

<原著>

要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因：
福岡県京築地区における介護保険制度発足前後の比較

桑原裕一^{1,2)}, 鷺尾昌一^{2,4)}, 荒井由美子³⁾,
和泉比佐子⁴⁾, 森満⁴⁾

**The Burden felt by family caregivers of frail elderly before and
after the introduction of public long term care insurance system
in Keichiku District, Fukuoka Prefecture**

Yuichi KUWAHARA^{1,2)}, Masakazu WASHIO^{2,4)}, Yumiko ARAI³⁾,
Hisako IZUMI⁴⁾, Mitsuru MORI⁴⁾

Abstract

This study was conducted in order to investigate the factors related to the feelings of psychological stress, called heavy burden, in caregivers who took care of frail elderly before and after the introduction of Public Long-term Care Insurance System (i.e., kaigo hoken) in the eastern part of Fukuoka Prefecture, Kyushu, Japan. Fifty-four caregivers answered a self-administered questionnaire, involving the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) and thus described their own caregiving situation. Compared to caregivers with a light burden, heavily burdened caregivers were less likely to have time to go out without patients, but were more likely to consult a physicians and to spend a longer time on looking after the elderly before the new system. After it started, heavily burdened caregivers were more likely to take care of the frail elderly with severely limited ADL and higher grade of the elderly in need of care (i.e., yokaigodo) in Public Long-term Care Insurance System, and tended to attend those with behavioral disturbances associated with dementia, thus they were less likely to have time go without their patients. Such caregivers were more likely to consult physicians about their own health than their counterparts. Even after controlling for confounding factors, the time spent on looking after frail elderly before the system (10-24 hrs vs. 0-9 hrs; odds ratio:5.53, 95% confidence interval: 1.17-25.58) and consulting physicians for their own disease after it (yes vs. no; odds ratio:25.77, 95% confidence interval: 1.90-349.41) was a significant factors for the heavy burden of caregivers. In contrast, having time to go without their patients was an independent preventive factor for heavy burden of caregivers after the system (yes vs. no; odds ratio:0.03, 95% confidence interval: 0.00-0.45). Social services such as home help services, day care services and short stay services should be provided to let caregivers spend their own time without caring for their patients. Care-managers should pay more attention to whether caregivers consult physicians about their own health when they make care-plans.

(Accepted for publication, September 30, 2002)

Key words: burden, caregiver, frail elderly, look after, long-term care insurance

1) 福岡県京築保健所, 2) 九州大学大学院医学研究院予防医学分野, 3) 国立長寿医療研究センター看護介護心理研究室,
4) 札幌医科大学医学部公衆衛生学講座
[平成14年9月30日受理]

I. はじめに

痴呆をはじめ, さまざまな障害を持つ高齢者を在宅で介護することは, 介護者にとってストレスとなる. 介護者にとって, 介護者であることが不本意である場合に介護がストレスとなるのは当然だが, 自ら進んで介護者になった場合でも, 1) 自分の抱く理想の介護と実際に自分が行う介護にギャップを感じたとき, 2) 介護がいつまで続くか判らないゴールの見えない道のりであると感じたとき, 3) 介護の苦労を誰とも分かち合えないと感じたときに, 介護者はストレスを感じる¹⁾. 在宅での介護が大きなストレスになれば, 在宅介護は破綻する. 介護負担はZaritにより初めて定義されたが, 「親族を介護した結果, 介護者が情緒的・身体的健康, 社会生活および経済状態に関して被った被害」と定義されている²⁾.

日本ではかつて世界に例を見ないほどの速度で高齢化社会が進行しており, 平成22年には介護の必要な高齢者数は390万人に達することが推定されている³⁾. こうした高齢化社会に対応するため, 平成12年4月に介護保険制度が導入され, 日本における介護制度は措置制度から契約制度へと転換された⁴⁾. 要介護高齢者の介護に伴い, 介護者に心理的な負担を生じることがいくつかの研究で報告されている⁵⁻⁹⁾. 地方自治体には質・量の両面にわたり介護サービスの提供を充実させ, 要介護者の満足とその介護者の負担の軽減をはかる責務が課せられている¹⁰⁾. 一方, ケア・マネージャーにはこうした社会サービスを利用者のニーズに応じて, うまく組み合わせていくコーディネーターとしての役割が期待されている¹¹⁾. 我々は, 介護保険施行前に, 福岡県の京築地区をはじめとする複数の地域において訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者とその介護者を対象に日本語版Zaritの介護負担尺度¹²⁻¹⁴⁾を用いて, 横断研究を実施し, 要介護高齢者を介護する家族の負担とその関連要因について報告を行ってきたが^{12, 15, 16)}, 今回, 介護保険施行後に, 同地区の訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者とその介護者を対象としてアンケート調査を実施し, 介護負担感とその関連要因について介護保険制度導入前後の比較分析を行ったので報告する.

II. 方法

福岡県京築保健所管内で町内に一つの訪問看護ステーションしか持たない2町で, 訪問看護ステーションの訪問看護サービスを受けている高齢者およびその介護者を対象とし, 平成12年4月の介護保険制度の施行前後にアンケート調査を実施した. 第一回目の調査は, 平成11年10月から12月にかけて実施し, 79組の対象者から58組の有効回答(73%)を得た. 第2回目は, 平成13年1月から3月にかけて実施し, 91組の対象者から54組の有効回答(59%)を得た. いずれの調査でも個人情報保護の観点より, 個人同定情報を削除し, ID番号をつけた情報を訪問看護ステーションから入手し, 解析を行った¹⁷⁾.

アンケートは自記式で, 以前に福岡県で行った調査と同様に 日本版Zarit 介護負担尺度¹²⁻¹⁴⁾ や, 要介護高齢者や介護者の特性, 患者の介護や見守りにかかる時間及びその期間などの項目からなり, 介護者の負担感や介護の状況を調べるものとなっている^{15, 16)}. Zarit 介護負担尺度²⁾ は, 身体的負担, 心理的負担, 経済的困難などを総括し, 介護負担として測定することが可能な尺度であり, その日本語版¹²⁻¹⁴⁾ は信頼性・妥当性とも確認されており, 国際比較研究も可能なしっかりした介護負担尺度である.

要介護高齢者の日常生活動作の能力は食事摂取, 車椅子からベットへの移乗, 整容, トイレの動作, 入浴, 歩行, 階段の昇降, 更衣, 便の失禁, 尿の失禁について, 自立, 部分介助, 全介助(ない, ときどき, いつもある)で得点を与えた Barthel index¹⁸⁾ を用いて評価した.

分析はSAS¹⁹⁾ を用い, 介護負担感とその関連要因について, カイ二乗検定, Mann-WhitneyのU検定などで関連が認められた要因を, さらに多重ロジスティック回帰分析を用いて解析した.

III. 結果

表1は介護者の特性を介護保険施行前後で比較したものである. 介護保険導入後の対象者のほうが, 家族に介護の補助をしてくれる人がいる割合が多いことを除いて, 介護保険導入前後で特性に有意な差を認めなかった. 表2は介護保険施行前における介護負担の重い介護者と軽い介護者の特性の比較を示したものである. 介護負担の重い介護者は軽い介護者に比べ, 持病がある割合が高く, 身体介護の時間や見守りの時間が長く, 利用している在宅サービスの種類が多かった. 表3は介護保険施行後における介護負担の重い介護者と軽い介護者の特性の比較を示したものである. 介護負担が重い介護者は男性である割合や持病がある割合が高く, 要介護高齢者を一人にして外出できる者の割合が少なかった.

表4は介護保険施行前後で要介護高齢者の特性を比較したものである. 前後で有意な差を認めなかった. 表5は介護保険施行前における介護負担の重い介護者と低い介護者が介護している要介護高齢者の特性の比較を示したものである. 負担の重い介護者が介護している要介護高齢者には男性の割合が高かった. 表6は介護保険施行後における介護負担の重い介護者と軽い介護者が介護している要介護高齢者の特徴の比較である. 負担の重い介護者が介護している高齢者は軽い介護者が介護している高齢者に比べ, 痴呆に伴う問題行動を有する者の割合が多い傾向を示し, 日常生活動作の障害が重く (Barthel index が低値), 要介護度は高かった.

表7, 8は介護負担感との関連が認められた要因について多重ロジスティック回帰分析を用い, 解析したものである. 介護保険施行前では, 患者から目を離せない時間が長いことは, 介護負担感が重いことと強く関連していた (オッズ比5.53, 95%信頼区間1.17-25.58). これに対し施行後は病気をもつ介護者はもたない介護者に比べ, 介護負

表 1. 介護者の特性

介護者	実数 (%)		p-value
	または平均 (標準偏差) (施行前: n=58)	または平均 (標準偏差) (施行後: n=54)	
年齢	61.2±11.8	58.5±14.6	0.30
性 男性 / 女性	7/51	11/42	0.30
介護者と要介護高齢者の関係			
配偶者	23	23	0.89
子	22	17	
嫁	10	9	
その他	3	4	
地域 A 町 / B 町	29/29	31/23	0.45
職業の有無 有 / 無	15/43	15/37	0.83
介護を補助してくれる			
人の有無 有 / 無	22/35	31/18	0.02
要介護高齢者を1人にしての			
外出の有無 有 / 無	32/25	36/14	0.11
病気 有 / 無	32/25	22/29	0.25
介護時間 (時間/日)	8.8±8.4	8.8±8.1	0.85
観察時間 (時間/日)	10.4±9.3	11.1±9.2	0.54
介護の期間 (月)	61.1±72.9	52.9±54.5	0.95
在宅サービスの利用数	4.5±2.6	4.4±1.7	0.73
家族の人数 (人)	3.2±1.6	3.5±1.7	0.43
ライフイベント 有 / 無	17/40	17/35	0.84
ZBI の値	37.4±20.4	33.1±15.0	0.38

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

ライフイベント: 6ヶ月以内に起こった抑うつ状態を生じる可能性のある出来事

*ZBI: Zarit 介護負担尺度

表 2. 介護負担感の重い介護者と軽い介護者の比較：施行前
介護者の特性

介護者	負担感の重い 介護者 (group 1; n=25)	負担感の軽い 介護者 (group 2; n=33)	p-value
年齢	64.1 ± 9.5	59.1 ± 13.0	0.10
性 男性 / 女性	3/22	4/29	0.99
介護者と要介護高齢者の関係			
配偶者	13	10	0.21
子	7	15	
嫁	4	6	
その他	1	2	
地域 A 町 / B 町	12/13	17/16	0.79
職業の有無 有 / 無	4/21	11/22	0.14
介護を補助してくれる			
人の有無 有 / 無	8/17	14/18	0.37
要介護高齢者を 1 人にしての			
外出の有無 有 / 無	10/15	22/10	0.03
病気 有 / 無	18/7	14/18	0.04
介護時間 (時間 / 日)	11.4 ± 8.9	6.6 ± 7.4	0.04
観察時間 (時間 / 日)	14.7 ± 8.4	6.4 ± 8.3	<0.01
介護の期間 (月)	60.7 ± 80.4	61.4 ± 66.8	0.98
在宅サービスの利用数	5.6 ± 2.5	3.6 ± 2.3	<0.01
家族の人数 (人)	3.4 ± 1.9	3.1 ± 1.4	0.49
ライフイベント 有 / 無	8/16	9/24	0.63

数値は実数、または平均 ± 標準偏差を表す。

ライフイベント : 6ヶ月以内に起こった抑うつ状態を生じる可能性のある出来事

表 3. 介護負担感の重い介護者と軽い介護者の比較：施行後
介護者の特性

介護者	負担感の重い 介護者 (group 1; n=20)	負担感の軽い 介護者 (group 2; n=34)	p-value
年齢	61.3±11.9	56.8±15.9	0.26
性 男性 / 女性	7/13	4/29	0.05
介護者と要介護高齢者の関係			
配偶者	11	12	0.28
子	4	13	
嫁	5	4	
その他	0	4	
地域 A 町 / B 町	10/10	21/13	0.40
職業の有無 有 / 無	5/15	10/22	0.63
介護を補助してくれる			
人の有無 有 / 無	15/5	16/13	0.16
要介護高齢者を 1 人にしての			
外出の有無 有 / 無	10/10	26/4	0.01
病気 有 / 無	12/8	10/21	0.05
介護時間 (時間 / 日)	10.5±7.7	7.6±8.3	0.25
観察時間 (時間 / 日)	11.4±8.5	10.9±9.7	0.87
介護の期間 (月)	49.2±48.7	55.6±59.1	0.69
在宅サービスの利用数	4.4±1.4	4.3±1.8	0.98
家族の人数 (人)	4.1±1.8	3.2±1.6	0.09
ライフイベント 有 / 無	4/15	13/20	0.18

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

ライフイベント：6ヶ月以内に起こった抑うつ状態を生じる可能性のある出来事

表 4. 要介護高齢者の特性

要介護高齢者	実数 (%)		p-value	
	または平均 (標準偏差) (施行前: n=58)	または平均 (標準偏差) (施行後: n=54)		
年齢	78.5 ± 11.7	75.9 ± 13.8	0.31	
性	男性 / 女性	24/34	23/30	0.34
痴呆	有 / 無	19/37	12/39	0.29
問題行動	有 / 無	8/50	14/38	0.10
Barthel Index *	8.2 ± 7.4	7.9 ± 5.6	0.92	
要介護度		2.8 ± 1.8		

数値は実数、または平均 ± 標準偏差を表す。

Barthel Index : 日常生活動作の指標、20点満点

表 5. 介護負担感の重い介護者と軽い介護者の比較：施行前
要介護高齢者の特性

要介護高齢者	負担感の重い 介護者		負担感の軽い 介護者		p-value	
	(group 1; n=25)		(group 2; n=33)			
年齢	76.6 ± 13.6		79.8 ± 9.9		0.33	
性	男性 / 女性		14/11		10/23	0.05
痴呆	有 / 無		10/14		9/23	0.29
問題行動	有 / 無		5/20		3/30	0.24
Barthel Index*	6.4 ± 6.5		9.5 ± 7.9		0.11	

数値は実数、または平均 ± 標準偏差を表す。

Barthel Index : 日常生活動作の指標、20点満点

表 6. 介護負担感の重い介護者と軽い介護者の比較：施行後

要介護高齢者の特性		負担感の重い 介護者 (group 1; n=20)	負担感の軽い 介護者 (group 2; n=34)	p-value
年齢		77.2±13.4	75.1±14.1	0.60
性	男性 / 女性	7/13	16/17	0.34
痴呆	有 / 無	5/14	7/26	0.60
問題行動	有 / 無	8/11	6/27	0.06
Barthel Index *		5.6±5.1	9.3±5.6	0.03
要介護度		3.4±1.5	2.4±1.8	0.04

数値は実数、または平均±標準偏差を表す。

Barthel Index：日常生活動作の指標、20点満点

表 7. 介護負担感に関連する要因の多重ロジスティック回帰分析：施行前

要因	オッズ比	95% 信頼区間	p-value
介護者の特性			
要介護高齢者の観察時間			
10-24 vs 0-9 (時間/日)	5.53	1.17-25.58	0.03
介護者の病気			
有 vs 無	3.87	0.80-19.83	0.09
要介護高齢者を 1人にしての外出			
有 vs 無	0.38	0.09-1.63	0.19
利用しているサービス数			
0-4 vs 5-10	2.59	0.61-11.03	0.20
要介護高齢者の特性			
要介護高齢者の性			
男性 vs 女性	1.55	0.31-7.72	0.59
地域			
A 町 vs B 町	0.63	0.14-2.76	0.54

表 8. 介護負担感に関連する要因の多重ロジスティック回帰分析：施行後

要因	オッズ比	95% 信頼区間	p-value
介護者の特性			
性 男性 / 女性	2.56	0.35-18.82	0.36
介護者の病気			
有 vs 無	25.77	1.90-349.41	0.01
要介護高齢者を 1人にしての外出			
有 vs 無	0.03	0.00-0.45	0.01
要介護高齢者の特性			
要介護度			
IV, V vs I - II	2.52	0.33-19.30	0.37
Barthel Index*			
11-20 vs 0-10	0.98	0.11-8.38	0.98
問題行動			
有 vs 無	1.55	0.17-13.80	0.70
家族数			
4+ vs 1-3	10.39	0.86-125.57	0.07

Barthel Index : 日常生活動作の指標、20点満点

担感が重いことと強く関連していた（オッズ比 25.77, 95%信頼区間 1.90-349.41）。また、患者を1人にして外出できることは、介護負担感を減らす傾向が認められた（オッズ比 0.03, 95%信頼区間 0.00-0.45）。

表9は在宅介護サービス利用の変化を介護保険施行前後でみたものである。ホームヘルパーの派遣を利用している者の割合は介護保険施行後に増加していた。表10は介護保険施行前後のサービス利用と介護負担感との関連を示したもので、施行前は車椅子などの補装具の貸与・給付などを受けている人やデイケア・デイサービスを受けている人が高負担群に多い傾向が認められたが、施行後ではそうした関係は認められなかった。

表11は介護保険施行前後で、希望する在宅介護サービスの変化をみたものである。介護保険施行前後で有意な変化は認められなかった。表12は介護保険施行前後の希望するサービスと介護負担感との関連を示したもので、施行前は高負担群に旅行等の際の預かり施設や日中の預かり施設、定期的に介護を手伝ってくれる人、患者の歯科検診、

入浴サービス、24時間体制のホームヘルプサービスなどを希望する人が多い傾向が認められた。施行後は高負担群に定期的な預かり施設を希望するものが有意に多く、また、全体として希望が多いサービスは要介護高齢者の健康状態のチェック、定期的に介護を手伝ってくれる人、入浴サービスなどであった。

IV. 考察

介護保険施行後も病気があり定期的に医療機関を受診している介護者は、そうでない介護者に比べ、25倍以上介護負担感が重いことと関連していた。これには、2つの可能性があり、一つはもともと病気のある人は介護をする際に負担を感じやすいということであり、もう一つは負担が重いことにより、病気になってしまったということである。今回、我々が実施した調査は断面調査であるため、このことを明らかにするには病気のない介護者をフォローアップするような新たな研究が必要であると考えられる。しかしながら、病気を持つ介護者については、ケアマネジャーや

表9. 在宅介護サービス利用の変化

サービス利用	施行前	施行後	p-value
ホームヘルパーの派遣 はい / いいえ	20/37	34/17	<0.01
介護教室への参加 はい / いいえ	6/52	1/50	0.12
ショートステイの利用 はい / いいえ	14/42	17/35	0.40
日常生活用具の貸与 はい / いいえ	28/30	21/29	0.56
補装具の貸与 はい / いいえ	30/28	25/27	0.85
訪問歯科診療 はい / いいえ	12/46	14/38	0.50
デイケア・デイサービス はい / いいえ	21/37	23/30	0.56
入浴サービス はい / いいえ	35/23	30/22	0.85
機能訓練教室 はい / いいえ	10/47	5/44	0.40
健康増進課に相談 はい / いいえ	6/51	2/49	0.28
かかりつけ医に相談 はい / いいえ	45/13	42/11	1.00
支援センターの利用 はい / いいえ	33/23	22/28	0.17

表10. 介護保険制度施行前後における在宅介護サービス利用と介護負担感との関連

サービス利用	施行前			施行後		
	高負担群	低負担群	p-value	高負担群	低負担群	p-value
ホームヘルパーの派遣						
はい / いいえ	13/12	7/25	0.19	14/5	20/12	0.42
介護教室への参加						
はい / いいえ	4/21	2/31	0.22	1/18	0/32	0.19
ショートステイの利用						
はい / いいえ	7/16	7/26	0.44	6/13	11/22	0.90
日常生活用具の貸与						
はい / いいえ	15/10	13/20	0.12	8/10	13/19	0.80
補装具の貸与						
はい / いいえ	19/6	11/22	< 0.01	11/8	14/19	0.29
訪問歯科診療						
はい / いいえ	8/17	4/29	0.07	5/14	9/24	0.94
デイケア・デイサービス						
はい / いいえ	13/12	8/25	0.03	9/10	14/20	0.67
入浴サービス						
はい / いいえ	16/9	19/14	0.62	11/8	19/14	0.98
機能訓練教室						
はい / いいえ	5/20	5/27	0.67	0/17	5/27	0.09
健康増進課に相談						
はい / いいえ	4/21	2/30	0.24	0/18	2/31	0.29
かかりつけ医に相談						
はい / いいえ	22/3	23/10	0.10	16/4	26/7	0.92
支援センターの利用						
はい / いいえ	15/8	18/15	0.43	8/10	14/18	0.96

表11. 希望する在宅介護サービスの変化

希望サービス	施行前	施行後	p-value
介護講習会への参加			
はい/いいえ	24/32	20/25	1.00
介護者同士の集まり			
はい/いいえ	25/30	21/22	0.84
旅行等の際の預かり施設			
はい/いいえ	40/15	32/10	0.82
定期的な介護補助者			
はい/いいえ	38/18	36/8	0.17
要介護高齢者の健康チェック			
はい/いいえ	51/4	41/3	1.00
日中の預かり施設			
はい/いいえ	32/23	26/16	0.84
要介護高齢者の歯科検診			
はい/いいえ	33/22	28/13	0.52
入浴サービス			
はい/いいえ	45/11	35/9	1.00
24時間ホームヘルプサービス			
はい/いいえ	27/29	23/20	0.69

市町村保健師などの関係者が、特に介護者の健康管理に対してサービスの内容等を工夫するなどの配慮が必要であると思われる。川本ら⁷⁾や緒方ら⁸⁾は介護者の健康状態が良くないほど介護負担が大きいと報告している。

また、介護保険施行後は要介護高齢者を一人にして外出できることが、重い介護負担感との関連を0.03倍に小さくすることが認められたが、こうした結果は我々が以前に福岡県遠賀郡で介護保険施行直後に実施した研究結果²⁰⁾と一致している。施行前の調査では要介護高齢者から目を離せない時間が長いことが重い介護負担感と関連していたが¹⁶⁾、ある意味では両者には共通性がある。すなわち、肉体的あるいは精神的に介護から解放される時間をもつことが、介護の負担を軽減させるのではないだろうか。川本ら⁷⁾は副介護者がいるほど、手段的支援ネットワークや情

緒的支援ネットワークが強いほど、介護者の主観的幸福感は大きいと報告している。一日のうちの長い時間にわたって要介護高齢者の世話をする介護者が、友人を訪問したり、リラックスしたりする時間を失うことを示した研究も報告されており²¹⁾、負担感が重い介護者が希望するサービスのうち介護保険制度の前後で有意に高かったのが、定期的に要介護高齢者を預かってくれる施設という結果もこのことを裏付けるものと考えられる。

今回、介護保険導入後に行った調査では、介護負担の重い介護者は要介護度が高いが、日常生活動作の障害が少ない高齢者を介護していて、痴呆に伴う問題行動を有する高齢者を介護している者の割合が多い傾向を示した。この結果は、我々が以前に行った調査で、痴呆があり²²⁾、日常生活動作の障害が軽度なこと^{22, 23)}が在宅介護の破綻要因であ

表12. 介護保険制度施行前後における希望する在宅介護サービスと介護負担感との関連

希望サービス	施行前			施行後		
	高負担群	低負担群	p-value	高負担群	低負担群	p-value
介護講習会への参加						
はい/いいえ	11/13	13/19	0.70	7/8	13/17	0.83
介護者同士の集まり						
はい/いいえ	12/12	13/18	0.56	9/5	12/17	0.16
旅行等の際の預かり施設						
はい/いいえ	21/3	19/12	0.03	10/3	22/7	0.94
定期的な介護補助者						
はい/いいえ	23/1	15/17	< 0.01	14/1	22/7	0.16
要介護高齢者の健康チェック						
はい/いいえ	24/0	27/4	0.07	15/0	26/3	0.20
日中の預かり施設						
はい/いいえ	21/2	11/21	< 0.01	11/2	15/14	0.05
要介護高齢者の歯科検診						
はい/いいえ	18/6	15/16	0.05	6/5	22/8	0.26
入浴サービス						
はい/いいえ	23/1	22/10	0.01	12/3	23/6	0.96
24時間ホームヘルプサービス						
はい/いいえ	16/8	11/21	0.02	9/5	14/15	0.33

ったことと一致している。

介護保険導入後の調査では家族数が4人以上の場合は介護負担が重い傾向を示した。家族が多いことがむしろ負担を大きくしていることは、家族が介護者の身体的サポートや精神的サポートになるというよりは負担となっていると考えられた。今回の調査では、要介護高齢者との間柄は重い負担の関連要因とはならなかったが、以前に我々が福岡県で行った調査では嫁が在宅介護破綻の関連要因であった²³⁾。大家族の場合、要介護高齢者以外の家族に対しても気を使わなくてはならない状況にあり、そのことが介護の負担を重くしているのではないかと考えられた。

実際に受けている介護サービスと介護負担感との関連では施行前は様々なサービスを受けていること自体が、重い介護負担感と関連していたが、このことは介護負担感が重

いので介護者が多くのサービスを利用すること、サービスを利用しているがそれが不足しているので介護者が介護負担感を感じることの両方が考えられる。施行後はその関連がなくなっているが、介護保険制度が始まることにより、患者の要介護度に応じたサービスが提供されるようになったため、必要なサービスと提供されるサービスのミスマッチがなくなったことが考えられる。しかしながら、介護保険導入後においても導入前と同様に、介護負担の重い介護者は、日中に要介護高齢者を預かってくれる施設を希望する者が多かった。介護保険導入以前の調査において、福岡県は在宅サービスが不足していることを指摘されており²⁴⁾、日中に要介護高齢者を預かってくれる施設のさらなる充足が必要と考えられる。

表4に示すように、有意差は認められないものの、痴呆

に伴う問題行動を有する要介護高齢者の割合は介護保険導入前後で14% (58例中8例) から26% (54例中14例) へと増加しており、利用している要介護高齢者は重度の者が多くなっていった。また、表9に示すように、訪問看護利用者の中でもホームヘルパーの派遣を受けている者の割合は介護保険導入前の35% (57例中20例) から67% (51例中34例) へと介護保険制度導入後に増えていた。介護保険導入により利用限度額の制限を超えるサービスは全部自己負担となるため、利用料金の高い訪問看護サービスの利用を一部取りやめ、利用料金の安いホームヘルパーの派遣に変更した可能性が考えられた。サービスは必要だが、利用料が負担できないために利用を控えている²⁵⁾との報告もあり、利用限度額を超えるサービスの利用は全て自己負担となるため、要介護度の低い高齢者の中には訪問看護を全て取りやめ、全てを利用料金の安いホームヘルパーの派遣に変更したケースもあると考えられた。要介護度は低いが訪問看護師に頼らなくてはいけない医療的ケア(服薬指導, 生活指導, 医療処置)が必要な高齢者をどう取り扱うかは今後の課題と考えられる。

介護保険施行後の調査で希望するサービスで多いのは、要介護高齢者の健康状態のチェック、定期的に介護を手伝ってくれる人、入浴サービスなどであった。市町村で提供できるサービスを充実させていくのはもちろんであるが、外出の際の留守番や要介護高齢者との話し相手などボランティアの活用(インフォーマルなサービスの利用)も検討していく必要があると考えられた。また、今回導入された介護保険制度はサービスの利用負担額が定率のため、逆進的な性格を持っていることから²⁵⁾、所得の低い層を中心に負担の軽減を図ることも今後の課題と言える。

V. まとめ

今回の調査では、介護保険導入以前は介護負担の重い介護者は要介護高齢者を介護する時間が長く、要介護高齢者をひとりおいて外出できる者が少なかったが、介護保険導入後においても介護負担の重い介護者は要介護度の高い高齢者を介護しており、要介護高齢者をひとりおいて外出できる者が少なかった。以上より、要介護高齢者を介護する家族介護者の負担を軽減するためには介護者自身の自由な時間ができるようなサービスが必要と考えられた。介護保険導入後においても導入前と同様に、介護負担の重い介護者は、日中に要介護高齢者を預かってくれる施設を希望する者が多かった。日中に要介護高齢者を預かってくれる施設のさらなる充足が必要と考えられた。

高齢化社会のさらなる進展により、施設サービスはより要介護度の高い高齢者に割り当てられ、それまで施設に入所していた要介護高齢者を在宅で介護することが求められる。ただ、そうした在宅介護のあり方は、介護者の犠牲の上でしか成り立たないような制度であってはならないし、制度を進める上ではより介護者の介護負担感を減らしていくような継続的な取り組みが不可欠であると考えられる。そうした意味において今回の我々の研究結果は市町村

が在宅サービスを充実させたり、ケア・マネージャーが介護プランを作成する上で参考になるものと思われる。

謝辞

最後に、制度が変わっていく大変忙しい時期にアンケート調査にご協力いただいたよしとみ訪問看護ステーション管理者の矢岡さんとおばせ訪問看護ステーション管理者の中山さんに深謝いたします。

本研究は厚生科学研究「公的介護保険の導入と介護者の介護負担に関する研究」(主任研究者 荒井由美子)の一部として行われた。

文献

- 1) 渡辺裕子：ケアマネジャーのための家族ケア，日本看護出版協会，東京，2002.
- 2) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly; Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20: 649-655, 1980.
- 3) 厚生省：介護保険制度の円滑な施行に向けての準備，平成11年度版厚生白書，ぎょうせい，東京，197-207, 1999.
- 4) 厚生労働省：個人の自立を支援する厚生労働行政，平成13年度版厚生労働白書，ぎょうせい，東京，124-159, 2001.
- 5) 上田照子，橋本美知子，高橋祐夫，他：在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究，*日本公衆衛生学雑誌* 41: 499-506, 1994.
- 6) 杉原陽子，杉澤秀博，中谷陽明，柴田 博：在宅要介護者のストレスに対する介護期間の影響，*日本公衆衛生学雑誌* 45: 320-335, 1998.
- 7) 川本龍一，岡本憲省，山田明弘，小国 孝：在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究，*日本老年医学雑誌* 36: 35-39, 1999.
- 8) 緒方泰子，橋本迪生，乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担感，*日本公衆衛生学雑誌* 47: 307-319, 2000.
- 9) 斎藤恵美子，國崎ちはる，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，*日本公衆衛生学雑誌* 48: 180-189, 2001.
- 10) 厚生省：介護保険制度の定着に向けて，平成12年度版厚生白書，ぎょうせい，東京，166-176, 2000.
- 11) 鷺尾昌一，荒井由美子：ケアマネジャー，期待されるその役割，*日本医事新報* 3981: 73-76, 1998.
- 12) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et. al : Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 51 : 281-287, 1997.
- 13) 荒井由美子：Zarit 介護負担スケール日本語版の応用，*医学のあゆみ* 186: 930-931, 1998.
- 14) 荒井由美子，杉浦ミドリ：家族介護者のストレスとその評価法，*老年精神医学雑誌* 11: 1360-1364, 2000.
- 15) Arai Y and Washio M : Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Aging and Mental Health* 3 : 158-164, 1999.
- 16) Kuwahara K, Washio M and Arai Y. Burden among caregivers of frail elderly in Japan, *Fukuoka Acta Medica* 92 : 332-339, 2001.

- 17) 鷺尾昌一, 尾島俊之: 医学研究における個人情報保護の実際と方法, 医学のあゆみ 196: 271-275, 2001.
- 18) Davies P: Sociological approaches to health outcome, in Macbeth HM eds: Health outcomes: biological, social, and economic perspectives, Oxford University Press, Oxford, p94-139, 1996.
- 19) SAS Institute Inc. SAS/STAT User's Guide. Release 6.03. edn. Cary, NC, 1998.
- 20) Washio M and Arai Y: The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan Fukuoka Acta Medica 92 : 292-298, 2001.
- 21) George LK and Gwyther LP : Caregiver well-being ; a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. Gerontologist 26 : 253-259, 1986.
- 22) Arai Y , Washio M, Kudo K: Factors associated with admission to a geriatric hospital in semisuburban Japan. Psychiatry Clin. Neurosci. 54 : 213-216, 2000.
- 23) 松鶴甲枝, 鷺尾昌一, 荒井由美子, 森 満, 井手三郎: 訪問看護ステーションを利用している在宅要介護高齢者の入院・入所に関わる要因, 日本公衆衛生雑誌 49 : 1107-1116, 2002.
- 24) 厚生省: 介護保険制度の創設と介護サービスの供給体制の整備, 平成10年度版厚生白書, ぎょうせい, 東京, 234-246, 1998.
- 25) 河合克義, 唐鎌直義, 岡崎祐司, 横山寿一, 宮崎牧子: 地域高齢者からみた高齢者の実像: 「高齢者介護に関する住民生活調査」報告書, 萌文社, 東京, 2001.