

要援護高齢者の在宅介護継続を規定する要因

— 家族介護者の主観的要因を中心に —

三田寺 裕治

(2002年10月17日受理)

【キーワード】 在宅介護, 介護継続意志, 家族介護者, 介護負担

はじめに

近年、介護を必要とする要援護高齢者は増加の一途をたどっており、人口問題研究所によると、虚弱、要介護の痴呆性、寝たきり等の要援護高齢者数は2010年には390万人、そして2025年には520万人に増加すると予測されている¹⁾。

こうした社会的背景を踏まえ、我が国では2000年4月に介護保険法が施行され、要援護高齢者の在宅での自立生活を支援する社会資源の整備が進められている。

しかしながら、介護保険制度施行以降、在宅介護を謳った介護保険制度の基本理念とは逆行して、介護老人福祉施設への入所待機者が著しく増大している。そのため、厚生労働省は、要介護度や家族の状況を考慮して、必要度の高い高齢者を優先的に入所させることを施設の努力義務として位置づける内容の介護保険施設の運営基準の改正をおこなっている。

今後、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるようにするためには、こうした介護保険システムに内在する問題を解決していくとともに、施設入所に関連するリスク要因、つまり、要援護高齢者の在宅生活継続を規定する要因を多面的に考察していくことが重要であると考えられる。

本稿では、上記の問題意識に立脚し、在宅介護を支える家族介護者の要件、とりわけ、家族介護者の介護を継続していこうとする意志の強さや介護負担感など、介護者の主観的な諸要因に着目し、要援護高齢者の在宅生活継続を規定する要因を明らかにする。また、その結果から、既存の介護保険サービスの不備や新規サービスの創出等も視野に入れながら、家族の介護負担を効率的・効果的に軽減するためのサービス提供システムのあり方について検討していく。

I 在宅介護継続に関連する諸要因

在宅介護継続を規定する要因を検討する際、最も端的にその特徴が現われる対象群は、現に在宅生活継続を断念した高齢者福祉施設の入所者及び施設入所申請者である。

藤田らは、要介護老人の在宅介護継続を困難にする要因を把握するために、施設介護希望が顕在化した特別養護老人ホーム入所申請者と在宅介護を継続しているケースを比較し、在宅介護継続が困難になったケース群の特徴を明らかにしている。その結果、在宅介護継続が困難になったケースは、要介護老人側の要因としては、日常生活動作能力（ADL）の経時的低下がみられ、特に歩行能力の低下が顕著である場合が多く、介護者の要因としては、高齢であり、「独居」「老人世帯」に多く、副介護者の人数が少なく、かつ介護期間中に一層の介護力の低下が認められたケースで多いとしている。また、その他の要因として、部屋数が少なく、要介護老人専用の部屋を有していない者、ホームヘルプサービスの利用が多い反面、デイケアの利用が少ないものに多いことを明らかにしている²⁾。

黒田らは、在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の特性と生活背景について比較している。その結果、ADLの分布では、在宅群で障害が中程度の人が多く、入院群では重度、入所群では、軽度の人が多く、在宅群と比べて、入院群、入所群では独居の人、配偶者がいない人の割合が高いことを明らかにしている。また、入所群では、子供と同居していない人、住居が持ち家以外が多いことも明らかにしている³⁾。

渡辺らは、在宅で生活している要介護・要援護老人の特別養護老人ホーム入所にいたる要因を明らかにするために、行政の医療・福祉サービスを受けている70歳以上の老人149人に対して、追跡調査をおこなっている。その結果、特別養護老人ホームの入所に関連する要因として、年齢が高いこと、女性であること、視力や聴力に支障がある、会話が不十分であることをあげている。世帯構成別にみると、独居世帯、高齢者夫婦世帯では入所群の年齢が在宅と比べ高く、2、3世代同居世帯では、入所群に介護者のいないものが多かったことを明らかにしている⁴⁾。

三徳らは、ショートステイ利用後、在宅ケアが限界に至った事例と在宅ケアを継続している事例を比較し、痴呆性高齢者の在宅介護を支える要因について検討している。その結果、痴呆性高齢者の在宅介護を支える要因は、高齢者要因、介護者要因、家族要因（介護補助者の有無）の3つの要因に分けられ、さらに、そこには痴呆性高齢者を介護しようとする介護者の介護意欲が介在するとしている。また、在宅介護が大きな暗礁に乗り上げ、家族が在宅か、入所かの決定を迫られる時期は、介護を始めてから1～2年の早い時期に訪れるとしている。そして、在宅介護を支援するための介入はできるだけ早期に行う必要があることを指摘している⁵⁾。

坪井らは、在宅介護が継続した症例と破綻した症例の主たる介護者の心理的態度の

変化の面から、在宅生活継続要因について検討している。その結果、在宅介護継続には、主たる介護者に対する家族の理解・協力が重要であるとし、家族の理解・協力を得るためには、訪問リハ開始当初より、主たる介護者とともに他の家族成員への対応が重要であり、特に介護が表面上うまくいっている適応期の段階までに家族への対応をおこなうことが重要であるとしている⁶⁾。

藤崎は、時間的経過にともなうケースの状況変化と特定時点における諸要因の相互関連に注目し、個別ケースにおいてニーズとサービスの対応関係が著しくバランス失している状態をクリティカルポイントと定義し、ケースカンファレンスにおいて「処遇困難ケース」とされた一事例をとりあげ、悪条件にもかかわらず在宅での看取りを可能としたケースについて多面的に検討している。そして、最期まで在宅介護継続を可能にした要因として、フォーマルネットワークを構成するサービス提供諸主体の緊密な連携・協力体制及び、インフォーマルネットワークの要である家族介護者の強固な介護継続意識をあげている⁷⁾。この研究は、高齢者本人や家族介護者の変化に加え、フォーマルネットワークを構成するサービス提供諸主体間の変化に着目している点で注目される。また、1時点における分析ではなく、時系列的に変化を捉えている点でも注目される。

小泉らは、内科に受療中の在宅痴呆性老人について数量的調査をおこない、在宅介護継続に関連する要因として、高齢者の痴呆の型、痴呆程度、日常生活動作 (ADL)、問題行動、精神症状、家族介護者の介護負担、在宅介護の理由を関連要因として検討している。そして、ADLがあまり低下していない状態で、各種の問題行動が発現している場合は、在宅介護の継続意志を阻害する要因となり、ADLの障害が軽度の時期に問題行動を抑制するための治療をおこなうことが、在宅介護の推進において重要な対策となることを示唆している⁸⁾。

斉藤らは、介護者の意志を尊重しながら支援を進めていくためには、介護の否定的側面だけでなく、介護者の肯定的側面についても検討することが必要であると主張し、介護の肯定的側面の実態、介護継続意向と肯定的側面、および介護負担感との関連性について検討している。その結果、在宅ケアの推進には、介護負担を軽減していくとともに、介護の肯定的側面である、喜びや楽しみの感じ方、感じ方の程度、介護満足感などの促す働きが重要であるとしている⁹⁾。

坂田は、痴呆性高齢者を介護する家族の介護継続意志について多面的に分析している。そして、高齢者の精神症状のうち妄想、幻覚、不安、うつ状態、攻撃的行動は介護負担感を高めるが、介護継続意志とは関係しないことを明らかにしている。また、介護者側の条件では、主介護者の健康状態が介護負担感及び介護継続意志に有意な影響を与え、健康度の悪化している介護者の負担感は高く、継続意志は低いことを明らかにしている。また、主介護者の年齢が高く、介護態度の積極性が高い場合、介護継続意志が有意に高くなることを明らかにしている。さらに、意識・態度に関する変数の相互関係の分析により、「介護負担感」が高いと「社会資源の利用意向」が高いが、

「介護継続意志」と「社会資源の利用意向」は直接の関連をもたず「介護態度の積極性」を媒介として関連することを示している¹⁰⁾。

以上、みてきたように、要援護高齢者が在宅生活を継続できるかどうかは、高齢者のADLや世帯構成、家族介護者の有無や居室の構造といった客観的要因に加え、その家庭における家族介護者の要件、とりわけ、介護者の主観的要因が強く関与していることがわかる。わが国の保健福祉サービスの量的水準から推測して、近い将来、家族が介護から完全に開放されるということは考えにくく、要介護高齢者の介護は今後も家族が重要な支援源であり続けることはまちがいない¹¹⁾。そのため、本稿では、在宅介護継続に強い規定力をもつ家族介護者の要件、とりわけ、介護を継続していこうとする意志の強さや介護負担感など、介護者の主観的な諸要因に着目し、要援護高齢者の在宅生活継続を規定する要因について明らかにしていく。

II 研究方法

1. 概念の操作化

本研究では、高齢者要因（要介護度、痴呆程度）、家族介護者の要因（負担感、性別、年齢、続柄、世帯構成、疾病）、社会資源要因（福祉サービスの利用有無）を在宅介護継続を規定する関連要因として設定した。それぞれ説明すると、負担感は、介護に関連したストレスに対するネガティブな認知的評価であり、本研究では、櫻井が作成した負担感尺度¹²⁾を参考に7つの項目を負担感を測定する測度項目として設定した。回答は「非常に困っている」「かなり困っている」「少し困っている」「困っていない・あてはまらない」の4件法とした。

介護継続意志とは、要介護高齢者の在宅での介護を継続していこうとする意志の強さやその具体的な内容を意味し、これは介護過程の時間軸に沿って見た場合、現状よりもむしろ将来に力点がある¹³⁾。本研究では、3つの項目を介護継続意志を測定する項目として設定した。回答は、「非常にそう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」の4件法とし、「非常にそう思う」を4点、「ややそう思う」3点、「あまりそう思わない」を2点、「まったくそう思わない」を1点とし、3項目の合計点を介護継続意志を示す介護継続意志スコアとした（最大値12、最小値3、 $\alpha = .90$ 平均値=6.56、標準偏差=2.45）。

2. 調査対象

調査対象は千葉県K市要支援・要介護認定者で更新申請を行なった在宅要介護認定者とその家族であり、調査方法は、窓口にて認定申請時調査票配布（206ケース）、認定調査員調査時に調査票を回収（有効回答157ケース回収率76.2%）する配布留置調査である。調査期間は、平成13年12月～平成14年1月である。統計解析にはSPSS for Windows 7.5J及び8.0J Base System/Professional Statistics/Advanced Statistics

を使用した。

Ⅲ 分析結果と考察

1. 家族介護者の基本属性

本研究の分析の対象となる家族介護者の基本属性についてみていきたい。表1が示すように、性別では「女性」が圧倒的に多く全体の約7割を占めている。年齢構成をみると、最も多いのは50～64歳で47.5%、続いて65～74歳が19.5%となっている。全体でみると65歳以上である介護者は36.4%となっており、介護者自身も多くが高齢者であることが指摘できる。続柄では、「本人の配偶者」が最も多く全体の約半数を占めている。続いて「子」39.0%、「子の配偶者」17.8%となっている。次に、健康状態についてみると、「病気、高齢のため介護の負担が大きく」「非常に・かなり困っている」と回答するものは、全体の約2割を占めている。「少し困っている」と回答するものも約3割存在し、介護者自身も健康上の不安を抱きながら、在宅介護を継続している現状があきらかとなっている。

2. 家族介護者の介護負担感及び負担の構造

まず、単純集計の結果から介護負担感の状況についてみていきたい。最も負担感の高かった項目は、「介護のため気が抜けない」で介護者の約4人に1人(22.5%)が「非常にそう思う」と回答している。次いで「本人とうまくいかず悩む」が11.9%、「自由になる時間・自分の時間がない」が7.3%と続いている。

表1 家族介護者の基本属性

		N	%
性 別	男	35	29.2%
	女	85	70.8%
介護者の続柄	本人の配偶者	51	43.2%
	子	46	39.0%
	子の配偶者	21	17.8%
	その他の家族	1	0.8%
年 齢	50歳未満	19	16.1%
	50～64歳	56	47.5%
	65～74歳	23	19.5%
	75歳以上	20	17.0%

表2 介護負担感項目の因子分析結果と各因子の内部一貫性 (クロンバックの α 係数)

	I	II	III
第1因子：拘束感 ($\alpha = .78$)			
自由になる時間・自分の時間がない	.80	.23	.21
介護のため睡眠が妨げられる	.79	.01	.26
介護で気が抜けない	.73	.12	.20
第2因子：対処困難 ($\alpha = .59$)			
介護の仕方がわからない	.42	.75	-.01
介護で困ったとき、どこに相談したら良いかわからない	.01	.84	.31
第3因子：対人葛藤 ($\alpha = .61$)			
本人とうまくいかず悩む	.20	.39	.72
痴呆による問題行動への対処	.34	-.01	.80
二乗和	2.15	1.50	1.40
寄与率	30.84	21.47	20.12

次に、介護負担の構造を明らかにするために、介護者の困難感尺度に対して因子分析をおこなった。その結果、表2に示したように3つの因子が抽出された。第1因子は、「自由になる時間・自分の時間がない」「介護のため睡眠が妨げられる」「介護で気が抜けない」の3項目である。在宅介護は要介護者を常時観察する必要があり、一つひとつの介護行動にはそれほど時間を要しないにしても、要介護者から「目を離せない」ために、結果として付き切りの状態になる可能性がある¹⁴⁾。こうした在宅介護の特徴の一つを介護者の「拘束感」と解釈した。第2因子は、「介護の仕方がわからない」「介護で困ったとき、どこに相談したらよいかわからない」の2項目である。介護者の負担軽減やQOLの向上を考えた場合、介護者自身が介護に関する知識・技術を習得し、みずからの生活諸条件に即した適切なサービスを選択できるようにすることが重要である。この因子はこうした介護者の対処能力に着目した項目であり、「対処困難」と解釈した。第3因子は、「本人とうまくいかず悩む」「痴呆による問題行動への対処」の2項目である。この項目は、要介護者と家族介護者との間に生じるさまざまな葛藤を取り込んだ項目であり、「対人葛藤」と解釈した。

3. 各下位負担を規定する要因の検討

各下位負担を規定している要因を明らかにするために、各下位負担を従属変数とした一元配置分散分析を行い、各変数の各下位負担への直接効果の検討をおこなった。

6

まず、高齢者の「痴呆程度」は「拘束感」「対人葛藤」に対して有意な規定力を示した。図1が示すように、「対人葛藤」に対しては「痴呆なし」3.15、「I・II」4.47、「III・IV・M」5.13と高齢者の痴呆が重度であるほど、介護者の「対人葛藤」得点が上昇している。また、図2が示すように、「拘束感」においても、「痴呆なし」5.52、「I・II」6.65、「III・IV・M」7.07と高齢者の痴呆程度が重度であるほど介護者の拘束感の得点が上昇している。徘徊等の問題行動のみられる痴呆性高齢者を介護する場

合、長時間の「見守り」が必要であり、そうした目が離せない時間的拘束と継続的な緊張感は介護者に多大な負担を求めることになると推察される。

次に、「家族関係」との関連性についてみていくと、表3が示すように、すべての下位負担に対して有意な規定力を示した。ソーシャル・サポート、とりわけインフォーマル・サポートが介護者のストレスを和らげる効果をもつことは多くの先行研究において報告されているが^{15)~17)}、図3が示すように、本調査研究においても、家族が主介護者に対して支持的なサポートをおこなっている場合は、主介護者の介護負担感が低く抑えられている。在宅介護の継続という側面においてインフォーマル・サポートは重要な資源であることが改めて示唆された。介護負担が家族メンバー間で公正に分担されていない場合や、同居成員や親戚が、介護行動を正当に評価しない場合には、主介護者はさまざまな葛藤を体験することになると推察される。とりわけ、痴呆性高齢者を介護する場合、介護者と被介護者との間には、何気ない会話や老人の嬉しそうな表情を見るといった人間的なふれあいはあまりなく¹⁸⁾、孤独感、絶望感からよりストレスフルな状況に発展する可能性を有している。同居家族が介護に関する理解がない場合や、家族から情緒的なサポートを期待できない介護者に対しては、家族以外の

表3 介護負担感の各因子得点を従属変数とした一元配置分散分析の結果

	自由度	負担感全項目	拘束感	対処困難	対人葛藤
		F値	F値	F値	F値
痴呆程度	2	7.79**	4.22*	2.26	17.71***
要介護度	1	2.53	7.10**	0.57	0.22
介護者の性別	1	0.24	0.14	1.04	1.06
続柄	3	1.8	1.83	3.62*	1.31
家族関係	3	11.33**	12.63***	4.82*	9.55***
世帯構成	3	2.91*	2.53*	5.26**	0.9
在宅サービス利用有無	1	0.43	1.61	0.76	0.15
介護者の疾病等	3	26.42***	31.48***	21.42***	10.29***

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

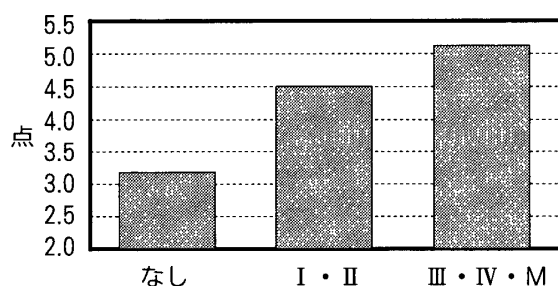


図1 痴呆程度と対人葛藤 (N=102)

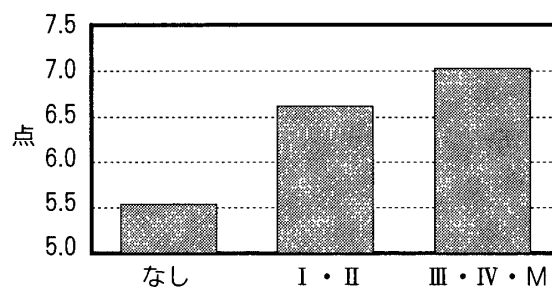


図2 痴呆程度と拘束感 (N=104)

別の関係をつくることによって、介護者のストレスの緩和、孤立感、孤独感の解消を計る必要がある。

次に、「疾病・高齢による負担」との関連性についてみていくと、表3が示すように、すべての下位負担に対して有意な規定力を示した。主介護者が健康であるほど低ストレスであるという結果は多くの研究で支持されているが^{15)~17)}、本調査研究においても健康状態のよい介護者ほど、介護負担感が低く抑えられている。

次に、「世帯構成」との関連性についてみていくと、「拘束感」「対処困難」に対して有意な規定力を示した。「対処困難」について多重比較 (Tukey法) をおこなったところ、親と子の二世帯世帯と夫婦のみ世帯との間の差が5%水準で有意となった (図4)。高齢者夫婦世帯は、要援護高齢者と介護者の世帯であり、家族介護者が高齢・病弱である可能性が高い。高齢者の障害の程度が重い場合には、常時介護や見守りが必要であり、主介護者に多大な負担を求めることになる。また、高齢者夫婦世帯の場合、主介護者をサポートする介護補助者が存在しない可能性が高く、介護サービス量が不足した場合、介護体勢が不安定になり、介護の質が低下する可能性が高い。さらに、家族規模が小さい高齢者夫婦世帯の場合、介護方法や保健・医療・福祉に関する情報についても家族成員から提供される可能性は低く、こうしたパワーレスの状態にある介護者に対しては、ストレスマネジメントの方法や介護方法等の教育的支援、外部資源の活用方法など、専門職によるエンパワーメントアプローチが特に必要であろう。

次に、福祉サービス利用との関連性についてみていく。表3が示すとおり、「在宅福祉サービスの有無」では、各下位負担への直接的な影響は確認されなかった。「痴呆程度」との関連性についてみると、図5が示すとおり、痴呆高齢者を介護している介護者の場合、サービスの利用有無に関係なく、強い拘束感を訴えていることがわかる。一方、痴呆症状のない高齢者を介護している介護者の場合は、サービスを利用している介護者の方が拘束感の得点が高くなっていることがわかる。松岡も、痴呆が軽症である場合には、公的サービスの利用が多い方にディストレスが大きくなる傾向があると報告しているが¹⁹⁾、松岡の結果と本データの結果から判断すれば、フォーマル・サポートが家族介護者のディストレスを低減させるほどの有力なサポート要因として

8

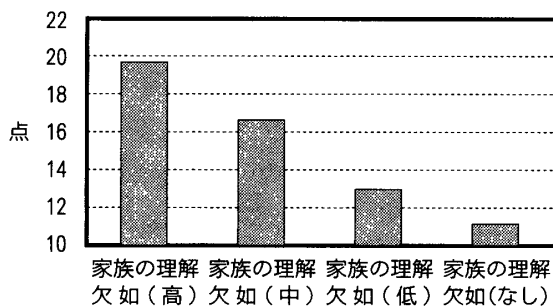


図3 家族関係と負担感全項目得点 (N=106)

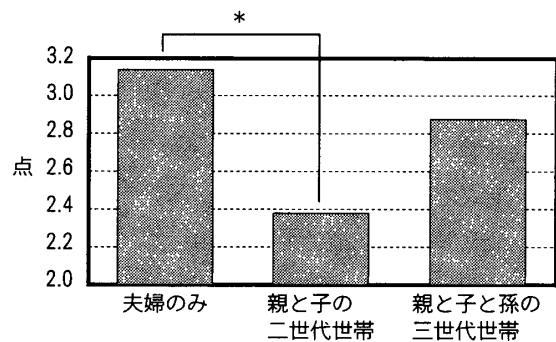


図4 世帯構成と対処困難 (N=102)

*: p<.05

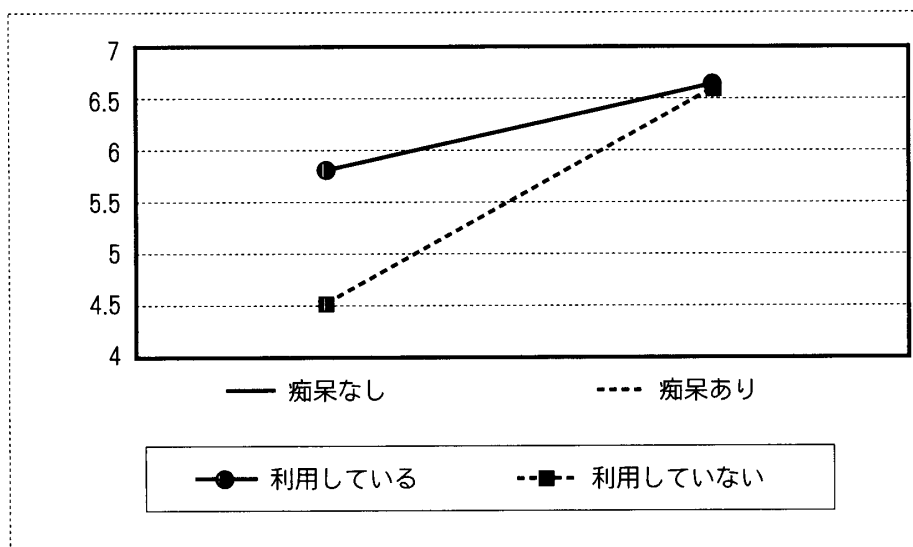


図5 痴呆有無とサービス利用が拘束感に及ぼす効果 (N=99)

機能していないとも考えられる。しかしながら、介護サービスの有効性については、サービスを利用しているグループと利用していないグループを単純に比較するのではなく、サービス実施前と実施後の2時点で効果を測定し、効果指標の変数の変化を時系列的に比較検討する必要がある。また、サービスの組み合わせ方やサービスの質とサービス効果との関連性についても慎重に検討する必要があるだろう。

次に、「対処困難」とサービス利用との関連性についてみると、サービスを利用しないで痴呆高齢者を介護している介護者の得点が著しく高くなっている。つまり、介護保険サービスを利用していない介護者は、サービスの利用を通して、専門職から情報提供や助言される可能性が低く、介護方法がわからないまま、孤立した状況の中で介護を継続しているものと推察される。こうした家族介護者に対しては、介護者自身が介護に関する知識・技術を習得し、みずからの生活諸条件に即した適切なサービスを選択できるよう支援していくことが重要である。しかしながら、わが国では、家庭の中に家族・親族以外のものが入ってくることへの不安や不快さ、プライバシーの露見の恐れ、家族・親族以外に援助を求めることへの恥辱感など、サービス利用に対して心理的抵抗感をもつ家族も多く存在する²⁰⁾。そうした家族に対しては、配食サービスや福祉器具の貸与、住宅改造など、比較的抵抗感の低いサービスから利用を開始していくことも一つの方策として考えられる。また、デイサービスやショートステイ等のサービスにおいても、無料体験を実施するなど、サービス利用に対する抵抗感を和らげる工夫が必要であると思われる。

4. 介護継続意志を規定する要因の検討

まず、単純集計の結果から介護継続意志の状況についてみていきたい。図6が示すように、「非常にそう思う」と回答している割合が最も多かったのは、「誰かに本人の

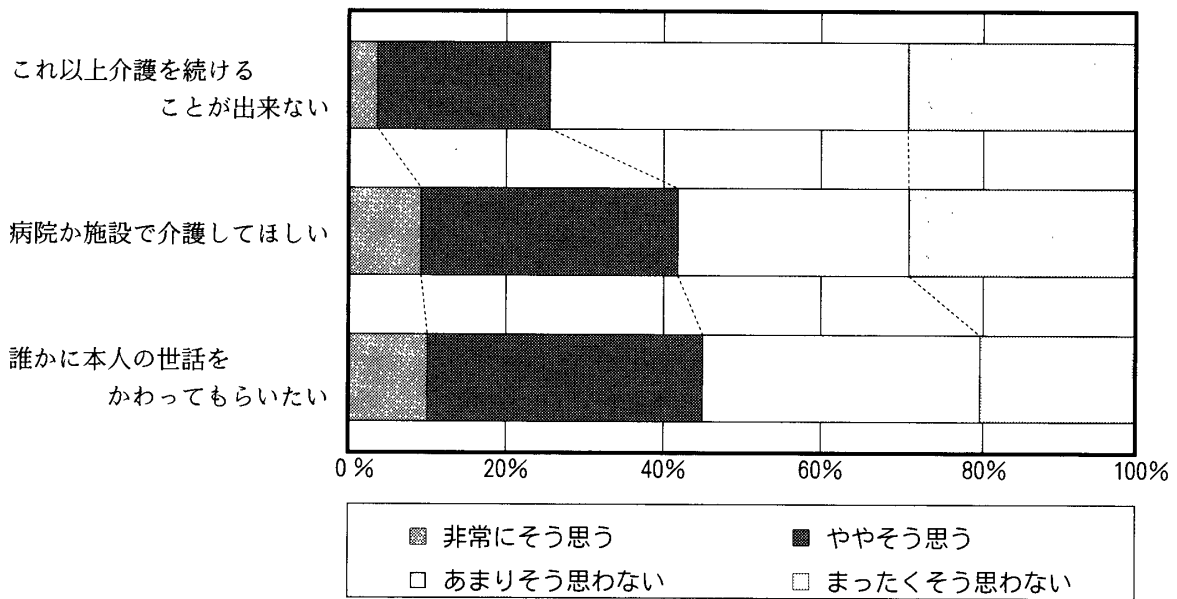


図6 介護者の介護継続意志 (N=111)

世話をかわってもらいたいと思う」で9.9%の介護者が「非常にそう思う」と回答している。「ややそう思う」をあわせると、約半数（45.0%）の介護者が「誰かに介護をかわってほしい」と回答している。逆に、「これ以上介護を続けることはできない」は、74.7%の介護者が「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」と回答し、介護継続に肯定的である介護者が多いことがわかる。一方、「病院か施設で介護してほしい」については、約4割の介護者が「非常にそう思う」「ややそう思う」と回答している。

次に、介護継続意志を規定する要因を明らかにするために、介護継続意志得点を従属変数とした一元配置分散分析を行い、介護継続意志との関係性についてみていく。

まず、3つの下位負担との関係についてみていくと、表4が示すように、すべての下位負担が介護継続意志に有意な規定力を示した。「拘束感」を例にあげ、介護継続意志得点の得点差をみると、介護負担感（低）は4.93であるのに対し、介護負担（高）は7.79と約3点近い得点差が確認される（図7）。つまり、介護負担感の高い介護者は在宅での介護継続について否定的であるものが多く、家族の介護負担を軽減するための施策・事業の充実が求められる。

次に、要介護度、痴呆程度など高齢者側の要因との関連性についてみていきたい。表4が示すように、高齢者の痴呆程度が、介護継続意志得点に対して有意な規定力を示していることがわかる。痴呆程度別に介護継続意志得点をみていくと、「痴呆なし」は5.74、「Ⅰ・Ⅱ」が7.27、「Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ」が7.11と痴呆性高齢者を介護している介護者の介護継続意志得点は有意に高くなっていることがわかる（図8）。高齢者の要介護度では関連性が確認されず、痴呆の有無が介護継続意志に対して有意な規定力を示している点が注目できる結果といえよう。さらに、痴呆程度と要介護度を独立変数に加え分析をおこなったところ、「痴呆あり」の場合には、要介護度が低い場合でも介

護継続に否定的であるものが多いことが明らかとなった(図9)。

痴呆性疾患は、記憶障害や認知障害、徘徊、不潔行為、睡眠障害等の精神症状が出現し、老人の行動様式の特質や周りの人々の対応の仕方についても、一般に知識が普及していないため、介護する家族の戸惑いや負担感もいっそう大きなものとなりやすい²¹⁾。こうした痴呆性高齢者を介護している家族に対しては、痴呆性高齢者への滞在型見守りサービスやデイサービスの利用時間の延長、本人の負担によらない痴呆加算のあり方など、新規サービスの創設や既存サービスの見直しも視野に入れながら、介護者のニーズにマッチした介護サービスを提供していくことが求められる²²⁾。また、そうした社会資源の拡充による物理的負担軽減とともに、介護者自身の健康管理の方法や医療・福祉サービスの利用方法、介護方法等の教育的支援も必要であろう。さらに、カウンセリングサービスや精神保健サービスのプログラムが十分に整備されていないわが国においては、ソーシャルワーカーが治療者としてそうしたプログラムを実施していくことも重要であると考えられる²³⁾。

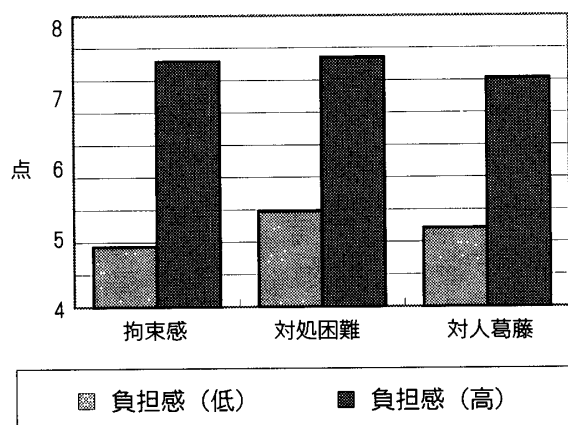


図7 介護負担感と介護継続意志得点 (N=107)

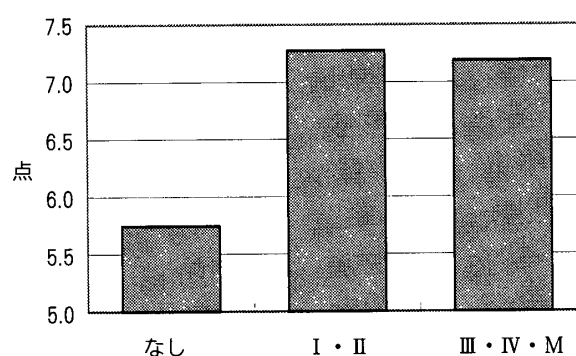


図8 痴呆程度と介護継続意志得点 (N=107)

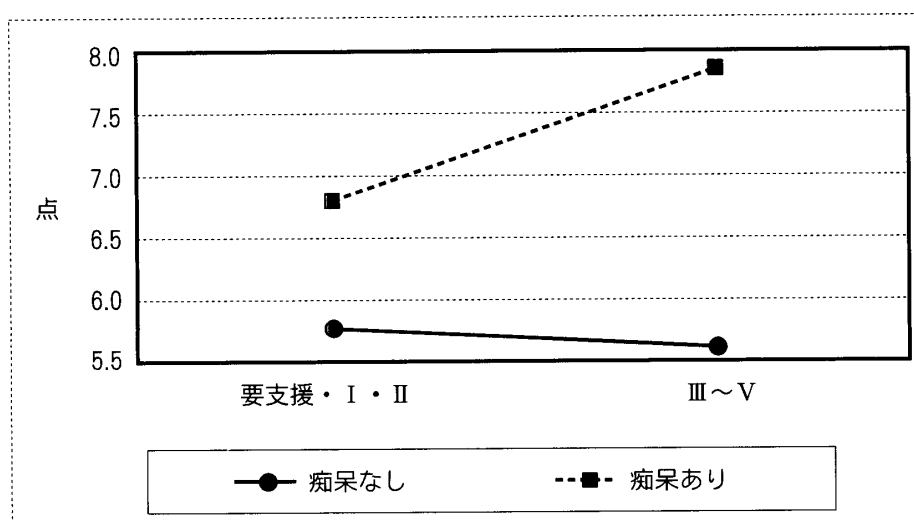


図9 介護継続意志に対する痴呆と要介護度の効果 (N=107)

表4 介護継続意志得点を従属変数とした一元配置分散分析の結果

	自由度	F 値
拘束感	1	55.10***
対処困難	1	34.60***
対人葛藤	1	30.31***
痴呆程度	2	5.23**
要介護度	1	2.41
介護者の性別	1	0.19
介護者の年齢	3	1.48
続柄	3	1.41
家族関係	3	16.51***
世帯構成	3	1.43
在宅サービス利用有無	1	0.64
介護者の疾病等	3	13.88***

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

おわりに

本稿では、在宅介護を支える家族介護者の要件、とりわけ、家族介護者の介護を継続していこうとする意志の強さや介護負担感など、介護者の主観的な諸要因に着目し、要援護高齢者の在宅生活継続を規定する要因について検討した。その結果、介護者の介護負担感は、介護継続意志に強い規定力を示し、介護負担感の高い家族介護者は在宅での介護継続について否定的であるものが多いことが明らかとなった。一方、客観的要因としては、高齢者の痴呆程度が介護継続意志に対し強い規定力を示し、社会資源の拡充による物理的負担軽減とともに、介護者自身の健康管理の方法や医療・福祉サービスの利用方法、介護方法等の教育的支援の必要性が示唆された。また、家族の介護負担を効率的・効果的に軽減するための方策として、痴呆性高齢者への滞在型見守りサービスやデイサービスの利用時間の延長など、新規サービスの創設や既存サービスの見直し等も視野に入れた制度改善の必要性が示唆された。

以上のように、本稿では、介護者の主観的な要因を中心に要援護高齢者の在宅生活継続を規定する要因について検討したが、本研究の成果を振り返り、どのような視点が欠落していたのか、今後の課題について述べてみたい。

第1に、「時間的要因」導入の必要性があげられる。要介護状態になって以降の時間的経過は、介護態勢や介護意識にプラスにもマイナスにも左右する。つまり、介護期間が長期におよぶことにより、その間に高齢者の心身状態が悪化したり介護者の疲

労が蓄積する場合と、最初のうちは試行錯誤だった介護方法やその他の問題への対処の仕方に、一定の安定したパターンが成立する場合とがある。そのため、各ケースが在宅介護過程の時間軸のどこに位置しているか、そしてプラス・マイナス両方向への牽引力のどちらがより大きいかといった点を見きわめる必要があり²⁴⁾、調査をおこなう場合には、そうした点にも配慮し、1時点における分析ではなく、時系列的变化を捉える試みも必要であると思われる。

第2に、家族介護者が介護に従事することをどのように認知しているのか、「介護の意味づけ」に関する検討があげられる。ストレス認知理論によれば、ストレスフルな刺激であるストレスラーがストレス反応を生む過程には、刺激がその個人にとって脅威、喪失、挑戦となるかどうかを判断する評価過程が介在し、これがストレス状況への対応における個人差をもたらす主要な要因の一つとされているが²⁵⁾、介護役割を中心に担っていることを介護者自身が介護をどのように意味づけているかは、介護意欲を直接的に既定する重要な要因である²⁶⁾。在宅介護を支援していく上では、こうした介護者の「認知」に着目していくことも重要であると考えられる。

第3に、「介護サービスの効果測定」があげられる。介護保険法 第2条に「適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない」と規定されているように、介護保険下では、保健・医療・福祉の各サービスが一体となって総合的かつ効率的にサービスを提供していくことが課題となっている。本稿では、家族の介護負担を効率的・効果的に軽減するための方策の一つとして、痴呆性高齢者への滞在型見守りサービスやデイサービスの利用時間の延長等をあげたが、限られた社会資源を効率的・効果的に運用し、最大限の効果を発揮するためには、そうしたサービスの有効性についても検討していくことが重要であると考えられる。そのさい、サービスごとの効果のみならず、ケアパッケージやサービスの質とサービス効果との関連性等についても検討していく必要があると思われる。また、フォーマル・サポートの効果だけでなく、同居家族、セルフ・ヘルプ・グループ、ボランティアといったインフォーマル・サポートとの協働効果についても検討していく必要があると考えられる。

注

- 1) 厚生省編『平成9年度版 厚生白書』: 111
- 2) 藤田利治・石原伸哉・増田典子「要介護老人の在宅介護継続の阻害要因についてのケース・コントロール研究」『日本公衛誌』1992; 9: 687-694
- 3) 黒田研二・趙 林・岡本悦司「在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究」『日本公衛誌』1992; 39 (4): 215-221
- 4) 渡辺美鈴・河野公一・河村圭子「行政の在宅保健・福祉サービスを受けている高齢者の特別養護老人ホームの入所に関連する要因について」『日本公衛誌』1998; 45 (1): 45-55
- 5) 三徳和子・鎌田けい子・簗輪眞澄「ばけ老人の在宅介護を支える要因に関する比較事例研

究—ショートスティ利用後の在宅介護継続例と施設入所例について」『公衆衛生』1986；
50 (6)：420-426

- 6) 坪井章雄 新井光男「訪問リハビリテーションにおける高齢障害者の在宅介護継続因子の検討—在宅生活継続例と破綻例の介護者の心理的側面より—」『作業療法』1999；18 (5)：402-408
- 7) 藤崎宏子『高齢者・家族・社会的ネットワーク』1998 培風館
- 8) 小泉直子・藤田大輔・濱西壽三郎「在宅痴呆性老人の介護継続を阻害する要因について」『厚生指標』1993；40 (2)：19-23
- 9) 斉藤恵美子・国崎ちはる・金川克子「家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討」『日本公衛誌』2001；48 (3)：180-189
- 10) 坂田周一「痴呆性高齢者の家族の介護負担と継続意志」『社会老年学』；29：37-43
- 11) 中谷陽明「痴呆性老人を介護する家族を支えるためのソーシャルワーカーの役割」『老年精神医学雑誌』1999；10 (7)：819-823
- 12) 櫻井成美「介護肯定感がもつ負担軽減効果」『心理学研究』1999；70 (3)：203-209
- 13) 藤崎宏子 前掲書
- 14) 下山昭夫『介護の社会化と福祉・介護マンパワー』2001：23 学文社
- 15) 中谷陽明・東條光雅「家族介護者の受ける負担」『社会老年学』1989；29：27-36
- 16) 新名理恵・矢富直美・本間昭「痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果」『老年精神医学雑誌』1991；2：655-663
- 17) 松岡英子「在宅老人介護者のストレスに対する資源の緩衝効果」『家族社会学研究』1994；6：81-95.
- 18) 新名理恵「痴呆性老人の介護とは」『現代のエスプリ』1996：11 至文堂
- 19) 松岡英子 前掲論文
- 20) 副田あけみ「在宅介護支援センターにおけるソーシャル・サポート・ネットワークの形成(2)」『東京都立大学 人文学報』1996；272：2-54.
- 21) 藤崎宏子「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因」『総合都市研究』1990；39：61-83
- 22) 「今後、どのような介護サービスを充実させていけばよいか」(複数回答)という問いに対して、本調査では、訪問系サービスとして、「家族のいない間の見守り介護」が82人 (82.8%) と最も多く、次いで「自宅での生活リハビリ」78人 (78.8%)、「在宅での医療サービスの充実 (吸引や摘便など)」69人 (69.7%) と続いている。通所系サービスでは、「時間のスケジュールの余裕」が57人 (62.6%) と最も多く、次いで「利用時間の延長」53人 (58.2%)、「リハビリの充実」50人 (54.9%)、「メニューの充実・選択」44人 (48.4%) と続いている。短期入所サービスでは、「必要な時いつでも利用できるように」が85人 (93.4%) と最も多く、次いで「日中の話し相手や体を動かす工夫」71人 (78.0%)、「家庭的な雰囲気」42人 (46.2%)、「入浴回数の増加」37人 (40.7%) と続いている。

その他必要と思うサービスとしては、「介護・医療相談」が76人 (67.9%) と最も多く、

「本人の外出介助」62人 (55.4%)、「旅行のための介護サービス」56人 (50.0%) と続いている。

23) 中谷陽明 前掲論文

24) 藤崎宏子 前掲書

25) Lazarus, R.S. & Folkman, S., Stress, Appraisal, and Coping, Springer, New York, 1984.

26) 藤崎宏子 前掲書