

3. 要介護認定データから得られる高齢者類型と介護保険サービス利用の関係

(1) 目的

サービス提供の適性さとは何かを考える視点としては、介護保険サービスの給付による高齢者や家族の満足程度などいろいろな視点が考えられるが、そのサービス給付が心身状態の維持改善に有効であるかが、適性さの一つの重要な基準となると考えられる。

本章ではこの考え方に基き、認定情報から心身状態の悪化の程度の指標を定義し、在宅高齢者を対象として、給付サービスの組合せと悪化の程度の関係について分析を行った。

また、給付サービスの心身状態変化への影響の仕方は、高齢者の心身状態によって異なる可能性が考えられるので、自己組織化マップという方法により高齢者の心身状態を類型化し、これによって高齢者を層別した上で、各個人の利用した介護サービス履歴や心身状態の変化との関連を検討した結果も示す。以上により、要介護認定調査結果でわかる範囲の情報から、サービス給付の標準を与えるための基礎資料を提供する。

(2) 方法

1) 対象データとその整合方法

本章では、対象高齢者 11,945 人が平成 12 年 4 月から平成 16 年 3 月の 4 年間 48 ヶ月間中に受けた要介護認定 (39,582 認定) について分析候補とした。それぞれの認定期間ごとに、期間の最初における認定結果と期間終了時の認定結果をみることで、その期間中の心身状態の変化を把握した。有効期間を挟む二つの認定を持つ期間は 27562 期間あった。

これらの期間について、心身状態の悪化量を、始点における有効認定の認定基準時間を終点における有効認定の認定基準時間から差し引いたものとして定義した。これが正の値であれば、ケア時間の推定値としての認定基準時間が増加したことになるので、高齢者の状態は悪化したと解釈できる。

さらに、以上の結果と期間中の介護保険サービスの月々利用記録を突合し、その認定期間における高齢者の心身状態変化と、サービス利用状態を関連付けて分析できるデータを作成した。突合のできた 216,589 人月が基本サンプルとなる。

2) 高齢者類型抽出のための SOM

SOM(Self-Organizing Map: 自己組織化マップ)は、サンプル間の類似性に基づいて、サンプルを層別する手法である。本研究では、要介護認定調査結果から認定調査を受けた高齢者を層別し、タイプ分けするために用いた。SOM の入力は、サンプル×属性(多次元)の行列である。本研究の場合、高齢者×認定調査項目の行列がデータとなる。このデータに対し、SOM では通常 2 次元の規則正しいノードのグリッドを使用し、ノードのそれぞれにサンプルの類型に相当する参照ベクトルを用意する。各サンプルを最も類似した参照ベクトルをもつノードに割り当てることで各サンプルはノード数のタイプに分けられることとなる。SOM のアルゴリズムは隣接したノードの参照ベクトルが類似したものになるように作成するので、サンプル間の類似性が所属ノード間の距離(通常ユークリッド距離)と対応するようになる。つまり、似ているサンプルは近いノードに所属するようになる。このように作成された、サンプルが距離関係を保って二次元上に表される図をマップと呼ぶ。

以上のように SOM では、各サンプルの多次元の属性データを低次元の情報に集約し、サンプル間の類似関係を図に可視化することで、サンプルを理解しやすい形に層別することができる。

(3) 結果

1) 認定調査項目による高齢者類型の結果

最初に高齢者類型の分析結果を示す。ここでは、高齢者を在宅に限定せず、得られた 39581 認定全てを利用して、そこから介護保険制度を利用している高齢者の一般類型を検討する。

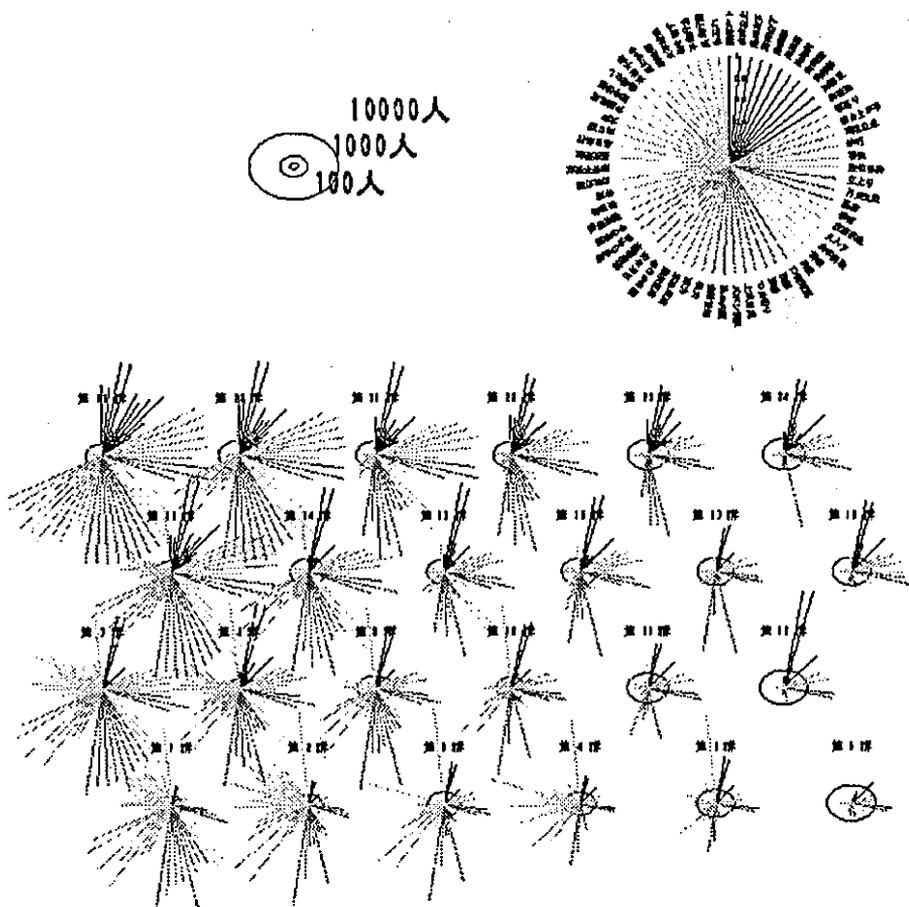
① SOM によるタイプ分け結果

新旧認定調査で共通な項目 63 項目を高齢者属性として高齢者をタイプ分けするために SOM を実施した。結果として得られるノードごとの参照ベクトルを表現するために用いた認定調査項目ごとの値を図Ⅲ-3-1 のようなレーダーチャートに表す。

このレーダーチャートでは、認定調査項目の第 1 群から第 7 群までの項目を 12 時の方向から時計回りに順にならべて、各項目ごとに悪い状態と考えられるカテゴリであるほど長い線が引かれるように表現してある。なお、項目ごとの最大カテゴリは 2 から 5 までの場合あり、第 1 段階を原点 (長さ 0) と表現し、最大カテゴリを長さ 1 と表示することで、カテゴリ数の多い項目も同じ長さの線となるようにしてある。全体に大きな図形になるノードほど、重度の高齢者類型を表すと考えられる。

6×4 ノードで SOM を行った結果のマップを図Ⅲ-3-2 下側に示す。この図から、概ね右側から左側に向けて要介護度が高くなるよう、6×4=24 タイプに高齢者がタイプ分けされていることがわかる。

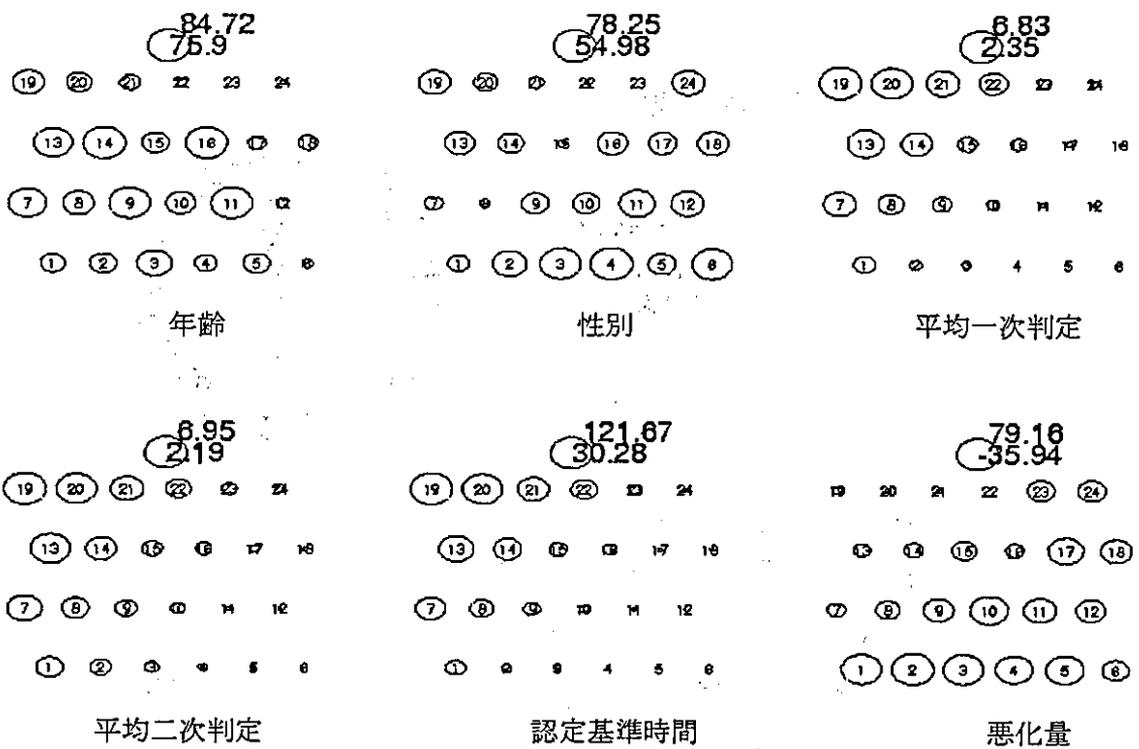
所属のべ人数



図Ⅲ-3-2 SOMにより得られた高齢者類型

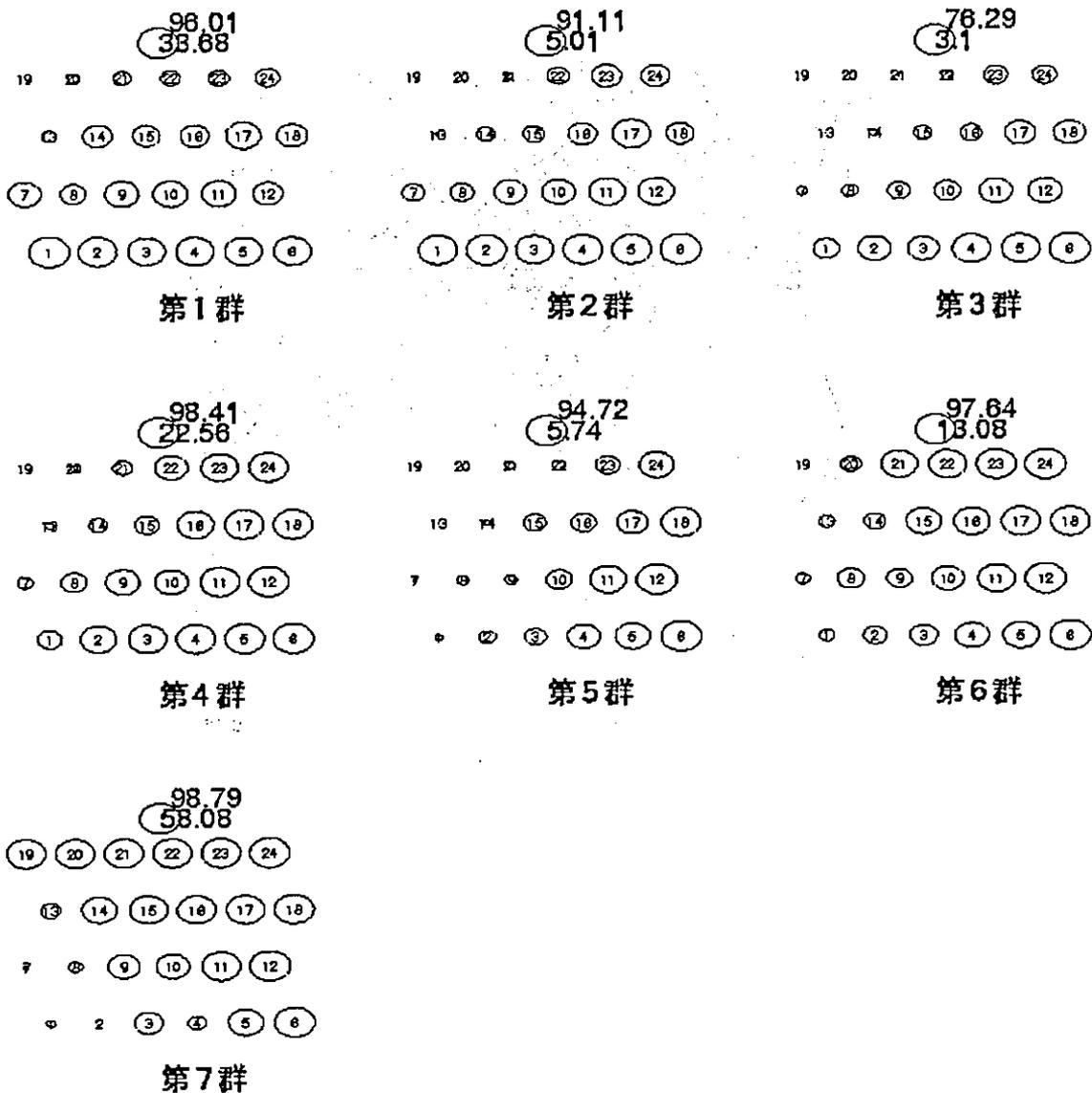
より詳しく各ノードの特徴を見るため、各ノードの属性として、平均年齢、女性率、平均要介護度等を図Ⅲ-3-3に示す。これから、前述の要介護度の違いが直接見て取れる。また、中央(14,9,16,11ノード)で年齢が高く、上辺と左下で男性の率が相対的に高いことがわかる。悪化量は右下半分のノードで多く、特に下辺中央のノードで多いことがわかる。要介護度の高い左上のノードでは、悪化する余地が少ないため、悪化量が少ないという傾向が伺われる。

また、中間評価項目得点の平均値を図Ⅲ-3-4に示す。中間評価項目の平均値からは、第5群までの身体的能力については、要介護度の程度と同様な傾向が見られるが、その中でも第1群(麻痺拘縮)は上辺の得点が低く、第5群(身の回りの世話)は左辺でも得点が低くなる傾向にある。第6群(コミュニケーション)に関しては、左側での低下が見られることがわかる。特に第7群の問題行動(認知障害)は、下辺左側に特徴的に得点の低下が見られることがわかる。



図Ⅲ-3-3 高齢者類型ごとの属性の平均値

円が大きいほど値が大きい、最大値と最小値が各図の上側に円と数値で記載されている。
ただし、最小値は最小の円つまり点で表現されている。

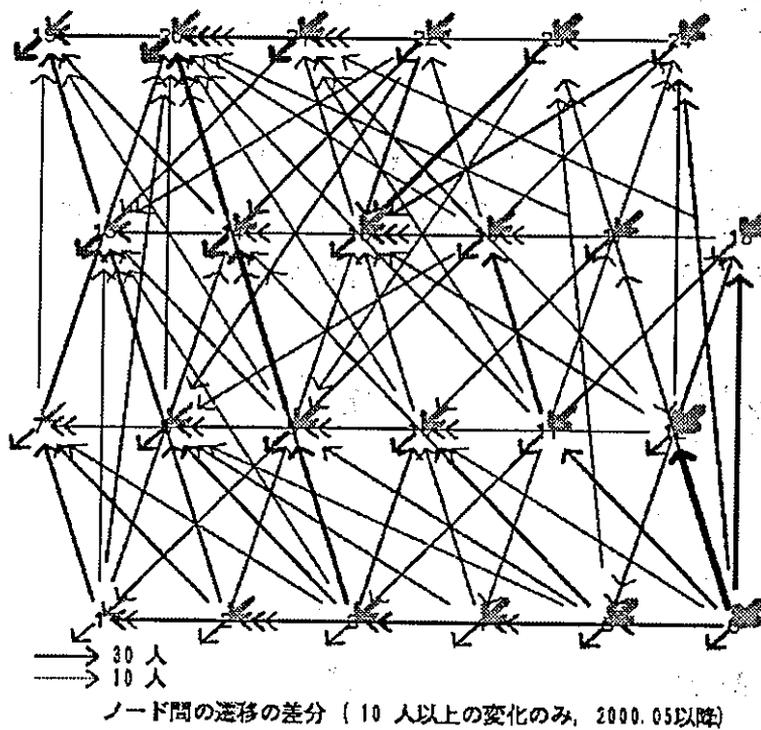


図Ⅲ-3-4 高齢者類型ごとの中間評価項目得点平均値

円が大きいほど値が大きい、最大値と最小値が各図の上側に円と数値で記載されている。ただし、最小値は最小の円つまり点で表現されている。

②各タイプ間の遷移

時間的に合い隣り合う認定間で高齢者の心身状態の変化がどのように生じたかをみるために、SOMにより得られた類型間でどの類型からどの類型に遷移するケースが多かったかを図Ⅲ-3-5に示す。制度開始の平成12年4月は認定制度が開始するのを待ち続けていたケースが多くあったと考えられるので、平成12年5月以降の遷移を図にしている。図より、タイプ6またはタイプ12に入る状態で初回認定を受けているケースが多い。また、その後、左上方に遷移して、上辺左半分の状態から制度から離脱しているケースが多いことが見て取れる。



図Ⅲ-3-5 高齢者類型間の認定間遷移

各ノードに入る赤い矢線は初回認定の人数、各ノードから出る赤い矢線は、
 死去などによる制度からの離脱を表す。

2) 給付サービス組合せごとの悪化の程度の分析結果

以下の分析に当たっては、突合のできた216589人月のうち、期首に、居宅であった認定期間となる126344人月に限定して対象サンプルとした。居宅であるかは、認定時の現在の状況が在宅であることで判定した。

①利用サービス種類の定義

表Ⅲ-3-1に示す11種類の在宅サービスを区別して集計利用した。対象高齢者が対象期間においてこれらのサービスを利用した記録が残されている場合に、そのサービスを利用したとした。

表Ⅲ-3-1 対象利用サービス種類

	サービス名	略称	サービスコード
1	訪問介護	訪問	11
2	訪問入浴	入浴	12
3	訪問看護	看護	13
4	訪問リハ	訪リ	14
5	通所介護	通所	15
6	通所リハ	通リ	16
7	用具借与	用具	17
8	短期入所	短期	21,22,23
9	療養管理	療管	31
10	共同生活	共同	32
11	特定施設	特定	33

②サービス組合せの定義

前述のサービス種類を、利用があったとき1、無かったとき0と表し、これを順に並べて長さ11の順列として表し、異なる順列を区別すると、全く利用がなかった場合から最大7種類の利用までの351タイプが存在した。利用サービス種類数ごとの利用サービスタイプ数を下表に示す。これを給付サービスの利用の組合せのタイプとして、以下の分析を進める。

表Ⅲ-3-2 利用サービス種類数ごとの利用サービスタイプ数

種類数	0	1	2	3	4	5	6	7	合計
存在数	1	11	43	90	97	69	31	9	351

③サービス組合せごとの利用人数と悪化量の関係

サービス組合せごとの悪化量は、対象高齢者の中で、対象期間中にそのサービス組合せを選択した高齢者の悪化量の平均を求め、これから対象高齢者全体での悪化量の平均値を差し引いたものを用いた。つまり、平均的な高齢者の悪化程度に比べ、そのサービス組合せを選択するような高齢者はどの程度悪化量が多いかを表現した。

④サービス組合せの表現上の配置

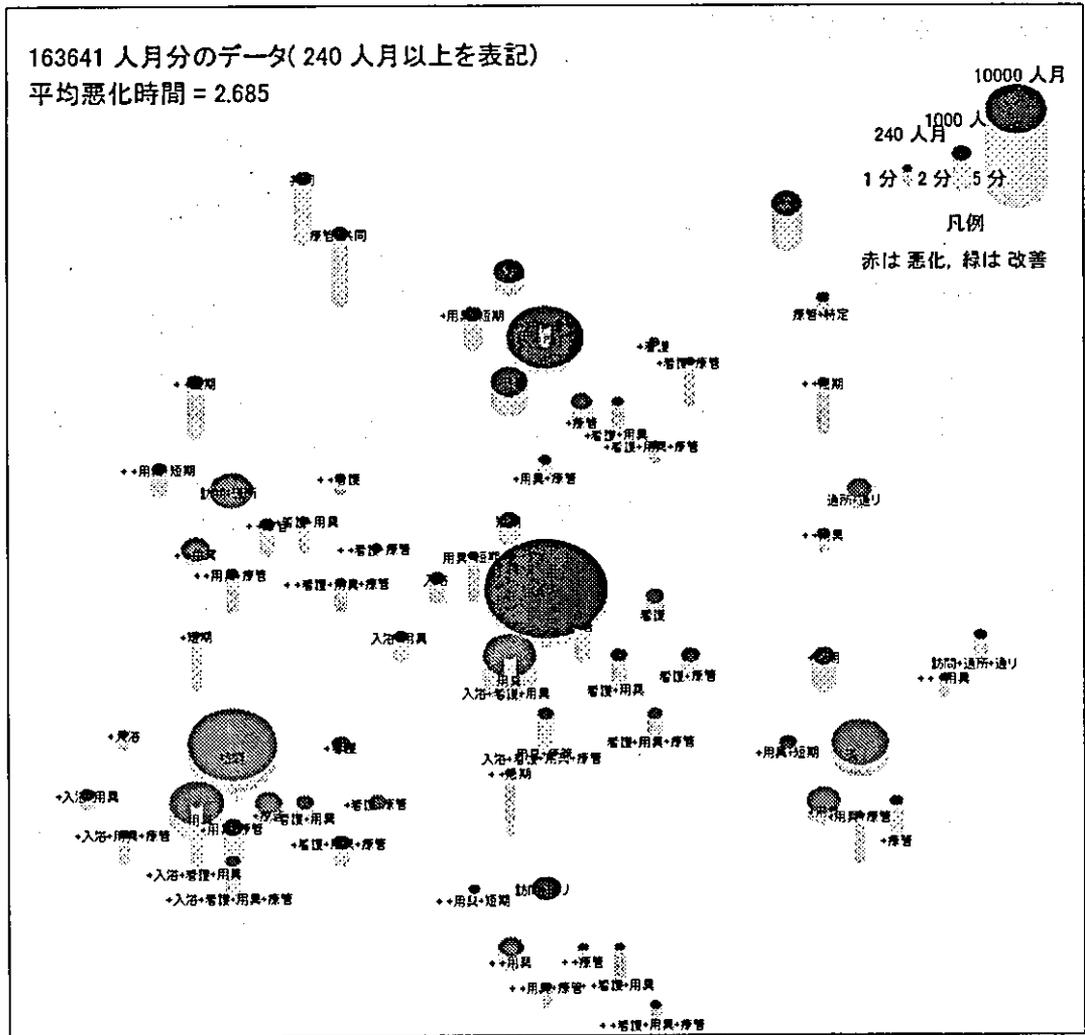
利用の場合が多かったサービスは、1,訪問介護、5,通所介護、6,通所リハ の3つであった。そこで、図に表現する場合には、これら三つの主要サービスを基本としてサービス組合せを図Ⅲ-3-6 のように配置した。中心に、これら主要サービスを利用していない場合、全体の右側に三つとも利用している場合、また中心から上方に通所、右下に通所リハ、左下に訪問介護に位置付けた。

さらに、この主要三種のうち二つの組合せは二つの方向の組合せの方向に置いた。これらを中心として、他のサービスの付加あった場合を近くに配置するように表現した。付加的サービスは、時計廻りに、訪問リハは右上、訪問看護は右、療養管理は右下、用具借与は左下、訪問入浴は左、短期入所は左上、とした。なお、独立して用いられる共同生活は図全体の左上方、特定施設は右上方に表示した。なお、主要サービスに付加的サービスが追加された組合せについては、組合せ名において、主要サービスを省略し、主要サービスの個数だけ+が先頭につけてある。

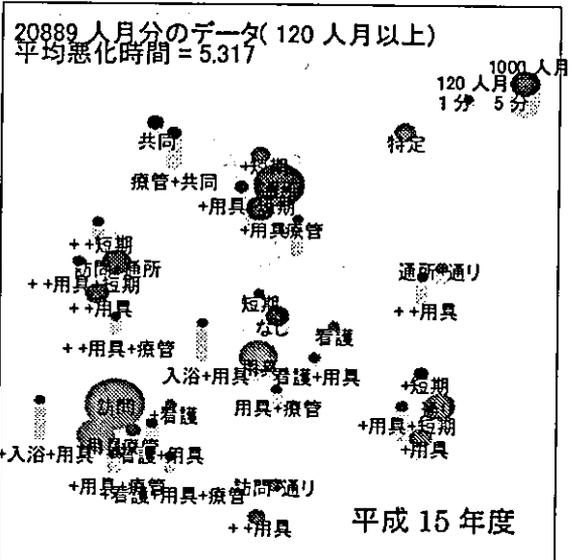
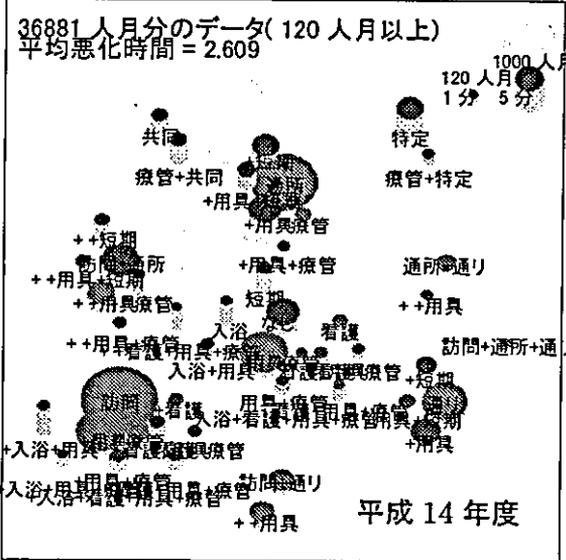
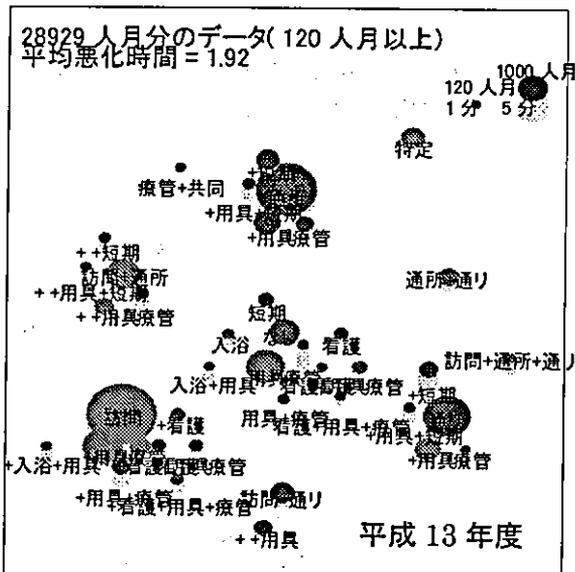
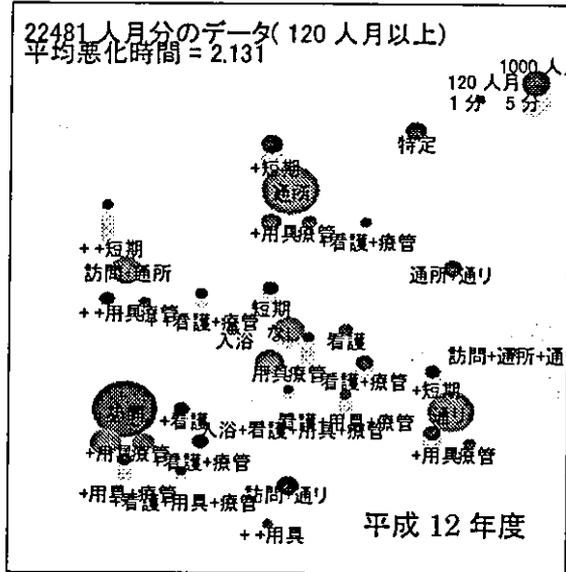
⑤給付サービスの全体的効果

図Ⅲ-3-6 より訪問介護と通所リハが改善効果を与えているのに対し、通所は悪化の場合が多いことがわかる。特に通所と用具貸与の組合せや、通所と短期入所の組合せや、さらに、通所と用具貸与と短期入所の組合せは、悪化の場合が多いことがわかる。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、悪化の場合が多いことがわかる。また、サービス給付なしの場合にも悪化の場合が多いことがわかる。その他の場合には、相対的に改善がある場合が多いことがわかる。

サービス給付が何年度に行われたかでサービス利用を層別して悪化を表現した結果を図Ⅲ-3-7 を示す。これから年度ごとの変化を見ると、年度間にサービス供給の質、量ともに大きな変化は無かったと思われる。強いて変化をみると、痴呆対応型共同生活介護が平成12年度には無かったが、平成13年以降、供給サービスとして提供されるようになった点、訪問介護や通所リハに改善程度が増えている傾向が伺える点などである。ただし、平成15年度に全体の平均悪化時間がかなり増えている。これは、サービスの質が変化したというより、認定方式の変更のため、認定基準時間の算出法が変わったためと考えられる。



図Ⅲ-3-6 サービス組合せごとの悪化時間平均値



図Ⅲ-3-7 年度ごとの利用サービスごとの平均悪化量

⑥高齢者を類型ごとに層別した場合のサービスの効果

高齢者の心身状態に応じ、サービス利用の与える効果は異なると考えられるので、層別なしの図Ⅲ-3-7 に対し、前節において得られた高齢者類型によってサービス利用を層別した上で求めた悪化程度を図Ⅲ-3-7, 図Ⅲ-3-8 に示した。また以下に、分析によって明らかにされた点を示したが、これらについては、さらに臨床における専門家の評価が必要と考えられる。

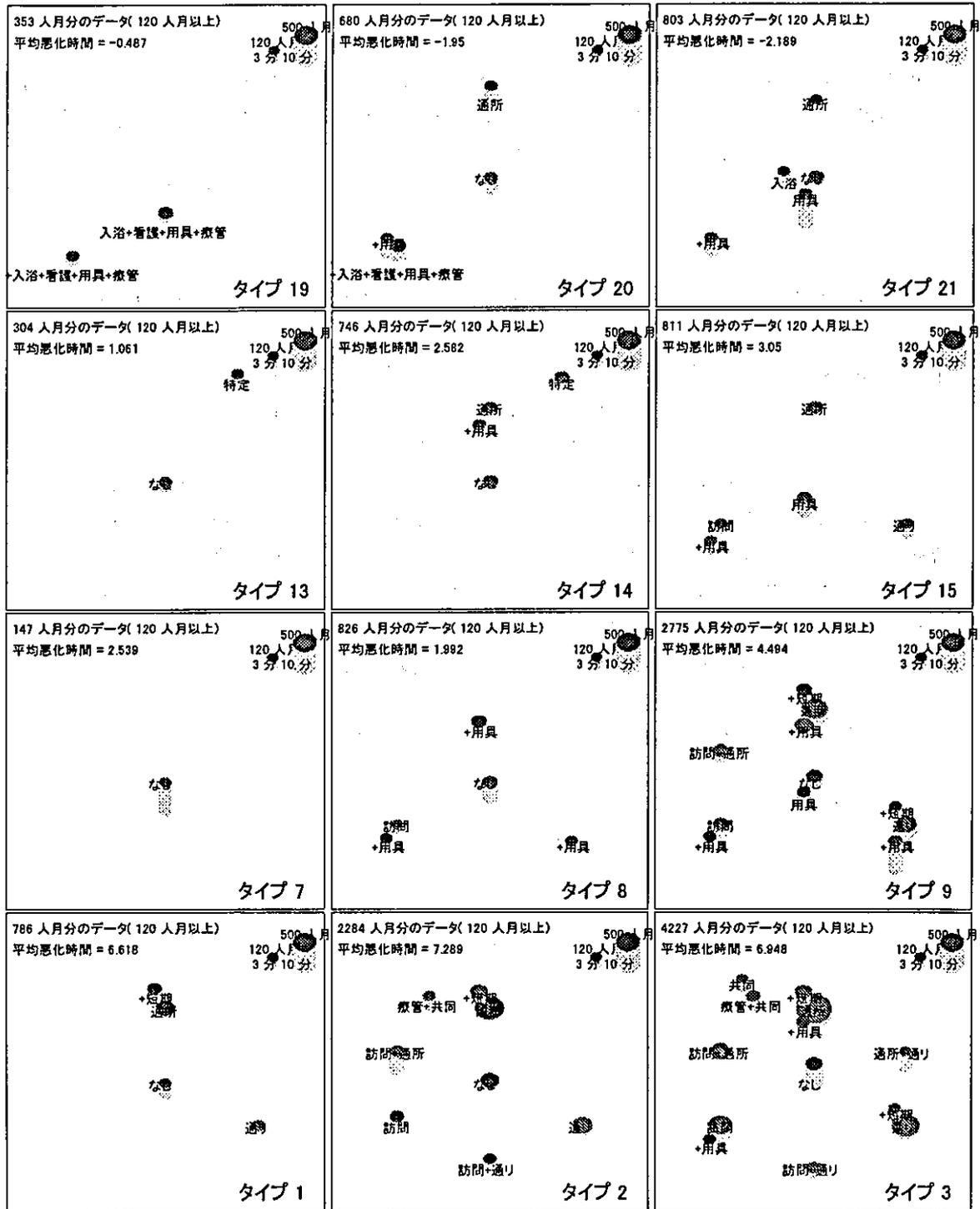
右下半分の類型群では、何らかの給付サービスを利用する群に比べ、利用の無い群は悪化している。

通所介護の維持改善効果の見られるのは、毎日の日課・短期記憶の悪化は見られるが、コミュニケーション関連の全面的な悪化はないタイプ 3,9,10 の高齢者と、下肢麻痺と一部に拘縮の傾向の見られるタイプ 17,22,23 などの高齢者である。

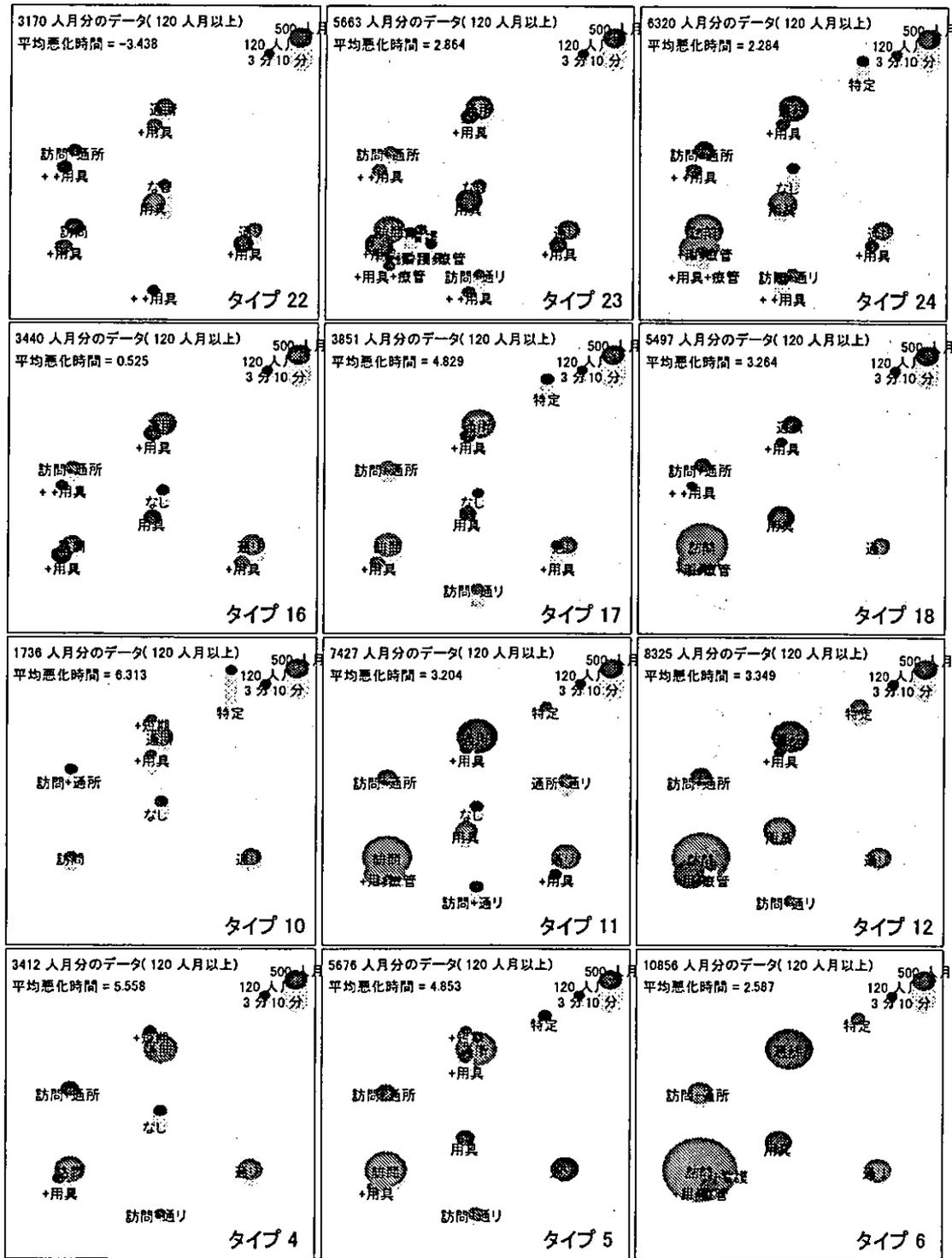
通所リハの維持改善効果の見られるのは、タイプ 3,4,9,10,15,16,17,22 の中程度高齢者である。訪問介護の維持改善効果の見られるのは、下肢麻痺と爪切りのみに問題のあるタイプ 24 の高齢者と、それに加えて金銭管理に問題のあるタイプ 17 の高齢者、認知障害のうち昼夜逆転に特徴のあるタイプ 3,4,5 の高齢者である。昼夜逆転のある高齢者に対して、規則的生活を再構築するのに、訪問介護が効果があったと予想される。

認知障害とコミュニケーション関連の全面的な悪化のあるタイプ 1,7,8 の高齢者では、サービス利用なしが、相対的に最良の維持改善群となっている。それに類似した状態であるが、まだ、意思伝達や指示への反応が得られるタイプ 2 では、訪問介護と通所介護の併用や、通所と短期入所の併用が相対的に維持改善効果がある。

タイプ 19,20,13,14 の要介護度の最も高い群では、サービス利用の表示がほとんどないが、これはこのタイプの高齢者が入所している場合が多いため在宅高齢者が少ない上に、複雑で多様な組合せのサービス利用が多いため、今回の組合せごとでの表現では、個々の組合せごとのサンプル数が少なくなってしまう、表示できなかったことを表す。別途、サービス組合せの場合わけについて詳細な考察の上に、分析しなおす必要がある。



図Ⅲ-3-8 高齢者類型ごと利用サービス種類ごとの平均悪化量 (左半分ノード)



図Ⅲ-3-9 高齢者類型ごと利用サービス種類ごとの平均悪化量 (右半分ノード)

(4) まとめ

高齢者類型を作成することにより、多様な高齢者を識別して、どのような高齢者には、どのようなサービス給付が適当であるかを考えるひとつの視点ができたと考える。高齢者がどの類型になるかを判定するには認定調査の情報があれば十分であり、認定調査の対象者にはいつでも計算できるので個別の事例を蓄積することは容易である。

要介護度のみでは分類視点が粗すぎる場合には、有効に用いると考える。ただし、今回の層別方法では、疾病の状態についての情報を勘案していないので、高齢者の心身状態の全体像を把握するには十分とはいえない場合もあるかもしれない。実際の事例について、分析考察を進めるなかで検討を加えていく必要がある。

高齢者類型とサービス組合せごとの悪化量の検討では、その高齢者群がそのサービス組合せを利用している場合に、どの程度の平均悪化量であったかを示した。これから高齢者の心身状態を維持改善させるために、どのようなサービス組合せが有効であるかの候補を探ることができる。

しかし、そこに示される悪化/改善は、必ずしもそのサービス組合せの利用に起因することを示すものではなく、そのサービス組合せを選択するような疾病状態や生活環境などが根源の原因となっている場合も考えられるので解釈には注意を要する。例えば、医療系のサービスの利用の背後には、疾病の存在が予想され、疾病がある場合には、疾病の悪化による心身状態の悪化が高頻度で生じるため、悪化量が多い結果となっている可能性がある。

以上の点は、具体的な悪化の進行について、そのプロセスを具体的に検討し、さらに、実験的な心身状態の維持改善の取り組みを実施する中で、その効果を検証していくことで、初めて明らかになると考えられる。また、今回の解析では、詳細な効果を見ていくため、高齢者を層別していくと、事例が少なくなり、はっきりした様子を見るのが難しくなる問題があった。今後もデータ蓄積を進め、継続的分析を行うことが必要と考えられる。

4. 要介護高齢者の状態の変化とその家族介護者の介護状況の変化との関係

(1) 目的

本章では、介護サービスの質の向上をめざすための方策のひとつとして、居宅で要介護高齢者をささえる家族の精神的健康度に着目した研究を実施した結果について述べる。

ここでは、介護報酬改定前後の家族介護者の精神的健康度や介護実態について検討した結果が示されている。介護実態を把握するための資料として家族介護者の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生活の質：QOL、⑥介護継続意思、⑦介護の肯定感、⑧介護ストレスコーピング、⑨社会的支援、⑩虐待の兆候といった内容と介護負担感の程度についても調査を実施している。

居宅における要介護高齢者の生活のほとんどは、家族介護者が支えており、要介護高齢者の生活やその質は、家族介護者によって維持されているといっても過言ではない。このため家族介護者の身体的・精神的状況の変動は、これらの要介護高齢者への介護と密接に関連していることが予想される。

要介護高齢者の変化が家族介護者に影響を与える可能性が高いことは、従来も研究されてきたが、家族介護者の変化が要介護高齢者に与える影響も大きいと考えられる。例えば、家族介護者が介護によって著しく精神的健康を害してしまったとすると、その家族介護者から介護を高齢者は適切に提供されなくなってしまう可能性がある。といったことである。介護に関する社会環境や介護をするための能力が経年的にどのように変化しているかとその際の要介護高齢者の状態の変動との関連性を明らかにすることは、居宅での介護の質を確保する上で重要であると考えられた。

特に家族介護者の介護負担感が高いと考えられている痴呆性高齢者の家族介護者に関しては、平成15年度に、介護報酬の改定だけでなく新たに痴呆性高齢者用の要介護認定におけるロジックが変更された。このように新たな制度下での痴呆性高齢者の介護がその要介護度の変動によって家族介護者の介護状況がどのように変化しているかを検討した。

(2) 方法

1) 調査対象

調査対象は、介護報酬改定前後に「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート」を実施した要介護者を介護する家族介護者691名とした。

2) 調査方法

調査方法は、調査に際しては、調査員（介護支援専門員）に対して調査の目的、内容等を筆者が説明した。その上で調査員が主介護者に個別に調査票を配布し、秘密厳守のため封印の後、調査票を回収した。なお、調査票の回収については、調査の依頼を行った介護支援専門員に回収を依頼した。調査票は個別IDで管理され、個人を特定できない情報となったものを収集した。

3) 調査内容

介護者に対しては、基本属性、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について、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精神的健康度、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。

要介護高齢者については、介護者の調査を実施した平成15年および16年の当該月における要介護認定データを抽出し、この間の要介護度の変動を調査した。

4) 方法

分析は、各項目については、平成15年に実施した結果（以下1回目とする。）と平成16年に実施した結果（以下2回目とする。）については、McNemar-Bowker 検定を行い比較した。また、各指標の項目について得点化を行い、各指標ごとの総合得点を算出した。

1回目と2回目の各指標の総合得点については、対応のあるサンプルにおける平均値の差の検定を行い、比較を行った。

また痴呆性高齢者においては、上記12指標の項目の回答について、それぞれ指標ごとに得点化を行い、総合得点を算出した。また、第2回目から第1回目の得点を引いた得点の差を変化量として算出した。

さらに介護負担感に関しては、その変化量の平均値を算出し、その①平均値に標準偏差の値を加えた得点よりも高い値を示した対象者を介護負担感が増加した群、②平均値より標準偏差の値を引いた得点よりも低い値を示した対象者を介護負担感が減少した群、③その他の対象者を介護負担感維持群と考え（以下、増加群、減少群、維持群と呼ぶ）、これらの3群間における各指標の変化量の差異を一元配置分散分析および多重比較を用いて検討した。なお、これらの分析には、統計ソフトSPSS 12.0 for Windowsを用いた。

5) 各指標の得点について

①扶養意識・扶養義務感

評価には、太田らが開発を行った「老親扶養義務感尺度」(太田・ほか2002)を使用した。各設問に対する回答は「0点：そう思わない」「1点：あまりそう思わない」、「2点：どちらともいえない」、「3点：ややそう思う」、「4点：そう思う」までの5件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、子どもの老親扶養に対する義務感が強いことを意味している。

②介護に対する信念

Levensonの「Locus of Control尺度」(Levenson 1973)と堀毛の「Health Locus of Control尺度」(堀毛 1991)の項目を参考に介護に対する信念を測定した。各設問に対する回答は「0点：そう思わない」「1点：どちらでもない」「2点：そう思う」までの3件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、介護に対する信念が強いことを意味している。

③トラウマ

子ども時代の被虐待経験については、米国で過去の心的外傷の影響を調べるために作成された「Child Abuse and Trauma Scale」(Sanders, et al. 1995)を参考に24項目を設定した。具体的な内容は、子ども時代に親から受けた有害な行為を身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待の3領域に分けて測定した。各設問に対する回答は「0点：そう思わない」から

「2点：そう思う」までの3件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、被虐待経験が高かったことを意味している。

④介護におけるバーンアウト

佐藤らの「Pines Burnout Measure」(佐藤・ほか 2002)の項目を使用した。各設問に対する回答は「0点：なかった」から「2点：よくあった」までの3件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、介護におけるバーンアウトが強いことを意味している。

⑤精神的健康度

精神的健康度「General Health Questionnaire ; GHQ-12」(福西 1990)を参考にした。各設問に対する回答は、GHQ採点法に準じ「0点：できた」、「0点：いつもと変わらなかった」「1点：いつもよりできなかった」「1点：まったくできなかった」の4件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、家族介護者の精神的健康度が悪いことを意味している。

⑥生活の質：QOL

家族介護者のQOLは、中嶋らが開発した「健康関連QOL満足度指標」(中嶋・ほか 1999)の項目を使用した。各質問に対する回答は「0点：いいえ」「1点：どちらでもない」「2点：はい」の3件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、健康関連QOLが高いことを意味している。

⑦介護継続意思

介護継続意思は、孫が開発した「主観的介護条件スケール」(孫 1997)のうち、「介護意思」領域に所属する7項目を参考にした。それぞれの質問に対する回答は、「0点：いいえ」「1点：どちらでもない」「2点：はい」の3件法で尋ねる形式となっており、得点が高いほど、介護を継続したいという気持ちが強いことを意味している。

⑧介護の肯定感

櫻井が開発した「肯定的評価尺度」(櫻井 1999)のうち、「介護状況への満足感」と「自己成長感」に関する項目を参考にした。各質問に対する回答は、「0点：全くそう思わない」から「4点：非常にそう思う」までの5件法で尋ね、得点が高いほど、介護に対する肯定的評価が高いことを表している。

⑨介護ストレスコーピング

岡林らと翠川の「コーピング尺度」(岡林・ほか 1999 ; 翠川純子 1993)の項目を参考にし、介護場面を反映するような修正を加えた。各質問に対する回答は、「0点：しなかった」「1点：ときどきした」「2点：よくした」の3件法で尋ね、得点が高いほどコーピングの実行頻度が高いことを意味している。

⑩社会的支援

Houseの類型(House 1987)に従い、手段的サポート4項目、情緒的サポート4項目、

情動的サポート2項目、評価的サポート2項目の計4領域12項目で構成した。各質問に対する回答は「0点：いいえ」「1点：はい」の2件法で尋ねた。したがって、得点が高いほどサポートを受ける可能性のある他者を認知していることを意味する。

⑩虐待の兆候

家族介護者の虐待の兆候は、既存の高齢者虐待行為に対して、その頻度を尋ねる形式とした。それぞれの質問に対する回答は「0点：全くしない」「1点：ときどきする」「2点：よくする」の3件法で尋ねる形式とした。得点が高いほど、要介護者に対して不適切な関わり方を多く持っていることを意味している。

⑪介護負担感

家族介護者の介護負担感に関しては、Gerritsen らの「Care-giving Burden Scale」(Gerritsen, et al. 1994) を参考に「情緒的側面の負担感」として、4項目、「社会、活動的面の負担感」として4項目、「経済的側面の負担感」として Kosberg らの「Cost of Care Index」(Kosberg, et al. 1986) の4項目を参考に12項目を設定し、「0点：まったくない」「1点：ときどきある」「2点：しばしばある」の3件法で尋ねる形式とした。得点が高いほど、介護負担感が高いことを意味している。

(3) 結果

1) 家族介護者の属性の比較

男性が167名(24.2%)、女性が520名(75.3%)となっており、介護の主たる担い手には依然として女性が多い傾向がみられた。

主介護者の平均年齢は60.9歳であり50歳代の介護者の割合が最も多かった。

要介護者との続柄は、「配偶者」が最も多く233名(33.8%)、次いで「息子の配偶者」が197名(28.6%)、「娘」が164名(23.8%)となっていた。それに対して「息子」は、11.9%と少ないが、これは就労している者が多く、介護に費やす時間に制約があるためと考えられた。

表Ⅲ-4-1 家族介護者の属性

		N	%
性別	男性	167	(24.2)
	女性	520	(75.3)
	不明	4	(0.6)
年齢分布	20歳代	2	(0.3)
	30歳代	13	(1.9)
	40歳代	84	(12.2)
	50歳代	236	(34.3)
	60歳代	184	(26.7)
	70歳代	130	(18.9)
	80歳以上	39	(5.7)
要介護者との続柄	配偶者	233	(33.8)
	息子	82	(11.9)
	息子の配偶者	197	(28.6)
	娘	164	(23.8)
	その他	13	(1.9)
年齢	標準偏差	11.3 歳	
	範囲	28-90 歳	

2) 1年後の要介護者の変化

1年後の調査を実施した時点で、要介護者が施設入所中であったのは38名であった。また、要介護者が病院に入院中であったのは38名、事業所が変更されたものは34名、在宅でサービス利用していなかった10名、転居した2名、死亡は76名であった。

このうち、施設に入所した者や病院に入院した者、死亡した者を合計し、在宅生活を中断した者とするとその数は、第1回目の調査(N=1143)時点の約13.3%にあたる。