

在宅サービスが在宅介護の継続に与える影響を検討する際は、初回調査の完了者のうち、追跡調査時の要介護高齢者の療養場所（在宅、施設、死亡）が把握できたケースを分析対象とした。施設入所は、特別養護老人ホーム等の施設への入所以外に、一般病院に入院中であっても3ヶ月以上の入院で在宅に帰る予定が明確でない場合は、施設入所の中を含めた。介護保険導入前の調査（1996-1997年）における要介護高齢者の追跡調査時の療養場所は、在宅継続 677 (71.9%)、施設入所・長期入院 119 (12.6%)、死亡 140 (14.9%)、不明 5 (0.5%) であった¹⁸。導入後の調査（2002-2003年）における要介護高齢者の追跡調査時の療養場所は、在宅継続 436 (73.3%)、施設入所・長期入院 46 (7.7%)、死亡 53 (8.9%)、不明 60 (10.1%) であった。追跡調査時の療養場所がわかる人のうち、初回調査の項目に欠測がない人を分析対象とした（96-97年：N = 879、02-03年：N = 486）。

3) 測度

(1) 在宅サービス

ショートステイ（1年間の利用回数）、ホームヘルパー（1週間の利用回数）、通所サービス（1週間の利用回数）、入浴サービス（1ヶ月の利用回数）、訪問看護サービス（1ヶ月の利用回数）をたずね、各サービスの利用回数を対数変換した数値を分析に用いた。さらに上記サービスのうち、どれか1種類でも利用している場合は「在宅サービス利用あり(=1)」、いずれの在宅サービスも利用していない場合は「利用なし(=0)」とした。尚、通所サービスはデイサービスとデイケアの両方を、入浴サービスは通所型と巡回型の両方を合わせている。

(2) 介護者のストレス指標

抑うつ傾向、身体的な愁訴、情緒的な消耗度、の3指標を用いた。「抑うつ傾向」はRadloff(1977)のCenter for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)の日本語版(島, 鹿野, 北村, 浅井, 1985)を一部修正したものをを用いた。CES-Dは、「普段は何でもないことがわずらわしい」「ゆううつだ」といった抑うつ的な精神状態に関する20項目から成る。各項目について、過去1週間にこのような経験がどのくらいの頻度であったかをたずね、「ほとんどなかった(=0)」「少し(1~2日)はあった(=1)」「ときどき(3~4日)あった(=2)」「たいてい(5~7日)そうだった(=3)」といった選択肢から回答を得、各項目の得点を単純加算して得点化した。

「身体的な愁訴」は、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。「全身がだるい」「しばしばめまいがする」「腰が痛い」といった症状がある場合に1を、ない場合に0を与え、各項目の得点を単純加算した。

「情緒的消耗」は、家族介護者の燃えつき(バーンアウト)を測定するために中谷(1992,

¹⁸ 介護保険導入前の調査では、追跡調査に協力がえられなかった人に対して1998年に郵送調査を行ない、高齢者の療養場所をできるだけ調べたため、療養場所が不明な人が介護保険後の調査と比べて少ない。

1996)によって開発された家族介護 MBI (Maslach Burnout Inventory) のサブスケールを使用した。オリジナルの家族介護 MBI 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。そこで本調査では、情緒的消耗サブスケールのみを分析に使用することとし、その中から答えにくい項目を除外した 7 項目を用いた。「一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる」「自分でお世話できる限界まできたと感じる」「お世話が燃え尽きてしまったと感じる」といった項目に対して、「非常にあてはまる」から「まったくあてはまらない」の 5 件法で回答を得、非常にあてはまる方から順に 4~0 点を配点し、各項目の得点を単純加算した。

(3) 在宅継続状況

追跡調査時の要介護高齢者の状況を、①在宅継続、②施設入所 (長期入院を含む)、③死亡、の 3 種類に分類した。特別別養護老人ホームや有料老人ホーム、療養型医療施設等の施設に入所・入院し、今後も在宅に帰る予定がない場合を施設入所とみなした。

(4) 要介護高齢者の身体・精神障害

要介護高齢者の日常生活動作障害は、歩行、食事、着替え、入浴、排泄、全体的な活動状態の 6 項目について、それぞれ介助の必要度をたずねた (冷水, 1996)。項目によって回答の選択肢の数が異なるため、各項目の選択肢が 4 件法になるよう再コーディングし、介助の必要度が高いほうから順に 3~0 点を配点した。この 6 項目を主成分分析にかけた結果、1 個の成分が抽出されたこと、どの調査時点においても α 係数が 0.75 以上あることから一次元の尺度とみなしてよいと考え、6 項目の得点を単純加算した。

要介護高齢者の精神障害 (痴呆重症度) は、本間 (1996) が開発した「痴呆性高齢者のスクリーニングおよび重症度評価のためのチェックリスト」を使用した。「自分の年齢がわからないことが多い」「子供の住んでいる都道府県あるいは市町村がわからない」などの認知機能に関する 16 項目について、該当する場合を 1、該当しない場合を 0 とし、各項目の得点を単純加算した。

(5) 介護者の基本属性

主介護者の年齢は初回調査時の年齢 (連続変量) を用いた。男性を 0、女性を 1 とした。

4) 分析方法

(1) サービスが介護者のストレスに与える影響

抑うつ傾向、身体的愁訴、情緒的消耗を観測変数として「ストレス」という潜在因子を構成した。追跡調査時の「ストレス」を従属潜在変数とし、初回調査時の「ストレス」、在宅サービスの利用回数 (対数変換)、要介護高齢者の ADL 障害度と痴呆重症度、主介護者の性、年齢を用いて、共分散構造分析を行なった (図 2)。在宅サービスの縦断的な効果は、初回調査時 (Wave1) のサービス利用が追跡調査時 (Wave2) のストレスに直接影響する cross-lagged 効果 ($\beta 1$)、および初回調査時 (Wave1) のサービス利用が初回調査時 (Wave1)

のストレスを介して追跡調査時(Wave2)のストレスに影響する間接効果 ($\beta 2 \times \beta 3$) の2パターンについて、在宅サービスの種類ごとに分析した。以上の共分散構造分析を介護保険導入前のパネルデータと導入後のパネルデータのそれぞれについて実施し、在宅サービスの効果の介護保険導入前後における違いを検討した。

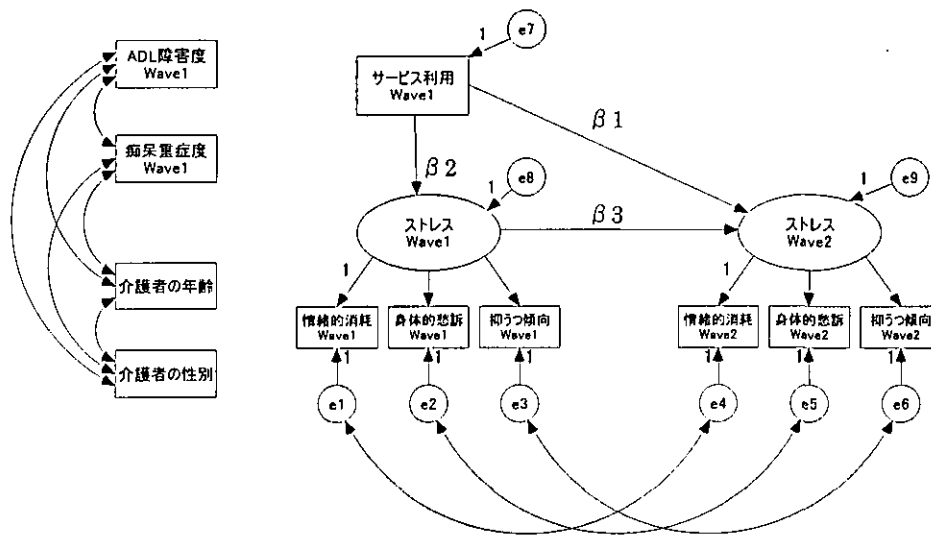


図2 在宅サービスの利用が介護者のストレスに与える縦断的な効果の分析モデル
注) 4つの外生変数 (ADL 障害度、痴呆重症度、介護者の性、年齢) が、サービス利用と Wave1、Wave2のストレスの潜在因子に与える直接効果を示す12のパスは図から省略。

(2) 在宅サービスが施設入所のリスクに与える影響

追跡期間中の在宅継続状況 (在宅、施設、死亡) を従属変数とし、初回調査時の在宅サービスの利用回数 (対数変換)、要介護高齢者のADL障害度、痴呆重症度、主介護者の性、年齢、抑うつ傾向、身体的愁訴、情緒的消耗を独立変数とする多項ロジスティック回帰分析を行なった。「在宅継続」を従属変数の参照カテゴリーとし、サービスの種類ごとに別々に効果を分析した。さらに、初回調査時の要介護高齢者のADL障害度や痴呆重症度と各サービス利用状況との交互作用項を独立変数に追加投入し、高齢者の障害の度合いによる在宅サービスの効果の違いを検討した。以上の多項ロジスティック回帰分析を介護保険導入前のパネルデータと導入後のパネルデータのそれぞれについて実施し、在宅サービスの利用が施設入所のリスクを抑制する効果の介護保険導入前後における違いを検討した。

3 結果

1) 在宅サービスが介護者のストレスに与える縦断的な効果

追跡期間中に在宅介護を継続していた主介護者の記述統計を、介護保険導入前と導入後のパネルデータそれぞれについて示した(表1)。

表1 介護保険導入前と導入後の介護者パネルの記述統計 (在宅介護継続者のみ)

	介護保険前:1996-1997 (N = 576)				介護保険後: 2002-2003 (N = 360)			
	平均値 (SD)		t	z	平均値 (SD)		t	z
	Wave1	Wave2			Wave1	Wave2		
主介護者の年齢	61.5 (12.2)				63.7 (11.9)			
性 (女性%)	78.6				78.9			
高齢者のADL障害度	7.4 (4.8)	8.3 (5.5)	-6.5		7.1 (5.2)	8.2 (5.7)	-6.5	
痴呆重症度	2.3 (3.1)	2.5 (3.4)	-2.9		2.5 (3.2)	2.6 (3.5)	-0.9	
ショートステイ利用 (%)	14.1	20.8		-4.6	16.9	24.2		-3.8
ホームヘルパー利用 (%)	14.4	18.8		-3.9	31.9	42.5		-5.2
通所サービス利用 (%)	22.4	21.7		-0.5	30.8	33.6		-1.4
入浴サービス利用 (%)	13.7	17.5		-3.6	18.3	24.4		-3.2
訪問看護利用 (%)	10.2	14.4		-4.0	13.9	18.6		-2.8
何らかのサービス利用 (%)	44.3	53.1		-5.9	57.2	69.7		-5.7
ショートステイ (/年)	0.3 (0.9)	0.7 (2.0)	-6.2		0.9 (2.8)	1.5 (4.8)	-3.2	
ホームヘルパー (/週)	0.4 (1.1)	0.5 (1.3)	-3.5		1.2 (2.7)	1.6 (3.0)	-2.9	
通所サービス (/週)	0.4 (0.8)	0.4 (0.9)	-0.4		0.6 (1.0)	0.7 (1.1)	-2.1	
入浴サービス (/月)	0.3 (0.8)	0.6 (1.7)	-4.0		0.9 (2.4)	1.2 (2.5)	-2.5	
訪問看護 (/月)	0.4 (1.4)	0.6 (1.9)	-3.3		0.6 (1.9)	0.9 (2.3)	-2.2	
介護者の抑うつ傾向	11.4 (8.2)	12.3 (8.8)	-2.7		13.0 (8.8)	13.0 (8.6)	-0.1	
身体的愁訴	5.0 (3.5)	5.2 (3.4)	-1.7		5.2 (3.6)	5.6 (3.6)	-2.2	
情緒的消耗	8.3 (5.4)	8.9 (5.6)	-3.1		9.9 (5.8)	10.7 (6.0)	-2.6	

注) 連続変量は対応のある t 検定、離散変数は Wilcoxon の符号付き順位検定を行なった。

在宅介護を継続していた主介護者の平均年齢は、介護保険後の方が2歳程度高くなっており、老々介護が進んでいる傾向がうかがえる。介護者の性は導入前後で変化がなく、いずれも女性が8割弱を占めていた。介護保険前はADL障害、痴呆とも経時的に有意に悪化していたが、導入後はADL障害の経時的な悪化は認められるものの、痴呆については1年間の追跡期間中にほとんど変化がみられなかった。介護者のストレス指標については、

介護保険前はすべてのストレス指標が経時的に有意に悪化していたが、導入後は身体的愁訴と情緒的消耗は追跡期間中に悪化していたものの、抑うつ傾向は変化していなかった。

在宅サービスの利用の有無や利用回数の追跡期間中における変化は、介護保険導入前と導入後で傾向が似ていた。利用の有無については、いずれのパネルも通所サービス以外のサービスは利用割合が経時的に有意に増加していたが、通所サービスは介護保険導入後においても1年間の追跡期間中に利用割合はほとんど変化していなかった。利用回数の変化については、介護保険導入前のパネルでは通所サービスの利用回数が追跡期間中に変化していなかったのに対し、導入後では、通所サービスも含めてすべてのサービスで利用回数の経時的な増加が認められた。

表2には、介護保険導入前と導入後の介護者パネルの分析に用いた変数の二変量間の相関を示した。

表2 介護保険導入前と導入後の介護者パネルにおける二変量間の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. 介護者の年齢	—	-.19	.08	-.12	-.05	.03	-.09	.07	.05	-.04	.01	.07	-.01	.06	.05	.02
2. 介護者の性別	-.14	—	.05	.10	.11	-.10	.02	.06	.01	.04	.10	.23	.15	.10	.25	.23
3. ADL 障害度 (W1)	-.07	-.07	—	.08	.24	.17	-.01	.52	.38	.35	-.01	.11	.13	.07	.11	.14
4. 痴呆重症度 (W1)	-.15	.07	.27	—	.26	-.05	.18	.03	.01	.14	.16	.10	.24	.15	.11	.24
5. ショートステイ (W1)	-.11	.10	.32	.36	—	.02	.31	.29	.11	.43	.09	.08	.14	.08	.06	.11
6. ホームヘルパー (W1)	.07	-.16	.23	.00	.02	—	.05	.14	.11	.43	-.06	.02	.02	-.04	.01	-.04
7. 通所サービス (W1)	-.08	.03	.12	.20	.37	.05	—	.07	-.04	.59	.08	.08	.12	.11	.10	.11
8. 入浴サービス (W1)	-.09	.00	.41	.17	.33	.16	.37	—	.37	.44	-.01	.02	.11	.01	.04	.10
9. 訪問看護 (W1)	.02	-.10	.33	.04	.06	.41	-.02	.24	—	.36	-.04	-.01	.02	-.01	-.02	.03
10. サービス利用 (W1)	.03	-.08	.31	.07	.35	.56	.48	.38	.32	—	.04	.09	.13	.10	.09	.11
11. 抑うつ傾向 (W1)	.00	.10	.12	.17	.12	.08	.05	.10	.06	.04	—	.53	.55	.60	.43	.46
12. 身体的愁訴 (W1)	.01	.13	.07	.20	.16	.05	.07	.02	.02	.08	.55	—	.44	.46	.71	.44
13. 情緒的消耗 (W1)	.02	.17	.20	.27	.23	.13	.09	.12	.10	.25	.45	.50	—	.41	.35	.65
14. 抑うつ傾向 (W2)	.10	.06	.01	.15	.01	.06	.08	.04	.05	.10	.53	.51	.46	—	.56	.57
15. 身体的愁訴 (W2)	.01	.12	.05	.17	.04	.07	.10	.04	.06	.10	.40	.65	.44	.63	—	.51
16. 情緒的消耗 (W2)	.02	.15	.18	.26	.19	.04	.14	.12	.05	.13	.41	.42	.58	.58	.54	—

注) 上三角は介護保険導入前の介護者パネルの相関係数 ($N = 576$) を、下三角は導入後の介護者パネルの相関係数 ($N = 360$) を示した。ショートステイ、ホームヘルパー、通所サービス、入浴サービス、訪問看護 (5~9) は利用回数を対数変換した値、サービス利用 (10) は何らかの在宅サービスを利用しているか否かのダミー変数である。

図2に示した共分散構造モデルに基づき、在宅サービスの利用が1年後の介護者のストレスに及ぼす cross-lagged 効果 ($\beta 1$) および初回調査の介護者のストレスを介して1年後の介護者のストレスに影響する間接効果 ($\beta 2 \times \beta 3$) を検討した(表3)。初回調査のサービス利用回数が1年後の介護者のストレスに及ぼす影響 ($\beta 1$) は、介護保険導入前だけでなく導入後においても、すべての在宅サービスについて有意な影響は見出せなかった。次に、初回調査のサービス利用が初回調査時の介護者のストレスを軽減し、それによって1年後の介護者のストレスも軽減するという間接効果 ($\beta 2 \times \beta 3$) についても検討した。介護保険導入前では通所サービスの利用回数が、導入後ではホームヘルパーの利用回数と何らかの在宅サービス利用の有無が同時点の介護者のストレスに有意な影響をもっていたが、これらのサービスを利用している方が介護者のストレスは高く、サービス利用によって介護者のストレスが軽減するといった間接効果にはなっていなかった。

表3 在宅サービスが介護者のストレスに与える効果；介護保険導入前後の比較

	サ-ビス W1	サ-ビス W1	ストレス W1	適合度指標			
	→ストレス W2	→ストレス W1	→ストレス W2	χ^2 (df)	RMSEA	CFI	NNFI
	$\beta 1$	$\beta 2$	$\beta 3$				
介護保険導入前(96-97)							
ショートステイ	-.034	.064	.769***	72.10 (25)	.06	.97	.93
ホームヘルパー	-.025	-.004	.767***	76.79 (25)	.06	.97	.92
通所サービス	.042	.099*	.763***	72.19 (25)	.06	.97	.93
入浴サービス	-.016	-.012	.767***	76.06 (25)	.06	.97	.93
訪問看護	-.016	-.058	.766***	72.35 (25)	.06	.97	.93
何らかのサービス	.017	.068	.766***	75.00 (25)	.06	.97	.93
介護保険導入後(02-03)							
ショートステイ	-.031	.057	.800***	55.42 (25)	.06	.97	.93
ホームヘルパー	-.005	.115+	.799***	55.91 (25)	.06	.97	.93
通所サービス	.059	.023	.797***	50.05 (25)	.05	.98	.94
入浴サービス	.012	.029	.798***	56.30 (25)	.06	.97	.93
訪問看護	-.038	.097	.802***	52.76 (25)	.06	.98	.93
何らかのサービス	.016	.129*	.796***	60.06 (25)	.06	.97	.92

注) 介護保険導入前のパネル(N = 576)、導入後のパネル(N = 360)。

ショートステイ、ホームヘルパー、通所サービス、入浴サービス、訪問看護は利用回数を対数変換した値を、サービス利用は何らかの在宅サービスを利用しているか否かのダミー変数を分析に用いた。

β = 標準化係数, RMSEA = root mean square error of approximation, CFI = comparative fit index, NNFI = nonnormed fit index. +; $p < .10$, *; $p < .05$, **; $p < .01$, ***; $p < .001$

2) 在宅サービスが施設入所のリスクに与える縦断的な効果

次に、在宅サービスの利用が1年後の要介護高齢者の在宅継続状況（在宅継続、施設入所・長期入院、死亡）に対してどのような影響を及ぼしているかを検討した。まず、各サービスの直接効果をみると、介護保険導入前は通所サービスと入浴サービスの利用回数が多いと、施設入所・長期入院のリスクが有意に軽減していた。ところが介護保険導入後では、これらのサービスの直接効果は統計的に有意ではなくなり、すべてのサービスについて施設入所のリスクに与える直接効果は見られなかった。

表4 在宅サービスが施設入所のリスクに与える効果；介護保険導入前後の比較

	介護保険導入前(96-97)		介護保険導入後(02-03)	
	(N = 879)		(N = 486)	
	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
ショートステイ	1.748	(.584-5.230)	2.017	(.769-5.293)
×ADL障害度	.953	(.781-1.164)	.917	(.754-1.110)
×痴呆重症度	1.044	(.794-1.372)	1.106	(.892-1.370)
ホームヘルパー	.635	(.194-2.078)	1.497	(.602-3.720)
×ADL障害度	.864	(.676-1.105)	.787*	(.649-.953)
×痴呆重症度	.733	(.496-1.081)	1.195	(.934-1.529)
通所サービス	.260*	(.073-.922)	1.105	(.259-4.707)
×ADL障害度	1.150	(.851-1.554)	.805	(.596-1.086)
×痴呆重症度	1.235	(.897-1.702)	1.369+	(.974-1.924)
入浴サービス	.248+	(.052-1.177)	.734	(.259-2.082)
×ADL障害度	.904	(.643-1.271)	.769**	(.632-.936)
×痴呆重症度	1.328	(.886-1.990)	1.089	(.855-1.388)
訪問看護	.746	(.226-2.466)	.337	(.092-1.233)
×ADL障害度	1.072	(.808-1.423)	.741*	(.569-.966)
×痴呆重症度	.792	(.526-1.192)	1.036	(.696-1.544)
何らかのサービス	.810	(.511-1.285)	.822	(.386-1.752)
×ADL障害度	.921+	(.842-1.008)	.815**	(.700-.949)
×痴呆重症度	1.065	(.948-1.196)	1.135	(.918-1.404)

注) 分析は「在宅継続」「施設入所（長期入院も含む）」「死亡」を従属変数とする多項ロジスティック回帰分析で、在宅継続を従属変数の参照カテゴリーとした。表には在宅継続と比べた場合の施設入所のリスク比を示し、在宅継続 vs. 死亡のリスク比については表から省略した。

分析はサービスの種類ごとに別々に行なった。ショートステイ、ホームヘルパー、通所サービス、入浴サービス、訪問看護は利用回数を対数変換した値を、サービス利用は何らかの在宅サービスを利用しているか否かのダミー変数を分析に用いた。各サービスについて、まず直接効果を検討し、次に各サービスとADL障害・痴呆重症度との交互作用効果を検討した。表における各サービスの直接効果は、交互作用項を投入する前のオッズ比を示した。

初回調査時における介護者の性、年齢、抑うつ傾向、身体的愁訴、情緒的消耗、要介護高齢者のADL障害と痴呆重症度の影響を調整した。

+; $p < .10$, *; $p < .05$, **; $p < .01$, ***; $p < .001$

他方、介護保険導入後においては、サービス利用と高齢者の障害レベルとの交互作用効果が見られるようになった。ホームヘルパー、入浴サービス、訪問看護、および何らかのサービス利用については要介護高齢者のADL障害度との間に、通所サービスは痴呆重症度との間に有意な交互作用効果を示した。この交互作用効果の方向性を理解するために、ホームヘルパーの利用とADL障害を例に図に示した（図3）。

その結果、要介護高齢者のADL障害が重度になると、ホームヘルパーを利用していない人では急激に入所のリスクが高まるが、ホームヘルパー利用者では、ADL障害の重度化に伴う入所のリスクの高まりが抑制される傾向が見られた。ADL障害の重度化に伴う入所リスクの高まりをサービス利用が抑制する効果は、ホームヘルパー以外に入浴サービスと訪問看護でも示された。通所サービスと要介護高齢者の痴呆重症度との間にも交互作用効果が見受けられたが、これは入所リスクを抑制する効果ではなく、通所サービス利用者ほど痴呆の重度化に伴って入所のリスクが高まるというものであった。

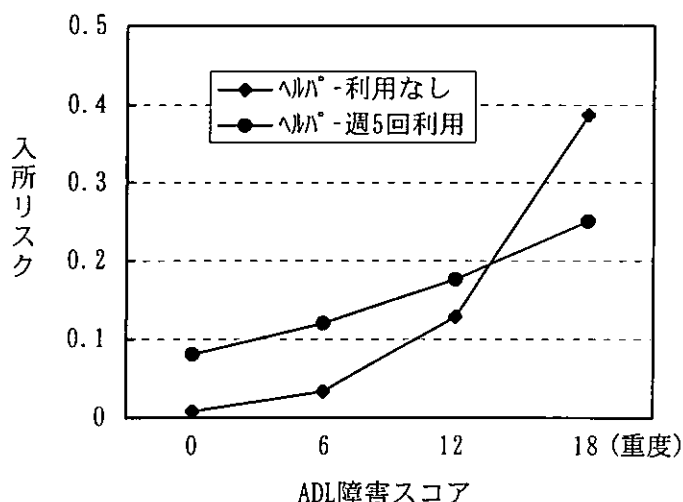


図3 ホームヘルパーの利用状況別にみたADL障害と入所リスク

注) 2002年時点の介護者の性、年齢、抑うつ傾向、身体的愁訴、情緒的消耗、要介護高齢者の痴呆重症度スコアに関しては平均値を代入して、これらの条件が同じであると仮定した場合のホームヘルパーの利用状況別にみたADL障害と入所のリスクとの関係を図に示した。

4 考察

介護保険制度の導入に伴って介護サービスの利用は確かに増加しているが、最終的に介護者の負担軽減や在宅継続の支援などの成果につながらなければ制度として不十分である。

本章では、介護保険導入前後にそれぞれ実施したパネル調査のデータに基づき、在宅サービスが介護者のストレスや施設入所のリスクを軽減する効果が介護保険前後でどのように変化しているかを検討した。このように在宅サービスの効果を擬似実験的な手法を用いて検討した研究は少ない。

まず、在宅サービスの利用が介護者のストレスに与える縦断的な効果を検討した。しかし、介護保険導入前だけでなく導入後においても、在宅サービスの利用によって介護者のストレスが軽減する効果は検出することができなかった。在宅サービスの利用量は増加しているが、2002 から 2003 年の時点では、介護者のストレスを軽減するほどには在宅サービスが機能していなかったといえる。サービスの供給量が増えたとはいえ、在宅サービスの給付量には制限があるため、介護者のストレスを軽減するには量的に不十分であった可能性が考えられる。量的な問題だけでなく、サービスの質的な充実や介護者に対する相談、情緒的な支援態勢の整備も介護者のストレスを軽減するには不可欠であろう。

第2に、在宅サービスの利用が在宅療養の継続に貢献しているか否かを検討した。各サービスの直接効果を検討した結果、介護保険導入前は通所サービスと入浴サービスの利用が多いと施設入所・長期入院のリスクが有意に軽減していたが、介護保険導入後ではこのような効果が見られなくなっていた。全体としては、サービス利用の入所抑制効果は弱くなっている可能性が考えられる。

しかし、高齢者の障害の度合いによってサービスの効果の現われ方が異なり、ADL障害がかなり重度の高齢者の場合は、ホームヘルパー、入浴サービス、訪問看護を多く利用している人ほど入所のリスクが抑制されることが示された。これらの結果を踏まえると、全体としては、在宅サービスの利用が入所を抑制する効果は介護保険導入後の方が弱くなっているが、ADL障害が重度の高齢者に関しては、在宅サービスの利用によって入所のリスクが抑制されていると言える。ただし、これは痴呆の重症度は平均的なレベルであると仮定した場合の結果である。痴呆の重度化に伴う入所リスクの高まりを抑制するような効果は、いずれの在宅サービスについても検出することができなかった。身体的な障害と比べると、痴呆介護に対する対応が遅れている可能性が考えられる。

以上の結果から、在宅サービスが介護者のストレス軽減や在宅継続に貢献するようになっているかという問に対しては、必ずしも肯定的な回答を得ることができなかった。ただし、本研究の結果は介護保険制度が導入されて2、3年しか経っていない時の結果である。サービスの量的な拡大だけでなく、内容面での整備も進んできているため、今後、調査を継続し、引き続き在宅サービス利用の効果がどのように変化していくかを調べていく必要がある。さらに、在宅介護や在宅サービスの利用状況にはかなりの地域格差があるため、別の地域においてもサービスの効果評価を行なっていく必要がある。

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*. 東京: あけび書房.
- Alspaugh, M. E. L., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Zarit, S.H., & Greene, R. (1999). Longitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging, 14*, 34-43.
- Bass, D. M., Noelker, L. S., & Rechlin, L. R. (1996). The moderating influence of service use on negative caregiving consequences. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B*, S121-S131.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology, 42*, 1137-1148.
- Gold, D. P., Cohen, C., Shulman, K., Zuccherro, C., Andres, D., & Etezadi, J. (1995). Caregiving and Dementia: Predicting Negative and Positive Outcomes for Caregivers. *International Journal of Aging and Human Development, 41*, 183-201.
- 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* (pp. 123-129). 東京: 光生館.
- Jette, A. M., Tennstedt, S., & Crawford, S. (1995). How Does Formal and Informal Community Care Affect Nursing Home Use? *Journal of Gerontology: Social Sciences, 50B*, S4-S12.
- 河合 克義, 唐鎌 直義, 岡崎 祐司, 横山 寿一, 宮崎 牧子. (2001). 介護保険制度開始に伴うサービスの変化. 介護保険制度の評価. (自治労連・地方自治問題研究機構編), *地域介護調査からみた高齢者の実態* (pp. 55-65). 東京: 萌文社.
- 越河 六郎. (1991). CFSI(蓄積的疲労徴候インデックス)の妥当性と信頼性. *労働科学, 67*, 145-157.
- 厚生労働省. (2002). *平成14年版 介護保険の手引*. 東京: ぎょうせい.
- Levesque, L., Cossette, S., & Lachance, L. (1998). Predictors of the Psychological Well-being of Primary Caregivers Living with a Demented Relative: A 1-year Follow-up Study. *Journal of Applied Gerontology, 17*, 240-258.
- 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* (pp. 266-306). 東京: 光生館.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

- 島 悟, 鹿野 達男, 北村 俊則, 浅井 昌弘. (1985). 新しい抑うつ制自己評価尺度について. *精神医学*, 27, 717-723.
- 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* (pp. 108-122). 東京: 光生館.
- 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, 320-335.
- Sugihara, Y., Sugisawa, H., Nakatani, Y., Hougham, G. W. (in press). Longitudinal Changes in the Well-Being of Japanese Caregivers: Variations across Kin Relationships. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*.
- 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. (1999). *高齢者・家族の保健・福祉ニーズの縦断的变化と保健・福祉政策－3年間の縦断的調査から－*.
- 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－介護保険制度施行前後の比較と介護保険のプロセス評価－*.
- 山本 恵子. (2002). 介護保険制度の評価. *行財政からみた高齢者福祉* (pp. 144-156). 京都: 法律文化社.
- Yates, M. E., Tennstedt, S, & Chang, B. H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, P12-P22.
- 横山 美江, 清水 忠彦, 早川 和生, 由良 晶子. (1994). 要介護老人における在宅福祉サービス利用の実態および介護者の疲労状態との関連. *老年社会科学*, 15, 136-149.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【誌上発表】

- (1) Sugihara, Y., Sugisawa, H., Nakatani, Y., & Hougham, G. W. Longitudinal changes in the well-being of Japanese caregivers: Variations across kin relationships. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, (in press).
- (2) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薫, 中谷陽明, 杉原陽子, 深谷太郎, 柴田博. (2003). 障害高齢者の在宅介護における対処法略のストレス緩衝効果. *心理学研究*, 74, 57-63.

【報告書ほか】

- (1) 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－介護保険制度施行前後の比較と介護保険のプロセス評価－. (2003). 三鷹市・東京都老人総合研究所(編).
- (2) (上記報告書の結果概要版) 介護保険制度下における要介護高齢者と家族－高齢者と家族に対する調査結果から－. (2003). 三鷹市・東京都老人総合研究所(編).

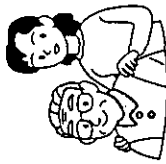
IV. 研究成果の刊行物・別刷

2003年発行報告書の概要版

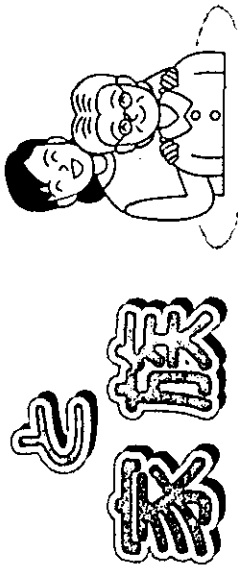
介護保険制度下における要介護高齢者と家族－高齢者と家族に対する調査結果から－
(2003). 三鷹市・東京都老人総合研究所(編).

調査の概要

- (1) 要介護高齢者と介護者に対する調査
三鷹市在住の65歳以上の方から無作為に1万人を選び、平成14年2月に健康状態に関する調査を郵送(一部、訪問)にて実施した。その調査の結果、要介護状態であると推定された高齢者およびその介護者に対して、平成14年4月に訪問面接調査を実施した。在宅要介護高齢者344人、在宅介護者595人、入院中(老人保健施設等の入所も含む)の高齢者の介護者114人から回答を得た。
- (2) 特別養護老人ホームの入居者と家族に対する調査
三鷹市が関係する9つの特別養護老人ホームの入居者350人に対して、平成14年8月に個別聴取法にて調査を実施した。その家族に対して、平成14年9月に郵送調査を実施した。特別養護老人ホームの入居者188人、家族272人から回答を得た。



介護保険制度下における 要介護高齢者



～高齢者と家族に対する調査結果から～

平成15年3月発行

介護保険制度下における要介護高齢者と家族

～高齢者と家族に対する調査結果から～

発行・編集 /

三鷹市 健康福祉部 高齢者支援室
〒181-8555 東京都三鷹市野崎1-1-1
☎0422-45-1151(内線)2683-2685

東京都老人総合研究所 社会参加・介護課題研究グループ
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
☎03-3964-3241(内線)3116

R250

©All Rights Reserved

平成15年3月
三鷹市

東京都老人総合研究所

介護保険施行前後の比較 在宅サービスの利用状況

はじめに

三鷹市では、「新福祉総合計画(仮称)」と「介護保険事業計画」の策定に役立てることを目的とし、平成14年1月～8月にかけて「高齢者の生活と福祉実態調査」を実施いたしました。たくさんの方に多岐にわたる質問にご回答いただき、ありがとうございました。

三鷹市の実態調査としては、平成8年、平成10年においても、平成14年と同様、東京都老人総合研究所と共同で大規模調査を行っており、それぞれ第一・二次世論調査を行った後に第二次の介護者・要介護者調査を行うという二段階調査の手法を採らせていただきました。このため、過去のデータとの比較と誤差の少ない統計作成が可能となり、より深い分析に結びついております。

このたびの調査におきましては、介護保険制度施行の前後で介護の状況を比較したところ、介護サービスの利用は増えていますが、家庭での介護の状況はあまり変わっていないということがわかりました。また、介護保険が在宅サービスを重視している制度であるにもかかわらず、施設を希望する人はかえって増加していました。

三鷹市における介護の実態を深く認識し、今後のサービス向上に役立てるための貴重な資料をいただいたことに改めて深く感謝申し上げます。また、今後の継続調査についてもご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、本紙は概要版であり、調査全体の報告書は、市の窓口等でご覧いただけます。

平成15年3月

三鷹市

在宅サービスの利用量は、介護保険の導入により大幅に増加しました。図1に示しましたように、どのサービスも平均利用回数は1.5～2倍に増えております。しかし、同時に、自由なサービスを利用できるといっう期待感からサービス希望する量も増

えました(図2)。このため、サービスの利用量と利用者が希望する量との間には、まだ差があります。市としては、今後もサービスの利用希望量が充足されていくよう努めていきます。

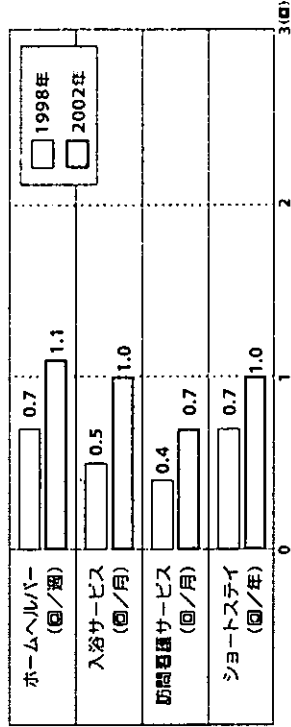


図1 サービス別にみた平均利用回数

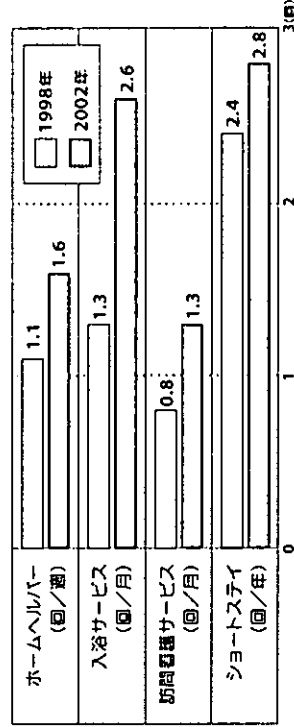
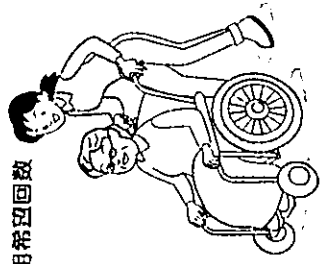


図2 サービス別にみた平均利用希望回数



施設サービス利用希望

介護保険制度の目的の一つは、在宅サービスを拡充し、生活の自立度が低下しても高齢者の方々が住み慣れた地域に住み続けられることができる体制を整えることにあります。そのため、この制度がうまく機能していれば、以前よりも施設の利用希望は減少するはずです。

図3に示したのは、介護者の特別設

設老人ホーム利用希望を、介護保険が導入される前の1998年と導入後の2002年とで比較した結果です。期待とは逆に、特別養護老人ホームに「申請中」または「入所を検討」という人の割合は増えていました。施設入所の申込み要件が変わったため、施設への申請希望者が増えたものと思われます。

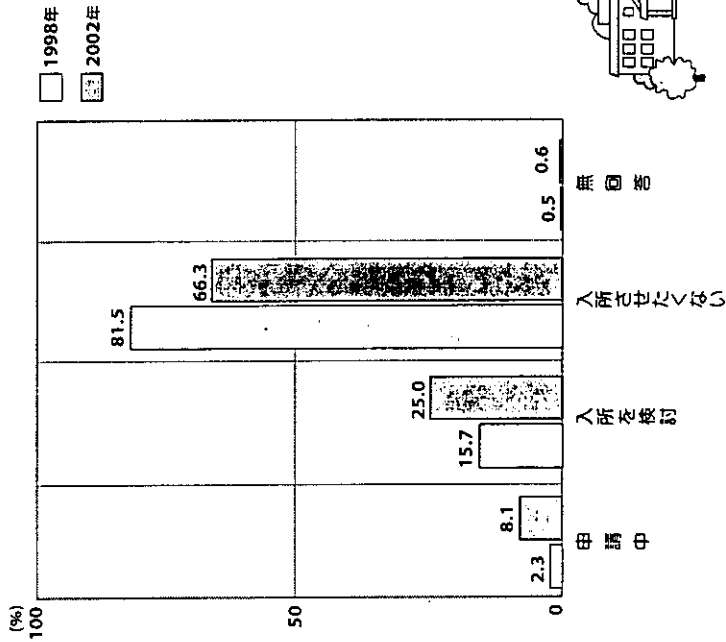


図3 介護者の特別養護老人ホームの利用希望

介護保険施行前後の比較 家族介護の現状

介護保険制度の基本理念のひとつに「介護の社会化」があります。これは、家族だけで介護を担うのではなく、社会全体で介護を担うことを目的とするものです。介護保険制度の導入後、介護の社会化は実現されたのでしょうか。

図4は、介護を主に担っている人(主介護者)と介護を手伝っている人(副介護者)を示したものです。介護保険制度が導入さ

れる前の1998年と導入後の2002年の調査結果を比べると、「主介護者がヘルパー」という割合は増加しています。しかし、「主介護者・副介護者とも家族」といった者は家族で副介護者はいない」といった家族だけで介護を担っているケースが、介護保険導入後も依然として主流を占めています。

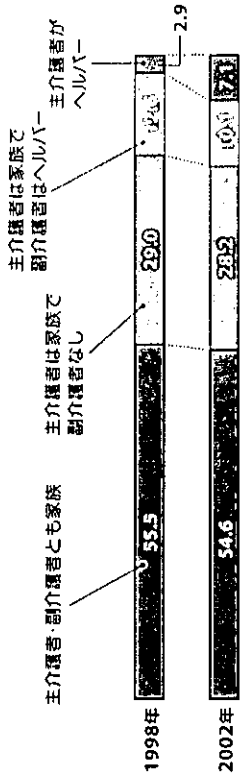


図4 介護者の構成(%)

「同居家族」「別居親族」「医療・福祉の専門家」の中に相談にのってくれた人がいたという人の割合は、介護保険導入後の2002年の方がわずかながら減少しており

ました。市としては、相談窓口ケアマネジャーの資格をもった職員や保健師などの専門職を配置し、相談体制の充実に向け、努めていきます。

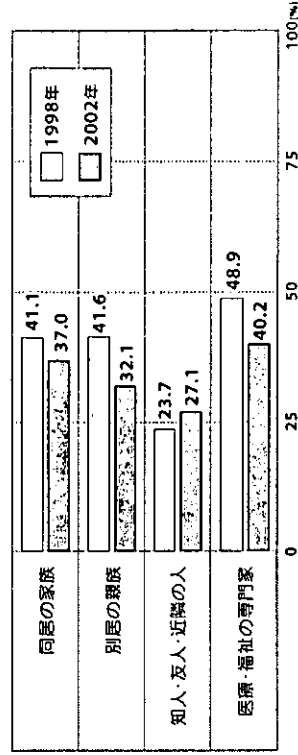


図5 介護の相談にのってくれる人

介護保険施行前後の比較 家族の介護負担

介護による生活への支障をたずねたところ、「昼間思うように外出できない」「趣味や学習など自由な時間を思うようにとれない」という意見が、1998年、2002年

ともに最も多く、6割の方がそのように感じています。介護による生活への支障は、介護保険が導入された後も、あまり改善されていませんでした。

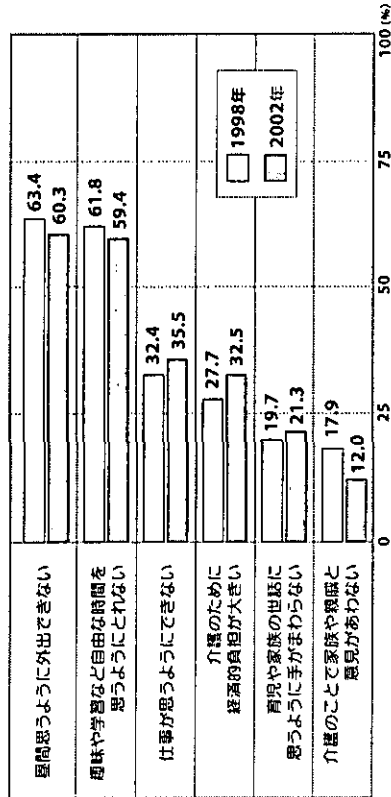


図6 介護による生活への支障

「頭痛」「腰痛」「肩こり」「めまい」などの身体的な訴えの数を介護保険前後で比較した結果、大きな変化はみられませんでした(図7)。抑うつ的な精神状態と思われる人の割合も、介護保険施行前後で大きな違いはありませんでした(図8)。

介護保険制度の導入によって在宅サービスの利用は増えておりますが、ご家族の介護負担や健康問題を改善するほどにはいたっていないと言えます。

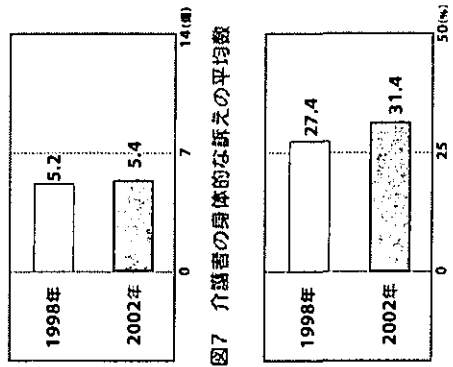


図8 抑うつ傾向にある介護者の割合

介護保険制度下における介護サービスの評価 要介護認定の申請

介護保険のサービスを利用するには、まず市の窓口申請して認定を受けなければなりません。今回の調査では、身体的な障害や結果により介護が必要な高齢者であっても、そのうちの2割は要介護認定を申請していないことがわかりました。

申請していない理由としては、「必要を感じない」という回答が最も多く、半数の人がそのように答えていたのですが、「手続きがわからない、制度を知らない」という人も1割程度いました。手続きの方法や制度について、すべての方に知らせていただく必要があります。

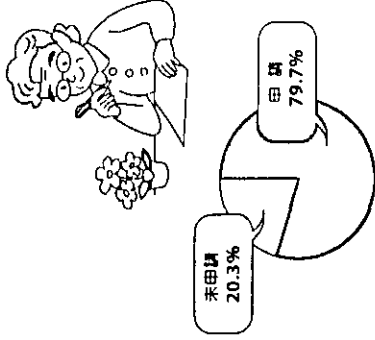


図9 介護が必要な高齢者の認定申請状況

自分たちが中心となって作るケアプラン

介護保険制度が導入される前は、どのようなサービスをとれくらい利用していくかというケアプランを、高齢者やご家族が中心となって作ることはできませんでした。介護保険が導入され、高齢者やご家族が中心となり、ケアマネジャーと一緒に相談しながらケアプランを立てることができるようになりました。しかし、認定を受けたご家族に、どのようにケア

プランを作成したのかをたずねた結果では、「ケアマネジャーと相談しながら自分たちが中心となって作った」といったケースは4分の1にすぎませんでした。介護保険制度のメリットを最大限に生かし、ケアマネジャーと相談しながら、自分たちが中心となって希望にあったケアプランを作ってもらいましょう。

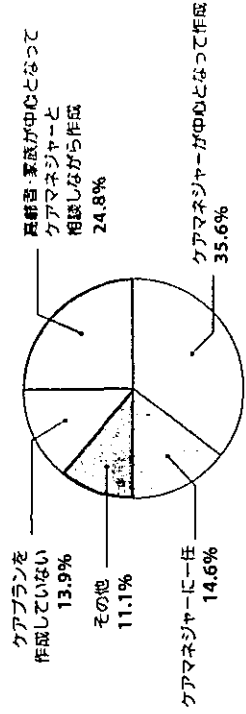


図10 誰がケアプランを作成したが

介護保険制度下における介護サービスの評価 在宅サービスの過少利用

せっかく介護の認定を受けても、在宅サービスを利用する人はそれほど多くないといわれています。図11に示したように、三鷹市においても、認定を受けても約40%の人は、訪問・通所・短期入所といったサービスを利用していません。ただし、住宅改修、福祉用具購入のみの利用は多くあります。サービスの利用限度額を基準にした場合、その80%以上を利用している人は、認定を受けた人の10%程度にすぎませんでした。

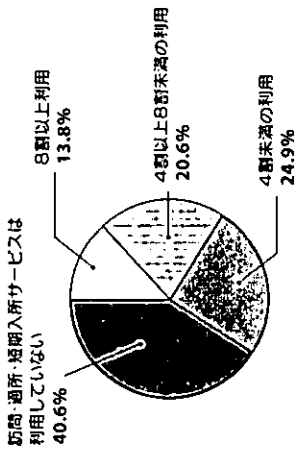


図11 支給限度額に対する訪問・通所・短期入所サービスの利用金額の割合

在宅サービスの利用があまり多くない理由は、さまざまに考えられます。ここでは家族構成によってサービスの利用がどのように異なるかをみてみました。図12に示したように、利用限度額と比べた場合のサービス利用金額の割合は、ひとり暮らしの高齢者では60%弱ですが、その他の世帯では40%程度にとどま

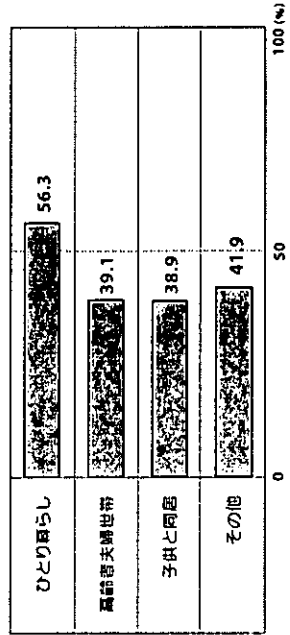


図12 世帯別にみた支給限度額に対するサービス利用金額の割合

介護保険制度下における介護サービスの評価 サービスの選択の多様化

介護保険制度の基本理念のひとつとして、多様な選択肢の中から介護サービスを自由に選ぶことがあげられています。果たしてその理念は、サービス利用者の間に普及しているのでしょうか。ホームヘルパー、巡回入浴サービス、訪問看護について、各サービスを利用している家族に、2つ以上の事業者から選ぶことができただか否かを質問しました。「2つ以上の事業者から選べた」という人

は、ホームヘルパーで最も多く、次いで、巡回入浴、訪問看護の順でした。しかし、いずれのサービスについても、約半数の人は「2つ以上の事業者から選ぶことは考えていなかった」と答えていました。介護保険制度の理念である、多様な事業者の中から選択できる(選択する)という意図が、利用者に十分に届いていないことがうかがえます。

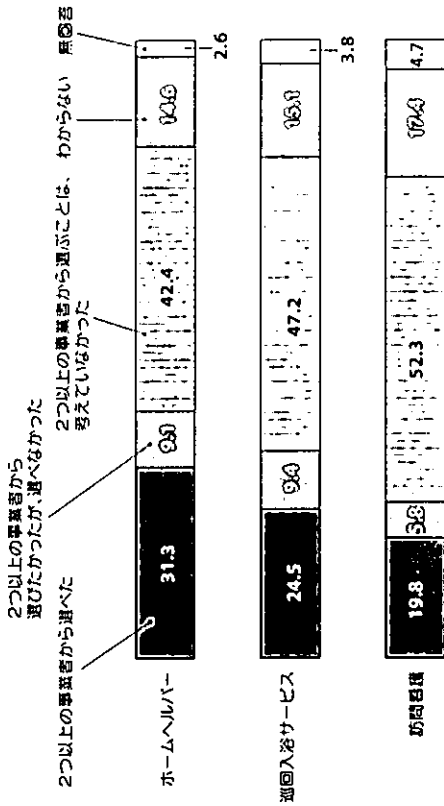
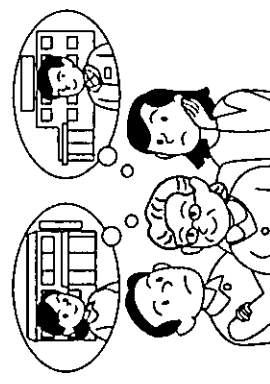


図13 サービス事業者の選択割合 (%)



介護保険制度下における介護サービスの評価 高齢者本人と介護者との意識のズレ

これまでは介護者の方から意見をうかがう調査が多く、生活の自立度が低下した高齢者の方の意識や意見については、実態が十分に明かされておりませんでした。介護をなさっているご家族の方たちが高齢者のためにと思っで行っていることでも、必ずしも高齢者の意向に合っていないのではと考え、調査を行いました。ここでは、介護者とともに、介護されている高齢者に対しても調査できたケースについて、介護者と高齢者とで特別支援

福祉施設の処遇や環境を改善していくには、実際に施設に入っている人やそのご家族が、特別支援老人ホームの処遇や環境に対してどのような評価をしているかが重要を手がかりを与えてくれます。今回の調査では、「食事」「入浴」「日当たり・騒音」などの14項目について満足度を調査しました。図15には、これらの項目に「少し不満」あるいは「非常に不満」と回答した人の割合が比較的高かった9項目を示しました。全体的な評価については、高

齢者、家族ともに不満をもっている人の割合は5%未満と少なかつたのですが、個別の項目をみると、高齢者では「日当たり・騒音」や「食事」に不満をもつ人の割合が15%程度、家族では「機能訓練」や「施設との距離」に不満をもつ人の割合が20%程度と、評価が低い項目もいくつかみられます。

これらの調査結果を参考にしながら、より良いサービスが提供できるように努めていきます。

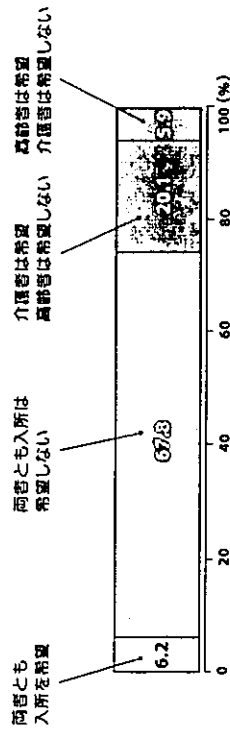
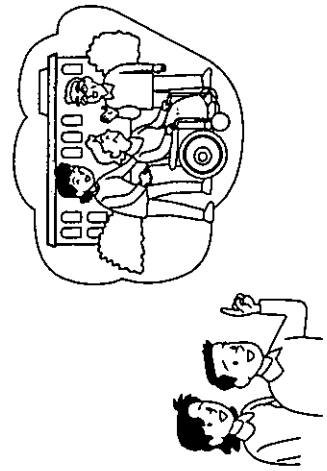


図14 特別支援老人ホームの入所に関する高齢者と介護者の意向
注1) 希望するとは「申しこみ申請」や「入所を希望」と回答した人、希望しないとは「なるべく入所したくない(させたくない)」「入所したくない(させたくない)」と回答した人である。



介護保険制度下における介護サービスの評価 施設サービスに対する評価

福祉施設の処遇や環境を改善していくには、実際に施設に入っている人やそのご家族が、特別支援老人ホームの処遇や環境に対してどのような評価をしているかが重要を手がかりを与えてくれます。今回の調査では、「食事」「入浴」「日当たり・騒音」などの14項目について満足度を調査しました。図15には、これらの項目に「少し不満」あるいは「非常に不満」と回答した人の割合が比較的高かった9項目を示しました。全体的な評価については、高

齢者、家族ともに不満をもっている人の割合は5%未満と少なかつたのですが、個別の項目をみると、高齢者では「日当たり・騒音」や「食事」に不満をもつ人の割合が15%程度、家族では「機能訓練」や「施設との距離」に不満をもつ人の割合が20%程度と、評価が低い項目もいくつかみられます。

これらの調査結果を参考にしながら、より良いサービスが提供できるように努めていきます。

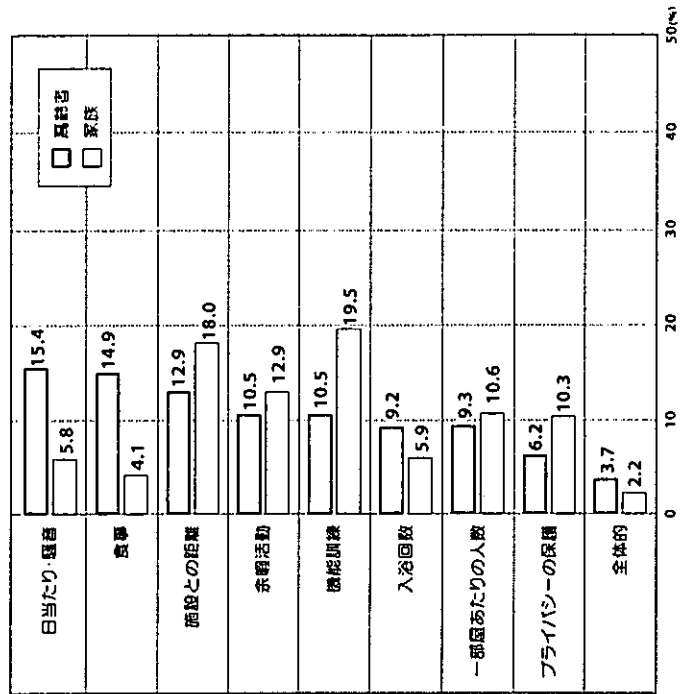


図15 特別支援老人ホームの処遇・環境に対する入居者と家族の評価
(「少し不満」または「非常に不満」と答えた人の割合)

資 料