

平成 8 年度博士論文

主専攻指導教員 前田大作教授

高齢者を介護する家族の負担：測定尺度の開発と活用
－社会福祉分野における実証的調査研究の一例として－

Burden of Family Caregivers of the Frail Elderly:
Development and Utilization of the Measurement
- An Example of Empirical Research in Social Work -

日本社会事業大学大学院
博士後期課程

G94-D2 中谷陽明

目 次

はじめに	1
第1章 家族介護者の負担研究の意義	
第1節 現代的課題としての家族介護研究	
1) 要介護高齢者および家族介護の実態	2
2) 要介護高齢者への政策的対応	2
3) 家族介護の役割と家族介護研究	3
第2節 家族介護研究の動向	
1) 欧米における家族介護研究の動向	5
2) わが国における家族介護研究の動向	7
第3節 社会福祉研究としての意義	
1) 主観的ニーズとしての負担	9
2) 社会福祉分野における調査研究の系譜	10
1. 社会福祉調査研究の源流－貧困研究の系譜	
2. 臨床的調査研究の系譜	
3. ソーシャルワークにおける‘empiricism’の系譜	
4. わが国における社会福祉調査研究の系譜	
5. わが国の社会福祉分野における「調査研究」論	
6. わが国における社会福祉調査研究の必要性	
7. 社会福祉調査研究が担うべき調査研究	
第2章 家族介護者の負担の研究動向	
第1節 欧米における負担の研究動向－測定手法を中心に	
1) 負担スケールの変遷	20
2) ストレス認知理論の導入	21
3) 負担尺度をめぐる課題	23
第2節 わが国における負担研究	
1) 要介護高齢者を介護する家族介護者の「困難」の研究	25
2) 家族介護者の負担尺度の研究	26
3) 負担尺度以外の尺度による研究	28

第3章 家族介護者の負担の測定

第1節 負担の測定手法の開発

- 1) 測定手法開発のための枠組み 29
- 2) 負担の測定項目 30
 - 1. 身体的負担
 - 2. 精神的負担
 - 3. 社会的負担
 - 4. 全般的負担

第2節 負担の測定手法開発のための調査

- 1) 調査の目的 34
- 2) 調査対象地域の特性 34
 - 1. 諏訪郡
 - 2. 前橋市
 - 3. 町田市・多摩市
 - 4. 三鷹市
- 3) 調査の対象と方法 36
 - 1. 1次（スクリーニング）調査
 - A. 身体的障害の項目および基準
 - B. 精神的障害（痴呆）の項目および基準
 - 2. 2次（訪問面接）調査
 - 3. 調査変数の操作化
- 4) 調査の結果 40
 - 1. 対象者の属性
 - 2. 負担測定尺度の回答分布
 - A. 身体的負担の回答分布
 - B. 精神的負担の回答分布
 - C. 社会的負担・全般的負担の回答分布
 - 3. 負担測定尺度の得点化
 - A. 信頼性の検討
 - B. 構成概念妥当性の検討
 - C. 負担尺度の得点化と相関
 - 4. 負担と関連要因との関係の検証
 - A. 負担とストレス要因との関連
 - B. 負担とリソース要因との関連
- 5) 負担測定尺度活用への提言 49

第3章図表 52

第4章 家族介護者の負担尺度の活用

第1節 社会福祉政策研究における活用

－高齢者保健福祉計画における必要度への応用－

- 1) 高齢者保健福祉計画における「必要度」 84
- 2) PMF類型を用いた必要量・整備目標量の算出 85
- 3) 調査・分析の対象 86
- 4) 必要度として利用意向を用いたサービス必要量・整備目標量の算出 86
 - 1. 各サービスの利用意向
 - 2. 利用意向を用いた該当要介護高齢者数
 - 3. 利用意向を必要度として用いた必要量・整備目標量の算出
- 5) 必要度として負担尺度を用いたサービス必要量・整備目標量の算出 89
 - 1. 必要度としての負担尺度スケール
 - 2. 家族介護MBIスケールを用いた該当要介護高齢者数
 - 3. 家族介護MBIスケールを必要度として用いた必要量・整備目標量の算出
- 6) まとめと課題 90

第2節 社会福祉実践研究における活用

－24時間巡回型ホームヘルパー事業の評価指標への応用－

- 1) わが国におけるプログラム評価 92
- 2) 24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の概要 93
- 3) 研究の対象 93
- 4) 研究方法 94
- 5) 家族介護者の負担の変化 94
 - 1. 全般的負担感・安心感の増減
 - 2. 巡回ホームヘルプ導入前後の負担の比較
- 6) まとめと課題 96

第4章図表 97

第5章 要約と今後の課題

- 1) 家族介護者の負担研究の意義と動向 113
- 2) 負担の測定手法開発のための調査 114
- 3) 負担尺度の活用例 115
- 4) 今後の課題 115

文献 117

あとがき 131

はじめに

高齢化社会の進展に伴い、増大する高齢者ケアのニーズに対応するために社会的ケアの体制が整備されつつあるが、現時点および近い将来においても、家族は高齢者ケアの担い手としての機能を持ち続けるであろうと思われる。ところが、急激な社会変動とともに家族も変容しており、特に直系制家族に備わっていた介護的機能は、夫婦制家族が多数となってきた現代においては、十分にその機能を果たしえない。その結果現代の家族は、その介護能力を超えて負担を抱えたまま介護を続けることになる。このような無理のある家族介護は、高齢者にとっては質の低い介護を受けることになり、家族にとってはその身体的、精神的、社会的健康を損なうこととなる。そこで、家族が経験している負担を適切に把握し、施設入所をも視野に入れた対応策を提示することが重要となり、また負担を軽減するような方策も必要になってくる。一方、特に米国において、痴呆性老人を介護する家族の負担を'burden'という概念でとらえ、その測定用具の開発及び関連要因との関係を明らかにしようとする研究が、社会福祉、心理学、社会学、公衆衛生学の各分野で盛んに行なわれてきた。さらに、介護から派生する負担の軽減を目指したプログラムの実験的研究も数多くみられる。

以上のような背景をふまえ、本論文においては、日常生活で支援の必要な高齢者を介護する家族の負担の測定手法を開発することを第一の目的とする。家族が経験する負担が、身体的、精神的、行動的、経済的というように多面的なものであることから、開発される負担の測定手法も多次元的なものとなる。第二に、開発された負担の測定手法の活用を試みる。負担の測定手法の活用としては、政策・計画レベルでの活用と臨床・個別レベルでの活用が考えられる。政策・計画レベルにおいては、高齢者への保健福祉サービスの必要量を推計する際に、変数のひとつとして位置づけることが可能となる。具体的には、老人保健福祉計画の中で使用されている「必要度」を測定する、あるいは、「必要度」を代替する変数としての活用例を報告する。臨床・個別レベルでは、介護負担を軽減するプログラムの効果測定を実施する際の、結果・効果の変数のひとつとして負担の測定手法が活用できる。本論文では、24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の効果測定に、負担尺度を用いた活用例を報告する。

さらに本論文においては、副題にもあるように、社会福祉分野における実証的調査研究であることが強調される。現在わが国の社会福祉分野における調査研究の中では、実証的調査研究は未だ重要視されているとはいいがたく、研究報告例も数少ない。そのような中で、これまでの社会福祉と調査研究のかかわりを概観し、実証的調査研究の重要性を再確認した上で、その研究の一例として今回の研究を報告することは、十分に意義のあるものと思われる。

第1章 家族介護者の負担研究の意義

この章では、本論文で取り上げる家族介護者の負担研究の意義について、ふたつの側面から述べる。ひとつは、現代のわが国において取り上げるべき課題としての家族介護研究の側面と、今ひとつは、社会福祉分野における実証的調査研究の側面である。

第1節 現代的課題としての家族介護研究

1) 要介護高齢者および家族介護の実態

周知のとおり、わが国の高齢化は急速に進んでおり、1995年国勢調査の速報集計結果によると、全国で65歳以上の高齢者は約1,860万人で総人口に占める割合は14.8%となった。これは、前回の1990年国勢調査時より2.8ポイントの上昇で、国民の4人に1人が高齢者となる2025年のピーク時まで、この勢いで増え続けるものと思われる。さらに高齢化に伴って、生活していく上で他者による援助を必要とする「要援護高齢者」あるいは「要介護高齢者」¹⁾も増加を続けている。厚生省の「高齢社会福祉ビジョン懇談会」が1994年にまとめた「21世紀福祉ビジョン」によると、1993年には要介護の痴呆性高齢者10万人を含む約100万人の要介護高齢者数が、2000年には140万人（痴呆性高齢者20万人）、2010年には200万人（同30万人）、そして高齢化のピーク時には270万人（同40万人）に達すると推計されている。

このような要介護高齢者の大多数は在宅で生活を続けており、1995年国民生活基礎調査によれば、65歳以上の在宅の要介護高齢者は86.1万人、そのうち寝たきりの高齢者は28.4万人と推計されている。さらにそれらの寝たきりの高齢者の主な介護者としては、同居の親族が86.0%、別居の親族が6.8%で、親族以外は7.2%にすぎない。また同居の親族では、配偶者が27.0%、子が20.2%、子の配偶者が34.2%となっており、主な介護者の性別が男性14.9%、女性85.1%であることを考えると、高齢者介護の担い手の主力は、依然として「妻」「娘」「嫁」であるといえる。さらに同調査では、「悩みやストレスがある」と回答した主な介護者が、7割に上っていると報告している。

2) 要介護高齢者への政策的対応

在宅の要介護高齢者に対する国家レベルの政策的支援は、既に1963年に制定された「老人福祉法」において、「老人家庭奉仕員派遣事業」として制度化されていた。しかしながら老人福祉法は、構想段階ではより広く在宅の要介護高齢者対策あるいは一般高齢者への施策を含めたものであったが、当時の社会状況等から施設整備中心の法律として実施された（岡本、1993）。加えて当時は、「介護については高い家族意識・扶養意識を生かした私的扶養を中心とし、公的な役割はその家族基盤を強化することである」とする、いわゆる「日本型福祉社会」論が、わが国の公的施策の基本理念であった。たとえば昭和41（1966）年度の厚生白書には、「厚生行政は、家庭が、変動のなかにあってもその本来の機能を失うことのないように、また、その本来的機能の安易な社会化を避け、それとの調和を図りつつ、社会的サービスの体制や地域社会の整備を図る必要が

ある（p.31）」と記されている。そのような理念の下では、家族介護を支援する在宅保健福祉サービスの飛躍的増大は望めず、また、社会福祉の対象となるのは低所得者層であるという、いわゆる選別主義の考え方も根強く残っていた。その結果在宅の要介護高齢者を対象とした保健福祉サービスは、ヨーロッパ諸国等と比較すると、大幅な差異が生じることとなった。たとえば、65歳以上人口10万人当たりのホームヘルパー数をみると、日本の約360人に対して、イギリス約670人、フランス約1,160人、デンマーク約3,520人、スウェーデン約5,670人と、桁違いの差が生じている（平成6年度国民生活白書）。

ところが現実として、人口の高齢化に伴い要介護高齢者のニーズも増大し、わが国の家族をめぐる状況も徐々に西欧化してきたことから、1960年代後半から1970年代にかけて、市町村によって「法外援護」という名目で今日の在宅サービスにあたる公的施策が実施され始めた。このような動きに呼応して、ようやく1990年に社会福祉関係八法が改正されることとなり、特に老人福祉法においては、在宅福祉サービスが法定化され積極的に推進させられることとなった。またこれに先立つ1989年には、消費税導入に伴う政策的見返りといった側面もあるものの、1999年までの10年間に、在宅サービスを中心とした高齢者への保健福祉サービスをそれまでにない規模で拡充することを決定した「ゴールドプラン」が提示されていた。さらに1994年には、厚生省に設置された高齢者社会福祉ビジョン懇談会が報告書「21世紀福祉ビジョン」を発表し、ゴールドプランで設定されたホームヘルパー数およびデイサービスセンター数の更なる拡充を求めた「新ゴールドプラン」策定の提言を行った。以上のような要介護高齢者政策の動きは、三浦（1994）が指摘するように、要介護高齢者対策が社会福祉サービスから社会サービスへと転換してきたと総括できる。つまり要介護高齢者問題は、限られた特定集団の問題ではなく、国民の大多数が当事者としてかかわる可能性のある問題であり、その対応には国および地方公共団体が重要な役割を果たすべき問題であると認識されるようになったわけである。

3) 家族介護の役割と家族介護研究

上記の要介護高齢者対策が社会サービスへと転換していく流れには、介護が私的ケア中心から社会的ケア中心へ移行し、家族による介護は近い将来、公的および民間の保健福祉サービスあるいはそれらに準じた介護ネットワークによって肩代わりされ、家族介護者の負担問題は解決されるであろうという希望的観測が多分に含まれている。事実、厚生省介護対策本部の高齢者介護・自立支援システム研究会が1994年にまとめた「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」という報告書の中では、家族介護の果たす役割は、要介護高齢者への身体的な支援よりも精神的な支援が期待されるという意味の記述があり、今後順調に保健福祉サービスの整備が進められていくなれば、家族は身体面の介護には従事する必要がなくなるであろうという政策担当者側の思いが読みとれる。

しかしながら、現在のわが国の状況を鑑みて、近い将来、家族が要介護高齢者の介護から完全に解放されるであろうと考えることは困難である。冷水（1996c）は、現時点でわが国より一桁多い人数のホームヘルパーが整備されている北欧諸国においても、介護全体の3分の2は依然として家族介護に頼っているというデータを紹介し、厚生省が介護費用との関連で試算した、2000年には家族介護は介護全体の45%を担うことになるという結果は、あまりにも家族介護を過小評価しすぎていると批判している。さらに現在において、より重要なことは、家族介護を政策的に位置づけること、つまり家族介護と社会的介護の配分と役割を明確にすることであると述べ、そのためには家族介護に関する多面的かつ科学研究が必要であることを示唆している。

ところで、わが国の高齢者の家族介護にかんする研究は、欧米と比較すると質・量ともかなり見劣りする。そもそもこれまでの家族研究においては、高齢者は「みえにくい」存在であった。したがって介護も家族扶養の一部として位置づけられ、さらに扶養の前提である「同居か別居か」といった問題設定で実際の研究が行われてきた（庄司，1993）。要介護高齢者の実態調査は、行政側によって比較的早くから行われ、現在も国をはじめ地方自治体がかなり頻繁に実施している。しかしこれらの調査は、要介護高齢者本人の生活実態や問題の把握に重点がおかれ、家族介護に関しては、属性を中心とした実態把握にとどまっている（中野，1996）。また印南ら（1996）は、学術雑誌を中心とした広範な論文の検索を行った結果、家族介護に関する実証的研究はほとんど存在しないと指摘している。次節において、このような家族介護研究の動向を、欧米での動きとわが国での動きに分けて概観する。

注

- 1) 「要援護高齢者」と「要介護高齢者」という用語には、確固とした定義があるわけではないが、概ね「要介護高齢者」とは寝たきりに近い状態の高齢者で介護を必要とする者で、「要援護高齢者」は寝たきりだけでなく虚弱な高齢者を含んだ、何らかの援護を必要とする者と理解されている。本論文で取り扱う調査の対象高齢者は、後述する調査手法からもわかるように、寝たきりだけでなく虚弱な高齢者も含んでいる。しかしながら、家族・親族が何らかの介護を提供している高齢者に対象を限定したことから、以後は「要介護高齢者」という用語を用いる。

第2節 家族介護研究の動向

1) 欧米における家族介護の研究動向

家族介護に関する調査研究¹⁾は、英国で1960年代頃から精神障害者を在宅で介護する家族を対象として行われるようになった (Grad & Sainsbury, 1963; Hoeing & Hamilton, 1966)。これらの研究は、当時の脱施設化の動きの中で、精神障害者の家族介護者が経験する困難さに焦点をあてたもので、身体的、精神的負担に加え、自由になる時間の減少や社会生活上の制約といった負担の増加も報告されている。また、簡単な負担の尺度化を試みている報告もみられる (Brown et al., 1972)。その後、精神障害者の家族介護者を対象とした研究が積み重ねられ、介護者の負担を測定するスケールの開発、負担を軽減するプログラムの開発などが続けられていった (Reinhard, et al., 1994)。

一方、要介護高齢者の家族介護に関しては、シャナス (E. Shanas) が、「米国の高齢者は家族、特に子どもから疎外されている」という説は、社会的な‘うそ’ (social myth) であると指摘し (Shanas, 1979a)、実際にデータを検証して、要介護高齢者の社会的サポートで主要なものは、配偶者、子ども、親戚といった家族であるという知見を示している (Shanas, 1979b)。さらにプロディ (E. M. Brody) も、当時から米国の老年学の中心的役割を担っていた Philadelphia Geriatric Center において女性の家族介護者を対象とした調査を実施し、家族は要介護高齢者を見放そうとはしていないし、実際に献身的な介護を提供しているという知見を示し、「狭間にいる女性 (Women in the Middle)」という用語で女性の家族介護者を表現した (Brody, 1981)。これは、年齢的に親の年代と子どもの年代の、いわゆるサンドイッチ世代であるということに加えて、要介護高齢者の介護という役割と仕事をはじめとする様々な役割との狭間で困難に立ち向かっているということを意味している。これらの先駆的研究は、実証的に知見を蓄積したという役割よりも、一般社会および研究者コミュニティの中に、家族介護に対する関心を高めたところに大きな意義があった (Biegel & Blum, 1990)。

そのような啓蒙的調査研究が行われる一方で、要介護高齢者の介護が介護者に与える様々な影響、特に身体的・精神的負担、社会生活上の制約、家族関係の悪化といった negative な影響を測定する尺度開発の試みがいくつか行われた。その中で最も代表的なものはザリット (S. H. Zarit) らが作成した負担質問票 (Burden Interview) で (Zarit, et al., 1980)、ここで使われた‘burden (負担)’という用語が、以後の調査研究において、家族介護者が介護によって経験する negative な影響のことを指す用語として使われていくようになる。また、ザリットらの調査研究がアルツハイマー型痴呆 (Alzheimer's disease)²⁾ の高齢者を対象にしていたことから、以後の要介護高齢者の家族介護の調査研究も、痴呆性高齢者とその家族介護に関するものが中心となっていく。ザリットらの他には、英国のグリーン (J. G. Greene) らが開発した家族介護者ストレス・スケール (Relatives Stress Scale) (Greene, et al., 1982)、大量のサンプルを使って開発を試

みた カンター (M. H. Cantor) の尺度 (Cantor, 1983) , ロビンソン (B. C. Robinson) が開発した介護者ストレイン・インデックス (Caregiver Strain Index) (Robinson, 1983) などがある。社会福祉分野でも、コスバーグ (J. I. Kosberg) らが、実際のケアマネジメントでの活用を目指した介護コスト・インデックス (Cost of Care Index) を作成し (Kosberg, et al., 1986) , またソーシャルワークの雑誌においても、ザリットの負担質問票を使った調査研究がみられるようになった (Pratt, et al., 1986) 。

負担尺度の開発とともに、それらを使用しての、高齢者および介護者の属性やパーソナリティ、就労の有無や副介護者の有無といった介護条件的な要因、家族関係などといった負担に関連する要因の探索がさかんに行われ、1980年代の半ばには、それらの研究を総括するレビュー論文も書かれるようになった (Horowitz, 1985 ; Ory, et al., 1985) 。このように米国において、家族介護に関する研究がさかんになった背景要因として、ビーゲル (D. E. Biegel) らは以下の6つを挙げている (Biegel et al., 1991) 。

- ①平均寿命の伸びと高齢者人口の増加
- ②慢性疾患患者の増加および後遺症として障害を持つ患者の増加
- ③出生率の低下と離婚率の増加による家族構造の変化
(より長く親と同居することになり、義理の両親の介護もするようになる)
- ④女性の社会進出
- ⑤施設ケアのコスト増大に伴う、在宅ケアへの移行の推進
- ⑥医療費の支払い方式の変化 (出来高払いから前払いへ) に伴う、医療ケアの変化
(家族の介護能力を見極めずに退院を促し、家族介護に移行させる)

家族介護に関する調査研究は現在も数多く報告されており、1990年代入ると、それまでの調査研究の蓄積をもとにして、要介護高齢者の家族介護に関する専門書が相次いで出版されるようになった (Aneshensel et al., 1995 ; Biegel & Blum, 1990 ; Biegel et al., 1991 ; Kahana et al., 1994 ; Light & Leowitz, 1990 ; Light et al., 1994) 。

一方、このような家族介護研究に対する批判的な論調もいくつかみられる。介護者の負担に関する研究については、ザリット自身が、「介護が大変だという知見はもう十分に積み重ねたから、次の段階として大変さをどう軽減するかに調査研究の焦点を移すべきである」と提言した (Zarit, 1989) 。ザリットの提言を待つまでもなく、保健福祉サービスの利用による負担の軽減を目指した研究がいくつか行われつつあった (Caserta, et al., 1987 ; Lawton, et al., 1989) 。また、後述するストレス認知理論の適用から、介護者のコーピング (coping ; 対処) 能力を強化することにより負担の軽減が可能になるという調査研究も現れ (Quayhagen & Quayhagen, 1988) , 1990年代には、家族介護者のコーピングに関するレビュー論文が書かれるほど知見が積み重ねられてきた (Kramer & Vitaliano, 1994) 。家族介護研究への今一つの批判は、調査研究が学術的な整合性を追求するあまりに、実際の公共政策や公共サービスの充実につなげていないという批判

である (Abel, 1990 ; Braithwaite, 1992) 。しかしながらこの批判については、最近出版されたケーン (R. A. Kane) らの著書で (Kane & Penrod, 1995) , それまでの膨大な家族介護研究の蓄積を概観し、政府は家族介護者を支援する政策を強力に推し進めるべきだという結論を導き出していることから、家族介護に関する調査研究が単に学術的関心のみで行われているとはいえない。

以上述べてきたように、欧米、特に米国における家族介護に関する調査研究は、今やひとつの研究領域として成り立つほど知見が蓄積されてきている。それも社会学や心理学といった単一の学問領域の傘下で行われるのではなく、社会学、心理学、社会福祉学といった行動社会科学系から臨床医学、公衆衛生学、看護学といった自然科学系まで数多くの学問領域で取り上げられてきている。また家族介護研究が、学術的調査研究の対象というだけでなく、調査研究による知見を、政策あるいは実践へフィードバックすることが常に意識されていることも忘れてはならない。

2) わが国における家族介護の研究動向

わが国において、伝統的に家族を調査研究の対象領域としてきたのは、社会学であろう。しかしながら家族介護に関しては、先駆的研究 (那須, 1962 ; 那須・湯沢, 1970) において取り上げられた家族形態の問題としての老親との同別居、家族機能のひとつとしての老親扶養の問題に終始し、家族介護というトピックへの展開は数少ない (庄司, 1993) 。1980年から1992年までの老年期家族に関する家族社会学関連の実証的研究をレビューした横山・古谷野 (1993) をみても、キーワードとして挙げられているのは、「同別居の共同度・分離度」「扶養意識・イエ意識」「夫婦関係・別居子関係」といったもので、すべて介護に関連する概念ではあるが、「家族介護」そのものは、キーワードとして挙げられていない。そのような中で、要介護高齢者の介護問題を社会的に取り上げた牧園 (1981) や岡本 (1989) の調査研究は注目に値するが、調査研究手法が事例紹介的なものにとどまっており、その後の展開もみられない。唯一家族ストレス論の立場から介護問題を捉えようとした松岡 (1985) が、その後実証的な研究への展開をみせている。

わが国の家族介護に関する実証的な研究は、むしろ社会福祉分野から広がり始め、1960年代の後半から、全国各地で「ねたきり老人」の実態調査が実施された。以後現在に至るまで、要介護高齢者とその介護者に関する調査は数多く実施されているが、中野 (1996) の指摘するように、これらの調査研究は実態調査の域を出るものではなかった。そのような中で、東京都老人総合研究所社会学部が行った一連の調査研究は、家族介護に関するわが国での学術的な実証研究例の一例として評価できる (東京都老人総合研究所社会学部, 1977 ; 1980 ; 1983) 。また欧米で家族介護研究がさかんになった契機のひとつに、「負担 (burden)」というキーワードの登場があるが、わが国でも上記の東京都老人総合研究所の調査研究、中島ら (1982) , 藤田・黒田 (1987) において、介護上の

困難、悩みというキーワードで取り上げられている。わが国で初めて「負担」という用語を用いて尺度化を試みたのは、おそらく山岡ら（1986）であろうが、これは質問項目が1つのみの一元的なものであった。多項目式では、やはり東京老人総合研究所社会学部が行った、痴呆性高齢者の家族介護者への調査において使用した負担感スケール（中谷・東條，1989），あるいは同じく東京都老人総合研究所精神医学部門で開発された介護者負担感評価尺度（新名ら，1989）などがある。

1990年代にはいると、米国でのシャナスやプロディ同様に、啓蒙的な論文も現れ（大塩，1990；袖井，1991），後節で論じるように負担を取りあげる調査研究もかなり増えてきた。さらに、家族介護や負担に関するレビュー論文もいくつか発表されるようになり（新名，1991b；太田，1992；松岡，1992），中でも印南ら（1996）のレビュー論文は、わが国の家族介護に関する実証的研究の過去にない大規模なレビューを行っている。社会福祉分野においても、「家族福祉」という概念の中で、家族介護に関する調査研究を進めようとする試みがみられる（野々山，1992；西下，1994）。このようにみえてみると、わが国での家族介護に関する研究は、欧米と比較して約10年ほど遅れて展開が進んできているように思える。つまり、欧米での1985年前後同様に、負担をキーワードにして高齢者の家族介護に関連する諸分野で、様々な調査研究が実施された時期にあたるのではないと思われる。また前述した、欧米における家族介護研究が隆盛になった背景要因は、そのほとんどが、現在のわが国にもあてはまると思われる。このような時期に、本論文が要介護高齢者を介護する家族の負担を取り上げ、その測定尺度の開発と活用について一石を投じることは、極めて意義のあることであると考えられる。

注

- 1）本論文では、「研究」と「調査研究」は、ほぼ同義として使用する。これらは、
‘research’の邦訳語として使用している。
- 2）周知のとおり、欧米では脳血管性痴呆の割合が少なく、一般的には、アルツハイマー病といえば、痴呆性高齢者の代名詞として使われることが多いようである。

第3節 社会福祉研究としての意義

1) 主観的ニーズとしての負担

福祉ニーズのとらえ方のひとつに、主観的ニーズと客観的ニーズを区別してとらえる方法があるが、これら二つはしばしば一致しないことがあり、片方だけで完全なものとするには無理があることが指摘されている（坂田，1996）。前節で紹介した東京都老人総合研究所社会学部が行ってきた一連の要介護高齢者を介護する家族介護者の調査研究は、主として家族介護の客観的困難を把握するために行われたが、介護者が表明する主観的なニーズにも関心が払われていた。第1次調査（東京都老人総合研究所社会学部，1977）およびその3年後に実施した追跡調査（東京都老人総合研究所，1980）では、世話の困難を客観的なものと主観的なものに分け、主観的な困難の表明として10項目を設定し、「お世話をする上で次のような困ることはありませんか」とたずねて調査を行った。その結果、客観的困難があると判断されたケースでも、困ることがまったくないという介護者は第1次調査、追跡調査ともに4割を超えており、困ることが1つか2つという介護者を加えると全体の4分の3に達していた。この結果は、客観的ニーズと主観的ニーズが一致しない例を示しているが、これらの調査研究ではとらえることのできなかった「客観的ニーズは低いが主観的ニーズが高い」介護者も存在すると思われる。そのような家族介護者を把握するためにも、家族介護者の主観的ニーズを測定できる尺度の必要性は高い。

さらに平岡（1990）は、自治体の政策立案・計画策定の作業の中で、家族介護者の負担の把握が必要であることを示唆している。そこでは、要介護高齢者のニーズを類型化し、それに対応するサービス量を積算することによって保健福祉サービスの整備目標量を算出する方法が提示されているのだが、そのニーズの類型化の妥当性を検証するためには、主観的ニーズの要素を取り入れることが重要な課題であると指摘しているのである。実は本論文の後節において負担尺度の開発で取り扱うデータは、1990年前後に東京都老人総合研究所社会福祉部門が、自治体の計画策定のためのニーズ量の推計を目的とした調査において収集されたものである。その調査の枠組みにおいて、家族介護者の負担は、保健福祉サービスの認知・利用希望とともに、主観的ニーズの要素として位置づけられているのである（冷水，1996a）。また、本論文で報告する負担尺度の活用例のひとつは、「高齢者保健福祉計画」におけるサービス必要量・整備目標量の算出において、負担尺度によって測定した介護者の負担を活用したものである。

主観的ニーズとして、要介護高齢者の家族介護者の介護負担を把握することは、今一つの現代的課題であろう「老人虐待」を把握・防止するためにも有用である。老人虐待については、虐待が行われているケースを把握することが困難なことから、特にわが国においては調査研究も数少ない。そのような数少ない研究例（金子，1987；田中，1995）において、介護者の負担が虐待を産み出す大きな要因のひとつであることが示唆されて

いる。つまり、虐待そのものを把握するのではなく、虐待の可能性を示唆するものとして、介護者の主観的な負担をとらえることが必要になってくるわけである。米国における調査研究においても、介護者の負担は老人虐待の危険因子（risk factor）として挙げられている（Pillemer & Suitor, 1994）。介護者の負担を適切に測定できる尺度が存在するならば、虐待の危険性を予知し、事前に防止する事が可能となるであろう。

以上のように、社会福祉分野において、家族介護者の負担を測定する有用性・必要性はかなり明確であると思われる。しかしながら、本論文が持つもう一つの側面、すなわち実証的研究であるということが、現代の社会福祉分野においてどのような意義を持つのかについて以下で考察する。

2）社会福祉分野における調査研究の系譜

ここでは、社会福祉分野における調査研究の系譜を2つの流れから概観する。2つの流れとは、副田（1967）がいう「生活構造から福祉を理解する」視点の貧困研究、生活研究の流れと、「人格構造から福祉を理解する」視点のソーシャルワーク研究、臨床的調査研究の流れである。まずそれぞれの系譜の欧米における流れを概観し、次にわが国における調査研究の事情について述べる。

1．社会福祉調査研究の源流－貧困研究の系譜

社会福祉調査の源流としては、18世紀後半の英国における、刑務所の改良を目指したハワード（J. Howard）の監獄調査やイーデン（F. M. Eden）の家計調査があげられている（Macdonald, 1960；野村, 1980）。さらに19世紀後半のヨーロッパの労働者家族の実態をとらえたル・プレー（F. Le Play）やエンゲル（E. Engel）の家計調査、そして20世紀初頭の英国におけるブース（C. Booth）やラウントリー（S. Rowntree）の貧困調査なども、社会福祉調査の原型としてとらえられている（児玉, 1974）。同時にこれらの先駆者たちは、社会福祉調査の源流としてのみならず、社会学の研究者によって社会調査の先駆者としても挙げられている（安田, 1960；福武・松原1967）。つまり、社会調査は、本来社会問題の解明からその解決へ、あるいは社会そのものの改良を目指すという極めて社会福祉的な視点を持っていたのである。

上記の先駆者達の中で、社会福祉の研究者によって頻繁に取り上げられるのがブースである。たとえば井垣（1968）は、ブースの「世界を動かす力は、統計にあるのではなく、強力な熱情にこそ存する。しかし、世界を正しく改良しようとするのなら、その力は統計によって導かれなければならない」という言葉を紹介し、社会調査が社会福祉的目標をもって成立してきたことを強調している。さらに同じ貧困調査でも、エンゲルが貧民による暴動の抑制のために調査を利用したのに対し、ブースやラウントリーは貧民救済が第一の目的であったことを指摘している（井垣, 1985）。また阿部（1990）は、ブースの調査が一般理論の検証を目的として行われたのではなく、当時の英国での貧困問題をめぐるイデオロギー的論争に科学的事実でもって決着をつけ、貧困問題への社会

的対応を促進させたことを強調している。

ヨーロッパで発展してきたこのような社会調査は、20世紀初頭に米国において隆盛をみることになり、有名な「ピッツバーグ調査」や「スプリングフィールド調査」が行われた。特にピッツバーグ調査は、当時のソーシャルワーカーの要請によって始まり、ソーシャルワーカー自身も数多く調査に参加していた（井垣，1985）。調査の対象になった当時の社会問題は、貧困問題から、住宅問題、労働環境、児童福祉問題へと広がっていった。さらに象徴的なのは、当時社会福祉分野の代表的雑誌であった‘*Charities and Commons*’が、‘*Survey*’へと雑誌名を変更したことである。このような社会調査のたかまりを井垣（1993）は、COS運動とセツルメント運動に加えて、アメリカ社会福祉発達史の3大潮流としてとらえている。しかしながらこのような社会調査の隆盛は、調査技術・方法論が高度に精緻化されたという効用とともに、社会科学における仮説の検証あるいは一般化という目的が強調されることとなり、社会調査が成立時より持っていた具体的問題の解決という目的は、むしろ後退していくことを余儀なくされた。そしてソーシャルワーク自身も、新しい調査研究の流れ、すなわちソーシャルワークが専門職化していく過程におけるケースワーク研究あるいはソーシャルワーク研究¹⁾に力点が置かれていくことになった（井垣，1985）。

2. 臨床的調査研究の系譜

ソーシャルワークが、専門職としての確立を目指し始めたのは、リッチモンド（M. E. Richmond）の著作「社会診断（Social Diagnosis）」からであると言われる。マクドナルド（M. E. Macdonald）は、リッチモンド自身は自らを研究者と認識していないが、「社会診断」の中で用いられている数々の研究手法をみても、またソーシャルワークの介入技法を科学的に検証しその体系化を試みた点においても、ソーシャルワーク調査研究の偉大な第一歩であると指摘している（Macdonald, 1960）。その後の研究に関しては、たとえば副田（1967）は、ハミルトン（G. Hamilton）の「精神発生史」とパールマン（H. Pearlman）の3つの診断論（①力動的診断、②臨床的診断、③病院論的診断）に注目し、当時人間や人格に関する一般的理論が現実から遊離しがちであったのに反して、ソーシャルワーカー達が用いる調査は、行動科学の限界を超えてより真理に近づく可能性があり、その一部は実現していたと述べている。さらにソーシャルワーカーの専門教育においても、1920年頃までは、実践家として様々な問題に対応できるような知識・技術を身につけるとともに、調査研究を通してソーシャルワーク分野の知識の発展に寄与できる専門家を育成することが目標とされていた（Dunlap, 1993）。

ところが、ソーシャルワークが精神医学的アプローチ、特に精神分析的アプローチに傾倒し個人のパーソナリティにすべての問題を還元しようとするアプローチをとるにしたがって、調査はソーシャルワークの介入プロセスの一部であり、後に続く介入のための資料・情報収集の役割しか与えられず、知見の蓄積あるいは理論構築への貢献といっ

た役割は必ずしも重要視されなくなった（児玉，1974）。つまり，同時期に社会学の分野において，理論構築の方法として洗練・発展させられていた社会調査は，ソーシャルワーク分野では関心が払われてこなかったのである。しかしながら，精神分析的アプローチの主流である診断主義ケースワーク学派の代表的な研究者のホリス（F. Hollis）でさえ，「ケースワークは科学的アート（scientific art）である」といっており，科学性を追求する姿勢自体は常に保持されていた（Reid & Smith, 1989）。

一方，ソーシャルワークが専門職化していく当初から，「われわれの介入は本当に効果があるのか」という問いかけには常に関心が払われ，そのための調査研究が数多く行われてきた（Blythe & Briar, 1987）。ところが，ソーシャルワークにおいていくつかの効果評価研究が実施されている時期と並行して，心理学およびカウンセリングの分野では，アイゼンク（H. J. Eysenck）が発表した論文（Eysenck, 1952）が契機となり，効果評価についての大きな転機が訪れていた。アイゼンクの論文は，それまでの心理療法の効果評価研究をレビューし，いわゆる心理療法は思ったほど効果を上げていないという結論を導き出したものであった。当然のようにこの論文に対する批判が相次いだ，一方で心理療法そのものの手続きの見直し，あるいは効果評価のより洗練された手法の開発といったことがさかんに行われ始めたのである。そしてアイゼンクより約20年遅れて1970年代に入ると，ソーシャルワークの分野においても，ソーシャルワーカーによる介入の効果を疑問視する効果評価研究のレビュー論文がいくつか発表された。その中でもフィッシャー（Fisher, 1973）の論文はソーシャルワーカー達に大きな反響を呼び，論文が発表された*Social Work*誌は，この後何号かにわたって論文に対する読者からの手紙の特集を組んだほどであった²⁾。さらにその後に発表されたレビュー論文も，ソーシャルワーカーによる介入の効果を示すことができなかった（Wood, 1978）。しかし1980年代に入ると一転して，ソーシャルワーク介入には，ある程度の効果が認められるという効果評価研究のレビュー論文がいくつか発表され（Reid & Hanrahan, 1982；Rubin, 1985），近年の論文では，メタ分析（meta-analysis）³⁾という手法を使ってより洗練されたレビューを行い，ソーシャルワーク介入の有効性を確認している（Videka-Sherman, 1988; Gorey, 1996）。ところが1980年代には，レビュー論文の結果そのものよりも，むしろレビューの方法論，さらにはレビューを行う際に依拠すべき立場についての論争に焦点が移行していった。

3. ソーシャルワークにおける‘empiricism’の系譜

効果評価研究のレビュー論文が契機となって，そもそもソーシャルワークはどのような科学的立場に依拠すべきかという論争が1980年代にさかんに行われたが，この論争は，北米のソーシャルワーク研究で主流になりつつあった実証主義（empiricism⁴⁾）の流れに対する批判でもあった。レイド（Reid, 1994）によれば，ソーシャルワークにおける実証主義的な胎動は，1950年代から1960年代にかけて，北米のソーシャルワーク大学院

で博士課程の教育が重視され始め、ケースワークやグループワークといった直接処遇の教員および学生が博士課程で学び始めたところであるといわれる。特にこの時期に米国コロンビア大学ソーシャルワーク大学院の博士課程を終了した学生は、その後各地の大学院に赴任し、ソーシャルワークにおける実証主義の発展に貢献することになるのである。さらにトーマス (E. J. Thomas) が、心理学の学習理論に基づいた行動療法のソーシャルワークへの応用をミシガン大学で始めたことが、実証主義への流れを加速し、1970年には、この行動変容アプローチは、ソーシャルワークの4大アプローチのひとつとして認知されるようになった (Thomas, 1970)。

実証主義の台頭は、主として大学院を中心としたアカデミズムの中での出来事であり、それによってソーシャルワーカーたちの日常の実践が大きく変化することはなかったと思われる。それでも単にアカデミズムの中での議論に終わらせることなく、ソーシャルワークにおける古くて新しい命題「実践と調査研究の統合あるいは有機的連携」に対して、実証主義的アプローチが出した解答のひとつが、単一システム評価法 (single-system designs⁵⁾) であった。前述した効果評価研究のレビュー論文の発表も契機となり、実践家こそが、実証的視点で自らの実践を検証することが重要であり、そのための道具としての単一システム評価法の導入が強く叫ばれたのである (Bloom & Block, 1977; Howe, 1974; Jayaratne & Levy, 1979)。また、調査研究の結果を直接的に実践に生かすことができる枠組みとして、R & D (Research & Development: 調査と開発) モデルがトーマス (1978) によって提唱され、さらにロスマン (J. Rothman) によって Social R & D モデルとして、個人や家族を対象とした実践だけでなく、より広い地域の課題あるいは社会問題の解決に向けての調査研究の枠組みとして発展させられた (Rothman, 1980)。

一方1980年代に入ると、このような実証主義の台頭に対して、異議を唱える論文が発表されるようになった。その契機となったのは、ヘイネマン (Heineman, 1981) の、実証主義の限界および短所を指摘し、ソーシャルワーク、特にソーシャルワーク調査研究は、実証主義以外の、社会科学の他分野で発展しつつあるアプローチに依拠すべきであると提唱した論文であった。この論文に対して、すぐさま批判は的外れであるとする実証主義の側からの反論の論文 (Hudson, 1982) が掲載されたが、ヘイネマンはその後ソーシャルワークが依拠すべき立場として、実践における経験からの発見を重視する発見的 (heuristic) アプローチを展開していった (Heineman, 1989)。この heuristic アプローチに関しての賛否両論は現在も続いており、最近でも支持する論文が掲載されると (Tyson, 1992)、それに対する反論が、実証主義を重視する42名の連名で掲載される (Grinnell et al., 1994) といった状況にある。この他に実証主義の反証的アプローチとして、実存主義、批判理論、脱構造主義 (Dean & Fenby, 1989)、構成主義 (Fraser, et al., 1991)、規範主義 (Peile, 1988) といったものが提唱され、それぞれについて

論議が続けられている。

また、実証主義アプローチが理論と実践の橋渡しとして提唱した単一システム評価法についても、実践的であるとはいふものの、手続きに制約が多く適用できる範囲も限られており実践的ではないと批判され、質的な事例分析がより適切であると指摘されている（Ruckdeschel & Farris, 1981）。さらに、実践に携わるソーシャルワーカーは、単一システム評価法を実際にはほとんど活用していないという調査結果も報告された（Dolan & Vourlekis, 1983; Richey, et al., 1987）。このように、単一システム評価法は現在のところ期待したほどの成果は挙げられていないが、何らかの手段でソーシャルワーク介入の評価を行うことは避けられないことなので、評価のひとつの道具として単一システム評価法が持つ可能性には今後も期待が寄せられている（Nelsen, 1993）。

以上述べてきたように、ソーシャルワークにおける臨床的調査研究の系譜は、調査研究を足がかりにして、ソーシャルワークにおける認識論的（epistemological）論争へと発展していった。その一方で、そのような認識論的論争のより具体化したものとして、単一システム評価法への批判でふれたように、質的な（qualitative）調査研究か量的な（quantitative）調査研究かという論議も行われている。いずれにせよ現在の北米のソーシャルワークにおいては、‘research’＝「調査研究」は、注目すべき、また論議すべき課題のひとつであることには間違いない。

4. わが国における社会福祉調査研究の系譜

近代国家となった明治以降わが国にも貧困研究が芽生え、日本における社会調査としての最初の業績とされる『日本之下層社会』が、1899年に横山源之助によって刊行された。その後前述した欧米での貧困研究の潮流がわが国にも影響を与え、大正時代後半期には、ブースやラウントリーを参考にした貧困調査がさかんに実施されるようになった。さらにこの時期以降、社会問題の解決のために国家的政策の樹立を目指した、中央あるいは地方官庁による社会調査が数多く実施され、中央においてはこの時期の衛生行政立法および社会政策立法を結実させ、地方においては地方自治体の社会事業活動に基礎資料を提供した（松崎, 1973）。しかしながら、この時期の貧困研究には倫理的視点が強く、調査方法論も未熟なもので、貧困の科学的把握には至らなかった（吉田, 1972）。また実態把握を中心とした官庁および研究諸機関の調査研究は数多く実施されたが、施策の効果測定や技法の検討、問題の発見や解決に関する理論的一般化を目指した調査研究はほとんど行われなかった（竹中, 1966）。その後わが国の貧困研究は、籠山京、江口英一らの調査研究を経て、「生活調査」あるいは「生活研究」として一定の成果が蓄積されたと評価されているが（木本, 1994）、その担い手は社会学の研究者が主流となっており、社会福祉独自の調査研究とはいいがたい。

わが国の社会福祉分野における臨床的調査は、北米の場合と異なり、いくつかの先駆的研究はみられるものの、系譜と呼ぶほどの積み重ねまでには到達していない（岡本,

1982)。これは大橋（1996）が指摘するように、戦後の社会福祉研究・実践は、戦後から1970年代までは基本的制度づくりの時代、1970年代から1980年代は施設整備による福祉の時代で、個々人のニーズに即した対人援助的なソーシャルワークは重視されてこなかったことに起因していると思われる。それでも北米の動向については、いくつかの報告が行われている。たとえば木田（1957）は、ハント（J. M. Hunt）とコーガン（L. S. Kogan）によるムーブメントスケールの開発を、さらに小松（1968）は、セントポール市における多問題家族へのソーシャルワーク援助の効果評価研究などを紹介し、これらの試みがソーシャルワークにおける調査研究の発展に大きな刺激を与えたことを指摘している。また武田（1965）は、より厳密な実験計画法を使用したサマービルの非行防止プログラムの効果評価研究などを紹介し、ソーシャルワークの援助方法を理論として科学的に実証しようとする動きが展開しつつあると述べている。

北米の動向に刺激され、わが国における社会福祉分野の調査研究にも、より実証的なアプローチを導入すべきだという意見はいくつかみられたものの（木田，1964；竹中，1966；井垣，1968），北米で起こったような実証主義の是非をめぐる論争までには発展しなかった。また、1970年代の北米でのソーシャルワーク介入の効果が疑問視された効果評価研究についても、山崎（1977）や出村（1979）によって紹介されているが、わが国におけるその後の効果評価研究の発展には結びついていない。さらにこれ以降は、後述する北米での新しい調査研究手法のわが国での試みを除いては、北米のソーシャルワーク分野での調査研究をめぐる論議については、簡単な概略が紹介されている以外は（北島，1993），ほとんど注目されてこなかった。以上のように、わが国の社会福祉分野においては、「調査研究」は、論議すべき課題としては関心が低いものであり続けた。特に、わが国の社会福祉研究における実証的調査研究の方法論的位置づけについては、極めて希薄な認識しかないのであった（阿部，1984）。

5. わが国の社会福祉分野における「調査研究」論

わが国でも数少ないながらも、社会福祉分野における「調査研究」の積極的な意義づけは試みられており、そのいくつかをみておく。北米の動向を紹介する時期においては、フリードランダー（W. A. Friedlander）のいう「実践志向型」やグリーンウッド（E. Greenwood）の「基本的」「応用的」といった分類で、社会福祉調査研究の特質を明確にしようと試みられていた（児玉，1974；武田，1965；竹中，1966）。さらに具体的に社会福祉調査研究が行われる形態として、ニーズ調査と効果評価研究が想定されているものが多かったが、概ね社会福祉調査研究は、いわゆるソーシャルワークの「間接的」な技法であり、ケースワークやグループワークといった他の「直接的」技法を効果的に活用するための従属的な技法であるという認識であった。一方1980年代に入ると、野村（1980）が、①ニーズおよび実態調査、②仮説検証型調査、③効果評価調査の3種類とも社会福祉分野では極めて重要であり、調査研究は従属的な技法ではなく、他のすべて

の技法の基礎となる必須のものであるという見解を示した。さらに阿部（1984）は、「制度－サービス」「政策－研究」の二つの軸で、「施策調査」「処遇調査」「政策論研究調査」「方法論研究調査」という分類を試み、社会福祉における研究上の手段として、調査研究は極めて重要な位置にあると述べている。また京極（1983）は、地方自治行政における計画論の立場から、社会福祉調査研究を「ニーズ関連調査」「資源関連調査」「世論関連調査」「構造関連調査」に分類して概観の後、現状の旧態然とした立ち後れを指摘し、より実証的な調査研究の必要性を説いている。

調査研究論ではないが、北米での臨床的調査研究の新しい動きが、わが国でも試みられている。そのひとつは、単一システム評価法の試みである。1980年代に、社会福祉分野に単一システム評価法が紹介され始め（平山，1982；立木，1984），1990年代には社会福祉分野での適用例もみられるようになった（三原・豊山，1991）。今一つは、前述したトーマスらの開発したR & D モデルの適用であり、これについても最近適用例が報告されている（桑田・芝野，1990；中川・芝野，1993）。さらに、質的研究のひとつとして近年注目を集めている「グラウンデッド・セオリー」を用いた研究もみられるようになった（深谷・大滝，1995；深谷，1995；大滝，1995）。しかしながらこのような動きもごく一部の研究者によるもので、現状ではわが国の社会福祉分野の中においては、極めて希少な例であるといわざるをえない。

6. わが国における社会福祉調査研究の必要性

以上みてきたように、わが国の社会福祉分野においては、北米と比較して調査研究への関心度も低く、調査研究の実施も限られたものでしかない。ところがその北米においてさえも、前述したように調査研究に関する議論がさかんに行われる一方で、1980年代には、ソーシャルワークにおける調査研究は危機的な状態にあるという指摘がなされるようになった（Austin，1992）。それがNIMH（National Institute of Mental Health：米国立精神保健研究所⁶⁾）を動かし、‘Building Social Work Knowledge for Effective Services and Policies’という米国の厚生行政に対する報告書（Task force）を作成することになった。このような米国における危機感の背景には少なくとも次の2つの要因が関連すると思われる。ひとつは、米国においては対人援助に携わる専門職が様々であり、保健医療分野でソーシャルワーカーが遭遇する専門職をみても、医師、看護婦、リハビリ関連職種、臨床心理学専攻の専門職、公衆保健大学院卒の専門職など、共同あるいは競合すべき専門職がかなり存在する。そのような状況において、専門職間の共通言語のひとつとしての調査研究は、極めて重要な役割を果たす。どのような調査研究方法を修得し活用できるかということは、専門職としての地位をある程度左右するといっても過言ではない。もうひとつの要因は、社会福祉サービスやプログラムに対する資金供与（funding）が、極めて合理的に行われるということである。つまり、限られた期間に資金は供与されるが、サービスあるいはプログラムの効果が明示できれば資金は継続して

供与され、明示できなければ打ち切られるという方式である。さらに現況では、効果を明示するには実証的な調査研究に頼らざるをえず、その意味では、ソーシャルワーカーにとって調査研究に長けているかどうかということは、自らの死活問題となるわけである。このような背景の下で Task Force を作成することによって、ソーシャルワーク分野の調査研究強化のために、NIMHから多額の資金援助を引き出すことに成功したわけである。多数ある資金援助の中で、最も金額が大きいものは、各地の拠点大学にソーシャルワーク調査研究センターを設立する準備資金を5年間に渡り毎年20万ドルから50万ドル提供するというもので、1997年1月現在でワシントン大学（セントルイス市）、テネシー大学、ミシガン大学、ポートランド州立大学、ワシントン大学（シアトル市）の5つの大学が助成を受けている。

米国とは幾分事情が異なるのを承知の上で、わが国において社会福祉分野での調査研究が必要な理由として、以下の2つを挙げておく。まず、近年さかんに叫ばれている保健・医療・福祉の統合という動きである。つまり、従来施設ケア中心であった社会福祉も、特に高齢者を中心とした在宅でのサービス提供が展開されるに至って、施設の中でいわば‘独占的に’サービスを提供していた時代から、様々な専門家・非専門家と共同でサービスを提供する時代へと移行してきているのである。この状況は上記した米国の状況と似通っており、専門職間での共通言語と専門職チームにおける社会福祉分野の専門職としての地位が必要になってくる。その際に、これまで社会福祉分野で独自に蓄積してきた知識を、独自の言葉で他の専門職に伝えるのはかなり困難なことと思われる。また伝わらないままで、専門家としての地位を認めてもらえるかどうかは、甚だ疑問である。やはりある程度は他の専門職に伝わる言葉で、つまり現時点では実証的なアプローチを修得することによって、他の専門職との共同も円滑にできるのではないと思われる。

今一つの要因は、社会福祉分野の「研究者」の養成が急務の課題になりつつあるということである。たとえば、社会福祉士資格が創設され養成施設としての大学がここ数年急増し、日本社会事業学校連盟加盟校だけで約50校、非加盟校を加えると60校を越す勢いであるが、これらの大学において社会福祉分野の教員が大勢を占めているであろうか。具体的な数字は示すことができないが、現状のわが国の文教政策では、いかに優秀な実践家であっても、実践家の他に研究者としての資質、具体的には学術的業績を要求されるので大学の教員になることは難しい。さらに研究者を養成すべき社会福祉分野の大学院の数は限られており修了者も数少ないという事実をみれば、むしろ社会学、心理学、教育学、法学といった近接領域出身の教員が大勢を占めていることが充分考えられる。もちろん近接領域の教員も必要ではあるが、たとえば「社会福祉概論・原論」や「社会福祉援助技術論」関連あるいは社会福祉六法関連の科目は社会福祉分野の教員が教えるべき科目であると思われるので、そのためにも大勢は社会福祉分野の教員で占めるべき

であろう。前述した米国の Task Force においても、ソーシャルワーカーとしての大学教員を養成すべき博士課程の充実が、具体的には調査研究に関する訓練の強化が強く提言されている。わが国では、社会福祉専攻の大学院での博士課程養成に関する論議はほとんどみられないが、調査研究の訓練を含めた研究者としてのソーシャルワーカーの養成について、もっと活発な論議がなされてよいように思われる。

さらに研究者としての活動をみると、社会福祉学会が実施した調査（日本社会福祉学会社会福祉学研究者実態調査委員会，1992）によれば、社会福祉研究者の約4割は所属機関から支給される研究費がなく、受けた者の研究費の額も50万円未満が7割を超えている。また文部省の科学研究費を受けた者は1割程度、その他の研究助成費を受けた者も2割弱となっており、このような条件下では、実証的調査研究が円滑に行えるとは思えない。このような悪条件に到った要因は、行政等からの十分なサポートが提供されていないことが一因ではあるが、社会福祉分野の研究者の側に、研究助成を獲得できるだけの説得力がないことも原因であると思われる。たとえば厚生省が年間十数億円近くを助成している高齢者に関する幅広い研究への助成を目的とした長寿科学総合研究の一分野として、「社会科学」部門が設定されており、全体の数パーセントの額ではあるが助成が行われている。しかしながら、1994年度に社会科学部門で助成を受けた13の研究の主任研究者のうち、7人が医学系研究者で、工学系研究者の2人を含めると9人、数パーセント設けられた社会科学分野でさえ、約7割が自然科学系の研究者で占められている。3年間という期間限定形式の研究助成は、社会科学系の研究には適切でないという議論もあろうが、歴史的にみて高齢者の問題にいち早く取り組んできたのは社会福祉分野であることを考えれば、このような助成の不均衡には釈然としないものを感じる。社会福祉分野で実証的な調査研究に携わる研究者の層がもう少し厚かったならば、このような不均衡は起きることなく、社会福祉分野における調査研究に助成が行われたことは、充分予想される。

7. 社会福祉調査研究が担うべき調査研究

以上指摘してきたように、現代ほど社会福祉分野における調査研究の重要性を再認識すべき時代は、過去にないように思える。ところで、社会福祉調査研究としては、どのような調査研究を実施すべきかという点については、あえて詳しくふれてこなかった。前述したように、一般的には社会福祉調査研究は「実践志向」であるべきだという意見が大勢を占めているが、ここではむしろ実践的な調査研究のみに固執せずに、野村（1980）や阿部（1984）が示唆するように、純粋科学的な調査研究も含めた幅広い調査研究への取り組みが必要であることを提言したい。これは近年、社会学や公衆衛生学といった分野で、より実践志向的な調査の実施が強調されている中では（石川，1994；新井・藤田，1996），実践性を強調するだけでは、社会福祉調査研究の可能性を矮小化する危険性があると思われるからである。より重要なことは、社会福祉調査研究において

は、なんらかの形で社会福祉やソーシャルワークが持つ価値を包含した調査研究であることを確認しつつ、調査研究を進めていくことである。本論文では、まず要介護高齢者を介護する家族の負担を測定する尺度開発の調査研究が報告される。これはどちらかといえば、純粋科学に近い内容を持った調査研究である。しかしながら第1節で論じた家族介護研究の現代的必要性、さらに次節で述べる負担研究の必要性の中には、社会福祉的な文脈における調査研究の必要性が含まれている。次に、開発した負担尺度を使用した研究が二つ報告されるが、これらは応用科学的研究といえる。ひとつは高齢者保健福祉計画策定にかかわる応用研究、今一つは在宅介護サービスの効果にかかわる応用研究で、いうまでもなく社会福祉分野における調査研究への応用である。

- 1) 特に臨床的調査の文献においては、社会福祉専門職の介入に対して「ケースワーク」の用語が使われることが多いが、ここではケースワークを包含した用語として「ソーシャルワーク」を使用していく。

- 2) 以下の号で特集が組まれている。

'Boos and Bouquets for Fischer' *Social Work*, 18(2), 124-127, 1973

'Furor over Fischer' *Social Work*, 18(3), 104-109, 1973

'Casework furor unabated' *Social Work*, 18(4), 3-4, 104-110, 1973

- 3) 主として心理学や精神医学などにおいて、複数の研究をレビューする際に用いられる手法で、何らかの基準、たとえば「効果水準 (effect size)」を各研究について算出することによって、より客観的なレビューが可能になる。しかしながら、メタ分析自体の標準的な方法論が確立しているわけではなく、さらにソーシャルワーク分野で用いる際の問題点が指摘されている (Fischer, 1990)。

- 4) 'empiricism' は、わが国では「経験主義」と訳されることもあるが、ソーシャルワーク分野では、専門職業上の「経験」の持つ独特の意味と混同することもあり、実証という用語を使用する。また「実証主義」は、'positivism' あるいは 'logical positivism' の訳語としても使用されるが、欧米のソーシャルワーク分野での文献においては、'empiricism' と 'positivism' はほぼ同義に用いられていることから、本論文ではこれら二つの考え方の総称として「実証主義」を用いる。

- 5) single-system designs は、単一被験者実験計画法、単一事例実験計画法、 $n = 1$ 実験計画などの呼称が用いられるが、すべて同義であり、本論文では単一システム評価法を用いる。

- 6) NIH (National Institute of Health : 米国立保健医療研究所) の一部門であり、伝統的にソーシャルワークとのつながりが強い。NIHは、単なる研究機関ではなく、莫大な予算を各地の研究者に配分することにより、米国の保健医療政策の方向性をも決定する力を持つ (広井, 1996)。

第2章 家族介護者の負担の研究動向

この章では、家族介護者の負担にかんする研究の動向について述べる。本論文の目的が負担尺度の開発と活用であることから、欧米での研究動向については、負担の測定手法にかんする論文を中心にしてレビューを行う。一方わが国における研究動向については、欧米と比較して研究の蓄積が少ないことから、家族介護者の負担を取り扱った研究の一般的なレビューを行う。

第1節 欧米における負担の研究動向－測定手法を中心に

1) 負担スケールの変遷

介護者の負担の測定については、精神障害者を介護する家族の研究において、1970年代に簡単な尺度化の試みがみられるが（Brown et al., 1972）、要介護高齢者を介護する家族介護者の負担に関しては、1980年前後からそのような試みが現れてきた。たとえば、ロビンソン（B. C. Robinson）らは、高齢の親を介護している子供へのインタビューを通して以下のような10個のストレスをもたらす要因（stressor）を探り出した；生活面での不便さ、自由の束縛、家族の生活様式の変化、個人の生活プランへの影響、家族間での要求の増加、家族間の感情の行き違い、問題行動、変わり果てた親への感情、仕事への影響、精神的圧迫（Robinson & Thurnher, 1979）。そしてさらに3個の要因；身体的な負担、安眠の妨害、経済的圧迫を加えて介護者ストレイン・インデックス（CSI: Caregiver Strain Index）を作成し、妥当性の報告も行なった（Robinson, 1983）。カンターは、ホームメーカー・サービス（在宅家事援助サービス）を利用している家族介護者に対して、スケールを使用して情緒的負担、身体的負担、経済的負担を測定し、3つの負担の中では情緒的負担が最も多く経験されているという知見を得た（Cantor, 1983）。

また、特に痴呆性老人を在宅で介護している家族の負担を対象とした研究が数多く行われるようになり、中でもザリットらの負担感質問票（The Burden Interview）を使った研究がよく知られている（Zarit et al., 1980）。質問票は、介護者の健康、心理的安定、経済的状況、社会生活、痴呆性老人と介護者の関係といった側面における負担をたずねる29の質問文から構成されたもので、項目数は減らされるもののザリット負担スケールとして、その後の調査研究で数多く用いられている。グリーンは、15項目から成る家族介護者ストレス・スケール（Relatives' Stress Scale）の因子分析を行ない、情緒的な圧迫、日常生活上の困難、痴呆性老人に対するネガティブな感情の3つの因子を抽出した（Greene, et al., 1982）。コスバーグらは、27項目の質問文から構成される介護コストインデックス（CCI: Cost of Care Index）を作成し、因子分析によって以下のような5つの因子を抽出している；個人生活・社会生活上の束縛、身体的・精神的健康、価値観、犠牲意識、経済的負担（Kosberg & Cairl, 1986）。そしてCCIを使用した調査から、負担は単次元でとらえるのではなく、これら5つの次元で区別してとらえた方が、研究的にもそして何より実践的に有益であると指摘している（Kosberg, et al., 1990）。

ポールショック (S. W. Poulshock) らは、負担は「主観的 (subjective)」なものと「客観的 (objective)」なものに区別してとらえられるべきだという考え方 (Thompson & Doll, 1982) を取り入れ、CSIスケールやザリット負担スケールを「客観的負担」と「主観的負担」の区別があいまいであると批判した (Poulshock & Deimling, 1984)。そして主観的負担を痴呆性老人が持つ障害と客観的負担 (痴呆性老人の介護から派生する影響 'impact' としてとらえられる) の間に位置づけ、それぞれの負担を区別して測定を試みた。主観的負担は、身体機能の低下と3つの精神機能 (社会性、問題行動、認知能力) の障害それぞれに対してどの程度負担を感じているかをたずねることによって測定され、客観的負担は、34項目の負担要因を因子分析した結果抽出された主要な2因子、①介護関係・家族関係の悪化と②自由時間・社会活動の束縛によって測定された。さらにモンゴメリー (R. J. V. Montgomery) らも、主観的負担と客観的負担を区別して測定する尺度をそれぞれ開発している (Montgomery et al., 1985)。客観的負担は、介護を始めてからの生活上の変化の程度 (健康、自由時間、経済状態、家族関係など) をたずね、主観的負担は、抑うつ、不安、いらいらといった情緒の状態をたずねた上で、それらと他の関連要因との関係を図示したモデルを提示している。さらにモーツイ (R. K. Morycz) は、①痴呆性高齢者に関する要因 (属性、症状など)、②介護者に関する要因 (属性、態度など)、③環境に関する要因 (経済状況、介護ネットワークなど) の3つの要因の交互作用によって主観的負担が生じてくるというモデルを考え、14項目の家族負担尺度 (Family Strain Scale) を開発した (Morycz, 1985)。このように、負担を「主観的」なものと「客観的」なものに区別して測定するという立場が大勢を占めていくのだが、何を主観的負担とし、何を客観的負担とするのかについては、研究者によって見解が異なっていた (Vitaliano, Young, et al., 1991)。ヴィタリアーノ (P. P. Vitaliano) らは、それまでの主観的負担と客観的負担の概念を整理し、25項目の介護負担スクリーン (SCB: Screen for Caregiver Burden) を作成した。このSCBは、合計点の算出とともに、主観的負担と客観的負担のサブスケールの得点が算出できるところに特徴があった (Vitaliano, Russo, et al., 1991)。

2) ストレス認知理論の導入

上記のような努力にもかかわらず、「負担 (burden)」の定義・概念の曖昧さの指摘は収まらず、また負担と関連する要因、即ち要介護高齢者の属性や介護者の属性などとの因果関係あるいは付置配置は研究者間で異なり、知見の効果的な蓄積を阻んでいた (Dillehay & Sandys, 1990 ; Braithwaite, 1992)。そのような中で、1987年の米国心理学会において、要介護高齢者の家族介護にストレス認知理論を適用した論文が数本発表されて以後、この理論枠組みを使った研究への関心が高まった。ストレス認知理論を用いる利点としては、以下の3つが挙げられている (Stephens & Zarit, 1989: 新名, 1991b)。

①既にストレスに関する研究で蓄積されてきた知見を応用することができる

②負担に関する研究の知見がこのモデルをあてはめることによって系統的に整理される

③負担の発生機序や軽減要因が示され現実場面へのフィードバックが容易になる

この中でとくに2番目の利点は重要で、ストレス認知理論のモデルを適用することにより、論争が続いていた主観的負担と客観的負担の区別、さらに関連要因との因果関係を理論的に明確にすることが可能になった。

ストレス認知理論では、環境からの刺激を個人が負担であり有害であると評価・認知した際に、その刺激はストレッサーとなり、個人に心理的あるいは身体的ストレス反応を引き起こすと説明される (Lazarus & Folkman, 1984)。この考え方を家族介護場面へ適用し、介護場面における様々な要因を組み込んだモデルがいくつか提唱されている (Lawton et al., 1991; Pearlin et al., 1990)。特にパーリン (L. I. Pearlin) らのモデルは、ストレッサーを1次的 (primary) なものと2次的 (secondary) なものに分け、対処 (coping) の概念をも組み込んだ包括的なものであった。このモデルによると、これまで負担として測定されていたものが、介護による影響 (consequences of caregiving) として、以下の7つの変数に分割され、それぞれに数項目の質問項目が用意されている；①介護による負荷、②対人関係上の喪失、③家族葛藤、④仕事上の葛藤、⑤経済的圧迫、⑥役割拘束感、⑦自己の喪失。パーリンらの示したモデルの反響は大きく、この論文が掲載された *Gerontologist* 誌では、1年前の巻頭言でザリットが「もうこれ以上、単に負担を測定した調査研究は必要ない」 (Zarit, 1989) と指摘していたのだが、それは間違いでこのモデルに依拠した負担の調査研究をさらに行う必要があるという巻頭言 (George, 1990) が掲載されたほどであった。そしてこのモデルは、以後数多くの研究の理論的基盤になっていった。

ストレス認知理論の導入以後、負担スケールは、単次元を想定したものから多次元を想定したものになっていった。また、以前の負担スケールでは負担として測定されることもあった要介護高齢者の身体状態や精神状態は、ストレッサーとして区別して測定されるようになった。ロートン (M. P. Lawton) らのモデルでも、介護から派生するもの (appraisal) として5つの変数が概念化されているが、その中の主観的介護負担 (Subjective Caregiver Burden) と介護インパクト (Caregiving Impact) がこれまでの負担に相当する (Lawton et al., 1989)。ノバック (M. Novak) らの25項目の介護負担インデックス (CBI: Caregiver Burden Index) では、①時間制約的 (Time-Dependence) 負担、②発達の (Developmental) 負担、③身体的 (Physical) 負担、④社会的 (Social) 負担、⑤情緒的 (emotional) 負担の5つがサブスケールとして設定されている (Novak & Guest, 1989)。ウォーカー (A. J. Walker) らの介護コストスケールは、①時間的拘束、②フラストレーション、③不安の3つのサブスケールを持つ28項目で構成されている (Walker, 1992)。デймリング (G. T. Deimling) は、それまでに報告されている

負担を測定する尺度から15を選び出し、概念構成および信頼性・妥当性の検討を行い、パーリンらのスケール、ロートンらのスケール、ノバックらのCBI、ウォーカーの介護コストスケール、そしてヴィタリアーノのSCBの5つを、今後使用できる負担の測定尺度として推奨している（Deimling, 1994）。これらのスケールはすべて複数の次元が設定されており、信頼性・妥当性の報告も行われているものであった。

3) 負担尺度をめぐる課題

ストレス認知理論の導入以後、負担の測定に関する研究は、より多くの学問領域からより多くの研究者の関心を集めることになった。しかしながらそれは皮肉なことに、そもそも「負担（burden）」という概念と測定尺度で、家族介護者が介護を提供することによって経験する身体的あるいは精神的影響を測定する必要があるのかという疑義が出されることにつながった。たとえばパーリンらのモデルにおいても、最終的に介護者への精神的影響を測定する尺度は、抑うつ（depression）や不安の標準的なスケールの使用が推奨されており（Pearlin et al., 1990）、そのような尺度を使用した報告もかなりみられる（Schulz et al., 1990）。既に精神医学や心理学で信頼性・妥当性の確認されている標準的尺度を使用することは、①なんらかの基準（たとえば抑うつ尺度の抑うつであるか否かを判断するカットポイント）が設定されている場合はそれを活用できる、②介護を提供していない一般の集団との比較が可能となる、③負担尺度が持つバイアスのある回答を引き出す可能性（「あなたはお世話のために・・・」とたずねることにより、精神的・身体的影響をすべてお世話が原因として誇張して回答してしまう）を避けることができる（Deimling, 1994）。しかしながら、抑うつや不安の標準的尺度は、もともと一般集団から治療が必要な抑うつあるいは不安状態の者を選別する目的で開発されたものが多いので、安易にそのような尺度を介護者に適用して、家族介護者は抑うつが多い、あるいは、不安が高いと結論づけるのは危険であるという指摘もある（Schulz et al., 1990）。また、介護者への介入研究においては、標準的な尺度よりもいわゆる負担尺度を用いた方が、介入の効果を明示することができる、即ち負担尺度の方が介護者の変化に対する応答性が高いのではないかという報告もある（Ramsay et al., 1995）。さらに③の問題については、むしろ「お世話のために・・・」とたずねた方が、介護と負担の因果関係をはっきりさせることができるという指摘もある（Vitaliano, Young, et al., 1991）。このように、標準的な尺度か負担尺度かどちらを使用すべきかの結論は出ていないが、現在のところ目的に応じて区別して使用するのがよいというのが大方の意見であろう。つまり、負担尺度の有用性・必要性も確認されているわけである。

上記の標準的尺度を使用するか否かに関連するが、介護のネガティブな影響だけでなく、ポジティブな影響も測定すべきだという指摘もあり、実際にポジティブな影響を測定する尺度もいくつか作成されている（Kinney & Stephens, 1989 ; Lawton et al., 1989）。またソーシャルワークの分野では、介護者のポジティブな面に着目して援助を

行うエンパワーメントアプローチの立場から、同様の尺度が開発されている (Tebb, 1995)。このような介護のポジティブな側面に着目するのは、ネガティブな側面と表裏一体というよりも、介護者の生活全体をとらえる視点からのアプローチであり、負担尺度の代替として用いることは考えられていない (George & Gwyther, 1986 ; Stull et al., 1994)。たしかに、特にソーシャルワークにとっては、介護者の生活の全体性を視野に入れるという、介護者のポジティブな側面への関心は重要なことであるが、現状下での政策提言へつなげる調査研究からの知見としては、その効用はあまり大きくないといわざるを得ない (Kane & Penrod, 1995)。

介護負担研究における今一つのそして重要な課題として、これまでの膨大な家族介護に関する調査研究は、調査研究の対象者の選定があまりにまちまちで、多くは病院やデイセンターなどの何らかの機関とつながりがある介護者のみを対象としてることが指摘されている (Dura & Kiecolt-Glaser, 1990 ; Malonebeach & Zarit, 1991)。また、要介護高齢者の障害あるいはニーズについても記述されていない調査研究がほとんどで、同じ要介護高齢者の集団とはいいがたい。このように異なる属性を持つ介護者および要介護高齢者を対象とする調査研究の積み重ねでは、知見の比較および一般化を目指すことは困難である。この問題の解決のためには、一定の基準を用いて在宅の要介護高齢者をスクリーニングする必要があるが、在宅の要介護高齢者の出現率が高齢者人口全体からみれば数パーセントであることを考えると、調査研究の実施には多大な費用と労力が必要となる。さらに負担研究についていえば、異なる負担尺度を用いた研究の結果を比較することも、厳密に言えば意味をなさないことであり、理想的にはすべての負担研究で統一された負担尺度を用いるべきであろう。以上のような課題は容易には解決できないが、今後はより望ましい手法を用いて負担研究を進めなければ、効果的な知見の蓄積は望めない。

第2節 わが国における負担研究

1) 要介護高齢者を介護する家族介護者の「困難」の研究

前述したように、わが国における家族介護に関する研究は数少なく、高齢者を介護する家族介護者の負担に関する研究も、ここ数年間で実施されたものが多い。そのような中で、比較的早い時期に痴呆性老人を介護している家族を対象とした介護者の負担を調査した中島ら（1982）が、介護上の困難としてサポートの不足、介護による影響として家庭生活・社会生活への支障が多くみられていると報告している。また、介護意欲、犠牲感といったものも調査されており、4割近くが「やりがいがある」と答えている反面、6割近くが「犠牲感あり」と答えている。藤田・黒田（1987）の研究でも、7割が「自己犠牲感」を持ち、身体的疲労、精神的負担、日常生活上の拘束といった負担を訴えていると報告されている。全国民生委員児童委員協議会・全国社会福祉協議会の行なった実態調査（1987）では、「介護者の悩み」として11項目、「介護に伴う近所や家族生活上の困難」として11項目、「生活・環境上の困難」として8項目が調査されており、身体的疲労、不安、自由時間の束縛、サポートの不足などの負担の存在を確認している。弘済ケアセンター（1986）の行なった痴呆性老人の在宅ケアのケーススタディによると、仕事・職業・経済上の負担、自由の制限、家族関係の悪化といったものが顕著であると指摘されている。加えて、困難の要因となるのは、介護者及び家族の身体的・精神的疲労、介護意欲、介護援助者の有無、住宅・経済状況などで、痴呆性老人の精神症状は単独では負担に直接影響を与えないであろうと指摘されている。また負担という言葉は使っていないが、ショートステイを利用した家族のケーススタディにより、介護の中断要因として、精神症状の数、中でも徘徊の有無、介護者及び家族の健康、介護に対する責任感の強さといったものが挙げられている（岡本，1987）。さらに斉藤ら（1989）は、痴呆性高齢者の介護者の困難さに影響を与えているのは、痴呆の重度化、ADLの低下といった要因であると報告している。

東京都老人総合研究所社会学部が行なってきた一連の要介護高齢者を介護する家族介護の研究においては、前述したように当初から介護者が表明する主観的なニーズにも関心が払われていた。第1次調査（東京都老人総合研究所社会学部，1977）では、「世話の困難」を客観的なものと主観的なものに分け、主観的な困難の表明として10項目を設定し、「お世話をする上で次のような困ることはありませんか」とたずねて調査を行なった。最も多く表明されたのは、「心身が疲れる」という項目で（20.6%）、この訴えは介護している高齢者の日常生活状態が「ほとんどねたきり」や「ねたりおきたり」の場合により多く表明されていた。また、「仕事に支障がある」「家族で外出できない」といった訴えは、30代から40代の介護者に多くみられた。加えて、「無配偶の娘とのみ同居」しているケースにおいて、困ること全般的に訴えが多いのが目立っていた。3年後に実施した追跡調査（東京都老人総合研究所，1980）では、同じ10項目を使用して調査

を行い、第1次調査と追跡調査の両時点での比較を行ったところ、訴えの割合が大きく変化した項目は少ないものの、「心身が疲れる」と「経済的負担が大きい」の2項目は明らかに増加していた。さらに、この10項目に「その他の困ること」を加えて11項目中いくつ訴えを表明しているかを数え、「困るのこの数」として主観的な困難の量的把握を行っている。そして主観的困難に影響を与える要因の探索を行ったところ、最も大きな影響を与えているのは障害老人の身体症状・精神症状であり、介護者の支障の有無や副介護者の有無といった家族の介護態勢にかかわる要因はあまり影響を及ぼしていないという知見を得た（冷水，1981）。

第2次調査（東京都老人総合研究所，1983）においては、それまでの10項目に2項目を加え12項目で主観的困難の把握を試みている。また質問への回答方法を、それまでの訴えの有無をたずねる方法から4段階でたずねる方法へ変更して尺度化を行い測定を試みており、おそらくわが国での家族介護者の負担尺度化の最初の試みであろう。その結果、「心身が疲れる」「家族そろってでかけられない」「自由になる時間がない」の項目については、半数以上の介護者が何らかの程度において困難を表明しており、次いで「仕事に支障がある」「家事に支障がある」「夜の世話で眠れない」「経済的負担が大きい」「冠婚葬祭などの急用が足せない」といった項目においても、4分の1以上の介護者が困難を訴えていた。さらに高齢者の心身の状態と訴えの程度をみると、ねたきりの高齢者や精神的障害が重い高齢者を介護している場合では、「心身が疲れる」「自由になる時間がない」「家族そろって外出できない」といった困難が、8割前後の介護者によって表明されていた。その他に介護者の健康状態に支障がある場合や介護期間が長期にわたる場合にも、困難の表明が多くなっていた。前田・冷水（1984）は、これら12項目から10項目を選んで因子分析を行い、第一因子「痴呆性老人や気難しい老人を介護する上での困難」と第二因子「世話する人の人手不足、仕事にかかわる支障、経済的負担にかかわる困難」を抽出した。さらに各々の因子の要因分析の結果、高齢者の身体状況や精神症状が重度である、介護者が有職である、世帯収入が低いといった場合に主観的困難が高くなる傾向にあった。

2) 家族介護者の負担尺度の開発

わが国で負担という用語を用いて測定を試みたのは、おそらく山岡ら（1986）が最初であろう。この報告では、既に主観的負担度と客観的負担度という用語が用いられているが、尺度としては、単一項目の「とても大変」「大変」「大変でない」の3つの選択肢を用いて、主観的負担度は介護者本人に、客観的負担度は当該要介護高齢者に訪問看護指導にあたっている保健婦にたずねたものであった。調査の結果、両負担度はほぼ一致していると結論づけられている。同様の単一項目の負担尺度は、以後もいくつかの調査研究で使用されている。藤田ら（1992）の研究では、介護者の負担は、痴呆の重度化や介護期間の長期化とは有意な関連を示すが、ADLの低下とは有意な関連はなかった

と報告している。また斉藤（1994）は、要介護高齢者の身体状態や精神状態、介護者の年齢、副介護者の有無といった客観的な要因は、介護者の負担とは関連していないという知見を得ている。

多項目式の質問文から構成される負担尺度は、1990年前後からいくつか報告が行われるようになる。東京都老人総合研究所社会福祉部門が行った痴呆性老人を介護する家族の調査（佐藤，1989）においては、米国の負担尺度を参考にしつつ12項目の「負担感スケール」を作成し測定に使用している。因子分析により、2項目は「介護の継続意志」の因子として抽出され、残りの10項目が「全般的負担感」の因子として抽出されているが、負担としては一次元の尺度であった。この全般的負担感に影響を与える要因としては、痴呆性老人の精神症状が重い、介護者の健康状態が悪い、副介護者がいないなどの状況が明らかにされた。なお、介護者が職業を持っているかどうかの要因も負担感に有意に影響を与えているが、予想に反して介護者が有職の介護者ほうが負担感が低いという興味深い結果を得ている（中谷・東條，1989）。しかしながら同じスケールを用いた他の研究では、負担は要介護高齢者の身体状態あるいは精神状態とは関連がなく、介護時間が長いことが負担の増加につながっている（神田ら，1993）。

新名ら（1989）は、いち早くストレス認知理論を導入し、28項目の介護者負担感評価尺度（CBS: Caregiver Burden Scale）を作成した上で、信頼性・妥当性の検証を行っている。このCBSスケールは9つの領域別（日常生活の援助、痴呆症状への対応、将来の心配、家族・親族間のトラブル、個人的・社会的活動の拘束、身体的健康と精神的健康の問題、経済的コスト、社会的サービスの不足）に構成されており、ストレス認知理論モデルにおける認知的評価の変数として設定されている。さらにストレス反応として、心理的および身体的ストレス反応の一般的な尺度が用意されているのだが、CBSスケールの項目内容に、ストレッサーやストレス反応の内容と思われるものも混在しており、概念的に明確な尺度とは必ずしもいえなかった。その後の修正を経て、介護者用ストレッサー・スケールとして3領域（①量的過剰負荷、②質的過剰負荷、③対人的負荷）18項目の尺度となり（新名，1995）、心理的ストレス反応尺度（新名，1994）とともに、介護者の負担の測定に用いられている。これらの尺度は、おそらくわが国において、最もパーリンらのモデルに近く理論的整合性が高いものであろう。

精神医学分野では、朝田（1991）が負担評価表を作成しており、6つの側面（①精神的負担、②身体的負担、③社会交流面、④仕事や余暇面、⑤経済面、⑥家族・家庭面）を含む16項目が設定されている。この尺度を用いた調査結果によると、痴呆性高齢者の問題行動と負担は強い関連を持ち、社会的な負担と在宅介護の破綻も有意な関連を示している。社会学分野では、松岡（1993）が「介護ストレス反応」として7項目のスケールを用い、介護ストレスと痴呆の重度化、代替する介護者がいない、相談者がいないといったことが負担を強めている報告している。また上記の中谷・東條（1989）同様に、

有職の介護者の方が、介護ストレスが低いという知見を得ている。

3) 負担尺度以外の尺度による研究

欧米での負担研究と同様に、負担尺度ではなく、標準的な尺度を用いて介護者の介護からの影響を測定しようとする試みもみられ、特に抑うつ尺度を用いた報告がいくつも行われている。菅崎（1994）は、ツング（Zung）抑うつスケールを用いて痴呆性高齢者の家族介護者の精神的負担の測定を行っており、ADLの程度や痴呆の重症度とは関連がないものの、精神症状の有無および問題行動の有無との関連を見出している。また同時にGHQ（General Health Questionnaire）スケールも用いて、一般集団との比較を試み、介護者の方が精神的負担が高いと報告している。神田ら（1991）の報告でも、ADLや痴呆との関連はみられず、介護時間が長いことが抑うつに関連していた。ツング抑うつスケールは、在宅の脳血管障害患者の介護者にも用いられており、手島ら（1991）は、ADLの低下、問題行動あり、経済状況苦しい、情緒的サポート少ないといった要因が抑うつを高めていると指摘している。さらに後藤・鈴木（1994）は、介護期間は抑うつに影響しないが、ADLの低下は抑うつを高めると報告している。また、介護者の有職は、抑うつを低下させているという知見も得ている。

横山（1993 a, 1993 b, 1994）は、労働衛生分野で身体的な疲労度を測定する尺度として開発されたCFSI（Cumulative Fatigue Symptoms Index；蓄積的疲労徴候インデックス）（越河，1991）を要介護高齢者の家族介護者に適用し、身体的疲労度が一般集団よりは高いこと、さらに、精神症状がある場合、副介護者がいない場合、介護期間が長い場合に疲労度が高くなっていることを見出した。

介護のポジティブな側面の測定については、杉澤ら（1992）が、生活満足度の尺度を用いて測定を試み、ソーシャルサポートの有無や趣味の有無が関連しているという知見を得ている。また最近、米国で開発されたQOLの指標であるQLI（Quality of Life Index）の日本語版の開発も試みられ、要介護高齢者の身体・精神状態とは関連がないが、介護時間の長さとは関連がみられると報告されている（孫・浅野，1996）。

以上のように、1990年代に入ってわが国でも負担の研究が数多く行われるようになったが、欧米で指摘されているように、負担の概念規定のあいまいさ、負担に関連する要因に関する知見の食い違い、研究対象のサンプリング手法の問題といった課題は残されており、今後早急にこのような課題に取り組む必要がある。さもないと、各研究者が異なる測定手法および異なるサンプリング手法で調査研究を続けることになり、知見の効果的な蓄積が困難になるであろう。

第3章 家族介護者の負担の測定

この章では、本論文の主要な目的である負担尺度の開発について述べる。まず前章でのレビューをふまえて、負担尺度開発のための理論的枠組みを提示し、具体的な尺度項目の紹介を行う。次に、提示された尺度を使用しての調査の概要を述べる。前述したように、家族介護者の負担研究においては、要介護高齢者のサンプリングの標準化が大きな課題となっていることから、今回の調査で用いられた要介護高齢者のスクリーニング基準については、特に詳しく述べられる。また調査結果の分析の視点は、開発された尺度の信頼性・妥当性の検証を第一義的なものとするが、負担を規定する要因の探索という視点も包含される。

第1節 負担の測定手法の開発

1) 測定手法開発のための枠組み

前章で述べたように、現在家族介護場面における負担を説明する最も有力なモデルは、ストレス認知理論であると思われる。そこで本論文においても、パーリンらのモデル（Pearlin et al., 1990）にしたがって、負担尺度開発のための概念モデルを提示する。もちろんこのモデル以外にも、家族介護場面の説明を試みたモデルはいくつか存在する。たとえば、同じストレスという用語を用いた「家族ストレス（Family stress）論」を適用して、家族介護を分析しようとする試みがみられる（Rankin et al., 1992；藤崎，1990）。このアプローチは、ヒル（R. Hill）が提示したABCXモデル（Hill, 1958）あるいはそれを発展させた二重ABCXモデル（McCubbin & Patterson, 1983）を用いて家族介護の説明を試みるもので、家族全体を視野に入れた枠組みであるところにその利点がある。しかしながら、このモデルを実証的に分析するための尺度開発に関する蓄積は、国内外ともにほとんど行われていない（Biegel et al., 1991；石原，1985）。一方社会福祉の分野においても、近年、単に負担の測定とその除去を説明するモデルに留まるのではなく、家族介護者が自ら経験している負担とどのようにつきあっていくのかに焦点をあて、家族介護者に対するエンパワーメントを含んだ視点からのアプローチが試みられている（大橋，1995）。しかしこの研究も着手されたばかりで、実証的なデータの収集までには至っていない。以上のようなことから、現時点において最も実証的な研究の蓄積が豊富なストレス認知理論を分析枠組みとして用いることは、本研究が実証的な研究であることを考慮しても、概ね妥当であると考ええる。

図3-1に示すパーリンらのモデルでは、ストレッサーが1次的なものと2次的なものの分類されている。「1次的ストレッサー」には、介護場面でストレスを生じさせるものとしてより普遍的で自明な、介護している高齢者の身体状態および精神状態や介護の程度および期間といったものが該当する。「2次的ストレッサー」は、1次的ストレッサーがもたらす、すなわち介護から派生する介護者への影響で、これまでの「負担感」や「主観的困難」といった負担尺度が該当する。具体的には、身体的・精神的負担、仕事

や家事への支障，時間的拘束，個人の自由時間の減少，家庭の不和，経済的負担といったものである。さらに「ストレス反応」は，最終的に介護者にもたらされる影響で，パーリンのモデルでは，抑うつや介護の中断といったものが考えられている。以上のようなストレスのプロセスに影響を与える要因として，属性や社会的文化的要因といった個人あるいは個人を取りまく環境要因がある。またこのモデルには，ストレス認知理論において最も重要と思われる調整要因も設定されている。調整要因は，ストレッサーからストレス反応に到るプロセスに作用し，ストレッサーの影響を緩衝する働きを持つものとして考えられており，具体的には，ストレッサーを経験する個人の持つ様々な資源（リソース）が該当する。

まず本論文では，「要介護高齢者の身体的障害」「要介護高齢者の精神的障害」「介護程度」「介護期間」を1次的ストレッサーとして設定した。しかしながら，2次的ストレッサーとストレス反応については，ストレス反応として，介護者の入院あるいは要介護高齢者の特別養護老人ホーム入所や病院への入院といった明らかに目に見える「結果」として設定できる変数以外は，その因果関係が必ずしもはっきりしていない。たとえば抑うつスケールを使用したとしても，そのスケールによって投薬あるいは入院が必要な抑うつであると判断される場合を除いて，抑うつスケール上の変動は，介護者の精神的，情緒的状态を測定しているにすぎない。つまり，2次的ストレッサーでの精神的な負担と，実際の測定対象としては，限りなく同じものになってしまい，因果関係もどちらが原因でどちらが結果なのか判断がつかねる。パーリンらのモデルでは，その後さらに精緻化されたものが提示され（Aneshensel et al., 1995），1次的ストレッサー，2次的ストレッサーともにさらに細分化されてこの課題についての分析が行われている。しかしながら，モデルが精緻化すると測定すべき変数があまりに多くなりすぎ，モデルのための調査研究になりかねない。本論文では，今後の調査研究で応用が可能な負担尺度の開発を目指しているので，細分化されたモデルを取り上げることを止め，さらに2次的ストレッサーとストレス反応を区別することは行わず，ストレス反応として「身体的負担」「精神的負担」「社会的負担」の3つの側面の負担を設定する。これは前章で述べたように，近年負担尺度は，多次元的なものが主流になってきていることから，妥当な概念設定だといえる。

調整要因には，ソーシャルサポートや介護者の個人的資質などが設定されており，重回帰分析において交互作用項を投入する分析方法を用いて，その緩衝効果の検証を行う方法が分析の主流になっている。わが国でも新名ら（1991），松岡（1994），藤野（1995）が，そのような分析を試みている。しかしながら本論文では，負担尺度の開発に焦点を置いているので，調整要因は背景要因とともに，ストレスプロセスに影響を与える，つまりストレス反応を増減させるリソースあるいは条件の要因として設定される。

以上述べてきた本論文での分析モデルを図示したものが，図3-2である。負担の各尺

度については以下で説明するが、ストレッサーおよびリソース要因の具体的な変数の内容については、次節で説明する。

2) 負担の測定項目

1. 身体的負担

身体的負担の尺度には、前述したCFSI（蓄積的疲労徴候インデックス）を用いる。CFSIは、労働衛生の分野において、働いている人々をとりまく職場条件や生活条件の中に健康を阻害する要因の有無を探ることを目的として作成され、3分野（身体的負荷、精神的負荷、負荷に対する個人の反応様式）7次元81項目で構成されている。横山（1993a, 1993b）は、7つの次元から労働意欲の低下を除いた6次元のCFSIを家族介護者に適用し、単項目5段階程度でたずねる主観的健康観などの指標と比較して、有用性が高いと報告している。しかしながら項目数が多すぎることから、ここでは、身体的負荷の「一般的疲労感」の次元と「身体不調」の次元からいくつかの項目を選びだして測定を試みた。回答の選択肢は、CFSIのオリジナルと同じく、身体的な症状・様子に対して、「ある」「ない」で回答するものとした。

2. 精神的負担

精神的負担については、既に妥当性・信頼性が確認された標準的な尺度を使用することも考えられたが、前節で述べたように、標準的な尺度では、測定されたストレス反応が介護場面でのストレッサーによって引き起こされたものであるとは必ずしも限定できないという短所がある。そこで、標準の尺度に近いが、家族介護場面におけるストレス反応の尺度として応用が可能であると思われた、「燃えつき症候群」のスケールを適用することが試みられた。

「燃えつき（バーンアウト）症候群」とは、主に対人サービスの専門職に認められる症候群として1970年代から米国で注目を集め、以後臨床家・研究家によって多くの報告・研究が行われてきた。ただし、ここでの症候群という用語は純粋に医学的な診断名ではなく、社会医学的に命名されたものであり、単に「燃えつき（バーンアウト）」といっても差し支えはないようだ。したがって未だ燃えつきの確固とした定義があるわけではなく、各研究者がそれぞれの定義を提唱しているのが現状である。それらの定義の共通点を総合的にまとめると、「理想や使命感に燃えて他人を援助する過程にある者が、正当に評価されることなくいたずらに身体的・精神的エネルギーを消耗するなかで、抑うつ、自己卑下、自己嫌悪などの極度の心身の疲弊、感情の枯渇に陥った身体的、情緒的消耗状態（村上、1990）」となる。この定義がそのまま家族介護者にあてはまるかどうかは議論の余地があるが、少なくとも「他人を援助する過程にある者が極度の心身の疲弊、感情の枯渇に陥った状態」という表現は、家族介護者にも通用するであろう。また「正当に評価されることなくいたずらに身体的・精神的エネルギーを消耗する」といった状況も、高齢者の家族介護の事例に垣間見られるものである。さらにこの定義において、

「理想や使命感に燃えて」という表現は、顕在化はしないものの、現代のわが国において家族介護を選択する場合には、ある程度このような覚悟が必要なのではないかと思える。なおストレスと燃えつきの関係については、「燃えつきはストレス反応のひとつであり、長期にわたるネガティブなストレスの蓄積である（田尾・久保，1996）」と理解し、燃えつきを介護場面におけるストレス反応の典型的なものとして取扱うこととした。

燃えつきの研究で使用される測定尺度としてよく知られているものに、Maslach Burnout Inventory (MBI) とピネス (A. M. Pines) のThe Burnout Measureがある。ピネスの尺度はMBIの一部を拡張して作成されたもので、中島ら (1986) によって、初めて燃えつきの概念を家族介護者に適用した研究において、痴呆性高齢者を介護する家族の燃えつきの測定に使用された。しかしこの尺度の形式は、標準的なスケールやチェックリストと同様に、「疲れやすい」「気がめいる」「自分が嫌になる」といった質問文に対して回答するもので、それらの症状が介護によって引き起こされたものか他の要因によって引き起こされたものかを区別できないという問題がある。他方MBIは、国内では田尾 (1987, 1989) による、教師、ホームヘルパー、理学・作業療法士、看護婦への適用例がみられるものの、報告例としては数少ない。しかし欧米では、論文の発表 (Maslach & Jackson, 1981) 以後かなりの数の研究・報告が行われてきた。またMBIの開発は、多様かつ多数の対象者との面接・観察などを通じて質問項目を作成したもので、その内容は Pinesの尺度よりも具体的で、潜在的なストレッサーとの関連がより明確に表現されている。さらにMBIを要介護高齢者の家族介護者に適用した例もみられる (Lindgren, 1990)。

本来のMBIは、4次元25項目から成る質問文に対して、7段階の「頻度」および「強度」で回答を求めるものであるが、その後の研究では以下の3次元22項目で「頻度」のみを質問する形式が多数を占めている (Koeske & Koeske, 1989)。

①情緒的消耗 (emotional exhaustion)

心的エネルギーが枯渇し、情緒的に疲れ果てた状態。

②離人化 (depersonalization)

対象者に対しての否定的な人間性を欠く対応。

③自己達成感 (personal accomplishment)

自分の仕事における得意あるいは達成感。燃えつき状態になるとこれが低下する。

家族介護者向けのMBIは、東京都老人総合研究所社会福祉部門によって邦訳され、長野県諏訪郡で実際に適用された報告が行われている (中谷, 1992)。また、さらにいくつかの地域でデータ収集を行い分析の結果、「自己達成感」の次元は、ストレス反応としてのMBIの下位次元とするには、多少無理があることが示唆された (中谷, 1996)。そこで本論文では、「情緒的消耗」と「離人化」の2つの次元のみを使用して、精神的負担の尺度とした。最終的には、「情緒的消耗 (EE)」8項目、「離人化 (DP)」5項目、

全18項目の「家族介護MBIスケール」を作成し、選択肢は、より回答しやすい形式をと
いうことで、燃えつきの程度をたずねる5段階（実施時期の早い諏訪郡の調査では4段
階）を設定した。

3. 社会的負担

社会的負担は、これまでの国内外の負担尺度を概観し、身体的あるいは精神的負担を
測定していると思われる項目を除いて項目を選び出した。最終的に残された項目は、①
家事や育児の支障、②仕事・家業の支障、③外出の不自由、④自由時間の欠如、⑤家族
や親戚との不和、⑥経済的負担の6項目であった。これらの質問文に対して、「非常に
そう思う」「かなりそう思う」「少しそう思う」「まったくそう思わない」の4件法で
たずねることにした。

4. 全般的負担

本論文では、近年の負担研究の動向にしたがって、負担を上記の3つの側面から他次
元的にとらえることとした。しかしながら、単次元の負担尺度を使用した研究は、今
でもかなり行われている。そのような研究では、家族介護者の負担が従属変数としては
設定されておらず、他の従属変数に規定力を持つ独立変数や制御変数として用いられて
いることが多い。詳しくは後節で述べるが、このように負担尺度を独立変数あるいは制
御変数として使用する際には、統計手法上、単一の得点で負担を測定する尺度の方が望
ましい。そこで本論文においても、単次元の得点が算出できる尺度を用意する目的で、
身体的負担と精神的負担を1項目で測定できる質問項目を設けた。そしてそれら2つの
項目に上記の社会的負担の6項目を加えて、合計8項目の「全般的負担」とも呼べる負
担尺度を設定した。尺度の項目内容が社会的負担に偏り気味であるが、この全般的負担
の尺度は、ザリットの負担スケールをはじめとする従来の単次元の負担スケールには、
最も似通った尺度ではある。

第2節 負担の測定手法開発のための調査

1) 調査の目的

本節では、前節で提示した要介護高齢者を介護している家族介護者の負担を測定する尺度について、尺度としての信頼性・妥当性の検証を目的とした調査の方法および結果を述べる。ここでは4つの異なる地域で収集したデータを用いるが、後述するように、各地域での対象者の選定は、一定の、どの地域でも再現可能な手順で行っている。これにより、前章で指摘した家族介護研究の方法論上の最大の課題である同質の要介護高齢者の集団の確保が、実現できていることになる。

本節で用いるデータは、東京都老人総合研究所社会福祉部門が行った一連の、地域での在宅要介護高齢者の介護サービスニーズを推計する目的で実施した調査（以下ニーズ調査）において収集されたものである（東京都老人総合研究所社会福祉部門編，1996）。調査地域は、長野県諏訪郡，群馬県前橋市，東京都町田市および多摩市で実施されたものである。実施時期は1991年から1992年にかけてであり，折しも1990年の法改正により市町村・都道府県に義務づけられた「高齢者保健福祉計画」策定の渦中であった。この時期にニーズ調査を実施することは，学術研究的に意義のある調査というだけでなく，自治体の計画行政に直接反映できるという，より重要な意義があった。このように本節で使用するデータは，必ずしも負担の尺度開発のみを目的として行ったものではない。それでも介護者の負担については，介護サービスニーズを把握する際の重要な要因であるとし，調査の目的の一部として「介護者の主観的要素としてのサービスの認知・利用希望，介護負担感，バーンアウト，対処スタイルを客観的サービスニーズおよびその背景要因との関連を中心に分析する（p.22）」と位置づけられている（冷水豊，1996a）。

さらに本節では，三鷹市で実施されたニーズ調査のデータも加えて分析を行う。三鷹市の調査は，1996年に三鷹市高齢化対策室と東京都老人総合研究所保健社会学部門が共同で実施したものであるが，介護サービスニーズの推計手法は，社会福祉部門が開発したものをを用いているので，前記の3つの地域で実施されたニーズ調査とほぼ同様のものであると考えてよい。以上，異なる4つの地域で同様の調査手法を使用して収集したデータを用いて，要介護高齢者を介護している家族介護者の負担測定項目の妥当性・信頼性の検証を行う。

2) 調査対象地域の特性

以下に調査対象地域の概要を述べる。ニーズ調査の実施には，実施地域の自治体の協力が不可欠となるため，調査対象となった地域は，事前に細かい特性等を精査した上で選んだわけではなく，まず自治体の協力が得られた地域として選定されたものである。それでも郡部，地方中核都市，都下の都市部という区分を念頭において，以下の地域でニーズ調査が実施された。なお，各地域の特性の情報は，各自治体の「高齢者保健福祉計画」の記述に従い，各地域での調査時期に近い数字を用いた。

1. 諏訪郡

郡部の調査は、下諏訪町、富士見町、原村の隣接する1町2村で実施した。下諏訪町は、人口25,519人（1990年）の諏訪大社の門前町として発展してきた町である。農業従事者の割合は低く、観光産業および精密機器を中心とした工業が主要産業となっている。高齢者人口（65歳以上）は3,816人で割合は15%となっており、全世帯の4割を占める高齢者世帯の90%が持ち家に居住している。また高齢者世帯の15%が単独世帯で、夫婦のみ世帯は20%である（1990年）。ホームヘルパーの派遣対象者は29人（1991年度）で、常勤ホームヘルパー5人で対応している。ショートステイは、町内1カ所および近隣自治体の特別養護老人ホームを延べ30人（1991年度）が利用している。デイサービスは、町内の特別養護老人ホームに併設されたデイサービスセンターを、82人（1991年度）が利用登録している。

富士見町は、人口14,796人（1991年）の高原野菜を中心とした農業を主要産業とする町で、JR線および高速道路が町を横断して首都圏へのアクセスも2時間程度である。さらに近年では、リゾート産業およびハイテク産業などの進出もみられる。高齢者人口は3,081人（1991年）と20%に達しており、約4,000世帯の半数近くの世帯が65歳以上の高齢者が居住している世帯で、そのうち単独世帯が1割強、夫婦のみ世帯が2割である（1990年）。また高齢者の持ち家率は非常に高く、ほぼ100%近くなっている。高齢者のホームヘルパー派遣対象者は77人、ショートステイ延利用者数47人、デイサービス利用登録者94人で（1991年度）、これらの対象者に対して、常勤ヘルパー5人、ショートステイ7床（町内1カ所と隣町1カ所の特別養護老人ホーム）、デイサービスセンター1カ所（周辺の3町村と共同利用）で対応している。

原村は、富士見町と同じく高原野菜を中心とした農業を主要産業とする人口6,827人（1992年）の村で、やはり近年はリゾート産業にも力を入れはじめている。65歳以上の高齢者は1,322人（1992年）で高齢化率はほぼ2割近く、全世帯の半数が高齢者のいる世帯で、単独世帯が1割、夫婦のみ世帯が2割、高齢者世帯の持ち家率ほぼ100%である（1990年）。在宅福祉サービスの利用状況は、ホームヘルプサービス利用者20人、ショートステイ延利用者3人、デイサービス利用登録者17人で（1991年度）、村内に3人の常勤ホームヘルパーがいるが、ショートステイのベッドおよびデイサービスセンターは村内になく、隣町にある近隣の町村との共同利用施設を利用している。

2. 前橋市

群馬県の県庁所在地である前橋市は、人口286,261人（1990年）の地方中核都市で、主要産業は商工業である。高齢者人口は33,729人、高齢化率は11.8%で、高齢者世帯約24,000世帯のうち、単独世帯、夫婦のみ世帯はともに、約3,300世帯（13.0%）となっており、高齢者世帯の持ち家率は86.7%となっている（1990年）。1992年度の在宅福祉サービス利用実績をみると、ホームヘルパーを利用している高齢者は約330人で、常勤・非常

勤を含めた84人のホームヘルパーで対応している。デイサービスの利用登録者は約580人で、4つの施設がデイサービスを実施している。ショートステイの延利用日数は約4,300日で、市内6施設を含む13施設の特別養護老人ホーム・養護老人ホームで98床を利用している。

3. 町田市・多摩市

町田、多摩の両市ともに東京のベッドタウンとして急速に発展を遂げた市で、特に多摩市は市域の約6割がニュータウン区域となっている。町田市は、人口355,003人、高齢者人口及び高齢化率は32,307人で9.1%（1992年）、多摩市は、人口144,880人、高齢者人口及び高齢化率は9,234人で6.4%（1992年）と、両市ともに全国平均を下回っている。高齢者世帯数は、町田市約20,000世帯で、うち単独世帯約2,700（13%）、高齢者夫婦のみ世帯5,500（28%）であり（1990年）、多摩市は、ひとりぐらしの高齢者が約750人（高齢者人口の約8%）で、高齢者のみの世帯の高齢者数は約1,800人（同約20%）である（1992年）。

ホームヘルプの利用者は、町田市313人（1993年度）多摩市93人（1992年度）で、町田市は35人多摩市は20人の常勤・非常勤を含めたヘルパーがサービスに従事している。デイサービスの延利用者数は、町田市約3,000人（1993年度）多摩市約7,000人（1992年度）で、町田市1カ所多摩市2カ所の施設でサービスを提供している。ショートステイ事業は、町田市が延利用者数約4,400人（1993年度）で、多摩市では133人（1992年度）が利用しており、町田市17床多摩市8床のベッドで対応している。

4. 三鷹市

東京都心から18kmの至近距離にある首都圏の典型的な住宅都市であり、教育・福祉政策においていくつかの先進的な取り組みを実施してきた自治体でもある。総人口166,998人で、65歳以上人口は22,091人、高齢化率は13.2%である（1995年推計）。ホームヘルプサービスの現況は、常勤換算で125人のホームヘルパーが年間83,300時間（1993年）サービスを提供している。ショートステイサービスは、市内の特別養護老人ホーム1カ所に7床を確保し、デイサービスセンターは市内2カ所で1日75人にデイサービスを実施している。

3) 調査の対象と方法

いずれの地域においても、65歳以上の高齢者の中から、要介護高齢者を抽出するための郵送及び配票留置調査の併用によるスクリーニング調査（1次調査）と、抽出された要介護高齢者を対象とした民生委員あるいは専門調査員による訪問面接調査（2次調査）が行われた。調査対象者、有効回答者数および調査時期等は、表3-3に示してある。

1. 1次（スクリーニング）調査

1次調査の対象者は、住民基本台帳記載者から老人ホーム等の施設入所者およびひとりぐらしの高齢者を除き、町田市および前橋市は3分の1を無作為抽出、多摩は2分の

1 を無作為抽出，諏訪郡および三鷹市は全数調査を行った。要介護高齢者の抽出には，東京都老人総合研究所社会福祉部門が開発した，身体的障害と痴呆の疑いをたずねるチェックリストを使用した。回答者は，対象となった要介護高齢者をよく知っている家族員とした。

A. 身体的障害の項目および基準

身体的障害を把握する項目は，最初に実施した諏訪郡の調査で用いたものを，前橋市での調査で修正を行い，さらに町田市・多摩市，三鷹市の調査においても修正を行った。項目の変遷については，表 3-4～表 3-6 に示したとおりである。各項目は，それぞれ 4～7 段階の選択肢を持ち，2 次調査の対象となる要介護高齢者は，「重度」「中度」「軽度」の分類に用いられた選択肢のいずれかに該当する要介護高齢者である。当然 1 次調査では，各項目において上記の分類に用いられなかった選択肢に，つまり要介護ではない高齢者が多数該当している。

諏訪郡の調査の時点では，10 個の項目を用いることにしたが，これらの項目は，以下のような注意を払って作成された。

- ①質問文及び選択肢は，回答者である介護者が誤解することのない文章であること
- ②それぞれの項目が独立で，項目間の相関が高くないこと
- ③要介護高齢者の身体的障害を多面的に把握できること
- ④介護サービスのニーズを反映する項目および選択肢であること
- ⑤選択肢のレベルは，相互排他的であること

しかしながら，諏訪郡で実際にデータを収集して各項目の分布を検討したところ，いくつかの項目は他の項目との相関が極めて高く，それらの項目を用いての分類は意味をなさないことから，前橋市の調査では，分類に用いる項目が大幅に減らされた。さらに町田市・多摩市，三鷹市での調査にあたって，若干の修正が行われた。このように，厳密には各地域での項目および基準は異なっているが，実際に収集されたデータを検証したところ，いずれの地域においても同質の集団が把握されたといつてよい（冷水，1996b）。

B. 精神的障害（痴呆）の項目および基準

痴呆の把握には，「柄澤式」や「長谷川式」をはじめいくつかのスケールやテストが存在するが，その多くは，老年精神科医等の専門家が用いることを前提としており，家族介護者に対して使用することのできるものは，ほとんどないといつてよい。そこで，痴呆性高齢者に比較的多くみられる症状あるいは行動の有無を，家族介護者が簡単にチェックすることによって，痴呆の疑いのある高齢者をスクリーニングできるチェックリスト，さらにある程度痴呆の重症度を分類できるチェックリストの開発を目指し，諏訪郡の調査で表 3-7 に示す項目を用いて調査を実施した。20 項目のうち，スクリーニングに使用したのは 10 項目で，どれか 1 つにでも該当すれば，2 次調査の対象とした。

重症度の分類については，スクリーニング用に加えて，2 次調査で表 3-7 に示す 10 項

目を追加して調査を行い、計20項目のうち、1～2項目に該当する要介護高齢者を「軽度痴呆」、3～7項目に該当する要介護高齢者を「中度痴呆」、8項目以上該当する要介護高齢者を「高度痴呆」として分類を行った。このチェックリストおよび分類基準の妥当性については、諏訪郡の調査において、精神科医による診断が実施されたケースを対象として診断との関連に基づいた分析が行われ、妥当性にはさらに検討の余地があると報告されている（本間、1996）。それでも、痴呆の疑いのある要介護高齢者のスクリーニングについてだけみれば、ある程度の妥当性が検証されており、いずれの地域においても同質の痴呆性高齢者が選定されたと思われる。なお、精神的障害の項目についても、諏訪郡でのデータ収集後検討を行った結果、前橋市以後の調査では、スクリーニング用には8項目で、さらに重症度を分類するためには8項目を追加して計16項目で精神的障害の把握を行った。

以上述べたように、今回行った調査では、身体的および精神的障害のある要介護高齢者を一定の手順をふんで把握した。したがって、前述した家族介護調査研究におけるサンプリング手法の曖昧さは、今回の調査に限れば解消されたといえてよい。つまり、異なる4つの地域において、同じ抽出手法で要介護高齢者を選定した調査であるといえてよいわけである。

2. 2次（訪問面接）調査

1次調査で抽出された要介護高齢者を対象として、要介護高齢者宅への訪問面接による2次調査を実施した。訪問面接調査員は、諏訪郡、前橋市、町田市・多摩市では、民生委員および専門調査員、三鷹市では専門調査員が調査に携わった。三鷹市以外で民生委員が調査に参加した理由は、予算的な理由もあるが、老人保健福祉計画の策定過程への参加という観点からみるならば、むしろ民生委員こそが調査をすべきであるともいえる。

ところで表3-3にあるように、三鷹市を除いて、2次調査の有効回答数と要介護高齢者数にかなりの開きがある。これは、2次調査の訪問面接において身体的障害および精神的障害のチェックリストを用いて再度調査した結果、1次調査で要介護高齢者として抽出されていた者が要介護ではないと判明したからである。このような食い違いが生じた原因は、1次調査の郵送法と2次調査の面接法という調査手法の違いであるとともに、1次調査では、要介護の疑いのある例についても広く把握し、2次調査の対象として面接調査を行ったためである。このことは、1次調査により抽出された2次調査対象数の割合をみると、先行して行われた3つの地域ではいずれも10%を超えているのに対して、三鷹市では6%であることをみてもわかる。実は三鷹市では、1次調査終了後の抽出段階で、疑わしい例は電話調査により身体的障害および精神的障害のチェックリストの確認を行い、要介護であると確認できた者のみを2次調査の対象とした。そのため、2次調査の有効回答数と要介護高齢者が同数になっているのである。

さらに2次調査は、要介護高齢者の主介護者または副介護者を回答者として行われているので、本節での分析対象としたのは、主介護者から回答が得られ、本節での分析に用いる変数に欠損値がない例のみを選定した。ただし、ある1つの変数にのみ欠損値がある例については、分析対象に含めている。最終的な分析対象数は、諏訪郡509、前橋市549、町田市・多摩市673、三鷹市861、総計2,592となった。

3. 調査変数の操作化

前節で述べた4つのストレス変数については、以下の方法で操作化を行った。要介護高齢者の「身体的障害」は、上記したように、「障害なし」「軽度」「中度」「重度」の4段階に分類した。同様に「精神的障害」も、「痴呆なし」「軽度」「中度」「高度」の4段階とした。両方の障害ともに、障害が高度になるにしたがってより強いストレス反応、即ちより高い負担をもたらすと想定された。「介護程度」については、調査票では「毎日かかりっきりでお世話している」から「週1日かそれより少ない」までの4段階でたずねているが、4つの地域ともに、ほとんどが毎日お世話をしている介護者なので、「かかりっきりでお世話している」と「かかりっきりではお世話していない」の2区分とした。「介護期間」は、「1年未満」「1年－3年」「3年－5年」「5年－10年」「10年以上」の5段階でたずねた。それぞれ、かかりきりでお世話をしている場合、介護が長期化している場合に、負担が高くなると予想された。

ストレス反応は、前述したように3種類の、「身体的負担」「精神的負担」「社会的負担」の負担尺度で測定を行い、分析にあたってはそれぞれ点数化して使用した。加えて、「全般的負担」の点数も算出した。

リソース要因では、「介護者の年齢」は、諏訪郡以外は直接年齢をたずね、諏訪郡は10歳階級別でたずねた。年齢は、高齢になると負担が増加すると思われた。「就労状況」は、「常勤的職業あり」と「常勤的職業なし」の2区分とし、常勤的職業とは、週30時間以上勤務しているか、農業・自営業にほとんど毎日かなりの時間従事している場合とるように操作化を行った。ここでは、常勤的な職業に就いていることがストレスをもたらすと考えられた。「他の要介護者（対象要介護高齢者以外の高齢者、病人、乳幼児、障害者）の有無」「副介護者の有無」「介護代替者（休養・病気等の場合1週間程度お世話を頼める人）の有無」は、それぞれ「いる」「いない」でたずね、他の要介護者はいる場合、副介護者および介護代替者はいない場合に、負担の増加が予想された。「経済状態」については、調査票では5段階でたずねたが、分布等を考慮し、分析では「余裕がある」「ふつう」「苦しい」の3段階に区分した。

「介護者へのソーシャルサポート」の尺度には、高齢者のソーシャルサポートを測定する尺度として開発されたものを用いた（野口，1991）。この尺度は、サポートの提供内容から情緒的あるいは手段的サポートに分け、それらを提供してくれると思われる人（認知）の有無を、「同居家族」「別居親族」「近隣・友人」に分けてたずねたもので、

妥当性・信頼性も検証されている。本来の尺度は12項目で構成されているが、諏訪郡および町田市・多摩市では、情緒的2項目手段的2項目の4項目を、前橋市では情緒的4項目手段的4項目の8項目で測定を行った。また三鷹市のみは、認知ではなく「この半年間でそのような方はいましたか」と実績をたずねた。項目内容は、情緒的1項目手段的1項目に、相談的サポートという新しい項目を加えて3項目で、さらに同居家族・別居親族・近隣友人に加えて、医療・福祉の専門家の中にもいたかどうかをたずねた。これらのソーシャルサポートの点数も、すべて点数化して分析に用いた。

4) 調査の結果

1. 対象者の属性

調査対象となった要介護高齢者の属性は、表3-8の通りである。性別については、地域間で顕著な差はみられない。平均年齢は、諏訪郡82.0歳、前橋市81.1歳、町田市・多摩市80.0歳、三鷹市80.9歳と大きな差はみられないが、町田市・多摩市は、他の3地域に比べて後期高齢者の割合が少ない。そのことが、身体的障害の「障害なし」が他と比較すると多くなっている理由であると思われる。また三鷹市は、諏訪郡、前橋市と比較すると、身体的「障害なし」が少なく、精神的「障害なし」が多くなっている。これは、痴呆ではないがADLが低下している要介護高齢者が、他の地域と比較して在宅で生活している割合が多いということになる。三鷹市は、前述したように医療・福祉に積極的に取り組んで来た市で、特に医師会が往診に力を入れていることから、要介護高齢者が在宅で生活し続けることができているのかもしれない。

家族の主たる介護者の属性および介護に関連する要因は、表3-9に示してある。性別は、どの地域においても8割が女性で、諏訪郡では9割近くが女性の介護者である。年齢については、諏訪郡を除く3地域の平均年齢は、前橋市59.5歳、町田市・多摩市57.7歳、三鷹市61.8歳で、60歳以上の介護者の割合が三鷹市で高くなっている。さらに世帯類型をみても、「高齢者夫婦のみ世帯」が、諏訪郡では1割程度だが、都市部では割合が高くなり三鷹市では2割に達している。これは、都市部で直系制家族が少なくなっている現れだと思われる。

介護の状況は、「毎日かかりきり」が概ね2割強で、前橋市で3割近くになっており、町田市・多摩市が相対的に介護期間が短く、諏訪郡の介護期間が長期化している。介護者の就労は、都市部では「就労している」介護者が2割前後だが、諏訪郡では4割を超える介護者が就労している。これはおそらく、農業に従事している者が多いからだと思われる。他の要介護者の有無では、およそ1割が「いる」と回答しており、地域間の差はほとんどみられない。副介護者は、概ね7割が「いる」となっているが、三鷹市では6割と少し少ない。三鷹市では、他の地域と比べて高齢者夫婦のみ世帯が多いことから、副介護者がいないケースも多いのであろう。介護代替者の有無では、比較的家族、親族のネットワークが厚いと思われる諏訪郡では、8割近くが「いる」と回答しているが、

都市部では「いる」と回答した介護者の割合は6割前後にとどまっている。経済状態については、「ふつう」と回答した割合が6割から7割であった。

2. 負担測定尺度の回答分布

ここでは、各負担尺度の測定項目の回答分布をみてる。回答分布を観察する主要な目的は、各負担尺度の交差妥当性の検証である。すなわち、4つの地域で類似した回答分布が観察できれば、その尺度の交差妥当性が検証できたと考えるわけである。

A. 身体的負担の回答分布

身体的負担の測定項目は、町田市・多摩市で10項目、三鷹市で14項目を用いて調査を行った。そのうち両地域の調査で共通の項目は8項目であったが、図3-10にあるように、回答分布の傾向としては概ね一致しており、両地域で10%以上の差がある項目はなかった。すなわち、これらの項目の交差妥当性がある程度検証できたといえよう。両地域で半数以上の介護者が該当した項目をみると、町田市・多摩市では、「つかれやすい」「腰が痛い」「目が疲れる」「肩がこる」で、三鷹市では「腰が痛い」「目が疲れる」「肩がこる」「目がかすむことがある」などで、「目」「肩」「腰」といった部位への身体的負担が大きいことが分かる。また、該当者は相対的に少ないものの、町田市・多摩市での「立ったりあるいたりするのがつらい」や三鷹市の「胸が悪くなったり吐き気がする」といった訴えは、かなり深刻な症状であるともいえるので無視できない。

B. 精神的負担の回答分布

表3-11は、精神的負担尺度としての家族介護MBIスケールの情緒的消耗サブスケールの回答分布である。全般的にみて、前橋市において「非常にあてはまる」「かなりあてはまる」「あてはまる」への回答割合が少なく、逆に町田市・多摩市では多くなっている。しかし5段階を、「あてはまる」の3つの選択肢（諏訪郡は2つ）の合計と「あてはまらない」の2つの選択肢の合計に2区分してみると、諏訪郡、前橋市、三鷹市の回答傾向はほぼ同じとなる。町田市・多摩市については、他の3地域に比べて、たしかに「あてはまる」に回答している割合が多いが、それでもまったく逆の傾向を示している項目はない。「あてはまる」が多い項目としては、「くたくたになったと感じる」「疲れ果てたと感じる」「気をつかうし骨が折れる」などで、概ね半数前後が「あてはまる」と回答している。逆に「燃えつきてしまった」「限界まで来たと感じる」といった項目では、「あてはまる」と回答した介護者は2～3割にとどまっていた。

離人化サブスケールの回答分布は、表3-12に示してある。諏訪郡、前橋市では「落ち度がないのに責められているように感じる」の項目は使用しなかった。全般的に、「変わったことがあっても気にならない」の項目を除いて、「あてはまらない」の回答方向に偏っており、スケールを構成する項目としてはあまり望ましくない。これは質問内容が素直には答えにくくタテマエ的な回答をした結果だと思われる。しかしながら、この離人化サブスケールは、対人援助専門職の燃えつきを測定する際にはユニークなもので

あるという指摘もあり（Jackson et al., 1986），家族介護場面においても，少ないながらも「ものを扱うように世話している」「冷たくあたっている」という項目に「あてはまる」と回答した介護者が存在することは，無視できないと考える。このサブスケールにおいても，町田市・多摩市は，他の3地域と比較して「あてはまる」の回答が多くなっているが，回答傾向が大きく異なるというほどではない。

以上のように，家族介護MBIスケールは選択肢が5段階であるので，4地域での分布が同じ分布をしているとはいいがたい。それでも，「あてはまる」「あてはまらない」の2区分でみた場合には，地域間での大きな差異は見出せない。また，家族介護MBIスケールを使用した他の研究においても（野地ら，1995），今回と同様の回答分布がみられる。このようなことから，精神的負担尺度の交差妥当性は，ある程度検証できたのではないと思われる。

C. 社会的負担・全般的負担の回答分布

表3-13の上から6項目が，社会的負担の測定項目の回答分布である。全体的にいえることは，「育児や家事に手がまわらない」と「家族・親戚と意見があわない」の2項目を除いては，大きく偏った分布をしている項目はなく，尺度として概ね望ましいものといえよう。また上記の2項目の偏りは，「まったくそう思わない」の項目に7割前後集中しているが，4件法での尺度であれば許容できる範囲ではないと思われる。さらに4つの地域別に分布の様子をみると，「非常にそう思う」あるいはそれに「かなりそう思う」を加えた回答が最も多いのは，4つの地域ともに「思うように外出ができない」と「自由時間が思うようにとれない」という時間的拘束の負担項目である。特に三鷹市では，この2つの選択肢に半数以上の介護者が該当しており，他の地域でも4割近くが該当している。時間的拘束，自由時間の制限といった社会生活上の障害は，多くの負担尺度で含まれていることから（Vitaliano, Young et al., 1991 ; Deimling, 1994），これらの項目の負担尺度としての内容的妥当性は高いと思われる。

一方「経済的負担」や「家族・親戚と意見があわない」の項目は，「非常にそう思う」「かなりそう思う」を合計しても，全体の1～2割程度の介護者しか負担ありと回答していない。一般的に，面接調査では経済的な事柄や家族関係をたずねる質問は，回答が得られにくいことが知られているが，今回の調査でもその点は克服できなかったであろう。それでも，「少しそう思う」を加えると，2～3割の介護者が何らかの程度で経済的あるいは家族関係上の負担を訴えているわけであるから，これらの項目を社会的負担項目から除外することは望ましくない。同様の理由で，「仕事・家業ができない」「育児や家事に手がまわらない」の2つの項目も，社会的負担項目の一部として取り扱うべきであろう。

表3-13の下から2つの項目は，全般的負担得点を算出する目的で作成されたもので，身体的負担および精神的負担を，それぞれ1項目で測定を試みたものである。表に示す

とおり、分布に特に大きな偏りはみられない。

なお全般的に、三鷹市の回答が負担が大きき方向での分布が目立つが、これは三鷹市の調査では、選択肢の表現を「非常にあてはまる」「少しあてはまる」「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」の4段階に変更して調査を行ったからだと思われる。

なおこの場合、「非常にあてはまる」と「少しあてはまる」の2つのカテゴリーが、他の3地域の「非常にそう思う」「かなりそう思う」「少しそう思う」の3つのカテゴリーに該当すると考えた方がよい。そうすると、すべての地域での回答分布は概ね同様の傾向を示していると判断することが可能になり、すなわち、社会的負担測定尺度の交差妥当性が検証できたといえよう。

3. 負担測定尺度の得点化

A. 信頼性の検討

信頼性については、今回の調査が対象者にとって1回限りのものであるから、内的一貫性についてのみ報告を行う。表3-14に、精神的および社会的負担に加え、精神的負担の2つのサブスケールおよび全般的負担スケールの、内的一貫性の指標である α 係数の値を示す。精神的負担（家族介護MBIスケール）、情緒的消耗サブスケール、社会的負担、全般的負担は、どの地域においても概ね0.80前後の値となっており、これらの尺度についての内的一貫性は確保できたといえる。離人化サブスケールについては、諏訪郡、前橋市は4項目、町田市・多摩市、三鷹市は5項目であることから、値が小さくなるのを避けられない。それでも、町田市・多摩市、三鷹市で0.60近い値となっているので、ある程度の内的一貫性が検証できたと思われる。なお、身体的負担のCFSIについては、本来心理学的スケールとして作成されたものでなく、各項目がインデックス（指標）として作成されているので、内的一貫性の考え方を適用するのは望ましくないとされた。CFSIについては、開発者により再テスト法の信頼性が報告されている（越河，1991）。

B. 構成概念妥当性の検討

構成概念妥当性については、通常は因子分析の手法を用いて尺度の構造の分析を行う。さらに最近では、共分散構造分析を応用した確証的因子分析の手法が開発されている。しかしここでは、因子分析の一手法である主成分分析を用いて尺度の妥当性の検証を行う。これは、今回報告する各尺度が未だ開発中であることを考慮して、より探索的な手法を用いることを念頭においたからである。なお、身体的負担、社会的負担、全般的負担については、下位概念を設定していないので、それぞれ単独での分析は行わない。

まず、表3-15から表3-18に、精神的負担の家族介護MBIスケールの主成分分析の結果を示す。これは、家族介護MBIスケールが「情緒的消耗」と「離人化」の2つの構成概念を持つことを検証しようとしたもので、最初から抽出すべき主成分を「2」に固定し、バリマックス回転を行ったものである。表3-15の諏訪郡の結果では、離人化の4番目の

項目が、情緒的消耗の主成分側に負荷が高いことを除いて、情緒的消耗と離人化の2つの主成分が明確に抽出されている。表3-16の前橋市の結果においても、情緒的消耗の4項目が離人化の主成分にもある程度の負荷を持っているが、概ね2つ主成分が抽出されている。ところが、表3-17の町田市・多摩市においては、家族介護MBIスケールが2つの概念から構成されているとはいいがたい結果となっている。それでも、離人化の4項目と情緒的消耗の4項目は、それぞれの主成分に高い負荷を示している。表3-18は三鷹市の結果であるが、前橋市と似た結果が示され、情緒的消耗の4項目と離人化の2項目がそれぞれ異なる主成分に対してある程度の負荷を持っているものの、家族介護MBIスケールが2つの主成分から構成されていることを示している。以上から、家族介護MBIスケールの2因子構造は、概ね支持されたと考える。

次に、身体的負担、精神的負担、社会的負担の3つの尺度を使用した町田市・多摩市、三鷹市の2つの地域において、主成分数を「3」に固定して主成分分析を行った。これら3つの負担尺度は、心理学的尺度として上位に概念を設定して作成したものではないので、本来はこのような分析方法は望ましくないが、仮に「負担」が3つの構成概念から構成される概念であると仮定して、このような分析を試みた。表3-19は町田市・多摩市における結果で、精神的負担のいくつかの項目が異なる負担の主成分にも負荷を持っているのを除けば、概ね3つの負担の主成分が抽出されている。三鷹市における結果は、表3-20に示すように町田市・多摩市より若干の改善がみられ、3つの負担がさらに明確に抽出されている。これらの結果から、今回開発した各負担尺度の測定項目は、概念的には妥当なものを測定しているといつてよいであろう。

C. 負担尺度の得点化と相関

各負担尺度の信頼性・妥当性について、ある程度の検証ができたことから、それぞれの尺度の得点化を行った。身体的負担は、「ある」に1点を与え単純に加算した。精神的負担は、各項目の選択肢に0～4点（諏訪郡は0～3点）を与え、単純加算した。社会的負担、全般的負担も同様に、選択肢に0～3点を与えて単純加算を行った。すべての尺度で、点数が高い場合に負担が高くなるように方向性を設定した。なお欠損値については、各尺度について1項目（家族介護MBIスケールは2項目の場合もある）までのケースを含めているので、その項目には平均値を代入して得点化を行った。表3-21に、各負担尺度得点の特性を示してある。身体的負担得点、家族介護MBIスケール、DPサブスケールは、諏訪郡、前橋市と町田市・多摩市、三鷹市では項目数が異なるので、平均値に差がでている。町田市・多摩市は、精神的負担得点で三鷹市より高い平均点となっており、三鷹市は、社会的負担得点および全般的負担得点で他地域より平均点が高くなっている。

表3-22に、各負担得点間の相関係数を示した。精神的負担得点（家族介護MBIスケール）とそのサブスケール間および社会的負担得点と全般的負担得点の相関が高いのは、それぞれ共有している部分があるので当然である。各負担得点間の相関は、低すぎると

概念設定に問題があると判断されるが、あまりに高すぎると同じ概念を測定しているのではないかという問題も出てくる。その意味では、精神的負担と社会的負担の0.50から0.60あたりの相関係数は、適度な値ではないかと思われる。これらの相関係数を二乗すると0.25から0.36になり、すわわちお互いの変動の4分の1から3分の1は共有しているが、残りはその尺度が独自の負担を測定しているということになる。身体的負担と精神的、社会的負担との相関は、0.30から0.40と低すぎるとも考えられるが、身体的負担尺度がインデックス形式の尺度であることから、この程度の相関でも充分であろうと思われる。ただし、離人化サブスケールの身体的、社会的負担との相関の低さは今後検討の余地がある。最後に三鷹市において、抑うつの標準的尺度のひとつであるCES-Dを使用したので、各負担得点との相関をみると、身体的、精神的負担とは中程度の相関があったが、社会的負担とは低い相関しかなかった。精神的負担と中程度の相関しかないということは、同じ情緒的な変動の測定を目的としているが、それぞれ独自の領域を測定していることを示唆している。

4. 負担と関連要因との関係の検証

ここでは、分析モデルにおいて設定したストレッサー要因およびリソース要因と各負担尺度との関連を検討する。主たる目的は、尺度の基準関連妥当性を検証しようというもので、ストレッサーおよびリソース要因のそれぞれが外的基準ということになる。期待される負担との関連は、前述の変数の操作化のところで述べたとおりである。さらにここでは、各負担尺度がある程度の妥当性があると仮定し、各負担に影響する要因分析的な検討も行う。これは主たる目的の尺度の妥当性の検証と論理的に矛盾するものではあるが、社会科学系の実証的調査研究、特に大量データを収集して行う調査研究では、自然科学系の実験のように短期間で何度も追試ができるものではないので、1回の調査研究に一見矛盾するいくつかの目的を持たせざるを得ないという事情があるからである。さらに前章でみたように、内外の負担研究においては、負担に関連する要因の知見は相反するものがかなり報告されている。そのような状況においては、これまでに例をみない一定のサンプリング手法で異なる4地域から収集したデータについて、負担に関連する要因の知見を提供することは、非常に意義深いものと思われる。

分析方法は、連続変数として得点化できる介護者の年齢とソーシャルサポート得点は、各負担得点との相関係数を算出した。その他のストレッサーおよびリソース要因との関連は、各負担得点について、負担得点を従属変数、それぞれのストレッサーおよびリソース要因を独立変数とする一元配置の分散分析を行い、独立変数内のグループ平均についてF検定で統計的有意差を検討した。なお、独立変数内のグループが2つの場合、すなわちストレッサーおよびリソース要因で2つの選択肢しか持たない場合でもF検定を行った¹⁾。

A. 負担とストレッサー要因との関連

要介護高齢者の「身体的障害」と負担の関連は、表3-23の通りである。DPサブスケールを除いて、すべての負担尺度がどの地域においても、身体的障害が重くなるにしたがって負担が増加している。ADLの低下や機能障害が負担に影響を与えるかどうかについては、前章でみたように、国内外の調査研究では様々な知見が報告されている。当初は、負担研究の始まりともいえるザリットらの報告（Zarit et. al., 1980）で、機能障害や認知障害あるいは問題行動は、介護者の負担には影響を与えないという結果が提示されたこともあり、障害の程度は負担と関連しないという意見が大勢であった。しかしながらこのザリットらの研究は、サンプル数が29と小さかったことから、以後大量サンプルを対象として実施したいくつかの調査においては、機能障害と負担の関連を見出している。たとえばシュルツ（R. Schulz）らの、一連の脳血管障害患者および脊髄・頸椎損傷患者を対象とした調査研究では、機能障害の程度と介護者の負担に強い関連を見出している（Schulz et al., 1987, 1988）。本論文での調査対象サンプルとなった地域在住の要介護高齢者は、機能障害の程度においては、かなり幅広いものである。このように機能障害の程度をかなり幅広くとらえた場合には、今回のように負担との関連をかなり明確に示すことができると思われる。さらに、このような機能障害との関連を明示できたことは、各負担尺度の基準関連の妥当性が検証できたともいえる。

なお、表3-23で「障害なし」のグループの負担が高くなっている箇所がいくつかみられるが、これは分析対象が要介護高齢者の集団であり、身体的障害はないが精神的障害があるという要介護高齢者がここに該当する。つまりADLが低下していない痴呆性高齢者ということで、次の精神的障害との関連をみてもわかるように、むしろ負担は大きくなっていると思われる。

表3-24は、要介護高齢者の「精神的障害」と負担尺度の関連を示したものである。町田市・多摩市での身体的負担を除いて、すべての地域においてどの尺度も、精神的障害が重度になると負担が大きくなっている。町田市・多摩市の身体的負担も、統計学的に有意ではないが、方向性としては同じ傾向を示している。注目すべきは、要介護高齢者の身体的障害とは関連が見出せなかったDPサブスケールが、精神的障害とは強い関連を持っていることである。DPサブスケールの項目内容から推察すれば、要介護高齢者の精神的障害は、身体的障害よりも負担に強い影響を与えるのではないと思われる。前述したように痴呆の各症状や問題行動と負担との関連についても、国内外の知見は一貫したものではない。しかしながら、身体的障害の場合と同様に、今回のような幅広い程度の痴呆性高齢者を対象とするなら、要介護高齢者の精神的障害が介護者の負担に影響を及ぼしていると結論づけることができる。同様に、各負担尺度の基準関連妥当性も確認できたといえる。

「介護程度」と負担の関連を示したのが、表3-25である。DPスケールを除くと、4地域すべてでどのスケールも、介護にかかりきりの場合に負担が高くなっている。この結

果は、前章のレビューにもみられた長時間の介護は負担を高めるという知見とともに、特に説明のいらない自明のことであるから、この関連が今回の負担尺度を使用して示せたということは、尺度の基準関連妥当性を示すことができたといえる。ただしDPスケールは、特に前橋市および三鷹市では、介護程度の2つのグループ間にほとんど差が見出せていない。これは、DPスケールの妥当性に検討の余地があるとともに、上記したDPスケールの回答分布からすると、今回のような介護程度の2分法では、グループ間に差異がみられるまで反応することができなかったともいえる。

「介護期間」と負担の関連は、表3-26に示してある。結果は、予想に反して、介護が長期化すると負担が高くなるという関連は見出せていない。各グループ間の平均値をみると、介護期間がむしろ「1-3年」や「3-5年」といった介護者の値が最も高くなっているスケールもみられ、統計学的に有意になっている箇所も、必ずしも線形に値が並んでいるわけでない。このような介護期間と負担の2変数間の関連だけからみれば、各負担尺度には妥当性がないということになる。しかしながら介護期間に関しては、以下のような事情も考量せねばならない。今回の調査は、ある一時点での在宅で生活している要介護高齢者と介護者を対象とした調査であるから、時間軸に沿って介護期間の影響をみているわけではない。したがって、介護が長期化した結果、介護を断念した例などは含まれていない。またそれは、現在介護期間が長いグループに属する介護者は、困難を乗り越えて介護を続けてきた「強い」介護者が多いと予測され、逆に介護期間が短いグループには、介護の中断までには至っていないが将来的には中断するであろう「弱い」介護者がかなりいるのではないかと予想される。このように考えるならば、今回の結果も説明できる。介護の長期化が負担に与える影響は、一定の時間幅で追跡調査を行う縦断的調査によって明らかにすべきであろう。

各負担尺度の基準関連妥当性に関してまとめると、4つの異なる地域で、4つのストレス要因のうち3つの要因との関連が、予め期待された方向で見出すことができた。関連が見出せなかった介護期間については、むしろ介護期間を外的基準にすることに問題があることが示唆された。その他の3つの要因とは関連が明示できているので、ストレス要因との関連からみた各負担尺度の基準関連妥当性は、十分に検証できたといえよう。

B. 負担とリソース要因との関連

リソース要因として、まず介護者の「年齢」との関連を、各負担尺度と年齢との相関係数でみると、有意になった関連は、前橋市でDPスケール（ $-0.10, p<0.05$ ）、社会的負担（ $-0.14, p<0.01$ ）、全般的負担（ $-0.11, p<0.05$ ）、町田市・多摩市で身体的負担（ $0.12, p<0.01$ ）、DPスケール（ $-0.11, p<0.01$ ）、三鷹市でDPスケール（ $-0.12, p<0.01$ ）、社会的負担（ $-0.20, p<0.001$ ）、全般的負担（ $-0.15, p<0.001$ ）と、町田市・多摩市での身体的負担を除いて、期待した関連とは逆の、介護者の年齢が若い場合に負担が高くなる

というものであった。年齢が若い場合、まだ社会的活動が活発であるので、社会的負担が増加するのは理解できる。しかしDPスケールが、年齢が若いと増加するという関係は、合理的な説明がむずかしく、今後の検討が必要である。いずれにせよ年齢との関連では、負担尺度の基準関連妥当性を論じるのは無理かと思われる。

表3-27は、介護者の「就労」と負担の関連を示したものであるが、これも予想に反した結果となっている。加えて統計学的な有意差がみられるところでは、期待した関連とまったく逆の関連、すなわち有職の介護者の方が負担が軽いという結果がでていいる。介護者の就労について、それが負担を高めているという知見は、実は欧米でもほとんどみられない（Kane & Penrod, 1995）。むしろ介護者が職を持っていることは、介護者による影響を与えていると結論づけている報告がみられる（Scharlach, 1994）。同様の指摘は国内の研究でもみられ（中谷・東條, 1989）、介護者が有職であることは、介護から解放される時間があることを意味していると考えてよさそうである。冷水（1996c）は、このような調査結果を重視し、家族介護者への現金給付によって介護者を介護に専念させるよりも、介護と職業が両立するような政策をとるべきであると論じている。しかしながら、すべてのケースについて、有職がポジティブな影響を与えているとは考えがたい。事実町田市・多摩市の調査では、有職か無職かをたずねるだけでなく、有職が介護に及ぼす支障度をたずねている。この有職の支障度と各負担尺度の関連は、有職による支障度が高い介護者が負担も高くなっている（中谷, 1996）。介護者の就労状況については、単に有職か無職かが問題なのではなく、有職が介護者にとって持つ意味を考慮すべきであろう。

表3-28に「副介護者の有無」と負担の関連、表3-29に「介護代替者の有無」と負担の関連を示した。副介護者の有無は、すべての負担尺度でどの地域においても、副介護者がいる場合といない場合でほとんど差がみられない。一方、介護代替者の有無は、身体的負担を除いて、概ねどの地域においても、介護代替者がいない場合に負担が増加している。副介護者がいる場合には負担が減少するであろうと予想されたわけだが、実際にそのような関係が成り立つのは、副介護者の存在が必要なケースであろう。いいかえれば、今回の対象には軽度の身体的・精神的障害の要介護高齢者がかなりいるので、副介護者を必要とするほど介護が大変でない場合があるのではないと思われる。副介護者が必要であると判断されたケースのみを対象とするならば、負担との関連がでてくるかもしれない。副介護者と異なり介護代替者の有無は、たとえ副介護者が必要のないケースでも、その存在は意味のあるもので、負担との関連も示されている。つまり、何かあった時に介護を代わってくれる人がいることによって、介護者の負担は軽減されているわけである。

表3-30は、「他の要介護者の有無」と負担の関連を示したもので、身体的負担を除く他の負担尺度は、概ね他の要介護者がいると負担が高くなっている。町田市・多摩市の

精神的負担の各スケールについては、統計学的には有意ではないが、他の要介護者がいると負担が高いという傾向は観察できる。表3-31は、「経済状態」と負担の関連を示したものである。町田市・多摩市の精神的負担とDPスケールの他は、すべて経済状態が苦しくなると負担が高くなっている。ただし、社会的負担と全般的負担には、その項目内容に経済的負担が含まれているので、関連が強くなるのは当然であると思われる。それでも、これら2つのリソース要因との関連からは、各負担尺度の基準関連妥当性は検証できたといえる。

最後に、「ソーシャルサポート」と負担との関連を表3-32に示す。まず目立つことは、三鷹市における関連の強さであろう。しかも予想とは逆の、サポートがある場合に負担が大きくなっている。三鷹市は、調査方法のところで述べたように、サポートをこの半年間の実績でたずねている。ソーシャルサポートの測定については、「認知」で測定するのか「実績」で測定するのかで、意見が分かれるところであり、実績で測定する場合には、そもそもサポートの必要性のない人の扱いをどのようにするのかといった問題がある（野口，1991）。また、「必要があったから、すなわちニーズがあったからサポートを求めた」ということも考えられる。今回の三鷹市の調査では、「サポートなし」と「必要なし」を同様に扱い、ともに0点として尺度化を行っている。つまりサポートの点数が低い集団には、サポートを必要としない、負担をあまり経験していない介護者がかなり入っていると考えられる。逆にこの半年間でサポートの実績があった介護者は、必要があったから、即ち負担が高いのでサポートに頼ったということが予想される。前節で述べたように、ソーシャルサポートと負担との関連は、サポートの負担に対する緩衝効果を分析する方法が主流である。しかしながらわが国での報告例では、思ったほどサポートの緩衝効果が確認されていない（新名，1991a；松岡，1994；藤野，1995）。一方認知でサポートをたずねた諏訪郡，前橋市，町田市・多摩市においては、提供内容別では、情緒的サポートより手段的サポートが負担と関連を持っており、サポートがある場合には負担が減少するという関連を示している。また提供主体別では、同居家族からのサポートおよび友人・知人からのサポートは負担と関連がないが、別居親族からのサポートは負担を軽減させていた。この場合の認知は、あくまでも期待であり、必ずしも実績に結びつくものではない。それでもそういった期待の方が、負担を軽減させているという事実は興味深い。いずれにせよ、今後介護者へのソーシャルサポートの効用は、測定方法も含めて検討の必要がある。

以上のようなリソース要因との関連から各負担尺度の基準関連妥当性を検討してみると、「介護代替者の有無」「他の要介護者の有無」「経済状態」の変数については、外的基準として考えることができ、各負担変数も予め設定された方向性の関連を見出すことができた。その他のリソース要因の変数については、部分的に負担との関連がみられたものやそもそも外的基準として設定するのに無理のあるものがあり、ストレッサー要

因を外的基準とした場合の基準関連妥当性の検討と比較すると、妥当性の検証は限定された範囲でしか行えなかった。ただしリソース要因と負担との関連に関する知見は、むしろ負担に影響を及ぼす要因に関して、新たな知見を提示できたことに意味があると思われる。

5) 負担測定尺度活用への提言

本論文における分析により、負担を多次的にとらえるために設定された「身体的」「精神的」「社会的」の各負担測定尺度は、少なくとも今後の使用に耐えうる妥当性・信頼性が検証された。身体的スケールのCFSIについては、厳密には心理学的な尺度とはいいがたいが、主要な要因との関連は見出せているので、負担の測定尺度として活用できるとされる。ただし点数化された場合の分散が小さいことから、他の尺度と比較して統計学的な有意差を検出できる力が小さいことに留意すべきである。

精神的負担の2つのサブスケールについては、EE（情緒的消耗）サブスケールは、尺度として単独で使用しても差し支えないように思える。しかしながらDP（離人化）サブスケールは、偏った分布になりがちであり反応性もよくないことから、単独で用いるにはさらに妥当性・信頼性を検討する必要がある。ただしDPサブスケールは、ストレッサーやリソース要因との関連においては、EEサブスケールとは異なった動きを示すので、2つのサブスケールを使用して精神的負担を測定することに意義は見出せる。特に制約がない場合は、精神的負担は、8項目のEEスケールと5項目のDPスケールの合計13項目の家族介護MBIスケールとして使用するのが適切だと思われる。

社会的負担の測定尺度は、項目数が6項目と少ないにもかかわらず、3つの負担尺度の中では最も信頼性・妥当性が高いと考えられる。さらにこの社会的負担に2項目を追加した全般的負担尺度も、高い信頼性・妥当性を有していると考えられる。前節で述べたように、介護者の負担に関心のある調査研究では、負担は従属変数として取り扱われるのがふつうである。負担の実態、負担に影響を及ぼす要因、負担の軽減といった調査研究において用いられる分析方法が多変量解析の場合には、負担は従属変数として位置づけられる。このような場合には、各負担尺度は単独で従属変数として取り扱われることが多く、従属変数が2変量以上の分析は、まだそんなに普及しておらず、またもし試みる際にも、従属変数間の相関を前提にした分析方法も活用できる。一方、家族介護者の負担は、負担研究だけでなく、その他のトピックの調査研究において、独立変数あるいは制御変数として使用されることも多くなってきた。たとえば、本論文で使用した調査データを用いた家族介護者の対処に関する研究においては（和気，1996），介護者の負担は、介護者の対処に影響を与える要因として設定されている。つまり独立変数として負担が用いられているわけだが、多変量解析においては、独立変数間の相関は分析結果に深刻な影響をおよぼすことがある。特に比較的よく用いられる重回帰分析においては、多重共線性（multi-collinearity）の問題があり、独立変数間の相関が高い場合には、

何らかの対策を施した後に分析を行うことが示唆されている（朝野，1996）。つまり，今回作成した3つの負担尺度は，尺度間の相関が高く3つ同時に分析に投入することは望ましくないのである。そこで3つの尺度の中で，相対的に妥当性・信頼性があると思われる社会的負担の尺度に，身体的，精神的負担を測定する2項目を追加して全般的負担尺度を作成し，独立変数として使用できる1次元の負担尺度を用意した。実際に上記した介護者の対処の研究では，この負担尺度が使用されている。

以上のように，本章では，要介護高齢者を介護する家族の負担の尺度として，負担を3つの側面から測定する「身体的負担（CFSI）」「精神的負担（2つのサブスケール含む家族介護MBIスケール）」「社会的負担」の各尺度を作成し，さらに単次元の「全般的負担」尺度も作成した。そしてこれらの尺度を，異なる4つの地域で同一のスクリーニング基準を用いて抽出した要介護高齢者を介護する家族介護者を対象として適用を試みた。調査データを分析の結果，これらの尺度が，少なくとも今後の活用には耐えうる妥当性・信頼性を持つ尺度として提示できた。今後は目的に応じて，これらの尺度を単独であるいは組み合わせて活用していくことが望まれる。以下の章においては，社会福祉分野における活用例を2例報告する。

注

- 1) 2つのグループの平均値の差の検定には，通常はt検定を行うが，「 $t^2=F$ 」の関係により，F検定を行っても検定の結果は同じになる（岩原，1965）。

第3章 图表

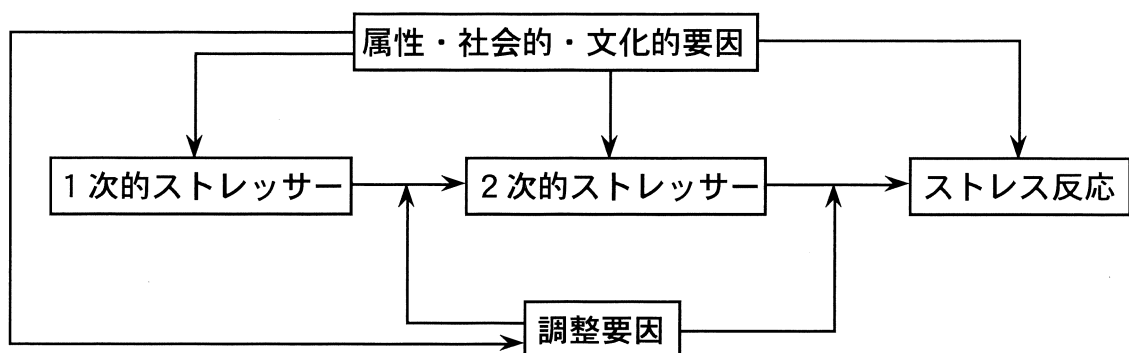


図 3-1 ストレス・プロセスの概念図

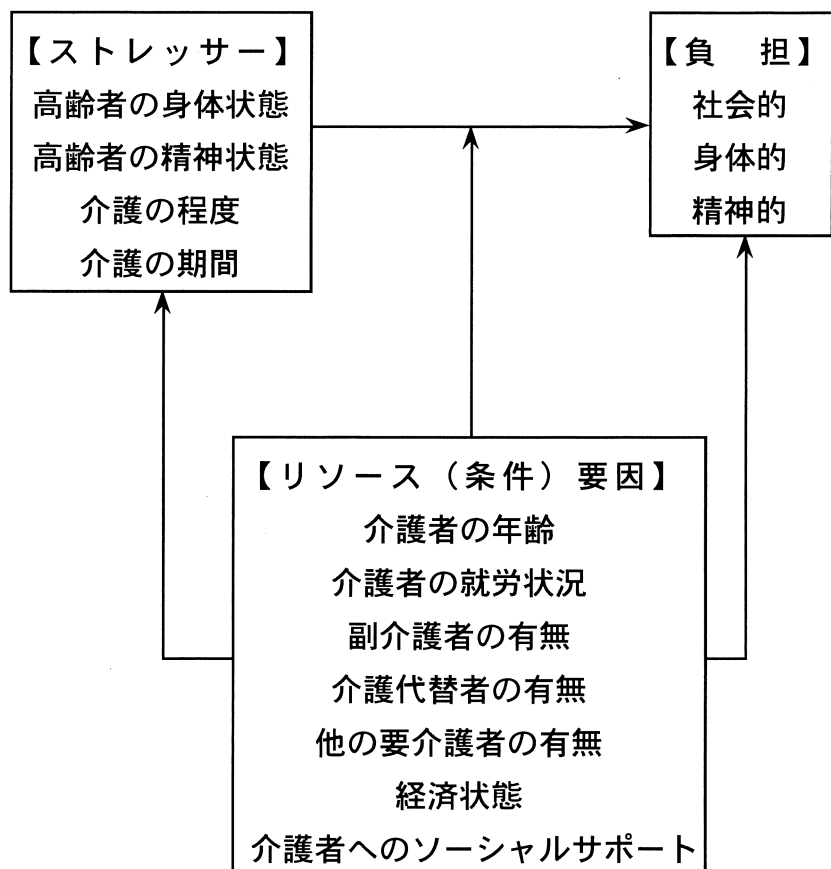


図 3-2 介護負担の分析モデル

表 3 - 3 調査対象者数および分析対象者数

		諏訪郡	前橋市	町田市・多摩市	三鷹市
1 次 調 査	調査実施時期	1991年8月	1992年2月	1992年8月	1996年2月
	対象者数	8,238	10,699	18,049	21,362
	有効回答数	7,657	9,890	15,708	20,326
	有効回答率（%）	92.9	92.4	87.0	95.2
2 次 調 査	対象者数	975	1,223	1,875	1,344
	2次対象者数 ／1次対象者数（%）	11.8	11.4	10.4	6.3
	有効回答数	889	1,064	1,574	1,106
	有効回答率（%）	91.2	87.0	83.9	82.3
	要介護高齢者数	608	693	829	1,106
	分析対象数	509	549	673	861
	分析数／ 要介護高齢者数（%）	83.7	79.2	81.2	77.8

表 3 - 4 身体的障害の項目および基準：「重度」

諏訪	歩行	移動不能
	食事	全面的に介助している
	排泄	ねたまま便器を使わせる，またはおむつを取り替えるなどの全面介助が必要
	総合	まったくのねたきり
前橋	歩行	まったく移動できない
	食事	全面的に介助して食べさせている
	排泄	全面的に介助が必要（常時おむつをしている場合を含む）
	総合	まったくのねたきり
町田・多摩・三鷹	歩行	まったく移動できない
	食事	全面的に介助して食べさせている
	排泄	全面的に介助が必要（常時おむつをしている場合を含む）
	総合	まったくのねたきり

※ 1 つでも該当していれば「重度」

表 3 - 5 身体的障害の項目および基準：「中度」

諏訪	視力	まったく（ほとんど）みえない
	失禁	もらすことの方が多い
	歩行	いざって歩く，はって歩く
	食事	一部介助している
	着脱	全面的に介助している
	入浴	全面介助を必要とするか，または入浴できないので清拭のみである
	排泄	便器に腰かけさせる，お尻をきれいにするなどの一部介助が必要
	総合	ほとんどねたきり
前橋	歩行	いざって移動する，または，はって移動する
	食事	食べるときに一部手助けが必要
	着脱	全面的に介助している
	入浴	全面介助を必要とするか，または入浴できないので体を拭くのみである
	排泄	便器に腰かけさせる，または便器の用意・後片づけなどの一部介助が必要
	総合	ほとんどねたきり
町田・多摩・三鷹	歩行	いざって移動する，または，はって移動する
	食事	食べるときに一部手助けが必要
	着脱	全面的に介助している
	入浴	全面介助を必要とするか，または入浴できないので体を拭くのみである
	排泄	便器に腰かけさせる，または便器の用意・後片づけなどの一部介助が必要
	総合	ほとんどねたきり

※「重度」以外で，1つでも該当していれば「中度」

表 3 - 6 身体的障害の項目および基準：「軽度」

諏訪	聴力	まったく（ほとんど）聞こえない
	視力	1メートルぐらいの距離に近づいても、顔の輪郭程度しか見えない
	失禁	ときどき気がつかなくて、もらすことがある
	歩行	物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける
	着脱	ボタンかけ、帯などについて手伝わなければ着られない
	入浴	浴槽の出入りに介助を必要とし、体の一部も洗ってもらう 浴槽の出入りは自分ですが、体の一部は洗ってもらう
	排泄	付き添い・見守り、または便器の用意・後片づけなどが必要
	総合	寝たり、起きたり、起きてはくるがあまり動かない
前橋	歩行	物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける
	着脱	ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない
	入浴	浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要
町田・多摩・三鷹	歩行	物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける
	着脱	ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない
	入浴	浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要
	総合	日中は寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない 身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたりの生活である

※「重度」「中度」以外で、1つでも該当していれば「軽度」

表 3-7 精神的障害の項目および基準

1. 自分の年齢が分からないことが多い
2. 慣れている場所でも、ときに道を間違えることがある
3. 自分の住所や電話番号をきちんといえないことが多い
4. 子供の住んでいる都道府県あるいは市町村がわからない
5. 今住んでいる所を自分の家だと思っていないことがある
6. 同居している子供やその配偶者を他人と間違えることがある
7. 直前に食べた食事を食べていないということがある
8. 天候や季節にあった服を選んで着ることができない
9. 病院からもらった薬の管理ができない
10. 天気のあいさつなど簡単な会話はできるが複雑な会話はできない

11. 食べられるものは手あたりしだい食べてしまう
12. 特に理由なく入浴や着替えをいやがる

13. 家の中でも洗面所の場所がわからないことがある
14. 子供の人数をきちんと答えられない
15. 家の中で目的なく歩き回ることが目立つ
16. 鏡に写っている自分に話しかけていることがある
17. 理由なく夜起きて騒ぐ
18. 1日中とりとめのないことをしゃべっている
19. 同じ動作を何回も繰り返す
20. 食べ物でないものも口の中に入れてしまう

※諏訪郡の調査では、1～10がスクリーニング用項目。

※3, 8, 9, 10の項目は、前橋市以後の調査では除かれた。

※前橋市以後の調査では、上の4項目を除く1～12の8項目がスクリーニング用

※重症度は、上記の項目で以下の基準を用いて分類した。

- 1～2項目該当で、「軽度」
- 3～7項目該当で、「中度」
- 8項目以上該当で、「重度」

表 3－8 要介護高齢者の属性

(%)

		諏訪 N=509	前橋 N=549	町田・多摩 N=673	三鷹 N=-861
性 別	男	31.6	37.3	33.0	37.0
	女	68.4	62.7	67.0	63.0
年 齢	80歳未満	34.4	39.0	45.6	40.5
	80歳以上	65.6	61.0	54.4	59.5
身体的障害	重 度	33.2	28.4	23.5	25.7
	中 度	25.5	31.3	23.9	29.8
	軽 度	29.9	24.6	28.5	36.5
	障害なし	11.4	15.7	24.1	8.0
精神的障害	重 度	18.1	13.7	12.0	11.3
	中 度	25.9	29.5	28.2	26.1
	軽 度	23.8	21.5	26.4	17.1
	障害なし	32.2	35.3	33.3	45.5

※不明は除外してある。

表 3－9 介護者の属性および介護に関連する要因

(%)

		諏訪 N=509	前橋 N=549	町田・多摩 N=673	三鷹 N=-861
性 別	男	11.8	14.8	15.9	19.6
	女	88.2	85.2	84.1	80.4
年 齢	60歳未満	50.5	51.5	55.3	44.9
	60歳以上	49.5	48.5	44.7	55.1
世帯類型	高齢者夫婦のみ世帯	10.6	13.1	17.4	21.3
	その他の世帯	89.4	86.9	82.6	78.7
介護程度	かかりきり	21.0	28.6	24.1	25.2
	かかりきりでない	79.0	71.4	75.9	74.8
介護期間	1 年未満	12.8	25.0	35.5	18.4
	1－3 年	20.9	25.9	23.7	28.0
	3－5 年	24.0	18.8	14.5	21.0
	5－10年	23.6	20.1	14.8	21.2
	10年以上	18.7	10.1	11.5	11.4
就労の有無	就労あり	41.3	20.4	14.0	18.5
	就労なし	58.7	79.6	86.0	81.5
他の要介護者の有無	他の要介護者いる	9.0	9.7	10.7	9.8
	他の要介護者いない	91.0	90.3	89.3	90.2
副介護者の有無	副介護者いる	71.9	70.8	68.4	59.5
	副介護者いない	28.1	29.2	31.6	40.5
介護代替者の有無	介護代替者いる	79.1	58.3	62.4	58.0
	介護代替者いない	20.9	41.7	37.6	42.0
経済状態	余裕がある	18.0	12.4	17.0	19.0
	ふ つ う	65.7	71.7	60.8	63.4
	苦 し い	16.2	15.9	22.1	17.5

※不明は除外してある。

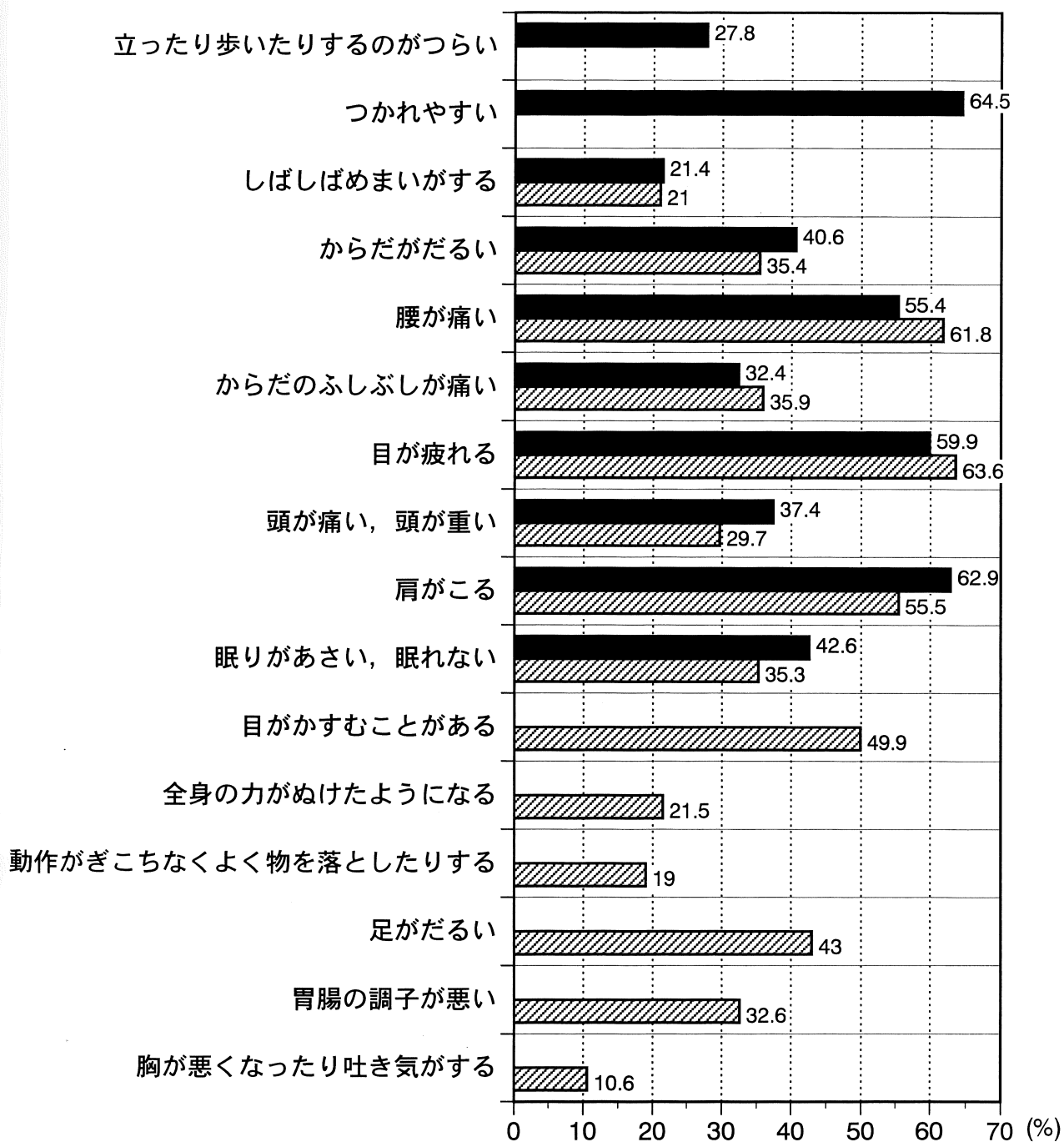
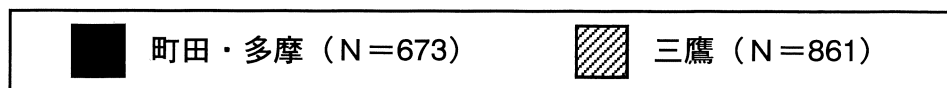


図 3-10 身体的負担の回答分布

表 3-11 精神的負担（情緒的消耗：E E）の回答分布

(%, N＝諏訪：509, 前橋：549, 町田・多摩：673, 三鷹：861)

		あ 非 常 に ま る	あ か な り ま る	あ ま あ ま あ る	は あ ま り あ い て	は ま く あ い て
お世話でくたくたになったと感じる	諏訪	15.1	29.3	—	22.2	33.4
	前橋	4.7	13.9	25.9	35.6	19.9
	町田・多摩	9.7	17.0	33.6	25.9	13.8
	三鷹	12.8	14.1	26.7	29.7	16.7
一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる	諏訪	16.1	21.8	—	25.0	37.1
	前橋	6.6	13.3	21.4	31.3	27.4
	町田・多摩	12.0	13.5	28.5	27.4	18.6
	三鷹	12.4	15.2	23.1	29.6	19.6
お世話でおとしよりと一緒に過ごすのは気をつかうし骨が折れると感じる	諏訪	17.6	27.4	—	19.9	35.1
	前橋	6.0	11.3	23.4	29.7	29.6
	町田・多摩	11.6	14.5	29.6	18.4	24.9
	三鷹	6.7	10.2	24.4	30.1	28.6
朝起きて、また今日も一日お世話かと思うと疲れを感じる	諏訪	7.3	15.4	—	16.1	61.2
	前橋	4.4	4.4	12.1	31.4	47.7
	町田・多摩	6.4	7.6	18.2	25.7	42.1
	三鷹	4.2	7.9	14.7	32.0	41.3
お世話で燃えつきてしまったと感じる	諏訪	3.8	9.9	—	20.2	66.2
	前橋	3.5	3.7	9.5	22.4	60.9
	町田・多摩	4.8	6.8	15.2	28.0	45.2
	三鷹	2.3	4.8	8.4	39.8	44.8
お世話をしていてイライラを感じる	諏訪	13.4	38.1	—	13.2	35.4
	前橋	4.8	8.2	20.0	39.6	27.5
	町田・多摩	13.5	17.9	31.2	19.7	17.6
	三鷹	7.3	15.4	31.9	25.1	20.3
自分でお世話できる限界まで来たと感じる	諏訪	9.8	11.4	—	24.2	54.5
	前橋	4.9	6.9	11.9	21.4	54.9
	町田・多摩	6.4	9.5	17.0	32.0	35.0
	三鷹	5.2	7.2	13.5	43.3	30.8
お世話を精を出しすぎていると感じる	諏訪	8.8	19.1	—	32.8	39.3
	前橋	4.9	5.1	15.7	22.7	51.6
	町田・多摩	7.0	10.1	26.3	32.8	23.7
	三鷹	4.5	7.3	20.4	48.4	19.3

※不明は除外してある。

※諏訪郡の選択肢は、「その通りだと思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」の4段階。

※前橋市の選択肢は、「ほとんど毎日のようにあった」「毎日ではないがよくあった」「ときどきあった」「たまにあった」「まったくなかった」の5段階。

表 3-12 精神的負担（離人化：D P）の回答分布

(%, N＝諏訪：509, 前橋：549, 町田・多摩：673, 三鷹：861)

		あ 非 常 に ま る	あ か な り ま る	あ ま あ ま あ る	は あ ま ら な い て	は 全 く あ ら な い
おとしよりに変わったことがあっても、 あまり気にならないことがある	諏訪	13.2	12.8	—	8.9	65.0
	前橋	7.0	13.2	21.5	27.2	31.1
	町田・多摩	15.5	16.0	19.1	20.2	29.1
	三鷹	4.1	10.3	14.6	31.7	39.3
おとしよりを「もの」を扱うように世話 していると感じる	諏訪	0.6	3.2	—	5.7	90.5
	前橋	0.9	0.7	5.2	14.3	78.9
	町田・多摩	1.8	2.6	9.6	22.7	63.3
	三鷹	0.3	1.5	4.6	31.4	62.1
最近、周囲の人に冷たくあたっていると 感じる	諏訪	1.8	7.9	—	10.8	79.6
	前橋	1.1	2.2	10.4	28.6	57.7
	町田・多摩	2.1	2.8	10.6	33.3	51.2
	三鷹	0.8	2.2	6.4	33.1	57.4
最近思いやりがなくなったと感じる ¹⁾	諏訪	6.5	17.4	—	18.5	57.6
	前橋	1.3	2.0	9.7	24.9	62.1
	町田・多摩	3.4	5.2	19.6	31.5	40.3
	三鷹	1.6	4.9	15.9	38.2	39.4
落ち度がないのに責められているように 感じる	諏訪	—	—	—	—	—
	前橋	—	—	—	—	—
	町田・多摩	6.6	8.5	16.9	25.1	42.9
	三鷹	2.9	7.3	11.5	30.0	48.3

※不明は除外してある。

※諏訪郡の選択肢は、「その通りだと思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「まったくそう
思わない」の4段階

※前橋市の選択肢は、「ほとんど毎日のようにあった」「毎日ではないがよくあった」「ときどきあっ
た」「たまにあった」「まったくなかった」の5段階

1) 諏訪郡では質問文が、「お世話をする事で、自分の感情が鈍くなっている気がする」

表 3-13 社会的負担（全般的負担）の回答分布

(%, N＝諏訪：509, 前橋：549, 町田・多摩：673, 三鷹：861)

		そ非 う常 思に う	そか うな 思り う	そ少 うし 思 う	思全 わく なそ いう
お世話のために、仕事に出られない，よい仕事につけない，家業が思うようにやれない	諏訪	10.0	12.2	24.0	53.7
	前橋	8.1	13.9	23.9	54.1
	町田・多摩	10.1	11.6	24.8	53.4
	三鷹	13.2	18.0	20.7	48.1
お世話のために，育児や家事の世話に思うように手がまわらない	諏訪	4.0	5.6	17.2	73.2
	前橋	4.1	7.2	22.8	65.9
	町田・多摩	3.9	6.4	21.1	68.6
	三鷹	3.3	13.4	19.9	63.5
おとしよりのことが気になって，昼間思うように外出できない	諏訪	19.7	15.9	26.0	38.4
	前橋	17.5	17.9	33.7	31.0
	町田・多摩	22.3	18.5	33.3	25.9
	三鷹	33.6	31.5	16.8	18.1
お世話のために，昼間，趣味や学習活動などをする自由時間を思うようにとれない	諏訪	20.2	14.1	21.4	44.4
	前橋	20.9	18.3	26.1	34.7
	町田・多摩	21.7	16.5	27.9	33.9
	三鷹	35.8	27.5	19.0	17.7
お世話のことで，家族・親戚と意見があわない	諏訪	3.7	3.2	14.2	78.9
	前橋	3.8	5.8	13.7	76.6
	町田・多摩	5.2	6.1	13.6	75.1
	三鷹	3.3	10.0	17.9	68.9
お世話のために，経済的負担が大きい	諏訪	6.3	8.4	22.0	63.3
	前橋	5.5	9.5	23.9	61.1
	町田・多摩	8.9	7.3	25.0	58.8
	三鷹	7.9	16.3	30.8	45.1
お世話で疲れて，からだの調子がよくない	諏訪	6.3	12.2	32.2	49.3
	前橋	4.9	10.9	41.2	42.9
	町田・多摩	6.4	12.5	42.1	39.0
	三鷹	13.2	40.8	22.3	23.7
お世話で，精神的にまいってしまう	諏訪	11.6	15.9	34.4	38.1
	前橋	6.7	16.4	38.8	38.1
	町田・多摩	10.1	14.6	42.6	32.7
	三鷹	16.1	38.7	23.6	21.6

※不明は除外してある。
※三鷹市の選択肢は，「非常にあてはまる」「少しあてはまる」「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」の4段階。

表 3-14 各負担尺度の信頼性（ α 係数）

	諏訪	前橋	町田・多摩	三鷹
精神的負担スケール （家族介護MB I：全項目）	.78	.75	.81	.83
情緒的消耗（EE）サブスケール	.87	.90	.90	.86
離人化（DP）サブスケール	.37	.49	.58	.58
社会的負担スケール	.75	.86	.83	.73
全般的負担スケール	.82	.89	.86	.80

表 3 -15 精神的負担（M B I）スケールの主成分分析：諏訪郡

	主成分 1	主成分 2
情緒的消耗 1	. 8 4	
情緒的消耗 2	. 8 1	
情緒的消耗 3	. 6 1	
情緒的消耗 4	. 7 0	
情緒的消耗 5	. 7 5	
情緒的消耗 6	. 6 5	
情緒的消耗 7	. 7 8	
情緒的消耗 8	. 6 5	
<hr/>		
離人化 1		. 5 2
離人化 2		. 6 9
離人化 3		. 6 3
離人化 4	. 5 9	. 3 4
<hr/>		
寄与率	40.6%	10.6%

* 主成分数を「2」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3 -16 精神的負担（M B I）スケールの主成分分析：前橋市

	<u>主成分 1</u>	<u>主成分 2</u>
情緒的消耗 1	. 8 2	
情緒的消耗 2	. 8 3	
情緒的消耗 3	. 6 1	. 3 3
情緒的消耗 4	. 7 1	. 3 5
情緒的消耗 5	. 7 2	. 3 5
情緒的消耗 6	. 6 1	. 4 8
情緒的消耗 7	. 6 6	
情緒的消耗 8	. 7 8	
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
離人化 1		. 3 9
離人化 2		. 5 5
離人化 3		. 7 2
離人化 4		. 7 2
<hr/>		
寄与率	44.9%	9.0%

* 主成分数を「2」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3 -17 精神的負担（M B I）スケールの主成分分析：町田市・多摩市

	<u>主成分 1</u>	<u>主成分 2</u>
情緒的消耗 1	. 3 2	. 8 0
情緒的消耗 2		. 8 1
情緒的消耗 3	. 6 5	. 4 2
情緒的消耗 4	. 7 0	. 4 7
情緒的消耗 5	. 5 3	. 6 0
情緒的消耗 6	. 6 8	. 3 2
情緒的消耗 7		. 7 5
情緒的消耗 8	. 4 6	. 6 4
<hr/>		
離人化 1	(. 2 2)	
離人化 2	. 5 0	
離人化 3	. 7 2	
離人化 4	. 8 2	
離人化 5	. 6 4	
<hr/>		
寄与率	45.2%	10.0%

* 主成分数を「2」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3-18 精神的負担（MBI）スケールの主成分分析：三鷹市

	<u>主成分 1</u>	<u>主成分 2</u>
情緒的消耗 1	. 8 4	
情緒的消耗 2	. 8 2	
情緒的消耗 3	. 5 4	. 4 4
情緒的消耗 4	. 6 3	. 3 9
情緒的消耗 5	. 7 2	. 3 7
情緒的消耗 6	. 5 2	. 3 6
情緒的消耗 7	. 5 9	
情緒的消耗 8	. 7 4	
<hr/>		
離人化 1		. 4 2
離人化 2		. 7 0
離人化 3		. 6 6
離人化 4	. 3 5	. 6 4
離人化 5	. 3 5	. 4 8
<hr/>		
寄与率	38.8%	10.4%

* 主成分数を「2」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3-19 負担スケールの主成分分析：町田市・多摩市

	主成分 1	主成分 2	主成分 3
身体的負担 1			. 5 7
身体的負担 2			. 5 2
身体的負担 3			. 6 3
身体的負担 4			. 5 5
身体的負担 5			. 6 4
身体的負担 6			. 5 6
身体的負担 7			. 5 6
身体的負担 8			. 5 1
身体的負担 9			. 5 2
身体的負担10			. 6 7
情緒的消耗 1	. 4 5	. 5 4	. 3 6
情緒的消耗 2	. 4 2	. 5 4	. 3 7
情緒的消耗 3	. 7 0		
情緒的消耗 4	. 7 3	. 3 7	
情緒的消耗 5	. 6 3	. 3 9	
情緒的消耗 6	. 6 9		
情緒的消耗 7	. 3 2	. 4 5	
情緒的消耗 8	. 5 8	. 3 8	
離人化 1	(. 1 9)		
離人化 2	. 5 0		
離人化 3	. 6 3		
離人化 4	. 7 3		
離人化 5	. 6 9		
社会的負担 1		. 6 8	
社会的負担 2		. 6 2	
社会的負担 3		. 7 8	
社会的負担 4		. 8 0	
社会的負担 5	. 3 1	. 4 1	
社会的負担 6		. 6 8	
寄与率	28.8%	8.8%	6.6%

* 主成分数を「3」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3 -20 負担スケールの主成分分析：三鷹市

	<u>主成分 1</u>	<u>主成分 2</u>	<u>主成分 3</u>
身体的負担 1	. 6 0		
身体的負担 2	. 5 2		
身体的負担 3	. 5 1		
身体的負担 4	. 4 4		
身体的負担 5	. 4 5		
身体的負担 6	. 4 6		
身体的負担 7	. 5 6		
身体的負担 8	. 5 2		
身体的負担 9	. 5 3		
身体的負担10	. 5 3		
身体的負担11	. 5 1		
身体的負担12	. 5 5		
身体的負担13	. 5 0		
身体的負担14	. 5 0		
<hr/>			
情緒的消耗 1		. 4 6	. 4 7
情緒的消耗 2	. 3 7	. 4 5	. 4 5
情緒的消耗 3		. 6 2	
情緒的消耗 4		. 6 5	
情緒的消耗 5		. 6 7	
情緒的消耗 6		. 5 3	
情緒的消耗 7		. 3 8	. 3 6
情緒的消耗 8	. 3 2	. 5 9	
離人化 1		. 3 7	
離人化 2		. 5 8	
離人化 3		. 5 4	
離人化 4		. 6 9	
離人化 5		. 5 4	
<hr/>			
社会的負担 1			. 5 9
社会的負担 2			. 6 0
社会的負担 3			. 7 2
社会的負担 4			. 7 3
社会的負担 5		. 3 1	. 3 7
社会的負担 6			. 5 1
寄与率	23.4%	8.1%	5.2%

* 主成分数を「3」に固定，バリマックス回転後の主成分係数

* 主成分係数が0.30未満は省略

表 3-21 各負担尺度得点の特性

			最小値	最大値	平均	標準偏差
身体的負担		町田・多摩	0	10	4.4	2.8
		三鷹	0	14	5.2	3.4
精神的負担	MB I スケール	諏訪	0	33	9.9	7.1
		前橋	0	42	11.6	8.4
		町田・多摩	0	49	16.9	9.9
		三鷹	0	46	14.6	8.4
	E Eサブスケール	諏訪	0	24	7.9	6.0
		前橋	0	32	8.7	6.9
		町田・多摩	0	32	11.9	7.4
		三鷹	0	32	10.7	6.5
	D Pサブスケール	諏訪	0	10	1.9	2.0
		前橋	0	12	2.8	2.3
		町田・多摩	0	18	5.1	3.4
		三鷹	0	15	3.9	2.9
社会的負担		諏訪	0	18	4.4	4.1
		前橋	0	18	4.7	4.3
		町田・多摩	0	18	5.0	4.3
		三鷹	0	18	6.5	3.9
全般的負担		諏訪	0	24	6.1	5.4
		前橋	0	23	6.4	5.5
		町田・多摩	0	24	6.9	5.5
		三鷹	0	24	9.4	5.1

表 3 -22 負担スケール間の相関

諏 訪

	精神的	社会的	全般的
精神的	—	.62	.67
社会的	—	—	.97
情緒的消耗	.97	.64	.70
離人化	.65	.26	.27

前 橋

	精神的	社会的	全般的
精神的	—	.59	.64
社会的	—	—	.98
情緒的消耗	.97	.60	.66
離人化	.72	.33	.36

町田・多摩

	身体的	精神的	社会的	全般的
身体的	—	.46	.30	.36
精神的	—	—	.46	.62
社会的	—	—	—	.97
情緒的消耗	.49	.96	.66	.66
離人化	.27	.82	.37	.37

三 鷹

	身体的	精神的	社会的	全般的
身体的	—	.44	.39	.49
精神的	—	—	.53	.62
社会的	—	—	—	.96
情緒的消耗	.49	.96	.56	.66
離人化	.19	.75	.27	.32
CES-D	.53	.57	.37	.48

表 3-23 負担変数と要介護高齢者の身体的障害との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	障害なし	—	8.15	6.48	1.67	3.38
	軽度	—	8.76	6.85	1.91	2.82
	中度	—	8.62	6.96	1.66	3.89
	重度	—	12.4	10.17	2.24	6.43
	F検定	—	F=11.7***	F=12.7***	F=2.5	F=25.7***
前橋	障害なし	—	10.51	7.46	3.06	2.60
	軽度	—	9.09	6.53	2.56	3.19
	中度	—	11.65	8.74	2.91	4.95
	重度	—	14.24	11.35	2.89	6.85
	F検定	—	F=10.2***	F=14.13***	F=0.98	F=29.3***
町田・多摩	障害なし	4.69	15.90	10.47	5.43	3.42
	軽度	4.77	14.42	10.14	4.28	3.73
	中度	5.35	17.40	12.32	5.09	5.86
	重度	5.66	20.60	14.94	5.66	7.06
	F検定	F=3.06*	F=12.6***	F=15.65***	F=5.68***	F=31.00***
三鷹	障害なし	4.35	14.05	9.78	4.27	5.42
	軽度	4.89	13.27	9.44	3.83	5.58
	中度	5.41	15.44	11.48	3.96	7.00
	重度	5.47	15.73	11.97	3.75	7.53
	F検定	F=3.0*	F=5.0**	F=8.6***	F=0.7	F=15.1***

*：p<.05 **：p<.01 ***：p<.001 無印：有意差なし

表 3-24 負担変数と要介護高齢者の精神的障害との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：BE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	障害なし	—	6.81	1.86	3.21	4.46
	軽度	—	7.08	1.57	4.07	5.60
	中度	—	8.24	1.89	4.37	6.28
	重度	—	10.64	2.57	6.76	9.53
	F検定	— F=10.3***	F=9.7***	F=4.7**	F=16.4***	F=19.8***
前橋	障害なし	—	6.82	2.24	4.02	5.44
	軽度	—	7.59	2.64	3.51	4.89
	中度	—	9.81	3.14	4.93	6.81
	重度	—	13.16	4.08	7.75	10.27
	F検定	— F=22.2***	F=19.7***	F=13.6***	F=18.9***	F=19.1***
町田・多摩	障害なし	4.63	10.10	4.12	3.89	5.35
	軽度	5.13	10.33	4.69	4.12	5.71
	中度	5.37	13.71	6.00	5.90	8.20
	重度	5.68	15.81	6.41	7.46	10.19
	F検定	F=2.6 F=22.4***	F=20.0***	F=16.3***	F=20.96***	F=24.3***
三鷹	障害なし	4.69	9.18	3.50	5.37	7.86
	軽度	4.94	10.34	3.78	6.95	9.97
	中度	5.68	12.05	4.16	7.24	10.57
	重度	6.10	14.46	4.97	8.62	12.23
	F検定	F=7.1*** F=21.9***	F=22.8***	F=7.97***	F=26.4***	F=28.8***

*：p<.05 **：p<.01 ***：p<.001 無印：有意差なし

表 3 -25 負担変数と介護程度との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	かかりきりでない	—	8.80	7.00	1.79	3.55
	かかりきり	—	13.86	11.44	2.42	7.36
	F検定	—	F=47.2***	F=51.4***	F=8.3**	F=88.0***
前橋	かかりきりでない	—	10.89	8.05	2.84	3.92
	かかりきり	—	13.37	10.49	2.88	6.64
	F検定	—	F=10.0**	F=14.5***	F=0.0	F=48.3***
町田・多摩	かかりきりでない	4.73	15.56	10.61	4.95	4.20
	かかりきり	6.26	21.31	15.85	5.46	7.31
	F検定	F=25.3***	F=44.0***	F=68.0***	F=2.7	F=72.2***
三鷹	かかりきりでない	4.81	13.77	9.91	3.86	5.89
	かかりきり	6.16	17.09	13.15	3.94	8.27
	F検定	F=26.4***	F=26.1***	F=42.0***	F=0.1	F=65.5***

*：p<.05 **：p<.01 ***：p<.001 無印：有意差なし

表 3 -26 負担変数と介護期間との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	1 年未満	9.00	7.32	1.68	3.71	5.15
	1－3 年	8.60	6.64	1.96	3.84	5.26
	3－5 年	10.30	8.22	2.09	4.69	6.54
	5－10 年	10.23	8.13	2.10	4.40	6.13
	10 年以上	10.96	9.30	1.66	4.94	7.23
	F 検定	F=1.9	F=2.8*	F=1.1	F=1.5	F=2.5*
前橋	1 年未満	10.80	8.14	2.67	4.06	5.39
	1－3 年	11.62	8.45	3.17	4.83	6.68
	3－5 年	13.52	10.42	3.10	5.32	7.29
	5－10 年	10.89	8.34	2.55	4.90	6.60
	10 年以上	12.64	9.79	2.85	5.00	6.93
	F 検定	F=2.0	F=2.2	F=1.6	F=1.4	F=2.0
町田・多摩	1 年未満	15.68	10.60	5.08	4.17	5.79
	1－3 年	17.98	12.86	5.11	5.76	7.95
	3－5 年	16.87	12.17	4.70	5.60	7.59
	5－10 年	16.75	11.96	4.79	4.89	6.64
	10 年以上	19.16	13.32	5.84	4.96	7.06
	F 検定	F=2.4*	F=3.3*	F=1.4	F=4.0**	F=4.4**
三鷹	1 年未満	13.04	9.36	3.67	5.16	7.51
	1－3 年	14.83	10.72	4.10	6.81	9.80
	3－5 年	15.97	11.70	4.27	6.88	9.97
	5－10 年	14.60	10.93	3.66	6.63	9.68
	10 年以上	14.39	10.95	3.44	7.01	10.24
	F 検定	F=2.65*	F=2.8*	F=2.3	F=6.17***	F=7.3***

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001 無印：有意差なし

表 3 -27 負担変数と介護者の就労の有無との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	就労なし	—	10.36	8.38	1.98	4.73
	就労あり	—	9.17	7.32	1.85	3.88
	F検定	—	F=3.5	F=3.9	F=0.5	F=5.2*
前橋	就労なし	—	11.56	8.82	2.75	4.89
	就労あり	—	11.66	8.42	3.23	3.92
	F検定	—	F=0.0	F=0.3	F=3.8	F=4.6*
町田・多摩	就労なし	5.21	17.14	12.05	5.08	5.10
	就労あり	4.37	15.75	10.71	5.04	4.03
	F検定	F=4.9*	F=1.6	F=2.7	F=0.0	F=5.1*
三鷹	就労なし	5.30	14.82	10.93	3.90	6.50
	就労あり	4.48	13.67	9.84	3.82	6.47
	F検定	F=7.7**	F=2.5	F=3.6	F=0.1	F=0.0

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001 無印：有意差なし

表 3-28 負担変数と副介護者の有無との関連

(各スケールの平均点)

		身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	副介護者いる	—	9.85	7.92	1.93	4.27	6.03
	副介護者いない	—	9.85	7.95	1.90	4.54	6.32
	F検定	—	F=0.0	F=0.0	F=0.0	F=0.4	F=0.3
前橋	副介護者いる	—	11.66	8.79	2.87	4.82	6.53
	副介護者いない	—	11.42	8.65	2.77	4.39	6.06
	F検定	—	F=0.1	F=0.0	F=0.2	F=1.1	F=0.8
町田・多摩	副介護者いる	4.99	16.87	11.89	4.95	4.98	4.90
	副介護者いない	5.33	17.09	11.82	5.46	5.28	5.06
	F検定	F=1.4	F=0.1	F=0.0	F=2.7	F=1.1	F=0.2
三鷹	副介護者いる	5.10	14.59	10.64	3.95	6.44	9.32
	副介護者いない	5.24	14.64	10.85	3.78	6.56	9.56
	F検定	F=0.4	F=0.0	F=0.2	F=0.7	F=0.2	F=0.5

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001 無印：有意差なし

表 3-29 負担変数と介護代替者の有無との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	介護代替者いる	9.33	7.52	1.81	4.00	5.67
	介護代替者いない	11.99	9.62	2.37	5.79	7.93
	F検定	F=12.2***	F=10.6**	F=6.8**	F=16.6***	F=15.2***
前橋	介護代替者いる	10.94	8.22	2.72	4.41	5.93
	介護代替者いない	12.47	9.45	3.01	5.08	7.03
	F検定	F=4.5*	F=4.3*	F=2.1	F=3.2	F=5.4*
町田・多摩	介護代替者いる	16.24	11.30	4.94	4.49	6.23
	介護代替者いない	18.07	12.79	5.29	5.72	7.84
	F検定	F=5.4*	F=6.4*	F=1.5	F=13.3***	F=13.9***
三鷹	介護代替者いる	14.24	10.48	3.78	6.30	9.17
	介護代替者いない	18.03	12.98	5.06	8.31	11.77
	F検定	F=15.7***	F=11.2***	F=15.8***	F=21.0***	F=20.2***

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001 無印：有意差なし

表 3-30 負担変数と他の要介護者の有無との関連

(各スケールの平均点)						
	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：BE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	要介護者いない	—	7.75	1.92	4.12	5.85
	要介護者いる	—	9.86	1.98	6.67	8.78
	F検定	F=4.0***	F=5.3*	F=0.0	F=16.7***	F=12.6***
前橋	要介護者いない	—	8.29	2.75	4.45	6.07
	要介護者いる	—	12.86	3.72	6.98	9.34
	F検定	F=21.9***	F=22.0***	F=8.5**	F=16.99***	F=17.14***
町田・多摩	要介護者いない	5.10	11.76	5.03	4.78	6.64
	要介護者いる	5.14	12.87	5.56	6.40	8.49
	F検定	F=0.0	F=1.4	F=1.5	F=9.3**	F=7.3**
三鷹	要介護者いない	5.12	10.48	3.78	6.30	9.17
	要介護者いる	5.44	12.98	5.06	8.31	11.77
	F検定	F=0.7	F=15.7***	F=15.8***	F=21.0***	F=20.2***

*：p<.05 **：p<.01 ***：p<.001 無印：有意差なし

表 3-31 負担変数と経済状態との関連

(各スケールの平均点)

	身体的負担	精神的負担：MBI	精神的負担：EE	精神的負担：DP	社会的負担	全般的負担
諏訪	余裕がある	7.40	6.06	1.34	3.44	4.86
	ふつう	10.09	8.06	2.02	4.31	6.11
	苦しい	11.87	9.63	2.24	5.67	7.73
	F検定	F=9.3***	F=8.1***	F=5.4**	F=6.6**	F=6.2**
前橋	余裕がある	10.85	7.94	2.91	4.29	5.86
	ふつう	10.99	8.34	2.65	4.24	5.85
	苦しい	15.12	11.35	3.77	7.24	9.44
	F検定	F=9.1***	F=7.4***	F=8.3***	F=18.2***	F=15.8***
町田・多摩	余裕がある	16.21	10.95	5.26	4.42	5.98
	ふつう	16.53	11.62	4.91	4.58	6.43
	苦しい	18.52	13.14	5.38	6.29	8.49
	F検定	F=5.9*	F=3.3*	F=1.2	F=10.0***	F=9.5***
三鷹	余裕がある	12.72	9.13	3.59	5.32	7.89
	ふつう	14.35	10.52	3.83	6.32	9.12
	苦しい	17.66	13.22	4.44	8.41	12.18
	F検定	F=13.2***	F=16.7***	F=3.8*	F=27.9***	F=32.3***

* : p<.05 ** : p<.01 *** : p<.001 無印：有意差なし

表 3-32 負担変数と介護者へのソーシャルサポート変数の相関

諏訪		精神的：MBI	精神的：EE	精神的：DP	社会的	全般的
情緒的 [°] -ト		-.03	-.03	-.04	-.02	-.01
手段的 [°] -ト		-.17***	-.16***	-.12**	-.10*	-.10*
同居家族 [°] -ト		-.04	-.05	.01	-.03	-.04
別居親族 [°] -ト		-.14**	-.12**	-.13**	-.10*	-.11*
友人知人 [°] -ト		-.07	-.06	-.08	-.01	.01

前橋		精神的：MBI	精神的：EE	精神的：DP	社会的	全般的
情緒的 [°] -ト		-.01	-.01	.01	-.05	-.05
手段的 [°] -ト		-.08*	-.09*	-.01	-.13**	-.14**
同居家族 [°] -ト		-.01	-.02	.01	-.05	-.05
別居親族 [°] -ト		-.11**	-.11**	-.07**	-.16***	-.16***
友人知人 [°] -ト		.04	.03	.06	.02	.02

町田・多摩	身体的	精神的：MBI	精神的：EE	精神的：DP	社会的	全般的
情緒的 [°] -ト	-.11**	-.09*	-.09*	-.06	-.10*	-.10**
手段的 [°] -ト	-.18***	-.18***	-.20***	-.11**	-.20***	-.20***
同居家族 [°] -ト	-.16***	-.08*	-.10*	-.02	-.13**	-.13**
別居親族 [°] -ト	-.12**	-.19***	-.18***	-.16***	-.18***	-.19***
友人知人 [°] -ト	-.06	-.04	-.04	.00	-.02	-.02

三鷹	身体的	精神的：MBI	精神的：EE	精神的：DP	社会的	全般的
情緒的 [°] -ト	.15**	.24***	.25***	.14***	.25***	.27***
手段的 [°] -ト	.12***	.07*	.08**	.02	.15***	.15***
相談的 [°] -ト	.12***	.22***	.25***	.08*	.24***	.25***
同居家族 [°] -ト	.11**	.15***	.15***	.11***	.22***	.21***
別居親族 [°] -ト	.06	.12***	.14***	.04	.11**	.13***
友人知人 [°] -ト	.08*	.13***	.15***	-.04	.16***	.17***
専門家 [°] -ト	.18***	.20***	.23***	-.06	.19***	.22***

*：p<.05 **：p<.01 ***：p<.001 無印：有意差なし

第4章 家族介護者の負担尺度の活用

この章では、前章で提示した負担尺度の活用の例として、社会福祉政策にかかわる調査研究で用いた例と、社会福祉実践にかかわる調査研究で用いた例を紹介する。社会福祉政策研究で用いた例では、全国の市町村が策定することになっている「高齢者保健福祉計画」において、保健福祉サービスの必要量・整備目標量を算出する際の「必要度」の指標としての活用例を報告する。また社会福祉実践研究において活用した例では、在宅福祉サービスのひとつである24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の効果評価の効果の指標としての活用例を報告する。

第1節 社会福祉政策研究における活用

－高齢者保健福祉計画における必要度への応用－

1) 高齢者保健福祉計画における「必要度」

平成2年に行われた福祉関係8法改正により、全国約3,000の市町村に高齢者保健福祉計画を策定することが義務づけられ、平成5年までには、ほぼ全国の市町村において計画の策定が終了した。この計画の主要な目的は、目標年度における高齢者保健福祉サービスの整備目標量を算出し明記することであった。そしてその必要量・整備目標量を推計する際には、以下の算式を使用することになっている（厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課・老人保健課，1993）。

$$[\text{在宅要介護高齢者の類型別人数}] \times [\text{サービスの目標量水準}] \times [\text{必要度}]$$

ここでの「必要度」とは、「サービスの供給状況に応じて変動するものであるので、必要度の決定にあたっては、ニーズ調査の結果を基本としつつ、サービスの全国ならびに都道府県内の必要度の水準も勘案しつつ、定めるものとする」とされているのだが、実際には「保健福祉サービスの利用意向」を調査したものをを用いている場合が多いようだ。

しかしながら、サービスの利用意向・希望を必要度とするには、以下の様な問題点があることが指摘されている（白澤，1994）。

- ①サービスの周知度が充分でないことから、介護者が持っているニーズと利用意向が直接には結びつかない。
- ②過去にそのサービスを受けた経験があるが、サービスの質・量が充分でなく満足度が低いので、同様なサービスなら利用したくないと回答する。
- ③サービスを受けること自体への抵抗があり、他人に家の中に入り込まれたくない、他人の世話にはなりたくないと思っている。

このような問題を考慮していくつかの自治体では、独自の工夫を行っているところが見られる。例えば、鎌倉市や滋賀県野洲町では、保健婦・看護婦が訪問指導の対象となっているケースについて、サービスを必要としているかどうかを判断する調査を行い必要度を算出している。また徳山市では、サービスの利用意向に加えて、利用意向は示していないが心身の疲労や時間的余裕の不足といった介護から派生する負担を訴えている介

護者も、サービスの必要ありとして捉えている。必要度として、専門家の意見を採用するのがよいのか、それともあくまで利用者の意見を採用するのがよいのかは、指摘されるように議論の余地があるが（小林，1994），本論文では，介護者が感得・表明している主観的ニーズに着目し，負担尺度を用いて家族介護者の負担を測定した上で，それを必要度の指標としてその活用を試みる。

2）PMF類型を用いた必要量・整備目標量の算出

高齢者への保健福祉サービスの必要量・整備目標量の算出については，東京都老人総合研究所社会福祉部門が開発した「ニーズ類型（PMF類型）別の要介護高齢者の把握」と「サービスモデルの設定」によって算出される方法を用いる（平岡，1996）。この算出方法は，高齢者の身体的障害の程度と家族介護の支障状況という2つの要因によって要介護高齢者を類型化し，それぞれの類型に対応する標準的な各種サービスの組み合わせ（以下サービスモデル）を設定するという仕組みを持つ。

まず，高齢者の身体的障害については，3章2節の表3-4～表3-6で示した「歩行」「食事」「入浴」「排泄」「着脱」「日常生活状態（総合）」に関する項目を設け，表にあるような基準を用いて，「重度」「中度」「軽度」「障害なし」に分類を行う。次に高齢者の精神的障害の評価，いいかえれば痴呆の評価については，これも3章2節の表3-7の家族にたずねる16項目のチェックリストを用いる。表に示すように，8項目以上該当する場合は「重度」，3～7項目該当する場合は「中度」，1～2項目該当する場合は「軽度」，どの項目にも該当しない場合は「障害なし」として分類を行う。さらにこの身体的障害と精神的障害の程度を組み合わせ，以下に示すような，高齢者の障害程度の全体的な分類基準の作成を行う。つまり，16通り（身体4×精神4）の組み合わせを4分類にまとめるわけである（本来は5分類で，「身体障害なし×精神障害なし」があるのだが，ここでは要介護高齢者のみを対象としているので4分類）。

①PM1：身体的障害が「重度」（精神的障害の有無，程度は問わない）

②PM2：PM1該当者以外で，精神的障害が「重度」

③PM3：PM1およびPM2該当者以外で，身体的障害または精神的障害が「中度」

④PM4：PM1，PM2，PM3以外の要介護高齢者（「中度」以上の障害がなく，身体的障害あるいは精神的障害のどちらかまたは両方が「軽度」）

家族介護の支障状況については，「介護者の同別居」「介護者の年齢」「介護者の健康状態」「介護者の就労」「他の要介護者の世話」の支障要因が設定されている。これらの項目で，「支障あり」とするのは，主介護者あるいは副介護者に以下の要件が該当する場合である。

①副介護者がいない

②別居で，要介護高齢者の自宅と片道15分以上離れている（主介護者のみ）

③年齢が70歳以上である

- ③病気や障害で介護に支障があるか、または妊娠中である
- ④常勤的な職業に従事していて介護に支障がある
- ⑤要介護高齢者の他に世話の必要な者（乳幼児、障害者、病人）の世話をしている
（主介護者のみ）

さらにそれらの支障要因の有無を、主介護者・副介護者別に着目して、以下の3つに分類を行う。

- ①F1（支障大）：主介護者と副介護者の双方が支障要因に該当する。
- ②F2（支障中）：主介護者と副介護者のどちらかが支障要因に該当する。
- ①F3（支障大）：主介護者と副介護者のどちらも支障要因に該当しない。

以上のような手続きで要介護高齢者を分類し、要介護高齢者の障害の程度と家族介護の支障要因の2つの要因を組み合わせたものが表4-1で、最終的には12類型（A～L、要介護高齢者の障害4類型×家族介護の支障3類型）に分類されることになる。この12類型のそれぞれに対応したサービスモデルが表4-2に示してあるが、PMF類型によって算出されるのは、「ショートステイ」「入浴サービス」「介護型ホームヘルプ」「デイケアサービス」「配食サービス」であり、家事援助型ホームヘルプや訪問看護サービスは別の方法で算出されることになっているので、本論文では取り上げていない。

3）調査・分析の対象

ここで用いるデータは、第3章で用いたデータの中から町田市のデータを用いる。これは、町田市のデータを用いたPMF類型によるニーズ推計の論文が発表されているので（平岡ら、1994）、比較検討が容易であることから選んだのだが、もちろん他の地域のデータを用いても活用は可能である。調査の対象と方法の詳細は、3章2節で述べた。ここでの分析対象数は、町田市で家族介護者のデータに欠損値のない433ケースである。表4-1に、433人の要介護高齢者をPMF類型に分類したものが示してある。PM2（D、E、F）の出現率が、他の類型に比べて相対的に小さくなっているが、この類型は、「重度の痴呆はあるが重度の身体障害がない」分類になるため、痴呆の出現率から考えてもこの程度の数値が妥当ではないかと考えられる。

4）必要度として利用意向を用いたサービス必要量・整備目標量の算出

1．各サービスの利用意向

表4-1の該当要介護高齢者数に表4-2のサービスモデルを適用して算出した各サービスの必要量および整備目標量が、表4-3の〔モデルA〕の数値である。整備目標量の算定の根拠については、後述する。必要度として利用意向を用いる場合には、これらの最終的な必要量・整備目標に必要度をかけ合わせるよりも、該当要介護高齢者の中から、利用意向を表明している介護者に介護されている要介護高齢者の数を取り出すやりの方がより妥当であろう。そこでまず、介護者の利用意向の数字をみてみたのが表4-4である。ここでは、「現在利用している（ショートステイのみ「かつて利用したことがあ

る」)」「ぜひ利用したい」「利用を検討したい」を「利用意向あり」ととらえ集計を行った。ショートステイとホームヘルプへの利用意向では、在宅要介護高齢者の介護者の約6割、デイサービスへの利用意向は5割強となっており、確かに利用意向が高いとはいえない数字となっている。さらに、比較的限られた要介護高齢者へのサービスであるとはいえ、入浴サービスへの利用意向が3割弱で配食サービスへの利用意向が4割弱というのは、必要度として使用するには問題のある数字であろう。

それでも一応利用意向を用いて、該当要介護高齢者数を算出したものを、表4-5から表4-9に示してある。これらの数字が、町田市におけるショートステイ、ホームヘルプ、デイサービス、入浴サービス、配食サービスの各サービス別の該当要介護高齢者数である。これら各表の12の類型別の各セルにある上段の数字が、PMF類型による該当要介護高齢者数となり、カッコ内は一人暮らしを除く在宅高齢者数1,000人あたりの出現率である。そして各セルの中段に示されている人数が、利用意向を用いて把握し直した該当要介護高齢者の人数である。たとえば表4-5の「PM1×F1」のセルでは、PMF類型で算出された該当要介護高齢者数が30人で、その中で利用意向を表明している介護者に介護されている該当要介護高齢者は、24人となっている。

2. 利用意向を用いた該当要介護高齢者数

表4-5はショートステイの該当要介護高齢者数であるが、表4-2にあるようにショートステイは12の類型すべてにサービスモデルが設定されている。したがって全体では、PMF類型で算出された433人が266人と、利用意向を反映させると4割近く減少している。障害の程度別にみると、PM1やPM2では3割程度の減少であるが、PM3やPM4では5割近くまで減少しており、障害が軽い高齢者のケースで減少の割合が大きくなっている。一方介護支障の程度別には、あまり差はみられない。介護型ホームヘルプの該当要介護高齢者数は表4-6に示してあるが、「身体障害が軽度でかつ介護支障が少ない」類型には介護型ホームヘルプのサービスモデルを設定していないので、I、K、Lの類型には数値が入っていない。全体での人数は、286人から176人とやはり4割近く減少しており、PM1、PM2類型とPM3、PM4類型を比較すると、後者の障害の程度が軽いほうが減少の割合が大きくなっている。表4-7はデイサービスの該当要介護高齢者数で、高齢者の身体障害が最も重度であるPM1類型には、デイサービスのサービスモデルが設定されていない。デイサービスの該当要介護高齢者の中で利用意向を表明しているケースは、322人中179ケースで、45%の減少率であり2人に1人近くが利用意向を表明していない。また介護支障が大きいF1類型より介護支障が小さいF3類型の方が、利用意向を表明していないケースが多く、減少の割合が大きくなっている。以上のように、三大在宅福祉サービスといわれるショートステイ、ホームヘルプ（介護型）、デイサービスの該当要介護高齢者数を、各サービスへの利用意向を反映させて改めてとらえ直すと、概ね6割前後しかとらえられてこない。特に障害の程度が軽い場合や介護の支障が小さい場合には、5

割程度しかとらえられないということになる。これらのとらえられてこないケースは、よりニーズが小さい集団であるから無視してもよいであろうと考えるのではなく、予防的観点からも、障害程度が軽い、あるいは介護の支障が小さいケースにこそ、早期からの効果的なサービス利用を促進させるべきだと考えた方がよいであろう。

表4-8は入浴サービス、表4-9は配食サービスの該当要介護高齢者数で、これらのサービスは、より限定した集団にサービスモデルが設定されている。つまり、入浴サービスは身体障害が最重度のPM1のみ、配食サービスは介護支障が最も大きいF1のみに限定して設定されている。利用意向を反映させた数値をみると、入浴サービスは全体で35%の減少となっているが、介護支障が大きいF1類型では2割の減少にとどまっている。また配食サービスは全体で55%の減少で、障害の程度に関係なく、約半数のケースで利用意向が表明されていない。これらのサービスの該当要介護高齢者数も、利用意向を反映させると大きく減少し、かなりのケースがニーズのない集団としてとらえられてしまう。

3. 利用意向を必要度として用いた必要量・整備目標量の算出

上記した数値を使って、サービス必要量・整備目標量を算出したものを表4-3に示す。ここでの整備目標の算定については、ショートステイは1床の延べ利用日数を1年292日（365日×稼働率80%）として、介護型ホームヘルパーは1週間の職務時間（サービス提供の実時間）を24時間として、デイサービスセンター1カ所の延べ利用人数は1週間75人（15人×5日）として計算を行った。前述したように、利用意向を考慮しないで、すなわち必要度をかけ合わせないで算出したものが〔モデルA〕の推計値で、必要度として利用意向を用いて算出したものが〔モデルB〕である。当然のことではあるが、必要量、整備目標ともに、各サービスの該当要介護高齢者数が減少した分だけ減少している。ショートステイは、サービス必要量・整備目標量ともに3割強減少しており、ホームヘルプも必要量、整備目標量ともにショートステイを若干上回る35%近く減少している。デイサービスはさらに減少の割合が大きくなり、〔モデルA〕から〔モデルB〕になると、必要量・整備目標量が4割強減っている。入浴サービスと配食サービスについては、整備目標量の算出根拠を設定するのが困難なため、必要量のみを示してあるが、各サービスの該当要介護高齢者数が減少した割合に応じて、入浴サービスは35%の減少、配食サービスは55%の減少となっている。

PMF類型によるニーズの算出は、専門家がニーズを決定する「規範的ニーズ」の考え方を基礎にしているが、介護者のサービスへの利用意向に着目することは、ニーズの担い手である介護者の「主観的ニーズ」をとらえようとしているといってよい。つまり、介護者の利用意向を反映させて該当要介護高齢者をとらえ直すことは、規範的ニーズと主観的ニーズが重なり合う部分を抽出したわけである。その意味では、算出されたニーズ量はより妥当性のあるものと考えられるが、利用意向を主観的ニーズの指標とするには前述したようにいくつかの問題があり、介護者の主観的ニーズを十分に反映していない

と考えられる。そこで、利用意向に代わるものとして、介護者の負担の度合いが主観的に表明された、介護負担を測定する尺度の活用が考えられるわけである。

5) 必要度として負担尺度を用いたサービス必要量・整備目標量の算出

1. 必要度としての負担尺度

サービス必要量・整備目標量を算出する際の必要度となる負担を測定する指標として、今回は介護者の精神的負担を測定する尺度、家族介護MBIスケールを用いた。他の身体的負担、社会的負担を測定する尺度の活用も考えられるが、より主観的なものを測定している精神的負担の尺度が適切であろうと思われるので、今回はこの尺度を用いて分析を行った。ただしこのような負担を測定するスケールを用いる場合に、スケール得点が何点ならば「負担あり」と解釈してよいのかという問題が常に生じてくる。他の心理学的尺度の中には、「良い群」と「悪い群」を区分する点（カットポイント）を設けているものがあるが（たとえばうつスケール）、介護者の負担を測定したスケールではそのようなものは見当たらない。そこで今回は次のような方法で、負担ありの群を選別した。

まず利用意向については、利用意向を表明している群は、前述した問題があるにもかかわらず利用の意向を示しているということから、主観的ニーズがある群としてとらえるべきであると考えた。むしろ問題となるのは、利用意向を表明していない群の中から、主観的ニーズを表明している群を抽出することで、その作業のために家族介護MBIスケールを活用した。利用意向を示していない群とは、保健福祉サービスの利用希望に対して「なるべく利用したくない」「利用はまったく考えていない」と回答した群で、この中で家族介護MBIスケールが何点か以上の群を、負担あり、即ち、主観的ニーズありと判断したわけである。この主観的ニーズあり群を区分する家族介護MBIスケールの点数であるが、これは利用意向との関連に着目し、当該サービスへの利用意向を示している群の平均値を、区分する点数として採用することにした。表4-4に示してある家族介護MBIスケールの平均値の中で、「利用意向あり（再掲）」の欄に波線で記入してある平均値がその点数である。これをみると、各サービスで若干異なっているが、概ね17、18点近くになっている。

2. 家族介護MBIスケールを用いた該当要介護高齢者数

家族介護MBIスケールを必要度の指標として、利用意向を表明していない群から必要度があるとされた介護者を、上述した平均点を用いて抽出し、それらの介護者に介護されている各サービスの該当要介護高齢者数を算出したものが、表4-5から表4-9の各セルの下段に示されているものである。たとえば表4-5のPM1×F1（A）のセルでは、PMF類型で算出された該当要介護高齢者数が30人、利用意向を表明している介護者に介護されている該当要介護高齢者は24人、家族介護MBIスケールを用いて加算した人数が27人となっている。ショートステイでは、全体の該当要介護高齢者数が、利用意向を必要度とした際には4割近く減少していたのが、家族介護MBIスケールを必要度とすることによっ

て25%の減少にとどめられた。特にPM1の類型では、3割近く減少していたものが16%しか減っておらず、これによりPM1類型に該当する要介護高齢者は、ほとんどがショートステイの対象としてとらえることが可能になった。表4-6のホームヘルプでは、利用意向を必要度とした際にはやはり4割近く減少していたが、家族介護MBIスケールを必要度とした場合には、減少したのは2割強にすぎなかった。また家族介護MBIスケール得点を使用して加算されたホームヘルプの該当要介護高齢者数は、PM1類型のみならずPM2類型においても、本来のPMF類型で算出された該当要介護高齢者数の16%前後しか減少しなかった。デイサービスの該当要介護高齢者数は、利用意向を反映させた場合には半数近くにまで減少していたが、表4-7に示すように、家族介護MBIスケールを用いて加算した場合には、減少の割合が3割強にまで改善した。とくに、行動的な痴呆の高齢者を介護しているケースが該当するPM2類型で、介護支障が大きいF1とF2（DおよびE）では、本来のPMF類型による該当要介護高齢者数22人の8割強にあたる18人の要介護高齢者を、デイサービスのニーズありとしてとらえることができた。入浴サービスは表4-8にあるように、必要度が利用意向の場合には35%減少していたのが、家族介護MBIスケールを用いて加算した場合には15%の減少となり、ほとんどの要介護高齢者が入浴サービスのニーズありとなった。また配食サービスも、表4-9に示すように、減少の割合が55%から37%に改善しており、特にPM1類型では、5割近い減少率が2割の減少にとどまった。

3. 家族介護MBIスケールを必要度として用いた必要量・整備目標量の算出

家族介護MBIスケールを用いて加算した該当要介護高齢者数を、サービス・モデルとかけ合わせて必要量・整備目標量を出したものが、表4-3の「モデルC」に示してある。ショートステイは、サービス必要量、整備目標量ともに3割強減少していたものが、2割強の減少となった。ホームヘルプは、利用意向を必要度とした際には必要量、整備目標量ともにショートステイを上回り35%減少していたが、家族介護MBIスケールを必要度として加算した場合には2割弱の減少となり、ショートステイよりも改善の度合いが大きくなっていた。デイサービスの減少の割合は4割強と大きかったが、必要量、整備目標量ともに3割の減少にとどまった。入浴サービスは35%の減少が15%の減少、配食サービスは55%の減少が36%の減少となっている。以上のように、負担の測定指標である家族介護MBIスケールを必要度として活用することにより、単に保健福祉サービスの利用意向のみを必要度としてサービス必要量・整備目標量を算出した場合よりも、目標量の水準を向上させることが可能になったわけである。

6) まとめと課題

本節では、主観的ニーズとして家族介護者が経験している負担に着目し、その負担を高齢者保健福祉計画策定の際の必要度として活用する例の紹介を行った。今回は負担の尺度として家族介護MBIスケールを使用した。この尺度を活用することによっても、介

護者の保健福祉サービスへの利用意向のみを必要度とする場合よりも、目標とするサービスの必要量、整備目標量ともに大幅に改善することができた。ただし、本論文で紹介した活用例には、以下のような課題もある。

まず前述したように、高齢者保健福祉計画策定時における必要度の指標として、利用者の主観的ニーズを用いてよいのかという問題がある。「必要度」に関しては、厚生省の用意するマニュアルなどにも、その定義および具体的指標などについての記述は少なく、策定当事者や学識経験者による議論自体も活発に行われているとはいいがたい。そのような中で、必要度として利用者の主観的ニーズを用いる根拠としては、やはり利用者主体の考えに基づいて、例えば行政側が広域かつ長期的に策定する計画だとしても、利用者の意向を反映させるべきだという考え方であろう。この考え方は、一見妥当であり、必要度に利用者の意向を反映させたものを用いるのが最良の方法であるかのように思われるが、本論文でみたように、現在のわが国における保健福祉サービスの整備状況のもとでは、安易に介護者の利用意向を用いるとニーズが過小評価されてしまう危険性がある。この場合むしろ介護者の意向を反映させないで、つまり必要度を考慮しないで、サービスの目標量を算出した方がより正確なニーズを把握できるかもしれない。いずれにせよ、高齢者保健福祉計画における必要度の意味と内容を改めて考え直すことが必要である。

次に、今回の家族介護MBIスケールを用いた分析では、利用意向を示していない介護者の中から主観的ニーズありとして抽出する際のカットポイントとして、便宜的に利用意向を表明している介護者の家族介護MBIスケールの平均値を使用した。しかし本来カットポイントは事前に標準化された値であるべきなので、本論文での方法は、科学的妥当性を欠くものであることは否めない。事前に家族介護MBIスケールを何回か使用して、科学的手続きに従ってカットポイントを設定した後に、本節のような活用例を考慮すべきではある。しかしながら一方で、家族介護MBIスケールにカットポイントを設けることが、それも主観的ニーズありとする値を設けることが、可能であるいは妥当であるかどうかという問題もある。実際オリジナルのMBIスケールにはカットポイントは設定されておらず、あくまで燃えつき状態の変数として取り扱われている。このようなことから、今回本節で行った方法でカットポイントを設定するやり方も、必ずしも無意味であるとはいえない。今後同様の方法を、時間と場所を変えて行った際に、今回と類似した数値を得ることができれば、今回の方法の妥当性が検証されたことにはなる。そのためにも、今後調査研究を継続して行っていく必要がある。

第2節 社会福祉実践研究における活用

－24時間巡回型ホームヘルパー事業の評価指標への応用－

ここでは負担尺度を、近年各地で取り組みが開始されている、24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業（以下、巡回ホームヘルプ）の効果評価の効果の指標として活用する例を報告する。本節の表題では「実践研究」への応用となっているが、研究の目的が巡回ホームヘルプの効果を評価することであるから、厳密にはプログラム評価（program evaluation）であり、制度・政策的研究ともいえる。しかしながら、以下に述べるように、科学的なプログラム評価というレベルまでは到達しておらず、各事例での介護者の変化を負担尺度を用いて測定を試みたのが本報告である。そのような事例的レベルにおける負担尺度の活用という意味で「実践的」という用語を用いている。

1）わが国におけるプログラム評価

1章で述べたとおり、わが国の社会福祉分野では、プログラム評価は、論議すべき課題として取り上げられることも数少なく、実際の評価例の報告はさらに少ない。冷水（1983）は、わが国でプログラム評価に関心が払われない理由として、以下の4つを挙げている。

- ①法律・規制・制度的基準に社会福祉サービスの良否の論拠を求めようとし、法律や制度が完璧に整備されれば、プログラム評価の必要はなくなるという考え方
- ②上記と同様に投入資源の量と質に論拠を求め、投入資源さえ適切に投入すればプログラムは良いものになるという考え方
- ③ニーズの実態に論拠を求め、ニーズに見合ったプログラムを用意すること自体で、プログラムの効果が達成できたとする考え方
- ④投入した資源が、どの程度の成果をもたらしたのかを、確認・報告しようとする、アカウンタビリティ（責任性）の考え方の欠如

このような考え方は、特に4番目のアカウンタビリティの欠如は、本来社会福祉あるいはソーシャルワークが持つ根源的価値である、「利用者中心」という価値に照らし合わせてみれば、望ましくないものである。現在でも上記の状況が大きく変化したとはいいがたいし、今後わが国でも米国式の「効果を示すことができないならば、資金供与はできない」という形態のサービス提供システムが現れるかもしれない。またそのためだけでなく、本来の「利用者中心」の立場を守るためにも、今後はプログラム評価を推進していく必要がある。

ところで、一口にプログラム評価といっても様々なものがある。冷水（1983）は評価の対象を、①インプット（投入資源）、②プロセス（プログラムの実施）、③アウトプット（効果）、④エフィシエンシー（対費用効果）に分けて説明しているが、ここでのプログラム評価は、効果についての評価である。さらに効果評価についても、評価方法によりいくつかの類型がある。ここで試みられるのは、「単一グループ・プリテスト

ーポストテスト」形式のもので、実験群に対する統制群や対照群を設定しないものである。したがって本来の効果測定のための実験計画法にはなりえず、得られた知見もかなり限定的なものでしかない。それでも、プログラム開始前後に同じ尺度を使用して測定を試み、その測定値を比較検討することは、そのプログラムの将来的な展開を検討する際に、大変有益な情報をもたらすことが指摘されている（Royse, 1992）。

2) 24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の概要

24時間対応巡回型ホームヘルプサービスは、要介護高齢者への自立支援と家族介護者の負担軽減をねらいとして、近年各地で開始されている新しい形態のホームヘルプサービスである。ここでは、1995年度に東京都品川区で開始された同事業の効果評価を試みる。なおこの効果評価は、東京都老人総合研究所社会福祉部門が実施したもので、効果評価の総体的な報告は別で行っている（東京都老人総合研究所社会福祉部門、1996）。本節では、その中から家族介護者の負担の軽減に目的を限定して報告を行う。

巡回ヘルパーの派遣は、区内の在宅介護支援センターのソーシャルワーカーのケア・マネージメントのもとに、民間業者への委託により行われた。巡回ヘルパーチームの構成は、常勤の主任ヘルパー1名、同じく常勤の巡回ヘルパー6名の計7名で、担当する地域は約2.5～4.0キロ四方にまたがっている。巡回ホームヘルプサービスの実施は、午前9時～午後11時（昼間・夜間帯）までは1名、午後11時～翌朝9時（深夜帯）までは2名が巡回する。サービス時間（移動時間を含む）は、昼間・夜間帯は1件あたり30分程度、深夜帯は20分程度であり、サービス内容は、オムツ交換、トイレ介助を中心とする身体介護である。

今回はモデル事業であることから、サービスの開始にあたっては、初めに区のケースワーカーないし在宅介護支援センターのソーシャルワーカーが対象者宅を訪問し、巡回ホームヘルプの利用意向の調査を行った。その後在宅介護支援センターのソーシャルワーカーや看護婦、巡回ホームヘルプの主任ヘルパーや管理責任者などが、再度対象者宅を訪問しニーズのアセスメントを行った。これに基づいて、区と在宅介護支援センターと巡回ホームヘルプの3者の関係者からなる検討委員会が検討し、対象者ごとの巡回ホームヘルプサービスを含めたケアプランが決定された。また、巡回ホームヘルプ開始後も、定期的に検討委員会が開かれ、ケアプランの確認・修正等が行われた。

3) 研究の対象

今回のモデル事業の対象は、原則として対象地区に居住する「特別養護老人ホーム入所適合者程度」の要介護高齢者を対象に開始されたものである。巡回ホームヘルプ開始時点では、20名の要介護高齢者が選定されたが、効果評価期間中に、特別養護老人ホームに入所した者が1名、死亡した者が2名おり、代わって2名が追加された。したがって、効果評価の対象は19名であるが、1名については主たる家族介護者がいないため、18名を対象とする。対象者の概要は、表4-10のとおりである。アセスメントによれば、

サービス提供の主要な目的は、介護者の介護負担の軽減が最も多く（15ケース）、次いで介護者不在時の介護の代替（4ケース）、独居となる夜間帯の安否確認（1ケース）、ひとり暮らしの生活全般の援助（1ケース）となっている。具体的ニーズとしては、最も多いのが排泄介助（オムツ交換・トイレ介助・ポータブルトイレ洗浄等）の15ケース、次いで着替え介助の11ケース、以下体位交換の4ケース、食事介助（準備・配膳・確認等）の3ケースなどである。また、就寝・起床介助（オムツ交換・トイレ介助・洗面・着替え・食事配膳等のいずれかを含む）に分類されたものも6ケースあった。

4）研究方法

介護者の負担が軽減されているかどうかについては、以下の2つの方法で評価を試みた。

①巡回ホームヘルプサービス導入直前と導入4カ月後に実施した主介護者との面接調査の中で、介護の負担に関する項目を設定し測定を行った。設定した項目は、前章で提示された「身体的負担」を測定する10項目、「精神的負担」を測定する13項目、「社会的負担」を測定する6項目である。これらの負担尺度の変化を観察することによって、負担への効果をみようとするものである。

②巡回ホームヘルプサービス導入4カ月後の主介護者との面接の中で、「全般的な身体的負担」および「全般的な精神的負担」がどの程度楽になったかを、「非常に楽になった」「かなり楽になった」「少し楽になった」「あまり楽にはならなかった」「ほとんど楽にはならなかった」でたずねた。また「安心感」がどの程度増えたかについても、「非常に増えた」「かなり増えた」「少し増えた」「変わらない」「減った」でたずねた。これは、従来のプログラム評価の試み、即ちプログラム開始前に測定を行わず導入後のみ測定を行う評価研究においてよく使われる形式の質問で、今回使用した負担尺度との比較のために使用した。

調査データの収集は、主として専門調査員による訪問面接調査によって行った。なおこれらの指標による評価は、巡回ホームヘルプサービスのみの効果によって負担が軽減されているのか、あるいは他のサービスも含めたケアパッケージ全体の効果によって軽減されているのかを厳密に区別することは難しいことを断っておく。

5）家族介護者の負担の変化

1. 全般的負担感・安心感の増減

まず導入後4カ月後時点でのみたずねた、2つの「全般的負担感」と「安心感」についてみる。図4-11に示すとおり、「楽になった」の3つの選択肢を合計すると、身体的負担は18名中17名、精神的負担は18名中15名、安心感は18名中16名が効果があったと回答している。さらにこれら3つの変数について個別ケースでみると、3つの変数とも「楽になった」と回答している介護者が18名中13名であった。これらの結果からだけみるなら、巡回ホームヘルプは大いに効果があったといえる。

2. 巡回ホームヘルプ導入前後の負担の比較

次に、3つの負担尺度を用いて、巡回ホームヘルプ導入直前と導入4カ月後での負担の変化をみている。図4-12に示すとおり、身体的負担については、変化していないケースが半数近くあるが、増加したケースより減少したケースが多くなっている。さらに、増加したケースは、巡回ホームヘルプサービス導入前の身体的負担が「1点」「2点」と比較的軽い負担のケースである反面、減少したケースでは、導入前の身体的負担が「8点」「9点」「10点」といったかなり重い負担を経験しているケースであった。これは、巡回ホームヘルプが、家族介護者の身体的負担が大きい場合には、特に有効であることを示している。

精神的負担の増減は図4-13に示すとおり、変化のない2ケースを除いて、増加したケースと減少したケースが同数であった。しかしながら精神的負担についても、巡回ホームヘルプサービス導入前の負担が大きい場合には、増加したケースよりも減少したケースが多くなっている。例えば導入前の得点が20点以上のケース8例をみると、負担が増加したケースが3例なのに対して、減少したケースは5例となっている。

図4-14に示す社会的負担では、負担が減少したケースが、増加したケースや変化なしのケースよりも多く、特に導入前の社会的負担が大きい場合には、サービス導入後に負担が減少している例が多くなっている。例えば、導入前に負担が10点以上であった10例では、負担が減少したケースが半数の5例で、増加したケースが2例、変化なしのケースが3例となっている。

以上のような負担の増減を各ケース別にみると、まず図4-15は、相対的に介護者の負担が減少したケースの例である。●印でプロットし結んだ点数が巡回ホームヘルプサービス導入前のもので、○印でプロットして結んだ点数が導入後のものである。結んだ線の内側の白い部分の余白が大きいほど、負担が軽減されたことを示している。これらの中で、特にNo.15およびNo.16のケースが負担軽減の度合いが大きい。No.15は、夜は高齢者夫婦のみとなるケースで、別居の介護者は、それが心配で夜あまり眠れなかったのが、巡回ホームヘルプが夜2回来るようになって、精神的に安定感が生まれ、日中の介護も余裕を持ってできるようになり、負担が大幅に軽減した。No.16は、介護者は同居で、夜2時間に1回は要介護高齢者に起こされる生活が5年近く続いてしたが、このケースも夜2回巡回ホームヘルプが来るようになって、介護者の睡眠が確保できるようになって負担が軽減した。この2ケースを代表例として、巡回ホームヘルプの効果は、それまでホームヘルプが入っていなかった夜間にホームヘルプが導入されることにより、負担の軽減が図られている場合が多かった。

一方、図4-16に示すように、介護者の負担が増加したケースもみられた。そしてこれらのケースは、上記した全般的満足感・安心感では、「楽になった」と回答しているケースである。負担の増加については、以下の理由が考えられる。No.1およびNo.8のケー

スは、要介護高齢者の身体症状が悪化し介護量が増大したことが負担の増加に結びついたと推測される。このような例では、巡回ホームヘルプサービスの導入をもってしても、介護者の負担を軽減することは容易ではなかったといえる。またNo. 9については、日中独居のケースで主介護者は通いで介護をしており、巡回ホームヘルプはそれまで主介護者が通うことができなかった時間帯に導入されたケースである。この例では、主介護者が提供する介護の増減はなく、つまり主介護者への影響は特になかったので、負担の軽減には結びつかなかったものと思われる。

以上のように、妥当性・信頼性が検証された負担尺度を用いて巡回ホームヘルプ導入前後に測定を実施したことにより、巡回ホームヘルプが思ったほど効果を上げていないケースも明らかにすることができた。このような知見は、今回の調査でもそうであったように、わが国の評価調査でよく用いられるサービスや介入の導入後のみに効果の程度をたずねる指標では、明らかにすることができないことがある。今回の試みにより、サービスや介入の導入前後に使用できる指標の重要性が、改めて確認されたといえよう。さらに、効果を上げているケースについても、多面的に負担をとらえる尺度を活用したことにより、効果の内容について多様な把握が可能になった。これらの情報は、今後の巡回ホームヘルプの展開に重要な示唆を与えるものと思われる。

6) まとめと課題

24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の効果を、前章で開発した3つの負担尺度を使用して測定することにより、多様な効果の把握が可能となった。今回はプログラムの導入前後の2回のみ測定であったが、ケースのモニタリングにおいて継続して使用することも考えられる。そのようなモニタリングにおける活用は、ケアプランの修正・変更に有益な情報を提供すると思われる。

一方、このような心理学的尺度に依存しすぎるのも望ましくない。特に本論文でのこれらの尺度の妥当性・信頼性の確認は、大量サンプルを用いた検証であり、臨床的な検証は何ら行われていない。個別ケースレベルで何らかの行動を起こす際には、これらの尺度上の動きは、あくまで目安程度にとどめるべきであろう。しかしながら、臨床的な妥当性・信頼性の確立のためにも、今後の個別ケースレベルでの活用が望まれる。

第4章 図表

表 4 - 1 PMF類型別の要介護高齢者数および出現率

人（‰）

	F 1	F 2	F 3	合計
P M 1	-A- 30 (3.8)	-B- 64 (8.2)	-C- 17 (2.2)	111 (14.2)
P M 2	-D- 4 (0.5)	-E- 18 (2.3)	-F- 6 (0.8)	28 (3.6)
P M 3	-G- 31 (4.0)	-H- 76 (9.7)	-I- 36 (4.6)	143 (18.3)
P M 4	-J- 40 (5.1)	-K- 83 (10.6)	-L- 28 (3.6)	151 (19.4)
合計	105 (13.5)	241 (30.9)	87 (11.2)	433 (56.0)

※（ ）内は、高齢者人口1,000人当たりの出現率

表 4 - 2 PMF類型に対応するサービスモデル

要介護高齢者の 障害の程度		家族介護の支障の程度		
		F 1（支障大）	F 2（支障中）	F 3（支障小）
P M 1 (身体障害重度)	ショート（日/年）	-A- 84	-B- 42	-C- 42
	入浴（回/週）	1	1	1
	ヘルパ -（時間/週）	18	12	6
	デイ（日/週）	—	—	—
	配食（食/週）	14	—	—
P M 2 (精神障害重度)	ショート（日/年）	-D- 84	-E- 42	-F- 42
	入浴（回/週）	—	—	—
	ヘルパ -（時間/週）	15	9	3
	デイ（日/週）	3	3	2
	配食（食/週）	11	—	—
P M 3 (中度)	ショート（日/年）	-G- 21	-H- 14	-I- 14
	入浴（回/週）	—	—	—
	ヘルパ -（時間/週）	6	3	—
	デイ（日/週）	3	2	2
	配食（食/週）	11	—	—
P M 4 (軽度)	ショート（日/年）	-J- 7	-K- 7	-L- 7
	入浴（回/週）	—	—	—
	ヘルパ -（時間/週）	3	—	—
	デイ（日/週）	1	1	1
	配食（食/週）	13	—	—

表 4-3 サービス必要量・整備目標量推計の比較

	モ デ ル A		モ デ ル B		モ デ ル C	
	必要量	整備目標	必要量	整備目標	必要量	整備目標
ショートステイ	37539 (100) -回/年-	128.6 【5.5】 -床-	25300 (67.4) -回/年-	86.6 【3.7】 -床-	29563 (78.8) -回/年-	101.2 【4.3】 -床-
ホームヘルプ (介護型のみ)	7777 (100) -時間/週-	324 【13.9】 -人-	5042 (64.8) -時間/週-	210 【9.0】 -人-	6356 (81.7) -時間/週-	265 【11.3】 -人-
デイサービス	1944 (100) -日/週-	25.9 【1.1】 -ヶ所-	1122 (57.7) -日/週-	15.0 【0.6】 -ヶ所-	1350 (69.4) -日/週-	18.0 【0.8】 -ヶ所-
入浴サービス	395 (100) -回/週-	【16.9】 -回/週-	249 (63.0) -回/週-	【10.6】 -回/週-	335 (84.8) -回/週-	【14.3】 -回/週-
配食サービス (独居除く)	4718 (100) -食/週-	【201.7】 -食/週-	2140 (45.4) -食/週-	【91.5】 -食/週-	3005 (63.7) -食/週-	【128.5】 -食/週-

※モデルA：利用意向を考慮しないで、全ケースを使用して試算を行う。
モデルB：各サービスの「利用意向」を示したケースのみを使用して試算を行う。
モデルC：各サービスの「利用意向」を示したケースに加えて、「MBI得点」が高いケースを追加して、試算を行う。

※（ ）内は、モデルAを100としたときの割合。
【 】内は、高齢者千人あたりの数字。

※整備目標の算出については、本文を参照。

表 4-4 各サービスの利用意向と精神的負担（家族介護MBI）の得点

		人（％）	MBI得点平均値
ショートステイ	かつて利用したことがある	52 (12.0)	21.35
	ぜひ利用したい	81 (18.7)	19.41
	利用を検討したい	133 (30.7)	15.01
	利用意向あり（再掲）	266 (61.4)	<u>17.59</u>
	なるべく利用したくない	64 (14.8)	13.12
	利用はまったく考えていない	103 (23.8)	13.89
ホームヘルプ	現在利用している	25 (5.8)	16.95
	ぜひ利用したい	78 (18.0)	19.12
	利用を検討したい	164 (37.9)	16.36
	利用意向あり（再掲）	267 (61.7)	<u>17.23</u>
	なるべく利用したくない	76 (17.6)	14.67
	利用はまったく考えていない	90 (20.8)	13.73
デイサービス	現在利用している	30 (6.9)	19.06
	ぜひ利用したい	65 (15.0)	18.50
	利用を検討したい	135 (31.2)	15.91
	利用意向あり（再掲）	230 (53.1)	<u>17.05</u>
	なるべく利用したくない	61 (14.1)	13.63
	利用はまったく考えていない	142 (32.8)	15.46
入浴サービス	現在利用している	30 (6.9)	20.95
	ぜひ利用したい	79 (18.2)	18.06
	利用を検討したい	126 (29.1)	16.16
	利用意向あり（再掲）	121 (27.9)	<u>17.41</u>
	なるべく利用したくない	68 (15.7)	14.14
	利用はまったく考えていない	130 (30.0)	14.58
配食サービス	現在利用している	11 (2.5)	14.95
	ぜひ利用したい	41 (9.5)	20.10
	利用を検討したい	112 (25.9)	17.71
	利用意向あり（再掲）	164 (37.9)	<u>18.12</u>
	なるべく利用したくない	77 (17.8)	15.49
	利用はまったく考えていない	192 (44.3)	14.50

表 4-5 ショートステイ該当高齢者数および出現率

人 (‰)

	F 1	F 2	F 3	合計
P M 1	-A- 30 (3.8)	-B- 64 (8.2)	-C- 17 (2.2)	111 (14.2)
	24 (3.1)	41 (5.3)	13 (1.7)	78 (10.0)
	27 (3.5)	52 (6.7)	14 (1.8)	93 (11.9)
P M 2	-D- 4 (0.5)	-E- 18 (2.3)	-F- 6 (0.8)	28 (3.6)
	3 (0.4)	13 (1.7)	3 (0.4)	19 (2.4)
	3 (0.4)	13 (1.7)	4 (0.5)	20 (2.6)
P M 3	-G- 31 (4.0)	-H- 76 (9.7)	-I- 36 (4.6)	143 (18.3)
	18 (2.3)	44 (5.6)	22 (2.9)	84 (10.8)
	21 (2.7)	56 (7.2)	25 (3.2)	102 (13.1)
P M 4	-J- 40 (5.1)	-K- 83 (10.6)	-L- 28 (3.6)	151 (19.4)
	21 (2.7)	51 (6.5)	13 (1.7)	85 (10.9)
	27 (3.5)	59 (7.7)	17 (2.2)	103 (13.2)
合計	105 (13.5)	241 (30.9)	87 (11.2)	433 (56.0)
	66 (8.5)	149 (18.0)	51 (6.5)	266 (34.1)
	78 (10.0)	180 (23.1)	60 (7.7)	318 (40.8)

上段：調査から算出した高齢者数

中段：利用意向ありのケースのみ的高齢者数

下段：MBI得点により加算した高齢者数

表 4 - 6 介護型ホームヘルプ 該当高齢者数および出現率

人 (‰)

	F 1	F 2	F 3	合計
P M 1	-A- 30 (3.8)	-B- 64 (8.2)	-C- 17 (2.2)	111 (14.2)
	23 (2.9)	39 (5.0)	10 (1.3)	72 (9.2)
	27 (3.5)	53 (6.8)	12 (1.5)	92 (11.8)
P M 2	-D- 4 (0.5)	-E- 18 (2.3)	-F- 6 (0.8)	28 (3.6)
	3 (0.4)	13 (1.7)	2 (0.3)	18 (2.3)
	4 (0.5)	16 (2.1)	3 (0.4)	23 (2.9)
P M 3	-G- 31 (4.0)	-H- 76 (9.7)		107 (13.6)
	16 (2.1)	46 (5.9)		62 (7.8)
	20 (2.6)	56 (7.2)		76 (9.6)
P M 4	-J- 40 (5.1)			40 (5.1)
	24 (3.1)			24 (3.1)
	30 (3.8)			30 (3.8)
合計	105 (13.5)	158 (20.0)	23 (2.9)	286 (36.2)
	66 (8.5)	98 (12.4)	12 (1.5)	176 (22.3)
	81 (10.3)	125 (15.8)	15 (1.9)	221 (28.0)

上段：調査から算出した高齢者数

中段：利用意向ありのケースのみの高齢者数

下段：MBI得点により加算した高齢者数

表 4 - 7 デイサービス該当高齢者数および出現率

人 (‰)

	F 1	F 2	F 3	合計
P M 1				
P M 2	-D- 4 (0.5) 3 (0.4) 3 (0.4)	-E- 18 (2.3) 13 (1.7) 15 (1.9)	-F- 6 (0.8) 2 (0.3) 3 (0.4)	28 (3.6) 18 (2.3) 21 (2.7)
P M 3	-G- 31 (4.0) 20 (2.5) 22 (2.8)	-H- 76 (9.7) 43 (5.5) 56 (7.2)	-I- 36 (4.6) 19 (2.4) 22 (3.8)	143 (18.3) 82 (10.4) 100 (12.7)
P M 4	-J- 40 (5.1) 20 (2.5) 27 (3.5)	-K- 83 (10.6) 44 (5.6) 50 (6.4)	-L- 28 (3.6) 15 (1.9) 20 (2.5)	151 (19.4) 79 (10.9) 97 (12.3)
合計	75 (9.5) 43 (5.4) 52 (6.7)	177 (22.4) 100 (12.7) 121 (15.3)	70 (8.9) 36 (4.6) 45 (5.7)	322 (40.8) 179 (22.7) 218 (27.6)

上段：調査から算出した高齢者数

中段：利用意向ありのケースのみ的高齢者数

下段：MBI得点により加算した高齢者数

表 4 - 8 入浴サービス該当高齢者数および出現率

	F 1	F 2	F 3	人 (‰)
	合計			
P M 1	-A-	-B-	-C-	
	30 (3.8)	64 (8.2)	17 (2.2)	111 (14.2)
	24 (3.1)	37 (4.7)	9 (1.2)	70 (8.9)
	28 (3.6)	53 (6.8)	13 (1.7)	94 (11.9)

上段：調査から算出した高齢者数
中段：利用意向ありのケースのみの高齢者数
下段：MBI得点により加算した高齢者数

表 4 - 9 配食サービス該当高齢者数および出現率
人 (‰)

	F 1
P M 1	-A- 30 (3.8) 16 (2.1) 24 (3.1)
P M 2	-D- 4 (0.5) 0 (0.0) 2 (0.3)
P M 3	-G- 31 (4.0) 13 (1.7) 17 (2.2)
P M 4	-J- 40 (5.1) 18 (2.3) 23 (2.9)
合計	105 (13.5) 47 (5.9) 66 (8.4)

上段：調査から算出した高齢者数
中段：利用意向ありのケースのみの高齢者数
下段：MBI得点により加算した高齢者数

表 4 -10 調査対象者の概要

ケースNo.	要介護高齢者本人					主介護者		
	性別	年齢	ねたきり度	痴呆の自立度	世帯類型	続柄	年齢	同別居
1	女	81	C2	自立	有配偶子同居	娘	46	同居
2	男	81	B2	Ⅱb	有配偶子同居	嫁	56	同居
5	女	92	C1	Ⅱb	無配偶子同居	娘	71	同居
6	女	79	B1	Ⅱb	無配偶子同居	娘	52	同居
7	女	88	B1	Ⅲa	独居	娘	46	別居
8	女	78	A	Ⅲa	無配偶子同居	息子	41	同居
9	女	81	B2	自立	無配偶子同居	娘	47	別居
10	女	86	A	Ⅱb	独居	嫁	51	別居
11	男	85	B2	自立	高齢者夫婦	妻	79	同居
13	女	76	A	Ⅳ	その他	兄	78	同居
14	女	91	A	Ⅱb	その他	孫	39	同居
15	女	80	A2	Ⅱb	高齢者夫婦	嫁	50	別居
16	女	93	C1	Ⅲa	有配偶子同居	息子	62	同居
17	女	82	A	Ⅳ	無配偶子同居	娘	49	別居
18	女	75	C1	自立	独居	娘	47	別居
19	女	87	B2	Ⅱa	無配偶子同居	息子	52	同居
21	女	87	B2	Ⅱa	無配偶子同居	息子	54	同居
22	男	68	C2	自立	無配偶子同居	妻	61	同居

※ケース番号が欠番の者は、入所・死亡等で巡回ホームヘルプ事業から外れたケース。また、No.21とNo.22は、追加したケース。

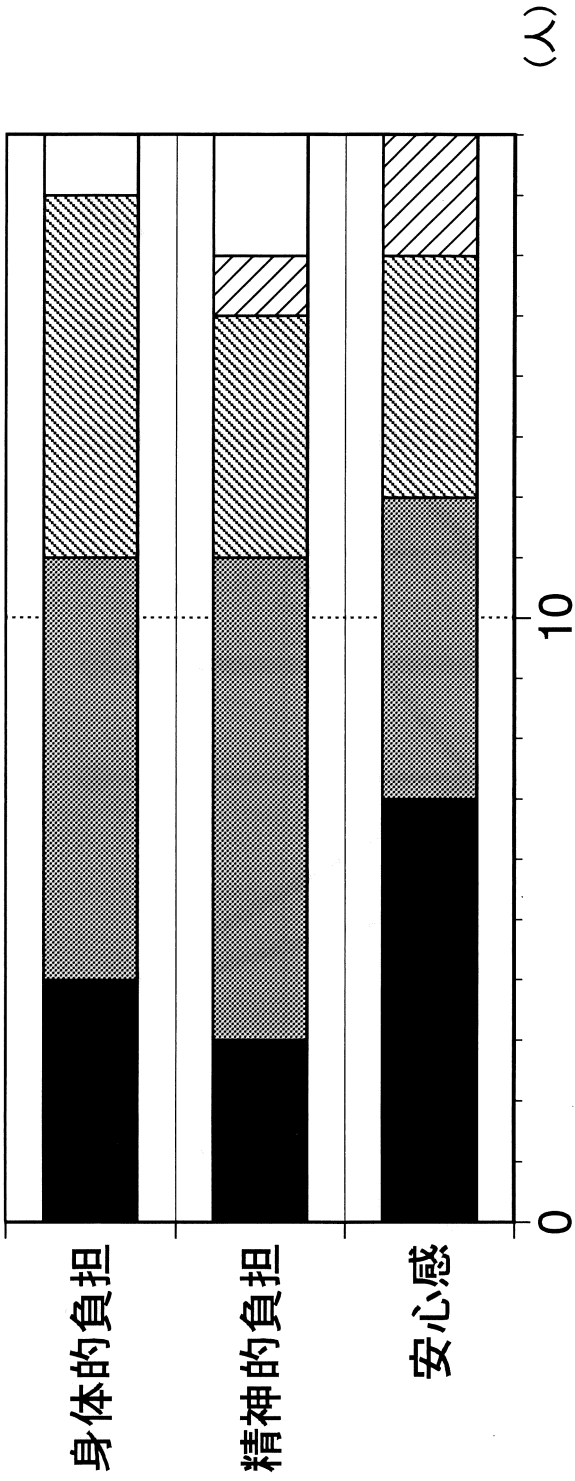
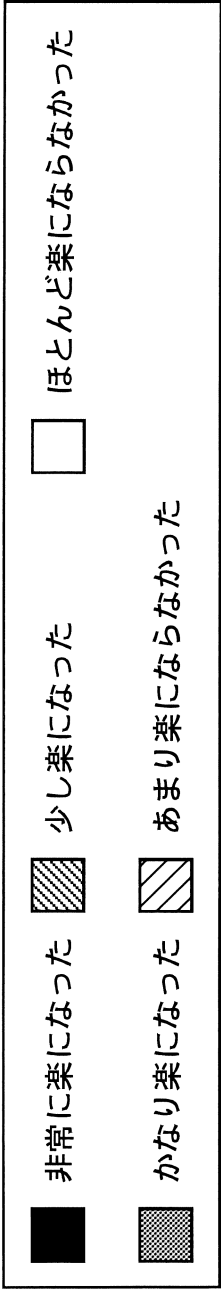


図 4-11 全般的負担感・安心感の回答分布

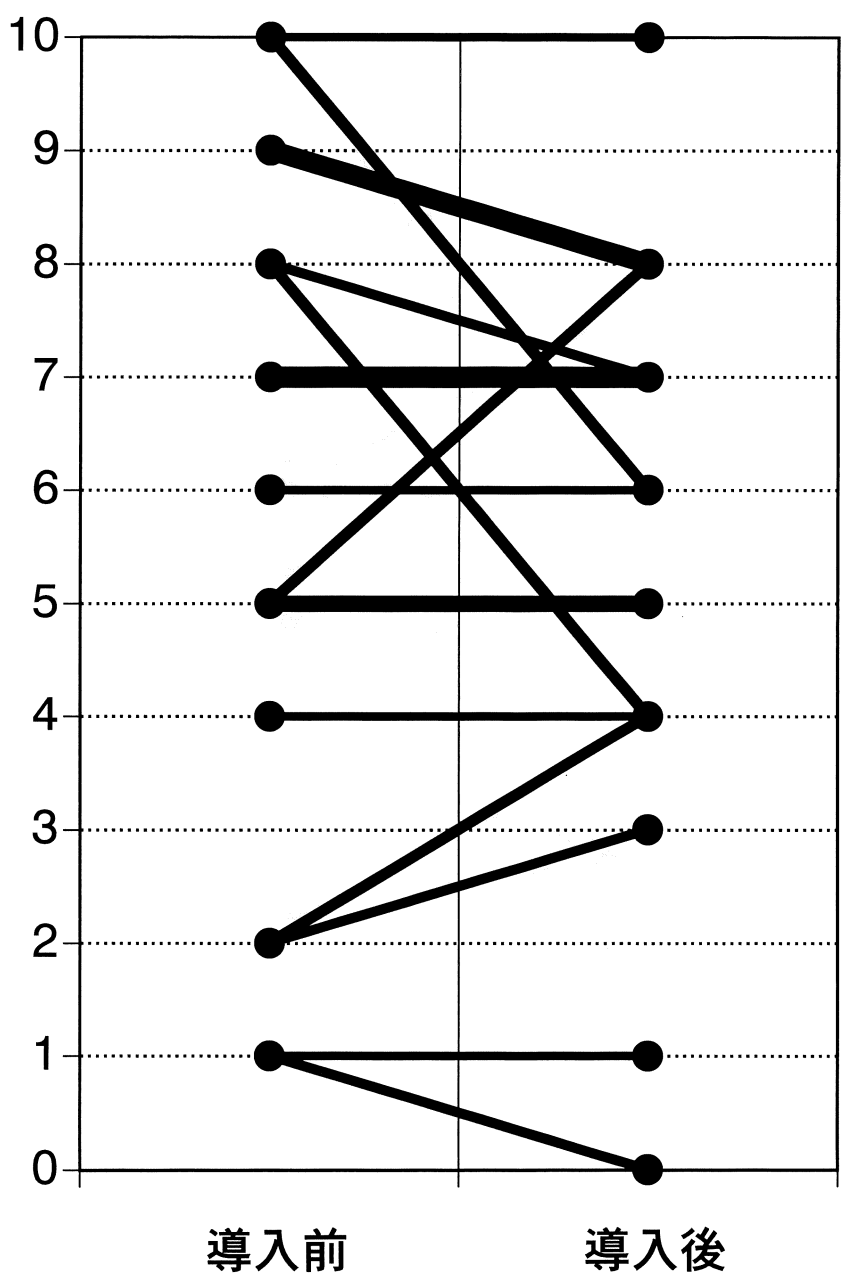


図 4 -12 身体的負担の増減

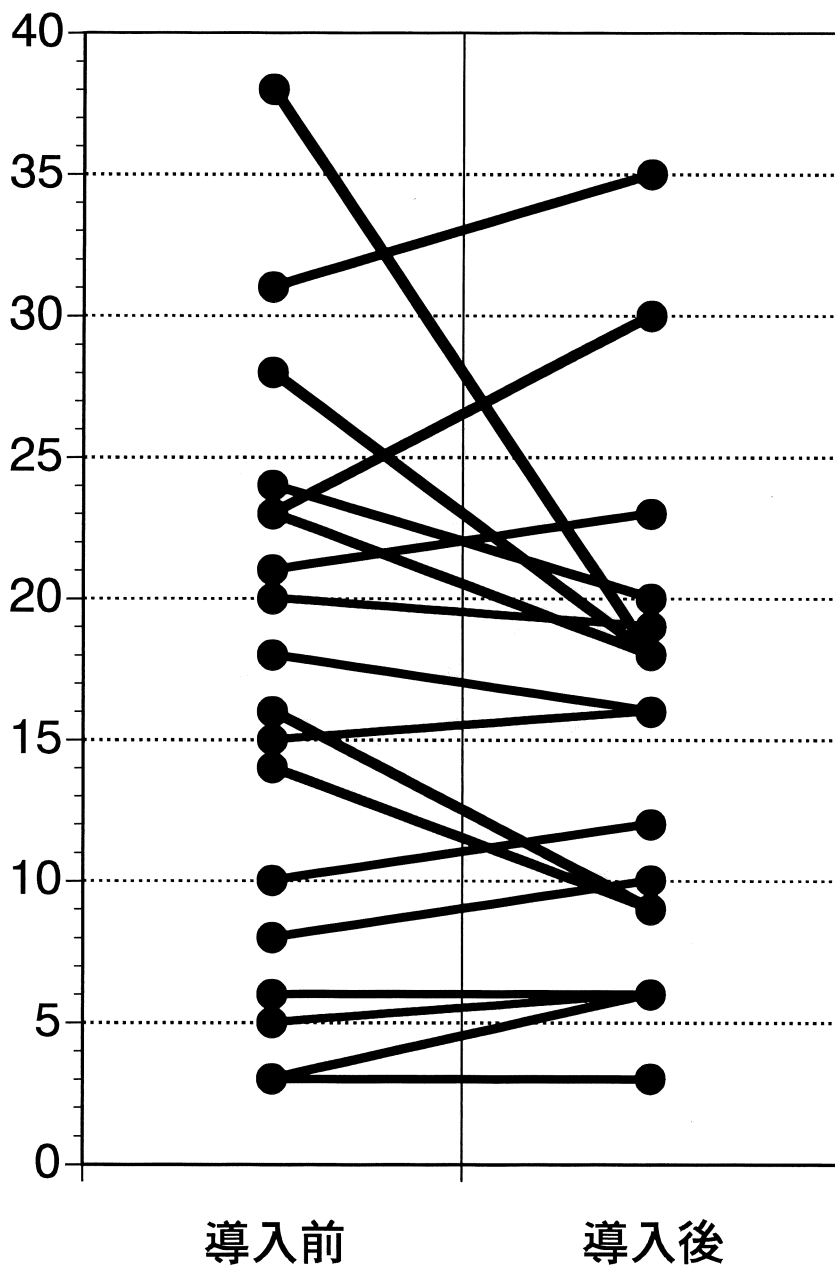


図 4 -13 精神的負担の増減

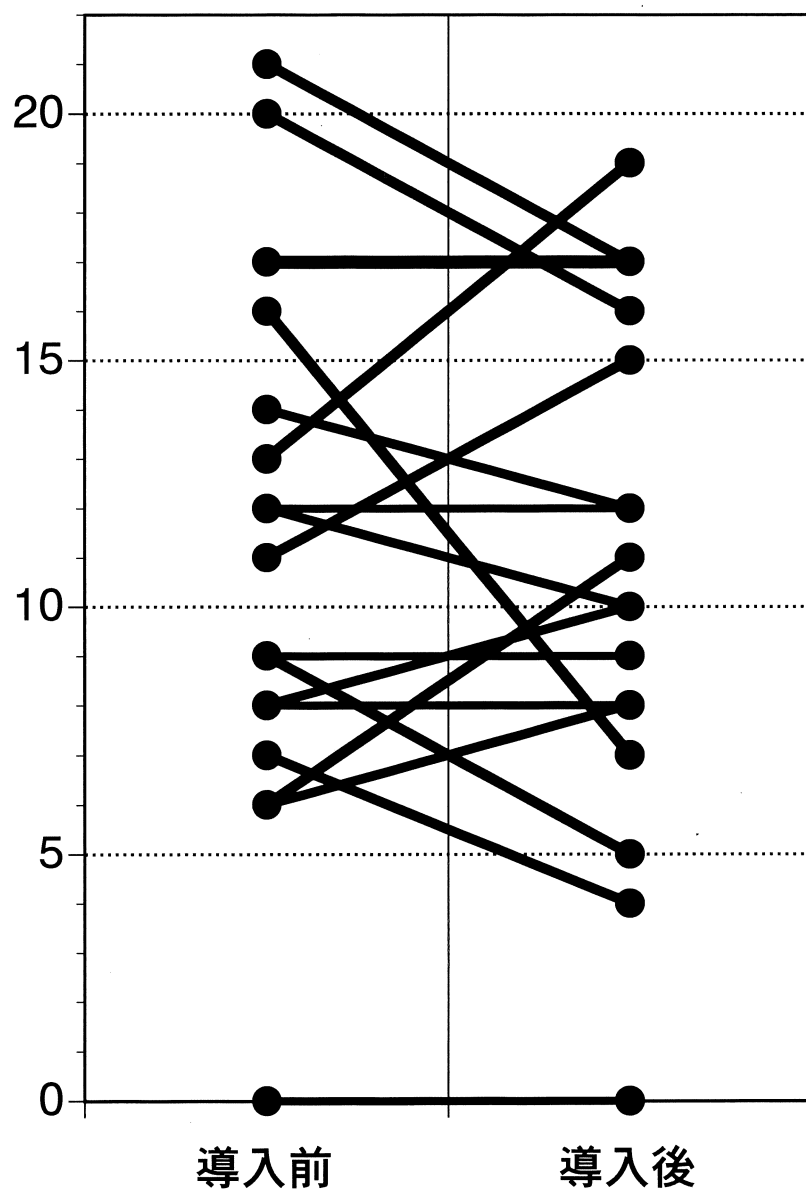


図 4 -14 社会的負担の増減

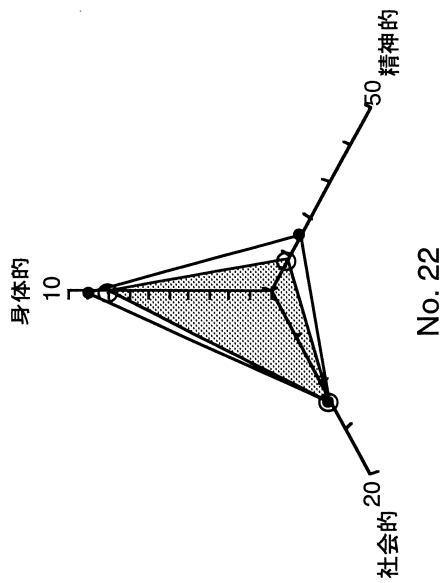
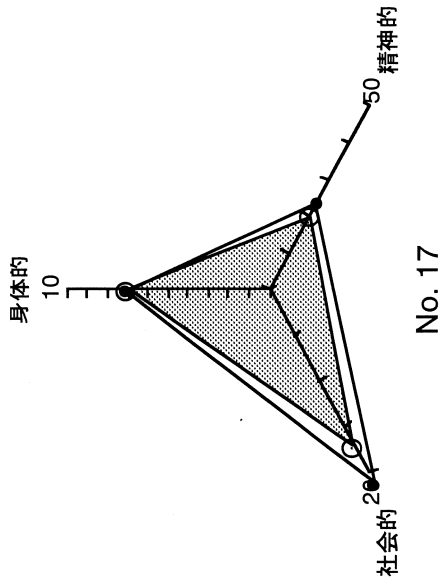
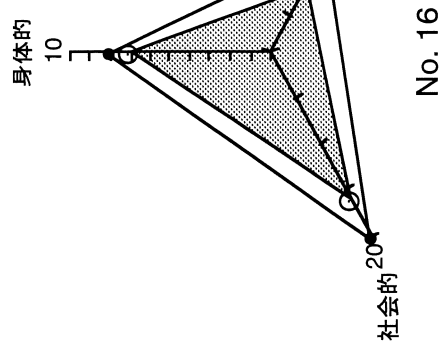
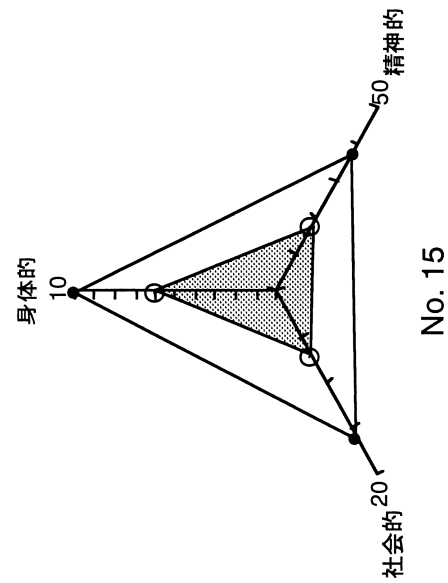
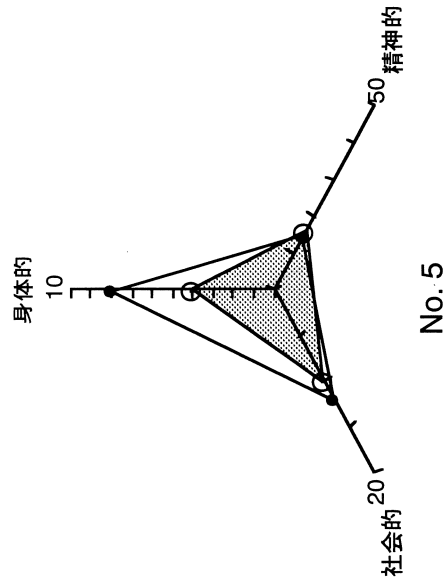
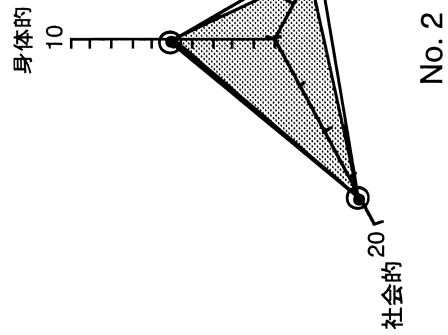


図 4 -15 負担が軽減したケース

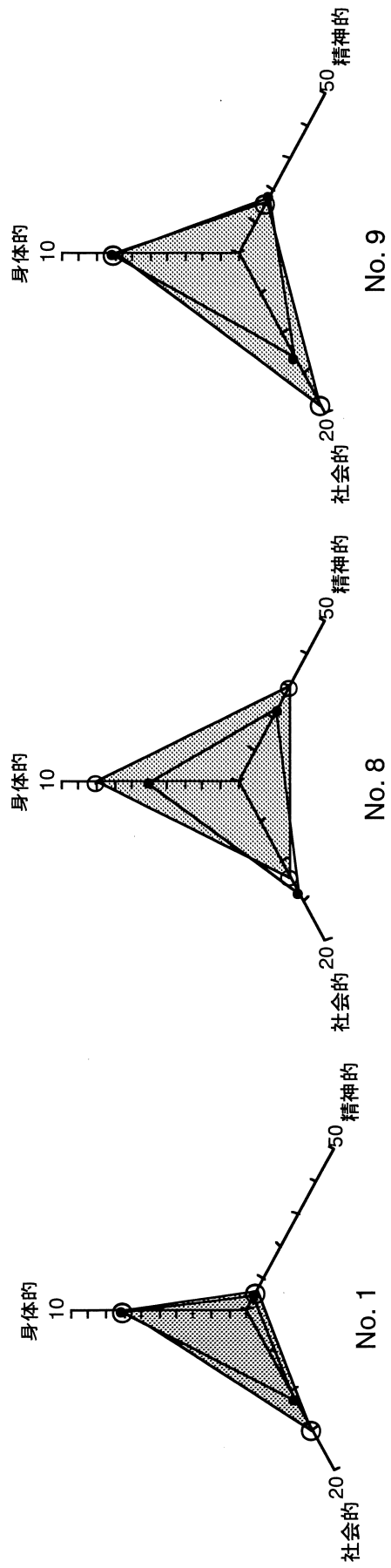


図 4-16 負担が増加したケース

第5章 要約と今後の課題

1) 家族介護者の負担研究の意義と動向

本論文の目的は、要介護高齢者を介護する家族の負担に着目し、そのような負担を測定できる尺度の開発と妥当性・信頼性の検証であった。家族介護者の負担にかんする研究の持つ意義については、2つの側面から考察が行われた。ひとつは、現代的課題としての家族介護研究の視点である。わが国では介護の大半を家族が担っているにもかかわらず、家族介護の政策的位置づけが曖昧なまま、介護保険の導入等により、介護の社会化と家族の介護からの解放が近い将来に達成できるという見通しがたてられている。しかしながら、現在の家族による介護の実態とそれを取りまく様々な状況の正確な把握ができていなければ、そのような見通しは楽観的すぎるといわざるをえない。そしてわが国における家族介護にかんする研究は、欧米と比較するとかなり見劣りするもので、家族介護の現状を十分に把握しているとはいいがたい。以上のような状況の中で、家族介護研究のひとつとして、家族介護者の経験している負担を測定する尺度の開発を試みることは、意義深いことであると考えられた。

今ひとつの視点は、社会福祉分野における実証的調査研究の視点である。わが国の社会福祉分野においては、戦前の貧困研究を除いては、実証的調査研究の重要性はほとんど認識されてこなかった。とくに方法論を中心に扱ういわゆる「ソーシャルワーク研究」においては、実証的調査研究の試みはほとんどみられない。しかしわが国の社会福祉が置かれている現状を考えた際には、少なくとも以下の2つの理由により、実証的調査研究が必要であると思われた。まず近年声高にいわれる保健・医療・福祉の連携・統合の動きの中で、これまで比較的「閉じられた」福祉の世界で援助を提供してきた社会福祉従事者も、社会福祉の専門職として他の専門職と協力・連携して援助を提供することが必要になってくる。その際に、実証的調査研究の知識・技法は、異なる職種間に共通のひとつの言語として活用される可能性がある。すなわち、社会福祉専門職が最低限の実証的調査研究の知識・技法を身につけることは、今後非常に有益であると思われた。さらに、国家資格である「社会福祉士」が創設されて以後急激に増加している社会福祉専門職の養成機関において、養成に携わる社会福祉の教育・研究職を早急に確保する必要性も、実証的調査研究を後押しする要因のひとつである。現在のわが国の文教政策では、養成機関の教員となるためには、ある程度の研究業績が必要とされる。実証的調査研究の手法は、研究業績を蓄積するための数ある手法の中のひとつではあるが、少なくとも量的にはある程度のアウトプットが期待できる手法でもある。社会福祉分野の教育・研究職の養成が急務の課題である現状においては、社会福祉分野における実証的調査研究手法の修得と研究の蓄積は、意義深いものであると考えられた。

家族介護者の負担研究は、1980年代に欧米において、いくつかの負担を測定する尺度が開発されたのを契機にさかんになってきた。これらの負担尺度は、当初は単一項目あ

るいは単一次元のものが主流であった。しかし現在では、家族介護者が経験する負担は多様かつ複雑であることから、負担をいくつかの側面から測定する多次元の尺度が開発され活用されている。さらに1980年代の後半には、ストレス認知理論が導入され、家族介護場面における様々な要因を、概ね「ストレッサー要因」「ストレス反応要因」「調整要因」の3つの要因に整理することが可能になった。しかし新たな課題として、従来負担尺度として開発されてきた尺度が、ストレス反応の尺度として妥当であるのかどうか、既に信頼性・妥当性が検証された標準的な尺度を用いるべきではないのかという議論が起こってきた。この議論は未だ決着していないが、本論文では、標準的な尺度ではその項目内容から介護から引き起こされたストレス反応かどうか判断が難しい、標準的な尺度より負担尺度の方が介入研究における反応性がよいという理由から、標準的でない介護場面に特定の負担尺度の開発を試みた。

従来の負担研究の最大の問題点として、それぞれの研究での調査対象の不統一性、特に要介護高齢者の把握がまちまちであることが、繰り返し指摘されている。この欠点を克服するためには、要介護高齢者把握のための標準的な基準を設定して、地域在住の高齢者全数あるいは代表性のある標本からスクリーニングを実施する必要がある。本論文では、高齢者の身体状態と精神状態の程度にかんする基準を設定し、再現可能な一定の手続きを用いて、4つの地域から等質の要介護高齢者およびその介護者を抽出した。このような手法の試みは、これまでの研究ではみられないものであった。

2) 負担の測定手法開発のための調査

本論文では、家族介護者の負担尺度として、10項目の「身体的負担」尺度、13項目の「精神的負担」尺度、6項目の「社会的負担」尺度、および単一次元の尺度として社会的負担尺度と6項目を共有する8項目の「全般的負担」尺度の4つが提示された。これらの尺度を、長野県諏訪郡、前橋市、町田・多摩市、三鷹市の異なる4つの地域で、地域在住の高齢者約8,000～20,000名から把握された要介護高齢者約600～1,100名の主たる家族介護者に対して適用を試みた。スクリーニングのための第1次調査および訪問面接で実施した第2次調査ともに、十分な回収率を得た。

信頼性の検討は内的一貫性の検討を、妥当性の検討は、4つの地域間での回答分布を吟味する交差妥当性、主成分分析を用いた構成概念妥当性、および外的基準としての関連要因との関係を観察する基準関連妥当性の検討を行った。信頼性については、精神的負担、社会的負担、全般的負担の各尺度は、4つの地域ともに十分な内的一貫性があることが示された。身体的負担の尺度については、使用した尺度の性質上内的一貫性は算出されなかった。構成概念妥当性については、精神的負担の2次元の構造は、4つの地域のうち3つの地域で概ね支持された。また身体的負担、精神的負担、社会的負担の各尺度のデータが揃っている2つの地域においては、負担の3次元の構造が確認された。

本論文での分析モデルにおいては、上記の負担尺度を「ストレス反応」とし、「スト

レッサー」として4つの変数を、そして「リソース要因」として7つの変数を設定し、それぞれの変数と負担尺度の関連を吟味した。ストレスと負担尺度の関連については、要介護高齢者の身体的・精神的障害および介護者の行っている介護の程度は、負担と強い関係がみられた。しかし介護期間と負担の関連については、有意な関係が見いだせなかった。リソース要因と負担との関連では、介護者の年齢と副介護者の有無については、年齢と一部の負担尺度に弱い関係が見出されたのを除いて、負担との関係は示されなかった。その他のリソース要因では、代替介護者がいること、要介護高齢者以外に他の要介護者がいないこと、そして経済状態が苦しくないことが、負担の程度を軽減させていた。介護者へのソーシャルサポートは、サポートを認知で測定した場合には、サポートが多いことが一部の負担を軽減させていたが、サポートを実績で測定した場合には、サポートが多い介護者は負担が高くなっていた。これは、サポートを実績で測定する場合には、サポートを必要とするほど援助へのニーズが高い、すなわち負担が高いのではないかと解釈された。介護者の就労と負担の関連は、期待された方向性とは逆の、仕事に就いている方が負担が低いという結果が示された。これについては、仕事に就いていることが介護からの解放となっているのではないかと考えられた。以上から、提示された負担尺度の妥当性・信頼性は概ね満足のいくもので、これらの負担尺度は、少なくとも今後の使用には耐えうるものであると思われる。

3) 負担尺度の活用例

開発された負担尺度の活用例として、社会福祉政策研究における活用と社会福祉実践研究における活用の報告が行われた。社会福祉政策研究での活用例は、高齢者保健福祉計画における「必要度」を代替および補完する変数として負担尺度が活用された。従来は必要度の指標として、家族介護者の保健福祉サービスに対する利用意向を使用することが多かったのだが、負担尺度の活用により、保健福祉サービスの必要量・整備目標量が、利用意向のみを必要度とした場合よりも、より前向きに推計できることが示唆された。実践研究での活用例は、24時間対応巡回型ホームヘルプサービス事業の効果測定の指標として、負担尺度を用いた。負担を多面的にとらえることのできる尺度を使用することによって、巡回ホームヘルプが介護者に与える影響も多面的にとらえることが可能となった。また、従来の事後に効果をたずねる指標では明らかにできなかった、効果がみられないケースも把握することが可能になった。

4) 今後の課題

本論文において提示され、信頼性・妥当性の検証が行われた家族介護者の負担尺度ではあるが、いくつかの課題は残されている。まず負担をめぐる概念的なことについては、前述したようにパーリンらがより精緻なモデルを提示したとはいえ（Aneshensel et al., 1995）、未だ完全なものではない。家族介護者の介護場面において、まだ取り上げられていない要因はかなりあると考えられる。たとえば上記のパーリンらのモデルにも一部

取り入れられているが、近年は「役割 (role)」を概念化して負担とのかかわりを検討している文献がいくつかみられる (Berg-Weger & Rubio, 1995: Mui, 1995)。その役割の内容も、心理学的な役割認知的アプローチから社会的な役割理論的アプローチまでかなり幅広く、わが国でも看護の分野でいち早く役割理論を適用した研究がみられる (水野ら, 1992)。さらに広範な概念ではあるが、最近負担研究でよく取り上げられるのが、介護者のパーソナリティである (Hooker, et al., 1992: Reis, et al., 1994)。パーソナリティの尺度は心理学分野で数多く開発されているので、今後そのような尺度を使用した研究が増えていくと思われる。今後は、今回提示した負担尺度を使用して、役割やパーソナリティとの関連を取り上げる調査研究を試みることも必要であろう。

しかしその前に、負担尺度の信頼性・妥当性の検討はさらに継続して行う必要がある。信頼性については、内的一貫性についてのみしか検証していないので、特に再テスト法 (test-retest) 信頼性は、今後早急に検証すべきである。また4章1節の社会福祉政策研究での活用例でも述べたように、もし各負担尺度に何らかのカットポイントを設定できるなら、尺度の実用性が飛躍的に向上するだけでなく、負担尺度の判別的妥当性や予測的妥当性の検証が可能となる。臨床的な応用を考える際にも、カットポイントの存在は、実際の援助や介入に直接役立つ情報を提供することになるのでたいへん有益なことである。このようなことから、今後何らかの形でカットポイントを設定する研究を試みることは、たいへん有意義であると思われる。

最後に、実証的調査研究としての本論文の成果は、今後の調査研究のための契機を提供したにすぎない。具体的には、活用可能な家族介護者の負担尺度の開発と、社会福祉分野における実証的調査研究の例示である。社会福祉分野における調査研究の例としては、今回の例示の他に様々なものが応用可能であり、それらを順次手がけるべきであろう。冒頭でも述べたように、わが国における家族介護にかんする研究は、質・量ともに十分とはいいがたい。今回の本論文で提供した契機が、自らの将来の調査研究の契機になるとともに、他者の調査研究への契機となれば幸いである。

文献 (References)

- 阿部 實『チャールズ・ブース研究－貧困の科学的解明と公的扶助制度－』中央法規出版，1990
- 阿部 實「社会福祉研究と社会福祉調査－社会福祉調査論構築のための前提的考察－」『社会事業の諸問題』30集，89-116，1984
- Abel, E. K. Informal care for the disabled elderly: A critique of recent literature. *Research on Aging*, 12, 139-157, 1990
- 新井宏明，藤田雅美「政策科学としての公衆衛生学」『日本公衆衛生雑誌』43巻，517-519，1996
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press, 1995
- 朝田隆「痴呆性老人の在宅介護破綻に関する検討：問題行動と介護者の負担を中心に」『精神神経雑誌』93巻，403-433，1991
- 朝野熙彦『入門多変量解析の実際』講談社，1996
- Austin, D. Findings of the NIMH task force on social work research. *Research on Social Work Practice*, 2, 311-322, 1992
- Berg-Weger, M. & Rubio, D. M. Role inductions and caregiver strain: A structural equation approach. *Journal of Social Service Research*, 21(2), 33-53, 1995
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage, 1991
- Biegel, D. E. & Blum, A. *Aging and caregiving: Theory, research, and policy*. Newbury Park, CA: Sage, 1990
- Bloom, L. & Block, S. R. Evaluating ones' own effectiveness and efficiency. *Social Work*, 22, 130-136, 1977
- Blythe, B. J. & Briar, S. Direct practice effectiveness. In *Encyclopedia of social work (18th ed.)*, Silver Spring, MD: National Association Social Workers, 399-409, 1987
- Braithwaite, V. Caregiving burden: Making concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14, 3-27, 1992
- Brody, E. M. "Women in the Middle" and family help to older people. *Gerontologist*, 21, 471-480, 1981
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258 1972

- Cantor, M. H. Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *Gerontologist*, 23, 597-604, 1983
- Caserta, M. S. Caregivers to dementia patients: The utilization of community services. *Gerontologist*, 27, 209-214, 1987
- Dean, R. D. & Fenby, B. L. Exploring epistemologies: Social work action as reflection of philosophical assumptions. *Journal of Social Work Education*, 25, 46-54, 1989
- Deimling, G. T. Caregiver functioning. In M. P. Lawton & J. A. Teresi (Eds.) *Annual review of gerontology and geriatrics: Vol. 14*, New York: Springer, 257-280, 1994
- 出村和子「ケースワークよ試練を超えて－効果研究の評価作業を見直す－」『社会福祉学』20号, 127-154, 1979
- Dillehay, R. C. & Sandys, M. R. Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *International Journal of Aging and Human Development*, 30, 263-285, 1990
- Dolan, M. M. & Vourlekis, B. S. A field project: Single-subject design in a public social service agency, *Journal of Social Service Research*, 6(3/4), 29-43, 1983
- Dura, J. R. & Kiecolt-Glaser, J. K. Sample bias in caregiving research. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 45, 200-204, 1990.
- Dunlap, K. M. A history of research in social work education: 1915-1991. *Journal of Social Work Education*, 29, 293-301, 1993
- Eysenck, H. J. Effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324, 1952
- Fischer, J. Problems and issues in meta-analysis. In L. Videka-sherman & W. J. Reid (eds.), *Advances in clinical social work research*. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers, 297-325, 1990
- Fischer, J. Is casework effective?: A review. *Social Work*, 18(1), 5-20, 1973
- Fraser, M., Taylor, M. J., Jackson, R., & O'Jack, J. Social work and science: Many ways of knowing? *Social Work Research & Abstracts*, 27(4), 5-22, 1991
- 藤野真子「在宅痴呆性老人の家族介護者のストレス反応に及ぼすソーシャルサポートの効果」『老年精神医学雑誌』6巻, 575-581, 1995
- 藤崎宏子「要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因－分析枠組みの検討－」『総合都市研究』第39号, 61-83, 1990
- 藤田大輔, 小泉直子, 濱西壽三郎, 古橋武夫「在宅痴呆性老人の介護負担感に及ぼす要因について」『厚生指標』39巻6号, 36-41, 1992
- 藤田祥子, 黒田輝政「痴呆性老人在宅介護家庭の生活実態」『老年社会科学』9巻, 188-199, 1987

- 深谷美枝「社会化するカーある自閉症児施設スーパーバイザーのストラテジー」『日本社会福祉実践理論学会研究紀要』3号, 12-23, 1995
- 深谷美枝, 大滝敦子「実践から理論を導き出すために(1)ーグラウンデッド・セオリーによるソーシャルワーク研究の可能性ー」『ソーシャルワーク研究』21巻, 39-43, 1995
- 福武直, 松原治郎『社会調査法』有斐閣, 1967
- 『平成6年度国民生活白書ー実りある長寿社会に向けて』経済企画庁, 1994
- George, L. K. Caregiver stress studies-There really is more to learn. *Gerontologist*, 30, 580-581, 1990
- George, L. K. & Gwyther, L P. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26, 253-259, 1986
- Gorey, K. M. Effectiveness of social work intervention research: Internal versus external evaluations. *Social Work Research*, 20, 119-128, 1996
- 後藤裕一郎, 鈴木庄亮「慢性脳血管障害患者の介護者における鬱状態について」『日本公衆衛生雑誌』41巻, 945-949, 1994
- Grad, J. & Sainsbury, P. Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 544-547, 1963.
- Greene, J. G., Smith, R. Gardiner M., & Timbury, G. C. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age and Ageing*, 11, 121-126, 1982
- Grinnell, R. M. Jr. et al. Social work researchers' quest for respectability. *Social Work*, 39, 469-470, 1994
- Heineman, M. B. The obsolete scientific imperative in social work research, *Social Service Review*, 55, 371-397, 1981
- Heineman Pieper, M. The heuristic paradigm: A unifying and comprehensive approach to social work research, *Smith College Studies in Social Work*, 60, 8-34, 1989
- Hill, R. Social stresses on the family: Generic features of families under stress. *Social Casework*, 39, 139-150, 1958
- 平岡公一「政策立案・計画策定のためのニード推計の論理と技法」『社会老年学』32号, 50-61, 1990
- 平岡公一「必要サービスのモデル設定とサービス必要量の推計」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館, 73-106, 1996
- 平岡公一, 冷水豊, 中野いく子, 岡本多喜子, 出雲祐二, 中谷陽明, 和気純子「計画策定のための高齢者保健福祉サービスのニーズ測定とサービス必要量推計ー都老研方式の改良の試みー」『季刊社会保障研究』30巻1号, 75-89, 1994

- 平山尚「ケースワークの新しい効果測定法「単一被験者方式（Single-Subject Designs）について」『社会福祉研究』31号，19-23，1982
- 広井良典『遺伝子の技術，遺伝子の思想（中公新書1306）』中央公論社，1996
- Hoeing, J. & Hamilton, M. W. Elderly psychiatric patients and the burden on the household, *Psychiatria et Neurologia (Basel)*, 154, 281-293, 1966.
- 本間昭「精神的障害（痴呆）の評価法と実態」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館，123-129，1996
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, C. Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7, 367-375, 1992
- Horowitz, A. Family caregiving to the frail elderly. In C. Eisdorfer (ed.) *Annual review of gerontology and geriatrics: Vol. 5*, New York: Springer, 194-246, 1985
- Howe, G. S. Casework self-evaluation: A single subject approach. *Social Service Review*, 48, 1-24, 1974
- Hudson, W. W. Scientific imperatives in social work research and practice. *Social Service Review*, 56, 247-258, 1982
- 井垣章二「社会調査の位置と課題」野坂勉・秋山智久編『共通基盤（社会福祉方法論講座Ⅱ）』誠信書房，301-322，1985
- 井垣章二『社会調査入門』ミネルヴァ書房，1968
- 井垣章二「慈善の終焉またはソーシャルワークの育ちゆく頃」『評論・社会科学（同志社大学人文学会）』46号，83-100，1993
- 印南一路，中田実穂，堀真奈美「高齢者介護に関する研究の現状（1）～（10）」『社会保険旬報』1909～1925号，1996
- 石原邦雄「家族研究とストレスの見方」石原邦雄編『家族生活とストレス』垣内出版，11-56，1985
- 石川淳志「社会調査史研究の視角」石川淳志・橋本和孝・浜谷正晴編著『社会調査－歴史と視点－』ミネルヴァ書房，313-326，1994
- 岩原信九郎『新訂版教育と心理のための推計学』日本文化科学社，1965
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. Toward an understanding of the burnout phenomenon, *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640, 1986
- Jayaratne, S. & Leby, R. *Empirical clinical practice*, New York: Columbia University Press, 1979
- Kahana, E., Biegel, D. E., & Wykle, M. L. (eds.) *Family caregiving across the lifespan*, Newbury Park, CA: Sage, 1994
- Kane, R. A. & Penrod, J. D. (eds.) *Family caregiving in an aging society: Policy perspectives*. Newbury Park, CA: Sage, 1995

金子善彦『老人虐待』星和書店，1987

神田清子，瀬戸正子，太田紀久子，土屋純「在宅老人介護者の抑うつ状態に関する研究－日本版SDS自己評価式抑うつ性尺度による解析－」『群馬大学医療技術短期大学部紀要』12号，59-65，1991

神田清子，正田美智子，瀬戸正子，太田紀久子，小暮恵美子，清水裕子，長谷川紀子，増田陽子，吉田恵，斉藤基，佐々木かほる「ADLが低下している在宅老人の介護負担度に関する研究」『看護展望』18巻，380-387，1993

木田徹郎「ケースワークの効果測定」『社会事業の諸問題』5集，1-23，1957

木田徹郎『社会福祉概論（社会福祉講座第一巻）』新日本法規出版，1964

木本喜美子「生活調査の戦後的展開」石川淳志・橋本和孝・浜谷正晴編著『社会調査－歴史と視点』ミネルヴァ書房，195-220，1994

Kinney, J. M. & Stephens, M. A. P. Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4, 402-408, 1989

北島英治，松本栄二「ソーシャルワーク研究の発展－北米における－」『上智大学社会福祉研究』17号，19-41，1993

桑田繁，芝野松次郎「ソーシャルワーク実践における R & D の試み」『関西学院大学社会学部紀要』61号，49-82，1990

小林良二「老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の現状」『季刊社会保障研究』30巻1号，10-23，1994

児玉幹夫「社会福祉調査：その特質と原型」星野貞一郎・児玉幹夫編『社会福祉調査』ミネルヴァ書房，2-38，1974

Koeske, G. F. & Koeske, R. D. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25(2), 131-144, 1989

小松源助「ケースワーク・リサーチの現況」『社会事業の諸問題（日本社会事業大学研究紀要）』15集，121-157，1968

Kosberg, J. I., and Cairl, R. E. The Cost of Care Index: A case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist*, 26, 273-278, 1986

Kosberg, J. I., and Cairl, R. E. Keller, D. M. Components of burden: Interventive implications. *Gerontologist*, 30, 236-242, 1990

越河六郎「CFSI（蓄積的疲労徴候調査）の妥当性と信頼性」『労働科学』67巻，145-157，1991

弘済ケアセンター『痴呆性老人の在宅ケアにおける現状と課題－ケーススタディ分析編』弘済ケアセンター，1986

- 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課・老人保健課『老人保健福祉計画作成ハンドブック』長寿社会開発センター，1993
- Kramer, B. J. & Vitaliano, P. P. Coping: A review of the theoretical frameworks and the measures used among caregivers of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 151-174, 1994
- 京極高宣「社会福祉調査に関する覚え書」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』19号，5-30，1983
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984
(本名寛・春木豊・織田正美監訳『ストレスの心理学〔認知的評価と対処の研究〕』実務教育出版，1991)
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 29, 8-16, 1989
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 44, 61-71, 1991
- Lawton, M. P., Moss, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Rovine, M. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 46, 181-189, 1991
- Light, E. & Lebowitz, B. D. (eds.) *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research*. New York: Hemisphere, 1990
- Light, E., Niederehe, G., & Lebowitz, B. D. (eds.) *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer, 1994
- Lindgren, C. L. Burnout and social support in family caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 12(4), 469-487, 1990
- Macdonald, M. E. Social work research: A perspective. In N. A. Polansky (Ed.) *Social Work Research*, Chicago: University of Chicago Press, 1-23, 1960
- 前田大作，冷水豊「障害老人を介護する家族の主観的困難の要因分析」『社会老年学』19号，3-17，1984
- 牧園清子「ねたきり老人の生活と介護問題」副田義也編『老後問題論（講座老年社会学Ⅱ）』垣内出版，510-534，1981
- Malonebeach, E. E. & Zarit, S. H. Current research issues in caregiving to the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 32, 103-114, 1991
- Maslach, C. & Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational behavior*, 2, 99-113, 1981

- 松岡英子「寝たきり老人を抱える家族のストレスと対応」石原邦夫編『家族生活とストレス（講座生活ストレスを考える第3巻）』垣内出版，57-87，1985
- 松岡英子「中年期家族のストレスー老人介護を中心としてー」『ストレス科学』7巻，30-35，1992
- 松岡英子「在宅要介護老人の介護者のストレス」『家族社会学研究』5号，101-112，1993
- 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』6号，81-95，1994
- 松崎久米太郎「現代社会事業調査の系譜（三）ー昭和初期における官庁社会事業調査の展開ー」『社会福祉研究』13号，96-99，1973
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. Family stress and adaptation to crisis: A double ABCX model of family behavior. In D. H. Olson & B. C. Miller (eds.) Family studies review yearbook Vol. 1, Newbury Park, CA: Sage, 87-107, 1983
- 三浦文夫「21世紀に向けての高齢者福祉ーその課題と展望ー」『図説高齢者白書1994』全国社会福祉協議会，16-26，1994
- 三原博光，豊山大和「行動変容アプローチによる精神薄弱者グループに対する余暇指導ー勉強行動の形成を目標にー」『ソーシャルワーク研究』17巻，126-133，1991
- 水野敏子，村嶋幸代，飯田澄美子「介護者と要介護者との介護役割認知のズレと介護負担感」『日本看護科学会誌』12巻2号，17-29，1992
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*, 7, 137-152, 1985
- Morycz, R. K. Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 7, 329-361, 1985
- Mui, A. C. Multidimensional predictors of caregiver strain among older persons caring for frail spouse. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 733-740, 1995
- 村上正人「バーンアウト・シンドローム（燃えつき症候群）」『看護技術』，36，1086-1089，1990
- 中川千恵美，芝野松次郎「ソーシャルワーク DR & U における普及（Dissemination）の試みー「親と子のふれあい講座」出張講座を通してー」『関西学院大学社会学部紀要』67号，131-142，1993
- 中島紀恵子，斉藤久美子，月橋ユカリ「呆け老人とその家族の実態ー呆け老人をかかえる家族の会の第二次全国調査」『保健婦雑誌』38巻12号，10-42，1982
- 中島紀恵子，永田久美子，工藤禎子，中野正孝「ぼけの老人の介護者のBurnoutに関する一考察ーぼけの状態経過との関連からー」『厚生省神経疾患研究委託費昭和60年度研究報告書：老年期の痴呆の病因，病態，治療に関する総合的研究』，225-235，1986

- 中谷陽明「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号, 15-26, 1992
- 中谷陽明「家族介護者の負担感」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館, 266-306, 1996
- 中谷陽明, 東條光雅「家族介護者の受ける負担－負担感の測定と要因分析－」『社会老年学』29号, 27-36, 1989
- 中野いく子「家族介護の実態」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館, 136-186, 1996
- 那須宗一『老人世代論－老人福祉の理論と現状分析』芦書房, 1962
- 那須宗一, 湯沢雍彦編『老人扶養の研究』垣内出版, 1970
- Nelsen, J. C. Testing practice wisdom: Another use for single-system research. *Journal of Social Service Research*, 18(1/2), 65-82, 1993
- 日本社会福祉学会社会福祉学研究者実態調査委員会『社会福祉学研究者実態調査報告書』日本社会福祉学会, 1992
- 新名理恵, 矢富直美, 本間昭, 坂田成輝「痴呆性老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究」『東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書: 老年期痴呆の基礎と臨床』, 131-144, 1989
- 新名理恵「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』2巻, 655-663, 1991a
- 新名理恵「在宅痴呆性老人の介護者負担感－研究の問題点と今後の展望」『老年精神医学雑誌』2巻, 754-762, 1991b
- 新名理恵「ストレス反応の測定: 心理的検査」, *Clinical Neuroscience*, 12, 530-533, 1994
- 新名理恵「痴呆患者の家族介護者ストレス評価」『別冊総合ケア－介護の展開とその評価』, 33-38, 1995
- 西下彰俊「高齢者と家族福祉」山口透編『高齢社会への対応』高文堂出版, 102-123, 1994
- 野口裕二「高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定」『社会老年学』34号, 37-48, 1991
- 野地有子, 飯田澄美子, 佐藤玲子, 村嶋幸代, 近藤優子「都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析－第2報在宅寝たきり・痴呆高齢者の介護状況と社会資源の活用について－」『聖路加看護大学紀要』21号, 14-24, 1995
- 野村哲也『社会福祉調査論』新評論, 1980
- 野々山久也編著『家族福祉の視点－多様化するライフスタイルを生きる』ミネルヴァ書房, 1992

- Novak, M. & Guest, C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989
- 大橋謙策『高齢化社会における家族の介護負担軽減に関する研究』日本社会事業大学, 1995
- 大橋謙策「まちづくりと地域福祉実践ーコミュニティワーク実践の方法と課題ー」大橋謙策監修, 日本地域福祉研究所編『地域福祉実践の視点と方法』東洋堂企画出版, 14-27, 1996
- 岡本多喜子「老年期痴呆の老人に対する介護の中断および継続の要因」『社会老年学』25号, 67-80, 1987
- 岡本多喜子『社会問題としての痴呆性老人』青井和夫監修, 副田義也編『社会問題の社会学』サイエンス社, 123-170, 1989
- 岡本多喜子『老人福祉法の制定』誠信書房, 1993
- 岡本民夫「社会福祉実践の水準とその評価方法」『社会福祉研究』30号, 117-122, 1982
- 大塩まゆみ「在宅で老人介護をする女性とストレス」『ソーシャルワーク研究』15巻, 279-286, 1990
- 太田喜久子「老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向」『看護研究』25巻, 516-524, 1992
- 大滝敦子「退院援助過程に関する実践現場からの理論化」『日本社会福祉実践理論学会研究紀要』3号, 24-34, 1995
- Ory, M. G., Williams, T. F., Emr, M., Lebowitz, B., Rabins, P., Salloway, J., Sluss-Radbaugh, T., Wolff, E., & Zarit, S. Families, informal supports, and Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 7, 623-644, 1985
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594, 1990
- Peile, C. Research paradigms in social work: From stalemate to creative synthesis. *Social Service Review*, 62, 1-19, 1988
- Pillemer, K. & Suitor, J. Violence in caregiving relationships: Risk factors and interventions. In E. Light, G. Niederehe, & B. D. Lebowitz (eds.) *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. New York: Springer, 205-221, 1994
- Poulshock, S.W. & Deimling, G.T. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 234-239, 1984
- Pratt, C., Schmall, V., & Wright, S. Family caregivers and dementia. *Social Casework*, 67, 119-124, 1986

- Quayhagen, M. P. & Quayhagen, M. Alzheimer's stress: Coping with the caregiving role. *Gerontologist*, 28, 391-396, 1988
- Ramsay, M., Winget, C., & Higginson, I. Review: Measures to determine the outcome of community services for people with dementia. *Age and Ageing*, 24, 73-83, 1995
- Rankin, E. D. Haut, M. W., & Keefover, R. W. Clinical assessment of family caregivers in dementia. *Gerontologist*, 32, 813-821, 1992
- Reid, W. J. The empirical practice movement. *Social Service Review*, 68, 165-184, 1994
- Reid, W. J. & Hanrahan, P. Recent evaluation of social work: Grounds for optimism. *Social Work*, 27, 328-340, 1982
- Reid, W. J. & Smith, A. D. *Research in social work (2nd ed.)*, New York: Columbia University Press, 1989
- Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horowitz, A. V., & Minsky, S. Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17, 261-269, 1994
- Reis, M. F., Gold, D. P., Andres, D., Markiewicz, D., & Gauthier, S. Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 257-271, 1994
- Richey, C. A., Blythe, B. J., & Berlin, S. B. Do social workers evaluate their practice? *Social Work Research & Abstracts*, 23(2), 14-20, 1987
- Robinson, B.C. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38, 344-348, 1983
- Robinson, B. & Thurnher, M. Taking care of aged parents: A family cycle transition. *Gerontologist*, 19, 586-593.1979
- Rothman, J. *Social R & D: Research and development in the human services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980
- Royse, D. *Program evaluation: An introduction*. Chicago: Nelson-Hall, 1992
- Rubin, A. Practice effectiveness: More grounds of optimism. *Social Work*, 30, 469-476, 1985
- Ruckdeschel, R. A. & Farris, B. E. Assessing practice: A critical look at the single-case design. *Social Casework*, 62, 413-419, 1981
- 坂田周一「問題分析と福祉ニーズ」定藤丈弘・坂田周一・小林良二編『社会福祉計画』有斐閣, 113-125, 1996
- 斎藤正彦, 荻野忠, 金子嗣郎「東京都世田谷区における在宅痴呆老人調査－在宅介護を困難にする要因に関する研究」『臨床精神医学』18巻, 1433-1442, 1989

- 斎藤正彦「東京都区部における在宅痴呆老人介護の実態と介護者の負担」『老年精神医学雑誌』5巻, 187-196, 1994
- 佐藤豊道「痴呆性老人の特徴と家族介護に関する基礎的分析」『社会老年学』29号, 3-15, 1989
- Scharlach, A. E. Caregiving and employment: Competing or complementary roles? *Gerontologist*, 378-385, 34, 1994
- Schultz, R., Tompkins, C. A., Wood, D., & Decker, S. The social psychology of caregiving: Physical psychological costs to providing support to the disabled. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 401-428, 1987
- Schultz, R., Tompkins, C. A., & Rau, M. T. A longitudinal study of the psychosocial impacts of stroke on primary support persons. *Psychology and Aging*, 3, 131-141, 1988
- Schultz, R., Visintainer, P., & Williamson, G. M. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 45, 181-191, 1990
- Shanas, E. Social myth as hypothesis: The case of the family relations of old people. *Gerontologist*, 19, 3-9, 1979a
- Shanas, E. The family as a social support system in old age. *Gerontologist*, 19, 169-174, 1979b
- 冷水豊「疾病・障害をもつ老人の家族のケア社会福祉からのアプローチ」『老年社会科学』3巻, 36-45, 1981
- 冷水豊「福祉サービス評価の基本的課題」『社会保障研究』19巻, 70-81, 1983
- 冷水豊「研究の経緯と目的」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館, 2-27, 1996a
- 冷水豊「身体的障害程度の評価法と実態」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館, 108-122, 1996b
- 冷水豊「高齢者介護システムの視点と方法ーニーズに即した家族介護論・財源論・サービス運営論の必要性ー」『社会福祉研究』66号, 12-26, 1996c
- 白澤政和『[老人保健福祉計画] 実現へのアプローチ』中央法規出版, 1994
- 庄司洋子「現代家族の介護力ー期待・現実・展望」『ジュリスト増刊高齢社会と在宅ケア』有斐閣, 190-196, 1993
- 菅崎弘之「在宅痴呆老人の介護者の精神的健康に関する研究」『老年精神医学雑誌』5巻, 565-575, 1994

- 杉澤秀博，中村律子，中野いずみ，杉澤あつ子「要介護老人の介護者における主観的健康観および生活満足度の変化とその関連要因に関する研究－老人福祉手当受給者の4年間の追跡調査から－」『日本公衆衛生雑誌』39巻，23-31，1992
- 袖井孝子「家族の変化と老人介護の将来」『社会福祉学』32-1号，16-36，1991
- 副田義也「社会福祉調査」福武直・松原治郎編『社会調査法』有斐閣，226-238，1967
- 孫良，浅野仁「高齢者に対する家族介護者の『生活の質』研究（その1）－測定スケール開発の試み－」『関西学院大学社会学紀要』75号，127-145，1996
- Stephen, M. A. P. & Zarit, S. H. Symposium: Family caregiving to dependent older adults: Stress, appraisal, and coping. *Psychology and Aging*, 4, 387-388, 1989
- Stull, D. E., Kosloski, K., & Kercher, K. Caregiver burden and generic well-being: Opposite sides of the same coin? *Gerontologist*, 34, 88-94, 1994
- 武田建「社会事業調査とその問題点」『関西学院大学社会学部紀要』12号，67-75，1965
- 竹中和郎「社会事業調査」木田徹郎・竹中和郎・副田義也編『改訂社会福祉の方法』誠信書房，1966
- 田中荘司「老人虐待の調査実態からみえてきたもの」『保健婦雑誌』51巻，517-523，1995
- 田尾雅夫「ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定」『京都府立大学学術報告（人文）』39号，99-112，1987
- 田尾雅夫「バーンアウト－ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス－」『社会心理学研究』4巻2号，91-97，1989
- 田尾雅夫，久保正人『バーンアウトの理論と実際』誠信書房，1996
- 立木茂雄「調査」中村優一・小松源助『社会福祉実践の方法と技術（講座社会福祉5巻）』有斐閣，270-288，1984
- Tebb, S. An aid to empowerment: A caregiver well-being scale, *Health & Social Work*, 87-92, 20(2), 1995
- 手島陸久，岡本多喜子，岡村清子，浅見奈津美，佐藤路子「在宅脳血管障害患者の介護者の抑うつ状態とその規定要因－デイホスピタル利用患者家族の追跡調査から－」『社会老年学』33号，26-37，1991
- Thomas, E. J. Mousetraps, developmental research, and social work, *Social Service Review*, 52, 468-483, 1978
- Thomas, E. J. Behavioral modification and casework. In R. W. Roberts & R. H. Nee, *Theories of social casework*, Chicago: The University of Chicago Press, 183-218, 1970
- Thompson, E. H. & Doll, W. The burden of families coping with the mentally ill: An invisible crisis. *Family Relations*, 3, 379-388, 1982

- 東京都老人総合研究所社会福祉部門『品川区「24時間対応（巡回型）ホームヘルプサービスモデル事業」の効果に関する研究報告』1996
- 東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館，1996
- 東京都老人総合研究所社会学部『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究』1977
- 東京都老人総合研究所社会学部『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究（2）－3年後の追跡調査結果－』1980
- 東京都老人総合研究所社会学部『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究（3）－東京の下町の場合－』1983
- Tyson, K. B. A new approach to relevant scientific research for practitioners: The heuristic paradigm, *Social Work*, 37, 541-556, 1992
- Videka-Sherman, L. Meta-analysis of research on social work practice in mental health. *Social Work*, 33, 325-338, 1988
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J., & Maiuro, R. D. The screen for caregiver burden. *Gerontologist*, 31, 76-83, 1991
- Vitaliano, P. P., Young, H. M. & Russo, J. Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*, 31, 67-75, 1991
- 和気純子「家族介護者の対処スタイルとその特性」東京都老人総合研究所社会福祉部門編『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』光生館，307-329，1996
- Walker, A. J., Martin, S. S. K., & Jones, L. L. The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 47, 130-139, 1992
- Wood, K. M. Casework effectiveness: A new look at the research evidence. *Social Work*, 23, 437-458, 1978
- 山岡和枝，大井玄，深山智代，武長修行，甲斐一郎，木内とき子，大塚はな，山本俊一，寺尾浩明「ねたきり老人の介護人の負担度－次元尺度構成の試み－」『日本公衆衛生雑誌』33巻，279-284，1986
- 山崎道子「ケースワークに対する批判をめぐって－有効な援助の方向を目指して－」『ソーシャルワーク研究』3巻，312-317，1977
- 安田三郎『社会調査ハンドブック』有斐閣，1960
- 横山博子，古谷野亘「老年期の家族に関する研究－80年代の動向と今後の展望」『家族関係学』12号，73-73，1993
- 横山美江「在宅要介護老人の介護者における蓄積的疲労徴候と介護環境要因」『日本看護研究学会雑誌』16巻3号，23-31，1993a

- 横山美江「在宅要介護老人の介護者における疲労感の計量研究」『看護研究』26巻, 427-433, 1993b
- 横山美江, 清水忠彦, 早川和生, 由良晶子「要介護老人における在宅福祉サービス利用の実態および介護者の疲労状態との関連」『老年社会科学』15巻2号, 136-149, 1994
- 吉田久一「現代社会事業調査の系譜（一）－貧困研究開幕のころ＝大正後半期－」『社会福祉研究』11号, 102-104, 1972
- Zarit, S. H. Editorials: Do we need another "stress and caregiving" research. *Gerontologist*, 29, 147-148, 1989
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. Relatives of the Impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655, 1980
- 全国民生委員児童委員協議会・全国協議会『在宅痴呆性老人の介護実態調査－報告書』1987年.

あとがき

本論文は、筆者が在職する財団法人東京都老人総合研究所社会福祉部門が、1976年以来継続して行ってきた「在宅障害老人とその家族の生活と社会福祉ニーズに関する研究」および「家族介護機能と福祉サービスに関する研究」の一部を取りまとめたものである。また筆者も参加した同研究所保健社会学部門が行った「高齢者における保健福祉サービスの利用効果およびその関連要因に関する研究」の成果も、一部使用させていただいた。さらに、本論文の完成にあたっては、多くの方々のご協力、ご助言、ご指導をいただいたのは申すまでもない。ここに記して心よりの感謝の意を表したい。

まず、主専攻指導教員である前田大作教授は、筆者が1987年に東京都老人総合研究所社会学部社会福祉研究室に着任した当時の社会学部長であり、そのご縁で、新たに開設された日本社会事業大学大学院博士後期課程の第一期生となる機会を与えていただいた。前田先生には、老人総合研究所在職時代から直接研究のご指導をいただき、本論文の作成過程においても、数々の貴重なご示唆とご指導を賜った。副専攻指導教員の三浦文夫教授には、特に社会福祉からの視点で、貴重なご示唆をいただいた。試験委員の高沢武司教授、審査委員の大橋謙策教授、柄澤昭秀教授の各先生方には、ご多忙の中論文の審査にあたっていただき、また学生としての義務を全うしていない私のような者にも、暖かいご支援をいただいた。

本論文は、筆者が東京都老人総合研究所に在職中に書かれたものであり、職場の上司・同僚の快いご理解なくしては、論文の完成には至らなかった。母校の先輩でもある社会福祉部門前室長の冷水豊上智大学教授は、大学院博士課程への入学を快く承諾してくださり、ご支援をいただいた。現社会福祉部門室長の中野いくこ氏には、研究業務と学業の両立に心強いご支援をいただいたのみならず、ともに博士論文完成を目指し励ましあった同志でもあった。さらに、社会福祉部門の和気純子研究員、菊地和則研究助手、川元克秀研究助手の皆さんには、本務の研究業務が滞りがちな際に、ご支援とご理解をいただいた。

冒頭にも述べたように、本論文は、東京都老人総合研究所の研究プロジェクトの成果でもあり、これほど大規模の調査を筆者一人で行えるはずもなく、まさにプロジェクトに参加した方々の総力の結集でもある。以下に各プロジェクトの参加メンバーの方々のお名前を記すとともに、このような形で成果を取りまとめる機会を与えていただいたことに、感謝を申し上げたい。

「在宅障害老人とその家族の生活と社会福祉ニーズに関する研究」

前田大作氏（前東京都老人総合研究所社会学部長，日本社会事業大学教授）

冷水豊氏（前東京都老人総合研究所社会福祉部門研究室長，上智大学教授）

中野いく子氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門研究室長）

佐藤豊道氏（前東京都老人総合研究所社会福祉研究室研究員，東洋大学教授）
坂田周一氏（前東京都老人総合研究所社会福祉研究室研究員，駒沢大学教授）
東條光雅氏（前東京都老人総合研究所社会福祉研究室研究助手，駒沢大学助教授）
岡本多喜子氏（前東京都老人総合研究所社会福祉部門研究員，東海大学助教授）
和気純子氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門研究員）
平岡公一氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門客員研究員，明治学院大学教授）
出雲祐二氏（前東京都老人総合研究所流動研究員，秋田桂城短期大学教授）

「家族介護機能と福祉サービスに関する研究」

冷水豊氏，中野いく子氏，坂田周一氏，和気純子氏，平岡公一氏（以上前掲）
菊地和則氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門研究助手）
川元克秀氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門研究助手）
馬場純子氏（東京都老人総合研究所社会福祉部門研究生，日本女子大学大学院）

「高齢者における保健福祉サービスの利用効果およびその関連要因に関する研究」

柴田博氏（東京都老人総合研究所副所長）
杉澤秀博氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門研究員）
岡林秀樹氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門研究員）
高梨薫氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門研究助手）
川元克秀氏（前掲）

田中千枝子氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門客員研究員，東海大学助教授）
深谷太郎氏（東京都老人総合研究所流動研究員，東洋大学大学院）
佐藤晴美氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門研究生，法政大学大学院）
杉原陽子氏（東京都老人総合研究所保健社会学部門研究生，東京大学大学院）

加えて，調査の実施にご協力いただいた，長野県諏訪郡下諏訪町，富士見町，原村，群馬県前橋市，東京都町田市，多摩市，三鷹市，品川区の各自治体の行政関係者の方々，実査を担当していただいた民生委員の方々，そして何より調査の対象とさせていただいた要介護高齢者とその家族の方々に，心からのお礼を申し上げたい。また実査を引き受けて下さった，東京都社会事業学校同窓会社会生活調査研究会の方々，日本社会事業大学，ルーテル学院大学の学生の方々にも，謝意を申し上げたい。

最後に私事で恐縮であるが，この間家庭的な貢献が行えないにもかかわらず，陰で論文作成を支えてくれた妻裕子，息子慧一にも，この場をかりて感謝の意を捧げたい。

1997年11月 中谷陽明