＜原著＞

認知症ケアのための男性用介護レディネス尺度の開発

Development of a Readiness Scale for Male dementia caregivers

長澤久美子[1]，山村江美子[2]，吉田哲也[3]，伊東明子[4]，千葉のり子[1]，岩清水伴美[5]

Kumiko NAGASAWA, Emiko YAMAMURA, Tetsuya YOSHIDA, Akiko ITO,
Noriko CHIBA, Tomomi IWASHIMIZU

１常葉大学 健康科学部 看護学科
Department of Nursing, Faculty of Health Science, Tokoha University
２聖隷クリストファー大学 看護学部
School of Nursing Seirei Christopher University
３常葉大学 教育学部 初等教育課程
Teacher Training Course, Faculty of Education, Tokoha University
４常葉大学 教育学部 心理教育学科
Department of Psychology and Education, Faculty of Education, Tokoha University
５順天堂大学 保健看護学部
Juntendo University Faculty of Health Science and Nursing

【要　旨】

目的：介護未経験の男性を対象とした「認知症ケアのための男性用介護レディネス尺度（以下，RSDMC）」を開発し，その信頼性・妥当性を検討することである．

方法：グループフォーカスインタビューと先行文献から尺度原案を作成した．認知症家族の在宅介護未経験の男性 1905 名を対象に自記式質問紙調査を行い 40 歳以上の 410 名を分析対象とした．天井効果・床効果を確認後，探索的因子分析を行った．

結果：その結果３因子 20 項目が抽出された．負荷量の大きい項目で下位尺度１～３を作成し，「他者との交流」「介護の知識」「情報収集の意欲」からなる RSDMC が明らかとなった．下位尺度１～３の Cronbach's α係数は全て０．８以上であり，I-T 相関の結果と併せて内的整合性が確認された．また，再テスト法による級内相関係数では各下位尺度とも r=0.8 以上であった．さらに，既成尺度とで基準関連妥当性（r=0.637）が確認された．

結論：以上より RSDMC は信頼性・妥当性を有していると判断した．

【ABSTRACT】

Purposes : The purposes of this study were to develop a readiness scale for male dementia caregivers without experience in caregiving (The Readiness Scale of Dementia Care for Male Caregivers: RSDMC), and to measure its reliability/validity. Method : A focus group interview and literature

review were conducted to create a draft scale.
Subsequently, an anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted, involving 1,905 males without experience in providing home care for family members with dementia, and aged 40 or over the 410 responses were analyzed. After confirming ceiling and floor effects, exploratory factor analysis was performed.
Result : As a result, 20 items of 3 factors were identified, and 3 subscales were created with items showing greater loadings: < Interaction with others>, <knowledge of care>, and <willingness of collect information>. Cronbach's α was 0.8 or higher, and the I-T correlation was acceptable for all of the 3 subscales, confirming sufficient internal consistency. On examining the intraclass correlation coefficient, adopting the test-retest method, the value was 0.8 or higher in all cases. Comparison with existing scales also confirmed sufficient criterion-related validity (r=0.637).
Conclusion : Based on the results, RSDMC is likely to be sufficiently reliable and valid.

Key Words : 男性，在宅介護，認知症ケア，レディネス，尺度
Male, Home care, Dementia care, Readiness, Scale

1. はじめに

日本では，高齢者の増加に伴い要介護高齢者や認知症高齢者が増加傾向[1) 2)]にある．それに伴う国の施策の一つとして，2025年までに「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう，住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム」の構築を目指している[3)]．

一方，65歳以上の者のいる世帯構成は，3世代世帯は減少傾向を示し，単独世帯・夫婦のみの世帯・親と未婚の子のみの世帯は増加傾向にある[4)]．以上より，在宅で療養生活を送る高齢者の増加に伴い，家族介護者の増加も推測されるが，世帯構成の変化からも介護を担う家族の介護力の低下は否定できない[5)]．

家族介護者に関して，日本では介護は女性の役割との意識が高い[6)]とされているが，2019年の主な同居介護者の性・年齢階級別構成割合では，男性の介護者（以下，男性介護者）が全体の35％を占めており[4)]増加傾向にある．

男性は，家事や介護に不慣れなことや介護の目標を設定し成果を追い求める反面，弱音を吐かず他者に頼らず一人で抱え込みやすい傾向がある[7) 8)]．また，認知症家族の介護では，要介護者と思うように意思が伝わらない困難を感じていること[9)]や，近隣の人々に気兼ねをしていること[10)]等の介護の実態もある．さらに続柄別では，夫介護者は，誰もが初期の頃は困惑や苦悩，時には言葉の暴力などを経験しており[11)]，息子介護者は，言い過ぎたことへの後悔や怒ることで気持ちを収めている[9)]等の報告もある．実際に2019年の高齢者虐待では，息子が全体の40．2％・夫21．3％と両者で全体の約6割を占めていた[12)]．

そのような中，矢吹ら[13)]は，認知症家族を介護する夫介護者・息子介護者に対し，虐待に至る前の積極的な働きかけや，未然防止の働きかけの重要性を述べている．介護生活の困難要因は，家事の不慣れさや認知症の知識不足，周囲との関係性のとり方等[9) 10)]であることからも，今回，虐待防止や介護困難の減弱に向けて認知症の介護に関する事前準備の状況（レディネス）の測定尺度を作成す

る必要性に至った．事前のレディネス測定により，介護の準備状況が明らかにされ，その介護者のレディネスに合わせた事前準備が可能となると考えられる．しかし，男性介護者に関する尺度では介護問題対処尺度は開発されているが[14]，介護経験のない男性の介護準備に関する尺度の報告はない．そこで本研究では，介護未経験の男性を対象にした，認知症ケアのための男性用介護レディネス尺度（Readiness Scale of Dementia care for Male Caregiver；以下，RSDMC）を開発し，その信頼性と妥当性を検討することを目的とした．

2. 本研究におけるレディネスの操作的定義と構成概念

「レディネス」とは，ある学習をするときに必要となる学習者の精神的・身体的準備状態のことであり，これまでに得た知識や技術，経験，興味などが統合されたもの[15]である．一方，学習レディネスの心理的要因には，健康や個人的な価値観，リスクファクターの知識に対する自己責任の認識がある[16]．男性介護者は，家族の大黒柱としての規範や自負が自縄自縛を招いている[7]ことや，夫も息子も自らが介護することを互酬性の規範から自明視している[17]ことからも，介護を自己の責任と捉え，行動化していると考えられる．これらのことから，介護者のレディネスは，これまでに得た知識や技術・経験・関心（興味）に加え，社会的規範が含まれると捉えられる．そこで本研究では，「レディネス」を「ある学習をする時に必要となる学習者の精神的・身体的準備状態のことであり，これ迄に得た知識や技術・経験・関心（興味）・規範などが統合されたもの」と定義する．

3. 研究方法

3.1. 研究デザイン

研究デザインは，郵送による無記名自記式質問紙調査とした．

3.2. 対象

3.2.1. 対象者数

対象は，医療関係領域の職種に就業した経験がなく，在宅において認知症家族の介護未経験の男性1905名である．その内訳は，組織（企業・学校・役所等）就業中の1790名，およびWeb調査会社であるNTTコム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社から募集した40歳以上の男性115名である．

3.2.2. 対象者の選出方法

・A県内のB市，C市，D市において，広く地域住民との交流があり，調査研究に興味関心があると推測できた22の組織（企業・学校・役所等）の内，研究協力が得られた17組織に文書と口頭で説明を行った．その内研究協力が得られた15か所に調査用質問紙を配布した．

・NTTコム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社に，対象者の条件を提示しWeb調査を依頼した．

3.3. 調査期間

調査期間は，2019年8月～2020年2月である．

3.4. 尺度原案の作成プロセス

3.4.1. 質問項目の収集

介護生活に向けて必要な事前準備を明らかにする目的で，認知症家族介護の経験のある男性介護者を対象に，フォーカスグループインタビューを行った．その結果，介護に必要な事前準備の7カテゴリーを抽出した[18]．

その結果と先行研究[19) 20) 21)]等から質問原案61項目を作成した．

3.4.2. 妥当性の検討

内容妥当性の検討では，作成された質問項目が介護未経験男性の介護レディネスを測定する内容であるか，質問内容は適切であるか，不明瞭な表現の項目はないか，レディネスとして適切な質問項目かどうかについて，心理学系の大学教員，在宅看護学・成人看護学･公衆衛生学を専門とする大学教員計９名，特別養護老人ホームに勤務する介護士１名に確認を依頼した．

表面妥当性の検討では，各質問項目について，対象者が回答する上で分かりにくい表現，類似した質問等がないかについて，心理学専攻の大学生５名に確認を依頼した．

3.4.3. 介護未経験の男性を対象としたプレテスト

A大学所属の事務職員のうち介護未経験の男性52名にプレテストを行い，質問項目の精選を行った．その結果，未記入の多い項目や回答に困難を伴う項目はなく，原案の通り61項目とした．

3.5. 調査の内容

3.5.1. 基本属性

年齢，家族人数，親の存命の有無，親と同居の有無，同居別居を問わず親族の要介護者・認知症者の有無，主介護者としての経験の有無，学歴，職業等９項目とした．

3.5.2. RSDMC原案

作成した尺度原案61項目を，質問内容に併せてそれぞれ回答しやすいよう設定した5件法（「５．とてもよくわかる」～「１．わからない」，または「５．とてもよく知っている」～「１．知らない」など）で測定した．

3.5.3. 基準関連妥当性の検討

片山ら[22)]が開発した，在宅移行期の女性介護者を対象とした主観的な「介護準備状況スケール」を活用した．「介護準備状況スケール」は，医療依存度の高い療養者が病院を退院し，自宅に戻る際にその女性介護者の介護の準備状況を測定する尺度である．その下位尺度は「介護役割を遂行するために新たに獲得した介護や医療処置等の知識または技術」と定義された「介護スキル」と，「介護のプロセスで起こる課題に対処しながら，主体的に介護役割を遂行できるといった介護者の確信」と定義された「役割遂行可能感」である．「介護スキル」は「介護の状態に応じた適切な介護ができる」等の5項目，「役割遂行可能感」は「自分が中心になって介護を行うことができる」等の４項目で構成されている．「全くそう思わない」「あまり思わない」「そう思う」「非常にそう思う」の４件法で回答し，得点が高いほど介護準備状況が十分であるとみなされる．「介護準備状況スケール」は，女性介護者が対象ではあるが，自宅で介護をする際の準備状況を測定するものであり，その信頼性と妥当性は検証されているため,外的基準として妥当であると考えた．尚，使用に関して開発者の承諾を得ている．

3.6. データ分析方法：

3.6.1. 天井効果・床効果の検討

データの質の評価を行うため，各質問項目のデータの偏りを探り，補正する目的で行った．

3.6.2. 探索的因子分析の実施

スクリープロットから因子数を決定した．主因子法，プロマックス回転を選択し，因子負荷量が０．40以上，かつ複数の因子で因子負荷量０．40以上にならないことを基準として因子を明らかにした．また因子について，負荷量の大きい項目で下位尺度を作成

し，各項目に関連する下位尺度名を命名した．

3.6.3. 内的一貫性を評価

Cronbach's alpha（クロンバックα）を算出した．

3.6.4. 尺度の均一性を検討

項目-合計相関（I-T相関：item-total correlation）を算出した．

3.6.5. 安定性の検討

再現性確認のため再テスト法を実施した．再テストは，Web調査会社であるNTTコムオンライン・マーケティング・ソリューション株式会社を活用し，2週間間隔を空けてその前後で97名に行った．質問数は前後とも61項目で回答を依頼し，前後のデータの比較をRSDMC 20項目で級内相関を用いて検証した．なお，回答者は会社と個人契約をしており，研究者は個人情報を知ることはできない．また，データ収集の際の回答者の参加は任意であり，会社は個人の情報の取り扱いについて法令順守・安全管理措置を行い，個人情報の利用目的についても回答者に明言しており，倫理的に配慮されている．

3.6.6. 基準関連妥当性の検討

外的基準との相関を確認するために，RSDMCの下位尺度と「介護準備状況スケール」[22]の下位尺度とでピアソンの積率相関係数を算出した．

3.6.7. 身近に認知症者を含む要介護者の存在との関連

身近に認知症者を含む要介護者の存在と本尺度との関連について，対応のないt検定を行った．

分析には，統計ソフトIBM SPSS Ver. 23．0を使用した．

4. 倫理的配慮

対象者の所属する組織の責任者には，研究の意義，目的，方法，研究の利益と不利益，研究協力は強制ではないこと，匿名性の確保，情報管理，参加の撤回，得られた結果は研究以外で使用しないこと，結果の公表・結果の開示について文書と口頭で説明をした．また，説明の際に研究対象者に配布する資料も併せて提示し，承諾する場合承諾書をFAXまたは郵送で返信を依頼した．承諾が得られた組織には，研究対象者に配布する資料（研究説明書，質問紙，返信用封筒を封入）の必要部数を，各組織担当者から，強制にならないよう対象者のメールボックスまたはそれに準ずるものに配布を依頼した．

参加を了承した研究対象者には，無記名で質問紙に回答後直接研究者に返送を依頼し，返信をもって研究協力の承諾とした．得られたデータの管理はコードで行い，外部に漏れないように十分留意した．また，資料は研究責任者の所属する大学内の鍵のかかる場所に保管し，データファイルと共に研究終了5年間は保管する．尚，常葉大学健康科学部の倫理審査委員会の承認を受けて行った（研静19-8）．

5. 結果

5.1. 研究対象者について（表1）

対象者の所属する組織等の責任者に1790の質問紙を配布した結果，返信は459（返信率25．6％）であった．その内，有効回答は408（88．9％）であり，このうちの40歳以上の回答は295であった．また，WEB調査では40歳以上の返答は115であり，計410を分析対象とした．

対象者の年齢は40～50歳代69．2％，60歳代23．2％であり，69歳以下が9割以

表1　対象者の属性

n=410

		合計(人)	割合(%)
年齢	40-49	126	30.7
	50-59	158	38.5
	60-69	95	23.2
	70-79	29	7.1
	80～	2	.5
	平均年齢(SD)		55.0(9.17)
家族人数	1人	38	9.3
	2人	123	30.0
	3人～4人	197	48.1
	5人以上	52	13.6
身内に要介護者(認知症者を含む)	いる	76	18.5
	いない	326	79.5
	無記載	8	2.0
学歴	中学	11	2.7
	高校	107	26.1
	短大(専門含む)	28	6.8
	大学・大学院	262	63.9
	無記載	2	0.5
職業	常勤、フルタイム非常勤	326	79.5
	パート非常勤	16	3.9
	自営業	21	5.1
	無職	46	11.2
	無記載	1	0.2

上であった．世帯人数は，2人暮らしが30.0%，4人以下が87.4%であった．仕事は，常勤とフルタイムの非常勤，自営業をあわせると84.6%であった．

5.2.　データ分析について

5.2.1.　天井効果・床効果

データを集計し天井効果と床効果の確認を行った．回答を5段階としたため，天井効果はM＋SD＞5以上，床効果はM－SD＜1以下を基準としてデータの偏りの確認を行った後，該当する項目の内容を吟味し，削除する項目を検討した．最終的に天井効果で２項目，床効果で３項目の質問を除き，質問56項目で因子分析を行った．

5.2.2.　因子分析と信頼性の検討（表2）

56項目について，因子分析を行った．分

表2　認知症ケアのための男性用介護準備尺度(RSDMC)の下位尺度

	第1因子	第2因子	第3因子	I-T相関（修正済み項目合計相関）
下位尺度：他者との交流　α＝.873				
4　困ったときには相談できる知人や家族がいる	.833	-.138	.029	.684
34　自分を認めてくれる知人や家族がいる	.831	-.079	-.016	.704
10　愚痴をこぼせる知人や家族がいる	.798	-.132	-.007	.633
35　家族の好きなこと・好むことがわかる	.734	.076	.001	.761
27　色々なことを家族間で相談して物事を決めてきた	.587	.103	.021	.611
39　一般的には、家族間での会話は多い方が良い	.575	-.050	.056	.559
1　家族の趣味がわかる	.540	.144	-.075	.548
27　家族の1日のスケジュールについてわかる	.497	.189	-.020	.560
36　イライラしたときに自分で心を収めることができる	.461	-.022	-.010	.433
下位尺度：介護の知識　α＝.887				
30　介護保険を利用する場合の手順（段取り）について知っている	-.033	.859	-.103	.733
12　介護に関する疑問を相談する公的機関を知っている	-.042	.836	-.052	.756
8　域包括支援センターについてしっている	-.115	.735	-.008	.625
31　認知症の初期症状を知っている	.014	.699	.092	.714
28　介護保険について知っている	.186	.698	-.092	.660
19　認知症になった場合、その人とどのように接すればよいか知っている	.094	.617	.114	.684
6　介護をしている当事者の会（家族会）について知っている	-.136	.531	.066	.487
33　認知症の予防方法を知っている	.115	.525	.172	.627
下位尺度：情報収集の意欲　α=.834				
59　テレビやラジオ・インターネットなどで認知症の情報を聞くよう心掛けている	.019	-.067	.891	.736
50　新聞や雑誌から認知症の情報を得るよう心掛けている	-.028	.033	.830	.731
46　病院や役所などの認知症のポスターを機にかけて見ている	-.005	.150	.600	.619

因子抽出法：最尤法、プロマックス回転

因子間相関	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子			
第2因子	.413		
第3因子	.352	.530	

析の結果，初期解における固有値の減衰状況（固有値：第1因子から第7因子まで12.34・4．37・2.79・2.71・2.30・2.02・1.90）から判断して6因子を採択した．その後，解釈の可能性を追求しつつ最尤法・主因子法・プロマックス回転・因子負荷量0.40以上で因子分析を行った結果，最尤法3因子20項目が抽出された．因子1～3について，負荷量の大きい項目で下位尺度を作成し，下位尺度1～3とした．下位尺度1は「困った時には相談できる知人や家族がいる」「家族の好きなこと・好むことがわかる 」等の9項目で構成された．家族や友人・知人に関連する内容のため「他者との交流」と命名した．下位尺度2は「介護に関する疑問を相談する公的機関を知っている」「認知症の初期症状について知っている」等の8項目で構成された．介護保険や公的機関，認知症等の知識に関連した内容のため「介護の知識」と命名した．下位尺度3は「テレビやラジオ・インターネットなどで認知症の情報を聞くように心掛けている」等の3項目から構成された．認知症の情報収集に関連する内容であるため「情報収集の意欲」と命名した．

信頼性の検討として，クロンバックα係数は，それぞれ下位尺度1～3の順に，0.873，0.887，0.834と，3因子とも0.8以上であった．

また各項目のI-T相関は，0.433～0.761であり，削除する項目はなかった．

5.2.3. 再現性の確認（表3）

web調査で募集した対象に，初回と2週間後に同様の61の質問項目から回答を得た97データについて，RSDMCの下位尺度1～3，20項目で初回と2週間後の級内相関係数を算出した．その結果，下位尺度1～3の級内相関係数は，順に0.935，0.909，0.858，尺度全体で0.945であった．

5.2.4. 基準関連妥当性の確認（表4）

外的基準の片山らの開発した「介護準備状況スケール」とで，RSDMCの妥当性の検討を行った．「介護準備状況スケール」の下

表3　再テスト法における質問紙得点の相関（20項目）　n=97

	初回		2W後			95%信頼係数	
	平均	SD	平均	SD	級内相関係数	平均測定値	
下位尺度1（他者との交流）	26.4	9.4	27.4	8.4	.935 ***	.903	.956
下位尺度2（介護の知識）	14.6	5.7	14.9	6.1	.909 ***	.863	.939
下位尺度3（情報収集の意欲）	7.0	3.1	7.1	3.2	.858 ***	.789	.905
尺度全体	48.1	15.2	49.3	15.1	.945 ***	.918	.963

***：p<0.001　**：p<0.01　*：p<0.05　　級内相関

表4　認知症ケアのための男性用介護準備尺度(RSDMC)と介護準備状況スケールとの相関　n=410

		認知症ケアのための男性用介護レディネス尺度（RSDMC）			
	下位尺度	下位尺度1（他者との交流）	下位尺度2（介護の知識）	下位尺度3（情報収集の意欲）	尺度全体
介護準備状況スケール	介護スキル	.408**	.619**	.539**	.637**
	介護役割遂行可能感	.449**	.329**	.340**	

***：p<0.001　**：p<0.01　*：p<0.05　　ピアソンの順位相関係数

位尺度である「介護スキル」「介護役割遂行可能感」と，RSDMC の下位尺度１～３のそれぞれの合計でピアソンの積率相関係数を確認した．その結果「介護スキル」と RSDMC の下位尺度１～３では，r=0.619～0.408，また「介護役割遂行可能感」とでは r=0.449～0.329，さらに尺度全体では r=0.637 であった．

5.2.5. 下位尺度１～５と身内に認知症者を含む要介護者の存在の有無との比較（表５）

身内に認知症者を含む要介護者の存在について，「あり」と「なし」の２群で対応のないｔ検定を行った．その結果，下位尺度１～３すべてにおいて「あり群」の得点が有意に高かった．

表5　身内に要介護者（認知症を含む）存在の有無での比較

	存在あり（n=76 ）		存在なし（n=326 ）		
	平均	SD	平均	SD	p
下位尺度1（他者との交流）	30.2	5.6	28.5	7.7	*
下位尺度2（介護の知識）	17.5	6.2	15.3	6.5	**
下位尺度3（情報収集の意欲）	7.8	2.8	6.8	2.8	**

***：p<0.001　**：p<0.01　*：p<0.05　　対応のないt検定

6. 考察

6.1. 対象者背景について

本研究における対象は，40 歳以上の介護未経験男性である．年齢割合は，40～50 歳代が全体の約 7 割であり，60 歳代を含めると全体の 9 割以上であった．日本人の健康寿命は男性 72.14 年，女性 74.79 年であり，介護期間はそれぞれ，男性 8.84 年・女性 12.35 年である[1]．わが国では，地域包括ケアシステムの構築（厚生労働省）を目指しており，今後地域で療養生活を送る高齢者や認知症高齢者の増加が推測される．さらに，世帯構造の変化[4]や嫁に介護役割を望む意識も低下傾向にある[23]．これらのことより，男性は今後両親または妻の主介護者となる可能性が高いと考えられる．実際，同居の主な介護者では男性が全体の35％を占め[4]，増加傾向にある．

一方，web 調査の対象者は全国レベルであることから，分析データは同一県内と全国の対象者とが混在している．そのため，データとして偏りのある可能性も考えられるが，40 歳以上の介護未経験男性と条件を同一にしていることから，今後介護を担う可能性のある対象者から得られたデータとして信頼に足りると考える．

6.2. 信頼性の検討

6.2.1. クロンバックα係数，I-T 相関について

因子分析で抽出された下位尺度１～３のクロンバックα係数は，すべて 0.8 以上であった．クロンバックα係数は 0.7 以上必要[24]であることや，I-T 相関でも削除する項目はなかったことから内的整合性が確認され，各質問項目が一貫した特性を測定していると判断する．

6.2.2. 測定用具の信頼性について

質問紙の信頼性確認のため，2 週間間隔を置いて調査した前後 97 データから RSDMC 下位尺度１～３で級内相関係数を算出した．

その結果，全体および各下位尺度の相関は r=0.935 ～ 0.858 と，かなり強い相関がみられた[25]．以上より，この質問紙を同一人物に繰り返し実施したことにより測定用具の一貫性は確認され，信頼性の高い質問項目であると判断する．

6.2.3　妥当性の検討

6.2.3.1. 基準関連妥当性について

片山ら[22]の開発した，在宅移行期の女性介護者の主観的な介護準備状況を測定するための尺度である「介護準備状況スケール」を活用した．ピアソンの積率相関係数で確認した結果，本尺度は既成尺度との間に正の相関があること(r=0.637)が認められた．また下位尺度それぞれの相関係数からも，r=0.619 ～ 0.329 と下位尺度により違いはあるが，「やや相関がある」から「かなりの相関がある」[25]の範囲であった．以上より，外的基準と相関ありと捉え，RSDMC は介護経験のない男性の介護準備に関する尺度として妥当性があると判断した．

6.2.3.2. 身内の要介護者（認知症者を含む）の存在と RSDMC との関係

本研究の対象者自身は主介護者ではないが，同居・別居に関わらず身内に要介護者（認知症者を含む）が存在「あり群」は 76 名，「なし群」は 326 名であった．両者を RSDMC の下位尺度 1 ～ 3 で対応のない t 検定を行った結果，身内に要介護者（認知症者を含む）が「あり群」は，「なし群」と比べて下位尺度「他者との交流」「介護の知識」「情報収集の意欲」のすべてで有意に高かった． ヘルスビリーフモデルでは，人は出来事の重大性や出来事に遭遇する可能性や恐怖心といった認識を強めることで，行動変容をもたらす[26]と述べている．本研究の対象者も，主介護者ではないにしても身近に要介護者が存在し，状況を見聞することで事の重大性に気づき，自分自身にも起こりうる可能性の実感や知識の蓄積，および発症時の心構えができたのではないかと思われた．また，下位尺度「他者との交流」でも「あり群」が有意に高かった．この点についても，介護において他者を頼らない傾向のある男性[7]にとって，介護の事前準備として知人や隣近所との関係作りが必要（長澤，2020）との先行研究から，RSDMC は，必要な内容を測定できていると考えられる．

7. RSDMC の展望と研究の限界と課題

介護開始前に RSDMC でレディネス状況の測定が可能となれば，その者のレディネスに合わせた事前準備が可能となる．事前準備ができれば「介護は自己の課題」との意識も高まり，行動変容がみられ，認知症家族の介護が始まっても戸惑いは少なくなると考える．そして，今後各地域で地域支援事業や男性自主サークル等に赴き取り組むことで，其々のレディネスにあわせたアドバイスが可能となる．また，介護準備プログラム[21]を実施し，その後に RSDMC を実施することで介護準備への更なる強化が可能となる．

研究の限界としては，今回同一県内の対象者からのデータと web 調査の全国データとが混在していることにより，データとして偏りのある可能性がある。そのため，今後一般化するためには，更に他の地域の対象者の調査を実施・比較・検討する必要がある．また，本研究の対象者は，web 調査も組み合わせてはいるが，3/4 は同一県内在住である．また，RSDMC は男性全般に活用できるよう開発したが，夫・息子の属性や年代の違いによる介護に対する思い入れ等の相違があり，それらが行動に影響すると推察できる．今後更に特性を生かした尺度の検討を行う必要があると考える．

さらに，RSDMC は男性全般に活用でき

るよう開発したが，夫・息子の属性や年代の違いによる介護に対する思い入れ等の相違があり，それらが行動に影響すると推察できる．今後更に特性を生かした尺度の検討を行う必要があると考える．

8．結論

本研究では，医療福祉関係等に就業した経験がなく，在宅で認知症家族の介護未経験の男性 410 名を対象に質問紙調査を行った．その結果３因子 20 項目が抽出された．負荷量の大きい項目で下位尺度１～３を作成し，「他者との交流」「介護の意識」「情報収集の意欲」からなる RSDMC が明らかとなり，信頼性・妥当性ともに検証された．今後さらに，一般化のための RSDMC の実証的研究を行う予定である．

≪謝辞≫

本研究に快くご協力を下さいました皆様に深く感謝申し上げます．尚本研究は，2018 年～ 2021 年科学研究費助成金（基盤 C）（課題番号 18K10524）を受け実施した．

≪付記≫本論文の内容の一部は，第 40 回日本看護科学学会学術集会において発表した．

≪利益相反≫：研究責任者・研究分担者・NTT コム オンライン・マーケティング・ソリューション株式会社，協力企業との利益相反はない．

≪引用文献≫

1） 内閣府：令和２年版高齢社会白書，https://www8.cao.go.jp/ kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/index.html. 2020，アクセス 2021 年２月 13 日

2） 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン），https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaitei_orangeplan_gaiyou.pdf, 2017，アクセス 2021 年２月 13 日

3） 厚生労働省：地域包括ケアシステム，https: //www.mhlw.go.jp/ stf/ seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/，2014，アクセス 2021 年２月 28 日

4） 厚生労働省:2019 年国民生活基礎調査の概要，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf，2019，アクセス 2021 年２月 13 日

5） 大塚眞理子：3 高齢者を取り巻く社会(3-1)，堀内ふき他，ナーシンググラフィカ高齢者の健康と障害 (5 版)．62-77，メディカ出版，大阪，2017

6） 春日キスヨ：介護問題の社会学 . 岩波書店，東京，2001

7） 津止正敏：男性の介護労働 - 男性介護者の介護実体と支援課題．日本労働研究雑誌，699，40-51，2018

8） Fee A，McIlfatrick S，Ryan A: Examining the support needs of older male spousal caregivers of people with a long-term condition: A systematic review of the literature. Int J Older People Nurs，15(3)，1-14，2020

9） 長澤久美子，荒木田美香子，千葉のり子：認知症の親を自宅で介護している息子が感じる困難．家族看護学研究，25(1)，81-89，2019

10）長澤久美子，山村江美子，岩清水伴美：認知症に罹患した妻の介護をする夫介護者が感じている困難．家族看護学研究，20(2)，117-124，2015

11）根岸貴子，柴田滋子，田代和子：認知症の妻を介護する男性高齢者の介護継続モデル - 老年期における介護経験の意味．公益法人在宅医療助成勇美記念財団 2014 年前期在宅医療助成報告書，1-12，2015

12）厚生労働省：令和元年度「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果，

https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000708459.pdf, 2019, アクセス2021年2月13日
13）矢吹知之，吉川悠貴，阿部哲也 他：認知症家族介護者における高齢者虐待の蓋然性自覚の生起要因 - 介護者と被介護者の続柄及び性別による検討．老年社会科学，37(4)，383-396，2016
14）Nishio M，Ono M，:Development of a nursing care problems coping scale for male caregivers for people with dementia living at home. Journal of Rural Medicine，10(1)，34-42，2015
15）二井矢清香：3-1 成人教育学，安酸史子他，ナーシンググラフィカ成人看護学　セルフマネジメント（3 版）．39-44，メディカ出版，大阪，2018
16）Whitman N I，Graham B A，Gleit C J，et ql. / 安酸史子監訳：ナースのための患者教育と健康教育．医学書院，東京 ，1996
17）羽根　文：介護殺人・心中事件に見る家族介護の困難とジェンダーの要因 - 介護者が夫・息子の事例か -．家族社会学研究，18(1)，27-39，2006
18）長澤久美子，山村江美子，千葉のり子：介護未経験男性に必要な認知症家族の介護生活に関する事前準備．家族看護学研究，26(1)，47-56，2020
19）菅沼真由美，佐藤みつ子：認知症高齢者の家族介護者の介護評価と対処方法．日本看護研究学会雑誌，34(5)，41-49，2011
20）松本一生：認知症家族の心に寄り添うケア．中央法規，東京，2013
21）長澤久美子，荒木田美香子，長島真由美他：男性を対象とした認知症家族の介護準備プログラムの検討．日本認知症ケア学会誌，17(3)，573-582，2018
22）片山陽子，矢嶋裕樹，小野ツルコ：在宅移行期の女性介護者における主観的な介護準備状況と心理的ウェルビーイングとの関係．老年社会学，18(3)，359-367，2006
23）内閣府：世論調査，https://survey.gov-online.go.jp/h15/h15-kourei/2-2.html，2003，アクセス2021年2月24日
24）Streiner D L，Norman G R，Cairney J，/ 木原雅子，加治正行，木原正博訳：医学的測定尺度の理論と応用．メディカル・サイエンス・インターナショナル，東京，2016
25）対馬栄輝：SPSS で学ぶ医療系データ解析．東京図書，東京，2015
26）Glanz K，Rimer B K，Lewis F M(2002)/ 曽根智史，湯浅資之，渡部基（訳）：健康行動と健康教育，理論，研究，実践．医学書院，東京，2006