

1-3) 住宅改善の必要性と支援策 ～要援護高齢者在宅調査より

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

【はじめに】

介護保険制度が開始され在宅ケアが目指されるようになると、要介護の高齢者の生活の場として、また介護サービスが提供される場としての住宅をどう保障するかが重要な課題となる。住宅改善費助成は、これまで自治体単独の事業としてしか行われてこなかった。今回、介護保険のサービスメニューのなかに「住宅改修」が盛り込まれたことは、国レベルの取り組みが開始されたという意味では評価できる。しかし、介護保険の導入にともなって自治体の単独事業であった住宅改善費助成の見直しが進められていること、介護保険での給付限度額が自治体の助成限度額を大幅に下回る場合が予想されること、自治体レベルでは考慮されていた対象者の所得階層が認定基準にないこと、「住宅改修」の質の確保が困難なこと、等の問題も指摘されている。介護保険の開始にあたっては、自治体の単独事業を継続・充実させながら、対象階層、改善内容等において、介護保険の「住宅改修」サービスとどう補完関係をつくっていくかが課題となる。

本稿は、要援護高齢者を対象に、在宅での生活行動との関係で住宅の問題を考察することで、介護保険の「住宅改修」サービスの開始、および自治体単独の住宅改善助成事業の継続にあたって、(1)どの階層がどんなサービスを必要としているか、(2)住宅改善すべき対象は何か、を明らかにするための一資料を提供するものである。

【対象と方法】

知多半島の6市町村、および4自治体からなる1広域連合地域の計10自治体を対象に、「介護保険事業計画」策定のための要援護在宅高齢者訪問アンケート調査を行った。調査時期は1998年10月～12月。有効回答数は、合計5598。(内訳:知多北部広域連合2311、半田市850、高浜市499、常滑市820、武豊町335、美浜町339、南知多市444)

【結果】

1. 住宅の特徴

多くが一戸建て(89.7%)持ち家(88.1%)。規模は100㎡以上のものが57.9%、80㎡以上では72.2%あり、全体としては比較的広い住宅が多い。しかし、住宅の所有関係別に規模をみると、持ち家では60㎡以上が88.4%、100㎡以上が64.9%に対して、民間借家では60㎡未満が70.8%、公営住宅では90.2%と大きな差がある。

世帯構成別にみると、三世帯同居世帯を中心とした「その他世帯」では持ち家率が94.0%なのに対し、高齢者と未婚の子ども世帯88.5%、夫婦のみ世帯では79.8%、単身世帯67.6%と持ち家率が低く、民間借家や公営住宅に居住する割合が多い。

2. 住宅内事故

住宅内事故の経験者は32.9%。年齢別の事故経験の有無をみると、図1のように年齢が高くなるほど事故経験も増加する(事故時の年齢についてのデータではなく、この数字は年齢別の事故率を表わしているわけではない)が、特に85才を超えると事故率が高くなっている。事故の場所は、自分の部屋が最も多く25.1%、次いで居間17.3%、玄関14.1%、廊下11.0%と続く。事故の状況は「つまずいた」が最も多く36.3%、「すべった」が27.6%、「落ちた」が12.2%であった。つまずきの原因は床の段差35.0%が最も多く、その他カーペットやふとん17.0%、家具2.0%、電気コード1.8%がある。また「特に何も無いところでも29.1%と多いが、これは床面との摩擦によるものと思われる。

3. 寝室の日当たり

ほとんどに専用の寝室があり(95.1%)、多くが6畳以上の広さである(78.7%)。広さの問題は少ないが、日当たりについては「窓はあるがあまり日は当たらない」が25.5%、

「窓がない」も 1.4%ある。日中ほとんどベッドの上で過ごしているもの（寝たきり度判定基準:ランク B1~C2)についてみても、「窓はあるがあまり日は当たらない」が 24.2%、「窓はあるがマンションの外部廊下に面しており日は当たらない」や「窓がない」を含めると、日の当たらない部屋が 27.5%ある。日中ベッドから離れて過ごしている場合には寝室の日当りはさほど問題にはならないが、ほとんどベッドの上で過ごしているこれらの高齢者にとって、日の当たらない寝室の環境は衛生上、心身の健康上も影響が大きいことが推測される。住宅改善は、段差の解消や手すりの設置だけでなく、日当りを含めた居住環境にも配慮する必要がある。

4. 生活動作と住宅

現在車椅子を利用しているものは、427 例 (17.5%) がある。生活動作 (歩行) との関係でみると、「40 cm 以上の移動には全面的に介助が必要または車いすが必要」または「移動していない」と答えた人のうち、車椅子を利用している人は 34.6% だけであった。これらの本来車椅子利用の必要性が高いにもかかわらず利用していない人が多い原因の一つは、住宅が車椅子利用に耐えられないことだと考えられる。屋内の寝室-食堂-トイレ-浴室といった日常的に行動する範囲で車いすが「使える」と答えたのは 24.2% だけであった (わからないは 19.5%)。また玄関から道路まで車いすで「出られる」と答えたのは、24.4% であった (わからないは 14.3%)。実際に車いすを使っている人に限定してみても、屋内で「使える」は 35.4%、玄関から道路まで「出られる」は 46.9% であり、住宅が原因で十分に使えない状況であることがわかる。

次に食事をしている場所をみる。食事をきちんと食堂でとるか、ベッドの上でとるかは、生活の質を大きく左右する重要な問題である。ところが、食堂・居間に移動して食事をしているものは 70.4% にとどまり、17.2% がベッド (ふとん) の上、10.1% がベッドから移動して同じ部屋で食事をしている。生活動作 (歩行) との関係を見ると図 2 のようになり、歩行が困難なことが、ベッドの上や寝室で食事をとっている直接の原因であることがわかる。

しかし、ベッドの上や寝室で食事をしている人のなかには、「自分で移動可能」あるいは「一部介助」で移動可能な人たちがかなり含まれており、またベッドから移動して同室で食事をしている場合には、移動に全介助が必要な人たちを含めて、手すりの設置や車いす利用により移動の負担が軽減されれば、食堂や居間に移動しての食事が可能になると思われる。図 3 のように、ベッドの上や寝室で食事をしている人の住宅についても、多くは車いすが使えないのが現状であり、住宅の改善が生活の質を向上させるためにも強く求められる。

5. 住宅改善の経験、及び要求

これまでに高齢者が使いやすいように住宅改善をした経験のあるものは、37.5% である。改善の場所は、トイレ (21.9%)、風呂 (16.2%) が最も多く、その必要性の高さを表わしている。そのほか、玄関 (6.4%)、寝室 (4.6%) などがある。改善が必要だと答えたものは 35.6% で、風呂 (11.8%)、トイレ (10.4%) が多くなっている。

住宅改善要求を収入階層別にみると (註)、図 4 のように収入階層が低いほど改善の必要な人が多く、これは収入階層が低いほど要介護度が高いことに対応している。一方、住宅改善の経験をみると (図 5)、年間世帯収入が 100 万円未満の階層では、その上の収入階層より改善経験が少なくなっている。

【考察】

1. 借家/持ち家率は、世帯類型を反映

比較的規模の大きな持ち家住宅に子世帯と同居している高齢者が多い地域であるが、一方で単身高齢者や夫婦のみの高齢者世帯は、規模の小さな民間借家や公営住宅に住んでいる割合が高い。これらの世帯は、経済的にも、社会的にも不利な立場にある場合が多いことが推測され、また家族の介護を受けることが難しく日常生活で自立することがより必要とされるのに、住宅に手をいれることが困難な借家に住んでいることになる。現在の住宅改善支援策は、借家層が対象から漏れているが、特に単身、夫婦のみ借家世帯への、大家との折衝を含めた住宅改善への支援策が求められる。

る。

2. 家庭内事故と室内環境

事故原因のうち、合わせて63.9%を占める「つまずいた」「すべった」は歩行中の事故である。この地域でも住宅改善への助成金等の対象を寝たきりやそれに近い状態の人に限定していることがあるが、段差の解消、手摺の設置などは、歩行可能な段階で行われることが事故防止に有効である。特に「床の段差につまづいた」が事故原因全体の12.7%を占めており、床の段差の解消によりかなりの事故防止が可能である。

一方で、特に何もないところでのつまずきも29.1%を占めていたが、その原因であると考えられる床材質の選択、また家具やカーペット・ふとんなどの室内の物の配置にも配慮する必要がある。

さらに、要援護高齢者が日があたらぬ寝室に寝ていることがかなりあることがわかったが、特に寝たきりに近い状態の場合には、寝室の日当たりなどの環境条件を確保することが重要な課題である。

3. 住宅環境は生活の質に影響

ADLの低下により自力での歩行が困難になった場合には、床の段差や開口部の幅が狭いために住宅内で車いすが使えないことが、要援護高齢者の日常生活の大きな障害となっている。特に、かなりの人が、食事をベッドの上や寝室でとっていることは生活の質を確保する上で深刻な問題である。これらの人たちの多くが、手すりの設置や車いす利用により移動の負担が軽減されれば、食堂や居間に移動しての食事が可能になる人たちである。

4. 低収入層には、住宅改善への経済的支援が必要

収入が低いほど要介護度が高いという結果と関連して、住宅改善を必要としている人は収入が低い階層ほど多い。しかし、特に年収100万円未満の階層では、改善要求が高いにもかかわらず、経済的な要因で実行できていない場合があることが推測され、公的な経済支援が必要である。

【まとめ】

10自治体に居住する5598人の在宅援護高齢者を対象に、住宅環境に関する調査を行った。

家庭内事故の経験者は32.9%おり、つまづいた者が多くその原因では段差が最多であった。

現在車椅子を使用している427例で見ても、玄関から道路まで出られる者は46.9%に過ぎなかった。

住宅改善の必要を感じている者は所得階層の低い者で多く、何らかの支援策が必要と思われた。

（この調査の分析には、小伊藤亜希子氏(大阪市立大学生活科学部助教授)のご協力を得ました)

図2 歩行自立度別食事場所

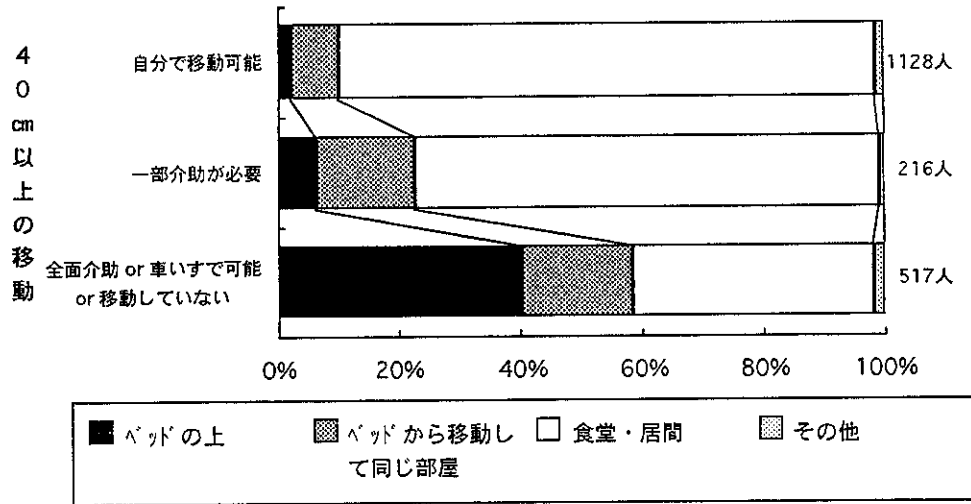


図3 食事場所別車いすの利用可否

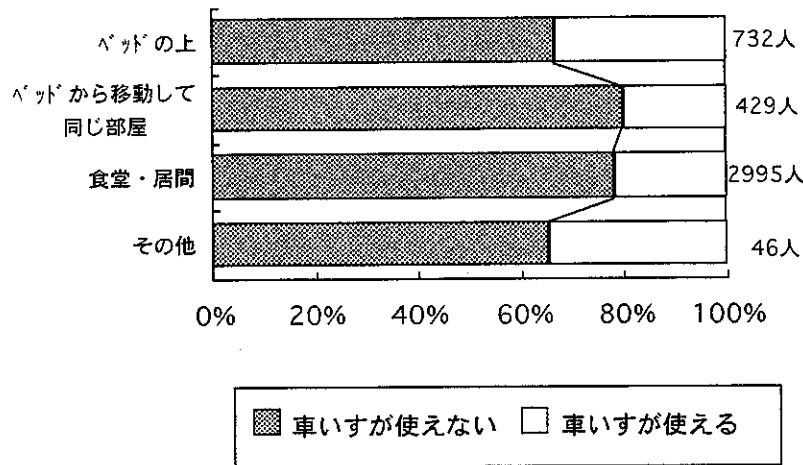


図4 収入別住宅改善の必要の有無

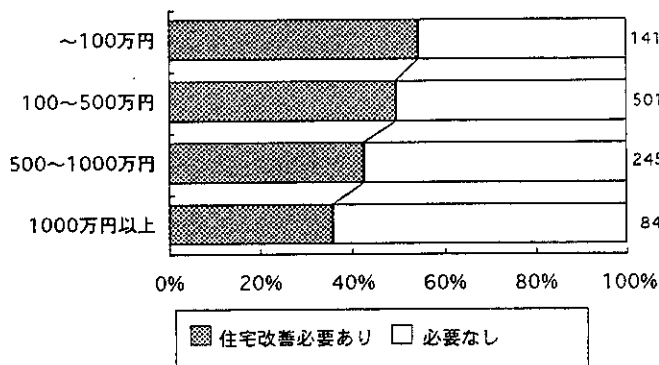
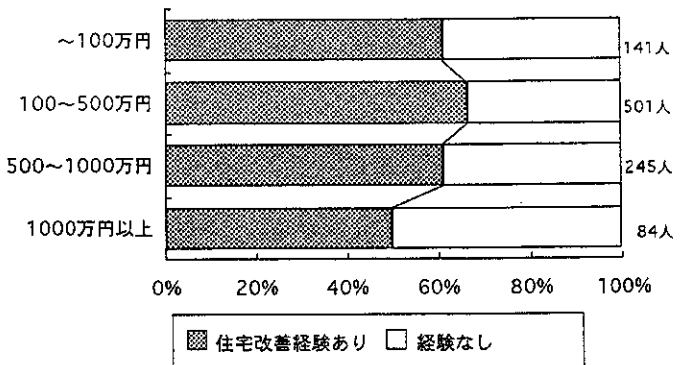


図5 収入別住宅改善経験の有無



1-4) 所得水準が要介護高齢者出現頻度に与える影響

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

【はじめに】

介護保険は、従来の措置制度にもとづく応益原則が強化されるため、低所得者層には負担が増える制度である。それ故に、4月導入直前になり、様々な低所得者対策が打たれたともいえよう。

一方、所得や社会階層は有病率・死亡率に影響し、低所得者ほどこれらが高く寿命が短いことが知られている(1-13)。したがって、低所得層が短命であることにより要介護状態の期間も短くなり、要介護者出現頻度については、むしろ低くなる可能性も考えられる。

我が国ではそれを検討した研究は少なく、所得水準が要介護高齢者の出現頻度に与える影響の大きさ(オッズ比)を示したものは海外を含めても少ないようである。

そこで、所得水準が要介護高齢者の出現頻度に影響を与えているか否か、およびその大きさ(オッズ比)を検討したところ、年齢・性別の影響を補正しても、所得水準が要介護高齢者出現頻度に強く影響していることが判明した。本論では、その結果を報告する。

【対象と方法】

A市(人口約4万人)の65歳以上の全高齢者5124人を対象に、介護保険事業計画策定に向けた高齢者一般調査を、自治体職員による個別面接悉皆法で調査した。回収率は96.3%である。その結果、要介護状態であると疑われた者、および市の福祉サービスを利用している要援護者(在宅・施設入所者含む)を合わせた603人を対象に、平成10年度介護保険モデル事業として訪問調査をおこなった。平成10年度モデル事業の要介護認定で、要支援+要介護(再調査含む)とされた者581人を要介護者と見なした。

所得データに関しては、個人を特定できない形で、住民税の課税対象額である「給与控除後の総所得データ」の提供をうけた。この所得データでは、夫婦2人の場合、年額約175

万円までの公的年金は課税対象から控除されるので、所得は0円となる。この所得データを、0円、1~100万円未満、100~200万円未満、200万円以上の4群に分けた。

この所得階層と年齢、性別の3因子について、要介護者の出現頻度(以下「出現率」%)との関連を分析した。

【結果】

1) 所得別要介護者出現率(図1)

65歳以上の5124人全体では、要介護出現率は11.3%であった。所得階層(4段階)別に見ると、出現率は0円群では17.2%に上り、所得が増えるにつれ8.4%、5.4%と低下し、最高所得階層の200万円以上群では3.7%にまで低下した。つまり、最低所得層は最高所得層に比し5倍も要介護者が多いことになる。4群間の差は統計学的に有意なものであった。

2) 年齢群別・性別要介護者出現率

(図2・図3)

5歳毎に区切った年齢群別に出現率を見ると、65~69歳の4.2%から加齢とともに上昇し、85歳以上では34.7%に上り、年齢群間には有意差を認めた。

性別出現率では、男性8.5%に対し、女性では13.3%とやはり有意に多く見られた。

3) 所得・年齢・性別要介護者出現率(図4)

以上の3要因の間には、高齢になるほど所得は減少し、女性で男性より所得が少ないなどの密接な関連がある。そこで、どの要因が直接作用しているのかを見るために、まず男女で分け、所得別年齢群別に出現率を見たものが図4である。その結果でも、やはり最低所得群で出現率が高い傾向が、男性でも女性でも、しかも全年齢階層で見られた。このことは性別や年齢の影響とは独立して、所得が出現率に強く影響していることを示している。

4) ロジスティック回帰分析によるオッズ比
(表 1)

所得・年齢・性別の3因子のそれぞれの影響力を見るために、ロジスティック回帰分析を用いてオッズ比を求めた。この分析手法により、他の要因は一定で変化しないと仮定して、一つの要因が一定量変化した時の影響力を分析できる。オッズ比は、影響力の大きさを示す一つの指標で、その因子が加わることで相対危険率がどれくらい高くなるかを示す。その結果では、要介護となる危険は、年齢が5才あがる毎に1.80倍(95%信頼区間: 1.68-1.92)、所得が上述の4段階で一段階(約100万円)下がる毎に1.69倍(1.49-1.92)、女性は男性より1.44倍(1.14-1.82)高くなることが判明した。

【考察】

Wooらは、香港の中国人を対象に同様な検討を行い、低所得層に要介護状態が多いものの、年齢・性別を加味した多変量解析ではその影響は消失したとしている(14)。今回の結果は、低所得は、年齢・性別の影響を除いて分析しても、要介護者出現率と有意に関連する因子であり、100万円所得が少ないことは、おおむね5歳分の老化に相当するとも言える結果であった。

ただし、今回の研究は一時点の横断的分析であるため、所得水準と要介護出現率の間に関連があったとしても、それが直ちに両者の因果関係を示すものではない。しかし、今回の調査で同時に尋ねた収入の内訳などから、要介護状態となったために所得が減少した可能性は低いと考える。

その理由の第一は、就労による収入がある者は65歳以上全体で10.6%と少なく、所得の影響が減少する後期高齢者においても、低所得者で要介護出現率が高いからである。

第二の理由として、年金の給付額は、年金受給開始後に要介護状態になっても減少しないことがあげられる。第三に、このような因果関係を示す相当数の研究があることから、低所得は要介護高齢者出現の危険因子と見なせると考える。

「要介護状態を招く危険因子」に関する研

究や、健康や疾患と社会的因子との関係については、総説論文(9、15)や書籍(7、8、10)も数多く出ている。例えば、Stuckら(15)は、このテーマに関する1263論文から研究方法が一定の基準を満たしている78論文を選び、11項目—認知障害、抑鬱、罹病疾患が多いこと、過体重と過小体重、下肢機能の障害、社会的接触が少ないこと、身体活動量が少ないこと、アルコール無摂取、主観的健康度が低いこと、喫煙、視力障害—については、ほぼ確実な危険因子であるとしている。そして、これらの「要介護状態を招く危険因子」と所得に代表される社会階層(social strata/class)(16)との関係を示す相当数の研究がすでに報告されているのである。ここでは便宜上、WHOも提唱するbio-psycho-social modelに沿い(17)、生物(あるいは保健)学的因子と心理・社会的因子に分けて、要介護状態の危険因子と社会階層との関連を検討した研究の一端を紹介する。

生物(あるいは保健)学的因子と社会階層が深く結びついていることは、結核を代表に古くから(18)最近に至る(10)まで指摘されてきた。社会階層が低い群には、死亡率が高いこと(2、4-7、9、10)(13)、罹病疾患が多いこと(3、11、12)、過体重(6、11、19)と過小体重(6)、喫煙(11)(6、19)、アルコール摂取なし(6、19)、身体活動量が少ないこと(6、11、19、20)などが、より多く見られることが報告されている。

心理・社会的因子と社会階層との関連も報告されている。主観的健康度が低いこと(3、9、12)、日常的な精神障害(21)、抑鬱(22)(19)、良い教育や住宅・医療へのアクセスが制限されていること(10)(8)、社会的接触が少ないことやその質が貧しいこと(10、23-26)(27)、などが、やはり低い社会階層に多く見られている。

以上から介護(予防)政策に対する3つの示唆が引き出せる。

第一は、介護予防政策を、所得の再配分など社会(保障)政策の一環として位置づける重要性である。要介護高齢者の出現頻度が、最低所得層と最高所得層との間で5倍もの差が見られたことは、「豊かさの中の不平等」(16)あるいは「新しい形の貧困」が現在の日本に

においても存在していることを示している。

「21世紀福祉ビジョン」29)以降、勤労世帯と高齢者世帯の平均所得が同水準であることを根拠にした高齢者世帯の豊かさが強調されがちである。しかし、最近の貧困問題の研究によれば、貧困世帯は、高齢者世帯に多く、しかも生活保護水準以下の者のうち実際に生活保護を受けている割合はわずか1割に満たないことが示されている(30)。平均値は上昇していても、格差はむしろ拡大傾向にあり(31、32)、今後も高齢者世帯の1割以上が貧困ライン以下にとどまるとする推計も出されている(33)。現在においても、貧困問題はなくなっていないのである。

介護保険は、法定の5年後を待たずに低所得者の自己負担軽減などの対策が経過措置としてとられた。しかし、保険料の徴収の先送りや軽減措置はとられたものの、無保険者問題(34)は国レベルでは解消しておらず、所得再配分機能を強化する低所得者対策の強化と恒常化が望まれる。

第二に、政策科学的な実証研究の重要性である。今回示したような情報が蓄積され、政策判断に科学的な根拠を提示することが期待される。

例えば、合衆国などでは、行政データを活用した大規模な実証研究により、所得の不平等度が小さい地域では健康状態が良いことなども示されつつある(3、8、9、11、25)5)11、12)。もし、この仮説が正しいとすれば、道義的・政治的理由でなく、死亡率を低下させ、寿命を延ばし、生命の質を高めるために、不平等が小さい社会をめざした方が効果的であることを意味する。

我が国でも、コホート研究などにより科学的検証されることが望まれる。

3番目の示唆は、保健(生物科学)の視点からのみでなく、心理・社会的側面にも着目したbio-psycho-social modelに基づく介護(予防)策の研究・実践の重要性である(35)24、36)。

閉じこもり防止を例に考えても、虚弱な高齢者に「閉じこもり」について保健婦が教育してみてもそれだけでは予防につながらない。

「動機づけ」や段差の解消、徒歩圏内の宅老所あるいは送迎サービスも必要となる。さらに、介護に疲れ果て命を縮めている介護者

28)への負担軽減策も不可欠である。

このような心理・社会的因子を含む問題に対しては、本研究のような学際的なチームによるbio-psycho-social modelにもとづく研究と実践の蓄積が期待される。

【まとめ】

所得水準が要介護者出現頻度と強く関連していることを示し、低所得が要介護状態の危険因子であることを述べた。その作用経路を文献学的に示した。そこから政策的示唆を3点—①「現代の貧困」として介護問題をとらえ社会(保障)政策の一環として介護(予防)政策をとらえる重要性、②政策科学的な実証研究の重要性、③Bio-psycho-social modelにもとづく介護予防策の研究・実践の必要性—を述べた。

【文献】

- 1) Hayward MD, et al: Occupational Influences on retirement, disability, and death. *Demography* 26: 393-409, 1989.
- 2) Moore DE, et al: Occupational careers and mortality of elderly men. *Demography* 27: 31-53, 1990.
- 3) Wilkinson, Richard G: Income distribution and life expectancy. *Br Med J* 304: 165-168, 1992.
- 4) Mendes de Leon, Carlos F, et al: Black-white differences in risk of becoming disability in old age: a longitudinal analysis of two EPSESE populations. *Am J Epidemiol* 145: 488-497, 1997.
- 5) Fiscella, Kevin, et al: Poverty or income inequality as a predictor of mortality: longitudinal cohort study. *Br Med J* 314: 1724-1728, 1997.
- 6) Lantz, Paula M, et al: Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality. *JAMA* 279: 1703-1708, 1998.
- 7) Pampel, Fred C: Aging, social inequality, and public policy. Pine Forge Press, 1998
- 8) Kawachi, Ichiro et al: Kawachi, Ichiro et al(編): The society and population health reader. Vol.I, Income inequality

and health, The New Press 1999

9) Kawachi, I, et al: Income inequality and health: Pathways and mechanisms. *Health Serv Res* 34: 215 -227, 1999.

10) Shaw, Mary et al: Poverty, social exclusion, and minorities, Marmot, Michael et al(編): Social determinants of health, pp 211-239, Oxford University Press 1999

11) Diez-Roux, Ana V, et al: A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Soc Sci Med* [0277-9536] 50: 673 -387, 2000.

12) Humphries KH, et al: Income-related health inequality in Canada. *Soc Sci Med* 50: 663 -671, 2000.

13) Chandola, Tarani: Social class differences in mortality using the new UK National Statistics Socio-Economic Classification. *Soc Sci Med* 50: 641 -649, 2000.

14) Woo, J, et al: The influence of income on morbidity, mortality and dependency in elderly Hong Kong Chinese. *Arch Gerontol Geriatr* 30: 55 -61, 2000.

15) Stuck, Andreas E, et al: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48: 445 -469, 1999.

16) 原, 純輔. 盛山和夫: 社会階層 豊かさの中の不平等. 東京大学出版会, 1999

17) WHO : ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities, and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 Draft for field trials. 日本語訳は, <http://www.dinf.ne.jp/>に紹介されている.. 1997

18) 川上武: 勁草書房, 1982

19) Taira, Deborah A, et al: The relationship between patient income and physician discussion of health risk behaviors. *JAMA* 278: 1412 -1417, 1997.

20) Crespo CJ, et al: Prevalence of physical inactivity and its relation to social

class in U. S. adult: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Med Sci Sports Exerc* 31: 1821 -1827, 1999.

21) Patel, Vikram, et al: Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 49: 1461 -1471, 1999.

22) Taylor, Shelly E, et al: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annu Rev Psychol* 48: 411 -447, 1997.

23) House, James S, et al: Social relationships and health. *Science* [0036-8075] 214: 540 -545, 1999.

24) Berkman, Lisa F: The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 57: 245 -254, 1995.

25) Kawachi, Ichiro, et al: A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease incidence in men in the united states. *J Epidemiol Community Health* [0141-7681] 50: 245 -251, 1996.

26) Bassuk, Shari S, et al: Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 131: 165 -173, 1999.

27) Veenstra, Gerry: Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 50: 619 -629, 2000.

28) Schulz, Richard, et al: Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA* 282: 2215 -2219, 1999.

29) 高齢社会福祉ビジョン懇談会: 第一法規, 2000

30) 杉村宏: 我が国における低所得・貧困問題, 庄司洋子 et al(編): 貧困・不平等と社会福祉, pp 67-83, 有斐閣 1997

31) 杉村宏: 先進国における不平等の拡大, 庄司洋子 et al(編): 貧困・不平等と社会福祉, pp 39-50, 有斐閣 1997

32) 橋本俊詔: 日本の経済格差. 岩波新書, 1999

33) 富士総合研究所：1998

34) 近藤克則：加齢が障害に与える影響
—介護保険の要介護認定の問題点。障害者問
題研究 26: 33-42, 1998.

35) Schulz, Richard et al : (編):
Interventions research with older adults,
Annu. Rev. Gerontol. Geriatr, Springer
Publishing Company 1998

36) Saxon, Sue V, Etten, Mary Jean,
(福井圀彦監訳)：(老年者のQOLプログラム
—心理社会的治療法)。医歯薬出版, 1990

(本研究は、第58回日本公衆衛生学会に
おいて発表した)

図1

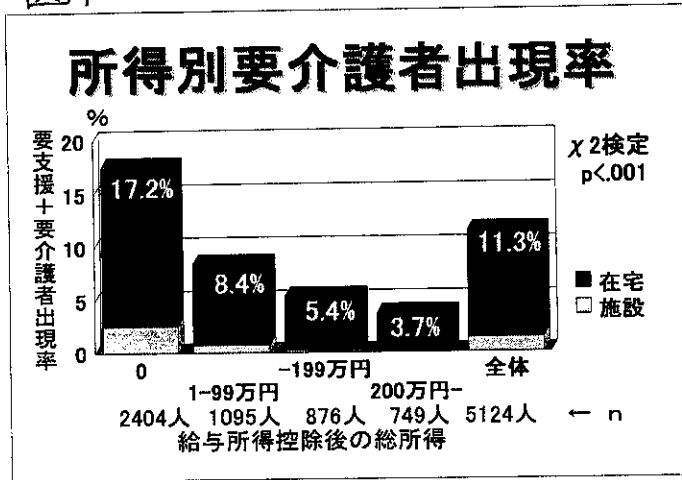


図2

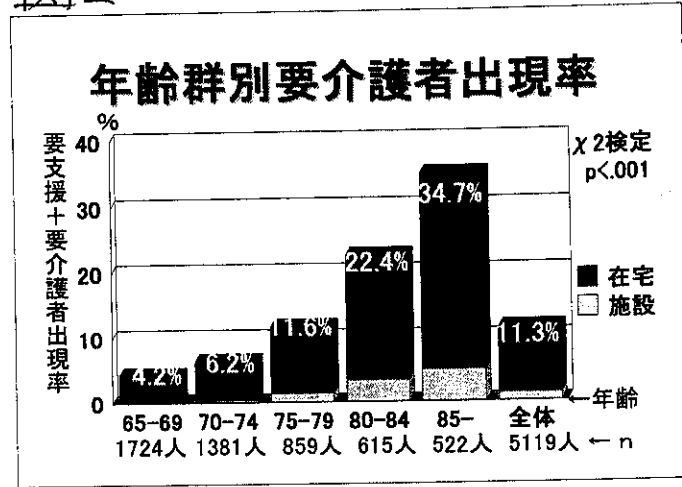


図3

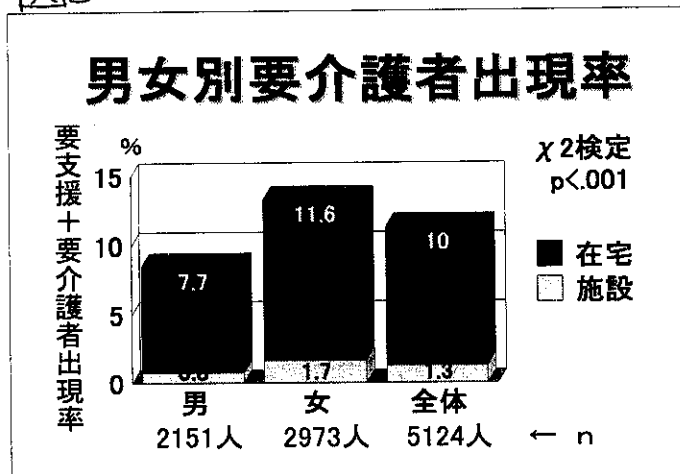


図4

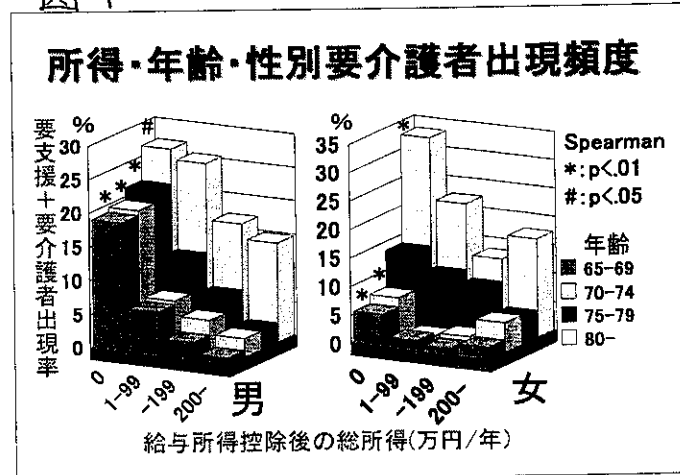


表1

ロジスティック回帰によるオッズ比

因子 オッズ比 95%信頼区間

年齢(5段階)	1.80	1.68-1.92
所得(4段階)	1.69	1.49-1.92
性別	1.44	1.14-1.82
年齢(5段階) : 65-69/-74/-79/-84/85-		
所得(4段階) : 200-/100-/1-/0(万円)		

Ⅱ. 介護保険政策の臨床的評価研究の基本構想づくり

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

はじめに

本政策評価研究は、初年度に当たる 1999 年度は、3つ—1)個人を対象とする臨床的評価、2)投入した費用や費用-効果分析 (cost-effectiveness analysis; CEA) などによる経済的評価、3)政策選択・決定過程などを分析する政策・計画—のワーキンググループで進められた。この3者は、相互に関連していることは言うまでもないが、主な研究対象(個人か、費用か、政策か)や研究方法に違いがあるため、一定独立したワーキンググループで研究が進められた。初年度には、臨床的評価ワーキンググループでは①臨床評価の研究基本構想づくり、②総合的な臨床評価尺度の開発、および③介護保険導入前の情報を得るために3種類の調査を実施した。この分担研究報告Ⅱでは、これらのうち、①基本構想づくりと③それに従い初年度に実施した調査について報告し、②については次項Ⅲで述べる。

1. 臨床的評価ワーキンググループの構成

高齢者の総合的評価を行うため、リハビリテーション医学・公衆衛生学を専門とする近藤克則に加え、心理学の久世淳子(日本福祉大学情報社会学部助教授)、看護学の樋口京子(岐阜大学医療技術短期大学部講師)、建築学・理学療法学の大橋美幸(日本福祉大学福祉社会開発研究所研究員)からなるワーキンググループで以下の作業を進めた。

2. 臨床的評価研究の基本構想づくり

1) 臨床的評価研究の対象

臨床的評価研究が分析対象とするのは、政策の最終的な介入対象であり、介護保険政策の効果・影響が及ぶ要介護者・介護者・一般高齢者(第一号被保険者)である。このような個別事例毎に評価するので、臨床的評価と呼ぶことにした。

2) 臨床的評価研究の目的

先行研究をワーキンググループで集团的に検討した結果、本研究の目的として、以下の2つを設定することにした。

まず、政策介入すべき対象の性質を知ることである。例えば、有効な介護予防政策を立案・施行するためには、どのような事例が要介護状態に移行しやすいのかを分析し、危険因子を明らかにする疫学的研究が必要である。

第二には、政策効果を測定することである。そのためには、期待される政策効果のうち、個別症例に現れると予想される影響を何らかの尺度を用いて観察することが望まれる。

3) 研究方法 1-9)

臨床的評価研究の方法としては、様々な方法があるが、以下の方法をとることにした。

① 比較対照の設定による準実験的研究

臨床医学研究の分野では、科学的根拠(evidence)の強さでは、無作為化対照比較研究(randomized control study)による結果がもっとも強力であり望ましいとされている。しかし、この方法を政策評価研究に用いることには多くの制約があり、現実的ではない。しかし、政策効果を評価するには、その政策に暴露された群とそうでない群との比較は不可欠である。しかし、介護保険制度は、全国で同時に導入されるため、比較研究をするための条件を欠いている。

そこで次善の策として、介護保険導入前後での比較と準実験的研究方法をとることにした。後者は、地方自治体レベルでの独自施策の効果を検討するためのものである。当初、基礎自治体が広域型と単独型とでの比較をめざし、いくつかの自治体と協議したが、広域型の理解が得られなかった。最終的には、人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%、要支援・要介護者約500人と類似した2つの単独自治体の協力を得

られることとなった。

② 個別症例を総合的に評価すること

介護政策の対象となる「要介護状態」の危険因子や介入に関する先行研究を検討し、対象自治体で実証的に追試した結果（Iで既述）に基づき、総合的に評価する必要性が明らかとなった。そこで、既往歴や喫煙習慣など医学・保健学的情報のみでなく、抑鬱・介護負担感など心理的因子、住居などの環境因子、所得などの社会的因子などについても評価項目に加えることにした。これについては、次項Ⅲで述べる。

③ コホート研究とすること

横断的調査研究のみでは、要介護状態に関連する因子や政策と同じ時期に起きた変化は分析できても、そこから因果関係まで明らかにすることは困難である。因果を含む分析を通じより明白な実証的根拠を得るために、コホート研究を行うことが望ましいと判断した。設定すべきコホートは、介護保険の給付を申請した要介護者とその介護者、および65歳以上の全住民である。

そこで、その必要性や意義などを協力自治体に説明し、住民の個人情報保護に十分留意しながら、その住民をコホートとした縦断研究を行うことで、基本合意を得ることが出来た。

以上のような、研究基本構想に基づき、協力してくれる2自治体の担当者とも協議して、介護保険導入前に実施すべき調査として、3つの調査の実施計画を作成した。

3. 介護保険導入前に実施した3種類の調査

実施計画に従い、介護保険導入前の状態を把握する目的で実施した3種類の調査—①要介護者調査、②介護者調査、③高齢者の日常生活に関するアンケート調査—について、目的や方法（用いた評価尺度については、次項で説明）を述べる。

1) 要介護者調査

介護保険の申請をした者を対象に訪問調査時に訪問調査員が面接方式で行うものである。

目的としては、訪問調査の基本調査項目に独自調査項目を追加することで、要介護者の状態をより多面的に把握することである。方法は、訪問調査を行う自治体職員に、A4一枚の追加調査用紙に記録してもらう方法で施行した。1999年10月の訪問調査開始時から調査を始め、2000年3月終了分までが介護保険導入前の要介護者のデータとなる

2) 「介護者調査」

介護者の介護負担や利用している保健・福祉サービスへの満足度などを評価する目的で行った。

調査は、訪問調査時に、別冊の調査用紙を留め置き、分析は研究者が行うことを明示して、大学当てに郵送で返送してもらった。やはり、1999年の10月から2000年の3月までの分が、介護保険導入前のデータとなる。

以上の「要介護者調査」と「介護者調査」は、2000年の4月以降は調査用紙を介護保険導入後にふさわしい内容に一部修正医・追加し、継続する予定である。2000年度には、介護保険導入前後の各種指標の変化を分析する計画である。

3) 「高齢者の日常生活に関するアンケート調査」

要介護状態でない高齢者を対象としたコホートの追跡開始時のデータを集めるため調査である。調査票は、以下の4点の分析が可能になるように設計した。

まず、現在知られている危険因子を持つ人を特定し、集中的に介護予防の働きかけをすべき対象者を把握すること。

第二に、要介護状態の危険因子や影響する因子の分析を行うこと。数年後に要介護状態を再評価し、各種因子の有無別に要介護者状態になった者の比率を比較検討することで、既知・未知を含めた因子について検討し、効果的な介護予防策を練るための基礎的情報を得る。

第三に、異なる介護政策を進める2自治体間で、政策効果を測定し、より有効な、あるいはより効率的な介護政策の評価を行うこと。

第四に、評価尺度の信頼性と妥当性の検証および回答者の負担がより少ない評価尺度の

開発を行う基礎資料を得ることである。次項で述べるように、介護者調査では、回答者の負担を減らす目的で、報告されている評価尺度のうち短縮版を用いた。この短縮版の信頼性・妥当性を検証すると共に、複数の尺度間で類似している項目を減らし、より簡便で実用的でありながら、信頼性・妥当性のある指標の開発をめざしている。以上の4点を目的とした調査である。

方法は、2自治体の65歳以上の全高齢者を対象に、自治体の実施する調査であることを示す手紙をつけ郵送方式で実施した。

以上、3種類の調査すべてに共通して、調査の目的を明示した依頼文をつけ、個人情報保護のため、住所・氏名などは記入欄を作らず、研究者には個人の特が出来ないようにした。一方、調査用紙には識別ナンバーを振り、自治体の所有する他のデータとのリンクが可能ないようにした。

4. 来年度の課題

以上述べた3種類の調査については、2000年3月までに回収したもので、横断的分析が可能なものについて検討する。また、介護保険導入前後の比較を行う予定である。

- 5) 久繁哲徳, 西村周三: (編): Methods for the economic evaluation of health care programmes(邦題 臨床経済学 - 医療・保健の経済的評価とその方法), 篠原出版 1987
 - 6) Challis, David et al: (編): Case management in community care(邦題 地域ケアにおけるケースマネジメント), 光生館 1986
 - 7) 田中平三: 疫学における因果論, 青山英康(編): 今日の疫学, pp 14-33, 医学書院 1996
 - 8) 中嶋和夫: 保健福祉学研究方法, 高山忠雄(編): 保健福祉学, pp 29-44, 川島書店 1998
 - 9) 安梅勅江: ケアマネジメントの評価とは, 保健福祉支援システム研究会(編): 保健福祉のケア科学, pp 34-57, ベネッセコーポレーション 1998
- 1) Schulz, Richard et al: (編): Interventions research with older adults, Annu. Rev. Gerontol. Geriatr, Springer Publishing Company 1998
 - 2) Reinardy, James R: The use of multidimensional assessment instruments in community-based care. *Home Health Care Services Quarterly* 16: 15-34, 1998.
 - 3) Green, Lawrence W et al: 評価デザインによって何が可能になるのか, 神馬征峰ほか訳(編): 邦題ヘルスプロモーション, pp 270-285, 医学書院 1997
 - 4) 新井宏朋, 丸地信弘, 山根洋右, ほか: (編): 健康の政策科学-市町村・保健所活動からの政策づくり, 医学書院 1997

Ⅲ. 文献学的研究に基づく臨床的評価尺度の開発

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

1. 本研究の目的

介護保険政策における政策評価の対象には、国、地方自治体、サービス提供主体、要介護高齢者、第1・2号被保険者など様々なものがある。評価対象により政策評価研究で用いられる方法や尺度も異なってくる。

本臨床評価ワーキンググループでは、個人レベル(臨床レベル)の評価に必要な評価因子の枠組みと評価尺度の開発を行った。今回開発した評価尺度で個人レベルを評価することで、(前項Ⅱで述べたように)臨床レベルに現れる政策効果を測定したり、介護予防政策で介入すべき危険因子を同定したりすることが目的である。

2. 老年医学的総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) の枠組み

障害者や高齢者を総合的・多角的に評価することは、国際障害分類(ICIDH、WHO) 1)や老年医学的総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) 2)において、すでに数十年の歴史を持っている 3)。CGAを用いて評価することの効果も、欧米ではすでに無作為化比較対照試験でも確認されている 4)。

機能低下の危険因子に関する研究 1263 論文のうち、方法論上の一定の基準を満たす 78 論文をレビューした Stuck ら 5)は、以下の因子をほぼ確実な危険因子としてあげている。それは、①認知障害、②抑鬱、③罹病疾患が多いこと、④過体重と過小体重、⑤下肢機能の障害、⑥社会的接触が少ないこと、⑦身体活動量が少ないこと、⑧アルコール無摂取、⑨主観的健康度が低いこと、⑩喫煙、⑪視力障害の 11 因子である。また、高齢者の障害に対する介入研究 1300 論文から抽出した論文をレビューした Schulz ら 6)も、単に疾患レベルだけでなく、環境や心理的要因など多次元の因子を取り上げ、先行研究を紹介している。今研究のひな形ともなったイギリスの

Challis ら 7)も、ケースマネジメントの効果を、ADLだけでなく、主観的満足感や介護負担感、ケアの質、費用など多次元にわたる効果を立証している。また、対象を痴呆の有無や障害の重症度などで層別化して分析している。さらに、4つの地域ケア研究で用いられた評価尺度を検討した Reinardy ら 8)も、多次元にわたる評価尺度が用いられていることを紹介している。加えて本分担研究の I-4)で示したように要介護者出現頻度と所得水準など社会階層との間には強い関連があることが、すでに多数報告されている。

以上のような先行研究の方法論に学び、本研究で用いる臨床評価の対象とする因子は、表 1 に示すような多次元からなるいわば CGA の枠組みを持った因子構成とした。全体で 6 因子-1) demographic data (基本属性)、2) health status (健康状態、生活習慣)、3) functional status (機能状態)、4) psychological/emotional well-being (心理的・情緒的因子)、5) social status (社会的因子)、6) environmental status (環境因子) で構成した。

【文献】

- 1) WHO: International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. WHO, 1980
- 2) Gallo JJ et al: Handbook of geriatric assessment, 岡本祐三監訳(編): 高齢者機能評価ハンドブック, 医学書院 1995
- 3) 岡本祐三: MDS-RAPS と「高齢者総合評価」(CGA): 医療と福祉の共通言語を目指して, 岡本祐三, 並河正晃, 藤本直規, 森山美知子(編): 高齢者医療福祉の新しい方法論-疾病診断から総合評価へ, pp 1-33, 医学書院 1998
- 4) Stuck EA, et al: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials.

- Lancet* **342**: 1032 -1036, 1993.
- 5) Stuck, Andreas E, et al: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* **48**: 445 -469, 1999.
- 6) Schulz, Richard et al : (編): Interventions research with older adults, *Annu. Rev. Gerontol. Geriatr*, Springer Publishing Company 1998
- 7) Challis, David et al : (編): Case management in community care(邦題 地域ケアにおけるケースマネジメント), 光生館 1986
- 8) Reinardy, James R: The use of multidimensional assessment instruments in community-based care. *Home Health Care Services Quarterly* **16**: 15 -34, 1998.

3. 各因子の測定尺度の選択過程

上記の CGA の構成因子ごとに、評価尺度を設定する必要がある。設定に当っては、以下の4点-①すでに信頼性や妥当性が検証されていること、②日本の文化に適合していること、③高齢者が記入することに配慮されていること、④調査項目が多くなるので、個々の尺度は極力簡便であること-を選択基準として、尺度を選択した。条件を満たす測定尺度が見あたらない場合には、上記の条件に近い尺度を参考に独自に開発した。

1) **demographic data** (基本属性) と **health status** (健康状態、生活習慣)
アメリカ合衆国では、人種が重要な因子として作用しているが、我が国の状況を考え割愛した。健康状態については、国民栄養調査の調査票などを参考にした。

2) **functional status** (機能状態)
視力や聴力障害、麻痺の有無、基本的 ADL などについては、訪問調査における基本調査 85 項目の結果を自治体から提供してもらい、それを使用することにした。

表 1 臨床的評価の因子構成と測定尺度

- 1) **demographic data** (基本属性)
年齢, 性別
- 2) **health status** (健康状態、生活習慣)
かかりつけ医の意見書, 85 項目中の「特別な医療」12 項目, 受診の有無, 病名, 歯の状態, 食生活, タバコ・アルコール, 運動習慣
- 3) **functional status** (機能状態)
視力・聴力障害, 麻痺の有無: 85 項目のものを利用, 寝たきり度 (自立度): 訪問調査の概況調査, 過去一年間の転倒の有無と場所, ADL: 入浴, 排泄, 歩行など, 85 項目のものを利用, IADL: 都老研式老人活動能力尺度, 家事, 外出機会の有無
- 4) **psychological/emotional well-being** (心理的・情緒的因子)
主観的健康度, 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準: 85 項目のものを利用, 問題行動・見当識・コミュニケーション 85 項目の認知・行動関連のものを利用, PGC モラルスケール・うつ尺度 (GDS), 介護負担感スケール:(介護者)
- 5) **social status** (社会的因子)
家族形態, 所得の額, 種類: 自治体の所得データ, 家庭での役割, **social network**: 人と出会う機会の頻度, **social support**: 得られる支援の内容と支援してくれる人 利用した福祉サービス: 訪問調査の概況調査, 福祉カルテの情報, 介護の質, 虐待
- 6) **environmental status** (環境因子)
住宅の所有形態・形態, 住宅の環境, 改造の有無

手段的 ADL (instrumental activities of daily living : IADL) の指標にはさまざまなものがある(江藤(1999)参照). Fillenbaum (1985) のものは信頼性が高いとされている(芳賀、1993)。しかし、高齢者が在宅で独立した生活を営む上で必要な能力を評価する IADL は万国共通の尺度ではない。前述の評価尺度にも「小切手の作成」など日本になじまない部分がある。日本でも 1980 年代半ばから IADL に関する調査や研究が行われるようになり、日本独自の IADL 評価尺度(老研式活動能力指標など)もある。

老研式活動能力指標は Lawton の活動能力についての考え方に基づいて、古谷野ら(1987)が開発した尺度である。手段的自立だけでなく、知的能動性、社会的役割についても評価できる。高齢者調査では、①日本で開発された尺度なので日本の生活様式にあってること、②IADL の段階が区分できることから老研式活動能力指標を用いることにした。

3) psychological / emotional well-being (心理的・情緒的因子),

いわゆる主観的 QOL と呼ばれるものである。Lawton は老年学の QOL を①生活機能や行為・行動の健全性、②生活の質への認知、③居住環境、④主観的幸福感の4つの側面から考えている。①については先に述べた IADL、③については後述する環境因子で述べる。ここでは②に相当する主観的健康度、④に対応する主観的幸福感、抑うつ状態について見ていく。

①【主観的健康度】

健康指標には、個人の健康に関する情報に基づいて作成される直接的健康指標と個人の健康に影響を及ぼす健康環境に関する情報からなる間接的健康指標の2種類がある。直接的指標には死亡や病気する負の健康指標と健康感や体力・活動能力など健康そのものを評価しようとする正の健康指標がある。さらに、この正・負の健康指標は測定の方法によって主観的な健康指標と客観的な健康指標に分けることができる。古くから用いられてきたのは負の客観的な指標であるが、芳賀(1993)

は年齢とともに身体的・生理的機能が低下する老年期に負の指標はなじまないことを指摘している。

健康度自己評価に関する本格的な研究は、米国 Duke 大学の Maddox によって 1960 年代に始められた。日本では 1980 年代の中頃から健康度自己評価に関する論文が発表され始めた(芳賀、1993)。現在では、健康度自己評価が病気の既往や身体活動性といった客観的な健康状態と相関すること、モラールや不安などの心理的要因とも密接に関連していること(芳賀ら、1984)が知られている。また、健康度自己評価が低い高齢者のその後の死亡リスクが有意に高いという結果も得られており(藤田・篠野、1990; 芳賀ら、1991)、客観的な健康度以上に重要な指標となっている。

健康度自己評価の測定方法は「あなたは、ふだんご自分で健康だと思いますか」といったような質問に対して、あらかじめ用意した選択肢の中からあてはまる健康状態を選んでもらう方法が一般的である。新たな健康指標作成の試みもあるが、今回の調査では短時間で回答できるようにこの設問の仕方での測定することとした。

②【主観的幸福感】

幸福な老いの定義についての議論は盛んに行われてきた。この問題については決着がつかないと言いがたいが、「老年学においては、幸福な老いの定義をめぐる抽象的な議論にかえて、モラールや生活満足度などの操作的概念を導入して幸福な老いの程度を測定し、その規定要因(正確には関連要因)の分析を行うという方法で、研究が進められてきた(古谷野、1993)」という経緯がある。ここでも主観的幸福感の定義については議論せず、主観的幸福感の測定方法そのものについて吟味する。

主観的幸福感を測定しようという最初の試みはシカゴ大学の心理学グループが開発した態度尺度 (Attitude Inventory) で、これにカットナー・モラールスケールが続いたが、これらの尺度は現在ではあまり使用されていない(古谷野、1993)。現在よく使用されているのは Neugarten ら(1961)の生活満足

尺度 A と Lawton (1975) の PGC モラールスケールであろう。

生活満足尺度は「一致」「気分」「生活への熱意」という3つの下位尺度からなり、PGC モラールスケールは「老いについての態度」「心理的動揺」「不満足感」という3つの下位尺度からなる。日本ではこの2つの尺度を参考に生活満足尺度 K が作成されているが、国際比較をする場合には、生活満足尺度 A、あるいは PGC モラールスケールがよいといえよう。この2つの尺度については古谷野 (1996) が総括している。生活満足尺度 A は多くの研究者によって改訂作業が繰返されていたが、「生活満足度」の測度としての妥当性が懸念される。これに対し、PGC モラールスケールは3つの下位尺度が安定しており、日本の高齢者でも高い信頼性が得られているという。つまり、2つの中では PGC モラールスケールの方がよい尺度ということになる。

Larson (1978) はアメリカの老人を対象とした研究をレビューし、健康度、経済的地位、社会的活動が主観的幸福感に影響を与えていることを示している。日本でも同じ傾向が得られており、最近では主観的幸福感の要因分析の研究だけでなく、主観的幸福感を結果変数として使用することも多くなっている(古谷野、1993)という。主観的幸福感を政策評価の outcome として使用することが可能だということになる。

③【抑うつ状態】

高齢者におけるうつ病、抑うつ症状の頻度は高く、欧米の調査では10%前後と見られている。日本における報告は少ないが、高齢者の QOL について考える上で重要な因子である。

うつについての評価尺度は数多くある。高橋 (1999) によれば、SDS、BDI、GDS の3つが代表的な評価尺度で、これ以外に CES-D という多人数からなる集団の疫学的研究を目的とした特殊な尺度があるという。3つの尺度はいずれも高齢者を対象に使用できるが、SDS と BDI は個人の評価に使用する場合、信頼度が低いという問題点が指摘されている。したがって、GDS が「もっともよいうつ評価スケール(高橋、1999)」という

ことになる。今回は高齢者を対象とするため、高齢者用の評価スケールで、出現率などの国際比較も可能な GDS を使用する。

主観的幸福感とうつ評価スケールをあわせて実施する場合、質問項目の重複という問題がある。たとえば、PGC モラールスケールと GDS にはよく似た項目がある。どちらの尺度も単独の尺度としては評価が高いものである。そこで、来年度は2つの尺度を合成して1つの尺度が作成できるかどうかについても検討する。

【文献】

江藤文夫 1999 IADL の評価法. 小澤利男・江藤文夫・高橋龍太郎編著『高齢者の生活機能評価ガイドブック』(医歯薬出版株式会社)

Fillenbaum, G.G. 1985 Screening the elderly: A brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33, 698-706.

藤田利治・旗野脩一 1990 地域老人の健康度自己評価の関連要因とその2年間の死亡. *社会老年学*, 31, 43-51.

芳賀博・七田恵子・永井晴美・須山靖男・竹野下訓子・松崎俊久・古谷野亘・柴田博 1984 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. *社会老年学*, 20, 15-23.

芳賀博・柴田博・上野満雄・永井晴美・安村誠司・須山靖男・松崎俊久・鈴木一夫・岩崎清・澤口進 1991 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. *日本公衆衛生雑誌*, 38, 783-789.

芳賀博 1993 II-第2章 健康度と老化の指標. 柴田博・芳賀博・長田久雄・古谷野亘編著『老年学入門』(川島書店)

古谷野亘・柴田博・中里克治・芳賀博・須山靖男 1987 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 34, 109-114.

古谷野亘 1993 IV-第5章 老後の幸福感とサクセスフル・エイジング. 柴田博・芳賀博・長田久雄・古谷野亘編著『老年学入門』(川島書店)

古谷野亘 1996 QOL などを測定するための測度(2). *老年精神医学雑誌*, 7, 431-441.

Larson, R. 1978 Thirty years of

research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.

Lawton, M.P. 1972 The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Newgarten, B.L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. 1961 The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.

高橋龍太郎 1999 精神機能評価法うつ病のスクリーニング. 小澤利男・江藤文夫・高橋龍太郎編著『高齢者の生活機能評価ガイドブック』(医歯薬出版株式会社)

(IADLの項目以降ここまで、久世淳子氏の協力を得た)

④【介護負担感】

(i) 介護負担感に関する文献レビュー

介護負担の評価尺度の開発や要因の探索に関する研究は、アメリカの社会学の領域で、1970年代後半から始まった。痴呆性老人の家庭介護に伴う負担感に関する研究で先駆的な役割を果たしたのが、Zaritらである。29項目からなる「負担感尺度(1980)1」を開発した。この尺度は、負担感を「障害を持つ高齢者のケアを『負担』と感じるようになる介護者の感情」とし、それらを介護者の健康、心理的安定、経済的状況、社会生活、要介護者との人間関係の項目から明確化することを意図したものである。その後13項目に減らされ数多く用いられている。「客観的負担」「主観的負担」の区別が曖昧という批判がある。

その後もいくつか評価尺度は開発されているが、いずれも負担を「心理的圧迫と社会、経済的困難」と定義している。日本でも中谷らがこの定義を受け継いで12項目の尺度を開発した2)。不安や疲労としての負担感や社会活動の制約からくる負担感などを問う「主観的負担感」に関する10項目と「介護の継続意志」に関する2項目で、これは、肯定的介護の評価である。

一方、Lazarus ストレス認知理論を基礎にしたモデルや負担尺度として Lawton(1991)3) や Pearlin (1990)4)、日本では新名(1989)がある5)。Lawton は、Zarit(1980)

以来介護の否定的影響のみが検討されてきたが、介護者の認識は「介護負担」だけにとどまらない、介護の満足感など肯定的影響も含めて評価する必要性を明らかにしている。新名らによる介護負担感尺度は、9つのカテゴリーからなる28項目の質問項目で構成されている。その内訳は、日常生活の援助(5)、痴呆の症状への対応(8)、将来の心配(3)、家族・親族間のトラブル(4)、個人的・社会的活動の拘束(3)、身体的健康の問題(1)、精神的健康の問題(1)、経済的コスト(1)、社会的サポート(2)である。また、和気は、新名らの尺度から5カテゴリー8項目を抜粋して用いている6)。8項目は、介護による身体的不調、精神的不調、就労制限、家事の制約、外出制限、時間の拘束、家族の軋轢、経済負担である。

その他には、介護負担の末期的段階に着目し、介護バーンアウトの概念を尺度化した中谷の研究7)や、介護者が問題に取り組む主体的な姿勢を評価する和気が開発した家族介護者対処スタイル測定尺度がある8)。

(ii) 選択した評価尺度と選択理由

今回は、これらの負担感尺度の中から、中谷らの介護負担感スケール12項目を選択し、介護に伴う経済的負担と、家族・親族間の意見の相違を問う設問を追加したものを用いた。また、全体としての介護負担感を明らかにするために、「1.大変だとは全く思わない」から「7.非常に大変だと思う」の7段階からなるスケールも同時に用いる。

選択理由は、レビューで見た介護スケールに共通して見られる「介護による身体的不調」、「精神的負担」、「家事の制約」、「自由時間や社会活動の制約」が含まれていること、「介護からの解放欲求」の有無や「介護継続意志」を問うことで、今後の方向性や介護の肯定的側面を測る尺度が含まれているからである。しかし、経済的側面と介護の支援者の有無や親族間の人間関係についての項目が含まれていないので追加した。

さらに、今回は、主介護者のストレスを介護者のみに適用可能な介護負担感尺度で測定するのみではなく、うつ尺度(GDS)、PGCモラールスケール等の一般にも適用可能な尺度によっても測定する。杉原は従来の介護者のストレスに関する研究は、で後述する二

つの立場があるとし、両方の側面から従来汎用されてきた尺度を用いて研究している9)。

①介護負担感や介護満足感、在宅介護継続意志のような介護場面において介護者のみに適応可能な変数をストレスの指標にする立場、

②抑うつ、不安、生活満足感のような一般集団においても適用可能な変数を指標とする立場である。これは、介護者の生活において介護のみが独立して経験されるのではない。そのため、一般集団においても適応可能な指標を併用することで、介護が介護者の生活全体にどのような影響を与えているか、介護以外の要因によって負担感が影響を受けているかを知る一助となる。両方の側面から研究することで、より要因間の関連が明らかになり、より介護者の特性に応じた支援の在り方等が明らかになるのではないかと考えた。このような理由から今回は、介護負担感を介護負担感スケール(中谷ら)、全般的介護負担感スケール(7段階)、うつ尺度、PGCから分析する。

【文献】

- 1) Zarit.S.H.Reeever&Back-Peterson,j:Relative of the impaired elderly :correlates of feelings of burden, The Gerontologist, 20, p649-655, 1980.
- 2) 中谷陽明、東条光雅：家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析, 老年社会学, 29, P27-36,1988.
- 3) Lawton, M.P. : A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being
Journal of Gerontology : Psychological Sciences 46(4), 181-189, 1991.
- 4) Pealin,L.I :Caregiving and stress process : an.overview of concepts and their measures, The Gerontologist 30, 583-594,1990.
- 5) 新名理恵、矢富直美他：痴呆性老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究, 東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書；老人 性痴呆の基礎と臨床, 131-144,1989.
- 6) 東京都老人総合研究所社会福祉部門編：

高齢者の家族介護と介護サービスニーズ, 光生館, P108-186, 1996

- 7) 中谷陽明：在宅障害老人を介護する家族の“燃え尽き” Maslach Burnout Inventory 適用の試み, 老年社会学, 36, P15-26,1992.
- 8) 和気純子：高齢者を介護する家族, 川島書店, P73, 1998.
- 9) 杉原陽子、杉原秀博、中谷陽明、柴田博：在宅要介護老人の主介護者の介護期間の影響. 日本公衛誌, 45(4), 320-335, 1998. (介護負担評価尺度については樋口京子氏の協力を得た)

4) social status (社会的因子)

所得、職業歴、教育歴など社会階層は、要介護状態の危険因子として、I-4)で見たように欧米では報告されているため、評価尺度に加えることにした。これらの多くは、自治体がすでに福祉カルテの形で持っていた情報を活用することにした。

家族形態や家庭での役割は、social network(人と出会う機会の頻度など), social support(得られる支援の内容と支援してくれる人)などに関連するため、評価項目に入れた。その他の評価項目について以下に述べる。

④【ソーシャルネットワーク・ソーシャルサポート】

() ソーシャルネットワークとソーシャルサポートの概念

ソーシャルネットワーク(社会的ネットワーク)は、対人関係の構造的側面に、ソーシャルサポート(社会的支援)は、対人関係の機能的側面に着目する概念である。ただし、ソーシャルサポートは、機能的側面を全て扱うのではなく、支援的役割(または援助という機能)に注目する(1,2)。ソーシャルネットワークの構造には、社会活動への参加度、家族や近隣など存在の有無や人数、交流頻度(人と出会う機会の頻度)などがある。ソーシャルサポートの要素には、得られる支援の内容(情緒的・手段的)、支援が期待できるサポート源(家族・友人・近隣・保健婦・ヘルパー

など)、種類(公的・私的)、方向性(受領・提供)などがある。

() ソーシャルネットワークとソーシャルサポートに関する文献レビュー

ソーシャルネットワークとソーシャルサポートは、高齢者の社会関係や対人関係の側面から、高齢者のQOLを客観的に測定する指標として用いられている 3)。これらが、主観的幸福感や健康に及ぼす影響が注目され、1970年代からアメリカを中心に多くの研究が蓄積されてきた。

ソーシャルネットワークとソーシャルサポートは別々の概念であるが、混同されて用いられることが多い。その主な理由は、ネットワークのあるところにサポートが生まれ、サポートによってネットワークが一層築かれるというような相互に複雑な関係を持つためである 2)。検討するにあたっては、これらの概念を混同せず、区別を明確にして検討することが重要になる 4)。

(a) ソーシャルネットワークについて

アメリカでの1980年代の高齢者のソーシャルネットワークに関する研究は、年齢・学歴・階層・民族などによる差異に関する基本的な知見を整理することが中心であった。その過程の中で、ネットワークを社会的孤立との関連で問題としていた段階から、ストレスの緩衝効果や主観的幸福感に及ぼす影響に注目するようになった。高齢者の健康に非常に大きなかわりを持つという認識が変わり、ネットワークと死亡に関する大規模なコホート研究が数多く行われている。これらの研究結果の一致した見解として「配偶者があること」、「友人、親戚などとの接触頻度が高いこと」、「地域社会の活動への参加が活発なこと」が、早期死亡率の低下や主観的幸福感の高さなどに関連していることがあげられている 5)。

日本の高齢者の場合、ネットワークは性別によって大きく異なる。女性のほうが男性に比べ、多方面により柔軟なネットワークを持つ。男性の場合は、配偶者へ依存している傾向にある。配偶者や子供との関係の影響が大きく、友人や近隣関係は主観的幸福感などの

主観的QOLには、影響をほとんど及ぼさないという結果が多い。そのため、日本の場合、ネットワークについては性別による違いを踏まえ、配偶者との関係を軸に実証的研究を蓄積する必要があるといわれている 6)。

一方、介護者を対象とした研究では、介護者が自由時間や社会参加をする時間を持つことで介護負担感は軽減するという報告が多い 7)。また、高齢者夫婦世帯における男性の介護者では、社会参加や社会関係が希薄であることから、抑うつ の得点が高いという結果がある 8,9)。現在は少数であるが、今後、独居世帯や男性の介護者は増加すると予想される。これらの人々もつネットワークの特性を考慮して、地域で支えるシステムを構築していくのが課題となる。

(b) ソーシャルサポートについて

ソーシャルサポートの研究は、1970年代の初期の段階から、情緒的サポートと手段的サポートを共通の支援内容としてあげている 2)。情緒的サポートとは、悩み事の相談や元気づけてくれる人の存在などの感情や情緒に関する内容のサポートである。手段的サポートとは、留守番や実際の介護などの世話を手伝ってくれる人の存在に関する内容のサポートである。

これらを具体的に測定する場合において、次の3つを区別して考えることが必要であるといわれている 2,3)。①サポートが受けられると感じる主観的な見込みはどうか(予期、入手可能性)、②実際にサポートが行われたか(実績)、③サポートを受けたことに対する満足感はどうか(評価)。健康な高齢者に問う場合は、「受領可能性の認知」を測定することになる。また、すでにサポートを受けた経験がある人の場合は、予期の内容で問う場合も受けた経験の影響を受ける。分析する場合は「見込み」と「実績」と「評価」について慎重に配慮することが必要となる。

また、ソーシャルサポートは従来ポジティブなサポートであり、個人にとって望ましいもの、何らかのニーズを満たすものと考えられてきた。1987年頃より、個人にとって望ましくない側面にも注意が払われるようになり、1990年 Antonucci によってネガティブサポ