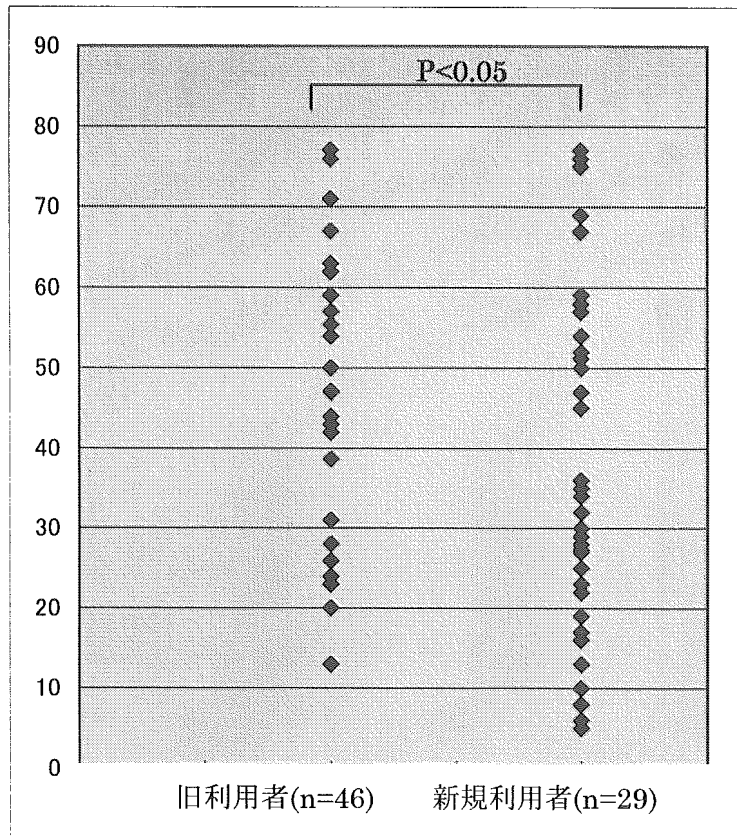
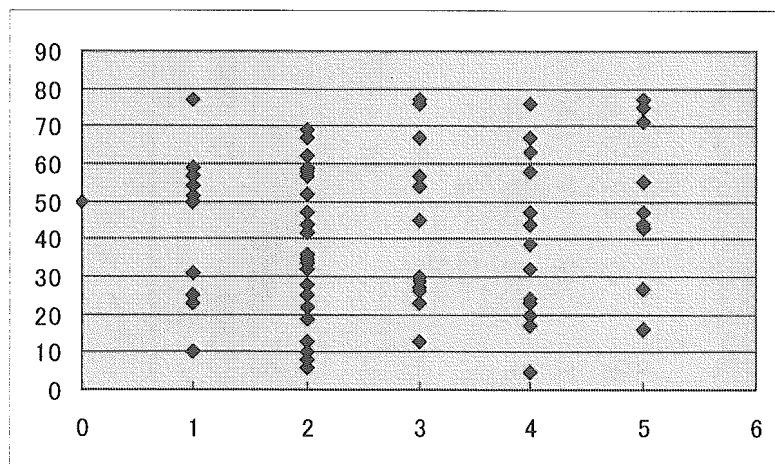


図1 新規利用者と旧利用者別の介護負担度(Zarit 尺度)



t 値=2.02 p =0.04

図2 要介護度別の介護負担度 (Zarit 尺度)



要介護度 (0 = 要支援)

n= 71, r =0.09, p=0.46 (ピアソンの相関係数)

厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

北海道と北九州における介護者の介護負担に関する研究

分担研究者 鷲尾昌一 北九州津屋崎病院 医師・介護支援専門員

研究要旨

福岡県介護保険導入前後の調査では、訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の介護者の介護負担尺度は介護保険導入後に減少していたが、介護保険の導入前後とも介護負担の高い介護者は要介護高齢者において一人で外出できる者の割合は少なかった。北海道では介護保険導入後に介護負担に関する調査を行った。身体介護の時間が長い、目が離せない時間が長い、近所の目が気になる、費用がかかる、介護協力者がいないことなどが、高い介護負担と関連していた。介護者の負担を減少するためには、ショートステイ、デイケア等のサービスの充実により、介護者に自由な時間ができることが必要である。

A. 研究目的

要介護高齢者を介護している家族の負担を軽減するには、介護者が積極的に公的サービスを利用していくことが必要である。しかしながら、わが国ではこれまで介護は家族がすべきであるとの考えから、公的サービスを利用しようとしないう家族が少なくない。また、介護保険導入前の平成 8 年の老人福祉サービス利用状況調査では福岡県と北海道は在宅福祉サービスの利用状況は全国平均以下であり、在宅サービスの遅れが指摘されていた。介護保険では、社会全体で要介護高齢者のケアをし、家族の介護負担を減少させることを目的の一つにしている。本研究の目的は、要介護高齢者の介護者の介護

負担と公的サービス利用の関連要因を検討し、総合的に在宅ケアをサポートしていくことの一助とする。

B. 研究方法

(1) 対象

福岡県東部の京築保健所管内の A 町と B 町で訪問看護サービスを受けている要介護高齢者とその介護者を対象にし、自記式の質問票を配布した。A 町と B 町とも訪問看護ステーションは町内には 1 施設しかなく、これらの訪問看護サービスの利用者が町の訪問看護サービスの利用者を代表していると考えられた。要介護高齢者及び、その主介護者を対象とし、訪問看護婦が、インフォームドコンセントを行い、1999 年は 58 組、2001

年は 54 組が調査に参加した。

北海道では 2001 年に道央の C 市と D 支庁管内で、訪問看護サービスを利用している要介護高齢者とその介護者を対象とした。全部で 191 組の参加が得られ、介護保険を利用している 163 組を解析の対象とした。

(2) 測定事項

これらの方々に自記式の質問票を配布し、要介護高齢者の性、年齢、サービス利用状況、介護者の性、年齢、続柄、介護を手伝ってくれる人の有無、介護負担、サービスを利用する際に他人の目が気になるかなどについて質問した。

また、Barthel Index, Dementia Behaviour Disturbance (DBD) Scale, DSM-III-R の診断基準に基づく痴呆の診断、などについて調査した。

(3) 対象者の属性

対象となった要介護高齢者の年齢 B の平均は福岡県では 78.5 歳(介護保険導入前)と 76.4 歳 (介護保険導入後) であり、北海道では 80.0 歳(介護保険導入後)であった。

またこれらの高齢者のうち 2-4 割が痴呆と診断されていた。介護者の年齢はそれぞれ、61.2 歳 (福岡県介護保険導入前)、59.7 歳 (福岡県介護保険導入後)、62.2 歳 (北海道介護保険導入後) であった。

(4) 解析の方法

介護負担が高い介護者と低い介護

者を比較し、関連のみられた要因について多変量解析を行った。統計解析は福岡県の調査結果の解析は九州大学大学院医学研究院予防医学分野で、北海道の調査結果の解析は札幌医大医学部公衆衛生学教室で行った。統計解析は SAS を使用した。

(倫理面への配慮)

インフォームド・コンセントを行い、同意の得られた者のみ調査をおこなったが、その際、調査に協力しなくても訪問看護サービスを受ける上で不利にならないことを説明した。質問票は個人が同定できないように、無記名で行い、この調査のために新たに作った整理番号を各調査票に与えた。このため、個人の同定ができないので、追跡調査は行えず、福岡県での 2 回の調査は横断研究を同じ施設の利用者に対して、介護保険導入の前後で行うことになった。解析の結果は全体としてのみ、公表した。

C. 研究結果

福岡県の調査では、訪問看護サービスの利用者の特性は、介護保険導入後、介護者では男性の割合 12.1% から 20.8% に増加していた。サービス利用は介護保険導入前 (4.5 種類) と後 (4.2 種類) でほとんど変わらなかったが、Zarit の介護負担尺度は 37.4 から 33.1 へと減少していた。

介護を受けている高齢者 (要介護高齢者) は、介護保険導入前に比べ、介護保険導入後では日常生活動作が

重度に障害されている者の割合は41.4%から66.7%に増加し、痴呆を有する者の割合は逆に32.8%から23.5%へと減少していた。介護負担が高い介護者と低い介護者を比較してみると、介護保険導入前では、要介護高齢者を一人にして外出できない介護者（60.0% vs 30.3%）、病気にかかっている介護者（72.0% vs 42.4%）が、介護負担の高い介護者に多く認められた。

また、介護負担の高い介護者の身体介護の時間（11.4時間 vs 6.6時間）や見守りの時間（14.7時間 vs 6.4時間）は介護負担の低い介護者よりも長かった。また、介護負担の高い介護者の方が、低い介護者よりも多くの在宅サービスを利用していた（5.6種類 vs 3.6種類）。

介護保険導入後も要介護高齢者を一人にして外出できない介護者（50.0% vs 11.7%）、病気にかかっている介護者（60.0% vs 32.3%）が、介護負担の高い介護者に多く認められたが、介護時間、見守り時間、在宅サービスの利用は介護負担が高い介護者と低い介護者で差を認めなくなっていた。介護保険の導入前後で、介護負担の高い介護者と低い介護者で、介護者の年齢、介護をする高齢者との続柄、職業の有無、介護期間、家族の人数に差は認めなかった。

介護を受けている高齢者を介護負担が高い介護者と低い介護者で比較してみると、介護保険導入前では介護負担の高い介護者は男性を介護し

ている者の割合が高かった（56.0% vs 30.3%）が、介護保険導入後は介護を受けている高齢者の性別に差は認めず、介護保険導入前には認めなかった介護を受けている高齢者の痴呆に伴う問題行動の有無、日常生活動作に差を認め、介護負担が高い介護者は痴呆に伴う問題行動のある高齢者を介護している者の割合が高く（42.1% vs 18.2%）、Barthel Index（20点満点）が低く（5.6 vs 9.3）、要介護度が高かった（3.4 vs 2.4）。介護負担の高い介護者と低い介護者で介護をしている高齢者の年齢に差を認めなかった。

社会サービスの利用と介護負担の関係が介護負担導入の前後でどう変わったかをみると、介護保険導入前は関係が認められたが、導入後に関係が認められなくなったものは、補助具の貸与（負担の高い者が多い：76.0% vs 33.3%）、介護保険導入前には認められず、導入後に差を認めたものは機能訓練教室への参加（負担の高い者が少ない：0.0% vs 15.7%）であった。ホームヘルパーの派遣、介護教室への参加、ショートステイの利用、日常生活用具の貸与、訪問歯科診療、デイケア・デイサービス、入浴サービス、健康増進課への相談、かかりつけ医への相談、支援センターの利用には差は認められなかった。

希望するサービスと介護負担の関係が介護保険の導入前後でどう変わったかをみると、介護保険導入前では、介護負担の高い介護者は低

い介護者に比べ、旅行の際の預かり施設（87.5% vs 61.3%）、定期的な介護補助者（95.8% vs 46.9%）、日中の預かり施設（91.3% vs 34.4%）、要介護者の歯科検診（75.0% vs 48.4%）、入浴サービス（95.8% vs 68.8%）、24時間ホームヘルプサービス（66.7% vs 34.4%）を希望する者の割合が多かった。しかし、介護保険導入後では介護負担の低い者でもサービスの利用を希望する者が増え、両者に差を認めなくなった。

北海道の調査（介護保険導入後）では、ロジスチック回帰分析（変数減少法）で求められた高い介護負担の関連要因は、介護期間が長いこと（36ヶ月以上：オッズ比 2.19, 95%信頼区間 1.00 から 4.79）、目が離せない時間（見守り時間）が長いこと（6時間以上：オッズ比 3.54, 95%信頼区間 1.56 から 8.04）、仕事を持ってないこと（オッズ比 4.24, 95%信頼区間 1.32 から 13.59）、近所の目が気になること（オッズ比 4.24, 95%信頼区間 1.32 から 13.59）、介護保険以外の介護費用が高いこと（1万円以上：オッズ比 2.70, 95%信頼区間 1.22 から 5.97）、介護の協力者がいないこと（オッズ比 2.77, 95%信頼区間 1.22 から 6.29）、ショートステイを利用していること（オッズ比 2.96, 95%信頼区間 1.13 から 7.74）であった。

D. 考察

介護保険導入前の1999年と導入1年後の2001年に行われた福岡県東部の京築保健所管内で行われた調査の解析では、介護保険導入後、介護者の負担は減少していた。同じ福岡県の北部のM町で1998年と介護保険導入直後の2000年に行った調査では介護負担の軽減は認められていなかった。介護保険導入後の1年の間に、サービスの向上や利用者の意識の変化があったと考えられた。M町では、2002年に調査を予定しており、その結果が待たれる。

今回の福岡県東部の調査では介護保険導入により、訪問看護サービスを受けている痴呆に伴う問題行動の多い高齢者や日常生活動作の障害の少ない高齢者の割合が減少していた。痴呆に伴う問題行動の多い高齢者は在宅介護が大変なので、介護保険導入により、介護者の意識が変化した（介護保険を利用することは当然の権利、高齢者は社会でケアすべき）ことにより、これらの高齢者がケア施設に入所した可能性が考えられた。日常生活動作の障害の少ない高齢者の割合が減少したことについては、介護保険の認定で介護度が低いために訪問看護サービスから、ホームヘルプサービスに切り替えた可能性と要介護度があるうちに（要支援になる前に）ケア施設に入所した可能性が考えられた。

介護保険導入後も導入前と変わらず、介護負担の高い介護者に、介護

している高齢者を一人おいて外出できない者の割合が多かったことより、ショートステイ、デイケア・デイサービス等の介護者の自由な時間をつくるサービスが介護保険導入後もまだ不足している可能性が示唆された。

今回の福岡県東部の調査では介護保険導入前では介護負担の高い介護者の方がより多く種類の社会サービスを利用していたが、介護保険導入後（2001年）には差は認められなくなった。介護保険導入直後の2001年に福岡県北部で行った調査ではまだ介護負担の高い介護者の方が多く種類の社会サービスを利用しており、多くの種類のサービスの利用は介護負担が高いことの結果（ニーズ）と考えられたが、この1年間の社会サービスの充実や県や町の広報により、今まで社会サービスをあまり利用していなかった介護者も、多くの社会サービスを利用できることを知り、権利意識を持ってサービスを利用するようになったと考えられた。介護者のうち男性の割合は介護保険導入により、12.1%から20.8%に増加しており、今まで介護に関する社会サービスへのアクセスが悪かった男性にも介護保険の導入により在宅介護がやりやすくなったと考えられた。

介護保険導入前では、介護負担の高い介護者が低い介護者よりも希望する者の割合が多かったサービスは、介護者の負担を減らすサービスでは、旅行の際の預かり施設、定期的な介護補助者、日中の預かり施設、24時

間ホームヘルプサービスなどであり、高齢者自身に対するサービスは、要介護者の歯科検診、入浴サービスであった。しかし、介護保険導入後では介護負担の低い者でもサービスの利用を希望する者が増え、両者に差を認めなくなった。

北海道で介護保険導入後の2001年に行った調査では高い介護負担の関連要因は、介護期間が長いこと、目が離せない時間が長いこと、仕事を持ってないこと、近所の目が気になること、介護保険以外の介護費用が高いこと、介護の協力者がいないこと、ショートステイを利用していることであった。ショートステイの利用は、ショートステイが必要な高齢者を介護している介護者は負担が高いということで、結果を意味していると考えられた。

ショートステイ、デイケア・デイサービス等の介護者の自由な時間を作るサービスの充実は、介護している高齢者から目が離せない時間が長く、介護の補助者がいない介護者の拘束時間を減らし、精神的負担を軽減するのでさらなる充実が必要と考えられた。しかし、近所の目が気になることは社会サービスのアクセスの障害と考えられるので、介護者だけではなく、広く社会一般に対する広報活動も必要であると考えられた。

介護保険以外の金銭的負担も高い介護負担の一因となっており、介護保険だけではなく、総合的な社会支援体制が必要であると考えられた。

本研究の調査の対象となった福岡県と北海道は介護保険導入前に在宅サービスの社会資源の不足を指摘されていた地域であるが、介護者が他人の目を気にすることなく、社会サービスを利用するようになるとますますサービスが不足してくると考えられるので、さらなる社会サービスの充足が必要であると考えられた。

特に、介護負担の高い介護者では、自分の自由になる時間が不足していると考えられるので、ショートステイ、デイケア・デイサービス等の社会資源の充足だけでなく、金銭的負担の軽減と近所の目が気にならないようにすることも含めてのアクセスの障害の除去が今後の課題と考えられた。

E. 結論

介護保険の導入 2 年目には介護者の負担は減少したが、介護者の負担をさらに、減少するためには、ショートステイ、デイケア等のサービスの充実と介護者が社会サービスを利用しやすい社会環境を作ることにより、介護者に自由な時間を与えることが必要である。

研究協力者

和泉比佐子(札幌医科大学保健医療学部看護学科),
桑原裕一(京築保健所, 嘉穂保健所)
山崎律子, 松鶴甲枝(聖マリア学院短期大学看護学科)

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

鷺尾昌一, 高杉紳一郎, 荒井由美子. 腰痛・下肢痛に対する鍼治療の効果: 老人病院の鍼灸理学療法室の患者を対象として. 日本老年医学会雑誌 2001; 38: 523-527.

Washio M, Arai Y. The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan. Fukuoka Acta Medica 2001; 92: 292-298.

Matsuu K, Washio M, Arai Y, Higashi H, Saku Y, Tokunaga S, Ide S. Depression among caregivers of elderly patients on chronic hemodialysis. Fukuoka Acta Med 2001; 92: 319-325.

Kuwahara Y, Washio M, Arai Y. Burden among caregivers of frail elderly in Japan. Fukuoka Acta Med 2001; 92: 326-333.

Arai Y, Sugiura M, Washio M, Miura H, Kudo K. Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home.

Psychiatry Clin Neurosci 2001:
55:379-382.

Miyake Y, Washio M, Matsuu K.
Awareness of the new long-term
care insurance system and
social services for elderly care
in non-medical junior college
students. Fukuoka Acta Medica
2001; 92: 347-353.

Washio M. Prevalence of
dementia in a Japanese
population. Psychiatry Clin
Neurosci 2001; 55:655.

Arai Y, Zarit SH, Sugiura M,
Washio M. Patterns of outcome
of caregiving for the impaired
elderly: a longitudinal study
in rural Japan.
Aging Mental Health 2002; 6:
39-46.

鷺尾昌一. 症例対照研究, 日本疫
学会監修, 田中平三, 編. 初学
者のための疫学入門. 南江堂:
東京, 印刷中.

鷺尾昌一. 疫学研究と倫理, 日本
疫学会監修, 田中平三, 編. 初
学者のための疫学入門. 南江堂:
東京, 印刷中.

鷺尾昌一, 藤島正敏. 高齢者の
MRSA 感染. 日本老年医学会編,

今日の老年医学 2002. メジカル
ビュー社: 東京, 印刷中.

2. 学会発表

鷺尾昌一, 荒井由美子. 要介護高齢
者の主介護者の介護負担に関する研
究: Zarit 介護負担尺度日本語版を用
いて. 第43回日本老年医学会, 2001
年6月13-15日.

鷺尾昌一, 徳永章二, 荒井由美子.
パーキンソン病患者の主介護者にお
ける抑鬱(介護負担)の関連要因.
第12回日本疫会, 2002年1月24-25日,
東京.

和泉比佐子, 森満, 鷺尾昌一, 荒井
由美子. 介護保険施行後の在宅療養
者のサービス利用と家族の介護負担
との関連. 第12回日本疫会, 2002年
1月24-25日, 東京.

鷺尾昌一. 感染予防—施設から地域
へ—. 感染症予防フォーラム—施設・
在宅の療養者を感染症から守るため
に—. 2002年2月22日, 大津.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予
定を含む)

1. 特許取得
特記すべきことなし
2. 実用新案登録
特記すべきことなし
3. その他
特記すべきことなし

表 1-1. 介護者の特性 (n=58) : 施行前

	実数 (%) or 平均 (標準偏差)
性	
男性	7 (12.1)
女性	51 (87.9)
年齢	61.2 (11.8)
介護者と患者との関係	
配偶者	23 (39.7)
子供	22 (37.9)
嫁	10 (17.2)
その他	3 (5.2)
地域	
A 町 (築上郡)	29 (50.0)
B 町 (京都郡)	29 (50.0)
家族数	3.2 (1.6)
在宅サービスの利用数	4.5 (2.6)
ZBI*の値	37.4 (20.4)

*ZBI:Zarit Caregiver Burden Interview

表 1-2. 介護者の特性 (n=54) : 施行後

	実数 (%) or 平均 (標準偏差)
性	
男性	11 (20.8)
女性	42 (79.2)
年齢	59.7 (15.2)
介護者と患者との関係	
配偶者	23 (43.4)
子供	17 (32.1)
嫁	9 (18.9)
その他	4 (5.7)
地域	
A 町 (築上郡)	31 (57.4)
B 町 (京都郡)	23 (42.6)
家族数	3.5 (1.7)
在宅サービスの利用数	4.2 (1.7)
ZBI*の値	33.1 (15.0)

*ZBI:Zarit Caregiver Burden Interview

表 2-1.患者の特性 (n=58) : 施行前

	実数(%) or 平均 (標準偏差)
性	
男性	24 (41.4)
女性	34 (58.6)
年齢	78.5 (11.7)
日常生活動作(ADL)*	
重度に障害された ADL	24 (41.4)
中等度に障害された ADL	34 (58.6)
痴呆	
なし	37 (63.8)
あり	19 (32.8)

* 重度に障害された ADL : Barthel Index ≤ 10
 中等度に障害された ADL : Barthel Index > 10

表 2-2.患者の特性 (n=54) : 施行後

	実数(%) or 平均 (標準偏差)
性	
男性	23 (43.4)
女性	30 (56.6)
年齢	76.4 (13.8)
日常生活動作(ADL)*	
重度に障害された ADL	32 (66.7)
中等度に障害された ADL	16 (33.7)
痴呆	
なし	39 (76.5)
あり	12 (23.5)
要介護度	
自立	7 (13.0)
要支援	1 (1.9)
I	9 (16.7)
II	8 (14.8)
III	6 (11.1)
IV	11 (20.4)
V	12 (22.2)

* 重度に障害された ADL : Barthel Index ≤ 10
 中等度に障害された ADL : Barthel Index > 10

表 3-1. 介護負担感の高い介護者と低い介護者の比較：施行前
介護者の特性

介護者	負担感の高い 介護者 (group 1; n=25)	負担感の低い 介護者 (group 2; n=33)	p-value
年齢	64.1±9.5	59.1±13.0	0.10
性 男性 / 女性	3 / 22	4 / 29	0.99
介護者と患者の関係			
配偶者	13	10	0.21
子	7	15	
嫁	4	6	
地域	1	2	
地域 A 町/B 町	12 / 13	17 / 16	0.79
職業の有無 有 / 無	4 / 21	11 / 22	0.14
介護を補助してくれる 人の有無 有 / 無	8 / 17	14 / 18	0.37
患者を1人にしての 外出の有無 有 / 無	10 / 15	22 / 10	0.03
病気 有 / 無	18 / 7	14 / 18	0.04
介護時間 (時間/日)	11.4±8.9	6.6±7.4	0.04
観察時間 (時間/日)	14.7±8.4	6.4±8.3	0.00
介護の期間 (月)	60.7±80.4	61.4±66.8	0.98
在宅サービスの利用数	5.6±2.5	3.6±2.3	0.00
家族の人数	3.4±1.9	3.1±1.4	0.49
ライフイベント 有 / 無	8 / 16	9 / 24	0.63

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

ライフイベント: 6ヶ月以内に起こった抑うつ状態を生じる可能性のある出来事

表 3-2. 介護負担感の高い介護者と低い介護者の比較：施行後
介護者の特性

介護者	負担感の高い 介護者 (group 1; n=20)	負担感の低い 介護者 (group 2; n=34)	p-value
年齢	61.3±11.9	56.8±15.9	0.26
性 男性 / 女性	7 / 13	4 / 29	0.05
介護者と患者の関係			
配偶者	11	12	0.28
子	4	13	
嫁	5	4	
その他	0	4	
地域 A 町 / B 町	10 / 10	21 / 13	0.40
職業の有無 有 / 無	5 / 15	10 / 22	0.63
介護を補助してくれる 人の有無 有 / 無	15 / 5	16 / 13	0.16
患者を 1 人にしての 外出の有無 有 / 無	10 / 10	26 / 4	0.01
病気 有 / 無	12 / 8	10 / 21	0.05
介護時間 (時間/日)	10.5±7.7	7.6±8.3	0.25
観察時間 (時間/日)	11.4±8.5	10.9±9.7	0.87
介護の期間 (月)	49.2±48.7	55.6±59.1	0.69
在宅サービスの利用数	4.4±1.4	4.3±1.8	0.98
家族の人数	4.1±1.8	3.2±1.6	0.09
ライフイベント 有 / 無	4 / 15	13 / 20	0.18

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

ライフイベント: 6ヶ月以内に起こった抑うつ状態を生じる可能性のある出来事

表 4-1. 介護負担感の高い介護者と低い介護者の比較：施行前
患者の特性

患者		負担感の高い 介護者 (group 1; n=25)	負担感の低い 介護者 (group 2; n=33)	p-value
年齢		76.6±13.6	79.8±9.9	0.33
性	男性 / 女性	14 / 11	10 / 23	0.05
痴呆	有 / 無	10 / 14	9 / 23	0.29
問題行動	有 / 無	5 / 20	3 / 30	0.24
Barthel Index		6.4±6.5	9.5±7.9	0.11

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

表 4-2. 介護負担感の高い介護者と低い介護者の比較：施行後
患者の特性

患者		負担感の高い 介護者 (group 1; n=20)	負担感の低い 介護者 (group 2; n=34)	p-value
年齢		77.2±13.4	75.1±14.1	0.60
性	男性 / 女性	7 / 13	16 / 17	0.34
痴呆	有 / 無	5 / 14	7 / 26	0.60
問題行動	有 / 無	8 / 11	6 / 27	0.06
Barthel Index		5.6±5.1	9.3±5.6	0.03
要介護度		3.4±1.5	2.4±1.8	0.04

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

表 5. 介護保険制度施行前後のサービス利用と介護負担との関連

サービス利用	施行前			施行後		
	低負担群	高負担群	p-value	低負担群	高負担群	p-value
ホームヘルパーの派遣						
はい/いいえ	7/25	13/12	0.19	20/12	14/5	0.42
介護教室への参加						
はい/いいえ	2/31	4/21	0.22	0/32	1/18	0.19
ショートステイの利用						
はい/いいえ	7/26	7/16	0.44	11/22	6/13	0.90
日常生活用具の貸与						
はい/いいえ	13/20	15/10	0.12	13/19	8/10	0.80
補装具の貸与						
はい/いいえ	11/22	19/6	0.00	14/19	11/8	0.29
訪問歯科診療						
はい/いいえ	4/29	8/17	0.07	9/24	5/14	0.94
デイケア・デイサービス						
はい/いいえ	8/25	13/12	0.03	14/20	9/10	0.67
入浴サービス						
はい/いいえ	19/14	16/9	0.62	19/14	11/8	0.98
機能訓練教室						
はい/いいえ	5/27	5/20	0.67	5/27	0/17	0.09
健康増進課に相談						
はい/いいえ	2/30	4/21	0.24	2/31	0/18	0.29
かかりつけ医に相談						
はい/いいえ	23/10	22/3	0.10	26/7	16/4	0.92
支援センターの利用						
はい/いいえ	18/15	15/8	0.43	14/18	8/10	0.96

表 6. 介護保険制度施行前後の希望するサービスと介護負担感との関連

希望サービス		施行前			施行後		
		低負担群	高負担群	p-value	低負担群	高負担群	p-value
介護講習会への参加	はい/いいえ	13/19	11/13	0.70	13/17	7/8	0.83
介護者同士の集まり	はい/いいえ	13/18	12/12	0.56	12/17	9/5	0.16
旅行等の際の預かり施設	はい/いいえ	19/12	21/3	0.03	22/7	10/3	0.94
定期的な介護補助者	はい/いいえ	15/17	23/1	0.00	22/7	14/1	0.16
要介護者の健康チェック	はい/いいえ	27/4	24/0	0.07	26/3	15/0	0.20
日中の預かり施設	はい/いいえ	11/21	21/2	0.00	15/14	11/2	0.05
要介護者の歯科検診	はい/いいえ	15/16	18/6	0.05	22/8	6/5	0.26
入浴サービス	はい/いいえ	22/10	23/1	0.01	23/6	12/3	0.96
24時間ホームヘルプサービス	はい/いいえ	11/21	16/8	0.02	14/15	9/5	0.33

表 7. 高い介護負担感に関連する要因の多重ロジスティック回帰分析：北海道

要因	オッズ比	95%信頼区間	p-value
介護期間 36ヶ月以上 vs 36ヶ月未満	2.19	1.00-4.79	0.05
目が離せない時間 6時間以上 vs 6時間未満	3.54	1.56-8.04	0.00
職業の有無 なし vs あり	4.24	1.32-13.59	0.02
近所の目が気になる 気になる vs 気にならない	3.75	1.16-12.19	0.03
介護保険以外の介護費用 1万円以上 vs 1万円未満	2.70	1.22-5.97	0.01
介護協力者の有無 なし vs あり	2.77	1.22-6.29	0.02
ショートステイ利用の有無 なし vs あり	2.96	1.13-7.74	0.03

厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

在宅ケアを存続できなくなる危険因子—香北町研究—

分担研究者 奥宮清人 高知医大老年病科 講師

研究要旨

高知県の香北町の地域在住の要介護高齢者に対して、2年間の追跡調査を行い、在宅療養を阻害する要因を検討した。87人の要介護高齢者のうち、1年間に19人が入所または入院し、11人が死亡した。2年間を通じてみると、28人が入所、入院し、14人が死亡した。入院、入所や死亡のリスク因子として、1年以内には、認知機能障害や問題行動といった痴呆の問題が強く関連し、2年にわたっては、要介護者の家族関係の主観的満足感と介護者の介護負担やうつ状態が関連していた。さらに最初の1年に問題行動の悪化した者は、次の1年間に在宅療養を継続できないリスクが大きかった。在宅のケアの存続のためには、介護者と要介護者の多くの要因の把握とともに家族関係やQOLを考慮して、サービスの提供を含めた彼らのサポートを個々のケースに応じて検討していく必要がある。

A. 研究目的

介護保険は地域在住要介護高齢者の在宅ケアをできるだけ存続することを目的のひとつとしている。そのためには、在宅ケアを阻害する要因を把握し、そのリスクの高い者に適切にサービスによる支援を行う必要がある。

高知県の香北町の地域在住の要支援、要介護高齢者に対して、2年前より追跡調査を行い、介護サービスの変化と共に、介護者の介護負担や、介護者、要介護者双方のQOL、鬱尺度等の変化に対し、要介護者のADLや問題行動、痴呆などの進行の影響を調べてきた。今回は、1年後と2年後のそれぞれに在宅療養を続けることができた者に対して、入院、入所やそれに引き続く死亡のため、在宅を続けることができなかった者の危険因子

を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象

65歳以上の香北町在住高齢者を対象としたアンケートより、ADLの非完全自立者と、日常生活自立度でA1以下、痴呆の厚生省分類でランクIIIb以上の方133人を選び、要支援、要介護候補者とした。この方達の主介護者に、お手紙を郵送し、協力の同意の得られた介護者のうち、介護負担を軽度以上有する介護者87人に対し、下記の詳しいアンケート調査を1999年度に実施した。

2) アンケート調査

1. 要介護者本人に関する要因
年齢、性別
鬱尺度