

このような世帯では、ヘルパー主体の在宅介護態勢の割合が介護保険導入後に有意に増加しており、社会化が進みつつあるといえる。しかし、それであっても老夫婦のみの世帯の8割弱は、2002年の時点も依然として家族主体の在宅介護態勢であった。

表2 要介護高齢者の世帯類型別にみた在宅介護態勢の経時変化 (%)

	単身世帯			老夫婦世帯			子供と同居		
	1996	1998	2002	1996	1998	2002	1996	1998	2002
主介護者・副介護者とも家族	22.9	31.3	44.1	35.0	35.2	29.7	70.0	68.2	68.1
主介護者は家族で副介護者はなし	17.1	6.3	6.8	53.7	50.5	48.3	27.0	25.5	23.7
主介護者は家族で副介護者はヘルパー	14.3	12.5	13.6	10.7	14.3	14.5	2.8	6.3	7.6
主介護者がヘルパー	45.7	50.0	35.6	0.6	0.0	7.6	0.2	0.0	0.6
n	35	16	59	177	91	145	636	255	342
$\chi^2(df)$	6.458 (6)			19.274 (6) **			15.300 (6) *		

注) 「主介護者・副介護者とも家族」「主介護者は家族で副介護者はなし」という場合を家族主体、「主介護者は家族で副介護者はヘルパー」「主介護者がヘルパー」のように主または副介護者役割のいずれかをヘルパーが担っている場合をヘルパー主体の在宅介護態勢とみなした。

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$

次に、在宅要介護高齢者の障害の程度⁹別に在宅介護態勢がどのように変化しているのか調べた。ヘルパー主体の在宅介護態勢をとる割合が2002年の時点で最も高かったのは「身体障害が中度から重度で痴呆は軽度」という高齢者の世帯で、約2割が主介護者または副介護者役割をヘルパーが担っていた(表3)。「身体障害が軽度で痴呆が中度から重度」といった動ける痴呆性高齢者を抱える世帯では、2002年時点においても6%しかヘルパー主体になっておらず、9割以上が家族介護を前提としている状態であった。「身体障害・痴呆ともに中度から重度」および「身体障害が中度から重度で痴呆は軽度」の高齢者世帯では、ヘルパー主体の在宅介護態勢が有意に増加していたが、このような増加傾向は介護保険制度の導入前から生じていたものであり、必ずしも介護保険だけの効果とはいえない。

⁹ 身体的障害と精神的障害(痴呆)の重症度は冷水(1996)、本間(1996)の測度と分類に準じた。

表3 障害類型別にみた在宅介護態勢の経時変化(%)

	身体障害が中・重度 痴呆が軽度			身体障害が軽度 痴呆が中・重度			身体障害・痴呆 とも中・重度		
	1996	1998	2002	1996	1998	2002	1996	1998	2002
主介護者・副介護者とも家族	59.9	58.1	51.1	65.5	58.5	66.3	67.8	68.3	53.6
主介護者は家族で副介護者はなし	30.5	29.8	28.2	34.5	39.0	27.7	28.2	20.7	30.0
主介護者は家族で副介護者はヘルパー	7.4	11.3	12.6	0.0	2.4	4.8	4.0	11.0	13.6
主介護者がヘルパー	2.2	0.8	8.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	2.9
n	272	124	174	119	41	83	202	82	140
$\chi^2(df)$	18.436 (6) **			9.000 (6)			22.650 (6) ***		

注) 身体障害の重症度は冷水(1996)、痴呆の重症度は本間(1996)の測度と分類を参照。身体障害・痴呆とも軽度の場合は除外した。

「主介護者・副介護者とも家族」「主介護者は家族で副介護者はなし」という場合を家族主体、「主介護者は家族で副介護者はヘルパー」「主介護者がヘルパー」のように主または副介護者役割のいずれかをヘルパーが担っている場合をヘルパー主体の在宅介護態勢とみなした。

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$

以上の結果から、介護保険前後における在宅介護態勢の変化をまとめると、在宅サービスを主体とする介護態勢は徐々に増加しており、特にひとり暮らしや老夫婦のみの世帯で在宅サービスを基盤とする社会化が進んでいる。しかし、これは介護保険制度の導入を境に社会化が進んだわけではなく、それ以前から生じていた増加傾向に沿った増え方であった。また、在宅サービスを主体とする割合は少しずつ増加しているとはいえ、介護保険導入後も依然として家族を主体とした在宅介護態勢が8割以上を占めていた。特に、身体障害が軽度だが痴呆が中度から重度といった動ける痴呆性高齢者を抱える世帯では、2002年時点においても6%しかヘルパー主体になっておらず、9割以上が家族介護を前提としていた。在宅サービスの利用が増加しているものの、介護保険導入後2年の時点では、家族介護を前提とした在宅介護態勢が圧倒的多数であり、特に長時間の見守りを必要とする痴呆介護の場合は、その主体を在宅サービスが担うほどの転換は十分には図られていないと言える。

2.2 高まる相談ニーズと私的・社会的支援態勢の脆弱化

要介護高齢者の介護を主に担っている家族に対して、「この半年間に介護の相談にのってくれた人」が「同居家族」「別居親族」「友人・知人・近隣」「市役所職員」「医療・福祉の専門家」の中にいたか否かをたずねた。「相談事がなかった」という人は1996年では24.7%であったが、1998年では15.4%、2002年では12.0%と減少する傾向を示し、介護者の相談

ニーズが高まっていることがわかる。介護者の相談ニーズが高まっているにもかかわらず、実際に相談にのってくれた人は、「友人・知人・近隣」以外はすべて減少していた(表4)。

介護保険導入前後で特に減少が目立つのは、「別居の親戚」「市役所職員」「医療・福祉の専門家」で、「別居の親戚」は「友人・知人・近隣」に近いレベルまで低下していた。介護保険の導入に伴って親戚が果たしていた役割や機能、親族内の凝縮性などが変化している可能性があり、私的支援態勢の脆弱化が危惧される。「市役所職員」については、措置制度のもとでは介護を受ける高齢者や家族の生活状況をつかむ責任と権限を地方自治体が有していたが、介護保険の導入に伴い、高齢者や介護者の相談相手は民間のケアマネジャーに移り、行政と利用者との距離が遠くなったことが指摘されている(坂田, 2002)。我々の調査結果も、この指摘を裏付ける形になっている。一方、自治体職員の代わりにケアマネジャーが相談や情報提供の要となることが期待されている。「医療・福祉の専門家」の中にはケアマネジャーも含まれているが、医療や福祉の専門家に相談できたという人の割合は、措置の頃よりも減少していた。

表4. 介護の相談にのってくれた人 (%)

相談相手	1996	1998	2002	χ^2 (df)
同居の家族の中にいた	56.4	50.8	42.7	20.063 (2) ***
別居の親戚の中にいた	52.9	53.6	37.2	31.561 (2) ***
知人・友人・近隣の中にいた	30.5	32.7	31.4	0.453 (2)
市役所の職員の中にいた	-	19.8	9.8	14.601 (1) ***
医療・福祉の専門家の中にいた	67.2	62.0	46.3	50.086 (2) ***

注) 主介護者(家族)が調査回答者である場合に限定。「相談事がなかった人」と

「無回答者」(人数は項目によって異なる)を除外した場合の%を示した。

「市役所職員」については 1996 年の調査では質問していない。

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$

なぜ、医療・福祉の専門家に相談できた人が減少したのか、その理由を考えるために、相談にのってくれた専門家の職種を経時比較した(表5)。その結果、「医師」「保健師」「ソーシャルワーカー・ケースワーカー」で減少が著しかった。「ソーシャルワーカー・ケースワーカー」については、介護保険の導入前後での減少が顕著であるのに対し、「医師」や「保健師」は、介護保険導入前から徐々に介護者の相談相手となる割合が減少していた。前述した「医療・福祉の専門家」が相談にのってくれた割合の減少は、医師、保健師、ワーカーといった職種が介護者の相談から手を引き始めたことが関連していると考えられる。

逆に、介護保険の導入に伴って相談機能を高めている職種も見受けられる。「ホームヘル

パー」は家事や介護の援助だけでなく、介護者の相談相手としても活用が高まっていることがうかがえる。介護保険の前はケアマネジャーという職種がなかったので経時比較はできないが、2002年の時点では「医療・福祉の専門家が相談にのってくれた」という人の半数が、相談相手としてケアマネジャーをあげていた。このことから、ケアマネジャーは当初の目的どおり、介護者の相談の要としての役割を果たしつつあると言える。しかし、在宅要介護者の中には介護保険に申請していない人やケアマネジャーを利用していない人もいる。このような人に対しては、以前は医師や保健師、自治体職員が相談相手になっていたのではないかと予想されるが、これらの職種と介護者との間に距離が広がりつつあることから、ケアマネジャーにつながっていない介護者が、専門家に相談できずに孤立しているのではないかと懸念される。

表5. 介護の相談にのってくれた医療・福祉の専門家 (%)

相談相手	1996	1998	2002	χ^2 (df)
医師	85.8	73.1	63.6	42.952 (2) ***
保健師	13.7	5.9	2.8	23.621 (2) ***
看護師	20.6	22.6	22.0	0.363 (2)
理学・作業・言語療法士	4.6	2.2	5.6	3.058 (2)
栄養士	1.8	1.1	1.4	0.530 (2)
ソーシャルワーカー・ケースワーカー	16.5	19.9	4.2	24.490 (2) ***
ホームヘルパー	5.5	5.9	16.8	25.788 (2) ***
ケアマネジャー	-	-	50.9	-

注) 「医療・福祉の専門家が介護の相談にのってくれた」と回答した主介護者(家族)に限定。1996年(n=437)、1998年(n=186)、2002年(n=214)。回答は複数回答。「ケアマネジャー」については1996、1998年の調査では質問していない。

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$

以上の結果から、介護者の相談ニーズが高まっているものの、同居家族や別居の親戚が介護者の相談にのる割合は減少し、医師や自治体職員等の相談機能も低下していることがわかる。ケアマネジャーは介護者の相談相手として主要な役割を果たしているものの、ケアプランの作成・変更や介護報酬の計算事務などに追われ、利用者の相談相手になる時間的余裕がないことも指摘されている(坂田, 2002)。このように介護者の相談ニーズに対する私的、社会的なネットワークによる支援態勢は弱まりを見せており、その結果として全体的にみると相談したいことがあるにもかかわらず、相談できていない人の割合が増加し

ているのではないかと考えられる。特に、医療、福祉、行政のいずれからも適切な相談援助を受けられずにいる介護者の存在が懸念されることから、介護保険制度が導入された後もケアマネジャーにおまかせではなく、他の職種も要介護者や家族の相談ニーズを発見・対応するような態勢が必要である。

3 介護者の負担軽減が図られているか

3.1 介護者の身体的・精神的・社会的負担の変化

介護を主に担当していた家族の介護程度は、介護保険の導入後に軽減しただろうか。表6をみると、「毎日かかりきりで介護している」という介護者の割合はほとんど変化しておらず、2002年の時点でも25%弱の主介護者が「かかりきり」で介護をしていた。しかし、「週に1日か、それより少ない」という介護者の割合は介護保険の導入後に増加しており、全体的にみると、主介護者の介護程度は減少する傾向がみられた。

表6. 主介護者(家族)の介護の程度 (%)

	1996年	1998年	2002年
毎日かかりきりでお世話している	25.4	25.0	24.2
かかりきりではないが、毎日お世話している	60.3	58.0	49.5
週に2～5日くらい	6.4	7.2	8.5
週1日かそれより少ない	7.9	9.8	17.7
n	894	388	541

注) 要介護者の家族が主介護者であるケースに限定。無回答者は除外。

Kruskal Wallis 検定では $\chi^2(df) = 13.853(2)$ 、 $p = .001$

では、介護者の身体的、精神的、社会的負担も軽減されているだろうか。身体的な負担は、「腰が痛い」「めまいがする」など身体的な愁訴を14項目¹⁰たずね、そのうちの何項目に該当するかによって負担の程度を調べた。精神的な負担は、家族介護者の燃えつき（バーンアウト症状）を測定するために開発されたスケール（中谷，1992）の中の情緒的消耗サブスケール（7項目）を用いた¹¹。社会的な負担¹²は、介護によって「仕事（または就職）

¹⁰ 越河(1991)の蓄積疲労徴候インデックスの中から一般的疲労感と身体不調をあらわす14項目を抜粋して使用した（東京都老人総合研究所，2003）。

¹¹ オリジナルの家族介護MBI(Maslach Burnout Inventory)は「情緒的消耗(8項目)」「離人化(4項目)」「自己達成感の低下(4項目)」から成るが、中谷(1992)の検討によると情緒的消耗サブスケールのみが尺度としての信頼性・妥当性を満たしていたので、情緒的消耗を介護者の精神的負担の測度として用いた。この調査では、その中から7項目を使用した（東京都老人総合研究所，2003）。

に支障」「家事・育児に支障」「昼間の外出に支障」「自由時間の不足」「家族・親戚との軋轢」「経済的な負担」といった社会生活上の制約がどの程度あるかをたずね、その得点を加算し、測度として用いた。分析に際しては、介護者の性と年齢、要介護者の身体的障害と精神的障害（痴呆）の程度をそろえた上で、分散分析により各負担の推定周辺平均を算出した。

その結果、身体的な愁訴数は有意な変化はなく、社会生活上の負担は重くなる傾向が見られたが、介護保険の前後での大きな違いはなかった。ところが、介護者の情緒的な消耗の度合いは、介護保険導入後の2002年の方が有意に強くなっていた（表8）。

表8. 主介護者(家族)の身体的・精神的・社会的負担の推定周辺平均(標準誤差)

	1996年	1998年	2002年	F値 (df)
身体的な愁訴数	5.12 (0.11)	5.24 (0.17)	5.35 (0.15)	0.787 (2)
情緒的消耗	8.91 (0.18)	9.11 (0.28)	10.11 (0.24)	8.411 (2) ***
社会生活上の負担	6.48 (0.12)	6.99 (0.19)	6.80 (0.16)	3.034 (2) *

注) 主介護者(家族)が回答した場合に限定。無回答者は除外。

分析は一変量の分散分析で、介護者の性と年齢、要介護者の身体的障害と精神的障害の平均値を代入して各負担の推定周辺平均を算出した(F値は調査年の主効果)。

*; $p < .05$, **; $p < .01$, ***; $p < .001$

在宅サービスの利用が増え、介護者の介護程度も全体的には減少する傾向が見られるにもかかわらず、なぜ介護者の身体的、社会的負担は改善せず、精神的な負担は悪化しているのだろうか。ここでは仮説として、前節で述べた介護者の相談ニーズが高まっているにもかかわらず、相談にのってくれた人が私的にも社会的にも減っていることが関係しているのではないかと考えた。そこで、この半年間に「同居家族」「別居親族」「友人・知人・近隣」「医療・福祉の専門家」の中に介護の相談にのってくれた人が「一人はいた」「一人もいなかった」「相談事がなかった」の3群に介護者を分類し、それぞれの群の情緒的消耗がどのように異なるかを調査年別に比較した（図1）。

¹² 家族介護者の負担感スケール(中谷, 1996)から社会生活上の負担に関する6項目を用いた(東京都老人総合研究所, 2003)。

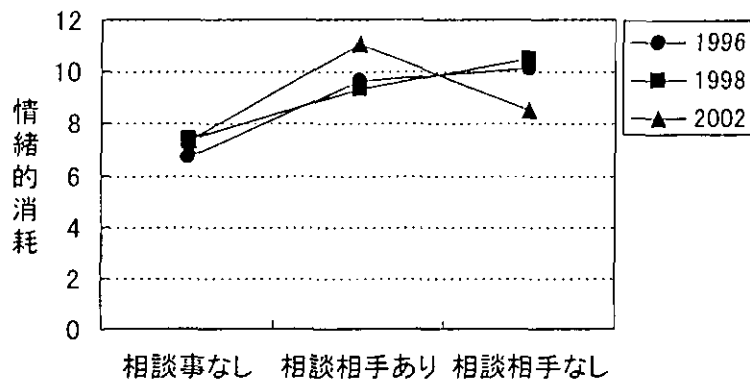


図1 相談相手の有無と主介護者の情緒的消耗との関連

注) 主介護者の性と年齢、要介護者の身体的障害と精神的障害の平均値を代入して情緒的消耗の推定周辺平均を算出した(調査年と相談相手の交互作用項のF値 = 3.479, df = 4, $p = .008$)。相談相手に関する変数を投入すると、調査年の主効果の有意性は消失した。

その結果、介護保険導入前の96年と98年は類似した傾向で、「相談事がなかった」人の情緒的消耗度が最も低く、次いで「(相談事があり、)相談にのってくれた人がいた」場合で、最も情緒的な消耗度が強かったのは「(相談事があったにもかかわらず、)相談にのってくれた人がいない」主介護者であった。ところが、介護保険導入後の2002年では、「相談相手がいた」人で最も情緒的な消耗が強く報告されていた。つまり、介護保険導入前は介護の相談にのってくれる人がいることによって介護者の情緒的な消耗が抑制される効果がみられたにもかかわらず、介護保険導入後はこのような効果がなくなり、かえって介護の相談にのってくれる人がいる方が、介護者の情緒的な消耗が強くなる傾向へと変化していた。

これらの結果から、なぜ介護保険導入後の方が介護者の精神的な負担が高まっていたのか理由を考えると、介護保険の導入後、介護の相談にのってくれる人が量的に減っているだけでなく、以前は見られていた効果、すなわち介護の相談にのってくれる人がいると介護者の精神的負担が軽減するといった効果が、介護保険導入後の調査では見られなくなったという質的な面での変化が関係しているのではないかと考えられる。介護者の精神的な負担を考慮した形での相談がなされにくくなっているのではないだろうか。

3.2 介護者の社会活動状況の変化

主介護者の「就労状況」については、収入になる仕事をしている人が1996年は33.8%、1998年は34.3%、2002年は32.6%と、ほとんど変化がみられなかった。性、年齢階級別にみても、いずれの群も就労者の割合に大きな変化はみられなかった(表9)。介護者の性、

年齢、要介護高齢者の身体的、精神的障害のレベルを調整した分析結果も大きな違いはなく、不況の影響もあるだろうが、介護保険の導入後2年の時点では、介護者の労働参加状況についてはあまり変化していないと言える。

表9. 収入になる仕事をしている主介護者の割合 (%)

主介護者の性・年齢	1996	1998	2002	χ^2 (df)
男性・59歳以下	80.0	65.4	70.5	2.402 (2)
女性・59歳以下	48.7	51.5	49.7	0.307 (2)
男性・60歳以上	26.4	26.6	22.7	0.442 (2)
女性・60歳以上	15.1	17.9	14.9	0.781 (2)

注) 主介護者が家族である場合に限定。無回答者は除外。

就労以外の社会的な活動状況として、「友人等と会ったり、一緒に出かける頻度」「趣味や教養のためにさける時間」「老人クラブや宗教、趣味のグループ等の会合に参加する頻度」が、どのように変化しているのか比較した。その結果、表10に示したように主介護者が教養や趣味のためにさける時間は介護保険導入後に増加する傾向が見られたが、その他の活動については大きな変化は見られなかった。主介護者の性、年齢、要介護高齢者の身体的、精神的な障害のレベルを調整しても、同様な結果であった。対人的な交流を伴う社会的な活動は、就労の場合と同様に介護以外の要因も関係するため、介護保険が導入されたからといって大きな変化は見出しにくいのもかもしれない。主介護者が担う介護の程度が全体として軽くなっていると前述したが、その影響もあってか、介護者が自分のためにさける時間が増える傾向にあるのは評価できる点である。

表10. 趣味や教養のためにさける時間 (%)

	1996年	1998年	2002年
ほとんどなし	56.0	51.6	47.4
1時間	9.7	14.7	13.2
2時間	19.2	20.5	20.8
3時間	8.7	8.4	12.1
4時間	3.2	2.6	3.6
5時間以上	3.2	2.1	2.8
n	870	380	529

注) 主介護者(家族)が回答した場合に限定。無回答者は除外。

Kruskal Wallis 検定では χ^2 (df) = 7.703 (2), $p = .021$

3.3 在宅サービスの利用によって介護者の負担は軽減しているか

介護保険導入前の調査結果では、在宅サービスを利用していたとしても、全体的には介護者の負担軽減には役立っていなかった。介護保険の導入後、在宅サービスの利用量は増加しているが、介護者の負担軽減に在宅サービスは貢献するようになっているだろうか。

図2は、ホームヘルパーの利用と主介護者の情緒的消耗との関連を示している。介護保険導入前の96年と98年では、ホームヘルパー利用者と非利用者間で介護による情緒的消耗の度合いに大きな違いはなく、ホームヘルパーの利用によって主介護者の精神的負担が軽減される効果は見出せなかった。ところが、介護保険導入後の2002年では、その様相が有意に異なっていた。しかし、それは期待していたように介護者の精神的負担を軽くする方向に変化していたわけではなく、ヘルパーを利用している人の方がかえって情緒的消耗が強いという逆方向の影響となって現われていた。ホームヘルパー以外に、デイサービスやショートステイといった介護者にとってレスパイト（休息）となるサービスについても調べたが、いずれも主介護者の精神的、身体的、社会的負担を軽くする効果は介護保険導入後も見出せず、利用者の方がむしろ負担感が強い傾向が見られた。

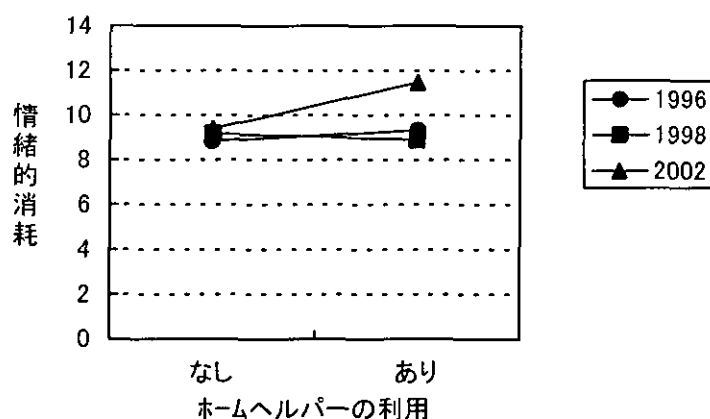


図2 ホームヘルパーの利用と主介護者の情緒的消耗との関連

注) 主介護者の性と年齢、要介護者の身体的障害と精神的障害の平均値を代入して情緒的消耗の推定周辺平均を算出した(調査年とヘルパー利用の交互作用項のF値 = 4.739, df = 2, p = .009)。

在宅サービスの利用は増えているものの、前述したように在宅介護の主力部分は依然として家族が担っているケースが圧倒的多数の現状においては、在宅サービスの利用によって介護者の身体的、精神的、社会的負担が軽減するまでには至っていないと言える。さらにホームヘルパーについては、介護保険が始まってから労働が過密化、長時間化、不規則

化し、以前はできていた臨機応変な家事援助や身体介護への対応などができなくなっていることが指摘されている（小川，2001）。利用量は増えたものの、ホームヘルプ労働の質的な変化が、介護者の精神的負担の増加に影響しているのかもしれない。

一方、前述したように主介護者の介護程度は全体的に減少し、趣味など自分のために使える時間が増加する傾向が見られていた。そこで、介護者の自由時間の増加に在宅サービスの利用が寄与しているか否かを検討した。しかし、介護者の性、年齢、要介護高齢者の身体的、精神的障害のレベルをそろえた上でも、ホームヘルパー利用者の方が非利用者よりも主介護者の自由時間は少なく、デイサービスやショートステイといったレスパイト系のサービスについては、ホームヘルパーのような逆の関係ではないものの、介護者の自由時間の増加にさほど貢献していないことがわかった。つまり、介護保険の導入後に介護者の自由時間が全体的に増加する傾向がみられたのは、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスといった主な在宅サービスの利用の増加によるものではなく、別の理由によって増加したものと思われる。なぜ介護者の介護へのかかわり方が少なくなっているのか、その理由についてはさらにデータを収集し、背景要因を検討する必要がある。

4 増大する施設需要とその背後にある要因

4.1 介護者の施設入所希望の増加と入所希望を高める要因

在宅サービスの供給量が増えたにもかかわらず、介護保険が始まって以来、特別養護老人ホームなどの介護施設への入所希望者が増加しており、介護保険制度の大きな問題点となっている。我々のデータでは、「なるべく入所させたくない」「お世話できなくなっても入所させたくない」といった在宅志向の介護者は2002年時点で66.7%であり、約3分の2の主介護者は在宅介護を希望しているものの、介護保険前に比べるとその割合は有意に低下していた（表11）。

表 11. 主介護者の特別養護老人ホームへの入所希望 (%)

	1996年	1998年	2002年
申請中	3.3	2.1	8.3
今すぐ入所を希望	1.7	0.3	1.5
入所を検討したい	16.3	15.3	23.4
なるべく入所させたくない	67.0	70.1	50.9
お世話できなくなっても入所させたくない	11.6	12.2	15.8
n	867	378	530

注) 主介護者(家族)が回答した場合に限定。無回答者は除外。

順序回帰分析により、主介護者の性、年齢、要介護者の身体的、精神的障害のレベルをそろえた場合も2002年の方が96、98年より入所希望傾向が有意に高かった。

では、どのような介護者において入所希望が高いのだろうか。主介護者の性、年齢、情緒的消耗度、主観的な経済状態、および要介護高齢者の身体的障害、精神的障害、世帯類型が、主介護者の入所希望とどのような関係にあるかを分析した結果、「介護者の介護による情緒的消耗が強い」「要介護高齢者の精神的障害(痴呆)が重い」「要介護高齢者がひとり暮らし」であることが、主介護者の入所希望に関連していた¹³。しかし、図3に示したように、これらの要因の影響が介護保険導入前後で異なるといった交互作用効果は有意なものではなかった。つまり、介護者が精神的に消耗している場合や重度の痴呆性高齢者を介護している場合、また要介護高齢者が単身世帯の場合は介護者の入所希望が高まるが、それは介護保険制度が導入される前も同様にリスク要因であり、介護保険導入後にこのような介護者で特に入所希望が高まったというわけではない。別の見方をすれば、介護保険が導入された後も、重度の痴呆や単身の高齢者を介護している場合や精神的負担が強い介護者では、依然として在宅継続意向は弱いままであり、現行の制度では、このような介護負担が重い人たちの在宅生活に対応することができていないと言える。

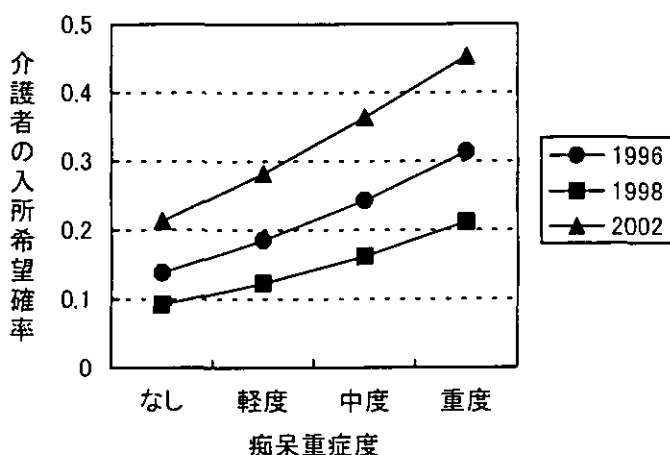


図3 要介護高齢者の痴呆重症度と主介護者の入所希望の関連

注) 分析は主介護者の入所希望の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析で、主介護者の性と年齢、情緒的消耗、主観的経済状態、要介護者の身体的障害、世帯類型を調整してリスク確率を算出した(調査年と痴呆重症度の直接効果はそれぞれ0.1%水準で有意だが、これらの交互作用効果は有意ではない)。

¹³ 「申請中」「今すぐ入所を希望」「入所を検討したい」という回答を「入所希望あり」に、「なるべく入所させたくない」「お世話できなくなっても入所させたくない」という回答を「入所希望なし」に分類した入所希望の有無を従属変数とし、主介護者の性、年齢、情緒的消耗、主観的な経済状態、要介護者の身体的障害、精神的障害、世帯類型(単身、老夫婦のみ、子供と同居、その他)、調査年(96年、98年、02年)を独立変数とするロジスティック回帰分析を行った(χ^2 (df) = 183.338 (11), $p < .001$)。要介護者の精神的障害の重症度、介護者の情緒的消耗度、調査年は0.1%水準で、単身世帯は全平均と比べて5%水準で有意であった。

また、ここでは介護者と要介護高齢者に関する基本的なリスク要因を分析に用いたが、これらのリスク要因を調整しても介護保険導入後の2002年の方がそれ以前より有意に入所希望が高かったことから、分析に用いたリスク要因以外の要因によって介護者の入所希望が増大している可能性が示唆された。例えば、本章のはじめに述べたように、給付されるサービスの量に制限がある在宅サービスと違って施設サービスの方が完結的で介護者の負担も軽く、相対的には在宅よりも施設の方が安価であるといった介護保険制度の仕組みにおける問題、あるいは家族を施設に入れることへの抵抗感の減少などが、介護者の施設志向の増大を引き起こしている可能性も考えられる。

4.2 在宅サービスを利用することによって入所希望は抑制されているか

全体的には介護者の入所希望が増大しているものの、在宅サービスを利用している人ではそれが抑制されているかもしれない。ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイについて、利用者と非利用者として主介護者の入所希望状況がどのように異なるかを比較した。その結果、ホームヘルパーを利用している主介護者が入所を希望する確率は非利用者と有意な違いがなく、ショートステイやデイサービスを利用している家族では、非利用者よりも入所を希望する確率が高くなっていた。この傾向はいずれの調査年においても共通しており、介護保険前後での違いはみられなかった(図4)。在宅サービスの利用は増えているが、その利用によって介護者の入所希望が抑制されているわけではないと言える。

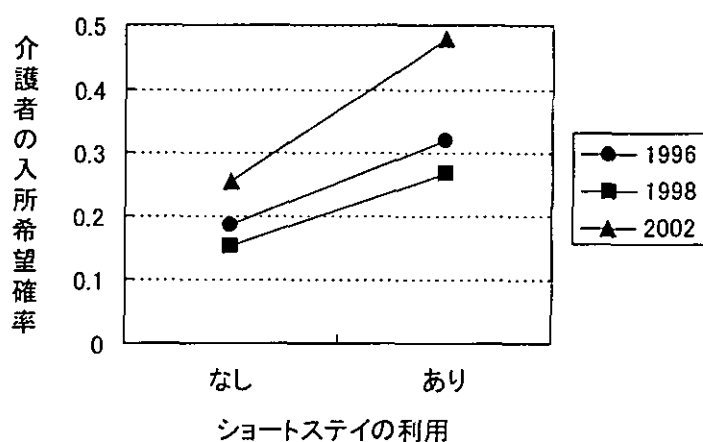


図4 ショートステイの利用と主介護者の入所希望確率との関連

注) 分析は主介護者の入所希望の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析で、主介護者の性と年齢、情緒的消耗、主観的経済状態、要介護者の身体的障害、精神的障害、世帯類型を調整してリスク確率を算出した(調査年とショートステイ利用の直接効果は0.1%水準で有意だが、これらの交互作用効果は有意ではない)。

介護保険前の分析結果では、重度の障害の高齢者を介護している介護者にとってはホームヘルパーを利用することによって在宅継続意欲が高まることが報告されており、在宅サービスの直接効果だけでなく、他の要因と絡み合った効果（交互作用効果）も検討する必要があると指摘されている（杉澤、1999）。つまり、全体としてはサービス利用の効果がなくても、ある特定の状況の介護者、特にストレスが強い状況下にある介護者にとっては在宅サービス利用の効果があるかもしれない。

そこで、介護者の入所希望と強い関連性を示した要介護高齢者の痴呆の重症度について、痴呆が重度であっても在宅サービスを利用していれば介護者の入所希望が抑制されるかどうか、またそのような効果が介護保険前後で変化しているかどうかについて検討した。その結果、介護保険前の1996年では、痴呆がないか軽度の場合は、ホームヘルパー利用の効果はみられないが、痴呆が重度の場合は、ホームヘルパーを利用していない人と比べて利用している介護者で特養への入所を希望する確率が抑制されていた。このようにストレスが弱い場合はあまり効果を示さないが、ストレスが強い場合にその影響を緩衝するような作用を緩衝効果と呼んでいる。ところが、介護保険後の2002年ではこのような緩衝効果は消失し、重度の痴呆を介護している介護者では、ホームヘルパーを利用していない人と比べて利用している人と同様に特養への入所希望が高まっていた（図5）。

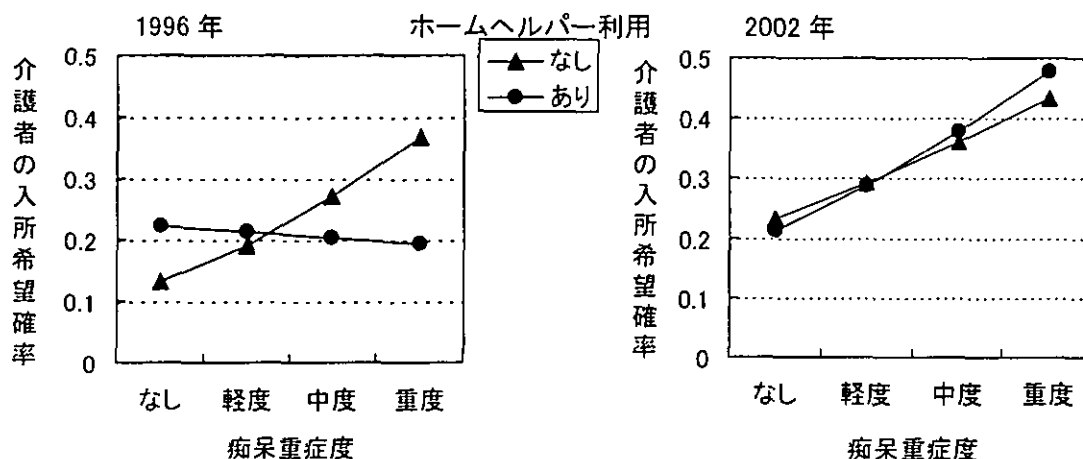


図5 ホームヘルパーの利用と痴呆重症度、および主介護者の入所希望確率との関連

注) 分析は主介護者の入所希望の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析で、主介護者の性、年齢、情緒的消耗、主観的経済状態、要介護者の身体的障害、世帯類型を調整してリスク確率を算出した(ヘルパー利用の直接効果は有意ではないが、ヘルパー利用と痴呆重症度、調査年の三次の交互作用効果は5%水準で有意)。

以上の結果をまとめると、介護保険は在宅重視の理念を掲げていたが、実際には施設介護を希望する介護者が増えており、その背景には痴呆、単身、介護ストレスといった以前から入所のリスク要因となっていたもの以外の要因、例えば介護保険制度の仕組みや人々の施設介護に関する意識の変化などの社会的・文化的な要因が関係している可能性が考えられた。さらに、在宅サービスの利用は増えているものの、現状では在宅サービスの利用は必ずしも介護者の在宅継続意欲の向上につながっていない場合が多いと言える。つまり、介護者の施設志向を減少させるためには、在宅サービス量の拡大だけでなく、内容面での充実や制度の仕組みの改善が必要である。しかし、この分析は横断面での分析であるため、在宅サービスの利用者と非利用者との、その後の在宅継続状況がどのように異なるのか縦断的に分析するなど、より詳細なサービスの効果分析を行う必要がある。

5 おわりに

介護保険が導入される前の2時点（1996年、1998年）と介護保険導入後の2002年における繰り返しの横断調査データを用いて、介護者の立場から介護の社会化や在宅重視といった理念がどの程度実現されているのかを検討した。その結果、明らかになった点の中から、いくつかの課題を指摘したい。

第1に、痴呆介護への対応の遅れである。痴呆介護については、要介護認定からサービス利用に至るまで、さまざまな問題点が指摘されている。本調査データからも、身体的な障害が軽い、動ける痴呆性高齢者の世帯では、9割以上が依然として在宅介護の主体を家族が担っており、在宅サービスを基盤とする介護態勢の社会化が最も遅れていることがわかった。さらに、痴呆介護は介護者を精神的に消耗させ、在宅介護の継続意欲の低下につながるが、在宅サービスの利用は痴呆介護に携わる家族の負担を軽減し、在宅継続意欲を保持することには貢献していなかった。このように最も負担が重い痴呆介護への対応がどれだけ進むかが、今後、介護保険制度のアウトカム評価を行う際の重要な項目となるだろう。

第2に、在宅サービス量が拡大したにもかかわらず、介護者の負担軽減や施設志向の抑制に貢献していないという問題である。サービス利用が増えたといっても以前が少な過ぎただけで、介護者の負担を軽減するにはまだ不十分である可能性が高い。介護者が疲弊する前に予防的にサービスを利用するように変化していることが期待されたが、そのような状況になっていないこともわかった。また、以前は重度の痴呆高齢者を介護していてもホームヘルパーを利用することにより、介護者の入所希望が抑制されるといった緩衝効果が見られていたが、介護保険導入後の調査では、そのような効果が検出できなくなっていた。利用量だけでなく、サービスの質的な改善についても、もっと検討する必要がある。

第3に、介護者の相談ニーズが高まっているにもかかわらず、それに応えてくれる人が私的にも社会的にも減少している問題である。介護保険導入後の方が介護者の介護による

情緒的消耗の度合いが強くなっている理由として、このような支援態勢の脆弱化が関連している可能性が示唆された。親族による支援機能が弱まる中で、以前は相談相手として重要な機能を果たしていた医師や自治体職員等が、ケアマネジャーがいるからと、その役割から手を引き始めている場合も少なくない。さらに、相談にのってくれる人がいたとしても、以前のように相談相手がいることによって介護者の精神的なストレスが緩和されるという効果が、2002年の時点では弱まっていた。介護者に対する情緒的、情動的な支援態勢が量的な面だけでなく、質的にも弱くなっている可能性が考えられる。

最後に、ここでの分析の限界について指摘しておきたい。第1に、この章における分析は介護者の視点からのアウトカム評価に限定されている。「在宅生活の継続」や「要介護度の悪化防止」など、要介護者の視点にたったアウトカム評価も必要であるが、そのためには同一対象者を追跡するパネル調査を介護保険導入前と導入後にそれぞれ実施する必要がある。我々の研究グループでは、介護保険導入前の1996年から1998年の間に同一対象者を追跡したパネル調査を実施しており、介護保険導入後の2002年以降も同様なパネル調査を実施しているが、現在までのところデータ収集が完了していないため、要介護者の視点からのアウトカム評価については今後の課題としたい。

第2に、地域の確率標本を基に要介護高齢者をスクリーニングしているとはいえ、三鷹市という地域に限定された結果であり、この結果を他の地域にも一般化するには限界がある。介護保険は地域格差が大きいことが指摘されているため、他の地域でも本調査と同様なスクリーニング手法を用いた調査研究が行われ、インプット指標やアウトプット指標に関する地域格差だけでなく、アウトカム指標に関しても地域比較できるよう、知見の蓄積が望まれる。

【引用文献】

- 相野谷安孝，石川満，林泰則，山本淑子，2002，『介護保険見直しの焦点は何か』あけび書房。
- 遠藤英俊，2001，「介護保険の改訂への提言」『老年精神医学雑誌』12(5)：492-495。
- 本間昭，1996，「精神的障害(痴呆)の評価法と実態」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，123-129。
- 市野川容孝，2000，「ケアの社会化をめぐって」『現代思想』28(4)：114-125。
- 池田省三，2001，「介護保険施行1年の検証と今後の課題」『都市問題研究』53(11)：67-83。
- 医療経済研究機構，2001，『介護保険による効果の評価手法に関する研究報告書』。
- 伊藤周平，2001，「介護保険の現実と今後の課題」『都市問題研究』53(11)：98-110。
- 小西万里子，2001，「施設がかかえる問題」相野谷、小川、垣内、河合、真田編『介護保険の限界』大月書店，100-111。
- 越河六郎，1991，「CFSI(蓄積的疲労徴候のインデックス)の妥当性と信頼性」『労働科学』

67(4) : 145-157.

- 厚生労働省, 2002, 『平成14年版 介護保険の手引』ぎょうせい.
- 中井清美, 2003, 『介護保険 地域格差を考える』岩波新書.
- 中谷陽明, 1992, 「在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき”」『社会老年学』36 : 15-26.
- 中谷陽明, 1996, 「家族介護者の負担感」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, 266-306.
- 内閣府国民生活局物価政策課, 2002, 『介護サービス市場の一層の効率化のために』.
- 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.
- 小川栄二, 2001, 「ホームヘルプ制度の現状と課題」相野谷, 小川, 垣内, 河合, 真田編『介護保険の限界』大月書店, 69-86.
- 岡本祐三, 2003, 「介護保険の問題点：四年目の検証」『教育と医学』51(7) : 600-609.
- 小野ミツ, 木村裕美, 2003, 「介護保険導入後の介護者の負担感に関する意識調査」『高齢者のケアと行動科学』9(1) : 75-83.
- 坂田期雄, 2002, 『介護保険 自治体最前線の対応』ぎょうせい.
- 冷水豊, 1996, 「身体的障害程度の評価法と実態」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, 108-122.
- 白澤政和, 2003, 「介護保険のみえてきた課題」『保健の科学』45(6) : 388-392.
- 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明, 柴田博, 1998, 「在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響」『日本公衆衛生雑誌』45(4) : 320-335.
- 杉澤秀博, 1999, 「保健福祉サービスは役に立っているか?」『ESTRELA』64 : 74-79.
- 東京都老人総合研究所, 2003, 『介護保険制度下における要介護高齢者と介護者の実態調査報告書』.

4章 在宅サービスの利用が介護者のストレス軽減や在宅継続に与える縦断的な効果－介護保険制度施行前後の比較－

杉原 陽子 (東京都老人総合研究所)

1 はじめに

介護保険制度の施行に伴い、様々な在宅サービスが整備・拡充され、利用量も増加してきている(厚生労働省, 2002)。しかし、このような在宅サービスを利用することによって実際に介護者の身体的・精神的な負担や社会生活上の制約が軽減し、在宅介護が継続可能になっているかを検討した効果評価はあまり行われていない。在宅サービスの効果を評価した研究もあるが、先行研究にはいくつかの課題が残されている。

第一の課題は、サービス利用者だけを対象として、満足度などの主観的な評価にとどまっている報告が多く(相野谷, 石川, 林, 山本, 2002; 河合, 唐鎌, 岡崎, 横山, 宮崎, 2001; 山本, 2002)、客観性に欠けている点である。サービス利用者と非利用者を無作為に割り付け、両群を追跡する中でサービス利用の効果を測定する実験的なデザインの評価研究が本来は望ましいが、実際に実施するのは倫理的に難しい。次善の策として、地域の中からサービス利用者と非利用者を無作為に選び出し、サービス利用状況の違いによる介護者の負担や在宅継続状況等の差異を測定する擬似実験的な方法が、サービス利用の効果を客観的に評価する上では望ましい。

第二の課題は、近年、欧米を中心に擬似実験的な方法を用いて在宅サービスの効果を評価した研究も散見されるようになっているが(Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit, & Greene, 1999; Gold et al., 1995; Jette, Tennstedt, & Crawford, 1995; Levesque, Cossette, & Lachance, 1998)、アルツハイマー協会や医療・福祉サービス機関等から対象者を選出した、いわゆる便宜的標本(convenient sample)に基づく研究が多いという点である。このようなサービス機関やサポートグループを通して選んだ対象者は、そうでない人とくらべて介護ニーズや介護ストレスが大きいのか、逆にサポートによってストレスが軽減している可能性があり、結果に偏りが生じている可能性が指摘されている(Baumgarten, 1989)。代表性の高い虚弱高齢者標本を用いて在宅サービスの効果を調べた数少ない研究である Jette ら(1995)の報告によると、在宅サービスの利用量が多いと、認知障害を有する高齢者の施設入所のリスクが軽減する可能性が示唆されている。

第三に、横断調査に基づいてサービスの効果を評価した研究(Bass, Noelker, & Rechlin, 1996; 杉原, 杉澤, 中谷, 柴田, 1998; Yates, Tennstedt, & Chang, 1999; 横山, 清水, 早

川, 由良, 1994)が多いため、因果関係を明確にできないという問題がある。一般に、介護ニーズやストレスが強い介護者がサービスを利用する傾向があるため、それを反映して横断調査の分析では、サービスを利用している人ほど介護者のストレスが強いという結果になることが多い。サービスの効果をより正確に評価するには、サービス利用者と非利用者を縦断的に追跡し、両群における介護ストレスの変化や在宅継続状況の違い等を調べる必要がある。

以上のようなサービスの効果研究に見られる問題点を考慮して、我々は介護保険制度が導入される前から、地域からスクリーニングした要介護高齢者とその主介護者を対象に、擬似実験的な方法を用いて介護サービスの効果評価を行ってきた。その結果、介護保険導入前は、在宅サービスを利用していたとしても全体としては介護者の負担軽減には貢献していないことが示されている(Sugihara, Sugisawa, Nakatani, Hougham, in press; 杉澤, 1999)。介護保険制度の導入後、同様な設計の調査を行うことにより、介護保険の導入前後で在宅サービスの効果がどのように変化したかを分析することが可能となる。

本研究の目的は、在宅サービスの利用が介護者のストレス軽減や在宅介護の継続に貢献しているか否かを縦断調査データに基づいて評価することである。さらに、その結果を介護保険制度が導入される前に同様な手法で実施した縦断調査の結果と比較し、介護保険導入前後で在宅サービスの効果がどのように変化したかを検討した。

2 研究方法

1) 調査の概要 (図1)

(1) 介護保険導入前のパネル調査¹⁴

①在宅要介護高齢者把握のための調査 (1996年スクリーニング調査: 図1の①)

- ・対象者: 1996年2月1日時点で三鷹市在住の65歳以上の住民全数(外国人登録者も含む)21,567人
- ・調査方法: 郵送にて調査票を配布し、高齢者本人または対象の高齢者の状態を良く知っている家族・親族に回答してもらい、郵送により回収した。要介護高齢者を把握する精度を高めるため、郵送での回収ができなかった人に対しては訪問または電話により回答を得た。
- ・調査実施時期: 1996年2~3月
- ・回収状況: 回収数 20,604 (不能理由: 理由不明 524、不在 285、拒否 154)
- ・在宅要介護高齢者の判定: 「在宅の高齢者¹⁵」の中で、以下の2つの条件のいずれか1つでも満たす場合を「在宅要介護高齢者」と判定し、訪問面接調査の対象とした。
 - a) 日常生活動作能力に関する6項目(歩行、食事、着替え、入浴、排泄、全体的な日常

¹⁴ 調査の詳細は既刊の報告書(東京都老人総合研究所, 1999)を参照。

¹⁵ 短期間(3ヶ月以内)の入院・入所、および有料老人ホームの入居者は「在宅」とみなした。

生活状態)で、1項目でも「手助けが必要な状態」にある高齢者

b) 痴呆の疑いをみる8項目中、該当する項目が1つ以上ある高齢者

・上記の基準に基づき同定された在宅要介護高齢者：1,379人

②介護者に対する初回調査(1996年 Wave1：図1の②)

・対象者：上記のスクリーニング調査で把握した在宅要介護高齢者1,379人の介護者

・調査方法：訪問面接調査

・調査実施時期：1996年4～5月

・完了状況：調査完了数941(不能理由：訪問調査時点では要介護状態でなく、対象外となった人221、高齢者の入院92、高齢者の死亡49、拒否32、その他44)

③1年後の追跡調査(1997年 Wave2：図1の③)

・対象者：1996年の介護者調査(Wave1)を完了した941人

・調査方法：訪問面接調査

・調査実施時期：1997年4～5月

・調査票：高齢者が在宅療養を継続していた場合は「在宅用調査票」を、追跡期間中に高齢者が入院、入所、死亡していた場合は「入院・入所・死亡者用調査票」を使用。

・完了状況：調査完了数859(在宅票完了数643；入院・入所・死亡票完了数216)
(不能理由：拒否34、転居7、不在2、その他39)

(2) 介護保険導入後のパネル調査¹⁶

④要介護高齢者把握のための調査(2002年スクリーニング調査：図1の④)

・対象者：2002年1月1日時点で三鷹市在住の65歳以上の住民全数22,660人(外国人登録者を含む)の中から無作為に等間隔抽出した10,000人。

・調査方法：郵送にて調査票を配布し、高齢者本人または対象の高齢者の状態を良く知っている家族・親族に回答してもらった。調査票は郵送(一部訪問)により回収した。

・調査実施時期：2002年1～2月

・回収状況：回収数9,045(不能理由：不在549、拒否160、転出66、死亡38、不明142)

・要介護高齢者の判定基準：ADL障害と痴呆症状の基準は1996年と同じ。ただし、2002年は「在宅」の高齢者に限らず、特別養護老人ホーム等の施設入居者も含めた。

・上記基準に基づき同定された要介護高齢者：1,323人¹⁷

⑤介護者に対する初回調査(2002年 Wave1：図1の⑤)

・対象者：上記スクリーニング調査で把握した要介護高齢者の介護者。ただし、特別養護老人ホーム入居者や長期入院・入所中の高齢者の家族に対しては、別の調査票で調査を行ったため、この調査の対象からは除外した。

・調査方法：主に介護している家族に対して訪問面接調査を実施した。主介護者がヘルパー等の場合も、まずは家族に依頼した。家族と連絡がとれない場合は、高齢者本人に依

¹⁶ 2002年に実施した調査の詳細は既刊の報告書(東京都老人総合研究所、2002)を参照。

¹⁷ 2002年は施設入居者も対象に含めたため、要介護高齢者の出現割合が1996年より高くなっている。

頼した。高齢者本人も調査が難しい場合は、ヘルパー等に調査を依頼した。

- ・調査実施時期：2002年4～5月
- ・完了状況：調査完了数 595（不能理由：面接調査時点では要介護状態でなく、対象外となった人 290、高齢者本人または家族の拒否 113、高齢者の入院・入所（住民票移動）78、高齢者の入院・入所（住民票移動なし→入院・入所介護者票にて調査を実施）114、高齢者の死亡 61、不在 31、転居 20、住所不明 4、その他 17）

⑥ 1年後の追跡調査（2003年 Wave2：図1の⑥）

- ・対象者：2002年の介護者調査（Wave1）を完了した 595 人
- ・調査方法：訪問面接調査
- ・調査実施時期：2003年4～5月
- ・調査票：高齢者が在宅療養を継続していた場合は「在宅用調査票」を、追跡期間中に高齢者が入院、入所、死亡していた場合は「入院・入所・死亡者用調査票」を使用。
- ・完了状況：調査完了数 526（在宅票完了数 436；入院・入所・死亡票完了数 90）
（不能理由：拒否 37、転居 10、不在 11、その他 11）

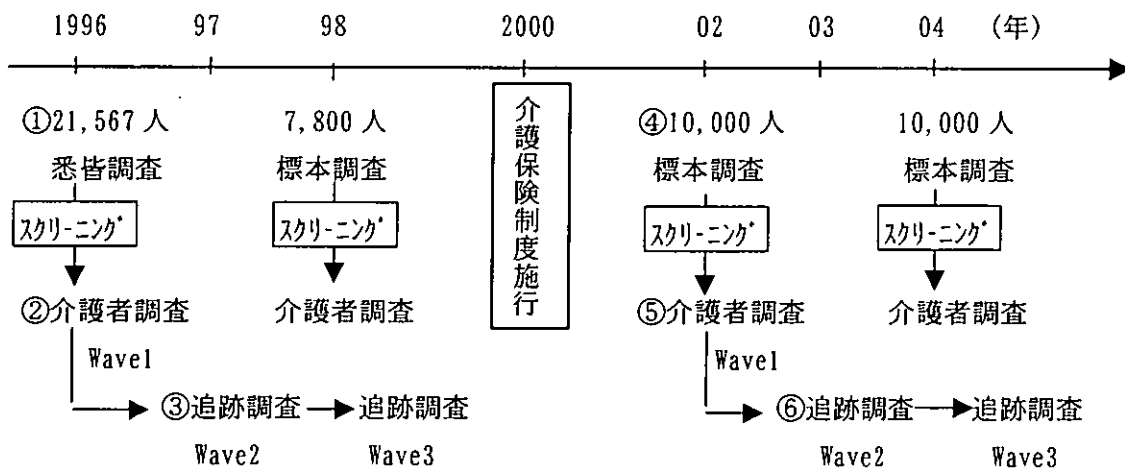


図1 調査の概要

注) 実施しているが、分析に使用していない調査には番号を付していない。2004年の調査は計画段階。

2) 分析対象者

在宅サービスの利用が介護者のストレスに与える影響を検討する際は、①要介護高齢者の介護を主に担当している家族・親族で、②同一主介護者が追跡調査時も在宅介護を継続している場合を分析対象とした。介護保険導入前のパネル調査（1996-1997年）における分析対象者数は 576 人、導入後のパネル調査（2002-2003年）における分析対象者数は 360 人である。