

(4) 1年後の家族介護者の介護状況

算出した各指標の総合得点について、平均値を比較するにあたり、対応のあるサンプルのT検定を行い、1回目と2回目の家族介護者の介護状況について比較を行った。結果を表に示す。①扶養意識・扶養義務感、②介護に対する信念、③トラウマ、④介護におけるバーンアウト、⑤精神的健康、⑥生活の質：QOL、⑦介護継続意思、⑧介護の肯定感、⑨介護ストレスコーピング、⑩社会的支援、⑪虐待の兆候、⑫介護負担感の中で、1回目と2回目との間に統計的に有意な差がみられたのは、「扶養意識・扶養義務感」「介護継続意思」「介護の肯定感」「社会的支援」と「介護負担感」であった。

有意な差が見られた状況の平均点をみると、「扶養意識・扶養義務感」に関しては、1年後である2回目の方が良好になる傾向が見られたが、「介護継続意思」「介護の肯定感」「社会的支援」「介護負担感」については、悪化する傾向が見られた。

表 4-26 1年後の介護状況の比較

	得点の向き※		N	平均値	標準偏差	t 値	自由度	P
扶養意識・扶養義務感	+	1回目	681	27.9	8.7	2.81	680	0.01 *
		2回目	681	27.0	8.6			
介護に対する信念	+	1回目	683	9.8	4.3	0.39	682	0.70
		2回目	683	9.7	4.1			
トラウマ	-	1回目	672	8.4	6.9	-0.37	671	0.71
		2回目	672	8.4	6.5			
介護におけるバーンアウト	-	1回目	682	6.6	5.5	-0.76	681	0.45
		2回目	682	6.7	5.6			
精神的健康	-	1回目	660	3.8	3.3	0.28	659	0.78
		2回目	660	3.8	3.4			
生活の質:QOL	+	1回目	680	17.0	6.1	1.03	679	0.30
		2回目	680	16.8	6.3			
介護継続意思	+	1回目	686	8.5	3.6	3.07	685	0.00 **
		2回目	686	8.2	3.9			
介護の肯定感	+	1回目	683	22.5	8.0	2.32	682	0.02 *
		2回目	683	21.9	8.2			
介護ストレスコーピング	+	1回目	678	5.9	3.1	1.62	677	0.10
		2回目	678	5.7	3.1			
社会的支援	+	1回目	683	6.8	3.5	2.39	682	0.02 *
		2回目	683	6.6	3.6			
虐待の兆候	-	1回目	682	2.5	2.5	1.48	681	0.14
		2回目	682	2.4	2.6			
介護負担感	-	1回目	668	6.9	4.8	-3.69	667	0.00 **
		2回目	668	7.5	5.1			

\*p<.05 \*\*p<.01

※得点の向き…+は得点が正の値をとると状態がよいことを示す指標であり、-は得点が負の値を示すと状態がよいことを示す指標であることを意味している。

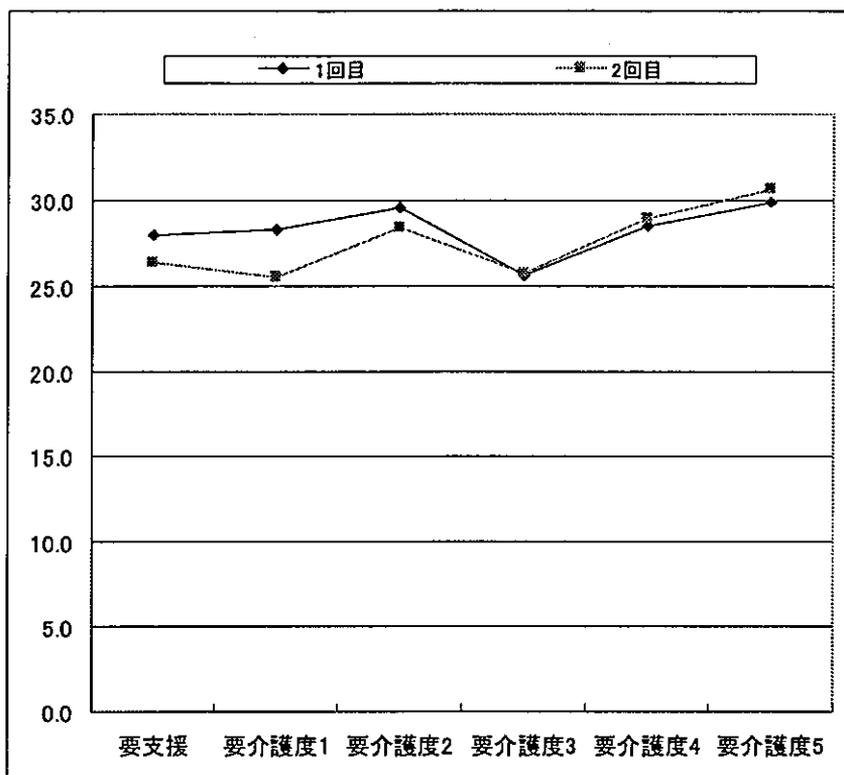


図 4-1 扶養意識得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

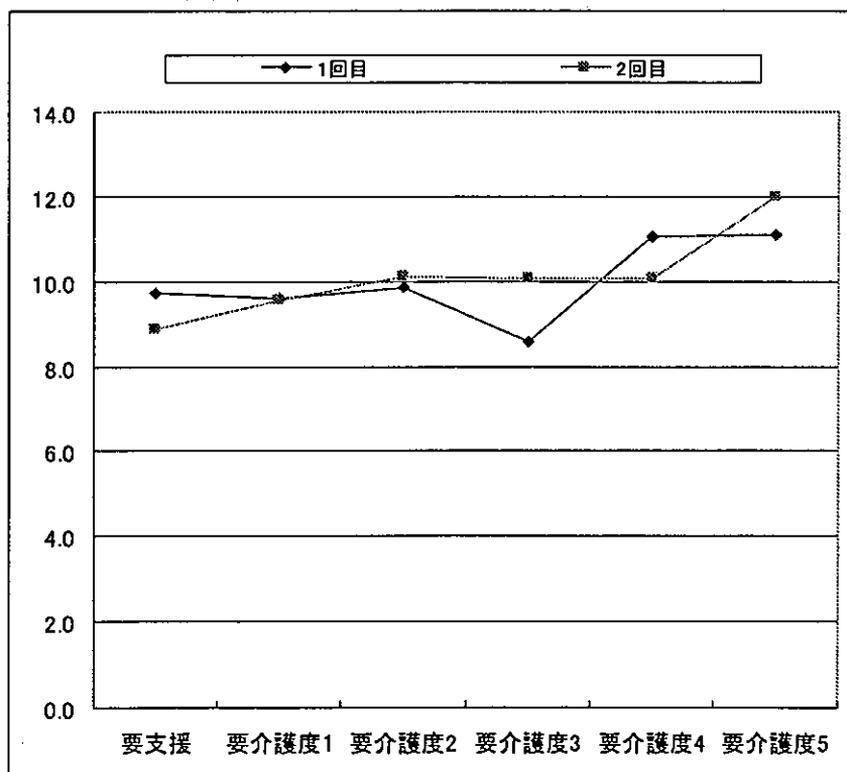


図 4-2 介護信念得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

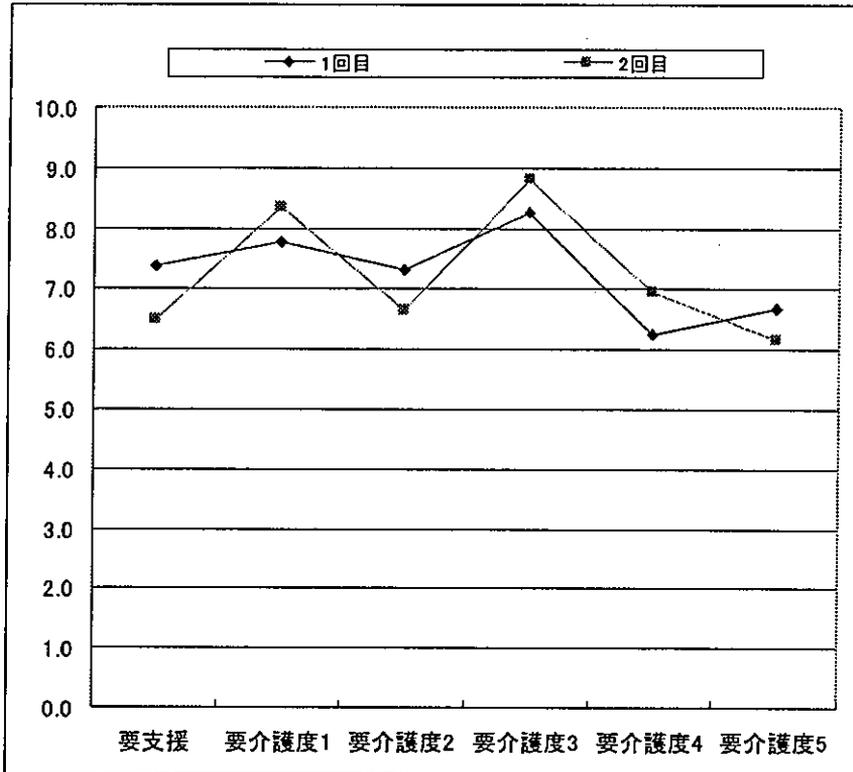


図 4-3 ト라우マ得点の平均点の比較 (1 回目と 2 回目)

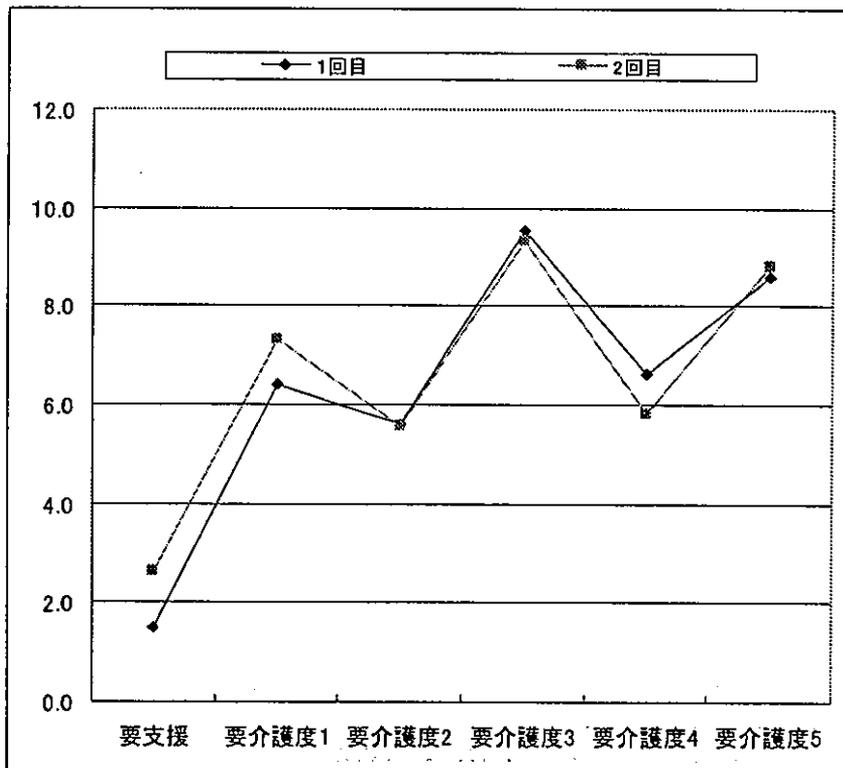


図 4-4 バーンアウト得点の平均点の比較 (1 回目と 2 回目)

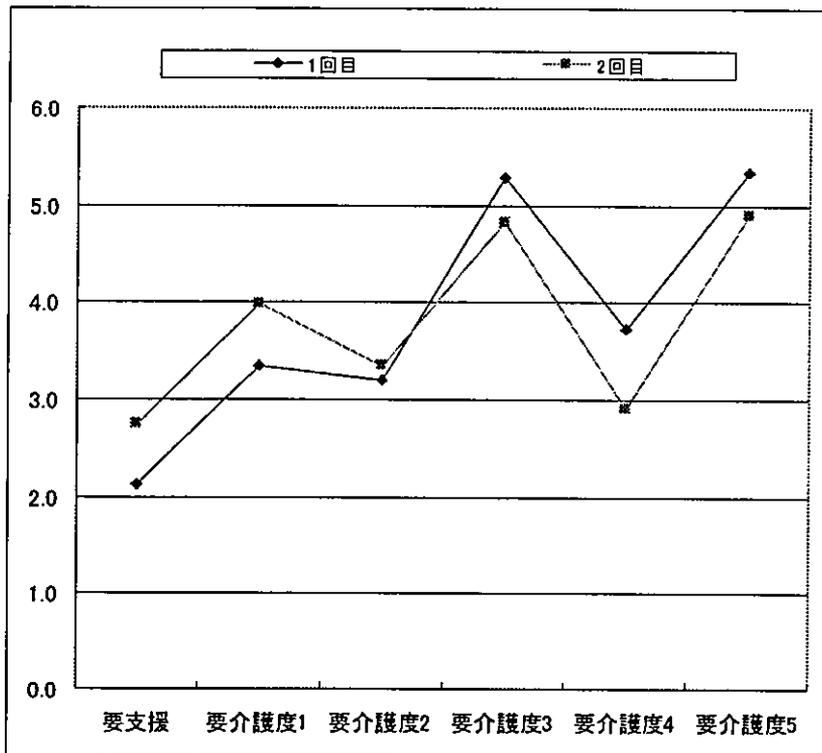


図 4-5 GHQ-12 得点の平均点の比較 (1 回目と 2 回目)

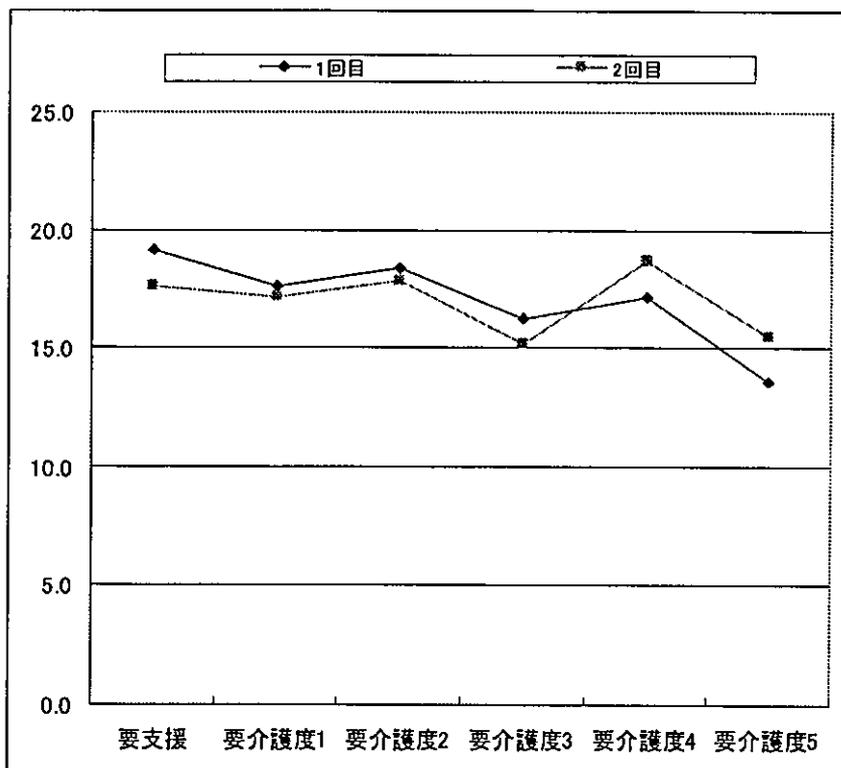


図 4-6 HRQOL 満足度得点の平均点の比較 (1 回目と 2 回目)

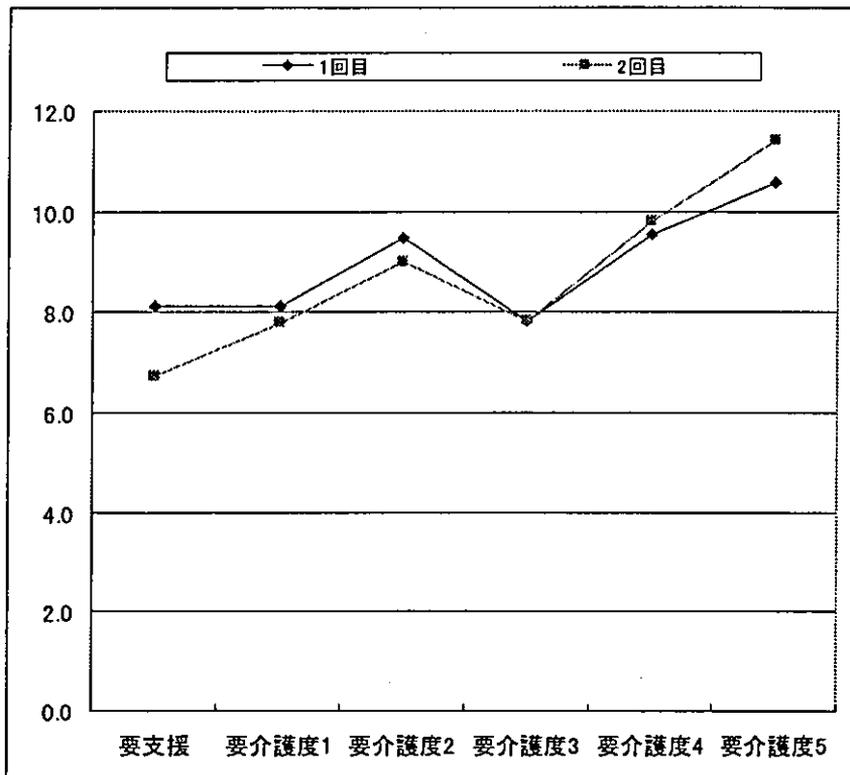


図 4-7 介護継続意志得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

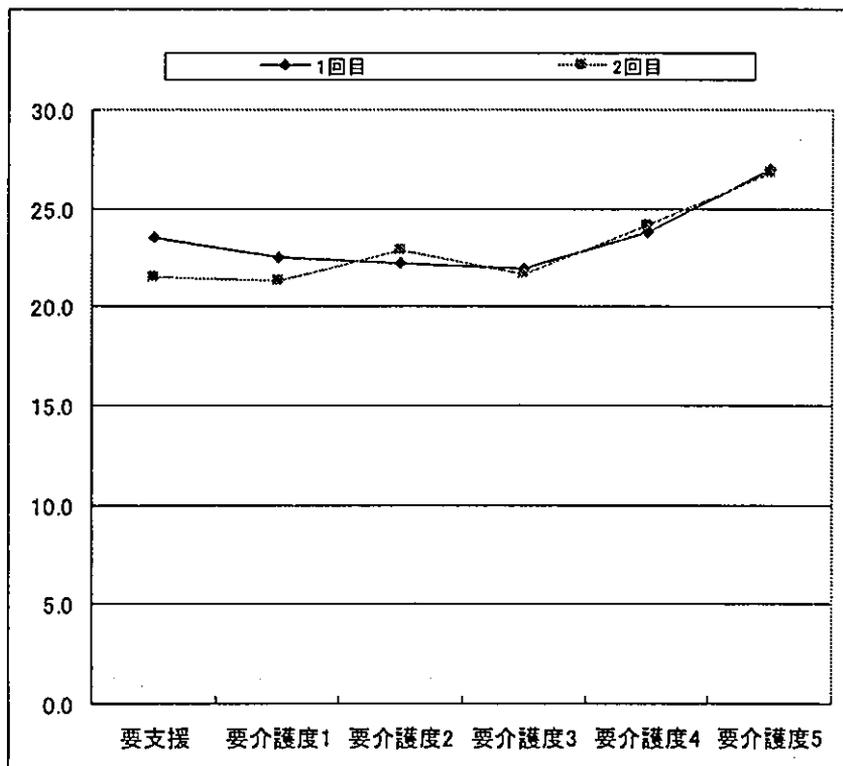


図 4-8 介護肯定感得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

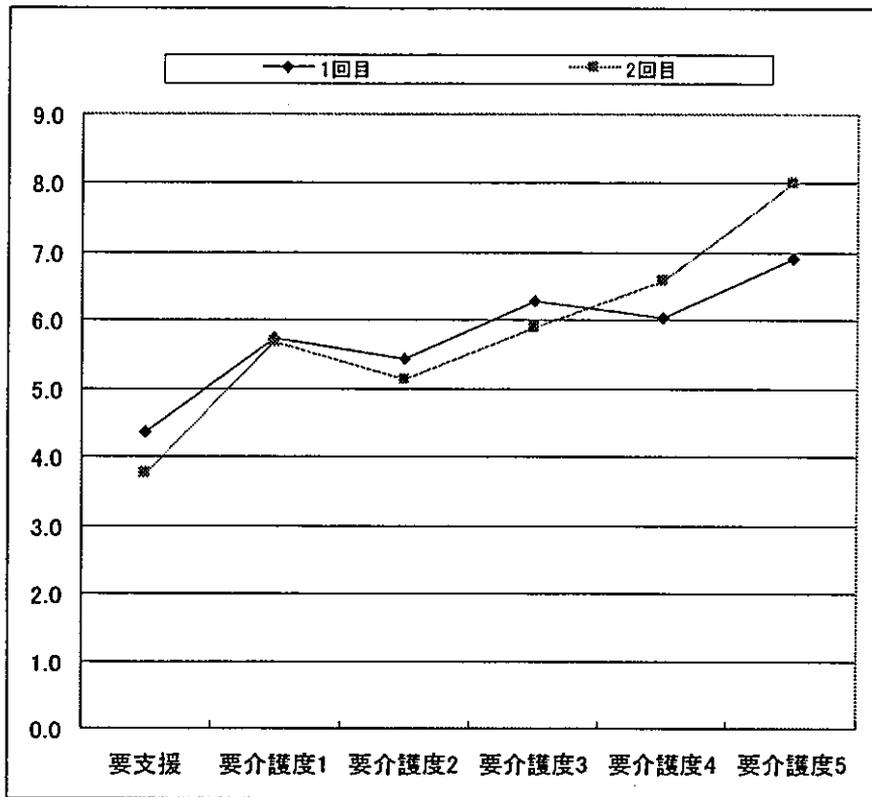


図 4-9 コーピング得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

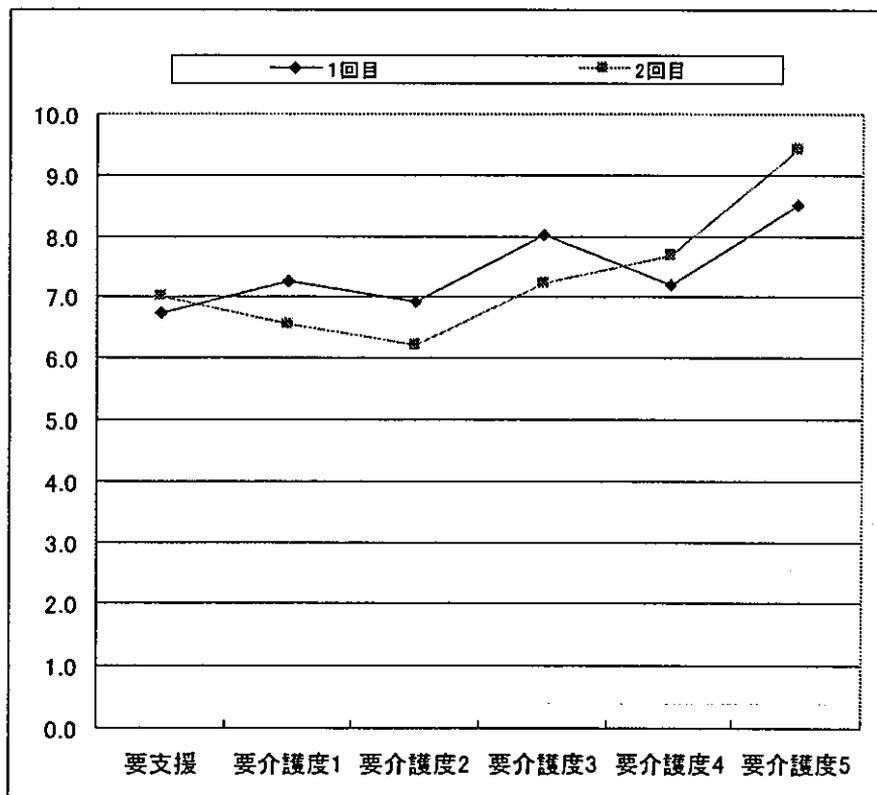


図 4-10 ソーシャルサポート得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

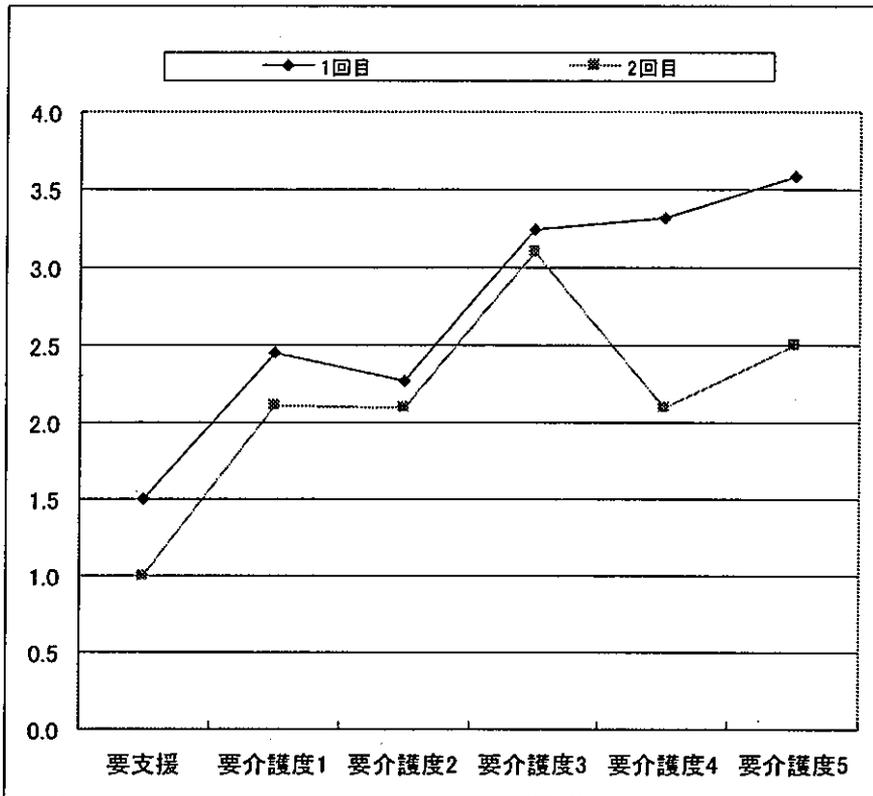


図 4-11 不適切な関わり得点の平均点の比較 (1回目と2回目)

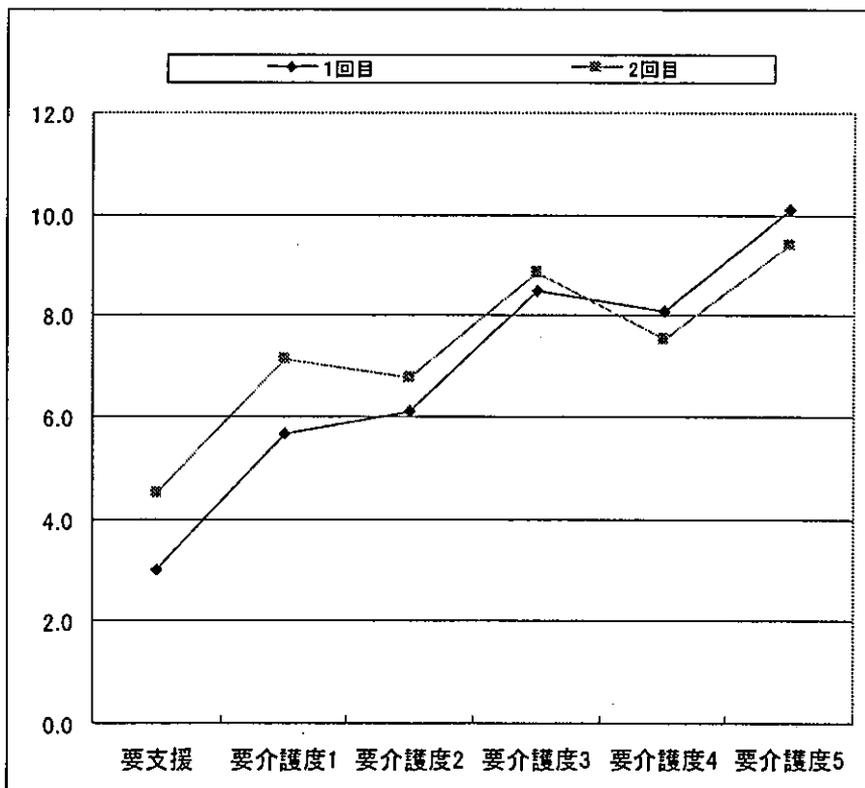


図 4-12 介護負担感の平均点の比較 (1回目と2回目)

(5) 現在の介護状況について

1年前と比べて介護を受けている要介護者の状況について、家族介護者に「よくなった」「悪くなった」「変わらない」の3件法で回答を得たところ、「よくなった」が120名(17.4%)、「悪くなった」が183名(26.4%)、「変わらない」が376名(54.4%)というように悪くなったと思われる要介護者が約3割近く存在していた。

N=691

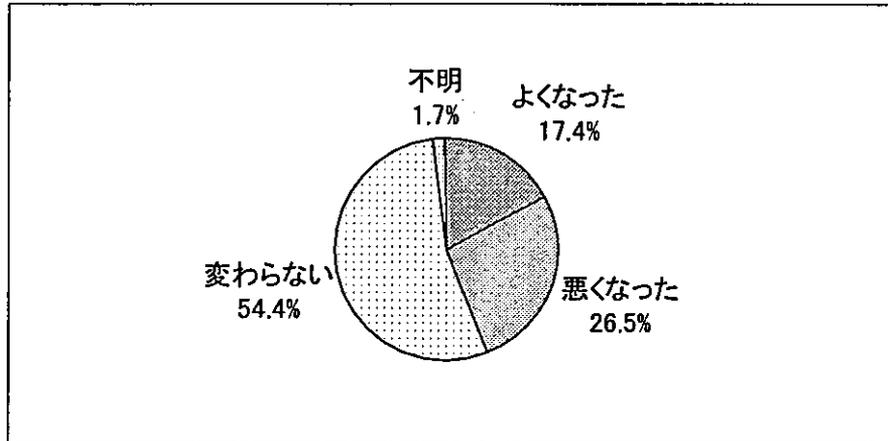


図 4-13 現在の要介護者の状況について(1年前と比べて)

(6) 利用した介護保険サービスの痴呆性高齢者への効果

--1年間利用していた介護保険サービスについて、「現在介護を提供している痴呆性高齢者の生活の自立・維持・改善の役に立ったか」という質問に関して、家族介護者に「はい」「いいえ」「わからない」の3件法で回答を得たところ、「はい」が506名(73.2%)、「いいえ」が19名(2.7%)、「わからない」が155名(22.4%)というように利用した介護保険サービスが痴呆性高齢者の生活の自立・維持・改善の役に立っていたという回答が70%以上を占めていた。

N=691

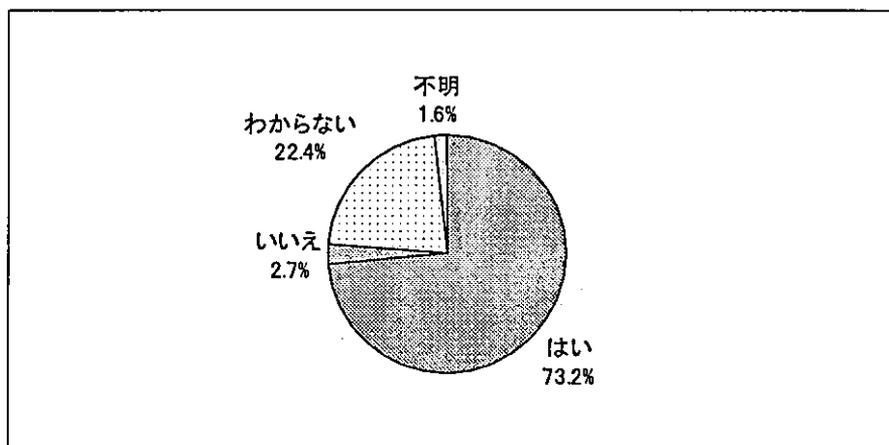


図 4-14 利用した介護保険サービスの痴呆性高齢者への効果

(7) 利用した介護保険サービスの家族介護者への効果

「1年間利用していた介護保険サービスによって介護は楽になったか」という質問に関して、家族介護者に「はい」「いいえ」「わからない」の3件法で回答を得たところ、「はい」が549名(79.4%)、「いいえ」が33名(4.8%)、「わからない」が98名(14.2%)というように介護保険サービスによって介護は楽になったという回答が約80%を占めていた。

N=691

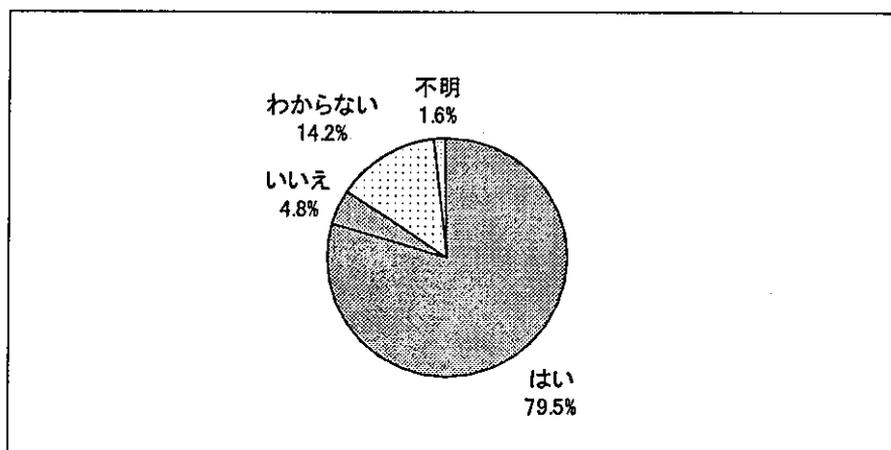


図 4-15 利用した介護保険サービスの家族介護者への効果

(8) 利用した介護保険サービスと生活の継続性

「1年間利用していた介護保険サービスがなければ在宅で生活を継続することは困難であるか」とう質問に関して、家族介護者に「はい」、「いいえ」、「わからない」の3件法で回答を得たところ、「はい」が485名(70.2%)、「いいえ」が88名(12.7%)、「わからない」が106名(15.3%)というように70%以上の家族介護者が現在利用している介護保険サービスを今後も継続して利用したいと考えていた。

N=691

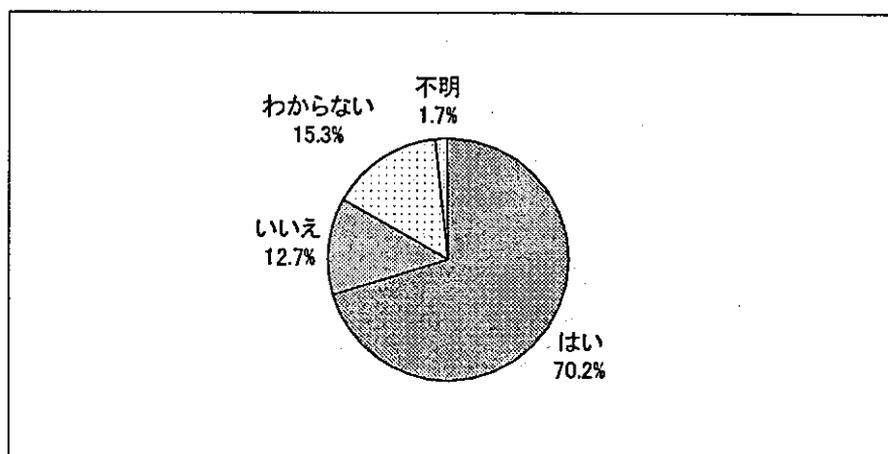


図 4-16 利用した介護保険サービスと生活の継続性

(9) 1年後の痴呆性高齢者の状態の変化（要介護度の変動傾向）

1年後の痴呆性高齢者の状態の変化について、要介護度の変動傾向を調べた。その結果、要介護度が1回目の調査時点と比べ2回目の調査時点において向上した群（以下、要介護度向上群と呼ぶ）は、17名（12.1%）であった。一方、要介護度が悪化した群（以下、要介護度悪化群と呼ぶ）は、38名（27.0%）であり、約3割の痴呆性高齢者が1年後に状態が悪化していると推察された。

表 4-27 1年後の痴呆性高齢者の状態の変化（要介護度の変化）

		2回目						合計
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	
1 回 目	要支援	2	3	0	0	0	0	5
	要介護度1	5	14	8	5	0	1	33
	要介護度2	3	5	29	6	2	0	45
	要介護度3	0	0	0	15	8	2	25
	要介護度4	0	1	0	3	9	3	16
	要介護度5	0	0	0	0	0	12	12
	合計	10	23	37	29	19	18	136

表 4-28 1年後の痴呆性高齢者の要介護度変動傾向

	N	%
要介護度悪化	38	27.0
要介護度維持	81	57.4
要介護度向上	17	12.1
不明	5	3.5
合計	141	100

(10) 1年後の痴呆性高齢者の家族介護者の状況変化

1回目の調査と2回目の調査から得られた各指標の得点を平均値で比較した。対応のある2群の平均値の差の検定を行った結果、1回目の調査と2回目の調査で統計的に有意な差がみられた内容は、「虐待の兆候」「精神的健康」「生活の質：QOL」であった。1回目の調査時より1年後の2回目の調査時点において、介護者の状態がよくなっていると思われる内容は、「虐待の兆候」「生活の質：QOL」であった。一方、状態が悪くなっていると考えられる内容は「精神的健康」であった。

表 4-29 家族介護者の各指標の1年後の得点の変化

	得点の向き	1回目			2回目			相関係数	t 値	p
		平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	N			
扶養意識・扶養義務感	+	28.5	8.7	141	27.4	9.1	140	0.64	1.63	0.11
介護に対する信念	+	9.5	4.0	141	9.9	4.1	141	0.61	-1.41	0.16
トラウマ	-	7.6	5.6	140	7.3	5.4	141	0.69	0.99	0.33
介護におけるバーンアウト	-	7.1	5.4	141	7.2	5.6	141	0.71	-0.48	0.63
精神的健康	-	4.2	3.1	141	14.6	5.3	141	0.50	-26.79	0.00 **
生活の質：QOL	+	17.0	6.2	141	22.0	7.6	140	0.68	-10.60	0.00 **
介護継続意志	+	8.6	3.4	141	8.5	4.0	140	0.70	0.49	0.63
介護の肯定感	+	22.4	7.8	141	22.8	8.1	140	0.76	-0.58	0.56
社会的支援	+	7.4	3.4	141	7.0	3.6	141	0.65	1.69	0.09
介護ストレスコーピング	+	5.8	2.9	140	5.8	3.0	140	0.52	0.21	0.84
虐待の兆候	-	2.8	2.7	141	2.3	2.4	141	0.45	2.25	0.03 *
介護負担感得点	-	7.3	4.3	141	7.9	5.3	137	0.71	-1.74	0.08

\*p<.05 \*\*p<.01

※得点の向き…+は得点が正の値をとると状態がよいことを示す指標であり、-は得点が負の値を示すと状態がよいことを示す指標であることを意味している。

(11) 介護負担感得点の変化量別家族介護者の介護状況の評価

介護負担感増加群、介護負担感維持群、介護負担感減少群の3群間において、前記12の指標の変化量に差があるかどうかを一元配置分散分析および多重比較を用いて検討を試みた。

その結果、3群間において統計的に有意な差がみられたのは「介護におけるバーンアウト」「介護ストレスコーピング」「精神的健康」「生活の質：QOL」の内容であった。また、それらの内容について、介護負担感増加群、介護負担感維持群、介護負担感減少群の3群間の多重比較を行った結果、「介護におけるバーンアウト」では、すべての群において有意な差がみられ、「精神的健康」では、増加群と維持群、増加群と減少群において、「生活の質：QOL」には、増加群と維持群、増加群と減少群について、「介護ストレスコーピング」では、増加群と減少群、維持群と減少群において有意な差がみられた。

表 4-30 介護負担感得点の変化量別各指標の変化量

	得点の向き※	介護負担感得点	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数	P
扶養意識・扶養義務感	+	増加群	-4.1	7.8	-23	9	17	0.12
		維持群	-0.9	7.5	-21	24	105	
		減少群	1.5	8.5	-11	19	13	
介護に対する信念	+	増加群	1.4	3.1	-3	8	17	0.08
		維持群	0.5	3.5	-8	8	106	
		減少群	-1.5	4.0	-11	4	13	
トラウマ	-	増加群	-1.8	6.6	-15	14	17	0.36
		維持群	-0.1	4.1	-13	12	106	
		減少群	-0.5	3.9	-7	6	12	
介護におけるバーンアウト	-	増加群	3.4	4.6	-4	11	17	0.00 **
		維持群	0.0	4.0	-12	13	106	
		減少群	-2.8	3.5	-8	4	13	
精神的健康	-	増加群	14.4	4.9	2	23	17	0.00 **
		維持群	10.1	4.5	0	21	106	
		減少群	7.8	3.5	4	15	13	
生活の質:QOL	+	増加群	1.8	3.7	-7	6	17	0.01 *
		維持群	5.2	5.7	-8	22	105	
		減少群	8.2	5.9	-5	20	13	
介護継続意志	+	増加群	-1.5	3.4	-7	7	17	0.09
		維持群	0.0	2.9	-14	7	105	
		減少群	0.7	2.6	-3	5	13	
介護の肯定感	+	増加群	-2.1	6.0	-17	11	17	0.16
		維持群	0.4	5.3	-21	13	105	
		減少群	1.3	6.9	-14	16	13	
介護ストレスコーピング	+	増加群	0.0	2.2	-4	4	17	0.03 *
		維持群	0.2	3.0	-7	8	104	
		減少群	-2.1	1.9	-5	1	13	
社会的支援	+	増加群	-1.7	3.5	-11	4	17	0.17
		維持群	-0.3	3.0	-10	7	106	
		減少群	-0.2	1.4	-2	2	13	
虐待の兆候	-	増加群	0.5	2.5	-4	6	17	0.23
		維持群	-0.6	2.6	-8	8	106	
		減少群	-0.9	4.0	-11	5	13	

※得点の向き…+は得点が正の値をとると状態がよいことを示す指標であり、-は得点が負の値を示すと状態がよいことを示す指標であることを意味している。 \*p<.05 \*\*p<.01

表 4-31 多重比較によって3群間の変化量に差が有る内容

	介護負担感得点	P
介護におけるバーンアウト	増加群 ⇔ 維持群	0.00 **
	増加群 ⇔ 減少群	0.00 **
	維持群 ⇔ 減少群	0.02 *
精神的健康	増加群 ⇔ 維持群	0.00 **
	増加群 ⇔ 減少群	0.00 **
	維持群 ⇔ 減少群	0.08
生活の質:QOL	増加群 ⇔ 維持群	0.02 *
	増加群 ⇔ 減少群	0.00 **
	維持群 ⇔ 減少群	0.07
介護ストレスコーピング	増加群 ⇔ 維持群	0.79
	増加群 ⇔ 減少群	0.04 *
	維持群 ⇔ 減少群	0.01 *

\*p<.05 \*\*p<.01

(12) 要介護度の変化傾向別家族介護者の介護状況の評価

要介護度の変化傾向の3群間において、前記12の指標と介護負担感の変化量に差があるかどうかを、一元配置分散分析を用いて検討を試みた。その結果、要介護度の変化傾向において統計的に有意な差がみられたものはなかった。

表 4-32 要介護度の変化傾向別各指標の変化量

	得点の向き※	要介護度					P		
		平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数			
扶養意識・扶養義務感	+	悪化群	-1.0	7.1	-14	19	38	0.59	
		維持群	-1.1	7.6	-16	24			81
		向上群	0.8	5.6	-13	9			17
介護に対する信念	+	悪化群	0.6	3.0	-8	6	38	0.74	
		維持群	0.3	3.8	-11	8			81
		向上群	1.1	3.8	-7	8			17
トラウマ	-	悪化群	0.0	4.7	-13	14	38	0.35	
		維持群	-0.6	4.4	-15	12			81
		向上群	1.0	2.4	-3	5			16
介護におけるバーンアウト	-	悪化群	0.3	4.3	-8	10	38	0.19	
		維持群	-0.3	4.1	-12	11			81
		向上群	1.6	4.4	-4	13			17
精神的健康	-	悪化群	10.1	4.8	0	20	38	0.23	
		維持群	10.2	4.2	2	21			81
		向上群	12.2	5.9	2	23			17
生活の質:QOL	+	悪化群	5.2	6.5	-8	20	38	0.64	
		維持群	5.4	5.5	-7	22			80
		向上群	3.9	4.5	-3	13			17
介護継続意思	+	悪化群	0.4	3.1	-7	7	38	0.41	
		維持群	-0.3	2.9	-14	7			80
		向上群	0.3	2.7	-7	4			17
介護の肯定感	+	悪化群	0.5	5.8	-17	13	38	0.92	
		維持群	0.1	5.0	-19	11			80
		向上群	0.6	7.6	-21	16			17
介護ストレスコーピング	+	悪化群	0.3	2.4	-4	7	38	0.46	
		維持群	-0.4	3.0	-7	8			79
		向上群	0.0	3.4	-6	5			17
社会的支援	+	悪化群	-0.1	3.0	-11	6	38	0.75	
		維持群	-0.6	3.1	-10	7			81
		向上群	-0.2	2.5	-6	3			17
虐待の兆候	-	悪化群	-0.4	2.7	-7	5	38	0.51	
		維持群	-0.6	2.5	-11	6			81
		向上群	-1.3	2.9	-7	5			17
介護負担感	-	悪化群	0.9	4.2	-6	15	37	0.44	
		維持群	0.2	3.6	-10	14			78
		向上群	1.3	3.4	-5	7			17

※得点の向き…+は得点が正の値をとると状態がよいことを示す指標であり、-は得点が負の値を示すと状態がよいことを示す指標であることを意味している。

#### 4. まとめ

本章では、現状の在宅における要介護者の家族介護者の身体的・精神的状況、介護に関する社会環境や介護をするための能力に関する特徴についての介護報酬改定前後の経年的な変化と高齢者の状況の変化について明らかにしてきた。

家族介護者の介護に関する社会環境や介護をするための能力の評価や現時点の介護の実態は、①扶養意識・扶養義務感、②介護に対する信念、③トラウマ、④介護におけるバーンアウト、⑤精神的健康、⑥生活の質：QOL、⑦介護継続意思、⑧介護の肯定感、⑨介護ストレスコーピング、⑩社会的支援、⑪虐待の兆候、⑫介護負担感について調べた結果、介護報酬改定前後に差異が示されたのは、「扶養意識・扶養義務感」「精神的健康」「介護継続意思」「介護の肯定感」「社会的支援」と「介護負担感」であり、これらの得点は悪化する傾向があった。すなわち介護保険サービスを利用している家族介護者は、介護報酬改定後のほうが介護に対しての負担が増加している状況が推察された。

また改定後の痴呆性高齢者の状態変化として要介護度の変動傾向を調べた結果、約3割の痴呆性高齢者は状態が悪化していた。同様に、痴呆性高齢者の家族介護者が提供している介護状況の変化について調べた結果、介護者の状況がよくなっていると思われる内容は、「虐待の兆候」「生活の質：QOL」であり、状況が悪くなっていると考えられる内容は「精神的健康」であった。測定した介護負担感の得点の変化量に着目してみると介護負担感の変化に伴い家族介護者の状況は変化していることが明らかになった。

例えば、介護負担感増加群、維持群、減少群の3群間において統計的に有意な差がみられた内容は、「介護におけるバーンアウト」「介護ストレスコーピング」「精神的健康」「生活の質：QOL」であった。「介護におけるバーンアウト」では、すべての群において有意な差がみられた。

介護負担感増加群は、介護負担感が増加すると介護者が「介護におけるバーンアウト」を起こす傾向が推察された。「精神的健康」においては、増加群と維持群、増加群と減少群において有意な差がみられ、介護負担感が増加した群が精神的健康度も悪く、介護負担感が減少している群では、精神的健康が良い状態であることが明らかになった。

また、「生活の質：QOL」得点は、増加群と維持群、増加群と減少群において有意な差がみられ、介護負担感が増加した群では生活の質が低下し、介護負担感が減少した群では生活の質が向上する傾向があった。家族介護者の介護に関する対処能力である「介護ストレスコーピング」は介護負担感増加群と減少群、維持群と減少群において有意な差がみられ、介護負担感が減少した群では介護に関する対処能力が向上していた。家族介護者にとっては、介護負担感の減少が介護への対応を良くする要因となることが推察された。

一方、介護報酬改定と同時に改定がなされた要介護認定方式では、とくに痴呆症状がある痴呆性高齢者に配慮した改定がなされたことから痴呆性高齢者の状態の変化と家族介護者の状況との関係を検討した。その結果、要介護度の変化と関連する家族状況を評価する

指標の得点との関連性はなかった。介護負担感に着目しても要介護度の変動傾向と介護負担感の得点の変化量に統計的な有意差はなかった。

現状の介護保険制度においては、制度の性質上、要介護者に必要な介護の量から介護保険サービスの内容を決定しており、家族介護者の介護を支援する役割は現在のところ担っていない(三浦 1997)。しかし、要介護者の家族介護者は、介護保険サービスを利用することにより、介護は楽になったと回答した割合が70%以上であり、さらに70%以上が現在利用している介護保険サービスを今後も継続して利用したいと考えていた。だが介護者が楽になる効果は示されたものの、要介護高齢者の状態の改善や悪化との関連性は示されておらず、介護負担感の軽減が高齢者の状態の変化に直接的に与える影響は示されなかった。

介護保険サービスを効果的に利用し、痴呆性高齢者の介護を在宅で継続していくためには、介護支援専門員は、家族介護者の介護負担感や介護状況に関する経年的なデータを蓄積することから、これらの変化を予測し、家族介護者が適切な介護を提供することができるインフォーマルなサービスを随時提供していく必要があるとの提言もされている(筒井 2002) ように介護保険サービスという公的サービスだけでなく、インフォーマルなサービスとの組み合わせによって、要介護高齢者の状態の改善には、必要とされるのではないかと考えられる。

いずれにしても、本章での検討は、経年的なデータを蓄積した家族介護者の介護実態の評価データが必要であり、地域での在宅介護支援システムの構築には、こういったデータの蓄積とその分析が今後も行われなければならないと考える<sup>29</sup>。

## 第5章 今後の課題

### 1. 要介護認定調査項目の検討

要介護度における一次判定結果を算出するための要介護認定基準時間と中間評価項目得点の経年的変化を分析した。認定基準時間は、介護保険制度が開始された平成 11 年度が最も長く、平成 14 年度まで下降し続けたが平成 15 年度に上昇していることがわかった。平成 15 年度の要介護認定基準時間が長くなったのは更新認定を受けた高齢者の要介護認定基準時間が長くなったためと推察された。

このように平成 14 年度までの中間評価項目得点の変動には、大きな差異が見られず、平成 15 年度に異なった傾向が示されたことは、要介護認定基準時間は長くなっていることを勘案すると要介護認定ロジックの改訂の影響があったと考えられる。

介護報酬改定後の平成 15 年度は、年齢階層別にも要介護 1 の割合の顕著な増加や更新認定者の要介護度が高くなる傾向がある等、要介護認定基準時間の算出根拠にも課題があるのではないかと推察された。

介護報酬改定前後の介護サービスの質についての影響を検討するためには、この分析の基本となる要介護高齢者の状態像を評価する要介護認定が根拠に基づいた内容でなければならないと考える。本研究で示したように 15 年度以降に介護報酬と同様に認定の算出根拠が改定され、これに問題があることは質の評価をするにあたって大きな問題となる。

このため平成 15 年度に改定された要介護認定基準時間の算定方式については、さらなる吟味が必要である。このためには調査項目間の相関や情報量といった解析について実施し、その意味について臨床家をまじえた検討がなされなければならないと考えられる。

### 2 介護予防のための介護保険サービスのあり方

新規の認定者は、すべての年齢階層において、新規認定者のほうが、更新認定者よりも認定基準時間が短かった。このことは換言すれば、更新するにしたがって、あるいは介護保険サービスを受けるにしたがって、介護を必要とする時間が増加していることを意味している。

また新規認定者の 75 歳以上 85 歳未満の認定基準時間は 57.50 分と最も短く、95 歳以上が 75.57 分と最も高かった。95 歳以上に次いで長かったのは、65 歳未満の 66.37 分で、次いで 85 歳以上 95 歳未満の 59.40 分となっていた。

要介護認定を受けている高齢者として最も高い構成比を示していた 75 歳以上 85 歳未満が 52.50 分と最も短かった。この傾向は、申請年度によって、ほとんど変化がなく、新規および更新認定者においても同様の傾向を示していた。

したがって要介護度の悪化予防を検討する場合には、85 歳未満の新規認定者に対して予防に資する重点的な施策を検討することが重要であると考えられた。この重点的な施策に

については、介護保険サービスの適切な実施が求められるが、本研究では、適切なサービスとは何か、あるいは、不適切なサービス提供とは何かという観点からの分析も行った。

### 3. 高齢者の状態の変化と介護保険サービスの利用との関係

高齢者の状態の変化と介護保険サービスの利用との関係を明らかにするために平均的な高齢者の悪化程度に比べ、当該サービスの組合せを選択する高齢者は、どの程度、悪化量が多いかを算出した。

この結果、訪問介護と通所リハが概ね、改善効果を与えているのに対し、通所介護は悪化の場合が多いことが示された。特に通所介護と用具貸与の組合せ、通所介護と短期入所の組合せ、通所介護と用具貸与と短期入所の組合せといったサービスの組み合わせにおいては、悪化の場合が多いことがわかった。この他に毎年、増加している痴呆対応型共同生活介護や、特定施設入所者生活介護を利用している場合にも、悪化の場合が多かった。これらサービスの組み合わせは、介護報酬改定後に多く示されるようになったことから、平成16年度以降のデータ分析が必要と考えられる。サービス給付なしの場合にも悪化の場合が多く、サービス給付なしとの分析は、さらに詳細な検討が必要であると考えられた。

しかし、平成15年度には、全体の平均悪化時間がかかなり増える傾向があった。これは介護保険サービスの利用の変化より、要介護認定方式の変更によって認定基準時間の算出法が変わったためであると推察される。このように認定方式の改定の影響が大きいため認定基準時間を用いた分析が改定後のデータに用いることが困難であることは残念であった。

一般に、状態の急激な変化は、当該高齢者の疾病状態や生活環境など変化によって起こることが多く、介護保険サービスの利用によって状態が変化することは少ないと考えられる。このため今回の分析結果は、状態が悪化していた高齢者は、通所介護と用具貸与の組合せ、通所介護と短期入所の組合せ、通所介護と用具貸与と短期入所の組合せが多かったとも説明することができる。さらに言えば、状態が悪化している高齢者には、これらのサービスの組み合わせが有効であったとの解釈もできよう。

このため高齢者の悪化や改善に関わる介護保険サービスについての検証は経年的なデータの蓄積とその分析だけでなく、サービスの効果に関して、その因果を検討するための研究的な試みが必要と考えている。

### 4. 介護報酬改定前後の介護者の状況の変化と要介護高齢者の状態の変化との関係

介護報酬改定前後のわずか1年間に居宅で調査対象となった要介護高齢者において施設入所、入院、死亡等、全体の13.3%で在宅介護が中断されていた。また家族介護者が1年前と比べて判断した要介護者の状況については、概ね3割の家族介護者は「悪くなった」と評価していた。これらの結果から居宅の要介護者において悪化する傾向が示された。

家族介護者の介護に関する社会環境や介護をするための能力の評価や現時点の介護の実

態は、①扶養意識・扶養義務感、②介護に対する信念、③トラウマ、④介護におけるバーンアウト、⑤精神的健康、⑥生活の質：QOL、⑦介護継続意思、⑧介護の肯定感、⑨介護ストレスコーピング、⑩社会的支援、⑪虐待の兆候、⑫介護負担感で調査した。このうち、介護報酬改定前後で差異が示されたのは、「扶養意識・扶養義務感」「精神的健康」「介護継続意思」「介護の肯定感」「社会的支援」と「介護負担感」であった。これらの得点の変化をみると、「精神的健康」「介護継続意思」「介護の肯定感」「社会的支援」「介護負担感」は、悪化する傾向が見られた。

これらの結果を総合すると介護サービスを利用している家族介護者は、介護報酬改定前よりも改定後のほうが介護に対しての負担が増加している状況が推察された。また痴呆性高齢者だけを抽出して、その状態変化を要介護度の変動傾向として分析した結果、約3割の痴呆性高齢者が1年後に状態が悪化していた。同様に改定後の痴呆性高齢者の家族介護者が提供している介護状況の変化について調べた結果、介護者の状況がよくなった内容は、「虐待の兆候」「生活の質：QOL」であり、状況が悪くなった内容は「精神的健康」であった。ただし、この結果は、介護報酬改定が直接的に影響しているとは判断できなかった。

一方、介護報酬改定と同時に行なわれた要介護認定方式の変更によって、痴呆性高齢者へは、特別の配慮がなされた。そこで、この影響を検討するために痴呆性高齢者の状態の変化と家族介護者の状況との関係を分析した。この結果、要介護度の変化と関連する家族状況を評価する指標の得点との関連性はなかった。介護負担感に着目しても要介護度の変動傾向と介護負担感の得点の変化量に統計的な有意差はなかった。

現状の介護保険制度においては、制度の性質上、要介護者に必要な介護の量から介護保険サービスの内容を決定しており、家族介護者の介護を支援する役割は現在のところ担っていない(三浦1997)と言われ、痴呆性高齢者と認定されて上限支給限度額が高く設定されたとしても家族の介護負担感や痴呆性高齢者の状態の変化にも関連性がないことがわかった。

ただし要介護者の家族介護者は、介護保険サービスを利用することにより、介護は楽になったと回答した割合が70%以上であり、さらに70%以上が現在利用している介護保険サービスを今後も継続して利用したいと考えていた。だが介護者が楽になる効果は示されたものの、要介護高齢者の状態の改善や悪化との関連性は示されておらず、介護負担感の軽減が高齢者の状態の変化に直接的に与える影響は示されなかった。

介護保険サービスを効果的に利用し、痴呆性高齢者の介護を在宅で継続していくためには、介護支援専門員は、家族介護者の介護負担感や介護状況に関する経年的なデータを蓄積することから、これらの変化を予測し、家族介護者が適切な介護を提供することができるインフォーマルなサービスを随時提供していく必要があるとの提言もされている(筒井2002)ように介護保険サービスという公的サービスだけでなく、インフォーマルなサービスとの組み合わせによって、要介護高齢者の状態の改善には、必要とされるのではないかと考えられる。地域での在宅介護支援システムの構築にあたっては、家族介護者の経年的変化に関するデータの蓄積とその分析が今後も行われなければならないと考えられる。

(引用文献)

- 福西勇夫 (1990) 「日本版General Health Questionnaire (GHQ) のcut-off point」 『心理臨床』 3(3),228-34.
- 堀毛裕子(1991) 「日本語版Health Locus of Control尺度の作成」 『健康心理学研究』 4(1)1-7.
- 中嶋和夫・香川幸次郎 (1999) 「高齢者の社会支援と主観的QOLの関係」 『社会福祉学』 39(2),48-61.
- 太田美緒・甲斐一郎 (2002) 「老親扶養義務感尺度の開発」 『社会福祉学』 42(2),130-8.
- Sanders,B. and Becker-Lausen,E.(1995)The measurement of psychological maltreatment: early data on the Child Abuse and Trauma Scale,Child Abuse Neglect,.19(3),315-23.
- 佐藤ゆかり・原田和宏・斎藤圭介・ほか (2002) 「知的障害児・者施設生活指導員におけるPines Burnout Measureの構成概念に関する検討」 『社会福祉学』 42(2),118-29.

(参考文献)

- Charles,W.G,Barbara,G,Manfred,S.and Clare,C.,et al.(1992) The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for Caregivers to Persons with Chronic Physical and Mental Impairments, Research in Nursing & Health, 15, 271-83.
- 藤田祥子・黒田輝政 (1987) 「痴呆性老人在宅介護家庭の生活実態」 『老年社会科学』 9,188-99.
- Gerritsen,J.C. and Van,Der. Ende. (1994) The development of a care-giving burden scale, Age and Aging, 23, 483-91.
- 原田和宏・斎藤圭介・有岡道博・ほか (2002) 「特別養護老人ホーム介護職員におけるバーンアウト尺度の因子モデルの検討」 『老年社会科学』 22(1)46-58.
- 東野定律 (2005) 「痴呆性高齢者の状態の経年的変化と介護サービス利用に関する研究」 『日本病院管理学会誌』 42(1),75-86.
- House,J.S. (1987) Social support and social structure. Sociological Forum, 2(1),134-47.
- Kosberg,J.I.and Cairl,R.E. (1986) The Cost of Care Index: A case\_Management Tool for Screening Informal Care Providers, The Gerontologist, 26(3), 273-8.
- Levenson.H (1973) Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients.Journal of Consulting and Clinical Psychology.41(3),397-404.
- Mark,N.andCarol.G.(1989) Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory, The Gerontologist, 29(6),799-803.
- 三浦公嗣(1997) 「介護保険の導入」 『日本老年医学会雑誌』 34(12),970-2.
- 翠川純子 (1993) 「在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究」 『社会老年学』 (37),16-26.

- 中谷陽明(1992)「在宅障害老人を介護する家族の“燃えつき” — Maslach Burnout Inventory” 適用の試み—」『社会老年学』(36),15-26.
- 岡林秀樹・杉沢秀博・高梨薫・ほか(1999)「在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果」『心理学研究』69, 6.
- 櫻井成美(1999)「介護肯定感がもつ負担軽減効果」『心理学研究』70(3),203-10.
- 坂田周一・岡本多喜子(1985)「老人援助に対する態度の構造と要因分析」『社会老年学』22,14-25.
- 孫 良・浅野仁(1997)「高齢者に対する家族介護者の「生活の質」研究(その2)」『関西学院大学社会学部紀要』76,69-99.
- 筒井孝子(2004)「介護保険制度下の介護サービス評価に関する変化：痴呆性高齢者に提供された介護サービスと経年的変化」『厚生指標』51(1),1-6.