

介護保険利用者の要介護度変化を もたらす因子に関する調査研究

山本美香
恒吉よし子*

I. 調査研究の目的

1. 研究の目的

介護保険が施行されてからほぼ7年が経過して、各地で介護費用適正化事業の取り組みが行われている。2005年の改正では、特に介護予防事業に重点がおかれ、各自治体で多様な実践が展開されてきている。介護保険は、その要介護認定に利用者本人の個人的因子（年齢、心身状況、日常生活動作等）について調査が行われ、家族環境や家族の介護力、居住環境などがおよぼす影響は考慮されていない。しかし、現実には、一人暮らし高齢者、高齢者世帯、子ども世帯との同居など、世帯類型によって在宅介護のあり方には相違が出てくる。介護者の属性や副介護者の有無、ボランティアによる支援等によっても大きく左右されることが先行研究によっても明らかになっている⁽¹⁾。このように、要介護度の変化には、いくつかの因子が関連していることが予測される。

これらの仮説を明らかにするために、千葉県のX市において介護保険利用者を対象に調査を実施し、要介護度変化に影響する因子について分析を行った。

2. 要介護度を変化させる要因

要介護度の変化には、いくつかの因子が関連していると考えられる。

本調査では、この因子を①家族（介護力）、②サービス量、③インフォーマルサポート力、④住環境の4つにわけ、これらがどのように要介護者および介護者の生活に影響を与えているのかを明らかにするものである。

* 地域ケア研究会

(1)

II. 調査の方法

1. 調査対象の抽出

X市は、千葉県の西部に位置する人口約10万人の市である。

平成15年4月に介護認定項目の改正が行われ、認定基準の手直しが行われた。このため、調査対象期間を平成15年4月1日から、調査着手の平成16年6月30日とした。この間に2回以上の介護認定を行った者のうち、施設入居者を除いた在宅介護者829人を調査の母数とした。この母数を、調査期間に、要介護度が「悪化」、「改善」、「現状維持」の基準で3分類した。この3群において、年齢、性別、家族構成から層化抽出し、対象者の抽出を行った（表1）。

母数の中には、ケアハウスやケア付住宅、グループホーム、有料老人ホーム、医療機関に入院中の者も在宅介護者としてカウントされていたが、今回は、家族による介護（一人暮らしも含む）の状態をみるのが目的の一つであったため、上記の居住形態のものは除外している。

2. 調査の方法

調査の方法は、訪問ヒアリング調査とした。これはアンケート調査では、4つの因子の関係性が十分把握できないからである。基本的には、可能な限り、本人と介護者に対して聞き取りを行うようにしたが、事例によっては、ケアマネジャーやホームヘルパーからの聞き取りになった場合もあった。

3. 訪問調査数

訪問調査は2004年12月～2005年3月の4ヶ月間に行い、以下の数を訪問調査した。

表1 訪問調査数

	改善ケース (A群)	悪化ケース (B群)	現状維持ケース (C群)	計
母数	146	222	500	829
サンプル数	20	64	43	127
訪問調査数	12	31	15	58

4. 仮説

本調査では、次の4点を仮説として調査を実施した。

(1) 家族の介護力

介護者の介護力が要介護度に影響を及ぼしていると考えられるが、特に介護者の属性、年齢、健康状態が大きな要因となる。先行研究においては、介護者の属性（男性である場合）に関係が強く認められた結果が得られている⁽²⁾。

(2) サービスの利用状況

介護保険をはじめ、公的あるいは民間から提供されるサービスの利用量と、要介護度の変化には相関関係があると推測される。サービス利用量の少なさが原因となって要介護度の悪化を促進しているのではないか。

(3) 地域におけるインフォーマルサポートの力

要介護高齢者の生活は、家族介護や介護保険のみによって支えられているのではなく、近隣住民、ボランティア、友人・知人といったインフォーマルサポートからの援助もある。そうしたインフォーマルなサポートも影響を及ぼしていると仮定される。

(4) 住環境

要介護高齢者の自立や介護者の負担軽減と、住環境状態の相関関係が強いことはすでに多くの調査研究によって明らかにされているが、住宅改修の実施によって、要介護度が変化していると考えられる。

Ⅲ. 調査結果の概要

1. 対象者の属性

表2 対象者の基本属性

		全 体 (n = 58)	悪 化 群 (n = 31)	改 善 群 (n = 12)	現 状 維 持 群 (n = 15)
性 別	男 性	21	14	3	4
	女 性	37	17	9	11
年 齢	65歳未満	1	1	0	0
	65～74歳未満	16	9	3	4
	75～84歳未満	27	15	5	7
	85歳以上	14	6	4	4
要介護度	要支援	7	1	3	3
	要介護1	23	10	4	9
	要介護2	15	9	4	2
	要介護3	8	7	0	1
	要介護4	5	4	1	0
世帯構成	要介護5	0	0	0	0
	一人暮らし	10	4	2	4
	高齢者世帯	19	14	1	4
	子ども世帯同居	29	13	9	7

全体的に、年齢は75歳以上が多く、後期高齢者の占める割合が高くなっている。要介護度では「要介護1」「要介護2」が大部分を占めている。世帯構成は、「子ども世帯と同居」が

半数であったが、これはX市の地域性もあり、他都市との比較においても高い数値になっている。

2. 介護者の属性

表3 介護者の基本属性

	全 体	悪 化 群	改 善 群	現 状 維 持 群	
続 き 柄	妻	14 (31.1)	9	3	2
	夫	13 (28.9)	8	1	4
	娘	9 (20.0)	1	5	3
	息子	1 (2.2)	0	1	0
	嫁	8 (17.8)	7	0	1
年 齢	60歳以下	15 (33.3)	7	5	3
	61歳～65歳	4 (8.9)	3	1	0
	66歳～69歳	3 (6.7)	2	0	1
	70歳～75歳	8 (17.8)	4	2	2
	76歳以上	15 (33.3)	10	2	3
健康状態	問題あり	31 (68.9)	16	7	8
	問題なし	14 (31.1)	9	3	2
介護時間	見守り	20 (44.4)	11	3	6
	半日	6 (13.3)	4	2	0
	一日中	20 (44.4)	11	5	4
副介護者の有無	いない	26 (57.8)	15	4	7
	いる	19 (42.2)	10	6	3

注 要介護認定を受けていても実質的には「自立」しているケースもあるため介護者数は45として計算している。

介護者の属性は、「妻」と「夫」がほぼ同数であり、「娘」と「嫁」もほぼ同じ数になっている。従来、介護は「嫁」の役割とされていたが、この社会的役割も大きく変貌してきていることがうかがえる。年齢も、「60歳以下」の比較的若年層と「76歳以上」の高齢層とに大きく分かれており、これが介護状況に影響を与えているものと推測される。「副介護者の有無」についてみると、改善群において副介護者が「いる」とする割合が高くなっている。

3. 利用しているサービス

もっとも多く利用されているサービスは「住宅改修」であった (58.6%)。中には、「住宅改修」のみの利用で、他のサービスは全く利用していないし、利用意思もないケースもあった。「福祉用具貸与・給付」も36.2%あり、住宅改修とならんで物理的な環境整備の方向性が強く現れている。

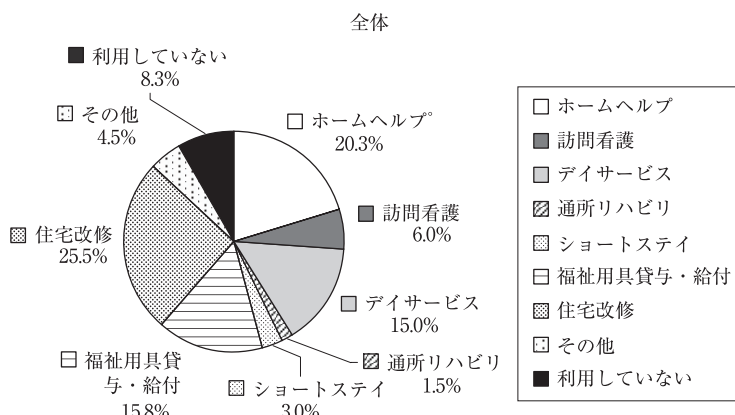


図1 利用している介護保険サービス（複数回答）

「ホームヘルプサービス」においても利用率は50%に達せず、デイサービスも34.5%、ショートステイは、6.9%とかなり低率の利用である。訪問看護や通所リハビリの利用率も低い⁽³⁾。

4. インフォーマルサポート

近隣からの具体的な支援は、「特になし」が約6割にのぼり、「見守り・声かけ」が3割程度である。「介護の手助け」は、全体で1ケースしかなく、近隣からの介護面での援助はほとんどされていない。

表4 近所づきあい

()内は%

	全 体	悪 化 群	改 善 群	現状維持群
よくある	17 (29.3%)	11 (35.5%)	2 (16.7%)	4 (26.7%)
少しある	13 (22.4%)	8 (25.8%)	0 (0%)	5 (33.3%)
ほとんどなし	27 (46.6%)	11 (35.5%)	10 (83.3%)	6 (40.0%)

5. 住環境

6割近くが住宅改修を行っており、自治体独自の「住宅改造費助成事業」によるものを含めると、7割以上がなんらかの形で住宅改善を実施している。ケース数が少ないために単純な比較はできないものの、改善群ではすべてのケースで住宅改善を行っていることがわかる。

全体では、75%以上のケースで、住環境整備を行っていることがわかる。工事内容別にみると、「手すりの取り付け」が最も多く、次いで「段差の解消」、「トイレの変更（和式から洋式へ）」の順となる。場所別では、トイレ、廊下・階段、浴室、玄関、アプローチ、居室の順に多い。

表5 住宅改修実施状況

	全 体	悪 化 群	改 善 群	現状維持群
あ る	34 (58.6)	18 (58.1)	8 (66.7)	8 (53.3)
な し	14 (24.1)	7 (22.6)	0 (0.0)	7 (46.7)
そ の 他	10 (17.2)	6 (19.4)	4 (33.3)	0 (0.0)

注 「その他」とは、介護保険による住宅改修ではなく、「住宅改造費助成事業」による住宅改造を行っている場合と、新築時にバリアフリーにしている場合を指している。したがって、「その他」は、住環境整備が行われているケースとみることができる。

IV. 考察 — 事例の類型化による介護度変化の要因分析

ここでは10の項目を点数化して、合計を出す方法を行った⁽⁴⁾。すなわち点数が低いほど、在宅生活継続のための条件が整っておらずリスクが高いケースといえる。

1. 得点化の指標と「下位群」の共通性

各ケースを10の項目によって得点化することで類型化し、要介護度が悪化したケースについてその共通要因などを分析する。類型化に用いた指標および得点配分は以下の10項目である。①介護者の年齢:「75歳以上」0点,「74歳以下」10点, ②介護者の健康状態:「問題がある」0点,「普通・良い」10点, ③副介護者の有無:「いない」0点,「いる」10点, ④要介護度:「要介護Ⅳ以上」0点,「要介護Ⅱ,Ⅲ」5点,「要介護Ⅰおよび要支援」10点, ⑤要介護者の疾病状況:「問題あり」0点,「問題なし」10点, ⑥介護の負担感:「負担が重い」0点,「負担が軽い」10点, ⑦介護時間:「一日中」0点,「半日程度」5点,「見守り」10点, ⑧インフォーマルネットワーク:「ない・少ない」0点,「多い」10点, ⑨受けているサービス量:「ない・少ない」0点,「適切である」10点, ⑩住宅改修の有無:「改修していない」0点,「改修している」10点

その結果は、<表6>のとおりである。

この表では、点数の下位群（合計50点未満）、上位群にそれぞれの特性が表れている。

斜線の部分が、今回「悪化群」として類型化されたケースであるが、50点未満の低位群と70点以上の高位群に「悪化群」が、おおよそ二分されていることがわかる。このことから、本人の要介護度は、4つの因子を総体的にみた場合、身体的な症状の発生によってどのような状態であっても悪化する可能性があるといえる。

したがって、要介護度の悪化と4つの因子は、この評価表からみられる限りにおいては、必ずしも高い関連があるとはいえないことになる。

しかし、低位群に属している「悪化群」ケースは、その条件の中に要介護度を悪化させる要因が含まれていると考えられ、また、どの程度、在宅生活が継続できるかという点からみ

表6 4つの因子による得点化

ケース No	介護者 年齢	介護者の 健康状態	副介護者 の有無	要介護度	疾 病	介 護 の 負 担 の 感	介護時間	社会的 ネット ワーク	サービ ス利 用	住宅改 造	計
1	0	0	0	0	0	0	0	10	5	0	15
2	0	10	0	5	0	0	0	0	0	0	15
3	0	0	0	0	0	0	0	10	0	10	20
4	0	0	10	0	0	0	10	0	5	0	25
5	10	0	0	5	0	0	0	0	0	10	25
6	0	0	0	10	10	0	0	0	10	0	30
7	0	0	0	5	0	0	5	10	5	10	35
8	0	0	10	5	0	0	0	10	0	10	35
9	10	0	0	5	0	0	0	0	10	10	35
10	0	0	10	5	0	0	0	10	10	0	35
11	0	0	0	10	10	0	0	10	10	0	40
12	10	10	0	5	0	0	0	0	5	10	40
13	10	10	0	0	0	10	5	0	10	10	40
14	0	10	10	5	0	0	0	0	5	10	40
15	0	0	10	10	0	0	5	0	10	5	40
16	0	0	10	5	0	0	0	10	5	10	40
17	10	10	0	5	10	0	0	0	0	5	40
18	0	0	0	10	0	10	10	10	0	0	40
19	10	0	0	5	10	0	0	10	0	10	45
20	0	0	0	5	0	10	0	10	10	10	45
21	0	0	10	10	0	0	10	0	10	10	50
22	10	0	10	0	0	0	0	10	10	10	50
23	10	0	10	5	0	0	0	10	5	10	50
24	0	0	0	10	0	10	10	0	10	10	50
25	10	0	10	10	0	0	10	0	0	10	50
26	0	0	0	10	10	0	0	10	10	10	50
27	0	0	10	10	0	10	10	0	0	10	50
28	0	0	0	10	0	0	10	10	10	10	50
29	0	0	0	10	0	10	10	10	10	0	50
30	0	0	0	10	10	10	10	10	5	0	55
31	10	10	10	10	0	0	5	10	0	0	55
32	0	0	0	10	0	10	10	10	10	10	60
33	0	0	0	10	10	10	10	10	0	10	60
34	10	10	10	10	0	0	0	0	10	10	60
35	10	0	10	10	0	10	10	0	5	10	65
36	10	10	10	5	0	0	0	10	10	10	65
37	10	10	10	5	0	0	10	0	10	10	65
38	0	0	10	10	0	10	10	10	10	10	70
39	10	10	10	10	0	10	10	10	0	0	70
40	10	0	10	10	10	10	10	0	5	5	70
41	0	0	10	10	10	10	10	10	10	0	70
42	0	0	10	10	10	10	10	0	10	10	70
43	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	70
44	0	0	10	10	0	10	10	10	10	10	70
45	10	0	0	10	10	10	10	10	10	0	70
46	10	10	0	5	0	10	10	10	10	10	75
47	10	10	0	5	0	10	10	10	10	10	75
48	10	10	10	5	0	10	10	10	5	5	75
49	10	10	10	5	0	10	5	10	5	10	75
50	10	10	10	5	10	10	5	0	5	10	75
51	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	80
52	10	10	10	5	0	10	10	10	10	10	85
53	10	10	10	5	0	10	10	10	10	10	85
54	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	90
55	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	95
56	10	10	10	10	10	10	5	10	10	10	95
57	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100
58	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100

ると、低位群は大きなリスクをかかえていることが明らかである。

下位群の多くに共通しているのは、1. 介護者が男性である。2. 介護者の年齢が高い。3. 介護者がなんらかの疾病や障害があり、健康状態がよくない。4. 副介護者がいない。5. 要介護度が高く、介護時間が長いだけに介護負担も大きい という点である。

点数が最も低位であった5ケースでは、すべて介護者が男性であり、No. 5以外は、高齢で健康に問題がある夫による介護である。

特に40点以下のケースでは、インフォーマルサポートも希薄で、かつサービスも十分受けていないという状況で、これらのケースは在宅での生活継続がかなり困難になっているといえよう。

以下では、この下位群に属する「悪化」ケースを中心に、4つの因子の視点から下位群の状況について事例分析していく。

2. 家族の介護力

(1) 高齢男性介護者による課題

下位群にある「悪化群」13ケースのうち7ケースによる介護となっており、この相関関係は高い。本調査では、高齢男性介護者の場合の問題点の一つは、食事づくりであることが明らかになった。調理技術の未熟さに加え、要介護者の身体状況に応じた食事内容を考えるといった栄養知識が希薄であることから、スーパーなどでできあいのおかずを出すことが多いが、要介護者の口に合わず、十分な摂取ができていない状況が見られた。その結果、要介護者が栄養失調と思われるケースもあった。No. 3やNo.12はその代表的な事例である。これらの要介護者は、非常にやせており、座位をとることも困難な衰弱化がみられる。そのため、臥床している時間が増え、一層の筋力低下を招くといった悪循環に陥っている。部屋の整理状態などからみると介護者は、特に家事能力が低いわけではないと思われ、栄養管理の困難さがうかがえる結果となっている。

これらのことから、特に介護者が高齢男性で、副介護者がいない場合などには、食事サービス（配食サービス）や、ホームヘルプでの食事づくり、さらには在宅栄養指導等のサービスが重点的に提供される必要があることがわかった。

(2) 介護者の年齢、健康状態、および副介護者の有無がおよぼす影響

下位群と上位群を比較すると、上位群が明らかに介護者の年齢が若い。これは、介護者が嫁や娘とするものが多くなるのと比べて、下位群ではすべて配偶者となっていることが影響している。年齢に平行する形で、介護者の健康状態も上位群では比較的良好である。

副介護者の有無は、精神的にも身体的にも介護負担の軽減に大きく関与するが、下位群では副介護者がいるものは5ケースしかないが、上位群では、2ケースを除いてすべてのケー

スに副介護者がいる。

これらの項目と要介護度の変化には、強い相関関係は認められないが、下位群の中には、高齢夫婦世帯で介護者とともに要支援や要介護1である場合など、障害を持っているケースが少なくない。こうしたケースは、明らかに上位群と比較して、在宅生活の継続が困難となっている。

3. サービスの提供量

「下位群」では、サービスをほとんど受けていないケースが多い。これは、「悪化群」のみならず、「現状維持群」や「改善群」でも同様の傾向がみられるが、「悪化群」で問題となるのは、前述したように下位群にあるケースでは、家族介護力もない上に、サービス利用もほとんどない状態にあることだ。

また受けているサービスの内容も十分ではないものが多かった。たとえば、最も利用されているのはホームヘルプサービスであったが、その内容は、家事援助サービスが中心で、入浴介助や清拭など介護に関する援助を受けているケースは少ない。また、話し相手のような援助内容が行われていたのは1ケースしかなかった。先述したように栄養不足に問題がみられる場合でも、ホームヘルプサービスとして「食事づくり」が行われているケースはなかった。

さらに指摘されるのは、保健医療サービスの提供量の少なさである。提供されていたのは、全体で、「訪問看護サービス」8ケース（13.8%）、「訪問リハビリテーション」2ケース（3.5%）のみである。これは保健医療サービスが必要なケースが少ないということを意味していない。

たとえば、No. 2は、要介護者に精神障害がみられるにもかかわらず、医療サービスも福祉サービスも利用していない。介護者によると、本人が他者の介入を拒否するからということであったが、家事も介護も担っている介護者の介護負担は重いものがあり、生活全体のサポートが必要とされていた。

このほかにも、先述したように食生活の乱れからくる栄養失調などによって医療ケアが必要なケースや、介護によってうつ状態を生じ何度も救急車で運ばれており、介護相談を始め介護者への精神的なケアが必要とされているケースなど、実際的な医療ケアのほか、精神面でのケアや医療の視点からの助言が必要となっているケースが少なくない。

4. 地域におけるインフォーマルサポート

全体でみると「悪化群」は、高齢夫婦世帯が多いことから「近所づきあい」は、若年世代が中心となっている他群と比較して、むしろ多い結果となった。しかし、友人・知人、民

生委員，ボランティアからのサポートといったインフォーマルサポートを総合的に判断してみた場合，その力は介護の面からは大きいものとなっていない。

民生委員による関与が深いものは6ケースで，中には，「急病の時，病院まで付き添ってくれた」など，要介護者と介護者の生活を文字通り支援している民生委員の例もあったが，そのほかは「1年に1回～2回訪問がある」程度が多い。少数派だが，民生委員の「顔も名前もわからない」とするものもあった。

ボランティアは，X市においても多様な活動を行っているが，本調査でみられたのは，「配食サービス」を利用している2事例だけであり，サービス供給主体のサポート力としては十分なものではなかった。

近隣住民は，高齢者世帯や一人暮らしでは，声かけ，話し相手，買い物の代行など，生活の細かい点でサポートする事例も見られたが，子ども世代が世帯の中心となっている場合には，ほとんど支援はない状態である⁽⁵⁾。

友人・知人が，実際的な支援者となるのは，一人暮らし高齢者の相談相手の場合であった⁽⁶⁾。高齢期の社会的ネットワークについての言説では，「『社会的に孤立した孤独な老人』というのは単なるステレオタイプであるにすぎず，実際にはそのような老人がきわめて少ないことを明らかにしている」とする場合もあるが⁽⁷⁾，それは，ある程度の心身の健康が保持されている期間ではないだろうか。今回の調査においても，居住年数が長く，以前には地域活動やサークル活動にも参加するなど地域でのつながりもあったケースであっても，本人あるいは配偶者が要介護になると，徐々にそのつながりが切れていく場合が多く見られた。また，周辺の土地開発の波に飲み込まれて，古い住民がほとんどいなくなってしまう，そのために全く地域関係が切れてしまったケースもあり，地域の社会変動に大きく影響を受けることも認められている。

職場の仲間や古くからの友人とは，「年賀状のやりとり」「電話で話す」程度になっており，このようなインフォーマルサポートも本人の身体的・精神的状態が加齢とともに悪化するにつれて疎遠になっていくプロセスが見られた。

5. 住環境

X市においては，介護保険実施以前から「住宅改造費助成事業」を単独事業として展開し，費用の助成のみならず，住環境整備の段階から在宅介護支援センターの作業療法士や建築士が相談・援助する体制がとられていた。そのため，今回の調査でも介護保険以前から住環境整備していたケースも少なからずあり，介護保険による実施率もかなり高いものとなった。

「改善群」では，全ケースが住宅改修を実施している結果となった。ケース数が少ないため，相関関係については明確ではないが，本人の移動の容易さ，介護の軽減などに影響を与

えているものと思われる⁽⁸⁾。

6. 在宅生活継続がハイリスクなケースの共通要因

特に、在宅生活の継続ができないという点からハイリスクなのは、総合点が15点～25点にあるケースNo. 1～No. 5の5ケースである。

①ケースNo. 1は、「悪化群」。女性。要介護度4。認知症があり、暴力的な行為があるため、常に目が離せない。夫が、介護や家事全般をほぼ一人でこなしている。本人が他人を拒否するため、ホームヘルパーなどのサービスを導入することができず、デイサービスのみの利用となっている。ショートステイも利用したいと考えているが、必要なときにすぐ利用できるかどうかはわからず不安をかかえている。

②ケースNo. 2は、「現状維持群」。女性。要介護度2。妄想などの精神的な障害が認められる。70歳代後半の夫が介護。夫も健康に問題あり。近隣に子供世帯がいるが、介護にはタッチしていない。排泄の失敗が多く、その後始末が大変である。以前、通っていたデイサービスも本人が拒否するため現在は通っておらず、夫による一日中の介護となっており介護負担感が高い。

③ケースNo. 3は、「悪化群」。女性。要介護度4。パーキンソン症候群ほか数種の疾病があり、70歳代後半の夫が一人で介護している。子どもも同居しているが、介護にはかかわっていない。デイサービスも利用していたが、本人が嫌がり、入浴サービスがないので現在は行っておらず、日中も夫の介護で生活している。家事も夫一人で行っており、食事づくりが適切でなく、おかずは惣菜で済ませることが多い。そのため、本人はほとんど食事をせず、座位をとることも困難なほど体力が低下している。本来は、もっとサービス導入が必要なケースであるが、経済的理由でサービスの利用を抑制している。

④ケースNo. 4は、「悪化群」。女性。要介護度4。認知症が見られる。調査者に対する返答はできているように思われるが、介護者である夫によると、本人の言っていることは筋が通っていないとのことであった。夫も中程度の聴覚障害があり、電話での応答は困難で、電話には本人が出る。子どもたちも援助しているが、同居ではないため、家事などはほとんど夫が一人で行っている。子どもたち以外に、支援者はなく、民生委員もほとんどこないとのことである。

⑤ケースNo. 5は「改善群」。男性。要介護度2。認知症がみられる。同居の息子が介護をしている。息子は仕事をしていないため、本人の年金で2人の生計をたてている。以前はデイサービスを利用していたが、現在は行っていない。そのほかのサービスも受けておらず、ケアマネジャーも介入していない。近隣にも知り合いがなく、民生委員からの支援もないため、地域の中で孤立している。

この5ケースの共通性は、介護者が男性で、高齢である（1ケースを除く）ことに起因すると思われるが、先述したように要介護高齢者の栄養状態が十分でないことである。また、認知症や精神障害などで医療面でのケアや助言が必要であるが、いずれもこうした保健・医療サービスは提供されていない。また、子ども世帯が同居・別居の違いによらず、ほとんど介護に関与しておらず、介護者が一人で介護をしている点も共通している。さらに、地域との付き合いもなく、民生委員からの支援もほとんどないという孤立した状態にある。この点については、居住年数や地域特性などの要素が関係するために、断定はできないが、高齢・男性による介護ということが関連していると考えられる。

先行研究では、男性介護者が女性介護者よりも、副介護者や訪問介護利用など社会資源を多く利用しており、さらにストレスレベルも女性よりも低い結果が出されているが、本調査においては、そうした特性を把握することができず男性介護者ゆえの問題点が浮き彫りにされた形になった⁽⁹⁾。

まとめ

分析してきたように、特に介護者の持つ属性が要介護度の変化に影響を与えることが明らかになった。利用しているサービスが少ないことも、介護者の介護負担を増加することになってきたが、全体的に介護保険によるサービスのほか、民間のサービスもほとんどが受けていなかった。サービスを知らない、サービスを拒否するあるいは、費用負担の軽減のために抑制するというケースも見られたが、公的サービスやボランティアの利用などの組み合わせを提案したり、サービス自体の丁寧な説明といったことも十分でない場合もあって、ケアマネジメントのあり方も問われる結果となっている。

インフォーマルサポートについては、ほとんどの人が支援を受けておらず、また具体的なサービスも期待していなかった。このサポートが見られたのは、主に一人暮らし高齢者の相談や話し相手といった点であった。これらのことから、要介護高齢者の生活を支援する点においては、家族への依存度がかなり高いということがわかる⁽¹⁰⁾。

住環境については、住宅改修のほか、新築時に多くが環境整備をしており、こうした環境整備が住宅内での自立に一定の影響を与えていることが明らかとなった。

最後に、本調査を通して得られたいくつかの点について指摘しておきたい。

まず、1点目は、基礎的なサービス充実の必要性である。特に重要であると考えられるのは、適切な医療サービスと食事サービスである。医療サービスでは、疾病や障害への理解と対応などの助言も求められるところだ。食事サービスの重要性については、繰り返し述べてきた点である。

2点目は、インフォーマルサポートをどのようにつないでいくかという点である。先述し

たように、地域にあるボランティアサービスを利用しているのは、「お話しボランティア（週1回）」、「配食ボランティア」の2事例のみである。X市には、民生委員以外に福祉委員や地区ふれあい員といった小地域を単位として生活相談にのる人材が配置されているが、こうしたマンパワーと直接関与しているケースは見受けられなかった。

3点目は、上記の点に関連して、介護保険のケアマネジャーのみではなく、第三者的な立場にある自治体の専門職による助言やサービスの提供が必要であることだ。介護保険の導入によって、それまで保健師や在宅介護支援センターのワーカーらによって構築されてきたケアシステムが、むしろ弱体化したと考えられる。介護保険のケアマネジャーではかならずしも、十分なサービス評価ができていない場合もある。地域のボランティアによるサービスも含めたサービスの提供ネットワーク化が必要であり、こうした地域全体におけるサービス提供のシステム化は、各ケアマネジャーが行いうるものであろうか。介護保険によるサービスのみならず、民間のサービスを含め、地域に存在するボランティア、NPO、福祉委員といった社会資源を、リスクが高い世帯へ、どうつないでいくのか、それはだれがコーディネートするのかといった福祉多元化の中で地域福祉の根幹となるマネジメントのあり方が大きく問われた形となった。

本調査は、地域包括支援センターが始動する以前のものであったため、それ以降の状況については把握できていないが、地域包括支援センターが果たす役割や期待は今後大きくなると考えられる。

今回の調査研究は、ヒアリング調査をもとに、要介護度と4つの因子の関係性をみることが目的であった。ヒアリング調査の持つ限界もあり、統計的な有意性をみることができなかったが、今後は、こうした量的な調査も必要である。さらに付け加えれば、所得もクロスした要因分析が必要である。介護に関わる問題は、「生活問題」の一つの側面であり、その世帯の所得階層と切り離してとらえることができないものである。特に費用節約のためにサービス利用を抑制するケースもあることを考えるとその点が見えてくるであろう。今後の研究課題としたい。

*本調査は、(財)フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の助成金を受けて、地域ケア研究会(顧問:松崎泰子, 竹中美智子, 國枝芳行)が行ったものである。

注

- (1) 「成田市介護費用適正化事業」成田市, 社会福祉士ネットワーク・ヒューマンレインボー 平成15年
- (2) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋「在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討」日本公衆衛生雑誌 第51巻・第4号 平成16年4月 pp.240~250
- (3) 本調査と同様にX市を調査対象とした他の調査研究でも、本市が、介護サービスを受ける率

- が低く、介護が必要な状態になれば子ども世帯との同居率が高くなることを明らかにしている。「高齢者の生活実態に関する調査－自治体別結果の概要」『介護サービスと世帯・地域との関係に関する実証研究』主任研究者 白波瀬佐和子 平成16年3月 pp.176～pp.178
- (4) これは筆者らによる点数化であり、調査者の主観による点数化であるが、いわゆる専門職によるノーマティブニードに基づく分類といえるものである。
- (5) 先行研究でも「隣人」には、手段的機能（介護・介助・相談）、情緒的機能、余暇的機能すべてにおいて、その機能が選択されないが、「友人」は、手段的機能では選択されないものの、情緒・余暇的機能では同居家族と同様の割合で選択されている。坂野達郎、澤岡詩野「高齢期の転居に及ぼすサポティブネットワークの影響－自立高齢者の保有するサポティブネットワークの転居ストレス緩衝効果に着目して」『介護サービスと世帯・地域との関係に関する実証研究』主任研究者 白波瀬佐和子 平成16年3月 p.99
- (6) 権らの調査によると「手段的サポート」（家事・介護・経済的支援）に関しては、男性高齢者、80歳代以上の後期高齢者、子どもと同居や3世代世帯の高齢者、比較的暮らし向きが良好な高齢者において、家族に求めるとする選好度が高くなっている。権法珠、岡田進一、白澤政和「大都市在宅高齢者のソーシャルサポート源に対する選好度の特徴－手段的サポートと情緒的サポートにおける類似点と相違点」『社会福祉学』日本社会福祉学会 Vol.44-3 2004. 3 p.57
- (7) 古谷野亘「社会的ネットワーク」『老年社会科学』13 1991年
- (8) 住宅改修（改造）が効果をもたらすことについては、さまざまな調査研究がなされている。しかし、2006年2月に、日本建築学会公開研究会「住宅改修による自立支援や生活改善の効果・有効性の評価」で報告された橋本英樹「住宅改修による機能、介護費用および介護負担への影響の実証的研究」では、統計処理としては、住宅改修の有無による介護度への影響に有意差が顕著ではなく、「選択過程」（住宅改修を行うに至る過程）の影響が大であるとしている。
- (9) 他の調査研究では、男性介護者のほうが、女性介護者よりも副介護者や福祉サービスを利用する率が高いとする結果も出されている。
山田嘉子、杉澤秀博、杉原陽子、深谷太郎、中谷陽明「配偶者としての高齢者介護ストレス－性差への着目」『社会福祉学』日本社会福祉学会 Vol.46-3 2006. 3 pp.16～27
- (10) 川上昌子は「高齢者の生活は、強く家族に依存しており、現状としては家族を除外した『自立した』高齢者の生活は一般的にはありえないといえる」としている。川上昌子「都市高齢者の実態」学文社 2003年 p.184

A Study of the Factors to Effect Changing the Level of Care for Clients in the Long-Term Care Insurance System

Mika YAMAMOTO
Yoshiko TSUNEYOSHI

The purpose of this study is to examine following four points: 1) how deeply the family members can be involved in the care activities for the clients[t1]in their home, 2) how much the clients have received formal services under the long-term care insurance system, 3) how much the clients have been supported from the informal services including neighborhood and friends, 4) whether the clients have done house remodeling or not.

After this study we recognized,

- 1) The attribution and condition of carers such as sex, age, health condition, the existence of carers' carer and how the stress affect the condition of the clients.
- 2) Clients, in many cases, have not received formal services sufficiently, especially medical and health care services.
- 3) Most of informal services and district welfare commisioners did not succeed in supporting the clients. Though the voluntary services have been provided in the city, most of the clients didn't use them.
- 4) Many clients have already done the house remodeling or they have barrier free houses. Barrier free house may have influenced to improve the ADL of the clients and as a result, to reduce the burden of carers

Some clients have difficulties to continue to stay at their own home as they have been in severe situations.

In addition, for supporting the clients, not only care managers but also social workers and public health nurses should contact to the clients more actively, although they reduced the opportunities to contact them after carry out the long-term insurance system. They are required to coordinate formal and informal services.