

表1 保健・福祉関連データベースの主要内容

サブシステム	データフィールド
1. 要介護度認定結果	家族・介護の状況と負担、寝たきり度判定基準、健康状態、痴呆と精神症状・行動障害、経済・収入状況、希望サービス、家事及びIADL、居住環境、主治医意見書など要介護者と介護に関わるデータなど
	テーブル数 3 フィールド数 167*3
2. 国民年金	年金記号、年金番号、資格区分、種別コード、保険料区分、免除区分、免除理由、免除該当年月、免除消滅年月年度内資格区分、資格状況、収納状況、収納累計額などの資格と収納に関わるデータなど
	テーブル数 3 フィールド数 8+10+6
3. 国民健康保険	国保番号、履歴番号、次出力履歴番号、世帯区分、世帯退職区分、世帯得喪区分、被保険者数、国保世帯主個人番号、国保続柄、資格得喪区分、資格区分、扶養者区分、課非区分、公的年金収入額、公的年金所得額、総所得額、被保険者数、賦課合計額など国保と収入に関わるデータ
	テーブル数 3 フィールド数 10+8+10
4. 高齢者一般・要援護者調査	健康状況、保健・福祉サービスの利用状況・利用希望、給食サービス、生きがいなどアンケート調査票に基づくデータなど
	テーブル数 3 フィールド数 207+103*2
5. 国保レセプト情報	国保関連のレセプト情報
	テーブル数 1 フィールド数 32
6. 介護保険給付実績	介護保険関連のレセプトデータを個人で集約して加工したもの 各サービスの実日数、各サービスの点数など
	テーブル数 1 フィールド数 91
7. 介護負担感調査	基本属性、健康状態・生活習慣、機能状態、心理的・情緒的因子、社会的因子、環境因子など
	テーブル数 2 フィールド数 93*2
8. その他（福祉カルテ・介護保険レセプトデータなど）	健康状態、居住環境、家族・介護の状況、経済収入の状況、ケアプランなど
	テーブル数 52
9. 住民基本台帳（含：外国人登録）	個人番号、世帯番号、性別、続柄、生年月日、住民区分、住民でなくなった異動日、住民でなくなった異動事由など
	テーブル数 3 フィールド数 19*3

3. 今後の展望

政策評価に必要なデータの整備をほぼ終了した段階である。別の項で述べるように、評価尺度の開発、介護保険制度の介護負担感や家計への影響などを検討した。このデータベースを利用しながら、多様な評価分析が可能であることを示唆している。特に、経済評価の対象項目として考えられることは、以下のとおりである。

- ① 介護保険制度の行財政に与える影響
- ② 介護予防政策の経済評価（軽度要介護者を対象とした予防介護政策の評価）

- ③ 介護地獄解消政策の経済評価（重度要介護者を対象とした上乘せ施策の評価）
- ④ 低利用者対策の経済効果
- ⑤ 高福祉・高負担政策の経済評価（介護保険料の高い高浜市施策の評価）

上記の研究項目を共同研究の形で推進していくためには、現在のスタンドアローンで動作するデータベースではなく、複数の関係者がインターネット回線を介し、セキュリティに配慮しながらクライアント・サーバー型の同一データベースを利用した方が効果は大きい。

今後、政策評価を実施する上で上記のデータベース形態の問題の他に、いくつかの課題が明らかとなった。第一に、データ再利用時におけるデータの信頼性とデータの欠落の問題である。そもそもデータを再利用することを福祉現場における情報システムの目的としていないため、現場では最低限度の運用のための入力にとどまる、あるいは欠落につながる。現場でのシステム運用開始時からデータの精度を上げることや、欠落を防ぐ手立てが望まれる。第二に、政策評価を行うために収集するデータの形式や種類が、政策評価の目的のために作成されたものでないため、収集や加工に膨大な時間を必要とすることである。自治体内でその目的のデータベースの重要性に対する認識を高めるとともに、あわせて民間に比べて遅れがちな情報化のスピードをアップする必要がある。第三に、自治体間の横断的な比較ができるような枠組みづくりが必要である。国や県が政策評価において収集すべきデータにおける最低限度の指針を作成することである。例えば、自治体の決算書中の支出項目に抽象的なものが散見され、費目名から具体的な支出対象を特定することが非常に難しい。最も詳細な分類である「目」でも、サービス毎の分類はされておらず、政策評価のためには新たな分類項目を構築する必要がある。第四に、構築した福祉・保健総合データベースを利用して、介護予防などに関わりの大きい指標の同定を行い、サービス（部門）へ反映できる評価結果を得る必要がある。分析結果は高浜市だけでなく、全国の自治体に実証的な根拠を示すことが可能となる。第五に、介護保険法では3年ごとに市町村介護保険事業計画を定めることを義務づけている。これは市町村にサービス毎の給付必要量の予測と供給量確保の方策を計画することを意味し、サービスの過不足や費用対効果を検討し、「今後のニーズにあった介護予防サービスとは何か?」「財政逼迫の状況の中で効果的な施策やサービスをどう提供するか?」といった意志決定を行う必要がある。こうしたサービスの適正化のために、政策評価やベンチマーク設定は大きな意義があるが、評価の前提情報、評価結果はサービス選択の情報とともに順次開示される仕組みが必要となろう。

<参考文献>

- 1) 長倉真寿美, 宮崎芳紀;「介護関係総費用統計整備に期待する」, 月刊福祉, 2000年1月, p. 110-113
- 2) 後藤順久;「福祉情報活用法 ～介護保険制度と連携して～」, 一誠社, 2000年11月

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発

分担研究者 久世 淳子 日本福祉大学情報社会科学部助教授

研究要旨 介護保険政策の効果を測定する評価尺度開発の一環として、心理・情緒的因子を測定するための QOL 指標の開発と、昨年度に引き続く介護負担感尺度の作成・検討を行った。QOL 指標の開発手法としては、これまで高齢者を対象とした研究によく用いられてきた PGC モラールスケールと GDS を合成し、新たな尺度を作成することとした。この QOL 指標の開発には 2 自治体で行われた高齢者一般調査データを用い、介護負担感尺度の検討には 2 自治体で行われた介護保険導入前・後の 2 時点の介護者調査データを用いた。

その結果、「主観的満足度」、「心理的安定」、「むなしさ」、「活力」という 4 つの下位尺度からなる QOL 指標を作成することができた。この 4 つの下位尺度は、介護者調査データを用いた分析でも確認された。また、NFU 版介護負担感尺度に関しては、信頼性・妥当性・再現性が高く、昨年度と同じ 3 つの下位尺度（「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」）からなっていることが確認された。

A. 研究目的

介護保険政策の効果を測定するための評価尺度を開発する。今年度は、①心理・情緒的因子を測定するための QOL 指標の開発と②昨年度作成した介護負担感尺度の再検討を行う。

B. 研究対象および方法

対象は、愛知県下の 2 つの単独自治体 A 市、B 町（人口規模が約 4 万人、高齢人口比率が 12-14% と類似）に在住する高齢者（高齢者一般調査）、と介護保険を申請した要介護高齢者を主に介護している介護者（介護者調査）である。

高齢者一般調査の対象者は、A 市 5548 人、B 町 4494 人であった。郵送法で実施され、回収率は A 市 62.5%、B 町 72.0% である。調査内容は、基本属性、健康状態、機能因子、心理・

情緒的因子、社会的因子、環境因子である。

介護者調査の対象は、A 市と B 町で要介護認定のための訪問調査を在宅で受けた介護者である。回答は留め置き郵送返送方式で集められ、介護保険導入前の 1999 年度後期には 405 人、導入後の 2000 年度後期には 221 名からの回答があった。調査内容は、介護負担感以外に高齢者一般調査と同じで、介護負担感、健康状態、心理・情緒的因子、社会的因子、保険・福祉サービスの利用状況と満足度であった。

C. 結果と考察

①QOL 指標の開発

QOL 指標の開発手法としては、これまで高齢者を対象とした研究によく用いられてきた PGC モラールスケールと GDS を合成し、新たな尺度を作成することとした。

・高齢者一般調査

A市とB町の高齢者一般調査を用いて因子分析を行ったところ、いずれの自治体でも4つの因子が抽出された。

各因子に負荷が大きかった項目を上から5つ選び、下位尺度の項目とした。2自治体の結果を比較したところ、同じ項目が選ばれていることがわかった。そこで、それらの項目を用いて、各自治体における下位尺度の信頼性係数を求めた。A市の主観的満足度尺度では $\alpha = .70$ 、心理的安定尺度では $\alpha = .74$ 、むなしさ尺度では $\alpha = .79$ 、活力尺度では $\alpha = .64$ であった。また、B町では、主観的満足度尺度が $\alpha = .68$ 、心理的安定尺度が $\alpha = .73$ 、むなしさ尺度が $\alpha = .79$ 、活力尺度が $\alpha = .66$ であった。したがって、このQOL指標を用いて、今後の検討を進めていくことができると考えられる。

・介護者調査

介護者調査では、PGC モラールスケールとGDSを合わせて尋ねている。PGC モラールスケールとしては11項目の短縮版を用いており、それに加えてPGC モラールスケールとGDSで類似した2項目を減らした計24項目を使用した。24項目を因子分析したところ、因子負荷量が高い項目は多少異なっているが、介護保険導入前・後のいずれのデータでも、4因子が抽出された。導入前では、第1因子が「主観的満足度」因子、第2因子が「むなしさ」因子、第3因子が「心理的安定」因子、第4因子が「活力」因子であると解釈できる。介護保険導入後の結果では、第1因子が「心理的安定」因子、第2因子が「むなしさ」因子、第3因子が「活力」因子、第4因子が「主観的満足度」因子と解釈できる。つまり、一般高齢者を対象とした調査と同じ4つの因子が抽出されたと考えることができる。今後はこの尺度を用いて、介護者

のQOLを測定することが可能であろう。

②NFU版介護負担感尺度についての再検討

NFU版介護負担感尺度の信頼性と妥当性を検討するため、得点が高いほど負担感が大きくなるように得点化し、介護保険導入前・後で信頼性係数を求めた。介護保険導入前では $\alpha = .80$ 、導入後では $\alpha = .82$ であった。

次に、14項目の介護負担感尺度の妥当性を検討した。介護者調査では、介護者の全体的負担感（全体的大変さ）を測定するために、「全体として、お世話することがどの程度大変だと思いますか」という項目がある。この全体的負担感を用いて、NFU版介護負担感尺度の妥当性を検討することができる。全体的負担感と介護負担感尺度を構成する14項目の総和との相関を求めた。2つの負担感の相関は、介護保険導入前では $r = .66$ 、導入後では $r = .73$ であった。

また、NFU版介護負担感尺度の下位尺度についても検討した。介護保険導入前・後のデータを因子分析したところ、昨年度と同じ「主観的負担感」、「介護の継続意思」、「世間体」の3つの因子が抽出された。

これらの結果と昨年度の結果から、NFU版介護負担感尺度の信頼性・妥当性・異なる自治体と異なる2時点での再現性が確認されたことになる。したがって、このNFU版介護負担感尺度を用いれば、介護者の負担感を3つの側面から測定することが可能であると考えられる。

D. 結論

心理・情緒的因子を測定するためのQOL指標作成とNFU版介護負担感尺度を作成した。これらの尺度、とくに介護負担感尺度については、信頼性・妥当性・再現性が確認されており、介護保険政策の効果を測定する評価尺度の1つとして使用することができると考えられる。

第2節 介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発

分担研究者 久世 淳子 日本福祉大学情報社会科学部助教授

1. 介護保険政策の効果を測定するための評価尺度の開発

2000年度の報告書にあるように、本研究では、介護保険導入前の1999年度後期に①一般高齢者調査、②要介護者調査、③介護者調査を実施した(樋口報告参照)。②と③については、2000年度後期に介護保険導入後の調査を行い、縦断研究が可能となっている(第2部 第2章参照)。本章では、これらの調査データを用いて、介護保険政策の効果を測定するための評価尺度を作成する。

本研究の臨床評価の枠組には、1999年度の報告書にあるように、①基本属性、②健康状態・生活習慣、③機能状態、④心理・情緒的因子、⑤社会的因子、⑥環境因子の6つの因子を用いている(近藤報告参照)。ここでは、④心理・情緒的因子に含まれる主観的幸福感、抑うつ状態、介護負担感を測定する評価尺度について検討する。尺度選択の経緯は1999年度報告書に詳しいが、主観的幸福感を測定する尺度としてPGCモラールスケールを、抑うつ状態の尺度としてGDSを用いている。この2つの尺度には似た項目が含まれているため、2つの尺度を合成して新たなQOL指標を作成することが第1の課題である。介護負担感に関しては、2000年度の報告書にあるように、介護保険導入前のデータを用いてNFU版介護負担感尺度作成を試みている(久世報告参照)。したがって、ここでは介護保険導入後のデータを用いて、信頼性・妥当性に加えて下位尺度の安定性を検討することが第2の課題となる。

<1> QOL指標の開発

(1) 目的

もともと、PGCモラールスケールは「楽天的」「心理的安定」「健康観」「老化に対する態度」の4因子からなることが知られており、GDSは1因子のうつの尺度である。このPGCモラールスケールとGDSを合成してQOL指標を作成する。

(2) 調査の対象および方法

①高齢者一般調査と③介護者調査のデータを用いて分析する。高齢者一般調査は自治体ごとに分けて分析するが、介護者調査は2自治体のデータを合わせて介護保険導入前・後のデータを比較する。

(3) 結果と考察

1) 高齢者一般調査の結果

高齢者一般調査では、A市・B町ともに4因子が抽出された(表1・2)。A市では、第1因子は「主観的満足度」因子と解釈され、PGCモラールスケールとGDSの項目が含まれている。第2因子は「心理的安定」因子と解釈され、同じくPGCモラールスケールの尺度から構成されている。第3因子は「むなしさ」因子で、おもにGDSの尺度から構成されている。第4因子は「活力」因子で、PGCモラールスケールとGDSの項目からなる。これに対し、B町では、

第1因子が「心理的安定」、第2因子が「主観的満足度」、第3因子が「むなしさ」、第4因子が「活力」である。2つの自治体では同じ4つの因子が抽出されており、この4つの下位尺度からなるQOL尺度を作成することができると考えられる。

そこで、各因子に負荷が大きかった項目を上から5つ選び、下位尺度の項目とした。2自治体の結果を比較したところ、同じ項目が選ばれていることがわかった。そこで、それらの項目を用いて、各自治体における下位尺度の信頼性係数を求めた。A市の主観的満足度尺度 (PGC1, PGC5, PGC10, GDS7, GDS11) では $\alpha = .70$ 、心理的安定尺度 (PGC4, PGC7, PGC12, PGC16, PGC17) では $\alpha = .74$ 、むなしさ尺度 (GDS3, GDS6, GDS11, GDS12, GDS14) では $\alpha = .79$ 、活力尺度 (PGC2, PGD6, GDS2, GDS10, GDS13) では $\alpha = .64$ であった。また、B町では、主観的満足度尺度が $\alpha = .68$ 、心理的安定尺度が $\alpha = .73$ 、むなしさ尺度が $\alpha = .79$ 、活力尺度が $\alpha = .66$ であった。したがって、このQOL指標を用いて、今後の検討を進めていくことができると考えられる。

表1 因子分析の結果(A市・高齢者一般調査)

	因子			
	主観的満足度	心理的安定	むなしさ	活力
PGC1今の生活に満足	.720	-.170	-.163	-9.13E-02
PGC2去年と同じくらい元気	.246	-.161	-.102	-.376
PGC3さびしいと感じる	-.219	.322	.187	.309
PGC4小さなことを気にする	-7.883E-02	.541	.104	.236
PGC5行き来に満足	.428	-9.388E-02	-.217	-.185
PGC6役に立つことが少ない	-2.767E-02	.187	3.545E-02	.509
PGC7眠れないことがある	-9.630E-02	.570	6.277E-02	.213
PGC8年をとるのはよい	.195	-8.853E-02	1.232E-02	-.282
PGC9生きていても仕方がない	-.181	.240	.561	.265
PGC10今のほうが幸せ	.433	-.114	-.110	-.210
PGC11悲しいことがある	-.378	.456	.222	.130
PGC12心配なことがある	-.394	.554	.122	7.085E-02
PGC13腹を立てることが多い	-.162	.344	.111	9.947E-02
PGC14生きることはきびしい	-.158	.392	6.189E-02	.203
PGC15人生は悪くなる	-.283	.352	.225	.277
PGC16物事を深刻に受けとる	-2.635E-02	.557	3.327E-02	2.735E-02
PGC17おろおろする	-2.266E-02	.527	.156	.159
GDS1今の生活に満足	.781	-.159	-.157	-6.35E-02
GDS2活動力・関心の低下	-.128	.134	.273	.497
GDS3生きているのがむなし	-.263	.237	.662	.219
GDS4退屈に思うことが多い	-.167	.175	.346	.381
GDS5気分がよい	.360	-.140	-.261	-.103
GDS6悪いことが起こりそう	-.317	.356	.288	7.720E-02
GDS7幸せなほうだと思う	.577	-.108	-.227	-3.67E-02
GDS8どうしようもないと思う	-.299	.352	.323	.207
GDS9家にいるほうが好き	4.618E-02	7.643E-02	.129	.284
GDS10物忘れが多い	-6.870E-02	.164	.130	.351
GDS11生きることはすばらしい	.416	-3.926E-02	-.480	-.226
GDS12生きていても仕方ない	-.298	.119	.662	.169
GDS13活力が満ちている	.243	-6.078E-02	-.171	-.516
GDS14希望がない	-.414	.178	.487	.229
GDS15裕福ではない	-.278	.232	8.691E-02	.150

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

表2 因子分析の結果(B町・高齢者一般調査)

	因子			
	心理的安定	主観的満足度	むなしさ	活力
PGC1今の生活に満足	-.161	.767	-.104	-9.698E-02
PGC2去年と同じくらい元気	-.214	.282	-9.186E-02	-.404
PGC3さびしいと感じる	.329	-.205	.212	.328
PGC4小さなことを気にする	.554	-.106	9.071E-02	.274
PGC5行き来に満足	-.101	.425	-.169	-.229
PGC6役に立つことが少ない	.184	-6.749E-02	3.577E-02	.482
PGC7眠れないことがある	.554	-7.201E-02	5.307E-02	.194
PGC8年をとるのはよい	-.107	.167	-8.960E-03	-.214
PGC9生きていても仕方がない	.266	-.132	.573	.279
PGC10今のほうが幸せ	-.142	.389	-.160	-.154
PGC11悲しいことがある	.502	-.288	.303	4.931E-02
PGC12心配なことがある	.586	-.299	.241	1.871E-03
PGC13腹を立てることが多い	.342	-.193	.104	9.800E-02
PGC14生きることはきびしい	.415	-.130	7.875E-02	.155
PGC15人生は悪くなる	.387	-.279	.221	.207
PGC16物事を深刻に受けとる	.555	-1.728E-02	3.478E-02	9.929E-02
PGC17おろおろする	.514	2.029E-03	6.539E-02	.211
GDS1今の生活に満足	-.179	.776	-.135	-3.705E-02
GDS2活動力・関心の低下	.149	-.106	.261	.515
GDS3生きているのがむなし	.224	-.192	.685	.280
GDS4退屈に思うことが多い	.146	-.144	.341	.397
GDS5気分がよい	-.127	.347	-.216	-.112
GDS6悪いことが起こりそう	.378	-.201	.333	.116
GDS7幸せなほうだと思ふ	-.116	.565	-.171	-7.512E-03
GDS8どうしようもないと思ふ	.396	-.275	.307	.191
GDS9家にいるほうが好き	5.038E-02	4.531E-02	9.325E-02	.302
GDS10物忘れが多い	.153	-4.615E-02	.158	.341
GDS11生きることはすばらしい	-2.979E-02	.394	-.433	-.223
GDS12生きていても仕方ない	.107	-.286	.659	.176
GDS13活力が満ちている	-.119	.222	-.143	-.523
GDS14希望がない	.239	-.355	.528	.196
GDS15裕福ではない	.257	-.198	.144	6.907E-02

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

2) 介護保険導入前・後の結果

次に、2自治体のデータを合わせた介護保険導入前後の介護者調査データを用いて、QOL指標を検討する。介護者調査では、PGCモラールスケールとGDSを合わせて尋ねている。PGCモラールスケールとしては11項目の短縮版を用いており、それに加えてPGCモラールスケールとGDSで類似した2項目を減らした計24項目を使用した。24項目を因子分析した結果は、次の表のようであった。表3が介護保険導入前のデータの結果で、表4が介護保険導入後のデータを用いた結果である。

因子負荷量が高い項目は多少異なっているが、介護保険導入前・後のいずれのデータでも、4因子が抽出された。介護保険導入前では、第1因子が「主観的満足度」因子、第2因子が「むなしさ」因子、第3因子が「心理的安定」因子、第4因子が「活力」因子であると解釈できる。

介護保険導入後の結果では、第1因子が「心理的安定」因子、第2因子が「むなしさ」因子、第3因子が「活力」因子、第4因子が「主観的満足度」因子と解釈できる。つまり、一般高齢者を対象とした調査と同じ4つの因子が抽出されたと考えることができる。今後はこの尺度を用いて、介護者のQOLを測定することも可能であろう。

表3 因子分析の結果(介護保険導入前・介護者調査)

	因子			
	主観的満足度	むなしさ	心理的安定	活力
PGC1・GDS1今の生活に満足	-.750	8.293E-02	-.121	3.179E-02
PGC2去年と同じくらい元気	-.492	-.108	-7.148E-02	-.178
PGC4小さなことを気にする	.288	.259	.235	3.331E-02
PGC6役に立つことが少ない	.103	.309	8.870E-03	.273
PGC7眼れないことがある	.282	5.998E-02	.377	.155
PGC9・GDS12生きていても仕方がない	.240	.544	.430	5.433E-02
PGC10今のほうが幸せ	-.599	-.138	-9.473E-02	-.269
PGC11悲しいことがある	.478	.206	.469	.101
PGC15人生は悪くなる	.471	.195	.287	.174
PGC16物事を深刻に受けとる	.259	5.292E-02	.744	5.129E-02
PGC17おろおろする	-3.493E-02	.231	.533	.192
GDS2活動力・関心の低下	9.916E-02	.608	5.925E-02	.184
GDS3生きているのがむなし	.155	.673	.428	3.316E-02
GDS4退屈に思うことが多い	6.768E-02	.651	6.847E-02	.110
GDS5気分がよい	-.419	-.224	-.270	-.282
GDS6悪いことが起こりそう	.327	.392	.375	.162
GDS7幸せなほうだと思う	-.660	-.235	-.203	-4.050E-02
GDS8どうしようもないと思う	.307	.472	.216	-2.495E-02
GDS9家にいるほうが好き	1.294E-02	5.955E-02	.172	.327
GDS10物忘れが多い	6.539E-02	.283	.108	.356
GDS11生きることはすばらしい	-.436	-.156	-.160	-.267
GDS13活力が満ちている	-.335	-1.540E-02	-2.146E-02	-.818
GDS14希望がない	.537	.571	7.260E-02	.179
GDS15裕福ではない	.552	.331	1.624E-02	-2.634E-02

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiserの正規化を伴うバリマックス法

(4) 結論

PGCモラルスケールとGDSから、新たに高齢者のQOL指標を作成した。この指標は「主観的満足度」「心理的安定」「むなしさ」「活力」という4つの下位尺度から成っており、4つの下位尺度に関しては介護者調査でも確認されている。

「主観的満足度」はPGCモラルスケール (PGC1, PGC5, PGC10) とGDS (GDS7, GDS11) の項目から成っており、「心理的安定」はもともとPGCモラルスケールの (PGC4, PGC7, PGC12, PGC16, PGC17) 下位尺度である。「むなしさ」は抑うつ傾向を示すの項目 (GDS3, GDS6, GDS11, GDS12, GDS14) から成っており、「活力」はPGCモラルスケール (PGC2, PGD6) とGDS (GDS 2, GDS10, GDS13) から成ることがわかった。今後は、この指標を用いて、高齢者、あるいは介護者のQOLを測定し、QOLに影響を及ぼす要因などについても検討することが可能となる。

表4 因子分析の結果(介護保険導入後・介護者調査)

	因子			
	心理的安定	むなしさ	活力	主観的満足度
PGC1・GDS1今の生活に満足	-.273	-1.070E-02	-.287	.452
PGC2去年と同じくらい元気	-.341	1.788E-02	-.443	5.766E-02
PGC4小さなことを気にする	.549	-6.852E-04	.306	-8.818E-02
PGC6役に立つことが少ない	8.737E-02	8.447E-02	.557	-.106
PGC7眠れないことがある	.535	-1.330E-03	.150	-.148
PGC9・GDS12生きていても仕方がない	.221	.677	.154	-.179
PGC10今のほうが幸せ	-1.366E-02	-.239	-.183	.527
PGC11悲しいことがある	.480	.251	.198	-.287
PGC15人生は悪くなる	.323	.215	.341	-.235
PGC16物事を深刻に受けとる	.488	.239	1.416E-02	1.747E-02
PGC17おろおろする	.490	.238	3.531E-02	2.033E-02
GDS2活動力・関心の低下	.144	.169	.474	-7.955E-02
GDS3生きているのがむなし	.285	.702	.250	-.150
GDS4退屈に思うことが多い	-7.072E-02	.321	.441	.241
GDS5気分がよい	-.496	-.124	1.093E-02	.345
GDS6悪いことが起こりそう	.352	9.539E-02	.417	-.112
GDS7幸せなほうだと思う	-.249	-8.061E-02	-6.101E-02	.515
GDS8どうしようもないと思う	.374	.381	.231	2.266E-02
GDS9家にいるほうが好き	1.549E-02	9.318E-02	.181	.358
GDS10物忘れが多い	.113	.166	.395	-7.843E-02
GDS11生きることはずばらしい	-9.279E-02	-.242	-.217	.526
GDS13活力が満ちている	-5.912E-02	-.220	-.264	.288
GDS14希望がない	.203	.673	.271	-.385
GDS15裕福ではない	-2.057E-02	.197	.319	-.280

因子抽出法: 主因子法
 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

< 2 > 介護負担感尺度の再検討

(1) 目的

ここでは、介護保険前後のデータを用いて、NFU版介護負担感尺度の下位尺度の安定性を検討する。

(2) 調査の対象および方法

③介護者調査を用いて、下位尺度の安定性を検討する。ここでも、前節と同じように、2自治体の介護保険導入前のデータと導入後のデータを用いる。

(3) 結果と考察

1) NFU版介護負担感尺度の信頼性・妥当性・再現性の検討

NFU版介護負担感尺度の信頼性と妥当性を検討する。中谷らの12項目に経済状態を問う1項目と家族・親族間の人間関係を問う1項目を加えた14項目に対する回答は4段階評定である。得点が高いほど負担感が大きくなるように得点化し、介護保険導入前・後で信頼性係数を求めた。介護保険導入前では $\alpha = .80$ 、導入後では $\alpha = .82$ であった。

次に、14項目の介護負担感尺度の妥当性を検討する。介護者調査では、介護者の全体的負担感(全体的大変さ)を測定するために、「全体として、お世話することがどの程度大変だと思

いますか」という項目がある。この全体的負担感を用いて、NFU版介護負担感尺度の妥当性を検討することができる。全体的負担感と介護負担感尺度を構成する14項目の総和との相関を求めた。2つの負担感の相関は、介護保険導入前では $r = .66$ 、導入後では $r = .73$ であった。

この結果と昨年度の結果から、NFU版介護負担感尺度の信頼性・妥当性・異なる自治体と異なる2時点での再現性が確認されたことになる。したがって、この介護負担感尺度を用いて、介護保険政策の効果を測定することが可能であろう。

2) NFU版介護負担感尺度の下位尺度の検討

ここでは、NFU版介護負担感尺度の下位尺度を検討する。介護保険導入前のデータを因子分析した結果が表5、導入後のデータの結果が表6である。いずれも3因子が抽出されており、それぞれ「主観的負担感」因子、「介護の継続意思」因子、「世間体因子」と解釈される。この3つの因子は従来の結果と一致しており、NFU版介護負担感尺度は3つの下位尺度からなるといえる。この3つの下位尺度は、異なる自治体と異なる時点でも抽出されており、安定しているといえる。

表5 因子分析の結果(介護保険導入前)

	成分		
	主観的負担感因子	介護の継続意思因子	世間体因子
1.世話はたいした重荷ではない	-3.312E-04	.306	.695
2.社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.673	.216	-.341
3.世話で、精神的にとても疲れてしまう	.801	9.535E-02	-.145
4.世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	-.113	.700	.184
5.病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.642	-.222	.124
6.世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.756	.189	-9.242E-02
7.世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.738	5.589E-02	-.110
8.世話をしていることで近所に気がねをしている	.503	-.123	.468
9.代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.670	-.177	3.604E-02
10.世話で精神的にはもう精いっぱい	.798	9.623E-02	-9.858E-02
11.自分が最期まで看てあげたいと思う	-.248	.724	-6.014E-02
12.世話をしていると、自分の健康のことが心配	.657	.261	-.149
13.世話のために、経済的負担が大きくて困る	.605	.137	.274
14.世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.564	-.275	.309

因子抽出法: 主成分分析

(4) 結論

前年度に引き続き、NFU版介護負担感尺度についての検討を行った。この尺度には「主観的負担感」「介護の継続意思」「世間体」の3つの下位尺度があり、その信頼性・妥当性・再現性が確認された。この3つの下位尺度を用いることにより、負担感の異なる側面を検討することが可能となる。つまり、負担感そのものの多さは項目を合計することによって算出され、下位尺度を用いることにより質的に異なる3つの側面についての検討が可能となるといえる。

表6 因子分析の結果(介護保険導入後)

	成分		
	主観的負担 感因子	介護の継続 意思因子	世間体因子
1.世話はたいした重荷ではない	.138	.323	.745
2.社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.733	.230	-5.497E-02
3.世話で、精神的にとっても疲れてしまう	.818	.216	-7.722E-02
4.世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	-9.511E-02	.774	-5.921E-02
5.病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.787	-.101	-.154
6.世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.742	.194	4.188E-02
7.世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.633	5.902E-03	6.997E-03
8.世話をしていることで近所に気がねをしている	.494	-.242	.510
9.代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.718	-.128	-.240
10.世話で精神的にはもう精いっぱい	.855	.108	-.153
11.自分が最期まで看てあげたいと思う	-.269	.693	.143
12.世話をしていると、自分の健康のことが心配	.597	.174	-.211
13.世話のために、経済的負担が大きくて困る	.509	2.313E-02	.202
14.世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.507	-.384	.384

因子抽出法: 主成分分析

<3> 介護負担感の因子構造の変化—年齢群別の検討—

(1) 目的

NFU版介護負担感尺度には3つの下位尺度が存在し、その安定性も確認されている。そこで、本節ではNFU版介護負担感尺度を用いて、介護保険導入前後の介護負担感を年齢別に比較し、その因子構造を検討する。

(2) 調査の対象および方法

②介護者調査を用いて、NFU版介護負担感尺度の因子構造を検討する。以下の分析は、年齢により対象者を65歳未満群(若年群)と65歳以上群(高齢群)の2群に分けて行った。介護保険導入前の若年群は254名、高齢群は136名で、介護保険導入後の若年群は131名、高齢群は77名である。

(3) 結果と考察

1) 介護保険導入前データの因子構造

年齢群ごとに、介護保険前の14項目のNFU版介護者負担感尺度に対する回答を因子分析した結果が表7と8である。年齢群ごとに3因子を抽出し、それぞれの寄与率は若年群では第1因子が33.7、第2因子が13.2、第3因子が9.4で、高齢群では順に30.0、14.8、9.0であった。

若年群では、第1因子が主観的負担感因子、第2因子が介護の継続意思因子、第3因子が世間体因子である。高齢群では、第1因子が主観的負担感因子、第2因子が世間体因子、第3因子が介護の継続意思因子である。いずれの群でも、「主観的負担感」「介護の継続意思」「世間体」という3つの因子が確認されている。しかしながら、若年群と高齢群では世間体因子を構成する項目が異なっている。若年群では因子負荷量が高い項目は「1.世話はたいした重荷ではない」「8.世話をしていることで近所に気がねをしている」「13.世話のために、経済的負担が大きくて困る」であるが、高齢群では「1.世話はたいした重荷ではない」「8.世話をしていることで近所に気がねをしている」「14.世話のことで、家族・親族と意見があわなくて

困る」である。介護保険導入前の段階において、若年群では経済的な問題が世間体に関わっており、高齢群では家族・親族間の人間関係が世間体に関わっていたといえる。

表 7. 因子分析の結果(介護保険前・65 歳未満)

	成分		
	1	2	3
1. 世話はたいした重荷ではない	-.140	-.262	.736
2. 社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.759	3.366E-02	-3.862E-03
3. 世話で、精神的にとても疲れてしまう	.786	.149	.100
4. 世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	.318E-03	-.770	.103
5. 病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.632	.252	3.268E-02
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.783	-2.494E-03	.155
7. 世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.737	.206	3.756E-02
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	.258	.339	.575
9. 代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.583	.375	.172
10. 世話で精神的にはもう精いっぱい	.789	.213	.100
11. 自分が最期まで看てあげたいと思う	-.102	-.737	-2.341E-03
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配	.711	-3.399E-02	1.004E-02
13. 世話のために、経済的負担が大きくて困る	.498	1.536E-02	.489
14. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.401	.449	.334

因子抽出法: 主成分分析
 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

表 8. 因子分析の結果(介護保険前・65 歳以上)

	成分		
	1	2	3
1. 世話はたいした重荷ではない	-.127	.522	.182
2. 社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.730	-.163	.147
3. 世話で、精神的にとても疲れてしまう	.820	.149	3.026E-02
4. 世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	.448E-03	.244	.789
5. 病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.357	.599	-.274
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.785	.130	4.725E-02
7. 世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.698	9.320E-02	-3.758E-02
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	.309	.642	-.110
9. 代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.515	.331	-9.238E-02
10. 世話で精神的にはもう精いっぱい	.755	.239	3.862E-02
11. 自分が最期まで看てあげたいと思う	.110	-.313	.686
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配	.688	.172	-1.386E-02
13. 世話のために、経済的負担が大きくて困る	.524	.352	-3.148E-02
14. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.242	.690	-3.888E-04

因子抽出法: 主成分分析
 回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

2) 介護保険導入後データの因子構造

次に、介護保険導入後のデータを用いて、年齢群ごとに、NFU 版介護者負担感尺度に対する回答を因子分析(主成分分析・バリマックス回転)した(表 9・10 参照)。年齢群ごとに 3 因子を抽出し、それぞれの寄与率は若年群では第 1 因子が 33.7、第 2 因子が 12.7、第 3 因子が 11.9 で、高齢群では順に 31.4、17.7、10.8 であった。

若年群では、介護保険導入前と同じく、第 1 因子が主観的負担感因子、第 2 因子が介護の継

続意思因子，第3因子が世間体因子である。介護保険導入前と異なるのは，世間体因子に負荷が高い項目が経済的な問題から家族・親族間の人間関係へと変化している点であろう。むしろ，介護保険導入前の高齢群とよく似た因子構造になっているといえる。

表 9. 因子分析の結果(介護保険後・65 歳未満)

	成分		
	1	2	3
1. 世話はたいした重荷ではない	8.548E-02	.286	.736
2. 社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.716	5.001E-02	.226
3. 世話で、精神的にとても疲れてしまう	.795	.160	.228
4. 世話の苦勞があっても前向きに考えていこうと思う	.115	.689	-.103
5. 病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.731	-.373	2.935E-02
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.672	4.074E-02	.308
7. 世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.633	-.162	5.541E-02
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	.273	-.334	.646
9. 代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.687	-.277	-8.624E-02
10. 世話で精神的にはもう精いっぱい	.863	-6.190E-02	9.313E-02
11. 自分が最期まで看てあげたいと思う	6.862E-02	.740	6.689E-02
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配	.754	.294	-4.078E-02
13. 世話のために、経済的負担が大きくて困る	.498	.144	.312
14. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.232	-.420	.612

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

表 10. 因子分析の結果(介護保険後・65 歳以上)

	成分		
	1	2	3
1. 世話はたいした重荷ではない	6.257E-03	.311	.698
2. 社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.850	-.103	5.614E-02
3. 世話で、精神的にとても疲れてしまう	.779	.312	2.503E-02
4. 世話の苦勞があっても前向きに考えていこうと思う	.235	-.487	.644
5. 病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.683	.397	-9.866E-03
6. 世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.898	9.638E-02	-6.345E-02
7. 世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.558	.386	-5.262E-02
8. 世話をしていることで近所に気がねをしている	.420	5.039E-02	-.306
9. 代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.665	.286	-.190
10. 世話で精神的にはもう精いっぱい	.783	.315	-5.708E-03
11. 自分が最期まで看てあげたいと思う	-.237	-.285	.676
12. 世話をしていると、自分の健康のことが心配	.250	.741	-6.640E-03
13. 世話のために、経済的負担が大きくて困る	.209	.642	-2.551E-02
14. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.162	.706	-.103

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

これに対し，高齢群では，第1因子が主観的負担感因子，第2因子が世間体因子，第3因子が介護の継続意思因子と考えられるが，世間体因子については介護保険導入前と異なるものとなっている。第2因子に負荷が高い項目は，「12. 世話をしていると自分の健康のことが心配」「14. 世話のことで，家族・親族と意見があわなくて困る」「13. 世話のために，経済的負担が大きくて困る」である。介護の継続意思因子に関しても「1. 世話はたいした重荷ではない」

という、介護保険導入前では世間体因子に含まれていた項目の因子負荷量が大きくなっている。つまり、このように年齢群別に介護負担感の因子構造を検討すると、介護保険導入によって、介護者の負担感に関する意識、とくに経済的負担や家族・親族間の人間関係についての意識が変化している可能性が示唆される。

また、「13. 世話のために、経済的負担が大きくて困る」「14. 世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る」という項目は、中谷らの介護負担感尺度に新たに付け加えた項目である。つまり、この2項目を付け加えたことにより、介護負担感を多角的にとらえることができるようになったといえよう。

(4) 結論

NFU版介護負担感尺度の信頼性・妥当性・再現性、およびその下位尺度の安定性については第2節で検討した。負担感の大きさは各項目を総計することにより求められ、質的な側面は下位尺度を用いることにより検討できることがわかっている。本節で、このNFU版介護負担感尺度の因子構造を年齢群別に比較・検討することによって、新たに付け加えた経済的な負担を示す1項目と家族・親族間の人間関係を示す1項目の重要性が浮かび上がったといえる。

報告書

- ・厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）1999年度総括・分担研究報告書「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」
- ・厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「基礎自治体（広域型・単独型）における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」2000年度研究報告書

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界

分担研究者 加藤悦子 日本福祉大学大学院博士後期課程

研究要旨 本研究の目的は、「放置」と「身体的・精神的虐待」を評価する手法を開発し、ハイリスク者のスクリーニングを行う意義と限界について検討することである。

文献研究と自治体の担当者との意見交換を元に、放置を4項目3段階、身体的・身体的・精神的暴力を2項目4段階で評価する調査票を作成した。調査票の信頼性については、身体的・精神的虐待の項目では約8割と高い検者間一致率がみられた。

ハイリスク者スクリーニング調査は、リスク者のスクリーニング以外に介護政策充実の点でも有意義なことが明らかになった。調査を行う際には、介入前後の変化に注目して結果を考察すること、援助目標を立てプロセスとアウトカムを見る形成的質的評価等もあわせて行う重要性などが示唆された。

<身体的・精神的虐待と放置を評価する手法の開発>

A. 研究目的

本研究の目的は、身体的暴力（以下、身体的虐待）と心理的情緒的あるいは精神的虐待（以下、精神的虐待）、放置について、リスクの有無・程度を評価する手法を開発し、その信頼性を検討することである。

B. 研究方法

初めに虐待の定義に関する文献の研究を行い、調査票を作成した。その調査票を用いて一回調査を行った後、A、B両自治体の担当者の意見を聴き、調査票を改訂した。B自治体のみ、リスク評価に用いる際の補足資料を作成した。2回目の調査が終了し

た後、1回目の訪問調査でハイリスクとされた人について、両自治体の担当ケアマネジャーはリスクをどう判断するか調べた。その結果を要介護認定の訪問調査員のリスク認識と比較し、二者間での検者間信頼性を検討した。

C. 結果

放置については4項目6段階、身体的・精神的虐待については2項目を4段階で評価する調査票を作成した。放置の項目は「起居移動動作」「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」「毎日の家事（炊事など）」「週に数回の家事（掃除など）」、それぞれの程度は「手をかけすぎている」「十分である」「まあ十分である」「普通」「やや問題あり」

「問題あり」である。身体的・精神的虐待の項目は「身体的虐待」「精神的虐待」、それぞれの程度は「問題なし」「否定できない」「やや問題あり」「問題あり」である。

検者間の見解の一致度は、放置項目についてはB自治体がやや高かった。両自治体をあわせると、身体的・精神的虐待の項目では78.3%、放置の項目では54.1%、リスク全体では43.3%であった。

D. 考察

介護保険導入前、要介護認定時に訪問相談員がハイリスクと評価した者は、導入前は両自治体で107名、導入後も40名存在した。このことから本研究で作成した調査票を用いれば、一定程度ハイリスク状態にある者を見つけ出せることが確認できた。

信頼性の点では、虐待では約8割と高い検者間一致率がみられたものの、放置の項目では課題が残った。ただし、この調査をハイリスク者のスクリーニングと位置付けるならば、放置の項目についても6段階で程度を評価するのではなく、問題があるかどうかを見極めることが重要と考える。従って、放置項目に関してはリスクを「問題なし」「やや問題あり」「問題あり」の3段階で評価する形が適切であろう。

それからハイリスク者のスクリーニング調査は一度きりではなく、何回も継続して行うこと、リスクの評価基準を検討すること、訪問調査員のみならず、ケアマネージャーなど日常的に要介護者に接する者も放置や虐待の有無を評価する視点を持つことなどが重要である。

E. 結論

放置については4項目を3段階、身体的・精神的虐待については2項目を4段階で評

価する評価手法を開発した。

<ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界>

A. 目的

ハイリスク者スクリーニング調査を行う意義と限界を明らかにする。

B. 対象と方法

1999年10月、2000年10月と2回のスクリーニング調査を行った後、両自治体の担当者へ上記目的についてヒアリングを行った。

C. 結果

ハイリスク者スクリーニング調査にはリスク者の発見の他に以下7点の意義があること、ベンチマークとして用いるには現状では限界もあることが明らかになった。

7点の意義は、以下の通りである。①権利擁護担当者が自治体全体のリスクを把握できる ②ケアマネージャーがリスクの程度を自治体全体からみて把握できる ③自治体の政策立案の判断材料になる ④介護に関する相談を受け付ける窓口の仕事を充実させる客観的な資料になる ⑤リスク変化のきっかけ、介入方法を調べる前段階として必要な作業である ⑥ケアプランを客観的に評価する資料の一つとなる ⑦他機関と連携する必要があるケースの対応方法を考える資料となる。

限界については、次の2点が見出された。

①リスク者の割合が多いとの結果がでた場合、調査員は自分の判断が厳しかったのではと思い、次回は疑わしいと思った事例でもリスクと判断しなくなる可能性がある。②数値の動きのみを見ていては、政策判断がゆがむ可能性がある。以前ハイリスクと

評価された者に支援を行い、状況が改善したとしても、新規にハイリスク者が多く出現したら援助者の努力は数値の上では表れてこない。

D. 考察

ハイリスク者スクリーニング調査を行う場合、以下3点に配慮する必要があると考える。①調査員にはハイリスク者の割合のみを問題視するようなフィードバックは行わない ②個々のリスクに応じどのような状況改善が見込めるか、どんな援助を行うか、最終的にどんな状態になったらよしと

するか目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価を組み合わせる ③介入前後の変化に注目する。

E. 結論

ハイリスク者スクリーニング調査は、リスク者のスクリーニングに加え、自治体の介護政策充実の点でも意義があることが確認できた。調査を行う際には、介入前後の変化に注目して結果を考察し、援助目標を立て、プロセスとアウトカムを見る形成的質的評価等もあわせて行う重要性などが示唆された。

第3節 放置と身体的・精神的虐待を評価する手法の開発、ハイリスク者スクリーニング調査の意義と限界

日本福祉大学大学院博士後期課程 加藤悦子

A. 身体的・精神的虐待と放置を評価する手法の開発

高齢者の虐待、放置について普遍的に承認されている定義はない。しかし不適切処遇の類型に関しては共通理解に到達しており、その内容は身体的暴力、心理的情緒的あるいは精神的虐待、さらに、放置（明らかに介護責任のある人が高齢者のニーズに対応することに怠慢）とされている。¹⁾

【目的】

本研究の目的は、身体的暴力（以下、身体的虐待）と心理的情緒的あるいは精神的虐待（以下、精神的虐待）、放置について、リスクの有無・程度を評価する手法を開発し、その信頼性を検討することである。

【方法】

初めに虐待の定義に関する文献²⁾の研究を行った。次にA、B両自治体の担当者の意見を聴いて調査票を作成し、信頼性の検討を行った。

・第1段階

文献研究を行い、放置を評価する視点として既にイギリスの調査で用いられた実績のある4項目³⁾を設定し、それぞれの程度を5段階で評価する調査票を作成した。項目は「起居移動動作」「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」「毎日の家事（炊事など）」「週に数回の家事（掃除など）」、程度は「十分である」「まあ十分である」「普通」「やや問題あり」「問題あり」であった。

身体的・精神的虐待については、「身体的虐待」「精神的虐待」の2項目とし、それぞれ

¹⁾ P.デカルマー、F・グレンデニング編著「高齢者虐待 発見・予防のために」ミネルヴァ書房 1998.12頁

²⁾ 金子善彦「老人虐待」星和書店 1987.、高齢者処遇研究会「高齢者の福祉施設における人間関係の調整に係わる総合的研究－わが国における高齢者虐待の基礎研究」1994.6.、大塩まゆみ「高齢者虐待・放任の概念についての小論－その予防に向けて－」『社会福祉研究』第70号 1997. 178~183頁、高齢者処遇研究会「高齢者虐待防止マニュアル」1997.、豊島区福祉部中央保健福祉センター「高齢者虐待」1998. 2頁、高崎絹子・谷口好美・佐々木明子・外口玉子編「“老人虐待”の予防と支援－高齢者・家族・支え手をむすぶ」日本看護協会出版会 1998. 荒木乳根子「在宅における高齢者虐待－1997年調査を中心に－」『調布学園短期大学人間福祉研究』Voll.1 1998. 71~96頁、P.デカルマー、F・グレンデニング編著「高齢者虐待 発見・予防のために」ミネルヴァ書房 1998.山口光治「ソーシャルワーク実践として的高齢者虐待研究の意義」『社会福祉研究』第74号 1999. 82頁、

³⁾ D.チャリス、B.デイヴィス著、窪田暁子ほか訳「地域ケアにおけるケースマネジメント」光生館 1991.

のリスクについて「問題なし」「否定できない」「やや問題あり」「問題あり」の4段階で評価する調査票を独自に作成した。

そして、放置または精神的・身体的虐待について、「やや問題あり」「問題あり」、「否定できない」の評価が一つでもついた者をハイリスク者とした。

・第2段階

第1段階で作成した調査票を用いて実際に調査を行った後、調査者（要介護認定の訪問調査員）から介護者が手をかけすぎて本人の自立を妨げている場合もハイリスクと考えた意見が出た。それを受け、放置の項目に「手をかけすぎている」を加え、程度を6段階で評価できるよう調査票を改訂した。

B自治体では、評価を行う際、「まあ十分」「ふつう」「問題あり」などの程度を判断するのは難しいとの意見が出た。リスクの具体像やリスク発見の手がかりを示す基準が必要と感じ、高齢者介護の知識の豊富な訪問調査員（職種は保健師）と意見交換を行った。そして各項目について問題ない状態のイメージや問題ありとする場合の手がかりについてまとめ、評価に用いる補足資料を作成、2回目調査で活用していただいた。

・第3段階

2回目の調査が終了した後、両自治体で、訪問調査員と担当ケアマネージャーを対象に、作成した調査票の検者間信頼性を調査した。

介護保険導入前に訪問調査員がハイリスクと判断し、かつ介護保険導入後も訪問調査員によりリスク評価がなされている者が両自治体あわせて30名存在した（A自治体11名、B自治体19名）。この30名を担当しているケアマネージャーに、介護保険導入前後での要介護者の状態変化を問い、導入後の状態について訪問調査員と同様のリスク評価を行っていただいた。そして、その回答が訪問調査員のリスク評価とどの程度一致するかを調べた。

（資料1 表面）

【結果】

放置については4項目6段階、身体的・精神的虐待については2項目を4段階で評価する調査票を作成した。放置の項目は「起居移動動作」「身の回りの援助（排泄・清潔の保持等）」「毎日の家事（炊事など）」「週に数回の家事（掃除など）」、それぞれの程度は「手をかけすぎている」「十分である」「まあ十分である」「普通」「やや問題あり」「問題あり」である。身体的・精神的虐待の項目は「身体的虐待」「精神的虐待」、それぞれの程度は「問題なし」「否定できない」「やや問題あり」「問題あり」である。

検者間の見解の一致度は、身体的・精神的虐待の項目は両自治体ともに高かった。放置の項目ではB自治体の一致度が高かった。両自治体をあわせると、身体的・精神的虐待の項目では78.3%、放置の項目では54.1%、リスク全体では43.3%であった（A自治体では