)	
Locomotion (stairs)	Other things
Communication	Give company
Expression	Stimulate their mind
Social interaction	Prevent wandering
Problem solving	Prevent unsafe behaviors
Long term memory	

23. How do you rate your health in comparison with other people with your age?

a. Much worse b. A little worse c. About the same d. A little better e. Much better

24. What difficulties do you have with regards to caring for the person with AD?

III. Types of support

There are different types of support you may have received in caring for the person with AD. They can be emotional, tangible (doing things), informational, and appraisal (evaluate you good/bad, etc). They can come from relatives, friends, health care professionals such as physicians, nurses, social workers, and aides, the community, and governmental systems. Please think of the various types of support you received since you started caring for the person with AD.

1. What was the most helpful support you have received in caring for the person with AD? Who/what provided the support?

2. What supports you usually appreciate or feel are helpful in caring for the person with AD? Who/what provided the support?

3. What was the support that turned out to be the most unhelpful for you in caring for the person with AD? Who/what provided the support?

4. Despite someone's intention to help you, what behaviors or experiences did you not appreciate in caring for the person with AD? Who/what provided the support?

5. What support would you like to have in caring for the person with AD? Who do you think can provide the support?

6. If you would like to express anything related to caring for the person with AD, please do so.

CESD (Depression Scale)

Circle the response (0, 1, 2, or 3) for each statement which best describes how often you felt this way DURING THE PAST WEEK.

	Rarely (<1) day	Some of the time (1-2) days	Moderately (3-4) days	Mostly (5-7) days
DURING THE PAST WEEK:				
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	0	1	2	3
2. I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family and friends.	0	1	2	3
4. I felt that I was just as good as other people.	0	1	2	3
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0	1	2	3
6. I felt depressed.	0	1	2	3
7. I felt that everything I did was an effort.	0	1	2	3
8. I felt hopeful about the future.	0	1	2	3
9. I thought my life had been a failure.	0	1	2	3
10. I felt fearful	0	1	2	3
11. My sleep was restless.	0	1	2	3
12. I was happy.	0	1	2	3
13. I talked less than usual.	0	1	2	3

Continued from the previous page

	Rarely (<1) day	Some of the time (1-2) days	Moderately (3-4) days	Mostly (5-7) days
DURING THE PAST WEEK:				
14. I felt lonely.	0	1	2	3
15. People were unfriendly.	0	1	2	3
16. I enjoyed life.	0	1	2	3
17. I had crying spells.	0	1	2	3
18. I felt sad.	0	1	2	3
19. I felt that people disliked me.	0	1	2	3
20. I could not get "going".	0	1	2	3

UCLA Loneliness Scale

Indicate how often you feel the way described in each of the following statements. Circle one number for each.

Statement	Never	Rarely	Sometimes	Often
1. I feel in tune with the people around me	1	2	3	4
2. I lack companionship				
3. There is no one I can turn to				
4. I do not feel alone				
5. I feel part of a group of friends				
6. I have a lot in common with the people around me				
7. I am no longer close to anyone				
8. My interests and ideas are not shared by those around me				
9. I am an outgoing person				
10. There are people I feel close to				
11. I feel left out				
12. My social relationships are superficial				
13. No one really knows me well				
14. I feel isolated from others				
15. I can find companionship when I want it				
16. There are people who really understand me				
17. I am unhappy being so withdrawn				
18. People are around me but not with me				
19. There are people I can talk to				
20. There are people I can turn to				

Zarit Burden Interview

The next questions refer to caring for your elderly relative or friend. Please circle one answer for each question. Relative = your care recipient with AD

Statement	Never	Rarely	Some-times	Quite frequently	Nearly always
1. Do you feel that your relative asks for more help than he/she needs?	0	1	2	3	4
2. Do you feel that because of the time you spend with your relative that you don't have enough time for yourself?	0	1	2	3	4
3. Do you feel stressed between caring for your relative and trying to meet other responsibilities for your family or work?	0	1	2	3	4
4. Do you feel embarrassed over your relative's behavior?	0	1	2	3	4
5. Do you feel angry when you are around your relatives?	0	1	2	3	4
6. Do you feel that your relative currently affects your relationship with other family members or friends in a negative way?	0	1	2	3	4
7. Are you afraid what the future holds for your relative?	0	1	2	3	4
8. Do you feel your relative dependent on you?	0	1	2	3	4
9. Do you feel strained when you are around your relative?	0	1	2	3	4
10. Do you feel your health has suffered because of your involvement with your relative?	0	1	2	3	4
11. Do you feel that you don't have as much privacy as you would like because of your relative?	0	1	2	3	4
12. Do you feel that your social life has suffered because you are caring for your relative ?	0	1	2	3	4
13. Do you feel uncomfortable about having friends over because of your relative?	0	1	2	3	4

Continued from the previous page

Statement	Never	Rarely	Some- times	Quite frequently	Nearly always
14. Do you feel that your relative seems to expect you to take care of him/her, as if you were the only one he/she could depend on?	0	1	2	3	4
15. Do you feel that you don't have enough money to care for your relative, in addition to the rest of your expenses?					
16. Do you feel that you will be able to take care of your relative much longer?					
17. Do you feel that you have lost control of your life since your relative's illness?					
18. Do you wish you could just leave the care of your relative to someone else?					
19. Do you feel uncertain about what to do about your relative?					
20. Do you feel you should be doing more for your relative?					
21. Do you feel you could do a better job in caring for your relative?					
22. Overall, how burdened do you feel in caring for your relative?					

Picot Caregiver Reward Scale

Now I'd like to talk to you about some of the ways people feel about caring for another person. Please tell me how you feel now about caring for your [ELDER]. Choose only one answer for each statement from the following: A great deal [4], Quite a lot [3], Somewhat [2], A little [1], or Not at all [0].

Statement	A great deal	Quite a lot	Some- what	A little	Not at all
1. I feel God will bless me.					
2. I feel better about myself.					
3. I feel I have become a stronger, tolerant, and/or patient person around persons with sickness or handicaps.					
4. I feel having others say that taking care of my relative is the right thing to do is important.					
5. I feel someone will take care of me when I need it.					
6. I feel receiving a smile, touch, or eye contact from my [ELDER] is important.					
7. I feel I have a closer relationship with my [ELDER].					
8. I feel I have become a better person by learning new information.					
9. I feel I have become a better person by learning new ways to care for the elderly.					
10. I feel that I have made many new friends.					
11. I feel more important.					
12. I feel I have the freedom to make decisions that matter.					

Continued from the previous page.

Statement	A great deal	Quite a lot	Some-what	A little	Not at all
13. I feel that receiving praise and admiration for my efforts from doctors, nurses and social workers is important.					
14. I feel happier now than I did before I started caring for my [ELDER].					
15. I feel that caring for my [ELDER] has made our family grow and work closer together.					
16. I feel my family members now look up to me because of my efforts under difficult circumstances.					

Any comments by interviewer

Thank you very much for your participation in this study!